

Oslo 8 oktober 2018

Til

**Styret, Styreleder og Administrerende direktør, Helse Sør-Øst og
Helseminister Bent Høie, HOD**

Regional utviklingsplan 2035 Helse Sør-Øst - datert juni 2018

Høring:

– høringsperiode 1.7-15.10.2018

Innledning

Regional utviklingsplan har en rekke mål for bedre kvalitet og mer tid til pasientbehandling og bedre arbeidsmiljø for ansatte. I dette arbeidet prioriteres blant annet mer tid til pasientrettet arbeid og bruk av ny teknologi- «brukerstyrt».

Om-definering av «sykehus» til helseforetak -og nedlegging av sykehus

Definisjoner mangler i utviklingsplanen - og hindrer reell informasjon og innsyn. Et generelt problem ved hele den regionale utviklingsplanen er at det mangler en rekke definisjoner som kan klargjøre teksten. For eksempel benyttes ord som helseforetak, sykehus, sykehusområde, områdesykehus og sykehusenheter om hverandre, noe som hindrer reell informasjon og forståelse av hva som menes. Disse definisjoner bør ryddes opp i og vedlegges utviklingsplanen. Helsedirektoratet og departement har definisjoner på hva som menes med sykehus og hva helseforetak står for. Disse definisjoner bør benyttes.

Helseforetaket (HF) tar på seg sykehusets rolle overfor pasientens helsetjeneste

I punkt 2.1. side 10, beskrives «nye arbeidsformer og modeller» der det henvises til helseforetak og deres erfaringer med å forskyve sykehusets helsetjeneste – dvs. pasientene - ut av sykehuset. Det kalles «arenaflexible tilbud» og helseforetakene har «allerede god erfaringer med slike tilbud», men det er ikke dokumentert om sykehus og pasienter har lignede erfaringer! Etter Helseforetaksloven skal ikke HF-er ha anledning til slik aktivitet da de ikke er sykehus, har ikke behandleransvar og er bare en forretningsmodell uten pasientansvar.

Eksisterende sykehuskapasitet i HSØ er ikke oppgitt – analyser mangler

For å kunne beskrive forandringer mot 2035 er det vesentlig at dagens forhold blir dokumentert og klarlagt. Dette skjer ikke i den regionale utviklingsplanen, blant annet mht antall sykesenger og bemanning ved det enkelte sykehus og for regionen. Dermed er hele utviklingsplan laget på løse ideer og antagelser og mangler de analyser man ville forvente seg av en så pass seriøs og kostbar organisasjon.

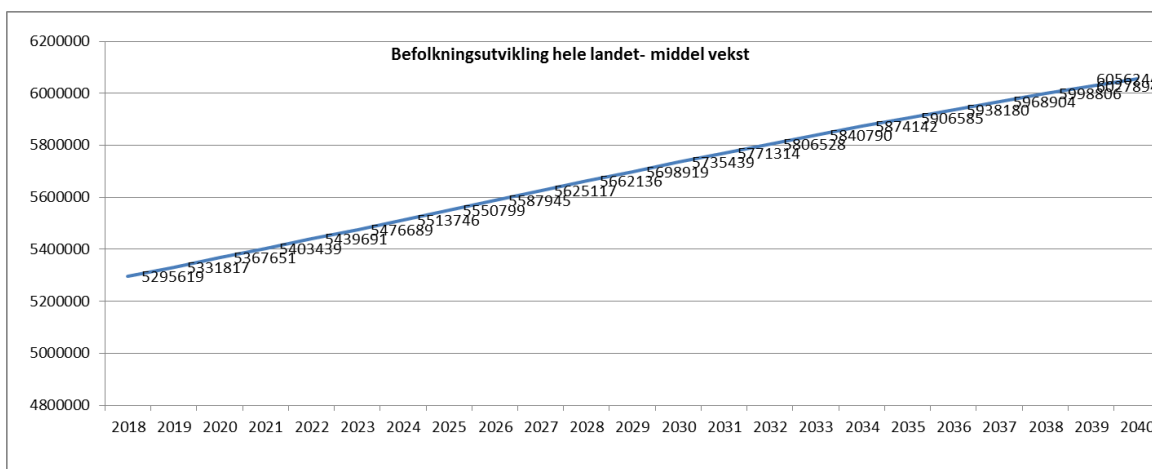
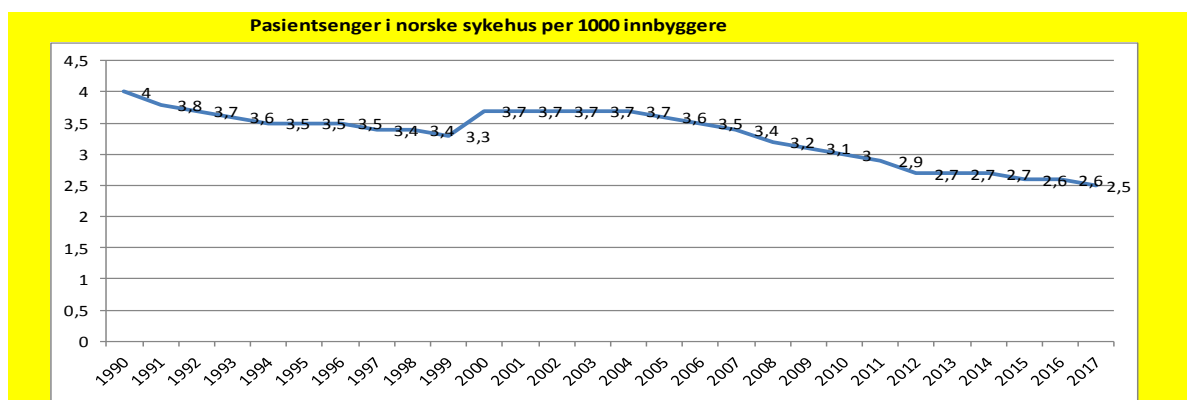
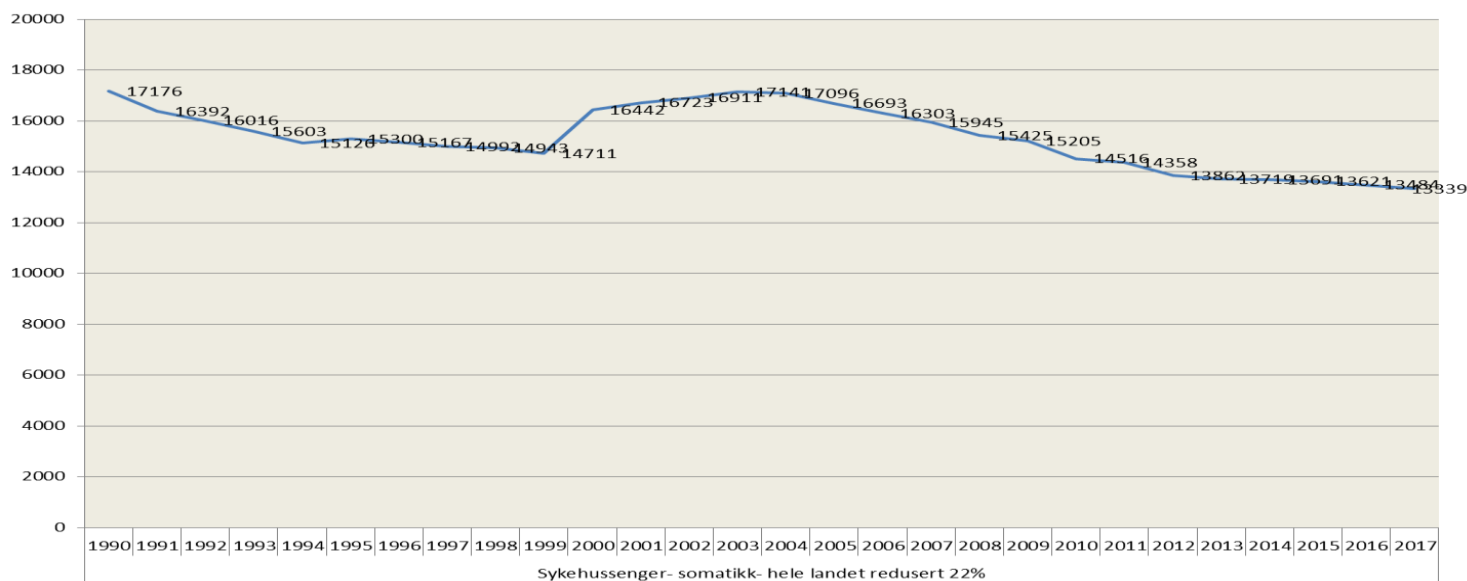
Regional utviklingsplan 2035 gir pasienten mindre plass i sykehus

