



**Helgelandssykehuset 2025**  
Rapport fra ekstern ressursgruppe  
**19. mars 2019**



# Innhold

1.	Innledning	5
1.1	Bakgrunn	5
1.2	Ressursgruppens oppgave	5
1.3	Ressursgruppens sammensetning	7
2.	Sentrale utviklingstrekk og utfordringer	8
3.	Nasjonal helse- og sykehusplan og Helgelandssykehuset	13
3.1	Om befolkningsgrunnlag	14
3.2	Konsekvenser for Helgelandssykehuset	15
4.	Transportutfordringer	17
4.1	Forventet utvikling av det prehospitale tilbudet	17
4.2	Transporttider i akutte situasjoner	22
4.3	Planlagte pasientreiser og besøksreiser	25
4.4	Arbeidsreiser for ansatte	26
4.5	Bolig- og arbeidsmarkedsregioner	30
5.	Hvordan lokalisering kan påvirke rekruttering	33
5.1	Innledning	33
5.2	Lokalisering i kommunene Leirfjord og Hemnes	34
5.3	Lokalisering i byene Mo i Rana, Mosjøen og Sandnessjøen	36
5.4	Hvordan lokalisering kan påvirke rekruttering – samlet vurdering	45
6.	Ressursgruppens forslag til løsning	47
6.1	Etablering av ett stort akuttsykehus	47
6.2	Lokalisering av det store akuttsykehuset	48
6.3	Utvikling av den desentrale spesialisthelsetjenesten	51
6.4	Styrking av det prehospitale tilbudet	52
7.	Sammendrag	53
8.	Referanser	55
9.	Vedlegg	65
9.1	Mandat	65
9.2	Oppsummering av hørings svar med ressursgruppens kommentarer	78
9.3	Data og metode relatert til kapittel 4.4	103



# 1. Innledning

*Dette kapittelet sier noe om bakgrunnen for ressursgruppens arbeid. Ressursgruppens oppgave er nærmere beskrevet; det samme er gruppens tilnærming til oppgaven.*

## 1.1 Bakgrunn

I oppdragsdokumentet 2013 fikk Helgelandssykehuset HF følgende oppdrag:

*Helgelandssykehuset skal videreutvikle et godt lokalsykehusstilbud og en desentralisert spesialist-helsetjeneste på Helgeland, i samarbeid med kommunene, samt styrke forskning, fagutvikling og utdanning.*

Utviklingsplan for Helgelandssykehuset HF ble ferdigstilt 17.10.2014 og prosjektplan for gjennomføring av idéfasen ble vedtatt 12.02.2016 (1).

Styret i Helse Nord RHF besluttet i september 2016 (styresak 105-2016) at følgende alternativer skulle legges til grunn for utredningen av sykehusstrukturen på Helgeland 2025:

- I. 0-alternativet (dagens løsning)
- II. Alternativ 2a - Stort akuttpsykehus med inntil tre DMS
- III. Alternativ 2b-1 Stort akuttpsykehus i kombinasjon med ett akuttpsykehus og inntil to DMS

Styret i Helse Nord RHF forutsatte at alle alternativene utredes likeverdig og at utredningen av alternativene koples mot valg av lokalisering av sykehusbygg på Helgeland.

I arbeidet med å etablere et underlag for et planprogram har antall alternativer for sykehusstruktur og lokalisering økt, slik at det har blitt svært utfordrende å differensiere mellom alternativene og å gjennomføre en beslutningsprosess.

Styret i Helgelandssykehuset HF vedtok derfor 19.2.2018 (styresak 14-2018) endret organisering og fremdrift av tidligfasen for Helgelandssykehuset 2025 med etablering av en ekstern ressursgruppe.

Helse Nord vedtok mandatet for arbeidet 16.05.2018 (styresak 69-2018 Helgelandssykehuset 2025 - ekstern ressursgruppe, mandat for arbeidet - oppfølging av styresak 18-2018).

## 1.2 Ressursgruppens oppgave

Helgelandssykehuset har satt ned en ekstern ressursgruppe som i løpet av mars 2019 skal komme med en begrunnet anbefaling for framtidens sykehusstruktur på Helgeland.

Resultatmål for prosjektinnramminga er beskrevet slik i mandatet:

1. Gjennomføre en prosjektinnramming som skal gi beslutningsgrunnlag før konseptfasen. Prosessen skal være preget av åpenhet og involvering, og metodikken skal beskrives.
2. Beskrive helsefaglige og samfunnsmessige konsekvenser, inkludert transport og tilgjengelighet, av ulike sykehusstrukturer og lokaliseringer.
3. Beskrive betydningen av demografisk utvikling, ny teknologi, samhandlingsmønster, nye pasientroller, rekrutteringsutfordringer, nasjonale og regionale krav.
4. Lage en rapport som er basis for beslutningsgrunnlag når styret skal behandle struktur og lokalisering. Styringsdokument for konseptfasen skrives på bakgrunn av denne rapporten.

Mandatet for ressursgruppens arbeid er gjengitt i sin helhet i vedlegg 1. Her fremgår det blant annet at ressursgruppen skal bruke sin samlede kompetanse og erfaringer fra andre sykehusprosjekter når den skal vurdere framtidig struktur og lokalisering i Helgelandssykehuset.

Videre skal ressursgruppens arbeid baseres på relevant informasjon fra tidligere faser i prosjektet (inkludert tidligere arbeidsgrupperapporter, høringsrunder, kfr. hjemmeside for Helgelandssykehuset 2025), fra andre relevante prosjekter og fra Nasjonal helse- og sykehusplan. Styret presiserer at de helsefaglige kriteriene er viktigst.

Videre fremgår det at ressursgruppens arbeid skal baseres på bakgrunnen som er beskrevet i prosjektplanen og på utredninger som allerede er utført eller bestilt eller som gruppen ser behov for å få utført. Lokale ressurser vil være tilgjengelig i faglige spørsmål, inkludert transport og tilgjengelighet.

Gruppens arbeid skal resultere i en rapport med anbefaling av struktur og lokalisering. Rapporten skal inneholde tre alternativer, inkludert 0-alternativet, med en begrunnet anbefaling av det beste alternativet. De to forslagene utover 0-alternativet skal være innenfor alternativene gitt av Helse Nord, (2a og 2b-1), men gruppens forslag kan være innenfor samme alternativ, i stedet for ett forslag fra hvert alternativ. Det forutsettes at alternativene blir vurdert likeverdig underveis i arbeidet.

Rapporten skal utgjøre en del av beslutningsgrunnlaget når styrene i Helgelandssykehuset HF og Helse Nord RHF skal behandle saken og endelig beslutning om veien videre fattes. Ressursgruppen skal gi et anbefalt forslag til fremtidig struktur og lokalisering for sykehusstilbudet på Helgeland, og med et detaljeringsnivå tilpasset det stadiet Helgelandssykehuset nå befinner seg på i sin sykehusutbyggingsprosess, nemlig fasen for prosjektinnramning. Planene for Helgelandssykehuset vil bli ytterligere detaljert gjennom en konseptfase og senere en forprosjektfase.

Ressursgruppen forstår oppgaven slik at det i utgangspunktet ikke er bedt om en ny utredning eller gjentagelse av tidligere utredninger, men at gruppen primært skal bruke sin kompetanse og erfaring til å gi en anbefaling ut fra det omfattende grunnlagsmaterialet som allerede foreligger.

Utfordringen er krevende med svært mange hensyn som må ivaretas. Gruppen har derfor lagt vekt på å redusere kompleksiteten der dette har vært mulig og har lagt vekt på å holde denne rapporten så kort og poengtert som mulig. Fokus er rettet mot de temaene som ressursgruppen mener er de viktigste i denne sammenheng og som kan bidra til å differensiere mellom alternativene. Hovedfokus har hele tiden vært å legge til rette for best mulig pasientbehandling og en bærekraftig løsning for innbyggerne på Helgeland.

Ressursgruppen innser at med så mange hensyn som skal ivaretas, er det urealistisk å lete etter en løsning som tilfredsstillende alle hensyn. Ethvert forslag til løsning vil også gi noen utfordringer. Ressursgruppen vil for sine løsningsforslag derfor også foreslå tiltak for å redusere risikoen med de utfordringer som løsningsforslagene innebærer.

Ressursgruppen har også merket seg administrerende direktør sin vurdering i nevnte styresak (Helse Nord - styresak 69-2018):

*Forventningen til den eksterne ressursgruppens arbeid er at den skal gi sykehusfaglige råd, basert på en uhildet betraktning av hva som er det beste for Helgelandregionen.*

*Langsiktig sykehusstruktur på Helgeland har stor betydning for utviklingen av spesialisthelsetjenesten på Helgeland, og den har også stor politisk interesse. Det er av avgjørende betydning at fremtidige beslutninger tas på et solid helsefaglig grunnlag.*

Ressursgruppen legger til grunn at sykehusfaglige råd må ha med seg hensynet både til akuttpasienter og til pasienter med langvarig sykdom/helsesvikt og behov for hyppige kontakter med spesialisthelsetjenesten.

Ressursgruppen har fått tilgang til tidligere utredningsmateriale inkludert arbeidsgruppereferat og høringsuttalelser. Gruppen har i tillegg mottatt en rekke innspill, kanalisert gjennom helseforetaket, i løpet av prosjektperioden.

Der gruppen har hatt behov for ytterligere informasjon har spørsmålene dels vært tema på dialogkonferansen i september og dels blitt formidlet til helseforetaket. Denne kommunikasjonen er løpende dokumentert på prosjektets hjemmeside.

Første utkast til rapport fra ressursgruppen ble oversendt ekstern kvalitetssikrer som har gitt ressursgruppen tilbakemeldinger med utgangspunkt i deres mandat om å undersøke om ressursgruppen har oppfylt sitt mandat, om gruppen har underbygget sine vurderinger med klare referanser og nyttiggjort seg det omfattende underlagsmaterialet som er utarbeidet, om gruppen har brukt etterspurt informasjon og innspill fra medvirkningsprosessen i sine vurderinger og om det er faktafeil i rapporten.

Parallelt med ressursgruppens arbeid er det gjennomført en økonomisk bæreevneanalyse i regi av Helgelandssykehuset med støtte fra Deloitte. Arbeidet ble presentert i Helgelandssykehusets styremøte den 24. oktober 2018 (styresak 86-2018 - Helgelandssykehuset 2025). Resultatene indikerer evne til å bære en investering på ca. 3 mrd. ved ett stort akuttpsykehus. Nivået blir lavere med de andre alternativene grunnet lavere forventede driftsgevinster. Forskjellene i investeringsbehov ved ett eller to akuttpsykehus er foreløpig ikke tilstrekkelig utredet. På det nåværende tidspunkt finner derfor ressursgruppen ikke grunnlag for å bruke økonomiske argumenter for det ene eller andre utredningsalternativet.

### **1.3 Ressursgruppens sammensetning**

Ressursgruppen har hatt følgende sammensetning:

- Arne Ketil Hafstad - tidligere leder av regionalt brukerutvalg Helse Nord RHF
- Liv Haugen – seniorrådgiver medisin, sykehusplanlegger, Sykehusbygg HF
- Tor Medalen - professor, Institutt for arkitektur og planlegging, NTNU
- Andreas Moan – prosjektdirektør, Helse Sør-Øst RHF, lege og PhD
- Aud Tennøy - forskningsleder, Transportøkonomisk institutt, siv. ing. og PhD
- Geir Tollåli - fagdirektør, Helse Nord RHF, spesialist i gastroenterologi
- Helge Torgersen - director, Deloitte, spesialist i anesthesiologi, bedriftsøkonom BI (leder av gruppen)
- Brynjulf Ystgaard - overlege, spesialist i gastroenterologisk kirurgi, gastrokirurgisk avdeling, St. Olavs Hospital HF

Ressursgruppen er satt sammen av medlemmer som er valgt ut på bakgrunn av personlig kompetanse og erfaring, og representerer derfor i denne sammenheng ikke sine arbeidsgivere.

Ulrich Spreng, director, Deloitte, spesialist i anesthesiologi, PhD, har hatt rollen som innleid prosessveileder/prosjektstøtte.

## 2. Sentrale utviklingstrekk og utfordringer

*Dette kapittelet beskriver utviklingstrekk som utfordrer dagens og fremtidens helsevesen. I tillegg beskrives utviklingstrekk som er mer spesifikke for Helgelandregionen. Med bakgrunn i disse utviklingstrekkenes påpeker ressursgruppen områder som krever spesiell oppmerksomhet i utformingen av fremtidig struktur for Helgelandssykehuset, og som derfor er viet spesiell oppmerksomhet i denne rapporten.*

Helgelandssykehuset står overfor noen utviklingstrekk som gjelder spesialisthelsetjenesten generelt og andre som gjelder mer spesielt for Helgelandssykehuset og dets ansvarsområde.

Helse Nord skriver i forslag til regional utviklingsplan (2) at blant annet følgende forhold vil være av stor betydning for utviklingen av fremtidens spesialisthelsetjeneste:

- Pasientperspektivet vil styrkes med tydelig fokus på pasientsikkerhet og pasientmedvirkning. Samvalg vil bli tilbudt langt flere pasienter. Brukerne vil bli involvert oftere og tidligere i forbedringsarbeid og utviklings- og omstillingsprosjekter. Pasientene vil stille større krav til tilgjengelighet, valgfrihet og åpenhet, med mulighet til å vurdere kvalitet.
- Sykdomspanorama vil forandres på grunn av den demografiske utviklingen hvor en stadig eldre befolkning gir økning i antall pasienter med kreft og kroniske sykdommer. Forbedrede behandlingsmetoder vil skape nye behov hos pasientene som har kroniske sykdommer og/eller invalidiserende og behandlingkrevende restsymptomer.
- Den raske kunnskapsutviklingen med tilgang til og behov for å lære nye teknikker og behandlingsmetoder vil fortsette. Minimal invasiv teknikk og intervensjonsbehandling vil erstatte åpen kirurgi og medfører også at sykdomsprosesser kan stoppes tidligere med mindre konsekvens (hjerneslag og hjerteinfarkt).
- Informasjonsteknologiens raske utvikling skaper mulighet for nye arbeidsmetoder som gir økt mulighet for bedre kvalitet i utredning, behandling og observasjon, bedre evaluering og oppfølging av resultater, informasjon og kommunikasjon mellom pasient/pårørende og aktørene i helsetjenestene, samt økt pasientsikkerhet. Fremtidens sykehus vil kunne se veldig annerledes ut enn i dag fordi digitalisering og automatisering gir potensialet til å endre dagens driftsmodell. Mange av konseptene og teknologiene som muliggjør utviklingen eksisterer allerede, og spørsmålet er hvorvidt det evnes å ta disse i bruk i helse- og omsorgssektoren.

Samfunnsøkonomisk Analyse AS leverte i januar 2018 en rapport på oppdrag fra Helsedirektoratet der de forsøker å se nærmere på de trendene vi står overfor og hvilke konsekvenser dette har for fremtidige bemanningsbehov. Av de relativt sikre trendene påpekes det blant annet at urbaniseringen forventes å fortsette, og den forventes å være sterkere for yngre personer enn for eldre. Det vil føre til reduksjon i andelen av omsorgsarbeidet som gjøres av nær familie - såkalt ulønnet omsorg (3).

Helgelandregionen har en begrenset folkemengde bosatt over et stort geografisk område med store klimavariasjoner. Spesialisthelsetjenesten ivaretas i stor grad av tre forholdsvis små sykehus i Mo i Rana, Mosjøen og Sandnessjøen i tillegg til et distriktsmedisinsk senter (DMS) i Brønnøysund.

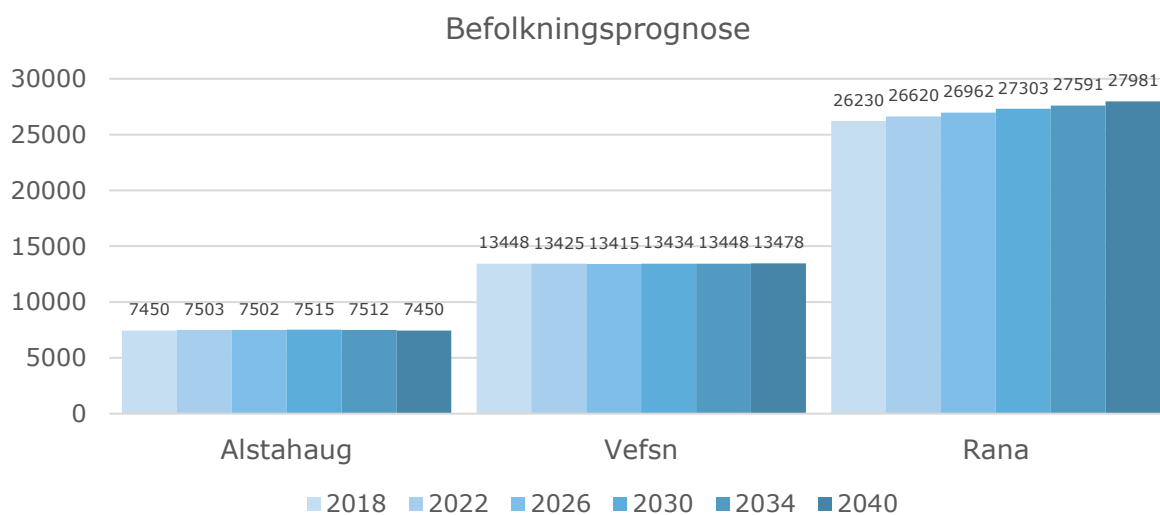
Følgende utviklingstrekk vil gi store utfordringer for Helgelandssykehuset fremover:



- Både i forhold til Helse Nord og landet som helhet, har regionen en lav befolkningsvekst (se tabell 1 og figur 1).

<i>Sykehusområde</i>	<b>2017</b>	<b>2040</b>
<i>Mo i Rana</i>	33797	35182
<i>Mosjøen</i>	16339	16195
<i>Sandnessjøen</i>	26999	29248
<i>Sum</i>	77135	80625

Tabell 1: Befolkningsgrunnlag dagens sykehusområder. Framskrevet til 2040 og pr. 4. kvartal 2017 (4).



Figur 1: Befolkningsprognoser for dagens vertskommuner for sykehusene. Fremskrevet til 2040 (MMMM) (5).

De siste oppdaterte tallene fra SSB for utviklingen gjennom 2018 bekrefter denne utviklingen:

<b>Årstall</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>	<b>Utvikling</b>
<i>Befolkning</i>			
<i>Alstahaug</i>	7 450	7 415	- 35
<i>Vefsn</i>	13 448	13 403	- 45
<i>Rana</i>	26 230	26 315	+ 85

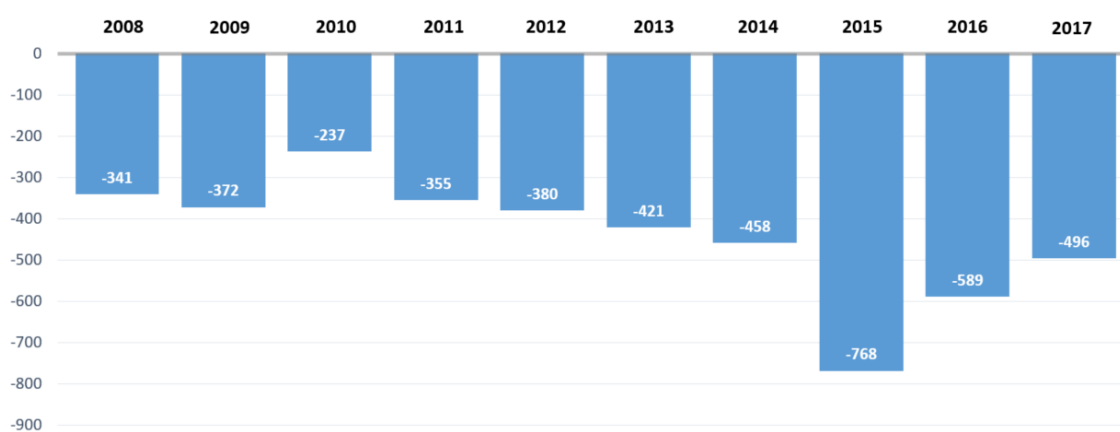
Tabell 2: Befolkningsutvikling 2018-2019 per 01.01 ved dagens vertskommuner for sykehusene (6).

- Antall innbyggere i alderen 20-67 år, altså gruppen av potensielt yrkesaktive, faller, mens antall innbyggere over 67 år, altså gruppen av potensielt pensjonister, øker betydelig (se tabell 3).

År		2017	2020	2025	2030	2035	2040
Lokalsykehus	Måltall						
Rana	% Endring 20-66 år (M)	100	100,1	98,9	98,0	96,5	95,7
	% Endring 67 år (M)	100	104,4	115,4	125,7	136,8	144,7
Mosjøen	% Endring 20-66 år (M)	100	99,0	96,3	93,4	91,0	89,1
	% Endring 67 år (M)	100	105,0	112,3	120,1	127,7	132,8
Sandnessjøen	% Endring 20-66 år (M)	100	99,9	98,9	98,2	97,3	96,5
	% Endring 67 år (M)	100	108,0	121,7	134,3	145,9	156,3
Nord-Norge	% Endring 20-66 år (M)	100	100,7	99,9	100,0	99,3	98,7
	% Endring 67 år (M)	100	107,7	120,9	132,1	144,0	154,3

Tabell 3: Befolkningsprognoser fordelt på aldersgrupper per lokalsykehusområdene (7).

- Netto innenlands flytting til regionen har vært negativ gjennom mange år.



Figur 2: Netto innenlandsk flytting Helgeland 2008-2017 (8).

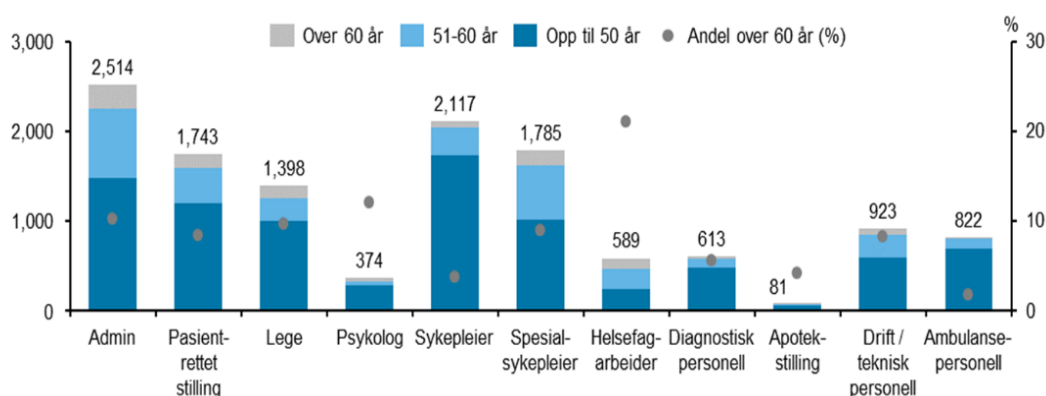
- Både i forhold til Helse Nord og spesielt landet som helhet, har regionen en stadig fallende forsørgerbrøk (definert som forholdet mellom yrkesaktive og pensjonister). Dette betyr at mens de som potensielt skal motta helsetjenester, stadig blir flere, blir de som potensielt skal yte helsetjenester, forholdsvis færre. Basert på dette tallmaterialet vedtok det regionale samarbeidsutvalget mellom Helse Nord RHF og KS følgende i sitt møte i januar i år: «Regionalt samarbeidsutvalg ser det som viktig at disse analysene vektlegges tungt i pågående planarbeid, både i kommunene, i spesialisthelsetjenestene og i samhandlingen mellom nivåene» (9).

G	2018		2025		2030		2035	
	Forsørg- erbrøk	Justert forsørger -brøk	Forsørg- erbrøk	Justert forsørger -brøk	Forsørg- erbrøk	Justert forsørger -brøk	Forsørg- erbrøk	Justert forsørger -brøk
Måltall								
<hr/>								
Foretak								
Finnmark	4,03	2,48	3,35	2,18	3,01	2,01	2,66	1,83
Troms og Ofoten	3,86	2,36	3,20	2,07	2,89	1,92	2,61	1,77
Nordlandssykehus- området	3,56	2,19	3,00	1,94	2,73	1,81	2,46	1,67
Helgeland	3,27	1,91	2,80	1,72	2,51	1,59	2,27	1,48
Nord-Norge	3,69	2,25	3,09	1,98	2,80	1,84	2,51	1,70
Norge	4,13	2,63	3,57	2,36	3,24	2,20	2,93	2,04

Tabell 4: Forholdet mellom yrkesaktive og pensjonister for foretakene i Nord-Norge, med og uten justering for uførhet (10).

Ny regional utviklingsplan for Helse Nord viser at dette utfordringsbildet er erkjent og at utfordringen er større i noen lokalsykehusområder enn andre; «Blant lokalsykehusene skiller Vesterålen, Mosjøen og Sandnessjøen seg negativt ut med tanke på estimert bærekraft» (11).

- Gjennomsnittsalderen for enkelte yrkesgrupper i Helse Nord som for eksempel spesialsykepleiere og helsefagarbeidere, er forholdsvis høy og sier noe om at rekrutteringsbehovet blir større fremover og vil øke utfordringene.



Figur 3: Aldersfordeling og andel månedsvise over 60 år for utvalgte stillingskategorier (2).

Ressursgruppen er av den oppfatning at rekrutteringssituasjonen representerer en kritisk utfordring for Helgelandssykehuset fremover; behovet for helsepersonell øker samtidig som rekrutteringsbasen går ned og netto innenlandsk flytting er negativ. Samtidig øker kampen om helsepersonell i og med at behovet for helsepersonell i kommunehelsetjenesten i regionen også er sterkt økende. Konkurransen om kompetanse er ikke bare lokal, men også fra spesialist- og kommunehelsetjenesten nasjonalt.

Det er dessuten i denne sammenheng viktig å understreke at rekruttering ikke bare dreier seg om tradisjonelt helsepersonell. Nasjonal helse- og sykehusplan uttrykker i den sammenheng:

*Moderne sykehus er avhengig av ekspertise utover det helsefaglige. Teknologisk og faglig utvikling har medvirket til store endringer i behandlingstilbudet. Blant annet vil behovet for fysikere, informatikere, teknologer, biostatistikere og ingeniører øke. Personellbehovet øker også innenfor logistikk, merkantile tjenester, service, kommunikasjon, informasjon og veiledning. Med utviklingen i medisinsk-teknisk utstyr, nye og avanserte behandlingsformer og moderne kommunikasjonsløsninger vil framtidens sykehus bli en stadig mer interessant arbeidsplass også for fagfolk og yrkesgrupper som tradisjonelt har vært lite benyttet i spesialisthelsetjenesten.*

Ressursgruppen mener derfor at fremtidig sykehusstruktur og lokalisering må legge avgjørende vekt på løsningens evne til rekruttering. Samtidig må det legges vekt på løsninger som benytter tilgjengelig helsepersonell på en hensiktsmessig måte. Behovet for samarbeid om rekruttering med kommunehelsetjenesten vil øke og være større på Helgeland enn mange andre steder.

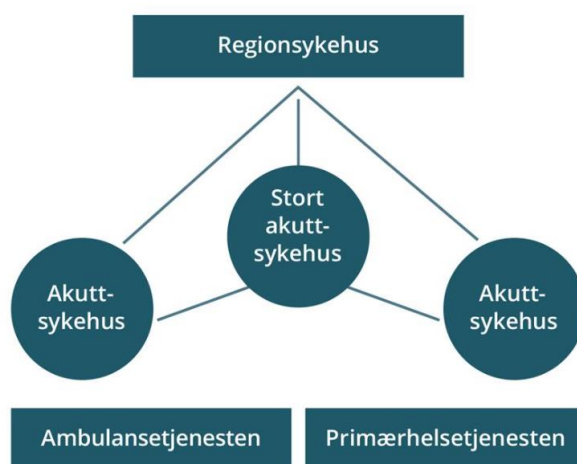
Lange avstander og økningen i antall eldre og kronikere gjør det nødvendig å prioritere desentrale helsetilbud. Helgelandssykehuset må i samarbeid med kommunehelsetjenesten ta i bruk ny teknologi og nye kommunikasjonsmuligheter som gjør at diagnostikk og behandling i størst mulig grad kan foregå i hjemmet, i kommunehelsetjenesten eller i desentrale polikliniske tilbud fra spesialisthelsetjenesten (95), (96).

Bosetningen er spredt, og fordelene ved en eventuell sentralisering av akutt-tilbudet, vil måtte veies opp mot de økte transporttidene. Enten akutt-tilbudet sentraliseres til ett eller to steder, vil transporttiden inn til akuttsykehus øke for noen. Dette forsterker betydningen av stabilisering og behandling prehospitalt og vil kreve tilpasning og utvikling av det prehospitale tilbudet sammen med kommunehelsetjenesten.

### 3. Nasjonal helse- og sykehusplan og Helgelandssykehuset

*Dette kapittelet trekker frem de deler av Nasjonal helse- og sykehusplan som er av spesiell relevans i vurderingen av fremtidig sykehusstruktur på Helgeland.*

Gjeldende Nasjonal helse- og sykehusplan (2016-2019) beskriver følgende typer sykehus (12):

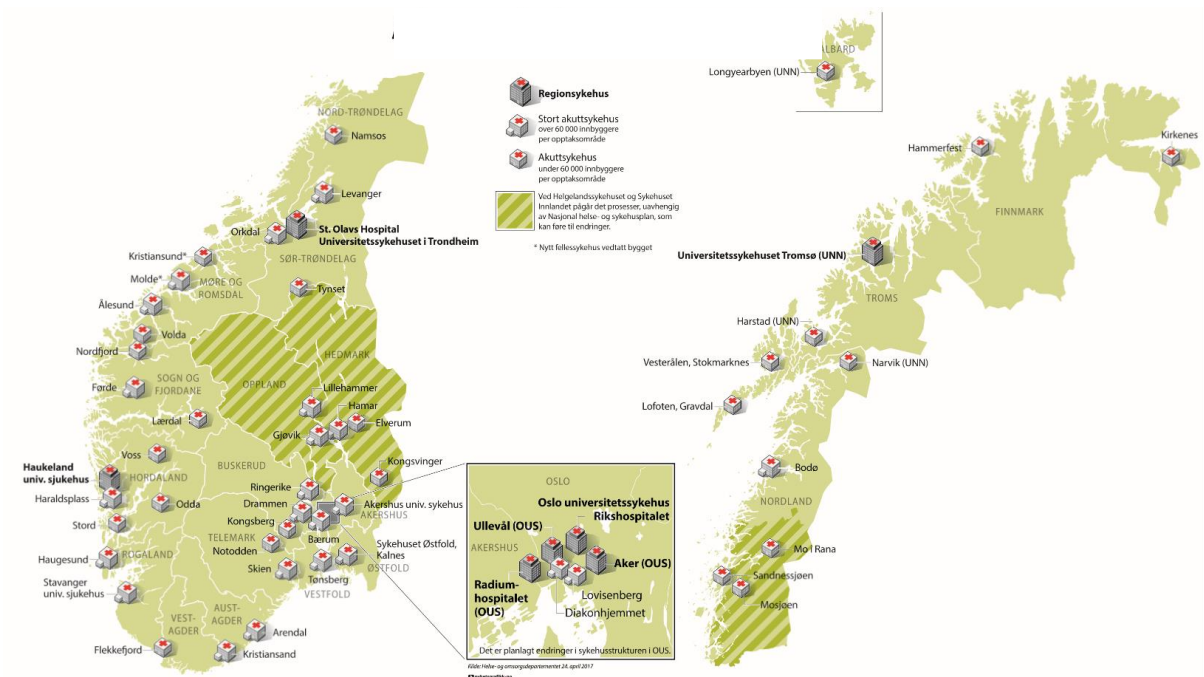


Figur 4: Ulike typer sykehus (12).

- **Regionsykehuset** er hovedsykehuset i helseregionen: Universitetssykehuset i Nord-Norge, St. Olavs Hospital, Haukeland universitetssjukehus og Oslo universitetssykehus
- **Stort akutt-sykehus** har et befolkningsgrunnlag på minst 60–80 000 innbyggere og et bredt tilbud innen akuttkirurgi og andre medisinske spesialiteter
- **Akutt-sykehus** skal minst ha akutfunksjon i indremedisin, anestesilege i døgnvakt og planlagt kirurgi. Sykehuset kan ha akuttkirurgi hvis bosettingsmønster, avstand mellom sykehus, bil-, båt-, og luftambulansetjenester og værforhold gjør det nødvendig
- **Sykehus uten akutfunksjoner** (elektive sykehus)

I Nasjonal helse- og sykehusplan bemerkes det om Helgelandssykehuset at «alle sykehusene har lite pasientgrunnlag». Mandatet for dette arbeidet legger til grunn at Helgelandssykehuset skal ha ett stort akutt-sykehus. Spørsmålet er om foretaket i tillegg skal ha et lite akutt-sykehus og/eller eventuelt distriktsmedisinske sentre (DMS).

Nasjonal helse- og sykehusplan fastla sykehusstrukturen og fordelingen av akutfunksjoner i Norge. Den har vært basis for lokale og regionale utviklingsplaner med to unntak: Struktur er ikke fastlagt på Helgeland og for Sykehuset Innlandet. Dette åpner for at man kan vurdere både antall sykehus og plassering av akutfunksjoner i disse foretakene.



Figur 5: Plassering av akuttisyrkehus (13).

### 3.1 Om befolkningsgrunnlag

Nasjonal helse- og sykehusplan (12) beskriver at et stort akuttisyrkehus skal ha et befolkningsgrunnlag på minst 60 000 - 80 000 innbyggere. Denne anbefalte grensen kom fram gjennom grunnlagsarbeidene til sykehusplanen. To uavhengige faggrupper avga sine vurderinger.

Faglig rådgivingsgruppe for sykehusstruktur (14) bestod av representanter for fagrådene i Legeforeningen innen de fagområdene som særlig berøres av akuttfunksjoner (ortopedi, gastrokirurgi, anestesi, kardiologi, gastromedisin, indremedisin og generell kirurgi). Gruppen anbefaler at:

*Antall sykehus i Norge som driver akutt kirurgi utover skadepoliklinisk virksomhet (større kirurgi og traumemottak) reduseres betydelig i løpet av planperioden (10-15 år). Med utgangspunkt i krav til teknologi, beredskap og kompetanse er det vanskelig å se for seg at et sykehus kan ha akuttfunksjon innen kirurgi med mindre enn 80 000 - 100 000 mennesker i opptaksområdet. Et befolkningsgrunnlag fra 30 000 mennesker og oppover kan være tilstrekkelig for å drive akutt indremedisin på døgnbasis. Et sykehus kan dermed ha tilstrekkelig grunnlag for å drive akutt indremedisin, men være for små til å drive med akutt kirurgi.*

*I regioner hvor værforhold og geografi gjør at avstanden blir altfor lang, må det settes inn ekstra ressurser for å dekke beredskapen, og det kan være nødvendig å gjøre unntak slik at man har akutt kirurgi selv om befolkningsgrunnlaget er under 80 000 - 100 000. Kravene til kvalitet og kompetanse må ikke bli salderingspost. Helseforetakene må ta ansvar og organisere løsninger gjennom samarbeid og rotasjonsordninger (14).*

Grunnen til at det er forskjellige anbefalinger knyttet til medisinske og kirurgiske fag forklares blant annet med at medisinske pasienter domineres av kroniske sykdommer med hyppig bruk av sykehus-innleggelse, mens flere pasienter kommer bare en gang innen kirurgiske fag. En aldrende befolkning gir også større forekomst av kroniske sykdommer.

Den andre faggruppen bestod av fagfolk, forskere og eksterne ressurspersoner (15). De skrev dette om størrelse:

*Fagutviklingen innen kirurgi påvirkes av teknologiutvikling, sammensmelting av kirurgiske teknikker og billedveiledet intervensjon (intervensjonsradiologi), dokumentert sammenheng mellom volum og kvalitet for mange prosedyrer, dokumentert kvalitetsforbedring ved forskyving av mange øyeblikkelig hjelp inngrep fra kveld/natt til neste dag, og endringer i spesialistutdanningen (bortfall av generell kirurgi). Samtidig forbedres infrastrukturen for transport slik at overflytting mellom sykehus skjer raskere og med større forutsigbarhet. Ekspertgruppen mener at utviklingstrekkene entydig peker i retning av at mer sentralisering av akutt kirurgi er en forutsetning for likeverdige tilbud av høy kvalitet, og dermed for å skape et helsevesen der pasientens behov står i sentrum for utvikling av innholdet. Gruppen anbefaler derfor samling av akutt kirurgi på vesentlig færre og større akutt sykehus. Disse må i tillegg til nærsykehusfunksjonene også inneholde spesialisert vaktfunksjon i*

- Gastroenterologisk kirurgi
- Ortopedisk kirurgi
- Intervensjonsradiologi
- Psykiatri samt rus- og avhengighetsmedisin
- Fødeavdeling
- Akuttpsykiatrisk avdeling

*Et opptaksområde på 80 000 – 100 000 innbyggere vurderes som nødvendig for å oppnå kvalitet og kostnadseffektivitet, men mindre lokale tilpasninger ut fra geografiske forhold kan være nødvendig i deler av landet (15).*

Begge de faglige rådgivingsgruppene anbefalte altså en nedre grense for opptaksområde for akutt kirurgi på 80 000 – 100 000 innbyggere. Internasjonal litteratur antyder at et sykehus bør ha et sengetall på rundt 200 for å kunne tilby den kjernen av tjenester som karakteriserer et akutt sykehus. I Norge har vi 2,1 somatiske senger per 1 000 innbyggere. 200 senger tilsvarer derfor et opptaksområde på rundt 100 000 (12).

Regjeringen foreslo, med bakgrunn i dagens sykehusstruktur og organiseringen av helseforetakene, en veiledende nedre grense for akutt kirurgi på 60 000 – 80 000 innbyggere. Det ble imidlertid påpekt at før det tas beslutninger om akutt tilbudet på det enkelte sykehus, må det gjøres en totalvurdering der også faktorer som geografi og bosettingsmønster, tilgjengelighet til bil-, båt- og luftambulansetjenester og værforhold må tillegges stor vekt.

Nasjonal helse- og sykehusplan sier videre at når det gjelder en eventuell nedre grense for akuttfunksjon i indremedisin, må mange forhold vektlegges, hvorav opptaksområde bare er ett. På generelt grunnlag sies det at hvis opptaksområdet er under 20 000 – 30 000, vil det være så få akuttinnleggelses per døgn at det kan stilles spørsmål ved om det er hensiktsmessig å opprettholde en døgnkontinuerlig vaktordning med spesialister, eller om akuttberedskapen kan håndteres bedre i tett samarbeid mellom legevakt og ambulansetjeneste.

### **3.2 Konsekvenser for Helgelandssykehuset**

Begge faggruppene anbefalte altså et befolkningsgrunnlag på 80 000 - 100 000 mennesker som nødvendig for akuttfunksjon i kirurg, men åpnet for at det gjøres unntak. Helgelandssykehuset har et befolkningsgrunnlag på 77 000 mennesker. Det tilsier ett stort akutt sykehus dersom geografi, klima og framkommelighet ikke gjør det nødvendig å fordele akuttfunksjonene. Nasjonal helse- og sykehusplan gir ingen klar veiledning for når geografi og klima tilsier at mindre enheter er nødvendige for å opprettholde tilstrekkelig beredskap.

