

Sandnessjøen 16.09.17

Høringsuttalelse fra Folkeaksjonen for Sandnessjøen Sykehus med omegn ang. planprogram Helgelandssykehuset 2025

1. Innledning

Folkeaksjonen viser til høringsbrev med høringsfrist 01.11.17 ang. planprogram for Helgelandssykehuset. Vi ønsker å takke for muligheten til å gi innspill i en svært krevende prosess for Helgeland, og finner det betryggende at styret i Helgelandssykehuset tar seg tid til å få alle momenter godt belyst underveis. Vi anerkjenner at dette er krevende for styret og andre involverte parter. På Helgelandssykehuset sine egne nettsteder er dette beskrevet:

«Befolkningen blir eldre, bosettingsmønsteret endres og sykdomsbildet forandres. Den teknologiske utviklinga gjør at vi kan behandle mer og flere. Noen sykdommer vokser i omfang, andre blir mindre truende. Hvilken sykehusstruktur kan best løse framtidens behov for spesialisthelsetjenester i vår region? Helgelandssykehuset 2025 skal finne svaret på det». Etter vår mening er det da utrolig viktig at man har mange alternativ i dette arbeidet, da man ikke kan synse i en så viktig sak, men bringe alle fakta på bordet. Folkeaksjonen ønsker i dette høringssvaret å være tydelig på at vi fremdeles mener ett sykehus på Helgeland er det mest bærekraftige for Helgeland. Vi mener å ha sterke argumenter for at Sandnessjøen med omegn egner seg sterkt som vertsby for et felles sykehus, da ikke minst når man ser på konsekvensene av to-sykehusmodellen og bærekraftighet pluss de særdeles alvorlige konsekvensene det vil få for arbeidsmarkedsregionen og Alstahaug kommune spesielt. Det er en helt særegen faktor. Vi belyser også at den samlede aktiviteten i Helgelandssykehuset er betydelig større sør for Korgfjellet.

Om man går imot faglige råd og velger to-sykehusmodellen er det etter vår mening innlysende at det store akuttsykehuset må ligge i Sandnessjøen. Det man til syvende og sist skal avgjøre er om Helgeland skal ha et fullverdig bærekraftig sykehus på lik linje med andre regioner i Norge. Det er mange sentrale momenter i planprogrammet som berører dette, men til syvende og sist vil det være pasientens beste som må være avgjørende og ikke politiske interesser.

2. Prosessen

Proessen har vært kritisert for å ha for mange løsninger til utredning. Sykehusaksjonen ønsker i den forbindelse å spille inn at man synes det er regissert en del tenkte løsninger, som man vanskelig kan se på som hensiktsmessige for fremtidens sykehus på Helgeland. Et av de aller viktigste momentene i denne sammenhengen er å være i stand til å bygge gode og solide fagmiljø på Helgeland, som er bærekraftig i fremtiden. Etter vår mening kunne man ha spart seg for mange ulike scenario om man hadde avklart modell før man gikk i gang med utredning. (Leirfjord og Hemnes skal kun utredes som lokalitet for ett-sykehus-modellen etter vedtak i Helgelandssykehuset). Hvis man er enig i at det helsefaglige er det mest sentrale skulle det ha vært mulig å avklare modell tidligere. Dette har vi stilt spørsmål om før og vi er fremdeles undrende til fremgangsmåten. Nasjonal sykehusplan fordrer at sykehus i fremtiden skal ha nødvendig akuttkirurgi. Helgeland har i underkant av 80 000 innbyggere. Mulighet for å opprettholde akutt bløtdelskirurgi er størst ved modellen med ett sykehus. Rekruttering vil lide ved to-sykehusmodellen, der man kan anta at det blir vanskelig å ansette kirurger. Det kan man allerede se på andre sykehus som har dette innsnevrede tilbudet og dette er et helt sentralt element i dette viktige arbeidet. Derfor mener Folkeaksjonen for Sandnessjøen Sykehus med omegn fremdeles at ett-sykehus modellen er den beste løsningen for Helgeland og vi ønsker å spille inn at dette burde ha vært avklart på et tidligere stadium i prosessen.