Regional utviklingsplan beskriver nye arbeidsformer som «avstandsovervåking og monitorering av pasienter, telemedisinske løsninger i hjemmet og chattefunksjoner hvor lege og pasient kan ha dialog uten at pasienten må møte fysisk på sykehuset» (side 10). Det er lite eller ingen erfaring eller dokumentasjon av slike tiltak i dag, heller ikke i private hjem blant folk flest. Av denne grunn kan det ikke prosjekteres med høytflyvende, usikre og dyre tiltak med uvisst resultat for pasientene – i den ene hensikt å redusere sykehustilbudet for befolkningen i Helse Sør-Øst.

Regional utviklingsplan gjennomfører ingen analyse av hvordan «sykehusets helsetjeneste utenfor sykehus» skal bemannes, omfang, aktuelle pasient-diagnoser/behandlinger, kostnader (primærhelsetjenesten?), ekstra kostnader ved dobbeltarbeid og dobbelt kommunikasjon (primær- sekundærhelsetjeneste), viktig arbeidstid som forsvinner i transport/reisetid og ikke minst en spredning av resistente mikrober mellom sykehus og «sykehus - satelitter». Det er lite trolig at fastlegene som er på randen av kollaps er villige til å ta på seg mer av kritisk sykehusarbeid, og både pasienter og pårørende ville se med mistro på en slik behandling.

