



C.F. Møller

RAPPORT REV. 0.1

KSK (I) IDÉFASE SYKEHUSET NORDMØRE OG ROMSDAL

UTARBEIDET FOR HELSE MIDT-NORGE RHF V/HELSE MØRE OG ROMSDAL HF

5. DESEMBER 2014

FORORD

Denne rapporten gjelder kvalitetssikring av Idéfaserapport, benevnt KSK (i), for nytt akuttsykehus for Nordmøre og Romsdal. Arbeidet er gjennomført i henhold til kontrakt av 22.8.2014 mellom Holte Consulting og Helse Midt-Norge RHF v/Helse Møre og Romsdal HF.

Arbeidet er utført i et samarbeid mellom Holte Consulting og arkitektfirmaet C. F. Møller.

I denne rev. 0.1-versjonen av rapporten er enkelte mindre faktafeil og feil i kapittelhenvisninger rettet opp, men det er ikke gjort noen endringer av betydning for konklusjoner og anbefalinger.

Oslo, 5. desember 2014

Holte Consulting

Jan Høegh
Partner Holte Consulting
M.Sc.(econ.), PMP, Prince2, MSP
Oppdragsansvarlig

Susanne Dam Hofmann
Avdelingsleder, sundhets-
planlegger C. F. Møller
Cand.Polit.

Christiane Jøhnk
Planlegger C.F. Møller
Arkitekt, Dipl. Ing, Master i
urbanisme

Thomas Pryssing
Seniorkonsulent C.F. Møller
Cand.scient. (pol.), sykepleier

Karl Gaub
Sjefskonsulent C. F. Møller
Cand.Merc, HD, Socialrådgiver

Borgar Lund
Rådgiver Holte Consulting
Siv.ing.(ind. øk), PMP, Prince2

Camilla Schjetlein Sundt
Konsulent Holte Consulting
Master i samf.øk, Prince2

HOVEDKONKLUSJONER OG ANBEFALINGER

I dette kapitlet beskriver vi våre hovedkonklusjoner og anbefalinger. Innholdet utdypes i de etterfølgende kapitlene.

HOVEDKONKLUSJON

Vi legger til grunn at valget om ett nytt akuttsykehus på aksene mellom Hjelset og søndre del av Frei er tatt, og gjør derfor ikke nærmere vurderinger av behovet.

Det er nedlagt et stort og i mange henseender godt arbeid i utviklingen av idéfaserapporten. Imidlertid mener vi:

- **Målene** er for upresise og lite prosjektspesifikke til å være operasjonelt nyttige
 - Målene er for så vidt konsistente med regionale og nasjonale helsepolitiske mål, som imidlertid også er svært generelt og lite presist definert
 - Det er ikke gjort noen prioritering mellom resultatmålene.
- **Alternativene** i hovedsak utnytter det geografiske mulighetsrommet på en tilfredsstillende måte, mens det funksjonelle mulighetsrommet, både med tanke på fordeling mellom sykehusene i regionen og interne løsninger i det nye sykehuset, er lite vurdert og utnyttet.
 - Mulig overdimensjonerte krav om aktuelle tomters størrelse kan likevel ha medført at reelt sett brukbare tomter er oversett
 - De estimerte bygningsarealene tar utgangspunkt i relativt lite ambisiøse forutsetninger om åpningstider, utnyttelse av kostbart utstyr mv, slik at arealbehovet kan være overvurdert.
- **Kravene** er lite tydelig fremstilt og ikke gitt noen tydelig innbyrdes prioritering
 - Mangelen på tydelighet og prioritering reduserer i betydelig grad kravenes funksjon og gjør det vanskeligere for idéfaseutredningen å komme frem til tydelige konklusjoner og anbefalinger.
- **Økonomisk bæreevne** fremstår som å være basert på sviktende forutsetninger
 - I realiteten er det tvilsomt om det finnes tilstrekkelig økonomisk bæreevne innenfor de rammene som stilt til rådighet
 - Formuleringen i idéfaserapporten om at prosjektet «må tilpassast HMR og HMN si økonomiske bæreevne» skaper ikke tillit til at det nye sykehuset vil sikre befolkningen bedre spesialisthelsetjenester.

Vi mener likevel det er godt begrunnet at tomten på Astad ikke bør foretrekkes, men synes samtidig det vil være trist dersom dette blir det eneste konkrete utfallet av alt arbeidet som er lagt ned i idéfasen. Generelt er det vårt inntrykk at utredningsarbeidet svekkes av en manglende vilje til å ta stilling til de vanskelige temaene. Mange relevante problemstillinger og forhold påpekes, men svært ofte leder ikke dette til konkrete drøftinger og klare konklusjoner eller anbefalinger.

I det perspektivet stiller vi også spørsmål om hvilken ny, relevant og viktig informasjon som skal frembringes i neste fase, og som vil gjøre det lettere å velge mellom Opdøl og Storbakken da fremfor nå.

ANBEFALINGER

I lys av det ovenstående, anbefaler vi at:

1. Styrene i HMR og HMN
 - a. tar stilling til valg av tomt på bakgrunn av idéfaserapporten
 - b. fastsetter en *prioritering* mellom resultatmål for tid, kostnad og kvalitet. Det konkrete *innholdet* i målene bør først fastsettes når det kan relateres til et konkret konsept.
2. At det i det videre arbeidet legges opp til hyppigere og trinnvise beslutninger hos kompetent myndighet, basert på identifiserte milepæler i en helhetlig plan.
3. Det før konseptfasen sterkt vektlegges å
 - a. tydeliggjøre og prioritere mellom de ulike målene og kravene
 - b. gjøre en grundigere analyse av funksjons- og oppgavefordeling, og at dette legges til grunn for en beslutning om hva SNR skal inneholde og hvordan disse oppgavene overordnet sett skal løses i sykehuset. Dette omfatter også vurdering av behov for og eventuelt innhold i et desentralt poliklinisk senter, og hvordan SNR kan inngå som et styrkende element i det samlede helsetilbudet i HMR.
 - c. å avklare det økonomiske handlingsrommet.
4. At alle aktiviteter i konseptfasen organiseres i delprosjekter underlagt én felles programledelse med
 - a. klart mandat
 - b. styringsrett for alle aktiviteter i programmet
 - c. ett rapporteringspunkt mot resten av organisasjonen.

INNHALDSFORTEGNELSE

Forord	2
Hovedkonklusjoner og anbefalinger	3
Hovedkonklusjon	3
Anbefalinger.....	4
1 Oppdraget om KSK (i)	7
1.1 Mandat.....	7
1.2 Beskrivelse av KSK i Veileder for tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter.....	8
1.3 Avgrensning av mandatet	9
1.4 Prosess	9
2 Kort om prosjektet Sykehuset Nordmøre og Romsdal	9
3 Fremstillingen av bakgrunn, mandat og føringer.....	10
3.1 Delkonklusjon	11
4 Målstruktur og avgrensning	11
4.1 Delkonklusjon	12
5 Beskrivelse av dagens virksomhet.....	12
5.1 Beskrivelse av helseforetaket	12
5.2 Opptaksområde og bruksmønster.....	13
5.3 Samhandling med private helseaktører, avtalespesialister og andre.....	14
5.4 Samhandling med kommunene	14
5.5 Delkonklusjon	14
6 Utvikling av helsetjenestene mot 2030.....	14
6.1 Generelt	15
6.2 Befolknings- og sykdomsutvikling.....	15
6.3 Medisinskfaglig og teknologisk utvikling/IKT.....	15
6.4 Oppgave- og funksjonsfordeling	16
6.5 Utvalgte fagområder, vurderinger og tilrådninger	16
6.6 Rekruttering.....	18
6.7 Delkonklusjon	18
7 Fremskrivning av aktivitet og utregning av areal.....	18
7.1 Aktivitetsfremskrivning.....	19
7.2 Utregning av areal.....	19
7.3 Delkonklusjon	20
8 Konsekvensutredninger del 1 og 2.....	20
8.1 KU Del 1	20
8.1.1 Kriterier for valg av tomt	20

8.1.2	Hvordan kriteriene brukes.....	21
8.1.3	Helseforetakets vurdering av tomtene	21
8.2	KU Del 2	21
8.3	Delkonklusjon	22
9	Nullalternativet og nye alternativer	23
9.1	Nullalternativet	23
9.2	Vurdering av de øvrige alternativene	23
10	Økonomi	24
10.1	Delkonklusjon	24
10.2	investeringskostnad	24
10.3	Økonomisk bæreevne og finansiering	25
10.3.1	Hvordan skal økonomisk bæreevne beregnes?	25
10.3.2	inngangsverdier og forutsetninger	25
10.3.3	Beregninger	26
10.4	Samfunnsøkonomisk vurdering	28
10.5	Usikkerhetsvurdering.....	28
11	ROS-analyse.....	29
12	Rapportens evaluering av alternativene og tilrådning.....	29
13	Plan for konseptfasen	30

1 OPPDRAGET OM KSK (I)

Holte Consulting har rammeavtale med Helse Midt-Norge (HMN) om levering av ekstern kvalitetssikring av konseptvalg ved større investeringsprosjekt i spesialisthelsetjenesten i Norge. Dette oppdraget er utført av Holte Consulting og arkitektfirmaet C. F. Møller under denne rammeavtalen.

Grunnlaget for kvalitetssikringen er Idéfaserapport ver. 1.0, datert 25. november 2014. Det følger ingen vedlegg med rapporten. Se likevel kapittel 1.4 under.

Oppdragsgiver for kvalitetssikringen har vært Helse Møre og Romsdal HF (HMR).

1.1 MANDAT

I vår kontrakt heter det i punkt 1.1:

Helse Møre og Romsdal (HMR HF) og Helse Midt-Norge (HMN RHF) har vedtatt at det skal bygges et nytt felles akuttsjukehus for Nordmøre og Romsdal, og som skal erstatte sykehusene i Kristiansund og Molde. Det planlegges for byggestart i 2018 (jf. styresak 92/2012 i HMN RHF).

HMR HF har videre bestemt at det nye fellessykehuset skal bygges på tomt på strekningen fra og med Hjelset i Molde kommune til og med søre Frei i Kristiansund kommune. I tillegg til de to bykommunene er Gjemnes kommune dermed aktuell som vertskommune for nytt sykehus. Det er 6 tomter som er til utredning, i samsvar med vedtatt Planprogram. [...]

HMN RHF har bedt om at det blir gjennomført en tilpasset KSK (her kalt KSK(I) i forbindelse med behandling av Idéfaserapporten (Beslutningspunkt 2). Det er en slik tilpasset KSK(I) som omfattes av denne tilbudskonkurransen.

Kravspesifikasjon for Rammeavtale for levering av ekstern kvalitetssikring av konseptvalg ved større investeringsprosjekt i spesialhelsetjenesten i Norge» legges til grunn for konkurransen. Jf. vedlegg 5 til «Tidligfaseveilederen».

Når det i kravspesifikasjonen vises til konseptvalg skal det forstås som konseptvalg i Idefasedokumentet, med vedlegg.

Når det beskrives kontroll av, sikre, vurdere, prioriteringer, skal det i denne sammenheng først og fremst forstås som å sikre, kontrollere, vurdere-, grunnlaget for prioriteringer.

Helse Midt Norge RHF har i nedenstående matrise utdypet oppgavebeskrivelsen:

Det skal videre sikres at målhierarkiet/-strukturen er konsistent, avklart og ikke for komplisert eller for generell til å være operasjonell. Målene må være prosjektspesifikke, og det må være konsistens mellom nasjonale helsepolitiske mål, målene til de regionale helseforetakene og det prosjekteiende helseforetak. Anbyder skal vurdere om resultatmålene er hensiktsmessig prioritert og kontrollere i hvilken grad kravene som følger av målstrukturen er relevante og riktig prioritert.

