



Helgelandssykehuset 2025 – utredningsalternativ og utredningsplikt

Utvalg	Utvalgssak	Møtedato
Formannskapet		28.08.2018
Kommunestyret		04.09.2018

Rådmannens innstilling

1. Kommunestyret i Rana vil på nytt understreke at en løsning med en balansert sykehus- og beredskapsstruktur på Helgeland er ønskelig: Et stort akuttssykehus i nord (Mo i Rana), et akuttssykehus ved kysten (Sandnessjøen) og luftambulansesentral og DMS i sør (Brønnøysund).
2. Helse Nord og Helgelandssykehuset bes redegjøre nærmere for følgende tre forhold, herunder betydningen det har for både prosjektet og fremdriften:
 - a. Hvordan nasjonal helse- og sykehusplan (stortingsvedtakene med romertallene II og IV samt en av flertallsinnstillingene) blir lagt til grunn?
 - b. Hvordan plan- og bygningslovens paragraf 4-2 (krav til særskilt vurdering og beskrivelse i form av konsekvensutredninger) blir etterlevd?
 - c. Hvordan veileder for tidligfasen i sykehusprosjekter (krav til alternativvurderinger/kostnader og at utviklingsplanen ikke er i tråd med ny veileder og nasjonal helse- og sykehusplan) blir tatt hensyn til?
3. Kommunestyret viser til saksutredningen og ber om at den oversendes Helse Nord, Helgelandssykehuset og ressursgruppa som skriftlig tilbakemelding og kommentar til prosjektet «*Helgelandssykehuset 2025*».

1. Bakgrunn

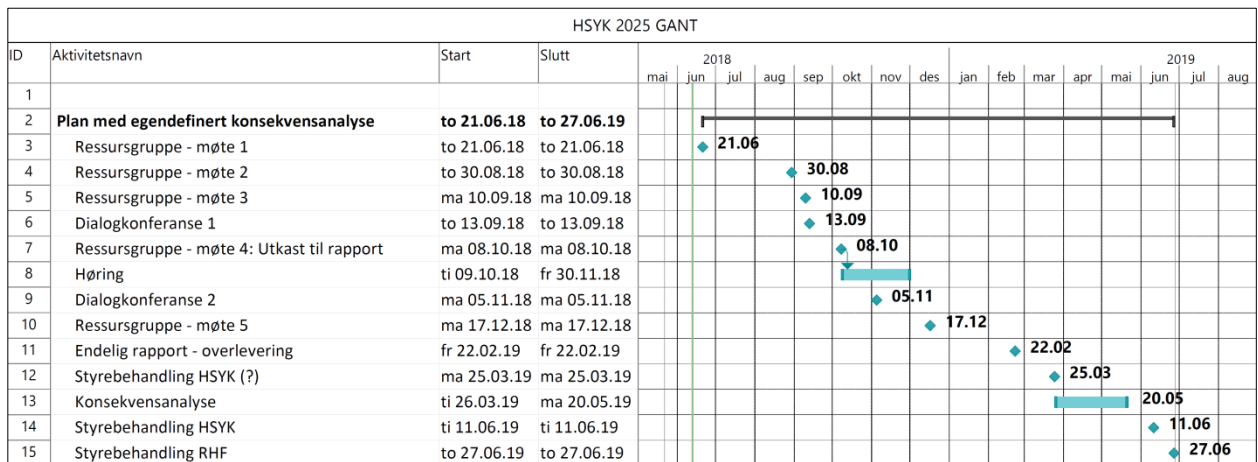
Helgelandssykehuset har lagt til rette for «*skriftlige tilbakemeldinger og kommentarer*» i prosjektet «*Helgelandssykehuset 2025*» (styresak 51/18 Helgelandssykehuset).

Dette er bakgrunnen for denne saken som adresseres videre til Helse Nord, Helgelandssykehuset og ressursgruppa.

Saken gir også en oppdatert status for prosjektet «*Helgelandssykehuset 2025*». I løpet av de neste 12 månedene kan sykehussaken på Helgeland være avgjort.

Medvirkningsprosessen omfatter to dialogkonferanser for ansatte og to dialogkonferanser for primærhelsetjeneste/kommuner (13.09 og 05.11) og noen møter med berørte kommuner.

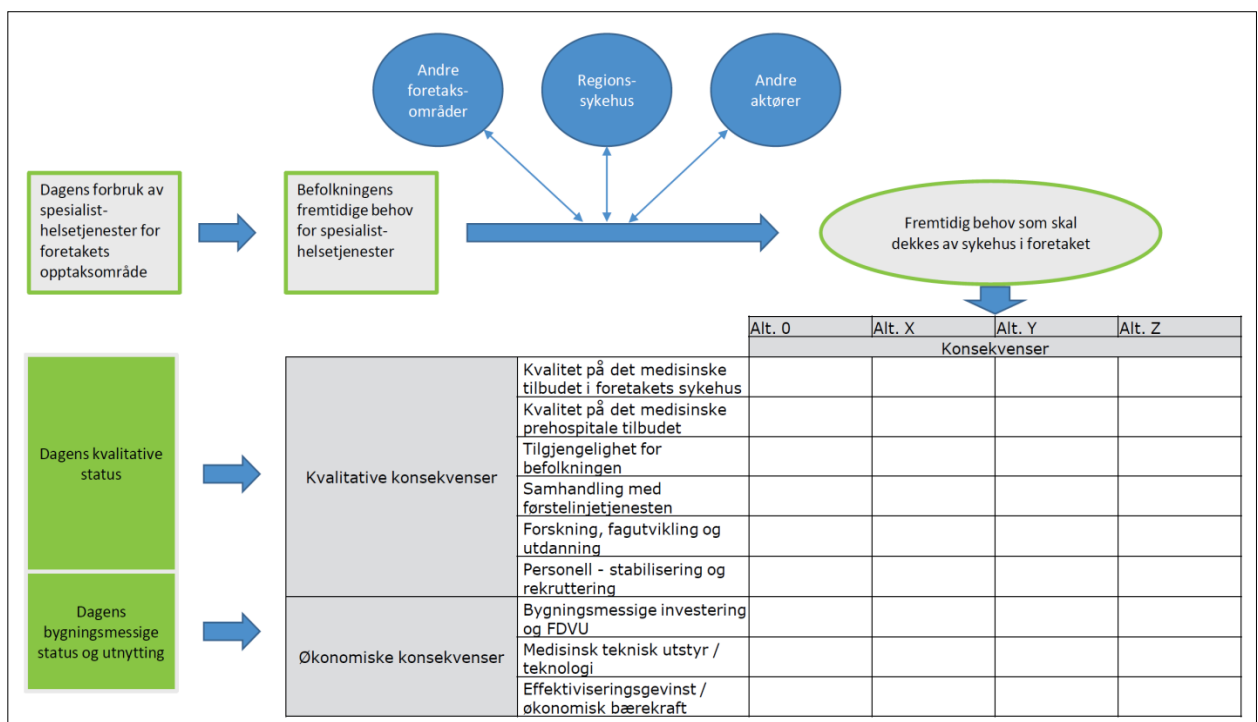
Helseforetakets siste fremdriftsplan:



En sentral faktor i det videre arbeidet er den nedsatte ressursgruppa av eksperter som vil komme med sin anbefaling for både sykehusstruktur og sykehuslokalisering.

Anbefalingene vil komme som et utkast (08.10.18) og endelig rapport (22.02.19). Det er uklart hvilken rolle konsekvensanalyser (26.03-20.05.19) har i dette prosjektet.

Ressursgruppa metodiske tilnærming:



2. Kommunestyrevedtak

Kommunestyret har behandlet sykehussaken i to omganger i løpet av 2017. Følgende enstemmige vedtak er fattet:

2.1. Kommunestyresak 79/17: Helgelandssykehuset 2025 – høring av planprogram (05.09.17)

1. *Kommunestyret ber helseforetaket om at bærekraftutfordringene til de ulike alternativene, blir et sentralt tema i den regionale konsekvensutredningen. Dette omfatter investeringskostnader, transportkostnader, miljøkostnader, avstandskostnader og omstillingskostnader samt eventuelle stordriftsfordeler/ulempes.*
2. *Kommunestyret ber videre helseforetaket om at følgende tema løftes tydeligere fram i den regionale konsekvensutredningen:*
 - a. *Rekrutterings/utdanningsperspektivet som omfatter helseforetakets hovedoppdrag i oppdragsdokumentet og sykehusenes hovedoppgaver etter spesialisthelsetjenesteloven.*
 - b. *Kommunikasjonsutfordringene som omfatter regionstørrelse, transportavstand, arbeidsreiser, flyforbindelser og luftambulanseressurser.*
3. *Kommunestyret ber rådmannen om en egen utredning til neste møte med tall og fakta som begrunner hovedsykehusets fortsatte lokalisering i Mo i Rana. Utredningen skal inneholde konkrete innspill både til det foreliggende høringsutkastet til planprogram og spesielt til de to kommende konsekvensutredningene.*
4. *Vedtak og saksutredning oversendes helseforetaket som kommunens høringssvar.*

Link til saken:

<http://einnsyn.rana.kommune.no/eInnsyn/Dmb/ShowDmbDocument?mId=304&documentTypeId=MI>

2.2. Kommunestyresak 103/17: Helgelandssykehuset 2025 – hovedsykehuset i Mo (17.10.17)

1. *Kommunestyret viser til utredningen som gir dokumentasjon, tall og fakta som begrunner hovedsykehusets fortsatte lokalisering i Mo i Rana.*
2. *Kommunestyret vil med bakgrunn i den nasjonale helse- og sykehusplanen, anbefale en todelt sykehusløsning av hensyn til pasienter, spesielt eldre og kronikere, ansatte og økonomi.*
3. *Vedtak og utredning oversendes helseforetaket som et utfyllende høringssvar til det foreliggende planprogrammet og spesielt til de to kommende konsekvensutredningene*

Link til saken (inkludert notat og foilpresentasjon):

<http://einnsyn.rana.kommune.no/eInnsyn/Dmb/ShowDmbDocument?mId=305&documentTypeId=MI>

2.3. Aviskronikker

Med bakgrunn i både saksutredninger og vedtak ble det i sommer utarbeidet tre sykehuskronikker i regi av Rana kommune og Rana Utviklingsselskap som ble publisert av Rana Blad (se vedlegg):

1. *Hovedsykehuset i Mo i Rana.*
2. *Nasjonale sykehusplan og Helgeland.*
3. *Bærekraftutfordringene i Helgelandssykehuset.*

Kronikkene belyste saken med fakta og dokumentasjon uten å angripe andre ståsted i sykehussaken. Likevel resulterte det i sterke reaksjoner og tilsvarende (se vedlegg).

