
Hørings svar til ressursgruppas foreløpige rapport "Helgelandssykehuset 2025" fra Aksent Mosjøen-Sandnessjøen



Fra:
Svein Eirik Forsmo
Jan-Kjetil Grøftrem
For Facebook Gruppa
Ja til ETTsykehusmodellen midt på Helgeland

«NYTT SYKEHUS - NYTT HELGELAND»

Februar 2019

Innledning

Innledningsvis vil vi starte med noen ord av Tor Martin Leines Nordås, som vi mener er relevant her :

Over kaffen tenker vi på sykehussaken på Helgeland, og da er tanken: Hvordan ville vi reagert på følgende opplevelse? 😊:) Et voksent, høyt utdannet menneske ser meg i øynene og vil ha meg til å nikke og si: «Ja da, selvfølgelig, du har helt rett. Løvetanna er rød. Pinnekjøttet kommer fra oxen. Det er mannen som føder barn. Ja da, selvfølgelig. Månen ER en ost og på den bor det folk, du har helt rett. Julaften er i midten av mai!» 😊:) Sannsynligvis ville vi flirt høyt, men kanskje ville vi også grått en skvett? Tatt til tårene over at noen trodde vi er så enkelt skapt at vi signerer slike påstander. Vi har ennå ikke grått, men vi har flirt, uten at det kjentes godt. For noen vil ha meg til å tro at folk som blir akutt sjuke på Vega, i Brønnøysund, i Hattfjelldal, på holmer og skjær og langt inni i skauen i Velfjord, vil ha det tryggest om sykehuset ligger i Mo i Rana. Noen vil ha meg til å tro at Mo i Rana, samme fanden hvor du bor på Helgeland, ligger sentralt. Og at ambulanser til lands og vanns, og i lufta med, kan møte opp på halvtimen, hvor som helst og i all slags vær, og nå fram til Mo i Rana før et eneste hjerte slutter å slå ♡Noen vil at vi nikker til at Mosjøen og Sandnessjøen ikke eksisterer (sentralt!) på kartet over Helgeland. Noen vil ha meg til å bekrefte at løvetanna er rød. At julaften er midt i mai. Og bare det gjør meg utrygg. Selv om vi så vidt vi vet er frisk.

Dette notatet er utgangspunktet for 6 faktainlegg som er sendt inn som egne hørings svar. Disse innleggene har noe mer tolkning av informasjonen og er mer subjektiv i form. Anbefaler at disse brukes for å få noe mer dybdeinformasjon. Vi vil i dette notatet henvise til hvert enkelt faktainlegg, slik at man lett kan veksle mellom dette hørings svaret og faktainleggene. Det er likevel enkelte avsnitt i dette notatet som ikke er omhandlet i eget faktainlegg.

Ressursgruppas sammensetning

Ref : (Faktasjekk 6.)

Sammensetning av et utvalg eller en gruppe vil i stor grad være bestemmende for hvilket resultat gruppa vil komme til. Det er derfor særdeles viktig at prosessene i forkant er transparente slik at man sikrer en tilstrekkelig kvalifisert kompetanse, og med en sammensetning som har legitimitet i befolkningen. Dette arbeidet er det viktigste, for å sikre at det ikke blir unødig støy i forbindelse med fremleggelsen av rapporten.

Det må også være bred enighet i sykehusets styre om mandatet er tilstrekkelig til at administrerende direktør og styret skal kunne fatte en beslutning som hensyntar de vesentligste områdene som er viktig i denne beslutningen. Helse Nord har spesielt pekt på at gruppa må sammensettes slik at det ikke kan være noen forhold som gjør at man kan dra habiliteten i tvil. Dette er noe av de “spillereglene” administrasjonen i Helgelandssykehuset burde tatt inn over seg når de valgte personer til gruppa. Vi har sett på prosessene i forkant da ressursgruppa (RG) ble satt sammen, hvilke aktører som har vært involvert for å skaffe denne informasjonen, vi har benyttet dokumentasjon som er lagt ut offentlig på Helgelandssykehusets nettside og vi har søk på åpne sosiale nettverk.

RG har sterk overvekt av Arkitekter, byplanleggere, men den mangler helt økonomisk kompetanse. Hver enkelt person har en god kompetanse på sitt fagfelt, men mange i RG har overlappende eller lik kompetanse. Helge Torgersen har tittelen Bedriftsøkonom, som tilsvarer ett år høgskolestudier i økonomi, dette er veldig begrenset i denne sammenhengen. Likedan mangler uhildet person i RG med lokal geografisk kjennskap til Helgeland i sin helhet.

Dette medfører at RG er helt avhengig av “inputen” fra administrasjons ledelse HSYK Mo I Rana, og faren er stor for at informasjonen man mottar er ferdig tolket av HSYK ledelse. RG har også personer som kommer fra samme revisjonsselskap (Deloitte) som Rana Kommune benytter ved tunge utredninger blant annet i skolesektoren, slik at det foreligger knytninger også her.

Da rapporten ble presentert var vi overrasket over hvor få momenter RG har bygd sin avgjørelse på, barsel, Rus og psykisk helse helt fraværende, lokalisering av sykehuset hadde heller ikke økonomisk fundament. Dette til tross for at det finnes tre tidligere utredninger på området. Helgelandssykehuset nåværende direktør og Helgelandssykehusets nåværende styre har beskrevet rapporten som (sterkt) mangelfull. Dette kommer også frem i Nordland Fylkeskommunes høringsuttalelse, som pekte på hele 13 punkter som må utredes før man kan gjøre en beslutning. Dette er i seg selv ett sterkt tegn på at sammensetningen i RG ikke er tilstrekkelig.

Vi mener gruppesammensetningen sier mer om den/de som har stått for utvelgelsen av RG, enn om de personene som sitter i RG. Et raskt søk på nett viser at medlemmene Aud Tennøy og Tor Medalen gjennom leserinnlegg har profilert seg som representanter for byutvikling og urbanisering, i mange år, slik at deres syn var kjent før RG ble satt sammen. Spesielt kommer dette til syne i forbindelse med Helse SørØst valg av Moelv som lokalisering for hoved sykehus for Sykehuset Innlandet og Kalnes for sykehuset I Østfold. Det kan derfor ikke være spesielt overraskende at disse vil velge Mo i Rana som sin “favoritt”, siden disse faktisk mener at størst er best.

I tillegg vet vi at Torgersen og Ystgaard, tidligere har vært med på nedleggelse av kirurgisk akuttberedskap i Mosjøen og ca. 20 sengeplasser i Sandnessjøen. Dette fremkommer i bekymringsskriv til Helse Nord fra Ordfører Langø og Ordfører Løvdal i desember 2018. Vi vet også at Andreas Moan har vært på besøk ved Helgelandsykehuset Rana i oktober 2015 gjennom innlegg på facebook fra Helse Nord, og har således tidligere vært i møte med ledende representanter fra Helgelandssykehuset med bosted i Rana. **Det kan for ordens skyld nevnes at gruppas sammensetning første gang ble kritisert av ordførere i Leirfjord, Alstahaug og Vefsn i avisoppslag i Helgelendingen den 15.02.2018, dette gjennom ett åpent brev til Helgelandssykehusets styre. Det var nær 10 måneder før gruppa kom med den foreløpige rapporten. Man kan derfor ikke påstå at denne kritikken først kom etter at man kjente til ressursgruppas resultat.**

Sammensetningen av gruppa muliggjør også et annet resultat på Helgeland, enn hva som foreløpig ser ut til å skje i de tre siste forutgående lokaliseringsspørsmålene, som skjedde ved plasseringen av sykehuset i Hjelseth (Møre og Romsdal), Kalnes (Østfold) og Moelv (Oppland/Hedmark). Alle disse valgene representerer det som på Helgeland ville vært Holandsvika, Drevja eller Tovåsen.

