



<i>Møtetype</i>	Workshop/Arbeidsgruppemøte – Arbeidsgruppe 1
<i>Møtedato</i>	17.05.12
<i>Møtested</i>	Mo i Rana
<i>Tilstede</i>	Gunnleiv Birkeland, Stefan Dehof, Istvan Gàl, Svein Arne Monsen, Tore Dahl, Anne Sofie Tverbakk, Ida S. Berg, Dag Utnes, Fred A. Mürer (leder og ref). Arnt Ove Okstad (WSP), Katrine P. Sanila (WSP), Øystein Berge (?) (Cowi), var tilstede under deler av møtet. Forfall: Mette Lindegaard

Sak	Tema	Ansvar	Frist
	Info om at Reidar Berntsen har trukket seg fra prosjektgruppen		
	Gjennomgang av referat fra forrige møte		
	<p>Tema for dagens workshop/arbeidsgruppemøte:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Eventuelle suppleringer for planprogrammet med fokus på konsekvensutredning 1 (KU1)</li><li>• Eventuelle suppleringer eller kommentarer på tema under helsefaglige utredninger</li><li>• (Kommentarer på rapportene så langt, kvalitetssikring og faktagrunnlag)</li><li>• Oppsummering fra gruppelederne</li></ul> <p>Punkter fra diskusjonen i gruppen: <b>Mandatet - framskrivinger.</b> Framskrivning av pasientgrunnlag fra utviklingsplanen. Justering og kvalitetssikring foretatt i 2016. Bør hentes fram igjen ifbm helsefaglige utredninger.</p> <p><b>Rapport Anbefalinger av utredningsalternativer – «Grovsilingsrapporten»</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Flere av gruppens medlemmer ga uttrykk for at det som ble anført i forrige møte 17.03 fortsatt var gjeldende. Fortsatt ikke god nok dokumentasjon til å si at det ikke er særskilte grunner til å ta med Hemnes og Leirfjord i KU 1. Transportberegningene inneholder fortsatt ikke beregninger vedr akutttransport og Sandnessjøen/Leirfjord/Mosjøen bør ses som ett arbeidsmarked, der pendleravstand kan være 25-30 min. Det ble vist til andre sykehusprosjekter med slike avstander (Østfold, Møre og Romsdal). Etterlyst evaluering/vurdering fra disse.</li><li>• Pendling/reiseavstand – hva er akseptabelt. Flere av gruppens medlemmer mente at ca 25 min var akseptabelt ift at rapporten anga det som gjennomsnittlig reisevei i landet. «Tvungen/frivillig» pendling ble også diskutert, pendlervillighet kan være ulik i landet.</li><li>• Hemnes eller Leirfjord som lokalisasjon vil kunne redusere antall DMS'er – gunstig økonomisk.</li></ul>		

	<p><b>Rapport Planprogram for idéfasen.</b> Ikke innspill til nye emner i KU1, men bør presiseres at Helgelandssykehusets behov = pasientenes behov (4. emne i tabell KU 1, kap 6)</p> <p><b>Helsefaglige utredninger</b> Flere måter å systematisere emnene, jfr foil 2 og 4 i foilene til arbeidsgruppene. Andre emner som foreslås tatt med:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Forskning og innovasjon</li> <li>• Telemonitorering/telemedisin</li> <li>• Prehospital tjeneste <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Samhandling inhosptitalt/prehospital</li> <li>○ Avstand til definitiv behandling (f.eks. PCI, trombektomi v/hjerneslag, traumebehandling)</li> </ul> </li> <li>• Vaktberedskap (utvikling/vurdering)</li> <li>• Samhandling somatikk/psykisk helse/rus</li> <li>• Samhandling om beredskap</li> <li>• Brukertjenester (brukerkontor, senter etc)</li> <li>• Pasientens helsetjeneste med økte pasientrettigheter</li> <li>• Elektronisk pasientjournal (EPJ) med elektronisk kurve, beslutningsstøtte, brukergrensesnitt med økte tilganger for pasientene</li> </ul> <p>Punktene fra diskusjonene i arbeidsgruppen ble presentert i plenum av gruppeleder.</p>		

Vedlegg:

