

Vi viser til høringsbrev datert 29.11.18, der det åpnes for at andre interessenter kan sende inn hørings svar. Folkeaksjonen for Sandnessjøen Sykehus m/omegn har vært svært aktiv i flere tiår og vi mener selv å ha faktabaserte synspunkt som kan være nyttige å ha med seg i det videre arbeidet.

Innledning

16. mai 2018 ga Helse Nord et tydelig mandat til den nedsatte ressursgruppen på hva som skulle sees på videre i forbindelse med prosessen «Helgelandssykehuset 2025». Det viser seg å være en forbløffende stor sprekke i mellom bestillingen fra Helse Nord, og det arbeidet som den håndplukkede ressursgruppen la frem 3. desember samme år. Det kom klart frem i bestillingen fra Helse Nord at det var de **helsefaglige kriteriene** som skulle vektlegges i størst grad. Det kan vi ikke se er gjort i denne rapporten.

Selv om Helgelandssykehuset selv forsøker å bøte på den svært mangelfulle utredningen, med en etterbestilling på flere sentrale punkter, er det ingen tvil om at fremlagte rapport har svekket ressursgruppens troverdighet, som selvstendig og grundig ressurs i denne prosessen. Alle vesentlige mangler rundt helsefaglige kriterier er et enormt svakhetspunkt for troverdigheten til ressursgruppen, og dermed også til den fremlagte rapporten. I vårt hørings svar kommenterer vi innhold i ressursgruppens rapport, som vi mener er for dårlig utredet. I tillegg spiller vi inn noen punkter vi opplever mangler i rapporten. Vi sier oss glad for at ressursgruppen har pekt på Sandnessjøen som et godt alternativ, og vi ser frem til at innspillene i høringsrunden vil være med på å styrke det endelige forslaget, slik at konklusjonen vil gagne hele Helgeland.

Vi understreker at vi i hovedsak deler de synspunkter som 12 kommuner sør for Helgeland har vedtatt som hørings svar. Vårt hørings svar vil imidlertid underbygge at den endelige lokalisering bør være vest for Toven, hvor Sandnessjøen er det beste og naturlige valget.

Folkeaksjonen for Sandnessjøen Sykehus m/omegn ønsker i den forbindelse å komme med følgende hørings svar:

Geografi/Tilgjengelighet:

Helgeland dekker 49 % av Nordlands areal og 35% av folketallet i Nordland (SNL). Den foreløpige rapporten har ikke tatt hensyn til den spredte befolkningen, og selv om ressursgruppens sammensetting har erfaring fra lignende prosesser i Norge, understreker vi at spesifikke lokale forhold rundt geografi, klima og tilgjengelighet for alle innbyggere i akutte situasjoner og ved planlagte konsultasjoner, må bli vektlagt mer i det endelige forslaget til modell. Slik forslaget fremstår nå blir det kun tatt hensyn til de som bor på Mo i Rana. Det er ikke akseptabelt når man forsøker å finne ny sykehusmodell for hele Helgeland.

Sandnessjøen Sykehus har allerede i dag akuttkirurgisk funksjon for svært store deler av Helgeland, der eksempelvis innbyggerne i innlandskommunene Grane, Hattfjelldal og Vefsn, og innbyggerne på Sør-Helgeland og ytre Helgeland sogner til Sandnessjøen sykehus.

Majoriteten på Helgeland, ca. 45 000 mennesker, har sitt døgnkirurgiske akuttsykehus i Sandnessjøen. Med det foreløpige forslaget om Rana som stort akuttkirurgisk sykehus vil befolkningen på Sør-Helgeland og øyriket Ytre-Helgeland, få et svært utilgjengelig tilbud, både når det gjelder akutte hendelser, men også når det gjelder transporttid generelt sett. I ytterste konsekvens kan dette føre til dødsfall grunnet lang og krevende reisevei, og dette forslaget står i sterk motsetning til Stortingets vedtak om at helsetjenester skal være likeverdige, uavhengig av bosted. Ressursgruppen peker selv på at dette er problematisk *«Dersom det store akuttsykehuset legges til Mo i Rana, vil det være pasienter fra Brønnøysund og omliggende øyer/kommuner som får så lang reisevei at det kan bli utfordrende å klare og reise frem og tilbake for en konsultasjon i løpet av en dag»*. Transporttidene vil bli ekstremt utfordrende for mange pasienter på Sør- og ytre Helgeland, og både akutte pasienter og den store andelen eldre som får betydelig økt transporttid til sitt sykehus, vil oppleve en stor forringelse kvalitetsmessig i forhold til sin behandling. Dette er særegent og en stor svakhet ved Rana som forslag til lokalitet, av hensyn til både pasienter og pårørende, men også økonomisk.