Det finnes lite informasjon om hvem i HSYK som har stått for utvelgelse av RG på nettet, selv om dette er en sak av stor offentlig interesse. Utvelgelsen skjedde før nåværende direktør og nåværende styreleder tok plass. Det som er sikkert er at Fred Murer, ved utvelgelsen av RG hadde dobbeltrollen i Helgelandssykehuset som Konstituert Adm. Dir. og Med. Direktør. Han har hatt en viktig rolle i kraft av sin stilling ved opprettelsen av RG. I styresak 14-2018 fremkommer følgende:

«Sammensetningen av gruppen har vært diskutert med styret og ledergruppen i Helgelandssykehuset. Gruppen må være representativ, men ikke for stor, og den må ha legitimitet som en ekstern gruppe. Det er med hensikt ikke foreslått representanter fra Helgelandssykehuset. Erfaringene fra diskusjonene er at alle representanter fra helseforetaket lett vil bli forbundet med lokale interesser. Ytterligere økning av gruppen for å få inn supplerende kompetanse på f.eks. prehospitaltjenester, psykisk helse/TSB, samhandling, rekruttering og kompetanse i ledelse av større sykehusenheter, har også vært diskutert, men for å gjøre gruppen operativ og ikke for stor, er det ikke foreslått ytterligere gruppemedlemmer. Gruppen skal kunne hente inn supplerende kunnskap/utredninger ved behov innenfor de nevnte tema og andre tema, enten eksternt eller via linjeorganisasjonen i Helgelandssykehuset.»

Det kan derfor se ut som at overordnede krav til gruppa har vært diskutert med styret ut ifra teksten over. Dette måtte imidlertid i hovedsak ha vært med den gamle styrelederen, Frode Mellemvik, som også har nær familiær tilknytning til personer i Rana Utviklingsselskap (RU). Den nåværende styrelederen ble presentert i midten av mars 2018 og kunne ikke hatt en rolle i sammensetningen av RG.

Videre er det nære familiære tilknytninger mellom samme person i RU og til Bech-Hansen i Helgelandssykehusets toppledelse. Denne personen i RU er også nær bekjent til en i Ystgaards nære familie. Brynjulf Ystgaard er som kjent en av personene i RG. Vi vet at datagrunnlag brukt i ressursgruppas rapport stammer fra RU. Datagrunnlaget fra RU er benyttet av ressursgruppa til å “avlive” omfanget av problemstillingen rundt isningsproblematikk i Ranafjorden, som alene skulle ha diskvalifisert Mo som lokaliseringsalternativ for ETT nytt stort akuttpsykehus.

Det kan også se ut til at daværende styre ikke har vært særlig delaktig i utvelgelsen av RG. Nestleder for styre i Helgelandssykehuset Tone Hauge uttaler til Vefsn.no den 14.12.2018: *“Vi føler oss ført bak lyset når det gjelder hvordan ressursgruppa ble satt ned. Det at habilitetsspørsmål rundt gruppas medlemmer kommer etter at rapporten blir lagt fram, er bare trist, sa Hauge”*. Det hører også med til historien at Ann Elisabeth Rødvei, advokat hos Helse Nord sier at rent juridisk er det ikke har funnet grunn til å trekke habiliteten i tvil.

Aud Tennøy har i en artikkel I Teknisk Ukeblad av oktober 2016, kritisert plassering av Kalnes, som ett av de tre verste sykehus prosjektene i Norge mht. lokalisering og samferdsel. Hun trekker frem Barcode i Oslo som et eksempel til etterfølgelse. Bjørn Hødal, kommunikasjonssjef i Sykehuset Østfold, sier de er godt fornøyd med tomtevalget;– *«Kalnes er midt i Østfolds befolkningsentrum, og befolkningen har en gjennomsnittlig reisevei på 28,9 km eller 25 minutter i bil. Det kunne vi ikke oppnådd med plassering i et av bysentraene i Østfold, og som sykehus setter vi menneskeliv høyere enn sentrumsliv»*. I dette tilfellet snakker vi om ett sykehus på Helgeland, Ikke Kjøpesenter/Opera i Oslo (Barcode). At gruppas sammensetning faglig sett er mangelfull bekreftes gjennom vedtak i styret i HSYK hvor de ber om at ytterligere 9 nye punkter utredes. Dette ville ikke vært nødvendig om RG hadde vært godt sammensatt og vurderingen godt forankret. Da ville alle punkter vært godt utredet allerede.

Det er også sterkt kritisk at de velger feil datagrunnlag og statistikk til å underbygge sitt syn. Vi vil videre i høringsnotatet peke på faktorer som pendling, tilgang på ressurser, og tilgjengelighet. **Antall boligblokker som kriteria fremstår som det desidert mest klønete bruk av statistikk, og får stå som eksempel på ressursgruppas kvalitet.** Utvelgelsen av RG er særdeles målbevisst eller lite gjennomtenkt, og om ønsket er at rapporten fra denne gruppa UTAD skal fremstå som objektiv, så har de feilet. Det som gjør relasjonene særdeles uheldig er at når man, slik som i denne rapporten, drar en rekke “ulogisk” konklusjoner i flere sammenhenger, kommer tanken om det er relasjonene som den fremste forklaringsfaktoren for disse konklusjonene?

Valg av kriterier.

Ethvert styre som setter ned ett utvalg for å beskrive en fremtidig situasjon forventer at utvalget beskriver det mest sannsynlige scenarioet, med noen utfallsrom avhengig av kompleksitet og sannsynlighet. Likedan kan man foreta en sårbarhetsanalyse hvor man skrur på noen viktige forutsetninger som kan inntreffe, for å vise effekten av dette.

Deler av kritikken i etterkant mot ressursgruppas arbeide går på dette. Ressursgruppa selv beskriver faren for pasientlekkasje i sørregionen for sannsynlig, og at man må ha særskilt fokus på dette. Sør Helgeland Regionråd, ordførere i Vega og Brønnøy m.fl. har sagt det rett ut at de vil søke mot Helse Midt om Rana blir valgt som hovedsykehus. Dette blir også bekreftet i artikkel i Helgelending den 16.08.2018, som henviser til en spørreundersøkelse foretatt av YouGov i London.

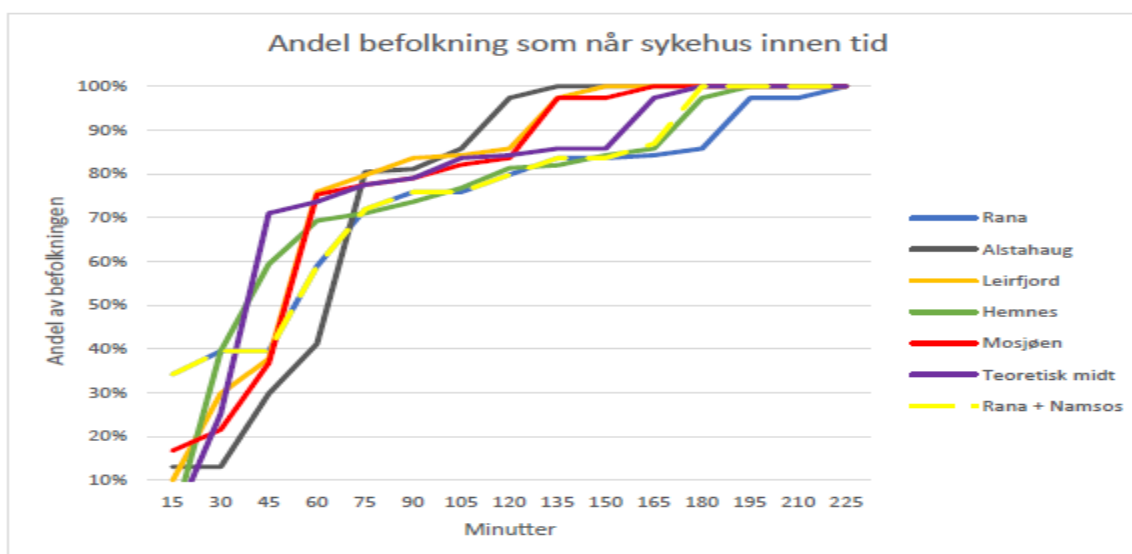
Denne viser at bare 18 % av innbyggerne på sør Helgeland ville valgt Rana, mens om dette hadde kommet til Vefsn, ville bare 17 % søkt seg ut av Helse Nord (Namsos). Dette medfører at ressursgruppa ikke har utredet det mest sannsynlig scenarioet, men valgt en modell som favoriserer sykehuset i Rana. Likedan er valg av kriterier meget viktig for å beskrive tilgjengeligheten til sykehuset. I de fleste analyser i Helgelandssykehuset har er det benyttet den tid det tar for 90 % av befolkningen å nå frem til sykehus. Vi finner ikke ut hvorfor dette er valgt, men det kan være gode grunner til dette. Likevel finner vi at man likevel kunne valgt 80 % eller 85 %. Dette følger av rapporten til prehospitale tjenester :

3.4.1 Hvor lang tid tar det før 90 % av akuttransporter er framme ved stort akuttsykehus?

Hvor høyt man skal sette indikatorens prosentandel kan diskuteres. En for høy andel vil sette urealistiske krav til spesialisthelsetjenesten i et såpass spredt befolket område som Helgeland. En for lav andel vil ikke i tilstrekkelig grad beskrive tilbudet på en utfyllende måte. Nasjonale akuttmedisinske kvalitetsindikatorer (Norsk hjerteinfarktregister, Norsk hjertestansregister, Norsk hjerneslagregister) bruker måloppnåelse hos 80, 85 eller 90 % av befolkningen som indikator. Vi mener en rimelig indikator for dette prosjektet bør ligge på samme nivå.