- Referat arbeidsgruppemøte 17.03.2017

## Referat arbeidsgruppe 2 Bygg

### Generell tilbakemelding:

- Workshoptema burde vært sendt ut tidligere, sammen med planprogram og innkalling til dette møtet. Da kunne man ha forberedt seg bedre til møtet.
  - Positivt at siste møtes diskusjon/tema ble tatt hensyn til.
1. Suppleringer/kommentarer til planprogrammet og konsekvensutredning/grovsortering
    - Leirfjord og Hemnes er vurdert som ikke aktuell. Det stilles spørsmål om dette er godt nok begrunnet/argumentert, også i forhold til akutte transporttider.
  2. Strukturutredning:
    - Det bør vektlegges driftskostnader/strukturkostnader ved flere akuttsykehus da sykehusbygg er meget kostbart å drifte. Ny avansert, kostbar teknologi bør sentraliseres. Ressursene bør utnyttes best mulig gjennom hele døgnet. Eks: Robotkirurgi, avansert diagnostisk utstyr, bedre utnyttelse gjennom hele døgnet
  3. Innspill til planprogrammet:
    - Det er ikke aktuelt med et lite akuttsykehus i Mosjøen. Hvorfor ikke? For eksempel stort akuttsykehus på Mo og et lite akuttsykehus i Mosjøen. Dette synes lite utredet og argumentert, og vi forstår ikke argumentasjonen. Mosjøen bør også utredes med lite akuttsykehus i modell 2b-1.
  4. KU1 – Helsefaglige tema relevant for valg av struktur
    - Hvordan påvirkes akutte transporttider av de forskjellige alternativene? Dette temaet burde vært med tidlig i konsekvensutredningen og i grovsorteringa. Burde vært sterkere vektlagt til nå.
    - Uklart hva som menes med «utviklingstrekk innenfor sykehusets funksjonalitet». Dette bør presiseres bedre.
    - Begrepet «samhandling» bør presiseres.
  5. Viktige elementer når struktur skal legges:
    - En del av infrastrukturen (sosialt) for familie vil komme naturlig som følge av plassering av sykehuset (barnehage, skole etc). Trenger ikke sterkt fokus nå.
    - Pasient-/pårørendehensyn – mulighet for distraksjon (kino etc) – ikke veldig viktig å fokusere på nå.

## NOTAT

- etter seminar / arbeidsgruppemøte den 12. mai -17 på Mo I Rana.

Deltagere i AGR3- Transport: Tor Robert Barth Heyerdahl, Mari-Anne Hopen, Karl Nagelhus, Anders Ringkjøb, Svein jensen, Vegard Vinje, Arve Smedseng (leder). Forfall: Odd Magen Rønning

### Til Grovsilingsrapporten

Helgeland er et komplisert område hva angår kommunikasjon og infrastruktur. Beregninger av reisetider til et eller flere behandlingssteder gjør at det må settes forutsetninger. Slike forutsetninger vil være gjenstand for diskusjon rundt de sluttresultater som presenteres. Ikke bare innad i prosjektet og sykehusmiljøet, men også utad i det bred lag av befolkningen på Helgeland. Dette kommer til syne når Arbeidsgruppe 3 i forkant av møte den 12.mai gav følgende tilbakemelding:

**AGR3 – Transport har hatt Skype-møte og sett på rapportutkastet som er oversendt i mail den 05.05. Etter møte har gruppen følgende tilbakemeldinger:**

1. I innledningen til reisetidsberegningene slås det fast at de fleste reiser til og fra norske sykehus med bil. Derfor har man valgt å gjøre kjøretidsberegningene med en RTM modell. Pasienter fra Sør Helgeland utgjør ca 15% av pasientgrunnlaget for Helgelandssykehuset. I rapporten har man valgt å gjøre manuelle beregninger ved reise fra Sør Helgeland til Sandnessjøen og Leirfjord. De manuelle beregningene er basert på dagens hurtigbåtforbindelse som går to dager i uka, og som ca 10 % av pasientene på strekningen i dag faktisk benytter. Reisetiden med hurtigbåt er 1 time og 20 min. Reisetiden landeveis (RTM) er ca 2 timer og 40 minutt. De klart fleste pasientene på denne strekningen velger å reise landeveis.

Av rapporten ser det ut for at man har valgt å legge til grunn et tilbud som faktisk ikke eksisterer; hurtigbåt fra Brønnøysund til Leland i Leirfjord. **(I etterkant er dette avkreftet)**

- ✓ Gruppens oppfatning er at illustrasjonene i tabell 3-10, og teksten i rapportens pkt 4.5.3.1 ikke gir en riktig fremstilling av reisetidene til et sykehus lokalisert i Sandnessjøen eller Leirfjord

2. Det er en svakhet i rapporten at ikke framføringstider for akutte pasienter er synliggjort og at denne vurderingen ikke er en del av konklusjonen i rapporten.

