



SAMANDRAG IDÉFASE

Sjukehuset i Nordmøre og Romsdal (SNR)

-Høyringsrapport

Føreord

Helse Møre og Romsdal HF (HMR) planlegg etableringa av eitt nytt sjukehus i Nordmøre og Romsdal (SNR), som erstatning for lokalsjukehusa i Molde og Kristiansund. Grunnlaget for planlegging skriv seg frå handsaminga av utviklingsplanen for HMR som vart vedtatt av styra i HMR HF og Helse Midt-Norge RHF i desember 2012.

Planlegginga av SNR skal byggje på føretaket sine strategiske føringar innan verksemds- og bygningsmessig utvikling, før det går inn i ei meir detaljert og konkret prosjektering. Dette høyringsnotatet har derfor både «føretaksperspektivet Helse Møre og Romsdal HF» og «prosjektperspektivet sjukehuset i Nordmøre og Romsdal (SNR)» i seg. Dokumentet trekker opp dei sentrale elementa som spelar inn på helseføretaket si utvikling og drift av fagleg verksemd generelt og utviklinga av SNR spesielt.

Helse Møre og Romsdal HF skal i styremøte 17. desember 2014 tilrå lokalisering og fagleg innhald i SNR, dokumentere fagleg og økonomisk berekraft for føretaket samla sett, samt plan for vidare prosess. Helse Midt-Norge RHF skal den 18. desember 2014 gjere det endelege vedtaket. Helse Midt-Norge RHF vil vidare som del av den etablerte styringsdialogen, forelegge Helse og omsorgsdepartementet avgjerda i føretaksmøtet i januar 2015.

Ei avgjerd om lokalisering av eit nytt sjukehus til erstatning for to etablerte lokalsjukehus, vert følgd med stor merksemd. Det vil derfor naturleg nok vere stor interesse for korleis både analyser, argumentasjon og vektlegginga av ulike moment skjer. Både lokalisering av SNR og innhald skal avgjerast i lys av innbyggjarane sine behov for spesialisthelsetenester, nasjonale og regionale føringar, sikring av rekruttering og robuste fagmiljøutvikling, medisinsk og teknologisk utvikling, samferdselutvikling, og ikkje minst samarbeid med viktige aktørar som kommunane, andre helseføretak med fleire. Desse faktorane må haldast saman med føretaket si eiga evne til å utvikle fag og organisasjon, omstille og effektivisere drifta og på den måten verte innpassa i den langsiktige økonomiske bereevna.

Helse Møre og Romsdal ønskjer derfor gjennom denne høyringa å synleggjere kva moment og vurderingar som er viktige for utviklinga av helseføretaket og det nye sjukehuset i Nordmøre og Romsdal. Innspela som kjem til dette vil verte innarbeida i grunnlaget for avgjerda. Ulike tema som ein ønskjer spesiell tilbakemelding på, er tydeleggjort i høyringsbrevet.

Astrid J. Eidsvik

Administrerende direktør

1 Innleiing

Idéfasedokumentet skal vere ei vidareføring basert på utviklingsplanen for Helse Møre og Romsdal HF (HMR HF) som vart vedteken av styret i HMR i desember 2012. Planen følgjer opp styringssignala frå dåverande statsråd om å sjå sjukehusressursane både i Nordmøre og Romsdal og i heile Møre og Romsdal meir under eitt. I utviklingsplanen vart det konkludert med at det mest berekraftige tiltaket for Nordmøre og Romsdal ville vere å samle faglege og økonomiske ressursar for dei vaktberande faga i eit felles sjukehus. Dette vart ståande som det klaraste tiltaket i utviklingsplanen.

Det nye sjukehuset i Nordmøre og Romsdal gir ei unik mogelegheit til å utvikle eit framtidsetta og moderne sjukehusstilbod for pasientar, tilsette, føretak og kommunar. Prosjektet legg grunnlaget for å byggje saman og skape eit tilbod til pasientane som er fagleg meir robust og berekraftig for framtida, med moderne IKT- og logistikkløysingar.

Resultatmålet for idéfasen er å lage ein "idéfaserapport" som inkluderer lokal og regional konsekvensutgreiing. Til saman skal det gi styra i HMR og Helse Midt-Norge(HMN) grunnlag for å avgjere kor sjukehuset skal ligge og om ein kan gå vidare inn i neste fase – konseptfasen.

