



Styresak 092-2016

Referatsaker til styret

Saksbehandler: Gro Ankill
Dato dok: 30.09.2016
Møtedato: 06.10.2016
Vår ref: 2011/2354

Vedlegg (t):

Innstilling til vedtak:

Styret tar saken til orientering.

Bakgrunn:

Følgende dokumenter legges frem som referatsaker for styret:

1. Protokoll styremøte Helse Nord RHF 2016.09.22
2. Protokoll fra drøftingsmøte med tillitsvalgte 2016.10.03
3. Protokoll fra drøftingsmøte med Hovedverneombud 2016.10.03
4. Protokoll fra AMU-møte 2016.09.21
5. Beregning av kostnader PCI, brev fra Helse Nord RHF 15.08.2016
6. Etablering PCI ved NLSH inkl rapport fra Sykehusbygg «Utredning av kostnad og plassering for PCI-aktivitet i Bodø», til Helse Nord RHF 30.09.2016

Presseprotokoll

Vår ref.:
2016/32-85/012

Referent/dir.tlf.:
Karin Paulke, 906 88 713

Sted/Dato:
Tromsø, 22.9.2016

Møtetype:	Styremøte i Helse Nord RHF
Møtedato:	22. september 2016 - kl. 8.30
Møtested:	Radisson Blu Hotel, Tromsø

Tilstede

Navn:	
Marianne Telle	styreleder
Inger Lise Strøm	nestleder
Fredrik Sund	styremedlem
Johnny-Leo Jernsletten	styremedlem - deltok ikke under behandling av styresak 101-2016, 102-2016, 106-2016 og 107-2016
Kari Jørgensen	styremedlem
Kari B. Sandnes	styremedlem
Line Miriam Sandberg	styremedlem
Sissel Alterskjær	styremedlem
Svenn Are Jenssen	styremedlem
Arne Ketil Hafstad	observatør fra Regionalt brukerutvalg

Forfall

Navn:	
Arnfinn Sundsfjord	styremedlem

Fra administrasjonen

Navn:	
Lars Vorland	adm. direktør
Karin Paulke	stabsdirektør
Geir Tollåli	fagdirektør
Hilde Rolandsen	direktør for eieravdelingen
Siw Sandvik	kommunikasjonsdirektør
Hege Knoph Antonsen	internrevisor

Styresak 101-2016 Godkjenning av innkalling og saksliste

- Sak 101-2016 Godkjenning av innkalling og saksliste
- Sak 102-2016 Godkjenning av protokoll fra styremøte 31. august 2016
- Sak 103-2016 Sivilombudsmannens besøksrapport 26. til 28. april 2016 - Universitetssykehuset Nord-Norge Åsgård - oppfølging av styresak 98-2016/2, sak d)
Saksdokumentene var ettersendt.
- Sak 104-2016 Helgelandssykehuset 2025 idéfase - kriterier for valg av lokalisering og tomt for sykehusbygg på Helgeland, oppfølging av styresak 136-2015
- Sak 105-2016 Helgelandssykehuset 2025 - utredning av alternativer
Saksdokumentene var ettersendt.
- Sak 106-2016 Regional handlingsplan for rekruttering, oppfølging av styresak 20-2014 og 53-2016
- Sak 107-2016 Virksomhetsrapport nr. 8-2016
Saksdokumentene var ettersendt.
- Sak 108-2016 Orienteringssaker
1. Informasjon fra styreleder til styret – *mundtlig*
 2. Informasjon fra adm. direktør til styret – *mundtlig*
 3. Pasienterfaringer med norske sykehus i 2015 - nasjonale og lokale resultater (PasOpp)
Denne styresaken er utsatt fra styremøte i Helse Nord RHF 31. august 2016, jf. styresak 98-2016-4.
- Sak 109-2016 Referatsaker
1. Protokoll fra drøftingsmøte 13. september 2016 ad. Regional handlingsplan for rekruttering
Kopi av protokollen var ettersendt.
 2. Protokoll fra drøftingsmøte 13. september 2016 ad. Helgelandssykehuset 2025 - kriterier for lokaliseringalternativene, oppfølging av styresak 136-2015
Kopi av protokollen var ettersendt.
 3. Protokoll fra møte i Regionalt brukerutvalg i Helse Nord RHF 14. september 2016
Kopi av protokollen var ettersendt.
 4. Brev av 7. september 2016 fra Folkeaksjonen for Sandnessjøen sykehus med omegn ad. Helgelandssykehuset – kriterier for valg av lokalisering og tomt samt Helgelandssykehuset 2025 alternativer som skal utredes videre
*Saken var etteranmeldt og kommer i tillegg til tidligere utsendt saksliste.
Kopi av brevet var ettersendt.*
 5. Brev av 9. september 2016 fra Rana Kommune v/rådmann Robert Pettersen ad. Modellalternativ og lokaliseringskriterier for sykehusene på Helgeland - styrebehandling i HF 31.08.16 og i RHF 22.09.16
*Saken var etteranmeldt og kommer i tillegg til tidligere utsendt saksliste.
Kopi av brevet var ettersendt.*

6. Brev av 14. september 2016 fra Vefsn Kommune v/ordfører Jann-Arne Løvdahl ad. Uttalelse fra formannskapet i Vefsn kommune 13.9.16
Saken var etteranmeldt og kommer i tillegg til tidligere utsendt sakliste.
Kopi av brevet ble lagt frem ved møtestart.
7. E-post med vedlegg av 20. september 2016 fra Vevelstad Kommune v/ordfører Kari Anne B. Andreassen på vegne av 10 undertegnede kommune ad. innspill i forbindelse med behandling av styresaker 104-2016 og 105-2016
Saken var etteranmeldt og kommer i tillegg til tidligere utsendt sakliste.
Kopi av e-posten med vedlegg ble lagt frem ved møtestart.

Sak 110-2016

Eventuelt

- A. Flyambulansetjenesten i Finnmark
- B. Nasjonal helse- og sykehusplan, utredning av stedlig ledelse

Styrets vedtak:

Innkallingen og sakslisten godkjennes med de endringer som kom frem under behandling av saken.

Styresak 102-2016 Godkjenning av protokoll fra styremøte 31. august 2016

Styrets vedtak:

Protokoll fra styremøtet, den 31. august 2016 godkjennes.

Styresak 103-2016 Sivilombudsmannens besøksrapport 26. til 28. april 2016 - Universitetssykehuset Nord-Norge Åsgård - oppfølging av styresak 98-2016/2, sak d)

Saksdokumentene var ettersendt.

Adm. direktør la frem følgende *endrede* forslag til styrets vedtak (endringer i *uthevet kursiv*):

1. Styret i Helse Nord RHF tar informasjon om oppfølgingen av *Sivilombudsmannens besøksrapport 26. til 28. april 2016 - Universitetssykehuset Nord-Norge Åsgård* til orientering.

2. **Styret ber adm. direktør om å komme tilbake i neste styremøte med en styresak som prioriterer de planlagte/iverksatte tiltakene.**

Enstemmig vedtatt.

Styrets vedtak:

1. Styret i Helse Nord RHF tar informasjon om oppfølgingen av *Sivilombudsmannens besøksrapport 26. til 28. april 2016 - Universitetssykehuset Nord-Norge Åsgård* til orientering.
2. Styret ber adm. direktør om å komme tilbake i neste styremøte med en styresak som prioriterer de planlagte/iverksatte tiltakene.

Styresak 104-2016 Helgelandssykehuset 2025 idéfase - kriterier for valg av lokalisering og tomt for sykehusbygg på Helgeland, oppfølging av styresak 136-2015

Adm. direktør la frem følgende forslag til styrets vedtak:

1. Styret i Helse Nord RHF stadfester vedtak i styret i Helgelandssykehuset HF om hvilke kriterier som skal ligge til grunn for valg av tomt og sykehus på Helgeland, jf. vedlegg 1 (*styresak 61/2016: Kriterier for valg av lokalisering og tomt for sykehusbygg på Helgeland*).
2. Styret vedtar at det er de fire byene/tettstedene Mo i Rana, Mosjøen, Sandnessjøen og Brønnøysund som sammen med Leirfjord sentrum og Hemnes sentrum skal utredes videre som aktuell lokalisering for sykehusbygg. Plan for realisering av et distriktsmedisinsk senter i Brønnøysund i samarbeid med kommunen legges frem snarest mulig.
3. Styret ber om at en eventuell lokalisering til Leirfjord eller Hemnes kommune, begrunnes særskilt.

Enstemmig vedtatt.

Styrets vedtak:

1. Styret i Helse Nord RHF stadfester vedtak i styret i Helgelandssykehuset HF om hvilke kriterier som skal ligge til grunn for valg av tomt og sykehus på Helgeland, jf. vedlegg 1 (*styresak 61/2016: Kriterier for valg av lokalisering og tomt for sykehusbygg på Helgeland*).

2. Styret vedtar at det er de fire byene/tettstedene Mo i Rana, Mosjøen, Sandnessjøen og Brønnøysund som sammen med Leirfjord sentrum og Hemnes sentrum skal utredes videre som aktuell lokalisering for sykehusbygg. Plan for realisering av et distriktsmedisinsk senter i Brønnøysund i samarbeid med kommunen legges frem snarest mulig.
3. Styret ber om at en eventuell lokalisering til Leirfjord eller Hemnes kommune, begrunnes særskilt.

Styresak 105-2016 Helgelandssykehuset 2025 - utredning av alternativer

Saksdokumentene var ettersendt.

Styremedlem Kari B. Sandnes fremmet følgende forslag til vedtaket:

Styret vedtar, på bakgrunn av simulering og alternativsøk, at følgende alternativ utredes videre:

- 0-alternativet (dagens løsning)
- Alternativ 2a – Stort akuttisykehus med inntil tre DMS

Forslaget falt mot én stemme (Kari B. Sandnes).

Adm. direktør la frem følgende *endrede* forslag til styrets vedtak (endringer i *uthevet kursiv*):

Styret i Helse Nord RHF viser ***til de føringer som er gitt i Nasjonal helse- og sykehusplan og mandatet fra Helse Nord RHF til idéfasen for Helgelandssykehuset 2025 (til jf. styresak 136-2015 Helgelandssykehuset 2025 - idéfase, mandat f - styremøte Helse Nord RHF 16. desember 2015) og til behandling av styresak 62-2016 Helgelandssykehuset 2025 - alternativer som utredes videre (styremøte Helgelandssykehuset HF 31. august 2016) og ber om at følgende **alternativ legges til grunn for utredningen av før** sykehusstrukturen på Helgeland 2025, ~~utredes videre:~~***

- I. 0-alternativet (dagens løsning)
- II. Alternativ 2a - Stort akuttisykehus med inntil tre DMS¹
- III. Alternativ 2b-1 Stort akuttisykehus i kombinasjon med **ett** akuttisykehus og inntil to DMS
- IV. Styret forutsetter at alle alternativene utredes likeverdig.**

Styret forutsetter videre at utredningen av alternativene kobles mot valg av lokalisering av sykehusbygg på Helgeland.

Enstemmig vedtatt.

¹ DMS: distriktsmedisinsk senter

Styrets vedtak:

Styret i Helse Nord RHF viser til de føringer som er gitt i Nasjonal helse- og sykehusplan og mandatet fra Helse Nord RHF til idéfasen for Helgelandssykehuset 2025 (jf. *styresak 136-2015 Helgelandssykehuset 2025 - idéfase, mandat* - styremøte Helse Nord RHF 16. desember 2015) og til behandling av *styresak 62-2016 Helgelandssykehuset 2025 - alternativer som utredes videre* (styremøte Helgelandssykehuset HF 31. august 2016) og ber om at følgende legges til grunn for utredningen av sykehusstrukturen på Helgeland 2025:

- I. 0-alternativet (dagens løsning)
- II. Alternativ 2a - Stort akuttssykehus med inntil tre DMS²
- III. Alternativ 2b-1 Stort akuttssykehus i kombinasjon med ett akuttssykehus og inntil to DMS
- IV. Styret forutsetter at alle alternativene utredes likeverdige.

Styret forutsetter videre at utredningen av alternativene kobles mot valg av lokalisering av sykehusbygg på Helgeland.