Merknad [B1]:

3. Historikk og nåtid.

Helgelandssykehuset HF består i dag av tre sykehus, Sandnessjøen, Mo i Rana og Mosjøen. Etter at vedtaket fra 1997 med å samle sykehusene i Sandnessjøen strandet på slutten av 90-tallet, ble ulike funksjoner fordelt. Sandnessjøen er allerede i dag bløtdelskirurgisk sykehus (somatisk sykehus) for store deler av Helgeland, der blant annet innbyggerne i Grane, Hattfjelldal og Vefsn og Sør-Helgeland sogner til Sandnessjøen sykehus. Totalt sett er det i dag 45 000 mennesker på Helgeland som har sitt døgnekirurgiske akutt sykehus i Sandnessjøen. I tillegg til allerede nevnt akutt kirurgi, har Sandnessjøen Sykehus også funksjonene rehabilitering, lunge (som også Mosjøen har) og er Nord-Norges tredje største øre/nese/hals avdeling etter Tromsø og Bodø. Når man ser på funksjonsfordelingen i lys av DRG-poeng er

det helt vesentlig å se det i lys av at ortopedi (som er lagt til Mo i Rana) gir bedre uttelling poengmessig og økonomisk.

Det tegnes til stadighet et bilde av politisk ledelse i Rana som henviser til at Mo i Rana er tyngdepunktet i sykehusaktiviteten på Helgeland. Om man ser på tall tatt fra sykehuset selv (2016- aktivitetsdata), ser man at hovedaktiviteten i stor grad befinner seg sør for Korgfjellet. Vi har sett på den samlede aktiviteten på sykehusene i Sandnessjøen og Mosjøen i den sammenheng og ser at aktiviteten er nærmest dobbelt så stor sør for Korgfjellet, dette til tross for at man har lagt ortopedien til Mo i Rana. DRG-poeng er altså svært misvisende når det gjelder antall pasienter som får behandling.

Sandnessjøen + Mosjøen	Mo i Rana
Totalt antall opphold: 65 434	35 236
Totalt antall DRG-poeng: 8607	6921

Det er lett å glemme at man må se på den samlede aktiviteten innenfor det som er en felles arbeidsmarkedsregion. I tillegg er det paradoksalt at to av sykehusene kommer dårlig ut av det DRG-poengmessig, selv om det er en større aktivitet ved sykehusene sør for Korgfjellet på alle områder, og spesielt på somatikk, samlet sett. Dette mener vi er viktig å få frem da det ofte blir fremstilt som om den største aktiviteten foregår nord for Korgfjellet. Dette stemmer altså ikke.

4. Planprogrammet

De tre byene Sandnessjøen, Mosjøen og Mo i Rana tilfredsstiller enkeltvis alle kriteriene brukt i Rapport Helgelandsykehuset 2025-anbefaling av utredningsalternativer. Vi ønsker å kommentere utilstrekkelig bruk av fakta på enkelte områder i rapporten:

4.1 Vinglende bruk av fakta – by og regionbegrepet:

Rapporten bruker på side 20 Wikipedia som kilde for å definere begrepet by: «For å kalle seg by i dagens Norge må en kommune ha bystatus fra før 1996 eller ha minst 5 000 innbyggere (i kommunen), og et bymessig tettsted med handels- og servicefunksjoner og konsentrert bebyggelse

[Wikipedia]. Fra 1996 kan kommunestyret selv vedta at kommunen kan kalle seg by. Dette forutsetter at kriteriene i regelverket er innfridd, men gir ingen rettigheter utover det å kalle seg by. På Helgeland har Mo i Rana, Mosjøen, Sandnessjøen og Brønnøysund bystatus.» Regionbegrepet blir ikke omtalt og definert i rapporten. Anerkjent regioninndeling i Norge, brukt av Kommunal- og Moderniseringsdepartementet blir heller ikke nevnt eller brukt som referanse. Antall innbyggere i senteret og avstanden fra senteret til de andre tettstedene i regionen avgjør regiontypen og regioninndelingen. På Helgeland betyr dette at kommunene Rana, Vefsn og Alstahaug er småbyregioner.

