

Høringsuttalelse fra
kommunene Alstahaug,
Leirfjord og Vefsn

Planprogram for
Helgelandssykehuset
2025

Innholdsfortegnelse

Innholdsfortegnelse	1
1. Videre prosess fram mot beslutning	2
Best helsefaglig struktur må utredes og besluttes før lokalisering	2
Evalueringskriterier og vektning av disse må fastsettes før oppstart av KU1	2
Fremdriftsplanen må sikre at sammenhenger og avhengigheter mellom utredningene fremkommer tydelig	3
Når og hvordan skal behovet for DMS avklares?	3
Alle kommuner på Helgeland må involveres i hele prosessen og dagens vertskommuner må inn i styringsgruppen	4
2. Betydningen av solide helsefaglige utredninger	5
Det er manglende konsistens mellom planprogram og utviklingsplan	5
Prosesen og fremdrift må sikre at planprogrammet gjennomføres i en helsefaglig kontekst	5
Betydning for kompetanse og rekruttering ved en geografisk fragmentering av fagmiljøene må ROS-analyseres	6
Psykiatrien må få en styrket plass i den framtidige sykehusstrukturen	6
Det er i en akuttsituasjon reisetid og geografisk tilgjengelighet til sykehus er avgjørende	8
DMS-ene sin funksjon i et fremtidig sykehusstruktur må avklares	8
Samhandling med kommunene må planlegges i tråd med nye krav i den akuttmedisinske kjeden	8
Hvordan "sørge-for" ansvaret for et likeverdig pasienttilbud skal ivaretas må drøftes i KU1	9
3. Datagrunnlaget og kildebruk	10
Transport- og pasienttall	10
Gjestepasienter som i fremtiden kan behandles hjemme gir et større pasienttall	10
Alderssammensetning og demografi	11
By- og tettstedsnært	11
Manglende kildehenvisning	13
4. Vurdering av tema og metoder for KU1 og KU2	15
Temaer/områder som vi mener mangler	16
Temaer der innhold er uklart, eller det er behov for utdyping om hva som er forutsatt vurdert	16
Temaer der det er felles tematikk eller avhengigheter knyttet til innhold mellom de ulike utredningene	17
Metoder som skal benyttes i utredningene	18

1. Videre prosess fram mot beslutning

Etter gjennomgang av planprogrammet ønsker kommunene Alstahaug, Leirfjord og Vefsn å gi sine innspill på prosessen for saken og rekkefølgen på prosessens ulike aktiviteter. Dette med hensyn til viktigheten av at:

- Best helsefaglig struktur må utredes først, deretter lokalisering
- Etterprøvbare evalueringskriterier og viktighet må avklares før utredning og evaluering
- En tydelig, klar og transparent fremdrifts- og gjennomføringsplan utarbeides for alle områdene i prosessen
- Alle kommuner på Helgeland må involveres i hele prosessen og dagens vertskommuner må gis plass i styringsgruppen

Av redaksjonelle hensyn vil Alstahaug, Leirfjord og Vefsn i det videre omtales som «kommunene».

Best helsefaglig struktur må utredes og besluttes før lokalisering

Målet med prosessen er å finne den helsefaglig beste løsningen for innbyggerne på Helgeland, og det er forutsatt at dette skal skje i en helsefaglig kontekst. Det overrasker oss derfor at planprogrammet legger opp til en prosess som blander sammen vurdering av struktur med lokalisering, og hvor lokalisering fremstår som førende.

Prosesen som beskrives i planprogrammet bidrar til at de helsefaglige hensynene og pasientsikkerheten får mindre plass og risikerer å tape for rent distriktpolitiske hensyn. Det er et stort antall lokaliseringalternativer som skal utredes, noe som er ressurskrevende og komplisert. Risikoen er derfor betydelig for at den helsefaglige konteksten vil komme i andre rekke. Nasjonal helse- og sykehusplan (2016-2029) underbygger også at fokus skal være på pasienten; *“Når motstridende interesser gjør det vanskelig å bli enige om hva som er den beste løsningen, har regjeringen ett gjennomgående svar: Hensynet til pasienten skal alltid veie tyngst.”*

Kommunene mener derfor at det må gjøres en ny vurdering av rekkefølgen på aktivitetene i prosessen. Etter vår oppfatning bør Helgelandssykehuset først ta stilling til hvilken sykehusstruktur som gir det beste helsefaglige tilbudet. En slik prosess vil bidra til at pasientsikkerheten og det helsefaglige tilbudet igjen vil få hovedfokus i prosessen. Da er det mulig å involvere bredt i en reell prosess med alle dyktige og erfarne ansatte i Helgelandssykehuset, uten at de trenger å føle seg forpliktet til å argumentere for det alternativet som sikrer lokalisering i egen hjemby. De siste måneders debatt i mediene viser hvordan den planlagte prosessen bidrar til å sette de helsefaglige miljøene i Mo, Mosjøen og Sandnessjøen opp mot hverandre for å kjempe for egen arbeidsplass, i stedet for at de sammen kan jobbe for den helsefaglige beste løsningen.

Det er ingen tvil om at kommunene Alstahaug, Leirfjord og Vefsn mener det er viktig for Helgeland med et sterkt sykehus lokalisert sør for Korgfjellet. Likevel er det viktigste for oss at alle Helgelands innbyggerne får et forsvarlig og godt helsetilbud. Kommunene ber derfor om at prosessen får en “ny start” og at styret i Helgelandssykehuset og styret i Helse Nord vedtar å først velge den helsefaglige beste strukturen, før de ulike lokaliseringalternativene vurderes. Dette vil bidra til en ryddig og mer effektiv prosess for alle parter.

Evalueringskriterier og vektning av disse må fastsettes før oppstart av KU1

Det skal gjennomføres en alternativanalyse som har som formål å rangere aktuelle alternativer som tilfredsstillende, absolutte krav og behov for Helgelandssykehuset. I Planprogrammets side 19 står det: *“Evalueringskriteriene vil blant annet være basert på en vurdering av resultatene fra KU1, KU2, ROS-analysen og mulighetsstudiene”.*

I evalueringer og utredninger er det vanlig praksis å utarbeide kriterier for utvelgelse og evaluering før selve utredningen og evalueringen gjennomføres. Dette er viktig for at evalueringen skal ha legitimitet som nøytral og objektiv. Dersom dette gjøres etter at relevante data er samlet inn og analysert, er det mulig å tilpasse kriteriene slik at man kan velge den løsningen man selv ønsker. Selv om dette ikke er intensjonen, vil det i det minste kunne gi grunnlag for spekulasjoner om

at utvelgelsesprosessen ikke er reell. Dette er for eksempel årsaken til at det i offentlige anskaffelser er pålagt ved lov og forskrift å offentliggjøre kriterier og vektning før en konkurranse starter.

I møte med Vefsn Kommune 21.6.2017, ble det fra Sykehusbygg HF sagt at kriteriene ikke skulle vektes i prosent. I Planprogrammet står det imidlertid det motsatte, og at evalueringskriteriene skal danne rammeverket for å måle alternativenes grad av måloppnåelse/samfunnsnytte. I likhet med selve evalueringskriteriene, må også vektingen av disse være fastsatt på forhånd.

Idéfaserapporten for nytt akuttsykehus i Møre og Romsdal ble kvalitetssikret av Holte Consulting og arkitektfirmaet C.F Møller. Den eksterne kvalitetssikreren påpekte at den største svakheten ved analysen i Møre og Romsdal var at det ikke ble gjort en vektning av hvilke samfunnsøkonomiske temaer som er viktigst.