Protokolltilførsel til styresak 105-2016 – stemmeforklaring:

Primært ber undertegnede at det jobbes videre med det formål at det fortsatt skal være tre sykehus lokalisert i Mosjøen, Sandnessjøen og Mo i Rana, med den medisinske og kirurgiske beredskap som finnes i dag. Dette vil medføre en betydelig opprustning på alle tre lokasjoner. Det forutsettes at 0- alternativet så vel som andre aktuelle alternativer skal være økonomisk bærekraftig og oppfylle medisinsk faglige krav.

Kari B. Sandnes /s/

Styresak 106-2016 Regional handlingsplan for rekruttering, oppfølging av styresak 20-2014 og 53-2016

Adm. direktør la frem følgende forslag til styrets vedtak:

1. Styret i Helse Nord RHF vedtar *Regional handlingsplan for rekruttering og stabilisering*.
2. Styret ber adm. direktør sørge for at *Regional handlingsplan for rekruttering og stabilisering* implementeres i foretaksgruppen og følges opp gjennom oppdragsdokument til helseforetakene.

Enstemmig vedtatt.

² DMS: distriktsmedisinsk senter

Styrets vedtak:

1. Styret i Helse Nord RHF vedtar *Regional handlingsplan for rekruttering og stabilisering*.
2. Styret ber adm. direktør sørge for at *Regional handlingsplan for rekruttering og stabilisering* implementeres i foretaksgruppen og følges opp gjennom oppdragsdokument til helseforetakene.

Styresak 107-2016 Virksomhetsrapport nr. 8-2016

Saksdokumentene var ettersendt.

Adm. direktør la frem følgende forslag til styrets vedtak:

1. Styret i Helse Nord RHF tar virksomhetsrapport nr. 8-2016 til orientering.
2. Styret ber adm. direktør påse at avvik fra styringskravet blir rettet opp.

Enstemmig vedtatt.

Styrets vedtak:

1. Styret i Helse Nord RHF tar virksomhetsrapport nr. 8-2016 til orientering.
2. Styret ber adm. direktør påse at avvik fra styringskravet blir rettet opp.

Styresak 108-2016 Orienteringssaker

Det ble gitt orientering om følgende saker:

1. Informasjon fra styreleder til styret – *mundlig*
 - *Åpning av nyrenovert bygg ved UNN Åsgård, 13. september 2016 i Tromsø - sammen med statsråd Høie og adm. direktør Vorland*
 - *Styreledermøte (forum for styrelederne i RHF-ene)*
 - o Informasjon om møteaktiviteten i dette forumet.
 - *Prosesser rundt behandling av styresaker, refleksjon*
2. Informasjon fra adm. direktør til styret – *mundlig*
 - a) *Virksomhetsrapport nr. 7-2016 - spørsmål ad. bakgrunn for reduksjon på 6 % for psykisk helsevern i funksjonsregnskapet*
 - o Adm. direktør orienterte om bakgrunnen for reduksjonen under behandling av styresak 107-2016 Virksomhetsrapport nr. 8-2016.

- b) *Styresak 106-2016 Regional handlingsplan for rekruttering, oppfølging av styresak 20-2014 og 53-2016*
 - Informasjon om noen mindre endringer i handlingsplanen etter drøftingsmøte 13. september 2016.
 - Informasjonen ble gitt under behandling av saken.
- c) *Styresak 100-2016, sak B ad. Utviklingshemmede pasienter med samtidig psykiatrisk lidelse - hvem har ansvaret?*
 - Adm. direktør orienterte om oppfølgingen av de problemstillingene som ble tatt opp under behandling av saken.
- d) *Alvorlige hendelser i psykisk helsevern (suicid) - oppfølging fra styremøte 31. august 2016*
 - Adm. direktør orienterte om oppfølgingen av problemstillingen som ble tatt opp i siste styremøte.
- e) *E-post med vedlegg av 12. juni 2016 fra Kurt Thorbjørn Henriksen, oppfølging av styresak 87-2016/13*
 - Adm. direktør orienterte om saken med bakgrunn i informasjon fra Universitetssykehuset Nord-Norge HF.
- f) *Alvorlige hendelser:*
 - *Sak nr. 1:* Pasient under behandling ved kirurgisk avdeling - større komplikasjon enn forutsatt:
 - Tilbakemelding fra Statens Helsetilsyn av 31. august 2016:
 - Ikke nødvendig med stedlig tilsyn for å sikre at hendelsen skal bli tilstrekkelig opplyst.
 - Det gjennomføres derfor ikke stedlig tilsyn.
 - Saken følges opp tilsynsmessig.
 - *Sak nr. 2:* Pasient under behandling ved hjerte-/lungeklinikk - dødsfall:
 - Tilsynsmyndighet for elektromedisinsk utstyr (DSB) er varslet i tillegg til Statens Helsetilsyn.
 - Tilbakemelding fra Statens Helsetilsyn foreligger ikke pr. dags dato.
- Informasjonen ble gitt unntatt offentlighet, jf. Offl. § 13 jf Fvl. § 13, 1 ledd nr. 1.*
- g) *Møte med Troms Fylkesting, 16. juni 2016 i Tromsø*
- h) *Møte med Universitetssykehuset Nord-Norge Tromsø ad. presentasjon av prosjekt Telementoring, 24. juni 2016 i Tromsø*
- i) *Møte med Finnmarkssykehuset HF ad. behandling av pasienter fra Finland (Samisk helsepark), 30. juni 2016 i Tromsø*
- j) *Faglig symposium om global helse - antibiotikaresistens, 18. - 19. august 2016 i Tromsø: Innlegg om erfaringer fra prosjekt Malawi*
- k) *Møte om regionreformen, 23. august 2016 i Tromsø*
- l) *Avslutning for Master i helseledelse, 1. september 2016 i Bodø: Informasjon*
- m) *Samling for ansatte i Helgelandssykehuset HF, 3. september 2016 i Mo i Rana: Informasjon*
- n) *Nasjonalt ledersamling for habilitering, 7. september 2016 på Sommarøy: Informasjon om samlingen og adm. direktørs innlegg*
- o) *Åpning av Nasjonalt senter for e-helseforskning, 13. september 2016 i Tromsø - sammen med statsråd Høyie*
- p) *Styreseminar Sykehusapotek Nord HF, 14. september 2016 i Bodø: Informasjon*
- q) *Internseminar i Helse Nord RHF, 19. og 20. september 2016 på Rognan: Informasjon*

- r) *Nasjonal Pasientsikkerhetskonferanse 2016, 21. og 22. september i Tromsø: Informasjon om konferansen og adm. direktørs innlegg*
 - s) *Årshjul 2016/2017*
 - o *Det ble vist til styresak 98-2016/1 Orienteringssaker, styreleders orienteringer, sak c), tredje kulepunkt.*
 - o *Adm. direktør presenterte utkast til årshjul.*
3. *Pasienterfaringer med norske sykehus i 2015 - nasjonale og lokale resultater (PasOpp) Denne styresaken var utsatt fra styremøte i Helse Nord RHF 31. august 2016, jf. styresak 98-2016-4.*

Styrets vedtak:

Framlagte saker tas til orientering.

Styresak 109-2016 Referatsaker

Det ble referert fra følgende saker:

1. Protokoll fra drøftingsmøte 13. september 2016 ad. Regional handlingsplan for rekruttering
Kopi av protokollen var ettersendt.
2. Protokoll fra drøftingsmøte 13. september 2016 ad. Helgelandssykehuset 2025 - kriterier for lokaliseringalternativene, oppfølging av styresak 136-2015
Kopi av protokollen var ettersendt.
3. Protokoll fra møte i Regionalt brukerutvalg i Helse Nord RHF 14. september 2016
Kopi av protokollen var ettersendt.
4. Brev av 7. september 2016 fra Folkeaksjonen for Sandnessjøen sykehus med omegn ad. Helgelandssykehuset – kriterier for valg av lokalisering og tomt samt Helgelandssykehuset 2025 alternativer som skal utredes videre
*Saken var etteranmeldt og kommer i tillegg til tidligere utsendt saksliste.
Kopi av brevet var ettersendt.*
5. Brev av 9. september 2016 fra Rana Kommune v/rådmann Robert Pettersen ad. Modellalternativ og lokaliseringkriterier for sykehusene på Helgeland - styrebehandling i HF 31.08.16 og i RHF 22.09.16
*Saken var etteranmeldt og kommer i tillegg til tidligere utsendt saksliste.
Kopi av brevet var ettersendt.*
6. Brev av 14. september 2016 fra Vefsn Kommune v/ordfører Jann-Arne Løvdahl ad. Uttalelse fra formannskapet i Vefsn kommune 13.9.16
*Saken var etteranmeldt og kommer i tillegg til tidligere utsendt saksliste.
Kopi av brevet ble lagt frem ved møtestart.*
7. E-post med vedlegg av 20. september 2016 fra Vevelstad Kommune v/ordfører Kari Anne B. Andreassen på vegne av 10 undertegnede kommune ad. innspill i forbindelse med behandling av styresaker 104-2016 og 105-2016
*Saken var etteranmeldt og kommer i tillegg til tidligere utsendt saksliste.
Kopi av e-posten med vedlegg ble lagt frem ved møtestart.*

Styrets vedtak:

Framlagte saker tas til orientering.

Styresak 110-2016 Eventuelt

A. Flyambulansetjenesten i Finnmark

Styremedlem Kari Jørgensen stilte spørsmål ad. endringene i flyambulansetjenesten i Finnmark og mulige konsekvenser for befolkningen.

Styrets vedtak:

Styret i Helse Nord RHF ber adm. direktør om å utarbeide en skriftlig redegjørelse til styret som omhandler de ulike innspillene som er kommet og adm. direktørs vurdering av disse.

B. Nasjonal helse- og sykehusplan, utredning av stedlig ledelse

Styremedlem Kari B. Sandnes stilte spørsmål ad. mandatet for arbeidet med Nasjonal helse- og sykehusplan og utredningen av stedlig ledelse med hensyn til deltakelse fra eksterne interessenter og tillitsvalgte/vernetjenesten

Styrets vedtak:

Styret i Helse Nord RHF ber adm. direktør om å følge opp spørsmålet om tillitsvalgtes og vernetjenestens deltakelse i utredningen av stedlig ledelse.

Tromsø, den 22. september 2016

*godkjent av Marianne Telle,
i etterkant av styremøtet,
den 22SEP2016 - kl. 15.00*

Marianne Telle



PROTOKOLL

fra drøftingsmøte i henhold til Hovedavtalens § 30 og 31 mellom Nordlandssykehuset HF og foretakstillitsvalgte

03. Oktober 2016

Kl. 13.30 – 15.30

Møterom: G-fløy

Fra arbeidsgiver:

Fra fagforeningene:

Navn	Navn	Tilstede	Forfall
Liss Eberg, HR-sjef	Johnny R. Jensen (NSF)	X	
Per-Ingve Norheim, Seniorrådgiver HR-avdelingen	Ikke valgt (NETF)		
Gro Ankill, Administrasjonssjef	Marianne Hildal (NFF)	X	
Marit Barosen, Økonomisjef	Britt Karin Bakkefjell (Utdanningsf)		
Tony Bakkejord, Fagsjef	Kristin Arntzen (Forskerne)		
Lillian Søttar, Rådgiver HR-avdelingen	Rolf Schjem (Presteforeningen)		
	Svein Klinge (Akademiker forb.)		
	Are Antonsen (Maskinistforb.)		
	Liv Berit Moe (Radiografforb)		
	Karina Hjerde (Fagforbundet)		X
	Ikke valgt (FO)		
	Roar Skogøy (El og It forbundet)		
	May-Britt Allstrin (Delta)	X	
	Beate Søvik Hansen (Parat)		
	Ingeborg K. Pedersen (DNJ)		
	Ann-Jeanette Jensen (NITO)		
	Hedda Soløy-Nilsen (DNLF)		X
	Andreas Vikan Seljeseth (NPF)		X
	Christian Søvik Hansen (Econa)		
	Anne Landsem (Tekna)		
	Marit Nordmo (Samfunnsviterne)		

* tilstede deler av møtet

Sak: Tertialrapport

Partene har drøftet saken som tas til orientering.

Sak: Budsjett 2017 – status i budsjettarbeidet og oppdatert bærekraftsanalyse

Protokolltilførsel NSF, Delta og NFF:

Opplever at det er knappe økonomiske rammer og er bekymret for Nordlandssykehusets evne til å ivareta pasienttilbud, ansatte, kvalitet og pasientsikkerhet, bygningsmessig drift og vedlikehold.

Partene har for øvrig drøftet saken som tas til orientering.