I **tomteprosessen** har dei tre aktuelle vertskommunane utarbeidd felles planprogram og stått for lokal konsekvensutgreiing av sine eigne tomter, medan HMR har greidd ut regionale konsekvensar av lokalisering. Lokal og regional konsekvensutgreiing går inn i eit samla grunnlag for endeleg val av tomt. Saman med HMR sine interne helsefaglege og økonomiske vurderingar, som dette høyringsdokumentet er ein del av, vil dei utgjere det faglege grunnlaget for val av tomt for nytt sjukehus i Nordmøre og Romsdal.



2 Overordna føringar

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

Helse Møre og Romsdal må også sjå til andre **nasjonale og regionale** føringar, og regjeringa si retning for den **helsepolitiske** utviklinga i Noreg. Her vil den kommande Nasjonal Helseplan vere sentral. Målet til regjeringa er å skape pasienten si helseteneste, der ventetidene går ned og kvaliteten aukar. Det er og gitt føringar om mellom anna styrking av psykisk helse og rus og satsing på kvalitet og pasientsikkerheit.

Helse Midt-Noreg har vedteke **Strategi 2020**, der dei prioriterte strategiske grepa er definerte som

- Sikre behandlingstilbod for veksande pasientgrupper
- Desentralisering av helsetilbod for dei store pasientgruppene som nyttar tenestene ofte
- Frigjere ressursar frå passiv beredskap til aktiv pasientbehandling

Strategien skal sikre god og effektiv ressursutnytting og kvalitativt gode tenester, dette er også nedfelt i styringsbodskapen. Ei konkretisering av tiltak som både er med på å redusere kostnader og ta vare på god kvalitet vil omfatte m.a. effektiv fordeling av oppgåver mellom sjukehusa.

3 Brukarbehov

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

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

Utrekningar i samband med utviklingsplanen skisserer ei auke i **ressursbruken** auke med 29,6 % frå 2009 og fram mot 2030. Ressursbruken aukar meir enn veksten i befolkninga fordi det er talet eldre over 67 år som aukar mest, og desse har relativt sett eit høgare forbruk av spesialisthelsetenester. Dette er i tråd med nasjonale vurderingar.

Endring i alderssamansetninga 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. For psykiatrien ser ein også at det er poliklinisk verksemd som vil auke, saman med ambulante tenester.

Tilgjenge til sjukehus er og har vore i endring, i takt med den medisinske utviklinga og oppbygginga av kompetanse i ambulansetenesta og kommunal helseteneste. For planlagd behandling vil det vere eit gode om tilbodet i større grad kan flyttast ut av sjukehus og nært dei pasientane som treng det ofte. Akutt behandling dekker eit spekter av lidningar frå det som kan vente til neste dag til det reint

akutte, og der dei fleste tilfella er av indremedisinsk karakter. Ofte er det ikkje transporten i seg sjølv, men behandlinga på skadestaden og dei første 48 timane inne på sjukehus som avgjer sluttresultatet ved alvorlege akutte tilfelle. Ei god ambulanseteneste og moderne teknologi 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.

Pasientstraumane i Møre og Romsdal reflekterer at sjukehusa har ulike tilbod og dekningsgrad. Generelt går bruken av døgnbehandling ned og poliklinisk behandling opp, med nokre mindre skilnadar mellom sjukehusa.

Innbyggjarane i Nordmøre og Romsdal bustadområde har fram til no brukt sitt næraste sjukehus for om lag 60% av dei samla døgnopphalda på sjukehus, Molde noko meir (64%) enn Kristiansund (57%). For Molde går knapt 10% til Kristiansund og knapt 20% til «andre» - med Ålesund sjukehus som eit av dei «andre» sjukehusa. Kristiansund bustadområdet går til Molde med vel 10%, St. Olav med 20% i alt (regionfunksjonar i tillegg til «lekkasje»), medan dei brukar «andre» sjukehus vel 10%.

Bruken av St.Olavs Hospital ligg på 7% frå begge bustadsområda på Sunnmøre, og bruken av døgnbehandling er også lik for dei to. Bruken av eige sjukehus er ulik, då Volda bustadområde nyttar Ålesund sjukehus for i underkant av 25% av døgnopphalda i tillegg til eige sjukehus.

