

Fra: Espen Isaksen (espen@mon.no)

Sendt: 10.07.2021 10:19:07

Til: Gunnlaugsdottir Hulda; arne.benjaminsen@admin.uio.no; Daae Cecilie; Renate Larsen; Postmottak Helgelandssykehuset (postmottak@helgelandssykehuset.no); Postmottak-RHF (postmottak@helse-nord.no)

Kopi: Vefsn kommune; Berit Hundåla; Postmottak HOD; Aas Torbjørn

Emne: Notat til dokumentgjennomgangen av Tovåsen

Vedlegg: Notat til dokumentgjennomgang av Tovåsen.pdf;Spørsmål .pdf;Svar.pdf

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,

Vedlagt ligger et notat utarbeidet av undertegnende til dokumentgjennomgangen av Tovåsen som jeg håper blitt lest og tas med som innspill til neste styremøte i Helgelandssykehuset HF. Håper også innspillet legges med til neste styremøtet i Helse Nord RHF.

Vedlagt ligger også to vedlegg som er referert til i notatet.

Med ønske om en god sommer.

Vefsn kommune: Arkiv: 16/2466

Vennlig hilsen,
Espen Isaksen
Daglig leder



Mobil: +47 924 85 601

E-post: espen@mon.no

Adresse: Fearnleys gt. 7, 9, 8656

Mosjøen

Web: www.mon.no

INNSPILL TIL
HELGELANDSSYKEHUSET HF OG
HELSE NORD RHF I FORBINDELSE
MED DOKUMENTGJENNOMGANGEN
AV ALTERNATIVET TOVÅSEN



MON

MOSJØEN OG OMEGN
NÆRINGSSKAP KF

10. juli 2021

Innholdsfortegnelse

A) Innledning	Side 2
B) Rapporter som ifølge styresak 55/2021 taler mot Tovåsen....	Side 3
C) Alternative rapporter, utredninger og informasjon.....	Side 10
D) Bærekraft.....	Side 22
E) Sammendrag.....	Side 28

A) Innledning

MON KF er Vefsn kommunes næringssselskap. Nye Helgelandssykehuset er et av mange prosjekt i prosjektporteføljen til MON KF. Direktør Espen Isaksen har over tre år jobbet med sykehusutredningen på Helgeland. Store deler av perioden har Isaksen jobbet på vegne av de 11 samarbeidende kommuner på Helgeland. Dette notatet er laget på bakgrunn av den informasjon og kunnskap som er innhentet disse årene.

I ekstraordinært styremøte i Helse Nord 30. juni 2021 ble følgende vedtakspunkt 5. i sak 92 -2021 fattet:

«Styret ber adm. direktør gå i dialog med Helgelandssykehuset HF for å avklare hvilken informasjon dokumentgjennomgangen av Tovåsen skal frembringe, før det tas stilling til om Tovåsen skal være med i konseptfasens steg 1.»

Både Helgelandssykehuset HF (heretter HS) og Sykehusbygg argumenterer for at det ikke finnes særskilte sykehusfaglige grunner til at et sykehus kan lokaliseres på Tovåsen. Vi mener økonomi, transport og tilgjengelighet, risiko og sårbarhet, vedlikehold av eksisterende fagmiljø og størrelse på fagmiljø, samt rekruttering absolutt er relevante sykehusfaglige temaer for etablering av et nytt hovedsykehus på Helgeland, og vi stiller oss uforstående til at HS og Sykehusbygg vektlegger byutvikling og antall bosatte i gå- og sykkelavstand fra dagens sykehus i Sandnessjøen som viktige sykehusfaglige grunner. Viktigheten av en spesialisthelsetjeneste som kan rekruttere godt på Helgeland har vist seg utslagsgivende i flere rapporter i prosessen med ny sykehusstruktur. Vi viser i dette dokumentet at en lokalisering i omegn er positivt for rekruttering og viser også til eksempler som er svært relevante.

I dette notatet vil vi også vise til argumenter og utredninger som er spilt inn til HS gjennom en lang prosess, men som vi ikke kan se er tatt med i utredningsarbeidet. Vi mener innspillene som har kommet fra de samarbeidende kommunene på Helgeland og fagmiljøene ved enhet Mosjøen og Sandnessjøen i sykehusprosessen bør bli tillagt større vekt av prosjektledelsen av ny sykehusstruktur, enn det som er gjort frem til nå. Vi håper dette notatet kan være et supplement til dokumentgjennomgangen av Tovåsen ref. vedtakspunkt 5. Dette notatet vil også kommentere de utredningene og kommentarene som fremkommer i saksfremlegg til styresak 55/2021 i HS.

Helseminister Bent Høie har gjort et vedtak om struktur og lokalisering. I hans avgjørelse er omegn med som et lokaliseringalternativ. Prosjektet Nye Helgelandssykehuset og Sykehusbygg må utrede omegn på en objektiv og rettferdig måte. Det mener vi ikke har skjedd i utredningen frem til nå og dette dokumentet dokumenterer dette.

Vi har også sett på bærekraften i prosjektet Nye Helgelandssykehuset og har mye dokumentasjon på at det er elementer i bærekraftanalysen som bør belyses bedre.

B) Rapporter som fremkommer i styresak 55/2021 som i følge saksfremlegget taler imot Tovåsen.

I saksfremlegg til sak 55-2021 punkt 3. fremkommer det følgende på side 21:

«Siden Helse Nord sitt vedtak i 2016 er det gjennomført fem utredninger, inkludert Sweco sin rapport, der alle konkluderer med det samme - det er ikke klart å dokumentere at det finnes særskilte sykehusfaglige grunner til å fravike statlige og fylkeskommunale retningslinjer for å velge Leirfjord kommune med Tovåsen som tomt.»

Det vises så til følgende utredninger.

1. Cowi og WSP (2017) – anbefaling om utredningsalternativ
2. Rapport ekstern ressursgruppe (mars 2019)
3. Menon Economics, samfunnsanalyse (oktober 2019)
4. Alstahaug og Leirfjord kommune, Multiconsult (2019) – siling av tomter for nytt sykehus i Alstahaug og Leirfjord.
5. Sweco Norge AS, Tomteutredning for nytt sykehus i Sandnessjøen og omegn (juni 2021)

1. COWI og WSP (2017) – anbefaling om utredningsalternativ

Denne rapporten ble også kalt grovsilingsrapporten. Rapporten var svært omdiskutert på Helgeland og skapte mye støy. COWI/WSP tok etterhvert selvkritikk på mye av innholdet. Dette førte til at i styremøtet i HS 19. februar 2018 i styresak 14/2018 punkt 7 ble følgende vedtak fattet: *«Styret viser til at det er gjort endringer i prosessen Helgelandssykehuset 2025 – Idefase og utkast til planprogram. Grovsilingsrapporten har som følge av dette ikke vært behandlet i styret.»*

[Presseprotokoll styremøte Helgelandssykehuset HF 19. februar 2018](#)

Styret var usikker på innholdet i rapporten og vedtaket førte til at rapporten ble tatt ut av prosessen som en underlagsrapport og ble ikke med som et dokument i den videre prosessen. Vedtaket ble fattet før ekstern ressursgruppe begynte med sin jobb.

Hvordan kan denne rapporten komme opp nå som et viktig underlagsdokument og brukes som en av fem rapporter som argumenter mot etablering på Tovåsen?

2. Rapport Ekstern ressursgruppe – (2019)

Rapporten fra ekstern ressursgruppe skapte mye uro og støy på Helgeland. Støyen kom nødvendigvis ikke på bakgrunn av konklusjonen om struktur og lokalisering, men om faktagrunnlaget for rapporten og hvilke kriterier som ble vektlagt.

Særlig to ting var viktige momenter i ressursgruppas konklusjoner:

1. Samling av fagmiljøene var rekrutterende (Bakgrunn for struktur)
2. Bynær lokalisering var rekrutterende (dess større by, jo bedre rekrutteringsevne. Bakgrunn for Mo i Rana som lokalisering)

Ekstern ressursgruppe la til grunn 20 min som akseptabel pendleravstand som også ble førende for samfunnsanalysen fra Menon.

Gjennom prosessen har vi stilt spørsmål om hvorfor Helgelandssykehuset fraviker «standarden» på akseptabel arbeidsreisevei, men dette har ikke blitt besvart. Hvorfor lengden på akseptabel reisevei til arbeid er viktig, fremkommer i punktet under.

3. Menon – Samfunnsanalyse HSYK 2025 (2019)

Sykehus Innlandets samfunnsanalyse – idefasen ble ferdig utarbeidet i 2017 av konsultentselskapet Asplan Viak. I 2020 ble *Samfunnsanalyse sykehusstruktur innlandet – sammenstilling* utarbeidet av COWI og Vista Analyse. Kriteriene som ble lagt i 2017 ble videreført i utarbeidelsen av sammenstillingen fra COWI og Vista Analyse.

I Asplan Viak sin samfunnsanalyse til idefasen på Sykehuset Innlandet fremkommer følgende på side 38:

«Videre i rapporten legger vi til grunn at en arbeidsreise på inntil 45 minutter regnes som akseptabelt. Dette er i tråd med det som normalt benyttes i tilsvarende analyser, og bygger på at antall arbeidsreiser faller etter hvert som arbeidsreisen blir lengre. Dette er blant annet dokumentert av Transportøkonomisk institutt (TØI)»

MON har sjekket dette ut og i andre utredninger (se eksempler under) er det også brukt 45 minutter som akseptabel reisevei til jobb. Vi kan ikke finne andre eksempler hvor det er brukt 20 minutter, slik som det er brukt i sykehusprosessen på Helgeland.

