VIDEREUTVIKLING AV SYKEHUSET INNLANDET HF – HØRING.

HØRINGSMERKNADER FRA STOR-ELVDAL KOMMUNES ELDRERÅD.

Rådet sier seg enig i situasjonsbeskrivelsen om bakgrunn og fakta for Stor-Elvdal. (utkast til kommunestyrets behandling 17.03.21.)

Rådet vil imidlertid supplere avstandsopplysningene, da kommunens sydligste grend har 15,5 mil til Tynset og 5 mil til Elverum. (utviklingsforslaget er vel presentert som om Stor-Elvdals befolkning sokner til Tynset)

Er det hold i å benevne styreforslaget fra Sykehuset Innlandet HF som utvikling (videreutvikling) av den samlende sykehustjenesten? Eller er det vel så mye hold i å benevne forslaget som rasering av tjenesten. Det siste kan synes å være utfallet for Hedmarks østlige region, dersom akutt-tjenesten ved Elverum sykehus skal skrotes. **Avstander har betydning!**

Professor Bjarne Jensen kaller sykehusutredningen for skandaløs. (Østlendingen 04.03.2021) Han fortsetter med **«de har begynt i helt feil ende»**.

Han peker videre på **«alle store struktur-endringer skal begynne med en samfunnsøkonomisk analyse. Den mangler fullstendig for ny sykehusstruktur i Innlandet».**

Hvorfor er ikke det medtatt i konsulentfirmaenes utredning? Skyldes det manglende bestilling? Eller ville man da ikke kunnet konkludere med hva som synes å være målet for utredningen slik Helse Sør-Øst og styret for Sykehuset Innlandet ønsker, ubetinget bygging av storsykehus?

Jensen påpeker også i innlegget at Sykehuset Innlandet har «mistet» pasientgrunnlag etter at Kongsvinger gikk til Ahus og Jevnaker til Ringerike. Han stiller også spørsmål om økonomien i prosjektet. **«Et lån er ingen gave»,** slik noen har framstilt det. Stortinget stiller ikke opp med en «gave» på 8-9 milliarder. Sykehuset må ta opp lån i denne størrelsesorden, tilbakebetale over driftsbudsjettet, dekket av sykehusets driftsinntekter. Alt med bakgrunn i at helseforetaksmodellen styrer etter bedriftsøkonomiske prinsipper. Det er vel egentlig ikke omstridt at denne styringsformen **ikke** er til beste for pasientene i et samfunnsøkonomisk perspektiv. Det er derfor nærliggende å kunne hevde at

et slikt perspektiv «ville ødelegge» for det løsningsforslaget som danner grunnlag for høringene.

Om kostnadssiden sprekker? Hvilket vel er det mest vanlige? Hvor skal da besparelsene tas?

Reduksjon av sengeplasser (182), kortere liggetid og tidligere tilbakeføring til hjemkommunen, **betyr økt trykk på de kommunale tjenestene. Ganske enkelt økte kommunale utgifter.**

Hos en utreder skaper selvsagt ikke det problemer. **Men for kommunene, med dagens pressede kommuneøkonomi, tilsier det at «strupetaket» på kommunene klemmes enda hardere til.**

Dersom hjemmesykepleie og omsorgsboliger ikke skal bli (er blitt) tiltak uten omsorg må foretaksmodellen og tanken om storsykehus «gravlegges».

Brannsjefen i Midt-Hedmark brann- og redningsvesen IKS (Østlendingen 03.03.2021) uttaler at han ser for seg en utvikling i samme retning. Utviklingen for IKS-et er at helse- og redningsrelaterte oppgaver, uten brannmedvirkende aspekter, er sterkt stigende. (34 oppdrag i 2016 til 95 i 2020) Ofte for å yte bistand mannskapene **ikke** er utdannet til. **Forøvrig noe som påfører kommunene økte kostnader.**

Hvem ofres? Kan dessverre bare gå ut over pasienttilbudene i den enkelte kommune, **altså oss!**

Er det en slik utvikling vi, som representanter for det offentlige, ønsker framtida skal bli? Eldrerådet representerer selvfølgelig også en sterkt økende eldre pasientgruppe. **For pasientgruppen 65+ er behovet for døgn- og dagbehandling beregnet til å øke med ca. 60 prosent fram mot 2030. Avstand til behandlingssted vil da for mange være en vesentlig faktor.**

Hvorfor er ikke oppgradering av eksisterende sykehusstruktur utredet? Er foretaksmodellen «hallelujaløsningen» for de som tror på effektivisering som det eneste saliggjørende uten forankring i beviselig fakta?