Folkeaksjonen vil påpeke at det ikke bare er de omliggende kommunene rundt Brønnøyområdet som får en krevende reisevei, men også befolkningen på øyer lenger nord, som Herøy, Dønna, øvrige øysamfunn i Lurøy, samt Træna. Vi bekymrer oss for at dette

totalt sett ikke er vektet og hensyntatt mer opp imot helsefaglige kriterier, da både ved transport av pasienter, vanlige konsultasjoner, innleggelser og akutte hendelser. Når man legger sykehuset geografisk utilgjengelig for en stor del av befolkningen vil dette også i tillegg ha konsekvenser for pårørende (og dermed også pasienten) i vanskelige situasjoner. Vi minner om at Helgeland er et område der ambulansébåt er eneste fremkomstmiddel i enkelte situasjoner og at mange samfunn er fergeavhengige. Stortinget sier tydelig og klart at hensynet til pasientene skal og må alltid komme først ved vurderinger rundt lokalisering og modell. Ved å velge et sykehus plassert lengst nord i regionen, gjør man det stikk motsatte av det som er uttalt fra Stortinget.

Fagmiljø, størrelse og kvalitet

Rapporten henviser til at det største fagmiljøet befinner seg i Rana. For å gjøre en vurdering rundt dette er det ikke tilstrekkelig å vise til statistikk over antall medarbeidere ved sykehusene. Dette blir en urimelig og lettvinnt måte å forholde seg til tall på, og det er helt vesentlig at det gjøres en bedre analyse på hva det betyr i realiteten.

Vi ønsker å påpeke fakta som ikke er belyst i ressursgruppas rapport: Sandnessjøen Sykehus har per dags dato den nest største fødeavdelingen i Nordland, og de kommer best ut på flere kvalitetsindikatorer innenfor fødsel og barselomsorg i et nasjonalt perspektiv. I tillegg er det ingen problemer med å rekruttere jordmødre til avdelingen i Sandnessjøen, noe som henger sammen med aktiviteten og nærheten til Vefsn. At fødselsomsorg ikke er tatt med i den opprinnelige rapporten er meget kritikkverdig. Igjen er reisetid et helt sentralt moment, da man vet at det er en tredobling av risiko for dødelighet hvis man sammenligner fødsler i og utenfor institusjon. I tillegg viser studier også at komplikasjoner øker ved lang reisevei. Når sykehuset skal tilby trygge og likeverdige helsetilbud for Helgeland, må fødselsomsorg være et grunnleggende fundament, da det vil være av en helt sentral betydning for om folk vil ønske å bosette seg eller fortsette å bo på Helgeland.

Lenke til sammendrag av funn: <https://www.uib.no/nye-doktorgrader/115790/reiseavstand-og-f%C3%B8dselstad-p%C3%A5verkar-utcome-mor-og-barn>

I januar 2019 dokumenterte Dagbladet den store forskjellen det er mellom behandlingen av pasienter med hjerneslag. Sykehuset i Sandnessjøen er på topp i nord når det gjelder behandling av disse pasientene. Folkeaksjonen mener det vil være viktig å beholde denne gode kompetansen rundt en tilstand som betegnes som en folkesykdom. Her står sykehuset i Sandnessjøen frem som et sykehus som allerede har gode utslag på kvalitetsindikatorer i behandlingen innenfor dette feltet. Dette kvalitetsstempet ved Helgelandssykehuset styrker begrunnelsen for å velge Sandnessjøen.

Sandnessjøen sykehus er som nevnt tidligere det sykehuset med høyest aktivitetstall (selv om ortopedi som vektet høyt på DRG ligger i Rana), har lavest sykefravær i hele Helse Nord (5,8 i 2018), og om man slår sammen aktivitetstall fra sykehusene sør for Korgfjellet dobles nesten sykehusaktiviteten totalt i forhold til nord for Korgfjellet. Dette er en klar indikator på at det driftes og jobbes godt, spesielt i Sandnessjøen, og det gir grunnlag for å trekke konklusjonen om at Sandnessjøen vil være et svært godt alternativ som stort akutt sykehus for Helgeland i fremtiden.

Hvis man ser på dagens aktivitet opp imot interimfase, vil det klart beste alternativet være et sykehus i Sandnessjøen, basert på det faktum at det vil være minst utfordringer når det gjelder rekruttering. Sandnessjøen sykehus vil møte minst utfordringer med å rekruttere opp til et fullverdig sykehus for hele Helgeland, da det allerede har den største faglige bredden, og scorer høyt på kvalitet på flere sentrale punkt. Dette er vesentlige momenter for å beholde den brede og solide fagkompetansen på Helgeland, samtidig som det er viktig for å være en solid utdanningsinstitusjon for leger i spesialisering. Sandnessjøen er også den enheten som bruker minst penger på vikarutgifter innen Helgelandssykehuset, ved innleie av sykepleier- og legevikarer. I følge Helgelandsblad (fra 16/17 jan. 2019) har Rana fra 2016 til 2018 brukt 73,1 millioner på innleie, tilsvarende utgifter ligger på 33,6 millioner i Sandnessjøen. Det lave sykefraværet i Sandnessjøen trekkes frem som en av faktorene til den lave summen, sammen med det brede fagmiljøet som også gjør forutsetningene for rekruttering solide i Sandnessjøen.