Eksempler:

- Inndeling av BA-regioner 2020 (side 16-19). I denne rapporten utarbeidet av TØI for regjeringen benyttes også 45 minutter som avgrensing for inndeling av bo og arbeidsmarkeder

- [Statens vegvesen - Utbygging av E39](#) (side 42. Siste avsnitt)
- [Sammenstilling samfunnsanalyse - Sykehus Innlandet og Sykehuset Innlandet – idéfase:](#)
- [Samfunnsanalyse ved fremtidig sykehusstruktur](#)
- [Forsvarsbygg - KU Evenes flystasjon](#)

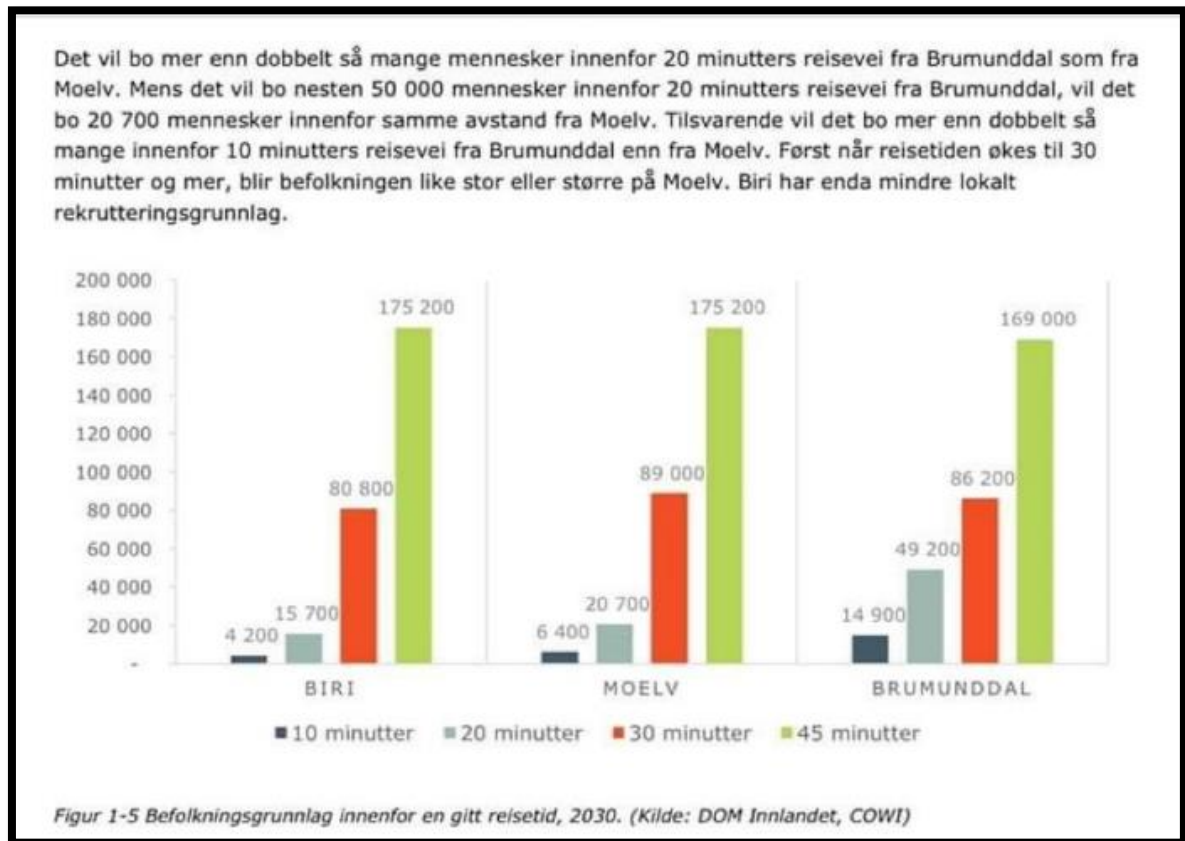
MON har snakket med Asplan Viak og de mener det er faglig feil å benytte 20 minutter som akseptabel arbeidsreisevei. De peker på at 20 minutters bilvei ofte er 40 minutters arbeidsreise og at jo høyere utdanning man har, jo lengre reisevei aksepteres.

Hvorfor er lengden på akseptabel arbeidsreisevei viktig?

Dette er viktig fordi det får konsekvenser for hvor et sykehus kan rekruttere personell fra, og det samlede arbeidsmarkedet rundt sykehuset. Med bruk av 20 minutter som akseptabel reiseavstand så eliminere man muligheten for at sykehusenhetene i Mosjøen og Sandnessjøen kan smeltes sammen til et fagmiljø siden avstanden mellom Mosjøen og Sandnessjøen er lengre enn 20 min + 20 min = 40 min. Dette får store konsekvenser for resultatene i de ulike rapportene. Hadde 45 minutter blitt brukt (slik som er vanlig), ville resultatene i de ulike rapportene blitt annerledes. Da kan ansatte i Mosjøen og Sandnessjøen nå fram til et fremtidig hovedsykehus innenfor de kriteriene som er satt. Arbeidsmarkedet vil også da bli vesentlig større og langt flere mennesker vil være innenfor radiusen til sykehuset.

Noe av bakgrunnen for helseministeren sitt vedtak er nettopp at fagmiljøene i Mosjøen og Sandnessjøen skal smelte sammen til et fagmiljø. Men - dersom det ikke ønskes etablering av et sykehus i omegn er det svært enkelt å lage kriterier som gjør at lokalisering i omegn faller ut.

Arbeidsreisevei ble et svært sentralt punkt i den endelige avgjørelsen da helseminister Bent Høie fastslo at et stort akuttstusykehus for Innlandet skal lokaliseres på Moelv. På bildet under vises det hvor mange mennesker som nås på de tre ulike lokasjonene Biri, Moelv og Brumunddal innenfor tidsradius 10, 20, 30 og 45 min. Tilsvarende analyser er vanskelig å finne i rapportene som HS har utarbeidet ([Samfunnsanalyse Innlandet - Sammenstilling](#), COWI og Vista Analyse 2020, side 9)



I rapporten fra Alstahaug og Leirfjord kommune, *Multiconsult (2019) – siling av tomter for nytt sykehus i Alstahaug og Leirfjord* fremkommer det flere beregninger både for den totale reiseavstand for pasienter på Helgeland og for de ansatte ved dagens sykehusenheter. I rapporten (s.28) fremkommer det følgende: «Alternativene i Leirfjord har den beste lokaliseringen sammenlignet med de øvrige alternativene i tidsintervallet 0 – 75 minutter.»

4. Silingsrapport tomter i Alstahaug og Leirfjord – Multiconsult (2019)

Vefsn kommune og MON KF utarbeidet i 2018 en rapport som gjaldt siling av tomtene i Vefsn kommune. Rapporten var likt oppbygd som rapporten fra Alstahaug og Leirfjord kommune, vi brukte samme konsulentselskap (Multiconsult) og de samme kriteriene lå til grunn for utarbeidelsen.

I begge rapportene, både fra Vefsn og Alstahaug og Leirfjord, er det tatt utgangspunkt i fem hovedkriterier og tomtene er rangert ut ifra disse:

1. Transport og tilgjengelighet
2. Byutvikling og arealbruk
3. Ikke-prissatte konsekvenser
4. Risiko og sårbarhet
5. Kostnader og gjennomføring

I rapporten fra Alstahaug og Leirfjord kommune er det totalt åtte tomter som vurderes. Fire på Tovåsen, dagens sykehustomt, Rishatten, Radåsmyra og Leinesodden. Samtlige tomter på Tovåsen kommer dårligere ut enn mer bynære tomter på kriteriene byutvikling og arealbruk. På de andre kriteriene kommer tomtene på Tovåsen bedre eller likt ut som de andre tomtene (se tabell under. Leirfjord A, B, C og D er tomter på Tovåsen).

Dette er altså grunn nok til at rapporten brukes som en underlagsrapport for argumentasjon mot tomtene på Tovåsen. Det at Tovåsen-alternativene scorer svært godt på de andre kriteriene fremkommer ikke i saksfremlegget fra HS i sak 55/2021. I rapporten fremkommer det flere opplysninger som er relevant og positivt for Tovåsen.

Tema	Måloppnåelse							
	1. Dagens sykehustomt	2. Radåsmyra	3. Rishatten	4. Leinesodden	5. Leirfjord A	6. Leirfjord B	7. Leirfjord C	8. Leirfjord D
Transport og tilgjengelighet	Middels	Middels	Middels	Middels	Høy	Høy	Høy	Høy
Byutvikling og arealbruk	Høy	Middels	Middels	Lav	Lav	Lav	Lav	Lav
Ikke-prissatte konsekvenser	Høy	Høy	Høy	Middels	Middels	Middels	Middels	Høy
Risiko og sårbarhet	Høy	Høy	Høy	Høy	Høy	Middels	Middels	Høy
Kostnader og gjennomføring	Middels	Høy	Høy	Middels	Middels	Middels	Middels	Middels
Rangering	3	2	1	6	5	7	8	4

(Alstahaug og Leirfjord kommune, Multiconsult (2019) – siling av tomter for nytt sykehus i Alstahaug og Leirfjord. Side 9)

HS har fremhevet tomt nummer 17 (SWECO sin tomtebetegnelse) som den beste på Tovåsen. Denne tomten er ikke vurdert i rapporten fra Alstahaug og Leirfjord kommune. Vår oppfatning er at det er andre tomter som er bedre enn tomt nummer 17 på Tovåsen. Vi mener både tomt 15 og 13 har bedre egenskaper enn tomt 17. I rapporten benytter Multiconsult bokstaver som betegnelse for tomter, mens i SWECO sin rapport brukes tall (se tabell under).

Multiconsult	Sweco
A	13
B	Ikke vurdert
C	16
D	14
Ikke vurdert	17
Ikke vurdert	15

5. Tomterapport fra SWECO Norge AS – Tomteutredning for nytt sykehus i Sandnessjøen og omegn (juni 2021)

I rapporten fra Sweco 2021 ble fem tomter på Alstenøya rangert som de beste av totalt 20 tomter. I forbindelse med denne kom de 11 samarbeidende kommunene på Helgeland med et innspill, med utgangspunkt i en rapport fra Oslo Economics.

I rapporten fra Oslo Economics er det vektingen av kriterier som er avgjørende for hvilke tomter som kommer godt eller dårlig ut. Kriteriene til prosessen med Nye Helgelandssykehuset har vært særs omstridt siden de ble vedtatt i 2016. Da kriteriene ble vedtatt var verken struktur eller lokalisering bestemt. Styret i HS eller Helse Nord RHF har aldri hatt en åpen debatt om vektingen av kriteriene.

En skulle tro at styrene i både det lokale og regionale helseforetaket har en formening om hvilke kriterier som burde være viktigere enn andre i en slik prosess. Administrasjonen i HS har vektet kriteriet byutvikling som viktig og da kommer naturligvis bynære tomter nært Sandnessjøen svært godt ut. Hadde en større by enn Sandnessjøen vært med i beslutningen fra helseministeren, ville tomter nær denne byen kommet bedre ut enn Sandnessjøen pga. størrelsen på byen.

Et interessant innspill til SWECO rapporten kommer fra en privatperson:

«Jeg har lest hele rapporten og kunne skrevet en lang uttalelse om mye av innholdet som jeg simpelt hen ikke forstår hvilke kvalitative vurderinger som kan ligge til grunn for noen av de konklusjoner som framkommer.

*I stedet har jeg valgt å kommentere et forhold, tabell 7-1 på side 64. Tabellen viser hvor stor del av bosatte som kan nå de forskjellige sykehusomtene på henholdsvis 10 minutter, 25 minutter og 45 minutter. Så gis det poeng etter det antall beboere som kan nå sykehuset innen de forskjellige tidsrammene. Tabellen viser at 8 av tomtene i Alstahaug oppnår mellom 228 og 238 poeng av 300 mulige. De 4 tomtene på Tovåsen oppnår alle 213 poeng og rangeres alle som dårligere enn tomtene i Alstahaug. **Det er kolonnen som viser antall beboere som vil kunne nå sykehuset på 10 minutter som er den direkte og eneste årsak til rangeringen i tabellen».***

Følgende kommentar er gitt fra HS/sykehusbygg til dette innspillet i vedlegg 5. (styresak 55/2021):

«I rapportens kapittel 5.2.1 er det redegjort for hvorfor 10 minutters reisevei er vektet høyere enn antall bosatte innenfor 25 minutter og 45 minutters reisevei. Konsekvenser av at Helglandsbrua er stengt, er omtalt i rapportens kapittel 7.3.2. Innspillet tas til orientering.»

