

IDÉFASERAPPORT: SJUKEHUSET I NORDMØRE OG ROMSDAL - SNR

Ver.: 1.0. - 25.11.2014.

1 Føreord

Helse Møre og Romsdal HF (HMR) vedtok utviklingsplanen for føretaket i desember 2012 og Helse Midt-Norge RHF (HMN) slutta seg til konklusjonane. Dette ga grunnlaget for å starte «tidlegfasen» for nytt felles akuttsjukehus i Nordmøre og Romsdal (SNR). Idéfase som denne rapporten omhandlar er første fase av tidlegfaseprosessane i tråd med nasjonal veileidar. I idéfasen skal Helse Møre og Romsdal HF innstille overfor Helse Midt-Norge RHF på lokalisering og tomt for SNR, prinsipielt innhald, økonomisk berekraft, ROS analyse og alternativ for vidare utgreiing og mandat som skal ligge til grunn i komande fase «konseptfasen». Denne idéfaserapporten for SNR dannar grunnlaget for sakshandsaminga og innstilling. Rapporten er underlagt ekstern kvalitetssikring (KSK) utført av Holte Consulting.

Det prosjektutløysande behovet for tidlegfasen for sjukehuset i Nordmøre og Romsdal, omtala over mange år, er den nedslitne og uhensiktsmessige bygningsmassa ved Molde sjukehus, Lundavang. Utviklingsplanen konkluderte strukturelt med å slå saman lokalsjukehuset i Molde og Kristiansund til eitt akuttsjukehus på aksene mellom Hjelset og søre del av Frei, som den framtidsretta løysinga for spesialisthelsetenesta i Nordmøre og Romsdal. Det var fagleg kvalitet, berekraft og robuste fagmiljø og utviklinga innan og mellom dei medisinske fagdisiplinane som var dei viktigaste argumenta i denne avgjerda. I tillegg til eitt akuttsjukehus, skulle ein ta med seg vidare nærare utgreiingar av forholdet til desentral poliklinikk og dagbehandling i folketette område. Utviklingsplanen gav svært viktige utviklingsprinsipp for Nordmøre og Romsdal, utan at ein i 2012 hadde same tyngde i prosessen på Sunnmøre. Dette må ein arbeide vidare med i tida som kjem, og i bygningsmessig utviklingsplan føreligg det dokumentert store utfordringar kva gjeld bygg og utstyr ved Ålesund og Volda sjukehus.

Arbeidet har pågått i 2013 og 2014, og har vore leia av ei styrings og koordineringsgruppe med prosjektgruppe som utøvande organ. Det har vore arbeid i klinikkar, avdelingar og seksjonar og saman med kommunane og andre samarbeidspartar. I tillegg til dette har det skjedd eit omfattande arbeid i forhold til dei kommunale tomteprosessane i tråd med plan og bygningsloven. Kommunane Gjemnes, Kristiansund og Molde har delteke i ei administrativ plangruppe, saman med Møre og Romsdal fylke (plan og analyseavdelinga), Helsebygg Midt-Norge (HMN) og Helse Møre og Romsdal. Fylkesmannen og Statens Vegvesen har møtt etter behov. Norconsult har hatt ansvaret for konsekvensutgreiing (KU), som både har hatt eit lokalt fokus omkring tomter og nærmiljø, men også på dei meir regionale tema som gjeld for heile regionen (i denne samanheng Nordmøre og Romsdal). Både HMR sitt idéfasearbeid og regional KU har vore ute på ei omfattande høyringsrunde, der ein har fått mange verdifulle tilbakemeldingar som også er lagt til grunn for arbeidet.

Proessen, rapporten og sakshandsaminga fører fram til ei svært krevjande avgjerd – lokalisering av det framtidige akuttsjukehuset for Nordmøre og Romsdal, som skal erstatte dagens Molde og Kristiansund lokalsjukehus. Det er avgjerdande viktig at alle partar sluttar opp om avgjerda og rettar innsatsen sin mot realiseringa av dette viktige prosjektet for noverande og framtidige pasientar i spesialisthelsetenesta i Nordmøre og Romsdal.

Rapporten vert lagt til grunn for Helse Møre og Romsdal HF si innstilling av tomt/lokalisering og prinsipielt innhald i SNR, ROS analyse, samt alternativ og mandat for konseptfasen. Saka vert sendt til Helse Midt Norge RHF som set med kompetansen for endeleg avgjerd.

Astrid J. Eidsvik
Administrerande direktør

1	FØREORD	1
2	SAMANDRAG	5
3	BAKGRUNN, MANDAT OG FØRINGAR	11
3.1	BAKGRUNN	11
3.2	IDÉFASEARBEIDET	16
3.3	FØRINGAR	25
4	MÅLSTRUKTUR OG AVGRENSING AV PROSJEKTET	29
4.1	SAMFUNNSMÅL.....	30
4.2	EFFEKTMÅL	30
4.3	RESULTATMÅL.....	31
4.4	MÅLSTRUKTUR OG GRENSESNIITTET MOT TOMTEVAL	31
4.5	AVGRENSINGAR AV PROSJEKTET SNR.....	32
5	SKILDRING AV VERKSEMDA I DAG	34
5.1	HOVUDTREKK	34
5.2	ORGANISERING OG LOKALISERING	35
5.3	OPPTAKSOMRÅDE OG BRUKSMØNSTER	37
5.4	PASIENTBEHANDLING SOMATIKK.....	48
5.5	PASIENTBEHANDLING PSYKISK HELSEVERN, RUS- OG AVHENGIGHEITSBEHANDLING	50
5.6	FORSKING, UTDANNING OG INNOVASJON.....	52
5.7	SAMHANDLING/SAMARBEID MED ANDRE AKTØRAR.....	53
5.8	SAMHANDLING OG OPPGÅVEDELING MELLOM SJUKEHUS	55
5.9	SAMHANDLING MED KOMMUNANE	55
6	UTVIKLING AV HELSETENESTENE MOT 2030	59
6.1	BEFOLKNINGSUTVIKLING	59
6.2	SJUKDOMSUTVIKLING	60
6.3	MEDISINSKFAGLEG OG TEKNOLOGISK UTVIKLING	60
6.4	INFORMASJONS- OG KOMMUNIKASJONSTEKNOLOGI (IKT)	61
6.5	OPPGÅVE- OG FUNKSJONSDELING	62
6.6	ANDRE OMSTILLINGSFAKTORAR	66
6.7	ANDRE ENDRINGSDRIVANDE ELEMENT FOR FRAMTIDA.....	66
7	FRAMSKRIVING AV AKTIVITET OG UTREKNING AV AREAL	69
7.1	METODE	69
7.2	OMSTILLINGSFAKTORAR OG EFFEKTIVISERING	70
7.3	FRAMSKRIVING AV AKTIVITET ETTER SJUKDOMSUTVIKLING OG OMSTILLING	71
7.4	OPPSUMMERING DIMENSJONERANDE FØRESETNADER FOR UTREKNING AV AREAL	73
7.5	AREAL PR. HOVUDFUNKSJON I SNR	75
7.6	SAMLA AREAL FOR SNR	79
8	KONSEKVENSGREIING, KU DEL 1 (LOKAL) OG KU DEL 2 (REGIONAL)	81
8.1	OPPSUMMERING AV KU DEL 1:LOKALE KONSEKVENSGAR.....	81
8.2	OPPSUMMERING AV KU DEL 2: REGIONALE KONSEKVENSGAR	86
8.3	SAMLA OPPSUMMERING KU DEL 1 OG DEL 2.....	89
8.4	TILGJENGE/SAMFERDSEL	89
8.5	UTVIKLING AV FRIGJEVNE SJUKEHUSOMRÅDE.....	94
9	0-ALTERNATIVET	95

9.1	DEFINISJON AV 0-ALTERNATIVET	95
9.2	REFERANSE TIL OFFENTLEG VEGLEIAR OG VEDTAK	95
9.3	SKILDING AV TILTAK I 0-ALTERNATIVET	96
10	ØKONOMI.....	98
10.1	INVESTERINGSKOSTNAD	98
10.2	DRIFTSØKONOMI	100
10.3	NO-VERDIUTREKNING AV ALTERNATIVA	105
10.4	ØKONOMISK BEREVNE.....	107
10.5	FINANSIERING	111
10.6	ALTERNATIV MODELL FOR FINANSIERING	111
10.7	SAMFUNNSØKONOMISK VURDERING.....	111
10.8	SENSITIVITETSANALYSE.....	111
10.9	USIKKERHETSURDERING.....	113
11	ROS-ANALYSE	117
11.1	FØREMÅL.....	117
11.2	METODE.....	117
11.3	GJENNOMFØRING.....	117
11.4	RESULTAT OG ALTERNATIVE RISIKOBILETE.....	118
11.5	OPPSUMMERING/KONKLUSJONAR	120
12	EVALUERING, DRØFTING OG TILRÅDING.....	121
12.1	BAKGRUNN	121
12.2	EVALUERING GJENNOM KONSEKVENSGREINGANE (KU)	122
12.3	SJUKEHUSET SI KJERNEVERKSEMD.....	125
12.4	ROS ANALYSE	136
12.5	ØKONOMI	137
12.6	DRØFTING OG TILRÅDING	138
13	PLAN FOR KONSEPTFASE.....	144
13.1	INNLEIING	144
13.2	PROSJEKT OG PROSJEKTEIAR.....	144
13.3	HENSIKT – MÅL OG RAMMER	145
13.4	GRENSSNITT.....	147
13.5	SUKSESSKRITERIER OG KRITISKE SUKSESSFATORAR	148
13.6	FORELØPIGE RAMMEVILKÅR OG GRUNNLAGSDOKUMENT	148
13.7	INNHALD OG ARBEIDSGOMFANG I KONSEPTFASEN – HOVDLEVERANSE	149
13.8	PROSJEKTSTRATEGI – PLAN FOR GJENNOMFØRING.....	149
13.9	STRATEGI FOR STYRING AV UVISSE	156
13.10	INFORMASJON	158
13.11	ORGANISERING, STYRING OG ANSVARDELING.....	158
13.12	TILSETTE- OG BRUKARMEDVERKING I PLANPROSESSEN.....	160
13.13	PROSJEKTSTYRINGSGBASIS.....	161

LISTE OVER FIGURAR

FIGUR 3.1 FASER OG PUNKT FOR AVGJERSLER I TIDLEGFASEN	11
FIGUR 3.2 TEKNISK TILSTAND FOR SJUKEHUSA I HMR	15
FIGUR 3.3 PLANPROSESS I TIDLEGFASEN FOR SJUKEHUSPROSJEKT.....	18
FIGUR 3.4 IDÉFASEPROSESSEN FOR SNR.....	20
FIGUR 3.5 HEILSKAPLEG MODELL FOR UTVIKLINGSPLANEN I HELSE MØRE OG ROMSDAL	23
FIGUR 3.6 ORGANISERING AV VIDAREFØRING AV ARBEIDET MED UTVIKLINGSPLAN – IDÉFASE	23
FIGUR 4.1 KART OVER MØRE OG ROMSDAL MED PERSPEKTIV, INSTITUSJONAR OG GRENSEOMRÅDER	29
FIGUR 4.2 MÅLHIERARKI OG PERSPEKTIV	30
FIGUR 4.3 EVALUERINGSMODELL MED KRITERIER FOR ULIKE ALTERNATIV AV SNR.....	32
FIGUR 5.1 ORGANISASJONSKART HMR.....	34
FIGUR 5.2 PASIENTSTRAUMAR FOR NORDMØRE OG ROMSDAL	40
FIGUR 5.3 TAL SJUKEHUSOPPHALD PR. 1000 INNBYGGJAR VED TE REGIONSIUKEHUS FOR DØGNPASIENTAR BUSETTE I MØRE OG ROMSDAL ETTER DRG-TYPE OG BUSTADSOMRÅDE, 2013	47
FIGUR 5.4 TALET SJUKEHUSOPPHALD PR. 1000 INNBYGGJAR FOR DAGPASIENTAR BUSETTE I MØRE OG ROMSDAL ETTER BUSTADSOMRÅDE OG TILBYDAR, 2013	48
FIGUR 5.5 TALET KONSULTASJONAR PR. 1000 INNBYGGJAR FOR PASIENTAR BUSETTE I MØRE OG ROMSDAL ETTER TILBYDAR OG BUSTADSOMRÅDE, 2013	48
FIGUR 7.1 MODELL FOR UTREKNING AV AREAL	69
FIGUR 8.1 TOMTEPLASSERINGANE FOR SNR, INKLUDERT ÅLESUND SJUKEHUS OG ST.OLAVS HOSPITAL.....	90
FIGUR 10.1 BILETE PÅ INVESTERINGSKOSTNAD FOR DEI ULIKE ALTERNATIVA.....	100
FIGUR 10.2 GRAFISK FRAMSTILLING AV NOVERDIBEREKNING FOR DEI ULIKE ALTERNATIVA, MÅLT I AVVIK FRÅ 0-ALTERNATIVET	107
FIGUR 10.3 BEREKRAFT ÅRLEG OG AKKUMULERT OVER 25 ÅR.....	109
FIGUR 10.4 BEREKRAFT BASERT PÅ RENTE + AVSKRIVINGAR OVER 27 ÅR.....	110
FIGUR 10.5. FØLSOMHEITSANALYSE - BEREKRAFT VED 5 % RENTE	112
FIGUR 10.6. USIKKERHEITSVURDERING 0-ALTERNATIVET	114
FIGUR 10.7. USIKKERHEITSVURDERING ALTERNATIV 1A.....	114
FIGUR 10.8. USIKKERHEITSVURDERING ALTERNATIV 1B.....	115
FIGUR 10.9. USIKKERHEITSVURDERING ALTERNATIV 1C.....	115
FIGUR 10.10. USIKKERHEITSVURDERING, SPREIING	116
FIGUR 12.1 EVALUERINGSMODELL FOR ALTERNATIVA I IDÉFASEN SNR	122
FIGUR 12.2 FØREMÅLET TIL SPESIALISTHELSETENESTELOVA	126
FIGUR 12.3 KVALITET I SJUKEHUS OG PÅVERKANDE FAKTORAR	129
FIGUR 12.4 BEFOLKNINGA SI REISETID MED BIL OG RUTEGÅANDE TRAFIKK (IKKJE UTRYKKING)	140
FIGUR 13.1 ALTERNATIV SOM SKAL UTGREIAST I KONSEPTFASE SNR	144
FIGUR 13.2 MÅLSTRUKTUR SNR	145
FIGUR 13.3 RESULTATOMRÅDE FOR KONSEPTFASEN SNR	147
FIGUR 13.4 PROSJEKTFRAMDRIFT SNR	147
FIGUR 13.5 INNHALD KONSEPTFASE	149
FIGUR 13.6 FORHOLDET MELLOM HOVUDAKTIVITETANE I KONSEPTFASA.	150
FIGUR 13.7 SKISSEPROSJEKTET SOM SENTRALT PRODUKT I KONSEPTFASEN	153
FIGUR 13.8 PRINSIPP FOR PROSJEKTORGANISASJON.....	159
FIGUR 13.9 FRAMDRIFTSPLAN KONSEPTFASEN.....	162
FIGUR 13.10 HOVUDFASAR I PROSJEKTREALISERINGA AV SNR.....	162

2 Samandrag

Bakgrunn og mandat

I samband med fusjonen mellom tidlegare Helse Sunnmøre HF og Helse Nordmøre og Romsdal HF til Helse Møre og Romsdal HF, vart det i føretaksprotokollen bestilt ein «samla plan» for det nye føretaket. I protokollen var det ei klar forventning om at problemstilling om sjukehusstruktur i Nordmøre og Romsdal skulle avklarast, og at ein skulle vurdere sjukehusa i føretaket og fylket samla sett. I desember 2012 konkluderte HMR på det som då hadde fått namnet «utviklingsplan», som slo fast at sjukehusstrukturen i Nordmøre og Romsdal som skal møte det langsiktige behovet for spesialisthelsetenester, skal vere eitt felles akuttsjukehus. Sjukehuset i Nordmøre og Romsdal (SNR) skal plasserast på akse frå Hjelset til søre del av Frei, det skal erstatte lokalsjukehusa i Molde og Kristiansund, og det skal utgreiast nærare forholdet til poliklinikk og dagbehandling i folketette områder.

Ein vesentleg vurdering som var gjort i samband med vedtaket om SNR, var at med omsyn til pasientvolum, fagleg kvalitet og vidareutvikling av robuste fagmiljø viste at det ikkje er grunnlag for to lokalsjukehus med akutt og fødetilbod i Nordmøre og Romsdal. Det var også eit samla fagmiljø i Møre og Romsdal som meinte at dette var den framtidsretta faglege løysinga – men samstundes uttrykte fagmiljø uro over den krevjande lokaliseringdiskusjonen dette medførte.

Vedtaket om SNR i utviklingsplanen, og at Helse Midt-Norge RHF slutta seg til vedtaket, la grunnlaget for at ein kunne starte opp tidlegfaseplanlegginga av dette sjukehusprosjektet. Første fase i tidlegfasen for sjukehus er «idéfase», som denne rapporten omhandlar. Det er viktig å understreke at prosjektet SNR, omhandlar dei 19 kommunane i Nordmøre og Romsdal, fråtrekt Rindal og Sandøy, og ein står då igjen med 17 kommunar. Desse kommunane har i dag rundt 118 000 innbyggjarar og nærmar seg 135 000 i 2030.

Ein må sjå på realiseringa av SNR i ulike perspektiv, som rører ved samfunn, region, føretak og «lokalt» for sjølve prosjektet. Sjukehuset skal vere eit moderne og varande helsebygg, som er robust og attraktivt for pasientar og tilsette. Målsettinga med sjukehusplanlegging er å forbetre tilbodet som vert gjeve til pasientane. HMR skal sikre innbyggjarane kvalitativt gode, likeverdige, tilgjengelige og tilpassa spesialisthelsetenester, med god ressursutnytting. Nordmøre og Romsdal har over tid hatt utfordringar knytt til lokalisering og innhald i sjukehusa. Ordskifte har gått varmt, og polariseringa mellom Kristiansund og Molde har til tider vore ei påkjenning for innbyggjarane, pasientar og tilsette. På grunn av konfliktnivået som rådar, har budskapet om at SNR skal gjere framtidens pasientar til vinnaren, kjem i skuggen av ordskifte kring lokalisering og innhald.

Idéfasearbeid

Då HMN slutta seg til utviklingsplanen i desember 2012, slo helseregionen samstundes fast at nytt felles akuttsjukehus i Nordmøre og Romsdal var føsteprioritet på regionen si prioriteringsliste over større investeringstiltak. Dette vedtakspunktet opna formelt for at HMR kunne gå inn i tidlegfasen for SNR, og mandatet til idéfasa vart gitt av styret i HMR i februar 2013.

Oppdraget i idéfasen utvikla seg frametter, og det som ein skal ta stilling til i desember 2014, er lokalisering og tomt for SNR, det prinsipielle innhaldet ift. medisinske funksjonar, kva alternativ ein skal utgreie i neste fase, ROS analyse og mandat for konseptfasen. Idéfaserapporten er også

grunnlaget for neste fase i tidlegfasen, konseptfasen. Så for å kome godt i gong med vidare prosjektarbeid, er det viktig at ein legg eit godt grunnlag i inneverande fase.

Dagens verksemd

Ein tek i rapporten grundig føre seg dagens verksemd ved ein gjennomgang av organisering, lokalisering, bygg og medisinske funksjonar ved ulike lokalitetar. Ein framstiller også avgrensingar imellom sjukehusa i forhold til bustadområde, fordeling av behandling og aktivitet i føretaket og pasientar frå Møre og Romsdal som får tilbod i andre føretak.

Utvikling i brukarbehov og endringar i helsetenestene

Den demografiske utviklinga viser at frå 2013 til 2030 vil befolkninga i Møre og Romsdal auke frå vel 260 000 til om lag 300 000 innbyggjarar. Den prosentvise auken for aldersgruppa 67+ er monaleg høgare enn for aldersgruppa 0-66 år. Her er det skilnader mellom Nordmøre og Romsdal og Sunnmøre – sistnemnde får den største auken i den yngre befolkninga. For Møre og Romsdal vil også fleire innvandrarak (arbeidsinnvandring) påverke demografien og sjukdomsbiletet.

Nasjonale framskrivingar av sjukdomsutviklinga fram til 2030 viser ei venta auke på 50-60 % for aldersrelaterte lidningar. Det er mellom anna venta fleire eldre med samansette lidningar, auka forekomst av psykiske lidningar og av dobbeldiagnose psykiatri og rus, auke i overvekt, diabetes type 2 og sjukdommar i andedrettsorgan, og at fleire får visse typar kreft. Moderne behandling vil likevel føre til at fleire lever lenger med sjukdom og treng samansett oppfølging. Sjukdommar som følgje av multiresistente bakteriar og smittevernproblematikk er òg venta i større grad enn før.

I prognostiske utrekningar som er gjort vert det skissert ei auke i ressursbruken om lag 30 % frå 2009 og fram mot 2030. Ressursbruken aukar meir enn veksten i befolkninga fordi det er talet eldre over 67 år som aukar mest - og desse innbyggjarane har relativt sett eit høgare forbruk av spesialisthelsetenester. Dette er i tråd med nasjonale vurderingar.

Endring i alderssamansetninga og behov vil påverke korleis ein organiserer helsetenestene i føretaket. I tillegg går trenden i alle fagområde frå døgnpasientar til dag-/poliklinikkbehandling. Innanfor somatiske tenester ser ein føre seg ei 50 % auke i den polikliniske verksemda, og ei nær dobling av dagbehandling. Sengetalet i føretaket vil truleg halde seg rimeleg stabilt på dagens nivå. Samhandlingsreforma vil medverke til at pasientar som i dag ligg i sjukehus vil bli tatt i vare av kommunane eller interkommunale tilbod. Det er derfor viktig at HMR samarbeider tett med kommunane for å lukkast med både faglege og administrative grep for å realiserer intensjonane i samhandlingsreforma. For psykiatrien ser ein også at det er poliklinisk verksemd som vil auke, saman med ambulante tenester.

Aktivitetsutvikling og pasientstraumar

For perioden 2011-2013 har døgnopphalda samla for føretaket auka, sjølv om ikkje alle sjukehusa i seg sjølv har hatt ei auke. Om dette skuldast pasientar busette i eige fylke eller som kjem utanfrå fylket varierer pr. sjukehus. For dagbehandling har HMR ein samla nedgang i perioden, medan ein for polikliniske konsultasjonar ser ei auke for heile føretaket.

Pasientstraumar ut av eige helseføretak, spesielt frå Nordmøre mot Sør Trøndelag, syner at det reiser lokalsjukehuspasientar dit som representerer eit inntektspotensial på om lag 90 MNOK og reisekostandar for omtrent 5 MNOK. Det følgjer ein marginalkostnaden på å skulle gje desse pasientane eit tilbod i eige HF, så det reelle effekten er usikker.

Bruken av private aktørar varierer med kva for behandlingsnivå ein snakkar om. Dei private sjukehusa slår inn på dagbehandlinga, der det i all hovudsak er dagkirurgisk aktivitet det er tale om. Forbruksmønsteret er litt ulikt i fylket i perioden 2011-2013.

Bruk av universitetssjukehusa for døgnpasientar ser ein særskilt for sjukdommar i nervesystem, sirkulasjonsorgan og muskel-/skjelett- bindevevssystemet. Noko av dette kjem frå ei naturleg funksjonsdeling, då det berre er universitetssjukehuset som tilbyr aktuell type behandling. For fylket er det Ålesund bustadområde som har lågast rate for bruk av regionale tenester, medan Kristiansund har det høgaste forbruket. Dette er også tilfellet for polikliniske tenester.

Oppgåve- og funksjonsdeling

Det er eit mål at ein skal legge ei avklara oppgåve og funksjonsdeling til grunn for planlegging av eit nytt sjukehusprosjekt. Gjennom ein arbeidsprosess hausten 2014 er det kome tilrådingar til korleis ein best mogeleg skal danne ei god løysing for eit heilskapleg sjukehus med tilbod til befolkninga som dekker det meste av behovet for sjukehusstenester på lokalsjukehusnivå, både på døgn- og dagbasis. Det framgår at SNR vert planlagt med dei tunge kirurgiske disiplinane, har eit breitt indremedisinsk tilbod og er i tillegg tyngdepunkt innan nevrologi og medisinsk mikrobiologi, i tillegg til at sentrale område som intensiv, anestesi og føde som ein del av sjukehuset. I vurderingane mellom avstand, kompetanse, kvalitet og økonomi, er det søkt løysingar som gir eit tilbod som dekker det meste av behovet også innan dei mindre disiplinane som auge, øyre-/nase-/hals og hudsjukdommar. Tilsvarande er også gjort for barnesjukdommar.

Tilgjenge

Tilgjenge til sjukehus er og har vore i endring, i takt med den medisinske utviklinga og oppbygginga av kompetanse i ambulansetenesta og kommunal helseteneste. For planlagd behandling vil det vere eit gode om tilbodet i større grad kan flyttast ut av sjukehus og nært dei pasientane som treng det ofte. Akutt behandling dekker eit spekter av lidningar frå det som kan vente til neste dag til det reint akutte, og der dei fleste tilfella er av indremedisinsk karakter. Ofte er det ikkje transporten i seg sjølv, men behandlinga på skadestaden og dei første 48 timane inne på sjukehus som avgjer sluttresultatet ved alvorlege akutte tilfelle. Ei god ambulanseteneste og moderne teknologi kompensere i dag for ulempene ved avstand på ein annan måte enn tidlegare, mellom anna ved at det ofte er mogleg for den prehospitala tenesta å stille diagnose og starte opp behandling. Tilsvarande er ein del typar behandling er i dag flytta oppover i akuttkjeda til større sjukehus, der stabilisering før transport anten skjer på lokalsjukehuset eller prehospitalt. Denne utviklinga vil halde fram i åra som kjem.

Gjennom styrevedtaket i desember 2012, vart aksa for lokalisering av sjukehuset lagt fast mellom Hjelset og søre del av Frei. Alle lokaliseringar på denne aksa er såleis vurderte som medisinsk forsvarlege og kan svare for krava til organisering av helsetenestene ein finn i spesialisthelsetenestelova. Dette tyder ikkje at kvar enkelt lokalisering får like ringverknader eller fell likt ut. Gjennom ulike analysar har ein sett at ulik plassering fører til ulike fordelar og ulemper alt

etter kva ståstad ein har når det kjem til tilgjenge. Legg ein sjukehuset i sørleg ende av aksen, legg ein sjukehuset til det området med størst opptaksområde og tettast befolkning. Då vert det imidlertid lenger til sjukehus for dei som allereie har lang veg. Legg ein sjukehuset i nord, vert den lengste reiseavstanden redusert for dei som bur lengst unna, og då får fleire lit lengre reiseveg.

Sjukehusomter, konsekvensutgreiing og idéfaseprosess

Det ligg til idéfasen å avgjere lokalisering og tomt for SNR. Tre potensielle vertskommunar, Molde, Gjemnes og Kristiansund, har gjennom ein kommunal delplanprosess kome fram til aktuelle tomteval for si kommune. Dette arbeidet har gått føre seg i medhald av prosessreglar fastsette i plan- og bygningslova, og utløyser krav om konsekvensutgreiing. Dette er handtert gjennom to prosessar, del 1 og del 2, som høvesvis omhandlar lokale og regionale høve. Begge dei to delane har vore ute til offentleg høyring, i tillegg til det eit idéfase høyringsdokument, som har omhandla meir sjukehusfaglege, medisinske, organisatoriske og økonomiske tema.

Høyringsprosessane har gitt verdifulle innspel til vidare arbeid, saman med andre faglege og offentlege ordskifte. I tillegg var det arrangert folkemøter i samband med desse høyringane, og engasjementet har vore sterkt. Det er uttrykt for fasen frå vedtaket og fram til driftssetjing av nytt sjukehus, der det vert presisert behovet for at HMR må ha ein god plan for korleis ein skal kunne ta vare på fagtilbod og tilsette desse åra. Det har såleis vorte utført ein risiko- og sårbarheitsanalyse for tematikken og perioden.

I prosessen har ein kome fram til tre aktuelle sjukehusomter for SNR. I Kristiansund kommune er det Storbakken, i Gjemnes kommune er det Astad og i Molde kommune er det Opdøl.

Areal

Det er teke utgangspunkt i aktiviteten i 2011 ved Molde, Hjelset og Kristiansund sjukehus når ein har rekna ut arealbehovet. Arealet er framskrive med befolkningsveksten og korrigert for rasjonaliserande faktorar. Både i 0 alternativet og dei andre alternativa er omtrent det same arealet lagt til grunn. SNR er førebels dimensjonert med bruttoareal på ca 70 000 kvm somatikk, 6 224 kvm sjukehuspsykiatri og mellom 4 250 – 5 120 kvm poliklinikk og dagbehandling. Totalt sett mellom 77 – 80 400 kvm.

Økonomi

Det er lagt til grunn for utrekningane at dagens sjukehus i Molde, på Opdøl (dersom SNR ikkje blir lagt dit) og Kristiansund, skal avviklast og seljast når SNR er satt i drift. Det vil derfor bli behov også for nye lokalar til poliklinikk og dagbehandling dersom det alternativet blir valt som resultat av etter konseptfasen. 0 - alternativet er det rimeligaste dersom ein ser med investeringsperspektivet. Dette er samstundes det minst økonomisk berekraftige grunna dårleg utsikter til forbetring og effektivisering.

Ein snakkar om ei betydeleg investering for HMR og HMN. 0 – alternativet ligger på rundt 3,3 mrd kr, og dei andre alternativa på rundt 5,5 – 5,8 mrd kr. Det er også gjort utrekningar på FDVU kostnader og potensiale for driftsinnsparringar.

Det er avsett 2,1 MRD kroner i eigenfinansiering til investeringa i SNR i HMN sin økonomisk langtidsplan. Prosjektet må tilpassast HMR og HMN si økonomiske bereevne.

ROS analyse

HMR må handtere interimfasen på ein god måte, dvs. fasen frå vedtaket er gjort i desember 2014 og fram til SNR er sett i drift i 2021, dette er om lag 7 år. Det har vore uttrykt uro for korleis ein i denne fasen skal kunne ta vare på dei faglege tilboda og dei tilsette, og det har vore presisert at HMR må ha ein god plan for dette. ROS analysa synleggjer og vurderar risikobiletet i interimperioden for SNR.

Molde sjukehus har ein relativt sett større del av spesialistar, fagtilbod og fagpersonale generelt. Legg ein til grunn ei meining om at ein får same del av negative reaksjonar som omsettast i handling (personell sluttar, førtidspensjonering seg osv.) ved begge sjukehus, er det openbart at negative reaksjonar i Molde som følgje av eit Kristiansunds-nært lokaliseringsvedtak vil få større konsekvensar. Imidlertid er det på grunn av sterkt sprikande oppfatningar i analysegruppa ikkje moglege å redusere uvissa når det gjeld dette. Det oppfattast dermed å vere ein høg risiko i samband med alle alternativa, men ikkje mogeleg på dette nivået å rangere dei innbyrdes. Ein må understreke at ein ut frå dette ikkje kan konkludere med at ein slik skilnad i risiko ikkje finst. Berre at uvissa er for stor til å ho kan identifiserast.

Ein antar at når eit lokaliseringsvedtak er fatta, så vil ny-rekruttering kunne verte lettare fordi ein då har avklart framtidig lokalisering med tanke på at dei som vert rekrutterte skal etablere seg. Det er vidare identifisert risiko knytt til bygningsmasse og teknisk utstyr, tid og framdrift, høvet til Samhandlingsreforma, endring i pasientstraumar og andre høve. Enkeltvis og samla utgjør desse ein risiko for å ikkje nå målsetjinga om å kunne levere gode spesialisthelsetenester i interimperioden. Det er identifiserte ei rekke tiltak, og fleire tiltak kan verte identifiserte i vidare arbeid. Gitt at desse settast i verk og vert gjennomførte, er det rimeleg å anta at risikoen er akseptabel og kan handterast.

Evaluering

Evalueringa tek utgangspunkt i vedtaket frå **utviklingsplanen** i 2012, der ein skal planlegge med eitt felles akuttsjukehus plassert på aksene mellom Hjelset og søre del av Frei, og ein skal utgreie nærare poliklinikk og dagtilbod.

Ein har i utgangspunktet 7 **alternativ** å ta stilling til i idéfasen. Referansealternativ «0 – alternativet» skal vere med. Så har ein 3 aktuelle tomter for SNR, med eller utan poliklinikk i byen lengst unna, eller begge byar om SNR blir lagt midt i mellom byane. Sjukehuspsykiatri og rustilbod ligg i alle alterantiva. Det med poliklinikk og dagbehandling skal vere med også i konseptfasen. Dette reduserar alterantiva ned til 4:

- 0 – alternativet
- Storbakken
- Astad
- Opdøl

Desse fire alternativa vert vurdert mot 6 evalueringskriterie; tomteeigenskapar, bygg og eigedomsutvikling, lokaliseringseigenskapar, sjukehuset si kjerneverksemd, risiko og sårbarheit og til slutt økonomi.

0 - alternativet er vedteke ikkje gjennomført, og fell også svært dårleg ut i evalueringa, med unntak av regionale effektar og tilgjenge.

I evalueringa så kjem også Astad ut dårlegare enn Opdøl og Storbakken på kriteria som tomteeienskapar, lokaliseringseienskapar, enkelte forhold knytt til sjukehuset si kjerneverksemd grunna dårlegare rekruttering og risikoforhold. Dette medfører at Astad også fell ut i evalueringsgjennomgangen, som eit alternativ som ein ikkje kan tilrå på fagleg grunnlag.

Tilråding

Etter ei samla evaluering og vurdering og handsaming av store mengder informasjon kan ein slå fast at både Storbakken og Opdøl er godt innanfor det HMR definerer som medisinskfagleg forsvarleg lokalisering for akuttsjukehuset for innbyggjarane i Nordmøre og Romsdal – begge kan veljast på eit solid grunnlag. Det er vidare nokre hovudmoment som skil Storbakken og Opdøl.

Oppdøl representerer isolert sett det største demografiske opptaksområde av alternativa. Lokaliseringa er nærast det største og mest differensierte sjukehuset. Molde by er sentrum i ein større bu og arbeidsmarknad. Risikobiletet synes noko lettare med dette valet, men det er ei vurdering med stor uvisse.

Storbakken representerer eit mindre demografisk opptaksområde, men større geografisk tilgjenge for dei med lengst veg til sjukehus i dag. Midtpunktet mellom Ålesund sjukehus og St. Olavs hospital ligg i Halsafjorden, slik at i eit fordelingsperspektiv vil dette stå sentralt. Dei pasientane sør i Romsdalen som er nærare Ålesund ved lokalisering på Storbakken, har framleis relativt sett akseptabel reiseavstand til akuttsjukehus. Kristiansund har siste tida vist god vekst og utvikling, det er spesielt maritim sektor som representerer vekstkrafta.

Som eit tilleggsmoment, sjølv om ein ikkje skal avgjere dette no, så kan det presiserast at poliklinikk og dagtilbod i byen lengst unna SNR har styrka seg som alternativ i evalueringsgjennomgangen.

Med dette som utgangspunkt kan ein i idéfasearbeidet tilrå både Opdøl og Storbakken som lokalisering for SNR. Desse to alternativa skil seg ikkje på ein slik måte at ein på eit fagleg grunnlag kan slå fast at det eine er betre enn det andre. Tilrådande og avgjerdande mynde må i lys av nærare saksutgreiing finne vektinga mellom vurderingane som grunnlag for val av alternativ.

Konseptfasen

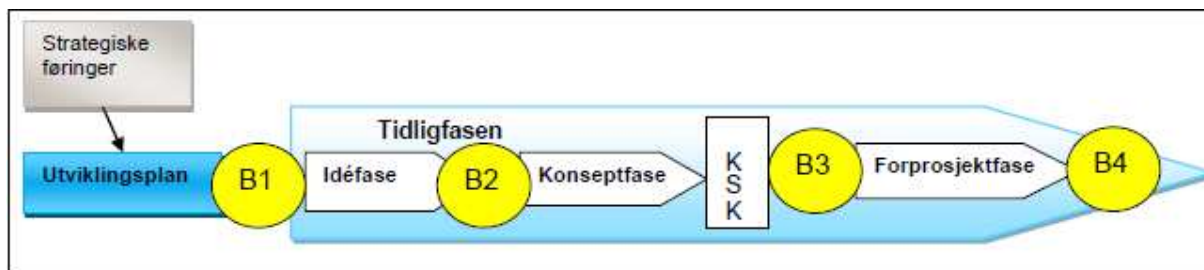
Det er utforma eit forslag til mandat for konseptfasen som etter planen skal starte opp i januar 2015.

3 Bakgrunn, mandat og føringar

3.1 Bakgrunn

Helse Møre og Romsdal HF (HMR) vart skipa etter ein fusjon mellom tidlegare Helse Sunnmøre HF og Helse Nordmøre og Romsdal HF i 2011. Helse Midt-Norge RHF (HMN) fekk oppdraget frå dåverande statsråd med å vurdere ei organisering av sjukehusa i Møre og Romsdal i eit felles helseføretak. Målsetjinga var å sjå heile fylket under eitt og leggje ein heilskapleg plan og struktur til grunn for utviklinga av spesialisthelsetenestene i området. Den samla planen for verksemdsutvikling, seinare kalla Utviklingsplan for Helse Møre og Romsdal HF-2030¹ (heretter kalla utviklingsplan), vart vedtatt i styret i desember 2012. Det klaraste tiltaket Utviklingsplanen konkluderte med, var at det mest berekraftige tiltaket for Nordmøre og Romsdal ville vere å samle faglege og økonomiske ressursar for dei vaktberande faga i eit felles sjukehus. Utviklingsplanen er sjølve grunnlaget for idéfasen som Helse Møre og Romsdal no er inne i.

Idéfase² er første prosesstrinnet i tidlegfaseplanlegging i sjukehusprosjekt. Det er ei fellesnemning på dei fasane og trinna som må gjennomførast for å avklare om eit identifisert problem eller behov heilt eller delvis skal løysast ved å gjennomføre eit tiltak som omfattar bygningsmessige investeringar. Grunnlaget for ein idéfase er ein utviklingsplan, og denne skal vise korleis helseføretaket prioriterer ulike tiltak som kan gjennomførast innanfor det finansielle handlingsrommet. I idéfasen skal tiltaket presiserast og avgrensast mot andre tiltak både når det gjeld økonomisk bereevne og tid for gjennomføring.



Figur 3.1 Faser og punkt for avgjersler i tidlegfasen

3.1.1 Prosjektgrunnlaget inklusive utviklingsplan

Diskusjonen og prosessane kring sjukehusstrukturen i tidlegare Helse Nordmøre og Romsdal har gått over mange år, og det er ikkje til å leggje skjul på at dette har vore krevjande for nordfylket. I arbeidet med utviklingsplanen og idéfasen merkar ein dei motstridande interessene og ulike meiningane kring denne store avgjersla. Frå styresak 12/99 om utviklingsplanen, kan ein lese at ulike involverte var slitne av lang tids kamp og posisjonering, og det vart uttrykt at «sjukehusstriden ikkje tente verken pasientane, fagutviklinga eller høvet mellom byane på nokon måte».

Vidare siterer ein frå same styresak:

«...Dersom utviklingsplanen hadde hatt eit meir "nøytralt" utgangspunkt, ville det nok blitt lettare å jamstille Nordmøre og Romsdal med Sunnmøre. Men leiinga merka seg raskt den

¹ [Utviklingsplan HMR-2030](#)

² Jfr. IS-1369 «Veileder: Tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter», Helsedirektoratet, 2012.

spenninga og merksemda som strukturspørsmålet (sjukehusstruktur, red.anm.) i Nordmøre og Romsdal hadde, og ein fekk ei geografisk vekting mot denne problemstillinga. Dette var ikkje uventa - og det har vist seg naudsynt. Dersom ein ikkje kjem vidare gjennom utviklingsplanen med strukturspørsmålet i Nordmøre og Romsdal, vil ein på sikt ikkje vere i stand til å levere lovpålagte tenester på skikkeleg vis i denne delen av føretaket. Det vil vidare erodere fagmiljø på ein slik måte at fagtilboda ville bryte saman, rekrutteringsgrunnlaget forsvinn og ein vil stå igjen med eit sviktande spesialisthelsetenestetilbod. Dette er ingen tent med.»

Vedtaka frå same styresak er gitt att i sin heilskap i det følgjande.

1. *Styret for Helse Møre og Romsdal HF svarar med dette ut bestilling i føretaksmøtet 30. juni 2011 om utarbeiding av ein "samla plan" for føretaket, saman med ei strukturavklaring om eitt eller to akuttsjukehus for Nordmøre og Romsdal. Styret erkjenner at utviklingsplanen er eit styringsverktøy som føretaket må arbeide med kontinuerleg.*
2. *Styret legg til grunn for si avgjerd eit omfattande dokumentasjonsgrunnlag i form av rapportar, analyse, utgreiingar og høyringsuttaler, samt orientering og realitetshandsaming i styret i fleire møter.*
3. *Styret vil gje honnør til prosjektorganisasjonen, tilsette, brukarutvalet og andre medverkande i arbeidet med utviklingsplanen, for ein svært godt gjennomført prosess.*
4. *Styret ser med uro på den krevjande situasjonen som uavklart sjukehusstruktur påfører innbyggjarar og fagmiljø i Nordmøre og Romsdal.*
5. *Etter grundig vurdering tilrår styret at ein planlegg **eitt nytt felles akuttsjukehus** for Nordmøre og Romsdal - som i hovudsak skal dekke det langsiktige behovet for spesialisthelseteneste og nærleik til akutt og fødetilbod for innbyggjarane.*
 - a. *I lys av samhandlingsreforma skal det utgreiast nærare i kva grad og omfang ein i tillegg til akuttsjukehuset skal utvikle og planlegge poliklinikk, diagnostisk senter og dagbehandling i folketette område. Det skal også vurderast andre former for samhandlingsarenaer og desentraliserte tilbod i samarbeid med kommunane.*
 - b. *Som ledd i dimensjonering av nytt akuttsjukehus i Nordmøre og Romsdal, må føretaket gå ytterlegare inn i samarbeid og funksjonsfordeling mellom alle sjukehusa i føretaket.*
 - c. *For å få til eitt godt felles akuttsjukehus for Nordmøre og Romsdal må fagmiljøa ved Molde og Kristiansund sjukehus bidra med kompetanse og kapasitet. Styret ber om at det vert halde særskilt fokus på den krevjande overgangsperioden.*
6. *Styret legg vidare til grunn at eit felles akuttsjukehus for Nordmøre og Romsdal bør **plasserast mellom dei to sjukehusa vi har i dag.***
7. *Styret ønskjer no at føretaket skal gå inn i "idéfasa" med eit geografisk område for det nye akuttsjukehuset for Nordmøre og Romsdal, plassert på aksen frå-og-med Hjelset til-og-med søre del av Frei. Styret har merka seg høyringsuttalane og faglege rapportar som*

understrekar fordelane ved eit bynært akuttsjukehus og føreset at det vert teke omsyn til desse vurderingane i det vidare arbeidet.

8. *Styret legg til grunn at i "idefasen" og "konseptfasa" skal 0-alternativet saman med andre relevante konsept utgreiast før den eksterne kvalitetssikring skjer av konseptfasa (KSK).*
9. *Styret ber om å få seg førelagt ei sak så raskt som råd, som inneheld:*
 - a. *I gangsetting av "tidlegfasen" for planlegging av sjukehusprosjekt.*
 - b. *Ein detaljert tidsplan for interimperioden fram til nytt akuttsjukehus i Nordmøre og Romsdal står ferdig.*
10. *Av omsyn til innbyggjarar og fagmiljø ber styret om avklaring av geografisk plassering så raskt som det let seg gjere.*
11. *Helse Møre og Romsdal HF ber styret i Helse Midt-Norge RHF om å slå fast, i tråd med gjeldande premiss og føringar for langtidsbudsjettet i regionen, at det vil føreligge økonomisk handlingsrom for ei investering i nytt akuttsjukehus i Nordmøre og Romsdal i 2018.*
12. *På grunnlaget av saksdokumentasjonen i utviklingsplanen, vil styret få seg førelagt ein samanstilt utviklingsplanen med alle delleveransar inkludert.*
13. *Dette vedtaket vert oversendt Helse Midt-Norge RHF for vidare handsaming.*

Dette ville altså i praksis seie at ein gjekk inn for å byggje eitt felles sjukehus i nordfylket på aksen mellom Hjelset og søre del av Frei. Nøyaktig lokalisering vart altså ikkje vedtatt i denne omgangen, men styret bad om at ein så snart som råd fekk landa spørsmålet om geografisk plassering av sjukehuset. I februar 2013 gjorde styret i HMR vedtak (sak 13/10) om å gå inn i tidlegfasen gjennom oppstart av idéfasen for nytt felles sjukehus for Nordmøre og Romsdal. I same møtet gjorde styret vedtak (sak 13/11) om å utfordre kommunane Gjemnes, Kristiansund og Molde i å gjennomføre ein kommunal delplan, med mål om at kommunane respektivt kom fram med si prioriterte tomt for ei framtidig sjukehuslokalisering.

Det at ein har klart å lande ei avgjerd om eitt felles sjukehus, er i seg sjølv eit langt steg for føretaket basert på historikken i nordfylket. Det er stor fagleg semje om at dette er beste løysing for å gi eit godt tilbod til brukarar i Nordmøre og Romsdal. Eit felles sjukehus vil legge til rette for å utvikle fagmiljø, skape breidde og gi rom for fagleg individuell læring i ulike fagfelt. Dersom det ikkje er tilstrekkeleg kompetanse og kapasitet i fagmiljøa til å ta vare på pasientane både i akutte og elektive forløp, vil ikkje helseføretaket drive medisinsk forsvarleg. Vektlegging av tilsette og fagmiljø kan vanskeleg overvurderast i eit helseføretak. I si handsaming av saka, slutta HMN seg til at eit felles sjukehus for Nordmøre og Romsdal vil gi den mest robuste løysinga mop. rekruttering og kompetanseutvikling, og følgjeleg det beste tenestetilbodet til befolkninga.

Frå HMN si styresak 12/92 heiter det:

«Adm. direktør vil berømme Helse Møre og Romsdal HF for en omfattende og ryddig planprosess og vil foreslå at styret for Helse Midt-Norge RHF gir sin tilslutning til at arbeidet

med nytt sykehus i den nordre delen av helseforetaket legger til grunn at en etablerer et nytt felles akuttisykehus på aksen fra-og-med Hjelset til-og-med søndre del av Frei. Adm. direktør har merket seg høringsuttalelsene og faglige rapporter som understreker fordelene ved et bynært akuttisykehus, og forutsetter at det tas hensyn til disse vurderingene i det videre arbeid.»

I same styresak, hhv. vedtakspunkt 4 vert det sagt at:

«Basert på forutsetninger i langtidsbudsjett 2013-2018, herunder 50 % lånefinansiering fra eier og varige driftsforbedringer i foretaksgruppen, kan Helse Møre og Romsdal HF planlegge med byggestart av nytt felles akuttisykehus for Nordmøre og Romsdal i 2018 med de forbehold som er tatt i saksframstillingen mht finansiering og planprosess.»

Vidare, i saksframlegget, heiter det:

«Bygging av nytt sykehus i Møre og Romsdal har førsteprioritet i forhold til behov for investeringer knyttet til bygg....»

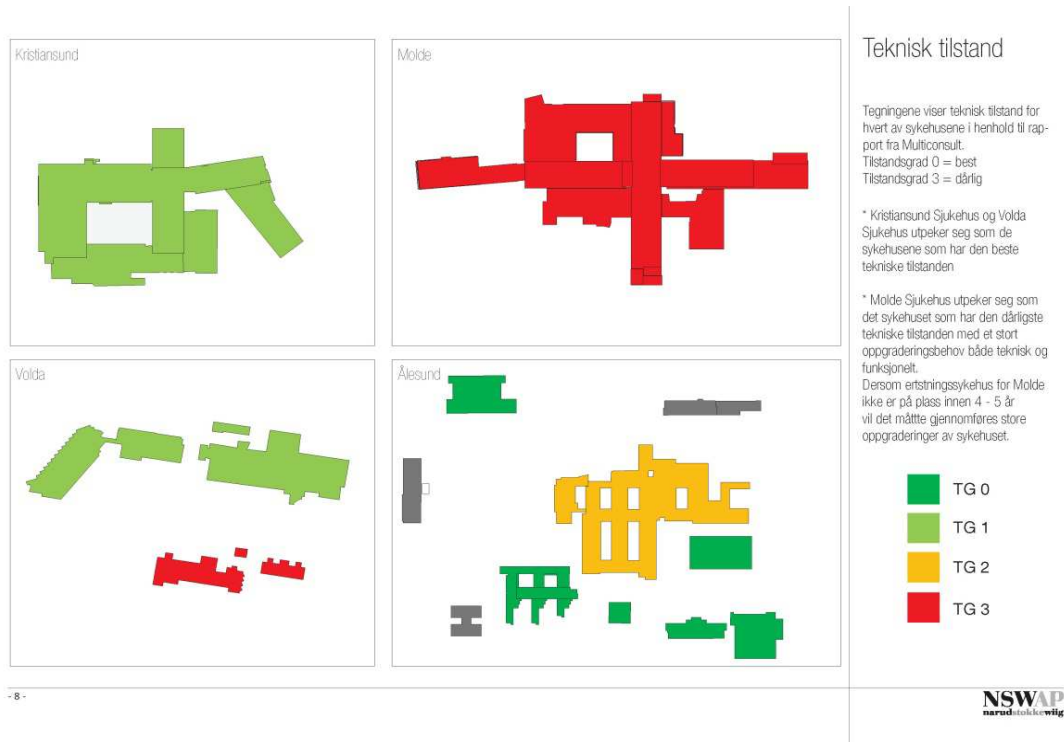
I vedtakspunkt 5 heiter det at:

«I den videre planlegging (dimensjonering m.m.) av nytt sykehus skal det tas hensyn til at drifts- og kapitalkostnader skal dekkes av eget foretak i tråd med til enhver tid gjeldende finansieringsregime og i samsvar med øvrige store byggeprosjekt i regionen.»

Frå dette kan ein slutte at ein skal ta særskilt omsyn til at fleire partar gjennom høyringane understrekar fordelane med å plassere sjukehuset nært ein av byane. I tillegg ser ein at økonomisk bereevne er naudsynt for å kunne realisere dette prosjektet, og at byggeprosjektet har førsteprioritet regionen.

3.1.2 Prosjektutløysande faktorar

Gjennom utviklingsplanen har ein vist at dagens bygningsmasse i Nordmøre og Romsdal, då særskilt i Molde på Lundavang og Hjelset, er dårleg eigna for sjukehusdrift i framtida. I tillegg viser framskrivingar at helseføretaket ikkje disponerer areal i dag som kan handtere forventa vekst i bruk av spesialisthelsetenester i framtida, jfr. ei forventa auke befolkning i tillegg til ei endring i alderssamansetjinga mot fleire eldre som igjen genererer større behov for helsetenester. Framskrivningane i utviklingsplanen viser at auke i befolkning, fleire eldre og ein realvekst grunna teknologisk og medisinsk utvikling gjer at behovet for spesialisthelsetenester kjem til å auke med 30% fram mot 2030. Dagens drift av spesialisthelsetenestene i føretaket er heller ikkje berekraftig for framtida verken når det gjeld økonomi eller fag.



Figur 3.2 Teknisk tilstand for sjukehusa i HMR

I framskrivingane gjort i Utviklingsplanen er Statistisk Sentralbyrå sin MMMM-modell lagt til grunn. Utviklinga for Møre og Romsdal er vist slik:

Tabell 3.1 Utviklinga i folketal for Møre og Romsdal

Bustad	Folketal 2010	Folketal 2020	Folketal 2030	Auke 2010-2020	%auke 2010-2020	Endring 2020-2030	%auke 2020-2030	Auke 2010-2030	%auke 2010-2030
Møre og Romsdal	253 904	279 952	302 286	26 048	10,3	22 334	8,0	48 382	19,1
Midt-Norge	680 110	752 744	818 709	72 634	10,7	65 965	8,8	138 599	20,4
Landet	4 920 305	5 532 218	6 076 503	611 913	12,4	544 285	9,8	1 156 198	23,5

Fylkesstatistikken 2013 for Møre og Romsdal³ viser at folkeveksten held fram i fylket. Folketalet har hatt ei relativ auke på 1.1%, noko som er likt med året før, og knappe 0.2 prosentpoeng svakare enn landet elles. Folketalsauken skuldast i hovudsak nettoinnflytting (nærare 80%), medan fødselsoverskot forklarar litt over 20%. Pr. juli 2013 var det registrert i overkant av 260 000 busette i Møre og Romsdal. Alderssamansetjinga er annleis i nordfylket enn på Sunnmøre, og den generelle veksten er større på Sunnmøre, særskilt i kommunane rundt Ålesund.

Utviklinga i befolkninga viser også at det vert fleire eldre fram mot 2023 (som er tidshorisonten for fylkesstatistikken), og forsørgingsbyrda (del eldre 67 år og oppover pr. 100 personar i alderen 20-66

³ Møre og Romsdal fylkeskommune sin fylkesstatistikk, i denne sammenhengen er det 2013 som er nytta. [Fylkesstatistikk for Møre og Romsdal 2013](#)

år) kjem til å auke sterkt framover med dei følgjende dette får for organisering av helsetenestene framover.

3.1.3 Utviklingspotensiale i SNR

Vedtaket om eitt felles sjukehus botnar i behovet for å kunne byggje eit robust og framtidsretta spesialisthelsetenestetilbod. Dagens situasjon er ikkje berekraftig i perspektivet mot 2030. Dette må skjønast som ei systemutfordring og ikkje som kritikk av enkelte fagområde/fagpersonar. Det vert utført særst mykje godt arbeid i sjukehusa våre i dag som ein må vidareføre inn i SNR, og som tilsaman skal danne eit tilbod som er tilpassa utviklinga i tid, både med tanke på fag/teknologi, effektivitet og kvalitet.

Utvikling av helseføretaket med bygging av det nye sjukehuset i Nordmøre og Romsdal som prioritert prosjekt, gir tilsette og pasientar ei stor mogelegheit til å utforme eit godt tilbod med moderne bygningsmasse og utstyr. Ein kan leggje til rette for optimale arbeidsprosessar og effektiv drift, og gjere sjukehuset til noko som er attraktivt for brukarane og som oppfyller samfunnsansvaret. Fagleg kvalitet er ein av dei viktigaste faktorane, og det er viktig allereie no å fokusere på å vidareutvikle og byggje opp under det som allereie finst ved sjukehusa i Molde og Kristiansund. Gode samarbeidsrelasjonar og evne til å sjå heilskapen er viktige element for vidare arbeid. Resultatet er heilt avhengig av at ein løftar i flokk og har vilje til å skape noko saman, tenkjer utanfor det som i dag er situasjonen og er framtidsretta. Kva er så eit godt sjukehus? Korleis skaper vi berekraft både fagleg og økonomisk? Korleis løyser vi denne oppgåva med det utgangspunktet og dei rammene vi har?

3.2 Idéfasearbeidet

3.2.1 Mandat frå styresaka i 2013

I styresaka (Styresak 2013-10) står det omtala mandat for tidlegfasen, og her vert delar av dette sitert:

Prioritert prosjekt:

Helse Møre og Romsdal HF har av større investeringsprosjekt, førsteprioritet av "eitt nytt akuttjukehus for Nordmøre og Romsdal". Det må utgreiast gjennom idéfase og konseptfase forholdet til poliklinikk og dagbehandlingseiningar i folketette område og korleis einingar innan psykisk helsevern skal handsamast. Funksjonsstruktur/fordeling/ samarbeid med øvrige sjukehus i føretaket, tilgrensande sjukehus og St. Olavs Hospital som universitetssjukehus, ambulanseføretaket, rusføretaket må også tydeleggjerast. Samarbeidet med kommunane i lys av samhandlingsreforma, private aktørar, høgskular/ universitet og andre relevante instansar må også ligge til grunn for arbeidet.

Mål:

Målet for idéfasen er, på grunnlag av ein vedteken utviklingsplan for helseføretaket, å identifisere moglege, prinsipielle løysingar på behovet for trygge, likeverdige, tilgjengelige og kvalitativt gode spesialisthelsetenester for innbyggjarane i Nordmøre og Romsdal – i tett samarbeid med andre aktørar i føretaket og regionen.

Føresetnader

Oppstart av planleggingsarbeidet med eit nytt akuttsjukehus for Nordmøre og Romsdal er slått fast som det øvste prioriterte investeringsprosjektet i Helse Møre og Romsdal HF sin utviklingsplan. Vedtaket gjort av styret i Helse Midt-Norge RHF 14. desember i sak 92/12 pkt. 4, slår fast at det under gjeldande føresetnader i langtidsbudsjettet m.v. så vil det føreligge finansielt handlingsrom i 2018 til ei større investering i eit felles akuttsjukehus i Nordmøre og Romsdal. På dette grunnlaget er føresetnadane for å starte opp ei tidlegfase for planlegging av nytt akuttsjukehus i Nordmøre og Romsdal formelt på plass.»

Kommunedelplanarbeid – tomteutgreiing og regional konsekvensutgreiing (KU):

I eiga styresak (Styresak 2013-11) «*Kommunedelplanarbeid - nytt akuttsjukehus for Nordmøre og Romsdal*», vart det gjort vedtak om å initiere ein prosess med dei potensielle vertskommunane Gjemnes, Kristiansund og Molde for å gjennomføre ein kommunaldelplan i dei respektive kommunar. Ved ferdig kommunal sakshandsaming skal kommunane respektivt legge fram sitt prioriterte alternativ for lokalisering av det nye akuttsjukehuset for Nordmøre og Romsdal. Vidare i styresaka står det:

«Proessen med å finne fram til tomt for det nye akuttsjukehuset for Nordmøre og Romsdal skal mellom anna følgje plan og bygningslova. For Helse Møre og Romsdal HF er det viktig å koordinere arbeidet etter plan og bygningslova og sitt eige arbeid etter "IS-1369 Tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter".

«For å sikre at planprogram, kommunedelplanane og konsekvensutgreiingane vert utført på ein måte som gjer at planarbeida kan samanliknast av tiltakshavar, er det behov for eit overordna samarbeidsorgan for det kommunale planarbeidet. Helse Møre og Romsdal HF vil derfor utnemne eit overordna samarbeidsorgan for kommuneplanarbeidet. Dette samarbeidsorganet skal ha likeverdig representasjon frå dei tre respektive kommunar, med Møre og Romsdal fylkeskommune som samordnande instans og sekretariat, og der helseforetaket sine representantar møter når det fell seg naturleg eller er ønskjeleg.»

Dei aktuelle tomtene skal vurderast ut frå åtte hovudkriterier med underkriterier, og Helse Møre og Romsdal ser det som ein føresetnad at kommunane har felles planprogram og felles metodisk tilnærming til konsekvensutgreiinga og felles utgreiingar der dette er fagleg føremålstenleg.

I brev frå HMN i april 2013 vert det gjort ei avklaring av korleis HMN ser føre seg innretninga mot lokaliseringvalet for nytt akuttsjukehus i Nordmøre og Romsdal. Det vert vist til at tidlegfaseveggleiaren for sjukehusprosjekt ikkje omhandlar planprosessen i tråd med plan- og bygningslova, under dette avklaring av tomtemessige høve og handsaming av byggetiltak. HMN viser vidare til at det er lagt føringar for kva område sjukehuset i nordfylket skal plasserast i, ut frå ei helsefagleg vurdering. Vidare står det i brevet:

«Videre forutsettes det at helseforetaket stiller krav til tomt i forbindelse med det felles planprogrammet som vil legges til grunn for utredning av tomtealternativer gjennom kommuneplanprosessen i de aktuelle kommunene og da i medhold av plan og bygningsloven.

Vi vil foreslå at en parallelt med utredning av tomt i de aktuelle kommunene i "idefasen" utreder om akuttsykehuset skal ha poliklinikk/dagbehandling og psykiatriske sengeposter. I og med at tomtevalg og dimensjonering/funksjonsinnhold kan ha en viss sammenheng vil vi

foreslå at disse utredningene gis en samlet behandling i styrene, dvs. at helseforetaket tar beslutning om tomtevalg samtidig med behandling av idéfasen.

Neste fase – konseptfasen:

Deretter vil vi foreslå at en i "konseptfasen" utarbeider program og skisseprosjekt på den valgte tomten og at alternative løsninger belyses gjennom utarbeidelse av skisseprosjekt evt. gjennom en arkitektkonkurranse.

Kvalitetssikring (KSK):

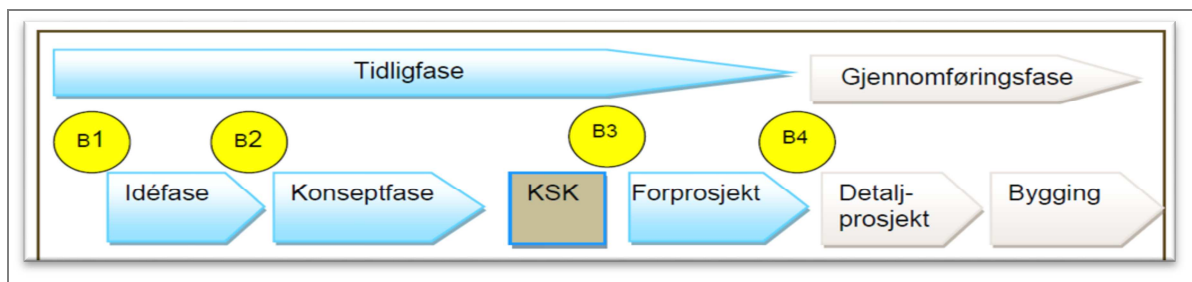
Vi vil foreslå at en vurderer nærmere om en bør gjennomføre en kvalitetssikring av arbeidet før beslutning fattes om tomt/funksjonsinnhold, da denne beslutningen er av særlig stor allmenn interesse og med betydelige konsekvenser for det videre arbeidet. Den forutsatte kvalitetssikringen i konseptfasen bør da kunne bli noe enklere da den vil omfatte program og skisseprosjekt med kostnader.»

3.2.2 Om idéfasen

Frå tidlegfasevegleiaren for sjukehusprosjekt, er føremål med idéfasen skildra som:

- «I idéfasen skal alternativene som bearbeides presiseres og avgrensas i forhold til andre tiltak, både når det gjelder økonomisk bæreevne og tid for gjennomføring.
- I idéfasen skal det utarbeides plan og mandat for utredningsarbeidet i Konseptfasen. Dette skal vise hvilke alternative, prinsipielle løsninger/alternativer (konsepter) som skal utredas, samt rammene for tiltaket.»

Planprosessen i tidlegfasen er skissert i figuren under.



Figur 3.3 Planprosess i tidlegfasen for sjukehusprosjekt

Føremålet med idéfasen er til slutt å gi underlag for ei innstilling til styra i høvesvis HMR og HMN som gjer greie for:

- Lokalisering og tomteval for SNR
- Hovudinnhald i SNR
- Økonomisk berekraft

- Tre alternative løysingar inn i konseptfasen, inkl. 0-alternativet⁴
- ROS-analyse for interimperioden
- Mandat og skildring av prosess for konseptfasen

3.2.3 Aktivitetar i idéfasen

Som første del av idéfasen, har ein sett tilbake på utviklingsplanen og identifisert naudsynte oppdateringar og suppleringar som trengs for å leggje grunnlaget for ein komplett idéfaserapport.

I samband med at tomtevalet for SNR skal gjerast parallelt med idéfasen er det utarbeida eit felles planprogram vedtatt av dei tre aktuelle vertskommunane. Planprogrammet gjer greie for korleis ulike lokaliseringalternativ er tenkt handsama i planprosessen. Vidare kva miljø- og samfunnsmessige problemstillingar ein ser det som relevant å drøfte, og kva kunnskap ein må innhente for å ta avgjerd. Det er også gjort greie for framdrift og korleis ålmenta og særskilde grupper kan medverke i prosessen. Innhaldet i planprogrammet har vore gjenstand for offentleg høyring og kunne dermed bli noko endra. Kommuneplanarbeidet har gått føre seg i medhald av prosessreglar fastsett i plan- og bygningslova og har utløynt krav om konsekvensutgreiingar (KU). Utgreiingsplikta i høve til planprogrammet og føreskrift om konsekvensutgreiing har vore svara på gjennom ei todelt konsekvensutgreiing, KU del 1 og KU del 2. Samstundes har det vore etablert ei felles administrativ plangruppe som har sørja for administrativ samordning av plan- og utgreiingsprosessen, vore ein møteplass for sakshandsamarar som skal gjere jobben i kommunen og ytt til avklaring av prosessspørsmål mellom kommunane og helseføretaket. Kommunane har etter offentleg høyring vurdert at utgreiingsplikta er oppfylt, og valt tomt for sin kommune:

- Opdøl, på Hjelset, Molde kommunestyre 16.10.2014
- Astad, Batnfjordsøra, Gjemnes kommune 13.10.14
- Storbakken, Søre Frei, Kristiansund bystyre 30.9.2014

I del 2 har Norconsult i samarbeid med Helse Midt-Norge og Helse Møre og Romsdal utgreidd dei aktuelle tomtene i ein regional samanheng, dvs. på tvers av kommunane. Konsekvensutgreiingane vil samla sett svare ut utgreiingsplikta i planprogrammet, og dannar eit samla grunnlag for å kunne velje tomt. Regional konsekvensutgreiing har også vore ute til høyring, der HMR har vore tiltakshavar. Ein kjem nærare inn på denne prosessen i seinare kapittel.

