

Utviklingsplan for Helse Møre og Romsdal HF

- Høyringsdokument

- Tryggleik
- Respekt
- Kvalitet



Innhold

1. Innleiing.....	4
1.1. Høyringsprosessen.....	4
1.2. Utreiingar og dokumenter	5
1.3. Bakgrunn	5
1.4. Prosjektorganisering	9
2. Føresetnadar og avgrensingar.....	10
2.1. Oppdraget.....	10
2.2. Planhorisont.....	12
2.3. Utfordringar på kort og mellomlang sikt - økonomi	12
2.4. Brukarmedverknad	12
2.5. Ålesund sjukehus.....	13
2.6. Volda sjukehus	13
2.7. Tilhøvet til Rusbehandling Midt-Norge HF	13
2.8. Prehospitale tenester	14
2.9. Samhandlingsreforma.....	14
2.10. Grenseområde mot andre Helseføretak og Regionale helseføretak.....	15
2.11. Storulukkeberedskap	16
2.12. Drivkrefter og modell.....	17
3. Framtidsscenario.....	19
4. Alternative løysingsmodellar	21
5. Vurdering av dei alternative løysingsmodellar	25
5.1. Sikre kvalitet på tenestetilbodet	27
5.1.1. Sikre prioritering av store pasientgrupper	28
5.1.2. Gode pasientforløp.....	30
5.1.3. Kunnskapsbasert pasientbehandling	31
5.1.4. Rekruttering og robuste fagmiljø	32
5.1.5. God infrastruktur (MTU/ Bygg/IKT).....	37
5.1.6. Samle funksjoner - men samtidig desentralisere.....	38
5.1.7. Adekvat kombinasjon av fag i sjukehus	40
5.1.8. Kunne utføre lovpålagte oppgåver innan utdanning og forskning	42
5.2. Likeverdige tenester	43
5.2.1. Avstand ved akutt sjukdom	43
5.2.2. Avstand til behandling for sjukdom som ikkje hastar	45
5.2.3. Komplette og stabile fagtilbod i sjukehus	48
5.2.4. God informasjon om tenestetilbodet.....	49
5.3. God ressursutnytting.....	50
5.3.1. Nytte personale til aktiv behandling framfor passiv vakt.....	50
5.3.2. Gode rutiner og system	51
5.3.3. Investeringskapasitet	53
5.3.4. Driftsøkonomi	57
6. Tilleggsmoment i vurderinga	60

1. Innleiing

Helse Møre og Romsdal HF skal i løpet av 2012 utarbeide ein utviklingsplanen for føretaket. Dette er ein plan for utvikling og samarbeid mellom sjukehusa for å sikre eit framtidig berekraftig (både fagleg, økonomisk og bygningsmessig) sjukehusstilbod for innbyggjarane i Møre og Romsdal. Dette skal byggje på overordna mål og strategiske føringar frå overordna mynde.

Arbeidet med målsetningane må sjåast i samanheng med føresetnadane og rammevilkår som er gitt for føretaket.

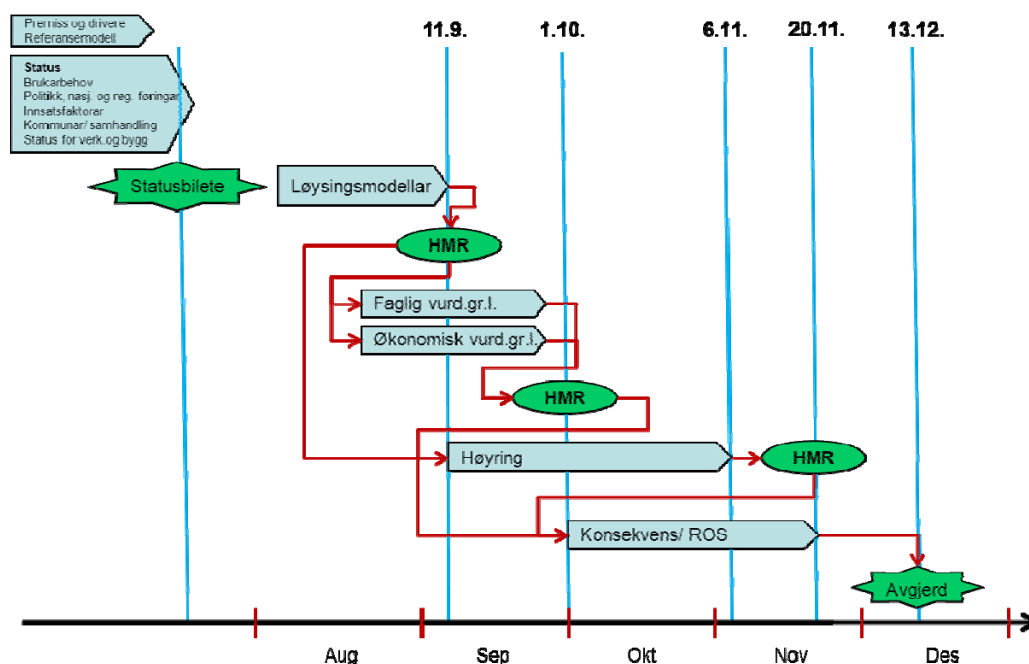
1.1. Høyringsprosessen

I ei sak som omfattar struktur og utvikling av spesialisthelsetenesta og sjukehusa i Møre og Romsdal, er det svært viktig å få til ein omfattande og brei høyring av utviklingsplanen.

Etter styremøtet 11. september 2012, vart det sendt ut eit høyringsbrev til aktuelle høyringsinstansar, med informasjon om at første del av høyringsgrunnlaget var lagt ut til gjennomgang på våre internettsider. Så vil styre i Helse Møre og Romsdal HF 1. oktober 2012 handsame dette dokumentet med vedlegg, og sende det ut som høyringsdokumentasjon.

I perioden mellom 1. oktober til 6. november vil det vere omfattande møteaktivitet og dialog med aktuelle instansar, for å tydeleggjere innhaldet i høyringsdokumentet og for å ta imot tilbakemeldingar og synspunkt frå ulikt hald. Dette vil også sikre involvering frå lokalsamfunna ut over ei tradisjonell høyring.

Sakshandsaminga av utviklingsplanen skjer gjennom fleire saker og styremøter, illustrert i figuren under. Presentasjon av alternative løysingsmodellar og vurderingsgrunnlag vart presentert i møtet 11. september. Vidare vert modellane utgreidd på fagleg og økonomisk grunnlag og presentert i møte 1. oktober. Dette grunnlaget inngår i høyringsrunden, med høyringsfrist 7. november. Styret vil handsame innkomne høyringar i styremøte 20. november, for så å ta saka opp til endeleg handsaming 13. desember 2012.



Figur: Framdriftsplan fase 2, utviklingsplan HMR HF.

1.2. Utgreiingar og dokumenter

Det føreligg ei rekkje utgreiingar, analyser og grunnlagsdokument til dette høyringsdokumentet. Desse ligg alle saman tilgjengelege på Helse Møre og Romsdal sine internettsider som omhandlar utviklingsplanen;

www.helse-mr.no/utviklingsplan

Vedlegg til høyringsdokumentet er som følgjer:

	Dokument	
Vedlegg 1	Høyringsbrev utviklingsplan HMR HF	Helse Møre og Romsdal HF
Vedlegg 2	Økonomiutgreiing	Helse Møre og Romsdal HF
Vedlegg 3	Berekning av arealbehov i alternative løysingsmodellar	Hospitalitet
Vedlegg 4	Berekning av investeringsbehov i alternative løysingsmodellar	Hospitalitet
Vedlegg 5	Total økonomisk effekt og noverdi i alternative løysingsmodellar	Hospitalitet
Vedlegg 6	Tilgjengelighetsanalyser – dagens transportnettverk og befolkning	Asplan Viak
Vedlegg 7	Tilgjengelighetsanalyser – bilnettverk og befolkning (2030)	Asplan Viak
Vedlegg 8	Tilgjengelighetsanalyser – dagens transportnettverk utrykking	Asplan Viak
Vedlegg 9	Tilgjengelighetsanalyser – transportnettverk og utrykking (2030)	Asplan Viak
Vedlegg 10	Scenarioanalyse	Deloitte
Vedlegg 11	Mulighetsstudier	Narud Stokke Wiig Arkitekter

I tillegg ligg også tidlegare utgreiingar i utviklingsplanen til grunn, og desse er mogeleg å laste ned på oppgeve nettadresse over.

1.3. Bakgrunn

Styret for Helse Møre og Romsdal bad i sak “2012/231 Utviklingsplan for Helse Møre og Romsdal HF”, pkt. 5, administrerende direktør om å presentere alternative løysingsmodellar for sjukehusstruktur for styre i månadsskifte august/september 2012.

Føretaksmøte HMN RHF 25. januar 2011 – utdrag frå protokoll

Føretaksmøte for HMN RHF 25. januar 2011 vedtok at det skulle etablerast eitt helseforetak i Møre og Romsdal innan 1. juli 2011. Det eksplisitte oppdraget med utviklingsplanen for det nyetablerte Helse Møre og Romsdal HF, vart gjeve til Helse Midt-Norge RHF i føretaksmøtet den 8. juni 2011;

“Føretaksmøtet la til grunn at Helse Midt-Norge RHF på vanlig måte gir det nyopprettede Helse Møre og Romsdal HF oppdrag med å utarbeide en helhetlig plan for utviklingen av sykehusene i det nye helseforetaket. Dette inkluderer samarbeid mellom sykehusene i det nye helseforetaket – og deretter en utviklingsplan for bygningsmassen, basert på føringer i Nasjonal helse- og omsorgsplan og Helse Midt-Norges eget strategiarbeid. Det tas sikte på at en slik plan bør foreligge i løpet av et års tid.

Føretaksmøtet viste til at Nasjonal helse- og omsorgsplan slår fast at det skal være nærhet til akutt- og fødetilbud. Denne nærheten kan oppnåes enten ved føde- og akutttilbud ved begge sjukehus i Nordmøre og Romsdal, eller ved ett felles sjukehus plassert mellom de nåværende sykehusene, men i tilstrekkelig nærhet til begge byer. Utviklingsplanen for bygningsmassen bør derfor inneholde disse to alternativene.

Byggetiltak må som i øvrige regioner planlegges innenfor regionens helhetlige faglige og økonomiske rammer.”

Det framgår her at eigar ønskjer at “Utviklingsplanen for bygningsmassen” bør innehalde både ei vidareutvikling av begge sjukehus i Nordmøre og Romsdal, samt eit nytt sjukehus mellom noverande sjukehus med tilstrekkeleg nærleik til begge byar. Dette utelukkar ikkje andre alternativ, men desse alternativa bør vere med.

Eigar understrekar også at aktuelle byggetiltak som ein fremjar, må vere planlagt innanfor regionens heilskaplege faglege og økonomiske rammer.

Føretaksmøtet HMR HF 30. juni 2011

Oppdraget vart gjeve vidare til Helse Møre og Romsdal HF i føretaksmøte 30. juni, der det i protokollen vart presisert 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. Tilsvarende om slike tenester skal utførast to stadar i regionen, skal dette som hovudregel utførast ved St. Olavs Hospital og Ålesund sjukehus.

Føretaksmøtet legg også til grunn meir tydeleg nivå- og oppgåvedeling innom det einskilde HF.”

I same føretaksmøte var det også eit eige vedtak knytt til: Sak 3 Arbeid for å tilpasse drifta i langtidsbudsjettperioden 2012 – 2017, vedtak:

1. *Utfordringsbildet for 2012 tilsvarer ei samla reduksjon av kostnader på ca 2,5 %. Føretaksmøtet føresett at Helse Møre og Romsdal HF gjer ein årleg og varig produktivitetsforbetring tilsvarande minimum 1 %. Føretaksmøtet føresett vidare at Helse Møre og Romsdal HF i 2012 effektiviserar for 5 mill kr i tillegg til generell effektivisering og tiltak knytt til Strategi 2020 som skissert over. Endelig krav til samla effektivisering vil bli klart i samband med budsjettprosessen for 2012.*

Føretaksmøtet føresett at Helse Møre og Romsdal utarbeidar planar for:

- *Konkrete tiltak for å hente ut effekt av samhandlingsreforma.*
- *Konkrete tiltak for omfordeling av ressursar mellom fagområda og/eller nivå for å møte behovet for dei store pasientgruppene.*

- Konkrete tiltak for å redusere ressursbruk til vakt og beredskapsordningar og helgearbeid for å styrke aktiv pasientbehandling og tilbodet på dagtid.
- Konkret tiltak for å samle det akuttkirurgiske tilbodet på færre sjukehus.
- Konkrete tiltak for å samle verksemda innan andre fagområde der dette sikrar betre utnytting av ressursane.
- Konkrete tiltak for desentralisering av polikliniske tilbod til kronisk sjuke pasientar og store pasientgrupper.

Grunnen til at også vedtaket i sak 3 er teke med her er fordi det understrekar tydeleg både økonomiske utfordringar for Helse Møre og Romsdal HF, samt at det understrekar ein del av dei faglege utviklingsmåla som Strategi 2020 trekker opp for helseføretaket.

Styremøte HMR HF 20. desember 2011.

Styret i Helse Møre og Romsdal HF gav administrasjonen prosjektmandatet i styremøtet 20. desember 2011 i sak 2011-63, med det overordna mål å:

”Utarbeide ein samla plan for utvikling og samarbeid mellom sjukehusa for å sikre eit framtidig berekraftig (både økonomisk og fagleg) sjukebustilbod for innbyggjarane i Møre og Romsdal. Dette skal byggje på overordna mål og strategiske føringar frå overordna mynde.

Arbeidet med målsetningane må sjåast i samband med føresetnadane og rammevilkår som er gitt for føretaket.”

I mandatet var det også krav om forslag til sjukehusstruktur i Møre og Romsdal, og tre alternativ vart spesifisert:

- ”4 sjukehus med opprusting av Lærdal
- 4 sjukehus med nytt sjukehus i Molde
- 3 sjukehus med felles sjukehus for Nordmøre og Romsdal plassert i tilstrekkeleg nærleik til Molde og Kristiansund.

Samla vurderingar må gjerast i samsvar med overordna føringar.”

Det blei og stilt krav om ein utviklingsplan for bygningsmassen, og ut frå brev frå statsråden var det i mandatet lagt stor vekt på at prosjektet skal ta for seg rekruttering og sikring av robuste fagmiljø:

”Ein skal skape innsikt i kva faktorar som påverkar rekruttering og sikring av kompetanse gjennom robuste fagmiljø.

Det er avgjerande at dei strukturar som blir valt også sikrar eit godt grunnlag for rekruttering. Kunnskap om kva som fremjar/ hemmar rekruttering av personell på generell basis er viktig kunnskap å få oversikt over. ”

Arbeidet skal vidare sjå til:

- Nasjonal helse- og omsorgsplan
- Rettelær “Et trygt fødetilbud – kvalitetskrav til fødselsomsorgen”
- Strategi 2020

Styremøte HMR HF 11. juni 2012.

Styret i Helse Møre og Romsdal HF, la i styresak “2012/48 Utviklingsplan for Helse Møre og Romsdal HF”, 11. juni 2012 følgjande føringar for målsettinga med utviklingsplanen:

1. *“Styret for Helse Møre og Romsdal HF tek metode for framskriving av pasientaktivitet til vitande og legg denne, med definerte korrigerande faktorar, til grunn for framskriving av aktivitet og arealbehov.*
2. *Styret tek gjennomgangen av status for føretaket - under dette følgjande faktorar i utviklingsplanen til vitande.*
 - a. *Demografisk utvikling*
 - b. *Sjukdomsutvikling*
 - c. *Aktivitet 2011 og framskriving av aktivitet 2030*
 - d. *Medisinsk-fagleg utvikling*
 - e. *Teknologisk utvikling*
 - f. *Rekruttering og robuste fagmiljø*
 - g. *Status og utviklingsbøve bygningar*
 - h. *Tilgjenge til sjukebus for innbyggjarane i Møre og Romsdal*
 - i. *Samferdselstiltak i Møre og Romsdal.*
3. *Styret er kjent med at dei andre faktorene illustrert i utviklingsplanen er under arbeid i prosjektet.*
4. *Styret understrekar at dei overordna måla for utvikling av spesialisthelsetenesta må leggjast til grunn, og vil spesielt trekke fram følgjande målpunkt:*
 - a. *Bidra til å sikre kvalitet på tenestetilbodet*
 - b. *Bidra til eit likeverdig tenestetilbod*
 - c. *Bidra til at ressursane blir brukt best mogleg*
5. *Styret ber om at alternative løysingsmodellar for sjukebusstruktur i Møre og Romsdal omtala i prosjektoppdraget, blir presentert for styret i månadsskifte august/ september 2012 før utsending til høyring.*
6. *Styret understrekar at arbeidet med utviklingsplanen fram mot desember 2012 må prioriterast høgt med omsyn til gode prosessar, der ein involverer både tilsette internt og andre interessentar eksternt der openheit, tillit og dialog framleis skal prege arbeidet. “*

Styremøte HMR HF 11. september 2012.

Styret i Helse Møre og Romsdal HF, gjorde styresak “2012/62 Alternative løysingsmodellar – Utviklingsplan for Helse Møre og Romsdal HF”, følgjande vedtak:

1. *“Styret for Helse Møre og Romsdal HF sluttar seg til grunnlag, føresetnader, avgrensingar og oppdragsforståing slik det kjem fram i saksframlegget til administrerande direktør. Dette underlaget vil vere utgangspunkt for det vidare arbeidet med utviklingsplanen for Helse Møre og Romsdal.*
2. *Med bakgrunn i overordna prinsipp for utvikling av spesialisthelsetenesta i føretaket, fagleg kvalitet, likeverdige tenester og god ressursutnytting, legg styret den utvida tolkinga av vurderingskriteria gjort i saksframlegget til grunn for utgreiinga av løysingsmodellar.*
3. *Styret for Helse Møre og Romsdal HF sluttar seg til dei sju framlagde alternative løysingsmodellane for sjukebusstruktur og overordna funksjonsfordeling i utviklingsplanen fram til 2030, slik dei er omtala i saksframlegget. Modellane vil bli fullstendig utgreia fram mot ekstraordinært styremøte 1. oktober 2012.*

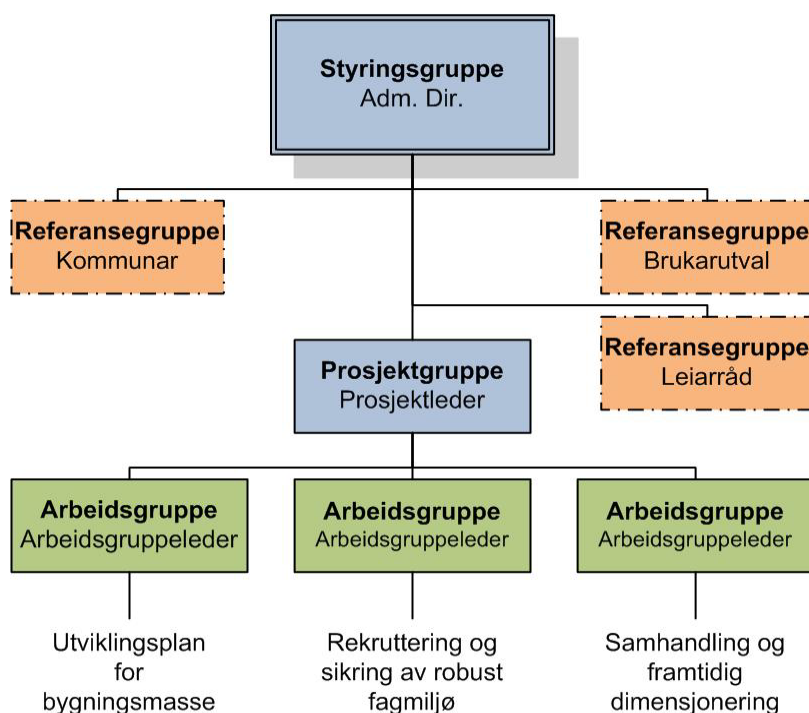
4. *Styret sluttar seg til at løysingsalternativa blir sendt ut til høyring no. Supplerande leveranse med utgreiing og vurdering av modellane vil bli handsama i ekstraordinært styremøte 1. oktober. Løysingsalternativa saman med denne tilleggsleveransen vil då utgjere det samla høyringsdokumentet. Høyringsfrist vert sett til 7. november 2012.”*

1.4. Prosjektorganisering

Om prosjektorganisering

Utviklingsplan for Helse Møre og Romsdal er organisert som prosjekt, i tråd med vedtak i styret for Helse Møre og Romsdal 19.-20. desember 2011. Dette er mellom anna av omsyn til storleiken og kompleksiteten i arbeidet. Ei lang rekke interne og eksterne aktørar skal bidra med kompetanse og med sine råd og meiningar undervegs i prosessen. Grunna temaet som er oppe til utgreiing er det særskilt viktig å sikre gode møtepunkt og rom for dialog som del av sakshandsaminga. Prosjektorganisering gir ein tydeleg og open struktur for arbeidet, gir ein klar struktur for medverknad, og bidreg til å sikre framdrift og oppfølging.

Prosjektleiinga hentar i tillegg inn ekstern kompetanse på til dømes bygg, framskriving av sjukehusbehov, økonomiske utrekningar mv. der dette er naudsynt.



Figur: Prosjektorganisering.

Prosess med brei deltaking

Prosjektet er organisert med ei brei deltaking, og prosjektorganisasjonen tel meir enn 60 deltakarar. Referansegrupper kjem i tillegg til desse. Hovuddelen av arbeidet i første halvår har funne stad i dei tre arbeidsgruppene (sjå organisasjonskart), som har knytt til seg ekstern kompetanse der det er naudsynt. I tillegg til sjølve utgreiinga kjem ei rekke møte for dialog om prosjektet, internt og eksternt. Samla sett er det fram til september gått med mellom 5500 og 6000 timer til møteverksemd i prosjektet. (inkluderar reising og førebuing til møte)

Struktur for medverknad inkluderer følgjande punkt:

- Tillitsvalde og verneteneste er med i styringsgruppe, prosjektgruppe og arbeidsgrupper
- Leiarrar og tilsette ved alle fire sjukehusa er godt representerte i ulike grupper, og leiarråd er referansegruppe for prosjektet
- Brukarutvalet er referansegruppe for prosjektet, og er representert i styringsgruppa
- Kommunane har ei eiga referansegruppe utpeika av regionråda Orkidé, RoR og Sunnmøre Regionråd, samt at det er med representant for kommunehelsetenesta i arbeidsgruppa for samhandling og dimensjonering
- For å halde ulike interessentar oppdatert har prosjektet eiga side på Helse Møre og Romsdal sitt intranett og internettsider. På intranett legg dei ulike gruppene ut møtereferat, presentasjonar og anna informasjon undervegs i arbeidet.
- Informasjons- og dialogmøte for tilsette på sjukehusa er gjennomført fleire gonger kvart halvår.
- Det vil bli halde informasjonsmøte om utviklingsplanen for sjukehusa i Volda, Ålesund, Molde og Kristiansund, for innbyggjarane i det samla opptaksområdet
- I samband med høyringsprosessen vil Helse Møre og Romsdal møte regionråda for Sunnmøre, Romsdal og Nordmøre
- Helseføretaket vil legge til rette for dialog og diskusjon også på internett, og vil mellom anna samarbeide med lokale media om til dømes nettmøte

Prosjektgruppe som rådgjevande organ

I eit prosjektorganisert arbeid kan oppgåva til prosjektgruppa definerast på ulike vis. I sjukehusa er det ofte slik at gruppa legg fram ein sluttrapport som administrerande direktør handsamar, eventuelt sender ut på høyring, før direktør lagar si tilråding. Prosjektgrupperapportar blir då eit av fleire “leverte underlag” for direktør, som vurderer dei ulike bidrag inn i sakshandsaminga.