De vedlagte kronikkene er også en argumentssamling for en balansert struktur tilpasset hele Helgeland og fortsatt lokalisering av hovedsykehuset i Mo i Rana.

3. Utredningsalternativ

Rana kommune har siden utviklingsplanen til Helgelandssykehuset ble lansert i 2014 vært tydelig på at også en to-sykehus-løsning måtte utredes. I kommunestyresak 8/15 ble det bl.a. vedtatt følgende:

«Spesielt ønsker Rana kommune at det vurderes og utredes et alternativ med videreføring av to sykehus på Helgeland. Det er holdepunkter for at Regjeringens helse- og sykehusplan høsten 2015 kan gi et faglig grunnlag for dette.»

Synspunktene fra kommunen ble ikke hensyntatt av Helgelandssykehuset i høringsprosessen.

Det samme vedtaket ble også enstemmig vedtatt i Indre Helgeland regionråd 20.02.15 som på dette tidspunktet representerte 48 % av befolkningen på Helgeland.

Anbefalingen fra Helgelandssykehuset i 2014 var kun to varianter av ett fellessykehus – med og uten DMS (distriktsmedisinsk senter). Denne ensidige anbefalingen måtte imidlertid reverseres etter at regjeringen la fram den nasjonale helse- og sykehusplanen i 2015. Anbefalingen var for øvrig også i strid med utredningsplikten i statlig sektor (se kapitlet «*Utredningsplikt*» senere).

Den nasjonale planen ga som forventet retning, ramme og innhold for en to-sykehus-løsning på Helgeland (stort akutt sykehus og akutt sykehus).

Utredningsalternativene som nå ligger til grunn, etter flere omkamper i helseforetaksstyret for å få stoppet en todelt sykehusløsning, er følgende (styresak 41/18 Helgelandssykehuset):

- Alternativ 1 (0): Dagens situasjon med sykehus i Mo i Rana, Sandnessjøen og Mosjøen og DMS i Brønnøysund.
- Alternativ 2 (2a): 1 stort akutt sykehus og inntil 3 DMS.
- Alternativ 3 (2b-1): 1 stort akutt sykehus, 1 akutt sykehus og inntil 2 DMS.

Det vises til de vedlagte kronikkene som beskriver de faglige forskjellene mellom et stort akutt sykehus (hovedsykehus) og et akutt sykehus.

3.1. Fellessykehus-løsning

Rana kommune mener det kan reises spørsmål om ett fellessykehus – alternativ 2 – i det hele tatt har noe ryggdekning og legitimitet etter at Stortinget i 2016 også gjorde følgende vedtak i tilknytning til den nasjonale helse- og sykehusplanen (se innstillingens punkt 2):

Romertall II: «*Stortinget ber regjeringen sørge for at sykehus som i dag har akuttkirurgiske tilbud, fortsatt vil ha dette når hensynet til pasienten gjør det nødvendig, og kvalitet og pasientsikkerhet er ivaretatt*».

Sykehuset i Mosjøen mistet det heldøgns akuttkirurgiske tilbudet i 2006 (har dagkirurgi innenfor noen områder), mens Sandnessjøen har akuttkirurgi innen generell kirurgi og Mo i Rana har akuttkirurgi innen både generell kirurgi og ortopedi.

3.2. To-sykehus-løsning

Et faktum som er lite kjent, er at Helgeland allerede i dag har 4. lengste reiseavstand til sykehus selv med en tredelt desentral struktur. Reiseavstanden vil øke betydelig med et fellessykehus (ambulansse, pasienter, pårørende og ansatte). En todelt sykehusløsning – alternativ 3 – er etter kommunens sin oppfatning åpenbart fornuftig av fire følgende grunner:

- Hensynet til pasienter (nærhet til sykehus for eldre og kronikere).
- Hensynet til totaløkonomi (avstand, transport, tid, miljø og kostnad).
- Hensynet til å unngå en investering på flere milliarder kroner (økte lån, renter og avdrag).
- Hensynet til spredning av statlige arbeidsplasser i regionen.

Det vil bli et økt sykehusbehov i 2030 på om lag 20 % pga. en økt eldre befolkning, dermed spesielt behov for et desentralisert og heldøgns indremedisinsk tilbud (de fleste kroniske og akutte pasientene i et lokalsykehus).

3.3. Psykiatri og rus

Psykiatri og rus er ikke behandlet i prosjektet «*Helgelandssykehuset 2025*». Den opprinnelige utviklingsplanen fra 2014 omhandlet kun somatikk (indremedisin og kirurgi m.m). Psykiatri og rus var utelatt uten nærmere begrunnelse selv om dette er et prioritert område fra Stortinget. Etter påtrykk i høringsprosessen besluttet helseforetaket at dette også måtte utredes.

I løpet av årene fra 2014 er dette ikke fulgt opp. I den grad ambisjonen er å skape framtidens lokalsykehus med gode pasienttilbud og god ressursutnyttelse (administrativt og faglig), er det vanskelig å forstå at psykiatri og rus ikke er viet ett eneste ord. I likhet med indremedisin har dette pasienttilbudet behov for desentrale løsninger.

3.4. Refleksjoner

Helseminister Bjarne Håkon Hansen til Rana Blad i 2008:

«Helseministeren synes at sykehuset i Rana virker som et tilfredsstillende og framtidsrettet lokalsykehus. Slik det er nå har Rana et godt tilbud på akutt, kirurgi og føde».

Professor Arild Hervik ved Høgskolen i Molde i utredning i 2014:

«Den oppslutningen man har fått om et fellessykehus er basert på udokumenterte påstander om økonomiske stordriftsfordeler og bedre helsefaglig kvalitet på pasientbehandlingen. Dessverre er det lite hold i slike antagelser. Men noen i befolkningen har latt seg blende, og i håp om å få et nytt stort sykehus nært seg selv, går mange inn for en løsning med et fellessykehus. Denne tilsynelatende enigheten om fellessykehus vil forsvinne som dugg for solen den dagen

lokaliseringen bestemmes og det går opp for befolkningen der det nye sykehuset ikke lokaliseres, at de har mistet sitt lokalsykehus».

Redaktør Morten Hofstad i leder i Helgelands Blad i 2015:

«Men er det noen som i fullt alvor mener at Mo i Rana skal være uten et relativt avansert livreddende helsevesen?»

Helseminister Bent Høie til Helgelands Blad i 2015:

«Helse og omsorgsminister Bent Høie er ikke overbevist om at Helgeland trenger et helt nytt sykehusbygg. Om vi skal bygge et helt nytt sykehus, eller videreutvikle noe av det vi har, må vi komme tilbake til, sier Høie».

4. Investeringsramme

Investeringskostnaden for et fellessykehus er i den opprinnelige utviklingsplanen fra 2014 beregnet til 3,5 mrd. kr. (eksklusiv psykiatri/rus og DMS-er, samt nødvendig offentlig infrastruktur rundt sykehuset som forutsettes betalt av andre).

Denne investeringen vil årlig belaste driften i helseforetaket med 80-100 mill. kr. i form av lån, avdrag og renter.

Investeringskalkylen er for eksempel ikke oppdatert verken for prisstigning eller nybygg for psykiatri og rus. Konsekvensene for den øvrige driften er ikke synliggjort i noen sammenhenger, spesielt økte transportkostnader på ambulanse og pasienter (300 mill. kr. i dag). Likevel fortsetter prosjektet videre som om det er helt frakoblet økonomiske realiteter.

De økonomiske realitetene framkommer bl.a. i «*Helse Nord – Regional utviklingsplan 2035*»:

«Det er begrenset handlingsrom til å gjennomføre nye tiltak på grunn av store byggeprosjekter som allerede legger press på likviditeten, og en rekke vedtatte tiltak som etterlater lite midler til nye disponeringer».

Alternativkostnaden ved en to-sykehus-løsning – og gjenbruk av noe av dagens bygningsmasse – er fortsatt ikke beregnet til tross for flere innspill fra kommunen. Her ligger en betydelig risiko for et havari av prosjektet «*Helgelandssykehuset 2025*» (se innstillingens punkt 2).

5. Utredningsplikt

Det mest sentrale dokumentet som skal ligge til grunn for sykehusprosjekter er «*Veileder for tidligfasen i sykehusbyggprosjekter*» utarbeidet av Sykehusbygg.

Et gjennomgående begrep er plikten til «*alternativvurderinger*» i alle utredninger i sykehussektoren.

Link til veilederen:

<http://sykehusbygg.no/wp-content/uploads/2016/09/Veileder-for-tidligfasen-i-sykehusbyggprosjekter.pdf>

5.1. Alternativvurdering

Dette begrepet framstår som så sentralt at Stortinget fant det nødvendig å understreke dette i forbindelse med behandlingen av den nasjonale helse- og sykehusplanen i 2016 (se innstillingens punkt 2):

Flertallsinnstilling: «Flertallet viser til at det påligger helseministeren og regjeringen et særskilt ansvar for aktivt å følge opp helseforetakene i den videre prosessen og påse at alle reelle alternativer drøftes og underlegges grundige analyser. Det er viktig at beslutningene kan begrunnes og at utfallet av diskusjonene ikke er avgjort på forhånd. I de lokale prosessene som skal gjennomføres er det særlig viktig at det legges vekt på reell reisevei for pasienter i alle deler av helseforetaket, de prehospitalte ressursene og konsekvensene for disse, topografi, fly- og helikoptervær, utvikling og rekruttering til sykehuset m.m.»

Det betyr at det må utarbeides relativt omfattende konsekvens- og bærekraftanalyser knyttet til de ulike alternativene. Det vises til kommunestyrets vedtak i sak 79/17 til høring av planprogrammet i 2017. Alle innspill i dette vedtaket er stadfestet ivare tatt av Helgelandssykehuset i det videre utredningsarbeidet.

