

ordet fritt

epost: ordetfritt@r-b.no Si din mening i Romsdals Budstikke. Bruk fullt navn. Oppgi alltid navn og adresse til redaksjonen. Skriv kort, maks. 60 linjer. Redaksjonen forbeholder seg retten til å forkorte innlegg. Innlegg blir ikke returnert. Innlegg i denne spalten blir ikke honorert.

Mangelfulle sykehusutredninger – en bevisst strategi?

Helse Møre og Romsdal har i forbindelse med planene om nytt sykehus i regionen fått utarbeidet en rekke analyser, hovedsakelig av Asplan Viak i Trondheim. Disse analysene finnes som vedlegg til styremøte 1. oktober 2012, og ekstraordinært styremøte 3. desember 2012. Jeg påpekte en feil i den første tilgjengelighetsanalysen for 2030, og en korrigert versjon ble utarbeidet. Den korrigerte versjonen viste at en lokalisering bynært Molde fullstendig dominerer en lokalisering midt mellom byene Kristiansund og Molde: alle som synes det er en fordel at et sykehus dekker flere pasienter enn færre, og at kortere reisetider til sykehuset er bedre enn lengre; vil foretrekke en lokalisering bynært Molde. Ingen sammenligninger av lokaliseringene er foretatt i rapportene.

Ytterligere detaljerte tilgjengelighetsanalyser ble beregnet til det ekstraordinære styremøtet. Her er dessverre flere analyser begrenset til bare å vise figurer over reisetidene for hvert lokaliseringalternativ, resultatene er kun illustrert grafisk, og på forskjellige sider. Leseren må derfor ha perfekt fotografisk hukommelse, og på øyemål kunne se for seg og sammenligne hvor disse kurvene eventuelt krysser hverandre. Dette er selvsagt en umulighet, noe både Helse Møre og Romsdal og Asplan Viak er fullstendig klar over. Det er åpenbart at man har villet unngå en sammenligning, og har derfor gjort dette umulig ved å utelate databellene.

Formen på disse kurvene avslører imidlertid at en har reisetiden nærmest på minuttet for den enkelte pasient. Det er derfor litt forunderlig at i de tilfeller der tall er presentert, så er de summert til grove intervaller på 30 minutter. Tilsvarende analyser tidligere (f.eks. utredningene i 2002) er utført med intervaller på 15 minutter, som viser et atskillig mer detaljert bilde. Igjen gir helseforetaket et inntrykk av at en ikke ønsker å gi mulighet for nøyaktige sammenligninger.

For ytterligere å gjøre disse tilgjengelighetsanalysene ubrukelige har man inkludert alle innbyggerne i hele fylket som pasientgrunnlag for et fellessykehus for Nordmøre og Romsdal. Dette er selvsagt helt meningsløst, fellessykehuset vil ikke ha kapasitet til å dekke et så stort pasientgrunnlag. Dette er enda et eksempel på at man bevisst forsøker å tildekke ulikheter mellom alternativene; ved å underslå det faktum at ulike lokaliseringer vil gi ulikt pasientgrunnlag, og derved gi

ulik størrelse på fellessykehuset. Isteden gir helseforetaket bevisst feilaktig inntrykk av at alle lokaliseringer medfører like stort fellessykehus.

Det blir ekstra lite troverdig å benytte hele fylket som pasientgrunnlag i tilgjengelighetsanalysene når de i andre rapporter, rapportene om transportarbeid, opererer med ulikt pasientgrunnlag for ulike lokaliseringer. Helseforetaket bør derfor forklare hvorfor de foretar meningsløse beregninger basert på hele fylket som pasientgrunnlag i tilgjengelighetsanalysene, når man i transportarbeidsanalysene opererer med et pasientgrunnlag tilpasset de ulike lokaliseringene. Her er en inkonsistens i analysene som savner en begrunnelse. Og igjen er det påfallende hvor iherdig man går inn for å tildekke ulikheter, det fremgår ikke i transportarbeidsanalysene hvor stort pasientgrunnlag som er beregnet for de ulike lokaliseringene.