1. Sykehuspasienten blir omdefinert til ikke-sykehuspasient.
Pasienter med behov for sykehusopphold blir omdefinert til lavere behandling og omsorgsnivå i henhold til diagnose, klinikk, terapi og ikke minst kostnader. En pasient som naturlig hører «hjemme» i et sykehus for kortere eller lengre tid blir i stedet for en pasient som «out-sources» til primærhelsetjenesten, sykehjem, hjemmesykepleier og forskjellige runder ved private laboratorier og andre undersøkelser osv. Sykehuspasienten skal ta mer vare på seg selv; må delta i egen diagnostikk og behandling- eventuelt spørre etter aktuell behandling som kan være mer effektiv, men dyrere.
2. Sykehus-ansvar og -omsorg fjernes
- ved at sykehuspasienten defineres til lavere behandlingsnivå.
3. Sykehuspasienten blir offer for innsparinger
- slik vi ser det i Oslo-området og for sykehus i Oppland og Hedmark. Sykehusene har ikke nok senger eller personell. Eventuelt legges pasienten som nødløsning på andre- ikke-aktuelle avdelinger som ikke har kjennskap til sykdomstypen. I Oslo planlegges å sende 50 000 pasienter eller mer (150 000 liggedøgn : 3)- ut på «byn» hvert år - på hoteller, sykehjem (forskyver plass for andre), hjem etc. Dette er en helt vanvittig ide; langt fra en moralsk/etisk holdning til syke pasienter, og medfører stor risiko for dødelige forløp.
4. Pasienten hindres i å bli innlagt og få undersøkelse, behandling, pleie og omsorg i sykehus
Myter: Det har oppstått en myte at for mange pasienter legges unødig inn på sykehus. Dette er en myte fremdeles, men gjør at innleggende leger har virkelig store problemer med å få lagt inn en syk sykehuspasient.
Sykehuspasienten hindres sykehusinnleggelse, diagnostikk, behandling og pleie ved for eksempel:
 - bruk av udokumentert / ikke- utprøvd / ikke-eksisterende «teknologi» i hjemmet/sykehjem
 - telefonsamtaler /»sky«-samtaler med sykepleiere/helsepersonell ved aktuelle sykehus uten kliniske undersøkelser
 - useriøs bruk av spesialisthelsetjenesten i primærhelsetjenesten- noe som fører til spesialistmangel på sykehus og sløsing av tid brukt på reiser
 - «helseteam» uten spesialkompetanse som overtar dårlige sykehuspasienten i hjemmet/sykehjem/helsestasjon
 - nedprioriteringstiltak ut fra manglende tilgang til akutsenger ved sykehus og/eller personell
 - nedprioritering til poliklinisk kontroll i stedet for innleggelse - som ofte ikke hjelper pasienten (ventelistegaranti)
 - overføring av pasienten til andre sykehusenheter som ikke har kjennskap til pasientens sykdom

Sykehuskapasiteten i Norge har gått jevnt nedover siden 1990 til tross for befolkningsvekst - dette har skapt problemer i hele landet

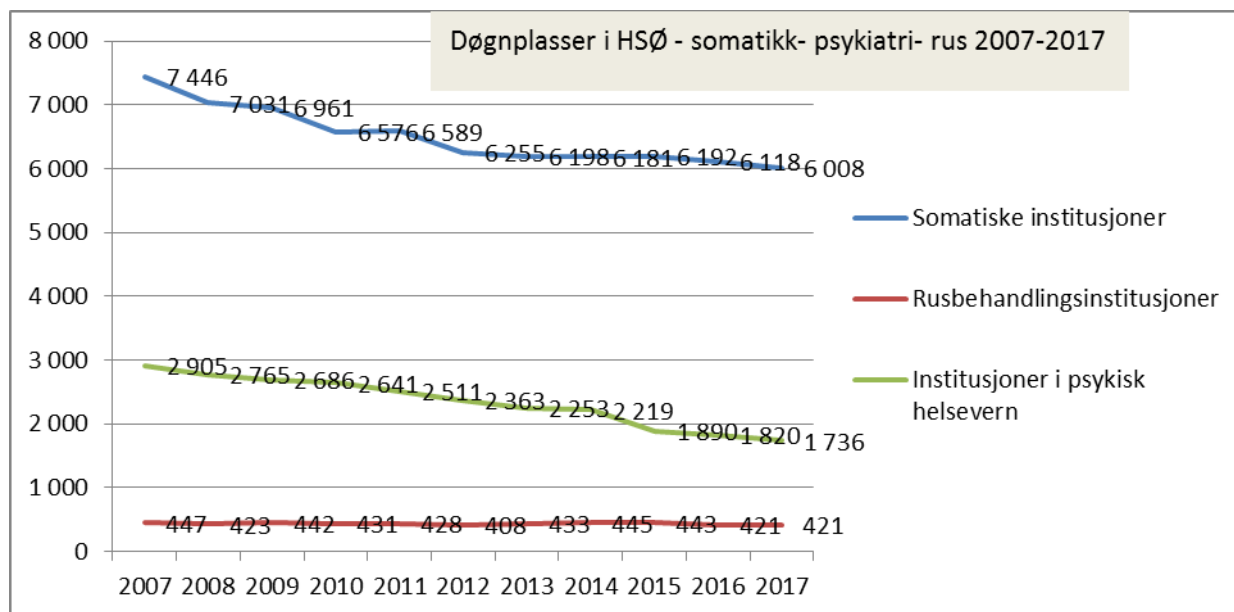


Se også tall fra Helsedirektoratets årsoversikter.

Sykehuskapasiteten i Helse Sør-Øst reduseres til tross for befolkningsvekst

Sykehussenger forsvinner

Etter etablering av Regionalt helseforetak Helse Sør-Øst i 2007 –til og med 2017 er antall døgnplasser for pasienter i somatiske institusjoner, psykisk helsevern og rusbehandling kraftig redusert for å spare penger (Figur 1).

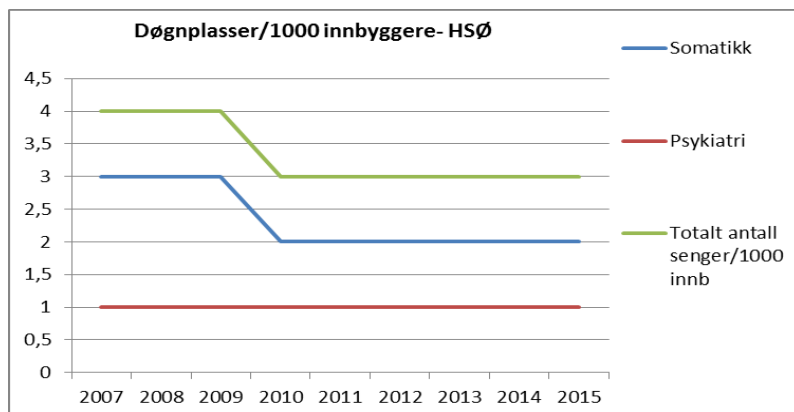


Figur 1. Uforsvarlig nedlegging av sykehussenger- døgnplasser - til tross for større behov (SSB)

For somatikk er ca 1440 sykehuspasient senger fjernet, dvs hver femte seng (19,3%) redusert i HSØ, noe som trolig har vært til kraftig hinder for god pasient behandling i hele helseregionen. For psykiatri er ca 1169 senger fjernet, dvs bortimot halvparten av sengene (40,2%), og for rus 26 senger (5,8%), se figur 1. Dette har vært stikk i strid med helsepolitiske føringer i samme periode- at man skulle øke tilbudet innen et så forsømt område som psykiatri og rus.

