

Styresak 18/2006: Oppfølgingsaker budsjett 2006

Møtedato: 21.04.06

Møtested: Bodø

Innledning

Det vises til tidligere behandling i styret for Helgelandssykehuset HF av "Budsjett 2006" i sak 49/2005 og sak 60/2005 samt "Revidert budsjett i sak 04/2006 (se vedtak under). Samtlige helseforetak i Helse Nord RHF – med unntak av UNN – sliter med å innfri styringsmålene som er satt for 2006. Helgelandssykehuset HF sliter spesielt tungt (se styresak om regnskapsrapport).

Avvikene er knyttet til både eksterne og interne forhold: ISF-omlegging prisregler 2006, sykefravær, overtid/vikarer/innleie, medikamenter/kreft, utskrivingsklare pasienter (Mo i Rana), dialysepasienter (Mosjøen), akutt/AMK/intensiv (Sandnessjøen), internservice/energi og innleggelser/sykehusforbruk.

Foretaksdirektøren har skjerpet inn kravene til alle ledere på oppfølging av budsjett og regnskap, avviksanalyser og tiltaksplaner knyttet til for eksempel full stillingsstopp. Imidlertid er det vanskelig å se noen umiddelbar løsning på den økonomiske ubalansen selv om det er stort fokus på å ta ned kostnadene.

Dette forsterkes gjennom eksterne krav på økt prioritering av for eksempel kvalitet gjennom bestillerdokumentet fra Helse Nord RHF. Flere pasientgrupper som for eksempel kronikere og ruspasienter skal også prioriteres. Samtidig er det sterke interne og eksterne forventninger om hva som er mulig å gjennomføre. Denne saken er en oppfølging av problemstillinger i forrige budsjettsak hva angår gjennomføring av bl.a. prioriterte tiltak. Disse sakene legges fram for styret til behandling.

Vedtaket

Følgende vedtak ble gjort i sak 04/2006 "Revidert budsjett 2006":

1. Styret i Helgelandssykehuset HF vedtar det reviderte budsjettopplegget for 2006, herunder den framlagte tiltaksplanen og investeringsplanen for 2006.
2. Helgelandssykehuset kan vise til gode resultater på kostnadseffektivitet og arbeidsproduktivitet. Styret erkjenner at kravet om økonomisk balanse i helseforetaket er meget vanskelig. Styret er bekymret for at tiltaksplanene blant annet kan medføre lengre ventelister og manglende vedlikehold av kunnskap.
3. Styret mener tilpasningsproblemet i stor grad skyldes to forhold:
 - a. For det første et gap mellom helsepolitiske bestillinger og de budsjetttrammer som gis gjennom Statsbudsjettet. Mindre lokalsykehusforetak er spesielt sårbare da mindre kutt kan få store konsekvenser for helt grunnleggende tjenester.
 - b. For det andre rettighetsstyrte ordninger som fritt sykehusvalg. Myndighetene må nå gjøre endringer i oppgjørsordningen på for eksempel gjestepasienter som rammer helseforetak som ligger ved en regiongrense og som er rene lokalsykehusforetak.
4. Styret har i budsjett- og tiltaksarbeidet lagt til grunn overordnede føringer om at ingen lokalsykehusfunksjoner skal legges ned hvis de bare kan begrunnes med økonomi og ikke faglige krav og forbedringer.
5. Styret forutsetter at det jobbes godt i alle ledd i helseforetaket for å oppnå økonomisk balanse da dette vil sikre framtidig handlefrihet for gode tjenester til befolkningen, et tilfredsstillende investeringsnivå og faglig utvikling blant alle ansatte.
6. Styret ser positivt på det igangsatte arbeidet i Helse Nord RHF for å etablere en ny budsjettfordelingsmodell basert på objektive kriterier som kan sikre likeverdighet i foretaksgruppen.

Tilpasningsproblemene

Det største tilpasningsproblemet de siste årene har hovedsakelig vært knyttet til fellesområdet og Sandnessjøen.

Budsjettsak HF

"Fellesområdet: Virkemidlene for å redusere kostnadene på dette området er begrenset. Problemene er knyttet til rettighetsstyrte og underfinansierte ordninger som gjestepasienter og behandlingshjelpemidler samt underfinansierte ordninger som ambulanser og syketransport som i stor grad styres av rekvirenter."

Helgelandssykehuset HF - styresak 04/2006: Revidert budsjett 2006

Avvikene på fellesområdet viser at det er de samme områdene i 2005 som også er problemet i 2006 (gjestepasienter, syketransport, bil/båtambulanser, labprøver m.m). Det er spesielt båtambulanser det har vært jobbet med å få en løsning på i 2005. I 2006 står syketransport mer i fokus i tråd med tiltaksplanen.

En gladnyhet er at det nå er opprettet daglig flyforbindelse mellom Brønnøysund og Mo i Rana. Dette etter påtrykk fra Helse Nord RHF, Helgelandssykehuset HF og berørte kommuner som kan bidra til å snu noe av pasientstrømmen inn mot helseforetaket.

Budsjettsak HF

"Sandnessjøen: Samtidig må det jobbes videre med ledelse på alle plan, bedre logistikk samt effektivisering av areal, senger og bemanning. Et viktig verktøy i denne sammenheng er funksjonsplanprosjektet i samarbeid med SINTEF Helse."

Helgelandssykehuset HF - styresak 04/2006: Revidert budsjett 2006

Det er flere årsaksindikatorer bak tilpasningsproblemet i Sandnessjøen (se styresak om nøkkeltallene 2002-2005). Funksjonsplanprosjektet i samarbeid med SINTEF Helse er i startgropen og det forventes økonomiske effekter av prosjektet.

ISF-omleggingen av prisregler i 2006 slår negativt ut. Denne omleggingen gir omfordelingseffekter fra de mindre til de største sykehusene som UNN. I vårt helseforetak rammer dette Sandnessjøen mest.

Det som er mer uventet i 2006 er at også Mo i Rana og Mosjøen sliter i økonomisk motbakke. Noe av forklaringene framkommer i regnskapsrapporten. Forsterkede tiltak settes nå inn på noen områder (sykefravær/overtid/vikarer/innleie), mens andre områder ikke lar seg bremse (medikamenter/kreft) .

I budsjettopplegget for 2006 er det satt av en ubrukt reserve på 14,0 mill. kr. I regnskapsopplegget for 2006 periodiseres det månedlig inn relativt store kostnader med en helårseffekt på nærmere 12,0 mill. kr. Dette for å ta høyde for uventede kostnader som har framkommet gjennom årsoppgjørene.

Det ligger også økonomiske utfordringer i å følge opp eksterne og interne forventninger til for eksempel tilsynsrapporten "God vakt" fra Arbeidstilsynet (se styresak om tilsynsrapport).

Områder som psykiatri, rus, kronikere, samhandling med primær- og kommunehelsetjeneste osv. er erklært som prioriterte områder.

Imidlertid er det fattet beslutninger som på nytt og i praksis prioriterer den såkalte blålys-medisinen. Vi tenker på de økonomiske utfordringene gjennom vedtaket i Helse Nord RHF om overtakelse og styrking av bilambulansetjenesten drevet fram av sterke fagmiljø, statlige forskrifter og tilsyn.

Oppfølgings saker

Vi omtaler her oppfølgings sakene i kortform og viser til vedleggene for nærmere informasjon. Styret inviteres til å fatte beslutninger i følgende saker:

Budsjettsak HF

"Helgeland er det eneste helseforetaksområdet uten egne institusjoner innenfor rus og opptrening. Det er derfor søkt Helse Nord RHF om å få etablert en egen rusenhet i Mo i Rana da det forventes at disse rettighetspasientene vil øke i omfang, og møte en begrenset kapasitet med det resultat at de må dra ut som gjestepasienter. Et like prioritert område er rusteam på hver enhet."