Andre gongar er prosjektgruppa eit rådgjevande organ for prosjektleiing/direktør, der det er sistnemnde som legg fram rapportar undervegs, men i ein kontinuerlig dialog med heile prosjektorganisasjonen. Det er denne tilnærminga som er nytta i utviklingsplanarbeidet, av fleire årsaker:

- meir fleksibilitet og raskare avklaringar i dialogen mellom prosjektgruppe og direktør, noko som er viktig når fristane er korte
- mindre belastning på ei prosjektgruppe der dei fleste medlemmar ikkje har avsett stillingsressurs til å delta aktivt i utgreiinga
- tydeleggjer administrerande direktør sitt ansvar for vurderingane som blir lagt fram, og for den ferdige utviklingsplanen

2. Føresetnader og avgrensingar.

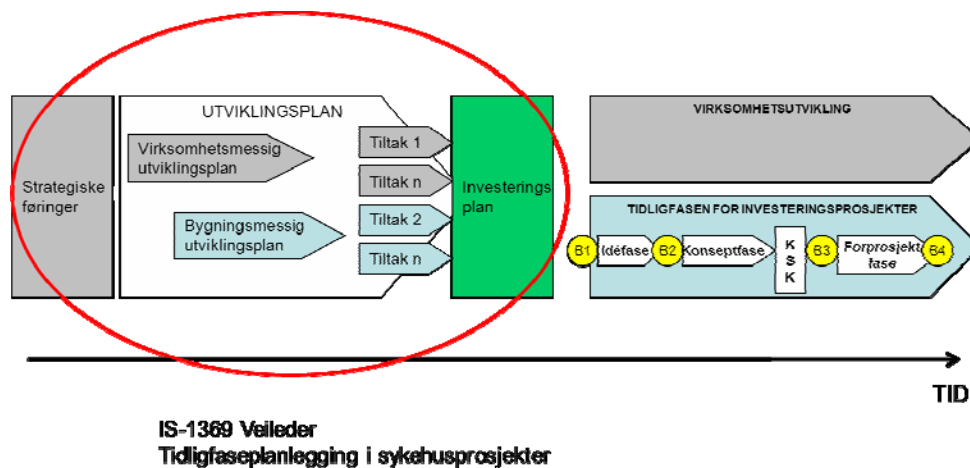
I dette kapittelet vil ein gå gjennom forhold som frå helseføretaket si side er sett som føresetnader for arbeidet med utviklingsplanen. Vidare er det gjort ein del avgrensingar av tilhøve som ein anten av praktiske omsyn eller på grunn av at det ikkje føreligg tilstrekkeleg informasjon til at ein kan trekke konklusjonar på.

2.1. Oppdraget

Frå føretaksmøtet til Helse Midt–Norge RHF heiter det:

“Foretaksrådet la til grunn at Helse Midt-Norge RHF på vanlig måte gir det nyopprettede Helse Møre og Romsdal HF oppdrag med å utarbeide en helhetlig plan for utviklingen av sykehusene i det nye helseforetaket.”

På “på vanlig måte” tolkast her som å følge det som føreligg av sentrale føringar for helseforetak sitt arbeid med utviklingsplanar. Nasjonal veileder “IS 1369 Tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekt” omhandlar i hovudsak tidlegfasa – altså frå det tidspunktet det er vedteke (B1) at eit byggeprosjekt skal utgreiast - men den seier også noko om sjølv utviklingsplanen som skal ligge i forkant av avgjerd om utgreiing av konkrete byggetiltak. Det vert presisert at utviklingsplanen og premissane som ligg i denne, omhandlar både den somatiske og den psykiatriske delen av spesialisthelsetenesta. Samanhengen mellom utviklingsplanen og dei verksemdsmessige og bygningsmessige tiltak går fram av ein figur frå veiledaren.



Dette er altså ein prinsippmodell som viser samanhengen mellom overordna utviklingsplan og tidlegfasa for investeringsprosjekt.

Samstundes står det i same føretaksprotokollen:

“Foretaksrådet viste til at Nasjonal helse- og omsorgsplan slår fast at det skal være nærhet til akutt- og fødetilbud. Denne nærheten kan oppnåes enten ved føde- og akutttilbud ved begge sjukehus i Nordmøre og Romsdal, eller ved ett felles sjukehus plassert mellom de nåværende sykehusene, men i tilstrekkelig nærhet til begge byer. Utviklingsplanen for bygningsmassen bør derfor inneholde disse to alternativene.”

Dette avsnittet i oppdraget peiker på at det er ønskeleg med ei konkret løysing på føde- og akutttilbodet i Nordmøre og Romsdal, enten ved begge dagens sjukehus eller ved eit fellessjukehus mellom dagens sjukehus. Vidare vert det bedt om at utviklingsplanen for bygningsmassa bør innehalde desse alternativa.

Utviklingsplanen skal peike på overordna utviklingstrekk for den helsefaglege verksemda, for så å synleggjere dei bygningsmessige konsekvensar av denne verksemda – for heile Møre og Romsdal. Men ein er altså på same tid bedt om å svare ut ei konkret strukturavklaring for sjukehus i Nordmøre og Romsdal. Denne konkrete strukturavklaringa høyrer naturleg heime i tidlegfasa, og ikkje i samband med sjølv utviklingsplanen. Det ligger derfor ei “todeling” i oppdraget som legg stor vekt på struktur som konsekvens av aktuell lokalisering i Nordmøre og Romsdal, og mindre fokus på det overordna spørsmålet om korleis vi som føretak best utviklar spesialisthelsetenestene for heile folkesetnaden i Møre og Romsdal. I saksutgreiinga og i prosjektarbeidet er det forsøkt å balansere desse omsyna.

2.2. Planhorisont

I arbeidet med utviklingsplanen har ein lagt til grunn eit utviklingsperspektiv fram mot år 2030. Ein ser frå arbeid med utviklingsplan som andre føretak har gjort, Vestre Viken, OUS, Sjukehuset Østfold HF, Sjukehus Innlandet, at ein gjennomgåande har valt eit 15 – 20 års perspektiv som planhorisont.

Grunnlagsdata er i hovudsak henta frå føretaket sin eigen aktivitet og produksjon i 2011, med nokon tall frå 2010 på grunn av at 2011-tall frå desse områda ikkje er kvalitetssikra nok.

2.3. utfordringar på kort og mellomlang sikt - økonomi

Helse Møre og Romsdal HF har i samband med realiseringa av Strategi 2020 og gjennom reduserte inntekter som resultat av ny finansieringsmodell, tydelege både faglege, strukturelle og økonomiske utfordringar. Det er svært viktig at føretaket evner å ta tak i utfordringar på kort og mellomlang sikt, for på den måten å legge grunnlaget for ein langsiktig hensiktsmessig utvikling. Dersom ein ikkje klarer å handtere faglege, strukturelle og økonomiske utfordringar på kort sikt, vil ein ikkje kunne utvikle fagmiljø eller strukturkapital på ein måte som legg grunnlaget for morgondagens spesialisthelseteneste. I arbeidet med utviklingsplanen må ein også vise korleis løysingar på lang sikt heng saman med løysing for utfordringane på kort og mellomlang sikt, ikkje minst knytt til bygningsmassen.

Finansieringsmodellen i Helse Midt-Norge fordeler i dag dei økonomiske rammene etter befolkningsstorleik og behovet i befolkninga. Modellen er vidare korrigert for kostnadsulempar knytt til forskning, langtidsliggedagar og reisetid. Ein sjukehusstruktur med mange einingar og gammal bygningsmasse er ikkje teke omsyn til i modellen. Helse Møre og Romsdal blir difor ikkje tilgodesett med auka ramme dersom ein vel å oppretthalde ein struktur som krev ekstra kostnader til beredskap og passive vaktordningar. Vedtak om ny finansieringsmodell medfører at Helse Møre og Romsdal vil få redusert rammene med 135 mill. kroner over ein 4 års periode. Dette aukar utfordringsbilete i føretaket då ein må redusere driftsnivået knytt til finansieringsmodellen samstundes som føretaket må gjennomføre ei generell effektivisering for å frigjere kapital til investeringar og auka satsingsområder i langtidsperioden. Dette er krevjande da dagens bygningsmasse og strukturelle tilhøve legg bindingar på moglege effektiviseringstiltak.

2.4. Brukarmedverknad

Det er etablert system for brukarmedverknad både i utvikling av fagtilbod og på systemnivå gjennom brukarutval, brukarrepresentantar osv.

I vedtaket frå Helse Midt-Norge RHF sin “2020 strategi” står det:

17. Styret for Helse Midt-Norge RHF legger til grunn at virksomheten legger til rette for aktiv brukarmedvirkning i behandling og på systemnivå.

Brukarmedverknad er viktig for å ta vare på demokratiske rettar og for å sikre kvalitet. Helseføretakslova pålegg helseføretaka å etablere system for å hente erfaringar og synspunkt frå pasientar og andre brukarar. Brukarane skal supplere det heilskaplege kunnskapsgrunnlaget før avgjerder i spesialisthelsetenesta. Brukarperspektivet vert best ivareteke når brukarane kan påverke også dei premissleverande prosessane.

Brukarane kan definerast ut frå ulike perspektiv og ut frå om dei tek del i prosessar på individnivå eller systemnivå. Helse Møre og Romsdal må ha tiltak for å sikre medverking ut frå dei ulike perspektiva. Frå eit samfunnsperspektiv er alle innbyggjarar potensielle brukarar og ulike interessegrupper har ulik kunnskap til grunn for debatten. For å kunne diskutere på like fot med fagfolk og administrativt

personell må befolkninga ha betre tilgang til forståeleg informasjon om medisinske høve, prosess og anna relevant kunnskap.

Helseføretaket må i den vidare prosessen med utviklingsplanen derfor skape dei fora som trengst for å fange opp kommentarar, diskusjon og medverknad på ulike nivå. Dette fordrar auke i aktivitetar knytt til brukarmedverknad. Helseføretaket føresett aktiv dialog og samhandling med brukarane som fundament i arbeidet med utviklingsplanen.

2.5. Ålesund sjukehus

Helse Midt-Norge RHF har allereie gjennom sine vedtak stadfesta at Ålesund sjukehus vil vere i ei særstilling med omsyn til fagtilbod i Møre og Romsdal, og vil dermed ha det største fagmiljøet også i framtida.

Føretaksprotokollen mellom HMN RHF og HMR HF frå 30. juni 2011 seier følgjande:

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 stadar i regionen, skal dette som hovudregel utførast ved St. Olavs Hospital og Ålesund sjukehus.

Etter dette er det gjort vedtak i sak om regionalt traumesystem og regional kreftplan. Desse vedtaka er forande for utviklinga av fagtilbodet i Møre og Romsdal generelt og for Ålesund sjukehus spesielt.

Med det største fagtilbodet og fagmiljøet, må Ålesund sjukehus ta opp i seg endringar i framtidig sjukehusstruktur og funksjonsfordeling. Utviklinga av Ålesund sjukehus vil derfor vere avhengig av val av løysingsmodell i Nordmøre og Romsdal, samt avklaring av grenseområda mot Helse Førde HF.

2.6. Volda sjukehus

Framtidig innhald og struktur ved sjukehuset i Volda er mellom anna avhengig av kva som skjer med Nordfjord sjukehus og Helse Førde HF (Helse Vest RHF) sine avklaringar.

Så langt er det gjort avtale om eit fødesamarbeid mellom Helse Møre og Romsdal HF (Volda sjukehus) og Helse Førde HF. Dette samarbeidet trer i kraft 1. oktober med opninga av Kvivsvegen. Som følgje av opninga av Kvivsvegen, vil Helse Møre og Romsdal HF overvake utviklinga i pasientstraumane tett, for å sjå kva mønster som dannar seg også for andre fagområde.

I tillegg til den uavklarte situasjonen mot Helse Førde HF, er spørsmålet om fjordkryssing av Storfjorden mot Ålesund uavklart. Desse tilhøva gjer at det er naturleg å avvente enkelte konklusjonar knytt til framtidig struktur og funksjonsfordeling mellom Ålesund og Volda. Når desse forholda er avklara, er det naturleg å bruke dei same overordna prinsipp kva gjeld struktur og funksjonsfordeling som vert vedtekne for føretaket elles.

2.7. Tilhøvet til Rusbehandling Midt-Norge HF

I Helse Midt-Norge RHF er rusområdet som fagfelt organisert som eige føretak, med unntak av tilbodet ved ruspoliklinikkane i klinikk for psykisk helsevern. I styresak "37/12 Kapasitet og framtidig behov innan rusfeltet", behandla i styret i Helse Midt-Norge i møte den 10. mai 2012, vart det i punkt 5 gjort slikt vedtak: "Styret ber administrerende direktør om å vidareføre arbeidet med integrasjon mellom rus og psykisk helsevern". I saka understrekar ein m.a. behovet for å utvikle integrerte pasientforløp mellom rus, psykisk helsevern, somatikk og kommunane. I eit samhandlingsperspektiv mellom ulike fagfelt, har ein spesielt peika på behovet for tettare samarbeid mellom psykisk helsevern og rus. Tilrettelegging av tilbod for pasientar med rus- og psykiske lidningar med særskilte behov er eit av områda med behov for konkrete tiltak.

Med bakgrunn i vedtak fatta i Helse Midt-Norge i ovannemnde sak, vil Helse Møre og Romsdal i samarbeid med Rusbehandling Midt-Norge HF og Helse Midt-Norge RHF legge til grunn desse føringane i det vidare arbeidet i utviklingsplanen.

2.8. Prehospitale tenester

Ambulansetjenestene er grunnmuren i akuttberedskapen. Mange av akutfunksjonane dei utøver i dag var tidlegare reine sjukehusfunksjonar. Kompetansen hos personalet er aukande og denne faglege utviklinga vil etter alt å døme halde fram. På grunn av den desentraliserte strukturen desse tenestene har, kan ambulansespersonellet berge liv og helse der sjukehusa ville kome til kort sjølv om det var lokalsjukehus "på kvart eit nes". Avstanden mellom sjukehusa kan på denne måten vere større. Dette tillater større, meir robuste og kompetente sjukehus. Dette er utvilsomt ei rett utvikling fordi denne modellen kan berge fleire liv langs heile den akuttmedisinske kjeda og samstundes spare ressursar.

I tillegg til dette har luftambulansen endra mykje av føresetnadane for den tradisjonelle sjukehusstrukturen. I sum kan ein seie at plassering av sjukehusa i dag i større grad er blitt eit spørsmål om logistikk og i mindre grad om akuttberedskap sjølv om akuttberedskapen framleis er ein tung faktor.

Ambulansane er også bindeledd mellom 1. og 2. linetenesta og er blitt ein viktigare akuttressurs for kommunehelsetenestene. Dette er ein følgje av større legevaktdistrikt og den aukande kompetansen hos ambulansespersonellet. Større avstandar fører til at responstida frå legevakta blir lengre enten legen kjem heim til pasienten eller pasienten må inn til legevaktsentralen. Ambulanse blir ofte sendt til pasientar som tidlegare fekk heimebesøk av legevaktlegen. Dette fører til auka bruk av ambulansane og dette går dels på kostnad av akutfunksjonen dei skal ha. Denne utviklinga er ei utfordring i samhandlinga mellom 1. og 2. linetenestene.

I vedtaket frå Helse Midt-Norge RHF sin "2020 strategi" står det:

12. Styret for Helse Midt-Norge RHF legger til grunn at de prehospitale tjenester skal tilpasses nye behandlingsmetoder og endret oppgavedeling. Revisjon av plan for prehospitale tjenester er igangsatt, og vil bli lagt fram for styret som egen sak.

Det er etablert eit eige ambulanseføretak i Helse Midt-Norge RHF. Det er etablert kontakt mellom prosjektorganisasjonen som arbeidar med utviklingsplanen og leiinga i ambulanseføretaket.

I nasjonal helse og omsorgsplan står det:

De prehospitale tjenestene består av fastlege, legevakt, pleie- og omsorgstjeneste i kommunen, nødmedisintjeneste (AMK- og legevaktsentral), bil-, båt- og luftambulansetjeneste. Kommuner og helseforetak har felles ansvar for å sikre befolkningen et godt akuttmedisinsk tilbud.

Konsekvensane av dette er at det vert viktig for både Helse Møre og Romsdal HF og kommunane å samarbeide tett med det nye ambulanseføretaket for å sikre høg kvalitet og samhandling i dei prehospitale tenestene. Helse Møre og Romsdal HF legg til grunn at desse prosessane må intensiverast i takt med utviklinga av det nye føretaket. Dei prehospitale tenestene må tilpassast endringar i samferdslemønsteret og sjukehusstruktur.

2.9. Samhandlingsreforma

Intensjonar og endringar

Ein av hovudintensjonane i Samhandlingsreforma er at pasientane skal få tilbod om utredning og behandling nærare der dei bur. Bakteppet var ei brei politisk semje om eit utfordringsbilde som måtte

endrast. Forbruket av spesialisthelseteneste har økt mykje dei siste åra, og med mellom anna stor auke i tal eldre dei neste tiåra vil vi ikkje kunne ivareta etterspurnaden etter tenester i befolkninga. Det er og semje om behovet for å koordinere tenestene til pasientane betre og bruke dei samla ressursane meir effektivt.

Kommunane skal settast i stand til å takle større del av pasientforløpa, både fagleg og økonomisk. Veksten i spesialisthelsetenesta skal dermed dempast betydeleg og verkemidlane for å stimulere til den ønska endringa i oppgåvefordelinga inneheld sterke økonomiske insentiv. 5,6 milliardar er for 2012 overført frå spesialisthelsetenesta til kommunane.

Utskrivingsklare pasientar

I tråd med politiske signal føreset utviklingsplanen at ein i framtida ikkje skal ha utskrivingsklare pasientar i sjukehusa. Vi ser allereie no at mange kommunar i Møre og Romsdal har tatt grep om dette og tar i mot dei utskrivingsklare pasientane frå dag 1, medan vi i 2011 til ei kvar tid nytta meir enn 30 senger til utskrivingsklare pasientar. Denne endringa påverkar drifta i sjukehusa og aukar kapasiteten for anna aktivitet.

Øyeblikkeleg hjelp døgntilbod

Innan 1. januar 2016 skal alle kommunane ha på plass eit tilbod om øyeblikkeleg hjelp døgntilbod for innbyggjarane deira. Innretninga for tilbodet er kjente pasientar med forverring av kjent tilstand, som gjer at dei må ha innlegging i institusjon. Kommunen skal kunne ivareta behovet for øyeblikkeleg hjelp hos desse pasientane på ein like god måte som tilbodet dei ville fått i sjukehusa. Dette krev både auka kommunal kompetanse og tett dialog med spesialistar innanfor fagområdet i sjukehusa for å diskutere tiltak.

I Møre og Romsdal er mange kommunar godt i gang med å planlegge og etablere slike tilbod. Dermed forventar ein færre innleggingar og redusert behov for senger i sjukehusa framover. Kor stort volum dette er snakk om er vanskeleg å seie i dag. Omlegginga vil også krevje at legespesialistane i vakt er meir tilgjengeleg for å diskutere med legane i kommunane om vurderingar og tiltak. Det vil også krevje opplæring og kompetanseoverføring til kommunane, spesielt på sjukepleiarsida. Dette må planleggjast og frigjerast kapasitet til i helseføretaket.

Andre endringar i oppgåvefordeling

Som følge av reforma vil ein del oppgåver rundt utredning og behandling, som i dag skjer i sjukehusa, skje i kommunane. Dette kan til dømes vere: Kontrollar etter sjukehusbehandling, palliasjon, delar av eit rehabiliteringsopplegg med meir.

Når fleire tiltak rundt pasientane skal skje nærare heimen, er det også viktig at helseføretaket omstiller drifta si slik at vi kan tilby meir ambulante tenester, som vi allereie har tilbod om i dag innanfor nokre fagområde og må utvidast i framtida, og desentraliserte spesialistpoliklinikkar, som ein til dømes skal prøve ut no i Sunndal kommune.

2.10. Grenseområde mot andre Helseføretak og Regionale helseføretak.

Helse Midt-Norge RHF har ”sørge-for-ansvaret” for spesialisthelsetenestetilbodet i Møre og Romsdal. På same måte har Helse Vest ”sørge-for-ansvaret” for innbyggjarane i Nordfjord.

Opninga av Kvisvegen 1. oktober vil truleg auke talet på pasientar frå Nordfjord til Volda sjukehus, og eventuelt i ein viss grad også til Ålesund sjukehus. Helse Møre og Romsdal vil overvake omfanget på

desse endringane i pasientstraumane nøye, og over tid vurdere om desse endringane vert mellombelse eller meir permanente.

Når det gjeld fødande frå Nordfjord, så er det allereie formalisert eit samarbeid som inneber at ein del av desse skal gå til Volda sjukehus. Dette er det allereie teke omsyn til i driftsplanlegginga.

I tillegg er det allereie lokalsjukehuspasientar frå Nordmøre og Romsdal som vel å reise til St. Olavs Hospital. Ein har teke kontakt med Orkdal sjukehus for å få ein status på fagtilbodet der. Ein har framleis ø-hjelp i indremedisin. Det er også framleis ø-hjelp innan kirurgi, men selekteringskriteria for kva som vert ruta dit er stramma inn. Mindre skader vert teke hand om på Orkdal sjukehus, medan meir krevjande tilstandar vert handtert av St. Olavs hospital. Det er 14 senger i bruk til ø-hjelp i Orkdal, og ein ser ingen endra forbruksmønster frå Nordmøre så langt. Det er i tilgjengeanalysene vist kva del av innbyggjarane innan vårt føretak som har kortare veg til enten Orkdal sjukehus eller St. Olavs Hospital, gitt alternative løysingsmodellar i Nordmøre og Romsdal.

Det er fritt sjukehusval i Norge i dag på planlagde tenester. Val av sjukehusmodell for Nordmøre og Romsdal vil kunne påverke pasientstraumane etter kvart som tilboda endrar seg. Dersom ein vel å legge akuttsjukehuset for Nordmøre og Romsdal i eller bynært Molde, vil sannsynlegvis større del av innbyggjarane i Nordmøre orientere seg mot Orkdal eller mot St. Olavs Hospital. På same måte dersom akuttsjukehuset for Nordmøre og Romsdal vert plassert i eller bynært Kristiansund, så vil innbyggjarane i søre del Romsdalen orientere seg mot Ålesund. Det er i denne utgreinga ikkje gjort forsøk på å predikere denne utviklinga i pasientstraumar. Vi har verken data eller empirisk grunnlag til å utføre dette. Skulle ein gjere eit forsøk på dette, står ein i fare for å spekulere i utfall og samstundes kunne bli skulda frå ulike hald for å legge seg på ei tendensiøs linje. Dette er ikkje ønskjeleg. Føretaket vil derfor når det nærmar seg eit konkret bygningsmessig tiltak fram i tid, gjere nye analyser for å berekne ei mogleg utviklinga av pasientstraumar, ut frå det kunnskapsnivået ein då har.