Det skal sikres at de alternativene som er belyst i konseptvalgutredningen representerer en tilstrekkelig bredde i forhold til mulighetsrommet, slik at den fulle bredden i mulighetsrommet for å oppfylle det regionale helseforetakets "sørge for"-ansvar er ivaretatt.

Det skal sikres alternativene er riktig prioritert i forhold til målhierarki/-struktur og tilhørende prioriterte krav.

Anbyder skal dessuten kvalitetssikre at alternativene er vurdert opp mot økonomisk og finansiell bæreevne det regionale helseforetaket har for å gjennomføre dem.

Anbyder skal også bl.a. kvalitetssikre vurderingen av hvordan prosjektet vil imøtekomme befolkningens krav til kvalitet i tjenestene.

1.2 BESKRIVELSE AV KSK I VEILEDER FOR TIDLIGFASEPLANLEGGING I SYKEHUSPROSJEKTER

Helsedirektoratet ga i desember 2011 ut en egen veileder for tidligfaseplanlegging i sykehusprosjektet. I Vedlegg 5 til denne veilederen heter det blant annet:

Gjennom den eksterne kvalitetssikringen skal det sikres at det er samsvar med det virksomhetsstrategiske grunnlaget for investeringen og den framlagte konseptvalgrapporten.

- *Det skal videre sikres at målhierarkiet/-strukturen er konsistent, avklart og ikke for komplisert eller for generell til å være operasjonell. Målene må være prosjektspesifikke, og det må være konsistens mellom nasjonale helsepolitiske mål, målene til de regionale helseforetakene og det prosjekteiende helseforetak. Anbyder skal vurdere om resultatmålene er hensiktsmessig prioritert og kontrollere i hvilken grad kravene som følger av målstrukturen er relevante og riktig prioritert.*
- *Det skal sikres at de alternativene som er belyst i konseptvalgutredningen representerer en tilstrekkelig bredde i forhold til mulighetsrommet, slik at den fulle bredden i mulighetsrommet for å oppfylle det regionale helseforetakets "sørge for"-ansvar er ivaretatt.*
- *Det skal sikres alternativene er riktig prioritert i forhold til målhierarki/-struktur og tilhørende prioriterte krav.*
- *Anbyder skal dessuten kvalitetssikre at alternativene er vurdert opp mot økonomisk og finansiell bæreevne det regionale helseforetaket har for å gjennomføre dem.*
- *Anbyder skal også bl.a. kvalitetssikre – jf. nåværende veileder for tidligfaseplanlegging:*
 - *vurderingen av alternativene opp mot hvilke gevinster som ønskes realisert,*
 - *vurderingen av prosjektets "plassering" innenfor det regionale helseforetakets totale tilbud, inklusive avgrensninger til andre sykehus, spesialiteter og funksjoner,*
 - *vurderingene av hvordan samhandling med primærhelsetjenesten og vertskommuner vil påvirke forutsetningene for prosjektet,*
 - *beskrivelsen og beregningen av befolkningens fremtidige behov for helsetjenester (demografisk og epidemiologisk, tilpassing av forbruksrater),*
 - *vurderingen av eventuelle muligheter for omstilling og effektivisering av tjenestetilbudet,*
 - *vurdering av hvordan framtidige behandlingsformer og prioriteringer vil slå ut for de ulike tjenestene,*
 - *vurdering av hvordan prosjektet forholder seg til overordnede krav om ivaretagelse av indre og ytre miljø,*
 - *vurdering av pasientsikkerhet, på hvilken måte bygg og infrastruktur kan medvirke til å redusere uønskede hendelser,*
 - *vurderingen av hvordan prosjektet vil imøtekomme befolkningens krav til kvalitet i tjenestene.*
- *Anbyder skal også kvalitetssikre at alternativene i tilstrekkelig grad har beskrevet og vurdert øvrige samfunnsmessige konsekvenser, og at det i prosjektmaterialet er lagt opp til en hensiktsmessig prosess for å håndtere dette.*

1.3 AVGRENSNING AV MANDATET

Følgende inngår ikke i kvalitetssikringen:

- Beslutningen om å etablere ett nytt felles akuttsykehus på akse mellom Hjelset og søndre del av Frei.
- Rapport om ROS-analyse for interimfasen fra vedtak om nytt sykehus og inntil det tas i bruk
- Rapporter om kommunale og regionale konsekvensutredninger, herunder vurdering av de utpekte tomtenes egnethet.
- Vi har fått opplyst av HMR at en usikkerhetsanalyse ble dokumentert 28. november 2014, men oppdragsgiver har ikke ønsket at denne skal inngå i vår kvalitetssikring.

1.4 PROSESS

I dette kapitlet beskriver vi prosessen med KSK (i) kronologisk.

Den 16. juni 2014 ble det holdt et oppstartmøte for KSK (i) hos HMR. I dette møtet fikk vi en orientering om idéfaseprosessen og redegjorde for vår tilnærming til ekstern kvalitetssikring innen spesialisthelsetjenesten.

18. august 2014 fikk vi tilsendt konsekvensutredningene (KU) fra de tre kommunene Kristiansund, Gjemnes og Molde, samt den regionale konsekvensutredningen. Disse inngår ikke i vårt oppdrag om kvalitetssikring, men utgjør viktig bakgrunnsinformasjon.

24. august 2014 mottok vi dokumentet Høringsrapport idéfase SNR (arbeidstitel for det nye sykehuset – Sykehuset Nordmøre og Romsdal). Denne og KUene var tema for møte hos HMR 24. september 2014.

16. september hadde vi møte med HMRs rådgiver Hospitalitet, hvor vi fikk en orientering om Holspitalitets oppdrag og planlagte prosess.

6. november møtte vi HMR og Hospitalitet. Tema for møtet var foreløpige tilbakemeldinger fra oss og planen for arbeidet videre.

Den 10. november mottok vi

- *Funksjonsfordeling i Helse Møre og Romsdal, analyse knyttet til etablering av nytt akuttsykehus i Nordmøre og Romsdal, foreløpig utgave datert 5.11.2014, Hospitalitet AS*
- *ROS-analyse av interimfase før nytt SNR, rev.nr. 01 datert 29.10.2014, Proactima AS*
- *HMR idéfaserapport – økonomikapittel - skisse, datert 4.11.2014, Hospitalitet AS.*

Den 17. november oversendte vi et kort notat «KSK (i) SNR - Kommentarer til grunnlagsdokumenter for idéfaserapport for nytt akuttsykehus for Nordmøre og Romsdal», hvor vi kommenterer de tre dokumentene nevnt over.

Vi mottok idéfaserapporten i 1.0-versjon den 26. november, 0.9-versjon ble mottatt 20. november, mens 0.9a-versjon ble mottatt 19. november.

Det har i tillegg vært en utstrakt mailutveksling og mange telefonsamtaler underveis i arbeidet.

2 KORT OM PROSJEKTET SYKEHUSET NORDMØRE OG ROMSDAL

Det fremgår av idéfaserapporten at dagens sykehusstruktur er vurdert som lite framtidsrettet, og at spesielt sykehuset i Molde er dårlig egnet. Fremskrivningene viser at helseforetaket ikke disponerer areal i dag som kan håndtere forventet vekst i bruk av spesialisthelsetjenester, flere eldre eller ventet

realvekst gjennom medisinskfaglig og teknologisk utvikling.

I forbindelse med behandlingen av Utviklingsplan for Helse Møre og Romsdal HF-2030, vedtok styret i Helse Møre og Romsdal HF i sak 12/99 at ett nytt felles akuttstusykehus skal lokaliseres på aksene mellom Hjelset og søndre del av Frei. Dette dannet grunnlaget for å starte opp en idéfase etter veilederen for tidligfaseplanlegging i sykehus.

På side 22 i idéfaserapporten fremgår det at følgende alternativer er vurdert:

Alternativ	Lokalisering/tomt	Oppgaver og funksjonar
0 0- alternativet.	Dagens lokalisering ved Lundavang, Opdøl og Kristiansund.	Dagens oppgave 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, Opdøl	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, Opdøl	Somatikk, psykisk helse og rus i SNR.

3 FREMSTILLINGEN AV BAKGRUNN, MANDAT OG FØRINGER

I Styresak 2013-10 er mandatet for tidligfasen beskrevet slik:

Prioritert prosjekt:

Helse Møre og Romsdal HF har av større investeringsprosjekt, førsteprioritet av "eitt nytt akuttstusykehus 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.

Av side 18-19 i idéfaserapporten fremkommer det at formålet med idéfasen er å danne grunnlag for en innstilling til styrene i HMR og HMN som omfatter:

- Lokalisering og tomtevalg for SNR
- Hovedinnhold i SNR
- Økonomisk bærekraft

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

Når det gjelder føringer, vil vi særlig fremheve at det på side 25 i rapporten heter:

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.

3.1 DELKONKLUSJON

Vi mener at mandatet, i teksten om Prioritert prosjekt over, i for liten grad skiller mellom hva som gjelder henholdsvis idé- og konseptfasen. Dette kan ha gjort det lettere å skyve vanskelige beslutninger ut i tid.

Mange av føringene som beskrives i rapporten har mest karakter av visjoner og intensjonserklæringer, og mangler dermed den presisjonen som må kreves av en egentlig føring. Vi mener de regionale føringene kommer aller tydeligst frem gjennom denne delen av vedtak i styret i Helse Midt-Norge RHF i sak 97/13, som ikke er referert i idéfaserapporten:

Styret i Helse Midt-Norge legger til grunn at arbeidet for å nå hovedmålene i Strategi 2020 konsentreres om strategiene «Bedre pasientsikkerhet og kvalitet» og «Effektivisere driften for å sikre økonomisk handlingsrom».

Helseforetaket skal altså samtidig gi bedre behandling og drive mer effektivt. Dette perspektivet kunne med fordel kommet tydeligere frem i mandatet.

4 MÅLSTRUKTUR OG AVGRENSNING

Vi siterer fra vårt mandat:

Det skal vidare sikres at målhierarkiet/-strukturen er konsistent, avklart og ikke for komplisert eller for generell til å være operasjonell. Målene må være prosjektspesifikke, og det må være konsistens mellom nasjonale helsepolitiske mål, målene til de regionale helseforetakene og det prosjekteide helseforetak. Anbyder skal vurdere om resultatmålene er hensiktsmessig prioritert og kontrollere i hvilken grad kravene som følger av målstrukturen er relevante og riktig prioritert.

I idéfaserapporten side 30-31 er målene formulert slik:

Målnivå	Målformulering
Samfunns mål	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.
Effekt mål	Effekt målet er at brukarane av SNR skal få eit spesialisthelsetenestetilbod som svarar den til ei kvar tid gjeldande standard for gode spesialisthelsetenester; det skal vere meir robust og moderne, attraktivt for både pasientar og tilsette, og utnytte felles ressursar på best mogeleg måte både for pasientar og tilsette.
Resultat mål	Resultat målet vert såleis å få fullført prosjektet innan gitt tids- og kostnadsramme gjennom realisering av eit moderne og varande helsebygg både i utforming og i

Målnivå

Målformulering

tenester, basert på kvalitet, likeverd og tilgjenge.

I tillegg skal mål fortrinnsvis være målbare. På svært overordnet nivå kan det rekke at mål er verifiserbare og at verifikasjonen kan skje gjennom måling av oppnådde effektmål.

4.1 DELKONKLUSJON

De formulerte målene for SNR tilfredsstillende i liten grad det som bør kreves av slike mål, og har for en stor del mer karakter av visjoner enn av egentlige mål. Selv om samfunns- og effektmålene rent tekstlig er relatert til SNR, er de lite presise og prosjektspesifikke og åpner for en stor grad av tolkning. Det kan for eksempel være mange ulike oppfatninger av hva som er attraktivt for pasienter og ansatte.