Helgelandssykehuset HF - styresak 04/2006: Revidert budsjett 2006

Russtillinger

Se saksutredning – vedlegg 1.

Ruspasienter ble et nytt ansvarsområde for helseforetakene fra og med 2004. Rusomsorgen skal prioriteres høyere er kravet fra sentrale myndigheter. Helse Nord RHF har satt i gang planarbeid med dette som mål. Helgeland er som eneste område i nord uten egne rusinstitusjoner/plasser både innenfor og utenfor helseforetaket.

Virksomheten til nå i Helgelandssykehuset HF har vært begrenset til å kjøpe institusjonsplasser. Regnskapet viste et overskudd på 3,5 mill. kr. i 2005. Budsjettet er styrket med 1,3 mill. kr. i 2006. Faggruppe psykiatri har fremmet ønske om å bruke 1,0 mill. kr. til å styrke rusarbeidet gjennom tre stillinger på de tre enhetene da det kan gi et bedre poliklinisk/ambulant tilbud samt holde gjestepasientutgiftene nede.

Forslaget om en russtilling i Mo i Rana, Mosjøen og Sandnessjøen støttes – jmf. vedtak.

Rusenhet

Se saksutredning – vedlegg 2.

Helgeland er som nevnt eneste område i nord uten egne rusinstitusjoner/plasser både innenfor og utenfor helseforetaket. Nærmeste behandlingssted i egen region er i dag Narvik med begrenset kapasitet. Bodø skal bygge ut kapasitet. Faggruppe psykiatri mener derfor det er nødvendig å etablere egen kapasitet med utrednings- og motivasjonsenhet kombinert med 6-8 døgnplasser i Mo i Rana.

Behovet er understreket i høringsuttalelser. Helse Nord RHF utarbeider nå en ny rusplan. Prosjektet har en investeringsramme på 10 mill. kr. og årlige driftsutgifter på 6,6 mill. kr. Delfinansiering av drift skje gjennom redusert kjøp av institusjonsplasser. Forutsetningen er likevel at Helse Nord RHF fullfinansierer prosjektet gjennom planen da det ikke finnes tilstrekkelige drifts- og investeringsrammer i helseforetaket.

Forslaget om en rusenhet i Mo i Rana støttes – jmf. vedtak.

Budsjettsak HF

"Røntgen og laboratorier: Dette er et fagområde med dyrt utstyr, for eksempel MR, mammografi og analyse-maskiner, og dermed behov for unngå overinvesteringer og overkapasitet ... Helseforetaket må bli enda bedre på å utarbeide gode kost/nytteanalyser før anskaffelser, spesielt hva angår utstyr. Og i større grad må det vurderes en sterkere arbeidsdeling når det gjelder dyrt utstyr."

Helgelandssykehuset HF - styresak 04/2006: Revidert budsjett 2006

MR-maskin

Se saksutredning – vedlegg 3.

Mosjøen ønsker å erstatte sin gamle MR-maskin med en ny. Investeringen er anslått til nærmere 12 mill. kr. Anskaffelsen må i så tilfelle finansieres over tre år noe som gir små muligheter for Mosjøen til andre utstyrsinvesteringer. Sandnessjøen har argumentert for at investeringen bør foretas der. Investeringer begge plasser er uaktuelt ut fra økonomirammer og overkapasitet. Investering en plass er krevende nok.

Mo i Rana mener de kan øke kapasiteten på eksisterende MR-maskin til 5.000 undersøkelser gjennom en ny overlegestilling (1,0 mill. kr.) og investering i digital lab (6,5 mill. kr.). Det vil bli en underkapasitet på omlag 1.000 undersøkelser som vil resultere i økte transportkostnader (1,5 mill. kr). Etter en lang og samlet vurdering vil en investering i Mosjøen være det beste alternativet under noen klare forutsetninger.

Forslaget om en ny MR-maskin i Mosjøen støttes – jmf. vedtak.

Budsjettsak HF

"Helseparkprosjektet som både er et samarbeid med fylkeskommune (kontorbygg for leger til erstatning for brakkerigg og lokaler for tannhelsetjeneste) og kommune om samlokalisering av tjenester samt realisering av et serviceprosjekt med ombygging ... Avsatt reserve på 6,0 disponeres for å sikre fullfinansiering av vedtatt kontorbygg Mo i Rana og/eller evt. konsekvenser av vedtatt ambulanseovertakelse i regi av driftsorganisasjonen i Sandnessjøen."

Helgelandssykehuset HF - styresak 04/2006: Revidert budsjett 2006

Kontorbygg

Ingen saksutredning.

Investering i ny MR-maskin i Mosjøen vil presse investeringsrammene. Kontorbygg i Mo i Rana er nå under prosjektering sammen med Nordland fylkeskommune hvor helseforetakets andel er 16 mill. kr. I investeringsplanen 2005 ble det avsatt 6 mill. kr. Avsatt reserve 2006 på 6,0 mill. kr. må også disponeres til formålet. Det er også avsatt 2 mill. kr. gjennom lokalsykehusbevilgningen til serviceprosjektet.

Restfinansiering må skje i 2007. Byggestart høsten 2006. Byggeprosjektet innebærer at foretaksledelse og økonomiavdeling må flytte ut av sykehuset og leie lokaler i 2 år. Årlig husleie inkl. ombygging og IT-kommunikasjon anslått til 0,4 mill. kr. Det må samtidig investeres i IT-løsninger på 0,3 mill. kr. – hjemmekontorløsning på alle tre enheter. Kostnader vurderes aktivert som en del av byggeprosjektet.

Forslaget om disponering av investeringsramme støttes – jmf. vedtak.

Ambulanseovertakelse

Se saksutredning – vedlegg 4.

Styret i Helse Nord RHF har vedtatt at bilambulansene skal overtas av helseforetakene. Båtambulansene skal fortsatt konkurranseutsettes og kjøpes som tjeneste etter anbud. Den helsefaglige delen skal imidlertid ivaretas av Helgelandssykehuset HF. Overtakelse av bilambulansene representerer en ny betydelig utfordring både i form av økt ansvar for materiell og ansatte samt økte kostnader.

9 nye ambulanserbiler må anskaffes fra 01.12. En anskaffelse som er en blanding av gamle og nye biler, er beregnet til 6 mill. kr. i behov for økte investeringsrammer fra Helse Nord RHF. Det er behov for nærmere 40 nye ansatte. Det er ikke beregnet hva dette vil gi av økte driftskostnader sammenlignet med dagens nivå. Imidlertid tilsier alle tilsvarende beregninger at dette vil komme til å koste dyrt.

Konsekvensene av bilambulansovertakelse må utredes nærmere – jmf. vedtak.