Tabell 2.1 Kategorisering av BA-regioner etter sentralitet

Sentralitet	Beskrivelse*	Antall regioner	Antall kommuner i regionene	Antall sysselsatte 2014
Hovedstads-region	Skilt ut som eget sentralitetsnivå fom årets rapport	1	30	743 000
Øvrige storbyregioner	Senter over 150 000 innbyggere, maks tilbud av tjenester og offentlige institusjoner	3	38	213 000 -145 000
Mellomstore byregioner	Senter mellom 19 000 og 150 000 innbyggere, middels til høyt tilbud av tjenester og offentlige institusjoner	16	87	75 000 -21 500
Småbyregioner	Senter mellom 3 500 og 25 000 innbyggere, middels tilbud av tjenester og offentlige institusjoner	31	103	20 000 -5 500
Småsenter-regioner	Senter mellom 700 og 6 000 innbyggere, middels til lavt tilbud av tjenester og offentlige institusjoner	43	95	13 000 -1 900
Spredtbygde områder	Senter under 3 900 innbyggere, lavt til svært lavt tilbud av tjenester og offentlige institusjoner	66	75	2 800 -100

* Beskrivelsen er basert på folketallet per 1.1.2012.

Kilde: Gundersen og Juvkam (2013). Bearbeidet av KMD.

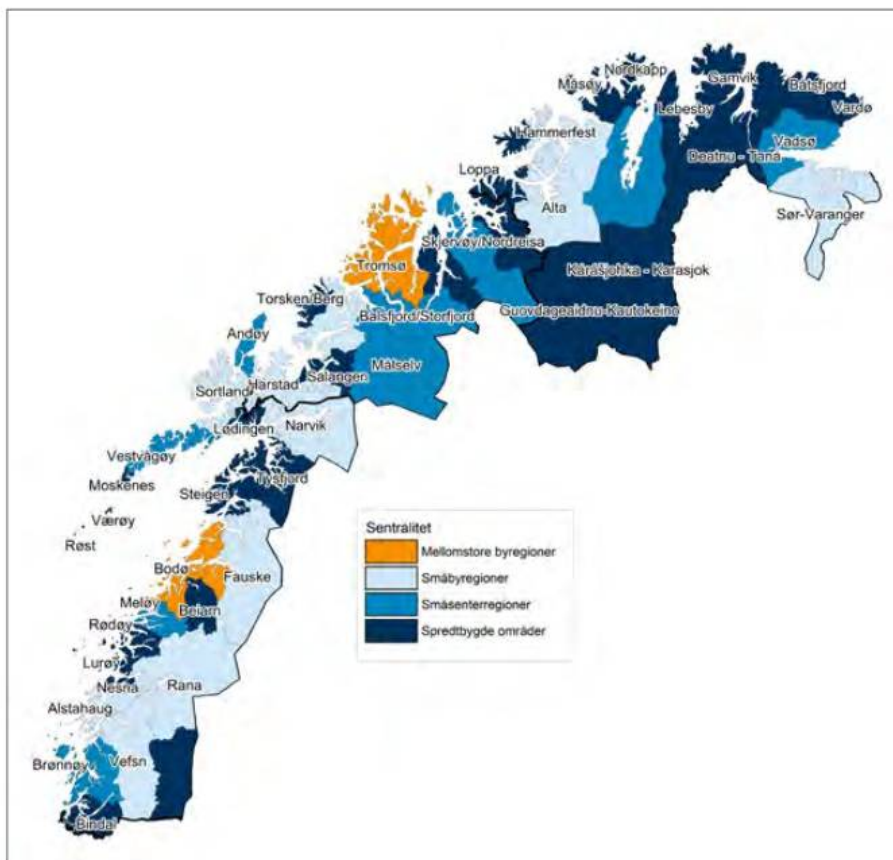
Sandnessjøen og HALD-kommunene (Herøy, Alstahaug, Leirfjord og Dønna) regnes i dag som en felles bo og arbeidsmarkedsregion. Man kan derfor ikke begrense analysen og vurderingene i rapporten til kun Alstahaug kommune. De tre nabokommunene ligger så nært Sandnessjøen at de fire kommunene har felles arbeidsmarked og det jobber folk fra hele regionen på sykehuset og andre arbeidsplasser pr i dag.

