

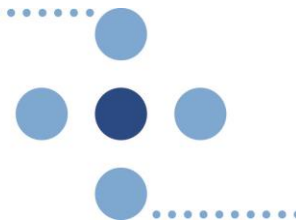
Nytt sjukehus i Møre og Romsdal

Sjukehuset i Nordmøre og Romsdal - SNR

Evalueringsprosess for idéfase.

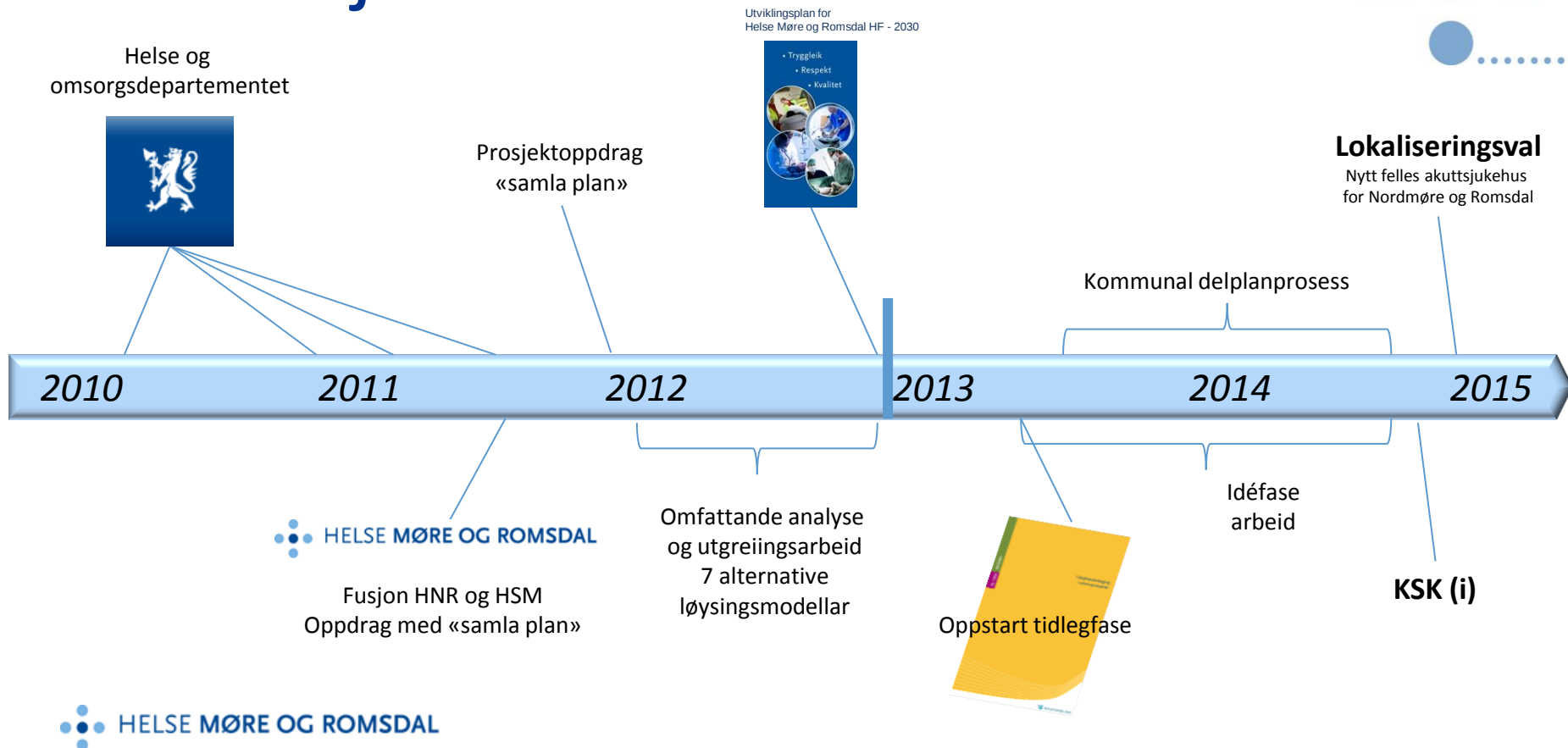
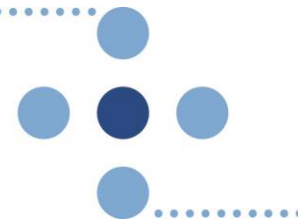
Arbeidsmøte for
Helse Møre og Romsdal HF og Helse Midt-Norge RHF
12. november 2014

Innhold

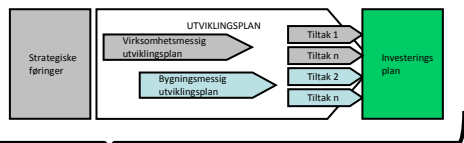
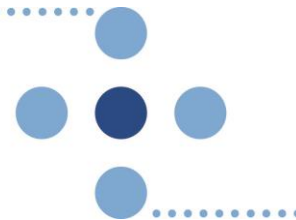


- Utgangspunktet
- Alternativa
- Vurderingskriteria og evaluering
- Styrehandsaming og prosesskoordinering

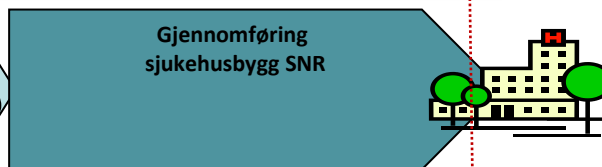
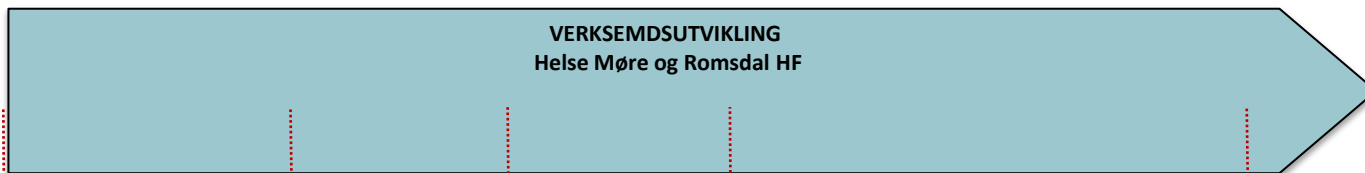
Tidslinje