Det er så enkelt som innspillet fra privatpersonen beskriver. Dersom styrene hadde ment at det var viktigere å få bedre uttelling innenfor 45 minutter enn 10 minutter ville poengscoren på tomtene på Tovåsen bli bedre enn de tomtene som i dag er rangert høyest i rapporten fra SWECO, uavhengig om de andre kriteriene hadde vært uforandret. Det er nettopp dette som også er essensen i rapporten fra Oslo Economics. Det at Sykehusbygg sin representant nærmest latterliggjør rapporten og innspillet fra de samarbeidende kommuner i styrerommet til helseforetakene synes vi er svært beklagelig.

C) Alternative rapporter, utredninger og informasjon som ikke er hensyntatt i utredning av Tovåsen som lokalisering av nytt hovedsykehus.

1) Pasienttransport på Helgeland - Akutte og planlagte reiser - Prehospital enhet på HS - 2018

Flere av vedleggene til rapporten er også relevant: [Vedlegg til rapporten Pasienttransport på Helgeland - Akutte og planlagte reiser](#)

Denne rapporten ble utarbeidet av prehospital enhet på HS i 2018, altså før det endelige vedtak om struktur. Det finnes ikke spor av denne rapporten i utredningene som prosjektet Nye Helgelandssykehuset har gjort. Dette er mest sannsynlig også den eneste rapporten som enheter på HS selv har gjort uten bruk av eksterne konsulenter.

«Dette dokumentet beskriver pasienttransport på Helgeland. Det er utarbeidet av Enhet for prehospitaltjenester og tar for seg både akutte transporter og planlagte reiser. Dokumentet er grundig diskutert internt i enheten og det er ingen uenighet om tallgrunnlaget bak beregningen.» (Pasienttransport på Helgeland – Akutte og planlagte reiser. side 5)

I dokumentet fremkommer det flere interessante opplysninger om både planlagte- og akutte reiser både til havs, i luft og langs vei som taler til fordel for en lokalisering av hovedsykehuset på Tovåsen. Det er også gjort utregninger på kostnader innenfor prehospitaltjenester ved de ulike lokaliseringene.

«Sandnessjøens umiddelbare nærområde (kommunene Herøy, Alstahaug, Leirfjord og Dønna) vil i 2040 ha ca 13.500 innbyggere (SSB, hovedalternativet). Det er for lite til å forsvare etablering av et akutt sykehus.» (Pasienttransport på Helgeland – Akutte og planlagte reiser. Side 22)

Kapittel 3.4 - Forslag til indikatorer for optimal plassering av sykehus er relevant for å finne det best egnede stedet av et nytt hovedsykehus i forhold til tilgjengelighet – både for akutte og planlagte reiser.

Reisetidstabellene i punkt 4.1 er også svært relevante.

I oppsummeringen av rapporten fremkom noen av disse funnene:

- *Det er til dels store forskjeller i hvor lang tid det tar å transportere den femtedelen av befolkningen som bor lengst unna til de forskjellige lokasjonene. Disse vil bruke mellom en og to timer mer til det minst gunstige alternativet i forhold til det mest gunstige.*

- Dersom man velger det minst gunstige alternativet vil 16 % av befolkningen ha kortere vei med bakke transport og høyere regularitet med luftambulansetil Helse Nord-Trøndelag enn til Helgelandssykehuset. Det er grunn til å vurdere om en slik løsning også vil innebære endring av foretaksgrensene.
- Det er store forskjeller på luftambulanseregularitet mellom det gunstigste alternativet og det minst gunstige.
- Det minst gunstige alternativet vil gi 38 % av befolkningen reisetid til stort akutt sykehus som er lenger enn to timer, mens tilsvarende for det gunstigste alternativet er 20 %.
- Ved det gunstigste alternativet vil 80 % av befolkningen kunne utnytte poliklinikk og dagbehandling ved stort akutt sykehus på en rasjonell måte, mens det tilsvarende for det minst gunstige alternativet er 62 %.

2) Geografi, demografi og høyteknologisk medisin – hvordan kan det leveres et likeverdig helsetilbud i Norge? En helsemodell basert på reisetid, befolkningsgrunnlag og medisinsk kvalitet. Bækken/Moldestad : (universitetet i Oslo 2017)

Denne masteroppgaven fra UiO fra 2017 har pekt på rett lokalisering og sykehusstruktur over hele landet basert på bosetting og reisetilgjengelighet.

Rapporten er flere ganger spilt inn til HS, men ikke funnet relevant av administrasjonen i HS.

«Hammerfest, Gravdal, Hadse, Sandnessjøen og Voss har enten ikke tilstrekkelig befolkningsgrunnlag eller er feilplassert.» (Geografi, demografi og høyteknologisk medisin – hvordan kan det leveres et likeverdig helsetilbud i Norge? En helsemodell basert på reisetid, befolkningsgrunnlag og medisinsk kvalitet. Side 121.)

«5.2.1 Funksjonsfordeling mellom Helgeland sykehusene. Vår helsemodell viser at det foreligger befolkningsgrunnlag til sykehus. Ett Akutt sykehus med både akutt medisinsk og kirurgisk beredskap, og ett Medisinsk Sykehus. Sykehusene ligger henholdsvis i Mosjøen og Mo i Rana. I tillegg er det behov og befolkningsgrunnlag for to Helsehus + i Brønnøysund og Sandnessjøen.»

Geografi, demografi og høyteknologisk medisin – hvordan kan det leveres et likeverdig helsetilbud i Norge? En helsemodell basert på reisetid, befolkningsgrunnlag og medisinsk kvalitet.

«Hva er årsaken til resultatene?

- *I dagens sykehusstruktur har alle fylker kommuner som er allokert til feil, det vil si at kommunene ikke sokner til nærmeste sykehus.*
- *Konsistent gjennomføring av Helsemodellens metode med varierende nivåinndeling etter befolkningsgrunnlag og reisetid, og allokering av kommuner til nærmeste sykehus.*

Hva betyr resultatene?

- *Mer lik og høy kvalitet i hele spesialisthelsetjenesten.*

- Mer likeverdige helsetjenester til folk flest.
- Raskere og rimeligere prosess i omorganisering av sykehusstruktur.
- Framtidsrettet sykehusstruktur»

(Geografi, demografi og høyteknologisk medisin – hvordan kan det leveres et likeverdig helsetilbud i Norge? En helsemodell basert på reisetid, befolkningsgrunnlag og medisinsk kvalitet. Side VIII.)

3) Innspill fra Leirfjord kommune: Hovedsykehus på Helgeland – [Hovedsykehus på Helgeland - Tovåsen i Leirfjord kommune. Presentasjon fra Leirfjord kommune](#)

I presentasjonen fra Leirfjord kommune fremkommer det flere interessante opplysninger som også de 11 samarbeidende kommuner har presentert for helseministeren ved flere anledninger i forkant av endelig vedtak om struktur. Det er all grunn til å mene at noe av bakgrunnen for ministeren sitt endelige vedtak er nettopp innspill fra de samarbeidende kommuner.

Lysbilde nummer 3 i presentasjonen viser eksempler på ambulansetider ved kombinasjon båt/bil. Utregningen viser at ved lokalisering av sykehus i Tovåsen og etablering av mottak av ambulansebåt på Levang og Leland vil Tovåsen være bra både for øysamfunnene både sør og nord for Tovåsen. Dersom sykehus lokaliseres i Sandnessjøen må pasientene uansett omlastes fra båt til bil før frakting til sykehus. For øysamfunnene nord for Tovåsen vil det være kortere å frakte pasienter til Tovåsen enn Sandnessjøen med løsningen som fremkommer i presentasjonen fra Leirfjord. Dette fremkommer ikke i noen av utredninger fra HS.

Lysbilde nummer 5 er hentet fra rapporten *Pasienttransport på Helgeland – Akutte og planlagte reiser*. Transporttider i akutte situasjoner (vektet snitt). Leirfjord kommer bedre ut enn de andre alternativene.

Lysbilde nummer 6 er svært interessant og denne opplysningen finnes ikke i andre utredninger som er gjort underveis i prosessen med Nye Helgelandssykehuset. Tilgjengeligheten av personer med ett sykehus på Helgeland lokalisert på Tovåsen er sammenlignet med tall fra utredningen av Nye SNR. Tallene på lysbildet viser dersom Tovåsen var det eneste sykehuset på Helgeland ville Tovåsen hatt bedre måloppnåelse enn Nye SNR innenfor 15-30 min og 45-60 min. Med vedtaket om to sykehus hvor det ene akuttsykehuset skal være lokalisert på Mo i Rana vil tilgjengelighetstallene (Tovåsen og Mo) være langt høyere enn det som fremkommer i lysbilde 6.

4) [Innspillsdokument fra Leirfjord kommune](#)

I innspillet fra Leirfjord kommune som er planfaglig ansvarlig for tomtene på Tovåsen fremkommer det faktaopplysninger om tomtene i Leirfjord.

Vi kan ikke se at innspillene fra Leirfjord kommune er hensyntatt i utredningen til fordel for Tovåsen.

I saksfremlegg fra HS i sak 55/2021 side 22 står det følgende:

«I tillegg viser 22 tomteutredningen at Tovåsen har lavere måloppnåelse innenfor byutvikling, arbeidsplass og rekruttering, nærhet til samarbeidspartnere og kapasitet for andre aktører, brannberedskap, sårbarhet ved stenging av Helgelandsbrua, klimafotavtrykk på grunn av høy bilavhengighet, grunnforhold m.m.»

Samtlige påstander om lav måloppnåelse på tomtene på Tovåsen er svært lett å argumentere mot. I dette dokumentet er kriteriene byutvikling, arbeidsplass og rekruttering særlig godt belyst. Leirfjord som vertskommune har ved flere anledninger gitt beskjed om at dersom sykehuset lokaliseres i Leirfjord kommune skal kommunen tilrettelegge for at brannberedskapen ivaretas. Det problematiseres også teknisk infrastruktur til tomtene i omegn i HS sin utredning og viser at dette er fordyrende. Det at nå-situasjonen brukes uten å ta hensyn til innspillene fra Leirfjord og andre kommuner om en vil bli- situasjon der kommunene tar de nødvendige grep som må til dersom sykehuset lokaliseres i omegn er forunderlig. Ordfører i Vefsn har ved flere anledninger uttalt at dersom det etableres et sykehus på Tovåsen skal Vefsn stille opp med nødvendige ressurser da dette blir et felleskapsprosjekt.

Helgelandsbrua brukes som et argument mot Tovåsen. Dette er også forunderlig da et vesentlig antall innbyggere på Helgeland får større problemer dersom et sykehus lokaliseres på Alstenøya og brua stenges. Det er all grunn til å minne HS på at det bor kun ca 7.400 mennesker i Alstahaug kommune og det skal være funksjonsfordeling på akuttisyrkehusene på Helgeland slik at potensielt ca 63.000 mennesker på Helgeland må benytte tjenester på hovedsykehuset og må kjøre over brua dersom et sykehus lokaliseres på Alstenøya. Dette hensynstas ikke. På Helgeland i dag er det ca. 9.000 mennesker uten fastlandsforbindelse og dette antallet er det samme som i opptaksområdet til Nye SNR. Dette virker ikke å hensyntas i utredningene og det er mildt sagt utrolig at et slikt argument kan oppstå slik det gjør i utredningene.

