

Samfunnsmessig konsekvens- analyse.

Utviklingsplan Helgelandssykehuset 2025.

Prosessen og forming av utviklingsplanen for Helgelandssykehuset 2025, fortregnes ved – konsekvensvurderingene- for Samfunnsmål og Effektmål som hypotetiske, subjektive og svært uklare.

I «Grovsortering» for alternativ sykehuslokalisering, fremkommer skjevheter i metodearbeidet, med uklar vektig av kriterier, av analyser og vektig av talldata, frem til sluttelig anbefalt lokalisering av felles sykehus for 80.000 helgelendinger; til Mo i Rana?? Geografisk og i forhold til bosetning mellom innland og kyst, vil denne variant av politisk paradigme og maktstyring frata helgelendingene rettigheten for Stort Akutt Helgelandssykehus riktig plassert for beboerne på Helgeland.

Som tillegg til sykehusprosessen og presentasjonene av «Planprogram for idefasen», «Rapport Helgelands-sykehuset 2025» og sist bestillingsarbeid fra håndplukket ekspertgruppe/ Ressursgruppe; «Rapport fra ekstern Ressursgruppe»; gir en konsens som sammenfaller med utsagnet fra Gro Harlem Brundtland:

Vi er i ferd med å miste kontroll over usannheter og forvrengninger som folk blir fortalt.

I tillegg kommer Helseforetakets administrasjon i Rana`s nekt og trenering av innsynsrett til dokumentasjoner, en forvaltningssak som går til juridisk vurdering i Helse-retts-avdelingen i Helse og Omsorgsdepartementet.

Hva mer har vi å vente?

Økonomisk Analyse av sykehusalternativer skal bli «kvalitetssikret av eksperter»??

Når er vi ferdig med dette??

Ferdig med «Ekspertenes, Profesjonelle, Politiske, Byråkratiske Paradigmokratier»?? En variant av New Public Management??

Det bør medføre til avgang og nedleggelse av forvaltningen av Helgelandssykehuset HF og med helseforetakets administrasjon i Mo i Rana. Hvor stor delaktighet har -Helse Nord- i påført vandalisering av prosessen

*for Stort Akutt Helgelandssykehus for helgelendingene??
Bør avsluttende arbeid og videre beslutning for et Helgelandssykehus, bli tatt ved Helse og Omsorgsdepartement??*

Foreliggende presentasjonen; «Samfunnsmessige Konsekvensanalyse», er et forsøk på å gi en annen fremstilling av grunndata for beste lokalisering av et Helgelandssykehuset for Helgeland.

« » » » » » » »

Sykehusstruktur og Driftsmodeller.

Formålet med analysen er å gi en beslutningsrelevant fremstilling av samfunnsmessige konsekvenser forbundet til strukturvalg og til driftsmodell ved valg av lokalisering for sykehuset.

Tre Hovedmodeller for fremtidig sykehusstruktur og driftsmodeller.

I : Videreføring av dagens sykehusstruktur; // O- alternativet//.

II : Et Stort Akuttsykehus kombinert med ett Akuttsykehus + 2 DMS; //Alternativ 2a-1// .

Sykehuslokalisering til Mo i Rana og til Sandnessjøen.

(En sykehusstruktur for befolkningstilhørighet på > 120.000, beregnet for 80.000 helgelendinger. Dobbelt kompetansearbeidsplasser fordelt på to lokasjoner, på 2 akuttsykehus)

III : Et Stort Akuttsykehus til Tovåsen , + 2 DMS, et i Mo i Rana og et i Brønnøysund; //Alternativ 2a //.

(Fødestuer i Brønnøysund og i Mo i Rana.

Oppfølgende graviditetskontroller avgjør om fødsler kan gjøres ved fødestuer, eller ved Helgelands-sykehuset på Tovåsen.

Fødsler før 30 svangerskapsuke vil sendes til Bodø eller til Trondheim.)