Framdriftsplan sjukehuset i Nordmøre og Romsdal SNR



Utviklingsplan for
Helse Møre og Romsdal HF



Interimsperioden

2012

2013

2014

2015

2016

2017

2018

2019

2020

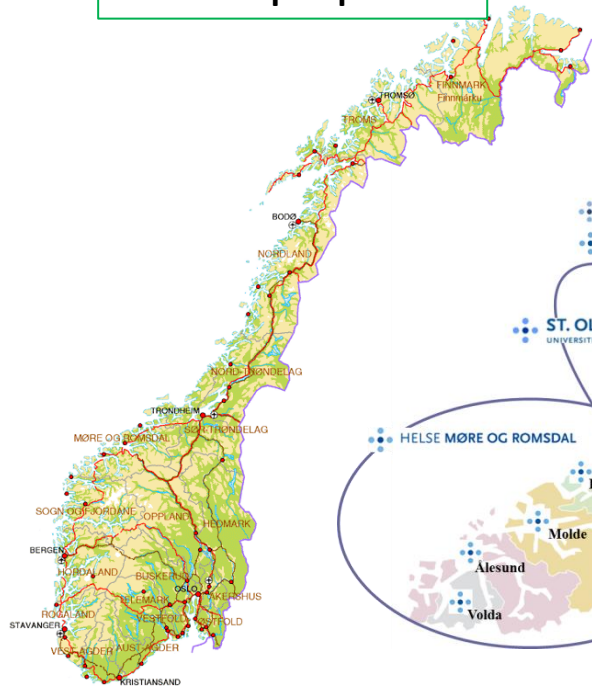
2021

2022

2023

Perspektiv i utviklingsplanen

Samfunnsperspektivet



Regionperspektivet

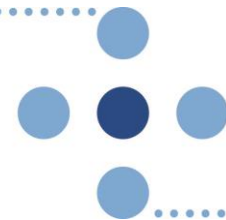


Føretaksperspektivet

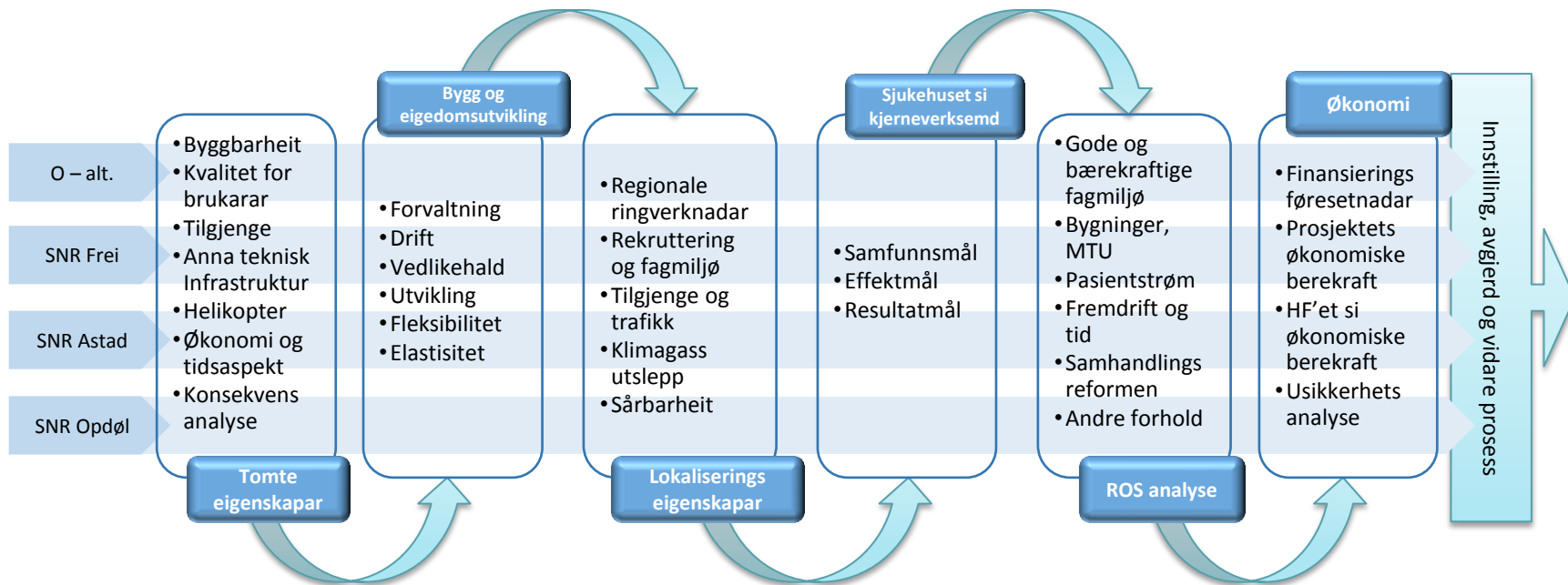


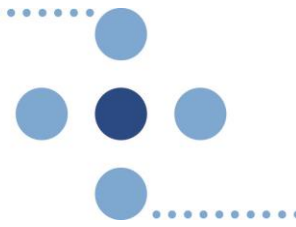
Prosjektperspektivet

Evalueringsmodell – idéfase SNR



Utviklingsplan
Helse Møre
og Romsdal HF
2030



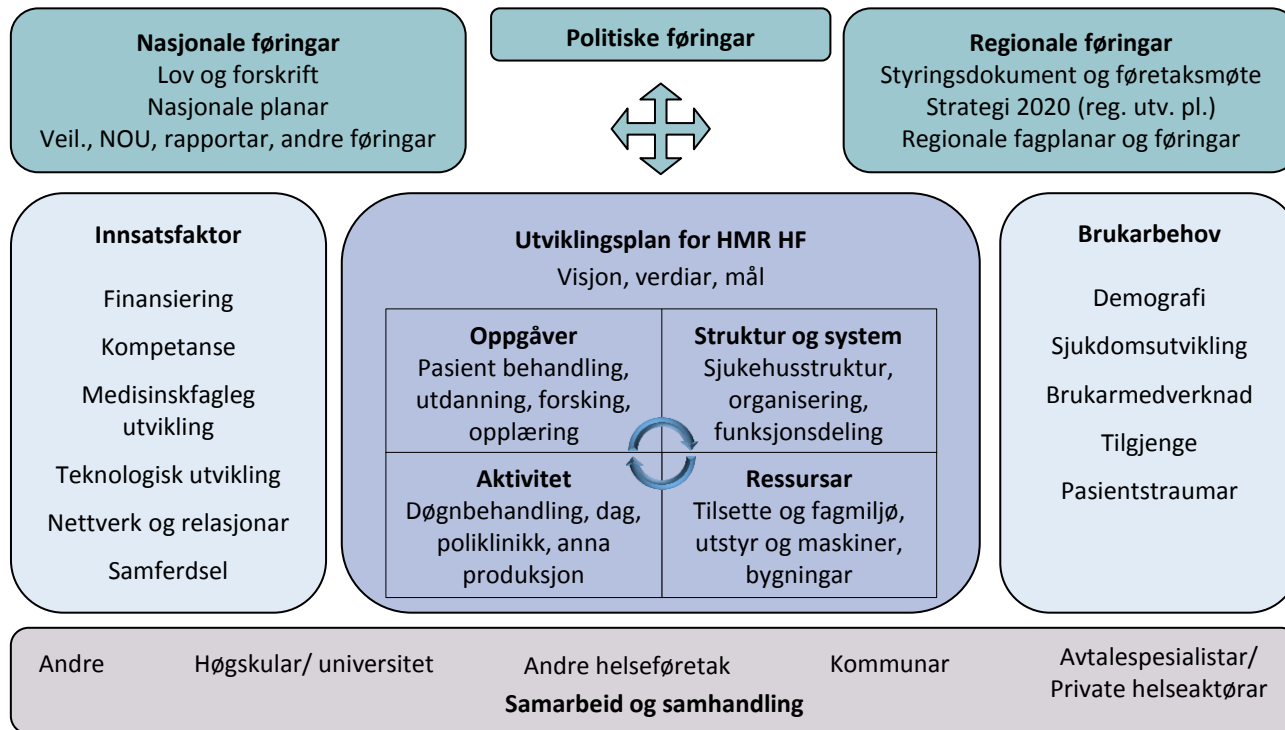


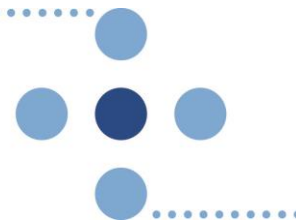
Utviklingsplan

Helse Møre og Romsdal HF
2012



Modell – utviklingsplan HMR HF





Oppdraget – føretaksprotokollen HMN RHF

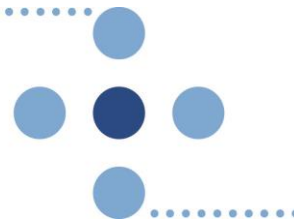
8. juni 2011

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

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

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

Prosjektoppdraget frå styret i HMR HF



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

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

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

"4 sjukehus med opprusting av Lundavang

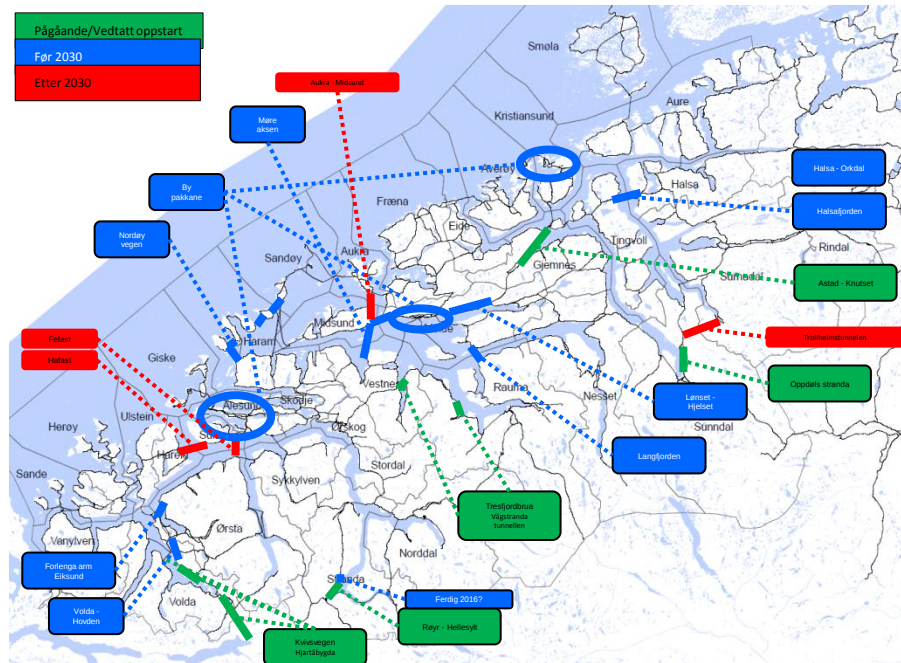
4 sjukehus med nytt sjukehus i Molde

3 sjukehus med felles sjukehus for Nordmøre og Romsdal plassert i tilstrekkeleg nærleik til Molde og Kristiansund.

Samla vurderingar må gjerast i samsvar med overordna føringar."

Analyser - Utviklingsplan

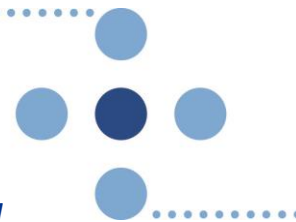
- Aktivitetsframskriving og dimensjonering
- Transportarbeid og tilgjenge
- Større samferdsletiltak
- Vurdering av rekruttering og fagmiljø
- Bygningsmessig tilstand
- ROS
- Samfunnsøkonomi
- Scenarier



Styrevedtak utviklingsplan HMR – Sak 99/2012

1. Styret for Helse Møre og Romsdal HF svarar med dette ut bestilling *i føretaksmøtet 30. juni 2011*
2. Styret legg til grunn for si avgjerd eit omfattande dokumentasjonsgrunnlag i form av
3. Styret vil gje honnør.....
4. Styret ser med uro på den krevjande situasjonen som uavklart sjukehusstruktur påfører innbyggjarar og fagmiljø i Nordmøre og Romsdal.
5. Etter grundig vurdering tilrår styret at ein planlegg **eitt nytt felles akuttsjukehus** for Nordmøre og Romsdal - som i hovudsak skal dekke det langsiktige behovet for spesialisthelseteneste og nærleik til akutt og fødetilbod for innbyggjarane.
 - a. I lys av **samhandlingsreforma** skal det utgreiast nærare i kva grad og omfang ein i tillegg til akuttsjukehuset skal utvikle og planlegge poliklinikk, diagnostisk senter og dagbehandling i folketette område. Det skal også vurderast andre former for samhandlingsarenaer og desentraliserte tilbod i samarbeid med kommunane.
 - b. Som ledd i dimensjonering av nytt akuttsjukehus i Nordmøre og Romsdal, må føretaket **gå ytterlegare inn i samarbeid og funksjonsfordeling mellom alle sjukehusa i føretaket.**
 - c. For å få til eitt godt felles akuttsjukehus for Nordmøre og Romsdal må **fagmiljøa ved Molde og Kristiansund sjukehus bidra med kompetanse og kapasitet. Styret ber om at det vert halde særskilt fokus på den krevjande overgangsperioden.**