2.11. Storulukkeberedskap

Beredskap generelt

Helse Møre og Romsdal HF må kontinuerleg ha beredskapsplanverk som er tilpassa gjeldande sjukehusmodell med tilhøyrande funksjonsfordeling. Dette inkluderer katastrofeplanar for det einskilde sjukehus.

Helseføretaket hadde 18.9.2012 møte med fylkeslegen og fylkesberedskapsleiar hos Fylkesmannen i Møre og Romsdal. På møtet gjennomgjekk ein dei sju alternative løysingsmodellane. Fylkesmannen ser så langt ingen generelle beredskapsmessige problemstillingar knytt til nokon av desse modellane. Fylkesmannen føreset likevel at Helse Møre og Romsdal på vanleg måte risikovurderer både modellane og prosessen ved iverksetting av vald modell.

Storkatastrofeberedskap spesielt

I Møre og Romsdal er det mange objekt/installasjonar som inneber særlege utfordringar i beredskapssamanheng. Slike objekt finn ein både på Sunnmøre, Romsdal og Nordmøre. Det spesielle med Kristiansund kommune er at både hovudservicebasen og helikopterbasen for Midt-Noreg er lokalisert i kommunen. Slik sett har Kristiansund ei særstilling når det gjeld aktivitet på sokkelen.

I utviklingsplanen for Helse Møre og Romsdal HF ønskjer ein å ha eit avklara forhold til både medisinsk beredskap for enkeltpersonar med skadar og sjukdom som oppstår innan petroleumsverksemd på sokkelen utanfor kyststripa vår, samt oversikt over ansvar og roller i storkatastrofeberedskapen.

Med dette som bakgrunn hadde Helse Midt-Norge RHF 26.09.12 møte med Petroleumstilsynets sikkerhetsforum, Kristiansund og Molde kommune, Nordmøre Næringsråd, Fylkeslegen i Rogaland, Fylkeslegen i Møre og Romsdal, Politiet, St. Olavs hospital og Helse Møre og Romsdal HF for å avklare status, ansvar og roller.

Frå Petroleumstilsynet sine nettsider finn ein følgjande informasjon om sikkerhetsforumet:

“Sikkerhetsforum

Sikkerhetsforum er den sentrale samhandlingsarenaen mellom partene i næringen og myndighetene innen helse, miljø og sikkerhet i petroleums-virksomheten på norske sokkel og på land.

Sikkerhetsforum ble opprettet i 2001 for å initiere, drøfte og følge opp aktuelle sikkerhets-, beredskaps- og arbeidsmiljøspørsmål i petroleumsnæringen til havs og på landanlegg i et trepartsperspektiv.

Forumet ledes av Petroleumstilsynet ved direktør Magne Ognedal med Angela Ebbesen som faglig sekretær.

Følgende medlemsorganisasjoner er representert i Sikkerhetsforum:

- Oljeindustriens Landsforening (OLF)
- Norsk Industri
- Norges Rederiforbund
- Sammenslutningen av Fagorganiserte i Energisektoren (SAFE)
- Lederne
- De Samarbeidende Organisasjoner (DSO)
- Fagforbundet for industri og energi (IE)
- Landsorganisasjonen i Norge (LO)
- Fellesforbundet.

Sikkerhetsforum er arena for høring og oppfølging av en rekke sentrale prosjekter og prosesser.”

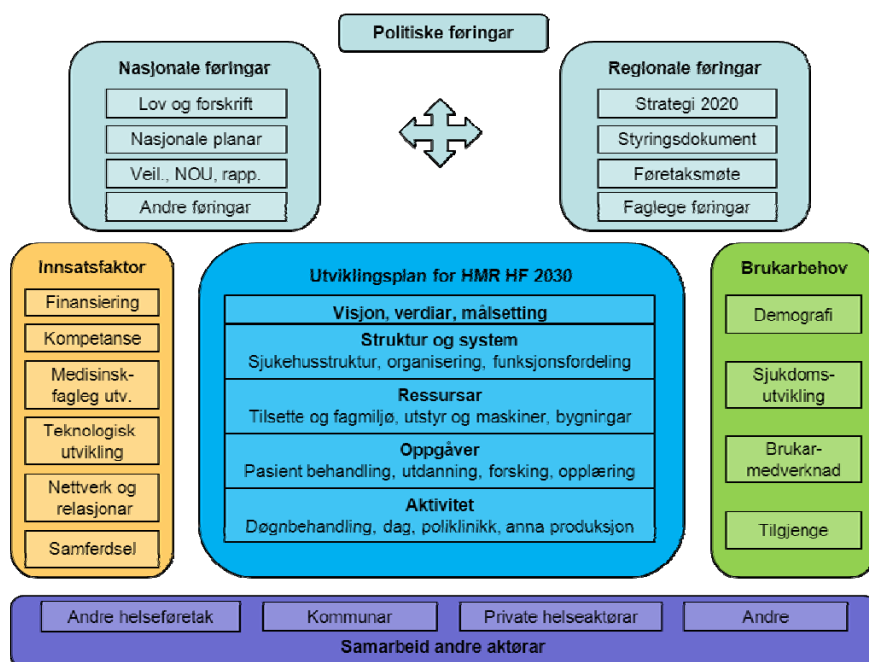
På møtet vart det trekt følgjande konklusjonar:

- Alle alternative løysingsmodellar for framtidig sjukehusstruktur må risikovurderast nøye med omsyn til petroleumsverksemda på sokkelen.
- På same måte må sjølve endringsprosessen ved overgang til ny struktur risikovurderast.
- Det bør inngåast forpliktande avtalar mellom helseføretaket og samarbeidspartane for å sikre og vidareutvikle samstemming av beredskapsplanar.
- Val av sjukehusmodell må tilfredsstillе krava i gjeldande DFU (definerte fare- og ulykkessituasjonar). Særleg viktig er at helseføretaket sikrar arbeidarar på sokkelen tilgang på spesialisthelseteneste innan **3 timar** frå varsel vert gitt.
- Partane må regelmessig øve på samvirke og samhandling.

I samband med storulykkesituasjonar på sokkelen er det viktig å presisere at slike katastrofer i mange høve vil involvere fleire helseføretak i Helse Midt-Norge.

2.12. Drivkrefter og modell

Utviklingsplanen for Helse Møre og Romsdal HF skal peike retning for utvikling av spesialisthelsetenesta i mange år framover. Dersom ein ser 20 år tilbake i tid, kven ville ha spådd den medisinske og teknologiske utviklinga vi har hatt desse åra? Den same utfordringa har vi no når vi skal skue framover – og forsøke å spå kva som vil skje dei komande åra. I arbeidet med utviklingsplanen har Helse Møre og Romsdal HF utforma ein modell som syner ulike faktorar som spelar inn på denne framtida.



Figur: Modell over utviklingsplanen Helse Møre og Romsdal HF.

Modellen over utviklingsplanen er nyttig i forhold til å sjå kor mange og omfattande forhold ein må ta omsyn til når ein skal vurdere den verksemdsmessige og bygningsmessige utviklinga. Det er viktig å danne seg eit så tydeleg og konkret bilete av dei ulike faktorane, og sette saman ein plan som balanserar alle viktige omsyn.

3. Framtidsscenario

Vurderingar av alternative løysingsmodellar for sjukehusstruktur er i stor grad basert på ei framskriving av situasjonen i dag, ut frå det ein ventar vil vere den mest sannsynlege utviklinga eller trenden i åra som kjem. Slike framskrivingar fangar ikkje opp moglege endringar i omgjevnadane som kan føre utviklinga i ei anna retning enn det ein trur i dag. Derfor har prosjektorganisasjonen fått utarbeidd ein scenarioanalyse som viser eit sett med ulike framtidsbilete; ulike moglege framtider. Dette vil gi eit breiare grunnlag til å vurdere dei ulike løysingsmodellane, og eit betre grunnlag for å velje ei god framtidsløysing.

Firmaet Deloitte har leia ei arbeidsgruppe med både interne og eksterne ressurspersonar som har jobba fram desse framtidsbileta, basert på faktorar ein trur har størst innverknad på framtida – såkalla drivarar. Gruppa peikar på fem slike som dei viktigaste i eit 2030-perspektiv:

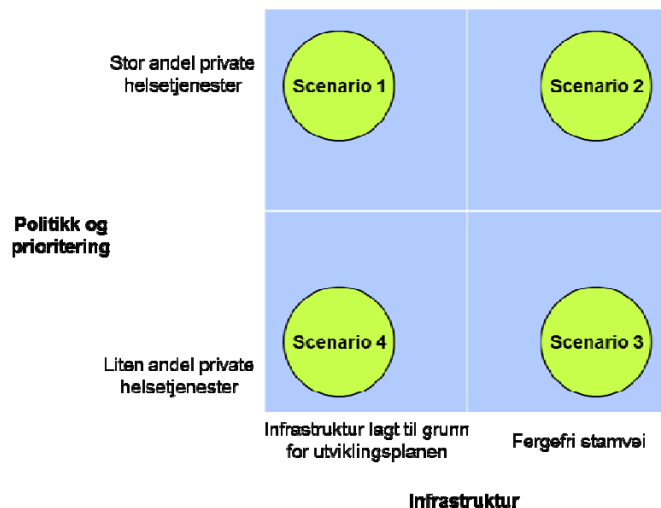
- Infrastruktur/samferdsle
- Politisk retning og prioritering (fremst knytt til grad av private tenester)
- «Den nye pasienten»
- Rekruttering
- Medisinskfagleg- og teknologisk utvikling

Det er for dei to første drivarane at ein er mest usikker på kva retning utviklinga vil gå i. Til dømes om ein for samferdsle skal forvente ei utvikling i tråd med dei vegprosjekta Statens Vegvesen legg til grunn, eller om ein skal forvente at ein i 2030 har ferjefri stamveg. For politisk retning og prioritering kan ein sjå for seg både høg og låg grad av privatisering av helsetenester.

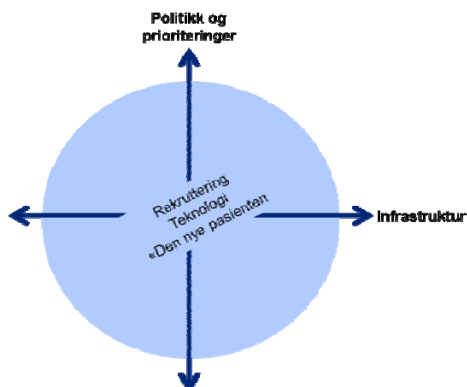
Set ein desse to drivarane opp som to aksar får ein fire moglege framtidsbilete:

1. Privatisering og noe bedre infrastruktur
2. Privatisering og fergefri stamvei
3. Lite privatisering og fergefri stamvei
4. Lite privatisering og noe bedre infrastruktur

Dette er vist i figuren nedanfor:



Dei andre tre drivarane kan ha vel så stor effekt på korleis framtida vil sjå ut, men her er gruppa meir sikker på kva retning utviklinga går i. Det er effekten av desse tre drivarane ein er meir usikker på, og gruppa har forsøkt å vurdere dette for kvart av dei fire framtidsbileta. Til dømes vil ein ha større utfordringar med rekruttering i scenario 1, kor det er stort omfang av private helsetilbod som konkurrerer om dei tilsette, og samferdsletilhøva avgrensar tilsette si arbeidsmobilitet. Analysene for kvart scenario er vist i vedlegg.



I alle scenariene som er behandla i denne analysen peiker konsekvensvurderingane i retning av at ein bør samle den delen av spesialisthelsetenestefunksjonane som ikkje er lagt til førstelinetenesta. Dette er både av omsyn til rekruttering og til framtidig kvalitet i dei tenestene som skal vere i beredskap døgnet rundt. Samtidig vil tilbodet til kronikarane tene på å bli organisert nær pasienten i størst mogleg grad. Tilbodet må da utviklast i eit nært samarbeid mellom første- og andrelinetenesta. Dermed ser ein to parallelle motsette spor for den medisinsk-faglege utviklinga: ytterlegare samling av spisskompetente miljø og ressurskrevjande prosedyrar, og samtidig spreing av diagnostikk og behandling der dette er mogleg ut frå pasient og tilsette sin kompetanse og tilgjenge til “kvardagsteknologi”.

For å møte krav og forventningar frå “Den nye pasienten” kan og må helseføretaket allereie no ha fokus på kvalitet, transparens, servicegrad og fleksibilitet. Tilsvarende må ein allereie no legge til rette for dei tiltak som ein ser vil innverke positivt på rekruttering i framtida, også ei samling av faglege funksjonar.

4. Alternative løysingsmodellar

Helse Møre og Romsdal HF er gitt i oppdrag å både lage ein utviklingsplan for føretaket, og samstundes svare ut om den framtidige sjukehusstrukturen skal bestå av tre eller fire sjukehus i Møre og Romsdal. For å svare ut spørsmålet om sjukehusstruktur har det vore naudsynt å utarbeide alternative løysingsmodellar.

Vurderingar knytt til løysingsmodellar

Arbeidet med å utforme dei alternative løysingsmodellane har vore krevjande. Ein har naturlegvis merka seg og har friskt i minne, dei seinare prosessar som omhandlar sjukehusstruktur og funksjonsfordeling både i eige føretak og i andre føretak. Helse Møre og Romsdal HF er framleis relativt nyfusjonert, og må gjere alt ein kan for å unngå ein opprivande konflikt knytt til sjukehusstruktur og funksjonsfordeling. Det vert gitt tilbakemeldingar både innan og utanfor føretaket om at det er eit sterkt ønske med ei avklaringa av dette viktige spørsmålet. Både tilsette og fagmiljø sliter med uavklart framtid, og til sjuande og sist vil også pasientar merke dette. Skal ein klare å ta stilling til sjukehusstruktur i Nordmøre og Romsdal, må ein utarbeide alternative løysingsforslag som ein meiner ligg innanfor mandatet og som svarar ut nasjonale og regionale føringar for utviklinga av spesialisthelsetenesta. Dette trass i at det skapar ein krevjande situasjon både i føretaket og i forhold til interessentar utanfor.

I styremøter og i det offentlege ordskiftet har det blitt etterspurt om det ikkje ville vore riktig også å ta med og utgreie ein alternativ løysingsmodell med eitt akuttsjukehus i Møre og Romsdal. Dette ligger ikkje innanfor det oppdraget som eigar har gjeve føretaket, og vert soleis ikkje teke inn i utviklingsplanen på det noverande tidspunkt.

Kva gjeld pasientunderlag for å på ein føremålstenleg måte drifte og utvikle eit akuttsjukehus med tilfredsstillande breidde og vaktdekning på naudsynte fagområde, diskuterer ein denne storleiken i fleire føretak om dagen. Sjukehus Innlandet HF argumenterer i sitt arbeid med at sine 470 000 innbyggjarar støttar opp om eit stort miljø med potensial til å kunne ta enkelte universitetsdunksjonar på sikt. I arbeid som er gjort i Helse Sør-øst så snakkar ein om 200 000 + som naudsynt for å ha fornuftig underlag. Går vi til Danmark så snakkar ein om 400 000 + for eit. Ein må ta med at både geografiske og topografiske forhold må vurderast i denne samanheng. På den andre sida kan ein vise til Helgelandssykehuset HF som ligger lengst sør i Nordland fylke. Det har 18 kommunar med til saman 77.767. innbyggjarar. Helseføretaket består av tre lokalsjukehuseiningar, i Mo i Rana, Mosjøen og Sandnessjøen. Ein har på det noverande tidspunkt ikkje gått inn på struktur eller planar for dette føretaket, men tek dette med for å synleggjere spennet i føretaksinnhald i Norge.

Som det er omtala i kapittelet om avgrensingane så har ein av omsyn til både kompleksitet i saka og i forhold til mandatet, valt å legge vekt på ei avklaring av struktur og funksjonsfordeling i Nordmøre og Romsdal. Dette betyr ikkje at Ålesund og Volda sjukehus på nokon måte er skjerma for dei endringar som skjer. Tvert imot så skal dei same prinsipp gjelde for heile føretaket, men ein må ha ei tidsforksyving på dette, slik at ein vonleg kan få avgjort strukturspørsmålet i Nordmøre og Romsdal. Det betyr vidare at dei prinsipp som er utgreidd i utviklingsplan, vert lagt til grunn også for Ålesund og Volda sjukehus så snart forholda ligg til rette for dette.

Om funksjonsfordeling

Det har vore mange diskusjonar både i tidlegare Helse Sunnmøre HF og Helse Nordmøre og Romsdal HF. Dei medisinske spesialitetane og funksjonane er byggesteinane i eit moderne sjukehus. Ofte er det sterke koblingar mellom funksjonar i sjukehus

Med 30 hovudspesialitetar og 14 grenspesialitetar som vi har i Norge i dag, og med 37 av desse representert i Helse Møre og Romsdal, så opnar dette for svært mange kombinasjonar. Basisfaga innan medisin, kirurgi, ortopedi, anestesi og føde/gynekologi, samt støtte i lab og billeddiagnostikk er sterkt ønskeleg i sjukehus som skal ha akuttilbod.

For å unngå ein situasjon der ulike moglege funksjonsfordelingar medfører eit stort tal alternative løysingsmodellar, som raskt kjem ned på eit høgt detaljeringsnivå, har ein rydda i denne diskusjonen med mål om å legge til rette for strukturavgjerd. Den prinsipielle funksjonsfordelinga gjev to typar einingar:

1. Poliklinikk og dagbehandling.
2. Poliklinikk, dagbehandling, elektiv døgn og akuttilbod.

Ein har også diskutert ein mellomvariant med poliklinikk, dagbehandling og ein elektiv døgnpost (typisk 5 døgn kirurgisk sengepost). Helse Midt Norge RHF har i sin “Strategi 2020” krav om at alle lokalsjukehus som eit minimum skal ha medisinsk akuttbereidskap. Har ein då i tillegg kirurgar og vaksystem for 5 døgn, nærar det seg, men dette nærmar seg veldig dagens driftsmodell. Det er derfor ikkje gått nærare inn på denne.

Det har vore ein intern prosess i helseforetaket med avklaring av sjukehuspsykiatrien knytt opp mot akutt somatisk tilbod. I “Nye Molde sjukehus” prosjektet var dette faglege spørsmålet utgreidd og teke stilling til. Ein slo då fast at i tråd med moderne tenking innan både psykiatrien og somatikken, er det naturleg å planlegge framtidige sjukehusprosjekt med desse tenestene lagt til same geografiske stad. Dette vert understøtta av det ein ser frå det nye sjukehuset som er under bygging i Østfold, der ein har dei somatiske og psykiatriske bygningar lagt ved sida av kvarandre.

I eige fagseminar for Klinikkk for psykisk helsevern 14. september 2012, med representantar frå Klinikkk for medisin til stades, kom eit samstemt fagmiljø fram til at ei framtid måtte planleggast med desse fagtilboda geografisk samla i utviklingsplanen for Helse Møre og Romsdal HF.

Ein legg i det vidare til grunn at med unntak av løysingsmodell 0, så vert akuttsjukehuset og sjukehuspsykiatrien planlagt med utgangspunkt i same geografiske plassering. Det er ikkje teke stilling til om det skal ligge “vegg-i-vegg” eller samlokalisert. Dette må seinare prosessar avklare.

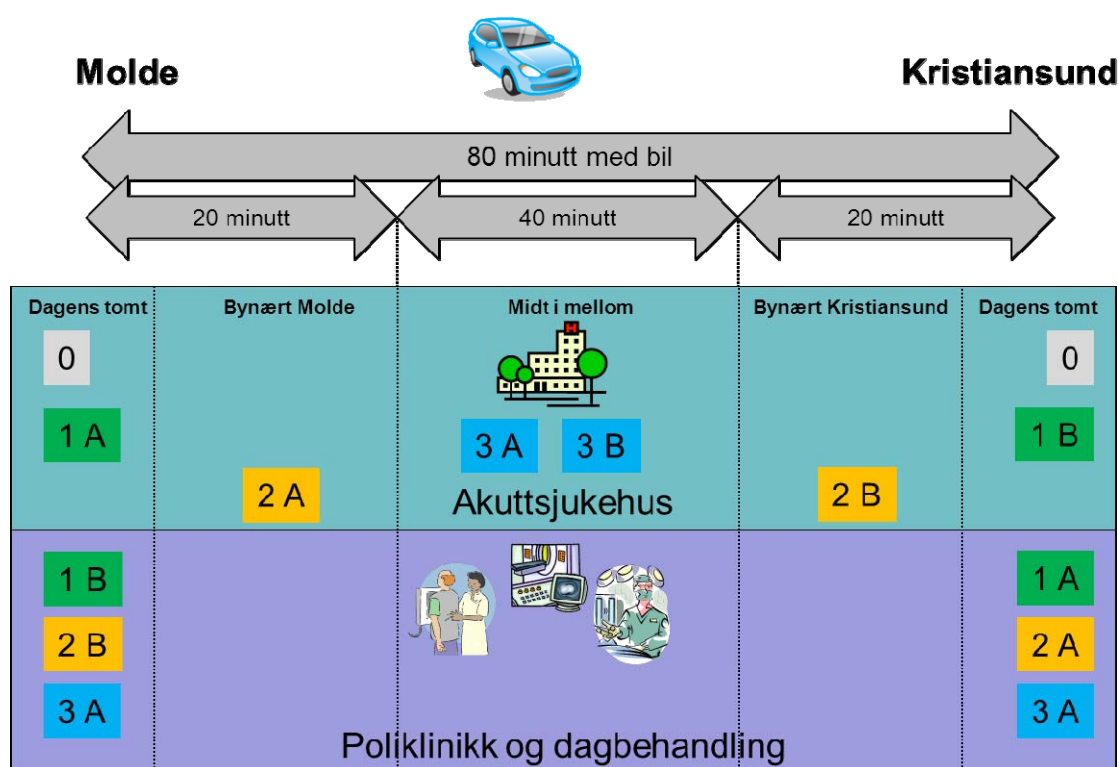
Alternative løysingsmodellar

Nr.	Beskriving
0	Framleis drift av dagens 4 somatiske sjukehus med funksjonsfordeling som i dag, samt psykiatrien med dagens fordeling på sjukehus og DPS. Naudsynt oppgradering i forhold til bygningsmessige utviklingsplanar held fram, og pålegg frå Statlige tilsyn vert prioritert.
1A	Trinnvis utvikling av Molde sjukehus på Lundavang som akuttsjukehuset inkludert sjukehuspsykiatrien for Nordmøre og Romsdal. Trinnvis omlegging av Kristiansund sjukehus til poliklinikk og dagbehandling.
1B	Trinnvis utvikling av Kristiansund sjukehus med utgangspunkt i noverande tomt som akuttsjukehuset inkludert sjukehuspsykiatrien for Nordmøre og Romsdal. Trinnvis omlegging av Molde sjukehus til poliklinikk og dagbehandling.
2A	Nytt felles akuttsjukehus inkludert sjukehuspsykiatrien for Nordmøre og Romsdal

	plassert på ny tomt bynært Molde. “Bynært” blir definert som til og med 20 minutt i bil frå bysentrum. Omlegging av Kristiansund sjukehus til poliklinikk og dagbehandling i noverande lokale.
2B	Nytt felles akuttsjukehus inkludert sjukehuspsykiatrien for Nordmøre og Romsdal plassert på ny tomt bynært Kristiansund. “Bynært” blir definert som til og med 20 minutt i bil frå bysentrum. Omlegging av Molde sjukehus på Lundavang til poliklinikk og dagbehandling.
3A	Nytt akuttsjukehus inkludert sjukehuspsykiatrien for Nordmøre og Romsdal plassert mellom ²⁾ byane Molde og Kristiansund. Noverande tomt/bygg på Lundavang og i Kristiansund vert nytta til poliklinikk og dagbehandling.
3B	Nytt akuttsjukehus inkludert sjukehuspsykiatrien for Nordmøre og Romsdal plassert mellom ²⁾ byane Molde og Kristiansund. Molde sjukehus Lundavang og Kristiansund sjukehus vert avvikla.