Det betyr også at fremdriftsplanen til Helgelandssykehuset framstår som urealistisk. Det vises også til vedtak i sak 57/16 til høring av lokaliseringskriterier til Helgelandssykehuset i 2016 der blant annet statlige retningslinjer for lokalisering av store arbeidsintensive virksomheter legges til grunn, herunder «Nærhet til universitet/høgskoler» som også er stadfestet som kriterium

Link til saken:

<http://einnsyn.rana.kommune.no/eInnsyn/Dmb/ShowDmbDocument?mId=245&documentTypeId=MI>

5.2. Konsekvensutredning

Helgelandssykehuset forsøker å effektivisere prosessen, deriblant med en ressursgruppe av eksperter. Imidlertid må det på nytt minnes om følgende i «Veileder for tidligfasen i sykehusbyggprosjekter» (side 16):

«Konsekvensutredning anbefales utført før lokaliseringsvalg er gjort slik at det er mulig å vurdere konsekvenser av flere alternative lokaliseringer opp mot hverandre og sikre best mulig beslutningsunderlag».

Sykehusforetakene er i likhet med andre virksomheter ikke unntatt fra plan og bygningsloven. Brudd på loven og krav til konsekvensutredninger kan innebære saksbehandlingsfeil som kan føre til nye utsettelse eller i ytterste konsekvens at prosjektet «Helgelandssykehuset 2025» havarerer (se innstillingens punkt 2):

Plan og bygningslovens paragraf 4-2: «For regionale planer og kommuneplaner med retningslinjer eller rammer for framtidig utbygging og for reguleringsplaner som kan få vesentlige virkninger for miljø og samfunn, skal planbeskrivelsen gi en særskilt vurdering og beskrivelse – konsekvensutredning – av planens virkninger for miljø og samfunn».

Prosjektet er ikke i tråd med «*Veileder for tidligfasen i sykehusbyggprosjekter*». Dette oppsummeres tydelig fra Sykehusbygg i en av prosjektrapportene i 2017 (se innstillingens punkt 2):

«Helgelandssykehuset har utarbeidet en utviklingsplan. Denne følger ikke nasjonal helse- og sykehusplan og ny veileder.» ... «Etter at utviklingsplanen ble utarbeidet og besluttet, er alternativene endret. Arbeidet som nå inngår hører hjemme i en utviklingsplan».

6. Partsinnlegg

Ressursgruppa har allerede startet arbeidet. Gruppa har så langt stilt noen konkrete og avgrensede spørsmål på tall til ledelsen i Helgelandssykehuset. Dette omfatter ambulanse og rekruttering.

Hva angår ambulanse, ble dette oversendt enhet for prehospitaltjenester som er lokalisert i Sandnessjøen. I stedet for å svare direkte på spørsmålene, ble det som eneste alternativ laget et omfattende partsinnlegg for lokalisering av et fellessykehus sør for Korgfjellet som ble sendt videre.

Dette setter både lojalitet, troverdighet og utredningsplikten i Helgelandssykehuset i et tvilsomt lys. Kommunen nøyer seg i denne forbindelse med å bemerke at dette partsinnlegget forutsettes å bli gjennomgått av uavhengige og eksterne kompetansemiljø i samarbeid med alle fagmiljøene i helseforetaket. Det forutsettes også at alternativvurderinger (les to-sykehus-løsning) legges til grunn.

Partsinnlegget er også et angrep på tidligere uavhengige utredninger fra Sykehusbygg, WSP og COWI (definerte Korgen nærmest midtpunktet i den endeløse debatten om det teoretiske midtpunktet på Helgeland). Logikken i partsinnlegget ville betydd at Rikshospitalet burde ligge i Trondheim og Nordlandssykehuset et sted mellom Bodø og Fauske.

Når det gjelder lokalisering utenfor byer, er kommentaren fra Statens vegvesen i 2017 til planprogrammet i Helgelandssykehuset dette:

«Man må i planleggingen av Helgelandssykehuset søke å minimalisere samlet personbilkjøring av pasienter og ansatte, og optimalisere forholdene for bruk av kollektivtransport, sykkel og gange».

6.1. Luftambulans

Ett av mange eksempel fra partsinnlegget fra prehospitaltjenester:

- I partsinnlegget vises det til store klimatiske forskjeller mellom kyst og innland som kan resultere i at ambulanshelikopter – også den nye typen helikopter – vil ha problemer med å lande i Mo i Rana framfor Sandnessjøen. Derfor er Mo i Rana uaktuelt som lokaliseringssted for et sykehus i følge innlegget.
- Hvis dette mot formodning skulle være tilfelle, så er det nettopp et argument for en todelt sykehusløsning mellom kyst og innland. Spesielt hvis det inkluderes risiko for periodevis stenging av Helglandsbrua og Korgfjelltunellen.

- Påstandene om helikopterregularitet er ikke bekreftet av Luftambulansetjenesten selv. Uansett vil Bodø være backup for ambulanshelikopter ved dårlig vær på Helgeland uavhengig av sykehuslokalisering på Helgeland. De mest akutte skadde flys allerede i dag helt til Tromsø og Trondheim som kjent.

Rana kommune har argumentert for en balansert sykehus- og beredskapsstruktur på Helgeland:

- Hovedsykehus/stort akuttisykehus i nord (Mo i Rana).
- Sykehus/akuttisykehus ved kysten (Sandnessjøen).
- Luftambulansse og DMS i sør (Brønnøysund).
- DMS i midten (Mosjøen).

Stortinget har i tilknytning til den nasjonal helse- og sykehusplan vedtatt følgende (se innstillingens punkt 2):

Romertall IV: «Stortinget ber regjeringen komme tilbake med en egen sak om basestrukturen for luftambulansen».

Det beste fundamentet for Brønnøy-basens fortsatte eksistens, er en balansert struktur med et stort akuttisykehus i nord og luftambulansse i sør på Helgeland. Det vises til vedlagte kronikker.

6.2. Brønnøy kommune

Det er ulike vurderinger sør på Helgeland om hva som er de beste alternativene for regionen. I saksutredningen fra rådmannen i Brønnøy til formannskapet 11.10.17 – om høring av planprogrammet fra Helgelandssykehuset – er vurderingen denne:

«Når det gjelder pasienter i transport er Mo i Rana antakelig det beste alternativet. Dersom en plasserer et sykehus i Mosjøen må ca. 60.000 pasienter reise for å få helsefaglige tjenester som DMS-ene ikke tilbyr. Dersom en plasserer sykehuset i Mo i Rana er det samme tallet ca. 40.000. Det blir dermed mindre pasienter i transport og totalt sett mindre belastning på innbyggerne».

«I et urbaniseringsperspektiv er nok Mo i Rana den mest attraktive byen for å rekruttere et godt nok og stort nok fagmiljø. Byen er størst av de fire på Helgeland med god variasjon i arbeidsplasser. I tillegg har byen større og flere muligheter enn de andre byene på Helgeland når det gjelder skole og utdanning».

6.3. Sykehusforbruk

I nevnte partsinnlegg fra prehospitale tjenester gjøres det også forsøk på å problematisere og redusere pasientaktiviteten ved sykehuset i Mo i Rana sammenlignet med Sandnessjøen. Imidlertid er dette de offisielle og sammenlignbare tallene (kilde Helgelandssykehuset):

Pasientaktivitet	DRG-poeng 2017
Somatisk aktivitet	
Mo i Rana	6.924
Sandnessjøen	5.443
Mosjøen	2.988

Kirurgisk aktivitet	
Mo i Rana	4.398
Sandnessjøen	3.100
Mosjøen	1.144

DRG-poeng: Diagnose Relaterte Grupper gir en oversiktlig beskrivelse av aktiviteten ved sykehusene. Systemet gjør det også mulig å sammenligne sykehus, selv om disse skulle behandle helt ulike pasienter.

Kommunen mener at et høyt og i mange tilfeller unødvendig forbruk av sykehustjenester, har vært en utfordring for sykehussektoren over mange år som koster dyrt (kilde «Helse Nord – Regional utviklingsplan 2035»):

Sykehusforbruk	DRG-poeng 2016 per 1000 innbygger
Døgn- og dagopphold samt poliklinikk	
Mo i Rana	288
Sandnessjøen	306
Mosjøen	297

I sykehusforbruk ligger sykehuset i Sandnessjøen på toppen i Nord-Norge (og i Norge) og kommenteres slik i den regionale utviklingsplanen fra Helse Nord:

«Dette er en variasjon som verken kan forklares med tilfeldigheter eller uttrykk for ulik pasient- og alderssammensetning»..

Det betyr kort og godt at pasienter som kunne ha vært behandlet i primærhelsetjenesten, beslaglegger sykehuskapasitet og senger samt drar opp tallene for pasientaktivitet i sykehuset. Disse sykehusene avlastes med andre ord det som er et kommunalt ansvar.

6.4. Kostnadsforbruk

Kostnadene ved det høye sykehusforbruket (les svak klinisk praksis) reflekteres i de økonomiske resultatene til de tre sykehusenhetene i Helgelandssykehuset (kilde Helgelandssykehuset):

Kostnadsforbruk	Underskudd 2002-2017 (mill. kr.)
Mo i Rana	-15
Sandnessjøen	-164
Mosjøen	-102

Den skjeve fordelingen i dag mellom nord og sør for Korgfjellet – målt som sykehusårsverk per 1000 innbygger på Helgeland – bekrefter dette (kilde Helgelandssykehuset og SSB):

Region	Budsjetterte årsverk 2017	Innbyggere	Sykehusårsverk per 1000 innbygger
Mo i Rana	579	36.032	16
Sandnessjøen	430	12.798	34
Mosjøen	322	16.354	20
Brønnøysund	46	13.209	3

Region: Regioninndelingen er basert på nærings- og kommunikasjonsstrukturer (kilde NHO Nordland og Horisont Helgeland) og avviker noe fra tradisjonelle sykehusområder. Brønnøysund har tradisjonelt vært en del av Sandnessjøen sitt sykehusområde.

Budsjetterte årsverk: Faste og variable timer. Variable timer inneholder overtid og vikarer. Mo i Rana har om lag 510 faste årsverk, men langt flere ansatte på hel- og deltid. Inkluderes Brønnøysund i Sandnessjøen blir sykehusårsverk per 1000 innbygger 18.

Paradokset er at mange års nøkternhet ved sykehuset i Mo i Rana, kan bli straffet med avvikling. Det bør nevnes at budsjettene internt i Helgelandssykehuset fordeles mellom sykehusenhetene etter objektive kriterier vedtatt av styret i Helgelandssykehuset basert på Helse Nord-modellen.