6. Styret legg vidare til grunn at eit felles akuttsjukehus for Nordmøre og Romsdal bør **plasserast mellom dei to sjukehusa vi har i dag.**
7. Styret ønskjer no at føretaket skal gå inn i "idéfasa" med **eit geografisk område for det nye akuttsjukehuset for Nordmøre og Romsdal, plassert på aksen frå-og-med Hjelset til-og-med søre del av Frei.** Styret har merka seg høyringsuttalane og faglege rapportar som understrekar fordelane ved eit bynært akuttsjukehus og føreset at det vert teke omsyn til desse vurderingane i det vidare arbeidet.

Styrevedtak utviklingsplan HMR – Sak 99/2012



8. *Styret legg til grunn at i “idefasen” og “konseptfasa” skal 0-alternativet saman med andre relevante konsept utgreiast før den eksterne kvalitetssikring skjer av konseptfasa (KSK).*
9. *Styret ber om å få seg førelagt ei sak så raskt som råd, som inneheld:*
 - a. *I gangsetting av “tidlegfasen” for planlegging av sjukehusprosjekt.*
 - b. *Ein detaljert tidsplan for interimperioden fram til nytt akuttsjukehus i Nordmøre og Romsdal står ferdig.*
10. *Av omsyn til innbyggjarar og fagmiljø ber styret om avklaring av geografisk plassering så raskt som det let seg gjere.*
11. *Helse Møre og Romsdal HF ber styret i Helse Midt-Norge RHF om å slå fast, i tråd med gjeldande premiss og føringar for langtidsbudsjettet i regionen, at det vil føreligge økonomisk handlingsrom for ei investering i nytt akuttsjukehus i Nordmøre og Romsdal i 2018.*
12. *På grunnlaget av saksdokumentasjonen.....*
13. *Dette vedtaket vert oversendt Helse Midt-Norge RHF for vidare handsaming.*

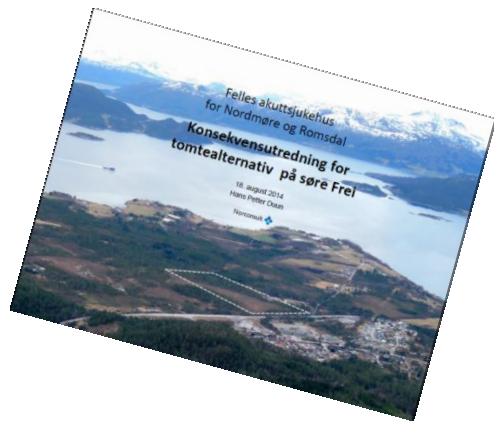


14. desember 2012, gjorde styret i Helse Midt-Norge RHF følgjande vedtak i sak: 92/12 Møre og Romsdal HF – utviklingsplan – sykehusstruktur Nordmøre og Romsdal:

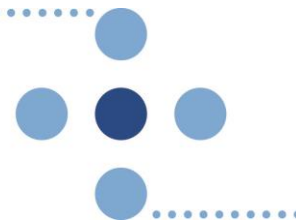
1.
2. Styret for Helse Midt-Norge viser til Helse Møre og Romsdal sin anbefaling gjennom vedtak i sak "2012/99 Utviklingsplan Helse Møre og Romsdal HF" og slutter seg til denne, herunder at en i den videre planlegging legger til grunn et felles akuttstusykehus for Nordmøre og Romsdal. **Styret slutter seg til følgende formulering i innstillingen i sak til styret for Helse Møre og Romsdal HF "Styret ønsker no at føretaket skal gå inn i "idéfasa" med eit geografiske område for det nye akuttsjukehuset for Nordmøre og Romsdal, plassert på aksen frå-og-med Hjelset til-og-med søre del av Frei. Styret har merka seg høyringsuttalane og faglege rapportar som understrekar fordelane ved eit bynært akuttsjukehus og føreset at det vert teke omsyn til desse vurderingane i det vidare arbeidet."**
3.
4. Basert på forutsetninger i langtidsbudsjett 2013-2018, herunder 50 % lånefinansiering fra eier og varige driftsforbedringer i foretaksgruppen, kan Helse Møre og Romsdal HF planlegge med bygggestart av nytt felles akuttstusykehus for Nordmøre og Romsdal i 2018 med de forbehold som er tatt i saksfremstillingen mht finansiering og planprosess.
5.

