

## **Høringsuttalelse:**

# **Uklarheter og feil ved Rapport, Helgelandssykehuset 2025, fra Ekstern Ressurs-gruppe...**

*Ved «Foreløpig Rapport 3.des. 2018» ( FR 2018 ), fremkommer Ekstern Ressursgruppe med avvikende fakta vurderinger, referansefeil og uklarheter som i utstrakt grad fordreier vurderinger, analyser, og hypoteser om sykehusstruktur og alternativer for lokalisering av sykehus for 80.000 helgelendinger.*

***Fremlagte Rapport gir ingen svar på mandat, som Ekstern Ressursgruppe ble pålagt, om sykehusfaglige råd mot ulike pasientgrupper.***

***Usannheter I : FR 2018 : Kap. 5 , (5.1) ; ( 5.2).***

***Lokaliseringen av Helgelandssykehus på Tovåsen, påståes; «skal være i strid med nasjonale føringer for by og regionsenter»».***

***Et stort Helgelandssykehus på Tovåsen / Leirfjord, vil være i samsvar med; -Fylkesplan for Nordland-- med utvikling av Regionforstørring av Helgelandsregionen.***

*Helgelandssykehuset vil være sentrert i en Regionsforstørring mellom innland og Helgelandskysten, bestående av 2 byer og 3 tettsteder med befolkningstilhørighet på 29.404 beboere. Vefsn, Sandnessjøen, lærestedet Nesna, Leirfjord og Hemnes, vil være samlet i bolig-, arbeids-, og markedsregion med øket økonomisk aktivitet ved Multiplikatoreffekt og Agglomerasjonseffekt.*

*Helgelandssykehuset som en sentral arbeidsplass for 1500 - 2000 ansatte, vil bidra til trafikal omstrukturering og tilpasning av pendeltrafikk mellom byer og tettsteder.*

***Usannheter II : Pasient-lekkasje pga, svakt sykehus og lange vei til sykehusbehandling.***

***Foreløppig Rapport 3.des.2018 (FR 2018), erkjenner betydelig pasient- lekkasje ved stort Helgelandssykehus plassert i Rana pga. lange reiser til sykehusbehandling.***

*Usannhetene i kap. 6.2.3 og kap.7 ::*

***« Helgelandssykehuset, lokalisert til Rana, må sørge for at tilbudene i Mo i Rana fremstår med så høy kvalitet at det vil være attraktivt for befolkningen.»»***

***« Fordeler med sykehuslokalisering til Rana, er at området har det største fagmiljø.»»***

***« Attraktiv by, Mo i Rana, gir sterkere medisinsk faglig rekruttering.»»***

# Hvilke medisinsk «under» forventer Ekstern Ressursgruppe(Erg) seg?

# Hvilke særtilbud av kvalitet og attraktivitet tilbys pasienter i livskritiske situasjoner, når

*akutt ambulansereise til feilplassert Helgelandssykehus i Rana, bruke mer enn > 2 timer, 30 min til sykehusbehandling.*

*Gjennomsnittlig mer enn > 1 time lengre syketransport av 46.400 beboere, 60% av helgelendinger til sykehus i Rana enn til stort akutt Helgelandssykehus på Tovåsen i Leirfjord kommune.*

**# Hvor sterkt bør fagmiljø i Rana være for at det skal ha noen vektet betydning for plassering av Helgelandssykehuset til Rana?**

*Medisinsk fagarbeid og kompetanse på sykehuset er ledet ved nasjonal og internasjonal forskning og er kjernevirksomheten i alt klinisk pasientarbeid på sykehuset. Derfor vil ikke betydningen av fagmiljøet i Rana være noe sterkere enn fagmiljøet vi finner i Sandnessjøen og i Mosjøen.*

**# Mo i Rana vil etter omfattende pasientlekkasje til Bodø og til Trondheim, få et sykehus med befolkningstilhørighet på 45.000 til 50.000 beboere. Et sykehus som ikke vil oppfylle kravene for akuttkirurgi. Et svekket medisinsk faglig sykehus, et B sykehus med poliklinikker, dagkirurgi og vaktbærende funksjoner som avhenger av vikarstafetter. Et B sykehus som ved Stortingets pålegg, opprettholder dagkirurgi og nødplan for akuttkirurgi når tilstanden krever det, og når pasientens sikkerhet ved inngrepet er ivaretatt.**