6.5. Rekrutteringsgrunnlag

I et rekrutteringsperspektiv sier den regionale planen fra Helse Nord følgende:

*«Den demografiske utviklingen i Helse Nord er mindre bærekraftig enn i øvrige landsdeler» ...
«Blant lokalsykehusene skiller Vesterålen, Mosjøen og Sandnessjøen seg negativt ut med tanke på estimert bærekraft».*

Det kan videre understrekes at de eneste tilbudene innen høgere helsefaglig utdanning på Helgeland, deriblant sykepleierutdanning i samarbeid med Nord universitet, er på Campus Helgeland i Mo i Rana (jfr. lokaliseringskriteriet «Nærhet til universitet/høgskoler»).

Rekrutteringsmuligheter og høgskoletilbud har vært viktige kriterier i andre sykehusprosesser, for eksempel da Molde ble valgt framfor Kristiansund.

7. Oppsummering

«Helgelandssykehuset 2025» er et prosjekt som har pågått helt siden 2013. I 2015 kom regjeringens nasjonale helse- og sykehusplan som ble behandlet av Stortinget i 2016. Stortinget la klare føringer som etter vår vurdering ikke er tilstrekkelig fulgt opp av Helse Nord gjennom eierstyring og mandat til Helgelandssykehuset.

Rana kommune har vært tydelig i hele prosessen på at en løsning med en balansert sykehus- og beredskapsstruktur på Helgeland er ønskelig: Et stort akuttisykehus i nord (Mo i Rana), et akuttisykehus ved kysten (Sandnessjøen) og luftambulanse og DMS i sør (Brønnøysund). Denne løsningen er også bedre i samsvar med den nasjonale helse- og sykehusplanen.

Nasjonale helse- og sykehusplan innebærer mer samarbeid og en større differensiering mellom sykehus (store akuttisykehus og akuttisykehus) framfor nedleggelse av sykehus. Dette i tråd med scenarie 1 i den nasjonale planen og Stortingets skjerpede vedtak i romertall II.

Det er videre grunn til å reise spørsmål hvorfor en strukturprosess gjennomføres på Helgeland, når det samme ikke skjer lengre nord. I Lofoten, Vesterålen, Ofoten og Harstad-regionen er det 4 sykehus. «Helse Nord skal være en regional institusjon med en tydelig nordnorsk profil. Som hovedstrategi velger Helse Nord samarbeid mellom enheter og nivåer» kan leses i den «Regionale utviklingsplanen 2035». Dette er en strategi som er fraværende i denne prosessen.

Prosjektet er ikke i samsvar med vedtakene i Stortinget i tilknytning til den nasjonale helse- og sykehusplanen. Kommunen vil også understreke at utredningsplikten i både «Veileder for tidligfasen i sykehusbyggprosjekter» og Plan- og bygningsloven heller ikke ivaretatt i den grad en må kunne forvente, og slik lovverket legger opp til.

Det har ikke manglet på råd og advarsler fra Rana kommune i 2014 og senere, mot å forsere prosessen før den nasjonale helse- og sykehusplanen ble vedtatt av Stortinget.

Ennå foreligger det ikke etterspurte og nødvendige konsekvens- og bærekraftanalyser ved de ulike alternativene, deriblant økonomiske konsekvenser ved fellessykehus kontra to-sykehus-løsning (investering, drift, transport osv.). Dette er et minimum av det en må forvente i et saksunderlag dersom Helse Nord skal kunne forsvare prosessen og ressursgruppas involvering.

Prosesen er dermed ikke transparent og åpen, noe som strider mot grunnleggende prinsipper for forvaltningsvirksomhet.

De økonomiske konsekvensene for kommunen, involverte familier og pasienter i Rana-regionen er derimot åpenbare ved avvikling av all sykehusaktivitet i Rana. Over 500 årsverk i Mo i Rana er knyttet til den største sykehusenheten på Helgeland. Gitt en multiplikatoreffekt på 0,8 (effekt på øvrig sysselsetting) vil bruttoeffekten bli et tap på nærmere 1000 arbeidsplasser.

Uten sykehus vil den demografiske utfordringen med sviktende skatteinntekter øke dramatisk i Nord-Norges tredje største kommune. Store kostnader vil også bli veltet over på kommunens helse- og omsorgstjenester. Handelsnæringen og butikker vil oppleve et kraftig fall i etterspørsel og kjøpekraft ved tap av sykehuset.

Uten sykehus vil øvrige virksomheter få store problemer med å rekruttere unge folk, kompetent arbeidskraft og jobb til ektefelle. Visjonene om «*Norges grønne industrihovedstad*» og «*Grønn industripark i verdensklasse*» vil bli illusorisk. Investeringsvilje, teknologiutvikling og grønn innovasjon vil bremse opp. Ulike omdømmeprojekt vil være bortkastede penger uten sykehus.

Det er derfor på tide at næringsliv, industri og offentlige virksomheter engasjerer seg.

Avvikling av sykehuset i Mo i Rana vil være et alvorlig anslag mot en av Norges viktigste eksportregioner og den store verdiskapingen innen industri, bergverk, kraft og havbruk på Nord-Helgeland. Derfor er ikke dette et rent sykehusfaglig anliggende. Vingeklippes Rana så vingeklippes hele landsdelen – og nordnorsk verdiskaping, lojalitet og samarbeid vil forvitte.

Det er nødvendig at sykehussaken gis høyeste prioritet – om nødvendig på bekostning av andre saksområder i kommunen. Helgelandssykehuset har lagt til rette for «*skriftlige tilbakemeldinger og kommentarer*» (styresak 51/18 Helgelandssykehuset). Denne saken inngår i dette og adresseres bl.a. til Helse Nord, Helgelandssykehuset og ressursgruppa.

Samtidig må folkevalgte, pasientorganisasjoner og fagbevegelse i kommunen høyne beredskapen og engasjementet rundt sykehussaken. Vi bør ha tatt lærdom av sykehushistorien på Helgeland og fylkestingets sykehusvedtak i 1997. Og ikke minst lærdom av den store Ranaomstillingen på 80-tallet samt arbeidet for en ny stor flyplass på Helgeland i nyere tid.

Mo i Rana, 20.08.18

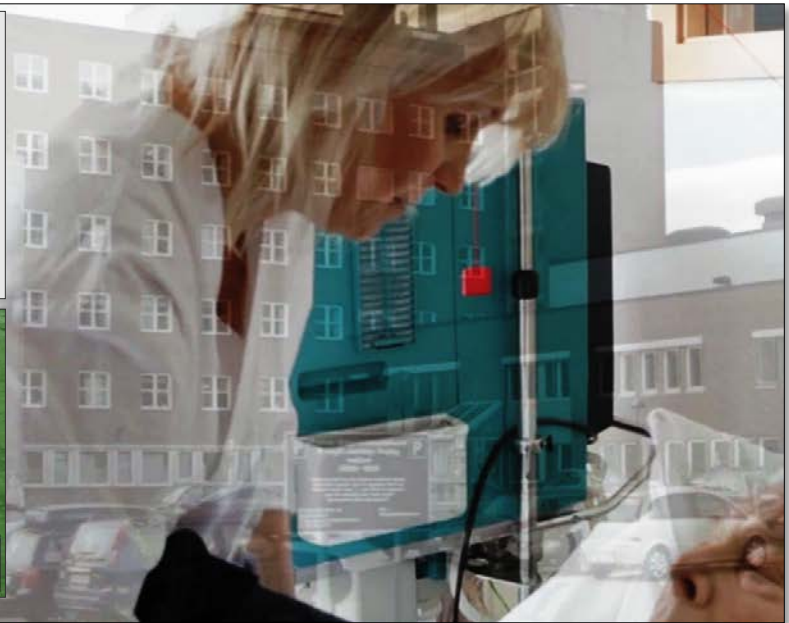
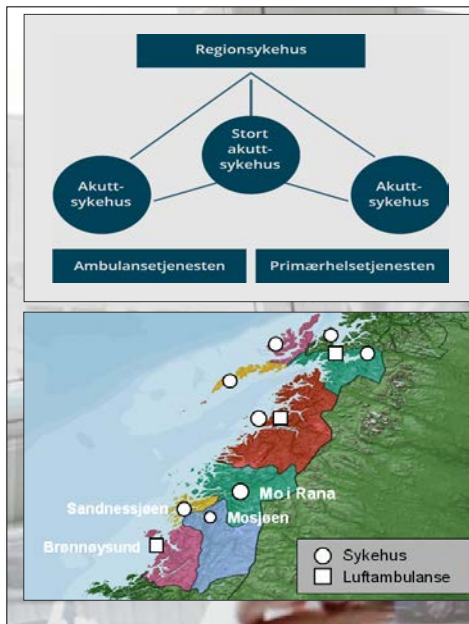
Jan Erik Furunes
Kommunaldirektør tekniske tjenester

Trykt vedlegg:

- Kronikker

Utrykte vedlegg:

- Notat «*Hovedsykehuset i Mo i Rana*».
- Foilpresentasjon «*Hovedsykehuset i Mo i Rana*».



Innhold

Kronikk 1: Hovedsykehuset i Mo i Rana	Side 1
Kronikk 2: Nasjonal sykehusplan og Helgeland	Side 3
Kronikk 3: Bærekraftutfordringene i Helgelandssykehuset	Side 5
Graf 1: Tyngdepunktet for sykehusdrift og kirurgi i regionen	Side 7
Graf 2: To-sykehus-modellen	Side 7
Tilsvarende: Fra fire ordførere	Side 8

Flere kronikker

Mo i Rana er det befolkningsmessige tyngdepunktet på Helgeland, har det største sykehusfaglige miljøet og er byen nærmest midtpunktet (Korgen) i regionen (kilde Sykehusbygg/COWI/WSP-rapport 2017).

I flere kronikker vil vi dokumentere hvorfor hovedsykehuset (stort akutt-sykehus) på Helgeland fortsatt vil være lokalisert i Mo i Rana. En to-sykehus-løsning anbefales likevel i tråd med nasjonal sykehusplan (stort akutt-sykehus og akutt-sykehus).

Rana er 3. største kommune i Nord-Norge og eneste på Helgeland på størrelse med Molde

Rana er den 3. største sykehuskommunen i Nord-Norge med 26.000 innbyggere og eneste kommune på Helgeland på størrelse med Molde kommune. Vefsn har 13.000 innbyggere og Alstahaug har 7.000 innbyggere.