Analysene har liten verdi for tidligere fremlagte mangelfulle Rapporter, siste fra Ekspertgruppen; men vil ha betydning for videre arbeid med Utviklingsplanen for Spesialisthelsetjenesten for Helgeland og for samarbeidet mellom kommunene på utfordringene når helseområdene skal adresseres i årene fremover.

Samfunnskonskvensene ved prosjektet om Helgelandssykehuset, vil være et fremtids-scenario der mange av konsekvensene ved analysene krever en kvalitativ tilnærming for best mulig å forstå prosessen. Samfunnskonskvensene vil mye være belyst ut fra dagens situasjon. Mange av konsekvensene kan være usikre, både som følge av at forutsetningene kan endres, eller at nasjonale rammebetingelser og eksterne faktorer endres.

Samfunnsmessige konsekvenser.

Sykehusets prinsipielle strukturvalg og de 3 skisserte driftsmodellene kan medføre samfunnsmessige konsekvenser. Følgende strukturer vil beskrive disse:

- ## Arbeidsliv, næringsliv og offentlig sektor.**
- ## Tilgjengelighet.**
- ## Økonomi.**
- ## Likeverdighet i helsetilbudet.**
- ## Samarbeid.**

Samfunnsmessige konsekvenser er tidligere omtalt og beskrevet i høringsuttalelsen til Rapport fra Ekstern Ressursgruppe. Henviser til :

- ## Uklarheter og feil ved Rapport, Helgelandssykehuset 2025, fra Ekstern Ressursgruppe.**
- ## Sentraliseringsindeks for stort Helgelandssykehus.**
- ## Sykehus stuktur, lokalisering og ambulansetider for 5 sykehuslokaliseringer.**
- ## Helsetjeneste for syke eldre.**
- ## Framskrivning av øket antall årsverk fra 2013 til 2040, i samlet Spesialisthelsetjeneste i Norge og for Helgeland. Fra SSB(Statistisk Sentralbyrå).**

Driftsmodeller.

I samlet vurderinger av driftsmodeller velger jeg utgangspunkt i modell I, dagens sykehusstruktur / O-alternativ/, og modell 3, et stort akutt sykehus/ alternativ 2a/, vurdert opp mot denne. Denne forenklingen kan gjøres etter som modell II/ alternativ 2a-1/knapt er beskrevet i utviklingsplan og følgelig er det vanskelig å være presis i beskrivelse av konsekvenser, utover at denne modell, modell II, vil ligge et sted mellom modellene I og III.

Overordnet vurdering av modell III/ et Stort Akutt Helgelandssykehus- beliggende på Tovåsen,-- --sammenlignet med dagens modell:

Modell III, et sykehus, -sammenlignet med dagens modell-, modell I.

Negative samfunnsmessige konsekvenser ved dagens modell, modell I / (O-alternativet)

Positive samfunnsmessige konsekvenser ved et Stort Helgelandssykehus, modell III / (Alternativ 2a).

=====

Arbeidsliv, næringsliv og offentlig sektor

Tap av viktige kompetanse-arbeidsplasser på to lokasjoner med tilhørende tap i ringvirkninger for næringslivet.

Nye kompetansearbeidsplasser på en lokasjon med positive ringvirkninger for næringslivet.

Mulig forverring av eksisterende utfordringer knyttet til levekår i to regioner.

Økt rekrutteringsmuligheter for næringsliv og styrking av helsefaglig kompetansemiljø i landsdelen.

Opprettholde/forsterke Universitetsfunksjoner til Nesna og Sandnessjøen ved nærhet til kompetansearbeidsplasser for 1.700 ansatte.

Større muligheter for synergier med Tromsø, Bodø og Trondheim

Tilgjengelighet

Dårligere tilgjengelighet til akutte tjenester, herunder fødetilbud for deler av befolkningen på Helgeland.

Bedre muligheter for å få -/opprettholde spesialiserte funksjoner på Helgeland.

Økt transportbehov med tilhørende miljøskader.

Økonomi

Tapte skatteinntekter for kommunene som mister arbeidsplasser.

Økonomisk bærekraftig.

Økte transportkostnader for befolkningen.