*Dette sykehuset, beliggende i en by med belastet forurensning etter tidligere nedgravd industri, vil ha en svekket rekruttering for medisinsk fagpersonell.*

**# Hvilket uhildet medisinsk- og sykehusfaglig råd evner Ressursgruppa å gi ved sitt mandat?**

*Tap eller svekkelse av medisinske akuttfunksjoner ved feilplassert stort Helgelandssykehus eller struktur med 2 sykehus for 80.000 helgelendinger, vil gi en svekket spesialisthelsetjeneste, svekket medisinsk faglig rekruttering, svekket eller destabilisert tverrfaglig medisinsk arbeid og derved også svekke medisinsk faglig service for helgelendingene og tilbud for fødende.*

*Pasientflukten til fagsterke sykehus vil over tid trekke med seg den øvrige del av beboerne, tilhørende svekket akutt sykehus i Rana.*

*Innvesteringene for sykehustjenester for helgelendingene, vil telle 3- 4 milliarder i bygging av sykehus, og 3-4 milliarder i årlig driftskostnader for sykehus for 80.000 helgelendinger. Sykehuskostnadene på Helgeland, vil være like for 80.000 beboere, også fra andre deler av landet.*

*Uten et felles Helgelandssykehus, vil pengene deles ut til Bodø, Tromsø og Trondheim for å dekke påkostede sykehus-behandling for helsenomadene fra Helgeland.*

*Verditap og pengetap, vil være å opprettholde dagens 2 sykehusløsning med foreslåtte investeringer på 1 milliard for oppgraderinger av sykehusene i Rana, Sandnessjøen og Mosjøen.*

***Betingelsen for riktig sykehusstruktur for Helgeland, vil være et Stort Akutt Helgelandssykehus riktig plassert for beboerne på Helgeland.***

***Usannheter III : «Omkvedet» i FR 2018 :I Kap.4, (4.1),(4.2),(4.3),(4.4); Kap.5, Nasjonal transportplan fra 2016; NOU 1998:9; NOU 2015:17.***

***Omkvedet :: Geografien på Helgeland vil uunngåelig medfører lange ambulansetransporter til sykehusbehandling med tap av liv og helse for pasientene.***

**«Omkvedet» forklarer ikke at -lange syketransporter-, fremkommer ved feil plassering av stort akutt Helgelandssykehus.**

**Feil lokalisering av stort Helgelandssykehus til Mo i Rana ,**

vil for 46.400, 60% av beboere, fra Helgeland og Sør- Helgeland, påføres tap av liv og helse ved lange ambulansetransporter og tidstap frem til sykehusbehandling.

Konsekvensene for transporter av kritisk syke mennesker, vil fremkomme ved nasjonal kvalitetsindikator for svekket overlevelse etter 30 dager fra akutt sykehusinnleggelse.

**Riktig sykehuslokalisering til Helgelandsregionen.**

Riktig plassering av Helgelandssykehuset til Tovåsen, vil sentrere en **Urban**

**Regionforstørring** for 29.404 beboere ,39%, av helgelendingene, bosatt på Hemnes,

lærestedet Nesna, Sandnessjøen, Leirfjord og Vefsn. En urban befolkningsregion, med nærhet til 2 byer og 3 tettsteder, som vil rekke sykehusbehandling på Tovåsen innen < 35min, og hvor 61.973 , 82 % av helgelendingene rekke sykehuset på Tovåsen innen < 60 min, The Golden Hour.

**Dette er tall-data som er bedre enn nasjonalt gjengitte ambulansetider.**

**Gi meg forklaring på «Omkvedet» ???!!!!**

**Eneste vilkår for et felles Stort Akuttsykehus for 80.000 helgelendinger, er at sykehuset blir riktig plassert for beboerne på Helgeland.**

**Usannheter IV : FR 2018 , Kap. 4. 1. 2 :**

**Ekstern Ressursgruppe omtaler lange ambulansetider, men unnlater å omtale - ulikhetene - ved ambulansetider for helgelendingene ved feilplassert sykehus.**

**Uforståelige Transportavstander ;** 46.400 beboere, 60% av helgelendingene fra indre-, ytre- og sørlige Helgeland påføres «ekstra» ambulansereiser på 70 km fra Drevja til Rana, reise på 45 min, langs E6, etterat pasientene «allerede» har gjennomført syketransporter på gjennomsnitt -1 time, 05min-, fra sine hjemsteder til Drevja/Tovåsen på 2 ulike vei-trasser.

