



Helgelandssykehuset 2025 – et stort akuttisykehus i Mo i Rana

Utvalg	Utvalgssak	Møtedato
Formannskapet		27.08.19
Kommunestyret		03.09.19

Rådmannens innstilling

Kommunestyret i Rana gir sin tilslutning til vurderingene i saken og innholdet i brevet til Helse Nord RHF og Helgelandssykehuset HF.

1. Bakgrunn

I prosjektet «*Helgelandssykehuset 2025*» som har pågått helt siden 2013, er det som kjent besluttet å gjennomføre en samfunnsanalyse. Det innebærer en ny utsettelse på et halvt år.

Rana kommune har tidligere behandlet dette prosjektet i 8 saker i perioden 2015-2019. Siste vedtak 11.06.19 var et hørings svar til den planlagte samfunnsanalysen:

1. Formannskapet i Rana viser til at prosjektet «*Helgelandssykehuset 2025*» allerede har fått to eksterne og uavhengige utredninger som begge konkluderer med at Mo i Rana er det beste alternativet for et stort akuttisykehus. Helseforetaket planlegger likevel en samfunnsanalyse der det bes om tilbakemelding på avgrensning av alternativer og innspill på analyseområder.
2. Avgrensning av alternativer: Formannskapet viser til sitt vedtak av 28.02.19 i forbindelse med høringsprosessen til ressursgruppas foreløpige tilrådning:

«Formannskapet i Rana støtter anbefalingene fra ressursgruppa. Det tilrås likevel at det blir utredet to alternativ i den påfølgende konsekvensutredningen i helseforetaket. Ressursgruppas løsning med ett stort akuttisykehus i Mo i Rana (alternativ 1) satt opp mot en todelt løsning med ett stort akuttisykehus i Mo i Rana og ett akuttisykehus i Sandnessjøen (alternativ 2)».

Begrunnelsen for disse 2 alternativene finnes både i ressursgruppas rapport av 19.03.19 og i helseforetakets egen analyse av økonomisk bæreevne av 27.03.19. Sistnevnte rangerer de to beste alternativene slik (netto nåverdi og forutsatt gjenbruk av dagens bygningsmasse):

1. Det beste alternativet er stort akuttisykehus i Mo i Rana med akuttisykehus i Sandnessjøen.
 2. Det nest beste alternativet er fellessykehus i Mo i Rana.
3. Innspill på analyseområder: Formannskapet viser til at det finnes flere statlige og regionale retningslinjer for samfunnsplanlegging som skal legges til grunn for en samfunnsanalyse. Det forutsettes at bakteppet for analysen skal være både ett og to sykehus samt 0-alternativet.

Med dette som bakgrunn har vi følgende konkrete innspill til analyseområder. Det forutsettes videre at det kun skal være fokus på samfunnsmessige konsekvenser – og ikke sykehusfaglige tema – samt evt. avbøtende tiltak:

- By- og regionutvikling
- Befolkningsutvikling, bystørrelse og urbanitet
- Sysselsettingsutvikling, arbeidsmarked og variasjon
- Utdanningsmuligheter, universitets- og helsefagtilbud
- Fagmiljø, rekrutteringsmuligheter og attraktivitet
- Transportmuligheter, kollektivtilbud og gang/sykkelveger
- Logistikk, jernbane, havn, flyplass og europa -fylkesveger
- Infrastruktur, bynære tomter og reguleringsrisiko
- Miljø, bærekraft, energibruk og fjernvarme
- Kommuneøkonomi, boliger, kultur- og fritidstilbud
- Samhandling og folkehelsearbeid
- Beredskap, samfunnsikkerhet og branntjeneste
- Samordnet bolig-, areal- og transportplanlegging
- Avbøtende tiltak

4. Formannskapet i Rana viser også til helseminister Bent Høie sin redegjørelse i Stortinget 08.05.19 om oppfølgingen av Nasjonal helse- og sykehusplan som ble vedtatt av Stortinget i 2016. I spørretimen understreket helseministeren at også en tosykehusmodell på Helgeland skal utredes i tråd med Nasjonal helse- og sykehusplans definisjon av store akuttisykehus og akuttisykehus.

