

**Fra:** Svein Eirik Forsmo (sveineirik68@gmail.com)

**Sendt:** 25.04.2021 18:01:13

**Til:** Postmottak Helgelandssykehuset (postmottak@helgelandssykehuset.no)

**Kopi:**

**Emne:** Brev

**Vedlegg:** 2021.04.19 Brev til adm dirHSYK\_StyreHSYK\_dirHNCecilie Daae\_Styre Helse Nord.docx

ADVARSEL: Denne eposten kommer fra utsiden av din organisasjon. Ikke klikk på lenker eller åpne vedlegg med mindre du kjenner igjen avsenderen og vet at innholdet er trygt.

Hei.

På vegne av facebookgruppa «Hovedsykehus Ett Helgeland» så sender jeg et brev til Dem angående konseptfasen til HSYK2025.

Ha en fortsatt fin dag.

Mvh Svein Eirik Forsmo

1.vedlegg



## **For Facebook Gruppen «Hovedsykehus ETT Helgeland»**

### **Brev til:**

Adm.dir. Cecilie Daae Helse Nord

Styre/Styreleder V/ Renate Larsen Helse Nord

Adm.dir. Hulda Gunnlaugsdóttir HSYK

Styre/Styreleder V/ Arne Benjaminsen HSYK

Media

Forsmo 19.04.2021

### **Helgelandssykehuset (HSYK), HVOR TOK DEN GODE KONSEPTFASEN VEI?**

Vår Facebook gruppe har kommet med mange grundige innspill i prosessen. Vi er tatt på alvor og har vært henvist til i styresaker fra Helse Nord blant annet på lik linje som legeförening og andre faginstanser. Vi har vært saklige og rasjonelle og fått anerkjennelse for dette.

Vi vil fortsatt være rasjonell og utdype vår opplevelse av hvordan Konseptfasen nå har utviklet seg til å ikke lenger være en reel Konseptfase med et godt beslutningsgrunnlag for direktør eller styret i Helse Nord.

### **Historien om HSYK -2025:**

I 2013 kom initiativet til å endre sykehusstrukturen på Helgeland fra kommunene selv. Dette ble startskuddet for det som senere ble utviklingsplanen i 2014 i HSYK. Denne anbefalte blant annet at det ble jobbet videre med å samle alle tre enhetene inn i ett sykehus som skulle betjene hele Helgeland. Dette ble begrunnet i bl.a. Økonomi, tjenestetilbud og rekruttering. Det ble foreslått at modellen som medførte at man hadde flere sykehusenheter (2-modellen) ikke skulle utredes videre med bakgrunn i faglige og økonomiske svakheter.

**På Norsk helse- og sykehuskonferanse i 2015 trakk daværende adm.dir. i Helse Nord, Lars Vorland frem et bilde av daværende ordførere i Alstahaug, Vefsn og Rana og skrøt uhemmet av prosessen på Helgeland fordi alle var enig i at enhetene måtte samles i ett sykehus!**

Men så kom lokaliseringsspørsmålet og enkelte skiftet etter hvert mening.

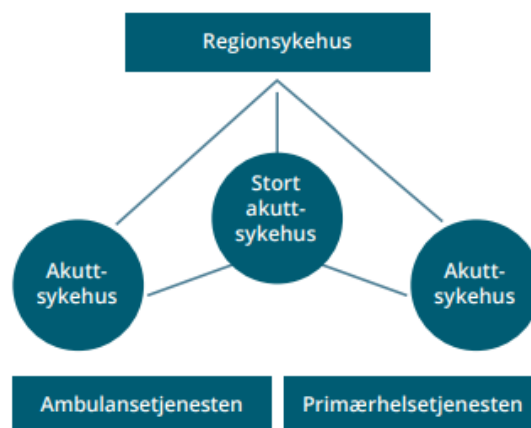


Dette var altså bakteppet for prosessen som først ble kalt HSYK 2025, men som kanskje ender som HSYK 2030, om dagens versjon i det hele tatt er realiserbar.