Helse Møre og Romsdal har ein avtale med Helse Førde om fødande frå Nordfjordregionen, men analysane viser også ei mindre auke i bruk av tenester ved Volda sjukehus for nokre av Nordfjord-kommunane.

4 Innsatsfaktorar

Bygging av eit nytt felles sjukehus for Nordmøre og Romsdal er prioritert høgast på Helse Midt-Norge sine investeringsplanar. **Finansiering** av nytt sjukehus er avhengig av tilgjengeleg likviditet til sjølve investeringa i tillegg til ein driftsøkonomi som kan ta høgde for auka kostnader til avskrivningar og rentar på lån knytt til investeringa.

Ut frå nasjonal modell for sjukehusfinansiering kan inntil 70 % av investeringskostnaden finansierast gjennom lån frå Helse og omsorgsdepartementet, og resten av investeringa knytt til prosjektet finansierast gjennom tilgjengeleg likviditet i Helse Midt-Norge. Storleiken av lånefinansieringa vil basere seg på vurderingar av mogleg eigenfinansiering og moglegheit til å dekke kapitalkostnader etter at investeringa er ferdigstilt. Helse Midt-Norge føreset at planane er tilpassa helseføretaket si økonomiske bereevne og at helseføretaket gjer greie for tilpassingar i drift som sannsynleggjer dette.

Eit tenkt investeringsbehov på 4-5 milliard kroner vil medføre eit eigenkapitaltilskot på 1,2-1,5 mrd. kroner ved 70 % lånefinansiering og 2-2,5 mrd. kroner ved 50 % lånefinansiering. Rentekostnadene (4 %) vil da vere 80-126 mill. kroner første året. I tillegg kjem avskrivingskostnader. Dette gjer ein årleg kalkulatorisk kostnad på 148-185 mill. kroner, mot avskrivingsbeløpet i dag som er på ca. 46 mill. kroner. Samla auka kapitalkostnad på dømet over ligg dermed på 182-265 mill. kroner første driftsåret. Utover investeringane i nytt sjukehus er det også behov for investeringar i resten av føretaket.

Generelt er det behov for meir **helsepersonell** i åra som kjem, og rekruttering er eit av dei viktigaste og vanskelegaste områda å ta hand om. Dette er nærare diskutert i den regionale konsekvensutgreiinga for nytt sjukehus. Innanfor nokre fagfelt står ein også overfor eit generasjonsskifte, og det er utfordrande å fylle desse stillingane og erstatte solid kompetanse og mangeårig erfaring. Fag med stor vaktbelastning er sårbare for alderssamansetjing, og utfordringane aukar når fagmiljøa er fordelt på fire sjukehus. Avhengig av spesialitet er det i dei neste 5-7 åra behov for å erstatte ein fjerdedel av dei som no er i arbeid, og dette vil gjelde også for nytt sjukehus i Nordmøre og Romsdal.

Det viktigaste tiltaket for å rekruttere nok spesialistar er å satse lokalt gjennom lengst mogleg utdanning ved sjukehusa i Møre og Romsdal. For å lukkast med dette krevjast stabile fagmiljø med differensierte oppgåver og robuste vaktordningar, noko som mellom anna kan løysast med betre oppgåvedeling og/eller strukturelle endringar. Ressurstilfang og arbeidsoppgåver understreker behovet skissert i Strategi 2020 om å gå frå passiv vakt til aktiv teneste. Vi må gi legar i spesialisering tru på våre sjukehus som framtidig arbeidsplass. Oppbygging av nytt sjukehus i Nordmøre og Romsdal, der ein samlar faglege ressursar i eit robust miljø, må bidra aktivt til dette.

Medisinskfagleg og teknologisk utvikling er ein særst potent endringsdrivar for spesialisthelsetenesta. Nye metodar og apparatur endrar grunnlaget for etablert praksis i sjukehusa, og gir også mogelegheit for å utføre behandling/diagnostikk andre stader. Nye medisinskteknologiske metodar viskar ut skillet mellom behandling og diagnostikk.