**Forståelige Ambulansetransporter ;** 30.525 beboere, 40% helgelendinger, fra Hemnes og Rana vil ha ambulansereiser sørover langs E6 til sykehuset på Tovåsen, en syketransport på mindre enn < 60 min.

**En ambulansetid for beboerne på Hemnes og i Rana som er tilsvarende med 47% av den norske befolkning, 2.397 millioner nordmenn.**

**Usannheter V:**

**Feil om Responstid- Omsorgstid- Transporttid.**

**FR 2018 ,Kap. 4 .1.1 :**

Stortingsmelding nr.43(1999 – 2000) pålegger:

Responstid < 12 min for 90 % av befolkning i byer g tettsteder.

Responstid < 25 min for 90 % av befolkningen i rurale områder.

Forut for Stortingsmelding nr. 43 , kom Haga utvalget med

NOU -1998:9, Hvis det haster --,

hvor det ble anbefalt målsetning for :

Responstid på < 8 min for 90 % av befolkningen i byer og tettsteder.

Det henvises til **FR 2018, kap.4.2**, med feil fremstilling av Responstid 15min og Omsorgstid 15min.

Ved bevist eller ubevist bruk av feil tall-data om; - Responstid, Omsorgstid, og 30min

Transporttid-, kommer deres vurdering:

«Andelen av befolkningen som når sykehuset innen 1 time vil være høyest dersom sykehuset ligger i Mo i Rana»????

Hvilken styrt «svada» fra deres «Foreløpig Rapport»!

**Omsorgstid** varer fra helseperson kommer frem til pasienten, under transporten frem til sykehuset, til vakthavende lege ved akuttmottaket har overtatt ansvar for den syke.

**Responstid** og **Omsorgstid** frem til ambulansetransporten starter, skal i bystrøk være < 15 min.

«Triagering» ved bruk av Medisinsk Indeks, for sykdomsvurdering av pasienten gjøres under transporten, frem til akuttmottaket på sykehuset.

Erfaringen med Medisinsk Indeks har vist tydelig kortere responstid.

### **Tap av fremtidig Helgelandssykehus.**

Alternativer for sykehusstrukturer for Helgelandssykehuset 2025 :

**0-alternativet (alt.)** / dagens sykehusstruktur,

**2b-1 alt.** / stort akuttssykehus+ mindre sykehus (med akuttmedisin,

anestesi og dagkirurgi). En sykehusstruktur for 120.000 –150.000 beboere, alternativt 2 små sykehus for hver 40.000 helgelendinger.

Her kommer relasjon og konsekvenser som tidligere er omtalt.

**2a- alt.** / stort akuttssykehus, Helgelandssykehuset for 80.000 beboere, med sterk medisinsk fagkompetanse innen akutt Kirurgi og akutt Medisin.

**Lite sykehus** med befolkningstilhørighet på 40.000 – 50.000 beboere, vil ha svekket medisinsk-faglig rekruttering og vil tape på trygg bemanning for vaktbærende akuttkirurgi og akuttmedisin.

To små sykehus for 80.000 helgelendinger, eller feilplassert stort akuttssykehus for Helgeland, vil eskalere pasientlekkasjer til Nordlandssykehuset i Bodø og til sykehusene i Trøndelag.

Gjenstående sykehus på Helgeland vil over tid kunne ha en pasienttilhørighet på 45.000 – 50.000, uten medisinsk fagstyrke for rekruttering og uten vaktbærende akuttkirurgi.

Gjenstående medisinsk faglig svekket sykehus struktur, vil være uegnet for å oppfylle nasjonale krav til kvalitetsstyring, til tross for stort pengebruk og til tross for forøket miljøbelastning.