²⁾ Mellom byane er avgrensa på begge sider mot punkta 20 minutt frå respektive bysentrum.

Det er vidare forsøksvis illustrert strukturelt korleis dei alternative løysingsmodellane fordeler seg i forholdet mellom avstand og funksjonsfordeling. Avstanden er rekna ved hjelp av Asplan Viak og det er køyretid med bil 10 km/t under skilta fartsgrense, frå bussterminalen i Molde, over Batnfjordsøra til bussterminalen i Kristiansund. Dei 20 minutta som er “bynært” er ei teoretisk grense for å skilje dei bynære løysingsmodellane frå løysingsmodellane “midt i mellom”. Det er ikkje for nokon av desse alternativa tenkt eller peika på tomt.



Figur: Illustrasjon av løysingsalternativa

Tilgjengeanalysane som vert presentert tek utgangspunkt i definerte punkt på kartet, og reknar ut reiseavstandar i tid eller i kilometer. For reisetid, vert det nytta utrekningar etter skilta fart redusert med 10 km/t. For ferje er det lagt inn overfartstid i rutetabellen, pluss 10 minutt i ventetid. På denne måten kan ein vurdere kva konsekvensar av ulike alternative løysingsmodellar får for reiseavstand eller tid. Det er teke utgangspunkt i 5 ulike kartpunkt i berekningane.

- “Dagens tomt Molde sjukehus”.
 - Tomta på Lundavang.
- “Bynært Molde”.
 - Punkt på E 39, 20 minutt frå bussterminalen i Molde, nær Hjelset.
- “Midt i mellom”.
 - Midtpunktet på veinettet E 39 mellom Bussterminalen i Molde og Kristiansund, nærare bestemt rett ved Batnfjordsøra.
- “Bynært Kristiansund”.
 - Punkt på riksveg 70, 20 minutt frå bussterminalen i Kristiansund, på Frei.
- “Dagens Tomt Kristiansund sjukehus”.
 - Tomta i Kristiansund på Nordlandet.

Det er viktig å merke seg at punkta berre er sett for å gje høve til å utføre tilgjengeutrekning. Dei ulike alternative løysingsmodellane opnar for ein geografisk glideskala innanfor avstandsintervalla. Det følgjer av seinare “idéfase” og ”konseptfase” å utgreie tomtealternativ.

5. Vurdering av dei alternative løysingsmodellar

Det er sju føreliggjande alternative løysingsmodellar som vert vurdert. Det vesentlege med vurderinga er å finne fram til kva som skil løysingsmodellane frå kvarandre. Ein vil sjå at ut frå dei ulike vurderingskriteria så er fleire av dei alternative løysingsmodellane relativt sett "likeverdige" vurdert.

Utgangspunktet for utviklinga av spesialisthelsetenesta i Møre og Romsdal følgjer av Nasjonale og regionale føringar, samt styret i Helse Møre og Romsdal sine vedtak.

I Nasjonal helse og omsorgsplan heiter det;

"Regjeringen vil ha en helsetjeneste som ligger i front medisinsk og teknologisk. Målet er et helhetlig og sammenhengende tjenestetilbud av god kvalitet, med høy pasientsikkerhet, kort ventetid og med størst mulig nærhet til, og tilpasset den enkelte bruker. Brukere og pårørende skal møtes med respekt og omsorg og ha innflytelse over utformingen av tjenestetilbudet."

Vidare under overskrifta "utvikling av spesialisthelsetenesta":

"Regjeringen ønsker å legge til rette for at en fremtidig sykehusstruktur skal bygge på bedre samarbeid og arbeidsdeling mellom sykehusene. Utgangspunktet skal være at befolkningen i helseforetakenes opptaksområde, gis et helhetlig og kvalitetsmessig godt spesialisthelsetjenestetilbud, der de enkelte sykehusene har avklart arbeidsfordeling, samarbeider tett og er i god dialog med kommunene. Målet bør være å samle funksjoner når det er nødvendig av hensyn til kvalitet, men samtidig desentralisere når det er mulig – for å gi pasientene et bredest mulig tilbud med god kvalitet i nærmiljøet. For å sikre god kompetanse og robusthet i alle ledd i tjenesten, er det nødvendig å etablere og tydeliggjøre en faglig nettverksfunksjon i helseforetakene. Det innebærer at alle enheter har felles faglig ansvar for det samlede tilbudet innenfor de enkelte fagområdene, og at fagressursene på de ulike områdene ses i sammenheng."

Helse Midt Norge RHF, har i Strategi 2020, vedteke følgjande strategiske mål:

- Styrket innsats for de store pasientgruppene
- Kunnskapsbasert pasientbehandling
- En organisering som underbygger gode pasientforløp
- Rett kompetanse på rett sted til rett tid
- Økonomisk bærekraft

Vurderingsgrunnlag

Som tidlegare omtala så trekte styret i føretaket opp fagleg kvalitet, likeverdige tenester og god ressursutnytting som dei viktigaste mål for utviklingsplanen. Desse måla ligger tungt nedfelt i lovverk, Nasjonal Helse- og omsorgsplan og i dei regionale føringane. Desse hovudmåla blir i det vidare operasjonalisert i underpunkt, som i neste omgang vert nytta som "vurderingskriteria" til ei meir detaljert vurdering av alternative løysingsmodellar.

a) Sikre kvalitet på tenestetilbodet (mål)

Vurderingskriteria:

- Sikre prioritering av store pasientgrupper
- Gode pasientforløp
- Kunnskapsbasert pasientbehandling

- Rekruttering og robuste fagmiljø
- God infrastruktur (MTU/ bygg/ IKT)
- Samle funksjonar - men samtidig desentralisere
- Adekvat kombinasjon av fag i sjukehus
- Kunne utføre lovpålagte oppgåver innan utdanning og forskning
- Samhandlingsreforma

b) Likeverdig tenester (mål)

Vurderingskriteria:

- Avstand ved akutt sjukdom
- Avstand til behandling for sjukdom som ikkje hastar
- Komplette og stabile fagtilbod i sjukehus
- God informasjon om tenestetilbodet

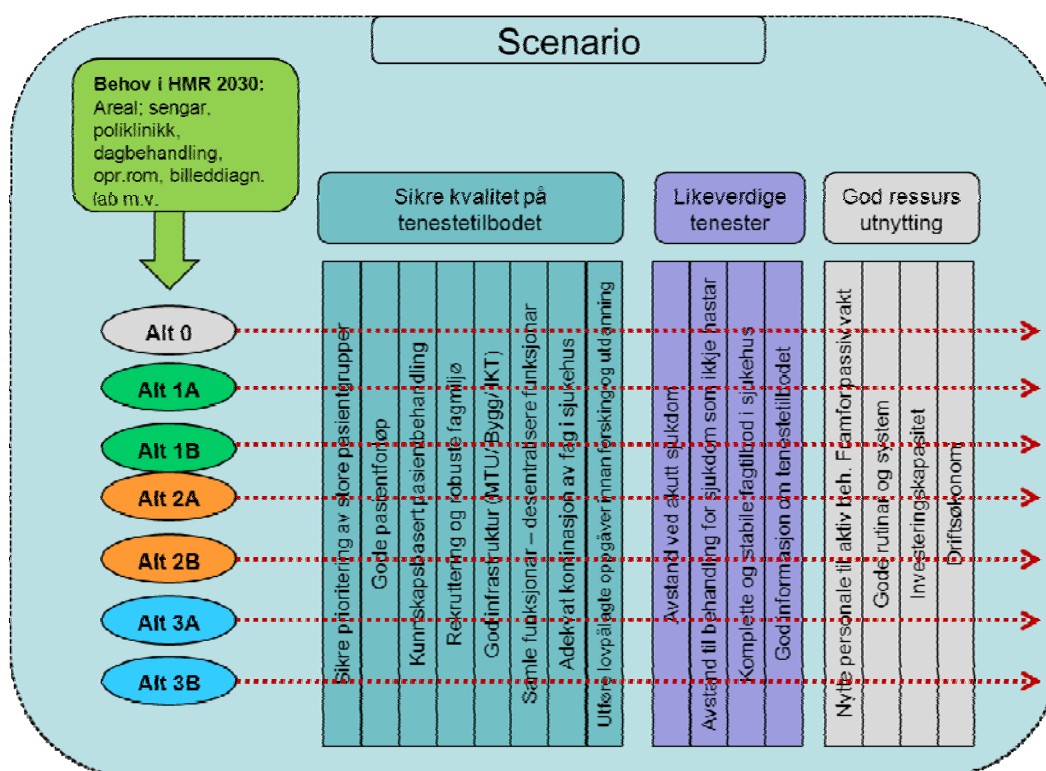
c) God ressursutnytting (mål)

Vurderingskriteria:

- Nytte personale til aktive behandling framfor passiv vakt
- Gode rutinar og system
- Investeringskapasitet
- Driftsøkonomi

Metode for vurdering av alternative løysingsmodellar.

I det vidare vil ein med utgangspunkt i dei alternative løysingsmodellane gjere ei vurdering av kvart vurderingskriterium. I figuren under er det grafisk vist korleis ein ser føre seg vurderinga.



Figur: Alternative løysingsmodellar vurdert mot vurderingskriteria

Vurderingskriteria peiker på viktige sentrale moment i utviklinga av spesialisthelsetenesta. Det ligg altså ei ønska utviklingsretning i kriteria. Både dagens situasjon og ein framtidig situasjon vil i større eller mindre grad kunne etterleve denne utviklingsretninga som kriteriesettet gjev.

Det vert altså føreteke ei vurdering av i kva grad løysingsmodellen understøttar dei aktuelle kriteria. Det vil vere slik at ein av dei alternative løysingsmodellane kan til dømes understøtte eit av kriteria i stor grad, men samstundes i liten grad understøtte andre kriterie.

Gradering

For å gjere ei betre vurdering og samanstilling av alternativa, har vi utvikla eit hjelpemiddel til å vurdere i kva grad dei ulike løysingsmodellane støttar opp under dei ulike vurderingskriteria. Her tek vi utgangspunkt i den verbale drøftinga og vurderinga, og vurderer dei alternative løysingsmodellane si understøtting av intensjonane i kriteriet i ein tredelt skala.

Graderingsskala:

Grad	Beskriving
-	Tydar at løysingsmodellen ikkje, i liten eller mindre grad understøttar vurderingskriteriet.
0	Tydar at løysingsmodellen er nøytral i forhold til vurderingskriteriet – altså verken styrkar eller svekker ønska utvikling.
+	Tydar at løysingsalternativet møter vurderingskriteriet på ein positiv måte og understøttar intensjonen i kriteriet.
<i>Ein vil også kunne bruke samanstilte graderingar, som t.d. -/0 og 0/+, for å skilje nyansar i forhold til ulike modellar der forskjellane er til stades, men ikkje nok til å gå til dømes ein heil grad frå + til 0.</i>	

Det er viktig å understreke at dette ikkje er nøyaktig vitskap. Det er heller ikkje eit ønske at ein skal framstille desse viktige vurderingane som eit matematisk reknestykke. Dette handlar om å tydeliggjere i kva grad dei ulike alternative løysingsmodellane innfrir i forhold til “kvalitet i tenestetilbodet”, “likeverdige tenester” og “god ressursutnytting” – gjennom ein systematisk gjennomgang av vurderingskriteria som underbyggjer målet.

Det er også viktig å merke seg at dette ikkje er ein normalfordelt skala, slik at ein nødvendigvis bruker heile skalaen på kvart kriterium. Det kan godt vere at på eit kriterium så endar alle alternative løysingsmodellar på (-) eller på (0).

5.1. Sikre kvalitet på tenestetilbodet

I arbeidet med utviklingsplanen kjem ein stadig tilbake til at det er omsynet til innbyggjarane i Møre og Romsdal sitt behov for medisinske spesialiserte tenester av høg fagleg kvalitet som skal vere den viktigaste vurderinga.

Innbyggjarane i Møre og Romsdal forventar eit tenestetilbod av god kvalitet, levert av helsearbeidarar med høg kompetanse. Det er helseføretaket si oppgåve å levere og utvikle faglege tenester som møter desse forventningane.

Med eit opptaksområde på rundt 254 000 innbyggjarar (2011), har ein eit godt utgangspunkt for å vidareutvikle eit godt og robust spesialisthelsetenestetilbod, med høg kvalitet og sterke fagmiljø i eit 2030-perspektiv.

5.1.1. Sikre prioritering av store pasientgrupper

Intensjonen i dette vurderingskriteriet er at utviklinga av spesialisthelsetenesta skal sikre at store pasientgrupper vert prioritert, gjennom både sentrale og desentrale tenester, og i samhandling med andre aktørar.

I nasjonal helse og omsorgsplan står det:

Lokalsykehusene skal rette tilbudet inn mot de store pasientgruppene som bør og kan få sitt spesialisthelsetjenestetilbud i nærmiljøet.

I styrevedtaket i Helse Midt-Norge RHF om “Strategi 2020” står det:

5. Styret for Helse Midt-Norge RHF ser det som nødvendig å styrke kapasitet og kompetanse i tilbudet til de store pasientgruppene. Dette innebærer en omfordeling mellom fagområder, og vil ha som konsekvens at ressursene til forskning prioriteres i samme retning.

7. Styret for Helse Midt-Norge RHF vedtar å tilrettelegge for et bredt desentralisert helsetjenestetilbud til de store pasientgruppene. Alle sykehus skal ha døgnerberedskap for indremedisin og et bredt desentralisert poliklinisk tilbud. Sykehusene skal ha et særlig fokus på tilbudet til kroniske syke, og skal være hovedarena for samhandling med kommunehelsetjenesten.

I Strategi 2020 vart det lagt vekt på å innrette verksemda vår for å kunne ta hand om dei store og veksande pasientgruppene. Av ”store pasientgrupper” som kan knytast til diagnose, er to spesifikt nemnt: rus og psykiske lidingar. Pasientgrupper som blir nemnt som ”veksande” er diabetes, kreft, kols og demens. Andre parameter som knytast til ”store pasientgrupper” er eldre pasientar og kronisk sjuke.

Vi kan dele pasientgrupper inn i 4 kategoriar:

- Stor, men ikkje veksande
- Veksande, men ikkje stor
- Stor og veksande
- Verken stor eller veksande

Her vil ein først og fremst ta føre seg dei store, veksande pasientgruppe og ressurskrevjande pasientgruppene.

Utviklinga i alderssamansetjinga i fylket er ein viktig premiss for å vurdere kva pasientgruppe som høyrer inn i dei ulike kategoriane. Veksande pasientgrupper vil vere nært knyta til befolkningsutviklinga og auke i tal eldre. For å finne ut kva for pasientgrupper som både er store og veksande, må vi sjå på kva for pasientgrupper som mottek behandling i spesialisthelsetenesta i tal opphald og kor ressurskrevjande dei er. Det er viktig å ha med alle dei tre dimensjonane – store, ressurskrevjande og veksande. Vi har sett på forbruk basert på 2009-tal kombinert med SSB sine folketalsframskrivingar.

Dersom vi ser på pasientveksten i Møre og Romsdal frå 2009-2030 er den estimert til 20,3 % samla sett for alle pasientgrupper. Ressursveksten i tilknytning til denne pasientveksten er estimert til 29,6 % - ein forventar altså ein vekst i stadig fleire ressurskrevjande pasientar.

Ser vi på utviklinga i folketal for Møre og Romsdal er dette rekna til auke på 19,1 % frå 2011 – 2030. For same tidsrom i Helse Midt-Norge rekna rein auke på 20,4 % og for resten av landet 23,5 %. Ser vi på auken over 80 år, er denne på 46,3 % i same tidsrom for Møre og Romsdal, for Helse Midt-Norge 52 % og resten av landet 56,3 %. Vi ser altså ein mindre auke i befolkninga og mindre auke for dei over 80 år enn kva resten av Helse Midt-Norge og landet elles vil få i same periode.

Ser vi på forbruksmønsteret for befolkninga av spesialisthelsetenester er det eldre pasientar som utgjer den høgaste andelen av pasientar i somatikken (67+). I psykisk helsevern er det andelen i aldersgruppa 16-49 år som brukar mest spesialisthelseteneste. Sidan den største auken i folkeveksten er i den eldste aldersgruppa, vil vi få den største auken i somatikken fordi eldre relativt sett utgjer den høgaste delen av pasientgrunnlaget. Med andre ord vil ”store og veksande pasientgrupper” vere spesielt relatert til menneske i pensjonsalder, og då spesielt frå 67 år og oppover.

Om vi grupperer type sjukdommar som kjem under definisjonen ”store og veksande” samstundes som dei vil vere ressurskrevjande, er det etter ICD10-diagnose desse diagnosane som kan trekkjast fram: svulst med kjemoterapi, sirkulasjonssjukdomar, skader og muskel/skjelettlidingar. Alle desse diagnosane er nært knytt til alder. Aldersgruppa 67+ er den gruppa som aukar mest mot 2020 og representerer ei stor utfordring for Helse Møre og Romsdal framover mot 2030. Dei utgjer også ein høg del av pasientopphalda og behandlinga er meir ressurskrevjande enn for andre aldersgrupper. Psykiske lidningar vil også auke, men ikkje i tilsvarende grad, men vil vere svært ressurskrevjande i framtida si spesialisthelseteneste. Pasientgruppa som vil vekse mest i perioden er tal dialysepasientar, infeksjonssjukdomar, augelidingar og åndedrettssjukdomar. Desse vil likevel ha behov for relativt mindre ressursar samanlikna med pasientar med svulstar, sirkulasjonslidningar m.v.

Vurdering av kriteriet “sikre prioritering av store pasientgrupper”.

Dei store og veksande pasientgruppene må helseføretaket prioritere uavhengig av val av løysingsmodell. Gjennom nasjonale og regionale føringar, er dette tydeleggjort. Prioriteringsrettleiarane som er kome innan dei fleste fagområda er eit godt hjelpemiddel i slik prioritering.

Spørsmålet som må stillast er heller kva alternativ løysingsmodell gjer det enklare ut frå eit driftsperspektiv å klare å prioritere andre nødvendige oppgåver i føretaket utover desse store og veksande pasientgruppene. Dette spørsmålet må koplant til driftsøkonomi og vurdering av denne i dei ulike løysingsmodellane.

Vi må stadfeste ut frå den kunnskapen vi har knytt til store og veksande pasientgrupper, at desse pasientgruppene vil utfordre både den høgspesialiserte kompetansen og utstyret i sjukehuset, og det meir desentraliserte tilbodet som bør gjevast nær der pasientane bur.

Dei mest ressurskrevjande pasientgruppene for framtida er i dag i stor grad sentralisert til dei største sjukehusa (kreftkirurgi, store skader m.a.). Samstundes er det pasientgrupper som er mindre ressurskrevjande som naturleg skal behandlast i lokalsjukehus/på poliklinikkar /som dagbehandling nærast der dei bur (dialyse, kols, psykiske lidningar m.a.).

Oppsummering av kriteriet “sikre prioritering av store pasientgrupper”.

Alternativ	Vurdering	Samandrag
0	0	Det er svært sterke signal både nasjonalt og regionalt om at spesialisthelsetenesta skal prioritere dei store pasientgruppene både i sjukehusa og i ambulant oppfølging i kommunane. Løysingsalternativa legg alle opp til nærleik til dei folketette område i Molde og Kristiansund, med noko unntak i alternativ 3 B, som gjer det meir krevjande med “nær” oppfølging av akkurat innbyggjarane i byane. For mange andre innbyggjarar i Nordmøre og Romsdal betyr det same noko kortare reiseveg. Det er uomtvisteleg at føretaket skal sikre prioriteringa av dei store og veksande pasientgruppene i framtida. Dette betyr at vi må sikre slik prioritering uansett val av løysingsmodell. Vi har derfor valt å score nøytralt på alle løysingsmodellane.
1 A	0	
1 B	0	
2 A	0	
2 B	0	

3 A	0	
3 B	0	

5.1.2. Gode pasientforløp

Intensjonen i dette vurderingskriteriet er at utviklinga av spesialisthelsetenesta bør så langt som moglege skje gjennom praktisering av metodikken “gode pasientforløp”.

Standardiserte pasientforløp er ein definert utgreiings- og behandlingsprosess som skal passe for 80 % i ei bestemt pasientgruppe. Utvikling av nye pasientforløp og oppdatering av gamle tar utgangspunkt i ny kunnskap eller det som er definert som beste praksis. Dette blir omdanna til ein ressursplan som koordinerer det som skal skje med pasienten i ulike fasar og plasserar ansvar hos dei deltakande aktørane, både helse- og merkantilt personell. Metodikken for utarbeiding av forløpa går ut på å identifisere flaskehalsar, usikkerheit og pasientrisiko. Ein kan dermed sette inn ressursar på rett plass, men også fjerne ressursar som ikkje har verdi for kvaliteten og framdrifta i prosessen.

Definerte pasientforløp er mest nytta for elektiv utgreiing og behandling, men metodikken eignar seg også for akutte forløp. Eit døme på dette er diagnostikk og behandling av hjarteinfarkt.

Behovet for standardiserte pasientforløp er eit resultat av aukande kompleksitet i sjukehusstilboda, drive fram av fagutviklinga som gir stadig nye metodar for diagnostikk og behandling. Dette fører også med seg meir spesialisering, arbeidsdeling og funksjonsfordeling. Dermed utfordrast prinsippet om likeverdige tilbod.

Standardiserte pasientforløp på tvers av sjukehus innafor HF eller i regionen er derfor viktige reiskapar for å sikre likeverdig behandling til alle pasientane i regionen. Vektinga av pasientforløp som reiskapar blir understreka av HMN som er i ferd med å opprette regionale fagleiarnettverk med hovudoppdrag å få fram gode pasientforløp. Særleg aktuelt er det å følgje opp den regionale kreftplanen med definerte pasientforløp for ulike krefttypar.

Vurdering av kriteriet “Gode pasientforløp”.

Gode pasientforløp er sterkt relatert til god organisering på fleire nivå. Det er så langt blitt eit mantra at vi må ha IKT-system som støtt gode pasientforløp. Det er så langt ikkje sagt så mykje om behovet for å organisere avdelingar/sjukehus/helseføretak etter same prinsippet. Tradisjonelt forsøker vi heller å gjere det beste ut frå den organiseringa vi har. Men der støyter vi ofte på barrierar.

