



Helgelandssykehuset 2025

Oppsummering av hørings svar til

Ekstern ressursgruppens foreløpige rapport 3.12.2018

Tittel

Prosjektnummer	
Prosjekt	Type rapport/ dokument
Helgelandssykehuset 2025	Oppsummeringshøringsvar til Ekstern ressursgruppes foreløpige rapport 3.12.18

UTARBEIDET AV		
		epostadresse
Vincent Maure	Sykehusbygg HF	Vincent.maure@sykehusbygg.no
Christians Brødreskift	Sykehusbygg HF	Christian.brodreskift@sykehusbygg.no

DOKUMENTSTATUS					

BEHANDLINGSPROSEDYRE			
Oversendt for behandling	Forventet dato for behandling	Instans	Dato for behandling
04.03.2019	11.03.2019	Ekstern ressursgruppe	
08.03.2019	11.03.2019	Ekstern ressursgruppe	

Innhold

1	Sammendrag	4
1.1	Høringsinstanser	4
1.2	Hovedtema fra høringsuttalelsene	4
2	Tilbakemeldinger på mangler og svakheter i Ressursgruppens foreløpige rapport	5
2.1	Troverdighet, faglighet.....	5
2.2	Tema som Ressursgruppen ikke har berørt/ vektlagt for lite:	6
2.3	Metode.....	6
3	Tema som Ressursgruppen ikke har berørt/ vektlagt for lite	6
3.1	Fødende på Helgeland	6
3.2	Psykatri og rus.....	7
3.3	Momenter som kan bidra til å skille mellom alternativene ønskes belyst.....	7
3.4	For dårlig beskrivelse av innhold og funksjonalitet i DMS.....	8
4	Høringsuttalelser som berører prosessen videre	9
5	Ressursgruppens anbefalinger	9
5.1	Ett eller to akutt sykehus.....	10
5.2	Rekruttering, lokalisering i eller utenfor byene	10
5.3	Rekruttering, forskjell på byenes attraktivitet.....	11
5.3.1	Effekten av et felles akutt sykehus i en av byene	11
5.3.2	Byenes innbyrdes attraktivitet – urbanitets vurderinger	11
5.3.3	Rekruttering, stabile fagmiljø, risiko i interimsperioden	12
6	Lokalisering, og høringsinstansenes «Hvorfor akutt sykehuset ikke bør ligge Mo i Rana»	13
6.1	Likeverdige helsetjenester.....	14
6.2	Reiseveg og transporttider	14
6.2.1	Transport i akutte situasjoner.....	15
6.2.2	Tilgjengelighet og avstand for planlagt aktivitet og besøkende	15
6.3	DMS, rekruttering og samhandling med kommuner, legevakt og fastleger	16
6.4	Lekkasje	16
7	Arbeidsmarkedsregioner og pendlevilje	17
	Vedlegg	18

1 Sammendrag

1.1 Høringsinstanser

Det er registrert 136 innkomne eposter med vedlegg i postarkivet hos Sykehusbygg HF. Enkelte har sendt inn dokumenter i flere forsendelser, disse er telt som en høringsinstans. Noen har sendt samme uttalelse to ganger, og noen har sendt inn flere og senere trukket de første. Dette utgjør 111 uttalelse fra forskjellige høringsinstanser, og de fordeler seg som følger:

- Offentlig; Kommune/fylkeskommune:	18
- Offentlig oppnevnte råd og utvalg:	6
- Fastleger/legevaktleger.	8
- Organisasjoner	
o Ideelle	6
o Fagforeninger, helse og andre	6
o Næring	4
o Politiske	13
- Næringsliv	5
- Privatpersoner	22
- Ansatte HSYK	18
- Universitet	2
- Andre HF	2

«Politiske organisasjoner» inneholder uttalelser fra politiske partier og sykehusaksjoner. Fagforeninger inneholder både fagforeninger innenfor helseområdet (Legeforening, Jordmorforbundet etc.) og fagforeninger innenfor alle andre felt.

Uttalelser fra fagforbund/fagorganiserte/ tillitsvalgte som er ansatt i Helgelandssykehuset er kategorisert som ansatte HSYK. Det framgår av lista over høringsinstanser at det er uttalelser fra fagorganisasjoner/ tillitsvalgte.

12 kommuner på Sør-Helgeland har avgitt felles høringsuttalelse, kommunestyrebehandlet i alle kommuner (se vedlegg til uttalelse nr. 45). 6 andre høringsinstanser, fra politiske partier, sykehusaksjon og privatpersoner, har eksplisitt sluttet seg til denne uttalelsen. Det foreligger uttalelse fra Nordland fylkeskommune, fylkestingsbehandlet 26.02 (87).

1.2 Hovedtema fra høringsuttalelsene

Høringsuttalelsene kan grupperes i noen hovedkategorier. Ressursgruppens (RGs) troverdighet, habilitet, bruk av verktøy og grunnlaget for konklusjonene, og gruppas hovedkonklusjon utfordres i mange høringsuttalelser. Manglende vurdering av tilbudet til fødende og akutt psykiatri og rus etterlyses av flere.

Høringsinstansene utfordrer sentrale tema som er vektlagt i RGs rapport; vurderingene av urbanitet mellom de 3 byene, byenes –urbanitetens - betydning for rekruttering, og pendlingsviljen i befolkning på Helgeland. Det er tema som kommenteres i mange uttalelser.

Ressursgruppens vektlegging av at sykehuset bør ligge i en av de tre byene utfordres i noen høringsinnspill ved å vise til at både nytt sykehus i Nordmøre og Romsdal (SNR) og Østfoldsykehuset er plassert utenfor byer, og at det samme planlegges for Helse Innlandet, med Mjøs-sykehuset som tenkes lagt mellom byene Hamar, Lillehammer og Gjøvik (inntil 35km fra byenes sentrum)

Konklusjonen om at plassering i en ytterkant av Helgeland ikke er av vesentlig betydning for pasientenes sikkerhet i akutt situasjoner og tilgjengelighet til spesialisthelsetjenester for eldre og pasienter med kroniske sykdommer utfordres av mange høringsinstanser.

