

Leirfjord Senterparti vil sende inn følgende høringsuttalelse:

Leirfjord Senterparti stiller seg bak det forelagte høringssvaret til ressursgruppas foreløpige rapport om framtidens Helgelandssykehus; Helgelandssykehuset 2025. Se link under.

<https://www.alstahaug.kommune.no/ato/esaoff/document/hringsuttalelse-til-ressursgruppas-rapport-helgelandssykehuset-2025.112206.8db0972ff1.pdf>

På vegne av medlemsmøte og styremøte.

Mvh

Trine Fagervik

Leder i Leirfjord Senterparti

# Høringsuttalelse til ressursgruppas foreløpige rapport: “Helgelandssykehuset 2025”

Fra kommunene Alstahaug, Brønnøy,  
Dønna, Grane, Hattfjelldal, Herøy, Leirfjord,  
Sømna, Træna, Vefsn, Vega og Vevelstad.

# 1. Sammendrag

Helgelandssykehuset HF har invitert til å gi høringsinnspill knyttet til ekstern ressursgruppes foreløpige rapport av 3. desember 2018 vedrørende Helgelandssykehuset 2025. Kommunene Alstahaug, Brønnøy, Dønna, Grane, Hattfjelldal, Herøy, Leirfjord, Sømna, Træna, Vefsn, Vega og Vevelstad takker for denne muligheten, og avgir herved en samlet høringsuttalelse til rapporten. Denne høringsuttalelsen representerer således synet til 12 av 17 kommuner (71 prosent, Bindal ikke medregnet) på Helgeland.

Kommunene støtter ressursgruppas innstilling om ett akutt sykehus på Helgeland, men vil påpeke at sykehuset må plasseres sentralt på Helgeland.

Plassering på strekningen Mosjøen – Sandnessjøen er den eneste løsningen som gir et varig kvalitativt godt tilbud og den pasientsikkerheten som befolkningen på Helgeland både har behov for og krav på. Det er bare løsningen med ett akutt sykehus som kan gi tilstrekkelig pasientvolum til å opprettholde robuste fagmiljøer og en bærekraftig økonomi over tid.

I våre vurderinger har vi lagt hovedvekt på hva som er til beste for pasientene. Vi tar til orde for en sykehusstruktur som gir best mulig tilbud til flest mulig innbyggere på Helgeland. Dette er i tråd med helseministerens vektlegging av pasientens helsetjeneste. Ressursgruppas foreløpige innstilling derimot, anbefaler en løsning som gir optimale helsetjenester til befolkningen nord for Korgfjellet, på bekostning av flertallet på Helgeland generelt, og befolkningen på Sør-Helgeland spesielt.

Vi er sterkt kritiske til ressursgruppas analyser og vurderinger som ligger til grunn for anbefalt lokalisering. Som styret i Helgelandssykehuset og Helse Nord har påpekt er viktige forhold ikke vurdert av ressursgruppa. Flere av analysene som er gjort fremstår som mangelfulle. Det er påfallende at viktige forhold i Mo i Ranas disfavør ikke tillegges vekt, mens uvesentlige og dels uriktige forhold som tilsynelatende går i Mo i Ranas favør framheves.

Helgelandssykehuset må ha hele befolkningen på Helgeland som pasientgrunnlag for å oppnå et volum som sikrer kvalitet i behandlingen og at spesialiserte funksjoner beholdes. Plassering av akutt sykehuset i Mo i Rana vil bety en uholdbar reisetid for mange og medføre en betydelig pasientlekkasje ut av regionen. Ressursgruppa har ikke analysert eller lagt vekt på kvalitative og økonomiske effekter av denne pasientlekkasjen for Helgelandssykehuset og Helse Nord. Effekter som over tid vil slå tilbake på behandlingstilbudet for alle helgelendinger.

I akutte situasjoner, hvor det haster som mest, har ressursgruppa vektlagt at befolkningen nær Mo i Rana vil nå sykehuset på under en time. Ressursgruppa har sett bort fra at 10 prosent av befolkningen i regionen vil få 3,5 til 4 timers reisetid til akutt sykehus ved en plassering i Mo i Rana. Regulariteten ved bruk av helikopter til Mo i Rana er i dag helt nede i 30 prosent i perioder, og det er stor usikkerhet om regulariteten kan styrkes i framtiden. Dette innebærer en helt uakseptabel reisetid og risiko for store deler av befolkningen. Velger man lokalisering på

strekningen Mosjøen - Sandnessjøen oppnås den klart laveste gjennomsnittlige reisetid.

Kommunene er enig med ressursgruppa når den slår fast at alle de tre bykommunene kan fungere godt når det gjelder rekruttering til sykehusene. Det eneste argumentet som ressursgruppa framfører for Mo i Rana, og som kan tillegges vekt, er størrelse på dagens fagmiljøer. Det er imidlertid ikke riktig at Mo i Rana har det største fagmiljøet. På de viktigste områdene som overleger og spesialsykepleiere er det små forskjeller sammenlignet med Sandnessjøen. Ser man Sandnessjøen og Mosjøen under ett er miljøene klart større enn Mo i Rana. Å se disse miljøene i sammenheng er en rimelig forutsetning etter at Toventunnelen ble åpnet i 2014. Nå kan strekningen Mosjøen - Leirfjord - Sandnessjøen tilbakelegges på ca. 50 minutter, og området vil utvikle seg i retning av et felles bo- og arbeidsmarked. Vi mener at fagmiljøet sør for Korgfjellet er minst like robust som miljøet i Mo i Rana og vil være bedre rustet til å rekruttere leger og spesialsykepleiere til et sykehus lokalisert på strekningen mellom Mosjøen og Sandnessjøen.

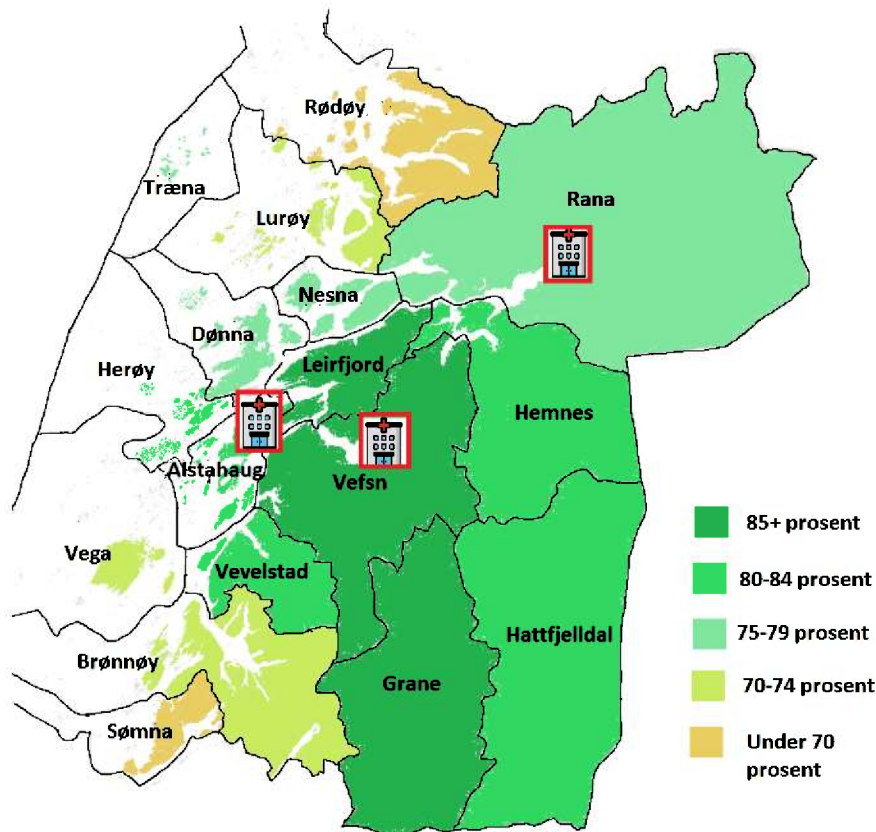
Akuttsykehuset skal være en del av et helhetlig helsetilbud som også omfatter DMS-er og fastlegene. Sykehuset må bemanne DMS-ene med spesialister. Skal slik ambulering fungere må reisetiden være kortest mulig. Dette oppnås ved å legge sykehuset sentralt på Helgeland. Plassering av sykehuset på strekningen Mosjøen - Sandnessjøen vil også redusere antall DMS-er fra tre til to, med betydelige effekter for ressursbehov og økonomi. Ny utdanningsmodell for leger og behov for bedre samordning mellom sykehusene og fastlegene løses også langt bedre når avstand mellom kommunene og sykehus reduseres. Disse viktige temaene er i svært liten grad vurdert av ressursgruppa. Plassering av sykehuset sentralt på Helgeland vil styrke det helhetlige tilbudet for pasientene og rekrutteringen av fastleger til et større antall av kommunene, og redusere årlige kostnader til DMS-ene.