4.2 Vinglende bruk av fakta – De lokale arbeidsmarkedene

På side 43 i rapporten står det referert til at «arbeidsmarkedet i Sandnessjøen er lokalt avgrenset. Dette er ikke korrekt. Kommunal og Moderniseringsdepartementet viser at BA-region Alstahaug består av de fire tidligere nevnte HALD-kommunene. Pendlerstatistikken på side 23 bekrefter også dette. Det er i tillegg omfattende innpendling til Alstahaug kommune fra Brønnøy, Vefsn og Rana. (Kilde: Regionale utviklingstrekk 2016)

VEDLEGG 2 KART OVER BO- OG ARBEIDSMARKEDSREGIONER KATEGORISERT ETTER SENTRALITET

Figur 8.1 Kart over bo- og arbeidsmarkedsregioner kategorisert etter sentralitet



Kilde: Gundersen og Juvkam (2013). Kart: KMD.

4.3 Vinglende bruk av fakta: Retningslinjer for statlig lokalisering

5.3 Særskilt om å gjere greie for konsekvensane for arbeidsmarknadar som mistar statlege arbeidsplassar

Ved forslag om å endre lokalisering av eksisterande statleg verksemd skal det gjerast greie for konsekvensane for arbeidsmarknaden(e) som mistar statlege arbeidsplassar.

Ved større strukturendringar har fagdepartementet ansvar for å vurdere behov for avbøtande tiltak.

Rapporten utelater en viktig retningslinje (pkt 5.3), som vil ha signifikant betydning for forholdet mellom Mo i Rana på den ene siden og Mosjøen/Sandnessjøen på den andre siden. Dette handler om konsekvensen når statlige arbeidsplasser legges ned, og det er kanskje forklaringen ettersom rapporten ikke har i oppdrag å gjøre slike vurderinger. For oss er det allikevel legitimt å påpeke dette. Med bakgrunn i at både arbeidsmarkedet i Rana (og Vefsn) er bredere når det gjelder offentlig sektor/arbeidsplasser i dag, vil det være enorme konsekvenser for lokalsamfunnet i Alstahaug, om man skulle miste sykehuset som arbeidsplass. Denne konsekvensen bør tas inn som del av en helhetsvurdering. Alstahaug-regionen vil derfor være den regionen med størst potensiale for å bidra til det lokale tilbudet av arbeidsplasser. En OECD-publikasjon fra 06.12.12 viser til nettopp dette, at det er lønnsomt for samfunnet å bygge opp infrastruktur i regioner som trenger vekst: «This publication highlights the importance of promoting growth in all types of OECD regions, particularly in underdeveloped ones. Helping underdeveloped regions to catch up will have a positive impact on a country's national growth; in some cases more so than in already well-developed regions. Furthermore such growth helps to build a fairer society, in which no territories and their people are left behind. An important question is whether this potential to catch up is possible? The evidence suggests that this IS the case. Examinations of patterns of growth reveal that underdeveloped rural and intermediate regions tend to grow faster. Their catching-up potentially largely depends on human capital development, infrastructure and innovation-related activities but also on institutional factors and policies. This publication is based on analysis among all OECD regions and 23 case study regions from ten OECD countries over the period 1995-2007”.