VEDTAK:

1. Styret i Helgelandssykehuset HF vedtar å omdisponere 1,0 mill. kr. fra budsjett for gjestepasienter rus til å opprette tre nye russtillinger i hhv. Mo i Rana, Mosjøen og Sandnessjøen. Øvrig inndekning skal løses gjennom poliklinisk inntekter der det er et nasjonalt krav om minst 3 konsultasjoner pr. dag.
2. Styret ber Helse Nord RHF om å prioritere en rusenhet i Mo i Rana med 6-8 døgnplasser i det pågående planarbeidet. Tiltaket er viktig for å bygge opp et likeverdig tilbud på Helgeland i Helse Nord. Det forutsettes derfor at både investeringer og drift fullfinansieres.
3. Styret vedtar å investere i en ny MR-maskin i Mosjøen med maksimal ramme på 11,0 mill. kr. Dette må finansieres over årene 2006-2008 gjennom investeringsplanen under følgende forutsetninger:
 - a. Øvrig behov for utstyrinvesteringer i Mosjøen i årene 2007-2008 kan derfor maksimalt være på 2,5 mill. kr.
 - b. Før anbud skal kravspesifikasjonen for MR-anskaffelsen i Mosjøen godkjennes av foretaksledelsen. Dette for å sikre at investeringen holdes på et nøkternt nivå økonomisk og funksjonelt.
 - c. Tilbud og kapasitet skal utnyttes faglig og økonomisk rasjonelt. MR-tilbudet skal understøtte at Mosjøen har foretaksfunksjon i nevrologi og Mo i Rana har foretaksfunksjon i ortopedi.
4. Styret ber om det legges fram en driftsmodell for Mosjøen før den døgnkontinuerlige kirurgien legges om til dagkirurgi 1. november. Saken skal også gjennomgå omstillingsprosjektet hva angår føde, ambulanse, nye tilbud og den pågående moderniseringen og utvidelsen av bygningsmassen.
5. Styret vedtar å disponere ubrukt og avsatt investeringsreserve på 6,0 mill. kr. til kontorbygget i Mo i Rana. Prosjektet kan først fullfinansieres gjennom investeringsrammen for 2007.
6. Styret viser til vedtaket i Helse Nord RHF om overtakelse av bilambulanse. Det forutsettes at investeringsrammene fra eier økes i tråd med dette. Styret ber om at det snarest utredes hva overtakelsen vil innebære av økte driftskostnader for helseforetaket.

Jan Erik Furunes
Foretaksdirektør

Saksbehandler: Foretaksdirektør Jan Erik Furunes og medisinsk direktør Fred A. Mürer

Vedlegg

Saksutredning – vedlegg 1: Russtillinger

For budsjettåret 2006 ble vår budsjettramme fra Helse Nord RHF styrket med 1.3 mill. kr. til rusarbeid. Under behandlingen av budsjett 2006 ble dette lagt til styrking av gjestepasientbudsjett - rus, slik at rammen for dette kostnadsstedet ble 6.619 mill. kr.

Faggruppe psykiatri har foreslått å bruke 1,0 mill. kr. av den nevnte styrkingen av budsjettet i stedet til opprette 3 nye årsverk for ruskonsulenter i Helgelandssykehuset, 1 ruskonsulent ved hver av DPS'ene. Pr. i dag er bemanningen med ruskonsulenter hhv. Mo i Rana 2, Mosjøen 2, Ytre Helgeland 1.

Dette vil være i tråd med nasjonale og regionale føringer om styrking av tilbudene for pasienter med rusmiddelproblematikk. I styringsdokumentet bestilling 2006 er det også fremhevet prioritering av tilbud til rusmisbrukere og mennesker med psykiske lidelser.

Målet med en slik omdisponering av midler er en reduksjon av gjestepasientutgiftene utover 1.0 mill, subsidiært at en unngår den forventete økning i utgiftene.

Regnskap 2005 gjestepasienter rus viser et overskudd på 3.484 mill. kr. mot budsjett 5.273 mill. kr. I budsjettet er det lagt inn 6.619 mill. kr. Hvis budsjettet på 6.619 mill. kr. reduseres med 1.030 mill til 5.586 mill, og gjestepasientforbruket forblir uforandret, vil det fortsatt være et overskudd.

Oversikten over gjestepasientutgifter rus regionalt viser at Helgelandssykehuset har betydelig lavere gjestepasientkostnader enn de øvrige foretak i regionen. Årsakene til dette er sammensatte, men kan ha sammenheng med organiseringen av rusarbeidet i poliklinikkene i helseforetaket. Helgelandssykehuset har god erfaring med en modell der ruskonsulentene i poliklinikken har et nært samarbeid med kommunehelsetjenesten omkring pasienter med psykisk lidelse og omfattende rusmisbruk.

Ved å styrke poliklinikkene med flere russtillinger vil en også kunne bistå kommunene på en bedre måte i etablering av gode behandlings- og omsorgstilbud på riktig behandlingsnivå gjennom mer ambulant jobbing (ambulante team).

Når det gjelder krav til aktivitet knyttet til en slik ruskonsulentstilling er det som for andre fagstillinger i poliklinikken lagt til grunn en forventning om minst 3 konsultasjoner pr. dag. Dette er et nasjonalt krav som er fulgt opp i bestillerdokumentet til Helgelandssykehuset de siste årene.

Dagens ruskonsulenter er avlønnet fra kr. 320.000-338.000 avhengig av kompetanse, inkl. sosiale utgifter kr. 400.000-420.000. Følgende er lagt til grunn for finansiering av en nyopprettet ruskonsulentstilling ved den enkelte enhet:

Fordeling av 1.030.mill.kr. til den enkelte enhet:	kr 343.000
Refusjon pr. timeverk ansatt i fagstilling	" 76.000
Refusjon utredning/behandling	" 68.000
Sum	kr 487.000

Som det fremgår vil en med dagens polikliniske takster og forventet aktivitet i stillingen kunne finansiere en økning på 3 årsverk ved de psykiatriske enhetene. Det vil imidlertid bli holdt fokus på utviklingen i gjestepasientutgiftene.

Saksbehandlere: Medisinsk direktør Fred A. Mürer etter innspill fra faggruppe psykiatri

Saksutredning – vedlegg 2: Rusenhet

I vår høringsuttalelse til RHF-handlingsplan for rusfeltet 2005-2008 ble det påpekt at Helgelandssykehuset HF i sammenheng med rusomsorgen er en utkant. Helgelandssykehuset HF er fortsatt ett av helseforetakene uten rusinstitusjon og nærmeste tilbud er i Narvik. Dette temaet ble også tatt opp i budsjettmøtet med Helse Nord RHF 27.05.05 og etter avtale oversendes en sak om dette.

Bakgrunn

Det er fortsatt for dårlig kapasitet for utredning av rusproblematikk. Ventetiden for utredning er opptil 6 måneder ved Nordlandsklinikken. Legger en til ventetiden for behandling etter utredning, kan resultatet i verste fall bli fatalt. Spesielt når det gjelder barn og unge – aldersgruppen 15-20 år – er rask inngripen helt avgjørende for utfallet. I denne gruppen er bruk av rusmidler som kjent eksploderende.

Det forventes et økende behov for institusjonsbasert rusbehandling særlig fordi disse pasientene er kommet inn under "Lov om pasientrettigheter". I økende grad forventes de å få rett til nødvendig helsehjelp. Av den grunn er det også viktig å ha utrednings- og behandlingstilbud i eget helseforetak.

Helgelandssykehuset HF kjøpte i 2004 institusjonsbehandling innenfor rus for 1.965.000 kroner, hvorav 251.000 kroner utenfor regionen. I tillegg kommer transportutgifter. I tråd med den nevnte utvikling forventes det en økning av utgiftene til rusbehandling. Med de lange ventetidene i regionen vil økningen komme som gjestepasientutgifter hvis det ikke settes inn lokale tiltak. Helgeland med sine 18 kommuner har svært ulik og til dels mangelfull kompetanse og ressurser til rusarbeide. Rana kommune skiller seg imidlertid ut med en godt etablert behandlingsenhet både når det gjelder rus og psykiatri.

De psykiatriske sentrene i Helgelandssykehuset HF har i dag til sammen 2 ruskonsulenter. I de psykiatriske sentrene vil oppgaver innen rusarbeide ofte konkurrere med og integreres i allmennpsykiatriske oppgaver. I en utredning laget av ruskonsulenter i Helgelandssykehuset HF i 2004 går således fagmiljøet inn for rusteam ved de 3 enhetene.