Helgeland vil sluttelig ha et - eller to B - sykehus som vil være avhengig av vikarstafetter for å opprettholde en nødplan for kirurgi og nødplan for akutt medisinske funksjoner.

Et eller to mindre sykehus, vil sluttelig ende opp med nedgradert sertifisering for kirurgisk og medisinsk sykehustjeneste, og påføres en gradvis avvikling av akuttfunksjoner ved sykehusene på linje med 10 andre sykehus i Norge.

**Befolkningen på Helgeland vil miste et stort fullverdig, akutt sykehus,** med medisinsk faglig bredde – og spiss-kompetanse inne vaktbærende spesialiteter i akuttkirurgi og akuttmedisin.

*Tap av Helgelandssykehuset medfører tap av bærekraftig fagutvikling innen spesialisthelsetjeneste, innen delaktighet i nasjonalt og internasjonalt medisinsk fagarbeid og forskning, og tapt kompetanse for utdanning av medisinske tekniske fagarbeidere, utdanning av medisinske fagteam, og utvikling av prehospital medisin innen ulike fagfelt.*

### **Stort Helgelandssykehus på Tovåsen;**

*Vil i gjennomsnitt gi kortest transport-tid og kortest transport-distansse for helgelendingene frem til sykehusbehandling ved Stort Akuttssykehus for 80.000 helgelendinger.*

*Pasienter i livskritiske situasjoner vil i tillegg bli spart for prehospital destabilisering ved korte syketransporter, etter transportbytte i Levang, eventuelt Leirosen fra - båt til ambulansebil.*

**Helgelandssykehuset**, vil ligge i senter av **urban Regions-forstørring**, som binder sammen Helgelandskysten med Helgeland innland.

*En endret arbeidsmarkeds geografi som innebærer økt kommunikasjon, og folk gis større valg av arbeidsplasser innad byene og tettstedene i regionen. (Stiftelsen Norsk senter for samferdselsforskning).*

*En bolig-, arbeids- og markedsregion, som vil få en økonomisk utvikling ved **Multiplikator-effekt** og ved **Agglomerasjonseffekt**.*

*En Regions-forstørring ved kommunene Vefsn, Alstahaug, Hemnes, Leirfjord og lærestedet Nesna; 2 byer og 3 tettsteder med befolkning på 29.404 , 39% av helgelendingene, som vil rekke sykehusbehandling på mindre enn < 35 min.*

*61.973 , 82 % av helgelendingene rekker sykehuset på Tovåsen innen < 60 min, The Golden Hour.*

*Et stort Helgelandssykehus på Tovåsen/Leirfjord, oppfyller - **Fylkesplan for Nordland**- med utvikling av en samlet Helgelandsregionen.*

**## Et «paradigmeskifte»**, for helsearbeid for Helgeland med Stort Akuttssykehus riktig lokalisert for 80.000 helgelendinger.

**## En bærekraftig investering**, for nasjonal helse og sykehustjeneste for 80.000 helgelendinger. En investering i medisinsk teknologi, medisinsk forskning, helsearbeid, omsorgsarbeid, utvikling av spesialisthelsetjenesten, av primærhelsetjeneste, foruten styrket prehospital teamarbeid.

*En investering av sykehus med klassifisering av GRØNT sykehus av økt verdi, lavere driftskostnader og lengre levetid for Stort Helgelandssykehus.*

*Milliardinvestering for nytt stort felles sykehus, vil bety en verdiskapning, sparte kostnader for FDVU (forvaltning, drift, vedlikehold og utvikling) og styrket ved BREEAM-NOR krav, dvs. miljø sertifisering av virksomheten, miljøklassifisering av bygg, som tilrettelegger for bedre og mer varig gjennomførbar FDVU dokumentasjon.*

**## God variasjoner i infrastruktur, teknologi og innovasjon**, er strukturer som kommer ved høy Sentraliseringsindeks for Vefsn og Alstahaug, sammen med Leirfjord og Hemnes (Statistisk Sentralbyrå).