Døgnplasser per 1000 innbyggere forsvinner i HSØ

Ved å beregne døgnplasser per 1000 innbyggere sammenlignes tilbudet til god sykehusbehandling både innad i vårt land og internasjonalt. Beregnet etter antall innbyggere i HSØ viser det seg at HSØ har redusert kraftig sengekapasitet per 1000 innbyggere innen somatikk etter etableringen av helseforetaksmodellen (Figur 2). I 2017 var antallet somatiske senger 2,1 per 1000 innbyggere i hele HSØ, mens det på landsbasis var 2,5/1000 senger, og internasjonalt gjennomsnitt 4,7/1000 senger (OECD).



Figur 2. Kraftig reduksjon av somatiske senger per 1000 innbyggere i HSØ. Ikke tall fra SSB etter 2015.

Nedlegging av pasientsenger – en økonomisk feilvurdering - milliardunderskudd

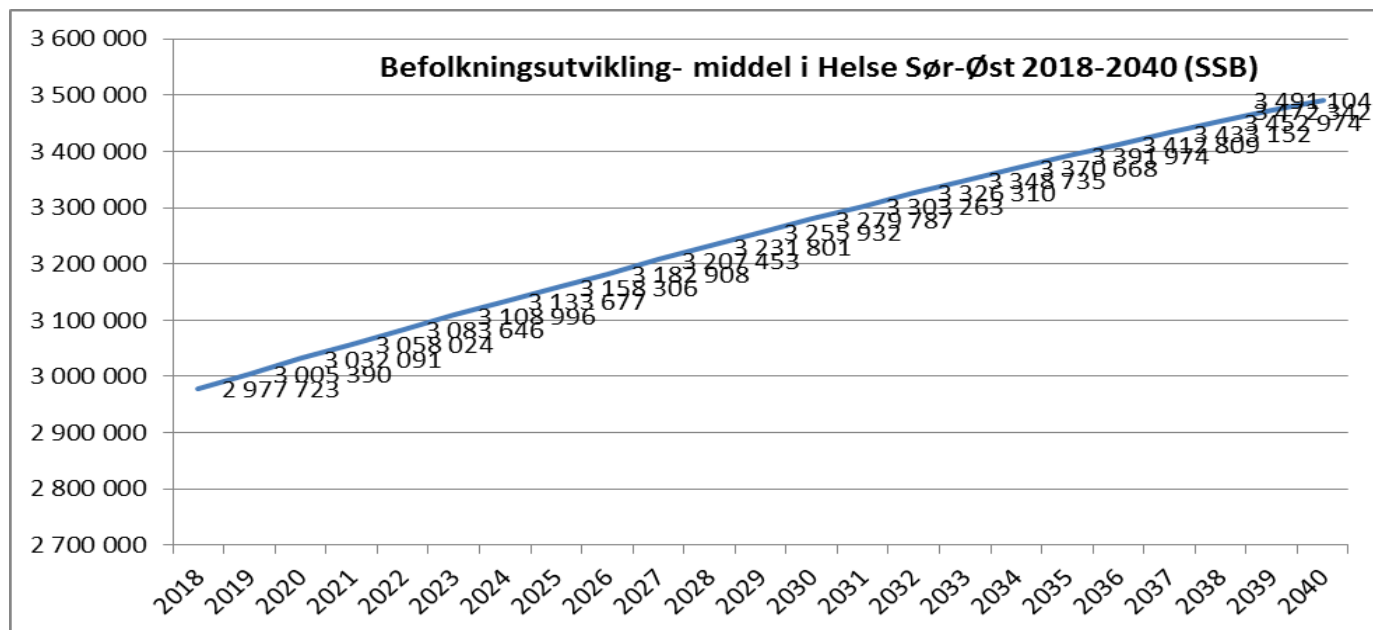
Den kraftige reduksjonen i pasientsenger etter etableringen av HSØ ble gjennomført for å spare penger- eller som en økonomisk gevinst. Dette ble snart merkbart for alle sykehusene i helseregionen og særlig i Oslo- og i helseforetaket Innlandet.

Sykehusene i Oppland og Hedmark utviklet nærmere en halv milliard kroner i underskudd i perioden 2002 til 2017 (Gudbrandsdølen 1.10.2018). I 2002 ble den nye helseforetaksmodellen etablert i hele landet med regionale helseforetak (RHF), underliggende helseforetak (HF) som HF Innlandet, og under der igjen sykehus som Lillehammer, Gjøvik, Hamar, Elverum, Kongsvinger og Tynset.

Helseforetaksmodellen skulle spare «gevinster og innhøste» i millioner på millioner i form av effektivitet – og med pasienten i sentrum. Det omvendte har skjedd. Underskuddene øker og pasientene får mindre og mindre plass i sykehusene, og de som får plass kastes ut i høyt tempo. Årsaken sitter ikke hos de som er satt til å lede dette skjøre forretningsimperiet, men hos selve den kostbare og sykehusødeleggende foretakskonstruksjonen.