Nordlandssykehuset HF

Johnny R. Jensen

Marianne Hildal

Elisabeth Arntzen

Svein Kligen

Karina Hjerde

Liv Berit Moe

Britt Karin Bakkefjell

Rolf Schjem

Are Antonsen

Marit Nordmo

Roar Skogøy

May-Britt Allstrin

Ann-Jeanette Jensen

Andreas Vikan Seljeseth

Anne Landsem

Christian Søvik Hansen

Hedda Soløy-Nilsen

Ragnhild K. Pedersen

Beate Søvik Hansen



PROTOKOLL

fra drøftingsmøte i henhold til Arbeidsmiljøloven mellom Nordlandssykehuset HF og hovedverneombud

03. Oktober 2016

Kl. 13.30 – 15.30

Møterom: G-fløy

Fra arbeidsgiver:

Hovedverneombud:

Navn	Navn	Tilstede	Forfall
Liss Eberg, HR-sjef	Jeanette Mikalsen	X	
Per-Ingve Norheim, Seniorrådgiver HR-avdelingen			
Gro Ankill, Administrasjonssjef			
Marit Barosen, Økonomisjef			
Tony Bakkejord, Fagsjef			
Lillian Søttar, Rådgiver HR-avdelingen			

* tilstede deler av møtet

Sak: Tertialrapport

Partene har drøftet saken som tas til orientering.

Sak: Budsjett 2017 – status i budsjettarbeidet og oppdatert bærekraftsanalyse

Protokolltilførsel hovedverneombud:

Opplever at det er knappe økonomiske rammer og er bekymret for Nordlandssykehusets evne til å ivareta pasienttilbud, ansatte, kvalitet og pasientsikkerhet, bygningsmessig drift og vedlikehold.

Partene har for øvrig drøftet saken som tas til orientering.

Nordlandssykehuset

Hovedverneombud



**Protokoll fra AMU-møte
Onsdag 21. september 2016
kl. 12.00 – 12.30
Møterom administrasjonen G04.027/Skype**

Arbeidsgivers representanter:	Til stede	Vararepresentanter:	Til stede
Liss Eberg, HR-sjef	X		
Øystein R. Johansen, klinikkssjef Kir/ort	Forfall	Marit Barosen	X
Gro-Marith Villadsen, rådgiver dir.	Forfall	Per-Ingve Norheim	X
Anne-Line B. Strand, prosjektleder	X		
Gunn Bente Andresen, enhetsleder pasientreiser	Forfall	Forfall	
Arbeidstakers representanter:		Vararepresentanter:	
Hovedverneombud Jeanette Mikalsen	Forfall	Marianne Leirvik	X
Johnny Jensen, NSF	Forfall	Forfall	
Karina Hjerde, Fagforbundet	X		
Andreas Vikan Seljeseth, Akademikerne	X		
May Britt Allstrin, Delta	X		
Øvrige faste medlemmer:			
Representant fra Stamina	X		
Representant fra HMS	X		
Sekretær for AMU: Anita Olsen	X		

Øvrige til stede:

Lisbeth Leite som er ny representant fra Stamina

AMU-sak 49/2016

Godkjenning av innkalling og saksliste

Innstilling til vedtak:

Innkalling og saksliste godkjennes.

Avstemming:

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

Innkalling og saksliste godkjennes.

AMU-sak 50/2016

Godkjenning av protokoll fra AMU-møtet 25. august 2016

Innstilling til vedtak:

Protokoll fra AMU-møtet 25. august 2016 godkjennes.

Avstemming:

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

Protokoll fra AMU-møtet 25. august 2016 godkjennes.

AMU-sak 51/2016

Valg av leder for perioden oktober 2016 – oktober 2017

Innstilling til vedtak:

1. AMU tar til etterretning at arbeidstakerne har utpekt Jeanette Mikalsen som leder for AMU for perioden oktober 2016 - oktober 2017.
2. Som vara oppnevnes Johnny R. Jensen for perioden oktober 2016 – oktober 2017.

Avstemming:

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

1. AMU tar til etterretning at arbeidstakerne har utpekt Jeanette Mikalsen som leder for AMU for perioden oktober 2016 – oktober 2017.
2. Som vara oppnevnes Johnny R. Jensen for perioden oktober 2016 – oktober 2017.

AMU-sak 52/2016

Saker til orientering:

Innstilling til vedtak:

AMU tar sakene til orientering

Avstemming:

Prehospital klinikk har bedt om utsettelse av sin sak til AMU-møtet 29. november.

Oppfølging av Helse Nords kvalitetsstrategi – tiltaksplan for Nordlandssykehuset HF utgår!

Driftsrapport august 2016 enstemmig vedtatt.

Vedtak:

Orienteringssaken til Prehospital klinikk utsettes til AMU-møtet 29. november.

Oppfølging av Helse Nords kvalitetsstrategi – tiltaksplan for Nordlandssykehuset HF utgår!

AMU tar driftsrapport august 2016 til orientering.

Deres ref.:

Vår ref.:2014/501

Saksbehandler/dir.tlf.:
Jan Norum/95404205

Sted/Dato:
Bodø, 15.08.2016

Administrasjonen,
Nordlandssykehuset HF,
8017 Bodø
(sendes kun elektronisk)

Hjerteinfarkt og perkutan koronar intervensjon (PCI). Beregning av kostnader ved eventuell etablering av tilbud ved Nordlandssykehuset HF.

Bakgrunn

Det vises til vedlagte utredning og behandling i direktørmøtet i Helse Nord RHF 29.06. Konklusjonen i direktørmøtet var at det skal gjøres ytterligere analyser som skal avklare følgende:

- Mulige årsaker til forskjeller i dødelighet og forbruk av tjenester mellom sykehusene.
- Fremtidig organisering av og innholdet i det fremtidige tilbudet til denne pasientgruppen (pakkeforløp). Herunder nødvendige forbedringstiltak.
- De økonomiske konsekvensene av tiltakene skal utredes. Herunder særskilt de økonomiske konsekvensene av en eventuell etablering av et PCI tilbud ved NLSH.

Det vises til kapittel 6.5 (økonomiske vurderinger) i vedlagte utredning. Vurderingene er gjort av utredningsgruppen og er anslag på kostnader. Det er nødvendig å gjennomføre en grundigere beregning av kostnadene ved en eventuell etablering av et PCI tilbud ved NLSH.

Bestillingen til Nordlandssykehuset

Nordlandssykehuset bes om å beskrive hvordan etableringen av et PCI tilbud ved NLSH Bodø kan gjennomføres. Dokumentet skal besvare følgende spørsmål:

- Hvor i dagens bygningsmasse kan etableringen gjøres?
- Hvilke investeringskostnader i bygg og utstyr er nødvendig?
- Hvilke personellkostnader vil det være knyttet til rekruttering og oppstart?
- Hvilken driftsmodell er den mest aktuelle og hvilke vurderinger gjør foretaket seg i forhold til driftskostnadene?
- Evt. andre forhold foretaket ønsker å tillegge?

Vi ber om en tilbakemelding innen 01.11.2016.

Med vennlig hilsen

Randi Spørck
Seksjonsleder SOLA

Jan Norum
Medisinsk rådgiver

Vedlegg: Rapport: Hjerteinfarkt og perkutan koronar intervensjon (PCI).



Helse Nord RHF
(sendes kun elektronisk)

Deres ref.:
2014/501

Vår ref.:
2016/7/TBA1

Dato:
30.09.2016

Etablering av PCI ved Nordlandssykehuset Bodø - vurdering av kostnader

1.1 Bakgrunn

Helse Nord skal sikre en likeverdig spesialisthelsetjeneste til den nordnorske befolkning. Dette gjelder også behandling av hjerteinfarkt. Forbruket av angiografi og perkutan koronar intervensjon (PCI) er forskjellig i regionen. Tilsvarende sees forskjeller i 30-dagers dødelighet. Med denne bakgrunn ble det nedsatt en prosjektgruppe for å gjennomgå behandlingen av hjerteinfarkt i Helse Nord og samtidig vurdere opprettelse av et eventuelt PCI tilbud ved Nordlandssykehuset i Bodø. Utredningen avdekket betydelige variasjoner, og fant at dagens tilbud til hjerteinfarktpasientene i regionen ikke er tilfredsstillendeⁱ.

Tall fra Norsk hjerteinfarktregisterⁱⁱ viser store forskjeller i behandlingstilbudet ved hjerteinfarkt, og at pasienter bosatt i nærheten av sykehus med et slikt tilbud oftere blir invasivt utredet og behandlet enn pasienter lenger unna.

Andel pasienter under 80 år med NSTEMI som utredes med kransårerøntgen innen 72 timer etter innleggelse er 58% på landsbasis. I Helse Nord er andelen 55%, hvor snittet trekkes opp av UNN Tromsø som har en andel 85%. Andelen ved Nordlandssykehusets tre sykehus var 56, 57 og 62%, mens andelen i Helgelandssykehusets tre sykehus var 33, 39 og 42%.

Forskjellene blir mer enda mer markante om man ser på andelen NSTEMI som har fått angiografi innen 24 timer. Ved UNN Tromsø en andelen da 60%, mot et landsgjennomsnitt på 22%. Ved Nordlandssykehuset var andelene 19, 19 og 31%, mens Helgelandssykehusets andeler var 7, 8 og 16%.

Folkehelseinstituttetsⁱⁱⁱ rapport om 30 dagers overlevelse etter første gangs hjerteinfarkt viser at det er markant lavere overlevelse ved sykehus uten PCI-behandling. Kunnskapssenterets kvalitetsindikatorer^{iv} viser at UNN Tromsø er (93,9%) er ett av seks sykehus med signifikant høyere overlevelse, Nordlandssykehuset Bodø (91,4%) lå nær landsgjennomsnittet (91,8%), mens Nordlandssykehuset Stokmarknes (86,6%) og Helgelandssykehuset Mo i Rana (85,5%) var blant 5 sykehus som hadde signifikant lavere 30-dagers overlevelse.

Randomiserte studier har vist at invasiv utredning gir gevinst i form av redusert risiko for død og redusert tilbakefall av hjerteinfarkt, samt bedre livskvalitet i form av mindre angina pectorisⁱ.

Kvalitetsutvalget i Norsk cardiologisk selskap^v og Den norske legeförening har sluttet seg til de

europæiske retningslinjene der pasienter med NSTEMI som hovedregel tilrådes invasiv utredning innen 24 timer etter innleggelse. Dette kriteriet kan i dag bare oppfylles for pasienter som tilhører et sykehus med tilbud om invasiv behandling, eller der man raskt kan overflytte pasientene til et slikt sykehus.

1.2 Oppdrag

Direktørmøtet i Helse Nord RHF vedtok 29.06.16 at var at det er nødvendig å gjennomføre en grundigere beregning av kostnadene ved en eventuell etablering av et PCI tilbud ved NLSH Nordlandssykehuset HF ble bedt om å beskrive hvordan etableringen av et PCI tilbud ved NLSH Bodø kan gjennomføres:

- Hvor i dagens bygningsmasse kan etableringen gjøres?
- Hvilke investeringskostnader i bygg og utstyr er nødvendig?
- Hvilke personellkostnader vil det være knyttet til rekruttering og oppstart?
- Hvilken driftsmodell er den mest aktuelle og hvilke vurderinger gjør foretaket seg i forhold til driftskostnadene?
- Evt. andre forhold foretaket ønsker å tillegge?

1.3 Hvor i dagens bygningsmasse kan etableringen gjøres?

Det vurderes å være av overordnet betydning at PCI-virksomhet ligger nært andre fagfunksjoner som anestesi, hjertestansteam og kardiologkollegaer som på kort varsel kan bistå ved behov. En angiografi/PCI-lab bør også ligge i nær tilknytning til medisinsk overvåking for kort transportvei av dårlige pasienter.

Etablering av PCI-lab i K- fløy eller A/B fløy vurderes å tilfredsstille et slikt nærhetsbehov. Andre lokalisasjoner som kunne være aktuelle pr 2017 vurderes ikke å tilfredsstille dette behovet. Det mest hensiktsmessige stedet for en snarlig oppstart av PCI-virksomhet ved NLSH, er i dagkirurgisk operasjonsstue 6 i K2. Denne stuen ligger vegg i vegg med dagens pacemakervirksomhet i stue 5. Det gir også fortrinn ved å samle kardiologiske intervensjonsprosedyrer på ett sted.