*Utvikling av økonomiske og sosiale faktorer, vil forsterke den økonomiske innovasjonen for akse-kommunene og forsterke utbygging av sosiale-, kulturelle- trafikale- og markedsorientert infrastruktur.*

*Sykehuset med 1.500- 1.700 ansatte, vil bidra til sentrumsbygging ved 2 byer og 3 tettsteder.*

*En stor arbeidsplass med daglig reiser av ansatte, pasienter og pårørende, vil forme trafikal infrastruktur med tilpasset kollektivtrafikk ved ferjer og busser.*

*Tettere pendlinger innen Helgelandsregionen, vil korte ned reisetidene fra alle områdene av Helgeland.*

*Et stort akutt Helgelandssykehus mellom innlandsregionen og kyst, vil ha en magnet -effekt for rekruttering av robust fagmiljø og stabilisering av helsepersonell og sykehusansatte.*

***Sykehusansatte med familier og barn***, vil kunne velge sine hjem i trivelig bo- og miljø-områder, sprett i naturskjønne områder mellom innlandskultur og kystkultur.

*Urbane naturskjønne områder med fravær av miljøforurensende lokalisasjoner, vil i like høy grad være rekrutterende og stabiliserende for helsepersonell, som selve arbeidsvilkårene ved sykehuset.*

***## Pendelavstander og reisetider*** for sykehusansatte bosatt på Nesna, Hemnes, Sandnessjøen, Mosjøen og Leirfjord, vil oppfylle nasjonale krav til Reisevaneundersøkelser fra TØI 2009 og 2013/14, arbeidsreiser fra 10min til 35min.

*Nasjonalt reiser 82% med egen bil, ledsager i bil, med motorsykkkel/moped og med kollektiv transport.*

*Ved reisemiddelvalg fremskrevet til 2040, vil overgang til mer miljøvennlig transport redusere energiforbruk og redusere CO2 utslipp fra persontransport og kollektiv transport.*

*Regions-forstørring og sentrering av Stort Akutt Helgelandssykehus til 2byer og 3 tettsteder, vil bidra til endret trafikal omstrukturering mellom Helgeland innland og Helgelandskysten, og tilpasset pendeltrafikk mellom 2 by og 3 tettsteder.*

## ***Usannheter VI : FR 2018 , Kap. 4.1.4;***

### ***Teknologi og kompetanse***

*Fasinasjonen møter ingen grenser når Ekstern Ressursgruppe utformer sine ideer om «nyvinning i prehospitaletjeneste»; nærmest en **spin-off effekt** mot medisinsk fremtid. En beregnet «klinisk fartsdump» for å dempe helgelendingens frustrasjon med feil plassering av Helgelandssykehuset til Rana.*

*En sykehus-plassering som ikke er tiltenkt pasienter og pårørende, men mer tiltenkt næringsutvikling og samfunnsbygging av Rana-samfunnet.*

### ***Fremtidig medisin.***

*Fremtidig medisin, pasientroller, persontilpasset medisin og sykehusarbeid vil føre utviklingen over i områder med ny medisinsk teknologisk, utredningsmetoder, undersøkelses- og behandlingsmetoder. IKT vil komme sterkere inn med samhandlingsløsninger, effektivisering og kvalitetsforbedringer.*

*I tillegg til livsstils – og aldersrelaterte sykdommer, kan fremtiden gi oss utfordringer med demografiske og epidemiologiske sykdomsutviklinger som kan bli truende mot vår samfunnsøkonomiske bæreevne.*

*Vi er inne i en forsknings- og medisinsk innovasjonsutvikling av Telemedisin, nye digitale tjenester med Selvbetjeningsteknologi og e-konsultasjoner som pasienten selv kan bruke ved sykdommer, stille egne diagnoser på nett og i noen grad redusere behov for spesialisthelsetjenester.*

*I en begrenset grad vil denne utviklingen være kostnadsbesparende for vårt nasjonale helsebudsjett, men uten innflytelse for pågående utredning av nasjonal- og regional-sykehusstruktur og lokalisering av et felles stort akutt Helgelandssykehus nærmest mulig der folk bor.*

### ***Nyvinning innen prehospitaletjeneste.***

***En foreslått løsning ved feilplassering av Stort Akuttsykehus for Helgeland***

**til Rana?**

### **## Avansert helikopterteknologi.**

«Hvilken nytte og hvilken begrensning vil avansert helikopterteknologi i klinisk bruk ha i årene som kommer.