Tilbakemeldingens pkt 1 hadde støtte fra 6 av gruppens 8 medlemmer, mens 2 av medlemmene mente at beregningen kunne forsvares slik den var fremstilt.

Gruppen er for øvrig samstemt i tilbakemeldingens pkt 2.

AGR3- Transport mener det vil styrke de kommende utredningene at gruppen får delta mer aktivt i selve utredningsarbeidet, og ikke bare komme inn for å kvalitetssikre arbeidet etter at rapportene er ferdig skrevet.

## Til Planprogram – KU1 – regionale tema som påvirker struktur og lokalisering

I hovedtrekk er temalisten som skal belyses i KU1 slik at de omfatter det som vil være relevant å utrede i forkant av en beslutning.

Til de tema som er oppført til KU1 ønsker gruppen å poengtere:

- *Hvordan de ulike alternativene vil påvirke Helgelandssykehusets evne til å rekruttere og opprettholde stabile og sterke fagmiljøer*
  - ✓ Beregninger av reiseavstander / –tider vil være viktig.
  - ✓ Å synliggjøre alternative mulige kommunikasjonsalternativer tilknyttet pendling
- *Alternativenes evne til å sikre Helgelandssykehuset tilgang til offentlig infrastruktur*
  - ✓ Tilknytning til eksisterende trafikk knutepunkter er viktig, men også se muligheter for nye og alternative kommunikasjonsløsninger. Et større sykehus vil sannsynligvis gi passasjergrunnlag for nye alternativer uansett lokalisering.
- *Alternativenes påvirkning på klima/grønt sykehus*
  - ✓ *Beregninger for miljøbelastninger må gjennomføres og være et av vurderingspunktene for det fremtidige valget.*
- *Alternativenes økonomiske bærekraft («liv laga») for Helgelandssykehuset*
  - ✓ Transportøkonomiske beregninger vil være en del av disse beregningene.
- *Risiko- og sårbarhetsanalyse*
  - ✓ **Væravhengigheter og fremkommeligheter.** Dette gjelder ikke bare i tilknytning til akutte transport, men også i forbindelse med jobbpendling og ordinære pasientreiser.

## Til Helsefaglige tema relevant for valg av struktur

- *Desentralisering (Helhetlige pasientforløp mellom primær- og spesialist helsetjenesten)*
  - ✓ Valg av sykehusmodell og innhold i DMS-ene vil være avgjørende for hvor mye av behandlingen og konsultasjonene som kan desentraliseres. Dette vil påvirke transport både for økonomien og miljø.

Arve Smedseng

## Arbeidsgruppe 4, rekruttering og stabilisering 12.mai 2017

Cecilie Liland, Tomas Stenersen og Jonas Ottermo var ikke med på møtet

### Innspill til rapport- anbefaling av utredningsalternativer

- Flere i arbeidsgruppen var enig i at det ikke var særskilte grunner til å utrede Leirfjord og Hemnes som alternative lokasjoner av Helgelandssykehuset
  - Det ble stilt spørsmål til hvorfor akutt- transport ikke er vektlagt i grovsilingsrapporten
- Rekruttering og stabil arbeidskraft er en utfordring for Helgelandssykehuset, dette redegjorde arbeidsgruppe 4 for i Utviklingsplan
- I Utviklingsplan viste arbeidsgruppe 4 til at folk i sentrale strøk gjennomsnittlig aksepterer lengre reisevei enn folk i mindre sentrale strøk. 87 % av befolkningen i småbyregioner har mindre enn 30 minutt reisetid til jobb, derav 67 % under 20 minutter (Vågane, Brechan & Hjorthol 2011), Rapport fra arb.gr. 4 Utviklingsplan. Argumentasjonen fra Utviklingsplanen samsvarer med punkt 3.3.3.1, Reisetider ansatte, i Rapport Helgelandssykehuset 2025- Anbefaling av utredningsalternativer.

### Helsefaglige tema relevant for valg av struktur:

- Hvordan vil konsekvensutredningen svare ut Sykehusets kjernevirksomhet
  - Pasientbehandling
  - Forskning
  - Utdanning
  - Utvikling
- Samhandling
  - Hva er det tenkt særskilt på?
  - Samhandling må være en del av alle punktene
- Fremtidige behov for spesialisthelsetjenestetilbud

### Viktige elementer når struktur skal legges:

#### Rekruttering og stabilisering

- Utred muligheten for boligutbygging i tilknytning til sykehuset.