Rusenhet

I den samme utredningen går fagmiljøet videre inn for å styrke rusarbeidet i sykehuset med bl.a. en "utrednings- og motivasjonsenhet". Tanken bak dette forslaget er: Søknader fra sosial- og kommunehelsetjenestene til rusbehandling er av varierende kvalitet. Selv om det gis fylldige opplysninger, vet man imidlertid ofte for lite om psykologisk, somatisk og sosial status til å velge noenlunde sikker diagnose og dermed velge riktig behandling og behandlingssted. Det er svært vanskelig å treffe gode diagnoser i en poliklinisk setting.

Man trenger skjerming fra rus, sikre observasjoner og gode uredninger i et kompetent miljø. Etter rusreformen hvor ruspasienter fikk pasientrettigheter, kan vi som kjent ikke avvise søknader på grunn av at de er for mangelfulle, men er pålagt selv å utrede.

Det er vanlig å betrakte pasientens motivasjon som en del av behandlingen og som en nødvendig faktor for å endre sitt forhold til rus. Lang ventetid kan som kjent være ødeleggende for motivasjonen og dermed et alvorlig hinder for behandlingen. De psykiatriske sentrene er i dag utredningsenheter for Helse Nord. Med de ressursene som finnes, er mulighetene for å lage så gode utredninger at man velger riktig behandling begrensede.

Det er behov for en sengeenhet med nærhet til nødvendig kompetanse for somatisk, psykologisk og sosial utredning. Nærhet til og etablert samarbeid med de kommunale tjenestene i området. Og mulighet til å ta pasientene inn mens motivasjonen er tilstede. En slik enhet vil også kunne tilby behandling avhengig av kompetanse.

Fagmiljøet i Helgelandssykehuset HF ønsker en slik sengeenhet lokalisert til Mo i Rana der bl.a. rusproblemene er store (økende problem i industribyer) og på grunn av det etablerte samarbeidet mellom Psykiatrisk Senter ved sykehuset og fagmiljøene innen russektoren i Rana kommune.

En slik sengeenhet bør ha 6-8 heldøgns plasser og et antatt og nøkternt bygningsmessig behov på omlag 500 m²-600m².

Løsningsforslag

Det skisseres 2 mulige løsninger

- Leie: 600 m²
- Investering: 500 m²

Leie: 600 m ²	Årlig kostnad	Kommentar
Personell og drift	6,50 mill. kr.	Antall ansatte: 11,5
Husleie	0,60 mill. kr.	Leie: Kr. 1.000 * 600 m ² = Kr. 600.000
Sum	7,10 mill. kr.	

Fordelen med leie er som kjent at en unngår å belaste trange investeringsrammer. Utfordringen er å finne egnede lokaler med egnet plassering. Ulempen med leide lokaler vil kunne være avstanden til etablerte fagmiljø i Psykiatrisk Senter og ved somatiske avdelinger ved sykehuset.

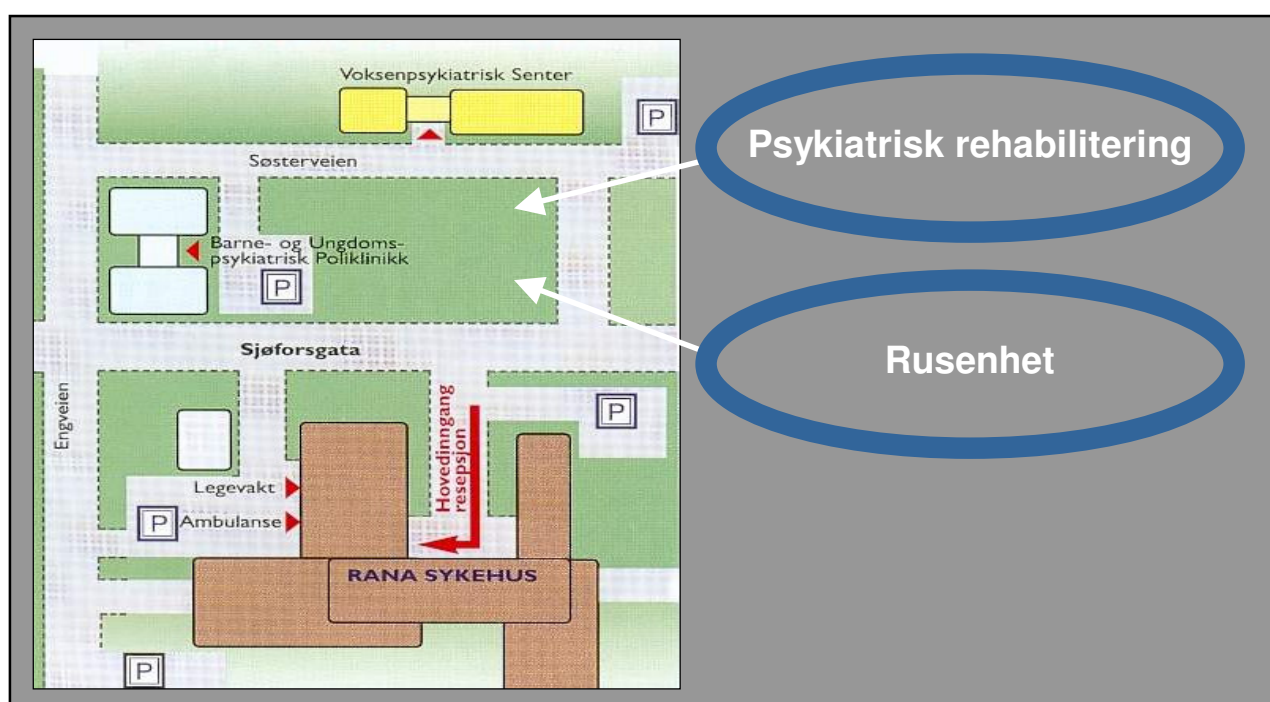
Investering: 500 m ²	Årlig kostnad	Kommentar
Personell og drift	6,50 mill. kr.	Antall ansatte: 11,5
Avskrivning	0,25 mill. kr.	Investering: Kr. 20.000 * 500 m ² = Kr. 10.000.000 / 40 år = Kr. 250.00
Sum	6,75 mill. kr.	

Fordelen med investering er først og fremst bedre utnyttelse av fagmiljøet i Psykiatrisk Senter og ved somatiske avdelinger ved sykehuset ettersom et nybygg kan lokaliseres på sykehustomta. Aktuell tomt her er i tilknytning til nybygget – sengepost – for psykiatrisk rehabilitering som er under ferdigstilling (omstrukturering av Ytteren Psykiatriske Sykehjem). Dette gir også mulighet for felles bruk av arealer med ekspedisjon, møterom osv. som reduserer realbehovet fra 600 m² til 500 m² (se illustrasjon under).

Oppsummert

Vi forventer at denne stasjonen vil gi et bedre tilbud til pasientene på Helgeland og styrke fagmiljøet i Helgelandssykehuset HF. Helseforetaket har som kjent relativt begrensede tilbud i foretaksgruppen og dette tiltaket vil være et skritt i retning av større likeverdighet i helseregionen. Det økonomiske perspektivet er at dette tiltaket vil bidra til å redusere en forventet økning i både gjestepasient- og syke-transportkostnader i årene framover. Det alene kan komme til å forsvare en satsning som skissert over.