I transportarbeidsanalysene beregnes det dessuten redusert pasientgrunnlag for de som har St. Olav som sitt nærmeste sykehus i 2030. En tar dermed hensyn til pasientlekkasjer ut av fylket, noe som selvsagt er i disfavør av et nytt fellessykehus jo lenger sør det plasseres. Igjen er analysene inkonsistente, tar man hensyn til at pasienter reiser ut av fylket må man selvsagt også ta hensyn til at pasienter kan reise inn til fylket. Det er f.eks. en reell mulighet for at pasienter fra Bjørli, Lesja og Dombås kan velge å dra til et nytt fellessykehus for Nordmøre og Romsdal, hvis lokaliseringen er gunstig for disse pasientene. Denne asymmetrien i analysene, ved at det tas hensyn til pasientstrømmer ut av, men ikke inn til fylket, svekker verdien av og tiltroen til utredningene.

Om en sammenligner gjennomsnittlig reiselengde for befolkningen til sykehuslokalitetene for dagens befolkning og transportnettverk (2012), med befolkning og transportnettverk i 2030, fremgår det av rapportene at gjennomsnittlig reiselengde øker når nye veier blir tilgjengelig. Dette er ganske oppsiktsvekkende, en ville tvert imot forvente at reiselengden ble uendret eller kortere med nye veier, som jo gir flere muligheter. Hvis gamle veier ikke stenges, vil det være mulig å fortsatt velge den gamle, kortere kjøreruten. Om det er slik at man har valgt en lengre, men raskere reiserute med nye veier tilgjengelig, så er det kun konsistent hvis pasientenes tidskostnad utgjør en viktig del i analysen, men så vidt jeg kan se

har helseforetaket ikke gjort anslag på pasientenes tidskostnad. Det er da meningsløst å minimere deres reisetid i denne sammenhengen, hvis reisetiden er gratis.

Jeg kan heller ikke se at det er grunnlag for å anta at de fleste pasientene i fremtiden flytter lengre unna de aktuelle lokaliseringene. Det er derfor ønskelig at Helseforetaket gir en forklaring på hvordan gjennomsnittsavstandene har økt med nytt transportnettverk for 2030, og hvorfor effekten er motsatt for lokaliseringer av et fellessykehus i Kristiansund, som er den eneste lokalisering som får reduserte avstander. Det kan være behov for å forklare mer detaljert hvordan disse gjennomsnittlige reiselengdene beregnes, og hva som er premissene for beregningene.

Ett gjennomgående trekk ved de fleste av disse inkonsistente og asymmetriske analysene er det faktum at de favoriserer en lokalisering av et fellessykehus for Nordmøre og Romsdal lengst mulig unna sykehuset i Ålesund, og gir det nye fellessykehuset minst pasientgrunnlag. Enkelte vil kanskje spekulere i hvem som har interesser i å manipulere fram en slik løsning.

Jeg har i mange avisinnlegg gått inn for å beholde dagens modell med to sykehus, og etterlyst dokumentasjon på at ett fellessykehus er en bedre løsning enn dagens modell med to sykehus, som alle tidligere analyser har konkludert med er best. Så langt har det nye helseforetaket ikke gjort noen komplette analyser som direkte sammenligner en modell med to sykehus mot ett fellessykehus. Isteden har man pøst på med en mengde meningsløse beregninger som drukner leseren i dokumenter.

Helseforetaket har med basis i disse analysene fra Asplan Viak vedtatt at det skal være ett sykehus felles for Nordmøre og Romsdal. Styret har også vedtatt at sykehuset skal lokaliseres på aksen Hjelset–Frei, og ikke nærmere enn 20 km noen av byene Kristiansund og Molde. Det gis ingen faglige begrunnelser for å utelukke byene som mulige lokaliseringer. Fylkesmannen i Møre og Romsdal har etterlyst bynære tomtealternativer for å tilfredsstille rikspolitiske føringer og plan- og bygningsloven, som Fylkesmannen er satt til å forvalte. Og han får støtte fra sin kollega i Oppland, som også påpeker at Helse Møre og Romsdal fører en helt annen bypolitikk enn det dagens arbeiderpartiregjering forfekter.