Ved en etablering av PCI lab der dagens stue 6 på dagkirurgisk enhet er lokalisert, betyr det en reduksjon i kapasitet fra 6 til 5 dagkirurgiske operasjonsstuer. Dagens aktivitet tilsier at kapasitet ikke er fullt utnyttet i alle operasjonsstue^{vi}.

Nordlandssykehuset Bodø er i en oppussings- og utbyggingsprosess, og nye lokaler i A/B 6 vil bli tilgjengelig fra 2020. Det således da mulig å prosjektere permanent etablering av angiografi/PCI-lab og pacemakervirksomhet i disse lokalene. Dette er imidlertid en prosess som involverer flere fagmiljøer, og griper inn i flere planprosesser. Nordlandssykehuset HF ønsker derfor ikke å forsere en slik beslutning innenfor den svært korte tidsfristen som er gitt oss i denne saken.

1.4 Hvilke investeringskostnader i bygg og utstyr er nødvendig?

Sykehusbygg har i denne anledning utarbeidet rapporten *Utredning av kostnad og plassering for PCI aktivitet i Bodø*. Det vises til rapporten for detaljer om framskrevet aktivitet, lokalisering, pasientforløp/-flyt og logistikk. Til vår rapport hentes opplysninger om utstyr og bygningsmessige tilpasninger.

Areal stue 6 og omkringliggende arealer på DKI

Det er tatt utgangspunkt i å løse PCI funksjonen ved å bruke følgende arealer i dagens lokaler som disponeres av dagkirurgi (DKI):

Stue 6 operasjon	DKI(K02.066):	45,1m ²
Møte-/pauserom	DKI(K02.062):	35,4m ²
Sum		80,5m ²

Disse to rommene på DKI er valgt ut fra at man skal kunne løse behovet for lab, manøverrom og teknisk rom for PCI-aktiviteten. Det foreslås også at man etablerer et lite lager til kateter som skal anvendes på lab og teknisk utstyr det ikke er behov for på alle prosedyrer etter erfaring fra St. Olavs Hospital. Manøverrom etableres så stort at det også blir plass til å gjøre analyser/evaluering av bilder etter undersøkelser der. Disse arealene er i tråd med anbefalt størrelser fra leverandørene.

Det foreslås at man stenger passasje inn mot grønn sone og bruker adkomst bare til korridor K02.k16. Pasienter med ankomst fra medisinsk overvåking eller akutt mottak kommer til å passere i korridor utenfor garderober i grønn sone. Dette for å ha kortest vei og minst transportvei i publikumsområder.

Bygningsmessige tilpasninger/krav:

Slike byggeprosjekter er kompliserte og vil kreve stor grad av samhandling mellom leverandørteknisk prosjektering og brukere i prosessen med å tilpasse bygget til løsninger. Leverandør av utstyr bør være på plass før man starter tilpasning av bygget i dette prosjektet fordi man må ta hensyn til både bruk og utstyrsutforming for å oppnå optimale løsninger.

Løsninger aktuelle leverandører

Det er 3-4 forskjellige leverandører som leverer angiografiutstyr som anbefales til slike typer inngrep og leverandørene kan tilby litt forskjellige løsninger. Både gulvmonterte og takmonterte løsninger vurderes å fungere godt.

I tillegg til selve angiografiutstyret er det en hel del ekstra utstyr man må ha for å gjøre coronare undersøkelser. I tillegg kommer løsning for lagring av bilder. Her bør det planlegges med en løsning der man kobler sammen den løsningen Tromsø bruker i dag. En slik løsning vil gi tilgang til bildene både i Bodø og Tromsø slik at man kan samarbeide tett. Denne løsningen er diskutert med leverandør og tatt inn i budsjett. De store leverandørene leverer nå løsninger med storskjerm der man får mikset inn alle bildene på denne ene skjermen alt etter hva de ønsker å presentere under prosedyren. Denne løsningen er tatt med i budsjetterte løsninger.

Budsjettering av utstyr

Basert på innkomne budsjettpriser fra de nevnte leverandører utformes budsjett for de forskjellige utstyrstyper som man mener behøves. Alle priser oppgitt eks mva:

Angio system inkludert følgende:	7.000.000
- Storskjerm-løsning	
- Takhengt blyskjerming	
- Hemodynamikk-system	
- Kontrastinjektor	
IVUS (intravakulær ultralyd):	650.000
Ultralyd tradisjonell:	400.000
Lagrings og bearbeidingsløsning:	900.000
FFR (Fractional flow reserve) og OTC (optical coherence tomography):	900.000
Sum:	9.850.000
Sum inkl 25% MVA:	12.312.500

Ombyggingskostnader, estimat

Utbyggingsavdelingen på Nordlandssykehuset har utarbeidet et estimat for ombygging som er basert på tegninger fra Siemens. Inkludert i prisen er all jobb med prosjektering og tegning, prosjektledelse og byggeledelse samt utførelse av byggeprosjektet.

Byggekostnad: 3.264.300

Oppsummert kostnadsestimat:

I utstyrsberegningen skal det være tatt høyde for det utstyret som det tradisjonelt vil være behov for.

Utstyrkostnad inkl MVA:	12.312.500
Ombygging inkl MVA:	3.264.300
Uforutsette forhold (P85)	1.423.200
Sum Etablering av PCI i Bodø etablert i areal stue 6 i DKI inkl mva:	17.000.000
Årlige utgifter knyttet til lisenser, drift, vedlikehold, serviceavtaler etc	350.000
Avskrivning pr år	2.750.000

1.5 Hvilken driftsmodell er den mest aktuelle?

Uavhengig av driftsform vil det være naturlig med et nært samarbeid mellom Bodø og Tromsø, som inkluderer bl.a. felles prosedyrer, undervisning, komplikasjonsmøter og ventelister. Antall invasive cardiologer i nord må ligge på et nivå som sikrer at hver operatør har tilstrekkelig antall prosedyrer for å opprettholde sin kompetanse.

Oppstart av PCI i Bodø vil redusere behovet for PCI i Tromsø. For å opprettholde antall prosedyrer for invasive cardiologer i Helse Nord, er det ønskelig å inngå avtaler der cardiologer ved UNN ambulerer til Bodø på ukebasis. Ved etablering av PCI-virksomhet ved Stavanger Universitetssykehus (SUS) reiste erfarne PCI-operatører fra Bergen til Stavanger over flere år for å bistå SUS og sikre kvaliteten i behandlingen, og cardiologer fra SUS var i Bergen for

opplæring. Etableringen ble dermed gjort gjennom et tett samarbeid mellom de to helseforetakene. En lignende modell for samarbeid mellom Nordlandssykehuset og UNN ville være formålstjenlig, men dersom ambuleringsvilligheten ved UNN ikke legger til rette for en slik ordning, kan det gjøres avtaler med andre PCI-sentra utenfor Helse Nord. Det er også mulig å hente erfaringer fra desentraliserte PCI-sentra i Sverige, dersom man finner at Stavanger-modellen ikke er gjennomførbar.

På sikt vil det være naturlig at Nordlandssykehuset har egne invasive cardiologer, og at disse kan hospitere/ambulere til PCI-senter med høyere volum for å opprettholde og øke sin kompetanse. Nordlandssykehuset HF vurderer at egnet driftsmodell ved oppstart er angiografi/PCI-aktivitet hverdager fra 0800 til 1600. Målsetningen på sikt er døgkontinuerlig drift med vaktberedskap, slik at en kan drive reperfusjon av alle typer infarkter til alle tider, for å forbedre tilbudet til pasientene i vår region. Dette forutsetter utdanning og opplæring av egne intervensjonskardiologer, og et velfungerende system knyttet til angiografi/PCI ved Nordlandssykehuset. Det er for tidlig å tidfeste når dette vil kunne gjennomføres. Norsk cardiologisk selskap har gitt sin tilslutning til European Society for Cardiology sine retningslinjer^{vii} som anbefaler invasiv utredning og behandling anbefales til de fleste pasienter med NSTEMI eller ustabil angina.

Det anbefales umiddelbar angiografi (< 2 timer) til pasienter med hemodynamisk instabilitet, behandlingsrefraktære brystmerter, livstruende arytmier/ hjertestans og dynamiske EKG-forandringer. Disse pasientene behandles med primær PCI ved NLSH Bodø innen arbeidstid på hverdager. Pasienter som kommer utenfor dette tidsvinduet går direkte til UNN.

Alle pasienter med hjerteinfarkt (NSTEMI) anbefales invasiv utredning innen 24 timer. Retningslinjene anbefaler umiddelbar overflytting (svært høy risiko) eller overflytting samme dag (høy risiko) til invasivt senter for alle pasienter med NSTEMI som innlegges på ikke-invasive sykehus.

Pasienter som innlegges i helger går til angiografi/PCI mandag. Pasienter som meldes fra andre sykehus i helg, overføres søndag for intervensjon mandag. Dersom klinikk tilsier tidligere intervensjon, overflyttes de direkte til UNN.

Med pasientgrunnlag fra Nordlandssykehusets og Helgelandssykehusets opptaksområde har man som mål å behandle 4-5 pasienter per dag med angiografi/PCI. Dette samsvarer med kapasitet for tilsvarende prosedyre ved Stavanger universitetssykehus, Sørlandet sykehus Arendal og St Olavs hospitalⁱ. Dagens aktivitet i regionen tilsier at med 230 åpningsdager pr år vil i underkant av 3 pasienter per dag behandles med angiografi med PCI^{vi}. I tillegg til dette kommer angiografier der man ikke finner indikasjon for PCI, samt elektiv coronar angiografi som ledd i utredninger ved mistanke om hjertesykdom. I 2014 var det 1324 coronare angiografier for pasienter bosatt i opptaksområdet til Helgelandssykehuset HF og Nordlandssykehuset HF. Av disse inngår også pasienter behandlet utenfor UNN Tromsø, varierende mellom 5,2% (Lofoten) og 19,5% Sandnessjøenⁱ. Dersom forbruket av angiografi for pasienter i Nordland nærmer seg nivået ved UNN, vil man også kunne forvente en økning av det totale antall prosedyrer som blir utført i regionen.

Det vektlegges at virksomheten utføres i samarbeid med invasivt senter, fortrinnsvis UNN. Det er ønskelig å etablere video/on-line overføring fra lab NLSH til lab UNN, for diskusjon med hjerteteam, og gjøre avtale om regelmessige (daglige) hjertemøter mellom Nordlandssykehuset og UNN, etter modellen som praktiseres ved AHUS/Rikshospitalet og Rikshospitalet/Arendal.

For å sikre god ivaretagelse av et økt antall pasienter med hjertesykdom, styrkes dagens cardiologiske vaktberedskap med tilstedevakt til 1700 hverdager, 3 timer aktiv vakt lørdag og søndag, og for øvrig passiv hjemmevakt ettermiddag, natt og helg.

Det vurderes å være nødvendig å opprette en dedikert merkantil ressurs for å administrere ventelister, samt plotting, oversikt og rapportering av aktivitet.

1.6 Hvilke personellkostnader vil det være knyttet til rekruttering og oppstart?

Som nevnt vurderer Nordlandssykehuset HF at egnet driftsmodell ved oppstart er angiografi/PCI-aktivitet hverdager fra 0800 til 1600. De påfølgende beregninger av personellkostnader er basert på dette.

1 ambulerende cardiolog	3.150.000
2 hjertesyepleiere	1.300.000
2 radiografer	1.150.000
1 lege i spesialisering	900.000
1 merkantil ressurs	520.000
Cardiologisk vakt	1.400.000
<u>Hospitering</u>	<u>1.000.000</u>
Sum personalkostnader	9.420.000

Målsetningen på sikt er døgkontinuerlig drift med vaktberedskap, hvilket etter vår vurdering forutsetter at Nordlandssykehuset har egne invasive cardiologer som kan sikre forsvarlig bemanning. Overgangen forventes å være en gradvis prosess som i mindre grad baserer seg på innleide cardiologer. I denne perioden vil utgifter til ambulering reduseres, men utgifter til utvidet aktivitet og vaktordning øker. Etersom dette ligger noen år fram i tid, og har betydelige usikkerhetsmomenter knyttet til praktisk gjennomføring, er det ikke gjort kostnadsberegninger for dette.

1.7 Evt. andre forhold foretaket ønsker å tillegge?

Nordlandssykehuset HF ønsker å peke på flere økonomiske forhold som må tas i betraktning. Dette er faktorer som tidligere er angitt i prosjektgruppens rapport, og det er usikkerhet knyttet til hvordan disse potensielle kostnadsbesparelsene kan beregnes.

