



# Nye Helgelandssykehuset - Notat vedr innspill til dokumentgjennomgang Nytt sykehus i Sandnessjøen og omegn

Gjelder innspill fra:

Leirfjord kommune, datert 2. august 2021

Mosjøen og omegn næringssselskap, datert 10. juli 2021

20. september 2021

## Innholdsfortegnelse

<b>Innledning</b> .....	<b>3</b>
<b>1. Leirfjord kommune</b> .....	<b>3</b>
1 Tilslutter seg betraktninger fra MON .....	3
2 Om akseptabel arbeidsreise .....	3
3 Nesna og Korgen nås innen 45 minutter .....	3
4 Kort tid for innspill .....	3
5 Svakhet at kommunene ikke ble invitert med på befaring .....	3
6 Om brannberedskap .....	4
7 Bistand fra Vefsn kommune til planarbeid .....	4
8 Infrastruktur i Tovåsen .....	4
<b>2. Mosjøen og Omegn Næringssselskap KF (MON)</b> .....	<b>5</b>
1 Vektlegging av byutvikling og antall bosatte .....	5
2 20 minutter som 'standard' på akseptabel pendleravstand .....	5
3 45 minutter som akseptabel reiseavstand .....	6
4 Sammenligning med Innlandet - reisetider .....	8
5 Poengscore for Tovåsen .....	10
6 Om ambulansebåt .....	10
7 Om Leirfjord kommune og ressurser .....	10
8 Om Helgelandsbrua .....	11
9 CO2-utslipp .....	11

## Innledning

I forbindelse med styrebehandling av økonomisk bæreevneanalyse, faglig strategisk utviklingsplan og tomteutredning i Helgelandsykehuset 25. juni 2021 har styret bedt om at «Det gjennomføres parallelt med oppstarten av konseptfasens steg 1 en dokumentgjennomgang av alle tidligere utredninger og en ytterligere vurdering av økonomiske og samfunnsmessige forhold knyttet til Tovåsen-alternativet».

Helgelandsykehuset HF og Helse Nord RHF har mottatt innspill fra Mosjøen og Omegn Næringssselskap KF (MON), datert 10.07.21 og Leirfjord kommune, datert 02.08.21 i forkant av oppstart av dokumentgjennomgangen.

### 1. Leirfjord kommune

#### 1 Tilslutter seg betraktninger fra MON

Leirfjord kommune tilslutter seg betraktninger og innspill fra MON v/ Espen Isaksen, datert 10.07.2021.

#### Kommentar til innspillet:

*Notatet fra MON besvares i kapittel 2 MON.*

#### 2 Om akseptabel arbeidsreise

Ansatte innen spesialisttjenesten ved Mosjøen og Sandnessjøen sykehus har uttalt at tomtealternativ i Tovåsen i Leirfjord bør utredes og at dette er akseptabel arbeidsreiseavstand. Leirfjord kommune stiller seg undrende til at dette ikke er vektlagt i utredning om lokalisering. Det er kun HSYK som benytter 20 minutter arbeidsreise, mens andre utredninger benytter 45 minutter.

#### Kommentar til innspillet:

*Se svar under innspill 3 i kapittel 2 MON.*

#### 3 Nesna og Korgen når innen 45 minutter

Det fremkommer ikke at kommunesentrene Nesna og Korgen når Tovåsen og Leland innen 45 minutter.

#### Kommentar til innspillet:

*Dette fremkommer fra tomteutredningens kapittel 7.2.1 Rekruttering/arbeidsplasser, og vises i rekkeviddekartet på figur 7.4.*

#### 4 Kort tid for innspill

Det påpekes at utredningsprosessen ble gjennomført på veldig kort tid. Alle spørsmål ble besvart innenfor gitte tidsrammer, men det ble forutsatt at kommunen kunne verifisere opplysningene i etterkant

#### Kommentar til innspillet:

*Dette ble besvart i tidligere innspillsrunde.*

#### 5 Svakheter at kommunene ikke ble invitert med på befaring

Leirfjord kommune mener det er en svakheter i prosessen at kommunene ikke ble invitert med på befaring av tomtene. Dette harmonerer ikke med alminnelig offentlig forvaltning og kommunen som offentlig aktør og svekker mulighet for faglig godt grunnlag for rapporten.

### Kommentar til innspillet:

*Dette ble besvart i tidligere innspillsrunde.*

### 6 Om brannberedskap

Leirfjord kommune stiller seg undrende til at flere tomteområder i Leirfjord vurderes å ha svakheter innen brannberedskap. Å benytte dagens dimensjonering av brannberedskap som argument mot plassering av sykehus i Leirfjord, mener vi gir en feil fremstilling og burde ikke vektlegges i så stor grad. Ved en etablering vil det gjennomføres ROS-analyser, og nødvendig dimensjonering av fremtidig beredskap vil bli etablert

### Kommentar til innspillet:

*Dette ble besvart ved forrige innspillsrunde:*

*Brannberedskap er vektlagt lavere enn må-kriteriene i den samlede vurderingen. Det er hensyntatt at det vil være mulig å utbedre kapasiteten, men samtidig vil stabilitet og kapasitet være et forhold som gir en større sårbarhet og risiko for tomtene spesielt i Tovåsen. Selv om kapasiteten utbedres vil det fortsatt være lavere kapasitet og færre andre samarbeidspartnere i nærheten som ville kunne bistå om det oppstår for eksempel en større brann, som ved et sykehus kan medføre fatale konsekvenser.*

### 7 Bistand fra Vefsn kommune til planarbeid

Som planmyndighet vil etablering av nytt Helgelandssykehus kreve ekstra ressurser en periode. Ordfører i Vefsn kommune har lovet å bistå Leirfjord kommune, slik at det ikke oppstår noen forsinkelser.

### Kommentar til innspillet:

*Innspillet tas til orientering.*

### 8 Infrastruktur i Tovåsen

Det henvises videre til tidligere innspillsnotat der det informeres om at Tovåsen har god infrastruktur.

### Kommentar til innspillet:

*Dette ble besvart ved forrige innspillsrunde:*

*Metodisk vil det ikke være riktig å legge til grunn fremtidig ønsket situasjon. I rapporten er eksisterende situasjon lagt til grunn sammen med en vurdering av hvordan tomtens plassering vil kunne påvirke muligheter, usikkerheter og risikoer og omfang av tiltak på overordnet nivå. For alle alternativer vil kollektivtransport og beredskapsløsninger måtte tilpasses fremtidig situasjon, men her er det også en usikkerhet knyttet til at prosjektet vil være avhengig av beslutninger og tiltak fra andre aktører.*

## 2. Mosjøen og Omegn Næringssselskap KF (MON)

[Les hele innspillet](#)

### 1 Vektlegging av byutvikling og antall bosatte

Side 2: «...vi stiller oss uforstående til at HS og Sykehusbygg vektlegger byutvikling og antall bosatte i gå- og sykkelavstand fra dagens sykehus i Sandnessjøen som viktige sykehusfaglige grunner.»

#### Kommentar til innspillet:

*Det er antall bosatte i gang- og sykkelavstand fra hver enkelt tomt som er vurdert i Swecos tomteutredning, ikke fra dagens sykehus i Sandnessjøen. Tomteutredningsrapporten argumenterer for hvorfor gangavstand og byutvikling er et aktuelt kriterium, for eksempel i kapittel 5.2.4. Vi presiserer at gangavstand ikke har blitt vektet som «en viktig sykehusfaglig grunn». Gangavstand er vektet lavere enn reisetid bil/ferge når det gjelder rekruttering. Det påpekes samtidig at «By- og tettstedsutvikling» er ett av seks temaer i samfunnsanalysen for sykehusstruktur i Innlandet, som MON ellers refererer til.*

### 2 20 minutter som 'standard' på akseptabel pendleravstand

Side 4: «...Særlig to ting var viktige momenter i ressursgruppas konklusjoner:

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

Ekstern ressursgruppe la til grunn 20 min som akseptabel pendleravstand som også ble førende for samfunnsanalysen fra Menon. Gjennom prosessen har vi stilt spørsmål om hvorfor Helgelandssykehuset fraviker 'standard' på akseptabel arbeidsreisevei, men dette har ikke blitt besvart.

#### Kommentar til innspillet:

*Det eneste som står i rapporten fra den eksterne ressursgruppen om reisetider knyttet opp mot 20 min er følgende: «Figur 8 viser hvor lang tid sysselsatte i Norge bruker på sin arbeidsreise. Vi ser at de fleste velger bosted og arbeidssted slik at arbeidsreisene blir relativt korte. Vi ser at det er få som velger å ha arbeidsreiser som tar lengre tid enn 21 minutter, som er tiden det tar å kjøre bil fra Leland til Sandnessjøen..»*

*Det er også verdt å merke seg at ressursgruppen vurderer at lokalisering i Hemnes eller Leirfjord ikke har de nødvendige kvaliteter for å sikre rekruttering og at flere momenter enn kun reisevei er med i denne vurderingen. Rapporten fra ekstern ressursgruppe anbefaler lokalisering i, eller nær Sandnessjøen. De presiserer dette slik i vedlegg til revidert rapport etter høringsrunden:*

*«I høringsuttalelsene diskuteres lokaliseringer 'på akser' mellom Mosjøen og Sandnessjøen. Hele vår argumentasjon for at nytt sykehus ikke bør lokaliseres i de mindre tettstedene i Hemnes og Leirfjord gjelder også for en lokalisering 'på akser' mellom byene.»*

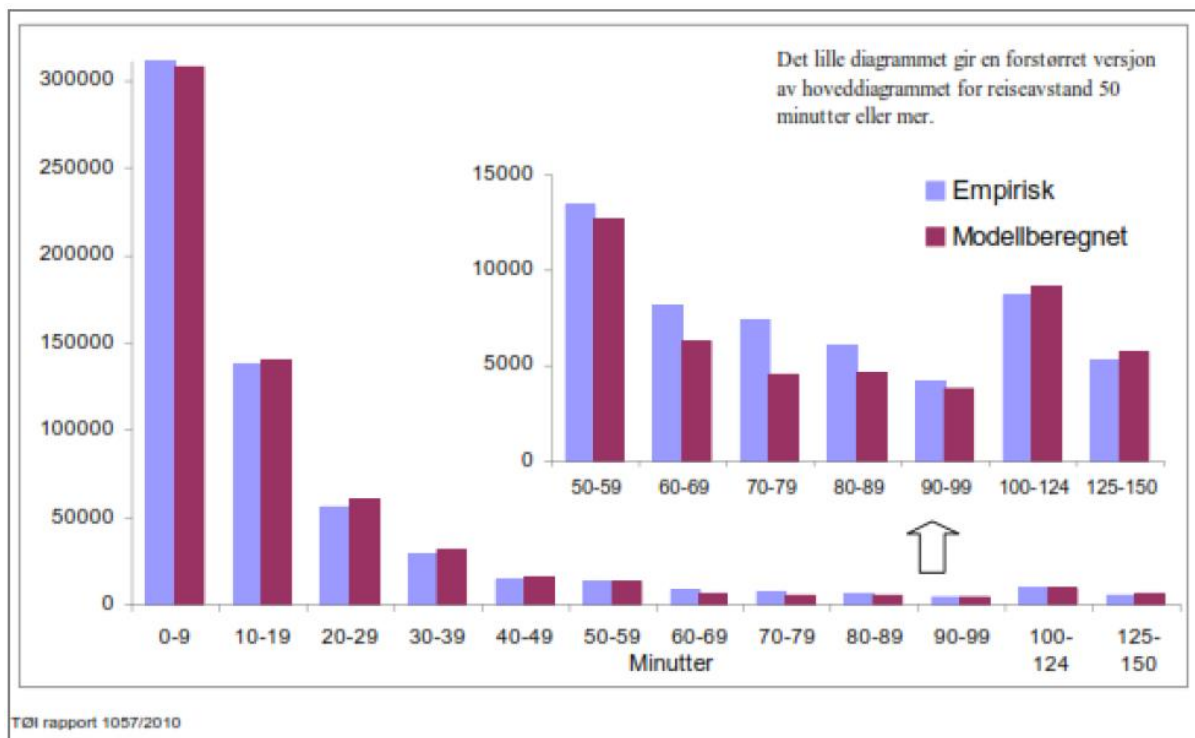
*Det er ikke riktig å si at ekstern ressursgruppe la til grunn 20 minutter som «akseptabel reiseavstand». Omegn ble definert til 20 minutter fra sentrumskjernen av Helse Nord og ble deretter førende for avgrensning av omegn i samfunnsanalysen. Se for øvrig kommentarer under innspill 3.*

### 3 45 minutter som akseptabel reiseavstand

Side 5-6: «...I Asplan Viak sin samfunnsanalyse til idéfasen på Sykehuset Innlandet fremkommer følgende på side 38: «Videre i rapporten legger vi til grunn at en arbeidsreise på inntil 45 minutter regnes som akseptabelt. Dette er i tråd med det som normalt benyttes i tilsvarende analyser, og bygger på at antall arbeidsreiser faller etter hvert som arbeidsreisen blir lengre. Dette er blant annet dokumentert av Transportøkonomisk institutt (TØI). MON har sjekket dette ut og i andre utredninger (se eksempler under) er det også brukt 45 minutter som akseptabel reisevei til jobb. Vi kan ikke finne andre eksempler hvor det er brukt 20 minutter, slik som det er brukt i sykehusprosessen på Helgeland» (sjekk eksemplene på side 5 og 6). MON har snakket med Asplan Viak og de mener det er faglig feil å benytte 20 minutter som akseptabel arbeidsreisevei. De peker på at 20 minutters bilvei ofte er 40 minutters arbeidsreise og at jo høyere utdanning man har, jo lengre reisevei aksepteres». Hvorfor er lengden på akseptabel arbeidsreisevei viktig? Dette er viktig fordi det får konsekvenser for hvor et sykehus kan rekruttere personell fra, og det samlende arbeidsmarkedet rundt sykehuset. Med bruk av 20 minutter som akseptabel reiseavstand så eliminerer man muligheten for at sykehusenhetene i Mosjøen og Sandnessjøen kan smeltes sammen til et fagmiljø siden avstanden mellom Mosjøen og Sandnessjøen er lengre enn 20 min + 20 min = 40 min. Dette får store konsekvenser for resultatene i de ulike rapportene. Hadde 45 minutter blitt brukt (slik som er vanlig), ville resultatene i de ulike rapportene blitt annerledes. Da kan ansatte i Mosjøen og Sandnessjøen nå fram til et fremtidig hovedsykehus innenfor de kriteriene som er satt. Arbeidsmarkedet vil også da bli vesentlig større og langt flere mennesker vil være innenfor radiusen til sykehuset.»

#### Kommentar til innspillet:

*Sweco har i sin rapport brukt 10, 25 og 45 minutter som inndeling for vurdering av reisevei bil/ferge, som er en av tre indikatorer under rekruttering. Det finnes ikke en standardmetode som angir 45 minutter som akseptabel reisevei.. Det som er viktig å få frem, og som Asplan Viak legger til grunn i sin samfunnsanalyse til idéfasen på Sykehuset Innlandet, er at det er inntil 45 minutter. Selv om 45 minutter er akseptabelt for noen, betyr ikke dette at det er akseptabelt for alle. Som Asplan Viak selv påpeker, faller antall arbeidsreiser etter hvert som arbeidsreisen blir lengre, noe som ifølge Asplan Viak er vist i TØI-rapport 1057/2010. Denne rapporten viser tydelig at reiser over 39 minutter utgjør en liten andel av alle reisene.*



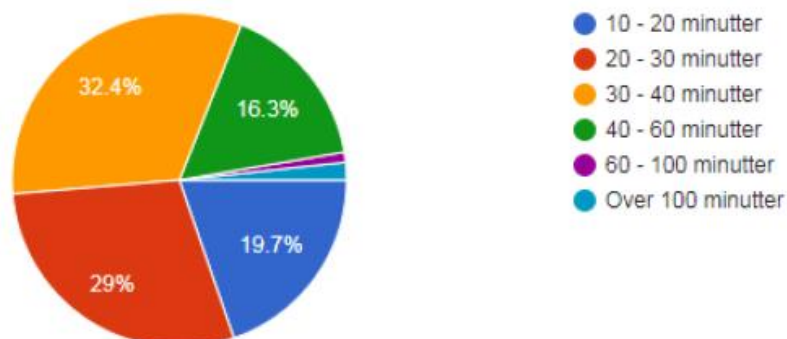
Figur 1 Fremstilling av reiseavstand mellom bosted og arbeidssted hentet fra TØI-rapport 1057/2010 og gjengitt i Asplan Viaks samfunnsanalyse. Figuren viser pendlingsomland rundt tettsteder. Faktisk og modellberegnet pendling til arbeidsplassentrum i tettsteder etter reisetid til tettstedet. Gjelder for yrkesaktive bosatte på Vestlandet, i Trøndelag eller i Nord-Norge – utenom byregionene Stavanger/Sandnes, Bergen og Trondheim

MON henviser til TØI-rapport 1713/2019 «inndeling i BA-regioner 2020», som en kilde for at 45 minutter er akseptabel pendleravstand. Det stemmer at 45 minutter er brukt som en mulig pendleravstand, men i metoden nevnes også grensene 75 minutter og 30 minutter. Rapporten viser at antall arbeidstakere etter lengden på arbeidsreisen reduseres etter hvert som avstanden øker, men gjør et poeng av at figuren kun viser faktisk reiseavstand. Figuren viser ikke hvor langt man er villig til å pendle.

Når det gjelder pendlervillighet, er det ordet «inntil» som er viktig. For noen er det akseptabelt å pendle 45 minutter, eller enda lenger, men dette gjelder ikke alle. Statistikken viser tydelig at de fleste velger å bosette seg slik at de har kort reisetid til jobb. For kriteriet Rekruttering/arbeidsplass mener vi derfor det vil være riktig å telle opp antall bosatte innenfor forskjellige intervaller av reisetider og ikke kun summere dette i en felles «bolk». MON henviser til høringsuttalelsen til rapporten fra eksternt ressursgruppe og viser til en undersøkelse blant de ansatte, der resultatene var som vist under.