Alternativa

Alternative lokaliseringar og innhald i SNR

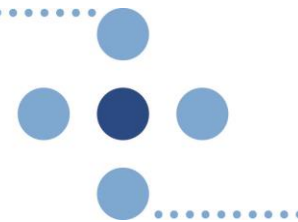


Framtidsbilde sjukehusforbruk



- 50 % auke i poliklinikk
- 100 % auke i dagbehandling
- Tal på senger vil truleg ikkje auke mykje

- Medisinsk og teknologisk utvikling
- Samhandlingsreforma
 - Veksten i helsetenesta vil skje i større grad i kommunane enn i spesialisthelsetenesta
 - Utvikle og styrke den kommunale helse- og omsorgstenesta
 - Gode pasientforløp
 - Fleire tenester der pasienten bur
 - Viktig med god dialog om ansvarsforhold, arbeidsdeling og framdrift



Kliniske funksjonar i sjukehuset i Nordmøre og Romsdal (SNR)

Døgnavakt:

- Indremedisin
- Kirurgi
- Ortopedi
- Anestesiologi
- Gyn/ føde
- Psykisk helse
- Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)
- Medisinsk servicefunksjonar
 - Nødvendige laboratoriefag
 - Bildediagnostikk/ røntgen
 - Andre relevante servicefunksjonar

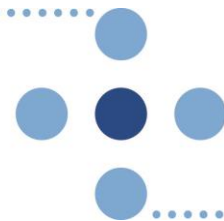
- Andre funksjonar som skal vere tilbod i SNR:

- Øyre/nase/hals
- Auge
- Tann/kjeve
- Kreft
- Barn
- Nevrologi
- Hud
- Revmatologi
- Fys.med/Rehab.
- Habilitering

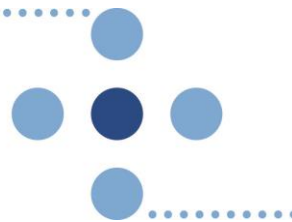
- Nærare utgreiingar:

- Forhold til sengepost/ sengar / hotell
- Opningstider og vaktordning
- «desentral» poliklinikk/dagbehandling

Alternativer inn i konseptfasa



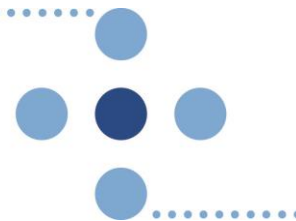
Alternativ		Lokalisering/tomt	Oppgaver og funksjonar
0	0- alternativet.	Dagens lokalisering ved Lundavang, Opdøl og Kristiansund.	Dagens oppgave og funksjonsfordeling vert vidareført (men utfordringsbiletet til HMR krevjar endringar)
1	Sjukehuset med «desentralt» poliklinisk senter	SNR på ei av tomtene: A: Kristiansund kommune, Storbakken B: Gjemnes kommune, Astad C: Molde kommune, Opdøl	Somatikk, psykisk helse og rus i SNR. Poliklinikk og dagbehandling i bysentrum lengst unna sjukehuset, eller i begge byane dersom sjukehuset vert lagt i midten av aksen.
2	Sjukehuset utan «desentralt» poliklinisk senter	SNR på ei av tomtene: A: Kristiansund kommune, Storbakken B: Gjemnes kommune, Astad C: Molde kommune, Opdøl	Somatikk, psykisk helse og rus i SNR.



Tomteeienskapar

Utgreidd gjennom lokal KU – Del 1

Felles administrativ plangruppe



Funksjon

- Samordning av arbeidet i og mellom de tre kommunene
- Felles kontaktpunkt mellom kommunene og Helse Møre og Romsdal

Representanter fra:

- Molde kommune
- Gjemnes kommune
- Kristiansund kommune
- Helse Møre og Romsdal HF
- Helse Midt-Norge RHF
- Helsebygg Midt-Norge
- Møre og Romsdal fylkeskommune
- Fylkesmannen i Møre og Romsdal
- Statens vegvesen

Formelt grunnlag

Plan og bygningsloven (PBL)

Hovedformål: Sikre forsvarlige vedtak om bruk og vern av ressurser bl.a. gjennom:

- samordning mellom etater,
- medvirkning,
- konsekvensvurderinger
- Krav til innhold og kvalitet i planleggingen

Forskrift om konsekvensutredninger (KU)

KU skal «... sikre at hensynet til miljø og samfunn blir tatt i betraktning under forberedelsen av planer eller tiltak, og når det tas stilling til om, og på hvilke vilkår, planer eller tiltak kan gjennomføres.»

- Avgrenset til eksterne virkninger
- Kvalitetssikring - er alle relevante hensyn vurdert?
- Påvirke planutforming, inklusive forslag til avbøtende tiltak
- Grunnlag for valg av alternativ

Planprogram

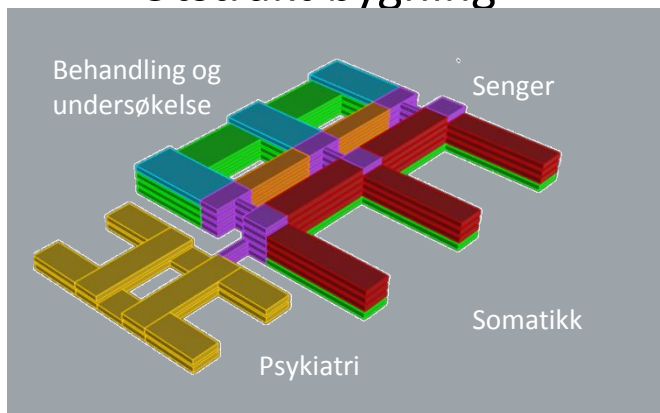
..... skal lages for alle planer som kan ha vesentlige virkninger for miljø og samfunn. Presenteres samtidig med varsel om oppstart av planarbeidet.

- Beskrivelse tiltaket og formålet med planarbeidet
- Planprosessen med frister og deltakere
- Opplegget for medvirkning
- Vise aktuelle alternativer
- Oversikt over tema som skal utredes

To prinsippmodeller for nytt akuttsjukehus

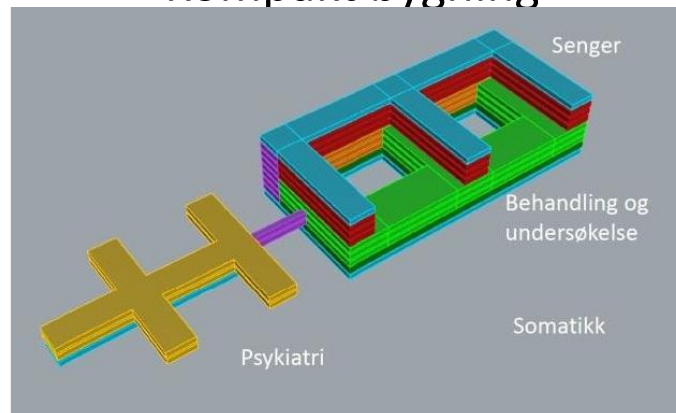
60 000 m² brutto gulvareal + 1000 P-plasser

Utstrakt bygning



Størst handlefrihet for bruker
Arealkrevende
Grunnflate ca 29 daa (230 x 140 m)
Høyde 5 etasjer + 1 kjelleretasje