Klimafotavtrykk på grunn av høy bilavhengighet er også noe spesielt. Det er vist i flere rapporter (*Pasientreiser – Akutte og planlagte reiserog Silingsrapport fra Alstahaug og Leirfjord kommune*) at de totale antall kilometerne dersom alle på innbyggerne på Helgeland skulle til ett sykehus ville Tovåsen kommet best ut.

Dette er hentet fra Asplan Viak sin samfunnsanalyse for idefasen ved Sykehus innlandet (s.7):

«Ved å se på hvordan ulik sykehusstruktur påvirker reiselengder og reisemiddelvalg for ansatte, pasienter og pårørende kan vi beregne virkningen av endret struktur på CO2-utslipp fra persontransporten. Beregninger av klimagassutslipp fra bilkjøring er basert på forventet utvikling i bilparken fram mot 2040, der CO2-utslipp per kjørt km med personbil er forventet å reduseres med 64 prosent sammenlignet med 2015.»

Dette fremkommer ikke i utredningene ved Helgelandssykehuset.

Generelt om tomtene:

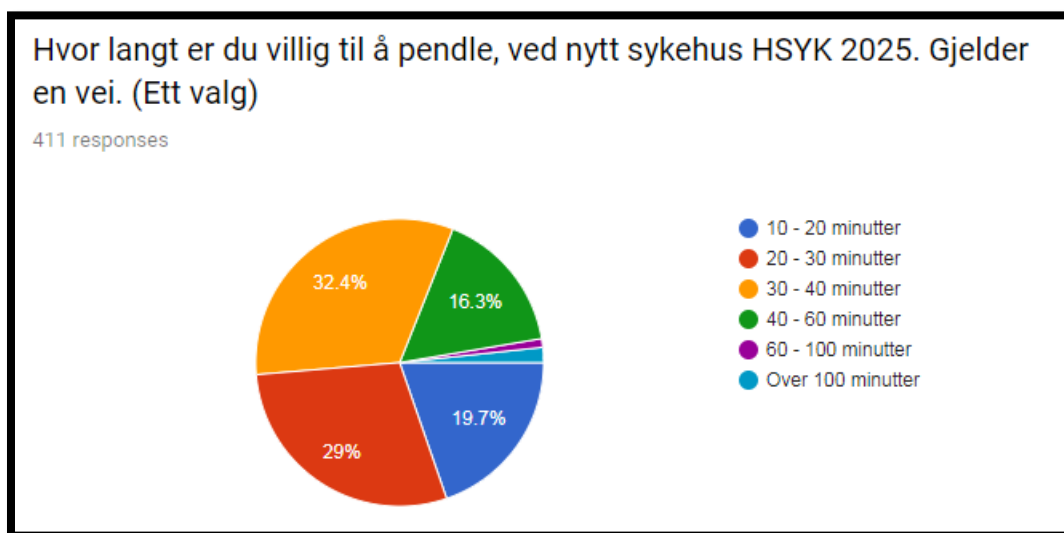
- *Råtomteprisene i Leirfjord er lave slik at kostnader knyttet til grunnerverv av relativt store arealer vil være beskjedne.*
- *I november 2020 redegjorde Leirfjord kommune for at det er kunngjort igangsetting av arbeid med kommuneplanens samfunnsdel og arealdel. Planprogram for dette arbeidet ble fastsatt 12.11.2020. Dagens status på kommuneplanarbeidet er at det jobbes med et konkret forslag til ny samfunnsdel. Denne forventes ferdigstilt våren 2021, og vil inneholde strategiske mål iht. FN's bærekraftsmål, samt arealpolitiske retningslinjer som gir direkte styringssignaler til arealdelen. Kommuneplanens arealdel vil dekke alt landareal, herunder kommunedelplaner. Kommunedelplan for sjøområdene, vedtatt 2019, tas også med slik at sammenhengene mellom sjøveis bruk og ferdsel, samt framtidig arealbruk på land, blir mest mulig funksjonell (jfr. for eksempel ambulansébåt)*
- *Ny arealdel forventes ferdigstilt våren 2022. Framdriften vil således kunne synkroniseres med framdriften i sykehusprosjektet, både med hensyn til aktuelle konsekvensutredninger, og for å sikre aktuelle arealer for videre regulering. Som det framkommer av planstrategien er det planlagt rullering av en rekke andre sektorplaner som vil være relevante knyttet til eventuell etablering av et stort formålsbygg som sykehus.*
- *Under tomtetekostnader er i rapporten inntatt kostnadene til personalbygg. I Leirfjord er det allerede detaljregulert for ca. 250 boenheter. I kommunedelplanen Leines, innenfor en radius av 1,5 km, er avsatt arealer til boligformål med til sammen ca. 500 boenheter. Dette antas å være et godt tilbud til ansatte ved sykehus lagt til Leirfjord.*
- *El-forsyning: Det er god og sikker kraftforsyning i Leirfjord. Helgeland Kraft AS har tre etablerte kraftstasjoner i kommunen» (Innspillsdokument Leirfjord Kommune. side 6)*

Kommentarene som er gitt fra HS/Sykehusbygg i vedlegg 5 (sak 55-2021) på Leirfjord kommune sine innspill er følgende: «Endrer ikke rapportens konklusjoner».

5) Høringsuttalelse til rapport fra Ekstern ressursgruppe - Avdelingsledere ved HSYK enhet Sandnessjøen - 28.februar2019

«Vi ønsket å undersøke hva som var viktig for våre ansatte ved valg av arbeidssted her på Helgeland. Vi gjennomførte derfor en questback (vedlegg 1) blant våre ansatte med 91 % oppslutning. Resultatet viser at pendlerviljen er stor, og at det ikke er størrelse på byen som er viktig i valg av arbeidssted. 84 % oppgir at godt arbeidsmiljø er den viktigste faktoren for valg av arbeidssted.»

«Vår undersøkelse viser at ved å plassere et felles akuttsykehus sør for Korgfjellet, vil svært mange av de ansatte ved sykehuset i Sandnessjøen være villig til å pendle for å komme seg på jobb, hvis hensynet til felles beste for Helgeland tilsier en plassering utenfor bykjernen.»
(Høringsuttalelse til rapport fra Ekstern ressursgruppe - Avdelingsledere ved HSYK enhet Sandnessjøen. Side 20)



(Høringsuttalelse til rapport fra Ekstern ressursgruppe - Avdelingsledere ved HSYK enhet Sandnessjøen. Side 26.)

Tabellen viser at omlag 80 % av respondentene til undersøkelsen er villig å pendle over 20 minutter til jobb.

Fagmiljøene ved enhet Sandnessjøen og Mosjøen har ved gjentatte anledninger uttalt at det er pendlervillighet ved enhetene og de ønsker en sammensmeltning av disse to fagmiljøene. I helseministerens endelige beslutning ligger det en forutsetning at fagmiljøene i Mosjøen og Sandnessjøen skal smeltes sammen. Vi kan ikke se at dette er tatt høyde for i utredningene til Nye Helgelandssykehuset.

6) Drevjamoen leir i Vefsn kommune

Det argumenteres ofte i utredningene fra HS at rekruttering vil være et problem med lokalisering av et sykehus på Tovåsen. Det argumenteres også i utredningene at det er lite pendling i dag mellom Sandnessjøen og Mosjøen. I dag er det sykehusenhet begge steder. Det er innlysende at så lenge det er enheter i Mosjøen og Sandnessjøen vil det ikke være utstrakt pendling.

HV 14 er lokalisert i Drevjamoen leir ved utløpet av Toventunnelen i Vefsn kommune. I dag er det 44 ansatte ved Drevjamoen leir og per i dag eneste arbeidsinstitusjon bortsett fra Granmoen skole/barnehage med mange ansatte i området Tovåsen/Drevja.

Hvordan kan vi anta at et sykehus på Tovåsen vil føre til rekruttering fra et større området og at det vil være utstrakt pendling fra flere kommuner til et nytt sykehus?

På Drevjamoen har de ansatte følgende bostedsadresse (tall fra juni 2021):

Hemnes: 3 stk

Rana: 4 stk

Leirfjord: 1 stk

Alstahaug: 2 stk

Grane: 1 stk

Vefsn: 29 stk

Ukependlere: 4 stk

Drevjamoen leir	Hemnes (rådhus)	30 km (23 min)
Drevjamoen leir	Rana (rådhus)	69 km (57 min)
Drevjamoen leir	Leirfjord (rådhus)	22 km (18 min)
Drevjamoen leir	Alstahaug (rådhus)	42 km (37 min)
Drevjamoen leir	Grane (rådhus)	66 km (56 min)
Drevjamoen leir	Vefsn (rådhus)	23 km (21 min)

(Kilde: 1881.no)

Dette betyr at hele 27,5 % av de ansatte på Drevjamoen leir dagpendler fra andre kommuner enn Vefsn til jobb.

Dette eksemplet viser at etablering i området rundt Tovåsen vil rekruttere fra et stort omland og får et helt annet rekrutteringsgrunnlag enn om sykehuset lokaliseres i Sandnessjøen. Dette er særs positivt for rekrutteringsevnen til sykehuset. Med utbyggingen av E6 gjennom Helgeland de siste årene har avstanden blitt kortere og veiene mer komfortabel. Nordlandsbanen går også rett forbi Drevjamoen leir, med nedlagte Drevja stasjon som nærmeste nabo.

I forbindelse med etablering av batterifabrikk på Mo har Freyr annonsert ønsket om realisering av Helgelandspendelen for å rekruttere arbeidskraft fra en større region. Nordland fylkeskommune gjorde i 2016 en utredning om et pendlertog på Helgeland med t/r Trofors – Rana.

Det skal også nevnes at Drevjamoen leir skal utredes for en større etablering for Hærens rekruttutdanning. Denne utredningen vil foregå i 2022 og kan føre til en kraftig oppbygging av Drevjamoen med langt flere ansatte.

Ingenting av informasjonen som fremkommer under B6 er å finne i noen av utredningene som HS har gjort.

I utredningene rundt prosjektet ny sykehusstruktur på Helgeland har rekruttering vært en tema som har blitt vektlagt i stor grad. Dette er forståelig. Eksemplet hvordan det i dag faktisk fungerer på Drevjamoen leir bør tilegnes stor vekt i fortsettelsen fordi dette er et konkret bevis på at et sykehus på Tovåsen kan rekruttere arbeidskraft fra mange kommuner på Helgeland.

7) Innspill fra Nordland fylkeskommune

I saksfremlegget i HS fremheves Fylkesrådet i Nordland fylkeskommune sitt innspill som et viktig argument mot Tovåsen.