I tillegg til lokal og regional konsekvensutgreiing, har HMR også hatt til offentleg høyring eit såkalla idéfase høyringsdokument, med tema av medisinskfagleg, organisatorisk og økonomisk karakter. Ein har bede dei ulike høyringsinstansane ta stilling til fire tema: føretaksperspektivet, sentralisering/desentralisering, samhandling og økonomisk berekraft.

Desse delprosessane skal til saman danne grunnlaget for endeleg idéfaserapport.

⁴ «Nullalternativet innbefatter de vedlikeholdsinvesteringer og oppgraderinger som er nødvendige for at alternativet skal være reelt», jfr. Finansdepartementet sin vegleiar for 0-alternativ, nr.18, 2010. Formelt sett er dette berre eit utsetjingsalternativ eller ei mellombels løysing for å minimalisere investeringane på kort sikt.



Figur 3.4 Idéfaseprosessen for SNR

Det har vore gjennomført folkemøter i dei tre respektive vertskommunane, der ein har presentert det føreliggande, og opna for tilbakemeldingar frå publikum.

Gjennom arbeidet med utviklingsplanen, faglege og offentlege ordskifte, tilbakemeldingar ein har fått gjennom fora refererte til over, er det samla funne behov for ytterlegare analysar knytte til pasientstraumar med tilhøyrande økonomiske konsekvensar og ein tilgjengeanalyse med større sensitivitet for reelle skilnader i befolkninga i dei ulike alternativa.

Det er også frå fleire hald uttrykt uro for den såkalla interimfasen for SNR, definert som fasen frå vedtaket er gjort og fram til SNR vert sett i drift. Det har vore presisert at HMR må ha ein god plan for ivaretaking av dei faglege tilboda og dei tilsette i denne perioden. I samband med idéfasen har det vorte utført ein ROS-analyse for denne perioden, i tråd med føringane frå Helse Midt-Noreg som seier at dette skal ligge føre ved alle større endringar i organisasjonen. ROS-analysen er omtala meir detaljert i seinare kapittel.

Eit særst viktig tema har vore innhaldet i SNR, og behovet for å få ei klargjering av dette viser godt att i høyringssvara og frå folkemøta, og i tillegg frå møtepunkt internt i organisasjonen. Diskusjonen og prosessen kring oppgave- og funksjonsdeling i føretaket er krevjande. Ein har freista å kome dette i møte på ulike vis, noko som har tatt tid og vore utfordrande. Det er i tillegg slik at dette ikkje berre kan handterast i sjølve prosjektperspektivet, men må sjåast opp mot Ålesund sjukehus, som i dei regionale føringane er definert til å vere det mest differensierte sjukehuset i føretaket, og såleis må inkluderast i ei framtidig skisse for oppgåvedeling i HMR. Dette temaet finn ein nærare skildra i seinare kapittel.

I tillegg er det etablert ein større prosjektorganisasjon som har hatt møter av ulik art og arbeidsseminar leia av eksterne. Denne er skildra i tidlegare kapittel.

I og med at ein legg opp til å avgjere lokalisering i samband med handsaming av idéfaserapporten, har regionalt helseføretak bede om at det vert gjennomført ei tilpassa kvalitetssikring. Det vil seie ei kvalitetssikring av idéfasen slik tidlegfasevegleiaren krev at det vert gjort i konseptfasen. Kvalitetssikringa vert gjort av eit eksternt miljø som skal levere ein sjølvstendig og uavhengig rapport som vurderer og kvalifiserer grunnlaget for den avgjersla HMR skal ta i desember.

Fleire andre sjukehus og helseføretak har dei siste åra også planlagt og bygd nye sjukehusbygg, og sit med mange av dei same problemstillingane som HMR, og det er nyttig og lærerikt å kunne sjå til andre i same situasjon. Ulike referanseprosjekt nytta i dette arbeidet er lista opp nedanfor:

- Oslo universitetssykehus HF-idefase, 2014
- Helgelandssykehuset HF, utviklingsplan 2014
- Finnmarkssykehuset HF, utviklingsplan 2014
- Stavanger universitetssykehus HF, hovudfunksjonsprogram 2014
- Vestre Viken HF, idéfase 2013

3.2.3.1 Hovudtrekk i høyringssvara

Det har kome mange gode innspel til begge høyringane HMR har vore tiltakshavar for, og styret og leiinga i føretaket vil gi honnør til alle som har engasjert seg i dette.

For begge høyringane ser ein tydeleg at preferansane for lokalisering varierer alt etter kvar ein soknar til, Nordmøre eller Romsdal. Det er også ei klar overvekt for å legge sjukehuset bynært enten Kristiansund eller Molde. Argumentasjonen for å legge sjukehuset til Molde kommune samsvarer i stor grad mellom dei ulike høyringsinstansane som meiner dette, medan ein ser ein annan, men samsvarande argumentasjon for å legge sjukehuset til Kristiansund kommune. Dette er ikkje uventa.

Det er ikkje bede om mange tilleggsutgreiingar verken i regional KU eller i idéfasehøyringa. Frå regional KU, har ein etter høyringsrunden utdjupa spørsmål som omhandlar regional utvikling, sårbarheit knytt til Freifjordtunnelen og helikopterberedskapskapen offshore. For dei to sistnemnde har ein gått gjennom grunnlaget på nytt, og det er ikkje funne grunn til å endre vurderingane og konklusjonane som ligg føre.

Når det gjeld regional utvikling er høyringsinstansane opptatt av den regionale utviklingsimpulsen bygging av eit nytt sjukehus fører med seg. Det har imidlertid vore få vurderingar i høyringsinnspela knytte til den balansen regional KU freistar å halde mellom at det den eine sjukehusbyen misser, vil den andre få, og det er den *samla effekten* av dette som er interessant i eit samfunnsøkonomisk perspektiv.

Ein viser elles til eige kapittel der konklusjonane frå regional KU vert presenterte meir i detalj.

I idéfasehøyringa har HMR har fått direkte innspel på sensitivitetsanalyse av pasientstraumar innan og ut av fylket og økonomiske konsekvensar av dette. Nokre saknar også konkrete planar for korleis ein skal handtere spesialisthelsetenestetilbodet på kort og lang sikt. Mange uttrykkjer uro for interimfasen, og ber HMR vere særskilt førebudde på dei farane og trugslane denne fasen kan føre med seg om han ikkje vert handtert på ein god måte. Dette gjeld særleg ei evt. avskaling av tilsette og korleis ein skal drive rekruttering i ein slik mellomfase, i tillegg til korleis ein skal drifte eit forsvarleg og kvalitativt tilbod fram til det nye sjukehuset er sett i drift.

Fleire av høyringssvara viser til at innhaldet i det nye sjukehuset slik det står er for diffust, og skaper meir uro enn tryggleik for utforminga av tenestetilbodet i nordfylket. Ein ber om at dette vert klargjort betre fram mot endeleg avgjerd. I fleire av uttalane er det kome konkrete forslag til kva innhald sjukehuset bør ha. Det er elles ei monaleg oppslutning om å organisere spesialisthelsetenestene i nordfylket i eitt felles sjukehus. Gjennom høyringssvara vert det presisert at det er viktig at tilbodet vert betre enn det ein har i dag med to sjukehus. Mange av instansane

viser også til at det er viktig av ein sluttar opp om det endelege vedtaket og unngår tidkrevjande og utarmande omkampar som kan setje heile prosessen vidare i spel.

Det vert også minna om arbeida med kommunereform og nasjonal sjukehusplan, som vil kunne få tyding for utforming av tilboda av spesialisthelsetenester i fylket.

3.2.4 Konseptuell løysing Nordmøre og Romsdal

Generelt skal eit konsept vere ei prinsipløysing som tek vare på dei definerte behova og overordna prioriteringane⁵.

I utviklingsplanen for HMR HF gjekk ein i analysearbeidet, utgreiingar og gjennom offentleg høyringsrunde langt i å definere dei konseptuelle kriteria. Vidare er det konkludert med at den delen av psykisk helsevern som bør ligge nær somatiske tenester bør samlokalisert (i eller ved sidan av) akuttsjukehuset. Det var noko meir diskusjon vedkomande behovet for, og fagleg/rekrutteringsmessig berekraft i, eit tilbod med poliklinikk og dagbehandling i folketette område. Samhandlingsreforma fremjar klart ei slik «desentral» (i høve til lokalisering av akuttsjukehuset) drift av poliklinikk og dagbehandling.

På bakgrunn av faktorane nemnde tidlegare og tidlegare rundar i utviklingsplanssamanheng, definerer ein følgjande alternativ i idéfasen til vidare utgreiing:

Tabell 3.2 Alternative løysingar for SNR

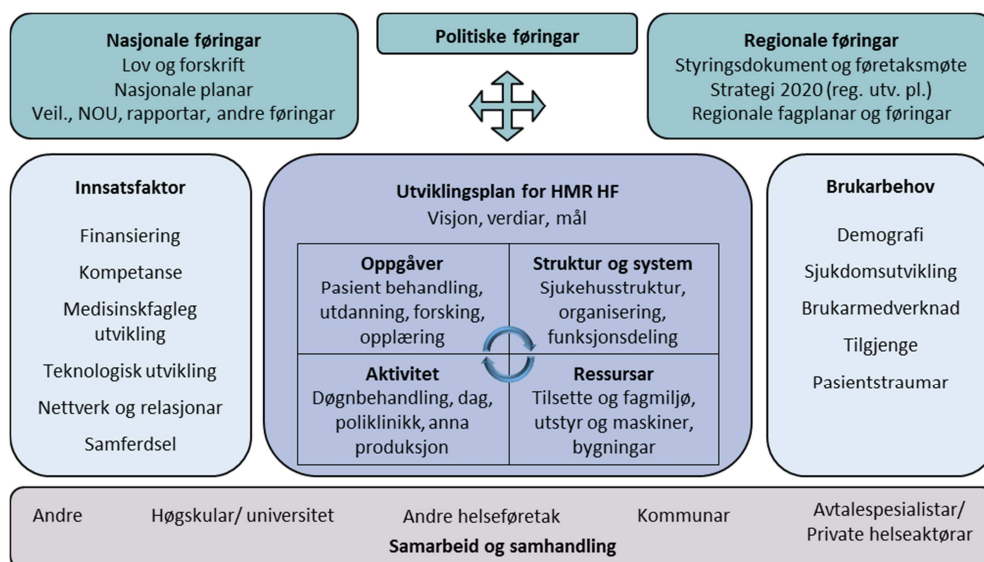
Alternativ		Lokalisering/tomt	Oppgåver og funksjonar
0	0- alternativet.	Dagens lokalisering ved Lundavang, Oppdøl og Kristiansund.	Dagens oppgåve og funksjonsfordeling vert vidareført.
1	Sjukehuset med «desentralt» poliklinisk senter	SNR på ei av tomtene: A. Kristiansund kommune, Storbakken B. Gjemnes kommune, Astad C. Molde kommune, Oppdøl	Somatikk, psykisk helse og rus i SNR. Poliklinikk og dagbehandling i bysentrum lengst unna sjukehuset, eller i begge byar dersom sjukehuset vert plassert i midten.
2	Sjukehuset utan «desentralt» poliklinisk senter	SNR på ei av tomtene: A. Kristiansund kommune, Storbakken B. Gjemnes kommune, Astad C. Molde kommune, Oppdøl	Somatikk, psykisk helse og rus i SNR.

3.2.5 Organisering, medverknad og deltakarar

Idéfasen har vore gjennomført i tråd med vegleiaren for tidlegfaseplanlegging av sjukehusprosjekt.

Den heilskaplege modellen for utviklingsplanen i føretaket er vist i figuren under:

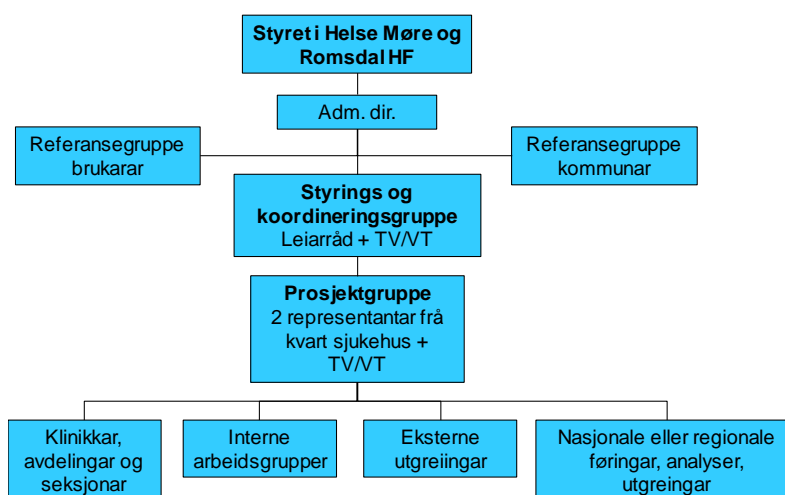
⁵ Samset, 2008 :«Prosjekter i tidligfasen»



Figur 3.5 Heilskapleg modell for utviklingsplanen i Helse Møre og Romsdal

Modellen viser planen i sentrum og korleis de ulike «søylene» i verksemda verkar saman med kvarandre samla under føretaket sin visjon, verdiar og mål. Modellen tydeleggjer overordna føringer som styrande for verksemda, og også korleis innsatsfaktorar spelar ei rolle for korleis ein klarer å levere kvalitativt gode og framtidretta tenester i tillegg til at samarbeid med andre aktørar er avgjerande for at helseføretaket kan levere tenester i tråd med de krav som vert stilte

Prosjektleiing for vidareføring av arbeidet med utviklingsplanen for HMR er lagd til Avdeling for strategi og utvikling, og ein opprettheld noko av same tankegangen frå arbeidet med utviklingsplanen 2012, men har vald ein noko enklare prosjektorganisasjon, sjå Figur 3.6.



Figur 3.6 Organisering av vidareføring av arbeidet med utviklingsplan – idéfase

I tillegg til prosjektorganisasjonen som er illustrert over, har HMR i idéfasen også samarbeida med Helse Midt-Norge, Helsebygg Midt-Norge og Hospitalitet som ekstern rådgjevar. Helsebygg er i tråd med vedtatt prosjektorganisering i Helse Midt-Norge engasjert for å understøtte HMR i idéfaseutgreinga, og har også vore delaktige i kommunal og regional konsekvensutgreiing.

I tillegg har ein hatt eksterne oppdragsansvarlege:

- Konsekvensutgreiingar: Norconsult
- ROS-analyse, interimfasen: Proactima
- Tilgjengeanalysar: Asplan Viak

Styrings- og koordineringsgruppa (SKG) er sett saman av til ei kvar tid gjeldande leiargruppe i Helse Møre og Romsdal, saman med tillitsvalte, verneteneste og brukarrepresentant.

Gruppemedlemmar:

- *Astrid Eidsvik, administrerande direktør og prosjekteigar*
- *Leiargruppa (klinikksjefar, stabsdirektørar/sjefar)*
- *Georg N. Johnsen (Føretakstillitsvald Yngre Legers Forening)*
- *Charles Austnes (Føretakstillitsvald Norsk Sykepleier Forbund)*
- *Hilde Furnes Johannessen (FTV Fagforbundet)*
- *Bjarte Jensen (Føretaksverneombod)*
- *Anette Lekve (Hovudtillitsvald Norsk Sykepleierforbund, Volda sjukehus)*
- *Åge Austheim (Hovudtillitsvald Yngre Legers Forening, Kristiansund sjukehus)*
- *Leiar og nestleiar i Brukarutvalet i Helse Møre og Romsdal HF.*

Prosjektgruppa (PG) skal bidra til framdrift og tilrettelegging, i tillegg til å sikre forankring i sjukehusa og i klinikkane. Gruppa er eit rådgivande organ for prosjektleiing/direktør og førebur saker til styrings- og koordineringsgruppemøte. Gruppa er sett saman av representantar frå alle fire sjukehusa, vernetenesta, tillitsvalde og rådgjevarar.

Gruppemedlemmar:

- *Espen Remme, prosjektleiar*
- *Astrid J. Brandshaug, Klinikk for medisin (Kristiansund)*
- *Ivar Blix, Klinikk for medisin (Kristiansund)*
- *Kenneth Klemetzen, Klinikk for kirurgi (Molde)*
- *Brit Ingunn Hana, Klinikk for psykisk helsevern (Molde)*
- *Lars Kjetil Aas, Klinikk for kirurgi (Ålesund)*
- *Elisabeth Siebke, Klinikk for barn og unge (Ålesund)*
- *Sverre Sundalsvoll, Klinikk for diagnostikk (Volda)*
- *Idunn Myklebust, Kvinneklinikken (Volda)*
- *Bernd Müller, Den Norske Lægeforening*
- *Kaspara Tørlen, Norsk Sykepleierforbund*
- *Knut Ivar Egset, Fagforbundet*
- *Anita Høgstøyl, Verneombod*
- *Roland Mauseth, kommunikasjonsrådgjevar*
- *Anne Strand Alfredsen Larsen, strategirådgjevar*

Prosjektarbeidsutval (PAU)

Utvalet er satt saman av prosjektleiar, interne prosjektmedarbeidarar og eksterne rådgjevarar. Arbeidsutvalet sørgjer for at dei ulike delane av prosjektet er koordinert, og tek vare på samspelet med andre planprosessar. Hovudoppgåvene til arbeidsutvalet er:

- Prosjektførebuande arbeid og avklaringar
- Oppfølging av interne og eksterne arbeidsgrupper
- Sørgje for å hente inn naudsynte utgreiingar og analysar

3.3 Føringer

Staten har det overordna ansvaret for at innbyggjarane får naudsynte tenester frå spesialisthelsetenesta i tråd med samfunnsansvaret, som er å yte tenester av god kvalitet innanfor gitte etiske, lovmessige og økonomiske rammer, jfr. lov om spesialisthelsetenesta. Gjennom styringsdokumentet stiller HMN til disposisjon dei midlane som er løyvde til HMR, og pålegg helseføretaket å utføre oppgåver og gjennomføre styringskrav innan gitte rammer og ressursar. Vidare skal oppgåvene gjennomførast i tråd med verdiane *tryggleik, respekt, kvalitet*.

HMR skal levere spesialisthelsetenester til innbyggjarane i tråd med rammer og krav som vert stilte i lover og føreskrifter av myndigheitsorgan og HMN. Oppdragsdokument frå Helse- og omsorgsdepartementet, styringsdokument og føretaksprotokoll(ar) frå regionalt helseføretak utgjer den samla styringsbodskapan for helseføretaka. Helseføretaket har også gjennom lovverket plikt til å drive forskning, utdanning av helsepersonell og opplæring av pasientar og pårørnde.

Ein skal leggje vekt på likeverdige helsetenester og arbeid for å redusere sosiale helseskilnader i aktuelle grupper i befolkninga, herunder også innvandrargrupper. Pasientar og brukarar skal ha tryggleik for at tenestene skal vere tilgjengelege, og at dei vert møtte med omsorg og respekt.

I tillegg til dei overordna nasjonale føringane, har HMR ei rekkje andre nasjonale og regionale føringar og målsetjingar som ein må vurdere kjerneverksemda i lys av.

Her kan ein trekkje fram sentrale element som:

- Nærleik til føde og akutttenester
- Akuttberedskap og prehospitale tenester
- Sentralisere det ein må av omsyn til kvalitet og desentralisere det ein kan
- Samhandlingsreforma
- Rekruttering og robuste fagmiljø
- Utnytting av medisinsk og teknologisk nyvinningar

Brukarane er svært viktige å ta med, både i analytisk perspektiv og i dialog knytt til utvikling av tenestetilbod. Kva gjeld effekt for brukarane, pasientane i Nordmøre og Romsdal – så er det openbart at prosjektet nytt sjukehus i Nordmøre og Romsdal skal utgjere eit betre og meir framtidretta spesialisthelsetenestetilbod enn å halde fram som i dag – 0-alternativet, jfr. styresak 99/2012.

3.3.1 Politiske føringar

Regjeringa si politiske plattform⁶ gir m.a. retning for den helsepolitiske utviklinga i Noreg. Målet er å skape pasienten si helseteneste, der ventetidene går ned og kvaliteten aukar. Hovudoppgåvene skal løysast ved dei offentlege sjukehusa, men for å redusere ventetider vil regjeringa opne for eit breiare samarbeid med private aktørar. Det er knytt ei viss spenning og forventningar til den nasjonale helse- og sjukehusplanen som vert lagt fram hausten 2015. Intensjonen i denne er å planlegge ei helseteneste med kapasitet og kompetanse til å møte behova for framtida. Det er sagt at planen skal gi ein definisjon av innhaldet i ulike typar sjukehus, struktur i spesialisthelsetenesta, behovskartlegging og investeringsplanar.

Psykisk helse og rus skal styrkast på fleire nivå. Ein forventar høgare vekst innanfor psykisk helsevern og rusbehandling enn for somatikk.

Kvalitet og pasientsikkerheit er framheva som eit satsingsområde, og forbetringar skal skapast gjennom endringar i leiing, system og kultur.

Akutt- og fødetilbod skal ikkje leggjast ned utan at det eksisterer ein kvalitetsmessig eller pasientsikkerheitsmessig grunn før den nye nasjonale helse- og sjukehusplanen er handsama.

Ein skal elles satse på pasientar og pårørande sine ressursar, og styrke desse sine rettar.

Det skal innførast kompetansekrav i akuttmottak. Helsedirektoratet har kome med forslag om å etablere ein ny spesialitet i mottaks- og indremedisin.

3.3.2 Nasjonale føringar

Innan nasjonale føringar finn ein lover og føreskrifter, og i tillegg stortingsmeldingar, handlingsplanar og vegleiarar, rapportar og retningslinjer innan ulike fagområde. Dei nasjonale føringane dannar grunnlaget for korleis spesialisthelsetenesta skal utføre arbeidsoppgåvene sine, og er grunnlaget for regionale planar innan ulike fagområde

3.3.3 Regionale føringar

Strategi 2020 er HMN sitt verktøy for å utvikle tenestetilbodet for befolkninga i regionen som skal gi føringar for utviklingsarbeid og gi grunnlag for betre utnytting av ressursar og ei berekraftig utvikling av spesialisthelsetenesta. Utfordringsbiletet for framtida omhandlar endring i demografi, tydelegare dokumenterte krav til kvalitet, reduksjon i tilgang til tilsette og ein bremsa økonomisk vekst. Dei strategiske målsetjingane er som følgjer:

- Styrka innsats for dei store pasientgruppene
- Kunnskapsbasert pasientbehandling
- Ei organisering som underbyggjer gode pasientforløp
- Rett kompetanse på rett stad til rett tid

⁶ «Politisk plattform», Regjeringen Solberg 2013

I 2013 vart det vedtatt strategiske grep som skal sikre gjennomføringskraft ved ei tydelegare prioritering av tiltak. Grepa skal vidare hjelpe føretaksgruppa til å prioritere rett tiltak for å sikre betre måloppnåing for Strategi 2020. Følgjande vart vedtatt:

- Auke tilgjenge til tenestene for å sikre likeverdige tenester
- Standardisere
- Ta i bruk pasienten sine eigne ressursar
- Sikre berekraftige fagmiljø både regionalt og lokalt
- Vri ressursbruk frå drift til investering, forskning og utvikling

Det er også utarbeida regionale planar for ulike fagfelt. Det er naturleg å trekkje fram områda kreft, traume og føde/barsel. Desse planane seier noko om nivået på tilboda innanfor dei ulike faga, relasjonen mellom regionale og lokale tilbod og korleis ein ser føre seg utviklinga av tilboda i framtida.

3.3.4 Lokale føringar

Helse Møre og Romsdal skal yte gode likeverdige spesialisthelsetenester til alle som treng det når dei treng det, uavhengig av alder, kjønn, bustad, økonomi og etnisk bakgrunn.

Hovudoppgåvene til helse Møre og Romsdal er pasientbehandling, utdanning av helsepersonell, forskning og opplæring av pasientar og pårørande, med følgjande visjon:

«På lag med deg for helsa di»

Helse Møre og Romsdal skal vidareutvikle seg for å møte framtida sine utfordringar, og skal sikre likeverdige helsetenester med god kvalitet tilpassa pasientane sine behov innanfor dei rammene ein har fått, med kjerneverdiane *tryggleik, respekt og kvalitet*.

Helseføretaket skal sørgje for at forskning, utdanning og opplæring av pasientar og pårørande blir gjennomført på ein god måte, og at desse oppgåvene gir grunnlag for god og forsvarleg pasientbehandling. Føretaket skal vidare sikre tilstrekkeleg kompetanse i alle delar av spesialisthelsetenesta. Likeverdige helsetenester skal leggast vekt på saman med arbeidet for å redusere sosiale helseskilnader i aktuelle grupper i folkesetnaden. Pasientar og brukarar må kunne vere trygge på tilgjengelege helsetenester, og at dei vert møtte med omsorg og respekt.

HMR sine mål samsvarer med spesialisthelsetenestelova.

HMR har i utviklingsarbeidet lagt til grunn same prinsipielle tilnærming for struktur i den nordlege og den sørlege delen av fylket. Det vil seie at der andre tilhøve og variablar er like, må ein også ha same tilnærming til strukturendring og utvikling av samarbeid mellom sjukehusa i begge deler av føretaket. Sentrale og utfordrande spørsmål er mellom anna korleis ein sikrar robuste vaktordningar i mindre sjukehus, og om nokre tilbod skal vere ein eller to plassar i føretaket ut frå kvalitet og ressursbruk.

Oppdraget med utviklingsplanen vart vidare presisert i føretaksmøte i juni i 2011, der det heiter at:

“Tenester som treng mange tilleggsfunksjonar og/eller avansert teknisk infrastruktur, skal utførast ein stad i regionen og som hovudregel ved St.Olavs hospital HF. Tilsvarande om slike

tenester skal utførast to stader i regionen, skal dette som hovudregel utførast ved St. Olavs hospital HF og Ålesund sjukehus”.

Denne utsegna stiller Ålesund sjukehus i ein særskild posisjon som må takast omsyn til når ein skal handtere strukturspørsmålet i helseføretaket. Ålesund sjukehus skal også i framtida vere det mest differensierte og avanserte sjukehuset i føretaket. Dette vert vidare også stadfesta gjennom regional kreftplan og traumeplan.

3.3.5 Samfunnsansvaret

For Helse Møre og Romsdal er samfunnsansvaret eit sentralt og viktig tema. Sjukehusa har påverknad langt ut over dei helsetenestene ein tilbyr. På denne måten blir sjukehusa viktige samfunnsbyggjarar, og eit viktig element i både identitet og framtidstru for dei kommunar og byar dei ligg i. Den lokale opplevinga av trugselen om at ein slik viktig institusjon skal verte nedlagt eller flytta – må sjåast i dette perspektivet. Føretaket er audmjuk over den store opplevde endringa denne prosessen betyr for både pasientar/pårørande, tilsette og omgjevnadar.

For å forstå dei elementa helseføretaket legg vekt på i lokaliseringsdebatten vidare, er det viktig å skjønne kva rolle helseføretaket har som samfunnsaktør. I Helse- og omsorgsdepartementet sin rettleiar for «Styrearbeid i regionale helseforetak - God rolleforståelse og god rolleutøvelse» oppdatert i mars 2014, heiter det følgjande knytt til samfunnsansvaret lagt til dei regionale helseføretaka:

«En sentral målsetting er at det statlige eierskapet skal sikre helhetlig styring av spesialisthelsetjenesten og god ressursbruk for å ivareta og videreutvikle gode spesialisthelsetjenester til befolkningen, samt legge til rette for utdanning, forskning og opplæring. Dette er helseforetakenes spesifikke samfunnsoppdrag.

I tillegg til det spesifikke samfunnsoppdraget, har de regionale helseforetakene et mer generelt samfunnsansvar.

Kravet til samfunnsansvar følger også av statens prinsipper for godt eierskap. Å vise samfunnsansvar innebærer å forholde seg åpent til alle som har legitime interesser til virksomheten, og å drive virksomheten slik at den gir et positivt bidrag til samfunnet. De regionale helseforetakenes og helseforetakenes samfunnsansvar innebærer et ansvar for hvordan virksomheten virker inn på disse områdene både ved kjøp av tjenester eller som direkte effekter av egen virksomhet.

Styret har det overordnede ansvaret for samfunnsansvaret, mens den praktiske utøvelsen tilligger daglig leder. Styret må sørge for at det er gode rutiner og retningslinjer for å ivareta samfunnsansvaret.»

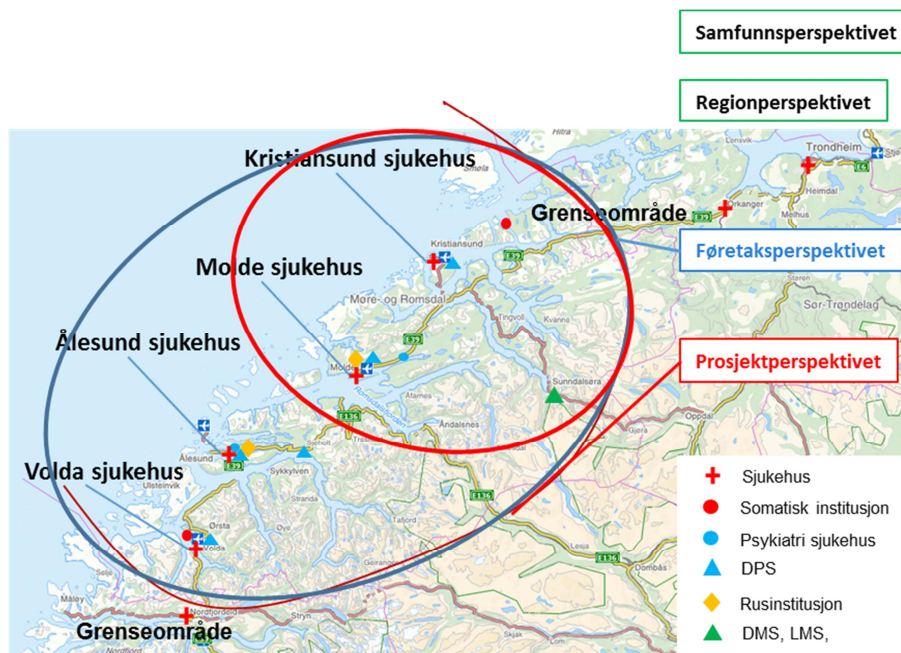
Dette stadfestar at Helse Møre og Romsdal ikkje er regionsutviklar, og kan ikkje la regionsutviklande argument vere det som er avgjerande for val av tomt. Men vi er medviten om samfunnsansvaret og klar over dei effektane plassering av sjukehuset har for nærområdet. Spørsmålet om å balanse ut ulikskapar i arbeidsmarknad og liknande, er ikkje noko helseføretaket kan vurdere som utslagsgjevande i denne saka, og heller ikkje fylkeskommunen har tatt til orde for val basert på desse

viktige og vanskelege tema. Skal dette takast omsyn til i større grad, må avgjerla løftast opp til eit anna nivå.

4 Målstruktur og avgrensing av prosjektet

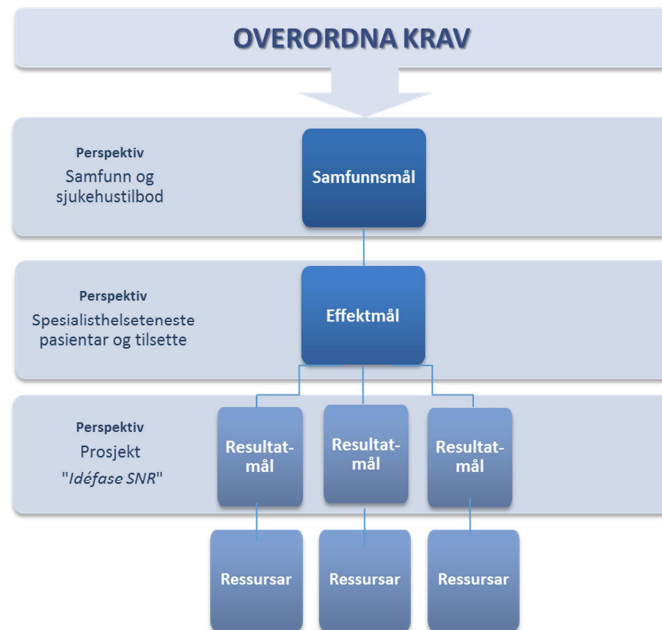
Idéfasearbeidet omhandlar både samfunnsperspektivet, regionperspektivet (Helse Midt-Norge RHF) føretaksperspektivet (Helse Møre og Romsdal HF) og sjølve prosjektperspektivet (SNR).

Kartet under viser dei ulike perspektiva i arbeidet, geografisk dekningsområde for Helse Møre og Romsdal med tilhøyrande institusjonar og grenseområde.



Figur 4.1 Kart over Møre og Romsdal med perspektiv, institusjonar og grenseområder

Det er viktig for det vidare prosjektet at ein tydeleggjer resultatmåla for prosjektet og kva for gevinstar ein ynskjer å realisere. Figuren under illustrerer korleis dei ulike perspektiva for prosjektet heng saman:



Figur 4.2 Målhierarki og perspektiv

4.1 Samfunns mål

Samfunns målet er eit langsiktig mål og ei overordna grunngeving, og eit uttrykk for den nytten eller verdiskapinga eit investeringstiltak er for samfunnet. Samfunns målet er å sikre langsiktige løysingar som vil gi eit helsemessig godt og samfunnsøkonomisk effektivt sjukehusstilbod til befolkninga i opptaksområdet.

Prosjektet skal yte til å oppfylle spesialisthelsetenestelova sitt føremål, som særleg er å:

- *”fremme folkehelsen og å motvirke sykdom, skade, lidelse og funksjonshemning,*
- *bidra til å sikre tjenestetilbudets kvalitet,*
- *bidra til et likeverdig tjenestetilbud,*
- *bidra til at ressursene utnyttes best mulig,*
- *bidra til at tjenestetilbudet blir tilpasset pasientenes behov, og*
- *bidra til at tjenestetilbudet blir tilgjengelig for pasientene”*

Prosjektet (SNR) skal levere spesialisthelsetenester til innbyggjarane i Nordmøre og Romsdal av god fagleg kvalitet, likeverdige og tilgjengelege, tilpassa pasientane sitt behov og gjennom god ressursutnytting til beste for fellesskapet.

Prosjektet skal basere løysingar på dei føringane som kjem fram som følgje av utvikling av spesialisthelsetenestene nasjonalt og regionalt. Dei totale løysingane skal sikre at dimensjonering, driftskonsept i tillegg til oppgave- og funksjonsdeling vert tatt vare på i dette framtidige helseperspektivet.

4.2 Effekt mål

Effekt mål ser ein i føretaksperspektivet, og desse skal skildre effektar og mogelege gevinstar ein ynskjer å oppnå ved å gjennomføre prosjektet. Dette kan t.d. vere den konkrete verknaden/nytta tiltaket skal føre til for brukarane. Prosjektet skal yte til at ein klarer å oppfylle strategiske og operasjonelle mål for verksemda. Effekt måla vert først realiserte når ny bygningsmasse er tatt i bruk.

SNR gir ei unik mogelegheit til å utvikle eit framtidsretta og moderne sjukehusstilbod for pasientar, tilsette, føretak og kommunar. Effektmåla er knytte til at ein i det nye sjukehuset i perspektivet mot 2030 og vidare, skal kunne levere spesialisthelsetenester som er tilpassa utviklinga i tid, både med tanke på fag/teknologi, effektivitet og kvalitet.

Effektmålet er at brukarane av SNR skal få eit spesialisthelsetenestetilbod som svarar den til ei kvar tid gjeldande standard for gode spesialisthelsetenester; det skal vere robust og moderne, attraktivt for både pasientar og tilsette, og utnytte felles ressursar på best mogeleg måte både for pasientar og tilsette.

4.3 Resultatmål

Krava som vert stilte til resultatmåla for eit sjukehusprosjekt er å etablere og utvikle eit *relevant* og *levedyktig* prosjekt. Det skal også kunne vere *gjennomførbart* både på kort og lang sikt. Av dette følgjer at ein må halde prosjektet opp mot helseføretaket si evne til å følgje med på fagleg utvikling, samstundes med at den økonomiske bereevna vert sikra.

Resultatmålet vert såleis å få fullført prosjektet innan gitt tids- og kostnadsramme gjennom realisering av eit moderne og varande helsebygg både i utforming og i tenester, basert på kvalitet, likeverd og tilgjenge.

Resultatmålet for sjølve *idéfasen* for SNR er på grunnlag av tildelt mandat å lage ein idéfaserapport som saman med naudsynte underlag gir grunnlag for at styra i HMR og HMN kan ta stilling til plassering og innhald i det nye sjukehuset i nordfylket.

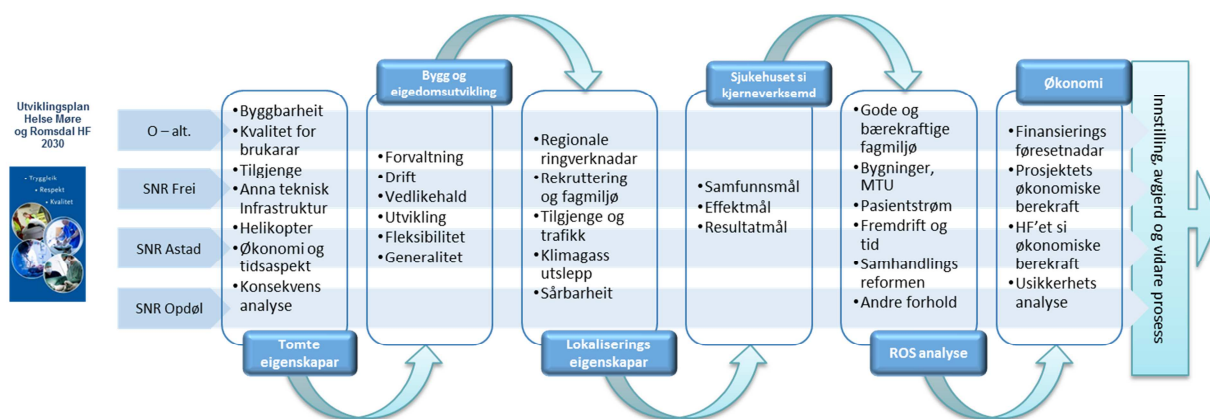
4.4 Målstruktur og grensesnittet mot tomteval

Idéfasen for SNR skal definere og avgrense alternativ for driftskonsept for SNR inn i konseptfasen, og i tillegg skal HMR i denne fasen velje lokalisering og tomt. Dette vart gjort vedtak om gjennom utviklingsplanarbeidet etter klarsignal frå både statsråd og regionalt helseføretak, noko som er forståeleg ut frå den uvisse og påkjenninga det gjennom tida har vorte for befolkninga og dei tilsette å ikkje vite kvar det nye sjukehuset skal ligge. Det er av stor tyding å få landa ei lokalisering. Såleis vert ikkje denne idéfasen «konvensjonell» i og med at ein i komande vedtak låser seg til ein lokalisasjon, og utarbeidar vidare driftskonsept for denne i konseptfasen.

Ved å inkludere tomtevals-dimensjonen i idéfasen, dreiar ein også fokuset mot perspektiv og målsetjingar som rører ved andre kjernepunkt enn dei ein finn utløyst gjennom dei ulike føringane og overordna krava helseføretaket må innrette tenestene sine etter. Såleis vil evalueringa av dei ulike lokaliseringalternativa, som vert omtala i seinare kapittel, gjerast mot hovud- og delkriterier som også omhandlar andre tema enn sjukehuset si kjerneverksemd, som elles må sjåast på som det viktigaste hovudkriteriet. Målhierarkiet er utleidd frå kjerneverksemdsperspektivet, men når tomteval kjem i tillegg, må ein også ta opp i seg andre dimensjonar til evaluering som:

- Tomteeigenskapar
- Bygg- og eigedomsutvikling
- Lokaliseringseigenskapar
- Sjukehuset si kjerneverksemd
- ROS analyse
- Økonomi

Dette er illustrert i figuren under:



Figur 4.3 Evalueringsmodell med kriterier for ulike alternativ av SNR

Ein kan på mange måtar seie at dei strategiske hovudmålsetjingane er kvitterte ut ved avgjersla om å bygge eitt nytt felles sjukehus som alternativ til dagens løysing. Å kunne vere robust både med tanke på kapasitet og kompetanse er heilt naudsynt for å kunne drive framtidsetta, og denne robustheita vil ein få ved å samle tilboda ein har i nordfylket i dag.

Med val av lokalisering, og tidlegare avgjersle om å bygge eitt nytt felles sjukehus, vil ein freiste å svare for framtidsperspektiva ein finn i utviklingsplan og overordna strategiske føringar, via målhierarkiet skildra i tidlegare kapittel.

4.5 Avgrensingar av prosjektet SNR

4.5.1 Bakgrunn

Idéfasen skal presisere behovet og identifisere moglege, prinsipielle løysingsalternativ for dette. Det omfattar både løysingar som går på verksemda og fysiske bygningsløysingar (investeringsprosjekt). Første aktivitet i idéfasen er å presisere og avgrense det valde prosjektet i høve til andre tiltak. Prosjektet som skal handterast i idéfasen er det nye sjukehuset i Nordmøre og Romsdal.

Gjennom styringsdialog mellom statsråd, regionalt helseføretak og Helse Møre og Romsdal er det gitt ei rekkje rammer som på sett og vis definerer handlingsrommet til prosjektet, jfr. styrevedtaket frå regionen der ein m.a. viser til omsyn til bynær plassering. I tillegg vert det vist til nasjonal helse- og omsorgsplan, som slår fast at det skal vere nærleik til akutt- og fødetilbod. Frå føretaksmøtet i 2011 heiter det at:

«...Denne nærheten kan oppnås enten ved føde- og akutttilbud ved begge sykehus i Nordmøre og Romsdal, eller ved ett felles sykehus plassert mellom de nåværende sykehusene, men i tilstrekkelig nærhet til begge byer. Utviklingsplanen for bygningsmassen bør derfor inneholde disse to alternativene.»

Frå utviklingsplanen for Helse Møre og Romsdal heiter det:

«Denne (jfr. sitat frå føretaksmøtet over, red.anm.) avgrensinga for prosjektet er viktig for å dimensjonere moglegeheitsrommet ein skal finne løysingar innanfor. Departementet såg føre

seg ein prosess som skulle svare ut behovet for Nordmøre og Romsdal særskilt, men samstundes inkludere Sunnmøre med sjukehusa i Volda og Ålesund.»

For idéfasen presiserer dette oppgåva til å:

- svare ut behovet for Nordmøre og Romsdal særskilt, men samstundes avklare grensesnittet mot Ålesund (funksjonsdeling del 1 og økonomisk bereevne). Volda/Ålesund vert handsama gjennom tilsvarande prosess i ein del 2 etter at del 1 er gjennomført
- innplassere SNR i eit regionalt perspektiv halde opp mot tenestetilbodet ved Ålesund sjukehus og St.Olavs Hospital.
- oppdatere og kvalitetssikre utviklingsplanen si framskriving, gjennomgang og korrigering av omstilling, arealstandard og areal (ikkje ny framskriving med nytt basisår)
- vere avgrensa til valde alternativ for mogelege, prinsipielle løysingar av SNR
- vere avgrensa mot kommunal og regional KU, men delplanane skal samlast og evaluerast i prosjektet og tilrå lokalisering.

4.5.2 Avgrensingar og dei ulike perspektiva

For nokre tema kan ein ikkje sjå på prosjektet i nordfylket isolert frå resten av føretaket eller regionen, noko tidlegfaseveggleiaren er tydeleg på. Ein må ha ei forankring mot dei strategiske planane for utviklinga av spesialisthelsetenestene i HMR og HMN, i tråd med føretaksprotokollen av 30. juni 2011 og oppfølginga av Strategi 2020.

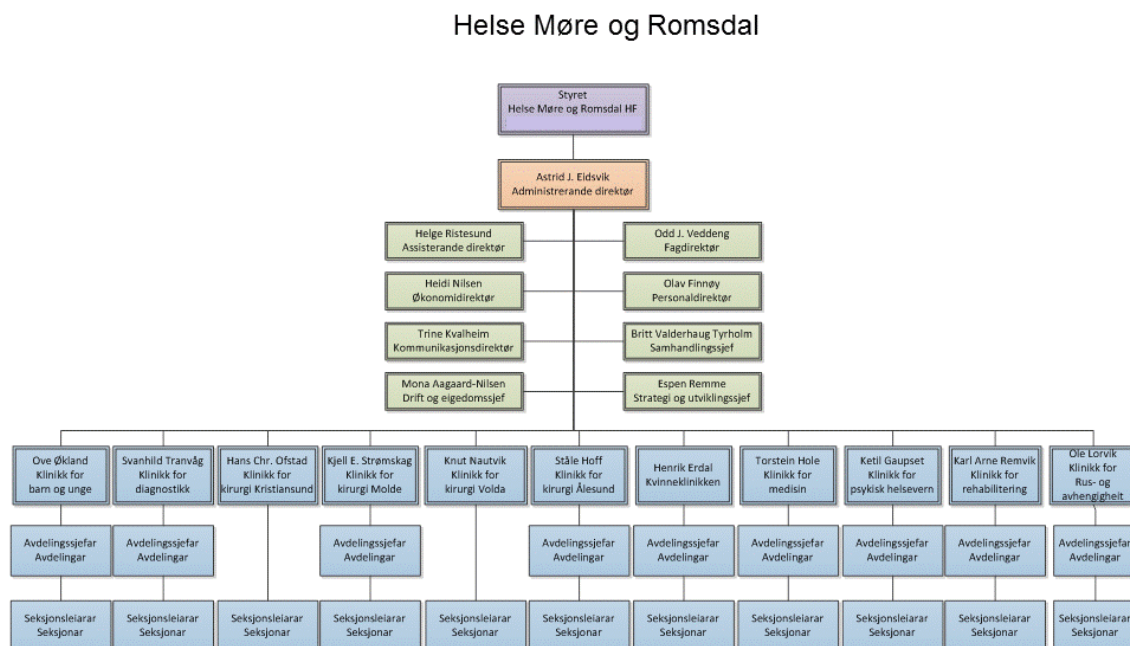
Fleire tema er med på å avgrense arbeidet med idéfasen og prosjektet på ulike måtar. Dei mange analysane som er gjorde rører ved eitt eller fleire av perspektiva nemnde tidlegare (Figur 4.1), og må sjåast i samanheng når ein omtaler avgrensinga. Dei ulike deltema er under ulike føresetnader med på å definere dimensjoneringa av SNR. Dette vil i detalj verte omtala i seinare kapittel.

Oppgåve- og funksjonsdeling kan t.d. ikkje sjåast for seg sjølv utan å gjere ei betraktning mot Ålesund sjukehus, medan prosjektdimensjonerande høve som demografi og geografi, opptaksområde og pasientstraumar meir er relaterte til sjølve prosjektperspektivet. Ein vil likevel presisere at det i føretaksprotokollen ved etableringa av Helse Møre og Romsdal stod klart at ein skulle sjå sjukehus i fylket i ein større samanheng – med andre ord føretaksperspektivet.

5 Skildring av verksemda i dag

5.1 Hovudtrekk

Helse Møre og Romsdal HF vart skipa 1.juli 2011, som ein fusjon av dåverande Helse Sunnmøre HF og Helse Nordmøre og Romsdal HF. Organisasjonen er i dag sett saman av elleve klinikkar og ulike stabsavdelingar som vist i organisasjonskartet i Figur 5.1. Frå 1. januar 2015 vil i tillegg Klinik for prehospitala tenester kome inn som ny klinikk i samband med avviklinga av Ambulanse Midt-Norge HF.



Figur 5.1 Organisasjonskart HMR

Helse Møre og Romsdal driv si verksemd i eit fylke der geografi og tilhøve for samferdsel stundom er svært krevjande. Dette har verka inn på korleis spesialisthelsetenestetilbodet har utvikla seg over tid, med mange og til dels små institusjonar. I tillegg til fire sjukehus er det fleire tilbod innan distriktpsikiatrien og rehabilitering som ligg utanfor sjukehusa, og helseføretaket driv også mykje ambulant verksemd ute i kommunane.

Den kliniske verksemda, inkludert kliniske støttetjenester, er organisert i klinikkar på tvers av dei fire sjukehusa i føretaket, med unntak av den kirurgiske og akuttmedisinske verksemda, der ein har ein klinikk ved kvar sjukehus. Administrasjon og teknisk støtte er felles, med administrativt hovudsete i Ålesund, men med personell fordelt ute på dei ulike sjukehusa. Dei distriktpsikiatriske institusjonane utanfor sjukehusa er knytte til Klinik for psykisk helsevern, medan rehabiliteringsinstitusjonane er knytte til Klinik for rehabilitering.

5.2 Organisering og lokalisering

Dei fire sjukehusa inneheld dei mest sentrale lokalsjukehusfunksjonane, det vil seie akutt og elektivt tilbod i indremedisin, kirurgi/ortopedi, gynekologi og fødetilbod, og dei naudsynte medisinske støttefaga. Det er skilnader på differensieringsgraden av tilboda i dei ulike sjukehusa, både med omsyn til nemnde fag og andre fag ved sjukehusa. Det er óg skilnader i vaktberedskap, fremst knytt til kirurgi og ortopedi. Tabellen under viser korleis tilboda er organiserte i dei ulike sjukehusa i HMR.

Tabell 5.1 Tilbod hjå dei ulike sjukehusa i HMR

Volda sjukehus	Ålesund sjukehus	Molde sjukehus	Kristiansund sjukehus
Medisinske fag Indremedisin med dei fleste greinspesialitetane Kreft (poliklinikk, palliativt team)	Medisinske fag Indremedisin med alle dei 8 greinspesialitetane Revmatologi Nevrologi (poliklinikk/dag) Hud (dag/poliklinikk) Fysikalsk medisin og rehabilitering Kreftavdeling	Medisinske fag Indremedisin med dei fleste greinspesialitetane Nevrologi Rehabilitering Kreft (poliklinikk, palliativt team)	Medisinske fag Indremedisin med dei fleste greinspesialitetane Hud (poliklinikk) Kreft (poliklinikk, palliativt team)
Kirurgiske fag Ortopedi Kirurgi, herunder mage/tarm og urologi	Kirurgiske fag Ortopedi inkl. tilbod til barn og revmatologiske pas. Kirurgi, herunder mage/tarm, urologi, kar, thorax, bryst/endokrin, ØNH Auge Tann/kjeve	Kirurgiske fag Ortopedi Kirurgi, herunder mage/tarm, kar, bryst/endokrin, plastikk ØNH Auge Tann/kjeve	Kirurgiske fag Ortopedi Kirurgi, herunder urologi, mage/tarm ØNH (poliklinikk/dag)
Kvinne og born Kvinnesjukdommar Fødeavdeling Barnemedisin (avgrensa poliklinisk tilbod) BUP (poliklinikk)	Kvinne og born Kvinnesjukdommar Fødeavdeling Barnemedisin Nyfødmedisin Barnehabilitering (polikl.) BUP (poliklinikk) Ungdomspsykiatrisk sengepost	Kvinne og born Kvinnesjukdommar Fødeavdeling Barnemedisin (poliklinikk) BUP (poliklinikk) Familietilbod BUP	Kvinne og born Kvinnesjukdommar Fødeavdeling Barnemedisin Barnehabilitering (polikl.) BUP (poliklinikk)
Medisinsk diagnostikk Radiologi Medisinsk biokjemi Blodbank	Medisinsk diagnostikk Radiologi Medisinsk biokjemi Patologisk Mikrobiologi Blodbank Nukleærmedisin Brystdiagnostisk senter	Medisinsk diagnostikk Radiologi Medisinsk biokjemi Patologi Mikrobiologi Blodbank Nukleærmedisin	Medisinsk diagnostikk Radiologi Medisinsk biokjemi Blodbank
Psykisk helsevern	Psykisk helsevern Alderspsykiatri Sikkerheitspsykiatri Akutt/subakutt Lukka rehabilitering Utgreiingspost (spesialseksjon) Vaksenhabilitering	Psykisk helsevern Alderspsykiatri Akuttpost Lukka rehabilitering Utgreiingspost Vaksenhabilitering	Psykisk helsevern

Alle sjukehusa har anesthesiavdelingar som inkluderer intensiveiningar, men organisert slik at sjukehusa i Ålesund og Molde ivaretek dei mest krevjande pasientane.

I tillegg kjem prehospitala tenester som for Ålesund sjukehus også omfattar ambulanshelikopter og ambulansfly.

Innanfor psykiatrien har ein to avdelingar som ivaretek dei disktrikpsykiatriske tilboda, DPS Nordmøre og Romsdal og DPS Sunnmøre. Desse har hovudansvar for generelle tilbod innan den psykiatriske spesialisthelsetenesta, med døgn- og dagtilbod, poliklinikk og akutt-team.

I tillegg finst det nokre desentraliserte polikliniske tilbod ved dei mindre sjukehusa baserte på spesialistdekning frå Ålesund sjukehus.

5.3 Opptaksområde og bruksmønster

5.3.1 Opptaksområde

I vidare planlegging legg ein til grunn at innbyggjarane i ein kommune «soknar» til det sjukehuset der fleirtalet av dei får sitt tenestetilbod frå spesialisthelsetenesta. To kommunar har eigen avtale om bruk av sjukehus; Rindal får somatiske tenester frå Sør-Trøndelag og har gjort det i mange år. For psykiske lidingar får innbyggjarane tilbodet sitt i Møre og Romsdal. Sandøy kommune har i større grad tatt i bruk Ålesund sjukehus for sine innbyggjarar, og det er handsama og avgjort i 2014 at det skal leggjast til grunn.

Fordelinga for sjukehusa i Møre og Romsdal vert vist i det følgjande.

Bustadområde for sjukehuset Nordmøre og Romsdal omfattar desse kommunane, med ein samla vekst i folketalet på 2,2 % frå 2011 til 2014:

Tabell 5.2 Bustadområde Nordmøre og Romsdal

Bustadkommune	Innbyggjarar 1. jan 2014	Innbyggjarar 1. jan 2013	Innbyggjarar 1. jan 2012	Innbyggjarar 1. jan 2011
1502 Molde	26 048	25 936	25 488	25 089
1505 Kristiansund	24 395	24 131	23 813	23 570
1535 Vestnes	6 615	6 626	6 539	6 504
1539 Rauma	7 453	7 421	7 428	7 400
1543 Nesset	3 001	2 995	3 004	2 988
1545 Midsund	2 036	2 010	1 988	1 968
1546 Sandøy	1 285	1 291	1 315	1 332
1547 Aukra	3 377	3 339	3 289	3 249
1548 Fræna	9 720	9 614	9 484	9 324
1551 Eide	3 471	3 476	3 442	3 438
1554 Averøy	5 687	5 651	5 593	5 520
1557 Gjemnes	2 565	2 557	2 579	2 582
1560 Tingvoll	3 064	3 116	3 101	3 065
1563 Sunndal	7 171	7 205	7 196	7 267
1566 Surnadal	5 954	5 927	5 952	5 949
1571 Halså	1 581	1 606	1 641	1 661
1573 Smøla	2 166	2 180	2 182	2 137
1576 Aure	3 577	3 570	3 511	3 523

Tabell 5.3 Folketalsutvikling 2011 -2014 Bustadsområde Møre og Romsdal

Bosteds område	Ant innbyggjarar 1. jan 2014	Ant innbyggjarar 1. jan 2013	Ant innbyggjarar 1. jan 2012	Ant innbyggjarar 1. jan 2011
1 Kristiansund	48 989	48 738	48 372	48 007
2 Molde	70 177	69 913	69 173	68 559
3 Ålesund	97 996	96 671	95 373	93 923
4 Volda	42 322	42 021	41 622	41 354
5 Rindal	2 046	2 061	2 088	2 061
Sum M&R	261 530	259 404	256 628	253 904

Tabell 5.4 Kristiansund bustadområde.

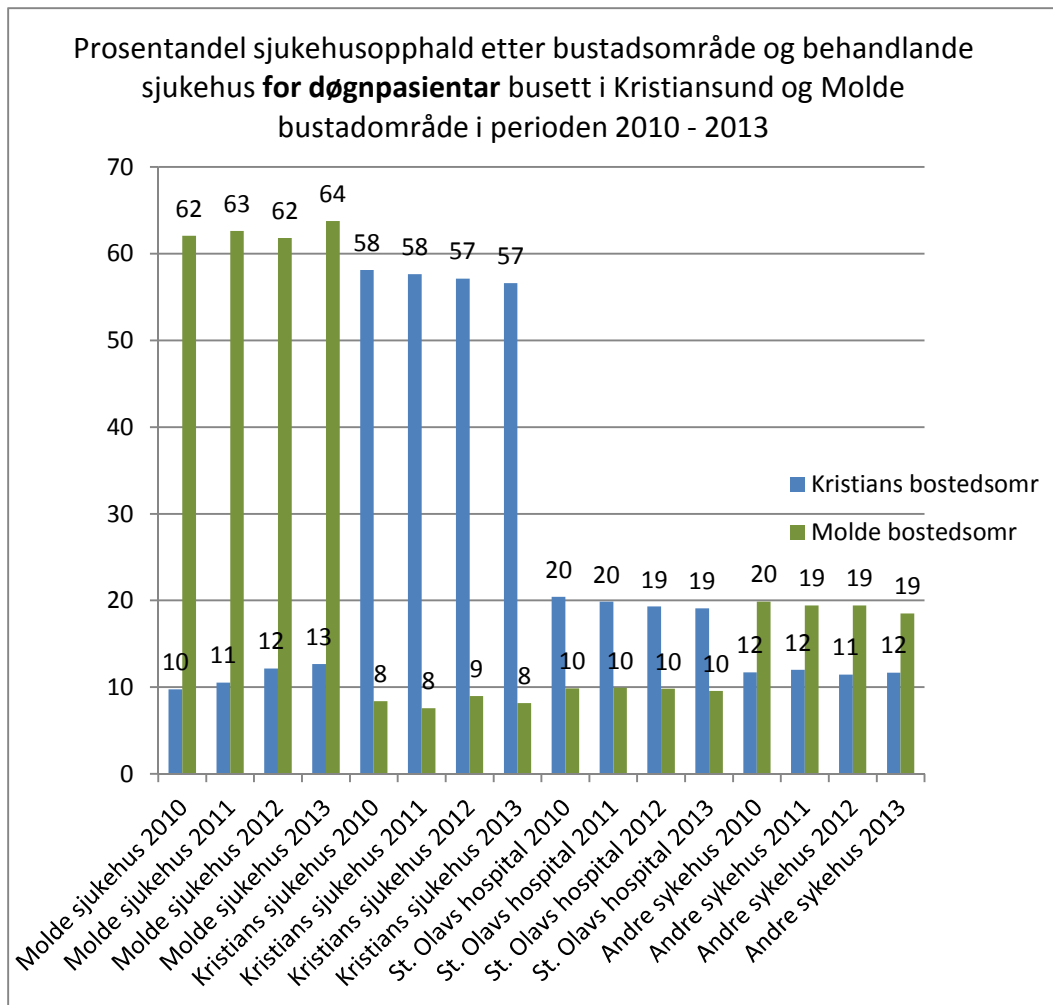
Bosteds- område	Kommune	Befolkning per 1.jan 2013
1	1505 Kristiansund	24 131
1	1554 Averøy	5 651
1	1557 Gjemnes	2 557
1	1560 Tingvoll	3 116
1	1566 Surnadal	5 927
1	1571 Halså	1 606
1	1573 Smøla	2 180
1	1576 Aure	3 570
5	1567 Rindal	2061
Sum	Kristiansund bosted	48 738

Tabell 5.5 Molde bustadområde.

Bosteds- område	Kommune	Befolkning per 1.jan 2013
2	1502 Molde	25 936
2	1535 Vestnes	6 626
2	1539 Rauma	7 421
2	1543 Nesset	2 995
2	1545 Midsund	2 010
2	1546 Sandøy	1 291
2	1547 Aukra	3 339
2	1548 Fræna	9 614
2	1551 Eide	3 476
2	1563 Sunndal	7 205
Sum	Molde bosted	68 622

5.3.2 Pasientstraumar

Korleis pasientstraumar generelt og innan ulike diagnoseområde utviklar seg, står sentralt i ein kvar utviklings- og lokaliseringdiskusjon i spesialisthelsetenesta. I Helse Møre og Romsdal har dette fleire dimensjonar, mellom anna dei ulike sjukehusa si dekkingsgrad. Enkelte sjukehus kan dekkje heile befolkninga (føretaksdekkande) på enkelte område – og på den andre sida så har alle sjukehusa tilbod (kortaste veg eller historisk fordeling gjeld). For nokre fagområde har ikkje Helse Møre og Romsdal tilbod i det heile tatt – ein må til eit universitetssjukehus for å få naudsynt diagnostikk/ behandling. Til sist kjem føretaket si strategiske satsing på ulike sjukehus ut frå til kva ein skal utvikle og bli god på versus kva ein bør redusere eller legge ned. Denne dynamikken i fag- og tenestetilbodet gjer diskusjonen svært krevjande. I tillegg har pasientane lovfesta rett til fritt sjukehusval når det gjeld elektive tenester, noko som avgrensar mogelegheita til helseføretaket for å «avgjere» pasientstraumane.



Figur 5.2 Pasientstraumar for Nordmøre og Romsdal

Ein analyse gjort av HMN hausten 2014 på oppdrag frå HMR, diskuterer pasientstraumane for pasientar busette i Møre og Romsdal og korleis desse nyttar sjukehusa i fylket, regionsjukehus og private aktørar. Datagrunnlaget er henta frå driftsåra 2010-2013 frå Norsk pasientregister (NPR), og framstillingane er delvis baserte på omsorgsnivå og delvis på DRG-poeng.

Frå oversiktene ser ein at det ganske store skilnader i eigendekning mellom dei fire bustadsområda i fylket, og bruken av St.Olav varierer også mellom desse.

Tabell 5.6 Prosentandel sjukehusopphald for døgnpasientar busette i Møre og Romsdal etter bustadsområde og behandlingsstad, 2013

Bostedsområde	Mork	Molde sjh.	Kristians sjh.	Ålesund sjh.	Volda sjh.	St. Olav	HNT HF	Inst i HSØ	Inst i HV	Inst i HN	Private sykehus	Opptr. inst
Kristians bostedsomr	0,2	12,7	56,6	3,7	0,0	19,1	0,2	2,1	0,7	0,2	0,4	4,1
Molde bostedsomr	0,3	63,8	8,2	10,9	0,1	9,6	0,1	2,7	0,8	0,1	0,3	3,2
Ålesund bostedsomr	0,2	1,4	0,2	81,0	3,1	7,3	0,0	3,0	1,1	0,1	0,2	2,3
Volda bostedsomr	1,0	1,4	0,1	24,4	58,9	7,4	0,1	2,3	1,5	0,1	0,3	2,5
1567 Rindal	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	94,6	0,0	1,9	0,3	0,3	1,9	1,0
Sum Møre og Romsdal	0,4	21,0	14,2	35,6	10,8	11,0	0,1	2,6	1,0	0,1	0,3	3,0
Sum M&R ekskl Rindal	0,4	21,1	14,3	35,8	10,9	10,4	0,1	2,6	1,0	0,1	0,3	3,0

Kristiansund bustadsområde nyttar St. Olav mest, med 19.1%, til samanlikning nyttar Ålesund regionsjukehuset 7.3%. Ingen døgnpasientar frå Rindal går til HMR, og bruken av St.Olav vert redusert til 10.4% når Rindal trekkast ut.

Tilsvarande oversikter for dagbehandling og polikliniske konsultasjonar følgjer. Dagbehandling etter NPR si klassifisering inkluderer i all hovudsak dagkirurgi og dialysebehandling. Dialyse vert halden utanfor i oversiktene, slik at tala ein ser her gjeld dagkirurgiske pasientar.

Tabell 5.7 Prosentandel sjukehusopphald, dagpasientar busette i Møre og Romsdal etter bustadsområde og behandlingsstad

Bostedsområde	Molde sjukehus	Kristians sjukehus	Ålesund sjukehus	Volda sjukehus	St. Olavs hospital	HNT HF	Inst i HSØ	Inst i HV	Inst i HN	Private sykehus
Kristians bostedsomr	25,2	43,5	0,5	0,0	15,0	0,0	3,9	0,4	0,1	11,5
Molde bostedsomr	63,7	6,3	4,1	0,1	5,5	0,0	3,7	0,2	0,1	16,3
Ålesund bostedsomr	4,2	0,1	55,5	2,3	5,1	0,0	4,5	0,8	0,1	27,3
Volda bostedsomr	3,1	0,0	30,9	39,5	3,8	0,0	3,1	2,5	0,1	16,9
1567 Rindal	0,0	2,7	0,0	0,0	75,5	0,0	2,7	0,0	0,0	19,1
Sum Møre og Romsdal	24,8	10,3	26,2	6,9	7,5	0,0	3,9	0,8	0,1	19,5
Sum M&R ekskl Rindal	25,0	10,3	26,4	7,0	6,9	0,0	3,9	0,8	0,1	19,5

Tabellen viser at Molde sjukehus har høgast eigendekning innanfor dagkirurgi, medan Volda har lågast. Skilnadene i eigendekking for denne kategorien skriv seg i hovudsak frå bruka av private tenesteytarar, og ikkje bruk av St.Olav. Ålesund sitt bustadsområde har størst relativ bruk av private tenester.

Med unntak av dialysebehandling, er medisinsk dagbehandling ut frå NPR sin definisjon poliklinisk behandling. Dei største gruppene er strålebehandling, kjemoterapi og dagrehabilitering, som totalt utgjer 6.6% i høve til samla poliklinisk verksemd. Konsultasjonar hjå private avtalespesialistar er inkluderte i talmaterialet.

