

**Fra:** Harald (haraldnyberg@hotmail.com)

**Sendt:** 02.06.2021 17:47:11

**Til:** age@hod.dep.no; kristin.lossius@hod.dep.no; Postmottak HOD; Daae Cecilie; Larsen Renate; Carrhart@hotmail.com; Tollåli Geir; Postmottak-RHF (postmottak@helse-nord.no); Gunnlaugsdottir Hulda; Postmottak Helgelandssykehuset (postmottak@helgelandssykehuset.no); arne.benjaminsen@admin.uio.no; sirkusaso@gmail.com; jonne.kalstad@online.no; eva.monica.hestvik@mip.no; henriette@letsea.no; hegeharboesjaavik@gmail.com; roar.olsen@unit.no; Ringkjøb Anders; Johansen Dag Christian Lorentzen; Rundhaug Nils Petter; Sjøvik Anja; anne.lise.brygfjeld@gmail.com; Christine Trones; Håkon Sund; Monsen Svein Arne; Hanne Benedikte Wiig; Hanne Nora Nilssen; Bjørn Helge Hansen; Bjørnar Olaisen; rdagsvik@online.no; Sinne Simony Marken; sinne.simony.marken@vega.kommune.no; kirstin.toft@alstahaug.kommune.no; Espen Isaksen; dr.torris@gmeil.com; eilif.traelnes@bronnøy.kommune.no; peter.talseth@alstahaug.kommune.no; Peter Talseth; ivan.haugland@leirfjord.kommune.no; hgholand@somna.kommune.no; ellen.schjolberg@grane.kommune.no; nils.olav.jensen@donna.kommune.no; elbjorg.larsen@herøy-no.kommune.no; jha@trana.kommune.no; carl Einar Isachsen; tomas.norvoll@nfk.no; sveegg@nfk.no; hild-marit.olsen@nfk.no; knut.petter.torgersen@nfk.no; Ingeborg H. Rinnaas; aasref@nfk.no; Post NFK; tonehelen.hauge@apotek1.no; andre.moller@vega.kommune.no; harald.lie@hattfjelldal.kommune.no; tore.tveramo@gmail.com; ordforer@donna.kommune.no; jan.ove.styve@leirfjord.kommune.no; torhild.haugann@vevelstad.kommune.no; tor.helge.allern@dramapedagog.no

**Kopi:**

**Emne:** Svar til SWECO's Rapport om sykehuslokalisering på Helgeland.

**Vedlegg:** Svar til SWECO's Rapport – Kopi (2) – Kopi – Kopi.docx; Dimensjonering, finansiering av offentlige sykehus – Kopi – Kopi – Kopi.docx; Hvor bør hovedsykehuset ligge.docx; Tomteareal for Helgelandssykehuset. – Kopi – Kopi – Kopi.docx

ADVARSEL: Denne eposten kommer fra utsiden av din organisasjon. Ikke klikk på lenker eller åpne vedlegg med mindre du kjenner igjen avsenderen og vet at innholdet er trygt.

**Vedlegg I : Svar på SWECO's Rapport : Tomteutredning for Nytt Sykehus i Sandnessjøen og Omegn.**

Harald Nyberg

**Vedlegg II : Representantforslag 147 S ( 2019 - 2020 ) til Stortinget.**

Kjersti Toppe , Marit Knutsdatter Strand , Per Olaf Lundteigen.

**Vedlegg III : Hvor bør Hovedsykehuset for Helgeland ligge ?**

Håkon Sund

**Vedlegg IV : Tomteutredning for et Helgelandssykehus og nødvendig lokalisering for pasienter og brukere.**

Harald Nyberg

**I Rapporten fra ekstern Ressursgruppe- 2018- 2019;** ble det slått fast at livbærende sykehusstruktur på Helgeland for 80.000 beboere , er ;

**Alternativ 2 a** , i vedtatt sykehusstruktur for Helgeland 2025 :

**:: Et stort Akuttsykehus og 2- evt.3 DMS (distriktsmedisinske senter).**

I Sammendsag **fra Rapporten til Ressursgruppa konkluderes med:**

**A : Alternativ 2 a :** Et Stort Akuttsykehus i Rana og DMS i Sandnessjøen, Mosjøen og i Brønnøysund.

Det tilføyes ::

Som et alternativ for konseptfasen anbefaler Ressursgruppa også plassering av Stort Akuttsykehus i Sandnessjøen:

**B: Alternativ 2 a :** Et Stort Akuttsykehus i Sandnessjøen og følgelig et DMS i Mo i Rana og et DMS i Brønnøysund.

Begge DMS'er vil ha akuttmedisinsk funksjoner med anestesivakt fra ortopedisk enhet i Rana, og anestesivakt fra luftambulansen som akuttmedisinsk støttefunksjon for DMS i Brønnøysund.

Dette har sikkert styrene i Helgelandssykehuset HF og i Helse Nord fått med seg, men som helseminister Høie ikke har vurdert betydningen , eller nødvendigheten av.

Med hilsen  
Harald Nyberg

# ***Svar til SWECO`s Rapport :***

## ***Tomteutredning for nytt sykehus***

### ***i***

## ***Sandnessjøen og***

## ***Omegn.***

***Harald Nyberg.***

***Utvikling i sykehusprosessen til nå, preges av følelsesmessige avisinnlegg med beskyldninger, intriger og karikering i debatt om plassering av sykehus i Sandnessjøen, eller i***

*Omegn. Uklart om hva bakteppe for denne retorikk er ?*

*Har den noen plass i debatten?*

*Hvordan skal den oppfattes?*

***Det gis*** mye godord om Sandnessjøen for valg av sykehuslokalisering til Sandnessjøen, ved løfting av dialektikk og tekniske ordføringer for sykehuset til Karlsenmarka, f.eks : "Overordent kvalitativ vurdering for hvert kriterium og en gradering av måloppnåelse ved hjelp av indikatorene".