Region Mo i Rana (Nord-Helgeland) – en av fire regioner på Helgeland – har alene 46 % av befolkningen. Vår regionen har også 59 % av all verdiskaping (bedrifts-omsetning) på Helgeland (kilde Horisont Helgeland 2017).

Det befolkningsmessige tyngdepunktet med bredest arbeidsmarked og rekrutteringsmulighet

Ranaregionen er tyngdepunktet på Helgeland:

- Flest innbyggere.
- Størst arbeidsmarked.
- Høgest vekstkraft og attraktivitet.

Eller som uttrykt av direktør Karsten Nestvold i Innovasjon Norge i Nordland (kilde Gallariamagasinet 2014):

«Mo i Rana har vel den mest spennende sammensetningen av næringsliv som finnes i Nordland.»

Kronikk 1

Hovedsykehuset i Mo i Rana

Styret i Helse Midt-Norge valgte å lokalisere hovedsykehuset i Molde (26.000 innbyggere) framfor Kristiansund (20.000 innbyggere) med følgende begrunnelser (kilde styresak 2014):

«Det legges mest vekt på fordelene ved etablering nær det største fagmiljøet og på sårbarheten i interim-perioden frem til nytt sykehus står ferdig, og at vektlegging av ansatte og fagmiljø vanskelig kan overvurderes i et helseforetak.»

«Et sykehus i Molde vil ha noe større befolkning ... , muligheten for utdanningssamarbeid vil være noe enklere med en lokalisering nær høyskolemiljøene i Molde og jobbmuligheter for ektefeller/partnere vil være noe bedre i Molde som har det største bo- og arbeidsmarkedet.»

Vedtaket ble senere bekreftet av helseminister Bent Høie. Imidlertid sliter Helse Møre og Romsdal i dag med å få realisert byggeprosjektet i Molde innenfor en ramme på 4,1 milliarder kroner.



Det største sykehusfaglige miljøet, flest pasienter og et innovativt lokalsykehus

Helgelandspsykehuset Mo i Rana er den største sykehusenheten i helseforetaket:

- Flest trafikkulykker.
- Størst pasientaktivitet.
- Flest ansatte.
- Minst underskudd.

Et innovativt lokalsykehus med det tyngste akuttmiljøet:

- Suksess Helsepark og ett av fem pilotsykehus i Norge.
- Landets første sykehus med elektronisk fakturaflyt, digital skrive-tjeneste eksternt og elektronisk henvisning.
- Veldrevet akuttmottak, høyere nivå på intensivmedisin og kirurgisk tyngdepunkt også med ortopedisk beredskap.

Lav befolkningsvekst og andel statlige arbeidsplasser sammenlignet med Bodø og Tromsø

Ranaregionen er tyngdepunktet på Helgeland, men taper terreng i et nordnorsk byperspektiv:

- Ranas andel av befolkning i nord.
- Ranas andel av statlige arbeidsplasser i nord.

Ranasamfunnet har vært gjennom en stor omstilling av statsbedrifter og netto tap av arbeidsplasser:

- Rana er landsdelens tredje største kommune.
- Et tap av 500 kvinnedominerte statlige arbeidsplasser vil ha størst konsekvenser for familier i Rana og på nytt sette kommunen flere tiår tilbake.
- Rana er eneste by på Helgeland med sykepleierutdanning.
- Rana har de beste forutsetningene på Helgeland for rekruttering og stabilisering av fagmiljø til et hovedsykehus.

Balansert beredskapsstruktur med sykehus i nord og ved kysten samt luftambulans i sør

Prinsipper for en ny sykehusstruktur på Helgeland:

- Hovedsykehus i Mo i Rana (stort akuttsykehus) og sykehus i Sandnessjøen (akuttsykehus) samt DMS (distriktsmedisinsk senter) i Mosjøen og Brønnøysund.
- Teoretisk midtpunkt på Helgeland er Korgen basert på pasienttransport langs bakken (bil, buss, ferge og båt – kilde Sykehusbygg/COWI/WSP-rapport 2017).
- Midtpunktet kan i praksis flyttes i retning Mo i Rana ved et bedre flytilbud mellom Mo i Rana og Brønnøysund for elektive (planlagte) pasienter.
- Dette vil fange inn Sør-Helgeland i en mer effektiv og pasientvennlig logistikk enn bakketransport samt hindre pasientlekkasje.
- Akutte pasienter i sør har et godt tilbud gjennom lokaliseringen av luftambulansen i Brønnøysund (helikopter og fly).

- Beredskapen på kysten er god pga. helikopter og ambulansébåter samt relativt mange bilambulansestasjoner (8 av 13).
- Bodø vil være backup for landing av helikopter ved dårlig vær på Helgeland og i Mo i Rana.

Et hovedsykehus på Helgeland «vil være avhengig av» adkomst til «flyplass med høy regularitet for å evakuere pasienter» og en stor flyplass skal som kjent bygges i Mo i Rana (kilde Helgelandspsykehusets utviklingsplan 2014). 80 % av befolkningen på Helgeland når Mo i Rana i dag innen 90 minutter kjøretid.

Velegnede sykehusomter bynært som tilfredsstillende statlige og planfaglige krav

Professor i helseøkonomi, Terje P. Hagen, Universitetet i Oslo, om lokalisering av sykehus (kilde NRK Nordland 2017):

«Det er økende skepsis til å bygge nye sykehus mellom byer i stedet for en by ... I Fredrikstad- og Sarpsborgs-området har de lagt sykehuset på Kalnes midt i mellom. Lokaliseringen gir store behov for investeringer i infrastruktur, særlig veier. Det gir store utgifter som kommer i tillegg til sykehuset. Det påfører også både ansatte og pasienter store reisekostnader.»

Lokalisering av store arbeidsintensive virksomheter utenfor byer er i strid med en rekke statlige og regionale planfaglige krav. Mo i Rana har velegnede bynære sykehusomter:

- Selfors: En utvidelse av dagens sykehus kan gjøres på dagens tomteareal og tilleggsareal i retning av både det gamle og nye sykehjemmet.
- Svortdalen: Et nytt stort sykehus kan bygges enda mer bynært ved E6 og kort veg til både togstasjon samt offentlige og private tjenestetilbud i sentrum.

Dagens kollektivplan med bybusser passerer både Selfors og Svortdalen. Likeså regionbussene. 21.000 innbyggere kan nå inn til sentrum av byen på sykkel på under 30 minutter. Fjernvarmenettet ligger også til rette for oppvarming av et nytt sykehus i Svortdalen i likhet med Selfors (grønt sykehus).

Gjennomgående industriell omstillingskultur og gode utdannings- og fritidstilbud

I et Helgelandsperspektiv har Mo i Rana fortrinn som det er vanskelig å konkurrere med:

- En stolt industrihistorie og et mål om en grønn industripark i verdensklasse.
- Statlige virksomheter med nasjonale oppgaver og effektive IT-løsninger.
- Økt vekstkraft og verdiskaping med ny stor flyplass og logistikk-løsninger.
- Tyngdepunkt for sykehusdrift og kirurgi.
- Innovative samhandlingstiltak mellom primær- og spesialisthelsetjeneste.
- Campus som nasjonalt forblide på samspill mellom utdanning og arbeidsliv.



- Attraktivt kulturliv, herunder regionteater og festivaler.
- Sterk frivillig sektor og stor dugnadsånd.
- Kommune med vekstkraft og attraktivitet samt rekrutteringsevne.

Campus Helgeland tilbyr følgende universitetsutdanninger i helse- og sosialfag:

- Bachelor sykepleie.
- Master sykepleie.
- Bachelor sosialt arbeid.
- Delstudium palliativ behandling.
- Delstudium psykiatri.

I tillegg tilbys andre fag som et sykehus har behov for: Økonomi, administrasjon, ledelse, ingeniør og teknologi kombinert med forskningsaktivitet.

Oppsummering

Mo i Rana som et selvsagt hovedsykehus ble understreket da styret i Helse Nord valgte Mo i Rana som hovedkontor i Helgelandssykehuset. Dette skjedde under den statlige overtakelsen av sykehusene fra fylkeskommunene da de tre sykehusene på Helgeland ble til ett helseforetak (kilde styresak 2001):

«Det vil være sterke argumenter for å legge ledelse og administrasjon av helseforetaket til det sykehuset som antas å ha det beste rekrutteringspotensialet og som samlet sett disponerer de største ressurser.»

«Være levedyktig mht. rekruttering og derfor inkludere minst ett ressursykehus.»

Mo i Rana er i utkanten av luftambulanseressursene. Andre lokaliseringalternativ enn Mo i Rana for et hovedsykehus (stort akuttisykehus) tilsier relokalisering av luftambulansen til ny flyplass i Rana.

Mo i Rana er allerede i dag tyngdepunktet for sykehusdrift (fleest årsverk, best økonomistyring og størst pasientaktivitet) og kirurgi (eneste sykehus også med ortopedisk beredskap) på Helgeland.

Geir Waage

Ordfører Rana kommune

Anita Sollie

Konstituert adm. dir. Rana Utviklingsselskap as

Jan Erik Furunes

Tidligere sykehusdirektør 2000-2011

Kronikk 2

Nasjonal sykehusplan og Helgeland

Utviklingsplanen for Helgelandssykehuset 2025 ble startet opp i 2013. Anbefalingen i 2014 var to varianter av ett fellessykehus med og uten distriktsmedisinsk senter (DMS). Rana kommune har i hele prosessen vært tydelig på at også en to-sykehus-løsning må utredes.

Opprinnelig anbefaling på kun to varianter av et fellessykehus som løsning, måtte tilbaketrekkes etter at regjeringen la fram den nasjonale helse- og sykehusplanen i 2015. Den ga som forventet retning, ramme og innhold for en to-sykehus-løsning (stort akuttisykehus og akuttisykehus).