Et av hovedmålene for arbeidet med ny sykehusstruktur på Helgeland er å sikre en faglig sterk spesialisthelsetjeneste som rekrutterer nødvendige fagfolk i framtida. Et faglig attraktivt miljø betinger tilgang på et bredt spekter av spesialiteter. Det er det samme som gir et godt behandlingstilbud til pasientene.

Dersom dagens sykehusstilbud samles i ett sykehus, vil det fortsatt være et relativt lite sykehus, men likevel stort nok til at tverrfaglighet kan opprettholdes.

Dersom hensynet til for eksempel geografi gjør det nødvendig å dele befolkningsgrunnlaget i to, må det diskuteres hvordan delingsforholdet skal være. Dersom befolkningsgrunnlaget deles i to like deler, dvs. to sykehus med 40 000 i befolkningsgrunnlag, vil begge være for små til å lage et faglig sentrum. Dersom delingen blir 20 000 + 60 000 vil det minste sykehuset nesten være for lite til å ha akuttfunksjoner i det hele tatt og det store sykehuset vil knapt være stort nok til å ha kirurgiske akuttfunksjoner. To sykehus som begge er litt for små vil ikke være lette å rekruttere til eller utvikle gode behandlingstilbud i.

Ressursgruppens vurdering er at befolkningsgrunnlaget på Helgeland tilsier at foretaket kun skal ha ett stort akutt sykehus. Ethvert forsøk på å splitte opp dette vil gjøre både rekruttering og utvikling av gode behandlingstilbud vanskelig. Ressursgruppen vil imidlertid vurdere om geografi, bosettingsmønster, tilgjengelighet til bil-, båt- og luftambulansetjenester samt værforhold, likevel gjør en slik oppsplitting nødvendig.



## 4. Transportutfordringer

*Dette kapittelet ser nærmere på den forventede utvikling av spesialisthelsetjenestens prehospitalt tilbud og hvordan dette i enda større grad vil kunne bidra til å redusere utfordringene med de lange transportstrekningene på Helgeland. Transportutfordringene både når det gjelder akuttreiser, planlagte pasientreiser, besøksreiser og arbeidsreiser vurderes.*

### 4.1 Forventet utvikling av det prehospitalt tilbudet

Prehospitalt tjenester på Helgeland er organisert som en enhet i Helgelandssykehuset HF og består av bil- og båtambulansse, luftambulansse (helikopter og ambulanssefly), pasientreiser og AMK-sentral. Prehospitalt tjenester koordineres fra akuttmedisinsk kommunikasjonsentral for Helgeland (AMK).

#### 4.1.1 Bilambulanssetjenesten

Bilambulanssetjenesten utføres fra 13 ambulanssestasjoner med 16 døgn-bemannede bilambulanser (figur 6). Ny ambulansseplan ble vedtatt i 2016 (HSYK styresak 50/2016), men er per dags dato ikke implementert.

Responstid fra 113-oppringing til ambulansse på hendelsessted er en nasjonal kvalitetsindikator, og Stortingsmelding nr. 43 (1999-2000) «Om akuttmedisinsk beredskap» (16) setter følgende krav til responstid for ambulansse:

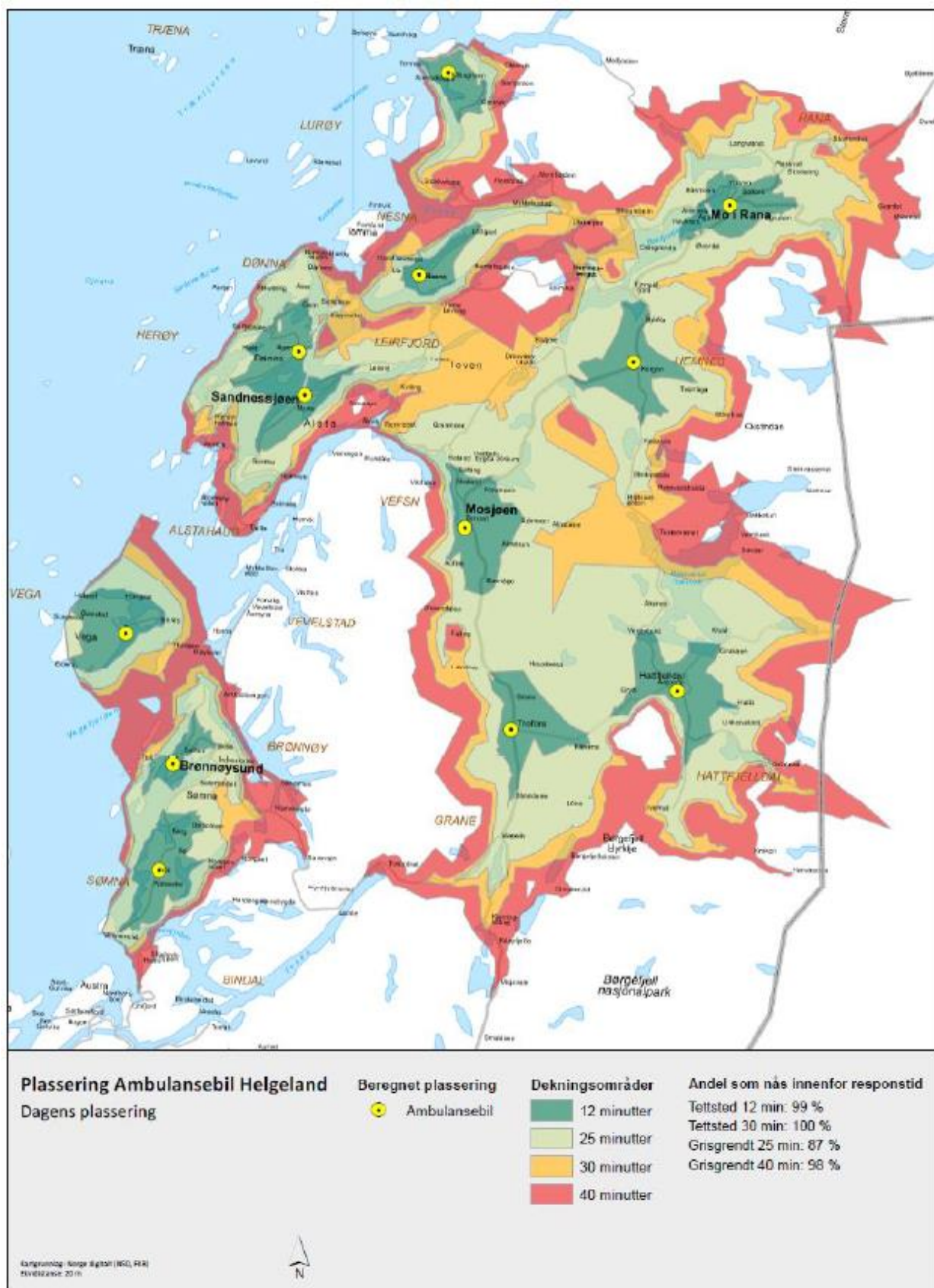
Akuttoppdrag:

- 12 minutter for 90 % av befolkningen i byer og tettsteder
- 25 minutter for 90 % av befolkningen i griskrendte strøk

Hasteoppdrag:

- 30 minutter for 90 % av befolkningen i byer og tettsteder
- 40 minutter for 90 % av befolkningen griskrendte strøk

Dagens geografiske fordeling av ambulanssestasjoner i Helgeland oppfyller disse kravene (figur 6).



Figur 6: Plassing av ambulansestasjoner i 2015 (94).

#### 4.1.2 **Båtambulansetjenesten**

Båtambulansetjenesten består av tre ambulansebåter stasjonert på Vega, Dønna og i Rødøy. Båtene har høy regularitet, men sjøtransporter tar lengre tid når det er dårlig vær.

#### 4.1.3 **Luftambulansetjenesten**

Luftambulansetjenesten HF (LAT HF) eies av de fire regionale helseforetakene og har det overordnede ansvaret for all luftambulansetjeneste i Norge. Luftambulansetjeneste på Helgeland utføres primært av et ambulanshelikopter med base i Brønnøysund og ambulansfly med baser i Brønnøysund og Bodø. Et Sea King redningshelikopter med base i Bodø (330 skvadron) kan bistå med luftambulansetransport på Helgeland.

Ambulanshelikopteret i Brønnøysund er døgnbemannet med anestesilege og redningsmann i tillegg til piloten. Helikopteret brukes hovedsakelig til primære ambulansetjenester (akuttoppdrag) og i noen grad til sekundæroppdrag (overføring av pasienter mellom sykehus, i hovedsak transporter til og fra Bodø og Trondheim.) Helikopteret har de siste årene hatt en ganske stabil oppdragsmengde med 350 – 400 gjennomførte oppdrag årlig (4), (17).

Brønnøysundhelikopterets innsatsområde er hele Helgeland og tilgrensende kommuner. Basen i Brønnøysund disponerer også en bil som kan bemannes med anestesilege og en redningsmann når været ikke tillater helikopterflyving. Legebilen ble i 2017 brukt i 49 tilfeller for å vurdere pasientens tilstand og behov for helsehjelp.

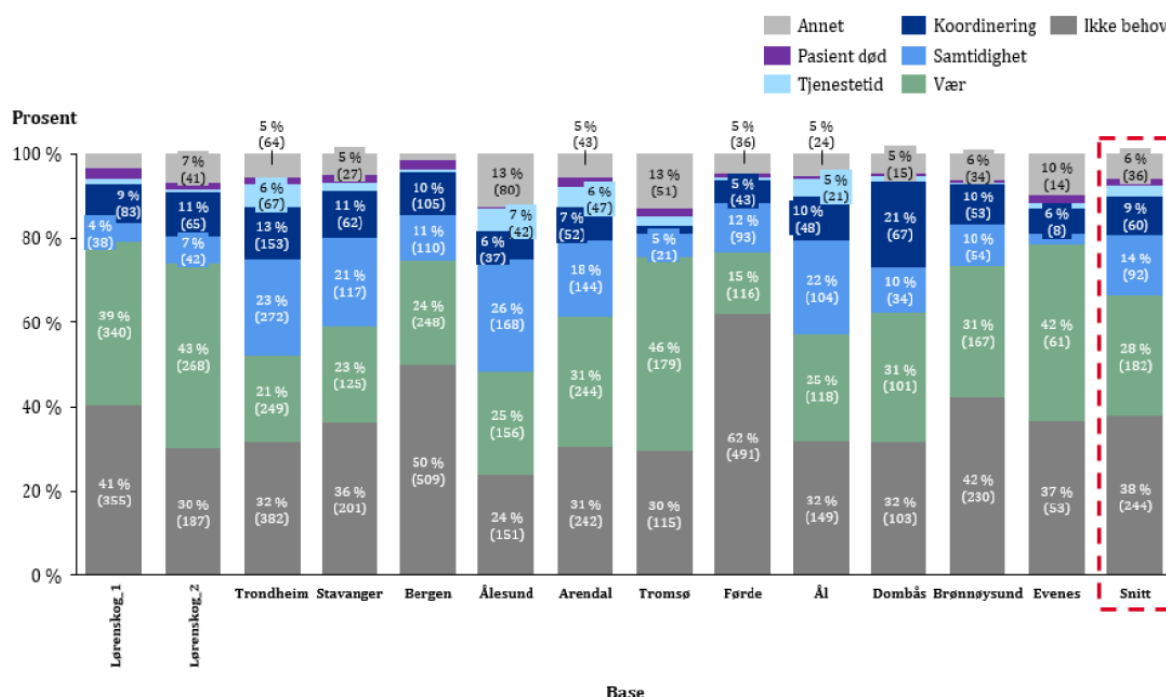
LAT HF inngikk 1. juni 2018 en landsdekkende ambulanshelikopterkontrakt med Norsk Luftambulansetjeneste AS (NLA AS) som eneste operatør. Kontrakten har en varighet på seks år med mulighet for forlengelse i inntil fire år. I henhold til denne kontrakten skal NLA AS benytte helikoptertypen H145T2 ved Brønnøysundbasen. Inntil 31.5.18 ble det brukt et ambulanshelikopter av typen AW 139 som er større, har en høyere flyhastighet og en større rekkevidde. Alle relevante oppdrag mellom Bodø og Trondheim kan dog utføres av det nye helikopteret. Endring av helikoptertype ble gjort etter en grundig faglig vurdering. Det er etter LAT HF sin vurdering ingen grunn til å frykte redusert regularitet som følge av en annen helikoptertype i Brønnøysund. LAT HF forventer snarere bedre regularitet og dermed flere gjennomførte oppdrag som følge av nye instrumentprosedyrer (18).

Gjennom flere år har NLA AS drevet forskning og utvikling med det formål å redusere innflytelsen værforhold har på gjennomføringen av luftambulansetjenester. Et eksempel er HemsWX, hvor kamerabokser er utplassert på strategiske lokasjoner rundt om i Norge og som etter NLA AS sin vurdering har gitt et mye bedre situasjonsbilde av været. Dette har bidratt til å øke gjennomføringsevnen betraktelig. Et annet eksempel er PinS som står for «Point-in-Space» og er en GPS basert innflygingsprosedyre. Etter NLA AS sin vurdering har også PinS bidratt til å øke gjennomføringsevnen betraktelig (19), (20).

I tillegg har LAT HF etablert et fast rutenett som utnytter potensialet for instrumentflyging mellom sykehus og luftambulansetjenestebaser med helikopter. Kombinasjonen av PinS og fast rutenett muliggjør instrumentflyging på lavest mulig høyde for å minimere sannsynligheten for isingsforhold i skyer (18).

Helikoptrene i luftambulansetjenesten er per i dag ikke sertifisert for å kunne fly i isingsforhold. Store deler av året begrenser det dermed i hvilke høyder man kan fly inne i skyer med helikoptrene, noe som er en spesiell utfordring for innlandet. Nye redningshelikoptre av typen AW101 som skal innføres i Bodø fra 2021 er imidlertid utstyrt med avisingsutstyr som gjør flyvning i kalde temperaturer mulig (19). Med avisingsutstyr vil man med helikopter etter NLA AS sin vurdering kunne ha samme regularitet i isingsforhold som fly har. Instrumentflyging med helikopter uten avisning vil etter NLA AS sitt syn også ha vesentlig effekt på gjennomføringen av luftambulansetjenester på Helgeland.

Ambulansehelikopterregularitet påvirkes av flere forhold enn været, eksempelvis tjenestetid (hvileregler for personellet). I perioden 2014 til 2016 ble ambulanshelikopteret fra Brønnøysund rekvirert 1212 ganger. Derav ble 1139 oppdrag gjennomført, mens 542 oppdrag ble avvist og 331 oppdrag ble avbrutt. Av de avviste oppdragene var dårlig vær årsak i 31 % av tilfellene (figur 7). Av de avbrutte oppdragene var dårlig vær årsak i 12 % av tilfellene. Det betyr at i denne treårsperioden ble 206 av totalt 1212 oppdrag ikke gjennomført pga. værforholdene (10,2 %). På landsbasis ble i samme perioden 8,4 % av luftambulansoppdrag avvist eller avbrutt grunnet dårlige værforhold (17). Helikopterregulariteten er bedre i sommerhalvåret og i kystområder enn om vinteren og i innlandet (21).



Figur 7: Årsaker til avviste oppdrag med ambulanshelikopter i perioden 2014-2016 (17).

Sykehusstruktur og plassering av sykehus har liten innflytelse på hvor mange oppdrag som avvises eller som ikke kan utføres (responsregularitet) og har liten innflytelse på tiden som helikopter trenger for å nå frem til en pasient (responstid). Plassering av helikopterbase har derimot innflytelse på responstid. Pasienter på Helgeland vil få hjelp av helikopter i like stor grad uavhengig av lokalisering av et stort akuttsykehus (22).

Når oppdrag avvises for helikoptertransport grunnet værforhold, så er det som regel grunnet dårlig vær for å komme til pasienten. Er et oppdrag iverksatt og værforholdene ikke tillater landing ved et bestemt sykehus, så vil pasienten bli transportert til et annet sykehus som for eksempel Bodø eller Namsos (22). Utover dette kan det i slike tilfeller være mulig å lande et annet sted (f.eks. flyplass) og deretter fortsette transport av pasienten på landeveien, eventuelt med følge av anestesilege.

Ambulanseflyet er stasjonert i Brønnøysund (LA-FW) og er bemannet med anestesisykepleier. Ambulanseflyet brukes hovedsakelig til sekundærtransport, dvs. overflytting av pasienten fra sykehus til sykehus (800 til 1000 pasienttransporter pr år). Værforholdene er en mindre viktig faktor når det gjelder ambulansfly. Ved en samling av sykehusfunksjonene i ett stort akuttsykehus bør helseforetaket vurdere om ambulansflyet i noen grad kan brukes for primærtransport av pasienter for å redusere lange transporttider med bilambulans når helikopteret ikke kan brukes.

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

Ved siden av videreutvikling av avansert helikopterteknologi er det flere nyvinninger i prehospital tjeneste som muliggjør både avansert diagnostikk og behandling ute hos pasienten. Eksempler er bærbar ultralyd til undersøkelse av magen, hjertet og brystkassen og innebygd CT (computertomografi, et avansert bildediagnostisk hjelpemiddel) i ambulansen (23), (24), (25), (26).

Med CT i ambulansen kan ambulanspersonellet ta bilder av hjernen på hentestedet. Bildene kan sendes til en radiolog/nevrolog på sykehuset som stiller diagnosen, f.eks. hjerneslag, og deretter gir ambulanspersonellet mulighet til å sette i gang behandlingen (trombolyse som kan løse opp en blodpropp i hjernen (26), (27)). Det pågår forskningsprosjekter med en mobil hjelm som med hjelp av mikrobølgeteknologi kan bidra til raskere diagnostikk ved akutt hjerneslag (28). Ved Hallingdal sjukestugu bruker ambulanspersonellet en CT-maskin for å undersøke hjernen ved mistanke om hjerneslag. Bildene vurderes av en røntgenlege på Ringerike sykehus (29). Andre eksempler på igangsetting av behandling på hentestedet eller under transport til sykehus kan være oppstart av antibiotikum ved alvorlige infeksjoner (sepsis) eller transfusjon av blodprodukter ved akutte blødninger (30), (31).

Ressurser fra kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten må samarbeide slik at diagnose kan stilles og behandling startes så tidlig som mulig. Bruk av telemedisin vil gjøre det mulig at videobilder fra en pasient eller fra et skadested kan overføres i sanntid til sykehuset og at spesialister der kan gi råd og veiledning til legevaksleger og ambulanspersonellet (32). Slik kan akuttmottaket på et vis flyttes ut i ambulansen, legevakt eller også sykehjem. Med et raskt mobilnett (5G) vil det være mulig å overføre ultralydbilder i sann tid (33).

Bruk av droner er en teknologi som har vist seg å være lovende i pilotprosjekter. Droner kan brukes til å frakte utstyr som f.eks. hjertestarter, til et sted som er vanskelig tilgjengelig med bil eller båt (34), (35).

Utover dette vil fremtidens prehospital helsepersonell kunne ta i bruk verktøy som hjelper dem å ta riktige avgjørelser både i forhold til pasientbehandling og også i forhold til taktiske beslutninger. Bruk av kunstig intelligens (AI) vil gjøre disse beslutningene bedre (36).

Den raske utviklingen av medisinsk teknisk utstyr, transportmuligheter og nye prehospital behandlingsrutiner stiller store krav til en kontinuerlig kompetanseutvikling hos både legevaksleger og prehospitalt personell.

Dagens geografiske fordeling av ambulansestasjoner i Helgeland oppfyller nasjonale responskrav. Ambulansehelikopter og ambulansfly er stasjonert i Brønnøysund og redningshelikopter i Bodø. Tekniske fremskritt vil øke helikopterregulariteten. Pasienter på Helgeland vil få hjelp av ambulanse og helikopter i like stor grad uavhengig av lokalisering av et stort akutt sykehus. Flere nyvinninger i det prehospitalt tilbudet muliggjør både avansert diagnostikk og behandling ute hos pasienten.

## 4.2 Transporttider i akutte situasjoner

Akutt sykdom og skade behandles i de aller fleste tilfellene av fastlege eller kommunal legevakslege. For pasienter med eksempelvis hjertestans, hjerteinfarkt, hjerneslag, pustevansker, akutte skader eller blodforgiftning er det viktig at behandlingen blir igangsatt tidlig (37), (38), (39). For håndteringen av disse og flere andre pasientgrupper er det etablert omforente retningslinjer som krever raske tiltak både prehospitalt og i akuttmottaket. Før avreise til sykehus er derfor stabilisering og initiell behandling av avgjørende betydning for pasienten. Samarbeidet mellom legevakslege og ambulanspersonellet, evt. i dialog med spesialister i sykehusene, er i denne sammenheng nøkkelen til et godt sluttresultat. Flere kilder understreker betydningen av denne initielle behandlingen:

- I vurderingen av risikoen ved å fjerne akuttkirurgiske tilbud fra sykehus, fremholdes det i Nasjonal helse- og sykehusplan at «Rask tilgang til kompetent bil-, båt- eller luftambulans, fortrinnsvis legebemannet, vil være det viktigste tiltaket for å redusere risiko for død og varig skade i de mest tidskritiske situasjonene» (12).
- Nasjonal traumeplan fra 2016 gir også uttrykk for at «Ambulansetjenesten er den viktigste ressurs for håndtering av alvorlig skadde pasienter i sammen med mobil legevakt» og at «Legevaktlege og ambulansetjenesten er den primære akuttmedisinske ressursen i Norge» (40).
- I «NOU 1998:9 Hvis det haster.. Faglig krav til akuttmedisinsk beredskap» uttrykkes det slik: «Det er faglig enighet om at prinsippene for stabilisering og primær behandling ved akuttmedisinske tilstander i hovedsak er enkle og ikke krever stor grad av spesialisering. Det vesentlige er at behandlingen kommer raskt i gang. Er dette kravet oppfylt, kan de mer spesialiserte behandlingstiltak oftest vente noe» (41).  
I «NOU 2015:17 Først og fremst» står det «Den profesjonelle helsetjenesten kan ikke alltid nå tidsnok fram, og flere steder er det langt til sykehuset. Det må etableres beredskap for livbergende tiltak lokalt basert på analyser. Ulike kommunale ressurser må mobiliseres, og frivillige organisasjoner må sikres muligheten for å spille en stor rolle også i fremtiden. [...]. Funksjonsendring og differensiering av akutttilbudet ved små og store sykehus forutsetter styrking av kapasiteten og kompetansen i de akuttmedisinske tjenestene utenfor sykehus. En effektiv bil-, båt- og luftambulansetjeneste får økende betydning i fremtiden og vil være en forutsetning for å kunne gjennomføre strukturendringer i helsetjenesten på en trygg måte. Kompetansen i tjenesten må utvikles videre, og utvalget peker spesielt på bilambulanspersonellet» (42).
- I brev til ressursgruppen uttrykker flere av legene ved sykehusene i Mosjøen og Sandnessjøen følgende «Fremtidens akuttmedisin vil for en stor del bli ivaretatt av ambulanspersonell, allmennleger og annet personell i primærhelsetjenesten. Spesialisthelsetjenesten vil være mer sentralisert, men vil kunne bidra via velferdsteknologiske løsninger, telemedisin og kunstig intelligens» (43), (44).

Ressursgruppen vil derfor understreke betydning av både tilgjengelighet og akuttmedisinsk kompetanse hos legevakslegene og ambulanspersonellet. Stiftelsen Norsk Luftambulans har etablert et nettverk av lokale akuttmedisinske team i kommuner over hele landet gjennom kurset «akutthjelpere». Disse lokale akuttmedisinske teamene vil kunne komplettere akuttkjeden (45).

Tiden fra en akutt skade eller sykdom oppstår til pasienten ankommer sykehus, består av en responstid (utrykningstid), omsorgstid (tid til behandling før transport til sykehus) og transporttid (tid inn til sykehus). Responstiden er avhengig av ambulansetjenestens basestruktur og kapasitet, og er på linje med omsorgstiden i utgangspunktet uavhengig av sykehusstruktur.

Når det gjelder transporttiden til sykehus er imidlertid den en funksjon av valgt sykehusstruktur. Helgelandssykehuset har allerede i dag forholdsvis lange transporttider. Jo større grad av sentralisering, jo flere får lengre transporttider til sykehus. Her blir det med andre ord en avveining mellom de helsemessige gevinstene som oppnås gjennom etablering av større enheter (kfr. kapittel 3) og de helsemessige konsekvensene av lengre transporttider for pasientene.

Det er vist at pasienter kan ha bedre resultater om behandlingen startes tidlig. Dette gjelder for pasienter med sykdommer som f.eks. blodforgiftning eller hjerteinfarkt (37), (38), (39). Dette understreker betydningen av en godt utbygd, kompetent og velutstyrt prehospital tjeneste. Ved akutte skader (traumer) ble det nylig vist at en andel av pasientene har lavere dødelighet om de blir transportert til et egnet sykehus i løpet av den første timen (46), (47).

Transporttider er grundig omtalt i begge de omstridte rapportene «Anbefaling av utredningsalternativer» (48) og «Pasienttransport på Helgeland» (4). I begge arbeidene står en vurdering av hvor stor andel av befolkningen som når sykehus innen en gitt tid ved ulike lokaliseringalternativer, sentralt.

Det er imidlertid lagt til grunn ulike pasientgrupper, ulike forutsetninger og ulike metoder, noe som gjør at resultatene ikke er direkte sammenlignbare. Det overordnede bildet er likevel at det er noen fellestrekk mellom arbeidene.

«Pasienttransport på Helgeland» opererer med vektete gjennomsnittlige reisetider til ulike lokaliseringalternativer (se tabell 14 i (4)). Tiden er kortest til Leirfjord (58 minutter). Forskjellene mellom de tre bykommunene Alstahaug (65 minutter), Vefsn (62 minutter) og Rana (71 minutter) er mindre enn 10 minutter. Gjennomsnittlig reisetid til Hemnes er 64 minutter. Legges det til grunn at Namsos kan brukes i gitte akutsituasjoner dersom det store akuttsykehuset plasseres i Mo i Rana, blir tilsvarende tidsestimat 67 minutter, gitt at begge disse sykehusene benyttes.

Det er noen tydelig likheter og forskjeller mellom kommunealternativene som fremkommer når det sees nærmere på kurvene som beskriver andel av befolkningen som når sykehus innen en gitt tid ved lokaliseringalternativer som plasserer sykehuset i en by (4):

- Reiseutfordringene er betydelig på Helgeland, dog ikke unike i nordnorsk sammenheng. Ved samling til ett stort akuttsykehus vil fortsatt bare ca. 75-85 % av befolkningen ha nådd akuttsykehuset innen 90 minutter (i tillegg kommer responstid og omsorgstid) uavhengig av hvilken by sykehuset lokaliseres.
- I den første timen fra akutt sykdom/skade oppstår til pasienten ankommer sykehus (responstid + omsorgstid + transporttid), vil andelen av befolkningen som når sykehus være høyest dersom sykehuset legges til Mo i Rana (forutsatt et eksempel med en responstid på 15 minutter, en omsorgstid på 15 minutter og en transporttid på 30 minutter).
- På den annen side vil en gruppe av pasienter, nemlig de som får lengst transporttid til sykehus, også være forbundet med en plassering av sykehuset i Mo i Rana. Da vil reisetiden fra Brønnøysund og omliggende øyer/kommuner utgjøre ca. 3 timer til Mo i Rana. Denne situasjonen er nærmere drøftet i kapittel 6.2.

Dette kapittelet er skrevet med utgangspunkt i tilbudet om båt- og bilambulanse. Luftambulansetjenesten med mulighet for legebil og bruk av ambulansefly til primæroppdrag ved dårlige værforhold vil imidlertid kunne endre dette bildet. Det vises i den sammenheng til kapittel 4.1, samt vurderinger i kapittel 6.2.

Akutt sykdom og skade behandles i de aller fleste tilfellene av fastlege eller kommunal legevaktslege. Ved tilstander som krever innleggelse i sykehus, er den initielle innsatsen til fastleger/kommunal legevaktsleger og de prehospitale tjenester, evt. i dialog med sykehusspesialister, helt avgjørende for et godt sluttresultat. Ressursgruppen vil derfor understreke betydning av både tilgjengelighet og akuttmedisinsk kompetanse hos legevaktslegene og ambulanspersonellet, samt muligheten til etablering av akuttmedisinske team.

Reiseutfordringene er betydelige på Helgeland ved alle alternative lokaliseringer av et stort akuttsykehus. Leirfjord gir kortest vektet gjennomsnittlig reisetid. Rana har lengst vektet gjennomsnittlig reisetid, men er også det stedet der høyest andel av befolkningen når sykehus i løpet av den første timen ved akutt skade/sykdom. For befolkningen fra øyene/kommunene rundt Brønnøysund, er avstanden til Mo i Rana lengre enn til de andre lokaliseringalternativene.



### 4.3 Planlagte pasientreiser og besøksreiser

Reiseavstandene for planlagte pasientreiser og for besøksreiser til sykehuset vil for mange være lengre i en situasjon med ett stort akuttisykehus enn i dagens situasjon med tre sykehus. Hvor et nytt stort akuttisykehus lokaliseres vil påvirke hvem som får kort og hvem som får lang reisevei.

Polikliniske konsultasjoner og dagbehandlinger utgjør ca. 90 % av pasientkontaktene med spesialisthelsetjenesten (49). Hvor stort reiseomfanget til det store akuttisykehuset blir, avhenger derfor i stor grad av hvor omfattende poliklinisk, dagmedisinsk og diagnostisk tilbud som etableres lokalt på de stedene som ikke lenger skal ha sykehus.

Bruk av teknologiske løsninger som videokonferanse, gjør det allerede i dag mulig at eksempelvis ortopediske pasienter kan kommunisere med helsepersonell før eller etter en operasjon uten at de må reise til et sykehus. Pasienten kan kommuniserer både fra sitt bosted eller fra f.eks. et DMS (50).

Det må forutsettes at kollektivtilbudet tilpasses ny sykehusstruktur når den er etablert. Det må likevel forventes at størst andel av befolkningen får tilfredsstillende kollektivtilbud mellom hjem og sykehus dersom sykehuset lokaliseres i en av de tre byene fordi byene normalt er kollektivknutepunkter. Alternativt må det forventes større bevilgninger til kollektivtransport om et sykehus lokalisert utenfor en av de tre byene skal få tilfredsstillende kollektivtilbud.

Det er gjort flere beregninger for å finne ut hvilken lokalisering som totalt sett gir gjennomsnittlig kortest reisetid og reisevei til sykehuset når man ser hele befolkningen på Helgeland under ett (4), (48), (51). Beregningene er gjennomført på forskjellige måter med ulike forutsetninger og gir derfor også noe ulike svar. Det bildet som tegner seg har noen sammenfallende trekk med det bildet som ble beskrevet for akuttreisene. Vektete gjennomsnittsbetraktninger gir forskjeller som etter ressursgruppens vurdering er av en størrelsesorden som ikke kan tillegges avgjørende vekt.

Dersom det store akuttisykehuset legges til Mo i Rana, vil det være pasienter fra Brønnøysund og omliggende øyer/kommuner som får så lang reisevei at det kan bli utfordrende å klare og reise frem og tilbake for en konsultasjon i løpet av en dag (4). Dette vil i så fall kunne bety behov for en overnatting i tilknytning til konsultasjonen. Hvorvidt denne situasjonen oppstår avhenger av hvor godt det er mulig å planlegge de ulike aktivitetene i forbindelse med konsultasjonen, hvor fleksibelt helseforetaket er i oppsettet av den 8-timers åpningstiden som er lagt til grunn i planforutsetningene, og hvorvidt man i gitte situasjoner er villig til å øke åpningstiden til 10 timer pr dag.

Dersom det ikke finnes tilfredsstillende fleksible løsninger på denne situasjonen og dersom det ikke etableres omfattende polikliniske og dagmedisinske tilbud sør i regionen, vil en eventuell etablering av et stort akuttisykehus i Mo i Rana kunne bety at innbyggerne i de sørlige deler av regionen ser seg om etter spesialisthelsetjeneste-tilbud utenfor foretaket. Dette er en rettighet alle pasienter har og som innbyggerne i Bindal kommune allerede benytter seg av. Denne risikoen er nærmere drøftet i kap 6.2.

Reiseavstandene vil øke ved sentralisering av sykehusstilbudet. Hvor omfattende reiseomfanget blir avhenger av hvilke polikliniske og dagmedisinske tilbud som etableres i de byene der det ikke lenger skal være sykehus. Vektete gjennomsnittsbetraktninger for reisetidene gir forskjeller mellom lokaliseringalternativene som etter ressursgruppens vurdering er av en størrelsesorden som ikke kan tillegges avgjørende vekt. Risikoen for pasientstrømmer ut av foretaket krever spesiell oppmerksomhet dersom det store akuttisykehuset lokaliseres til Mo i Rana.

#### 4.4 Arbeidsreiser for ansatte

Hovedskillet mellom de fem alternativene når det gjelder arbeidsreiser for ansatte på sykehuset går mellom i) lokalisering i en av de tre byene (Sandnessjøen, Mosjøen og Mo i Rana) og ii) lokalisering i en av de to kommunene som ikke er bykommuner (Leirfjord og Hemnes). Disse kommunene er små (ca. 2 200 innbyggere i Leirfjord kommune og ca. 4 500 innbyggere i Hemnes kommune) (48). Det betyr at man må forvente at en relativt stor andel av de ansatte på sykehuset vil bo i en av byene og pendle derfra til arbeid dersom ett av disse to alternativene velges.

Avstandene og tidsbruk fra rådhus til rådhus med bil og etter skiltet hastighet er (ifølge Google maps):

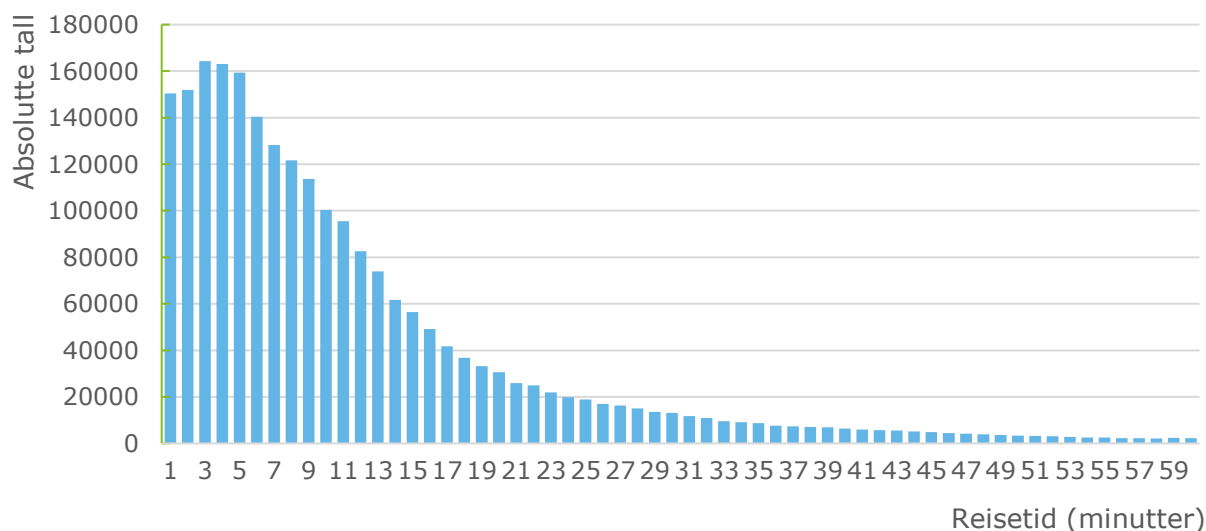
- Leland - Sandnessjøen: 20 km, 21 minutter
- Leland - Mosjøen: 45 km, 39 minutter
- Korgen - Mo i Rana: 39 km, 35 minutter
- Korgen - Mosjøen: 49 km, 47 minutter

Om vi ser på avstandene mellom Mosjøen, Sandnessjøen og en lokalisering av nytt sykehus på Leira rett vest for Toventunnelen, finner vi følgende:

- Leira - Sandnessjøen: 24 km, 24 minutter
- Leira - Mosjøen: 41 km, 38 minutter

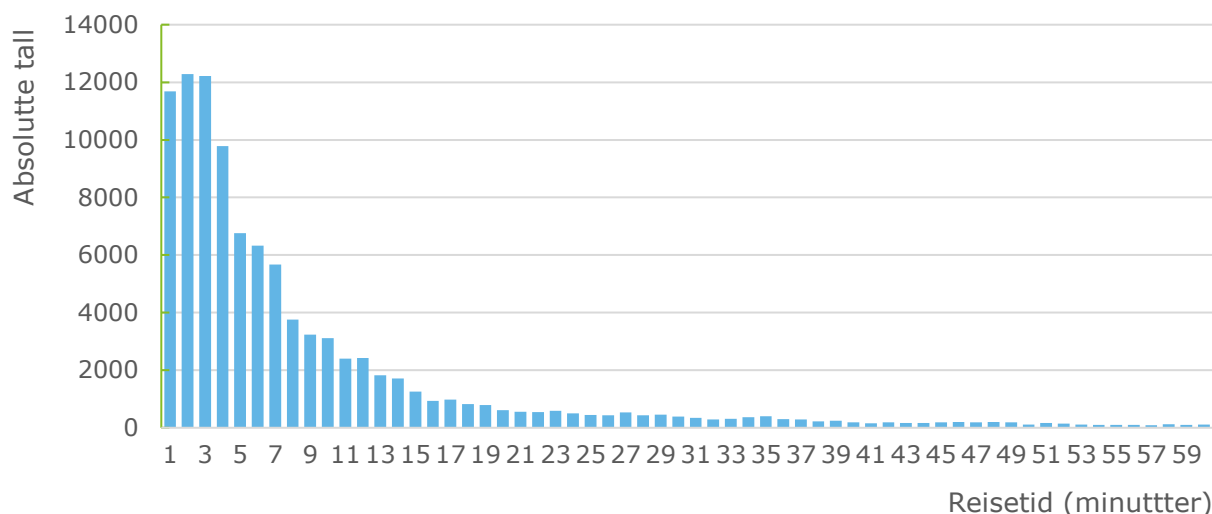
Dette er relativt lange pendlingsavstander sammenlignet med gjennomsnittlige pendlingsavstander for de som bor i de tre bykommunene (ca. 6–8 km) og for dem som jobber der (ca. 10–13 km) (52). Pendlingsavstandene er også lange sammenlignet med gjennomsnittet for alle ansatte og bosatte i Norge, som er ca. 15 km (52).

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 (minst tid av de eksemplene vi har listet over).



Figur 8: Sysselsatte etter reisetid til jobb for alle sysselsatte i Norge. 4. kvartal 2015 (53), (54).

Figur 9 viser hvor lang tid sysselsatte i Nordland bruker på sin arbeidsreise. Vi ser at også i Nordland er det få som organiserer seg slik at de får lange arbeidsreiser.



Figur 9: Sysselsatte etter reisetid til jobb for alle sysselsatte i Nordland. 4. kvartal 2015 (53), (54).