Det står å lese følgende i saksfremlegget til sak 55/2021:

«Nordland fylkeskommune ved Fylkesrådet støtter det faglige utredningsarbeidet og metodikken som er benyttet. Vurderingene følger en logisk metodikk som er etterprøvnbar og fylkesrådet er tilfreds med at tidligere vedtak er fulgt opp i forhold til utredningsområde. Fylkesrådet ser ikke at de fem tomtene i Sandnessjøen setter vesentlige regionale interesser på spill. Når det gjelder tomtene i Tovåsen skriver fylkesrådet:

«Lokalisering av et nytt hovedsykehus i Tovåsen vil medføre økt behov for kollektivtransport og utbedringer av veinettet i området. Det må gjøres en vurdering av de økonomiske konsekvensene av dette».

Fylkesrådet viser til fylkesplanens arealpolitiske retningslinjer og Tovåsen som tomtealternativ vil ikke være i samsvar med disse retningslinjene.

Fylkesrådet vil be om å få komme tilbake med en mer inngående faglig vurdering dersom Tovåsen blir et aktuelt utbyggingsalternativ.»

HS er svært opptatt av å vise til fylkesplanens arealpolitiske retningslinjer. Denne type arealpolitiske planer finnes i alle fylker og kommuner og de er ikke hensyntatt i like stor grad verken i Østfold (Kalnes sykehus), Innlandet (Moelv) eller Nordmøre (Nye SNR) som på Helgeland.

Ordfører i Leirfjord, Ivan Haugland, stilte i 2017 spørsmål til daværende kommunalminister Jan Tore Sanner om formålet med lokaliseringspolitikken er ment vektet så høyt at lokalisering av statlige arbeidsplasser utenfor regionale sentra er utelukket? Haugland viste så til de nye retningslinjene for lokalisering av statlige arbeidsplasser.

Svaret fra Sanner var følgende:

«(...) Det er imidlertid slik at retningslinjene ikke gjelder for statlige stiftelser, statsforetak, særlovsselskap, statsforetak eller andre foretak som staten eier, slik som helseforetakene. I den nylig framlagte plan for lokalisering av statlige arbeidsplasser er det gjort rede for hvilke hensyn som må ivaretas når det skal gjøres vurderinger av ulike lokaliseringalternativer, i forhold til infrastruktur, kompetanse, rekrutteringsmuligheter og å sikre gode tjenester. Dette innebærer at i de sakene hvor retningslinjene gjelder, vil også steder utenfor regionale sentra kunne vurderes.»

Både spørsmål fra Haugland og svar fra Sanner ligger vedlagt og er spilt inn fra ulike aktører til HS flere ganger uten av vi kan se at dette får oppmerksomhet i utredningsdokumenter.

Dette betyr at lokalisering av nye sykehus som eies av staten (slik som Nye Helgelandssykehuset) ikke ligger under statlige retningslinjer for lokalisering av statlige arbeidsplasser. Dette betyr i praksis at HS kan velge å se helt bort i fra fylkesplanens arealpolitiske retningslinjer dersom de ønsker det og det er ikke slik at fylket sine arealpolitiske retningslinjer trumfer statlige retningslinjer.

«Det som må til av vegrelaterte utbedringer ved Tovåsen- alternativet, er adkomst til sykehuset, inkludert parkering og universelt utformede holdeplasser mv. for kollektiv. En lokalisering av sykehuset i Tovåsen vil medføre kanskje føre til at en får en mindre del av de ansatte som kan gå eller sykle til jobben. Utover dette er det ingen nevneverdige utfordringer ift. det som ble nevnt i FR-sak 1417/2021.»

Dette fremkommer også i Fylkesrådets innspill. Utbedringene av veinettet er altså ikke så stort som en kan få inntrykk av å bare lese saksfremlegget.

«Fylkesrådsleder viser til innspill fra de 11 kommunene sør for Korgfjellet som har presentert en felles holdning til prosessen rundt lokalisering av nytt sykehus på Helgeland. Blant annet skrives det: «Vi mener derfor at et nytt hovedsykehus må plasseres slik at det er akseptabel pendlingsavstand fra både Sandnessjøen og Mosjøen. På denne måten kan dagens to fysiske adskilte fagmiljø gro og videreutvikle seg sammen, til ett fellesskap, i ett felles hovedsykehus.» Fylkesrådsleder og fylkesrådets nestleder har gjennomført møte med ordførerne i kommunene hvor det framgikk tydelig at ønske om å utvide det geografiske nedslagsfeltet for tomtevalg. På denne bakgrunn legger fylkesrådsleder til grunn at det er en betydelig og samstemt holdning i regionen for å prioritere en lokalisering i Tovåsen.»

Dette fremkommer også i Fylkesrådets innspill. De samarbeidende kommuner sitt ønske vektlegges altså i Fylkesrådets innspill og heller ikke det fremkommer i saksfremlegget.

«Ved lokalisering av nytt hovedsykehus på Helgeland er det viktig at dette bidrar til at fagmiljøene i regionen kan samarbeide tett. Framtidens hovedsykehus må bygge videre på de gode og kompetente fagmiljøene som allerede eksisterer ved sykehusene Sandnessjøen og Mosjøen.»

Dette fremkommer også i fylkesrådets innspill. Fylkesrådet er enig i argumentene som de 11 samarbeidende kommuner og fagmiljøene ved enhet Sandnessjøen og Mosjøen har kommunisert over lengre tid. Dette er et klart argument for lokalisering av et nytt sykehus i omegn og heller ikke denne informasjonen fremkommer i saksfremlegget.

I vedlegg 5. (styresak 55/2021) - Tomteutredning nytt sykehus i Sandnessjøen og omegn - Behandling av innspill. Står følgende kommentar bak innspillet Nordland Fylkeskommune: «*Innspillet støtter opp om rapportens konklusjoner og tas til orientering.*»

Vi kan overhodet ikke se at Fylkesrådets innspill støtter opp om rapportens konklusjoner så entydig som det fremkommer i vedlegg 5.

8) Generelle betraktninger

- 1) De 11 samarbeidende kommuner har gjentatte ganger argumentert for Tovåsen som lokalisering av et nytt hovedsykehus, både i brev form og i leserinnlegg. Administrasjonen tar forsvinnende lite hensyn til de samarbeidende kommune sine ønsker for et sykehus som skal være for bl.a. innbyggerne i disse kommunene. Ved flere anledninger har de samarbeidende kommuner presentert argumenter hvorfor sykehuset bør lokaliseres til Tovåsen til helseminister Bent Høie.
- 2) I [Innspillbrev om tomteutredning fra Helgelandsykehuset HF](#) fremkommer det ikke at berørte kommuner skal svare ut hvor de ønsker et sykehus i Sandnessjøen og omegn lokalisert. Flere av kommunene gjør allikevel dette, som f.eks. Rana kommune. I saksfremlegget i sak 55/2021 trekkes det frem at flere kommuner peker på Sandnessjøen som lokalisering. De 11 samarbeidende kommuner har vært lojal til oppgaven som er gitt av HS og har ikke svart ut hvor de ønsker et sykehus lokalisert nettopp fordi det ikke var i oppdragsbeskrivelsen. Når HS allikevel fremhever dette i saksfremlegget betyr det at de 11 samarbeidende kommunene også burde gjort et lokaliseringsvedtak. Dette tyder igjen på at HS trekker frem fordeler for Sandnessjøen og ikke gir et objektivt bilde av omegn. I saksfremlegg i sak 55/2019 står det følgende: «*De totalt syv kommunene som peker på Sandnessjøen som lokalisering utgjør ca. 46.000 av befolkningsunderlaget på Helgeland.*» I vedlegg 5. (sak 55/2021) fremkommer det kun seks kommuner som peker på Sandnessjøen som lokalisering og befolkningen er ikke ca 46.000, men 37.087 (SSB 1. kv.2021)

Rana: 26.083

Hemnes: 4.428

Lurøy: 1.876

Rødøy: 1.206

Nesna: 1.701

Herøy: 1.793

Totalt: 37.087

3) Fagmiljøene både ved enhet SSJ og MSJ har flere ganger både i brev form og i leserinnlegg argumentert for en lokalisering i pendlingsavstand fra både SSJ og MSJ for å bevare og bygge opp fagmiljøene i et nytt hovedsykehus. Interimsfasen blir i utredninger av sykehusstruktur andre plasser i landet fremhevet som særs viktig og omtales ofte som kritisk for å lykkes med en ny sykehusstruktur. I Nye Helgelandssykehuset er interimsfasen nesten ikke omtalt. Dette finner vi svært merkelig da interimsfasen på Helgeland skiller seg ut som en meget viktig fase dersom vedtaket til ministeren skal gjennomføres. I Mosjøen er det i dag en del sårbare fagområder som etterhvert skal flyttes inn i nytt hovedsykehus. Dersom det gjøres vedtak om Alstenøya kan disse sårbare fagområdene pulveriseres og det blir vanskelig å bygge dem opp igjen fra grunnen på et nytt hovedsykehus. Problemstillingen er påpekt i flere brev og leserinnlegg fra fagmiljøene både i Mosjøen og Sandnessjøen uten at argumentene fra fagmiljøene selv blir hensyntatt. Det er forunderlig at administrasjonen i HS forbigår både ønsker og argumenter fra fagmiljøene så til de grader.

4) Utviklingsplanen fra 2014 er utgangspunktet for hele strukturdebatten på Helgeland. Det er en grundig og god rapport som utreder alle elementene ved en endring av sykehusstrukturen på Helgeland. I utredningen rundt Nye Helgelandssykehuset er det nesten ikke spor av utviklingsplanen.

5) Volum på sykehuset – både styreleder og adm. dir. i Helse Nord RHF og prosjektleder i Nye Helgelandssykehuset er sitert på at hovedsykehuset skal ha størst tyngde og faglig bredde. I Helseministeren sitt vedtak punkt 4. står det å lese at Mosjøen skal ha noe poliklinisk aktivitet og dette skal utredes videre i konseptfasen. I utarbeidet faglig utviklingsplan står det at 50 % av den polikliniske aktiviteten som sokner til Mosjøen skal utføres i Mosjøen. På Sør-Helgeland skal 80 % av den planlagte aktiviteten skje i nytt DMS i Brønnøysund.

De samarbeidende kommuner argumenterer for at prosenten i Mosjøen kan være lavere dersom sykehuset lokaliseres på Tovåsen slik at vi får større volum på et hovedsykehus. Vefsn, Grane og Hattfjelldal som er kommunene som sokner til Mosjøen mener at dersom sykehuset havner på Tovåsen kan alt av tilbud flyttes til hovedsykehuset for å få opp et nødvendig volum. Dette er kommunisert til HS. Det oppleves som om at dette neglisjeres av administrasjonen i HS. Slik det kan forstås er det et mål for administrasjonen at volumet på hovedsykehuset skal fragmenteres og bli mindre enn nødvendig.

På Helgeland er det vedtatt to akuttsykehus. I Rana vil all planlagt behandling sluses inn på akuttsykehuset i Rana, i det andre akuttsykehuset skal altså den planlagte behandlingen fragmenteres over tre enheter, med utstrakt poliklinisk aktivitet i Mosjøen. Det må vel være i alles interesse at hovedsykehuset lokaliseres slik at volumet blir større og mer attraktivt både for pasienter og fagmiljø? En skulle også anta at et større hovedsykehus med større volum vil også ha en rekrutterende effekt.