Beregnet sykehuskapasitet og døgnenger – i perioden 2018 til 2035

Dersom helseforetaksmodellen og regioninndeling ikke blir endret før 2035, vil en samlet befolkningsvekst ha stor betydning for sykehuskapasiteten innen hvert av fylkene og samlet for Helse Sør-Øst. Ved en middels kurve for befolkningsvekst i HSØ frem til 2040, vil det i 2035 være ca. 3 371 000 innbyggere i HSØ, og videre stigning til 3 491 100 i 2040- se Figur 3. Kurven viser en relativt jevn stigning.



Figur 3. Befolkningsøkning i HSØ- middels vekstkurve fra SSB.

Antall sykehussenger – døgnenger - beregnet etter folketall i 2035 - vil øke i hele HSØ

Når utgangspunktet er uklart

Fordeling av antall sykesenger mellom sykehus i HSØ er ikke tilgjengelig i den regionale utviklingsplanen 2035! Da det ikke er oppgitt dagens sengetall for sykehus i HSØ er det helt uklart hva HSØ mener med «Sengebehovet, endring i behov fra 2015 til 2035» (side 77 og 78).

Utviklingsplanen for Helse Sør-Øst utgjør totalt ca 7010 somatiske sykehussenger i 2035

Regional utviklingsplan framskriver med 85% belegg til «et behov for 1002 nye senger i perioden» til 2035 (side 77). Med eksisterende 6008 senger i 2017 (SSB), blir summen 7010 somatiske senger i hele helseregionen i 2035.

Somatikk: HSØ-planen viser en manko på 1470 -3000 somatiske senger i 2035

Beregnet fra middel befolkningsvekst og antall senger per 1000 innbyggere fører HSØs utviklingsplan 2035 til en manko på minst 1470 sykehussenger (8480 - 7010), sammenlignet med landsgjennomsnittet som var 2,5/1000 innbyggere i 2017 (Tabell 1). Sengetallet bør ligge mellom 8500 og 12900 i Helse Sør-Øst (2,5-3,8/1000 innbyggere).

Psykatri: HSØ-planen viser en manko på minst 250 heldøgns senger i psykisk helsevern i 2035

I 2017 var det registrert 1736 senger i psykisk helsevern i HSØ. Ved 14% effektivisering reduseres dette til 1493 senger i 2035, dvs nedlegging av 243 senger selv om befolkningen øker med minst 600 000!

Totalt: HSØ-planen viser en enda større total manko: -6000-9000 senger sammenlignet med OECD. Sammenlignet med OECD-tall vil det være en manko på 8930 senger (15942-7010) i relasjon til OECD gjennomsnitt (4,7/1000 innbyggere), og 5880 senger (12 890-7010) i relasjon til Norge gjennomsnitt (3,8/1000 innbyggere) (OECD 2017)(Tabell 1).

Middeltall befolkningsvekst stipulert i 2035			Beregning av antall						
Senger somatikk 2017	Senger/1000 innbygger 2017	Sykehussenger -døgnenger-i 2035						Somatikk + psykiatri	
		Innbyggere i 1935	2 senger per 1000 innb	2,5 per 1000 innb	3 per 1000 innb	4 per 1000 innb	4,7 OECD*	3,8 Norway*	
		336 931	674	843	1011	1348	1584	1281	
		722 679	1580	1808	2169	2892	3398	2747	
1640	2,4	789 683	1580	1975	2370	3160	3713	3002	
		212 399	425	531	638	850	999	808	
		202 167	404	505	607	809	950	768	
		318 860	638	798	957	1276	1500	1212	
		280 075	560	700	840	1120	1316	1064	
		183 610	368	460	552	736	865	700	
		132 630	266	333	399	532	625	505	
		212 940	426	533	639	852	1001	809	
Sum senger beregnet etter innbyggertall for hvert fylke				6921	8486	10182	13575	15951	12896
Helse Sør-Øst**	6008	2,1	3 391 974	6 784	8 480	10 176	13 568	15 942	12 890
*OECD inkluderer somatikk + "mental health" - døgnenger- 2017. Tall fra ca 2015									
** HSØ- sengetall beregnet direkte fra innbyggere ca. 3 392 000									
Tall fra SSB									

Tabell 1. Antall senger nødvendig for forsvarlig sykehusdrift i 2035. Beregnet etter antall senger per 1000 innbyggere etter middels økt folketall for hvert fylke og for regionen som helhet. BMA, tall fra SSB.

Fylker. For samtlige fylker i helseregionen er det en befolkningsvekst i perioden 2018 til 2035 og lenger utover til 2040. Tabell 1 viser fylkesvise økte behovet for sykehussenger i relasjon til antall senger per 1000 innbyggere i 2035.

Oslo og Oslo universitetssykehus- OUS

OUS hadde i 2017 bare 1640 somatiske og 339 døgnenger for psykiatri/rus i 2017; - totalt 1979 (Tabell 1). Diakonhjemmet og Lovisenberg hadde til sammen ca 300 somatiske senger og vil bli framskrevet med bare 20 nye senger til ca 320 senger i 2035 (HSØ).

I alt 3422 pasienter gjennomgikk kreftkirurgi ved OUS i 2017 (side 19), og mesteparten av dette var trolig region-landsfunksjon.

Antall somatiske senger for Oslo fylkeskommune bør økes til minst 2370 senger i 2035 (3 senger/1000 innbyggere) (tabell 1). Totalt antall – inkludert psykiatri- bør økes til 3000 (3,8/1000 innbyggere).