Her står det rett ut at man ett såpass spredt befolket område som Helgeland tilsier at man kan benytte lavere andel. Likedan bør man i modellene hensynta informasjon som finnes. Vi vet at Rødøy får dekket nær 40 % av sitt akuttbehov ved Nordlandssykehuset, samt at de har søkt Helse Nord om tilslutning til Nordlandssykehuset. Likevel er dette fullt med i modellen. Vi vet også at om Vefsn hadde hatt sykehuset ville Bindal fått kortere utrykningsvei til Mosjøen enn til Namsos. (Båt til Lande + ambulanse). Det er derfor sannsynlig at dette hadde fått betydning for vurderingene mellom sykehusene, samt inntektsgrunnlaget og dermed bærekraften for plasseringen av det nye sykehuset.

Virkningene av å velge 80 % måloppnåelse samt å fjerne Rødøy er store. Dette følger av tabellen under. Om man forutsetter at Rødøy utgjør ca 2 % av befolkningen (1500/77000) og tar disse ut, ser vi av tabellen under at 80 % av befolkningen når sykehuset i: Mosjøen på ca 60 min, SSJ ca 75 min og Mo, ca 125 min. Dette er signifikante forskjeller som skjules utelukkende ved valg av modell. Det gruppa derimot gjør er å velge det intervallet i modellen hvor Rana kommer best ut, legger inn begreper som *omsorgstid* og *responstid* og fokuserer på dette i rapporten. Man kan derfor si at den gyldne timen er blitt redusert til den gyldne halvtimen. Dette er begreper som man ikke finner noen steder og som er «konstruert» av gruppa. Som man ser av figuren under er Rana best utelukkende på de første 25 min. Dette er årsaken til at alternativene i rapporten beskrives som «like».



Figur 6 Grafisk framstilling av andel befolkning som når fram til sykehus innen gitte tidsrom, basert på reisetider fra egne beregninger

Likedan bør det ved beskrivelse av alternativet i Mosjøen tas med mulighetene for at Bindal tas inn i grunnlaget. Den totale budsjettamma til Helgelandssykehuset er på 1,379 milliarder. Bindal kommune har ca 1500 innbyggere og utgjør ca 2 % av befolkningen på Helgeland. En meget forenklet regneøvelse med 2 % økning av midlene tilsier en økning av ramma på ca 27,6 mill. Dette er selvfølgelig meget forenklet, men er likevel beskrivende for situasjonen. Man kan likedan estimere effekten av at 12.000 sørhelgelendinger forlater sykehuset ved valg av Rana. Dette burde bli, om man benytter samme enkle logikk over 180 millioner. Vi mener at man har grunnlag for å si at det forenklet sagt skiller over 180 millioner pr år mellom alternativene i Mosjøen mot alternativet på Mo, bare på disse to enkle justeringene.

Om man samtidig drar inn elementer som at overnattingsbehovet for pasienter er tilstede for planlagt aktivitet ved valg av Mo, mens man i f.eks Holandsvika rekker hjem igjen samme dag blir beløpene ved valg av lokalisering betydelige.

Pasientlogistikk og tilgjengelighet.

Ref : (Faktasjekk 4.)

Dette punktet er betydelig og vi har ikke kompetanse til å se på alle disse punktene, slik de fremkommer i rapporten. Det er likevel ett punkt vi velger å kommentere. Ressursgruppens påstand er at tilgjengeligheten mht bruk av ambulans og helikopter ved de ulike lokasjonene er marginale. Dette «dokumenterer» de ved bruk av en forespørsel RU har sendt til Luftambulansen sentralt i Nordland og ikke benyttet seg av dokumentasjon som allerede er innhentet fra Prehospitale tjenester ved Helgelandsykehuset. Styrken i den interne dokumentasjonen er at denne er innhentet fra personell ved basen i Brønnøysund, og som faktisk opererer i Helgelandsdistriktet. Notatet er utarbeidet den 24.05.2018 av Tommy Waldemar, som er kaptein og basesjef ved luftambulansen i Brønnøysund. Mottaker er Bjørn Haug, som er Sjef for prehospitale tjenester ved Helgelandssykehuset. Notatet er derfor utarbeidet i god tid før ressursgruppen påbegynte sitt arbeide.

Av notatet fremkommer følgende :

Oppdrag : *Bakgrunn; Undertegnede har blitt oppfordret til å gi en vurdering av fly operative forhold som kan ha innvirkning på plassering av nytt sykehus på Helgeland.*

Kompetanse : *Våre piloter har lang fartstid på Helgeland og flere av oss har utført innlandsflyging og linjearbeid på Helgeland før vi startet i LA tjenesten. Pilotgruppen til sammen har mer en 30 års erfaring med helikopterflyging på Helgeland.*

Vurdering ; *I tjenesten er det et samspill i besetningen (pilot, redningsmann og lege) som avgjør hvor pasienten/e blir fraktet. De vurderinger og beslutninger som blir gjort er tuftet på operative forhold, flytid, vær, landingsforhold og det medisinske behandlingstilbudet på destinasjonen. Primært velges den destinasjonen som er nærmest og som har et adekvat behandlingstilbud for pasienten. Siden Brønnøysund ligger såpass langt sør i Helgelandsdistriktet vil en plassering av nytt sykehus lenger nord på Helgeland føre til at Namsos sykehus blir nærmeste destinasjon på pasienter som blir hentet i områdene rundt Brønnøysund. I dag er nærmeste Sykehus Sandnessjøen med en flytid på 18 minutter, Namsos er flytiden 25 minutter og Mo i Rana er 35 minutter om været tillater direkte ruting. Om været «ligger nedpå» det vil si at vi må fly våre definerte ruter som går over hav (under skydekket) vil flytiden til SSJ være 20minutter, Namsos 30minutter og Mo I Rana 45 minutter.*

En plassering av nytt sykehus i området Holandsvika vil ha tilsvarende flytider som Sandnessjøen men noe lenger i dårlig vær ca. 22 minutter. På Helgeland er det mye vær og ta hensyn til i LA Tjenesten og spesielt på vinterhalvåret, derfor er det alltid ønskelig med flere alternativ. Det som kjennetegner Mo I Rana vinterstid er at det er svært kaldt og igjen fare for ising og tåke. Det er ofte av hensyn til vær at Sandnessjøen blir valgt fremfor Mo I Rana selv om det ville vært kortere flytid inn til Mo I Rana, dette er gjerne pasienter som blir hentet i Lurøy og Rødøy området.

En eventuell plassering i Holandsvika vil kunne gi bedre alternativer mht. vær. Vefnsfjorden er blitt et bra alternativ å fly inn og ut etter at fjord spennet som gikk over til Syv søstre ble fjernet. Holandsvika har bra tilgang sørover langs E6 en rute som ofte har bedre vær om det ligger nedpå over havet. I noen tilfeller spesielt på sommerhalvåret når været er dårlig kan vi fly instrument (IFR) da kan vi kun gjøre nedflygning på en flyplass eller et forhåndsdefinert GPS punkt. I de tilfeller vil en sykehusplassering i Holandsvika kunne gi to nærliggende flyplasser med både Mosjøen og Sandnessjøen flyplass samt at det kan etableres et GPS punkt i Vefsn fjorden som kan brukes til nedflygning.

I Mo i Rana er det som kjent kun Røssvoll som ligger forholdsvis høyt i terrenget, det kunne vært etablert et GPS punkt for nedflygning i Ranafjorden som ville vært jamført med Vefsn fjorden.