Link til saken:

<http://einnsyn.rana.kommune.no/einnsyn/Dmb/ShowDmbDocument?mId=493&documentTypeld=MI>

2. Gjennomføring av samfunnsanalyse

Styret i Helgelandssykehuset besluttet 21.06.19 å gjennomføre en samfunnsanalyse ventelig fram til mars 2020. Styret i Helse Nord har signalisert at de ønsker en raskere framdrift med avslutning før årsskiftet 2019/2020. Samfunnsanalysen skal baseres på følgende lokaliseringalternativer:

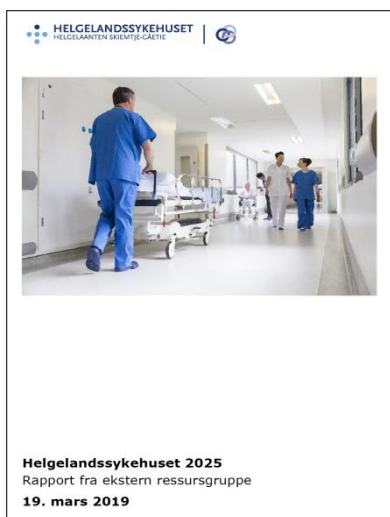
Alternativ	Stort akuttisykehus (SA)	Akuttisykehus (A)	Distriktmedisinsk senter (DMS)	Distriktmedisinsk senter (DMS)	Distriktmedisinsk senter (DMS)
0-alternativet	Mo i Rana Sandnessjøen	Mosjøen	Brønnøysund		
2a (1)	Mo i Rana		Sandnessjøen	Mosjøen	Brønnøysund
2a (2)	Sandnessjøen og omegn*		Mo i Rana	Mosjøen	Brønnøysund
2a (3)	Mosjøen og omegn		Sandnessjøen	Mo i Rana	Brønnøysund
2b-1 (1)	Mo i Rana	Sandnessjøen	Mosjøen	Brønnøysund	
2b-1 (2)	Sandnessjøen	Mo i Rana	Mosjøen	Brønnøysund	

* Sandnessjøen og omegn (herunder Leirfiord), ifr HN RHF sak 68/ 2019, pkt 4

2.1. Begrep

En viktig delårsak til at denne prosessen har pågått helt siden 2013, er at styret i Helse Nord RHF og Helgelandssykehuset HF har holdt liv i «*aksealternativet*». Enten under begrepet «*aksen mellom Mosjøen og Sandnessjøen*» eller som nå «*Mosjøen og Sandnessjøen og omegn*» (se over).

Dette har bidratt til uklare alternativer og manglende framdrift samt at det vil vanskeliggjøre også en samfunnsanalyse. Begrepet «*omegn*» ble lansert og vedtatt under styremøtet i Helse Nord 28.05.19 i et uforståelig forsøk på «*avgrensing og presisering*» av lokaliseringalternativer.



Dette har logisk nok fått styret i Helgelandssykehuset til å vedta følgende forespørsel til Helse Nord:

«Av hensyn til framdrift og presisjon i samfunnsanalysen ber styret i Helgelandssykehuset om at begrepet «omegn» defineres nærmere. Med dette forbehold innstiller styret på å at samfunnsanalysen skal omfatte de fem alternativer, pluss nullalternativet, som presentert i møtet.»

Mens vi venter på en definisjon av begrepet «omegn», kan vi konstatere at det kun eksisterer ett konkret lokaliseringsalternativ som også er godt faglig og økonomisk begrunnet – Mo i Rana (jf. eksterne og uavhengige utredninger av ressursgruppe og Deloitte samt krav i plan- og bygningsloven).

2.2. Prosess

Samfunnsanalysen skal gjøres av et firma som *«forutsettes ikke å ha utført spesifikke oppdrag i forbindelse med struktur og lokalisering av Helgelandssykehuset tidligere, eller å ha direkte tilknytning til utredningsoppdrag for en eller flere kommuner innenfor helseforetaket.»*

Medvirkning fra fylkeskommune og kommuner (ordfører og rådmann) skal skje gjennom to arbeidsmøter. Det ene under oppstarten av samfunnsanalysen – nærmere bestemt 04.09.19 – og det andre under avslutning av samfunnsanalysen i 2020.

3. Brev til RHF og HF

Ordfører og rådmann har med bakgrunn i sykehusprosjektets utvikling funnet det nødvendig å oversende et brev både til styret og administrasjonen i Helse Nord RHF og Helgelandssykehuset HF.

