

**Idéfase - Sjukehuset i Nordmøre og Romsdal (SNR)**

| Saksnr      | Utvalsnamn                          | Møtedato   |
|-------------|-------------------------------------|------------|
| Sak 2014/90 | Styret for Helse Møre og Romsdal HF | 17.12.2014 |

Saksbehandlar: Espen Remme  
Arkivreferanse: 2014/2369

**Forslag til vedtak:**

1. «Lokalisering og tomt SNR» - som styret bestemmer.
2. Styret ber om at adm. dir. opprettar prosjektorganisasjon i løpet av januar 2015.
3. Styret ber om at helseforetaket og prosjektorganisasjonen trekker fagmiljø tett inn i det vidare arbeidet, i utviklinga av spesialisthelsetenesta og planlegginga av SNR.
4. Styret vil legge vekt på at ROS operasjonalisering som er skissert i sakk dokumentet vert gjennomført.
5. Styret ber om at helseforetaket omstiller kontinuerlig for å tilpasse drift og organisasjon til gjeldande faglege og økonomiske rammevilkår.
6. Prosjektet SNR må tilpasse drifts- og investeringsramme som ligg i økonomisk langtidsplan – under dette tilpasse funksjonar, dimensjonering og kostnadsramme, og styret forventar at første fase i konseptfasa går til dette.
7. Styret i Helse Møre og Romsdal HF godkjenner mandat for konseptfasen. Styret legg følgjande alternativ til fullstendig utgreiing i konseptfasen:
  - a. 0 – alternativet.
  - b. SNR plassert på «lokalisering og tomt SNR».
  - c. SNR plassert på «lokalisering og tomt SNR», med poliklinikk og dagbehandlingseining i nye lokalar/tomt i sentrum av (motsett by).

Ålesund, 10.12.2014

Dag Hårstad  
Konst. adm. dir.

**Vedlegg:**

- Vedlegg 1: Idéfaserapport - Sjukehuset i Nordmøre og Romsdal SNR
- Vedlegg 2: KSK (I) Idéfase Sykehuset Nordmøre og Romsdal, Holte Consulting og C. F. Møller
- Vedlegg 3: ROS analyse interimfase før SNR – spesialisthelsetjenester i Nordmøre og Romsdal

## Saksutgreiing:

### 1. Grunnlag

Gjennom denne saka handsamar styret i Helse Møre og Romsdal HF tilrådinga til Helse Midt-Norge RHF vedkomande tomt/lokalisering av Sjukehuset i Nordmøre og Romsdal (SNR), det medisinsk-faglege innhaldet i prinsipp (funksjonar), økonomisk bereevne, risiko og sårbarheit i perioden frå vedtak desember 2014 til nytt sjukehus står klart 2021 (interimsperioden) og mandatet for den neste planleggingsfasa, «konseptfasa».

I tråd med vedteken styringsmodell for store investeringsprosjekt innan spesialisthelsetenesta, legg styret i Helse Møre og Romsdal HF fram si tilråding i idéfasen for SNR, herunder lokalisering og tomteval. Denne tilrådinga vert sendt over til Helse Midt-Norge RHF som har avgjerdskompetanse i saka.

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

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

Det vart vedteke å byggje eitt felles sjukehus (SNR) i nordfylket på aksen mellom Hjelset og søre del av Frei. Nøyaktig lokalisering vart ikkje vedteke i utviklingsplanen, men styret bad om at ein så snart som råd fekk landa spørsmålet om geografisk plassering av sjukehuset. I februar 2013 gjorde styret i HMR vedtak (sak 13/10) om å gå inn i tidlegfasen gjennom å starte opp idéfasen for nytt felles sjukehus for Nordmøre og Romsdal. I same møtet gjorde styret vedtak (sak 13/11) om å utfordre kommunane Gjemnes, Kristiansund og Molde til å gjennomføre ein kommunal delplan. Målet var kommunane respektivt skulle kome fram med si prioriterte tomt for ei framtidig sjukehuslokalisering.

Det er frå HMN bedt om at ein gjennomfører ein tilpassa KSK på arbeidet. Rammeavtalen og innhaldet i KSK er tilpassa det presisjonsnivå ein er på ved ferdigstilling av konseptfase og ikkje idéfase. Ved gjennomgang av KSK (i) synes det som om at fleire problemstillingar knyttar seg til eit presisjonsnivå som ein forventar i konseptfasa og ikkje i idéfasa. Administrasjonen legg derfor til grunn at fleire av dei forhold og spørsmål som KSK (i) rapporten stiller, vil ein svare ut i konseptfasa.

## 2. Idéfaseprosessen

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

Holte Consulting har gjennomført den eksterne kvalitetssikringa av idéfasen, KSK (i), som er vedlagt saka i eigen rapport. I denne saksutgreiing gjer administrasjonen mellom anna si vurdering av hovudmomenta i KSK (i) for at styret skal ha eit samla grunnlag å gjere sine vurderingar av og å fatte si avgjerd på.

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



I figuren er dei tre hovudleveransane som vert samanstilt som idéfaserapporten, og den eksterne kvalitetssikringa som skal leie fram mot avgjerd, illustrert.

## 3. Ekstern kvalitetssikring av idéfasen – KSK (i)

Ekstern kvalitetssikring skal gå gjennom avgjerdsgrunnlag og uttale seg om kvaliteten på dette for den avgjerd som skal fattast. Kvalitetssikringa skal vere rådgjevande til dei organ som skal utgreie og fatte avgjerd om utdjupande og supplerande forhold. Som nemnt innleiingsvis er KSK ei kvalitetssikring av konseptfasen og ikkje idéfasen. Når Helse Midt-Norge RHF likevel bad om at ein la til grunn ei ekstern kvalitetssikring, var dette knytt opp mot den svært krevjande lokaliseringavgjerda som ligg som del av idéfasen. Den delen av KSK (i) rapporten som

adresserar lokaliseringa og tomtevalet er derfor det som er mest relevant for til den fasa som HMR no er inne i. Spørsmåla om framskriving, funksjonsfordeling, dimensjonering, kalkulering og økonomi er også relevante, men det er intensjonane i neste fase å bli tydelegare og meir presis på desse områda.

Holte Consulting er engasjert av Helse Midt-Norge RHF v/ Helse Møre og Romsdal HF gjennom rammeavtale for KvalitetsSikring av Konseptfasen (KSK (i)). Frå denne KSK (i) rapporten vert forord, hovudkonklusjonar og tilrådingar gjeve att i sin heilskap:

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

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

### HOVEDKONKLUSJON

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

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

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

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

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

#### ANBEFALINGER

*I lys av det ovenstående, anbefaler vi at:*

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

I saka vidare vil det verte vist til KSK (I) rapporten. KSK (I) rapporten bør lesast i samanheng med idéfaserapporten - Sjukehuset Nordmøre og Romsdal (SNR).

#### 4. Alternativa

Arealet er utrekna for dei ulike alternativa som viste under:

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

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

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

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

Når ein gjennom styrehandsaming av idéfasen i HMR HF og HMN RHF har avgjort lokalisering og tomt for SNR, inngår definert tomt både i alternativ 1 og 2, og ein har då tre alternativ med seg inn i konseptfasa.

## 5. Mandat

Mandatet for idéfasen er gjeve att i rapporten og skriv seg frå styresak i 2013/10 i HMR HF,

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

### **Prioritert prosjekt:**

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

### **Mål:**

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

Om mandatet i idéfaserapporten seier KSK (i) rapporten følgjande:

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

Det har lege i føringane for idéfasearbeidet heile vegen at helseføretaket skulle innstille på lokalisering og tomteval for SNR. Idéfaserapporten konkluderer ikkje i si tilråding på kva tomt som er å føretrekke, men trekker likevel opp dei sentrale elementa som skil alternativa frå kvarandre. Kva gjeld endeleg lokaliseringsval, ber ein i den samanheng dei organ som sit med avgjerdskompetase om å ta stilling til desse skilnadane.