Framskrivning av folketallet i Oslo til 2035- SSB

Sterk aldring:	764 000
Middel:	790 000
Svak aldring:	815 300
Høy nasjonal vekst:	824 600

Nye beregninger for Oslo fra HSØ ved medisinsk fagsjef Frich – endepunktet justert ned til 2028:

- OUS i 2028: døgnplasser somatikk
 - 23% økning (1640 senger + 377): 2017
 - Minus 15% beredskap (2017 - 303): 1714
 - Minus region/landsfunksjoner (1714- 535): 1279
 - Minus langliggere ??
- Befolkningsvekst til 2028: 11% = 745 828 innbyggere i Oslo

Resultat: 1,7 somatiske sykehussenger per 1000 innbyggere i Oslo i 2028!

HSØ ønsker å redusere sykehussenger til 1,7 senger per 1000 innbyggere (1279: 745 828).

Dette er medisinsk sett helt uforsvarlig.

Konklusjon

- *Regional utviklingsplan 2035 Helse Sør-Øst mangler fullstendig analyse av eksisterende og fremtidig kapasitetsbehov med hensyn til døgnplasser, dagpasienter, poliklinikk og beredskap i relasjon til befolkningsvekst i helseregionen frem til 2035.*
- *SSB har tall for hele regionen og for fylkene i relasjon til beregnet befolkningsvekst. Disse burde vært benyttet til analyser og framskriving av tilbud om behandling ved sykehus i den regionale utviklingsplan.*
- *Hvert fylke bør beregne minimum 2,5 somatiske senger per 1000 innbyggere – helst 3,8 til 4 per 1000 innbyggere, inkludert døgnbehandling for psykiatriske pasienter. Dette gjelder lokalsykehusfunksjon*
- *I fylker med sykehus som har region-lands-sentralsykehus-funksjoner- må sengetallet per 1000 innbyggere justeres spesifikt for disse spesialfunksjoner slik at det ikke går ut over fylkets lokalsykehus funksjon.*

Beregnet behov for helsearbeidere ved sykehus i HSØ i 2035

Nasjonal helse og sykehusplan viser til økt behov for flere helsearbeidere; opptil 40 000 nye helsearbeidere i 2040. For Helse Sør-Øst er det beregnet 42% økning fra 2013 i 2040 og ca 36% i 2035, se figur nedenfor som er tatt fra Nasjonal helse- og sykehusplan.

Hvorfor trenger vi Nasjonal helse- og sykehusplan

Vi blir 1 million flere i 2030

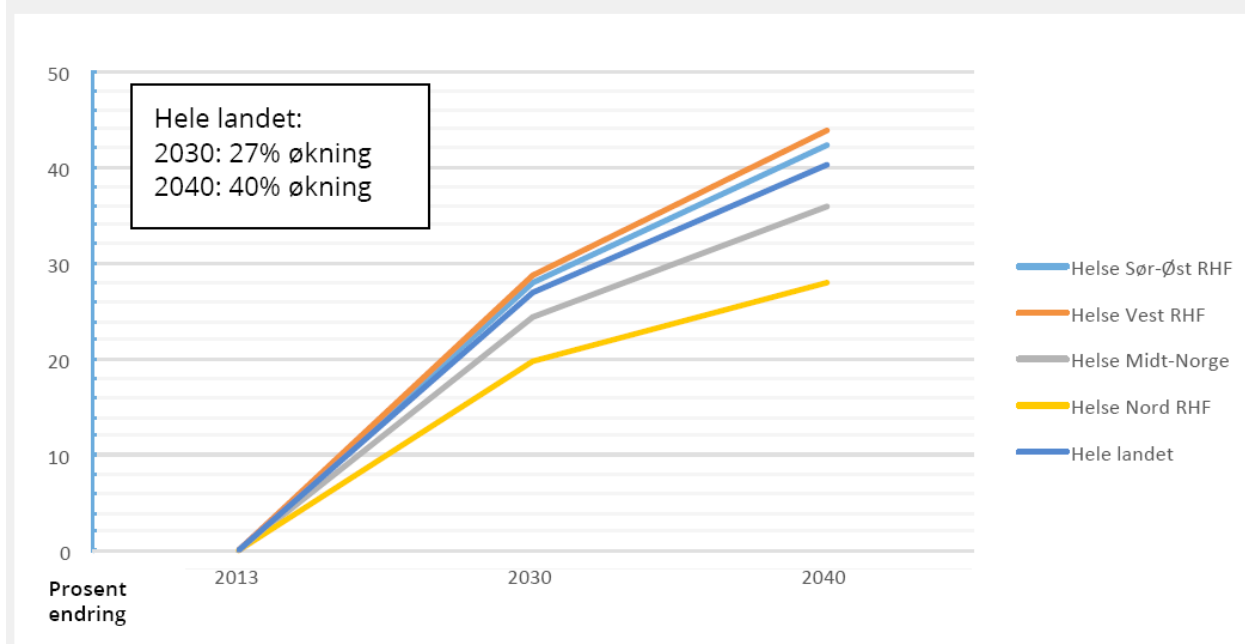
- 50% flere over 70 år i 2030
- Vi fortsetter å flytte til byene
- Andel eldre øker i spredtbygde strøk

