

Deres ref.:

Vår ref.:

Saksbehandler/dir.tlf.:  
Haug, Rolandsen, Hansen  
75 51 29 00

Sted/dato:  
Bodø, 13.10.2017

## Notat

### Alternative løsninger for sykehusstrukturen i Finnmark

Vedlegg til styresak 112-2017 Finnmarkssykehuset Nye Hammerfest sykehus – valg av tomt

#### 1. Bakgrunn

##### Om Finnmarkssykehuset HF

Finnmark har i dag to lokalsykehus, ett i Kirkenes og ett i Hammerfest. I tillegg har foretaket under bygging en klinikk for spesialisthelsetilbud i Alta, utvidet tilbud i Karasjok med Samisk helsepark, SANKS<sup>1</sup> med ulike lokasjoner, samt ulike tilbud ellers i Finnmark. En samlet oversikt over lokasjoner finnes i vedlegg 1.

Finnmarkssykehuset har omtrent 1 600 ansatte og fylket 75 000 innbyggere. De to lokalsykehusene i Hammerfest og Kirkenes er baser for utdanning, forskning, fagutvikling, kompetansebygging og kompetanseoverføring til kommunene. Begge lokalsykehusene har en viktig rolle i den akuttmedisinske beredskapen i Finnmark. Dette forutsetter beredskap innenfor kirurgi, indremedisin, og gynekologi, samt tilpassede radiologiske enheter og gode servicefunksjoner.

Som en oppfølging av utviklingsplanen, arbeider Finnmarkssykehuset med å utvikle enheter der tilgang til ulike tjenestetilbud innen somatikk, psykisk helse og rus samlokaliseres. Finnmarkssykehuset har samhandlingsavtaler med kommunene og med Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN).

Innholdet i og resultatet av behandlingen, samt pasientens opplevelse skal preges av høy kvalitet. Behandlere skal ha god dialog i møte med pasientene, og tjenestene skal tilrettelegges for god kommunikasjon med samiske pasienter.

Teknologiske løsninger skal tas i bruk i større grad og gjøre foretaket mer effektivt, samt sørge for økt kompetanse hos pasienten og bidra til at pasientene slipper unødvendige reiser. Dagbehandling, som gjør at pasientene slipper sykehusinnleggelse, skal utvikles og effektiviseres.

---

<sup>1</sup> Samisk nasjonal kompetansetjeneste – psykisk helsevern og rus

### **Om tilbudet av spesialisthelsetjeneste i Finnmark**

**Kirkenes sykehus** er lokalsykehus for befolkningen i Øst-Finnmark. Sykehuset gir tilbud innenfor akuttmedisin, akuttkirurgi, ortopedi, ØNH, øye, indremedisin inkl. revmatologi og hud, gynekologi/føde, nevrolog, nefrolog, geriatri, rehabilitering og voksenhabilitering. Tilbudet innen rehabilitering og voksenhabilitering er fylkesdekkende.

Sykehuset flytter om kort tid inn i nytt bygg på ca. 20 000 m<sup>2</sup> med kapasitet på 46 senger og 8 hotellsenger.

**Hammerfest sykehus** er lokalsykehus for befolkningen i Vest-Finnmark. Sykehuset tilbyr akuttmedisin, kirurgi, ortopedi, indremedisin med geriatri og revmatologi, gynekologi/føde, ØNH, onkologi, øye, pediatri og barnehabilitering. Pediatri og barnehabilitering er fylkesdekkende. Sykehuset har ambulerende spesialister innenfor nefrologi, nevrolog og hud. Fødeavdelingen tar imot risikofødsler fra uke 32 fra hele fylket. Den ortopediske avdelingen er det ortopediske senteret i Finnmark. Sykehuset har 95 senger og 14 hotellsenger. I Hammerfest er det under planlegging nybygg på ca. 28 000 m<sup>2</sup> med 90 senger, 42 poliklinikkrom og spesialrom, 9 rom for bildediagnostikk, samt observasjonssenger. Dette inkluderer lokaler for voksenpsykiatrisk poliklinikk (VPP) og barne- og ungdoms-psykiatrisk poliklinikk (BUP).

Det pågår en utbygging og renovering av ca. 5 000 m<sup>2</sup> til **spesialisthelsetjenestetilbudet i Alta**, med mulighet for økning i antall polikliniske konsultasjoner på ca. 80 % sammenlignet med dagens nivå. Tilbudet omfatter medisinsk dagbehandling samt mulighet for å øke antall dagkirurgiske inngrep med 115 % frem mot 2020. Det er vedtatt å øke antall plasser ved sykestua til 20 senger, hvor 14 senger er dedikert for spesialisthelsetjenester og 6 skal være kommunale senger. Det skal installeres en MR-maskin, en CT-maskin og antall ultralydundersøkelser skal økes.

Økningen i Alta kommer både fra pasientgrunnlag som i dag får sin behandling ved UNN og i Hammerfest, pasienter som får sin behandling utenfor Finnmark og håndtering av vekst i behov. Den beregnede andelen av økningen som i dag får sin behandling i Finnmarkssykehuset Hammerfest tilsvarer omkring 8 % av den nåværende aktiviteten ved sykehuset. Hvem som får sin behandling hvor, er dynamiske størrelser som påvirkes av teknologi, tilgang på kompetanse, pasientenes valg etc.

Klinikk Alta skal dimensjoneres for å ivareta en ytterligere desentralisering av spesialisthelsetjenester for befolkningen i Alta/Vest-Finnmark. Tilbudet skal også ivareta samhandlingsreformens intensjoner om nært samarbeid med omkringliggende kommuner.

Utredning av **Samisk helsepark i Karasjok** er gjennomført som del av det samlede arbeidet med nyorganiseringen av tjenestetilbudene i Finnmarkssykehuset. Målsettingen har vært å sikre at den samiske befolkningen får likeverdige og tilgjengelige spesialisthelsetjenester av god kvalitet, tilpasset pasientenes behov. Videre har det nasjonale perspektivet og urfolksperspektivet stått sentralt. Med sin flerspråklige og flerkulturelle kompetanse i tillegg til den faglige, vil Samisk helsepark komme alle innbyggere til gode, uavhengig av etnisk bakgrunn. Foretakets virksomhet i Karasjok samles slik at somatikk, psykisk helsevern og rusbehandling kan ses i sammenheng. I Samisk helsepark vil det bli etablert et ambulerende geriatrisk team som dimensjoneres etter pasientgrunnlaget. Det er ikke sengeplasser ved helsesenteret i Karasjok. Det planlegges samarbeidsavtale med kommunen om bruk av senger på helsesenteret til utredning ved behov. Ambulering skjer ut til aktuelle samiske kommuner i tett samarbeid med kommunenes leger.

## **2. Sykehusstruktur i Finnmark – overordnede føringer**

Det har i lang tid pågått en diskusjon om sykehusstruktur i Finnmark med stort engasjement i befolkning, i Finnmarkssykehuset, kommuner og politisk. Finnmark har et befolkningsgrunnlag, som ved konsentrasjon av bosetting, best kunne vært betjent av ett sykehus. Men Finnmark har lange avstander, mange lange fjorder og mye vær. Det er derfor naturlig med to sykehus i Finnmark supplert med desentrale tilbud for enkelte spesialisthelsetjenester.

Sykehusstrukturen i Finnmark har vært forankret i nasjonal helse- og sykehuspolitikk gjennom mange år. Finnmarkssykehuset og Helse Nord har i sitt arbeid med å sørge for spesialisthelsetjenester til Finnmarks befolkning, tatt dette som utgangspunkt i arbeidet med strategisk utviklingsplan for foretaket. Strategisk utviklingsplan for Finnmarkssykehuset er utarbeidet parallelt med bygging av nytt sykehus i Kirkenes for Øst-Finnmark, og har også ligget til grunn for utvikling av tilbudet i Vest-Finnmark med nytt/ombygd sykehus i Hammerfest, samt utvidet spesialisthelsetilbud i Alta og Karasjok (Samisk helsepark).

Parallelt med planleggingen av nye bygg for sykehus i Kirkenes og Hammerfest, har sykehusstrukturen i Finnmark vært gjenstand for politiske avklaringer. Planleggingen for nye Finnmarkssykehuset Hammerfest har pågått siden 2012. I løpet av de fem årene som er gått, har spørsmål til skiftende regjeringer om fremtidens spesialisthelsetjenestetilbud i Finnmark vært fremmet ti ganger i Stortinget. Det er gjennomgående, uten unntak, blitt svart at det ikke er aktuelt å endre strukturen i Finnmark. En samlet oversikt finnes i vedlegg 3. Nedenfor gjengis deler av tre av svarene som illustrasjon.

I det første svaret, fra statsråd Jonas Gahr Støre 17. oktober 2012, sies det blant annet: «Det er i dag ikke noe grunnlag for å skape usikkerhet rundt den overordnede strukturen i Finnmark, der vi har sykehus i Kirkenes og Hammerfest (...). De to sykehusene finnes i dag i Hammerfest og Kirkenes. Det er en struktur jeg mener det er klokt å bygge videre på (...). I regjeringens plattform legger vi, som representanten (Merknad: Jan-Henrik Fredriksen) vil vite, til grunn at ingen lokalsykehus skal legges ned.»

Den 3. oktober 2016 svarer statsråd Bent Høie skriftlig på spørsmål fra Trine Skei Grande blant annet: «Jeg vil for øvrig vise til at Stortinget har sluttet seg til prinsippene for sykehusstruktur i Nasjonal helse- og sykehusplan. Jeg oppfatter at utviklingen av Finnmarkssykehuset med enheter i Kirkenes, Hammerfest, Alta og Karasjok, der disse jobber sammen som et team av spesialisthelsetjenester for hele befolkningen, sammen med regionssykehuset i Tromsø er helt i samsvar med slik planen beskriver fremtidig utvikling av sykehusstilbud i Norge (...). Usikkerhet rundt Hammerfest sykehus rammer hele helsetilbudet i Finnmark og dermed også befolkningen (...). Tilbudet i Alta er en del av klinikk Hammerfest og kommer til å være det framover (...). Det er verken faglig eller økonomisk bæredyktig med tre sykehus i Finnmark og både jeg og tidligere helseministere har gitt uttrykk for at det ikke er aktuelt å legge ned dagens sykehus i Hammerfest.»

Dette understrekes igjen i svar i Stortinget til Kåre Simensen den 24. februar 2017: «Det er riktig som representanten Simensen uttaler at jeg ved flere anledninger har vært tydelig på at jeg ikke vil flytte sykehuset fra Hammerfest. Dette gjelder også etter at Alta kommune presenterte analysen som ble gjennomført av et konsulentselskap i fjor høst.»

Dette er den politiske føringen Helse Nord og Finnmarkssykehuset løpende har tatt til etterretning, og som har vært grunnlag for arbeidet med å sørge for utviklingen av spesialisthelsetjenesten til befolkningen i Finnmark.

### **3. Vurdering av alternativ sykehusstruktur i Vest-Finnmark - kommentarer til analyse bestilt av Alta kommune**

Konsulentselskapet Oslo Economics AS har på oppdrag fra Alta kommune utarbeidet en analyse av virkninger som følger av ulike mulige sykehusstrukturer i Vest-Finnmark. Rapporten har tittel *Samfunnsvirkninger av endret sykehusstruktur i Vest-Finnmark/nummer 2016\_32, Oslo Economics, 14.oktober 2016*. I teksten benevnt Alta-rapporten.

Det er vurdert seks samfunnsvirkninger av å flytte akutt sykehuset fra Hammerfest til Alta, og la det gjenstå et tilbud (nær sykehus/distriktsmedisinsk senter) i Hammerfest.