Lenke til publikasjon: http://www.oecd-ilibrary.org/urban-rural-and-regional-development/promoting-growth-in-all-regions_9789264174634-en

4.4 Vinglende bruk av fakta: Nummer-to jobben

På side 32 i rapporten omtales vurdering av nummer- to jobben. Alstahaug og Vefsn er ikke nevnt i det hele tatt. Det er naturlig at man trekker inn det som tidligere er poengtert i forhold til felles arbeidsmarked for Alstahaug og Vefsn-regionene slik at man kan utvide nummer-to jobben innenfor andre geografiske områder enn tidligere. Det er betydelig pendling også i dag mellom Sandnessjøen og Mosjøen. (Det slås fast i rapporten at Hemnes og Leirfjord er svake på dette området og at Rana er sterk. Leirfjord styrkes ved sin nærhet til Alstahaug).

4.5 Vinglende bruk av begrep - Attraktivitet

Begrepet attraktivitet er uklart benyttet og ulikt definert for hver lokasjon. Det er en utfordring med rapporten at det ikke presiseres hva man legger i begrepet «attraktiv». Noen av elementene blir ikke vurdert for noen av lokasjonene, eller de vurderes bare for noen av lokasjonene. Dette synes derfor noe uklart.

HALD er som tidligere nevnt en felles bo- og arbeidsmarked-region. Dette gir stor variasjon i tilbudet til potensielle tilflyttere. Som innbygger i HALD-kommunene har man tilgang på et stort spekter innenfor boområder. Det er kort avstand mellom innland og øyriket på Helgeland og det vises til at Helgeland og spesielt kysten blir omtalt som «nye Lofoten» i turistsammenheng. Fordelen av å ha mulighet til både øy, hav, fjord og fjell er en verdi som er viktig for mange i valg av boområde.

Kultur og fritidstilbud er ikke vurdert for noen lokasjoner, men i rapporten sies det at byene er mer attraktive enn mindre sentrale strøk. Dette er da begrunnet med at det er kulturliv og andre adspredelser i byene. Sandnessjøen har i de siste årene hatt en jevn utvikling når det gjelder utbygging av infrastruktur for boende og potensielle tilflyttere. Det har vært en bevisst satsing på kulturelle og andre fritidsmessige tilbud fra kommunens side, nettopp med tanke på å være et attraktivt bosted for «nye» og gamle innbyggere. Dette har vist seg å være en god strategi og kan sees i sammenheng med at Sandnessjøen Sykehus har god stabil rekruttering

og er et sykehus som tiltrekker seg nyutdannet helsepersonell på alle nivå. Det nybygde Kulturbadet har samlet HALD-regionen på en annen måte enn før. Sandnessjøen har blitt et tydelig regionsenter på flere områder enn det rent transportmessige. Dette viser seg også gjennom satsing på hotell, nybygd Amfi-senter og sist nå også Havna-festivalen som samler folk fra hele Helgeland.

Sandnessjøen har et meget variert og spennende tilbud, ikke minst for barnefamilier. I tillegg til et solid idrettstilbud (fotball, håndball, turn, friidrett, sykkel svømming, innebandy, badminton, kampsport, hestesport) har vi også et helt unikt tilbud i norsk sammenheng når det gjelder teater for barn gjennom Fyret barne-og ungdomsteater. Videre har man 4H, skytterlag, Newton-rom i forbindelse med oljebasen på Horvnes og Alstahaug kommune har en ungdomstjeneste som jobber med å tilrettelegge ulike aktiviteter for barn og ungdom, eksempelvis turer, lan, sommerklubb, mange ulike kurs (blant annet båtførerprøve) Kommunen har også «Kulturskolen for alle» som gir til bud innenfor en rekke områder som musikk, dans, teater, form og farge.