Kompakt bygning



Noe mindre fleksibel for bruker
Lettere å plassere på trangere tomter
Grunnflate ca 19 daa (275 x 70 m)
Høyde 7 etasjer + 2 kjelleretasjer

Kriteria for vurdering av tomteegenskaper

1. Byggbarhet
2. Kvaliteter for brukerne
3. Tilgjengelighet
4. Annen teknisk infrastruktur
5. Helikopter
6. Økonomi og tidsaspekt

Konsekvensutredning for tomten - hovedtema

- Landskap
- Naturmangfold
- Landbruk og jordverninteresser
- Friluftsliv og folkehelse
- Kulturminner og kulturmiljø
- Sårbarhetsanalyse



3 alternativ:

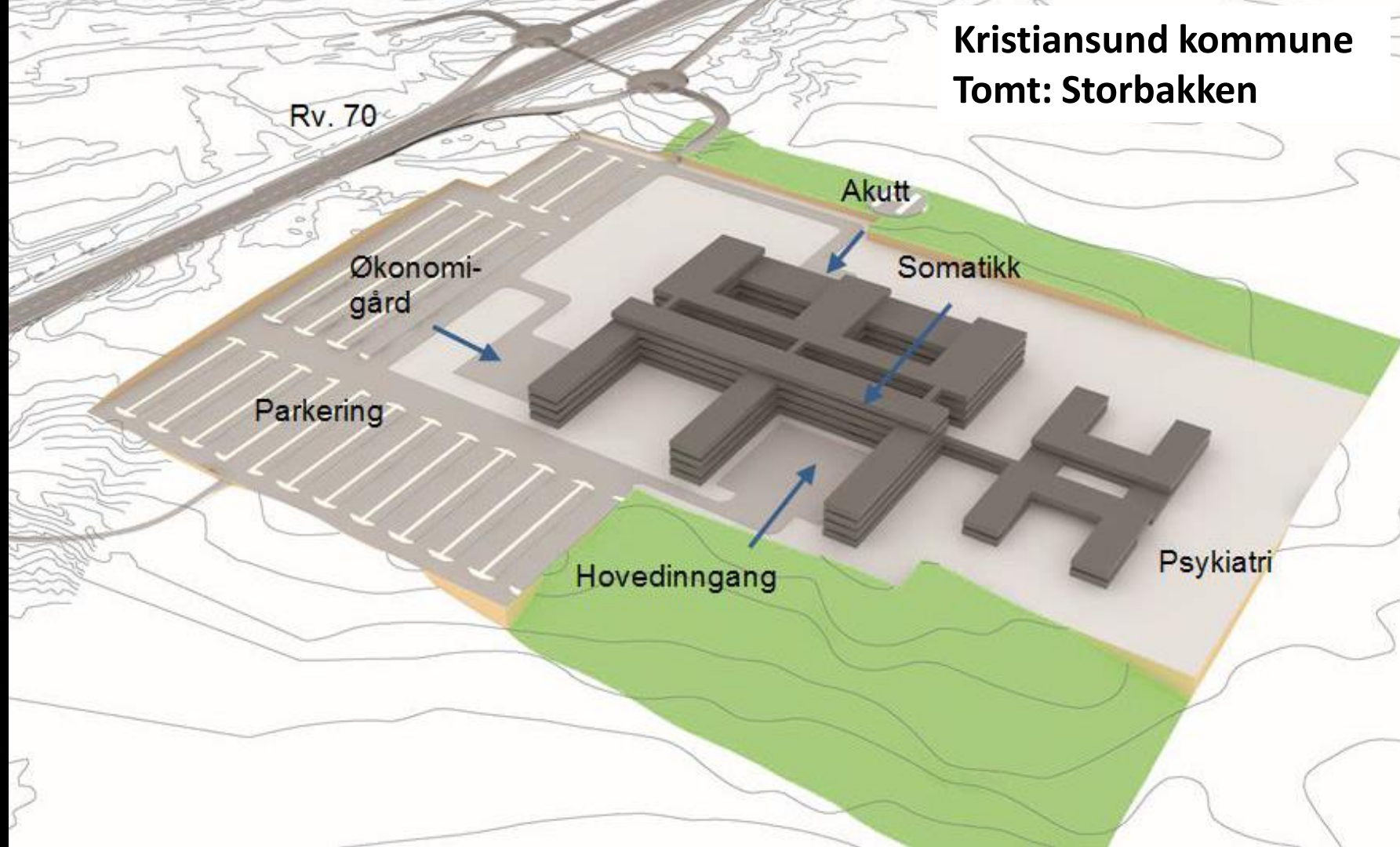
Kristiansund kommune - Storbakken

Gjemnes kommune - Astad

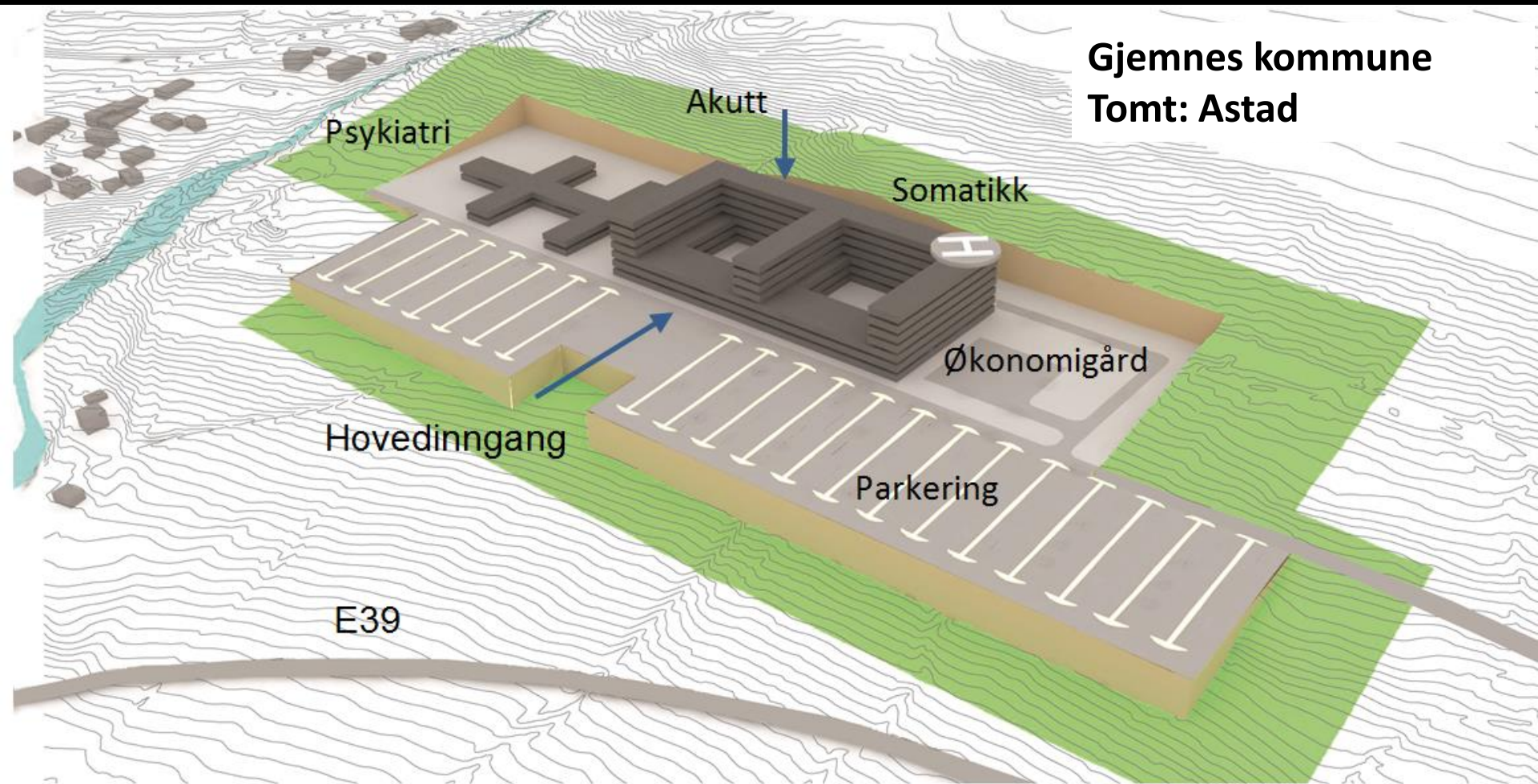