Økt skatteinntekter for kommunene som får nye arbeidsplasser.

Omstillingskostnader i overgangen til ny sykehusstruktur.

Likeverdighet i Helsetilbudet.

Reduser opplevelse av trygghet for deler av befolkningen på Spesialisthelsetjenesten på Helgeland.

Styrket og mer enhetlig tilbud for spesialisthelsetjeneste for helgelendingene.

Samarbeid

Brudd i eksisterende samarbeidsrelasjoner mellom sykehus og kommuner.

Positivt for internt samarbeid ved Helgelands-sykehuset HF og ved Helse Nord RHF.

Dårligere forutsetninger for godt samarbeid på veien mot 2025.

Bedre forutsetning for enhetlig ledelse og mindre kulturkonflikter.

Ambulansetider for Helgelandssykehuset på Tovåsen»:

82% av helgelendingene vil rekke sykehusbehandling, ved sykehus på Tovåsen, innen < 1 time.

18%, 13.687 helgelendinger vil til Tovåsen bruke mer enn > 1 time til sykehusbehandling. I gjennomsnitt vil helgelendingene som bruker mer enn > 1 time i ambulanse til Tovåsen, rekke sykehusbehandling innen 1 time 19 min.

Ambulansetider til Stort Akutt Helgelandssykehus lokalisert i Mo i Rana :

60% av helgelendingene vil rekke sykehusbehandling i Mo i Rana innen < 1 time.

40%, 29.860 , av helgelendingene som bruker mer enn > 1 time til Stort Akutt Sykehus i Mo i Rana.

I gjennomsnitt vil helgelendingene som bruker mer enn > 1 time til Stort Helgelandssykehus i Rana, rekke sykehusbehandling på 2 timer ,07min.

40 % av helgelendingene som bruker mer enn 1 time til Rana, vil bruke 50`til 60 min lenger ambulanse-reise fra sine hjemsteder til sykehus i Rana, enn reisetidene til sykehus på Tovåsen .

11.744 av pasientene med lengste reise til sykehus i Rana, 15% av beboerne på Helgeland; fra Sør-Helgeland og kysten av Helgeland, vil med vekslende bil- og båtambulanse, bruke i gjennomsnitt 2 timer ,34 min. frem til sykehusbehandling i Rana.

26.000 beboere i Rana,

vil rekke sykehusbehandling ved Stort Akutt Helgelandssykehus på Tovåsen innen 50-60 min, sammenfallende med ambulansetider for 2,397 millioner nordmenn, 47% av den norske befolkning.

Milliardinvestering for nytt Helgelandssykehus.

Pengebruk på 3,5 - 4 milliarder for nytt Helgelandssykehus, vil tilsvare samme kostnadene som et års drift ved samme sykehus for 80.000 helgelendinger.

Den rimeligste helseinvestering for nordmenn uansett hvor de bor i landet vårt.

Helseinvestering i Grønt sykehusbygg,

vil bidra til investeringsmulighet for teknologiutvikling og økt verdiskapning sammenlignet med økonomibelastning ved bruk av penger for oppgradering av eldre sykehusbygg.

Klassifisering av Grønt sykehus medfører verdiskapning for FDVU(forvaltning ,drift, vedlikehold og utvikling) og styrking av BREEAM-NOR krav, dvs. miljøsertifisering med spart vedlikeholds- og driftskostnader.

Valg av pengebruk som Helseminister Bent Høie må ta:

Pengebruk til investering for verdiskapning i helse, for å berge liv, begrense og forebygge helseskader, er pengekrav for nødvendig oppgradering av teknologi, kompetanseutvikling og forskning.

Motsetningen vil være --:

Økende pengebruk for å bekoste økende antall pasienter **-et verdig liv-** med skader de ikke fikk behandling for pga. manglende investering i teknologi, kompetanse og sen behandlingsinnsats.

«»»»»»

Organisering av Spesialisthelsetjenesten.