Rapporten omtaler bystruktur kun når det gjelder Sandnessjøen og Mosjøen. Det kommer ikke klart frem hvorfor dette er gjort. I motsetning til Mo i Rana som har en desentralisert struktur bymessig, er Sandnessjøen en by som har ulike tilbud sentralt beliggende og man kan i stor grad være uavhengig av bil for å flytte seg mellom tilbud. Dette er vesentlig både for innbyggere, gjestearbeidere, pasienter og pårørende.

Boligmarkedet i Sandnessjøen er betydelig forbedret og variert de siste årene gjennom en stor utbygging av sentrumsnære leiligheter. Prisnivået som har vært høyt (i sammenheng med oljebaseaktivitet) er på tur ned, noe som gjør det billigere å kjøpe bolig. Tilgangen på ledige kjøpeboliger og leieboliger er svært god, også i de tre andre HALD-kommunene. Eksempelvis brukes Herøy kommune som nasjonalt eksempel på god kommunal boligpraksis.

I tillegg til Nord Universitet, som har studiested Sandnessjøen, Nesna og Mo i Rana på Helgeland, har man på Sandnessjøen Videregående skole ambulansefagutdanning og fagskoleutdanning i kreftomsorg og lindrende pleie. Dette er NOKUT-godkjent og er spesielt

for Sandnessjøen Videregående på Helgeland innenfor helse og oppvekst. Det er ikke nevnt i rapporten. Studiesentrene RKK Ytre Helgeland og RKK Vefsn er heller ikke trukket inn i rapporten og det bør komme tydelig frem at det er flere muligheter for helsefaglig utdanning på Helgeland.

Nord Universitet har per i dag utdannet ca. 190 sykepleiere på Helgeland. De utdannede sykepleierne har i sto grad blitt igjen på Helgeland (godt over 80 %) og bidratt til størts rekruttering til Alstahaug, Leirfjord og Vefsn kommune. Etter fusjonen av høyskolene har opptakene til sykepleieutdanningen blitt knyttet til Campus Helgeland både for heltids- og deltidsstudenter. Det er i skrivende stund uklart hvordan studiestedet kan utvikles videre. Informasjonen er innhentet 13.09.17 fra Jorun Hov som er førsteamanuensis ved fakultet for sykepleie og helsevitenskap i Sandnessjøen.

Når det gjelder rekruttering av helsepersonell i fremtiden er det pr. i dag en underdekning på til sammen ca. 750 personer i Nordland. På landsbasis er det estimert ei underdekning på ca. 76. 000 personer, flest helsefagarbeidere og sykepleiere. Det er estimert ei underdekning på 1400 leger. Tallene er hentet fra NAV EURES ved Elisabeth Bomo som jobber med å rekruttere internasjonalt for norske bedrifter, både offentlige og private. NAV EURES har lang erfaring med å jobbe internasjonalt og Helgelandsykehuset har deltatt på jobbmesser sammen med dem i Tyskland, både i 2005 og 2006. Sykehuset i Sandnessjøen har ikke hatt de samme problemene som de andre med å rekruttere helsepersonell, men man har stor kunnskap om at dette vil bli et stort problem landet rundt i fremtiden. Disse tallene er derfor et helt sentralt element i valg av modell og bærekraftighet for fremtidig sykehusdrift på Helgeland.

5. Kommunikasjon.

Kommunegrenser er som kjent kun streker på et kart og sier ikke mye mer om egnethet i forhold til lokalisering av nytt felles sykehus. Det har vært stor forbedring av veinettet på Helgeland de siste tiårene. Slike streker er heller ikke et hinder for rekruttering av kompetent arbeidskraft – spesielt ikke når lokalisering er i rimelig pendleravstand til 2(3) av Helgelandsbyene og når det ofte vil kunne tilbys arbeid til to (partnere). Eksempelvis vil man ved å plassere sykehuset vest for Toven-tunnelen oppfylle mange av de vedtatte kriterier.