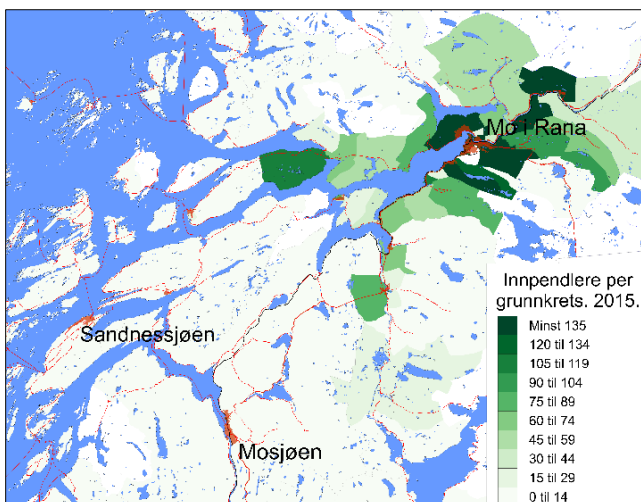
Dette betyr at lokalisering av nytt sykehus i ett av de to tettstedene utenfor de tre byene vil medføre vesentlig lengre reisevei for ansatte enn det majoriteten av befolkningen i Norge og Nordland velger å ha. Sykehusansatte som velger å bosette seg nær nytt sykehus lokalisert i Hemnes (Korgen) eller Leirfjord (Leland eller Leira) må forvente at en eventuell partner må pendle til nærmeste by, og få tilsvarende lang arbeidsreise.

Lange arbeidsreiser er negativt på flere måter. Det er en ulempe for de som må bruke mye tid på arbeidsreisen, noe som bidrar til å gjøre sykehuset mindre attraktivt som arbeidssted (kfr. kap. 5). Dette understøttes av funn i en masteroppgave fra Nord universitet, hvor 10 ansatte på de tre sykehusene på Helgeland ble intervjuet om hvordan de opplever å være i prosessen knyttet til endring i sykehusstrukturen. Her kom det frem at de ansattes største bekymringer er knyttet til at de kan få lange arbeidsreiser og kanskje vil måtte flytte til en annen by (55). De ansatte ga uttrykk for at lokalisering 'i et geografisk midtpunkt' var det dårligste alternativet, fordi det ga en klar forverring av situasjonen for alle ansatte på de tre sykehusene. Informantene ga uttrykk for at korte jobbreiser var en viktig fordel i dagens situasjon, og at de så det som sterkt negativt å få lange jobbreiser.

Lange pendlingsavstander innebærer også økt biltrafikk og medfølgende lokale og globale utslipp, samt økt fare for trafikkulykker (sammenlignet med dagens arbeidsreiser til og fra sykehusene). Lokalisering i en av de mindre kommunene gir også økt bilavhengighet, fordi det neppe kan forventes et tilfredsstillende kollektivtilbud for ansatte på reisen til og fra jobb eller at mange bor i gang- og sykkelavstand.

Dersom sykehuset lokaliseres i en av byene, kan man forvente at mange av de ansatte vil bo i den byen sykehuset er lokalisert i. Lokalisering i en av byene gir dermed kortere arbeidsreiser. Det gir større valgfrihet med tanke på transportmidler, fordi mange kan velge å bo i gang- og sykkelavstand fra arbeidsstedet og fordi byene har et kollektivtilbud.

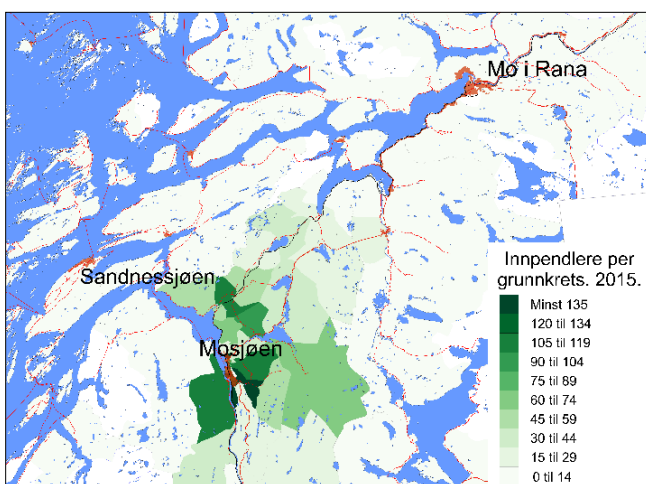
Dagens pendlingsmønstre i regionen understøtter at mange vil bo nær arbeidsplassen dersom sykehuset lokaliseres i en av byene. Figur 10, 11 og 12 viser at arbeidsmarkedsregionene til de tre byene verken overlapper eller tangerer (SSB har ikke frigitt tall med tilsvarende detaljeringsnivå etter 2015). Det er lite pendling mellom de tre byene (se tabell 5). De fleste som jobber i en av byene bor altså i eller relativt nær den byen de jobber i.



Figur 10: Antall som pendler inn til Mo i Rana etter grunnkretsen de bor i. 4. kvartal 2015 (56).



Figur 11: Antall som pendler inn til Sandnessjøen etter grunnkretsen de bor i. 4. kvartal 2015 (56).



Figur 12: Antall som pendler inn til Mosjøen etter grunnkretsen de bor i. 4. kvartal 2015 (56).

Tabell 5 viser at det er lite pendling mellom de tre bykommunene. Det høyeste tallet vi finner for 2018 er 125 personer som bor i Vefsn og pendler til Rana. Dette utgjør kun ca. to prosent sammenlignet med antallet som bor i Vefsn og jobber i Vefsn. Tabellen viser også at antall pendlere mellom de tre byene har variert noe over årene, og at antall og andel pendlere i hele perioden har vært lav. Vi ser at det har vært en økning i antall pendlere fra de andre byene til Vefsn og Alstahaug fra 2017 til 2018. Den største økningen i antall pendlere finner vi blant dem som bor i Alstahaug og jobber i Vefsn, fra 70 til 100 pendlere. Det betyr at andelen pendlere fra Alstahaug til Vefsn (sammenlignet med de som bor og jobber i Alstahaug) har gått opp fra 2,3 til 3,3%, som fortsatt er en lav andel.

<b>Arbeidssted</b>	<b>Bosted</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>
<i>1820 Alstahaug</i>	<i>1820 Alstahaug</i>	3107	3120	3178	3125	3048	3070	3035	3026
<i>1820 Alstahaug</i>	<i>1824 Vefsn</i>	82	84	86	79	71	66	70	89
<i>1820 Alstahaug</i>	<i>1833 Rana</i>	43	48	48	55	62	57	53	63
<i>1824 Vefsn</i>	<i>1820 Alstahaug</i>	47	48	54	70	55	62	70	100
<i>1824 Vefsn</i>	<i>1824 Vefsn</i>	5977	5999	5983	6017	5949	5951	5938	6025
<i>1824 Vefsn</i>	<i>1833 Rana</i>	103	71	77	86	81	94	100	116
<i>1833 Rana</i>	<i>1820 Alstahaug</i>	78	64	43	35	35	46	50	48
<i>1833 Rana</i>	<i>1824 Vefsn</i>	103	88	95	112	126	123	141	125
<i>1833 Rana</i>	<i>1833 Rana</i>	11856	11810	11843	12004	11679	11761	11876	12005

Tabell 5: Pendlingsstrømmer etter arbeidsstedskommune, bostedskommune, statistikkvariabel og år (4. kvartal) (57).

Når det gjelder de tre byene, er ikke lengde på arbeidsreisen et kriterium som skiller mellom dem. I alle byene vil ansatte med stor sannsynlighet bosette seg i eller nær byen og arbeidsplassen, som gir mulighet for å ha korte jobbreiser, og gir fleksibilitet med tanke på valg av transportmiddel (vi forutsetter at sykehuset lokaliseres i eller i nær tilknytning til byen, og ikke langt utenfor). I dagens situasjon er arbeidsreisene noe kortere for bosatte (6,2 km) og ansatte (10,1 km) i Mo i Rana enn i Sandnessjøen (hhv. 7,1 og 13,1 km) og i Mosjøen (hhv. 7,9 km og 11,8 km) (52).

Det har ikke vært noen generell økning i lengden på arbeidsreisene i byene fra 2007 til 2015 (52). Hvordan lengden på arbeidsreisene vil utvikle seg i de ulike byene dersom et nytt stort sykehus lokaliseres der, avhenger av hvor i byen sykehuset lokaliseres og hvor byene legger til rette for ny boligbygging. Legges sykehuset og/eller nye boliger i utkanten av eller utenfor de sentrale delene av byen, må man forvente økning i gjennomsnittlig arbeidsreiselengder og høy bilandel. Arbeidsreisene vil bli kortere og bilandelene lavere enn i dag om sykehuset og de nye boligene bygges i de sentrale delene av byen fordi boliger og arbeidssted da ligger nærmere hverandre.

Lokalisering av nytt sykehus i ett av de to tettstedene utenfor de tre byene vil medføre vesentlig lengre arbeidsreiser for ansatte enn lokalisering i en av de tre byene. Lengden på arbeidsreisen er ikke et kriterium som skiller mellom de tre byene.

## 4.5 Bolig- og arbeidsmarkedsregioner

I diskusjonene om lokalisering av akuttsykehus på Helgeland, og i høringsuttalelser til ressursgruppens rapport, hevdes det at kommunene Alstahaug, Leirfjord og Vefsn må forstås som en felles bolig- og arbeidsmarkedsregion, eller at den vil bli det i fremtiden dersom sykehuset lokaliseres på akse mellom Sandnessjøen og Mosjøen. Når vi ser på data for pendling mellom kommunene og holder det opp mot definisjoner av felles bolig- og arbeidsmarkedsregioner, finner ressursgruppen at disse tre kommunene ikke kan forstås som å være en felles bolig- og arbeidsmarkedsregion.

I et arbeid igangsatt av Kommunal- og moderniseringsdepartementet, og der forslag er sendt ut til alle kommunene for innspill, er det inndelt funksjonelle bolig- og arbeidsmarkedsregioner (BA-regioner) (58). Her defineres kommuner med større innpendling fra andre kommuner enn utpendling fra egen kommune, og hvor innpendlingen utgjør minst 8 prosent av arbeidsaktuell befolkning i bokommunen, som senterkommuner. Kommuner som ikke er senterkommuner legges til en senterkommune i en BA-region hvis utpendlingen til senterkommunen er minst 8 prosent og reisetiden ikke overstiger 75 minutter. Er utpendlingen over 8 prosent<sup>1</sup> til flere senterkommuner legges kommunen til den senterkommunen der utpendlingen er størst.

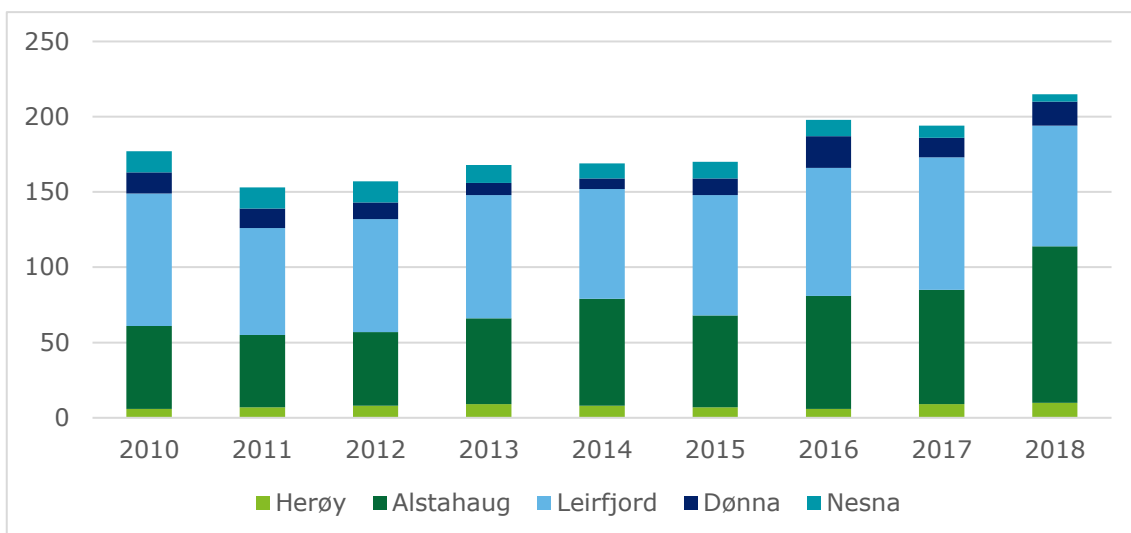
Etter denne definisjonen er Alstahaug, Leirfjord og Dønna en BA-region, mens Vefsn, Grane og Hattfjelldal er en annen BA-region. Kommunene Alstahaug, Leirfjord og Vefsn kan ikke forstås som en funksjonell BA-region. Dersom det bygges nytt sykehus i Leirfjord, og alle ansatte bor i enten Alstahaug eller Vefsn og pendler til Leirfjord, kan man teoretisk få en situasjon der de tre kommunene defineres som en felles BA-region med Leirfjord som senterkommune. Da må man forutsette at alle de ansatte velger å ha vesentlig lengre reisevei enn det den norske og nordnorske befolkningen velger å ha (som diskutert i 4.4). En slik situasjon vil ha negative effekter på rekruttering, både ved at den gir lange arbeidsreiser og ved at den bidrar til å svekke byenes og regionens attraktivitet (se også kapittel 5).

Arbeidskommune	Alstahaug		Leirfjord		Vefsn	
	Absolutte tall	% av sysselsatte	Absolutte tall	% av sysselsatte	Absolutte tall	% av sysselsatte
<i>Bostedskommune</i>						
<i>Alstahaug</i>	3026	83,6	79	2,2	100	2,8
<i>Leirfjord</i>	332	30,8	520	48,2	71	6,6
<i>Vefsn</i>	89	1,3	15	0,2	6025	89,2

Tabell 6: Pendling mellom Alstahaug, Vefsn og Leirfjord, 2018 (57).

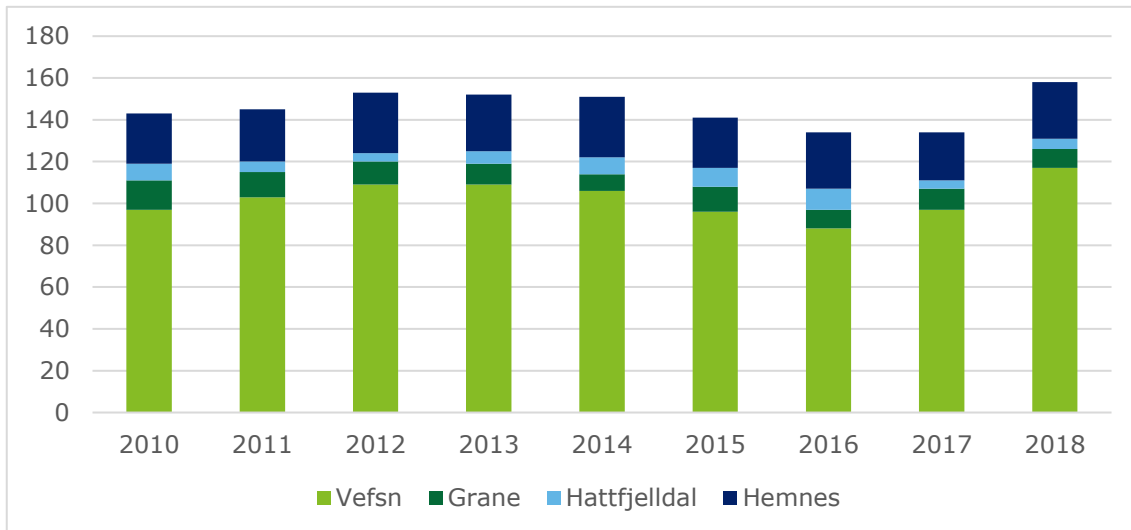
I høringsuttalelsen har det blitt påpekt at Tøventunnelen åpnet i november 2014, og at dette har påvirket pendlingsstrømmene i regionene. Vi har hentet ut data for pendling mellom relevante kommuner fra 2010 til 2018, for å undersøke dette, se figur 13 og 14. Vi ser først på antall pendlere fra kommuner vest for Tøventunnelen (Herøy, Alstahaug, Leirfjord, Dønna, Nesna) til kommunene Vefsn, Grane, Hattfjelldal og Hemnes, figur 13. Vi ser at pendlingen gjennom Tøventunnelen har økt med 41 personer, fra 169 i 2014 til 210 i 2018. I 2018 utgjør det mindre enn 3 prosent av sysselsatte i de fem kommunene, som er en lav andel. Leirfjord har størst andel med 7,4 prosent.

<sup>1</sup> 8 prosent av arbeidsaktuell befolkning tilsvarer gjennomsnittlig 10 prosent av sysselsettingen, og det var dette som ble benyttet ved forrige BA-regioninndeling (98). I andre sammenhenger er det krav om at 15 prosent av sysselsettingen skal pendle over kommunegrensene for at kommunene skal regnes som funksjonelt integrerte eller til samme pendlerregion (97), (99),



Figur 13: Antall pendlere fra kommuner vest for Tørentunnelen (Herøy, Alstahaug, Leirfjord, Dønna, Nesna) til kommunene Vefsn, Grane, Hattfjelldal og Hemnes (57).

Figur 14 viser antall pendlere fra relevante kommuner øst for Tørentunnelen (Vefsn, Grane, Hattfjelldal og Hemnes) til kommunene Herøy, Alstahaug, Leirfjord, Dønna og Nesna. Her har pendlingen økt med 7 pendlere, fra 151 i 2014 til 158 i 2018. I 2018 tilsvarer det 1,6 prosent av sysselsatte i de fire kommunene, som er en lav andel. Vefsn har høyest andel med 1,7 prosent



Figur 14: Antall pendlere fra kommuner øst for Tørentunnelen (Vefsn, Grane, Hattfjelldal og Hemnes) til kommunene Herøy, Alstahaug, Leirfjord, Dønna og Nesna (57).

Når vi sammenligner situasjonen i 2014 med de nyeste tallene fra 2018, finner vi altså at pendlingen gjennom tunnelen totalt (begge retninger) har økt med 48 personer. Det utgjør en økning på 15 prosent sammenlignet med 2014, men antall og andel pendlere gjennom tunnelen er likevel fortsatt svært lavt.

Vi har ikke inkludert data fra kommunene Brønnøy, Sømna, Træna, Vega og Vevelstad i figurene over, fordi de i liten grad berøres av Tøventunnelen. Veisystemet er slik at reisetiden blir for lang til at en reise gjennom tunnelen kan regnes som normal arbeidspendling. Grensen mot ukependling er satt til 90 minutter ved etablering av bo- og arbeidsmarkedsregioner, men avstanden for disse kommunene er vesentlig lengre.

Basert på data for pendling mellom kommunene Alstahaug, Leirfjord og Vefsn holdt opp mot definisjoner av felles bolig- og arbeidsmarkedsregioner, finner ressursgruppen at disse kommunene ikke kan forstås som å være en felles bolig- og arbeidsmarkedsregion.



## 5. Hvordan lokalisering kan påvirke rekruttering

*Et godt helsetilbud for befolkningen på Helgeland avhenger av god rekruttering til det nye store akuttsykehuset. Dette avhenger blant annet av at sykehuset lokaliseres til et sted som de som skal jobbe på sykehuset, ønsker å flytte til og bli boende. Lokalisering av nytt sykehus vil derfor påvirke om sykehuset får tilstrekkelig tilgang på kvalifisert arbeidskraft. Dette kapitlet ser nærmere på hvordan lokalisering av sykehuset kan påvirke rekruttering. Lokaliseringens betydning for utfordringer i interimperioden frem til nytt sykehus står ferdig omtales også.*

### 5.1 Innledning

Sykehus har behov for høyt spesialiserte medarbeidere innen en rekke profesjoner. Det nye store akuttsykehuset vil konkurrere om arbeidskraften med andre sykehus i Norge og andre land samt med primærhelsetjenesten. Tilstrekkelig tilgang på kvalifisert arbeidskraft må derfor være et viktig kriterium ved valg av lokalisering av sykehus, på samme måte som det er for andre virksomheter (59), (60). Et viktig spørsmål er derfor hvilken lokalisering av nytt sykehus som i størst grad bidrar til at sykehuset får tilstrekkelig tilgang på kvalifisert arbeidskraft, det vil si hvilken lokalisering som er mest attraktiv for slik arbeidskraft.

Byer og tettsteder konkurrerer om innbyggere med nabokommuner og med andre byer i regionen, i Norge og i verden. Det er stor variasjon i hva både eksisterende og potensielle innbyggere legger vekt på når de velger hvor de vil bosette seg. Sørli mfl. (61) trekker opp ulike forhold når det gjelder boligpreferanser og flyttemotiv. På overordnet nivå er strukturelle forhold som arbeidsmarkedet viktig, men individuelle motiv og behov som å ta og bruke utdanningen, hensyn til familien o.l. er også viktig. I tillegg kommer motiver knyttet til husholdningen, for eksempel dens stedstilhørighet og tradisjonelle verdier knyttet til ønske om barns oppvekstmiljø, om å høre til og ikke være fremmedgjort.

En deler gjerne befolkningen inn i ulike grupper når en studerer flytting: Bofaste i oppvekstkommunen, internflyttere i oppvekstregionen (fra en kommune til en annen, f.eks. fra Leirfjord til Alstahaug eller omvendt), tilbakeflyttere (til oppvekstkommunen) for eksempel fra Trondheim til Mosjøen og regionflyttere eller tilflyttere f.eks. folk som er vokst opp i Bodø, utdannet i Oslo og etter å ha jobbet der flytter til Mo i Rana. Vi legger mest vekt på gruppen tilbakeflyttere og tilflyttere her.

Blant de kriteriene Florida (62) har funnet at gruppen av høyt utdannede som kan velge hvor de vil bo, legger vekt på, er:

- **Tilgang til et variert jobbmarked:** Det finnes alternative jobber om de vil ha en annen jobb, det finnes relevante og interessante jobber for partner.
- **Korte og effektive jobbreiser, gang- og sykkeltilgjengelighet til det meste:** Korte avstander, fleksibilitet med tanke på valg av transportmiddel, slippe å bruke mye tid på reiser til og fra arbeid.
- **Et variert tilbud av gode boliger og boområder:** Mennesker har ulike preferanser, noen vil ha enebolig med hage, mens andre ønsker leilighet i mer urbane områder. God kvalitet på skoler, barnehager, mv. er viktig.
- **Urbanitet/tjenestetilbud/fritidstilbud:** Godt tilbud av ulike varer, tjenester og aktiviteter, at det er mye som skjer, at det er 'liv i byen', estetiske kvaliteter.
- **God tilgang til grønt- og friområder:** Både urbane parker og torg og tilgjengelig natur.

Floridas forskning er gjort i store byer som er svært ulike norske byer på mange måter. En rekke norske undersøkelser viser imidlertid at disse kvalitetene også er viktige for den norske befolkningen når de velger hvor de vil bosette seg (60), (61), (62), (63), (64).

Vi legger derfor til grunn at de kvaliteter som er listet over også er relevante når vi vurderer hvordan valg av lokalisering av nytt stort sykehus på Helgeland påvirker rekrutteringen til sykehuset.

Mange, og særlig tilflyttere, vil være opptatt av hvor enkelt det er å reise inn og ut av regionen. Det gjelder både i jobbsammenheng, for å besøke venner og familie eller av andre grunner. Alternativene vurderes derfor også opp mot:

- **Tilgjengelighet og kommunikasjon til andre regioner**

Interimsperioden fra en beslutning om ny sykehusstruktur er fattet til nytt sykehus står ferdig vil strekke seg over mange år. Det er i denne fasen viktig å sikre at driften videreføres med et høyt faglig nivå og at forholdene legges godt til rette for en trygg oppstart i den nye sykehusstrukturen. På sted(er) som ikke lenger skal ha sykehus, vil det i interimsperioden være en fare for at nøkkelpersonell forsvinner fra sykehuset til andre sykehus i foretaket eller i verste fall ut av foretaket. Selv om det er mulig å iverksette tiltak for å motvirke denne utviklingen, ser likevel ressursgruppen dette som en betydelig utfordring for Helgelandssykehuset. Det er også en risiko for at ansatte finner seg jobb på et annet sykehus dersom sykehuset lokaliseres et annet sted enn der de ansatte bor og jobber nå, slik at de uansett må flytte (se også (55)). Det er minst risiko knyttet til sårbarhet i interimsperioden frem til nytt sykehus står ferdig og med tanke på å trygge tilgangen på gode faglige ressurser ved oppstart i nye fasiliteter, ved å velge en etablering av stort akuttsykehus ved det største fagmiljøet.

Et viktig kriterium i vurderingen av alternativenes med tanke på rekruttering er derfor:

- **Størrelsen og bredden på eksisterende fagmiljø**

Også når det gjelder rekruttering, kan de fem alternativene for lokalisering deles i to distinkt forskjellige grupper: i) de tre byene ii) de to mindre tettstedene.

## 5.2 Lokalisering i kommunene Leirfjord og Hemnes

De mindre kommunene Leirfjord og Hemnes kan ikke tilby et variert og alternativt jobbmarked til potensielle arbeidstakere på det nye store akuttsykehuset eller til deres eventuelle partnere, i hovedsak fordi de er små kommuner med små arbeidsmarkeder. Tettstedene i de mindre kommunene kan heller ikke tilby de andre kvalitetene som er listet i avsnitt 5.1, med unntak av god tilgang til naturområder.

Det kan argumenteres med at ansatte på sykehuset kan bo i nærmeste by og pendle til sykehuset. Som diskutert i kapittel 4.4 vil de da få lengre jobbreise enn det den store majoriteten av den norske og den nordlandske befolkningen har, og de vil ha lite valgfrihet med tanke på transportmiddel. Som nevnt i kapittel 4.4, fant Engebakken og Mathisen (55) at lange arbeidsreiser i en fremtidig situasjon forstås som sterkt negativt av ansatte i dagens sykehus. De fortalte at korte jobbreise er et høyt verdsatt gode i dagens situasjon. Lange jobbreise, samt å måtte flytte til en annen by, ble ansett som grunner for å velge å flytte og å bytte jobb til et annet sykehus i en annen del av landet eller i et annet land. De ansatte ga uttrykk for at lokalisering 'i et geografisk midtpunkt' var det dårligste alternativet, fordi det ville gi lange arbeidsreiser for alle ansatte på det nye sykehuset. En av informantene uttrykte det slik: «Også er vi jo vant til å bruke 8-10 minutter til jobb. Jeg sykler på arbeid, kjører jeg stopper jeg sannsynligvis ikke engang og venter på kø. Jeg kjører direkte på jobb, og den situasjonen blir jo annerledes. Også blir det aktive nattskift, man er på jobb på natten aktivt, 8 timers nattskift og sikkert travle kveldsskift vil jeg tro. Så det blir en helt annen arbeidssituasjon for oss» (s. 49). En annen uttalte: «Jeg bor jo i Nord-Norge av den grunn at jeg liker å ha det komfortabelt, og jeg liker å ha maks 10 minutter til jobb» (s. 52).

En tredje ansatt sa: «Så hvis virkeligheten din blir at du for det første må kjøre langt for å komme på jobb, og også at du må være til stede alltid når du har vakt, så begynner jo minusene i forhold til privatlivet å bli ganske store. Også er det jo en utfordring at alle fagpersonene som jobber i sykehuset har jo også partnere som skal ha jobb, og som skal ha interessante ting å gjøre» (s. 52). Alternativt kan de ansatte bosette seg i kommunen sykehuset er lokalisert i. Da må en eventuell partner sannsynligvis finne arbeid et annet sted, gjerne i nærmeste by, og dermed få lang arbeidsreise.

Tilgjengeligheten til andre regioner vurderes som noe dårligere enn i de tre byene, hovedsakelig fordi jernbanestasjoner (Mo i Rana og Mosjøen) og anløp av Hurtigruta og hurtigbåt til Bodø (Sandnessjøen) er lokalisert i byene.

Til sammen må dette forventes å bidra til å gjøre det vanskeligere å rekruttere personell til sykehuset, dersom et nytt stort akutt sykehus lokaliseres i en av de mindre kommunene enn om det lokaliseres i en av byene. Den generelle sentraliseringsprosessen i samfunnet taler også imot at man kan forvente tilflytting til disse områdene (65).

Denne forståelsen bekreftes i en utredning om rekruttering av helsepersonell, gjennomført blant helsepersonell i Finnmark og Troms, hvor man fant at helsepersonellens drømmejobb var på et sykehus i et urbant<sup>2</sup> område (66). 47 % foretrakk et urbant sykehus og 21 % foretrakk et sykehus i et ruralt område. Deretter fulgte jobb med forskning/undervisning og jobb i primærhelsetjenesten. For studenter var det 62 % som foretrakk å jobbe på et urbant sykehus versus 21 % på et ruralt sykehus. Det vises også til Skjelvik og Thorvaldsen (67) for en diskusjon av preferanser.

Videre har de mindre kommunene lav tilbakeflyttingspotensial fordi de er små i utgangspunktet (65). Et siste viktig moment er at det ikke finnes etablerte fagmiljøer verken i Hemnes eller Leirfjord i dag. Det innebærer at alle som skal jobbe på det nye akutt sykehuset enten må flytte eller få lang arbeidsreise om ett av disse alternativene velges. Det øker risikoen for å miste nøkkelpersonell i interimsperioden eller når sykehuset flytter.

Det som er beskrevet her er også i tråd med innholdet i rapporten «Anbefaling av utredningsalternativer» (48). Her fremkommer det at Leirfjord og Hemnes ikke kan tilby et variert arbeidsmarked eller bykvaliteter. De er heller ikke regionsentre som fylkeskommunens utviklingsplan sier skal styrkes. Lokalisering i en av disse kommunene vil være i strid med nasjonale føringer for å styrke by- og regionsentre (68).

Om man velger å lokalisere nytt sykehus i Leirfjord eller Hemnes, må man også forvente at det svekker byene. Det innebærer at man flytter store arbeidsplasser ut av byene, og man kan forvente at en del ansatte ved sykehuset flytter til nye boligområder nær sykehuset slik at antall bosatte i byene går ned. Man kan også regne med at virksomheter som er nært tilknyttet sykehusene flytter fra byene til områder nær sykehuset. Alt dette vil bidra til å svekke byene og redusere deres attraktivitet, og dermed Helgelands attraktivitet som bolig- og arbeidssted. Dette vil virke negativt for rekruttering til sykehuset. Alternativt vil man, ved å legge det nye sykehuset i en av byene, styrke denne byens attraktivitet (flere bosatte, arbeidsplasser, ulike typer kultur- og fritidstilbud, mv.), som vil bidra til å styrke Helgelands attraktivitet.

En slik forståelse ligger også til grunn i Fylkesplan for Nordland (2013-2025) (69), som (side 14) slår fast at befolkningen i større grad velger å bo i byene, og at det derfor må satses særskilt på regionsentrene som lokomotiver for god utvikling i regionene. En viktig strategi er å styrke regionsentrene som funksjonelle sentra (side 15). I de arealpolitiske retningslinjene sies det, i punkt 8.2 om By- og tettstedsutvikling punkt a, at «Utbygging av boligområder og arbeidsplasser skal i hovedsak skje innenfor de etablerte by- og tettstedsstrukturene».

---

<sup>2</sup> Grensen mellom et urbant område og et ruralt område ble i denne rapporten satt til 10.000 innbyggere. Mo i Rana og Mosjøen (tett opp under 10.000 innbyggere) vil være å anse som urbane av Helgelands byer og tettsteder.

Melding til Stortinget nr 18 (2016-2017) om *Berekraftige byar og sterke distrikt* (70) er også opptatt av dette, og slår fast at «lokalisering av statlege publikumsretta verksemder og større statlege arbeidsplassar skal byggje opp om utviklinga i by- og tettstadssentera og i knutepunkta» (side 6).

Til sist er en lokalisering mellom byer, og som legger opp til lange arbeidsreiser, klart i strid med Statlige planretningslinjer for samordnet bolig-, areal- og transportplanlegging (71). Her slås det fast (i punkt 3) at «*Utbyggingsmønster og transportsystem bør fremme utvikling av kompakte byer og tettsteder, redusere transportbehovet og legge til rette for klima- og miljøvennlige transportformer*». Retningslinjene slår videre (i punkt 6.5) fast at «*Kommunale, fylkeskommunale og statlige etater og foretak skal legge retningslinjene til grunn for lokalisering av egne virksomheter*».

Man må dermed forvente en lengre og mer konfliktfylt planprosess, med innsigelser fra ansvarlige myndigheter, om man ønsker å lokalisere nytt sykehus mellom to byer.

Ressursgruppens vurdering er derfor at lokalisering av nytt stort akuttisykehus i en av kommunene som ikke er bykommuner må forventes å bidra klart negativt til rekrutteringen til et stort akuttisykehus.

### **5.3 Lokalisering i byene Mo i Rana, Mosjøen og Sandnessjøen**

Kvalitetene som kan forventes å bidra til at høyt utdannede mennesker vil velge å bosette seg et sted, og som vi listet i kap 5.1, forventes normalt å forsterkes med bystørrelse (i hvert fall når vi holder oss innen bystørrelser som vi finner i Norge). Av de tre byene er Mo i Rana klart størst med 26 000 innbyggere i kommunen (Rana) mot 13 500 innbyggere i Mosjøen (Vefsn) og 7 500 i Sandnessjøen (Alstahaug) (48). Lokalisering av et stort akuttisykehus vil påvirke bystørrelse og arbeidsmarked. Om vi forutsetter ringvirkninger tilsvarende en ekstra sysselsatt i kommunen per ansatt på sykehuset (som er et høyt tall) og legger det store akuttisykehuset til Vefsn eller Alstahaug, er Rana fortsatt klart mye større enn de andre kommunene. Man kan forvente at lokalisering av sykehuset i en av byene vil bidra til at denne byen vokser og får mer av de kvalitetene som bidrar til at den blir mer attraktiv. Det kan også bidra til at Helgeland blir mer attraktivt, og blir bedre i stand til å tiltrekke seg høyt utdannet arbeidskraft.

I de følgende avsnittene har vi hentet ut data for å undersøke ulike kvaliteter ved de tre bykommunene som kan påvirke deres attraktivitet som bosted for potensielle ansatte på et nytt stort akuttisykehus.

#### **5.3.1 Tilgang til et variert jobbmarked**

Et stort og variert jobbmarked er viktig for at den som rekrutteres til sykehuset, og ikke minst for en eventuell partner, skal kunne velge mellom flere jobber og føle sikkerhet for at de kan bli i byen de flytter til om de ønsker det.

Vi har hentet ut tall for antall sysselsatte og antall virksomheter innen ulike næringer i Mosjøen, Mo i Rana og Sandnessjøen fra Virksomhets- og foretaksregisteret (VoF, SSB), se tabell 7 (se grundigere gjennomgang av data og metode i vedlegg). Tabellen viser, naturlig nok, at antall sysselsatte og virksomheter innen de fleste kategorier øker med økende bystørrelse og er høyest i Mo i Rana.

Antall innbyggere vil sannsynligvis øke i den byen sykehuset legges til, og det vil naturlig gi økt antall sysselsatte og virksomheter innen noen næringstyper som naturlig følger befolkningsstørrelsen, som detaljhandel og undervisning utenom universitets- og høyskolesektoren (UoH).

	Mo i Rana			Mosjøen			Sandnessjøen		
	Sysselsatte	Antall virksomheter	Prosent sysselsatte	Sysselsatte	Antall virksomheter	Prosent sysselsatte	Sysselsatte	Antall virksomheter	Prosent sysselsatte
<i>I alt</i>	12163	1663	100,0	6740	993	100,0	4017	722	100,0
<i>Primærnæringer</i>	295	48	2,4	91	57	1,4	79	77	2,0
<i>Næringsmiddelindustri</i>	121	8	1,0	6	4	0,1	30	3	0,7
<i>Kjemisk og farmasøytisk industri</i>	118	13	1,0	12	2	0,2	0	0	0,0
<i>Maskin- og metallindustri</i>	676	21	5,6	588	4	8,7	34	6	0,8
<i>Prod. av el. og opt. utst, transportmidler</i>	93	10	0,8	56	5	0,8	17	3	0,4
<i>Annen industri</i>	311	15	2,6	124	16	1,8	32	3	0,8
<i>Olje og bergverk</i>	269	7	2,2	3	2	0,0	97	16	2,4
<i>Bygg og anlegg</i>	1115	174	9,2	557	95	8,3	267	61	6,6
<i>Transport, logistikk og lager</i>	803	80	6,6	324	43	4,8	390	38	9,7
<i>Servering og reiseliv</i>	467	78	3,8	282	43	4,2	130	27	3,2
<i>Medier og IKT</i>	230	40	1,9	69	21	1,0	73	10	1,8
<i>Detaljhandel</i>	1069	148	8,8	528	88	7,8	358	65	8,9
<i>Engros- og agenturhandel</i>	549	90	4,5	242	55	3,6	126	28	3,1
<i>Faglig, vitenskaplig forr. Tj.yting</i>	347	145	2,9	137	74	2,0	142	60	3,5
<i>Annen forr. tjenesteyting</i>	504	77	4,1	239	43	3,5	87	40	2,2
<i>Finans- og eiendomssektor</i>	260	280	2,1	129	165	1,9	85	113	2,1
<i>Helsetjenester</i>	890	114	7,3	797	68	11,8	730	36	18,2
<i>Sosialtjenester i institusjon</i>	780	34	6,4	567	18	8,4	220	9	5,5
<i>Sosialtjenester utenfor institusjon</i>	340	22	2,8	111	14	1,6	121	11	3,0
<i>Sosial- og fritidstilbud til barn</i>	394	23	3,2	335	20	5,0	189	14	4,7
<i>Undervisning utenom UoH-sektor</i>	647	49	5,3	568	30	8,4	338	23	8,4
<i>Undervisning i UoH-sektor</i>	30	2	0,2	0	0	0	7	1	0,2
<i>Annen offentlig forvaltning</i>	927	28	7,6	431	22	6,4	289	19	7,2
<i>Personlig tj.yting, kultur og fritid</i>	484	96	4,0	143	71	2,1	56	40	1,4
<i>Andre næringer</i>	444	61	3,7	401	33	5,9	120	19	3,0

Tabell 7: Sysselsatte og antall virksomheter i de tre tettstedene etter næring. Absolutte tall. 2017 (72).

Når en ser på den prosentvise fordelingen (tabell 7), som uttrykker variasjon i næringslivet og jobbmarkedet, finner vi at alle de tre byene har et relativt variert næringsliv og at Mosjøen og Sandnessjøen er mer spesialisert innen enkelte bransjer enn Mo i Rana.

Det er få sysselsatte innen universitets- og høyskolesektoren i byene. Mosjøen har ingen sysselsatte i denne næringen, Sandnessjøen har syv og Mo i Rana 30. Campus Helgeland, som er lokalisert i Mo i Rana og i Sandnessjøen, tilbyr blant annet utdanninger i sykepleie og andre fag som er relevant for sykehuset. Den deltids/samlingsbaserte utdanningen i sykepleie i Sandnessjøen er i ferd med å avvikles.

Det er viktig at slik utdanning ligger i tilknytning til det nye store akuttsykehuset, og det er naturlig å forvente at en slik utdanning vil flyttes til den byen hvor det nye sykehuset lokaliseres.

Mo i Rana har i tillegg bachelor-studier innen økonomi og ledelse, samt digital økonomi og organisering i regi av Nord universitet.

Menon har utarbeidet et *attraktivitetsbarometer for alle norske kommuner (73)*, på oppdrag fra NHO. Selv om barometeret inneholder indikatorer fra ulike samfunnsområder, er motivasjonen å lage en rangering ut fra attraktivitet for næringsvirksomhet. Det kan si noe om hvordan næringslivet, og dermed arbeidsmarkedet, kan forventes å utvikle seg. Barometeret benytter 19 indikatorer til å rangere kommunene innenfor fem kategorier. På barometeret ligger de tre bykommunene rundt midten av fordelingen av norske kommuner. Det varierer hvem som kommer best ut på de ulike indikatorene. Rana kommer best ut i totalvurderingen. Alle de tre kommunene skiller seg positivt ut på kompetanse, der de ligger i øverste kvartil blant norske kommuner. Siden dette barometeret er laget for å måle attraktivitet for næringsvirksomhet, og ikke for innbyggere, kan det ikke tillegges mye vekt i diskusjonene om rekruttering av ansatte til sykehuset.