Med ny teknologi ligg også mogelegheitene til ny kommunikasjon som igjen påverker korleis tenestene blir utøvd. Moderne utstyr, teknikkar og medikamentell behandling kan endre forløpa frå døgn til dag, og korte ned liggetider og gi betre behandlingresultat og kvalitet.

5 Samarbeid og samhandling

En kritisk suksessfaktor for det samla tilbodet og det nye sjukehuset vil vere om man greier å vidareutvikle samarbeidet mellom **kommunane** og Helse Møre og Romsdal.

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

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

Omstilling som funksjon av samhandlingsreforma vere ein av dei dimensjonerande faktorane for sjukehusarealet. Ein ser føre seg at ein i sjukehuset både vil ha ei endring i opphald og poliklinisk verksemd då dette skal takast hand om i primærhelsetenesta.

Kommunane er ein sær s viktig samarbeidspart for helseføretaket, og ein må sikre god dialog om korleis ein skal dimensjonere og planlegge for framtida og skape gode område for samarbeid og oppgåvedeling. Det heilskaplege pasientforløpet må sjåast i samanheng for å skape god flyt for pasienten. For å lukkast i dette er det naudsynt at kommunane gir helseføretaket tilbakemelding på korleis ein stiller seg til dimensjoneringa føretaket legg til grunn, og korleis ein ser føre seg kapasitetsauken som følgje av samhandlingsreforma. Dei prioriterte fagområda er:

- rehabilitering
- helsetenester for barn og unge
- rus og psykiatri
- kronikarforløp-somatikk
- det førebyggjande perspektivet

Helse Møre og Romsdal samarbeider også tett med **andre helseføretak**. St. Olavs Hospital har ei viktig stilling som universitetssjukehus i regionen og er ein sentral samarbeidspartner, både når det gjeld behandling, forskning og kompetanseutvikling. Helse Møre og Romsdal har avtale med Helse Førde om at føddande frå Nordfjord-området kan nytte Volda sjukehus.

Ambulanse Midt-Norge (AMN) er i dag eige føretak, men vil frå årsskiftet 2014/2015 verte del av Helse Møre og Romsdal. Stasjonsstrukturen i Møre og Romsdal er vurdert som brukbart godt tilpassa mønster i befolkninga, sjukehus- og legevaktstruktur og infrastruktur i området. Utfordringar knytt til manglar ved sjukehusstasjonane og auka ambulansetransportbehov mellom Molde sjukehus og Kristiansund sjukehus vil finne si løysing ved samanslåing til eitt sjukehus.

I Møre og Romsdal har det tradisjonelt vore lite bruk av **avtalespesialistar og andre private aktørar**. For å redusere ventetider og helsekøar, ynskjer regjeringa framover å inkludere alle gode krefter i arbeidet med å behandle pasientar. Dette opnar nye mogelegheiter i måten ein driv spesialisthelseteneste på.

Avtalespesialistane må nyttast i tråd med gjeldande helsepolitiske føringar og lokale behov, slik at tenestene er godt geografisk fordelt og ein frigjer kapasitet pasientar som treng rask utgreiing og behandling. Dei må ta del i spesialistutdanninga og må i visse tilfelle kunne trekkjast inn i vaktberedskapen i sjukehusa. Helseføretaket må og vurdere bruken av avtalespesialistar som alternativ til ei desentralisert spesialisthelseteneste. Det kan også vere aktuelt å nytte andre aktørar som leverandør av enkelte tenester, som til dømes private rehabiliteringssenter.

Høgskular og universitet er viktige samarbeidspartnerar for føretaket innan utdanning og praksis for den viktigaste ressursen ein forvaltar. Det er ønskjeleg å bygge vidare på etablerte og gode samarbeidsrelasjonar innan utdanning/praksis, FoU og utveksling av fagleg personell, for å sikre god kvalitet på utdanning og praksis i utviklinga av både framtidige arbeidstakarar og helseforskning.

Utdanningsinstitusjonane står føre krevjande strukturspørsmål. Dei har ambisjonar om å utvikle nasjonale spydspissar basert på lokale kompetanseområde også i helsefag. Dette bør skje i samarbeid

med helseføretaket som må vere tydeleg på sine faglege behov. Det nye sjukehuset kan vere eit høve til å løfte slike felles faglege spydspissar. Her må ein også vurdere høvet mellom sjukehuslokalisering, utdanningsinstitusjonar og prioritering av utdanningsareal i sjukehuset.