*Hva står dette for ?*

*Er disse "kvalitative vurderinger av kriterier" en sikring for riktig metodebruk og objektivitet?*

***Konfliktskapning*** for sykehuslokalisering har til nå, komme ved dårlig bokføring og prosesser i utredningen. Sterke følelser og meninger; med "halv-

*kvedd" forståelse av konsekvenser ved mangeårig prosessarbeid fra - og for Rana, gjennomført ved syndikalismen av samhandlende personer, PR-byråer, ansettelsesbyråer, institusjoner, revisjonsfirmaer og SWECO`s /" ledende europeisk konsulentselskap innenfor ingeniørrådgivning og arkitektur" oa.*

**Fremlagt rapport** fra SWECO, 19.april -21, består i deler av arbeider fra sykehusprosessen siste 8 år, som har vært styrt frem av sykehusledelse og helseforetaket i Rana.

*I sjekkliste med kriterier for tomter, følges opp en deling av kriteriene; i Myndighetskrav og føringer; og i Prosjekt- og sykehusfaglige krav.*

*Begge disse områder for kriterier behandles og avveies ulikt med den konsekvens det vil ha for utvalg. Dette skaper bevist forvirring og usikkerhet om årsak - /virkningssammenhenger.*

*Deler av avvik ved kriteriene gjenfinnes i tidligere arbeider av sykehusprosessen, fra :*

**Sykehusbygg HF :** "Ide`fase Helgelandssykehuset 2025, utgitt 2016";

**WSP`s :** "Helgelandssykehuset / Planprogram for ide`fasen, utgitt 2017";

**COWI`s :** Rapport Helgelandssykehuset 2025 –

*Anbefalinger av utredningsalternativer, utgitt 2017.*

**Rapport fra ekstern Ressursgruppe ( ReR), utgitt 2018 /2019 :**

*Helgelandssykehuset 2025.*

**I tillegg kommer** bestilte og betalte Rapporter av: Samfunnsanalyser,

Bærekraftsanalyser, Risiko - og Sårbarhetsanalyser (ROS); fra bl.a. Deloitte, TØI, Multiconsult,

Menon Economics ; foruten avtale med **Rekrutteringsbyråer** for å gi opsjon til mangeårige ansatte fra Helseforetaket i Rana, for overføringer til ny sentrale stillinger i

det Nye Helseforetak med kontorer og bosted i Sandnessjøen.

**Hvilken habilitet har Merethe Myrvang,** ved overgang fra stilling som kommunikasjons-rådgiver for Helgelandssykehuset HF i Rana siden 2014; til ny sentral stilling som prosjektkoordinator for Nye Helgelandssykehuset?  
Hvor sterk «ambassadør» er hun for sykehusledelse, helseforetak og næringslivs-interessene i Rana; for deres ønsker og meninger om plassering av det nye Hovedsykehuset i Sandnessjøen og Omegn?

**Rekrutterings-byråenes** oppgaver for arbeidsgiveren/ Helseforetaket, har vært å finne "DE RETTE" personene til stillinger, som passer inn - og verdsetter Rana`s organisasjon - , og næringslivets - kultur.  
Samhandlende institusjoner og byråer, som har vært med i Rana`s styringsmodell og fellesskap de siste 10 år, er følgelig tro og tjenlig med syndikalismens konstitusjon.

**Svakheten ved SWECO`s Rapport,** er mangler og konsekvenser som ulike lokaliseringer av Hovedsykehus vil ha for Sandnessjøen .Hvor bør sykehuset bygges for å gi økonomisk tyngde og bærekraftig pasientvolum for et Helgelandssykehus?

Rapporten unngår også å berøre utfall ved Rana`s egenartede historie for strukturbygging av sykehus på Helgeland over de siste 20 år.

**En rapport om Rana-syndikalismens arbeid** for sykehusstruktur, for stort akuttsykehus for Rana, samkjørt med avvikling av sykehusene i Mosjøen og Sandnessjøen.

**Ved bygging av nytt sykehusbygg for Sandnessjøen og Omegn,** vil lokalisering være helt avgjørende for økonomisk bæreevne og nødvendig befolkningstyngde for et kompetanse-bærende Hoved-sykehus for Helgeland til Sandnessjøen og Omegn.

Enten vil vi velge en varig sikker lokalisering, eller vi velger oss bort fra et bærekraftig Helgelandssykehus.

*Et bevist valg, hvor ikke tilfeldigheter er avgjørende, dog resultatet kan samkjøres med termer fra fotball-språket; enten «stang inn» eller «stang ut».*

*Ved «stang ut», sitter vi igjen på Helgeland uten fagbærende sykehus for helgelendingene. Isteden 4*

*DMS (distrikts medisinske senter), med tilreisende spesialister fra Tromsø, Bodø og Trøndelag.*

***Oppbygging og installasjon*** av nytt sykehusbygg i Sandnessjøen, er ingen statisk funksjonell, klinisk, enhet.

*Bygnings-massen vil bestå i flere 10-år.*

*Diagnose- og behandlings-platå vil ved nasjonal- og internasjonal paradigmeskiftning endres årlig.*

*Skiftningen vil påvirkes av IKT- og bruk av videoteknikk. Nye utviklinger og bruksområder for maskin lærings algoritmer. Nasjonal og internasjonal forskningstrender innen teknologi og medisin, vil påvirke nye diagnoserutiner og behandlingsrutiner.*

*Installasjoner og bemanning i sykehusene vil gjennomgå stadige, kontinuerlige skiftninger og kompetanseutvikling.*

***Sykehus med gode funksjoner og økonomi***, vil kunne følge utviklingen, mens andre sykehus vil tape i utvikling og kompetanse; og svekkes i rekruttering av fagpersonell.

*Hvor kommer dette frem i SWECOS` s rapport om Rekruttering/arbeidsplasser? ?*

*Det vil være trist å se et nytt sykehusbygg på Karlsenmarka overføres til Oljeindustrien eller andre oppkjøpere om noen ville vise interesse.*

***Ved feil lokalisering av Hovedsykehus for Helgeland***, vil vi se en gjentakelse av hendelsene av sykehusutviklingen de siste 20 år. Økonomien gir fordeler for et Sentrumshospital i Rana, og være ødeleggende for Kysthospital, for resterende 61% av beboerne på Helgeland.

