

HELSE MIDT-NORGE RHF

STYRET

Sak 91/10 Nytt sykehus i Nordmøre og Romsdal

Saksbeh: Lars Magnussen

Arkivkode:

Saksmappe: 09/465

Forslag til vedtak:

1. Styret for Helse Midt-Norge RHF viser til saksfremlegg og vedlagte rapporter og ber om at dette oversendes som tilbakemelding på Statsrådets brev av 11. 03. 2010.
2. Styret for Helse Midt-Norge vedtar etter en samlet vurdering å videreføre planene for en tosykehusløsning i Helse Nordmøre og Romsdal HF. Videreføringen forutsetter en funksjonsfordeling med fødeavdeling og akuttkirurgi kun i Molde, og elektiv kirurgisk virksomhet, bredt poliklinisk tilbud og akutt indremedisin ved begge sykehus. En slik fordeling vil sikre ressurser til aktiv pasientbehandling og robuste fagmiljø i tråd med Strategi 2020.
3. Nødvendige endringer i konseptrapporten som følge av samhandlingsreformen og Strategi 2020 slik dette er beskrevet i saksfremlegg og vedlagte rapporter implementeres i forprosjektfasen.
4. Styret peker på at det er viktig at utbyggingen starter så snart som mulig, samtidig som foretakene ikke må påføres større omstillingskrav enn de er i stand til å gjennomføre. Styret vil arbeide videre med å konkretisere fremdriftsplanen.
5. Styret ber om at det utarbeides en plan for midlertidige bygningsmessige tiltak ut fra fremdriftsplanen. Arbeidet må sees i sammenheng med prioriteringene og omstillingskravet som er lagt til grunn i langtidsplan/langtidsbudsjett.

Stjørdal 01.11.10

Gunnar Bovim
Adm. dir

SAKSUTREDNING:

Sak 91/10 Nytt sykehus Nordmøre og Romsdal HF

VEDLEGG OG ANDRE SAKSDOKUMENTER

Nummererte vedlegg som følger saken

1. Nytt sykehus i Nordmøre og Romsdal - Arealbehov, faglig forsvarlighet og tilgjengelighet i ulike alternativer
2. Økonomisk bæreevne Nytt sykehus i Nordmøre og Romsdal – driftsøkonomi
3. Økonomisk bæreevne Nytt sykehus i Nordmøre og Romsdal – likviditet
4. Nytt sykehus i Nordmøre og Romsdal – bygningsmessige tilpasninger
5. Supplering av tilgjengelighetsanalyse – Nytt sykehus i Nordmøre og Romsdal
6. Tilgjengelighetsberegninger for et samlet sykehus på Nordmøre ved eventuelle endringer ved St Olavs Hospital/Orkdal

Utrykte vedlegg i saksmappen

- a. Arbeidsbok med dimensjoneringsberegninger, Hospitalitet
- b. Referat og notat fra møte med medlemmene i oljeindustriens sikkerhetsforum
- c. Nytt sykehus i Nordmøre og Romsdal HF, Teknisk tilstand, bygningsstruktur og egnethet i bruk dat 02.07.2010, Multiconsult
- d. Analyse av investeringer og driftsøkonomi ved videre aktivitet i eksisterende bygningsmasse i Helse Nordmøre og Romsdal ”0-alternativet” Molde Lundavang dat 13.09.2010, Multiconsult, Narud Stokke Wiig Arkitekter og Planleggere AS
- e. Analyse av investeringer og driftsøkonomi ved videre aktivitet i eksisterende bygningsmasse i Helse Nordmøre og Romsdal ”0-alternativet” Kristiansund, dat 13.09.2010, Multiconsult, Narud Stokke Wiig Arkitekter og Planleggere AS
- f. Analyse av investeringer og driftsøkonomi ved videre aktivitet i eksisterende bygningsmasse i Helse Nordmøre og Romsdal ”0-alternativet” Hjelset, dat 13.09.2010, Multiconsult, Narud Stokke Wiig Arkitekter og Planleggere AS
- g. Sykehusstruktur NMR Kostnadsestimat alternative løsninger, dat 15.09.2010, FAVEO
- h. Nytt sykehus i Nordmøre og Romsdal, Ett og to-sykehusalternativet –Investerings og LCC kostnader, dat. 14.09.2010, Multiconsult
- i. Planprosess for ”ett-sykehusalternativet”, dat 02.09.2010, Asplan Viak
- j. Fremdriftsplan for ett-sykehusalternativet og for to-sykehusalternativet, COWI

GJELDENE FORUTSETNINGER

1. Sak 73/2009 Nye Molde sjukehus – revidert konseptrapport
2. Sak 62/2010 Strategi 2020 - strategi for utvikling av tjenestetilbudet i Helse Midt-Norge 2010-2020
3. Sak 61/10 Langtidsplan- og budsjett 2011-2016

BAKGRUNN

Behovet for nytt sykehus i Nordmøre og Romsdal har vært kjent fra 1980-tallet, og før foretaksmodellen var bygging av nytt sykehus i Molde vedtatt i Fylkestinget. Behandlingen av ”Samla plan” om sykehusstrukturen endte i 2004 opp med et nytt vedtak som bekreftet at det skulle være to sykehus i Helse Nordmøre og Romsdal og at det skulle bygges nytt sykehus i Molde. Etter dette ble det gjennomført en konsekvensutredning (KU) for fire ulike lokaliseringer av

sykehuset, med beslutning i juni 2006. Planleggingen av Nye Molde Sjukehus med tilhørende hovedfunksjonsprogram for utbyggingen ble så startet opp i januar 2007.

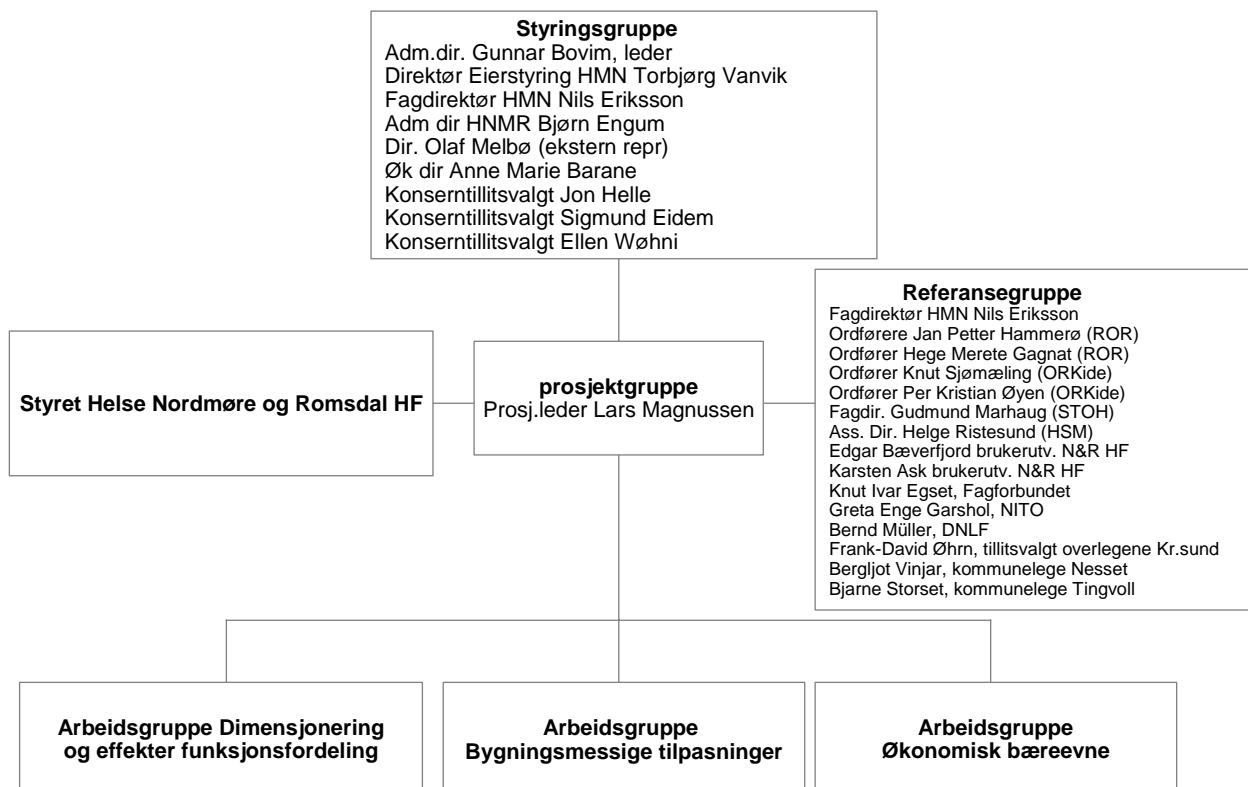
Styret for Helse Midt-Norge RHF behandlet konseptrapport for Nye Molde sjukehus i møte 30. oktober 2008. På bakgrunn av beslutning om redusert kostnadsnivå fra 2,8 Mrd til 2,5 Mrd og redusert areal i prosjektet, ble så det utarbeidet en revidert konseptrapport som ble godkjent i juni 2009. Denne ble i sin tur oversendt Helse og Omsorgsdepartementet (HOD), og i brev av 11.03.10 ber Statsråden om nærmere utredning av dimensjonering, funksjonsfordeling, økonomisk bæreevne og faglig forsvarlighet knyttet til prosjektet, samt vurdering av tre hovedalternativ:

- Alternativ 0: Fortsatt drift i Molde sjukehus på Lundavang, på den psykiatriske avdelingen på Hjelset og sykehuset i Kristiansund
- Alternativ 1: to-sykehusmodell med nybygg på Øvre Eikrem i Molde kommune
- Alternativ 2: en-sykehusmodell i Nordmøre og Romsdal, der lokaliseringen avgjøres senere.

Inntil tilbakemelding og dialog med HOD er gjennomført er det ikke åpnet for videreføring av arbeidet med Nytt Sykehus i Nordmøre og Romsdal. Videre har Helse Midt-Norge RHF bedt Helse Nordmøre og Romsdal HF om ikke å gjennomføre vedtaket om funksjonsfordeling av akuttkirurgi og fødetilbud før utredningen av sykehusstruktur er avsluttet.

