

Fra: Per Waage (permwaage@gmail.com)

Sendt: 22.06.2021 13:08:22

Til: Postmottak Helgelandssykehuset (postmottak@helgelandssykehuset.no)

Kopi:

Emne: Leserbreve

Vedlegg: Bærekraftanalysen for Helgelandssykehuset juni 2021 (1) (3) (1).docx

ADVARSEL: Denne eposten kommer fra utsiden av din organisasjon. Ikke klikk på lenker eller åpne vedlegg med mindre du kjenner igjen avsenderen og vet at innholdet er trygt.

God ettermiddag. Jeg anmoder om at vedlagte leserbrev journalføres og videreformidles til styrelederen, adm direktør og prosjektdir Aas.

Mvh Per Waage

BÆREKRAFTANALYSEN FOR HELGELANDSSYKEHUSET

Etter å ha lest dokumentene om dette til styremøtet i Helgelandssykehuset 25 juni 2021 er min konklusjon følgende: Det liten grunn til å komme med motforestillinger mot de konklusjoner som er trukket og som legges fram for styret med de forutsetninger som er valgt, med ett unntak, nemlig det forutsatte rentenivået. Dette er satt meget lavt og det overestimerer bærekraften. En annen feil med analysen er de øvrige forutsetninger som er valgt. Feilen refererer seg til sykehuset i Sandnessjøen, og det å investere i Sandnessjøen eller omegn for å følge opp statsråd Høie sitt vedtak om framtidig sykehusstruktur på Helgeland. Følges dette opp slik det er lagt opp til, er risikoen for store feilinvesteringer meget stor. Årsaken til dette er at det ikke tas utgangspunkt i pasientgrunlaget nå og i framtida. Legges pasientgrunlaget til grunn, kommer man fram til helt andre konklusjoner i forhold til investeringer i Sandnessjøen. Framtidige investeringer i Mosjøen og i Rana er ikke påvirket av dette.

Pasientgrunlaget er nært knyttet til folketallet, og den framtidige utviklingen i dette. På Helgeland har det vært en tilbakegang i folketallet siden år 2000 med vel 2000 personer. Ca 88% av tilbakegangen refererer seg til områdene sør for Korgenfjellet. Det er rimelig å anta at denne utviklingen ikke bare vil fortsette, men også kunne akselerere på grunn av endret aldersfordeling i befolkningen og manglende investeringer som kan bidra til vekst og utvikling. Ser vi spesielt på pasientgrunlaget for sykehuset i Sandnessjøen blir det ikke bare et spørsmål om befolkningsutviklingen, men hvordan sykehustjenestene til befolkningen sør for Korgenfjellet blir levert. Det er besluttet at Sør-Helgeland skal ha sitt DMS som nå er under utbygging. Dette vil bli meget velutstyrt og betjene et område med en befolkning på 12 837 personer. Av disse vil ca 1400 personer som bor i Bindal kommune også i fortsettelsen vil gjøre bruk av sykehuset i Namsos. Da vil pasientgrunlaget til DMSet i Brønnøysund være ca 11 400 personer. Ca 80% av disse vil bli ferdigbehandlet i Brønnøysund og ca 20% vil måtte ferdigbehandles i Sandnessjøen, evt akutt innlegges på sykehuset i Sandnessjøen eller et annet sykehus. Det vil si at pasientgrunlaget for sykehuset i Sandnessjøen reduseres med vel 9000 personer. Gjør man samme resonnement for Indre Helgeland med de tre kommunene Vefsn, Grane og Hattfjelldal med til sammen ca 16 000 innbyggere, vil spørsmålet reise seg hvor mye vil pasientgrunlaget for Sandnessjøen bli redusert. Det avhenger av hvilket medisinsk tilbud som skal gis i Mosjøen. En poliklinikk vil sannsynligvis kunne behandle ca 60% av pasientene. Det utgjør en reduksjon i pasientgrunlaget for sykehuset i Sandnessjøen på nærmere 10 000. Hvis det etableres et DMS i Mosjøen med utgangspunkt i sykehuset og med et tjenestetilbud som i Brønnøysund, blir reduksjonen i pasientgrunlaget for Sandnessjøen på nærmere 13 000. Samlet reduksjon i pasientgrunlaget for sykehuset i Sandnessjøen blir da på ca 19 000 – 22 000 personer. Dette er en betydelig reduksjon, nærmest en halvering, sett i forhold til dagens pasientgrunnlag for sykehuset i Sandnessjøen på ca 40 000 personer. Dette viser at man først bør ta stilling til hva slags medisinsk tilbud det skal være i Vefsn i framtida, før man går nærmere inn på hvilket alternativ som skal legges til grunn i Sandnessjøen.