## Hvor langt er du villig til å pendle, ved nytt sykehus HSYK 2025. Gjelder en vei. (Ett valg)

411 responses



Figur 2 – Høringsuttalelse til rapport fra Ekstern ressursgruppe - avdelingsledere ved HSYK enhet Sandnessjøen

Figuren viser at over 80 % sier de er villige til å pendle over 20 minutter. Samtidig er det kun 18,9 % som er villige til å pendle over 40 minutter. Det er igjen ordet «inntil» som er viktig. 45 minutter er ikke akseptabelt for alle.

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

Det vises her til svar under innspill 2 og 3. Vi skjønner ikke hvordan man kommer frem til at 20 minutters bilvei blir til 40 minutter arbeidsreise. I de største byene kan det helt klart gå med tid til å lete etter parkering, men dette antar vi er lite relevant for Nordland. Særlig ved et nytt sykehus på Tovåsen må man kunne forvente å kunne parkere i kort avstand fra arbeidsplassen.

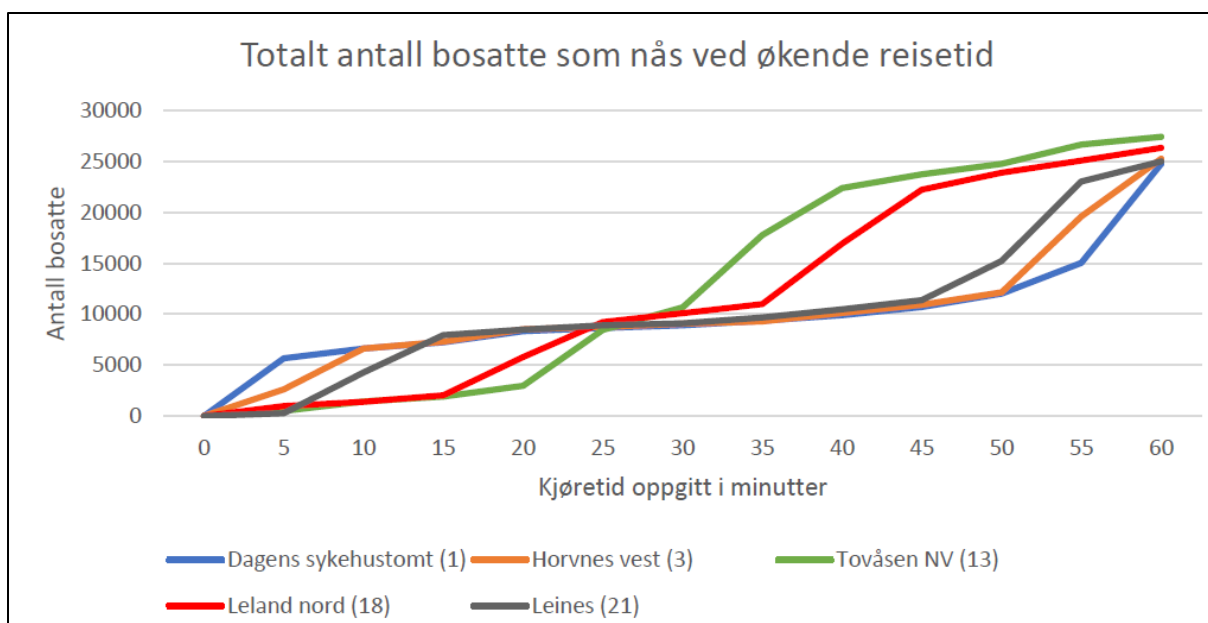
### 4 Sammenligning med Innlandet - reisetider

Side 6: «...Arbeidsreisevei ble et svært sentralt punkt i den endelige avgjørelsen da helseminister Bent Høie fastslo at et stort akuttsykehus for Innlandet skal lokaliseres på Moelv. På bildet under vises det hvor mange mennesker som nås på de tre ulike lokasjonene Biri, Moelv og Brumunddal innenfor tidsradius 10, 20, 30 og 45 min. Tilsvarende analyser er vanskelig å finne i rapportene som HS har utarbeidet (Samfunnsanalyse Innlandet - Sammenstilling, COWI og Vista Analyse 2020, side 9)»

#### Kommentar til innspillet:

I Swecos tomteutredning er bosatte innenfor 10, 25 og 45 minutters reisevei brukt som kriterium, noe man ser i tabell 7-1 i rapporten. Det er i tillegg vist en illustrasjon (rapportens figur 7-2) over antall bosatte helt opp til 60 minutter. Figuren er gjengitt under. Vi ser at ved 60 minutter når man omtrent like mange bosatte fra alle tomtealternativer.





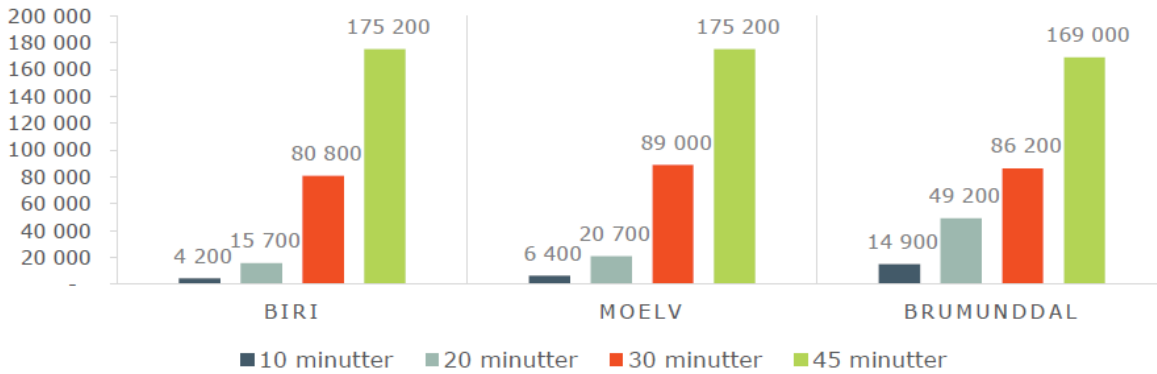
Figur 3 – Antall bosatte som nås ved økende reisetid. Fra Swecos tomteutredning

Etter høringsrunden av rapporten har Sweco også beregnet poengsummer for andre intervaller enn 10, 25 og 45 som ble brukt i tomteutredningen. Det ble sett på hvordan resultatet blir om man legger til grunn 15, 30 og 45 minutter, og 15, 30 og 60 minutter. Med opptelling av 15, 30 og 45 minutter fikk alle tomter beste rangering. Med opptelling av 15, 30 og 60 minutter fikk de fleste tomter beste rangering, men Lillegården (10), Tovåsen (13–17) og Leland nord (18) fikk nest beste rangering.

Cowis samfunnsanalyse fra Innlandet anbefaler alternativ 5 som lokalisering med hovedsykehus i Brumunddal og akuttsykehus på Lillehammer. Helseministeren besluttet altså en lokalisering som ikke var i tråd med samfunnsanalysen. Det kommer ikke frem av MONs innspill at i samfunnsanalysen for Innlandet er antall bosatte med kort reisevei tillagt større vekt enn antall bosatte med lengst reisevei. Fra rapporten «Deltema sysselsetting, kompetanse og næringsliv», der figuren under er hentet fra, og som MON har kopiert inn i sitt innspill, står det:

«Hvis vi legger til grunn at sykehusansatte i Innlandet setter pris på kort reisevei (som dagens pendlemønster indikerer), virker det rimelig å legge mest vekt på rekrutteringsgrunnlaget innenfor relativt kort reisevei, dvs. opptil 20 minutter. Dette trekker i retning av at Brumunddal er den beste plasseringen for Mjøssykehuset, og Hamar er den beste plasseringen av akuttsykehuset.»

Som omtalt tidligere er det ordet «inntil» som er viktig når man ser på akseptabel pendleravstand. Noen, men ikke alle, godtar pendlerreiser på 45 minutter (og mer).



Figur 4 – Figur S5 i rapporten "Deltema sysselsetting, kompetanse og næringsliv", 1 av 6 rapporter i Cowis samfunnsanalyse for sykehuset innlandet.

## 5 Poengscore for Tovåsen

Side 9: «.....Dersom styrene hadde ment at det var viktigere å få bedre uttelling innenfor 45 minutter enn 10 minutter ville poengscoren på tomtene på Tovåsen bli bedre enn de tomtene som i dag er rangert høyest i rapporten fra SWECO, uavhengig om de andre kriteriene hadde vært uforandret.»

### Kommentar til innspillet:

*MON har rett i at dersom styrene ikke hadde ment at korte avstander var mer rekrutterende enn lange avstander og derfor ikke hadde vektet høyere korte avstander hverken til og fra arbeid eller i hverdagen, så ville Tovåsen kommet bedre ut på kriteriet Rekruttering/arbeidsplass.*

*Som beskrevet tidligere i notatet mener vi det ikke blir riktig å kun legge til grunn 45 minutters reiseavstand. I metoden i tomteutredningen er både 10 minutter, 20 minutter og 45 minutter inkludert i vurderingen. Korte avstander er vektet høyere fordi vi mener det i et langt perspektiv er mest rekrutterende. Vi har bygget dette på grunnlaget som har blitt utarbeidet gjennom prosessen og samme faglige argumentasjon er også brukt i samfunnsanalysen for Sykehuset Innlandet.*

## 6 Om ambulanserbåt

Side 12: «....Lysbilde nummer 3 i presentasjonen viser eksempler på ambulansetider ved kombinasjon båt/bil. Utregningen viser at ved lokalisering av sykehus i Tovåsen og etablering av mottak av ambulanserbåt på Levang og Leland vil Tovåsen være bra både for øysamfunnene både sør og nord for Tovåsen. Dersom sykehus lokaliseres i Sandnessjøen må pasientene uansett omlastes fra båt til bil før frakting til sykehus. For øysamfunnene nord for Tovåsen vil det være kortere å frakte pasienter til Tovåsen enn Sandnessjøen med løsningen som fremkommer i presentasjonen fra Leirfjord. Dette fremkommer ikke i noen av utredninger fra HS.»

### Kommentar til innspillet:

*Presentasjonen henviser til rapporten fra ekstern ressursgruppe som har frarådet Leirfjord som lokalisering for et sykehus. Beregningene forutsetter dessuten ettsykehusstruktur, som ikke lenger gjelder. Når det er sagt, så viser Swecos tabell 7-3 samme rangering for alle sykehusomter når det gjelder reisetid for bil- og båtambulans. Pasienter må lastes om fra båt til bil samme hvor sykehuset lokaliseres. Påstanden om «gode forhold for helikopter hele året» på det samme lysbildet er ikke i tråd med dokumentasjon og vurderinger i Swecos tomteutredning, pkt 7.3.1.*

## 7 Om Leirfjord kommune og ressurser

Side 13: «....I innspillet fra Leirfjord kommune som er planfaglig ansvarlig for tomtene på Tovåsen fremkommer det faktaopplysninger om tomtene i Leirfjord. Vi kan ikke se at innspillene fra Leirfjord

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

#### Kommentar til innspillet:

*Dette er forhold som er belyst i Swecos tomteutredning og besvart i innspillsrunden. Gitt dagens situasjon er det en usikkerhet knyttet til etablering av ny infrastruktur og «nødvendige grep» sammenlignet med infrastruktur som allerede finnes. Litt på siden har COWIs samfunnsanalyse for sykehuset Innlandet oppsummert slik i sammenstillingsrapporten: «Det er lite trolig at et nytt sykehus vil skape en ny by». Urbanisering er en sterk trend for by- og tettstedsutvikling, både nasjonalt, regionalt og lokalt.*

#### 8 Om Helgelandsbrua

Side 14: «...Helgelandsbrua brukes som et argument mot Tovåsen. Dette er også forunderlig da et vesentlig antall innbyggere på Helgeland får større problemer dersom et sykehus lokaliseres på Alstenøya og brua stenges. Det er all grunn til å minne HS på at det bor kun ca 7.400 mennesker i Alstahaug kommune og det skal være funksjonsfordeling på akuttsykehusene på Helgeland slik at potensielt ca 63.000 mennesker på Helgeland må benytte tjenester på hovedsykehuset og må kjøre over brua dersom et sykehus lokaliseres på Alstenøya.»

#### Kommentar til innspillet:

*Vurderingen er gjort med tanke på akuttransport, ikke planlagte behandlinger. Med stengt Helgelandsbrua kan akuttpasienter fra øst fraktes til Mo i Rana hvis sykehuset er lokalisert i Sandnessjøen. Akuttpasienter fra Sandnessjøen har derimot ikke et alternativt akuttsykehus å reise til hvis broen er stengt og sykehuset ligger i Tovåsen. Uansett er det viktig å presisere at anbefalt tomt i Tovåsen (17) ikke har blitt vurdert lavere enn andre for dette kriteriet. I sammenstillingen får Tovåsen høy måloppnåelse.*

#### 9 CO2-utslipp

Side 13: «....Ved å se på hvordan ulik sykehusstruktur påvirker reiselengder og reisemiddelvalg for ansatte, pasienter og pårørende kan vi beregne virkningen av endret struktur på CO2-utslipp fra persontransporten. Beregninger av klimagassutslipp fra bilkjøring er basert på forventet utvikling i bilparken fram mot 2040, der CO2-utslipp per kjørt km med personbil er forventet å reduseres med 64 prosent sammenlignet med 2015. Dette fremkommer ikke i utredningene ved Helgelandssykehuset.»

#### Kommentar til innspillet:

*I Asplan Viaks rapport er det, som i sitatet, tatt hensyn til at forskjellig lokalisering gir forskjellig reisemiddelfordeling. Vi mener at en lokalisering i Tovåsen vil gi en større andel arbeidsreiser med bil, og færre innen gange og sykling. I Asplan Viaks rapport er det beregnet at ansattes reiser vil utgjøre 33 % til 44 % av det totale transportarbeidet, mens pasienters og pårørendes reiser utgjør 56 % til 67*

*% av transportarbeidet. Ansattes reiser betyr altså mye for det totale transportarbeidet, selv om hver reise i snitt kan være kortere. Reisemiddelfordelingen på ansattreiser har derfor betydning for det totale utslippsbildet. Det er et godt innspill at utslipp per kjøretøykilometer vil bli lavere i fremtiden. Sweco har i etterkant av innspillsrunden sett nærmere på klimagassutslipp per utkjørte transportkilometer over en 60 års periode. Beregningene viser at selv om man tar høyde for at CO<sub>2</sub>-utslipp per kjørte personbilkilometer vil reduseres fremover på grunn av mer miljøvennlig bilpark, vil det likevel være et større utslipp knyttet til bilkjøring enn ved gange, sykling og kollektivtransport. Det må også påpekes at det er viktig å redusere klimagassutslipp så tidlig som mulig for å unngå store ødeleggelser av natur og økosystem. På klimatilpasning har tomtene i Tovåsen fått dårligere karakter på grunn av indikatoren antall ansatte innenfor 10 minutter. Indikatoren viser ikke direkte klimagassutslipp ved tomten, men den gir en indikasjon på muligheten for å reise kollektivt kombinert med gange og sykkel til tomten.*



Leirfjord  
kommune

Saksnr: 2021/379- 22  
Deres ref:  
Dato: 02.08.2021  
Saksbehandler: Ivan Haugland  
E-post: [ivan.haugland@leirfjord.kommune.no](mailto:ivan.haugland@leirfjord.kommune.no)

HELGELANDSSYKEHUSET HF  
Postboks 601

8607 MO I RANA

### **Innspill til Helgelandssykehuset HF og Helse Nord RHF i forbindelse med dokumentgjennomgang av alternativ Tovåsen**

Viser til ekstraordinært styremøte i Helse Nord 30. juni 2021. Her ble følgende vedtakspunkt 5. i sak 92 -2021 fattet: «Styret ber adm. direktør gå i dialog med Helgelandssykehuset HF for å avklare hvilken informasjon dokumentgjennomgangen av Tovåsen skal frembringe, før det tas stilling til om Tovåsen skal være med i konseptfasens steg 1.»

Leirfjord kommune tilslutter seg betraktningen og innspillene som MON V/ Espen Isaksen datert 10 juli 2021 har oversendt dere.

Prosessen rundt etablering av det nye helgelandssykehuset ble innledet av spesialisthelsetjenesten, med en klar målsetting om å etablere ett sykehus på Helgeland. Dette for å gi en bedre tjeneste til brukerne. Alle var innforstått med at å samlokalisere ville bety lengere arbeidsreise for mange av dagens ansatte. Ansatte innen spesialist tjenesten ved Mosjøen og Sandnessjøen sykehus har gjennom media og i skrifts form uttalt at tomtealternativ på Tovåsen i Leirfjord bør utredes og at dette er akseptabel arbeidsreiseavstand. At disse uttalelsene ikke er vektlagt i utredningene om lokalisering stiller Leirfjord kommune seg undrene til. Som MON henviser til under punkt 3 på side fire er det kun HSYK 2025 som benytter 20 min arbeidsreise, mens i andre utredninger som for eksempel sykehuset innlandet, er det brukt 45 minutter.

Som Leirfjord kommune påpekte i dokument av 26.05 21. Tomteutredning – innspillsrunde fremkommer det ikke at kommunesentrene i Nesna og Korgen når Tovåsen og Leland innen 45 minutter. Rapporten slår fast at Tovåsen har den fordelen at sykehuset kan nås fra bo- og arbeidsmarkedsregionen Vefsn og Alstahaug innenfor 45 minutter.

Videre har vi påpekt utredningsprosessen ble gjennomført på veldig kort tid. Leirfjord kommune ble tilskrevet og skulle svare opp flere konkrete spørsmål knyttet til planer og tomter i Leirfjord. Som eksempel viser jeg til forespørsel om kommunens offentlige planer som skulle svares ut i løpet av tre dager i uke 48. Dette som ledd i arbeidet med forutsetningsnotatet, etter møte med Sweco, Helgelandssykehuset og Sykehusbygg, der et betydelig informasjonsgrunnlag skulle gjennomgås på kort tid. Fra administrasjonenes side ble alle spørsmål svart opp innenfor gitte tidsrammer, men det ble forutsatt at kommunen kunne verifisere opplysninger i etterkant.

Vi mener det er en svakhet i prosessen at kommunene ikke ble invitert med på befaring av tomtene.