En annen faktor som ikke er trukket inn tidligere er behovet og muligheten for oppfølging ved ansiktstraumer. Tannklinikken i Sandnessjøen ligger i samme bygg som sykehuset, i

Rana har de nettopp bygd en ny tannklinikk 4 km unna sykehuset. I Sandnessjøen gir dette stor mulighet for å tilby pasienten kjeveortoped/tannlege på stedet, slik at kvaliteten på oppfølging av pasienten blir bedre med lett tilgjengelig helsepersonell. Både Sandnessjøen og Rana har narkoseklinikk på sykehuset, for behandling av barn og psykisk utviklingshemmede i generell anestesi, men i Sandnessjøen kan personellet bistå på minutter. Det er en svært praktisk løsning både når det gjelder å bistå ved ansiktstraume, men også i den generelle oppfølgingen av innlagte eldre pasienter som ofte har karies, smerter og infeksjoner grunnet sviktende egenomsorg.

Rekruttering

Ressursgruppa sier i rapporten:

«Ressursgruppen mener derfor at fremtidig sykehusstruktur og lokalisering må legge avgjørende vekt på løsningens evne til rekruttering. Samtidig må det legges vekt på løsninger som benytter tilgjengelig helsepersonell på en hensiktsmessig måte, gjerne i samarbeid med kommunehelsetjenesten. Lange avstander og økningen i antall eldre og kronikere gjør det nødvendig å prioritere desentrale helsetilbud. Helgelandssykehuset må i samarbeid med kommunehelsetjenesten ta i bruk ny teknologi og nye kommunikasjonsmuligheter som gjør at diagnostikk og behandling i størst mulig grad kan foregå i hjemmet, i kommunehelsetjenesten eller i desentrale polikliniske tilbud fra spesialisthelsetjenesten. Bosetningen er spredt, og fordelene ved en eventuell sentralisering av akutt-tilbudet, vil måtte veies opp mot de økte transporttidene. Enten akutt-tilbudet sentraliseres til ett eller to steder, vil transporttiden inn til akuttsykehus øke for noen. Dette forsterker betydningen av stabilisering og behandling prehospitalt og vil kreve tilpasning og utvikling av det prehospitale tilbudet både fra spesialist- og kommunehelsetjenesten sin side».

Vi mener at dette er en tydelig beskrivelse av en desentralisert tjeneste som vil fungere godt for det området med tettest befolkning, i Helgelands tilfelle Rana. Det fullverdige akuttsykehuset må derimot ligge mest mulig tilgjengelig for innbyggere på hele Helgeland. Om et sykehus skulle bli lagt i ytterkanten av Helgeland, er det vår påstand at det vil være svært krevende å rekruttere til prehospitale tjenester (ambulansesbåt, ambulanser) over et såpass stort geografisk område. Dette vil det være svært krevende å stå i for ambulanspersonalet over tid, både ved bil- og båtambulans. I tillegg vil det være krevende for kommunelegene i de mest «rammede» kommuner, ved tilfeller der situasjonen for

pasienten er uavklart. Det er sannsynlig å tenke seg at det vil føre til økt bruk av helikopter i uavklarte situasjoner og dette har et etisk, menneskelig og økonomisk perspektiv som må vurderes i endelig forslag til lokalitet. Imidlertid vil Rana kommune, som har størstedelen av sin befolkning innenfor et meget avgrenset område, ha mulighet til å følge Alta-modellen (et DMS som er utviklet med tanke på å tilby befolkningen et godt, bredt og spesialisert tilbud på enkelte områder). Denne modellen er valgt mye på bakgrunn av de samme geografiske argumentene, og selv om det er store forskjeller på størrelse når det gjelder Finnmark fylke og Helgeland, mener vi at det er grunnlag for å se sammenheng mellom hovedaktiviteten i Helgelandssykehuset, som er planlagte konsultasjoner (90%). Et DMS i Rana vil derfor være tilstrekkelig for å dekke et område som har omentrent samme befolkningsantall som Alta. Dette vil sørge for at man beholder arbeidsplasser og fagfolk på Mo, i tillegg til rekruttering til et DMS.

Sandnessjøen er en mindre by enn Mo i Rana, men har allikevel over år hatt mindre rekrutteringsproblemer. Dette er også avklart i ressursgruppens rapport *«Lokalisering i alle de tre bykommunene kan fungere godt når det gjelder rekruttering til et nytt stort sykehus»*. Ved etableringen av et stort sykehus vil det komme flere ringvirkninger som vil underbygge drift av sykehus. I tillegg vil det være mer formålstjenlig å ha et stort sykehus som ligger sentralt plassert kommunikasjonsmessig, når det gjelder ambulering til oppbygde DMS, både sørover og nordover. Ved å legge et stort sykehus helt nord i regionen vil det vanskeliggjøre ambulering, som er en frivillig ordning for leger og annet helsepersonale. Dette er et svært vesentlig punkt for fremtidens Helgelandssykehus, og vil bety mye for bærekraftigheten totalt sett, både for DMS i Brønnøysund og for rekruttering totalt sett.