Det var ett sterkt ønske om å komme med bedre somatiske helsetjenester på Helgeland, og sørge for at flere helgelendinger kunne få sitt tilbud der vi bor. Vi hadde ett ønske om å «utvide» huset, slik at flere ville kunne få sin behandling på Helgeland.

Fra Nasjonal helse og sykehusplan har vi lånt denne fremstillingen på hva dette medfører:

## Sykehus i team



- **Regionsykehuset** er hovedsykehuset i helseregionen: Universitets-sykehuset i Nord-Norge, St. Olavs Hospital, Haukeland universitets-sykehus og Oslo universitetssykehus
- **Stort akutt-sykehus** har et befolkningsgrunnlag på minst 60–80 000 innbyggere og et bredt tilbud innen akuttkirurgi og andre medisinske spesialiteter
- **Akutt-sykehus** skal minst ha akuttfunksjon i indremedisin, anestesilege i døgnvakt og planlagt kirurgi. Sykehuset kan ha akuttkirurgi hvis bosettingsmønster, avstand mellom sykehus, bil-, båt-, og luftambulansetjenester og værforhold gjør det nødvendig
- **Sykehus uten akuttfunksjoner** (elektive sykehus)

På Helgeland betyr dette at vi ville «rykket opp» en divisjon fra tre svake lag i «akutt-sykehusserien» mot å få ett lag i «stort akutt-sykehusserien».



Dette vil si at vi ville møtt den samme kompetansen som vi pr. i dag må til Bodø eller Levanger for å møte og som igjen vil tilsa at regionsykehus ville vært det neste behandlingsnivået om man følger logikken i planen.

**Vi er klar over at det i Helse Nord opererer med ett «regionsykehus light» i Bodø, noe som kanskje er noe av årsaken til de problemene vi opplever på Helgeland i dag.**

Til tross for at vi er litt for få personer til å komme inn i denne «serien», så var de politiske og faglige signalene meget positive til at dette ville kunne realiseres. For å eksemplifisere dette ville dette konkret si at opp mot 80 kvinner ikke ville måtte sendes ut fra Helgeland for å føde, samt at mange typer kreftbehandling også ville kunne bli utført lokalt.

**Dette ville også medføre at vi gjennom økt spesialisering også ville kunne utført mer av den akutte behandlingen lokalt, samt at vi i tillegg ville unngå den pasientfella som vi nå har med ulik spesialisering ved de ulike sykehusene på Helgeland.**

Frem til desember 2018 var prosessen delvis i rute. Hovedfokus var pasienten og politikere hadde foreløpig ikke påvirket prosessen nevneverdig. Alle utredningene viste at ett stort sykehus var å foretrekke om man satte pasienten først. I tillegg uttalte Nordland Legeforening at ett stort sykehus ville i kraft av sin størrelse medført at rekrutteringsproblemene ville blitt mindre enn vi opplever i dag, uansett hvor dette ble lokalisert.

**Lars Vorland (daværende adm.dir. Helse Nord) foreslo i styresak samme måned at man fjernet videre utredninger av 2-modellen fordi denne var faglig og økonomisk ugunstig. Styret stemte ned dette forslaget. Ikke fordi de var uenig i dette, men fordi de av respekt for prosessen ikke ville gripe inn før høringsvarfristen var ute. Styret i HSYK ble oppfordret til å ta opp forslaget senere om de ønsket når fristen var utløpt, noe som også skjedde. Da dette ble fremmet på nytt i Helse Nord ble dette stemt ned. Noe var skjedd.**



Ett år etter fikk vi det berømte og spesielle ikke utredete 2-modell vedtaket, med ett sykehus på 2 lokasjoner. Etter påtrykk fra den oppståtte Kyst «Bundsgjerilja», en sint Ordfører fra Rana (MR) og andre postnummer påvirkere, greide altså dagens politikere å kortslutte ett godt faglig vedtak det tidligere var stor lokal politisk enighet om. Helse Nord som skal være ett fagorgan presterer bl.a. å vise til vedtak i Nordland Fylkeskommune i begrunnelsen for vedtaket, 20 år etter at sykehusene ble fristilt fra fylkeskommunen.