Resultatmålene er ikke gitt noen innbyrdes prioritering, noe som i betydelig grad kan vanskeliggjøre valg som må tas senere i prosjektet.

Målene er ikke i strid med regionale og nasjonale mål, men også disse er så generelt formulert at de ikke gir sterke føringer.

5 BESKRIVELSE AV DAGENS VIRKSOMHET

Kapittelet gir en beskrivelse av dagens virksomhet i form av en oversikt over funksjonene i sykehusene i helseforetaket og redegjør for opptaksområder, pasientstrømmer, og status for forskning og samhandling med andre aktører. I teksten under begynner vi med en overordnet beskrivelse av helseforetaket. Deretter trekker vi frem enkelte temaer som vi vil kommentere.

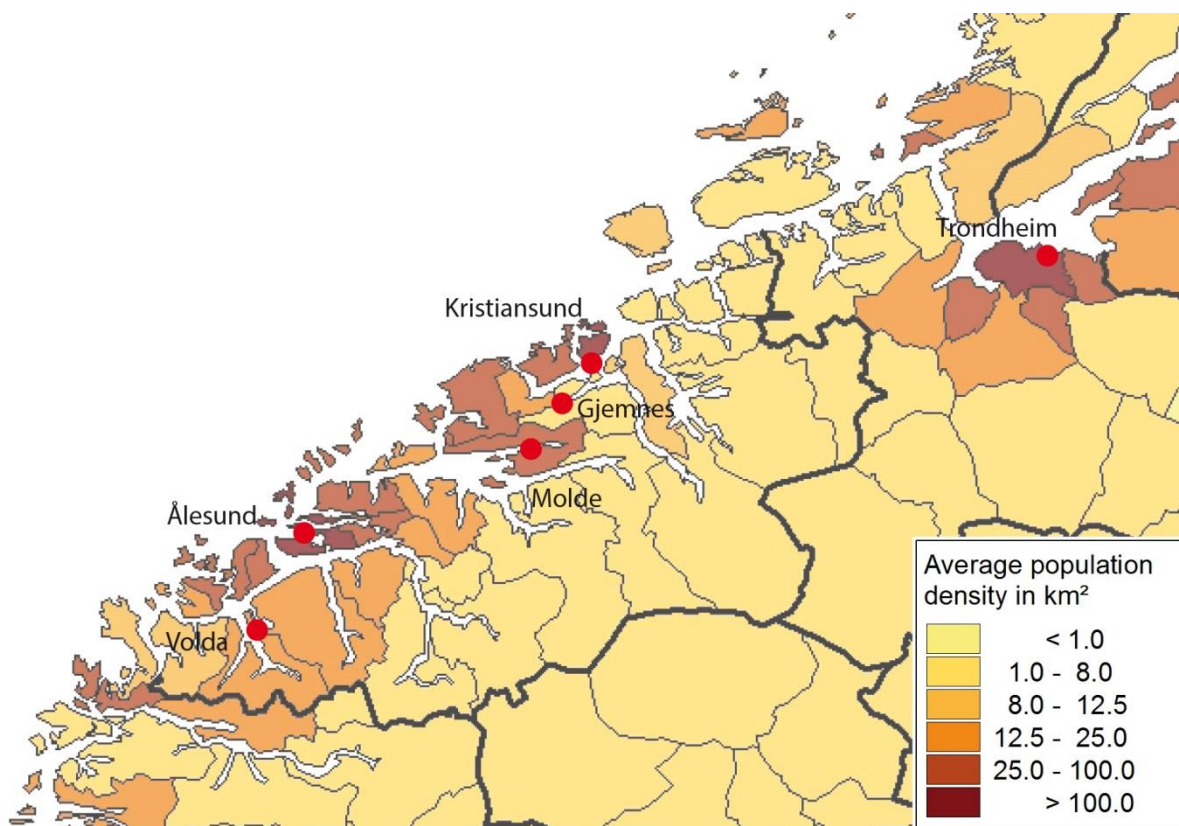
Begrepene som brukes i rapporten avviker til dels fra begrepsbruken som er mest vanlig. Begrepsbruken er heller ikke helt entydig i Norge. For å unngå forvirring bruker vi begrepene regionsykehus, områdesykehus og lokalsykehus i vår fremstilling.

- Regionssykehus er universitetssykehus med regionfunksjoner som dekker større landsdeler. Dette gjelder St. Olav i Trondheim og OUS i Oslo.
- Et områdesykehus gir et spesialisert helsetilbud til hele befolkningen i et helseforetak.
- Lokalsykehus har vanligvis akuttfunksjoner og i noen tilfeller et fødetilbud og dekker et geografisk begrenset område.

5.1 BESKRIVELSE AV HELSEFORETAKET

I dette avsnittet sammenfattes situasjonen i helseforetaket, basert på informasjon som fremgår i dokumentene som er laget i forbindelse med lokaliseringsprosessen. Vi tar utgangspunkt i begrepene regionsykehus, områdesykehus og lokalsykehus.

Kartet under viser eksisterende og mulige fremtidige sykehuslokaliseringer i forhold til befolkningstettheten i Møre og Romsdal.



HMR er et av helseforetakene som ligger i helseregion Midt-Norge. Grensene til helseforetaket er sammenfallende med fylkesgrensene. Fylket har 261.000 innbyggere og er spredt over et stort geografisk område. Det tar cirka 6 timer å kjøre fylket på langs på E39.

Helseforetaket er resultat av sammenslåingen i 2011 av Helse Sunnmøre og Helse Nordmøre og Romsdal HF. Sykehusene i Ålesund og Volda lå i Sunnmøre. Sykehusene i Molde og Kristiansund lå i Møre og Romsdal. I Ålesund og Molde ble de mest spesialiserte funksjonene i helseforetakene tilbudt.

I dag ligger forvaltningen av det nye helseforetaket i Ålesund. Sykehuset Ålesund har lokalsykehusfunksjon og flest områdefunksjoner for hele helseforetaket. Molde sykehus er lokalsykehus med noen områdefunksjoner som for eksempel for nevrologi. Både i Volda og Kristiansund ligger lokalsykehus. Fødeavdelingen i Volda brukes av innbyggere nord i Helse Førde HF. Psykiatrien er lokalisert i Ålesund og Molde. Tilbudet i Ålesund er mer spesialisert. St. Olav sykehus i Trondheim har regionsfunksjoner for helseforetaket.

5.2 OPPTAKSOMRÅDE OG BRUKSMØNSTER

Sykehusene har i dag følgende pasientgrunnlag:

- Ålesund: 98 000
- Molde: 70 000
- Kristiansund: 49 000
- Volda: 42 000.

2000 innbyggere bruker St. Olav i Trondheim.

5.3 SAMHANDLING MED PRIVATE HELSEAKTØRER, AVTALESPESIALISTER OG ANDRE

Det skrives at den nasjonale føringen er at andelen private helseaktører skal økes. Det følger en generell beskrivelse av hva som kan være årsaken til at private brukes lite i Helse Møre og Romsdal. Det er uklart hvor stort omfang dette utgjør.

5.4 SAMHANDLING MED KOMMUNENE

I dette avsnittet beskrives intensjonen i samhandlingsreformen og status for arbeidet med de ulike fagområdene. Det pekes på utfordringene som må møtes. Kommunene har opprettet et tilbud som kan ta imot utskrivningsklare pasienter.

For kommunale akutt døgnplasser (KAD) konkluderes som følgende:

I kva grad desse plassane vil medføre vesentlig reduksjon av innleggingar i dei medisinske avdelingen 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.

Avslutningsvis skrives det:

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 tenestetilbudet ellers.

Det mangler en beskrivelse av hvilke tilbud som er etablert og omfanget av dem.

5.5 DELKONKLUSJON

Beskrivelsen av eksisterende situasjon gjør det vanskelig å skille det viktige fra det mindre viktige. Mange detaljer beskrives mens helheten forblir noe uklar.

Det mangler en klar avgrensning mot tilbudet som gis av andre aktører.

6 UTVIKLING AV HELSETJENESTENE MOT 2030

Med utgangspunkt i beskrivelsen av begrepene regionsykehus, områdesykehus og lokalsykehus i kapittel 5 ovenfor skisserer vi i det følgende det overordnede innholdet i den foreslåtte oppgave- og funksjonsfordelingen for SNR:

Overordnet er målet at SNR skal ha lokalsykehusfunksjoner for Molde og Kristiansund. I tillegg til dette videreføres en del spesialiserte funksjoner, som i dag ligger i sykehuset i Molde, i SNR. Med utgangspunkt i en forutsetning om Ålesund som områdesykehus i helseforetaket (dvs. det nest-mest differensierte etter St. Olav) er det tatt sikte på å bygge opp en hensiktsmessig komplementær oppgavefordeling, som kan ivareta både pasientenes behov og behovet for et tilstrekkelig pasientgrunnlag for fagområdene. Innenfor det somatiske område foreslås SNR bygget opp på de kirurgiske disipliner gastrokirurgi, ortopedi og urologi, samt et bredt indremedisinsk tilbud.

Med hensyn til kreftbehandling bygger forslaget til oppgave- og funksjonsfordeling videre på Regional kreftplan og styrker dermed Ålesund som "kreftsykehus" for Møre og Romsdal.

Tilbudet innen psykisk helse og avhengighetsbehandling i SNR foreslås som utgangspunkt å tilsvare tilbudet i Ålesund.

6.1 GENERELT

Overordnet betraktet kan det ikke avvises at den skisserte oppgave- og funksjonsfordelingen danner et hensiktsmessig utgangspunkt for en videre avklaring. Den skisserte sammensetningen av spesialiteter sikrer et bredt og relevant utvalg av funksjoner med sikte på å dekke det meste av behovet for sykehustjenester på lokalsykehusnivå. På en rekke vesentlige områder mener vi likevel det er behov for mer uttømmende analyser og vurderinger.

Av idéfaserapporten side 16 fremgår følgende:

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

*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.»*

Dersom dette brede utgangspunktet også skal gjelde funksjonsfordelingen på SNR, fremstår forslaget til oppgave- og funksjonsfordeling på flere områder ufullstendig:

Det kunne med fordel vært anlagt en mer overordnet sunnhetsfaglig helhetsbetraktning, dvs. en bredere, mere stringent og systematisk beskrivelse av hvilket sykehus SNR skal være med tanke på å sikre at et kommende SNR vil inngå som et styrkende element i det samlede helsetilbud i HMR – dvs. hvilken oppgave- og funksjonsfordeling som vurderes samlet å kunne bidra mest hensiktsmessig til det samlede helsetilbudet i HMR, og hvordan dette harmonerer med for eksempel ønsket om kvalitative gode helsetilbud i nærområdet.

6.2 BEFOLKNINGS- OG SYKDOMSUTVIKLING

I beskrivelsen av den forventede fremtidige sykdomsutviklingen i kapittel 6.2 på side 60 heter det blant annet:

Sjukdomsbiletet indikerer sterkt eit behov for ulik (eller tverrfagleg) kompetanse og ikkje minst kompetanse på førebygging, behandling og oppfølging av desse “vekstområda”.

Dette peker på at det i fremtiden blir behov for at tenke mer på tvers av sektorer, slik at for eksempel en mer systematisk innarbeidelse av aspekter ved blant annet samhandlingsreformen med fordel kunne inngå som en integrert del av de opplistede vurderingskriteriene for oppgave- og funksjonsfordeling.