Den samme plasseringen utfordres også med tanke på hva avstand til akutt sykehus vil kunne bety for rekruttering/ pendling av spesialister til DMS og for rekruttering og stabilitet i kommunehelsetjenesten/ fastlegestillingene med stor avstand til et akutt sykehus.

Risikoen for pasientlekkasje ut av Helgelandssykehuset og ut av Helse Nord s helseregion påpekes som både en økonomisk og en helsefaglig utfordring fordi en lekkasje vil redusere pasientgrunnet for akutt sykehuset og for universitetssykehuset i nord.

Flere påpeker at en annen plassering av akutt sykehus (sør for Korgfjellet) vil redusere behovet for DMS til å gjelde bare Brønnøysund og Mo, og med det redusere både investeringsbehov og framtidige driftsutgifter.

Konklusjonen i Ressursgruppens rapport om å anbefale ett akutt sykehus på Helgeland utfordres i noen høringsuttalelser, ut fra at Helse Nord RHF, både innenfor Nordlandssykehuset HF, innenfor UNN HF og innenfor Finnmarkssykehuset HF har akutt sykehus med opptaksområder på størrelse med Mo og Sandnessjøen. Det vises også til Stortingsbehandlingen av Nasjonal helse- og sykehusplan der Stortinget fattet følgende vedtak:

Vedtak 543

Stortinget ber regjeringen sørge for at sykehus som i dag har akutt kirurgiske tilbud, fortsatt vil ha dette når hensynet til pasienten gjør det nødvendig, og kvalitet og pasientsikkerhet er ivaretatt.

Vedtak 544

Stortinget ber regjeringen om at scenarioene som er beskrevet i Nasjonal helse- og sykehusplan, ikke skal være førende for de lokale og regionale utviklingsprosessene som skal gjennomføres etter at Stortinget har behandlet planen.

Knappt en tredjedel av uttalelsene berører behovet for samfunnsanalyse og/eller alternativskillende økonomiske vurderinger.

Flere uttalelser påpeker behov for å ny høringsrunde etter at Ressursgruppen legger fram sin endelige rapport 18.mars 2019. Begrunnelsen for dette er at rapporten oppfattes å ha så store mangler at den ikke gir tilstrekkelig grunnlag for beslutning, og at hele beslutningsgrunnet derfor bør ut igjen på høring.

2 Tilbakemeldinger på mangler og svakheter i Ressursgruppens foreløpige rapport

Mange av høringsinstansene uttrykker skepsis til om Ressursgruppen har «gjort jobben» sin.

2.1 Troverdighet, faglighet

Det er mange innspill som berører spørsmål om Ressursgruppens troverdighet, som både går på

sammensetning, habilitet og at den kan være styrt/ bestilt til å komme med sine konklusjoner.

Det foreligger innspill på at gruppa ikke har oppfylt mandatet som er gitt. Det gjelder 0-alternativet med dagens tre sykehus, hvorav to akuttpsykehus, som ikke er behandlet. Det er også innvendinger som går på at alternativ 2b-1 med et stort og ett lite akuttpsykehus er for lite beskrevet. En annen generell innvending er at RG ikke har fulgt statlige retningslinjer og politiske føringer, se 1.2.

2.2 Tema som Ressursgruppen ikke har berørt/ vektlagt for lite:

Mange hørings svar er opptatt av at Ressursgruppen ikke har vektlagt vesentlige problemstillinger tilstrekkelig. Disse problemstillingene omtales særskilt lenger ut i rapporten.

- Situasjonen for fødende på Helgeland hvis sykehusstrukturen går fra to til ett akuttpsykehus
- Situasjonen for akutt psykiatri og rusbehandling
- Samfunnsanalyse, konsekvens av strukturendring og lokaliseringvalg
- Alternativskillende økonomiske forhold
- Bruken av DMS er for lite inngående beskrevet.
- Samhandling mellom kommunene og akuttpsykehuset
- 0-alternativet og 2b-1 er dårlig utredet
- Avstand til akuttpsykehuset og utfordringer knyttet til transport

2.3 Metode

Ressursgruppen utfordres også på bruk av metoder, statistikk, transportanalyser, vektning av kriterier for rekruttering mm. Dette omtales mer utdypende under hvert tema.

3 Tema som Ressursgruppen ikke har berørt/ vektlagt for lite

3.1 Fødende på Helgeland

Strukturendring fra to til ett akuttpsykehus og dermed fra to til kun en fødeavdeling med full beredskap vil påvirke situasjonen for gravide og fødende på hele Helgeland. Hvor mange fødende det vil gjelde, og hvor lang transporttiden blir, vil være avhengig av lokalisering av akuttpsykehuset. Det blir flere kommuner med veldig lang transporttid ved lokalisering på Mo.

Det reises innvendinger i flere uttalelser (bl.a. 108 fra Jordmorforbundet i Nordland) mot strukturendring for fødeavdelingene på Helgeland med å vise til følgende:

- *Nasjonal helse- og sykehusplan slår fast at fordelingen av mindre fødeavdelinger og fødestuer må sikre nærhet til fødetilbud.*
- *Det blir vanskeligere å oppfylle kvalitetskravene til fødselsomsorgen, fastlagt av Helsedirektoratet*
- *Stortinget har vedtatt at det ikke skal legges ned flere fødeavdelinger i Norge.*

Dersom konklusjonen blir at det blir ett felles akuttpsykehus, med en fødeavdeling pekes det på følgende

«Ifølge retningslinjer kreves følgetjeneste med jordmor il gravide i fødsel dersom reiseveien er over 1-1,5 timer. Dersom akuttpsykehuset legges til Mo i Rana så må en rekke kommuner organisere følgetjeneste for gravide i fødsel fordi tiden fra riene melder seg og til kvinnen kan være på Mo langt overskrider anbefalingene» (3, fra kommunelege/fastlege)

Høringsuttalelsen fra Jordmorforeningen (Dnj) ved Helgelandssykehuset (46) sier blant annet følgende om følgetjenesten:

Ansvaret for følgetjenesten for gravide og finansiering av denne ble overført til de regionale helseforetak fra 1. januar 2010. Formålet er faglig forsvarlighet, helhetlig og standardiserte pasientforløp for gravide og fødende, samt god samhandling.