Brevet av 12.08.19 gjengis i sin helhet her siden det berører sentrale saksområder i prosjektet:

Styret og administrasjonen i Helse Nord RHF
Styret og administrasjonen i Helgelandssykehuset HF

Prosjektet Helgelandssykehuset 2025 – kommentarer til saksområder

Vi viser til prosjektet «*Helgelandssykehuset 2025*», flere brev fra noen kommuner på Helgeland til styret både i Helse Nord RHF og Helgelandssykehuset HF, samt en del synspunkter som er framkommet under styrebehandlingene av dette prosjektet.

Det var tidligere bred enighet om at det var nødvendig å hente inn eksterne og uavhengige vurderinger av faktagrunnlaget. Når disse faglige og økonomiske vurderingene nå ligger på bordet, synes vi det framstår som merkelig at dette kunnskapsgrunnlaget i liten grad kommuniseres.

Med dette som bakgrunn ønsker vi å kommentere noen konkrete saksområder som burde ha framkommet tydeligere i styrebehandlingene (vi viser også til vedlagte sammendrag av kommunens synspunkter på prosjektet):

Vekting hørings svar

Vi har registrert at de 136 hørings svarene til den eksterne ressursgruppa, er oppsummert med vekt på at 120 støtter ett fellessykehus. Disse hørings svarene har imidlertid som entydig forutsetning at fellessykehuset skal lokaliseres sør for Korgfjellet i «aksen mellom Mosjøen og Sandnessjøen».

Hørings svarene er ikke vektet for befolkningen bak. Rana (33 % av befolkningen på Helgeland) – sammen med kommuner på Nord-Helgeland (46 %) – har i hele prosessen bedt om en utredning også av en todelt sykehusløsning basert på nasjonal helse- og sykehusplan.

Vi vil videre bemerke at helseminister Bent Høie i Stortinget 08.05.19 slo fast at en modell med to sykehus skal utredes i tråd med nasjonal helse- og sykehusplan. Dette er et tydelig styringssignal til prosessen som også burde blitt omtalt under styrebehandlingene.

Kilde: Spørretime Stortinget

<https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Publikasjoner/Referater/Stortinget/2018-2019/refs-201819-05-08?m=2>

Økonomisk analyse

Vi registrer også synspunkter der noen har etablert en oppfatning om at ett fellessykehus er den beste løsningen i et økonomisk perspektiv. I følge Helgelandssykehusets egen økonomiske bæreevneanalyse – utført av Deloitte – er dette de foreløpige konklusjonene:

Hovedkonklusjonen: Maksimal investeringsevne i helseforetaket er på 3,2 milliarder kroner (forutsatt dagens rentenivå).

Rangering på grunnlag av investeringskostnader (de 4 første alternativene forutsetter gjenbruk av dagens bygningsmasse):

1. Stort akuttsykehus i Mo i Rana med akuttsykehus i Sandnessjøen: 1,0 mrd. kr.
2. Stort akuttsykehus i Sandnessjøen med akuttsykehus i Mo i Rana: 1,4 mrd. kr.
3. Ett fellessykehus i Mo i Rana: 1,5 mrd. kr.
4. Ett fellessykehus i Sandnessjøen: 2,0 mrd. kr.
5. Ett fellessykehus med nye bygninger på ny tomt på Helgeland: 3,5 mrd. kr.

I tillegg er det behov for å investere i DMS-er, prehospitaltjenester, utstyr osv.

Rangering på grunnlag av driftskostnader (netto nåverdi kombinerer framtidige kapitalkostnader med endring i driftskostnader ved ny struktur):

1. Det beste alternativet er stort akuttsykehus i Mo i Rana med akuttsykehus i Sandnessjøen: -247 mill. kr.
2. Det nest beste alternativet er fellessykehus i Mo i Rana: -365 mill. kr.

Kilde: Analyse Deloitte

https://helgelandssykehuset.no/seksjon/arr/Documents/Styret/Styresaker%202019/20190327/20190327%20Styresak%2027%20Pre-sentasjon%20brukt%20i%20styrem%C3%B8tet_%20Alternativskillende%20%C3%B8konomisk%20analyse.pdf

Det er fra noen kommuner på Helgeland framsatt en omfattende kritikk av forutsetningene i analysen til Deloitte (lånerente, levetid, avskrivningstid osv.). Disse er på et faktabasert grunnlag, tilbakevist av Deloitte gjennom et eget notat.