De seks samfunnsvirkningene er:

1. Reisetid/tilgjengelighet/transport
  - a. Ved øyeblikkelig hjelp
  - b. Ved planlagt behandling
2. Investeringskostnader
3. Redusert driftskostnad nærsykehus
4. Kostnad ved flytting av ansatte
  - a. Flyttekostnad
  - b. Infrastrukturkostnad
5. Kvalitet på behandlingen
  - a. Som følge av kvalitet på ansatte
  - b. Som følge av samiskspråklige ansatte
6. Virkninger for næringsliv og befolkningsutvikling

De fire første virkningene er i hovedsak prissatt, de to siste, samt deffekten tilgjengelighet ved øyeblikkelig hjelp, er behandlet kvalitativt. I det følgende kommenteres de seks samfunnsvirkningene kort.

### **Vurderinger reisetid/tilgjengelighet/transport**

Det kan være uklart om tilgjengelighet for øyeblikkelig hjelp ved flytting fra Hammerfest til Alta vil bli bedre, annet enn at reiseavstanden for transport langs vei i gjennomsnitt blir kortere. I analysen som ble bestilt av Alta kommune er det gjort beregninger av reisetider til henholdsvis Alta og Hammerfest i den hensikt å underbygge beregningene for at reisetid til Alta i gjennomsnitt er kortere enn til Hammerfest fra kommuner i Vest-Finnmark. Det er korrekt, men beregningene er overvurdert. Gjennomsnittlig reisetid er noe lengre til Alta og en god del kortere enn til Hammerfest, dersom man bruker [no.avstand.org](http://no.avstand.org) som kilde for reiseavstander og reisetid for ulike strekninger. Denne kilden korrigerer for ulike hastigheter på ulike veistrekninger. Sammen med oppdaterte data for folketall i Vest-Finnmark fra Statistisk Sentralbyrå pr. 1. januar 2017 viser våre beregninger at reisetid i gjennomsnitt for befolkningen i Vest-Finnmark til Alta er 84 minutter (80 minutter i Alta-rapporten) og 111 minutter til Hammerfest (120 minutter i Alta-rapporten). I tillegg er det klart at det utvidede tilbudet i Alta og Karasjok vil redusere reisebehovet til Hammerfest fra disse kommunene og andre kommuner som har kortere vei hit enn til Hammerfest. Det er riktig at lengre reisetid til Hammerfest i gjennomsnitt er høyere enn til Alta, men nåverdieffekten i Alta-rapporten er overvurdert.

Tabell med data for befolkning og reisetid i Finnmark pr. 1. januar 2017 fremgår av vedlegg 2.

Ved stengte veier vil ambulansefly og redningshelikopter være alternativer til ambulanse på vei. Krevende værforhold er trolig en større utfordring for kysten enn for resten av Vest-Finnmark.

Nytt redningshelikopter med betydelig bedre muligheter for regularitet vil være på plass i Banak før nytt sykehus etter nåværende planer er ferdig i Hammerfest.

Siden det er betydelig usikkerhet knyttet til sammenhengen mellom reisevei og dødsfall, har man i utredningen valgt ikke å estimere verdi på denne virkningen. Dette mener vi er en riktig konklusjon.

De samfunnsøkonomiske kostnadene på 200 mill. kroner som nåverdi på grunn av redusert reisetid ved planlagt behandling, er etter vår mening for høye.

Det fremgår av rapporten at man har forutsatt at reisetid fortrenger arbeidstid for den yrkesaktive delen av befolkningen som skal til planlagt behandling, og at den på grunn av lengre reiser vil gi større fortregning av arbeidstid ved opprettholdelse av Hammerfest enn ved flytting til Alta. Dette utgjør en liten del av regnestykket. Det er ikke usannsynlig at en person som skal reise til en annen kommune for planlagt behandling, medfører fravær for hele dagen. Å beregne reisetidskostnad med timesats for arbeidsfravær, er en teoretisk størrelse med en betydelig usikkerhet.

Det er uklart hvordan regnestykket der man kommer frem til 200 mill. kroner er gjennomført. Posten synes å være for høy og anslag på verdien vil ikke kunne gjøres uten at det blir gjort korrigerende beregninger.

For pasienttransporter utenom ambulanse (bil, båt, rutefly, buss) synes forutsetningene for å nå frem til en gevinst på 420 mill. kroner å ha store feil. Finnmarkssykehuset sine årlige kostnader til pasientreiser er ca. 180 mill. kr. Pasientreiser omfatter ikke bare reiser til de to store sykehusene, men også til andre institusjoner (Alta, Karasjok, Tana, sykestuer, mm.), samt behandlingstilbud utenfor Finnmark. Grunnlaget for gevinstberegningene er derfor ikke korrekte. I tillegg er det uklart om rapporten i tilstrekkelig grad har tatt inn over seg det økte tilbudet som nærsykehuset i Alta og Samisk helsepark i Karasjok vil gi.

Forutsetningen en fast kronesats per ekstra kilometer pasienttransport er også en usikker forutsetning.

Det er gjort beregninger knyttet til veiulykker med en nåverdi på 10 mill. kroner basert på kostnadskomponenter fra Transportøkonomisk Institutt. Det er en liten post, og den kan være høyst usikker. Vi kan ikke se at det er gjort fordeling på transportmidler på denne posten og finner derfor at grunnlaget for denne posten er uklar.

### **Vurdering investeringskostnad**

Det ikke tatt hensyn til at utvidelsen av tilbudet i Alta allerede er vedtatt, at kontrakter er inngått og bygging har startet. Dette innebærer at en allerede igangsatt investering med en prosjektramme på ca. 410 mill. kroner må stoppes. En beslutning om endring i forutsetningene vil gjøre at store deler av påløpte kostnader og forpliktelser må avskrives.

Prosjektet med nytt sykehus i Hammerfest er kommet så langt at konseptfasen ferdigstilles tidlig i 2018, og lånesøknad oversendes Helse- og omsorgsdepartementet. Utsettelse av dette vil gi merkostnader i størrelsesorden 150–200 mill. kroner. I tillegg kommer kostnader til minst 3–5 års utsettelse, med prisstigning og økte byggelånsrenter. Disse kostnadene er ikke tatt hensyn til i utredningen.

### **Vurdering redusert driftskostnad**

Beregningen er gjort på en antakelse om at Alta får tilført 35 mill. kroner for å dekke merkostnadene til drift av nærsykehuset i Alta, mens man argumenterer for at en flytting vil gi en merkostnad for Hammerfest på bare 25 mill. kroner. Dermed differansen på 10 mill. kroner.

Dette er en høyst usikker beregning fordi det er lagt inn flere omtrentlige forutsetninger som ikke er godt nok begrunnet. Nåverdien på 145 mill. kroner er tvilsom.

### **Vurderinger kostnad ved flytting av ansatte**

Det er ikke prissatt indirekte kostnader ved å måtte bryte opp fra eksisterende bosted til nytt bosted, sosiale aktiviteter, fritid, skole og andre personrelaterte faktorer. Det er ikke beregnet hvor mange medflyttere (familie) det blir i tillegg til direkte ansatte. Det ser imidlertid ut til å inngå i befolkningsprognosen. Det synes å kunne være feil i denne prognosen.

Det antas at summen av samfunnsvirkninger vil bli nullet ut gjennom at Hammerfest får redusert befolkning, mens Alta får tilsvarende vekst.

Effekten på næringslivet i Hammerfest kan bli større enn utredningen viser. Når kommunen reduseres med bortimot 20 %, vil det kunne bety at en del næringsvirksomhet som i utgangspunktet har avkastning i grenselandet til lønnsomhet, vil komme under «terskelverdi» for fortsatt drift. Det kan bety at multiplikatoreffekten av flytting kan bli betydelig høyere enn rapportens beregning av antall berørte arbeidsplasser. Det vil også påvirke Hammerfest kommunes skatteinntang og dermed også offentlige tilbud og infrastruktur.

Det er sannsynlig at samfunnet må legge inn ekstra omstillingstiltak og midler til Hammerfest. Dette er ikke omtalt i utredningen.

Nåverdien av kostnaden for flytting av sykehuset fra Hammerfest til Alta på 172 mill. kroner er derfor etter all sannsynlighet underestimert.

Videre er det forutsatt at alle som blir berørt flytter med, selv om det er nevnt i rapporten at ansatte vil kunne kompenseres med flyttebonus og/eller andre ordninger. Dette mener rapporten er en kostnad for foretaket og ikke for samfunnet siden ansatte får inntekten. Det er åpenbart et galt resonnement. Det blir en merkostnad for foretaket og for skattebetalere som må betale en merkostnad de ellers ikke trengte å betale for.

### **Vurdering av kvalitet på tjenestetilbudet**

Forutsetningen om at fagpersonell vil flytte med mot ulik kompensasjon, er høyst usikker. Flytting av sykehuset fra Hammerfest til Alta, kan medføre manglende tilgang til sentralt helsepersonell. En slik rekrutteringsutfordring kan komme til å ligge der over flere år. Dette vil kunne bety et svekket spesialisthelsetjenestetilbud til befolkningen i Vest-Finnmark og vil kunne medføre betydelige kostnader som ikke er beregnet i rapporten.

Det er ikke gjort kvantitative beregninger av kostnader knyttet til rekruttering ved manglende flytting. Dette er vanskelig å beregne, men slik vi ser det, er dette en betydelig risikofaktor.

### **Vurderinger virkninger for befolkning og næringsliv**

Denne delen av analysen er svak. Tallmaterialet i dette avsnittet samsvarer ikke med grunnlaget i avsnittet om kostnader ved flytting. Analysen undervurderer i betydelig grad de negative effektene for Hammerfest av en flytting av sykehuset til Alta. Samfunnet blir ikke upåvirket av flyttingen, og Hammerfest må trolig tilføres betydelige omstillingsmidler.

### **Oppsummering utredning bestilt av Alta kommune**

Samlet for alle prissatte samfunnsvirkninger oppsummerer rapporten med en positiv nåverdi for flytting fra Hammerfest til Alta på 450 mill. kroner.

I kommentarene foran har vi vist til at flere av de enkeltelementene som summerer seg opp til samlet virkning dels ikke er riktige, dels høyst tvilsomme. Rapporten synes lite balansert i forhold til negative effekter for Hammerfest. Rapporten må derfor bare betraktes som et partsinnlegg for flytting av sykehuset fra Hammerfest til Alta.

Det er i tillegg flere andre manglende forutsetninger for utredningen som kan innebære stor risiko for tilbudet av spesialisthelsetjenester til befolkningen i Finnmark. Nasjonale føringer om sykehusstruktur er ikke hensyntatt, og det faktum at tjenestetilbudet i Alta og Karasjøk blir betydelig forsterket, er ikke kommentert.



### **Interne vurderinger i Helse Nord RHF og Finnmarkssykehuset HF**

Lojalitet mot overordnede helsepolitiske rammer er ikke ensbetydende med at Helse Nord RHF og Finnmarkssykehuset HF underkjenner ethvert argument for å flytte sykehuset fra Hammerfest til Alta. De store demografiske endringer som har skjedd i Vest-Finnmark løpet av de siste 50 år, med en sterk befolkningsvekst i Alta parallelt med en betydelig reduksjon i folketallet langs kysten i Vest-Finnmark, er – isolert sett – utvilsomt et relevant argument. En flytting av sykehuset ville således forkortet avstander og reisetider – og redusert transportkostnader – for flertallet av innbyggerne i Vest-Finnmark. På den annen side ville store deler av kystbefolkningen fått lengre reisetid. Kontrollberegning av reisetider i Alta-rapporten viser at forskjellen mellom reisetid til Alta og Hammerfest er mindre (ref. vedlegg 2) enn angitt i Alta-rapporten. Det er mot denne bakgrunn vi må forstå Alta-befolkningens mangeårige mobilisering for å flytte sykehuset til egen kommune.