***Vindforhold,** i dag har vi de største utfordringer knyttet til vindforhold ved Sandnessjøen sykehus, vind fra østlig retning kan være svært krevende (og farlig). Flyging i og rundt Holandsvika er ikke spesielt vindutsatt og ligger litt mer skjermet enn Sandnessjøen. Vindforhold i Mo I Rana er jamført med vindforholdene i Holandsvika, mens vindforholdene i Rana fjorden gir oss i noen tilfeller begrensninger og fly inn mot Mo i Rana i dårlig vær.*

Konklusjon; I forhold til de flyoperative forhold som Luftambulansen er begrenset av vil en sykehusplassering i Holandsvika gi minst begrensninger i levering av pasienter samt gi flest alternativer for ruting inn og ut fra sykehuset.

Virkeligheten som beskrives her er betydelig annerledes enn den som ressursgruppa beskriver. Isingsproblematikken for Rana er absolutt reell og er kun gjeldende for Rana alene om man skal tro dokumentet. RG har involvert ressurser (Redningstjenesten) og teknologi som ikke er tilgjengelig for Helgelandssykehuset og kan virke mer som ønsketenkning. Når ressursgruppa i stor grad bygger på opplysninger skaffet tilveie av RU for å dokumentere dette, blir dette alvorlig. Helikoptertypen som benyttes i Brønnøysund er helt ny og har ikke løfteevne til å få montert avissingsutstyr i følge Bjørn Haug i Helgelendingen den 18.10.2018. Dette blir i samme artikkel bekreftet av **Anders Røsok, seksjonssjef for flyoperative avdeling i Luftfartstilsynet som sier: «Det er ingen ambulanshelikoptre i dag som har dette avvisningsutstyret, og det er lite sannsynlig at det vil komme i overskuelig fremtid».** Det kan derfor virke som om ressursgruppas forutsetninger ikke holder mål i de nærmeste årene.

Videre fremkommer det i notatet fra Waldemar, at det er en del operative hensyn som må tas ved valg av rute ved hvert enkelt oppdrag. I denne sammenheng har vi en annen faktor som kanskje kan dras inn. I Mosjøen har vi vegmeldingssentral for hele Nord Norge. Dette er fagfolk mht å håndtere trafikkflyt i alle slags vær og har direkte kjennskap til værforholdene døgnet rundt, både gjennom kamera på ulike lokasjoner og på andre måter. Av dette bør det være mulig å knytte synergier mellom AMK/ Trafikkmeldingssentral/operativt personell om en lokasjon av ett fremtidig sykehus er nær Mosjøen/ Holandsvika. Tenker da spesielt på valg av transportform og rute for akutt syke pasienter i de ulike vær-situasjonene som oppstår på Helgeland.

Når det gjelder redningshelikopteret, som har base i Bodø, så følger den faglige tilnærmingen her den som blir benyttet ved ambulanshelikopteret. Redningstjenesten er ikke underlagt Helgelandssykehuset, men justis og beredskapsdepartementet og det blir spekulativt å inkludere denne i Helgelandssykehusets ressurser.

Fra RG rapport så følger det at :

Nye redningshelikoptre av typen AW101 som skal innføres i Bodø fra 2021 er imidlertid utstyrt med avisingsutstyr som gjør flyvning i kalde temperaturer mulig (17). Med avisingsutstyr vil man med helikopter etter NLA AS sin vurdering kunne ha samme regularitet i isingsforhold som fly har. Instrumentflyging med helikopter uten avisning vil etter NLA AS sitt syn også ha vesentlig effekt på gjennomføringen av luftambulanseoppdrag på Helgeland.

Referanse 17, som det her henvises til er ett notat som er skaffet til veie fra RU/Rana Kommune. Dette står i grell kontrast til den beskrivelse som følger av Norsk Luftambulanses policydokument hvor det følger:

«AW101 har stor kapasitet og lang rekkevidde, men med bakgrunn i proposisjonen, og erfaringene fra Danmark, må det erkjennes at disse har lavere gjennomføringsevne for luftambulanseoppdrag og lette søk- og redningsoppdrag over land. Denne beredskapen vil derfor reduseres om den ikke kompenseres med mindre legehelikopter som er bedre egnet for søk- og redningsoppdrag for utilgjengelige skadesteder. Denne maskinen vil eksempelvis kunne få problemer med å lande nær pasienten i fjellet. De vil heller ikke kunne lande på mange av landingsplassene som eksisterer ved sykehus i dag. Redningsoppdrag kan derfor ende med behov for å frakte pasientene til sykehus etter omlasting fra egnet landingsplass nærest mulig sykehus. Omlastning av pasienten medfører helseisriko og tidstap. For store deler av Nord-Norge er redningshelikoptrene den eneste luftambulanseressursen som er tilgjengelig. Store helikoptre som har begrensede muligheter til å operere over land og lande på sykehusene, vil kunne medføre en tydelig svekkelse av luftambulansetilbudet for befolkningen i denne landsdelen.»

Det kan virke som om ressursgruppa KUN brukes dokumentasjon fra RU for å dokumentere tilgjengeligheten for ambulanse og redningshelikopter. Vi finner ingen annen dokumentasjon som ikke fraråder en lokalisering i Ranafjorden. Man kan stille spørsmål til om det er relasjonene beskrevet under avsnittet «ressursgruppas sammensetning», som er årsaken til dette.

Avslutningsvis på dette punktet vil tilgjengelig til flyplass være viktig. Om pasienter skal fraktes ut av regionen skjer dette med helikopter eller fly. Helikoptrene har begrensninger i rekkevidde og akutte hendelser som krever «regionsykehuskompetanse» flys ofte til St.Olav og dermed ut av Helse Nord. Årsaken til dette er at UNN er for langt unna. Ambulanseflyene har ikke disse begrensninger og slike pasienter kan flys til UNN i Tromsø.

Flyplassene i Sandnessjøen og Mosjøen har begge en regularitet på nær 98 %, som er noe bedre enn Røssvoll. Det som er spesielt er at disse flyplassene utfyller hverandre på en fin måte. Flyplassen i SSJ er ofte stengt i i kraftig østvær, mens Mosjøen er stengt når værtypen er mer vest. Det er likevel ekstremt sjeldent at disse flyplassene er stengt samtidig. Ved å plassere ett sykehus mellom disse flyplassene, sikrer man en god tilgjengelighet til tjenestene i Tromsø.

Tilgang på fagressurser

Ref : (Faktasjekk 2 og 4.)

Ressursgruppen er åpenbart av den formening at størst er best og at faren for oppsmuldring av fagmiljø i interimperioden er de viktigste kriteriene når man skal vurdere tilgang på ressurser. I dette punktet ser man hvordan (mis)-bruk av statistikk kan slå ut. Vi vil ikke benytte statistikk som antall boligblokker som i rapporten, eller antall sherpatrinn pr innbygger for den del. Vi konstaterer likevel at Førde, som har hovedsykehusfunksjon i Sogn og Fjordane har færre boligblokker enn Mosjøen

Alstahaug kommune fikk utarbeidet en rapport i oktober 2018 (Oslo Economics), som har datagrunnlag som er betydelig bedre for å vurdere tilgang på ressurser og hvor følgende tabell er hentet fra:

**Tabell 6-1 Antall søkere per utlyst legestilling Antall søkere per stilling
september 2017- august 2018 Antall stillinger utlyst**

Mo i Rana	19	7,2
Sandnessjøen	13	8,6
Mosjøen	14	12,5

Denne viser det helt motsatte bildet enn det ressursgruppa påstår. Vi vet at man ikke kan si noe om hvilken legekompentanse man vil rekruttere ut av dette, men dette sier åpenbart at søkningen på legestillinger har en motsatt korrelasjon av størrelsen på sykehuset. Mosjøen som er det minste sykehuset, har nær dobbel så stor søkning på ledige legestillinger som Mo i Rana.