Kommunene kan ikke se at noen av de argumentene som ressursgruppa fremfører for å plassere sykehuset i Mo i Rana kan tillegges vesentlig vekt. Styret i Helgelandssykehuset har bedt ressursgruppa utarbeide ytterligere informasjon om vesentlige forhold som mangler i rapporten. Kommunene ser positivt på dette. Vi er likevel sterkt bekymret når vi ser på kvaliteten i ressursgruppas arbeid så langt. De nye analysene, som ikke er planlagt sendt på høring, kan forlede styret til å fatte beslutning på sviktende grunnlag, slik den foreløpige rapporten dessverre allerede legger opp til.

Kommunene Alstahaug, Brønnøy, Dønna, Grane, Hattfjelldal, Herøy, Leirfjord, Sømna, Træna, Vefsn, Vega og Vevelstad mener at hensynet til pasientsikkerhet, lik rett til helsetjenester, rekruttering til nøkkelstillinger i det nye sykehuset og et helhetlig godt helsetilbud for befolkningen, utvilsomt taler for å plassere det nye akuttsykehuset sentralt på Helgeland, nærmere bestemt på strekningen Mosjøen - Sandnessjøen.

## 2. Pasientgrunnlaget svekkes

Figur 1: Kommunevis oversikt over andel behandling som blir foretatt ved Helgelandssykehuset



Helgelandssykehuset har ansvaret for behandlingen av alle innbyggere i kommunene på Helgeland. Bindal dekker imidlertid 95 prosent av sin spesialisthelsetjeneste i Trøndelag. Bindal er derfor tatt ut av de videre beregninger.

I Helgelandssykehusets reelle nedslagsfelt er det 77 100 innbyggere. Dette er omtrent samme omfang som Finnmarkssykehuset, et helseforetak som har blitt brukt som sammenligningsgrunnlag i prosessen blant tilhengere av en struktur med to akutt sykehus på

Helgeland. Dette er likevel ingen relevant sammenligning. Finnmark har et areal som er 2,5 ganger så stort som Helgeland, noe som gjør det mer naturlig med to akutt sykehus. På Helgeland er det ingen tvil om at en struktur med ett stort akutt sykehus vil gi best pasientsikkerhet og det kvalitativt beste helsetilbudet til innbyggerne.

Pasienter fra kommunene på Helgeland utgjorde 98,6 prosent av de totalt 98 800 oppholdene og konsultasjonene på Helgelandssykehuset i 2017. Helgelandssykehuset behandler derfor i all hovedsak pasienter fra eget distrikt og har få gjestepasienter fra andre helseforetak. Helgeland har imidlertid stor pasientlekkasje ved at pasienter velger andre helseforetak. Totalt står Helgelandssykehuset for kun 76 prosent av de planlagte behandlingene av innbyggerne i sitt opptaksområde. De øvrige 24 prosentene blir behandlet ved andre helseforetak eller ved private institusjoner, i hovedsak ved Helse Midt-Norge og andre sykehus i Helse-Nord.

## 10 prosent av pasientgrunlaget kan forsvinne til andre helseregioner

Ressursgruppas tall for gjestepasientstrømmer fra kommunene på Helgeland viser at kommuner som ligger nært et sykehus har mindre pasientlekkasje ved planlagte behandlinger enn kommuner hvor pasientene har lang avstand til sykehuset. Det er nær sammenheng mellom hvor stor andel av de planlagte behandlingene av kommunens innbyggere som blir foretatt av Helgelandssykehuset, og hvor stor reiseavstand<sup>1</sup> det er fra kommunen til nærmeste sykehus. Den store endringen skjer når reisetiden passerer 120 minutter. I kommuner med reisetid under 120 minutter til nærmeste sykehus utføres 80 prosent eller mer av behandlingene på Helgelandssykehuset. Dette faller til rundt 70 prosent når reisetiden passerer 120 minutter, og synker videre i takt med at reisetiden øker. Vi kan derfor konkludere med at økt reisetid til Helgelandssykehuset gir økt pasientflukt til andre helseforetak.

Dersom Helgelandssykehuset samler sin virksomhet til Mo i Rana vil dette skape økt avstand til nærmeste sykehus for alle kommunene på Helgeland med unntak av Træna, Rødøy, Lurøy, Nesna, Hemnes og Rana. Fire kommuner (Vevelstad, Herøy, Dønna og Grane) som i dag ligger innenfor to timer reisetid til nærmeste sykehus vil havne utenfor denne grensen hvis alle sykehusfunksjoner flyttes til Mo i Rana. Helgelandssykehuset utfører ca. 6 000 planlagte behandlinger i året for innbyggere i disse kommunene. Samtidig øker reiseavstanden for innbyggerne i Brønnøy, Sømna og Vega til 3,5 – 4 timer. Vi frykter disse innbyggerne vil trekkes mot andre helseforetak når avstanden til nærmeste sykehus øker betraktelig. Total ble det foretatt 17 800 behandlinger ved Helgelandssykehuset av pasienter som bor i en kommune med mer enn 2 timers reiseavstand til Mo i Rana i 2017. Dette utgjør om lag 20 prosent av det samlede behandlingsvolumet ved helseforetaket.

	Dagens bruk	Estimert bruk ved lokalisering av akuttisykehus i Mo i Rana	Estimert bruk ved lokalisering av akuttisykehus på strekningen Mosjøen/Sandnessjøen
Prosent	76,41	68,00	76,62
Pasientkontakter	80 932	72 021	81 145

*Tabell 1: Dagens bruk av Helgelandssykehuset for planlagt behandling, samt estimert bruk ved etablering av ett sykehus i henholdsvis Mo i Rana og Mosjøen/Sandnessjøen*

Data for pasientstrømmer viser dermed at reiseavstand har påvirkning på bruken av sykehusene i helseforetaket for planlagte behandlinger. Ved å flytte sykehuset til den ene ytterkanten av helseforetakets nedslagsfelt er det stor risiko for at dette vil forsterke pasientlekkasjen til andre helseforetak. Våre estimater viser at Helgelandssykehuset kan miste nær 9 000 planlagte behandlinger i året hvis akuttisykehuset lokaliseres i Mo i Rana. Dette utgjør 11 prosent av det totale antallet behandlinger ved Helgelandssykehuset HF. Det bør

<sup>1</sup> "Pasienttransport på Helgeland - akutte transporter og planlagte reiser", tabell 17

kartlegges hva dette tilsvarer i tapte inntekter, men vi estimerer at det årlig vil utgjøre flere 10-talls millioner kroner. Velger de aktuelle kommunene å søke om endret tilhørighet til et annet helseforetak vil det også få konsekvenser for akutte behandlinger med tilhørende konsekvenser for Helgelandssykehuset. Et sykehus sør for Korgfjellet kan forhindre en slik pasientlekkasje.

## Kvaliteten i behandlingen svekkes

Økt lekkasje av pasienter til andre helseforetak får konsekvenser for Helgelandssykehusets evne til å opprettholde kvaliteten i de funksjonene det nye sykehuset opprettes for å ivareta. I Nasjonal helse- og sykehusplan trekker regjeringen frem at det er en sammenheng mellom pasientvolum og kvalitet på behandlingen. Et av argumentene for å samle sykehusene på Helgeland i ett akuttsykehus er at det nye sykehuset skal få tilstrekkelig pasientvolum til å ivareta mer avansert behandling enn dagens tre sykehus kan gjøre. En forutsetning for dette er at pasientvolumet ved Helgelandssykehuset ikke faller vesentlig fra dagens nivå. Vårt estimat for fremtidige pasientstrømmer indikerer at det er vesentlig større risiko for at pasienter velger andre sykehus ved å plassere det nye sykehuset i Mo i Rana, sammenlignet med et sykehus lokalisert på strekningen mellom Mosjøen og Sandnessjøen.

For å opprettholde et forsvarlig pasientvolum og dermed ivareta mer avansert behandling må Helgelandssykehuset redusere pasientlekkasjen til andre helseforetak. Dersom helseforetaket ikke er i stand til dette, kan et synkende pasientvolum skape en negativ spiral, der pasientlekkasje bidrar til å svekke kvaliteten på behandlingen, som igjen kan skape økt pasientlekkasje. I ytterste konsekvens kan resultatet bli at Helgelandssykehuset ikke får tilstrekkelig pasientvolum til at det er forsvarlig å beholde mange spesialiserte funksjoner som det er ment at helseforetaket skal ivareta etter samlingen i ett sykehus.