PROSESS

Etter tilbakemeldingen fra Helse- og omsorgsdepartementet i brev av 11.03.2010 besluttet Helse Midt-Norge RHF å etablere et eget prosjekt for å gjennomgå HODs merknader til prosjekt Nye Molde Sjukehus. For å sikre forankring av tilbakemeldingen og oppnå en tilstrekkelig avstand mellom utredningen og prosjektet, ble det i forståelse med Helse Nordmøre og Romsdal HF besluttet å forankre prosjektet i Helse Midt-Norge RHF. Videre ble det besluttet å søke forankring hos ansatte, ledelse og berørte parter gjennom en åpen prosess hvor det ble oppfordret til medvirkning/innspill fra involverte parter.



Sammensetning av styringsgruppe og referansegruppe er noe endret i prosjektperioden. Utkast til rapporter og vurderinger har blitt kommunisert løpende i utredningen. Innspill underveis har bidratt til å avklare hvilke utredninger som må gjennomføres og hvordan besvarelsen kan avgrenses, og det er gitt uttrykk for aksept for prosessen som er gjennomført.

Arbeidsgruppene har vært ledet fra Helse Midt-Norge RHF, men representanter fra miljøene ved Molde og Kristiansund har deltatt i arbeidet. Styrene i Helse Midt-Norge RHF og Helse Nordmøre og Romsdal HF har blitt holdt løpende orientert..

Styringsgruppen og referansegruppens arbeid har vært avgrenset til underlagsmaterialet – innstilling utarbeides som normalt av Adm.dir..

FAKTISKE OPPLYSNINGER

I brev av 11.03.10 ber Statsråden om nærmere utredning av flere forhold knyttet til konseptrapporten og de tre hovedalternativene.

Utredningen som nå er gjennomført bekrefter mye av vurderingene som ble gjort i planleggingen av Nye Molde Sjukehus.

Dimensjonering

Gjennomgangen av dimensjonering viser ingen vesentlige avvik i fremskriving av befolkningsvekst, behov for helsetjenester eller arealstandarder fra øvrige sykehusprosjekt.

	Nye Molde kvm netto	HFP St. Olavs Fase 2	HFP Nytt østfold- sykehus	HFP Nye Ahus
Kliniske funksjoner				
Senger (somatikk)	27,1	24,5	25,5	28
Senger medisinsk overvåking	29,6	31	30	31
Dagplass (somatikk)	15,0	15	15	15
Poliklinikkrom, standard (somatikk)	30,0	30	30	30
Spesialrom (somatikk)	34,3	50	40	46
Spesialrom (psyk.)	30,0		30	
Observasjonsseng	24,4	21	22	20
Intensivsenger	42,0	40	42,5	40
Postoperativ	16,0	16	16	16
Operasjon, inneliggende	110,0	120	110	110
Operasjon, dag	110,0	90	110	110
Billeddiagnostikk, angio, CT, MR, intervensjon	90,0	90	90	90
Billeddiagnostikk, UL	50,0	90	30	90
Billeddiagnostikk, øvrige	70,0	90	70	90
Fødestue	65,0		60	70
Kontorarbeidsplass	8,7	9,5	8,5	9,5
Kontorarb.plass til administrasjon	9,5	10	9,5	10,0

Areal til normale senger ved Nytt Østfoldsykehus og St Olavs Hospital er økt fra HFP til hhv 27,4 kvm og 29 kvm i prosjekteringen

Samhandlingsreformen var ikke vedtatt da konseptrapporten for Nye Molde ble utarbeidet, men konseptrapporten forutsetter en rekke tiltak som generell reduksjon i liggetid på 20%, omstilling av 75% av korttidsinnleggelser til observasjonspost/ dagbehandling/ pasienthotell og ingen liggedager for ferdigbehandlede pasienter. Videre er utstrakt samarbeid med primærhelsetjenesten lagt til grunn for dimensjoneringen i hovedfunksjonsprogrammene.

Samhandlingsreformen er ennå ikke ferdig konkretisert. Helse Midt-Norge RHF har derfor lagt inn vurderinger basert på arbeidet så langt, samt forarbeidet til Strategi 2020. Forbedret samhandling vil kunne redusere antall innleggelser i sykehus, dels ved at kommunene får senger til

observasjon/behandling av enklere pasientgrupper som i dag innlegges, dels ved at økt samhandling og kommunikasjon omkring pasientene skaper økt kompetanse i primærhelsetjenesten. Det forventes videre å kunne redusere den underliggende realveksten i forbruk av helsetjenester fra tidligere anslag. Dessuten forventes en reduksjon i dagens innleggelsespraksis for de store spesialitetene;

- Medisin og nevrologi: en reduksjon av antall innleggelser med 15 %
- Kirurgi og ortopedi: en reduksjon av antall innleggelser med 8 %

Arbeidet med å forkorte liggetiden i sykehusene vil fortsette, dels ved at utskrivingsklare pasienter utskrives, og dels ved at pasientforløpene i sykehusene får bedre kvalitet. Dette antas å gi følgende reduksjoner:

- Medisin: reduksjon av liggedagene på 7,5 %
- Nevrologi, kirurgi, ortopedi: reduksjon av liggedager på 5 %

Antallet polikliniske kontroller i spesialisthelsetjenesten skal reduseres, særlig innen spesialitetene kirurgi, ortopedi, medisin, ØNH og øye. Det er regnet med følgende reduksjoner:

- Kirurgi, ØNH og øye: 15 % av de polikliniske konsultasjoner (kontroller) kan overføres til primærhelsetjenesten
- Medisin: 10 % av de polikliniske konsultasjoner (kontroller) kan overføres til primærhelsetjenesten

Med en ambisiøs omstilling allerede i konseptrapporten blir effekten av samhandlingsreformen moderat på dimensjoneringen – med en reduksjon i arealbehovet på om lag 1000 kvm.

Funksjons- og oppgavefordeling

Både rapporten fra SINTEF Helse og Helse Midt-Norges vedtak om Strategi 2020 legger til grunn endringer i funksjons- og oppgavefordeling mellom sykehusene i Helse Nordmøre og Romsdal. Helse Midt-Norge RHF gir i vedtaket føringer for funksjonsfordeling av akuttkirurgi, fødeavdeling ett sted i hvert foretak, mens poliklinikk og dagbehandling i større grad enn i dag skal desentraliseres. Det skal arbeides videre med å konkretisere sengebehovet innenfor barnemedisin..

Forutsetningen som er lagt til grunn fra Helse Nordmøre og Romsdal HF er at når akuttkirurgi og fødsler samles i Molde, skal arealeffekten av vedtaket utlignes ved at andre funksjoner flyttes motsatt veg. Administrasjonen i HNR har beskrevet at man kan etablere rehabilitering og flytte mer tyngre elektiv ortopedi til Kristiansund. I tillegg kan man vurdere å ta inn de akuttkirurgiske pasientene som ankommer Kristiansund i den elektive åpningstiden og spare noe areal på å flytte sammen like funksjoner. Ut fra dette forutsettes at styrevedtaket om funksjonsfordeling av akuttkirurgi og føde ikke gir en betydelig nettoeffekt på arealbehovet fra konseptrapporten.

Funksjonsfordelingen med samling av akuttkirurgi og fødetilbud ett sted i foretaket er sentralt i forhold til strategi 2020 og er lagt til grunn i sammenligningen av alle alternativene. Gjennom funksjonsfordelingen oppnås

- At driftsøkonomien blir om lag 17 mnok per år bedre enn i dag
- At hensynet til robuste fagmiljø i større grad enn i dag imøtekommes
- At mer ressurser kan overføres fra passiv vakt til aktiv pasientbehandling, og derav reduksjon i ventetider og fjerning av fristbrudd

En funksjonsfordeling av akuttkirurgi og fødetilbud har gjennom Strategi 2020 hatt en omfattende høringsprosess slik det stilles krav om i nasjonal helseplan.

Et eventuelt felles sykehus i Nordmøre og Romsdal vil ha betydning for pasientstrømmen ut av foretaksområdet gjennom lengre avstand fra randkommunene. Eksempelvis vil antakelig en større del av befolkningen sør og vest for Romsdalsfjorden velge Ålesund sykehus dersom et felles sykehus lokaliseres nord for Molde – en del av disse innbyggerne velger allerede i dag Ålesund sykehus (for Vestnes kommune 30% av innleggelsene). Et slikt fellessykehus nord for Molde vil på den annen side kunne trekke til seg enkelte pasienter som i dag velger St Olavs Hospital/ Orkdal. Videre vil et større og nytt sykehus kunne tiltrekke seg flere av de pasientene som nå søker seg ut av foretaket til større sykehus. Helse Nordmøre og Romsdal er i dag det foretak i Helse Midt-Norge som relativt sett har størst avskalling av pasienter til andre foretak/sykehus i regionen. Målt i DRG-poeng dekkes 32% av behovet for spesialisthelsetjenester i opptaksområdet av andre foretak.

Et felles sykehus i Molde vil på den annen side øke reisetiden til nærmeste sykehus for pasienter fra nordre Nordmøre. 11.800 innbyggere vil få St. Olav, Orkdal som sitt nærmeste lokalsykehus. Dersom akuttfunksjonene for kirurgi og fødsler flyttes fra Orkdal til Øya, vil transporttida for alle disse øke med inntil 25 min. som tilsvarer tida det tar med ambulanse fra Orkanger til Trondheim - 4.700 innbyggere vil i en slik situasjon fortsatt ha St. Olavs Hospital som nærmeste sykehus for fødsler og akutt kirurgi. Ingen vil få transporttid til nærmeste sykehus på mer enn to timer i en akuttsituasjon.

Opprettelsen av en DMS i byen(e) hvor fellessykehuset ikke er lokalisert vil medføre at polikliniske konsultasjoner og dagbehandling kan utføres like desentralisert som i dag. Dette utgjør hovedtyngden av pasienttransporten.

Endring av opptaksområde for Helse Nordmøre og Romsdal kan bli en konsekvens dersom det besluttes å gå videre med en ettsykehusløsning. Konsekvensene blir størst dersom et sykehus legges nord for Molde, og situasjonen for Ålesund sjukehus i dag er at det aller meste tilgjengelig areal er i bruk eller planlagt disponert. Dersom opptaksområdet for Helse Sunnmøre utvides, vil det dermed være vanskelig å løse dette helt og fullt innenfor dagens areal – noe investering må påregnes. Selv om det kan være mulig med en viss arealeffektivisering i en slik løsning, er dette av mindre vesentlig omfang. En slik vurdering må eventuelt inngå i en konsekvensutredning av lokalisering etter at den prinsipielle beslutningen om struktur er tatt.