Slik planprogrammet står nå er det uklart hvilke konkrete kriterier som skal brukes i vurdering og utvelgelse av alternativer i KU1 og KU2. Det er nevnt hvilke tema som skal belyses, men det sies ingenting om hvordan dette skal gjøre i praksis eller når og hvordan disse skal utarbeides. Kommunene mener det er helt avgjørende for den videre prosessen at det blir klargjort hvilke konkrete kriterier som skal brukes og hvordan de skal vektes. Uten dette vil det aldri kunne bli reell åpenhet rundt prosessen med valg av sykehusstruktur og lokalisering. I verste fall bidrar det til at tilliten til faglighet og nøytralitet i prosessen smuldrer bort.

Fremdriftsplanen må sikre at sammenhenger og avhengigheter mellom utredningene fremkommer tydelig

Helgelandssykehuset 2025 er en kompleks og krevende prosess som skal omfatte mange områder og involvere bredt. Dette antar vi er bakgrunnen for inndeling i flere utredninger (KU1, KU2, helsefaglige utredninger og ROS) som delvis skal gå parallelt. Planprogrammet er imidlertid ikke tydelig på sammenhengen mellom disse og hva som skal besluttes når i prosessen.

I og med at kriteriene for utvelgelse av alternativer i KU1 ikke er utarbeidet er grunnlaget for at et alternativ skal bli med videre fra KU1 til KU2 uklart. Det fremgår heller ikke hvor mange alternativer som skal bli med inn i KU2 for en endelig konsekvensutredning av tomtealternativ. Beskrivelsene av framdrift i Planprogrammet indikerer at det skal foretas utvelgelser av alternativer før datainnsamling og evaluering av viktige momenter for en slik utvelgelse er gjennomført. Det medfører at alternativer som ville scoret høyt i den videre analysen kan være utelukket før man kommer til disse vurderingene.

Som tidligere nevnt mener kommunene at de helsefaglige vurderingene må utgjøre fundamentet for det videre utredningsarbeidet. Det fremgår ikke hvordan resultatet fra de helsefaglige utredningene skal nyttiggjøres inn i vurderingene i KU1 og KU2. Enkelte temaer skal også utredes både i KU1 og under de helsefaglige vurderingen uten at sammenhengen mellom disse er beskrevet. Dette må avklares før det videre arbeidet igangsettes. Etter kommunenes mening må de helsefaglige utredningene gjennomføres og ferdigstilles tidlig nok til at de kan anvendes i KU1 og KU2. Hvis ikke risikerer man at helsefaglig gode alternativer ikke utredes fullt ut.

Når og hvordan skal behovet for DMS avklares?

Styret i Helse Nord har vedtatt at følgende alternativ også skal utredes: Alternativ 2b-1: Stort akuttsykehus i kombinasjon med ett akuttsykehus og inntil to DMS.

I grovsorteringen av alternativ i planprogrammet er kommunene gitt ulik prioritet i lokalisering av DMS, avhengig av lokalisering av SA og et eventuelt A.

I tillegg vises det til at behovet for DMS 2 og DMS 3 må vurderes nærmere i forhold til det totale helsefaglige tilbudet og økonomiperspektivet (s.15) ved de ulike alternativene. Et annet sted i dokumentet (s.9 Anbefalinger utredningsalternativer) står det at "...er det for hver lokasjon vurdert hvor et akuttsykehus og/eller DMSer kan ligge i forhold til et stort akuttsykehus, for å dekke befolkningen geografisk og reisetidsmessig best mulig".

I realiteten medfører dette at det ikke er avklart hvordan det skal besluttes om Helgeland skal ha ett, to eller tre DMS. Hvilke kriterier som skal ligge til grunn for en slik beslutning er heller ikke tydelig i planprogrammet.

Kommunene mener det er viktig at tidspunkt for vurdering av behovet for DMS 2 og DMS 3 klargjøres i planprogrammet sammen med kriterier for hva som avgjør graden av behov. Uten dette kan det stilles spørsmål om hvor reelle utredningsalternativene er.

Alle kommuner på Helgeland må involveres i hele prosessen og dagens vertskommuner må gis plass i styringsgruppen

Det fremgår ikke tydelig av planprogrammet hvordan kommunene skal involveres i utarbeidelsen og behandlingen av KU1 og KU2. Under Sykehusbygg HF sin presentasjon i Vefsn kommunestyre 21. juni 2017 ble det imidlertid opplyst at kommunene vil bli involvert på samme måte under KU1 og KU2 som i behandlingen av planprogrammet. Dette innebærer presentasjoner i kommunestyrene og en høringsprosess med reell mulighet til påvirkning. Kommunene mener dette er en viktig og riktig måte å involvere kommunene på, både de som blir direkte berørt og nabokommunene. Dette må også tas inn i planprogrammet under beskrivelse av den videre prosessen.

Kommunene vil også presisere viktigheten av at alle kommuner på Helgeland involveres på lik måte i den videre prosessen, ikke kun kommuner med aktuelle lokasjoner for SA, A eller DMS. Prosessen med Helgelandssykehuset 2025 vil ha betydning for alle innbyggere på Helgeland, dermed er det viktig at alle kommunene gis lik mulighet til å bringe inn synspunkter på vegne av sine innbyggere.

Vi mener også at dagens fire vertskommuner, Alstahaug, Brønnøy, Rana og Vefsn, igjen må gis plass i styringsgruppen for Helgelandssykehuset 2025. Dette er viktig for å sikre god dialog og en balansert prosess som kommer pasientene på Helgeland til gode.

2. Betydningen av solide helsefaglige utredninger

Kommunene sine viktigste innspill til betydningen av de helsefaglige utredningene er:

- at hensynet til pasienten alltid må veie tyngst og at sørge-for-ansvaret blir ivarettatt
- at konklusjonene og de faglige vurderingene i Utviklingsplanen må gjenspeiles i den videre prosessen
- at det gjennomføres en risiko- og sårbarhetsanalyse på vurderingen av å ikke samle fagmiljøene
- at en fremtidig sykehusstruktur på Helgeland må også inkludere et sterkt psykiatrisk fagmiljø
- at reisetiden for akutt situasjoner inkluderes i beregningen
- samhandlingen mellom DMS, primærhelsetjenesten og sykehusene

Det er manglende konsistens mellom planprogram og utviklingsplan

Kommunene mener at Planprogrammet må bygge på vedtatt Utviklingsplan¹ for Helgelandssykehuset mot 2025, og finner støtte for dette synet i Helsedirektoratets Veileder²:

“Målet for idéfasen er, på grunnlag av en vedtatt utviklingsplan for helseforetaket, å identifisere mulige, prinsipielle løsninger på et behov.”

Denne oppfatningen deles også av konsulentselskapene WSP og COWI³:

“Det primære underlaget for arbeidet (..med å utarbeide planprogram og konsekvensutredning..) er Utviklingsplan 2025 for Helgelandssykehuset HF, ferdigstilt oktober 2014.”

I Utviklingsplanen er den tydelige anbefalingen at alternativene *Nytt sengesykehus med 3 DMS i deler av eksisterende sykehus*, og *Nytt samlet sengesykehus* som må utredes videre.

Styret i Helse Nord går i tillegg inn for å utrede *Alternativ 2b-1: Stort akutt sykehus i kombinasjon med ett akutt sykehus og inntil to DMS*. Kommunene forstår at en utviklingsplan kan ha behov for revisjoner underveis. Styrets vedtak refererer imidlertid til føringer i Nasjonal helse- og sykehusplan, men kommunene kan ikke se et konkret grunnlag i Nasjonal helse- og sykehusplan for beslutningen om å utrede alternativ 2b-1. Dersom det skal brukes ressurser på å utrede strukturalternativer som ikke har støtte i Utviklingsplanen mener kommunene henvisningen til de konkrete føringene fra Nasjonal helse- og sykehusplan må tydeliggjøres som en del av Planprogrammet. Uten dette kan det fremstå som alternativene blir utredet av distriktpolitiske hensyn og ikke med tanke på å ha pasienten i sentrum.