Det ligger gode begrunnelser bak beslutningen om å videreutvikle spesialisthelsetjenestetilbudet i Alta. Det er også tungtveiende argumenter mot å flytte sykehuset fra Hammerfest.

Helse Nord og Finnmarkssykehuset har, i sin argumentasjon for å styrke spesialisthelsetilbudet i Alta, lagt betydelig vekt på avstandsargumentet: Ingen annen befolkningskonsentrasjon (ca. 20 000) innbyggere) av Altas størrelse har lengre vei til sykehus. Samtidig hører det med til den samme dokumentasjon at over 80 000 av landets øvrige innbyggere, bosatt i mindre kommuner, har like lang eller lengre reisetid til sykehus enn befolkningen i Alta. De færreste av disse kommunene har et helsetilbud i nærheten av samme omfang som det Alta har/får.

Data fra Folkehelseinstituttet viser at helsetilstanden for befolkningen i Alta er bedre enn i Finnmark for øvrig. Ingen dokumentasjon som Helse Nord er kjent med tilsier at det samlede spesialisthelsetilbudet for pasienter hjemmehørende i Alta har lavere kvalitet enn for resten av Finnmarks befolkning.

Et alternativ til å flytte sykehuset fra Hammerfest til Alta, er å etablere to sykehus i Vest-Finnmark, ett i Hammerfest og ett i Alta. Det vil i så fall innebære at sykehuset i Hammerfest dimensjoneres ned for å gi plass til et nytt parallelt sykehus i Alta. Helse Nord og Finnmarkssykehuset mener at den sterkeste innvending mot en slik to-sykehusmodell er av faglig art. Den vil svekke fagmiljøet i Vest-Finnmark, gjøre det vanskeligere å etablere bærekraftige vaktordninger og dessuten øke risikoen for en gjestepasientstrøm ut av Vest-Finnmark. Etablering av to akuttisykehus i Vest-Finnmark vil medføre økte driftsutgifter og kreve mer personell, både for å etablere nødvendig basisbemanning og som følge av parallelle vaktordninger ved to lokasjoner i stedet for en. Det vil i tillegg medføre en betydelig økning av investeringskostnadene.

Alternativet med å etablere to likeverdige sykehus i Vest-Finnmark vil blant annet medføre følgende:

- a) **Antall innbyggere:** To sykehus som vil betjene ca. 23.000 og ca. 24.000 innbyggere. Konklusjonen vil være den samme, om man legger til grunn et nedslagsområde på henholdsvis 21.000 og 27.000 innbyggere. Forskjellen er at innbyggere i Karasjok i det ene alternativet bruker Hammerfest som primærsykehus, i det andre vil deres sykehus være i Alta.
- b) **Funksjonsfordelingen pr. dags dato:**
  - Finnmarkssykehuset Hammerfest er stort nok til å opprettholde *kirurgi ved tykktarmskreft*. Ved etablering av to likeverdige sykehus vil ingen av disse to sykehusene ha grunnlag til å opprettholde denne kirurgien. Finnmarks befolkning vil ikke lenger ha tilgang til kirurgi ved tykktarmskreft i Finnmark.
  - *Fødsler*: To små fødeavdelinger vil måtte dele på ca. 450 fødsler pr. år. Det vil si at begge vil ta imot mellom 200 til 250 barn pr. år. Dette vil medføre to små fagmiljø, som igjen vil ha vanskeligheter med å rekruttere personell. Få fødsler pr. år gir også konsekvenser for den faglige standarden i hver enhet.
  - *Barneavdelinger*: Helse Nord har tre barneavdelinger i regionen - Universitetssykehuset Nord-Norge Tromsø, Nordlandssykehuset Bodø og Finnmarkssykehuset Hammerfest. Ved to likeverdige sykehus i Vest-Finnmark vil barneavdelingen i Hammerfest bli lagt ned. Nærmeste barneavdeling for befolkningen i Finnmark vil bli Universitetssykehuset Nord-Norge Tromsø.
- c) **Utdanning av medisinerstudenter:** Det utdannes nå 12 studenter i 5. og 6. året av medisinstudiet på Universitetet i Tromsø, campus Hammerfest. Disse skal gjennomføre deler av utdanningen i Alta (avansert distriktsmedisinsk senter/elektivt sykehus, psykisk helse/rus) og i Karasjok ved SANKS/Samisk Helsepark (somatikk og psykisk helse/rus). Det er usikkert, om to mindre, likeverdige sykehus vil kunne understøtte denne utdanningen.
- d) **Rekruttering:** Helgeland har ca. 78.000 innbyggere som sogner til tre sykehus - Mo i Rana, Mosjøen og Sandnessjøen. Fagmiljøene ved Helgelandssykehuset HF mener at tre sykehus på Helgeland er for mange og går inn for ett sykehus. Hovedbegrunnelsen som angis, er vanskeligheter med å rekruttere fagfolk til tre små enheter som hver for seg ikke gir store nok faglige utfordringer med mulighet for subspecialisering. Den samme begrunnelse vil det være ved å ha tre sykehus i Finnmark for ca. 75.000 innbyggere.
- e) **Økonomi:** Det er betydelig dyrere å drifte to små sykehus enn ett mellomstort. Med to sykehus må man ha to administrasjoner, to forskjellige vaktskift på indremedisin, kirurgi, røntgen, lab osv. Det vil være noe innsparinger på pasientreiser ved to sykehus, men ikke på langt nært nok til å vei opp for merkostnadene i driften.

Det er ca. 21.000 innbyggere i Vest-Finnmark som har kortest reisetid til Hammerfest, og ca. 27.000 innbyggere som har kortest reisetid til Alta. Helse Nord RHF og Finnmarkssykehuset HF mener at det samlede tilbudet av spesialisthelsetjenester med de nye sykehusene i Kirkenes og Hammerfest, en betydelig styrking av tilbudet i Alta, Samisk helsepark i Karasjok, sammen med andre lokale tilbud i fylket, samlet sett vil være til beste for Finnmarks befolkning.

#### Referanser/vedlegg

- Utviklingsplan for Finnmarkssykehuset HF, prosjektrapporter og styresaker Helse Nord RHF/Finnmarkssykehuset for utbyggingsprosjektene i Finnmarkssykehuset
- Vedlegg 1 Oversikt over avdelinger i Finnmarkssykehuset
- Vedlegg 2 Folkemengde, avstander og reisetid i Finnmark
- Vedlegg 3 Spørsmål i Stortinget fra 2012–2017

## Vedlegg 1 Oversikt over avdelinger i Finnmarkssykehuset

Se linker og beskrivelser på [finnmarkssykehuset.no](http://finnmarkssykehuset.no)

Alta helsesenter	SANKS Bodø
BUP og VPP Hammerfest	SANKS Karasjok
BUP og VPP Kirkenes	SANKS Lakselv
Finnmarksklinikken	SANKS Narvik
Hammerfest sykehus	SANKS Oslo
Karasjok helsesenter	SANKS Snåsa
Kirkenes sykehus	SANKS Tysfjord
Rusteam Alta	Tana Helsesenter
	Vadsø helsesenter
	VPP Tana

## Vedlegg 2 Folkemengde, avstander og reisetid i Finnmark

<b>Tabell Folkemengde (1.1.2017), avstander og reistid med bil Finnmark</b>							
Befolkning i Finnmark	01.01.2017	Reise-m: Alta	Avstander på vei til	Avstander på vei til	Reisetider på vei til	Reisetider på vei til	Andel av Vest-Finnmark
			Alta	Hammerfest	Alta	Hammerfest	Merknader
20 Finnmark	76 149						
2002 Vardø	2 104	Bil	518	493	399	422	Øst
2003 Vadsø	6 154	Bil	443	419	338	361	Øst
2004 Hammerfest	10 527	Bil	140	3	124	10	Vest 22 %
2011 Guovdageaidnu - Kautokeino	2 938	Bil	131	268	101	220	Vest 6 %
2012 Alta	20 446	Bil	5	140	15	124	Vest 43 %
2014 Loppa	968	Båt/bil	80 (luftlinje)	91 (luftlinje)	150	170	Vest, anslag 2 %
2015 Hasvik	1 037	Båt/bil	71 (luftlinje)	60 (luftlinje)	120	100	Vest, anslag 2 %
2017 Kvalsund	1 027		109	31	83	31	Vest 2 %
2018 Måsøy	1 204	Båt/bil	132 (luftlinje)	61 (luftlinje)	200	100	Vest, anslag 3 %
2019 Nordkapp	3 291	Bil	219	190	170	188	Vest 7 %
2020 Porsanger - Porsángu - Porsanki	3 971	Bil	171	141	144	125	Vest 8 %
2021 Kárásjohka - Karasjok	2 696	Bil	197	215	150	183	Vest 6 %
2022 Lebesby	1 330	Bil	311	282	259	240	Øst
2023 Gamvik	1 137	Bil	414	384	343	324	Øst
2024 Berlevåg	991	Bil	511	486	386	409	Øst
2025 Deatnu - Tana	2 911	Bil	377	351	281	301	Øst
2027 Unjárga - Nesseby	951	Bil	406	382	306	329	Øst
2028 Båtsfjord	2 267	Bil	483	458	364	387	Øst
2030 Sør-Varanger	10 199	Bil	462	481	360	393	Øst
Sum folketall Øst-Finnmark	28 044						
Sum folketall Vest-Finnmark	48 105						100 %
Folketall vest med kortest reisetid til Alta	27 048						
Folketall vest med kortest reisetid til Hammerfest	21 057						
Gjennomsnittlig reisetid, kommuner i Vest-Finnmark							
Alta	84						
Hammerfest	111						

Kilder: Statistisk Sentralbyrå og no.avstander.org, egne anslag

## Stortinget - Møte onsdag 17. oktober 2012 kl. 10

**Dato:** 17.10.2012

- Dagsorden
- PDF
- Se video
- Finn lignende

Tilbake til spørretimen

### Spørsmål 4

Jan-Henrik Fredriksen (FrP) [11:22:51]: «Stortinget har vedtatt at ved investeringer av regionale helseforetak på over 500 mill. kroner skal det gjennomføres en offentlig utredning. Dette for å sikre et godt grunnlag for at investeringer gir best mulig helseeffekt gjennom kost- og nytteprinsippet og lokalisering. Direktøren i Helse Finnmark mener det ikke er behov for en slik utredning i Finnmark, til tross for at det skal investeres nærmere 2,5 mrd. kroner.

Hva vil statsråden gjøre for å gjennomføre en utredning av fremtidens helsetilbud i Finnmark?»

Statsråd Jonas Gahr Støre [11:23:31]: Før det settes i gang nye større prosjekter i Finnmark – eller noe annet sted i landet – skal det selvfølgelig gjennomføres en utredning av fremtidens tilbud. La meg si at det er en utfordring mange steder, fordi man har eksisterende kapasiteter som det er investert i, og man har utvikling i behovene, og så må man få dette til å stemme og gå opp. Det er en klar premiss i styringssystemet for de regionale helseforetakene at de foretar en slik utredning. Det er nødvendig for å kunne investere riktig og velge bærekraftige løsninger i flere tiår fremover, det gjelder både økonomisk og faglig. Hovedstadsregionen er et godt eksempel på at det er en krevende utfordring.

Utredninger skal gjennomføres i tråd med regjeringens plattform og i tråd med nasjonale føringer som helse- og omsorgsplanen, fødeplanen og Samhandlingsreformen.