**Vi fikk ett lite asymmetrisk sykehus på Helgeland med spesialiseringer på to lokasjoner. Asymmetrisk i denne sammenhengen vil si at de spesialiseringene som ett lite akuttisyekehus har skal fordeles på to enda mindre enheter. Pasientene blir fortsatt «pakker» i systemet og vi er ikke sikre på om vi er kommet på rett «mindre akuttisyekehus» når/om vi kommer frem. Helgeland får landets dårligste somatiske tilbud!**

Allerede her burde noen dratt i nødbremsen. Alle de utredningene som er foretatt om HSYK, fra Hauglinutvalget i 1997, via masteroppgaver og «frie» konsulentrapporter, til HSYKS egne utredninger i 2019 har klart vist at ETT modellen er suverent best for pasienten og de ansatte. Den scorer klart best på Økonomi og medisinfag.

**En TO-modell avviker også med det som var selve grunntanken bak prosjektet i 2013. Normalt er det slik at om man planlegger å bygge ut ett hus, med f.eks. ett bad og ett soverom, man fortsetter ikke planleggingen om det viser seg at man får ett soverom mindre, når man er ferdig! Da avslutter man planen, siden man ikke oppnår det man planla. Dette viste vi allerede da vedtaket ble fattet og nå er det vel på tide å kaste kortene?**

**Dette kommer også frem i rundskriv R 109-2014 fra finansdepartementet hvor det forutsettes at man skal utrede ett 0-alternativ (dagens løsning). Tanken bak dette er at man ikke skal komme i en situasjon hvor man får lavere samfunnsøkonomisk nytte etter at ett vedtak er gjennomført, enn man hadde før vedtaket.**



Vi har mange ganger vært frustrert over prosessen som har vært kjørt av HSYK. Vi har følt at våre faglige argumenter aldri har nådd frem.

Proessen har vært rotete og preget av mange «aktører». Tore Bratt, Ida Bukholm og Kåre Løvstakken har vært fremme og skapt mye støy i prosessen. Alle disse forsvant, med unntak av Løvstakken som ennå figurerer på ulike Facebook grupper. Hulda Gunnlaugsdóttir har brukt millionbeløp på å få KPMG til å «etterforske» egne ansatte, for oss syns dette å være et angrep på det interne bedriftsdemokratiet, for derved å skape en fryktkultur. Det som i andre bedrifter er proaktiv og ønsket adferd er uønsket i HSYK, og kan medføre at man mister jobben.

**Når legen Fredrik Sund, som sitter i styret i helse Nord beskriver beslutningsprosessen som gjelder HSYK 2025, som ikke rasjonell så får vi bekreftet at det ikke bare er vi som sitter med denne følelsen.**

I en masteroppgave skrevet av han, publisert 22.06.2020, har vi hentet følgende tabell:

*Tabell 6.1 Identifikasjon og klassifisering av brudd.*

Brudd nummer	Beskrivelse brudd	Type brudd	Forklaringsmodell for brudd
1	Løsningsalternativer angitt før utviklingsplanen er laget	B	Favoriserte løsninger. Organisert anarki
2	Målkonflikt mellom robuste fagmiljø og desentralisering av tjenestene	A	Målkonflikt
3	Utvide antall alternativ som utredes uten forankring i utviklingsplanen (Akuttstusykehus + Stort Akuttstusykehus)	D	Organisert anarki
4	Maktkamp om lokalisering	A	Målkonflikt. Konkurrerende logikker. Forhandlingsmodell.
5	Maktkamp mellom administrasjonen og styret i HSYK HF	A	Målkonflikt. Konkurrerende logikker.
6	Administrasjonen i HSYK HF's innstilling til valg av strukturalternativ som ikke er utredet	C	Inkrementelle handlinger. Konkurrerende logikker. Myte og kultur.