## Oppsummering og innspill fra arbeidsgruppe 5

Medvirkningsmøte 12.05.2017

### Innspill vedrørende tema for KU1

Arbeidsgruppen har ingen innspill til ytterligere tema, men mener det er viktig å hekte på de helsefaglige vurderingene der disse kan tenkes å være utslagsgivende

### Innspill til helsefaglige utredninger

1. Gruppen mener at uttrykket "medisinfaglige utviklingstrekk, endres til "faglige utviklingstrekk". Bakgrunnen for dette er at den faglige kompleksiteten i sykehus er så stor at en rekke faglige utviklingstrekk vil være sentrale for planlegging av fremtidens sykehus.
2. Organisering av spesialisthelsetjenestene på Helgeland kan tas med som tema, da den lederorganiseringen bør vurderes opp mot fremtidens sykehus for å best møte utfordringene som vil komme med tanke på tjenesteutvikling i nye sykehusbygg
3. Hva er hensiktsmessig funksjonsstruktur? Hvilke funksjoner kan og bør nye sykehusbygg romme? Spesielt psykisk helse og rus, trenger å se kritisk på om tjenesteinnholdet er i samsvar med sentrale føringer.
4. Konvergering psykisk helse og rus mot somatikk. Viktig at noen forholder seg til hvilke felter en slik konvergering vil være hensiktsmessig, da dette kan ha innvirkning på den fysiske avstanden disse tjenestene bør ha (samlokalisering)
5. Avstand til samhandlingsaktører. Dette er spesielt viktig innen psykisk helse og rus, som har tett samhandling med en rekke tjenester og etater.
6. Funksjonelle bygg. Hvilke type bygg har vi behov for i fremtiden. Dagens bygg er ikke spesielt funksjonelle, og setter til dels begrensning i tjenesteinnholdet
7. Arenaer for brukermedvirkning
8. Nærhet og tilgjengelighet for befolkningen. Dette er spesielt viktig, da polikliniske forløp er langvarige og regelmessige, og store deler av pasientpopulasjonen har store utfordringer med å reise. Det foregår også utstrakt ambulerende virksomhet.
9. Hvilke regionale funksjoner, utenfor Helgelandssykehuset er det behov for innen fagfeltet psykisk helse og rus?
10. Vi leverer i dag alt for lite tjenester til eldre, til tross for at forekomsten av psykiske lidelser er høy. Hvordan må sykehuset og tjenestene organiseres og lokaliseres for å dekke et fremtidig sterkere pasienttilbud til denne gruppen.

### Kommentarer til rapportene

1. Silingsrapporten referer til Hemne kommune i stedet for Hemnes. Tilbudet som er beskrevet er ikke korrekt. Personer med lokalkunnskap bør kvalitetssikre innholdet tilbudbeskrivelsene.
2. Påstander i rapporten bør støttes med referanser.
3. I Planprogrammet bør også DPS nevnes når sykehus/DMS er beskrevet.

Takk

# Gruppearbeid

# Arbeidsgruppe 6

Prehospitale tjenester



# Suppleringer KU1 planprogram

- Helsefaglige trender, volumkrav, framtidige behandlingstilbud
  - Hvordan er optimal organisering for å kunne gi viktige grupper et tilbud lokalt?
  - Ett sykehus eller fler?
  - Hvil ett stort sykehus skape best utgangspunkt for å ta tilbake pasienter som nå sentraliseres for akuttmedisinsk behandling?
- Hvordan vil teknologisk utvikling påvirke rekruttering
  - Vil mer behandling kunne foregå perifert på grunn av bedre utstyr og telemedisin?
  - Vil mer teknologi kunne gjøre sykehuset mer attraktivt
- Transportutredning bør deles opp og presiseres
  - Elektiv pasienttransport
    - Kostnader
    - Belastning
  - Akutt bil/båt: tid
  - Luft: regularitet
  - Personale/arbeidsreiser

# Suppleringer KU1 helsefag

- Alternativenes forskjeller i behov for endringer i legevakt/kommunal beredskap
  - Følgetjeneste
  - Samlokalisering DMS
  - Endre samarbeidsmønster
- Hva haster? Hvor stor prosent av total transport utgjør akuttmedisinske tilstander? Hva har betydning for befolkningen?
- Transport av psykiatriske pasienter – psykiatrisk akutttilbud
- Bemanning ved katastrofer dersom personellet bor lagt unna?
- Hvilke tidsintervaller for akuttransport er viktigst/skal vektlegges?
  - Finnes det evidensbaserte anbefalinger?
- Epidemiologiske betraktninger – er det forskjeller ved alternativene?
  - Geografisk skjev fordeling av trafikkulykker, arbeidsulykker, sykdommer?