Molde kommune - Opdøl



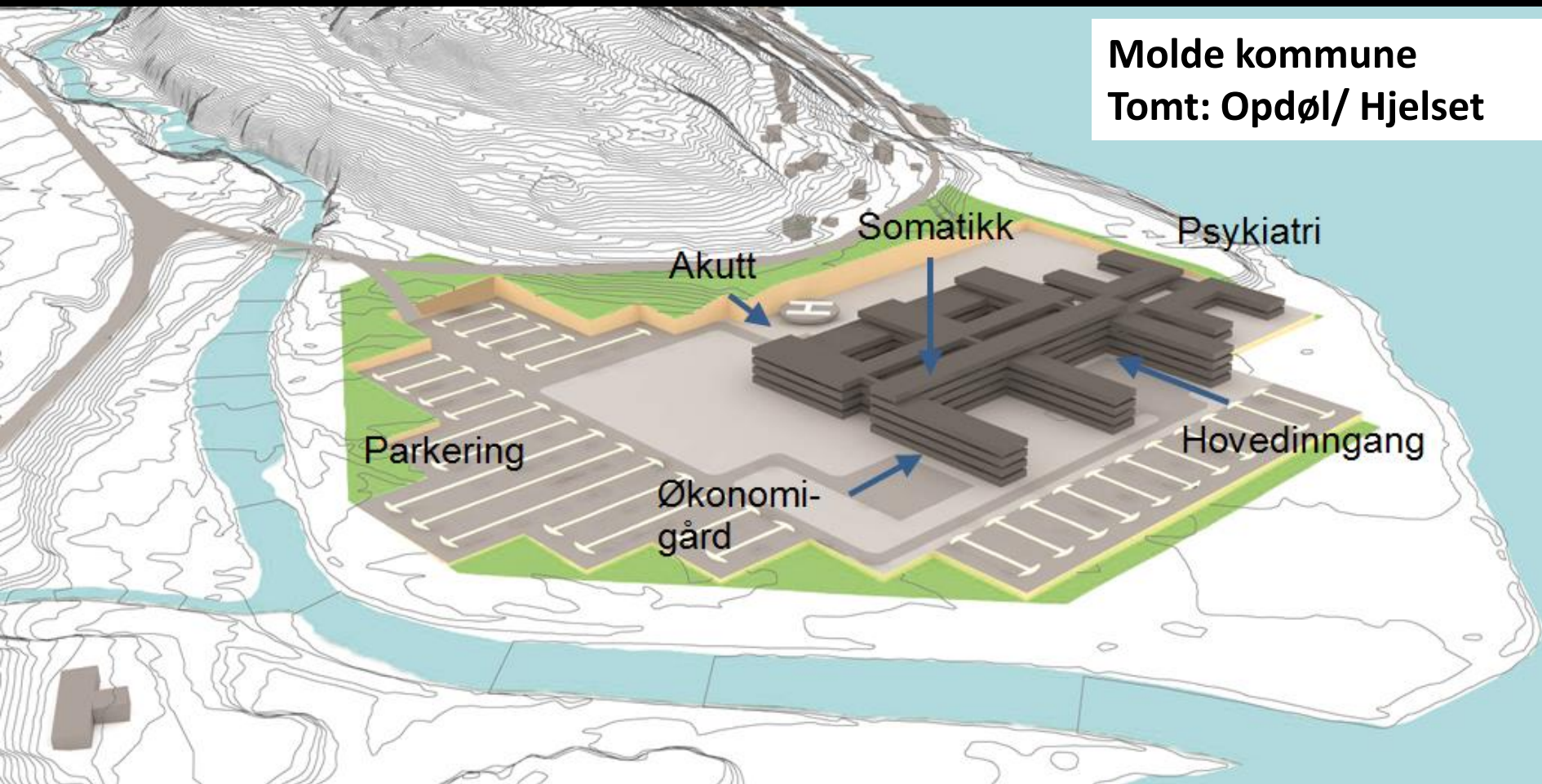
Kristiansund kommune Tomt: Storbakken



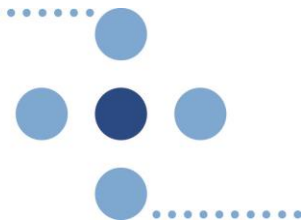
Gjemnes kommune
Tomt: Astad



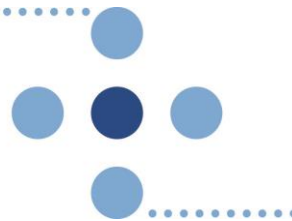
Molde kommune
Tomt: Opdøl/ Hjelset



Bygg og eigedomsutvikling



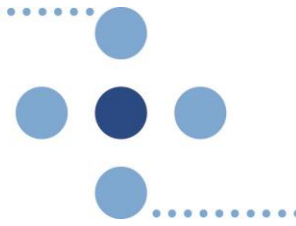
- Forvaltning
- Drift
- Vedlikehald
- Utvikling (på tomte)
- Fleksibilitet (i bygget)
- Elastisitet (i bygget)



Lokaliseringsegenskapar

Utgreidd gjennom regional KU – del 2





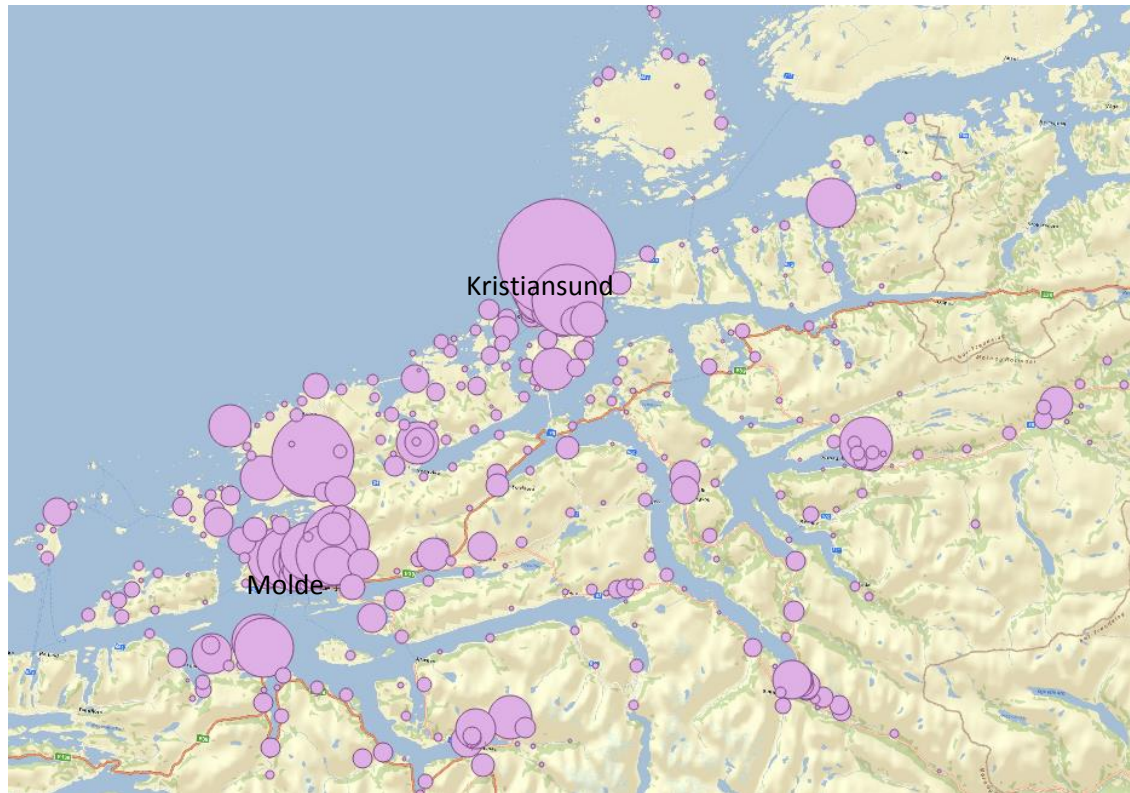
- Regional utvikling
- Helsefaglig rekruttering og fagmiljø
- Trafikk og tilgjengelighet
- Klimagassregnskap
- Sårbarhetsanalyse