- *Dnj mener beredskap og følgetjenesten kan redusere antall transport- og uplanlagte hjemmefødsler.*
- *Mange har lang reise vei til nærmeste fødeenhhet. Det å ha mulighet for følge av jordmor, vil oppleves som en trygghet*
- *Dnj mener at kriterier for å oppnå krav om følgetjeneste må reisevei beregnes fra kvinnens bosted og ikke fra f.eks. kommunesentret*
- *God fagkompetanse er nødvendig for bl.a. å vurdere hastegrad inn til fødeenhhet*

Flere uttalelser påpeker behovet for å ha fødetilbud utenom en sentral fødeavdeling, som fødestua i Brønnøysund.

Høringsuttalelsene fra Den norske jordmorforening; nasjonalt (108), i Nordland (69), for Helgelandssykehuset (46), på Mo (88), på Sør-Helgeland (98) og uttalelsen fra leger på HSYK Mo i Rana (117) inneholder alle informasjon som kan legges til grunn for det videre arbeidet med å beskrive fødetilbudet ved strukturendring fra to til ett akuttisykehus og med det til en fødeavdeling.

I høringsuttalelse 117 argumenteres det for at størrelsen på en felles fødeavdeling blir så stor at det kan være grunn til å vurdere etablering av barneavdeling ved det nye felles akuttisykehuset.

Forholdet for fødende omtales i tillegg i felles uttalelse, (se vedlegg til uttalelse 45 fra Vefsn kommune) fra 12 kommuner på Sør-Helgeland, fra fastlegene i Brønnøy og fra flere enkeltinstanser, i tillegg til Jordmorforeningen og Legeforeningen.

3.2 Psykiatri og rus

Behovet for å tydeliggjøre hvordan tilgjengeligheten for behandling for psykiske lidelser og ruslidelser etterlyses eksplisitt i mange uttalelser. Det gjelder både ved behov for akutte innleggelse, og behov for nærhet til tjenesten slik uttalelsen fra Dønna Ungdomsråd (24) påpeker det:

Ungdata undersøkelsen viser at ungdom sliter med sin psykiske helse, mer nå enn før. Med avstandene, fraværsgrense og dårlig kollektiv transport, er det enda viktigere for ungdom med et nærliggende sykehus slik at man kan få den hjelpen man trenger, uten at det skal gå utover utdanning og helse.

FFO Rana/SAFO (21) påpeker behovet for at det i forbindelse med ny sykehusstruktur etableres psykiatrisk akuttpost, det samme kommer fram i uttalelser fra fagmiljøet ved HSYK Mo i Rana (115)

3.3 Momenter som kan bidra til å skille mellom alternativene ønskes belyst

Samfunnsanalyse

Mange høringsuttalelser etterlyser at det ikke er gjort en samfunnsanalyse av konsekvensene ved å endre sykehusstruktur, for de byene der sykehusene er lokalisert i dag og for et nytt sted som eventuelt blir ny lokalisasjon. Fellesuttalelsen fra de 12 kommunene på Sør-Helgeland etterlyser hvordan konsekvensutredning etter Plan- og bygningsloven er tenkt gjennomført – om det vil bli en

del av grunnlaget før beslutning om struktur og lokalisering.

Effekten av å etablere et større akuttsykehus er kommentert av flere – det stedet/kommunen som får sykehuset vil få en vekst som ikke er hensyntatt i vektingen mellom alternative lokasjoner.

Det påpekes også i flere uttalelser at virkningen for de byene som eventuelt mister sitt sykehus vil være betydelig, og at det må med i en samfunnsanalyse.

Fra industrien, både enkeltbedrifter og næringsforeninger (i alt 11 uttalelser) anføres det at sykehuset representerer et viktig og nødvendig tilskudd som arbeidsplass for partnere til ansatte. Dette vil være et relevant tema i samfunnsanalysen.

Alternativskillende økonomiske forhold

Mange etterlyser økonomiske analyser som kan bidra til å skille mellom alternativene. Det som påpekes hyppigst er at antall DMS vil bli redusert fra 3 til 2 dersom akuttsykehuset lokaliseres mellom Sandnessjøen og Mosjøen (bl.a. 96, 98, 101, 102). Det påpekes i denne sammenhengen at Mo i Rana med utgangspunkt i sitt fagmiljø vil ha gode forutsetninger for å etablere et stort og velfungerende DMS – på linje med det Finnmarkssykehuset er i ferd med å etablere i Alta (Klinikk Alta).

Noen uttalelser bemerker at det kan bli forskjellige kostnader til transport med bil- og båtambulansse avhengig av lokalisering av et felles akuttsykehus.

Det er lite fokus på eventuell fortsatt bruk av eksisterende bygningsmasse i uttalelsene. En uttalelse sier eksplisitt at hvis det er snakk om et nytt felles akuttsykehus, så må det være nettopp det – *nytt*.

Mange høringsuttalelser, deriblant fellesuttalelsen fra kommunene på Sør-Helgeland kommenterer denne problemstillingen.

3.4 For dårlig beskrivelse av innhold og funksjonalitet i DMS

Ressursgruppen har lagt som forutsetning at etablering av DMS i de tre byene som ikke har akuttsykehus skal gi tilgjengelighet til spesialisthelsetjenester til befolkningen som får størst avstand til akuttsykehuset. Det gjelder pasienter med behov for hyppig kontakt, spesielt for eldre og pasienter med kroniske sykdommer, og for polikliniske undersøkelser generelt. Rapporten legger også DMS inn i den akutte pre-hospitale kjeden for diagnostikk og stabiliserende behandling før transport til akuttsykehus.

Mange høringsuttalelser uttrykker at innholdet i de framtidige DMS er for lite utfyllende beskrevet til at det gir tilstrekkelig trygghet som kompensasjon for økt avstand til akuttsykehuset. Det er derfor vanskelig for høringsinstansene å forholde seg til konklusjonen uten å ha tilstrekkelig informasjon om hele tilbudet fra spesialisthelsetjenesten.