En ulempe med valg av tosykehusløsning er at dersom man senere skulle velge å benytte fleksibiliteten i Nytt Sykehus i Nordmøre og Romsdal til å samle flere funksjoner i et felles sykehus så vil dette måtte skje på Øvre Eikrem. Dette kan være riktig lokalisering for et felles sykehus, men lokalisering av felles sykehus vil da ikke være vurdert gjennom en konsekvensutredning.

Faglig forsvarlighet

Det drives faglig forsvarlig i både Kristiansund og Molde i dag, og det samme vil gjelde alternativet med nytt felles sykehus. Valg av sykehusstruktur påvirker likevel en rekke kvaliteter mhp faglig tilbud, robuste fagmiljø og tilgjengelighet til spesialisthelsetjenester.

Avstand til sykehus vil kunne ha betydning i en akuttsituasjon, selv om stabilisering av akutte skader før og under transport kan avhjelpe dette. Dagens situasjon med todelt løsning og sykehus plassert sentralt i forhold til de to store befolkningskonsentrasjonene gir raskest tilgjengelighet for flest mennesker innenfor både 15 og 30 minutter. Med en reisetid på 60 minutter når om lag like mange innbyggere sykehus i alle alternativene, både med todelt løsning og for alle tre prinsipielle lokaliseringer av et felles sykehus. Viktigere enn transporttid til nærmeste sykehus er imidlertid responstid på sykehuset (før helsepersonell i hjemnevakt ankommer) og sikkerhet for at sykehuset har tilstrekkelig kompetanse innenfor fagområdet til å diagnostisere og behandle tilstanden.

For å rekruttere og beholde legespesialister er man avhengig av et godt fagmiljø, forskningsmuligheter, hvilke tilbud som foreligger på arbeidsstedet, arbeidsforhold (herunder vaktbelastning) og arbeidsoppgaver. Generelt oppfattes at et større sykehus rekrutterer lettere enn et mindre, mens sykehus som er sentralt plassert rekrutterer lettere enn et som ligger utenfor sentra. Det er viktig at lokalsykehus beholder godkjent tjeneste for spesialistutdanning. Mulighet for tellende tjeneste i spesialistutdanning virker rekrutterende, og stor bredde i fagmiljøet beriker miljøet for utdanningskandidater innenfor alle spesialiteter. Behov for å bruke kompetanse på tvers av spesialiteter og profesjoner forutsetter at det er bemanning utover et kritisk nivå. Lengden på tellende tjeneste og mulighet til å utføre tilstrekkelig antall prosedyrer vil også variere med sykehusets størrelse. Et noe større sykehus vil normalt kunne ta en større del av spesialistutdanningen enn to mindre sykehus.

Dagens legehjemler framgår av tabellen nedenfor (i tillegg kommer turnuskandidatene).

Sykehus	Overleger	Assistentleger	Totalt
Kristiansund sykehus	37	20	57 (herav 10 innen psykiatri)
Molde sjukehus	84	55	139 (herav 42 innen psykiatri)

Antall spesialiteter representert ved Kristiansund sykehus er 11 og ved Molde sjukehus 15, og det sier seg selv at fagmiljøenes størrelse er sårbare. Vaktordninger er utfordrende - selv om noen av de mindre fagmiljøene ikke krever tilstedeværende lege på vakt og noen laboratoriefag ikke har vaktordning. Lengre fravær eller naturlig avgang må løses raskt for å unngå ulemper. I dag går enkelte spesialister og assistentleger i 3-4 delt vakt (bakvakt/ tilkallingsvakt i deler av døgnet), mens det generelt er en utvikling i retning av mer tilstedevakt og mindre hjemmevakt. En utvikling i retning mer aktiv tilstedevakt vil være spesielt utfordrende for en tosykehusmodell, og vil redusere evnen til å legge mer ressurser til aktiv pasientbehandling. En funksjonsfordeling mellom sykehusene vil redusere disse ulempene og anses nødvendig.

For Helse Nordmøre og Romsdal vil det antakelig være noe enklere å videreutvikle robuste fagmiljø på lang sikt innenfor en modell med ett felles sykehus. Samtidig er det kompetente fagmiljø i begge sykehusene i dag, og det er også risiko for at ansatte velger å flytte som følge av manglende avklaring eller at et eventuelt fellessykehus medfører økt reisetid. Begge forhold er krevende. En funksjonsfordeling med samling av akuttkirurgi og fødsler ved ett av sykehusene kan påvirke rekrutteringssituasjonen ved det sykehuset som mister funksjonene, mens det på noe sikt gir bedre total rekrutteringssituasjon. Vanskeligst vil rekrutteringssituasjonen være dersom man ikke oppnår tilstrekkelig funksjonsfordeling, og mange fagområder får underkritisk størrelse.

Framtidig behov for helsetjenester og tilgang på helsepersonell forutsetter at mer av tjenestetiden både for leger og sykepleiere overføres fra heldøgnsdrift til planlagt aktivitet på dag og kveldsåpen poliklinikk for bedre utnyttning av arbeidskapasitet, areal og utstyr. Utviklingen i befolkningens forventning tilsier også økt åpningstid og tilgjengelighet. Sykepleiekompetansen kan med fordel benyttes til poliklinikk i større omfang enn i dag. Utvidet åpningstid i poliklinikk kombinert med færre senger gir mindre nattarbeid, færre på jobb i helgene og større mulighet for å redusere antall deltidsstillinger

Det er enklere å etablere vaktordning med akseptabel vaktfrekvens på ett felles sykehus eller ved en godt gjennomført funksjonsfordeling. Samtidig vil et felles sykehus nå en størrelse som medfører aktiv vakt i større omfang. Hjemmevakt/ tilkallingsvakt vil kunne bli aktuelt kun for de små kliniske spesialitetene. En utvikling mot mer bruk av tilstedevakt og redusert vakthypighet er også

en generell tendens på alle sykehus, uavhengig av størrelse/ opptaksområde. Aktive vakter med lavere hyppighet og mulighet til å avspasere vil øke faglig kvalitet (reduere trøtthet) og også være mer attraktivt for yngre leger.

Bygningsmessige tiltak i alternativene

0-alternativet

I 0-alternativet forutsettes fortsatt drift i Molde sjukehus på Lundavang, den psykiatriske avdelingen på Hjelset og sykehuset i Kristiansund.

Ved Molde sykehus Lundavang er bygningsmassen lite egnet til sykehusdrift på lengre sikt. Behandlingsarealet ved dagens sykehus holder ikke en akseptabel teknisk og funksjonell standard. Eksempelvis gjelder dette sanitær- og ventilasjonsforhold, en svært høy andel flersengsrom, mangel på isolat, utilfredsstillende pasientlogistikk og et nettoareal per somatisk seng på om lag 12 m², mot 26-28 m² ved nye sykehusprosjekter.

Bygningsmassen er krevende å drive effektivt, og bygningenes fysiske tilpasningsdyktighet er så lav at det er begrenset mulighet for å gjennomføre rasjonelle og vellykkede ombygginger. I tillegg er den tekniske tilstanden ved denne bygningsmassen meget dårlig, og med store behov for utbedringer. Det er utvist stor tålmodighet mhp utbedringer ut fra en forventning om snarlig utbygging av Nye Molde Sjukehus. Det er usannsynlig at virksomheten kan videreføres i lengre tid uten krav om vesentlige oppgraderinger. Helt nødvendig utbedring av bl.a. inneklimate, sanitæranlegg og allmenn tilgjengelighet vil igjen utløse forskriftskrav knyttet til rehabiliteringen. Selv om det har vært lagt stor vekt på å begrense investeringsnivået, må det understrekes at usikkerheten rundt omfang av tiltakene er høy.

Ved Kristiansund sykehus og de arealene som er i bruk på Hjelset er tilstanden bedre og omfanget av tiltak begrenset. Enkelte tiltak må likevel gjennomføres i løpet av noe tid. Her kan tidspunktet i større grad tilpasses foretakets finansieringsevne og kapasitetsbehov.

0a-alternativet

En midlertidig løsning i 10-15 år er beregnet ut fra at dagens sykehus ikke skal gjennomgå noen oppgradering eller gjennomgående tilpasning til forskriftskrav, men bare de aller mest nødvendige kjente og alvorlige feil utbedres. En slik løsning vil bare være aktuell i en overgangsperiode før avvikling av eksisterende sykehus. Nye myndighetskrav ut over noe tilpasninger til universell utforming og inneklimate er ikke medtatt (f. eks. krav til sprinkling eller ENØK). Andre feil og avvik som oppstår i perioden må tas over driftsbudsjettet. Samlet er dette midlertidige behovet vurdert til 406 mill. kr.

Omfanget av tiltak i et slikt alternativ har betydelig usikkerhet, og avhenger av velvilje fra ansatte, verneombud og tilsynsmyndigheter om et felles mål - at ressursene benyttes på et nytt sykehus som er under planlegging/oppføring. Det må videre understrekes betydelig usikkerhet om det i et 10-15 årsperspektiv kan opprettholdes sengeposter uten funksjonell utbedring eller om det skjer større havari på tekniske anlegg. Dersom midlertidige tiltakene får mer varig karakter eller det er usikkerhet rundt når et eventuelt sykehus vil bli oppført, vil dette med stor sannsynlighet utløse krav om flere oppgraderinger. Det er derfor usannsynlig at en slik begrenset oppgradering er tilstrekkelig dersom eksisterende bygningsmasse skal benyttes lengre enn 10-15 år.

0b-alternativet

Dersom eksisterende bygg på Lundavang skal kunne benyttes ut over et 10-15 års perspektiv må en større oppgradering gjennomføres. For å løse dette er det beskrevet en løsning hvor det etableres et nybygg for akuttmottak, laboratorier og provisorier, med etappevis ombygging av

eksisterende bygningsmasse. Samlet kostnadsramme er anslått til omlag 2,2 Mrd (p70%). I tillegg kommer tiltak på drøyt 400 mnok i Kristiansund og på Hjelset – men det må presiseres at disse tiltakene er medtatt fordi de er nødvendige i et lengre perspektiv og for å gi et sammenligningsgrunnlag med ettsykehusløsningen. Det er ikke tatt stilling til om andre tiltak i regionen vil ha høyere prioritet.