Proessen og fremdrift må sikre at planprogrammet gjennomføres i en helsefaglig kontekst

Kommunene vil påpeke flere uklarheter med hensyn til de helsefaglige utredningenes plass i idéfasen og planprogrammet. Dette skaper usikkerhet om viktige helsefaglige problemstillinger vil bli utredet på tidspunkt hvor de faktisk får reell betydning for beslutninger og utvelgelse av alternativer til neste utredningsfase.

Det fremgår av mottatte dokumenter at “planprogrammet gjennomføres i en helsefaglig kontekst”. I Planprogrammet (punkt 7 om Metodikk og Helsefaglige utredninger) står:

“De helsefaglige utredningene vil gjenopptas etter at konsekvensutredning 1 er foretatt (høsten 2017)”

¹ Helgelandssykehuset HF - Utviklingsplan, datert 17.10.2014

² Tidligfaseplanlegging av sykehusprosjekter, punkt 4.1

³ Rapport Helgelandssykehuset 2025 - Anbefaling av utredningsalternativer, WSP/COWI, punkt 1

I forslag til emner for KU1 er det en rekke tema som bør belyses ut fra et helsefaglig perspektiv. Kommunene ser derfor ikke logikken i at helsefaglige utredninger kommer etter KU1 og KU2 i tid.

Mange av de helsefaglige utredningene er allerede ferdigstilt i forbindelse med utarbeidelse av Utviklingsplanen, som utgjør grunnlaget for Planprogrammet. En stor utfordring er imidlertid at det er svært vanskelig å se at Planprogrammet er bygd på Utviklingsplanen. Tvert imot kan det se ut til at enkelte av analysene i Planprogrammet er gjort på tross av analyser og konklusjoner i Utviklingsplanen.

Fagmiljøene la mye arbeid i prosessen med Utviklingsplanen og de helsefaglige miljøene beskriver dette som en god prosess hvor deres erfaring, kompetanse og synspunkter sikret at pasienten ble satt i fokus. Dette viktige arbeidet må fortsatt være en grunnmur i det videre arbeidet for Helgelandssykehuset 2025.

Kommunene mener at Planprogrammet og det videre arbeidet i større grad må speile analysene og konklusjonene i Utviklingsplanen. Det må også tydeliggjøres hvordan Utviklingsplanen skal få betydning for arbeidet med KU1 og KU2, og de videre helsefaglige utredningene.

Betydning for kompetanse og rekruttering ved en geografisk fragmentering av fagmiljøene må ROS-analyseres

Kommunene mener at det i Planprogrammet ikke tydelig fremkommer hvordan ROS-analyser skal inngå og benyttes i det samlede planarbeidet. Vi viser i denne sammenheng til vår vurdering av tema og metoder for KU1 og KU2.

Det er avgjørende å velge en fremtidig struktur som bidrar til rekruttering og stabilisering av sterke fagmiljø. Kommunene vil presisere betydningen av at planarbeidet inkluderer en grundig ROS-analyse som nettopp ser på den risiko og sårbarhet en fragmentering av fagmiljøene over flere geografiske lokalisasjoner innebærer. Det vises i den sammenheng til den risikovurderingen som allerede er gjort i Utviklingsplanen (Sammendrag arbeidsgruppe 4 -stabilisering og rekruttering):

“Gruppen er kommet frem til at alternativ 3, et nytt Helgelandssykehus (...dvs. en-sykehusmodellen...), sannsynligvis er den av de tre sykehusmodellene som har de beste forutsetninger for lykkes med å sikre et stabilt og rekrutterende fagmiljø i fremtiden.”

Det betyr at det, gjennom helsefaglige utredninger, bør komme frem nye opplysninger hva gjelder reduksjon av risiko- og sårbarhet knyttet til rekruttering og stabilisering dersom Helgelandssykehuset skulle velge å videreføre en to-sykehusløsning til konseptfasen.

Kommunene vil bemerke at det å skille mellom et såkalt stort akuttssykehus (SA), som da skal ha akuttkirurgisk beredskap, og et akuttssykehus (A) uten kirurgisk beredskap har noen alvorlige helsefaglige betenkeligheter for Helgelandregionen med til dels krevende geografi. Det er i mange tilfeller ikke mulig å avgjøre om en akuttinnleggelse er en “kirurgisk” eller “medisinsk” diagnose, verken på innleggelsestidspunktet eller ved den umiddelbare vurderingen i et akutt mottak. Dette er noe av grunnen til at betydningen av tverrfaglige behandlingsteam tilgjengelig døgnet rundt fremheves i Utviklingsplanen.

Kommunene mener at den medisinske kvaliteten på tjenestene henger sammen med integrasjon av ulike medisinske spesialiteter, og da med tilhørende volumtrening. Et godt akuttmedisinsk tilbud krever integrerte fagmiljøer på tvers av spesialiteter. Det må derfor allerede i planprogrammet legges opp til grundige analyser av hvordan de alternative sykehusmodellene vil påvirke risiko og sårbarhet forbundet med fragmentering av behandlingsteam over flere geografiske lokalisasjoner.

Psykiatrien må få en styrket plass i den framtidige sykehusstrukturen

Ifølge Verdens helseorganisasjon (WHO) blir psykiske lidelser den viktigste årsaken til sykdomsbelastning i Vesten i 2020. Det forventes særlig vekst i lidelser som depresjon, angst og rusmiddelproblemer. Dette gjenspeiler seg i det faktiske behovet for psykisk helsevern i ethvert helseforetak også i Norge.

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Alle perioder
Helse Midt-Norge RHF	6 202	6 104	5 837	5 964	7 084	8 221	8 329	50 769
Helse Nord RHF	4 008	3 884	4 556	5 139	5 394	5 809	5 848	36 682
Helse Vest RHF	8 978	10 051	11 542	12 229	12 026	12 839	12 971	85 012
Helse Sør-Øst	32 757	31 708	33 091	34 140	38 090	42 237	43 767	272 043
Alle behandlingssteder	64 622	52 066	55 037	57 482	62 609	69 158	70 980	457 675

Kilde: Norsk Pasientregister, Antall opphold mer enn 3 dager etter diagnose (Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser) og behandlingssted, per 2016

I «Utviklingsplan for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling i Helse Nord 2016–2025» (UPP) understrekes at psykisk helse er et viktig satsningsområde. For pasientene vil nærhet til tjenestene, tilgjengelighet og kvalitet på tjenestene være viktig for at tjenestene skal oppleves som pasientens helsetjeneste. Videre sier UPP at

“alle helseforetak skal tilby spesialiserte tjenester til komplekse eller lavfrekvente tilstander. For enkelte tilstander må det inngås avtaler mellom flere helseforetak for å etablere tilstrekkelig gode tjenester”

Et nytt Helgelandssykehus må planlegges med egne lokalsykehusfunksjoner innen psykiatrien, med nærhet til somatiske avdelinger som UPP påpeker.

Et nytt Helgelandssykehus må bidra til mer likeverdige tilbud til pasienter i Nordland, uavhengig av bosted. Slik situasjonen er i dag er det ikke likeverdighet i det psykiatriske tilbudet for en pasient fra Bodø og en pasient fra Helgeland.

En akutt psykisk syk pasient fra Helgeland har i dag ikke mulighet for akutt innleggelse lokalt, heller ikke ved frivillig innleggelse. Dette medfører lange belastende transporter med flere timers varighet ved innleggelse. Ingen andre pasientgrupper har tilsvarende mangelfullt tilbud på Helgeland. Dagens situasjon med fire DPSer oppfyller ikke nasjonale føringer til døgnbemanning og sengeavdeling. I tillegg er fagmiljøet spredt med manglende tilgang til spesialister. Dette medfører et oppstykket behandlingstilbud som mangler viktige behandlingsledd for et helhetlig pasientforløp. Et godt psykiatrisk tilbud krever et robust fagmiljø med et fullverdig tilbud for pasientene på Helgeland. Avstandene i seg selv begrenser i dag god samhandling og medfører ytterligere belastning for pasientene.