Det følger videre av samme rapport: «*Heller ikke utviklingsplanen skiller mellom evnen til å rekruttere for de tre sykehusene; for alle omtales legebemanningen på følgende vis: Det generelle bildet av sykehusenheten i Mosjøen/Sandnessjøen/Mo i Rana er at flere av de vaktbærende spesialistfunksjonene er lavt bemannet sett i forhold til vår forståelse av et robust fagmiljø.*»

Man bør derfor med dette kunne si at det ikke er noe som tilsier at Mo i Rana er å foretrekke mht rekruttering, noe som også bekreftes gjennom størrelsen på bruk av vikarer ved de ulike enhetene. Likedan blir det i rapporten antatt at flytting vil medføre at gamle fagmiljø ikke vil rekrutteres inn i det store nye sykehuset, ved valg av ensykehusmodellen. Som tidligere nevnt ble det i 2015 etablert ett nytt sykehus på Kalnes i Østfold. Effekter på gammel vertskapskommune i Fredriksstad til nytt sykehus midt i «periferien», eller Nyland/Leirosen om du vil følger av statistikk under, som er hentet ut fra SSB. Kalnes ligger i Sarpsborg kommune.

	Sysselsatte personer etter bosted							
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
0101 Halden								
86-88 Helse- og sosialtjenester								
Statlig forvaltning	405	402	389	380	396	427	425	433
0104 Moss								
86-88 Helse- og sosialtjenester								
Statlig forvaltning	518	529	491	476	472	510	533	545
0105 Sarpsborg								
86-88 Helse- og sosialtjenester								
Statlig forvaltning	981	972	1 005	1 021	1 040	1 071	1 144	1 158
0106 Fredrikstad								
86-88 Helse- og sosialtjenester								
Statlig forvaltning	2 682	2 670	2 633	2 658	2 635	2 593	2 589	2 542
0124 Askim								
86-88 Helse- og sosialtjenester								
Statlig forvaltning	155	159	127	125	126	111	119	110

Fotnoter

Alle ett-tall og to-tall i tabellen er endret til '0' eller '3' for å ivareta personvernet.

Fra og med 2015 bygger statistikken på nye datakilder (a-ordningen), se nærmere omtale i «Om statistikken». Totalt antall sysselsatte blir heller ikke samordnet med Arbeidskraftundersøkelsene (AKU) slik det ble før 2015, og det samsvarer dermed ikke lenger med AKUs totaltall. Årgangene fra og med 2015 blir følgelig ikke sammenlignbare med tidligere årganger. Se nærmere omtale i artikkelen tilknyttet 2015-tallene: <https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/statistikker/regsys/aar/2016-05-27>

Statistikken viser ansatte som jobber i Statlig forvaltning sortert etter bosted, innen Helse og Sosialtjenester. Dette er i stor grad Helseforetakene. Som det følger av tabellen jobber det fortsatt over 2.500 ansatte fra Fredrikstad, som var gammel vertskommune ved sykehuset. Flyttingen er knapt merkbar i bosteds kommune to år etter. I den grad man kan dra noen konklusjon av dette så kan det synes som om de ansatte følger med på flyttelasset til arbeidsplassen, uten å endre bostedsadresse. Faren for oppsmuldring av kompetansemiljø virker noe overdrevet. Likedan er det nevnt fra miljøet i Rana at det er stor misnøye blant de ansatte ved Kalnes grunnet pendling osv. Konstaterer at det ved Kalnes er 7,5 % sykefravær, mens det ved Mo sykehus er 9,4 % fravær i 2017. Sykefravær er vel den beste indikatoren som beskriver de ansattes arbeidsforhold.

Avstanden til nytt arbeidssted vil selvfølgelig være relevant her. Avstand ifølge google map er følgende:

Fredrikstad- Kalnes, ca 20 km eller 20 min med bil/ 32/47 min med kollektivt.

Moss - Kalnes ca 30 km eller 26 min med bil/30 min med kollektivt.

Halden – Kalnes, ca 34 km eller 27 min, ca 60 min med kollektivt.

Dette vil være avstander som ikke vil være vesentlig forskjellig med en plassering i Holandsvika/ Helgelandskrysset eller lignende. Det er f.eks 41 min å pendle med tog fra Mo til Drevatn Stasjon ifølge Google Map.

Om man henter ut tilsvarende statistikk for Helgeland blir bildet som det følger av tabell under (Fra SSB: Sysselsatte personer etter bosted i Statlig forvaltning (Helse Nord).) Mange pendler fra Leirfjord og Hemnes inn til sykehusene. Totalt 95 personer, bare fra disse kommunene i 2017. Disse personene kan man anta ikke får lengre pendlervei om man velger en lokalisering som ligger mellom Mosjøen og Sandnessjøen.

Denne er særdeles aktuell for helsepersonell og viser at disse er like mobil som resten av befolkningen, til tross for at vi har sykehus i 3 av 4 byer på Helgeland. **Det er også verd å merke seg at det bor like mange mennesker i Vefsn som jobber innen statlig sektor med Helse og Sosialtjenester som i Alstahaug. Kun 14 personer skiller. Det er likevel antatt av RG at Sandnessjøen er å foretrekke pga av størrelsen på fagmiljøet. Dette er direkte feil.**

	Sysselsatte personer etter bosted						
	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
1818 Herøy (Nordland)							
86-88 Helse- og sosialtjenester							
Statlig forvaltning	8	7	8	10	10	10	14
1820 Alstahaug							
86-88 Helse- og sosialtjenester							
Statlig forvaltning	405	381	376	357	384	393	398
1822 Leirfjord							
86-88 Helse- og sosialtjenester							
Statlig forvaltning	53	41	43	40	39	48	54
1824 Vefsn							
86-88 Helse- og sosialtjenester							
Statlig forvaltning	354	365	365	358	374	375	384
1825 Grane							
86-88 Helse- og sosialtjenester							
Statlig forvaltning	10	10	9	11	15	11	13
1827 Dønna							
86-88 Helse- og sosialtjenester							
Statlig forvaltning	19	18	15	15	18	18	19
1828 Nesna							
86-88 Helse- og sosialtjenester							
Statlig forvaltning	9	7	10	7	7	10	10
1832 Hemnes							
86-88 Helse- og sosialtjenester							
Statlig forvaltning	26	27	35	36	35	38	41
1833 Rana							
86-88 Helse- og sosialtjenester							
Statlig forvaltning	576	547	576	575	596	609	633

I en ansattundersøkelse i Helse Møre og Romsdal HF svarte 74 prosent at et stort og bredt arbeidsmiljø kunne påvirke valget av arbeidsplass i svært stor eller ganske stor grad. Et bredt fagmiljø med godt kvalifiserte medarbeidere virker antagelig rekrutterende.

Antall ansatte innenfor et fag på et sykehus bestemmes i stor grad av pasientgrunnlaget og funksjonsfordelingen mellom sykehusene. Dersom pasientgrunnlaget er stort, og sykehuset i liten grad sender pasienter til andre sykehus, vil det være behov for mange ansatte.

Man kan derfor si at tilgang på fagressurser også ser ut til å avhenge av hvilken modell som velges. I ett leserinnlegg i lokal presse den 26 september i høst kan man lese at 76 leger fra Sandnessjøen og Mosjøen ved Helgelandssykehuset ber ressursgruppa velge ettsykehusmodellen. Dette er innen alle medisinske grener. Dette utgjør en betydelig del av grunnbemanningen ved ett fremtidig sykehus.

Avslutningsvis vil Vi på dette punktet nevne legeföreninga i Nordland sine kommentarer i NRK Nordland (Steinholt) av desember 2018. Et nytt stort sykehus vil virke selvrekutterende bare i kraft av sin størrelse. Man vil kunne plassere ett slikt sykehus nær sagt over alt. Likedan har 12 yngre leger bare fra Mosjøen signert ett opprop, hvor de sier at de vil flytte «hjem» om det blir bygd ett nytt stort akuttsykehus sentralt på Helgeland. Dette ligger på Helgelandssykehusets egne nettsider. Dette er både medisinerere og kirurger. Det kan derfor se ut til at rapporten bommer noe mht lokalisering og rekruttering og hva som skal til for å sørge for god og sikker bemanning.

Modellvalg.