Vi mener imidlertid at det vil være en forsømmelse å ikke inkludere potensielt betydelige kostnadsbesparelser i en totalvurdering av kostnadene ved etablering og drift av angiografi/PCI-tilbud ved NLSH Bodø.

Fly:

Pasienter med manifest eller antatt hjertesykdom er den største pasientgruppen i luftambulansetjenesten. Det flys årlig mellom 550 og 600 hjertepasienter fra Helgeland og Nordlandssykehuset til Tromsø, og det har vært en betydelig økning i den totale aktiviteten gjennom de siste årene. Det er antatt at man i kommende tiår enten må øke flyflåten eller å redusere antall oppdrag^{viii}.

Et PCI-senter i Bodø vil være tilgjengelig med bil (og båt) for 80-100.000 innbyggere fra Salten-regionen og Nord-Helgeland. Med ambulanshelikoptre både i Brønnøysund og på Evenes, og

med nytt redningshelikopter i Bodø fra 2018, vil tilgjengelighet til Bodø være ganske god for hele Nordland. Legger man således til grunn at etablering av angiografi/PCI-tilbud i Bodø vil redusere bruken av ambulansefly i regionen, kan dette bidra til å unngå eller utsette betydelige kostnader knyttet til innkjøp og drift av flere ambulansefly.

Anestesi:

Den økende bruken ambulansefly medfører også en økende belastning de på anestesitjenesten ved Nordlandssykehuset Bodø på grunn av behov for følge med anestesilege^{ix}.

Pasientreiser:

Helse Nord bruker omkring 800 mill. kroner årlig på pasienttransport. Dette påvirker økonomien i alle helseforetakene. Helgelandssykehuset og Nordlandssykehuset utgjør knapt halvparten av pasientgrunnlaget i nord. Pasienter med ischemisk hjertesykdom utgjør en stor gruppe, og strukturendringer vil kunne reduseres reiseutgiftene knyttet til denne pasientgruppenⁱ.

Lekkasje til andre RHF:

Andelen pasienter fra Sandnessjøen sykehus som får invasiv utredning er betydelig høyere enn Rana og Mosjøenⁱⁱ. Det er naturlig å se dette i sammenheng med at ca 20% av pasientene ved Sandnessjøen sykehus får utført angiografi utenfor Helse Nord, de fleste av disse ved St. Olavs hospitalⁱ. I den grad et PCI-tilbud i Bodø kan bidra til å begrense lekkasje til andre RHF, vil det gi både økonomiske og faglige gevinster over tid.

1.8 Hvilke vurderinger gjør foretaket seg i forhold til driftskostnadene?

Det er stor variasjon i forekomst og forbruk av utredning og behandling av hjerteinfarktpasienter i Helse Nord, og dagens tilbud er ikke tilfredsstillende. Vi vet at jo mer tid som går før pasienten får adekvat medisinsk behandling, desto mer alvorlige blir skadene på hjertet, og sjansen til å overleve reduseres. Sykehusene på Stokmarknes og i Mo i Rana er blant de sykehusene i landet som har lavest overlevelse etter hjerteinfarkt.

Nordlandssykehuset HF vurderer at det er sterke faglige argumenter for etablering av PCI-behandling i Bodø, for å sikre at også pasientene i Nordland skal få tilgang til anbefalt utredning og behandling ved hjerteinfarkt. Denne behandlingen er ikke bare primært for STEMI pasienter, men også for NSTEMI pasienter.

Opprettelse av et slikt tilbud ved Nordlandssykehuset HF vil kreve investeringer og medføre økte driftskostnader. Det antas at det også er et betydelig innsparingspotensiale, særlig knyttet til pasienttransport.

For regionen vil økonomien knyttet til etablering av tilbudet vil være de utgiftene/gevinstene som følger av at tilbudet etableres to steder.

Utgifter

- Investering på 17.000.000, med en årlig avskrivning på 2.750.000
- Utgift til lisenser, vedlikehold og serviceavtaler 350.000
- Personellkostnader på 9.420.000 årlig

Inntekter

- Reduserte pasientreisekostnader (pasienter i opptaksområde til Nordlandssykehuset Bodø og Nordlandssykehuset Lofoten og Helgelandssykehuset HF, slipper ekstra flyreise Bodø-Tromsø). Gir besparelse for både Helgelandssykehuset og Nordlandssykehuset på rundt 4000 kroner per pasient.
- Hente tilbake gjestepasienter fra St.Olavs hospital.
- Besparelse på luftambulanse, spesielt om dette bidrar til å unngå eller utsette betydelige kostnader knyttet til innkjøp og drift av flere ambulansefly.

Det vil være økonomiske besparelser, spesielt knyttet pasienttransport, som hele regionen vil gjøre nytte. Vi mener det er gode faglige argumenter for opprettelse av koronar angiografi/PCI-tilbud i Bodø og anbefaler Helse Nord RHF å prioritere etablering, noe som også vil utjevne de regionale forskjellene i tilbudet til denne pasientgruppen.

Med vennlig hilsen

 Paul Martin Strand

Paul Martin Strand
Administrerende direktør

 Beate Sørslett

Beate Sørslett
Medisinsk direktør

VEDLEGG

Kostnader pasienttransport rutegående transport (beregnet av Seksjon for pasientreiser Nordlandssykehuset:

Flypriser Nordlandssykehuset	Fly t/r 2015, snittpris	Flyavtale T/R fra 1. april 2016
Lofoten - Bodø	1.480	1.786
Lofoten - Tromsø	3.750	5.744
Diff	+ 2.270	+ 3.958
Stokmarknes - Bodø	2.572	3.077
Stokmarknes - Tromsø	3.277	3.896
Diff	+ 705	+ 819
Andenes - Bodø	2.357	3.214
Andenes - Tromsø	1.475	1.547
Diff	- 882	- 1.667
Bodø - Tromsø	2.150	4.021

Flypriser Helgelandssykehuset	Fly t/r 2015, snittpris	Flyavtale T/R fra 1. april 2016
Mosjøen / Sandnessjøen - Bodø	2.100	2.586
Mosjøen - Tromsø	4.550	6.774
Diff	+ 2.450	+ 4.188
Brønnøysund - Bodø	2.215	3.006
Brønnøysund - Tromsø	4.655	7.194
Diff	+ 2.440	+ 4.188
Mo i Rana - Bodø	1.678	1.904
Mo i Rana - Tromsø	4.014	6.092
Diff	+ 2.336	+ 4.188

Så vet vi at mange reiser med tog/båt fra Helgeland til Bodø, noe som gir en lavere reiseutgift. De har kalkulert en gjennomsnittreise t/r Bodø slik, hvor alle kostnader er tatt med:

- Sør Helgeland kr 3.715,00
- Ytre Helgeland kr 3.500,00
- Indre Helgeland kr 1.822,00
- Nord Helgeland kr 1.502,00

ⁱ Helse Nord. *Hjerteinfarkt og perkutan koronar intervensjon (PCI). Et likeverdig tilbud i Helse Nord? Bør det opprettes et PCI-tilbud ved Nordlandssykehuset?* Helse Nord, 2016. Internt arbeidsdokument.

ⁱⁱ Norsk Hjerteinfarktregister. *Årsrapport 2014*. Trondheim: Nasjonalt sekretariat for Norsk Hjerteinfarktregister, 2015. Hentet (30.09.16) fra: <http://hjerteinfarktregisteret.no/MRS/Hjerteinfarktregisteret/2015/%C3%85rsrapport%202014.%20V6.13.10.15.pdf>

ⁱⁱⁱ Folkehelseinstituttet. *Kvalitetsindikatoren 30 dagers overlevelse etter sykehusinnleggelse. Resultater for 2015. Kvalitetsmåling*. Folkehelseinstituttet, Seksjon for kvalitetsmåling i Kunnskapscenteret, 2016.

^{iv} Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. *30 dagers overlevelse etter sykehusinnleggelse for første gangs hjerteinfarkt*. Helsedirektoratet, Oslo 2015. Tilgjengelig fra: https://helsenorge.no/kvalitet-seksjon/Sider/Kvalitetsindikatorer-rapporter.aspx?kiid=30_dager_overlevelse_hjerteinfarkt

^v Norsk cardiologisk selskap. *2015 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation*. Hjerteforum, 2016, 29:2.

^{vi} Sykehusbygg. *Utredning av kostnad og plassering for PCI aktivitet i Bodø*. 2016.

^{vii} European Society of Cardiology. *Acute Coronary Syndromes (ACS) in patients presenting without persistent ST-segment elevation. ESC Clinical Practice Guidelines*. Hentet (30.09.16) fra <http://www.escardio.org/Guidelines/Clinical-Practice-Guidelines/Acute-Coronary-Syndromes-ACS-in-patients-presenting-without-persistent-ST-segm> . 2015.

^{viii} Luftambulansetjenesten. *Strategidokument – Ambulanseflytjenesten 2019*. Helseforetakenes nasjonale luftambulansetjeneste ANS, Bodø, 2016.

^{ix} Pedersen I, Waage-Nielsen E, Antonsen T, Hovland A. *Transport av pasienter med akutt koronarsyndrom fra Bodø til Tromsø. Med-3950, 5. årsoppgave profesjonsstudiet i medisin ved UiT – Norges Arktiske Universitet*. Bodø, august 2015.



Utredning av kostnad og plassering for PCI aktivitet i Bodø

Utredning av PCI aktivitet Bodø

Plassering – investeringskost og framskriving

DOKUMENTNUMMER: 514301179							
Prosjekt	Hovedfunksjon	Disiplin	Prosess	Dokumenttype	Løpenr.	Revisjon	Side
514301179						V1.0	16

UTARBEIDET AV		
Andreas Ystgaard		
Anneli Tyvold		

DOKUMENTSTATUS					
V0.9	uttalelse	Nordlandssykehuset Bodø	26.09.16		
V1.0	Ferdig rapport	Korrektur og godkjenning ny tegning inn	30.09.16		

BEHANDLINGSPROSEDYRE			
Oversendt for uttalelse	Forventet dato for behandling	Instans	Dato for behandling
26.09.16	29.09.16	Nordlandssykehuset Bodø	29.09.16
29.09.16	30.09.16	Sykehusbygg HF- Marte Lauvsnes	30.09.16

Utredning av PCI aktivitet Bodø: Plassering- investeringskost og framskriving

Innhold

Innledning.....	2
Bakgrunn	2
Fremtidig PCI aktivitet i Bodø.....	2
Metode.....	2
Erfaring og informasjon fra St. Olavs Hospital	3
Aktivitet og kapasitetsbehov.....	3
Lokalisering.....	6
Pasientforløp og logistikk:	6
Pasientflyt:.....	7
Utstyr og arealbehov	8
Areal stue6 og omkringliggende arealer på DKL.....	9
Bygningsmessige tilpasninger/ krav:	9
Løsninger aktuelle leverandører	10
Budsjettering av utstyr	10
Ombyggingskostnader, estimat.....	11
Vedlegg:.....	12

Utredning av PCI aktivitet Bodø: Plassering- investeringskost og framskriving

Innledning

Bakgrunn

Utbyggingsprosjektet ved Nordlandssykehuset, Bodø starter nå på siste del av utbyggingen med oppgradering av AB-fløya. Dette byggetrinnet skal stå ferdig i 2020. Perkutan koronar intervensjon var ikke en del av planen for denne utbygginga. Det er utarbeidet en rapport av Helse Nord RHF: «Hjerteinfarkt og perkutan koronar intervensjon (PCI). Et likeverdige tilbud i Helse Nord?» Denne utredningen avdekker forskjeller i forekomst av hjerteinfarkt og behandlingen av denne sykdommen. Direktørmøtet i Helse Nord bestilte 26.06.16 ytterligere analyser til denne rapporten.

Nordlandssykehuset ved fagsjef Tony Bakkejord har gitt Sykehusbygg i oppdrag å utrede muligheter for etablering av PCI aktivitet ved sykehuset i Bodø og se på mulige arealer og kostnader i den forbindelse. Aktuelt areal som er angitt er stue 6 på dagkirurgisk enhet (DKI) med omkringliggende rom. Hovedfokus skal være egnethet av arealer, kostnad til utstyr og bygg, støttefunksjoner og pasientflyt. Omfanget av arbeidet ble begrenset i og med at det var meget kort tidsfrist – omtrent 3 uker.