Saksbehandlere: Medisinsk direktør Fred A. Mürer etter innspill fra faggruppe psykiatri



Saksutredning – vedlegg 3: MR-maskin

Sykehusenheten i Mosjøen har tatt opp investering i ny MR-maskin pga. tiltagende driftsproblemer med den nåværende maskinen. Investeringen var opprinnelig satt på investeringsbudsjettet i 2008 og er foreløpig ikke realitetsbehandlet i styret, men i forlengelsen av budsjettbehandling 2006 er det nå bedt om fremskynding til inneværende år.

MR: Forkortelse for Magnetic Resonance Imaging, en billedfremstillingsteknikk der det i motsetning til CT eller andre røntgenundersøkelser ikke anvendes ioniserende stråling, men magnetfelt og radiobølger.

Kort om arbeidsdeling i somatikk

Det vises til arbeidsdeling omhandlet i budsjettsaken. Alle 3 sykehusenhetene har indremedisinsk avdeling med akuttberedskap.

Mo i Rana har akuttberedskap i generell kirurgi og i tråd med vedtak i Helse Nord RHF ansvaret for den ortopediske virksomheten i helseforetaket, inkludert akuttberedskap i ortopedi. Inntil den akuttkirurgiske beredskapen endres i Mosjøen i 2006, drives det både elektiv og akutt ortopedi i Mosjøen. Mo i Rana har også foretaksfunksjon i revmatologi.

Mosjøen har akuttberedskap i generell kirurgi frem til ca. 1.10.2006. Etter den tid vil akuttberedskapen i kirurgi bortfalle. Den kirurgiske virksomheten vil da være dagkirurgi/poliklinikk som kan drives uten kirurgisk vakt etter dagtid, ca. kl 18. Mosjøen har foretaksfunksjon innen nevrologi.

Sandnessjøen har akuttberedskap i generell kirurgi og foretaksfunksjon i ØNH og fysikalsk medisin/rehabilitering.

Alle 3 enhetene har røntgenavdelinger med konvensjonell røntgen, ultralyd og CT. Mo i Rana og Mosjøen har MR og Sandnessjøen har mammografi.

Dagens situasjon mht. MR

Sykehusenheten i Mo i Rana har en 1,0 Tesla MR-maskin fra 2001 (finansiert med ca. 1/3 av en lokal sykehusaksjon).

Sykehusenheten i Mosjøen har en 0,5 Tesla maskin fra 1991 som i 2001 ble overtatt fra daværende Regionsykehuset i Tromsø. Maskin og installasjon ble gitt som en gave fra en lokal sykehusaksjon, og selv om dette ikke var i henhold til gjeldende planer, var Fylkesrådet positiv til at MR-maskin ble gitt og installert under forutsetning av at utstyr og investering i sin helhet ble dekket innenfor sykehusets budsjett.

Investeringer i ny MR-maskin var opprinnelig fra Mosjøen satt opp i 2008, men er ikke realitetsbehandlet. Da det imidlertid nå er tiltagende driftsproblemer med den nåværende maskinen, og nye reservedeler ikke lenger kan skaffes, men må hentes fra andres "kondemnerte" utstyr, er det fremmet forslag fra sykehusenheten i Mosjøen om at denne investeringen fremskyndes til 2006.

Antall MR-undersøkelser i helseforetaket fremgår av følgende tabell:

	2005	2004
Mo i Rana	2.861	3.340
Mosjøen	2.160	2.103
Sum	5.021	5.443

Ca. 50% av undersøkelsene i Mosjøen 2005 var hode-, nakke- eller ryggundersøkelser (nevrologiske problemstillinger).

Ventetidene pr. mars 06 er moderate, 3-4 uker i Mo i Rana, 5 uker i Mosjøen, og de er kortere enn ved Nordlandssykehuset som har 7 uker.

Det er således ikke grunn til å anta at "lekkasjen" til Nordlandssykehuset er særlig stor. Det arbeides med å skaffe oversikt over antall undersøkelser utført ved Nordland Medisinske Senter i Bodø og Helse Nord-Trøndelag Namdal for pasienter fra Helgeland.

Antall undersøkelser har altså ikke vært økende de siste år, og med dagens ventetider er det grunn til å tro at behovet i dag er dekket noenlunde. Antallet MR-undersøkelser vil nok imidlertid gå opp noe i fremtiden med bakgrunn i tilrådninger bl.a. fra Radiologforeningen om at MR i større grad bør erstatte CT. Dette burde imidlertid føre til en reduksjon i antall CT-undersøkelser og dermed omtrent økonomisk nøytralt.

Det pågår videre en diskusjon om overforbruk av MR, spesielt på ortopediske tilstander, jfr. Nasjonal strategigruppe for prioriteringer. Med en viss nettoøkning og at en del gjestepasienter hentes hjem, settes et fremtidig behov til ca. 6.000 undersøkelser pr. år de neste 5-10 år.

Alternativer

I forbindelse med behandling av budsjett 2006 diskuterte faggruppen radiologi i helseforetaket fremtidig MR-investeringer, og konkluderte med at det burde være MR-teknologi ved alle 3 sykehusenhetene. Det var ikke enighet om hvilken av sykehusenhetene Mosjøen eller Sandnessjøen som burde prioriteres for den neste MR-maskinen,

Ved planlegging av fremtidige MR-investeringer gis det flere alternativer:

- 1) *Ikke investere i en ny MR-maskin hverken i Mosjøen eller Sandnessjøen, og basere seg på at Mo i Rana i det vesentlige dekker behovet.* Ved en økning av legebemanningen med 1 overlege og en effektiv utnyttelse av maskinen vil det kunne utføres ca. 5.000 undersøkelser/år. Forutsetningen for dette er imidlertid også en investering i digital kombinert lab. som modernisering av skjelett- og gjennomlysningslaboratorium, kostnadsberegnet til ca. 6,5 mill kr. Én MR-maskin i helseforetaket ville være i tråd med å samle spesiell kompetanse og teknologi der befolkningsgrunnetilsier dette. Det vil imidlertid da fortsatt være behov for ca. 1.000 undersøkelser utenfor foretaket. Dette vil kunne påføre helseforetaket økte transportkostnader på ca. 1,5-1,8 mill. kr, men dette vil være avhengig av kapasitet/ventetider i forhold til tilbud andre steder.
- 2) *Investere i ny MR-maskin enten i Mosjøen eller Sandnessjøen.* Begge sykehusenhetene har fremmet argumentasjon for lokalisasjon til ledergruppen. De faglige argumentene er ikke knyttet til investering av én maskin, men de økonomiske beregningene tar lokalisasjon ett sted (i tillegg til Mo i Rana) som utgangspunkt. Økonomien er beregnet med utgangspunkt i innspill fra Mosjøen.

Utviklingen i andre helseforetak i regionen kan tilsi at Helgelandssykehuset skulle kunne ha 2 MR-maskiner i foretaket.

Lokalisasjon i Mosjøen

Faglige argumenter

- Oppbyggingen av et stabilt MR-tilbud over de siste 4,5 år. Ved at alle radiografene har MR-kompetanse, kan avdelingen ha en fleksibel bruk av personalet. Denne fleksibiliteten, og resultatet av at avdelingen er blitt digitalisert, medfører bemanning nå omtrent som før MR ble installert. Avdelingen anfører at man er avhengig av de stillingene som man nå benytter for å kunne betjene alle 4 laboratoriene samt ha en forsvarlig 6 ukers turnus.
- Nevrologi: Et godt MR-tilbud er avgjørende for nevrologitilbudet. Dagens gamle MR har begrensninger i forhold til optimale undersøkelser. Nyinvestering støttes av nevrologene fra Tromsø som utgjør en del av nevrologitilbudet.
- Gastroenterologi: Økt aktivitet ved gastroenterologisk poliklinikk. Med dagens maskin kan det ikke gjøres galleveisundersøkelser som mer og mer erstatter tidligere endoskopisk diagnostikk (ERCP).
- Kirurgi/ortopedi: Viktig hjelpemiddel i urologisk diagnostikk og også innenfor ortopedi (knelidelser). Dette vil også være aktuelt etter omlegging av kirurgisk akuttberedskap.
- Rekruttering: MR-teknologi vil styrke rekrutteringsmuligheter for leger og radiografer.
- Styrking av sykehusets bredde og renommé.