Hvilken modell som velges avhenger av mange ulike faktorer. Det er skrevet en rekke gode utredninger om dette, hvor de fleste konkluderer med at en ensykehusmodell er å foretrekke. Vi konstaterer også at man ved lokaliseringen i Hjelseth, Kalnes og Moelv i alle tilfellene velger en ensykehusmodell, og det synes merkelig at vi her på Helgeland er så spesielle at dette ikke gjelder her også. Ved sykehuset Moelv kom man til at ensykehusmodellen var best, selv om befolkningsgrunnlaget her er så stort at man kunne fått 3 store akuttsykehus, ved Gjøvik, Elverum og Lillehammer. Man har over 2000 fødsler i året i området og området betjener over 380.000 mennesker. Til tross for dette har Helse Innlandet og Helse Sør Øst vedtatt at ensykehusmodellen er å foretrekke.

På Helgeland konstaterer vi at ett stort flertall av kommunene vil ha vil ha ettsykehusmodellen. Disse kommunene representerer ett stort flertall av innbyggerne. Det er videre ett stort flertall av kommunelegene og sykehuslegene som ønsker denne modellen. Dette er våre beste fagfolk. Vi føler at vi måtte ha særdeles gode argumenter for å kunne argumentere mot dette, så dette skal vi ikke prøve på. Dette er også konstatert av styret i Helgelandssykehuset som ved to anledninger har bedt Helse Nord frita dem fra å utrede tosykehusmodellen (stort og lite akuttsykehus) videre i prosessen.

En tosykehusmodell bør medføre at Helgelandssykehuset opphører som eget helseforetak om man ser på hva som skjer ellers i landet. Hålogalandssykehuset opphørte i 2007 og det samme kan nå skje med Finnmarkssykehuset ifølge presseoppslag. Om man ser på UNN Narvik og UNN Harstad, så er disse nå organisert som klinikker underlagt UNN Tromsø. Begge sykehusene er for små til å få god kvalitet. Dette medfører at personell kan rulleres /hospiteres for å få nok pasientkontakt og sykehusene må benytte samme kvalitetssystem som ved UNN Tromsø. Man trenger derfor ikke en egen administrasjon på Helgeland, som tar ressurser man ellers kunne benyttet til pasientkontakt. Dette medfører at Helgelendingen blir styrt utenfra og at vi ikke kan foreta prioriteringer som passer vårt område best. Dette vil etter vår mening være sterkt beklagelig, når man kan unngå dette med en ensykehusmodell.

Vi synes rapporten fra Oslo Analytics oppsummerer dette punktet godt:

«Et overordnet anslag tilsier at to sykehus som bygger videre på dagens bygninger i stedet for ett helt nytt sykehus kan gi en redusert investeringskostnad på kort sikt i størrelsesorden 500-700 millioner kroner. På den annen side vil driftskostnadene ved en slik to-sykehusmodell være i størrelsesorden 1,4 milliarder kroner høyere enn ved ett sykehus, over en periode på 40 år. Selv om transportkostnadene med to sykehus skulle være

halvparten av transportkostnadene ved to sykehus, vil dette bare utgjøre i størrelsesorden 300 millioner kroner i redusert nåverdikostnad ved to sykehus. Reduksjonen i investerings- og transportkostnader er derfor ikke tilstrekkelig til å oppveie for økte driftskostnader. Over tid vil det dessuten oppstå et betydelig behov for modernisering og eventuelt nybygging i modellen med to sykehus, som kan bety at investeringskostnadene på lang sikt blir vesentlig høyere enn i en modell med ett sykehus. Samtidig er det klart viktigste argumentet mot to sykehus på Helgeland knyttet til kvalitet. Det synes godt belagt fra medisinskfaglig hold at både pasientgrunnlaget og evnen til å rekruttere og beholde fagfolk trekker klart i retning av ett sykehus. Hvis hensynet til pasienten skal veie tyngst, bør det velges en struktur som sikrer god kvalitet i tjenestene som sykehuset leverer. Det bør derfor velges en struktur med kun ett sykehus på Helgeland»

Logistikk ansatte

Selv om dette punktet bør være underordnet når man skal se på hvor ett fremtidig sykehus skal lokaliseres, ser vi at to av ressursgruppas medlemmer er opptatt av dette i flere artikler. Sykehus bygges for pasientene og dette hensynet må derfor optimaliseres. Likevel vet vi noe om bruk av kollektivtransport av ansatte ved lokaliseringer utenfor bysentrum. Ved Kalnes opplyses det at 40 % av ansatte benytter kollektive løsninger etter ½ år. Dette er ett betydelig antall, og med noen tilpasninger vil man kunne få til tilsvarende tall ved en lokalisering nær eksisterende jernbane, som følger traseen opp Drevjadalen.

For Helgeland har det i løpet av høsten vært skrevet mye om utprøving og testing av Hydrogentog, som gir tilnærmet nullutslipp. Denne teknologien finnes og benyttes allerede i Tyskland. Dagsavisen melder den 4.10.2018 at partiene som danner ett flertall på Stortinget har bedt om at dette skal testes ut. Videre følger det at Nordland som allerede produserer Hydrogen i Glomfjord, ligger spesielt godt til rette for å teste dette ut. Videre benyttes det allerede Hybridferjer og Gassdrevne busser i Nordland, så det ligger godt til rette for å legge til rette for kollektive løsninger som gir nær 0-utslipp. Det blir etablert ett produksjonsanlegg for gass i Sandnessjøen, basert på avfall og det er mottak av LNG gass i Mosjøen. Det burde derfor ikke være noen miljøhensyn som skulle være til hinder for en ettsykehusløsning.

Avslutningsvis vil en plassering av ett sykehus være av stor betydning for personell som inngår i vaktordninger (bakvakt m.v.) Ved St. Olav er det enkelte stillingskategorier som har krav om å ikke ha lengre enn 45- 60 min. kjørefart. Med en kjørefart på 80 km/t vil man begrense bosted til 60-80 km fra lokaliseringsvalget. Dette vil medføre at Sandnessjøen vil være uaktuell som lokalisering om man vil bo på Mo i Rana. Holandsvika kommer akkurat innenfor med sine 79 km, mens Leirosen har 88 km avstand.

Det har av flere blitt benyttet argumenter om samlokalisering av sykehus og utdanningsinstitusjoner. Dette argumentet er fornuftig, spesielt om man har legestudier eller tilsvarende. Ved lokaliseringen ved Moelv er dette ikke ansett som noe problem, selv om sykepleierutdanningen er ved Elverum og NTNU Gjøvik. På Helgeland har vi p.d. en utdanningsinstitusjon for sykepleiere lokalisert i Rana. Denne er i styremøte ved universitetet Nord foreslått nedlagt. Det ligger i forslaget at sykepleierutdanningen kun skal være lokalisert i Bodø og Levanger. Selv om sykepleierutdanninga skulle videreføres i Rana, kan ikke dette være noen særlige tungveieende argument for å lokalisere sykehuset til Rana.

Plassering av Sykehus

Ref : (Faktasjekk 5.)

På dette punktet synes Vi ikke man skal komme med forslag til lokalisering ennå. Dette er av ren respekt for den prosessen som pågår og at det kan fremkomme momenter som er av stor betydning for spørsmålet. Man bør ikke forskuttere dette før alle momentene er kommet på bordet. Vi konstaterer likevel at man i ett dokument fra Helgelandssykehuset «Pasienttransport på Helgeland, - akutte transporter og planlagte reiser av 1.06.2018» omtaler 3 tidligere rapporter som omhandler spørsmål om lokalisering av sykehus på Helgeland. Fra denne rapporten hentes følgende:

«2.3.1 Helgelandssykehuset. Prosjekt for samordning av sykehusene på Helgeland. 1996.

Nordland fylkeskommune gjennomførte på midten av 90-tallet et prosjekt for samordning av sykehusene på Helgeland. Prosessen, som var basert på datidens infrastruktur, konkluderte høsten 1996 med at sykehuset i Sandnessjøen skulle oppgraderes, mens sykehusene i Vefsn og Rana skulle bygges ned. Prosjektet var dårlig forankret og ble skrinlagt et par år seinere. Hovedkonklusjonen er foreldet, men prosjektet inneholder en del betraktninger som fortsatt er aktuelle. Spesielt vil vi trekke fram at rapporten konkluderte med at det ikke vil være aktuelt å ha Rana som lokalsykehus for Sør-Helgeland. Både den ganske betydelige pasientlekkasjen fra kommunene Sømna og Brønnøy, og dagens transporttidsberegninger tyder på at en slik konklusjon fortsatt er aktuell.