	TOTALT		Næringsliv		Arbeids- marked		Demografi		Kompetanse		Kommune- økonomi	
	2012	2017	2012	2017	2012	2017	2012	2017	2012	2017	2012	2017
<i>Vefsn</i>	192	112	148	191	200	140	325	204	69	65	174	158
<i>Rana</i>	126	96	125	150	238	188	196	169	60	63	145	107
<i>Alstahaug</i>	190	202	179	261	182	189	312	313	59	52	170	197

Tabell 8: Menons rangering av de tre kommunene blant alle norske kommuner. Jo lavere tall, jo høyere opp på listen ligger kommunen (73).

Vi har dermed funnet at alle byene har et relativt variert tilbud av arbeidsplasser. Mo i Rana har likevel flest virksomheter og sysselsatte, og dermed størst arbeidsmarked og flest alternativer for arbeidstakere.

### 5.3.2 Et variert tilbud av gode boliger og boområder

Ulike mennesker har ulike boligpreferanser, og preferansene varierer gjerne med alder, familiesituasjon, mv. Et variert tilbud av gode boliger og boligområder med god kvalitet kan forventes å bidra positivt når man skal rekruttere arbeidstakere til et sted. Vi har hentet ut data for å belyse boligtilbudet i de tre byene. Tabell 9 viser sammensetningen av boligmassen i de tre kommunene.

	Boliger (beboede og ubebodde)					
	Alstahaug		Vefsn		Rana	
<i>I alt</i>	3603	100,0	7072	100,0	12322	100,0
<i>Enebolig</i>	2435	67,6	4116	58,2	6893	55,9
<i>Tomanns-bolig</i>	277	7,7	690	9,8	1432	11,6
<i>Rekkehus, kjedehus og andre småhus</i>	695	19,3	913	12,9	1470	11,9
<i>Boligblokk/leiligheter</i>	19	0,5	701	9,9	2149	17,4
<i>Bygning for bofelleskap<sup>3</sup></i>	30	0,8	229	3,2	167	1,4
<i>Andre bygnings-typer<sup>4</sup></i>	147	4,1	423	6,0	211	1,7

Tabell 9: Boliger etter bygningstype og kommune. Absolutte tall og prosent. 2017 (74).

Alle de tre byene har en overvekt av eneboliger, og sammen med tomannsboliger, rekkehus o.l. utgjør dette absolutt hovedtyngden av eksisterende boligtyper. Rana skiller seg ut ved å ha en vesentlig større andel boligblokk/leiligheter (17,4 %) enn de andre byene og dermed en større bredde og variasjon i tilbudet av boliger og boligområder. Vi har ikke gjort grundigere undersøkelser for å kartlegge kvaliteten på boligene og boligområdene i de tre byene. Statistikken i tabellen dekker ikke hybelleiligheter i eneboliger.

Den større variasjonen i boligtyper er en fordel for Rana. Mange kan ha ønske om en annen boform enn enebolig og småhus, for eksempel de som er i første fase av tilflytting, etablering etter utdanning, er pendlere, eller bare har ønske om en mer urban bolig. Et godt utleiemarked kan også være fordelaktig. Vi har ingen god oversikt over utleiemarkedet i tre byene. På [www.finn.no](http://www.finn.no) 15.11.2018 finner vi ni annonser for utleieleiligheter i Mo i Rana, fire i Mosjøen og to i Sandnessjøen, men vi kan ikke vite om dette er representativt for utleiemarkedet i byene.

Ofte vil tilflytterne komme til et nytt sted i et mulig karriereløp og bli boende i en periode, ikke nødvendigvis resten av yrkeskarrieren. For disse er det viktig at boligmarkedet er så variert at de finner en bolig de liker og så dynamisk at de får solgt boligen de har kjøpt. Boligmarkedet i større byer er normalt mer dynamisk enn i mindre byer. Et robust eiendomsmarked er derfor viktig ved flytting, skifte av jobb og endring i livsfaser når personer skal vurdere bosetning og karriere.

Når vi sammenligner boligmarkedene i de tre kommunene finner vi at det omsettes klart flest boliger i Mo i Rana (se tabell 9). Av tabellen ser vi også at boliger har vært omsatt raskest i Mosjøen de siste par årene, etterfulgt av Mo i Rana og Sandnessjøen.

<sup>3</sup> Bo- og servicesenter, studenthjem, annen bygning for bofelleskap.

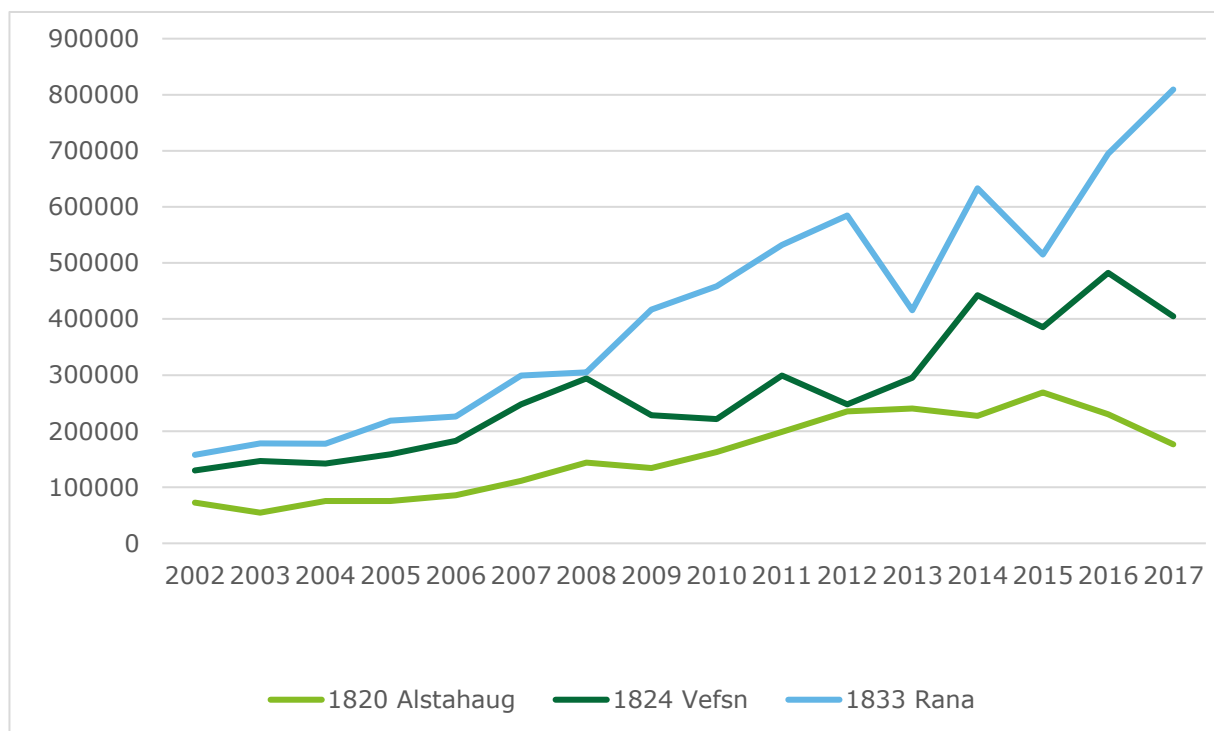
<sup>4</sup> Andre bygningstyper inkluderer i hovedsak boliger i garasjer, næringsbygninger og andre bygningstyper som ikke er boligbygninger.

Størrelsen på og robustheten til boligmarkedene må forventes å endre seg på grunn av restruktureringen av Helgelandssykehuset, uavhengig av hvilket alternativ som velges.

Tettsted		2013	2014	2015	2016	2017	2018
<b>Sandnessjøen</b>	<i>Gj.snitt omsetningsdager</i>	32	66	57	72	78	67
	<i>Antall salg</i>	55	54	74	77	52	63
<b>Mo i Rana</b>	<i>Gj.snitt omsetningsdager</i>	17	23	23	26	34	40
	<i>Antall salg</i>	341	378	364	418	375	277
<b>Mosjøen</b>	<i>Gj.snitt omsetningsdager</i>	29	40	41	25	22	23
	<i>Antall salg</i>	152	188	172	166	169	121

Tabell 10: Omsetning av alle typer boliger etter tettsted. Antall salg og gjennomsnittlig antall døgn fra boligen ble lagt ut for salg til den var solgt, 2013-2018 (75).

Ser en på prisene for boligene (figur 15) har disse økt betydelig i Rana, som hele tiden har ligget høyest blant kommunene. Også i Vefsn har prisene økt, men ikke i samme grad som i Rana. I Alstahaug har prisene stagnert eller gått ned. Det må poengteres at prisene ikke tar hensyn til hva slags boliger som selges. Høye eller økende priser kan bety at boligmarkedet ikke er fleksibelt eller dynamisk nok til å holde tritt med veksten, eller at veksten i etterspørsel har vært uvanlig stor i en periode slik at markedet ikke har hatt mulighet til å tilby nok boliger. Den sterke prisveksten i Mo i Rana og delvis i Mosjøen kan dermed forstås både positivt og negativt. Det er likevel slik at økning i boligprisene vanligvis regnes som en indikasjon på at et område eller en by er attraktiv.



Figur 15: Gjennomsnittspris på boliger etter kommune. Løpende priser. Kroner. 2002-2017 (76).



I vurderingen av hvilken av de tre byene som kan tilby det mest varierte tilbudet av gode boliger og boligområder, kommer Mo i Rana best ut. Byen har størst variasjon i typer boliger og det største boligmarkedet. På den negative siden finner vi en sterk prisvekst i Rana som *kan* tyde på at markedet ikke klarer å tilfredsstille etterspørselen. Det er viktig å påpeke at lokalisering av et stort sykehus vil påvirke boligbyggingen og boligmarkedet i den byen sykehuset lokaliseres i. Det blir nødvendigvis behov for flere boliger når det blir flere ansatte på sykehuset. Hvor variert og attraktivt tilbudet av boliger og boligområder blir, vil dermed også avhenge av hvordan kommunen velger å styre utbyggingen av nye boligområder.

### 5.3.3 Korte arbeidsreiser, gang- og sykkeltilgjengelighet til det meste

Som omtalt i diskusjonen om arbeidsreiser, anser vi at arbeidsreiser og daglige reiser ikke er en kvalitet som skiller mellom de tre byene. I alle byene vil ansatte med stor sannsynlighet bosette seg i eller nær byen og arbeidsplassen, som gir mulighet for å ha korte jobbreiser og gir fleksibilitet med tanke på valg av transportmiddel på arbeidsreiser (vi forutsetter at sykehuset lokaliseres i eller i nær tilknytning til byen, og ikke langt utenfor). Dette gjelder også for andre typer daglige reiser (til barnehage, butikk, mv.). Hvordan en fremtidig situasjon vil se ut med tanke på lengde på arbeidsreiser og om innbyggerne har mulighet til å komme seg rundt til fots og på sykkel, avhenger også av hvor i kommunen et nytt sykehus og nye boligområder lokaliseres samt byutviklingen for øvrig.

### 5.3.4 Urbanitet/tjenestetilbud/fritidstilbud

Urbanitet er et vanskelig tema, men dreier seg i hovedsak om tilbudet av ulike varer, tjenester og ulike typer aktiviteter, om det er mye som skjer og om det er 'liv i byen'. Dette vil ofte ha nær sammenheng med størrelsen på byen, men dreier seg også om hvordan kommunen satser på kultur, foreninger og frivillig aktivitet, hvilke tradisjoner man har på stedet, mv. Vi har ikke data som kan si noe om hvordan byene skiller seg ad med tanke på dette, utenom at antall ansatte innen næringskategoriene 'detaljvarehandel' og 'servering og reiseliv' synker med synkende bystørrelse (se tabell 7). Nordland teater er lokalisert i Mo i Rana.

Estetiske kvaliteter – at byen er trivelig, fin, historisk eller har andre arkitektoniske kvaliteter, at den har et sentrum som tiltrekker seg mennesker, at handelen er organisert slik at det er mye handel som gir liv i sentrum, mv. kan også bidra til at byen oppleves mer attraktiv. Her har byene ulike kvaliteter, og vi har ikke data eller kunnskap som gir oss grunnlag for å vurdere dette.

Mo i Rana har sannsynligvis et bredere tilbud av handel, tjenester og ulike aktiviteter enn de andre byene på grunn av sin størrelse. Det betyr i tilfelle at dette også kan endre seg som følge av omstrukturering av Helgelandssykehuset ved at den byen sykehuset lokaliseres i, vil oppleve vekst i ulike tilbud. Om denne veksten utnyttes til å gjøre byen mer attraktiv, avhenger igjen i stor grad av hvordan kommunen velger å utnytte veksten.

Vår vurdering er at vi ikke har data eller kunnskap til å rangere byene med tanke på urbanitet, og at vi ikke tillegger dette vekt i vurderingen.

### 5.3.5 God tilgang til grønt- og friområder

Vi vurderer at tilgangen til grønt- og friområder ikke er en kvalitet som gir mulighet for å rangere byene med tanke på hvor lett det vil være å rekruttere personell til et sykehus lokalisert i byen. Alle byene har tilgjengelige friluftsområder i nærheten.

### 5.3.6 God kommunikasjon til andre regioner

I dagens situasjon finnes det flyplass i tilknytning til alle de tre byene (og dermed også de mindre tettstedene). Det er vedtatt i Nasjonal transportplan (77) at det skal bygges ny flyplassen ved Mo i Rana, slik at større fly kan lande der. I vedtaket står det blant annet «Regjeringen vil bidra med 1,47 mrd. kr til prosjektet i siste del av planperioden (2024–2029), og forutsetter at resterende beløp dekkes gjennom lokale bidrag.» Dette vil med stor sannsynlighet bidra til at tilgjengeligheten mellom Mo i Rana og andre deler av landet og verden for øvrig forbedres. Nasjonal transportplan inkluderer ingen forpliktende budsjettvedtak, men ressursgruppen er likevel av den oppfatning av det ikke kan sees bort fra den vedtatte planen. I en pressemelding fra Samferdselsdepartementet i februar i år ble følgende uttalt: «Regjeringa ønsker et godt flytilbud i hele landet. Ved Mo i Rana i Nordland er det tatt et spennende initiativ for å bygge en ny lufthavn, og Polarsirkelen lufthavnutvikling ønsker å lyse ut en anbudskonkurranse om bygging. Det bekrefter jeg nå at de står fritt til å gjøre, sier samferdselsminister Jon Georg Dale».

Sandnessjøen har daglige anløp med Hurtigruta og hurtigbåt til Bodø. Mo i Rana og Mosjøen har togforbindelse. Disse byene ligger også ved E6. Sandnessjøen og Mosjøen har kortere reisevei med bil til f.eks. Trondheim mens Mo i Rana har kortere reisevei med bil til Bodø.

En samlet vurdering er at Mo i Rana vil ha bedre tilgjengelighet til og fra andre regioner i fremtiden enn de andre byene, hovedsakelig på grunn av ny flyplass.

### 5.3.7 utfordringer i interimperioden

Det er risiko for å miste nøkkelpersonell i interimperioden eller når sykehuset flytter, som beskrevet i avsnitt 5.1. Det er rimelig å forvente at denne risikoen er lavere jo færre ansatte som må flytte, altså om valgt lokalisering allerede har et sterkt og bredt fagmiljø.

Betydningen av denne faktoren kommer også tydelig til uttrykk i prosessen ved valg av sted for nytt sykehus i Møre og Romsdal (78). I foretaksmøtet mellom helseminister Høie og Helse Midt-Norge RHF i forbindelse med denne saken ble denne risikofaktoren omtalt som følger: «Foretaksmøtet har merket seg at Helse Midt-Norge RHF i sitt vedtak har lagt vekt på fordelene ved etablering nært det største fagmiljøet, både i forhold til sårbarhet i interimperioden frem til nytt sykehus står ferdig, og med tanke på å trygge tilgangen på gode faglige ressurser ved oppstart i nye fasiliteter» (79).

Det er altså en risiko for at ansatte finner seg jobb på et annet sykehus dersom sykehuset lokaliseres et annet sted enn der de ansatte bor og jobber nå, når de uansett må flytte. Antall ansatte man risikerer å 'miste' reduseres med antall sykehusansatte som allerede bor der det nye sykehuset lokaliseres. Ut fra et slikt perspektiv er Mo i Rana, med flest sykehusansatte i dagens situasjon, det beste lokaliseringsalternativet etterfulgt av Sandnessjøen og Mosjøen (80).

	Mo i Rana		Sandnessjøen		Mosjøen	
	Antall ansatte	Sum av årsverk	Antall ansatte	Sum av årsverk	Antall ansatte	Sum av årsverk
Kirurgi og akutt	250	186,2	227	172,4	62	51,1
Medisin	223	177,1	174	138,8	146	99,7
Psykisk helse og rus	129	108,3	69	59,1	95	77,7
Totalt	602	471,6	470	370,3	303	228,5

Tabell 11: Antall årsverk og sum av årsverk basert på fagområde, per august 2018 (80).

	Mo i Rana		Sandnessjøen		Mosjøen	
	Antall ansatte	Sum av årsverk	Antall ansatte	Sum av årsverk	Antall ansatte	Sum av årsverk
<i>Overleger</i>	35	32,06	34	31,12	18	14,27
<i>LIS</i>	26	22,00	25	22,00	9	8,00
<i>Turnus/LIS 1</i>	13	13,00	10	10,00	9	8,00
<i>Spesialsykepleiere inkl. jordmor</i>	104	78,64	79	62,92	54	40,28
<i>Sykepleiere</i>	161	112,58	121	81,43	71	41,60
<i>Annet helsepersonell</i>	198	154,12	138	108,46	97	73,50
<b>Totalt</b>	<b>537</b>	<b>412,40</b>	<b>407</b>	<b>315,93</b>	<b>258</b>	<b>185,65</b>

Tabell 12: Antall årsverk og sum av årsverk basert på yrkesgruppe og lokasjon, per august 2018 (80).

Ressursgruppens vurdering er således at risikoen for en forvitring av fagmiljøene i interimperioden er minst ved en etablering av stort akuttsykehus i Mo i Rana.

### 5.3.8 Ulike typer attraktivitetsvurderinger

Norske kommuner blir rangert på ulike måter. Under omtaler vi *Sentralindeks for kommuner* (81), *Kommunebarometeret* (82) og en analyse av Helgeland gjennomført av Telemarksforskning (83). Vår vurdering er at disse rangeringene ikke gir informasjon til å si noe om hvilken lokalisering av nytt sykehus på Helgeland som best bidrar til god rekruttering til sykehuset.

På SSBs nye sentralitetsindeks (81), på en skala fra 1000 (Oslo) til 295 (Utsira), har Rana en sentralitet på 711, Vefsn 699 og Alstahaug 648. Det er altså liten forskjell mellom kommunene, særlig mellom Rana og Vefsn. Rana og Vefsn plasseres i sentralitetsklasse 4, mens Alstahaug plasseres i sentralitetsklasse 5 (på en skala fra 1 til 6, der 1 er mest sentral). SSBs sentralitetsindeks tar utgangspunkt i et hvilket som helst punkt (i realiteten en grunnkrets) og beregner tilgjengeligheten til mennesker og tjenester fra dette punktet. Dette gjøres for alle grunnkretser i Norge. Sentraliteten til den enkelte kommune er da gjennomsnittet av tilgjengeligheten for hver grunnkrets i kommunen. Tilgjengelighet av f.eks. mennesker i en grunnkrets beregnes ut fra hvor mange mennesker (bosatte) du kan nå innen 90 minutters reisetid fra grunnkretsen. Tilgjengeligheten vektet etter reiseavstand, slik at en person som bor 85 minutter unna teller langt mindre enn en som bor 5 minutter unna. Rana og Vefsn har altså høyere sentralitet enn Alstahaug, men forskjellene er ganske små, og ressursgruppen mener at dette ikke kan tillegges mye vekt i vurdering av lokalisering av nytt sykehus.

En annen rangering er *Kommunebarometeret* til Kommunal Rapport (82). Dette er en rangering av kommunene etter 12 ulike sektorer (som til sammen inneholder 152 nøkkeltall for hver kommune).

Ser en på totalrangeringen av de tre kommunene er det Vefsn som kommer best ut av de tre bykommunene, som nr. 149 av landets kommuner, se tabell 13. Deretter følger Alstahaug på 281. plass, tett fulgt av Rana på 292. plass. I tabellen er det også tatt med noen delindikatorer som kan ha betydning for både robustheten i arbeidsmarkedet og for attraktiviteten for eventuelle innflyttere. Her er Vefsn rangert svært høyt når det gjelder barnehage- og kulturtilbud, det samme gjelder Alstahaug.

	Vefsn		Rana		Alstahaug	
	Rang	Endring siste år	Rang	Endring siste år	Rang	Endring siste år
Total rangering	149	+142	292	-4	281	+14
Grunnskole	283	+86	321	+16	310	-41
Barnehage	44	+55	147	+7	72	+264
Helse	217	+21	280	+12	134	+55
Kultur	26	+109	253	+33	53	-29
Miljø og ressurser	107	+95	47	+24	138	+73
Økonomi	143	+53	80	-23	370	+49

Tabell 13: Kommunal Rapports rangering av de tre kommunene blant alle norske kommuner (82).

De store endringene fra år til år indikerer at indikatorene må forstås som usikre. Vefsn klatret 142 plasser på totalrangeringen på ett år, omtrent fra der Rana og Alstahaug ligger nå. Alstahaug har distansert over halvparten av Norges kommuner på ett år når det gjelder barnehagetilbud.

For enkeltindikatorer med spisset innhold kan en forstå at det er mulig, for eksempel når en åpner en stor barnehage eller et helsetilbud i en liten kommune, men for så generelle indikatorer som «økonomi» eller «kultur» (der Vefsn har hoppet hhv. 53 og 109 plasser opp på ett år) er det vanskelig å forstå at rangeringene gir et reelt bilde av situasjonen. Enten er validiteten og/eller reliabiliteten så dårlig at det som måles har stor usikkerhet og/eller treffsikkerhet, eller så gir små endringer eller forskjeller store utslag (slik at det i realiteten er små forskjeller på f.eks. 100 plasser på rangeringen). Det er derfor problematisk å trekke klare konklusjoner på bakgrunn av barometeret.

Et tredje aktuelt «barometer» er *Telemarksforskningens regionale analyse for Nordland* (83). Analysen går gjennom seks temaer for å plassere Nordland, og til dels delområder av fylket og enkeltkommuner, i en norsk kontekst når det gjelder potensial for videre vekst mht. økonomi, sysselsetting og befolkning. De seks temaene er befolkning, arbeidsplasser, bostedsattraktivitet, utdanning, innovasjon og næringsliv. I denne analysen er Vefsn slått sammen med Grane og Hattfjelldal, Rana er slått sammen med Nesna og Hemnes og Alstahaug er slått sammen med Herøy, Leirfjord og Dønna.

Analysen er vekstorientert – veksten i foregående perioder påvirker sterkt hvordan områdene vurderes. Nordland generelt og enkeltregionene på Helgeland spesielt kommer relativt dårlig ut på de tre hovedindikatorene befolkning, arbeidsplasser og bostedsattraktivitet, fordi de har hatt svak vekst de siste årene. Mosjøregionen (med Vefsn) er f.eks. den eneste regionen som ikke har hatt vekst i privat sektor i perioden 2008 til 2013. Regionen som Alstahaug ligger i (kalt HALD) rangeres svært høyt (nr. 6 blant landets 84 regioner) når det gjelder samlet næringsattraktivitet (justert for sine «naturlige» forutsetninger).

Bostedsattraktivitet er også brutt ned på kommunenivå. Her er det Rana som rangeres høyest av de tre aktuelle kommunene, tett fulgt av Vefsn (men begge ligger under gjennomsnittskommunen i fylket). Alstahaug ligger nesten helt nederst blant kommunene i fylket. Indikatorene sier lite om bokvaliteter, men baserer seg altså på utviklingstrekk de siste årene mht. flyttebalanse og befolkningsvekst (justert for arbeidsmarkedsutvikling og befolkningsstørrelse). Derfor, og fordi det ikke er vesentlige forskjeller på hvordan kommunene og regionene rangeres, er det vanskelig å bruke Telemarksforskning sine resultater for å vurdere robusthet og rekruttering til et nytt stort sykehus.

#### 5.4 Hvordan lokalisering kan påvirke rekruttering – samlet vurdering

Ressursgruppen har gjennomgått noen kvaliteter ved steder eller byer som kan forventes å påvirke hvor lett det er å rekruttere høyt utdannede mennesker som vurderer hvor de ønsker å bosette seg. Gruppen har hentet ut data for å analysere hvilke av de fem lokaliseringalternativene for nytt stort akuttsykehus som i størst grad bidrar positivt til at det blir enklere å rekruttere personell til sykehuset.

En konklusjon er at lokalisering i ett av byalternativene (Sandnessjøen, Mosjøen og Mo i Rana) bidrar positivt til rekruttering, mens lokalisering i Hemnes eller Leirfjord bidrar negativt til rekrutteringen.

Ansatte på et sykehus lokalisert i en av de mindre kommunene ville enten måtte bo i en by og pendle relativt langt, eller bo i et mindre tettsted der sykehuset er lokalisert. Disse stedene mangler de fleste av de kvalitetene som innledningsvis ble listet opp som viktige for å tiltrekke seg arbeidskraft. En eventuell partner vil i større grad måtte pendle relativt langt til nærmeste tettsted. En slik lokalisering innebærer også at alt eksisterende personell på sykehusene enten må flytte eller pendle langt, noe som øker risikoen for at de finner seg jobb et annet sted utenfor regionen.

Vurderingen av hvilke av de tre byene som i størst grad bidrar til rekruttering er vanskeligere. Alle byene har et variert arbeidsmarked, men arbeidsmarkedet i Mo i Rana er størst. Mo i Rana har også det mest varierte tilbudet av boliger og boområder og størst boligmarked. Boligprisene er høyest her, og har økt mye de senere årene. Mo i Rana vil ha best tilgjengelighet til og fra andre deler av landet i fremtiden, når ny flyplass er ferdig. En samlet vurdering er derfor at Mo i Rana kommer best ut når det gjelder bidrag til rekruttering. Vurdert etter de samme kriteriene kommer Mosjøen nest best ut, men det er lite som skiller Mosjøen og Sandnessjøen.

Det er etablerte sykehus og sykehuspersonell i alle de tre byene. Dersom dagens personell skal jobbe på et nytt stort akuttsykehus, må mange av dem flytte eller pendle langt til det nye sykehuset, samme hvilket lokaliseringalternativ som velges. Dette øker risikoen for å miste sykehuspersonell til andre regioner. Risikoen reduseres ved å velge en lokalisering av nytt stort akuttsykehus i en by som allerede har et stort fagmiljø på et eksisterende sykehus. Da kommer Mo i Rana best ut og deretter Sandnessjøen.

Når det gjelder de andre kvalitetene ressursgruppen vurderte, fant gruppen ikke grunnlag for å rangere de tre byene med tanke på attraktivitet. Ressursgruppen gjennomgikk også ulike typer rangeringer av kommuner og fant at disse ikke kunne tillegges vesentlig vekt i avveiningen mellom alternativene.

Kapitel 5 har fokusert på hvordan lokalisering kan påvirke rekruttering. Ressursgruppen har også understreket betydningen av hva et samlet stort akuttsykehus på Helgeland kan bety for rekrutteringen. Dagens rekrutteringsevne i sykehusene er dessuten avhengig av en rekke lokale forhold som eksempelvis lønnsavtaler, tjenestepplaner, vaktordninger, funksjonsfordelinger og lokalt lederskap. Dette er forhold som er både ustabile og påvirkelige, noe som gjør at dagens rekrutteringssituasjon ikke nødvendigvis kan legges til grunn som gjeldende også om ti år. Ressursgruppen har derfor valgt å legge stor vekt på byenes fremtidige attraktivitet i vurderingen av hvilken plassering av et fremtidig stort akuttsykehus som i størst grad bidrar positivt til rekruttering.

Ressursgruppens vurdering er at lokalisering av nytt stort sykehus i Leirfjord eller Hemnes må forventes å bidra klart negativt til rekrutteringen til et nytt stort akuttsykehus.

Lokalisering i alle de tre bykommunene kan fungere godt når det gjelder rekruttering til nytt stort akuttsykehus. Hvordan kommunene velger å utnytte mulighetene som oppstår ved lokalisering av nytt sykehus til å utvikle byene sine vil kunne ha stor betydning for rekruttering i fremtiden (60), (91). Gruppen ser likevel at Mo i Rana kommer best ut når det gjelder vesentlige kvaliteter som bidrar til god rekruttering, i hovedsak tilgang til et større arbeidsmarked og et mer variert tilbud av boliger og boligområder. Dette er i hovedsak en følge av at Mo i Rana er vesentlig større enn de andre byene. Mo i Rana vil også ha best tilgjengelighet til andre regioner på grunn av den nye flyplassen. Mo i Rana har dessuten flest sykehusansatte bosatt i dag, noe som vil føre til mindre risiko i interimperioden og i etableringsfasen av nytt stort akuttsykehus.

Som alternativ peker ressursgruppen på Sandnessjøen som sted for et stort akuttsykehus fremfor Mosjøen, når det gjelder lokaliseringens påvirkning på rekrutteringen. Gruppen har her lagt avgjørende vekt på det større og bredere eksisterende fagmiljøet i Sandnessjøen, noe som reduserer risikoen for å miste eksisterende personell i interimperioden før ny sykehusstruktur er realisert og i etableringsfasen av nytt stort akuttsykehus.

## 6. Ressursgruppens forslag til løsning

*Dette kapittelet begrunner ressursgruppens forslag til ny sykehusstruktur, inkludert lokalisering, samt andre forslag som bygger opp rundt den foreslåtte sykehusstrukturen. Videre vurderes potensielle risikoer ved forslagene og hvilke risikoreducerende tiltak som vil være nødvendige.*

### 6.1 Etablering av ett stort akuttisykehus

Nasjonal helse- og sykehusplan begrunner hvorfor et helseforetak på størrelse med Helgelandssykehuset i utgangspunktet bør samle sykehustilbudet i ett stort akuttisykehus. Krav til teknologi, beredskap og kompetanse samt sammensmeltningen av kirurgiske teknikker og billedveiledet intervensjon (intervensjonsradiologi) er alle faktorer som bidrar til at et robust stort akuttisykehus må ha et volum som et minimum gjør det nødvendig med et befolkningsgrunnlag som tilsvarer Helgeland. Eksempelvis er operasjoner for tykktarmskreft en prosedyre som ikke bør utføres på mer enn ett sted på Helgeland.

Et robust rekrutterende fagmiljø forutsetter ikke bare en viss størrelse, men også et miljø der kompetanseutvikling, opplæring, intern kvalitetssikring, resultatoppfølging og forskning inngår som integrerte deler av virksomheten. Grunnlagsarbeidet til Nasjonal helse- og sykehusplan er noen år gammelt. Utviklingen som ble lagt til grunn, har imidlertid bare forsterket seg. Kunnskapsmengden øker og spesialiseringsgraden øker, noe som samlet gjør at behovet for sammensatte og robuste team forsterkes. Trenden er tydeligst i kirurgiske fag, men kan også sees innen indremedisin, og kanskje da spesielt innen fagområdet kardiologi (hjertesykdommer) (84).

Ny ordning for spesialistutdanningen av leger gjør at mer av utdanningen kan skje lokalt. Legene skal dokumentere ferdigheter, ikke tid brukt på utdanning. Små sykehus har et begrenset tilbud. Ett stort akuttisykehus på Helgeland vil kunne ivareta en større del av utdanningen selv, noe som betyr at legene må tilbringe mindre tid i Bodø og/eller Tromsø. Det kan redusere faren for at de flytter permanent.

Ressursgruppen er av den oppfatning at etablering av større og robuste fagmiljøer med vaktordninger som tilfredsstillir dagens krav til arbeidstid og vaktbelastning (85), er en av de viktigste faktorene for å beholde og rekruttere helsepersonell fremover. Ressursgruppen vil også peke på at for Helgelandssykehuset med begrenset personelltilgang og begrenset tilgang på økonomiske midler, vil en samling i ett stort akuttisykehus være den beste måten å sikre at ikke mer personell enn nødvendig bindes opp i vakt- og beredskapsordninger, samt at utnyttelsen av investeringene i medisinsk teknisk utstyr og andre teknologiske løsninger optimaliseres ved at midlene konsentreres til ett sted.

Ut fra disse resonnementer er ressursgruppen av den oppfatning at det ikke er tilrådelig å splitte aktiviteten i Helgelandssykehuset på to eller tre akuttisykehus. Dette er også helt i tråd med den vurderingen helseforetaket selv gjorde i forbindelse med arbeidet med ny utviklingsplan i 2014. De helsemessige gevinstene som oppnås ved en slik samling, må veies opp mot ulempene ved at noen får lengre transportveier til det store akuttisykehuset. Selv om reiseavstandene på Helgeland er store, er ressursgruppens vurdering likevel at geografi, bosettingsmønster, tilgjengelighet til bil-, båt- og luftambulansetjenester samt værforhold, ikke gjør en oppsplitting i flere akuttisykehus nødvendig. Dette er nærmere omtalt senere i kapittelet. Ressursgruppen mener altså at en oppsplitting i flere akuttisykehus ikke er nødvendig for å ivareta kvalitet og pasientsikkerhet og at samling i ett stort akuttisykehus således heller ikke er i strid med stortingsvedtakene knyttet til behandlingen av Nasjonal helse- og sykehusplan.

Det er i denne sammenheng også viktig å trekke frem uttalelsen fra Brukerutvalget i Helgelandssykehuset om forslag til planprogram for idefasen for HSYK 2025 (datert 15.09.2017):

«Transporttid er en viktig del av utredningen, men den viktigste forutsetningen for ny sykehusstruktur på Helgeland er muligheter for god rekruttering av ulike fagfolk med rett kompetanse til sterke fagmiljø.»

Ressursgruppens anbefaling innebærer også at majoriteten av fødsleene på Helgeland (ca 600 pr år) samles i én fødeavdeling. Ressursgruppen vil foreslå at Helgelandssykehuset går i dialog med kommunene i lokalsykehusområdet til den byen som ikke lenger skal ha fødeavdeling for å komme frem til et alternativt egnet fødetilbud for det aktuelle området. Alternativer kan eksempelvis være fødestue, følgetjeneste, evt «God start»; et tilbud ved Nordfjord sjukehus med følgetjeneste og barselopphold for mor og barn som ikke har behov for medisinsk oppfølging (86).

Ressursgruppen har også vurdert muligheten for å etablere et rent elektivt sykehus, men mener at det samlede pasientgrunnlaget i foretaket er for lite, og at en ren elektiv enhet i så fall bør etableres i tilknytning til det store akuttpsykehuset.

Ressursgruppen er kjent med planene for utvidelse av akutt-tilbudet innen psykisk helsevern. Nasjonal helse- og sykehusplan uttaler følgende: «Regjeringen legger også til grunn at store deler av tilbudet ved de tradisjonelle psykiatriske sykehusene fases ut i takt med at nye og bedre tjenester samlokaliseres i alminnelige sykehus og distriktpspsykiatriske sentre» (12). I høringsnotatet fra regional utviklingsplan i Helse Nord er det beskrevet at Helse Nord vil, ved nybyggprosjekter, samlokalisere psykisk helsevern med somatiske helsetjenester for å legge til rette for bedre kvalitet på tjenestene (2).

Helgelandssykehuset har i dag ingen egen vaktordning innen psykisk helsevern. Dette er savnet og setter begrensninger for hvilke pasienter som kan innlegges i foretakets to sengeenheter. I Oppdragsdokument 2019 har imidlertid Helgelandssykehuset fått i oppgave å etablere en døgkontinuerlig akutt-tjeneste innen 1. juni 2019 (87). Helgelandssykehuset har etablert et prosjekt som både skal tilrettelegge for denne tjenesten, vurdere utvidet bruk av heldøgnsengene og se på hvordan samarbeidet med primærhelsetjenesten kan utvides innen psykisk helsevern.

Ressursgruppen ser det som naturlig at foretakets to sengeenheter samles i direkte tilknytning til det store akuttpsykehuset når dette er ferdig og at det vurderes om dette tilbudet også bør inneholde tjenester som eksempelvis behandling av pasienter underlagt tvunget psykisk helsevern.

## **6.2 Lokalisering av det store akuttpsykehuset**

### **6.2.1 Hemnes og Leirfjord**

Som det fremgår av tidligere kapitler, vil ressursgruppen i sin tilråkning legge avgjørende vekt på de alternative løsningenes evne til å rekruttere og stabilisere helsepersonell. Ved etablering av det store akuttpsykehuset i Hemnes eller Leirfjord vil de ansatte få lengre jobbreiser enn det som den store majoriteten av den norske befolkningen har. Alternativt kan ansatte bo i tettstedet hvor sykehuset er lokalisert, men disse tettstedene kan i begrenset grad tilby de kvalitetene som er viktige for å bidra positivt til rekrutteringen. Eventuelle partnere til sykehusansatte vil i mange tilfeller måtte pendle til nærmeste by og dermed få lang jobbreise. Dette må forventes å bidra til å gjøre det vanskeligere å rekruttere personell til sykehuset (kfr. kapittel 4.4 og 5.2). Det vises i denne sammenheng til en omfattende omtale i kapittel 5. Ressursgruppen vil derfor fraråde at Hemnes og Leirfjord blir sete for det store akuttpsykehuset.

### **6.2.2 Mo i Rana som sted for stort akuttpsykehus**

Ressursgruppens samlede vurdering er at forholdene ligger best til rette for etablering av et stort akuttpsykehus i Mo i Rana. Ressursgruppen har i denne sammenheng spesielt lagt vekt på:

- Mo i Rana fremstår som det alternativet som i størst grad bidrar til at sykehuset kan rekruttere nødvendig personell. Dette er nærmere omtalt i kapittel 5 der det er sett nærmere på følgende områder;



tilgang til et variert jobbmarked, et variert tilbud til gode boliger og boområder, korte arbeidsreiser inkludert gang- og sykkeltilgjengelighet til det meste, urbanitet/tjenestetilbud/friluftstilbud, god tilgang til grønt- og friområder samt gode kommunikasjoner til andre regioner.

Ressursgruppens vurdering er at lokalisering i alle de tre bykommunene kan fungere godt når det gjelder rekruttering til et nytt stort akutt sykehus. Mo i Rana kommer imidlertid best ut når det gjelder de kvalitetene som bidrar til rekruttering. Dette er i hovedsak en følge av at Mo i Rana er vesentlig større enn de andre byene. Det er på områdene tilgang til et variert jobbmarked, variert tilbud til gode boliger og boområder samt gode kommunikasjoner til andre regioner at Mo i Rana utmerker seg. Det sistnevnte er hovedsakelig på grunn av de muligheter som ligger i planene for etablering av ny flyplass.

- Rana kommune har hatt og er fortsatt forventet å ha en positiv befolkningsutvikling fremover (kfr. kap. 2).
- Den første tiden etter en akutt skade eller sykdom vil en størst andel av befolkningen nå sykehus dersom sykehuset ligger i Mo i Rana (kfr. kap. 4.2).
- Det er minst risiko knyttet til sårbarhet i interimsperioden frem til nytt sykehus står ferdig og med tanke på å trygge tilgangen på gode faglige ressurser ved oppstart i nye fasiliteter, ved å velge en etablering av stort akutt sykehus ved det største fagmiljøet. Det største fagmiljøet er i Mo i Rana (80), (88).