Tabell 5.8 Prosentandel konsultasjonar for polikliniske pasientar busette i Møre og Romsdal etter bustadsområde og behandlingsstad, 2013

Bostedsområde	Mork	Molde sjh.	Kristians sjh.	Ålesund sjh.	Volda sjh.	St. Olav	HNT HF	Inst i HSØ	Inst i HV	Inst i HN	Private sykehus	Private avt.spes.
Kristians bostedsomr	0,0	13,0	51,7	4,3	0,0	11,4	0,0	1,0	0,2	0,1	0,0	18,2
Molde bostedsomr	0,0	63,4	7,4	14,4	0,0	4,8	0,0	1,2	0,4	0,1	0,0	8,4
Ålesund bostedsomr	0,0	1,0	0,1	79,0	1,2	2,7	0,0	1,1	0,6	0,1	0,1	14,2
Volda bostedsomr	0,1	1,1	0,0	45,0	40,0	2,9	0,0	1,3	1,3	0,1	0,1	8,1
1567 Rindal	0,0	0,8	1,3	0,2	0,0	78,0	0,2	0,5	0,0	0,0	0,0	18,9
Sum Møre og Romsdal	0,0	20,0	12,8	40,9	6,2	5,5	0,0	1,2	0,6	0,1	0,1	12,6
Sum M&R ekskl Rindal	0,0	20,1	12,8	41,2	6,3	5,1	0,0	1,2	0,6	0,1	0,1	12,6

Ein ser stor variasjon innan poliklinisk behandling. Ålesund sjukehus har den høgaste eigendekninga, og Volda den lågaste. Kristiansund har høgast bruk både av St.Olav og private avtalespesialistar. Grunnen til at Volda bustadsområde har den lågaste eigendekninga er at bruken av Ålesund sjukehus er relativt sett større enn bruken av Volda sjukehus for dette bustadsområdet. Molde og Volda bustadsområde har den minste bruken av avtalespesialistar.

Som ein ser er bruken av St.Olav relativt ulik for dei fire bustadsområda, der sjukehusa i nord nyttar dette mest og sjukehusa i sør minst. Variasjonen kan tyde på at det ikkje berre er regionpasientar, men også lokalsjukehuspasientar som går til Trondheim. Ein har difor ut frå pasientstraumane gjort eit estimat av behovet for tenester frå St.Olav eller andre universitetssjukehus som kunne vorte behandla i eige føretak.

Tabell 5.9 Talet sjukehusopphald og sjukehusopphald pr. 1000 innbyggjarar samla og ved regionsjukehusa for døgnpasientar busette i Møre og Romsdal etter bustadsområde, 2013

Bostedsområde	Sum sho døgnpas	Herav bruk av region-sykehus	Per 1000 innb samlet	Per 1000 innb ved region-sykehus	Dersom alle med ålesund-rate	Mer-opphold til HMR HF
Kristians bostedsomr	10 024	2 078	205	42	812	1 266
Molde bostedsomr	13 263	1 548	189	22	1 164	384
Ålesund bostedsomr	16 473	1 625	168	17	1 625	0
Volda bostedsomr	7 929	781	187	18	702	79
Sum M&R	47 689	6 032	184	23	4 303	1 729

Tabellen viser at 12.6% av opphalda frå Møre og Romsdal er på regionsjukehus. Vidare ser ein som venta at det er Ålesund bustadsområde som har lågast forbruk pr. 1000 innbyggjarar, medan Kristiansund har høgast og meir enn det dobbelte tilsvarande for Ålesund bustadsområde. Dersom alle bustadsområda hadde hatt same rate som Ålesund, ville samla bruk av regionsjukehus vorte redusert med 4303 opphald, som svarer til 9.0% av dei samla døgnopphalda. Ein tar ikkje omsyn til forbrukskilnader i dette materialet i utgangspunktet, men antar at alle har same behov for tenester frå regionsjukehus pr. 1000 innbyggjar uavhengig av skilnaden i bruk av lokalsjukehus mellom områda.

Gjer ein om dette til senger, vil redusert bruk av tenester ved regionsjukehusa svare til 23 senger med 85% belegg. Omrekna til DRG-poeng med 100% ISF-refusjon vil dette utgjere om lag 74 millionar kroner. Sett i lys av dagens finansieringsmodell vil dette tyde på ein reduksjon i ramma overført frå HMR sitt bustadsområde til regionsjukehusa på nær 74 millionar. Inntektene vil tilfalle HMR dersom ein sjølv behandlar desse pasientane, men korleis det kjem ut totalt sett økonomisk er avhengig av det kostnadsnivået dette medfører. Med ledig kapasitet er det rimeleg å anta ein relativt låg marginalkostnad, slik at dette vil verte eit positivt resultat for HMR. Om det ikkje finst ledig kapasitet, eller er låg kapasitet, vil marginalkostanden vere relativt høg og såleis ikkje naudsynt gi eit positivt resultat. Dette visast i tabellen under.

Tabell 5.10 Meiropphald, –liggedøgn og –DRG-poeng til HMR HF dersom heile fylket hadde Ålesund-rate ved regionsjukhusa for døgnpasientar busette i Møre og Romsdal etter bustadsområde 2013. Meirliggedøgn er omrekna til sengebehov og meir-DRG-poeng omrekna til 100% ISF-refusjon

Bostedsområde	Mer-opphold til HMR HF	Liggedøgn mer-opph	DRG-poeng mer-opph	Senge-behov	100 % ISF-refusjon i 1000 kroner
Kristians bostedsomr	1 266	5 136	1 374	17	54 183
Molde bostedsomr	384	1 559	417	5	16 452
Ålesund bostedsomr	0	0	0	0	0
Volda bostedsomr	79	321	86	1	3 391
Sum M&R	1 729	7 016	1 877	23	74 026

For dagbehandling presenterast tilsvarande i tabellen under. Ein presiserer at dagbehandling innan denne samanhengen i hovudsak er dagkirurgiske opphald. Det er elles sannsynleg at ein overestimerer bruken av regionsjukehusa noko i høve til kva som er naudsynt bruk av regionsjukehus. Samanlikna med døgnopphalda utgjer dagkirurgien svært små tal.

Tabell 5.11 Talet sjukehusopphald og sjukehusopphald pr. 1000 innbyggjarar samla og ved regionsjukehusa for dagpasientar busette i Møre og Romsdal etter bustadsområde, 2013

Bostedsområde	Sum sho dagpas	Herav bruk av regsh	Per 1000 innb samlet	Per 1000 innb ved region-sykehus	Dersom alle med Ålesund-rate	Mer-opphold til HMR HF
Kristians bostedsomr	2 814	527	57	10,8	260	267
Molde bostedsomr	4 051	355	58	5,1	373	-18
Ålesund bostedsomr	5 237	521	53	5,3	521	0
Volda bostedsomr	2 226	200	53	4,7	225	-25
Sum M&R	14 328	1 603	55	6,2	1 380	223

Både Molde og Volda har lågare rate enn Ålesund, men i utrekningane nyttast likevel Ålesund bustadsrate og Molde og Volda bustadsområde settast lik null. Dette tyder at det berre er meiropphald i Kristiansund som ein ser som potensiale for meiraktivitet.

Korleis dette gir seg utslag økonomisk er vist i tabellen under.

Tabell 5.12 Meiropphald og –DRG-poeng til HMR HF dersom heile fylket hadde Ålesund-rate ved regionsjukehusa for dagpasientar busette i Møre og Romsdal etter bustadsområde 2013. Meir-DRG-poeng omrekna til antall per dag i året og 100 prosent ISF-refusjon

Bostedsområde	Mer-opphold til HMR HF	DRG-poeng mer-opph	Kons per dag i året	100 % ISF-refusjon i 1000 kroner
Kristians bostedsomr	264	88	0,7	3 458
Molde bostedsomr	0	0	0,0	0
Ålesund bostedsomr	0	0	0,0	0
Volda bostedsomr	0	0	0,0	0
Sum M&R	264	88	0,7	3 458

Ein ser at dette utgjer få dagopphald og få DRG-poeng (skuldast låg indeks. 0.33 i gjennomsnitt for dagopphalda). I omfang utgjer dette i underkant av ein konsultasjon pr. dag i året og i underkant av 3,5 millionar kroner. Desse tala er så låge at det er stort sannsyn for å auke aktiviteten med dette nivået utan store tilleggskostnader.

Tilsvarande er også gjort for polikliniske pasientar, og resultatata visast i tabellane under, her også inkludert noko medisinsk dagbehandling. Det er elles sannsynleg at ein overestimerer naudsynt regionsjukehusfunksjon i desse tala, og såleis underestimerer meiraktiviteten til HMR.

Tabell 5.13 Talet konsultasjonar og talet konsultasjonar per 1000 innbyggjarar samla og ved regionsjukehusa for polikliniske pasientar busette i Møre og Romsdal etter bustadsområde 2013. Bruk av regionsjukehus med Ålesund-rate og forskjell til faktisk vert også presentert

Bostedsområde	Sum kons polikli pas	Herav bruk av region-sykehus	Per 1000 innb samlet	Per 1000 innb ved region-sykehus	Dersom alle med Ålesund-rate	Mer-konsultasjoner til HMR HF
Kristians bostedsomr	76 537	9 371	1562	191	2 703	6 668
Molde bostedsomr	96 746	5 652	1379	81	3 871	1 781
Ålesund bostedsomr	138 082	5 406	1409	55	5 406	0
Volda bostedsomr	53 050	2 454	1253	58	2 335	119
Sum M&R	364 415	22 883	1404	88	14 315	8 568

Det finst eit potensiale for meiraktivitet i HMR som tilsvarer 8 568 konsultasjonar dersom alle hadde same bruk av regionsjukehusa som Ålesund. Ein understrekar at det ikkje er tatt omsyn til skilnader i generelle forbruksrater i utrekningane, men at alle har same behov for regionfunksjon pr. 1 000 innbyggjarar.

Utrekningane mop. meiraktivitet visast i tabellen under:

Tabell 5.14 Meir-konsultasjonar og –DRG-poeng til HMR HF dersom heile fylket hadde Ålesund-rate ved regionsjukehusa for polikliniske pasientar busette i Møre og Romsdal etter bustadsområde 2013. Meir-DRG-poeng omrekna til tal per dag i året og 100% ISF-refusjon

Bostedsområde	Mer-konsultasj til HMR HF	DRG-poeng mer-opph	Kons per dag i året	100 % ISF-refusjon i 1000 kroner
Kristians bostedsomr	6 668	265	18,3	10 440
Molde bostedsomr	1 781	71	4,9	2 788
Ålesund bostedsomr	0	0	0,0	0
Volda bostedsomr	119	5	0,3	187
Sum M&R	8 568	340	23,5	13 415

Det største potensialet for meiraktivitet ligg i Kristiansund bustadsområde. Samla sett er det potensiale for ein meiraktivitet som utgjør 23,5 konsultasjonar pr. dag i året, som med antatt normal opningstid i 220 dagar pr. år svarer til i underkant av 39 konsultasjonar pr. dag. Med 100 % ISF-refusjon svarer dette til i underkant av 13,5 millionar kroner. Marginalkostnadene vil avgjere om dette gir eit positivt resultat for HMR.

Med dagens finansieringsmodell viser utrekningane over at det samla sett for alle behandlingsnivå i fylket finst eit inntekspotensiale på om lag 90 millionar kroner ved redusert bruk av regionsjukehus. Ein har då ikkje tatt omsyn til at bruken ved Oslo Universitetssjukehus og Haukeland universitetssjukehus har eit kostnadsnivå på 80 % ISF-refusjon, noko som tyder at potensialet er noko lågare. Marginalkostanden vil avgjere om ein slik meiraktivitet fell positivt ut for HMR. Viss ein antar at denne er på 80 % i gjennomsnitt, vil samla gevinst verte på om lag 18 millionar kroner, dersom denne er 60 % er gevinsten på om lag 36 millionar kroner.

For dei pasientane som er å sjå på som lokalsjukehuspasientar behandla på regionnivå, dvs. pasientar som HMR kunne handtert gjennom eige spesialisthelsetenestetilbod, er det gjort ein analyse av reisekostnader. Dersom ein, jfr. modellen skildra ovanfor, legg til grunn at pasientane frå opptaksområdet til Ålesund kun nyttar St.Olav (opphald ved Helse Sør-Øst og Helse Vest vert sett bort frå grunna lågt tal) når kompetansen til eit universitetssjukehus er naudsynt, vil meirforbruket

av sjukehusopphald frå opptaksområdet til Kristiansund sjukehus svare til 8 198 opphald. Om ein legg til grunn dei ulike refusjonsmåtene ein har og gjer eit vektta gjennomsnitt for kommunane Kristiansund, Aure, Smøla, Tingvoll, Halså, Surnadal og Sunndal, utgjer dette 678 kroner pr. reise. Alt i alt vert då transportkostnadene for denne pasientgruppa om lag 5.5 millionar kroner.

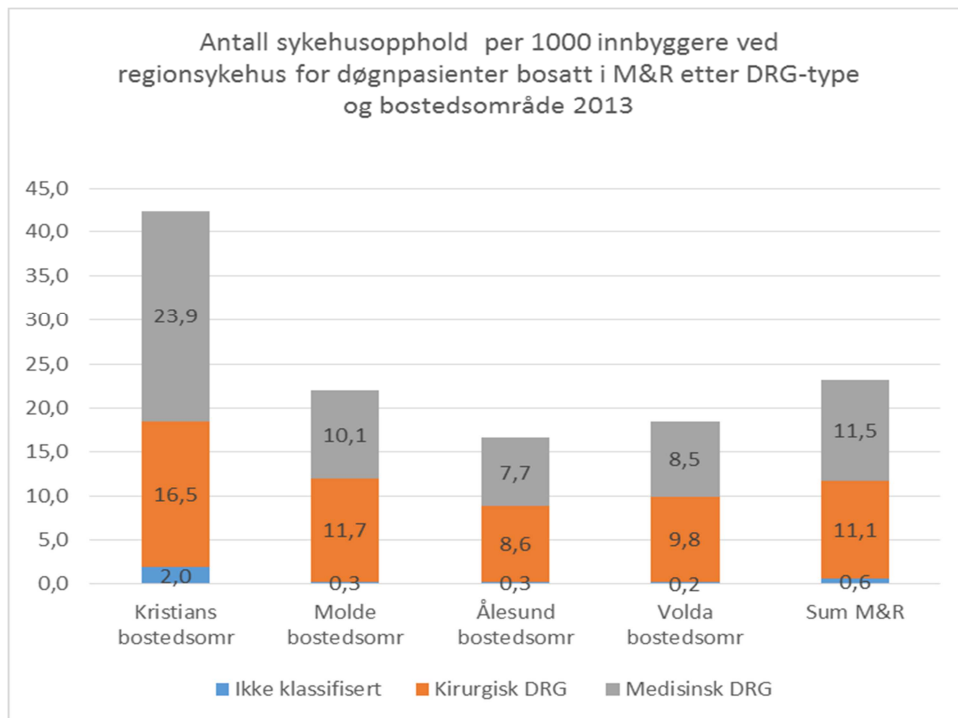
Kven nyttar regionsjukehusa?

For døgnpasientar busette i Møre og Romsdal er det diagnosar knytte til nervesystemet, sirkulasjonsorgan og muskel- og skjelettsystemet/bindevev som har høgast forbruksrate ved regionsjukehusa. Ålesund bustadsområde har lågast forbruk av desse av bustadsområda i fylket. Det er viktig å merke seg at det er ei naturleg funksjonsdeling mellom lokal- og regionssjukehus i denne samanhengen, særskilt for sjukdommar i nervesystem og sirkulasjonsorgan, der det er innretta slik at det berre finst tilbod om behandling/diagnostikk for dette på regionsjukehusnivå. For muskel-/skjelett-/bindevev kan ein også sjå noko av det same, men i mindre grad enn for dei to andre.

Tabell 5.15 Talet sjukehusopphald ved regionsjukehusa for døgnpasientar busette i Møre og Romsdal etter hovuddiagnosegruppe og bustadsområde, 2013

Bostedsområde	Kristians bostedsomr	Molde bostedsomr	Ålesund bostedsomr	Volda bostedsomr	Sum M&R
1 Sykdommer i nervesystemet	208	174	188	102	672
2 Øyesykdommer	61	26	47	31	165
3 Øre-, nese- og halssykdommer	83	53	91	40	267
4 Sykdommer i åndedretsorganene	113	88	75	28	304
5 Sykdommer i sirkulasjonsorganene	338	386	389	239	1 352
6 Sykdommer i fordøyelsesorganene	236	99	107	46	488
7 Sykdommer i lever, galleveier og bukspyttkjertel	73	54	94	23	244
8 Sykdommer i muskel-, skjelettsystemet og bindevev	257	204	118	65	644
9 Sykdommer i hud og underhud	48	40	22	5	115
10 Indresekretoriske-, ernærings- og stoffskiftesykdommer	43	24	32	21	120
11 Nyre- og urinveissykdommer	120	91	86	37	334
12 Sykdommer i mannlige kjønnsorganer	59	61	69	14	203
13 Sykdommer i kvinnelige kjønnsorganer	46	23	38	16	123
14 Sykdommer under svangerskap, fødsel og barsel	84	17	11	4	116
15 Nyfødte med tilstander som har oppstått i perinatalperioden	78	15	16	3	112
16 Sykdommer i blod, bloddannende organer og immunapparat	21	18	14	8	61
17 Myeloproliferative sykdommer og lite differensierte svulster	76	78	118	52	324
18 Infeksiøse og parasittære sykdommer	25	12	17	6	60
19 Psykiske lidelser og rusproblemer	10	7	9	1	27
21 Skade, forgiftninger og toksiske effekter av medikamenter/andre stoffer, medikamentmisbruk og organiske sinnslidelser fremkalt av disse	44	22	31	11	108
22 Forbrenninger	2	0	3	1	6
23 Faktorer som påvirker helsetjenesten - andre kontakter med helsetjenesten	35	43	28	11	117
24 Signifikant multitraume	5	2	5	3	15
30 Sykdommer i bryst	7	4	12	7	30
99 Kategorier utenom hoveddiagnose	6	7	5	7	25
Sum	2 078	1 548	1 625	781	6 032

I Møre og Romsdal er det Kristiansund bustadsområde som har høgast forbruksrate ved regionsjukehusa av alle innan nemnde diagnosegrupper. For dagbehandling ser ein ikkje noko mønster i høve til om dette er regionspasientar eller fritt sjukehusval som gjer at ein nyttar seg av regionsjukehusa. Kristiansund har også høgast forbruksrate her og for polikliniske pasientar, der ein ser dette for dei fleste polikliniske pasientgruppene. Elles er det gjennomgåande høgare nivå på forbruksratene ved regionsjukehusa frå Molde bustadsområde enn ved tilsvarande frå dei to sørlegaste bustadsområda.

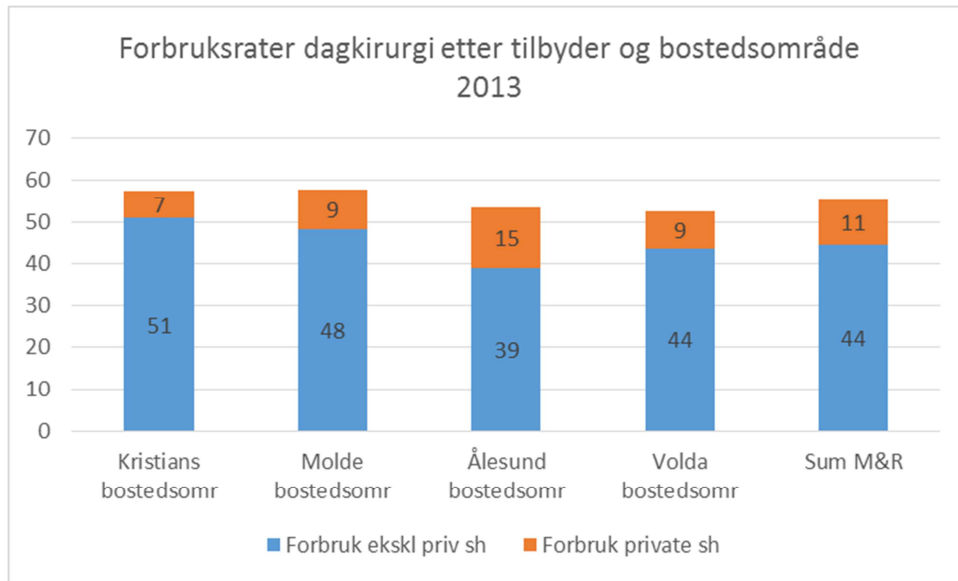


Figur 5.3 Tal sjukehusopphald pr. 1000 innbyggjar ved te regionsjukehus for døgnpasientar busette i Møre og Romsdal etter DRG-type og bustadsområde, 2013

Bruk av private aktørar

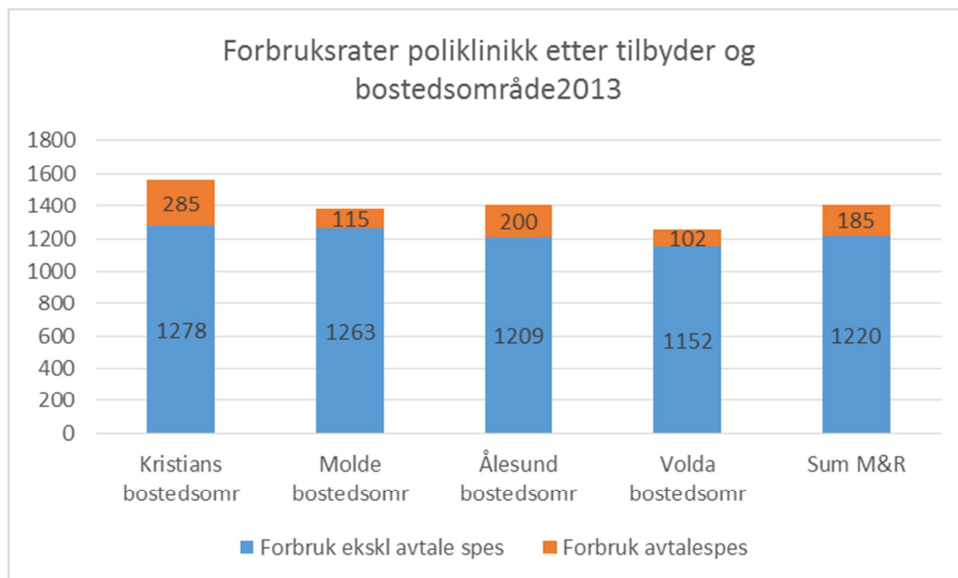
Bruken av tenester varierer ut frå kva behandlingsnivå det er snakk om. For døgnoophald er det primært opptrenings-institusjonane som nyttast, men forbruket i fylket er lågt i nasjonal samanheng. I den grad dette skil seg mellom dei ulike bustadsområda, er det Kristiansund som har størst forbruk medan Ålesund har lågast.

For dagbehandling (eksklusiv dialyse) ser ein meir bruk av private enn for døgnpasientar. I all hovudsak kjem dette frå bruk av dagkirurgi, og ein ser at forbruket er redusert i dei private sjukehusa i Ålesund og Molde bustadområde, medan det har auka i dei to andre, særskilt i Kristiansund ser ein ei prosentvis monaleg auke trass i at dette området nyttar tenester frå det private minst totalt sett. Ålesund bustadsområde har høgast forbruksrate av dei private, og samla sett bidrar bruken av dei private til å utjamne skilnadene i forbruk noko i fylket.



Figur 5.4 Talet sjukehusopphald pr. 1000 innbyggjar for dagpasientar busette i Møre og Romsdal etter bustadsområde og tilbydar, 2013

For den polikliniske verksemda er det avtalespesialistar som er dei store private aktørane, og ein ser at alle bustadsområda har ei auke i forbruk frå 2012 til 2013. Framleis utgjer likevel avtalespesialistane ein liten del av konsultasjonane i fylket, men bruken av dei er med på å auke forbruksskilnadene i fylket.



Figur 5.5 Talet konsultasjonar pr. 1000 innbyggjar for pasientar busette i Møre og Romsdal etter tilbydar og bustadsområde, 2013

5.4 Pasientbehandling somatikk

Ein har sett på korleis aktiviteten i HMR har utvikla seg i perioden 2011-2013 i høve til pasientar busette i og utanfor fylket. Kjelda til dette arbeidet er Norsk Pasientregister (NPR). Datagrunnlaget er samanstilt etter nasjonal standard, og vil ikkje naudsynt vise same tal som sjukehuset sitt eige datagrunnlag. Talmaterialet i dette kapitlet er tatt med for å vise utviklingstrendar innanfor perioden 2011-2013 for ulike omsorgsnivå. Ein har sett på alle sjukehusa, og det er særskilt Volda

sjukehus som har hatt ei kraftig auke av pasientar som kjem utanfrå fylket, og ein stor del av desse er frå Sogn og Fjordane og må sjåast i samanheng med intensjonsavtalen mellom Helse Midt-Norge og Helse Vest om føde-/barsel-verksemd i området, men det er også ei auke i andre pasientgrupper. Særskilt ser ein dette innanfor dag- og poliklinisk verksemd.

Tabell 5.16 Talet sjukehusopphald for døgnpasientar busette i og utanfor Møre og Romsdal ved HMR HF i perioden 2011-2013

Sykehus	Døgnopph2011			Døgnopph2012			Døgnopph2013		
	Bosatt i M&R	Bosatt utenfor M&R	Sum 2011	Bosatt i M&R	Bosatt utenfor M&R	Sum 2012	Bosatt i M&R	Bosatt utenfor M&R	Sum 2013
Molde sjukehus	9 503	276	9 779	9 812	273	10 085	10 070	301	10 371
Kristiansund sjukehus	6 617	232	6 849	7 003	179	7 182	6 796	183	6 979
Ålesund sjukehus	17 384	437	17 821	17 217	545	17 762	17 084	541	17 625
Volda sjukehus	5 420	225	5 645	5 358	416	5 774	5 206	663	5 869
Sum sykehus HMR	38 924	1 170	40 094	39 390	1 413	40 803	39 156	1 688	40 844

Den somatiske døgnaktiviteten i HMR har for perioden 2011-2013 gått ned for Ålesund sjukehus, medan han har auka for dei tre andre sjukehusa i føretaket. Auka skuldast også pasientar busette utanfor fylket, t.d. har Volda sjukehus ein nedgang i døgnpasientane om ein ser berre på døgnopphald frå eige fylke. Størst samla vekst i døgnopphald finn ein ved Molde sjukehus, med ein vekst på 6.1% i perioden.

Tabell 5.17 Talet sjukehusopphald for dagpasientar busette i og utanfor Møre og Romsdal ved HMR HF i perioden 2011-2013

Sykehus	Dagopph2011			Dagopph2012			Dagopph2013		
	Bosatt i M&R	Bosatt utenfor M&R	Sum 2011	Bosatt i M&R	Bosatt utenfor M&R	Sum 2012	Bosatt i M&R	Bosatt utenfor M&R	Sum 2013
Molde sjukehus	3 380	21	3 401	3 468	32	3 500	3 583	27	3 610
Kristiansund sjukehus	1 711	48	1 759	1 568	40	1 608	1 484	20	1 504
Ålesund sjukehus	5 040	70	5 110	4 781	86	4 867	3 777	72	3 849
Volda sjukehus	1 050	69	1 119	1 044	183	1 227	1 003	203	1 206
Sum sykehus HMR	11 181	208	11 389	10 861	341	11 202	9 847	322	10 169

For dagbehandling (dialyse er ikkje inkludert) har HMR sett under eitt hatt ein nedgang i perioden på 10.7%. Både Kristiansund og Ålesund har hatt ein reduksjon i perioden, men prosentvis størst ved Ålesund sjukehus. Volda har høgast prosentvis auke samla sett, noko som skuldast ei kraftig auke av pasientar frå Sogn og Fjordane. Både Kristiansund, Volda og Ålesund hadde ein nedgang i dagkirurgi for pasientar frå eige fylke i perioden, med størst prosentvis nedgang i Ålesund. Molde sjukehus hadde som det einaste ei auke både for pasientar frå og utanfrå fylket. Her har Ålesund bustadområde til dels stor bruk av private sjukehus.

Tabell 5.18 Talet polikliniske konsultasjonar for pasientar busette i og utanfor Møre og Romsdal ved HMR HF i perioden 2011-2013

Sykehus	Kons 2011			Kons 2012			Kons 2013		
	Bosatt i M&R	Bosatt utenfor M&R	Sum 2011	Bosatt i M&R	Bosatt utenfor M&R	Sum 2012	Bosatt i M&R	Bosatt utenfor M&R	Sum 2013
Molde sjukehus	72 106	861	72 967	73 883	892	74 775	73 343	866	74 209
Kristiansund sjukehus	45 558	576	46 134	47 971	544	48 515	46 805	550	47 355
Ålesund sjukehus	141 830	1 736	143 566	143 983	2 021	146 004	150 046	2 101	152 147
Volda sjukehus	21 827	842	22 669	22 049	1 528	23 577	22 892	1 967	24 859
Sum sykehus HMR	281 321	4 015	285 336	287 886	4 985	292 871	293 086	5 484	298 570

HMR har auka talet på polikliniske konsultasjonar på 4.6% for heile føretaket i heile perioden. Samla sett utgjer dette 13 234 konsultasjonar. Volda sjukehus har hatt sterkast prosentvis vekst i perioden, og veksten av pasientar som kjem utanfrå fylket er svært høg og kan tilskrivast Sogn og Fjordane. For pasientar busette i eige fylke, er veksten størst ved Ålesund sjukehus også for pasientar frå eige fylke. I første del av perioden var veksten størst ved Kristiansund sjukehus, men både Molde og Kristiansund hadde ein reduksjon i veksten i andre halvdel. Veksten frå pasientar busette utanfor eige fylke er samla sett for føretaket høgare enn veksten frå eigne pasientar.

5.5 Pasientbehandling psykisk helsevern, rus- og avhengigheitsbehandling

Verksemda for psykisk helsevern og rus- og avhengigheitsbehandling er i dag organisert i to klinikkar: Klinikkk for psykisk helsevern og Klinikkk for rus- og avhengigheitsbehandling.

Klinikkk for psykisk helsevern er delt inn i fire avdelingar og organiserer i alt 22 seksjonar. To avdelingar ivaretek det distriktpsykiatriske tilbodet (ei for Nordmøre og Romsdal og ei for Sunnmøre), ei avdeling har sjukehuspsykiatrisk tilbod (67 senger totalt, i Ålesund, Molde og på Hjelset) og ei avdeling har tilbod om alderspsykiatri og vaksenhabilitering.

Klinikkk for rus- og avhengigheitsbehandling er geografisk fordelt på to avdelingar: Molde behandlingssenter (18 sengeplassar) og Ålesund behandlingssenter (17 døgnplassar: 12 elektive og 5 rus-akutte). Samla sett inneheld klinikken eit breitt spekter av tilbod: akuttbehandling, dag- og poliklinisk behandling, utgreiing/døgnbehandling, legemiddelassistert behandling, raskare tilbake. Klinikken yter også tenester utanfor eigen klinikkk- til andre helseføretak.

Ein skal ha ein større vekst innanfor psykisk helsevern og rusbehandling enn innanfor somatikk på regionnivå. Styringsdokumentet for HMR er tydeleg på at sjukehusfunksjonane skal spesialisert ytterlegare, og ein større del pasientar skal behandlast på distriktpsykiatrisk-nivå i framtida.

Tabell 5.19 Oversikt aktivitet 2011-2013, sjukehuspsykiatri

Pasientbehandling ⁷	2011		2012		2013	
	Sunnmøre	Nordfylket	Sunnmøre	Nordfylket	Sunnmøre	Nordfylket
Døgnopphold	950	510	844	562	828	658
Liggedager	17192	12313	11019	21755	11714	10728
Polikliniske konsultasjonar	4044	2217	3960	5997	1720	1148

⁷ Aktivitet ved langtidsseksjonen Larsnes ligg inne i tala for 2011.

Tabell 5.20 Oversikt aktivitet 2011-2013, alderspsykiatri og habilitering

Pasientbehandling	2011		2012		2013	
	Sunnmøre	Nordfylket	Sunnmøre	Nordfylket	Sunnmøre	Nordfylket
Døgnopphold	127	53	154	59	147	61
Liggedager	2239	1711	2387	1955	2207	1743
Polikliniske konsultasjoner	1768	2316	1522	1828	2136	3982

Det ein ser av utviklinga er døgnopphald, liggedagar og polikliniske konsultasjonar utviklar seg i ulik retning. Det er vanskeleg å seie noko om konsistent retning, då Sunnmøre mot Nordfylket varierer og det varierer både innad og mellom kategoriene.

Talmateriale nytta for framskriving og dimensjoner er vist i tabellane under.

Tabell 5.21 Oversikt aktivitet og bemanning, sjukehuspsykiatri 2013

Pasientbehandling	Ålesund og Volda		Molde og Kristiansund	SUM
Døgnopphold		828	658	1 486
Liggedager		11 714	10 728	22 442
Dagopphold				0
Polikliniske konsultasjoner		1 720	1 148	2 868

Bemanning	Ålesund og Volda		Molde og Kristiansund	SUM
Legestillinger		9,0	11,0	20,0
Sykepleiestillinger		72,3	57,7	130,0
Andre		47,5	35,0	82,5
Sum		128,8	103,7	232,5

Tabell 5.22 Oversikt aktivitet og bemanning, alderspsykiatri og habilitering 2013

Pasientbehandling	Ålesund		SNR	SUM
Døgnopphold		147	61	208
Liggedager		2207	1743	3950
Dagopphold				0
Polikliniske konsultasjoner		2136	3982	6118

Bemanning	Ålesund		SNR	SUM
Legestillinger		3,0	4,0	7,0
Sykepleiestillinger		13,0	14,0	27,0
Andre		15,0	13,0	28,0
Sum		31,0	31,0	62,0

Tabell 5.23 Oversikt aktivitet og bemanning, seksjon for avgiftning/akutt/stabilisering ved Ålesund behandlingssenter (totalt 17 behandlingsslassar) 2013

Pasientbehandling	Ålesund	SNR	SUM
Døgnopphold	231		231
Liggedager	896		896
Dagopphold	0		0
Polikliniske konsultasjonar	0		0

Bemanning	Ålesund	SNR	SUM
Legestillinger	0,4		0,4
Sykepleiestillinger	3,4		3,4
Andre	2,2		2,2
Sum	6,0		6,0

5.6 Forsking, utdanning og innovasjon

Helseføretaka har lovpålagde oppgåver i å drive forskning og utdanning. Forsking er eit viktig verkemiddel for å nå målsetjinga om likeverdige helsetenester av høg kvalitet. Dette er heimla i lov om spesialisthelsetenesta, og vert utdjupa i det årlege oppdragsdokumentet frå Helse- og omsorgsdepartementet til det regionale helseføretaket.

Forsking er elles ein viktig faktor for arbeidsmiljø og rekruttering, og medverkande til kvalitetsutvikling og utvikling av tilbod innanfor diagnostikk og behandling. Dette stiller krav til areal og personalressursar, og i tillegg kompetanse og infrastruktur inklusive IKT.

På utdanningsida i HMR samarbeider ein med høgskulane i fylket gjennom eit samarbeidsorgan der også kommunar og fylkeskommune er representert. I tillegg er ein også representert i det regionale samarbeidsorganet.

Fleire av dei overordna styringsdokumenta for HMN og HMR legg til grunn at forskning, innovasjon og utvikling skal gi auka effektivitet og betre helsetenester i føretaket/helsesektoren. Det vert også framheva at ein treng innovative konsept som kan bidra til å møte utfordringane innan framtida sine helsetenester. Til no har HMR først og fremst prøvd å byggje opp infrastruktur og tenester/tiltak retta mot forskning, i tillegg til å bidra med midlar for å byggje opp mogelege forskingsmiljø, noko ein har freista å få til gjennom utlysing og tildeling av forskings- og infrastrukturmidlar.

Det er eit mål for HMR og FoU-seksjonen i føretaket å leggje til rette for tiltak/prosessar/nettverksbygging der ein kan stimulere til at miljø får fram gode idéar om aktuelle innovasjons-/utviklingsprosjekt. Ei slik satsing kan i neste omgang danne grunnlag for å søke midlar til både organisatoriske og materielle innovasjonar, mellom anna gjennom framtidige utlysingar i ulike forskingsprogram eller gjennom samarbeid med sentrale partnerar lokalt, regionalt, nasjonalt og internasjonalt.

Dei langsiktige måla for FoU definerte i styringsdokumentet frå det regionale helseføretaket er m.a. knytte til å auke omfanget og implementeringa av klinisk pasientretta forskning, helsetenesteforskning og innovasjonar som yter til auka kvalitet, pasienttryggleik, kostnadseffektivitet og meir heilskaplege pasientforløp. Andre element er brukarmedverknad og ei auke i talet på pasientar som får tilbod om å ta del i kliniske studiar.

5.7 Samhandling/samarbeid med andre aktørar

5.7.1 Andre helseføretak

St. Olavs Hospital

St.Olavs hospital er universitetssjukehuset i regionen, og behandling som krev mange tilleggfunksjonar og/eller avansert teknisk infrastruktur skal som hovudregel utførast ved dette sjukehuset. St.Olav har både nasjonale behandlingstenester og er nasjonalt kompetansesenter innanfor fleire fagområde, i tillegg finst det også fleirregionale tilbod.

Det er avgjerande for helseføretak utan universitetssjukehus å samarbeide tett med fagområde ved universitetssjukehuset.

Ambulanseføretaket

Ambulanse Midt-Norge (AMN) er i dag eige føretak, men vil frå årsskiftet 2014/2015 verte del av Helse Møre og Romsdal som eigen klinikk.

I skrivet frå AMN i samband med utviklingsplanarbeidet i 2012 vert det sagt at stasjonsstrukturen i Møre og Romsdal er vurdert som brukbart godt tilpassa mønster i befolkninga, sjukehus- og legevaktstruktur og infrastruktur i området. Ein har likevel monalege utfordringar i manglar ved ambulansestasjonane i sjukehusstasjonane i fylket, noko som hindrar hensiktsmessig dimensjonering og utnytting av beredskapen. I tillegg er noverande funksjonsdeling og vaksamarbeid mellom dei to sjukehusa innan fagfelte ortopedi og kirurgi med på å generere eit monaleg behov for overføringsoppdrag sjukehusa mellom. Transporten vert utført med fullt utrusta akuttambulanse, og er såleis jamt ei utfordring for beredskapen i området. Ved samanslåing til eitt sjukehus, vil verken dette eller fysiske manglar i ambulansestasjonane vere eit tema.

AMN har etter oppmoding frå Helse Møre og Romsdal kome med ein uttale om kor vidt det finst prehospitalt høve som kan påverke endeleg val av sjukehus. Etter ei grundig sakshandtering finn ikkje ambulanseføretaket at det ligg føre noko av avgjerande tyding som tilseier at ei tomt er meir eigna enn ei anna innanfor det ambulansefaglege perspektivet. Alle tomtealternativa har kort veg til dei aktuelle hovudtrafikkåra mellom dei to største konsentrasjonane i befolkning, og det ser ut til å vere samanliknbar og god mogelegheit til etablering av inn- og utkjøringstraséar for utrykningskøyrety ved alle alternativ.

Når det gjeld helikoptertransport er dette ein del av den regionale konsekvensutgreiinga, og helseføretaket vil nytte denne og tilhøyrande høyringssvar i vidare arbeid mot fullstendig idéfaserapport. Temaet kring helikoptertransport vart også tatt opp i eit eige innspelsseminar før sommaren 2014.

Sykehusapotekene Midt-Norge

Sjukehusapoteka er eit farmasøytisk kompetansesenter som bidreg aktivt til riktig legemiddelbruk for å sikre god pasientbehandling, gjennom fokus på både pasientspesifikk oppfølging og på generelt arbeid innan legemiddelhandtering. Målet er å kvalitetssikre legemiddelbruken og sørgje for ein sikker og kostnadseffektiv legemiddeldistribusjon.

Helse Førde

Helse Møre og Romsdal har avtale med Helse Førde kring fødande, der fødande frå Nordfjord-området kan nytte Volda sjukehus.

5.7.2 Utdanningsinstitusjonar

Høgskular og universitet er viktige samarbeidspartnarar for føretaket innan utdanning og praksis for den viktigaste ressursen ein forvaltar. Høgskolen i Ålesund og Høgskolen i Molde har ei stor breidde i helsefagleg utdanning og etter-/vidareutdanning, særskilt for sjukepleie men også for andre fag. Høgskulen i Volda og Høgskolen i Molde har også ein intensjonsavtale med HMR om eit nytt doktorgradsstudium. Det er ønskjeleg å bygge vidare på etablerte og gode samarbeidsrelasjonar innan utdanning/praksis og FoU, i tillegg til utveksling av faglege delstillingar m.a. Det er forøvrig viktig å understreke at NTNU for medisinarar og enkelte andre spesialgrupper er ein svært viktig samarbeidspart, og at dette mykje sannsynleg vil styrke seg framover.

Utdanningsinstitusjonane står føre krevjande strukturspørsmål. Dei har ambisjonar om å utvikle nasjonale spydspissar basert på lokale kompetanseområde også i helsefag. Dette bør skje i samarbeid med helseføretaket som må vere tydeleg på sine faglege behov. Her må ein også samarbeide på tvers av geografiske område. Det nye sjukehuset kan vere eit høve til å løfte slike felles faglege spydspissar.

Når det gjeld høvet mellom sjukehuslokalisering og utdanningsinstitusjonar innanfor helsefag, så vil det vere ein fordel med nærleik. Men innanfor universitetsfag, som t.d. medisin og psykologi, har også desse tenestepraktis ute på sjukehusa med tildels store avstandar, utan at dette har vorte trekt fram som eit problem i offentlege diskusjonar. Ein ser døme på at areal i samband med etablering av sjukehus vert disponerte til utdanningsføremål. Ein må derfor vurdere høvet mellom sjukehuslokalisering, utdanningsinstitusjonar og prioritering av utdanningsareal i sjukehuset. Det er ønskjeleg med eit tett samarbeid mellom helseføretaket og utdanningsinstitusjonane for å sikre god kvalitet på utdanning og praksis i utvikling av framtida sine arbeidstakarar innan helsesektoren og forskning innan ulike helsefagområde.

5.7.3 Private helseaktørar, avtalespesialistar og andre

I den politiske plattformen til regjeringa Solberg heiter det at hovudoppgåvene i spesialisthelsetenesta skal løysast ved dei offentlege sjukehusa. Det vert samstundes sett lys på at mange pasientar ventar for lenge på naudsynt behandling, også på helsetenester der det er ledig kapasitet hjå private aktørar. For å redusere ventetider og helsekøar, ynskjer regjeringa å inkludere alle gode krefter i arbeidet med å behandle pasientar. Såleis opnar ein for å auke kjøp av private helsetenester for å få bukt med helsekøane. Det heiter også at ein skal utvide talet på heimlar for avtalespesialistar og nytte desse meir enn det ein gjer i dag. Dette er element som påverkar måten ein driv spesialisthelsetenestene på i dag, og gir på sett og vis fleire fridomsgrader i planlegging og utvikling av helsetilbodet. Frå regionen si side er det sagt at nemnde tenester skal nyttast på ein måte som gir god geografisk fordeling av tenester, og som frigjer kapasitet for pasientar som treng rask utgreiing og behandling.

I Møre og Romsdal har det tradisjonelt vore lite bruk av avtalespesialistar, men politisk plattform til sitjande regjering sannsynleggjer betre tilrettelegging for denne praksisen framover.

Avtalespesialistane må verte nytta i tråd med gjeldande helsepolitiske føringar og lokale behov, og må ta del i spesialistutdanninga og i visse tilfelle kunne trekkjast inn i vaktberedskapen i sjukehusa. Føretaket må vurdere bruken av avtalespesialistar som alternativ til ei desentralisert spesialisthelseteneste. Innanfor enkelte fagområde vil avtalespesialistar kunne vere ei erstatning for ein desentralisert poliklinikk, då t.d. innan fagområda auge, gynekologi, indremedisin, hud, øyre-/nase-/hals m.fl.

Det kan også vere aktuelt å nytte andre aktørar av enkelte tenester, som til dømes private rehabiliteringssenter.

5.8 Samhandling og oppgåvedeling mellom sjukehus

HMR er i dag organisert etter ulike prinsipp, dei kirurgiske faga har geografisk inndeling, medan dei andra faga er organiserte på tvers av lokalisering.

Ålesund sjukehus er det mest differensierte sjukehuset, noko som er i tråd med føringane gitt frå HMN gjennom ulike vedtak m.a. gjennom føretaksprotokollen av juni 2011.

I Molde og Kristiansund har diskusjonen kring oppgåvedeling fram til no i stor grad handla om kirurgi og ortopedi, og i tillegg korleis dette heng saman med tilbodet elles i sjukehusa. Sidan 2012 har Molde og Kristiansund hatt eit vaksamarbeid, der ein i helgane har felles vakt i ortopedi i Kristiansund og i kirurgi i Molde. Den elektive verksemda ved sjukehusa er også ulik, der Kristiansund har sitt tyngdepunkt i ortopedi og Molde har sitt tyngdepunkt i kirurgi. Dette er både uttrykk for fagleg utvikling og dels også for utfordringane med å sikre kontinuerlig kompetanse i små sjukehus. Samarbeidet sikrar kvaliteten, betrar kontinuiteten i tilbodet, gi betre rom for utvikling i mellomfasen og er med på å bygge opp felles fagmiljø fram mot nytt sjukehus, noko fagmiljøa ser fram til.

Kva gjeld strukturdiskusjonen mellom nord og sør har ein valt å vere tydeleg på ein del fagområde som skal inn i det nye sjukehuset for Nordmøre og Romsdal i tillegg til sentrale funksjonar knytt til akuttberedskapen.

I Ålesund og Volda har ein eit vaksamarbeid for generellkirurgiske pasientar i helga. Volda har beredskap på desse fem dagar i veka, Ålesund i sju. Akutt generellkirurgiske tilstandar skal gå til Ålesund direkte i helga.

Frå hausten 2014 er det også vaksamarbeid på helg mellom Ålesund og Kristiansund innan barnemedisin, og mellom Ålesund og Molde når det gjeld fagområdet øyre-/nase-/hals frå nyttår 2015.

5.9 Samhandling med kommunane

Samhandlingsreforma, som blir omtala som ei retningsreform, vart gjort gjeldande 1. januar 2012. Reforma peikar på tre hovudutfordringar i helsesektoren:

- pasienten sine behov for koordinerte tenester
- meir fokus på å førebygge og avgrense sjukdom
- at den demografiske utviklinga vil kunne true samfunnet si økonomiske berekraft

Prinsippet er at oppgåver skal overførast frå spesialisthelsetenesta til kommunehelsetenesta. I følgje Helse- og omsorgsdepartementet er erfaringane at det er skapt eit engasjement for endring og

samhandling, men ikkje i like stor grad hjå alle kommunar og helseføretak. Det blir vist til at ein ser ei monaleg auke i samarbeid både interkommunalt og mellom kommunar og sjukehus. Det blir óg peika på at dei lovpålagde samarbeidsavtalane er på plass, men at dei berre delvis er eit verktoy for utvikling av samhandlinga.

Samarbeidsavtalane som er inngått i Møre og Romsdal viser i detalj korleis samarbeidet skal gå føre seg. I starten var det eit sterkare fokus på avtalar knytte til pasientar som er utskrivingsklare medan ein no har auka vektlegging på faglege område.

Konsekvensar av samhandlingsreforma skal vere ein sentral del av utviklingsplanen for Helse Møre og Romsdal. Ein har vedtak på at ein skal utarbeide ein samhandlingsstrategi for fylket, og identifisere viktige samhandlingsområde på lang sikt. Arbeidet er i gang, og det overordna samhandlingsutvalet har identifisert og prioritert følgjande fagområder:

1. Fagområdet - rehabilitering: Ein vil førebu ei sak om korleis ein skal arbeide vidare med å forberede ei sak for vidareføring av arbeidet med å utvikle tilbodet innafor rehabilitering i samsvar med dei føringar som er gitt i prosjektrapporten. Arbeidet bør i samarbeid med direktøren og regionråda gå til ei partsamansett arbeidsgruppe.
2. Samhandlingsstruktur. Det vert nedsett ei arbeidsgruppe som består av dei tre leiarane i samhandlingsutvala. Dei får i oppdrag å gå igjennom dagens struktur og komme med forslag om ein samhandlingsstruktur som samsvarar med dei utfordringar som er omtala. Denne arbeidsgruppa kan knyte til seg fleire ressurspersonar, dersom det synes formålstenleg for å sikre saka ei grundig utgreiing.
3. Fagområdet – helseteneste for barn og unge. Det blir oppnemnd eit klinisk samhandlingsutval for barn og unge i tråd med dei føringar som har kome både frå arbeidsgruppa og frå fagmiljø.
4. Fagområdet – rus og psykiatri. Det blir oppretta ei arbeidsgruppe frå fagområda rus og psykiatri frå kommunehelsetenesta og spesialisthelsetenesta, der partane saman utarbeider nye forløp for pasientgrupper/diagnosar der slike forløp ikkje er utvikla. Her skal det gå fram kven det er som har ansvar for kva for type tenester. Kartlegging av kva for tilbod som finnes i kommunane skal inngå i gruppa sitt mandat.
5. Fagområde – kronikarforløp - somatikk: Fagmiljøa startar eit arbeid med å kartlegge der det er behov for nye pasientforløp. I dette arbeidet skal det tydeleg går fram kven det er som har ansvaret for kva for oppgåver. Fagmiljøa får og i oppgåve å medvirke til at dei forløpa som allereie er utvikla vert integrert i den kliniske praksis på tvers av nivåa.
6. Etablering av felles faglege møtearenaer i tilslutning. Det blir retta ein førespurnad til Nordmøre Regionråd og Sunnmøre Regionråd og til sjukehusa om interessa for å etablere kliniske og tverrfaglege møteplasser i tilslutning til sjukehusa i Ålesund og Kristiansund.
7. Fagområdet - Førebyggjande perspektivet: Ein avventar å starte opp nye tiltak innafor dette området til handlingsplanen skal rullerast.

Samstundes med at det går føre seg mykje god pasientbehandling og samhandling innanfor dei omtalte fagområda, er det stort behov for å avklare kven som skal gjere kva for oppgåver.

Samhandlingsreforma inneber overføring av behandlingsoppgåver frå helseføretaket til kommunane, noko som vil innverke på dimensjoneringa av ressursar og tenester. Det er formulert tre område som treng avklaring:

- Helseføretaket sitt behov for å få kunnskap om effektar av samhandlingsreforma på framtidig behov for spesialisthelsetenester
- Kommunane sine ulike behov for å utvikle tenestetilboda i samsvar med auka etterspørsel etter kommunale helsetenestetilbod, dels som følgje av endringar i demografi og dels som følgje av overføring av oppgåver frå spesialisthelsetenesta.
- Å finne fram til dei tenestemåra der spesialisthelsetenesta og kommunehelsetenesta saman kan utvikle pasienttilboda og der det må bli tydeleg kven som har ansvar for kva innafor dei aktuelle tilboda.

Andre område som krev særskilt merksemd for å styrke samhandlinga mellom Helse Møre og Romsdal og kommunane:

- **Kulturbygging**
- **Felles kliniske og/eller administrative møtearenaer**

Eit allereie fungerande døme på dette er «Sjustjerne»-samarbeidet mellom kommunane på søre Sunnmøre og sjukehuset i Volda, og ein liknande møtearena i Romdalsregionen. Tilrådd at ein etablerer samarbeid med regionråda på Nordmøre og Sunnmøre for å etablere kliniske og /eller administrative samarbeidsarenaer av liknande art mellom desse og sjukehusa i Ålesund og Kristiansund
- **Ein samhandlingsstruktur som blir nytta**

Omfanget på samhandlingsstrukturen er omfattande, og ein søker i inneverande år å finne fram til ei meir funksjonell ordning.
- **Utskrivingsklare pasientar**

I all hovudsak er dette løyst for alle utanom dei tre store by-kommunane Ålesund, Molde og Kristiansund.
- **Kommunale akutt døgnplassar (KAD)**

Det er svært ulikt kor langt dei ulike kommunane har kome i dette arbeidet. Det er også ulike medisinskfagleg syn på denne forma for tilbod. Uansett er denne strukturen vedtatt, og ein ser at utvikling av tilbodet i hovudsak rettar seg inn på to måtar. Enten som lokal oppbygging i små einingar i ein einskild kommune, eller i form av større interkommunale einingar. Kva som er «beste vegen å gå», er på noverande tidspunkt uråd å seie. Eit fellestrekk er at denne typen tilbod fører til styrking av legetenesta i sjukeheimane og oppbygging av tekniske og utstyrmessige ressursar i sjukeheimane. Ein ser tydeleg utvikling av kompetanse gjennom dette tilbodet, og det vert halde fram at tilbodet fører til meir interessante arbeidsoppgåver innanfor kommunal helse- og omsorgsteneste. Slik kan dette vere med på å gi fleire helsetenester nærare der folk bur, og i tillegg også gjere det lettare å rekruttere og halde på fagfolk.

I kva grad desse plassane vil medføre vesentleg reduksjon av innleggingar i dei medisinske avdelingane er for tida noko usikker. Det er likevel grunn til å forvente at etablering og drift av KAD – senger vil føre til redusert etterspørsel etter og behov for senger i sjukehus. Bruken av KAD-sengene er etter dei siste rapportane på veg opp, og venteleg vil det vere mogeleg å evaluere bruken i høve intensjonane i løpet av nokre få år.

- **Oppfølging av behandling i kommunehelsetenesta**

Ein arbeider for å overføre kontrollar frå spesialisthelsetenesta til kommunehelsetenesta, og det er utvikling innanfor ambulant verksemd, særleg innanfor palliasjon og psykiatri. Innanfor spesialisert rehabilitering har ein eit potensiale for utvikling.

- **Kompetanseoverføring og kunnskapsutvikling**

Helseføretaket si rolle i dette er vidareføring av arbeidet knytt til rådgjeving, tilbod om hospitering og deltaking på felles faglege møtearenaer for helsepersonell. I delar av føretaket er det utarbeida kompetanseplanar for å kome kompetansebehova i møte. Det er også viktig å utvikle gode analyseverktøy for å vise ulikskapar og likskapar i bruken av spesialiserte helsetenester i kommunane. I tillegg er det viktig nyttegjere seg av felles fagleg forum for utdanning, forskning og innovasjon mellom kommunane og høgskulane i fylket.

Samspelet mellom aktørane gjennom heile pasientforløpet, det vere seg mellom einingar i spesialisthelsetenesta og mellom nivå som sjukehus og kommune o.a., er særst viktig for å kunne ta vare på heilskapen i tilbodet til pasienten. Dette er også eit kjernepunkt i samhandlingsreforma.

Arbeidet med overføring av oppgåver mellom helseføretaket og kommunane er godt i gang og må forståast som ein utviklingsprosess. Det er identifisert områder for fagleg samarbeid der det er grunn til å tru at kommunane vil kunne ta over ei rekke oppgåver som i dag blir utført av spesialisthelsetenesta. Det vesentlige no er via tett dialog å halde fram arbeidet med å avklare kven av partane som skal ta hand om kva for oppgåver. Dette arbeidet er nyleg starta. Samla sett er det rimeleg å tru at tilboda innanfor den spesialiserte helsetenesta kan reduserast med omsyn til tenestevolum i form av tal senger og volum på tenestetilbodet elles. Det er likevel for tidleg å seie noko eksakt om korleis dei pågåande endringar vil prege organisering og drift av spesialisthelsetenesta i framtida.

6 Utvikling av helsetenestene mot 2030

6.1 Befolkningsutvikling

Tabellane under viser befolkningsframskriving frå 2013 til 2030 og 2040 for heile Møre og Romsdal samla, for nordfylket separat og for Sunnmøre separat. Nordfylket inneheld kommunane i det stipulerte opptaksområdet for SNR.

Basert på Statistisk Sentralbyrå (SSB) sitt MMMM⁸-alternativ for vekst i befolkninga vil tal innbyggjarar i Møre og Romsdal vere 15.9% høgare i 2030 enn i 2013, medan veksten for opptaksområdet til SNR vil auke med 14.5 % fram mot 2030. Tala for Sunnmøre viser at befolkningsveksten i her er på 18.1 %, som er noko høgare enn for nordfylket.

Befolkningsframskrivinga er inndelt i aldersgrupper for å fange opp den endra befolkningsamansetjinga med ein større del eldre, då denne delen av befolkninga brukar ein høvesvis større del av sjukehustenestene. Tabellane viser at den prosentvise auka for aldersgruppa 67+ er monaleg høgare enn for aldersgruppa 0-66. Dimensjoneringa utreknast til år 2030, men 2040-veksten er tatt med for å vise den vidare utviklinga i demografien.

Tabell 6.1 Befolkningsutvikling 2013 – 2040 for Møre og Romsdal fylke

HMR samlet	2013	2030	2040	2030 endring	2040 endring
0-17	57 835	65 288	65 571	12,9%	13,4%
18-44	88 064	95 290	95 524	8,2%	8,5%
45-66	73 313	79 232	81 997	8,1%	11,8%
67-79	24 552	38 656	42 075	57,4%	71,4%
80-84	6 454	10 954	12 492	69,7%	93,6%
85+	7 022	8 779	14 141	25,0%	101,4%
Total	257 240	298 199	311 800	15,9%	21,2%

Tabell 6.2 Befolkningsutvikling 2013 – 2040 for stipulert opptaksområde for SNR

SNR	2013	2030	2040	2030 endring	2040 endring
0-17	25 441	27 947	27 931	9,9%	9,8%
18-44	38 942	41 155	40 978	5,7%	5,2%
45-66	34 738	35 888	36 624	3,3%	5,4%
67-79	11 931	18 419	19 667	54,4%	64,8%
80-84	2 990	5 406	5 942	80,8%	98,7%
85+	3 298	4 281	6 875	29,8%	108,5%
Total	117 340	133 096	138 017	14,5%	18,9%

Molde, Vestnes, Rauma, Nesset, Midsund, Aukra, Fræna, Eide, Sunndal, Kristiansund, Averøy, Gjenmes, Tingvoll, Surnadal, Halså, Smøla og Aure

⁸ MMMM – forkorting som tyder at Statistisk Sentralbyrå legg til grunn ei medium prognose for dei ulike faktorane som påverkar befolkningsveksten. Faktorane som yter til veksten er: nasjonal vekst, fruktbarheit, levealder, netto innvandring.

Tabell 6.3 Befolkningsutvikling 2013 - 2040 for Sunnmøre

Sunnmøre	2013	2030	2040	2030 endring	2040 endring
0-17	32 100	37 019	37 311	15,3%	16,2%
18-44	48 727	53 710	54 090	10,2%	11,0%
45-66	38 184	42 956	45 024	12,5%	17,9%
67-79	12 490	20 034	22 199	60,4%	77,7%
80-84	3 413	5 485	6 487	60,7%	90,1%
85+	3 667	4 453	7 184	21,4%	95,9%
Total	138 581	163 657	172 295	18,1%	24,3%

Giske, Hareid, Haram, Norddal, Skojde, Stordal, Stranda, Sula, Sykkylven, Ørskog, Ålesund, Herøy, Sande, Ulstein, Vanylven, Volda og Ørsta

6.2 Sjukdomsutvikling

Nasjonalt framskriving til 2030⁹ viser ei venta auke på 50-60 % for alle dei aldersrelaterte lidningane: høgt blodtrykk, hjerneslag, hjertesvikt, diabetes, kreft, muskel- og skjelettplager, lårhalsbrot og hofteslitasje/artrose. Sansetap og underernæring er også hyppig førekomande i dei eldste aldersgruppene. Det er også venta ein auke i aldersrelaterte lidningar som demens. Ein vil i framtida ikkje minst få fleire eldre pasientar med samansette lidningar. Hjø den vaksne delen av befolkninga tyder det på at vi får ei auke i overvekt, diabetes type 2 og sjukdommar i andedrettsorgana (til dømes KOLS hjå kvinner og astma generelt), nyresvikt og allergiar. Visse kreftformer som tjukkarmskreft og lungekreft ventar ein vil auke, i tillegg til brystkreft hjå kvinner og prostatakreft hjå menn. Det er venta auke i førekomst av psykiske lidningar, særleg depresjon og angst. Sjukdomsbiletet indikerer sterkt eit behov for ulik (eller tverrfagleg) kompetanse og ikkje minst kompetanse på førebygging, behandling og oppfølging av desse "vekstområda".

6.3 Medisinskfagleg og teknologisk utvikling

Medisin er ein unik kombinasjon mellom omsorg og teknologi, og teknologisk utvikling er ein sær potens drivkraft for spesialisthelsetenesta. Innføring av ny teknologi vil vere ein kjend, men uavklart variabel med tanke på å skildre helsetenestene i Møre og Romsdal i framtida. Nye metodar og apparatur endrar grunnlaget for etablert praksis i sjukehusa, og gir også mogelegheiter for å utføre behandling/diagnostikk andre stader. Nye medisinsk-teknologiske metodar viskar ut skillet mellom behandling og diagnostikk, og gir nye perspektiv til kva som er mogeleg for helsetenestene å utrette for pasientane. Den teknologiske og medisinskfaglege utviklinga vil krevje investeringar, og skaper meir tilgjengelege tilbod. På basis av dette, er det grunn til å tru at oppgåvene i spesialisthelsetenesta vert meir spesialiserte. Greinspecialistane vil kunne drive meir spesialisert i kraft av sin kompetanse, noko som trengs for å oppretthalde påliteleg diagnostikk og behandling i sjukehus. Truleg vil ein også sjå ei auka subspecialisering innan ulike medisinske fagfelt.

Diagnostisering og behandling av mange sjukdommar (som hjarte-/karsjukdom, kreft, og dei fleste sjukdommar som krev avansert diagnostisering eller kirurgiske inngrep) vil framleis finne stad i spesialisthelsetenesta. Moderne teknologi innan medisinsk diagnostikk og behandling ventar ein vil

⁹ Referanse til rapport «Folkehelsearbeidet – veien til god helse for alle» 2010. Hdir:

<http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/utviklingtrekkrapport-2010-folkehelsearbeidet--veien-til-god-helse-for-alle/Sider/default.aspx>

vere den aller viktigaste drivaren for kompetansebehovet framover. Med innføring av ny medisinsk teknologi vil behovet for kompetanse innan til dømes molekylærbiologi, klinisk farmasi, immunologi, nukleærmedisin, genetik og hematologi auke. Det vil verte meir behov for nyare fagområde i helsetenesta som informatikk, nanoteknologi og medisinsk fysikk.

Den medisinsk-teknologiske utviklinga har vore enorm dei siste åra, og ein ser særskilt til endringane innan biletveggleia behandling, der skillet mellom diagnostikk og behandling har vorte meir og meir viska ut, teknologidrivne behandlingsmetodar, som m.a. kikhólskirurgi, robotteknologi, mikro-/nanoteknologi, genforskningsbasert behandling og sensorteknologi. Bruken av ny teknologi vil vere med på å endre krav til utforming av operasjonsstover m.a

I tillegg har ein området velferdsteknologi, som har følgjande definisjon:

«Med velferdsteknologi menes først og fremst teknologisk assistanse som bidrar til økt trygghet, sikkerhet, sosial deltakelse, mobilitet og fysisk og kulturell aktivitet, og styrker den enkeltes evne til å klare seg selv i hverdagen til tross for sykdom og sosial, psykisk eller fysisk nedsatt funksjonsevne. Velferdsteknologi kan også fungere som teknologisk støtte til pårørende og eller bidra til å forbedre tilgjengeligheten, ressursutnyttelse og kvalitet på tjenestetilbudet. Velferdsteknologiske løsninger kan i mange tilfeller forebygge behov for tjenester eller innleggelse i institusjon»¹⁰

Dei teknologiske løysingane i velferdsteknologien kan nyttast både i primær- og spesialisthelsetenesta, og kan såleis vere ein samarbeidsarena til beste for pasienten.

6.4 Informasjons- og kommunikasjonsteknologi (IKT)

Implementering av IKT i helsevesenet har tradisjonelt vore ei utfordring samanlikna med andre informasjons- og teknologiintensive bedrifter. Manglande kommunikasjon mellom ulike typar utstyr, store informasjonsmengder som skal handterast og manglande standardisering kan hindre gode pasientforløp og effektiv ressursutnytting. For framtida er det naudsynt å løfte dette området, noko ein freistar å gjere gjennom regionen sin IKT-strategi og nasjonal satsing på området. Felles standardar og integrasjon mellom t.d. datasystem nytta på ulike fagområde er eit viktig tiltak for å sikre saumlaus informasjonsutveksling, og der gjennom kvalitet, og i tillegg optimalisere ressursbruk.

Utviklinga innanfor kommunikasjonsteknologi vil slå inn i måten spesialisthelsetenesta følgjer opp og kommuniserer med pasientar og kommunehelsetenesta på. Det er ikkje enkelt å skulle spå nøyaktig korleis, kor raskt og i kor stort omfang dette vil vere ein realitet i 2030, men i løpet av dei neste 20 åra vil ein truleg etablere heilt andre måtar å kommunisere på. Dette vil få stor innverknad på korleis helsetenestene vert drivne. Ein ser føre seg auka behov for både å drifte teknologi, bygge kompetanse til å utnytte teknologien effektivt og i tillegg utvikle organisasjonen i takt med innføring av ny teknologi.

Internett og smarttelefonar er allemannseige i dag, noko som gjer at ein er tilgjengeleg til ei kvar tid, og ein er van til å kommunisere på denne måten. T.d. vil monitorering vha. biomedisinske sensorar med trådlus kommunikasjon, applikasjonar som registrerer medisinske målingar og telemedisinske løysingar opne for oppfølging av pasientar med kroniske lidningar heimanfrå i eit heilt anna omfang.