Da ombygging av eksisterende anlegg både i Molde, Lundavang og i Kristiansund må skje etappevis vil byggeprosessen fra prosjektstart til idriftsettelse av siste byggefase ta ca 11 år på Lundavang og 8 år i Kristiansund.

To-sykehusalternativet

En tosykehusløsning innebærer en reduksjon av sykehuset på Øvre Eikrem med omlag 1000 m² BTA i forhold til konseptrapporten. Nye Molde Sjukehus er planlagt med god fleksibilitet i struktur og organisering, men det kreves noe omprosjektering hovedsaklig for bildediagnostikkområder og sengeposter. Kostnadsoverslaget fra konseptrapporten er dermed endret ut fra nytt prisnivå (juli 2010), redusert areal og hvilket areal som reduseres. For Kristiansund er investeringskostnaden likt med 0-alternativet. Ved snarlig oppstart av det planlagte sykehuset på Eikrem kan det påregnes et svært begrenset omfang på midlertidige tiltak på Lundavang og Hjelset, og dette alternativet gir dermed en samlet investeringsramme på 3,2 Mrd (p70%). Salg av Lundavang og Hjelset er anslått til 130 mnok.

Gjenstående planleggings- og byggetid for et nytt sykehus på Eikrem er anslått til 6 år forutsatt at økonomiske ressurser er tilgjengelige.

Ett-sykehusalternativet

Ved en ettsykehusløsning er et samlet sykehus for Nordmøre og Romsdal på 60 226 kvm kostnadsberegnet ved å benytte gjennomsnittlig kvm-pris fra konseptrapporten multiplisere med bruttoareal for felles sykehus. Samme metode er brukt for utstyr. Gitt en ibruktakelse av nybygg om 10 -15 år må det gjennomføres midlertidige tiltak i eksisterende sykehus som beskrevet i alternativ 0a. Dette gir en samlet investeringsramme på 4,2 Mrd (p70%). Salg av Lundavang, Kristiansund og Hjelset er anslått til 230 mnok.

Ett-sykehusalternativet vil kreve en full planprosess; herunder avlaring av tomtevalg - konsekvensutredning i medhold av plan- og bygningsloven og utarbeidelse av kommunedelplan og reguleringsplan, gjennomføring av idefase, konseptfase og forprosjektfase samt byggefase. Tidsbruken er anslått til 10 år, men er beheftet med betydelig usikkerhet, spesielt knyttet til behandlingen av tomtevalg.

Økonomisk bæreevne - driftsøkonomi

For å vurdere de driftsøkonomiske konsekvensene av nytt sykehus i Nordmøre og Romsdal er det vurdert hvilke områder/funksjoner hvor det kan forventes driftsmessige endringer som følge av nye bygg og estimert driftsøkonomiske effekter av endringene. Forskjellene mellom alternativene er særlig knyttet til drift av sengepostene, vaktkostnader, laboratorievirksomheten, ikke-medisinsk servicefunksjoner, FDV og transport. Ut fra dette er det beregnet at ettsykehusløsningen gir klart mest effektiv drift, mens tosykehusmodellen også gir en del gevinster i forhold til i dag. I 0b-alternativet, i det etterfølgende benevnt 0-alternativet, er det ikke vesentlig mer effektiv drift enn i dag. Generell effektivisering som ikke er knyttet til nye bygg er utelatt, og det er ikke forutsatt økt finansiering fra aktivitetsøkning.

Effekten av renter og økte avskrivninger har et stykke på vei en motsatt effekt, med høyest investeringskostnad for ettsykehusmodellen. Når renter og avskrivninger beregnes ut fra en

sannsynlig 50% lånefinansiering fra staten og øvrig investering skal egenfinansieres fra Helse Midt-Norge RHF blir effekten på driftsøkonomien i Helse Nordmøre og Romsdal:

	Alternativ 0	Alternativ 1	Alternativ 2
Byggestart/slutt			
- Oppgradering Lundavang og Hjelset/ nye Molde sykehus	2013-2022	2013-2016	
- Oppgradering Kristiansund	2018-2024	2018-2024	
- Nytt felles sykehus for Molde og Kristiansund			2018-2021
Total investering P70	2 653 000	3 178 772	4 173 000
- Bygg	2 326 203	2 726 878	3 235 777
- MTU	326 797	406 894	512 070
- Midlertidig tiltak	-	45 000	425 154
Byggelånsrenter	294 273	106 018	184 956
Lån 50% av P50 for den aktuelle investering	1 017 000	1 259 886	1 789 500
Gjennomsnittlig årlig endring i			
- driftsutgifter	(9 000)	(43 000)	(77 500)
- avskrivninger	123 660	119 682	142 415
- rentekostnader	27 537	28 684	41 464
Total gjennomsnittlig årlig endring i kostnader	142 197	105 366	106 379

Det fremgår kommer 0-alternativet klart dårligst ut, pga marginale driftsforbedringer av investeringen og kortere avskrivingsperiode. Ettsykehusmodellen og tosykehusmodellen kommer tilnærmet likt ut mhp driftsøkonomi, med tosykehusløsningen marginalt best lønnsomhet. Som det fremgår er p70% (70% sjans for utbyggingen kommer innenfor dette anslaget) lagt til grunn for beregningen – dette er gjort ut fra at det har vært vanlig å kreve at helseforetaket skal ha bæreevne for et slikt kostnadsramme ved investeringen. Dersom p50% hadde vært benyttet ville ettsykehusmodellen komme marginalt best ut. Uansett fremgår at ettsykehusmodellen og tosykehusmodellen (med funksjonsfordeling) kommer tilnærmet likeverdig ut i forhold til driftsøkonomi – forskjellene mellom dem er ikke signifikante med det nøyaktighetsnivå som er vist. Dersom det ikke gjennomføres funksjonsfordeling, kommer tosykehusløsningen dårligere ut.

Et økonomisk forhold som ikke er tatt inn i den økonomiske beregning er langtidseffekten av de to alternativene. Tosykehusløsningen innebærer 6 000 kvm mer sykehusareal i Nordmøre og Romsdal – som tilsvarer 400 mnok i økt kapitalbinding. Effekten av økt kapitalbinding vil imidlertid ikke komme før en må reinvestere i totalt ny infrastruktur i Kristiansund.

Alle modellene viser en årlig netto kostnadsøkning, noe som innebærer at rentekostnader og økte avskrivninger er høyere enn bidraget fra mer effektiv drift. Det er ikke tatt stilling til om Helse Nordmøre og Romsdal HF ut fra dette skal tilføres mer ressurser, om det skal stilles ytterligere effektiviseringskrav til foretaket eller en kombinasjon. Selv om finansieringsordningen tilsier at det ikke er lønnsomt med investering i sykehusbygg må det understrekes at tiltaket likevel kan gjennomføres ut fra ”sørge for” ansvaret og det faktum at for regionen som helhet er netto kostnadsøkning på et håndterlig nivå. Nytt sykehus gir en vesentlig bedre kvalitet i tilbudet til dem som trenger tjenestene, og til dem som arbeider der.

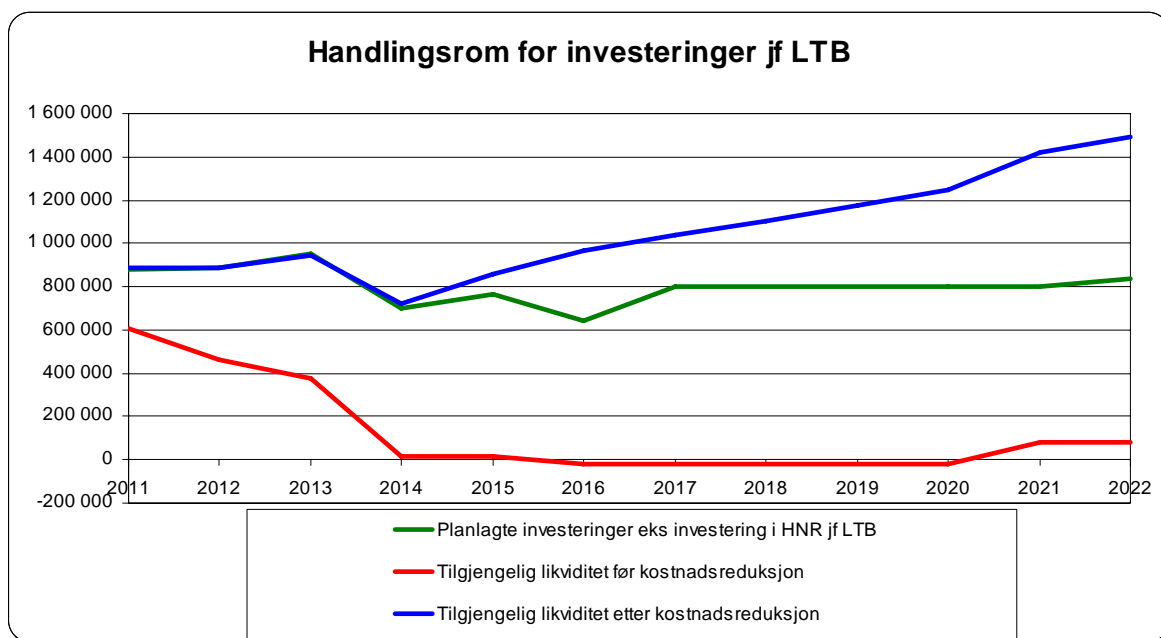
Økonomisk bæreevne - egenfinansiering

Ut over å kunne bære endringene i driftsøkonomi når tiltaket er ferdigstilt, må Helse Midt-Norge RHF også kunne finansiere selve utbyggingen. Staten krever normalt minst 50% egenfinansiering mens det resterende finansieres gjennom en låneramme som bevilges i Statsbudsjettet. Helse Midt-Norge RHF's egenfinansieringsevne fremkommer på bakgrunn av langtidsbudsjettet. Her fremgår at fremtidige investeringsbehov inkludert opptrapping av IKT, MTU og FDV-investeringer til et bærekraftig nivå skal gjennomføres innen 2016, samtidig som en forutsatt effektivisering på ca 2 %

i 2011 og ca 1 % påfølgende år frem til 2016, vil gi regionen et økonomisk handlingsrom til å gjennomføre dette. Videre er det lagt til grunn at det ikke er rom for å ta igjen etterslep på vedlikehold før i 2017. Særlig omstillingskravet anses å være krevende, og forutsetter en større effektivisering i driften med varig kostnadsendring i hele Helse Midt-Norge enn det som har vært gjennomført i de senere år.