6) Spørreundersøkelse fra en privatperson

I innspillrunden til SWECO sin tomterapport fremkommer det resultater fra en spørreundersøkelse utført på oppdrag fra en privatperson. Resultatene trekkes også frem i saksfremlegget i sak 55/2021. Det tenderer til useriøst at en spørreundersøkelse fra en privatperson som ikke har noe formell rolle til noen institusjoner eller miljøer som jobber med sykehusprosessen tilegnes vesentlig plass i et

saksfremlegg i en slik viktig sak. Det foreligger ikke et kritisk spørsmål fra HS hvordan spørsmålene fra privatpersonen er utformet for å få de svarene som en ønsker. Det er all grunn til å anta at siden resultatene fra undersøkelsen går i favør av prosjektledelsen sine ønsker er det ønskelig å trekke denne frem.

Kommentaren fra HS/Sykehusbygg på innspillet i vedlegg 5. (styresak 55/2021) er følgende:

«Det registreres at spørreundersøkelsen fra Opinion viser et noe mer nyansert bilde enn innspill 6 fra Nordland fylkeskommune der det vises til møte med 11 berørte ordførere på Sør-Helgeland og deres felles prioritering i retning av Tovåsen. Det registreres også at det i alle aldersgrupper er det større oppslutning om sykehus lokalisert i Sandnessjøen (43-50%), Leirfjord (17-33%). Blant de unge i aldersgruppen under 30 år svarer 44% Sandnessjøen, 17% Tovåsen og 21% ingen av delene/annen løsning.»

Det er svært merkelig at spørreundersøkelsen trekkes frem for å så tvil om de samarbeidet mellom de 11 samarbeidende kommuner og innspillet fra Nordland fylkeskommune.

7) I styresak 55/2021 fremkommer følgende i saksfremlegget:

«Tall fra SSB viser derimot 61 % av ansatte som jobber ved Helgelandssykehuset Sandnessjøen, også er bosatt i Alstahaug kommune. 8 % pendler inn fra Leirfjord, 6 % fra Vefsn, 5 % fra Rana og 21 % fra andre kommuner. Dette viser at et sykehus som ligger i Sandnessjøen har evne til å tiltrekke seg en del ansatte fra andre kommuner, inkludert Vefsn. I motsatt retning er det klart mindre pendling. 89 % av de som jobber i Helgelandssykehuset Mosjøen er også bosatt i denne kommunen. Det samme gjelder for Helgelandssykehuset Mo i Rana, der 89 % av de ansatte bor i Rana kommune. Dette er klart høyere enn de 61 % vi finner for Alstahaug kommune.»

Man kan like gjerne tolke tallene på denne måten: Årsaken til at kun 61% av de som jobber i Sandnessjøen sykehus bor i Alstahaug er at partnere ikke finner jobb der, eller at byen er for liten til at nye ansatte finner den urban nok. Eller... At de som jobber i HS ikke foretrekker å bo bynært.

Igjen viser utredningen at statistikk og tall brukes av HS for å få et ønsket resultat.

8) Ett annet viktig poeng som gjør at Tovåsen bør vurderes er nærheten til fagmiljø og tilbud innen psykisk helse- og rus i Mosjøen som fortsatt i følge ministeren sitt vedtak skal ligge i Mosjøen. Det må være relevant at hovedsykehuset å ligge med optimal plassering i forhold til dette miljøet i Mosjøen. I sammenlignbare saker i Helse Nord RHF som f.eks. Tromsø og Narvik er sammenlignet situasjon blitt tilegnet som et viktig moment.

D) Bærekraft

1. Bakgrunn:

I styremøtet til Helse Nord RHF 30.6.2021 sak 92/2021 er bærekraftsanalysen kun tatt til orientering og styret ba om at ny analyse kommer tilbake til styremøte den 29.09.2021. Vi benytter dette pusterommet til å komme med våre innspill på forhold man kan stille spørsmål til, slik analysen fremstår i dag.

En økonomisk bærekraftsanalyse skal si noe om forventet fremtidig utvikling i ett gitt økonomisk case. Den skal fortelle beslutningstaker noe om de økonomiske konsekvensene av å foreta investeringer og om det er handlingsrom for å innenfor gitte økonomiske rammer å foreta denne. Som en del av dette må det foretas forutsetninger om hva man tror på av fremtiden. Man må altså foreta antagelser om renter, avskrivninger, pasientstrømmer, vedlikehold og driftsomkostninger for å nevne noen. Disse forutsetningene vil det alltid være spørsmål og kritikk til, siden dette går på forventningen til fremtiden. En analyse bør likevel i størst mulig grad forsøke å være objektiv, og man må ikke legge alle kriterier i «en retning», fordi beslutningstaker da kan bli villedet til å gjøre en feilaktig beslutning. Det bør i områder med stor usikkerhet opplyses om dette og i den grad da dette er vesentlig, foreta simuleringer av hvilke effekter man vil kunne få om forutsetningene ikke slår til.

Finansdepartementet rundskriv R-109, sist revidert 25.6.2021, sier noe om hvilke krav en samfunnsøkonomisk analyse bør inneholde. I dette rundskrivet finner du bl.a. krav om at 0-alternativet skal utredes, for å unngå at man iverksetter tiltak som ikke gir samfunnsmessig nytte. Her skal man beskrive hvilke virkninger de ulike alternative tiltakene kan ha, hvem og hvilke områder som blir berørt, og hvordan de blir berørt. Virkningene beskrives som endringer sammenlignet med nullalternativet. Likedan skal verdien av tid, liv og helse vurderes. Som eksempel er verdien av ett liv (statistisk liv) vurdert av SSB til kr 33,4 mill., noe som er relevant når man f.eks. skal skille mellom lokalisering mellom Tovåsen og Alstenøya. Dette er elementer vi ikke finner igjen i bærekraftsanalysen som er vedlagt for styrene i Helse Nord RHF og HS. I prosjektet Nye Helgelandssykehuset er 0-alternativet et referansealternativ. Slik er det også gjort i noen andre sykehusutredninger.

2. Overordnet analyse

Før man ser på en bærekraftsanalyse kan det være nyttig å ta noen skritt tilbake å se på hva man bør forvente av denne. Bærekraftsanalyser er en komplisert materie og det kan være mulig å gå seg bort i detaljer. En måte å gjøre dette på kan være å se på tidligere styrebehandlete prosjekter i Helse Nord RHF. Vi har en forventning om at det er en viss sammenheng mellom bærekraft og befolkningsmengde. Om det ikke er det bør man se på hva årsaken til dette kan være. Forklaringsfaktorer kan være feil i selve bærekraftmodellen eller at den foreslåtte strukturen er ineffektiv og fjerner handlingsrom.

Matrisen under viser to nylige prosjekter i Helse Nord regi. Det mest aktuelle er kanskje Nye Narvik sykehus, siden dette er nærmest i tid. Samtidig har Hammerfest mange likheter ved at deler av behandlingen skjer i DMS i Alta. Denne tabellen viser hva forventet bærekraft er om man har samme beløp til «disposisjon» pr pasient på Helgeland som i andre regioner.

Sykehus	Befolkning	Vedt.utbygging	kr/innb.	Referansekostnad
Narvik	29 000	2 700 000 000	93 103	
Hammerfest	45 000	2 720 000 000	60 444	
Helgeland	78 000	7 262 068 966	93 103	Narvik
Helgeland	78 000	4 714 666 667	60 444	Hammerfest

Bærekraftsanalysen på Helgeland viser ihht. styresaken en teoretisk bærekraft på **3,7 mrd. på nybygg**. Det er m.a.o. betydelige avvik mellom bæreevnen i HS kontra de andre prosjektene i Helse Nord, på mellom 1 og 3,5 MRD. Vi vet at man ikke kan legge for stor vekt på slike øvelser, men den gir likevel en liten pekepinn på i hvilken grad det er benyttet lik metodikk i analysene.

3. Sammendrag av Bærekraftsanalysen

Bærekraftsanalysen fra HS fremstår nå på følgende måte:

Alt.	Vurdering av finansieringsevne			Vurdering av bæreevne		
	(1) Egen-finansierings-krav	(2) Estimert finansierings-evne	(2)-(1) Rest. finansierings-evne	(3) Estimert investerings-kostnad	(4) Estimert bæreevne	(4)-(3) Resterende bæreevne
Alt. 0	143	540	397	714	1 650	936
Alt. 0+	616	540	-76	3 080	2 750	-330
Alt. 1, nybygg	869	607	-262	4 347	3 700	-647
Alt. 2	630	552	-78	3 148	3 300	152

Tabell 3 – Oppdatert bæreevneanalyse– Kilde: HSYK styresak 55-2021

Tabellen viser beregnet bæreevne på de ulike alternativene. Avviket i estimert bæreevne mellom gammelt og nytt bygg er på kr 400 mill, som i hovedsak skriver seg fra at kapitalkompensasjonen fra Helse Nord RHF er 20 mill. høyere på nybygg. Deloitte har tidligere i prosessen sagt at man kan benytte en faktor på 20, når man skal omregne årlig besparelser om til bærekraft. Man kan derfor litt forenklet si at hele avviket i bærekraftanalysen tilskrives denne kompensasjonen og at HS, dermed sidestiller nybygg med rehabilitering av opp mot 100 år gamle bygg m.t.p. kostnadsnivå og effektiv drift.

Vi ser også at alternativ 0, som har en investeringsramme på kr 0,71 MRD, har nær kr 800 mill. i større bæreevne enn rehabilitering og hele kr 1,5 mrd. større bæreevne enn ett nybygg. Ser man dette i relasjon til rundskriv R-109 pkt.5 vedrørende 0- alternativet, bør man kanskje vurdere om formålet med hele punktet er at man ikke skal foreta investeringer som ikke gir en positiv samfunnsøkonomisk nytte.

4. Valg av faktorer av vesentlig betydning

Som nevnt over må man i en bærekraftsanalyse velge faktorer som vil påvirke analysen vesentlig. Det finnes ingen fasit, men avvik i forhold til nåsituasjonen eller hva som er vanlig i markedet bør forklares særskilt. Vi har tidligere stilt spørsmål til en del faktorer og vil under peke på hvorfor vi mener dette bør vies særskilt oppmerksomhet.

Renten som benyttes i analysen er på 3,0%. Administrerende direktør i HS har flere ganger i styrerommet påpekt at renten som skal benyttes er 3 %. Dette er en administrativ fastsatt rente i Helse Nord RHF og kan være legitimt å benytte som anslag på rentekostnad i en analyse. Renten er likevel betydelig høyere enn det som er gjeldende rente for helseforetaket om det skulle blitt tatt opp lån nå. Renteregimet til helseforetak er knyttet opp mot basisrenten, med fratrukk av 0,5 %. **Dette vil si at renten fra 1 juli 2021 er på 0,99 %.** At renta kan være noe høy er et forhold som er kjent i Helse Nord. I styresaken til nye Narvik sykehus, som ble skrevet da renta var 1,8 % ble det sagt at det er flere usikkerheter knyttet til prosjektet. Bl.a. rentene som vil påvirke prosjektet positivt (styresak 75-2020).