¹⁰ NOU 2011: «Innovasjon i omsorg»

Nasjonalt ser ein også at det utviklast nettløysingar med personleg brukar, der ein får tilgang til helserelaterte tema som gjeld ein sjølv i form av reseptar, fastlege, trygdekort, eigenandelar m.v.

For all kommunikasjonsteknologi gjeld det at det må finnast sikre måtar å utføre dette på før det kan takast i bruk i stort omfang.

Ny tenestedesign, der pasienten si helseteneste og oppfyljing av intensjonane i samhandlingsreforma ligg til grunn, med utnytting av kommunikasjonsteknologi, vil gi andre arbeidsformer innanfor både spesialisthelsetenesta og kommunehelsetenesta.

I framskrivinga mot 2030 er dette tatt omsyn til i eit visst omfang. Ein har redusert kontrollar i poliklinikk på sjukehus med 10%, og teke ut eit tal døgnplassar både fordi det vert færre innleggingar og fordi pasientar kan reise heimatt med tilbod om oppfølging lokalt.

Om dette er rett nivå, vil utgreiinga i konseptfasen freiste å svare på. Men ein må kunne ha ei formeining om korleis dette påverkar måten ein planlegg nytt sjukehus på, korleis ulike rom vert utforma og korleis desse vert fordelte i høve til det «tradisjonelle», om kostnadene kjem andre stader enn ein er «van» med, at ein sikrar god nok kapasitet både på datalagringsida og for internett. Med betre og auka bruk av gode IKT-løysingar som er under planlegging i Helse Midt-Norge må vi likevel tru at utviklinga vil i større grad enn i dag blir basert på tettare samarbeid mellom sjukehusa m.a. gjennom nettverksebaserte løysingar underbygd av IKT.

6.5 Oppgave- og funksjonsdeling

Som del av tidlegfasen for SNR skal HMR gi ein nærare definisjon av kva oppgåver og funksjonar som skal finnast i det felles sjukehuset. Samstundes må innhaldet i SNR sjåast i samheng med den samla oppgave- og funksjonsdelinga i heile helseføretaket.

Helseføretaket har erfart at diskusjonane rundt oppgave-/funksjonsdeling og balansegangen mellom fag og ressursar er krevjande, og kan stå i kontrast til mange lokale interesser. Det er i denne samanhengen viktig å hugse på at organisering og struktur i fagtilboda heng saman. Ein kan ikkje nytte same ressursen to gongar, og ein må freiste å «skreddarsy» tilboda ein gir til det behovet befolkninga har.

Seinsommaren 2014 starta ein opp arbeidet kring oppgave- og funksjonsdeling i Helse Møre og Romsdal Gjennom arbeidsseminar ein har sett fokus på dette både for Nordmøre og Romsdal, og i grensesnittet mot sjukehuset i Ålesund og St. Olavs hospital, som ivaretek særskilde medisinske funksjonar for høvesvis fylket og regionen. I idéfase samanheng for SNR er ikkje funksjonsdelinga mellom Ålesund og Volda prioritert, då den i ikkje har noko direkte tyding for funksjonar, kapasitet og areal i SNR. På den andre sida vil ei endring i funksjonsfordelinga her kunne påverke det samla helseføretaket sin økonomi. Av den grunn bør dette også utgreiast og avklarast i neste omgang, i praksis som ein «etappe 2» av funksjonsfordelingsarbeidet, med start rett etter «etappe 1» er gjennomført fram mot avgjerd om idéfasen. Dette bør vere sluttført i rimeleg tid før ferdigstilling av konseptfasen for SNR.

Som det går fram tidlegare i dokumentet, har ein peika på nasjonale og regionale føringar som grunnlag for drift og utvikling av ulike medisinske spesialfelt – både i Helse Møre og Romsdal HF som helseføretak og i SNR. Dei pågåande arbeida som er refererte til trekkjer også opp utviklingslinjer

som vi ikkje har sett konsekvensane av enno, men som heilt klart vil påverke korleis vi steller oss i framtida.

6.5.1 Prosess og føresetnader

Det vart utarbeida eit mandat for arbeidet med oppgåve- og funksjonsdeling seinsommaren 2014, som vart godkjent av styrings- og koordineringsgruppa. Mandatet var avgrensa til å sjå på utvalte fagområde. Dei områda som ikkje vart omfatta av dette føreset ein at som hovudregel skal vere som i dag, men sjølvstøtt med felles funksjonar for Kristiansund og Molde. Det er ikkje gitt at SNR skal ha ei samansetjing av funksjonar som er identisk med ei samling av funksjonane som i dag. Ein må sjå grensesnittet mellom SNR og Ålesund sjukehus i føretaksperspektivet og St.Olavs Hospital i det regionale perspektivet. Målet med prosessen, var tilstrekkeleg avklaring for å kunne halde fram planlegginga av SNR med vissheit om kva for funksjonar planen for det nye sjukehuset skal basere seg på. Med utgangspunkt i føretaksprotokollen av juni 2011, der Ålesund vert tildelt ein posisjon som det nest mest differensierte sjukehuset i regionen, har ein freista å byggje opp ei god komplementær oppgåvefordeling som skal ivareta pasientane sine behov og behovet for eit tilstrekkeleg pasientgrunnlag for fagområda.

Arbeidet vart leia av Hospitalitet, og gjennomført i ein prosess mellom styrings- og koordineringsgruppa og prosjektgruppa.

Dei tilrådde forslaga bør kunne gi ei god fagleg samansetjing som grunnlag for SNR. I vurderingane har ein freista å få til eit samla godt tilbod i heile helseføretaket, slik også føretaksprotokollen ved etableringa av føretaket har lagt til grunn.

6.5.2 Evalueringsmodell og evalueringskriterier for oppgåve- og funksjonsdeling

Evalueringskriterier vart definerte som følgjer:

- Aktivitetsomfang
- Bemanning
- Reiseavstand: pasient-sjukehus
- Driftsøkonomi

Evalueringsmodellen som følgjer:

- Alternativ, definerte i første samling
- Kriterier, definerte for å kunne samanlikne dei ulike alternativa på ein målretta, sporbar og likeverdig måte
- Vekting (kvalitativ tilnærming), kriteria er ikkje eksplisitt vekta, då det berre er gjennomført ei kvalitativ evalueringstilnærming. Den grove vurderinga er at kriteria tilleggast tilnærma lik vekt
- Styrkar og svakheiter pr. alternativ og kriterium

6.5.3 Utvalde fagområde: vurdering og tilrådingar

Nedanfor følgjer ei oppsummering i tabellform for dei ulike fagområde som har vore vurderte i prosessen, og kva tilrådingar ein har kome fram til. For vurderingar og meir detaljar, viser ein til den fullstendige rapporten som er vedlagt.

Tabell 6.4 Oversikt over fagområde vurderte og tilrådingar i høve til oppgåve- og funksjonsdelingsarbeidet

FAGOMRÅDE	VURDERING	TILRÅDING
Indremedisin	Nyremedisin og infeksjonsmedisin	<ul style="list-style-type: none"> Nefrologisk døgntilbod med intensivbehandling, poliklinikk med dialyse, vidareførast i Ålesund og SNR Infeksjonsmedisin med isolatfunksjonar vert oppretthalde i begge sjukehus. SNR byggjer i høve til dei krav som gjeld for isolatfunksjonar (jfr. del av sengekapasiteten som skal ha isolatfunksjonalitet)
Kirurgi	Skal ein utføre karkirurgi eitt eller to stader i føretaket?	<ul style="list-style-type: none"> Karkirurgien vert samla i Ålesund Thoraxkirurgi føreset ein lagt til regionalt nivå
Ortopedi	Utgreiing av arbeidsdeling mellom einingar, under dette evt. utvikling av reine elektive produksjonslinjer	<ul style="list-style-type: none"> Deling av elektiv verksemd mellom SNR og Ålesund etter fagområde over tid, slik at denne delingsmodellen er klar ved innflytting i SNR.
Øyre/nase/hals (ØNH)	Vurdering av samling av døgnfunksjonar og vaktordning ein stad	<ul style="list-style-type: none"> Samling av vaktordning og døgntilbod i Ålesund. Dagtilbodet si opningstid i SNR bør kunne vurderast, slik at dette vert tilpassa til å kunne fange opp tyngda av Ø-hjelpsbehov også i SNR. For born med ØNH-problem vil tilbodet for overnatting i SNR tilsvare det tilbodet som kjem fram under området «Born og unge»
Auge	Vurdering av samling av døgnfunksjonar og vaktordning på ein stad. Vurdere om det er behov for 24/365-vaktordning i HMR på dette området	<ul style="list-style-type: none"> Verksemd begge stader, men samla vaktordning i Ålesund
Hud	Vurdere korleis ein best kan ivareta tilbodet, som poliklinikk eller gjennom avtalespesialistar	<ul style="list-style-type: none"> Vurdere ei integret bruk av avtalespesialistar som også har vilkår om sjukehusoppgåver i sine avtaleheimlar
Born og unge	Vurdering av samling av døgnfunksjonar og vaktordning ein stad i føretaket. Fleksible senger (korttidsløysingar)	<ul style="list-style-type: none"> Døgnopphald i eiga barneavdeling samla i Ålesund. Ø-hjelp på dag/kveld, dagaktivitet og døgnseger (truleg 2-3) i fleksibelt sengeområde i SNR. Sengeområdet er tilpassa born med behov for seng, men som ikkje har behov for innlegging/overflytting til ei barneavdeling
Nevrologi	Vurdere samling av døgnfunksjonar og vaktordning ein stad (SNR). Nevrologiske døgnplassar integrert i medisin?	<ul style="list-style-type: none"> Døgnavdeling, vakt, akutt og døgnoppgåver vert ivaretatt ein stad (SNR). Ålesund får nevrolog på dagtid poliklinikk og oppgåver opp mot sengeavdelingane (tilsyn). Begge stader har slageining
Fysikalsk medisin og rehabilitering	Presentere alternativ (einingar/funksjonar) for korleis eit framtidig tilbod innan dette feltet kan utviklast (må sjåast i samheng med mandat til eit evt. prosjektsamarbeid med kommunane)	<ul style="list-style-type: none"> SNR får poliklinisk tilbod og døgntilbod med støttelefungsjonar innanfor fysikalsk medisin og rehabilitering. Sengekapasiteten spesifiserast ikkje på dette stadiet, men avgrensast til 6-10. Konkret kapasitet vert avklart o arbeidet med hovudfunksjonsprogram

Kreft*	Inga vurdering konkret, men kan vere aktuelt med konkretisering i høve til enkeltfunksjonar. Må her til ei kvar tid følgje overordna føringar om kreftbehandling	<ul style="list-style-type: none"> • Samla nukleærmedisinsk verksemd i Ålesund jfr. regional kreftplan • Palliativ kirurgi både i SNR og Ålesund • Fullverdig kreftavdeling som i dag ved Ålesund sjukehus • Kreftpoliklinikk inkl. palliative tilbod i SNR
Laboratoriemedisin	Vurdere omfang på medisinsk biokjemi, transfusjonsmedisin og medisinsk mikrobiologi lokalisert til SNR	<ul style="list-style-type: none"> • Med. biokjemi: seksjon både i Ålesund og SNR, men plass til spesialiserte analysar i SNR • Med. mikrobiologi: to seksjonar i, men der seksjonen i Ålesund har eit avgrensa repetoar som ivaretek behovet for Ø-hjelp for innlagde pasientar. Alle prøver frå primærhelsetenesta bør gå til hovudseksjonen (SNR). Screening av blodgivarar vil i 2021 gå føre seg ved med. biokjemi i Ålesund • Patologi samlast i Ålesund
Rus- og avhengigheitsbehandling	Vurdere om SNR skal ha funksjonar i høve til elektiv avrusing, delir og psykoseproblematikk	<ul style="list-style-type: none"> • Tilbod om rus-akuttbehandling i SNR, tilbodet vert oppretthalde i Ålesund • Rus-akutt skal vere ei observasjonseining i SNR, anslått behov for tre plassar etablert som skjermingseiningar
Vaksenpsykiatri på sjukehusnivå	Vurdere lukka/skjerma avdeling i SNR	<ul style="list-style-type: none"> • Akuttfunksjon i tillegg til etterfølgjande behandling i SNR
Alderspsykiatri	Vurdere eitt eller to døgntilbod i alderspsykiatri i HMR, lukka/skjerma avdeling i SNR	<ul style="list-style-type: none"> • Som no, men med ei tydelegare arbeidsdeling

*For kreftområdet viser ein til nasjonale føringar og regional kreftplan. Innanfor gastrokirurgi vert det vist til at avhengigheita mellom akuttfunksjon og gastrokirurgi ikkje gir rom for evaluering av alternativ slik ein vurderer dette no. Utan tilbod om kirurgisk behandling av tarmkreft vert underlaget for å oppretthalde gastrokirurgi for lite. Hovudansvaret for brystkreft både innan diagnostikk og kirurgi, er lagt til Ålesund, i samsvar med kreftplanen. Patologien skal samlast ein stad etter føringane frå regional kreftplan; i Ålesund. Cellegiftbehandling får ein i alle sjukehus, og det skal vere palliative senger i SNR.

6.5.4 Heilskapleg tilnærming, vurderingar på tvers av fag

Dei tilrådde forslaga vil kunne gi ei god fagleg samansetting som grunnlag for eit nytt sjukehus som erstattar Molde og Kristiansund. Dei tilrådde løysningane gir som heilskap eit sjukehus med tilbod til befolkninga som dekker det meste av behovet for sjukehusstenester på lokalsjukehusnivå, både på dag og døgnbasis. SNR byggast opp på dei tunge kirurgiske disiplinane som gastrokirurgi, ortopedi og urologi, har eit breitt indremedisinsk tilbod og er i tillegg tyngdepunktet innan nevrologi og medisinsk mikrobiologi. I vurderingane mellom avstand, kompetanse, kvalitet og økonomi er det søkt løysingar som gir eit tilbod som dekker det meste av behovet også innan dei mindre disiplinane som auge, øyre/nase/hals og hudsjukdommar. Tilsvarande er også gjort for barnesjukdommar.

Tilbodet innan psykisk helsevern og rus- og avhengigheitsbehandling i SNR er stort sett tilsvarande tilbodet i Ålesund. Det er tilrådd at sjukehuspsykiatrien sitt akutttilbod med andre døgntilbod er samla i ei behandlingsskjede både i Ålesund og SNR. Tilrådd løysing for rus gir eit tilbod om rus-akutt i

SNR, og tilbudet vert oppretthalde i Ålesund. Alderspsykiatrisk døgntilbod er tilrådd både i Ålesund og i SNR grunna reiseveg, men med ei tydelegare arbeidsdeling enn i dag.

Behandlingsopplegg innan kreftdiagnostikk og kreftbehandling blir meir og meir nasjonalt/regionalt tilrettelagt. Forslaga bygger derfor vidare på Regional kreftplan, og styrkar Ålesund som det mest differensierte tilbudet innan kreftbehandling for Møre og Romsdal.

Samla sett vil det verte ei noko mindre forskyving mellom Ålesund og SNR, men ikkje av eit slikt omfang at dette påverkar arealvurderingane i denne fasen ut over det som er «normal uvisse» i ein idéfase. Det største momentet i uvissa, i høve til auke i areal er knytt til døgnplasser for rehabilitering, men sidan det også går nokre få senger til Ålesund på andre områda (born, ØNH, karkirurgi), så vurderer ein dette til å ha avgrensa samla effekt. Konklusjonane leggst til grunn og takast omsyn til ved utarbeiding av hovudfunksjonsprogram i neste fase av SNR-prosjektet (konseptfasen), og gjennom det fangar ein også opp endringane.

HMR er i dag organisert etter ulike prinsipp. Dei kirurgiske faga har geografisk inndeling, mens de andre faga er organiserte på tvers av lokalisering. Gjennom prosessen med funksjonsdeling, har det kome fram eit tydeleg behov for også å kunne sjå dei kirurgiske faga på tvers av lokalisering. Dette ikkje minst på grunn av behov for å kunne fordele oppgåver. Det burde derfor organisatorisk leggst til rette for ei betre koordinering på tvers av dei ulike lokaliseringane. Vi har god grunn for å tru at dette vil kunne gjerast i framtida med m.a. nye IKT-løysingar.

6.6 Andre omstillingsfaktorar

6.6.1 Samhandling

Av andre faktorar som kan påverke utviklinga av helsetenester er mellom anna endringar i ansvarsområde mellom til dømes 1.- og 2.-linjetenesta. Eit døme på ei slik endring kjem som følgje av samhandlingsreforma. Samhandlingsreforma er meint å føre til eit redusert behov for innleggingar, og reduksjon i tal på liggedagar i spesialisthelsetenesta som følgje av eit utvida kommunalt tilbod. I framtida kan det óg tenkast at kommunane får eit enno større ansvar for oppfølging av kronikarar og storbrukarar av helsetenester.

6.6.2 Omstilling og effektivisering

For framtida er det tydelege krav til at helseføretaket må gjere omstillingar og effektivisere drifta. Dette ser ein m.a. både i nasjonale føringar og regionale føringar i lys av dei utfordringane ein vil møte i komande år. Det vert sett krav til effektive og heilskaplege pasientforløp for å m.a. sikre pasienttryggleik og kvalitet, og ein får krav om meir effektiv drift for å sikre det økonomiske handlingsrommet, for å kunne investere i bygg og utstyr.

6.7 Andre endringsdrivande element for framtida

6.7.1 Den endra pasientrolla-brukarperspektivet

Ein skal utforme pasienten si helseteneste for framtida, noko som fordrar eit moderne og oppdatert medisinsk fagleg tilbod. Pasientane skal vere med på å utforme tenestene, og er viktige aktørar til hjelp i utviklings- og planleggingsarbeid. Klinisk erfaringsbakgrunn, gode samarbeidsarenaer, evne til

å jobbe tverrfagleg og utveksle oppdatert informasjon er viktig for å kunne vere på høgde og sikre god kvalitet i tenestene.

Utviklinga av teknologi-/informasjonssamfunnet endrar rolla til pasienten. Tilgang til informasjon om eiga diagnose og handtering av denne, i tillegg til kunnskap om og styrking av eigne rettar skaper forventningar og krav til helsetenesta på ein annan måte enn tidlegare. Samfunnet generelt går sterkt i retning av tanken om individet sin rett til å velje og avgjere sjølv, ut frå eigne føresetnader, og å søkje råd og informasjon der ein det ser som best.

Såleis kjem pasientane til å vere endringsdrivarar for utforminga av helsetenestene. Gjennom internett får ein tilgang til informasjon som før berre var tilgjengeleg for helsepersonell, og ein deler erfaringar gjennom sosiale media både med venar og familie og i støttegrupper for personar med tilsvarende lidning. Resultatet av dette er at vi får ei meir «kommunisierende» helseteneste der pasientane sjølve er partnerar i handtering av eigen sjukdom.

6.7.2 Rekruttering

Generelt er det behov for meir helsepersonell i tida som kjem, og rekruttering er eit av dei viktigaste og vanskelegaste områda å ta hand om. Innanfor nokre fagfelt står ein overfor eit generasjonsskifte, og det er utfordrande å skulle fylle desse stillingane og erstatte solid kompetanse og mangeårig erfaring.

Frå tidlegare kartleggingar ser ein at det generelt sett er større utfordringsbilete kring rekruttering av legespesialistar, medan det er betre på sjukepleiesida. Det er utfordrande å skulle rekruttere spesialistar til mindre stader, ein kan satse på opplæring lokalt, men må då ressursmessig vekte mellom det å drive opplæring og det å skulle produsere. Fristande fagleg spekter kan tenkjast å henge saman med vaktordningar. Det er også viktig å freiste å få attende dei ein har gitt ei god utdanning/opplæring.

Forventa auke talet på pasientar krev tilstrekkeleg supplering av fagfolk. Ein ser også føre seg at det vert aukande behov for spesialistar som følgje av at sjukdomsbiletet er skildra mot å verte meir spesialisert. I dette ligg også behovet for og kravet om å vere framtidsretta og moderne teknologisk sett, og såleis vert det også naudsynt å rekruttere "nye" profesjonar inn i helsetenesta.

Desentralisering av helsetenestene fører med seg behov for kompetanseoppbygging og utdanning av helsepersonell ut mot primærhelsetenesta. Dette er ei utfordring, og fordrar også nye arbeidsmåtar og gir spesialisthelsetenesta nye oppgåver eller ei endring i oppgåver. Framvekst av private helsetilbod gjer at det vert større kamp om personale.

Det er viktig at fagmiljø er såpass store at det gir grunnlag for kritisk refleksjon og diskusjon innan fagmiljøet til beste for både helsepersonell og pasient. Arbeidsoppgåvene bør vere såpass differensierte og interessante at rekrutteringa av nye spesialistar vert sikra.

6.7.3 Organisasjonsutvikling, kort og lang sikt

Før det nye sjukehuset står ferdig har Helse Møre og Romsdal også ei særskild oppgåve i å ta vare på organisasjonen. Mellomfasen kan på mange måtar verke krevjande. Det er derfor viktig å halde fast ved at vi skal bygge eit flott og moderne sjukehus som vil vere fagleg robust og berekraftig for

framtida. Nytt bygg gir mange mogelegheiter til å bygge kultur, samarbeid og gode prosessar. I påvente dette, skal ein drive god og forsvarleg pasientbehandling, utdanne og forske samt rekruttere gjennom fleire år innanfor dagens løysing for spesialisthelsetenestene i nordfylket. I tillegg til dagleg drift vil dei tilsette i denne tida også måtte bu seg på ein ny arbeidskvardag ein annan stad, med ei anna organisering og kanskje nye/endra oppgåver.

Ivaretaking av tilsette i desse endringsprosessane er særst viktig. Gjennom utviklingsplanarbeidet i 2012 er det laga ein handlingsplan for korleis ein skal ta vare på dei tilsette i endringsprosessane. Føretaket er avhengig av alle saman, dei tilsette er den viktigaste ressursen for å kunne levere dei tenestene innbyggjarane har krav på. Endring av sjukehusstrukturen har ein potensielt høg risiko for organisasjonen, og krev førebuing og oppfølging. Aktivt arbeid med informasjon, mogelegheiter og arenaer for meiningsutveksling og –ytring under verdiane *tryggleik-respekt-kvalitet*, er avvæpnande tiltak i denne prosessen, som mange truleg vil oppfatte som krevjande. Det er viktig at ein byggjer saman fagmiljøa i denne fasen av utviklinga i Helse Møre og Romsdal for å kunne sikre eit godt tilbod for framtida.

Som ledd i vidareutvikling av organisasjonen og bygging av felles kultur i heile føretaket, har ein starta opp ein brei prosess som skal setje lys på mogelegheitene framover sett i samanheng med verdiane og visjonen til føretaket. Gjennom verdibasert leiing og fokus på pasientforløpa våre i alle ledd skal ein freiste å møte framtida på ein god måte.

7 Framskriving av aktivitet og utrekning av areal

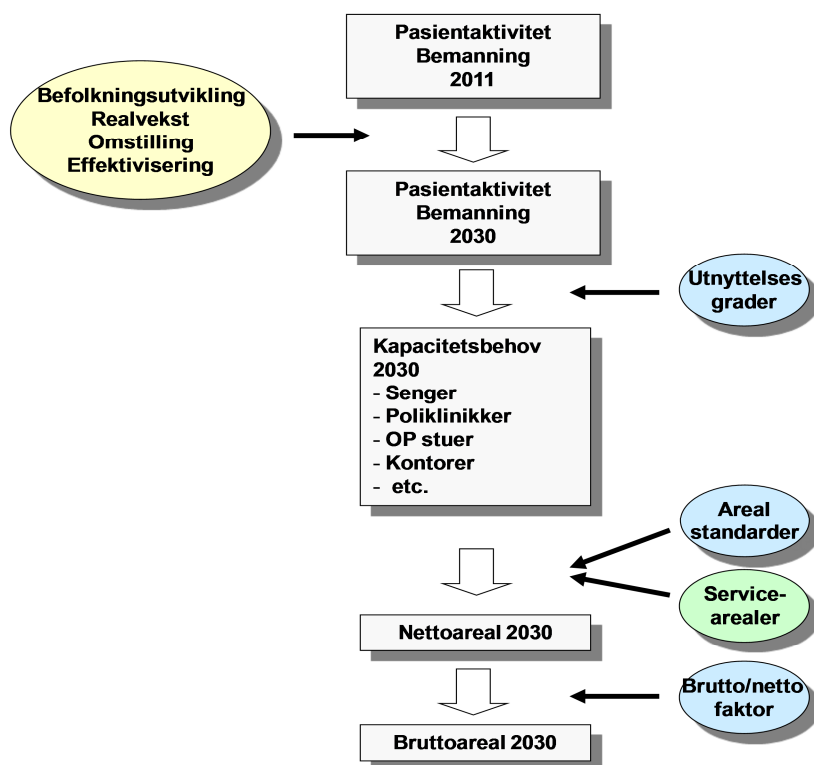
7.1 Metode

Modellen som ligg til grunn for framskriving av aktivitet og arealberekning, baserer seg på dagens aktivitet, målt i tal på innleggingar, pasientdøgn, konsultasjonar og bemanning. Aktivitetstala og bemanningstala vert justerte etter vekst i folketalet. Denne veksten vert korrigert for ulikt utrekna behov for helsetenester i ulike aldersgrupper (forbruksrater av helsetenester). Denne delen av framskrivinga vert kalla realvekst.

I tillegg til realveksten, vert framskrivinga korrigert for framtidig omstilling. Omstilling her viser mellom anna til framtidig sjukdomsutvikling i befolkninga, som mellom anna er basert på ei framskriving av forventa førekomst av sjukdom.

Prinsippet for utrekning av framtidige kapasitets – og arealbehov er å ta utgangspunkt i noverande aktivitet og bemanning. Tala vert framskrivne baserte på befolkningsutviklinga, forventa realvekst, omstilling og effektivisering av pasientbehandlinga. Kapasitetar som t.d. senger vert utrekna på grunnlag av utnyttingsgrader. Nettoareal vert rekna på grunnlag av arealstandardar og vurdering av serviceareal. Nettoareal vert omgjort til bruttoareal med ein brutto/netto faktor på 2.0.

Prinsippa for framskriving av pasientaktivitet og bemanning til 2030, i tillegg til korleis ein nyttar dette som grunnlag for kapasitets- og arealberekning, er vist i figuren under:



Figur 7.1 Modell for utrekning av areal

Nokre av føresetnadene for framskriving er knytte opp mot ei teknologisk utvikling som legg til rette for framtidig profil på pasientbehandling, både i høve til lengda på opphald og eventuell reduksjon i behov for helsetenester.

Omstillingsfaktorane kan òg omtalast som endringsdrivarar. Nokre av dei viktigaste endringsdrivarane er utviklinga i folketal og demografi, særskilt med tanke på utviklinga i aldersfordeling. I tillegg vil det vere viktig å sjå på framtidig sjukdomsutvikling.

7.2 Omstillingsfaktorar og effektivisering

Nokre av hovudtrekka i utviklinga av helsetenesta er skissert i kapittel 6. Dei generelle utviklingstrekk blir i dette kapitlet omsett til faktorar som påverkar framskriving av aktivitet og arealberekning i høve til modellen i Figur 7.1.

Som denne modellen viser, vert det først lagt til grunn ei befolkningsframskriving av aktivitet i ulike aldersgrupper, for å vise ulikt behov for helsetenester i dei ulike aldersgruppene (rater). Når denne framskrivinga er utført, vert det lagt inn faktorar for omstilling og effektivisering. Tabellen under viser kva omstillingsfaktorar som er lagt til grunn for framskriving av pasientaktivitet i idéfasen, og viser og kva for endringar som er gjorde frå utviklingsplan.

Tabell 7.1 Føresetnader for framskriving - idéfase og utviklingsplan. Somatisk verksemd

Føresetnader for framskriving	Idéfase sjukehuset Nordmøre og Romsdal 2014	HMR Utviklingsplan av 2011
Demografisk framskriving	Som utviklingsplan	Følge SSB folkeutvikling og aldersfordeling til 2030 etter MMMM alternativet
Dagbehandling, demografi og realvekst	Som utviklingsplan	Auke med ein faktor 1,9
Poliklinikk, demografi og realvekst	Som utviklingsplan	Auke med ein faktor 1,7
Omstilling til dagbehandling for korte elektive døgnsinnleggingar	50 % supplert med eit poliklinisk besøk, 80 % av dei overførte pasientane overnattar 1½ dag i hotell	10 % supplert med eit poliklinisk besøk
Omstilling til obeservasjonspost (akutte 1,2 og 3-døgnsinnleggingar)	Som utviklingsplan	80 % av 1- og 2- døgnsinnleggelser, samt 10 % av 3-døgnsinnleggingar. 60 % vert utskrivne frå observasjonsseng. 40 % vert overførte til ordinær seng
Liggedagar overførte til hotell	Som utviklingsplan	5 % for medisin og nevrologi, 10 % for kirurgi og ortopedi, 50 % for ØNH og auge, 70 % for føde
Samhandling	Som utviklingsplan	Opphald: Dei opphalda som er igjen etter reduksjon pga overføring, reduserast med 8 % Liggedagar: Dei liggedøgna som er igjen etter reduksjon pga overføring, reduserast med 3,8 % Poliklinikk: Reduserast med 10 %
Effektivisering	Som utviklingsplan	Liggedøgn: Attverande liggedøgn etter reduksjon pga overføring reduserast med 6,8 %

Ei nærare forklaring til den demografiske utviklinga er at det er utviklinga i dei kommunane som inngår i opptaksområdet til eit nytt SNR for dei valte aldersgruppene fram til 2030 som vert nytta. Tala er frå SSB, og viser ein middels vekst i folketalet (MMMM). Det er rekna ein realvekst, slik at vekst frå 2011 til 2030 inkl. demografisk vekst for dagpasientar vert auka med ein faktor på 1.9 og for poliklinikk med ein faktor på 1.7.

I høve til utviklingsplanen er det gjort endringar i omstilling til dagbehandling, slik at ein no føreset at 50% av dei elektive korttidsinnleggingane kan overførast til dagbehandling mot 10% i utviklingsplanen. Dette er ei tydeleg auke som vurderast som mogeleg, då ein på same tid føreset at 80% av dei overførte til dag overnattar gjennomsnittleg 1–2 dagar på hotell.

7.3 Framskriving av aktivitet etter sjukdomsutvikling og omstilling

Resultat frå framskriving av aktiviteten til 2030 med bakgrunn i vekst i folketal, sjukdomsutvikling og omstillingsfaktorar vert delt i somatisk verksemd og psykisk helsevern.

7.3.1 Somatisk verksemd

For somatikken tar ein utgangspunkt i pasientaktiviteten i 2011 fordelt på aldersgrupper, som skrivast fram demografisk til 2030 basert på befolkningsdata frå Statistisk Sentralbyrå. Etter dette

vert det gjort ei meir kvalitativ framskrivning, der det vert tatt omsyn til realvekst, dvs. tilhøve relatert til sjukdomsutvikling, trendar og pasientforventningar, samt omstilling og effektivisering.

Pasientgrunnlag for 2030 svarer i hovudsak til utviklingsplanen med justeringar i høve til omstilling til dagbehandling og hotell som nemnt tidlegare. På dette grunnlaget får ein følgjande pasientvolum for Helse Møre og Romsdal i 2030:

Tabell 7.2 Aktivitet somatisk verksemd 2011, framskriven til 2030

Pasientgrunnlag	2011				2030					
	Heldøgns-opp- hold	Ligge- dager	Antall dagbesøk	Poliklinikk	Heldøgns-opp- hold	Ligge- dager	Antall obs- pasienter & liggedager	Ligge- dager hotell	Antall dagbesøk	Poliklinikk
Kristiansund	6 662	25 876	4 877	46 228	6 890	22 424	2 312	3 645	9 391	71 367
Molde	9 578	40 225	6 638	74 504	9 461	34 193	3 051	5 898	13 263	114 614
Volda	5 403	21 177	4 355	21 230	5 618	17 989	2 153	2 838	8 423	33 430
Ålesund	17 356	73 170	28 165	127 877	18 072	67 046	4 415	11 515	54 715	196 229
I alt	38 999	160 448	44 035	269 839	40 041	141 652	11 930	23 895	85 791	415 640

Vekst i % 3% -12% 95% 54%

Under tabellen er det lagt til utviklinga frå 2011 til 2030, og ein ser her ei lita auke for opphald, ein reduksjon i liggedagar for normale senger og ei større auke for dag og poliklinikk. Liggedagar i observasjonspost og hotell er nye.

Bemanninga gir grunnlag for dimensjonering av dei personalrelaterte funksjonane som kontorarbeidsplassar, møterom, garderobar og kantine.

For framskrivning av bemanning tar ein utgangspunkt i bemanninga i 2011, og skriv denne fram til 2030 på grunnlag av auke i pasientvolum. Etter dette vert det lagt på ei effektivisering på 15%, som svarer til det som er gjort i utviklingsplanen. På dette grunnlaget får ein følgjande bemanning for somatikken i 2030:

Tabell 7.3 Årsverk pr sjukehus 2011, framskrive til 2030

Bemanning	Årsverk 2011	Årsverk 2030
Kristiansund	518	609
Molde	824	954
Volda	273	320
Ålesund	1 453	1 799
I alt	3 068	3 682

Vekst i % 20%

Tabellen viser ein samla vekst i bemanninga på ca. 20%, som skal sjåast opp mot ei auke i somatisk pasientvolum frå Tabell 7.2

7.3.2 Psykisk helsevern og rusbehandling

For psykisk helse er det aktiviteten i sjukehuspsykiatrien i Nordmøre som er framskrive til 2030. Dei distriktpsikiatriske sentera vert haldne konstante. Sjukehuspsykiatrien er sett saman av einingar for sjukehuspsykiatri og alderspsykiatri. I tillegg kjem rus-akutt tilbod.

Det er vurdert at det berre vil vere eitt rus-akutt tilbod som er aktuell for plassering i eit nytt SNR, på grunn av moglegheit for gevinst ved samlokalisering både med akuttpsikiatri med skjermingseiningar, og nærleik til somatiske tenester.

I dag er det berre eitt tilbod om rus-akuttplassar i Ålesund, derfor antar ein at det er ei underdekning av rus-akuttplasser for nordfylket. Dette er bakgrunn for at det er tilrådd å opprette eit rus-akutttilbod også i nordfylket i eit nytt SNR.

Tabellen under viser utrekna aktivitet for rus-akutt basert på aktivitet frå tilsvarande eining i Ålesund. Tal på bemanning for denne eininga er utrekna basert på tal frå Ålesund behandlingssenter.

Tal frå utviklingsplanen for psykisk helsevern og rusbehandling er oppdaterte med grunnlag i tal på aktivitet og bemanning frå 2013:

Tabell 7.4 Dagens aktivitet og framskriven aktivitet 2030, psykisk helsevern og rusbehandling

SNR - psyk	2013			2030		
	Opphald	Liggedøgn	Poliklinikk	Opphold	Liggedøgn	Poliklinikk
Skyehuspsyk	658	10 728	1 148	557	9 998	1 216
Alderspsyk	61	1 743	1 554	94	1 882	2 398
RUS	231	896	0	264	1 026	0
Total	950	13 367	2 702	916	12 906	3 614
				-4 %	-3 %	34 %

For framskriving av bemanning tar ein utgangspunkt i bemanninga i 2013 som ein skriv fram til 2030 på grunnlag av auke i pasientvolum.

Tabell 7.5 Dagens bemanning og framskriven bemanning 2030, psykisk helsevern og rusbehandling

SNR - psyk	2013				2030			
	Leger / psykologer	Sykepleiere	Øvrige	Total	Leger / psykologer	Sykepleiere	Øvrige	Total
Skyehuspsyk	11	58	35	103,7	10	54	33	97,3
Alderspsyk	4	14	13	31,0	5	17	16	37,9
Rusakutt - estimert	0,4	3,4	2,2	6,0	0,5	3,9	3	6,9
Total	15	75	50	141	16	75	51	142

Tabellen viser ein samla vekst i bemanninga på ca. 17 %, som skal sjåast opp mot ein auke i aktiviteten i psykisk helse og rusbehandling.

7.4 Oppsummering dimensjonerande føresetnader for utrekning av areal

Prinsippet er at ein tek utgangspunkt i noverande aktivitet og bemanning. Tal er framskrivne baserte på utviklinga i folketal og forventa realvekst, omstilling og effektivisering av pasientbehandlinga. I høve til modellen vist over, er framskrivinga av aktiviteten utført i kapittel 6.5.

Kapasitetar som t.d. senger vert rekna ut på grunnlag av utnyttingsgrader. Når kapasitetane er utrekna, vert arealet avgjort basert på bakgrunn av arealstandardar.

I høve til utviklingsplanen er det gjort nokre justeringar i utrekningsgrunnlaget:

- Pasientaktivitet 2011 svarer stort sett til 2013, og utvikling i befolkning til 2030 er også stort sett uendra. Pasientframskriving er derfor i hovudsak uendra, det er berre gjort justering i omstilling til dagbehandling nemnast i det neste avsnitt som omtala i førre kapittel.
- Framskriving av bemanning til 2030 er justert i høve til endringane i pasientvolum, elles uendra i høve til utviklingsplanen.

- Arealstandardar er justerte i høve til dei siste erfaringsdata som byggjer på idéfaseprosjektet til Oslo Universitetssykehus
- Utnyttingsgradene er i hovudsak uendra, men effektiv drift for operasjon er redusert frå åtte til sju timar

For psykisk helse og rusbehandling er det, som i utviklingsplanen, berre sett på funksjonen i Nordmøre og Romsdal. Arealbehov frå utviklingsplanen er oppdatert.

7.4.1 Utnyttingsgrader

Utnyttingsgradene viser kor effektivt kapasitetane skal utnyttast, og for senger reknast det med følgjande beleggsprosentar, som svarer til utviklingsplanen:

Tabell 7.6 Utnyttingsgrader av sengepostar, både somatikk og psykisk helsevern¹¹

Utnyttelsesgrader senger	Belegg %	Kommentarer
Senger		
Somatisk senger	85 %	
Barn	70 %	Redusert pga små enheter og sesongvariasjon
Voksenpsykiatri	90 %	
Alderspsykiatri	90 %	
Hotell	70 %	Redusert pga. lukning i helg
Observasjon	70 %	Redusert utnyttelsesgrad pga. ØHJ

For undersøkings- og behandlingfunksjonane føreset ein utnyttingsgrader som følgjer:

Tabell 7.7 Utnyttingsgrader poliklinisk og operativ verksemd

Utnyttelsesgrader undersøkelses og behandlingfunksjoner	Dager per år	Timer/dag	Min per undersøkelse / behandling	Kommentarer
Dagplass	230			1,5 dagpas pr. plass pr. dag. 1 dialysepas pr. plass/dag
Poliklinikk				
Pediatri	230	7	40	
Gynekologi og føde	230	7	30	
Tann/kjeve	230	7	30	
Kirurgi og ortopedi	230	7	30	
Medisin, hud, onkologi, rehab	230	7	40	
Nevrologi	230	7	40	
Revmatologi	230	7	40	
ØNH	230	7	30	
Øye	230	7	30	
Psykiatrisk helsevern/habilite	230	7	75	
Billeddiagnostikk				
Konv rrtg	230	7	15	90% i dagtid
UL	230	7	25	100% i dagtid
CT	230	7	25	90% i dagtid
MR, NM	230	7	30	90% i dagtid
Mammografi sreening	230	7	20	100 % i dagtid
Operasjon				
Kirurgi	230	7	120	90% i dagtid
Tann/kjeve	230	7	90	90% i dagtid
Gyn/obs	230	7	80	90% i dagtid
ØNH	230	7	120	90% i dagtid
Øye	230	7	60	90% i dagtid
Medisin, hud	230	7	60	
Dagkirurgi	230	7	90	100% i dagtid

¹¹ Utnyttingsgrader for rusbehandling, settast her lik utnyttingsgradene for psykisk helsevern

Ein føreset 230 driftsdagar i året og sju timar effektiv drift pr. dag. Sju timar effektiv drift pr. dag svarer til ca. mellom åtte og åtte og ein halv timars opningstid. Dette svarer til føresetnadene frå utviklingsplanen, sett bort frå at driftstida for operasjon er redusert frå åtte til sju timar pr. dag. Dette for å ta omsyn til at operasjon er ein kritisk ressurs, og at det er mindre sjukehuseiningar.

Nivået på utnyttingsgradene vil kunne endre seg, og HMR er innforstått med nye krav til både utnytting av sengepostar, utvida opningstider og betre utnytting av areal som t.d operasjonsstover m.m, sett i lys av nye arbeidsavtalar m.a. Ein vil gå nærare inn på desse ulike nivåa gjennom utrekningar i konseptfasen, då dette vil kunne ha ein arealeffekt.

7.4.2 Arealstandardar

Nedanfor visast ei oppsummering av arealstandardar som vert nytta i dette prosjektet. Standardane er i kvadratmeter netto pr. eining, og svarer til dei siste oppdaterte standardane frå Oslo Universitetssykehus sitt idéfaseprojekt. Arealstandardane for kliniske funksjonseiningar inkluderer alle typar av bi-rom, til dømes førebuingssrom, depot, lager, personalrom, opphaldsrom, resepsjonar, venteplassar etc. Kontorplassar og møterom er ikkje inkluderte, då desse romtypane har eigen standard.

Tabell 7.8 Areal per standardrom, somatisk og psykisk helsevern

Arealstandardar	Standard kvm netto	Merknad
Kliniske funksjoner		
Senger (somatikk)	30,0	
Senger medisinsk overvåking	40,0	
Infeksjonsmedisin	37,0	
Senger barn	42,0	
Senger hotell	25,0	
Døgnplass (voksenpsykiatri)	45,0	
Skjermet døgnplass (voksenpsykiatri)	58,0	
Dagplass (somatikk)	15,0	Dialyse 20
Poliklinikkrom, standard (somatikk)	30,0	
Spesialrom (somatikk)	45,0	
Spesialrom (psyk.)	30,0	
Observasjonsseng	30,0	
Medisinske servicefunksjoner		
Intensivsenger	50,0	
Postoperativ	16,0	
Operasjon, inneliggende	120,0	
Operasjon, dag	120,0	
Billediagnostikk, angio, CT, MR, nukleærmedisin	90,0	
Billediagnostikk, UL	30,0	
Billediagnostikk, øvrige	70,0	
Fødestue	70,0	
Arbeidsplass, medisinsk biokjemi og transfusjonsmedisin/blodbank	15,0	ekskl. spesial laboratorier og birom
Arbeidsplass, patologi & medisinsk mikrobiologi arb. plass	15,0	ekskl. spesial laboratorier og birom
Donortapning	15,0	
Ikke-medisinske servicefunksjoner		
Kontorarbeidsplass	8,5	Pr. kontorplass, inkl. printer/kopirom og toalett. Ca. 50 % av kontorplassene er i landskap
Kontorarb.plass til administrasjon	9,0	Pr. kontorplass, inkl. printer/kopirom og toalett
Behandlerkontor psykiatri m/møteplass	11,0	
Møterom	2,0	Pr. plass
Garderobeskap	0,8	pr. skap
Overnattingsrom	15,0	inkl toalett og bad samt andel i fellesom
Personalkantine og kafeteria	2,1	pr. plass

7.5 Areal pr. hovudfunksjon i SNR

Arealet er utrekna for dei ulike alternativa som viste under:

- **0-alternativet:** Ingen endringar i høve til dagens inndeling
- **Alternativ 1:** Nytt sjukehus med poliklinisk verksemd i motsett by / begge byar
 - Alternativ 1 A Kristiansund (SNR Frei) med desentralisert tilbod i Molde
 - Alternativ 1 B Gjemnes med desentralisert tilbod i Molde og I Kristiansund
 - Alternativ 1 C Molde (SNR Hjelset) med desentralisert tilbod i Kristiansund
- **Alternativ 2:** Nytt sjukehus utan poliklinisk verksemd i motsett by / begge byar

0-alternativet inneber ikkje noko investering i nybygg for SNR, og vil dermed ikkje omtalast i samband med framtidig utrekna arealbehov.

Alternativ 1A og 1C er like med omsyn til areal, då begge føreset eitt sjukehus som inneheld både somatikk og psykisk helse, i tillegg til ei elektiv eining i motsett by. Alternativ 2 inneber eit nytt sjukehus for Nordmøre og Romsdal inkl. psykisk helse og TSB. Det etablerast ikkje elektive einingar i dette alternativet.

Tabell 7.9 Arealberekning SNR, somatisk akuttsjukehus for ulike alternativ

SNR - Arealberekning alternativ	Tal einingar	Arealbehov alt 2	SNR alt 1A og 1C	SNR alt 1B
Prehospitale tenester/akuttmottak/observasjon				
Akuttmottak		890	890	890
Observasjonspost	21	630	630	630
Delsum		1 520	1 520	1 520
Poliklinikker/dagområde				
Poliklinikker	72	2 280	1 920	1 944
Kliniske spesiallaboratorier	65	2 916	2 781	2 844
Dagkirurgi	39	585	585	585
Dagområde, medisinske fag	41	755	570	547
Delsum		6 536	5 856	5 920
Døgnbehandling				
Sengeområde	184	5 579	5 579	5 579
Intensiv	8	400	400	400
Delsum		5 979	5 979	5 979
Annen somatikk				
Operasjon	19	2 280	2 280	2 280
Postoperativ	28	448	448	448
Fødestuer	3	210	210	210
Fysio- og ergoterapi		305	305	305
Sosionom, logoped, dietist, rehab		75	75	75
Læring- og mestring		70	70	70
Ryggscole		127	127	127
Delsum		3 515	3 515	3 515
Medisinsk service				
Billeddiagnostikk	33	2 510	2 454	2 449
Laboratorier		2 173	2 158	2 157
Apotek		525	525	525
Sterilsentral		405	405	405
Medisinsk teknikk		255	250	249
Delsum		5 868	5 792	5 785
Intern service og administrasjon				
Administrasjon		823	823	823
Kontorer og møterom		3 920	3 795	3 800
Personaleservice		2 048	1 948	1 952
Hotell	37	1 009	1 009	1 009
Pasientservice		473	433	433
Ikkje-medisinsk service		3 008	2 858	2 848
Undervisning og forskning		940	940	940
Delsum		12 220	11 805	11 804
Nettoareal, somatikk		35 638	34 467	34 523
Bruttoareal, somatikk (b/n-faktor 2,0)		71 277	68 935	69 046

I alternativ 1 er det rekna ut eit distriktsmedisinsk senter (DMS) i motsett by eller i begge byar. Det er planlagt at denne aktiviteten skal vere samansett av elektiv dag- og poliklinisk aktivitet. Det er lagt til grunn følgjande føresetnader for utrekninga av arealet knytt til DMS:

- Poliklinikk: ca. 25 % av den totale aktiviteten i SNR for medisinske, øyre-, nase- hals- og auge poliklinikkar, samt medisinsk dagbehandling kan desentraliserast i alternativ 1A og 1C.
- Dette reduserast til 15 % i alternativ 1B for kvar av dei to elektive einingane.
- Ein føreset etablering av biletdiagnostiske einingar samt ein mindre laboratoriefunksjon, medisinsk teknikk og blodtapping.
- Støttefunksjonar i form av kontorfunksjonar, personalservice og ikkje-medisinsk service.
- Desse funksjonane motreknast delvis i SNR.

På dette grunnlaget presenterast arealkonsekvensane for alternativa 1A og 1C i tillegg til 1B nedanfor.

Tabell 7.10 Arealutrekning DMS for dei ulike alternativa

	Desentrale DMS'er		
	Alternativ 1A og 1C m2 netto	Alt 1B Krist sund	Alt 1B Molde
SNR - Arealberekning alternativ	Arealbehov kvm netto	Arealbehov kvm netto	Arealbehov kvm netto
Poliklinikker/dagområde			
Poliklinikker	360	210	210
Kliniske spesiallaboratorier	270	90	90
Dagkirurgi			
Dagområde, medisinske fag	185	130	130
Delsum	815	430	430
Medisinsk service			
Billeddiagnostikk	280	190	190
Laboratorier	150	100	100
Apotek			
Sterilsentral			
Medisinsk teknikk	50	40	40
Delsum	480	330	330
Intern service og administrasjon			
Administrasjon			
Kontorer og møterom	250	150	150
Personaleservice	200	120	120
Hotell			
Pasientservice	80	50	50
Ikkje-medisinsk service	300	200	200
Undervisning og forskning			
Delsum	830	520	520
Nettoareal, somatikk	2 125	1 280	1 280
Bruttoareal, somatikk (b/n-faktor 2,0)	4 250	2 560	2 560

I alternativ 1A og 1C er det utrekna eit DMS i den byen der det ikkje ligg hovudsjukehus, storleiken på DMS'et er på 4 250 kvm. I alternativ 1B er det eit DMS i kvar by, og kvart DMS er planlagt til 2 560 kvm. Arealet for dei to DMS vil gi eit totalt areal på 5 120 kvm. Alternativ 1B vil gi eit areal som er noko større enn ved eit samla DMS grunna dublering av nokre fellesfunksjonar.

Tabell 7.11 Arealberegning i SNR for sykehuspsykiatri, alderspsykiatri og akutt rusbehandling

Arealberegning SNR psykisk helsevern og rusbehandling	Kapasiteter	Arealbehov
Behandling		
Mottak		75
Senger	37	1 554
Skjermede senger	8	440
Poliklinikk og spesialrom	5	204
Klinisk støtte		72
Delsum		2 345
Kontorfunkjoner		
Kontorer og møterom		506
Delsum		506
Service		
Pasientservice		68
Personaleservice		230
Ikke-medisinsk service		175
Undervisning & forskning		135
Delsum		607
Nettoareal i alt		3 458
Bruttoareal med B/N faktor 1,8		6 224

7.6 Samla areal for SNR

Tabellen nedanfor viser arealbalansen i bruttoareal for alternativa for SNR.

Tabell 7.12 Oversikt arealbehov i de ulike alternativa

Bruttoareal pr alternativ og funksjon	1A	1B	1C	2
SNR - somatikk	68 935	69 046	68 935	71 277
DMS	4 250	5 120	4 250	0
Psykisk helsevern og rusbehandling	6 224	6 224	6 224	6 224
Bruttoareal i alt	79 409	80 390	79 409	77 501

Alternativ 1 inneber etablering av eit nytt sjukehus i enten Kristiansund, Gjemnes eller Molde (SNR), med ein viss elektiv dag- og poliklinisk aktivitet i motsett by, og for alternativ 1B i begge byar.

Alternativ 1A og 1C er like med omsyn til areal, då dei begge føreset eit sjukehus med somatikk og psykisk helse inkl. rus- og avhengigheitsbehandling for Nordmøre og Romsdal i enten SNR Frei eller SNR Hjelset, i tillegg til ei elektiv eining i motsett by.

Alternativ 2 inneber eit nytt sjukehus for Nordmøre og Romsdal inkl. psykisk helse og rus- og avhengigheitsbehandling. Det vert ikkje etablert elektive einingar i dette alternativet.

Det mest arealeffektive alternativet er alternativ 2 der det vert bygd eit felles sjukehus i Nordmøre og Romsdal utan desentrale einingar, og det mest arealkrevjande alternativet er alternativ 1B der det vert bygd eit sjukehus for Nordmøre og Romsdal i Gjemnes og desentrale einingar både i Kristiansund og Molde.

Til slutt gjer ein ei samanlikning av dei areala som er utrekna i idéfasen til dei somatiske funksjonane for HMR med dei tilsvarande areala frå utviklingsplanen.

Tabell 7.13 Bruttoareal for dei ulike alternativ i idéfase og utviklingsplan

Bruttoareal for Møre og Romsdal HF	Idefase	Utviklingsplan	Kommentar
0-alternativet	177 379	172 984	
Alternativ 1A	185 733	173 001	Alternativ 1B i utviklingsplanen
Alternativ 1B	186 714	175 566	Alternativ 3A i utviklingsplanen
Alternativ 1C	185 733	173 001	Alternativ 1A i utviklingsplanen
Alternativ 2	183 825	169 914	Alternativ 3B i utviklingsplanen

Generelt ser ein ei auke i arealbehovet i alle alternativ svarande til 4-8%. Grunnen til dette er primært ei justering av standardar basert på erfaringar frå andre prosjekt. T.d. legg ein inn føresetnader om auka arealstandard for senger til born og intensiv, operasjonsstover og spesialrom. Dessutan er utnyttingsgraden for operasjon redusert frå åtte til sju timar. I tillegg er det arealbehov for psykisk helse og rus- og avhengigheitsbehandling.

8 Konsekvensutgreiing, KU del 1 (lokal) og KU del 2 (regional)

Som ledd i arbeidet med å velje lokalitet for nytt felles sjukehus for Nordmøre og Romsdal, er det utarbeida ei konsekvensutgreiing (KU). Denne skal oppfylle Plan- og bygningsloven sitt krav til prosess og innhald i planar for tiltak som kan ha vesentleg verknad for miljø og samfunn (PBL § 4-2 med forskrift FOR-2009-06-26-855), Rammer for innhald, tema og prosess i utgreiingsarbeidet er felt ned i eit planprogram som har vore på høyring og er vedtatt av alle dei tre aktuelle vertskommunane.

HMR har bede kommunane om å kome fram til kvart sitt tomtealternativ innanfor ein korridor maksimalt ein km frå hovudveg mellom Hjelset i Molde og søre Frei i Kristiansund. Kommunane si oppgåve har vore å velje sitt tomtealternativ, medan vurdering av tomtene på tvers av kommunane er gjort i regi av HMR. KU-arbeidet vart derfor delt i to:

- KU del 1, kommunal KU: Vurdering av tomtene sine eigenskapar og konsekvensar. Dette er gjennomført i regi av kommunane sjølve som grunnlag for deira val av tomt
- KU del 2, regional KU. Konsekvensutgreiing av relevante tema på tvers av den enkelte kommune. Denne rapporten er utarbeida i regi av HMR.

8.1 Oppsummering av KU del 1:lokale konsekvensar

8.1.1 Innhald i KU del 1

Dei tre KU del 1-rapportane er sette saman av følgjande hovuddelar:

- Tomteeigenskapar, vurdering av kor eigna staden er som tomt
- Konsekvensar for miljø og samfunn av sjølve sjukehusomta inklusive ei vurdering av sårbarheit
- Vurdering av moglege arealutvikling i nærområdet og konsekvensane av denne og vurdering av korleis sjukehuslokaliseringa yter til stadsutviklinga lokalt

Nedanfor går ein gjennom og gjer ei oppsummering av dette samla for dei tre aktuelle tomtene.

8.1.2 Tomteigenskapar

8.1.2.1 Kriterier

Analysen av tomtene viser at alle kan byggjast på, det heftar ikkje sider ved nokon av dei som utelukkar tomta, men dei har alle meir eller mindre gode sider. Tomtene er vurderte ut frå eit sett kriterier avleidde av HMR sine krav til tomtene sendt over til kommunane ved oppstart av prosessen:

- Byggbarheit, tomta sin storleik og utforming, hellingshøve, tomta sin fleksibilitet for byggløysingar og utviding av sjukehuset, grunnforhold, risikoforhold i høve til teknisk gjennomføring og framdrift
- Kvalitetar for brukarane, landskap og opplevingsverdiar på tomta, utsikt, lokalklima sol og vind, støy og luftforureining
- Tilgjenge, lokalisering, dvs. nærleik til bustadsområde og servicetilbod, eksisterande og moglege framtidige gang- og sykkelvegsamband mellom sjukehus og nærområdet, tilknytning til hovudveg, kollektivbetening

- Anna teknisk infrastruktur, dvs. vassforsyning og avløpshandtering, kraftforsyning, fiberkabel
- Helikopter, lokale høve knytte til lokal innflygingsrute og landingshøve
- Økonomi og tidsaspekt, planstatus i høve til Plan- og bygningslova, konflikta med anna arealutnytting, eigarhøve, kostnader ved tilkomstveg og tomteopparbeiding i tillegg til mogeleg uvisse i kostnadsbiletet, bindingar og tidsaspekt

8.1.2.2 Samanlikning

Ei kort oppsummering av skilnadene i tomteeigenskapane mellom alternativa er gitt nedanfor:

- Byggbarheit: Tomta på Storbakken har nesten ingen bindingar kva gjeld storleik, men alle tomter er store nok ut frå dei krava som HMR har sett til storleiken på sjukehuset inklusive mogelegheit for utviding. Både Opdøl og Storbakken har god fleksibilitet med stor fridom i byggutforming. Astad ligg på ei brattare tomt, mellom fareområde for skred og elvedalen Astaddalen. Her er det mindre fleksibilitet mop. utbyggingsløyising enn for dei to andre.
- Kvalitetar for brukarane: Opdøl kjem best ut, noko betre enn Storbakken. Opdøl har flott utsikt, ligg skjerma og vakkert til i terrenget med gode klimaforhold og ingen støyproblem. Det vil også vere mogeleg å få sjøutsikt frå Storbakken, men det vil kun gjelde delar av bygget. Delar av Storbakken kan verte noko utsett for støy frå rv. 70, men også store delar av uteareala er støyfrie. I vurderingane føreset ein at skytebanen aust for sjukehusomtta på Storbakken vert flytta. Astad har bra utsikt, men lite ettermiddagssol, turbulente vindforhold og støy frå E39 gjer at tomta vurderast noko bak dei andre på dette temaet.
- Tilgjenge: Storbakken og Opdøl vurderast til å kome ut likt når det gjeld tilgjenge. Begge har relativt kort veg til servicetilbod. Servicetilbodet er lite ved begge områda per i dag. Begge har også kort avstand til bustadområde og god tilknytning til gang- og sykkelssystem. For Opdøl føreset ein at det vert etablert bru over Opdølselva. Begge er godt eigna for kollektivbetening. Storbakken har god tilknytning til rv. 70. Opdøl har ikkje like god tilknytning til E39, men skilnaden er ikkje så stor at ein vurderer det til å vere skilnad på dei to alternativa på dette punktet. Astad har god tilknytning til E39, men høgdeskilnaden og avstanden mellom sentrum i Batnfjordsøra og Astad, gjer at Astad har noko lågare tilgjenge enn dei to andre. Grunnlaget for kollektivbetening vert også vurdert noko dårlegare for Astad sin del enn for dei to andre.
- Annan teknisk infrastruktur: Alle alternativa kan sikrast trygg og god vassforsyning, god handtering av avløp og krafttilgang. Dette er klargjort med kommunale etatar og kraftleverandør. Det er nokre skilnader i kor omfattande tilrettelegging som må til, men dette er handtert under kostnader.
- Helikopter: Alle tomtene kan verte opererte med helikopter, skilnadene er heller marginale. Opdøl har relativt gode høve for helikopter. På Storbakken er det noko fare for storskala og småskala turbulens og vindkast slik at høva ikkje er like gode her. På Astad er det også fare for både storskala og småskalaturbulens og høva vurderast å vere dårlegast her.

- **Økonomi og tidsaspekt:** For dei samla kostnadene til tomteopparbeiding, veg, vatn, avløp og kraft er det relativt liten skilnad mellom Opdøl og Storbakken (134 og 158 mill kr), mens Astad ligg vesentleg over (243 mil kr). Dersom ein ser på tomt og veg for seg, kjem Opdøl best ut, og då er også rivingskostnader for dagens bygg medrekna. For Opdøl utgjer desse to postane knapt 80 mill. kr og i overkant av 100 mill. for Storbakken, og 160 mill. kr for Astad. For Storbakken er det masseutskifting av lausmasser og myr som slår mest ut, og for Astad skuldast det stort masseoverskót og relativt lang tilkomstveg. Ein må understreke at desse kostnadene er usikre og førebelse, tomtekjøp er ikkje med og samla vil investeringskostnaden til sjølve sjukehusbygget vere den altovervegande og dominerande kostnadsposten. Det er ingen konflikterande planar, arealbruk eller eigedomshøve av ein slik art på nokre av tomtene som kunne skape uvisse i gjennomføringa.

8.1.2.3 Oppsummering

Når ein held saman alle kriterier for tomteeigenskapar, kjem Opdøl best ut men berre marginalt betre enn Storbakken. Astad er dårligare enn dei to andre i første rekke pga tomta si utforming, arrondering og mindre fleksibilitet og valfridom for utbyggingsløyising.

8.1.3 Konsekvensanalyse av sjukehustomtene

8.1.3.1 Konsekvensar av tomtene

I tabellen under er resultatet frå KU del 1 for kvar av dei tre aktuelle tomtene sett saman. Notasjonane i tabellen er frå konsekvensutgreiingane og gir uttrykk for ein skala frå ubetydeleg (0) via liten (-), middels (--) til stor (---) negativ konsekvens.

Tabell 8.1 Oppsummering av konsekvensar av sjukehusetablering på Opdøl, Astad og Storbakken

	Landskapsbilette	Friluftsliv og folkehelse	Naturmiljø	Landbruk og jordvern	Kulturminne
Opdøl	--	0/-	-	-	--/---
Astad	--	-/--	-	--	--
Storbakken	-	0/-	--	-	0/-

For Storbakken sin del er det kun konsekvensane for naturmiljø som slår noko negativt ut av tyding. Dette skuldast myrområdet på tomta. For Opdøl er det konsekvensane for kulturminner og landskapsbiletet som slår mest negativt ut. Den negative verknaden for landskapsbiletet skuldast at eit område som i dag er eit parkprega institusjonsområde eksponert mot fjorden, får endra karakter gjennom ein vesentleg større bygningsmasse. Effekten av nytt bygg og bearbeidde uteområde vil imidlertid vere avhengig av utforming, tilpassing til omgivnadene og behandling av eksponerte areal mot sjøen. Den negative verknaden for kulturminne kjem frå at dagens sjukehusanlegg har visse kulturhistoriske verdiar. Desse føreset ein å ta vekk, og dermed kjem det fram ein negativ konsekvens av dette. Det er imidlertid ikkje tatt omsyn til at Opdøl vil få negativ konsekvens for kulturminne uansett kva for alternativ ein vel, då opphøyring av sjukehusdrift vil vere ein negativ konsekvens for historisk samanheng og vedlikehald av bygningsmassen. Dette gjeld truleg også dagens parkmessige område. Ettersom det ikkje ligg føre konkrete og aktuelle planar eller vedtak for alternativ bruk av Opdøltomta dersom det ikkje kjem nytt sjukehus der, kan dette formelt sett ikkje trekkast inn i konsekvensvurderinga.

Astad har jamt over større negative konsekvensar enn dei to andre alternativa. Tomta ligg ved og delvis i Astaddalen, som har verdiar knytte til landskap, landbruk, kulturminne og friluftsliv. Etablering av sjukehus får negative verknader for desse tema.

Samla står Storbakken fram med minst negative konsekvensar for omgivnadene. Deretter følgjer Opdøl, så Astad som har størst negative konsekvensar mellom dei tre.

8.1.3.2 Sårbarheitsanalyse av sjukehusomtene

Det er gjennomført ei sårbarheitsanalyse for alle tomtene med identifisering av potensielle faremoment innan ei lang rekke tema. Det er ikkje avdekka vesentlege sårbare høve ved nokre av tomtene, men noko merksemd i neste planfase bør ein gi i høve til skogbrann ved Opdøl og elektromagnetiske felt ved Astad. I høve til sårbarheit ligg det ikkje føre grunnlag for å skilje mellom tomtene.

Det er lagt ned mykje arbeid i å avklare fare for skred på Astad. I høve til samfunnssikkerheit, skal dei strengaste kategoriane leggest til grunn for eit sjukehus. Det er gjort nye, eigne skredanalysar som har fastsette grenser for skredtrygt område. Plasseringa av sjukehusbygget har tatt omsyn til dette og skal ligge i skredtrygt område. Dette er førelagt NVE som er fagmyndigheit på området, og det er ikkje kome innvendingar mot plasseringa av sjukehus på Astad i høve til skred.

8.1.3.3 Oppsummering

Oppsummert ser ein Storbakken å vere marginalt betre enn Opdøl når det gjeld konsekvensar for omgivnadene. Dei negative miljøkonsekvensane ved Opdøl er i første rekke knytte til kulturverdiar ved dei anlegga ein har i dag. Det er ingen store negative konsekvensar med Astad, men på fleire tema har tomte jamt over med noko meir negative konsekvensar enn dei andre.

Sårbarheitsanalysen gir ikkje grunnlag for å skilje mellom alternativa.

8.1.4 Konsekvensanalyse av arealskissene

8.1.4.1 Arealutvikling i sjukehuset sitt nærrområde

Etablering av eit sjukehus vil ha nokre følgjekonsekvensar for arealbruken i nærområdet. For kommunane er det også eit poeng at det skal vekse fram ei arealutvikling rundt sjukehuset. Til skilnad frå sjølve tomtene, er løysingane for denne arealutvikling meir åpne. Ei formell planavklaring av arealbruken i sjukehusomtene sitt nærrområde vil først verte gjort når ein har valt tomt. Det er derfor utarbeidd arealskisser som viser korleis ei arealutvikling i nærområdet kan tenkast, gitt visse føresetnader om ei arealeffektiv og miljøeffektiv stadsutvikling. Denne utviklinga vil ha eit fotavtrykk som gir konsekvensar for miljø og samfunn. Med like premisser i høve til omfang, er dette gjort for nærområdet til alle område ved sjukehusomtene.

Ettersom dette er ei av fleire moglege arealutviklingsmoglegheiter, kan det være grunn til å legge noko mindre vekt på konsekvensanalysen av arealutviklinga rundt nærområdet enn sjølve sjukehusomtane. Det gir likevel nyttig informasjon av kva for følgjekonsekvensar sjukehuset kan få i sine nære omgivnader.