*Forklaring: A: Klare mål og strategier. B: Systematisk innhenting av informasjon. C: Rangering av alternativer. D: Valg av det beste alternativet.*

*Tabell 6.2 Brudd med den rasjonelle beslutningsprosessen (RBP) fordelt over prosessens faser.*

Kriterier for RBP	Første mandat og Utviklingsplanen	Idefase del1, til 2017	Prosjektinnramming fra 2017 (=fast track)	Den endelige beslutningen (inkl.supplerende utredninger)
A	2			4
B	1			
C				6
D		3		5

*Forklaring: Brudd er markert med røde felt og tall som korresponderer til «Brudd nummer» i tabell 6.1. Horisontalt presenteres de forskjellige fasene av Helgelandsstusykehuset 2025. Vertikalt presenteres de fire kriteriene for en rasjonell beslutningsprosess. A: Klare mål og strategier. B: Systematisk innhenting av informasjon. C: Rangering av alternativer. D: Valg av det beste alternativet.*



Denne tabellen viser med all tydelighet at den enigheten ordførerne hadde i 2013 aldri hadde mulighet til å lykkes. Vi har ett politisk vedtak fattet av politikere nært et Stortingsvalg, som ikke er utredet. Vi vet ikke konsekvensene av vedtaket og vi vet ikke hvor mye dårligere dagens vedtatte TO-modell vil bli, enn en ETT-modell ville vært?

**Når vi vet dette så spør vi oss: Hvorfor er det ingen som stopper toget? Vedtaket er jo ikke utredet!**

Vi har videre samlet en del nye begreper og logikker vi er blitt kjent med i HSYK 2025 prosessen:

#### **Kulepunkter:**

1. Utenfor alminnelig utredningspraksis ble det opprettet en «ekstern ressursgruppe», sammensetningen av ressursgruppa kan synes å ha vært nøye planlagt. Med Helge Torgersen som leder sikret man at utredningen ble ledet av en person som sto bak nedlegging av kirurgisk akuttberedskap i Mosjøen i 2004 og senere nedleggelse av sengeplasser i Sandnessjøen. Det fylles på med byarkitekter som faktisk mener at største by er best og konklusjonen er klar før gruppen har satt pennen på arket. Det er medlemmer fra denne gruppa som har vært de største kritikerne av etablering av sykehus på Kalnes, Hjelseth og Innlandet og det kan synes som HSYK ledelse og administrasjon visste hva de fikk.
2. Vi har to mastergradsutredninger som tar for seg sykehusstruktur på Helgeland. Mastergradsutredningene markerer sluttet på minst 17 års skolegang og er veiledet av professor eller lignende innen sitt fagfelt. Dette er de reneste utredningene man kan få siden disse ikke er styrt av en «ønsket»-konklusjon. Den ene er fra Universitetet i Nordland (2017) og den andre fra Universitetet i Oslo (2018). Begge disse så for seg ett stort akutt sykehus lokalisert i Mosjøen. I utredningen fra Oslo ble det skrevet at Sandnessjøen foreslås nedlagt, siden dette var så ugunstig lokalisert i forhold til befolkningen den skulle betjene.

I tillegg har vi interne utredninger fra HSYK, prehospitaltjenester (2018), Utredningsplanen HSYK (2014), Helse Nord (2003), ulike konsulentselskaper som sier det samme.