Den noe vilkårlige argumentasjonen i rapporten om at det vil være lettest å rekruttere til det stedet som er størst, med blant annet argumenter som variert tilbud på boligområder og boliger, og udefinert bruk av begrepet urbanitet, kan ikke tillegges vekt slik det er fremstilt i denne sammenheng. Når man velger å bosette seg på Helgeland er det først og fremst andre verdier og forhold som spiller inn, enn det som ordet urbant umiddelbart representerer. Hvis urbanitet er avgjørende for om man søker seg til et sykehus, er det mer nærliggende å bruke dette begrepet om de større byene i Norge og Europa. Å følge dette resonnementet vil være ødeleggende for utvikling av regioner.

Pasientlekkasje:

Om man følger resonnetet til ressursgruppen i del 6.2.2 er det åpenbart at en stor del av befolkningen på Helgeland vil ha kort reisevei til et sykehus som er lagt til Rana. Allikevel er Rana den lokaliteten som har lengst vektet reisetid totalt sett. Dette alternativet vil føre til størst pasientlekkasje, både ved at folk søker seg ut av helseforetaket og ved vurdering rundt akutte hendelser. Vi kan ikke se at det er gjort konkrete vurderinger av de økonomiske eller faglige konsekvensene et slikt pasienttap vil ha for Helgelandssykehuset, Nordlandssykehuset, UNN eller Helse Nord.

Folkeaksjonen har sett på innspillene til ressursgruppen fra daværende enhetsdirektør for prehospitaltjenester, Bjørn Haug, av 26.09.18. Der vises det til at lokalisering i Rana vil gi innbyggere på Sør-Helgeland landets lengste avstand til sykehus. Dette er et moment som er avgjørende for at sykehuset ikke skal miste pasienter, og det er helt sentralt når man planlegger for fremtiden. Man må tilstrebe å binde for lekkasjen ved at folk velger seg til andre helseforetak, både for antall volum i behandlinger og av økonomiske hensyn.

I prekære vær-situasjoner henvises det videre til at det er kort vei til Bodø for den nordre del av kysten og til Namsos for den søndre delen av kysten. Totalt sett vil det være vesentlig å ha et så nært som mulig, og tilgjengelig stort akutt-sykehus for hele befolkningen på Helgeland. Når det gjelder lekkasje totalt sett, vil man bøte for ved å ha et så godt kvalitetsmessig tilbud på sykehuset som mulig. Her mener vi at det allerede nevnte arbeidet ved Sandnessjøen sykehus innenfor flere felt, er en viktig basis for å bygge videre på fremtidens sykehus og unngå lekkasje, både sørover og nordover.

Båttrafikk/Aktivitet langs kysten

I tillegg til fastboende er det et betydelig antall anløp av båttrafikk i Sandnessjøen/Alstahaug kommune. Tall fra Alstahaug havnevesen og Nordland fylkeskommune viser til at det i 2017 var 17 558 båtanløp i Alstahaug kommune. (Antall fergeanløp er regnet ut fra rutetabell til Boreal og Torghatten Trafikkselskap. Dette er ca. tall, eventuelle kanselleringer og høytider er unntatt beregningen). For å sikre helse og trygghet til passasjerer og arbeidsfolk i kystnæringer som skipsfart, havbruk og annen aktivitet knyttet til oljevirkosomhet, vil det være uakseptabelt at et sykehus legges så langt fra havet og kysten. I tillegg til anløp av ulike fartøy er det

åpenbart at det også er svært mange fartøy som trafikkerer langs kysten, uten å være innom havn i Sandnessjøen. (Tabell på passasjertransport og båtanløp ligger sist i dokumentet).

Det fremstår som urimelig å ikke ta den store aktiviteten langs kysten inn som en del av helhetsberegningen for lokasjon, både når det gjelder båttrafikk og antall passasjerer, men også aktiviteten innenfor havbruksnæringen, turisme og oljerelatert aktivitet. Sandnessjøen er et knutepunkt for svært mange næringer og verdiskapingen langs kysten er av betydelig størrelse innenfor flere felt. Det er viktig å se dette i sammenheng med aktiviteten på sykehuset. Om det skulle oppstå uønskede hendelser på havet har man altså muligheten til å stille med flere etater, som i samarbeid kan bistå ved f. eks ulykker eller branntilløp på båt, om sykehuset ligger på kysten.