IV : ## Hva som skal være innholdet i ulike typer sykehus og hvordan disse skal organiseres og finansieres er oppe til diskusjon i disse dager, både nasjonalt og regionalt. I organiseringen av fremtidens spesialisthelsetjeneste er forsvarlig reisetid, robuste fagmiljøer, bredde i tilbud og økonomisk bærekraft viktige hensyn som må avveies. Utviklingen nasjonalt og internasjonalt er at det går mot et helsevesen der de mest spesialiserte helsetjenestene spisses og sentraliseres til stort akutt sykehus, mens nærhet til spesialisthelsetjenester innen bredde- og volumtjenester vil bli stadig viktigere del av IMA/ Intermediær Avdelinger ved DMS/distriktmedisinsk senter. Henvises til «Helsetjenester til Syke Eldre».

Rekruttering og stabilisering av helsepersonell

V : ## Å rekruttere og beholde attraktiv arbeidskraft er en samfunnsmessig hovedutfordring for Helgeland og vil tiltrekkes av kompetansebygging ved Stort Akutt Helgelandssykehus; beliggende i en bolig-, arbeids- og markedsregion, i en urban Regions-forstørring, som binder 2 byer og 3 tettsteder med bl.a. lærestedet Nesna, tilsammen 29.404 beboere, som rekker sykehusbehandling på mindre enn < 35min. 61.973, 82% av helgelendingene vil rekke sykehuset på Tovåsen innen < 60min.

Høy Sentraliseringsindeks (SSB) og Rekruttering for Helgelandssykehuset lokalisert til Tovåsen.

Med høy Sentraliseringsindeks for Vefsn og Alstahaug, sammen med Leirfjord, Hemnes og Nesna, vil utvikling av økonomiske og sosiale faktorer forsterke den økonomiske innovasjon for Akse-kommunene og utvikling av sosiale-, kulturelle-, trafikale og markedsorientert infrastruktur.

Sykehuset med 1.500 – 1.700 ansatte, vil bidra til sentrumsbygging for 2 byer og 3 tettsteder.

En stor arbeidsplass med daglige reiser av ansatte, pasienter og pårørende, vil forme trafikal infrastruktur med tilpassende kollektivtrafikk ved ferjer og busser.

Tettere pendling innen Helgelandsregionen, vil korte ned reisetidene fra alle områdene av Helgeland.

Et stort Helgelandssykehus mellom innlandsregionen og kyst, vil ha en magnet-effekt for rekruttering av robust fagmiljø og stabilisering av helsepersonell og sykehusansatte.

Familier med barn vil kunne velge sine hjem i trivelige bo- og miljøområder, sprett i naturskjønne områder mellom innlandskultur og kystkultur.

Urbane naturområder, fri for miljøforurensende lokasjoner, vil i like høy grad være rekrutterende og stabiliserende for helsepersonell, som selve arbeidsvilkårene ved Stort Helgelandssykehus på Tovåsen.

Spesialister innen helse søker mot tunge fagmiljøer der de kan få utviklet sin kompetanse og sine interesser. Kampen om kompetanse handler om å gjøre Helgeland mest mulig attraktiv sammenlignet med andre deler av landet.

Bygging av trygt Helgelandssykehus for pasienter og pårørende på Helgeland.

VI : ## Vi slår fast at betydningen av et Stort Helgelandssykehus, riktig lokalisert i regionen Helgeland, som kompetansearbeidsplass og samfunnsinstitusjon, er betydelig.

Etter vår oppfatning bør det være et avgjørende hensyn når det kommer til hvordan

Helgelandssykehuset organiseres, hvilket tjenester og tilbud som bør gis til beboerne på Helgeland.

Det har ifølge pasient- og brukerombudet tilkommet parallelt med samfunnsutviklingen, en endring i pasientenes holdning når det gjelder «reisevillighet».

Spesialisering og spisskompetanse er blitt viktigere på bekostning av nærhet. Dette bør vektlegges på lik linje med at alle innbyggere har behov for å føle seg trygge i sitt nærmiljø. Gjennom at kommunene tilføres tilstrekkelige ressurser for å ivareta sine utvidede oppgaver på helsesektoren, må det etableres en desentralisert spesialisthelsetjeneste som gir nærhet til breddetjenester og breddekompetanse og ikke minst at det sikres godt utbygd prehospital tjenester, kombinert med utviklet teknologiske løsninger, som kan forene disse viktige hensynene på helseområdet.