Høringsvaret fra FFO Rana/ SAFO (21) beskriver det slik: *I forhold til eventuelle DMS er vil disse være en viktig del for behandling av spesielt kronikere og her vil det i fremtiden være en konstant utvikling innfor bl.a. teknologiske løsninger. FFO/SAFO er av den oppfatning at det hadde vært en fordel for høringen om det hadde vært et avsnitt om hva et DMS kan inneholde.*

Fra fastlegene i Brønnøy (17) hentes følgende sitat: «Et " stabiliserende team " ved DMS; Vi har per i dag ingen kunnskap om hva dette «teamet» innebærer og hvordan det skal kunne fungere 24 timer i

døgnet året gjennom – og gi ekstra hjelp.»

I uttalelsen fra Akuttmedisinsk avdeling ved UNN (40) formuleres uroen slik:

DMSene framstår utydelig i størrelse, innhold og funksjon. Mangel på avklart funksjonsfordeling mellom akuttpsykehuset og DMSene taler for at plasseringen av akuttpsykehuset må ta hensyn til en situasjon der DMSene faktisk ikke er i stand til å ivareta en så stor andel av poliklinisk virksomhet og dagbehandling som rapporten forutsetter.

Vi er også usikre om et DMS i Brønnøysund fullt ut kan kompensere for lange reiseavstander når pasienter fra sørregionen blir akutt syke eller skadde gjennom f.eks. rask avklarende røntgen og primær, stabiliserende behandling. Vi tviler på om det er faglig forsvarlig og realistisk at et DSM skal kunne erstatte et lokalt akuttpsykehus.

Temaet DMS er berørt med ulike innfallsvinkler mer enn 30 uttalelser.

4 Høringsuttalelser som berører prosessen videre

Flere uttalelser påpeker mangler ved Ressursgruppens rapport og knytter an til styrevedtaket i Helgelandssykehuset i januar som påpeker at det er behov for utdyping av områder som er for lite omtalt i rapporten, som fødetilbudet hvis konklusjonen blir strukturendring, tilbudet til pasienter med rus- og psykiske lidelser, alternativskillende økonomiske faktorer og behovet for samfunnsanalyse.

Disse uttalelsene påpeker behovet for ny høringsrunde. Noen knytter det til høring på Ressursgruppens endelige rapport, det gjelder bl.a. fellesuttalelsen fra de 12 kommunene på Sør-Helgeland. Noen vil ha ny høring når hele beslutningsunderlaget er klart.

Dette temaet er spesielt vektlagt i høringsuttalelse nr. 136, der det står:

Når beslutningsgrunnlaget er mangelfullt og det er uklart hva som skal tilrås/besluttet av styrene våren 2019, settes kommunene og andre uttaleparter i en unødig håpløs og vanskelig situasjon som skaper masse frustrasjon.

og slik:

Den Foreløpige rapporten tilfredsstillter etter min vurdering ikke kravene til å være et tilfredsstillende beslutningsgrunnlag. Nå kan tilleggsutredningene og direktørens saksutredning til styret rette opp i noe av dette, men de som skal uttale seg får ikke tilgang til dette som grunnlag for å gi uttalelse.

5 Ressursgruppens anbefalinger

Ressursgruppens mandat ble formulert slik: «Som prosjektinnramming til konseptfasen skal gruppen utarbeide en rapport med forslag om tre alternativer til ny sykehusstruktur på Helgeland, og gi en begrunnet anbefaling av det beste alternativet.»

Gruppen ble stilt fritt med tanke på om de to alternativene skulle inneholde to forskjellige strukturelle løsninger eller kun ett alternativ med to forskjellige lokasjoner.

Ressursgruppen har forstått mandatet slik at 0-alternativet, ingen endring fra dagens struktur og alternativ 2-b1 med et stor og et lite akuttpsykehus, begge naturlig falt ut når konklusjonen i gruppen

så entydig ble å anbefale ett felles akutt sykehus.

Ressursgruppens anbefalinger kan deles i følgende tema:

- Ett eller to akutt sykehus
- Lokalisering i eller utenfor by
- Alternative lokasjoner - vektning mellom alternativene, mellom byene.

5.1 Ett eller to akutt sykehus

Ressursgruppens anbefaling er at Helgelandssykehuset skal ha ett akutt sykehus. Begrunnelsen er befolkningsstørrelse og muligheten for å rekruttere og beholde et kompetent, robust og stabilt fagmiljø. Ressursgruppen har ikke vektet geografi og avstands-/værutfordringer som så tungt at det tilsier at man skal følge Nasjonal Helse- og sykehusplan sin alternative løsning med befolkningsgrunnlag mindre enn 60.000-80.000 i et akutt sykehus.

75 (minst – kan måtte fintelle en gang til) høringsuttalelser støtter denne vurderingen.

20 uttalelser ønsker fortsatt to likeverdige akutt sykehus både i Mo og i Sandnessjøen. Det er to hovedargumenter fra de som ønsker å opprettholde to sykehus;

- hensynet til kysten, øyene og Sør-Helgeland som vil få mye vanskeligere reise og transportforhold dersom sykehuset i Sandnessjøen forsvinner, og at
- to akutt sykehus vil være det som totalt gir minst reisebelastning for hele befolkningen på Helgeland.

Framtidig funksjon ved Mosjøen sykehus er lite berørt i diskusjonen om ett kontra to akutt sykehus. Det framgår derfor ikke om de som argumenterer for todeling av akutt sykehusfunksjonen ser for seg at det fortsatt skal være elektiv drift i Mosjøen.

Alternativ 2b-1, med et stort og et lite akutt sykehus har ingen tilslutning i høringsuttalelsene, og det argumenteres aktivt imot en slik løsning noen uttalelser, ibla. i høringsuttalelsene fra Nordland Legeforening (101) og fra Sykehusaksjonen i Mosjøen (57)

Det er i tillegg et prinsipielt forhold som er med i begrunnelsen for noen av dem som går inn for to sykehus: Helse Nord har flere sykehus med tilsvarende befolkningsstørrelse er nevnt noen uttalelser og er formulert slik i Bjørnar Olaisens uttalelse (10): *Det er lite tillitvekkende at Ressursgruppen ikke synliggjør og trekker lærdom av de valg Helse Nord har gjort når sykehusstrukturen er lagt i de øvrige områdene i Nord-Norge. I Lofoten og Vesterålen har Nordlandssykehuset to lokalsykehus (Gravdal og Stokmarknes), og i Sør-Troms/Ofoten har UNN to (Harstad og Narvik). Disse to områdene har mange av de samme karakteristika som vår region når det gjelder avstander og befolkningsmønster. Helse Nord har valgt å beholde alle fire sykehusene, samtidig som man bygger nytt på to av stedene (Stokmarknes og Narvik)*

Det vises også til Nasjonal helse- og sykehusplan, med formuleringen om at mindre befolkningsgrunnlag kan være aktuelt der geografi, kommunikasjon og værforhold tilsier det, og Stortingets behandling av Nasjonal helse- og sykehusplan, se sitat under avsnitt 1.2.