Økonomi

I 2005 hadde sykehusenheten i Mosjøen inntekter på anslagsvis 2,4 mill. kr. på MR, henholdsvis 2 mill. kr. i refusjon og 0,4 mill. kr. i egenandeler (ca. 2.000 undersøkelser).

Takstene ble nedjustert (halvert) 1. september 2005, men det er ingen signaler om videre endringer. Inntektspotensialet med dagens maskin er i dag ca. 1 mill. kr. årlig + egenandeler på ca. kr. 0,4 mill. kr. Med forsiktighet i anslaget på økning av pasienter og antatt undersøkt 2.250 med den nye MR maskinen pr. år, vil RTV inntektene bli på ca. 1,125 mill. kr. + egenandeler på ca. kr. 0,45 mill. kr.

Transportkostnader med å sende pasienter til Bodø og Mo i Rana dersom MR maskinen i Mosjøen ikke erstattes: Ca. 1.000 pasienter til hvert sted der 20 % reiser med fly og 80 % reiser med tog. Med diett og taxi blir dette ca. 1,8 mill. kr. år. (snittpris pr. reise er oppgitt fra Trygdeetaten høsten 2005). Bodø er valgt som eksempel fordi Helse Nord RHF har inngått avtale med Nordland Medisinske senter om MR-undersøkelser. Reiseutgifter til evt. Trondheim blir tilsvarende. I tillegg kommer økte transportkostnader for pasienter som må øke antall konsultasjoner hos spesialist på sykehuset i Mosjøen fordi sykehuset ikke har MR.

På investeringssiden er det kalkulert med en 1,5 Tesla-maskin der innhentede foreløpige priser varierer mellom 9,3-11,6 mill. kr. inkl. alle omkostninger ved anskaffelse. Avskrivning over 10 år og årlig rentebelastning ca. 0,2 mill. kr.

MR – økonomiske betraktninger				
	2005	2006	v/ny MR	Ikke MR
Kontrast	90 000	90 000	90 000	0
Helium	105 000	110 000	60 000	0
Serviceavtaler 1)	298 100	298 100	300 000	0
Årlig avskrivning			1 100 000	0
Rentebelastning			200 000	
Sum kostnader	493 100	498 100	1 750 000	0
Refusjon	2 000 000	1 000 000	1 125 000	0
Egenandeler	400 000	400 000	450 000	0
Sum inntekter 2)	2 400 000	1 400 000	1 575 000	0
Netto inntekter pr. år	1 906 900	901 900	-175 000	0
Økte transportkostnader 3)				1 840 000
Økte transportkostnader for 1/3 av nevrologipasientene 4)				400 000
Kjøp MR-undersøkelser v/ NMSR 1.000 (MIR 1.000) 5)				1 147 500
Sum tap og økte utgifter				3 387 500

1) Servicekostnadene er avhengig av forhandlinger. 1. år ingen servicekostnader

2) Refusjon: Takstene for alle røntgenundersøkelser ble halvert fra 1/9-05

3) Transportkostnader 1.000 pasienter kr. 1440,- og 1.000 pas. kr. 400,

4) Økt transportkostnader nevrologipasienter (2400/3)= 800 pas. kr. 500

5) Jfr. avtale mellom Helse Nord RHF og NMSR

De 2 siste beløpene 4) og 5) er usikre:

4) Uten ny MR kan det imidlertid komme økte utgifter til transport og gjestepasienter for pasienter med nevrologiske lidelser som får utført MR-undersøkelser og nevrologikonsultasjon samme sted utenfor helseforetaket.

5) Hvis disse 1.000 pasientene undersøkes ved andre helseforetak i stedet for v/NMSR, bortfaller beløpet.

Driftsregnskapet inkludert avskrivninger/rentebelastning må ses i forhold til evt. transportutgifter på økte ca. 1,8 mill. kr. og således kan investeringen forsvares selv om driftsregnskapet vil vise underskudd.

Lokalisasjon i Sandnessjøen

Faglige argumenter

- Røntgenavdeling med bred kompetanse med 2 faste radiologer. MR vil styrke rekruttering av radiografer og leger.
- Opprettholdelse av bred generell kirurgisk virksomhet ved sykehuset, akutt og elektivt.
- Kirurgisk gastroenterologi med galleveisutredning (MRCP til erstatning for ERCP), og cancerutredninger.
- Gynekologi med cancerutredninger.
- Avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering (foretaksfunksjon) med pasienter med sykdommer i bevegelsesapparatet og nervesystemet.
- Sandnessjøen har 2 pediaterstillinger og innenfor pediatri er det særlig viktig å erstatte CT med MR for å redusere stråledosene.
- Økt behov for MR innen ØNH.
- Styrking av sykehusets bredde og renommé.
- Størst potensiale i Sandnessjøen for å hente hjem gjestepasienter.

Økonomi

Det er ikke gjort detaljerte kalkyler mht. lokalisasjon i Sandnessjøen, men jevnført med kalkylene fra Mosjøen vil investering i Sandnessjøen redusere interne transportkostnader noe, da befolkningsgrunnlaget er større enn i Mosjøen (under forutsetning av at nevrologipasienter fra Sandnessjøen-området får gjort sine MR-undersøkelser der). Det kan muligens hentes hjem flere pasienter fra Ytre-Helgeland som i dag blir undersøkt i Namsos. Det må imidlertid investeres bygningsmessig i tillegg til selve MR-maskinen. En investering man vil slippe i Mosjøen. Dette utgjorde i 2001 ca. 1 mill. kr. I dag ca. 1,5 mill. kr?

Hvis denne investeringen aktiveres, og transportutgifter for gjestpasientutgifter tas med, vil den sannsynlige økonomiske forskjellen mellom investering ved ett av de 2 sykehusenhetene ikke være stor, og vil kunne forsvares når den ses i forhold til transportutgifter for pasienter som reiser ut av foretaket.

I disse oversiktene er det ikke tatt med utgifter til kompetanseoppbygging i Sandnessjøen, noe man slipper i Mosjøen, og de negative effekter, ekskl. økonomi, det vil ha for Mosjøen å miste det tilbudet som er opparbeidet.

- 3) *Investeringer i ny MR-maskin begge steder.* Skulle man i tråd med faggruppens tilrådinger investere i ny MR-maskin både i Mosjøen og Sandnessjøen, ville dette medføre investeringskostnader i størrelsesorden 20-22 mill. kr. med årlige avskrivningskostnader for helseforetaket på 2,0-2,2 mill. kr. og rentebelastninger på gjennomsnittlig ca. 0,4 mill.kr./år.

Dette ville minimalisere reiseutgiftene internt i helseforetaket, og det ville kunne hente tilbake noen pasienter på Ytre-Helgeland. Med ventetidene i andre helseforetak vil det imidlertid være for risikabelt å regne med å kunne hente "gjestepasienter" fra andre sykehusområder. Hvis man legger ca. 6.000 undersøkelser totalt til grunn i hele foretaket og fordeler dette etter den relative befolkningsmengden vil antall undersøkelser ved de 3 enhetene være:

- Mo i Rana: 2.600 (43,8%)
- Mosjøen 1.300 (21,8%)
- Sandnessjøen 2100 (34,6%).