Det er viktig å presisere i den samanheng at tidlegfasevegleiaren handsamar ikkje lokaliseringsval av nye sjukehusetableringar. Det har også vore vanskeleg å finne godt etablert norsk praksis innan sjukehuslokalisering å støtte seg til, men har lagt administrasjonen sitt beste skjønn til grunn.

## 6. Målstruktur og avgrensingar

Idéfasearbeidet tek både for seg samfunnsperspektivet, regionsperspektivet (Helse Midt-Norge RHF) føretaksperspektivet (Helse Møre og Romsdal HF) og sjølve prosjektperspektivet (SNR).

**Måla** er definert i tråd med vanleg prosjektpraksis, som samfunns mål, effektmål og resultatmål. Presisjonsnivået på dei ulike målnivåa aukar. Idéfase for SNR skal definere og avgrense alternativ for driftskonsept for SNR inn i konseptfasen, og i tillegg skal HMR i denne fasen velje lokalisering og tomt. Dette vart gjort vedtak om gjennom utviklingsplanarbeidet etter klarsignal frå både statsråd og regionalt helseføretak. Det er forståeleg ut frå den uvissa og påkjenninga det gjennom tida har vorte for befolkninga og dei tilsette å ikkje vite kvar det nye sjukehuset skal ligge. Ved å inkludere tomtevals-dimensjonen i idéfasen, dreiar ein også fokuset mot andre perspektiv og målsetjingar enn dei ein finn utløyst gjennom dei ulike føringane og overordna krava helseføretaket må innrette tenestene sine etter. Såleis vil evalueringa av dei ulike lokaliseringsalternativa, som vert omtala i seinare kapittel, gjerast mot hovud- og delkriterier som også omhandlar andre tema enn sjukehuset si kjerneverksemd, som elles må sjåast på som det viktigaste hovudkriteriet. Målhierarkiet er utleidd frå kjerneverksemdsperspektivet, men når tomteval kjem i tillegg, må ein også ta opp i seg andre dimensjonar til evaluering som:

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

Målstrukturen framgår fullstendig av idéfaserapporten, og om denne seier KSK (i):

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

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

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

Det er viktig å sjå kva som ligg i siste avsnitt i vurderinga, der KSK (i) sjølv konkluderer med at dei nasjonale og regionale måla som er nedfelt, ligg på eit generelt nivå. Dette har vore opplevd



som vanskeleg å operasjonalisere nasjonale og regionale mål, spesielt i lys av dei sterke interessene som heile tida har følgd saka. Administrasjonen vil sette i gong eit intensivt arbeid i første del av konseptfasen for å klargjere målstrukturen inn mot det meir presise og prosjektspesifikke mål, der ein også bør kunne operasjonalisere prosjektet.

**Prosjektavgrensingane** hadde sitt utgangspunkt i mandatet for «samla plan» som kom i føretaksprotokollen. Frå føretaksmøtet i 2011 heiter det at:

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

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

## 7. Dagens verksemd

Helse Møre og Romsdal HF vart skipa 1.juli 2011, som ein fusjon av dåverande Helse Sunnmøre HF og Helse Nordmøre og Romsdal HF. I idéfaserapporten er det ein gjennomgang av organiseringa av helseføretaket, sjukehusa sine «opptaksområde», pasientstraumar, pasientbehandling i somatikk, psykiatri og rus, samarbeid med andre instansar og ikkje minst samhandlingsarbeidet med kommunane.

## 8. Utvikling av helsetenestene mot 2030

Utviklingsplanen i 2012 argumenterte med at den viktigaste grunngevinga for eit felles sjukehus i Nordmøre og Romsdal er ei meir berekraftig drift fagleg og økonomisk. Dette er i tråd med hovudmåla i Strategi 2020, noko som også KSK (i) peikar på i sin gjennomgang. Fagleg berekraft tyder mellom anna at ein både har store nok fagmiljø i kvart enkelt fag til ei robust drift, og at ein har ei tilstrekkeleg bredde i spesialitetar og greinsespecialitetar. Det følgjer logisk av dette at SNR skal vere eit sjukehus som for dei vanlege lokalsjukehusenestene (planlagde og akutte) skal vere sjølvforsynt og ikkje avhengig av Ålesund sjukehus for ei fullverdig lokalsjukehusdrift. Slik ein i aukande grad i dag må transportere pasientar med vanlege lidingar mellom sjukehusa i Molde og Kristiansund, ønskjer ein seg ikkje framtida. Samtidig har det vore eit sentralt spørsmål korleis ein sikrar den rette kvaliteten på stadig meir spesialiserte tenester i et fylke med om lag 300 000 innbyggjarar i 2030. Befolkningvolumet isolert sett kunne vore handtert med berre eit sjukehus, men i Møre og Romsdal kjem geografiske og tilgjengevurderingar inn og gir eit anna resultat, slik det er vist i utviklingsplanen.

For ein del funksjonar som ein berre skal ha to stadar i Midt-Noreg skal desse primært plasserast ved Ålesund sjukehus ut frå føretaksprotokollen frå juni 2011. På neste nivå finn ein det som kan kallast fylkesdekkande funksjonar, altså funksjonar som ein finn berre ein plass i kvart føretak. Funksjonsdelinga som ligg i idéfaserapporten, og som har vore inngåande drøfta i fagmiljøa, viser mot behovet for å fordele nokre områdefunksjonar mellom sjukehusa. Her må nettopp samarbeid vere nøkkelordet slik at SNR skal bidra til å styrke det samla helsetilbodet i HMR. Døme på dette er nevrologisk avdeling for heile fylket som ein ut frå idéfaserapporten tenker seg lagt til SNR medan det vil vere dagtilbod ved Ålesund sjukehus. Gjennom godt fagleg samarbeid og felles utvikling må ein ut frå dette skape eit samla godt tilbod til innbyggjarane.

Helse Møre og Romsdal har prinsipielt lagt til grunn at SNR vil ha tilnærma same innhald uavhengig av kor ein plasserer det på ein akse som ikkje er meir enn i overkant av tre mil lang og så har ein sagt at detaljar i funksjonane og samarbeidet mellom sjukehusa må ein kome tilbake til i neste planleggingsfase. Dette er dels på grunn av at det er sær utfordrande å gå djuptgåande inn i det på same tid som ein handterer det sensitive tomtespørsmålet. KSK (i) peiker likevel på at oppgave- og funksjonsdeling bør ein også problematisere opp mot avstand.

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

Så langt har ein lagt til grunn at SNR er føresatt skal vere sjølvforsynt på dei vanlege lokalsjukehusfunksjonane, og i dette legg ein også til grunn at Ålesund sjukehus ikkje ligg slik til at det geografisk kan tene opptaksområdet i Nordmøre og Romsdal på ein tilstrekkeleg måte. Helse Møre og Romsdal er altså ikkje tent med berre eit stort sjukehus i fylket slik ein kjenner samferdsle, kapasitet, demografi og medisinsk utvikling i dag. SNR må dermed plasserast slik at det på eit sjølvstendig grunnlag dekker det aktuelle opptaksområdet for dei vanlege lokalsjukehusfunksjonane, men samstundes slik at det let seg gjere å samarbeide godt med Ålesund sjukehus om fylkesdekkande funksjonar. Så er det eit ope spørsmål korleis det samarbeidet vil sjå ut i åra som kjem etter kvart som samferdsle og medisinsk utvikling går framover. Her kan det, som KSK (i) peiker på, vere skilnader mellom alternativa.