6.3 MEDISINSKFAGLIG OG TEKNOLOGISK UTVIKLING/IKT

Når det gjelder den medisinskfaglige utviklingen, bemerker vi at den beskrevne utviklingen ikke kun bidrar til en økt subspecialisering, men potensielt også medfører at en rekke av de nåværende diagnostiske tiltakene i sykehusregi kan håndteres enten kommunalt og/eller av fastlegen. Av rapporten fremgår at det i fremskrivningen mot 2030 er redusert 10 prosent i antallet av kontroller i poliklinikk på sykehus, og at antallet dagplasser også er redusert. Vi mener derfor det bør vurderes om en reduksjon i det diagnostiske omfanget i sykehusregi også bør inngå som et aspekt i fremskrivningen.

6.4 OPPGAVE- OG FUNKSJONSFORDELING

Som nevnt ovenfor savner vi en mer overordnet sunnhetsfaglig helhetsbetraktning av det samlede helsetilbudet i HMR i forbindelse med den foreslåtte oppgave- og funksjonsfordelingen, jfr. også mandatet for idéfasen som gjengitt ovenfor.

I rapporten angis følgende evalueringskriterier for oppgave- og funksjonsfordeling:

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

Disse kriteriene vurderer vi som utgangspunktet å være relevante. Vi mener imidlertid at det er uheldig at kriteriene fokuserer nokså snevert på sykehusnivået, herunder spesielt på fordeling av oppgaver og funksjoner mellom Ålesund og SNR. Vi legger også merke til at for eksempel kvalitet i behandlingen ikke inngår i de evalueringskriteriene.

Når det gjelder selve vurderingen av oppgave- og funksjonsfordeling mener vi det ville vært nyttig å anlegge et litt bredere og overordnet samlendende perspektiv, siden de respektive vurderingene til tider fremstår som vurdert fra «sak til sak», det vil si uten omtale av for eksempel relevante kliniske støttefunksjoner (f.eks. behovet for radiologiske ytelser i forbindelse med visse kirurgiske funksjoner). Tilsvarende er enkelte funksjoner tilsynelatende omtalt uten at ta med i betraktningen beslektede kliniske funksjoner. Eksempelvis kunne det i sammenheng med funksjonsfordeling for Barn også være hensiktsmessig å omtale den obstetriske funksjonen på SNR. I tillegg kunne en vurdering og omtale av bæredyktige volumer for de enkelte spesialområdene være hensiktsmessig. For eksempel kunne det trolig med fordel omtales og vurderes om den foreslåtte løsningen for Barn på SNR: «*døgnsenger (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*» gir et tilstrekkelig volum med til å sikre den nødvendige kvaliteten i behandlingen.

En vurdering av om den geografiske plasseringen av et kommende SNR eventuelt vil kunne påvirke den samlede oppgave- og funksjonsfordelingen ville trolig også være hensiktsmessig, fremfor som nå tilsynelatende kun å forutsette at oppgave- og funksjonsfordelingen i store trekk vil være den samme uansett geografisk plassering av et kommende SNR. De kunne for eksempel hevdes at det potensielt kan påvirke oppgave- og funksjonsfordelingen dersom avstanden mellom Molde og Ålesund med bil kommer ned på nærmere 1 time. En så relativ kort avstand kan blant annet gi grunn til fornyet vurdering av muligheten til å unngå dubleringer av funksjoner. Tilsvarende vil det med en så relativ kort avstand være gode muligheter for at personale kan ambulere fra Ålesund til Molde. Tilsvarende eksempler kan trolig finnes også når det gjelder Kristiansund.

6.5 UTVALGTE FAGOMRÅDER, VURDERINGER OG TILRÅDNINGER

For visse av de kirurgiske funksjonene virker vurderingene av oppgave- og funksjonsfordeling ikke helt uttømmende. For eksempel fremgår det på side 65 under kapittel 6.5.3:

Innanfor gastrokirurgi vert det vist til at avhengigheita mellom akutfunksjon 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.

Av den regionale kreftplanen for HMN 2011-2020 fremgår det blant annet at:

... for pasienter med endetarmskreft er det de siste fem årene utført mellom 5-18 operasjoner årlig ved Levanger sykehus og mellom 7-11 operasjoner årlig ved Molde sykehus. Flere sykehus har operert tykktarmskreft i samme femårsperiode; Levanger 34-51 operasjoner årlig, Molde 41-62 operasjoner

årlig og Namsos 12-20 operasjoner årlig. Helse Midt-Norge har et lavt befolkningsgrunnlag, og det er viktig at de sykehusene som skal utføre kreftkirurgi oppnår et høyt nok volum, slik at kompetanse og utdanningskapasitet er sikret.

Det er dermed noe uklart om gastrokirurgien på SNR kan beholdes med nåværende volum, eller om volumet bør økes med tenke på å sikre intensjonene i den regionale kreftplanen – og hvordan et eventuelt økt volum på SNR harmonerer med anken om, at Ålesund bør være (områdesykehuset) i regionen, jfr. Foretaksmøtet HMR HF 30. juni 2011.

I kapittel 6.5.4 fremgår det at «SNR byggast opp på dei tunge kirurgiske disiplinane som gastrokirurgi, ortopedi og urologi». En spesifikk vurdering og tilrådning om urologiske fremgår likevel ikke umiddelbart av rapporten eller av det underliggende funksjonsfordelingsdokumentet. To av de tre ovenfor omtalte tunge kirurgiske fagene er således ikke vurdert videre uttømmende.

Tilsvarende kinne en rekke av de skisserte forslagene til funksjonsfordeling innenfor det medisinske området kunne med fordel være mere utførlig begrunnet. For eksempel virker det uklart om opprettholdelse av infeksjonsmedisin og luftsmitteisolater på SNR står i forhold til det faktiske behovet. Tilsvarende i forhold til Nefrologi, hvor det tilsynelatende anbefales opprettholdelse av nefrologisk poliklinikk på SNR, på tross av at det i 2013 kun var 97 polikliniske konsultasjoner ved Molde sykehus og ingen konsultasjoner ved Kristiansund.¹ Som tidligere nevnt, kunne en vurdering av pasientvolumer som en integrert del av analysen derfor være hensiktsmessig.

Videre kunne er rekke av forslagene til oppgave- funksjonsfordeling med fordel lagt større vekt på mulige effekter av samhandlingsreformen. Av kapittel 6.6.1 i rapporten fremgår det blant annet:

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.

Andre steder i SNRs nærrområde er det et utstrakt samarbeid mellom sykehus, fastleger og lokalmedisinske sentre, blant annet om visse type neurologiske lidelser. En rekke av de overordnede aspektene ved samhandlingsreformen er omtalt i kapitel 5 i rapporten, men vi kan ikke se at disse aspektene er vurdert i forbindelse med utredningen av oppgave- og funksjonsfordelingen for SNR.

Av den skisserte oppgave- og funksjonsfordelingen fremgår det at det skal være rus- og avhengighetsbehandling i SNR. Videre fremgår det på side 73 i rapporten:

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-akuttilbod 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.

Tanken om opprettelse av et supplerende rus-tilbud i den nordlige del av HMR kan i utgangspunktet være fornuftig, men bør baseres på mer enn en antagelse om underforsyning. Videre bemerker vi at relevansen av et slikt supplerende tilbud også kan hevdes være avhengig av hvor et kommende SNR plasseres. En plassering av denne funksjonen nær Ålesund vil for eksempel neppe være hensiktsmessig.

Mangelen på slike avklaringer gjør det til tider vanskelig å vurdere om den skisserte oppgave- og funksjonsfordelingen er sannsynlig eller fullt ut troverdig.

¹ Jfr. Funksjonsfordeling i Helse Møre og Romsdal, analyse knyttet til etablering av nytt akutt sykehus i Nordmøre og Romsdal (Foreløpig utgave – til behandling i styrings- og koordineringsgruppa 13.11.14.) side 11.

6.6 REKRUTTERING

De generelle vurderingene om rekruttering i rapporten, herunder om behovet for kompetanseoppbygging av helsepersonell i primærhelsetjenesten, fremstår i utgangspunktet som rasjonelle. En mere utførlig beskrivelse av rekrutteringsaspektet som kan følge av de respektive forslagene til oppgave- og funksjonsfordeling kunne likevel vært hensiktsmessig.

6.7 DELKONKLUSJON

Den skisserte oppgave- og funksjonsfordelingen kan være et hensiktsmessig utgangspunkt for en videre avklaring.

Vi mener likevel at det burde vært anlagt en mer overordnet sunnhetsfaglig helhetsbetraktning, det vil si en bredere, mer stringent og systematisk beskrivelse av hvilket sykehus SNR skal være, for å sikre at et kommende SNR vil inngå som et styrkende element i det samlede helsetilbud i HMR, jfr. bl.a.«1+1=3»-tenkningen, som blant andre helseministeren har fremholdt som en målsetning for prosjektet.

I sin nåværende form inneholder forslaget til oppgave- og funksjonsfordeling – særlig når det gjelder det kirurgiske området og forholdet til samhandlingsreformen – dermed en rekke usikkerhetsmomenter, som gjør det forholdsvis vanskelig å vurdere om oppgave- og funksjonsfordelingen er hensiktsmessig og plausibel.

Vi er klar over at den forutgående prosessen til oppgave- og funksjonsfordelingen for SNR har vært utfordrende og til tider vanskelig. Dette hindrer likevel ikke at der trolig vil være behov for en mer uttømmende analyse av oppgave- og funksjonsfordelingen enn den som nå er gjennomført.

Med tanke på å fremskaffe et mer konkret forslag til på hvilken måte SNR kan inngå som et styrkende element i det samlede helsetilbud i HMR er det ikke usannsynlig at den geografiske plasseringen av sykehuset kan ha en betydning. Et valg at tomt forut for avklaring av oppgave- og funksjonsfordelingen ville trolig i betydelig grad kunne redusere en rekke av de skisserte usikkerhetsmomentene, siden oppgave- og funksjonsfordelingen da ville kunne forholde seg til en vesentlig mer konkret kontekst.

7 FREMSKRIVNING AV AKTIVITET OG UTREGNING AV AREAL

Fremskrivningen av aktiviteten og utregningen av fremtidig arealbehov bygger langt på vei på det arbeidet som ble gjort i forbindelse med Utviklingsplanen. Det generelle inntrykket er at der er gjort et grundig stykke arbeid, men at det i forsøk på å minske usikkerhetene som følger av å skulle «spå om fremtiden» er valgt en konservativ tilnærming til oppgaven. Vi vil likevel fremheve at det i forbindelse med idéfaseutredningen på visse punkter er forsøkt rettet opp. Blant annet mener vi at selv om det øker det samlede arealbehov, virker det fornuftig at arealstandardene er justert opp til et nivå som passer med de nyere sykehusprosjekter.

Vi ser det som positivt at man har forholdt seg til effekter av Samhandlingsreformen, og selv om det framgår at der hersker usikkerhet om hvor store effektene vil bli, så er der også her i utgangspunktet inntatt en meget forsiktig holdning. Det skal i den sammenheng bemerkes, at det både i kapittel 6.4. og tabell 7.1 framgår at det er redusert 10 prosent på polikliniske besøk som følge av reformen. Dette synes dog ikke at være korrekt, idet der i tabell 7.1. henvises til forutsetningen fra utviklingsplanen og av denne framgår det, at der alene er innregnet effektiviseringer i forhold til liggedøgn og innleggelser og altså ikke på det polikliniske område.

Når det gjelder fremskrivning av bemanning, er det flere ting vi vil påpeke. For det første framgår det av kapittel 7 at man følger effektiviseringen fra utviklingsplanen, satt til 15 prosent. Men på side 7 i «Beregning av arealbehov i alternative løsningsmodellar» av 24.9.2012 framgår det at der er forutsatt en effektivisering på 5 prosent for kliniske funksjoner og medisinsk service. Hvilken effektivisering som reelt

er innarbeidet i beregningene i idéfaserapporten er således usikkert. Ved å sammenligne areal til personalerelaterte funksjoner (kontorer, personalservice mv.) i tabell 7.9 med tilsvarende tabeller i beregningsnotatet fra 2012, synes det at være de 5 prosentene effektivisering som er innarbeidet. Sammenlignet med andre tilsvarende prosjekter er dette en nokså forsiktig effektivisering, og de 15 prosent som nevnes i kapittel 7 bør som minimum innarbeides i prosjektet. For det annet er der ikke innarbeidet noen effektivisering for administrasjon og intern service. Dette bør etter vår mening også tas opp til fornyet vurdering.