5.2 Rekruttering, lokalisering i eller utenfor byene

Ressursgruppens vurdering av at ett felles akutt sykehus anbefales lokalisert i en av byene, utfordres ikke direkte på argumentasjonen som ligger til grunn for valg av by kontra mindre sted, med unntak

av uttalelsen fra Hemnes kommune (23). Denne uttalelsen utfordrer premissene som ligger til grunn for konklusjonen både på ansattes behov for urbane omgivelser og deres pendlervilje.

Om lag 50, hvorav alle fra de 12 kommunene på Sør-Helgeland som har avgitt felles høringsuttalelse, uttalelser konkluderer imidlertid med ett sykehus på «aksen» mellom Sandnessjøen og Mosjøen, eller formulert annerledes som «sentralt» på Helgeland» eller «sør for Korgfjellet». Her argumenteres det for at urbanitet og plassering i en by ikke er avgjørende, at folk som trekkes til Helgeland like gjerne er opptatt av tilgang til natur og friluftsliv. Flere av disse uttalelsene inneholder tilsvarende argumenter som uttalelsen fra Hemnes, at pendlerviljen er større enn det Ressursgruppen legger til grunn i sin anbefaling.

Det vises i 3 uttalelser til valg av sykehuslokalisering andre steder i Norge som Østfoldsykehuset som er bygd utenfor Sarpsborg og Fredrikstad, sykehuset som er under bygging i Nordmøre/Romsdal på en tomt ca. 20 min utenfor Molde, og vedtaket i Sykehuset Innlandet om et nytt «Mjøs-sykehus» mellom byene Hamar, Lillehammer og Gjøvik (ca. 35km fra bysentrene)

5.3 Rekruttering, forskjell på byenes attraktivitet

Ressursgruppen vurderer alle tre byene og bare de tre byene som mulige lokalisasjoner for et felles akuttsykehus på Helgeland. Hovedvekten er lagt på sannsynligheten for å rekruttere og skape stabile gode fagmiljø i en framtidig konkurranse om arbeidskraft.

Anbefalingen fra Ressursgruppen om at det bare er behov for ett akuttsykehus på Helgeland beliggende i en av byene, ga dermed utfordringen å prioritere mellom byene for valg av lokalisering.

Ressursgruppens konklusjoner som gir prioriteringsrekkefølge: Mo i Rana – Sandnessjøen – Mosjøen utfordres langs flere linjer i høringsuttalelsene:

- Lokalisering av et felles akuttsykehus til en av de to minste byene vil bidra til at dagens situasjon med ulikheter mellom Mo og de to andre byene utjevnes
- Byenes attraktivitet i dag – er Ressursgruppens vektning relevant og riktig?
- Dagens situasjon med sammensetning og stabilitet i fagmiljøene er ikkevurdert

5.3.1 Effekten av et felles akuttsykehus i en av byene.

Høringsinstansene påpeker at lokalisering i en av de to minste byene vil føre til vekst, med behov for boligbygging og annen infrastruktur. Forskjell på boligmarkedet som beskrives i rapporten vil utjevnes. Et større sykehus vil etter all sannsynlighet føre til utvikling også av øvrig næringsliv, med økt tilgang på arbeidsplasser for partnere. Helsefaglige utdanningsløp vil være avhengige av sykehuset som praksisarena, og vil måtte tilpasse seg plasseringa av akuttsykehuset.

5.3.2 Byenes innbyrdes attraktivitet – urbanitetsvurderinger

Ressursgruppen har analysert følgende faktorer i sin rapport: variert jobbmarked, variert botilbud, korte arbeidsreiser, gang- og sykkeltilgjengelighet, urbanitet, tilgang grønt og friområder, kommunikasjon til andre regioner og noen andre attraktivitetsvurderinger.

Høringsuttalelsene vektlegger jevnt over ikke vurderingen av Mo som en mer attraktiv by enn de to andre. At den er større og dermed mer variert både på bomuligheter og arbeidsliv anses som opplagt, men vektet ikke som tilstrekkelig godt grunnlag for å legge akuttsykehuset i det geografisk ytterpunkt for regionen.

Høringsuttalelsen fra Lars Erik Krogtuft (26) utfordrer Ressursgruppens vurdering av urbanitet ved å påpeke «*Vinklingen er svært positivistisk vinkling og ikke tar utgangspunkt i senere tids teorier på stedsbegrepet (Dale og Berg 2015)*»

Han utfordrer vurderingen av boligmarkedet ved å si at avhengig av hvilke elementer som vektlegges kommer enten Mo, eller Sandnessjøen, eller Mosjøen best ut, og mener dermed at boligmarkedet ikke skiller entydig mellom byene. Han gir også sin vurdering av byenes opplevde kvalitet, der Mosjøen kommer best ut. Hans konklusjon er følgende:

Samlet sett vurderer jeg at dere har brukt noen svake argumenter i deres vurdering av stedsattraktivitet. Rapporten har altså mange faglige svakheter under stedsattraktivitet og vil være uheldig å legge til grunn for en etablering av nytt sykehus.

5.3.3 Rekruttering, stabile fagmiljø, risiko i interimperioden

Temaet rekruttering drøftes i mange uttalelser, med mange innfallsvinkler. Flere etterlyser vurdering av samlet fagmiljø i Mosjøen og Sandnessjøen i forhold til Mo i Rana, da disse vil utgjøre tyngdepunktet dersom et sykehus legges sør for Korgfjellet. Det kommer motstridende innspill på denne problemstillingen fra respektive fagmiljø i Mo i Rana (117) og Mosjøen/Sandnessjøen (123).