***Et Hovedsykehus på Tovåsen vil være Sentrumshospital for 30.000 beboere som rekker sykehusbehandling inne 1/2 time ; og totalt vil 8 - av 10 helgelendinger vil rekke sykehuset på Tovåsen inne 1 time.***

*I -Rapporten fra ekstern Ressursgruppe - 2018/ 2019 , ble det slått fast at livbærende sykehusstrukturen på Helgeland for 80.000 beboere, er :*

***Alternativ 2a , i vedtatte sykehusstruktur for Helgeland 2025..***

***I Sammenheng fra Rapporten, av Ressursgruppa:***

***I :Alternativt :*** *Et Stort Akuttsykehus i RANA og DMS i Sandnessjøen, Mosjøen og Brønnøysund.*

***II : Alternativ ;*** *Et Stort Akuttsykehus til Sandnessjøen og DMS i Rana og Brønnøysund.*

*Det har sikkert styrene i Helgelandssykehuset HF og Helse Nord RHF fått med seg; men som helseminister Høie i sin vurdering, ikke har sett nødvendigheten av.*

***Når dette blir avgjørelsen,*** *må lokaliseringen av Stort Akuttsykehus på Helgeland være der*

*hvor helgelendingene får kortest reisetider for fagsterk behandling av medisinske- og kirurgiske spesialister. Ambulansetidene for beboerne på Helgeland for sykehusbehandling på Tovåsen, er kortere enn gjennomsnittlig reisetider for den norske befolkning til sine sykehus.*

*Lokalisering av et Stort Akuttsykehus på Tovåsen, gjør at 2 DMS er tilstrekkelig for beboerne på Helgeland; et i Rana og et i Brønnøysund.*

*DMS med akuttmedisinsk tjeneste, samhandlende med anestesivakt ved ortopedisk sykehus i Rana, og med anestesivakt ved luftambulansen i Brønnøysund.*

***Et Stort Akuttsykehus for Helgelands, på Tovåsen, vil gi riktig***

*lokalisering for alle bosatt på Helgeland. Et pasientvolum av 80.000 beboere, vil gi en styrket økonomi, og potensiale for god rekruttering av fagkompetanse for beboerne på Helgeland.*

*Samtidig vil sykehuset, oppfylle funksjonene som et Kysthospital og et Sentrumshospital for hele Helgeland; og gi kortest reisetid for de fleste bosatt på Helgeland Innland, Helgelandskysten, Øyriket av Helgeland og Sør-Helgeland.*

***Ved 2 små sykehus med tilnærmet lik medisinsk og kirurgisk tjeneste, vil vi***  
*over neste 20-40 år oppleve en reprise, gjentakelse av en trist sykehushistorie. En «reprise» for Helgeland og for Sandnessjøen med ødeleggelse av kompetanse for fagbærende nasjonal og regional helseinstitusjon for Helgeland. Tap av medisinsk fagutdannelse og utdannelse av leges-pesialister ( LIS-leger). Tap av pasientvolum, svekkelse for rekruttering av helsepersonell, for økonomi, og for nødvendig oppdatering av medisinsk utstyrsark og sykehusfunksjoner. Et sammenhengende tap for fagmedisinsk kompetanse i alle ledd.*

***Er det dette beboerne på Helgeland velger ??***

***En sorti for sykehusene i Mosjøen og Sandnessjøen, som begynte ved***  
*innføring av Regionale Helseforetaksreformen i 2002, med tilraning av helseforetak og ledelse for Helgelandssykehuset HF til Rana. En påfølgende instruksjons-styring og ødeleggelse av sykehusene i Sandnessjøen og Mosjøen, parallelt med kompetansebyggende og styrket økonomi for et Ressurssykehus i Rana.*

*Fylkesvedtaket fra 1997 om utvikling av Hovedsykehus for Helgeland i Sandnessjøen, ble ikke omgjort, men heller ikke effektivt.*



#####

# ***Representantforslag om en ny politikk for finansiering og dimensjonering av offentlige sykehus***

## **Dette dokument**

- Representantforslag 147 S (2019–2020)
- ***Fra: Kjersti Toppe, Marit Knutsdatter Strand og Per Olaf Lundteigen***
- Sidetall: 6
- [PDF](#)

[Gå til saker](#)

### **Innhold**

- [Bakgrunn](#)
- [Forslag](#)

Til Stortinget

## ***Bakgrunn***

*Sykehusene er en av grunnpilarene i velferdsstaten. Imidlertid står sykehusene og spesialisthelsetjenesten overfor store utfordringer når det gjelder blant annet økonomi, vedlikeholdsbehov og arbeidsbelastning for de ansatte. Det forventes en økning både i befolkningstall og i gjennomsnittsalder, som kommer til å medføre ytterligere press på spesialisthelsetjenesten i årene fremover.*

*Statistisk sentralbyrå (SSB) har anslått at vi vil få et økt behov for helse- og omsorgstjenester frem mot 2035 tilsvarende en økning på 35 prosent i antall årsverk. I en slik situasjon er det avgjørende å ha nok sykehuskapasitet i hele landet.*

*Siden 1980 har antallet somatiske sykehussenger sunket fra rundt 22 000 til under 11 000. Mye av nedgangen skyldes en faglig og politisk ønsket overgang til kortere sykehusopphold og økt bruk av poliklinikk, men det stilles også spørsmål om hvorvidt utviklingen er gått for langt. Samtidig ser vi at nye sykehusbygg ofte fører til redusert sengekapasitet sammenlignet med sykehusene de skal erstatte. Innen psykisk helsevern har nedgangen vært desto mer markant, med en halvering i sengetallet fra rundt 8 000 i 1990 til mindre enn 4 000 i 2015. Også denne utviklingen fortsetter: For eksempel planlegger Sykehuset Innlandet for et vesentlig lavere sengebehov innen både sykehuspsykiatri, distriktpsikiatriske sentre og barne- og ungdomspsykiatri frem mot 2040 («Konkretisering av virksomhetsinnhold Sykehuset Innlandet HF», Helse Sør-Øst RHF 2020).*