Om det legges økning til 7.000 undersøkelser (altså 40% over dagens nivå) til grunn, vil det fortsatt ikke være god utnyttelse av 3 maskiner.

Siden investering i MR-maskin(er) dreier seg om store investeringer og er av betydning for hvordan Helse Nord prioriterer sine samlede utstyrinvesteringer, har saken også vært drøftet med administrasjonen i Helse Nord.

Det konkluderes med at det er fortsatt behov for 2 MR-maskiner i Helgelandssykehuset som bør lokaliseres ut fra faglige og kostnadmessige hensyn, men at man ikke kan se at det er behov for 3 maskiner. Det påpekes at det vil påløpe bygningsmessige kostnader i Sandnessjøen i tillegg til investeringer i selve maskinen, og at det vil være naturlig å knytte MR-maskinen til det nevrologiske tilbudet i foretaket, noe som taler for fortsatt lokalisasjon i Mosjøen.

Konklusjon

Det anses under tvil for å være behov for 2 MR-maskiner i Helgelandssykehuset, 1 maskin i tillegg til maskinen i Mo i Rana.

Siden det ikke er sikre indikasjoner på store kostnadmessige forskjeller på lokalisasjon enten i Sandnessjøen eller i Mosjøen, legges det vekt på tilknytningen til foretaksfunksjonen i nevrologi, den kompetansen som er bygd opp i Mosjøen, og de negative effektene som en evt. avvikling av tilbudet vil gi i Mosjøen. Anbefalingen er således at det gis anledning til å investere i ny MR-maskin i Mosjøen.

Det forutsettes imidlertid at oppgavefordelingen mellom enhetene tydeliggjøres slik at man kan effektivisere ressursbruken innenfor radiologi og tydeliggjøre kompetanseprofilen til enhetene. For eksempel vil Mosjøen vil kunne forestå vesentlige deler innenfor nevrologisk diagnostikk, mens Mo forestår vesentlige deler innen ortopedisk diagnostikk.

Investering i ny MR ved sykehuset i Mosjøen i 2006 er videre en betydelig belastning på investeringsbudsjettet. Sykehusenheten vil måtte tilpasse nivået på investeringer i 2007 og 2008 til denne investeringen.

Saksbehandlere: Medisinsk direktør Fred A. Mürer og avdelingsdirektør Mosjøen Jan Inge Pettersen samt innspill fra avdelingsdirektør Sandnessjøen Ivar Johan Kirkfjell og avdelingsdirektør Mo i Rana Per Martin Knutsen.

Saksutredning – vedlegg 4: Ambulanseovertakelse

I saken redegjøres det for oppfølging av arbeidet med ambulansetjenesten i Helgelandssykehuset etter RHF-styrets behandling av sak 06/2006 Utvikling av ambulansetjenesten. Selv om strukturen i ambulanseplanen i store trekk foreligger, har framtidig eier-/drivermodell vært avhengig av konklusjonene i RHF-saken. Styrevedtaket her innebærer at helseforetakene skal overta bilambulansetjenesten fra de private driverne når eksisterende avtaler løper ut, noe som i vårt tilfelle vil være aktuelt fra 01.12.06. Videre fastslår vedtaket at rekruttering skal skje innenfor de tilgjengelige økonomiske rammene i foretakene. Dette siste vil bli en meget stor utfordring for Helgelandssykehuset.

Status

Gjeldende ambulanseplan er styrebehandlet i flere omganger. Helgelandssykehusets styre sluttet seg til de faglige premissene og strukturelle forslagene relatert til bilambulansen i møte 06.06.05, sak 27/2005. På samme møte ble også forslaget til hovedstruktur på båtambulansen vedtatt, bortsett fra områdene Vega, Brønnøy m.v. Senere har saken vært behandlet i styremøte 12.09.05 og 27.02.06, i tillegg til at sak om utvikling av ambulansetjenesten i Helse Nord altså ble behandlet i styremøte 19.-20.12.05.

I det følgende belyses status for henholdsvis båtambulanse og bilambulanse.

Båtambulansen

Foretaket har i dag 8 skyssbåter som utfører ambulanseoppdrag. Ifølge vedtatt struktur skal disse reduseres til 6, hvorav 2 skal være nye båter bygget etter nærmere spesifikasjoner for ambulansebåter.

Bindal

Det er inngått ny avtale med Bindal kommune som avtalepartner. Kostnadene for helseforetaket er i henhold til denne avtalen kr. 800.000 mot tidligere nettoutgift på kr. 1.500.000. Man er i forhandlinger med Bindal kommune om reduisering av vaktberedskapen på natt. Inntil dette er avklart løper overnevnte avtale videre.

Brønnøy

Her arbeides det med etablering av felles ambulansestasjon for båt og bil med Brønnøy kommune som avtalepart. Foretaket har mottatt forslag om lokalisering og fristilling av areal for stasjonen, og det er berammet møte i saken like over påske.

Vega

I styremøtet 12.09.05 ble det vedtatt inngåelse av avtale med eier av båten på Vega om overgang til dagbåt, mens iverksetting av vedtatte endringer for øvrig skulle vurderes på grunnlag av endelig behandling av ambulansetjenesten i Helse Nord's styre.

I ettertid har det fra Vega kommunes side vært reist krav om skyssbåt med døgnberedskap. Det har i den forbindelse vært avholdt møte 01.11.05 mellom helseforetakets styreleder, administrasjon og representanter fra Vega kommune. Her ble det konkludert med videreføring av eksisterende ordning (med ny driver fra 01.01.06) i påvente av endelig styrebehandling i Helse Nord 06.02.06 om videre utvikling av ambulansetjenesten.

Midlertidig avtale er inngått med lokal driver. I forhold til denne avtalen dekker Vega kommune opp bemanningsbehovet når ambulansepersonell følger båten. Dagens midlertidige avtale innebærer døgnberedskap, og kostnadene er ca. 2.200 000 kr pr. år, mens vedtatt budsjett er 1.700.000.

Tjøtta

Alstahaug kommune solgte ved årskiftet 2005-06 båt og avtaleportefølje til private drivere. Nå gjeldende midlertidige avtale er liklydende med samme som tidligere var inngått med Alstahaug kommune. Foretakets kostnader er ca. 3.500.000 kr pr. år. I lys av etablering av ambulanse-stasjon i Brønnøy, vil det på sikt være aktuelt å flytte denne båten fra Tjøtta til Brønnøysund.

Aktiviteten i Tjøttabassenget har økt med nærmere 25% i 2005. En sannsynlig følge av dette, er at foretaket har hentet flere pasienter fra Sør-Helgeland som alternativt ville gi gjestepasientutgifter.

Dønna

En midlertidig ambulansestasjon ble etablert på Bjørn 01.02.06 og både båt- og bilambulanser er stasjonert her. Her avventes leietilbud for permanent stasjon bygd av Dønna kommune. Nåværende midlertidige stasjon er klargjort for å ta imot båt for dekning av området Herøy – Dønna – Nesnaøyene.

Herøy kommune har imidlertid motsatt seg å flytte ambulansebåten "Herøygutt" til den nyopprettede ambulansestasjonen på Dønna. Fram til nå har man hatt en midlertidig avtale med driver på Nesna for å dekke dette området. Denne avtalen er nå sagt opp av driver, og det etablert kontakt med alternative drivere med sikte på å få ambulansebåt på plass innen 01.05.06. Det må så inngås en midlertidig avtale i påvente av formell konkurranseutsetting og gjennomføring av anbudsprosess for ny båt, og forutsetningen vil være at båten stasjoneres på Dønna. Når denne avtalen er gjort, vil kontrakten om ambulansebåt med Herøy kommune opphøre.