Bakteppet

Den store ressursbruken til utredning av et fellessykehus på Helgeland – tidsbruk for helsepersonell både i sykehus og kommuner samt pengebruk – må det kunne reises spørsmål om i lys av Stortingets vedtak i 2016 om den nasjonale helse- og sykehusplanen:

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

En del ordførere har likevel fremmet et ensidig krav og et ultimatum om et fellessykehus sør for Korgfjellet som eneste løsning (kilde Helgelandssykehusets nettside 2016):

«Ordførerne i Vefsn, Alstahaug, Brønnøy og Leirfjord hadde bedt om et møte med styreleder i Helgelandssykehuset før styremøtet onsdag. Ordførerne hadde tre saker de ønsket å formidle sine tanker rundt da de møtte styrelederen:

- *Krav om at et eventuelt nytt akuttisykehus må plasseres sør for Korgfjellet.*
- *Ønske om at Leirfjord tas med i det videre utredningsarbeidet.*
- *Videre arbeid med DMS i Brønnøysund.»*

Sykehusplanen

I nasjonal helse- og sykehusplan opereres det med ulike sykehusnivå/modeller:

- *Regionsykehuset* er hovedsykehuset i helseregionen. I Nord-Norge er dette UNN.
- *Stort akuttisykehus* har et befolkningsgrunnlag på minst 60-80.000 innbyggere og et bredt tilbud innen akuttkirurgi og andre medisinske spesialiteter.
- *Akuttisykehus* skal minst ha akutfunksjon 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.



Lokalsykehusene behandler i dag om lag 70 % av sykehuspasientene. 70 % av disse er igjen indremedisinske pasienter og 80-90 % er akutte tilfeller. Det vil bli et økt sykehusbehov i 2030 på om lag 20 % pga. flere eldre og kronikere, dermed spesielt behov for desentral indremedisin.

En omdiskutert faglig problemstilling er om *akuttsykehuset* er robust nok og levedyktig på sikt uten døgnkontinuerlig akuttkirurgisk beredskap. Vurderingene fra Norsk kirurgisk forening er dette (kilde Dagens Næringsliv 2015):

«Kirurgiforeningens leder er enig i et befolkningsgrunnlag på 60-80.000 kan være et fornuftig utgangspunkt, hvis det gjøres lokale tilpasninger. Vi mener befolkningsgrunnlag ikke er tilstrekkelig kriterium alene, vi må også ta hensyn til geografi. Det vil si avstand til neste sykehus og transportmuligheter».

«De små sykehusene som beholder indremedisinsk beredskap, må også ha en kirurg tilstede på dagtid og ellers i beredskap. Mange indremedisinske pasienter vil trenge en kvalifisert kirurgisk vurdering av behovet for kirurgi, og av hvor pasienten skal sendes. Det er gull verdt».

Stortinget vedtok i 2016 i tilknytning til den nasjonale helse- og sykehusplanen følgende:

«Stortinget ber regjeringen gjennom foretaksrådet og/eller styringsdokumenter sørge for at de regionale helseforetakene starter en prosess med å flytte mer av den elektive kirurgien i foretaket til akuttsykehusene, der det ligger til rette for dette, for derigjennom å styrke den generelle kirurgiske kompetansen ved disse sykehusene».

Tyngdepunktet

Hovedkontoret i Helgelandssykehuset er lagt til Mo i Rana. Mo i Rana er allerede i dag tyngdepunktet for sykehusdrift (flestepasienter, best økonomistyring og størst pasientaktivitet) og kirurgi (eneste sykehus også med døgnkontinuerlig kirurgisk ortopedisk beredskap) på Helgeland.

Mo i Rana er tyngdepunktet, men fordelingene av sykehusårsverk per 1000 innbyggere viser en skjev fordeling mellom de fire regionene på Helgeland samt nord og sør for Korgfjellet (kilde HF/SSB 2015):

- Region Mo i Rana – 508 sykehusårsverk – 36.032 innbyggere – 14 årsverk per 1000 innbyggere.
- Region Sandnessjøen – 353 sykehusårsverk – 12.798 innbyggere – 28 årsverk per 1000 innbyggere.
- Region Mosjøen – 283 sykehusårsverk – 16.354 innbyggere – 17 årsverk per 1000 innbyggere.
- Region Brønnøysund – 31 sykehusårsverk – 13.209 innbyggere – 2 årsverk per 1000 innbyggere.

I en av de mange sykehusutredningene framkommer dette om det suverent største arbeidsmarkedet på Helgeland med tanke på rekruttering av arbeidskraft til et sykehus (kilde Sykehusbygg/COWI/WSP-rapport 2017):

«På grunn av avstandene i regionen er regionen delt i flere adskilte, mindre arbeidsmarkeder».

«Kun mellom noen få kommuner er det utstrakt pendling over kommunegrensene. Det suverent største lokale arbeidsmarkedet er Rana og Hemnes kommuner som omfatter 41 % av alle sysselsatte på Helgeland. De to andre lokale arbeidsmarkedene som er aktuelle som lokaliteter for sykehus, Vefsn/Grane og Alstahaug/Leirfjord står for hhv. 20 % og 13 % av sysselsettingen på Helgeland».

Midtpunktet

Vi har merket oss følgende analyse fra sykehusutredningene (kilde Sykehusbygg/COWI/WSP-rapport 2017):

«Figuren viser at det er relativt liten forskjell mellom de ulike lokaliseringene i forhold til hvor stor andel av befolkningen på Helgeland som kan nås (særlig i forhold til lengste reisetidene). I forhold til de korteste reisetidene så er det Mo i Rana pga. av sin befolkningsstørrelse som når flest innbyggere.

For reiser som er lenger enn ca. 40-45 minutter så vil Korgen nå flere innbyggere enn Mo i Rana. Korgen ligger nærmere det teoretiske tyngdepunktet på Helgeland enn det dagens tre sykehus gjør, slik at både Mo i Rana og Mosjøen (samt Sandnessjøen etter ca. 1 time) kan nås. Korgen når for øvrig færrest innbyggere innenfor ca. 30 minutters reisetid.

På en annen side så blir både Korgen og Mo i Rana "hengende noe etter" ved de lengste reisetidene bl.a. pga. avstanden til Brønnøysund med mer».

Analysene over er basert på kun landbasert trafikk. Gjenoppretting av flytilbudet mellom Mo i Rana og Brønnøysund vil endre dette bildet og flytte midtpunktet i retning av Mo i Rana. Det vil fange inn hele Sør-Helgeland i en langt mer effektiv og pasientvennlig logistikk enn bakketransport samt redusere pasientlekkasjer.

Kommunikasjonsutfordringene på Helgeland gjenspeiler det faktum at regionen er på størrelse med Oslo, Akershus, Østfold og Vestfold til sammen. Vegnett og kollektivtilbud er dessuten svakere utbygd. Ny E6 vil forbedre veikvaliteten, men kjøretiden vil ikke bli redusert vesentlig.

Mer enn 20.000 innbyggere bor innen 20 minutters kjøretid fra Mo i Rana. *«En arbeidsplass 45 minutter unna vil i utgangspunktet være langt mindre attraktiv enn en 20 minutter unna»* skriver sykehusutredningene med tanke på arbeidsreiser og barnefamilier – og mulighet for å rekruttere.



Todelingen

Tidligere daglig leder ved Petter Dass-museet, Ivar Roger Hansen, har denne refleksjonen om Helgeland (kilde Horisont Helgeland 2012):

«Den nederlandske samfunnsgeografen Guido van Rijkom peker i en masteroppgave på at på Helgeland er både den lokale patriotismen og lojaliteten overfor det nærmeste serviceområdet sterkere enn den regionale identiteten. Dette mener han har både historiske og praktiske grunner. Regionen er stor med lange avstander og tildels vanskelige kommunikasjoner.»

Region Mo i Rana utgjør 46 % av befolkningen på Helgeland. Historisk, befolkningsmessig, kommunikasjonsmessig og politisk kan vi antakelig beskrive en todeling av Helgeland – langs Korgfjellet. Dette understøtter også en todelt sykehusløsning.

Geir Waage

Ordfører Rana kommune

Anita Sollie

Konstituert adm. dir. Rana Utviklingsselskap as

Jan Erik Furunes

Tidligere sykehusdirektør 2000-2011

Kronikk 3

Bærekraftutfordringene i Helgelandssykehuset

Rana kommune har i prosessen etterlyst bedre økonomiske bærekraftanalyser fra Helgelandssykehuset av de ulike alternativene (dagens struktur, to-sykehus-løsning og fellessykehus), spesielt transportkostnadene (ambulanseoppdrag og pasientreiser samt pårørende-reiser og ansattereiser).

Hvordan vil dette slå ut med et fellessykehus kontra en to-sykehus-løsning? Hvilken løsning reduserer risikoen for at pengene må tas fra pasientbehandling til transport? De aktuelle økonomiske bærekraftutfordringene som må konsekvensutredes, er disse:

Investeringskostnader

Investeringskostnaden for et fellessykehus er i den opprinnelige utviklingsplanen fra 2014 beregnet til 3,5 mrd. kr. (eksklusiv psykiatri/rus). Denne kostnaden skal bæres løpende av helseforetaket selv gjennom renter, avdrag og avskrivninger. Tallet bør oppjusteres for prisstigning (og løsning for psykiatri/rus).

Til sammenligning har Sykehuset Innlandet i 2017 beregnet investeringskostnaden for et fellessykehus (inkludert psykiatri/rus) til hele 8 mrd. kr.

Alternativkostnaden ved en to-sykehus-løsning – og gjenbruk av hele eller deler av dagens bygningsmasse – må også beregnes.

Transportkostnader

Transportkostnadene ved de ulike alternativene er ikke synliggjort i noen beregninger. Det finnes betraktninger i andre helseforetaksområder. Her fra Romsdal Budstikke i 2014 i striden mellom Molde og Kristiansund:

«Asplan Viak beregnet i 2011 at ett sjukehus ville bety to millioner ekstra kjørte kilometer. Tas pårørende og ansattes kjøreveg med, blir det ytterligere to millioner kjørte kilometer. Kjørekostnader, tidskostnader, neddiskontert over 30 år med 4,5 prosent kalkulasjonsrente, viser en ekstrakostnad på 1 milliard kroner for fellessjukehus.»

Miljøkostnader

En beregning utført i Sykehuset Innlandet viser en fordobling av trafikken med et fellessykehus iflg. Oppland Arbeiderblad i 2014. Miljømessig, trafikksikkerhetsmessig og samfunnsøkonomisk er dette svært lite ønskelig.

Med de store avstandene som er på Helgeland, er en betraktning rundt dette samt klimagassutslipp en sentral mangel i utredningsarbeidet i helseforetaket.



Avstandskostnader

Økt avstand til sykehuset for befolkningen vil også øke driftskostnadene i helseforetaket viser tall fra Samdata i 2013.