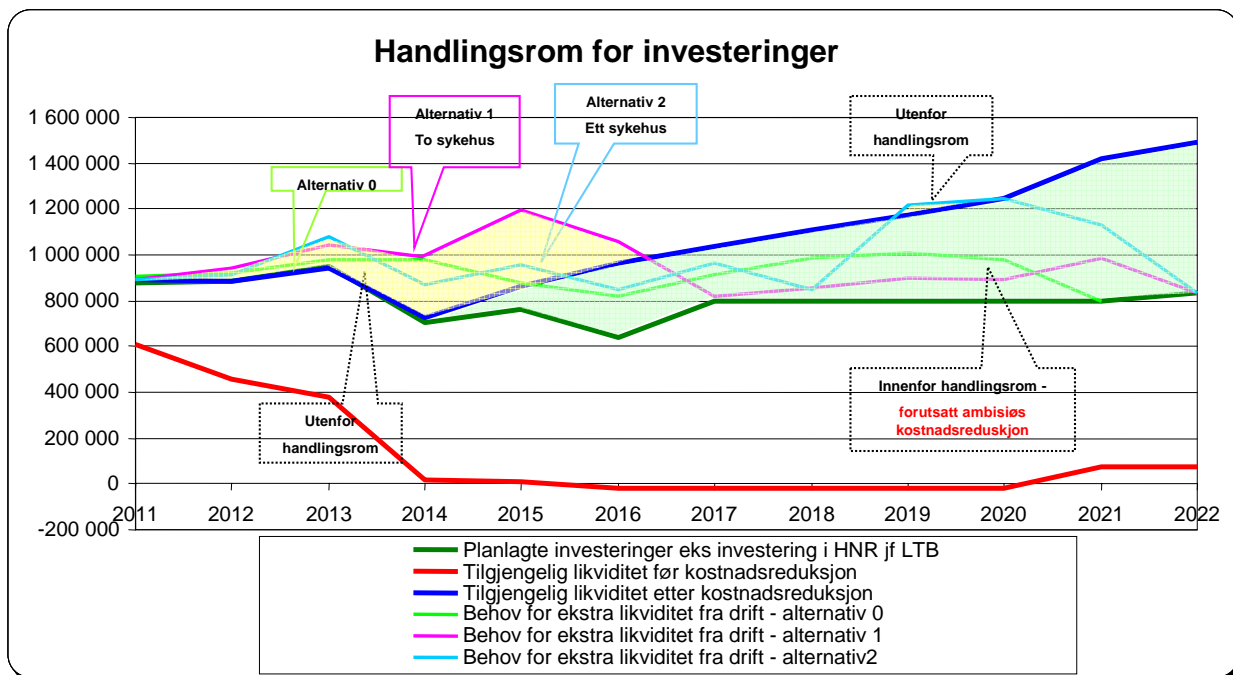
For å kunne vurdere gjennomføringsperioden for Nytt sykehus i Nordmøre og Romsdal må fremskrivingshorisonten økes til 2022. Nivå på investeringer (eksklusive nytt sykehus i Nordmøre og Romsdal) er forutsatt uendret fra 2016, som innebærer at ingen nye store byggetiltak er lagt inn før Nytt Sykehus i Nordmøre og Romsdal er ferdig finansiert. Videre senkes effektiviseringskravet til 0,5 % per år etter 2016. Omstillingskravet er fremdeles meget krevende, og innebærer at det samlet sett i perioden frem til år 2022 gjennomføres en samlet kostnadsreduksjon på 10 % – tilsvarende kr 1,4 mrd kr per år i slutten av perioden.

Ved en effektivisering som beskrevet vil regionen skaffe seg et økonomisk handlingsrom. Frem til og med 2014 vil dette handlingsrommet medgå til å gjennomføre vedtatte investeringer:

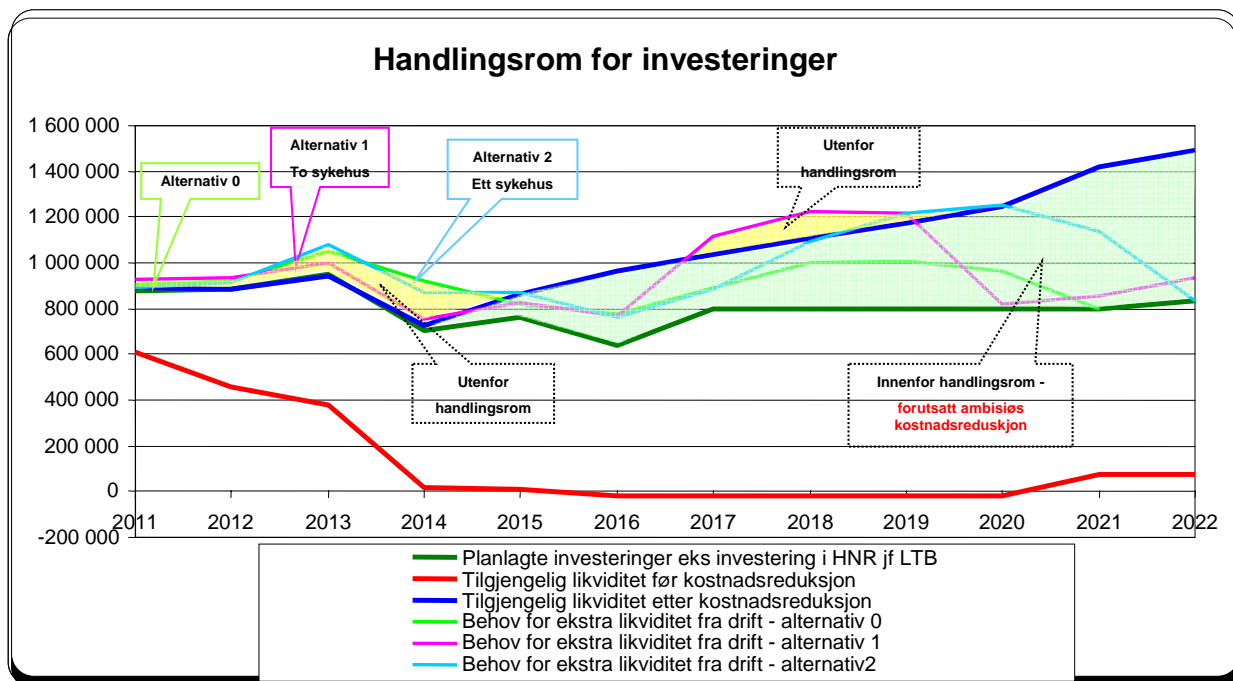


Når investeringsprofilen for Nytt sykehus i Nordmøre og Romsdal inkluderes i fremstillingen av tilgjengelig likviditet viser figuren under at behovet for likviditet til investeringer, er høyere enn hva regionen vil klare å skaffe til veie med dagens forutsetninger for alle alternativ. Forutsetningen om tilgjengelig likviditet inkluderer et meget ambisiøst krav til kostnadsreduksjon.

I ettsykehusmodellen (dersom det startes bygging i 2018) mangler om lag 0,5 Mrd – og en del av dette kommer i perioden 2011-2015 knyttet til midlertidige tiltak. For tosykehusmodellen mangler om lag 1,0 Mrd i egenfinansiering forutsatt byggestart i 2013:



Alle alternativ ligger utenfor handlingsrommet frem til år 2015. Det er derfor også vurdert muligheten av å forskyve byggestart for Nytt sykehus i Nordmøre og Romsdal til 2016 for å tilpasse fremdriften til finansieringsevnen::



Det fremgår at Helse Midt-Norge RHF etter forskyving av byggestart i tosykehusmodellen til 2016 fremdeles mangler noe finansiering til midlertidige tiltak. Videre mangler noe toppfinansiering i den mest aktive byggeperioden. Både for ettsykehusmodellen og tosykehusmodellen mangler om lag 0,5 Mrd.

Dersom helseforetakene ikke klarer de innsparingsforutsetningene som er lagt inn i langtidsbudsjettet vil Helse Midt-Norge egenfinansiering reduseres i forhold til forutsetningene vist

over. Administrerende direktør vil komme tilbake til styret dersom statusrapportene i 2011 viser at omstillingsevnen ikke blir realisert som forutsatt med varig kostnadsreduksjon.

Samfunnsmessige konsekvenser av ny sykehusstruktur

En full gjennomgang av samfunnsmessige konsekvenser av beslutning om sykehusstruktur og lokalisering er en del av en Konsekvensutredning etter Plan og Bygningsloven (KU). Ut fra dette og tidsaspektet på tilbakemeldingen til Statsråden er det ikke tatt sikte på en omfattende gjennomgang av samfunnsmessige konsekvenser. Noen vurderinger er likevel tilgjengelig, så som fordeling av ansatte, enkle overslag over transportarbeid og tilgjengelighet etc.

Dagens fordeling av årsverk i Molde (både Lundavang og Hjelset) og Kristiansund og et grovt anslag på fremtidig bemanning er

Bemanning	Molde	Kristiansund
I dag	1 099	508
Ettsykehusmodell, Molde	1350 - 1400	50 - 100
Ettsykehusmodell, Kristiansund	50 - 100	1350 - 1400
Tosykehusmodell	1050 -1150	350 - 450

Disse årsverkene er eksklusiv funksjoner som forutsettes uberørt av strukturelle endringer, som DPS og voksenpsykiatriske poliklinikker Molde og Kristiansund, BUP og Aure opptreningscenter. Endringene fremkommer ved at

- Ved en ensykehusmodell vil det etableres et Distriktsmedisinsk Senter (DMS) i byen(e) hvor sykehuset ikke blir lokalisert. Et anslag på bemanning ved en slik DMS er om lag 60-80 årsverk. I tillegg kan noen andre funksjoner legges til DMS ut fra endelig utforming av samhandlingsreformen. Helse Midt-Norge RHF ser da for seg en DMS med noe mer poliklinikk- og dagtilbud enn ved bl.a. Hallingdal Sjukestuggu og Ørland DMS.
- Dersom man beslutter en tosykehusmodell med funksjonsfordeling, vil akuttkirurgi og fødeavdeling samles i Molde. Kostnader og stillinger knyttet til vaktberedskap i Kristiansund vil reduseres, men senger kan benyttes til økning på elektiv kirurgi. Øvrige konsekvenser av samhandlingsreformen eller Strategi 2020 er ikke konkretisert.