Det mest effektive grepet vi kan gjere for gode pasientforløp vil vere å strukturere organisasjonen, også på makronivå, for å oppnå dei beste prosessane. I brystdiagnostisk senter (BDS) har vi døme på ei organisasjonsform som er bygd opp for å skape optimale pasientforløp. Samhandlingsreforma er langt på veg sett opp for å fremje gode pasientforløp i vekslingane mellom kommunehelsetenesta og spesialisthelsetenesta. Det ideelle forløpet omfattar både den "kommunale fasen" og "sjukehusfasen". Dette krev samarbeid mellom nivåa, ikkje minst på legenivå. Så langt har ein sakna gode arenaer for samarbeid om utvikling av slike kontinuerlege pasientforløp. Erfaringa i HMR etter 5 års systematisk

arbeid med pasientforløp er at det krev oppbygging av kompetanse og fristilte ressursar i fagmiljøa. Dette har vist seg å vere lettast å få til i dei store klinikkane og avdelingane.

Fordi svært mange pasientforløp krev innsats frå mange faggrupper og støttepersonell, er det ein fordel å ha flest mogleg av desse innsatsfaktorane samla under same tak og/eller same leiing. Ein meir desentralisert føretaksmodell kan derimot tenkjast å ha visse føremoner dersom den førar til at kontaktnettet mot kommunehelsetenestene blir større og betre. Helseføretaket må tenke på gode pasientforløp også i grensesnittet mot kommunane, utan at dette betyr at ein treng å vere geografisk nær alle kommunar.

Oppsummering av kriteriet “Gode pasientforløp”.

Alternativ	Vurdering	Samandrag
0	-/0	Løysingsalternativ 3B gir dei beste føresetnadane for gode pasientforløp, både for planlegging av forløpa og praktisk gjennomføring. Best føresetnad for godt samarbeidsklima får ein ved å flytte fagfolka inn under same tak. Samling av innsatsfaktorane i eit pasientforløp lettar også gjennomføringa av forløpa. Gjennom løysingsmodellane 1 A/B, 2 A/B og 3 A har ein også ei sterk samling, men den vurdert lågare grunna koordinering og ressursbruk ved to/tre lokalisasjonar. Løysingsmodell 0-alternativet scorar dårlegast. Små fagmiljø har relativt sett større vanskar med å frigi ressursar til forbedringsarbeid. Gode forløp kan også organiserast på tvers av organisatoriske og geografiske einingar, men det er meir krevjande og avhengig av eit godt samarbeidsklima.
1 A	0	
1 B	0	
2 A	0	
2 B	0	
3 A	0	
3 B	+	

5.1.3. Kunnskapsbasert pasientbehandling

Intensjonen i dette vurderingskriteriet er at utviklinga av spesialisthelsetenesta skal skje gjennom at behandling, opplæring, utdanning og forskning skjer på basis av vitenskapleg og dokumentert kunnskap.

Kunnskapsbasert pasientbehandling handlar om å kunne tilby behandling som har effekt og slutte med det som ikkje har effekt. Framleis saknar mykje av det vi driv med i sjukehusa eit grunnlag i forskingsbasert kunnskap. Kunnskapstilbodet er enormt, ikkje minst er kommersielle aktørar på tilbodssida og det er stor variasjon i kvaliteten på det som blir tilbode. Det er derfor stort behov for å kunne vurdere ny kunnskap og informasjon med kritisk blikk. Ein del av dette behovet blir dekt, til dømes gjennom det nasjonale kunnskapssenteret, men det erstattar ikkje behovet for kompetanse i egne rekke.

Vi veit at det fremjar kunnskapsbasert praksis og fagleg kvalitet å ha forskingskompetanse og aktiv forskning i det kliniske miljøet (jf regional forskingsstrategi).

Forskningsaktivitet kan også gjere fagmiljøet meir attraktivt og dermed virke rekrutterande på gode fagpersonar.

Kunnskapsbasert pasientbehandling er også resultat av generell fagkunnskap og kompetanse, kjennskap til oppdaterte retningslinjer (guidelines) og naudsynt innsats for å utvikle gode pasientforløp som tar inn ny kunnskap. Og ikkje minst lojalitet mot vedtatt pasientforløp. Ein føresetnad for alt dette er at føretaket har gode system for kunnskapsformidling.

“Fleire” fagfolk tenkjer betre enn ein. Eit større fagmiljø gir betre vilkår for individuell og kollektiv fagutvikling og er ein faktor som rekrutterer gode fagpersonar. Eit større fagmiljø kan også lettare legge til rette for forskingsaktivitet.

"Einsame" fagpersonar kan ha stor kunnskap og kompetanse, men fragmenterte fagmiljø aukar risikoen for lokal einsretting av tilbodet, m.a. fordi dei saknar faglege og kollegiale korrektiv i miljøet og fordi vilkåra for eigen fagutvikling kan vere dårlegare. Eit lite fagmiljø kan ha den fordel at einskildpersonar får stort erfaringsgrunnlag, til dømes med kirurgiske inngrep eller andre prosedyrar. Men dette inneber også stor sårbarheit når personen sluttar.

Vurdering av kriteriet “Kunnskapsbasert pasientbehandling”.

Ut frå desse resonnementa er det dei største fagmiljøa som skapar dei beste vilkåra for å kunne tilby kunnskapsbasert pasientbehandling. Det betyr at dei alternativa som samlar fagfolk i større einingar framfor å fragmentere dei, oppnår best vurdering på dette kriteriet. Alle alternativa utanom 0-alternativet har potensiale for å samle fagfolka i eit funksjonelt miljø, men utfordringa er større dess fleire geografiske einingar fagmiljøet skal omfatte og drive. Samling av fleire fagområde under same tak er også eit pluss for det samla fagmiljøet.

Oppsummering av kriteriet “Kunnskapsbasert pasientbehandling”.

Alternativ	Vurdering	Samandrag
0	-	Det er i løysingsmodell 3 B at ein får den største samlinga av fagpersonar og på den måten legger til rette for best utvikling av kunnskapsbaserte tenester.
1 A	0	Alternativa 1 A/B, 2 A/B og 3 A samlar også alle fagpersonar sentralt i eit nytt akuttsjukehus, men her skal desse fagpersonane i større eller mindre grad også har teneste i satellitten med poliklinikk og dagbehandling. Det er også fare for at ein vil kunne oppleve både ekstra ressursbruk til drift av satellitten, samt at det er ein fare for utvikling av eigne fagleg subkulturar. Løysingsmodell 0 vil framleis og i aukande grad vere prega av relativt sett små sårbare fagmiljø og problem med utvikling og understøtte av kunnskapsbaserte prosessar.
1 B	0	
2 A	0	
2 B	0	
3 A	0	
3 B	+	

5.1.4. Rekruttering og robuste fagmiljø

Intensjonen i dette vurderingskriteriet er at utviklinga av spesialisthelsetenesta skal legge til rette for utvikling av robuste fagmiljø.

Kva eit robust fagmiljø er og korleis det kan underbyggast/utviklast har vore debattert både i ei eige arbeidsgruppe i Utviklingsplan-prosjektet og i samband med interne fagseminar for dei ulike fagområda.

Arbeidsgruppa “rekruttering og sikring av robuste fagmiljø” legg til grunn at eit robust fagmiljø:

- har relevant kompetanse knytt til fleire profesjonar og fag.
- består ved endringar, og blir styrka gjennom synergjar der heilskapen utgjer meir enn delane.
- toler at enkeltindivid med sentral fagkompetanse sluttar, utan at fagmiljøet forvittrar.
- er omstillingsdyktig ved både faglege, samfunnsmessige og interne endringar.
- også kan styrkast gjennom forpliktande samarbeid på tvers av sjukehusa.

Om lag 60 sentrale fagpersonar har delteke i ei elektronisk spørreundersøking før dei interne fagseminara i september vart halde. På spørsmål om faglege faktorar som bidreg til robuste fagmiljø vektlegg dei i stor grad

- at tilbodet blir gitt ved eit akuttstusjukehus
- at faget deira er avhengig av samarbeid med andre fag
- at vaktordningar bør vere robuste
- at faglige robuste miljø også avheng av andre profesjonar enn legane (sjukepleiarkompetanse var eksemplet i undersøkinga, men andre yrkesgrupper vart også nemnt av fleire)

Vidare legg dei vekt på fagleg breidde og eit godt fagmiljø i sjukehuset som ein viktig faktor for å støtte oppunder rekruttering av nye fagfolk. I spørreundersøkinga er dette vektlagt høgre enn til dømes forutsigbarheit for framtidig sjukehusstruktur. Resultata er også diskutert på fagseminara, med liknande tilbakemeldingar der.

Samla sett syner tilbakemeldingane at eit robust fagmiljø, i eit lokalsjukehus med akutt-tilbod og ei viss breidde i fagtilbodet, er sin eigen sjølvforsterkande tendens, også når det kjem til rekruttering. Her kjem ein også inn på omgrep som omdømme og fagleg rykte.

Status i dag - legebemannning

Som ein indikasjon på kor robuste fagmiljøa er i dag, har Helse Møre og Romsdal kartlagt status for legedekkinga innan dei ulike fagmiljøa i helseføretaket. Dette er ei oppfølging av regionalt vedtak om Strategi 2020. Rapporteringa vart handsama i styresak 2012/61 i styremøte 11. september 2012. Rapporten foreligg i sin heilskap på føretaket sine nettsider om utviklingsplanen. Som ein vil sjå av rapporten er tilsvarande kartlegging som her vert presentert for Molde og Kristiansund sjukehus, også gjort for Ålesund og Volda sjukehus, og vil ligge til grunn for tiltak og utvikling.

Ei slik kartlegging syner ikkje alle tilhøve knytt til robuste fagmiljø, men gir ein peikepinn på kor det er utfordringar. For å få eit robust bilete av dette må ein sjå på utvikling i fagmiljøet over tid og på fleire yrkesgrupper enn legane. Det er og viktig å ha klart for seg at status på legedekkinga ikkje direkte seier noko om kvaliteten på tilbodet. Eit fagmiljø kan ha ein av landet sine fremste spesialistar innan feltet, men viss miljøet avheng av om enkeltindivid sluttar eller ikkje, er det framleis ikkje robust.

Fagmiljøet ved Kristiansund sjukehus

Kristiansund sjukehus har eit robust fagmiljø innan ortopedi. Medisinsk avdeling i Kristiansund har eit tilfredsstillande tal legar for felles vaktordning, men har kritisk kapasitet innan fleire greinspesialitetar.

Det generelle bildet av Kristiansund sjukehus er at fleire sentrale spesialistfunksjonar er kritisk lågt bemanna, særleg i eit framtidsperspektiv, til dømes innan blautdelskirurgi, fødselshjelp og kvinnesjukdommar. Anestesibemannning er på eit minimumsnivå. Utfordringane i Kristiansund skuldast både strukturen med små einingar ut frå historisk funksjonsfordeling, rekrutteringsvanskar, og eventuelt ein kombinasjon av desse faktorane.

Fagmiljøet ved Molde sjukehus

Molde sjukehus har robuste fagmiljø innan vaksenpsykiatri, anestesi, radiologi, nevrologi og ØNH. Medisinsk avdeling i Molde har eit tilfredsstillande tal legar for felles vaktordning, men har kritisk kapasitet innan fleire greinspesialitetar.

Dei fleste fagmiljøa ved Molde sjukehus er rimeleg robuste, men nokre fagmiljø har også kritisk låg legebemanning. Det miljøet som må vurderast til å vere mest sårbart i eit framtidsperspektiv, er gynekologbemanninga. Av spesialistfunksjonar retta mot planlagt aktivitet, er fleire sparsamt bemanna, t.d. med einespesialistar. Dette er sårbart for desse funksjonane.

Felles vurdering – Molde og Kristiansund

Det er etablert vaksamarbeid mellom Kristiansund sjukehus og Molde sjukehus innan kirurgi og ortopedi. Eit vaksamarbeid reduserer vaktbelastninga for legegruppa og styrker bemanninga på dagtid. Dette er vurdert å vere ei forsvarleg løysing, men ikkje optimal, ikkje minst i eit lengre perspektiv.

Situasjonen for Molde sjukehus og Kristiansund sjukehus er prega av at sjukehusa har ulike profil. Molde sjukehus (Lundavang og Hjelset) har fagmiljøet for sjukehuspsykiatrien i Nordmøre og Romsdal (begge har DPS-fagmiljø) og har i tillegg ei større bredde av fag som ikkje finst på alle lokalsjukehus. Dette ser ein også på at tal spesialistar og legar i spesialisering totalt sett er vesentleg høgre i Molde. Viss ein ser på legedekking innan dei sentrale, vaktberande somatiske faga i eit lokalsjukehus, er likevel utfordringane for dei to sjukehusa noko meir samanliknbare: Begge har mange små einingar, i størst grad i Kristiansund, og dei vil trenge vesentleg fornying/forsterking innanfor fleire fagfelt i eit mellomlangt perspektiv. Det betyr at ein uavhengig av val av modell må setje i verk vesentlege tiltak for framtidig fagleg berekraft.

Vurdering av kriteriet “Rekruttering og robust fagmiljø”.

Som det går fram av tidlegare argumentasjon er Helse Møre og Romsdal avhengig av alle fagpersonar vi har også i framtida. I eit 2030 perspektiv vil føretaket både trenge fagleg forsterking som vist ovanfor, og ha naturleg avgang i form av at personar går av med pensjon eller skiftar bustad/bransje og så vidare.

Det blir ofte argumentert for at dersom føretaket vel ei sjukehusløysing geografisk plassert for langt unna dagens sjukehus, vil fagmiljøa forvitte og til slutt gå i oppløysing. Nærleik til bysentrum vert oppfatta positivt for rekruttering av fagpersonar, og plassering mellom byane oppfatta negativt. Byane har fordel på grunn av totalt fleire attraktive tilbod og ein meir kompleks arbeidsmarknad for familiar. Dette viser også samfunnsutviklinga i Noreg, der stadig fleire bur i tettbygde strøk.

Det paradoksale i dette er at dersom føretaket av faglege og/eller driftsmessige årsaker meiner at det vil vere fornuftig med ei samling av fagmiljø i Nordmøre og Romsdal i eit akuttsjukehus for å sikre robuste fagmiljø og rekruttering, står ein i fare for å miste eit eller begge av desse fagmiljø. Dette til trass for at ein vil kunne tilby ei framtid i eit flunkande nytt og moderne akuttsjukehus med breidde i fagmiljøet.

Føretaket må føresette at styre og leiing handlar på ein slik måte at ein legg til rette for å ta med seg alle fagpersonar både frå Molde og Kristiansund i ein samla innsats for planlegging og utvikling av den nye spesialisthelsetenesta i Nordmøre og Romsdal. Her har ein også, dels avhengig av modell, høve til å sjå på dei to byane som ein felles rekrutterande arbeidsmarknad som kan støtte opp under det nye sjukehuset. Denne overordna tilnærminga ligg til grunn for vurderingane som her er gjort.

Gjennom løysingsalternativ 0 vil sjukehusa forsøksvis prøve å halde på dei tilsette legespesialistane. Ut frå forventa pasientvekst må ein byggje opp større kapasitet innan fleire fagområde og handtere til dels kritiske bemanningsutfordringar for fleire vaktberande fag. Ein har allereie i dag store problem med dette. Framleis drift av to sjukehus med akutttilbod i eit 2030 perspektiv, vert ikkje vurdert som ei berekraftig løysing.

Dersom ein vidare tek føre seg løysingsmodellane 1 A/1 B så vil desse alternativa bety fleire legestillingar og betydeleg satsing i Molde/Kristiansund, og at ein inkluderer sjukehuspsykiatrien i akuttsjukehuset. I eit 2030-perspektiv er det mogleg å få rekruttert nødvendig kompetanse, spesielt i lys av at ein etter kvart vil kunne tilby nye moderne lokalitetar og ein meir avklara fagleg situasjon. Begge sjukehus har fagmiljø

som har føresetnad for å ta ei aktiv rolle i eit rekrutteringsarbeid. Vi må likevel skilje mellom Molde og Kristiansund sjukehus. Molde sjukehus har i dag eit større fagmiljø å bygge på. Arbeidsreisa mellom desse byalternativa vurderer vi til å vere for lang til at ein kan rekne med ei samansmelting av fagmiljøa. Den største utfordringa for modell 1 B vert sjukehuspsykiatrien, og å flytte/ bygge opp eit fagmiljø som i dag ikkje finst her.

Løysingsmodell 2A og 2B har mange av dei same positive rekrutteringseffektane som i løysingskategori 1. Vi vurderer likevel desse modellane til å vere meir rekrutterande enn alternativa 1A og 1B. Vurderingane vi her har gjort, er at arbeidsreisene kan vere akseptable for begge dagens fagmiljø. Med utgangspunkt i eit sterkare fagmiljø i Molde vurderer vi det som noko lettare å rekruttere til 2A enn til 2B.

Ut frå alderssamansetting vil ein måtte erstatte mange av dei legespesialistane som i dag utgjer berebjelken i fagmiljøa både i Molde og Kristiansund. Molde og Kristiansund sine nærområde er attraktive bustadområde for framtidige tilsette, og har ein variert arbeidsmarknad som er positiv i rekrutteringssamanheng.

For både 2A og 2B må ein i nokon grad kunne legge til grunn at den andre byen vil kunne utgjere ein mogleg arbeidsmarknad for ektefelle, og slik bidra positivt til framtidig rekruttering, spesielt om folk buset seg bynært, men i retning den andre byen. For alternativa med eit sjukehus mellom byane (3A/B) kan dette i enda større grad vere ein faktor: Sjølv om ein legg til grunn at folk ønskjer å bo bynært kan ein sjå for seg eit felles sjukehus mellom byane som eit samarbeidsprosjekt for Nordmøre og Romsdal for å styrke den samla utviklinga i området.

Løysingmodell 3A føreset at fagmiljøet utgår frå akuttsjukehuset, med teneste ved satellittane med poliklinikk og dagbehandling. Dette vert gjennomført ved at fagpersonar vert tilsett på nytt akuttsjukehus, men har arbeidsstad også på einingane i Molde og/eller Kristiansund. For tilsette som vel å bu i ein av byane vert den totale reisebelastninga mindre med poliklinikkar i byane.

Plasseringa av akuttsjukehuset vil føre med seg stor tilflytting til nærområda. Denne veksten kan gi attraktive bustadsområde i tilknytning til sjukehuset som kan verte eit godt alternativ for framtidige tilsette. Mange kan likevel velje å bu bynært, og ha ein reiseveg på 20-50 minutt til arbeid.

Plassering i eit område mellom byane kan likevel gje rekrutteringsutfordringar. Desse miljøa skal rekruttere og utdanne fagpersonell til eit heilt nytt felles fagmiljø. Dette kan verte krevjande, men gir også nye moglegheiter. Å vere med å etablere noko nytt kan fungere positivt. Den generelle arbeidsmarknadssituasjonen vil i stor grad påverke utfordringa.

Løysingsmodellen 3B vil utgjere det største samla fagmiljøet. Store fagmiljø er i seg sjølv rekrutterande og vere robust og stabil for framtida. Dersom det blir entusiasme rundt dette, vil denne modellen fungere som eit samarbeidsprosjekt mellom dagens to fagmiljø og bidra til at det blir ein felles kultur. Dette inneber også at vi vurderer denne løysinga til å ha ei akseptabel arbeidsreise frå begge byane.

Det er likevel knytt risiko for at fagmiljøa i Molde og Kristiansund kan miste ressurspersonell og ikkje får naudsynt rekruttering i fasen fram til flytting. Etter innflytting kan dette verte eit enklare alternativ enn 3A som representerer eit meir fragmentert fagmiljø.

Oppsummering av kriteriet “Rekruttering og robust fagmiljø”.

Alternativ	Vurdering	Samandrag
0	-	Vi har vektlagt tre ulike parametre i vurderinga: - o Dagens fagmiljø - o Omfang/storleik av fagmiljøa i modellane - o Akseptabel reiseavstand for personalet
1 A	0	
1 B	-/0	
2 A	0/+	Ut frå desse kriteria vurderer vi samla sett modellane 3A og 3B som dei beste. Det større fagmiljøet i Molde gjer utslag i modellane 1A og 2A samanlikna med 1B og 2B 0 alternativet vert ikkje vurdert som robust i høve eit 2030 perspektiv. Det er for krevjande å dele opp personalet og pasientgrunnlaget på to parallelle vaktssystem i same fag. Vi har fleire slike døme frå fagmiljøa i sjukehusa i dag. Dette er ikkje rekrutterande, stabiliserande eller fagleg tilfredsstillande.
2 B	0	
3 A	+	
3 B	+	

5.1.5. God infrastruktur (MTU/ Bygg/IKT)

Intensjonen i dette vurderingskriteriet er at utviklinga av spesialisthelsetenesta skal legge til rette for høg teknisk og opplevd kvalitet innan medisinsk teknisk utstyr, bygg og IKT.

God funksjonell tilrettelegging etter universell utforming av bygningsmassen, er god kvalitet. Sitat frå pasient henta frå prosessen bygginga av nytt sjukehus St. Olavs Hospital:

”Sykehuset blir godt tilrettelagt for oss ”hjulbeinte” og alle andre. Her får vi vårt eget rom og kan være i fred med følelsene våre sammen med pårørende. Flersengsrom virker forstyrrende, og du greier ikke å kople ut smerten. Derfor er enerommet det aller viktigste for pasientene”

Den medisinske utviklinga er stadig meir teknologibasert, både innan diagnostikk og behandling (MTU, bygningsmasse). Samstundes er tilgangen på ny kunnskap overveldande (IKT). Dette krev eit visst nivå på investeringane dersom ein skal kunne tilby oppdatert og kvalitetsmessig god behandling.

IKT skal understøtte arbeidsprosessar og legge til rette for nye arbeidsprosessar gjennom å utvikle og ta i bruk ny teknologi. IKT-støtte for kliniske prosessar, informasjonsutveksling og logistikk, bygg under gode pasientforløp.

Vurdering av kriteriet “God infrastruktur (MTU/Bygg/IKT)”.

I alle løysingsalternativa ligger det inne teknisk oppgradering, funksjonell tilpassing, nybygg og oppgradering av medisinsk teknisk utstyr (MTU).

I løysingalternativ 0 vil ein i stor grad bygge vidare på eksisterande bygg og tomter, og utvikle denne bygningsmassen på dagens tomter i tråd med den til ei kvar tid tilgjengelege drifts og investeringsøkonomi. Som ein ser av dei bygningsmessige utgreiingane, så er teknisk tilstand ikkje på topp, og for Lundavang så er den kritisk dårleg. 0 alternativet medfører også en investering i oppgradering av Lundavang med ventilasjon, og dette er ikkje vurdert som fornuftig bruk av investeringsmidlar, og vidare hefta med betydeleg usikkerheit.

For dei øvrige løysingsmodellane 1 A/B, 2 A/B og 3 A/B legger ein til grunn ei betydelig investering i eit nytt akuttsjukehus for Nordmøre og Romsdal. Dette vil openbart ta infrastrukturen til eit nytt nivå.

Det må presiserast at det er ein ikkje uvesentleg ulempe å vidareføre 1 A/B alternativet. For Molde sjukehus på Lundavang så handlar det om:

- Svært stor usikkerheit kva gjeld byggekostnad og tilpassingar inn mot gammalt bygg.
- Dårleg funksjonell tilpassing som ikkje hentar ut alle driftsøkonomisk effektar.
- Dårleg tilrettelagt trafikal tilkomst og utviklingshøve.