Får spørsmål: Styreleder John Harry Kvalshaug og adm. direktør Astrid Eidsvik i Helse Møre og Romsdal får flere utfordrende spørsmål fra innsenderen. **FOTO: RICHARD NERGAARD**

Miljøvernminister Bård Vegar Solhjell presenterte 27.08.2013 regjeringsrapporten «Den moderne bærekraftige byen», som følger opp Faglig råd for bærekraftig bypolitikk midtveirapport. Der foreslås det at «det skal være en ufravikelig regel om at etablering av for eksempel sykehus, tinghus, høyskoler, fengsel og lignende skal plasseres i sentrale byområder. Det innarbeides et krav i planverket om at offentlige institusjoner ligger i bykjerne». Verken Hjelset eller Frei kan karakteriseres som bykjerne, og dette understøtter Fylkesmannens etterlysning av bynære tomtealternativer. Direktør Eidsviks begrunnelse for å utelukke Eikrem fordi dette ikke aksepteres i Kristiansund vil neppe stå seg i denne sammenhengen. Spesielt ikke når både nåværende helseminister fra Arbeiderpartiet og påtroppende statsminister fra Høyre begge presiserer at det skal være faglige vurderinger som ligger til grunn for lokaliseringen.

Jeg forventer ikke at direktør Eidsvik skal relansere byene som alternative lokaliseringer. Men det er interessant å vite om også styreleder John Harry Kvalshaug vil ignorere disse tydelige signalene fra regjeringen, og risikere at tomtevalget ikke blir godkjent. Det vil være en tabbe av fatale dimensjoner å ikke ta Fylkesmannens innsigelser på alvor, hvis resultatet blir at man må begynne på nytt igjen i tomtevalgsprosessen, og dermed forsinke et fellessykehus kraftig. De som helst ser at det ikke blir bygd noe nytt sykehus i konkurranse med Ålesund, vil selvsagt ikke ha noe imot en slik utsettelse. Da får Ålesund tid til å bygge seg opp til å bli fellessykehuset for hele fylket.

Jeg har derfor følgende spørsmål til Helse Møre og Romsdal:

1. Hvorfor er det for enkelte analyser ikke rapportert tall,

men kun figurer? Alt datagrunnlag og alle resultater bør fremgå tydelig, og tilgjengelighetsanalysene må ha mer presise intervaller enn 30 minutter. Tidligere analyser bruker eksempelvis intervaller på 15 minutter. Resultatene for ulike alternativer må kunne sammenlignes.

2. Hvorfor benyttes hele fylket som pasientgrunnlag i tilgjengelighetsanalysene, når det i andre analyser benyttes et pasientgrunnlag tilpasset de ulike lokaliseringalternativene?

3. Hvorfor har man gått bort fra å bruke hele fylket som pasientgrunnlag i transportarbeidsanalysene? Og hvorfor tallfestes ikke det pasientgrunnlaget man her benytter for de ulike lokaliseringalternativene?

4. Hvorfor tar man hensyn til pasientstrømmer ut av fylket, men ikke inn til fylket?

Hvorfor tar man ikke hensyn til pasientstrømmer i tilgjengelighetsanalysene?

5. Hva er forklaringen på at gjennomsnittlig reiselengde til de ulike sykehuslokaliseringene blir lengre i 2030 med nytt transportnettverk og estimert befolkning, sammenlignet med dagens transportnettverk og befolkning? Og hvorfor er effekten motsatt for sykehus lokalisert i Kristiansund?

6. Hvilke forhold har endret seg så vesentlig at de tidligere analysene, som konkluderte med at to sykehus var den beste modellen, ikke lenger er gyldig? Hvor er dette dokumentert?

7. Sykehuslokaliseringen skal baseres på faglige vurderinger. Hvilke faglige momenter utelukker byene som alternative lokaliseringer? Vil Helse Møre og Romsdal følge Fylkesmannens oppmoding om mer bynære tomtealternativer og åpne for lokaliseringer i byene? Hvis ikke, hva er begrunnelsen for ikke å følge intensjonene i regjeringens bypolitikk?

**Rasmus Rasmussen
Molde**