Videre er det forutsatt en samlet bemanningsreduksjon (jfr. rapporten om driftsøkonomiske besparelser) på totalt 110 årsverk i ettsykehusmodellen og 69 årsverk i tosykehusmodellen.

Dagens situasjon med todelt løsning og sykehus plassert sentralt i forhold til de to store befolkningkonsentrasjonene gir raskest tilgjengelighet for flest mennesker innefor både 15 og 30 minutter. Med en reisetid på 60 minutter når om lag like mange innbyggere sykehus i alle alternativene, både med todelt løsning og for alle tre lokalisasjoner av et felles sykehus.

For ett felles sykehus og akutte transporter vil plassering mellom byene gi høyest andel som når sykehus innen en halvtime, men dette alternativet gir nesten ingen som når sykehuset innen 15 minutter. Innen en time når 85-88% av pasientene et sykehus med akuttransport – uavhengig av lokalisering - forutsatt at befolkningen sør og vest for Molde kan benytte Ålesund sjukehus som akuttsykehus.

I en ettsykehusløsning vil en plassering i Molde innebære at noen få pasienter på Nordmøre (hovedsaklig fra Smøla og Aure) vil få over 3 timer ordinær transporttid til nærmeste sykehus (om lag 2 timer akutt transporttid). Samtidig er Molde et større befolkningstygndepunkt enn Kristiansund – og en plassering i Molde vil gi flere pasienter kort reisetid.

Anslag over samlet transportarbeid er en sentral faktor i en KU om lokalisering etter plan og bygningsloven, og er ikke gjennomført i denne omgang. Et anslag kan imidlertid utledes av

arbeidet som ble gjort i forbindelse med ”samla plan” i 2002. Antall ansatte er lavere enn i 2002, men forholdet mellom Molde og Kristiansund er relativt uendret og det er ikke vesentlig endringer i ansattes bosettingsmønster. Dette gir (2002-tall):

Transportarbeid i mill. personkm ved alternative lokaliseringer							
	Batnfj.øra	Flatset	Hjelset	Kr.sund	Molde	Årø*	To sjukehus
Ansatte	30,1	35,7	26,6	42,7	26,8	24,9	9,5
Andre reiser	13,6	16,1	12,0	19,2	12,0	11,2	4,3
Pas./påførende	11,8	12,5	11,8	14,3	12,4	11,6	7,6
	55,5	64,3	50,4	76,2	51,2	47,8	21,4

* Nært Øvre Eikrem som er brukt i ny transportanalyse

For ”andre reiser” og ”pasienter/påførende” må det presiseres at utredningen i 2002 tar utgangspunkt i at all reise skjer til nærmeste sykehus i Nordmøre og Romsdal, mens det burde inkluderes en god del reiser til det andre sykehuset/ut av foretaksområdet. Effekten av DMS er ikke medregnet for ansatte eller pasienter. Forskjellen mellom alternativene er imidlertid hovedsakelig knyttet til ansattes andel av transportarbeidet, og det må legges til grunn at dette øker vesentlig i en ettsykehusmodell. Omfanget blir noe mindre enn beregnet i 2002 forutsatt at det etableres en DMS med spesialisthelsetjeneste i byen(e) som ikke får sykehus. På lang sikt må det i tillegg kunne legges til grunn at ansattes bosted endres ved at flere flytter nærmere arbeidsplassen.

Oversikten over transportarbeid i personkilometer ved alternative lokaliseringer av ett sykehus og en tosykehusmodell viser dermed en noe høyere differanse enn det som ville vært vurderingen i dag. Det er likevel ingen grunn til å betvile hovedkonklusjonen fra 2002 med at samlet transportarbeid er klart lavest i en situasjon med to sykehus beliggende i hver sin bykjerne.

Vurdering av effekter på næringsutvikling etc er en del av en eventuell KU, og det er ikke gjort noen vurdering av betydningen eksisterende sykehus har for næringsutvikling i byene. Rent generelt kan det likevel utledes at å redusere eller øke antall ansatte ved sykehusene vil ha en ringvirkning for nærmiljøet i form av offentlig og privat servicetilbud samt (i noen grad) leverandører.

En variasjon i sysselsettingstilbudet anses for øvrig som stadig viktigere for å tiltrekke seg høyt kvalifisert arbeidskraft på andre sektorer – endringer i familiestruktur tilsier at begge ektefeller må ha tilgang på interessante arbeidsoppgaver innen sine felt for å vurdere relokalisering til et nytt sted. Både Molde og Kristiansund kommuner er svært opptatt av betydningen sykehuset har for variasjon i tilbud av arbeidsplasser, og hvorvidt en by uten sykehus (eller uten et ”fullverdig sykehus”) vil fremstå som mindre attraktiv for næringsliv og privatpersoner. Reiseavstand mellom Molde og Kristiansund er om lag en time, og det er i liten grad felles arbeidsmarked mellom byene.

Samtidig fremhever begge bykommunene at uroen om sykehusstruktur og funksjonsfordeling er uheldig. Uenigheten bidrar til å forverre samarbeidsklimaet mellom byene, befolkningen og ansatte. Kristiansund kommune uttrykker bekymring for at et nytt sykehus på Øvre Eikrem skal sementere en sterkere funksjonsfordeling enn i dag og være starten på et fellessykehus som ikke er hensiktsmessig lokalisert. Molde kommune påpeker behovet for en rask utbedring av bygningsmassen på dagens sykehus, og er tilfreds med tosykehusløsningen som ligger til grunn for planleggingen av Nye Molde Sjukehus.

Ut over egne innbyggere har Helse Midt-Norge RHF ansvar for spesialisthelsetilbudet for en stor del av sokkelen. Det er avholdt et møte med medlemmer av Sikkerhetsforum for petroleumsvirksomhet på norsk sokkel og på land. For skader/medisinsk akuttilstander på enkeltpersoner er transportavstand ikke uten betydning, men viktigere er at pasienten kan

transporteres til sykehus med riktig kompetanse. Aktiviteten i Norskehavet er spredt over et stort område nord og nordvest for Kristiansund der flere sykehus kan nås med marginal variasjon i flytid.

Ved en eventuell storulykke vil det uansett være behov for å bringe flere leger til ilandføringsstedet enn de som i dag kan mobiliseres i Kristiansund. Kristiansund sykehus vil ha forutsetninger for å ha en viktig beredskapsfunksjon selv om det gjennomføres en funksjonsfordeling. I en ensykehusløsning der sykehuset plasseres i Molde/Hjelset-området, blir det sannsynligvis nødvendig å knytte evakueringskjeden tettere til St. Olavs Hospital, fordi da kan det oppstå værforhold som gjør det vanskelig å nå lokalsykehuset. (Helikopter har større begrensninger over land enn over sjø.)

Arbeidsmiljø

Arbeidsmiljøet i Helse Nordmøre og Romsdal HF har i mange år vært preget av uenighet om ressurser, funksjonsfordeling og felles ledelse av avdelinger. Uansett valg av alternativ er det en risiko for at konfliktnivået kan opprettholdes:

- I en ettsykehusmodell vil lokaliseringdebatten bli meget utfordrende, og etter at lokalisering er besluttet er det stor risiko for at det gjøres forsøk på omkamp om struktur helt frem til byggestart.
- Med en tosykehusmodell vil debatten om funksjonsfordeling kunne videreføres frem til funksjonsfordelingen er gjennomført. Enhver påfølgende vurdering av oppgavefordelingen kan medføre at uenigheten blusser opp.
- Utsettelse av byggestart og med det utsatt innflytting i nytt sykehus vil være en stor belastning på ansatte ved Molde sjukehus som vil føre til uro og økt utfordring ved rekruttering, og det vil forsinke integrasjon mellom somatikk og psykisk helsevern (Hjelset)

Strategi 2020 legger til opp til at kun ett av sykehusene skal ha akuttkirurgisk virksomhet/fødeavdeling. Noe av den lokale motstanden mot tosykehusløsning er begrunnet med bekymring for at løsningen med funksjonsfordeling ikke er tilstrekkelig robust. Det hevdes at det over tid vil komme krav om et byggetrinn to på Øvre Eikrem med sikte på å samle all sykehusaktivitet i Nordmøre og Romsdal. I så fall vil lokalisering av felles sykehus være avgjort gjennom utbyggingen av nytt sykehus uten at en lokaliseringdebatt for ett felles sykehus har funnet sted.

I fasen frem til funksjonsfordeling er gjennomført eller lokalisering av felles sykehus er avgjort, vil det uansett være en vesentlig utfordring å dempe konfliktnivået. Det vil være tilsvarende vanskelig å etablere felles holdninger og kultur til beste for det helhetlige arbeidsmiljøet.

VURDERING

Statsrådets brev av 11.03.10 anmoder om nærmere utredning av flere forhold knyttet til Nye Molde prosjektet og vurdering av tre hovedalternativ. Utredningen har i all hovedsak bekreftet det arbeidet som er gjort i planleggingen av Nye Molde Sjukehus, og underbygger at vurderingene som er gjort med hensyn til dimensjonering er riktige. Endret funksjonsfordeling og DMS-struktur påvirker i begrenset grad samlet arealbehov, men er av betydning for kvalitet på helsetilbudet, nærhet til store pasientgrupper og driftsøkonomi.

De viktigste kriteriene for valg av alternativ er knyttet til pasienttilbudet, ansattes arbeidsvilkår/samfunnsfaktorer, økonomi og andre forhold. Sentrale vurderinger og skiller mellom alternativene er etter adm. direktørs vurdering knyttet til:

- Pasienttilbudet i lys av strategi 2020
 - Strategi 2020
 - Psykiatri/somatikk - betydningen av samlokalisering

- Avskalling/opptaksområde
- Samfunnsperspektiv
- Økonomi
- Andre forhold

Strategi 2020

Strategi 2020 peker ut de viktigste veivalg for å kunne møte utfordringene fremover, og dermed sikre befolkningen en god helsetjeneste i framtiden. Valg av sykehusstruktur i Nordmøre og Romsdal må kunne forankres i de strategiske valg som Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde etter en omfattende prosess.