2.3.2 Optimal lokalisering av hovedsykehuset på Helgeland. Masteroppgave, UiN. 1997

Oppgaven analyserer forskjeller i kostnader knyttet til alle typer pasienttransport, basert på transportøkonomiske metoder. Forfatterne påviser store forskjeller for de tre alternativene Sandnessjøen, Mosjøen og Mo i Rana og konkluderer med at Mosjøen på pasienttransport kan være 30-40 % billigere enn de andre alternativene.

2.3.3 Rapport om organisering av framtidig kirurgisk akuttberedskap i Helse Nord. Helse Nord, 2003

Rapporten fokuserer spesielt på samordning av de kirurgiske tjenestene i landsdelen. Den konkluderer for Helgeland med at Mosjøen er best egnet dersom kirurgien på Helgeland skal samles på ett sted: «Dersom man ønsker én institusjon med akuttberedskap er Vefsn den mest sentrale dersom man kun legger demografiske forhold og transportavstander til grunn, Sandnessjøen nest best og Rana den minst gunstige plasseringen.» Selv om rapporten begynner å bli gammel var infrastrukturen i 2003 ikke så annerledes enn i dag.”

Den eneste rapporten som konkluderer annerledes enn disse 3 ulike rapportene er den siste fra ressursgruppa. Siden dette er en foreløpig rapport, har Vi stor tro på at konklusjonen mht lokalisering vil bli justert. Alternativet til dette er at ressursgruppa åpenbart har sett noen momenter som hverken Helse Nord, Nordland Fylkeskommune eller Universitetet i Nordland har sett da de 3 forutgående rapportene ble skrevet. Dette har Vi liten tro på. Likedan vil en lokalisering på Mo medføre at man ifølge ressursgruppa får 3 DMS. En lokalisering mellom Mosjøen og Sandnessjøen gjør at ett DMS kan kuttes, ved at akutt sykehuset betjener både Sandnessjøen og Mosjøen.

Hva kostnadsbesparelsen med dette vil være er uvvist så lenge man ikke kjenner hvilket innhold DMS skal ha. DMS i Alta koster nær 30 mill pr år å holde i drift, og dette kan kanskje være en liten pekepinn på hva dette vil medføre av ekstrakostnader.

Behovet for antall ambulanser er også varierende i forhold til hvor ett sykehus plasseres. Man kan lese følgende tabell fra prehospitale tjenester:

4.6.2 Forskjeller i behov for beredskap

I tabell 19 er behov for ambulanser i de forskjellige alternativene forsøkt anslått. Anslagene er basert på skjønn og relatert til beregnede avstander og antallet pasienter som transporteres på de forskjellige strekningene. Behovet for båt vil ikke endres ved ny sykehusstruktur.

Alt. lokalisering	Amb SSJ	Amb MiR	Amb MSJ	Amb BNN	Sum
Dagens	3	4	3	4	14
Rana	4	4	4	6	18
Rana/Namsos	4	4	4	6	18
Hemnes	4	4	4	6	18
Alstahaug	3	6	4	4	17
Vefsn	3	5	3	5	16
Leirfjord	3	6	4	4	17

Tabell 19 Ambulansebehov ved forskjellige lokaliseringer av stort akuttsykehus. Amb SSJ/MiR/MSJ/BNN angir de fire ambulansesonen på Helgeland. Antall ambulanser oppført under alternativet «Dagens» er i henhold til ny ambulanseplan.

Tabellen viser hvilket behov det vil være for ambulanserbiler dersom sykehusstrukturen endres. Alle modeller vil gi en økning i behovet for ambulanserbiler, men den minst gunstige vil kreve to biler mer enn den gunstigste modellen. Driftsutgifter til en ambulanse i døgnberedskap med vakt på vaktrom er ca. 7 mill årlig.

Dette vil i klartekst si at en lokalisering i Vefsn / Holandsvika vil frigjøre 14.mill årlig til pasientbehandling. Tar man hensyn til at det blir behov for ett mindre DMS, vil dette kunne utgjøre anslagsvis 44 mill pr. år, i forhold til lokalisering på Mo. Kvaliteten og tilgjengeligheten på de prehospitale tjenestene kan forbedres betydelig med slike summer. **Adm.Dir. i Helse Nord Lars Vorland opplyser i styremøte 18.juni, at de operative driftskostnadene er ca 43 millioner kroner per år på en luftambulansbase. Man kan derfor tenke seg at man kan ha en løsning med en ekstra luftambulansbase, om man velger en sentral plassering av sykehuset. Dette vil i så fall være lik det som foreslås i sykehuset innlandet, med etablering av en ny luftambulansbase ved det nye sykehuset i Moelv. Dette vil også kunne løse problemene med ising av helikopter på Helgeland. Man kan videre reversere vedtak om å legge ned ambulansene I Nesna og Hattfjelldal. Dette er forhold som berører folks trygghet. Ser man dette opp mot faren for pasintflukt på Sør-Helgeland og anslaget på 153 millioner tidligere i høringsvaret er det åpenbart at slike gevinster forutsetter en gunstig plassering på akse Mosjøen- Sandnessjøen.**

Pendling på Helgeland.

Ref: (Faktasjekk 3.)

I rapporten blir det fremstilt som om sentrale deler av Helgeland ikke er en Arbeids og boregion og at det nesten ikke foregår pendling i landsdelen. Om man går inn på SSB, kan det se ut til at denne teorien ikke stemmer. Tabellen under viser hvor mange personer og prosent som pendler mellom de ulike regionene

Tabell 2. Antall pendlere inn og ut av kommunen og pendlingsbalanse. Valgte regioner. 2017.

Region/Kommune	Antall pendlere inn/ut av kommunene		
	Pendlere inn til kommunen	Pendlere ut av kommunen	Pendlings balanse (Innpendlere minus Utpendlere)
1891 Bode-region	5 739	5 869	-130
1898 Vesterålen	2 047	2 631	-584
1892 Narvik-region	1 852	2 080	-228
1896 Mo i Rana-region	1 636	1 920	-284
1894 Sandnessjøen-region	1 361	1 572	-211
1897 Lofoten	1 246	1 618	-372
1895 Mosjøen-region	1 082	1 080	2
1893 Brønnøysund-region	750	1 329	-579

Velg type region >>> Kommuner Fylker Regioner Landsdeler Storbyer
 Velg fylke >>>
18 Nordland

Tabell 1. Andel innpendlere og utpendlere og pendlingsbalanse. Valgt region. 2017. Prosent

Region/Kommune	Andel innpendlere og utpendlere. Prosent		
	Innpendlere som andel av sysselsatte med arbeidssted i kommunen (%)	Utpendlere som andel av sysselsatte bosatt i kommunen (%)	Pendlingsbalanse - som andel av sysselsatte med arbeidssted i kommunen (%)
1894 Sandnessjøen-region	19,3	21,7	-3,0
1898 Vesterålen	14,9	18,4	-4,3
1892 Narvik-region	14,9	16,4	-1,8
1891 Bode-region	13,7	13,9	-0,3
1895 Mosjøen-region	13,5	13,5	0,0
1893 Brønnøysund-region	13,3	21,4	-10,3
1897 Lofoten	10,7	13,5	-3,2
1896 Mo i Rana-region	10,5	12,1	-1,8

Som tabellen viser så er det nær 2.000 fra Mo i Rana region pendler ut fra Mo for å jobbe og over 4.500 i de tre aktuelle regionene. Dette utgjør ca 15 % av alle sysselsatte samlet i de tre regionene. Hvordan man i rapporten kan argumentere med at pendling ikke forekommer virker noe merkelig. Det er åpenbart at det skjer en betydelig utveksling av arbeidskraft mellom regionene.