Fremtidig PCI aktivitet i Bodø

I ovennevnte rapport beskrives det i resultatet at andelen pasienter med STEMI som får reperfusjon (trombolyse, PCI, ACB) er lav i Hammerfest og Mo i Rana. For pasienter med NSTEMI er reperfusjonen raskest for de pasienter med boområde Tromsø. 30 dagers overlevelse varierer (85,1-92,1%) mellom sykehusene i Helse Nord. Dødeligheten er lavest i Tromsø og høyest i boområdet til Narvik og Rana. Derfor er det ønsket å vurdere en etablering av PCI behandling i Bodø som kan dekke behovet for befolkningen i Helgelandssykehuset og Nordlandssykehusets opptaksområder. Flere ulike arealer har vært diskutert for PCI aktivitet i Bodø. De fleste alternativer er ikke aktuelle før ca. 2020. Det som er aktuelt og som bør kunne realiseres innen 12 måneder etter beslutning, er arealet på DKI som tidligere har vært utredet som et alternativ til hybridlab (Hybrid operasjonsstue – Nordlandssykehuset Bodø, SINTEF 2013-05-14). Det er dette arealet denne rapporten vil omhandle. En eventuell flytting til andre arealer etter, eller i sammenheng med ferdigstilling av AB-fløya, er ikke vurdert i denne rapporten og vil eventuelt måtte komme på et senere tidspunkt. Dette var en føring gitt i møte Bodø 08.09.16 med Tony Bakkejord, Eivind Solheim og Hanne Bjørnstad. Arealet på Dagkirurgen og hjertemedisin har støttearealer der det forutsettes at sykehuset har kapasitet til å gi nødvendig forberedelse før og overvåking etter behandling for PCI pasientgruppen. Dette behovet er omtalt spesielt i kapittelet lokalisering.

Metode

For å få mer informasjon, og danne oss ett bilde av PCI behandling herunder hvilke arealer som trengs ved etablering av PCI har Sykehusbygg HF, Andreas Ystgaard og Anneli Tyvold, vært i møte med kliniksjeff, prof. Dr. Med. Rune Wiseth ved St Olavs hospital. Videre har vi snakket med fagmiljøet i Sørlandet sykehus, Arendal, Stavanger Universitetssykehus, Universitetssykehuset i Tromsø.

Rapporten gir et bilde av dimensjoneringsbehov med beskrivelse av pasientforløp, krav til bygg og arealbehov ved en eventuell etablering av PCI ved Nordlandssykehuset, Bodø. Data for arealbehov og

Utredning av PCI aktivitet Bodø: Plassering- investeringskost og framskriving

utstørsbehov er hentet fra eksisterende aktivitet i Tromsø og St. Olavs Hospital, rapporten "Hjerteinfarkt og perkutan koronar intervensjon(PCI)", og leverandørmarkedet ved GE healthcare Norge – Siemens healthcare – Philips healthcare og St. Judes medical. Alle unntatt St. Judes medical tegnet inn forslag til løsning innen eksisterende areal.

Det er laget budsjett for investering av utstyr basert på priser hentet inn fra ovenfor nevnte leverandører. Videre ble det i samarbeid med utbyggingsavdelingen laget budsjett for ombygging av arealet. Denne beregningen er lagt ved som vedlegg.

Som underlag for å vurdere kapasitetsbehovet for dagkirurgi har Sykehusbygg utført en framskriving av aktiviteten på DKI. Dette gir et bilde av fordelingen mellom dagkirurgisk aktivitet og aktivitet på sentral operasjonsavdeling, samt behov for operasjonsstuer på dagkirurgisk avdeling.

Rapporten har utredet ett alternativ, lokalisering på Dagkirurgen, stue 6. For denne løsningen er konsekvensene for pasientforløp og areal vurdert. Det er ikke vurdert hvilke konsekvenser dette vil ha for den dagkirurgiske virksomheten ut over reduksjon i kapasitet. For etablering av PCI i Bodø er det forutsatt at den elektive og øyeblikkelig hjelp av PCI behandling i oppstartsfasen skal utføres på dagtid.

Erfaring og informasjon fra St. Olavs Hospital

PCI behandling er en personell og utstørskrevenne behandling. Oversikt over utstyr som kreves er beskrevet i kapittel løsning og aktuelle leverandører. Det stilles ikke krav til nærværelse av en thoraxkirurg ved utførelse av PCI behandling. Anestesipersonell må være lett tilgjengelig, men må nødvendigvis ikke befinne seg i nærliggende arealer. Ved pasient med STEMI, hjertestopp, hjertesvikt eller med andre puste problemer eller livstruende tilstand i forbindelse med PCI blir anestesipersonell tilkalt.

I de nasjonale retningslinjene anbefales PCI i intervallet 24-72 timer for NSTEMI. I rapport "Bør det opprettes et PCI-tilbud ved Nordlandssykehuset?" er det skrevet at Helse Nord og Helse Sør-Øst har valgt en strengere anbefaling med utredning av NSTEMI innen 24 timer.

Rapporten viser at andelen pasienter med NSTEMI, som har fått gjennomført angiografi utredning innen 24 timer, kommer Helse Nord gjennomsnittlig godt ut i forhold til de øvrige regioner, men det er utvilsomt ulikheter innad i regionen og økt avstand til UNN gir lengre utredningstid. En firedel av pasientene får denne utredningen innen 24 timer.

For NSTEMI mener Rune Wiseth at det finnes tilfeller som har akutt behov av PCI, dersom ECCO-cor(ultralud) viser hjerteinfarkt. Det beskrives i rapporten at pasienter med høy risiko, klinisk ustabile (ustabil angina) med vedvarende symptomer, eller alvorlig hjertesvikt, livstruende hjerterytmeforstyrrelser burde utredes med angiografi uten opphold (< 2timer).

Aktivitet og kapasitetsbehov

PCI

Med opptaksområde Nordland og Helgeland har man som mål i Nordlandssykehuset, Bodø å behandle 5 pasienter/stue per dag med PCI. Dette samsvarer med kapasitet Angio/PCI

Utredning av PCI aktivitet Bodø: Plassering- investeringskost og framskriving

pasientbehandlinger som gjøres i Helse Stavanger HF Stavanger universitetssykehus, Sørlandet sykehus Arendal og St. Olavs Hospital. Dagens aktivitet tilsier i underkant av 3 pasienter per dag med 230 åpningsdager/år. Dette gjelder PCI pasienter, coronar angiopasienter er ikke inkludert. (411 pasienter fra opptaksområdet Nordland og 238 pasienter fra opptaksområde Helgeland ble behandlet med PCI i 2015.)

PCI Opptaksområde Nordlandssykehuset HF

		Feiring	andre HF	UNN	Total
2014	uten AMI	19	6	168	193
	med AMI	0	9	172	181
	Total	19	15	340	374
2015	uten AMI	13	5	179	197
	med AMI	0	9	205	214
	Total	13	14	384	411

PCI Opptaksområde Helgelandssykehuset HF

		Feiring	andre HF	UNN	Total
2014	uten AMI	10	8	73	91
	med AMI	0	8	92	100
	Total	10	16	165	191
2015	uten AMI	4	13	100	117
	med AMI	1	10	110	121
	Total	5	23	210	238

Dagkirurgi

Ved en etablering av PCI lab der dagens stue 6 på dagkirurgisk enhet er lokalisert, betyr det en reduksjon i kapasitet fra 6 til 5 dagkirurgiske operasjonsstuer. Dagens aktivitet tilsier at kapasitet ikke er fullt utnyttet i alle operasjonsstuene. Framskrivningen for dimensjoneringen av operasjonsstuene forutsatte et ambisjonsnivå på ca. 75 % dagkirurgi av all elektiv kirurgi.

Tall fra 2014 viser kirurgisk DRG (opphold med operasjonsstuekrevede prosedyrer) på 6 895 behandlede pasienter i Nordlandssykehuset, Bodø inklusiv øye operasjon. 3 232 inngrep av 6 895 var utført dagkirurgisk. Det gir et dagkirurgisk aktivitetsnivå på 47 %. Dersom sykehuset skal oppnå dagkirurgisk ambisjonsnivå på 75 %, må dagkirurgiske inngrep øke med 1 939 inngrep/år.

Utredning av PCI aktivitet Bodø: Plassering- investeringskost og framskriving

2014 Kir. DRG totalt: 6 895 inngrep

Antall dag kirurgiske pasienter, inkl. øye pasienter	3 232	4 137	4 827	5 171
%	47%	60%	70%	75 %

Kapasitetsbehov 2014

Prosent	Antall Pasienter	Tid per operasjon(h)	Dager / år	Åpningstider (h)	Kapasitetsbehov
47 %	3232	1,5	230	8	3
75 %	5171	1,5	230	8	5

Med 3 232 pasienter og beregnet total prosedyretid per pasient på 1,5 time, åpningstid 8 timer i 230 dager gir det et kapasitetsbehov på 3 operasjonsstuer i dag.

Med ambisjonsnivå på 75 % og 5 171 pasienter, samt beregnet total prosedyretid per pasient på 1,5 time, åpningstid på 8 timer i 230 dager, gir det et kapasitetsbehov på 5 stuer i dag.

Opphold gruppert til Kirurgisk DRG, Nordlandssykehuset Bodø. Antall opphold i 2014, demografisk fremskrevet 2020 og 2030. Fordelt på dag (registrert inn og ut samme dag) og døgn (minst en overnatting).

	2014	2020	2030
dagkir	3 233	3 530	3 801
døgnkir	3 662	4 126	4 660
Total	6 895	7 657	8 462
andel dag	46,9 %	46,1 %	44,9 %

Opphold gruppert til Kirurgisk DRG i HDG 2 "Øyesykdommer", Nordlandssykehuset Bodø. Antall opphold i 2014, demografisk fremskrevet 2020 og 2030. Fordelt på dag (registrert inn og ut samme dag) og døgn (minst en overnatting).

	2014	2020	2030
dagkir	587	685	843
døgnkir	40	48	59
Total	627	733	902
andel dag	93,6 %	93,5 %	93,5 %

Opphold gruppert til Kirurgisk DRG, ekskl. HDG 2 "Øyesykdommer", Nordlandssykehuset Bodø. Antall opphold i 2014, demografisk fremskrevet 2020 og 2030. Fordelt på dag (registrert inn og ut samme dag) og døgn (minst en overnatting).

Utredning av PCI aktivitet Bodø: Plassering- investeringskost og framskriving

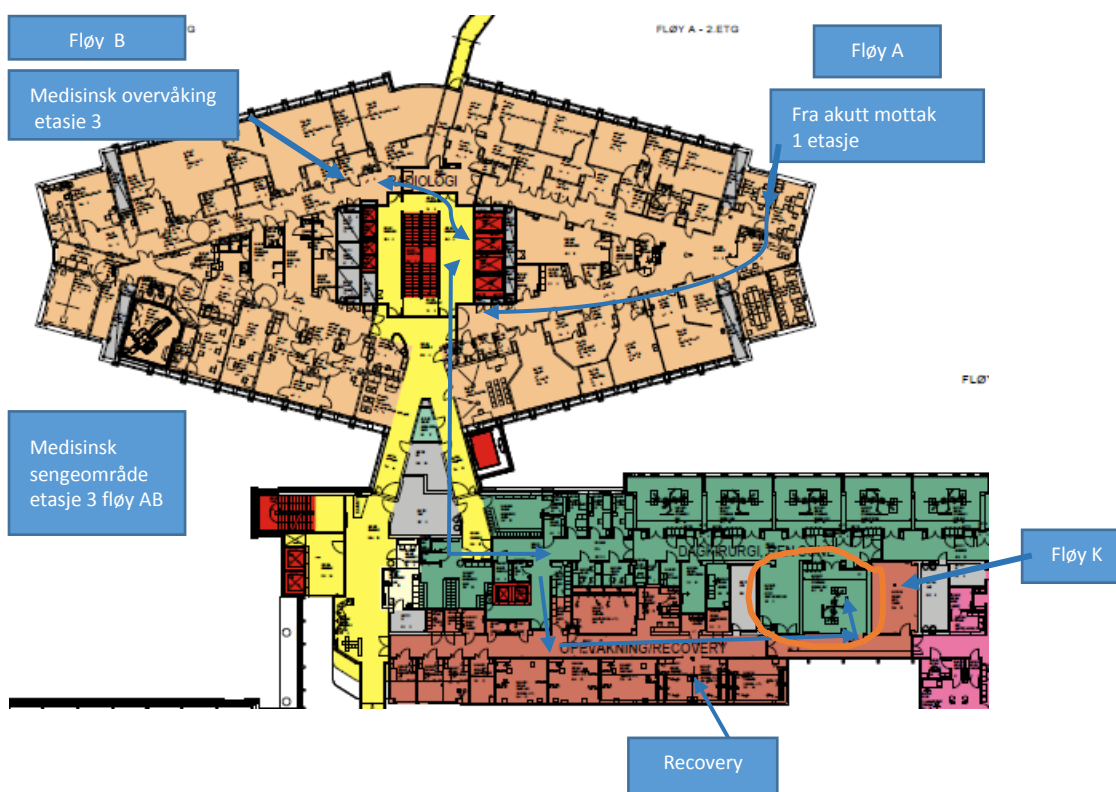
	2014	2020	2030
dagkir	2 646	2 846	2 958
døgnkir	3 622	4 079	4 602
Total	6 268	6 925	7 560
andel dag	42,2 %	41,1 %	39,1 %

Lokalisering

Planene for etablering av PCI aktiviteten omfatter Stue 6 (K02.066) og møte/ pause DKI(K02.062). Det anbefales at arealene for PCI stenges mot grønn sone. Pasienter som skal til PCI skal komme fra korridor A420K0-22 som er på motsatt side av grønn sone. For å ivareta pasientintegriteten bør kun pasienttransport komme rett inn på lab og all annen trafikk bruker adkomst til lab fra manøverrom. På denne måten unngår man innsyn ved åpning av dør in til PCI LAB etter ankomst av pasient.