Et Stort Helgelandssykehus må i sin faglige kompleksitet kunne utdanne bredt felt av kompetansepersoner innen helsearbeid og spesialister innen et bredt medisinsk og kirurgiske fagfelt. Omsorgsarbeidere som med sin kompetanse og faglige dyktighet innen ulike spesialiteter, vil kunne bidra til å gi trygghet for pasienter og deres pårørende.

Referanser:

- 1, # Rapport, Helgelandssykehuset, Planprogram for Idefasen.**
- 2, # Rapport, Helgelandssykehuset 2025, Anbefaling av utrednings-alternativ.**
- 3, # Sykehus for Fremtiden, Innspill til nasjonal sykehusplan.**
- 4, # Om akuttmedisinsk beredskap. Meld. St. 43.**
- 5, # Norsk Faglig retningslinjer for intensivbehandling.**
- 6, # Rapport fra Ekspertgruppe nedsatt av Helse – og Omsorgskomiteen nov.2010. Rapport om Eldre Syke.**
- 7, # Sentralitetsindeks for landets kommuner. SSB(Statistisk Sentralbyrå) presenterte 20.11.2017 ny sentralitetsindeks for landets kommuner.**
- 8, # Sentralitetsindeks for stort Helgelandssykehus lokalisert på Tovåsen, Leirfjord.**
- 9, # St.meld. nr. 47, Samhandlingsreformen.**
- 10, # Nasjonal Helse- og Sykehusplan (2016 – 2019). St. Meld. 11.**
- 11, # Nasjonal Helse- og Omsorgsplan (2011 – 2015) St. Meld. 16.**
- 12, # NOU 2015 : 14 ; Bedre beslutningsgrunnlag, bedre styring.(Budsjett og regnskap i Staten).**
- 13, # NOU 2016 : 25; Organisering og styring av spesialisthelsetjeneste.**
- 14, # Norsk Indeks for medisinsk nødhjelp. 4. utgave 2018(NIMN).**
- 15, # Nasjonal kompetansetjeneste for prehospital akuttmedisins (NAKOS).**
- 16, # Finansieringsmodell; Inntektsfordeling i tråd med Magnussens utvalgets innstilling.**
- 17, # PROP . 90 L ; Lov om folkehelsearbeid (Folkehelseloven).**

- 18, # *PROP . 91 L ; Lov om kommunal Helse- og Omsorgsarbeid m.m.(Helse- og Omsorgstjenesteloven).*
- 19, # *Nasjonal faglig retningslinjer for Behandling og Rehabilitering av Hjerneslag.*
- 20, # *Loven om behandling i forvaltningssaker(Forvaltningsloven).
LOV – 2016 – 05 – 27 fra 01.07.2017.*
- 21, # *Nye retningslinjer for lokalisering av statlige arbeidsplasser og statlig tjenesteproduksjon.
(28.11.2014)*
- 22, # *Arbeidsplasser, arbeidstakere og avstand, TØI rapport 2016.*
- 23, # *Den nasjonale reisevaneundersøkelsen (RVU), TØI 2009.*
- 24, # *Den nasjonale reisevaneundersøkelsen (RVU), TØI 2013/ 14, 7. nasjonale RVU.*
- 25, # *Om akuttmedisinsk beredskap; St. Meld. 43 (1999-2000).*
- 26, # *Fylkesplan for Nordland; 2013 -2025.*
- 27, # *Regional Utviklingsplan for Helse Midt- Norge 2019-2022 (2035)*
- 28, # *Direktoratet for Samfunnsikkerhet og beredskap(DSB) 2014.
Veileder til helhetlig risiko- og sårbarhetsanalyse i kommunene.
Veileder i Risiko- og sårbarhetsanalyse (ROS).*
- 29, # *LOVDATA Loven om Spesialisthelsetjenesten m.m.(Spesialisthelsetjenesteloven.)*
- 30, # *LOVDATA. Loven om Helsepersonell. Helsepersonelloven.*
- 31, # *Spesialisthelsetjenesten, oppdatert fra SSB 24.juni 2019.*
- 32, # *Veileder i samfunnsøkonomisk analyse.
Fagforlaget Vigmostad og Bjørk AS 2014.*
- 33, # *06463 Spesialisthelsetjenesten, SSB.
Kostnader inkl. RHF,HF, Private institusjoner etter kostnadstype, funksjon og Helseforetak 2005-2018.*
- 34, # *09547 Spesialisthelsetjenesten , SSB.
Årsverk etter utdanning, tjenesteområdet og helseforetak 2008 – 2018.*
- 35, # *NOU 1998 : 9 ; Hvis det haster -----.(Responstid < 8 min i byer.)
Faglig krav til akuttmedisinsk beredskap. Arbeidsgruppe ledet av
kom. lege i Alta; Daniel Haga.*
- 36, # *Døgnopphold i sykehus, liggedager og gjennomsnittlig liggetid ved somatisk sykehus.
SSB.*
- 37, # *Kreftkirurgi i Norge.
Utgitt fra Helsedirektoratet. Publikasjonsnummer IS – 2284.*
- 38, # *Helse- og omsorgstjenester ;
Ambulanse – fra transportmiddel til behandlingsinstitusjon.
Av : Toni Kvalø.*