Til tross for en desentralisert struktur på Helgeland er gjennomsnittlig avstand til sykehusene for befolkningen i dag på 54 kilometer. Den er allerede fjerde lengst i Norge. Med ett fellessykehus vil gjennomsnittlig reiseavstand (og gjennomsnittskostnader) øke kraftig. Det er ikke en ønsket utvikling for pasienter og pårørende.

Nærmere fra Samdata om dette:

«Median avstand til nærmeste sykehus innenfor et helseforetaksområde er 28 kilometer. Ved helseforetak hvor innbyggerne har lengre reiseavstand enn dette, er kostnadsnivået i gjennomsnitt høyere enn hvis innbyggerne har kortere reiseavstand. Hvis avstanden er lengre, så er kostnadsnivået ved helseforetakene i gjennomsnitt på 1,08 mot et gjennomsnitt på 0,95 hvis innbyggerne har kortere reisetid. Den relativt store forskjellen i gjennomsnittlig kostnadsnivå indikerer at geografisk struktur er korrelert med hvor ressurskrevende det er å drive helseforetak».

Omstillingskostnader

Nord-Trøndelag er dels sammenlignbart med Helgeland. I dette fylket er det to sykehus – Namsos og Levanger. Her har en tilsvarende prosess i 2015 konkludert med en to-sykehus-løsning. De er også tydelige på risikoen, samfunnskonsekvensene og omstillingskostnadene. Dette er ikke omtalt i utredningsarbeidet til Helgelands-sykehuset så langt:

«Dagens struktur (alternativ 1: to sykehus Namsos og Levanger) vurderes som det beste alternativet ... Usikkerhet og overgangsproblemer i forbindelse med en slik radikal omstrukturering (alternativ 3: fellessykehus Steinkjer) vil kunne ha motsatt effekt. I forhold til nærhet og samfunnmessige konsekvenser skårer "ett-sykehus-løsningen" dårligere ... Konsekvenser for driftsøkonomien er positiv, men alternativ 3 gir vesentlig høyere investeringskostnader og transportkostnader».

Konsekvensene for dagens sykehusbyer ved tap av sykehus/arbeidsplasser må i tillegg konsekvensutredes samt hvordan risikoen og sårbarheten skal håndteres fram til en eventuell ny sykehusløsning er på plass.

Stordriftsfordeler

Ved Norges Handelshøyskole i Bergen er det flere forskningsprosjekt som bekrefter at de erklærte målene om forbedringer og kostnadsreduksjoner for et fellessykehus ikke kan dokumenteres. Her i NHH Bulletin i 2014:

«Sykehussammenslåing skal sørge for billigere drift og bedre pasientbehandling ved norske sykehus. Forsker mener de positive virkningene enda ikke er dokumentert. Så langt er det få positive gevinster å spore, sier NHH-professor Kurt R. Brekke ved Institutt for samfunnsøkonomi. Brekke er kritisk til retorikken om at sykehusfusjoner gir oss mer helse for hver krone, og at pasientene får det bedre. De påståtte positive virkningene er ikke dokumentert».

Utdanningsperspektivet

Helgelands-sykehuset fikk i oppdragsdokumentet for 2013 fra Helse Nord RHF følgende hovedoppdrag som resulterte i et utredningsprosjekt om sykehusstruktur slik vi kjenner det fra de siste årene:

«Helgelands-sykehuset skal videreutvikle et godt lokal-sykehusstilbud og en desentralisert spesialisthelsetjeneste på Helgeland, i samarbeid med kommunene, samt styrke forskning, fagutvikling og utdanning» (våre understrekinger).

Sykehusenes hovedoppgaver beskrives slik i spesialisthelsetjenestelovens paragraf 3-8:

«Sykehus skal særlig ivareta følgende oppgaver:

1. Pasientbehandling
2. Utdanning av helsepersonell
3. Forskning
4. Opplæring av pasienter og pårørende»

I de vedtatte lokaliseringskriteriene for Helgelands-sykehuset er kriteriet «Nærhet til universitet og høyskole» ett av flere. Sykehusene vil være avhengig av tilgang til kompetent arbeidskraft for å kunne rekruttere – helsefag, økonomi, organisasjon, ingeniør og IT.

Det er bare Mo i Rana og Campus Helgeland som er i nærheten av å oppfylle dette sentrale kriteriet for utdanning, forskning og rekruttering.

Oppsummering

Professor i helseøkonomi ved Universitetet i Oslo, Terje Hagen, hadde denne betraktningen på NRK Nordland allerede i 2013 om sykehusstrukturen på Helgeland:

«Ordføreren på Herøy vil ha bare ett sykehus ... For Helgeland vil det ifølge professor Terje Hagen være mest relevant å opprettholde full akuttberedskap i Rana, og redusere den eller ta den helt bort fra de andre sykehusene».

Geir Waage

Ordfører Rana kommune

Anita Sollie

Konstituert adm. dir. Rana Utviklingsselskap as

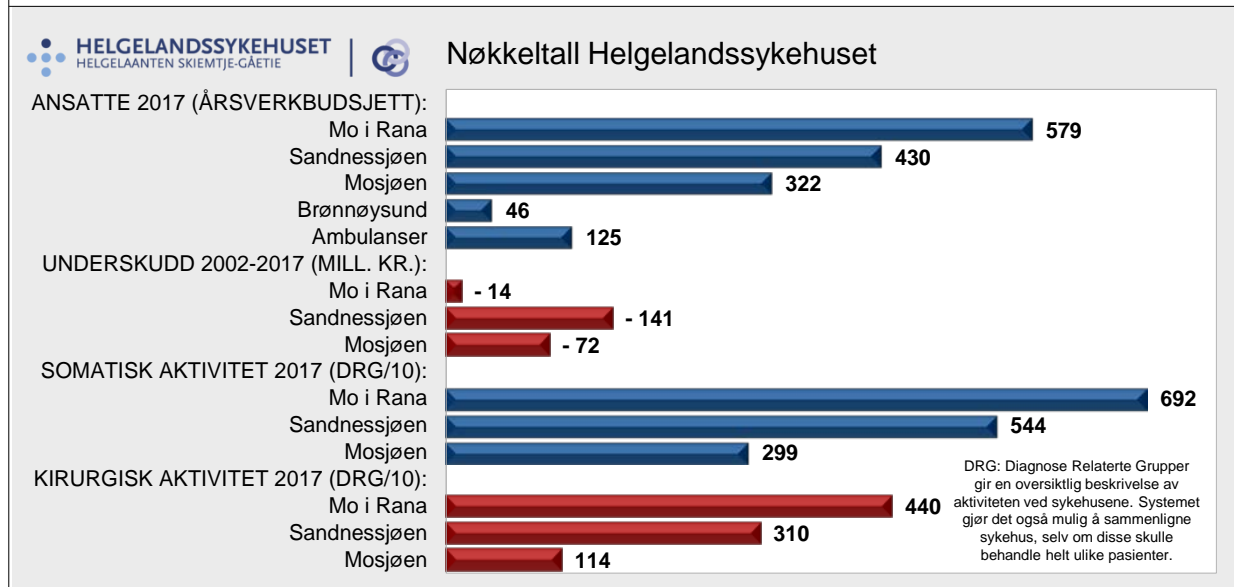
Jan Erik Furunes

Tidligere sykehusdirektør 2000-2011

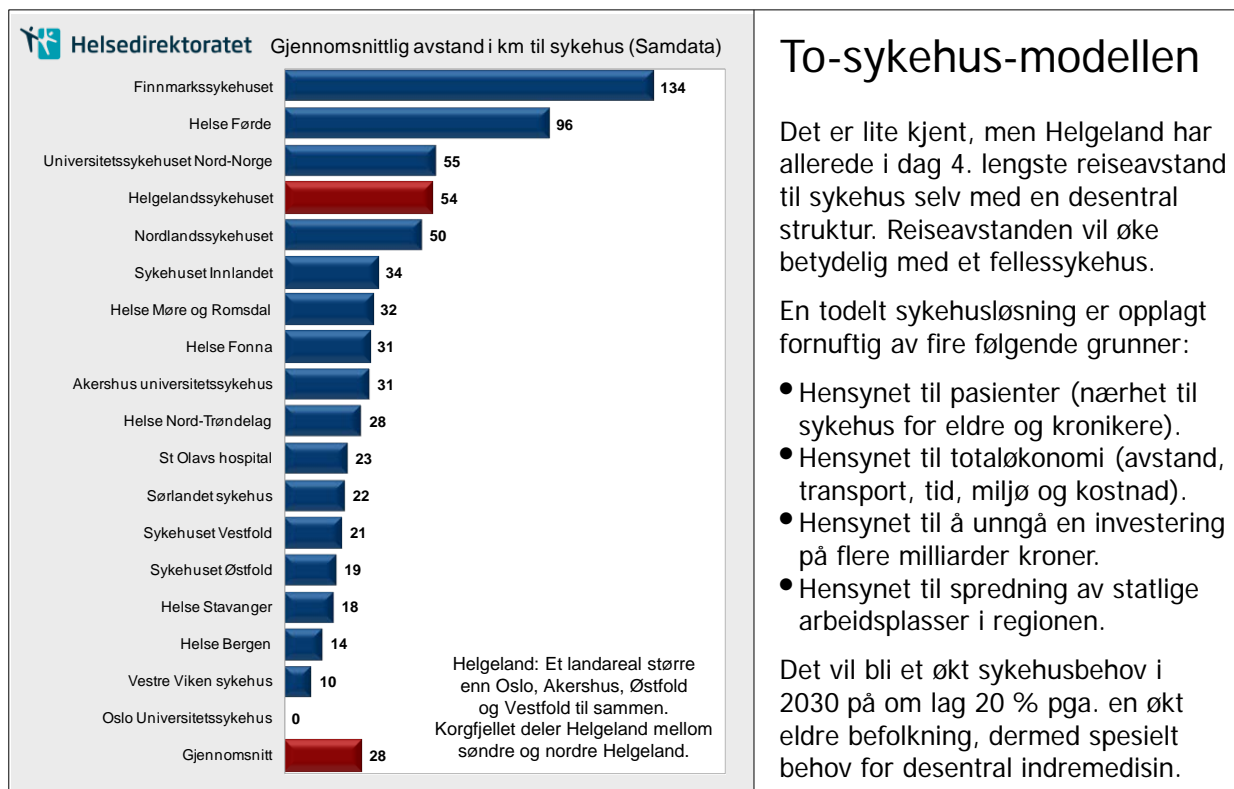
Graf 1

Tyngdepunktet for sykehusdrift og kirurgi i regionen

Mo i Rana er allerede i dag tyngdepunktet for sykehusdrift (flestep årsvverk, best økonomistyring og størst pasientaktivitet) og kirurgi (eneste sykehus også med ortopedisk beredskap) på Helgeland.