Tap av sykehusfunksjoner vil også redusere muligheten for å opprettholde videreutdanning/spesialisering av leger, da dette avhenger av tilstrekkelig volum og bredde i fag og aktiviteter. Legenes spesialisering gjennomføres som en del av sykehusets daglige drift. I motsetning til ordinære utdanningsinstitusjoner er det ingen eksterne som kommer til sykehuset og tar utdanning uten samtidig å jobbe ved sykehuset. I praksis gjelder sykehusets egne ansatte leger som kombinerer spesialisering med jobb på sykehuset. Tap av sykehusfunksjoner og mulighet til å drive spesialistutdanning vil dermed føre til færre leger ved sykehusene. Dette vil være spesielt uheldig all den tid foretaket framhever at de er helt avhengig av utdanningsstillingene for å ha nok spesialister. Videreutdanning for sykepleiere er høgskolestudie, og ikke på samme måte del av det daglige arbeidet. Disse studiene forutsetter imidlertid praksisutdanning ved sykehusene. Tap av sykehusfunksjoner kan dermed få konsekvenser også for rekrutteringen av sykepleiere.

Rapporten fra ekspertgruppen omtaler i begrenset grad risikoen ved pasientlekkasje. Dette svært viktige temaet må analyseres og antatte virkninger konkretiseres for hvert av de alternative plasseringene, både hva gjelder faglige og økonomiske konsekvenser.

Våre foreløpige estimater indikerer en reduksjon i antall behandlinger på mer enn 10 prosent ved å legge sykehuset til Mo i Rana.

Alstahaug, Brønnøy, Dønna, Grane, Hattfjelldal, Herøy, Leirfjord, Sømna, Træna, Vefsn, Vega og Vevelstad kommuner mener derfor at en lokalisering av akuttsykehuset i Mo i Rana vil gi økt pasientlekkasje, noe som er svært uheldig for Helgelandssykehuset og tilbudet til innbyggerne på Helgeland.

### 3. Sandnessjøen/Mosjøen vil rekruttere bedre

#### “Alle tre byer kan fungere godt”

Mulighet for å rekruttere personell er tillagt stor vekt i rapporten når det gjelder vurdering av hvor nytt akuttsykehus skal lokaliseres. Det er først og fremst muligheten for å jobbe i et stort og robust fagmiljø kombinert med det å ha korte daglige arbeidsreiser som trekkes frem som argument for å legge akuttsykehuset til en by. Av rapporten fremgår at det er “ressursgruppas vurdering at lokalisering i alle de tre bykommunene kan fungere godt når det gjelder rekruttering til et nytt stort akuttsykehus”. Dette må tolkes som at alle de tre byene tilfredsstillt kravene til rekruttering.

Ressursgruppa har likevel lagt stor og til dels avgjørende vekt på hvilken av de tre byene de mener fremstår som mest attraktiv for rekruttering av helsepersonell. Samlet sett vurderes det i rapporten at Mo i Rana har de beste forutsetningene for rekruttering, i hovedsak fordi det er den største byen. De konkrete elementene som ressursgruppa har vektlagt for å differensiere er spissfindigheter. Det er videre slått fast i rapporten at lengden på daglig arbeidsreise ikke er et kriterium som skiller mellom de tre byene. Da er det påfallende at korte arbeidsreiser likevel trekkes frem som et argument for Mo i Rana. Samlet blir dette argumenter og synsing som i det store bildet umulig kan være avgjørende for lokalisering av nytt akuttsykehus på Helgeland. Dette gjelder spesielt så lenge ressursgruppa, i likhet med oss, mener at alle tre byene er store nok til å fungere godt når det gjelder rekruttering.

#### Vefsn, Leirfjord og Alstahaug utvikles til felles bo- og arbeidsmarked

Ressursgruppa har vurdert de tre byene som separate alternativer og mener at det ikke kan utvikles et felles bo- og arbeidsmarked, basert på historiske data for pendling.

Statistikk for bo- og arbeidsregioner knyttes til kommuner og kommunegrenser. De aller fleste kommuner har spredt bosetting og kommunegrensene er lite relevante når den enkelte skal beregne reisetid. Da handler det om faktisk bosted. Det samme gjelder faktisk tomt for plassering av et sykehus. Dersom sykehuset for eksempel plasseres på fastlandssiden av



Helgelandsbrua vil det ligge ca 5 minutter med bil fra sentrum av Sandnessjøen, men i Leirfjord kommune.

Kommunene Vefsn, Leirfjord og Alstahaug har allerede en betydelig arbeidspendling. Av samlet antall sysselsatte i kommunene Alstahaug, Leirfjord og Vefsn, som er ca 10 000, pendler 650 (2017) til jobb i en av de andre to kommunene, tilsvarende 6,5 prosent. Pendlingen er størst mellom Alstahaug og Leirfjord, og hele 46 prosent av de sysselsatte i Leirfjord pendler til de to andre kommunene.

Gjennom åpningen av Toventunnelen november 2014 er det lagt til rette for at de tre kommunene skal utvikles videre til et felles bo- og arbeidsmarked. Med Toventunnelen er reiseavstanden mellom Mosjøen og Sandnessjøen redusert til ca 50 minutter med bil. Dersom sykehuset ikke plasseres i selve bykjernen kan reisetiden reduseres ytterligere ned mot 30 minutter.

Antall pendlere mellom de tre kommunene har vært relativt uendret i perioden 2014 til 2017. Dette er ikke overraskende ettersom både jobbskifter og tilflytting vil være begrenset over en så kort tidsperiode. Det viktige her er at Toventunnelen har lagt til rette for en akseptabel reiseavstand og at kommunene Alstahaug, Leirfjord og Vefsn vil utvikles i retning av et forsterket felles bo- og arbeidsmarked. En sykehuslokalisering vil kunne fremskynde en slik ønsket regional utvikling. Når fagmiljøet skal beskrives, må derfor miljøene i Mosjøen og Sandnessjøen ses i sammenheng.

Gjennomgangen av hva som påvirker rekruttering i ressursgruppas rapport fremstår noe forenklet og mangelfull. Vi mener flere forhold ikke er gjennomgått i rapporten. Dette gjelder;

- Dagens rekrutteringssituasjon ved ulike lokasjoner i Helgelandspsykiatriske senter
- Utdanningsinstitusjonenes lokalisering
- Samarbeid med kommunene om rekruttering
- Ambulering som moment i rekruttering

## **Sandnessjøen/Mosjøen har rekruttert de største miljøene av spesialister**

De vanskeligste gruppene å rekruttere er ifølge Helgelandspsykiatriske senter legespesialister og spesialsykepleiere. Oversikt over bemanning ved de tre sykehusene viser at antall overleger ansatt ved henholdsvis Sandnessjøen og Mo i Rana er omtrent likt, mens Mosjøen har lavere antall overleger. Samlet sett er det flere overleger ved Mosjøen og Sandnessjøen enn i Mo i Rana. Alle sykehusene angir å ha god tilgang på spesialister på de fleste fagområdene, men har utfordring med å dekke spesialiteter der det er få leger. Det varierer mellom sykehusene hvilke spesialister det er vanskelig å få tak i. Dette underbygger at et robust fagmiljø vil virke rekrutterende uavhengig hvor det er plassert geografisk. Når det gjelder spesialsykepleiere er det samlet flere ansatte ved de to sykehusene i sør enn ved sykehuset i Mo i Rana. Heller ikke her er det noe som peker på at Mosjøen og Sandnessjøen rekrutterer dårligere enn Mo i Rana.

Det finnes flere eksempler på at det kan etableres og utvikles store kompetansearbeidsplasser utenfor de store byene. I vår region er Brønnøysundregistrene et godt eksempel hvor de fleste av de 560 medarbeiderne arbeider i Brønnøysund, mange av disse med høy utdanning.

Alle tre sykehusene har en høy andel leger over 50 år, altså er rekrutteringsbehovet fremover stort og et relevant tema i debatten rundt ny sykehusstruktur. Vi er imidlertid sterkt kritiske til de vurderingene ressursgruppa har gjort rundt dette. Det er på ingen måte dokumentert at sykehusene sør for Korgfjellet har større utfordringer med rekruttering enn Mo i Rana. Tvert imot rekrutterer de to sykehusene i sør bedre når det gjelder flere spesialiteter. Dette er ikke nevnt eller hensyntatt i ressursgruppas utredning.