Reiseavstand for ansatte vil for eksempel være klart innenfor aksepterte normer. Nye Molde sykehus er et godt eksempel på at man kan plassere et sykehus 2 mil fra bysentrum og det samme er vurdert sist i det «ferske» vedtaket fra styret i Sykehuset Innlandet i oktober 2017. I lys av at man har forbedret kommunikasjonen på Helgeland er det betryggende å vite at andre viktige faktorer som miljø, trafikk hensyn og andre viktige faktorer er vurdert som mindre viktige enn de rent helsemessige perspektivene. En god del av planlagt aktivitet kan ligge i byer som får DMS, og slik kan man møte noen av utfordringene med tanke på miljø og trafikk-hensyn. Men igjen mener vi at den bløtdelskirurgiske biten må spille en sentral rolle og at dette må sees i sammenheng med modell og bærekraftighet i ett-sykehusløsningen.

Folkeaksjonen har i 2016 tidligere bestilt en rapport fra Asplan Viak som har utredet to lokaliteter for oss, Radåsen i Sandnessjøen og Tovåsen i Leirfjord. Her er det gjort flere vurderinger, blant annet når det gjelder luftambulansse på Helgeland. Der står det blant annet følgende:

«Regularitet for luftambulansse Artikkelen «Luftambulanssens pålitelighet – en undersøkelse i tre kommuner på Helgeland» (Tidsskrift for Den norske legeforening 11/2009) beskriver en situasjon der det undersøkte området på Helgeland har dårlig luftambulanssedekning deler av året, og viser at vær spiller en særlig stor rolle for antall avbrutte, avviste eller forsinkede oppdrag i perioden november – februar. Undersøkesområdet er de tre innlandskommunene Vefsn, Grane og Hattfjelldal. Undersøkelsen ser på oppdrag fra luftambulanssebasen i Brønnøysund til de tre kommunene. Resultatet for disse tre kommunene er holdt opp mot resultatet for alle oppdrag fra Brønnøysund, og resultater fra andre luftambulanssebasen i Norge.

Tallene for oppdrag til de tre kommunene er lave, og resultatene må tolkes på dette grunnlaget. I alt var det 105 henvendelser til luftambulanssen om oppdrag i Vefsn, Grane og Hattfjelldal i perioden november 2006 – oktober 2007. 41 oppdrag ble gjennomført, mens 64 (61%) er registret som avvik (avbrutt, avvist eller forsinket). I 27 av tilfellene (43%) er vær årsak til avviket.

Tilsvarende tall for alle henvendelser til luftambulanssebasen i Brønnøysund viser at 375 oppdrag ble gjennomført, mens 262 (41%) er registret som avvik. Vær er oppgitt som årsak til 86 (36%) av avvikene. Andelen avvik og årsak til avvik for luftambulanssebasen i Brønnøysund skiller seg ikke vesentlig fra de øvrige basene i Norge.

De undersøkte innlandskommunene har altså en høyere avviksandel enn resten av dekningsområdet for basen i Brønnøysund, og skiller seg ut fra både dette området og landsgjennomsnittet ved å ha særlig høye avvik knyttet til vær. Selv om tallene for det undersøkte området altså er små, finner undersøkelsen at utfordringene knyttet til vær er særlig store i perioden november – februar, hvor sjansen for avvik er 2,5 ganger større enn resten av året.

Undersøkelsen viser altså at innlandskommunene er mer sårbare for flyoperative forhold enn kystområdene.