*Mange av sykehusene som er bygget etter at helseforetaksreformen trådte i kraft, har vist seg å være underdimensjonert allerede kort tid etter åpning. Dette har særlig vært et problem ved Akershus universitetssykehus (Ahus), som sto ferdig i 2008, Sykehuset Østfold Kalnes, som sto ferdig i 2015 og Kirkenes sykehus, som sto ferdig i 2018. Ofte henger dette sammen med urealistiske forventninger om effektivisering og oppgaveoverføring til kommunene. Tidligere administrerende direktør ved Sykehuset Østfold har for eksempel*

*uttalt at sykehuset på Kalnes ble underdimensjonert fordi det var «designet for at samhandlingsreformen skulle fungere», men at dette vilkåret ikke ble innfridd (Klassekampen, 9. mai 2020).*

*I tillegg kommer det flere bekymringsfulle signaler om at også pågående sykehusprosjekter står i fare for å ende opp med underdimensjonerte sykehusbygg. På bakgrunn av Helse Møre og Romsdals behov for å kutte kostander la helseforetaket i februar frem en skisse der arealet ved Sykehuset Nordmøre og Romsdal var redusert fra drøyt 70 000 til 55 000 kvadratmeter. Når det gjelder det nye sykehuset i Drammen, har tillitsvalgte i årevis advart om at sykehuset kommer til å bli underdimensjonert fra dag én, blant annet fordi man har planlagt med såkalt «høy utnyttelsesgrad», som innebærer en gjennomsnittlig beleggsprosent på 90. Byggeplanene for Nye Oslo universitetssykehus bygger på en utviklingsplan der man forventer å ta ned aktiviteten med rundt 140 000 liggedøgn i året ved å effektivisere, overføre flere oppgaver til kommunen og øke bruken av hotell – en urealistisk forutsetning, ifølge Legeforeningen. I forbindelse med byggeprosjektet til Sykehuset Innlandet regner helseforetaket med at behovet for somatiske senger i 2040 vil være lavere enn foretakets sengekapasitet i dag, på tross av en ventet befolkningsvekst på ni prosent og en større økning i andelen eldre enn i landet for øvrig.*

*Disse erfaringene viser at det er et klart behov for en ny politikk for sykehusutbygging, for å sikre at det bygges sykehus i tråd med pasientenes behov.*

## ***Mangelfulle modeller***

*I 2014 ble det nasjonale helseforetaket Sykehusbygg HF opprettet. Hensikten var å bygge opp et nasjonalt kompetansemiljø for byggeprosjekter i spesialisthelsetjenesten, blant annet for at nye byggeprosjekter kunne baseres på erfaringene fra tidligere prosjekter. Opprettelsen ser imidlertid ikke ut til å ha løst problemet med at nye sykehusbygg systematisk planlegges og bygges med urealistiske krav til effektivisering og reduksjon i døgnbehandling, slik at sykehuskapasiteten i realiteten bygges ned.*

*Sykehusbygg HF har utarbeidet en modell for å beregne fremtidig aktivitet og dermed fremtidig kapasitetsbehov i sykehus (Beskrivelse av «Modell for fremskriving av aktivitet og kapasitetsbehov i sykehus», Sykehusbygg HF 2014).*

*Modellen tar utgangspunkt i SSBs befolkningsfremskrivninger og aktivitetstall fra Norsk pasientregister for å regne ut behovet for senger og arealer i nye sykehus. Imidlertid åpner modellen for at foretakene kan legge inn såkalte «endringsfaktorer» i beregningene. I praksis har dette ofte ført til at helseforetakene planlegger nye sykehusbygg ut fra forventninger om driftseffektivisering og at flere oppgaver skal overføres til kommunene.*

*Etttersom flere både nylig avsluttede og pågående sykehusbyggeprosjekter kritiseres for å ha undervurdert kapasitetsbehovet, mener forslagsstillerne at det er nødvendig å endre modellen helseforetakene bruker når de fremskriver aktiviteten og planlegger kapasitetsbehovet i nye sykehusbygg. Forslagsstillerne*

*mener at det ikke bør være anledning til å basere kapasitetsbehovet på udokumenterte forventninger om effektivisering og oppgaveoverføring, og at sykehusene må planlegge kapasiteten ut fra OECDs anbefalte maksimalgrense for gjennomsnittlig belegg på 85 prosent.*

*Sykehusbygg HF og helseforetakene har de siste årene fulgt et prinsipp om at nye sykehus skal bygges med kun ensengsrom.*

*Sykehusbygg HF argumenterer for dette ut fra hensynet til smittevern, personvern og bedre søvn (Dagens Medisin, 2. mars 2020). Men når man kun bygger ensengsrom samtidig som sykehusene er planlagt med for liten kapasitet, blir konsekvensen ofte at pasienter legges på korridoren eller sammen med andre pasienter på rom som ikke er dimensjonert for flere enn én. Forslagsstillerne mener dessuten at dagens situasjon – der det såpass hyppig forekommer at flere pasienter havner på rom som ikke er beregnet for mer enn én pasient – betyr at man bør revurdere prinsippet om at nye sykehus kun skal bygges med ensengsrom. Herunder bør det vurderes om sykehus må planlegges med en andel fleksible rom som både kan brukes som ensengsrom og utvides til flersengsrom ved behov.*

## ***Kapasitetsmangel svekker pasientsikkerheten***

*Kapasitetsmangelen kan ha betydelige negative konsekvenser for pasientsikkerheten. Mangelen på sengeplasser medfører jevnlig at pasienter som ellers ville blitt innlagt, behandles i akuttmottaket og sendes hjem, eller at pasienter blir plassert på en annen avdeling enn der de medisinsk sett hører hjemme. Begge deler kan føre til at*