Pasientforløp og logistikk:

Etablering av PCI på stue 6 i DKI, innebærer korte avstander til anestesipersonell og recovery. Det vil være pasienter som kommer fra hjerteovervåkingen i etasje 3 fløy B og pasienter fra akutt mottak i etasje 1 fløy A. For å komme til stue 6 går transportveien via en sentral heis A03.K21 (delvis skjermet fra publikum) i midten av fløy AB eller akutt heisen K03 (helt skjermet fra publikum) i fløy A. Videre inn i gang K02. K08/09. Pasienten må krysse den grønne sonen, korridor K02.K10. Videre gjennomgang K02.K17. (Se tegning.)



Utredning av PCI aktivitet Bodø:

Plassering- investeringskost og framskriving

Pasientflyt:

Akutt pasient:

Helikopter: Omlastning skjer på flyplassen. Akutt-pasienter hentes av ambulanse og kjøres til sykehuset, tid 7-8 min. Fra mottak går pasienten direkte til PCI, enten via den sentrale heisen (delvis skjermet fra publikum) eller den nyetablerte akutt heisen (2016) lokalisert mellom A og B (avskjermet fra publikum) til stue 6.

Pasient fra mottak: Fra akuttmottak i AB fløya går pasienten direkte til PCI, enten via den sentrale heisen (delvis skjermet fra publikum) eller den nyetablerte akutt heisen (2016) lokalisert mellom A og B (avskjermet fra publikum) til stue 6. For pasienter med trombolysebehandling skal pasienten innom overvåking for overvåke/observere eventuelt reperfusjon.

Pasient fra avdeling: Hjerterovervåkingen ligger i B3 (3.etasje), etasjen over stue 6 som er koblet sammen med en bro. Her vil det bli en midlertidig forflytting til fløy A for ombygging av B3 i 2018. Den midlertidige flyttingen vil ikke føre til endring i transporttid mellom avdeling og stue 6.

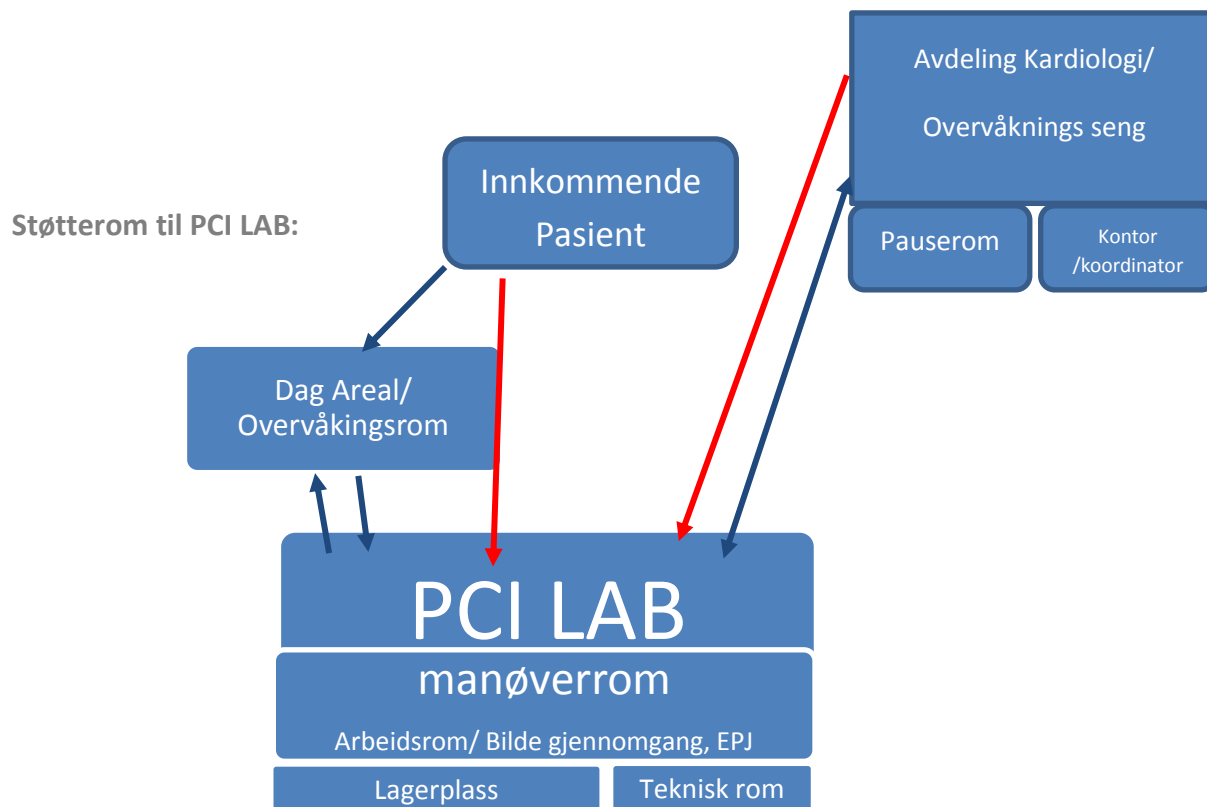
Elektiv pasient:

Pasient kommer fra avdeling eller hjemmefra før Angiografi/PCI behandling. Disse pasientene vil gå via recovery eller hjerterovervåkingen til preoperative forberedelser. Recovery ligger i samme etasje omtrent 20 meter fra stue 6.

NSTEMI pasienter observeres (puls og blodtrykk) med tanke på blødning fra innstikksstedet i noen timer etter prosedyren. Ukompliserte NSTEMI overvåkes med telemetri og er inneliggende til neste dag.

Pasienter med STEMI (økt troponin, EKG elevasjon, sykehistorie) er inneliggende i 1 døgn på medisinsk overvåking og deretter foretas ny vurdering med eventuell overflytting til sengepost eller lokalsykehus. (Dette i henhold til gjeldende praksis)

Utredning av PCI aktivitet Bodø: Plassering- investeringskost og framskriving



Utstyr og arealbehov

Det må i denne rapporten påpekes at man har forutsatt at arealet på stue 6 (k02.066) og møte pauserom (k02.062) på DKI anvendes til PCI formål i sin helhet. Hvordan dette påvirker øvrig drift på DKI er ikke vurdert i denne rapporten, men kan påvirke drift på DKI.

De arealene det primært er behov for og tatt høyde for i denne rapporten er for selve aktiviteten som skal gjennomføres med nødvendige rom til dette:

- PCI laboratoriet
- teknisk rom der kabinetter med elektronikk og kjøling av angiografiutstyr må plasseres
- manøverrom der det forutsettes at man også kan sitte og analysere gjennomførte undersøkelser.

Det er i tillegg på noen tegninger lagt inn et lite lager for lagring av noe MTU og engangsutstyr for supplering til skap på lab. Alle andre funksjoner slik som kontor for kontorpersonele, oppvåkning etter inngrep og klargjøring før inngrep forutsettes løst i eksisterende arealer på sykehuset. Dette er også bekreftet i møte med fagmiljøet for kardiologi i Bodø 08.09.16.

Siemens, GE, Philips og St. Jude medical ble forespurt om å komme opp med budsjettpriser for det utstyret som behøves for å få en fullverdig PCI lab. Philips og Siemens har i tillegg tegnet ut et forslag på hvordan utstyret kan passe inn i de eksisterende arealene på stue 6. Tekniske krav og arealkrav er oppgitt og lagt til grunn for tegnet forslag. Tegninger ligger vedlagt i slutten av denne rapporten.

Det er innhentet informasjon om dagens løsning på St. Olavs Hospital og hvordan funksjonen er løst og hvilke arealer og utstyr som anvendes for å løse oppgaven. Det er også oppgitt hvilket utstyr man

Utredning av PCI aktivitet Bodø: Plassering- investeringskost og framskriving

ser behov for i rapporten «Hjerteinfarkt og percutan koronar intervensjon» datert 15.08.16.

Areal stue6 og omkringliggende arealer på DKI

Det er tatt utgangspunkt i å løse PCI funksjonen ved å bruke følgende arealer i dagens lokaler som disponeres av dagkirurgi (DKI):

Stue 6 operasjon DKI(K02.066):	45,1m ²
Møte/ pause DKI(K02.062):	35,4m ²
Sum	80,5m²

Disse to rommene på DKI er valgt ut fra at man skal kunne løse behovet for lab, manøverrom og teknisk rom for PCI aktiviteten. Det foreslås også at man etablerer et lite lager til kateter som skal anvendes på lab og teknisk utstyr det ikke er behov for på alle prosedyrer etter erfaring fra St. Olavs Hospital. Manøverrom etableres så stort at det også blir plass til å gjøre analyser/evaluering av bilder etter undersøkelser der. Se tegningsforslag fra Philips og Siemens og GE tegnet inn i eksisterende arealer vedlagt Tegning 1, 2 og 3. Disse arealene er i tråd med anbefalt størrelser fra leverandørene.

Det foreslås at man stenger passasje inn mot grønn sone og bruker adkomst bare til korridor K02.k16

Pasienter med ankomst fra medisinsk overvåking eller akutt mottak kommer til å passere i korridor utenfor garderober i grønn sone. Dette for å ha kortest vei og minst transportvei i publikumsområder.

Bygningsmessige tilpasninger/ krav:

Slike byggeprosjekter er kompliserte og vil kreve stor grad av samhandling mellom leverandør- teknisk prosjektering og brukere i prosessen med å tilpasse bygget til løsninger. Leverandør av utstyr bør være på plass før man starter tilpasning av bygget i dette prosjektet fordi man må ta hensyn til både bruk og utstyrsutforming for å oppnå optimale løsninger. Under er det satt opp noen punkter/krav som må ivaretas

- Mellom manøverrom og lab må det etableres et stort blyglass slik at man får god kontakt mellom rommene.
- Det etableres blyskjerming i lab tilsvarende 2 mm blyekvivalent i alle retninger tak-vegg og gulv (Veileder om medisinsk bruk av røntgen- og MR-apparatur, Statens Strålevern)
- Teknisk rom må etableres med vegger og lydisolasjon. Tilknytning til strøm gjøres på teknisk rom og det kreves 1 kurs på 63A og en kurs på 50A i tillegg til stikkontakter og datauttak.
- Varme som må avledes fra utstyr er omtrent; teknisk rom: 5 kW, Manøverrom: 2 kW, laboratorium: 2 kW
- Renhetskrav på slike stuer i St. Olavs Hospital er 100CFU og vi anbefaler det samme for stuer i Bodø.
- Montering av unistrut skinner for oppheng i tak forutsettes utført av byggherre.
- Lage kabelføringer mellom de forskjellige rom og utstyr må etableres enten med, eller som en kombinasjon av, kjerneboringer- slissing eller kabelkanaler/føringer.