For Kristiansund sjukehus så handlar det om:

- Svært krevjande tomteforhold.
- Dårleg funksjonell tilpassing som ikkje hentar ut alle driftsøkonomisk effektar.
- Dårleg tilrettelagt trafikal tilkomst og utviklingshøve.

Alternativa 1 A/B vert derfor vurdert som noko svakare alternativ på dette punktet.

Vurdering av kriteriet “God infrastruktur (MTU/Bygg/IKT)”.

Alternativ	Vurdering	Samandrag
0	-	Kva gjeld god infrastruktur så vil det for alternativa 2 A/B og 3 A/B vere det absolutt største forbetringa for sjukehusstilbodet i Nordmøre og Romsdal. Alternativa 1 A/B vert vurdert som svakare både av omsyn til bygnings og tomtemessige kompromiss/ usikkerheit, driftsøkonomisk innsparing, men også trafikale forhold som kan vise seg svært krevjande å løyse på ein tilfredsstillande måte. Løysingsmodell 0 vil berre i nokon grad forbetre infrastrukturen på sjukehusa i Nordmøre og Romsdal - og det er opplagt at den bygningsmessig tilstand Lundavang er i, ikkje er i tråd med ein lokalitetskvalitet vi ønskjer å tilby våre pasientar.
1 A	0/-	
1 B	0/-	
2 A	+	
2 B	+	
3 A	+	
3 B	+	

5.1.6. Samle funksjoner - men samtidig desentralisere

Intensjonen i dette vurderingskriteriet er at utviklinga av spesialisthelsetenesta skal legge til rette for både ei samling og sentralisering av tenester som treng det av omsyn kvalitet – samstundes skal ein søke å legge tenester som eignar seg for det ut til der folk bur.

Eit av dei store utfordringane i utviklinga av spesialisthelsetenester er avveginga av kva som bør planleggast som sentrale faglege tilbod der pasienten må reise til dels langt for å få si behandling, og dei tilboda som med fordel kan leggst ut, og plasserast så nær folk at ein ikkje opplever avstanden som noko problem.

Eit sentralt dilemma, uavhengig av modellvalg, er kva som er eit nært nok akutttilbod for dei store pasientgruppene innan indremedisin, som vi veit vil auke med aukande alder i befolkninga. Kommunane

byggjar opp øyeblikkeleg hjelp døgntilbod, alle kommunane skal ha dette tilbodet på plass innan 1. januar 2016, enten i eiga kommune eller i samarbeid med andre kommunar. Men det er verdt å merke seg at dei pasientane som skal få øyeblikkeleg hjelp døgntilbod i heimkommunen, er dei pasientane som har ei avklart diagnose, men som får eit forverring av ei kjent problemstilling knytt til diagnosen. I det augeblikket problemstillinga er av ei uklar eller ustabil karakter, må også desse pasientane til spesialisthelsetenesten. Dette er pasientgrupper som aukar i antall. Eit distriktsmedisinsk senter, med kun poliklinikk og dagbehandling, vil ikkje kunne ta i mot desse pasientgruppene. Så da er spørsmålet, kva er ei akseptabel avstand til akuttilbod på spesialisthelsetenestenivå for store pasientgrupper innan indremedisin, der tid er ein viktig faktor for å få eit adekvat medisinsk fagleg tilbod?

Desentralisering av poliklinikk og dagbehandling krev for mange fagområde lite utstyr og areal, her er desentralisering riktig og relativt lett å forsvare fagleg og økonomisk.

I Nasjonal Helse og omsorgsplan står det:

“Målet bør være å samle funksjoner når det er nødvendig av hensyn til kvalitet, men samtidig desentralisere når det er mulig – for å gi pasientene et bredest mulig tilbud med god kvalitet i nærmiljøet. Den faglige utviklingen går fortsatt i retning av økt bruk av poliklinikk og dagbehandling. Dette gjør det mulig å desentralisere flere spesialisthelsetjenester.”

I eit anna kapittel i Nasjonal Helse- og omsorgsplan står det:

“Også spesialisthelsetjenesten må videreutvikles for å møte fremtidens utfordringer. Nye metoder kan innebære at flere tjenester kan desentraliseres, mens andre tilbud vil kreve ytterligere spesialisering. Teknologisk avansert behandling gjør sykehusene mer avhengige av kostbart og kompetansekrevende utstyr. Samtidig må spesialisthelsetjenesten legge til rette for at de store pasientgruppene med kroniske og sammensatte problemstillinger, i størst mulig grad får sine tjenester nær der de bor.”

I vedtaket frå Helse Midt-Norge RHF sin “2020 strategi” står det:

7. Styret for Helse Midt-Norge RHF vedtar å tilrettelegge for et bredt desentralisert helsetjenestetilbud til de store pasientgruppene. Alle sykehus skal ha døgnerberedskap for indremedisin og et bredt desentralisert poliklinisk tilbud. Sykehusene skal ha et særlig fokus på tilbudet til kronisk syke, og skal være hovedarena for samhandling med kommunehelsetjenesten.

23. Styret i Helse Midt-Norge ber seg forelagt en plan for fordeling av planlagt kirurgi i Midt Norge, som bidrar til å styrke fagmiljøene i lokalsykehusene.

Spørsmålet er: På kva måte kan vi best mogleg ivareta dei kronisk sjuke sitt behov for akuttilbod i spesialisthelseteneste som må skje i sjukehusa?

Vurdering av kriteriet “Samle funksjonar – men samtidig desentralisere”.

Ein føresetnad som ein må tolke for seie noko om sentrale og desentrale tenester, er “for kven er det sentralt eller desentralt”. Tilgjengeanalyse syner at den totale avstanden til sjukehus for innbyggjarane samla i Nordmøre og Romsdal, ikkje for nokon av alternativa er vesentleg forskjellig. Den store skilnaden i modellane er at det med unntak av 0 alternativet, så medfører det lengre reiser for den eine eller begge “bykjernen” i Nordmøre og Romsdal, samt samla sett kortare for dei som bur utanfor bykjernane. Med omsyn til kvar ein når flest på kortast avstand, er det ikkje tvil om at dette er i bykjernane.

Løysingsmodell 0 vil kunne ivareta behovet for desentraliserte tenester for dei store pasientgruppene som bur bynært og i akutsituasjonar. Den ivareteke ikkje nødvendigvis behovet for robuste fagmiljø, slik ein samling av funksjonane vil gjere, noko som ofte er ei føresetnad for forutsigbar kvalitet alle dagar og til alle tider av døgnet.

Løysingsmodell 1 A/B vil kunne ivareta behovet for desentraliserte polikliniske tenester og dagtilbod for dei store pasientgruppene. Det framstår som meir usikkert med tanke på akutttilbod til dei store pasientgruppene som bor lengst unna akuttsjukehuset jfr avsnittet over.

I løysingsalternativet 2 A/B vil behovet for desentralisering av polikliniske tenester og dagtilbod for dei store pasientgruppene vere godt ivaretatt. Dette er eit betre alternativ når det gjeld akutttilbod til same gruppe, grunna nærare geografisk plassering til motsett bykjerne.

Løysingsmodell 3 A er den utanom 0 alternativet som representerer den mest utstrakte desentraliseringa av dagbehandling og poliklinikk, men noko auke til akutttilbodet for dei store innbyggjarkonsentrasjonane i byane.

Løysingsmodell 3 B vil kunne ivareta behovet for sentralisering i sterk grad, men møter behovet for desentrdaletenester nær der folk bur i mindre liten grad.

Oppsummering av kriteriet “Samle funksjonar – men samtidig desentralisere”.

Alternativ	Vurdering	Samandrag
0	+	Løysingsmodell 0 har same nivå på sentralisering/desentralisering som i dag. God ivaretaking av kronikarane sitt behov for tenester nært både akutt og elektivt. (0 alternativet forutsetter at der er eit reelt tenesteinnhold fagleg)
1 A	0	Løysingsmodell 1 A/B der ein bare skal ha poliklinikk og dagbehandling vil akutttilbodet til kronikargruppene svekkast. Det blir lenger avstand til sjukehus for mange av dei pasientane som har hyppig behov for akutttilbod i spesialisthelsetenesten. 1A litt betre enn 1B (demografi)
1 B	0	
2 A	0	
2 B	0	
3 A	+	Løysingsmodell 2A/B er litt betre enn alternativa 1A og 1B når det gjeld akutttilbod til kronikargruppene, men framleis større reiseavstand for kronikargruppene ved behov for akutte spesialisthelsetenester. 2A litt betre enn 2B (demografi)
3 B	-	I løysingsmodell 3 A blir reiseavstanden for akutttilbod til kronikargruppene betre enn dei to førre, betre dess nærare det demografiske midtpunktet det nye sjukehuset leggjast. God ivaretaking av behov for poliklinikk og dagbehandling.
		I løysingsmodell 3 B tek ein ikkje omsyn til desentralisering av poliklinikkar og dagbehandling. Det vil ikkje vere i tråd med minimumskravet med tanke på desentralisering.

5.1.7. Adekvat kombinasjon av fag i sjukehus

Intensjonen i dette vurderingskriteriet er at utviklinga av spesialisthelsetenesta skal legge til rette for at sjukehus på ulike nivå skal kunne tilby dei medisinske fagspesialitetar som ein krev for å ta imot pasientar innanfor sine fagtilbod og prosedyrar og det å drive medisinskfagleg forsvarleg.

Avhengigheit mellom indremedisin og kirurgi er ei sentral problemstilling i strukturdiskusjonen. Det er framheva frå fagfolk ved alle sjukehusa i Møre og Romsdal at det i ein ideell medisinsk situasjon, ikkje er å tilrå å utvikle tenester der indremedisin og kirurgi er splitta. I tillegg trekk medisinarane fram at i ei akuttmedisinsk avdeling ser ein det naturleg å ha samarbeidspartnarar slik som anestesi/ intensiv, laboratorieservice, billeddiagnostikk og gastrokirurgar.

I Nasjonal helse- og omsorgsplan opnar helsestyresmaktene for at det skal kunne gjevast tilbod om akutfunksjonar i indremedisin utan at full kirurgisk beredskap er tilgjengeleg på same stad:

“Lokalsjukehus med akutfunksjon må som et minimum ha indremedisinsk akuttberedskap, samt kompetanse til å utføre enklere kirurgiske prosedyrer på døgnbasis.”

Akutfunksjonane i kirurgi og indremedisin har gjensidig nytte av samlokalisering. Desse store faga legg grunnlaget for fagmiljø som også involvera andre fag slik som anestesi/ intensivmedisin, billeddiagnostikk og laboratoriefag. Det kan også argumenterast for samlokalisering av andre fag enn dette. Til dømes er ei robust fødeavdeling, der akutte keisarsnitt ikkje er uvanleg, avhengig av anestesi, helst på tilstadevakt. Ved oppgave og funksjonsfordeling der eit sjukehus misser eit fagfelt, kan det vere risiko for at andre fagmiljø vert svekka.

Innanfor dei kirurgiske fagområda kan det frå tid til annan uventa oppstå behov for assistanse frå ein annan spesialist (organspesialist/greinspesialist). Det er berre universitetssjukehusa som har tilnærma full oppdekking av alle greinspesialistane. Det inneber at lokalsjukehusa lever med varierende grad av risiko for at problem oppstår under operasjonar som ein ikkje har rett kompetanse tilgjengeleg for å takle på rett måte. Denne risikoen er tross alt liten og ein kan gjere ei risikovurdering i forkant får å unngå å kome i slike situasjonar. Det følgjer av dette at dei mest komplekse inngrepa skal utførast der ein har det breiaste fagmiljøet.

Men det er tilhøvet mellom indremedisinsk og kirurgisk akuttberedskap som er mest problematisert i ei rekkje rapportar, til dels med ulik konklusjon. I Helse Sunnmøre sin 2015-strategi var ulike modellar for kirurgisk vaktberedskap ved Volda sjukehus drøfta. Konklusjonen frå denne drøftinga var slik:

“Konklusjonen er at det er forsvarleg med akutt indremedisinsk drift utan akuttkirurgisk behandlingstilbod til stades ved Volda sjukehus, men at dette føreset dagkirurgisk aktivitet og kirurgisk vurderingskompetanse. Dette krev ikkje nødvendigvis tradisjonell kirurgisk vaktberedskap. Grad/form for vaktberedskap og nødvendige kvalifikasjonar ved sjukehuset må avklarast nærare med utgangspunkt i overordna føringa.”

Vurdering av kriteriet “Adekvat kombinasjon av fag i sjukehus”.

Kriteriet peikar både på ulike grader av avhengigheit mellom fag i akutte situasjonar og på grader av kvalitet i tilbodet til pasienten basert på kva som er definert som beste praksis. I nokre tilfelle er beste praksis bygd på såkalla multidisiplinære team (td innan kreftbehandling). Dersom sjukehuset ikkje har dei spesialistane som inngår i det multidisiplinære teamet, har ein ikkje den mest adekvate kombinasjonen av fag for denne pasientgruppa. *Adekvat kombinasjon av fag må sjåast i samband med oppgåver og funksjonsdeling.*

Vaktdelingsmodellen mellom kirurgi og ortopedi som blei innført i februar 2012 og som berører sjukehusa i Molde, Kristiansund og Volda har seiest å vere adekvat berre så lenge ein styrer pasienten til rett sjukehus som igjen har den adekvate fagkombinasjonen for den konkrete pasienten.

Framtidsperspektivet i HMR er at den desentrale modellen, altså løysingsmodell 0, ikkje kan rekne med å få fleire vaktfunksjonar. Truleg vil det tvinge seg fram ei ytterlegare vaktentralisering, det vil seie at nokre avdelinga må gå over til rein dagbehandling.

Oppsummering av kriteriet “Adekvat kombinasjon av fag i sjukehus”.

Alternativ	Vurdering	Samandrag
0	-	Ein føreset at i løysingsalternativa 1 A/B, 2 A/B, 3 A/B så får ein eit samla akutttilbod i Nordmøre og Romsdal. Ut frå dette kriteriet vil ei samling medføre adekvat samansetning av tilstrekkeleg med medisinske fagspesialitetar til å kunne vere eit fullverdig akuttstusjukehus. 0 alternativet viser av erfaring at ein slit med å oppebere dei naudsynte spesialiserte fag i tilstrekkeleg grad til å gje eit fullverdig akutttilbod. Her vil også store delar av sjukehuspsykiatrien fortsatt vere lokalisert til Hjelset. Fordi alle modellane utanom 0 samlar vaktfunksjonane, blir dei tilnærma like på dette kriteriet, iallfall i vaktsammenheng.
1 A	+	
1 B	+	
2 A	+	
2 B	+	
3 A	+	
3 B	+	

5.1.8. Kunne utføre lovpålagte oppgåver innan utdanning og forskning

Intensjonen i dette vurderingskriteriet er at utviklinga av spesialisthelsetenesta skal legge til rette for at fagmiljøa skal kunne utføre, som eit minimum, dei lovpålagte oppgåvene innan utdanning og forskning.

HMR har aukande forskingsaktivitet, men treng å auke denne ytterlegare for å nå måla i den regionale forskingsstrategien og styringsdokumentet. For å oppnå dette, er det bygd opp eit støtteapparat for forskning og innovasjon med god kompetanse og forskingsbudsjetta er blitt auka. HMR ser alt resultat av dette. Forskingstema har i hovudsak hatt utgangspunkt i den eksisterande pasientbehandlinga. Nye tema som ein ønskjer å gå inn i er forskning på endringar og utvikling av tenestene (helsetenesteforskning), ikkje minst våre eigne endringsprosessar.

Erfaringa så langt i vårt helseføretak er at det er lettast å få til forskingsaktivitet i dei største fagmiljøa. Den viktigaste grunnen til det er at desse lettare kan frigjere ein medarbeidar til forskingsprosjekt utan at det går for mykje ut over kapasiteten i pasientbehandlinga.

Det er to hovudmetodar til å auke kunnskapen og kompetansen i ei avdeling. Det er gjennom rekruttering av medarbeidarar med rett kompetanse eller gjennom vidare- og etterutdanning av dei tilsette. Det er ein trend er at helseføretaket i større grad enn før må ta ansvar for dei tilsette si vidare- og etterutdanning. Dette kostar og det er derfor behov for planmessig kompetanseheving ut frå fagleg og økonomisk prioritering og dei definerte måla vi arbeider etter. Derfor har nå HMR starta på eit arbeid i avdelingane med å utvikle eigne kompetanseplanar etter desse prinsippa.

Helseføretaket er pliktig til å ta imot ulike praksisstudentar, særleg frå høgskulane. Erfaringane er at det er dei større avdelingane som lettast klarar å integrere praksisstudentar.

Vurdering av kriteriet “Kunne utføre lovpålagte oppgåver innan utdanning og forskning”.

Forskning og utdanning av helsepersonell er aktivitetar som treng eit gunstig organisatorisk grunnlag og eit godt fagmiljø. Begge delar fungerer best i eit større fagmiljø. Ein organisatorisk krevjande driftsmodell som vi har i 1 A/B, 2 A/B og 3A spreiar ressursane slik at det blir mindre plass til forskings- og utdanningsaktivitetar. 0 alternativet spreiar dessutan også pasientgrunnlaget meir, noko som går i ytterlegare disfavour av forskning og utdanning. Vi har fleire døme i HMR på avdelingar med

viktige vaktfunksjonar som er for små og/eller har for liten aktivitet til å ha legar i spesialistutdanning (LIS). Dette er negativt for rekruttering og for fagmiljøet generelt. Det er velkjent at det å drive med utdanning er stimulerande for eit fagmiljø. Av dette følgjer at kva gjeld å legge til rette for lovpålagte oppgåver innan utdanning og forskning så er dette lettast å få til i eit samla fagmiljø i løysingsmodell 3 B.

Oppsummering av kriteriet “Kunne utføre lovpålagte oppgåver innan utdanning og forskning”.

Alternativ	Vurdering	Samandrag
0	-	Når ein berre skal vurderer evna til å utføre lovpålagte oppgåver innan utdanning og forskning, så er dette lettast å få til der ein samlar alle ressursar og pasientar på ein geografisk stad i eit sjukehusmiljø i løysingsmodell 3 B. Vidare vurderer ein det også til å vere betre på grunn av at ein unngår ulempene som følgjer fragmentering og gir grunnlag for meir samla ressurssterke fagmiljø. Føresetnadane for å ha kapasitet og innretningar for å ta imot studentar under utdanning er også best i dette alternativet.
1 A	0	1 A/B og 2 A/B og 3 A kjem her i ei mellom stilling, då ein legg opp til ei viss fragmentering av fagmiljø, og det er også sannsynleg at det vil vere ekstra ressurskrevjande å drive koordinering med satellitten for poliklinikk og dagbehandling.
1 B	0	
2 A	0	For å ha utdanningsfunksjon for LIS trengst det eit visst tal overlegar for vegleiing og supervisjon av utdanningskandidatane. I tillegg krevst det eit strukturert internundervisningsprogram. Dette går særleg i disfavør av alternativ 0. Vidare i 0-alternativet deler ein opp både fagmiljøa og pasientgrunnlaget, og det blir derfor vurdert som svakast ut frå teori og erfaring.
2 B	0	
3 A	0	
3 B	+	

5.2. Likeverdige tenester

Helse Midt-Norge RHF har eit “*sørge-for ansvar*” for likeverdige tenester til innbyggjarane. Dei prehospitale tenestene skal bidra til å sørge for at tenestetilbodet vert likeverdig trass i ulik geografi og ulik reisetid til spesialisthelsetenestetilbod. Helse Møre og Romsdal HF er vidare ansvarleg for å ha medisinskfaglege forsvarleg tilbod ved sine spesialisthelsetenesteinstitusjonar.

Både kva gjeld akutt og planlagt aktivitet er innbyggjarane sin avstand til sjukehuset og tilbodet av betydning. Det blir derfor her presentert summert tilgjengeinformasjon. Alle føresetnadar i tilgjengeanalysene går fram av vedlegga, og derfor ikkje gjennomgått her. Det er rekna kun til akuttsjukehus, og ikkje teke høgde for tid til satellittane med poliklinikk/dagbehandling i 1 A/B, 2 A/B og 3 A. I første tabell tek ein føre seg kor lang reisetid innbyggjarane har innafor ½ times intervall i forhold til dei ulike alternativ. Her reknar ein altså alle innbyggjarar mot næraste geografiske sjukehus. Når ein stiller opp legg inn destinasjonar på dei alternative løysingsmodellane reknar ein ut dette mot det punktet som gjort greie for i kapittel 4 under løysingsmodellane. Det er viktig å merke seg at dette er utrekna på heile befolkninga i Møre og Romsdal (253 904 i 1.1.2011), så eit prosentpoeng betyr då 2 539 personar.

Dette høyringsdokumentet er eit overordna dokument som ikkje tek opp i seg alle detaljar og analyser frå grunnlagsmaterialet. Tilgjenge for den framskrivne befolkninga i 2030 kan ein lese ut av vedlegg, saman med ei rekkje andre utrekningar.

5.2.1. Avstand ved akutt sjukdom

Intensjonen i dette vurderingskriteriet er at utviklinga av spesialisthelsetenesta skal sikre forsvarleg nærleik til akutt og fødetilbod for innbyggjarane i eit definert område.

I nasjonal helse og omsorgsplan står det:

“For å sikre et helhetlig og likeverdig tilbud, må kommuner og helseforetak i større grad samarbeide om utviklingen av de akuttmedisinske tjenestene, slik at tilbudet samlet sett blir tilgjengelig nok og av god kvalitet.”

I styrevedtaket i Helse Midt-Norge RHF om “Strategi 2020” står det:

12. Styret for Helse Midt-Norge RHF legger til grunn at de prehospitala tjenester skal tilpasses nye behandlingsmetoder og endret oppgavedeling. Revisjon av plan for prehospitala tjenester er igangsatt, og vil bli lagt fram for styret som egen sak.

Prehospital responstid er definert som tida frå eit meldt behov til ein ambulanse er framme hjå pasienten. Spesifiserte krav til responstid er ikkje nedfelt i lov/ forskrift. I bakgrunnsarbeida for NOU 1998:9 “Viss det haster... Faglige krav til akuttmedisinsk beredskap”, er det oppgjeve ei målsetjing om at 90 % av folket i tettbygde strøk skal verte nådd innan 12 minutt og at folk busett i griskrendte strøk skal verte nådd innan 25 minutt.

Bilambulansar og ambulanshelikopter er utstyr med diagnostisk hjelpemiddel som for ein del akuttsituasjonar, og kan iverksette sjukdomsavgrensande og livreddande behandling før ein kjem fram til sjukehus. Andre tilstandar kan derimot ikkje bli diagnostisert tilstrekkeleg før ein er komen fram til sjukehuset.

	Innbyggjarar	% - del
Volda	46 238	18 %
Ålesund	96 962	38 %
Molde	60 084	24 %
Kristiansund	50 619	20 %
Sum	253 903	100 %

Tabell: Innbyggjarar i Møre og Romsdal og ulike sjukehus som næraste i reisetid ved utrykking.

Med dagens sjukehusstruktur i Møre og Romsdal og akuttmottak ved alle fire sjukehus (ikkje justert for samordna vaktordning i Volda, Molde og Kristiansund på helg), så viser Asplan Viak si tilgjengeanalyse at 73 % av innbyggjarane er innafor 30 minutt, og heile 94 % innan ein time.