Så er det slik at sykehusene hele tiden må fornye seg. Det gjelder også i Finnmark. Her har vi sett positiv omstilling og utvikling. Det er i dag ikke noe grunnlag for å skape usikkerhet rundt den overordnede strukturen i Finnmark, der vi har sykehus i Kirkenes og i Hammerfest. Som representanten vet, er det gitt grønt lys for bygging av nytt sykehus i Kirkenes. Utover dette er det videre positivt at vi ser flere desentraliserte spesialisthelsetjenester, slik man f.eks. har i Alta. Jeg har ingen grunn til å betvile Helse Nord's vurdering, at det er urealistisk

og lite ønskelig med flere ordinære sykehus i tillegg til dagens to. Men også her er det snakk om et mangfold av tilbud som kan svare på befolkningens behov.

Det investeres stort i norske sykehus. Helse Nord har for tiden flere prosjekter i gang, og de har ambisiøse planer for fremtiden. God orden i økonomien i Helse Nord gir positive resultater, ikke minst for pasientene. Dette er et eksempel på at når vi får en helseregion med orden i økonomien, skifter oppmerksomheten fra vedvarende fokus på å kutte til å kunne satse, investere, videreutvikle og forbedre. Det er nå grunnlag for å gjennomføre ambisiøse investeringsplaner, og helseregionen styrer og prioriterer ressursbruken på en god måte. Det kommer befolkningen i Helse Nord i Finnmark til gode.

Jan-Henrik Fredriksen (FrP) [11:25:46]: Jeg registrerer at lokalisering og etablering av sykehus ikke inngår i regjeringens planer ved investeringer på over 500 mill. kr. Slik jeg forstår det, har Stortinget faktisk bedt om det både når det gjelder investeringer i sykehusstruktur, og når det gjelder f.eks. veistruktur.

Når det gjelder sykehusstruktur, sier man at ved investeringer på 500 mill. kr, skal dette inngå som en totalitet for å få på plass etableringer. Når det gjelder veistrukturen, sier man at ved investeringer på over 700 mill. kr skal man gjennomføre en konsekvensutredning. Det er jo nettopp for å sikre et best mulig grunnlag før en beslutning skal fattes.

Mener statsråden det er urimelig at man sikrer seg et best mulig grunnlag før en beslutning fattes om lokalisering av et sykehusstilbud i Finnmark?

Statsråd Jonas Gahr Støre [11:26:51]: Svaret på det er nei. Jeg mener det ikke er urimelig. Jeg mener det er rimelig at det gjøres slike vurderinger.

Som sagt er det tatt en beslutning om bygging av sykehus i Kirkenes. Jeg har ikke opplysninger i dag som skulle tilsi at det er gjort på en uforsvarlig måte.

Helse Finnmark har to somatiske sykehus, i henholdsvis Kirkenes og Hammerfest. Det er situasjonen i dag. I Alta er det spesialisthelsesenter, distriktsmedisinsk senter. Så vet vi at sykehuset i Hammerfest er slitt, og at det er behov for oppgradering. I Helse Nord har de en investeringsplan som tar høyde for igangsetting av en ny oppgradering av dette sykehuset i 2020.

Alta er det tettstedet i Finnmark som vokser mest, det er riktig. Her ønsker man sykehus – det hører man også fra flere andre deler av landet. Krefter i Alta mener at det skal brukes store penger på et nytt sykehus – at pengene skal brukes i Alta og ikke i Hammerfest. Dette er avveininger og vurderinger som Helse Nord gjør. De to sykehusene finnes i dag i Hammerfest og i Kirkenes. Det er en struktur jeg mener det er klokt å bygge videre på.

Jan-Henrik Fredriksen (FrP) [11:28:00]: Situasjonen i Finnmark er jo slik at alle er enige om etablering av et nytt sykehus i Kirkenes, det er jo ikke det som er stridstemaet som sådant.

Det som er stridstemaet, er om det nye sykehuset skal ligge i Alta eller i Hammerfest. Jeg sier ikke at det skal ligge på det ene eller andre stedet, men det jeg derimot tar til orde for, er at man får på plass en konsekvensutredning som sikrer at man får et best mulig grunnlag før beslutning blir tatt. For det er jo Finnmarks befolkning som i framtiden skal få størst mulig nytte av dette tilbudet når vi danner en ny sykehusstruktur. Da mener jeg at når man skal investere halvannen milliarder kroner, og man ikke gjennomfører en konsekvensutredning, sitter man faktisk ikke inne med det beste beslutningsgrunnlaget. Det skulle jeg tro at alle var tjent med.

Statsråd Jonas Gahr Støre [11:29:03]: Jeg må bare gjenta at jeg er ikke kjent med opplysninger som skulle tilsi at man i nord ikke har gjennomført de konsekvensutredningene som ligger til grunn for viktige beslutninger.

I regjeringens plattform legger vi, som representanten vil vite, til grunn at ingen lokalsykehus skal legges ned. I noen tilfeller vil det bli bygd nye sykehus som skal erstatte flere gamle som ligger i nærheten. Det har vi sett eksempler på i andre deler av landet, som i Østfold. Med bakgrunn i regjeringens plattform har ledelsen i Helse Nord gitt klare uttalelser om at løsninger i nord ikke bygger på å legge ned sykehuset i Hammerfest. Så må det gjøres gode vurderinger av det samlede behovet, som løses både ved sykehus og ved andre tilbud til befolkningen i fremtiden.



# Skriftlig spørsmål fra Ketil Kjenseth (V) til helse- og omsorgsministeren

Dokument nr. 15:263 (2013-2014)

Innlevert: 10.01.2014

Sendt: 13.01.2014

Besvart: 17.01.2014 av helse- og omsorgsminister Bent Høie



## Spørsmål

Ketil Kjenseth (V): Vil statsråden sørge for at Helse Nord RHF foretar en konsekvensutredning av sykehusstrukturen i Vest-Finnmark, som også inneholder en samfunnsøkonomisk analyse og vurdering av flere alternative lokaliseringer av sykehusbygg før det investeres i ett eller flere nye sykehusbygg?

## Begrunnelse

Sykehusstrukturen i Finnmark ble lagt før 2. verdenskrig. Siden den gang har det skjedd store endringer i befolkningsutvikling, bosettingsmønster og medisinsk utvikling. Dagens sykehusstruktur stemmer ikke lenger overens med de demografiske endringene og veksten i befolkningen som har vært i Vest-Finnmark. Befolkningen har økt fra 39 000 til 47 000 fra 1965 til i dag. I Alta har veksten vært på 10 000 innbyggere fra 1965, og bare de tre siste årene på 1 000 personer. Sykehuset for Vest-Finnmark ligger i Hammerfest. Sammenlignet med andre områder i Helse-Nord RHF kommer befolkningen i Vest-Finnmark relativt sett dårlig ut når det gjelder tilgang til sykehustjenester og nærhet til sykehus. Alta kommune er den mest folkerike kommunen i Finnmark (20 000 innbyggere), men har i dag kun kommunal sykestue og fødestue. Befolkningen i Alta står for 34 % av fødslene i fylket. Avstanden til nærmeste sykehus for majoriteten av de fødende i Vest-Finnmark er fra 140 til 260 km til Hammerfest sykehus. Reisetiden er 2-4,5 timer. I tillegg må en over en værutsatt fjellovergang som ofte er stengt om vinteren. Flere andre helseforetak har utredet alternative lokaliseringer av nye sykehusbygg. Helse-Nord har hittil ikke ønsket å utrede andre alternativer enn eksisterende sykehusstruktur med ett sykehus i Hammerfest og nybygg der. En konsekvensvurdering vil være nyttig også knyttet til den forestående

nasjonale sykehusplanen som skal utarbeides, samt at bygging av nye sykehusbygg skal skje i regi av "Helsebygg". En konsekvensutredning vil naturlig også måtte ta opp i seg diskusjonen om hvilke funksjoner som skal være i et lokalsykehus og hvilke som skal tilhøre lokalmedisinske sentre. På bakgrunn av de demokratiske endringene, ny nasjonal sykehusplan og ny kommunestruktur synes det viktig at det blir foretatt en grundig konsekvensutredning før en går til investering i nye sykehusbygg.



## Svar

Bent Høie: Før større byggeprosjekter igangsettes skal det, i tråd med styringssystemet for de regionale helseforetakene, foretas utredninger i form av utviklingsplaner. En slik utviklingsplan skal vurdere overordnede utviklingstrekk for den helsefaglige virksomheten framover inkl. bl.a. demografi, sykdomsutvikling, brukermedvirkning, tilgjengelighet, kompetanse, teknologi, samferdsel og andre samfunnsøkonomiske forhold – og vil synliggjøre både drifts- og bygningsmessige konsekvenser som følge av den overordnede utviklingen.

Helse Nord opplyser at sykehuset i Hammerfest har behov for oppgradering og at spesialisthelsetjenestetilbudet i Alta skal utvikles. Begge forhold er hensyntatt i Helse Nord sin langtidsplan. Helse Nord og Finnmarkssykehuset, i samarbeid med Alta kommune, gjennomfører nå et større utredningsarbeid vedrørende utvikling av tilbudet i Alta. Helse Nord vil behandle saken etter at ferdigstilt utredning har vært til høring. Når det gjelder videreutvikling av sykehuset i Hammerfest er det i Helse Nord sin langtidsplan tatt høyde for å sette i gang et prosjekt i 2020. Utviklingsplaner og nødvendige beslutningsunderlag vil utarbeides av Helse Nord i tråd med ordinære retningslinjer.

Videre vil Regjeringen i løpet av 2015 legge fram en helse- og sykehusplan for Stortinget, for å skape åpenhet og forutsigbarhet i sektoren. Planene skal definere hva som er innholdet i ulike typer sykehus, struktur i spesialisthelsetjenesten, behovskartlegging, utstyrbehov og investeringsplaner.

# Skriftlig spørsmål fra Helga Pedersen (A) til helse- og omsorgsministeren

Dokument nr. 15:293 (2013-2014)

Innlevert: 21.01.2014

Sendt: 22.01.2014

Besvart: 28.01.2014 av helse- og omsorgsminister Bent Høie



## Spørsmål

Helga Pedersen (A): På hvilken måte vil helseministeren sikre at det etableres tilbud om både CT og MR i Alta som planlagt?

## Begrunnelse

Bruken av CT og MR som diagnostisk verktøy er i sterk vekst, og en høy andel av de som får utført slike undersøkelser i Vest-Finnmark bor enten i Alta, eller passerer gjennom Alta (fra Loppa og Kautokeino) for å få utført slike undersøkelser.

I statsbudsjettet for 2014 fra Stoltenberg II-regjeringa vises det til at Helse Nord planlegger bygg for psykisk helse og medisinteknisk utstyr i Alta, med sikte på bl.a. MR, CT og øyespesialisttjenester med planlagt byggestart 2015. Videre vises det til utredning av spesialhelsetjenestetilbudet i Alta/Vest-Finnmark, om blant annet MR, CT og øyespesialisttjenester.

I Altaposten 17. januar framkommer det at arbeidsgruppa som utreder nye helsetilbud i Alta har konkludert med at det i denne omgangen ikke blir bygd opp CT-tilbud i Alta, og det skal heller ikke være tidfestet når et slikt tilbud vil komme.



## Svar

Bent Høie: For meg som helseminister er det viktig at utviklingen av helsetilbudet skjer med bakgrunn i pasientens behov og innenfor faglige- og økonomiske rammer. I statsbudsjettet for 2014 ble det lagt inn en historisk høy aktivitetsvekst i sykehusene på 2,6 pst. for å legge til rette for videreutvikling av tilbudet ved landets sykehus.