*pasientene ikke får den helsehjelpen de trenger. I løpet av 2020 skal Statens helsetilsyn føre tilsyn med oppfølgingen av slike såkalt utlokaliserte pasienter på norske sykehus. Per februar var det gjennomført slikt tilsyn ved åtte sykehus, og det var påvist uforsvarlig høy risiko ved syv av sykehusene.*

*Underdimensjonerte sykehusbygg fører dessuten til at flere pasienter legges på korridorene. Det er dokumentert at korridorpasienter fører til svekket kvalitet og pasientsikkerhet på mange områder, blant annet økt risiko for feilbehandling og uhell, økt risiko for sykehusinfeksjoner og økt risiko for brudd på taushetsplikten. I sin årlige sykehustale lanserte helseministeren i 2016 en nullvisjon for korridorpasienter.*

*Men fremdeles plasserer sykehusene årlig flere titalls tusen pasienter på korridorene, og den siste tilgjengelige statistikken viser at andelen korridorpasienter øker. En tysk studie fra 2014 dokumenterer at en beleggsprosent på over 92,5 prosent er forbundet med en signifikant økt risiko for dødsfall. Likevel viser statistikk fra Statistisk sentralbyrå at flere norske helseforetak de siste årene har hatt en beleggsprosent som ligger høyere enn dette.*

*Det er de ansatte som skal bruke bygningene, og som best kjenner behovene som skal løses i sykehusene. Tilbakemeldinger fra tillitsvalgte i sektoren tyder på at de ansattes representanter ofte blir involvert i avgjørelser først etter at viktige sider ved konseptet for nye sykehusbygg er avgjort. Forslagsstillerne mener det er avgjørende at de ansattes representanter får en reell påvirkningsmulighet i utformingen av nye sykehusbygg, og er bekymret for at manglende*

*involvering er en medvirkende årsak til kapasitetsmangelen ved nye sykehusbygg.*

## ***Behov for smittevern- og pandemiberedskap i sykehusprosjekter***

*Koronavirusutbruddet har ytterligere synliggjort problemet med underdimensjonerte sykehus. En studie publisert i tidsskriftet Intensive Care Medicine med data fra 2012, viser at Norge befant seg i nedre halvdel blant europeiske land når det gjaldt antallet intensivsenger i forhold til innbyggertallet. Mens Norge hadde åtte intensivsenger per 100 000 innbyggere, var det europeiske gjennomsnittet 11,5. Da pandemien traff Norge, fikk man et akutt behov for å tilgjengeliggjøre økt behandlingsskapasitet ved sykehus som også i en normalsituasjon er overfylte. Derfor har en sentral del av helsetjenestens pandemihåndtering vært å utsette planlagt behandling for å frigjøre intensivkapasiteten ved sykehusene. Dette må man også forvente har hatt en negativ helseeffekt for dem som har fått sin behandling utsatt.*

*Pandemien har også synliggjort behovet for å revurdere måten sykehus utformes på. En trend ved nye sykehusprosjekter er at sykehusdriften samles i få og store bygninger. Dette kommer tydeligst til uttrykk ved Nye Oslo universitetssykehus, der det er søkt om å bygge sykehus i høyhus på opptil 80 meter. Fra flere hold er det blitt uttrykt bekymring for større smittefare i slike bygg, deriblant fra*



*fungerende assisterende helsedirektør Espen Rostrup Nakstad, som uttalte følgende i et intervju med NRK (28. mars 2020):*

*«Kanskje må vi ha systemer med sykehus med mer plass, ikke bygge svære høye tårn, men på en måte ha mer smittevernhensyn inn i måten vi bygger sykehus på.»*

*Også fra Folkehelseinstituttet er det ytret bekymring for smittevernutfordringer ved å bygge sykehus i høyden, da en seniorrådgiver ved Avdeling for smittevern og beredskap ved Folkehelseinstituttet uttalte følgende:*

*«Bygging i høyden og høye tårn kan skape utfordringer for smittevern, for eksempel ved frakt av pasienter.» (30. mars 2020)*

*Det er beskrevet, blant annet i Sykehusbygg HF's «Veileder for tidligfasen i sykehusbyggprosjekter», hvilken prosess helseforetak og regionale helseforetak skal følge i utredningen og planleggingen av nye sykehusbygg. Den manglende oppmerksomheten på smittevern og pandemiberedskap i pågående sykehusutbygginger taler imidlertid for at det bør stilles strengere krav til hvordan disse temaene ivaretas allerede i et tidlig stadium i sykehusplanleggingen.*

## ***Behov for politisk forankring***

*Ettersom sykehusene spiller en helt sentral rolle i den offentlige velferdsstaten, er dette et område som krever folkevalgt styring. Etter innføringen av helseforetaksmodellen har imidlertid mange av de viktigste beslutningene om sykehusstilbudet blitt unntatt demokratisk forankring. Senterpartiet har flere ganger fremmet forslag om å avvikle helseforetaksmodellen til fordel for en modell der sykehusene*

*er underlagt folkevalgt styring og offentlig forvaltning (Dokument 8:133 (2018–2019)).*

*Foretaksreformen innebar blant annet at helseforetakene ble forpliktet til å følge regnskapsloven. Ved store investeringer må foretakene dermed stille med en egenandel på 30 prosent for å kunne søke om lån fra staten til de resterende 70 prosentene. Denne egenkapitalen er i hovedsak ment å fremskaffes ved å drive pasientbehandlingen med overskudd. Når helseforetakene ikke klarer å effektivisere driften så mye som behøves for å oppnå slike overskudd, har man sett en rekke eksempler på at byggeprosjekter blir nedskalert underveis i planleggingsprosessen. Også etter at nye sykehusbygg er ferdigstilt, må helseforetakene planlegge for gevinstrealisering og effektivisering av driften for å finansiere renter og avskrivninger. Derfor må en viktig del av løsningen for å sikre sykehusutbygging i tråd med pasientbehovet være å innføre en modell der man skiller mellom bevilgninger til ordinær sykehusdrift og bevilgninger til store investeringer. Store sykehusinvesteringer må behandles av Stortinget gjennom en nasjonal helse- og sykehusplan og finansieres over statsbudsjettet på samme måte som annen statlig infrastruktur. Slik sikrer man økt folkevalgt forankring av de viktigste beslutningene i sykehussektoren, i tillegg til at man unngår situasjoner der helseforetakene blir nødt til å nedskalere byggeprosjekter og redusere pasienttilbudet av sparehensyn.*