Postadresse:  
**Skoledalsveien 39, 8890 Leirfjord**  
Besøksadresse:  
**Skoledalsveien 39**

Epostadresse:  
**[post@leirfjord.kommune.no](mailto:post@leirfjord.kommune.no)**  
Web adresse:  
**[www.leirfjord.kommune.no](http://www.leirfjord.kommune.no)**

Telefon:  
**75 07 40 00**

Bankkonto:  
**4516 27 95116**  
Organisasjonsnummer:  
**945 034 572**

Begrunnelsen for å ikke ta med kommunene var at "Sweco skal kunne ha en så objektiv, faktabasert og faglig tilnærming til arbeidet som mulig". Dette harmonerer ikke med alminnelige offentlig forvaltning og kommunens rolle som en offentlig aktør, men svekker derimot muligheten for at konsulenten skal oppnå et faglig godt grunnlag for rapporten. I tilnærmet all offentlig planlegging er kommunene etter vårt skjønn gitt viktigere rolle enn det som er lagt til grunn i denne prosessen.

I vårt innspilldokument til rapporten stiller vi oss undrende til at flere tomteområder i Leirfjord vurderes som å ha klare svakheter innen brannberedskap.

Leirfjord kommune har i dag felles brannordning med Alstahaug kommune. Brannberedskapen er dimensjonert ut fra de kartlagte behov og særlige brannobjekt kommunen har i dag. Å benytte dagens dimensjonering av brannberedskap som argument mot plassering av sykehus i Leirfjord mener vi er gir en feil fremstilling og skulle ikke vært vektlagt i så stor grad.

Ved etablering av nytt hovedsykehus i Leirfjord vil det bli gjennomført ROS – analyser. Nødvendig dimensjonering av fremtidig beredskap vil bli etablert i tråd med resultatet av analysen.

Leirfjord kommune er av den oppfatning at vektning av kriterier for lokalisering av hovedsykehus på Helgeland er en særdeles viktig beslutning og må gjennomgå en bredere kvalitetssikring, eventuelt supplert med målinger/datafangst der det kreves.

Som planmyndighet vil etablering av nytt helgelandssykehus kreve ekstra ressurser en periode. Ordfører i Vefsn kommune har lovet å bistå Leirfjord, slik at det ikke vil oppstå noen forsinkelser hvis Tovåsen blir med i den videre prosessen.

Proessen rundt etablering av nytt Helgelandssykehus har vært lang og det er mye dokumentasjon som den enkelte representant i styrende organer skal sette seg inn i. Legger derfor med vårt innspill til samfunnsanalyse datert 20 september 2019, tilsvar på Tomteutredning – innspillsrunde som gjaldt Leirfjord og Alstahaug kommune, samt vår presentasjon av Tovåsen og hvilke muligheter denne lokaliseringen har i lys av etablering av ny infrastruktur.

Videre henviser til vårt innspills notat hvor vi har belyser hvor god infrastruktur Tovåsen har som lokalisering av nytt hovedsykehus på Helgeland.

Med hilsen

Ivan Haugland  
Ordfører

*Dokumentet er elektronisk godkjent*

Vedlegg

1 Hovedsykehus Tovåsen

- 2           Innspill til samfunnsanalyse fra Leirfjord kommune
- 3           Tomteutredning - innspillsrunde



# Hovedsykehus på Helgeland - Tovåsen i Leirfjord kommune







# Tovåsen – Nytt hovedsykehus



- Innenfor begrepet Sandnessjøen og omegn
- Stor tilslutning både blant kommuner og fagmiljøer
- Beste lokalisering for gjennomsnittelig pasienttransport på Helgeland. jmf. Rapport ekstern ressursgruppe 19 mars 2019 side 23
- Ivaretar kyst og innland
- Nærhet til jernbane
- Gode forhold for ambulansebåt (Leland fra sør og Levang fra nord)
- Gode forhold for helikopter hele året
- Rekruttering fra flere regionsentre på Helgeland
- Bygger videre på eksisterende fagmiljø i Mosjøen og Sandnessjøen
- Reduserte årlige driftskostnader ( ikke DMS i Mosjøen )
- Stor støtte i fagmiljøene

-  Plassering nytt hovedsykehus
-  Eksisterende sykehus på Helgeland

## Eksempel på ambulansetider ved kombinasjon båt / bil

### **Ambulansebåt Træna – Sandnessjøen / Træna – Leirfjord (Levang- Tovåsen)**

Træna – S.sjøen: båt 80 min + bil 04 min  
Træna – Levang: båt 60 min + bil 07 min

Ambulansetid: 1 time og 24 min  
Ambulansetid 1 time og 07 min

### **Ambulansetid båt/bil Nesna- Sandnessjøen / Nesna - Leirfjord (Levang - Tovåsen)**

Nesna – S. sjøen : båt 40 min + bil 04 min  
Nesna – Levang: båt 15 min + bil 07 min

Ambulansetid : 44 min  
Ambulansetid : 23 min.

### **Ambulansetider Sømna – Sandnessjøen/ Sømna – Leirfjord (Leland-Tovåsen)**

Sømna-Horn-Tjøtta: bil 32min + båt 35 min + bil 23min  
Sømna-Horn-Leland-Tovåsen: bil 32 min + båt 60 min + bil 5 min

Ambulansetid: 1 time og 30 min  
Ambulansetid: 1 time og 37 min

Basert på gjennomsnittlig hastighet og plassering av sykehus

Sykebilbil : 93 km pr time  
Legeskyssbåt: 35 knop.

Båtttransport er tatt utgangspunkt i dagens praksis vedrørende distanse ( nautiske mil) og pasienttransport.

Sykehus plassering: Sandnessjøen(Radåsen),Leirfjord (Tovåsen)





# Tilgjengelighet - Nytt hovedsykehus på Tovåsen

- Strategisk god beliggenhet mellom Mosjøen og Sandnessjøen – nært transportteoretisk tyngdepunkt
- Ny fylkesvei 78 og kort vei til E6
- Meget gode forhold for helikopter  
(Kilde: *Pasienttransport på Helgeland- akutte og planlagte reiser*)
- God tilgjengelighet og gode forhold for ambulanserbåt (nord og sør)
- Nærhet til jernbane ca 19 km. Drevja stasjon
- Nærhet til 2 flyplasser (45,5 km og 33 km)
- Gjennomsnittelig reiseavstand for pasienter og pårørende på Helgeland er 79 km  
(Kilde: *Silingsrapport Multiconsult*)

- Mosjøen: km 38
- Sandnessjøen: km 26
- Mo i Rana: km 89
- Brønnøysund: km 116

(Kilde: 1881.no)



# Transporttider i akutte situasjoner (vektet snitt)

- **Leirfjord 58 minutter**
- Vefsn 62 minutter
- Hemnes 64 minutter
- Alstahaug 65 minutter
- Rana 71 minutter
- Rana/Namsos 67 minutter

Innb 2040	Kommune	Rana	Vefsn	Alstahaug	Leirfjord	Hemnes	Midt	Rana+Namsos
8 001	Alstahaug	75	42	12	15	53	33	75
9 335	Brønnøy	195	135	107*	122*	173	152	179
1 219	Dønna	115	75	50	65	93	83	115
1 365	Grane	85	25	67	52	63	42	85
1 326	Hattfjelldal	112	55	97	82	90	72	112
4 281	Hemnes	22	38	53	38	20	21	22
1 846	Hordøy	129	82	60	75	107	93	129
2 516	Leirfjord	63	30	15	20	41	18	63
1 820	Lurøy	84	73	59*	51*	106	61	84
2 112	Nesna	60	58	63	36	82	46	60
27 562	Rana	11	60	75	60	22	43	11
1 227	Rødøy	130	106*	97*	81	152	94	130
2 142	Sømna	215	155	137*	152	193	172	151
625	Træna	120*	103*	65*	81*	142*	91*	120*
13 504	Vefsn	60	11	42	27	38	17	60
1 226	Vega	167*	134*	92*	107*	145*	125*	167*
518	Vevelstad	155	122	80	95	133	113	155
80 625	Gjennomsnitt	70,6	62,0	64,9	58,4	64,1	57,3	67,0

Kilde: Enhet for PHT HSYK. Pasienttransport på Helgeland 2018

# Befolkningsdekning på Helgeland sammenligning av nytt sykehus på Hjelset i Møre og Romsdal

Tabell 3: Antall bosatte i Møre og Romsdal som vil ha et nytt sykehus på Hjelset som sitt nærmeste i 2030 per ti akkumulert. Befolkningstall framskrevet til år 2030, framtidig transportnettverk.

	Antall personer	Akk. antall pers	Akkumulert %
0 - 15 minutter	4565	4565	4 %
15 - 30 minutter	30255	34819	29 %
30 - 45 minutter	20227	55046	45 %
45 - 60 minutter	33944	88991	73 %
60 - 75 minutter	13117	102108	84 %
75 - 90 minutter	8619	110727	91 %
90 - 105 minutter	5542	116269	96 %
105 - 120 minutter	2266	118535	98 %
120 - 135 minutter	613	119148	98 %
135 - 150 minutter	700	119847	99 %
150 - 180 minutter	1514	121362	100 %

(Helse Møre og Romsdal HF : Befolkningsdekning og tilgjengelighet for alternative lokaliseringer av sykehuset i Nordmøre og Romsdal, 2014)

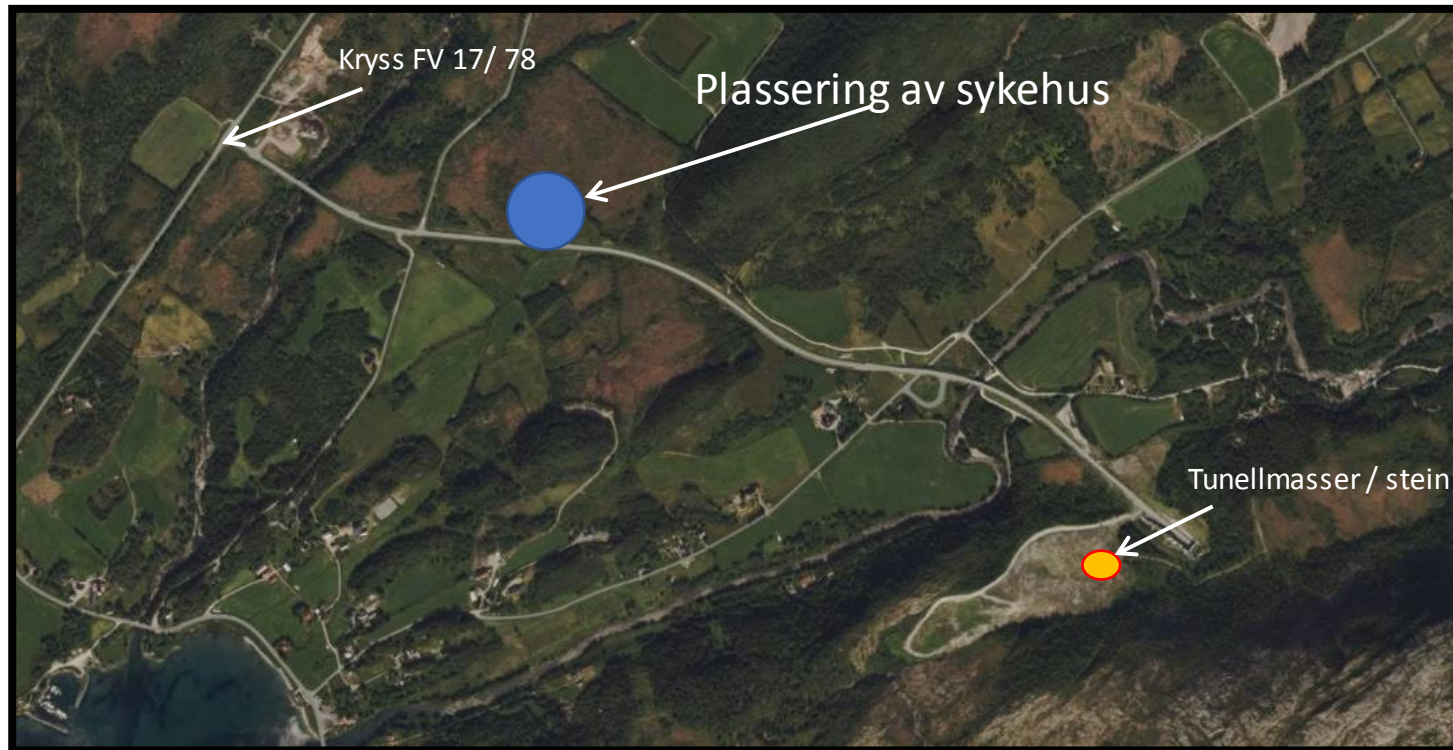
## Tovåsen i Leirfjord kommune

	Antall personer	Akk. antall personer	Akkumulert %
0 – 30 min	29332	29332	37%
30 – 60 min	30761	60093	79 %
60 – 90 min	1774	61867	81 %

(Befolkning på Helgeland: SSB per 3.kvartal 2019.)



# Tovåsen – godt egnet tomt



- Grunnboring i forbindelse med ny FV 78 avklarte gode grunnforold.
- Kommunalt vann er fremført til kryss FV17/78.
- Kraftknutepunkt på Helgeland med nærhet til to kraftstasjoner, samt knutepunkt for overføringslinjer fra sør, øst og nord.
- Nok areal og store muligheter for fremtidig utvidelse.
- Tunnelmasser for opparbeidelse av tomt i umiddelbar nærhet.
- Vil få tosidig bredbåndstilførsel (sjøkabel og innenlandsfiber).
- Få overraskelser i reguleringsprosess (risiko og sårbarhet, ikke prissatte konsekvenser, kostnader og gjennomføring) – *Silingsrapport sykehusomter Alstahaug og Leirfjord.*



# Nytt hovedsykehus – kan utvikle Helgeland!

- Sykehuset som samfunns- og kompetansebygger
- Sikre bosetningsmønster og desentralisert verdiskaping.
- Økt kommunesamarbeid
- «Hjemflytting» til Helgeland og Nord Norge
- Rett lokalisering bygger Helgeland sammen
- Plassert på Tovåsen vil sykehuset fremstå som:

*Et Kysthospital og sentrumshospital for hele Helgeland*



# **Innspill til samfunnsanalyse HSYK 2025 fra Leirfjord kommune**



***LEIRFJORD KOMMUNE***

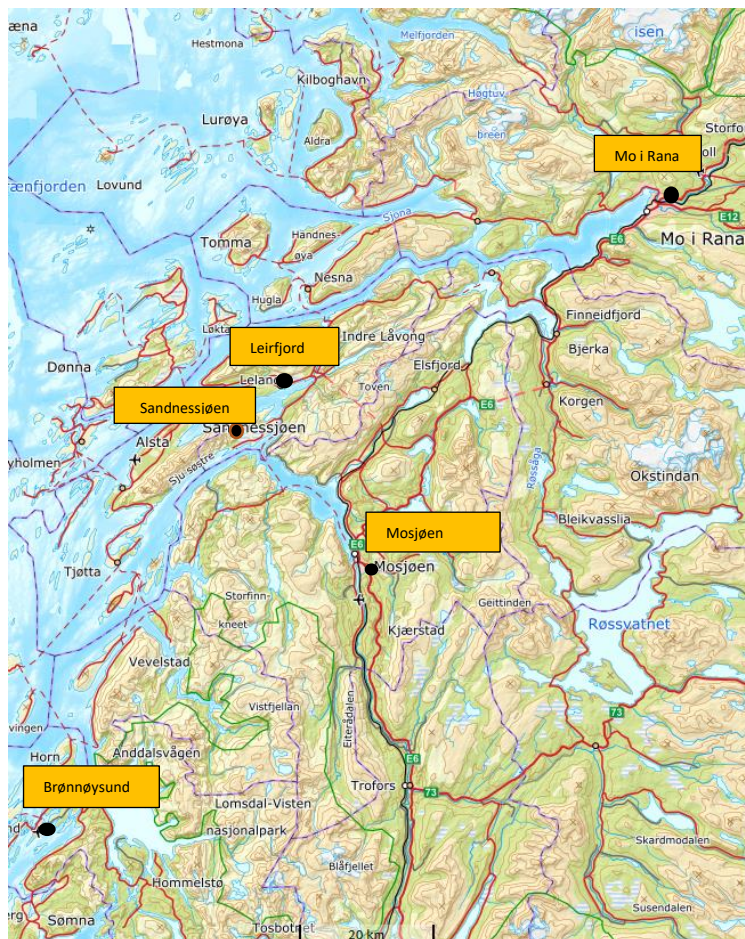
***MULIGHETER PÅ LAND OG PÅ VANN.***



# 1. Konsekvenser av endringer i reisemønster

## Konsekvenser for infrastruktur

- 1 Hvilke konsekvenser tror kommunen at valg av hvert konsept vil få for infrastrukturbehov for innbyggerne i kommunen, herunder:



Leirfjord kommune er sentralt plassert på Helgeland og særdeles gunstig i forhold til bo- og arbeidsmarked. Ekstern ressursgruppen rapport av 19 mars slå fast at lokalisering i Leirfjord gir kortest gjennomsnittlig reisetid for pasientene.

Ved lokalisering på Tovåsen vil 82 % av helgelendingene nå sykehuset innen 1 time ( Golden Hour)

Leirfjord (Tovåsen) – Mo: 90 km

Leirfjord (Tovåsen) - Mosjøen 38 km

Leirfjord (Tovåsen) - Sandnessjøen 25 km

Leirfjord (Tovåsen) - Brønnøysund: 67 km + 35 min ambulansebåt

### **Oppsummering:**

Infrastrukturen i Leirfjord ligger særdeles godt til rette for å være vertskap for stort akuttisykehus uten større investeringer i infrastrukturen. Vei infrastrukturen er tilstrekkelig, tog infrastrukturen er tilstrekkelig med mulighet for en Helgelandspendel mellom Trofors – Mo i Rana, med stopp i Drevja. Koordinert tog- og busstransport etter behov vil Tovåsen kunne nå innen 45-55 min reisetid fra Mo i Rana og innen 45-55 min reisetid fra Trofors. Hurtigbåtforbindelse mellom Brønnøysund – Levang, Ambulansebåt til Levang fra Nord og Leirosen fra sør. Helikopter kan lande på Tovåsen uten problemer vinterstid. Flyplasser i Alstahaug og Vefsn med høy regularitet.