# Helsefag fortsatt

- Hva innebærer modellene?

- DMS
- Lite akuttsykehus
- Stort akuttsykehus



Innhold, kompetanse, bemanning, døgntilbud  
Akuttmedisinsk beredskap  
Hvor skal akuttpasienten?

# Kommentarer til rapportene

- Unøyaktigheter må tas bort
  - Hemne kommune?
  - Konsistens befolkningsområder
  - Etterprøvbarehet
- Rekruttering
  - Uenighet i gruppa: Flertall mener problemer med rekruttering er overdimensjonert
  - Innholdet i sykehuset viktigste rekrutteringsfaktor, kommer ikke godt nok fram
  - Bør nedtones til fordel for helsefaglige forhold
- Silingsrapporten må ikke foregripe konklusjonene som skal trekkes i KU1
  - Det er viktig at kun argumenter som har betydning for modellvalg tas med
  - Kapittel 4 i silingsrapport må skrives helt om slik at alternativene behandles likt.
- Akuttransporter mangler
  - Gruppa kan ikke stille seg bak utredning av akutt-transporter slik den foreligger
    - Må kontrollregnes og gjennomgås i gruppa
    - Rutevalg må diskuteres
    - Må beregnes på grunnkrets nivå

Møte i arbeidsgruppene til Helgelandssykehuset 2025. Møte holdt sted ved Campus – Mo i Rana 12. mai 2017.

Arbeidsgruppe 7: samhandling.

Tilstede:

Sandnessjøen: Kommunalsjef Kirsten Toft

Leirfjord: Kommunalsjef Kjell Olav Lund

Brønnøysund: Helse- og sosialsjef Tove K. Sollie

Vefsn kommune: Enhetsleder omsorg Karin Ingebrigtsen

Rana kommune: Fastlege Anette Fosse

Helgelandssykehuset HF: PKO Anita Husveg, overlege Ramona Nofal, enhetsdirektør Tanja Pedersen

Fraværende: kommuneoverlege Robert Novak (Hemnes), tillitsvalgt fagforbundet Tom Roger Strøm (Helgelandssykehuset HF), brukerutvalget ved Sissel Jensen Bygdås.

Referat fra arbeidsgruppe 7:

Ønsker seg tydeligere innkalling om hva arbeidsgruppene skal gjøre.

Gruppen ønsker samhandlingssjefen inn i vår arbeidsgruppen.

### **1. Eventuelle suppleringer for rapporten med fokus på konsekvensutredning 1:**

- Det må komme tydeligere fram at helsefaglige elementer må inkluderes i KU1 og KU2. Hvordan kan man løsrive de helsefaglige elementene til etter KU1? Uklart om de pågår parallelt eller, eller om det ventes til etter KU1 med disse. Dette må tydeliggjøres. Synes dårlig på kartet for hvordan det jobbes og dette skaper bekymring

### **2. Helsefaglige tema som er relevant for valg av struktur:**

- Medisinsk faglige utviklingstrekk: helsetjenesten blir mer spesialisert, mer organspesifikt, stort sykehus gjør at man kan ha flere avdelinger. Dette er utfordrende med dagens modell. Generell kompetanse er ikke lengre godt nok. Bakgrunn for sentralisering. Større grad av pasient medvirkning, mer krevende måte å jobbe på. En avdeling kan ikke løse alle pasientenes problemer og krever tverrfaglighet. Pasientene forventer mer samhandling mellom avdelingene, og mellom sykehus og kommuner. De fleste pasientene feiler flere ting. Forsterker behovet for at sykehuset jobber integrert. 1.linjetjenesten må ta mer av helheten. Sykehuset får mer komplekse pasienter. Mer geriatri, palliasjon, onkologi må på plass.

