

## Referat

**Møte:** HSYK – Økonomisk bæreevne

**Avholdt:** 2019-03-05

**Sted:** Skype

**Tilstede:** Bjørn Bech-Hansen  
Fred A. Murer  
Jan Erik Tveiten  
Subhan Shafiq  
Monica Ilstad Lenning

### 1. Alternativer til vurdering av økonomisk bærekraft:

Det ble diskutert hvorvidt det skal beregnes økonomiskbærekraft for alle de 9 alternative utfallene. Bjørn avklarte med Hulda i etterkant av møtet at de alternativene 2b-1 med kombinasjonen Sandnessjøen (S) og Mosjøen (SA) og motsatt kan fjernes. Årsak til dette er at alternativet er lite sannsynlig pga. beliggenhet. Resterende alternativer beholdes. Se figur under for alternativer til vurdering.

Alternativ	Stort akutt sykehus (S)	Akutt sykehus for indremedisin (SA)	Distriktsmedisinske sentre (DMS)			
2a	Mo i Rana		Brønnøysund	Sandnessjøen	Mosjøen	
2b-1	Mo i Rana	Sandnessjøen	Brønnøysund		Mosjøen	
2b-1	Mo i Rana	Mosjøen	Brønnøysund	Sandnessjøen		
2a	Sandnessjøen		Brønnøysund		Mosjøen	Mo i Rana
2b-1	Sandnessjøen	Mo i Rana	Brønnøysund		Mosjøen	
<del>2b-1</del>	<del>Sandnessjøen</del>	<del>Mosjøen</del>	<del>Brønnøysund</del>			<del>Mo i Rana</del>
2a	Mosjøen		Brønnøysund	Sandnessjøen		Mo i Rana
2b-1	Mosjøen	Mo i Rana	Brønnøysund	Sandnessjøen		
<del>2b-1</del>	<del>Mosjøen</del>	<del>Sandnessjøen</del>	<del>Brønnøysund</del>			<del>Mo i Rana</del>

Merk at Bjørn Bech Hansen også skriver i mail i etterkant av møtet at pga. tidspress kan det vurderes å ta ut alternativ 2b-1 Mosjøen (S) og Mo i Rana (SA).

### 2. Fremdriftsplan

På gårsdagens møte med Bjørn og Fred kom det frem at de mente denne leveransen kunne utsettes til etter at den planlagte samfunnsanalysen var gjennomført. I etterkant ble det klarhet i at vi skal levere til styremøte 27. mars. Jan Erik Tveiten stiller også på styremøtet.

- **Frist for leveranse av bærekraftsanalysen er 19. mars.**

Vi planlegger da å arbeide på følgende måte. Først få opp noen estimater (markører) for aktivitet; døgnseger, dagsenger og poliklinisk aktivitet ved de ulike alternativene. Bjørn begynner på investeringsestimater nå, men har også nytte av disse estimatene. Som grunnlag benytter vi tidligere utarbeidede fremskrivninger. Suban bistår i dette arbeidet.

Bjørn gjør estimater på investeringer på de ulike driftsstedene, etter denne litt grove tilnærmingen vi gikk gjennom i går.

- Der det i dag er sykehus, benyttes disse til DMS i de senariene der nåværende sykehus i fremtiden får DMS. Ingen sykehus blir da solgt. Noe areal kan imidlertid leies ut. Vi legger et estimat på leie. Det legges til grunn at
  - det er røntgen, dialyse, cytostatika og stor poliklinikk på samtlige driftssteder
  - 80% av all poliklinisk behandling vil utføres på pasientenes nærmeste sykehus/DMS
  - Ved alt. 2a eller 2b-1 skal resten av lokasjonene ha DMSer (hvv. 3 og 2 DMSer)
  - 6 intermedisærseger på hvert DMS (ettersjekkes)
  - Mo og Sandnessjøen får fødestuer, mens Mosjøen ikke får fødetilbud (har ikke dette heller i dag).
- I alternativene 2a og 2b-1 med Mo i Rana som stort akuttisykehus bygges på nåværende tomt. Nytt komplett bygg blir trolig for dyrt og deler av dagens bygningsmasse er brukbar.
- I alternativet 2a med Sandnessjøen som stort akuttisykehus tror Bjørn det må bygges på nytt område. Dagens tomt er for liten. (Dette blir trolig et dyrt alternativ og dermed blir nok denne forutsetningen omdiskutert.) Dette alternativet blir også en form for generisk estimat for hva det koster å bygge et nytt stort akuttisykehus.
- I alternativet med 2b-1 Sandnessjøen som stort akuttisykehus og Mo i Rana som mindre akuttisykehus bygges nåværende Sandnessjøen ut. Det er mulighet for 5000 kvm i utvidelse + 3600 kvm i en ytterligere utvidelse ved Sandnessjøen
- Med Mosjøen som stort akuttisykehus diskuterte vi i går ikke hvordan dette best kunne gjøres.

Døgnerhet psykiatri;

Døgnerhet psykiatri bygges inntil stort akuttisykehus. Fred får her frem aktivitetsanslag som legges til grunn for denne investeringen. Trolig greit å regne separat bæreevne for dette prosjektet, slik vi gjorde for Brønnøysund.

### 3. Tilnærming

Innen bæreevneberegningen bruker vi tidligere mal. Denne er innarbeidet og godt forstått. Vi viser her til vedlegg;

Her benytter vi følgende tilnærming;

- Dagens resultat og besparelser ved færre sykehus benyttes som sist, det samme gjøres med psykisk helsevern og rus og DMS Brønnøysund. Kapitalkompensasjon gir seg selv ut fra investeringens størrelse.
- Bjørn lager nye estimater på FDV.
- Da gjenstår kun to poster, transport og hjemhenting gjestepas. På dette punktet ønsker vi å sparre med Helge og Ulrich. 80% av poliklinisk behandling utføres på nærmeste sykehus/DMS noe som vil begrense pasientreisende. Helsepersonell må reise noe. Antakelse om at DMSer beholder noe av nåværende personell, men noen spesialister vil nok DMSene miste.

#### Aksjonspunkter oppsummert:

##### *Jan Erik/Subhan/Monica:*

- Beregne aktivitet/markører for døgn, dag og polykliniske konsultasjoner.
- Gjennomgå de to punktene prehosp. og pasienttransport og hjemhenting av gjestepasienter med Helge og Ulrich.

**Bjørn:** Foreløpig investeringsanslag for ulike alternativer, inkludert 0-alternativet. Beregne FDV-kostander (areal og ev. salg/utleie)

**Fred:** Innhente aktivitetsanslag døgnet psykiatri som legges til grunn ved denne investeringen

I møtet skisserte vi mulig halvdagsmøte for å gjennomføre videre beregninger. I og med at tidsfristen nå er kort foreslår vi gjennomføring av telefonmøte. Tentative tidspunkter kan være:

- Mandag etter kl 1330
- Tirsdag etter kl 1300