8.1.4.2 Konsekvensanalyse

Tabellen under viser resultatet av konsekvensutgreinga av skisser til arealutvikling i tomtene sitt nærrområde. Konsekvensane av ei moglege arealutvikling rundt Opdøl er størst for naturressursar ved

at det er noko dyrka mark som går med om ein vil ha ei god stadsutvikling på Hjelset. På Astad slår konsekvensane for landbruket endå sterkare ut. Det er knapt mogeleg å etablere ny stadsutvikling utan at det går ut over dyrka mark i Batnfjordsøra. Storbakken har ikkje store negative konsekvensar, men har noko innverknad på fleire tema som gjer at samla kan Astad og Storbakken kome nokonlunde likt ut, medan sjukehusindustert arealutvikling og stadsutvikling rundt Opdøl samla truleg vil ha minst konsekvensar.

Det er som nemnt ikkje rett å legge stor vekt på KU for nærområda, og slik sett bør Opdøl og Storbakken vurderast likt. Konsekvensane for landbruket ved utbygging på Batnfjordsøra vil vere meir uunngåeleg. Astad kjem dermed ut med noko meir negativ verknad enn dei to andre alternativa.

Tabell 8.2 Oppsummering av konsekvensar for arealbruksskisser for nærområdet til sjukehus på Opdøl, Astad og Storbakken

	Landskapsbilete	Friluftsliv og folkehelse	Naturmiljø	Landbruk jordvern	Kulturminne
Opdøl	-	0	0/-	--	0/-
Astad	-	0	-	---	-
Storbakken	-/--	0	-/--	-/--	0/-

8.1.4.3 Sårbarheitsanalyse arealskissene

Dersom byggverk ikkje vert plasserte lågare enn 5.5 moh., er Hjelset-området rundt Opdøl lite sårbart for flom, dambrøtølge frå Silsetdammen, havnivåstiging eller bølgeoppskyling. Heile området som er omfatta av arealskissene er moderat sårbart for skogbrann og delar av området er moderat sårbart for ulukker ved transport av farleg gods på E39 gjennom området.

Utvikling ved Astad og Batnfjordsøra er imidlertid meir sårbart enn dei andre områda ettersom nokre av utviklingsområda er svært sårbare for skred, flom og havnivåstiging langs elva og ved osen, i tillegg til eit område som kan vere utsett for kvikkleire.

For Storbakken-området er også delar av områda moderat sårbare i høve til transport av farleg gods.

Samla sett er det ikkje grunnlag for skilje mellom arealutviklinga rundt Opdøl og Storbakken i høve til sårbarheit, medan det ved Astad og Batnfjorden er fleire sårbare høve som ein må ta omsyn til ved eventuell vidare planlegging.

8.1.4.4 Bidrag til stadsutvikling

I tillegg til sjølve konsekvensanalysen som følgje av arealutviklinga, vil det i eit lokalt perspektiv også vere viktig å vurdere korleis sjukehuset og arealutviklinga rundt dette kan yte til stadsutvikling av den eksisterande tettstaden, dvs Hjelset, Batnfjordsøra og Storbakken.

Opdøl og Storbakken vert vurderte likt i høve til bidrag til stadsutvikling. Sjukehusa ligg sentralt i tettstadane. Stadsutvikling rundt eit sjukehus på Opdøl kan utnytte naturgitte kvalitetar ved staden, og knyte saman eit eldre sentrumsområde (Hjelset) og nyare offentleg og privat service (Skjevik). Arealutvikling rundt Opdøl gjer det mogeleg å oppnå eit attraktivt lokalsenter med gode interne samanhengar. Sjukehuset vil vere ein motor for denne utviklinga. Eit nytt sjukehus på Storbakken vil

kunne yte til ei god utvikling av søre Frei som eit stort og attraktivt lokalsenter i kommunen. Også her vil sjukehuset vere ein motor for utviklinga.

Sjølv om utvikling i og ved eit kommunesenter som Batnfjordsøra vil yte til å byggje opp under eksisterande service og styrke Gjemnes som ein attraktivt stad å bu, er sjølve plasseringa av sjukehuset på Astad ikkje optimalt i høve til stadsutvikling. Det er stor avstand og stor høgdeskilnad til Batnfjordsøra. Astad scorar derfor noko dårlegare på dette temaet.

8.1.5 Samla oppsummering av KU del 1

Samla sett kjem Opdøl og Storbakken likt ut i KU del 1. Opdøl er marginalt betre enn Storbakken når det gjeld kor eigna tomte er, mens Storbakken kjem marginalt betre ut når det gjeld konsekvensar for omgivnadene. For konsekvensar av utbygging i nærområdet scorar dei to sjukehusalternativa like godt. Det er på bakgrunn av KU del 1 ikkje mogeleg å rangere det eine av desse to alternativa framfor det andre. Sjølv om Astad stort sett ikkje har vesentleg større konsekvensar enn dei andre, ligg alternativet jamt over noko bak dei andre. Det er først og fremst på tomte si utforming, konsekvensar for landbruket og sårbarheit for arealutviklinga lokalt utanfor tomte som er mest utslagsgivande.

I tabellen under er det vist ei enkel rangering av dei tre tomtene i høve til tema i KU del 1.

Tabell 8.3 Enkel og uvekta rangering mellom alternativa i høve til tema i KU del 1

	Tomteeigenskapar	Konsekvenser og sårbarheit tomt	KU og sårbarheit for nærområdet, i tillegg til stadsutvikling	Samla
Opdøl	1	2	1	1
Astad	3	3	3	3
Storbakken	2	1	1	1

8.2 Oppsummering av KU del 2: Regionale konsekvensar

8.2.1 Fem regionale, kommune-overgripande hovudtema

Planprogrammet gir fleire utgreiingskrav som går på regionalt nivå. Desse er svara ut i utgreiinga gjennom desse punkta:

- Regional utvikling
- Helsefagleg rekruttering og fagmiljø
- Trafikk og tilgjenge
- Klimagassrekneskap
- Risiko og sårbarheit

Nedanfor gir ein att konklusjonane for desse tema frå regional KU del 2.

8.2.2 Regional utvikling

Fellessjukehuset sin etterspurnad etter varer og tenester er ikkje stor lokalt, det er dei mange tilsette og deira bustad som utgjer vekstimpulsen i den regionale og lokale økonomien. For kvar 100 tilsett ved sjukehuset, vil det gi grunnlag for mellom 40 og 50 arbeidsplassar.

Lokalt vil sjukehuset vere ein vesentleg arbeidsplass, men de samla regionale effektane innanfor Nordmøre og Romsdal vil ikkje skilje seg vesentleg avhengig av kvar sjukehuset vert plassert. Dette gjeld også de tilsette sitt val av bustad, sjølv om det kan vere større gevinstar ved å bygge opp rundt ein av dei to byane for å drage nytte av det vekstpotensialet som auka busetting kan gi til byområda. Effektar er avhengige av næringssamansetjing, i tillegg til sosiale og kulturelle høve. Ein har ikkje grunnlag for å skilje mellom Opdøl og Storbakken når det gjeld slike effektar. Etablering av fellessjukehuset på Astad vil truleg føre til meir pendling og ei større spreining av dei tilsette si busetting.

Ettersom det i regionale planer ikkje ligg føre prioriteringar mellom byområda om det skal satsast meir på den eine enn den andre ved lokalisering av offentlege eller private verksemder, er det ikkje grunn til å skilje mellom dei bynære lokalitetane. Sjukehus på Astad vil imidlertid ikkje vere i samsvar med fylkesdelplan for senterutvikling som legg opp til å styrke eksisterande sentra.

8.2.3 Helsefagleg rekruttering og fagmiljø

Ein må presisere at fokus i KU har vore situasjonen ved stabil drift når alle konsekvensar har «sett seg». Interimsperioden fram til det nye sjukehuset er fullt operativt, er ikkje med i denne KU'en. Interimsperioden er ein sårbar periode som HMR vil ha særleg fokus på. I tillegg til KU og som del av Idefasearbeidet er det derfor utarbeidd ei eiga ROS-analyse for dette temaet.

Eitt felles sjukehus gir mogelegheit for å bygge opp eit meir robust fagmiljø. For rekruttering er dette den største effekten og der fellessjukehuset si plassering har noko mindre tyding. I ein situasjon med knappheit på nøkkelpersonell, er det likevel viktig ikkje å undervurdere skilnadene mellom lokalitetane, sjølv om dei for nokre faktorar er små.

Samla sett kan truleg Opdøl og Storbakken vurderast som likeverdige i høve til rekruttering, på kort sikt er det er likevel noko mindre potensial for avskaling av fagmiljøet om det nye fellessjukehuset vert lagt til Opdøl. Astad kan ikkje i same grad tilby bymiljøkvalitetar som mange innan dei mest sårbare fagkategoriane etterspør. Pendlingsavstanden til Astad frå de to byane ligg opp mot det som for mange vil opplevast å vere på grensa av det akseptable.

8.2.4 Trafikk og tilgjenge

Den største endringa i høve til trafikk gjeld overgangen frå to til eitt sjukehus. Dette skaper meir trafikk og aukar gjennomsnittleg reisetid. Dette er imidlertid ikkje eintydig. Det er pasientar og pårørande som i dag ikkje nyttar det næraste av dei to sjukehusa ettersom dei har ulike oppgåver og funksjonar. Samla gjennomsnittleg reisetid for alle busette i opptaksområdet til det nye sjukehuset, er på same nivå for alle alternativ, i underkant av ein time, medan det med to sjukehus ligg rundt 40 minutt. Reiselengdefordelinga varierer noko mellom alternativa, det er gjennomgåande fleire korte reiser til Opdøl og Storbakken enn til Astad. Dette gjeld også ved gjennomføring av planlagde framtidige vegprosjekt i regionen. Ingen av områda ligg slik til at dei lett kan betenast med eit godt busstilbod. Opdøl og Storbakken kan betenast med eit utvida bynært busstilbod medan busstilbodet på Astad i hovudsak vil vere avgrensa til regionale ruter.

8.2.5 Klimagassutslepp

Endringar i utslepp av klimagassar skuldast i all hovudsak endringar i trafikkomfang, og positive endringar i energibruk til drift ved å gå frå to eldre bygg til eitt nytt anlegg med nye energi- og miljøkrav. Det er i første rekke endringar i transportomfang som utgjer skilnadene mellom tomtene. Tomtene har også ulike grunnforhold og jordsmonn som gir ulike utslepp av klimagassar ved masseutskifting. Det er store skilnader mellom tomtene, men dette er berre ein brøkdel av utsleppa frå transport når vi reknar over eit livsløp på 60 år. Ettersom endringar i trafikkomfanget er dominerande, vil Astad kome noko dårlegare ut i ein klimarekneskap enn dei to andre alternativa. Dette byggjer på gitte føresetnader om re-fordeling av bustadane til dei tilsette.

8.2.6 Risiko og sårbarheit

Eitt sjukehus gir positivt bidrag i sårbarheitsanalysen gjennom større evne til å handtere stor tilstrøyming av pasientar. På vegnettet utgjer stenging av bruer og tunnelar den største sårbarheita. Alternativa skil lite på høve for helikoptertrafikk, men det er nokre ulikskapar knytte til innflygingshøve. Opdøl er vurdert å ha litt positiv konsekvens i høve til null-alternativet. Storbakken og Astad er vurderte som nøytrale i høve til null-alternativet. For Astad skuldast dette manglande brannberedskap i tillegg til vurderingar knytte til helikopter. Sjukehus på Storbakken er sårbart for tilgjenge til sjukehuset for store delar av befolkninga i regionen dersom Krifast vert stengt.

8.2.7 Oppsummering KU del 2

For regionale tema isolert sett, er det ikkje store skilnader mellom alternativa.

Dei mange tilsette og deira bustad utgjer ein vekstimpuls i den regionale og lokale økonomien slik at både Opdøl og Storbakken får positive regionale verknader. Etablering av fellessjukehuset på Astad vil truleg føre til meir pendling og ei større spreiding av de tilsette si busetting. Vekstimpulsen vil dermed ikkje vere så stor for Astad sin del.

Når ein samlar to sjukehus til eitt, får ein eit betre grunnlag for rekruttering og for å skape eit robust fagmiljø. Dette slår positivt ut for alle tre alternativa, men grunnlaget for rekruttering vil vere noko dårlegare på Astad på grunn av beliggenheit.

Den største negative konsekvensen gjeld auka transport og lenger veg ved endring frå to til eitt sjukehus. Dette gjer også at dei samla klimagassutsleppa vil auke. Opdøl og Storbakken kjem likt ut på desse tema, medan Astad kjem noko dårlegare ut. Dette skuldast noko dårlegare føresetnader for tilgang til buss, meir trafikk og fleire lange reiser.

Når det gjeld sårbarheit, er Opdøl vurdert å ha litt positiv konsekvens i høve til null-alternativet. Dei to andre er vurderte som nøytrale i høve til null-alternativet. For Astad skuldast dette manglande brannberedskap i tillegg til vurderingar knytte til helikopter. Det må imidlertid skytast inn at brannberedskapen til eit sjukehus er lovregulert, og det er i første rekke eit kostnadsspørsmål å få på plass den beredskapen ein treng. Sjukehus på Storbakken er sårbart for tilgjenge til sjukehuset for store delar av befolkninga i regionen dersom Krifast vert stengt.

Totalt sett er det ikkje grunnlag for å skilje mellom Opdøl og Storbakken basert på utgreiingane i KU del 2. Astad kjem imidlertid noko dårlegare ut enn dei to andre, jfr. tabellen under.

Tabell 8.4 Oppsummering av tema i KU del 2 regionale tema, i tillegg til ei enkel rangering av alternativa

	Regionale ringverknader	Rekruttering og fagmiljø	Tilgjenge og trafikk	Klimagass-utslepp	Sårbarheit	Rangering
Opdøl	+	+++	-	--	+	1
Astad	0	++	--	--	0	3
Stor-bakken	+	+++	-	--	0	1

8.3 Samla oppsummering KU del 1 og del 2

Sett under eitt gir KU del 1 og 2 samla ikkje grunnlag for å skilje mellom Opdøl og Storbakken. Det er skilnader og nyansar på ulike tema, men i den grad ein ikkje vektar nokre tema vesentleg meir enn andre, er det ikkje grunnlag for å skilje mellom desse to.

Astad vert rangert lågast av dei tre for alle vurderingstema i KU del 1, og vert også samla sett rangert noko bak dei to andre når det gjeld tema i KU del 2.

Tabell 8.5 Enkel rangering av alternativa i KU del 1 og 2 og samla

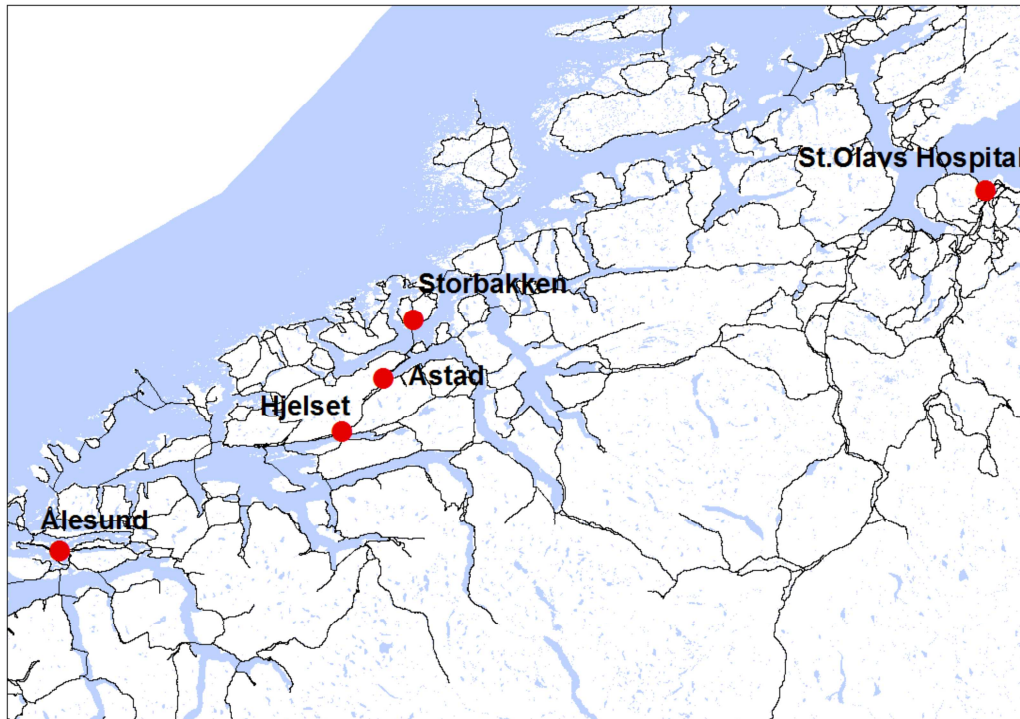
	KU del 1	KU del 2	Samla
Opdøl	1	1	1
Astad	3	3	3
Storbakken	1	1	1

Som det vart påpeika innleiingsvis, vil KU vere ein del av eit samla grunnlag for avgjerse.

Som nemnt er temaet rekruttering og fagmiljø i KU'en avgrensa til ein stabil, framtidig situasjon. Interimsfasen, som streng tatt går frå dagens situasjon, men særleg frå val av tomt er gjort og fram til sjukehuset er i full og normal drift og alle stillingar er tilsette, vil verte handsama i ei eiga ROS-analyse lagt fram for styret som del av grunnlaget for avgjerse.

8.4 Tilgjenge/samferdsel

I utviklingsplanarbeidet i 2012 vart det laga ei rekkje analysar for tilgjenge til sjukehusa i fylket. I desse analysane har ein rekna ut reisetid med bil for befolkninga til dei fire sjukehusa i fylket. Ein har rekna ut reisetid med bil til næraste sjukehus, og deretter har ein rekna ut reisetid for alle busette til kvart av dei fire sjukehusa (ein tek ikkje omsyn til variasjon i tilbod ved dei ulike sjukehusa).



Figur 8.1 Tomteplasseringane for SNR, inkludert Ålesund sjukehus og St.Olavs Hospital

I dagens situasjon vil talet innbyggjarar i fylket som har kvart enkelt sjukehus som sitt næraste i reisetid sjå ut som følgjer av tabellen under. Befolkningsdata nytta i dette arbeidet frå 2012 er pr. 01.01.2011.

Tabell 8.6 Talet personar i Møre og Romsdal som har dei ulike sjukehusa som sitt næraste i reisetid

	Talet busette	Del busette
Kristiansund	50 606	20%
Molde	61 497	24%
Ålesund	95 544	38%
Volda	46 257	18%
Sum	253 904	100%

Frå tabellen ser vi at for 20 % av befolkninga har Kristiansund som sitt næraste sjukehus, medan 24% av befolkninga har Molde som sitt næraste sjukehus.

Ein har vidare sett på talet personar og prosentdelen av desse som når næraste sjukehus innanfor gitte tidsintervall.

Tabell 8.7 Del av befolkninga som når næraste sjukehus (alle fire) pr. tidsintervall

Intervall (min)	Talet personar	Akk. tal på personar	Personar (%)	Akkumulert(%)
0-30	139 975	139 975	55	55
30-60	67 919	207 894	27	82
60-90	22 671	230 565	9	91
90-120	16 931	247 496	7	97
120-180	6408	253 904	3	100

Over halvparten av befolkninga vil altså i dagens situasjon nå eit sjukehus innan 30 minutt, 82 % innan ein time og 91 % innan 90 minutt. Heile befolkninga vil nå fram til eit sjukehus i fylket på under tre timar.

Ei samla vurdering lagt til grunn 2012, viste at dagens sjukehusstruktur gir best tilgjenge på kortast mogleg tid for heile befolkninga.

Geografi og samferdsel er faktorar som har vore med å påverke utviklinga av spesialisthelsetenestetilbodet i Møre og Romsdal, som landet elles. Framover mot bygging av nytt sjukehus i Nordmøre og Romsdal og i tida etter dette vil fleire samferdselstiltak som verkar inn på reisetid og tilgjenge til sjukehuset enten vere realiserte eller starta opp, eller vere under konkret planlegging. Endra høve kring samferdsel i fylket gir auka mobilitet, og ein må planlegge for framtida på same måte som tidlegare, med tanke for betra samferdsel.

Tabell 8.8 Oversikt over samferdselstiltak i Møre og Romsdal i perioden mot 2030

Samband	Tidspunkt ferdig veg	Ny veg	
E39 Kvivsvegen/Hjartåberga	Opning 2012 og 2014		
Volda-Folkestad (ferjesambandet)	Nytt tilbod frå 2013		
E39 Volda-Furene	Ikkje finansiert, men før 2030?	4 km	
E39 Furene-Hareid	Truleg opning etter 2030	28 km	
E39 Hafast	Truleg opning etter 2030	6 km	
E39 Sulesund-Breivika(Ålesund)	Truleg opning etter 2030	16 km	
E39 Møreaksen (Dragsund-Molde)	Før 2030	52-56 km	Innkorting 40 min
E136 Tresfjordbrua/Vågstrandst.	Ferdig 2015/2014	7 km	Innkorting 13 min
Aukra-Midsund	Samtidig med Møreaksen	7 km	
E39 Lønset-Hjelset (omlegging trase)	Før 2024	9 km	Innkorting 2 min
E39 Hjelset-Astad	2030?	15km	Innkorting 2 min
E39 Astad-Høgset	Opning 2013	9km	
Fv 64 Langfjorden	Usikkert prosjekt pga. høy kostnad		
E39 Halsafjorden	Før 2030, men etter Møreaksen	24 km	Innkorting 35 min
E 39 Betna-Stormyra	Før 2024	24 km	Innkorting 7 min
E39 Harrangen-Høgkjølen	2015		Innkorting 1 min
E39 Harrangen-Orkdal	2030?		Innkorting 3 min?
Nordøyvegen	Før 2030		
Todalsfjordprosjektet/Trollheimst.	Etter 2030		
Rv 70 Oppdølstranda	Ferdig 2014	9 km	Innkorting 1 min
Rv 70 Tingvoll-Meisingset	Før 2024	9km	Innkorting 2 min
Bypakkane (innfartsvegar, intern framkome)	2016-2030		
Rassikring Røyr-Hellesylt	Truleg ferdig 2016		

Gjennomføring av vedtekne og planlagde tiltak medfører at avstand og tid innan føretaket vert redusert i planperioden.

Det har frå fleire hald blitt argumentert for at dei ulike lokaliseringpunkt for SNR har ulikt «opptaksområde». Opptaksområde er eit omgrep som skriv seg frå den tida fylkeskommunane definerte ansvarsområde for sjukehusa. Då hadde ein også omgrepa «regionsjukehus»,

«sentralsjukehus» og «lokalsjukehus». Sjølv om ein gjennom fritt sjukehusval går vekk frå å vere så kategorisk på opptaksområde, så er det framleis ei geografisk inndeling som vert nytta i planlegginga av akuttmedisinsk organisering. Det er også tydeleg i tidlegfasevegleiaren for sjukehusprosjekt at ein skal ha eit dimensjonerande befolkningsgrunnlag som grunnlag for eit sjukehusprosjekt under planlegging.

I 2012 og fram til i dag har det vorte utarbeidd ei rekkje tilgjengeanalysar for Møre og Romsdal generelt, og Nordmøre og Romsdal spesielt. I tida etter at vedtaket i utviklingsplanen vart gjort i desember 2012 og inn i tidlegfasen for SNR, har ein framleis diskusjonar knytte til tilgjenge. Basert på omtale i media og i tilbakemeldingar føretaket har fått, vert det etterlyst ei meir «sensitiv» tilgjengevurdering som tek utgangspunkt i reelle skilnader i befolkinga i dei ulike alternativa. Tidlegare har befolkningsgrunnlag vore fastlagt ut frå Nordmøre og Romsdal. No har ein gjort ei eiga vurdering på befolkningsunderlaget som ligg nærast dei tre aktuelle tomtene for SNR, og den befolkinga som alternativt er nærast anten Ålesund sjukehus eller St. Olavs Hospital i eit 2030 perspektiv.

Det har vore gjort ein tilgjengeanalyse der ein ser framover mot 2030. Eitt nytt sjukehus som vert planlagt og bygt innan dei komande åra, skal tene befolkinga i området i 40 – 50 år, minst. Ein har derfor valt samferdselssystem slik det har vorte framstilt i møter med Samferdselsavdelinga i Møre og Romsdal fylkeskommune og Statens vegvesen. Ein har etter sist møte som var i juni i 2014, blitt gjort merksam på konsekvensar av politiske signal som sitjande regjeringa har gjeve i samband med vegstandard og dermed sannsynlege fartsgrenser – men dette er i mindre grad lagt til grunn. Dette baserer seg på forsiktighetsprinsippet. Ein har også valt i analysen å halde fast på K2-konseptet på Møreaksen med vegtrasé over Ørskogfjellet, sjølv om det kjem styrka signal på vurderingar knytt til K3 med vegtrasé gjennom Solnørdal.

Grunnen til at ein har lagt til grunn Ålesund sjukehus som akuttsjukehus i sør og St. Olavs Hospital i nord, er for at dette er vi «sikre på» ligg der som akuttilbod i 2030. Ein føreset altså det som ligg til grunn i utviklingsplanen, at SNR skal dekke sjukehusstilbodet mellom Ålesund og St. Olavs Hospital.

I dei nye analysane mot 2030, ser ein at talet busette i Møre og Romsdal som har SNR som sitt næraste er fordelt slik (alternativsjukehuset er Ålesund i Sør og St. Olavs Hospital i nord):

Tabell 8.9 Talet busette i Møre og Romsdal med SNR som sitt næraste

Alternativ nytt sjukehus	Talet busette i Møre og Romsdal	Andel av totalt tal på busette i Møre og Romsdal (%)
Hjelset	121 362	41
Astad	118 263	40
Storbakken	111 796	38

Mellom 250-550 personar i Sør-Trøndelag vil har SNR som sitt næraste alt etter kvar sjukehuset vert lokalisert. Desse er utelatt frå analysane, då dei utgjer ei fåtal og sannsynlegvis heller vi få tenestene sine utførte på St. Olav framfor i Møre og Romsdal.

I det følgjande presenterast korleis busette i fylket fordeler seg pr. lokaliseringalternativ innanfor gitte tidsintervall.

Tabell 8.10 Talet busette i Møre og Romsdal som vi ha SNR på Hjelset som sitt næraste i 2030 pr. tidsintervall og akkumulert, befolkningstal framskrive til 2030, framtidig transportnettverk

	Talet personar	Akk. tal personar	Akkumulert %
0 - 15 minutt	4565	4565	4 %
15 - 30 minutt	30 255	34 819	29 %
30 - 45 minutt	20 227	55 046	45 %
45 - 60 minutt	33 944	88 991	73 %
60 - 75 minutt	13 117	102 108	84 %
75 - 90 minutt	8619	110 727	91 %
90 - 105 minutt	5542	116 269	96 %
105 - 120 minutt	2266	118 535	98 %
120 - 135 minutt	613	119 148	98 %
135 - 150 minutt	700	119 847	99 %
150 - 180 minutt	1514	121 362	100 %

Tabell 8.11 Talet busette i Møre og Romsdal som vi ha SNR på Astad som sitt næraste i 2030 pr. tidsintervall og akkumulert, befolkningstal framskrive til 2030, framtidig transportnettverk

	Tal personar	Akk. tal personar	Akkumulert %
0 - 15 minutt	1597	1597	1 %
15 - 30 minutt	16 186	17 783	15 %
30 - 45 minutt	54 924	72 707	61 %
45 - 60 minutt	15 966	88 674	75 %
60 - 75 minutt	16 036	104 710	89 %
75 - 90 minutt	6683	111 393	94 %
90 - 105 minutt	3549	114 942	97 %
105 - 120 minutt	1233	116 175	98 %
120 - 135 minutt	808	116 982	99 %
135 - 150 minutt	1165	118 147	100 %
150 - 180 minutt	116	118 263	100 %

Tabell 8.12 Talet busette i Møre og Romsdal som vi ha SNR på Storbakken som sitt næraste i 2030 pr. tidsintervall og akkumulert, befolkningstal framskrive til 2030, framtidig transportnettverk

	Tal personar	Akk. tal personar	Akkumulert %
0 - 15 minutt	13 928	13 928	12 %
15 - 30 minutt	19 214	33 143	30 %
30 - 45 minutt	12 122	45 264	40 %
45 - 60 minutt	40 236	85 501	76 %
60 - 75 minutt	9070	94 571	85 %
75 - 90 minutt	11 032	105 603	94 %
90 - 105 minutt	3267	108 870	97 %
105 - 120 minutt	1712	110 582	99 %
120 - 135 minutt	1179	111 761	100 %
135 - 150 minutt	35	111 796	100 %

Frå dette kan ein lese at ved ei lokalisering på Hjelset, vil litt over 30 000 busette i fylket ha over ein times reiseveg til næraste sjukehus, medan ei lokalisering på Astad viser at knappe 30 000 ha meir enn ein times reiseveg og ved lokalisering Storbakken vil rett over 26 000 ha meir enn ein time å reise til sitt næraste sjukehus. Kvar dei ulike bur skil seg naturleg nok pr. alternativ lokalisering. Smøla kommune utmerkar seg for alle alternativa med å ha reiseveg for store delar eller delar på to timar eller over. Nokre få av innbyggjarane på Smøla har over 150 minutt til sjukehus ved lokalisering Hjelset, nokre få ved lokalisering Astad og ingen ved lokalisering Storbakken.

I nokre andre kommunar, i tillegg til Smøla, vil det også vere meir enn to timar til næraste sjukehus ved dei ulike lokaliseringane. For Hjelset-alternativet gjeld dette Aure, Surnadal og Rauma, for Astad Aure og for Storbakken Sunndal.

Med eit sjukehus på Storbakken vil ingen av innbyggjarane i Møre og Romsdal har St.Olav som sitt næraste, medan dette er tilfelle for 82 personar ved lokalisering Astad og 975 personar ved lokalisering Hjelset.

8.5 Utvikling av frigjevne sjukehusområde

Det er lagt til grunn for dei arealmessige og økonomiske utrekningane at Molde sjukehus på Lundavang, Opdøl sjukehus på Hjelset (dersom SNR ikkje endar på den tomta) og Kristiansund sjukehus vert selde og realiserte. Utflyttinga kan først skje etter at SNR er sett i drift og ein har etablert eventuelle nye lokale for drift av desentral poliklinikk/dagbehandling. Ein vil gjere ei sjølvstendig vurdering på kva tid som er mest hensiktsmessig for sal og korleis realisering av eigedommane skal gjerast.

9 0-alternativet

Styret i Helse Møre og Romsdal HF har vedteke at det skal etablerast eitt nytt akuttsjukehus som kjem til erstatning for dagens to sjukehus i Molde og i Kristiansund. Ved planlegging av sjukehus i tidlegfase skal 0-alternativet også vere med mellom vurderte alternativ. Nytt sjukehus er eit investeringstiltak som utløyer krav om konsekvensutgreiing etter føreskrift til Plan- og bygningsloven. Konsekvensane skal vurderast med 0-alternativet som referanse.

Det er utarbeid ein rapport om konsekvensutgreiing for 0-alternativet for nytt akuttsjukehus Helse Møre og Romsdal¹². Der er det gått gjennom kva for tiltak som er naudsynte for at 0-alternativet skal vere eit reelt val.

9.1 Definisjon av 0-alternativet

0-alternativet skal innehalde tiltak som mogleggjer å oppretthalde dagens drift i dei eksisterande sjukehusbygningane i Molde, Kristiansund og Hjelset, og at desse skal nyttast for å dekke befolkninga sitt framtidige behov for spesialisthelsetenester. Det er utført ei kartlegging av naudsynte tiltak i den eksisterande bygningsmassen og vurdert kva for investeringar som er naudsynte for at alternativet skal vere reelt.

Det er lagt til grunn at skildringa av 0-alternativet skal:

- *Beskrive dagens bygningsarealer, kommunikasjonslinjer, fysiske og tekniske forutsetninger*
- *Beskrive nødvendig oppgradering av tekniske anlegg og planløsninger som følger av krav fra myndighetene*
- *Beskrive eventuelle mulige kapasitetsøkninger innen eksisterende bygningsmasse*
- *Beregne omfanget og arten av nødvendige ombygninger og evt. mindre tilpasninger med nybygg*
- *Antyde hvilke funksjoner som må/kan flyttes ut for å gi vekst til andre funksjoner*
- *Oppsummere driftsøkonomiske konsekvenser av manglende utbygging*
- *Kommentere kvalitative effekter av fortsatt drift i dagens bygningsmasse som ikke nødvendigvis gir driftsøkonomiske konsekvenser*
- *Kommentere evt. kvalitative og kvantitative effekter under byggeperioden der dette er mulig*

9.2 Referanse til offentlig vegleiar og vedtak

I høve til krav frå tidlegfasevegleiar for sjukehusutbygging er det sett opp krav til innhald i 0-alternativet. Dette skal vise konsekvensar av å oppretthalde akseptabel yting for verksemda og bygget i bygget si resterande levetid, med minst mogleg kostnader. Dette er den aktuelle og relevante løysinga om investeringsprosjektet ikkje kan gjennomførast. Eit reelt 0-alternativ omtalast og som eit referansealternativ eller eit utsetjingsalternativ.

0-alternativet skal vere mogleg å samanlikne med dei andre alternativa når det gjeld planhorisont og kva for konsekvensar det har for investeringar og drift. Det blir óg vist til vegleiar nr. 8 «Nullalternativet», datert 28.04.2010, utgitt av Finansdepartementet¹³.

¹² [Konsekvensutredning. Nytt akuttsykehus Helse Møre og Romsdal. Nullalternativet](#), Momentum arkitekter (2014).

¹³ [Kvalitetssikring av konseptvalg, samt styringsunderlag og kostnadsoverslag for valgt prosjektalternativ. Nullalternativet.](#)

9.3 Skildring av tiltak i 0-alternativet

Det tekniske oppgraderingsbehovet for Helse Møre og Romsdal er stort, men sjukehusa har, med unntak av sjukehuset i Molde, ein relativt god funksjonalitet i høve til dagens føremål, og god tilpassingsdyktigheit til funksjonelle endringar.

Molde skil seg ut i negativ retning, då det har eit akutt oppgraderingsbehov, både i høve til tekniske anlegg, funksjonalitet, brannsikkerheit og høve knytte til arbeidsmiljø. Sjukehuset er også klart dårlegast på tilpassingsdyktigheit. Alle har moglegheiter for utviding på tomta, Molde og Ålesund meir enn Volda og Kristiansund.

For den somatiske delen av bygningsmassen, utgjer investeringsbehovet for bygningar som er i bruk som sjukehus, 672 mill.kr innanfor komande 5-årsperiode og 623 mill.kr innanfor 5-10 år. Desse summene gjeld investeringar i rein teknisk oppgradering og omfattar ikkje funksjonelle tilpassingar og ordinært vedlikehald.

0-alternativet tar utgangspunkt i at ein held fram drifta i dei eksisterande sjukehusbygningane i Molde, Kristiansund og på Hjelset. Desse vert utnytta for å dekke befolkninga sine framtidige behov for spesialisthelsetenester. Analysen gjeld fram til 2030.

Alternativet der dei tre sjukehusa opprettheld funksjonane sine, er skildra i fleire rapportar. Analyse av bygningane med omsyn på funksjonalitet og tilstand er skildra i 2010 og 2012. Arealbehov og kostnader er bearbeidde vidare og kjem fram i utviklingsplanen.

I det følgjande gir ein ei oppsummering av dei tiltaka som må til for at 0-alternativet skal vere eit reelt alternativ.

9.3.1 Oppsummering av konsekvensane av 0-alternativet for Molde - Lundavang

Som grunnlag for utrekning av investeringskostnader er det lagt til grunn at sjukehuset vert opprusta til funksjonell og teknisk standard i høve til gjeldande føreskrifter. Då det vil vere naudsynt med ei omfattande oppgradering av tekniske anlegg, vil alle areal av sjukehuset verte påverka av arbeida. Generelt er det lagt opp til eit nøkternt nivå i høve til materialbruk og standard.

I utgreiingane frå 2010 er det lagt til grunn at alle krav frå føreskrifter vert gjort gjeldande for nye bygningar, medan det for eksisterande bygningar ikkje vil verte gjort gjeldande at tiltaka vert definerte som hovudombygging.

Lova sin definisjon av omgrepet hovudombygging er uklar. Dette saman med aukande krav til energiløysingar i bygg og krav til universell utforming, gjer at det er grunn til å røyse tvil om avklaringa om hovudombygging frå 2010 vil verte den same på seinare tidspunkt.

Uavhengig av dette, er det er også eit viktig spørsmål om ein bør gjere store investeringar, som i 0-alternativet, i eksisterande bygningar eigde av Staten, og nytta til helsetenester utan at ein oppfyller krav frå føreskrift på område som har høg samfunnsmessig prioritet.

Her må ein særskilt peike på universell utforming, energi og sikkerheit ved brann.

Krav til universell utforming vil m.a. medføre at dei løysingane som er viste i 0-alternativet for sengerom ikkje kan gjennomførast. Dagens føreskrifter vil mest sannsynleg medføre at færre av dei eksisterande bygningane kan nyttast enn dei som er skildra i 0-alternativet i rapportane frå 2010.

Dersom hovudombygging, krav til energi eller til universell utforming gjerast gjeldande, vil ikkje analysen som ligg føre i 0-alternativet vere gjeldande når det gjeld bruk av eksisterande bygningar, areal eller kostnader.

9.3.2 Oppsummering av konsekvensane av 0-alternativet for Molde - Hjelset

Som grunnlag for utrekning av investeringskostnader er det lagt til grunn at den delen av det psykiatriske sjukehuset som er i drift vert opprusta til teknisk standard i høve til gjeldande føreskrifter. Ved Hjelset er delar av lokala i paviljong A og B i bruk.

Kostnadene tek høgde for utbetring og oppgradering av klimaskjerm, drenasje, utskifting av heiser og nokre midlar til avgrensa oppgradering av tekniske anlegg. Andre tiltak føreset ein dekte av vedlikehald.

9.3.3 Oppsummering av konsekvensane av 0-alternativet for Kristiansund

Som grunnlag for utrekning av investeringskostnader, er det lagt til grunn at sjukehuset vert opprusta til funksjonell og teknisk standard i høve til gjeldande føreskrifter. Då det vil vere naudsynt med ei omfattande oppgradering av tekniske anlegg, vil alle areal av sjukehuset verte påverka av arbeida.

Generelt er det lagt opp til eit nøkternt nivå i høve materialbruk og standard.

I utgreiinga frå 2010 er det lagt til grunn at alle krav i føreskrifter vert gjorde gjeldande for nye bygningar, medan det for eksisterande bygningar ikkje vil verte gjort gjeldande at tiltaka vert definerte som hovudombygging.

Når det gjeld Molde Lundavang, er det her drøfta at det er tvil om denne vurderinga vil kunne halde i dag, med dagens strengare krav til energiløysingar og universell utforming. Når det gjeld sjukehuset i Kristiansund, viser 0-alternativet at det er lite ombygging og at naudsynte tiltak gjeld teknisk oppgradering.

På bakgrunn av dette, ser ein føresetnaden om at tiltaka ikkje utløyser krav om hovudombygging som framleis gjeldande.

10 Økonomi

Økonomiske analysar skal danne grunnlaget for å utarbeide oversikt over estimat for investeringskostnader, effekt på driftskostnader, totaløkonomi, berekraft og finansiering knyttet til dei ulike alternativa. I dette inngår også foreløpige estimat for gevinst ved sal der det er aktuelt. Dette er ein idéfase, og difor vil alle tall vere på relativt overordna nivå.

10.1 Investeringskostnad

For investeringsbehov er det skilt mellom nybygg, funksjonelle ombyggingar og tekniske oppgraderingar. Alle kostnader er arealkostnader baserte på bruttoareal (BTA), og rekna som «forventa prosjektkostnad» kto. 1-9 på bygningsdelstabellen og inkludert utstyr (med ein forventa medflyttingsgrad på 25-30 %). Erfaringstala er henta frå referanseprosjekt, og det er tatt utgangspunkt i Helse Sør-Øst sine to siste større sjukehusprosjekt og idéfaseutredning for Oslo Universitetssjukehus, høyringsversjon av juni 2014, som har nytta det same referansegrunnlaget.

Begge prosjekta som er omtala nedanfor vert vurdert som representative i denne samanheng, sjølv om desse er «områdesjukehus» og ikkje «lokalsjukehus»:

- Ahus – kostnader etter ferdigstilt prosjekt
- Nytt Østfoldsjukehus – under bygging, utrekna kostnader

Kostnadene frå Ahus inneheld berre kostnader til somatiske funksjonar, medan kostnadene i Østfold inneheld både kostnader til somatiske funksjonar så vel som kostnader til funksjonar innan psykisk helsevern (ca. 15.000 av 85.000 kvm).

Grunnlaget for å legge 67.000 kr/kvm til grunn er ein samla analyse av desse to prosjekta som Byggsanalyse AS gjorde under idéfaseutgreiinga for Oslo universitetssykehus, der ein enda opp med mellom 67.000 og 68.000 kr/kvm for somatikk og 54.000-55.000 kr/kvm for psykisk helse og rus.

Psykisk helse og rus på sjukehusnivå er óg basert på erfaringstal frå prosjekt på bygningsmessig DPS-nivå i Vestfold. Tillegg for bygningsmessige sikringstiltak på sjukehusnivå fører til eit forventa kostnadsnivå per kvm på ca. 55.000 kr.

DMS er det få konkrete erfaringstal for, men her er referansen basert på eit noko mindre kostbart bygg enn psykisk helse og rus pga. færre sikringstiltak og færre våtrom (ikkje døgnplassar), men samstundes vil innslag av bilettdiagnostikk dra noko opp. Samla er dette vurdert til å gi ca. 50.000 kr /kvm.

På dette stadiet i planlegginga er det ikkje lagt inn detaljert tilpassing til det «regionspesifikke kostnadsnivået». Dette blir det tatt omsyn til i neste fase av planlegginga.

Tabell 10.1: Estimert kostnad på investering i nybygg og etter type ombygging (inkl. utstyr). Pris pr. m²

Definert prosjektkostnad nybygg inkl utstyr	Pris pr m ²	Omb 1, %	Omb 1, kr	Omb 2, %	Omb 2, kr	Omb 3, %	Omb 3, kr
Sykehusfunksjoner, alt	67 000	0,25	16 750	0,50	33 500	0,75	50 250
DMS (distriktmedisinsk senter)	50 000	0,25	12 500	0,50	25 000	0,75	37 500
Psykisk helse og rus	55 000	0,25	13 750	0,50	27 500	0,75	41 250

Ombygging er delt i lett, middels og tung ombygging, der følgjande kostnadsutrekning ligg til grunn:

- Lett ombygging (Ombygging 1, gul) utgjør 25 % av kostnad for nybygg
- Middels ombygging (Ombygging 2, grøn) utgjør 50 % av kostnad for nybygg
- Vesentlig ombygging (Ombygging 3, rød) utgjør 75 % av kostnad for nybygg

Alle tala er inkluderte meirverdiavgift (25 %) og er å forstå som ein forventa prosjektkostnad (basert på ei vurdering tilsvarande p50). Ombygging er berre nytta i 0-alternativet, og gjeld middels ombygging av 18 043 kvm ved Molde sjukehus.

For kostnader knytte til teknisk oppgradering, er det nytta anslag frå den bygningsmessige vurderinga utført av Multiconsult¹⁴. Den tekniske oppgraderinga for SNR-prosjektet gjeld i berre 0-alternativet. Tala frå Multiconsultrapporten er frå 2012, og er oppjusterte med boligbygg-indeksen i perioden fram til september 2014, henta frå SSB. Denne indeksen er på 6,5 %.

I tabellen under vert det vist den utrekna kostnaden for teknisk oppgradering frå Multiconsultrapporten, i tillegg til dei oppjusterte tala som er nytta i denne rapporten:

Tabell 10.2: Kostnad teknisk oppgradering

Teknisk oppgradering - bygg	Multiconsult 2012 Kr /kvm	Indeksjustert til 2014 Kr/kvm
Volda	9200	9 800
Ålesund	7 400	7 900
Molde og Hjelset	11 600	12 400
Kristiansund	11 600	12 400

I 0-alternativet er det lagt inn behov for teknisk oppgradering både for Kristiansund og Molde.

Det er i tillegg til investering, ombygging og teknisk oppgradering lagt til kostnad ved kjøp og tilrettelegging av tomt. Kostnadene er samanstilte av Helsebygg Midt-Norge.

Tabell 10.3: Berekna tomtekostnad per tomtealternativ

Kostnader i heile mill. kr per alternativ	Vann og avløp	Veg og kryss	Kraft	Tomteopparbeiding	Tomte-kjøp	Sum tomte-kostnader
Opdøl	2	66	6	53	0	127
Astad	45	72	8	70	4	197
Storbakken	1	36	5	68	0	110

I tillegg til kostnadene ved sjukehusomtene, er det óg lagt inn kostnader til kjøp av tomt for DMS i alternativ 1. For alternativ 1A og 1C er dette utrekna til 9 millionar, medan det for alternativ 1B er utrekna til 10 mill. Det er lagt til kostnad til tomtekjøp for DMS-alternativa som følgje av sal av eksisterande tomter, slik som vist i kapittel 10.2.4.

Byggelånrente er rekna med 3% rente pa og om lag linjært opptrekk ila kvart år. Profilen for kostnadspådrag er ein tilnærma «normalprofil» for perioden 2015-2021 med låneopptaket likt

¹⁴ Multiconsult: Kartlegging av bygningsmassen ifm. Strategisk og taktisk planlegging. 11.05.2012

fordelt i perioden. Ein kan avgrense byggelånrenta ved å skeivfordele låneopptaket med mindre i starten (mens kostnadene er låge), og relativt meir i slutfasen.

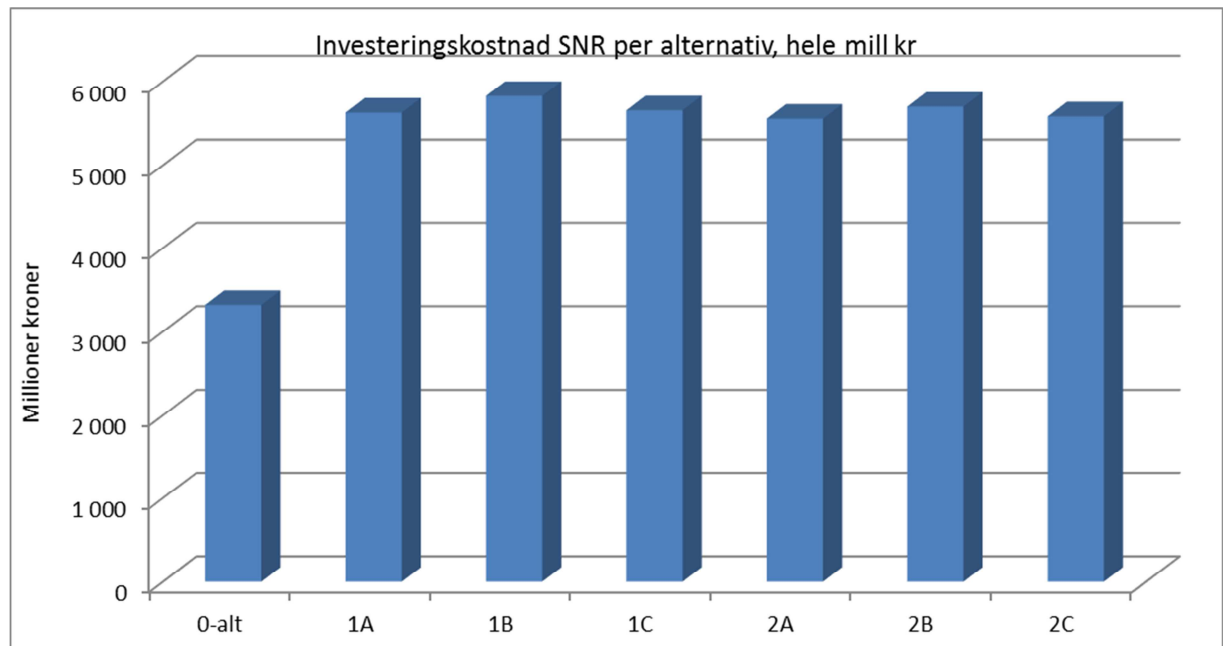
Ved å nytte føresetnadene for kostnader per kvm i dette kapitlet, og arealutrekningane for nybygg frå kapittel 7, vil vi få fram ein investeringskostnad for dei ulike alternativa som vist i tabellen under.

Tabell 10.4: Utrekna investeringskostnad pr. alternativ for SNR

Kategori/alternativ -SNR	0-alt	1A	1B	1C	2A	2B	2C
Nybygg	2 171	5 173	5 224	5 173	5 118	5 118	5 118
Ombygging	614	0	0	0	0	0	0
Teknisk oppgradering	358	0	0	0	0	0	0
Tomtekostnad		119	208	135	110	197	127
Byggelånrente	157	335	394	345	326	382	337
Riving	19	0	0	0	0	0	0
Sum mill kr	3 320	5 627	5 826	5 654	5 555	5 698	5 582

Det er berre liten skilnad mellom alternativa med unntak av 0-alternativet. Arealbehovet i alternativ 1 er noko høgare enn for alternativ 2 pga. desentrale einingar (DMS), men dette avviket er lite.

Tomtekostnadene i dei ulike alternativa inneheld både kjøp og tilrettelegging av tomt.



Figur 10.1 Bilete på investeringskostnad for dei ulike alternativa

10.2 Driftsøkonomi

10.2.1 Innleiing

Driftsøkonomiske effektar av nybygg kjem i hovudsak på to område

- Effekt på FDV-kostnader (forvaltning, drift og vedlikeholdskostnader) av dei ulike alternativa. Hovudindikator vil her vere endringa i talet kvm som vert disponerte pr. alternativ.
- Effekt på kostnader for kjernedrifta (sjukehuset sine driftskostnader utanom FDV) av dei ulike alternativa.

Nedanfor vert kvart av desse områda omhandla.

10.2.2 FDVU kostnader

FDVU-kostnader¹⁵ gjeld kostnader til forvaltning, drift og vedlikehald av sjølve bygget. I dette tilfellet er det ikkje konkretisert noko anna enn arealet. Difor veit vi ikkje før i konseptfasen konkret kva ein kan vente av FDVU-kostnader pr. kvadratmeter. Ut frå andre tilsvarande prosjekt (og bygg), kan ein anslå at det vil vere i storleik rundt 1000 kr pr. kvm. Nytt areal er rekna til rundt 77.000-79.000 kvm medan noverande areal er rundt 70.000 kvm. I forprosjektet for Nye Kirkenes Sykehus var det gjort følgjande oppsummering (i 2013):

Tabell 10.5: FDVU-kostnader Nye Kirkenes Sykehus, 2013

Konto 2-5	Før prosjektstart		Etter full drift i ferdig bygg	
	Kostnader pr år	Årlig kost per kvm	Kostnader pr år	Årlig kost per kvm
2 Forvaltningskostnader			1 733 997	87
3 Driftskostnader			12 060 398	605
4 Vedlikeholdskostnader			3 547 718	178
Sum FDV-kostnader	21 388 225	1 033	17 342 113	870
5 Utviklingskostnader			3 009 581	151
Sum FDVU-kostnader	21 388 225	1 033	20 351 694	1 021

Eit nytt bygg vil på nokre område ha lågare kostnader, på andre områder høgare kostnader per kvm enn noverande bygg. Ein ville normalt vente at FDVU-kostnadene skulle gå ned ved nybygg, fordi vedlikehald og utvikling vert lågare, i alle fall nokre år framover, energibruken minkar, og reinhald vert lettare å gjennomføre. Men samstundes kjem m.a. betre ventilasjon til å auke kostnadene.

¹⁵ Forvaltning omfattar alle oppgåver knytt til leing, planlegging og administrasjon av ein eigedom. Dette inkluderer administrative oppgåver som kjøp og sal av eigedomar, utleige av bygg og lokalar, husleigeadministrasjon, utarbeiding av forsikringsavtalar, økonomisk planlegging og styring, personalleing, ansvar for helse, miljø og sikkerhet (HMS) og andre forhold som er regulert gjennom lovar og forskrifter m.m.

Drift omfattar alle oppgåver og rutiner som er naudsynte for at bygg og tekniske installasjonar skal fungere som planlagd, både funksjonelt, teknisk og økonomisk. Dette omfattar bl.a. betjening og ettersyn av bygningsdelar og installasjonar, forsyning av vatn, energibruk og inneklima, reinhald og renovasjon, vakt og sikring.

Vedlikehald omfattar oppgåver knytt til det å oppretthalde bygningar og tekniske installasjonar på eit fastsett kvalitetsnivå for å kunne bruke bygget til tiltenkt formål. Utsiftingar av bygningsdelar med kortare levetid enn resten av bygget definerast som vedlikehald. Korrektiv (feil eller manglar) og vedlikehald som dette er ikkje- planlagde arbeider for å rette opp skade/mangel. Førrebyggjande vedlikehald (rutine messig/periodisk) er arbeider som utførast pga. forventta slitasje i den hensikt å motverke forfall.

Utvikling omfattar arbeider som fører til opp gradering eller utvikling av ein bygning, det vil seie at den aukar sin verdi gjennom tilpassing til nye krav frå brukara og myndigheiter. Dette bidrar til å forlengje bygget si tekniske, funksjonelle og økonomiske levetid.

Dømet frå Nye Kirkenes Sykehus indikerer om lag same kostnadsnivå per kvm før og etter nytt bygg, men som ein ser, inneheld planen for nytt bygg utviklingskostnader, noko som det ikkje vert brukt noko særleg på i eksisterande bygg.

På denne bakgrunn er det i denne omgang ikkje rekna verken gevinst eller meirkostnadar på FDVU-området. Men det vert viktig å legge vekt på at ein i vidareføringa av prosjektet fokuserer på løysingar som kan redusere FDVU-kostnadene, slik at det kan verte ein gevinst og på dette området.

10.2.3 Kjerneverksemda

For kjerneverksemda er det rekna på effekten av nybygg basert på at sjukehuset etter samling i nytt bygg kan drivast på lik linje driftsøkonomisk med dei tre «beste» sjukehusa i Noreg målt i lønnskostnad per DRG-poeng. Det er Helse Møre og Romsdal samla som er samanlikna med dei tre andre helseforetaka. Ein har ikkje hatt tilgang på tilsvarande data per geografisk eining. Tilnærminga gjev eit litt mindre ambisiøst mål enn f.eks. nytt østfoldsykehus hadde då prosjektet vart godkjent. Men det var etter ei utgreiing på konseptfasenivå. På idefasenivået føreligg det ikkje grunnlag for å vurdere kor stort innsparingspotensial det konkret vil vere per eining i sjukehuset. Difor er dette i idefasen rekna på overordna nivå, dvs. gjennom samanlikningstal. Men som ein ser, samanlikningssjukehusa har ikkje, eller berre delvis nye bygg. Difor er det sjølv sagt mogeleg at det ligg eit større potensial enn samanlikninga syner. Men det er og feilkjelder i motsett retning, ved at sjukehus ikkje er fullt ut samanliknbare sjølv om dei drift sjukehusverksemd om lag på same nivå.

Tabell 10.6: Samla potensial for driftsinnsparing i HMR-området basert på lønnskostnad per DRG 2012. Somatikk

Referansetall	SiV	S Telemark	Sørlandet s
Lønnskostnader per DRG	26 170	28 805	27 739

Helse Møre og Romsdal	
Lønnskostnader per DRG	30 878
Vektet gjennomsnitt	27 497
Differanse	3 381
Antall DRG-poeng HMR 2012	61 541
Innsparingspotensiale (i 2012 kr)	208 000 000
Innsparingspotensiale i juni 2014-kr (4,9%)*	218 000 000

Samanlikningssjukehusa for somatikken er Sykehuset Vestfold, Sykehuset Telemark og Sørlandet sykehus.

Det samla innsparingspotensialet i heile HMR-området, somatikk, vert ca. 220 mill. kr.

Den delen av dette som gjeld SNR-området er rekna til å vere i storleik 96-101 mill. kr avhengig av alternativ. Dette utgjør ca. 45 % av det samla innsparingspotensialet i HMR, noko som er litt høgare enn den relative delen av økonomien som ligg i SNR, som utgjør ca. 40%. Dette er grunna at det er gjennomført ein funksjonsdelingsprosess, der ein også oppnår nokre positive effektar mellom Ålesund og SNR, ikkje berre ein fusjon mellom Molde og Kristiansund. Oppdeling med lokale DMS-einingar gir ein svak auke i driftskostnadene. Denne er grovt vurdert til å vere 2 mill. kr ved ein DMS og 5 mill. kr ved to DMS'ar (DMS i begge byar). Den endelege effekten vil avhenge mykje av korleis ein organiserer arbeidet ved desse DMS-ane.

Tabell 10.7: Driftsinnsparing SNR-området. Somatikk

Alternativer	0-alternativet	Alt samlet i nytt SNR	Polikl i motsatt by	Polikl i begge byer
Innsparingspotensiale per alternativ	0	101 000 000	99 000 000	96 000 000

For psykisk helse og rus er den same samanliknande tilnærminga nytta, men her er måleininga driftskostnad per opphaldsdøgn. Også her er samanlikninga på HF-nivå, då det ikkje er tilsvarande tal per geografisk eining. Innsparingspotensialet på dette område er langt lågare enn for somatikken.

Tabell 10.8: Samla potensial for driftsinnsparing i HMR-området basert på lønnskostnad per opphald 2012. Psykisk helse og rus.

Referansetall	S Østfold	S Telemark	H Stavanger
Driftskostnad per opphaldsdøgn	7 952	8 605	7 115

Helse Møre og Romsdal	Kr
Driftskostnad per opphaldsdøgn	8 433
Vektet gjennomsnitt	7 938
Differanse per liggedøgn	495
Antall opphaldsdøgn , HMR 2012	53 095
Korrigering for økt DPS, 0% reduksjon	53 095
Innsparingspotensiale (i 2012 kr)	26 000 000
Innsparingspotensiale i juni 2014-kr (4,9%*)	27 000 000

* Konsumprisindeks til konsumgruppe Helsepleie, 2012M06-2014M06

Samanlikningstala for psykisk helse og rus er henta frå Sykehuset Østfold, Sykehuset Telemark og Helse Stavanger.

Talet på ca. 27 mill. kr inneheld heile HMR. Den delen som er venta å kunne knytast til SNR-området kjem fram i tabellen nedanfor. Som ein ser her utgjer dette 7 mill. kr per år. Dette utgjer noko mindre enn 40%, ut frå ein noko lågare del av den samla verksemda. Her er det ikkje noko konkrete gevinstar mellom verksemda i Nordmøre og Romsdal og Sunnmøre som det er tatt omsyn til, og det er ikkje noko skilnad mellom alternativa med og utan DMS.

Tabell 10.9: Driftsinnsparing SNR-området. Psykisk helse og rus

Alternativer	0-alternativet	Alt samlet	Polikl i motsatt by	Polikl i begge byer
Innsparingspotensiale per alternativ	0	7 000 000	7 000 000	7 000 000

Det samla driftsinnsparingspotensialet ved eit samla SNR i eit nybygg vert ut i frå dette slik som vist i tabellen nedanfor.

Tabell 10.10: Driftsinnsparing SNR-området. Somatikk pluss psykisk helse og rus.

Område	0-alternativet	Alt samlet i nytt SNR	Polikl i motsatt by	Polikl i begge byer
Innsparing somatikk	0	101	99	96
Innsparing psykisk helsevern voksne	0	7	7	7
Total innsparingspotensiale	0	108	106	103

Samla sett utgjer dette ca. 103-108 mill. kr som inneber ca. 5 % av årsomsetninga i SNR-området. Dette er eit tal som, ut frå referansetal frå liknande utgreiingar, m.a. idefasen for Oslo

universitetssykehus (høyringsutkast frå juni 2014), er om lag av det omfang som ein kan rekne som realistisk som effekt av eit prosjekt av denne typen med nybygg og samling av verksemd i meir rasjonelle einingar. Det stemmer også godt overeins med den vurderinga som vart gjort i arbeidet med utviklingsplan.

Samstundes med at ein skal bygge nytt sjukehus i Nordmøre og Romsdal, står HMR ovanfor ei omfattande effektivisering for å oppnå drift i balanse. Tabellen under skildrar ei netto tilnærming til endringar i inntekter og kostnader i perioden, og mål for effektivisering som styret i HMR har forplikta seg til fram til innflytting i nytt sjukehus.

Tabell 10.11: Endring HMR-økonomi 2015-2022

Tall i 1000 kr.	2 015	2 016	2 017	2 018	2 019	2 020	2 021	2 022	Totalt
Årlig effektivisering	115 000	85 000	85 000	85 000	85 000	85 000	90 000		630 000
Driftsgevinster av nytt sjukehus								106 000	106 000
Auka inntekt knyttet til aktivitet	25 000	49 000	49 000	49 000	49 000	49 000	49 000	49 000	368 000
Kostnad ny aktivitet	-23 000	-44 000	-44 000	-44 000	-44 000	-44 000	-44 000	-49 000	-336 000
Budsjettavvik 2014 (prognose)	-75 000								-75 000
Årlig endring i driftsrammer frå HMN og andre kostnadsauker	-42 000	-90 000	-90 000	-90 000	-90 000	-86 700	0	15 500	-473 200
Avskrivinger og renter nytt sjukehus (netto)								-242 000	-242 000
Sum	0	0	0	0	0	3 300	95 000	-120 500	-22 200
Endrede driftsrammer	0	0	0	0	0	3 300	98 300	-22 200	

Det er kvart år i perioden kalkulert med auka inntekter knytte til vekst i pasientbehandlinga, med ein auke på kostnadssida tilsvarande 90 % av inntektene. Det ligg såleis ei effektivisering inne knytt til pasientbehandlinga. HMR har ein prognose i 2014 på -75 mill. kroner målt mot resultatkravet frå HMN. Ein må i 2015 tilpasse drifta i høve til eit for høgt driftsnivå i 2014. Vidare må føretaket tilpasse seg reduserte økonomiske rammer frå HMN dei komande åra som følgje av full innføring av ny finansieringsmodell og bortfall av eit særtilskót gitt til føretaket. Vidare skal alle føretaka i HMN årleg effektivisere med 1.13 % for å skape handlingsrom for dei regionale satsingane som til dømes nytt sjukehus i Nordmøre og Romsdal og realisering av IKT-plan. HMR må vidare ta omsyn til auka forpliktingar knytte til ø-hjelps tilbod i kommunane, regional satsing på forskning og auka IKT-kostnader. For at utfordringane ikkje skal verte så høge dei første åra i perioden, vil HMN utlikne endringane i driftsrammene gjennom resultatkravet til føretaket. Dette er årsaka til at endringar i driftsrammer er nokolunde like det einkilde år i perioden til og med år 2020. I år 2022 er det lagt inn auka kostnader til renter og avskrivningar i samband med investeringa i nytt sjukehus, totalt 286 mill. kroner, med fråtrekk for bortfall av avskrivningane ved Lundavang, Hjelset og Kristiansund (44 mill. kroner). Totalt tyder dette eit årleg krav om varande effektivisering på om lag 1.8 % dei neste 5 åra (tom 2020) for å oppnå ei drift i balanse før innflytting i nytt sjukehus.

For å skape handlingsrom for å bere investeringa knytt til nytt sjukehus i Nordmøre og Romsdal vil det vere naudsynt å effektivisere ytterlegare. Vi har i tabellen over lagt inn føresetnad om at det skal effektiviserast med nye 90 mill. kroner i år 2021. Denne effektiviseringa skal bidra til å dekke kapitalkostnadene knytte til nytt sjukehus. Frå 2022 vil det vere ei positiv endring i driftsrammene frå HMN, grunna at 30 % av rentekostnadene vil bli fordelte mellom dei tre helseføretaka i HMN, jfr. gjeldande finansieringsmodell. Vi viser elles til eige kapittel om driftsgevinstar av nytt sjukehus som i tabellen er lagt inn med 106 mill. kroner. Ei årleg effektivisering fram til det nye sjukehuset står ferdig, vil vere krevjande for føretaket. Totalt skal HMR i 2022 ha ei samla effektivisering på 736 mill. kroner i høve til driftsnivået i 2014. Dette er likevel ikkje ei større årleg prosentvis effektivisering enn 1.8 %. I samband med langtidsbudsjettet for 2016-2021, vil det verte lagt fram ein eigen tiltaksplan for å sikre naudsynt effektivisering.

Som det går fram av tabellen vil første år med drift i nytt sjukehus vise ei negativ utvikling i endra driftsrammer for føretaket på om lag -22 mill. kroner. Ein legg til at avskrivningane som er lagt inn på prosjektet er langt høgare enn kva avdraget på lånet knytt til investeringa vil vere. Netto endring i avskrivningar knytt til nytt sjukehus vil vere omlag 165 mill. kroner, medan avdraga knytte til lån vil vere om lag 103 mill. kroner. Her er det ein likviditetsdifferanse på 62 mill. kroner. Det er såleis frigjort i underkant av 40 mill. kroner i likviditet i høve til dette prosjektet med dei driftsføresetnadene som no ligg inne. Behovet for investeringar i Ålesund og Volda er også høgt, og ein slik likviditet kan eventuelt yte til ei gradvis utbetring av behovet på Sunnmøre. Prioriteringar av større bygningsmessige investeringar må skje i samråd med Helse Midt Norge.

Ein understrekar at Tabell 10.11, endring HMR-økonomi 2015-2022, er ei nettobetraktning av endringane i inntekter, kostnader og effektivisering i åra frå 2015 til 2022. Årsaka til at det er valt ei nettobetraktning, er at HMN har ei heilskapleg likviditetsstyring i høve til sine dotterselskap. Dette tyder at helseføretaka ikkje fritt kan nytte likviditet knytt til avskrivningar og resultat. Overføringane av likviditet er i dag hovudsakleg knytte til ordinære driftsutgifter, ulike investeringsprosjekt og avdrag på lån. Sjølv om endringstabellen er sett opp med 0 i endra driftsrammer i perioden, vil det kvart år i perioden genererast eit overskot i tillegg til eit likviditetsoverskot knytt til kalkulatoriske kostnader som hovudsakleg er avskrivningar. Vi har ikkje synleggjort dette i denne framstillinga, då HMN brukar same likviditeten i si heilskapelege vurdering av naudsynt likviditet på regionalt nivå, både knytt til investeringa i nytt sjukehus, investeringar i MTU, bygg og IKT-plan.