Dersom ein legg vekt på perspektivet om at SNR skal vere sjølvforsynt på alle dei vanlegaste lokalsjukehusfunksjonane i framtida for å dekke avstandane i opptaksområdet, og at dette rettferdiggjør ei dobling av ein del funksjonar mellom SNR og Ålesund, så taler dette for ei plassering lengst nord.

Dersom ein legg meir vekt på høvet til samarbeid mellom SNR og Ålesund både på fylkesdekkande funksjonar og kanskje også på nokre lokalsjukehusfunksjonar, og ser eit potensiale for å redusere dobling i framtida, så vil dette tale for ei plassering lengst sør.

Tilgjengeanalysane viser at aksen frå Hjelset til søre Frei gir den gjennomsnittleg beste tilgjengelegheita til sjukehus for Nordmøre og Romsdal, og at denne gjennomsnittsberekninga for dei ulike tomtene er omtrent lik.

Variasjonen mellom lokaliseringane ligg i korleis dei dekker tilgjenge i avstand og mengde for innbyggjarane (pasientane). Ei plassering på Hjelset gir større befolkningsdekning for sjukehuset. Nokre av desse innbyggjarane, spesielt sør i Romsdalen, vil likevel også ha relativt sett kort veg til Ålesund sjukehus. Ei plassering på Storbakken gir noko betre tilgjenge for innbyggjarar med lengst reiseveg spesielt nord i Nordmøre, og størst er da skilnaden for dei innbyggjarane som har sær lang reiseveg i utgangspunktet. Astad-alternativet plasserer seg naturleg nok mellom desse to.

Det er mogeleg å problematisere desse nyansane ut frå eit samfunns- og kvalitetsperspektiv. Som det er vist til i utgreiingane er det for ein del akutte tilstander til vesentleg støtte for behandling og sluttresultat om pasienten kjem relativt raskt til diagnostisering og behandling. Hjerneslag og hjarteinfarkt er typiske døme på slike sjukdomar.

Akutt behandling dekker eit spekter av lidingar frå det som kan vente til neste dag til det reint akutte, og der dei fleste tilfella er av indremedisinsk karakter. Ofte er det ikkje transporten i seg sjølv, men behandlinga på skadestaden og dei første 48 timane inne på sjukehus som avgjer sluttresultatet ved alvorlege akutte tilfelle. Ei god ambulanseteneste og moderne teknologi kompenserer i dag for ulempene ved avstand på ein annan måte enn tidlegare, mellom anna ved at det ofte er mogleg for den prehospitale tenesta å stille diagnose og starte opp behandling. Tilsvarande er ein del typar behandling er i dag flytta oppover i akuttkjeda til større sjukehus, der stabilisering før transport anten skjer på lokalsjukehuset eller prehospitalt. Denne utviklinga vil halde fram i åra som kjem.

Helse Møre og Romsdal har likevel vald å belyse spørsmålet om avstand til sjukehus ved å vise reiseveg og sjukehusalternativ for dei innbyggjarane som bur meir enn ein time unna SNR, og som vist kjem altså Storbakken noko betre ut her enn Hjelset. Samfunnsnytteperspektivet med noko kortare reiseveg for fleire, ikkje minst til planlagd behandling, peikar derimot mot Hjelset. Gjemnes-alternativet plasserer seg her mellom Storbakken og Hjelset.

KSK (i) peiker her på at det i analysen ikkje er skilnad på alternativa med og utan DMS. Eit desentralt tilbod plassert i Kristiansund er med på å redusere reiseavstand til fleire planlagde tilbod for innbyggjarane lengst nord dersom sjukehuset blir plassert på Hjelset. Med eit sjukehus på Storbakken vil det vere mindre behov for eit DMS i Molde av den grunn at Ålesund sjukehus vil kunne gi eit nær nok tilbod for ein del av desse pasientane. For Gjemnes-alternativet vil det vere ein del innbyggjarar på Nordre Nordmøre som ikkje får lengre reiseveg enn til Storbakken, og ein kan da spørje seg kor relevant DMS er for dette alternativet.

Frå KSK (i) ser vi.

*«Den skisserte oppgave- og funksjonsfordelingen kan vere et hensiktsmessig utgangspunkt for en videre avklaring.*

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

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

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

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

Administrasjonen legg til grunn at den avklaring av oppgave- og funksjonsinnhald i SNR som er gjort i idéfasen er tilstrekkelig til å ta stilling til lokalisering og tomt. I konseptfasen må føretaket ta ein ny og meir nyansert gjennomgang av oppgave og funksjonar i SNR, mellom anna med utgangspunkt i arbeidet med dimensjonering og tilpassing til regionale rammer og føringar.

## 9. Framskriving av aktivitet og utrekning av areal

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

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

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

Det var gjort ei framskriving i 2012 i samband med utviklingsplanen, denne framskrivinga er revidert i 2014 i samband med idéfasearbeidet. KSK (i) seier om framskrivinga:

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

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

Sjølve framskrivinga vert ikkje gjenteke her, men administrasjonen legg opp til å gå tydelegare inn i denne problemstillinga i komande konseptfase. Mange av dei større sjukehusa på Austlandet som ein ser erfaringstal frå, er større sjukehus med meir fleksibilitet gjennom i utgangspunktet større pasientvolum og stillingsressurs å fordele opningstidene på.

I tråd med utgreiingar HMN har utført, har ein lagt til grunn ein 30 % ressursvekst i spesialisthelsetenesta, medan befolkningsveksten er på ca. 20 %. Dette er på grunn av at vi blir fleire eldre som tek i mot meir helsetenester per pasient, den medisinske utviklinga gjer oss i stand til å gjere meir undersøking/behandling per pasient og ein legg også til grunn at forventninga i befolkninga vil halde fram å vekse. Dette er i tråd med nasjonale vurderingar.

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

## 10. Konsekvensutgreiing KU del 1 og 2.

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

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

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

Dette området viser til arbeidet som var gjort saman med kommunane i felles administrativ plangruppe og som enda opp i lokal og regional konsekvensutgreiing. Om desse utgreiingane står det i KSK (i):

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

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

*KU del 2 har tilsvarende svakheter som KU del 1.»*

Det første som vert tatt opp er at analysearbeidet er gjennomført parallelt og ikkje sekvensielt. Dette er ei svakheit HMR er klar over, og som har vore tema fleire gonger i utgreiingane. Det har heile tida vore eit ønskje å lande også tomtelokaliseringa som del av idéfasen med leveranse ultimo 2014. Dermed var det å køyre arbeidet parallelt einaste måten å få dette til på. Det gjorde også at ein måtte legge ein del prinsipielle føresetnader til grunn, som t.d. tomtestorleik, elles ville KU arbeidet vere svært vanskeleg å gjennomføre. Det som for så vidt også er eit tema i vurdering av tomteegenskapar, er at ei sjukehusomt skal ha eit rimeleg utvidingspotensiale. Det å legge eit noko større areal til grunn enn ein faktisk nyttar i første fase, er derfor vurdert som god og langsiktig planlegging.