Utfordringer med å rekruttere og beholde ansatte kan ofte gi seg utslag i økt vikarbruk. Vikariater og midlertidig ledige stillinger dekkes enten av midlertidige ansettelser eller av innleide vikarer fra bemanningsbyrå. Av regnskapsoversikt fra Helgelandssykehuset for årene 2016-2018 fremkommer det at sykehuset i Mo i Rana har større vikarutgifter til leger og sykepleiere enn Sandnessjøen og Mosjøen, både målt i kostnader til innleie fra bemanningsbyrå og målt i utgifter til ansatte vikarer. Dette gjelder også når vi ser på vikarutgiftenes andel av det totale lønnsbudsjettet. Også her viser korrekt informasjon om sykehusene at sykehusstilbudet sør for Korgfjellet er minst like stabilt og bærekraftig. Når det i tillegg fremkommer at gjennomsnittlig sykefravær er lavere både i Mosjøen og Sandnessjøen enn i Mo i Rana, fremstår argumentet om at Mo i Rana er best rustet til å rekruttere og beholde fagfolk uforståelig og lite relevant.

## Utdanningsinstitusjonene følger sykehusets lokalisering - ikke motsatt

Nord universitet har behov for høyere kvalitet i forskning og utdanning for å bygge et mer attraktivt universitet for studenter og ansatte. Et av virkemidlene vil være faglig konsentrasjon og mer robuste fagmiljøer. De helsefaglige miljøene som Nord universitet har i Mo i Rana og Sandnessjøen i dag er begge små med få faglige stillinger. Det er ikke sannsynlig at universitetet vil bygge opp et eget helsefaglig forsknings- og utdanningsmiljø på Helgeland, selv om det fortsatt vil kunne bli tilbudt utdanning. Et undervisningstilbud vil sannsynligvis lokaliseres til samme sted som det nye sykehuset. Det verken eksisterer eller kan forventes å bli etablert et fagmiljø på Helgeland i regi av universitetet med en tyngde som medfører at sykehuset bør følge universitetets lokalisering. Det blir derfor irrelevant å vektlegge lokaliseringen av dagens utdanningstilbud i argumentasjonen for lokalisering av nytt sykehuset.

## Samarbeid med kommunene om rekruttering

Leger som har lokal tilhørighet er mer stabile i sine ansettelsesforhold enn leger som er rekruttert fra andre landsdeler eller fra andre land. Flere unge har da også et ønske om å vende

tilbake til og bli boende på hjemmeplassen dersom det er tilgjengelige arbeidsplasser. Dette taler for å satse på leger med tilhørighet på Helgeland.

Ny utdanningsmodell for leger gir mulighet for fast ansettelse tidlig i yrkeskarrieren. Dette gjør at unge leger i større grad kan etablere seg før de starter på spesialisering, og før de eventuelt må ha arbeidsperiode ved et større sykehus. Dagens turnustjeneste erstattes av en ny del av LIS (lege i spesialisering)-ordningen, noe som også vil kreve tettere samarbeid med kommunene. Antallet kommuner sør for Korgfjellet skaper bedre og nærmere tilgang på mulige LIS1-/turnusplasser ved plassering av sykehuset på strekningen mellom Mosjøen og Sandnessjøen, uten at legene må pendle store avstander fra sykehuset. Dette bør også være en pådriver for samarbeidstiltak mellom kommuner og helseforetak om å rekruttere og beholde unge leger på Helgeland.

På samme måte vil det også være behov for å styrke samarbeid mellom kommuner og helseforetak om rekruttering av sykepleiere og annet helsepersonell. Samarbeid kan bidra til å drive frem etablering av desentrale utdanningstilbud, mulighet for større stillingsbrøker, mer variert arbeid og arbeid nært hjemmeplassen. Ikke minst vil samarbeid rundt felles rekrutteringsutfordringer føre til generelt bedre samhandling og forståelse på tvers av nivåene både når det gjelder enkeltpasienter og system.

Å legge akutt sykehuset i den ene enden av opptaksområdet vil være hemmende for samarbeid mellom sykehus og kommuner om å rekruttere og beholde helsepersonell for flere av kommunene, rett og slett fordi avstanden blir for lang for dagpendling.

Rekruttering av fastleger til små kommuner har de siste årene blitt mer utfordrende. Vurderinger rundt faglig samarbeid mellom sykehusleger og fastleger er imidlertid fullstendig utelatt i rapporten fra ressursgruppa. Lang vei til sykehus gjør at fastleger blir mer alene om det medisinske ansvaret i kommunene, både når det gjelder behandling av enkeltpasienter, faglig utvikling og kollegialt samarbeid. En lokalisering av et nytt akutt sykehus til Mo i Rana vil derfor virke klart negativt på rekruttering av fastleger til kommunene sør på Helgeland. Denne problematikken påpekes også av fastlegene selv, blant annet i Brønnøy kommune<sup>2</sup>.

## Bedre muligheter for ambulering til DMS ved plassering sentralt på Helgeland

Et velfungerende spesialisthelsetjenestetilbud på Helgeland vil ikke bare være avhengig av et velfungerende akutt sykehus, men også av velfungerende distriktsmedisinske sentre (DMS). Det anbefales opprettelse av tre DMS i rapporten fra ressursgruppa.

Planleggingen av et DMS i Brønnøysund er kommet relativt langt, og kommunene støtter dette tiltaket uforbeholdent. I disse planene inngår imidlertid ikke konkrete vedtak om akuttfunksjoner

---

<sup>2</sup> Høringsuttalelse til Helgelandssykehuset 2025 fra fastlegene i Brønnøy, 5.2.2019

som kan stabilisere pasienter før overføring til sykehus. For andre DMS-er foreligger ingen konkrete planer for innholdet i disse. Ved lokalisering av et stort akuttisykehus sør for Korgfjellet er det åpenbart at det også vil være behov for et DMS av betydelig størrelse i Mo i Rana.

Uansett tjenestetilbud vil det bli behov for utstrakt grad av ambulering og reisevirksomhet for legespesialister og annet høykompetent personell fra akuttisykehuset og til DMS-ene. Reisetid for en spesialist er ikke-produktiv arbeidstid og ikke direkte pasientrelatert virksomhet. Lang reisetid vil øke behovet for antall stillinger. Ambulering mellom sykehus er frivillig og lang reisevei til annet arbeidssted, eventuelt kombinert med behov for overnatting, vil bidra til at leger i mindre grad vil delta i en slik ordning. Det kan stilles krav om ambulering i ansettelseskontraktene, men dette vil igjen kunne virke negativt inn på rekrutteringen. Dette taler for lokalisering av akuttisykehuset mer sentralt på Helgeland, med kortere reisetid mellom akuttisykehus og DMS enn ressursgruppas foreslåtte modell med akuttisykehus på Mo i Rana.

En konsekvens av å legge sykehuset til strekningen Mosjøen – Sandnessjøen er at behovet for DMS-er i tillegg til Brønnøysund reduseres fra to til ett. Dette synes fullstendig oversett fra ressursgruppa. Ved å gå fra samlet tre til to DMS-er vil det oppnås en vesentlig reduksjon i kostnadene til oppbygging og årlig drift av DMS-er. Samtidig vil belastningen ved ambulering for sykehusansatte reduseres vesentlig.

Kommune	Stort akuttisykehus i Rana	Stort akuttisykehus sør for Korgfjellet	Tosykehusmodell Mo i Rana og Alstahaug
Rana	Stort akuttisykehus	DMS	Akuttisykehus
Alstahaug	DMS	Stort akuttisykehus	Akuttisykehus
Vefsn	DMS		DMS
Brønnøy	DMS	DMS	DMS

Tabell 2 Oversikt over enheter i Helgelandssykehuset ved ulike sykehusstruktur

Oversikt fra Helgelandssykehuset viser at det først og fremst er leger fra Sandnessjøen som ambulerer til de andre sykehusene og til Brønnøysund DMS. Fra Mo i Rana er det kun 4 leger som har ambulert i 2018, mens det tilsvarende tallet for Sandnessjøen er 12.

Ambulering fra	Ambulering til	Antall leger som har ambulert	Antall ambuleringsdager
Mo i Rana	Sandnessjøen og Brønnøysund	4	31
Sandnessjøen	Mosjøen, Brønnøysund, Sømna, Mo i Rana	12	62
Mosjøen	Sandnessjøen	1	(data foreligger ikke)

Tabell 3 oversikt over ambulering i 2018. Kilde: Oversikt tilsendt fra Helgelandssykehuset

Ressursgruppas forslag innebærer utstrakt ambulering fra Mo i Rana til Brønnøysund, Mosjøen og Sandnessjøen. Dette forutsetter en radikal endring i dagens ambuleringspraksis, noe som fremstår som urealistisk og mangelfullt utredet.

Det er altså flere vesentlige forhold knyttet til rekruttering og ambulering som ikke er vurdert av ressursgruppa. Alstahaug, Brønnøy, Dønna, Grane, Hattfjelldal, Herøy, Leirfjord, Sømna, Træna, Vefsn, Vega og Vevelstad kommuner mener derfor at det misvisende når ressursgruppa bruker rekrutteringssituasjonen som et argument for å lokalisere sykehuset i Mo i Rana.