Kilde: Notat Deloitte

<https://helgelandssykehuset.no/seksjon/Helgelandssykehuset2025/Documents/Spm%20og%20svar%202025/Notat%20fra%20Deloitte%20ang%C3%A5ende%20%C3%B8konomiske%20analyser.pdf>

Det er også framsatt kritikk av at kommunestyret i Rana har vedtatt å stille det gamle sykehjemmet til disposisjon for sykehuset. Dette bygget er tømt og ligger inntil sykehuset, og vil være et kostnadseffektivt tilleggsareal for sykehuset med bl.a. muligheter for etterlengtede enerom for flere pasienter.

Det gamle sykehjemmet var av kommunen tiltenkt som en utvidet og regional Helsepark. Dette tilbudet ligger i dag i sykehusets 5. etasje og har som kjent vakt nasjonal oppmerksomhet. Sykehusstruktur-

prosjektet har imidlertid skapt så mye usikkerhet at kommunen har stoppet prosjekteringen av en ny regional helsepark i tilknytning til et framtidig sykehus.

Vi ser derfor fram til en oppdatering av den økonomiske analysen. Realismen i ett fellessykehus til en undervurdert kostnad på 3,5 mrd. kr. i en «akse» vil vanskelig la seg realisere. Spesielt når annen infrastruktur også skal på plass (veger, vann/avløp, kraft, brannberedskap, kollektivtilbud osv.)

Tilgjengelighet sykehus

Vi ser at noen vektlegger reisetid til sykehus som et sentralt kriterium for lokalisering. Spesielt i akutte situasjoner. Dette uten å se det i sammenheng med prehospitale tjenester og en vektning av hvor befolkningen på Helgeland bor. To vektete tilnærminger som riktig nok er omstridt:

For det første COWI/WSP som sier at det er relativt liten forskjell mellom de ulike lokaliseringene innenfor de lengste reisetidene. Innenfor de korteste reisetidene er det Mo i Rana som når flest innbyggere. Korgen ligger nærmere tyngdepunktet på Helgeland enn dagens tre sykehus.

Kilde: Rapport COWI/WSP

<https://helgelandssykehuset.no/seksjon/Helgelandssykehuset2025/Documents/H%C3%B8ring%20mai%202017/Rapport%20anbefaling%20av%20utredningsalternativer%2030.05.17.pdf>

For det andre prehospitale tjenester i Sandnessjøen som har regnet ut følgende reisetider: Leirfjord 58 min – Vefsn 62 min – Hemnes 64 min – Alstahaug 65 min – Rana 71 min. Mao. 9 min i forskjell mellom de tre sykehuskommunene.

Kilde: Rapport prehospitale tjenester

<https://helgelandssykehuset.no/seksjon/Helgelandssykehuset2025/Documents/Ressursgruppa/transport%20Helgelandpdf.pdf>

Den eksterne ressursgruppa har i anbefalingen av ett felles akuttisykehus i Mo i Rana, oppsummert dette i to hovedpunkt:

«Vektete gjennomsnittsbetraktninger for reisetidene gir forskjeller mellom lokaliseringalternativene som etter ressursgruppens vurdering er av en størrelsesorden som ikke kan tillegges avgjørende vekt.»

«Plasseringen gjør at den største andelen av befolkningen når sykehus innen en time etter en akutt skade/sykdom.»

Kilde: Rapport ekstern ressursgruppe

https://helgelandssykehuset.no/seksjon/Helgelandssykehuset2025/Documents/Ressursgruppa/Endelig%20rapport%2019.03.19/Helgelandssykehuset_Rapport%20fra%20ekstern%20ressursgruppe_19.03.19.pdf

Mulig pasientlekkasje

Vi hører kritiske røster ved etablering av et stort akuttisykehus Mo i Rana og «prognoser» med pasientflukt fra Sør-Helgeland og kysten. Vi minner om at Nord-Helgeland også består av en kyst med mange øyer, men med kortest veg til Mo i Rana med dagens hurtigbåt- og fergestruktur.

Ressursgruppa har konkludert med at et robust sykehus med rekrutteringsmulighet, er viktigere enn transporttid. Og at Mo i Rana faktisk ikke ligger «i utkanten» når også vektet transporttid tas hensyn til. For øvrig er 8 av 13 bilambulanser og 3 ambulansebåter lokalisert langs kysten.