Sykehusaksjonen ber om at overstående punkt vektas mer enn diskusjonen om flyplass. Alle byer på Helgeland har flyplass (Sandnessjøen og Brønnøysund 1.199 m, Mosjøen og Mo 800 m) og det gjenstår å se hvilke ringvirkninger en eventuell ny flyplass i Rana vil gi, spesielt siden denne ligger forholdsvis nært Bodø. Dette har man ikke tilstrekkelig kunnskap om, og det kan ikke brukes som grunnlag i en viktig lokaliseringsdebatt om likeverdige helsetjenester. Det som derimot er relevant i denne sammenhengen er reelle forhold rundt Sandnessjøen lufthavn Stokka. Der har man utvidet rullebanen så sent som i 2014 til 1199 meter, og Avinor har gjort betydelige investeringer der det siste tiåret. I tillegg ligger flyplassen kun 10,1 km fra sykehuset i Sandnessjøen som tilsvarer en biltur på 10 minutter. I et samfunnsøkonomisk perspektiv bør dette spille en rolle.

Utredningsalternativer – mandat fra Helse Nord

Velger man et sykehus for hele Helgeland vil man få økt volumet i ulike behandlinger og inngrep, slik at man eksempelvis kan øke muligheten til å ha setefødsler og tvillingfødsler på Helgeland igjen. Dette er nå sentralisert til Bodø. Dette vil ha åpenbar betydning for rekruttering av helsepersonell bredt sett, og er et godt eksempel på at man kan ha mulighet til å kunne få tilbake noen funksjoner som allerede er tatt fra Helgelandssykehuset, til det

beste for pasienten. Da unngår man også å være i den noe utmattende situasjonen Helgelandssykehuset har vært i over flere tiår, der vi ser at tilbudet har blitt gradvis redusert i enkelte enheter i Helgelandssykehuset.

Med fremtidens teknologi og den helsemessige gevinsten rundt å samle kompetansen i et sykehus, problematiserer vi her to alternative scenarier på hva som kan være en fare ved to-sykehusmodellen:

- Ved en to-sykehusmodell vil det være sannsynlig at man samler f. eks kreftkirurgi på ett av sykehusene, for å opparbeide volumet og kompetansen på denne type operasjoner. I tillegg tror vi det er svært sannsynlig at mage/tarm-kirurgi vil sentreres til det samme sykehuset. Siden dette henger sammen med andre viktige funksjoner innenfor akuttkirurgi, er det stor grunn til å frykte at det det andre sykehuset ikke vil være bærekraftig på sikt. Man må unngå å komme i en situasjon der man på sikt vil miste et tilgjengelig sykehus for hele befolkningen på Helgeland.
- Alternativet ved å ha fullverdig akuttsykehus på to steder kan føre til at det blir lite aktivitet ved begge sykehus, slik at man mister tilbudet i sin helhet i regionen. Da vil nærmeste tilbud være ved Nordlandssykehuset i Bodø. Hele formålet med Helgelandssykehuset 2025 må være å styrke Helgelandregionens helsetilbud og bærekraftighet, sett i lys av trygge og likeverdige helsetilbud. Dette må også sees på i sammenheng med rekruttering av fagfolk i fremtiden, og på den ventede mangelen av helsepersonell totalt sett i Norge. Selv om to likeverdige akuttsykehus (med kirurgisk og medisinsk akutt-tilbud) ikke ligger inne i bestillingen fra Helse Nord, ønsker Folkeaksjonen å påpeke dette.

Utover det har Folkeaksjonen ønsket modellen med et (lite) akuttsykehus og et stort akuttsykehus tatt ut av prosessen, dette er også i samsvar med uttalelser fra Den Norske Legeforeningen. Vi er svært bekymret for scenarioet der ett av to sykehus er uten fullverdig akuttkirurgi. Da med den samme begrunnelsen som ved to likeverdige, det vil bli funksjonsfordeling, det ene vil ikke ha faglig styrke til å rekruttere medisinsk personell, og vil heller ikke få anbefalt volum i pasientbehandlinger. Vi viser til at det er helt essensielt med teambasert breddekompetanse innenfor akuttmedisin, i tillegg til andre spesialister som f. eks gynekolog. Om det allerede foregår slike prosesser i Helgelandssykehuset forutsetter vi at dette blir tatt inn som en del av avgjørelsen i

lokalitet, slik at ingen av enhetene opplever en svekkelse innenfor fullverdig akuttkirurgi, imens arbeidet med Helgelandssykehuset 2025 foregår.

Om man skulle velge to-sykehusløsningen for Helgeland (ifølge mandatet fra Helse Nord) understreker vi at det fullverdige sykehuset må ligge på kysten, slik at det er tilgjengelig for alle på sikt. Hele formålet med Helgelandssykehuset 2025 må være å styrke bærekraftigheten i Helgelandregionens helsetilbud, sett i lys av trygghet og likeverd. Vi sier oss derfor enige i at et av hovedmålene for arbeidet med ny sykehusstruktur for Helgeland, er å sikre en faglig sterk spesialisthelsetjeneste som rekrutterer nødvendige fagfolk i fremtiden.