## 4. Kort og likeverdige reisetid til planlagt behandling er viktig for alle innbyggerne på Helgeland

Ressursgruppa viser i rapporten til at det er gjort flere beregninger for å avklare hvilken lokalisering som gir gjennomsnittlig kortest reisetid og reisevei når man ser hele befolkningen på Helgeland under ett. Disse er utført på ulike måter og gir også ulike svar. Også ressursgruppa viser til at en lokalisering av akuttsykehuset på Mo i Rana kan føre til at pasienter fra Brønnøy og omliggende kommuner kan få så lang reisevei at det ikke er mulig å reise frem og tilbake samme dag.

Det er gjort flere analyser som utreder reisetid ved planlagt behandling med ulike fremtidsscenarioer for Helgelandssykehuset. Oslo Economics' beregninger<sup>3</sup> sammenligner blant annet en situasjon med ett stort akuttsykehus i Mo i Rana og DMS i Brønnøysund og Sandnessjøen med en situasjon med ett stort akuttsykehus i Sandnessjøen og DMS i Mo i Rana og Brønnøysund. Reisetid i snitt for planlagt behandling (med privatbil eller kollektivtransport, avhengig av hva som er raskest) er fem prosent lavere i situasjonen med sykehus i Sandnessjøen. Forskjellen ville blitt enda større dersom sykehuset var lokalisert på strekningen mellom Mosjøen og Sandnessjøen. Multiconsult<sup>4</sup> har beregnet at aktuelle tomtealternativer sør for Korgfjellet har vesentlig kortere gjennomsnittlig reisetid enn et sykehus i Mo i Rana.

Denne analysen legger til grunn at 50 prosent av de planlagte konsultasjonene vil skje på DMS-er, mens resten skjer på akuttsykehuset. Det er ikke klarlagt hvordan innretningen av DMS-ene vil bli, men det synes klart at DMS-ene aldri vil kunne dekke hele volumet av planlagte konsultasjoner. Derfor vil pasientene, uavhengig av DMS-enes lokalisering og omfang, måtte påregne å reise til sykehuset også dersom det ikke er akutt. I verste fall kan det tenkes at DMS-ene blir ganske begrensede i sitt omfang, blant annet som en følge av utfordringer med rekruttering og ambulering. Det vil antagelig være krevende å bemanne et DMS med

---

<sup>3</sup> Oslo Economics 2018: *Analyse av lokalisering av et stort akuttsykehus på Helgeland* (OE-rapport 2018\_34)

<sup>4</sup> Multiconsult 2018: *Siling av tomtealternativer for nytt sykehus*

spesialister når reiseavstanden mellom DMS og akutt sykehus er så lang som avstanden mellom Brønnøysund sentrum og Mo i Rana. Ressursgruppa synes å mene at tilstedeværelsen av DMS-er sør på Helgeland muliggjør at akutt sykehuset lokaliseres helt nord i regionen. Dette er ikke en gyldig argumentasjon, så lenge det ikke engang er klarlagt innholdet i og omfanget av DMS-ene.

De knapt 15 000 innbyggerne i Sømna, Brønnøy, Vega, Vevelstad, Træna og Rødøy vil alle ha mer enn tre timer reisevei hver vei til og fra et sykehus lokalisert i Mo i Rana. Innbyggerne i disse seks kommunene vil kunne få redusert sin reisetid til sykehus med i snitt mer enn 25 prosent dersom akutt sykehuset i stedet var lokalisert på strekningen mellom Mosjøen og Sandnessjøen. Det er bare innbyggerne i Rana og Hemnes kommuner som får vesentlig lengre reisevei til et sykehus med en slik lokalisering sammenlignet med et sykehus i Mo i Rana.

Dersom alle innbyggerne på Helgeland skal få en akseptabel reisevei til sykehus ved planlagte konsultasjoner, som gjør det praktisk mulig å gjennomføre reisen uten overnatting utenfor eget hjem, må akutt sykehuset lokaliseres sør for Korgfjellet.

Alstahaug, Brønnøy, Dønna, Grane, Hattfjelldal, Herøy, Leirfjord, Sømna, Træna, Vefsn, Vega og Vevelstad kommuner mener kort og likeverdig reisetid til planlagt behandling er viktig for alle innbyggerne på Helgeland, og at en lokalisering av akutt sykehuset i Mo i Rana vil være uegnet. DMS-er vil kunne avhjelpe situasjonen, men ikke tilstrekkelig til at tilbudet kan anses som hverken likeverdig eller godt.

## 5. Ressursgruppas vektning av reisetid i akutte tilfeller gir urimelig forskjellsbehandling

Ressursgruppas utredning legger stor vekt på at et sykehus i Mo i Rana vil medføre at flest pasienter kan nå sykehus i løpet av én time: *Den første tiden etter en akutt skade eller sykdom vil en størst andel av befolkningen nå sykehus dersom sykehuset ligger i Mo i Rana.*

Ressursgruppa påpeker samtidig at Mo i Rana ikke er lokaliseringen som gir kortest reisetid for befolkningen samlet, og at innbyggerne på Sør-Helgeland vil få svært lang vei til sykehuset.

Alstahaug, Brønnøy, Dønna, Grane, Hattfjelldal, Herøy, Leirfjord, Sømna, Træna, Vefsn, Vega og Vevelstad kommuner mener det er helt feil å legge så stor vekt på andelen som kan nå frem til sykehus den første timen. Våre beregninger, basert på data fra Helgelandssykehuset, viser at om lag 34 000 pasienter vil nå frem til sykehus i Mo i Rana innen én time, mens om lag 25 000 pasienter vil nå frem til et sykehus på strekningen mellom Mosjøen og Sandnessjøen innen én time. Denne forskjellen på knapt 9 000 pasienter (6 000 i en mer detaljert reisetidsanalyse) kan umulig være så avgjørende at det forsvaret en betydelig lengre gjennomsnittlig reisetid for resten av innbyggerne på Helgeland?

Vi mener det er langt viktigere å sikre at alle beboere på Helgeland har en forsvarlig reisevei til sykehus ved behov for øyeblikkelig hjelp. Reisetidsdata fra Helgelandssykehuset viser at ingen

kommunesentre vil ha mer enn 140 minutters reisevei med bil- eller båtambulansse til et sykehus lokalisert på strekningen mellom Sandnessjøen og Mosjøen. Dersom sykehuset derimot lokaliseres i Mo i Rana, vil 13 000 innbyggere på Helgeland ha mer enn 140 minutters reisetid med bil- eller båtambulansse til sykehuset når det haster som mest, og de 11 000 innbyggerne i Brønnøy og på Sømna vil ha mer enn 190 minutters reisevei. Når ressursgruppa ikke legger større vekt på denne svært lange reiseveien for en så stor del av Helgelands befolkning, er det på tvers av det viktige prinsippet om lik rett til helsehjelp uavhengig av bosted. Dette er et prinsipp som blant annet er fastslått i Spesialisthelsetjenesteloven, der det i lovens forarbeider står følgende: *Et likeverdig tjenestetilbud foreligger når personer som etterspør helsetjenester har samme mulighet til å skaffe seg helsetjenester uavhengig av bosted, økonomi, sosial status, alder, kjønn, etnisk tilhørighet m.v.*

Som Helgelandssykehusets reisedata viser, finnes det mulige sykehuslokaliseringer sør for Korgfjellet som er slik at reisetiden blir kortere for alle kommuner bortsett fra Rana, sammenlignet med et sykehus lokalisert i Mo i Rana. Selv om Rana er den største kommunen på Helgeland, synes det ikke rimelig at reisetid for befolkningen i Rana skal være så mye viktigere enn reisetid for flertallet av befolkningen på Helgeland.

I følge Helsedirektoratet er Berlevåg den eneste kommunen i Norge med mer enn fire timers medianreisetid til sykehus. Ved den foreslåtte lokaliseringen av sykehuset på Helgeland i Mo i Rana, vil tre kommuner på Helgeland få lengre reisetid (slik Helsedirektoratet måler reisetid) enn Berlevåg har i dag; Sømna, Brønnøy og Vega, og Vevelstad vil også få reisetid bare marginalt kortere enn dette. Helgeland får altså de lengste avstandene til sykehus i Norge dersom ressursgruppas anbefaling blir fulgt.