Uten endring trenger vi

- 30 000 nye helsearbeidere i 2030
- 40 000 nye helsearbeidere i 2040

Figur

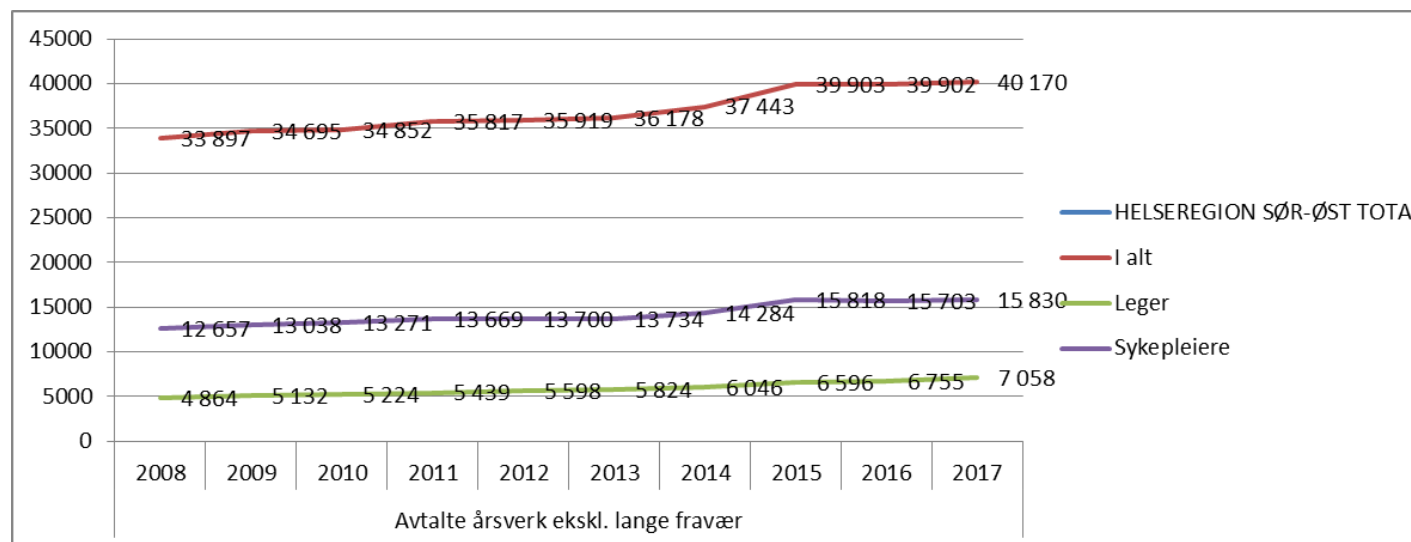
Behov for helsearbeidere 2030–40



Figur 4- behov for helsearbeidere- nasjonal plan

I *Regional utviklingsplan for HSØ* står et avsnitt om «bemanning, utdanning og kompetanse», samt et annet kapittel om «ta tiden tilbake- mer tid til pasientrettet arbeid». Det vises til at den største yrkesgruppen i HSØ er sykepleiere; 18,5% av alle ansatte, og 30,9% av alle med sykepleiefaglig grunnutdanning (side 51). En økning på 42% i HSØ i 2040 og 36% i 2035 (Nasjonal helse- og sykehusplan) er vanskelig å vurdere i antall årsverk siden det i den *regionale utviklingsplanen* ikke fremkommer hvor mange som er ansatte i spesialisthelsetjenesten i HSØ i dag.

Ved å gå inn på tall fra SSB kommer det frem en total økning fra 2008 til 2017 på 30% som utgjør en økning på 10 200 årsverk, se figur nedenfor.



Figur 5. SSBs oversikt over: « Sykehus og øvrige somatiske institusjoner. Årsverk, etter region, helseutdanning, statistikkvariabel og år – ekskludert lange fravær» for HSØ. BMA

Det var en total økning av årsverk fra 33 900 til 40 170, i perioden 2008-2017. Det var ca 10 200 flere årsverk – 30% økning- fra 2008 til 2017. Dette til tross for redusert aktivitet og redusert antall senger i regionen i samme periode. De 40 170 årsverk registrert i 2017 inkluderte 15 830 sykepleiere og 7 058 leger.

I 2013 var det totalt ca 36 200 årsverk i HSØ (se figur 5). Med 36% økning fra 2013 til 2035 (nasjonal plan) vil antall årsverk ekskludert lange fravær utgjøre 13 032 nye årsverk, og til sammen 49 230 årsverk i 2035. Antall sykepleierårsverk vil da utgjøre 4944 nye stillinger og totalt 18 678 sykepleierstillinger i 2035.

Dette er beregnet etter Nasjonal sykehusplan og tall fra SSB. Denne type beregninger som vist ovenfor skulle vært inkludert i Helse Sør-Øst sin utviklingsplan for 2035. Planen mangler helt analyse og vurderinger av nødvendige helsestillinger i fremtiden både med hensyn til vanlig sykehusdrift og for problemer rundt beredskap.

Beregningsgrunnlag. Det er forventet – og også registrert - at sykehuspasienter ofte er dårligere og mer arbeidskrevende enn tidligere, samtidig som diagnostikk og terapi blir mer komplisert og kompetansekrevende. Det kan føre til et større bemanningsbehov per pasient. I dag beregnes ofte forholdet mellom pleiepersonell (på plass ved pasienten) og pasient som forhold 1:2 og ved intensivheter 2:1. Det er ikke gjort noen analyser av dette i *Regional utviklingsplan 2035-Helse Sør-Øst*.

Konklusjon

- *Regional utviklingsplan 2035 Helse Sør-Øst mangler analyse av eksisterende og fremtidig behov med hensyn til nødvendig antall helsearbeidere ved sykehus i Helse Sør-Øst i 2035. Dette til tross for at Nasjonal sykehusplan har gjennomført analyser av behovet for helsearbeidere i relasjon til befolkningsøkningen og aktiviteter, pasientinnleggelse, poliklinikk og beredskap i helseregionen frem til 2040.*
- *SSB har tall for hele regionen og for fylkene i relasjon til beregnet årsverk nødvendig for å opprettholde et godt helsetilbud for befolkningsveksten i Helseregion Sør-Øst. Disse burde vært benyttet til analyser og framskrivning av antall helsepersonell mht utdanning, videreutdanning, ressurser etc ved de forskjellige sykehus i den regionale utviklingsplanen.*
- *Benyttes beregninger fra SSB og Nasjonal sykehusplan vil behovet for helsepersonell totalt sett øke fra dagens 40 170 ansatte i somatikk til ca. 49 230 i 2035.*
- *Regional utviklingsplan mangler mål mht behov for helsepersonell i spesialisthelsetjenesten, skisserer heller ikke tiltak for å øke antall helsepersonell i relasjon til befolkningsøkningen per 1000 innbyggere, og er derved ingen reell plan.*

Sentralisering og nedlegging av sykehusene i Helse Sør-Øst – økt risiko for pasientene!