*Ambulanse-helikopter er en støttefunksjon for ambulansetransport til sykehusbehandling.*

*I 2016 utførte ambulanshelikopter 1,5%, 7796 akutte ambulanseoppdrag av av 539.821 akutte transporter til sykehus.»*

*Helikopterteknologi og fasinasjoner med Droner, kan trygge støttefunksjoner for ambulanseoppdrag, og i noen grad for prehospital tjeneste, men vil ha begrenset betydning for sykehusstruktur og sykehuslokalisering på Helgeland.*

### **## Avansert diagnostikk / behandling i pre-hospital sone.**

*Her brukes RF 2018, i «kap. 4.1.4» til å skape medisinsk fasinasjon og type medisinsens fremtidig Science fiction.*

*Til hvilken hensikt?? Underholdning??*

*Så lenge en prehospital tjeneste er omsorg for pasienter, må fremtidig avansert diagnostikk og behandling, i -heim-huset- hos pasienten, veies opp mot klare begrensninger ved pre-hospital tidstap for å rekke sykehusbehandling, tilstedeværelse av kompetanse prehospitalt, nytteeffekten ved å behandle pasienten utenfor sykehuset og kostnader ved innsatsen.*

*«Kap. 4.1.4, side 21, forteller at pasienter på Helgeland vil få hjelp av ambulanse og helikopter, uavhengig av lokalisering av stort akutt sykehus».*

*Godt å vite ! Ambulansen vil komme uansett hvor sykehuset ligger!??*

*Det viktigste for pasientens liv og helse er om syketransporten tar 1 time, eller 3 timer.*

**Hvor er medisinsk fagkunnskap og medisinsk faglig råd fra Ekstern Ressursgruppe?**

### **## Bærbar ultralyd app. for undersøkelser av mage og hjerte.**

*«Bærbare ultralyd har over de siste år vært i bruk i begrenset grad.*

*Data som tas ut ved bærbart utstyr, vil mye avhenge av operatør. Begrenset undersøkelse med gale data og tidstap kan stjele dyrebar tid før pasienten kommer til undersøkelse med bedre utstyr ved sykehuset ».*

### **## Ambulanse-bil og helikopter med CT/ computertomografi:**

*Til bruk for bl.a. slagpasienter, for å kunne sette inn behandling med trombolyse før ankomsten til sykehus..*

*«Trombolyse av slagpasienter kan **ikke gis**, før lab. prøver er tatt og resultatet av blodprøver foreligger.»*

*Dette er ingen vinn-vinn situasjon.*

*Før trygg behandling kan igangsettes, kan tidstap vippes mot en tap-taps situasjon.*

*15% - 20% av slagpasienter skal ved behandlingsprosedyre, **ikke ha trombolyse**, men kreves direkte transport til Invasiv lab. i Trondheim eller muligens Bodø, innen 4- til 6 timer fra start av hendelsen, for fjerning*

av propp som stenger for gjennomblødning.

Nyvinninger innen prehospital tjeneste har sine begrensninger, beregnet **til tidstap før innsettende behandling, til kompetanse av prehospital spesialister, til operative kostnader og til forventet helseeffekt.**

**Spin-off ideene fra Ekstern Ressursgruppe**, kan virker noe begrenset, så lenge man ikke kan flytte **-hele akutt-mottaket-** ved sykehuset til **-heim- huset-** hos pasienten.

Intervensjons lab, klinisk lab for blodprøver, tverrfaglig kirurgisk-/medisinsk kompetanse, kan være avgjørende i en tidskritisk sykdomsfase for pasienten.

Ved begrenset tid for alternativ behandling, kan også fasinasjonen av Video -konferanse medføre kritisk tidstap frem til mer målrettet undersøkelse- og sykehusbehandling.

Hvilken beregnet kostnad og nytteeffekt vil denne type Spin-off visjonen ha???

Visjonen om -prehospital fremtid-, beskrevet i «**Foreløpig Rapport 3. des.2018**», er kanskje ment for å dempe uroen ved grov feilplassering av Helgelandssykehus til Rana.