I foretaksrådet mellom helseminister Høie og Helse Midt-Norge RHF i forbindelse med plasseringen av nytt sykehus i Helse Møre og Romsdal ble også denne risikofaktoren vektlagt: «Foretaksrådet har merket seg at Helse Midt-Norge RHF i sitt vedtak har lagt vekt på fordelene ved etablering nært det største fagmiljøet, både i forhold til sårbarhet i interimsperioden frem til nytt sykehus står ferdig, og med tanke på å trygge tilgangen på gode faglige ressurser ved oppstart i nye fasiliteter» (79).

### 6.2.3 **Utfordringer med Mo i Rana som sted for stort akutt sykehus**

Ressursgruppen ser at anbefalingen om plassering av stort akutt sykehus i Mo i Rana også gir noen utfordringer. Mo i Rana ligger ikke midt på Helgeland, noe som betyr at spesielt befolkningen fra øyene/kommunene rundt Brønnøysund får lengre reisevei til det store akutt sykehuset enn ved de andre lokaliseringalternativene. Ressursgruppen vil i denne sammenheng peke på spesielt to utfordringer som vil kreve en offensiv tilnærming fra helseforetakets side; nemlig utfordringer knyttet til mulig pasientlekkasje sørover og lengre transportvei i akutte situasjoner.

Ved behov for planlagte polikliniske besøk og planlagte innleggelser står befolkningen fritt til å velge behandling i andre helseforetak, noe det må forventes at den vil gjøre dersom tilgjengelighet og kvalitet i eget helseforetak ikke oppleves å være konkurransedyktige. Sett fra Helgelandssykehusets side er imidlertid dette ikke ønskelig verken på grunn av behovet for å opprettholde behandlingsvolum i foretaket eller av økonomiske grunner. Denne muligheten er det hovedsakelig innbyggerne i Bindal som har benyttet seg av til nå i tillegg til noen polikliniske konsultasjoner fra kommunene Brønnøy og Sømna (henholdsvis 7 og 23 % av befolkningenes polikliniske konsultasjoner går til Namsos) (89). Når avstanden til det store akutt sykehuset øker, vil det kunne være flere som vil benytte seg av denne muligheten.

Befolkningens behov for kontakt med spesialisthelsetjenesten vil i over 90 % av tilfellene dreie seg om polikliniske besøk eller dagbehandling (49). Med de vedtatte polikliniske tilbud om diagnostikk og behandling i DMS Brønnøysund og ressursgruppens foreslåtte polikliniske tilbud i DMS Sandnessjøen og DMS Mosjøen, vil Helgelandssykehuset kunne legge til rette for at behovet for å vurdere alternativer utenfor eget foretak minimeres. Helgelandssykehuset som en stor og viktig samfunnsaktør, vil også være i posisjon til å kunne påvirke avgangstider og reiseruter for både hurtigbåter, Helseekspressen og flyruter for å redusere reisetidene i regionen.

Når det gjelder planlagte innleggelse er ortopedien allerede i dag samlet i Mo i Rana. Det er opp til Helgelandssykehuset å sørge for at tilbudene ved det nye, store akuttssykehuset i Mo i Rana fremstår med så høy medisinsk kvalitet, god pasientbehandling og godt samarbeid med primærhelsetjenesten at det gjør det attraktivt for befolkningen å velge dette behandlingsstedet.

Ved behov for akuttinnleggelse i sykehus er avstanden til Mo i Rana lengre enn til de andre lokaliseringalternativene for befolkningen fra øyene/kommunene rundt Brønnøysund. Det er imidlertid flere alternative muligheter som i noen grad vil kunne kompensere for denne ulempen:

- Luftambulansen med anestesilege og redningsmann har sin base i Brønnøysund og vil kunne aktiveres ved behov. Som det fremgår av kapittel 4.1 må det forventes betraktelig økt gjennomføringsevne for denne tjenesten nå fremover; en utvikling som må forventes å skulle fortsette frem mot etablering av nytt stort akuttssykehus. Pasienten vil kunne flys til Mo i Rana, Bodø, Namsos eller Trondheim avhengig av medisinsk tilstand og flyforhold. Dagens oppdragsmengde for luftambulansetjenesten er på rundt 400 pasienter årlig og vil sannsynlig øke i forbindelse med plassering av ett stort akuttssykehus i Mo i Rana (4), (22).

Det er vanskelig å anslå andelen av pasienter som eventuelt ikke kan flys til Mo i Rana pga. værforhold. Dersom eksempelvis 20% av pasientene ikke kan flys til Mo i Rana og således må flys til sykehus utenfor foretaket, blir i så fall mindre enn 1 % av befolkningens samlede årlige innleggelse i sykehus kanalisert ut av helseforetaket (49).

- Dersom luftambulansen av ulike grunner ikke kan aktiveres, vil anestesilegen og redningsmannen ved basen i Brønnøysund kunne rykke ut med bil.
- Dersom luftambulansen av ulike grunner som for eksempel værforholdene, skulle være forhindret fra å fly, vil redningshelikopteret fra Bodø kunne tilkalles. Nye redningshelikoptre vil fra 2021 ha avisingsystemer, noe som gir en vesentlig bedre regularitet.
- I Brønnøysund er det også stasjonert ambulansfly med anestesisykepleier. Dette brukes vanligvis til sekundæroppdrag, men vil også kunne benyttes til primæroppdrag.
- Nytt moderne DMS i Brønnøysund vil ha muligheter for rask røntgendiagnostikk i akutte situasjoner.
- Nytt moderne DMS i Brønnøysund vil ha fasiliteter der anestesilegen ved luftambulansbasen eller leger i arbeid ved DMS har mulighet til å gjøre enklere stabiliserende prosedyrer dersom de mener det er tjenlig før videre transport til akuttssykehus.

#### 6.2.4 Sandnessjøen og Mosjøen som sted for stort akuttssykehus

Både Sandnessjøen og Mosjøen er i rekrutteringssammenheng vurdert til å ha en lavere attraktivitet enn Mo i Rana, mye på grunn av at begge byene er små i forhold til Mo i Rana. Mosjøens attraktivitet er vurdert som noe høyere enn Sandnessjøen ut fra de kriteriene som ligger til grunn i kapittel 5, men forskjellene er små.

Mosjøen ligger nærmere det geografiske midtpunktet i regionen, mens Sandnessjøen har kortere avstand til øyene/kommunene rundt Brønnøysund og vil således ha mindre problemer med de utfordringene som er drøftet i kap 6.2.3. Flyforholdene er også bedre i Sandnessjøen.

I avveiningen mellom de to byene sør for Korgfjellet, er ressursgruppens samlede vurdering at forholdene ligger best til rette for etablering av et stort akuttssykehus i Sandnessjøen. Ressursgruppen har i denne sammenheng valgt å legge avgjørende vekt på det forhold at Sandnessjøen har et vesentlig større og bredere fagmiljø enn Mosjøen (88). Dette er en stor fordel både i forhold til sårbarhet i interimsperioden frem til nytt sykehus står ferdig, og med tanke på å trygge tilgangen på gode faglige ressurser ved oppstart i nye fasiliteter. Dette gjelder ikke bare leger, men i stor grad også sykepleiere, spesialsykepleiere og annet helsepersonell.

### 6.2.5 Ressursgruppens samlede vurdering av sted for stort akuttisykehus

Ressursgruppen er bedt om å foreslå to alternativer for sykehusstruktur og lokalisering i tillegg til 0-alternativet. Som det fremgår av kapitel 6.1, vil ressursgruppen sterkt anbefale at sykehustjenestene samles i ett stort akuttisykehus. Gruppen fraråder at dette blir lagt til kommunene Hemnes og Leirfjord (kfr kap 6.2.1).

Ressursgruppen foreslår at en plassering av et stort akuttisykehus i enten Mo i Rana eller Sandnessjøen legges til grunn i det videre planarbeidet i Helgelandssykehuset. I valget mellom disse alternativene er ressursgruppens flertalls samlede vurdering at forholdene ligger best til rette for en slik etablering i Mo i Rana. Det erkjennes at plasseringen gir utfordringer, men disse vurderes som håndterbare (kfr kap 6.2.3). Ressursgrupped medlem Liv Haugen vektet disse utfordringene tyngre enn flertallet og faller derfor ned på en anbefaling om plassering av det store akuttisykehuset i Sandnessjøen.

### 6.3 Utvikling av den desentrale spesialisthelsetjenesten

Med den sentralisering som forslaget om samling av sykehustilbudet i ett stort akuttisykehus innebærer, og de avstander som er på Helgeland, vil det bli mange pasienter som vil måtte reise langt og ofte for å få dekket sine behov for kontakt med spesialisthelsetjenesten. Ikke minst for kronikerne vil dette kunne bli en belastning. Ressursgruppen er derfor av den oppfatning at det må etableres spesialisthelsetjenestetilbud som dekker en stor del av behovet for polikliniske og dagmedisinske kontakter, på de stedene som ikke lenger skal ha sykehus.

Nasjonalt helse- og sykehusplan (12) understreker også dette: «Mange utredninger og behandlinger kan utføres nærmere pasienten enn nå – i små sykehus og lokalmedisinske sentre eller i eget hjem – som del av samhandlingsopplegg mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten, og med pasienten selv som aktiv medspiller. Selvbetjeningsteknologi og bedre tilrettelagt informasjon vil gjøre at pasienter kan mestre egen helse og behandling i langt større grad enn i dag. Pasienten vil være en aktiv pådriver i forebygging, diagnostisering, utredning, behandling og rehabilitering. Denne utviklingen vil få store konsekvenser for hvordan sykehusene bygges, organiseres og drives i årene som kommer.»

Slike enheter/sentre, ofte kalt distriktsmedisinske sentre (DMS), utvikles og drives gjerne i samarbeid med helsetjenesten i vertskommunene. Helse Nord har lang erfaring med slike modeller gjennom sykestuene og helsesentre som eksempelvis Alta og Sonjatun. Helgelandssykehuset gjennomførte i januar 2019 et seminar der mange alternative modeller ble presentert (90). Eksemplene viser at DMSene allerede er en viktig samhandlingsarena mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, men også at potensialet for videreutvikling er stort. Dette krever dialog mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Et slikt samarbeid er særlig viktig i områder som Helgeland, der det er utfordringer med å rekruttere helsepersonell til alle nivåer i helsetjenesten.

Innholdet i slike sentre kan være alt fra en enkel poliklinikk til større sentre med poliklinikk, dagkirurgi, røntgen- og laboratediagnostikk samt senger for innleggelser, i tillegg til kommunal legevakt og andre helsetjenester som kommunene ønsker å legge inn. Distriktsmedisinske sentre kan med fordel også samlokaliseres med fødestuer der dette er aktuelt samt distriktspsykiatriske sentre (DPS).

Ny teknologi har åpnet nye muligheter i dette samarbeidet. Dette inkluderer ikke bare kommunikasjonen mellom aktørene, men også muligheter for diagnostikk og behandling i pasientenes hjem, i kommunehelsetjenesten eller i de desentrale spesialisthelsetjenestene.

Legedekning fra spesialisthelsetjenesten kan ivaretas på flere måter; ved ambulerende spesialister fra det store akuttisykehuset, ved avtalespesialister, ved fjernkonsultasjoner av leger ved det store akuttisykehuset eller andre sykehus i Helse Nord eller ved spesialister primært lokalisert til DMSen, men som ambulerer til det store akuttisykehuset og eksempelvis inngår i vaktordningene der.

Andre DMS som eksempelvis Hallingdal sjukestugu og Alta helsesenter, har vist at det er mulig å finne løsninger på dette.

Ressursgruppen vil anbefale at Helgelandssykehuset innleder en dialog med de kommunene som ikke lenger skal ha sykehus, om innhold og modell for samarbeid i distriktsmedisinske sentre. Det vil legges til rette for at disse utvikles parallelt med det store akuttssykehuset, noe som vil redusere risikoen knyttet til pasientbehandling og mulig tap av fagmiljø i byggeperioden.

#### **6.4 Styrking av det prehospitalt tilbudet**

Med den sentralisering som forslaget om samling av sykehusstilbudet i ett stort akuttssykehus innebærer, blir det lengre transporttid for mange pasienter til det store akuttssykehuset og større reisemengde for den prehospitalt tjenesten som helhet. Dette gjør det nødvendig å bygge opp både kompetanse og kapasitet i den prehospitalt tjenesten. Ressursgruppen forutsetter at en ny ambulansplan utarbeides med bakgrunn i de endrede forutsetninger som ny sykehusstruktur innebærer.

Kompetanseutviklingen må bygges opp rundt nye muligheter for tidlig diagnostikk og behandling prehospitalt ved bruk av nye teknologiske muligheter og nye medisinske retningslinjer. Dette må foregå i tett samarbeid med fastleger/legevaktsleger for å sikre et avgjørende godt resultat for pasientene og slik at de samlede ressursene brukes best mulig.

Det prehospitalt tilbudet blir stadig viktigere. Mulighetene for prehospital diagnostikk og behandling øker, kompetansenivået hos ambulanspersonell og legevaktsleger øker, mulighetene for kontinuerlig dialog med sykehusene øker osv. Prehospitalt skal det tas stilling til om pasientens tilstand indikerer at han eller hun skal sendes til et større sykehus utenfor Helgeland, en andel som forventes å øke, om pasienten skal sendes til eget sykehus eller om pasienten ikke trenger sykehusbehandling og således kan sendes til nærmeste DMS. Det skal i samråd med AMK-sentralen tas stilling til hvordan pasienten skal sendes og hvilken behandling som skal iverksettes før og under transporten. De prehospitalt tiltakene er sammen med et faglig sterkt, stort akuttssykehus de viktigste trygghetsskapende elementene i den akuttmedisinske kjeden.

Helgelandssykehuset må ha en løpende dialog med Luftambulansetjenesten HF og Norsk Luftambulans AS for å sikre at regionen til enhver tid får tilgang til de kontinuerlige forbedringer som skjer når det gjelder navigasjonsløsninger og flytekniske løsninger.

## 7. Sammendrag

I arbeidet med Helgelandssykehuset 2025 er ressursgruppen bedt om å gi råd i valg av to alternative sykehusstrukturer og lokaliseringer som sammen med 0-alternativet kan utredes videre gjennom konseptfasen. Gruppen er bedt om å bruke sin samlede kompetanse og erfaring fra andre sykehusprosjekter og primært legge til grunn de utredninger som allerede er utført i Helgelandssykehuset.

Innen medisinen er det en rask kunnskapsutvikling som gir behov for å lære nye teknikker og behandlingsmetoder. Informasjonsteknologiens raske utvikling skaper muligheter for nye arbeidsmetoder som gir økt mulighet for bedre kvalitet i utredning, behandling og observasjon. Helgelandssykehuset må bygge en struktur for fremtiden som tar inn over seg disse utviklingstrekkene. I tillegg står Helgelandssykehuset overfor spesielt store rekrutteringsutfordringer. Hensynet til rekruttering veier derfor tungt i arbeidet med å skape god pasientbehandling. Ressursgruppens råd er at Helgelandssykehuset står best rustet til å møte denne fremtiden dersom sykehusaktiviteten samles i ett stort akuttisykehus.

Tettstedene i kommunene Hemnes og Leirfjord har etter ressursgruppens vurdering ikke de nødvendige kvalitetene som er nødvendige for å sikre rekrutteringen i fremtiden. Ressursgruppen vil derfor fraråde at det store akuttisykehuset lokaliseres til disse stedene.

I vurderingen av Mo i Rana som stedet for det store akuttisykehuset, legger ressursgruppen avgjørende vekt på følgende forhold; byen fremstår som det mest attraktive alternativet når det gjelder muligheten til å rekruttere personell (hovedsakelig som en følge av at Mo i Rana er vesentlig større enn de andre byene), plasseringen gjør at den største andelen av befolkningen når sykehus innen en time etter en akutt skade/sykdom, Rana kommune har hatt og forventes å fortsatt ha en positiv befolkningsutvikling og sist men ikke minst, fordelene med en etablering nær det største fagmiljøet, både i forhold til sårbarhet i interimperioden frem til nytt sykehus står ferdig og med tanke på å trygge tilgangen på gode faglige ressurser ved oppstart i nye fasiliteter.

Utfordringen med en slik plassering er at øyene/kommunene rundt Brønnøysund får lang vei til det store akuttisykehuset. Ressursgruppen legger derfor vekt på at DMS Brønnøysund og de foreslåtte DMS Sandnessjøen og DMS Mosjøen må få en bredde i tilbudet som gjør at brorparten av befolkningens behov for polikliniske og dagmedisinske kontakter med spesialisthelsetjenesten, dekkes lokalt. I akutte situasjoner må Brønnøysunds samlede prehospitalt ressurser (bilambulansse, båtambulansse, legehelikopter, legebil, redningshelikopter) utnyttes på en god måte. Ressursgruppen har vektlagt etableringen av ett stort akuttisykehus som et faglig robust kraftsenter, og utviklingen av en kompetent og velutstyrt prehospital tjeneste, som kanskje de viktigste faktorene i oppbyggingen av en fremtidig og likeverdig spesialisthelsetjeneste på Helgeland.

En annen utfordring ved plassering av et stort akuttisykehus i Mo i Rana kan bli at innbyggerne sør på Helgeland velger å reise sørover til Namsos for undersøkelse og behandling. Igjen blir bredden i tilbudet ved DMS Brønnøysund og de foreslåtte DMSene i Sandnessjøen og Mosjøen viktig for å demme opp for en slik mulig utvikling. Når det gjelder planlagte innleggelser, må Helgelandssykehuset sørge for at eget tilbud i det store akuttisykehuset holder så høy faglig standard at eget sykehus velges på grunn av kvaliteten.

Som et annet alternativ for konseptfasen anbefaler ressursgruppen at en plassering av stort akuttisykehus i Sandnessjøen tas med. I avveiningen mellom Sandnessjøen og Mosjøen har ressursgruppen lagt avgjørende vekt på fordelene med en etablering nær det største og bredeste fagmiljøet, både i forhold til sårbarhet i interimperioden frem til nytt sykehus står ferdig og med tanke på å trygge tilgangen på gode faglige ressurser ved oppstart i nye fasiliteter.

Ressursgruppen foreslår at en plassering av et stort akuttsykehus i enten Mo i Rana eller Sandnessjøen legges til grunn i det videre planarbeidet i Helgelandssykehuset. I valget mellom disse alternativene er ressursgruppens flertalls samlede vurdering at forholdene ligger best til rette for en slik etablering i Mo i Rana. Det erkjennes at plasseringen gir utfordringer, men disse vurderes som håndterbare (kfr kap 6.2.3). Ressursgruppedlem Liv Haugen vektet disse utfordringene tyngre enn flertallet og faller derfor ned på en anbefaling om plassering av det store akuttsykehuset i Sandnessjøen.

Anbefalingen om å samle all sykehusvirksomheten i ett stort akuttsykehus betyr at mange av innbyggerne på Helgeland får lange reiseveier til sykehuset. Ressursgruppen tilrår derfor at Helgelandssykehuset i nært samarbeid med vertskommunene etablerer distriktsmedisinske sentre på de stedene som ikke lenger skal ha sykehus. Det vil i dette samarbeidet være viktig å utnytte nye teknologiske muligheter for diagnostikk, behandling og samhandling.

Samtidig forutsetter ressursgruppen at kapasitet og kompetanse i det prehospitale apparatet bygges opp og tilpasses den nye sykehusstrukturen og den raske medisinske og teknologiske utvikling som skjer på det prehospitale området. Samarbeidet mellom aktører i prehospitale tjenester og legevakt/fastleger må fortsatt utvikles videre slik at diagnose kan stilles så tidlig som mulig og behandling påbegynnes før/under transport.

## 8. Referanser

1. **Utviklingsplan for Helgelandssykehuset HF. [Internett] 2014.**  
<https://nordlandssykehuset.no/Documents/Nordlandssykehuset%20for%20framtiden/Strategisk%20utviklingsplan%20for%20NLSH,%202017-2035/14.10.17-Utviklingsplan-Helgelandssykehuset-HF.pdf>.
2. **Helse Nord - Forslag til regional utviklingsplan. [Internett] 2018.** <https://helse-nord.no/Documents/Prosjekter/Regional%20utviklingsplan%202035/Prosjektmøter/Utviklingsplan2035%20-%20utkast%20pr%2020180611.pdf>.
3. **Samfunnsøkonomisk Analyse. Helse-Norge 2040 – Hvordan vil fremtiden bli; Rapport 1-2018. [Internett] 2018.**  
<https://static1.squarespace.com/static/576280dd6b8f5b9b197512ef/t/5b192856758d46290044836f/1528375388612/Helse-Norge+2040.pdf>.
4. **Enhet for Prehospitaltjenester Helgelandssykehuset. Pasienttransport på Helgeland - Akutte transporter og planlagte reiser. [Internett] 2018.**  
<https://helgelandssykehuset.no/seksjon/Helgelandssykehuset2025/Documents/Ressurssgrupper/transport%20Helgelandpdf.pdf>.
5. **Statistisk Sentralbyrå. Statistikkbanken, tabell 11668. [Internett]**  
<https://www.ssb.no/statbank/table/11668/>.
6. **Statistisk Sentralbyrå. Statistikkbanken, tabell 06913. [Internett]**  
<https://www.ssb.no/statbank/table/06913/tableViewLayout1/>.
7. **Styringsgruppemøte Regional utviklingsplan 2035. [Internett] 2018.** <https://helse-nord.no/Documents/Prosjekter/Regional%20utviklingsplan%202035/Styringsgruppemøter/Styringsgruppemøte%20180206%20fra%20møtet.pdf>.
8. **Statistisk Sentralbyrå. Statistikkbanken, tabell 05471. [Internett]**  
<https://www.ssb.no/statbank/table/05471/chartViewColumn/>.
9. **Helse Nord RHF. Møtereferat regionalt samarbeidsutvalg mellom Helse Nord RHF og KS. [Internett] 2018.**  
[https://unn.no/Documents/Samhandling/Overordnet%20samarbeidsorgan%20\(OSO\)/Møter%202018/220218/6.%20vedlegg%20Møtereferat%20Helse%20Nord%20og%20KS%20220118.pdf](https://unn.no/Documents/Samhandling/Overordnet%20samarbeidsorgan%20(OSO)/Møter%202018/220218/6.%20vedlegg%20Møtereferat%20Helse%20Nord%20og%20KS%20220118.pdf).
10. **Demografiske utviklingstrekk 2018-2035 i Norge, Helse Nord, HF-områdene/ lokalsykehusområdene i nord og kommunene – oppdatering basert på Statistisk sentralbyrås befolkningsframskriving av juni 2018 s 12. [Internett] Sak 15/2018 i regionalt samarbeidsutvalg 3. oktober 2018.,. Samhandlingsbarometeret/Helse Nord/ Finn H Hansen.**
11. **Helse Nord. Regional utviklingsplan 2035 Helse Nord. Bakgrunn og sammenheng - Vedlegg til hoveddokumentet. [Internett]** <https://helse-nord.no/Documents/Prosjekter/Regional%20utviklingsplan%202035/Vedlegg%20Regional%20utviklingsplan%202035%20Helse%20Nord.pdf>.
12. **Helse- og Omorgsdepartementet. Meld. St. 11 (2015–2016) Nasjonal Helse- og Sykehusplan. Oslo : Helse- og Omorgsdepartementet, 2015.**
13. **www.regjeringen.no. Plassering av akuttstusykehus i Norge. [Internett]**  
[https://www.dropbox.com/s/vicf7ozo9o60jst/Akuttstusykehus%20i%20Norge%202017\\_Iiggende\\_høyoppløselig.jpg?dl=0](https://www.dropbox.com/s/vicf7ozo9o60jst/Akuttstusykehus%20i%20Norge%202017_Iiggende_høyoppløselig.jpg?dl=0).

14. Faglig rådgivningsgruppe for sykehusstruktur, Nasjonal helse og sykehusplan. Faglige konsekvenser av alternativer for sykehusstruktur. [Internett] 2015. [https://www.regjeringen.no/contentassets/9ba3489d35794be7a41cea2cf02af85d/rapport\\_sykehusstruktur\\_ekspertgruppe\\_040515.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/9ba3489d35794be7a41cea2cf02af85d/rapport_sykehusstruktur_ekspertgruppe_040515.pdf).
15. Ekstern ekspertgruppe fag og struktur. [www.regjeringen.no](http://www.regjeringen.no). [Internett] [https://www.regjeringen.no/contentassets/d0c4bd643e304b7795895fd4e92006f8/ekspertgruppe\\_fag\\_struktur\\_241014.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/d0c4bd643e304b7795895fd4e92006f8/ekspertgruppe_fag_struktur_241014.pdf).
16. Helse- og Omsorgsdepartementet, *Meld. St. 43 (1999-2000) Om Akuttmedisinsk beredsskap*. Oslo : Helse- og Omsorgsdepartementet, 2000.
17. *Rapport fra Arbeidsgruppe: Gjennomgang av basestruktur for ambulanshelikopter*. 2018.
18. Kommunikasjon mellom HSYK og LAT HF. [Internett] <https://helgelandssykehuset.no/seksjon/Helgelandssykehuset2025/Documents/Ressurssgruppa/Luftambulanse%20Helgeland%20august%202018.pdf>.
19. Kommunikasjon mellom Rana utviklingselskap AS og Norsk Luftambulanse AS. [Internett] <https://helgelandssykehuset.no/seksjon/Helgelandssykehuset2025/Documents/Spm%20og%20svar%202025/Svarbrev%20Norsk%20Luftambulanse%20AS%20til%20RU%20%2029082018.pdf>.
20. Kommunikasjon mellom Rana utviklingselskap AS og Norsk Luftambulanse AS . [Internett] <https://helgelandssykehuset.no/seksjon/Helgelandssykehuset2025/Documents/Spm%20og%20svar%202025/RU-svar%20fra%20Norsk%20Luftambulanse.pdf>.
21. *Luftambulansens pålitelighet - en undersøkelse i tre kommuner på Helgeland*. Haug B, Åvall A, Monsen S. 129:1089-1093., s.l. : Tidsskrift for den norske legeförening, 2009.
22. Kommunikasjon mellom HSYK (enhet for PHT) og ressursgruppen. [Internett] <https://helgelandssykehuset.no/seksjon/Helgelandssykehuset2025/Documents/Ressurssgruppa/Tilleggssp%C3%B8rsm%C3%A5l%20ressursgruppa%20260918.pdf>.
23. *Prehospital ultrasound of the abdomen and thorax changes trauma patient management: A systematic review*. O'Dochartaigh D, Douma M. s.l. : Injury, 2015, Vol. Nov; 46(11):2093-102.
24. *Effect of prehospital ultrasound on clinical outcomes of non-trauma patients--a systematic review*. Rudolph SS, Sørensen MK, Svane C, Hesselfeldt R, Steinmetz J. s.l. : Resuscitation, 2014, Vol. Jan; 85(1):21-30.
25. *Prehospital point-of-care emergency ultrasound: a cohort study*. . Scharonow M, Weilbach C. Prehospital point-of-care emergency ultrasound: a cohort study. Scand J Trauma Resusc Emerg Med. s.l. : Scand J Trauma Resusc Emerg Med. , 2018, Vol. Jun 18; 26(1):49.
26. UCLA Trials Ambulance Equipped with CT Scanner for Rapid Stroke Treatment. [Internett] 2017. <https://www.medgadget.com/2017/10/ucla-trials-ambulance-equipped-ct-scanner-rapid-stroke-treatment.html>.
27. *Prehospital Assessment of Acute Stroke*. Hov, M.R. s.l. : Institutt for klinisk medisin UIO, avhandling for graden philosophiae doctor (ph.d.), 2018.
28. *Clinical evaluation of a microwave-based device for detection of traumatic intracranial hemorrhage*. Ljungqvist, J. No. 13, s.l. : Journal of Neurotrauma, Vol. Vol. 34.



29. Hallingdølen, C. Skogheim. Historisk gjennombrudd ved hjerneslag. [Internett] 14 2 2019.  
<http://polopoly.prod.agp.cloud.atex.com/preview/www/2.39141/2.39162/1.2584633>.
30. *Prehospital antibiotics in the ambulance for sepsis: a multicentre, open label, randomised trial.* . Alam N. et al. Prehospital antibiotics in the ambulance for sepsis: a multicentre, open label, randomised trial. s.l. : Lancet Respir Med. , 2018, Vol. Jan; 6(1):40-50.
31. Nå startes behandlingen i ambulansene. [Internett]  
<https://www.pingvinavisa.no/na-startes-behandlingen-i-ambulansene/>.
32. *A Systematic Review of the Implementation Challenges of Telemedicine Systems in Ambulances.* . Rogers H, Madathil KC, Agnisarman S, Narasimha S, Ashok A, Nair A, Welch BM, McElligott JT. s.l. : Telemed J E Health., 2017, Vol. Sep; 23(9):707-717.
33. Dagens Næringsliv, N. Zahid, P. Waldermar. Ny mobilteknologi åpner opp for nye tjenester. [Internett] 15 1 2019.  
<https://www.dn.no/teknologi/teknologi/5g/mobil/innlegg-ny-mobilteknologi-apner-opp-for-nye-tjenester/2-1-520520>.
34. Rootwelt, T. Master Thesis: Ambulance Drones in Norway. A Stakeholder Analysis. [Internett] 2016.  
[https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/2405591/15738\\_FULLTEXT.pdf](https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/2405591/15738_FULLTEXT.pdf).
35. *Time to Delivery of an Automated External Defibrillator Using a Drone for Simulated Out-of-Hospital Cardiac Arrests vs Emergency Medical Services.* . Claesson A, Bäckman A, Ringh M, Svensson L, Nordberg P, Djärv T, Hollenberg J. s.l. : JAMA, 2017, Vol. Jun 13; 317(22):23.
36. Heightman, A.J. Artificial Intelligence and EMS. [Internett] 2017.  
<https://www.jems.com/articles/print/volume-42/issue-11/departments/from-the-editor/artificial-intelligence-and-ems.html>.
37. *Trends in clinical outcomes and survival following prehospital thrombolytic therapy given by ambulance clinicians for ST-elevation myocardial infarction in rural sub-arctic Norway.* Mannsverk, J., Steigen, T., Wang, H., Tande, P.M., Dahle B.M., Nedrejord, M.L., Hokland, I.O. and Gilbert M. s.l. : European Heart Journal: Acute Cardiovascular Care, 2017. DOI: 10.1177/2048872617748550.
38. *Duration of hypotension before initiation of effective antimicrobial therapy is the critical determinant of survival in human septic shock.* Anand Kumar, MD, et al. No. 6, s.l. : Crit Care Med, 2006, Vol. Vol. 34.
39. *Empiric Antibiotic Treatment Reduces Mortality in Severe Sepsis and Septic Shock From the First Hour: Results From a Guideline-Based Performance Improvement Program.* Ricard Ferrer, MD, Ignacio Martin-Loeches, MD, Gary Phillips,. Number 8, s.l. : Clinical care medicine, 2014, Vol. Volume 42 .
40. Faggruppe under ledelse av Nasjonal Kompetansetjeneste for Traumatologi,. Nasjonal traumeplan – Traumesystem i Norge 2016. [Internett] 2016. <http://traumeplan.no/wp-content/uploads/2017/02/Nasjonal-traumeplan-%E2%80%93-Traumesystem-i-Norge-2016.pdf>.
41. Sosial- og Helsedepartementet., *NOU 1998:8 Hvis det haster..... – Faglige krav til akuttmedisinsk beredskap.* Oslo: Sosial- og Helsedepartementet : s.n., 1998.
42. Helse- og Omsorgsdepartementet. *NOU 2015: 17: Først og fremst – Et helhetlig system for håndtering av akutte sykdommer og skader utenfor sykehus.* s.l. : Helse- og Omsorgsdepartementet, 2015.

43. Kommunikasjon mellom HSYK og ressursgruppen . [Internett]  
<https://helgelandssykehuset.no/seksjon/Helgelandssykehuset2025/Documents/Spm%20og%20svar%202025/Innspill%20fra%20Mosjøen%20til%20ekstern%20ressursgruppe%20som%20utreder%20fremtidig%20sykehusstruktur%20på%20Helgeland.pdf>.
44. Kommunikasjon mellom HSYK og ressursgruppen. [Internett]  
<https://helgelandssykehuset.no/seksjon/Helgelandssykehuset2025/Documents/Spm%20og%20svar%202025/Innspill%20fra%20Sandnessjøen%20til%20ekstern%20ressursgruppe%20som%20utreder%20fremtidig%20sykehusstruktur%20på%20Helgeland.pdf>.
45. Luftambulansse, Stiftelsen Norsk. Lokale team av akutthjelpere over hele landet! [Internett] <https://norskluftambulansse.no/vart-arbeid/kurs/mens-du-venter-pa-ambulansen/>.
46. *Relative Mortality Analysis Of The "Golden Hour": A Comprehensive Acuity Stratification Approach To Address Disagreement In Current Literature*. Schroeder, P.H., Napoli, N.J., Barnhardt, W.F., Barnes, L.E., & Young, J.S. s.l. : Prehospital Emergency Care, 2018. DOI: 10.1080/10903127.2018.1489021.
47. *The relationship between distance to hospital and patient mortality in emergencies: an observational study*. Jon Nicholl, James West, Steve Goodacre, Janette Turner. s.l. : Emerg Med J , 2007, Vol. 24:665–668. doi: 10.1136/emj.2007.047654.
48. COWI/WSP. Rapport Helgelandssykehuset 2025 – Anbefaling av utredningsalternativer. [Internett] 2017.  
<https://helgelandssykehuset.no/seksjon/Helgelandssykehuset2025/Documents/Rapporter/Rapport%20anbefaling%20av%20utredningsalternativer%2005.05.17%20%28002%29.pdf>.
49. Sykehusbygg HF . Aktivitets- og kapasitetsframskrivning for HF-ene i Helse Nord RHF 2014 – 2040 Til utviklingsplanen for Helse Nord RHF . [Internett] 2018.
50. Helgelandssykehuset. Møter pasienten på nett. [Internett] 2019.  
<https://helgelandssykehuset.no/nyheter/moter-pasienten-pa-nett>.
51. Economics, Oslo. Analyse av plassering av et stort akuttsykehus på Helgeland. Utarbeidet på oppdrag fra Alstahaug kommune. [Internett] 2018.  
<http://www.alstahaug.kommune.no/getfile.php/4286151.1880.ikulaits7ztsmm/OE-rapport+2018-34+Sykehusstruktur+Helgeland+.pdf>.
52. SSBs Registerbasert sysselsettingsstatistikk som inneholder informasjon om bosted og arbeidssted for alle sysselsatte i Norge, koblet mot TØIs avstandsdatabase som beregner avstander ved hjelp av data fra ELVEG og Kartverket.
53. SSBs registerbaserte sysselsettingsstatistikk på grunnkrets nivå, bearbeidet av TØI og TØIs avstandsdatabase.
54. Gundersen, F., W. Hansen og J. Aarhaug. *Over eller under vann – vest eller nord? Vurdering av effekten på næringsliv og konkurransekraft av to ulike traseer for ny fastlandsforbindelse fra Nøtterøy*. Oslo : Transportøkonomisk institutt, 2018. TØI rapport 1617/2018,.
55. Engebakken, B.O., Mathisen K.G. Masteroppgave: Hvor skal vi gå? Hvordan oppleves det å være ansatt i en bedrift som vurderer en endring? [Internett] 2016.  
[https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/2437061/Hvor+skal+vi+g+percent\\_E5.pdf?sequence=1](https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/2437061/Hvor+skal+vi+g+percent_E5.pdf?sequence=1).
56. Statistisk Sentralbyrå. SSBs registerbaserte sysselsettingsstatistikk.
57. Statistisk Sentralbyrå. Statistikkbanken, tabell 03321. [Internett]  
<https://www.ssb.no/statbank/table/03321>.

58. Kommunal- og Moderniseringsdepartementet. Utkast til ny inndeling av kommunar i bu- og arbeidsmarknadsregionar. [Internett]  
<https://www.regjeringen.no/no/tema/kommuner-og-regioner/regional--og-distriktspolitikk/aktuelt-na/utkast-til-ny-inndeling-av-kommunar-i-bu--og-arbeidsmarknadsregionar/id2629451/>.
59. Langeland, O., Gundersen, F., Grünfeld, L., Holmen, R.B., Nielsen, A.F., Tennøy, A. og Øksenholt, K.V. *Byutvikling og næringsutvikling i hovedstadsområdet – konkurransedyktig næringsliv og bærekraftig storbyfunn*. s.l. : TØI rapport 1528/2016., 2017.
60. Tennøy, A., Øksenholt, K.V., Tønnesen, A. og Hagen, O.H. *Kunnskapsgrunnlag: Areal- og transportutvikling for klimavennlige og attraktive byer*. s.l. : TØI-rapport 1593A/2017., 2017.
61. Sørli, K., Aure, M. & Langset, B. *Hvorfor flytte? Hvorfor bli boende?* Oslo : Norsk institutt for by- og regionforskning., 2012.
62. Florida, R. *Who's your city? How the creative economy is making where to live the most important decision of your life*. New Yourk : Basic Books, 2008.
63. Ruud, M. E., Schmidt, L., Sørli, K., Skogheim, R. & Vestby, G. M. *Boligpreferanser i distriktene*. Oslo : Norsk institutt for by- og regionforskning., 2014.
64. Sørli, K. *Bosettingspreferanser, flyttemotiver og flytteprosesser*. Oslo : Norsk institutt for by- og regionforskning., 2003.
65. Statistisk Sentralbyrå. Økt flytteaktivitet i Norge,. [Internett] 2018. Statistisk sentralbyrå. Økt flytteaktivitet i Norge, <https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/okt-flytteaktivitet-i-norge>.
66. Abelsen, B. *Rekruttere og beholde. Om helsepersonell i rurale og urbane områder*. . s.l. : Nasjonalt senter for distriktsmedisin, Det helsevitenskapelige fakultet, Norges Arktiske Universitet. , 2013.
67. Skjelvik, J.M. og Thorvaldsen, L. *Rekruttering og utdanning av fagpersoner for framtidig akuttsykehus på Helgeland. Vurdering av de ulike lokaliseringsalternativene*. . s.l. : VA-rapport 2018-32., 2018.
68. Kommunal- og Moderniseringsdepartementet. *Stortingsmelding om bærekraftig byutvikling og sterke distrikt*. 2016.
69. Nordland Fylkeskommune. Fylkesplan for Nordland 2013 - 2025. [Internett]  
<https://www.nfk.no/tjenester/planlegging/regional-planlegging/fylkesplan/>.
70. Kommunal- og Moderniseringsdepartementet. *Meld. St. 18 (2016-2017) Berkraftige byar og sterke distrikt*. Oslo: Kommunal- og moderniseringsdepartementet : s.n.
71. Kommunal- og Moderniseringsdepartementet. Statlige planretningslinjer for samordnet bolig-, areal- og transportplanlegging. [Internett]  
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/Statlige-planretningslinjer-for-samordnet-bolig--areal--og-transportplanlegging/id2001539/>.
72. SSBs virksomhets- og foretaksregisteret, bearbeidet av TØI.
73. Bruvoll, A., A. Espelien og S. Voll Dombu. *NHOs kommune-NM 2018*. Oslo : Menon Economics, 2018. Menon-publikasjon nr 59/2018.
74. Statistisk Sentralbyrå. Statistikkbanken, tabell 11509. [Internett] SSB.  
<https://www.ssb.no/statbank/table/11509>.
75. Eiendom Norge, bransjeforeningen for eiendomsmeglerforetak. *Omsetningshastighet for privatboliger i Sandnessjøen, Mo i Rana og Mosjøen 2013-2018*. 2018.