Helsedirektoratets definisjon på sykehus:

Helseinstitusjon som undersøker og/eller behandler pasienter og hvor pasienter kan innlegges. I tillegg kommer begrepet *akuttmedisinsk beredskap* som defineres som «døgkontinuerlig beredskap for tilstander som uoppholdelig krever observasjon, diagnostikk, behandling, eventuelt stabilisering før videresending» (NOU 1998:8 s. 23).

I sykehus og utenfor sykehus er begrepet *øyeblikkelig hjelp* (ø-hjelp) «i rettslig sammenheng både et rettighets- og pliktbegrep, gjennomgående knyttet til en vurdering av om hjelpen er påtrengende nødvendig, basert på medisinsk faglig skjønn (NOU 1998:9 s. 17). Utover dette fellestrekket er det ikke mulig å finne en generell definisjon av begrepet, da bruken varierer internt i helsetjenesten. For nærmere om ø-hjelp begrepet se lov 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisttjenesten mm, lov 2. juli 1999 nr. 63 om pasientrettigheter, lov 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell mv. og lov 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene.» (Helsedirektoratet).

Akutt syke pasienter har ofte behov for akutt hjelp i sykehus, raskest mulig. I denne situasjonen ser departementet-- «behov for en klargjøring av hva som bør være responstid (dvs. tidsintervallet svares i AMK-sentral til ambulanse er fremme hos pasienten) for ambulanserbiler. Akuttutvalgets forslag til responstider gjøres derfor *veiledende* for fylkeskommunene i planlegging av tjenestetilbudet:

- *Akuttoppdrag:* 12 minutter for 90 prosent av befolkningen i byer og tettsteder og 25 minutter for 90 prosent av befolkningen i grisevredte strøk.
- *Hasteoppdrag:* 30 minutter for 90 prosent av befolkningen i byer og tettsteder og 40 minutter for 90 prosent av befolkningen i grisevredte strøk.

Departementet ønsker å styrke samarbeidet mellom fylkeskommunal ambulansetjeneste og kommunal legevakt. Behovet for dette har i den senere tid blitt aktualisert på grunn av flere interkommunale og stasjonære legevakter. Det oppfordres derfor til formalisering av dette samarbeidet, for eksempel gjennom etablering av lokale akuttmedisinske team.»

Problemer med akuttbehandling er sentralisering og nedlegging av sykehus (side 22) HSØ RHF ønsker å flytte akuttmottak fra sykehus til ambulanse og desentralisere akutfunksjoner til distrikts medisinske sentra! Dette ønskes gjennomført i en plan om å nedlegge sykehus- særlig i områder med lang vei til sykehus som Oppland og Hedmark. Derved reduseres akuttmedisinsk kvalitet. Risiko for dødelig utgang for pasienten kan øke betydelig. Plassering av lokalsykehus i nærområder av der pasientene bor er viktig for å redde liv i ikke-by områder.

Konklusjon

- *Nedlegging av akuttmedisinske sykehus må ikke skje i «grisgrendte strøk» der det er langt til akuttmedisinsk, forsvarlig sykehusbehandling.*
- *Akuttmedisinsk hjelp må ikke erstatte akuttmedisinsk sykehus.*
- *Desentralisering av akuttmedisin til distriktssenter blir en risiko for akutt syke pasienter- og må ikke skje!*

Sluttord

Regional utviklingsplan 2035 for Helse Sør-Øst er mangelfull, grunn og uten analysedokumentasjon og analyser. Det er mer tankespinn enn reell dokumentasjon, og gir ikke informasjon om hva som tenkes om pasientens framtid i Helse Sør-Øst.

Hele helseforetaksmodellen bør granskes, blant annet fordi den er en lukket forretningsinstitusjon. Dette kan observeres blant annet fra såkalte «høringer» av utviklingsplaner der fakta om kapasitet, økonomi, ansvar, fordeling, antall ansatte, pasientsenger osv tildekkes og holdes utenfor offentlig innsyn for hvert enkelt sykehus. Heller ikke SSB kan fremskaffe slike fakta i dag.

Grelle eksempler er utviklingsplaner/byggeplaner for Oslo Universitetssykehus og for Helse Sør-Øst. Dette går igjen som "standard" i helseforetaksmodellen i hele landet. "Høringer" blir riktignok sendt ut, men de mangler grunnfakta om dagens tilstand ved hvert enkelt sykehus. I stedet serveres en mulig økning -dvs- HSØ tror det blir ca 1002 somatiske senger mer i 2035 i helseregionen- men forteller ikke hva totaltallet blir- eller hva dagens tall er, eller hvor mange helsearbeidere som det er beregnet behov for. Derfor bør også selve "høringssystemet" granskes og justeres opp til en reell høring der alle tall kommer på bordet. Og helseforetaksmodellen bør legges ned.

For Redd Ullevål sykehus-aksjonen-

Bjørg Marit Andersen, professor dr med
Interim-styre leder for Redd Ullevål sykehus-aksjonen

Gaustadveien 1a 0372 Oslo
975 80 570