Foretaksledelsen i UNN HF (58) sier i sin uttalelse at man må vurdere å vektlegge: *Hvilket av lokaliseringalternativene som over tid har vist mest stabil rekruttering av helsepersonell til alle driftsenhetene.*

6 Lokalisering, og høringsinstansenes «Hvorfor akuttpsykehuset ikke bør ligge Mo i Rana»

Det er stor grad av enighet i høringssvarene om at ett akuttpsykehus for Helgeland vil være framtidsrettet.

Når det kommer til hvor et felles akuttpsykehus bør ligge, representerer høringsinnspillene synspunkter avhengig av geografisk tilhørighet, med to unntak. Det er to høringsinstanser som ikke har tilhørighet hverken nord eller sør for Korgfjellet som også konkluderer med et felles akuttpsykehus sør for Korgfjellet. (40, 101)

9 av uttalelsene ønsker et felles akuttpsykehus lagt til Mo i Rana. Disse uttalelsene støtter vurderingene gitt i Ressursgruppens foreløpige rapport og har lite å tilføye utover det. Fire høringsuttalelser uttrykker tilslutning til ett akuttpsykehus uten å ta standpunkt til lokalisering (68, 79, 86, 130). En uttalelse (23) går eksplisitt inn for lokalisering i det geografiske midtpunktet. Det er i alt 13 uttalelser som ønsker et felles akuttpsykehus lagt til Sandnessjøen/omegn – alt fra Leirfjordsida for å unngå brua, til ved sjøen sør for byen for enklest mulig ilandføring av pasienter som kommer med ambulansébåt. En uttalelse (15) argumenterer for sykehus i Mosjøen.

57 uttalelser argumenter for et sykehus som ligger mer sentralt plassert på Helgeland enn et sykehus i Mo i Rana vil gjøre, med ulike beskrivelser: «sentralt på Helgeland», «sør for Korgfjellet», «på akse» Mosjøen Sandnessjøen» Samme argumentasjon går igjen fra mange høringsinstanser.

Akuttavdelingen ved UNN Tromsø (40) oppsummerer sin vurdering slik:

Konklusjon:

Akuttmedisinsk klinikk, UNN HF er enig med ressursgruppen i at det bør etableres ett stort akuttpsykehus på Helgeland. Vi mener - i motsetning til ressursgruppen - at dette nye akuttpsykehuset bør lokaliseres sør for Korgfjellet med bakgrunn i følgende hovedargumenter:

- *Redusert reisetid til sykehus for majoriteten av befolkningen (Mo i Rana har lengst vektet reisetid av alle alternativene)*
- *Bedret rekruttering av spesialister som følge av redusert ambulerings- og ventetid til DMSene*
- *Bedre mulighet for faglig støtte til DMSene*
- *Bedre forhold for luftambulansetjenesten*
- *Reduserte pasientlekkasjer til Nordlandssykehuset HF og Helse Midt-Norge*

Uttalelsen fra Nordland legeforening (101) konkluderer slik:

Lokalisering: Nordland legeforening kan ikke støtte ressursgruppas forslag om å legge et framtidig felles akuttpsykehus til Mo i Rana. En slik plassering vil medføre at de pasientene på Helgeland som allerede i dag har lengst reisevei til sykehus, får økt transporttid på minst en -1 – time. De har per i dag en reisevei på ca 1 -3,5 timer. Dette gjelder befolkningen i kommunene Vevelstad, Brønnøy og Sømna samt øykommunene Vega, Herøy, Dønna, Lurøy og Træna. Fra Sømna til Mo i Rana er det 270 km. Det 40 km lenger enn avstanden mellom Mo i Rana og Bodø. Felles for disse kommunene er at raskeste transportmetode (bortsett fra helikopter) til dagens sykehus i Sandnessjøen er ambulansébåt.

6.1 Likeverdige helsetjenester

15 uttalelser, alt fra en prost på Helgeland (42), til Nordland Fylkeskommune (97) og Brukerutvalget ved HSYK (79) kommenterer på det etiske aspektet ved å lokalisere et felles sykehus slik at mange innbyggere får veldig lang reiseveg, og det vises til formålsparagrafen i Helseforetaksloven med følgende sitat:

Helseforetakenes formål er å yte gode og likeverdige spesialisthelsetjenester til alle som trenger det når de trenger det, uavhengig av alder, kjønn, bosted, økonomi og etnisk bakgrunn, samt å legge til rette for forskning og undervisning.

Brukerutvalget ved Helgelandssykehuset sier det slik i sin uttalelse:

Samtidig mener vi det er to forutsetninger som bør ligge i bunnen når man vedtar oppbyggingen av Helgelandssykehuset 2025:

- 1. Ingen av innbyggerne på Helgeland skal få et dårligere tilbud enn dagens.*
- 2. Flest mulig skal få et bedre tilbud enn dagens.*

Høringsuttalelsen fra foretaksledelsen ved UNN (58) sier om kriterier for lokalisering

- Reisetiden til sykehuset for majoriteten i befolkningen må være kortest mulig

Det brukes litt forskjellige begreper for å beskrive det høringsinstansene ønsker å få fram; som likeverdige helsetjenester, helserettferdighet, trygghet.

6.2 Reiseveg og transporttider

Dette er det temaet som berøres i flest uttalelser. Det gjelder både ved akutte hendelser og hensynet til pasienter og pårørende ved planlagte hendelser og for besøksreiser.

Ressursgruppens rapport presiserer at lokalisering av et felles akuttsykehus til Mo i Rana gir både lengst vektet reisetid, og samtidig er den lokasjonen som gjør at flest når sykehuset innen en time. Rapporten har ikke avdekket at det er grunnlag for å karakterisere transporttiden til Mo som uforsvarlig, men den forutsetter en rekke avbøtende tiltak for de pasientene som lengst transporttid i akutte situasjoner, som bl.a. forbedret prehospital diagnostikk og akuttbehandling, tilpasning av ambulansetjenesten både på veg, for båt og i lufta.