- 39, # Helsedirektoratet; 12/2010.
Veileder : Et trygt fødetilbud. Kvalitetskrav til fødselsomsorg.
- 40, # SINTEF ; Velferdsteknologi, etisk utfordringer.
- 41, # Folkehelseinstituttet (FHI) : Hjerte- og karsykdommer i Norge.
- 42, # Helsedirektoratet: Hovedresultater SAMDATA; Spesialisthelsetjenesten.
- 53, # Norsk Anestesiologisk Forening : Sykehus med akutt tilbud i indremedisin, uten akuttkirurgi, frarådes. (Svar på uttalelse av Helse- og Omsorgsminister Bent Høie.).
- 54, # Helsedirektoratet : Pakkeforløp for psykisk helse og rus.
- 55, # LOVDATA : Forskrifter om ledelse og kvalitetsforbedring i Helse- og Omsorgstjenesten.
- 56, # Helsedirektoratet; Veileder : Tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter. 12/ 2011.
- 57, # Helsedirektoratet ; Pasientskader i Norge.
- 58, # NAKOS Rapport nr.3- 2014 ; Fremtidens prehospitaltjenester.
- 58, # Helsedirektoratet ; Veileder Nasjonal Pasientsikkerhetsprogram: Global Trigger Tool , tilpasset norske forhold; Versjon mars 2017.
- 59, # Helsedirektoratet ; Nasjonal Trauma- plan. Traumasystem i Norge 2015.
- 60, # Legetidsskriftet : Tryggere innføringer av nye Metoder.
Publisert 28.mai 2018 av Helene Arentz- Hansen med medforfattere.
- 61, # Metodevurdering, Kunnskapsbasert beslutningsstøtte på overordnet nivå i Helsestjenesten.
Publisert 11.nov. 2013 av Brynjar Fure og medforfattere.
- 62, # Helsedirektoratet; Folkehelse og bærekraftig Samfunnsutvikling; Rapport IS – 2748.
- 63, # Helsedirektoratet og NAKOS(prehospital akuttmedisin) : Norsk Indeks for Medisinsk nødhjelp. 4. utgave.
- 64, # ZINTEF Metode utvikling ; KOALA :- Kvantitativ Optimaliseringsmodell for Analyse av Lokaliseringsalternativer for akuttmedisin -; Utrykningstider, avstander, økonomiske implikasjoner, krav til kvalitet på tjenesten og andre kvantitative faktorer.
65. # Helsedirektoratet, Nasjonal kvalitetsindikatorer(NKI).
.Kvalitetsstrategi - Og bedre skal det bli !! (2005).
3Typer Indikatorer:
Strukturindikatorer : Rammer, Ressurser, Kompetanse, Utstyr, Registre m.m.
Prosessindikatorer : I pasientforløpet (f.eks. Diagnostikk, Behandling).
Resultatindikatorer : Overlevelse , Helsegevinst, Tilfredshet. m.m.
66. # LOVDATA. Forskrifter om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten; 01.01.2017.