Nærhet til somatiske fagmiljø er viktig for alle pasienter innen psykisk helse. Det er påvist en økt dødelighet ved flere psykiatriske tilstander som angst, depresjon og ikke minst psykoselidelser samt spiseforstyrrelser. Mange pasienter med sammensatte og samtidige lidelser (eller multimorbiditet) trenger tett og omfattende oppfølging for å få et godt behandlingstilbud.

Etter kommunenes vurdering er utredningene i Planprogrammet knyttet til psykisk helse ikke tilstrekkelige. Dette gjelder også vurderinger av sammenhengen mellom miljøer for somatikk og psykiatri.

Hovedtrekkene i tjenesten fremover er at psykisk helsevern for voksne skal ha robuste DPS som også i fremtiden er veien inn og ut fra spesialisthelsetjenesten. Alle DPS skal ha et komplett behandlingstilbud bestående av polikliniske og ambulante tjenester, akuttjenester og et differensiert døgntilbud. Som UPP sier krever det robuste DPSer, med god kompetanse som er tilgjengelig gjennom døgnet. Skal DPSene være robuste krever det igjen et godt og stabilt fagmiljø som har god samhandling med sentralsykehusfunksjoner.

Samlet betinger dette gode og samhandlende fagmiljø i foretakene, som igjen samarbeider godt med kommunale tjenester. Kun på denne måten kan pasientene oppleve likeverdighet i tilbudet, uavhengig av adresse. Et nytt Helgelandssykehus må derfor planlegges med egne lokalsykehusfunksjoner i nærhet til somatiske avdelinger. BUP, DPSer og TSB må ses i sammenheng med dette slik at intensjonene til UPP oppfylles.

Kommunene mener Planprogrammet i sterkere grad må utrede samhandlingen mellom tilbudet innenfor psykiatri i spesialisthelsetjenesten og DPS-ene.

Det er i en akuttsituasjon reisetid og geografisk tilgjengelighet til sykehus er avgjørende
Et foreslått utredningstema for KU1 er:

“Alternativenes evne til sikre Helgelandssykehusets behov for og virkning av transport, trafikk og akutt-transport”

I Anbefalingen av utredningsalternativer⁴ vektlegges reisetid ved planlagte pasientreiser til de ulike sykehuslokasjonene ut i fra befolkningstall, samt reisetid for ansatte der de i dag er bosatt.

Kommunene mener at det å sette pasienten i sentrum, det å skape pasientens helsetjeneste, betyr å vektlegge og kartlegge den transport-parameteren som virkelig betyr noe for pasientene; nemlig reisetid og tilgjengelighet til sykehus når det virkelig haster.

I en elektiv setting har pasientene fritt sykehusvalg også ut av helseforetaket. Pasientene ønsker å dra dit de får best mulig utredning og hjelp for sin lidelse. Kommunene er opptatt av å sørge for en struktur der et fullverdig akuttisykehus har et så komplett elektivt tilbud som mulig. Videre er kommunene opptatt av at DMSene i regionen får en struktur og et innhold som kan ivareta storbrukerne av polikliniske kontroller og oppfølging på en best mulig måte for å sikre så lav reisebelastning som mulig for disse pasientene.

I en akuttsituasjon har ikke pasientene fritt sykehusvalg. De må akseptere å bli sendt til det sykehuset AMK styrer dem til. Videre er det i en akuttsituasjon reisetid til sykehus kan bety noe for prognosen forbundet med pasientens tilstand. Det står (side 24 i Rapport Helgelandssykehuset 2025 - Anbefaling av utredningsalternativer):

“Det er ikke gjort noen transportberegninger av akutt transporttider nå, dette blir utredet nærmere i senere faser når fremtidig sykehusstruktur på Helgeland er besluttet.”

Kommunene mener det er avgjørende at Planprogrammet tar høyde for å utrede og analysere reisetid til de ulike sykehuslokalisasjonene ved utrykning (ambulanse, bil, båt) så vel som faktisk historisk tilgjengelighet (veistengninger, kolonnekjøring, flyvær mv.) slik at dette kan være med å danne grunnlag for beslutning om fremtidig sykehusstruktur.

DMS-ene sin funksjon i et fremtidig sykehusstruktur må avklares

Det er helt nødvendig å utrede DMS-ene sin rolle og tjenestetilbud, ettersom flere av alternativene inneholder to eller tre DMS og løsninger skal sees i sammenheng. Kommunene mener at det å ha en formening om hvordan elektive spesialisthelsetjenester skal leveres på DMS-ene støttet av ny teknologi er en forutsetning for å kunne ta en kvalifisert beslutning om den framtidige sykehusstrukturen på Helgeland. Planprogrammet bør derfor ta høyde for dette i den videre prosessen.

Samhandling med kommunene må planlegges i tråd med nye krav i den akuttmedisinske kjeden

Med Akuttmedisinforskriften⁵ har kommunene fått nye og endrede krav til kompetanse, utstyr, bemanning og delaktighet i den akuttmedisinske kjeden. I henhold til forskriftens § 6 skal legevaktordningen blant annet:

“c) yte hjelp ved ulykker og andre akutte situasjoner, blant annet rykke ut umiddelbart når det er nødvendig”

⁴ Rapport Helgelandssykehuset 2025 - Anbefaling av utredningsalternativer, WSP og COWI

⁵ Forskrift om krav til og organisering av kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldtjeneste mv.

I tillegg viser en annen forskrift⁶ til kommunenes plikt til å sørge for et øyeblikkelig hjelp døgntilbud ved å opprette egne senger for akutt syke pasienter (KAD-senger). Ettersom begge forskrifter er av ny dato har kommunene fått et økt ansvar både for diagnostikk og behandling av akutt syke og skadde pasienter sammenlignet med det som var tilfellet da Utviklingsplanen ble vedtatt.

Et av de foreslåtte utredningstema i KU1 er

“Alternativenes evne til å opprettholde og utvikle god samhandling med primærhelsetjenesten”

Kommunene påpeker at en slik analyse må ta høyde for å integrere de kommunale legevaktstjenestene i akuttmedisinske forløp på en slik måte at det synliggjøres hvordan særlig bykommunene med relativt mange kommunale legestillinger både kan avlaste og samhandle med det fremtidige sykehuset.

Hvordan “sørge-for” ansvaret for et likeverdig pasienttilbud skal ivaretas må drøftes i KU1

De regionale helseforetakene skal sørge for likeverdige spesialisthelsetjenester til befolkningen i sin region⁷. Med de varierende geografiske avstander som vi har i Norge kan “likeverdig” ikke forstås som “like rask”. Kommunene mener at begrepet likeverdig pasienttilbud må relateres til at når en pasient blir mottatt ved et offentlig sykehus skal det diagnostiske og behandlingsmessige tilbudet for en gitt tilstand være så likt som mulig, uavhengig av hvor i landet pasienten befinner seg.

For at pasienter i Helgelandssykehuset sitt opptaksområde skal oppnå et like godt diagnostisk og behandlingsmessig tilbud i en akuttsituasjon som pasienter i områder med tettere bosettingsmønster, mener kommunene at det er avgjørende å samle den akuttmedisinske kompetansen og beredskapen på én sykehuslokasjon. Planprogrammet under KU1 må derfor legge opp til å drøfte hvordan de alternative sykehusmodellene vil påvirke sørge-for ansvaret Helse Nord har for å sikre pasientene i Helgelandssykehuset sitt opptaksområde et likeverdig diagnostisk og behandlingsmessig tilbud sammenlignet med pasienter bosatt i tettere befolkede områder.