## 11. Nullalternativet og nye alternativ

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

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

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

I alternativa skal ein vurdere kva som er «div laga» for eit framtidsretta SNR. Om dette står det i KSK (i):

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

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

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

*[...]*

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

*[...]*

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

Administrasjonen si vurdering er at på idéfasenivå er sensitivitet for alternativa tilstrekkeleg vurdert, og at ein kan ta ei lokalisering og tomteavgjerd på dette grunnlaget. Ein legg vidare opp til at første del av konseptfasen går med til å utgreie sensitivitet og dimensjoneringa basert på den valte lokalisering og opp mot andre sjukehus/ aktørar.

## 12. Økonomi

Det nye sjukehuset i Nordmøre og Romsdal er førebels dimensjonert til om lag 77 – 80 400 kvm avhengig om ein tek med areal til DMS. Dei økonomiske berekningane tek utgangspunkt i dette arealet. Det er førebels ikkje grunnlag for å gjere detaljerte analyser då dette er ein idéfase. Konseptfasen vil danne eit meir presist grunnlag for spesifikke analysar og berekningar.

Investeringskostnaden er basert på utrekna bruttoareal (BTA) og kalkulert med erfaringstal frå Helse Sør-Øst sine to siste større sjukehusprosjekt og idéfaseutgreiing for Oslo Universitetssjukehus, høyringsversjon av juni 2014. Investeringskostnad basert på føresetnadane over er vist i tabellen under.

**Utrekna investeringskostnad pr. alternativ for SNR inklusiv byggjelåns rente**

| Kategori/alternativ - SNR | 0-alt | 1A    | 1B    | 1C    | 2A    | 2B    | 2C    |
|---------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Sum mill kr               | 3 320 | 5 627 | 5 826 | 5 654 | 5 555 | 5 698 | 5 582 |

Det er berre liten skilnad mellom alternativa med unntak av 0-alternativet. Utrekna investeringskostnad er anslag basert på p50 estimat. Det er føreteke ein forenkla vurderinga av usikkerheit knytt til investeringskostnaden. Denne viser at 0-alternativet har den største uvissa, og uvissa går klart mest i negativ retning. Blant dei andre alternativa er Astad noko meir prega av uvisse i kostnadar enn dei to andre alternativa. Det er ikkje vesentleg forskjell på Storbakken og Opdøl.

KSK (i) har påpeika at eit prosjekt i det aktuelle omfanget bør omfattast av ei fullverdig analyse av usikkerheit, og at p85 frå ei slik analyse bør leggjast til grunn for slutninga. Dette til tross for at dette ikkje krevjas i vegleiaren for planlegging av tidlegfasen. Idéfaserapporten omtalar berre ei forenkla vurdering av usikkerheit knytt til investeringskostnadane basert på poengscore. Vurderinga kvantifiserer ikkje dei økonomiske konsekvensane av identifisert usikkerheit. Vurderingane kring usikkerheit i dette tilfellet er gjort i ein tidleg fase. Dermed føreligg det ikkje eit prosjektert bygg, eller ei kalkyle. Det føreligg eit kostnadsoverslag basert på referansekostnadar for tilsvarende bygg, jf. tidlegare omtale. På denne bakgrunn er det ikkje gjennomført ei full usikkerheitsanalyse med p50 og p85-estimat, slik ein vil gjere på grunnlag av skisseprosjektkalkyla i konseptfasen. Betydeleg prosjektutvikling står dermed att før endeleg ramme for kostnader kan settast for det valte alternativet. I ein tidleg fase bør slike analysar primært nyttast som underlag for rangering av alternativ. Som det er omtalt i idéfaserapporten vil eit p85 estimat gje ei auke i investeringskostnadene. Truleg vil denne liggje om lag 15 % over p50 estimat.

Finansieringa av prosjektet tek utgangspunkt i 50 % eigenkapital frå Helse Midt Norge i byggeperioden og 50 % basert på lån. Det er i langtidsbudsjettet i Helse Midt Norge for 2015-2020 tatt høgde for ei investering på 4,2 mrd. kroner (2,1 mrd i eigenkapital frå HMN). Investeringskostnaden i prosjektet både når ein bruker p50 og P85 ligg godt over føresetnadene i langtidsbudsjettet til HMN for 2015-2020. Det vil vere naudsynt å tilpasse prosjektet til HMR og HMN si økonomiske bereevne. Dette betyr at ein i konseptfasen må ha ein full gjennomgang av arealet i det nye sjukehuset og sjå på tiltak for å redusere dette. Tal kvadratmeter og type areal i det nye sjukehuset er førande for det totale kostnadsbiletet. Ein må i denne samanheng både sjå på estimat om samhandlingsreforma, effektivisering, funksjonsdeling og betre utnytting av arealet gjennom døgnet. Vi viser elles til avsnitt om dimensjonering.

I perioden fram til innflytting i nytt sjukehus i Nordmøre og Romsdal står Helse Møre og Romsdal framfor ei betydeleg økonomisk omstilling. Uavhengig av bygging av nytt sjukehus må helseføretaket tilpasse seg endra økonomiske rammer som følgje av 100 % innføring av ny finansieringsmodell (2015, -43 mill. kroner) og bortfall av et særtilskot (52 mill. kroner) gjeve til Helse Møre og Romsdal dei to siste åra. Dette kjem i tillegg til driftssituasjonen i 2014 (prognose -75 mill. kroner i høve til krav frå eigar) og eit årleg krav om ei effektivisering på 1% i langtidsperioden 2015-2020. Ein må også i perioden ta høgde for auka IT-kostnadar, samhandlingsreforma og regionale/lokale satsingar. For og bere kapitalkostnadene i samband med nytt sjukehus må ein ta høgde for ytterlegare effektivisering. Totalt vil det vere naudsynt å effektivisere 736 mill. kroner i perioden i høve til driftsnivået i 2014. Dette utgjer i overkant av 13 % av driftsramma til HMR for 2015. KSK (i) uttrykker følgjande:

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

Styrene i Helse Midt-Norge RHF og Helse Møre og Romsdal HF er gjort kjent med den økonomiske utfordringa i HMR. Med bakgrunn i den økonomiske situasjonen i helseføretaket og

behovet for å jobbe langsiktig med denne utfordringa blei det inngått ein avtale mellom dei to styrane. Avtalen skal bidra til føreseielegheit i omstillingsarbeidet og leggast til grunn når Helse Midt-Norge rullerer regionen sin langtidsplan og budsjett. I perioden fram til innflytting i nytt sjukehus har styret i Helse Møre og Romsdal forplikta seg til ein årleg effektivisering på 1,8 %. Dette skal møtekomme endra rammer og forpliktingar dei neste åra, for mellom anna å sikre likviditet til nytt sjukehus. Som ein del av avtalen skal Helse Møre og Romsdal leggje fram ein tiltaksplan innan 01.04.2015. Forslaget skal innehalde både langtidsbudsjett og tiltaksplan som skal tilfredsstille behovet for eigenkapital og økonomisk bærekraft for helseforetaket. Dette skal byggje på dei føresetnadene som ligg i langtidsplan og -budsjett for Helse Midt-Norge for perioden 2015-2020.

#### Endring HMR-økonomi 2015-2022

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

Berevna i Idéfaserapporten er berekna ut frå ei nettobetraktning av endringane i inntekter, kostnader og effektivisering i åra frå 2015 til 2022. Tabellen er sett opp i samråd med HMN. Det er med føresetnadene over synleggjort ein berekraft i prosjektet. Denne er ikkje basert på prosjektspesifikke innsparingar åleine, men også ei generell effektivisering i forkant.