*I et intervju med Klassekampen (9. mai 2020) uttaler nåværende prosjektdirektør ved Oslo universitetssykehus HF og tidligere administrerende direktør ved Sykehuset Østfold HF at spørsmålet om*

*kapasitetsbehov ved sykehus er et politisk spørsmål. I svar på skriftlig spørsmål i Dokument nr. 15:1651 (2019–2020) uttaler helse- og omsorgsministeren derimot at «det er de regionale helseforetakene som har ansvaret for planlegging av framtidig behandlingsskapasitet i sykehus». **Uttalelsen fra statsråden er et tydelig eksempel på den ansvarspulveriseringen og den manglende politiske forankringen som preger spørsmålet om kapasitetsbehov ved nye sykehusbygg. De sykehusplanene som legges i dag, vil få avgjørende konsekvenser for om vi kan tilby befolkningen trygg og forsvarlig helsehjelp i mange år fremover. Derfor er dette spørsmålet for viktig til å overlates til foretaksdirektører som ikke står ansvarlige overfor folket.***

## **Forslag**

På denne bakgrunn fremmes følgende

**forslag:**

- 1. Stortinget ber regjeringen sikre at Sykehusbygg HF utarbeider en ny modell for fremskriving av aktivitet og kapasitetsbehov. Modellen må sikre at helseforetakene planlegger nye sykehusbygg ut fra behov og forventet demografisk og epidemiologisk utvikling, og ikke ut fra forventninger om effektivisering, ytterligere kutt i døgnbehandling og oppgaveoverføring til kommunene.***
- 2. Stortinget ber regjeringen sørge for at alle nye sykehusbygg***

*planlegges med en maksimal beleggsprosent på 85 prosent, i tråd med anbefalingen fra OECD.*

*3. Stortinget ber regjeringen sikre involvering av de ansattes representanter i planleggingen av nye sykehus og at det legges avgjørende vekt på de ansattes innspill og synspunkter.*

*4. Stortinget ber regjeringen gjøre nødvendige endringer i de styrende dokumentene for gjennomføring av sykehusbyggeprosjekter for å sikre at smittevern og beredskap ved epidemier og pandemier vektlegges ved planleggingen av nye sykehusbygg.*

*5. Stortinget ber regjeringen utrede og fremme forslag til ny finansieringsmodell for sykehus, der store sykehusinvesteringer prioriteres av Stortinget i nasjonal helse- og sykehusplan og fullfinansieres over statsbudsjettet, og der sykehus omfattes av samme budsjett- og regnskapssystem som kommuner og fylkeskommuner.*

*19. juni 2020*

*Kjersti Toppe*

*Marit Knutsdatter Strand*

*Per Olaf Lundteigen*

# ***Hvor bør hovedsykehuset ligge?***

***Håkon Sund***

## ***Hovedsykehus på Helgeland***

*Valg av tomt for det nye hovedsykehuset på Helgeland står foran en avgjørelse, og*

*diskusjonen går varmt både i media og ellers.*

*Jeg tror det er hensiktsmessig i denne situasjonen å tenke langsiktig, og ikke avgrense*

*debatten om stedsvalg til nåsituasjonen og tre-fire år framover.*

*"Sykehussaken" har pågått siden midt på 90-tallet og vi kjenner alle til hvordan fattede*

*vedtak er obstruert, underminert og omgjort. Dette kan skje på nytt. Ingen politiske vedtak*

*er skrevet i stein. Samtidig har jeg ikke møtt noen, verken politikere eller andre i Alstahaug*

*som ønsker omkamp på vedtaket om to sykehus, med hovedsykehuset i Sandnessjøen og*

*omegn. Omkampen vil trolig komme fra en helt annen kant og bli utløst av faktorer vi i*

*begrenset grad har innvirkning på.*

## **Befolkning**

*La oss gå tilbake til da prosessen "Helgelandssykehus2025" startet i 2013.*

*Allerede på det*

*tidspunkt hadde regjering og Storting lagt klare føringer gjennom Nasjonal helse og*

*sykehusplan om at fullverdige sykehus i framtiden måtte ha et befolkningsmessig nedslagsfelt på 80 000 - 100 000 innbyggere. Dette anslaget var basert på medisinskfaglig*

*utvikling og etter innspill både fra spesialisthelsetjenesten og allmennleger. Med et lavere*

*befolkningsgrunnlag, og dermed pasienttilfang, ville et sykehus etter hvert komme under*

*en kritisk grense mht. til å kunne drive forsvarlig diagnostikk og behandling innen flere*

*viktige spesialiteter. Dette handler både om mengdetrening hos f.eks. kirurger, og et*

*aktivitetsvolum som gir grunnlag for spesialistutdanning. Helsedirektoratet i samarbeid*

*med helseforetakene, er allerede i full gang med å konkretisere hvor volumgrensen skal*

*gå for de ulike spesialitetene. Tarmkreftkirurgi er et eksempel. Et annet er lungekreft-kirurgi*

*som vurderes avviklet i Bodø for å samles i Tromsø. Med andre ord - dersom det blir for få*

*pasienter innen en subspecialitet, så får ikke lenger sykehuset behandle disse pasientene.*

## **Fullverdig**

*De henvises i stedet til et større sykehus med flere pasienter og den aktuelle kompetansen. Dermed krympes aktivitet, kompetanse og bredde på det sykehuset som havner under volumgrensen.*

*På Helgeland bor det i underkant av 80 000 mennesker. Ut fra Nasjonal helse- og sykehusplan sine føringer, gir det grunnlag for et stort og fullverdig akuttisykehus som ut fra*

*pasientgrunnlag kan gi et relativt bredt medisinsk behandlingstilbud, og dermed være et*