7.1 AKTIVITETSFREMSKRIVNING

Mange av de gode betraktningene som fremgår av kapittel 6 synes ikke å være innarbeidet i beregningene i kapittel 7. Således savner vi at det tas stilling til hvilke effekter økt bruk av IKT og velferdsteknologi vil få. Vil for eksempel flere pasienter kunne bli i hjemmet ved hjelp av økte monteringsmuligheter, og kan polikliniske besøk erstattes med videobesøk mellom lege på sykehuset og pasienten i eget hjem?

Videre savner vi en mer tydelig behandling av konsekvensene av de sykdomsutviklingstendensene som er beskrevet i kapittel 6. I beregninger av det fremtidige behov for helsetjenester er der i kapittel 7 riktignok skrevet:

I tillegg til realveksten, vert framskrivninga korrigerert for framtidig omstilling. Omstilling her viser mellom anna til framtidig sjukdomsutvikling i befolkninga, som mellom anna er basert på ei framskrivning av forventta førekomst av sjukdom.

Så vidt vi kan se, er det kun delvis korrekt, siden samtlige omstillinger er foretatt som generelle forutsetninger på tvers av alle fagområder.

Vi savner en klar definisjon av hva som skal forstås som dagpasienter og hvilke typer behandlinger de forventes at få. Dette aktualiseres av at det i løpet av idéfasen ser ut til å ha skjedd en vesentlig økning i omleggingen av elektive inneliggende pasienter til dagpasienter (fra 10 til 50 prosent av elektive inneliggende pasienter med opp til 2 døgnsliggetid). Til gjengjeld forventes 80 prosent av pasientene som utgangspunkt å få 1-2 overnattinger på hotell. Utover at omkostningene forbundet med et hotellopphold må forventes å være lavere enn et opphold i egentlig sykehusseng, gir ikke denne omleggingen stor gevinst, siden disse pasientene nå også vil oppta en dagplass.

Beskrivelsene av beregningsgrunnlag og forutsetninger innen psykiatri er meget sparsomme og gir oss lite grunnlag for å ta stilling til realismen i resultatene. Vi vil likevel påpeke at noe av det fremtidige behovet tilsynelatende bygger mer på skjønn og forventninger enn på fakta:

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-akuttillbod også i nordfylket i eit nytt SNR.

7.2 UTREGNING AV AREAL

Vi har ikke mye å bemerke til den egentlige utregningen av areal som ikke allerede fremgår av idéfaserapporten, herunder begrunnelsene for det økte arealbehovet som følge av høyere arealstandarder, lavere åpningstid mv.

Som tidligere omtalt, virker det hensiktsmessig at arealstandardene har blitt oppjustert til et realistisk nivå.

Selv om vi anerkjenner at utnyttelsesgrader på 230 dager om året og effektiv driftstid på 7 timer daglig benyttes i andre sykehusprosjekter, vil vi likevel påpeke at det ikke er veldig ambisiøst. De 8 og 9 timers daglig effektiv driftstid som var lagt til grunn i beregningene i utviklingsplanen avspeilte i større grad

tidens trender, med krav om økt åpningstid fra pasientene, krav om effektiv utnyttelse av dyrt apparatur fra befolkning og politikere mv. Dersom det i neste fase skal foretas nye beregninger, vil vi foreslå at man også vurderer åpningstidene på nytt.

Endelig har vi merket oss at en dagplass forutsettes benyttet av 1,5 pasienter per dag og at en dialyseplass kun kan benyttes av en person per dag. Når det gjelder dialyseplasser er det i andre tilsvarende prosjekter regnet med 2 pasienter per plass per dag. For dagplassenes del er det som skrevet ovenfor en vis usikkerhet om hva det er som skal foregå av behandling i disse, og vi kan derfor ikke på det foreliggende grunnlaget med sikkerhet foreslå, at utnyttelsen endres til 2 per plass per dag. Muligheten bør likevel undersøkes, idet volumet av dagpasienter stiger voldsomt.

7.3 DELKONKLUSJON

Vårt generelle inntrykk er, at der er gjort et grundig arbeid med fremskrivning, selv om det er anlagt en forholdsvis forsiktig holdning. Det er positivt at man har vurdert effekter av Samhandlingsreformen, og selv om det framgår at det hersker usikkerhet om hvor store effektene vil bli, så er det også her i utgangspunktet inntatt en meget forsiktig holdning.

En rekke forhold ved fremskrivningen, herunder blant annet effektiviseringer, utnyttelse av apparatur mv, er forholdsvis forsiktig estimert. Samlet sett tror vi derfor det kan være et vist potensial for arealreduksjon. Dette potensialet reduseres likevel noe som følge av de endrede arealstandardene. Vi anbefaler likevel at de justerte arealstandardene beholdes. I tillegg er det en betydelig usikkerhet om arealestimatet, som følge av usikkerhetsmomentene ved oppgave- og funksjonsfordelingen som er skissert i kapittel 6 ovenfor. Foreløpig er det derfor ikke grunnlag for å vurdere om det er mulig å nå ned på, eller kanskje under, arealbehovet estimert i Utviklingsplanen.

8 KONSEKVENsutredninger DEL 1 OG 2

I dette kapitlet vurderer vi konsekvensutredningene del 1 og 2 slik de er gjengitt i idéfaserapporten. De fullstendige utredningsrapportene er ikke en del av kvalitetssikringsoppdraget.

8.1 KU DEL 1

I idéfaserapporten beskrives i hovedsak de enkelte tomtenes egnethet og konsekvenser for nærmiljø (sistnevnte utdypes i en egen ROS-analyse). Vi vil trekke frem enkelte temaer i KU del 1 som vi vil kommentere.

- Kriteriene for valg av tomt
- Hvordan kriteriene brukes til tomtevalg
- Helseforetakets vurdering av tomtene

8.1.1 KRITERIER FOR VALG AV TOMT

Det oppstår inkonsistens i vurderingskriteriene som følge av at analysene og beslutningene av henholdsvis innhold og tomt gjøres parallelt og ikke sekvensielt, på tross av at det er avhengigheter mellom disse beslutningene. I tillegg fremstår kriteriene, slik de presenteres i idéfaserapporten, som temaer som utredes og ikke klare vurderingskriterier. Kriteriene er lite målbare og det fremkommer verken hva minimumskravene er eller hvilke forutsetninger som ligger til grunn for kriteriene.

I underlaget for idéfaserapporten er kriteriene imidlertid noe tydeligere formulert. Vi stiller likevel spørsmål ved hvilke forutsetninger kriteriene bygger på. For eksempel er kriteriet for tomtestørrelse «minimum 120 daa stort areal, potensiale for utviding må synleggjerast». Kriteriet hensyntar at man har

to ulike typologier for sykehus, en modell som er plasskrevende og en som er mer kompakt. Dette speiler utviklingen i nyere sykehusprosjekter. Det bygges i dag kompakte strukturer i bysammenheng som for eksempel Karolinska i Stockholm og mer plasskrevende strukturer utenfor byene som for eksempel DNU i Århus. En stor variant krever ifølge rapporten 59 daa og en kompakt variant krever 49 daa. Det estimeres et behov på 1000 p-plasser på 30 daa. Samlet skal tomten være på 120 daa. Her tar man antakelig utgangspunkt i den plasskrevende varianten. Til sammenligning er tomten til Akershus Universitetssykehus 170 daa stort. Med alle utvidelsesmuligheter vil det kunne bygges 231.000 m² brutto på Ahus-tomten. Her er parkeringen delvis løst i P-hus og delvis på bakken. Tar man utgangspunkt i disse tallene så kan det bygges 160.000 kvm brutto på en tomt på 120 daa. Det ligger en stor reserve i denne summen, men det kreves en utvidelsesmulighet i tillegg til de 120 daa som er minstekravet. Det fremgår ikke av KUene for hvor stor utvidelse man skal legge til rette for.

Det er problematisk å kreve et tomteareal for et fremtidig sykehus som er større enn behovet. Dette kan ha ført til at mer egnete tomter har blitt forkastet. De fleste tomtene som er vurdert berører landbruksareal som i utgangspunkt ikke skal bygges ned. Tomtens størrelse bør tilpasses det reelle behovet, jfr. analyse av aktivitetsfremskrivning og oppgave- og funksjonsfordeling.

Usikkerheten rundt vurderingskriteriet for tomtestørrelse fører til at vurderingskriteriet for økonomi, det vil si vurdering av kostnadene til tomteopparbeiding, får en begrenset verdi i beslutningsgrunnlaget. I tillegg er det uklart hvordan kostnadene som presenteres på side 83 henger sammen med øvrige beregninger i kapittel 10.1 i idéfaserapporten. Disse to settene med beregninger bør baseres på samme beregningsforutsetninger.

8.1.2 HVORDAN KRITERIENE BRUKES

Kriteriene i KU del 1 benyttes av Kristiansund, Gjemnes og Molde kommune til å anbefale en tomt hver i sine respektive kommuner. En oppsummering av resultatene fra kommunenes analyse benyttes videre av HMR til å sammenligne de tre anbefalte tomtene.

8.1.3 HELSEFORETAKETS VURDERING AV TOMTENE

Det er kommunene som har foreslått tomtene. Helseforetaket kommenterer ikke tomtenes egnethet i forhold til kriteriene, det vil si de gjør ikke en vektning av hva slag type tomteegenskaper som er viktigst for HMR. For eksempel likestilles byggbarhet og nærhet til kollektivtransport. Vi mener at nasjonale føringer, blant annet for lokalisering av store arbeidsplasser, i for liten grad er vektlagt i HMRS vurdering.² Likestilte vurderingskriterier fører til at det blir vanskelig å komme med en klar anbefaling for valg av tomt.

8.2 KU DEL 2

I kapitlet omtales samfunnsmessige effekter av lokalisering av det nye sykehuset, herunder stedsutvikling, rekruttering osv. for perioden etter at sykehuset er tatt i drift. Konsekvenser i interimperioden omtales i ROS-analysen (se kapittel 11 i vår rapport for vurdering).

Det er mange relevante temaer som vurderes i KU del 2, men analysen har også noen svakheter.

² I NOU 2011:3, Kompetansearbeidsplasser – drivkraft i hele landet. Utredningen peker på at ved opprettelsen av statlige arbeidsplasser bør man velge lokalisering i regionale sentra som bidrar til å utvikle robuste arbeidsmarkeder.

St.meld. nr. 34 (2012-2013), Folkehelsemeldingen "Gode steder gir gode liv. I stortingsmeldingen kommer det frem at utvikling av gode steder krever samordning med en miljø- og helsevennlig areal- og transportplanlegging. Det skal være mulig å gå eller sykle til arbeid, skole, daglig handel og i sosiale sammenhenger.

Gitt at analysen er gjort parallelt og ikke sekvensielt med øvrige analyser i idéfaserapporten, tar ikke analysen tilstrekkelig hensyn til blant annet usikkerheter knyttet oppgave- og funksjonsfordeling, herunder pasientgrunnlag mm. på de ulike lokasjonene (se våre tilbakemeldinger i kapittel 6 og 7 i denne rapporten).