Utredning av PCI aktivitet Bodø: Plassering- investeringskost og framskriving

Løsninger aktuelle leverandører

Det er 3-4 forskjellige leverandører som leverer angiografiutstyr som anbefales til slike typer inngrep og leverandørene kan tilby litt forskjellige løsninger. Philips og Siemens har både gulvmontert og takmontert løsning. GE har kun en løsning der stativet står på gulvet. For PCI undersøkelser vil begge løsninger fungere godt.

I tillegg til selve angioutstyret er det en hel del ekstra utstyr man må ha for å gjøre coronare undersøkelser. Dette er måling av ekg og trykk (FFR - Fractional flow reserve), intravaskular ultralyd (IVUS) IABP (intraAortic ballongpumpe) og OCT (Optical coherence tomography).

I tillegg kommer løsning for lagring av bilder. Her bør det planlegges med en løsning der man kobler sammen den løsningen Tromsø bruker i dag, Siemens Syngo Dynamics. En slik løsning vil gi tilgang til bildene både i Bodø og Tromsø slik at man kan samarbeide tett. Denne løsningen er diskutert med Siemens og er tatt inn i budsjett.

De store leverandørene leverer nå løsninger med storskjerm der man får mikset inn alle bildene på denne ene skjermen alt etter hva de ønsker å presentere under prosedyren. Dette er løsninger som koster mellom 500.000 og 800.000 kroner i tillegg sammenliknet med vanlige enkeltstående monitorer. Denne løsningen er tatt med i budsjetterte løsninger.

Budsjettering av utstyr

Basert på innkomne budsjettpriser fra de nevnte leverandører utformes budsjett for de forskjellige utstyrstyper som man mener behøves. Alle priser oppgitt eks mva:

Angio system inkludert følgende:	7.000.000
- Storskjermsløsning	
- Takhengt blyskjeming	
- Hemodynamikksystem	
- Kontrastinjektor	
IVUS (intravakulær ultralyd):	650.000
Ultralyd tradisjonelt:	400.000
Syngo Dynamics (Siemens lagrings og bearbeidingsløsning)*:	900.000
FFR (Fractional flow reserve) og otc (optical coherence tomography):	900.000
Sum:	9.850.000
Sum inkl 25% MVA:	12.312.500

*Syngo dynamic er løsningen som anvendes for lagring i Tromsø i dag. Løsningen kan sannsynligvis gjennomføres slik at man samarbeider med Tromsø om lagringssystem og dokumenterer i samme system uavhengig av hvilken leverandør som velges på angiografi. Dette vil redusere kostnadene for systemet til Siemens, men muligens påføre noe it kostnader. Pris settes dermed slik at det inkluderes ca. 500.000 til it kostnader. Man kan også anvende løsninger fra andre leverandører om dette er ønskelig.

Utredning av PCI aktivitet Bodø: Plassering- investeringskost og framskriving

Ombyggingskostnader, estimat

Etter møte med Terje Winther ved utbyggingsavdelingen på Nordlandssykehuset har de kommet opp med et estimat for ombygging som er basert på tegninger fra Siemens. Denne tegningen samt krav til bygget som beskrevet i kapitlet, bygningsmessige tilpasninger/ krav, ligger til grunn for estimeringen av pris. Inkludert i prisen vil all jobb med prosjektering og tegning, prosjektledelse og byggeledelse samt utførelse av byggeprosjektet være inkludert.

Byggekostnad: 3.264.300

Byggekostnad er tatt inn med sikkerhetsmargin – og inklusive MVA. Spesifisert som vedlegg tabell 1.

Oppsummert kostnadsestimat:

I utstyrsberegningen skal det være tatt høyde for det utstyret som det tradisjonelt vil være behov for. Eventuell kostnad med anskaffelse er ikke tatt med i kalkulasjonen. For bygg er som tidligere nevnt alt inkludert.

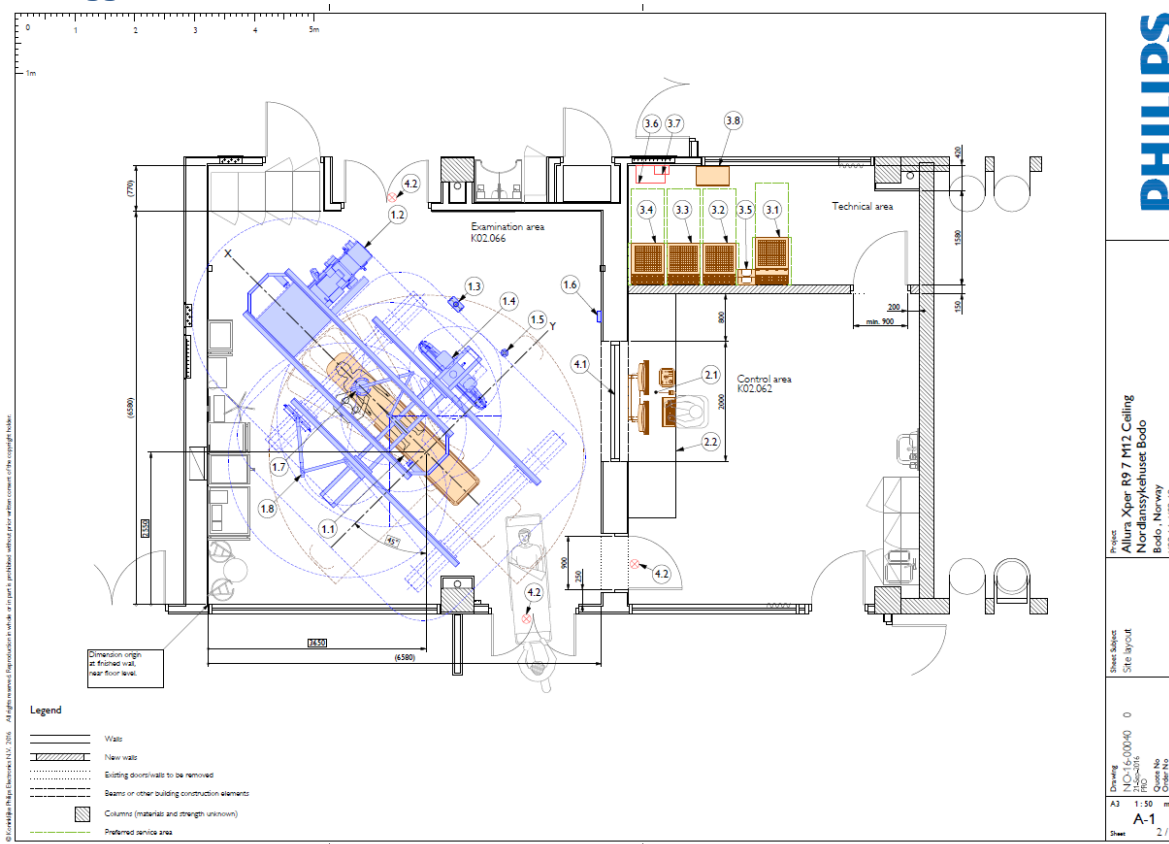
Utstyrkostnad inkl MVA: 12.312.500

Ombygging inkl MVA: 3.264.300

Sum Etablering av PCI i Bodø etablert i areal stue 6 i DKI inkl mva: 15.576.800

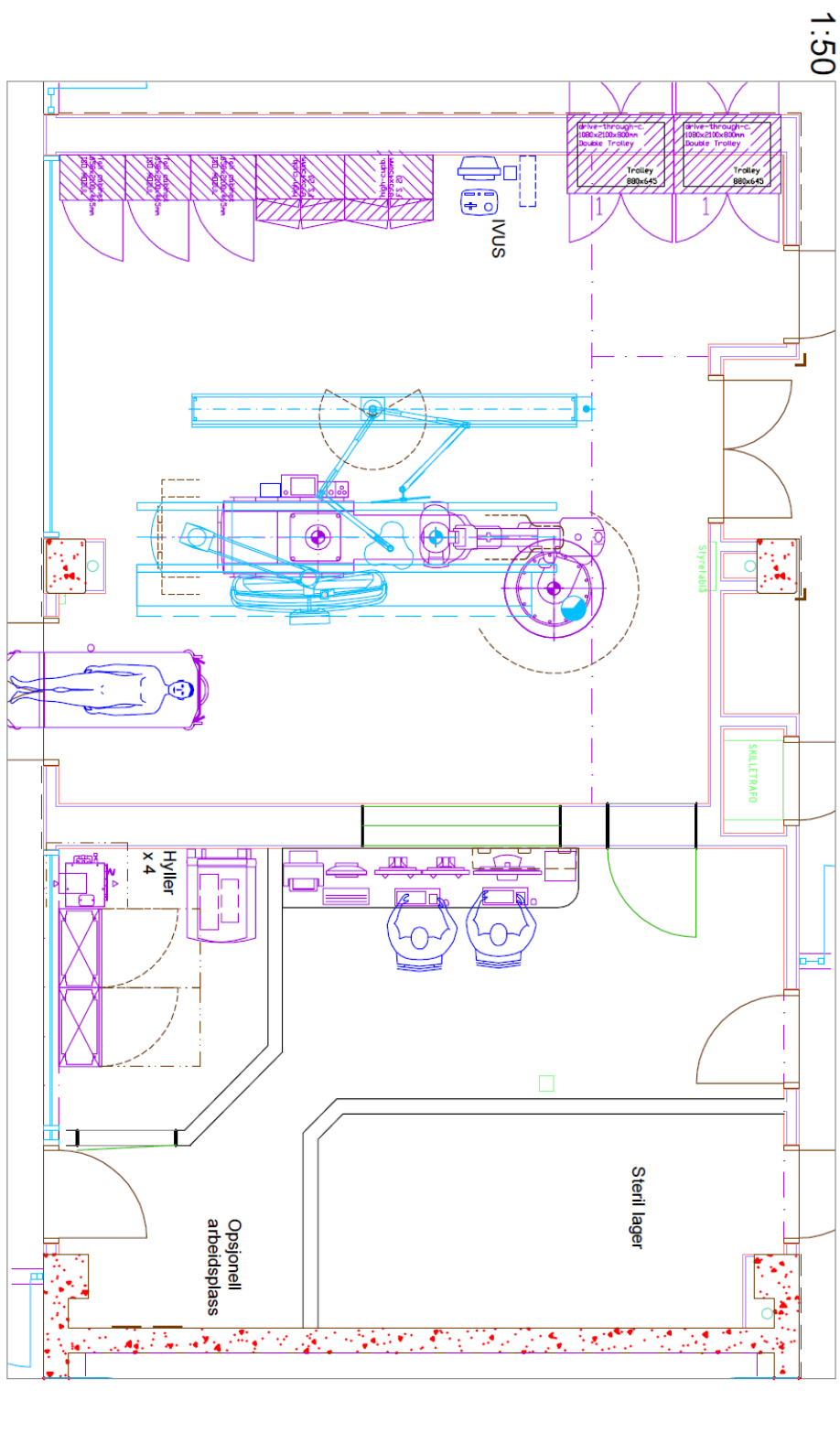
Utredning av PCI aktivitet Bodø: Plassering- investeringskost og framskriving

Vedlegg:



Tegning1: Forslag layout Philips

Utredning av PCI aktivitet Bodø: Plassering- investeringskost og framskriving



Mulig planløsning

Borjesson B	16.09.2016	Edited
		Checked
SIEMENS Team Implementation Healthcare Østre Aker vei 88 0613 Oslo Tel: 22634300		

Tegning2: Forslag layout Siemens

Utredning av PCI aktivitet Bodø: Plassering- investeringskost og framskriving

Post	Spesifikasjon/konto	Kostnader	
1	Felleskostnader	kr	418 500
2	Bygning	kr	630 000
3	VVS-installasjoner	kr	360 000
4	EI-kraft	kr	315 000
5	Tele og automasjon	kr	90 000
	Huskostnad	kr	1 813 500
7	Utomhusarbeider	kr	-
	Entreprisekostnad	kr	1 813 500
8	Generelle kostnader. (Planlegging byggeledelse, adm)	kr	362 700
	Byggekostnad	kr	2 176 200
9	Spesielle kostnader (mva)	kr	544 050
	Grunnkalkyle	kr	2 720 250
0.1	Reserver, forventede tillegg (10%)	kr	272 025
	Forventet prosjektkostnad bygningsmessige arbeider	kr	2 992 275
0.2	Sikkerhetsmargin (10 %)	kr	272 025
	TOTAL RAMMEKOSTNAD	kr	3 264 300

Tabell 1: Budsjett for ombygging av DKI arealer til PCI funksjonalitet