I styresak 80/2020 i A-hus ble konseptrapporten for samling av psykisk helsevern behandlet. I denne rapporten ble det benyttet en rente på 1,9 %. Det er dermed ikke en felles praksis for de ulike helseforetakene for hvilken rente som benyttes. Matrisen under viser hvilke utslag de ulike rentesatsene har i bæreevne for en investering på kr 4,0 Mrd. uten avdrag i låneperioden.

Rentepriinsipp	Rentesats	lånebeløp	rente pr.år	anslag Bærekraft
Helse Nord	3,00 %	4 000 000 000	120 000 000	2 400 000 000
Rente fra 01.07.2021	0,995 %	4 000 000 000	39 800 000	796 000 000
Ahus	1,90 %	4 000 000 000	76 000 000	1 520 000 000

Dette vil si at om en tilsvarende styresak hadde blitt presentert på A-hus, ville bæreevnen på et nytt bygg blitt forbedret med ca. kr 880.mill. Altså ført til at bæreevnen på en nyinvestering ble positiv. Med dagens rente vil avviket være kr 1,6 Mrd. Vi kan ikke si hva som er korrekt før lånet er nedbetalt, men vi kan si at dette er et vesentlig punkt som burde vært informert om i styresaken.

5. Vurderinger knyttet til Tovåsen

HS har foreslått å vrake Tovåsen som utredningssted videre i konseptfasen. I rapporten fra Oslo Economics er det pekt på at utformingen av kriterier i stor grad påvirker dette synet og at man like gjerne kunne endt på Tovåsen om man har vektlagt kriteriene noe annerledes. Dette vil ikke si at metodikken som er benyttet i rapporten likevel er gal, men at kriteriene vil være kritiske. Ser man på Tovåsen vs Alstenøya i relasjon til bærekraft, mener vi det vil være viktig å komme med en del momenter.

Vedtaket forutsetter at man har ett assymetrisk sykehus, hvor ortopedi er i Rana mens Øre, Nese, Hals, Urologi, Plastikkirurgi og Rehab er i Sandnessjøen. Dette vil medføre at store pasientgrupper vil bli

transportert mellom sykehusene og at pasientlogistikk vil være betydelig å vurdere i bærekraftsanalysene. I denne sammenhengen er det verd å få med seg at det bor omlag 7. 400 innbyggere i Alstahaug, mens de resterende sokner til andre steder og må reise for å få tilgang til disse tjenestene. Litt forenklet vil man derfor kunne si at for de nær 90 % pasienter som får kortere reisevei til Tovåsen vil måtte veie tyngre en de drøyt 10 % som er igjen på Alstenøya og som får drøyt 20. min. reisetid til Tovåsen.

Utgangspunktet for disse vurderingene er i fire ulike rapporter som HS/Sykehusbygg ikke har vurdert. Man kan spekulere i årsaken til dette, men rapportene er gode og er ikke tilbakevist av styret. Dette er meget relevante rapporter som sier noe om hvilke pasientkostnader man kan få ved de ulike alternativene.

De rapportene som er mest relevante vil være følgende:

- Pasienttransport på Helgeland, Enhet prehospitale tjenester Hsyk (1.juni 2018)
- Abelsen/Olsen: (1997 Universitetet i Bodø) Optimal lokalisering av Hovedsykehuset på Helgeland. (transportøkonomi)
- Bækken/Moldestad: (Universitetet i Oslo 2017) Masteroppgave. Geografi, demografi og høyteknologisk medisin, en helsemodell basert på reisetid, befolkningsgrunnlag og medisinsk kvalitet)
- Utviklingsplanen for Helgelandssykehuset (2014)

Rapporten fra universitetet i Bodø går på pasientlogistikk. Den påpeker til dels betydelige forskjeller mellom Mosjøen og Sandnessjøen. Analysen begrenser seg til analyse av Mosjøen, Sandnessjøen og Rana og tar alle kostnader knyttet til pasientlogistikk, inkl. ledsagerkostnader m.v. I dette ligger det at jo nærmere man kommer transportteoretisk sentrum jo billigere blir kostnaden. Denne rapporten viste at det var en konvekst økende sammenheng mellom tidsbruk og kostnader. Avviket mellom Mosjøen og Sandnessjøen var på opp mot kr 24 mill. pr. år i 1997-kroner. Mot Tovåsen som ligger noe nærmere transportteoretisk sentrum vil avviket bli høyere. Dette er naturlig siden den nordlige delen av Helgeland får noe kortere reisevei.

Den siste rapporten som vil være naturlig å omtale vil være rapporten fra Prehospitale tjenester fra 2018 som også er tidligere presentert i dette dokumentet. Denne rapporten har vurdert de ulike kostnadsaspektene knyttet til pasienttransport mellom de ulike lokasjonene. I denne rapporten er Leirfjord tatt med som alternativ. Tabell 18 viser forskjeller mellom alternativene kun på pasienttransport (ikke ambulanse):

4.6.1 Beregninger basert på aktivitet

Dagens prehospitaltjenester koster ca. 300 mill årlig. Av disse er ca. 40 mill knyttet til flytransport av pasienter ut av helseforetaket og ca. 25 til kommuneinterne drosjeturer. De resterende 235 mill vil bli påvirket av endret sykehusstruktur. Figurene 10 og 11 viser de forskjellige destinasjonenes avvik fra mest optimale lokalisering. Hvis vi bruker dagens kostnad som referanse og antar at det omtrent vil være prisen i framtida, vil vi få en kostnadsforskjell som blir omtrent som vist i tabell 18

Alternativ lokalisering	Prosentvis avvik	Kostnadsavvik
Rana	23	54 mill
Rana/Namsos	17	40 mill
Hemnes	13	31 mill
Alstahaug	12	28 mill
Vefsn	9	21 mill
Leirfjord	1	2 mill

Tabell 18 Prosentvis avvik i forhold til et teoretisk optimalt midtpunkt og tilsvarende avvik i kostnader til pasienttransport, basert på at det er en lineær sammenheng mellom transportkostnad og avstand.

Denne rapporten viser at Sandnessjøen er hele kr 26 mill. dyrere pr år, målt i 1998-kroner, enn Leirfjord (eks Tovåsen). Avviket er på 11 %, noe som er betydelig på en avdeling med over kr 320 mill. i budsjett. I tabell 4.3 peker rapporten på at de relative forskjellene i transportbelastningen mellom Tovåsen og Alstahaug er på 12 % i Tovåsens favør.

Vi vil også her henvise til finansdepartementets rundskriv R-109, punkt 6.1.5 som sier noe om verdien av liv og helse. Rapporten fra Oslo Economics for Alstahaug Kommune ([Oslo Economics - Lokalisering av et stort akutt sykehus på Helgeland 2018](#)) punkt 3.2.3, sier noe om dette.

Her fremkommer følgende:

«Ifølge Nichols et al. sin forskning, øker risikoen for død for personer med livstruende lidelser med 1 prosentpoeng for hver 10 kilometer avstanden til akutt sykehuset øker».

Vi vet at Hovedsykehuset skal være akutt sykehus for ca. 42.000 mennesker, og bare 7.000 av disse bor på Alstenøya. Vi vet videre ifølge analysene fra prehospital tjeneste at Tovåsen ligger betydelig nærmere transportteoretisk sentrum enn Alstenøya og at indre strøk har særdeles lav helikopterregularitet på vinterstid. Dette vil si at i tilfeller helikopter er et alternativ i ytre strøk, så må pasienter i Vefsn, Grane og Hattfjelldal i ambulansebil. Det er derfor nærliggende å tro at man vil kunne redde flere liv ved å lokalisere et sykehus i Tovåsen enn Alstenøya.

6. Elementer oppussing vs. nybygg

Når man skal vurdere et gammelt bygg opp mot et nytt forventer man at det vil måtte korrigeres for en rekke forhold. Ett nytt bygg vil ha helt annen funksjonalitet og effektivitet enn et bygg på ca. 100 år, slik som i Sandnessjøen. I analysen fra HS og Sykehusbygg er det marginale korreksjoner som er foretatt. Vi har funnet en rekke forhold som vi stiller spørsmål til:

- Tomteverdien på nybygg er ikke skilt ut. Dette utgjør i andre prosjekt (Kalnes) ca. 12 % av bygge kostnadene og utgjør ca. kr 360. mill. i avskrivningskostnader, forutsatt at dette blir fullstendig

nedskrevet i analysen og at kostnadene på nybygg er på kr 3,0 mrd. Med en levetid på 27 år som er benyttet i analysen vil dette punktet påvirke bæreevnen med kr 267.mill i analyseperioden.

- FDV-kostnaden på nye og gamle bygg er satt likt i analysen. Denne er satt til 1.150 kr pr kvm. Rapport fra Bygg-analyse AS fra 2019, sier følgende om disse kostnadene:

7.1. Vurdering av FDV-kostnader for Helgelandssykehuset

I bæreevneanalysen er det lagt til grunn en kostnad på 1 127 kr/m² i FDV-kostnader. Disse kostnadene inkluderer i denne beregningen forvaltning, drift og vedlikehold, forsyning og renhold, mens utskifting og utvikling, tøy, service, kjøkken/kantine og MTU er holdt utenfor. Disse kostnadene er beregnede etter faktiske tall fra 2018. I forhold til tilsvarende sykehusprosjekter vurderer Rådgivergruppen disse kostnadene å være innenfor normalen for den eksisterende bygningsmassen. For nybygg vurderes denne kostnaden som noe høy. For tilsvarende nybyggprosjekter varierer FDV-kostnaden normalt mellom 800 til 1 000 kr/m². Slik Rådgivergruppen forstår bæreevneanalysen er det benyttet samme kostnad for FDV for både nybygg og eksisterende bygg, og da blir gjennomsnittskostnaden høyere enn normalen. Konsekvensen av dette er at driftskostnadene for et nybygg på 30.000 m² blir ca. 10 millioner lavere enn det som fremkommer av bæreevneanalysen.

Effektene av kr 10.mill pr år i en bærekraftanalyse blir ca. kr 200. mill. i favør av nytt bygg.

- Levetiden/avskrivningsperioden er satt til 27 år i kalkylen. På tilsvarende analyse i A-hus (nevnt over) er levetiden satt til 36 år. For en investering på 4,0 mrd. vil avviket pr år være ca. kr 37 millioner, eller kr 740 mill. i en bærekraftanalyse.
- Det er tungt å se om kostnader knyttet til redusert DRG poeng samt flyttekostnader i byggeperioden er hensyntatt i analysene i modellene som forutsetter rehabilitering. Ved Nordlandssykehuset medfører rehabiliteringen at man har måtte kjøre med halv kapasitet i mer enn 2 år på avdelingene i høyblokka (styresak 105/17). Foruten de menneskelige sidene ved dette, så medfører det også store økonomiske tap, som vil være kritisk å ta hensyn til.
- Restverdien i de ulike prosjektene er satt til kr 0, uavhengig av om man bygger nytt eller om man renoverer gamle bygg. Dette punktet ble tatt opp særskilt av Helse Nord RHF i styresak 137/2019. Av denne fremkommer følgende bilde:

Basert på dekomponeringen, vil det etter 20 år gjenstå en restverdi tilsvarende bygningskroppen og grovt sett vil dette utgjøre 1/3 av investert beløp ved nybygg.