**Konsekvensene for liv og helse og uroen hos pasienter og pårørende, kan ved fremlegg av «Foreløpig Rapport 3des,2018», gi begrunnet uro.**

### **Konsekvenser ved avvikende tall-data og saksvridning.**

Mangler og feil ved foreliggende Rapport er mere uttalt enn Foretaksledelsen og Ressursgruppa vil vedkjenne.

Denne Rapporten er ikke egnet for å ligge på forhandlingsbordet ved videre sykehusprosess.

For 60 år siden fikk vi på skolen tilbakelevert stiler som inneholdt for mye feil, med pålegg om selv å rette opp feilene.

Tvilsomt om det kan være aktuelt å sende, «Foreløpig Rapport 3.des. 2018 » tilbake til oppdragsgiver og til Ressursgruppa for oppgradering.

Helst hadde jeg sett foreliggende Rapport og Rapporten : «Anbefalinger av utredningsalternativer» , fjernet fra arbeidsbordet i sykehusprosessen.

Fjerning bør også kreves av innleid Ekstern Ressursgruppe og burde også gjelde for administrasjonen av Helgelandssykehuset HF.

Det er uakseptabelt at lokalpolitiskere i Rana skal ha innflytelse i helseforetakets avgjørende beslutninger.

### **Foretaksledelse med manglende lederskap**

Helgelandssykehuset HF med administrasjonen i Rana; har vist manglende lederskap, og dårlig skjønn under de siste 2 år av sykehusprosessen.

Avvikene i deres styringsparadigme er blitt spesielt merkbare ved arbeidet /prosessen for nytt Helgelandssykehus 2025.

Styret har så langt i sitt arbeid, bevart sin identitet for helseforetaket og bør ta godt vare på den tillit de har hos befolkningen på Helgeland.

Ekstern Ressursgruppe med sin bemanning, har dratt med seg



*et slep av tidligere engasjementer, som ikke helt fokuserer mot nåværende oppgave for Helgeland.*

*Grappa med sine 79 referanser, har vist en svak forankring i sykehusprosessen for Helgeland, noe som svekker deres legitimitet til oppgaven og svekker åpenhet og troverdighet for deres arbeid.*

*Feilplassering av Helgelandssykehuset, vil gi tap for medisinsk fagarbeid og omsorg for helgelendingene.*

***Ekstern Ressursgruppe bør ikke ha fornyet tillit.***

***Hvem tar ansvar for helserisiko og tap av liv for 46.400 mennesker , 60 % av beboerne på Helgeland som får mer enn > 1 time lenger ambulansereise til sykehus i Rana , enn lengste ambulansereiser til sykehus på Tovåsen.***

### ***Ekstern Ressursgruppe (ER) ;***

*Vedtak av Styret i Helgelandssykehuset HF 19.02.2018 , endret ved Ekstern Ressursgruppe, organisering og fremdrift av -tidligfase- for Helgelandssykehuset 2025. Endrign fra å føre sykehusprosessen innad i regionen Helgeland, til å trekke prosessen ut av regionen ved valg av eksterne personer som tidligere i det offentlige rom har hatt markerte meninger om nasjonal sykehusstruktur.*

*Arbeidets mål var «prosjektinnramming» i -tidligfase- av sykehusprosjektet, for*

*Effektmål :*

*Anbefaling av sykehusstruktur, foreliggende 3 alternativer, og lokalisering av sykehus frem mot konseptfasen.*

*Resultatmål:*

*::Prosjektinnramming som skal gi beslutningsgrunnlag for konseptfasen.*

*::Helsefaglige og samfunnsmessige konsekvenser, inkludert transport og tilgjengelighet, av ulike sykehusstrukturer og lokaliseringer.*

*::Betydningen av demografisk utvikling, ny teknologi, samhandlingsmønster, ny pasientroller, rekrutteringsutfordringer, nasjonale og regionale krav.*

*::Lage rapport for beslutningsgrunnlaget for styrets behandling og alternativ for lokalisering.*

*Ved sitt mandat pålegges Ressursgruppa å bruke sin kompetanse og erfaringer fra andre sykehusprosjekter for vurderinger av fremtidig struktur og lokalisering av Helgelandssykehuset.*