10.2.4 Realisering av verdiar

Det er tatt med sal av dei anlegga som vert frigjorde ved bygging av nytt sjukehus. Gevinsten frå salet er rekna inn som finansieringskjelde i berekraftvurderinga, og som ein gevinst i 2022 i noverdianalysane. Verdiane er for Molde og Hjelset baserte på ei verdivurdering frå 2008¹⁶, medan det for Kristiansund ikkje ligg føre ei slik vurdering. Der er det nytta same verdi per kvm tomt som verditaksten i Molde viser. Verdiane vert då slik:

Tabell 10.12 Verdivurdering bygg, Nordmøre og Romsdal

Stad	Mill kr
Molde/Lundavang	173
Hjelset	35
Kristiansund	28

Her kan det ligge eit potensiale i positiv retning i og med at tala ikkje er oppdaterte til dagens verdinivå på dei tre ulike stadane. Men dette er eigedommar der ein ikkje kan bruke generell verdiauke som målestokk. Difor bør det i neste fase gjerast ei ny verdivurdering.

10.3 No-verdiutrekning av alternativa

Det totale økonomiske biletet i sammenlikninga mellom alternativa kjem fram når investeringar og driftseffektar vert sett under eitt. Dette vert vist gjennom ein no-verdianalyse. No-verdianalysen viser ikkje om alternativet er «lønnsamt», men kva for alternativ som kjem best ut målt i økonomisk storleik, og med ein «grov målestokk». Det er lagt inn utrekningar som viser resultat basert på tre ulike alternative diskonteringsfaktorar på 3 %, 4 % og 6 % pa.

¹⁶ Verdivurdering Molde sjukehus Lundavang med tilhøyrande eigedommar, PTL juni 2005 og revisjon av dette utført av EPRO eiendomsutvikling as i juni 2008.

I tillegg er følgjande føresetnader lagt til grunn for no-verdiutrekninga av dei ulike alternativa. I alle alternativ vert bygg ferdigstilt i år 2021, og basisår før utrekningane er 2015 (som svarer til konseptfase). Det er lagt inn ein profil på fordeling av kostnader i denne perioden, der den største delen av kostnadene kjem dei fire siste åra for ferdigstilling av nytt sjukehusbygg. Tabellen under viser periodisering av investeringskostnaden i perioden:

Tabell 10.13 Periodisering av kostnadene i perioden fram til 2021

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Periodisering av investeringskostnader	0,5 %	1,5 %	4,0 %	23,5 %	23,5 %	23,5 %	23,5 %

Tidsperspektiv for analysen er 40 år frå prosjektstart, dvs. ca. 30 år frå ferdig anlegg. Den føresette avskrivingsalderen for bygg (snitt for bygg og utstyr) er på 27 år. Restverdi for bygg blir derfor 0 i alle alternativ.

For salsverdi jfr. omtale i kapittel 10.4.4 ovanfor. Salsverdi gjeld ikkje for 0-alternativet, der strukturen vert oppretthalden som i dag. Salsverdien er lagt inn i år 2022 for alle alternativa, med unntak av 0-alternativet.

Det er óg lagt inn ein prosjektspesifikk gevinst, og denne er slik for dei ulike alternativa:

- **Eit felles sjukehus, ingen DMS (alt. 2):** innsparing 108 mill. pr år
- **Eit sjukehus, DMS i motsett by (alt 1A og 1C):** innsparing 106 mill. pr år
- **Eit sjukehus, DMS i begge byar (alt 1B):** innsparing 103 mill. pr år

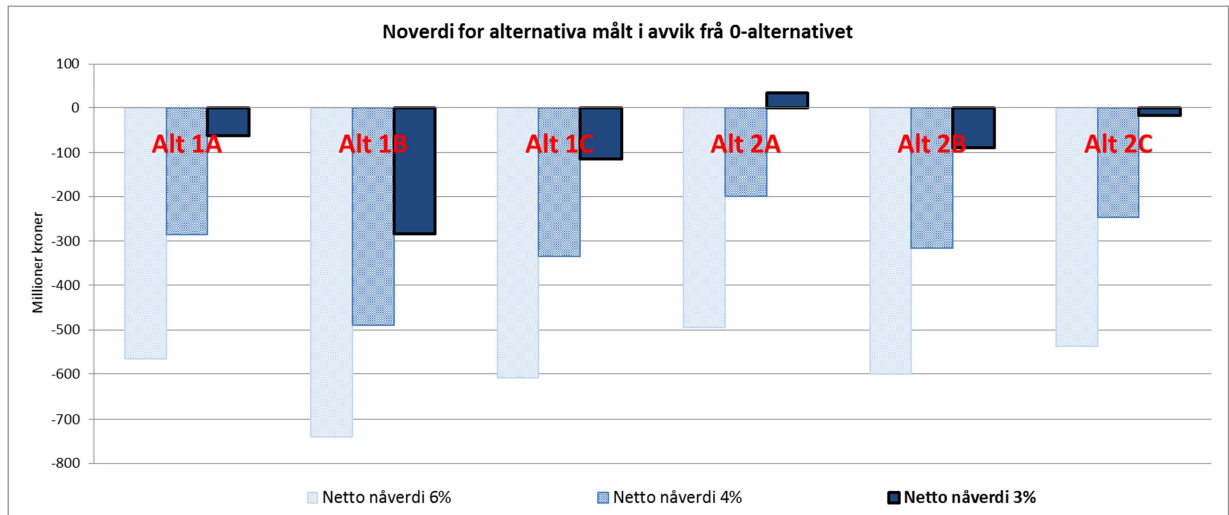
Den årlige innsparinga er lagt inn flatt i perioden.

Tabell 10.14: Noverdi av dei ulike alternativa for SNR

Netto nåverdi, mill kr	0-alt	Alt 1A	Alt 1B	Alt 1C	Alt 2A	Alt 2B	Alt 2C
Netto nåverdi 6%	-2 420	-2 987	-3 161	-3 029	-2 914	-3 020	-2 956
Netto nåverdi 4%	-2 652	-2 938	-3 141	-2 986	-2 852	-2 968	-2 899
Netto nåverdi 3%	-2 772	-2 835	-3 056	-2 886	-2 739	-2 862	-2 790

Ingen av alternativa gir ein positiv no-verdi med die føresetnadene som er lagt inn.

I figuren nedanfor er det vist grafisk korleis dei ulike alternativa vil avvike frå 0-alternativet. Diskonteringsraten er rekna med basis på **3 %** (utheva), og sensitivitetsanalyse på diskonteringsrater på 4 % og 6 %.



Figur 10.2 Grafisk framstilling av noverdibereking for dei ulike alternativa, målt i avvik frå 0-alternativet

Med 3 % diskonteringsrate, er det alternativa med samla nybygg (2a-c) som kjem best ut. Alternativa med DMS i ein av byane (1a-c) kjem litt svakare ut både pga. litt auka arealbehov, og litt auka driftskostnader. I no-verdi kjem 0-alternativet litt betre ut enn dei andre alternativa, med unntak av alternativ 2a, og då berre med 3 % diskonteringsrate. Ut frå ei no-verdivurdering er det ikkje noko stort skilje mellom alternativa. Det nybygg gir av auka investeringsbehov, vert i hovudtrekk kompensert gjennom gevinst ved ei samling av verksemda.

At no-verdiane er negative, er det mest vanlege i denne typen prosjekt. Det er samanlikninga mellom alternativa som er det avgjerande. Ein kan ikkje velje bort å ha spesialisthelseteneste, men ein kan velje ulike måtar å løyse tilbodet på. Det er dette alternativa gjev uttrykk for.

10.4 Økonomisk bereevne

Bereevne vert vist gjennom evna til å bere renter og avskrivningar (i tillegg til renter og avdrag) frå ei investering er ferdigstilt basert på dei føresetnader som normalt gjeld for finansiering av denne typen prosjekt. Her kan ulike moglege føresetnader omtalast (låneandel, rentenivå og avdragstid). Berekraft omhandlar også sjølve byggefasen, der den delen som ikkje lånefinansierast må berast i denne perioden.

I byggefase:

- Ikkje lånt del på 50 % av investeringsbehov vert finansiert av RHF i byggeperioden.
- Lån er rekna til 50 % av investeringsbehovet (dette er ein føresetnad som er lagt av Helse Midt-Norge)

Etter ferdig bygg:

- Rentekostnader (på lånt del, 50 % med 3 % rente, intern omfordeling av rentekostnader i RHF-området er rekna som gevinst, og utgjer ved 3 % rente ca. 0,6 %).
- Avdrag på lån (serielån over 25 år)
- Alternativt renter pluss avskrivingskostnader (avskrivningstid 27 år, avskrivning gjeld heile investeringsverdien, rente på lånt del, jf. ovanfor).
- Berekrafta er rekna som summen av prosjektspesifikk innsparing (103-108 mill. kr) og generell innsparing (effektivisering) i HF-området (98 mill. kr).
- I tillegg er det lagt til effekt av renteomfordeling i RHF-området (ca. 0,6 % ved 3 % rente).

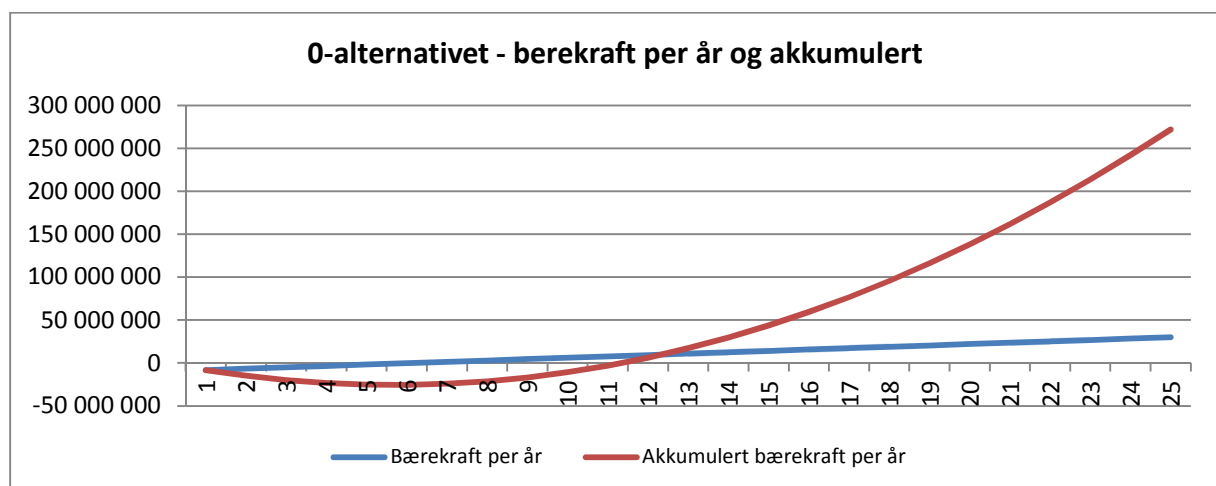
- Ved avskrivning er det lagt til gevinst av bortfall av avskrivning på eksisterande bygg (ca. 44 mill. kr per år).
- Berekraft er dermed rekna i HF-perspektiv. Investeringskostnader for Ålesund og Volda er ikkje tatt med, men investeringsbehovet der på mellom 2 og 3 mrd. kr fram til 2030 (sjå tabellar om investeringsbehov i eigne vedlegg) kan realiserast gjennom positiv berekraft i HF-området, og så fram det vert gitt aksept for dette og prioritet på RHF-nivå.

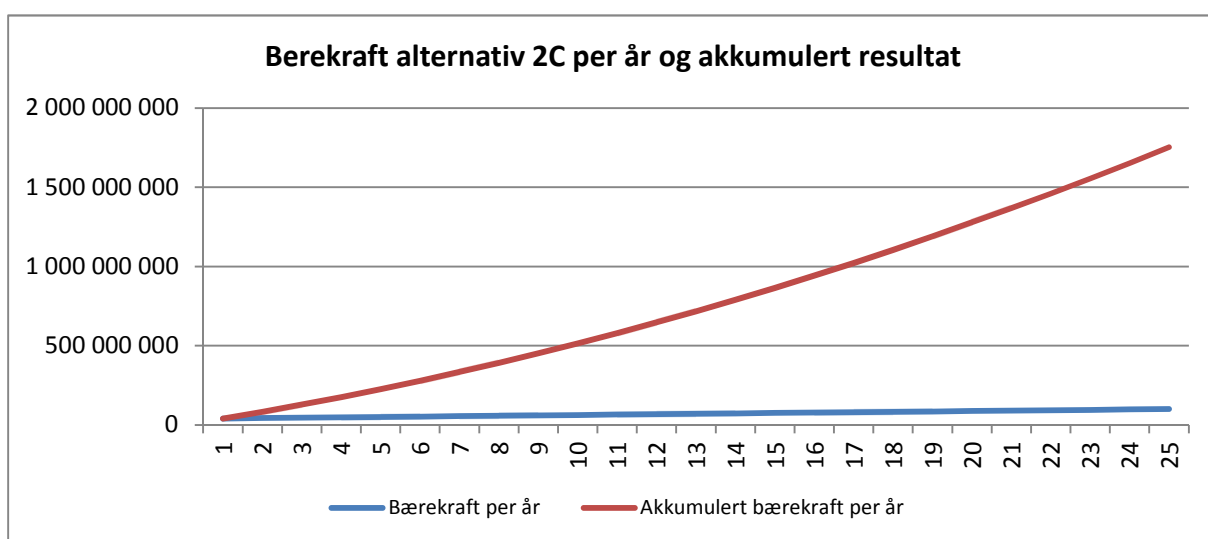
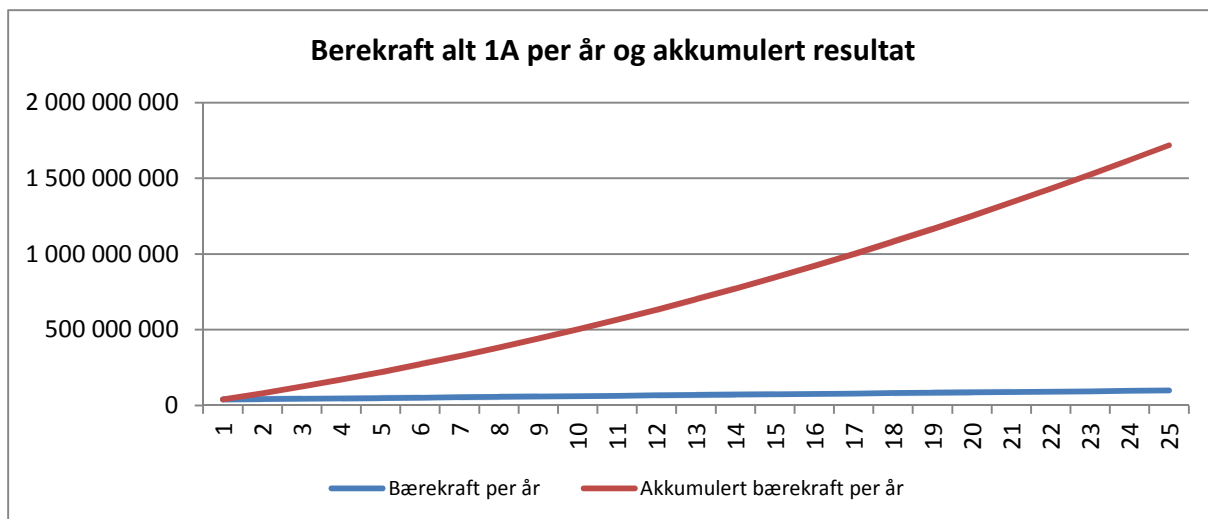
Lånebehovet ser slik ut, som vist i tabellen nedanfor. Gevinst av sal er her lagt inn som ein reduksjon å lånebehovet, noko som i prinsippet inneber at gevinsten ved sal kan realiserast seinast samstundes med ferdigstilling. Dette vil truleg skape ei kortvarig likviditetsutfordring i 2021-2022

Tabell 10.15: Samla investeringsbehov og lånebehov per alternativ

Alternativ	Prosjekt kostnad	Lånebehov etter salg
0-alternativet	3 320 000 000	1 660 000 000
1A. Storbakken + DMS i Molde	5 627 000 000	2 577 500 000
1B. Astad + DMS i begge byer	5 826 000 000	2 677 000 000
1C. Opdøl + DMS i Kristiansund	5 654 000 000	2 626 000 000
2A. Storbakken samla	5 555 000 000	2 541 500 000
2B. Astad samla	5 698 000 000	2 613 000 000
2C. Opdøl samla	5 582 000 000	2 590 000 000

Berekrafta målt i høve til rente og avdrag vert ut frå dette slik, som vist i figurane nedanfor for dei ulike alternativa:

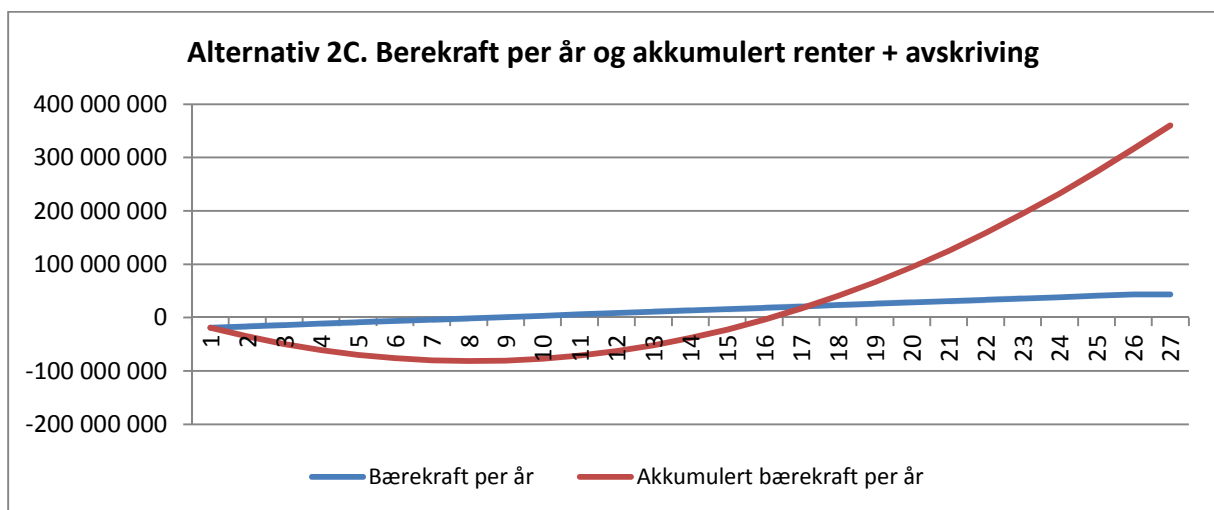
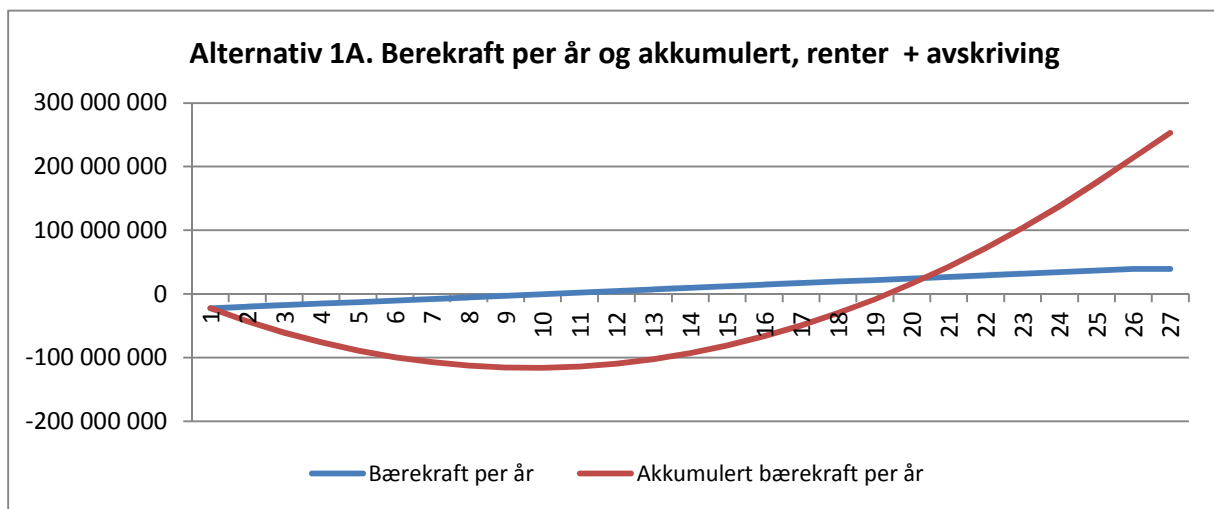
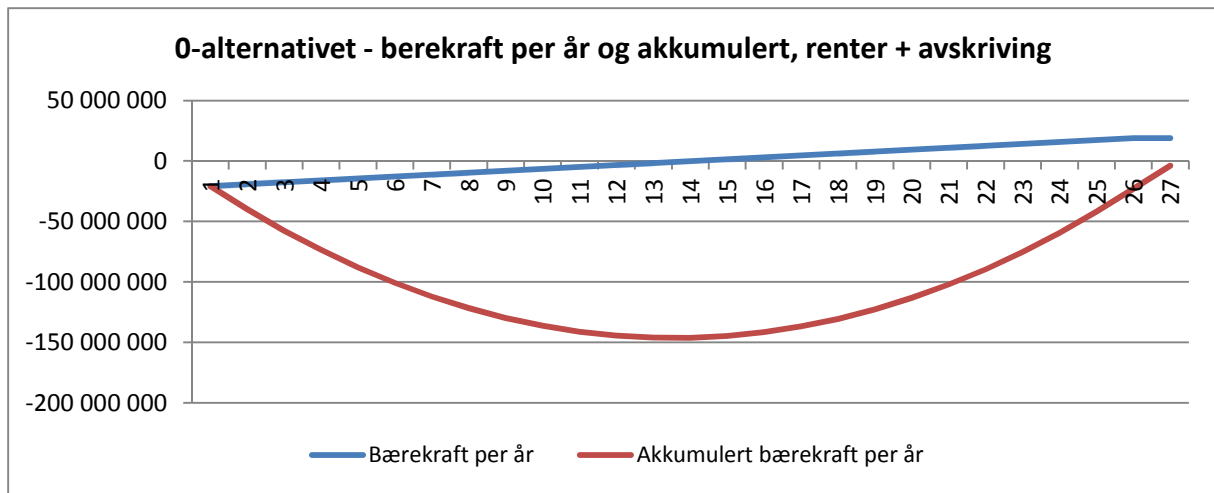




Figur 10.3 Berekraft årleg og akkumulert over 25 år

Her er vist alternativ 0, 1A, storbakken pluss DMS og 2C, Opdøl samla. 0-alternativet skil seg ut med å ha negativ kontantstraum i dei første åra i perioden. Dei andre alternativa har ein positiv kontantstraum frå byrjinga. Dei samla alternativa kjem litt betre ut enn dei med DMS-einingar. Lokalisering på Storbakken og Opdøl kjem litt betre ut enn lokalisering på Astad. Det er så og seie ikkje noko skilje mellom Storbakken og Opdøl. Dei detaljerte tala går fram av vedlegg.

Dersom ein legg avskrivningar over 27 år til grunn i staden for avdrag, vert biletet noko annleis. På gevinstsida er det her lagt til grunn dei same gevinstane som ovanfor pluss bortfall av avskrivningar frå eksisterande bygg. Dette utgjer 44 mill. kr per år (avskrivingsnivå i resten av føretaket er her føresettt å vere konstant).



Figur 10.4 Berekraft basert på rente + avskrivningar over 27 år

Mens 0-alternativet akkumulerer seg opp til ein negativstatus i heile perioden, viser dei andre alternativa positiv status, årleg etter knapt 10 år (8-10 år), og akkumulert etter knapt 20 år (16-19). Nærare detaljar går fram av vedlegg.

Under dei føresetnadane som her er gjevne, inneber dette at HMR i eit kontantstraumbilette kan bere kostnaden knytt til investeringa i SNR, og etter litt tid, og ha berekraft til naudsynnte investeringar i sjukehusa på Sunnmøre. Renter pluss avskrivningar gjev ei større utfordring i ein lenger periode, men dette snur og i positiv lei etter knapt 10 år.

10.4.1 Rangering av alternativa i lys av føretaket sin økonomi

Dei ulike økonomiske indikatorane kan summerast opp slik:

- Investeringsøkonomisk er det slik at 0-alternativet sjølvsagt krev minst investering. Mellom dei andre alternativa er det liten skilnad
- Driftsøkonomisk kjem 0-alternativet klart svakast ut. Samla løysing er litt betre enn delt løysing (med DMS i ein eller begge byar).
- No-verdiane skil ikkje vesentleg mellom alternativa.
- Bereevna er svakast i 0-alternativet og best i dei samla alternativa, men det skil lite mellom tiltaksalternativa.

10.5 Finansiering

Finansiering omhandlar korleis pengane til tiltaket skaffast. Kor mykje som finansierast av HF/RHF i byggeperioden, og korleis dette kostnadsreknast når bygget er ferdig. Dernest kor mykje som vert lånt (frå HOD), og vilkåra for tilbakebetaling av dette (jf. grensesnitt mot berekraft). Finansiering inneheld også de mogelegheitene som ligg i avhending (sal).

Følgjande «kjelder» er vanlege:

- Lån fra HOD (inntil 70 %, her utrekna 50 % etter føringar fra HMN)
- «Kontantfinansiert» av RHF/HF i byggeperioden (50 %)
- Avhending/sal

Finansieringa av prosjektet tek utgangspunkt i 50 % eigenkapital frå Helse Midt Norge i byggeperioden og 50 % basert på lån. Det er i langtidsbudsjettet i Helse Midt Norge tatt høgde for ei investering på 4,2 mrd. kroner. Investeringskostnaden i prosjektet ligg dermed over føresetnaden i langtidsbudsjettet HMN for 2015-2020.

10.6 Alternativ modell for finansiering

Her er det ikkje vurdert alternative finansieringsformer. Men HOD låner no ut opp til 70 % av investeringsbehovet, slik at det er mogeleg å auke lånedelen.

Strategi for sal vil avgjere korleis dette kan handterast i høve til tidspunkt for realisering av desse verdiane, og eventuelt likviditetsbehov i påvente av denne realiseringa.

10.7 Samfunnsøkonomisk vurdering

Full samfunnsøkonomisk analyse er, i tråd med vegleiaren, ikkje gjennomført i idéfasen. Dei viktigaste sidene er likevel dekte gjennom den regionale analysen, som har vore ute til høyring.

10.8 Sensitivitetsanalyse

Investeringskostnaden er basert på «forventa prosjektkostnad» ut frå referanseprosjekt som er ferdigstilt eller nesten ferdigstilt (Ahus og Nytt Østfoldsykehus).

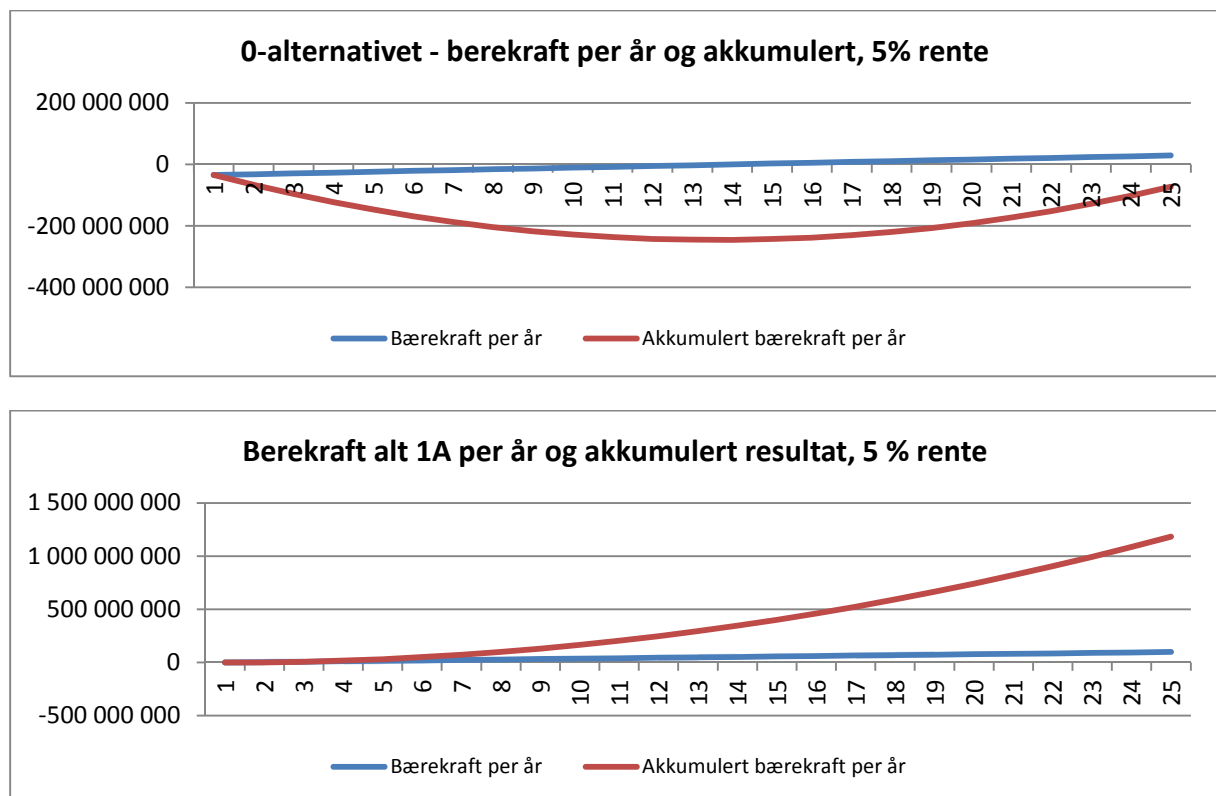
Ei auke i investeringskostnaden på 15 %, som ut frå erfaringstal truleg vil vere i nærleiken av eit såkalla p85-estimat, vil slå ut i rundt 800-900 mill. kr ekstra samanlikna med dei tala som er viste for

tiltaksalternativa. For 0-alternativet er investeringsomfanget mindre, men risikoen større, slik at det er grunn til å rekne med 20-25 % her, og då kjem talet opp i 700-800 mill. kr også i dette alternativet.

Driftsinnsparingane er rekna til å vere i storleik rundt 200 mill. kr (generell og prosjektspesifikk) utanom i 0-alternativet der det berre er den generelle effektiviseringa som slår inn. Det er vist til eit potensiale for auka gevinst utover dette, men det er også ein risiko for lågare gevinst. Dersom gevinsten går ned til 75 % av det som er rekna, vert den rundt 150 mill. kr per år, og dermed vil ikkje prosjektet vise berekraft i høve til rente og avdrag før renta går ned mot 1 %, og vil sjølvstøtt ikkje vise berekraft i høve til rente og avskrivningar.

I no-verdianalyser er det tatt med sensitivitet for ulike diskonteringsratar. Desse viser at alternativa med dei største investeringane, og samstundes dei største driftseffektane, er meir følsame for høg diskonteringsrate enn 0-alternativet.

I berekraftanalysane er det rekna med 3 %. Dersom renta vert auka til 5 %, og ein reknar på rente og avdrag, vil berekrafta i prosjektet verte negativ i ein stor del av perioden for 0-alternativet, med mindre gevinstane i prosjektet aukar. Nedanfor er resultatet vist for 0-alternativet og Alternativ 1A, Storbakken + DMS i Molde. Som ein ser, vert berekrafta tydeleg svekka ved ein renteauke til 5 %. For «tiltaksalternativa» ligg «tølegrensa» for rente, ved rekning på rente + avdrag, på ca. 5 % (utanom i 0-alternativet). Men ein kan her sjå at det går nokre år før HF'et vil ha kapasitet til andre investeringar, jfr. behovet i sjukehusa på Sunnmøre.



Figur 10.5. Følsomheitsanalyse - berekraft ved 5 % rente

Berekraft og no-verdiar vert tydeleg påverka av endra føresetnader både når det gjeld investeringsbehov, effekt på driftsøkonomi, og rentenivå. Men det verkar i liten grad på skilnaden

mellom alternativa, med det unntak at 0-alternativet relativt sett vert betre ved auka diskonteringsfaktor i no-verdianalyse.

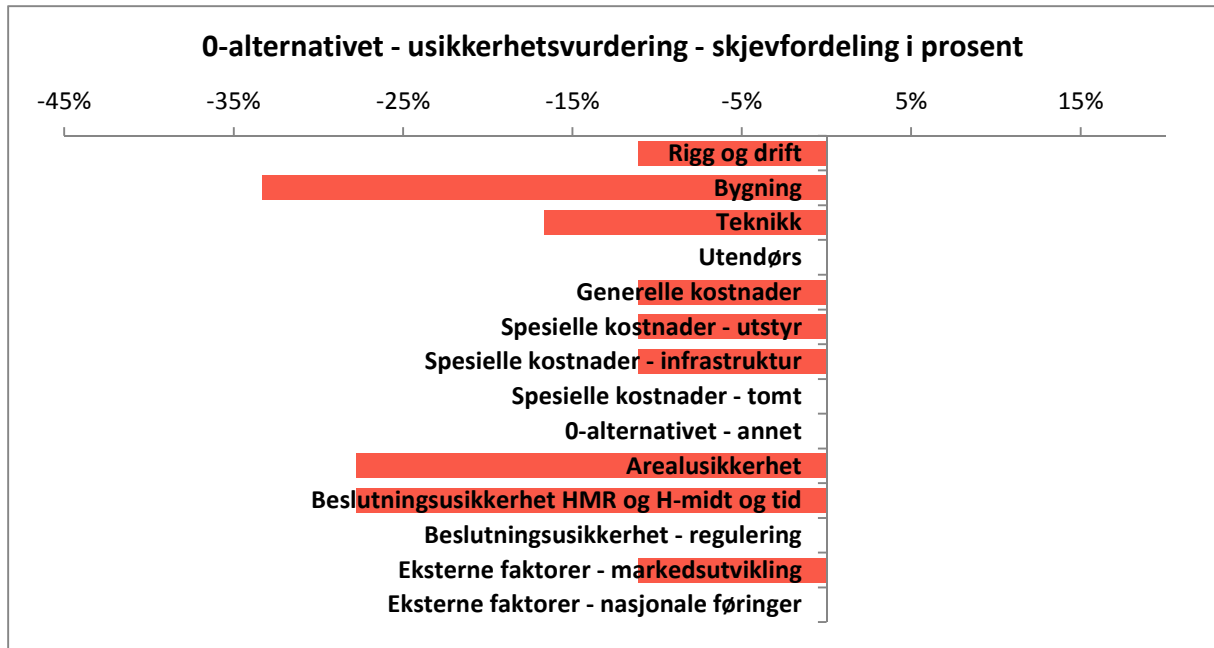
10.9 Usikkerhetsvurdering

Dette er ein idéfase. Dermed ligg det ikkje føre eit prosjektert bygg, eller ei kalkyle. Det ligg føre eit kostnadsoverslag basert på referansekostnader for tilsvarande bygg, jfr. tidlegare omtale. På denne bakgrunnen, er det ikkje gjennomført ei full usikkerheitsanalyse med p50 og p85-estimat, slik ein vil gjere på grunnlag av skisseprosjektkalkyla i konseptfasen (dette er i tråd med tidlegfaseveggleiaren, som viser til overordna følsomheitsanalysar i idéfasen, og usikkerheitsanalysar når ein kjem til konseptfasen). Det er likevel gjort ei forenkla usikkerheitsvurdering der kvart alternativ er vurdert med omsyn på uvisse på ein skala frå 1 til 10. 1 er verst utfall og 10 best utfall. Dette for å kunne vurdere om dei ulike alternativa har ulik profil når det gjeld uvisse. Dei områda som er vurderte er følgjande:

- Rigg og drift
 - Bygning
 - Teknikk
 - Utandørs
 - Generelle kostnader
 - Spesielle kostnader – utstyr
 - Spesielle kostnader - infrastruktur
 - Spesielle kostnader - tomt
 - Anna
-
- Arealusikkerheit
 - Beslutningsusikkerheit HMR og HMN, og tid
 - Beslutningsusikkerheit - regulering
 - Eksterne faktorar - marknadsutvikling
 - Eksterne faktorar - nasjonale føringar

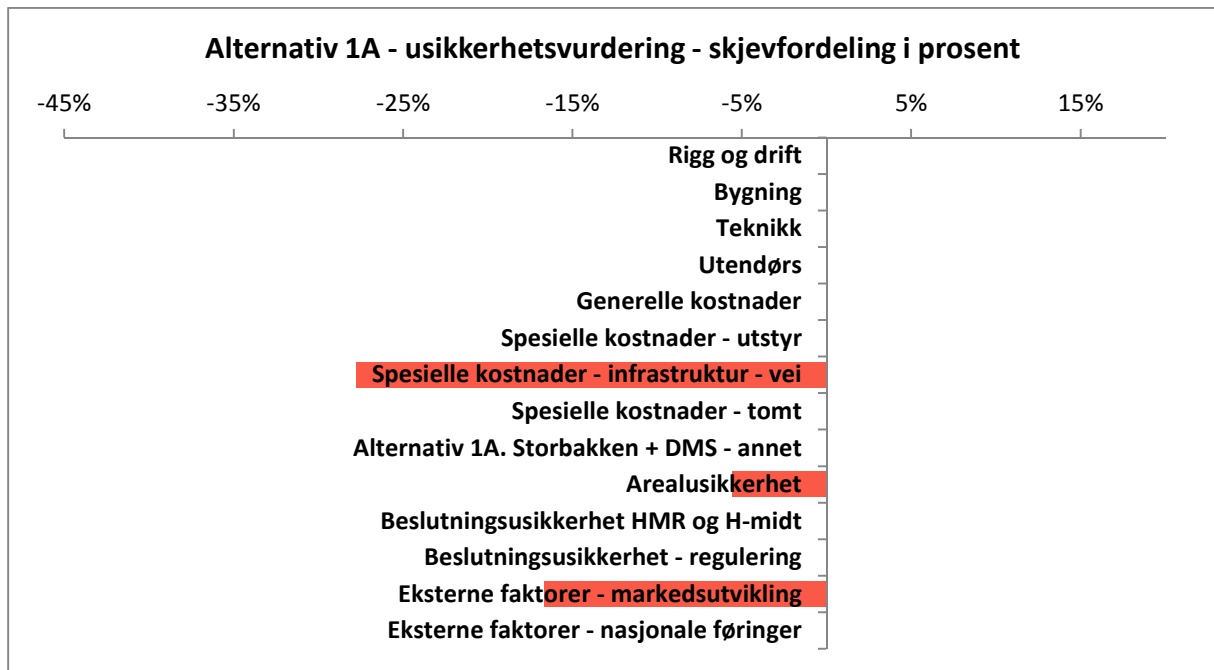
I den samla gjennomgangen den 07.11.14, tok det del representantar frå HMR, Helsebygg Midt-Norge, HMN, Norconsult AS, Momentum Arkitekter AS, Nordic Arkitekter AS og Hospitalitet AS.

Figuren nedanfor viser resultatet for 0-alternativet. Som ein kan sjå av figurane er det vesentleg større risiko for auka kostnader enn det er for kostnadsreduksjon. Det er omfattande uvisse særleg for området «bygg».



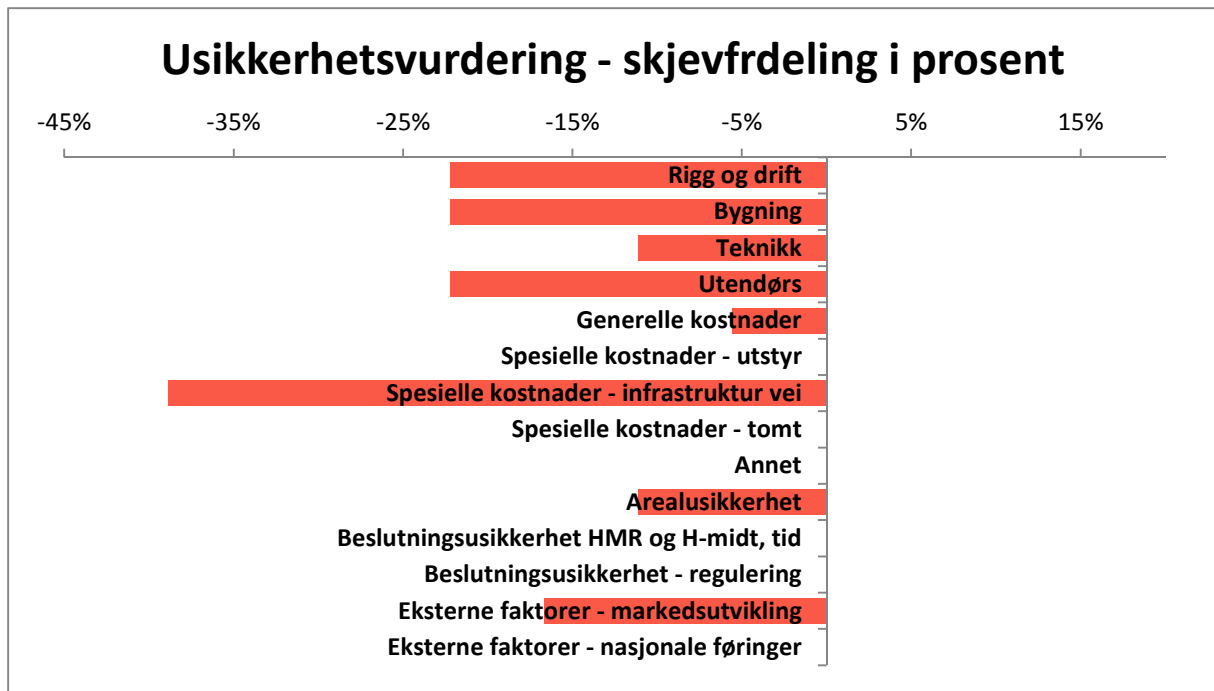
Figur 10.6. Usikkerhetsvurdering 0-alternativet

Det er gjort tilsvarende analysar for alle alternativ. Nedanfor ser ein resultatet knytt til alternativa med DMS i motsett by. Dei andre alternativa (samla sjukehus) følgjer same mønster då DMS berre utgjør ein liten del av den samla investeringa.



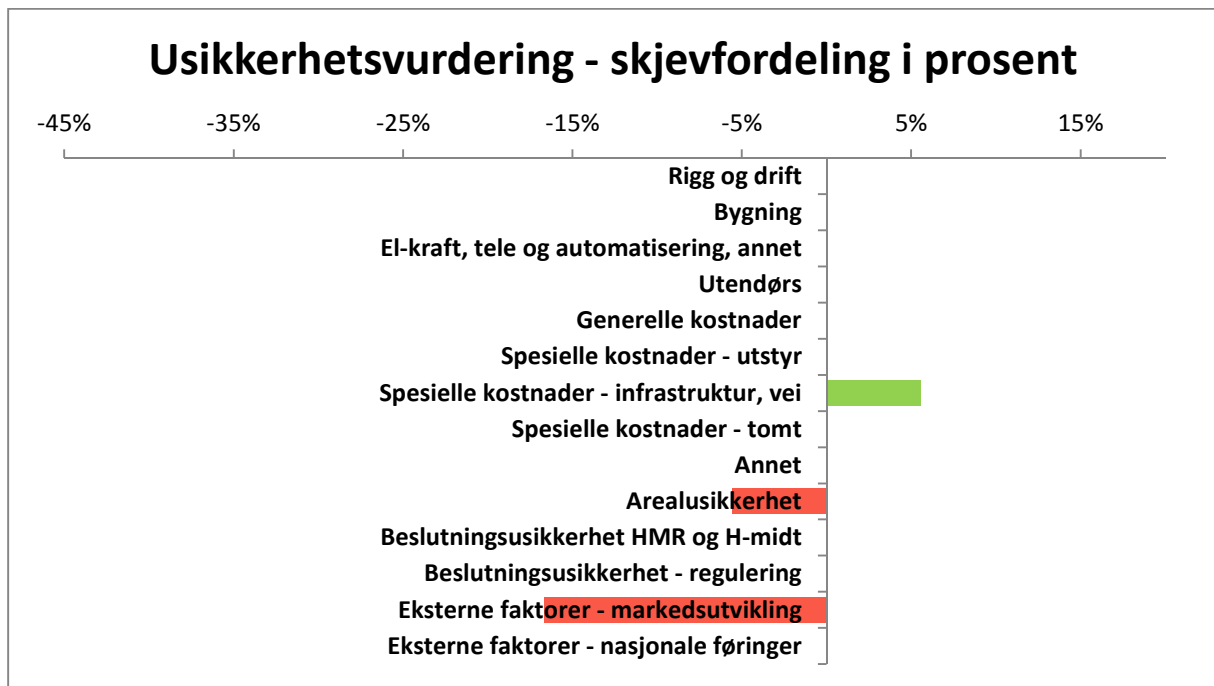
Figur 10.7. usikkerhetsvurdering alternativ 1A

Ein ser her at det er noko uvisse knytt til veg og infrastruktur. Men dei store kostnadsdrivarane, bygg og teknikk har klart lågare relativ uvisse enn i 0-alternativet, og ikkje noko tydeleg skeivfordeling.



Figur 10.8. Usikkerhetsvurdering alternativ 1B

Astad viser tydeleg meir uvisse knytt til rigg og drift, bygning og veg enn dei to andre tiltaksalternativa.

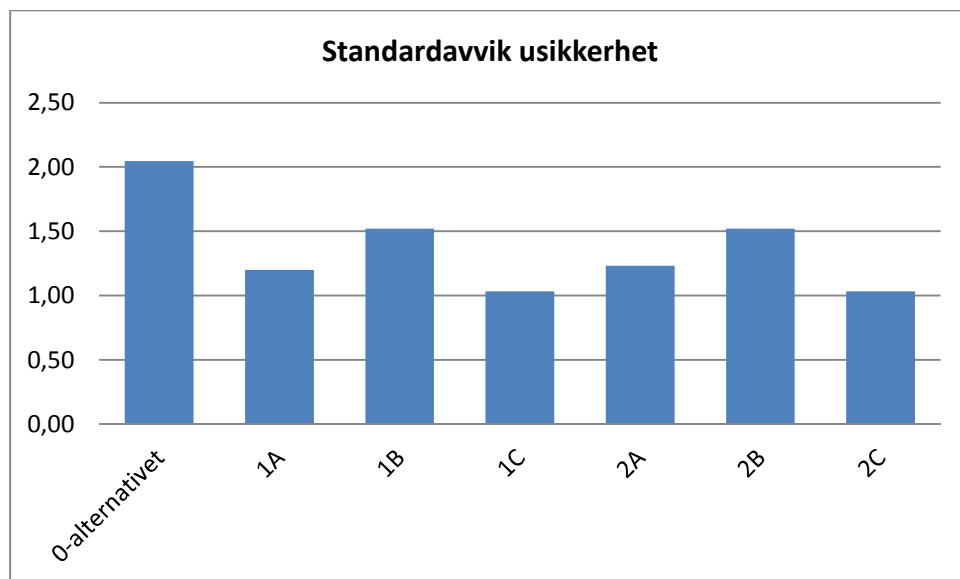


Figur 10.9. Usikkerhetsvurdering alternativ 1C

Situasjonen på Opdøl er særskilt lik situasjonen ved bygging på Storbakken. Begge desse lokaliseringane (tomtene) har noko mindre uvisse enn Astad.

I tillegg til skeivfordelinga, som er vist ovanfor, kjem spreinga i usikkerhetsvurderinga. Denne er målt gjennom standardavviket mellom dårlegaste og beste utfall på kvart område (på skalaen 1-10).

0-alternativet har størst spreining, deretter kjem Astad, medan det er relativt liten skilnad mellom Storbakken og Opdøl. Resultatet er slik:



Figur 10.10. Usikkerheitsvurdering, spreining

Kort oppsummert gir usikkerheitsvurderinga følgjande resultat:

- 0-alternativet har den største uvisse, og uvisse går klart mest i negativ retning
- Blant dei andre alternativa er Astad noko meir prega av uvisse i kostnadar enn dei to andre alternativa.
- Det er ikkje vesentleg forskjell på Storbakken og Opdøl.

11 ROS-analyse

HMR har gjennom arbeidet med utviklingsplanen og gjennom dei ulike delarbeida i idéfasen fått tilbakemeldingar kring behovet for å handtere interimfasen på ein god måte, dvs. fasen frå vedtaket er gjort og fram til SNR er sett i drift. Det har vore uttrykt uro for korleis ein i denne fasen skal kunne ta vare på dei faglege tilboda og dei tilsette, og det har vore presisert at HMR må ha ein god plan for dette. I tråd med føringar frå regionen, skal ein gjere ein ROS-analyse av større organisatoriske endringar. HMR har engasjert Proactima til å leie og dokumentere dette arbeidet.

11.1 Føremål

Føremålet med ROS-analysen var på eit overordna nivå å identifisere trugslar mot HMR sine moglegheiter til å levere spesialisthelsetenester i Nordmøre og i Romsdal i perioden frå eit lokaliseringsvedtak om SNR er fatta, og til eit nytt felles sjukehus står klart.

Risikoen vart vurdert opp mot målsetjinga om å levere kvalitativt gode og likeverdige spesialisthelsetenester i interimperioden til nytt sjukehus står klart.

11.2 Metode

ROS-analysen vart gjennomført som ein strukturert grovanalyse, som ein metodikk ofte nytta for denne typen analysar og er også tilrådd m.a. av Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap. Planlegging og gjennomføring var i samhøve med Norsk Standard 5814:2008: Krav til risikoanalyser. Ein definerte delelement ein ønska å gå vidare inn på i analysen i eit førebuaende møte, og på bakgrunn av dette vart det utleidd analyselogg og sjekklister/aktuelle leieord for delelementa til bruk i innleiande presentasjonar. Ei forenkla 3x3 risikomatrise vart nytta til risikovurderinga.

11.3 Gjennomføring

Det vart oppnemnt ei større gruppe for å gjennomføre ROS-analysen, med representantar frå sjukehusa i Molde og Kristiansund, tillitsvalde, verneteneste, pasient- og brukarombod, brukarrepresentantar, regionalt helseføretak og stab. Fylkeslegen var også invitert inn i arbeidet, men ynskja ikkje å ta del i arbeidet – men ville gjerne vere informert. Pasient- og brukarombodet ynskja heller ikkje å vere med på å definere risikoreducerande tiltak.

Dei deltakande:

- *Anders Nordby, Molde sjukehus*
- *Jørgen Andvig, Molde sjukehus, tillitsvald*
- *Siri B. Talseth, Molde sjukehus*
- *Rune Skjevik, Hjelset*
- *Ellen Melsom, Kristiansund sjukehus*
- *Hanne H. Stenseth, Kristiansund sjukehus*
- *Terje Kjøl, Kristiansund sjukehus, tillitsvald*
- *Anita Høgstøyl, hovudverneombod*
- *Bjarte Jensen, føretaksverneombod*
- *Ingrid Løset, brukarrepresentant*
- *Torbjørn Vorpenes, brukarrepresentant*
- *Kjell Åsmund Salvesen, RHF*
- *Henrik Sandbu, RHF,*
- *Lars Magnussen, RHF*
- *Arild Vassenden, RHF*

- *Espen Remme, HMR*
- *Olav Finnøy, HMR*
- *Odd J. Veddeng, HMR*
- *Mona Aagaard-Nilsen, HMR*
- *Roland Mauseth, HMR*
- *Anne Strand Alfredsen Larsen, HMR*
- *Steven Viddal, Proactima*
- *Anne Tønnessen, Proactima*

Ein presiserte i starten av møta at dei som var innkalla stilte som fag- og ressurspersonar i kartlegginga av risiko for målsetjinga om å levere ei fullgod spesialisthelseteneste i interimperioden. Likevel må ein kunne seie at arbeidet delvis har vore prega av at dei ulike representantane frå dei ulike sjukehusa har oppfatta seg sjølve som representantar for sine respektive sjukehus.

Føremålet for første møtet var å identifisere uønska hendingar og trugslar. Tema ein gjekk gjennom var:

- Gode og berekraftige fagmiljø i interimperioden, men også som grunnlag for etablering av SNR
- Teknisk tilstand bygningar og medisinsk-teknisk utstyr
- Framdrift og tid
- Endringar i pasientstraumar
- Andre faktorar

I tillegg vart det lagt til eit punkt om høvet til samhandlingsreforma etter ei innspelsrunde.

Ein gjekk gjennom føremålet og metodikken, og ein gav ei overordna skildring av føremål og delelement i analysen. Deretter identifiserte og skildra ein uønska hendingar relaterte til analyseobjektet gjennom ein prosess som både inkluderte individuell refleksjon og gruppediskusjonar. Det vart laga ein analyselogg som i etterkant vart sendt ut til gruppemedlemmane for gjennomgang og kommentarar.

I andre møtet gjekk ein systematisk gjennom identifiserte trugslar, og det vart gitt høve til å utdjupe og presisere formuleringane. Nokre formuleringar vart strokne, då dei i stor grad var relevante for tida etter at SNR er sett i drift, og såleis utanfor mandatet til risikoanalysen.

I avstemmingsmøtet gjekk ein gjennom ytterlegare kommentarar og innspel som kom på basis av førsteutkastet til ferdig analyse.

11.4 Resultat og alternative risikobilete

Etter avstemmingsmøte og kommentarar til analyseloggan stod ein att med 22 identifiserte risiki/trugslar, som er oppsummerte i tabellen nedanfor.

Tabell 11.1 Oppsummering av risiki og trugslar – interimsfase fram mot SNR

Id	Delelement	Uønsket hendelse	Sannsynlighet	Konsekvens	Styrbarhet	
1.2	Gode og bærekraftige fagmiljø i interimperioden – men også som grunnlag for nytt sykehus	Opplevd feil lokalisering	H	H	M	
1.3		Redusert rekruttering	M	H	H	
1.4		Personell som slutter	M	H	M	
1.5		Økt sykefravær	M	H	H	
1.8		Uklar funksjonsfordeling	M	H	H	
1.6		Miste godkjenning for spesialistutdanning	M	H	H	
1.9		Teknisk personale – mangel på, sviktende rekruttering, rett kompetanse	M	M	M	
1.10		Medier/omdømme, utsettelse, negativ rekruttering	M	H	M	
1.11		Medier, negativ påvirkning av ansatte	M	M	H	
1.12		Valg av Astad som lokalisering	M	H	M	
2.1		Bygninger, MTU	Utilstrekkelig vedlikehold	L	M	M
2.2			Utilstrekkelig investering i medisinsk teknisk utstyr	L	M	H
2.3	Branntilsyn – kompenserende tiltak		L	L	H	
2.4	Arbeidstilsynet – risiko for pålegg		H	M	M	
2.6	Mattilsynet – pålegg		H	L	H	
2.7	Manglende areal/kapasitet til å kompensere ved annet sykehus ved teknisk svikt ved det ene sykehuset.		L	M	M	
2.9	Behov for pol.kl . tjenester overstiger arealmessig kapasitet		H	M	H	
3.1	Endring av pasientstrømmer	Endring/usikkerhet om fremtidige krav til pasientbehandling	M	M	M	
3.2		Plassering av legevaktssentraler – endring i pasientstrøm	M	M	M	
3.3		Pasienter søker til andre sykehus	M	M	M	
4.1	Fremdrift og tid	Utsettelse/forskyvning av byggestart	M	H	M	
5.1	Forhold til samhandlingsreformen	Manglende koordinering mellom kommuner og sykehus	H	H	M	
6.2	Andre faktorer	Utilstrekkelig tilgang på prehospital medisinsk transport	M	M	M	

11.5 Oppsummering/konklusjonar

Det er viktig å presisere at det ikkje har vore noko sjølvstendig føremål med denne ROS analysen å gjere ein risikoanalyse av dei tre alternative lokalisasjonar for eit nytt sjukehus. Imidlertid har det vore stilt spørsmål ved om det er skilnad i risikonivå i interimperioden knytt til å lokalisere sjukehuset på eit av dei tre alternative stadene.

Det nivået denne analysen har vore utført på, og med tanke på føremål og etablert risikomatrix, har det ikkje vore mogeleg å identifisere nokon slik skilnad. Det er stor uro i analysegruppa for alle alternativa, særleg med tanke på negative reaksjonar ved det sjukehuset som ikkje får SNR i sin nærleik.

Molde sjukehus har ein relativt sett større del av spesialistar, fagtilbod og fagpersonale generelt. Legg ein til grunn ei meining om at ein får same del av negative reaksjonar som omsettast i handling (personell sluttar, førtidspensjonering seg osv.) ved begge sjukehus, er det openbart at negative reaksjonar i Molde som følgje av eit Kristiansunds-nært lokaliseringsvedtak vil få større konsekvensar. Imidlertid er det på grunn av sterkt sprikande oppfatningar i analysegruppa ikkje mogeleg å redusere uvissa når det gjeld dette. Det oppfattast dermed å vere ein høg risiko i samband med alle alternativa, men ikkje mogeleg på dette nivået å rangere dei innbyrdes.

Ein må understreke at ein ut frå dette ikkje kan konkludere med at ein slik skilnad i risiko ikkje finst. Berre at uvissa er for stor til å ho kan identifiserast.

Ein antar at når eit lokaliseringsvedtak er fatta, så vil ny-rekruttering kunne verte lettare fordi ein då har avklart framtidig lokalisering med tanke på at dei som vert rekrutterte skal etablere seg.

Det er vidare identifisert risiko knytt til bygningsmasse og teknisk utstyr, tid og framdrift, høvet til Samhandlingsreforma, endring i pasientstraumar og andre høve.

Enkeltvis og samla utgjer desse ein risiko for å ikkje nå målsetjinga om å kunne levere gode spesialisthelsetenester i interimperioden.

Arbeidsgruppa identifiserte ei rekke tiltak. Lista av tiltak er ikkje uttømmende, og fleire tiltak kan verte identifiserte i vidare arbeid. Gitt at desse settast i verk og vert gjennomførte, er det rimeleg å anta at risikoen er akseptabel og kan handterast.

For fleire av dei identifiserte risiki, har det som tiltak vore påpeika at ein kan verte nøydd til å gjere ei omfordeling av funksjonar, både mellom dei to eksisterande sjukehusa og innan helseføretaket så vel som på regionnivå, for å kunne levere forsvarlege tenester dersom eit fagmiljø ved eit av sjukehusa sviktar. Det er inga motsetjing mellom dette og den primære målsetjinga om å oppretthalde berekraftige avdelingar ved begge sjukehus i interimperioden. Tiltaket kan likevel verte aktuelt dersom det er naudsynt for å oppretthalde eit tilfredsstillande tenestetilbod.

0-alternativet har ikkje særskilt vore vurdert i analysen. Alternativet er av formelle grunnar ein del av grunnlaget for avgjersle. På grunnlag av funn, mellom anna under delemma tid/framdrift, er det grunn til å anta at dette alternativet medfører stor og lite handterbar risiko for spesialisthelsetenesta i interimperioden.

12 Evaluering, drøfting og tilråding

12.1 Bakgrunn

I det føregående har det vore skildra mange element som påverkar korleis ein må planlegge helsetenestene i framtida. Utviklingstrekk er tatt hand om styringsmessig i dei ulike føringane på ulike nivå, som freistar å gjere oss budde på å møte framtida i lys av lovkrava som er stilte gjennom spesialisthelsetenestelova. Tenestene skal vere:

- *Virkningsfulle (føre til helsegevinst)*
- *Trygge og sikre (pasientsikkerhet)*
- *Skal involvere brukere og gi dem innflytelse*
- *Samordnet og preget av kontinuitet*
- *Utnytte ressursene på en god måte*
- *Tilgjengelige og rettferdig fordelt*

Varsla mangel på helsepersonell, bremsing i økonomisk vekst, auke i sjukdomsutvikling og fleire eldre, større behov for tverrfagleg behandling, tydelegare krav til dokumentert kvalitet, sterkare lovkrav om rettigheter og fleire andre element som føringane på ulike nivå handterer, gjer at ein må tenkje nytt for framtida. Ein kan ikkje basere seg på å løyse morgondagens utfordringar gjennom dagens tankemåtar. Handverksprinsippa som har vore måten å utøve helsetenestene på, er ikkje den eintydige vegen å gå. Sjukdomsbileta er meir komplekse, teknologien gir nye mogelegheiter og set nye krav til kompetanse, brukarane er meir opplyste og stiller andre krav, har sterkare rettigheter, og kan m.a. velje kvar dei skal få utført sine (planlagde) helsetenester.

Tidlegare i idéfaserapporten, i Figur 3.5, er den heilskaplege modellen for utviklingsplanen presentert. Denne skisserer viktige grensesnitt mellom HMR og eksterne høve som påverkar helseføretaket i utføringa av sitt samfunnsoppdrag. Modellen låg til grunn for avgjerda om utviklingsplanen, og i vurderingsgrunnlaget i 2012 sende ein ut fleire analysar saman med eit eige høyringsdokument (styresak 12/69). Evaluering og vurdering av ulike løysingar vart i 2012 sett opp mot sentrale kriterier frå spesialisthelsetenestelova:

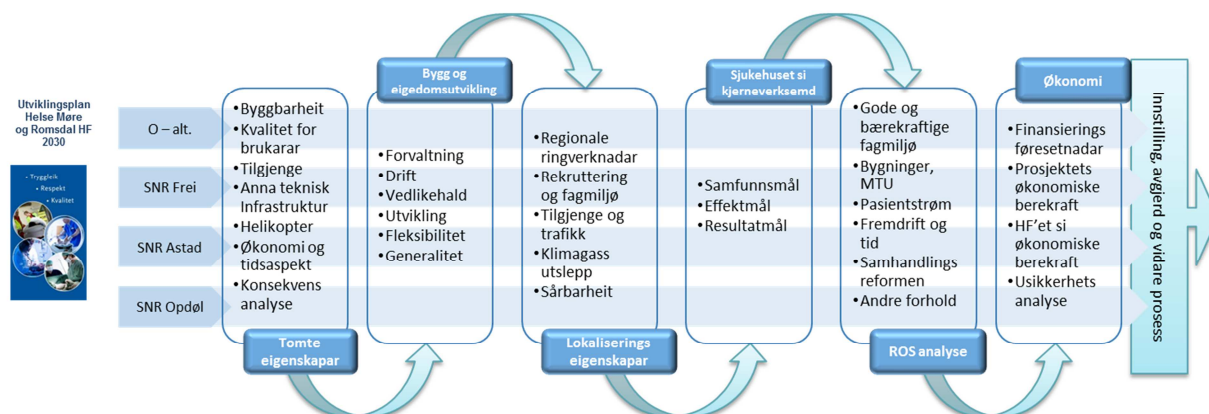
- a. Bidra til å sikre kvalitet på tenestetilbod
- b. Bidra til likeverdige tenestetilbod
- c. Bidra til at ressursane blir brukt best mogeleg.

- noko som også står også sterkt i vurdering og evaluering av ei ulike alternativa i idéfasen.

Det å skulle velje tomt for SNR, introduserer også fleire element til evalueringsprosessen. Ein lyt i tillegg til kriteria frå spesialisthelsetenestelova inkludere kvalitative høve ved tomtene på Storbakken, Astad og Opdøl. Dei ulike alternativa skal sjåast opp mot kvarandre i høve til:

- Tomteeigenskapar
- Bygg- og eigedomsutvikling
- Lokaliseringseigenskapar
- Sjukehuset si kjerneverksemd
- ROS-analysar
- Økonomi

Det er utarbeida ein modell for evalueringa. Modellen viser koplinga mellom utviklingsplanen som utgangspunkt, dei ulike alternativa som skal evaluerast, vurderingskriteria, og til slutt tilrådinga og prosessen vidare med prosjektrealiseringa.



Figur 12.1 Evalueringsmodell for alternativa i idéfasen SNR

Evalueringsmodellen skal lesast frå venstre mot høgre. Han tek utgangspunkt i vedtaket frå utviklingsplanen 2012. Realitetane i dette, med eitt felles sjukehus for Nordmøre og Romsdal på aksa mellom Hjelset og søre del av Frei, ligg fast. Så har planprosessen med kommunane ført fram til dei tre respektive kommunane sine tilrådingar på sjukehusomt for SNR. Alle desse tre aktuelle tomtene for SNR har med seg alternativa «med og utan poliklinikk og dagbehandling i byen lengst unna, i begge byar om SNR blir liggande midt mellom». Totalt skal ein då gjere ei evaluering av sju alternativ, 0-alternativet inkludert (skal vere med).

Evalueringsgrunnlaget frå idéfaserapporten dannar grunnlaget for HMR si handsaming av alternativa og tilråding til avgjerd for HMN.

Med desse alternativa definerte, gjer ein ei kvalitativ vurdering av respektivt kriterium. Den kvalitative vurderinga av dei fem første kriteria saman med dei økonomiske analysane i høve til investeringsbehov, driftseffektar, totaløkonomi og berekraft utgjer grunnlaget for ei samla vurdering og tilråding.

Gjennom tomtevalet vil fire av alternativa falle bort, slik at ein står att med tre alternativ inklusive 0-alternativet, som ein tek med seg for vidare utgreiing i konseptfasen.