⁶ Kommunenes plikt til øyeblikkelig hjelp døgnopphold, 04/ 2016 - utarbeidet av Helsedirektoratet og KS

⁷ jfr. Spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a

3. Datagrunnlaget og kildebruk

Kommunene ønsker en så god faglig vurdering av fremtidig sykehusstruktur på Helgeland som overhodet mulig.

Kommunenes viktigste innspill til datagrunnlag og kildebruk er:

- Det må komme tydelig frem hva som er hentet fra eksterne kilder og hva som er prosjektgruppens egne analyser, argument eller tolkninger.
- Utredningen må skille mellom korrelasjon og kausalitet, spesielt når det benyttes statistikk til å se sammenhenger i en større helhet.
- Vurderingen av de ulike lokasjonene i «Rapport Helgelandssykehuset 2025 – Anbefaling av utredningsalternativer» (kap. 4) inneholder flere unyanserte beskrivelser av lokasjonene, delvis utdaterte tall, selektiv bruk av datagrunnlag og tilsynelatende skjønnsmessige vurderinger. Kommunene mener det er viktig at det i KU1 gjøres en ny og grundig beskrivelse og vurdering av de ulike lokasjonene. Beskrivelsene i rapportens kapittel 4 kan derfor ikke legges til grunn og brukes i KU1.

Transport- og pasienttall

Det er i planprogrammet lagt vekt på ansattreiser og betydningen av disse. Det er riktig at det i sum foretas flere ansattreiser en pasientreiser til Helgelandssykehuset. Det må likevel tas i betraktning at belastningen ved en pasientreise potensielt er langt større enn hva som er tilfelle for en ansatt som reiser til og fra jobb.

Som vi har nevnt tidligere i høringsuttalelsen ønsker kommunene å gi innspill på datagrunnlaget for transportberegningene. Det er i Planprogrammet tatt utgangspunkt i hvor folk bor eller kommer til å bo for å beregne reisebehovet, fremfor å se på hvor pasientene faktisk kommer fra. Dette viser seg gjentakende for hele 3.3.3 og beregninger med RTM-modellen⁸.

I ulike steder i dokumentet står det blant annet at man skal vurdere den geografiske spredningen og dekke hele befolkningen på Helgeland. Også i slike vurderinger kan man ikke bare ta utgangspunkt i folketall og befolkningsutvikling, men må også inkludere pasientenes bosted.

Siden bedre tilgjengelighet til sykehustjenester øker bruken⁹ vil kommunene at dette resultatet inkluderes i transportberegningene og pasienttallene for det videre arbeidet. Det kan med dette antas at pasientgrunnlaget som sykehusene har hver for seg i dag og i fremtiden er påvirket av dette.

Kommunene mener at man ved alle slike beregninger må ta utgangspunkt i hvor pasientene faktisk bor. Vi anbefaler å bruke sikre datakilder ved slike beregninger, og viser til at det i Helsedirektoratets statistikk for Norsk Pasientregister (NPR) er gode datasett på pasientenes bo- og behandlingssted. I tillegg har Helsedirektoratet lagt føringer for metode og hvordan dette skal beregnes¹⁰.

Gjestepasienter som i fremtiden kan behandles hjemme gir et større pasienttall

Kommunene mener at det er viktig å bruke korrekte data for å skille mellom behandlingssykehus og tilhørende sykehus, som er et viktig skille dersom man skal få korrekt beregning av pasientgrunnlaget. Kommunene mener at det også her er potensiale for å vurdere antall gjestepasienter som behandles utenfor Helgelandssykehuset, men innenfor Helse Nord, og som eventuelt kan behandles ved ett nytt Stort Akuttssykehus (SA). Det bør også fremgå i hvilken grad dette vil påvirke det årlige gjestepasientoppjøret for Helgelandssykehuset.

⁸ s.24 i Anbefaling av utredningsalternativer

⁹ Huseby BM, Kalseth B. Levekår, tilgjengelighet til sykehus og bruk av sykehustjenester i norske kommuner. Sintef Unimed NIS Samdata, 2001

¹⁰ Del 2 i Rapport IS-1966, lenke: <http://lis-utdanning.info/wp-content/uploads/Behovet-for-spesialisert-kompetanse-fram-mot-2030-Endelig-rapport.pdf>

Alderssammensetning og demografi

I anbefalingen av utredningsalternativer¹¹ står det at alderssammensetning i befolkningen ikke skal tas hensyn til.

I Eldrehelseatlas fra Helse Nord RHF¹² (2017) er det vist til at det er omlag 1,3 millioner kontakter i spesialisthelsetjenesten blant eldre per år (2 millioner i allmennelegetjenesten) og at hver pasient har i snitt 4,5 kontakter. Dette betyr at de eldre er oftere i kontakt med helsevesenet og har mer komplekse diagnoser. Helse Nord indikerer også at et stadig økende antall eldre vil påvirke behovet for helsetjenester i fremtiden.

Dersom alderssammensetning og demografisk utvikling av befolkningen i regionen og for de enkelte kommunene skal utelates og være en avgrensning i arbeidet, mener vi dette er en feil vurdering av hva som skal definere fremtidens sykehusstruktur på Helgeland.

Det er videre i kap 3.2.1 likevel inkludert underlagsdata til kriteriene innen alderssammensetning. Her står det at

“Tabell 3-3 Befolkning kommuner Helgeland 2016 og 2040, andelen av totalen, pasientgrunnlag SSB 2016”

Denne tabellen er ikke mulig å hente ut fra SSB, i tillegg bruker SSB ikke betegnelsen pasientgrunnlag i sin statistikkbank. Det blir derfor feil å kalle befolkningen for pasientgrunnlaget.

By- og tettstedsnært

Planprogrammet legger opp til at lokalisering for Helgelandssykehuset 2025 skal bygge på «Retningslinjer for lokalisering av statlege arbeidsplasser og statleg tjenesteproduksjon», noe som vil ha direkte innvirkning på vurderinger senere i prosessen. I brev til Leirfjord kommune datert 10.3.2017 bekrefter imidlertid Kommunal og moderniseringsminister Jan Tore Sanner at disse retningslinjene «ikke gjelder for statlige stiftelser, statsforetak, særlovsselskap, statsforetak eller andre foretak som staten eier, slik som helseforetakene». Det blir derfor feil å legge retningslinjene til grunn i den videre prosessen.

Det står videre i planprogrammet at

“Regionsssentrene Mo i Rana, Mosjøen, Sandnessjøen og Brønnøysund skiller seg ut som byer, mens øvrige Helgeland er meget tynt befolket”¹³.

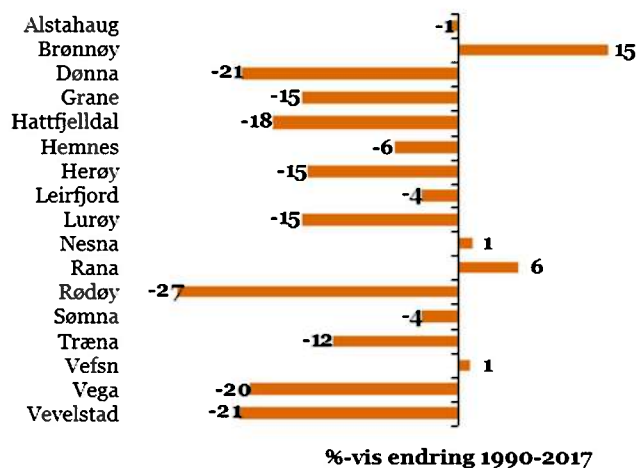
I Fylkesplanen for Nordland 2013-2025 beskrives et regionsenter som senter med betydning for flere kommuner i regionen og skal være knutepunkt i regionen. Det blir da feil å bruke regionsenter som argument mot de mindre kommunene på Helgeland. I brevet fra statsråd Sanner 10.3.2017 bekreftes det samtidig at «(...) også steder utenfor regionale sentra» vil kunne vurderes ved lokalisering av statlige arbeidsplasser.