76. Statistisk Sentralbyrå. Statistikkbanken, tabell 06726 . [Internett] SSB. <https://www.ssb.no/statbank/table/06726>.
77. Samferdselsdepartementet. *Nasjonal transportplan 2018-2029*. Oslo: Samferdselsdepartementet : s.n., 2017.
78. Helse Midt-Norge RHF. *Sak 83/14 Nytt sykehus i Nordmøre og Romsdal*. [Internett] 2014. <https://ekstranett.helse-midt.no/1001/Sakspapirer/sak%2083-14%20Nytt%20sykehus%20i%20Nordmøre%20og%20Romsdal.pdf>.
79. Regjeringen. Protokoll fra foretaksmøte i Helse Midt-Norge RHF 19.desember 2014. [Internett] <https://www.regjeringen.no/contentassets/13562b65a2b3446f93767f439b072934/protokollhelsemidtnorgerhf19122014.pdf>.
80. Helgelandssykehuset HF. Oversikt over antall hoder, årsverk, lokalisering og yrkesgruppering. [Internett] [https://helgelandssykehuset.no/seksjon/Helgelandssykehuset2025/Documents/Ressurssgruppering/Oversikt%20over%20antall%20ansatte%20\(1\).pdf](https://helgelandssykehuset.no/seksjon/Helgelandssykehuset2025/Documents/Ressurssgruppering/Oversikt%20over%20antall%20ansatte%20(1).pdf).
81. Høydahl, E. *Ny sentralitetsindeks for kommuner. Notater 2017/40*. Oslo-Kongsvinger: : Statistisk sentralbyrå., 2017.
82. Kommunal Rapport. Kommunebarometeret. [Internett] 2018. <https://kommunalrapport.no/kommunebarometeret/2018/07/kommunebarometeret-2018-totaltabellen>.
83. Vareide, K. Nygaard, O.M. *Telemarksforskning regionale analyse for Nordland. Attraktivitetsanalyse: Befolkningsutvikling, næringsutvikling og scenarier*. s.l. : Telemarksforskning, 2014.
84. *High-volume hospitals are associated with lower mortality among high-risk emergency general surgery patients*. Ogola, Gerald O., et al. s.l. : Epidemiol Prev. , 2017, Vol. Sep-Dec;41(5-6 (Suppl 2)):1-128. doi: 10.19191/EP17.5-6S2.P001.100.
85. Den Norske Legeforening. Sykehus for fremtiden. innspill til nasjonal sykehusplan. [Internett] 2014. <https://legeforeningen.no/PageFiles/184482/Statusrapport%20-%20Sykehus%20for%20fremtiden.pdf>.
86. Helse Førde. Gjennomføring Helse Førde 2020. Delprosjekt: Etablering av "God start" i Nordfjord. Framtidige svangerskaps, følgjetenester og fødselsomsorg i Nordfjord. [Internett] 2012. <https://helse-vest.no/Documents/Helsefagleg/Prosjekt%20og%20program/Framtid%20lokalsykehus/Sluttrapport/18%20Etablering%20av%20God%20start%20i%20Nordfjord.pdf>.
87. Helse Nord. Oppdragsdokument 2019. [Internett] <https://helse-nord.no/Documents/Oppdragsdokument/Oppdragsdokument%202019%20fra%20Helse%20Nord%20RHF%20til%20helseforetakene.pdf>.
88. Helgelandssykehuset. [www.helgelandssykehuset.no](http://www.helgelandssykehuset.no). [Internett] <https://helgelandssykehuset.no/seksjon/Helgelandssykehuset2025/Documents/Spm%20og%20svar%202025/Etterspurte%20tall%20Rana%20Kommune%20%28002%29.pdf>.
89. Kommunikasjon mellom HSYK og ressursgruppen. [Internett] <https://helgelandssykehuset.no/om-oss/helgelandssykehuset-2025/henvendelser-sporsmal-og-svar#publisering-av-sp%C3%B8rsmål%20fra-ressursgruppen-nettsidene-til-helgelandssykehuset>.
90. Helgelandssykehuset. Styreseminar om Distriktsmedisinske sentre 30. januar 2019. [Internett] <https://helgelandssykehuset.no/arrangementer/styremote-30-januar-2019-2019-01-30>.

91. Medalen, T. *Bolyst og engasjement i småbyer og tettsteder. Evaluering av stedsutviklingsprogrammet BLEST.* . Oslo : Asplan Viak, 2010.
92. Helsedirektoratet. Generell informasjon om ny spesialistutdanning for leger. [Internett] Helsedirektoratet. <https://helsedirektoratet.no/autorisasjon-utdanning-og-godkjenning/spesialistutdanning-og-spesialistgodkjenning/lege/ny-spesialistutdanning/generell-informasjon-om-ny-spesialistutdanning-for-leger>.
93. *Does prehospital time affect survival of major trauma patients where there is no prehospital care?* Dharap, S. B., Kamath, S., & Kumar, V. 169-175, s.l. : Journal of postgraduate medicine, , 2017, Vol. 63(3).
94. Helgelandssykehuset. [www.helgelandssykehuset.no](http://www.helgelandssykehuset.no). [Internett] <https://helgelandssykehuset.no/seksjon/Helgelandssykehuset2025/Documents/Ressurssgruppa/Hospitalitet%20multiconsult%20ambulanserespons.pdf>.
95. Helgelandssykehuset HF. Styreseminar om e-helse og velferdsteknologi 26. februar 2019. [Internett] <https://helgelandssykehuset.no/arrangementer/styremote-26-februar-2019-2019-02-26>.
96. Sykehusbygg. Strategisk teknologinotat. Teknologikutviklingens konsekvenser for langtidsplanlegging av sykehusprosjekter. [Internett] 2016. <https://sway.office.com/nxeIzUdtuNCQzLCR>.
97. Juvkam, D. F. Kann, J. I. Lian, R. Samuelsen og Vanberg V. *Storbyenes funksjonelle grenser.* s.l. : Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning, 2011. NIBR-rapport 2011:16.
98. Gundersen, F. og Juvkam D. *Inndelinger i senterstruktur, sentralitet og BA-regioner.* s.l. : Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning, 2013. NIBR-rapport 2013:1.
99. Eurostat (2015). *Task Force on Harmonised Labour Market Areas, Final Report.* s.l. : Luxembourg: Eurostat, 2015.
100. Kommunikasjon mellom HSYK og LAT HF . [Internett] <https://helgelandssykehuset.no/seksjon/Helgelandssykehuset2025/Documents/Spm%20og%20svar%202025/Svarbrev%20Luftambulansetjenesten%20HF%20til%20RU%2020082018.pdf>.

## Tabeller

Tabell 1: Befolkningsgrunnlag dagens sykehusområder. Framskrevet til 2040 og pr. 4. kvartal 2017 (4). .....	9
Tabell 2: Befolkningsutvikling 2018-2019 per 01.01 ved dagens vertskommuner for sykehusene (6). .....	9
Tabell 3: Befolkningsprognoser fordelt på aldersgrupper per lokalsykehusområdene (7). .....	10
Tabell 4: Forholdet mellom yrkesaktive og pensjonister for foretakene i Nord-Norge, med og uten justering for uførhet (10). .....	11
Tabell 5: Pendlingsstrømmer etter arbeidsstedskommune, bostedskommune, statistikkvariabel og år (4. kvartal) (57). .....	29
Tabell 6: Pendling mellom Alstahaug, Vefsn og Leirfjord, 2018 (57). .....	30
Tabell 7: Sysselsatte og antall virksomheter i de tre tettstedene etter næring. Absolutte tall. 2017 (72). .....	37
Tabell 8: Menons rangering av de tre kommunene blant alle norske kommuner. Jo lavere tall, jo høyere opp på listen ligger kommunen (73). .....	38
Tabell 9: Boliger etter bygningstype og kommune. Absolutte tall og prosent. 2017 (74). .....	39
Tabell 10: Omsetning av alle typer boliger etter tettsted. Antall salg og gjennomsnittlig antall døgn fra boligen ble lagt ut for salg til den var solgt, 2013-2018 (75). .....	40
Tabell 11: Antall årsverk og sum av årsverk basert på fagområde, per august 2018 (80). .....	42
Tabell 12: Antall årsverk og sum av årsverk basert på yrkesgruppe og lokasjon, per august 2018 (80). .....	43
Tabell 13: Kommunal Rapports rangering av de tre kommunene blant alle norske kommuner (82). .....	44

## Figurer

Figur 1: Befolkningsprognoser for dagens vertskommuner for sykehusene. Fremskrevet til 2040 (MMMM) (5).....	9
Figur 2: Netto innenlandsk flytting Helgeland 2008-2017 (8). .....	10
Figur 3: Aldersfordeling og andel månedsverk over 60 år for utvalgte stillingskategorier (2). .....	11
Figur 4: Ulike typer sykehus (12). .....	13
Figur 5: Plassering av akuttsykehus (13).....	14
Figur 6: Plassering av ambulansestasjoner i 2015 (94). .....	18
Figur 7: Årsaker til avviste oppdrag med ambulanshelikopter i perioden 2014-2016 (17).....	20
Figur 8: Sysselsatte etter reisetid til jobb for alle sysselsatte i Norge. 4. kvartal 2015 (53), (54)..	26
Figur 9: Sysselsatte etter reisetid til jobb for alle sysselsatte i Nordland. 4. kvartal 2015 (53), (54).....	27
Figur 10: Antall som pendler inn til Mo i Rana etter grunnkretsen de bor i. 4. kvartal 2015 (56)...	28
Figur 11: Antall som pendler inn til Sandnessjøen etter grunnkretsen de bor i. 4. kvartal 2015 (56).....	28
Figur 12: Antall som pendler inn til Mosjøen etter grunnkretsen de bor i. 4. kvartal 2015 (56).....	28
Figur 13: Antall pendlere fra kommuner vest for Tøventunnelen (Herøy, Alstahaug, Leirfjord, Dønna, Nesna) til kommunene Vefsn, Grane, Hattfjelldal og Hemnes (57).....	31
Figur 14: Antall pendlere fra kommuner øst for Tøventunnelen (Vefsn, Grane, Hattfjelldal og Hemnes) til kommunene Herøy, Alstahaug, Leirfjord, Dønna og Nesna (57).....	31
Figur 15: Gjennomsnittspris på boliger etter kommune. Løpende priser. Kroner. 2002-2017 (76).	40





## 9. Vedlegg

### 9.1 Mandat

#### Prosjektplan og mandat

#### Helgelandssykehuset 2025 – videreføring av tidligfasen

<b>Prosjektnummer</b>	<b>Version 4.0</b>	
<b>Dato:</b> 05.05.2018	<b>Behandlet av/prosjekteier:</b> Fred A. Mürer	<b>Utarbeidet av:</b> Ulrich Spreng med flere
Prosjektleder: Christian Brødreskift, Sykehusbygg HF		
<b>Signatur ved godkjenning (prosjekteier):</b>		

## Innhold

<a href="#">1. Bakgrunn og begrunnelse for prosjektet</a>	68
<a href="#">2. Prosjektets mål</a>	70
<a href="#">3. Forutsetninger og rammer</a>	71
<a href="#">4. Organisering, roller og ansvar</a>	72
<a href="#">5. Strategi for gjennomføring av prosjektet</a>	74
<a href="#">6. Medvirkning</a>	75
<a href="#">7. Budsjett</a>	76
<a href="#">8. Kommunikasjonsplan</a>	76
<a href="#">9. Miljø</a>	77
<a href="#">10. Tidsplan</a>	77
<a href="#">11. Vedlegg</a>	77

## ENDRINGSLOGG

Versjon	Dato	Endring	Produsent	Godkjent
2.0	20.04.18	Nytt vedlegg sammensetning av styringsgruppen	FAM/US	FAM
3.0	27.04.18	Presseprotokoll styremøte Helgelandssykehus HF 19.02.18 er med som vedlegg	FAM/US	FAM
4.0	05.05.18	Justering av tekst	FAM/US	FAM

## DISTRIBUSJONSLOGG

Versjon distribuert	Dato	Navn
Versjon 1.0	10.4.2018	Høring ekstern ressursgruppe
Versjon 2.0	20.04.2018	Til ledergruppe HSYK
Versjon 3.0	29.04.2018	Til ledergruppe HSYK
Versjon 4.0	07.05.2018	Til foretakstillitsvalgte og styringsgruppe

## Bakgrunn og begrunnelse for prosjektet

I oppdragsdokumentet 2013 fikk Helgelandssykehuset HF følgende oppdrag:

*Helgelandssykehuset skal videreutvikle et godt lokalsykehusstilbud og en desentralisert spesialisthelsetjeneste på Helgeland, i samarbeid med kommunene, samt styrke forskning, fagutvikling og utdanning.*

Helse Nord konkretiserte oppdraget gjennom eget mandat vedtatt i styresak 37/2013, der styret i Helse Nord RHF ba Helgelandssykehuset HF om å starte arbeidet med en utviklingsplan for Helgelandssykehuset. Planen skulle ha en tidshorisonnt frem mot 2025, og den skulle gi et godt beslutningsgrunnlag for fremtidig utvikling og struktur av Helgelandssykehuset.

På bakgrunn av bestillingen fra Helse Nord RHF besluttet styret i Helgelandssykehuset HF 28.05.2013, i styresak 40/2013, å sette i gang utredning av fremtidig somatisk sykehusstruktur på Helgeland.

Utviklingsplan for Helgelandssykehuset HF ble ferdigstilt 17.10.2014 og prosjektplan for gjennomføring av idéfasen ble vedtatt 12.02.2016.

Styret i Helse Nord RHF besluttet i september 2016 (styresak105-2016) at følgende alternativ skulle legges til grunn for utredningen av sykehusstrukturen på Helgeland 2025:

- I. 0-alternativet (dagens løsning)
- II. Alternativ 2a - Stort akuttsykehus med inntil tre DMS
- III. Alternativ 2b-1 Stort akuttsykehus i kombinasjon med ett akuttsykehus og inntil to DMS

Styret i Helse Nord RHF forutsatte at alle alternativene utredes likeverdig og at utredningen av alternativene koples mot valg av lokalisering av sykehusbygg på Helgeland.

I styresak 104-2016 vedtok styret i Helse Nord at de fire byene/tettstedene Mo i Rana, Mosjøen, Sandnessjøen og Brønnøysund sammen med Leirfjord sentrum og Hemnes sentrum skal utredes videre som aktuell lokalisering for sykehusbygg.

Arbeidet med planprogrammet ble startet opp 1.1.2017 og planprogrammet ble sendt til høring 24.5.2017. Høringsrapport ble ferdigstilt 30.1.2018.

I styresak HSYK 83/2017 – «Idéfasen Helgelandssykehuset 2025 – rapport pr. juni 2017 med forslag til revidert prosjektplan» ble det redegjort for forslag fra Sykehusbygg om gjennomføring av idéfasen etter vedtatt prosjektplan, og med de vedtatte utredningsalternativene.

I arbeidet for å etablere et underlag for et planprogram har antall alternativer for sykehusstruktur og lokalisering økt, slik at det blir svært utfordrende å differensiere mellom alternativene og å gjennomføre en beslutningsprosess.

Dersom alle de ni alternativene skal utredes likeverdig blir konsekvensen lang tids- og ressursbruk, med påfølgende langvarig usikkerhet og uro i befolkningen og blant ansatte.

Styret i Helgelandssykehuset HF vedtok derfor den 19.2.2018 (styresak 14/2018) endret organisering og fremdrift av tidligfasen for Helgelandssykehuset 2025:

1. Organisering av tidligfasen for Helgelandssykehuset 2025 skal være i tråd med ny tidligfaseveileder.
2. Det etableres en ekstern ressursgruppe som skal bidra med helsefaglige utredninger og se på effekten for helsetilbudet, inkludert effekten av de samfunnsmessige konsekvensene. Styret presiserer at de helsefaglige kriteriene er viktigst. Ressursgruppen utarbeider en rapport som er grunnlag for høring. Endelig rapport inngår i beslutningsgrunnlag for styret.
3. Beslutning om struktur og lokalisering tas av styrene i Helgelandssykehuset HF og Helse Nord RHF etter høring på rapporten fra ressursgruppen, før konseptfasen.
4. Saken skal fremlegges for styret i mai 2018 med en prosjektplan hvor det foreligger:
  - Forslag til endelig mandat og sammensetning for ressursgruppen.
  - Forslag til hvordan medvirkningen fra ansatte og kommuner skal sikres, herunder med vurdering av opprettelse av en kommunal referansegruppe. Det forutsettes at medvirkningen fra ansatte skjer etter bestemmelsene i avtaler og relevante regelverk. I utarbeidelsen av prosjektplanen skal innspill i protokoll fra drøftingsmøte 15.02.2018 og innspill i styrets behandling 19.02.2018 vurderes.
  - Forslag til revidert fremdriftsplan og budsjett, herunder plan for hvordan bærekraftsanalyser skal utføres.

Styret presiserer at ressursgruppen skal spesifisere fordeler og ulemper ved valg av hvert de tre alternativer som utgjør gruppens forslag.

Styret presiserer at administrerende direktør fastsetter den interne organiseringen av Helgelandssykehuset 2025.

5. Styret skal holdes løpende orientert gjennom månedsrapporter fra prosjektledelsen.

6. Styret viser til styrevedtak 75/2016 og presiserer at DMS Brønnøysund ses i sammenheng med Helgelandssykehuset 2025. Saken skal opp til behandling i neste styremøte og styret ønsker fortsatt en framdrift i tråd med tidligere vedtak.
7. 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.

## **Prosjektets mål**

### **Effektmål (hovedmål med ressursgruppens arbeid):**

Som prosjektinnramming til konseptfasen skal gruppen i en rapport foreslå tre alternativer, inkludert 0-alternativet, til ny sykehusstruktur på Helgeland, og gi en begrunnet anbefaling av det beste alternativet.

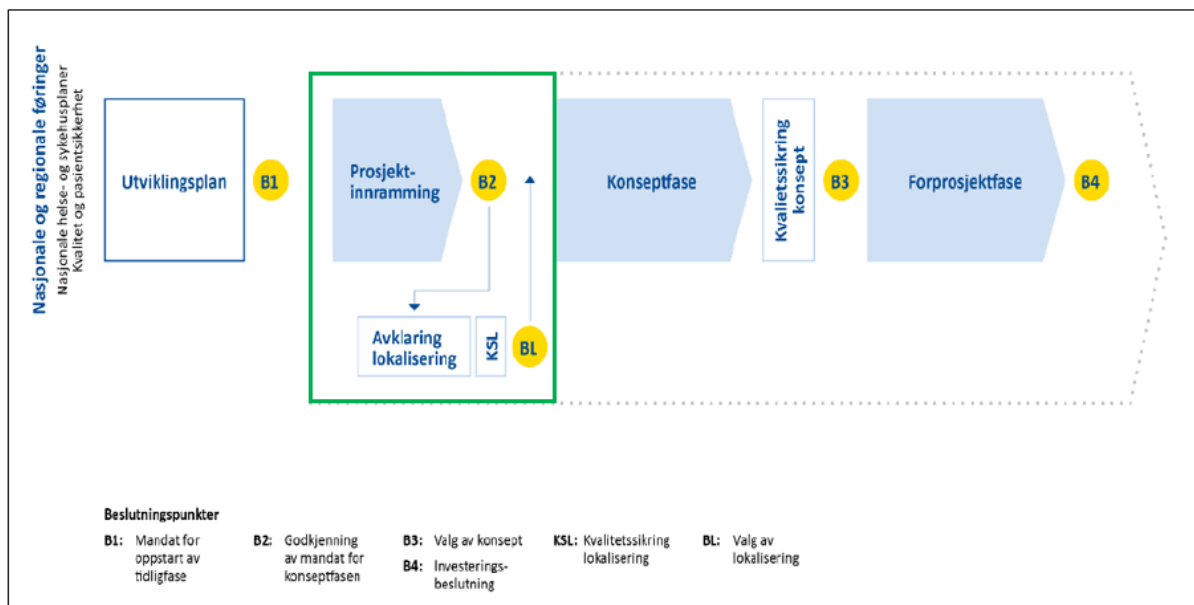
De 2 forslagene utover 0-alternativet skal være innenfor alternativene gitt av Helse Nord, (2a og 2b-1), men gruppens forslag kan være innenfor samme alternativ, i stedet for ett forslag fra hvert alternativ. Det forutsettes at alternativene blir vurdert likeverdig underveis i arbeidet.

### **Resultatmål (prosjektmål):**

1. Gjennomføre en prosjektinnramming som skal gi beslutningsgrunnlag før konseptfasen. Prosessen skal være preget av åpenhet og involvering, og metodikken skal beskrives.
2. Beskrive helsefaglige og samfunnsmessige konsekvenser, inkludert også transport og tilgjengelighet, av ulike sykehusstrukturer og lokaliseringer.
3. Beskrive betydningen av demografisk utvikling, ny teknologi, samhandlingsmønster, nye pasientroller, rekrutteringsutfordringer, nasjonale og regionale krav.
4. Lage en rapport som er basis for beslutningsgrunnlag når styret skal behandle struktur og lokalisering. Rapporten inngår som grunnlag for styringsdokument for konseptfasen.

## Forutsetninger og rammer

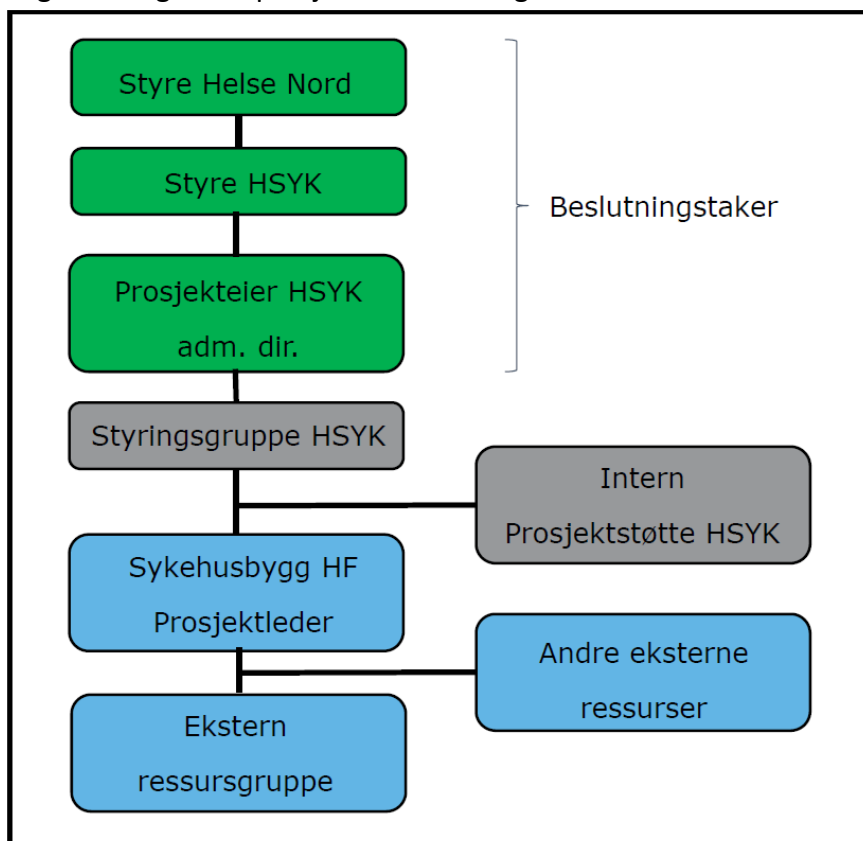
1. Sykehusbygg har overordnet prosjektledelse og Helgelandssykehuset er prosjekteier.
2. Tidligere styrevedtak i Helse Nord RHF og Helgelandssykehuset er fortsatt gjeldende. Mandatet for idéfassen gitt av Helse Nord i styresak 136/2015 «Helgelandssykehuset 2025 – idefasemandat» med tilhørende presseprotokoll er fortsatt gjeldende. Mandatet ble justert i styresak 104/2016 «Helgelandssykehuset 2025 idefase – kriterier for valg av lokalisering og tomt for sykehusbygg på Helgeland» og 105/2016 «Helgelandssykehuset 2025 - utredning av alternativer» med tilhørende presseprotokoll.  
Ny veileder for tidligfasen i sykehusprosjekter legges til grunn i prosjektet. Arbeidet av ekstern ressursgruppe faller under prosjektinnramming med anbefaling av lokalisering (figur 1).
3. Videreføringen av Helgelandssykehuset 2025 vil skje i dialog med det arbeidet om regional utviklingsplan som pågår i Helse Nord.
4. Beslutning om struktur og lokalisering tas ved styrebehandling i Helgelandssykehuset HF og Helse Nord RHF etter høring av rapporten fra ressursgruppen, før konseptfasen. Styret i Helgelandssykehuset HF gir tilråding til styret i Helse Nord RHF. Endelig beslutning tas i Foretaksmøte i Helse Nord RHF. På bakgrunn av ressursgruppens rapport og den endelige beslutningen utformer Sykehusbygg et styringsdokument for konseptfasen.
5. Foreliggende utkast til planprogram justeres ikke nå, siden disse justeringene må gjøres på bakgrunn av ressursgruppens arbeid.  
Nasjonal helse- og sykehusplan, aktivitets- og kapasitetsfremskriving, utkast til planprogram med vedlegg, høringsrapport og høringsuttalelser og styrevedtak vedrørende Helgelandssykehuset 2025 er sentrale innspill til ressursgruppens arbeid.
6. Medvirkningsprosess foregår med bruk av dialogkonferanser for brukere, ansatte tillitsvalgte, vernetjeneste og eksterne interessenter og samarbeidspartnere (se punkt 6).
7. Ledergruppen i helseforetaket vil løpende orienteres ved at prosjektet regelmessig er på agendaen i ledermøter.



Figur 1: Tidligfasen i sykehusbyggprosjekter (fra veileder). Ekstern ressursgruppe er del av prosjektinnramming med anbefaling av lokalisering (grønn boks).

## Organisering, roller og ansvar

Organiseringen for prosjektet er vist i figur 2.



Figur 2: Prosjektorganisering. HSYK = Helgelandssykehuset



**Styret i Helse Nord RHF** er den endelige beslutningsmyndighet.

**Styret i Helgelandssykehuset HF** vedtar en anbefaling som sendes videre til Helse Nord for endelig beslutning.

**Prosjekteier Helgelandssykehuset med administrerende direktør** har ansvar for prosjektorganisering med effektmål, finansiering og involvering av linjen, kommuner og brukere.

**Styringsgruppen for Helgelandssykehuset 2025** sørger for at prosjektet gjennomføres i tråd med eiers behov og at prosjektleder har kontroll over framdriften. Den rapporterer til administrerende direktør i Helgelandssykehuset HF. Styringsgruppen bidrar til integrering mellom prosjektet og funksjonelle enheter i de berørte virksomhetene. Styringsgruppen er ansvarlig for å fremskaffe ressurser og andre virkemidler og sørger for at disse forblir disponible for prosjektet i samsvar med de planene som vedtas. Utover dette sikrer styringsgruppen effektiv kommunikasjon både innad i gruppa, mot prosjektet og mot eksterne interessenter (intern prosjektstøtte).

**Intern prosjektstøtte** er bindeleddet mellom administrerende direktør, prosjektledelse og ressursgruppe, og organisering av intern prosjektstøtte fastsettes av administrerende direktør i Helgelandssykehuset HF. Oppgaven for intern prosjektstøtte er bistand i forbindelse med oppfølging av kontrakt med Sykehusbygg HF (prosjektleder), bistand til ekstern ressursgruppe med etterspurt informasjon/dokumentasjon og bistand ved gjennomføring av dialogkonferansene. Utover dette skal intern prosjektstøtte bistå med kommunikasjonsplan, løpende drift av kommunikasjonskanalene, koordinering av mediehenndelser og medieovervåking. Ut over dette kan administrerende direktør delegere andre oppgaver til intern prosjektstøtte.

Sykehusbygg HF har **prosjektledelse** og har ansvar for at prosjektet utføres i tråd med mandatet og innenfor de budsjett- og tidsmessige rammene som er gitt. Prosjektleder har ansvar for at den eksterne ressursgruppen oppnår effektmålet og resultatmålene og rapporterer til styringsgruppen (Sammensetning se vedlegg).

Den **eksterne ressursgruppen** skal oppnå effektmålet og resultatmålene og utfører sitt oppdrag innen de rammene som mandatet setter. Leder av ekstern ressursgruppe rapporterer direkte til styringsgruppen. Den eksterne ressursgruppen støttes/veiledes av en ekstern ressurs som rapporterer til leder av ressursgruppen.

### Medlemmer av ressursgruppen:

#### **Arne Ketil Hafstad**

Tidligere leder av regionalt brukerutvalg Helse Nord RHF

#### **Liv Haugen**

Lege/sykehusplanlegger, Sykehusbygg.

#### **Tor Medalen**

Professor, Institutt for arkitektur og planlegging, NTNU.

#### **Andreas Moan**

Prosjektdirektør HSØ. Lege og PhD.

#### **Aud Tennøy**

Forskningsleder, Transportøkonomisk institutt. Siv. ing. og PhD.

#### **Geir Tollåli**

Fagdirektør Helse Nord RHF, legespesialist i gastroenterologi.

#### **Helge Torgersen (leder av ressursgruppen)**

Director i Deloitte. Spesialist i anesthesiologi.

#### **Brynjulf Ystgaard**

Overlege, gastrokirurgisk avdeling St. Olavs Hospital.

Gruppemedlemmenes CV'er blir vedlagt prosjektplanen.

## **Strategi for gjennomføring av prosjektet**

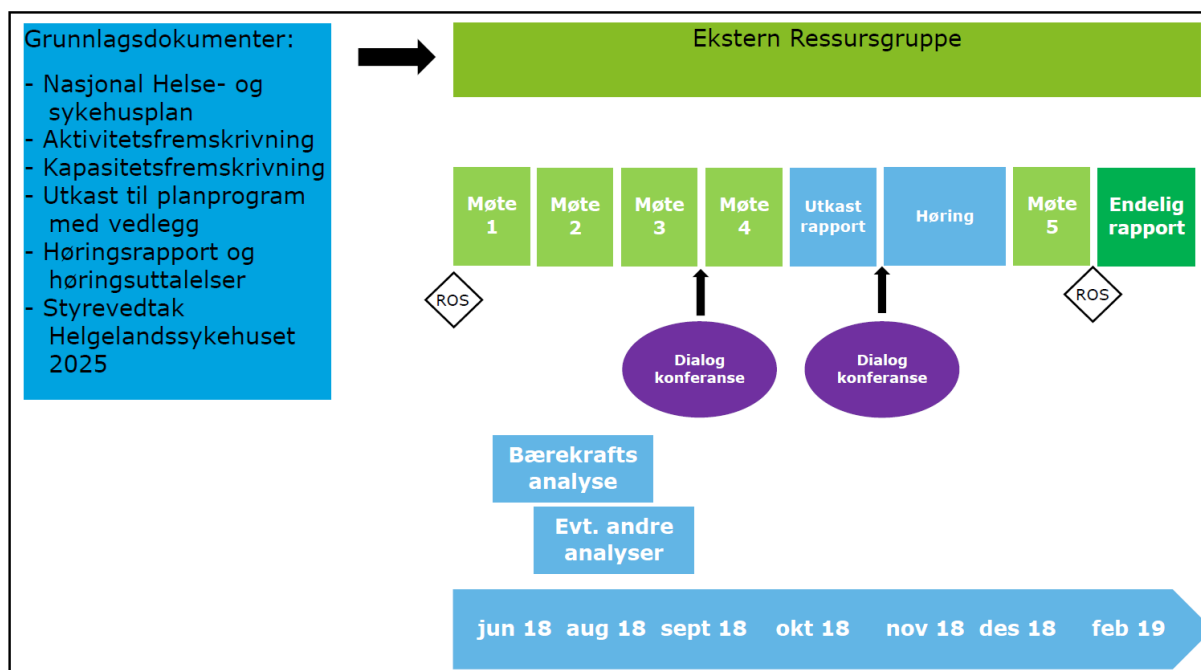
Den eksterne ressursgruppen skal oppnå effektmålet og resultatmålene ved å bruke sine erfaringer, faglige kunnskap og kompetanse i de vurderingene som skal gjøres.

Ressursgruppens arbeid er basert på relevant informasjon fra tidligere faser i prosjektet, fra andre relevante prosjekter og fra Nasjonal helse- og sykehusplan.

Ressursgruppen skal basere arbeidet sitt på bakgrunnen som er beskrevet i denne prosjektplanen og på utredninger som allerede er utført eller bestilt eller som gruppen ser behov for å få utført. Lokale ressurser vil være tilgjengelig i faglige spørsmål, inkludert transport og tilgjengelighet.

Grunnlagsdokumenter for arbeidet i den eksterne ressursgruppen er:

1. Nasjonal helse- og sykehusplan
2. Aktivitets- og kapasitetsfremskrivning (korrigert fra utviklingsplanen ifm. DMS Brønnøysund)
3. Utkast til planprogram med vedlegg
4. Høringsrapport og høringsuttalelser
5. Styrevedtak vedrørende Helgelandssykehuset 2025



Figur 3: Strategi for gjennomføring av prosjektet og tidsplan. ROS = Risiko- og sårbarhetsanalyse (gjennomføres av Sykehusbygg HF).

Det gjennomføres en ROS analyse før det første regulære møte i ressursgruppen for å avdekke risiko og sårbarheter knyttet til prosjektet (figur 3) og en ROS analyse etter siste regulære møte i ressursgruppen for å avdekke risiko og sårbarhet knyttet til anbefalt løsning.

## Medvirkning

Den reviderte veilederen for tidligfasen legger vekt på medvirkning fra brukere og ansatte. Det planlegges to dialogkonferanser, der deltakere vil være representanter fra brukere og ansatte i Helgelandssykehuset, inkludert tillitsvalgte og vernetjenesten. På dialogkonferansene vil ressursgruppen evt presentere problemstillinger som er forhåndsannmeldte, og deltakerne kan bli bedt om å komme med innspill både før, under og

etter konferansene. Opplegget tilpasses den aktuelle situasjon med bruk av ekstern ressursgruppe.

På den første dialogkonferansen vil ressursgruppen presentere sine meget foreløpige refleksjoner og vurderinger. Det blir viktig for ressursgruppen å bli utfordret på sin foreløpige argumentasjon og bli gjort oppmerksom på eventuelle viktige moment som måtte være uteglemt i argumentasjonen. På den andre dialogkonferansen som er et element i høringsperioden, blir det viktig for ressursgruppen å få de umiddelbare synspunkter på gruppens tilråding. For deltagerne blir det dessuten viktig å få en god forståelse av ressursgruppens tilråding som grunnlag for å kunne gi en best mulig skriftlig høringsuttalelse.

Linjeorganisasjonen i Helgelandssykehuset skal i tillegg kunne inngå som høringspart. Avhengig av ressursgruppens behov for innspill vil anmodning om faglige høringsinnspill kunne adresseres og returneres via linjeorganisasjonen slik at hele lederlinjen er involvert. Denne endrede medvirkningsprosessen innebærer at de nåværende arbeidsgruppene avvikles. Rapporteringspunkter til styringsgruppen og tillitsvalgte og vernetjeneste vil bli satt inn i fremdriftsplan.

Det skal også avholdes dialogkonferanser for representanter for primærhelsetjenesten og kommunene etter samme opplegg som interne. Deltakerne på disse konferansene vil også kunne bli anmodet om å besvare konkrete problemstillinger i forkant.

Løsningen med dialogkonferanser vil være mer fleksibel og hensiktsmessig for å tjene dialogen med kommunene og primærhelsetjenesten, samt ressursgruppens behov for tilbakemeldinger og refleksjon rundt ulike tema. I tillegg til den direkte dialogen med ressursgruppa vil kommunene og primærhelsetjenesten også få muligheten til å påvirke prosessen gjennom den formelle høringsrunden.

## **Budsjett**

Vedlegg 4

Budsjett på kr 6,5 mill., hvorav kr 5,7 mill. i 2018. Budsjettet inneholder ressursgruppens og prosjektledelsens arbeid. Utgifter til bruk av helseforetakets egne ressurser er ikke innberegnet i dette budsjettforslaget.

## **Kommunikasjonsplan**

Det er utarbeidet en kommunikasjonsplan som brukes i dette prosjektet (vedlegg 1). Kommunikasjonsplanen inneholder en oversikt over interessenter og kommunikasjonskanaler. Kommunikasjonsstrategien er tilgjengelig på internettet (lenke blir tilgjengelig på <https://helgelandssykehuset.no/om-oss/helgelandssykehuset-2025>).

## Miljø

Helgelandssykehuset HF er miljøsertifisert etter ISO 14001:2015 standarden.

Av hensyn til det ytre miljøet begrenses reisevirksomheten i forbindelse med prosjektet til det nødvendige. Videokonferanser brukes når det er mulig og hensiktsmessig.

Prosjektet vil ikke ha negativ miljøpåvirkning utover reisevirksomhet til dialogkonferanser og fem møter i den eksterne ressursgruppen.