Jeg er kjent med at Helse Nord i samarbeid med Alta kommune og Finnmarkssykehuset gjennomfører et utredningsarbeid av spesialisthelsetjenestetilbudet i Alta/Vest-Finnmark. Mandat for dette arbeidet ble vedtatt i styret i Helse Nord 19. desember 2013 etter høringsrunder.

Utredningen vurderer ytterligere desentralisering av spesialisthelsetjenester til Alta for bl.a. polikliniske tjenester, indremedisin, samarbeid med praktiserende avtalespesialister, videreutvikling av tilbudet innen rus og psykisk helse, sykestuefunksjon og billeddiagnostikk, herunder MR, CT, røntgen og ultralyd. Helse Nord har i sin langtidsplan satt av midler til utvikling av tilbudet i Alta, inkl. billeddiagnostikk. Utvikling av spesialisthelsetjenestetilbudet i Alta må sees i sammenheng med det samlede tilbudet i området. Før den ferdige rapporten foreligger skal det derfor utredes en risiko- og sårbarhetsanalyse som viser konsekvenser for det samlede spesialisthelsetilbudet i Finnmarkssykehuset. Saken vil deretter sendes ut på bred høring.

## Stortinget - Møte onsdag 28. januar 2015 kl. 10

Dato: 28.01.2015

- Dagsorden
- PDF
- Se video
- Finn lignende

Tilbake til spørretimen

### Spørsmål 6

Kjersti Toppe (Sp) [12:05:08]: «I årets sykehustale skisserte statsråden tre modeller for sykehus. Modell 1 er å opprettholde akuttkirurgi ved de minste sykehusa nokre år til. Statsråden omtalte denne modellen som ei seigpining gjennom mange vanskelege prosessar der kvaliteten vil lida undervegs. Statsråden har i etterkant garantert for at akutfunksjonar ved Tynset, Kirkenes og Hammerfest skal oppretthaldast etter modell 1.

Kva vil statsråden gjera for å unngå seigpining og sikra god kvalitet ved det akuttkirurgiske tilbodet?»

Statsråd Bent Høie [12:05:49]: I sykehustalen i januar presenterte jeg tre mulige utviklingsveier for norsk sykehusstruktur:

- Vi kan fortsette med dagens struktur og opprettholde akuttkirurgi også ved de minste sykehusene noen år til.
- Vi kan følge den tradisjonelle medisinske tenkningen som sier at akutfunksjonene i indremedisin alltid skal være sammen med akutfunksjoner i kirurgi. Når kirurgien sentraliseres som følge av den medisinske utviklingen, vil det bety vesentlig færre akuttinntak og dermed vesentlig færre sykehus.
- Vi opprettholder vår desentraliserte sykehusstruktur, men tilpasser akutfunksjonene basert på befolkningsgrunnet. Det vil bety at vi kan opprettholde medisinsk akuttberedskap ved flere sykehus nærmere der pasientene bor.

Regjeringen ønsker å finne en modell som gjør det mulig å opprettholde en desentralisert sykehusstruktur, og at alle sykehusene gir et forutsigbart og trygt tilbud til pasientene.

I Norge må vi – uansett modell – ta geografiske hensyn, som f.eks. i Finnmark. Men vi må snakke om hva som vil være god arbeidsdeling mellom sykehusene. I dag er det forskjeller i kvalitet og stabilitet på tilbudene ved mange sykehus.

Utfordringene er nært knyttet til at mange norske sykehus er svært små, og betjener en liten befolkning. Med det følger at mange sykdommer og tilstander opptrer sjelden, og at det er vanskelig å opprettholde nødvendig trening hos fagfolkene, særlig innen kirurgi. Både kunnskap og trening forutsetter et pasientvolum som er større enn det mange sykehus har i dag.

Fagmiljøene gir råd om at mer av kirurgien bør samles på færre sykehus. Jeg jobber nå med å finne en modell som gjør dette mulig, samtidig som vi kan beholde små sykehus som en grunnmur i sykehusstilbudet til befolkningen.

Regjeringen ønsker at modellen ikke svekker akuttkirurgien, men styrker den. Det viktigste er at pasienten møter en kirurg som er trent i å utføre inngrepet pasienten skal igjennom.

Vi må klare å gjøre dette uten å legge ned mange av de små sykehusene. Dette kan gjøres ved å tilpasse akutfunksjonene til den befolkningen et sykehus skal betjene.

I Nasjonal helse- og sykehusplan vil vi utrede alle de tre modellene for framtidig utvikling av sykehusene. Fram til saken legges fram for Stortinget til høsten, ønsker jeg en åpen og god diskusjon om dette, både faglig og politisk.

Kjersti Toppe (Sp) [12:08:28]: Eg opplever at statsråden ikkje svarer på spørsmålet mitt. Eg spurde ikkje om dei tre sjukehusmodellane, eg spurde om sjukehusa i Tynset, Kirkenes og Hammerfest – som statsråd og statssekretær i media har brukt ord som «garanti» og «lovnad» om – skal få behalda sin akuttkirurgiske beredskap. Samtidig tala statsråden i talen om at slike sjukehus ville koma ut for vanskelege prosessar der kvaliteten vil lida undervegs.

Då lurar eg på kva statsråden vil gjera for å unngå at desse sjukehusa vil oppleva det som statsråden sjølv åtvare mot i sjukehusstalen, altså unngå vanskelege prosessar, slik at det vert føreseieleg og ein unngår stadige forslag om å mista akuttkirurgisk beredskap.

Statsråd Bent Høie [12:09:31]: Jeg er ikke kjent med at det foreligger noen konkrete planer om å gjøre endringer på akutt-tilbudet på de tre nevnte sykehusene. Vi følger med på utviklingen i de ulike helseforetakene. Det som nå er viktig, er å få en god diskusjon om hva som må være på plass rundt denne type tilbud for å ta vare på kvaliteten og sikkerheten for pasienten, og også for å gjøre det til attraktive arbeidsplasser for flinke fagfolk. Derfor har jeg nå bestemt å nedsette en gruppe av fagfolk innen anestesi, kirurgi, ortopedi og indremedisin som skal gi departementet råd om faglige konsekvenser av de tre sykehusmodellene som man snakket om. De skal også gi råd om hva som kreves av støttefunksjoner for å gjøre en modell med akutt indremedisin, planlagt kirurgi, ortopedi og anestesi bærekraftig og faglig attraktiv for mindre sykehus, og hva som må til nettopp for å opprettholde et godt faglig tilbud der det også er et lavere pasientgrunnlag.

Kjersti Toppe (Sp) [12:10:43]: Det føreligg i ein rapport som skulle sendast på høyring, eit forslag om å fjerna akutt kirurgi på Tynset. Men spørsmålet mitt er prinsipielt: Når statsråd

og statssekretær går ut i media og garanterer og gir lovnader, må Helse-Noreg vita om dette er politiske signal som er bindande fram i tid. Vil statsråden gjera det på den ordentlege måten, altså gjennom føretaksmøte, eller synest statsråden det er greitt å gi intervju i forskjellige lokalaviser – og frå Stortingets talarstol ikkje vilja bekrefte dei same opplysningane?

Statsråd Bent Høie [12:11:28]: Jeg kan godt forstå at representanten Toppe ut fra interessen til Senterpartiet hadde hatt et ønske om at det fortsatt var en usikkerhet knyttet til tilbudene ved disse sykehusene, men det er det ikke. Det har jeg gitt veldig klart uttrykk for. Som jeg har sagt, er vi nødt til å ta geografiske hensyn. Sykehusene i Finnmark er eksempler på det. Selv om man har et pasientgrunnlag som er under det som er de faglige anbefalingene for å kunne opprettholde en bredde av et akuttkirurgisk tilbud, må vi gjøre det av geografiske hensyn. Det å avklare den usikkerheten er viktig for befolkningen. Jeg forstår at Senterpartiet blir frustrert over det, for det er ikke et senterpartibyggende utsagn. Men det er viktig å avklare den type usikkerhet, og det er nå avklart. Det foreligger heller ikke noen konkrete planer om å gjøre endringer i disse tilbudene. Hvis det hadde dukket opp der, hadde vi selvfølgelig måttet følge det opp på riktig måte.

## Skriftlig spørsmål fra André N. Skjelstad (V) til helse- og omsorgsministeren

Dokument nr. 15:498 (2014-2015)  
Innlevert: 28.01.2015  
Sendt: 28.01.2015  
Besvart: 03.02.2015 av helse- og omsorgsminister Bent Høie



### Spørsmål

André N. Skjelstad (V): Vil statsråden be Finnmarkssykehuset avvende sin utviklingsplan slik at denne kan inkludere føringer gitt i den nasjonale helse- og sykehusplanen, og vil statsråden forsikre seg om at pålagte utredninger er gjennomført og reelle lokaliseringalternativer er vurdert iht. til veilederen "Tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter" før Finnmarkssykehuset ferdigstiller sin utviklingsplan?

### Begrunnelse

Finnmarkssykehuset jobber med å få sendt ut sin varslede "Utviklingsplan mot 2030".

Høsten 2015 legger regjeringen frem en nasjonal helse- og sykehusplan for Stortinget. Denne planen skal være regjeringens viktigste verktøy for hvordan sykehusene og spesialisthelsetjenesten innrettes fremover.

Nasjonal helse- og sykehusplan skal være et viktig redskap for regjeringen, så det framtidige behovet for spesialisthelsetjenester kan møtes på en god måte.

Planen vil synliggjøre sykehustjenester sett i forhold til kompetanse, befolkning og geografi, og vil være et viktig grunnlagsdokument for utarbeidelse av utviklingsplaner i helseforetakene.

Helse Nord og Finnmarkssykehuset er i gang med en investeringsplan for helseforetaket, inkludert vurdering av et nytt sykehusbygg i Hammerfest. Dette skjer uten at det er foretatt en helhetlig analyse av hvilken lokalisering som vil være den beste fremtidige løsningen for Vest Finnmark, verken for pasientene eller samfunnsøkonomisk. I andre steder i landet er det utarbeidet grundige samfunnsøkonomiske analyser av sykehusstruktur, og en offentlig debatt om lokalisering har vært en naturlig del av prosessen frem mot investeringer i nye sykehusbygg. Det synes påfallende at det gjelder



andre regler for Finnmark enn resten av landet, og at helseforetaket gir uttrykk for at det er fra regjeringsnivå de er forhindret fra å utrede alternative lokaliseringer.



## Svar

Bent Høie: Som representanten Skjelstad viser til, arbeider regjeringen nå med en nasjonal helse- og sykehusplan som skal legges fram for Stortinget der Stortinget kan behandle de overordnede prinsipper for utvikling og struktur for sykehus og spesialisthelsetjenester i planperioden. Samtidig er plan- og virksomhetsutvikling i sykehus omfattende og tidkrevende prosesser, og jeg har gitt klare føringer om at planarbeid ikke skal stoppe opp i helseforetakene i påvente av en nasjonal helse- og sykehusplan. Videre er det slik at helseforetakenes planarbeid skal bygge på nasjonale strategier og planer. Framleggelse av nasjonal helse- og sykehusplan kan dermed føre til at helseforetak må justere sine utviklingsplaner i tråd med nye føringer som blir lagt her. En utviklingsplan består av to delplaner, en utviklingsplan for virksomheten og en for bygningsmassen, hvor den bygningsmessige planen skal bygge på den virksomhetsmessige planen. Til dette ønsker jeg å understreke at en utviklingsplan bør vise alternativer for hvordan ulike tiltak kan løse aktuelle og framtidige behov – men det ingen krav knyttet til utredning av ulike lokaliseringalternativer.