- Pendelen litt på vei tilbake til det generelle på grunn av at man mister oversikten. Bedre overlevelse ved oppfølging av generalisten. Tror ikke at spesialiseringstendensen vil fortsette. Får flere eldre med forventninger til at problemet fikses
- Bør ha koordinator funksjoner i sykehusene. Organisering og utvikling henger ikke sammen. Kommunene er ikke alltid forberedt på forventninger fra sykehuset
- Samhandlingstjenesten må styrkes. Legetjenesten i kommunene må styrkes. Legene ønsker mer normal arbeidstid
- Sykehuset må gjøre en jobb i å kommunisere ut i egen organisasjon hvordan samhandlingsavtalene skal etterleves. Mangler vilje og kunnskap til å gjøre samhandling
- Mye ny teknologi i spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten
- Desentralisering (fokus på helhet i pasientforløp mellom primær og spesialisthelsetjeneste)
- Prehospitaler tjenester – (styrking, økt kompetanse) Sykehuset må ha så gode tjenester på dette område at ikke kommunene må «utdanne egne folk»
- Primærhelsetjenestens kjernevirksomhet – for å speile sykehusets kjernevirksomhet og for å avklare forventninger, oppgavefordeling og ansvar

Oppsummert: disse tre punktene bør stå som egne områder i tillegg til de øvrige **helsefaglige utredningene:**

- Koordinering av pasientforløp mellom kommuner og sykehus
- Prehospital tjeneste og utvikling av denne som bindeledd mellom kommuner/sykehus
- Kommunenes kjernevirksomhet – viktig at også denne «siden» av pasientforløpet er grundig vurdert

### **3. Kommentarer på rapporten så langt, kvalitetssikring og faktagrunnlag:**

- Forvirrende at vi i rapporten skal «bevege» oss på et overordnet nivå, samtidig som de går inn i detaljer i den enkelte kommune
- Tror det ville være klokt å ta med Hemnes og Leirfjord i KU1. Det er helt nødvendig å utrede grundig for å vekke tillit til at disse to kommunene eventuelt tas ut av det videre arbeidet som alternative kommuner for et fremtidig Helgelandssykehus
- Mener at alle argumenter som kan brukes, brukes mot at sykehus skal ligge på bynært
- Forslaget om at sykehuset skal legges på Leland har ikke vært foreslått, det kan ligge andre steder i Leirfjord kommune
- Også politisk uklokt å kutte ut Hemnes og Leirfjord på dette tidspunktet, blir mye støy uten god argumentasjon
- Må velge byutvikling eller helsevesen
- Kortere vei til sykehuset for flere, både pasienter og medarbeidere, bør vektas mer
- Står ingenting om de positive begrunnelse for at Leirfjord og Hemnes skal være med
- Konsekvensene ved mangelfull rekruttering må ivaretas
- Synes rapporten er for tung og lang, mye gjentas på nytt, mange som har skrevet, flere udokumenterte påstander som for eksempel, må henvise til kilder/forskning

**Oppsummering:** Gruppen er delt ang. rapporten. 3-4 av 8 er enige om å gå videre og at Hemnes og Leirfjord nå velges vekk. Motsatt part ønsker det motsatte og at disse kommunene er videre med i KU1.

Gruppen samlet vil ha inn (for å unngå omkamper) at det veies skikkelig for og imot Hemnes og Leirfjord kommune. Mer tydelig argumentasjon, og begrunnelse av det som er positivt med disse kommunene, og hva som er årsaken til at de likevel ikke går videre.

Hemnes: Gir kortest reisetid for de fleste og som må stå i rapporten, en klar fordel for lokasjon– må drøftes tydeligere.

Leirfjord: Favner 2 regionsenter, positivt i forhold til pendling, lokalisering i nærheten av tunnel og en trafikk-knutepunkt. Ikke tydelig i rapporten.

Sykehusbygg må aktivt gå ut å spørre om «lokale særegenheter» som skal hensyn tas i prosjektet. Ikke bare vente på at gruppene/kommunene skal spille inn.

Må vise negative konsekvenser for de kommunene som mister sitt sykehus.

Resultatet med å ta ut disse to kommunene er forhåndsbestemt. Bør også kommet fram hva de økonomiske konsekvensen for å utrede flere kommuner er. Hemnes og Leirfjord bør utredes med bare at et stort akutt sykehus i KU1. Dette basert på at reisetid har stor betydning.

Når det gjelder Hemnes og Leirfjord, at det vil være naturlig å regne ut reiseavstander i fht hvor det er sannsynlig at et sykehus vil plasseres i disse kommunene, ikke ut fra kommunesentraene.

**PERSPEKTIV SAMHANDLING:** Gruppen ønsker at det sees på mandatet og at det gjøres mer presist. Christian Brødreskift tar dette med videre.