Årsaka til at det er valt ei nettobetraktning, er at HMN har ei heilskapleg likviditetsstyring i høve til sine dotterselskap. Dette tyder at helseforetaka ikkje fritt kan nytte likviditet knytt til avskrivningar og resultat. Overføringane av likviditet er i dag hovudsakleg knytte til ordinære driftsutgifter, ulike investeringsprosjekt og avdrag på lån. Sjølv om endringstabellen er sett opp med 0 i endra driftsrammer i perioden, vil det kvart år i perioden genererast eit overskot i tillegg til eit likviditetsoverskot knytt til kalkulatoriske kostnader som hovudsakleg er avskrivningar.

I innspurten på dette arbeidet har HMN engasjert Ernst & Young for å sjå på den samla berevna og handlingsrommet til Helse Møre og Romsdal og Helse Midt-Norge for å gjennomføre investeringa i nytt sjukehus i Nordmøre og Romsdal. Dersom ein ser på berekrafta ut frå eit driftsresultat før renter og avskrivningar blir tilnærminga noko annleis. Med dei føresetnadene som ligg til grunn viser også analysane til E&Y ein økonomisk berekraft. Denne er også basert på gevinst gjennom generell effektivisering i tillegg til dei prosjektspesifikke gevinstane. Simuleringar viser at dersom ein ikkje klarer føresetnadene rundt den generelle effektiviseringa fram til 2021, har det betydelege konsekvensar for likviditeten til. E&Y sin konklusjon er difor at det er behov for risikoreduserande tiltak som bidreg til fokus på, og sikre gjennomføring av, planlagd effektivisering.

Dei ulike økonomiske indikatorane frå idéfaserapporten kan summerast opp slik:

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



Analyse på sensitivitet viser at berekraft og no-verdiar vert tydeleg påverka av endra føresetnader både når det gjeld investeringsbehov, effekt på driftsøkonomi, og rentenivå. Men det verkar i liten grad på skilnaden mellom alternativa, med det unntak at 0-alternativet relativt sett vert betre ved auka diskonteringsfaktor i noverdianalysa.

Både KSK (i), Ernst & Young og våre egne analysar viser at det er knytt betydeleg risiko for bereevna dersom ein ikkje oppnår dei effektiviseringane og driftsmessige gevinstane som føreset. Det er difor avgjerande at det blir utarbeidd gode tiltaksplanar for effektivisering.

### 13. ROS analyse – operasjonisering

Styret i Helse Møre og Romsdal HF hadde sak «2014/72 ROS analyse interimfase for SNR – spesialisthelsetjenester Nordmøre og Romsdal» til handsaming 21. november 2014, der styret gjorde følgjande samrøystes vedtak:

1. *«Styret i Helse Møre og Romsdal HF tek rapporten «ROS analyse interimfase for SNR – spesialisthelsetjenester i Nordmøre og Romsdal» til orientering.*
2. *Styret ber om at ROS analysa vert lagt til idéfaserapporten for SNR, og at ein i samband med handsaming av idéfasa tydeleggjer vidare operasjonisering av ROS arbeidet i interimperioden.»*

I forkant av styremøtet vart saka presentert og gjennomgått i møte med føretakstillitsvalte 17.11.2014.

**Arbeidstakarorganisasjonane sitt syn på den informasjon og forslag som leiinga har lagt fram:**

*Ansattrepresentantane ser ROS- analysane som eit godt utgangspunkt for å sikre god og forsvarleg drift i interimspérioda fram til nytt sjukehus står ferdig. Partane er enig om at analysa sannsynleggjer behov for å sette av midlar til kompenserande tiltak som er nødvendig for å få til dette.*

*Ein forutset at ROS analysane vert fulgt opp i konkrete handlings- og tiltaksplanar.*

Administrasjon vil legge ROS analysen til grunn, og sette i verk tiltak i tråd med den. Dette er ikkje eit episodisk, men eit kontinuerleg arbeid. Ein er klar over at etableringa av SNR og omlegginga i spesialisthelsetenesta medfører betydeleg risiko. Det er viktig då å peike på at det å halde fram som i dag, ikkje er risikofritt heller. Ein gjorde valet om eitt felles akuttsjukehus i 2012 med bakgrunn i at det for pasienten på sikt ville vere meir risiko å halde fram som i dag enn å gjere denne endringa.

Det vil bli utført ytterligare risikoanalyserande tiltak og arbeidast med tiltak som skal redusere og kompensere for uønskt utvikling og hendingar. Det er nedsett ei gruppe av tillitsvalte, verneombod og representantar frå leiinga som skal følgje opp tilsette spesielt.

KSK (i) trekker fram desse momenta om ROS-analysen:

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

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

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

*Molde sjukehus har ein relativt sett større del av spesialistar, fagtilbod og fagpersonale generelt. Legg ein til grunn ei meining om at ein får same del av negative reaksjonar som omsettast i handling (personell sluttar, førtidspensjonerer seg osv.) ved begge sjukehus, er det openbart at negative reaksjonar i Molde som følge av eit Kristiansunds-nært lokaliseringsvedtak vil få større konsekvensar. Imidlertid er det på grunn av sterkt sprikande oppfatningar i analysegruppa ikkje mogelege å redusere uvisse når det gjeld dette.*

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

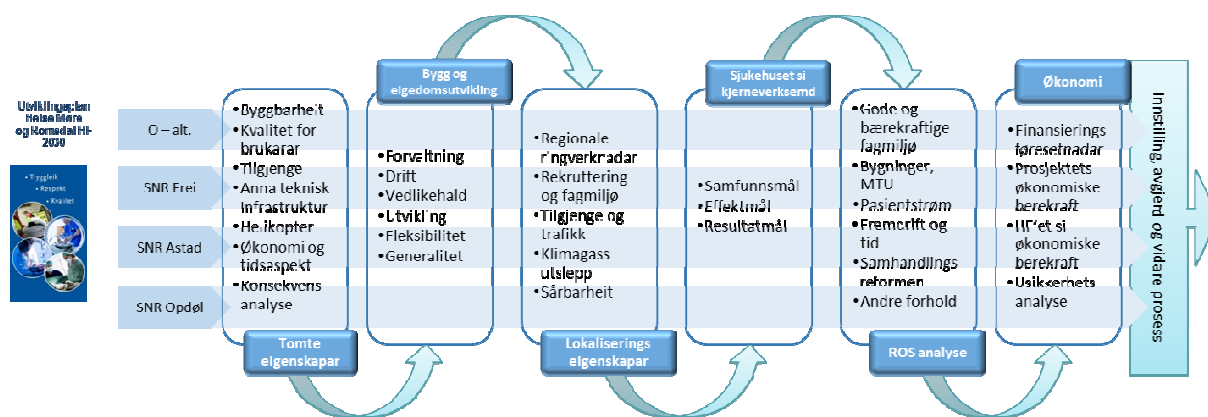
*I tillegg antas det i analysen at «når eit lokaliseringsvedtak er fatta, så vil ny-rekruttering kunne verte lettare fordi ein då har avklart framtidig lokalisering med tanke på at dei som vert rekrutterte skal etablere seg.» Gitt at perioden fra vedtak til ferdigstillelse og ibruktage av SNR er på 7 år, forutsatt at alt går etter planen, stiller vi spørsmål om det er en realistisk antagelse.*

*På lik linje KU del 2 mister ROS-analysen noe verdi som beslutningsgrunnlag da det ikke skilles mellom alternativene henholdsvis med og uten desentral poliklinikk. For eksempel kan*

Administrasjonen legg til grunn at utført ROS analyse gjev eit godt bilete av dei risikoområda som føreligg, og vil følgje opp dette arbeidet fortløpande. Styret vil bli haldne orientert om dette med jamne mellomrom.