## Tidsplan

Fase	Tidspunkt/ tidsrom	Leveranse
Møte 1	Juni 18	
Møte 2	August 18	
Møte 3	September 18	
Dialogkonferanse	September 18	
Møte 4	Oktober 18	
Utkast rapport	Oktober 18	Utkast rapport
Dialogkonferanse	November 18	
Høring rapport	Okt-Nov 18	
Møte 5	Des 18	
Endelig rapport	Feb 19	Endelig rapport
Styrebehandling HSYK	Mars/april 19	
Styrebehandling Helse Nord	Mai 19	

## Vedlegg

1. Kommunikasjonsplan
2. Sammensetning av styringsgruppen (per 20.04.2018)
3. Vedtak styresak 14/2018 Styremøte 19.02.18 Helgelandssykehuset HF
4. Budsjett inkl. framdriftsplan

Relevante styrevedtak: <https://helgelandssykehuset.no/om-oss/helgelandssykehuset-2025#styresaker-knyttet-til-idefasen>



# Helgelandssykehuset 2025

Oppsummering av hørings svar til

Ekstern ressursgruppes foreløpige rapport

3.12.2018

Utarbeidet av Sykehusbygg HF

Ressursgruppens kommentarer er innarbeidet etter hvert kapitel

Prosjektnummer	
Prosjekt	Type rapport/ dokument
Helgelandssykehuset 2025	Oppsummeringshøringsvar til Ekstern ressursgruppes foreløpige rapport 3.12.18

UTARBEIDET AV		
		epostadresse
Vincent Maure	Sykehusbygg HF	Vincent.maure@sykehusbygg.no
Christians Brødreskift	Sykehusbygg HF	Christian.brodreskift@sykehusbygg.no

DOKUMENTSTATUS					

BEHANDLINGSPROSEDYRE			
Oversendt for behandling	Forventet dato for behandling	Instans	Dato for behandling
04.03.2019	11.03.2019	Ekstern ressursgruppe	
08.03.2019	11.03.2019	Ekstern ressursgruppe	

# Innhold

1	Sammendrag	81
1.1	Høringsinstanser	81
1.2	Hovedtema fra høringsuttalelsene	81
1.3	Ressursgruppens kommentarer til Oppsummering av hørings svar, kapittel 1	82
2	Tilbakemeldinger på mangler og svakheter i Ressursgruppens foreløpige rapport	83
2.1	Troverdighet, faglighet	83
2.2	Tema som Ressursgruppen ikke har berørt/ vektlagt for lite:	83
2.3	Metode	84
2.4	Ressursgruppens kommentarer til Oppsummering av hørings svar, kapittel 2	84
3	Tema som Ressursgruppen ikke har berørt/ vektlagt for lite	84
3.1	Fødende på Helgeland	84
3.2	Psykatri og rus	85
3.3	Momenter som kan bidra til å skille mellom alternativene ønskes belyst	85
3.4	For dårlig beskrivelse av innhold og funksjonalitet i DMS	86
3.5	Ressursgruppens kommentarer til Oppsummering av hørings svar, kapittel 3	87
4	Høringsuttalelser som berører prosessen videre	88
4.1	Ressursgruppens kommentarer til Oppsummering av hørings svar, kapittel 4	88
5	Ressursgruppens anbefalinger	88
5.1	Ett eller to akutt sykehus	89
5.2	Rekruttering, lokalisering i eller utenfor byene	90
5.3	Rekruttering, forskjell på byenes attraktivitet	90
5.3.1	Effekten av et felles akutt sykehus i en av byene.	90
5.3.2	Byenes innbyrdes attraktivitet – urbanitetsvurderinger	90
5.3.3	Rekruttering, stabile fagmiljø, risiko i interimsperioden	91
5.4	Ressursgruppens kommentarer til Oppsummering av hørings svar, kapittel 5	91
6	Lokalisering, og høringsinstansenes «Hvorfor akutt sykehuset ikke bør ligge Mo i Rana»	94
6.1	Likeverdige helsetjenester	95
6.2	Reiseveg og transporttider	95
6.2.1	Transport i akutte situasjoner	96
6.2.2	Tilgjengelighet og avstand for planlagt aktivitet og besøkende	97
6.3	DMS, rekruttering og samhandling med kommuner, legevakt og fastleger	97
6.4	Lekkasje	98
6.5	Ressursgruppens kommentarer til Oppsummering av hørings svar, kapittel 6	99
7	Arbeidsmarkedsregioner og pendlervilje	101
7.1	Ressursgruppens kommentarer til Oppsummering av hørings svar, kapittel 7	101



# 1 Sammendrag

## 1.1 Høringsinstanser

Det er registrert 136 innkomne eposter med vedlegg i postarkivet hos Sykehusbygg HF. Enkelte har sendt inn dokumenter i flere forsendelser, disse er telt som en høringsinstans. Noen har sendt samme uttalelse to ganger, og noen har sendt inn flere og senere trukket de første. Dette utgjør 111 uttalelse fra forskjellige høringsinstanser, og de fordeler seg som følger:

- Offentlig; Kommune/fylkeskommune:	18
- Offentlig oppnevnte råd og utvalg:	6
- Fastleger/legevaktleger.	8
- Organisasjoner	
o Ideelle	6
o Fagforeninger, helse og andre	6
o Næring	4
o Politiske	13
- Næringsliv	5
- Privatpersoner	22
- Ansatte Helgelandssykehuset	18
- Universitet	2
- Andre HF	2

«Politiske organisasjoner» inneholder uttalelser fra politiske partier og sykehusaksjoner.

Fagforeninger inneholder både fagforeninger innenfor helseområdet (Legeforening, Jordmorforbundet etc.) og fagforeninger innenfor alle andre felt.

Uttalelser fra fagforbund/fagorganiserte/ tillitsvalgte som er ansatt i Helgelandssykehuset er kategorisert som ansatte Helgelandssykehuset. Det framgår av lista over høringsinstanser at det er uttalelser fra fagorganisasjoner/ tillitsvalgte.

12 kommuner på Sør-Helgeland har avgitt felles høringsuttalelse, kommunestyrebehandlet i alle kommuner (se vedlegg til uttalelse nr. 45). 6 andre høringsinstanser, fra politiske partier, sykehusaksjon og privatpersoner, har eksplisitt sluttet seg til denne uttalelsen. Det foreligger uttalelse fra Nordland fylkeskommune, fylkestingsbehandlet 26.02 (87).

## 1.2 Hovedtema fra høringsuttalelsene

Høringsuttalelsene kan grupperes i noen hovedkategorier. Ressursgruppens (RGs) troverdighet, habilitet, bruk av verktøy og grunnlaget for konklusjonene, og gruppas hovedkonklusjon utfordres i mange høringsuttalelser. Manglende vurdering av tilbudet til fødende og akutt psykiatri og rus etterlyses av flere.

Høringsinstansene utfordrer sentrale tema som er vektlagt i RGs rapport; vurderingene av urbanitet mellom de tre byene, byenes – urbanitetens - betydning for rekruttering, og pendlingsviljen i befolkning på Helgeland. Det er tema som kommenteres i mange uttalelser.

Ressursgruppens vektlegging av at sykehuset bør ligge i en av de tre byene utfordres i noen høringsinnspill ved å vise til at både nytt sykehus i Nordmøre og Romsdal (SNR) og Østfoldsykehuset er plassert utenfor byer, og at det samme planlegges for Helse Innlandet, med Mjøs-sykehuset som tenkes lagt mellom byene Hamar, Lillehammer og Gjøvik (inntil 35 km fra byenes sentrum).

Konklusjonen om at plassering i en ytterkant av Helgeland ikke er av vesentlig betydning for pasientenes sikkerhet i akutsituasjoner og tilgjengelighet til spesialisthelsetjeneste for eldre og pasienter med kroniske sykdommer utfordres av mange høringsinstanser.

Den samme plasseringen utfordres også med tanke på hva avstand til akutt sykehus vil kunne bety for rekruttering/ pendling av spesialister til DMS og for rekruttering og stabilitet i kommunehelsetjenesten/ fastlegestillingene med stor avstand til et akutt sykehus.

Risikoen for pasientlekkasje ut av Helgelandssykehuset og ut av Helse Nords helseregion påpekes som både en økonomisk og en helsefaglig utfordring fordi en lekkasje vil redusere pasientgrunnet for akutt sykehuset og for universitetssykehuset i nord.

Flere påpeker at en annen plassering av akutt sykehuset (sør for Korgfjellet) vil redusere behovet for DMS til å gjelde bare Brønnøysund og Mo, og med det redusere både investeringsbehov og framtidige driftsutgifter.

Konklusjonen i ressursgruppens rapport om å anbefale ett akutt sykehus på Helgeland utfordres i noen høringsuttalelser, ut fra at Helse Nord RHF, både innenfor Nordlandssykehuset HF, innenfor UNN HF og innenfor Finnmarkssykehuset HF har akutt sykehus med opptaksområder på størrelse med Mo og Sandnessjøen. Det vises også til Stortingsbehandlingen av Nasjonal helse- og sykehusplan der Stortinget fattet følgende vedtak:

**Vedtak 543**

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

**Vedtak 544**

Stortinget ber regjeringen om at scenarioene som er beskrevet i Nasjonal helse- og sykehusplan, ikke skal være førende for de lokale og regionale utviklingsprosessene som skal gjennomføres etter at Stortinget har behandlet planen.

Knapt en tredjedel av uttalelsene berører behovet for samfunnsanalyse og/eller alternativskillende økonomiske vurderinger.

Flere uttalelser påpeker behov for å ny høringsrunde etter at ressursgruppen legger fram sin endelige rapport 18. mars 2019. Begrunnelsen for dette er at rapporten oppfattes å ha så store mangler at den ikke gir tilstrekkelig grunnlag for beslutning, og at hele beslutningsgrunnlaget derfor bør ut igjen på høring.

### 1.3 Ressursgruppens kommentarer til Oppsummering av høringsvar, kapittel 1

Ressursgruppen avga sin foreløpige rapport den 3. desember 2018. Det er nå gjennomført en høringsrunde som har gitt grunnlag for en revisjon av ressursgruppens rapport. I tillegg til den reviderte rapporten, leverer også ressursgruppen noen utdypende kommentarer til hvert av kapitlene i denne oppsummering som Sykehusbygg har utarbeidet med bakgrunn i høringsuttalelsene. Ressursgruppen har ved gjennomgang av høringsuttalelsene spesielt lagt vekt på kommentarer knyttet til ressursgruppens resonnementer og hvilke begrunnelser høringsinstansene legger til grunn.

Ressursgruppen har i sin rapport brukt statistikk og forskningsgrunnlag der det har vært tilgjengelig (kfr referanselisten i rapporten). Dessverre er det ikke tilgjengelig dokumentasjon i alle problemstillinger mandatet ber ressursgruppen vurdere. I de tilfellene har det vært nødvendig med faglige vurderinger, for deretter å gjøre en samlet vurdering der dokumentasjon og kompetanse inngår.

Ressursgruppen har vektlagt etableringen av ett stort akuttpsykiatrihus som et faglig robust kraftsenter, og utviklingen av en kompetent og velutstyrt prehospital tjeneste, som kanskje de viktigste faktorene i oppbyggingen av en fremtidig og likeverdig spesialisthelsetjeneste på Helgeland.

Ressursgruppens foreslåtte to alternativer som grunnlag for den videre prosess i foretaket, er en plassering av et stort akuttpsykiatrihus enten i Mo i Rana eller Sandnessjøen. I valget mellom disse alternativene er ressursgruppens flertalls samlede vurdering at forholdene ligger best til rette for etablering av et stort akuttpsykiatrihus i Mo i Rana. Det erkjennes at plasseringen gir utfordringer, men disse vurderes som håndterbare. Ressursgrupped medlem Liv Haugen vektet disse utfordringene tyngre enn flertallet og faller derfor ned på en anbefaling om plassering av det store akuttpsykiatrihuset i Sandnessjøen.

## 2 Tilbakemeldinger på mangler og svakheter i ressursgruppens foreløpige rapport

Mange av høringsinstansene uttrykker skepsis til om ressursgruppen har «gjort jobben» sin.

### 2.1 Troverdighet, faglighet

Det er mange innspill som berører spørsmål om ressursgruppens troverdighet, som både går på sammensetning, habilitet og at den kan være styrt/ bestilt til å komme med sine konklusjoner.

Det foreligger innspill på at gruppa ikke har oppfylt mandatet som er gitt. Det gjelder 0-alternativet med dagens tre sykehus, hvorav to akuttpsykiatrihus, som ikke er behandlet. Det er også innvendinger som går på at alternativ 2b-1 med et stort og ett lite akuttpsykiatrihus er for lite beskrevet. En annen generell innvending er at RG ikke har fulgt statlige retningslinjer og politiske føringer, se 1.2.

### 2.2 Tema som ressursgruppen ikke har berørt/ vektlagt for lite:

Mange hørings svar er opptatt av at Ressursgruppen ikke har vektlagt vesentlige problemstillinger tilstrekkelig. Disse problemstillingene omtales særskilt lenger ut i rapporten.

- Situasjonen for fødende på Helgeland hvis sykehusstrukturen går fra to til ett akuttpsykiatrihus
- Situasjonen for akutt psykiatri og rusbehandling
- Samfunnsanalyse, konsekvens av strukturendring og lokaliseringvalg
- Alternativskillende økonomiske forhold
- Bruken av DMS er for lite inngående beskrevet.
- Samhandling mellom kommunene og akuttpsykiatrihuset
- 0-alternativet og 2b-1 er dårlig utredet
- Avstand til akuttpsykiatrihuset og utfordringer knyttet til transport

## 2.3 Metode

Ressursgruppen utfordres også på bruk av metoder, statistikk, transportanalyser, vekting av kriterier for rekruttering mm. Dette omtales mer utdypende under hvert tema.

## 2.4 Ressursgruppens kommentarer til Oppsummering av høringsvar, kapittel 2

Ressursgruppen fikk i henhold til mandatet i oppgave å «lage en rapport som er basis for beslutningsgrunnlag når styret skal behandle struktur og lokalisering». Arbeidet skulle primært baseres på allerede gjennomførte analyser og utredningsarbeider. Rapporten er forsøkt holdt så kortfattet som mulig. Ressursgruppen har gitt et anbefalt forslag til fremtidig struktur og lokalisering for sykehusstilbudet på Helgeland, og med et detaljeringsnivå tilpasset det stadiet Helgelandssykehuset nå befinner seg på i sin sykehusutbyggingsprosess, nemlig prosjekt-innramningsfasen. Ekstern kvalitetssikrer har bekreftet at leveransen er i henhold til mandatet. Noen av temaene det har vært satt fokus på i høringsuttalelsene er nærmere omtalt i kommentarene til kapittel 3 i denne oppsummeringen.

# 3 Tema som ressursgruppen ikke har berørt/ vektlagt for lite

## 3.1 Fødende på Helgeland

Strukturendring fra to til ett akuttsykehus og dermed fra to til kun en fødeavdeling med full beredskap vil påvirke situasjonen for gravide og fødende på hele Helgeland. Hvor mange fødende det vil gjelde, og hvor lang transporttiden blir, vil være avhengig av lokalisering av akuttsykehuset. Det blir flere kommuner med veldig lang transporttid ved lokalisering på Mo.

Det reises innvendinger i flere uttalelser (bl.a. 108 fra Jordmorforbundet i Nordland) mot strukturendring for fødeavdelingene på Helgeland med å vise til følgende:

- *Nasjonal helse- og sykehusplan slår fast at fordelingen av mindre fødeavdelinger og fødestuer må sikre nærhet til fødetilbud.*
- *Det blir vanskeligere å oppfylle kvalitetskravene til fødselsomsorgen, fastlagt av Helsedirektoratet*
- *Stortinget har vedtatt at det ikke skal legges ned flere fødeavdelinger i Norge.*

Dersom konklusjonen blir at det blir ett felles akuttsykehus, med en fødeavdeling pekes det på følgende:

*«Ifølge retningslinjer kreves følgetjeneste med jordmor il gravide i fødsel dersom reiseveien er over 1-1,5 timer. Dersom akuttsykehuset legges til Mo i Rana så må en rekke kommuner organisere følgetjeneste for gravide i fødsel fordi tiden fra riene melder seg og til kvinnen kan være på Mo langt overskrider anbefalingene» (3, fra kommunelege/fastlege).*

Høringsuttalelsen fra Jordmorforeningen (Dnj) ved Helgelandssykehuset (46) sier blant annet følgende om følgetjenesten:

*Ansvar for følgetjenesten for gravide og finansiering av denne ble overført til de regionale helseforetak fra 1. januar 2010. Formålet er faglig forsvarlighet, helhetlig og standardiserte pasientforløp for gravide og fødende, samt god samhandling.*

- Dnj mener beredskap og følgetjenesten kan redusere antall transport- og uplanlagte hjemmefødsler.
- Mange har lang reise vei til nærmeste fødeenhet. Det å ha mulighet for følge av jordmor, vil oppleves som en trygghet
- Dnj mener at kriterier for å oppnå krav om følgetjeneste må reisevei beregnes fra kvinnens bosted og ikke fra f.eks. kommunesentret
- God fagkompetanse er nødvendig for bl.a. å vurdere hastegrad inn til fødeenhet

Flere uttalelser påpeker behovet for å ha fødetilbud utenom en sentral fødeavdeling, som fødestua i Brønnøysund.

Høringsuttalelsene fra Den norske jordmorforening; nasjonalt (108), i Nordland (69), for Helgelandssykehuset (46), på Mo (88), på Sør-Helgeland (98) og uttalelsen fra leger på Helgelandssykehuset Mo i Rana (117) inneholder alle informasjon som kan legges til grunn for det videre arbeidet med å beskrive fødetilbudet ved strukturendring fra to til ett akuttssykehus og med det til en fødeavdeling.

I høringsuttalelse 117 argumenteres det for at størrelsen på en felles fødeavdeling blir så stor at det kan være grunn til å vurdere etablering av barneavdeling ved det nye felles akuttssykehuset.

Forholdet for fødende omtales i tillegg i felles uttalelse, (se vedlegg til uttalelse 45 fra Vefsn kommune) fra 12 kommuner på Sør-Helgeland, fra fastlegene i Brønnøy og fra flere enkeltinstanser, i tillegg til Jordmorforeningen og Legeforeningen.

### 3.2 Psykiatri og rus

Behovet for å tydeliggjøre hvordan tilgjengeligheten for behandling for psykiske lidelser og ruslidelser etterlyses eksplisitt i mange uttalelser. Det gjelder både ved behov for akutte innleggelse, og behov for nærhet til tjenesten slik uttalelsen fra Dønna Ungdomsråd (24) påpeker det:

*Ungdata undersøkelsen viser at ungdom sliter med sin psykiske helse, mer nå enn før. Med avstandene, fraværsgranse og dårlig kollektiv transport, er det enda viktigere for ungdom med et nærliggende sykehus slik at man kan få den hjelpen man trenger, uten at det skal gå utover utdanning og helse.*

FFO Rana/SAFO (21) påpeker behovet for at det i forbindelse med ny sykehusstruktur etableres psykiatrisk akuttpost, det samme kommer fram i uttalelser fra fagmiljøet ved Helgelandssykehuset Mo i Rana (115)

### 3.3 Momenter som kan bidra til å skille mellom alternativene ønskes belyst

#### Samfunnsanalyse

Mange høringsuttalelser etterlyser at det ikke er gjort en samfunnsanalyse av konsekvensene ved å endre sykehusstruktur, for de byene der sykehusene er lokalisert i dag og for et nytt sted som eventuelt blir ny lokalisasjon. Fellesuttalelsen fra de 12 kommunene på Sør-Helgeland etterlyser hvordan konsekvensutredning etter plan- og bygningsloven er tenkt gjennomført – om det vil bli en del av grunnlaget før beslutning om struktur og lokalisering.

Effekten av å etablere et større akuttssykehus er kommentert av flere – det stedet/kommunen som får sykehuset vil få en vekst som ikke er hensyntatt i vektingen mellom alternative lokasjoner.

Det påpekes også i flere uttalelser at virkningen for de byene som eventuelt mister sitt sykehus vil være betydelig, og at det må med i en samfunnsanalyse.

Fra industrien, både enkeltbedrifter og næringsforeninger (i alt 11 uttalelser) anføres det at sykehuset representerer et viktig og nødvendig tilskudd som arbeidsplass for partnere til ansatte. Dette vil være et relevant tema i samfunnsanalysen.

#### Alternativskillende økonomiske forhold

Mange etterlyser økonomiske analyser som kan bidra til å skille mellom alternativene. Det som påpekes hyppigst er at antall DMS vil bli kunne bli redusert fra tre til to dersom akuttisykehuset lokaliseres mellom Sandnessjøen og Mosjøen (bl.a. 96, 98, 101, 102). Det påpekes i denne sammenhengen at Mo i Rana med utgangspunkt i sitt fagmiljø vil ha gode forutsetninger for å etablere et stort og velfungerende DMS – på linje med det Finnmarkssykehuset er i ferd med å etablere i Alta (Klinikk Alta).

Noen uttalelser bemerker at det kan bli forskjellig kostnader til transport med bil- og båtambulanse avhengig av lokalisering av et felles akuttisykehus.

Det er lite fokus på eventuell fortsatt bruk av eksisterende bygningsmasse i uttalelsene. En uttalelse sier eksplisitt at hvis det er snakk om et nytt felles akuttisykehus, så må det være nettopp det – *nytt*.

Mange høringsuttalelser, deriblant fellesuttalelsen fra kommunene på Sør-Helgeland kommenterer denne problemstillingen.

### 3.4 For dårlig beskrivelse av innhold og funksjonalitet i DMS

Ressursgruppen har lagt som forutsetning at etablering av DMS i de tre byene som ikke har akuttisykehus skal gi tilgjengelighet til spesialisthelsetjenester til befolkningen som får størst avstand til akuttisykehuset. Det gjelder pasienter med behov for hyppig kontakt, spesielt for eldre og pasienter med kroniske sykdommer, og for polikliniske undersøkelser generelt. Rapporten legger også DMS inn i den akutte prehospitalen kjeden for diagnostikk og stabiliserende behandling før transport til akuttisykehus.

Mange høringsuttalelser uttrykker at innholdet i de framtidige DMS er for lite utfyllende beskrevet til at det gir tilstrekkelig trygghet som kompensasjon for økt avstand til akuttisykehuset. Det er derfor vanskelig for høringsinstansene å forholde seg til konklusjonen uten å ha tilstrekkelig informasjon om hele tilbudet fra spesialisthelsetjenesten.

Høringssvaret fra FFO Rana/ SAFO (21) beskriver det slik: *I forhold til eventuelle DMSer vil disse være en viktig del for behandling av spesielt kronikere og her vil det i fremtiden være en konstant utvikling innafor bl.a. teknologiske løsninger. FFO/SAFO er av den oppfatning at det hadde vært en fordel for høringen om det hadde vært et avsnitt om hva et DMS kan inneholde.*

Fra fastlegene i Brønnøy (17) hentes følgende sitat: «Et " stabiliserende team " ved DMS; Vi har per i dag ingen kunnskap om hva dette «teamet» innebærer og hvordan det skal kunne fungere 24 timer i døgnet året gjennom – og gi ekstra hjelp.»

I uttalelsen fra Akuttmedisinsk avdeling ved UNN (40) formuleres uroen slik: *DMSene framstår utydelig i størrelse, innhold og funksjon. Mangel på avklart funksjonsfordeling mellom akuttpsykehuset og DMSene taler for at plasseringen av akuttpsykehuset må ta hensyn til en situasjon der DMSene faktisk ikke er i stand til å ivareta en så stor andel av poliklinisk virksomhet og dagbehandling som rapporten forutsetter.*

*Vi er også usikre om et DMS i Brønnøysund fullt ut kan kompensere for lange reiseavstander når pasienter fra sørregionen blir akutt syke eller skadde gjennom f.eks. rask avklarende røntgen og primær, stabiliserende behandling. Vi tviler på om det er faglig forsvarlig og realistisk at et DMS skal kunne erstatte et lokalt akuttpsykehus.*

Temaet DMS er berørt med ulike innfallsvinkler mer enn 30 uttalelser.

### 3.5 Ressursgruppens kommentarer til Oppsummering av hørings svar, kapittel 3

Ressursgruppen har anbefalt at sykehustilbudet samles i ett stort akuttpsykehus; det betyr også en fødeavdeling for de i overkant av 600 årlige fødsleene på Helgeland. Planene for hvilket fødetilbud som skal være på det stedet som ikke lenger skal ha sykehus, er viktige. Ressursgruppen har imidlertid overlatt til den videre prosess mellom foretakets fagmiljøer og de berørte kommunene å avklare dette. I ressursgruppens rapport kap 6.1 er alternative løsninger for fødetilbudet eksemplifisert.

Ressursgruppens omtale av tilbudet innen psykisk helsevern og rus i kap 6.1 er utvidet.

En samfunnsanalyse var ikke en del av ressursgruppens mandat. I Helgelandssykehusets styremøte den 26/2-19 ble det drøftet om dette skulle gjennomføres. En slik analyse vil i så fall bli en del av saksunderlaget i administrerende direktørs innstilling til styret.

I rapportens kapittel 1.2 har ressursgruppen omtalt den økonomiske bæreevneanalysen som er utført. Det har ikke kommet ny informasjon etter dette som gir ressursgruppen grunnlag for en nærmere vurdering av økonomiske forhold. Ressursgruppen er imidlertid kjent med at det etter ønske fra styret er satt i gang et arbeid omkring alternativskillende økonomiske forhold. Dette arbeidet vil bli en del av saksunderlaget i administrerende direktørs innstilling til styret.

I sin omtale av distriktsmedisinske sentre i kap. 6.3 har ressursgruppen pekt på at innholdet i slike sentre kan være alt fra en enkel poliklinikk til større sentre med poliklinikk, dagkirurgi, røntgen- og laboratorie-diagnostikk samt senger for innleggelser, i tillegg til kommunal legevakt og andre helsetjenester som kommunene ønsker å legge inn. I styreseminaret den 30/1-19 ble det gitt eksempler på hvordan slike sentre er sammensatt andre steder. Ressursgruppen har understreket viktigheten av at det etableres DMS de stedene som ikke lenger skal ha akuttpsykehus. Det vil være nødvendig med en omfattende prosess mellom foretaket og kommunene for å avklare innholdet i DMSene nærmere. Ressursgruppen er av den oppfatning at slike planer ikke er nødvendig for å fatte et retningsvalg for fremtidig sykehusstruktur nå, men må avklares i det videre utviklingsarbeid i regionen.

Det kan synes å ha oppstått en misforståelse knyttet til ressursgruppens påpekning i kap. 6.2.3 om at DMS i Brønnøysund bør ha fasiliteter for initiell stabiliserende behandling. Dette er ikke et forslag om et nytt stabiliseringsteam, men kun uttrykk for at anestesilegen ved helikopteret eller andre leger som allerede er i arbeid ved DMSet skal ha et rom tilrettelagt for stabiliserende prosedyrer.

Ressursgruppen er i ettertid blitt gjort oppmerksom på at et slikt rom allerede ligger inne i planene for DMSet. Dette er nå presisert i den endelige rapporten.

## 4 Høringsuttalelser som berører prosessen videre

Flere uttalelser påpeker mangler ved ressursgruppens rapport og knytter an til styrevedtaket i Helgelandssykehuset i januar som påpeker at det er behov for utdyping av områder som er for lite omtalt i rapporten, som fødetilbudet hvis konklusjonen blir strukturendring, tilbudet til pasienter med rus- og psykiske lidelser, alternativskillende økonomiske faktorer og behovet for samfunnsanalyse.

Disse uttalelsene påpeker behovet for ny høringsrunde. Noen knytter det til høring på ressursgruppens endelige rapport, det gjelder bl.a. fellesuttalelsen fra de 12 kommunene på Sør-Helgeland. Noen vil ha ny høring når hele beslutningsunderlaget er klart.

Dette temaet er spesielt vektlagt i høringsuttalelse nr. 136, der det står:

*Når beslutningsgrunnlaget er mangelfullt og det er uklart hva som skal tilrås/besluttet av styrene våren 2019, settes kommunene og andre uttaleparter i en unødig håpløs og vanskelig situasjon som skaper masse frustrasjon.*

og slik:

*Den foreløpige rapporten tilfredsstillende etter min vurdering ikke kravene til å være et tilfredsstillende beslutningsgrunnlag. Nå kan tilleggsutredningene og direktørens saksutredning til styret rette opp i noe av dette, men de som skal uttale seg får ikke tilgang til dette som grunnlag for å gi uttalelse.*

### 4.1 Ressursgruppens kommentarer til Oppsummering av høringsvar, kapittel 4

Planene for Helgelandssykehuset vil bli ytterligere detaljert gjennom en konseptfase og senere en forprosjektfase. Ressursgruppen registrerer at flere høringsinstanser hadde ønsket et større detaljeringsnivå allerede i innværende fase. Gruppen mener imidlertid at det verken er riktig eller nødvendig for å fatte et retningsgivende strukturvedtak på det nåværende tidspunkt. Gruppen ser likevel at enkelte poeng kunne vært noe mer utfyllende beskrevet og har derfor oppdatert rapporten i så henseende. Ressursgruppens supplement er ikke av en slik karakter at det skal gi grunnlag for en ny høringsrunde.

## 5 Ressursgruppens anbefalinger

Ressursgruppens mandat ble formulert slik: «Som prosjektinnramming til konseptfasen skal gruppen utarbeide en rapport med forslag om tre alternativer til ny sykehusstruktur på Helgeland, og gi en begrunnet anbefaling av det beste alternativet.»

Gruppen ble stilt fritt med tanke på om de to alternativene skulle inneholde to forskjellige strukturelle løsninger eller kun ett alternativ med to forskjellige lokasjoner.



Ressursgruppen har forstått mandatet slik at 0-alternativet, ingen endring fra dagens struktur og alternativ 2-b1 med et stor og et lite akuttstusykehus, begge naturlig falt ut når konklusjonen i gruppen så entydig ble å anbefale ett felles akuttstusykehus.

Ressursgruppens anbefalinger kan deles i følgende tema:

- Ett eller to akuttstusykehus
- Lokalisering i eller utenfor by
- Alternative lokasjoner - vektning mellom alternativene, mellom byene.

## 5.1 Ett eller to akuttstusykehus

Ressursgruppens anbefaling er at Helgelandssykehuset skal ha ett akuttstusykehus. Begrunnelsen er befolkningsstørrelse og muligheten for å rekruttere og beholde et kompetent, robust og stabilt fagmiljø. Ressursgruppen har ikke vektet geografi og avstands-/værutfordringer som så tungt at det tilsier at man skal følge Nasjonal Helse- og sykehusplan sin alternative løsning med befolkningsgrunnlag mindre enn 60.000-80.000 i et akuttstusykehus.

Minst 75 av 111 høringsuttalelser støtter denne vurderingen.

20 uttalelser ønsker fortsatt to likeverdige akuttstusykehus både i Mo og i Sandnessjøen. Det er to hovedargumentet fra de som ønsker å opprettholde to sykehus;

- hensynet til kysten, øyene og Sør-Helgeland som vil få mye vanskeligere reise og transportforhold dersom sykehuset i Sandnessjøen forsvinner, og at
- to akuttstusykehus vil være det som totalt gir minst reisebelastning for hele befolkningen på Helgeland.

Framtidig funksjon ved Mosjøen sykehus er lite berørt i diskusjonen om ett kontra to akuttstusykehus. Det framgår derfor ikke om de som argumenterer for todeling av akuttstusykehusfunksjonen ser for seg at det fortsatt skal være elektiv drift i Mosjøen.

Alternativ 2b-1, med et stort og et lite akuttstusykehus har ingen tilslutning i høringsuttalelsene, og det argumenteres aktivt imot en slik løsning noen uttalelser, i bl.a. i høringsuttalelsene fra Nordland legeförening (101) og fra Sykehusaksjonen i Mosjøen (57)

Det er i tillegg et prinsipielt forhold som er med i begrunnelsen for noen av dem som går inn for to sykehus: Helse Nord har flere sykehus med tilsvarende befolkningsstørrelse er nevnt i noen uttalelser og er formulert slik i Bjørnar Olaisens uttalelse (10): *Det er lite tillitvekkende at ressursgruppen ikke synliggjør og trekker lærdom av de valg Helse Nord har gjort når sykehusstrukturen er lagt i de øvrige områdene i Nord-Norge. I Lofoten og Vesterålen har Nordlandssykehuset to lokalsykehus (Gravdal og Stokmarknes), og i Sør-Troms/Ofoten har UNN to (Harstad og Narvik). Disse to områdene har mange av de samme karakteristika som vår region når det gjelder avstander og befolkningsmønster. Helse Nord har valgt å beholde alle fire sykehusene, samtidig som man bygger nytt på to av stedene (Stokmarknes og Narvik)*

Det vises også til Nasjonal helse- og sykehusplan, med formuleringen om at mindre befolkningsgrunnlag kan være aktuelt der geografi, kommunikasjon og værforhold tilsier det, og Stortingets behandling av Nasjonal helse- og sykehusplan, se sitat under avsnitt 1.2.

## 5.2 Rekruttering, lokalisering i eller utenfor byene

Ressursgruppens vurdering av at ett felles akuttsykehus anbefales lokalisert i en av byene, utfordres ikke direkte på argumentasjonen som ligger til grunn for valg av by kontra mindre sted, med unntak av uttalelsen fra Hemnes kommune (23). Denne uttalelsen utfordrer premissene som ligger til grunn for konklusjonen både på ansattes behov for urbane omgivelser og deres pendlervilje.

Om lag 50, hvorav alle fra de 12 kommunene på Sør-Helgeland som har avgitt felles høringsuttalelse, uttalelser konkluderer imidlertid med ett sykehus på «aksen» mellom Sandnessjøen og Mosjøen, eller formulert annerledes som «sentralt på Helgeland» eller «sør for Korgfjellet». Her argumenteres det for at urbanitet og plassering i en by ikke er avgjørende, at folk som trekkes til Helgeland like gjerne er opptatt av tilgang til natur og friluftsliv. Flere av disse uttalelsene inneholder tilsvarende argumenter som uttalelsen fra Hemnes, at pendlerviljen er større enn det ressursgruppen legger til grunn i sin anbefaling.

Det vises i 3 uttalelser til valg av sykehuslokalisering andre steder i Norge som Østfoldsykehuset som er bygd utenfor Sarpsborg og Fredrikstad, sykehuset som er under bygging i Nordmøre/Romsdal på en tomt ca. 20 min utenfor Molde, og vedtaket i Sykehuset Innlandet om et nytt «Mjøs-sykehus» mellom byene Hamar, Lillehammer og Gjøvik (ca. 35 km fra bysentrene)

## 5.3 Rekruttering, forskjell på byenes attraktivitet

Ressursgruppen vurderer alle tre byene og bare de tre byene som mulige lokalisasjoner for et felles akuttsykehus på Helgeland. Hovedvekten er lagt på sannsynligheten for å rekruttere og skape stabile gode fagmiljø i en framtidig konkurranse om arbeidskraft.

Anbefalingen fra ressursgruppen om at det bare er behov for ett akuttsykehus på Helgeland beliggende i en av byene, ga dermed utfordringen å prioritere mellom byene for valg av lokalisering.

Ressursgruppens konklusjoner som gir prioriteringsrekkefølge: Mo i Rana – Sandnessjøen – Mosjøen utfordres langs flere linjer i høringsuttalelsene:

- Lokalisering av et felles akuttsykehus til en av de to minste byene vil bidra til at dagens situasjon med ulikheter mellom Mo og de to andre byene utjevnes
- Byenes attraktivitet i dag – er ressursgruppens vektning relevant og riktig?
- Dagens situasjon med sammensetning og stabilitet i fagmiljøene er ikke vurdert

### 5.3.1 Effekten av et felles akuttsykehus i en av byene.

Høringsinstansene påpeker at lokalisering i en av de to minste byene vil føre til vekst, med behov for boligbygging og annen infrastruktur. Forskjell på boligmarkedet som beskrives i rapporten vil utjevnes. Et større sykehus vil etter all sannsynlighet føre til utvikling også av øvrig næringsliv, med økt tilgang på arbeidsplasser for partnere. Helsefaglige utdanningsløp vil være avhengige av sykehuset som praksisarena, og vil måtte tilpasse seg plasseringa av akuttsykehuset.

### 5.3.2 Byenes innbyrdes attraktivitet – urbanitetsvurderinger

Ressursgruppen har analysert følgende faktorer i sin rapport: variert jobbmarked, variert botilbud, korte arbeidsreiser, gang- og sykkeltilgjengelighet, urbanitet, tilgang grønt og friområder, kommunikasjon til andre regioner og noen andre attraktivitetsvurderinger.

Høringsuttalelsene vektlegger jevnt over ikke vurderingen av Mo som en mer attraktiv by enn de to andre. At den er større og dermed mer variert både på bomuligheter og arbeidsliv anses som opplagt, men vektet ikke som tilstrekkelig godt grunnlag for å legge akuttsykehuset i det geografisk ytterpunkt for regionen.

Høringsuttalelsen fra Lars Erik Krogtuft (26) utfordrer ressursgruppens vurdering av urbanitet ved å påpeke «*Vinklingen er svært positivistisk vinkling og ikke tar utgangspunkt i senere tids teorier på stedsbegrepet (Dale og Berg 2015)*»

Han utfordrer vurderingen av boligmarkedet ved å si at avhengig av hvilke elementer som vektlegges kommer enten Mo, eller Sandnessjøen, eller Mosjøen best ut, og mener dermed at boligmarkedet ikke skiller entydig mellom byene. Han gir også sin vurdering av byenes opplevde kvalitet, der Mosjøen kommer best ut. Hans konklusjon er følgende:

*Samlet sett vurderer jeg at dere har brukt noen svake argumenter i deres vurdering av stedsattraktivitet. Rapporten har altså mange faglige svakheter under stedsattraktivitet og vil være uheldig å legge til grunn for en etablering av nytt sykehus.*

### 5.3.3 Rekruttering, stabile fagmiljø, risiko i interimperioden

Temaet rekruttering drøftes i mange uttalelser, med mange innfallsvinkler. Flere etterlyser vurdering av samlet fagmiljø i Mosjøen og Sandnessjøen i forhold til Mo i Rana, da disse vil utgjøre tyngdepunktet dersom et sykehus legges sør for Korgfjellet. Det kommer motstridende innspill på denne problemstillingen fra respektive fagmiljø i Mo i Rana (117) og Mosjøen/Sandnessjøen (123).

Foretaksledelsen i UNN HF (58) sier i sin uttalelse at man må vurdere å vektlegge: *Hvilket av lokaliseringalternativene som over tid har vist mest stabil rekruttering av helsepersonell til alle driftsenhetene.*

## 5.4 Ressursgruppens kommentarer til Oppsummering av høringssvar, kapittel 5

Ulike strukturelle løsninger har blitt drøftet, inkludert ett-sykehusmodell, to-sykehusmodell og 0-alternativet. I ressursgruppens rapport kap. 6.1 fremgår begrunnelsen for ressursgruppens anbefaling om å samle sykehusvirksomheten i ett stort akuttsykehus. Dette er ikke i strid med Stortingets vedtak 543 om at «Stortinget ber regjeringen sørge for at sykehus som i dag har akuttkirurgisk tilbud, fortsatt vil ha dette når hensynet til pasienten gjør det nødvendig, og kvalitet og pasientsikkerhet er ivarett». Ressursgruppen er av den oppfatning at hensynet til pasientene på Helgeland gjør det nødvendig å samle det akuttkirurgiske tilbudet ett sted; underforstått at geografi, kommunikasjon og værforhold ikke er til hinder for dette.

Når ressursgruppens rapport sees under ett, fremgår det at det er en rekke forhold som inngår i vurderingen av struktur og lokalisering av det fremtidige spesialisthelsetjenestetilbudet på Helgeland. Ressursgruppen vil ikke ta stilling til hvordan disse forholdene er vurdert ved sykehuslokaliseringene verken i Helse Nord eller landet for øvrig.

### Rekruttering, lokalisering i eller utenfor byene

God rekruttering og høy grad av stabilitet blant ansatte er avgjørende for at Helgelandssykehuset skal kunne tilby et godt helsetilbud for befolkningen på Helgeland.

Dette innebærer at Helgelandssykehuset må rekruttere mange nye ansatte i årene som kommer, og helst beholde dem lenge. Helgelandssykehuset konkurrerer om ansatte med andre sykehus i Norge og verden, og med andre arbeidsgivere.

For å 'vinne' i denne konkurransen må Helgelandsykehuset tilby en arbeidsplass og en lokalisering som er attraktiv nok til at høyt utdannede mennesker, fra ulike steder i Norge og andre steder og som kan velge hvor de vil bo og jobbe, velger å flytte nettopp til Helgeland for å jobbe på Helgelandssykehuset. Og at de velger å bli boende akkurat her. I ressursgruppens rapport kapittel 4.4, 5.1 og 5.2 har vi presentert dokumentert kunnskap om hva den type mennesker som Helgelandssykehuset skal rekruttere, legger vekt på når de velger arbeids- og bosted, og vi har forklart hvorfor lokalisering i en av de tre byene forventes å bidra positivt til rekruttering, mens lokalisering utenfor byene forventes å bidra negativt til rekruttering.

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.

Ett viktig argument er at slik lokalisering gir vesentlig lengre reiseveier for ansatt ved sykehuset eller eventuell partner enn det majoriteten av befolkningen i Norge og i Nordland velger å ha. Lange arbeidsreiser tar tid fra andre ting man har lyst til å gjøre, gjør det vanskeligere og mer stressende å få hverdagen til å gå opp, og kan forverre belastningen med ulike typer vakter for sykehusansatte.