### **Veier:**

Helgeland har hatt store investeringer i samferdsel gjennom flere år. Dette har bidratt til ny FV78 som binder kysten tettere sammen med Vefsn. FV 78 knyttes sammen med FV 17 på Tovåsen i Leirfjord, og blir derfor definert som et knutepunkt. I tillegg bygges ny E6 gjennom Helgeland som bidrar til regionforstørring når det gjelder bo, reise og handel i regionen. Bompenger på fylkesvei 78 gjennom Toventunellen og E6 vil falle bort i løpet av 8-10 år. Ut fra tidligere erfaring med fjerning av bom på Helgelandsbrua øker pendlervilligheten betraktelig, sett i betraktning av den høye bomsatsen.

FV 17 går gjennom Leland sentrum, og uansett hvilken strukturendring som blir valgt på fremtidig sykehus vil trafikken øke. Dette vil kunne ha en negativ effekt i forhold til trafiksikkerhet, men også ha en positiv side i forholdt til handel.

### **Konsekvens for miljø og klima**

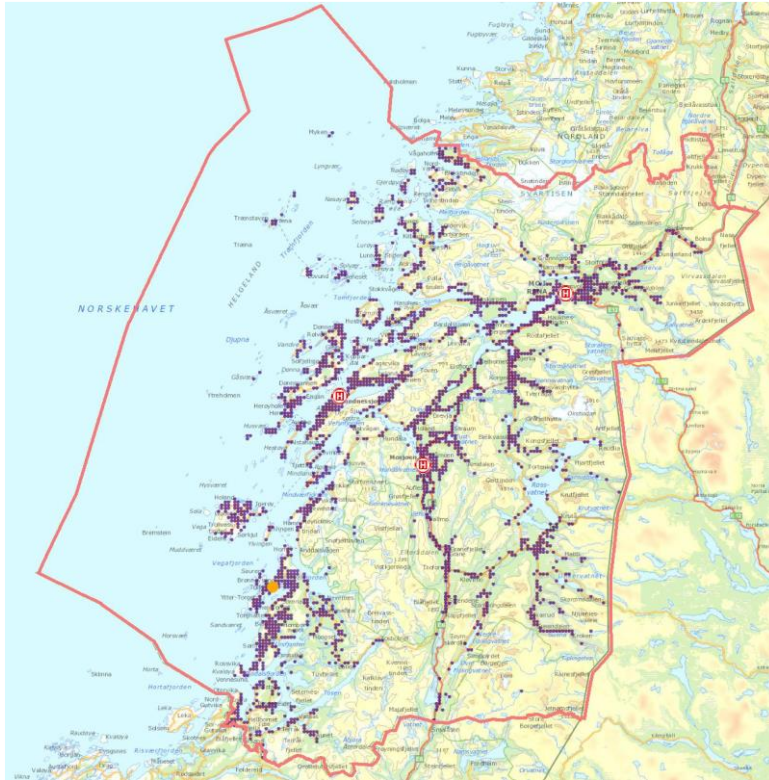
Det foregår i dag en utstrakt pendling mellom og til dagens tre sykehus av pasienter og ansatte. En lokalisering på Tovåsen i Leirfjord vil ha liten på virkning på klima i forhold til pasientreiser, men vil bidra til økt arbeidspendling. El-biler og el-busser vil være de vanligste transportformene på veiene i region etter 2025. Vår veistruktur er dimensjonert for økt transport uavhengig av hvor i Leirfjord og omegn som blir den endelige plasseringen av stort akuttisykehus. Ved plassering av sykehuset på Tovåsen i Leirfjord vil det utløse behov for gang og sykkelvei langs FV 17 fra Leland – Tovåsen. Denne veistrekningen er ca.6 km og 1 km av denne er allerede planlagt og delvis finansiert. En bieffekt vil være positivt i forhold til økt sykkelturisme.

### **Tog:**

Jernbanen ligger like ved Toventunellen i Vefsn kommune. Ved å etablere Helgelandspendel mellom Mo i Rana og Trofors med stoppesteder på Bjerka og i Mosjøen og i Drevja vil Tovåsen kunne nå innen 45-55 min reisetid fra Mo i Rana og innen 45-55 min reisetid fra Trofors

Nordland fylkeskommune (NFK) har fått utredet muligheten for pendeltog mellom Trofors – Mosjøen – Mo i Rana (Helgelandsspendelen). [Helgelandsspendelen](#). Dette kan bidra til større pendling og regionforstørring, spesielt om stort akuttssykehus etableres ca. midt i regionen.

### [HSYK 2025. Utviklingsplan](#)



Utviklingsplan Helgelandssykehuset: Side 42: Figur 9: Befolkningsgrunnlag for transportberegninger.





Utviklingsplan Helgelandssykehuset: Side 45: Figur 12: Lokalisering av teoretisk trafikktyngepunkt

I forbindelse med etablering av nytt stoppested vil Drevja bli et naturlig knutepunkt for gode bussforbindelser til resten av Helgeland.

Ved å endre litt på dagen bussruter vil man kunne etablere ruter som koordinerer med rute via Tovåsen i Leirfjord

### **Brønnøysund-Tosbotn-Mosjøen – Drevja**

Daglige ruter som gjør det mulig for Brønnøyregionen å komme seg til Tovåsen til behandling eller pasientbesøk, og komme seg tilbake til Brønnøyregionen med buss på samme dag.

### **Mosjøen-Leirfjord -Sandnessjøen**

Flere daglig ruter som passerer Tovåsen gjør det mulig for Sandnessjøen (Alstahaug regionen)og (Vefsn region) å komme seg til Mosjøen til behandling eller pasientbesøk, og komme seg tilbake med buss samme dag.

### **Mo i Rana - Hemnesberget – Drevja - Mosjøen**

Flere daglig ruter som gjør det mulig for Rana regionen å komme seg til Tovåsen til behandling eller pasientbesøk, og komme seg tilbake med buss samme dag.

### **Susendal-Hattfjelldal-Trofors-Mosjøen – Drevja**

Flere daglig ruter som gjør det mulig for Hattfjelldal og Grane å komme seg til Tovåsen til behandling eller pasientbesøk, og komme seg tilbake med buss samme dag.

## **Ferge- og hurtigbåtforbindelser:**

Regionpendel og Ferge til Levang.

Hurtigbåtforbindelse Brønnøysund – Vega – Levang eller Leirosen

Det kan også være hensiktsmessig å sette opp hurtigbåtforbindelse mellom Brønnøysund – Vega – Leirfjord (to alternativ) med daglige ruter som gjør det mulig Brønnøy regionen å komme seg til Tovåsen til behandling eller pasientbesøk, og komme seg tilbake med buss og eller hurtigbåt samme dag. En god bieffekt av en slik hurtigbåt forbindelse vil være at Brønnøy regionen får lettere tilgang til persontogene som passerer i Drevja

## **2 Er det vedtatt noen planer om infrastrukturutbedringer i din kommune?**

Tovåsen i Leirfjord er ett energiknutepunkt med tre hovedlinjer inn fra det regionale nettet. I tillegg er det tre kraftstasjoner i området. Kommunen har etablert fiberselskap som vil knytte forbindelse mellom kyst telekabelen og innlandsfiberen (Redundans).

Kommunalt vann er i dag ført frem til kryss FV 78 – Fv17, samt at det er utarbeidet kommunedelplan Leira. Denne planen er ikke stadfestet i påvente av lokalisering av nytt Helgelandssykehus.

## **Konsekvenser for miljø og klima**

### **3 Konsekvenser for kollektivtransport og gange/sykkel**

Som midtpunkt i en bo og arbeidsmarkedsregion har Leirfjord de beste forutsetninger for sykehusrelatert transport med lavt utslipp av CO2 .

Det er i dag etablert kollektivtransport mellom regionsentrene som vil passere fremtidig sykehus i Leirfjord

Ved etablering av sykehus på Tovåsen i Leirfjord vil det måtte bygges gang og sykkelvei langs FV 17 Leland- Tovåsen.

### **4 Finnes det fjernvarme i kommunene i dag?**

Nei.

I tilknytning til avfallsselskapet SHMIL arbeides det å se på muligheter for biogassvarme, som eventuelt også kan benyttes til oppvarming. Biogass kan også transporteres og benyttes til et eventuelt lokalt varmeanlegg.

Leirfjord har aktuelle tomter for biogassetablering.

## 5 Tror kommunen at valg av konsept kan få andre følger for miljø og klima?

Alle tomtealternativ i kommunen ligger i nærhet til god eksisterende infrastruktur. Det næringsliv som i dag tilbyr sine tjenester, vil også være tilgjengelig og nær inntil de andre to tomtealternativ i kommunen.

Et sykehus som ligger utenfor kollektivknutepunkter for hurtigbåt, ferje, buss eller jernbane vil kunne medføre økt personbiltransport. Dette vil føre til høyere CO<sub>2</sub> utslipp, mer svevestøv, mer støy, og økt slitasje av veinettet (mer behov for vedlikehold).

Teknologiske nyvinninger vil gi redusert CO<sub>2</sub>-utslipp.

## 2 Konsekvenser for annet offentlig tjenestetilbud

**6 Hvilke konsekvenser tror kommunen at valg av konsept vil få for kommunens tilbud av offentlige tjenester, herunder:**

### GRUNNSKOLE

- 2 mindre kretsskoler (skole og barnehage) og en større skole på Leland; Leland barne- og ungdomsskole.
- Leirfjord kommune har ikke kapasitet innenfor dagens skolestruktur for å takle en eventuell befolkningsøkning ved etablering av ett stort sykehus i Leirfjord. Leirfjord barne- og ungdomsskole på Leland, som er planlagt renoveret for i underkant av kr 50 mill. (økonomiplan 2019-2022), kan ved en befolkningsøkning benyttes til barne- og mellomtrinn for så å bygge en ny ungdomsskole. God arealmessig kapasitet.
- Dersom Leirfjord kommune blir vert for et stort akutt sykehus på Helgeland, vil det offentlige tjenestetilbudet utvikle seg i takt med utviklingen som kommer til å skje som følge av etableringen.

### BARNEHAGE

- 2 helt nyrenoverte barnehager og 2 andre god stand
- Noe ledig kapasitet pr i dag.
- Kun kommunale barnehager pr i dag
- Bra pedagogtetthet.
- Ved en befolkningsøkning i forbindelse med etablering av ett stort sykehus i Leirfjord vil det bli etablert tilstrekkelig med barnehageplasser enten i kommunalregi eller i privat regi. En kombinasjon kan også være et alternativ.

## **VIDEREGÅENDE OPPLÆRING**

Ingen videregående opplæring i Leirfjord. Tilbudene i regionen benyttes. Det vil være mest sannsynlig også selv om det blir vedtatt å legge ett stort sykehus til Leirfjord.

## **VOKSENOPPLÆRING**

Leirfjord kommune har voksenopplæring. Ved en eventuell etablering av sykehus i Leirfjord vil en kunne tilpasse behovet. Påvirkes ikke ved valg av andre plasseringer av sykehus.

## **TANNLEGETJENESTE:**

Offentlig tannhelsetjeneste er etablert på Leland med pr tiden 2 tannlegestillinger. I tillegg benyttes både offentlig og privat tannhelsetjeneste både i Vefsn og Alstahaug. Uavhengig av tomtevalg så vil, etter vår oppfatning, tannhelsetjenesten tilpasse seg behovet.

## **BRANNVESEN**

Leirfjord kommune har egen brannstasjon og brannbil. Renovering/påbygg av brannstasjon starter opp høsten 2019 (vedtatt investering på kr 15 mill) og ny brannbil er bestilt. Brannstasjonen er ikke bemannet. Leirfjord kommune har brannteknisk samarbeid med Alstahaug kommune.

Ved en plassering av ett stort sykehus i Leirfjord må brannkapasiteten og bemannet brannstasjon etableres for å tilfredsstille kravene om respons- og uttrykkingstid.

# **3 Boligmarkedet – konsekvenser og eventuelle utfordringer**

## **7 Kommentarer til den eksterne ressursgruppens funn om boligmarkedet i Vefsn, Alstahaug og Rana**

Ingen spesielle kommentarer. Vi mener dette ikke er relevant da boligmarkedet vil tilpasse seg ny situasjon.

## **8 Er boligmarkedet i Rana bedre rustet for etablering av ett stort akutt sykehus?**

Boliger til ansatte med tanke på å håndtere lokalisering av et stort sykehus har flere aspekter. Både privat utleiemarked og kommunalt utleiemarked og i tillegg kjøp/salg eiendom.

Vi er av den oppfatning at uansett valg av alternativ vil boligmarkedet tilpasse seg situasjonen. Respektiv kommune, inkl Leirfjord kommune, vil gjennomføre nødvendig reguleringsarbeid i god tid frem til etablering og aktørene i eiendomsmarkedet vil tilby både utleieboliger, eneboliger, flermannsboliger som vil tilfredsstille behovet ved en sykehusetablering.

150 boligtomter er ferdigregulert og det er lagt til rette for å kunne regulere ca. 450 tomter på Leines og Leirosen/Tovåsen.

### **9 Er det ledig kapasitet i boligmarkedet i kommunen i dag?**

Se ovenfor under pkt. 3.8

### **10 Finnes det areal i kommunen som kan frigis til eventuelle boligtomter?**

Se ovenfor under pkt. 3.8

### **Konklusjon**

Vi er av den oppfatning av Leirfjord kommune helt klart kan håndtere lokalisering av et stort akuttsykehus med tanke på boligforhold om sykehuset lokaliseres i Leirfjord eller langs akse Mosjøen – Sandnessjøen.



## 4. Konsekvenser for det lokale næringslivet

Dagens situasjon i regionsentrene på Helgeland med sykehus:

Nåsituasjon.Statlige og fylkeskommunale arbeidsplasser i regionsentrene på Helgeland.					
Kilde SSB : 07979					
Kommune	Stat	Fylkeskommunale	Sum	Folketall 2018	Forholdstall
Vefsn	743	265	1008	13403	7,52 %
Rana	1885	352	2237	26315	8,50 %
Alstahaug	720	133	853	7415	11,50 %
Brønnøy	627	118	745	7916	9,41 %

Situasjon ved nedleggelse av sykehus i regionsentrene på Helgeland:

Uten sykehus. Statlige og fylkeskommunale arbeidsplasser i regionsentrene på Helgeland.					
Kilde SSB : 07979					
Kommune	Stat	Fylkeskommunale	Sum	Folketall 2018	Forholdstall
Vefsn	483	265	748	13403	5,58 %
Rana	1365	352	1717	26315	6,52 %
Alstahaug	270	133	403	7415	5,43 %
Brønnøy	627	118	745	7916	9,41 %

### 11 Hvilke konsekvenser tror kommunen at valg av konsept vil få for kommunens næringsliv.

Valg av konsept vil ha stor betydning for hele regionen, spesielt HALD.

Dersom sykehuset blir lagt til Mo i Rana vil det få dramatiske negative effekter på næringslivet. Mange mister jobbene sine, mange vil flytte og aktiviteten generelt i næringslivet vil reduseres som følge av dette. Det vil gå ut over småbedrifter innen bygg og anlegg, havbruk, landbruk, varehandel, servicenæringer mfl.

Dersom Sandnessjøen og omegn skulle sitte igjen med et lite akutt-sykehus eller DMS, vil de fleste kompetansesarbeidsplassene forsvinne. Vi vet av erfaring at det er vanskelig å rekruttere leger og sykepleiere til slike små enheter, og ofte blir slike små akutt-sykehus og DMS lagt ned etter en tid. Da forsvinner alle kompetansesarbeidsplassene.

Sandnessjøen sykehus lønner 13 % av arbeidstakerne i Alstahaug. Det er også mange fra Leirfjord som jobber på sykehuset. Det sier seg selv at en nedbygging/nedleggelse av sykehuset i Sandnessjøen vil få dramatiske negative konsekvenser for en hel region.

Dersom sykehuset blir lagt på akse mellom Sandnessjøen og Mosjøen, vil det få store positive effekter, med økt aktivitet, tilflytting og optimisme.

Mo i Rana er Nord-Norges 3. største by. Dersom det besluttes å bygge et stort akutt sykehus sentralt på Helgeland, vil Rana ha behov for et DMS, som pga. regionens størrelse vil bli ganske stort. Det sier seg selv at Rana vil klare en nedbygging av sykehuset på en mye bedre måte enn Sandnessjøen og omegn (Leirfjord med nabokommunene Herøy og Dønna)

## **12 Finnes det bedrifter i kommunen som er særlig avhengige av nærhet til et akutt sykehus?**

Personer som jobber innen primærnæringene (landbruk, fiskeri og skogbruk) er mest utsatt for ulykker i Norge. I primærnæringene jobber folk ofte alene under harde vilkår. Store, etablerte industrikonsern har velfungerende HMS-tjenester med godt tilrettelagt vernearbeid. I slike bedrifter skjer det sjelden store ulykker.

I turistsesongen øker kommunens folketall betydelig. Helgelandskysten ser et stadig økende antall turister på sjøen og til fjells. De er betydelig mer utsatt for ulykker enn fastboende.

Skipsleia går rett forbi kommunens nord-grense, absolutt alle skip må forbi helgelandskysten.

Det er utstrakt olje- og gassproduksjon på sokkelen, rett utenfor kommunens grenser. Vi vet at sjøfart og offshore-næringen har behov for nærhet til et akutt-sykehus dersom ulykken skulle være ute, siden lykkepotensialet er enormt. Aker BP har skrevet i høringsuttalelse at en viktig forutsetning for all aktivitet innenfor leting, utbygging og drift av olje- og gassvirksomheten på sokkelen, er at sikkerheten blir ivaretatt på best mulig måte. Dette inkluderer blant annet at avstanden fra aktuell lokasjon på havet til kompetent sykehus er kortest mulig. Ved uforutsette hendelser og ulykker er tidsaspektet en kritisk faktor. De skriver videre at værforhold begrenser ofte flyvning kyst-innland vinterstid pga. isingsproblemer. Dersom sykehuset lokaliseres til Rana, vil så mange som  $\frac{3}{4}$  av flyvningene kanselleres pga. dette. I et beredskapsperspektiv vil det være helt uansvarlig å legge sykehuset på innlandet, helt nord i regionen, rett under Saltfjellet.

## **13 Er det noen næringer/bedrifter i kommunen som kan ha særlig glede av samarbeid med sykehus?**

Småbedrifter innen bygg- og anlegg, handel og service vil selvfølgelig ha glede av samarbeid med sykehus. Mange i Leirfjord er ansatt i firma i Mosjøen og Sandnessjøen som vil få oppdrag fra sykehuset.