## **14. Vurdering av alternativa**

Helse Møre og Romsdal HF fekk oppdraget med å utarbeide «samla plan» for spesialisthelsetenesta i Møre og Romsdal i samband med fusjonen av Helse Nordmøre og Romsdal HF og Helse Sunnmøre HF 1. juli 2011. Føretaket la i utviklingsplanen i desember 2012 til grunn eitt akuttsjukehus for Nordmøre og Romsdal. To sjukehus i nordfylket er ein sårbar modell for framtida. Ved å samle dagens tilbod ved sjukehusa i Molde og Kristiansund, samlar ein to fagmiljø med ulik tyngde og breidde. Totaltilbodet vert såleis meir robust, noko som vil tene både pasientar og tilsette. I tillegg til jamt omstillingsarbeid, i form av standardisering og straumlinjeforming av prosessar, og auka satsing på samhandling med andre aktørar, vil tilbodet vere i tråd med både det som står i spesialisthelsetenestelova og grunnlaget for utvikling av spesialisthelsetenestene gjeve av Strategi 2020. SNR skal vere eit nytt og moderne sjukehus, det mest moderne i sitt slag når det står ferdig, legge til rette for behandling i tråd med beste praksis og gode forløp for brukarane og moglegheiter for å byggje vidare på allereie gode fagmiljø. Etter idéfasearbeidet i 2013 og 2014 står ein no føre å skulle gjere val for lokalisering og innhald i det nye felles akuttsjukehuset for Nordmøre og Romsdal SNR.



Evalueringssmodellen viser gangen i arbeidet med å vurdere alternativa opp mot kvarandre. I det etterfølgjande så vert dei overordna høva drøfta. For meir detaljert informasjon om vurderingane, viser ein til idéfaserapporten Sjukehuset i Nordmøre og Romsdal SNR kapittel 12.

Utgangspunktet for avgjerda i utviklingsplanen er som tidlegare omtalt, omsynet til langsiktig utvikling innan fag, kvalitet, volum og brukarbehov. Pasienten er vinnaren, sjølv om dette medfører at mange innbyggjarar, spesielt i Molde og Kristiansund får noko lengre veg til sjukehus, medan andre får kortare. Vedtaket om å byggje eitt felles sjukehus i Nordmøre og Romsdal hadde stor oppslutning då det vart fatta i 2012. Fagmiljøa var samde om at eit framtidretta tilbod for pasientane i Nordmøre og Romsdal vil verte oppnådd gjennom å samle felles ressursar i eitt sjukehus og byggje vidare på desse. Slik vil ein kunne gi pasientane eit tilbod som er betre enn det ein har i dag, noko som er hovudintensjonen i dette prosjektet.

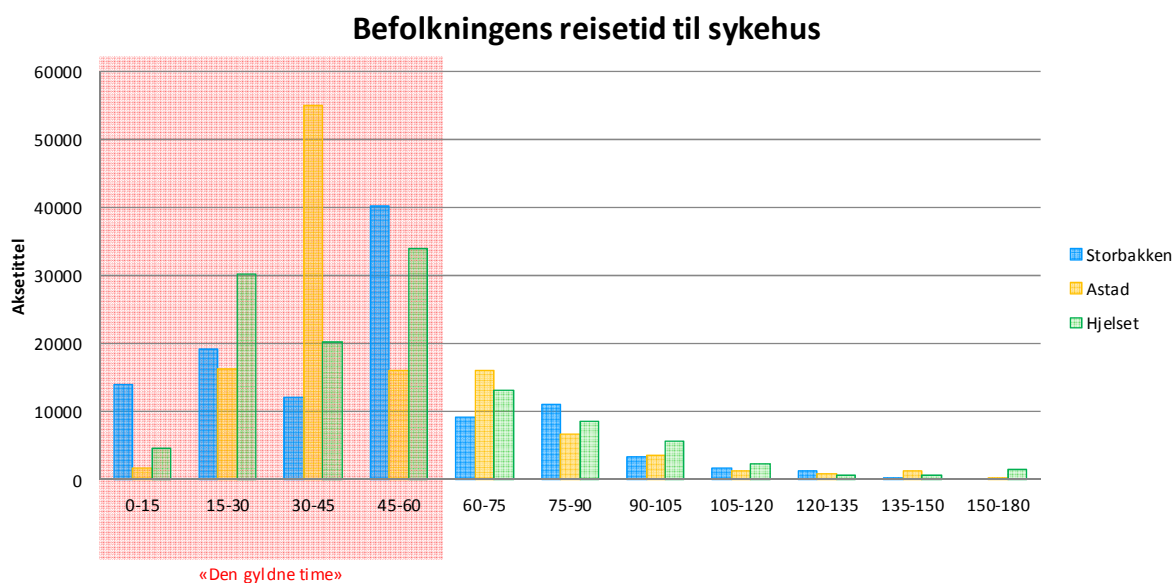
HMR tek samfunnsansvaret alvorleg. Sjukehusa har påverka langt ut over dei helsetenestene ein tilbyr. På denne måten blir sjukehusa viktige samfunnsbyggjarar, og eit viktig element i både identitet og framtidstru for dei kommunar og byar dei ligg i. Den lokale opplevinga av trugselen om at ein slik viktig institusjon skal verte nedlagt eller flytta må forståast i dette perspektivet. Føretaket er audmjukt over den store opplevde endringa denne prosessen tyder for både pasientar/pårørande, tilsette og omgjevnader. Det er særskilt viktig at HMR held fram med naudsynt ROS-arbeid og har gode planar for tiltaksoppfølging.

HMR er ikkje regionsutviklarar, og kan ikkje la regionsutviklande argument vere det som er avgjerande for val av tomt. Men ein er medviten om samfunnsansvaret og klar over dei effektane plassering av sjukehuset har for nærområdet. Slik ein forstår føreskrift om plassering av statlege arbeidsplassar så er ikkje helseføretak omfatta av denne. Spørsmålet om å balansere ut ulikskapar i arbeidsmarknad etc. er ikkje noko helseføretaket kan vurdere som utslagsgivande i denne saka, og heller ikkje fylkeskommunen har tatt til orde for val basert på desse viktige og vanskelege tema. Skal dette takast omsyn til i større grad, må avgjerla løftast opp til eit anna nivå.

Tilgang til helsetenester er viktig for befolkninga, og prosessen med idéfasen for SNR har gitt rom for diskusjon kring dette temaet. Analysane som er utførte viser at det ikkje er så stor skilnad i tilgjenge totalt sett uansett kvar på akse ein plasserer sjukehuset. I Møre og Romsdal har 20 % av befolkninga Kristiansund som sitt næraste sjukehus, medan 24 % har Molde som sitt næraste sjukehus. Tidsmessig når brorparten av befolkninga sjukehuset innan 90 minutt, noko som viser at dagens struktur er god når det gjeld tilgang til helsetenester. Nyare analysar i framtidsperspektivet (framtidig transportnettverk), der Ålesund og St. Olav ligg fast som akuttsjukehus i «kvar sin ende», viser at av heile fylket si befolkning, så vil 41 % ha Opdøl som sitt næraste sjukehus, 40 % har Astad og 38 % har Storbakken. Dette skil i hovudsak på om lag

10 000 personar, med 121 000 for Opdøl og 111 000 for Storbakken. Ved ei lokalisering på Opdøl, har ein altså eit større «opptaksområde», dvs. at det er fleire menneske som «soknar» til denne plasseringa. Om sjukehuset vert lagt til Opdøl, vil 91 % av befolkninga nå sjukehuset innan 90 minutt, medan dei tilsvarende tala er 94 % både for Astad og Storbakken. Over 30 000 personar vil ha over ein time til sjukehus ved lokalisering Opdøl, knappe 30 000 ved lokalisering Astad og rundt 26 000 ved lokalisering Storbakken. Såleis vert problemstillinga ved lokaliseringsvalet å enten velje nærleik for tyngdepunktet av befolkninga, og la dei som har lang veg i dag få enno lenger veg. Eller så kan ein velje ei slags «utjamning», som resulterer i at ein betrar tilgjenget for dei med lang reiseveg, men vel ikkje lokalisasjon etter tyngdepunktet i befolkninga.