# Stortinget - Møte onsdag den 18. februar 2015 kl. 10

**Dato:** 18.02.2015

- [Dagsorden](#)
- [PDF](#)
- [Se video](#)
- [Finn lignende](#)

[Tilbake til spørretimen](#)

## Spørsmål 4

Per Olaf Lundteigen (Sp) [\[11:50:21\]](#): «Den politiske ledelsen i Helse- og omsorgsdepartementet har uttalt at sykehusene i Kirkenes, Hammerfest og Tynset skal ha kirurgisk akuttberedskap.

Vil statsråden bekrefte dette overfor helseforetakene ved beslutning i foretaksmøte?»

Statsråd Bent Høie [\[11:50:42\]](#): I sykehustalen i januar presenterte jeg tre mulige modeller for norsk sykehusstruktur i framtiden: Vi kan fortsette med dagens struktur og opprettholde akuttkirurgi også ved de minste sykehusene noen år til, eller vi kan følge en tradisjonell medisinsk tenkning som tilsier at akutfunksjoner i indremedisin alltid må være sammen med akutfunksjoner i kirurgi. Når kirurgien sentraliseres av medisinske grunner, vil det bety vesentlig færre akuttmottak og dermed vesentlig færre sykehus.

Den tredje muligheten er at vi opprettholder vår desentraliserte sykehusstruktur, men tilpasser akutfunksjonene basert på befolkningsgrunnlaget. Det vil bety at vi kan opprettholde medisinsk akuttberedskap ved flere sykehus i nærheten av der mange pasienter bor.

Disse tre modellene vil bli belyst i Nasjonal helse- og sykehusplan som legges fram for Stortinget til høsten. Fram til da har jeg invitert til en åpen debatt om hvilken utviklingsretning vi skal velge for sykehusene i framtiden.

I de tre modellene er befolkningsgrunnlaget ett av flere kriterier som kan brukes for å definere ulike typer sykehus. Det kan aldri bli det eneste kriteriet. I vårt land må vi ta hensyn til vær, avstander og framkommelighet når vi tenker akuttberedskap. Sykehuset på Tynset er et eksempel på at stor avstand til andre sykehus må ha betydning for plasseringen av

akutfunksjoner. Tilsvarende har jeg uttalt at det på grunn av de store avstandene vil være helt uaktuelt ikke å ha akuttkirurgi i Kirkenes og Hammerfest.

Når det gjelder representanten Lundteigens spørsmål om hvorvidt jeg vil bekrefte mine synspunkter i foretaksmøtet, har jeg ikke tatt stilling til om det er behov for det. Stortinget skal ta debatten og trekke konklusjoner om hvordan norsk sykehusstruktur skal se ut i fremtiden når de behandler Nasjonal helse- og sykehusplan. Stortingets vurderinger vil kunne gi klare politiske føringer for beslutninger om sykehusstruktur og funksjonsfordeling på alle nivåer i spesialisthelsetjenesten.

Avslutningsvis vil jeg påpeke et prinsipielt forhold rundt eierstyring som jeg oppfatter at ligger bak representanten Lundteigens spørsmål. Helseforetakslovens bestemmelser som begrenser eierstyringen til foretaksmøtet, er ikke til hinder for at jeg kan gi uttrykk for synspunkter i det offentlige rom. Det ville vært absurd om helse- og omsorgsministeren og andre i politisk ledelse i Helse- og omsorgsdepartementet skulle vært avskåret fra å mene noe om sektoren som vi har ansvar for, utenom i foretaksmøte.

Per Olaf Lundteigen (Sp) [\[11:53:13\]](#): Det er viktig at ministeren sier hva han mener. Jeg har aldri angrepet det.

Det som er poenget, er å ha ryddighet i forhold til helseforetaksloven. Vi snakker her om en viktig oppgave, nemlig akuttberedskap, og jeg er glad for at statsråden nå sier at det er helt uaktuelt ikke å ha kirurgisk akuttberedskap i Kirkenes, Hammerfest og på Tynset. Det er avklarende. Da regner jeg også med at det som statssekretær Erlandsen sa i Østlendingen 13. januar 2015, er noe statsråden kan slutte seg til. Statssekretæren sier der avslutningsvis at det hun har sett og hørt, er musikk i hennes ører, og hun har full tillit til at sjukehuset på Tynset driver faglig forsvarlig, sjøl om kravene endrer seg.

«Det må de fortsette med. Det omfanget de har på akuttkirurgi ser riktig ut for innbyggerne som sokner til sjukehuset på Tynset, og for skadede som får behandling».

Er statsråden enig i uttalelsen?

Statsråd Bent Høie [\[11:54:22\]](#): Jeg har ingen ting å utsette på min statssekretærs kloke betraktninger på dette området. Det er helt i tråd med det som er vår tenkning, nemlig at det er viktig å ha noen overordnede, klare føringer for hvordan sykehusstrukturen i Norge skal utvikles. Så er Norge et land der man også er nødt til å ta hensyn til geografi, til avstand, til vær, og da har vi valgt å være tydelig på disse tre eksemplene som vi mener nettopp framhever det poenget.

Så er det viktig å ha en gjennomtenkt plan for hvordan en skal sikre god kvalitet, sikre at det er en interessant arbeidsplass der en også rekrutterer. Dette er spørsmål som vi jobber med videre, og vi har nedsatt en egen gruppe av fagfolk som har sitt daglige liv i den kliniske praksisen, nettopp for å komme med gode faglige innspill for å oppnå det målet.

Per Olaf Lundteigen (Sp) [\[11:55:28\]](#): I protollen fra Sykehuset Innlandet HF av 22. januar i år fremmet direktør Morten Lang-Ree, med bakgrunn i uttalelsene fra statssekretæren, en presisering i arbeidsgruppas mandat, hvor det heter:

«Akuttkirurgien på Tynset opprettholdes som i dag i tråd med føringer og begrunnelse fra helseministeren slik det er uttrykt i intervju med statssekretær Erlandsen i Østlendingen den 13. januar 2015.»

Nå har vi fått ytterligere presisert fra statsråden på Stortingets talerstol at det er helt uaktuelt ikke å ha kirurgisk akuttbereidskap på Tynset, i Kirkenes og Hammerfest. Er det ikke Stortingets vilje at en slik beslutning skal fattes i foretaksmøtet for dermed å skape den nødvendige juridiske trygghet, slik som er etterlyst i mange saker om disse temaene?

Statsråd Bent Høie [\[11:56:23\]](#): Sykehuset Innlandet er i gang med en utviklingsplan som de diskuterer i styret. Det er jo ikke slik at fordi den politiske ledelsen ikke har uttrykt et standpunkt i et foretaksmøte, er det forbudt av helseforetakene å lytte til det som blir sagt, og ta det med seg i sine vurderinger, enten det sies i media, i den offentlige debatten eller fra Stortingets talerstol. Det hadde vært tilfellet hvis styret ved Sykehuset Innlandet hadde vedtatt det motsatte, nemlig at de ikke ville ha akuttkirurgi på Tynset. Da hadde det vært nærliggende for meg å ta det opp i foretaksmøtet i Helse Sør-Øst og gitt føringer om det motsatte. Det er den eneste måten jeg kan instruere Sykehuset Innlandet på. Alt annet må de eventuelt ta med seg i sine vurderinger, og jeg synes de her har gjort en klok vurdering.

## Skriftlig spørsmål fra Trine Skei Grande (V) til helse- og omsorgsministeren

Dokument nr. 15:87 (2016-2017)

Innlevert: 19.10.2016

Sendt: 20.10.2016

Besvart: 03.11.2016 av helse- og omsorgsminister Bent Høie



### Spørsmål

Trine Skei Grande (V): På hvilke måter vil helseministeren forholde seg til analysen fra Oslo Economics som entydig viser at nytt sykehus for Vest-Finnmark bør lokaliseres til Alta, og hva vil helseministeren pålegge av nye utredninger overfor Helse Nord RHF for lokalisering av nytt sykehus i Vest-Finnmark, for å være sikker på at valgt sykehusstruktur er til det beste for pasientene?

### Begrunnelse

Oslo Economics har utarbeidet en analyse for Alta kommune for å se på samfunnsvirkningene av ulike mulige sykehusstrukturer i Vest-Finnmark. De to alternativene for sykehusstruktur som er analysert er a) videreføring av dagens situasjon, med akutt sykehus i Hammerfest og nærsykehus i Alta, og b) nedleggelse av dagens akutt sykehus i Hammerfest, og bygging av nytt akutt sykehus i Alta. Nærsykehuset som planlegges i Alta etableres i nedskalert form i Hammerfest.

Analysen viser hvilke fordeler og ulemper som vil følge av en eventuell flytting av sykehuset i Hammerfest til Alta, og hvorvidt en slik flytting totalt sett i et samfunnsperspektiv vil være lønnsom. Analysen har fokusert på følgende seks virkninger:

- 1) reisetid/tilgjengelighet/transport,
- 2) investeringskostnader,
- 3) redusert driftskostnad nærsykehus,
- 4) kostnad ved flytting av ansatte,
- 5) kvalitet på behandlingen og

## 6) virkninger for næringsliv og befolkningsutvikling.

Analysen viser at alternativet med flytting av sykehuset til Alta har en positiv netto nåverdi på om lag 450 millioner kroner. I tillegg viser analysen at kvaliteten på behandlingen vil bli bedre for pasientene. En endring av sykehusstrukturen i Vest-Finnmark fremstår derfor som samfunnsøkonomisk lønnsom. Oslo Economics konkluderer med at det ikke bør bygges nytt sykehus i Hammerfest, og at Finnmarkssykehuset HF bør utrede lokalisering av et nytt sykehus i Vest-Finnmark der alle relevante samfunnsvirkninger vurderes. I nasjonal sykehusplan har regjeringen slått fast følgende:

«Når motstridende interesser gjør det vanskelig å bli enige om hva som er den beste løsningen, har regjeringen ett gjennomgående svar: Hensynet til pasienten skal alltid veie tyngst».



### Svar

Bent Høie: Alta helsesenter – utbygging i flere etapper

Utviklingen av helsetjenesten i Alta har, siden Alta helsesenter stod ferdig i 1976/77 vært basert på at helsesenteret skulle romme ulike funksjoner, tjenester og faggrupper under samme tak. Kompetansen skulle samles på ett sted og gi et bredt tilbud til pasientene. Alta helsesenter sto ferdig i 1977 med en total kostnad på 31 mill. kroner for om lag 6000 kvadratmeter.

De prinsipper og den tenking som lå til grunn ble utgangspunktet for den etter hvert kjente "Alta modellen", som utviklet seg videre i form av nye knoppskytinger. Tidlig på 80-tallet kom ambulerende spesialisthelsetjenester inn som et poliklinisk tilbud. Først var det spesialister fra Tromsø som ambulerte og etter hvert støttet også sykehuset i Hammerfest opp slik at det ble utviklet et bredt tilbud til den voksende befolkningen.

Etter en betydelig utbygging, sto Alta nye helsesenter med i alt 13 000 kvadratmeter ferdig i 2001. Det ble etablert egen spesialistpoliklinikk (somatikk) og røntgen og distriktspsykiatrisk senter for Vest-Finnmark, med voksenpsykiatrisk poliklinikk og barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk. Det ble under denne utbyggingen lagt til rette for muligheter for utvidelser av tjenestetilbudet fra Helse Finnmark HF. I 2008 ble en døgnenhet med 10 senger, fellesarealer og dagavdeling etablert. I tillegg ble det gjort ombygginger til poliklinikker og administrasjonen. Utbyggingen var på 1248 kvadratmeter. Denne utbyggingen kostet 26,1 mill. kroner og ble finansiert over opptrappingsplanen for psykisk helsevern.