## **14 Vil valg av konsept påvirke noen næringer i kommunen spesielt?**

Valg av konsept vil påvirke næringene i kommunen, se ellers spørsmål 11.

**15 Hvilke konsekvenser tror kommunen at valg av konsept vil få for kommunens arbeidsmarked (jf. partnerarbeidsplasser)?**

Se spørsmål 11. Spørsmål 11, 13, 14 og 15 går på det samme.

Legger ved en tabell som gir oversikt over sammensetning av arbeidsmarkedet i regionen.

	Sysselsatte 3916 Alstahaug	Sysselsatte 838 Herøy	Sysselsatte 527 Dønna	Sysselsatte 644 Leirfjord
Jordbruk, skogbruk og fiske	4,0 %	12,3 %	21,6 %	17,4 %
Industri	4,1 %	17,9 %	0,8 %	1,2 %
Bygge- og anleggsvirksomhet	6,6 %	13,5 %	4,0 %	14,3 %
Varehandel, reparasjon av motorvogner	13,0 %	8,4 %	9,1 %	5,0 %
Transport og lagring	10,0 %	7,5 %	12,0 %	10,9 %
Overnattings- og serveringsvirksomhet	3,5 %	1,2 %	0,6 %	0,9 %
Teknisk tjenesteyting, eiendomsdrift	4,9 %	5,1 %	8,9 %	2,0 %
Off.adm., forsvar, sosialforsikring	6,1 %	3,6 %	5,3 %	3,7 %
Undervisning	9,0 %	3,9 %	12,1 %	8,1 %
Helse- og sosialtjenester	30,0 %	16,9 %	21,3 %	31,5 %
Finansiering og forsikring	0,6 %	0,4 %	0,0 %	0,0 %

Figur 1: Kilde SSB 4.kv 2016. Sammensetning av arbeidsmarkedet i regionen

## **16 Andre kommentarer om næringsliv.**

Det blir å gjenta at sykehus i Sandnessjøen/Mosjøen eller omegn vil være en stabil motor for næringslivet og offentlige arbeidsplasser på alle nivå.

## **5. Konsekvenser for primærhelsetjenesten**

### **Samhandling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten.**

#### **17. Hvordan fungerer samarbeidet mellom primærhelsetjenesten i kommunen og spesialisthelsetjenesten i dag?**

Godt samarbeid i forhold til somatiske problemstillinger.

Samarbeidet om psykiatriske pasienter er for dårlig. Det største problemet er at Helgelandssykehuset ikke er i stand til å ivareta sitt ansvar for pasienter som har behov for akuttpsykiatrisk hjelp, oftest gjelder det selvmordsatferd og psykotiske pasienter. Pr i dag må legevakta ivareta disse pasientene i påvente av transport til NPS. Ventetiden kan bli mange timer, opptil flere døgn.

##### **a. Har dere et samarbeid med alle tre sykehusene på Helgeland?**

Leirfjord kommune samarbeider med alle tre sykehusavdelingene ved Helgelandssykehuset pga. den omfattende funksjonsfordelingen mellom sykehusenhetene som dagens sykehusstruktur legger opp til. Det er til dels sprikende rutiner sykehusene mellom, og det er noe ulikt hva som fungerer bra i samarbeidet mellom sykehus og kommunehelsetjenesten. Samarbeid om inneliggende pasienter skjer på daglig basis. Kommunene samarbeider også med Nordlandssykehuset og UNN, samt St Olavs Hospital. For innleggelse av akutte psykiatriske pasienter har Nordlandssykehuset lokalsykehusfunksjon, det samme gjelder ved selekterte fødsler og mange andre tilstander. Kommunene må samarbeide på kryss og tvers av foretakene, der pasientene befinner seg. Fritt sykehusvalg bygger opp under dette.

##### **b. Hvilke tjenester er det dere samarbeider om?**

Legene forholder seg til Helgelandssykehuset som et sykehus. Tjenesteavtalene beskriver godt hvordan samarbeidet skal foregå. Felles adresseliste ved henvisning. Funksjonsfordeling av flere spesialiteter som ortopedi, ønh, pediatri, nevrolog, øye og hud gjør det nødvendig med kontakt på tvers av sykehusenhetene. Direkte telefonisk kontakt med kollegaer når det er nødvendig. PLO-tjenestene tar imot utskrivingsklarmeldinger. Utskrivningsklare pasienter tas i mot i sykehjemmet.

Samarbeid fastleger/PLO-tjenesten og sykehus om pasienter i form av samarbeidsmøter innen alle fagfelt, som palliasjon, kreftbehandling og hjertesykdommer for å nevne noe. Det startes opp IP-planer og søkes hjelpemidler før pasientene skrives ut fra sykehus, som må følges opp i primærhelsetjenesten. Det er stor forskjell på hvordan eksempelvis sykehuset på Mo samarbeider med Rana kommune om inneliggende pasienter i forhold til pasienter tilhørende i Leirfjord. Sandnessjøen sykehus er mer vant til å forholde seg til 11 kommuner i sitt opptaksområde.

Samarbeid legevakt og prehospitaltjenester om akuttfunksjon og øvelser. Leirfjord kommune er med i utdanning av leger (LIS1) og sykehusjeneste som del av spesialistutdanning av allmennleger. Samarbeid om avklaring av pasienter som kan legges i kommunal seng etter avklaring i mottak med røntgen/lab.prøver. Lab.tjenester fra legekantor og sykehjem/ØHD

Leirfjord kommune har et svært godt samarbeid med blodbanken ved Sandnessjøen sykehus når det gjelder transfusjon av blod i kommunehelsetjenesten

Utvikling av velferdsteknologiske løsninger vil bli viktig å samarbeide om i framtiden. Helgelandskommunene er sammen om et stort digitaliseringsprosjekt som vil være viktig i denne sammenheng, Digitale Helgeland.

Det samarbeides om jordmortjenester. Leirfjord Kommune kjøper tjenester fra Sandnessjøen sykehus

Det er et utstrakt samarbeid mellom flere kommuner og Helgelandssykehuset når det gjelder legevaktsformidling. Dette er en tjeneste 12 kommuner kjøper av sykehuset, der samlokalisering og samarbeid med AMK fungerer svært godt.

Det samarbeides også om bruk av ambulansébåter, der kommunene finansierer deler av tjenesten mot mulighet for bruk i spesielle tilfeller.

### **c. På hvilket nivå bruker dere samarbeidet til kompetanseutvikling og erfaringsutveksling?**

Kompetanseoverføring og erfaringsutveksling mellom nivåene er svært viktig for å kunne yte best mulig hjelp til pasientene. Det gjelder begge veier, vi skal spille hverandre gode på tvers av nivåene. Dette gjør Leirfjord Kommune bedre i stand til å håndtere «sine» pasienter

Allmennleger som tar deler av spesialistutdanning på lokalsykehus. Faglige samarbeidsmøter mellom sykehjem/ØHD og sykehus. Legevakt deltar på øvelser og kurs i regi HSYK. Fastleger kan delta på møteserier i regi HSYK.

Tett samarbeid med prehospitaltjenester, som har samøving med legetjenesten to ganger i året.

Internundervisning, med innleie av kompetanse fra Helgelandssykehuset.

## **18. Hvilke forhold vil dere trekke frem som viktige i dagens samhandling mellom primærhelsetjenesten i kommunen og spesialisthelsetjenesten på Helgeland?**

- Nærhet og kjennskap til lokal helsetjeneste.
- Mulighet for endring av omsorgsnivå underveis i behandlingsløp pga nærhet til sykehuset og god kontakt med de ulike nivåene på sykehus.
- Stabil og stødig fastlegeordning som ivaretar «portvokterfunksjonen» og god seleksjon av pasienter, og som kan følge kronikere over tid.
- God og stabil akuttmedisinsk kompetanse, som kan ivareta pasientenes akuttmedisinske behov prehospitalt.

Det er vanskeligere å gjennomføre kompetanseoverføring og utstrakt samarbeid med enheter som har lang fysisk avstand mellom seg. Det er avgjørende at begge samarbeidende parter må forholde seg til hverandre som likeverdige. Kommunene behandler 90 % av pasientene, og har stor kompetanse på sitt felt. Utdanning av legespesialister, ikke minst fastleger, er av avgjørende betydning for framtidige helsetjenester på Helgeland. Men også sykepleiefaglig utdanning, praksis og videreutdanning er en svært viktig samarbeidsarena.

## **19. Hvordan tror dere at et fremtidig samarbeid med DMS i Brønnøysund vil se ut?**

Relevansen av problemstillingen avhenger av hvilken sykehusstruktur som vedtas.

For alle lokasjons- og strukturalternativer ligger DMS i Brønnøysund fast jf tidligere vedtak i Styret. Det er sagt noe om innhold og omfang, men vi vet ikke hvordan dette kommer til å se ut i praksis. Slik planene for innhold i DMS foreligger vil det bli nesten like stort som Mosjøen sykehus i dag. Leirfjord Kommune ønsker en tydelig avklaring av hva et DMS skal inneholde og hvordan det skal passe inn i sykehusstrukturen på Helgeland. Dette er viktig for å kunne ta stilling til hvordan helsetjenesten og samfunnet påvirkes. Leirfjord Kommune savner betraktninger rundt dette i forutsetningen for analysen.

Leirfjord Kommune tror ikke DMS i Brønnøysund vil ha direkte betydning for våre pasienter på kort sikt. På lang sikt kan et stort DMS i Brønnøysund påvirke selve sykehusstrukturen. Dette blir særlig aktuelt dersom det for eksempel blir lagt et lite akutt-sykehus til Sandnessjøen, som da vil bli et sykehus for HALD med 12-13000 personer. Et slikt sykehus vil ikke overleve lenge. Pasientgrunnetil Sandnessjøen sykehus i to-sykehusmodellen blir svekket. Det estimeres at DMS i Brønnøysund skal ta unna 80 % av pasientene på Sør-Helgeland. Dette er et stort volum, og vil avhjelpe elektiv behandling på Sør-Helgeland betraktelig.

Flere spesialister må pendle til et nytt stort DMS. Disse må ha tilholdssted på et «modersykehus». Et sykehus helt nord i regionen vil vanskeliggjøre denne pendlingen for

leger, som ikke vil være mulig å gjennomføre på en dagsreise. I dagens struktur er brorparten av alle spesialister som ambulerer til spesialistpoliklinikken i Brønnøysund ansatt ved sykehuset i Sandnessjøen. Leirfjord kommune tror ikke ambuleringsviljen for legene på Mo blir større i fremtiden enn den har vært til nå. Ambulering er en frivillig ordning for legene.

**20. Hvilke konsekvenser tror dere at valg av de ulike konseptene vil få for samhandlingen og oppgavefordelingen mellom primær- og spesialisthelsetjenesten? Tror dere kommunene vil bli påført økte kostnader eller krav?**

Med større avstand til sykehus vil mer jobb falle på fastlegetjenesten. I dag er det mulig å få polikliniske avklaringer på pasienter som kan legges i KAD. Det gjør det mye tryggere for pasientene. Dersom dette ikke blir mulig vil det gå ut over pasientsikkerheten.

Alternativ 2a (2) eller 2a (3) vil være til det beste for pasientene.

Midt-Helgeland må ses på som en felles bo- og arbeidsmarkedsregion med ca 25000 innbyggere. Legger vi til Grane og Hattfjelldal blir det nærmere 30000 pasienter. Det er fullt mulig å bo i Sandnessjøen, Herøy, Dønna, Nesna, Hemnes, Vefsn og Leirfjord og jobbe på et sykehus på aksene mellom Sandnessjøen og Mosjøen. Bedret infrastruktur vil muliggjøre dette i nær fremtid.

Regjeringen ønsker å styrke pasientens stilling i helsetjenesten og vil bygge pasientens helsetjeneste, slik det står beskrevet i Nasjonal helse- og sykehusplan 2016-2019. Funksjonsfordelingen påfører pasientene unødig lidelse ved lange og mange transporter, samt økt risiko for feildiagnostikk og behandling. Ved behov for øyeblikkelig hjelp risikerer pasientene å bli innlagt på en enhet som ikke har nødvendig kompetanse til å diagnostisere og behandle disse pasientene. Derfor vil ikke alternativ 0, 2b-1 (1) og 2b-1(2) oppfylle regjeringens ønske om å styrke pasientens stilling i helsetjenesten.

Alternativ 2a-1 ligger for perifert i regionen og vil ikke kunne gi et god nok helsehjelp til hele Helgeland. Ikke glem primær oppgavene til et akutt-sykehus, som er å behandle alvorlig syke og skadede pasienter. Leirfjord vil ved denne modellen få økt belastning på legevaktjenester, for å ivareta følgetjeneste i ambulansen over lengre avstand. Dette kan medføre behov for flere leger i vakt og økt arbeidspress på legevaktleger.

Elektiv utredning og behandling kan godt foregå på Mo, eller på Tynset for den del (Det er overraskende mange som ønsker seg dit).

Ved fortsatt funksjonsfordeling i en to-sykehusmodell, vil det fremdeles deles på ansvar og funksjoner mellom sykehusene, som gjør samhandling mer komplisert. Det blir helt klart mer komplisert å samhandle helhetlig om pasientene ved en slik modell. Ved en to-sykehusløsning vil fagmiljøet bli mindre i begge eksisterende sykehus enn ved ett stort akutt-sykehus for hele regionen. Dermed vil flere oppgaver måtte håndteres av kommunen til økte kostnader, og flere pasienter må sendes ut av Helgeland for å få adekvat helsehjelp.

10 prosent av befolkningen i regionen vil få 3,5 til 4 timers reisetid til akutt sykehus ved en plassering i Mo i Rana. Regulariteten ved bruk av helikopter til Mo i Rana er i dag helt nede i 30 prosent i perioder, særlig vinterstid pga. isingsproblematikk. Det er stor usikkerhet om regulariteten kan styrkes i framtiden. Dette innebærer en helt uakseptabel reisetid og risiko for store deler av befolkningen. Velger man lokalisering på strekningen Mosjøen - Sandnessjøen oppnås den klart laveste gjennomsnittlige reisetid for flest mulig pasienter.

Samarbeidet om utdanning for leger vil kompliseres med en modell med ett sykehus plassert helt nord i regionen. De aller fleste fastleger som trenger sykehuspraksis vil med en slik modell måtte flytte for å få gjennomført sin praksis. Sannsynligheten er da stor at man flytter ut av Helgeland istedenfor å flytte internt i regionen. Det vil også være vanskelig for et sykehus helt i den fysiske utkanten av nedslagsfeltet sitt å følge opp kommunene som sykehuset har samarbeid med angående utdanning av allmennt medisinske spesialister.

## **21. Tror dere tilgang på et nærliggende DMS kan kompensere for større avstand til sykehuset? Rekrutteringsevne og -behov.**

Pasienter: Delvis for kronisk syke, men ikke ved akutt sykdom eller livstruende skade.

Helsepersonell: Mulig i viss grad sykepleiere, i liten grad for leger.

Vi vet at spesialisthelsetjenestens poliklinikker i stor grad rekrutterer til seg selv, kanskje så mye som 50 % av all poliklinisk aktivitet kommer fra poliklinikkene selv, i form av kontroller spesielt. Det betyr at poliklinikken i dag utfører fastlegeoppgaver. DMS må ha noe å gjøre, derfor vil mange DMS med stor sannsynlighet overta enda mer av fastlegeoppgavene. Det strider mot et allment kjent prinsipp, LEON-prinsippet, som betyr at diagnostikk og behandling av pasienten skal foregå på lavest effektive omsorgsnivå. Det er til beste for pasientene, som møter en allmennlege som ser hele bildet. Det er også vesentlig billigere for samfunnet. Et nærliggende DMS skal ikke kompensere for større avstand til sykehuset når det gjelder sykehusets primæroppgave. Et DMS skal være til beste for pasienten, basert på edruelige analyser av hvilket behov som foreligger. Ved akutt sykdom og ulykker handler alt om transporttid inn til et sykehus som kan diagnostisere og behandle pasienten på best mulig måte. DMS kan altså være hensiktsmessig i forhold til å desentralisere spesialisthelsetjenester for planlagte pasientmøter og ulike tilbud til kronisk syke i områder med lang avstand til sykehus, basert på gode analyser av hvilke funksjoner DMS skal fylle.

Det samme gjelder de prehospitale tjenestene som ALDRI kan erstatte akuttfunksjoner på sykehus. Å vri ansvaret for de akuttmedisinske tjenestene langt fra sykehus til legevaks- og prehospitale tjenester er en avsporing og vil føre til at flere pasienter ikke får nødvendig helsehjelp raskt nok. For pasientene på Ytre- og Sør Helgeland vil båt og luftambulansse være transportmiddelet ved akutte hendelser. Det er viktig å legge til rette for at disse kommunikasjonsmidlene har mulighet for å komme fram med pasienten i tide i en framtidig sykehusstruktur.



## Rekrutteringsevne og -behov

### 22. Hvordan påvirker dagens sykehusstruktur (0-alternativet) rekrutteringen av fastleger til din kommune?

Nærhet til sykehus påvirker i positiv retning.

DMS er hensiktsmessig i forhold til å desentralisere spesialisthelsetjenester for planlagte pasientmøter og ulike tilbud til kronisk syke i områder med lang avstand til sykehus. Det er imidlertid viktig å understreke at et DMS, uansett størrelse, *aldri* kan erstatte akuttfunksjoner på sykehus. Det samme gjelder de prehospitale tjenestene. De prehospitale tjenestene kan aldri erstatte akuttfunksjoner på sykehus. Å vri ansvaret for de akuttmedisinske tjenestene langt fra sykehus til legevakts- og prehospitale tjenester er en avsporing. DMS vil ikke kompensere for lang avstand til sykehus i akutte situasjoner. Ved akuttmedisinske hendelser vil pasientene være avhengig av rask transport til et sykehus med «fullverdige» akuttfunksjoner. For pasientene på Ytre- og Sør Helgeland vil båt og luftambulansse være transportmiddelet ved akutte hendelser. Det er viktig å legge til rette for at disse kommunikasjonsmidlene har mulighet for å komme fram med pasienten i tide i en framtidig sykehusstruktur.