6 Fag, struktur og innhald i Helse Møre og Romsdal

Det nye sjukehuset i Nordmøre og Romsdal (SNR) gir ei unik mogelegheit til å utvikle eit framtidretta og moderne sjukehusstilbod for pasientar, tilsette, føretak og kommunar. Som del av tidlegfasen for SNR skal HMR HF definere nærare kva **oppgåver og funksjonar** som skal finnast i sjukehuset. Innhaldet i SNR må og sjåast i samanheng med samla oppgåve- og funksjonsdeling i heile føretaket.

For å vurdere oppgåve og funksjonsfordeling nærare er det i gangsett ein prosess som vil gå hausten 2014. Den vil kunne handsamast saman med idéfaserapporten og vil legge grunnlaget for arbeidet med hovudfunksjonsprogram og delfunksjonsprogram i konseptfasen.

Ålesund sjukehus står i ein særskild posisjon som må takast omsyn til når ein skal handtere strukturspørsmålet i helseføretaket. Ålesund sjukehus skal også i framtida vere det mest differensierte og avanserte sjukehuset i føretaket.

Oppgåvedelinga mellom Volda og Ålesund vert ikkje fokusert på i denne omgang, dvs. hausten 2014. Dette vil ikkje ha noko direkte tyding for funksjonar, kapasitet og areala i det nye sjukehuset i Nordmøre og Romsdal. På den andre sida vil ei endring i desse funksjonane kunne påverke den samla økonomiske situasjonen i helseføretaket. Difor bør dette også utgreiast og avklarast i neste omgang, i praksis som ein del 2 av funksjonsdelingsarbeidet i nordfylket inneverande haust.

7 Idéfase for sjukehuset i Nordmøre og Romsdal HF

Idéfase var vedteke starta opp i februar 2013. Den skal svare ut behovet for Nordmøre og Romsdal særskilt, men samstundes inkludere Sunnmøre med sjukehusa i Ålesund og Volda med tanke på funksjonsdeling og økonomisk bereevne.

Sjukehusprosjektet er det øvst prioriterte investeringsprosjektet i HMR sin utviklingsplan, og har førsteprioritet av større investeringsprosjekt i Helse Midt-Norge. Vedtak gjort av styret i Helse Midt-Norge RHF 14. desember i sak 92/12 pkt. 4, slår fast at under gjeldande føresetnadar i langtidsbudsjettet m.v. så vil det føreligge finansielt handlingsrom i 2018 til ei større investering i eit felles akuttsjukehus i Nordmøre og Romsdal. På dette grunnlaget er føresetnadane for å starte opp ei tidlegfase for planlegging av nytt akuttsjukehus i Nordmøre og Romsdal formelt på plass.

Vidare utgreiing skal mellom anna avklare behovet for desentraliserte tilbod og korleis psykisk helsevern skal integrerast i prosjektet. Samarbeid og avgrensing mot sjukehus i/utanfor føretaket og opp mot andre aktørar skal også avklarast. For psykisk helsevern er det så langt konkludert med at den delen av psykisk helsevern som bør ligge nær somatiske tenester bør samlokalisert med SNR.

8 Lokalisering av sjukehus – kva vurderingar vert gjort?

Den 17. desember i år skal styret i Helse Møre og Romsdal HF (HMR) innstille på val av tomt for Sjukehuset i Nordmøre og Romsdal (SNR), og påfølgjande dag den 18. desember skal styret i Helse Midt-Norge RHF (HMN) avgjere kva tomt det nye sjukehuset skal plasserast på. I tillegg til sjølve

tomtevalet, skal ein også ta stilling til kva funksjonar og oppgåver som skal leggest til det nye sjukehuset, samt bruk av desentrale spesialisthelsetenester.