Alta helsesenter har nå over 400 ansatte og omfatter en rekke tilbud:

- Alta kommune – tilbyr tjenester innen kommunal pleie og omsorg – fysioterapi, ergoterapi, sykehjem, diabetesteam, hjemmetjenester, somatisk-, psykiatrisk- og flyktningehelsetjeneste, sykestueplasser, dialyse, cellegift, legevaktsentral og helseadministrasjon. Fødestuen er veietablert og gir et godt tilbud til

friske gravide og fødende

- Finnmarkssykehuset klinikk Hammerfest– tilbyr ambulerende spesialister til spesialistpoliklinikken, røntgen, lysbehandling, og dagkirurgi.
- Finnmarkssykehuset klinikk Psykisk helsevern – døgnet innen psykisk helsevern for voksne med 10 døgnplasser, en barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk, en voksenalderpsykiatrisk poliklinikk og et rusteam.
- Helse Nord RHF – har etablert 3 avtalespesialister i Alta. En øre-nese-hals og en for øyesykdommer som har sine tilbud utenfor Alta helsesenter. Avtalespesialisten innenfor gynekologi har kontor i Alta helsesenter.
- Helse Nord RHF har avtale om rehabilitering med Opptreningscenteret i Finnmark.
- Fastlegepraksis for 6 leger
- Finnmark Fylkeskommune – tilbyr tannhelsetjenester

I tillegg til det som er nevnt over, har Finnmarkssykehuset, Klinikk Prehospitale tjenester 3 ambulanserbiler og 2 ambulansefly med tilhørende personell i Alta.

Prosjektet Alta nærsykehus vil innebære et betydelig løft i spesialisthelsetjenestetilbudet for befolkningen i de berørte kommunene. På enkelte områder vil tilbudet bli bredere enn på mange andre små lokalsykehus. Her vil jeg for eksempel trekke frem at det skal etableres både MR og CT, men også et nytt tilbud om tyngre avrusning for rusavhengige. Poliklinikkapasiteten og dagbehandlingen skal dobles, og vil kunne gi tilbud innenfor en stor bredde av medisinske spesialiteter. Det skal etableres 14 indremedisinske døgnplasser, og legebemanningen skal styrkes med spesialist i indremedisin. Ansvar for fødestuen skal overføres fra Alta kommune til Finnmarkssykehuset og klinikk Hammerfest.

Videre utvikling av spesialisthelsetilbudet i Finnmark

Saken om utvidelse av spesialisthelsetjenestetilbudet i Alta har vært svært grundig utredet av Helse Nord og Finnmarkssykehuset gjennom en rekke år. Jeg vil vise til følgende styresaker fra Helse Nord RHF: styresak 147-2012 Utredning av spesialisthelsetjenestetilbudet i Alta/Vest-Finnmark – mandat for arbeidet, styresak 72-2014 Tiltak for styring av spesialisthelsetjenestetilbudet i Alta/Vest-Finnmark og styresak 14/2016 Utvidelse av spesialisthelsetilbudet i Alta/Vest-Finnmark, forprosjekt. Formålet har vært å videreutvikle helsetilbudet for befolkningen i Alta, gjennom i større grad legge til rette for et samarbeid mellom Finnmarkssykehuset, Helse Nord og Alta kommune og sørge for en ytterligere desentralisering av spesialisthelsetjenester. Det foreligger et svært omfattende beslutningsgrunnlag for utvidelsen av tilbudet. Det ble satt ned 8 arbeidsgrupper i 2013-2014 som vurderte hvilke pasientgrupper det var hensiktsmessig å gi et desentralisert tilbud til lokalt i Alta og det ble laget en utredning med en rekke analyser av sykehusforbruk, pasientstrømmer og helsestrømmer som forelå i mars 2014 og deretter ble sendt på høring og behandlet i styret sommeren 2014, før forprosjektrapporten ble lagt fram i begynnelsen av 2016. Prosjektet med nybygg og modernisering i Alta for å sikre en betydelig utvidelse av tilbudet er nå igangsatt. Dette er planer og utredninger som det ligger betydelig arbeid og involvering av de berørte kommunene bak. I sum utgjør disse et solid grunnlag for fremtidig utvikling av Finnmarkssykehuset og er også i samsvar med de overordnede politiske føringene som nå er forankret i Nasjonal Helse og sykehusplan. En kort rapport fra et konsulentbyrå som er utført

på oppdrag fra en av de berørte kommunene rokker ikke ved dette solide arbeidet. Rapporten inneholder betydelige usikkerhetsmomenter.

Jeg ser at flere i debatten har trukket paralleller til prosessen i Helgelandssykehuset. Der har kommunikasjonsmessige forhold gjort det mer aktuelt å utrede endringer i hele sykehusstrukturen. Etter en god og grundig lokal prosess med alle kommunene kom styret i Helgelandssykehuset frem til at ett alternativ for fremtidig utvikling var å ha ett stort akuttssykehus på Helgeland, med ulike kombinasjoner av mindre akuttssykehus og lokalmedisinske sentre. Et slikt mandat sluttet også styret i Helse Nord seg til. Jeg holdt derfor et foretaksmøte i 2015 hvor jeg godkjente at sykehusstrukturen i Helgelandssykehuset kan endres. Klimaforhold gjør avstander mer krevende i Finnmark og det har derfor ikke vært aktuelt å endre på at det fortsatt skal være akuttssykehus i Hammerfest og Kirkenes.

Jeg vil for øvrig vise til at Stortinget har sluttet seg til prinsippene for sykehusstruktur i Nasjonal helse- og sykehusplan. Jeg oppfatter at utviklingen av Finnmarkssykehuset med enheter i Kirkenes, Hammerfest, Alta og Karasjok der disse jobber sammen som et team av spesialisthelsetjenester for hele befolkningen, sammen med regionsykehuset i Tromsø er helt i samsvar med slik planen beskriver fremtidig utvikling av sykehusstilbud i Norge.

Sykehusene i Finnmark har særlige utfordringer med å rekruttere og beholde fagfolk og jeg ønsker ikke å gjøre noe som kan skape uro og svekke fagmiljøet knyttet til Hammerfest sykehus. Usikkerhet rundt Hammerfest sykehus rammer hele helsetilbudet i Finnmark og dermed også befolkningen. Hver enkelt enhet må være i et samspill og er avhengig av et faglig sterk og fungerende lokalsykehus. Tilbudet i Alta er en del av klinikk Hammerfest og kommer også til å være det framover. Risikoen for befolkningens helsetilbud i en langvarig periode der politiske føringer ovenfor Finnmarkssykehuset hadde skapt usikkerhet om tilbudet i Hammerfest, er ikke berørt i rapporten til Oslo Economics. Det er verken faglig eller økonomisk bæredyktig med tre sykehus i Finnmark og både jeg og tidligere helseminister har gitt uttrykk for at det ikke er aktuelt å legge ned dagens sykehus i Hammerfest.

Hensynet til pasienten skal alltid veie tyngst. Helse Nord har ansvar for å gi best mulig helsetjenester til befolkningen i sin region. Helse Nord og Finnmarkssykehuset har gjennomført omfattende utredninger og planer for hvordan dette skal møtes, og har nå konkrete prosjekter for å utvide spesialisthelsetjenestetilbudet både i Alta og Karasjok. Arbeidet for videre utvikling av sykehuset i Hammerfest er også satt i gang. Videre har regionen en solid og godt utbygd prehospitaletjeneste, både med bil, båt, fly og helikopter.



## Skriftlig spørsmål fra Kåre Simensen (A) til helse- og omsorgsministeren

Dokument nr. 15:681 (2016-2017)

Innlevert: 15.02.2017

Sendt: 16.02.2017

Besvart: 24.02.2017 av helse- og omsorgsminister Bent Høie



### Spørsmål

Kåre Simensen (A): Statsråden har ved flere anledninger vært svært tydelig på at han står fast på sin beslutning om at det nye sykehuset for Vest-Finnmark skal bygges i Hammerfest. Som kjent har Alta kommune fått laget en egen konsekvensanalyse som vurderer den samfunnsøkonomiske lønnsomheten ved å bygge det nye sykehuset i Alta. Denne rapporten er sendt helseministeren.

Har statsråden i etterkant av denne konsekvensanalysen endret sitt syn om hvor det nye sykehuset skal bygges, eller står konklusjonen om Hammerfest fast?



### Svar

Bent Høie: Det er riktig som representanten Simensen uttaler at jeg ved flere anledninger har vært tydelig på at jeg ikke vil flytte sykehuset fra Hammerfest. Dette gjelder også etter at Alta kommune presenterte analysen som ble gjennomført av et konsulentselskap i fjor høst. Jeg vil i denne sammenhengen vise til mitt svar til Stortinget president på spørsmål 87 fra stortingsrepresentant Trine Skei Grande av 20. november 2016 om sykehusstrukturen i Vest- Finnmark.

I dette svaret orienterte jeg om at det er Helse Nord som har ansvar for å utvikle helsetjenestene for befolkning i sin regionen og at de har gjennomført omfattende utredninger og planer for hvordan dette skal møtes. Det har vært gjennomført egne prosjekter for å videreutvikle helsetilbudet for befolkningen i Alta, gjennom i større grad legge til rette for et samarbeid mellom Finnmarkssykehuset, Helse Nord og Alta kommune og sørge for en ytterligere desentralisering av spesialisthelsetjenester. Det ble nedsatt flere bredt sammensatte arbeidsgrupper og det har vært gjennomført en rekke analyser av

sykehusforbruk, pasientstrømmer og helsestrømmer, som har vært på høring før styrebehandling. Som jeg opplyste i mitt svarbrev til Stortingets president: "Dette er planer og utredninger som det ligger betydelig arbeid og involvering av de berørte kommunene bak. I sum utgjør disse et solid grunnlag for fremtidig utvikling av Finnmarksykehuset og er også i samsvar med de overordnede politiske føringene som nå er forankret i Nasjonal Helse og sykehusplan." Rapporten som Alta kommune har fått fra et konsultentselskap rokker ikke ved dette arbeidet.

Videre uttalte jeg i samme svarbrev at:

"Stortinget har sluttet seg til prinsippene for sykehusstruktur i Nasjonal helse- og sykehusplan. Jeg oppfatter at utviklingen av Finnmarksykehuset med enheter i Kirkenes, Hammerfest, Alta og Karasjok der disse jobber sammen som et team av spesialisthelsetjenester for hele befolkningen, sammen med regionsykehuset i Tromsø er helt i samsvar med slik planen beskriver fremtidig utvikling av sykehustilbud i Norge. Sykehusene i Finnmark har særlige utfordringer med å rekruttere og beholde fagfolk og jeg ønsker ikke å gjøre noe som kan skape uro og svekke fagmiljøet knyttet til Hammerfest sykehus. Usikkerhet rundt Hammerfest sykehus rammer hele helsetilbudet i Finnmark og dermed også befolkningen. Hver enkelt enhet må være i et samspill og er avhengig av et faglig sterk og fungerende lokalsykehus. Tilbudet i Alta er en del av klinikk Hammerfest og kommer også til å være det framover. Risikoen for befolkningens helsetilbud i en langvarig periode der politiske føringer ovenfor Finnmarksykehuset hadde skapt usikkerhet om tilbudet i Hammerfest, er ikke berørt i rapporten til Oslo Economics. Det er verken faglig eller økonomisk bæredyktig med tre sykehus i Finnmark og både jeg og tidligere helseminister har gitt uttrykk for at det ikke er aktuelt å legge ned dagens sykehus i Hammerfest."