### 23. Vil opprettelsen av DMS i Brønnøysund kunne påvirke rekrutteringen av fastleger til din kommune?

Fastleger rekrutteres og beholdes av ulike grunner. Leirfjord har over tid hatt tilfredsstillende rekruttering av fastleger, og har per i dag, i motsetning til Rana kommune, ingen hjemler ledig. Enkel tilgang til spesialisthelsetjenesten er en trygghet i arbeidet som fastlege. Det å ha mulighet til å starte sin spesialisering i området vil erfaringsmessig virke rekrutterende. For Leirfjord kommune har dagens sykehusløsning (0-alternativet) vært viktig i rekrutteringen av fastleger til kommunen. Nærhet til et sykehus med døgkontinuerlig akuttberedskap kan være den tryggheten man trenger som ung lege for å kunne trives med ansvaret og usikkerheten det medfører å være den øverste medisinfaglige kompetansen i en distriktskommune.

Umiddelbart vil ikke DMS i Brønnøysund ha store rekrutteringseffekter på fastlegetilgangen i Leirfjord. Imidlertid kan det ha effekt på stabiliseringen på Sør-Helgeland.

Akutt sykehuset skal være en del av et helhetlig helsetilbud som også omfatter DMS-er og fastlegene. Sykehuset må bemanne DMS-ene med spesialister. Skal slik ambulering fungere må reisetiden være kortest mulig. Dette oppnås ved å legge sykehuset sentralt på Helgeland. Plassering av sykehuset på aksen mellom Sandnessjøen og Mosjøen vil også redusere behovet for antall DMS-er fra tre til to, med betydelige effekter på ressursbehov og økonomi. Ny utdanningsmodell for leger og behov for bedre samordning mellom sykehusene

og fastlegene løses også langt bedre når avstand mellom kommunene og sykehus reduseres. Plassering av sykehuset sentralt på Helgeland vil styrke det helhetlige tilbudet for pasientene og rekrutteringen av fastleger til et større antall av kommunene, og redusere årlige kostnader til DMS-ene.

#### **24. Har avstand fra fastlegekontor til sykehusene noe å si for oppgavebelastningen til fastlegene?**

Ja! Flere pasienter må håndteres i kommunehelsetjenesten ved økende avstand, også akutt. I vår region vil kommunikasjon til sykehus være avhengig av båt og helikopter i akutte tilfeller. Dersom helikopteret ikke går, kan fastlegen/legevakten være nødt til å ha behandlingsansvar på en lang reisevei inn til sykehus under vanskelige vær og føreforhold. Dette vil svekke beredskapen i kommunene, samt virke mindre rekrutterende for framtidige fastleger i distriktskommunene.

Kommunene og helseforetak får i framtiden mer ansvar for å utdanne LIS-leger enn tidligere. Kommunene skal registreres som utdanningsinstitusjoner, og ha avtale med lokalsykehuset om spesialistutdanning. Dette vil være vanskelig å følge opp dersom sykehuset ligger helt nord i regionene, med ansvar for oppfølging av spesialistutdanning for 17 kommuner.

#### **25. Hvordan tror dere de foreslåtte konseptene vil påvirke rekrutteringen av fastleger til din kommune? Hvilken rolle spiller avstand til sykehus og DMS?**

Jo lenger avstand til sykehus, jo vanskeligere er det å rekruttere fastleger, særlig nyutdannede. De fleste vil ikke stå alene med alvorlig syke pasienter over lengre tid i akuttsituasjonen. Nasjonalt senter for distriktsmedisin beskriver rekrutteringsutfordringene innen fastlegeordningen som klart størst i Nord-Norge, og de øker med økt avstand til sykehus.

Rekruttering vil helt klart bli vanskeligst med ett stort akuttsykehus plassert på Mo i Rana, uavhengig av DMS-lokalisering. Ett stort sykehus på aksene mellom Sandnessjøen og Mosjøen vil gi best rekruttering både til spesialisthelsetjenesten og allmennelegetjenesten.

## 6. Samhandling med forsknings- og utdanningsaktører

26 Hvilke konsekvenser tror kommunen at valg av konsept vil få for forskning og utdanning i kommunen, herunder

- Har dere videregående opplæring i dag som er tilknyttet sykehus, og vil tilbudet påvirkes?
- Tilbys det høyere utdanning i kommunen i dag som er tilknyttet sykehus, og vil tilbudet påvirkes?
- Finnes det forskningsmiljøer i kommunen i dag som er tilknyttet sykehus, og vil miljøet påvirkes?
- Annet?

Det blir noe av det samme som i kapittel 2 og 3. Hvor et akutt-sykehus skal ligge avgjøres ikke om det foreligger eksisterende tilbud. Sykehusets primæroppgave er å ta i mot alvorlig syke og skadede pasienter, og da må det ligge et sted der de kan ta i mot flest mulig pasienter på kortest mulig tid. Leirfjord kommune er avhengig av nærliggende regionsentre i forbindelse med utdanning, forskning osv.

## 7 Øvrige innspill:

### 27. Er det forhold utover de vi har vært gjennom, som faller innenfor vårt mandat for samfunnsanalysen, som dere vil ta opp?

#### Folkehelse:

Folkehelse er noe annet enn summen av de enkelte innbyggers helsetilstand. Det er et bredt begrep som omfatter fysiske, psykiske og sosiale forhold på gruppenivå. De mest objektive kriteriene for måling av folkehelse er tall for dødelighet, sykelighet og forbruk av helsetjenester og trygdeytelser. Det er viktig for Helgelands som samfunn at folkehelseperspektivet ivaretas i etableringene av en ny sykehusstruktur på Helgeland. Punktet om folkehelse bør derfor innbefatte mer enn de ansattes mulighet til å sykle på jobb, som vil ha betydning for helsa til den enkelte ansatte, men ha mindre betydning for den samlede folkehelsa på Helgeland. Folkehelsepunktet bør heller vurdere den samlede befolkningens mulighet til å benytte seg av likeverdige spesialisthelsetjenester uavhengig av bosted. Herunder bør særlig muligheten for de «svakeste» pasientgruppene, som mennesker med rus og psykiatridiagnoser, skrøpelige eldre og barn med funksjonsnedsettelse for å benytte seg av spesialisthelsetjenestetilbudet, vurderes. Det vil være viktig å utrede de ulike sykehuslokalisasjonenes innvirkning på samfunnets sosiale gradienten, altså hvorvidt en sykehuslokalisering vil medføre økte eller reduserte forskjeller i folkehelse mellom regioner på Helgeland. I tillegg må forhold som rekreasjonskapasitet og støy- luft og støvforurensing vurderes.

#### Volum på pasientbehandlingen:

Helgelandssykehuset må ha hele befolkningen på Helgeland som pasientgrunnlag for å oppnå et volum som sikrer kvalitet i behandlingen og at spesialiserte funksjoner beholdes. Plassering av akuttsykehuset i Mo i Rana vil bety en uholdbar reisetid for mange og medføre en betydelig pasientlekkasje ut av regionen. Ressursgruppa har ikke analysert eller lagt vekt på kvalitative og økonomiske effekter av denne pasientlekkasjen for Helgelandssykehuset og Helse Nord, som over tid vil slå tilbake på behandlingstilbudet for alle helgelendinger.

Pasienter fra kommunene på Helgeland utgjorde 98,6 prosent av de totalt 98 800 oppholdene og konsultasjonene på Helgelandssykehuset i 2017. Helgelandssykehuset behandler derfor i all hovedsak pasienter fra eget distrikt og har få gjestepasienter fra andre helseforetak. Helgeland har imidlertid stor pasientlekkasje ved at pasienter velger andre helseforetak. Totalt står Helgelandssykehuset for kun 76 prosent av de planlagte behandlingene av innbyggerne i sitt opptaksområde. De øvrige 24 prosentene blir behandlet ved andre helseforetak eller ved private institusjoner, i hovedsak ved Helse Midt-Norge og andre sykehus i Helse-Nord.

Dersom Helgelandssykehuset samler sin virksomhet til Mo i Rana vil dette skape økt avstand til nærmeste sykehus for svært mange helgelendinger. Helgelandssykehuset utfører ca. 6 000 planlagte behandlinger i året for innbyggere i kommuner som vil få økt reiseavstand til et sykehus på Mo i Rana. Samtidig øker reiseavstanden for innbyggerne i Brønnøy, Sømna og Vega til 3,5 – 4 timer. Vi frykter disse innbyggerne vil trekkes mot andre helseforetak når avstanden til nærmeste sykehus øker betraktelig. Total ble det foretatt 17 800 behandlinger ved Helgelandssykehuset av pasienter som bor i en kommune med mer enn 2 timers reiseavstand til Mo i Rana i 2017. Dette utgjør om lag 20 prosent av det samlede behandlingstvolumet ved helseforetaket.

Reiseavstand har påvirkning på bruken av sykehusene i helseforetaket for planlagte behandlinger. Ved å flytte sykehuset til den ene ytterkanten av helseforetakets nedslagsfelt er det stor risiko for at dette vil forsterke pasientlekkasjen til andre helseforetak. Våre estimater viser at Helgelandssykehuset kan miste nær 9 000 planlagte behandlinger i året hvis akuttsykehuset lokaliseres i Mo i Rana. Dette utgjør 11 prosent av det totale antallet behandlinger ved Helgelandssykehuset HF. Det samme vil kunne skje ved en 2b-1 modell, der det det minste sykehuset mister pasienter ut av dagens region.

### Om eksisterende fagmiljø:

Kommunene er enig med ressursgruppa når den slår fast at alle de tre bykommunene kan fungere godt når det gjelder rekruttering til sykehusene. Det eneste argumentet som ressursgruppa framfører for Mo i Rana, og som kan tillegges vekt, er størrelse på dagens fagmiljøer. Det er imidlertid ikke riktig at Mo i Rana har det største fagmiljøet. På de viktigste områdene som overleger og spesialsykepleiere er det små forskjeller sammenlignet med Sandnessjøen. Ser man Sandnessjøen og Mosjøen under ett er miljøene klart større enn Mo i Rana. Å se disse miljøene i sammenheng er en rimelig forutsetning etter at Tøntunnelen ble åpnet i 2014. Nå kan strekningen Mosjøen - Leirfjord - Sandnessjøen tilbakelegges på ca. 50 minutter, og området utvikler seg allerede i retning av et felles bo- og arbeidsmarked. Vi mener at fagmiljøet sør for Korgfjellet er mer robust enn miljøet i Mo i Rana og vil være bedre rustet til å rekruttere leger og spesialsykepleiere til et sykehus lokalisert på strekningen mellom Mosjøen og Sandnessjøen.

### Interimsperioden:

Interimsperioden er tiden fra beslutning om ny sykehusstruktur til det nye akuttsykehuset er i drift. Perioden vil gå over flere år. Utfordringer i interimperioden er omtalt i ressursgruppas rapport kapittel 5. Risikoen for å miste nøkkelpersonell fra foretaket omtales der som betydelig, uten at det er definert hvem som betegnes som nøkkelpersonell. Det vurderes i rapporten at denne risikoen er lavere jo færre ansatte som må flytte, og at den reduseres ved at valgt lokalisering allerede har et *sterkt og bredt* fagmiljø. Ressursgruppa konkluderer deretter med at risikoen for forvitring av fagmiljøet i interimperioden er minst ved etablering av akuttsykehuset i Mo i Rana. Dette er en uriktig fremstilling av virkeligheten.

At sykehuset i Mo i Rana har det største fagmiljøet er ikke åpenbart riktig. Sykehuset i Sandnessjøen har etter vår vurdering like mange fagspesialiteter som Mo i Rana, og nesten like mange ansatte leger. Dersom en legger sammen fagmiljøene ved de to sykehusene sør for Korgfjellet er dette bo- og arbeidsmarkedet opplagt større og bredere enn fagmiljøet i Mo, både når det gjelder leger og spesialsykepleiere. Som nøkkelpersonell forstår vi først og fremst disse to yrkesgruppene, som foretaket selv sier er de vanskeligste å rekruttere. Nedenfor vises en tabell over dagens bemanning, hentet fra helseforetakets nettside og tilsendt oversikt fra Helgelandssykehuset:

	<b>Sandnessjøen og Mosjøen tilsammen</b>	<b>Mo i Rana</b>
Antall ansatte totalt	787	605
Antall ansatte overleger	51	35
Antall ulike fagspesialiteter	19	13
Antall leger i spesialisering	32	26
Antall turnusleger/LIS 1	19	13
Antall spesialsykepleiere	107	81

*Tabell 4: Dagens bemanning ved Helgelandssykehuset (fra helseforetakets nettside og tilsendt oversikt fra Helgelandssykehuset)*

Leirfjord kommune stiller seg uforstående til argumentet om at ansatte må flytte dersom de vil jobbe ved akutt sykehuset og dette blir lokalisert et annet sted enn der de bor i dag. Dette taler ifølge ressursgruppa for lokalisering til Mo i Rana. Dersom argumentet skulle være riktig er realiteten motsatt. Det er flere ansatte i nøkkelstillinger innenfor et bo- og arbeidsmarked i Mosjøen og Sandnessjøen enn i Mo i Rana, og følgelig flere som må flytte ved å legge sykehuset til Mo i Rana. Når risikoen for flytting ut av regionen i interimperioden skal vurderes må det tas hensyn til at ressursgruppa foreslår opprettelse av DMS-er på de steder hvor sykehuset ikke lokaliseres. Velfungerende DMS-er vil kreve en fast bemanning bestående av flere faggrupper, supplert med ambulerende spesialister. Behovet vil være større jo høyere befolkningsgrunnlag som skal betjenes. Omfanget og type stillinger vil være avhengig av hvilke funksjoner som tillegges det enkelte DMS. Det er videre mange år til nytt sykehus blir en realitet, og det vil være betydelig naturlig avgang grunnet alder i mellomtiden. I tillegg vil valg av arbeidssted og vurdering av flytting være annerledes når en



allerede er etablert et sted enn ved nyetablering. Vi kan dermed ikke se at flytting for eksisterende personell er et argument som kan brukes i denne sammenheng.

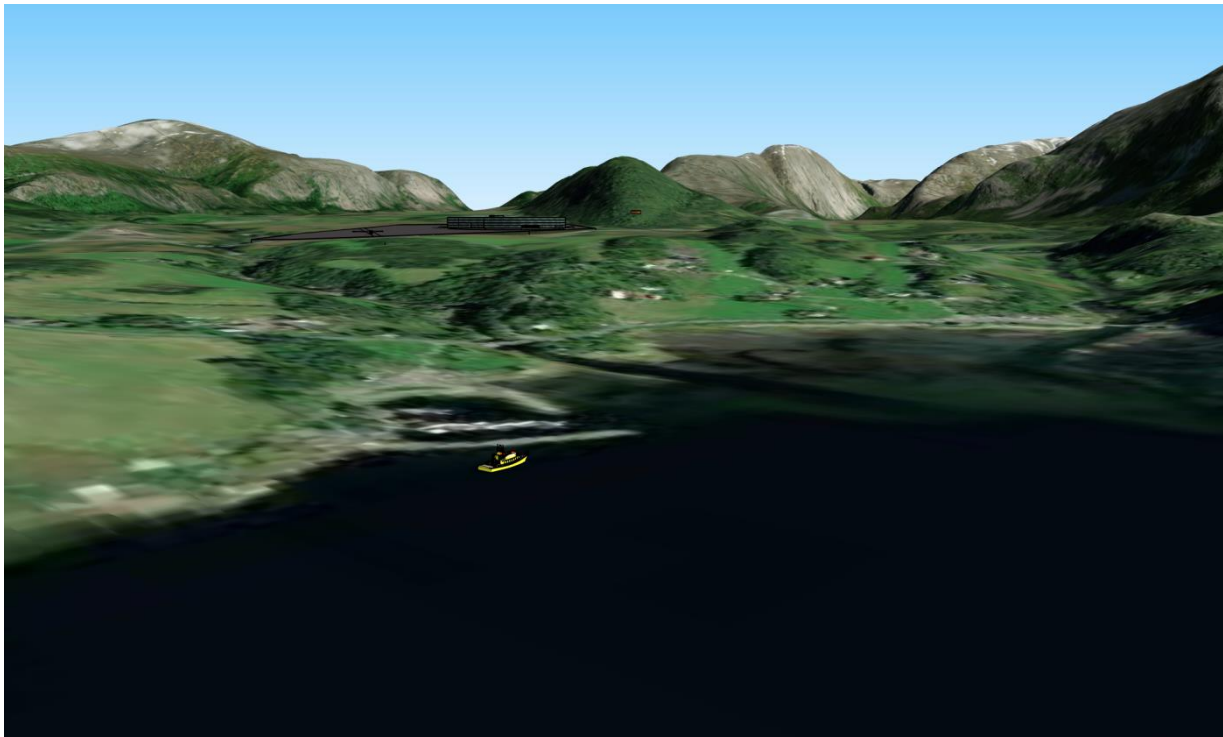
#### Befolkningsutvikling.

Befolkningsutviklingen i kommunen har en stabil utvikling med en svak økning i befolkningen målt over de ti siste år. Endringen i demografien er som i de nordnorske kommuner for øvrig, preget av en større økning i den eldre befolkning enn den yngre. Dagens situasjon innebærer en krevende øvelse i omstilling av det tjenestetilbudet kommunen skal yte ovenfor befolkningen fremover.