Helikoptertransport er viktig i akutte tilfeller, men det vil alltid være mange situasjoner der pasienten ikke kan transporteres med ambulanshelikopter, selv når det haster som mest. Helikopteret kan være i annet oppdrag, det kan være værforhold som ikke tillater flygning, eller det kan være forhold ved helikopteret eller mannskapet som gjør at helikopteret ikke er tilgjengelig. I noen tilfeller kan redningshelikopteret i Bodø være tilgjengelig, men dette har også en rekke andre oppgaver som skal ivaretas. Rapporten fra Enhet for prehospitaltjenester ved Helgelandssykehuset<sup>5</sup> er tydelig på at helikopter bare er et supplement til bil- og båtambulansse: *For aktører som ikke kjenner luftambulansetjenesten og de spesielle utfordringene knyttet til å operere ambulanshelikopter i en polar kystregion, kan det være nærliggende å tenke at sykehusstruktur kan baseres på transporttider for lufttransport. Vår erfaring er at regularitet på helikoptertransport i noen sammenhenger er så lav at et ensidig fokus på luftambulansse ikke vil gi forsvarlige tjenester.*

Likevel synes det som om ressursgruppa mener løsningen på lang reisetid til et sykehus i Mo i Rana er luftambulansse. Enhet for prehospitaltjenester viser til at regulariteten til flyvninger i innlandet (der Mo i Rana ligger) i vintermånedene kan være helt nede i 30 prosent. Det blir for enkelt å henvise mer enn 10 000 mennesker til helikoptertransport når det haster som mest, når

---

<sup>5</sup> Enhet for Prehospitaltjenester, Helgelandssykehuset: Pasienttransport på Helgeland - akutte transporter og planlagte reiser (juni 2018)

erfaring viser at helikopter ofte ikke har mulighet til å hjelpe. Her kan det synes som om ressursgruppa har lagt for stor vekt på uttalelser fra personellet som opererer redningshelikopteret i Bodø, selv om dette helikopteret i svært liten grad brukes til ambulansetransport på Helgeland.

Det kan tenkes at ny teknologi vil gjøre ambulanshelikopteret mindre sårbart for vær, men det er ingen garanti for at et lite ambulanshelikopter noen gang vil kunne ha avisingsutstyr montert. Luftambulansetjenesten skriver følgende<sup>6</sup>: *Det vil ikke være avisingsutstyr på luftambulanshelikopter før tidligst i 2024, og sannsynligvis ikke før tidligst i 2028 (når opsjonsperiodene på avtale med dagens operatør utløper.) Pr i dag er det ikke helikoptre av de typene som benyttes i luftambulansetjenesten (world wide) som har avisingsutstyr og tilfredsstillende tilgjengelighet.* Uten utstyr for avvising vil det være mange situasjoner der det er svært krevende å frakte pasienter fra Helgelandskysten til et sykehus i Mo i Rana. Dette er dokumentert grundig i Helseforetakets egen utredning, og det er ingen som har hevdet at ikke værforhold vil kunne medføre betydelige begrensninger for luftambulanshelikoptrene på Helgeland, eller at det ikke er særskilte utfordringer knyttet til transport fra kyst til innland. I dag løses dette gjerne ved at pasienten heller flys til Sandnessjøen, noe som ikke vil være mulig ved en lokalisering av sykehuset i Mo i Rana. Det blir også feil å eventuelt basere seg på lufttransport til Namsos, et sykehus som ligger utenfor Helgelandssykehusets opptaks- og myndighetsområde.

Et vedtak om sykehuslokalisering i Mo i Rana må ikke gjemme seg bak en falsk trygghet knyttet til helikoptertransport. Dersom sykehuset lokaliseres til Mo i Rana, vil det bety at 13 000 innbyggere på Helgeland får mer enn 140 minutters reisetid til sykehus når det haster som mest, i de tilfellene der helikoptertransport ikke er tilgjengelig. En slik mangelfull beredskap for et stort antall innbyggere er ikke forsvarlig. Dette problemet kan imidlertid løses enkelt ved å lokalisere sykehuset på strekningen mellom Sandnessjøen og Mosjøen. Da vil ingen innbyggere på Helgeland ha mer enn 140 minutter til sykehusets akuttmottak.

Heller ikke antydninger om akutte og stabiliserende funksjoner på DMS i Brønnøysund kan forsvare en sykehuslokalisering i Mo i Rana. Det er ingenting med dagens planer for DMS i Brønnøysund som tilsier at det vil bli lagt slike funksjoner til DMS-et, og det er ingen eksempler på at andre etablerte DMS-er i Norge har dette. Det vil være meget krevende å få på plass tilstrekkelig bemanning og kompetanse til å drifte slike tilbud over tid. Det vil dessuten alltid være mer ønsket med kort vei til sykehus, enn en forsinkende stopp for stabilisering underveis på reisen til sykehuset.

Ressursgruppa er opptatt av at de har vurdert alternativene på et helsefaglig grunnlag. Det er viktig å understreke at andre eksperter på medisin har konkludert annerledes om samme spørsmål. En prosjektgruppe nedsatt av Helse Nord bestående av 13 svært kompetente fagpersoner publiserte i februar 2003 en rapport<sup>7</sup> om fremtidig kirurgisk akuttberedskap i helseforetakene under Helse Nord. Denne rapporten konkluderer med at Mo i Rana er den

---

<sup>6</sup> Brev til Mosjøen og omegn næringssselskap 02.10.2018

<sup>7</sup> Rapport om organisering av fremtidig kirurgisk akuttberedskap i Helse Nord (2003)



dårligste lokaliseringen dersom det kun skal være ett akuttsykehus på Helgeland. Selv om det er skjedd store endringer i veinettet siden 2003, er det ingen grunn til at konklusjonen fra den gang skal være snudd på hodet. Tvert imot har antagelig endret transportmønster bare styrket argumentet for en lokalisering sør for Korgfjellet.

Alstahaug, Brønnøy, Dønna, Grane, Hattfjelldal, Herøy, Leirfjord, Sømna, Træna, Vefsn, Vega og Vevelstad kommuner opplever ressursgruppas vektlegging av antall pasienter som har mindre enn én times reisevei til sykehus som uforholdsmessig. Det er uforsvarlig å legge så lite vekt på gjennomsnittlig reisetid og reisetiden for dem som bor lengst unna sykehuset. En slik vektlegging skaper en urimelig forskjellsbehandling som ikke innebærer lik rett til helsetjenester, uavhengig av hvor på Helgeland pasienten er bosatt.

## 6. Økonomiske konsekvenser må utredes før ny sykehusstruktur vedtas

Selv om et forsvarlig og godt helsetilbud til hele Helgelands befolkning må være det aller viktigste, er det opplagt at Helgelandssykehuset også må legge vekt på hvilken lokalisering som gir lavest samlet kostnad over tid, både når det gjelder investering og drift. Kvaliteten på behandlingen vil være avhengig av den økonomiske situasjonen i foretaket. Det er så langt ikke fremlagt noen forsøk på å beregne slike lokaliseringsavhengige kostnader. Dette må på plass før det kan fattes vedtak om lokalisering.

Rapporten fra Enhet for Prehospitaltjenester ved Helgelandssykehuset inkluderer en overordnet vurdering av kostnadsforskjeller knyttet til transport. Disse estimatene tilsier at det vil være en merkostnad på i størrelsesorden 10-15 millioner kroner årlig ved et sykehus i Mo i Rana sammenlignet med et sykehus på strekningen mellom Sandnessjøen og Mosjøen. Over tid vil dette ha klar betydning for sykehusets økonomiske bæreevne. Dersom beredskapen i luftambulansen (fly og helikopter) skal styrkes for å sikre en forsvarlig reisevei til et sykehus i Mo i Rana, vil dette medføre vesentlige større kostnadsøkninger enn disse 10-15 millionene.

I tillegg vil andelen gjestepasienter ha betydning for økonomien i Helgelandssykehuset og i Helse Nord. En lokalisering av akuttsykehuset i Mo i Rana medfører risiko for pasientlekkasje ut av helseregionen. Ressursgruppa er klar over denne risikoen for betydelig pasientlekkasje, men vi opplever at de tar alt for lett på dette spørsmålet. Dette kan få stor betydning for helseforetakets økonomi, og dermed indirekte for helsetjenestene foretaket kan tilby befolkningen på Helgeland. Det må gjennomføres en grundig utredning som viser hvilken økonomisk virkning økning i pasientlekkasje vil gi, og det må vurderes nærmere hvor stor den reelle risikoen for slik pasientlekkasje er ved en sykehuslokalisering i Mo i Rana. Hele problemet med pasientlekkasje kan unngås dersom sykehuset heller lokaliseres sør for Korgfjellet.

Ressursgruppa foreslår at sykehuset i Mo i Rana skal suppleres med tre DMS-er sør for Korgfjellet. Det er betydelig merkostnader ved å splitte driften på flere lokaliteter. Ved en sykehuslokalisering på strekningen Sandnessjøen-Mosjøen vil det være tilstrekkelig med to

DMS-er; ett i Brønnøy og ett i Rana. Også her vil det ligge betydelige økonomiske fordeler.