Intervall	Antall personer	Akk. antall personer	Personer (%)	Akkumulert (%)
0 - 30 min	184640	184640	73 %	73 %
30 - 60 min	54913	239553	22 %	94 %
60 - 90 min	12293	251847	5 %	99 %
90 - 120 min	2057	253904	1 %	100 %

Tabell: Innbyggjarar i Møre og Romsdal si tilgjenge til næraste sjukehus med bil 1.1.2011.

Kva gjeld responstid så er lokaliseringa av ambulanse vel så viktig som val av sjukehusstruktur.

Forsvarleg reiseavstand, og dermed reisetid for pasientar med akutte tilstandar, må vurderast ut frå den samla tid det går frå behovet oppstår til riktig/ relevant behandling er gitt på sjukehus eller i ambulanse. Samla tid frå meldt behov til pasienten er framme ved kvalifisert/ adekvat behandlingstilbod er påverka av både:

- Sjukehusstruktur/ avstand til sjukehus

- Fagleg funksjonar ved aktuelle sjukehus
- Kompetanse i førstelinjetenesta
- Lokalisering av ambulanse (a-båt)/ tilgjenge ambulansehelikopter

Av dette følgjer altså at forsvarleg reiseavstand til akuttfunksjonar er avhengig av meir enn talet på kilometer mellom der pasienten vert henta og nærmaste sjukehus.

Intervall	Ambulanse dagens transportnett og befolkning (2011)					
	0	1A	1B	2A	2B	3 A/B
0 - 30 min	73 %	60 %	58 %	62 %	61 %	69 %
30 - 60 min	94 %	92 %	87 %	93 %	90 %	91 %
60 - 90 min	99 %	95 %	99 %	99 %	100 %	100 %
90 - 120 min	100 %	100 %	100 %	100 %		

Tabell: Innbyggjarar si tilgjenge til sjukehus ved utrykking i alternative løysingsmodellar.

God tilgang på luftambulanse er viktig for å redusere transporttid ved akutte hendingar, herunder også å auke den generelle akuttmedisinske transportkapasiteten. I utviklingsplanen bør kapasitet på både bil, båt og luftambulanse takast med i ein heilskapleg vurdering av prehospital akuttberedskap og transport.

Vurdering av kriteriet “avstand ved akutt sjukdom”.

Som det framgår av tabellane over så er det løysingsmodell 0 som gir det næraste akuttilbodet for 30 og 60 minuttintervall. Men ein ser at for alle alternative løysingsmodellane så er variansen innanfor 0 – 30 minutt berre 11 % (58 % / 69 %). Og ser ein på 60 minuttintervall akkumulert, så er variansen 6 % (87 % / 93 %) i øvrige løysingsmodellar.

Vurdering av kriteriet “avstand ved akutt sjukdom”.

Alternativ	Vurdering	Samandrag
0	+	Kva gjeld avstand til akuttilbod for innbyggjarane, er det 0 alternativet som gjev størst geografisk og tidsmessig nærleik mellom bustads adresser til innbyggjarane i området og akuttmottaket på eit av dagens to akuttsjukehus innan 0 – 60 minutt intervallet. Deretter følgjer 3 A/B som ligg rett bak med nokre prosentpoeng lågare dekning.
1 A	0	
1 B	0	Vidare ser ein at 1 A/ 2 A ligg marginalt framføre 1 B/ 2 B, med det største utslaget i 60 minuttintervall på 1 A/B på 5 %.
2 A	0/+	
2 B	0/+	
3 A	0/+	
3 B	0/+	

5.2.2. Avstand til behandling for sjukdom som ikkje hastar

Intensjonen i dette vurderingskriteriet er at utviklinga av spesialisthelsetenesta skal legge til rette for minst mogeleg reisetid og avstand for pasientane til planlagt diagnostikk eller behandling.

Ein pasient med kronisk lidning som har behov for vekentleg kontakt med spesialisthelsetenesta, har naturleg nok ein annan oppfatning av “akseptabel” reiseavstand enn ein pasient som berre har behov for kontakt med spesialisthelsetenesta eit fåtal gonger, eller i ein avgrensa periode. Kor lang tid som går i forflytting mellom heim og behandlingsstad er viktig for opplevinga av eit godt tilbod. For fleire pasientgrupper vil ei stor reisebelastning eller ofte forflytting kunne ha direkte innverknad på behandlinga. Dette aukar behovet for å finne ambulante løysingar og samarbeid med kommunehelsetenesta.

Som ein konsekvens av samhandlingsreforma, må ein forvente at stadig fleire pasientar med kroniske lidningar kan få direkte oppfølging frå kommunehelsetenesta med støtte frå spesialisthelsetenesta. Likevel vil eit svært stort tal pasientar ha behov for regelmessig og hyppig kontakt med spesialisthelsetenesta. Kven som inngår i desse pasientgruppene er det delvis gjort greie for i kap. 4.1.2.

Spesialisthelsetilbodet til desse pasientane er i mindre grad avhengig av kostbart utstyr eller tilgang på fleire medisinske spesialistar samstundes. Tilboda til desse pasientgruppene eignar seg derfor godt for etablering desentralisert, slik at pasientane opplever kort reiseavstand samstundes som dei vert sikra optimal kompetanse.

I Nordmøre og Romsdal er det store avstandar mellom geografiske ytterpunkt. Dette gjeld spesielt mellom nord og sør i regionen. Ut frå eit pasientperspektiv vil det derfor i ein del samanhengar vere ønskeleg å oppretthalde aktivitet i begge byane. Dette må i tilfelle vere aktivitet som sikrar likeverdig kvalitet. Helseføretaket kan under ingen omstende etablere desentraliserte tilbod dersom dette går utover kompetanse og kvalitet.

Utviklinga går allereie i retning av ambulant verksemd og desentralisert aktivitet lokalisert til DMS (distriktsmedisinske sentra). Den ambulante verksemda er særleg utbygd innan psykisk helsevern, og ein må forvente liknande utvikling også innan somatikken. Å flytte tenester ut i kommunane er også ein av intensjonane i samhandlingsreforma. Ei ytterlegare satsing på ambulant verksemd, interkommunalt samarbeid og samarbeid mellom kommunar og helseføretak, vil kunne redusere avstanden til spesialisthelsetenesta for enkelte pasientgrupper.

Vurdering av kriteriet “Avstand til behandling for sjukdom som ikkje hastar”.

Intervall	Dagens transportnett og befolkning (2011)					
	0	1A	1B	2A	2B	3 A/B
0 - 30 min	55 %	44 %	44 %	44 %	44 %	37 %
30 - 60 min	82 %	69 %	67 %	76 %	76 %	79 %
60 - 90 min	91 %	89 %	86 %	92 %	89 %	90 %
90 - 120 min	97 %	94 %	97 %	95 %	99 %	98 %
120 - 180 min	100 %	99 %	100 %	100 %	100 %	100 %
180 - 240 min		100 %				

Tabell: Akkumulert del av innbyggjarane sin reisetid til næraste sjukehus i alternative løysingsmodellar.

Som det framgår av tabellen så er det løysingsmodell 0 som er den mest tilgjengelege for innbyggjarane i Nordmøre og Romsdal (del av innbyggjarane mot Volda og Ålesund ligg stort sett fast, med unntak av noko fleire mot Ålesund når akuttsjukehuset flyttar seg nordover i alternativa). Det er viktig å merke seg at her reknar ein berre mot akuttsjukehuset og ikkje tilgjenge til ein eller to satellittar i tillegg. Derfor har 1 A/B, 2 A/B og 3 A betydelig betre dekning på planlagt diagnostikk/ behandling enn det som framgår. Ikkje korrigert for dette ser ein vidare i 30 minutt intervallet at løysingsmodellane 1 A/B, 2 A/B ligger

heilt likt. Vidare ser ein at i 60 minutt intervallet så ligger løysingsmodell 0 på 82 % medan 3 A/B ligg på 79 %.

Oppsummering av kriteriet “Avstand til behandling for sjukdom som ikkje hastar”.

Alternativ	Vurdering	Samandrag
0	+	Det er løysingsmodell 0 som gir tilgjenge til flest innbyggjarar mot akuttstjukehuset, men her er det ikkje teke høgde for poliklinikk/ dagbehandling i 1 A/B, 2 A/B og 3 A. Når ein legg til at 40 % av poliklinikk og dagbehandling skal skje i satellittane for poliklinikkane/ dagbehandling, så gir dette ei betre dekning enn det som kjem fram i tabellen. Det er då sannsynleg at 3 B som gir dårlegast dekning, halde opp mot dei løysingsmodellane som har satellitt nær større folkemassar.
1 A	+	
1 B	+	
2 A	+	
2 B	+	Modell 3B med eit felles sjukehus mellom Kristiansund og Molde utan aktivitet i noverande sjukehusbygg vil i størst grad påføre store pasientgrupper reisebelastningar.
3 A	+	
3 B	0	

5.2.3. Komplette og stabile fagtilbod i sjukehus

Intensjonen i dette vurderingskriteriet er at utviklinga av spesialisthelsetenesta skal legge til rette for forutsigbare, komplette og stabile fagtilbod for framtida.

Eit sjukehus er samansett av ulike medisinske spesialitetar som representerer ein kompetanse og eit fagleg tilbod. Dette vil som regel variere gjennom døgnet eller året. Nokre sjukehus med små fagmiljø, vil vere meir utsett for slik variasjon, og dermed usikker fagleg dekning for tilbodet. Konsekvensen av dette er at pasientar må sendast dit kompetansen til ei kvar tid finst. Dette gjeld særleg i akutte situasjonar. Nærleik til sjukehus er derfor ikkje alltid ein garanti for å få tilgang til den optimale kompetansen.

Vurdering av kriteriet “komplette og stabile fagtilbod i sjukehus”.

I prinsippet vil det faglege tilbodet vere meir stabilt ved større sjukehus enn ved mindre. For å sikre stabilitet i fagtilbodet kirurgi/ ortopedi har ein lagt om vaktberedskapen i føretaket, med eit vaksamarbeid mellom sjukehusa i Molde og Kristiansund – samt Ålesund og Volda. Spesielt viktig er denne stabiliteten for kommunehelsetenesta, slik at ikkje tilboda skal variere tilfeldig i løpet av døgnet, veka eller året. Dette sikrar at pasientar ikkje vert sendt til sjukehus utan etterspurd kompetanse.

Det er særskilt krevjande å oppretthalde stabil kompetanse innan alle fagfelt ved t.d. fire sjukehus i helseføretaket. Dess fleire sjukehus ein opprettheld, dess mindre bredde og stabilitet vil det vere ved ein del av sjukehusa. Dette kan innebære ein risiko for at pasientar vert sendt til feil sjukehus i akutte situasjonar. Ein del av denne problemstillinga kan kompensast ved god informasjon og gode system og rutinar.

Opprettheld ein fire sjukehus må dei medisinske spesialitetane fordelast. Dette er krevjande med tanke på at dei fleste spesialitetane er fagleg avhengige av kvarandre. Ein risikerer at eit fåtal pasientar med meir kompliserte pasientforløp må få behandling ved fleire sjukehus. Ut frå eit pasientperspektiv er dette utfredsstillande. Sett frå helseføretaket inneber slike modellar fare for ustabilitet i tenestetilbodet kombinert med urasjonell drift.

Oppsummering av kriteriet “komplette og stabile fagtilbod i sjukehus”.

Alternativ	Vurdering	Samandrag
0	-	Modell 1A, 1B, 2A, 2B, 3A og 3B med eit sjukehus i Nordmøre og Romsdal vil i størst grad sikre pasientane tilgang på rett og optimal kompetanse. Modell 0 der ein opprettheld to sjukehus kan medføre ustabilitet og varierende kvalitet i pasienttilbodet. Spesielt kritisk er dette i akutte situasjonar.
1 A	+	
1 B	+	
2 A	+	
2 B	+	
3 A	+	
3 B	+	

5.2.4. God informasjon om tenestetilbodet

Intensjonen i dette vurderingskriteriet er at utviklinga av spesialisthelsetenesta skal legge til rette for god informasjon til pasientar/brukarar/pårørande, samarbeidande instansar samt innbyggjarane elles.

Helseføretaket må sikre god informasjon om innhaldet i tenestetilbodet både for pasientar, pårørande og ulike typar legar ute i kommunane. Der tilboda er ulike, er det ikkje minst viktig at informasjon om tenestetilbodet er med på og støttar opp under retten til fritt sjukehusval.

Akutt hjelp (“ø-hjelp”), som utgjer om lag 70 prosent av alle døgnopphald i sjukehus (jfr. Nasjonal helse- og omsorgsplan) er ikkje omfatta av retten til fritt sjukehusval. Desse tilfella krev god informasjon til legevaktslegar, fastlegar og legar på sjukeheimar om tenestetilbodet. Dessmeir funksjonsdelt akutttilbodet er, dess viktigare vert informasjonen til legane; slik at pasientane kjem til rett sjukehus snarast råd.

For dei andre tilfella, planlagt behandling (elektive pasientar), vert informasjon viktig både med tanke på oversikt over tenestetilbodet og med omsyn til kor dei skal møte opp. Informasjon om tenestetilbodet aukar brukarane sine moglegheiter til sjølv å velje kor dei vil la seg behandle. Det vil vere i tråd med retten til fritt sjukehusval.

Den regionale kommunikasjonsstrategien skal vere i tråd med kjerneverdiane *tryggleik, respekt og kvalitet*. Ei miks av ulike kommunikasjonskanalar er virkemiddel for å nå ut med ulike budskap og komme i dialog med brukarane. Et nytt felles akuttsjukehus vil til dømes krevje ei rekke kommunikasjonstiltak som til dømes info-møtar med legane, skriftleg informasjon til pasientane og god oppdatert informasjon via elektroniske kanalar (nettsider, mobile applikasjonar og sosiale medier).

I vurderingane under dette punktet legg vi til grunn at vi med ordet ”informasjon” meiner ”kommunikasjon” (to-vegs). Eventuelle auka ulemper ved dei ulike sjukehusmodellane vil i nokre grad kunne kompensast med ulike kommunikasjonsiltak.

Vurdering av kriteriet “God informasjon om tenestetilbodet”.

Føretaket skal sette informasjon til brukarar, pårørande og samarbeidande instansar høgt.

Oppsummering av kriteriet “God informasjon om tenestetilbodet”.

Alternativ	Vurdering	Samandrag
0	-/0	Som utgangspunkt er helseføretaket pliktig til å sikre god informasjon om tenestetilbodet både ovanfor pasientar/brukarar/pårørande, samarbeidande instansar og innbyggjarane elles. Dette må derfor prioriterast i alle modellane. Dess meir fragmentert verksemda er, dess vanskelegare er det å nå fram med den nødvendige informasjon. Av denne årsak har vi vurdert modell 3B lettare å nå fram med den nødvendige informasjon enn dei andre modellane.
1 A	0	
1 B	0	
2 A	0	
2 B	0	
3 A	0	
3 B	+	

5.3. God ressursutnytting

5.3.1. Nytte personale til aktiv behandling framfor passiv vakt

Intensjonen i dette vurderingskriteriet er at utviklinga av spesialisthelsetenesta skal sikre at mest moglege av fagressursen blir brukt til pasientbehandling på dagtid, samstundes med at vaktordningane er nær nok til å vere medisinskfagleg forsvarleg.

I styrevedtaket i Helse Midt-Norge RHF om “Strategi 2020” står det:

6. Styret vedtar at tilgjengelig kompetanse i størst mulig grad benyttes til aktiv pasientbehandling. Bruken av passiv vakt og beredskap må gjennomgå i alle foretak og skal reduseres i alle sykehus.

Vidare står det også i Strategi 2020:

”Dagens organisering av vaktberedskapen legger beslag på en stor andel av lønnskostnadene i sykehusene.”

”Mange parallelle vaktteam legger beslag på mange legespesialister som kunne vært brukt i dagarbeidstid. Mange vaktteam med få oppgaver er en utfordring i forhold til god utnyttelse av tilgjengelige ressurser.”

”Kravene om økt bemanning i vaktssystemene i spesialisthelsetjenesten krever flere legespesialister. Administrerende direktør ser det som umulig å imøtekomme krav til 4 til 6-delt døgnvakt i to kirurgiske spesialiteter uten å omdisponere spesialister fra andre deler av helseforetakene”

Å omdefinere legestillingar og auke i rammene til kirurgiske fag frå andre fagområde t.d. indremedisin, er ikkje i samsvar med overordna prioriteringar. Snarare tvert om med eit unntak – pasientar som treng kirurgisk kreftbehandling. Desse diagnosane skal i all hovudsak sentraliserast til større sjukehus og dermed leggjast der det allereie er og må vere døgnberedskap innan akuttkirurgi. Den regionale kreftplanen omhandlar mellom anna dette.

Intensjonen er altså å omfordele fagressursen frå passiv vakt på kveld, natt, helg til dagtid måndag til fredag for å utføre pasientbehandling. Omfordeling kan og bør skje så langt det er medisinsk og beredskapsmessig forsvarleg.

Vurdering av kriteriet “Nytte personale til aktiv behandling framfor passiv vakt”.

Dersom ein ser nøye på dei alternative løysingsforslaga, så går skiljet mellom 0-alternativet som har to vaktssystem for akuttberedskap i Nordmøre og Romsdal, mot eitt vaktssystem i dei seks andre alternativa. Det har elles kome fram i dialogen med fagmiljøa at det vil vere meir ressurskrevjande å gje eit tilbod i samsvar med alternativ 1A, 1B, 2A, 2B og 3A. Dette inneber ressursbruk både i akuttsjukehuset og ved eininga(ne) med poliklinikk og dagbehandling, sjølv om desse satellittane ikkje har vaktssystem. Resonnementet går ut på at ressursane ein nyttar til å gje eit fagleg tilbod i “satellitten”, påverkar tilgjengeleg ressurs i akuttsjukehuset. Det er trass alt dei same fagpersonane som skal utføre desse oppgåvene.

Vurdering av kriteriet “Nytte personale til aktiv behandling framfor passiv vakt”.

Alternativ	Vurdering	Samandrag
0	-	Løysingsmodell 3 B er det som gjev mest samla og tilgjengelege faglege ressursar å spele på. Denne ressursen kan nyttast til å fordele vaktbelastning meir hensiktsmessig, omprioritere frå heimevakt over mot tilstadevakt, eller omfordele til behandling på dagtid. Løysingsalternativa 1 A/B, 2 A/B og 3 A, er alle eit samla akuttsjukehus med ein eller to satellittar med poliklinikk og dagbehandling. Her vil ein også i stor grad kunne nytte personalressursane samla til vaktberande system, men ein har samstundes ein ressurskrevjande satellitt å koordinere. 0 alternativet, som har mange parallelle vaktssystem i ulike fag, vert vurdert som det alternativet som minst understøttar intensjonen om omferdeling fagleg personale frå passiv vakt til aktiv pasientbehandling.
1 A	0	
1 B	0	
2 A	0	
2 B	0	
3 A	0	
3 B	+	

5.3.2. Gode rutiner og system

Intensjonen i dette vurderingskriteriet er at utviklinga av spesialisthelsetenesta skal legge til rette for at val av sjukehusstruktur legg opp til gode rutiner og system som underbygg god organisering, samordning og gode pasientforløp. Samstundes må ressursane organiserast på ein best mogleg måte gjennom mellom anna fleksibel bruk av personale og gode arbeidstidsordningar, som er tilrettelagt for å møte nasjonale kvalitetskrav. (t.d. ventetider)

Det er ei forventning i Nasjonal Helse og omsorgsplan og strategi 2020 at føretaket samarbeidar godt både horisontalt og vertikalt for å optimalisere pasienttilbodet i føretaket.

Vurdering av kriteriet “Gode rutinar og system”.

I prinsippet vil talet på driftseiningar påverke utfordringane når det gjeld å etablere gjennomgåande like og stabile system og rutiner. Dette gjeld rutiner, system og prosedyrer både innan direkte pasientbehandling, pasientforløp, logistikk og administrativt. Dess færre sjukehus og andre driftseiningar, dess enklare er det å etablere gjennomgåande og felles rutiner og system.

Med aukande krav til dokumentert kvalitet og kunnskapsformidling, må ein ha system som sikrar at pasientane får eit likt fagleg tilbod i heile spesialisthelsetenesta. Stadig nye nasjonale faglege kvalitetskrav forsterkar dette, og må i aukande grad innebere nye måtar å organisere spesialisthelsetenesta på. Eit døme på slike modellar er tverrfaglege diagnostiske team etter modell frå brystdiagnostiske senter (BDS). Slike system og team føreset at ein samlar ulike spesialistar på få sjukehus.

Når det gjeld organisering av personale må ein i aukande grad ha arbeidstidsordningar og system som flyttar ressursbruk frå passiv vakt til aktiv pasientbehandling. Vakt- og beredskapsordningar på mange sjukehus reduserer tilgangen på arbeidskraft på dagtid. Resultatet vert igjen vanskar med å oppfylle krav om reduksjon i ventetider og fristbrot.

Når det gjeld eigne driftseiningar der ein berre har poliklinikk og dagbehandling, kan slike einingar vere rasjonelle for utvalde pasientgrupper og aktivitetar, men vil medføre at ein del pasientar må bevege seg mellom desse einingane og sjukehusa.

Oppsummering av kriteriet “Gode rutinar og system”.

Alternativ	Vurdering	Samandrag
0	-	Modell 3B med drift på berre eit sjukehus i Nordmøre og Romsdal, legg forholda best til rette for gjennomgåande system og rutinar på alle nivå
1 A	0	Drift ved to sjukehus eller ved eit sjukehus kombinert med poliklinikk og dagbehandling på ein eller to andre lokalitetar, gjer det meir krevjande å etablere felles gjennomgåande rutinar. Dette gjeld modell 0, 1A, 1B, 2A, 2B og 3A. Det mest kritiske her er faglege rutinar og prosedyrar. I tillegg kjem utfordringar knytt til gode pasientforløp, effektiv bruk av personell og reine administrative system.
1 B	0	
2 A	0	
2 B	0	
3 A	0/-	
3 B	+	

5.3.3. Investeringskapasitet

Intensjonen i dette vurderingskriteriet er at utviklinga av spesialisthelsetenesta skal sikre at økonomiske midlar vert brukt på ein måte som gjev god forvaltning av kapital og samstundes er innafor førtaket si tilgjengelege økonomiske berevna.

I sak 47/2012 i HMN om langtidsbudsjettet for 2013-2018 vart det vedteke ein rekkje satsingar knytt til mellom anna investeringar i bygg, IKT og MTU, samt auka prioritering av rus, forskning og vedlikehald.

Dersom ein skal lukkast med å finne rom for finansiering av auka investeringsnivået og prioriterte driftsoppgåver, må det gjennomførast tiltak som gjev varige driftsøkonomiske reduksjonar i helseføretaka. I sak 47/2012 er nytt sjukehus i Nordmøre og Romsdal halde utanfor, men i pkt 4 i vedtaket står det:

”Styret viser til Utviklingsplan for Helse Møre og Romsdal. Utviklingsplanen vil gi ulike løsningsalternativer som krever ulike investeringsbehov. Styret viser til at det reserveres midler som vil bidra til finansiering.”