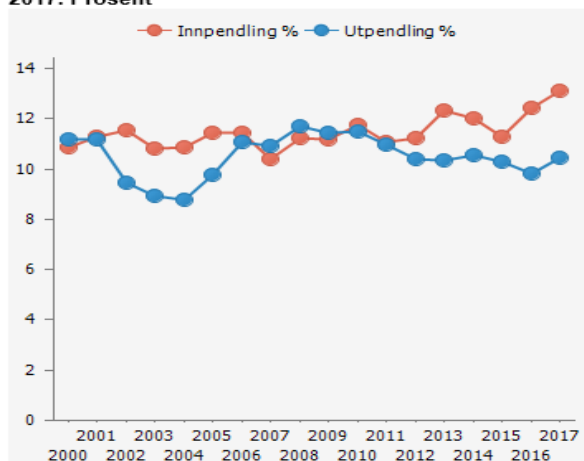
Det jobber pr i dag ca 600 på Helgelandssykehuset Rana, altså nær 1/3 av de som pendler ut av Ranaregionen i dag. Noen av disse kommer fra Hemnes, eller andre nærliggende kommuner. Å lokalisere ett sykehus sentralt på Helgeland vil derfor ikke medføre en vesentlig ullik situasjon i forhold til nåsituasjonen i pendlermønsteret. Dette vil imidlertid likevel kunne åpne for helt andre muligheter for å opprette nye kollektivtilbud på Helgeland, som igjen vil kunne redusere bilkjøring og dermed utslipp, også på andre sektorer.

Det hører med til historien at Mosjøenregionen er den eneste som har balanse mellom innpendling og utpendling i Nordland.

Effekt av Tøventunellen

Da ressursgruppa la fram sin rapport i Mosjøen, ble det opplyst at de ikke hadde statistikk som viste effekten av ny tunell gjennom Tovenfjellet, som binder Mosjøen og Sandnessjøen sammen i en region. Tunellen sto ferdig i 2015. I kommuneprofilen, som henter datagrunnlag direkte fra SSB, kan man hente følgende statistikk mht til innpendling og utpendling til Vefsn. Etter at denne sto ferdig viser grafen en klar oppgang etter at tunellen sto ferdig etter noen år med negativ trend i 2013 og 2014. Økningen er markant og utgjør ca 1 % pr år. Dette er en signifikant økning, som ikke kan forklares med noe annet enn økning av ny tunell. Dette skjer i en situasjon med veldig liten arbeidsledighet i regionen og hvor arbeidstakere lett finner arbeid i sin hjemkommune.

Andel innpendlere og utpendlere. Valgt region. 2000-2017. Prosent

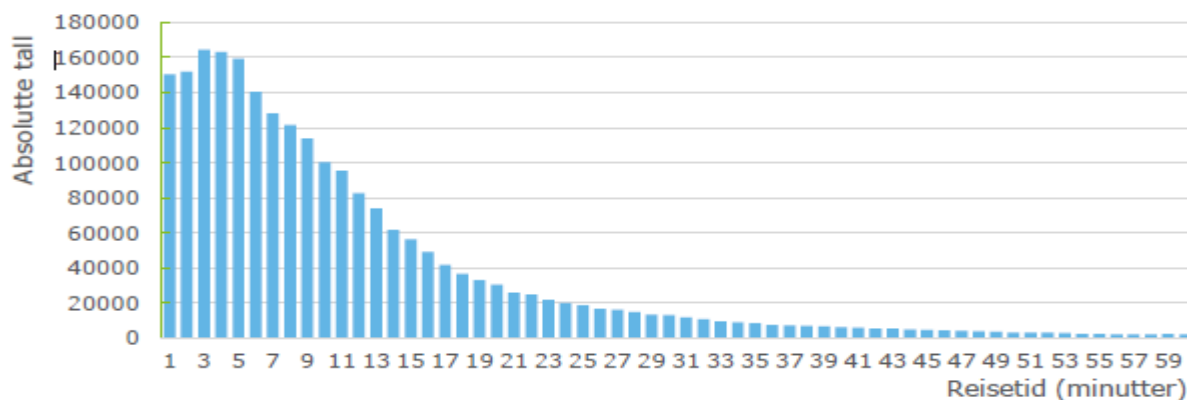


Vi mener derfor at man med tyngde kan argumentere for at Mosjøen og Sandnessjøen er en arbeids og boregion. Avhengig av hvor ett evt. nytt sykehus blir plassert, så kan man også inkludere Mo i Rana region her. En plassering i Sandnessjøen av ett nytt sykehus vil kanskje medføre at dette blir komplisert, men en mer sentral plassering ved Helgelandskrysset/Holandsvika helt åpenbart vil medføre at dette vil være mulig og mest korrekt faglig.

Under fremleggelsen av rapporten ble det sagt av gruppa at det tyngste punktet mht lokalisering, var risikoen for oppsmuldring av det tyngste fagmiljøet. Statistikk tilsier at Sandnessjøen og Mosjøen samlet med stor overvekt representerer det tyngste fagmiljøet. Dette vil derfor medføre, om man benytter ressursgruppas logikk, at Mo i Rana er ute som lokaliseringalternativ, siden dette representerer det minste fagmiljøet.

Vi vil avslutningsvis under dette avsnittet peke på nok ett tilfelle av feil bruk av statistikk. Denne tabellen (side 25) skal visstnok vise omfanget av pendling i Norge. Av figuren ser det ut til at iallefall 80 % av befolkningen har mindre enn 10 Minutter pendling. Det påstås i rapporten at 150.000 arbeidstakere i Norge har ett minutt pendling!

Figur 8 viser hvor lang tid sysselsatte i Norge bruker på sin arbeidsreise. Vi ser at de fleste velger bosted og arbeidssted slik at arbeidsreisene blir relativt korte. Vi ser at det er få som velger å ha arbeidsreiser som tar lengre tid enn 21 minutter, som er tiden det tar å kjøre bil fra Leland til Sandnessjøen.



Figur 8: Sysselsatte etter reisetid til jobb for alle sysselsatte i Norge. 4. kvartal 2015 (49), (50).

Ett raskt søk i SSB fra levekårsundersøkelsen viser at man i Norge I 2010 har gjennomsnitt 58 minutters pendling. En slik bruk av statistikk fra RG, som vist over er særdeles lite tillitsvekkende.

05996: Tid brukt til ulike aktiviteter en gjennomsnittsdag, blant dem som har utført aktiviteten (timer og minutter), etter alle aktiviteter, kjønn, alder, statistikkvariabel og år

	Tidsbruk
	2010
- Inntektsgivende arbeid	
Alle	
I alt	7,26
16-24 år	6,57
25-44 år	7,32
45-66 år	7,28
67-74 år	5,47
- Arbeidsreiser	
Alle	
I alt	0,58
16-24 år	0,54
25-44 år	0,58
45-66 år	0,59
67-74 år	1,02

Konklusjon.

Vi har gjennom dette høringsvaret påvist mangelfull eller feil bruk av statistikk. Det som gjennomgående synes å være tilfellet er at statistikken benyttes på en slik måte at Mo i Rana kommer bedre ut enn de fire andre alternativene. Årsaken til dette kan man bare spekulere i, men det er spesielt to forhold som peker seg ut. Det ene er ressursgruppens sammensetning, som medfører at byarkitekter m.v er overrepresentert samt at det i de fleste tilfeller kan påvises kontakt mellom Ranamiljøet og ressursgruppen tidligere. Det er også åpenbart at det er store "huller" i hvilken kompetansesammensetning gruppen har, for å kunne besvare alle vesentlige spørsmål i forhold til mandatet.

Vi konstaterer at man ved å velge ettsykehusmodellen frigjør betydelige ressurser, som igjen kan gjøre mye med kvaliteten på helsetjenesten. Man unngår at pasientene må i opptil 3 ulike lokasjoner for å få utredet en lidelse. Man vil kunne utrede muligheten for å etablere en kvinneklinikk, som medfører at kvinner som er selektert bort fra fødeavdeling kan føde på Helgeland. Kravet om antall fødende er av sentral helsemyndighet fjernet og erstattet med kvalitetskrav, som en 2/3 sykehusmodell aldri vil ha kapasitet til å løfte. Man har dette i Førde som kun har 200 flere fødende enn på Helgeland. Man vil videre få ressurser til å utruste og bemanne DMS i Rana og Brønnøysund på en slik måte at de vil kunne bli ett reelt tilbud for befolkningen. Disse DMS vil måtte være avhengig av faglig støtte fra akuttsykehuset noe som umuliggjør en lokalisering av akkutsykehus til Mo i Rana.

Vi oppfordrer Ressursgruppa til å tenke nytt. Ikke en sykehusplassering i Mo, Brønnøysund, Sandnessjøen eller Mosjøen, men midt imellom. I Tovåsen, Drevja, Toven eller Holandsvika (Nyland). Faren for oppsmuldring av fagmiljø, tilgang på ressurser, optimalisering av økonomi, tilgjengelig for pasienter er grundig gjennomgått i dette høringsvaret.