**Vårt spørsmål er: Hvorfor ser vi ikke spor av disse konklusjonene i HSYK's egne utredninger i HSYK 2025?**



3. I styresaken før vedtaket i Helse Nord, fikk vi bekreftet det vi i Grappa hadde varslet om hele tiden. Kalkylene i HSYK er vesentlige gale og favoriserer en renovering fremfor ett nybygg. Feilen var på hele 1,1 MRD siden man ikke hadde hensyntatt restverdien av ett nybygg etter 20 år. Feilen ble avdekket av administrasjonen i Helse Nord, men dette fikk ingen konsekvenser for hverken vedtaket eller personene som sto bak utredningene i HSYK.
4. 20-minutter er visstnok det meste en person bosatt i Helgeland klarer å pendle til jobb om vi skal tro HSYK. At andre sykehus utredninger eller generelt statlige utredninger bruker 45 minutter, eller at over 80 % av de ansatte ved SSJ sykehus ifølge høringsvaret til ressursgruppas rapport, sier de kan pendle inntil 30 minutter spilte mindre rolle. Ikke noen av innvendingene ble vektlagt eller førte til endringer av rapporten, ressursgruppa og HSYK viste best!

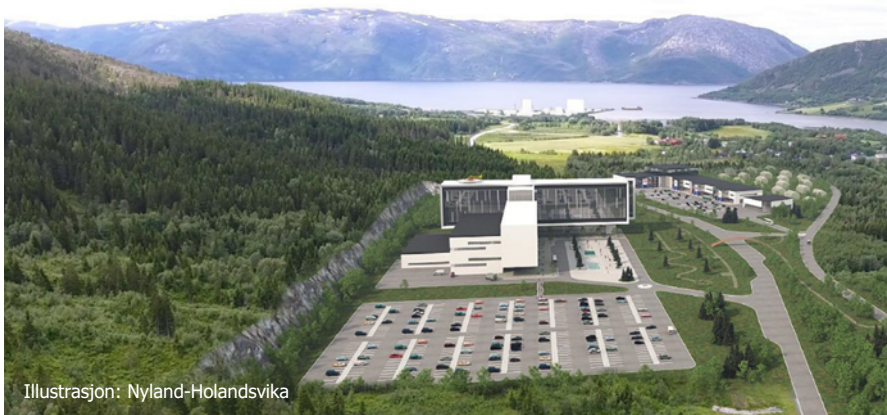
**20 minutter gjelder likevel ikke HSYK's egne ansatte som ved feil plassert hovedsykehus får lang vei å pendle fra Sandnessjøen (SSJ) eller Mo (MR) når DMS'ene ved BRS og MSJ skal bemannes. Disse spesialister (leger og sykepleiere) skal kunne jobb pendler lengre en langt uten at det av HSYK oppfattes som en ulempe.**

5. Ressursgruppa introduserte i forbindelse med «tilpasning» av den «gylne timen», nye begreper som **responstid** og **omsorgstid**. Med dette tok man en halvtime av den gylne timen og man satt igjen med den «gylne halvtimen» i HSYK som eneste sted i landet. Årsaken til dette kan syns å være at Mo I Rana kom veldig dårlig ut i forhold til tilgjengelighet for Helgelands befolkning, og med å halvere den gylne timen var problemet løst. Da ble størst plutselig best igjen! Prøv å Google disse begrepene og du vil da finne ut at dette er en HSYK spesialitet, de finnes ikke som begreper i offentlige utredninger.

**Vi har gjentagende ganger forsøkt å forklare hva den «gylne timen» er, den er ikke en klokke time, men ett helsebegrep ut fra skade eller lidelse som forklarer hvilket tidsvindu helsearbeideren har for å gjøre en forskjell for pasienten.**

6. Av Konseptfasen har vi vel egentlig bare lært at Nyland har «skog» med god bonitet. Dette betyr at skogen har god produksjonsevne. For de som har vært på Helgeland så vet de at vi holder på å gro igjen av busker og kjerr. På Nyland er det i hovedsak busker av varierende størrelse som vokser, og mye godvilje skal legges til grunn for å si at det er et stort satsingsområde for skogbruket på Helgeland.