Alstahaug, Brønnøy, Dønna, Grane, Hattfjelldal, Herøy, Leirfjord, Sømna, Træna, Vefsn, Vega og Vevelstad kommuner er svært opptatte av at Helgelandssykehuset skal ha en forsvarlig økonomi. Bare da kan det ytes god pasientbehandling til Helgelands innbyggere. Det vil være helt nødvendig at det gjøres en grundig utredning av økonomiske konsekvenser av ulike lokaliseringer før det fattes et vedtak i saken om lokalisering av akuttsykehuset.

## 7. Mangelfull vurdering av interimperioden

Interimperioden er tiden fra beslutning om ny sykehusstruktur til det nye akuttsykehuset er i drift. Perioden vil gå over flere år. Utfordringer i interimperioden er omtalt i ressursgruppas rapport kapittel 5. Risikoen for å miste nøkkelpersonell fra foretaket omtales der som betydelig, uten at det er definert hvem som betegnes som nøkkelpersonell. Det vurderes i rapporten at denne risikoen er lavere jo færre ansatte som må flytte, og at den reduseres ved at valgt lokalisering allerede har et *sterkt og bredt* fagmiljø. Ressursgruppa konkluderer deretter med at risikoen for forvitring av fagmiljøet i interimperioden er minst ved etablering av akuttsykehuset i Mo i Rana. Dette er en uriktig fremstilling av virkeligheten.

For det første er ressursgruppas vurdering at sykehuset i Mo i Rana har det største fagmiljøet ikke åpenbart riktig. Sykehuset i Sandnessjøen har etter det vi kan se like mange fagspesialiteter som Mo i Rana, og nesten like mange ansatte leger. Dersom en legger sammen fagmiljøene ved de to sykehusene sør for Korgfjellet er dette bo- og arbeidsmarkedet opplagt større og bredere enn fagmiljøet i Mo, både når det gjelder leger og spesialsykepleiere. Som nøkkelpersonell forstår vi først og fremst disse to yrkesgruppene, som foretaket selv sier er de vanskeligste å rekruttere. Nedenfor vises en tabell over dagens bemanning, hentet fra helseforetakets nettside og tilsendt oversikt fra Helgelandssykehuset:

	Sandnessjøen og Mosjøen tilsammen	Mo i Rana
Antall ansatte totalt	787	605
Antall ansatte overleger	51	35
Antall ulike fagspesialiteter	19	13
Antall leger i spesialisering	32	26
Antall turnusleger/LIS 1	19	13
Antall spesialsykepleiere	107	81

*Tabell 4: Dagens bemanning ved Helgelandssykehuset (fra helseforetakets nettside og tilsendt oversikt fra Helgelandssykehuset)*

For det andre stiller vi oss uforstående til argumentet om at ansatte må flytte dersom de vil jobbe ved akuttsykehuset og dette blir lokalisert et annet sted enn der de bor i dag. Dette taler ifølge ressursgruppa for lokalisering til Mo i Rana. Dersom argumentet skulle være riktig er realiteten motsatt. Det er flere ansatte i nøkkelstillinger innenfor et bo- og arbeidsmarked i Mosjøen og Sandnessjøen enn i Mo i Rana, og følgelig flere som må flytte ved å legge sykehuset til Mo i Rana. Når risikoen for flytting ut av regionen i interimperioden skal vurderes må det tas hensyn til at ressursgruppa foreslår opprettelse av DMS-er på de steder hvor sykehuset ikke lokaliseres. Velfungerende DMS-er vil kreve en fast bemanning bestående av flere faggrupper, supplert med ambulerende spesialister. Behovet vil være større jo høyere befolkningsgrunnlag som skal betjenes. Omfanget og type stillinger vil være avhengig av hvilke funksjoner som tillegges det enkelte DMS. Det er videre mange år til nytt sykehus blir en realitet, og det vil være betydelig naturlig avgang grunnet alder i mellomtiden. I tillegg vil valg av arbeidssted og vurdering av flytting være annerledes når en allerede er etablert et sted enn ved nyetablering. Vi kan dermed ikke se at flytting for eksisterende personell er et argument som kan brukes i denne sammenheng.

For det tredje gjentar vi at sårbarhet i interimperioden og vurderinger rundt avskalling er gjort fullstendig uten vurdering av tidkrevende ambulerende som følge av at sykehuset legges til en ytterkant av regionen. Dette er en vesentlig utfordring som må hensyntas, også i vurdering av interimperioden.

For det fjerde blir det feil når ressursgruppa refererer til situasjonen i Romsdal og på Nordmøre, og legger til grunn at denne situasjonen er relevant for Helgeland. Det er riktig at helseministeren la stor vekt på å beholde det største fagmiljøet da det ble besluttet å erstatte de to sykehusene i Molde og Kristiansund med et nytt sykehus i Molde. Men Molde sykehus hadde dobbelt så stort fagmiljø som Kristiansund, og Kristiansund hadde betydelige utfordringer med å rekruttere og beholde medarbeidere i en rekke nøkkelstillinger. I en slik situasjon var det selvfølgelig riktig å legge vekt på denne betydelige forskjellen i fagmiljø mellom de to sykehusene. Som omtalt er situasjonen på Helgeland en helt annen, med to relativt likeverdige fagmiljøer i Mo i Rana og i Sandnessjøen, og med et samlet sett større fagmiljø sør for Korgfjellet enn nord for. Å benytte helseministerens vurdering av sykehusprosessen i Romsdal og på Nordmøre som et argument for lokalisering av akuttsykehuset til Mo i Rana, blir derfor feil.

Alstahaug, Brønnøy, Dønna, Grane, Hattfjelldal, Herøy, Leirfjord, Sømna, Træna, Vefsn, Vega og Vevelstad kommuner mener derfor ressursgruppas vurdering av interimperioden er svært mangelfull, og kommunene kan ikke se at forhold ved interimperioden tilsier en sykehuslokalisering i Mo i Rana.

## 8. Samhandling mellom foretak og alle kommuner

Betydningen av god samhandling mellom helseforetak og kommuner ble løftet frem av helseministeren i hans sykehustale 15/1 2019. Bent Høie påpekte at den demografiske og medisinske utviklingen vi står overfor gjør at vi må tenke nytt, og at sykehusene og kommunene må gå fra å være parter til å være partnere. Dette er et behov vi også ser fra kommunenes side.

Samhandling er omtalt av ressursgruppa, men bare i vurderingene av behov for DMS. Samhandlingen er mer omfattende enn dette og gjelder alle kommuner, også de som ikke skal være vertskommune for sykehus eller DMS. Tjenesteavtalene som er inngått mellom kommuner og foretak er basert på likeverd og gjensidig respekt mellom partene. God samhandling krever jevnlig dialog mellom fagfolk og mellom ledere på ulike nivå. Dette kan ikke kun løses ved videomøter og telefonkontakt, men krever faktiske treffpunkt. Reiseavstand mellom kommunene og akuttsykehuset er derfor også viktig for å oppnå god samhandling mellom helseforetaket og kommunene.

Kommuner og foretak er pålagt å samhandle om prehospitaltjenester og beredskap gjennom akuttmedisinforskriften og forskrift om helsemessig og sosial beredskap. Plikten til å samhandle om enkeltpasienter og på systemnivå gjelder både i daglig drift og ved ekstraordinære hendelser. Vi frykter at lang reiseavstand fra kommunene sør på Helgeland til et akuttsykehus i Mo i Rana vil svekke samarbeidet, som igjen vil svekke det akuttmedisinske tilbudet og i ytterste konsekvens føre til risiko for svikt i pasientbehandling mellom nivåene.

Alstahaug, Brønnøy, Dønna, Grane, Hattfjelldal, Herøy, Leirfjord, Sømna, Træna, Vefsn, Vega og Vevelstad kommuner mener at det er en svakhet ved ressursgruppas rapport at de ikke vurderer virkninger for samhandlingen mellom helseforetak og kommuner.

## 9. Behov for en ryddig og involverende videre prosess for Helgelandssykehuset 2025

Det er uklart hvordan Helgelandssykehuset og Helse Nord planlegger den videre prosess frem mot beslutning om sykehusstruktur og lokalisering. Styrevedtakene i Helgelandssykehuset HF 14/12 2018 og i Helse Nord RHF 19/12 2018 legger til grunn at det skal gjennomføres ytterligere analyser før det kan tas en beslutning. Vedtakene peker på behov om mer informasjon om følgende forhold:

- Psykisk helsevern og TSB.
- Fødetilbudet.
- Konsepter for desentralisert tilbud i DMS tilpasset forholdene på Helgeland, herunder tilbud til kronikere og skrøpelige eldre.
- Samhandling med kommunenes helsetjenester, herunder felles rekrutteringsutfordringer
- Helhetlig helsetilbud i helseregionen.