Graf 2





Tilsvaret

Fra fire ordførere

Ordfører Geir Waage, direktør i RU Anita Sollie og tidligere sykehusdirektør i Helgelandssykehuset (nå ansatt i Rana Kommune) Jan Erik Furunes har i en kronikk i Rana Blad 3. juli listet opp en rekke argumenter for en fremtidig tosykehusmodell. Flere av argumentene er basert på synsing og har lite med sykehusstrukturdebatten å gjøre. Vi registrer igjen at Rana har et stort fokus på sin kommune, framfor å tenke Helgeland som region.

Rana ønsker seg en tosykehusmodell, med et stort akuttsykehus liggende på Mo og et lite sykehus i Sandnessjøen. Det er kun to kommuner på Helgeland som ønsker seg dette, den andre kommunen i tillegg til Rana, er Lurøy. Gjennom høringssvarene til planprogrammet i november 2017 fremkom også at hele 11 av 18 kommuner ønsker seg ett felles sykehus på Helgeland. En kommune ønsker seg nåværende struktur og fire kommuner tok ikke stilling til struktur eller leverte ingen uttalelse. Waage har flere ganger uttalt at etablering av et stort akuttsykehus på Mo vil øke muligheten for Rana kommune å nå målet om befolkningsveksten de ser for seg.

Styret i Helgelandssykehuset har vedtatt og presisert at de helsefaglige temaene skal vektlegges når sykehusutredningen gjennomføres (Styret i HSYK, sak 14/2018 punkt 2).

For oss som ordførere i kommuner som har meldt seg som aktuelle lokaliseringsalternativer, er det viktigste å ha helgelandspatienten i fokus. Vi ønsker en debatt der vi har fokus på pasienten, og ikke på den ene eller andre kommunens utviklingsmuligheter som resultat av et sykehus. Hvis man lanserer seg som kandidat for å huse det nye sykehuset må det være fordi man mener at dette er det beste alternativet for pasientene. Dette er også motivasjonen for oss som ordførere, å skape sikre og gode pasienttilbud for alle helgelandspatientene.

Målet for Plan for lokalisering av statlige arbeidsplasser (2016-2017) fra Kommunal- og moderniseringsdepartementet er en balansert lokalisering av statlige arbeidsplasser i hele landet. Når statlige arbeidsplasser skal etableres skal det i mange tilfeller vektlegges verdiskapende næringsliv, inkluderende og vekstkraftige lokalsamfunn og tilgang til grunnleggende private tjenester. Dette er ikke helsefaglige argumenter.

Ordfører i Leirfjord, Ivan Haugland, mottok 10.3.17 brev fra kommunal- og moderniseringsminister Jan Tore Sanner der han skriver: «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». Ved etablering av nye sykehus, strukturendringer innenfor sykehussektoren eller nedleggelse av sykehus skal altså ikke argumenter som Rana nå i stor grad bruker

være avgjørende eller tellende for den saks skyld, for endelig sykehusstruktur.

Det er beklagelig at forfatterne av kronikken setter sykehusene opp mot hverandre, i stedet for å argumentere hvorfor en tosykehusmodell vil skape det største fagmiljøet. Denne måten å argumentere på er svært uheldig fordi det kan skape et dårlig samarbeidsklima mellom sykehusene på Helgeland.

«Mo i Rana er allerede i dag tyngdepunktet for sykehusdrift (flestepårsverk, best økonomistyring og størst pasientaktivitet)» står det å lese i kronikken. Når argumentene er direkte feil er det grunn til å kommentere dem.

Flest pårsverk: I dag jobber 41 % av de ansatte på Helgelandssykehuset på Mo, 31 % jobber i Sandnessjøen og 23 % jobber i Mosjøen, 4 % jobber i dag i Brønnøysund. Bakgrunnen for denne informasjon er ansattdata som Vefsn kommune mottok fra Helgelandssykehuset 12.4.18. Sykehuset på Mo har altså flest ansatte, men bare 10 % flere ansatte enn Sandnessjøen. 10 % utgjør 167 ansatte. Når det framstilles som om det er 31 % flere ansatte på Mo enn i Sandnessjøen, som kronikken i Rana Blad gjør, er dette et forsøk på å kamufilere den reelle forskjellen mellom sykehusene. Med ett stort akuttsykehus med beliggenhet i en av våre kommuner vil det være naturlig at det etableres et solid DMS (distriktsmedisinsk senter) i Rana. Dette betyr at konsekvensene ikke vil være så dramatisk for Rana, dersom (eller når) det nye Helgelandsykehuset lokaliseres mer sentralt på Helgeland.

Best økonomistyring: Fordeling av rammene til de enkelte sykehusene baserer seg på inntekt- og fordelingsmodellen, en modell som inneholder flere komponenter. Det å konkludere med at Mo har hatt og har bedre økonomistyring enn de andre sykehusenhetene er ikke korrekt. Det handler om hvordan man har fordelt rammen til de enkelte sykehusenhetene og hvilke funksjoner de ulike enhetene har. Mange vil hevde at det har vært en skeiv fordeling over mange år som har ført til ulikt handlingsrom i sykehusenhetene på Helgeland. Å legge denne skeivfordelingen til grunn vil derfor gi et feil faktagrunnlag.

Størst pasientaktivitet: Legger vi til grunn tallene som prehospital enhet ved Helgelandssykehuset nylig publiserte i rapporten Pasienttransport på Helgeland ser vi at argumentet om at pasientaktivitet er størst på Mo ikke stemmer. Ved flere tilfeller er aktiviteten langt større i Sandnessjøen enn på Mo.

Nasjonal Helse- og Sykehusplan:

Nasjonal helse- og sykehusplan (NHS) åpner opp for flere sykehus i enkelte regioner dersom bl.a. geografien tilsier det. Den sier imidlertid ikke noe om hvilken sykehusstruktur som passer for Helgeland, og den sier heller ikke noe om innholdet i en tosykehusmodell. Det den derimot peker på er nasjonale utviklingstrekk og anbefalt befolkningsgrunnlag sett opp mot de ulike betegnelsene for sykehusene. Det er ingenting som står i NHS som kan vurderes dithen at det bør være to



sykehus på Helgeland. Rapporten «Faglige konsekvenser av alternativer for sykehusstruktur» som var en grunnlagsrapport til NHS fra en faglig rådgivingsgruppe er tydelig på at kvaliteten i behandlingstilbudet i dagens sykehusstruktur i Norge er varierende. Rapporten peker på at dagens struktur medfører utstrakt bruk av vikarer, og at å rekruttere helsepersonell er vanskelig. «Dette er et alvorlig varsel om at dagens modell ikke kan videreføres» og «Det er ikke et reelt alternativ å beholde dagens modell uten endringer» står det avslutningsvis i rapporten.

Vi kan ikke forstå hvordan det skal hjelpe på rekruttering, hvordan en skal få etablert et større fagmiljø eller hvordan behandlingstilbudet til hele Helgeland skal bli bedre ved bare å legge ned en enhet. Skal vi oppnå et slagkraftig sykehus på Helgeland så bør dette samles i en sykehuskropp, slik at vi kan gi det aller beste tilbudet til Helgelandspasienten. Nasjonal Helse- og Sykehusplan er i seg selv ikke et argument for en to-sykehusmodell på Helgeland.

Befolkningsmessig tyngdepunkt og transporttid:

«Utviklingsplanen 2014» viser til at teoretisk tyngdepunkt fra dagens sykehuslokalisering er på østsiden av tunnelåpningen på Toventunnelen. Enhet for Pre-hospitable tjenester ved Helgelandssykehuset peker i sin rapport på at befolkningsmessig midtpunkt på Helgeland befinner seg på østsiden av Ømmervatn i Vefsn kommune. Når det gjelder rapporten som kronikken i Rana Blad henviser til (WSP/COWI), er det all grunn til å minne på at denne rapporten har vært utsatt for mye kritikk. Styret i Helgelandssykehuset har gjort et vedtak på at den ikke er behandlet i styret (14/2018 punkt 7.) COWI har også tatt selvkritikk på formuleringene som kronikkforfatterne bruker i sin argumentasjon. I tilsvaret på kritikken fra Vefsn kommune skriver COWI 29. januar 2018 at formuleringene kunne vært mer presise og dersom de skulle gjort samme utredning på nytt ville de ha fremstilt grafikken annerledes. I kronikken nevner Waage, Solli og Furunes også at 80 % av befolkningen på Helgeland når Mo i Rana innen 90 minutter kjøretid. Men de nevner ikke at de andre utredningsalternativene kommer bedre ut på de aller fleste mål for transporttider, inkludert nevnte 80 % mål.

I kronikken brukes også ny flyplass som argument for å hindre pasientlekkasje fra Sør-Helgeland. Dette er neppe relevant i forhold til pasientlekkasje. Det som er viktig for oss som pasienter er at vi blir møtt av et oppdatert og sterkt fagmiljø. Når vi blir syke, vil vi ha den beste behandlingen, uavhengig av hvor den ligger. Det som er viktig er derfor å bygge sterke og solide medisinske fagmiljøer som øker muligheten for å rekruttere helsefaglig personell. Vi vil dit de flinkeste legene og behandlerne er, uavhengig av flyplass. Den beste måten å bremse antall gjestepasienter på er mest sannsynlig å bygge ett stort akutt sykehus med så sterk fagkompetanse at det kan bli det beste tilbudet. Dette sykehuset må ligge så sentralt på Helgeland at det favner om alle helgelendinger, både fra nord og sør, fra kyst og innland på Helgeland.

Husk det er helgelandspasienten som må stå i fokus, ikke den enkelte kommunes ønske om egen vekst.

Jann-Arne Løvdahl

Ordfører i Vefsn kommune

Bård Anders Langø

Ordfører i Alstahaug kommune

Christine Trones

Ordfører i Hemnes kommune

Ivan Haugland

Ordfører i Leirfjord kommune