Rapporten beskriver at utfordringene med lang transport/ reisetid i akuttsituasjoner må løses gjennom:

- DMS samarbeid med legevaktleger og prehospitaltjenester
- Økt bruk av prehospital diagnostikk i DMS (bilundersøkelser) og i ambulansebil/ helikopter for tidlig iverksetting av behandling
- Ny plan for prehospital tjeneste etter at lokalisasjon endelig er valgt

Det flertallet av høringsuttalelser som argumenter for en mer sentral geografisk plassering av et felles akuttsykehus uttrykker skepsis til om de beskrevne tiltakene vil være gjennomførbare, om de er realistiske. Tidligere nevnte innvendinger mot at de framtidige DMS er for dårlig utredet og beskrevet kommer tilbake knyttet til disse problemstillingene.

Høringsuttalelsen fra Kommuneoverlegeforum Helgeland (86) uttaler:

Kritisk til at akuttmedisinsk beredskap ved DMS diskuteres av ressursgruppa. DMS, uansett størrelse, kan ikke erstatte fullverdige sykehustjenester. Ved akutte, livstruende lidelser vil befolkningen ha behov for akuttmedisinske funksjoner ved et akutt sykehus

Kritisk til antydning at legevakt- og de prehospitale tjenestene skal overta mer ansvar for akuttmedisinske tilstander i akutte situasjoner langt fra sykehus.

6.2.1 Transport i akutte situasjoner

Det påpekes i flere høringsuttalelser at en betydelig andel av befolkningen vil få kritisk transporttid i akutte situasjoner, når helikoptertransport ikke er mulig. Eks 12.000 innbyggere med over 4 timer reisevei (107: Legeforeningene ved Sandnessjøen og Mosjøen sykehus)

Helikopter

Det foreligger et utall av rapporter, analyser og uttalelser når det gjelder helikoptertransport i akutte situasjoner. De er til dels motstridende og de vektlegges av høringsinstansene slik det best passer med argumentasjonen for ulike lokasjoner.

Ressursgruppen legger til grunn at økt bruk av helikopter til akuttransport kan kompensere for lengre avstander. Det er enighet om at det i utgangspunktet er større utfordringer knyttet til å fly inn over land på vinter med risiko for ising og at helikopter som benyttes i dag ikke har mulighet for å fly så lavt at ising unngås. Det er uenighet om betydning av ny flyteknologi, nye helikoptre med avisingsmuligheter – om og når dette vil komme, og hvilke konsekvenser det vil ha for framtidig beredskap på Helgeland.

Høringsuttalelser fra leger ved somatiske avdelinger i Mo (117) påpeker at behov for helikoptertransport for befolkningen i/rundt Mo vil øke hvis akutt sykehuset legges sør for Korg fjellet, og at dette vil påvirke den totale kapasiteten for helikoptertransport.

Bil- og båtambulans

Pasienter fra øyene utenfor Helgelandskysten vil i akuttsituasjoner ha behov for kombinasjonen båt-bil (eventuelt bil-båt-bil) dersom helikoptertransport av ulike grunner ikke er mulig. Omlasting i akuttsituasjoner er generelt lite gunstig, og med plassering av akutt sykehuset i Mo, vil det bli lang biltransport fra omlasting på kai.

Høringsuttalelsene som konkluderer med akutt sykehus i Sandnessjøen vektlegger dette hensynet i betydelig grad.

Det er stor samstemmighet i en rekke uttalelser om at prehospitale tjenester må gjennomgå etter at lokalisering er valgt, med målsetting om å redusere ulempene som uansett vil oppstå ved å sentralisere fra to til ett akutt sykehus.

6.2.2 Tilgjengelighet og avstand for planlagt aktivitet og besøkende

Tilgjengeligheten til likeverdige spesialisthelsetjenester for hele befolkningen på Helgeland foreslås i rapporten løst ved

- Etablering av 3 DMS'er for poliklinisk utredning og behandling,
- Utvidelse av åpningstid i poliklinikkene for å gjøre det mulig å rekke fram og tilbake på dagen

- Økt bruk av avstandsoppfølging av pasienter til poliklinikk
- At offentlig transportmuligheter tilpasses valgt lokalisering av akutt sykehuset

Høringsuttalelsene uttrykker også her skepsis til i hvilken grad disse beskrevne tiltakene vil kunne oppveie for at store deler av Helgeland får større avstand til et felles akutt sykehus.

Når det gjelder kapasitet og muligheter ved DMS uttrykkes det tvil om det vil være mulig å rekruttere et tilstrekkelig antall spesialister til å betjenes 3 DMS. Lang avstand til akutt sykehuset vil gjøre det mindre attraktivt for spesialistene å ambulere.

Lang åpningstid i poliklinikk og en hel dag på reise oppleves ikke som en attraktiv løsning for de med lengst avstand.

Bruk av ny IKT-teknologi for avstandskonsultasjoner og oppfølging av pasienter med kroniske tilstander vurderes som for lite utprøvd og usikkert fra flere høringsinstanser.

Høringsuttalelsen fra UNN Akuttavdelingen (40) sier: *Vår vurdering er at rekruttering må sees i lys av behovet for spesialister i hele foretaket, ikke bare behovene ved akutt sykehuset. Rapporten vurderer ikke rekruttering til de distriktsmedisinske sentrene (DMS) og distriktssentrene for psykisk helse (DPS). Plassering av et akutt sykehus nord for Korgfjellet forutsetter velfungerende DMSer med høy andel av desentraliserte funksjoner med stabil tilstedeværelse av legespesialister og andre helsefaggrupper. For legespesialister vil dette i stor grad måtte løses ved ambulering fra akutt sykehuset.*

6.3 DMS, rekruttering og samhandling med kommuner, legevakt og fastleger

Ressursgruppen forutsetter at etablering av DMS skal bidra til å løse utfordringene med lang transporttid og reiseveg både i akutte situasjoner og for planlagt undersøkelse og behandling. Det er forutsatt at oppbygging av DMS kan bidra sammen med prehospitale tjenester og legevakt til initiell diagnostikk og behandling før videretransport. Dette forutsetter at det er tilstrekkelig og tilgjengelig personell både i kommunehelsetjenesten og ved DMS.

Høringsinnspillene utfordrer sannsynligheten av dette kan være mulig å få til hvis avstanden til akutt sykehuset blir stor. Det antas å ville bli enda vanskeligere å få spesialister til å ambilere, og det påpekes risiko for at rekruttering til kommunelege-/fastlegestillingene kan bli vanskeligere med økt avstand til akutt sykehuset. Belastningen og ansvar ved legevakt blir tyngre med økt krav om akuttmedisinsk innsats før transport.