Styrket kapasitet og kompetanse i tilbudet til de store pasientgruppene

For de somatiske tjenestene vil 0-alternativet og tosykehusalternativet gi gode muligheter til å prioritere de store pasientgruppene, forutsatt en funksjonsdeling som reduserer bruken av passiv vakt. I Strategi 2020 er det lagt til grunn at begge sykehus skal ha indremedisinsk døgnberedskap, elektiv kirurgi og et bredt poliklinisk tilbud. Ettsykehusalternativet vil sannsynligvis gi noe bedre ressursutnyttelse og mer robuste fagmiljø enn de andre alternativene.

For psykisk helsevern og rusbehandling vil 0-alternativet bli klart dårligste løsning. Begge de to andre alternativene legger til rette for integrering av somatikk, rusbehandling og psykisk helsevern.

Tilrettelegge for et bredt desentralisert tilbud til de store pasientgruppene

For pasienter med behov for innleggelse i indremedisinsk avdeling (døgnopphold) vil både 0-alternativet og tosykehusalternativet gi tilbud ved begge sykehusene, noe som gir nærhet til tilbudet for flere enn i alt. 2 (ett felles sykehus)

Både 0-alternativet og tosykehusalternativet vil gi best muligheter for å beholde desentraliserte tilbud på døgnbasis. Ut fra funksjonsfordelingen vil imidlertid deler av helsetilbudet måtte gis på et annet sykehus enn det nærmeste, og det må forventes at mange pasienter vil fortsette å søke seg ut av foretaket til større sykehus. Ettsykehusmodellen vil bare gi tilbud på døgnbasis ett sted, men på den annen side vil mer robuste fagmiljø på sikt kunne gi noe flere tilbud som vil kunne snu noe av pasientstrømmen som nå går ut av foretaksområdet.

Det største behovet gjelder imidlertid polikliniske tjenester, og dette kan løses tilnærmet like godt i alle alternativ. I en ettsykehusmodell vil omfanget av desentraliserte tilbud avhenge av størrelsen på DMS, mens i de andre alternativene vil omfanget på lokalt tilbud avhenge av funksjonsfordelingen. Den viktigste forutsetningen er ressursmessig prioritering, noe som vil gjelde for alle alternativene.

Fra passiv vakt og beredskap til aktiv pasientbehandling.

Forutsatt en funksjonsdeling i tråd med prinsippene i Strategi 2020, vil både 0-alternativet og tosykehusalternativet gi rom for noe bedre utnyttelse av personellressursene enn i dag. Mulighetene vil imidlertid være bedre ved ett felles sykehus. En tosykehusløsning uten funksjonsfordeling løser ikke det fremtidige kapasitets- og kompetansebehovet på en tilfredsstillende måte.

Samling av akuttkirurgisk beredskap

Uavhengig av modeller vil det være behov for å samle akuttkirurgisk beredskap, i tråd med prinsippene i Strategi 2020. I 0-alternativet og tosykehusalternativet vil akuttkirurgisk beredskap bli samlet i ett av de eksisterende sykehusene. Det betyr lengre reisetid for den delen av befolkningen som sokner til det andre sykehuset. Ved alt 2 (ett felles sykehus) vil akuttkirurgisk virksomhet lokaliseres på samme sted som den elektive kirurgien, noe som vil gi et større fagmiljø.

Lokaliseringen av sykehuset vil avgjøre om reisetiden/tilgjengeligheten for den enkelte pasient blir bedre, dårligere enn eller lik alternativene med to sykehus.

Sikre robuste fagmiljø

Robuste fagmiljø er et sentralt element i Strategi 2020, og da særlig for rekrutteringssvake områder som gynekologi. Den planlagte funksjonsfordelingen vil både i 0-alternativet og tosykehusalternativet gi grunnlag for større fagmiljø og mindre vaktbelastning knyttet til akuttkirurgi og fødetilbud. Ensykehusløsningen vil sikre større fagmiljø innenfor alle spesialiteter/fagområder, og i tillegg gi en større bredde i fagmiljøene og minst vaktbelastning totalt sett. I tillegg vil en ønsket utvikling i retning av mer aktiv vakt både være enklere og mer nødvendig.

En reindyrking av elektiv kirurgi i Kristiansund vil på den andre siden gi mulighet for å lage effektive pasientforløp med høyt faglig nivå og med god mulighet for fleksible løsninger som sikrer at kapasiteten fortløpende kan tilpasses endrede behov. I en funksjonsfordelt modell vil den planlagte behandlingen gå uforstyrret av øyeblikkelig hjelp, og derfor gjøres mer forutsigbar for både pasienter og ansatte.

Som hovedregel en fødeavdeling i hvert helseforetak

Kombinert med etablering av følgetjeneste er det faglig forsvarlig og ønskelig å samle fødetilbudet til en avdeling. Størrelsen på en slik avdeling vil være lik i alle alternativene, og tilstrekkelig til at det kan etableres en robust tilgang på nødvendig fagpersonell..

Samarbeid på tvers av foretak vedr. tilbudet til syke barn

Strategi 2020 plasserer et særlig ansvar for kompetansestøtte til St. Olavs Hospital og Helse Sunnmøre, og på sikt kan det bli ønskelig å samle akuttberedskapen for barn ved disse to sykehusene. Her vurderes de tre alternativene som likeverdige.

Samlokalisering av psykiatri og somatikk

Spesialisttilbudet som er organisert under dagens Molde sjukehus er fordelt mellom Lundavang og Hjelset.

Det er faglig ønskelig å lokalisere sykehustilbudet i psykisk helsevern på samme sted som det somatiske sykehustilbudet for å bedre ivareta hensynet til pasienter med komplekse problemstillinger. Fagområdene har gjensidig nytte av hverandres kompetanse, og psykiske lidelser har i økende grad behov for et diagnostikk apparat som tradisjonelt har vært forbeholdt somatiske sykehus (CT, MR og laboratorieanalyser). Nærhet til operasjon- og anestesivdeling er nødvendig for eksempelvis få utført kirurgiske prosedyrer, undersøkelser og ECT (elektrokonvulsiv terapi) uten transport.

I utredning av kognitiv svikt og mentale forstyrrelser hos eldre, behandling av pasienter med alvorlige spiseforstyrrelser, og innenfor rusbehandling vil en tett integrasjon psykiatri og somatikk være til pasientens beste. Muligheten for gjensidig tilsyn styrkes og forenkles ved samlokalisering. En slik samlokalisering inngår ikke i 0-alternativet, men i begge de andre alternativene.

Avskalling/opptaksområde

I 0-alternativet og tosykehusmodellen må det påregnes at dagens pasientstrøm ut av Nordmøre og Romsdal videreføres på om lag samme nivå som i dag, selv om marginale endringer kan utledes av funksjonsfordeling (lengre avstand for noen, men større fagmiljø). Bedre bygningsstandard i nytt sykehus vil redusere avskallingen noe.

Et eventuelt fellessykehus i Nordmøre og Romsdal vil ha større betydning for pasientstrømmen ut av det lokale foretaksområdet gjennom lengre avstand for pasienter i randkommunene. For eksempel må det påregnes at en større del av befolkningen sør og vest for Romsdalsfjorden vil velge Ålesund sykehus dersom et felles sykehus lokaliseres nord for Molde – en del av disse innbyggerne har allerede i dag valgt Ålesund sykehus (for Vestnes kommune 30% av innleggelsene). Et slikt fellessykehus nord for Molde vil på den annen side kunne trekke til seg enkelte pasienter som i dag velger St Olavs Hospital/ Orkdal. Videre vil et større og nytt sykehus også generelt kunne tiltrekke seg flere av de pasientene som nå søker seg ut av foretaket til mer spesialiserte sykehus.

For Helse Midt-Norge RHF og innbyggerne i foretaksområdet har det liten betydning om pasienttilbudet gis i Helse Nordmøre og Romsdal eller i Helse Sunnmøre/St. Olavs Hospital. Det viktigste er at pasientene får et kvalitativt godt tilbud i akseptabel nærhet til der de bor.

Eventuelle endringer i opptaksområde har ikke betydning for kvaliteten på tilbudet som gis, og for områder sør og vest for Romsdalsfjorden (Sandøy, Vestnes og deler av Rauma og Midsund kommuner) er ikke transportavstanden til Ålesund Sjukehus vesentlig lengre enn til Molde Sjukehus i dag. For områdene nord for Kristiansund (spesielt Smøla og deler av Aure kommune og Halså) vil transportavstand kunne øke noe (ved en lokalisering av fellessykehuset i Molderegionen), samtidig som et mindre antall innbyggere i nord og vest vil få kortere avstand til St Olavs Hospital.

Samfunnsperspektiv

Samlet bemanningsreduksjon er ut fra rapporten om driftsøkonomiske besparelser noe større i ettsykehusmodellen enn i de andre alternativene. Dette alternativet er dermed best ut fra ambisjon om å møte fremtidens knapphet på ressurser, redusere bemanning og endre bruk av arbeidskraft fra vakt til aktiv pasientbehandling.

På den annen side krever ettsykehusmodellen mest relokalisering av arbeidskraft og gir merkbar konsekvens for arbeidsmarkedet lokalt. Her vil tosykehusmodellen/0-alternativet komme bedre ut med hensyn til å hindre relokalisering av arbeidsplasser og sikre et bredt arbeidsmarked i begge byene. Hensynet til næringsutvikling i regionen som helhet anses ikke å påvirkes vesentlig av modell, men fordeling av arbeidsplasser og funksjoner mellom byene vil påvirkes.

Dagens situasjon med todelt løsning og sykehus plassert sentralt i forhold til de to store befolkningkonsentrasjonene gir raskest tilgjengelighet for flest mennesker innefor både 15 og 30 minutter. Med en reisetid på 60 minutter når om lag like mange innbyggere sykehus i alle alternativene, både med todelt løsning og for alle tre lokalisasjoner av et felles sykehus. Viktigere enn transporttid til nærmeste sykehus er imidlertid responstid på sykehuset (før passiv vakt ankommer) og sikkerhet for at sykehuset har kompetanse innenfor fagområdet som kreves for å diagnostisere og behandle tilstanden. Ut fra dette anses ettsykehusmodellen å gi et noe bedre akuttilbud enn tosykehusmodellen/0-alternativet.