- Konsepter for å ivareta øybefolkningens tilgjengelighet til tjenester
- Vurderinger rundt utvikling av prehospital medisin, herunder muligheter for å flytte diagnostikk ut.
- Vurderinger av teknologisk utvikling, både knyttet til transport med fly og helikopter, velferdsteknologi og fjerndiagnostikk.
- Alternativskillende økonomiske forhold.

Alstahaug, Brønnøy, Dønna, Grane, Hattfjelldal, Herøy, Leirfjord, Sømna, Træna, Vefsn, Vega og Vevelstad kommuner stiller seg bak disse styrevedtakene. Vi mener det vil være helt nødvendig, for å sikre en forsvarlig prosess, at også disse nye utredningene blir gjenstand for en høringsrunde. Dersom en slik høringsrunde ikke gjennomføres, vil dette være en uforsvarlig prosess som ikke sikrer en nødvendig forankring og kvalitetssikring av beslutningsgrunnlaget som fremlegges for helseforetakets styre.

Vi har notert oss at administrasjonen i Helgelandssykehuset i styremøtet 30/1 2019 lover at disse spørsmålene skal følges opp og kommenteres i ressursgruppas endelige rapport.

Alstahaug, Brønnøy, Dønna, Grane, Hattfjelldal, Herøy, Leirfjord, Sømna, Træna, Vefsn, Vega og Vevelstad kommuner mener det vil være fordelaktig å beslutte den fremtidige sykehusstrukturen så raskt som mulig. Alle viktige argumenter peker i retning av en løsning med ett stort akutt sykehus, supplert av DMS-er. Det er ikke behov for å utrede denne strukturen nærmere før en beslutning fattes.

Når det gjelder beslutning om lokalisering, mener Alstahaug, Brønnøy, Dønna, Grane, Hattfjelldal, Herøy, Leirfjord, Sømna, Træna, Vefsn, Vega og Vevelstad kommuner at foreliggende utredninger tydelig går i favør av en lokalisering av det store akutt sykehuset sør for Korgfjellet. Samtidig er det klart at det er en rekke forhold som ikke er grundig utredet, og som vi mener ytterligere vil styrke argumentasjonen for en lokalisering sør for Korgfjellet.

Det konkrete tomtevalget kan først tas etter at det er gjennomført lokale og regionale konsekvensutredninger etter plan- og bygningsloven. Vi mener det bør utredes ulike tomtealternativer sør for Korgfjellet, for å identifisere den samlet sett mest fordelaktige konkrete lokaliseringen av sykehuset.

## Konsekvensutredning og veien videre

I Helgelandssykehusets styrevedtak 68/2018 (24/9 2018) er det gjort følgende vedtak:

1. Styret i Helgelandssykehuset HF tar statusgjennomgangen til orientering.
2. Styret er innforstått med at det i styremøte i mai 2019 vil bli presentert for behandling av sak for konsept- og planprogram. Det vil følge av styrets vedtak hvilke alternativ som skal utredes fullt ut etter plan- og bygningslovens bestemmelser.

Det er krevende for våre kommuner å skjønne hvordan videre prosess er planlagt fra helseforetakets side. Kommunene har i brev form stilt spørsmål<sup>8</sup> om hva som faktisk skal konsekvensutredes etter Plan- og bygningsloven, som følge av styrevedtaket 24/9 2018.

I en orientering om konsekvensutredning gitt til styret i Helgelandssykehuset den 30/1 2019, samt i administrerende direktørs svar til rådmennene i Alstahaug og Vefsn, brev datert 11/1 2019 heter det: *Plan- og bygningsloven er rettet mot konsekvenser av et konkret planlagt tiltak. Det er derfor for tidlig å si konkret hvilket alternativ som skal konsekvensutredes og på hvilke tema.* Videre heter det i brevet blant annet at *direktøren i sin styresak vil komme med en tilråding for hvilke(t) alternativ(er) som skal videreføres i prosessen.*

I konsekvensutredningsforskriften heter det i § 1. Formål:

*Formålet med forskriften er å sikre at hensynet til miljø og samfunn blir tatt i betraktning under forberedelsen av planer og tiltak, og når det tas stilling til om og på hvilke vilkår planer eller tiltak kan gjennomføres.*

Det er åpenbart for våre kommuner at planleggingen av en ny sykehusstruktur på Helgeland omfattes av konsekvensutredningsforskriften. Svaret fra administrasjonen i Helgelandssykehuset bidrar dessverre ikke, etter vår vurdering, med avklaring på spørsmålene stilt fra kommunene.

For våre kommuner er det altså nå svært uklart hvordan helseforetaket har tenkt å gå videre i denne prosessen. Hva skal utredes etter plan- og bygningsloven som følge av et vedtak i Helgelandssykehusets styre 30/4 2019? I følge Bjørn Beck Hansens orientering til styret skal ikke konsekvensutredning etter plan- og bygningsloven nødvendigvis gjennomføres, og i alle fall ikke før senere i prosessen. Hvordan henger dette sammen med tidligere kommunikasjon og styrevedtak? Vi etterlyser en forklaring på hvordan sykehuset tenker å oppfylle kravene i konsekvensutredningsforskriften slik prosessen nå skisseres fra administrasjonen.

Kommunene stiller altså spørsmålstegn med det som nå signaliseres om konsekvensutredning og prosess, sammenliknet med tidligere styrevedtak og administrative orienteringer. Det er vanskelig å se hvordan vi som kommuner skal forholde oss som berørt part i denne saken, med den begreps- og prosessforvirringen som nå åpenbart eksisterer. Det hersker stor usikkerhet om hva som faktisk skal vedtas i styremøtet 30/4 2019. Det er en åpenbar svakhet at prosessen oppfattes uklar nå i høringsperioden.

Etter kommunenes forståelse vil det være hensiktsmessig å vedta *struktur* for fremtidens Helgelandssykehus i styremøtet 30/4 2019. Skal det utredes ett eller flere sykehus på Helgeland? Hvor mange DMS skal etableres? Dersom dette avklares, vil man ha et konkret konsept som kan utredes videre, både hva gjelder faglige, logistiske og økonomiske konsekvenser.

Det vil også være hensiktsmessig å fatte beslutning om i hvilket område av Helgeland fremtidens sykehus skal lokaliseres. Våre kommuner mener at en diskusjon om lokalisering ikke

---

<sup>8</sup> Brev fra rådmennene i Alstahaug og Vefsn av 21.12.18

må begrenses av kunstige kommunegrenser når den beste lokaliseringen for fremtidens sykehus skal utredes. Det problematiseres nå fra flere hold at området betegnet som «sør for Korgfjellet» ikke er en nøyaktig stedsangivelse. I den forbindelse er det betimelig å minne om at Rana kommune, som Norges fjerde største kommune i areal, heller ikke fremstår som en nøyaktig stedsangivelse. Strekningen Sandnessjøen - Mosjøen er på knappe 60 km. Rana kommune har et areal på ca 4 500 km<sup>2</sup>. Våre kommuner mener at det med det kunnskapsgrunnlaget som eksisterer på nåværende tidspunkt ikke vil være mulig å spesifisere beliggenhet nærmere enn «nord eller sør for Korgfjellet».

Når aktuelt område er vedtatt, vil kommunen(e) som omfattes av vedtaket utfordres til å spille inn et gitt antall aktuelle tomtealternativer. Disse tomtealternativene vil da kunne konsekvensutredes etter plan- og bygningsloven. På denne måten vil man få en reell sammenlikningsmulighet og finne det beste tomtealternativet for fremtidens Helgelandssykehus. En slik tilnærming vil være lik sammenliknbare prosesser i andre helseforetak. Prosessen vil være forutsigbar, og i tråd med gjeldende praksis for utredninger etter plan- og bygningsloven. Eksisterende sykehustomter vil ikke utelukkes fra vurderingen, men måtte utredes på lik linje med andre alternativer.

Alstahaug, Brønnøy, Dønna, Grane, Hattfjelldal, Herøy, Leirfjord, Sømna, Træna, Vefsn, Vega og Vevelstad kommuner ser ikke at det finnes alternative måter å komme videre på, enn å vedta struktur og område før tomtelokalisering, dersom prosessen skal gjennomføres i henhold til tidligere vedtak, og oppfylle kravene i plan- og bygningsloven.

Alstahaug, Brønnøy, Dønna, Grane, Hattfjelldal, Herøy, Leirfjord, Sømna, Træna, Vefsn, Vega og Vevelstad kommuner ønsker Helgelandssykehuset lykke til i det videre arbeidet med å utrede fremtidens Helgelandssykehus, til det beste for *høle* Helgelands befolkning