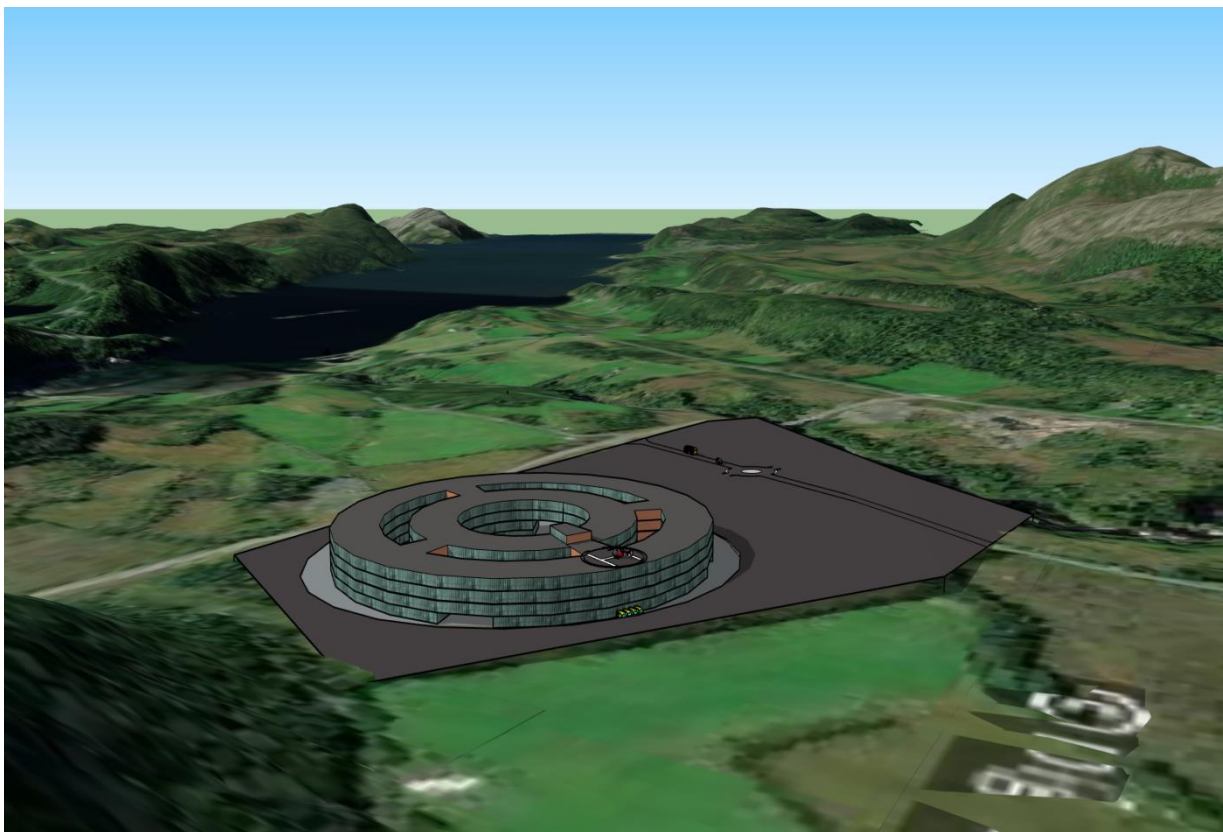
Befolkningsutviklingen vil en kunne forvente endrer seg ved en eventuell etablering av et sykehus, ved både økende befolkning og en økning i den yngre delen av befolkningen. Kommunen vil da komme i en motsatt situasjon enn dagens. En må fortsatt øke kapasiteten på tjenestetilbudet til den eldre aldersgruppen, men en må samtidig øke tilbudet til en økning i den yngre aldersgruppe.

Til sist vil Leirfjord Kommune holde fram Meld.St. 11 Nasjonal helse- og sykehusplan 2016-2019 som løfter frem pasientfokus. Alle beslutninger vi tar skal være til pasientens beste.

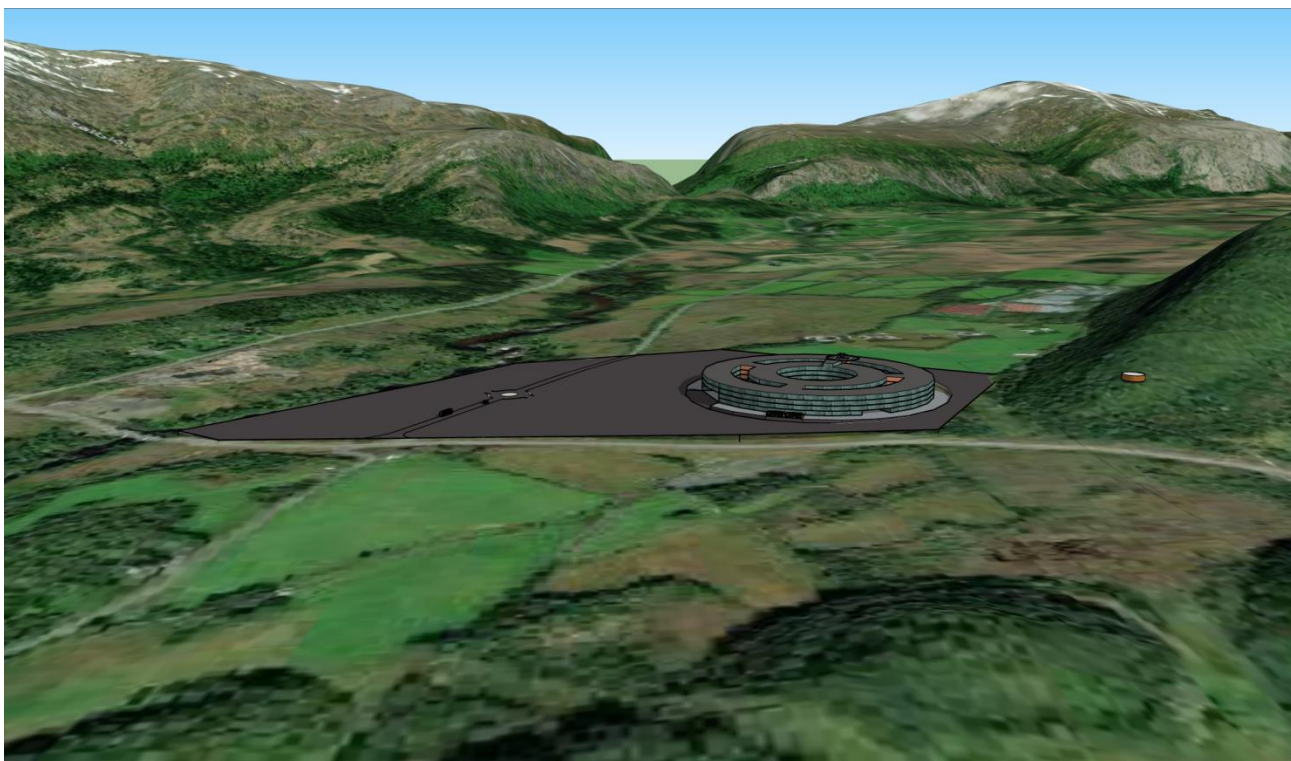
Skisse sykehus Tovåsen i Leirfjord:



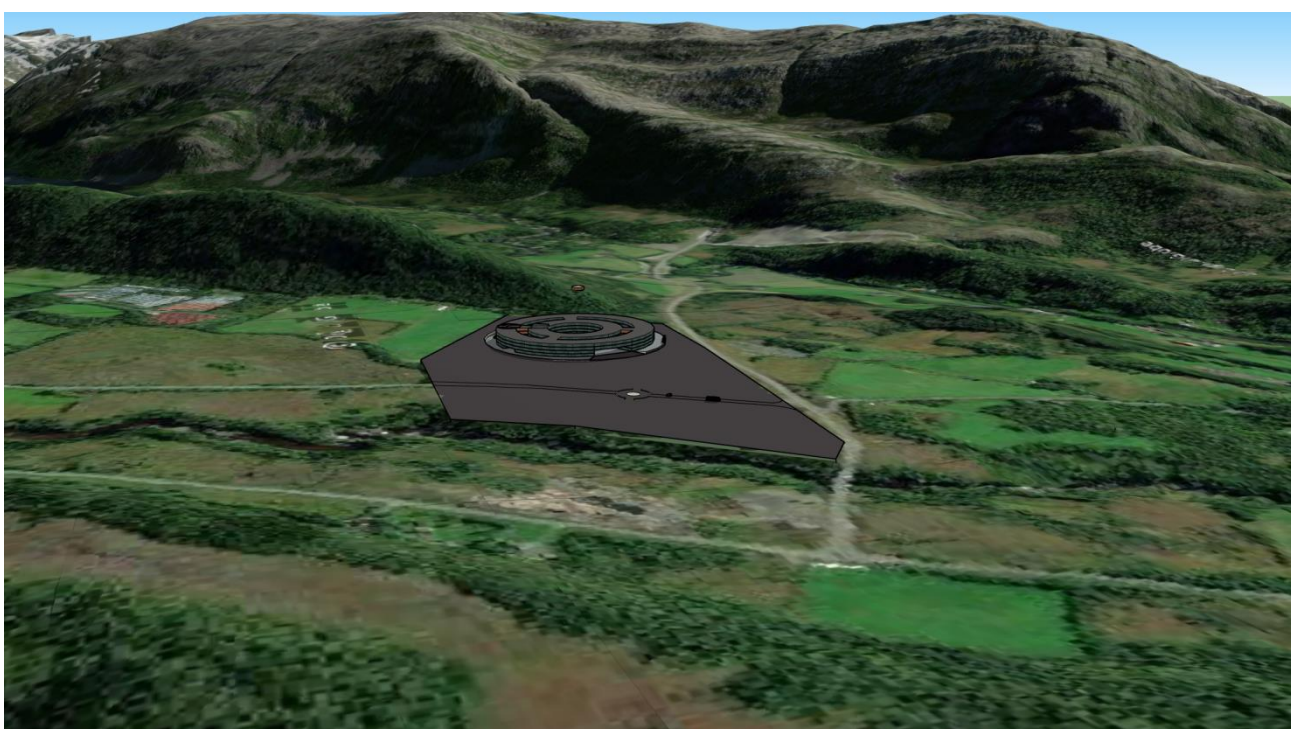
Figur 1: Isfri ambulansebåtkai Leirosen 1,7 km til sykehus utsikt mot øst



Figur 2: Sykehus 65000 m2. Utsikt mot vest



Figur 3: Utsikt mot øst. 10 km til Levang isfri havn



Figur 4: Utsikt mot sør og Toventunnelen. Avstand Mo i Rana 90 km, Mosjøen 38 km, Sandnessjøen 25 km og Brønnøysund 67 km + 35 min ambulansebåt



Helgelandssykehuset HF

Dato: 26.05.2021

### **Tomteutredning – Innspillsrunde**

Tilsvar fra Leirfjord kommune vil komme i to forsendelser. Dette tilsvaret gjelder punktet «*Leirfjord kommune og Alstahaug kommune*»

### **Konklusjon**

*Det er avdekket svakheter i tomteutredningsrapporten både når det gjelder vurderinger og prosess for kvalitetssikring. Dette tilsier at innspill fra kommunen til rapporten må tillegges vesentlig vekt ved videre vurdering av tomtealternativer.*

### **Innledning**

Swecos mandat har vært å utrede og evaluere innkomne tomteforslag i kommunene Alstahaug og Leirfjord basert på forutsetninger og premisser i forutsetningsnotatet for tomteutredningen. Leirfjord kommune er bedt om faktainformasjon, presiseringer, og korrigeringer på overordnet nivå som vil utdype eller korrigere det faglige grunnlaget i utredningen innenfor kommunenes ansvarsområde.

#### Involvering av berørte kommuner:

Denne utredningsprosessen ble gjennomført på veldig kort tid. Leirfjord kommune ble tilskrevet og skulle svare opp flere konkrete spørsmål knyttet til planer og tomter i Leirfjord. (for eksempel forespørsel om kommunens offentlige planer som skulle svares ut i løpet av tre dager i uke 48 som ledd i arbeidet med forutsetningsnotatet, etter møte med Sweco, Helgelandssykehuset og Sykehusbygg, der et betydelig informasjonsgrunnlag skulle gjennomgås på kort tid). Fra administrasjonenes side ble alle spørsmål svart opp innenfor gitte tidsrammer, men det ble forutsatt at kommunen kunne verifisere opplysninger i etterkant.

Vi mener det er en svakhet i prosessen at kommunene ikke ble invitert med på befaringsavtomtene. Begrunnelsen for å ikke ta med kommunene var at *“Sweco skal kunne ha en så objektiv, faktabasert og faglig tilnærming til arbeidet som mulig”*. Dette harmonerer ikke med alminnelige offentlig forvaltning og kommunens rolle som en offentlig aktør, men svekker derimot muligheten for at konsulentene skal oppnå et faglig godt grunnlag for rapporten. I tilnærmet all offentlig planlegging er kommunene etter vårt skjønn gitt viktigere rolle enn det som er lagt til grunn i denne prosessen.

### **Kriterielisten og myndighetskrav.**

Leirfjord kommune sendte den 22.02.2017 brev til Kommunal og moderniseringsdepartementet og ba om departementets redegjørelse på avsnitt 5.2.2 (Særskilt og formålet med

lokaliseringspolitikken) i statlige retningslinjer for lokalisering av statlige arbeidsplasser og statlig tjenesteproduksjon.

I svarbrev av 10.03.2017 (ref: 17/1083-2) fra daværende kommunal og moderniseringsminister Jan Tore Sanner sies blant annet følgende:

*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 og andre foretak som staten eier, slik som helseforetakene.***

Etter Leirfjord kommune sitt syn er dette ikke tatt med i vektingen av de ulike kriteriene. Benyttes feil forutsetning i bruken av myndighetskrav vil det bidra til flere aktuelle tomter i Leirfjord ikke er foreslått tatt med i videre utredninger.

Hvis vektingen av kriteriene som fremkommer i denne rapporten benyttes i forbindelse med etablering av statlige arbeidsplasser og tjenesteproduksjon, vil enhver etablering ikke kunne gjøres utenfor etablerte byområder i Norge.

### **Pasientgrunnlag**

Plassering av nytt hovedsykehus i Sandnessjøen og omegn må plasseres slik at det sikrer størst mulig pasientgrunnlag. Rett plassering vil bidra til at pasienter fra Vefsn benytter hovedsykehuset og vil ikke utløse krav om DMS i Mosjøen, eller økt pasientlekkasje til andre helseforetak.

### **Funksjonsfordeling**

Oppgavefordeling og hvilke tjenester som kun vil havne på nytt hovedsykehus i Sandnessjøen og omegn er ikke ferdig utredet. Det vil sannsynligvis være flere funksjoner som kun vil være på ett av sykehusene på Helgeland. Rapporten har ikke tatt inn ulike scenarier og hvilke utslag dette ville gitt innenfor de ulike forutsetningen og kriterieområdene, samt vektingen av disse.

### **I sammenstillingstabell 7-10 Sammenstilling av tilgjengelighet og transport, vil vi knytte følgende kommentarer:**

#### **Akuttransport**

Rapporten tar utgangspunkt i dagens etablerte infrastrukturløsninger og ikke mulige infrastrukturløsninger som følge av ny plassering av hovedsykehuset på Helgeland. Ambulansebåt rett inn på sykehus ved etablering på Leines, ambulansesai i Levang og Leland ved etablering av sykehus på Tovåsen og Leland.

Tilgjengeligheten for ambulanshelikopter er for Leines (tomt 21) høy, men for tomtene på Leland og Tovåsen er middels. Vurderingene av tomtene til middels er basert på uttalelse fra avdelingssjef i 330- skvadron samt uttalelser fra Norsk luftambulans. Nordlands -fly som i en årrekke har flydd på

Helgeland for Helgelandskraft har stor kjennskap til alle områder som er foreslått utredet og skulle vært forespurt om en uttalelse til denne utredningen.

Leirfjord kommune er av den oppfatning at vekting av kriterier for lokalisering av hovedsykehus på Helgeland er en særdeles viktig beslutning og må gjennomgå en bredere kvalitetssikring, eventuelt supplert med målinger/datafangst der det kreves.

Rapporten har lite fokus på utfordringene knyttet til lufttrykk som skapes ved inn og utflygning med de nye ambulanshelikoptrene. Leirfjord kommune forutsetter også at en fremtidig lokalisering ivaretar flyoperative forhold, slik at nåværende og framtidens helikopter kan lande ved det nye hovedsykehuset.

### ***Stabil veiforbindelse***

I sammenstilling av tilgjengelighet og transport/ stabil veiforbindelse vil vi påpeke følgende: Stenging av Helgelandsbrua eller Toventunellen skjer svært sjeldent og anleggene er åpne for trafikk tilnærmet 100 % av året. I de sjeldne tilfeller Helgelandsbrua er stengt, vil det likevel kunne kjøres uttrykning. Da blir det misvisende å framstille sannsynlighet for stenging til middels på noen av tomtene i Leirfjord under begrunnelse stengt Helgelandsbru.

Det fremkommer heller ikke i rapporten om stengt Helgelandsbru og Toventunnel skyldes planlagt vedlikehold, dårlig vær og eller andre uforutsette hendelser.

Feil i vurdering/logisk brist:

Avstand til hovedvei: Leines (tomt 21) får i rapporten middels skår fordi den er nært hovedvegnett (tomt 21 er tilknyttet arm fv. 17 som grovt regnet er 3 km fra hovedveien fv. 17 via armen), mens Leland får lav skår fordi det er 700 meter til fv. 17. Tomt 18 på Leland kan for øvrig knyttes til fv. 7308 med avstand på ca. 600-800 meter avhengig av løsning.

### ***Tilgjengelighet pasienter og pårørende***

Som tidligere påpekt vil manglende oppgavefordeling og funksjoner bidra til feil i vekting av kriteriene. Flere av funksjonene innen Helgelandssykehuset vil havne på ett av sykehusene. Tidligere utredningsrapporter kilde: Enhet for PHT HSYK. Pasienttransport på Helgeland 2018 slår fast at plassering av sykehus i Leirfjord (kommunesentret Leland) har best vektet snitt 58 min i akutte situasjoner. Plasseres hovedsykehuset nærmere Tovåsen vil snittet bli enda bedre.

Det fremkommer ikke i utredningen hvordan ny teknologi (det grønne skiftet) og nye offentlige transportruter tilpasset plassering av hovedsykehuset i aksene Mosjøen - Sandnessjøen vil kunne bety for tilgjengeligheten. KPMG - indeksen i 2019 fastslår at Norge er på topp tre listen over land i verden som er best forberedt på selvkjørende biler.

### ***Utrykning/ brann***

I rapporten er flere tomteområder i Leirfjord vurdert til å ha klare svakheter innen brannberedskap.



Leirfjord kommune har i dag felles brannordning med Alstahaug kommune. Brannberedskapen er dimensjonert ut fra de kartlagte behov og særlige brannobjekt kommunen har i dag. Å benytte dagens dimensjonering av brannberedskap som argument mot plassering av sykehus i Leirfjord mener vi er gir en feil fremstilling og skulle ikke vært vektlagt i så stor grad.

Ved etablering av nytt hovedsykehus i Leirfjord vil det bli gjennomført ROS – analyser. Nødvendig dimensjonering av fremtidig beredskap vil bli etablert i tråd med resultatet av analysen.

### ***Nærhet til kollektivknutepunkt og flyplass***

Det fremkommer ikke i rapporten at en lokalisering på Tovåsen , bidrar til en sentral plassering mellom to flyplasser som sikrer større regularitet. Kjærstad 45,5 km og Stokka 33 Km.