HMR har saman med Hospitalitet utarbeida ei hovudinndeling av kriteria som skal vurderast, som er:

- Måloppfylling for sjukehuset si kjerneverksemd
- Tomteeigenskapar
- Lokaliseringseigenskapar
- Måloppfylling for bygg- og eigedomsutvikling
- Generalitet og fleksibilitet
- Alternativet si usikkerheit, mogelegheiter og truslar

Helseføretaket må sikre ei avgjerd som står seg for å få ei nyorientering hos både dagens fagpersonar og dei vi treng inn i framtida. Det vil vere grunnmuren i bygginga av fagmiljøet som skal til for å realisere framtidens sjukehusvisjon for Nordmøre og Romsdal, og heilt avgjerande for å sikre tenester av høg kvalitet også i 2030.

9 Drøfting

Lov om Spesialisthelsetjenesten seier klårt at tenestene helseføretaket skal gi, skal vere:

- Virkningsfulle (føre til helsegevinst)
- Trygge og sikre (pasientsikkerheit)
- Skal involvere brukarar og gi innflyting
- Samordna og prega av kontinuitet
- Utnytte ressursane på ein god måte
- Tilgjengelege og rettferdig fordelt

Ut frå dette blir kvalitet, og stadig utvikling av kvaliteten i tråd med medisinsk utvikling og forventningar, det mest sentrale stikkordet i samfunnsoppdraget til Helse Møre og Romsdal.

Utan at helseføretaket utviklar seg fagleg på lik linje med andre helseføretak, vil vi ikkje innfri dei kvalitetskrava som blir stilt gjennom styringsdokument og føretaksprotokollar. Sørgjer vi ikkje for at pasientsikkerheit og kvalitet blir følgt opp, kan vi heller ikkje levere helsetenester som innbyggjarane etterspør. Dette krev at føretaket gjer omstillingar i takt med dei faglege krava som blir stilt, noko som krev økonomisk berekraft. Stabil og føreseieleg drift er viktig for både tilsette, brukarar og samarbeidspartnarar. God økonomistyring og økonomioppfølging vil vere ein føresetnad for å nå dei fastsette måla, og må vere ei prioritert oppgåve.

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

vi berekraft både fagleg og økonomisk? Korleis løyser vi denne oppgåva innanfor dei ulike rammeverka og den faktiske situasjonen som er skildra i denne rapporten? Om ein ikkje klarer å balansere ut dette, kan ein ende opp med ein situasjon som vi har i dag, og det er langt frå det genuine ynskje helseføretaket har om å byggje eit fagleg godt og robust sjukehus i Nordmøre og Romsdal.

10 Vidare prosess

Helse Møre og Romsdal HF skal i styremøte 17. desember 2014 tilrå lokalisering og fagleg innhald i SNR, dokumentere fagleg og økonomisk berekraft for føretaket samla sett, samt plan for vidare prosess. Helse Midt-Norge RHF skal den 18. desember 2014 gjere det endelege vedtaket. Helse Midt-Norge RHF vil vidare som del av den etablerte styringsdialogen, forelegge Helse og omsorgsdepartementet avgjerda i føretaksmøtet i januar 2015.

Før styrehandsaming skal idéfaserapporten underleggast såkalla ekstern kvalitetssikring (KSK). Eit eksternt kompetansemiljø (Holthe Consulting) skal levere ein sjølvstendig og uavhengig rapport som vurderer og kvalifiserer grunnlaget for Helse Møre og Romsdal HF si avgjerd. Idéfaserapporten og KSK-rapporten skal følgje saka til styrehandsaminga.

HMR følgjer tidlegfasevegleiaren for norske sjukehusprosjekt. Basert på kommunal og regional konsekvensutgreiing og helseføretaket sitt idéfasearbeid, vil avgjerda slik idéfasa er innretta i Helse Møre og Romsdal HF ende opp i ein konklusjon om:

- Lokalisering og tomt for sjukehuset i Nordmøre og Romsdal (SNR)
- Hovudinnhald: funksjonar og oppgåver i SNR
- Minst tre alternative løysingar (inkl. 0 alternativet) som ein skal utgreie vidare i konseptfasa
- Mandat og prosessbeskriving for konseptfasa m/ eventuelle atterhald

Helseføretaket skal i dette også avgjere oppstart av konseptfasa, som er neste steg i tidlegfaseplanlegginga av nysjukehuset. Innhaldet i konseptfasa vil bli tydeleggjort i den endelege idéfaserapporten som blir lagt fram for styret i desember.