Helgelandssykehuset har vedtatt at det skal etableres et DMS i Brønnøysund (investering på nærmere 200 mill. kr.). Luftambulansen er lokalisert her (helikopter og fly). Kysten har større tilgang til helikopter. Fjerndiagnostikk over nettet er under innfasing. Det betyr at Sør-Helgeland og kysten får et bedre tilbud enn noensinne.

Det er også mulig å reduseres transporttiden til Mo i Rana ved å gjenopprette flyforbindelsen mellom Mo i Rana og Brønnøysund. Dette vil fange inn Sør-Helgeland i en mer effektiv og pasientvennlig logistikk enn bakketransport samt hindre pasientlekkasje.

Likevel eksisterer det en oppfatning at den beste løsningen for Helgeland, er å plassere både fellessykehuset og luftambulansetjenesten sør for Korgfjellet. Mo i Rana og Nord-Helgeland er i dag i utkanten av både ambulanshelikopteret i Brønnøysund og redningshelikopteret i Bodø.

Andre lokaliseringalternativ enn Mo i Rana for et stort akuttsykehus tilsier derfor relokalisering av luftambulansen til ny flyplass i Rana.

Problemstillingene er oppsummert slik av SINTEF:

«Helgelandssykehuset bør analysere bedre hvilke pasienter som går til andre sykehus. Man bør være sikker på at det er god medisin å ta pasienter hjem. Pasienter som har behov for det skal sendes til sykehus med kompetanse Helgelandssykehuset hverken har eller skal ha.»

Kilde: Rapport SINTEF

<https://sintef.brage.unit.no/sintef-xmlui/bitstream/handle/11250/2588631/SINTEF%2b2019-00268.pdf?sequence=2&isAllowed=y>

Problemstillingene er oppsummert slik av den eksterne ressursgruppen:

«Befolkningens behov for kontakt med spesialisthelsetjenesten vil i over 90 % av tilfellene dreie seg om polikliniske besøk eller dagbehandling. Med de vedtatte polikliniske tilbud om diagnostikk og behandling i DMS Brønnøysund og ressursgruppens foreslåtte polikliniske tilbud i DMS Sandnessjøen og DMS Mosjøen, vil Helgelandssykehuset kunne legge til rette for at behovet for å vurdere alternativer utenfor eget foretak minimeres.

Helgelandssykehuset som en stor og viktig samfunnsaktør, vil også være i posisjon til å kunne påvirke avgangstider og reiseruter for både hurtigbåter, Helseekspressen og flyruter for å redusere reisetidene i regionen.»

Kilde: Rapport ekstern ressursgruppe

https://helgelandssykehuset.no/seksjon/Helgelandssykehuset2025/Documents/Ressursgruppa/Endelig%20rapport%2019.03.19/Helgelandssykehuset_Rapport%20fra%20ekstern%20ressursgruppe_19.03.19.pdf

Felles arbeidsmarked

Vi oppfatter at det fortsatt hevdes at «aksen mellom Mosjøen og Sandnessjøen» er ett felles arbeidsmarked. Dette til tross for at det er i strid med den eksisterende inndelingen i bo- og arbeidsmarkedsregioner som benyttes av nasjonale myndigheter.

Kilde: Kommunal- og moderniseringsdepartementet

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/inndeling-av-kommuner-i-bo--og-arbeidsmarkedsregioner/id2662614/>

Dette er også i strid med forslag til oppdatering av inndelingen fra Transportøkonomisk institutt på oppdrag fra Kommunal- og moderniseringsdepartementet. Den eksterne ressursgruppa hadde også med fagkompetanse fra Transportøkonomisk institutt, og konkluderte entydig slik i rapporten:

«Basert på data for pendling mellom kommunene Alstahaug, Leirfjord og Vefsn holdt opp mot definisjoner av felles bolig- og arbeidsmarkedsregioner, finner ressursgruppen at disse kommunene ikke kan forstås som å være en felles bolig- og arbeidsmarkedsregion.»