Illustrasjon: Nyland-Holandsvika



7. **HSYK analyser sier at minst 80 % av planlagte pasientkontakter i Brønnøysund (BRS) området skal skje i BRS. Om vi forutsetter at det samme skjer i MSJ, ved en lokalisering på Alstenøya, så spør vi oss: Hvorfor er ikke dette analysert? Dette bør vel føre til at vi får ett hovedsykehus for kun 12.000 mennesker som befinner seg på Alstenøya?**
8. HSYK (Sweco) hevder sykehuset må lokaliseres på Alstenøya grunnet brua. På Alstenøya bor det 7.000 mennesker. Hovedsykehuset skal være akuttisykehus for 77.000 mennesker for enkelte lidelser. **Hvordan kan brua være problem for de 7.000 og ikke ett problem for de resterende 70.000 som skal motsatt vei?** Går brua bare en vei? Vi vet også at brua er stengt. Det sies at alle akutte tilfeller slippes over brua uansett vær. Men planlagte konsultasjoner blir avlyst. I 2017 var brua stengt ved 74 tilfeller fordelt på 11 dager. Hvor mange legetimer som ikke lot seg gjennomføre vet vi ikke, men HSYK burde kanskje vært interessert i en så viktig faktor i Konseptfasen?
9. Vår nye konsulent, Sweco, som HSYK benytter i tomtesilingsprosessen har tidligere vært inne i analyser av HSYK. Rana kommune benyttet Sweco i 2019 i forbindelse med høringen til ressursgrupperapporten. Der foreslo Sweco at man burde benytte 5,5 % i kalkylene til HSYK 2025. Renta var da 1,8 % og er nå rett over 1 %. Spesielt flinke på renter er ikke det valgte konsultentselskapet. Det er heller ikke Adm.dir. Hulda Gunnlaugsdóttir eller vår nye prosjektleder Torbjørn Aas, som på spørsmål fra styret ikke kunne gjøre rede for hvordan renta ble fastsatt. Renta i ett 2,5-3 MRD prosjekt er en ganske viktig faktor for å si det forsiktig.
10. HSYK har i sine analyser ikke tatt seg bryet med å skille ut tomteverdi. Tomt er ikke avskrivbar og utgjorde ved sykehuset i Kalnes 12 % av investeringssummen. **Ved dette grepet har HSYK laget kostnadene med en investering høyere enn den virkelig burde være.**
11. Rødøy teller fullt ut med i HSYK analyser om best mulig plassering av sykehus. Dette til tross for at bare 15,6 % av planlagt døgnopphold av Rødøyfjæringene blir behandlet i HSYK. Rødøy har minst to ganger bedt om å bli overført til Nordlandssykehuset. Effekten av at Rødøy er fullt inne i analyse grunnlaget er at tyngdepunktet dras nordover og dette er ugunst for det beste alternativet Mosjøen. Fjerner man Rødøy fra grunnlaget siden helsetjeneste i hovedsak utføres fra Bodø (som er i samme foretak, Helse Nord), og lager transportmessige tilpasninger for Bindal (som i dag er utenfor Helse Nord) og tar de med i grunnlaget kommer



Mosjøen spesielt gunstig ut, det samme gjør Helse Nord, som da styrker sitt pasient/økonomi grunnlag.

12. HSYK har ikke funnet bryet verd å analysere hva det har å si for fremtidig rekruttering at byen SSJ i dag kun klarer å bosette 65 % av de som jobber ved sykehuset. Hvor skal partnere som jobber ved sykehuset jobbe, og hvordan slår det ut når du skal øke antall ansatte med f. eks 200 stykker?

Det er ihht. Til statistikk innhentet fra Helgelendingen kun 9 personer som går 3 klasse ved realfaglinja i SSJ. Leger blir som sagt rekruttert her og kun de færreste slipper inn videre ved legestudiet pga. karakterkrav. Skal alle fremtidige leger som jobber i SSJ være tilflyttere?

13. HSYK velger å overse Statlig veileder mht. lokalisering av statlige arbeidsplasser. Denne sier at man skal prioritere områder med minst statlig andel sysselsatte. Alstahaug har pr i dag 21 % og Vefsn 9 %. Likevel velger man å gå for en etablering i Alstahaug, som vil forrykke denne balansen ytterligere.