Har ikke en desentralisert sykehusstruktur store fordeler beredskapsmessig? Pandemisituasjonen bør «vekke oss» og få oss til å innse at det neppe er ønskelig med store enheter som kan bli satt ut av funksjon ved intense smittesituasjoner. Reportasjer fra mange land rundt oss har vist sykehus og sykehuspersonell på randen av kollaps, under den pågående pandemien. Vi har sjansen til å lære, men **det krever at vi vil.**

Hele sykehusutredningen har foregått på en lite tillitvekkende måte. Utvalgets medlemmer har blant annet **ikke** kunnet se at konsulentrapportene legger vekt på det positive med nærhet til sykehuspraksis for utdanningsenheten for sykepleiere.

Et akuttsykehus tett ved (som i Elverum) må vektlegges som av stor betydning, for et utdanningsløp for en yrkesgruppe det fremdeles utdannes for få av.

I Sykepleien (tidsskrift) publisert 29.06.2019, hevdes det at vi her i landet har en sykepleiermangel på ca. 6000.

Helseminister Høie sier at denne yrkesgruppen er den det haster mest med å få økt, **derfor prioritet 1?** Landet kan komme til å mangle opptil 28000 sykepleiere i 2035, står det å lese i en rapport fra Helse- og omsorgsdepartementet, publisert i 2019.

SSB- forsker Nils Martin Stølen sier rapporten er veldig alvorlig, og at helseministeren må vektlegge den med det største alvor. Utfordringen oppgis til å være mangel på praksisplasser. Høie forklarer at flere må ta imot studenter i praksis. **"Dette må kommunene bare forberede seg på i tiden fremover»** uttaler Høie?

Så skjerp dere kommuner, nå skal dere/vi løse de utfordringene helseforetakene, departement, regjering og storting ikke mestrer!

Og ja, pasientene har en bostedskommune, som blir stadig fattigere, men skal ordne opp i de tjenestene storsamfunnet kun omtaler i klisjeer. Til pasientenes og innbyggernes beste? Neppe sannsynlig, da det beviselig ikke er hverken kompetanse eller økonomi på desentralisert nivå, for enda flere oppgaver. **Resultatet vil være et samlet sett dårligere helsetilbud.**

Helseforetaksmodellen skaper stor frustrasjon. Fylkespolitikerne synes å opptre som om de må «flykte fra et vulkanutbrudd», så gloheit at de ikke tørr å nærme seg kjernen og gjøre politiske vedtak.

«Glødene lava» lar seg sjeldent stoppe. Denne «lavastrømmen» er hva styret for Sykehuset Innlandet og Helse Sør-Øst har provosert fram ved sitt utbyggingsforslag. Et forslag uten medfølgende analyse av de samfunnsmessige konsekvenser. **Totalt fraværende!**

De regionale helseforetakene må da være forpliktet til å styre etter den nasjonale helsepolitikken. (Nasjonal helse- og sykehusplan)

Høringsgrunnlaget for framtidig sykehusstruktur innebærer en sterk sentralisering innad i Innlandet, i strid med anbefalingene i de nasjonale helse- og sykehusplanene. Disse påpeker at: «**det skal fortsatt være en desentralisert sykehusstruktur i Norge. En ryggrad av akuttsykehus er nødvendig for å sikre beredskap og øyeblikkelig hjelp. Funksjoner kan samles når det er nødvendig av hensyn til kvalitet, men samtidig desentraliseres der det er mulig, for å gi et bredest mulig tilbud med god kvalitet i nærmiljøet».**

Helse- og sykehusplanene er politisk vedtatt. Hvorfor er det liten eller begrenset politisk reaksjon til et styreforslag på tvers av politisk vedtatte planer? (les vedtak i Fylkesårsmøter) Som i tillegg kastes fram i «tolvte time» og avviker fra et særdeles skjørt kompromiss med storsykehus ved Mjøsbrua og akuttsykehus i Elverum.

Vi eldre, har lenge stilt oss undrende til begrepet bærekraftig. Virker å ha størst aktualitet når for eksempel utbyggere ikke kan legge fram bevislig positive effekter av en omgjøring, og må ty til bærekraftbegrepet, og ofte benevnt som en reform.

Vi eldre oppfatter nok ordet reform som noe som skal være til gavn for fellesskapet, i senere tid kan ordet ha fått en annen, mer diffus betydning.

KONKLUSJON:

- **Legg konsulentrapporten og styreforslaget i en skuff!**
- **Utred et moderniserings- og utviklingsløft med utgangspunkt i eksisterende sykehusstruktur.**
- **Bevar de bynære avdelingene av samfunnsmessige hensyn/konsekvenser, kostnadsmessige hensyn, hensynet til utdanning for sykepleiere og pasient/pårørende hensyn.**
- **Stort, er ikke «det saliggjørende» for framtidig sykehusstruktur!**

Stor-Elvdal eldreråd i møte 15.03.2021.