«Våre analyser viser at man ikke kan forstå Alstahaug, Vefsn og Leirfjord som en funksjonell bolig- og arbeidsmarkedsregion og at avstanden mellom byene tilsier at man ikke kan legge til grunn at et sykehus beliggende i en av byene eller et sted på akse mellom dem vil ligge i akseptabel pendlingsavstand fra begge byene. Det betyr at man ikke kan regne fagmiljøene i Mosjøen og Alstahaug som ett fagmiljø.»

Kilde: Rapport ekstern ressursgruppe

https://helgelandssykehuset.no/seksjon/Helgelandssykehuset2025/Documents/Ressursgruppa/Endelig%20rapport%2019.03.19/Helgelandssykehuset_Rapport%20fra%20ekstern%20ressursgruppe_19.03.19.pdf

Den eksterne ressursgruppa understreker at «Mo i Rana er vesentlig større enn de andre byene». Mo i Rana har dobbelt så mange innbyggere som Mosjøen og tre ganger flere enn Sandnessjøen. I Mo i Rana når 21.000 innbyggere sykehuset innen om lag 10 minutter med bil.

Alternativ Leirfjord

Vi mener en viktig delårsak til at denne prosessen har pågått helt siden 2013, er at styret i HF og RHF har holdt fast ved alternativet Leirfjord. Enten under begrepet «aksen mellom Mosjøen og Sandnessjøen» eller som nå «Mosjøen og Sandnessjøen og omegn». Dette har bidratt til uklarhet.

Det hadde vært mer logisk med alternativet «aksen mellom Mo i Rana og Mosjøen» med Korgen i Hemnes kommune (se rapport COWI/WSP). Spesielt siden Rana og Hemnes utgjør det største arbeidsmarkedet og det er relativt stor innpendling fra Vefsn til Rana (se rapport ressursgruppa).

Den eksterne ressursgruppa konkluderer likevel slik:

«Ressursgruppens vurdering er at lokalisering av nytt stort sykehus i Leirfjord eller Hemnes må forventes å bidra klart negativt til rekrutteringen til et nytt stort akutt sykehus.»

Kilde: Rapport ekstern ressursgruppe

https://helgelandssykehuset.no/seksjon/Helgelandssykehuset2025/Documents/Ressursgruppa/Endelig%20rapport%2019.03.19/Helgelandssykehuset_Rapport%20fra%20ekstern%20ressursgruppe_19.03.19.pdf

Regularitet helikopter

Vi har sett at prehospitaltjenester i Sandnessjøen har problematisert helikopterregularitet på Helgeland. Imidlertid framstår bildet mye mer nyansert etter innspillene fra Luftambulansetjenesten HF og Norsk Luftambulans AS. Ressursgruppa konkluderer derfor slik:

«Ambulansehelikopter og ambulansefly er stasjonert i Brønnøysund og redningshelikopter i Bodø. Tekniske fremskritt vil øke helikopterregulariteten. Pasienter på Helgeland vil få hjelp av ambulans og helikopter i like stor grad uavhengig av lokalisering av et stort akutt sykehus.»

Kilde: Rapport ekstern ressursgruppe

https://helgelandssykehuset.no/seksjon/Helgelandssykehuset2025/Documents/Ressursgruppa/Endelig%20rapport%2019.03.19/Helgelandssykehuset_Rapport%20fra%20ekstern%20ressursgruppe_19.03.19.pdf

Like store

Vi registrerer videre at det er en oppfatning at sykehusene er i Mo i Rana og Sandnessjøen er omlag like store. Tall og fakta viser dette:

Ansatte	Mo i Rana	Sandnessjøen	Mosjøen
Kirurgi og akutt	250	227	62
Medisin	223	174	146
Psykisk helse og rus	129	69	95
Totalt	602	470	303

Kilde: Rapport ekstern ressursgruppe (tabell 11 – ansatte per august 2018)

Pasientaktivitet	Mo i Rana	Sandnessjøen	Mosjøen
Somatikk	6.924	5.443	2.988
Hvorav kirurgi	4.398	3.100	1.144

Kilde: Helgelandssykehuset HF (DRG-aktivitet 2017)

Mo i Rana har det største fagmiljøet på Helgeland og er det eneste sykehuset i regionen med elektiv og akutt ortopedi samt døgnbasert rustilbud.