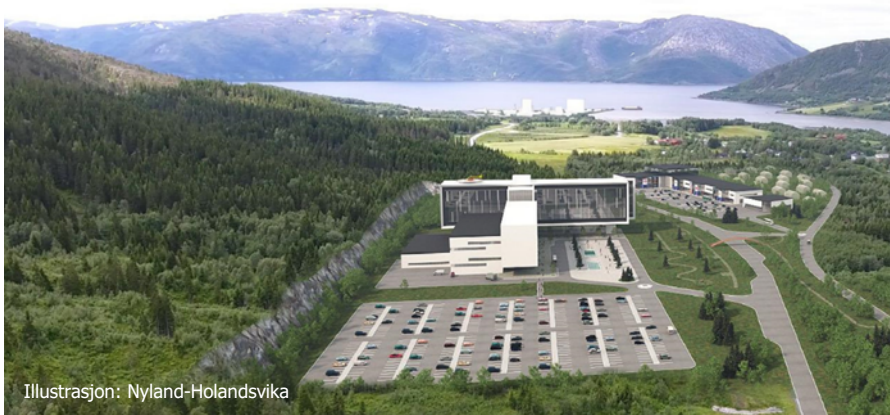
14. Gode helsetjenester er alvor:

Oslo Economics pekte på sammenhengen mellom dødelighet og transporttid i en rapport for Alstahaug Kommune. I kritiske tilfeller vil dødeligheten øke med 1 % for hver 10 km avstanden er til akutt sykehus.

Dette vil si at Vefsninger får 7 % og en hattfjelldaling ha 15 % høyere dødelighet enn hva en fra Sandnessjøen opplever. Den andre faktoren som vil ha betydning for dødelighet vil være graden av spesialisering når du kommer frem til sykehus. Her er det som kjent ingen endringer i positiv retning med valgt modell.

**ETT stort akutt sykehus ville derimot kunne redusert faren for dødelighet og demmet opp for negative virkninger ved lengre reisevei. Dette er noe HSYK ikke har villet analysere!**

Helse Nord antok at besparelsene med å legge ned Mosjøen var ca. 12 mill. pr. år i styresaken som omhandlet HSYK 2025.



**Å verdsette menneskeliv er komplisert og ikke noe man kanskje vil gjøre uoppfordret, men om man må gjøre slike vurderinger så er dette anslått til 33,3 mill. i 2021 (VSL Statistisk Menneskeliv rundskriv R-109/14).**

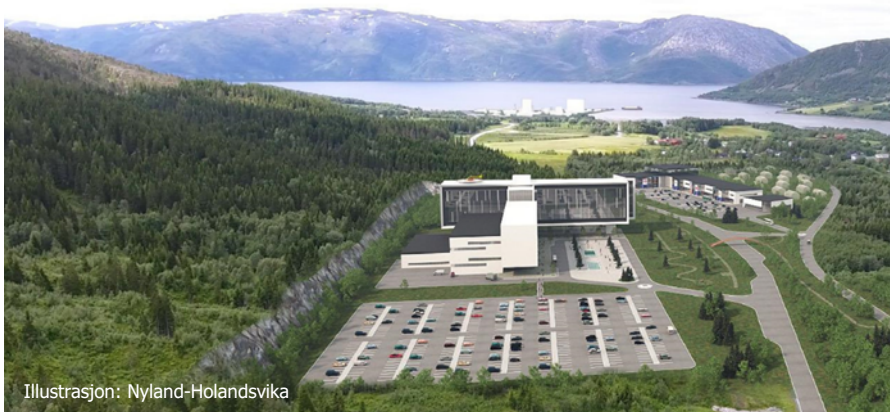
Dette vil si at sykehuset i MSJ er «lønnsomt» om det redder ett liv som dør i ambulansen på tur til MR eller SSJ hvert 3 år. «Statistisk liv» er en faktor som SKAL være med i utredninger av denne art.