6 alternativ:

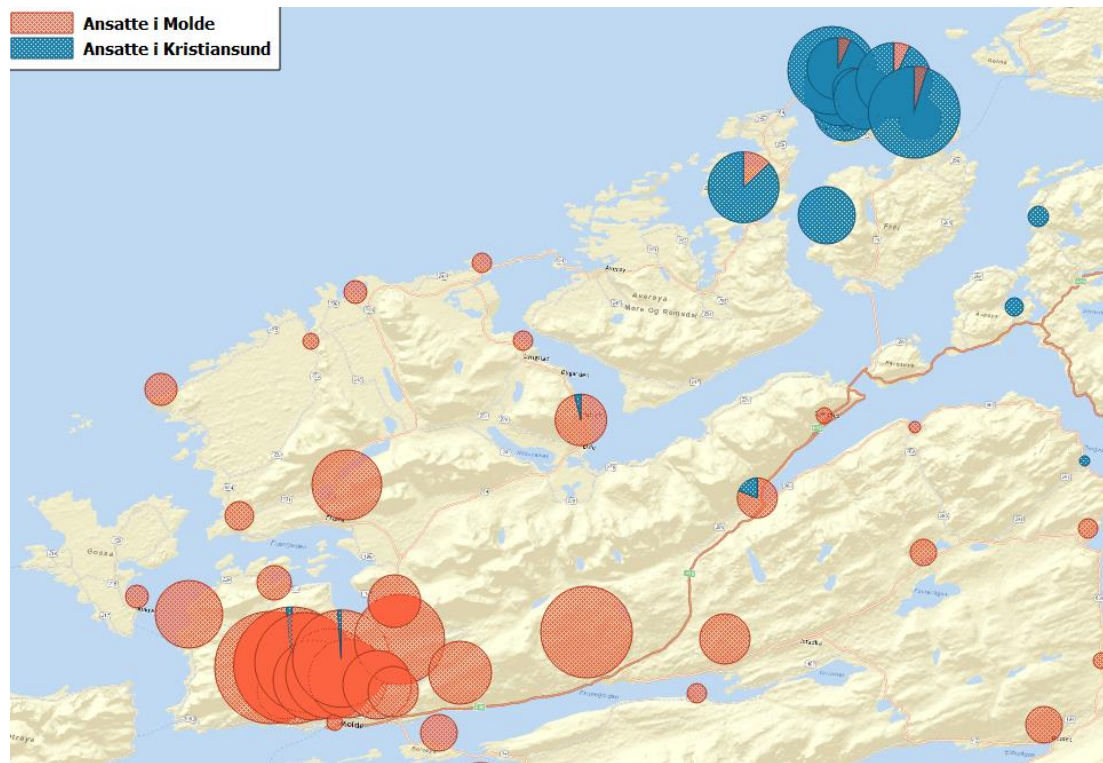
- 1 i Kristiansund kommune
- 2 i Gjemnes kommune
- 3 i Molde kommune



Dagens bosettingsmønster



Bosted, ansatte i HMR HF

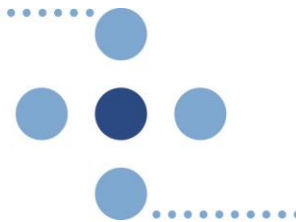


Endring fra null-alternativet

Samlet oppsummering

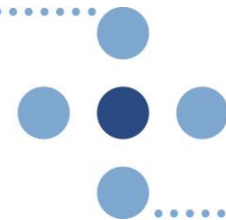
	<i>Mork</i>	<i>Opdøl</i>	<i>Roald-set</i>	<i>Astad</i>	<i>Høg-set</i>	<i>Stor-bakken</i>
Regionale virkninger	+	+	+	0	0	+
Rekrutt. og fagmiljø	+++	+++	+++	++	++	+++
Tilgjengelighet	-	-	-	--	--	-
Klima-utslipp	--	--	--	---	---	--
Sårbarhet	+	+	+	0	0	0

Spesielle tillegg til KU del 2.

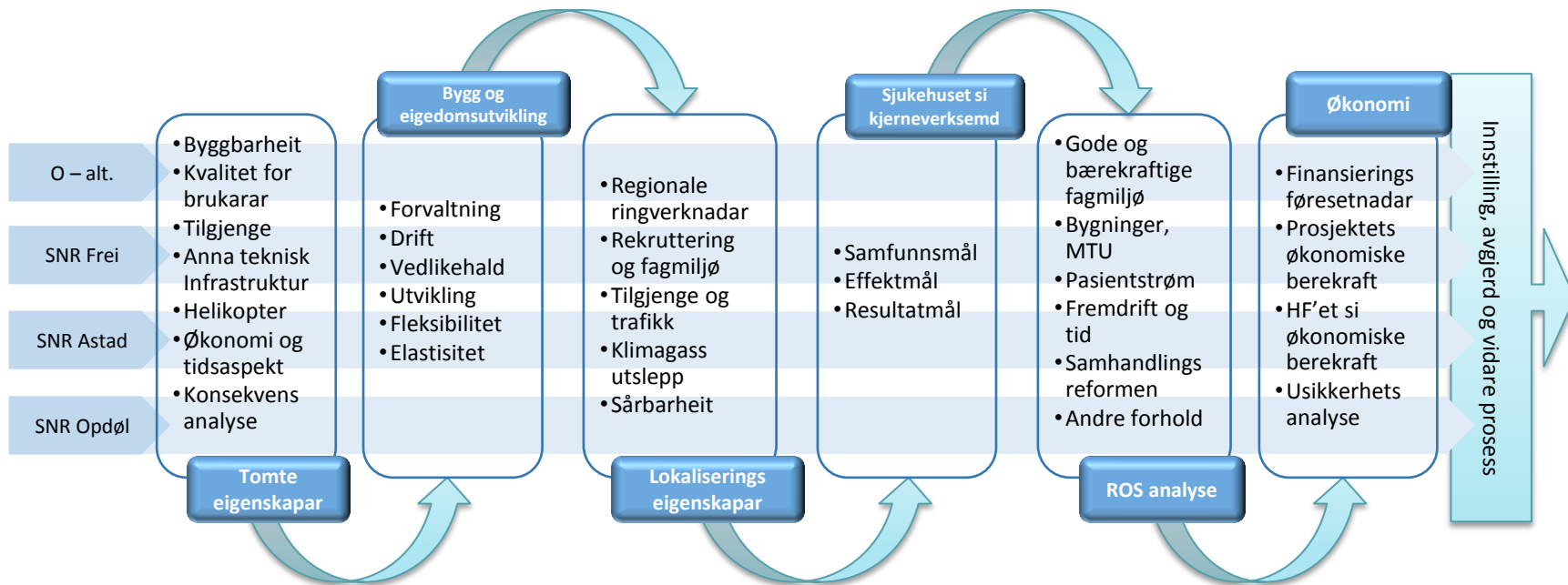


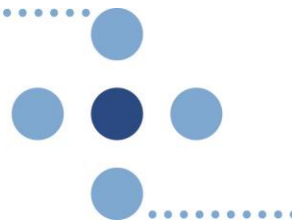
- Helikopterberedskap sokkel
- Sårbarheit Freifjordtunell
- Rekruttering og robuste fagmiljø –
interimsperioden