Samlet transportarbeid er klart lavest i en situasjon med to sykehus beliggende i hver sin bykjerne, og ut fra dette anses tosykehusmodellen/0-alternativet bedre enn ettsykehusmodellen. Hensynet til beredskap ved skader/sykdom på sokkelen anses ikke å påvirkes vesentlig ved valg av modell.

Økonomi

Ut fra gjennomgangen av økonomisk bæreevne fremstår ettsykehusløsning og tosykehusløsning som likeverdige med hensyn til driftsøkonomi. 0-alternativet kommer signifikant dårligere ut.

Det er imidlertid ikke funnet rom for at Helse Midt-Norge RHF kan skaffe tilveie den egenfinansiering som kreves for byggestart av Nye Molde Sjukehus før tidligst 2016 (ferdigstillelse tidligst 2019). Selv med byggestart i 2016 vil regionen mangle egenfinansiering til gjennomføring av midlertidige tiltak i perioden 2011-2015. For et eventuelt felles sykehus i Nordmøre og Romsdal tilsier både finansiering og prosjektfremdrift mest sannsynlig en byggestart tidligst 2018 (ferdigstillelse tidligst 2021). 0-alternativet krever en 10-11 års gjennomføring og vil kunne trinnvis ferdigstilles frem til 2022.

Innenfor det eksisterende økonomiske handlingsrommet og med de fremdriftsmessige og økonomiske usikkerheter i alle modellene, finner ikke administrerende direktør det riktig å legge avgjørende vekt på forskjellen i ferdigstillelse alene. Det fremstår likevel som tosykehusalternativet kommer bedre ut da det kun avhenger av finansieringsløsningen, mens ett felles sykehus innebærer en mer usikker planprosess.

I alle alternativene må midlertidige tilpasninger av bygningsmassen holdes på et minimum som samtidig sikrer forsvarlig drift og akseptable arbeidsforhold, slik at ikke disse utgiftene i seg selv utsetter byggestart mer enn nødvendig. Det presiseres at med dagens rammebetingelser har regionen ikke egenfinansiering til gjennomføring av midlertidige tiltak.

Kultur og arbeidsmiljø

0-alternativet anses som det dårligste alternativet på både kort og lang sikt. Det oppnås ikke god nok funksjonalitet i bygningene mens funksjonsfordeling er mer krevende og vil være noe mer omstridt i en lite fleksibel bygningsmasse som i så fall må benyttes i lang tid.

På kort sikt vil en ettsykehusmodell være mer konfliktfylt enn en tosykehusløsning på grunn av en krevende lokaliseringdebatt som vil kunne øke konfliktnivået. En tosykehusmodell vil sannsynligvis være mer utfordrende enn en ettsykehusmodell på lengre sikt, fordi grunnlaget for uenigheten om funksjonsfordeling og organisering videreføres.

Andre forhold

Så langt er det brukt om lag 75 mnok i prosjektmidler på Nye Molde-prosjektet, foruten egeninnsats (timeverk) over drift fra ansatte som har deltatt i arbeidsgrupper etc. Selv om arbeidet i noen grad vil ha overføringsverdi til en eventuell beslutning om ettsykehusmodell, vil deler av dette arbeidet være av mindre verdi. Engasjement hos ansatte som har vært gjennom en medvirkningsprosess og som nå evt. står foran en lengre utsettelse eller ny prosess vil være problematisk. Dette taler for å gå videre med det alternativet som er kommet lengst – tosykehusmodellen.

Innretningen på vedlikehold og rehabilitering bærer preg av en planlagt avvikling av aktiviteten på Lundavang og Hjelset i løpet av få år, mens Kristiansund sykehus er bedre ivaretatt. Det er vanskelig på reversere vedlikeholdsetterslepet på Lundavang uten full rehabilitering av bygningsmassen, og innsatsen i Kristiansund vil i liten grad gjenspeiles i salgsverdi på bygningsmassen hvis sykehusvirksomheten flyttes. Dette taler for at tosykehusmodellen – som både ivaretar eksisterende verdier i Kristiansund og løser utfordringene med bygningsmassen på Lundavang og Hjelset.

ANBEFALING

Behovet for nytt sykehus i Nordmøre og Romsdal er stort. Både tidligere og denne gjennomgang av bygningsmassen viser at det ikke en fremtidsrettet og kvalitativt tilfredsstillende løsning å gå inn for en videreutvikling av dagens bygningsmasse på Lundavang og Hjelset. Det må også legges stor

vekt på at ulempene med å drive pasientrettet virksomhet tett integrert med en byggeplass i en så lang periode er meget store, og at anslaget på fremtidig driftsøkonomi ikke tilsier valg av 0-alternativet. Det må imidlertid utarbeides en plan for hvilke tiltak av midlertidig karakter som må gjennomføres før nytt sykehus kan stå ferdig. Målsetningen er at investeringene begrenses, slik at mest mulig ressurser kan benyttes til nytt sykehus i foretaket.

En tosykehusmodell uten funksjonsfordeling fremstår heller ikke som et aktuelt alternativ. En slik løsning gir hverken tilstrekkelig robuste fagmiljø for fremtiden eller mindre vaktbelastning og dermed mer aktiv pasientbehandling. Samtidig blir driftsøkonomien svakere. Valget står derfor mellom en ettsykehusløsning eller en tosykehusløsning med funksjonsfordeling.

Både ett- og to-sykehusløsningen med funksjonsfordeling gir gode og forsvarlige spesialisthelsetilbud til befolkningen i Nordmøre og Romsdal. Uansett løsning kan befolkningen på en god måte få dekket sine behov for trygge helsetjenester, men tilpasningene for å optimalisere tilbudet vil være ulike.

Innenfor det økonomiske handlingsrommet til Helse Midt-Norge, og med de planmessige og økonomiske usikkerheter som prosjektet har, finner ikke administrerende direktør det riktig å legge avgjørende vekt på forskjellene i driftsøkonomi mellom en- og tosykehusmodellene. Valg av alternativ må derfor i hovedsak være en vurdering av tilgjengelighet og hvilket helsetilbud som vil være best for befolkningen i Nordmøre og Romsdal, samt hva som gir rask og sikker ferdigstillelse.

En struktur med to sykehus og en funksjonsfordeling av blant annet akuttkirurgi og fødetilbud er i tråd med Strategi 2020. Indremedisinsk akutttilbud beholdes i begge sykehus, og poliklinisk tilbud og dagbehandling kan desentraliseres videre. Dette er en god løsning, og konseptrapporten viser at den planlagte utbyggingen av Nytt Sykehus i Nordmøre og Romsdal på Øvre Eikrem både løser dette oppdraget og har fleksibilitet for en eventuell fremtidig utvikling. Det er også lagt ned et betydelig arbeid og medvirkning i denne løsningen.

En løsning med ett felles sykehus i Nordmøre og Romsdal HF har også mange fordeler, ikke minst fordi det er begrensede ulemper knyttet til geografisk avstand mellom sykehusene og internt i dette foretaksområdet. For de som ville fått lengre transportavstand til nærmeste sykehus ville ulempen i tillegg kunne reduseres ved etablering av en større DMS med polikliniske tilbud og dagbehandling. Hensynet til robuste fagmiljø, tilgjengelighet for riktig fagkompetanse på sykehuset, og vridning av ressurser fra passiv vakt til aktiv pasientbehandling sikres noe bedre med ett felles sykehus. Dette ivaretas imidlertid også langt på vei i en tosykehusmodell med funksjonsfordeling, og administrerende direktør anbefaler at tosykehusløsningen i Helse Nordmøre og Romsdal HF videreføres ut fra

- At løsningen er i tråd med Strategi 2020 med mulighet for indremedisinsk innleggelse i begge byer. Andelen av indremedisinske innleggelsene vil øke fremover, og utgjør en hovedandel av innleggelsene allerede nå. Derved vil mange, særlig eldre, få tilfredsstillt ønsket om kort reiseavstand ved innleggelse.
- Behovet for sikker og rask fremdrift i utbyggingsplanene
- Det økonomiske løftet med hensyn til egenfinansiering og totalt investeringsvolum
- Samfunnsmessige konsekvenser av å flytte mange arbeidsplasser
- Hensynet til innsats som er lagt ned i planleggingen av tosykehusløsningen,

I utgangspunktet vil en befolkning med vel 120 000 innbyggere og et foretaksområde på størrelse med Nordmøre og Romsdal være godt tjent med ett sykehus. Når adm dir etter en samlet vurdering likevel anbefaler en løsning med to sykehus har det noen klare forutsetninger. For å sikre en kapasitet og et faglig miljø som befolkningen vil være tjent med, må vi sikre mer av ressursene

til aktiv pasientbehandling og mindre ressurser må brukes til vakt. I tråd med Strategi 2020 gjelder dette særlig fagområdene kirurgi og fødselsomsorg. Poliklinisk virksomhet må i større grad enn i dag tilbys ved begge sykehus – langt de fleste pasienter som er i kontakt med spesialisthelsetjenesten benytter det polikliniske tilbudet og disse vil kunne få dette nærmere bostedet enn i dag. Uten funksjonsfordeling vil neppe befolkningen over tid kunne tilbys et faglig tilbud som de er tjent med og i en kapasitet som dekker behovene, allerede i dag er det et stort antall pasienter som reiser til andre foretak for å få spesialisthelsetjenestetilbud - og ventetidene er for lange.

Veien frem til en beslutning om modell for sykehusstilbudet i Helse Nordmøre og Romsdal HF har vært vanskelig, ikke minst fordi en ettsykehusløsning og tosykehusløsning med funksjonsfordeling har hver sine styrker og svakheter. Behovet for snarlig avklaring og utbedring er imidlertid stort. Nytt sykehus i Nordmøre og Romsdal vil gi pasientene bedre vilkår, løse utfordringene med fysisk arbeidsmiljø og manglende fleksibilitet, samtidig som det legges til rette for økt kvalitet og omfang av spesialisthelsetilbudet i foretaket. Administrerende direktør vil derfor understreke behovet for at valgt sykehusmodell gjennomføres så snart som mulig for å sikre befolkning, pasienter og ansatte gode forhold i et forbedret spesialisthelsetilbud.