12.2 Evaluering gjennom konsekvensutgreiingane (KU)

KU del 2 gjer greie for ei rekkje tema for kvar tomt, som gått gjennom i meir detalj kapittel 8. Desse er:

- Regional utvikling
- Helsefagleg rekruttering og fagmiljø

- Trafikk og tilgjenge
- Klimagassrekneskap
- Risiko- og sårbarheitsanalyse

Om ein ser dette i samanheng med evalueringsmodellen i Figur 12.1, har ein allereie gjort ei evaluering og også delvis ei rangering av dei ulike alternativa i lys av nokre av hovudkriteria. Frå KU del 1 (kommunane) har ein også fått gjort ei rangering av tomteeigenskapane som er samanstillt av Norconsult, og som talar for at dei bynære alternativa er dei beste.

Tabell 12.1 Vurdering tomteeigenskapar

Alternativ	Vurdering tomteeigenskapar
0 - alternativet	Ikkje vurdert i lokal KU.
SNR Storbakken	Rangert som eitt av dei to beste alternativa.
SNR Astad	Rangert som det tredje beste alternativet etter Storbakken og Opdøl.
SNR Opdøl	Rangert som eitt av dei to beste alternativa.

Når det gjeld bygg- og eigedomsutviklinga (FDVU), stiller 0-alternativet seg i eit særskilt lys. For alle andre alternativ, vil nybygg vere ein klar føresetnad, og såleis er det under dette kriteriet ein finn det største skillet mellom nytt sjukehus og eksisterande situasjon. Vegleiaren for tidlegfaseplanlegging stiller krav til evna bygningar har til å kunne endre seg i løpet av levetida, definert som generalitet, fleksibilitet og elastisitet. 0-alternativet har sterke avgrensingar på desse områda, særskilt gjeld dette fysisk fleksibilitet. Ein finn heller ikkje same generalitet og elastisitet i 0-alternativet som det ein vil få i eit nybygg.

Tabell 12.2 Vurdering bygg- og eigedomsutvikling

Alternativ	Vurdering bygg og eigedomsutvikling
0 - alternativet	Dette er eit lite eigna og lite berekraftig alternativ når ein vurderer forholdet mellom investeringsbehovet og dei bygningsmessige løysingane ein skal drive verksemda i.
SNR Storbakken	Rangert som eit svært godt alternativ, og eitt av dei to beste.
SNR Astad	Rangert som nummer tre og eit godt alternativ, men noko meir utfordrande enn Storbakken og Opdøl.
SNR Opdøl	Rangert som eit svært godt alternativ, og eitt av dei to beste.

For dei tre aktuelle tomtene, er ein ikkje store skilnader innanfor dette kriteriet i det som er gjennomført i KU-arbeidet. Det einaste som merkar seg ut i negativ retning, er at Astad-alternativet har litt avgrensingar i høve til tomteeigenskapar og tilgjengeleg areal. Dette fører til at ein må velje ein litt meir komprimert bygningskropp og får ei litt meir krevjande plassering på tomta. Dette vil kunne føre til at ein får noko meir utfordringar knytte til tomteopparbeiding og bygging, som igjen gir seg utslag i FDVU, fleksibilitet og generalitet. Opdøl og Storbakken er sidestilte innanfor dette kriteriet.

Kriteriet kalla lokaliseringseigenskapar har fleire underkriterier, og hentar i hovudsak sine vurderingar frå KU del 2. Det er gjennom dette arbeidet ikkje funne grunn til å skille mellom Storbakken og Opdøl, medan Astad står litt tilbake når det gjeld regionale ringverknader og tilgjenge/trafikk. Eit nytt sjukehus fører med seg store ringverknader og vil rekruttere personell som vil ha stort potensial for å medverke til samfunnslivet der dei er busette. Slik er det lett å skjønne engasjementet for plasseringa utover tilgangen til akuttmedisinske tenester. Regional KU freistar å balansere ut den samla effekten av re-organiseringa av spesialisthelsetilbodet i nordfylket, og det er denne samla effekten som er interessant i eit samfunnsøkonomisk perspektiv.

Om det er det samla effekten som er interessant i regional KU og ein ikkje ser skilnad på dei to ulike bynære alternativa, vil plasseringa av SNR føre med seg ein fordelingseffekt som slår ulikt ut for den staden som får nytt sjukehus kontra den staden som ikkje får det. Fordelingseffektane er knytte til kvar dei tilsette ved sjukehuset vil busetje seg og kva arbeidsmarknad andre enn sjukehusstilsette vil vere ein del av. Det er grunnlag for å vente større positive ringverknader ved ei plassering som konsentrerer busetnaden og aktivitetane i eller nær by-områda. Dette kan i større grad yte til sjølvforsterkande ringverknader gjennom utnytting av og samspel med eit større nærings- og samfunnsliv (kumulative verknader og agglomerasjonsgevinstar). Molde-regionen er i denne samanhengen større, men det er ikkje grunnlag for å skilje mellom Opdøl og Storbakken, fordi dette ikkje berre handlar om storleik, men om næringskultur og ei rekkje sosiale og kulturelle faktorar.

Samling av to sjukehus til eitt fører med seg ei auke i transport og lenger veg, som er det største negative konsekvensen. Dette fører naturleg nok til meir klimagassutslepp. Her kjem Storbakken og Opdøl ut likt, medan det er forventa meir auke i trafikk (fleire som pendlar, fleire lange reiser, mindre kollektivtilbod) ved lokalisering Astad.

Når det gjeld sårbarheit, har ein i regional KU funne at denne er noko betre for Opdøl i høve til 0-alternativet, medan Astad og Storbakken kjem likt ut i høve 0-alternativet. For Astad er dette grunna manglande brannberedskap i tillegg til vurderingar gjorde i samband med helikoptertransport. Ein presiserer at brannberedskap til eit sjukehus er lovregulert, og at det i første rekke er eit kostnadsspørsmål å få på plass beredskapen ein treng. Tilgangen til sjukehus på Storbakken er sårbart for store delar av befolkninga i regionen dersom Krifast vert stengt. Det er viktig å merke seg at ein i KU-arbeidet ikkje kan legge til grunn tiltak innanfor t.d. samferdsle som ikkje er vedtatt oppstarta gjennom budsjettløyvingar. HMR legg likevel til grunn at Møreaksen og Halsafjord-sambandet vil vere på plass innan 2030. Med opning av Møreaksen vil befolkninga sør for Freifjord-tunnelen ha alternativ veg til Ålesund sjukehus. For befolkninga nord for Freifjord-tunnelen, ved ei lokalisering av SNR sør for tunnelen, vil sårbarheita auke. Ved opning av Møreaksen snur altså sårbarheitsvurderinga knytt til Freifjord-tunnelen.

Eit av dei grunnleggande argumenta for å slå saman dagens sjukehus til eitt felles sjukehus, var behovet for å skape eit framtidssretta og robust spesialisthelsetenestetilbod for pasientane i nordfylket. Temaet er eitt av dei mest omtalte og viktige i denne prosessen, og er køyrt fram som eit kritisk element ein må sikre for at prosjektet SNR skal lukkast. Ein lyt sjå på rekruttering på ulike måtar, og i evalueringa her og gjennom den regionale KU'en skil ikkje alternativa på Storbakken og Opdøl seg frå kvarandre. Astad kjem litt dårlegare ut som resultat av geografisk plassering. Ein kjem nærare attende til dette temaet i drøftinga, der ein nyanserer biletet noko.

I regional samheng er ikkje 0-alternativet noko dårleg løysing. Under føresetnad av at ein hadde nok fagfolk og stort nok pasientgrunnlag til å drive to sjukehus, burde ein gjere det. Men denne premisen er ikkje tilstades.

Dei tre første hovudkriteria skildra i modellen er såleis gjort greie for gjennom konsekvensutgreiingane, og totalt sett er det ikkje grunnlag for å skilje mellom Opdøl og Storbakken, medan Astad kjem noko dårlegare ut.

Tabell 12.3 Vurdering av lokaliseringseienskapar

Alternativ	Vurdering lokaliseringseienskapar
0 - alternativet	Isolert sett ut frå eit regionalpolitisk perspektiv, ville dette alternativet kunne vere det beste, dersom lokalsjukehusa hadde hatt fagleg berekraft for framtida. Det føreligg ikkje befolkningsgrunnlag for to framtidsretta akuttsjukehus/lokalsjukehus i regionen.
SNR Storbakken	Rangert som eit godt alternativ, og likestilt med Opdøl.
SNR Astad	Dette er det svakaste alternativet i høve til regionale effektar og lokaliseringseienskapar.
SNR Opdøl	Rangert som eit godt alternativ, og likestilt med Storbakken.

12.3 Sjukehuset si kjerneverksemd

Det neste evalueringskriteriet i modellen i Figur 12.1, omhandlar sjukehuset si kjerneverksemd. Dette kriteriet er nært knytt saman med målstrukturen til prosjektet, som skal ta i vare både samfunnsperspektivet, føretaksperspektivet og sjølve prosjektperspektivet. Måla sett i samanheng er at SNR skal levere spesialisthelsetenester i tråd med gjeldande lovverk (kvalitet, likeverd, optimal ressursutnytting, tilpassa pasientbehovet, tilgjengeleg) i eit moderne og varande bygg, innan gitte tids- og kostnadsrammer.

HMR, og dermed SNR, skal uavhengig av lokalisering levere spesialisthelsetenester i tråd lov om spesialisthelseteneste. Føremålet med lova var også tatt opp gjennom arbeidet med utviklingsplanen, der ulike løysingar vart evaluerte opp mot desse. Ein har landa ned på at den langsiktige leveransen av spesialisthelsetenester i Nordmøre og Romsdal skal gjerast gjennom eit felles akuttsjukehus, og så skal ein utgreie nærare forholdet til poliklinikk og dagbehandling i folketette områder.

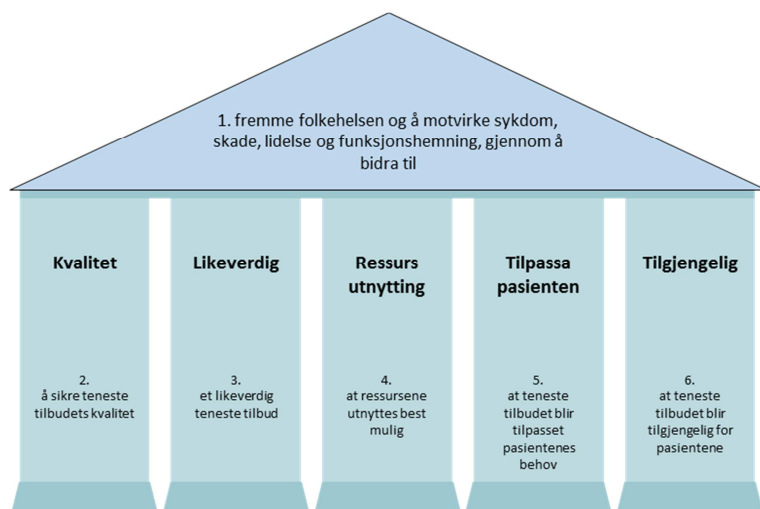
Det er viktig å merke seg at den faglege vurderinga som låg til grunn for å velje eitt felles akuttsjukehus i 2012, i stor grad er dei same faglege argumenta ein no skal velje lokalisering i forhold til på dette kriteriet. Men ein har i denne vurderinga synleggjort meir av sjølve lovteksten og forarbeida til denne for å sikre seg grunnlaget for evaluering i forhold til «*sjukehuset si kjerneverksemd*».

«§ 1-1. Lovens formål

Lovens formål er særlig å:

1. fremme folkehelsen og å motvirke sykdom, skade, lidelse og funksjonshemming,
2. bidra til å sikre tjenestetilbudets kvalitet,
3. bidra til et likeverdig tjenestetilbud,
4. bidra til at ressursene utnyttes best mulig,
5. bidra til at tjenestetilbudet blir tilpasset pasientenes behov, og
6. bidra til at tjenestetilbudet blir tilgjengelig for pasientene.»

Ein har i presentasjonar nytta følgjande modell for å illustrere føremålet:



Figur 12.2 Føremålet til spesialisthelsetenestelova

I førearbeida til lovteksten heiter det¹⁷:

- «I utgangspunktet er de formålene som er oppstilt i § 1-1 likeverdige. Det betyr at ingen av målene kan neglisjeres eller gis en særstilling. Bestemmelsen gir altså ingen retningslinjer med hensyn til at det ene skal prioriteres foran det annet.
- Formålsbestemmelsen angir imidlertid de overordnede siktemålene som de andre bestemmelsene i loven skal bidra til å oppfylle.
- Lovens enkelte formålsbestemmelser vil tjene som tolkningsmoment for de øvrige bestemmelsene i loven, og som veiledning ved skjønnsutøvelsen.
- Det er viktig å fremheve at bestemmelsen om lovens formål i tillegg til å være en tolkningsnøkkel til de enkelte paragrafer, må forstås slik at de målene som angis er mål for all spesialisthelsetjeneste som omfattes av loven.
- For det annet fremgår det av ordet «særlig» innledningsvis i § 1-1 at målene som nevnes i nr 1 til 6 ikke er uttømmende. § 1-1 tilsikter å nevne en del mål som er fremhevet som viktige i helsepolitiske dokumenter de senere år.
- Som eksempler på viktige og anerkjente mål for helsetjenesten som ikke er nevnt i § 1-1 kan nevnes økt demokratisering, brukerinnflytelse, rettssikkerhet og stimulering av rekrutteringen av personell til helsetjenesten.»

I tillegg til dette er oppgåvene til sjukehusa spesifiserte:

«§ 3-8. Sykehusenes oppgaver

Sykehusene skal særlig ivareta følgende oppgaver:

1. pasientbehandling,
2. utdanning av helsepersonell,
3. forskning, og
4. opplæring av pasienter og pårørende.»

¹⁷ Ot.prp. nr. 10 (1998-99)

I førearbeida til § 3-8 heiter det:

- *Bestemmelsen i § 3-8 angir fire oppgaver sykehusene særlig skal ivareta. Bestemmelsen er ny i den forstand at det i dagens sykehuslov ikke er noen tilsvarende bestemmelse som fastsetter sykehusenes hovedoppgaver.*
- *Den foreslåtte bestemmelsen tar ikke sikte på å si noe om hvor mye av ressursene på et sykehus som skal brukes på de enkelte oppgavene og det vil naturligvis tilligge myndigheter og eiere å bestemme om, og i hvilken grad, det enkelte sykehus skal ha utdannings- og forskningsoppgaver. Bestemmelsens hensikt er å klargjøre at også utdanning, opplæring og forskning er hovedoppgaver for sykehus og må være med i sykehusledelsens planlegging av virksomheten.*
- *Bestemmelsen sier at sykehus «særlig» skal ivareta fire oppgaver. Ordet særlig angir at dette ikke er noen uttømmende beskrivelse av sykehusenes oppgaver. Begrepet «pasientbehandling» dekker imidlertid i denne sammenheng alle sykehusets aktiviteter vedrørende undersøkelse, behandling, pleie og rehabilitering.*

Dei ulike alternativa for løysing av SNR vert i det følgjande vurderte/evaluerte i høve til korleis dei evnar å oppfylle krava til sjukehuset si kjerneverksemd.

12.3.1 Fremje folkehelsa, motverke sjukdom m.v.

Frå forarbeida til lova heiter det:

«For å oppnå dette vil helsetjenesten ta i bruk en rekke virkemidler, som f eks undersøkelse, behandling, habilitering, rehabilitering, forebygging og pleie og omsorg. Det har vært en diskusjon om pleie, omsorg og forebygging er oppgaver for spesialisthelsetjenesten. Hverken pleie og omsorg eller forebygging er primæroppgaver for spesialisthelsetjenesten. Likevel skal det ytes pleie og omsorg i forbindelse med behandling av den enkelte pasient. Det er dessuten en forutsetning at spesialisthelsetjenesten bruker sin kompetanse til forebyggingsarbeid både individuelt overfor den enkelte pasient og generelt gjennom veiledning av kommunehelsetjenesten.»

På dette punktet viser ein til høyringsrapporten som var utsendt i 2012, som omhandla 0-alternativet halde opp mot eitt nytt samla sjukehus med poliklinikk og dagbehandling i byen/-ane lengst unna. Under føresetnad om at alle tre alternativa klarer å oppnå den faglege kvaliteten som skal ligge i eit akuttsjukehus for framtida, kan ein ikkje på sakleg grunnlag seie at lokaliseringa av SNR vil variere over evna til å fremje folkehelse, motverke sjukdom, skade, liding m.v. Det som likevel synest tydeleg, er at poliklinikk og dagtilbod nær store befolkningskonsentrasjonar styrkar evna til å levere dette.

12.3.2 Sikre kvalitet i tenestetilbodet

Frå førearbeida knytte til lov om spesialisthelseteneste, kan ein lese om kvalitet:

- *Begrepet kvalitet knytter seg til en vurdering av produkters eller tjenesters egenskaper, om produktet eller tjenesten er i samsvar med spesifikasjonene eller de krav som stilles. Kvaliteten på varer, gjenstander eller fysiske produkter kan sikres både gjennom styring av*

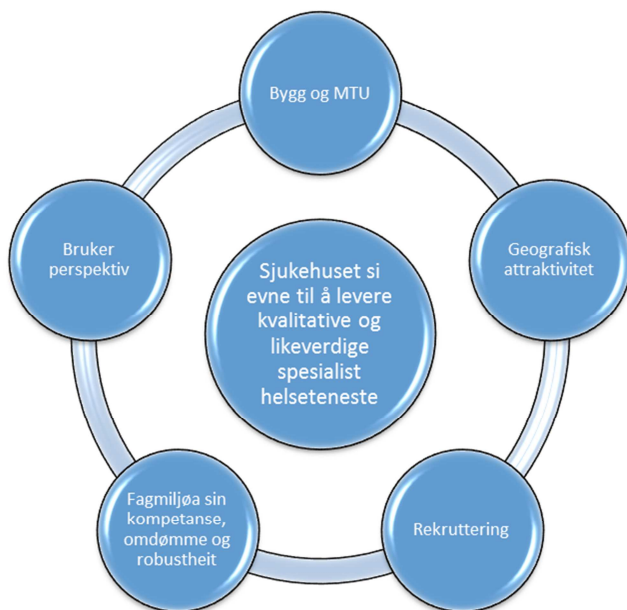
produksjonsprosessen og ved etterfølgende kontroll, korreksjon og reparasjon. Kvaliteten på tjenester derimot, kan bare sikres gjennom styring av produksjonsprosessen. Dette skyldes at tjenester ikke kan lagres, kontrolleres og repareres før levering. Tjenester produseres alltid samtidig med at de leveres.

- I prinsippet er det tre typer krav som stilles til helsetjenesten. Det er krav fra myndighetene, fra helsetjenesten selv eller dens eiere og fra brukerne. Myndighetskravene er krav stilt i lover, forskrifter, godkjenning dokumenter, m v. Krav fra helsetjenesten selv eller eierne, kan være en forsterkning av myndighetskravene eller andre krav som ledelse eller eiere fastsetter. Brukerkravene vil være individuelle og mangfoldige. Det ligger ikke i kvalitetsbegrepet at alle brukere må få sine individuelle krav innfridd for at tjenestene skal ha riktig kvalitet. Tjenesteyter må kartlegge de ulike individuelle krav brukerne har, og selv avgjøre administrativt eller politisk hvilke av disse kravene som skal innfris og gis status som brukerkrav. Brukerne bør imidlertid tas med på råd, og så langt det er forsvarlig og økonomisk mulig bør brukernes synspunkter tillegges betydelig vekt.*
- Å ta hensyn til hvilke erfaringer den enkelte bruker eller pasient har, vil derfor være en sentral del av en kvalitetsprosess. Kvalitet er imidlertid ikke det samme som det maksimalt beste for den enkelte pasient.*
- Ett av denne lovs formål er således å bidra til at tjenestens kvalitet sikres gjennom at det stilles krav til de forskjellige nivåer i helsetjenesten. Eksempelvis stilles det krav til tjenesteyterne på alle nivåer om forsvarlig virksomhetsutøvelse, jf § 2-3. Helsetjenesten har dessuten plikt til å etablere internkontroll for virksomheten, jf tilsynsloven § 3. Myndighetenes krav vil alltid være minimumskrav, men ved at kvalitet er et uttalt formål presiseres at tjenesteyterne bør tilstrebe å fastsette egne kvalitetskrav som går lenger enn de minimumskrav regelverket stiller. Myndighetenes plan for innføring av internkontroll og kvalitet i helsetjenesten er nærmere beskrevet i heftet «Nasjonal strategi for kvalitetsutvikling i helsetjenesten» (IK-2482).*

Kvalitet i tenestetilbodet er eit heilt avgjerande moment tenesteutvikling og leveransekrav for framtida. Spørsmålet er om det vil vere vesentlege utfordringar i å møte framtida sine krav til kvalitet i dei ulike alternativa som er til vurdering.

I 2012 konkluderte ein med at 0-alternativet ikkje understøtta kravet til kvalitet i stor nok grad. Ein har fleire små og sårbare fagmiljø, og ein slit med å sikre naudsynt kapasitet og kompetanse. Dette skuldast ikkje manglande kompetanse hjå dei dei tilsette, men at delar av organisasjonen slit med å vere robust og berekraftig. For dei potensielle lokaliseringalternativa går mykje av den faglege diskusjonen på i kva grad ein kan seie at val av tomt og geografisk nærleik til respektive sjukehus og byar legg føringar for langsiktig evne til å levere kvalitet i tenestene i SNR. Dette er ei svært samansett problemstilling, som m.a. omhandlar temaet kring rekrutteringsevne. Det er viktig å merke seg at ROS-analysen for interimfasen også tek opp i seg denne problemstillinga.

Ein har utarbeida ein modell for å freiste å synleggjere noko av samanhengen mellom sjukehuset si evne til å levere kvalitet i tenestene, og faktorar som spelar inn på dette.



Figur 12.3 Kvalitet i sjukehus og påverkande faktorar

I modellen står «sjukehuset si evne til å levere kvalitative og likeverdige spesialisthelsetenester» i sentrum. Dette samsvarar med formålet til spesialisthelsetenesta. Det som bygger opp under denne evna er:

- Fagmiljøa sin kompetanse, omdømme og robustheit
- Brukarperspektivet fagmiljøet klarar innarbeide og utøve saman med pasient og pårørande
- Bygg og medisinteknisk utstyr som tenesta vert tilbydd og levert gjennom
- Den geografiske attraktiviteten arbeidsplassen representerer
- Evna til rekruttering av nye fagpersonar

Fagmiljøa sin kompetanse, omdømme og robustheit varierer i og mellom sjukehusa våre i dag. Det er lettare å identifisere kvantitative forskjellar enn kvalitative. Det er ikkje mogeleg for HMR å gje ei eintydig vurdering for kvifor det er slik. Likevel har ein stor tru på at faktorane i modellen samla sett er med å påverke til at situasjonen er som han er.

Evne til å ta opp seg brukarperspektivet gjer også noko med evna til å levere kvalitative gode spesialisthelsetenester. Det er viktig at ein kontinuerleg fokuserer på dette perspektivet og trenar på å gje pasientar og pårørande eit tilpassa og godt tenesteinnhald.

Evne til rekruttering er mellom anna ein konsekvens av eit fagmiljø sin kompetanse, omdømme og robustheit. At ein har utdanningsstaus som gir teljande poeng er også heilt sentralt. Molde sjukehus og Kristiansund sjukehus har svært mange dedikerte og dyktige fagpersonar, som vil vere gode faglege førebilete for våre komande helsearbeidarar. Det vil derfor vere avgjerande at ein klarar å få med seg nøkkelpersonar frå begge sjukehusa i planlegging av og rekruttering av SNR.

Fagmiljø og rekruttering av helsepersonell, særleg av legespesialistar, var ein nøkkelfaktor for vedtaket om å bygge SNR. Kvar for seg har dagens to sjukehus for små og sårbare fagmiljø. Det er ei veksande erfaring i sjukehusa generelt at talet på legar, særleg i vaktberande funksjonar, må over ein minstestørleik for å vere attraktivt for nye kollegaer. Derfor er også HMR sitt utgangspunkt at SNR vil rekruttere godt i kraft av sin storleik og at det vil gjelde særskilt for begge dei bynære tomtealternativa.

Legerekuttering har fått mest merksemd gjennom erfaringar frå avdelingane i dagens to sjukehus. Men dette er eigentleg litt paradoksalt, særleg i det langsiktige perspektivet. I nasjonal samanheng ser det ikkje ut til å vere legedekninga som vil bli den mest kritiske mangelfaktoren i helsesektoren i tida framover. Noreg har i dag den høgaste legedekninga i Norden. Statistiske framskrivingar av arbeidsmarknaden for helse- og sosialpersonell viser at det i all hovudsak vil være tilfredsstillande kapasitet fram til 2020. Den store auken i behov for personell vil kome mellom 2020 og 2030. Ein reknar med at det primært vil bli mangel på pleiepersonell¹⁸.

Det er i dag eit stort tal nyutdanna legar som ynskjer å kome inn i spesialisthelsetenesta. Dette ser vi m.a. gjennom stor auke i søknaden til utdanningsstillingar (turnus og LIS-stillingar) dei seinare åra. Dette står i skarp kontrast til søknadsmengda for overlegestillingar innan mange fagområde. Det store talet på legar som vil bli sjukehusspesialistar er ein god indikasjon på at det vil bli betring av spesialisituasjonen om ikkje så mange år, særleg dersom aktive tiltak vert sette inn, som t.d. å auke talet på utdanningsstillingar. Legerekuttering står derfor fram som eit større problem når ein ser bakover i tid og notid, enn om ein ser framover.

Når det gjeld geografisk attraktivitet så vurderast det som eit tydeleg skilje mellom dei bynære alternativa, og alternativet midt mellom byane, i høve til rekrutteringskraft. Ein stadig større del av helsearbeidarar er kvinner. Kvinner er også meir sensitive for lang arbeidsveg i småbarnsperioden. Ved dei bynære alternativa vil det vere lettare å bu i den næraste byen, mellom sentrum og SNR, og då snakkar ein om arbeidsveg på frå 10 – 20 minutt noko avhengig av trafikk. Det korresponderer bra med oppfatninga av «passande» reiseveg både for vakt, turnusarbeidande og for dagarbeidstid. Det vil også ligge innanfor det som vert sett på som akseptabel reiseveg frå den byen som ligg lengst unna, men då meir som pendling, og ikkje så godt eigna for småbarnsfamiliar.

Bygg og MTU vil i alle alternativa vere nybygg av svært høg kvalitet, så for dette elementet er det størst skilnad mellom 0-alternativet og SNR, uavhengig av lokalisering.

Det er skilnad på innhald og historisk utvikling av sjukehusa i nordfylket. Molde sjukehus er større og meir differensiert enn Kristiansund sjukehus. Det er også skilnad i fagmiljøa innan dei respektive sjukehusa. Førretaksleiinga har mange gonger vorte utfordra på å føre skilnadene i dagens sjukehus, historikk og eigenskapar som argument for lokalisingsval. Det er vanskeleg å føre ein slik argumentasjon, då begge sjukehusa har ulikskapar innanfor ulike fag.

Når ein vurderer desse elementa som underbyggjer og påverkar eit sjukehus si evne til å levere kvalitative og likeverdige spesialisthelsetenester, så kan det særskilt i interimperioden variere noko i kva grad dei ulike miljøa vil yte til at dette skjer. Dette går i favør av Molde, som har eit noko større fagmiljø å spele på i krevjande tider. Akkurat det representerer ein skilnad. Når SNR står klart til bruk med nye bygg, utstyr og fagpersonell, vil truleg sjukehuset i seg sjølv vere trekraft god nok. Dette er også handsama i ROS-analysen.

12.3.3 Eit likeverdig tilbod

Frå førearbeida knytte til lov om spesialisthelseteneste, kan ein lese om likeverd:

- *Helsetjenester er knappe goder som fordeles mellom individer og grupper i samfunnet.*

¹⁸ Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011–2015)

- *Et likeverdig tenestetilbud foreligger når personer som etterspør helsetjenester har samme mulighet til å skaffe seg helsetjenester uavhengig av bosted, økonomi, sosial status, alder, kjønn, etnisk tilhørighet m v.*
- *Tilbudslighet i relasjon til pasientenes bosted er en målsetting for norsk helsevesen. Tilbudet av helsetjenester har alltid vært dårligere i utkantstrøk enn i sentrale deler av landet. I særleg grad gjelder dette for spesialisthelsetjenestene. Å oppnå fullstendig likhet mellom personer i Oslo og Finnmark i denne sammenheng er ikke realistisk. Myndighetene arbeider imidlertid for å redusere dagens forskjeller. En godt utbygd ambulansetjeneste og ambulerende spesialisthelsetjeneste kan f eks bidra til å fremme denne målsettingen. Det samme gjelder tiltak for å stimulere spesialister m v til å etablere seg utenfor de sentrale deler av landet.*

Eit helsetilbod basert på likeverdige prinsipp står svært sterkt i Noreg. I diskusjonar kring struktur i media, vert det stadig trekt fram påstandar om at endringar medfører redusert likeverd. Også i førearbeida til lov om spesialisthelseteneste, er dette høvet problematisert. Det er brei politisk semje i Noreg om eit breitt utbygd tenestetilbod innan akuttmedisin og føde. Som regel er sjukehusa lokaliserte i eller rett ved befolkningskonsentrasjonar, noko som tyder at ein har tatt geografisk omsyn til nærleik til tyngdepunktet av personar, samstundes med at personar i mindre tettbusde område får lengre reiseveg. Slik må det nesten vere. Den diskusjonen som no er i ferd med å utvikle seg i norsk helsevesen, og som lokaliseringa av SNR er eit døme på, er at opptaksområdet (pasientvolumet) for eit framtidsretta lokalsjukehus med eit tilfredsstillande differensiert fagtilbod, overstig det som historisk har vore eit naudsynt opptaksområde.

Aksen mellom Hjelset og søre del av Frei vart valt mellom anna fordi han representerte gjennomsnittet av reisetid for innbyggjarane i Nordmøre og Romsdal. Alle innbyggjarar er potensielle pasientar i spesialisthelsetenesta. I den utrekinga tel alle innbyggjarar som ein. For befolkninga i Nordmøre og Romsdal, er det ikkje vesentleg forskjell på aksen, så sjukehusplasseringa skal her vere i avstand gjennomsnittleg lik. Då har ein ikkje tatt omsyn til tilsette sin reiseveg i ulike alternativ. Det ligg heller ikkje inne i loven sine intensjonar.

I høve til å kompensere for å gå frå to til eitt sjukehus, vil planlegging og etablering av tilbod innan poliklinikk og dagbehandling stå heilt sentralt. I tillegg må ein ha fokus på tilpasse dei prehospitale tenestene.

Når det gjeld høve til likeverdige tenester, så er der ein viss skilnad mellom alternativa. For befolkninga i Nordmøre og Romsdal så representerer aksen det geografiske gjennomsnitt med noko variasjonar. Skilnaden ligg i at for OPdø-l-alternativet vil vere fleire med kort reisevega, medn adei som allereie har lang reiseveg, vil få enno lenger veg til sjukehus. I sør-delen av opptaksområdet, har befolkninga i Rauma, Vestnes, Midsund og Aukra alternativt kort veg til Ålesund sjukehus. Ein står altså i ein situasjon mellom å velje Opdøl der ein når flest kortast, og å velje Storbakken der dei med lengst reiseveg får relativt sett kortare veg, tilsvarande avstanden mellom Storbakken og Opdøl. Astad representerer ein mellomting av dette.

Det vil vere heilt sentralt å kunne utnytte desentral poliklinikk, dagbehandling og avtalespesialistar/private for å kompensere i folketette områder. Eit enno betre utvikla samarbeid med kommunane om gode pasientforløp, kompetanseoverføring og samarbeidsordningar vil vere avgjerande.

12.3.4 Utnytte ressursane best mogleg

Frå førerarbeida knytte til lov om spesialisthelseteneste, kan ein lese om ressursutnytting:

- *Med dette siktes det grovt sagt til graden av målrealisering i forhold til ressursinnsatsen. Et tiltak betegnes gjerne som mer effektivt enn et annet hvis målet nås med mindre omkostninger i form av anvendt tid, personellinnsats, utgifter, uheldige bivirkninger m v. Effektivitetsbegrepet vil således variere med målsettingen. Effektivitet har lenge blitt fremhevet som et mål for helsetjenesten i Norge, men har i liten grad kommet til uttrykk i lovgivningen.*
- *Lovforslagets kapittel 5 inneholder bestemmelser om samarbeid og om planlegging som vil kunne bidra til en mer effektiv ressursutnyttelse. Endringer i helsetjenestens organisering og finansiering kan også gi effektivitetsgevinster. Rammefinansieringssystemet, som ble innført i 1980, hadde effektivisering som en viktig målsetting, likeledes er systemet med innsatsstyrt finansiering et forsøk på å øke effektiviteten.*

God utnytting av ressursane tek ofte utgangspunkt i aktivitet (produksjon), ressursallokering, organisering og dimensjonering. Dersom ein del av befolkningsgrunnlaget som ein hentar inntektsgrunnlaget sitt i frå forsvinn, må ein gjerne redusere kapasitet. I helsevesenet er kapasitet primært helsepersonell, saman med medisinskteknisk utstyr og lokaler. Tilsvarende dersom befolkningsgrunnlaget aukar, må ein gjerne spe på med meir kapasitet, men då følgjer det som regel også inntekter med til å framskaffe denne ressursen. I finansieringsmodellen er det er altså ei kopling mellom befolkningsgrunnlag, del av helseproduksjon denne befolkninga har behov for/tek imot, kven som leverer det og til slutt kven som får betalt. I eit regionalt eller nasjonalt perspektiv vil gjerne skilnader mellom lokalsjukehus sine geografiske opptaksområde jamne seg ut. Men lokalt, vil pasientstraumar ut av området representere eit inntektsbortfall. Desse inntektene ville kunne gå til å halde oppe tenestetilbod som ein må redusere på dersom pasientane ikkje nyttar seg av dei. Eigendekning av pasientar i eige føretak er altså avgjerdande for kor stor del av pasientoppgjeret ein får behalde i eige føretak, og kor mykje ein må betale i gjestepasientkostnader til andre føretak.

I Strategi 2020 er reduksjon av vakt og beredskap til fordel for aktiv teneste på dagtid eit uttalt mål. I den samanheng er det derfor viktig å legge opp til færre vaktberande ordningar utan at det skal gå ut over den medisinskfaglege forsvarlegheita, samstundes med at ein overfører ressursen til aktiv dagteneste.

Ein bør også trekke fram organisasjonen og fagmiljøa si evne til intern omstilling, samarbeidsrelasjonar og indre effektivisering. Fokus på pasientforløp og auke i verdiskaping for den enkelte pasient sin helsetilstand, bør vere det ultimate målet. Det viktigaste i slike prosessar er at fagfolk sjølve får drive fram forbetringstiltaka i ein god balanse mellom pasientbehov, medisin, ressursoptimalisering og forløpsfokus.

Føretaket har blitt utfordra på at ei plassering i nordre del av aksen vil ta tilbake pasientar som i dag reiser til Sør-Trøndelag. Isolert som lokaliseringsargument er det vanskeleg å stille seg bak dette. Vi veit at pasientar og fastlegar i dag vel sjukehus meir ut frå faglege preferansar, omdømme og kvalitet enn umiddelbar nærleik. Når alle lokaliseringssjansar på aksen mellom Hjelset og søre del av Frei dekkjer befolkninga i Nordmøre og Romsdal betre enn St. Olavs hospital, med marginale unntak heilt nord i fylket (jf. tilgjengeanalyse 2014), så vil det vere SNR si evne til å levere spesialisthelsetenester

av god kvalitet som på sikt vil vere trekkrafta på pasientar. Med føresetnad om kvalitativt gode tenester og godt omdømme, så vil ein ved ei nordleg plassering kunne legge tilhøva noko betre til rette for å snu tilbake pasientar som i dag reiser til Sør-Trøndelag. Dette vil også vere kopla mot realisering av samferdselstiltaket kring fergefri kryssing av Halsafjorden.

Når det gjeld ressursutnytting, så ser ein at det er 0-alternativet som skil seg mest negativt ut, både i høve til fagpersonell og bygg/utstyr. Astad-alternativet er noko meir ressurskrevjande dersom ein vel alternativet med poliklinikkar/dagbehandling, men dette er marginalt. Det vesentlege skillet på ressursutnytting ligg såleis også her mellom 0-alternativet og dei andre alternativa.

12.3.5 Tilpasse tenestetilbodet til pasienten

Frå førerarbeida knytte til lov om spesialisthelseteneste, kan ein lese om tilpassing til pasientane sitt behov:

- *Etterspørselen etter helsetjenester reflekterer ikke nødvendigvis det reelle behovet for slike tjenester, bl a fordi etterspørselen vil avhenge av hva som faktisk tilbys. Tjenester som ikke tilbys vil ofte ikke bli etterspurt, selv om det er behov for dem. Omvendt vil tjenester som kan tilbys, ofte også bli etterspurt selv om det reelle behovet kan være lite.*
- *§ 1-1 nr 5 må ses i sammenheng med andre regler i lovforslaget som angir virkemidler for å få til tilpasning av tilbudet til pasientenes behov. I § 2-8 pålegges eier av helseinstitusjoner å gi videre den informasjon som befolkningen og pasienter behøver for å kunne ivareta sine rettigheter etter helselovgivningen. Det siktes her f eks til at det skal redegjøres for ventetidssituasjonen ved sykehuset. § 5-1 annet ledd gir hjemmel for å påby samarbeid «når det finnes påkrevet for å ivareta pasientinteresser eller nasjonale interesser innen helsetjenesten».*
- *Målet om behovstilpasning har videre en nær sammenheng med pasientrettighetene som reguleres i eget lovforslag. I forslaget til lov om pasientrettigheter er det videre nedfelt en rekke bestemmelser som har betydning for målet om behovstilpasning, bl a pasientens rett til medvirkning, rett til vurdering og fornyet vurdering, rett til valg av sykehus og retten til informasjon.*

Pasientrettar har blitt suksessivt styrka dei siste åra, og regjeringa Solberg signaliserer at dette skal ytterlegare styrkast. Dette er ei ønska utvikling i Noreg. Dette understrekar igjen at kvalitet på tenestene og omdømme til eit sjukehus/fagmiljø vil vere sentralt i det valet pasientar gjer når dei treng spesialisthelsetenester. Også når det gjeld tilpassing til pasienten sine behov, vil bruk av desentrale tenester og auka satsing på samarbeid med kommunane vere avgjerande tiltak.

Under dette punktet så er nærleiken som 0-alternativet representerer ein stor fordel. Dersom ein kunne rekne med at lokalsjukehusa i Kristiansund og Molde ville ha ressursar og fullverdige tilbod på sikt, så hadde ein ikkje enda på konklusjonen frå 2012. Av dei andre alternativa, så er det heller ikkje her råd å skilje dei, men ein må presisere at også på dette punktet er bruk av desentrale tenester ein modell som underbyggjer tilpassing til pasientar.

12.3.6 Tilgjenge for pasientane

Frå førearbeida knytte til lov om spesialisthelseteneste, kan ein lese om tilgjenge:

- *Tilgjengelighetsbegrepet har flere dimensjoner:*
 - *Geografisk tilgjengelighet. Helsetjenestene er mest tilgjengelig for brukere som befinner seg i nærheten.*
 - *Tilgjengelighet i tid. Helsetjenester som kan nås døgnet rundt er mer tilgjengelige enn de som bare kan benyttes et visst antall timer per dag. Lang ventetid for behandling er også et tilgjengelighetsproblem.*
 - *Sosial tilgjengelighet. Det tenkes da på at ulike befolkningsgrupper (høy- og lavstatusgrupper, samer, innvandrere m v) i ulik grad vil føle barrierer av f eks kulturell og religiøs art i sin kontakt med helsevesenet.*
 - *Fysisk tilgjengelighet. For funksjonshemmede kan den fysiske tilgjengeligheten til behandlingsstedet eksempelvis være et betydelig problem.*
- *De rettigheter pasienter får i lov om pasientrettigheter, vil også kunne bidra til at helsetjenesten blir mer tilgjengelig. Det vises blant annet til retten til fritt sykehusvalg og retten til vurdering og fornyet vurdering.*

HMR har fått utarbeida ei rekkje tilgjengeanalyser. Det er viktig å skille mellom transportanalyser som tek utgangspunkt i all trafikk eit tiltak genererer frå eit gitt geografisk område, og tilgjengeanalyser som tek utgangspunkt i befolkninga si tilgjenge til eit geografisk punkt, i denne samanheng etter vegnettet i Møre og Romsdal. I høve til førearbeida i lova, fokuserer tilgjengeanalyser som HMR har fått utarbeida i hovudsak med omsyn til geografi og tid, og mindre på sosial og fysisk tilgang.

Fysisk og sosial tilgang skal vere ei sjølvfølge, og ein kan ikkje sjå skilnad på dette i alternativa, utover det faktum at nye bygg vil vere monaleg betre fysisk tilgjengelege enn dei gamle bygga i 0-alternativa.

I høve til geografisk tilgjenge, har ein gjennom analysane i 2014 slått fast at det er alternativet på Opdøl som gir det største befolkningsgrunnlaget til SNR, etterfølgt av Astad og til slutt Storbakken. Befolkninga i sør går mot Ålesund når ein flyttar tomte nordover, og befolkninga i nord går over mot St. Olavs hospital når ein flyttar tomte sørover. Når det gjeld den lengste reisetida for «marginalbefolkninga» (marginalbefolkninga er dei som har lengst veg til sjukehus, over 60 minutt i analysen) så blir denne samla redusert for innbyggjarane ved lokalisering på Storbakken. I marginalbetrakninga så har dei som bur på Smøla og nordre Nordmøre alternativ lang veg også til St. Olavs hospital, medan innbyggjarane i Aukra, Midsund, Vestnes og Rauma har alternativt kortare veg til Ålesund.

I regional KU er det vurdert at sårbarheita til plassering av SNR på Storbakken er større enn ved plassering lenger sør grunna at Freifjordtunnelen kan verte stengd. Ein større del av befolkninga bur sør for fjorden, og ved ei stenging av tunnelen kan om lag 70% av befolkninga som ville sokna til SNR på Storbakken vere avskorne frå tilgang til sjukehuset. For nokre vil det rett noko vere alternativ veg

over Averøya. Med realisering av Møreaksen så har befolkningskonsentrasjon i Romsdalen alternativt relativt kort veg til Ålesund. Derimot ved ei lokalisering av SNR på Astad eller Opdøl, vil befolkninga nord-vest for Freifjordtunnellen ha alternativa enten omkøyning via Averøya mot sør, eller mot nord eller langs fjorden mot Orkdal/ St. Olavs hospital.

Ventetider vil kunne verer eit tilgjengeproblem, og der vil god ressursutnytting kunne reduserer ventetider i kombinasjon med gode og rekrutterande fagmiljø.

12.3.7 Utføring av sjukehuset sine oppgåver

«§ 3-8. Sykehusenes oppgaver

Sykehusene skal særleg ivareta følgende oppgaver:

1. *pasientbehandling,*
2. *utdanning av helsepersonell,*
3. *forskning, og*
4. *opplæring av pasienter og pårørende.»*

Kva gjeld pasientbehandling, så kjem 0-alternativet dårlegast ut då det framleis ikkje står fram som berekraftig for å kunne møte framtida sine krav til fagleg kvalitet, pasientvolum og robuste fagmiljø. Når eit nytt og moderne SNR er etablert, vil det vere vanskeleg å framføre argumentasjon om at dette ikkje skal kunne gi fullverdig pasientbehandling ved alle tre lokaliseringar, med eller utan poliklinikk/ dagbehandling.

Utdanning og forskning er lovfesta og naudsynte element i spesialisthelsetenesta si evne til å levere gode og kvalitative tilbod. Utdanningssektoren er også i endring gjennom komande strukturreform, noko som kan endre biletet for korleis ein organiserer utdanningstilboda på høgskule- og universitetsnivå, og det vil truleg verte meir saumlaust mellom høgskule og universitet. Dette rører også ved interaksjonen mellom utdanningsinstitusjonane og HMR. Koplinga mot Norges Teknisk Naturvitenskaplige Universitet (NTNU) vil verte sterkare, og forskingsarbeid er sett i nær samanheng med universitetsmiljøet. Når det gjeld praksisplassar vil dette truleg også endre seg for framtida, og ein har allereie no utfordringar med å tilby alle som treng plass dette. Såleis må ein også her tenkje nytt t.d. gjennom simulering og andre alternative vegar. Avstanden mellom SNR og utdanningsmiljø vil truleg ikkje spele noko stor rolle for å få utført sjukehuset sine oppgåver, og såleis vil ikkje dette vere avgjerande for lokaliseringa av SNR. I moderne tider har ein nye moglegheiter for undervisning gjennom e-læring og videokonferansar, simulering og anna trening, i tillegg til at ein meiner at det er tilknytninga til NTNU som kjem til å vere den berande organiseringa innan FoU for framtida.

Opplæring av pasientar og pårørende skal ligge til grunn for spesialisthelsetenesta. I 0-alternativet er nok uhensiktsmessig og svært avgrensa utstyr og lokale ei hindring for dette, og får dermed dårlegare vurdering, sjølv om geografisk nærleik til befolkningskonsentrasjonen er positivt. Dei andre alternativa er vanskelegare å skille, men også her vil poliklinikk og dagbehandlingseining betre pasientar og pårørende sin tilgang til opplæring.

12.3.8 Samla vurdering av sjukehuset si kjerneverksemd

Det er gjort vedtak på at 0-alternativet ikkje er framtidsretta og berekraftig for lokalsjukehusfunksjonen i nordfylket, noko som er stadfesta i denne gjennomgangen. Astad kjem

noko dårlegare ut enn Storbakken og Opdøl på grunn av redusert rekrutteringskraft. Storbakken har sin styrke i likeverd og tilgjenge for dei med lengst reiseveg. Opdøl har sin styrke gjennom nærleik til det sjukehuset som er størst i dag, med det demografisk største opptaksområdet og noko mindre risikosituasjon. Det er derfor vanskeleg å skille mellom Storbakken og Opdøl på dette alternativet, men det er med ulik grunngjeving.

Alternativet med poliklinikk og dagbehandling utanom SNR kjem styrka ut av denne vurderinga.

Tabell 12.4 Vurdering av sjukehuset si kjerneverksemd

Alternativ	Vurdering sjukehuset si kjerneverksemd
0 - alternativet	Er vurdert i 2012, og står framleis fram som ikkje å vere med onsyn på å møte framtida sine krav til fagleg kvalitet, pasientvolum og robuste fagmiljø.
SNR Storbakken	Kva gjeld tilgjenge og likeverdige spesialisthelsetenester så vurderer ein Storbakken til å stille sterkare enn Opdøl.
SNR Astad	Då ein i mindre grad vil oppnå nær busetnad for dette alternativet, vil sjukehuset som har kvinnelege tilsette i stadig større grad, ha noko ulempe med rekruttering. Dette gjer at Astad endar ned på eit tredjealterantiv på dette kriteriet.
SNR Opdøl	Opdøl ligg nærast det dagens tørste sjukehus i nordfylket og vil kunne dra fordelar av dette i høve til interimperioden. Lokaliseringa representerer også det største demografiske opptaksområdet, men alternativavstanden Molde/Ålesund er relativt sett liten for dei som bor i grenseområda.

12.4 ROS analyse

HMR må handtere interimfasen, dvs. fasen frå vedtaket er gjort i desember 2014 og fram til SNR er sett i drift i 2021 på ein god måte. Det har vore uttrykt uro for korleis ein i denne fasen skal kunne ta vare på dei faglege tilboda og dei tilsette, og det har vore presisert at HMR må ha ein god plan for dette. ROS-analysen synleggjer og vurderer risikobiletet i interimperioden for SNR.

Molde sjukehus har ein relativt sett større del av spesialistar, fagtilbod og fagpersonale generelt. Legg ein til grunn ei meining om at ein får same del av negative reaksjonar som omsettast i handling (personell sluttar, førtidspensjonerer seg osv.) ved begge sjukehus, er det openbart at negative reaksjonar i Molde som følgje av eit Kristiansunds-nært lokaliseringsvedtak vil få større konsekvensar. Imidlertid er det på grunn av sterkt sprikande oppfatningar i analysegruppa ikkje mogleg å redusere uvissa når det gjeld dette. Det oppfattast dermed å vere ein høg risiko i samband med alle alternativa, men ikkje mogeleg på dette nivået å rangere dei innbyrdes. Ein må understreke at ein ut frå dette ikkje kan konkludere med at ein slik skilnad i risiko ikkje finst. Berre at uvissa er for stor til å ho kan identifiserast.

Ein antar at når eit lokaliseringsvedtak er fatta, så vil ny-rekruttering kunne verte lettare fordi ein då har avklart framtidig lokalisering med tanke på at dei som vert rekrutterte skal etablere seg. Det er vidare identifisert risiko knytt til bygningsmasse og teknisk utstyr, tid og framdrift, høvet til samhandlingsreforma, endring i pasientstraumar og andre høve. Enkeltvis og samla utgjer desse ein risiko for å ikkje nå målsetjinga om å kunne levere gode spesialisthelsetenester i interimperioden. Det er identifisert ei rekkje tiltak, og fleire tiltak kan verte identifiserte i vidare arbeid. Gitt at desse settast i verk og vert gjennomførte, er det rimeleg å anta at risikoen er akseptabel og kan handterast.

I høyringsuttalar og i ROS-analysen av interimfasen blir det likevel problematisert mykje omkring legerekruttering, og det er blitt hovudargumentet for Opdøl-alternativet. Her er det Molderegionen sin større bu- og arbeidsmarknad og eit større fagmiljø ved sjukehuset i Molde som vert ført fram.

Det er nok ikkje tvil om at dette er ein effekt som slår ut til fordel for dette alternativet. Samstundes er det ikkje heilt eintydig at det berre er Moldeområdet som kan fungere som vertskap for SNR.

ROS-analysen av interimfasen viser på same måte at Storbakken har større risiko enn Opdøl for svekking av rekruttering og fagmiljø, men skilnaden er ikkje vurdert som avgjerande dersom kompenserte tiltak vert sette inn. Når SNR er i drift, kan ein ikkje skille på ROS mellom Opdøl og Storbakken.

Tabell 12.5 Vurdering av høve kring risiko og sårbarheit

Alternativ	Vurdering ROS analyse interimperiode
0 - alternativet	Dette alternativet er vurdert i høve til interimfasen, og representerer ein krevjande situasjon, på kort og lang sikt. 0-alternativet vert på lang sikt vurdert som det mest risikofylte.
SNR Storbakken	Noko større risiko for fagmiljø i interimperioden enn Opdøl, men kan kompensereast gjennom god planlegging og aktive kompenserte tiltak.
SNR Astad	Av dei tre nye lokaliseringalterantiva det som medfører størst risiko knytt til fagmiljø og interimperiode. Vurderer det også til å ha litt svekka rekruttering og stabiliseringskraft i driftsfasen.
SNR Opdøl	Krev også kompenserte tiltak, men det alternativet som vil kunne føre lettast gjennom interimfasa.

12.5 Økonomi

Berekningsgrunnlaget innanfor økonomi er basert på overordna analysar basert på erfaringstal innanfor samanliknbare prosjekt. Det er førebels ikkje grunnlag for og gjere detaljerte analyser då dette er ein idefase. Meir spesifikke analysar og berekningar vil bli gjennomført i neste fase av planlegginga.

Investeringskostnaden er basert på utrekna bruttoareal (BTA) og kalkulert med erfaringstal frå Helse Sør-Øst sine to siste større sjukehusprosjekt og idéfaseutgreiing for Oslo universitetssykehus, høyringsversjon av juni 2014. Utrekningane av areal baserer seg på framskriving av aktivitet med utgangspunkt i dagens aktivitet, målt i tal på innleggingar, pasientdøgn, konsultasjonar og bemanning. Investeringskostnad basert på føresetnadane over er vist i tabellen under.

Tabell 12.6 Utrekna investeringskostnad pr. alternativ for SNR

Kategori/alternativ - SNR	0-alt	1A	1B	1C	2A	2B	2C
Sum mill kr	3 320	5 627	5 826	5 654	5 555	5 698	5 582

Det er berre liten skilnad mellom alternativa med unntak av 0-alternativet. Utrekna investeringskostnad er anslag basert på p50 estimat. Den forenkla vurderinga av uvisse viser at 0-alternativet har den største uvisse, og uvisse går klart mest i negativ retning. Blant dei andre alternativa er Astad noko meir prega av uvisse i kostnadar enn dei to andre alternativa. Det er ikkje vesentleg skilnad på Storbakken og Opdøl.

Finansieringa av prosjektet tek utgangspunkt i 50 % eigenkapital frå HMN i byggeperioden og 50 % basert på lån. Det er i langtidsbudsjettet i HMN tatt høgde for ei investering på 4,2 mrd. kroner. Investeringskostnaden i prosjektet ligg dermed over føresetnaden i langtidsbudsjettet til HMN for 2015-2020. Det er synleggjort ei økonomisk berekraft i prosjektet som er basert på summen av prosjektspesifikk innsparing (103-108 mill. kr), generell innsparing (effektivisering) i HF-området (98

mill. kr), renteomfordeling i HMN og bortfall av avskrivningar knytt til bygga i Molde, Hjelset og Kristiansund (44 mill. kr.)

Berekrafta basert på avdrag og renter viser ein positiv kontantstraum frå år ein for alle alternativa med unntak av 0-alternativet. Dei samla alternativa kjem litt betre ut enn dei med desentraliserte einingar. Lokalisering på Storbakken og Opdøl kjem litt betre ut enn lokalisering på Astad. Baserer ein berekrafta på avskrivningar og renter blir biletet litt annleis. Alle alternativ får ei negativ utvikling i starten. Mens 0-alternativet akkumulerer seg opp til ein negativstatus i heile perioden, viser dei andre alternativa positiv status, årleg etter knapt 10 år (8-10 år), og akkumulert etter knapt 20 år (16-19).

Dei ulike økonomiske indikatorane kan summerast opp slik:

- Investeringsøkonomisk er det slik at 0-alternativet krev minst investering. Mellom dei andre alternativa er det liten skilnad
- Driftsøkonomisk kjem 0-alternativet klart svakast ut. Samla løysing er litt betre enn delt løysing (med desentralisert eining i ein eller begge byar).
- No-verdiane skil ikkje vesentleg mellom alternativa.
- Bereevna er svakast i 0-alternativet og best i dei samla alternativa, men det skil lite mellom tiltaksalternativa.

Analyse på sensitivitet viser at berekraft og no-verdiar vert tydeleg påverka av endra føresetnader både når det gjeld investeringsbehov, effekt på driftsøkonomi, og rentenivå. Men det verkar i liten grad på skilnaden mellom alternativa, med det unntak at 0-alternativet relativt sett vert betre ved auka diskonteringsfaktor i no-verdianalysen.

Tabell 12.7 Vurdering av økonomi

Alternativ	Vurdering av økonomi
0 - alternativet	Lågaste investering, men negativ berekraftutvikling. Legg ikkje til rette for driftsforbetringar og gir såleis den lågaste kost-nytte effekten av alternativa.
SNR Storbakken	Er likestilt mellom dei tre alternativa.
SNR Astad	Er likestilt i høve til investering og drift, men kjem litt dårlegare ut pga større uvisse og litt meir krevjande drift av poliklinikk og dagbehandlingseining.
SNR Opdøl	Er likestilt mellom dei tre alternativa.

12.6 Drøfting og tilråding

Helse Møre og Romsdal HF fekk *oppdraget* med «samla plan» for spesialisthelsetenesta i Møre og Romsdal i samband med fusjonen av Helse Nordmøre og Romsdal HF og Helse Sunnmøre HF 1. juli 2011. Føretaket la i utviklingsplanen i desember 2012 til grunn eitt akuttsjukehus for Nordmøre og Romsdal. To sjukehus i nordfylket er ein sårbar modell for framtida. Ved å samle dagens tilbod ved sjukehusa i Molde og Kristiansund, samlar ein to fagmiljø med ulik tyngde og breidde. Totaltilbodet vert såleis meir robust, noko som vil tene både pasientar og tilsette. I tillegg til jamt omstillingsarbeid, i form av standardisering og straumlinjeforming av prosessar, og auka satsing på samhandling med andre aktørar, vil tilbodet vere i tråd med både det som står i spesialisthelsetenestelova og grunnlaget for utvikling av spesialisthelsetenestene gitt av Strategi 2020. SNR skal vere eit nytt og moderne sjukehus, det mest moderne i sitt slag når det står ferdig, legge til rette for «up-to-date» behandling og gode forløp for brukarane og moglegheiter for å byggje vidare på allereie gode fagmiljø. Etter idéfasearbeidet i 2013 og 2014 står ein no føre å skulle gjere val for lokalisering og innhald i det nye felles akuttsjukehus for Nordmøre og Romsdal SNR.

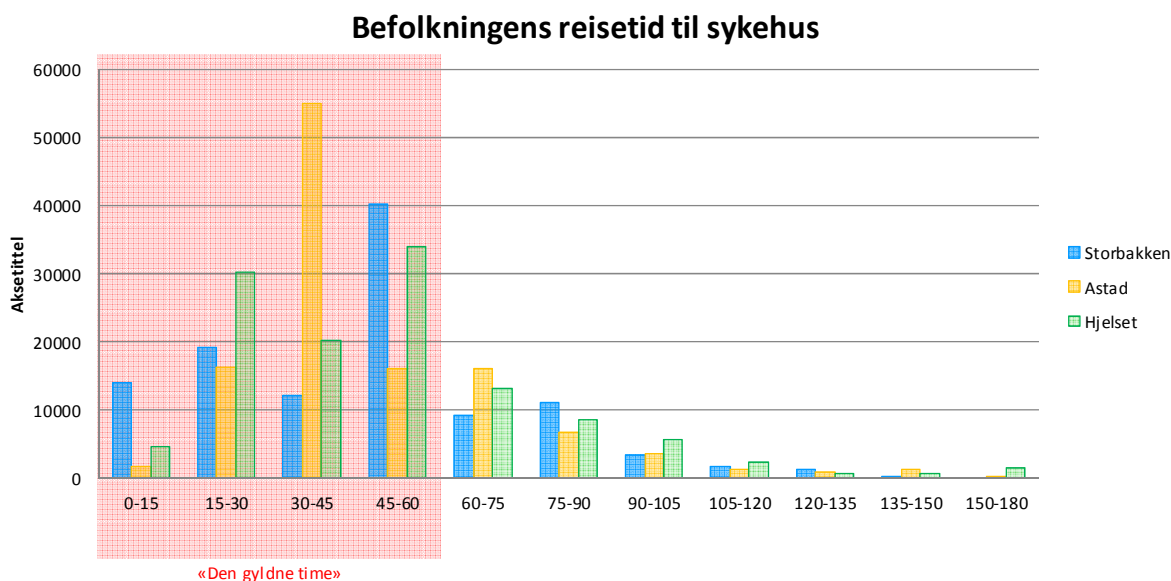
Utgangspunktet for avgjerda i *utviklingsplanen* er som tidlegare omtalt, omsynet til langsiktig utvikling innan fag, kvalitet, volum og brukarbehov. Pasienten er vinnaren, sjølv om dette medfører at mange innbyggjarar, spesielt i Molde og Kristiansund får noko lengre veg til sjukehus, medan andre får kortare. Vedtaket om å byggje eitt felles sjukehus i Nordmøre og Romsdal hadde stor oppslutning då det vart fatta i 2012, og det var eit stort steg for Helse Møre og Romsdal. Fagmiljøa var samde om at eit framtidretta tilbod for pasientane i Nordmøre og Romsdal vil verte oppnådd gjennom å samle felles ressursar i eitt sjukehus og byggje vidare på desse. Slik vil ein kunne gi pasientane eit tilbod som er betre enn det ein har i dag, noko er hovudintensjonen i dette prosjektet.

HMR tek *samfunnsansvaret* alvorleg. Sjukehusa har påverknad langt ut over dei helsetenestene ein tilbyr. På denne måten blir sjukehusa viktige samfunnsbyggjarar, og eit viktig element i både identitet og framtidstru for dei kommunar og byar dei ligg i. Den lokale opplevinga av trugselen om at ein slik viktig institusjon skal verte nedlagt eller flytta må forståast i dette perspektivet. Føretaket er audmjukt over den store opplevde endringa denne prosessen tyder for både pasientar/pårørande, tilsette og omgjevnader. Det er særskilt viktig at HMR gjennomfører naudsynt ROS-arbeid og har gode planar for tiltaksoppfølging.

HMR er ikkje regionsutviklarar, og kan ikkje la regionsutviklande argument vere det som er avgjerande for val av tomt. Men ein er medviten om samfunnsansvaret og klar over dei effektane plassering av sjukehuset har for nærområdet. Slik ein forstår føreskrift om plassering av statlege arbeidsplassar så er ikkje helseføretak omfatta av denne. Spørsmålet om å balansere utlikkskapar i arbeidsmarknad etc. er ikkje noko helseføretaket kan vurdere som utslagsgivande i denne saka, og heller ikkje fylkeskommunen har tatt til orde for val basert på desse viktige og vanskelege tema. Skal dette takast omsyn til i større grad, må avgjersla løftast opp til eit anna nivå.

Tilgang til helsetenester er viktig for befolkninga, og prosessen med idéfasen for SNR har gitt rom for diskusjon kring dette temaet. Analysane som er utførte viser at det ikkje er så stor skilnad i tilgjenge totalt sett uansett kvar på aksen ein plasserer sjukehuset. I Møre og Romsdal har 20 % av befolkninga Kristiansund som sitt næraste sjukehus, medan 24 % har Molde som sitt næraste sjukehus. Tidsmessig når brorparten av befolkninga sjukehuset innan 90 minutt, noko som viser at dagens struktur er god når det gjeld tilgang til helsetenester. Nyare analysar i framtidsperspektivet (framtidig transportnettverk), der Ålesund og St. Olav ligg fast som akuttsjukehus i «kvar sin ende», viser at av heile fylket si befolkning, så vil 41 % ha Opdøl som sitt næraste sjukehus, 40 % har Astad og 38 % har Storbakken. Dette skil i hovudsak på om lag 10 000 personar, med 121 000 for Opdøl og 111 000 for Storbakken. Ved ei lokalisering på Opdøl, har ein altså eit større «opptaksområde», dvs. at det er fleire menneske som «soknar» til denne plasseringa. Om sjukehuset vert lagt til Opdøl, vil 91 % av befolkninga nå sjukehuset innan 90 minutt, medan dei tilsvarande tala er 94 % både for Astad og Storbakken. Over 30 000 personar vil ha over ein time til sjukehus ved lokalisering Opdøl, knappe 30 000 ved lokalisering Astad og rundt 26 000 ved lokalisering Storbakken. Såleis vert problemstillinga ved lokaliseringa å enten velje nærleik for tyngdepunktet av befolkninga, og la dei som har lang veg i dag få enno lenger veg. Eller så kan ein velje ei slags «utjamning», som resulterer i at ein betrar tilgjenget for dei med lang reiseveg, men vel ikkje lokalisasjon etter tyngdepunktet i befolkninga.

Korleis skal ein tolke lik tilgang til helsetenester i dette biletet?



Figur 12.4 Befolkninga si reisetid med bil og rutegående trafikk (ikkje utrykking)

Reisetid til akuttsjukehus er i ein del tilfelle avgjerande for overleving eller utcome med minst mogleg skade som ved hjerneslag, alvorlege infeksjonar og til dels ved hjarteinfarkt sjølv om lang reisetid for den siste kategorien er kompensert med tidleg oppstart av behandling i ambulansenesteta. Generelt kan ein seie at dei som har ein avstand på inntil ein time frå sjukehuset er i en rimeleg trygg sone i høve behandlingstilbod ved dei fleste akuttsituasjonar. Denne gruppa kan tole litt lenger avstand utan at det går ut over tryggleiken. Men når avstanden i utgangspunktet er 90-120 min eller meir, er det grunn til å rekne med at ei forlenging av denne kan gi større effekt på total overleving og prognose ved akutte tilstandar enn der utgangspunktet er ein vesentleg kortare avstand.

Skal ein tolke lik tilgang til helsetenestene i favør av tyngda, som soknar til Opdøl, og godta at reisetida for innbyggerane i Aure, Surnadal og Rauma vert meir enn 120 minutt, og innbyggerane på Smøla får mellom 120-150 minutt? Eller skal ein velje lokalisering der færrest soknar til, men då sørge for at ein får ei utjamning av reisetid, slik at nokre få innbyggjarar i Sunndal og delar av Smøla får meir enn 120 minutt reisetid, men ingen får over 150 minutt? Og kva med høvet mot St. Olav? Med eit sjukehus på Storbakken vil ingen av innbyggerane i Møre og Romsdal ha St. Olav som sitt næraste, medan dette er tilfelle for 82 personar ved lokalisering Astad og 975 personar ved lokalisering Hjelset. Eit anna spørsmål er pasientstraumane frå Nordmøre til Orkdal sjukehus og St. Olavs hospital, og om ei nordleg lokalisering vil kunne hente desse heim og såleis også kunne utgjere eit auka driftspotensial.

Strukturen og utviklinga av tenestetilboda på sjukehusa i fylket er eit resultat av geografi og at tilhøva for samferdsel tidvis er krevjande. Framover mot 2030 vil etter det HMR erfarer fleire samferdselsprosjekt som påverkar reisetidene mellom sjukehusa i fylket stå ferdige. Ein ferdigstilt Møreakse med firefeltsveg og fartsgrense på 100 km/t mellom Molde og Ålesund¹⁹, gjer at reisetida vert korta ned med ca. 40 minutt, til 74 minutt. Korleis påverkar dette framtidsbiletet vårt? Dreiar det pasientstraumane i ei ny retning? Gir det mogelegheiter for å tenkje annleis med tanke på organisering for spesialisthelsetenestene i heile fylket? Ein forventar også at ferjefri kryssing av

¹⁹ [Planprogram](#) reguleringsplan E39 Ålesund-Molde, høyringsutgåve

Halsafjorden er på plass i 2030, og at dette aukar regularitet mot mellom nord og sørsida av Halsafjorden.