## Skriftlig spørsmål fra Kåre Simensen (A) til helse- og omsorgsministeren

Dokument nr. 15:1184 (2016-2017)

Innlevert: 31.05.2017

Sendt: 31.05.2017

Besvart: 12.06.2017 av helse- og omsorgsminister Bent Høie



### Spørsmål

Kåre Simensen (A): Helseministeren vektlegger vær- og geografiske utfordringer for sitt 'ja' til å beholde akutttilbudet ved Odda sykehus. Det er bra. Men når det gjelder akutttilbudet ved Alta nærsykehus virker det som om geografi og værutfordringer ikke angår statsråden i samme grad. Jeg vil minne om at over 20 000 mennesker må fraktes vel 130 km over en værhard veistrekning for å komme til sitt lokalsykehus i Hammerfest.

Forstår statsråden den økende bekymringen som folk i Alta har over denne situasjonen?



### Svar

Bent Høie: Nasjonal helse- og sykehusplan ble behandlet i Stortinget i mars 2016. Planen slo fast at det fortsatt skal være en desentralisert sykehusstruktur i Norge. Planen ga også generelle føringer om innholdet i ulike kategorier sykehus, som fikk tilslutning fra et flertall i Stortinget. Det ble ikke fattet beslutninger om innholdet i enkeltsykehus ved stortingsbehandlingen av Nasjonal helse- og sykehusplan.

I foretaksmøtet med de regionale helseforetakene i januar og mai 2016 ble det stilt krav om at alle helseforetakene skulle utarbeide utviklingsplaner. Som ledd i dette arbeidet skulle akuttfunksjonene ved eksisterende sykehus avklares innen 1. april 2017. Det ble senere muntlig gitt noe utvidet frist.

Mandag 24. april ble det gjennomført felles foretaksmøte for alle de regionale helseforetakene. Gjennom dette ble akuttfunksjonene avklart, for å sikre forutsigbarhet og ro rundt det videre arbeidet med utviklingsplanene som skal ferdigstilles i 2018. I foretaksmøtet ble Helse Vest RHF sitt vedtak om

rammene for utvikling av Odda sjukehus stadfestet. Odda sjukehus skal fortsatt være et akuttpsykehus. Tilbudet skal ikke reduseres, men styrkes på mange områder. Akuttberedskapen med døgnåpen skadepoliklinikk vil være tilpasset lokale behov, blant annet som følge av økende turisme både sommer og vinter. Oppdraget vil bli presisert i revidert oppdragsbrev til Helse Vest nå i juni.

Saken om Odda sjukehus handler om hvordan man skal benytte et allerede eksisterende sykehus.

Saken om utvidelse av spesialisthelsetjenestetilbudet i Alta har vært grundig utredet av Helse Nord og Finnmarkssykehuset gjennom en rekke år. Formålet har vært å videreutvikle helsetilbudet for befolkningen i Alta ved å utvide tjenestetilbudet i Alta. Sykehusene i Hammerfest og Kirkenes har begge et lite pasientgrunnlag. Klima og avstander gjør det nødvendig med akutt kirurgi på begge sykehusene og tilbudene ved disse sykehusene har derfor ikke vært aktuelle å vurdere i forbindelse med oppfølgingen av Nasjonal helse- og sykehusplan. Befolkningsmessig er det i Vest-Finnmark om lag halvparten som har kortest vei til Hammerfest og den andre halvparten har kortest vei til Alta. Befolkningen på kysten har en mer sårbar prehospitaletjeneste og har færre muligheter for å komme seg til sykehus. Alta har tilgang til en meget god luftambulansetjeneste i tillegg til andre prehospitale tjenester samtidig som spesialisthelsetjenesten i Alta skal utvides og videreutvikles. På dette grunnlag er det ikke aktuelt å flytte sykehuset fra Hammerfest til Alta. Oppbygging av et akuttpsykehus i Alta er ikke aktuelt da det hverken er faglig eller økonomisk bærekraftig med tre akuttpsykehus i Finnmark.

Flere av de mindre akuttpsykehusene har utfordringer med å rekruttere og beholde fagfolk, og jeg har vært opptatt av at vi gjennom prosessen med Nasjonal helse- og sykehusplan skaper trygghet som er med på å sikre fagmiljøene framover, til beste for befolkningen. Dette gjelder både ved sykehusene og ved andre desentraliserte spesialisthelsetjenestetilbud, som i Alta.

Alta kommune har et godt utbygget primærhelsetjenestetilbud med fastleger og kommunal legevakt. Nasjonal helse- og sykehusplan stiller krav om at de lovpålagte samarbeidsavtalene mellom helseforetak og kommuner skal utvikles og konkretiseres, slik at de kan fungere som et felles planleggingsverktøy for akuttmedisinske tjenester og bidra til at befolkningen får trygghet for at de får akutt hjelp når de trenger det.

## Skriftlig spørsmål fra Kirsti Bergstø (SV) til helse- og omsorgsministeren

Dokument nr. 15:1455 (2016-2017)

Innlevert: 07.08.2017

Sendt: 08.08.2017

Besvart: 15.08.2017 av helse- og omsorgsminister Bent Høie



### Spørsmål

Kirsti Bergstø (SV): Vil statsråden legge frem de faglige vurderingene og utredningene som ligger til grunn for de investeringer som gjøres innen helse- og sykehussektoren i Finnmark?

### Begrunnelse

Som helseministeren er kjent med pågår det en debatt i Finnmark om muligheten for å etablere et akuttstusykehus i Alta i tillegg til sykehusene i Kirkenes og Hammerfest. I denne debatten fremkommer ønsket om en utredning av behovet for helsetjenester og sykehus i Finnmark. Til tross for debatten som går, har ikke Helse Nord og Finnmarkssykehuset lagt frem skriftlig materiale, vurderinger og utredninger som ligger til grunn for dagens investeringer og strategi i fylket. Det er svært viktig at folk i fylket gjøres kjent med bakgrunn for helse og sykehusplan, samt konkrete vurderinger for helse og sykehustilbudet i Finnmark. Det er viktig at Finnmarkssykehuset imøtekommer Altas befolkning med å legge frem grunnleggende dokumentasjon i sykehussaka.



### Svar

Bent Høie: Nasjonal helse- og sykehusplan slår fast at vi fortsatt skal ha en desentralisert sykehusstruktur i Norge. Planen beskriver imidlertid utfordringene med å opprettholde stabile og kompetente fagmiljøer i sykehus med få innbyggere i opptaksområdet, spesielt innenfor akuttkirurgi. Regjeringen slår også fast i sykehusplanen at tilbud om desentraliserte spesialisthelsetjenester utenfor sykehus, slik som Alta

helsesenter, skal videreutvikles.

Arbeidet med videre utbygging av spesialisthelsetjenestetilbudet i Alta og planleggingen av nybygg i Hammerfest er godt i gang. Jeg har flere ganger i Stortinget svart på spørsmål knyttet til denne saken, og gitt uttrykk for at det verken er faglig eller økonomisk grunnlag for å etablere flere sykehus i Finnmark. Jeg har imidlertid, på bakgrunn av det store engasjementet i saken, vært i kontakt med Helse Nord og diskutert behovet for et tydeligere beslutningsunderlag når det skal tas stilling til investeringsprosjektene i Vest-Finnmark.

Helse Nord sendte 9.8.2017 departementet følgende orientering om arbeidet de nå setter i gang:

"Oppsummering av Helse Nord RHF's premisser og begrunnelser for beslutninger om sykehusstrukturen i Vest-Finnmark

Det vises til kontakt med Helse- og omsorgsdepartementet om beslutningsunderlaget for sykehusstrukturen i Vest-Finnmark. Som en oppfølging av denne kontakten, finner Helse Nord RHF det hensiktsmessig å initiere en bred og oppsummerende gjennomgang av det regionale helseforetakets faglige begrunnelser for de vurderinger og valg som hittil er gjort og som er planlagt iverksatt de kommende år. Helse Nord RHF vil med dette informere departementet om det arbeidet som skal gjennomføres.

Et viktig formål med gjennomgangen er å gi en samlet fremstilling av saksforhold som hittil ikke har vært sammenfattet i ett dokument, og der ulike hensyn blir avveid og vektlagt i utformingen av et spesialisthelsetilbud som best mulig ivaretar hele befolkningen i Vest-Finnmark. I denne fremstillingen må også hensynet til ivaretagelse av den humankapital som over år er bygget opp i eksisterende fagmiljøer, risikovurderes og avveies mot andre utviklingstrekk.

Gjennomgangen vil utformes som et arbeidsnotat og vedlegges styresaken om investeringsprosjekter i Vest-Finnmark som behandles i Helse-Nord RHF i oktober 2017, jfr. sak 44-2017, vedtakspunkt 2:

2. Styret godkjenner styringsdokument for konseptfasen for Nye Hammerfest Sykehus og ber adm. direktør legge frem rapport fra konseptfase del 1 og forslag til endelig konsept- og tomtevalg når rapport foreligger, tentativt oktober 2017. Beslutningsdokument skal legges frem med investeringsbeløp P85-2022.

Det redegjøres her (tentativt) for tema og problemstillinger som vil bli lagt til grunn for utforming av arbeidsnotatet.

- Helse Nord's vurderinger av alternative løsninger for sykehusstrukturen i Vest-Finnmark:
  - o Flytting av sykehuset til Alta, inkludert vurderinger og kommentarer til utredningen av Oslo Economics, bestilt av Alta kommune
  - o Etablering av to likeverdige sykehus i Vest-Finnmark (Hammerfest + Alta)
  - o Nåværende vedtak om utvidet spesialisttilbud i Alta
- «Alta-sakens» historikk

- o Helse Nord-styrets vedtatte mandat for utredning av spesialisthelsetilbudet i Alta/Vest-Finnmark (desember, sak 147-2012).
- o Utredning om Altaprojektet – konseptrapport mars 2014
- o Styrevedtak om konseptrapport: Tiltak for styrking av spesialisthelsetilbudet i Alta/Vest-Finnmark (juni sak 72-2014)
- o Forprosjektrapport Alta-prosjektet. Januar 2016
- o Styrevedtak i Helse Nord RHF: Utvidelse av spesialisthelsetilbudet i Alta/Vest-Finnmark, forprosjekt (februar sak 14-2016)
- o Status for oppstart og gjennomføring av prosjektet
  - Utviklingsplanen for Finnmarkssykehuset, vedtatt av styret i Finnmarkssykehuset mai 2015
  - Konseptfase for nybygg Finnmarkssykehuset Hammerfest (jfr. sak 44-2017)
- o Status og milepælplan for nytt sykehus i Hammerfest,
- o Etablering av medisinerutdanning ved Hammerfest sykehus i samarbeid med universitetet
  - Økonomiske bærekraftsanalyser for Finnmarkssykehuset
- o Innpassing i økonomiplanen for Helse Nord RHF (2018-2021)
  - Oppsummerende vurderinger av faglige og økonomiske premisser
- o Forankring i de premisser som ligger til grunn for Nasjonal helse- og sykehusplan- vedtatt av Stortinget i mars 2016
- o Vektlegging av det totale helsetilbudet – sørge- for ansvaret – for hele Finnmarks befolkning, inkludert vurdering av samlet framtidig behov for spesialisthelsetjenester for befolkningen i Finnmark
- o Samfunnsøkonomiske vurderinger
- o Vurdering av tilgjengelighet ved de ulike alternativer
- o Rekrutterings- og personellmessige konsekvenser ved valg av ulike alternativer
- o Konsekvensvurdering av økonomiske kontrakter som allerede er inngått med leverandører (gjelder det vedtatte Alta-alternativet)"