### ***Foreløpig rapport 3.desember 2018, fra Ekstern Ressursgruppe.***

*Rapporten fremstilles i for stor grad av referansefeil, prosessfeil og avvikende vektning av sammenhenger og konsekvenser.*

*For store uklarheter i prediktive vurderinger om fremtidig helsevesen, av sykehusfunksjoner, prehospital fremtid og fremtidens sykdomspanorama.*

*Betydelig avvik og mangler i vurderinger av ambulansetider og nedsnakking av konsekvenser for pasienter som tvinges til lange ambulansereiser i tidskritiske sykdomsfaser i sitt liv.*

*Beskrivelse av spesialisthelsetjenesten, der 90% av tjenesten beskrives som befolkningens behov for legekontakt, poliklinisk besøk og dagbehandling.*

*Med den forståelse og innsikt, er det ingen problem for Ressursgruppe å foreslå bygging av kombinert rådhus og sykehus i Rana.*

*Droner fremstilles som egnet for å levere hjertestarter til alle som i akutte hendelser trenger gjenoppliving. Tvilstomt om hjelpen rekker frem i tide?*

*Avvikene i denne rapporten er så omfattende at det vanskelig kan sees på som annet enn et regionalt, politisk bestillingsverk.*

### **Referanser :**

- #Rapport , Helgelandssykehuset , Planprogram for Idefasen.**
- #Rapport Helgelandssykehuset 2025, Anbefaling av utrednings-alternativer.**
- #Sykehus for fremtiden, Innspill til nasjonal sykehusplan.**
- # Om akuttmedisinsk beredskap. Meld. St. 43**
- #Norsk faglig retningslinjer for intensivbehandling.**
- #Nasjonal helse- og sykehusplan(2016-2019) Meld.St.11.**
- #Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015) Meld. St 16.**
- #Samhandlingsreformen. St.meld.nr.47.**
- #NOU 2016: 25; Organisering og styring av spesialist-helsetjenesten.**
- # NOU – 1998: 9 Hvis det haster --.Faglig krav til akuttmedisinsk beredskap.**
- # NOU- 2015 : 17 Først og fremst.**
- #Prop.90 L ; Lov om folkehelsearbeid(folkehelseloven).**
- #Prop.91 L; Lov om kommunal helse- og omsorgstjeneste m.m.  
(helse- og omsorgstjenesteloven)**
- #Nasjonal faglige retningslinjer for Behandling og rehabilitering  
ved hjerneslag.**
- # Nasjonal transportplan 2016.**
- #Loven om behandlingsmåter i forvaltningssaker(forvaltningsloven)  
LOV-2016-05-27 fra 01.07.2017.**
- #Nye retningslinjer for lokalisering av statlige arbeidsplasser og  
statlige tjenesteproduksjon(28.11.2014).**
- Høringsuttalelse for Helgelandssykehuset 2025,  
Innspill til planprogrammet for idefasen.**

### **Vedlegg :**

- Sykehus struktur, lokalisering og ambulansetider for 5 sykehuslokaliseringer.  
Sentraliseringsindeks for stort Helgelandssykehus.**
- Helsetjeneste til syke eldre. Rapport fra ekspertgruppe nedsatt av Helse- og  
omsorgsdepartementet nov. 2010.  
Oppfølgingen av St.meld. nr.47,  
Samhandlingsreformen.**
- Framskrivning av øket antall årsverk fra 2013 til 2040, i samlet  
Spesialisthelsetjeneste i Norge og for Helgeland. Fra  
SSB( Statistisk Sentralbyrå).**

***Tilsendes : Helgelandssykehuset , postmottak.***

***Prosjektleder, Sykehusbygg HF, Christian Brødreskift.***

***Styremedlemmer i Helgelandssykehuset HF.***

***Helse Nord RHF; Dir.Kristian Fanghol ; Stabsdir. Karin Paulke; postmottak .***

***Nordland Fylkesting ved postmottak.***

***Nordland Fylkeskommune ved rådgiver Dag Bastholm.***

***Helse- og omsorgs dep. Spesialrådgiver Kristin Lossius, postmottak HOD.***