15. Vi har videre lært av ressursgruppa at andelen blokkbebyggelse er viktig for hvor helsepersonell skal bo. Har du ikke blokker, så kan du ikke ha sykehus. Likevel planlegger konseptfasen ett «hovedsykehus» i SSJ, totalt uten blokker.
16. Klimahensyn er viktig når det gjelder å utelukke Tovåsen! Det er ikke viktig i forhold til vurderingen om Nyland er egnet? Vefsn Kommune har foreslått nesten fri bruk av fjernvarme fra Alcoa ved en etablering på Nyland. Likedan er bruk av tog ikke viktig på Helgeland for HSYK, mens det er viktig i andre utredninger og ansett som fremtidens transportmåte i Norge og i Europa ellers. Helse Nord har sagt følgende om tog:

***«Lokalisering i omegn av en av byene gir økt avhengighet av bil, fordi man neppe kan forvente et tilfredsstillende kollektivtilbud for reise til og fra jobb. Det vil også for de fleste bli for langt å gå eller sykle. Et tilsvarende togtilbud for arbeidsreiser som Saltenpendelen, vil kunne redusere belastningen for pendlere, særlig hvis sykehuset lokaliseres nært et togstopp.»***

Så spør det om helse Nord husker denne uttalelsen, når avgjørelsen kommer på deres bord. Likedan er det sagt at ansatte skal kunne sykle til jobb med bakgrunn i bl. annet klimautslipp. Samtidig vet vi at legestillingene ved DMS skal bemannes av personell fra Hovedsykehuset. Dette vil si at disse legene kan gå til jobb på sykehuset i SSJ på mandag og tirsdag, kjøre med bil til BRS på onsdag, og bil derfra til MSJ for å jobbe torsdag og fredag.

Dette er slik fremtidens leger vil jobbe i henhold til HSYK, og samtidig skal dette gi mindre klimautslipp. For oss høres ikke dette helt rett ut, tapt arbeidstid som kjøres bort mellom enhetene er ikke beregnet eller nevnt i utredningene?



Illustrasjon: Nyland-Holandsvika



17. **Sweco påstår at Tovåsen er uegnet for ambulanshelikopter. Der er SSJ mye bedre. Dette er ikke luftambulansetjenesten i BRS enige i. I ett notat av den 24.05.2018 sa Tommy Waldemar, som da var basesjef følgende; «vindforholdene i SSJ for «svært krevende (farlig)». Merkelig at Sweco ikke har de samme funnene?**

Det påstås videre at nærhet til Stokka er viktig?

**Rett plassert Hovedsykehus i omegn på aksen vil har nærhet til både Stokka og Kjærstad og det er viktig, man vil kunne oppnå tilnærmet 100 % regularitet for bruk av Luftambulanse. Kjærstad har regularitetsproblemer med tåke, mens Stokka er problematisk ved østavind. Det er likevel nesten umulig at begge fenomenene oppstår samtidig. Begge disse flyplassene har hver for seg ca. 98 % regularitet.**

Disse nummererte kulepunkt eksempler, er forhold som gjør at vi aldri hadde mulighetene til å komme frem til en rasjonell konklusjon eller slutning ut fra det HSYK i Konseptfasen presenterer.

Vi vil tro Helse Nord vil sitte med samme følelse, vi foreslår at prosessen videre blir løftet ut av HSYK, slik det er nå får ikke Helse Nord frem et grunnlag for å ta en riktig beslutning.

Lista overfor kunne sikkert vært gjort lengre, men vi plukket bare frem denne virkårlig uten å lete, dette for å illustrere hvor håpløst eller vanskelig det er å finne tegn til at det nå pågår en uhildet eller god prosess for nytt Hovedsykehus på Helgeland.

For Facebook gruppa

*Svein Eirik Forsmo*  
Svein Eirik Forsmo

For Facebook gruppa

*Jan-Kjetil Grøftrem*  
Jan-Kjetil Grøftrem

**«Hovedsykehus ETT Helgeland»**