Lange jobbreiser virker derfor negativt på sykehusets attraktivitet som arbeidssted, og dermed for rekrutteringen. Denne forståelsen støttes blant annet av funn i en masteroppgave fra Nord universitet, hvor studentene har intervjuet ansatte ved de tre sykehusene. Den støttes også av data vi har hentet ut om pendling gjennom Tovenunnelen. De viser en økning, men at antall og andel som pendler fortsatt er svært lavt. Videre har vi skrevet et nytt kapittel 4.5 der vi presenterer data som viser at Alstahaug, Vefsn og Leirfjord ikke kan forstås som en funksjonell bolig- og arbeidsmarkedsregion i dagens situasjon. Vi har også diskutert hvordan en fremtidig situasjon måtte være om de skulle kunne betraktes som en slik region, og hvilke konsekvenser det ville gitt for regionens rekrutteringsevne.

Ressursgruppen har konkludert med at sykehuset bør lokaliseres i en av byene, fordi det bidrar positivt til rekruttering. Lokalisering mellom byene vil gi lengre pendlingsavstander enn det majoriteten av befolkningen i Norge og i Nordland har valgt å ha. Vi peker videre på risikoen for at lokalisering utenfor/mellom byene vil bidra til å trekke arbeidsplasser og bosatte ut av alle de tre byene, og at dette kan redusere byenes og Helgelands attraktivitet som bolig- og arbeidssted. Det vil dermed virke negativt på rekruttering til Helgelandssykehuset og til Helgeland generelt. Å velge å lokalisere den største arbeidsplassen i regionen et annet sted enn i en av byene innebærer også å 'kaste bort' en stor og viktig mulighet til å styrke en av byene på måter som vil bidra positivt til rekrutteringen av høyt kompetent arbeidskraft til hele regionen. Vi ser at vi har vært lite utdypende på dette punktet i høringsutgaven av rapporten. I revidert rapport fra ressursgruppen har vi derfor utdypet dette, og forankret det i relevant stortingsmelding, statlige planretningslinjer og regional plan for Nordland. Vi har også påpekt risikoen for at et slikt forslag vil møte motstand i høyere instanser med referanser til de samme dokumentene.

Ressursgruppen tar ikke stilling til udokumenterte påstander om at folk trekkes til Helgeland fordi de er opptatt av natur og friluftsliv og at urbanitet dermed ikke er et relevant tema.

Vi anfører at to egenskaper som kan bidra positivt til attraktivitet og rekruttering -urbanitet og natur og friluftsliv- er bedre enn en. Vi viser til vår tidligere gjennomgang av eksisterende kunnskap når det gjelder hva folk legger vekt på når de velger hvor de skal bo og leve.

#### Rekruttering, forskjell på byenes attraktivitet

I vurderingen av hvilken av de tre byene som i størst grad bidrar positivt til rekruttering (i kapittel 5) har vi vurdert nettopp dette, og ikke andre regionalpolitiske hensyn. Vi mener dette er i iht. vårt mandat.

Vi har flere steder i vår rapport (f.eks. i 5.3.2, 5.3.3 og 5.3.4) påpekt at hvor nytt akutt sykehus lokaliseres vil påvirke utviklingen av flere av variablene vi analyserer, og at hvor godt sykehuset og byen vil rekruttere i stor grad avhenger av hvor i kommunen sykehuset lokaliseres og hvordan byene velger å styre byutviklingen for øvrig. Vi har også påpekt at vi forventer at helsefaglig utdanning vil samlokaliseres med sykehuset (i 5.3.1). Ressursgruppen vurderer det slik at innspillene i høringsuttalelsene i tilknytning til disse temaene allerede er ivaretatt.

Dagens rekrutteringsevne i sykehusene er avhengig av en rekke lokale forhold som eksempelvis lønnsavtaler, tjenesteplaner, vaktordninger, funksjonsfordelinger og lokalt lederskap. Dette er forhold som er ustabile og påvirkelige. Ressursgruppen har derfor valgt å legge byenes attraktivitet til grunn i vurderingen av hvilken plassering av et fremtidig stort akutt sykehus som i størst grad bidrar positivt til rekruttering.

#### Byenes innbyrdes attraktivitet – urbanitetsvurderinger

Det er tydelig uttalt og gjentatt flere ganger i rapporten at vurdering og sammenligning av byenes attraktivitet og rekrutteringsevne er svært krevende. Begge medlemmene av ressursgruppen med kompetanse i by- og regionutvikling har professorkompetanse på feltet, og har god innsikt i ulike kvalitative og kvantitative tilnærminger til å analysere byer. Dette er et notorisk svært vanskelig felt. Det er krevende å bestemme hvilke av de mange mulige variablene man skal ta med, hvordan de skal registreres, vurderes og klassifiseres på sammenlignbare måter, hvordan de ulike kvalitetene og kombinasjoner av dem skal vektas, mv. Nettopp av den grunn er det valgt en tilnærming der man tar utgangspunkt i det tidligere forskning har vist er de viktigste faktorene som påvirker byers attraktivitet som bosted for høyt utdannede mennesker som velger hvor de vil bosette seg (som redegjort for i rapporten). Videre har vi valgt å gjøre sammenligninger kun på variabler der det finnes relativt objektive data. Vi har videre påpekt at det er summen av vurderinger av flere faktorer, som peker i litt ulike retninger, som resulterer i at vi kommer frem til at Mo i Rana sannsynligvis vil bidra bedre til rekruttering enn de andre byene.

#### Rekruttering, stabile fagmiljø, risiko i interimperioden

Når det gjelder å vurdere fagmiljøene i Sandnessjøen og Mosjøen samlet, viser vi til svarene på innspill om pendlingsavstander, pendlingsvilje og bo- og arbeidsmarkedsregioner.

Noen høringsuttalelser holder fagmiljøene i Sandnessjøen og Mosjøen samlet opp mot fagmiljøet i Mo i Rana.

Våre analyser viser at man ikke kan forstå Alstahaug, Vefsn og Leirfjord som en funksjonell bolig- og arbeidsmarkedsregion og at avstanden mellom byene tilsier at man ikke kan legge til grunn at et sykehus beliggende i en av byene eller et sted på aksene mellom dem vil ligge i akseptabel pendlingsavstand fra begge byene. Det betyr at man ikke kan regne fagmiljøene i Mosjøen og Alstahaug som ett fagmiljø.

## 6 Lokalisering, og høringsinstansenes «Hvorfor akutt sykehuset ikke bør ligge Mo i Rana»

Det er stor grad av enighet i høringsvarene om at ett akutt sykehus for Helgeland vil være framtidsrettet.

Når det kommer til hvor et felles akutt sykehus bør ligge, representerer høringsinnspillene synspunkter avhengig av geografisk tilhørighet, med to unntak. Det er to høringsinstanser som ikke har tilhørighet hverken nord eller sør for Korgfjellet som også konkluderer med et felles akutt sykehus sør for Korgfjellet (40, 101).

9 av uttalelsene ønsker et felles akutt sykehus lagt til Mo i Rana. Disse uttalelsene støtter vurderingene gitt i ressursgruppens foreløpige rapport og har lite å tilføye utover det. Fire høringsuttalelser uttrykker tilslutning til ett akutt sykehus uten å ta standpunkt til lokalisering (68, 79, 86, 130). En uttalelse (23) går eksplisitt inn for lokalisering i det geografiske midtpunktet. Det er i alt 13 uttalelser som ønsker et felles akutt sykehus lagt til Sandnessjøen/omegn – alt fra Leirfjordsida for å unngå brua, til ved sjøen sør for byen for enklest mulig ilandføring av pasienter som kommer med ambulansébåt. En uttalelse (15) argumenterer for sykehus i Mosjøen.

57 uttalelser argumenter for et sykehus som ligger mer sentralt plassert på Helgeland enn et sykehus i Mo i Rana vil gjøre, med ulike beskrivelser: «sentralt på Helgeland», «sør for Korgfjellet», «på aksene Mosjøen Sandnessjøen». Samme argumentasjon går igjen fra mange høringsinstanser.

Akuttavdelingen ved UNN Tromsø (40) oppsummerer sin vurdering slik:

### *Konklusjon:*

*Akuttmedisinsk klinikk, UNN HF er enig med ressursgruppen i at det bør etableres ett stort akutt sykehus på Helgeland. Vi mener - i motsetning til ressursgruppen - at dette nye akutt sykehuset bør lokaliseres sør for Korgfjellet med bakgrunn i følgende hovedargumenter:*

- *Redusert reisetid til sykehus for majoriteten av befolkningen (Mo i Rana har lengst vektet reisetid av alle alternativene)*
- *Bedret rekruttering av spesialister som følge av redusert ambuleringstid til DMSene*
- *Bedret mulighet for faglig støtte til DMSene*
- *Bedre forhold for luftambulansetjenesten*
- *Reduserte pasientlekkasjer til Nordlandssykehuset HF og Helse Midt-Norge*

Uttalelsen fra Nordland legeförening (101) konkluderer slik:

*Lokalisering: Nordland legeförening kan ikke støtte ressursgruppas forslag om å legge et framtidig felles akutt sykehus til Mo i Rana. En slik plassering vil medføre at de pasientene på Helgeland som allerede i dag har lengst reisevei til sykehus, får økt transporttid på minst en -1 – time.*

De har per i dag en reisevei på ca 1 -3,5 timer. Dette gjelder befolkningen i kommunene Vevelstad, Brønnøy og Sømna samt øykommunene Vega, Herøy, Dønna, Lurøy og Træna. Fra Sømna til Mo i Rana er det 270 km. Det 40 km lenger enn avstanden mellom Mo i Rana og Bodø. Felles for disse kommunene er at raskeste transportmetode (bortsett fra helikopter) til dagens sykehus i Sandnessjøen er ambulansebåt.

## 6.1 Likeverdige helsetjenester

15 uttalelser, alt fra en prost på Helgeland (42), til Nordland Fylkeskommune (97) og brukerutvalget ved Helgelandssykehuset (79) kommenterer på det etiske aspektet ved å lokalisere et felles sykehus slik at mange innbyggere får veldig lang reiseveg, og det vises til formålsparagrafen i Helseforetaksloven med følgende sitat:

*Helseforetakenes formål er å yte gode og likeverdige spesialisthelsetjenester til alle som trenger det når de trenger det, uavhengig av alder, kjønn, bosted, økonomi og etnisk bakgrunn, samt å legge til rette for forskning og undervisning.*

Brukerutvalget ved Helgelandssykehuset sier det slik i sin uttalelse:

*Samtidig mener vi det er to forutsetninger som bør ligge i bunnen når man vedtar oppbyggingen av Helgelandssykehuset 2025:*

- 1. Ingen av innbyggerne på Helgeland skal få et dårligere tilbud enn dagens.*
- 2. Flest mulig skal få et bedre tilbud enn dagens.*

Høringsuttalelsen fra foretaksledelsen ved UNN (58) sier om kriterier for lokalisering:

- Reisetiden til sykehuset for majoriteten i befolkningen må være kortest mulig

Det brukes litt forskjellige begreper for å beskrive det høringsinstansene ønsker å få fram; som likeverdige helsetjenester, helserettferdighet, trygghet.

## 6.2 Reiseveg og transporttider

Dette er det temaet som berøres i flest uttalelser. Det gjelder både ved akutte hendelser og hensynet til pasienter og pårørende ved planlagte hendelser og for besøksreiser.

Ressursgruppens rapport presiserer at lokalisering av et felles akuttsykehus til Mo i Rana gir både lengst vektet reisetid, og samtidig er den lokasjonen som gjør at flest når sykehuset innen en time. Rapporten har ikke avdekket at det er grunnlag for å karakterisere transporttiden til Mo som uforsvarlig, men den forutsetter en rekke avbøtende tiltak for de pasientene som lengst transporttid i akutte situasjoner, som bl.a. forbedret prehospital diagnostikk og akuttbehandling, tilpasning av ambulansetjenesten både på veg, for båt og i lufta.

Rapporten beskriver at utfordringene med lang transport/ reisetid i akutsituasjoner må løses gjennom:

- DMS samarbeid med legevaktleger og prehospitaltjenester
- Økt bruk av prehospital diagnostikk i DMS (bildeundersøkelser) og i ambulansebil/ helikopter for tidlig iverksetting av behandling
- Ny plan for prehospital tjeneste etter at lokalisasjon endelig er valgt

Det flertallet av høringsuttalelser som argumenter for en mer sentral geografisk plassering av et felles akutt sykehus uttrykker skepsis til om de beskrevne tiltakene vil være gjennomførbare, om de er realistiske. Tidligere nevnte innvendinger mot at de framtidige DMS er for dårlig utredet og beskrevet kommer tilbake knyttet til disse problemstillingene.

Høringsuttalelsen fra Kommuneoverlegeforum Helgeland (86) uttaler:

*Kritisk til at akuttmedisinsk beredskap ved DMS diskuteres av ressursgruppa. DMS, uansett størrelse, kan ikke erstatte fullverdige sykehustjenester. Ved akutte, livstruende lidelser vil befolkningen ha behov for akuttmedisinske funksjoner ved et akutt sykehus.*

*Kritisk til antydning at legevakt- og de prehospitale tjenestene skal overta mer ansvar for akuttmedisinske tilstander i akutte situasjoner langt fra sykehus.*

### 6.2.1 Transport i akutte situasjoner

Det påpekes i flere høringsuttalelser at en betydelig andel av befolkningen vil få kritisk transporttid i akutte situasjoner, når helikoptertransport ikke er mulig. Eks 12.000 innbyggere med over 4 timer reisevei (107: Legeforeningene ved Sandnessjøen og Mosjøen sykehus).

#### Helikopter

Det foreligger et utall av rapporter, analyser og uttalelser når det gjelder helikoptertransport i akutte situasjoner. De er til dels motstridende og de vektlegges av høringsinstansene slik det best passer med argumentasjonen for ulike lokasjoner.

Ressursgruppen legger til grunn at økt bruk av helikopter til akutttransport kan kompensere for lengre avstander. Det er enighet om at det i utgangspunktet er større utfordringer knyttet til å fly inn over land på vinter med risiko for ising og at helikopter som benyttes i dag ikke har mulighet for å fly så lavt at ising unngås. Det er uenighet om betydning av ny flyteknologi, nye helikoptre med avisingsmuligheter – om og når dette vil komme, og hvilke konsekvenser det vil ha for framtidig beredskap på Helgeland.

Høringsuttalelser fra leger ved somatiske avdelinger i Mo (117) påpeker at behov for helikoptertransport for befolkningen i/rundt Mo vil øke hvis akutt sykehuset legges sør for Korgfjellet, og at dette vil påvirke den totale kapasiteten for helikoptertransport.

#### Bil- og båtambulans

Pasienter fra øyene utenfor Helgelandskysten vil i akuttsituasjoner ha behov for kombinasjonen båt-bil (eventuelt bil-båt-bil) dersom helikoptertransport av ulike grunner ikke er mulig. Omlasting i akuttsituasjoner er generelt lite gunstig, og med plassering av akutt sykehuset i Mo, vil det bli lang biltransport fra omlasting på kai.

Høringsuttalelsene som konkluderer med akutt sykehus i Sandnessjøen vektlegger dette hensynet i betydelig grad.

Det er stor samstemmighet i en rekke uttalelser om at prehospitale tjenester må gjennomgå etter at lokalisering er valgt, med målsetting om å redusere ulempene som uansett vil oppstå ved å sentralisere fra to til ett akutt sykehus.



## 6.2.2 Tilgjengelighet og avstand for planlagt aktivitet og besøkende

Tilgjengeligheten til likeverdige spesialisthelsetjenester for hele befolkningen på Helgeland foreslås i rapporten løst ved

- Etablering av tre DMSer for poliklinisk utredning og behandling,
- Utvidelse av åpningstid i poliklinikkene for å gjøre det mulig å rekke fram og tilbake på dagen
- Økt bruk av avstandsoppfølging av pasienter til poliklinikk
- At offentlig transportmuligheter tilpasses valgt lokalisering av akuttsykehuset

Høringsuttalelsene uttrykker også her skepsis til i hvilken grad disse beskrevne tiltakene vil kunne oppveie for at store deler av Helgeland får større avstand til et felles akuttsykehus.

Når det gjelder kapasitet og muligheter ved DMS uttrykkes det tvil om det vil være mulig å rekruttere et tilstrekkelig antall spesialister til å betjenes tre DMS. Lang avstand til akuttsykehuset vil gjøre det mindre attraktivt for spesialistene å ambulere.

Lang åpningstid i poliklinikk og en hel dag på reise oppleves ikke som en attraktiv løsning for de med lengst avstand.

Bruk av ny IKT-teknologi for avstandskonsultasjoner og oppfølging av pasienter med kroniske tilstander vurderes som for lite utprøvd og usikkert fra flere høringsinstanser.

Høringsuttalelsen fra UNN Akuttavdelingene (40) sier: *Vår vurdering er at rekruttering må sees i lys av behovet for spesialister i hele foretaket, ikke bare behovene ved akuttsykehuset. Rapporten vurderer ikke rekruttering til de distriktsmedisinske sentrene (DMS) og distriktsentrene for psykisk helse (DPS). Plassering av et akuttsykehus nord for Korgfjellet forutsetter velfungerende DMSer med høy andel av desentraliserte funksjoner med stabil tilstedeværelse av legespesialister og andre helsefaggrupper. For legespesialister vil dette i stor grad måtte løses ved ambulering fra akuttsykehuset.*

## 6.3 DMS, rekruttering og samhandling med kommuner, legevakt og fastleger

Ressursgruppen forutsetter at etablering av DMS skal bidra til å løse utfordringene med lang transporttid og reiseveg både i akutte situasjoner og for planlagt undersøkelse og behandling. Det er forutsatt at oppbygging av DMS kan bidra sammen med prehospitaltjenester og legevakt til initiell diagnostikk og behandling før videretransport. Dette forutsetter at det er tilstrekkelig og tilgjengelig personell både i kommunehelsetjenesten og ved DMS.

Høringsinnspillene utfordrer sannsynligheten av dette kan være mulig å få til hvis avstanden til akuttsykehuset blir stor. Det antas å ville bli enda vanskeligere å få spesialister til å ambulere, og det påpekes risiko for at rekruttering til kommunelege-/fastlegestillingene kan bli vanskeligere med økt avstand til akuttsykehuset. Belastningen og ansvar ved legevakt blir tyngre med økt krav om akuttmedisinsk innsats før transport.

Fastlegene i Brønnøy sier det slik (17): *Rapporten påpeker at kommunene må styrke fastlege – og legevaktsordninger Vi sliter allerede i dag med rekruttering. Det er god grunn til å anta at dette blir enda vanskeligere med økt avstand til sykehuset. Ansvar for de dårlige pasientene ligger hos legevaktslegen som ofte er alene på vakt. Avstand og transporttid vil da medføre et økt belastning.*

Noen høringsuttalelser påpeker at det vil være nødvendig for kommunene å ha god samhandling også med sykehuset, ikke bare med tjenestene i DMS. De påpeker en større utfordring å etablere gode samhandlingsforhold når det blir stor avstand til sykehuset.

#### 6.4 Lekkasje

Det er enighet mellom ressursgruppen og høringsuttalelsene om at plassering av et felles akuttisykehus i Mo øker risikoen for pasientlekkasje. Det er to grunner til at lekkasje kan oppstå. Den ene er fritt behandlingsvalg for planlagt behandling, som både kan være poliklinisk og som innleggelse.

Pasienter med lengst reiseveg til Mo vil kunne velge sykehus i Trøndelag for planlagt behandling. Den andre er akuttsituasjoner der pasienter som er hentet med helikopter flys til andre sykehus enn Mo fordi det enten er kortere flytid eller det er for vanskelig flyforhold for transport til Mo.

Mange høringsinstanser har fokus på risiko for pasientlekkasje. Det er to konsekvenser av lekkasjen som berøres. Det ene er hva det vil kunne bety for Helgelandssykehusets framtidige økonomi. Det er en vurdering som bør tas med i utredningen av alternativskillende økonomiske forhold.

Det andre er konsekvensen av redusert pasientgrunnlag på faglig kvalitet. Den viktigste begrunnelsen for å ha et felles akuttisykehus på Helgeland er at befolkningene er liten og at det er behov for å samle pasientene og fagkompetansen på ett sted for å sikre god kvalitet. Dersom lekkasjen får et omfang som påvirker pasientgrunnlaget, vil det være av stor betydning for sykehusets framtid.

Fastlegene på Sømna kommenterer dette slik (34): *Å plassere regionens lokalsykehus lengst mulig vekk fra en stor del av befolkningen, vil bidra til å øke ulikheten i tilgang til helsetjenester. Reisetid er en viktig faktor for kvalitet. Et fremtidig sykehus helt i nord vil gjøre denne veien uoverstigelig for pasienter på Sør-Helgeland. Kreftsyke, kronikere, skrøpelige eldre, sykehjemspasienter, gravide og fødende er i en sårbar situasjon. For disse gruppene er reising en ekstra stor belastning. Rana kan aldri bli lokalsykehus for en stor del av befolkningen det skal betjene. Avstand til lokalsykehuset innvirker direkte på pasientens muligheter for å benytte spesialisthelsetjenesten. Folket i sør vil i større grad reise ut av regionen. Er det grunnlag for et akuttisykehus i Rana, dersom nedslagsfeltet ikke er 77000 mennesker, men under 65000? Det er allerede krefter i sving for at Sør-Helgeland skal innlemmes i Helse Midt.*

Både foretaksledelsen (58) og Akuttavdelingen på UNN (40) er opptatt av hvilke konsekvenser det også vil kunne ha for universitetssykehusfunksjonen i Nord-Norge, Akuttavdelinga sier det slik:

*Belastningen ved lang reisetid til sykehus kan føre til at innbyggere sør i fylket vil velge sykehustjenester i Helse Midt-Norge når dette er mulig. Vi kan ikke se at de foreslåtte tiltakene i rapporten kan demme opp for en slik pasientlekkasje. Dette vil bidra til avskalling av et allerede kritisk lite pasientgrunnlag både for Helgelandssykehuset og UNN. For UNN – som Norges minste universitetssykehus - vil en strukturendring i opptaksområde kunne føre til en uheldig utvikling med svekket pasientgrunnlag. Vi er innforstått med at spesialiststrukturen på Helgeland først og fremst skal ivareta Helgelands befolknings behov for spesialisthelsetjenester.*

*Vi mener likevel at befolkningens behov for spesialisthelsetjenester må ivaretas på en måte som mest mulig demmer opp for pasientlekkasje ut av Helse Nord's opptaksområde. Dette taler for at et sykehus på Helgeland best plasseres sør for Korgfjellet.*

## 6.5 Ressursgruppens kommentarer til Oppsummering av høringsvar, kapittel 6

Ressursgruppen har innledet begge dialogkonferansene med arbeidets overordnede visjon «Et godt fremtidig sykehustilbud for innbyggerne på Helgeland». Flere høringsinstanser reagerer imidlertid på at ressursgruppen likevel kommer med en anbefaling som oppfattes å gi en uforholdsmessig lang reisevei for mange innbyggere. Det stilles spørsmålstegn ved om ressursgruppen har forholdt seg til formålsparagrafen i Helseforetaksloven: «Helseforetakenes formål er å yte gode og likeverdige spesialisthelsetjenester til alle som trenger det når de trenger det, uavhengig av alder kjønn, bosted, økonomi og etnisk bakgrunn, samt å legge til rette for forskning og undervisning».

Ressursgruppen er godt kjent med Helseforetaksloven. Ressursgruppen er imidlertid av den oppfatning at et likeverdig tilbud ikke nødvendigvis betyr at et sykehus må ligge i tilnærmet det geografiske midtpunktet i regionen. Ressursgruppen har trukket frem to områder som sentrale for at helgelendingene skal få et likeverdig og godt tilbud. Det ene er etableringen av ett stort akutt sykehus som et faglig robust kraftsentrum og det andre er et velutviklet prehospitalt tilbud.

Ressursgruppen har derfor sterkt understreket betydning av et stort samlet fagmiljø i et stort akutt sykehus. Et robust rekrutterende fagmiljø forutsetter ikke bare en viss størrelse, men også et miljø der kompetanseutvikling, tett samarbeid mellom ulike spesialiteter og profesjoner, opplæring, intern kvalitetssikring, resultatoppfølging og forskning inngår som en integrert del av virksomheten.

Det prehospitale tilbudet blir stadig viktigere. Mulighetene for prehospital diagnostikk og behandling øker, kompetansenivået hos ambulanspersonell og legevaksleger øker, mulighetene for kontinuerlig dialog med sykehusene øker osv. Prehospitalt skal det tas stilling til om pasientens tilstand indikerer at han eller hun skal sendes til et større sykehus utenfor Helgeland, en andel som forventes å øke, om pasienten skal sendes til foretakets eget sykehus eller om pasienten ikke trenger sykehusbehandling og således kan sendes til nærmeste DMS. Det skal i samråd med AMK-sentralen tas stilling til hvordan pasienten skal sendes og hvilken behandling som skal iverksettes før og under transporten.

Som det fremgår av kap. 4.2 i ressursgruppens rapport, er det her, prehospitalt, tidlig etter akutt skade og sykdom, at dokumentasjonen er god for at rask diagnostikk og behandling har positive konsekvenser for utfallet for pasienten. Selv om ingen ønsker lange transportavstander til sykehus, mener ressursgruppen det er holdepunkter for at andre forhold er viktigere for utfallet for pasientene enn transportavstandene, eksempelvis raskt iverksatt prehospital diagnostikk og behandling.

De prehospitale tiltakene er sammen med et faglig sterkt, stort akutt sykehus de viktigste trygghetsskapende elementene i den akuttmedisinske kjeden.

Dagens geografiske fordeling av ambulansestasjoner på Helgeland oppfyller gjeldende nasjonale krav til responstid for ambulanser. Basestruktur for ambulanser må imidlertid revurderes etter lokaliseringen av et stort akutt sykehus er bestemt. Den gjennomsnittlige vektete transporttiden i akutte situasjoner er forholdsvis lang uavhengig av i hvilken by det store akutt sykehuset plasseres. Brønnøysundregionen og øyene utenfor får likevel en forholdsvis stor økning i transporttiden til det store akutt sykehuset dersom dette lokaliseres til Mo i Rana.

Helikoptertransport er en viktig del av den prehospitale tjenesten på Helgeland. Regulariteten påvirkes av geografi og årstid; regulariteten er dårligere om vinteren og det er vanskeligere å komme frem til pasienter som er bosatt på innlandet enn på kysten. Sykehusstruktur og plassering av sykehus har liten innflytelse på hvor mange oppdrag som avvises eller som ikke kan utføres (responsregularitet). Er et oppdrag iverksatt og værforholdene ikke tillater landing ved et bestemt sykehus, så vil pasienten bli transportert til et annet sykehus som for eksempel Bodø eller Namsos. Pasienter på Helgeland vil med andre ord få hjelp av helikopter i tilnærmet like stor grad uavhengig av lokalisering av et stort akuttisykehus.

Gjennom flere år har NLA AS drevet forskning og utvikling med det formål å redusere innflytelsen værforhold har på gjennomføringen av luftambulanseoppdrag. Basert på vurderinger fra NLA AS og Luftambulansetjenesten HF legger ressursgruppen til grunn at regulariteten av helikoptertransporter vil være bedre i fremtiden.

Om helikopter ikke kan benyttes, vil det være mulig for luftambulansespersonellet å rykke ut til pasienter med bil i basens nærområde. Ambulansefly og redningshelikopter er andre alternativer.

Dersom det store akuttisykehuset legges til Mo i Rana vil pasienter fra Brønnøysund og omliggende øyer/kommuner få en reisevei til sitt lokalsykehus som krever spesielle tilpasninger for å kunne reise frem og tilbake for en konsultasjon i løpet av en dag. Derfor er det viktig at Helgelandssykehuset tar i bruk teknologiske løsninger som fjernkonsultasjoner og avstandsoppfølging og har tilpassete åpningstider. Videre er det viktig at DMS på Brønnøysund tilbyr et bredt pasienttilbud som reduserer behovet for reiser til det store akuttisykehuset. Det er også ønskelig at offentlige transportmuligheter tilpasses valgt lokalisering av akuttisykehuset.

Rekruttering av spesialister til DMS vil være en utfordring uansett lokalisasjon av det store akuttisykehuset. Legetjenesten kan ivaretas på flere måter; ved ambulerende spesialister fra det store akuttisykehuset, ved avtalespesialister, ved fjernkonsultasjoner av leger ved det store akuttisykehuset eller andre sykehus i Helse Nord eller ved leger primært lokalisert til DMSen, men som ambulerer til det store akuttisykehuset og eksempelvis inngår i vaktordningene der. Andre DMS som eksempelvis Hallingdal sjukestugu og Alta helsesenter, har funnet løsninger på dette.

God kvalitet og tilgjengelighet på DMSer og det store akuttisykehuset er viktige forutsetninger for at pasienter på Helgeland velger Helgelandssykehuset HF når de har behov for spesialisthelsetjenester.

Ressursgruppens samlede vurdering er at det viktigste for hele Helgelands befolkning er at det prehospitale tilbudet fortsatt bygges opp og at det etableres et stort robust fagmiljø i ett stort akuttisykehus. Det sistnevnte forutsetter at sykehuset klarer å tiltrekke seg kvalifisert arbeidskraft. Ressursgruppen har derfor prioritert å anbefale en lokalisering som i størst mulig grad legger til rette for det. Ulempen ved plassering av et stort akuttisykehus i Mo i Rana er at Brønnøysund og øyene/kommunene rundt får en forholdsvis lang avstand til det store akuttisykehuset. Ressursgruppen viser imidlertid til en rekke tilbud/tiltak som gjør at spesialisthelsetjenestetilbudet også vil fungere for dette området og således også vil kunne bli det foretrukne spesialisthelsetjenestetilbudet for denne befolkningen.

## 7 Arbeidsmarkedsregioner og pendlervilje

Ressursgruppens bruk av statistikk for jobbreiser og pendling utfordres i mange uttalelser. Dels vises det til andre kilder som viser andre tall for faktisk pendling mellom kommunene sør for Korgfjellet, dels hevdes det at tallene som ligger til grunn for ressursgruppens vurderinger stammer fra før Toventunellen ble åpnet i 2014.

Fellesuttalelsen fra 12 kommuner på Sør-Helgeland beskriver det bl.a. slik:

*Kommunene Vefsn, Leirfjord og Alstahaug har allerede en betydelig arbeidspendling. Av samlet antall sysselsatte i kommunene Alstahaug, Leirfjord og Vefsn, som er ca. 10 000, pendler 650 (2017) til jobb i en av de andre to kommunene, tilsvarende 6,5 prosent. Pendlingen er størst mellom Alstahaug og Leirfjord, og hele 46 prosent av de sysselsatte i Leirfjord pendler til de to andre kommunene. Gjennom åpningen av Toventunnelen november 2014 er det lagt til rette for at de tre kommunene skal utvikles videre til et felles bo- og arbeidsmarked. Med Toventunnelen er reiseavstanden mellom Mosjøen og Sandnessjøen redusert til ca. 50 minutter med bil. Dersom sykehuset ikke plasseres i selve bykjernen kan reisetiden reduseres ytterligere ned mot 30 minutter.*

Uttalelser fra kliniske fagmiljøer ved Mosjøen og Sandnessjøen sykehus uttrykker at avstandene mellom byene og et sykehus plassert et sted på akse ikke er lengre enn at det sikrer bemanning og rekruttering til et felles akuttsykehus både i interimperioden og når et nytt sykehus er etablert.

### 7.1 Ressursgruppens kommentarer til Oppsummering av høringsvar, kapittel 7

Arbeidsmarkedsregioner og pendlervilje, som vi i hovedsak har omtalt i kapittel 4.4 i rapporten, er viktig i diskusjonen om hvorvidt sykehuset bør ligge på en akse mellom byene eller i en by. Vi har gått gjennom uttalelsene, og ser ikke at det har kommet innspill som tilsier at det burde vært brukt andre tall enn de vi har lagt til grunn i rapporten.

I revidert rapport fra ressursgruppen har vi inkludert reiseavstand og reisetid på arbeidsreiser når vi forutsetter at nytt sykehus er lokalisert langs veien mellom Mosjøen og Sandnessjøen, så 'midt på som mulig' (for å få kortest mulig arbeidsreise fra de to byene), det vil si rett ved den vestre tunnelåpningen.

Vi har oppdatert tabell 4 i rapporten (om pendling mellom kommuner, som er offentlig tilgjengelige data fra SSB) med data fra 2018 (som ble gjort tilgjengelige i februar 2019). Vi har gjort mer detaljerte analyser for å få frem den totale pendlingen til/fra relevante kommuner på strekningen som inkluderer Toventunnelen til og med 2018. Videre har vi gjort grundigere analyser av pendlingen mellom kommunene Vefsn, Alstahaug og Leirfjord, og endringene over tid. Vi har tatt inn informasjon om de relevante offisielle bolig- og arbeidsmarkedsregionene på Helgeland, som er resultater fra et arbeid igangsatt av Kommunal- og moderniseringsdepartementet og som er helt i avslutningsfasen. Til sist har vi diskutert hvordan en fremtidig situasjon måtte være om Alstahaug, Vefsn og Leirfjord skulle kunne betraktes som en felles bolig- og arbeidsmarkedsregion.

Oppdateringer og nye analyser har ikke resultert i endringer i ressursgruppens konklusjon. Konklusjonen er fortsatt at de tre kommunene ikke er en funksjonell bolig- og arbeidsmarkedsregion, og at de endringene som måtte skje i regionen for at de skal kunne betraktes som det må forventes å bidra negativt til rekruttering.

Ressursgruppen opprettholder altså sin klare og sterke anbefaling om at nytt sykehus må lokaliseres i en av de tre byene, for å sikre en rekruttering som er nødvendig for at Helgelandssykehuset skal kunne levere et godt helsetilbud for befolkningen på Helgeland. Vi fraråder klart og sterkt en lokalisering i ett av de mindre tettstedene, på aksene mellom byene eller lignende.

### 9.3 Data og metode relatert til kapittel 4.4

#### Avgrensning

Vi har hentet ut data for de tre tettstedene Sandnessjøen, Mo i Rana og Mosjøen. Utgangspunktet er å benytte samme definisjon som ble brukt ved statistikkuttak på omsetningstid. Denne inndelingen var basert på postnumre som refererte til vei og gateadresser, se tabell 1. I tillegg er det lagt til de postnumrene som refererer til postboksadresser. Virksomheter som benytter postboksnumre er ikke stedfestet i databasen, men en kan anta at de naturlig tilhører det næringslivet som en finner knyttet til tettstedet.

Tabell 1 Postnumre som er benyttet til områdedefinisjon.

	<b>Gate-/veipostnumre</b>	<b>Postbokspostnumre</b>
Sandnessjøen	8800, 8802, 8803, 8804	8801, 8805, 8809
Mo i Rana	8610, 8613, 8614, 8616, 8622, 8624, 8626	8601, 8602, 8603, 8604, 8607, 8608
Mosjøen	8656, 8657, 8660, 8661, 8663, 8665	8651, 8652, 8654, 8655

I TØIs (Transportøkonomisk Institutt) databaser er imidlertid alle data knyttet til grunnkretser. Dette er en finere inndeling enn postnumre, og en slipper problematikken med postboks-adresser. Grunnkretsene i tabell 2 er benyttet for å definere de tre områdene, og disse er vist i figur 1.

Tabell 2 Grunnkretser som inngår i de ulike tettstedene.

<b>Sandnessjøen</b>	<b>Mosjøen</b>	<b>Mo i Rana</b>	
18200103	18240301	18330201	18330302
18200104	18240302	18330202	18330303
18200105	18240303	18330203	18330304
18200112	18240304	18330204	18330305
18200201	18240305	18330205	18330306
18200202	18240306	18330206	18330307
18200203	18240202	18330207	18330308
18200204	18240203	18330208	18330309
18200205	18240205	18330209	18330401
18200206	18240206	18330210	18330402
18200207	18240207	18330211	18330403
18200208	18240208	18330212	18330404
18200209	18240209	18330213	18330405
18200210	18240210	18330214	18330406
18200211	18240211	18330215	18330701
18200212	18240212	18330216	18330702
18200213	18240402	18330217	18330703
18200214	18240406	18330218	18330704
18200215	18240407	18330301	18330705
18200216	18240408		
18200217	18240409		
	18240411		
	18240412		

---

18240413

18240414

---

Der virksomhetene ikke har oppgitt grunnkrets er imidlertid postnumrene fra tabell 1 benyttet. Dette er imidlertid kun i en svært liten andel av tilfellene. For over 95 % av de sysselsatte har vi stedfestet virksomheten til den reelle grunnkretsen.



*Figur 1 De tre områdene*

Noen grunnkretser (og postnummersoner) går langt utenfor tettstedet. Det innvirker imidlertid ikke på den statistikken som presenteres, siden grunnen til at SSB (og Bring, når det gjelder postnummersoner) velger å ha slike store grunnkretser er rett og slett fordi det ikke er virksomhet eller bosetning i størstedel av sonen. Så lenge vi ikke presenterer tetthetsmål som baserer seg på areal har altså dette ingen ting å si for resultatet.

### **Datakilder**

*Det sentrale virksomhets- og foretaksregisteret (VoF)* er den viktigste databasen for Statistisk sentralbyrå (SSB) om alle norske enheter med økonomisk aktivitet referanse (72). Dette registeret dekker alle foretak og bedrifter i offentlig og privat sektor i Norge. VoF er dermed et heldekkende register som utgjør en felles populasjon for SSBs økonomiske og næringsmessige statistikk i Norge. Registeret inneholder alle sentrale variabler som sysselsetting, næringskoder (NACE), lokalisering (grunnkrets er oppgitt for alle enheter) og sektor for både virksomheter og foretak.



TØI har tilgang til VoF fra 2000 og framover. Registeret inneholder både foretakene (den juridisk ansvarlige enheten) og virksomhetene (de enkelte enhetene som i prinsippet skal være geografisk og næringsmessig entydige).

TØI har satt sammen de ulike årgangene av VoF-data og videreutviklet dette materialet. Materialet er revidert med hensyn til kodestandarder (særlig næringskoder og geografikoder). Siden materialet dekker alle virksomheter i Norge kan det produseres detaljert statistikk på et hvilket som helst geografisk nivå ned til grunnkrets nivået.

*Registerbasert sysselsettingsstatistikk (56)* inneholder informasjon om bosted og arbeidssted for alle sysselsatte i Norge og brukes i analyser av pendling. Registeret kan skille på heltidsansatte og personer med deltidsstillinger. I denne sammenheng har vi benyttet data på grunnkrets nivå for alle ansatte.

TØIs *Avstandsdatabase* er brukt for å beregne avstander. Denne basen består av kobling og bearbeiding av ulike datakilder. ELVEG er Kartverkets oversikt over alle veistrekninger over 50 meter i Norge. Avstanden kan beregnes både i meter og i kjøretid. Som det geografiske tyngdepunkt i grunnkretsene benyttes det *bygningmessige tyngdepunktet*. Det er den bygningen som ligger nærmest det aritmetiske koordinattyngdepunktet for bolig- og næringsbygg i grunnkretsen. Dette beregnes på grunnlag av Kartverkets *Matrikkel*. Tyngdepunktet er så knyttet sammen med nærmeste punkt i veisystemet fra ELVEG. Ved å benytte dette registeret kan TØI beregne avstand langs vei mellom alle tyngdepunktene i alle grunnkretser i Norge. Denne avstandsdatabase kobles med registerbasert sysselsettingsstatistikk for å beregne reiselengde for arbeidstakere.