Som tidligere nevnt er det i Sweco sin rapport ikke utredet hvordan nye kollektivløsninger og kollektivknutepunkt som bør etableres for de ulike tomteområdene. (Tovåsen, Leland, Leines/Horvnes området)

Leirfjord kommune mener at uansett lokalisering av nytt hovedsykehus vil det bidra til en endring av dagens kollektivløsninger

### **Andre kommentarer:**

#### ***Byutvikling, arbeidsplass og rekruttering.***

I fremlagte rapport fremkommer det ikke at kommunesentrene i Nesna og Korgen når Tovåsen og Leland innen 45 minutter. Rapporten slår fast at Tovåsen har den fordel at sykehuset kan nås fra bo- og arbeidsmarkedsregionen Vefsn og Alstahaug innenfor 45 minutter.

Tjenestetilbud på Leland er oppgitt til 10 minutter fra Tovåsen, men er etter alle beregninger 5 minutter kjøretid.

Under nærhet til universitet, høyskole og andre samarbeidspartnere er ikke en mulig reetablering av Høyskolen på Nesna nevnt

Meld. St. 7 (2019-2020) Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023 gir retning og rammer for utvikling av spesialisthelsetjenesten og samarbeidet med den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Målet er å realisere pasientens helsetjeneste på en bærekraftig måte. Det er særlig knapphet på arbeidskraft som vil sette grenser for hvordan vi kan løse oppgavene. En bærekraftig helsetjeneste forutsetter derfor at vi utnytter mulighetene teknologien gir, bruker kompetansen hos de ansatte best mulig og løser oppgavene så effektivt som mulig. Hovedtemaene i meldingen er samhandling mellom kommuner og helseforetak, psykisk helsevern, bruk av teknologi og digitalisering, kompetanse og akuttmedisinske tjenester.

Rekruttering av personell er allerede en stor utfordring og vil sannsynligvis øke i årene som kommer. Behovet for og kravet om faglige robuste kompetansemiljø vil presse seg frem, som igjen vil legge føringer for strukturen på spesialisthelsetjenestene i årene som kommer. Derfor må også hovedsykehuset på Helgeland lokaliseres og dimensjoneres på en slik måte at det i fremtiden vil kunne yte kvalitativt gode tjenester til hele Helgeland. Det kan bety at kompetansemiljø i fremtiden blir nødt til å samlokaliseres, fordi det ikke er nok personell til å jobbe på flere lokasjoner.

### **By- og tettstedsutvikling**

I rapporten er det fokusert på byutvikling mens begrepet tettstedsutvikling ikke er vurdert. Dette kan ikke være riktig vurdering med tanke på Leland er definert som tettsted. Stedsutvikling er gitt lav skår for alle alternativer i Leirfjord.

### **Spesifikke kommenter til de ulike tomter:**

#### **Tomtealternativ Leines**

- For Leines er det ferdig detaljregulert ny kortere adkomst fra hotellet ved Helgelandsbrua og ned til aktuelle tomteområdet. Det vil gi to alternative veier til sykehuset fra fv 17.
- Tomten på Leines er eid av Leirfjord kommune (150 dekar). Tomten kan bekreftes å være reelt tilgjengelig.
- Å vekte Leines alternativet til lav måloppnåelse på grunn manglende 2-sidig strøm forsyning er etter vårt syn feil. Uansett valg av tomt vil det måtte gjøres tilpasninger i strømmettet. Som rapporten påpeker, er det mulig å etablere ringforbindelse i distribusjonsnettet via sjøkabel over Leirfjorden. Det rapporten ikke synliggjør er den korte avstanden mellom Horvnes og tomteforslaget på Leines.
- Vannforsyning: For Leines er det mulig å etablere 2-sidig leveranse ved å knytte eksisterende rørledning til Alstahaug kommunes vannforsyning på industriområdet Horvnes

#### **Tomtealternativ Leland**

- Tettstedsnært i henhold til SSB. Ikke vektlagt i rapporten
- Nytt hovedsykehus kan plasseres på lavere kote enn Sweco har lagt til grunn. Derved er problemet med vanntrykk misvisende.
- I rapporten fremstår det at tomtealternativet ligger utenfor eksisterende vannledningsnett. Dette er direkte feil, da hovedvannledning ligger langs foreslått tomtegrense.
- Alternativet kommer ikke i konflikt med eldre- og verneverdig skog som påstått i rapporten. Tomten er i hovedsak allerede hugget ut.
- Vannforsyning: små kostnader knyttet til 2-sidig leveranse av drikkevann.

#### **Tomtealternativ Tovåsen**

- Rapporten har for stort fokus på den enkelte tomt og ikke området som helhet. På ingen av de foreslåtte tomtene er det foretatt grunnundersøkelser.

- Vannforsyning: Leirfjord kommune har etablert to separate vannkilder for levering av kommunalt vann (hovedvannkilden og krisevannkilde). Ved etablering av nytt hovedsykehus på Tovåsen vil det være 2 km til tilkoblingspunktet for krisevann.

### **Generelt om tomtene**

- De foreslåtte tomtealternativene i Leirfjord er vesentlig større enn hva behovene for Helgelandssykehuset noen gang vil være. Årsaken til at det er foreslått store områder er for å gi tilstrekkelig valgmuligheter for plassering av bygg og tilhørende anlegg, samtidig som utvidelsesmuligheter er ivaretatt i for overskuelig framtid
- Store arealer gir naturligvis flere eiere, men Leirfjord kommune er likevel av den klare oppfatning at det er oversiktelige og enkle eierforhold.
- Råtomteprisene i Leirfjord er lave slik at kostnader knyttet til grunnerverv av relativt store arealer vil være beskjedne.
- I november 2020 redegjorde Leirfjord kommune for at det er kunngjort igangsetting av arbeid med kommuneplanens samfunnsdel og arealdel. Planprogram for dette arbeidet ble fastsatt 12.11.2020. Dagens status på kommuneplanarbeidet er at det jobbes med et konkret forslag til ny samfunnsdel. Denne forventes ferdigstilt våren 2021, og vil inneholde strategiske mål iht. FN`s bærekraftsmål, samt arealpolitiske retningslinjer som gir direkte styringssignaler til arealdelen. Kommuneplanens arealdel vil dekke alt landareal, herunder kommunedelplaner. Kommunedelplan for sjøområdene, vedtatt 2019, tas også med slik at sammenhengene mellom sjøveis bruk og ferdsel, samt framtidig arealbruk på land, blir mest mulig funksjonell (jfr. for eksempel. ambulanserbåt)
- Ny arealdel forventes ferdigstilt våren 2022. Framdriften vil således kunne synkroniseres med framdriften i sykehusprosjektet, både med hensyn til aktuelle konsekvensutredninger, og for å sikre aktuelle arealer for videre regulering. Som det framkommer av planstrategien er det planlagt rullering av en rekke andre sektorplaner som vil være relevante knyttet til eventuell etablering av et stort formålsbygg som sykehus.
- Under tomtkostnader er i rapporten inntatt kostnadene til personalbygg. I Leirfjord er det allerede detaljregulert for ca. 250 boenheter. I kommunedelplanen Leines, innenfor en radius av 1,5 km, er avsatt arealer til boligformål med til sammen ca. 500 boenheter. Dette antas å være et godt tilbud til ansatte ved sykehus lagt til Leirfjord.
- El-forsyning: Det er god og sikker kraftforsyning i Leirfjord. Helgeland Kraft AS har tre etablerte kraftstasjoner i kommunen

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



**MON**

MOSJØEN OG OMEGN  
NÆRINGSSKAP KF

**10. juli 2021**

## **Innholdsfortegnelse**

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

## A) Innledning

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

Det vises så til følgende utredninger.

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

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

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

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

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

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

## 2. Rapport Ekstern ressursgruppe – (2019)

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

Særlig to ting var viktige momenter i ressursgruppas konklusjoner:

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

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

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

## 3. Menon – Samfunnsanalyse HSYK 2025 (2019)

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

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

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

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

### Eksempler:

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

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

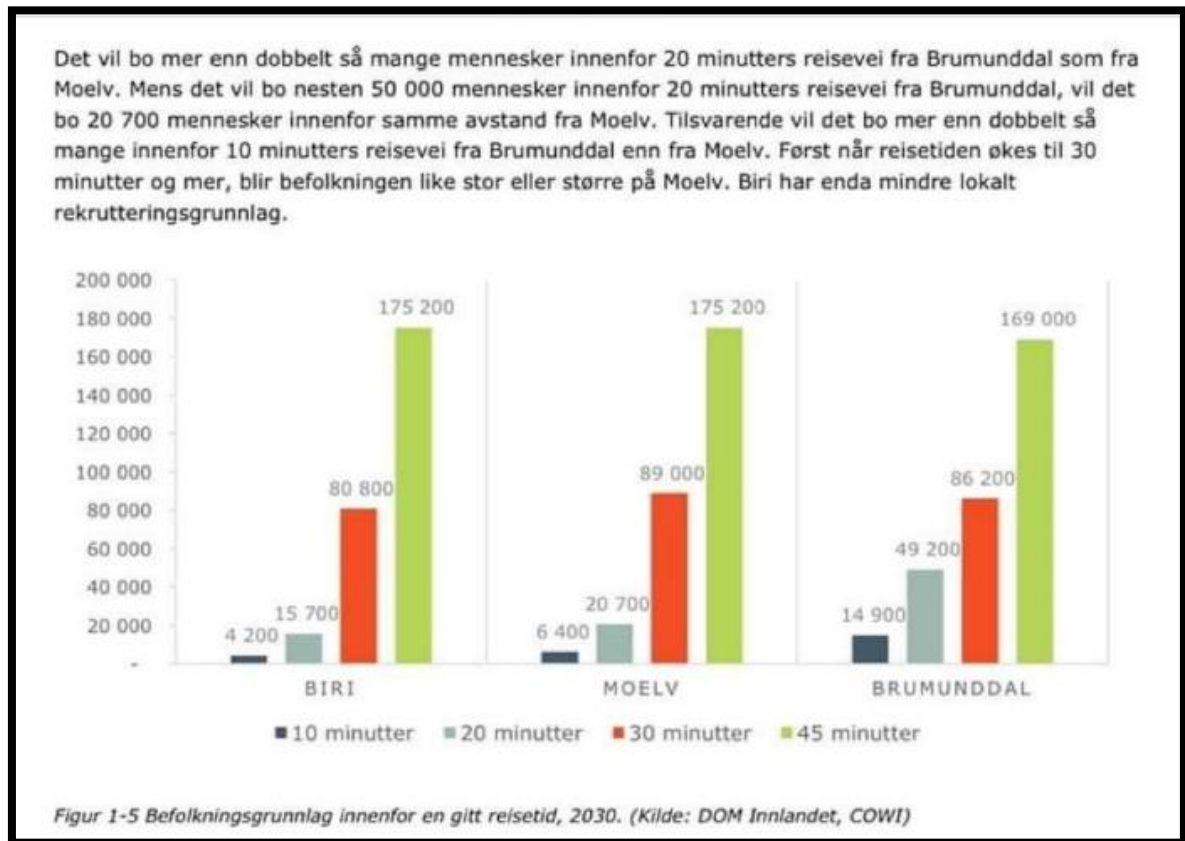
MON har snakket med Asplan Viak og de mener det er faglig feil å benytte 20 minutter som akseptabel arbeidsreisevei. De peker på at 20 minutters bilvei ofte er 40 minutters arbeidsreise og at jo høyere utdanning man har, jo lengre reisevei aksepteres.

### **Hvorfor er lengden på akseptabel arbeidsreisevei viktig?**

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

Et interessant innspill til SWECO rapporten kommer fra en privatperson:

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

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

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

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

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

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

### **1) [Pasienttransport på Helgeland - Akutte og planlagte reiser](#) - Prehospital enhet på HS - 2018**

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

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

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

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

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

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

Reisetidstabellene i punkt 4.1 er også svært relevante.

I oppsummeringen av rapporten fremkom noen av disse funnene:

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

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

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

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

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

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

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

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

*«Hva er årsaken til resultatene?*

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

*Hva betyr resultatene?*

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

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

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

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

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

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

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

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

### **4) [Innspillsdokument fra Leirfjord kommune](#)**

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

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

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



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

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

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

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

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

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

Dette fremkommer ikke i utredningene ved Helgelandssykehuset.

*Generelt om tomtene:*

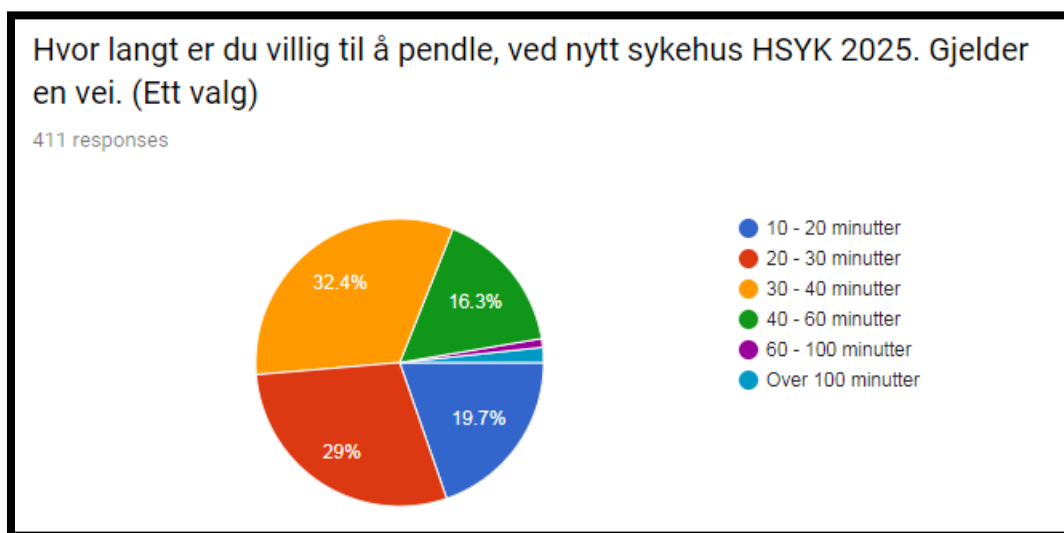
- *Råtomteprisene i Leirfjord er lave slik at kostnader knyttet til grunnerverv av relativt store arealer vil være beskjedne.*
- *I november 2020 redegjorde Leirfjord kommune for at det er kunngjort igangsetting av arbeid med kommuneplanens samfunnsdel og arealdel. Planprogram for dette arbeidet ble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

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

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

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

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



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

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

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

## 6) Drevjamoen leir i Vefsn kommune

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

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

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

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

Hemnes: 3 stk

Rana: 4 stk

Leirfjord: 1 stk

Alstahaug: 2 stk

Grane: 1 stk

Vefsn: 29 stk

Ukependlere: 4 stk

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

(Kilde: 1881.no)

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

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

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

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

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

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

## **7) Innspill fra Nordland fylkeskommune**

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

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

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

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

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

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

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

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



Svaret fra Sanner var følgende:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## 8) Generelle betraktninger

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

Rana: 26.083

Hemnes: 4.428

Lurøy: 1.876

Rødøy: 1.206

Nesna: 1.701

Herøy: 1.793

Totalt: 37.087

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

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

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

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

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

**6)** Spørreundersøkelse fra en privatperson

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## **D) Bærekraft**

### **1. Bakgrunn:**

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

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

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

### **2. Overordnet analyse**

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



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

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

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

### 3. Sammendrag av Bærekraftsanalysen

Bærekraftsanalysen fra HS fremstår nå på følgende måte:

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

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

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

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

#### 4. Valg av faktorer av vesentlig betydning

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

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

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

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

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

#### 5. Vurderinger knyttet til Tovåsen

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

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

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

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

De rapportene som er mest relevante vil være følgende:

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

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

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

#### 4.6.1 Beregninger basert på aktivitet

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

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

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

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

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

Her fremkommer følgende:

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

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

## 6. Elementer oppussing vs. nybygg

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

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

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

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

### 7.1. Vurdering av FDV-kostnader for Helgelandssykehuset

I bæreevneanalysen er det lagt til grunn en kostnad på 1 127 kr/m<sup>2</sup> i FDV-kostnader. Disse kostnadene inkluderer i denne beregningen forvaltning, drift og vedlikehold, forsyning og renhold, mens utskifting og utvikling, tøy, service, kjøkken/kantine og MTU er holdt utenfor. Disse kostnadene er beregnede etter faktiske tall fra 2018. I forhold til tilsvarende sykehusprosjekter vurderer Rådgivergruppen disse kostnadene å være innenfor normalen for den eksisterende bygningsmassen. For nybygg vurderes denne kostnaden som noe høy. For tilsvarende nybyggprosjekter varierer FDV-kostnaden normalt mellom 800 til 1 000 kr/m<sup>2</sup>. Slik Rådgivergruppen forstår bæreevneanalysen er det benyttet samme kostnad for FDV for både nybygg og eksisterende bygg, og da blir gjennomsnittskostnaden høyere enn normalen. Konsekvensen av dette er at driftskostnadene for et nybygg på 30.000 m<sup>2</sup> blir ca. 10 millioner lavere enn det som fremkommer av bæreevneanalysen.

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

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

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

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



Tabell 2 Restverdi etter 20 år ved renovering eller nybygg

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

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

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

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

## E) Sammendrag

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



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

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

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

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

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

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

Med vennlig hilsen,

Espen Isaksen  
Direktør MON KF



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

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

### **Lokalisering av statlige arbeidsplasser - Helgelandssykehuset 2025**

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

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

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

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

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

**Besøksadresse**  
Kommunehuset  
Leland  
8890 Leirfjord  
**Telefaks** 75 07 40 01

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

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

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

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

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

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

Med hilsen  
Leirfjord kommune

Ivan Haugland  
ordfører

*Dokumentet er elektronisk godkjent*



DET KONGELIGE KOMMUNAL-  
OG MODERNISERINGSDEPARTEMENT

Statsråden

Leirfjord kommune  
Ordfører Ivan Haugland  
Kommunehuset  
8890 LEIRFJORD

Deres ref  
17/496-1

Vår ref  
17/1083-2

Dato  
10.03.2017

**Lokalisering av statlige arbeidsplasser - Helgelandssykehuset 2025**

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

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

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

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

Med hilsen

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

Jan Tore Sanner