Den største svakheten i analysen er at det ikke gjøres en vurdering av hvilke samfunnseffekter som bør veie tyngst ved beslutningen om lokalisering av det nye sykehuset. For eksempel vektet rekruttering likt som samfunnsutvikling. Samtidig antydes det i idéfaserapporten på side 142 at HMR er «ikkje en regionsutviklarar [...], men er] klar over dei effektane plassering av sjukehuset har for nærområdet». Videre på side 144 sies det at «rekruttering er essensielt for å sikre gode tilbod». I en rapport utarbeidet av Oslo Economics for HMR,³ hvor samfunnskonseskvenser av ny sykehusstruktur i Helse Møre og Romsdal HF ble vurdert, ble rekruttering og pasientgrunnlag vektet over akuttberedskap/tilgjengelighet. Disse vurderingskriteriene ble igjen vektet over stedsutvikling. En vektning er avgjørende for å kunne skille mellom alternativene, spesielt mellom Storbakken og Opdøl. En vektning kan enten gjøres basert på fastsatte effektmål eller være en beslutning helseforetakets styre og/eller politiske myndigheter tar.

Mindre forskjeller mellom alternativene ville blitt mer tungtveiende i analyseresultatet hvis vurderingskriteriene var vektet. For eksempel står det i idéfaserapporten at «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». Videre står det at «på kort sikt er det er likevel noko mindre potensial for avskaling av fagmiljøet om det nye fellessjukehuset vert lagt til Opdøl». Tross dette kommer Opdøl og Storbakken likt ut i analysen av konsekvenser for rekruttering og fagmiljø.

I forlengelse av dette ønsker vi å påpeke Oslo Economics konkluderer annerledes enn det gjøres i KU del 2 når det gjelder rekruttering. Oslo Economics konkluderer med at plassering av SNR i nærheten av Molde og med poliklinikk i Kristiansund er det beste alternativet. Dette gjelder både med tanke på muligheten for å sikre god rekruttering til fagmiljøet, og dermed god behandlingskvalitet på kort og lang sikt, og stabilt fagmiljø over tid.

I idéfaserapporten savner vi også en tydeligere fremstilling av forskjellene i de samfunnsmessige konsekvensene for de ulike alternativene. I Oslo Economics rapport ble for eksempel konsekvenser for pasientgrunnlag og rekruttering omtalt mer eksplisitt enn det gjøres i KU del 2.

Et siste moment er at analysen mister en dimensjon, da det i KU 2 ikke skilles mellom alternativene henholdsvis med og uten poliklinikk i bysentrumet lengst unna sykehuset. Fra et samfunnsperspektiv er ikke dette kritisk da denne dimensjonen i hovedsak dreier seg om fordelingseffekter. Fra et beslutningsperspektiv kan en slik dimensjon likevel styrke beslutningsgrunnlaget noe, nettopp fordi det ville ha tydeliggjort forskjeller i fordelingseffektene, spesielt med tanke på konsekvenser for stedsutvikling.

8.3 DELKONKLUSJON

Oppsummeringen av konsekvensutredningene i idéfaserapporten fremstår i hovedsak som klar og ryddig. Analysene har likevel noen svakheter.

Avhengigheten mellom beslutningene om henholdsvis innhold i det nye sykehuset og tomt er ikke tilstrekkelig hensyntatt i KUene. Utredningene er gjort parallelt, og ikke sekvensielt med analyse av behov. Det fører til at det blir uklart om vurderingskriteriene for valg av tomt i KU del 1 bygger på riktige forutsetninger. I tillegg vektet ikke vurderingskriteriene. Likestilte vurderingskriterier fører til at det blir vanskelig å komme med en klar anbefaling for tomtevalg. Det vanskeliggjør igjen den videre prosessen, hvor tomteegenskaper skal veies opp mot øvrige lokaliseringsegenskaper, som analyseres i KU del 2.

³ Samfunnskonseskvenser – ny sykehusstruktur i Helse Møre og Romsdal HF, Oslo Economics rapport 2012_16.

KU del 2 har tilsvarende svakheter som KU del 1.

9 NULLALTERNATIVET OG NYE ALTERNATIVER

I dette kapitlet vurderes vi fremstillingen av nullalternativet og de nye alternativene som utredes.

9.1 NULLALTERNATIVET

I henhold til Tidligfaseveilederen skal nullalternativet vise «krav til kostnadsoptimal utvikling av bygget for å opprettholde akseptabel ytelse for virksomheten over byggets resterende levetid. Dette er den aktuelle og relevante løsningen hvis investeringsprosjektet ikke kan gjennomføres.» I dette tilfellet forholder vi oss til at det er besluttet å bygge et nytt sykehus til erstatning for to eksisterende.

Vi oppfatter derfor nullalternativet som lite reelt, og vurderer det ikke nærmere.

9.2 VURDERING AV DE ØVRIGE ALTERNATIVENE

Vi mener alternativene som vurderes utnytter mulighetsrommet på en tilfredsstillende måte på dette stadiet, men at det i større grad burde vært skilt mellom løsninger med sykehus nær én by og poliklinikk nær den andre, avhengig av hvilken by som har sykehuset nær seg.

Det forutsettes at pasientstrømmene vil bli som dagens situasjon også i fremtiden. Det forutsettes dessuten at funksjonsfordelingen mellom Ålesund og SNR ikke vil påvirkes av ulike lokaliseringer. Vi mener tvert imot at det er god grunn til å tro at tomtevalget sannsynligvis vil ha konsekvenser for innhold og omfang av SNR. Omfang og innhold bør utdypes etter at tomten er valgt.

Mandatet for idéfasen omtaler sammenhengen mellom funksjonsfordelingen og tomtevalget slik:

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. (s. 16, Mandat fra styresaka i 2013)

I kapittel 6 begrunner vi hvorfor vi mener et tomtevalg i nærheten av enten Kristiansund eller Molde kan påvirke en hensiktsmessig oppgave- og funksjonsfordeling.

De store geografiske avstandene tilsier at det polikliniske tilbudet i byen(e) som ikke får sykehuset sannsynligvis bør bli forskjellig. Grunnen er at avstanden til nærmeste sykehus fra Kristiansund vil være betydelig større enn fra Molde. Med en fremtidig avstand på under en time til Ålesund fra Molde vil behovet antakelig bli mindre i Molde enn i Kristiansund. I Kristiansund vil det være behov for å styrke det lokale akutttilbudet i tilfelle sykehuset bygges i Molde.

Flere utredninger som gjelder lokalisering av sykehuset peker på forskjellene mellom alternativene:

- Asplan Viak har kartlagt dagens pasientgrunnlag for sykehusene og fremskrevet fremtidens pasientgrunnlag avhengig av avstander for ulike lokaliseringer. Ifølge deres analyse vil et sykehus ved Molde ha et pasientgrunnlag på 125 000 innbyggere. Et sykehus ved Kristiansund vil ha et pasientgrunnlag på 117 000 innbyggere. Dette er 7 prosent forskjell. (Tilgjengelighetsanalyser, 2011)
- Oslo Economics har gjennomført en samfunnsanalyse, jfr. over, og konkluderer med at sykehuset bør ha forskjellig innhold avhengig av lokalisering. I analysen rangeres tomtene i forhold til rekrutteringsmuligheter. De peker også på at pasientgrunnlaget vil endre seg avhengig av lokalisering, med henvisning til Asplan Viaks analyse. Det påpekes at noen sannsynligvis vil reise til Ålesund selv om reiseveien er lengre. Grunnen er at områdesykehus anses som mer attraktive for en del pasientgrupper enn lokalsykehus.

Det kan være mange grunner for at omfang og innhold i sykehuset kan bli noe forskjellig avhengig av lokaliseringen. Det kan for eksempel gjelde forskjellig pasientgrunnlag, geografiske avstander og rekrutteringsmuligheter. HMR forutsetter at funksjonsfordelingen og størrelse vil være likt selv om mandatet gikk ut fra at de er en sammenheng mellom tomtealternativet og innhold i sykehuset.

10 ØKONOMI

I dette kapitlet gjennomgår vi ulike aspekter ved de økonomiske analysene og vurderingene i idéfaserapporten.

10.1 DELKONKLUSJON

Det fremstår som usikkert om det er benyttet relevante enhetspriser i den økonomiske analysen og om arealene som er lagt til grunn er de riktige. I idéfaserapporten er formatet på de oppgitte kostnadene oppgitt til «vurderinger tilsvarende P50», men ikke basert på en fullverdig usikkerhetsanalyse.

Vi mener beste praksis klart tilsier at prosjekter av det aktuelle omfanget bør omfattes av en fullverdig usikkerhetsanalyse, og at P85 fra en slik analyse, ikke P50, legges til grunn for beslutningen. Det er derfor mulig at kostnadene som vises i idéfaserapporten er betydelig undervurdert. Dette kan eventuelt blant annet ha stor betydning for vurderingen av økonomisk bæreevne.

Den økonomiske bæreevnen som det redegjøres for i rapporten fremstår i seg selv i tillegg som å være basert på til dels bristende forutsetninger. Under rådende driftsrammer for SNR er det ikke tilstrekkelig økonomisk bæreevne for investeringen. Investeringen vil svært sannsynlig utløse et behov for økning på driftsrammen. Prosjektet medtar i beregningen en generell innsparing utover kravet fra HMN. Vi mener det må utarbeides en konkret og troverdig tiltaksplan før denne effekten kan regnes med. Denne planen må vedtas senest samtidig med beslutningen om SNR.

10.2 INVESTERINGSKOSTNAD

HMR har kommet til at det nye sykehuset totalt blir cirka 77.000 til 80.000 kvm stort. For alternativene 1A, 1B og 1C som inkluderer desentral poliklinikk, er det utledet det største arealbehovet. Enhetsprisen som er benyttet for utregning av investeringskostnad, er basert på Ahus og Østfoldsykehuset. HMR har benyttet Bygganalyse AS sin analyse for idéfaseutredningen for Oslo universitetssykehus, som er basert på disse prosjektene. Analysen konkluderer med 67 000 kr/kvm for somatikk, 55 000 kr/kvm for psykisk helse og rus og 50 000 kr/kvm for desentral poliklinikk. Referanseprisene inkluderer utstyr og inventar. Det fremgår ikke detaljer om de to referanseprosjektene mht. årstall, størrelse, sluttkostnad eller sluttprognose per dato, eller om hvordan kostnadene er justert opp til dagens prisnivå.

Tomtekostnadene inkluderer opparbeiding av tomten, men nyanser mellom alternativene mht. nødvendige grunnarbeider mv. er ikke reflektert i analysen. Videre savnes en vurdering av om kostnadene er ulike når det gjelder de ulike lokaliseringene mht. hvilke infrastrukturkostnader man må regne med.

Areal for pasienthotell koster trolig mindre enn 67 000 kr/kvm. Det er uklart i hvilken grad dette er reflektert i utregningen. Referanseprosjektene kan ha større eller mindre arealandel for denne funksjonen. Vi mener det ville være hensiktsmessig med en oppsplitting i enhetspris-kategorier som sengefløy, behandling, kontor, forsyning, pasienthotell mv. Alternativt må prosjektet redegjøre for at det planlagte sykehuset vil ha en ganske lik relativ funksjonsfordeling som i referanseprosjektene.

Usikkerheten i investeringskostnad er anslått dels gjennom «vurderinger tilsvarende P50», dels gjennom følsomhetsberegninger. Selv om det ikke kreves i veilederen for tidligfaseplanlegging, bør det i hht. beste praksis gjennomføres fullverdige usikkerhetsanalyser av prosjekter med dette omfanget. Vi har

fått opplyst av HMR at en slik usikkerhetsanalyse ble dokumentert 28. november 2014, men oppdragsgiver har ikke ønsket at denne skal inngå i vår kvalitetssikring.

10.3 ØKONOMISK BÆREEVNE OG FINANSIERING

I denne delen av rapporten vurderes prosjektets resonnementer og beregninger knyttet til økonomisk bæreevne og finansiering.