Attraktivitet og samfunnseffekter

Kommunal- og moderniseringsdepartementet har flere måter for å kategorisere kommuner og regioner. Ser vi på gjeldende inndeling i bo- og arbeidsmarkedsregioner er Alstahaug, Rana og Vefsn småbyregioner og stiller her i samme kategori:

VEDLEGG 1 BO- OG ARBEIDSMARKEDSREGIONER ETTER LANDSDELER OG SENTRALITET

Tabell 8.1 Bo- og arbeidsmarkedsregioner etter landsdeler og sentralitet*

	Storbyregioner	Mellomstore byregioner	Småbyregioner	Småsenterregioner
Nord-Norge		Bodø (Bodø, Gildeskål); Tromsø (Tromsø, Karlsøy)	Narvik (Narvik, Ballangen, Gratangen); Alstahaug (Herøy, Alstahaug, Leirfjord, Dønna); Vefsn (Vefsn, Grane); Rana (Hemnes, Rana); Fauske (Saltedal, Fauske, Sørfold); Sortland (Hadsel, Bø, Øksnes, Sortland); Harstad (Evenes, Tjeldsund, Harstad, Kvæfjord, Skånland); Lenvik (Sørreisa, Dyrøy, Tranøy, Lenvik); Hammerfest (Hammerfest, Kvalsund) Alta (Alta); Sør-Varanger (Sør-Varanger)	Brønnøy (Sømna, Brønnøy, Vega, Vevelstad); Meløy (Meløy); Vestvågøy (Flakstad, Vestvågøy); Vågan (Vågan); Andøy (Andøy); Målselv (Bardu, Målselv); Balsfjord/Storfjord (Balsfjord, Storfjord); Skjervøy/Nordreisa (Skjervøy, Nordreisa); Vadsø (Vadsø, Nesseby); Porsanger (Porsanger)

Navn på BA-region er merket med fet skrift, mens kommuner i BA-regionen står i parentes.

Gilde: Gundersen og Juvkam (2013). Bearbeidet av KMD.

Valg av lokalitet vil definitivt være et grunnlag for utvikling. Rekruttering har sannsynligvis mye med sykehusets fagmiljø og stabilitet å gjøre, og det er all grunn til å tro at det området som konklusjonen lander på, vil ha gode vilkår for utvikling innenfor flere felt.

Sandnessjøen er arbeidssted for mange dagpendlere fra flere nabokommuner, og 18,2% av sysselsatte i Sandnessjøen jobber i helsesektoren. Ressursgruppa har dokumentert hvilket lokalsamfunn som blir mest berørt av å miste arbeidsplasser innenfor helse:

	Mo i Rana			Mosjøen			Sandnessjøen		
	Syssel- satte	Antall virksom- heter	Prosent syssel- satte	Syssel- satte	Antall virksom- heter	Prosent syssel- satte	Syssel- satte	Antall virksom- heter	Prosent syssel- satte
I alt	12163	1663	100,0	6740	993	100,0	4017	722	100,0
Primærnæringer	295	48	2,4	91	57	1,4	79	77	2,0
Næringsmiddelindustri	121	8	1,0	6	4	0,1	30	3	0,7
Kjemisk og farmasøytisk industri	118	13	1,0	12	2	0,2	0	0	0,0
Maskin- og metallindustri	676	21	5,6	588	4	8,7	34	6	0,8
Prod. av el. og opt. utst, transportmidler	93	10	0,8	56	5	0,8	17	3	0,4
Annen industri	311	15	2,6	124	16	1,8	32	3	0,8
Olje og bergverk	269	7	2,2	3	2	0,0	97	16	2,4
Bygg og anlegg	1115	174	9,2	557	95	8,3	267	61	6,6
Transport, logistikk og lager	803	80	6,6	324	43	4,8	390	38	9,7
Servering og reiseliv	467	78	3,8	282	43	4,2	130	27	3,2
Medier og IKT	230	40	1,9	69	21	1,0	73	10	1,8
Detaljhandel	1069	148	8,8	528	88	7,8	358	65	8,9
Engros- og agenturhandel	549	90	4,5	242	55	3,6	126	28	3,1
Faglig, vitenskaplig forr. Tj.yting	347	145	2,9	137	74	2,0	142	60	3,5
Annen forr. tjenesteyting	504	77	4,1	239	43	3,5	87	40	2,2
Finans- og eiendomssektor	260	280	2,1	129	165	1,9	85	113	2,1
Helsetjenester	890	114	7,3	797	68	11,8	730	36	18,2
Sosialtjenester i institusjon	780	34	6,4	567	18	8,4	220	9	5,5
Sosialtjenester utenfor institusjon	340	22	2,8	111	14	1,6	121	11	3,0
Sosial- og fritidstilbud til barn	394	23	3,2	335	20	5,0	189	14	4,7
Undervisning utenom UoH-sektor	647	49	5,3	568	30	8,4	338	23	8,4
Undervisning i UoH-sektor	30	2	0,2	0	0	0	7	1	0,2
Annen offentlig forvaltning	927	28	7,6	431	22	6,4	289	19	7,2
Personlig tj.yting, kultur og fritid	484	96	4,0	143	71	2,1	56	40	1,4
Andre næringer	444	61	3,7	401	33	5,9	120	19	3,0

Tabell 5: Sysselsatte og antall virksomheter i de tre tettstedene etter næring. Absolutte tall. 2017 (63).