Korleis skal ein tolke lik tilgang til helsetenester i dette biletet?



Figur: Befolkningens reisetid med bil og rutegående trafikk (ikke utrykning)

Reisetid til akuttisjukehus er i ein del tilfelle avgjerande for overleving eller utkome med minst mogleg skade som ved hjerneslag, alvorlege infeksjonar og til dels ved hjarteinfarkt sjølv om lang reisetid for den siste kategorien er kompensert med tidleg oppstart av behandling i ambulansetenesta. Generelt kan ein seie at dei som har ein avstand på inntil ein time frå sjukehuset er i en rimeleg trygg sone i høve behandlingstilbod ved dei fleste akutte situasjonar. Denne gruppa kan tole litt lenger avstand utan at det går ut over tryggleiken. Men når avstanden i utgangspunktet er 90-120 min eller meir, er det grunn til å rekne med at ei forlenging av denne kan gi større effekt på total overleving og prognose ved akutte tilstandar enn der utgangspunktet er ein vesentleg kortare avstand.

Skal ein gå i favør av tyngda, som soknar til Opdøl, og godta at reisetida for innbyggjarane i Aure, Surnadal og Rauma vert meir enn 120 minutt, og innbyggjarane på Smøla får mellom 120-150 minutt? Eller skal ein velje lokalisering der færrest soknar til, men då sørge for at ein får ei utjamning av reisetid, slik at nokre få innbyggjarar i Sunndal og delar av Smøla får meir enn 120 minutt reisetid, men ingen får over 150 minutt? Og kva med høvet mot St. Olav? Med eit sjukehus på Storbakken vil ingen av innbyggjarane i Møre og Romsdal ha St. Olav som sitt næraste, medan dette er tilfelle for 82 personar ved lokalisering Astad og 975 personar ved lokalisering Hjelset. Eit anna spørsmål er pasientstraumane frå Nordmøre til Orkdal sjukehus og St. Olavs hospital, og om ei nordleg lokalisering vil kunne hente desse heim og såleis også kunne utgjere eit auka driftspotensial.

Strukturen og utviklinga av tenestetilboda på sjukehusa i fylket er eit resultat av geografi og at tilhøva for samferdsel tidvis er krevjande. Framover mot 2030 vil etter det HMR erfarer fleire samferdselsprosjekt som påverkar reisetidene mellom sjukehusa i fylket stå ferdige. Ein ferdigstilt Møreakse med firefeltsveg og fartsgrense på 100 km/t mellom Molde og Ålesund, gjer at reisetida vert korta ned med ca. 40 minutt, til 74 minutt. Korleis påverkar dette framtidsbiletet vårt? Dreiar det pasientstraumane i ei ny retning? Gir det mogelegheiter for å tenkje annleis med tanke på organisering for spesialisthelsetenestene i heile fylket? Ein forventar også at ferjefri kryssing av Halsafjorden er på plass i 2030, og at dette aukar regularitet mot mellom nord og sørsida av Halsafjorden.

Ein annan grunn til at tilgjenge har vore eit tema som engasjerer, er at vedtaket om samanslåing av dagens to sjukehus faktisk gjer at ein kjem fram til noko som for dei tilsette vert dårlegare enn det dei har i dag, gitt dagens busettingsmønster. Dei fleste tilsette i Molde og Kristiansund vil få lenger arbeidsreiser enn dei har i dag, noko som er av tyding for dei aller fleste i den praktiske kvardagen. Dette skal ein ha respekt for, og ein må ta omsyn til at det kan vere ein risiko for at tilsette ikkje ynskjer å vere med dersom SNR vert plassert lengst bort frå der dei jobbar i dag. Då vedtaket vart gjort i 2012, var det likevel fagargumentet som stod sterkest: å samle dagens tilbod til eit framtidssretta og robust sjukehus.

Dei faglege argumenta er også ein viktig del av spørsmålet kring rekruttering. Den viktigaste faktoren for oppbygging av kompetanse er storleiken på fagmiljø og pasientgrunnlaget i tillegg til tilgang på ressursar til pasientbehandling og fagutvikling. For rekrutteringsevna i fagmiljøet er dette heilt sentralt, og eit tungt argument for eit fellessjukehus. Det same gjeld evna til å henge med i medisinskfagleg utvikling, dette krev ressursar og kompetanse som er best tilgjengeleg gjennom ei samanslåing.

Som arbeidsgivar har Helse Møre og Romsdal ansvar og behov for alle fagfolka sine uavhengig av kvar dei har si jobbadresse. Ein ser at valet av lokalisering vil kunne føre til endringar i fagmiljøa, som også kan opplevast utfordrande for framtidssituasjonen. Spørsmålet som utgreiingane har gjeve ulike svar på, er om dette er noko som varer ved, eller om eit nytt og moderne sjukehus der personalet vert satsa på, innan ein viss tidshorisont, vil verke rekrutterande i seg sjølv.

Når ein vurderer alle evalueringskriteria samla, så står konklusjonen frå 2012 om at 0-alternativet ikkje er berekraftig som styrka fram. I den tilbakelagte tida er det få teikn på at det skal vere mogeleg i framtidsperspektivet å drive to lokalsjukehus med fullverdige akuttfunksjonar innan indremedisin, kirurgi og gyn/føde i Nordmøre og Romsdal. Derfor tek ein ikkje med 0-alternativet i vidare drøfting her, men slår fast at det vert med inn i konseptfasa som eit referansealternativ i tråd med nasjonal vegleiar.

Ved evalueringa har ein då igjen lokaliseringane på Storbakken, Astad og Opdøl. Som det går fram av vurderingane, så vert Astad vurdert som mindre eigna enn Storbakken og Opdøl innanfor tomteeigenskapar, lokaliseringseigenskapar, sjukehuset si kjerneverksemd og ROS-analysen. Når det gjeld sjukehuset si kjerneverksemd, er det først og fremst evna til rekruttering og å bygge og vedlikehalde robuste fagmiljø som følgje av lokaliseringseigenskapane, som trekker ned. Så lenge opptaksområdet og dimensjoneringa av sjukehuset er likt dei andre alternativa, kan ein ikkje seie at dette sjukehuset si evne til å levere sjukehustenester er dårlegare enn dei andre. Astad er marginalt dårlegare på bygg og eigeidomsutvikling og økonomi utan at dette er avgjerdsrelevant.

Ser ein alle evalueringskriteria samla, så er Astad eit såpass mykje dårlegare alternativ enn Storbakken og Opdøl, at det ikkje kan framførast som eit framtidssretta alternativ for SNR

etableringa. Astad er såleis ikkje eit alternativ HMR kan føre fram som ei tilråding i lokaliseringsdiskusjonen knytt til SNR.

Då står HMR igjen med Opdøl og Storbakken som aktuelle val i tilrådinga for framtidig lokalisering av SNR.