Det kan se ut til at man legger til grunn at alle sykehusfunksjoner som i dag er i Mosjøen nærmest automatisk skal overføres til Sandnessjøen. Det er ikke utført noen utredninger som viser at dette er riktig. Det må forutsettes at man etterlever Statens utredningsinstruks, noe som innebærer at status quo som kalles for 0-alternativet, skal klarlegges først, for deretter å utrede hvilke gevinster som er forbundet med en flytting til Sandnessjøen. Da må man også utrede hva gevinsten er ved å flytte disse funksjonene helt eller delvis til Rana sykehus, som også i fortsettelsen vil være det største sykehuset på Helgeland.

Konsekvensen av et DMS i Brønnøysund, som settes i drift til neste år, og at det skal være et eller annet medisinsk tilbud i Mosjøen, er at pasientgrunlaget for sykehuset i Sandnessjøen blir omtrent

halvert i forhold til dagens nivå. Det også slik at statsråd Høies vedtak om at all ortopedi på Helgeland skal forbli ved Rana sykehus ikke vil ha så stor betydning for pasientgrunnet verken for sykehuset i Sandnessjøen eller det i Rana med mindre ortopedien i Rana videreutvikles til å ta enda flere pasienter fra andre områder enn Helgeland.

Når pasientgrunnet for sykehuset i Sandnessjøen egentlig blir halvert som følge av statsrådets vedtak, betyr det at antall senger også kan reduseres. Hvor mye må selvfølgelig utredes, men at det skulle gi som konklusjon av det må investeres ytterligere 5000 m² bygningsmasse virker verken sannsynlig, nødvendig eller troverdig.

Trekkes også inn i resonnetet konsekvensene av ny storflyplass på Hauan i Rana, som Stortinget har vedtatt, batterifabrikken, djupvasskaia og opprusting av jernbanen med sikte på større godskapasitet og mye mer av godstrafikken bort fra veien, er en økning i innbyggertallet i Rana på 10 000 personer ikke usannsynlig med alle indirekte virkninger. Dermed får sykehuset i Rana et pasientgrunnet etter 2030 på ca 46 000 personer, mens sykehuset i Sandnessjøen vil få sitt pasientgrunnet halvert fra dagens ca 40 000 personer til ca 20 000 personer.

Dette viser at de analyser som er gjort av Helgelandssykehuset er ufullstendige og ikke tar inn over seg alle relevante økonomiske sammenhenger. En litt annen modell der pasientbehovet settes i fokus på en helt annen måte leder fram til at det kun er rasjonalt å ruste opp dagens bygningsmasse i Sandnessjøen. Så kan kommunen overta alle overtallige sykehussenger for bruk i eldreomsorgen der det i dag er en betydelig underkapasitet i Alstahaug kommune.

Det paradoksale er at utviklingen som kommer betyr at Rana sykehus i ca 2035 har et pasientgrunnet på ca 46 000, mens hovedsykehuset i Sandnessjøen har et pasientgrunnet på under 20 000 personer. Det framkommer ikke i det materiale som Helgelandssykehusets administrasjon har lagt fram for sitt styre. Og hvis de forutsetninger som er valgt for bærekraftanalysen skal legges til grunn i fortsettelsen, vil det medføre betydelige feilinvesteringer i sykehusbygninger i Sandnessjøen og resultere i en bygningsmasse som det ikke er behov for.

Avslutningsvis vil jeg bemerke at bærekraftanalysen legger til grunn en nominell rente på 3% for hele analyseperioden. Dette er et meget lavt rentenivå for en periode på 20 år og undervurderer sannsynligvis hva det framtidige rentenivået vil være. Hvis det i årene framover blir en årlig prisstigning på 3% så forutsetter analysen at realrenta er null i hele perioden. Konsekvensen av feil forutsetninger om lav rente er en overestimering av bærekraften som blir kunstig høy og som igjen leder fram til feilallokering av ressursene i samfunnet.

Per Waage, samfunnsdebattant/cand oecon.