10.3.1 HVORDAN SKAL ØKONOMISK BÆREEVNE BEREGNES?

Kravet om økonomiske bæreevne for investeringen skal vurderes på HMN-nivå. Prosjektet gjennomfører to beregninger for å demonstrere at kravet ivaretas for driften av det nye SNR:

- i) Overskuddet fra driften skal være større enn renter og låneavdrag for investeringen
- ii) Overskuddet fra driften skal være større enn renter og avskrivninger for investeringen.

Med *Overskudd fra driften* menes marginen mellom driftskostnadene og driftsrammen fra HMN. Tilnærmingen følger etablert praksis i helsesektoren. Kravet om økonomisk bæreevne dreier seg helt enkelt om hvorvidt det er «nok penger i kassa til å betale renter og avdrag». Det må ikke forveksles med et lønnsomhetskrav. Alminnelige bedriftsøkonomisk krav til lønnsomhet om at nytten av investeringen overstiger investeringskostnaden,⁴ er ikke direkte anvendelig i helsesektoren. Siden gevinstene med bedret helse etc. ikke gir økte bevilgninger, må lønnsomhet vurderes på et samfunnsøkonomisk nivå, jfr. kapittel 10.4.

10.3.2 INNGANGSVERDIER OG FORUTSETNINGER

Den økonomiske bæreevnen for investeringen er beregnet med utgangspunkt i inngangsverdiene og forutsetningene nedenfor. Vi kommenterer rimeligheten av disse i tabellen under.

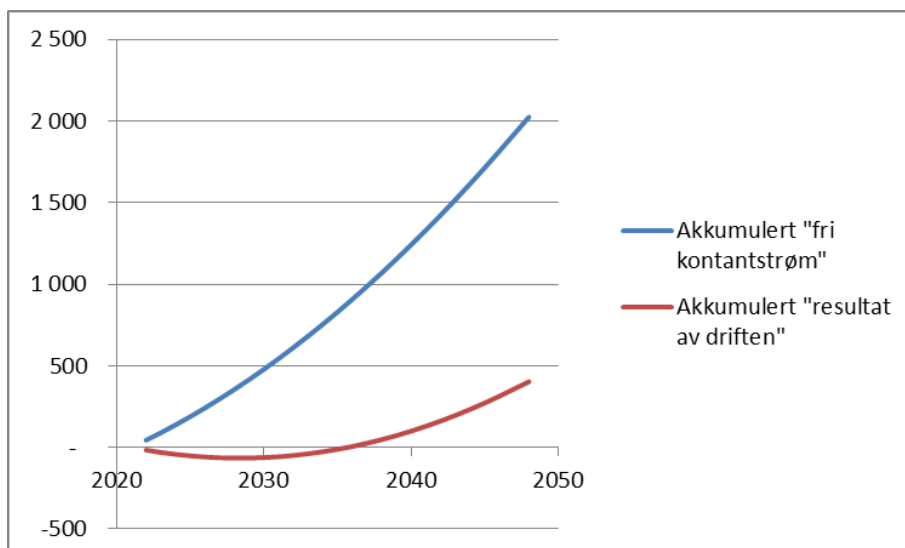
Parameter/inngangsverdi	Eksempelverdi i alternativ 2A	Vår kommentar
Investeringskostnad	5 555 mill. kr	Prosjektet bruker forventet investeringskostnad eller en «anslått» P50. Iht. alminnelig praksis skal P85 brukes for alle beslutninger og endelig bevilgning. Se forøvrig kapittel over om investeringskostnad.
Eiendomssalg	236 mill. kr	Inntekt fra eiendomssalget virker rimelig, men konservativt vurdert. Det ligger et lite potensiale her i en evt. verdiøkning fra taksten i 2008.
Andel egenkapital	50 prosent	Det opplyses om at det er avsatt 2,1 mrd. i HMN. Med 50 prosent egenkapitalkrav går prosjektet over denne avsetningen for samtlige alternativer 1A-2C.
Innsparing fra prosjektet	108 mill. kr	Den vesentlige delen av denne innsparingen kommer fra en forutsetning om at SNR løftes til samme nivå som de

⁴ Alminnelig tilnærming er en nåverdiberegning av kontantstrømmen, dvs. investeringskostnaden vurdert mot diskontert effekt av fremtidige endringer i kontantstrøm, hvor diskonteringen er basert på risikoveid kapitalkostnad på sammensetningen av egenkapital og lånekapital.

Parameter/inngangsverdi	Eksempelverdi i alternativ 2A	Vår kommentar
		<p>tre beste sykehusene i Norge målt etter lønnskostnader per DRG poeng. Her kan det være en oppside ettersom disse tre ikke er fullstendige nybygg. Sammensetningen av sykdommer som behandles kan eventuelt trekke i motsatt retning.</p> <p>Realisering av en slik innsparing kan imidlertid forutsette en langt mer aktiv holdning til oppgave- og funksjonsfordeling enn det som er demonstrert i idéfasen.</p>
Generell innsparing	98 mill. kr	Her er det tatt med en årlig nettoforbedring de to siste årene før nye SNR går i drift, som går utover den årlige nedjusteringen av driftsrammen. Forut for dette er det et krav om effektivisering i pasientbehandling på 1,13 % årlig i årene 2015 – 2020. Idéfaserapporten gir i liten grad noen pekepinn på hvordan effektiviseringen skal gjennomføres. Fra året 2014 drar HMR med seg - 75 mill kr mot resultatkravet fra HMN. Det tyder på at det allerede er vanskelig å oppfylle effektiviseringskravet. Uten noen nærmere redegjørelse, kan vi ikke se at effektiviseringsgevinstene kan legges til grunn. Realistisk situasjon er vel snarere at man står med et etterslep på effektivisering ved idriftsettelse av nye SNR i 2022.
Bortfall eksisterende avskrivning	44 mill. kr.	Denne inngangsverdien er helt uproblematisk når det legges til grunn at gammel eiendom avhendes.
Rente på lån	2,4 %	Renten er fremkommet som en justering for omfordeling innenfor HMN med utgangspunkt i en rente på 3 prosent. Hvis beregning av bærekraft legges på HMN nivå, er denne omfordelingen irrelevant. I følge Instruks for lån knyttet til investeringer for de regionale helseforetakene skal rentesatsen fastsettes av Finansdepartementet på basis av statens innlånskostnader i markedet med et tillegg på 0,4 prosentpoeng.
Avdragstid lån	25 år	Ingen kommentar
Avskrivningstid	27 år	Erfaringstall for gjennomsnittet av ulike kategorier (bygg, tekniske installasjoner, utstyr mv.). Ingen kommentar.

10.3.3 BEREGNINGER

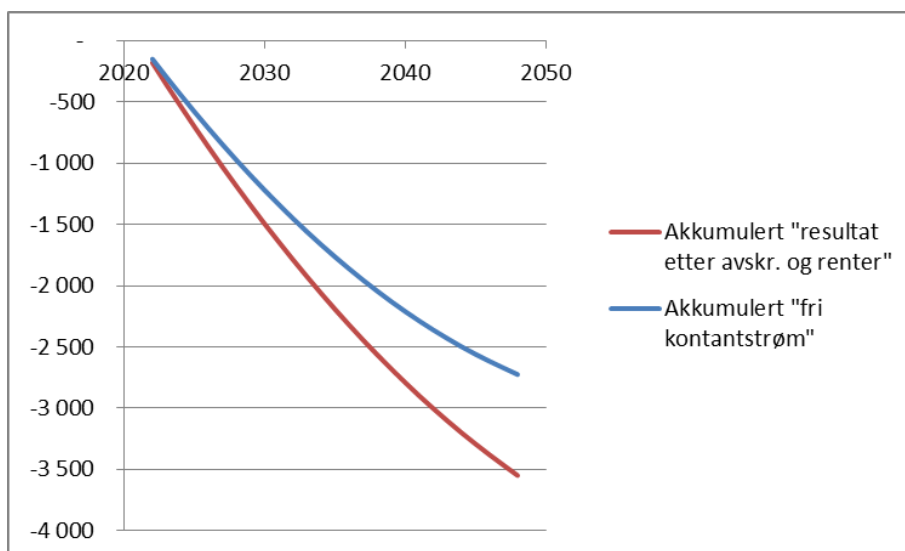
Vi har gjennomført beregninger av bæreevnen for investeringen med inngangsverdiene og forutsetningene gitt over, og får samme resultat som prosjektet (vist nedenfor). Resultatet er nedenfor vist for alternativ 2A.



Alternativ 2A har de mest gunstige parametere for bæreevne med antatt lavest investeringskostnad, lavest lånebehov og størst innsparing i drift (samme vurdering for alternativene uten desentral poliklinikk, dvs. 2A, 2B, 2C). På bakgrunn av kommentarene ovenfor er følgende inngangsverdier justert:

- Investeringekostnad: Det foreligger ingen P85,⁵ men oppjusterer P50 med 15 prosent som gir 6 388 mill kr.
- Egenkapital: Begrenses til avsetningen på HMN, dvs. 2,1 mrd kr Lånebehovet blir på 4 052 mill kr.
- Generell innsparing: Settes til 0 (beholder kun prosjektspesifikk innsparing på 108 mill. kr.)

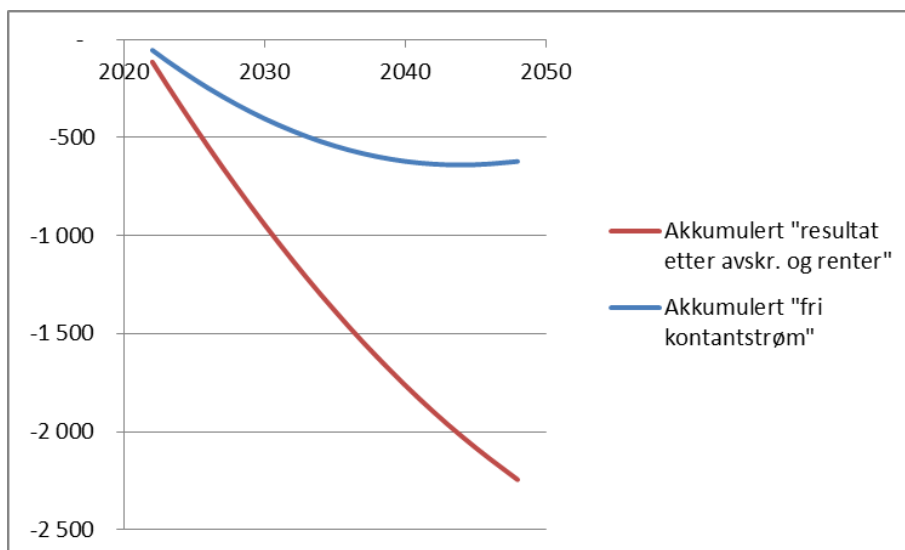
Resultatet fremkommer nedenfor.



Resultatet basert på de justerte inngangsverdiene indikerer at økonomien for det nye SNR, under rådende rammebetingelser, ikke kan sies å være bærekraftig. Selv med egenkapitalinndekning på 50 prosent og prosjektkostnad på P50 nivå, vil kurvene aldri bevege seg over nullpunktet (vist nedenfor) så lenge de 98 mill kr i generell innsparing ikke inntas i forutsetningene. Den akkumulerte frie

⁵ Det kan forventes at P85 på dette umodne stadiet, med estimering basert på referansepriser, ligger 20-30 prosent over P50. Vi har brukt moderate 15 prosent Den økonomiske bæreevnen ville svekkes ytterligere om vi hadde brukt et høyere påslag.

kontantstrømmen løfter seg imidlertid vesentlig, siden belastningen fra lånet reduseres, men forblir negativ over perioden.