**Ei lokalisering bynært Molde** har fordelar knytte til eksisterande fagmiljø og tyngdepunkt i befolkninga i dekningsområdet. Området er også del av ein større bu- og arbeidsmarknadsregion, og har såleis større mogelegheiter til å tilby arbeid til ektefelle/partner. Fagmiljøet ved sjukehuset har fleire spesialistar og større breidde i tilbodet. Det er uttrykt uro for korleis ein skal kunne ta vare på dette tilbodet dersom sjukehuset ikkje vert lagt til Opdøl. Eit tap av dette fagmiljøet vil få uheldige konsekvensar for vidare planleggingsfase i SNR.

**Ei lokalisering bynært Kristiansund** har fordelar knytte til at færre får svært lang reiseveg til sjukehus. I tillegg har byen ei offshore-næring som er attraktiv med tanke på jobb til partner/ektefelle, og byen har hatt ei positiv utvikling dei siste åra. Også frå Kristiansund vert det uttrykt fare for tap av fagmiljø om ein vel ei lokalisering lengst borte frå Kristiansund. Dette er også ein uheldig konsekvens for SNR, då fagmiljøa i dag på mange måtar er komplementære og ein treng alle for å danne den robustheita og breidda ein ynskjer i det nye sjukehuset.

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

Eit aspekt elles er den geografiske strukturen på tenestene sett i lys av komande samferdselsprosjekt i fylket. Realisering av Møreaksen fører til relativt kort reisetid mellom Molde og Ålesund, og ein kan då spørje seg om det er framtidsretta å leggje eit akuttsjukehus til Opdøl når Ålesund, som gjennom styrande dokument er sagt å vere eit akuttsjukehus i fylket også for framtida, ligg såpass nær? Kva då med likeverd og tilgjenge? Når vegen til Ålesund vert kortare, har innbyggjarane som bur i Molde-området fått ein ny fridomsgrad. I kor stor grad skal dette få vere med på å avgjere valet av lokalisering?

Rekruttering er essensielt for å sikre gode tilbod. Ulike instansar uttrykkjer uro for korleis ein skal klare ivareta å dette på ein god måte i interimfasen. Spørsmålet er i kva grad interimfasen skal få vere avgjerande for valet ein no skal gjere. Når det gjeld rekruttering, så vurderer Helse Møre og Romsdal det slik at eit nytt og moderne sjukehus, der ein satsar på framtidig personell er rekrutterande i seg sjølv. Ein har naturleg turn-over i sjukehusa og vil alltid ha eit skifte av personell. Når nye skal inn, er det viktig å ha eit godt omdømme og noko å tilby. Det er viktig å finne meiningsberarar som er positive til nytt sjukehus og ser mogelegheitene dette skaper for innbyggjarane i Nordmøre og Romsdal. Gode fagfolk trekk også til seg fagfolk, noko som byggjer miljø. Her har ein ei unik mogelegheit i SNR, men det fordrar at ein klarer å trekkje med seg dei positive kreftene i dagens fagmiljø.

Ein har freista å analysere seg fram til vektige argument for å kunne skilje lokaliseringane på Storbakken og Opdøl, men gjennom det store talet på analysar og vurderingar som er gjorde, er ikkje konklusjonen eintydig – alternativa har sine respektive styrkar og svakheiter.

#### Oppsummerte styrkar Opdøl:

- Molde er ein sterk bu- og arbeidsmarknadsregion.
- Tyngdepunkt for befolkninga i SNR sitt opptaksområde.
- Ei lokalisering bynært Molde har fordelar knytte til eksisterande fagmiljø ved Molde sjukehus (mange spesialistar og breidde i tilbodet).

Oppsummerte styrkar Storbakken:

- Nærast det geografiske midtpunktet mellom Ålesund sjukehus og St. Olavs hospital.
- Ei lokalisering bynært Kristiansund har fordelar knytte til at færre får svært lang reiseveg til sjukehus.
- Kristiansund har ei sterk offshore-næring som er attraktiv, og byen har hatt ei positiv utvikling dei siste åra.

Fagmiljøa ved Molde og Kristiansund sjukehus er komplementære, og det er særst viktig å få med seg begge miljøa i vidare planleggingsfase i SNR.

Helseføretaket erkjenner at lokaliseringvalet er eit vanskeleg val. Det viktigaste er å sikre innbyggjarane i Nordmøre og Romsdal kvalitativt gode spesialisthelsetenester som er tilpassa deira behov, samt tilgjenge og likeverd.

**Tilråding:**

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

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

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

Med dette som utgangspunkt kan ein i idéfasearbeidet tilrå både Opdøl og Storbakken som lokalisering for SNR. Desse to alternativa skil seg ikkje på ein slik måte at ein på eit fagleg grunnlag kan slå fast at det eine er betre enn det andre. Dei tilrådande (styret HMR HF) og avgjerande mynde (styret HMN RHF), må gjennom ei heilskapleg vurdering og vektning av argumenta, kome fram til ein endeleg konklusjon.

## 15. Plan for konseptfasen (13)

Administrasjonen har arbeidd saman med Helsebygg Midt-Norge (Sykehusbygg HF) og Hospitalitet om mandatet for konseptfasa. Administrasjonen legg til grunn at Helse Møre og Romsdal saman med direktør i Helse Midt-Norge RHF og Sykehusbygg HF rett over nyttår sett seg saman og legg grunnlaget for prosjektorganisasjonen som skal vidareføre arbeidet med konseptfasa for SNR.

KSK (i) trekker fram følgjande om plan for konseptfasen:

*Fremstillingen på side 148 kan tyde på en misforståelse om hva som er et prosjekts resultatmål. Av Tidligfaseveilederen fremkommer det at resultatmål er mål for «gjennomføringen av prosjektet. Er i hovedsak knyttet til styring av prosjektet innenfor rammer for tid og kost.» «Prosjektet» i dette tilfellet er etablering av SNR, ikke gjennomføring av konseptfasen. Med mindre det følger av pålagte føringer om for*

*eksempel økonomisk ramme, er det ikke hensiktsmessig å fastsette konkrete resultatmål for et bestemt alternativt er valgt og detaljert. Det skjer vanligvis etter forprosjektfasen.*

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

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

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

Administrasjonen legg til grunn at framlagt mandat for konseptfasa, saman med etableringa av prosjektorganisasjon for SNR i januar 2015 skal gje eit godt utgangspunkt for vidareføringa av SNR.

## **16. Drøfting**

Helse Møre og Romsdal HF har i sitt samfunnsoppdrag å sikre kvalitativt gode, likeverdige og tilgjengelege spesialisthelsetenester, tilpassa pasientane og gjennom god ressursutnytting for innbyggjarane i Møre og Romsdal generelt, og for innbyggjarane i Nordmøre og Romsdal i prosjektperspektivet.

I utviklingsplanen for HMR HF og idéfasen for SNR har ein synleggjort korleis samfunnsansvaret kan takast i vare.

Det har vore gjennomført svært mange utgreiingar, analyser, møter og dialogar for å kome fram til det avgjerdsgrunnlaget som no ligg føre. Det er administrasjonen si vurdering at det no er eit fullgodt saksgrunnlag, fullstendig utgreidd å ta ei avgjerd i f.t. idéfase og lokalisering av SNR på. Dette vert også stadfesta i KSK (i), sjølv om det på presisjonsnivået reint prosjektfagleg må arbeidast vidare i konseptfasa.

Det har den siste tida vore mykje uro knytt til leiarskifte i HMR HF. Dette er spørsmål som er av prosessuell art, og rokkar etter administrasjonen si vurdering ikkje med saka sitt analytiske avgjerdsgrunnlag. På grunn av den situasjonen som har utvikla seg, er det avklara med styra i HMR og HMN at den endelege drøfting og konklusjon for Helse Møre og Romsdal sin del, vert teke i styremøte 17. desember 2014.