Den eksterne ressursgruppa oppsummerer dette slik i anbefalingen for ett felles akutt sykehus i Mo i Rana:

«Og sist, men ikke minst, fordelene med en etablering nær det største fagmiljøet, både i forhold til sårbarhet i interimsperioden frem til nytt sykehus står ferdig og med tanke på å trygge tilgangen på gode faglige ressurser ved oppstart i nye fasiliteter.»

Kilde: Rapport ekstern ressursgruppe

https://helgelandssykehuset.no/seksjon/Helgelandssykehuset2025/Documents/Ressursgruppa/Endelig%20rapport%2019.03.19/Helgelandssykehuset_Rapport%20fra%20ekstern%20ressursgruppe_19.03.19.pdf

Oppsummering

Hensikten med dette brevet er å fremme konstruktive innspill til behandlingen av viktige saksområder i prosjektet. Vi er alle tjent med at beslutningene om valg av struktur og lokalisering av sykehus fattes på et mest mulig opplyst faktagrunnlag.

Vi viser også til «*Veileder for tidligfasen i sykehusbyggprosjekter*» av 2017 – kapittel 5 om «*Prosjekt-innramming*» – der grunnlaget for det videre arbeidet skal være prosjekt som er «*liv laga*», dvs. at de er:

- Relevante (gir svar på den utviklingsretning som er beskrevet i utviklingsplanen)
- Gjennomførbare (kan gjennomføres finansielt, samfunnsmessig og teknisk)
- Levedyktige (kan bæres økonomisk)

Alle eksterne og uavhengige utredninger – fra COWI/WSP via ressursgruppa til Deloitte (og helseminister Bent Høie) – har relativt entydige anbefalinger om hva som er «*liv laga*».

Vennlig hilsen

Rana kommune

Geir Waage
Ordfører

Robert Pettersen
Rådmann

Vedlegg

Helgelandssykehuset 2025 – En balansert sykehusstruktur og en bærekraftig sykehusøkonomi

4. Et faktabasert sammendrag

Det er utarbeidet et faktabasert sammendrag av argumentene for ett stort akutt sykehus i Mo i Rana – «*Helgelandssykehuset 2025 – En balansert sykehusstruktur og en bærekraftig sykehusøkonomi*» – enten det blir en ett-sykehus-løsning eller en to-sykehus-løsning på Helgeland.



Dette i form av et notat (se vedlegg 1) som kan distribueres, og en foilpresentasjon (se vedlegg 2) som kan brukes under møter.

Hovedinnholdet er det samme i begge. Foilpresentasjonen inneholder også et vedlegg som er et tilsvarende på flere av temaene i samfunnsanalysen.

Notat og foilpresentasjon har vært underlag for flere kronikker i lokalavisene samt grunnlag for brevet til Helgelandssykehuset og Helse Nord.

Det er allerede distribuert og presentert under et besøk i Rana i juni fra en av representantene i helse- og omsorgskomiteen på Stortinget.

En kortversjon av notatet er også overlevert helseministeren av ordføreren i Rana når kommunene Rana, Hemnes, Nesna og Lurøy besøkte departementet i juni.

Mo i Rana, 01.08.19

Jan Erik Furunes
Kommunaldirektør tekniske tjenester

Trykte vedlegg:

- Vedlegg 1: Helgelandssykehuset 2025 (notat)
- Vedlegg 2: Helgelandssykehuset 2025 (foilpresentasjon)

Link til samfunnsanalysens kravspesifikasjon:

<https://helgelandssykehuset.no/seksjon/arr/Documents/Styret/Styresaker%202019/20190618/20190618%20Styresak%2059%20Vedlegg%203%20Kravspesifikasjon%20til%20samfunnsanalyse.pdf>

Utrykte vedlegg:

- År 2015: Utviklingsplan Helgelandssykehuset – høringssvar
- År 2016: Helgelandssykehuset 2025 – høringssvar lokaliseringskriterier
- År 2017: Helgelandssykehuset 2025 – høringssvar planprogram
- År 2017: Helgelandssykehuset 2025 – hovedsykehuset i Mo i Rana (notat og foiler)
- År 2018: Helgelandssykehuset 2025 – utredningsalternativ og utredningsplikt
- År 2018: Helgelandssykehuset 2025 – statusrapport og bærekraftanalyse
- År 2019: Helgelandssykehuset 2025 – høringssvar ressursgruppa (pluss en tilleggssak)
- År 2019: Helgelandssykehuset 2025 – høringssvar samfunnsanalyse