Fastlegene i Brønnøy sier det slik (17): *Rapporten påpeker at kommunene må styrke fastlege – og legevaksordninger Vi sliter allerede i dag med rekruttering. Det er god grunn til å anta at dette blir enda vanskeligere med økt avstand til sykehuset. Ansvar for de dårlige pasientene ligger hos legevakslegen som ofte er alene på vakt. Avstand og transporttid vil da medføre et en økt belastning*

Noen høringsuttalelser påpeker at det vil være nødvendig for kommunene å ha god samhandling også med sykehuset, ikke bare med tjenestene i DMS. De påpeker en større utfordring å etablere gode samhandlingsforhold når det blir stor avstand til sykehuset.

6.4 Lekkasje

Det er enighet mellom Ressursgruppen og høringsuttalelsene om at plassering av et felles

akuttpsykehus i Mo øker risikoen for pasientlekkasje. Det er to grunner til at lekkasje kan oppstå. Den ene er fritt behandlingsvalg for planlagt behandling, som både kan være poliklinisk og som innleggelse. Pasienter med lengst reiseveg til Mo vil kunne velge sykehus i Trøndelag for planlagt behandling. Den andre er akuttsituasjoner der pasienter som er hentet med helikopter flys til andre sykehus enn Mo fordi det enten er kortere flytid eller det er for vanskelig flyforhold for transport til Mo.

Mange høringsinstanser har fokus på risiko for pasientlekkasje. Det er to konsekvenser av lekkasjen som berøres. Det ene er hva det vil kunne bety for Helgelandssykehusets framtidige økonomi. Det er en vurdering som bør tas med i utredningen av alternativskillende økonomiske forhold

Det andre er konsekvensen av redusert pasientgrunnlag på faglig kvalitet. Den viktigste begrunnelsen for å ha et felles akuttpsykehus på Helgeland er at befolkningene er liten og at det er behov for å samle pasientene og fagkompetansen på ett sted for å sikre god kvalitet. Dersom lekkasjen får et omfang som påvirker pasientgrunnlaget, vil det være av stor betydning for sykehusets framtid.

Fastlegene på Sømna kommenterer dette slik (34): *Å plassere regionens lokalsykehus lengst mulig vekk fra en stor del av befolkningen, vil bidra til å øke ulikheten i tilgang til helsetjenester. Reisetid er en viktig faktor for kvalitet. Et fremtidig sykehus helt i nord vil gjøre denne veien uoverstigelig for pasienter på Sør-Helgeland. Kreftsyke, kronikere, skrøpelige eldre, sykehjemspasienter, gravide og fødende er i en sårbar situasjon. For disse gruppene er reising en ekstra stor belastning. Rana kan aldri bli lokalsykehus for en stor del av befolkningen det skal betjene. Avstand til lokalsykehuset innvirker direkte på pasientens muligheter for å benytte spesialisthelsetjenesten. Folket i sør vil i større grad reise ut av regionen. Er det grunnlag for et akuttpsykehus i Rana, dersom nedslagsfeltet ikke er 77000 mennesker, men under 65000? Det er allerede krefter i sving for at Sør-Helgeland skal innlemmes i Helse Midt.*

Både foretaksledelsen (58) og Akuttavdelingen på UNN (40) er opptatt av hvilke konsekvenser det også vil kunne ha for universitetssykehusfunksjonen i Nord-Norge, Akuttavdelinga sier det slik:

Belastningen ved lang reisetid til sykehus kan føre til at innbyggere sør i fylket vil velge sykehustjenester i Helse Midt-Norge når dette er mulig. Vi kan ikke se at de foreslåtte tiltakene i rapporten kan demme opp for en slik pasientlekkasje. Dette vil bidra til avskalling av et allerede kritisk lite pasientgrunnlag både for Helgelandssykehuset og UNN. For UNN – som Norges minste universitetssykehus - vil en strukturendring i opptaksområde kunne føre til en uheldig utvikling med svekket pasientgrunnlag. Vi er innforstått med at spesialiststrukturen på Helgeland først og fremst skal ivareta Helgelands befolknings behov for spesialisthelsetjenester. Vi mener likevel at befolkningens behov for spesialisthelsetjenester må ivaretas på en måte som mest mulig demmer opp for pasientlekkasje ut av Helse Nord's opptaksområde. Dette taler for at et sykehus på Helgeland best plasseres sør for Korgfjellet.

7 Arbeidsmarkedsregioner og pendlervilje

Ressursgruppens bruk av statistikk for jobbreiser og pendling utfordres i mange uttalelser. Dels vises det til andre kilder som viser andre tall for faktisk pendling mellom kommunene sør for Korgfjellet, dels hevdes det at tallene som ligger til grunn for Ressursgruppens vurderinger stammer fra før

Toventunellen ble åpnet i 2014.

Fellesuttalelsen fra 12 kommuner på Sør-Helgeland beskriver det bl.a. slik:

Kommunene Vefsn, Leirfjord og Alstahaug har allerede en betydelig arbeidspendling. Av samlet antall sysselsatte i kommunene Alstahaug, Leirfjord og Vefsn, som er ca. 10 000, pendler 650 (2017) til jobb i en av de andre to kommunene, tilsvarende 6,5 prosent. Pendlingen er størst mellom Alstahaug og Leirfjord, og hele 46 prosent av de sysselsatte i Leirfjord pendler til de to andre kommunene. Gjennom åpningen av Toventunnelen november 2014 er det lagt til rette for at de tre kommunene skal utvikles videre til et felles bo- og arbeidsmarked. Med Toventunnelen er reiseavstanden mellom Mosjøen og Sandnessjøen redusert til ca. 50 minutter med bil. Dersom sykehuset ikke plasseres i selve bykjernen kan reisetiden reduseres ytterligere ned mot 30 minutter.

Uttalelser fra kliniske fagmiljøer ved Mosjøen og Sandnessjøen sykehus uttrykker at avstandene mellom byene og et sykehus plassert et sted på aksene ikke er lengre enn at det sikrer bemanning og rekruttering til et felles akuttsykehus både i interimsperioden og når et nytt sykehus er etablert.

Vedlegg

1. Liste over alle hørings svar som er mottatt