I kap. 3.2.2 beskrives befolkningsutviklingen i Helgelandskommunene og i figur 3-2 er det vist til befolkningsutviklingen fra 1990 til 2017. I denne tabellen er det ikke mulig å følge utviklingen over tid som tittelen til figuren indikerer da indeksen viser bare den prosentvise endringen mellom 1990 og 2017.

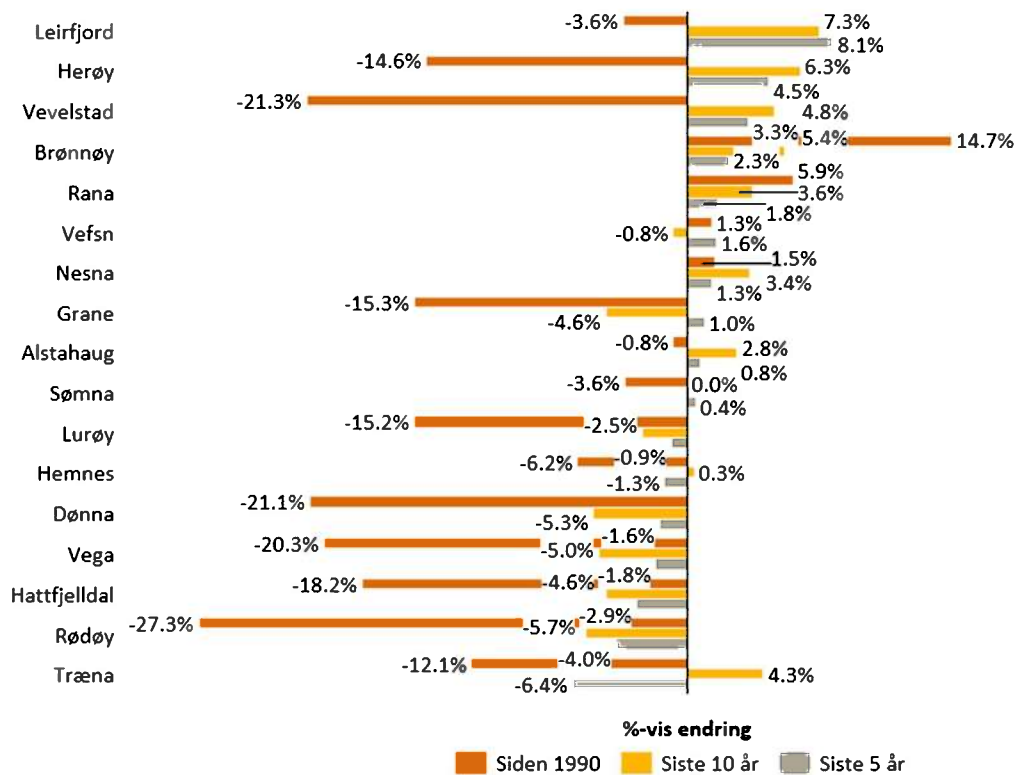
¹¹ s.8 i Anbefaling av utredningsalternativer

¹² SKDE-rapport nr.2/2017 Helseatlas -Eldrehelseatlas for Norge, http://helseatlas.no/sites/default/files/eldrehelseatlas_rapport.pdf

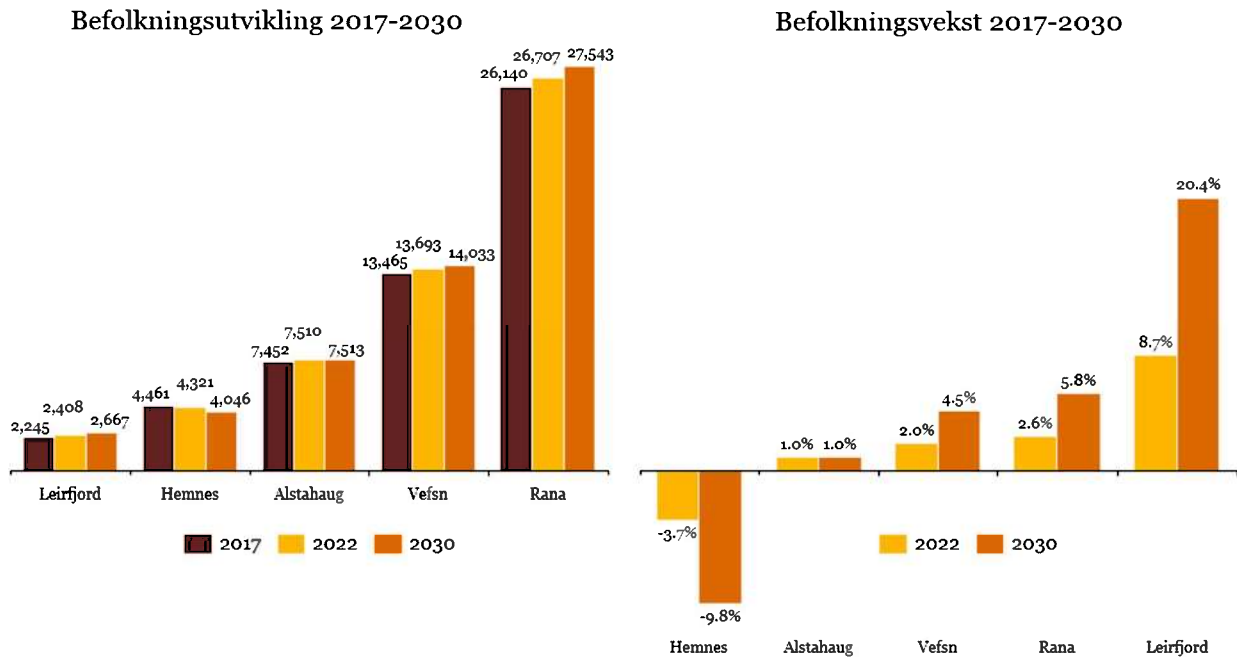
¹³ s.17 Anbefaling av utredningsalternativer



Faren med indekser er at de viser tydelig forskjellige bilder etter hvilken periode som velges, som for eksempel dette uttrekket:



Det er heller ikke tatt hensyn til trendflytting for regionen når det er gjort beregninger av befolkningstall og -utvikling. Kommunene mener det finnes bedre og sikrere metoder for framskrivinger. I følge Nordland Fylkeskommune sin modell for befolkningens trendflytting vil tallene se litt annerledes ut:



Manglende kildehenvisning

Etter figur 3-5 (s.16 Anbefaling av utredningsalternativer) står det mellom annet at

- *“Den beste indikatoren for en regionsattraktivitet er innenlandsk flytting”*
- *“Unge flytter mer enn eldre, og kvinner flytter mer enn menn”*
- *“Unge forlater regionen”*
- *“Studenter vender ikke tilbake etter endt studier”*

Vi finner ingen kildehenvisning til disse påstandene.

Under kap 3.3.1 er det svært mange påstander som mangler kildehenvisning eller er mangelfullt begrunnet. Dette gjelder blant annet:

- *“69 % av ansatte i HN er kvinner”*
- *“Plassering i en by vil gjøre rekrutteringen av ansatte med helsefaglig bakgrunn enklere enn utenfor byene”*
- *“Kulturliv og adspredelser gjør også byene langt mer attraktive enn mindre sentrale strøk”*
- *“Desto mer sentralt et område er, jo høyere er befolkningsveksten”*
- *“Sysselsatte ønsker kortest mulig reisevei til jobben”*

I kap 3.3.3 står det blant annet at:

- *“En arbeidsplass 45 minutter unna vil i utgangspunktet være langt mindre attraktivt enn en 20 minutter unna”*

Dette er bare et lite utvalg av argumenter som ikke har kilder eller faglig begrunnelse, men som for kommunene fremstår som synsing.