*godt tilbud for befolkningen. I tillegg vil det kunne påta seg spesialistutdanning, ta imot*

*medisinerstudenter mv.*

*Vedtaket om organisering av spesialisthelsetjenesten på Helgeland havnet også ned på ett*

*sykehus, men lokalisert på to steder der begge sykehusene skal være fullverdige akuttisykehus med fødeavdelinger. Vedtaket er således en nokså underfundig måte å*

*oppfylle det nasjonale normtallet knyttet til befolkningsgrunnlag, samtidig som man snodde*

*seg ut av en svært politisk opphetet situasjon.*

## ***Vedtaket***

*Som vi alle vet har vedtaket om at hovedsykehuset skal ligge i Sandnessjøen og omegn*

*medført store protester, og ulike forsøk på underminering fra sykehusledelsen i Rana med*

*hjelp fra toneangivende lokale støttespillere. Stengingen av tarmkreftkirurgien i*

*Sandnessjøen er ett eksempel. Et annet eksempel er ledelse/stab som skal*

*lokalisere på*



*hovedsykehuset,- her er det nå åpnet for at flere likevel kan velge å ha kontorsted på Mo. I stillingsutlysninger som fødeavdelingen i Sandnessjøen laget, fikk de beskjed om å fjerne formuleringen om at Sandnessjøen var vedtatt som hovedsykehus. De fleste kjenner også til rabalderet som oppsto da styreleder i Helse Nord uttalte at hovedsykehuset skulle være det største sykehuset av de to, og det med størst faglig bredde. Eksemplene er flere. Forsøkene på omkamp om sykehusvedtaket kommer derfor fra en helt annen kant enn fra Alstahaugpolitikere.*

## ***Reelt innhold***

*Slik jeg vurderer det vil den største trusselen mot Sandnessjøen sykehus på sikt være at flere ytre faktorer kombinert med agendaen fra sykehusledelsen i Rana bidrar til en gradvis svekkelse av grunnlaget for å utvikle et hovedsykehus. Skal vedtaket om hovedsykehus få reelt innhold, må dette sykehuset ha størst volum og breieste behandlingstilbud. To helt avgjørende faktorer som påvirker utfallet vil imidlertid være pasienttilfang og rekruttering av fagfolk/spesialister. Uten kompetansen på plass, kan man ikke ta imot pasienter. Og får man ikke tilstrekkelig pasientvolum, flyttes spesielt subspecialitetene over til et større sykehus som innfrir minimumsnormen.*

## **DMS- ene**

*Ser vi på de to avdelingene i Helgelandssykehuset, er sykehuset i Rana i dag større enn*

*det i Sandnessjøen. I tillegg har Rana et pasientgrunnlag som ikke vil påvirkes av DMS-er.*

*Hovedsykehuset i Sandnessjøen vil derimot ha et ikke ubetydelig volumtap knyttet til*

*DMS-et i Brønnøysund. Dersom den pågående tautrekkingen rundt plassering av hovedsykehuset resulterer i et stedsvalg som utløser krav om DMS i Mosjøen, vil pasientgrunnlaget svekkes ytterligere. Og vi bør ikke være i tvil om at ledelsen i Helgelandssykehuset vil bifalle et slikt krav, som vil bidra til en ytterligere forskjell i*

*pasientstrøm til de to sykehusene i disfavør av Sandnessjøen. Med andre ord - det skapes*

*nye fakta på bakken. I en situasjon der Sandnessjøen sitt pasientgrunnlaget innen viktige*

*spesialiteter faller under det helsemyndighetene definerer som forsvarlig behandlingsvolum, vil det nokså fort dukke opp forslag om å flytte aktiviteten til den andre*

*avdelingen i Helgelandssykehuset dersom denne har større aktivitet på området. Skjer*

*det, vil det behandlingmessige tyngdepunktet mellom de to avdelingene endres. I tillegg kommer avhengigheten og samspillet mellom ulike spesialistområder både i*

*forbindelse med diagnostisering og behandling, noe som ved utflytting av behandlingstilbud lett skaper en dominoeffekt der flere områder står i fare for å følge med i dragsuget.*

*Spesialisthelsetjenesten er en stor og tung sektor. De overordnede føringer myndighetene*

har lagt til grunn for framtidens funksjonsfordeling og som har brei støtte i fagmiljøene, tror jeg det er lite vi kan gjøre noe med.

## **Pasientgrunnlag**

Sørger vi ikke for å sikre både pasientgrunnlag fra indre Helgeland og kompetansetilførsel

bla. fra Mosjøen sykehus, så tror jeg omkampen om sykehus på Helgeland vil komme, og

da fra en helt annen kant enn Alstahaug.

Da er det ikke bare hovedsykehuset som kan ryke. På lengre sikt kan vi da kun stå tilbake

med et DMS. Eksemplet med Mosjøen sykehus er illustrerende for hvordan man steg for

steg demonterer et fullverdig akuttsykehus.

Det fins en rekke åpenbare fordeler med å plassere det nye hovedsykehuset i Sandnessjøen, ikke minst for Alstahaug kommune. Men også for kystbefolkningen på Ytre

Helgeland.

Samtidig er det i et lengre perspektiv faktorer som vi dessverre har liten innvirkning på, og

som jeg mener vi er nødt til å hensynte når vi skal manøvrere oss fram til et standpunkt

om tomtevalg.