I alternativene med renovering av bygg til tilstandsgrad 1 (den standard byggene opprinnelig ble bygd i) vil det i liten grad være deler som har en økonomisk levetid på 60 år (bygningkropp). Det vil derfor ikke gjenstå restverdi etter 20 år. Dette kan illustreres ved følgende tabell:

Tabell 2 Restverdi etter 20 år ved renovering eller nybygg

	1 a Stort Akuttsykehus SSJ Nytt	1 b Stort Akuttsykehus Mo Delvis renovering	2 Akutts. Mo og SSJ Delvis renovering
Investeringer Mo	40	1 565	965
Investeringer Sandnessj	3 520	85	1 200
Investeringer tomt			
Andel bygningskropp (nybygg)	1 760		600
Andel øvrige deler	1 800	1 650	1 565
Restverdi etter 20 år	1 173	-	400

Tabellen viser at forskjellen på bærekraft utelukkende basert på restverdier i analyseperioden utgjør så mye som kr 1,1 mrd. Vi ber om at dette punktet kommer med i revidert bærekraftanalyse i den grad Helse Nord RHF mener at dette punktet fortsatt er relevant.

Summerer man opp punktene over og tar med rentefaktoren kommer man frem til totale endringer på bærekraft på hele kr 3,18 mrd. Ser man dette opp mot det man ville forventet i den overordnede analysen i punktet ovenfor, så var avviket på kr 3,5 mrd. mot Narvik Sykehus. Det kan virke åpenbart at HS sin bærekraftanalyse er mangelfull med tanke på å forklare opp og nedsider i de forskjellige punktene.

Det gjøres også oppmerksom på at MON KF sendte inn 7.6.19 et eget utarbeidet notat om bærekraftanalysen som Deloitte la frem i styremøtet i HS 27.3.19 : [Gjennomgang og kommentarer til bærekraftanalysen presentert av Deloitte i styremøtet 27.3.19](#)

E) Sammendrag

Vi mener at vi gjennom dette notatet har vist at tomter på Tovåsen bør tas med inn videre i prosessen. Det er en rekke forhold i utredningsarbeidet som kan stilles spørsmålsteget med. Det er relevante rapporter som er utelatt i utredningsarbeidet og sterkt kritiserte rapporter som ikke ble behandlet i styret da de kom, som er tatt inn igjen. Saksfremlegget i HS sak 55/2021 fremstår som lite troverdig og tenderer til å være direkte useriøst. Det må kunne forventes objektive utredninger til helseministeren sin endelige beslutning. Gjennom dette notatet har vi flere anledninger dokumentert at utredningene ikke er objektive, men saken legges frem for styret i HS slik at styret skal fatte beslutninger der ikke alle relevante opplysninger fremkommer. Dette fører igjen til at styrene fatter beslutning på feil grunnlag. Konsekvensene av dette kan være katastrofale for samfunnsutviklingen og pasienttilbudet på Helgeland i fremtiden. Hva er det som er så spesielt med Helgeland at det som vektlegges i andre saksfremlegg og utredninger ellers i landet ikke vektlegges på Helgeland? Atter en gang fastslår vi at HS legger frem utredninger som kun går i en retning og legger lokk på alt som kan være positivt for Tovåsen.

Det er videre momenter som taler for at utredningene har preg av «cherry-picking». Med dette menes at man plukker deler av argumenter for å få frem ett syn om at:

1. Tovåsen er ikke anvendelig som tomt
2. Renovering er bedre enn nybygg.

Dette begrunnes i de momentene vi har tatt opp over samt tolkningen av ulike data.

Det er all grunn til å tro at dersom Tovåsen tas inn som et reelt alternativt i konseptfase 1, vil tomtene med stor sannsynlighet falle ut i neste omgang dersom samme prosjektgruppe som jobber nå med saken skal fortsette. Styrene bør si noe om hvilke kriterier som er viktig for dem. Er det viktig at fagmiljøene i Mosjøen og Sandnessjøen spleises sammen til ett fagmiljø eller at et hovedsykehus skal ha størst mulig volum eller best mulig tilgjengelighet for flest mulig så må dette kommuniseres til prosjektledelsen som utreder.

Vi håper med dette at dokumentet tas inn som et supplement til dokumentgjennomgangen av Tovåsen. Vi har ikke i dette dokumentet vist til fordeler og svakheter for de ulike tomtene på Tovåsen. Det har heller ikke SWECO i særlig grad gjort. Dersom tomter på Tovåsen nå tas inn i konseptfase 1 er det sterkt anbefalt å ta med tomtene 13 og 15 selv om HS har vurdert tomt 17 som den beste på Tovåsen.

Skulle det være aktuelt med supplerende informasjon stiller undertegnende seg til disposisjon.

Med vennlig hilsen,

Espen Isaksen
Direktør MON KF



Kommunal- og moderniseringsdepartementet
v/kommunalminister Jan Tore Sanner
Postboks 8112 Dep
0032 OSLO

Saksnr.	Arkivkode	Saksbehandler	Deres ref.	Dato	Gradering
17/496-1	H10	IHA		22.02.2017	

Lokalisering av statlige arbeidsplasser - Helgelandssykehuset 2025

I forbindelse med prosessen rundt Helgelandssykehuset 2025 idfase – kriterier for valg av lokalisering og tomt for sykehusbygg på Helgeland, tolkes statlige retningslinjer i saksfremlegg og innstilling slik at ett fremtidig akuttsykehus på Helgeland ikke kan lokaliseres utenfor et av fire regionsenter. Rana, Vefsn, Alstahaug, Brønnøysund. Brønnøysund var nevnt i denne sammenheng som lokasjon som distrikts medisinsk senter.

I styresak 61/ 2016 Helgelandssykehuset ble det på bakgrunn av høringsuttalelse fra kommunene fremmet forslag og vedtatt at Hemnes og Leirfjord kommune skulle tas med som lokaliseringalternativ i den videre utredning. Saken er videre behandlet i styret i Helse Nord sak 104- 2016, hvor følgende vedtak ble fattet

1. Styret i Helse Nord RHF stadfester vedtak i styret i Helgelandssykehuset HF om hvilke kriterier som skal ligge til grunn for valg av tomt og sykehus på Helgeland, jf. vedlegg 1 (styresak 61/2016: Kriterier for valg av lokalisering og tomt for sykehusbygg på Helgeland).
2. Styret vedtar at det er de fire byene/tettstedene Mo i Rana, Mosjøen, Sandnessjøen og Brønnøysund som sammen med Leirfjord sentrum og Hemnes sentrum skal utredes videre som aktuell lokalisering for sykehusbygg. Plan for realisering av et distrikts medisinsk senter i Brønnøysund i samarbeid med kommunen legges frem snarest mulig.
3. Styret ber om at en eventuell lokalisering til Leirfjord eller Hemnes kommune, begrunnes særskilt.

I følge administrerende direktør vurdering er det kun de fire regionsentrene som skal utredes videre, men at utredning av sykehus enten i Leirfjord eller Hemnes vil styrke grunnlaget for endelig beslutning. Samtidig poengterer han at disse alternativene fraviker statlige retningslinjer, og må begrunnes særskilt. Altså kan det tolkes slik at Leirfjord og Hemnes ikke er reelle lokaliseringalternativ slik vedtaket skulle tilsi.

Postadresse
Leirfjord kommune
Skoledalsveien 39
8890 Leirfjord
Telefon 75 07 40 00

Besøksadresse
Kommunehuset
Leland
8890 Leirfjord
Telefaks 75 07 40 01

E-postadresse
postmottak@leirfjord.kommune.no
Hjemmeside
www.leirfjord.kommune.no

Organisasjonsnr. NO 945034572 MVA
Innbet. av skatt: Bankgiro 6345.06.18227
Kommunekassen: Bankgiro 4516.27.95116

I de nye retningslinjene for lokalisering av statlige arbeidsplasser som ble vedtatt 28.11.2014 er det under punkt 5 krav til vurdering ved lokalisering av statlige arbeidsplasser flere vilkår og krav som er listet opp og som skal tas med i vurderingen.

Leirfjord kommunes beliggenhet med hensyn til krav til nærhet til tjenesten for brukere på Helgeland er veldig god, samtidig mener vi at lokalisering til Leirfjord vil ivareta tilgang på eksisterende arbeidskraft og ny rekruttering. I forbindelse med langsiktig arbeid med ny infrastruktur på Helgeland gjennom å bygge Korgfjell og Toven tunellen ble det av regionale myndigheter fremholdt at Hemnes og Leirfjord ville styrke sin posisjon i en bo og arbeidsmarkeds region.

Vi var derfor overrasket når lokalisering til by og regionsenter vektlegges så høyt at Hemnes og Leirfjord kommunene ikke kom i betraktning til å være med i videre utredningsprosess som angår lokalisering av nytt akuttsykehus på Helgeland

Ønsker derfor en redegjørelse fra dere om at avsnitt 5.2.2 Særskilt om formålet med lokaliseringspolitikken er ment vektet så høyt at lokalisering av statlige arbeidsplasser utenfor regionale sentra er utelukket? eller som i dette tilfelle krever særskilt begrunnelse for å kunne bli med i videre vurdering.

Med hilsen
Leirfjord kommune

Ivan Haugland
ordfører

Dokumentet er elektronisk godkjent



DET KONGELIGE KOMMUNAL-
OG MODERNISERINGSDEPARTEMENT

Statsråden

Leirfjord kommune
Ordfører Ivan Haugland
Kommunehuset
8890 LEIRFJORD

Deres ref
17/496-1

Vår ref
17/1083-2

Dato
10.03.2017

Lokalisering av statlige arbeidsplasser - Helgelandssykehuset 2025

Jeg viser til ditt brev, datert 22. februar 2017.

Det er bred politisk enighet om at statlige arbeidsplasser bør være spredt geografisk. Regjeringen legger til rette for vekst og utvikling i hele landet, og vil sikre en mer balansert lokalisering av statlige arbeidsplasser. Det finnes god tilgang på kompetanse mange steder i Norge. Statlige virksomheter må benytte denne kompetansen bedre, og bidra til å bygge sterke kompetansemiljøer i hele landet.

Retningslinjene for lokalisering av statlige arbeidsplasser og statlig tjenesteproduksjon er et viktig virkemiddel i dette arbeidet. Det er imidlertid slik at retningslinjene ikke gjelder for statlige stiftelser, statsforetak, særlovsselskap, statsforetak eller andre foretak som staten eier, slik som helseforetakene.

I den nylig fremlagte plan for lokalisering av statlige arbeidsplasser er det gjort rede for hvilke hensyn som må ivaretas når det skal gjøres vurderinger av ulike lokaliseringalternativer, i forhold til infrastruktur, kompetanse, rekrutteringsmuligheter og å sikre gode tjenester. Dette innebærer at i de sakene hvor retningslinjene gjelder, vil også steder utenfor regionale sentra kunne vurderes.

Med hilsen

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Jan Tore Sanner', written in a cursive style.

Jan Tore Sanner