I samme kapittel er det også trukket flere sammenhenger som heller ikke har kildehenvisninger og fremstår dermed som svake og tenderer til udokumentert synsing:

- *“I byene er det større mulighet for å kunne gi arbeidstakerne et innholdsrikt arbeid..”*
- *“...flere kvinner enn menn flytter til byene”*

I påstanden *“Helsepersonell er i gruppen høyt utdannede”* vises det ikke til hvilken kompetansesammensetning Helgelandssykehuset har i dag, hvem som mener helsepersonell er høyt utdannet eller hvilken gruppe av helsepersonellet er antatt å være høyt utdannet.

I samme kapittel står det også at det i byene er gode tilbud om barnehageplass og skole til barna, men det fremgår ikke hvilke kommuner på Helgeland som har ekstra kapasitet eller hvilke kommuner som har vært involvert i kapasitetskartleggingen (av tilbudet). Det kan være vel så gode tilbud i ikke-by-kommuner, men det fremgår ikke at dette er undersøkt eller eventuelt med hvilke kommuner.

Figur 3-8 (s.20 Anbefaling av utredningsalternativer) viser Befolkningsvekst etter sentralitet for periode 1980-2012, men vi kan ikke ettergå denne grafen eller finne den hos SSB. SSB viser på sine nettsider at kategoriseringen av kommuner etter *sentralitet*¹⁴ består av 3 nivåer, hvor alle kommunene Vefsn, Rana, Brønnøy og Alstahaug inngår i kategorien *“Mindre sentrale kommuner”*. Vi kan ikke se hvilken nytte denne figuren tilfører rapporten, ei heller ikke hva rapporten ønsker å vise til med denne figuren.

For at planprogrammet skal ha faglig troverdighet og oppnå tillit hos alle berørte parter mener kommunene disse forholdene må avklares. Alle påstander og vurderinger i planprogrammet og den videre prosessen må kunne vise til relevante kilder.

¹⁴ www.ssb.no/klasse/klassifikasjoner/128/koder&sa=D&ust=1500025372407000&usg=AFQjCNHqSi_X2j3IIT3q03IMYDtDvkeZXg

4. Vurdering av tema og metoder for KU1 og KU2

Tabellen under oppsummerer de temaene planprogrammet beskriver at skal utredes.

Helsefaglige utredninger	KU1 - regionale temaer	KU2 - lokale temaer
Bemanning rekruttering/-stabilisering	Påvirkning på evne til å rekruttere/opprettholde stabile og sterke fagmiljøer	Effekter på arbeidsmarked
Medisinske utviklingstrekk	Evne til å sikre tilgang til offentlig infrastruktur	Transportbehov - vurdering av vegger /trafikk
Desentralisering	Evne til sosial infrastruktur, offentlig/privat tjenesteyting /næringslivets evne til å betjene sykehuset	Kulturminner/fortidsminner
Teknologiutvikling i primær- og spesialisthelsetjenesten	Evne til å sikre Helgelandssykehusets behov for og virkning av transport, trafikk og akutt-transport	Grunnforhold
Bære-evne/økonomi	Økonomisk bærekraft ("liv laga") for Helgelandssykehuset	Totaløkonomi
Sykehusets kjernevirksomhet	Konsekvenser for samfunn, miljø og omgivelser	Støy
Samhandling	Evne til å opprettholde og utvikle god samhandling med primærhelsetjenesten	Landskapspåvirkning
Utviklingstrekk i forbindelse med sykehusbyggenes funksjonalitet	Påvirkning på klima/grønt sykehus	Natur
Endringsbehov i forbindelse med utviklingsbehovene		Tomtenes egnethet
	Ros-analyse	Ros-analyse
		Mulighetsstudie
		Alternativanalyser

Vi har delt vår tilbakemelding til utredningstema i tre hovedområder:

- Temaer/områder vi mener mangler
- Temaer der innhold er uklart, eller det er behov for utdyping om hva som er forutsatt vurdert
- Temaer der det er felles tematikk eller avhengigheter knyttet til innhold mellom de ulike utredningene

Temaer/områder som vi mener mangler

Kommunene mener enkelte viktige områder mangler i dagens planprogram og bør tas inn i de kommende konsekvensutredningene. Vi ser at det kan være en mulighet for at enkelte av områdene vi nevner under, inngår som deltema under noen av punktene i tabellen over. Hvis dette er tilfelle ber vi om at dette presiseres i det endelige planprogrammet.

I retningslinjene for plan- og bygningsloven står det blant annet at:

“Kommunene, herunder fylkeskommunene, skal gjennom planlegging og øvrig myndighets- og virksomhetsutøvelse stimulere og bidra til reduksjon av klimagassutslipp, samt økt miljøvennlig energiomlegging.”

Under punktet klima og grønt sykehus nevnes ikke energiforbruk eksplisitt. Kommunene mener dette er et viktig punkt som må inngå i vurderingene.

Kommunene mener alternativenes evne til å sikre samfunnsikkerhet og beredskap, eksempelvis håndtering av storulykker fastland, eller sjø/offshore samt infrastrukturens sårbarhet når det gjelder ulykker (omkjøringsveger mm), er sentrale områder som må inngå i vurderingene i KU1.

Annen teknisk infrastruktur omtales ikke eksplisitt som tema for KU2. Dette gjelder eksempelvis hvordan trygg og god vannforsyning, god håndtering av avløp og krafttilgang ivaretas i de ulike alternativene. Når det gjelder vurdering av tomtene, må det vurderes om kapasiteten kan sikres med hensyn til utvidelsesmuligheter og fleksibilitet for byggløsninger. Mulighet for fremtidig utvidelse inngår som evalueringskriterium og må være et sentralt tema i KU2.

Samhandling med de andre helseforetakene i Helse Nord samt St. Olavs Hospital i Helse Midt-Norge er en viktig del av den totale “helsekabelen” for innbyggerne på Helgeland. Kommunene mener når og hvordan denne samhandlingen skal vurderes må klargjøres i planprogrammet.

Temaer der innhold er uklart, eller det er behov for utdyping om hva som er forutsatt vurdert

I oversikten over temaer i KU1 nevnes akutt-transport som del av vurderingene når det gjelder alternativenes evne til å sikre Helgelandssykehusets behov for og virkning av transport og trafikk. I møtet med Vefsn kommune den 21. juni 2017, ble det på spørsmål bekreftet at akutt-transporttider skulle utredes som del av KU1. På side 24 i Rapport helgelandssykehuset 2025 – anbefaling av utredningsalternativ, står det imidlertid:

“Det er ikke gjort noen transportberegninger av akutt transporttider nå, dette blir utredet nærmere i senere faser når fremtidig sykehusstruktur på Helgeland er besluttet”.

Vi er derfor bekymret for at dette ikke blir utredet før endelig valg av struktur er besluttet. Kommunene mener dette er et viktig tema for pasientsikkerheten på Helgeland og ber om at dette stadfestes som tema og beregninger som gjennomføres i forbindelse med KU1.

I Planprogrammets vurdering av alternativer (pkt. 3.3.3.10) er det gitt en kort beskrivelse av dagens situasjon når det gjelder andre som kan yte akuttmedisinsk hjelp. Vi understreker viktigheten av at det i vurderingen av akuttberedskap også gis en helhetlig vurdering av prehospital akutt-beredskap samt akutt-tilbudet i kommunene, og ber om at det tydeliggjøres hva som er forutsatt å inngå i vurderingene.