Ein annan grunn til at tilgjenge har vore eit tema som engasjerer, er at vedtaket om samanslåing av dagens to sjukehus faktisk gjer at ein kjem fram til noko som for dei tilsette vert dårlegare enn det dei har i dag, gitt dagens bustadmønster. Dei fleste tilsette i Molde og Kristiansund vil få lenger arbeidsreiser enn dei har i dag, noko som er av tyding for dei aller fleste i den praktiske kvardagen. Dette skal ein ha respekt for, og ein må ta omsyn til at det kan vere ein risiko for at tilsette ikkje ynskjer å vere med dersom SNR vert plassert lengst bort frå der dei jobbar i dag. Då vedtaket vart gjort i 2012, var det likevel fagargumentet som stod sterkast: å samle dagens tilbod til eit framtidsretta og robust sjukehus.

Dei faglege argumenta er også ein viktig del av spørsmålet kring rekruttering. Den viktigaste faktoren for oppbygging av kompetanse er storleiken på fagmiljø og pasientgrunnlaget i tillegg til tilgang på ressursar til pasientbehandling og fagutvikling. For rekrutteringsevna i fagmiljøet er dette heilt sentralt, og eit tungt argument for eit fellessjukehus. Det same gjeld evna til å henge med i medisinskfagleg utvikling, dette krev ressursar og kompetanse som er best tilgjengeleg gjennom ei samanslåing.

Som arbeidsgivar har Helse Møre og Romsdal ansvar og behov for alle fagfolka sine uavhengig av kvar dei har si jobbadresse. Ein ser at valet av lokalisering vil kunne føre til endringar i fagmiljøa, som også kan opplevast utfordrande for framtidssituasjonen. Spørsmålet, som utgreiingane har gitt ulike svar på, er om dette er noko som varer ved, eller om eit nytt og moderne sjukehus der personalet vert satsa på, innan ein viss tidshorisont, vil verke rekrutterande i seg sjølv.

Når ein vurderer alle evalueringskriteria samla, så står konklusjonen frå 2012 om at 0-alternativet ikkje er berekraftig som styrka fram. I den tilbakelagde tida er det få teikn på at det skal vere mogeleg i framtidsperspektivet å drive to lokalsjukehus med fullverdige akuttfunksjonar innan indremedisin, kirurgi og gyn/føde i Nordmøre og Romsdal. Derfor tek ein ikkje med 0-alternativet i vidare drøfting her, men slår fast at det vert med inn i konseptfasen som eit referansealternativ i tråd med nasjonal vegleiar.

Ved evalueringa har ein då igjen lokaliseringane på Storbakken, Astad og Opdøl. Som det går fram av vurderingane, så vert Astad vurdert som mindre eigna enn Storbakken og Opdøl innanfor tomteeigenskapar, lokaliseringseigenskapar, sjukehuset si kjerneverksemd og ROS-analysen. Når det gjeld sjukehuset si kjerneverksemd, er det først og fremst evna til rekruttering og å bygge og vedlikehalde robuste fagmiljø som følgje av lokaliseringseigenskapane, som trekker ned. Så lenge opptaksområdet og dimensjoneringa av sjukehuset er likt dei andre alternativa, kan ein ikkje seie at dette sjukehuset si evne til å levere sjukehustenester er dårlegare enn dei andre. Astad er marginalt dårlegare på bygg- og eigedomsutvikling og økonomi utan at dette er avgjerdsrelevant.

Ser ein alle evalueringskriteria samla, så er Astad eit såpass mykje dårlegare alternativ enn Storbakken og Opdøl, at det ikkje kan framførast som eit framtidsretta alternativ for SNR etableringa. Astad er såleis ikkje eit alternativ HMR kan føre fram som ei tilråding i lokaliseringdiskusjonen knytt til SNR.

Då står HMR igjen med Opdøl og Storbakken som aktuelle val i tilrådinga for framtidig lokalisering av SNR.

Ei lokalisering bynært Molde har fordelar knytte til eksisterande fagmiljø og tyngdepunkt i befolkninga i dekningsområdet. Området er også del av ein større bu- og arbeidsmarknadsregion, og har såleis større mogelegheiter til å tilby arbeid til ektefelle/partner. Fagmiljøet ved sjukehuset har fleire spesialistar og større breidde i tilbodet. Det er uttrykt uro for korleis ein skal kunne ta vare på dette tilbodet dersom sjukehuset ikkje vert lagt til Opdøl. Eit tap av dette fagmiljøet vil få uheldige konsekvensar for vidare planleggingsfase i SNR.

Ei lokalisering bynært Kristiansund har fordelar knytte til at færre får svært lang reiseveg til sjukehus. I tillegg har byen ei offshore-næring som er attraktiv med tanke på jobb til ektefelle/partner, og byen har hatt ei positiv utvikling dei siste åra. Også frå Kristiansund vert det uttrykt fare for tap av fagmiljø om ein vel ei lokalisering lengst borte frå Kristiansund. Dette er også ein uheldig konsekvens for SNR, då fagmiljøa i dag på mange måtar er komplementære og ein treng alle for å danne den robustheita og breidda ein ynskjer i det nye sjukehuset.

Som eit tilleggsmoment, sjølv om ein ikkje skal avgjere dette no, så kan det presiserast at poliklinikk og dagtilbod i byen lengst unna SNR har styrka seg som alternativ i evalueringsgjennomgangen.

Eit aspekt elles er den geografiske strukturen på tenestene sett i lys av komande samferdselsprosjekt i fylket. Realisering av Møreaksen fører til relativt kort reisetid mellom Molde og Ålesund, og ein kan då spørje seg om det er framtidsretta å leggje eit akuttsjukehus til Opdøl når Ålesund, som gjennom styrande dokument er sagt å vere eit akuttsjukehus i fylket også for framtida, ligg såpass nær? Kva då med likeverd og tilgjenge? Når vegen til Ålesund vert kortare, har innbyggjarane som bur i Moldeområdet fått ei ny fridomsgrad. I kor stor grad skal dette få vere med på avgjere valet av lokalisering?

Rekruttering er essensielt for å sikre gode tilbod. Ulike instansar uttrykkjer uro for korleis ein skal klare ivareta å dette på ein god måte i interimfasen. Spørsmålet er i kva grad interimfasen skal få vere avgjerande for valet ein no skal gjere. Når det gjeld rekruttering, er det også dei som meiner at eit nytt og moderne sjukehus, der ein satsar på framtidig personell er rekrutterande i seg sjølv. Ein har naturleg turn-over i sjukehusa og vil alltid ha eit skifte av personell. Når nye skal inn, er det viktig å ha eit godt omdømme og noko å tilby. Det er viktig å finne meiningsberarar som er positive til nytt sjukehus og ser mogelegheitene dette skaper for innbyggjarane i Nordmøre og Romsdal. Gode fagfolk trekk også til seg fagfolk, noko som byggjer miljø. Her har ein ei unik mogelegheit i SNR, men det fordrar at ein klarer å trekkje med seg dei positive kreftene frå dagens fagmiljø.

Ein har freista å analysere seg fram til vektige argument for å kunne skilje lokaliseringane på Storbakken og Opdøl, men gjennom det store talet på analysar og vurderingar som er gjorde, er ikkje konklusjonen eintydig – alternativa har sine respektive styrkar og svakheiter.

Tabell 12.8 Styrkar for Storbakken og Opdøl

Styrkar Storbakken	Styrkar Opdøl
<ul style="list-style-type: none"> • Nærast det geografiske midtpunktet mellom, Ålesund sjukehus og St. Olavs hospital • Ei lokalisering bynært Kristiansund har fordelar knytte til at færre får svært lang reiseveg til sjukehus • Kristiansund har ei sterk offshore-næring som er attraktiv, og byen har hatt ei positiv utvikling dei siste åra 	<ul style="list-style-type: none"> • Molde er ein sterk bu- og arbeidsmarknadsregion • Tyngdepunkt for befolkninga i SNR sitt opptaksområde • Ei lokalisering bynært Molde har fordelar knytte til eksisterande fagmiljø ved Molde sjukehus (mange spesialistar og breidde i tilbodet)

Helseføretaket erkjenner at lokaliseringvalet er eit vanskeleg val. Det viktigaste er å sikre innbyggerane i Nordmøre og Romsdal kvalitativt gode spesialisthelsetenester som er tilpassa deira behov, i tillegg til tilgjenge og likeverd.

Tilråding:

Etter ei samla evaluering og vurdering og handsaming av store mengder informasjon kan ein slå fast at både Storbakken og Opdøl er godt innanfor det HMR definerer som medisinskfagleg forsvarleg lokalisering for akuttsjukehuset for innbyggjarane i Nordmøre og Romsdal – begge kan veljast på eit solid grunnlag. Det er vidare nokre hovudmoment som skil Storbakken og Opdøl.

Opdøl representerer isolert sett det største demografiske opptaksområde av alternativa. Lokaliseringa er nærast det største og mest differensierte sjukehuset. Molde by er sentrum i ein større bu og arbeidsmarknad. Risikobiletet synes noko lettare med dette valet, men det er ei vurdering med stor uvisse.

Storbakken representerer eit mindre demografisk opptaksområde, men større geografisk tilgjenge for dei med lengst veg til sjukehus i dag. Midtpunktet mellom Ålesund sjukehus og St. Olavs hospital ligg i Halsafjorden, slik at i eit fordelingsperspektiv vil dette stå sentralt. Dei pasientane sør i Romsdalen som er nærare Ålesund ved lokalisering på Storbakken, har framleis relativt sett akseptabel reiseavstand til akuttsjukehus. Kristiansund har siste tida vist god vekst og utvikling, det er spesielt maritim sektor som representerer vekstkrafta.

Med dette som utgangspunkt kan ein i idéfasearbeidet tilrå både Opdøl og Storbakken som lokalisering for SNR. Desse to alternativa skil seg ikkje på ein slik måte at ein på eit fagleg grunnlag kan slå fast at det eine er betre enn det andre. Dei tilrådande og avgjerdande mynde må i lys av nærare saksutgreiing finne vektinga mellom vurderingane som grunnlag for val av alternativ.

13 Plan for konseptfase

13.1 Innleiing

Formålet med plan for vidare arbeid og mandat for konseptfasen er å ha eit felles styringsgrunnlag for dei som arbeidar med og i prosjektet. Mandatet kan justerast på eit seinare tidspunkt av styrande organ.

Dokumentet skal omtale rammer og krav som er fastlagt og mål og strategi som prosjektet skal følgje for at måla skal nåast. Planar, budsjett og aktivitetar skal vere forankra i styringsdokumentet.

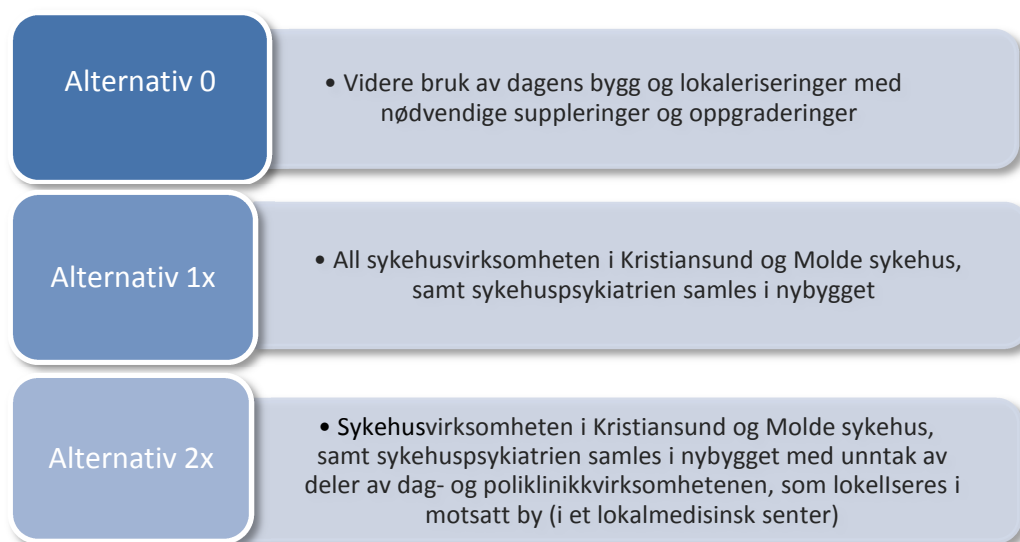
Det vert utarbeida eit eige styringsdokument for kvar ny fase i prosjektet. Denne planen for vidare arbeid dannar grunnlaget for styringsdokumentet for konseptfasen.

13.2 Prosjekt og prosjekteiar

Prosjektet er namngitt «SNR – konseptfase».

Prosjektet omfattar utgreiing av konseptfasen for følgjande 3 likeverdige alternativ som er tilrådd å gå vidare med i konseptfasen:

1. 0-alternativet (renoveringsalternativet)
2. Alternativ 1x samla SNR, dvs. uten dag- og poliklinikktilbod i motsatt by (ane)
3. Alternativ 2 x, SNR med med dag- og poliklinikktilbud i motsatt by



Figur 13.1 Alternativ som skal utgreiast i konseptfase SNR

Det skal utarbeidast ein konseptrapport som dekke opp krava til konseptfase i den nasjonale veiledaren for «tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter», og som er tilpassa øvrige rammeforhold gitt av Helse Midt-Norge RHF og overordna mynde.

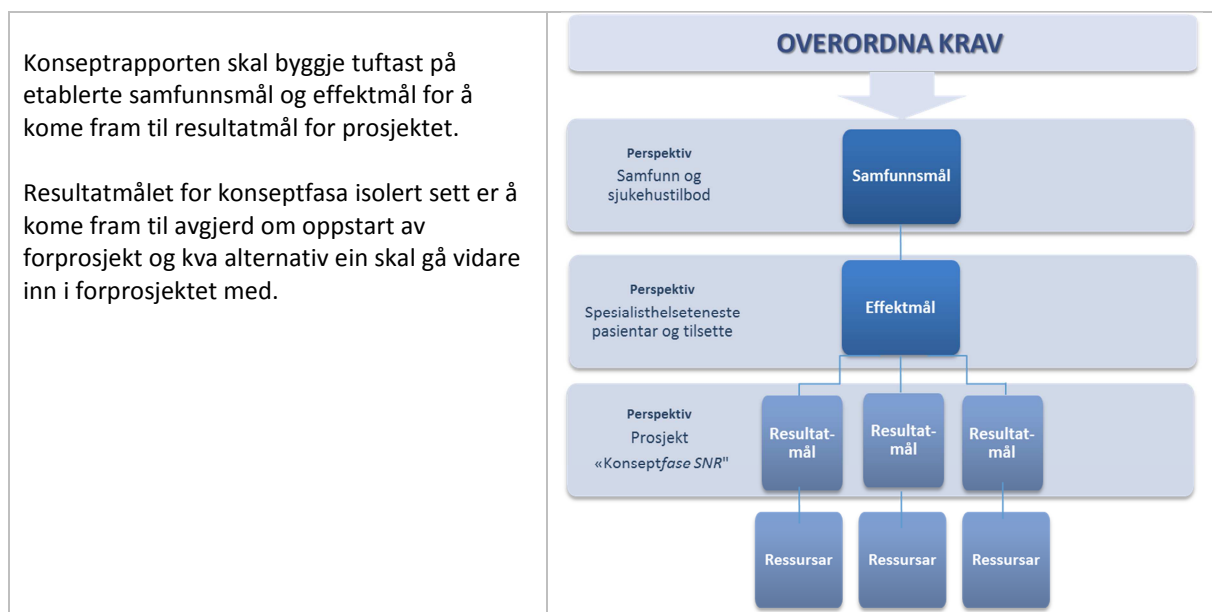
13.3 Hensikt – mål og rammer

Overordna målsetning for konseptfasen er:

«Å utarbeide tilstrekkelig dokumentasjon for at besluttede myndigheter skal kunne ta en avgjørelse på om prosjektet skal videreføres til forprosjektfase.»

Formålet med prosjektet i denne fasa er å utarbeide ein "konseptrapport", dvs. eit avgjerdsgrunnlag som gjev HMR HF og Helse Midt-Norge RHF grunnlag for avgjerd om ein skal gå vidare til forprosjekt for eitt av alternativane og kva alternativ dette er.

Konseptfasa omfattar alle aktivitetar som krevjast for å velje det best eigna konseptet, og å utvikle dette til eit nivå der eigaren med akseptabel tryggleik kan treffe avgjerd om gjennomføring av forprosjektet.



Figur 13.2 Målstruktur SNR

13.3.1 Samfunns mål

Samfunns målet er eit langsiktig mål og ei overordna grunngeving, og eit uttrykk for den nytten eller verdiskapinga eit investeringstiltak er for samfunnet. Samfunns målet er å sikre langsiktige løysingar som vil gi eit helsemessig godt og samfunnsøkonomisk effektivt sjukehusstilbud til befolkninga i opptaksområdet.

Prosjektet skal yte til å oppfylle spesialisthelsetenestelova sitt føremål, som særleg er å:

- *”fremme folkehelsen og å motvirke sykdom, skade, lidelse og funksjonshemning,*
- *bidra til å sikre tjenestetilbudets kvalitet,*
- *bidra til et likeverdig tjenestetilbud,*
- *bidra til at ressursene utnyttes best mulig,*
- *bidra til at tjenestetilbudet blir tilpasset pasientenes behov, og*
- *bidra til at tjenestetilbudet blir tilgjengelig for pasientene”*

Prosjektet (SNR) skal levere spesialisthelsetenester til innbyggjarane i Nordmøre og Romsdal av god fagleg kvalitet, likeverdige og tilgjengelege, tilpassa pasientane sitt behov og gjennom god ressursutnytting til beste for fellesskapet.

Prosjektet skal basere løysingar på dei føringane som kjem fram som følgje av utvikling av spesialisthelsetenestene nasjonalt og regionalt. Dei totale løysingane skal sikre at dimensjonering, driftskonsept i tillegg til oppgåve- og funksjonsdeling vert tatt vare på i dette framtidige helseperspektivet.

13.3.2 Effektmål

Effektmål ser ein i føretaksperspektivet, og desse skal skildre effektar og mogelege gevinstar ein ynskjer å oppnå ved å gjennomføre prosjektet. Dette kan t.d. vere den konkrete verknaden/nytta tiltaket skal føre til for brukarane. Prosjektet skal yte til at ein klarer å oppfylle strategiske og operasjonelle mål for verksemda. Effektmåla vert først realiserte når ny bygningsmasse er tatt i bruk.

SNR gir ei unik mogelegheit til å utvikle eit framtidssretta og moderne sjukehusstilbod for pasientar, tilsette, føretak og kommunar. Effektmåla er knytte til at ein i det nye sjukehuset i perspektivet mot 2030 og vidare, skal kunne levere spesialisthelsetenester som er tilpassa utviklinga i tid, både med tanke på fag/teknologi, effektivitet og kvalitet.

Effektmålet er at brukarane av SNR skal få eit spesialisthelsetenestetilbod som svarar den til ei kvar tid gjeldande standard for gode spesialisthelsetenester; det skal vere robust og moderne, attraktivt for både pasientar og tilsette, og utnytte felles ressursar på best mogeleg måte både for pasientar og tilsette.

13.3.3 Prosjektet sine resultatmål

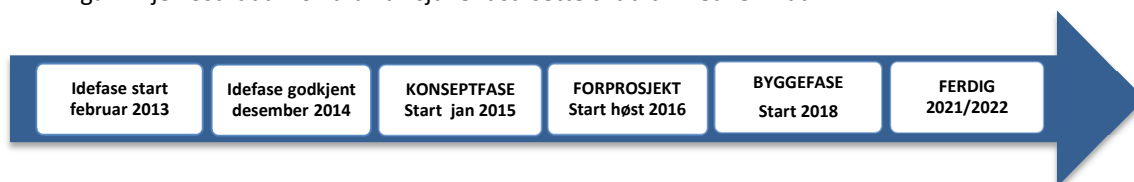
Prosjektet sine konkrete resultatmål i konseptfasen er at det vert valt alternativ og at det blir framstilt ein "konseptrapport" som gjev tilstrekkeleg grunnlag for å avgjere om forprosjekt skal settast i gong, slik at styra for HMR HF og Helse Midt-Norge RHF kan ta stilling til igangsetting av neste fase. Følgjande sentrale moment bør vere utgreidd i prosjektarbeidet:

- Moglegheiter til fleksible driftsformer og best mogeleg utnytting av lokalar og utstyr.
- Moderne bygningsmessig fleksibilitet, elastisitet og generalitet (lettare å tilpasse areala til nye funksjonar og ny metodikk) i framtida etter sjukehuset er teke i bruk.
- Moderne sengepostar mtp. storleik, driftsøkonomi, service, lager og sanitære forhold.
- Integrering av IKT i drift og tilpassa pasientforløp.
- Optimalisert logistikk.
- Moglegheiter for forskning, undervisning og opplæring.
- Moglegheiter for gode medisinsk fagleg funksjoner kan vidareutviklast.
- Moglegheiter for moderne og brukartilpassa pasientbehandling og opplæring.
- Gode løysingar med tanke på ytre miljø og energisparande tiltak.
- Godt inneklima.
- Godt arbeidsmiljø.
- Meir rasjonell drift.
- God fysisk og sosial tilgjenge for alle brukarar (jf. Universell utforming).



Figur 13.3 Resultatområde for konseptfasen SNR

- Konseptrapporten skal vere ferdig til samla handsaming hausten 2016.
- Konseptfasa skal samla sett gjennomførast innanfor ei økonomisk ramme estimert til 60 MNOK, med 10 % usikkerheit og ca. 1,5 MNOK til KSK, får vi ein **estimert rammekostnad på 67,5 MNOK**. I denne ramma inngår ikkje kostnadar for bruk av sjukehusstilsette si tid til medverknad.



Figur 13.4 Prosjektframdrift SNR

13.4 Grensesnitt

Eksterne:

- Kommunar som ligg i opptaksområdet (m.a. vidareføring av dialogen med kommunane og realisering av samhandlingsreforma)
- Høgskoler og Universitetet

Interne:

- Ålesund sjukehus
- Volda sjukehus
- St. Olavs Hospital

13.5 Suksesskriterier og kritiske suksessfaktorar

Suksesskriterier

Når konseptrapporten er ferdig skal situasjonen være som følger:

Rammebetingelsar	Rapporten svarar på og er tilpassa gjeldande rammebetingelsar for HMR HF med omsyn til økonomisk bereevne, funksjonsdeling og framtidig kapasitet.
Kostnadsramme	Kostnadsramma for konseptfasen er halde; - budsjett er ikkje overskridne.
Tidsplan	Tidsplanen halden; konseptrapporten er levert i tråd med vedteken tidsplan.
Konseptrapport	Konseptrapporten har ein kvalitet og eit innhald som gjer at den innan rimeleg tid dannar grunnlag for styrehandsaming og avgjerd om forprosjekt i HMN RHF. Målet er at det skal gjevast oppslutnad om forslaga.

Tabell 13.1 Suksesskriterier ved avslutning av konseptfasen

Kritiske suksessfaktorar

Kritiske suksessfaktorar som har innverknad på måloppnåinga i prosjektet si konseptfase:

- Alle involverte har felles målforståing
- Klare ansvarsområder og tydelege mandat (klar organisering)
- Open og transparent planprosess
- Tilgang på gode verksemdsdata
- Rett kompetanse på rett plass til rett tid
- Tilstrekkelige økonomiske rammer og god kostnadsstyring
- Avsette tilstrekkelig tid og ressursar til nøkkelpersoner for å arbeide med prosjektet
- Solid forankring av prosjektet i organisasjonen
- Avklaring av interessentbildet, oppfølging av kritiske aktørar og miljø
- Samhandling med kommunane om funksjoner og funksjonsfordeling

13.6 Foreløpige rammevilkår og grunnlagsdokument

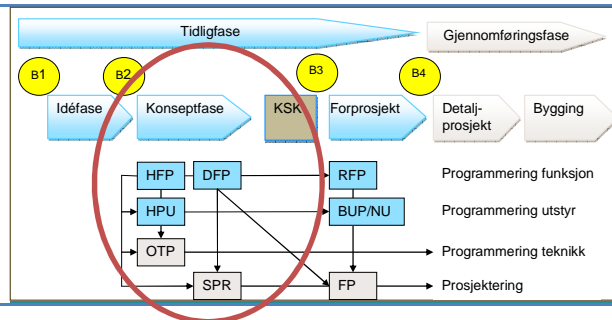
Resultata frå idéfasen vert teke med vidare i konseptfasa. I samarbeid med dei aktuelle klinikkar/avdelingar/ seksjonar skal desse kvalitetssikrast og justerast om naudsynt.

Interne rapporter som dannar grunnlagsdokument for påfølgjande fase er:

- Utviklingsplan for HMR HF
- Idéfaserapport – SNR

13.7 Innhald og arbeidsomfang i konseptfasen – hovudleveranse

Gjennomføringa av konseptfasa er illustrert i figuren frå: *”Veileder for tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter”*:



Figur 13.5 Innhald konseptfase

Konseptfasa skal i utgangspunktet levere på hovudaktivitetane som forklart i tabellen under.

Tabell 13.2 Hovudaktivitetar i konseptfasa

Hovudaktivitetar	Forklaring
Oppdatering	Bearbeide og kvalitetssikre datagrunnlaget utarbeidet under idéfasen
Funksjoner	Utarbeide hovedfunksjonsprogram (HFP) med funksjonsbeskrivelse og arealanalyser for de aktuelle alternativene
Rammer utstyr	Utarbeide hovedprogram utstyr (HPU)
Byggets tekniske løsninger	Utarbeide overordna teknisk program (OTP)
Planer etasje og funksjoner	Utarbeiding av skisseprosjekt (SKP)
Program funksjoner	Utarbeide delfunksjonsprogram (DFP)
Økonomi	Utarbeide økonomiske analyser som inkluderer både investeringskostnader, driftseffekter, berekraftsanalyse og investeringsplan.
Kvalitetssikring	Gjennomføre usikkerhetsanalyser
Vidareføring til forprosjekt	Utarbeide plan for neste fase
Rapport	Utarbeide konseptrapport
Ekstern kvalitetssikring	Gjennomføring av ekstern kvalitetssikring i tråd med tidligfaseveilederen

13.8 Prosjektstrategi – plan for gjennomføring

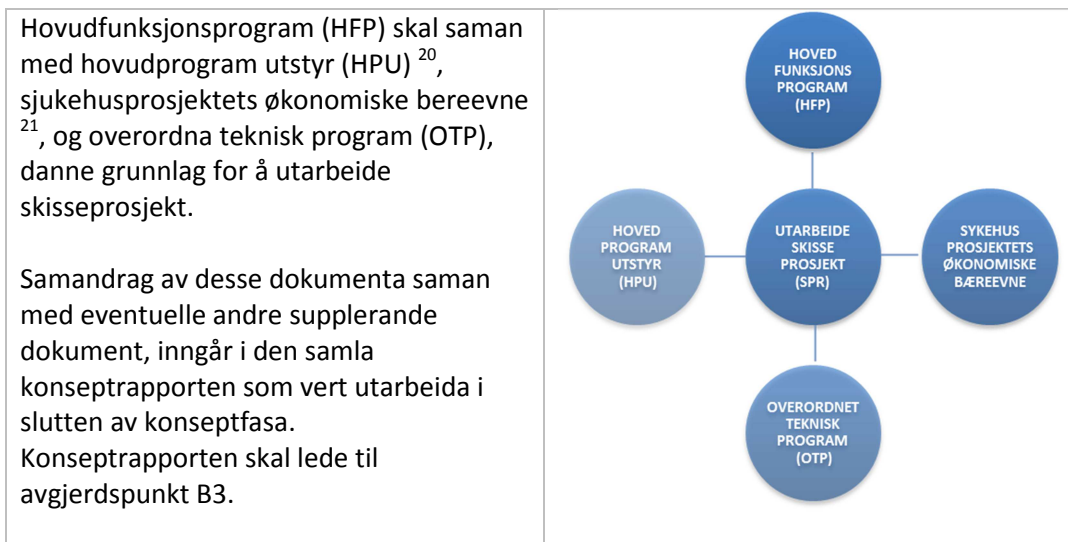
Strategien for prosjektet legg føringane for korleis prosjektet skal gjennomførast for best å oppnå hensikta og måla som beskrivne i kapittelet over. I konseptfasa vert dei aktivitetane som er beskriven i *”Veileder for tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter”* gjennomført.

13.8.1 Bearbeide og kvalitetssikre datagrunnlaget utarbeidd under idéfasen

I samband med utviklingsplanen og idéfasen vart det gjennomført berekningar av kapasitet og arealbehov for eit nytt sjukehus, tilpassa innhald, demografiske endringar i regionen og funksjonar for framtida. Datagrunnlaget og dei føresetnadane som ligg til grunn for berekningane skal kvalitetssikrast i konseptfasa.

13.8.2 Utarbeide hovudfunksjonsprogram (HFP) og delfunksjonsprogram (DFP)

Alternativa i konseptfasa skal utgreiast «likeverdige». Det skal det takast omsyn til også i programmeringen av hovudfunksjons- og delfunksjonsprogram, men med dei modifikasjonar for 0-alternativet som er naudsynt.



Figur 13.6 Forholdet mellom hovudaktivitetane i konseptfasa.

Når hovudfunksjonsprogram (HFP) føreligg skal følgjande vere utarbeida:

- Dokumentasjon og beskriving av dagens situasjon, samt krav til og konsekvens av framtidig utvikling og endring.
- Innsamling og kvalitetssikring av data om aktivitet, kapasitet, bygg og bemanning, dette kan hentast frå utviklingsplanen og idéfase, men normalt krevjast oppdatering og kvalitetssikring.
- Berekning av framtidig aktivitet, kapasitetsbehov og arealbehov fordelt på hovud- og delfunksjoner.
- Beskriving av framtidig driftsmodell med driftsøkonomiske konsekvensar.

Utarbeiding av hovudfunksjonsprogram (HFP) er basert på behovsverifisering av resultatata frå idéfasen. Avklaring av framtidig aktivitet, kapasitetsbehov og arealbehov og utvikle optimale driftsmodellar for å fastlegge rammene for bygningsmessig prosjektering vert gjort i konseptfasen. Gjennom programmeringen skal ein sikre oversikt over og forståing av samanheng mellom verksemda sine oppgåver og krav til bygg og utstyr.

²⁰ Veileder for Hovedprogram Utstyr, Helsedirektoratet, ny revisjon klar våren 2013

²¹ Sykehusprosjektets økonomiske bæreevne, Veileder for beregning av samlet økonomisk konsekvens av investeringsprosjekter i helsebygg, Helsedirektoratet februar 2010

Organisering og medverknad i utarbeiding av HFP

Prosjektet skal ha ein prosjektorganisasjon som har ansvaret for framdrift, gjennomføring av prosessane og rapportering til styrande nivå.

Prosjektorganisasjonen SNR skal leiast av prosjektdirektør tilsett i Helsebygg/Sykehusbygg, og bør vere samansett av fagpersonar frå HBMN/Sykehusbygg, med prosjektleiaransvar og erfaringskompetanse frå andre sjukehusprosjekt og dedikerte interne personar frå HMR som har gjennomføring av prosjektet som si hovudoppgåve. I tillegg kjem bistand frå eksterne rådgjevarar i det omfang det er behov for.

Prosjektorganisasjonen rapporterer til **Prosjektstyret**, som vil ha det overordna ansvaret overfor direktør i HMR for at prosjektet blir gjennomført innanfor avtalt tid og kostnad.

For **programspørsmål** som:

- kor stort skal SNR være
- kor stort areal skal dei enkelte funksjonane ha
- måten sengeområder og poliklinikkar vert strukturert på
- kva opningstider og utnyttingsgrad som skal leggest til grunn
- behov for organisasjonsutvikling
- m.v.

må prosjektet (SNR) etablere ei «**programstyringsgruppe**» som kan bestå av direktør eller den direktør peikar på, med bistand frå evt. fagdirektør /økonomidirektør, saman med prosjektdirektør for SNR – der alle slike prinsipielle spørsmål vert handsama før det vert avgjort av prosjektstyret.²²

Styret for HMR vil med ein slik modell få avtalt rapportering frå prosjektet t.d. tertialrapport, tilsvarande som HMN RHF og KD har mottatt for St. Olavs prosjektet. Styret for HMR vil ha større fokus på avgjerder i prosjektet som påverkar framtidig drift og utvikling, og mindre for den praktiske prosjektgjennomføringa.

Prosjektdirektøren vil ha ansvaret for rapportering til prosjektstyret, og for naudsynt saksutgreiing (under dette t.d. saksframlegg til programstyringsgruppa) før prosjektstyrehandsaming og endeleg avgjerd.

Det føreligger ein eigen veileidar for hovudfunksjonsprogram frå Helsedirektoratet som vert lagt til grunn i tillegg til «Tidligfaseveileder for sykehusplanlegging».

Gruppeleiarane frå prosjektorganisasjonen skal saman med brukarkoordinator utgjere overordna brukargruppe, som vert nytta til koordinering mellom gruppene, og som tek i vare medverknad i ft. Tverrgåande prinsipp for programmering.

Delfunksjonsprogram omhandlar kvar enkelt funksjon og delfunksjon:

- tverrgåande funksjonar

²² Jf. Til dømes St. Olav hadde ein slik modell der St. Olav og DMF inngikk med respektivt direktør og dekanus

- funksjonelle samanhengar
- nærleiksbehov mellom funksjonane
- funksjoners arealbehov
- funksjonane sine eventuelle spesielle bygningsmessige krav
- oversikt over rombehov med romnemningar og areal (romprogram)

Veileder for klassifikasjonssystem i helsebygg vert nytta i inndeling i hovudfunksjonar, delfunksjonar og rombenemningar.

Det som her er angitt er slik ein vurderer organiseringa med dagens erfaring, oversikt og kunnskap. Organiseringa kan verte endra når arbeidet startar opp og under prosjektet si utvikling.

13.8.3 Utarbeide hovudprogram utstyr (HPU) og overordna teknisk program (OTP)

Arbeidet med hovudprogram utstyr og overordna teknisk program vert gjennomført av prosjektorganisasjon, eventuelt med bruk av eksterne rådgiver basert på foreliggende veiledere. Det nedsettes to brukergrupper og utnevnes to brukerkoordinatorer som er ansvarlig kontaktperson for hvert sitt program (disse kan lede de respektive brukergruppene). For konseptfasen skal kun de overordnede prinsippene legges. Spesifisering av teknikk og utstyr foretas i senere faser da valg av alternativ er gjort dvs. primært i forprosjektfasen, men i OTP bør det innarbeides et romprogram for tekniske rom.

Føremålet med overordna teknisk program (OTP) er å:

- Fastlegge byggherren og brukarinstusjonane sine overordna krav til bygninga si bygnings- og installasjonstekniske kapasitetar og kvalitetar. OTP må finne ein god balanse mellom kva som er naudsynt og ønskjeleg å den eine sida, og kva som er kostnadmessige forsvarleg på den andre. Særleg viktige tema er forsyningstryggleik, redundans og kapasitetsreservar i dei bygnings- og installasjonstekniske bygningsdelane og systema.
- Dette omfattar alle tekniske fag, inklusive arkitekt- og byggfag, vvs-fag og elektrotekniske fag samt ei rekkje spesialfag. Særleg er det viktig å få fram krav som inkluderer fleire fag, altså typiske tverrfaglege utfordringar.
- Gjennom OTP vert det trekt opp ei rekkje retningslinjer for korleis sjølve prosjekteringsprosessen skal vere når det gjeld krav om utgreingar, alternativstudiar, kost-nytte analyser, risiko- og sårbarheitsanalysar osv.
- I OTP fokuserast det på krav som ikkje direkte følgjer av lov og forskrift, som til dømes Plan- og bygningsloven, Arbeidsmiljøloven mv., samt krav som går ut over minimumskrava i lovverket og som er spesielle for sjukehusbygg.
- OTP skal fokusere på energieffektive løysingar, jf. Retningslinjer vedtekne i HMN RHF.
- OTP skal innehalde ein overordna plan for IKT i sjukehuset.
- OTP legg vekt på ikkje å angi løysingar, det vert gjort gjennom prosjekteringa, men stiller krav til løysingar.
- Program for tekniske rom tilsvarande «HFP-nivå».

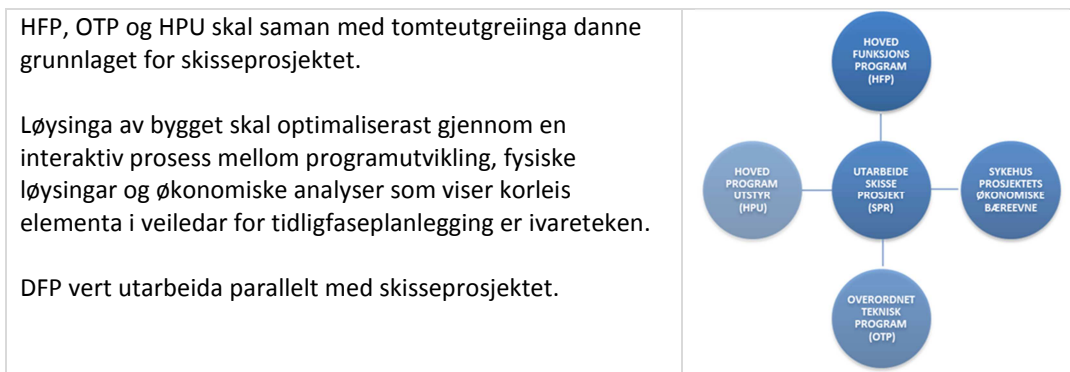
Føremålet med hovudprogram utstyr (HPU) er å:

- Definere kva som er brukarutstyr og kva som er byggutstyr og kategorisere dei ulike funksjonelle utstyrsgrupper i disse hovudgruppene. På den måten vert ei god koordinering mellom ansvarsområda i prosjektering og i utstyrsplanlegging sikra.

- Det kan også vere fordelaktig å avklare om nokon typar byggutstyr bør følgje tilsvarande programmerings- og anskaffelsesprosedyrar som for brukarutstyr.
- Med utgangspunkt i beskrivingane av funksjoner (frå HFP) vert dei viktigaste typene bygg og installasjonspåverkande utstyr (BIP-utstyr) i prosjektet definert. Vidare når og på kva nivå utstyrsprosjektet kan overføre BIP-informasjon til prosjekteringa.
- Avgjere kva type utstyr som inngår i undergrupper for brukarutstyr.
- Klargjere målsettingar for kapasitet, produktivitet og driftsøkonomi for utstyrsinvesteringane.
- Utarbeide ein første og grov utstyrsalkyle inkl. vurdering av usikkerheit, reservar og marginar.
- Etablere overordna strategi for val av utstyr og gjenbruk av eksisterande utstyr.
- Klargjere planprosess, organisering.

Ambisjonsnivå og plan for organisering og gjennomføring av arbeidet med IKT er et krevjande område som må vektleggast, og dekkast gjennom OTP-arbeidet, men med grensesnitt mot både HFP og HPU-prosessane.

13.8.4 Utarbeiding av skisseprosjekt (SPR)



Figur 13.7 Skisseprosjektet som sentralt produkt i konseptfasen

Skisseprosjektet for nybygg vert starta umiddelbart etter at hovudfunksjonsprogrammet føreligg. I tillegg skal 0-alternativet, slik det framkjem i idéfaserapporten, kvalitetssikrast spesielt med tanke på bygningsmessig og teknisk oppgradering for å følgje lovpålagte krav.

Føremålet med en skisseprosjektering er å illustrere løysingsmodeller for å vurdere innplassering på tomt, utvidingshøve, ekstern og intern logistikk og samanhengar mellom driftsmodell og fysiske løysingar. Dette skal danne grunnlag for berekning av bruttoareal og analyser av byggekostnad, samt analyser av driftsforhold og driftsøkonomiske konsekvensar.

Skisseprosjekt teikningar

- Situasjonsplan med tilkomst, parkering med meir
- Teknisk situasjonsplan med kommunaltekniske anlegg
- Utomhusplan
- Planer 1:500. avdelingane sin hovudstruktur
- Snitt og fasadar 1:500
- Prinsipløysingar for teknisk hovudstruktur med vekt på VVS-faga
- Modellar og perspektiv

I tillegg til dei overordna planane som viser sjukehuset sin disposisjon og struktur vil det vere hensiktsmessig å gjere delstudiar i målestokk 1:200 eller større, av spesielle avdelingar for å verifisere løysingsprinsipp og areal. Dette kan mellom anna vere hensiktsmessig for:

- Sengepostar
- Operasjon, intensiv
- Akuttmottak
- Standard element som det skal arbeidast vidare med
- Standardromskatalog mm.

Skisseprosjektrapport inklusiv kalkyle skal innehalde

- Funksjonsbeskriving, beskriving av dei funksjonsval som er føretekte.
- Bygningmessig beskriving
- Beskriving av dei tekniske anlegga på overordna nivå
- Arealoversikt
- Kostnadskalkyle og FDVU-kostnadar (inkl. LCC)
- Forslag til gjennomføringsmodell
- Førrebels tidsplan

13.8.5 HMS

I byggeprosjektet skal det leggst vesentlig vekt på omsynet til helse, miljø og sikkerheit. Dette gjeld på følgjande område i sjølve bygget med dei utstyr og installasjonar som er planlagt:

- pasientsikkerheit og opphaldsmiljø for pasientar
- besøksmiljø for pårørande og publikum
- arbeidsmiljø for tilsette
- miljøkonsekvensar for omgjevnadane (energi, avfall, utslipp, trafikk osv.)

I tillegg vil det bli lagt vesentlig vekt på HMS i sjølve byggefasen, både for de som arbeidar på byggeplass og for omgjevnadane.

I tillegg må HMS også verte teke i vare i alt arbeid med planlegging av sjølve verksemda.

Ved planlegging av bygg og utstyr, har heile planleggingsprosessen som føremål å ivareta HMS, og dette skjer i alle fasar. Først vert dei overordna HMS-krava lagt i overordna teknisk program og i hovudfunksjonsprogrammet. Deretter vert krava detaljert ytterlegare i delfunksjonsprogram og i romfunksjonsprogram, der HMS-krav i kvart enkelt rom vert fastlagt. Alle programfasane vert følgt opp med prosjektering, der krava til HMS finn si løysing i den konkrete og detaljerte utforming av bygget og installasjonar.

På tilsvarande måte blir HMS-krav følgt opp i spesifikasjonar for brukarutstyr.

I byggefasen vert HMS-krava følgt opp gjennom fortløpende kontroll av at dei løysingar som er beskrivne, faktisk blir levert og utført. I tillegg vert det gjennomført eit strengt regime for reint og tørt bygg, slik at ikkje potensielle forureiningar kan bygge seg opp inne i bygget.

I all planlegging blir tilsette involvert som brukarar av bygg og utstyr, mellom anna for å ivareta relevante krav til HMS. Verneombod vil bli tatt med i denne brukarprosessen.

Krav til HMS er fastlagt i en rekke lover og forskrifter. Det gjelder særlig Plan- og bygningsloven og Arbeidsmiljølova, men det gjelder også en rekke spesiallover. Som eit viktig reiskap for å løyse HMS-krava, vil det derfor i prosjektet bli utarbeidd eit oversyn over alle relevante lover og forskrifter som planlegginga må forhalde seg til.

Når det gjeld HMS i sjølve byggefasen, vert dette regulert det av ei eiga forskrift til Arbeidsmiljøloven – Byggherreforskrifta. Gjennom denne vert det fastlagt det klare ansvar og roller for HMS på byggeplass, og det vert utarbeida ein eigen HMS-plan for bygginga.

13.8.6 Økonomiske analysar

Under konseptfasen skal det gjennomførast investerings- og finansieringsanalysar for prosjektet. Det skal utarbeidast berekraftsanalyse og investeringsplan for prosjektet. Det blir også utarbeidd bemanningsanalysar som danner grunnlag for driftsøkonomien i eit nytt konsept. Dei økonomiske analysane som vert utarbeidd, illustrerer driftskostnader knytt til dei ulike modellane. For driftsøkonomisk analyse ligg det føre ein eigen vegleiar som ein legg til grunn.

13.8.7 Analyse av usikre kalkyler

Det vert gjort analysar av usikre element i kalkylane i skisseprosjektet.

13.8.8 Organisasjonsutvikling

I samband med utarbeiding av driftskonseptet vil det vere behov for å ha organisasjonsutviklingsprosessar (OU). Det vil vere eit skjeringspunkt mellom OU-arbeidet som arbeidsgruppene i prosjektet gjer og OU-prosessane i regi av brukargruppene. Det vil det vere den overordna brukargruppa sitt ansvar saman med linjeleiinga å følgje opp dei tilpassingane som organisasjonen skal gjere på grunnlag av tilrådinga til driftskonsept som kjem frå prosjektet. Dette oppdraget vil bli organisert inn i eit mandat for den overordna brukargruppa.

13.8.9 Samhandling

Samhandlingsreformen vil legge ein del føringar for drifta av spesialisthelsetenesta. Desse føringane må prosjektet legge til rette for i samspel med kommunehelsetenesta ved hjelp av fleksible løysningar og samarbeid. Samhandlingsreformen legg opp til auka satsing på førebygging og forskning.

13.8.10 Konseptrapporten

Konseptfasen vert slutført med utarbeiding av ein konseptrapport der den tilrådde løysninga vert framstilt gjennom eit samandrag av innhaldet i delutgreiingar og analysar som er gjennomført. Grunnlaget for val av alternativ vert dokumentert. Innhaldet i konseptrapporten vil i hovudsak vere:

- Hovudoppsumming
- Samandrag
- Bakgrunn frå idéfasen

- Samandrag av hovudfunksjonsprogrammet
- Samandrag av hovudprogram utstyr og overordna teknisk program
- Delfunksjonsprogram
- Organisasjonsutvikling – nye arbeidsmåtar
- Utbyggingsmønster – samandrag av skisseprosjektrapporten
- Økonomiske analysar, driftsøkonomi, berekraftsanalysar og investering-/finansieringsplan
- Plan for neste fase

13.9 Strategi for styring av uvisse

Styring av uvisse skjer primært i forhold til dei kritiske suksessfaktorane. Viktige element er:

Felles målforståing

Planlegging av konseptfasen ligg i tidsplanen som er utarbeidd. Denne forklarar alle oppgåver som skal løysast i løpet av konseptperioden og dei ressursane som er satt av til å utføre oppgåvene. For konseptfasen vil det bli aktuelt med tre brukarkoordinatorar frå sjukehusa som har ansvaret for oppfølginga på klinikk, utstyr og teknikk.

- Brukarkoordinator klinikk – funksjonsplanlegging
- Brukarkoordinator utstyr – hovudprogram utstyr
- Brukarkoordinator teknikk – overordna teknisk program

Klare ansvarsområde og tydelege mandat

Prosjektet har klargjort ansvarsroller gjennom mandat som er gitt ut til arbeidsgruppene. Tabellen under viser ei foreløpig oversikt over dei ulike aktivitetane og programma som skal utarbeidast i løpet av konseptfasen, og som derfor bør tydeleg «ansvarsplasserast» når styringsdokumentet for konseptfasen vert utarbeidd:

Tabell 13.3 Førebels oversikt over aktivitetar og program

Aktivitetsoversikt	
Gjennomarbeide og kvalitetssikre datagrunnlaget utarbeidd under idéfasen	
Hovudfunksjonsprogram inkl. funksjonsforklaring og arealanalyse	
Organisasjonsutvikling (OU)	
Samhandlingsreformen sin effekt	
Delfunksjonsprogram (DFP)	
Hovudprogram utstyr (HPU)	
Overordna teknisk program (OTP)	
Økonomiske driftsanalysar	
Økonomisk berekraftsanalyse	
Økonomiske investerings- og finansieringsanalysar	
Skisseprosjekt	
Plan for forprosjekt- og byggefase	
Konseptrapport inkl. alternativevalueringar	

Open og transparent planprosess

Under konseptfasen skal mykje av innhaldet og arbeidsprosessane i eit nytt sjukehus beskrivast. For å få til eit godt resultat, er det viktig at planprosessen er open og transparent for alle tilsette ved sjukehuset. Innspel og idear blir tekne opp på eit breitt grunnlag og alle involverte partar må gjerast kjende med rammene i prosjektet. Under arbeidet med hovudfunksjonsprogrammet skal driftsendringar som vert planlagt vedtakast i organisasjonen på eit tidleg tidspunkt. Endringane skal drøftast med tillitsvalde før vedtak av leiinga i HMR HF.

Tilgang på verksemdsdata

Tilgangen på data om verksemda i dag er avgjerande for å kunne ta rette avgjerder om behovet for endringar og kva konsekvensar endringane vil ha for drifta. Alle nødvendige tilgangar for konseptfasen er gjort tilgjengelege for prosjektet. Økonomiavdelinga samt analyserressursar i HMN RHF hjelper til med å innhente nødvendige verksemdsdata og superbrukarar hjelper ved behov for aktivitetsdata.

Retts kompetanse på rett plass til rett tid

Prosjektet vil, i den grad det er behov for det, engasjere ekstern bistand til å hjelpe med gjennomføringa av aktivitetane som inngår i konseptfasen. (Skisseprosjektet vert utført ved kontrahering av ei prosjekteringsgruppe med arkitektar og rådgivande ingeniørar. Med dette har

prosjektet sikra kompetanse både om den eksisterande verksemda og nødvendig fagleg kompetanse for gjennomføring av konseptfasen.

Tilstrekkelege økonomiske rammer og kostnadsstyring

Konseptfasen krev ei økonomisk ramme på ca. 67,5 MNOK for kjøp av eksterne tenester. Økonomistyringa skjer primært gjennom månadsrapportering av timeforbruk (og evt. reiser) mot periodisert plan.

Avsette tilstrekkeleg tid og ressursar til nøkkelpersonar for å arbeide med prosjektet.

For konseptfasen må det avklarast eit konkret omfang av frikjøp av tilsette i sjukehusa til prosjektarbeidet for kortare eller lengre periodar. Dette gjeld primært de tre brukarkoordinatorane som er frikjøpt i heile eller deler av arbeidstida si for å delta i prosjektarbeidet. Tilsette kan også få tilskot til besøk og/eller studiereiser til andre sjukehus for å få idear og inspirasjon til utvikling av eige fagområde i eit nytt sjukehus.

Solid forankring av prosjektet i organisasjonen

Alle spørsmål som vedkjem programforutsetningar, funksjonsfordeling, driftskonsept etc må behandlast i organisasjonen.

Brukarkoordinator og brukargruppene vil, i tillegg til å bidra med faglege vurderingar, utgjere ein viktig del av forankringa i sjukehusa sin organisasjon, og vil vere en del av sjukehusa sin organisasjon.

Avklaring av interessentbildet, oppfølging av kritiske aktørar

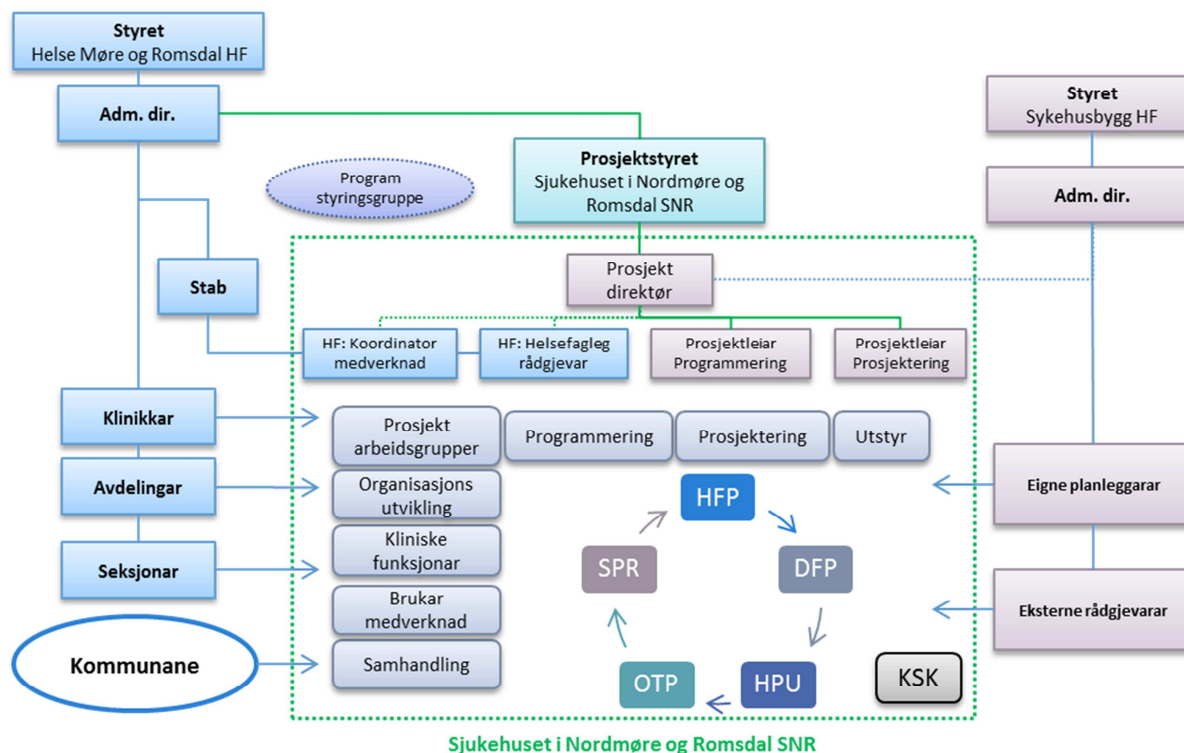
Interessentanalysen og kommunikasjonsplanen må reviderast og tilpassast konseptfasen. Fleire eksterne aktørar viser stor interesse for prosjektet, bl.a. media, politikarar og innbyggjarane i kommunane rundt SNR. Det er viktig at det blir prioritert og allokert fast kommunikasjonsressurs til prosjektet.

13.10 Informasjon

For at alle tilsette skal ha høve til å følge prosjektet, er det planen å legge ut løpande informasjon på helseforetaket sitt intranett. Det skal haldast to – tre informasjonsmøte for alle tilsette i løpet av konseptperioden. I tillegg vett det oppretta sider på helseforetaket si heimeside på internett med informasjon om arbeidet i dei ulike fasane av prosjektet.

13.11 Organisering, styring og ansvarsdeling

Organisering av prosjektet i konseptfasen er vist i figuren nedanfor.



Figur 13.8 Prinsipp for prosjektorganisasjon.

13.11.1 Prosjektstyre og programstyringsgruppe

Adm. dir. i HMR oppnemner eit prosjektstyre som skal ha ansvar for gjennomføring av SNR frå konseptfasen til ferdigstilling og overlevering av det nye sjukehuset.

Det blir etablert ei «programstyringsgruppe» for alle avgjerder som vedkjem program. Denne styringsgruppa kan t.d. vere samansett av adm.dir, økonomidirektør og fagdirektør.

I konseptfasen blir løpande drift gjort av ein prosjektorganisasjon leia av Helsebygg/Sjukehusbygg med helseføretaket sine prosjektmedarbeidarar og innleide rådgivarar. Tilsette og tillitsvalde i sjukehusa vert involverte i arbeidet og elles i eit omfang som er tenleg i forhold til planarbeidet. Arbeidet vert konsentrert om programarbeid og skisseprosjektet: utarbeiding av hovudfunksjonsprogram, hovudprogram utstyr, eit overordna teknisk program og delfunksjonsprogram med romprogram.

Medverking frå tilsette og brukarar er svært viktig for sluttresultatet. Planlegging av kliniske funksjonar og driftskonsept skjer lokalt med bistand frå eksterne kompetansemiljø. Det vert oppretta tre funksjonar som brukarkoordinatorar;

1. brukarkoordinator klinikk,
2. brukarkoordinator utstyr og
3. brukarkoordinator bygningar og teknikk.

Brukarkoordinatorane skal koordinere arbeidet i sjukehuset og vil vere bindeleddet mellom prosjektleiinga og brukarane. Desse bør i noko mon vere fristilt frå sine daglege oppgåver og inngå i prosjektorganisasjonen.

13.12 Tilsette- og brukarmedverking i planprosessen

13.12.1 Mål for medvirkning

I programmering, prosjektering og i utstyrsplanlegging skal all prosjektutvikling skje ved hjelp av *tilsette- og brukarmedverking*.

Tilsette er brukarar av hus, utstyr og organisatoriske ressursar, medan omgrepet «brukarar» vert nytta om pasientar og pårørande, i tråd med føringar frå Helse Midt-Norge

Hovudformåla med tilsette- og brukarmedverking er:

- å sikre prosjektet sin funksjonalitet og andre bruksrelaterte kvalitetar;
- å sikre relevant informasjonsflyt frå driftsorganisasjon til prosjekt;
- å skape kunnskap om, motivasjon for og eigarskap til prosjektet, kort sagt: å sikre eit konstruktivt engasjement i fag- og pasientmiljøa til fordel for prosjektet og dermed for sjukehuset og universitetet sjølv.

Tilsette- og brukarmedverkinga må leggest opp slik at ho til ei kvar tid skjer på rett kompetansenivå i forhold dei oppgåvene medverkinga gjeld. Dette inneber at heile tilsette- og brukarorganisasjonen ikkje skal medverke i alt til ei kvar tid.

Nokre oppgåver er av overordna karakter og krev medverking på et nivå der tilsette og brukarar har kunnskap og oversikt over heile klinikken. Andre oppgåver krev kunnskap og mandat innanfor ei avdeling, eit fagområde, medan nokre oppgåver krev kunnskap om detaljerte funksjonsspørsmål innanfor eit avgrensa område. Alle nivå er likevel viktige for eit godt sluttprodukt.

Medverking skal skje på grunnlag av dei til ei kvar tid gjeldande rammer og føresetnader for prosjektet, og på grunnlag av avslutta resultatdokument frå føregående prosjektfase.

Definisjon av tilsette- og brukarmedverking

Tilsette- og brukarmedverking vert i dette dokumentet definert som

- Tilsette og brukarane si medverking i arbeidet med å definere krav og behov (programmering) i planlegginga av byggeprosjektet, samt deira medverking i utforming av løysingar for å tilfredsstillе krava.
- Prinsipielt rådgivande. Dei tilsette og brukarane gir råd på vegne av dei fag, funksjonsområde og organisasjonseiningar dei representerer.
- Medverking vert organisert og styrt som prosjektarbeid innanfor prosjektet og vert leia av prosjektleiinga.

Overordna mandat for tilsette- og brukarmedverking

Det overordna mandatet for tilsette- og brukarmedverking er:

- Medverking og rådgiving ved programmering i ulike stadier, derunder ved utarbeiding av funksjonsprogram og romfunksjonsprogram.
- Medverking og rådgiving ved prosjektering i ulike stadier, derunder ved utarbeiding av skisseprosjekt, forprosjekt og detaljprosjekt.
- Medverking og rådgiving ved utstyrplanlegging og utstyrsinnkjøp.
- Løpande informasjon til og frå leiinga ved berørte avdelingar om alle forhold av betydning for avdelinga, derunder distribusjon av aktuelle dokument til avdelingsleiinga.
- Løpande dialog mellom deltakarar i tilsette- og brukarmedverkinga og dei miljø dei representerer, om dei spørsmål som blir behandla i driftsorganisasjonen.
- Behandling av saker som blir lagt fram for driftsorganisasjonen til uttale frå prosjektet eller frå driftsorganisasjonane.

Kommunikasjon og samarbeid

Tilsette- og brukarmedverkinga skal skje gjennom effektiv, nøyaktig og dokumentert kommunikasjon mellom deltakarane i prosjektarbeidet.

Eit effektivt prosjektarbeid vil fordre samarbeid på tvers av mange og kjente organisasjonsgrenser. Slikt samarbeid må stimulerast innan dei rammene som er nødvendig for god styring med prosjektutviklinga og for utøving av det samla prosjektansvaret.

I dei enkelte planleggings- og utgreiingsoppgåvene samarbeider tilsette og brukarar direkte med planleggarar og rådgivarar i prosjektet under utvikling av program- og prosjektforslag.

Tilsette er representert ved tillitsvalde i en formell rolle i følge lovverk og avtalar og oppnemnde fagpersonar. Brukarrepresentantar er oppnemnde av brukarutvalet, og representantane for kommunehelsetenesta er oppnemnde av aktuelle kommunar etter førespurnad frå styringsgruppa.

13.13 Prosjektstyringsbasis

13.13.1 Endringsstyring

Endringsstyring nærare omtala i styringsdokumentet for konseptfasen.

13.13.2 Prosjektnedbrytingsstruktur

Ein prosjektnedbrytingsstruktur (PNS) skal utviklast i løpet av konseptperioden. Dette inneber at prosjektet blir delt opp i enkeltoppgåver i eit hierarkisk mønster. Oppgåvene på lågaste nivå i

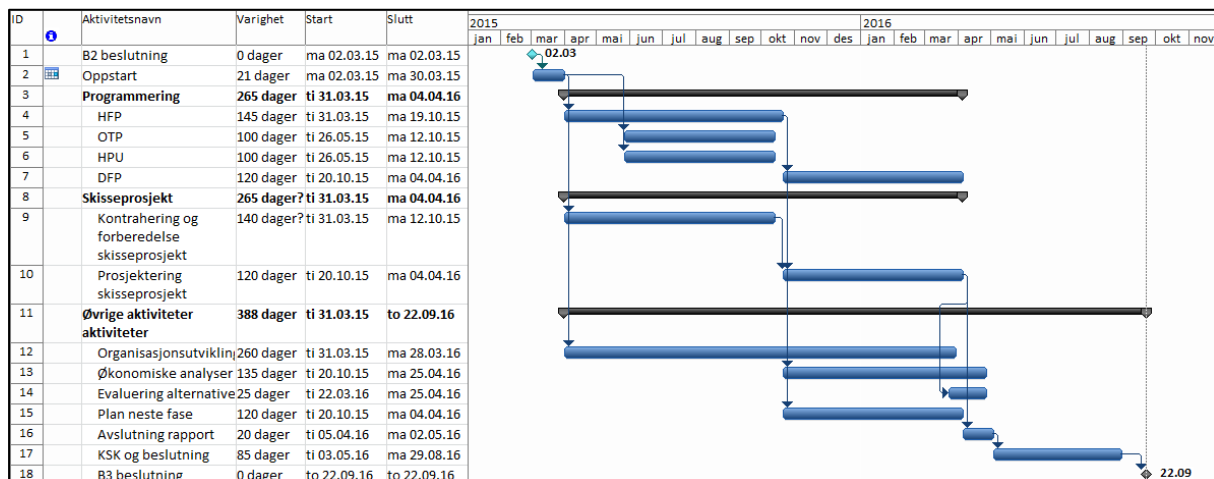
hierarkiet skal vere oversiktlege nok til å kunne beskrivast som aktivitetar. Beskrivelsen blir gjort i prosjektstyringsverktøyet og kjem fram som oversikt for kostnad,- tid og ressursar (KTR), der kvar aktivitet omfattar tre element:

1. Ei verbal framstilling av arbeidsomfang og målsetting med aktiviteten
2. Budsjett for aktiviteten
3. Tidsrommet aktiviteten skal utformast

Detaljeringsbehovet blir bestemt ut frå styringsbehov og administrative kostnader.

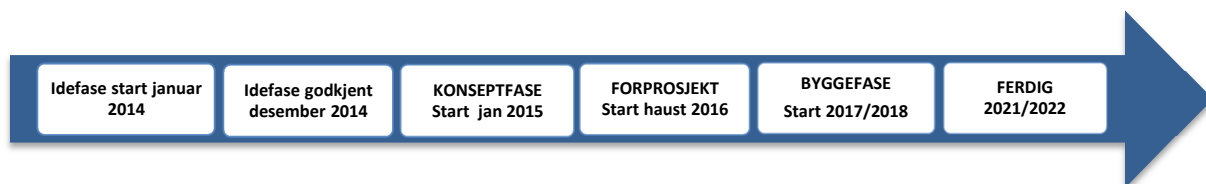
13.13.3 Aktivitetar og milepælar og tidsplan for konseptfasen

Hovudtidsplan viser eit foreløpig tidsestimat med ferdigstilling av konseptrapporten medio 2015, med etterfølgjande kvalitetssikringskontroll (KSK) som vil danne grunnlaget for vedtak i 3. (eventuelt 4.) kvartal 2015 og etterfølgjande oppstart av forprosjekt. Dette under føresetnad av at HMR HF har skaffa nødvendig ekstern bistand til å kunne starte arbeid med konseptfase 02.03.15.



Figur 13.9 Framdriftsplan konseptfasen.

Overordna bilde fram til ferdig bygg:



Figur 13.10 Hovudfasar i prosjektrealiseringa av SNR

13.13.4 Kvalitetssikring og rapportering

For å kvalitetssikre prosjektet er det for konseptfasen lagt opp rutinar for rapportering og evaluering.

- Prosjektstyremøter kvar 4. – 8. veke

- Programstyringsgruppemøte etter plan – for kva som treng beslutning
- Månadleg skriftleg rapportering frå prosjektet om kvalitet, framdrift og kostnad til styret, kopi til HMR
- Tertialrapport til styret HMR
- Utarbeiding av usikkerheitsanalyse.

13.13.5 Kjernen i mandat for brukargrupper

Deltakarane i gruppene skal **gi råd** basert på eigen kompetanse, innhenting av kompetanse frå den delen av verksemda dei kjem frå, samt avstemme med linjeleiinga og ivareta heilskapsperspektivet for verksemda.