Lurøy og Rødøy

Her er forholdene uendret. Foretaket avventer forøvrig situasjonen med tanke på mulig framtidig legevaktsamarbeid mellom kommunene. I dagens situasjon brukes båtene i større grad av kommunene som legeskyssebåt, og foretakets utgifter er tilsvarende lavere enn for øvrige båter.

Træna

Foretaket har fortsatt avtale relatert til samfunnsbåt. Det er imidlertid tatt initiativ til et møte med Redningsselskapet om et mulig framtidig samarbeid. Etter at ny båt er på plass på Bjørn, vil det være mulig å forsterke ambulansedekningen av Træna ved motkjøring av båt fra Bjørn til Lovund og omlasting av pasient her.

Oppsummert

På de områder der det er foretatt endringer (Bindal og Vega), foreligger det besparelser, selv om kostnadene enda ikke er lik budsjett. En har imidlertid ikke realisert planlagt innsparing ved etableringen på Dønna. Dette skyldes at man hittil har vært nødt til å opprettholde båtavtalen med Nesna, i tillegg til Herøy, for å dekke Dønna, Herøy og Nesnaøyene.

Bilambulansen

Innen kontraktene utløper 01.12.06 skal helseforetaket overta ansvaret for tjenesten på de 9 stasjonene som i dag drives privat. Dette innebærer utfordringer relatert til:

- informasjon og løpende dialog med de respektive kommunene og drivere,
- avklaring av regler for tilsettinger og evt. overtakelse av personell og materiell
- driftsøkonomi
- investeringer

Pr. dato drives bilambulansen som før, med unntak av etablering av ambulansestasjonen på Bjørn (Dønna-Herøy). Her er det etablert fast vakt på vaktrom. Øvrige faste stasjoner er lokalisert til Mo, Mosjøen og Sandnessjøen.

Bilambulanser i egen drift går pr. d.d. i balanse. Vedtatt nedlegging av bil nr. 3 i Mosjøen er effektivert som innsparingstiltak.

Organisering av det videre arbeidet og framdriftsplan

Med utgangspunkt i RHF-vedtak i sak 06/06, har foretaksledelsen – som styringsgruppe, etablert en arbeidsgruppe med følgende mandat:

- Arbeidsgruppen gis i oppdrag å utrede ny tjeneste for distriktsambulansene basert på dagens anbudsutsatte bilambulansetjeneste.
- Arbeidsgruppen bes framlegge nytt organisasjonskart for ambulansetjenesten – bil, båt, helikopter og fly. Tjenesten skal være organisert under driftsorganisasjonen for ambulanse- og nødmeldetjenesten.
- Arbeidsgruppen skal forberede og gjennomføre anbudsutsettelse av ambulanse-/skyssebåter.
- Arbeidsgruppen rapporterer hver 14. dag skriftlig til styringsgruppen.

Planperioden for oppgavene er 20.02.06 – 30.11.06.

Gruppen består av ambulansesjef, stasjonsledere i Mo, Mosjøen og Sandnessjøen, samt driftsorganisasjonens spesialrådgiver. Øvrig kompetanse innkalles ved behov, bl.a. personal- og organisasjonsavdelingen, økonomiavdelingen, innkjøpsleder, teknisk personell, IKT-kompetanse og kvalitetsleder. Ambulansesjef Odd Magne Rønning leder gruppen.

Arbeidsgruppen har etablert en detaljert framdriftsplan og framdriften så langt er i henhold til denne, bl.a.

- utarbeiding av nytt organisasjonskart for tjenesten,
- klargjøring og ekspedisjon av konkurranse-/anbudspapirer for nye ambulansebiler (i samarbeid med innkjøpsleder)
- møter med personal- og organisasjonsavdelingen for å avklare ansvarsforhold, framgangsmåte og videre framdrift for videre dialog og samarbeid med fagorganisasjoner angående godkjenning av arbeidsavtaler, turnusplaner og ansettelse,
- løpende økonomisk oversikt og planlegging relatert til ulike beredskapsmodeller og vaktordninger, bl.a. balansering av hjemmevaksordninger og innslag av aktiv vakt innenfor rammen av foreliggende forskrifter.

Personell

Omfanget av reformen innebærer nyansettelse av nærmere 40 personer for å dekke opp om vaktordninger/beredskap for bilambulansene i henhold til gjeldende forskrifter. I tillegg kommer båtambulansetjenesten. Det samlede antallet er avhengig av enighet om prinsipper for turnuser og vaktordninger.

Her pågår det forhåndsdrøftinger mellom ambulanseorganisasjonen – støttet opp av foretakets P/O-avdeling (jurist), og arbeidstakerorganisasjonene. Det vil bli utredet betydelig sambruk av personell internt i hele ambulanseorganisasjonen. Tilsetninger i henholdsvis bil- og båttjenesten vil kunne skje parallelt og etter stort sett samme mønster.

Endringene vil medføre økte kostnader, men det er for tidlig å gi eksakte opplysninger om hvor stor kostnadsøkningen vil bli i forhold til de reelle personellkostnadene ved dagens organisering.

Investeringsbehov

Inntil 9 biler trengs til de tjenester som overtas ved kommende årsskifte. Nye biler kan koste 1,2 millioner kroner pr. stk, til sammen 10,8 millioner kroner. Avskrivningstid vil være 7 år. En utreder nå mulighetene for å overta 4-5 brukte biler fra tidligere drivere. En blanding av nye og brukte biler vil kunne gi en gunstigere utgiftsfordeling og utskiftningstakt pr. år, enn om alle bilene skulle skiftes ut samtidig. Antatt investeringsbehov pr. 01.12.06 er minst likevel ca. 6 millioner kroner. Det vil bli laget en langsiktig økonomisk og administrativ plan for utskifting av rullende materiell og medisinsk utstyr.

Kravspesifikasjonene for nye båter vil være klar 01.05.06. Prosessen med utarbeidelse av disse er i gang med god progresjon. Ut fra dette forventes anbudspapirene utsendt innen 01.07.06. Det vil her være tale om 2 ambulansébåter, h.h.v. brukt i områdene Brønnøy-Tjøtta og Dønna-Herøy-Nesnaøyene. Dette er tunge investeringer (ca. 15 mill. kr. pr. båt). I henhold til føringene i RHF-vedtaket – oppfulgt i Helgelandssykehusets styre, skal ingen av disse båtene eies av Helgelandssykehuset. Hele den maritime driften av båtambulansetjenesten skal konkurranseutsettes. Den helsefaglige delen skal imidlertid ivaretas av Helgelandssykehuset.

Når det gjelder samlede investeringer og driftsøkonomi, er det ennå for tidlig å framlegge sikre anslag og prognoser.

Oppsummeringer

Restrukturering og overtakelse av ambulansetjenesten byr på store organisatoriske og økonomiske utfordringer. Arbeidet er derfor prosjektorganisert med foretaksledelsen som styringsgruppe, og med en arbeidsgruppe som foretar utredning, operativ planlegging og gjennomføring av arbeidet. Arbeidsgruppen har framlagt en milepælsplan for framdriften av arbeidet.

I mellomtiden gjennomføres ambulansetjenesten på grunnlag av tidligere inngåtte avtaler som i noen tilfeller er midlertidig forlenget i påvente av konkurranseutsetting og anbudsutlysning.

Saksbehandlere: Avdelingsdirektør Sandnessjøen Ivar Johan Kirkfjell og medisinsk direktør Fred A. Mürer