I rapporten «Helgelandssykehuset HF, Rapport» (Hospitalitet AS, 2014) konkluderes det med at ambulanshelikoptrene ikke kan fly i isningsforhold, et særlig problem i vintermånedene. Problemet vil vedvare også i framtiden på tross av økt kapasitet for instrumentinnflygninger. Hospitalitet AS viser til artikkelen «Luftambulanssens pålitelighet – en undersøkelse i tre kommuner på Helgeland» og skiller mellom innlandsdestinasjoner, hvor betydelige begrensninger må påregnes, og

kystdestinasjoner, som vil ha vesentlig bedre regularitet. Skillet følger fjellkjeden mellom kyst og innland.

Selv om undersøkelsen som dokumenteres i «Luftambulansens pålitelighet – en undersøkelse i tre kommuner på Helgeland» er basert på et begrenset antall oppdrag, og selv om undersøkelsen er gammel, gir den en pekepinn om at det kan være viktige forskjeller mellom mulighetene for å betjene et sykehus med ambulanshelikopter, avhengig av om sykehuset er lokalisert i kystsonen eller innlandssonen. De to lokaliseringene som undersøkes i denne rapporten ligger begge i kystsonen. Lokaliseringen på Radåmyra ligger godt utenfor skillet mellom kyst og innland, mens lokaliseringen Tovåsen ligger omtrent like utenfor skillelinjen, på kystsiden. Til sammenlikning ligger det teoretiske midtpunktet, alternativ 3 rapporten «Helgelandssykehuset HF, Rapport», innenfor dette skillet, på innlandssiden».

Folkeaksjonen ønsker å spille inn dette sentrale momentet i planprosessen, da dette er avgjørende når det gjelder lokalisering av sykehus. Dette vil være et helt sentralt moment både når det gjelder vurdering av ett og to sykehusmodellen. Vi kan vanskelig se for oss at man ønsker å bygge et sykehus som ligger innenfor skillelinjen når man skal se på bærekraftighet i forhold til antall pasienter i nedslagsfeltet til Helgelandsykehuset. Pasientlekkasje sørover kan også sees på i denne sammenheng, da det er svært sannsynlig at befolkning lengst i sør vil «trekke» til Trøndelag for akutte behandlinger, eller andre behandlinger som ligger utenfor deres DMS.

6. Avslutning

Folkeaksjonen ber videre om at man legger inn oppbyggingen av DMS i Brønnøysund som en naturlig del av prosessen med sykehusstruktur på Helgeland. For oss oppleves investeringer som blir gjort innad i sykehuset (eksempelvis en dobling i areal på sterile operasjonsstuer på Mo) som om løsning allerede er igangsatt uten at de essensielle utredninger og vurderinger er gjort. Dette er svært alvorlig og fører til at man får mistillit til prosessen. Denne mistilliten er også synliggjort i form av at man går i fra 40. millioner til 85 millioner med kun en stemmes overvekt i Helgelandssykehuset eget styre. Det er viktig at man i fremtiden forsøker å komme til enstemmighet, noe som vil være et signal om at styremedlemmer har fått god nok informasjon. Vi viser imidlertid til Helse Nord's vedtak fra styresak 111/2017, punkt 2; *Styret presiserer at investeringen i renovering av operasjonsstuer m.m på Helgelandssykehuset Mo i Rana ikke skal legge føringer i forhold til de beslutninger og valg som skal gjøres i Helgelandsykehuset HF.* Folkeaksjonen legger til grunn at dette vedtaket vektlegges i det videre arbeidet.

Folkeaksjonen for Sandnessjøen Sykehus med omegn takker for muligheten til å komme med høringsinnspill. Vi er fremdeles av den oppfatning at det mest bærekraftige for Helgeland vil være ett-sykehusmodellen om man skal ha mulighet til å ha et levedyktig faglig miljø, levedyktige samfunn på Helgeland og sist, men ikke minst, skape et solid og trygt sykehustilbud for alle innbyggere på Helgeland. Vi håper våre innspill vil være av interesse i det videre arbeidet.

For Folkeaksjonen for Sandnessjøen Sykehus m/ omegn.

Bjørn Helge Hansen og Hanne Benedikte Wiig