**Ikke noe ville være bedre enn at de som nå proklamerer Sandnessjøen som det beste**

**tomtealternativet viser seg å få rett i sitt optimistiske syn på framtidens utvikling av**

*hovedsykehuset.*

*Men jeg er slett ikke sikker.*

# ***Tomteutredning for nytt Helgelandssykehus.***

***Harald Nyberg***

***Gir SWECO riktige rammer for tomtesøk og tomteutredning ved sitt valg av forutsetninger???***

***Eller er SWECO`s "Forutsetningsnotat" et utplukk av overstyrte vedtak fra tidligere arbeider, for å velge frem et ønsket vedtak???***

***Ved å synliggjøre en god forvaltningsskikk og behandlingsprosess, søkes å fremlegge ønsket tomte-alternativ; ryddig sammenfallende med «statlige, sykehusfaglig, regionale og kommunale føringer og retningslinjer.»***

***Hvor sterk troende skal man være, og til hvilken politisk tilhørighet eller religiøs tro skal man tilhøre, for å mene at dette er; " LIV LAGA"?***

***Arealbehovet for et nybygd Hovedsykehus for Helgeland, for 80.000 beboere, krever et helt annen omfang og parameter enn tall som legges frem av SWECO, på 20-30 daa/dekar.***

***Levanger sykehus med befolkningstilhørighet på 97.000 beboere, har et disponerende totalt volumareal av bygge-masse og ute-areal på 70 daa/dekar.***

*For et Hovedsykehus for Helgeland, med en befolkning på 85.000 beboere, fremskrevet til 2050, vil nødvendig parameter for arealer være 75 – 80 daa/dekar.*

**Foreliggende rapport fra SWECO;** «Tomteutredningen for nytt sykehus til Sandnessjøen og Omegn,» styrer vektinger av MÅ-kriterier mot mål-oppnåelse/Risiko

*for Indikatorene. Graderte variabler av mål-oppnåelse, gir god mulighet for styring av resultatene mot et ønsket tomtevalg. Kriterier for lokalisering av sykehus som gir kortest ambulansetider for de fleste helgelendinger til sykehusbehandling, gir svak verdier og vekting i skjemaføringen.*

*Ansattes reisetid, gir Bør-krav til Kriteriene. Reisetid på mindre enn < 10 min. for sykehusansatte gir **sterkere vekting** i skjemaet for sykehuslokalisering, enn for reisetid på mindre enn < 25`til arbeid fra sine hjemmene.*

**Hvor sterkt avgjørende er denne tids-forskjellen for rekruttering, for arbeidsmiljø og ansettelse??**

**Når ble bo-kollektiv** for familier av sykehusansatte, med reisetider < 10 min., et rekrutteringspotensiale??

*Det tilbyes valg av hjem for ansatte og deres familier i naturskjønne omgivelser mellom kyst kultur og innlands kultur. Med gode sosiale infrastrukturer ved barnehager, aktivitetsklubber med fotball, friidrett og vinteridrett.*

*Trafikal- og sosial infrastruktur, er ikke et problem, det vil tilpasse seg regionen største arbeidsplass ved Stort Akuttsykehus for Helgeland på Tovåsen.*

***Nye Helgelandssykehus***, bør ta lærdom av historien om nedjustert arealvolum, til trange sykehusbygg som vist på A-hus og ved nytt Østfold sentralsykehus på Kalnes; videre kommer historien om pågående konflikt om tilstrekkelig arealstørrelse for planløsninger for nye sykehus.

*Utviklingen har kommet ved nasjonal planløsning for finansieringssystem og for nasjonal konstruert «Klassifikasjonssystem» for sykehusbygg.*

*Modellen blir bygging av sykehus med mindre plass for pasienter, pleiere og helsearbeidere, reduserte sengeplasser, økende korridorpasienter, svekket økonomi, svekket fagmiljø, og vanskeligere kår i «sørge for ansvar» for pasienter og pårørende.*

***Dette går ut over*** pasientsikkerhet, sykehusøkonomi og samfunnsøkonomi.

***Antall sykehussenger i Norge er halvert på 40år***, fra 22.000 senger i 1980 til 11.000 senger i 2020.

***2,0 senger /pr. 1000 innbyggere***; med svært lave liggetid ved norske sykehus på 4,5 døgn.

*Gjennomsnittlig beleggsprosent ved norske sykehus på 93,1%. (2011)*

*Beleggsprosent for OECD land er 78,2%. Statens Helsetilsyn har krevd en gjennomsnittlig beleggsprosent ved norske sykehus på 85%.*

***Riksrevisjonens rapport** gir uttrykk for at kapasiteten i helseforetakene og pasienttilbudet er svekket de siste årene, i strid med politiske løfter og økte bevilgninger.*

### **DETTE VAR FØR CORONA -TIDEN.**

*Hvem tar ansvar og hvem forsøker å forklare seg bort fra ansvar?*

***Planløsning for størrelse** av Nye Helgelandssykehus, bør ikke inngå i konstruert nedskalert arealvolum og reduserte sengeplasser ved bruk av nasjonalt «Klassifikasjonssystem».*

*Eneste området som vil kunne innfri et Helgelandssykehus med fremtidig arealvolum av sykehuset og med nødvendig ute-areal for tilstøtende utefunksjoner, vil være sykehuslokalisering på Tovåsen. Samtidig vil et Hovedsykehus for Helgeland på Tovåsen, gi de fleste av 80.000 helgelendinger kortest ambulansetid for medisinsk og kirurgisk fagkompetanse.*

***Foreliggende rapport** om «Tomteutredning» for et Hovedsykehus for Helgeland, viser bruk av skår-modell for, "Målområder, Kriterier og Indikatorer ", med Område-perspektiv og Tomte-perspektiv, med " Må-kriterier", balanserte Indikatorer for Kriteriene mellom type - og vektet- Mål-oppnåelse/ Risiko.*



*Uten å være kjent med hvor dyp denne vitenskapen i «Tomteutredningen» går, har jeg tatt til meg lærdom om at kombinasjonen av "Maskin-lærings- algoritmer" og naturlig dumskap er livsfarlig.*

***Er rapporten fra SWECO, om Tomteutredning for et Helgelandssykehus, et eksempel på vitenskapelig "Kirsebærplukking", "der vitenskapelig metode og objektivitet ofres for å få frem et ønsket, men feilaktig resultat".***

***En omskrivning av et sitat fra en kjent jødisk Høyesterettsdommer i USA;***

***Louis Dembitz Brandeis ; 1856 - 1941:***

*Vi kan ha normale prosesser for et felles Helgelandssykehus for pasienter, eller forme en sykehusprosess inn i Regional politisk, planløsning for nærings- og samfunnsliv; men vi kan ikke gjøre begge deler.*

#####