Alt annet like, er bæreevnen til investeringen helt avhengig av den generelle innsparingen. I beregningene over er den satt til 0, men det er kanskje mer sannsynlig med et negativt tall, som følge av et etterslep på den pålagte effektiviseringen (slik situasjonen er for prognosen for 2014). I interimperioden frem til det nye SNR er i satt i drift, er det sannsynlig at mye trekkes i motsatt retning av innsparing. Blant annet vil det trolig påløpe en del kostnader for å håndtere selve interimperioden, flyttekostnadene vil trolig bli betydelige mm. For øvrig vil det være nødvendig med en innkjøringsfase for det nye SNR, og full innsparingseffekt oppnås kanskje ikke før i andre eller tredje driftsår. Disse effektene er ikke medtatt i analysen over, men vil ytterligere svekke bæreevnen.

10.4 SAMFUNNSØKONOMISK VURDERING

Det er ikke gjort en full samfunnsøkonomisk analyse i forbindelse med idefasen, noe det heller ikke er krav om i Helsedirektoratets veileder for tidligfaseplanlegging. Imidlertid, gitt at beslutningen som skal tas basert på idefaserapporten er av stor samfunnsmessig betydning anser vi det som hensiktsmessig at temaet belyses. De viktigste sidene av samfunnsmessige konsekvenser oppgis i rapporten å være dekket gjennom den regionale konsekvensanalysen (se kapittel 8.2 i denne rapporten for vurdering av temaet).

10.5 USIKKERHETSVURDERING

Idéfaserapporten inneholder ingen kvantitativ usikkerhetsanalyse.⁶ Usikkerhetsvurderingen av investeringskostnad er gjennomført kvalitativt med en inndeling av investeringskostnad etter bygningsdelstabellen, der hvert element vurderes på en skala fra 1 til 10 mht. verste og beste utfall. Tilsvarende gjennomgås andre forhold (hendelsesusikkerheter). Det mangler en definisjon av hva skalaen 1-10 viser til. Analyseresultatet viser elementene (fra bygningsdelstabellen og hendelsesusikkerheter) oppstilt grafisk der søyler i negativ retning indikerer risiko for kostnadsøkninger.

Resultatet sier til dels noe om hvilke kostnadsrisiko som er størst innenfor hvert alternativ, og til dels noe om risikoen er større i ett alternativ enn et annet. Alternativ 1B og 2B skiller seg ut negativt med størst usikkerhet, men det gis ingen forklaring. Vi savner en kvalitativ diskusjon av hvilke faglige vurderinger som ligger bak.

⁶ Vi har fått opplyst av HMR at en usikkerhetsanalyse ble dokumentert 28. november 2014, men oppdragsgiver har ikke ønsket at denne skal inngå i vår kvalitetssikring.

Som tidligere nevnt, mener vi det bør gjennomføres en fullverdig usikkerhetsanalyse for et prosjekt av det aktuelle omfanget, også på idéfasestadiet.

11 ROS-ANALYSE

I ROS-analysen vurderes konsekvenser i interimperioden. Oppsummeringen av analysen i idéfaserapporten fremstår i hovedsak som klar og ryddig. Vi har imidlertid merket oss enkelte forhold, som kommenteres under.

I analysen heter det blant annet «Arbeidsgruppa identifiserte ei rekke tiltak. [...] Gitt at disse settast i verk og vert gjennomførte, er det rimeleg å anta at risikoen er akseptabel og kan handterast.» Sannsynligheten for at tiltakene faktisk vil bli iverksatt og virker burde vurderes konkret, her under om det er økonomisk mulig å gjennomføre tiltakene.

På generelt grunnlag kan det være til dels være betydelige forskjeller mellom hva HMR formelt kan styre, og hva som reelt kan styres. Dette gjelder for eksempel forhold som rekruttering, oppsigelser og sykefravær.

I analysen heter det også at

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 moglege å redusere uvissa når det gjeld dette.

Vi mener det vil være naturlig at denne typen usikkerheter utdypes i en ROS-analyse, ikke minst fordi den i betydelig grad kan påvirke den reelle evnen til å gjennomføre tiltak. I analysen påpekes det at det er forskjeller mellom Molde og Kristiansund når det gjelder fagmiljøer mm. Likevel konkluderes det med at det er ikke-signifikante forskjeller i risiko og sårbarhet som følge av lokaliseringsvalg. Vi ser at en slik sontring vil være krevende, men må også påpeke at analysen i stor grad taper verdi ved ikke å gå inn i disse problemstillingene

I tillegg antas det i analysen 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.» Gitt at perioden fra vedtak til ferdigstilling og ibrugtagelse av SNR er på 7 år, forutsatt at alt går etter planen, stiller vi spørsmål om det er en realistisk antagelse.

På lik linje KU del 2 mister ROS-analysen noe verdi som beslutningsgrunnlag da det ikke skiller mellom alternativene henholdsvis med og uten desentral poliklinikk. For eksempel kan risikoen «opplevd feil lokalisering» sies å være noe lavere i alternativene med poliklinikk enn uten.

12 RAPPORTENS EVALUERING AV ALTERNATIVENE OG TILRÅDNING

Vi vil innledningsvis vise til vår hovedkonklusjon og anbefaling i begynnelsen av denne rapporten. Kapitlet om evaluering av alternativene og anbefaling inneholder en stor mengde tekst som fremstår som et sammendrag av den øvrige rapporten. Vi viser til derfor også til de foregående kapitlene for kommentarer om de delene som det gis et sammendrag av i kapitlet om evaluering av alternativene og tilrådning.

De seks overordnede vurderingskriteriene er fremstilt slik:

- Tomteegenskaper
- Bygg og eiendomsutvikling
- Lokaliseringsegenskaper
- Sykehusets kjernevirksomhet
- Risiko og sårbarhet
- Økonomi

Kriteriene fremstår da mer som evalueringstemaer – i betydningen områder som skal vurderes, enn som kriterier – i betydningen krav som akseptable løsninger må innfri.

Tilrådingen avsluttes slik:

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.

Siden det ikke er gjort noen prioritering mellom de ulike kriteriene og siden alternativene vil ha forskjellig effekt innenfor og mellom kriteriene, gjør denne fremgangsmåten at det blir vanskelig å gjøre en helhetlig avveining av evalueringsresultatene.

Kapitlet kunne med fordel være mer konsentrert om egentlige evalueringer og anbefalinger, noe som kunne gjort at disse sto tydeligere frem.

Mangel på tydelighet og presisjon i kriteriene, og på prioritering mellom dem, bidrar til at utredningen ikke lykkes i å ta stilling til om Opdøl eller Storbakken bør anbefales.

Vi er ikke uten videre enige i at det er umulig på faglig grunnlag å skille mellom alternativene Opdøl og Storbakken. For oss ser valget ut til å bestå i kvalitet i tilbudet kontra nærhet for de pasientene som får lengst reisevei. Problemstillingen som ligger bak berører motsetningen mellom på den ene siden ønsket om å kunne tilby et høyspesialisert og kvalitativt godt behandlingstilbud nær ved pasienten, og på den andre siden en relativt liten befolkning i et forholdsvis stort geografisk område. Dette er en type avveininger spesialisthelsetjenesten til stadighet står overfor.

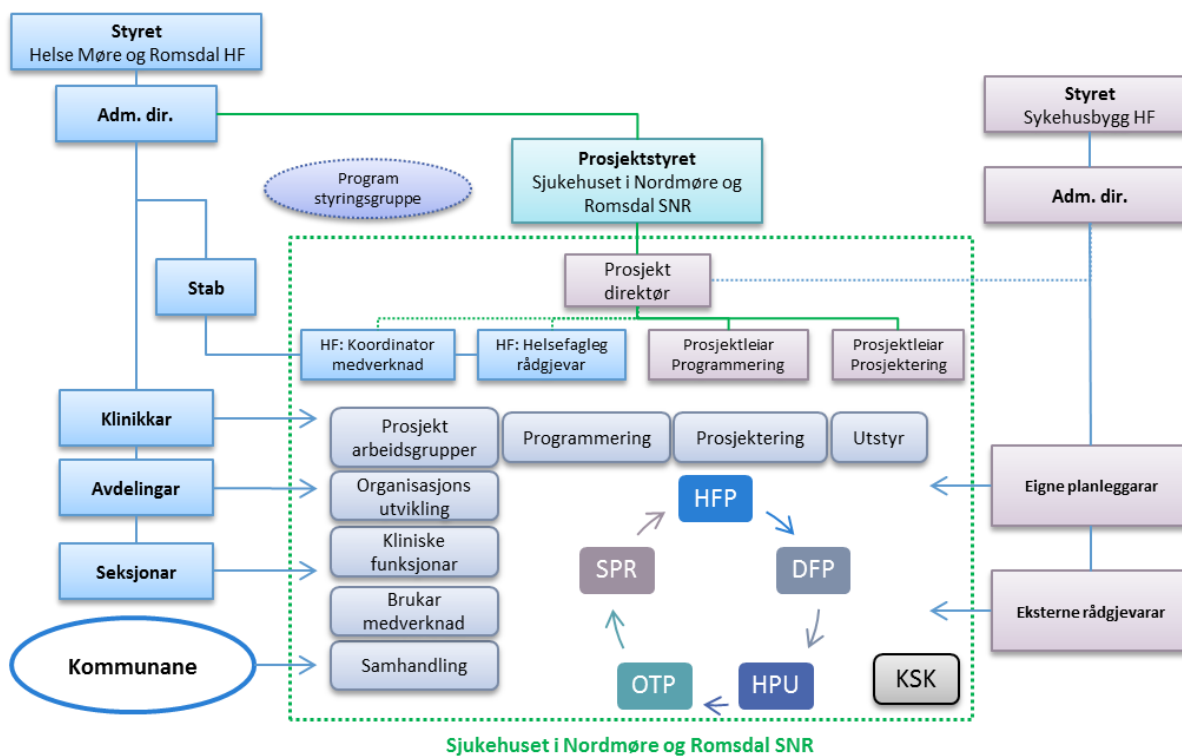
13 PLAN FOR KONSEPTFASEN

Innledningsvis vil vi vise til våre anbefalinger i begynnelsen av denne rapporten.

Fremstillingen på side 148 kan tyde på en misforståelse om hva som er et prosjekts resultatmål. Av Tidligfaseveilederen fremkommer det at resultatmål er mål for «gjennomføringen av prosjektet. Er i hovedsak knyttet til styring av prosjektet innenfor rammer for tid og kost.» «Prosjektet» i dette tilfellet er etablering av SNR, ikke gjennomføring av konseptfasen. Med mindre det følger av pålagte føringer om for eksempel økonomisk ramme, er det ikke hensiktsmessig å fastsette konkrete resultatmål før et bestemt alternativt er valgt og detaljert. Det skjer vanligvis etter forprosjektfasen.

På det nåværende stadiet er det imidlertid sterkt ønskelig at bestiller forplikter seg til en prioritering av resultatmålene. I henhold til mandatet for idéfasen skulle det vært anbefalt en slik prioritering nå.

Konseptfasen skal omfatte et svært stort antall aktiviteter som skal gi resultater med betydelig grad av gjensidig avhengighet. Disse er det redegjort for og det er også beskrevet et forslag til hvordan arbeidet kan organiseres og styres. Dette er oppsummert i følgende figur på side 161 i idéfaserapporten:



Vi anbefaler sterkt at konseptfasen i større grad organiseres og styres som en rendyrket programorganisasjon, slik at det blir lettere å gjennomføre aktivitetene på en helhetlig god måte og slik at leveransene mellom de ulike prosjektene kommer til rett tid og med riktig innhold.

Vi mener videre at prosjektet ikke er modent for programmering, men at det før dette må gjøres en grundigere analyse av oppgave- og funksjonsfordeling.