Vi mener at de samfunnsmessige konsekvensene ved valg av lokalitet er ikke berørt tilstrekkelig i fremlagte rapport, og bærer preg av en tankegang som vil være ødeleggende for hele Helgeland som helseregion. Hvis intensjonen er det motsatte, nemlig å skape et stødig tilbud både innenfor helsefaglige kriterier og samfunnsmessig utvikling, advarer vi på det sterkeste mot at det vil utarme ikke bare lokalsamfunnet i Alstahaug, men også alle andre berørte kommuner, om man skulle miste sykehuset som arbeidsplass. Med bakgrunn i at både arbeidsmarkedet i Rana (og Vefsn) er bredere når det gjelder offentlig sektor/arbeidsplasser i dag, vil det være enorme konsekvenser for lokalsamfunn i og rundt Alstahaug, om man skulle miste sykehuset som arbeidsplass. Alstahaug-regionen vil derfor

være den regionen med størst potensiale for å bidra til det lokale tilbudet av arbeidsplasser i fremtiden. Et fullverdig og tilgjengelig akuttsykehus er et nødvendig fundament for at folk skal ha lyst til å leve og bo langs kysten av Helgeland. Dette må være helt sentralt i en helhetsvurdering, da det er en betydelig verdiskapning som foregår på kysten, og slikt sett er ikke dette spørsmålet kun gjeldende for Sandnessjøen som sted i seg selv. Her er det viktig å ha et større perspektiv på ringvirkninger. På Helgeland har nettopp kysten et enormt potensial for å bidra til det regionale tilbudet av arbeidsplasser. En OECD-publikasjon fra 06.12.12 viser til nettopp dette, at det er lønnsomt for samfunnet å bygge opp infrastruktur i regioner som trenger vekst og som ikke minst, har muligheten for å vokse:

Lenke til publikasjon: http://www.oecd-ilibrary.org/urban-rural-and-regional-development/promoting-growth-in-all-regions_9789264174634-en

Oslo Economics har gitt en framskriving for Rana og Alstahaug (på bestilling fra Alstahaug) og kommet med den naturlige slutningen av det vil gi negative virkninger både for Rana og Alstahaug ved tap av arbeidsplasser, men at virkningen i Sandnessjøen (og den felles arbeidsmarkedsregionen Herøy, Leirfjord, Dønna, Alstahaug) vil være svært negativ, i og med at en betydelig andel av innbyggere vil flytte. Motsatt sett trekker man også frem at det er grunn til å tro at det vil øke befolkningen om sykehuset skulle «lande» i Sandnessjøen.

I denne sammenheng ønsker vi å spille inn at et høyt antall jordmødre fra Vefsn allerede jobber fast på Sandnessjøen Sykehus i dag, de pendler mellom Sandnessjøen og Mosjøen, og har gjort dette selv før den viktige Toven-tunellen ble bygd. Dette er et veldig godt eksempel på at man fint kan rekruttere til sykehuset i Sandnessjøen, og det er all grunn til å se på Alstahaug og Vefsn som i stand til å ha pendleraktivitet mellom seg i fremtiden. Rekruttering og pendleravstand til et stort akuttsykehus må uansett tillegges mindre vekt sett opp imot økt reiseavstand og risiko for fødende og andre pasienter, og vi ser vi allerede i dag at man kan rekruttere helsepersonell til Sandnessjøen fra Vefsn. Vi finner problematiseringen rundt dette i rapporten søkt, da dette i realiteten viser seg å være løsbart, allerede i dag.

Vi ønsker også å spille inn at Nordland fagskole i helse- og sosialfag tilbyr fagskoleutdanning i kreftomsorg og lindrende pleie i Sandnessjøen, i tillegg til at Sandnessjøen videregående skole tilbyr ambulansesarbeider og helsefagarbeiderutdanning.