67. # *Innspill til nasjonal Sykehusplan; Punktprogram :*
 « *Pasientenes Sykehus.*
 « *Utviklingstrekk og nye behov.*
 « *Gode og robuste fagmiljøer avgjør om bredde- og spisskompetanse ivaretas.*
 « *Størrelse på sykehus. Faglig trygghet for befolkningen må veie tyngst.*
 « *Ledelse og kompetanse i sykehus.*
 « *Behov for investeringspakke for medisinskteknisk utstyr.*
 « *Finansieringssystemet må evalueres.*
 « *Bedre rolleavklaring og større åpenhet.*
68. # *Otto Hauglins utvalg om sykehusstruktur. 20.nov. 1996.*
Prosjekt for samordning av sykehusene på Helgeland.
69. # *6 gode grunner for Hauglin utvalgets Rapport ; Prosjekt for samordning av Sykehusene på Helgeland. Avisa Nordland 25. 06.2019.*
70. # *Økonomisk analyser av Sykehuset Innlandets Idefase. 04.11.2016.*
71. # *Samfunnsanalyse av framtidig sykehusstruktur ved Sykehuset Innlandet.*
72. # *Konsekvensutredning av Sjukehuset Nordmøre og Romsdal. 14.07.2014.*
73. # *PROP. 56 L (2014 – 2015). Endringer i pasient- og brukerrettighetsloven og Spesialisthelsetjenesteloven. (Fritt behandlingsvalg)*
74. # *NOU 2015 : 17. Først og Fremst.*
En helhetlig system for håndtering av akutte sykdommer og skader utenfor Sykehuset.
75. # *Norsk Gynokologisk Forening.*
Sluttrapport. Nasjonalt råd for fødselsomsorg 20.02.2008.

Vedlegg :

- # *Uklarheter og feil ved Rapport, Helgelandssykehuset 2025, fra Ekstern Ressursgruppe.*
- # *Sentraliseringsindeks for stort Helgelandssykehus.*
Sentralitetsindeks for landets kommuner.
SSB(Statistisk Sentralbyrå) presenterte 20.11.2017 ny sentralitetsindeks for landets kommuner.
- # *Framskrivning av øket antall årsverk fra 2013 til 2040, i samlet Spesialisthelsetjeneste i Norge og for Helgeland. Fra SSB (Statistisk Sentralbyrå).*
- # *Rapport fra ekspertgruppe nedsatt av Helse- og Omsorgsdepartementet nov. 2010.*
(Helsetjeneste til syke eldre).
Oppfølging av St.meld. nr. 47, Samhandlingsreformen.
- # *Sykehusstruktur, lokalisering og ambulansetider for 5 sykehuslokaliseringer.*
- # *Vedlegg til Høring 1.mars 2019 angående Ekstern Ressursgruppes Rapport.*
- # *Statlig dumping av offentlige Etater til kjerneregioner i Distrikts-Norge.*
- # *To sykehusløsning for Helgeland.*

Tilsendes :

Helse- og omsorgs dep.; v/ Spesialrådgiver Kristin Lossius.

Postmottak HOD.

Helse Nord RHF; Dir. Kristian Fanghol.

Postmottak Helse Nord RHF.

Nordland Fylkeskommune v/ Rådgiver Dag Bastholm.

Nordland Fylkesting.

Postmottak Nordland Fylkesting.

Helgelandssykehuset HF; Dir. Hulda Gunnlaugsdottir.

Prosjektleder, Sykehusbygg HF, Christian Brødreskift.

Styremedlemmer Helgelandssykehuset HF.

Kommuner med ordfører på Helgeland.