I alle utredningene skal det gjennomføres vurderinger av økonomi. Under KU1 er det beskrevet at det skal gjennomføres en analyse av alternativenes økonomiske bærekraft (“liv laga”). Det fremkommer imidlertid ikke hva som inngår i de ulike økonomiske vurderingene, på hvilket nivå dette skal gjøres eller hvilke metoder som skal benyttes. Kommunene mener det bør klargjøres i Planprogrammet hva dette betyr i praksis og hvordan dette konkret skal gjennomføres. Vi ber om at det presiseres hvilke forhold som inngår i økonomivurderingene som skal gjennomføres i henholdsvis KU1, KU2 og i den helsefaglige utredningen.

I KU2 skal tomtenes egnethet vurderes. Det er imidlertid ikke gitt en nærmere beskrivelse av hva som vil inngå i vurderingen. Kommunene antar at topografi, solforhold, utsikt m.m. er aktuelle utredningstema, men mener dette bør konkretiseres og utdypes i planprogrammet.

I Planprogrammet står det at i KU2 skal effekter på arbeidsmarkedet vurderes:

“Ved endring av lokalisering skal det gjøres rede for konsekvensene for arbeidsmarkedet som mister arbeidsplasser”

Kommunene ønsker en avklaring av hva dette betyr, hvilke kriterier som skal vurderes og at vurdering av resultatene for strukturen skal tydeliggjøres på forhånd.

Temaer der det er felles tematikk eller avhengigheter knyttet til innhold mellom de ulike utredningene

Kommunene mener sammenhenger og avhengigheter mellom de ulike utredningene må komme tydeligere frem. Det er en rekke forhold i de helsefaglige utredningene som er relevante for vurderingene i KU1 og KU2. I tillegg er det parallelle områder som skal utredes i KU1/KU2 og i de helsefaglige utredningene.

Både de helsefaglige utredningene og KU1 skal utrede forhold rundt samhandling. For KU1 er det presisert at samhandling med primærhelsetjenestene inngår som en del av utredningen. Kommunene mener det må presiseres hva som konkret skal utredes om samhandling i de helsefaglige utredningene og hvordan dette skal kobles sammen med KU1.

Planprogrammet skal som tidligere nevnt gjennomføres i en helsefaglig kontekst. Under punkt 8 i planprogrammet står det det at:

“planprogram, KU1 og KU2 skal utarbeides av WSP og COWI, mens helsefaglige utredningene skal utføres av Sykehusbygg HF på vegne av Helgelandssykehuset HF og Helse Nord RHF”

Kommunene mener det er viktig at det klargjøres hvordan ansvarlige for de ulike utredningene skal samarbeide for å sikre at alle deler av utredningsarbeidet skjer i en helsefaglig kontekst.

Kommunene mener det er risiko for at det ikke blir tatt tilstrekkelig hensyn til usikkerhet ved oppgave- og funksjonsfordeling, herunder pasientgrunnlag ved vurdering av de ulike lokasjonene. Under punktene til videre arbeidet i planprogrammet står det i punkt 7:

“Vurdering av inndelingen av befolkning i pasientgrunnlaget ved etablering av DMS og sykehusmodell 2b-1, med stort akuttsykehus og akuttsykehus.”

I punkt 6 heter det:

“Vurdere hvilken rolle et akuttsykehus (lite) kan spille i akuttmedisinsk sammenheng, og hvordan dette påvirker pasientgrunnlaget til det store akuttsykehuset”.

Kommunene mener det er de helsefaglige utredningene som må svare på disse to spørsmålene. Det må i planprogrammet klargjøres når skal dette gjøres og hvordan skal utreder sikre at dette blir tatt hensyn til i vurderingene i KU1 og KU2.

Det fremkommer ikke opplysninger om hvilke funksjoner som skal inngå i henholdsvis stort akuttsykehus, akuttsykehus eller DMS. Kommunene forutsetter at dette arbeidet skal gjennomføres som del av de helsefaglige utredningene. Innhold og funksjoner vil kunne påvirke de vurderinger og analyser som gjøres i KU1 og er videre sentrale momenter i arbeidet med tomter og vurderinger av egnethet. Det må i planprogrammet klargjøres hvordan avhengighet mellom beslutninger om innhold i sykehus/DMS og lokalisering vil bli ivaretatt i KU1 og KU2.

Tabell 2: Helgelandssykehuset HF - Funksjonsfordeling mellom sykehusenhetene

Helgelandssykehuset HF 2014 Arbeidsdeling fagområder		
Mo i Rana	Mosjøen	Sandnessjøen
Generell indremedisin - Akutt/elektiv	Generell indremedisin - Akutt/elektiv	Generell indremedisin - Akutt/elektiv - Pacemaker - Geriatri
Døgkontinuerlig kirurgi - Akutt/elektiv - Generell / Gastro / Ortopedi 2 vaktskift - generell- og ortopedisk kirurgi	Tilpasset kirurgi /dagkirurgi - Skadestue/elektiv - Generell / Plastikk / Urologi	Døgkontinuerlig kirurgi - Akutt/elektiv - Generell / Gastro 1 vaktskift - generell kirurgi
Fødeavdeling	Fødestue	Fødeavdeling
Pediatri		Pediatri
Revmatologi	Øye - Nevrologi - Hud	ØNH
(Rehab.) - LMS	(Rehab.) - LMS	Fys.med. og rehab dag/døgn - LMS
Kreftpoliklinikk	Kreftpoliklinikk	Kreftpoliklinikk
Radiologi - MR	Radiologi - MR	Radiologi - Mammografi - MR
Laboratorie - Blodbank	Laboratorie - Blodbank	Laboratorie - Blodbank
Psykisk helse - DPS - Voksne poliklinikk/dag/døgn - Barn/ungdom poliklinikk	Psykisk helse - DPS - Voksne poliklinikk/døgn - Barn/ungdom poliklinikk/døgn - Familie døgn - Nevropsykologi poliklinikk	Psykisk helse - DPS - Voksne poliklinikk/dag/døgn - Barn/ungdom poliklinikk
Habilitering dag	Habilitering dag	Habilitering dag
Rus Døgn + poliklinikk	Rus poliklinikk	Rus poliklinikk
		Brønnøy - Luftambulans helikopterfly - DPS - Fødestue - Spesialistpoliklinikk - Dialyse Sønna HRIS (avtale) - Rehabilitering døgn
Spesialistambulering Tannhelsetjeneste	FAM Spesialistambulering	Spesialistambulering Tannhelsetjeneste
Sykepleierutd. Bodø avd. Mo i Rana	Sykepleierutd. Bodø avd. Mo i Rana	Sykepleierutd. Nesna/Bodø avd. Sandnessjøen

Metoder som skal benyttes i utredningene

Planprogrammet (side 18-20) beskriver metodikk som skal benyttes for konsekvensutredningene. Beskrivelsen er på et svært overordnet nivå og det er ikke vist til anerkjente metodeverk for denne type analyser eller eksempler fra andre tilsvarende prosjekter. Kommunene mener Helgelandssykehuset 2025 kan ha mye å hente av styrker og svakheter med andre tilsvarende strukturprosesser, og ber om at det presiseres i planprogrammet hvilke metoder som skal benyttes i den enkelte konsekvensutredningen.

I tabellen med forslag til utredningstema for KU1 -regionale tema står "Risiko- og sårbarhetsanalyse" listet som et "tema". "Risiko- og sårbarhetsanalyse" går så igjen som et eget punkt under kapittel 7 under Metodikk, der ROS-analysen er skilt fra de to punktene med konsekvensutredningstema.

Det er derfor uklart for kommunene om det menes at det skal gjøres en ROS-analyse knyttet til de tema som utredes i KU1, eller om det er et eget utredningstema hvordan en ROS-analyse skal benyttes i det videre planarbeidet. Kommunene mener dette bør klargjøres i det endelige planprogrammet.