Det er gjort berekningar av investeringsbehovet og driftsøkonomiske konsekvensane av dei sju løysingsalternativa. Hospitalitet as har bistått oss i dette arbeidet, og følgjande delrapportar frå dei er vedlegg til saka:

- Berekning av arealbehov i alternative løysingsmodellar (Vedlegg 3)
- Berekning av investeringsbehov i dei ulike løysingsmodellar (Vedlegg 4)
- Total økonomisk effekt og noverdi i alternative løysingsmodellar (Vedlegg 5)

I tillegg der det utarbeidd eit vedlegg i samarbeid med Helse Midt-Noreg (Økonomiutgreiing, vedlegg 2) som omhandlar føringane i vedteke langtidsbudsjettet for 2013-2018, herunder vurderingar knytt til handlingsrom, bereevne og usikkerheit, samt vurderingar av den økonomiske situasjonen ut over langtidsperioden. Regimet for finansiering av investeringar er også skildra der.

For alle løysingsalternativa er framskriven aktiviteten frå 2011 nytta for berekning av arealbehov i 2030 og tilhøyrande investeringskostnader. Metoden er skildra i vedlegget “Berekning av arealbehov i dei ulike strukturelle løysingsalternativa”.

Dette er gjort på same måte for alle fire sjukehusa, sjølv om utviklingsplanen på kort sikt har hovudfokus på strukturavklaringa i Nordmøre og Romsdal. Det samla investeringsbehovet ved sjukehusa i Volda og Ålesund er i dette arbeidet kostnadsrekna til om lag 1,6 mrd. kroner, noko som ikkje avvik vesentlig frå konklusjonane i rapportene som CF Møller AS utarbeidde for Helse Sunnmøre HF (Utviklingsplan for bygningsmassen ved Ålesund sjukehus (2007) og Aktivitets- og bygningsmessig utviklingsplan for bygningsmassen ved Volda sjukehus (2011)) når ein korrigerer for aktivitetsvekst fram til 2030. I dei økonomiske analysane her er det føreset at nytt sjukehus i Nordmøre og Romsdal blir prioritert før gjennomføring av tiltak ved sjukehusa i Volda og Ålesund. I dette kapitlet er det derfor investeringane i Nordmøre og Romsdal som visast. I sak 47/2012 om LTB for 2013-2018 er imidlertid etterslep knytt til vedlikehald på bygningsmassen prioritert. Her inngår heile bygningsmassen i HMR unnateke Molde sjukehus.

Dei ulike løysingsalternativa inneheld i ulik grad kombinasjonar av nybygg, ombygging og teknisk oppgradering. Dette påverkar også i stor grad den samla byggjeperioden. Både teoretisk byggjeperiode og fordeling av investeringskostnaden mellom byggkategoriar er vist i tabellen under:

Byggekostnad pr kategori	Alt 0	Alt 1A	Alt 1B	Alt 2A	Alt 2B	Alt 3A	Alt 3B
Alternativer	Oppgrad. av dagens løsning	Molde akuttssykehus	Kristiansund akuttssykehus	Nytt akuttssykehus bynært Molde	Nytt akuttssykehus bynært Kristiansund	Nytt akuttssykehus mellom byene - dag/pol i byene	Nytt akuttssykehus mellom byene
Byggeperiode - teoretisk:							
Byggestart	2016	2016	2017	2016	2016	2016	2016
Byggeslutt akuttssykehus	2021	2021	2020	2019	2019	2019	2019
Byggeslutt alle byggeprosjekt	2025	2025	2024	2022	2023	2023	2019
Byggekostnad:							
Nybygg - dagens sykehus	1 838	2 606	2 513				
Nybygg - nytt sykehus				3 584	3 584	3 584	4 161
Ombygging	550	541	409		409	248	
Teknisk oppgradering	261	109	165	109		66	
Riving	19	17	2				
Samlet byggekostnad	2 669	3 274	3 089	3 693	3 993	3 898	4 161
Awik fra 0-alternativet		605	420	1 025	1 324	1 229	1 492

Investeringskostnadene slik dei er synleggjort i denne tabellen føreset at den samla pasientaktiviteten blir lik i alle løysningsalternativa. Investeringsnivået tilsvarar P50, dvs at det er 50 % sjanse for at prosjektkostnaden blir lågare og 50 % sjanse for at den blir høgare.

Kostnader til investering i medisinsk teknisk utstyr (MTU) ligg inne i kvadratmeterprisane for nybygg (100 %) og delvis i ombygging, men ikkje i kvadratmeterprisen knytt til teknisk oppgradering. Dette medfører at sum investeringskostnader i MTU for alternativa ikkje er direkte samanliknbare, då det berre er 3B som tar full høgde for investeringar i MTU.

Det er ikkje teke omsyn til eventuelle kostnader knytt til tomteerverv, ekspropriasjon eller medfinansiering av nødvendige vegløyningar. Det er ikkje gjort estimat for korkje behovet knytt til midlertidige utbetringar ved Lundavang i nokre av løysningsalternativa eller ulempekostnader ved event. val av løysingsmodell 0, 1 A eller 1 B (bygging og drift i same bygg/område over lang tid). I alternativa som inneber at det berre skal være eit poliklinikk- og dagtilbod i ein eller begge byane, er det førebels lagt til grunn at dette tilbodet skal etablerast ved ombygging av eksisterande sjukehusareal.

Byggeperioden som er vist i tabellen tek ikkje omsyn til handlingsrommet i HMN, men syner den teoretisk raskaste moglege gjennomføringa av kvart alternativ. Byggestart for 1B-alternativet er eitt år seinare enn dei andre alternativa grunna omfattande eksproprieringsbehov. Denne tabellen viser heller ikkje pådraget av byggjelånsrenter i dei ulike alternativa. Lang byggetid saman med avgrensa tilgjengeleg likviditet til finansiering av investeringar, gjer at alternativa med lang byggeperiode (alle alternativa unnateke 3 B) blir relativt mykje tyngre belasta med byggjelånsrenter enn alternativ 3 B. Differanse kan under gitte føresetnader bli så høg som 300 mill. kroner. Samstundes blir det ei stor utfordring for HMN/HMR å skaffe tilstrekkeleg likviditet til investering i løpet av ein så kort byggeperiode som føreset i alternativ 3 B.

Med desse føresetnadene, som naturleg inneber at det er stor usikkerhet knytt til berekningane, er det ein differanse på om lag 1,5 mrd. kroner mellom 0-alternativet og 3B. For alternativa som inneber nytt sjukehus på ny tomt er det ein differanse på i underkant av 0,5 mrd. kroner mellom 2 A som gjev lågaste estimat og 3 B.

Finansiering av prosjekta vil være samansett av låneopptak (50 % av P50 + byggjelånsrenter), salsinntekt ved avhending av bygg (liten andel, gjeld alle alternativa unnateke 0-alternativet) samt eigenfinansiering. Tilstrekkeleg eigenfinansiering (nær 50 % av prosjektkostnaden) føreset frigjort likviditet frå drift til investering i heile HMN, jfr også føresetnadene i langtidsbudsjettet for 2013-2018. Dette er nærare skildra i vedlegg.

For Helse Møre og Romsdal HF er det naudsynt å kome i gang med det prosjektet som blir vald så snart som råd. Tilstanden ved Molde sjukehus på Lundavang er av ein slik art at det medfører betydelig risiko for omfattande midlertidige tiltak dersom ein ikkje kjem raskt i gong. Det pågåande prosjektet som er under gjennomføring (kostnadsramme 65 mill. kroner) utbetrar nokre tiltak i eit 5-7 års perspektiv. Fram mot endeleg avgjerd i desember 2012 vil det bli arbeidd med kvalitetssikring av både grunnlagsføresetnadene (pasientframskriven aktivitet til 2030) og investeringsberekningane, herunder ei vurderingsanalyse av relativ usikkerheit mellom alternativa. Prosjektet må innarbeidast i føresetnadene som ligg til grunn i vedteke langtidsbudsjett 2013-2018 for Helse Midt-Norge. Tilpassingar i prosjektet som bidreg til å redusere den samla investeringskostnaden i HMR og/eller aukar dei forventa driftsøkonomiske gevinstane, aukar moglegheitene for tidlig realisering av prosjektet.

Oppsummering av kriteriet "Investeringskapasitet"

Det er som gjort greie for både i dette kapitlet og i vedlegg 1-4, knytt stor usikkerheit til anslaga for investeringskostnadene i løysningsalternativa. Utslaga mellom alternative er også relativet små. Usikkerheita er størst knytt til:

- nivået på ombyggingskostnader i dei ulike alternativa
- at kostnader knytt til tomteerverv, vegløyser og ekspropriasjon ikkje er teke med
- nivået på midlertidige kostnader ved Lundavang. Dette heng igjen tett saman med mogleg realiseringstidspunkt og finansieringsprofil for løysingsalternativa innanfor det økonomiske handlingsrommet i HMN

Alternativ	Vurdering	Samandrag
0	+	Med utgangspunkt i berekna arealbehov knytt til dagens aktivitets og funksjonar ved sjukehusa i Molde og Kristiansund, framskriven til 2030 er det løysingsmodell 0 som kjem best ut når det gjeld nivået på investeringskostnadene. Av alternativa med trinnvis utvikling på eksisterande tomt kjem løysingsmodell 1 B noko betre ut enn 1 A, medan for dei bynære alternativa så kjem løysingsmodell 2 A noko betre ut enn 2 B. Alternativ 2 B, 3 A/B er dei løysningsalternativa som gjev dei høgaste investeringskostnadane.
1 A	0	
1 B	0/+	
2 A	0/-	
2 B	-	
3 A	-	
3 B	-	

5.3.4. Driftsøkonomi

Intensjonen i dette vurderingskriteriet er at utviklinga av spesialisthelsetenesta skal sikre at ein optimaliserer den grunnleggande drifta slik at driftsøkonomien er sunn og berekraftig.

Dei kostnadane som vil kome til uttrykk i driftsrekneskapen etter at investeringa er gjennomført er avskrivningar og rentekostnader knytt til låneandelen av prosjektet (om lag 50 %). Under har vi sett opp ein tabell som illustrerer nivået på desse kostnadane dersom ein legg til grunn 50 % lånefinansiering og ei vekta avskrivningstid på 30 år på den samla investeringa for alle alternativa. Rentekostnadene reduserast med mellom 2,7 mill. kroner og 4,2 mill. kroner pr. år med ein nedbetalingstid på 20 år.

Denne tabellen tek ikkje omsyn til ulik byggjelåndel for prosjekta knytt til mogleg gjennomføringsperiode.

Auka rente- og avskr. kostn	Alt 0	Alt 1A	Alt 1B	Alt 2A	Alt 2B	Alt 3A	Alt 3B
Alternativer	Oppgrad. av dagens løysning	Molde akuttssykehus	Kristiansund akuttssykehus	Nytt akuttssykehus bynært Molde	Nytt akuttssykehus bynært Kristiansund	Nytt akuttssykehus mellom byene - dag/pol i byene	Nytt akuttssykehus mellom byene
Finansiering:							
Rentekostnader 1. år	53	65	62	74	80	78	83
Avskrivningskostnad	89	109	103	123	133	130	139
SUM	142	175	165	197	213	208	222

Netto kostnadsreduksjon Hospitalitet as

Når det gjeld nivået på reduksjonar i driftskostnader, har Hospitalitet as nytta tre ulike tilnærmingar; SAMDATA (samanlikningsdata for spesialisthelsetenesten), berekningar i Helse Nordmøre og Romsdal hausten 2010 og berekningar gjort i samband med planlegging av nytt østfoldsjukehus. Ved bruk av tal frå SAMDATA-rapporten, er det føreset at det somatiske spesialisthelsetenestetilbodet i Nordmøre og Romsdal kan drivast like effektivt som gjennomsnittet av dei tre beste sjukehusa i landet etter gjennomføring av prosjektet.

Alle tal er oppdatert til 2012-verdi. Gjennomsnittet av desse tre er så lagt til grunn. 0-alternativet gjev i analysane ingen effekt, medan samling av alle tenestene i eit bygg (3 B) gjev full effekt. Alternativa mellom er vektta i høve samla tal på sjukehuseiningar, tal einingar med akuttfunksjon, tal einingar med elektive døgnfunksjonar og tal einingar med elektive dag- og poliklinikkfunksjonar.

Nt. kostnadsred. Hospitalite	Alt 0	Alt 1A	Alt 1B	Alt 2A	Alt 2B	Alt 3A	Alt 3B
Nto kostnadreduksjon	-	59	59	59	59	25	93

Netto kostnadsreduksjon HMR

Dei tre ulike tilnærmingane som Hospitalitet as har nytta viser relativ små forskjellar ved alternativ 3B, dvs der heile verksemda blir samla. Vi vurderar det slik at metoden med vektning i høve talet på einingar ikkje tek tilstrekkelig omsyn til forventa kostnadsreduksjonar, særlig sidan mange av alternativa er relativt like og at det er små variasjonar talet på einingar. Vi har føreset at løysingane i høve funksjonalitet blir betre når ein byggjer alt nytt (2A og 2B) i høve til å byggje på eksisterande sjukehus (1A og 1B), desse alternativa kjem likt ut i Hospitalitet sine analyser. Likeeins legg vi til grunn at det å drive poliklinikk- og dagverksemd i kvar by i alternativ 3A ikkje har så store negative effektar som Hospitalitet as har berekna.

Helse Møre og Romsdal har derfor førebels korrigert tala frå Hospitalitet as slik:

Nt. kostnadsred. HMR	Alt 0	Alt 1A	Alt 1B	Alt 2A	Alt 2B	Alt 3A	Alt 3B
Nto kostnadreduksjon	-	60	60	80	80	50	90

Andre driftskostnader

Kostnader knytt til auka tal på pasientreiser ikkje berekna for nokon av alternativa, og inngår heller ikkje i berekningane frå Hospitalitet as. I alle alternativa bortsett frå 0-alternativet vil omfanget av pasientreiser auke, og dermed også kostnadene. Kostnadene til pasienttransport vil vere relativt høgare for dei alternativa som medfører at pasientane i Nordmøre og Romsdal får lengre reiseveg enn i dag. Det er lokalisering av poliklinikk- og dagverksemda som påverkar omfanget av pasientreiser i desidert høgast grad, slik at ei sentralisering av dette tilbodet vil få konsekvensar for omfanget av pasienttransport. Dette vil synleggjerast betre i andre fase av prosjektet knytt til transportanalyser.

I alle alternativa aukar det samla arealet monaleg, men forskjellane mellom dei er relativt små. Det tilseier at kostnadene knytt til FDVU (Forvaltning – Drift – Vedlikehald – Utvikling) vil vere relativt like for alle alternativa. Det er ikkje teke omsyn til denne kostnadsaukinga i berekningane til Hospitalitet as.

I tabellen under er dei samla driftsøkonomiske effektane av kvart alternativ illustrert med dei føresetnadene som er skildra over og utan konsekvensar knytt til finansieringsløyning/byggjelån. Som det framgår av tabellen skil det omlag 50 mill. kroner mellom det høgaste og lågaste alternativet, medan skilnaden er om lag 40 mill. kroner i alternativa som inneber nytt sjukehus.

Driftseffektar	Alt 0	Alt 1A	Alt 1B	Alt 2A	Alt 2B	Alt 3A	Alt 3B
Alternativer	Oppgrad. av dagens løysning	Molde akuttstusykehus	Kristiansund akuttstusykehus	Nytt akuttstusykehus bynært Molde	Nytt akuttstusykehus bynært Kristiansund	Nytt akuttstusykehus mellom byene - dag/pol i byene	Nytt akuttstusykehus mellom byene
Samlet byggekostnad	2 669	3 274	3 089	3 693	3 993	3 898	4 161
Finansiering:							
Rentekostnader 1. år	53	65	62	74	80	78	83
Avskrivingskostnad	89	109	103	123	133	130	139
Nto kostnadsreduksjon HMR	-	60	60	80	80	50	90
Andre driftseffektar	-	-	-	-	-	-	-
SUM	142	115	105	117	133	158	132

For Helse Møre og Romsdal HF er det eit mål å kome i gang med det prosjektet som blir vald så snart som råd, og fram mot endeleg avgjerd i desember 2012 vil det bli arbeidd vidare med meir inngåande berekningar av dei driftsøkonomiske konsekvensane av kvart løysningsalternativ. Dess større del av auka rente- og avskrivingskostnader knytt til prosjektet vi kan dekkje sjølv, jo større vil moglegheitene for tidlig realisering vere.

Når vi får sikrere tal for både dei samla investeringskostnadene og dei driftsøkonomiske effektane, vil noverdianalyser gje gode illustrasjonar på den samla effekten av både investering og drift. Det visast til førebelse utslag av noverdianalysene i vedlegg 4 frå Hospitalitet as. Desse er ikkje korrigert for nivået på netto kostnadsreduksjon som HMR førebels har lagt til grunn.

Oppsummering av kriteriet “Driftsøkonomi”

Det er som gjort greie for både i dette kapitlet og i vedlegg 1-4, knytt stor usikkerheit til anslaga knytt til dei driftsøkonomiske konsekvensane av løysningsalternativa. Utslaga mellom alternative er også relativt små. Usikkerheita er størst knytt til:

- Finansiering av løysningsalternativet – pådrag av byggjelånsrenter.
- Endeleg investeringskostnad får direkte konsekvensar for nivået på rente- og avskrivingskostnadene.
- Dei driftsøkonomiske som føreligg er rel overordna .

Alternativ	Vurdering	Samandrag
0	-	Det er løysingsmodell 0 og 3 A som kjem dårlegast ut i dei driftsøkonomiske analysane. I løysingsmodell 0 skuldast det at det ikkje er føreset driftsøkonomiske gevinstar. For 3 A er investeringskostnaden, og dermed rente- og avskrivingskostnadane, relativt mykje høgare enn dei forventa driftsøkonomiske gevinstantane.
1 A	0	
1 B	0/+	Det er relativt små utslag mellom 1A/B og 2A, der 1 B ligg lågast. Desse tre alternativa kjem best ut når ein samanstillar auka rente- og avskrivingskostnader mot driftsøkonomiske gevinstar.
2 A	0	
2 B	0/-	2B og 3B kjem helt likt ut, mellom dei to andre grupperingane.
3 A	-	
3 B	0/-	

6. Tilleggsmoment i vurderinga

I eit omfattande arbeid som ein utviklingsplan er for eit helseføretak, så må ein ta omsyn til fleire moment enn dei som er innlagt i dei nasjonale føringane for utvikling av spesialisthelsetenesta. Ein går her gjennom andre viktige forhold som ein må ta med seg i den heilskaplege vurderinga.

Endringar skjer lenge før i år 2030.

Helse Møre og Romsdal HF har teke eit 2030 perspektiv på utviklingsplanen og framskriv både aktivitet og behovet for fagfolk i denne horisonten. Det er i denne samanheng viktig å trekke fram at endringar vil skjje lenge før 2030 – endringane er faktisk allereie i gang. Styret i Helse Møre og Romsdal har drøfta dette i tidlegare styremøte der ein har uttala at det er ønskeleg med ein tydelig og god plan for korleis ein skal handtere utviklingsarbeidet framover også etter 13. desember 2012.

Endringar oppstår som følge av krevjande økonomisk driftssituasjon. Helseføretaket er inne i ein svært krevjande budsjettprosess for 2013. Med dei tiltak som er diskutert om som følgjer av den økonomiske realitet, møter ein allereie reaksjonar frå fagmiljø. Det er undring over at slike grep kan verte foreslått for utviklingsplanen er vedteken. Det blir spurt om ein allereie har bestemt seg om disponeringar i utviklingsplanen. Leiinga forsøker å klargjere at dette handlar om økonomiske rammeforhold, men det

Endring som følge av uklar framtidig fagleg funksjonsfordeling og struktur. Det er også slik at unge tilsette som er nyutdanna eller er under spesialisering, vurderer kva utsikter det er for å få seg jobb innan den faglege retning. Dersom fagutsiktene er usikre eller det er uklart om ein framtidig jobb kan bli realitet, står føretaket i fare for å miste gode

Endring som naturleg del av ein organisasjon liv. Det er også viktig å balansere biletet knytt til endringar i organisasjonar. Det er faktisk ein del endringar som skjer uavhengig av utviklingsplanen og som er ein naturleg del av det faktum at menneske skiftar jobb, endrar sivil status eller familieforhold eller på annan måte nyorienterar seg. Ein skal derfor vere forsiktig med å legge alle årsaksforhold i ei skål.

Likefult, når styret i Helse Møre og Romsdal HF treff sitt vedtak i Utviklingsplanen 13. desember 2012, har ein kome til ein viktig milepæl for føretaket. Det ligg då i vedtaket som skisserar korleis ein ser føre seg utviklinga av spesialisthelsetenesta i føretaket, og ein har peika på den sjukehusstruktur ein meiner vil tene innbyggjarane i Møre og Romsdal sitt behov for spesialisthelseteneste best.

Vedtaket vil bli fulgt med argusauge både frå våre eigne fagpersonar – men også i stor grad av innbyggjarane, kommunar, politikarar, organisasjonar og andre med interesse for I tillegg vil nok saka også kunne få noko nasjonal merksemd, spesielt sett i lys av den historia som følgjer.

Tilsette fagpersonar – Helseføretakets viktigaste ressurs

Helse Møre og Romsdal HF sin viktigaste ressurs er openbart våre helsefaglege tilsette. Legespesialistar, sjukepleiarar, jordmødre, hjelpepleiarar, bioingeniørar, radiografar, psykologar, fysioterapeutar, ergoterapeutar, andre helsefaglege profesjonar og ei heil rekke støttepersonell med anna type utdanning. I 2011 hadde føretaket ca 6 000 tilsette.

Dersom leiinga i helseføretaket skulle opptre på ein slik måte at i utviklingsarbeidet at det får negative konsekvensar for anten pasientbehandling eller tryggleik, så er det svært uheldig.

Ivaretaking av dei tilsette i endringsprosessar blir derfor viktig å vektleggje.

Sikring av fagpersonar og forsvarleg spesialisthelsetenestetilbod

Det vil vere avgjerande viktig at Helse Møre og Romsdal HF klarar å skape så mykje forutsigbarheit og tryggleik som mogeleg våre tilsette i den krevjande tida vi går inn i. Ein må snarleg gå i tett dialog med

tillitsvalte for å identifisere ulike risikofaktorar knytt til våre fagmiljø og fagtilbod, diskutere seg fram til og finne ein hensiktsmessig intern organisering og ansvarsavklaring av dette arbeidet.

Reisetid for tilsette ved ny sjukehusstruktur

Ein finner ikkje forholdet med reisetid for tilsette i verken nasjonal eller regionale føringar for utviklinga av spesialisthelseteneste. Det er imidlertid uttrykte forventningar om at ein i utviklingsplanen gjer seg tankar om sentrale konsekvensar av omlegging innan drift eller organisering av spesialisthelsetenesta. Dersom ein skulle ende opp med å endre sjukehusstruktur og slå saman to sjukehusmiljø, vil dette medføre endra både arbeidsstad og arbeidsreise for delar eller alle tilsette ved desse to sjukehusa.

Det er derfor gjort ei utrekning av konsekvensar ved ulike alternativ for reiseavstand med utgangspunkt i dagens adresser for våre tilsette ved Molde og Kristiansund sjukehus.

Samfunnsmessig konsekvens og ROS analyse

Som det går fram av tidslinja, så skal føretaket arbeide med samfunnsmessig konsekvensanalyse og ROS analyse tida mellom 1. oktober og fram til styrebehandling 13. desember.