Samfunnsøkonomisk sammenheng

Det er viktig å minne om at Fylkestinget (som består av personer med god kjennskap til hele fylket) i 1997 vedtok at Helgelandssykehuset sitt hoved-sykehus med felles administrasjon og ledelse, skulle legges til Sandnessjøen, da med tilgjengelighet for hele Helgeland som et hovedargument. Fylkestinget pekte da på at intern kommunikasjon på Helgeland var av stor betydning for å realisere hoved-sykehuset i Sandnessjøen, og ba dermed om at tunnel gjennom Korgfjellet og Toven måtte forseres. Begge disse tunellene ble finansierte og er nå på plass, og forsterker ytterligere begrunnelsene for lokalisering av det nye sykehuset til Sandnessjøen eller nær omegn. Det bør være en konsistens i beslutningsprosesser slik at store samfunnsøkonomiske investeringer ikke blir skuslet bort, og man ender opp med å tape effekten man kan få ved å utvikle hele Helgelandregionen. Vi understreker viktigheten av å se ulike prosesser i en sammenheng, slik at intensjonen bak viktige og gjennomførte politiske investeringer blir en del av grunnlaget for avgjørelse av lokalitet. På dette feltet er det en svakhet at helsebyråkratiske prosesser ikke er bedre samkjørt med politiske prosesser.

Oppsummering

Folkeaksjonen ønsker avslutningsvis å takke for muligheten til å komme med innspill. Selv om det naturlig nok er ulike synspunkt blant befolkningen på Helgeland, er alle innbyggere enige om at man ønsker den best mulige hjelpen for seg selv og sine, både ved planlagte behandlinger og akutte situasjoner. Når man har ønsket å redusere kompleksiteten, slik ressursgruppen selv beskriver det, er det en fare for at man mister sentrale momenter og utredningen blir for mangelfull. Gjennom vårt høringssvar har vi lagt frem flere sentrale momenter som viser til at Sandnessjøen er det stedet som kan møte behovet for både kyst og innland.

Vi har fokusert på ulike deler av samfunnsutvikling og konsekvenser, synliggjort den omfattende aktiviteten langs kysten, men først og fremst er vi opptatt av at de helsefaglige kriteriene om tilgjengelighet og de etiske retningslinjene i pasientbehandling skal omfatte **alle** på Helgeland. Helsetjenester skal organisere seg til pasientens beste. Det er fagfolket

opptatt av, det er helsepolitikere uansett nivå opptatt av, og det er helgelendingen opptatt av. Dette vil man sikre ved å velge Sandnessjøen som fullverdig akuttsykehus.

Sandnessjøen 28. februar 2019

For Folkeaksjonen for Sandnessjøen sykehus m/omegn

Bjørn Helge Hansen/Hanne Benedikte Wiig

(Se tabell under for båtanløp/passasjertall)

Passasjertall/Båttrafikk Sandnessjøen:

Konkrete tall for **2017:**

Passasjertall for hurtigbåter 2017:

Avstigende: 37 530

Påstigende: 37 369

Passasjerer med hurtigruten 2017:

Avstigende: 3 759

Påstigende: 5 468

Fra Nordland fylkeskommune har vi innhentet følgende opplysninger ang. antall passasjerer inkl. fører fra 2017:

Fergerute 18-181 Sandnessjøen – Dønna – Løkta

Sum passasjerer inkl. fører:

Fra Sandnessjøen – 127.282

Til Sandnessjøen – 120.011

Fergerute 18-171 Sjøvik – Austbø – Herøy – Brasøy

Sum passasjerer inkl. fører:

Fra Sjøvik – 106.099

Til Sjøvik – 112.261

Fergerute 18-162 Tjøtta – Forvik

Sum passasjerer inkl. fører:

Fra Tjøtta – 53.745

Til Tjøtta – 56.188

Fergeanløp:

Samband	Anløp pr. år
Sandnessjøen- Løkta	3276
Sjøvik- Herøy	4896
Tjøtta- Forvik	3120

Tjøtta- Vega	392
Totalt	11684

Hurtigbåtanløp:

Fartøy	Anløp pr. uke	Anløp pr. år
Nordlandsexpressen	7	
Helgeland	7	
Rypøy	14	
Vegtind	2	
Himmeltind	27	
	57	2964

Fartøystype	2017
11 Lasteskip stykkgoods Kombinert	247
13 bulk/stykkgoods	
14 Bulkskip (ekskl.gass)	130
15 Gasstankskip	
23 Sand-/steindumper Kombinert	
16 passasjer/lasteskip	684
17 Tankskip	99
24 Brønnfartøyer	215
19 Lekter	
20 Hurtigbåt	2 964
21 Cruise/turistskip	3
80 Hjelpesfartøy	175
51 Supplyskip	309

32 Containerskip	42
33 Havneservicebåt	
Passasjerbåt (utenom	
41 fast)	
41 Fiske/fangstfartøyer	143
42 Orlogsfartøy	
42 Bilferge(ikke rute)	148
43 Statsfartøy	
49 Annet Fartøy	419
<hr/>	
Sum	5 578
61 Taubåt/slepefartøy	296
Mindre fartøyer	
v/flytebrygger og	
fartøyer v/slip	
<hr/>	
Totalt anløp	5 874
<hr/>	

Tall fra Alstahaug havnevesen og Nordland fylkeskommune viser til at det i 2017 var tilsammen **17 558** båtanløp i Alstahaug kommune.