Evalueringsmodell – idéfase SNR



Utviklingsplan
Helse Møre
og Romsdal HF
2030

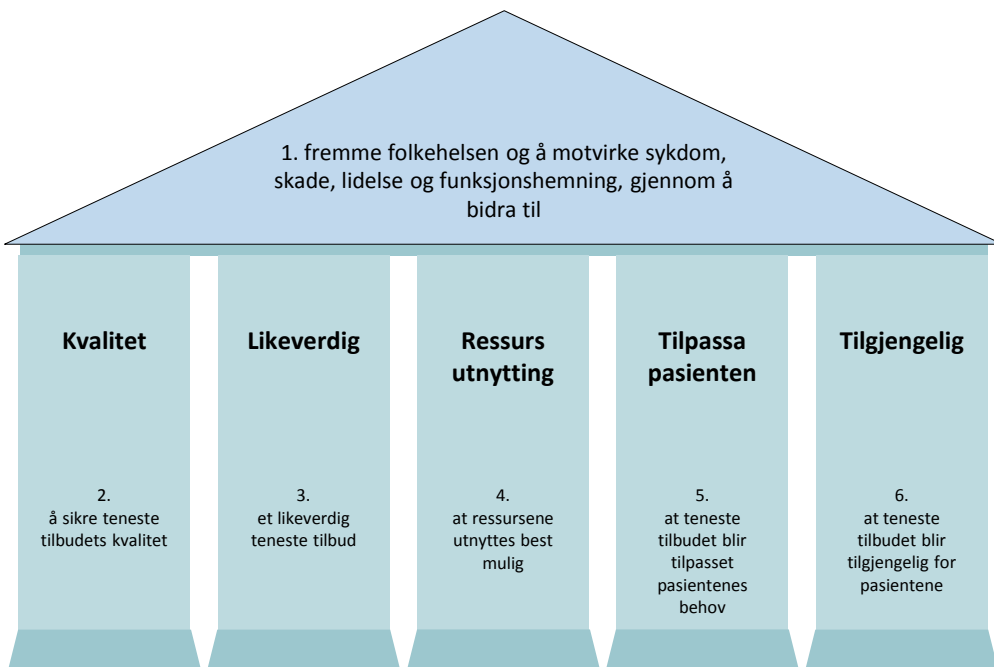
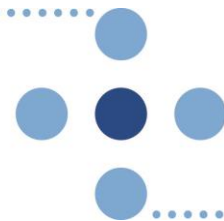




Sjukehuset si kjerneverksemd

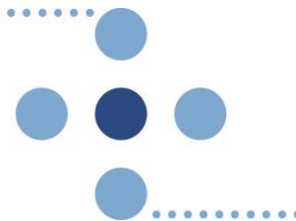
Vurdering av alternativa etter
føremålet med spesialisthelsetenesta

§ 1-1, Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven).



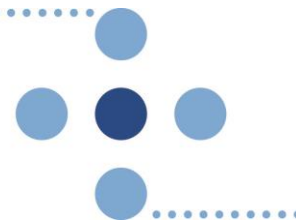
- *I utgangspunktet er de formålene som er oppstilt i § 1-1 **likeverdige**. Det betyr at ingen av målene kan neglisjeres eller gis en særstilling. Bestemmelsen gir altså ingen retningslinjer med hensyn til at det ene skal prioriteres foran det annet.*
- *Formålsbestemmelsen angir imidlertid de overordnede siktemålene som de andre bestemmelsene i loven skal bidra til å oppfylle.*
- *Lovens enkelte formålsbestemmelser vil tjene som tolkningsmoment for de øvrige bestemmelsene i loven, og som veiledning ved skjønnsutøvelsen.*

Samfunnsmålet for SNR



- «Prosjektet (SNR) skal leverer spesialisthelsetenester til innbyggjarane i Nordmøre og Romsdal av god fagleg kvalitet, likeverdige og tilgjengelege, tilpassa pasientane sitt behov og gjennom god ressursutnytting til beste for fellesskapet.»

Samfunnsansvar – Føretaksgruppa HMN



Helse Midt-Norges **samfunnsoppdrag** er å sørge for at befolkningen i regionen får gode og likeverdige spesialisthelsetjenester når de trenger det, uavhengig av alder, kjønn, bosted, økonomi og etnisk bakgrunn. Våre hovedoppgåver er:

- Pasientbehandling
- Utdannig av helsepersonell
- Forskning
- Opplæring av pasienter og pårørende

Samfunnsoppdraget skal løses innenfor de til enhver tid gjeldende helsepolitiske og økonomiske rammer.

Samfunnsansvar:

Helse Midt-Norge er også opptatt av hvordan vi, utover det å løse vårt samfunnsoppdrag, kan gi et positivt samfunnsbidrag gjennom måten vi utfører samfunnsoppdraget på. For å utføre våre tjenester på en god måte er vi avhengig av en grunnleggende tillit i befolkningen. Fokus på samfunnsansvar skal bidra til å skape tillit og godt omdømme. Videre har utøvelsen av vårt samfunnsansvar en stor betydning for alle våre ansatte og deres arbeidsforhold.

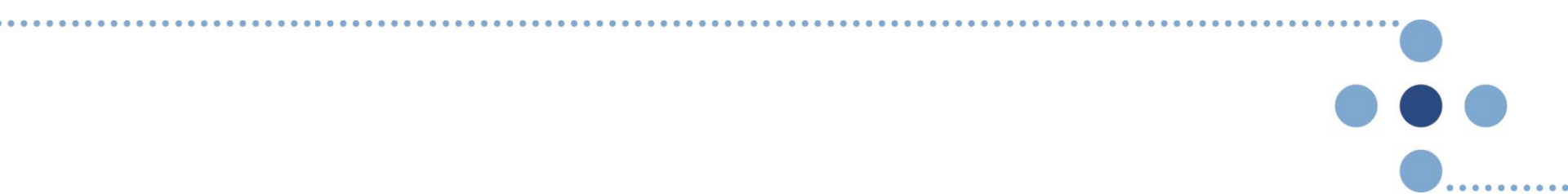
Samfunnsansvar handler om hvordan vi løser vårt samfunnsoppdrag i samspill med andre og hvordan vår virksomhet påvirker mennesker, miljø og samfunn.

1. fremme folkehelsen og å motvirke sykdom, skade, lidelse og funksjonshemning,

For å oppnå dette vil helsetjenesten ta i bruk en rekke virkemidler, som f eks undersøkelse, behandling, habilitering, rehabilitering, forebygging og pleie og omsorg. Det har vært en diskusjon om pleie, omsorg og forebygging er oppgaver for spesialisthelsetjenesten. Hverken pleie og omsorg eller forebygging er primæroppgaver for spesialisthelsetjenesten. Likevel skal det ytes pleie og omsorg i forbindelse med behandling av den enkelte pasient. Det er dessuten en forutsetning at spesialisthelsetjenesten bruker sin kompetanse til forebyggingsarbeid både individuelt overfor den enkelte pasient og generelt gjennom veiledning av kommunehelsetjenesten.

Samlet formålsoppnåelse.

- For at lovens samlede formål skal kunne oppfylles, må tjenestetilbudet også for den samiske befolkning gis en utforming og en kvalitet som imøtekommer denne gruppens behov.
- I utgangspunktet er de formålene som er oppstilt i § 1-1 **likeverdige**. Det betyr at ingen av målene kan neglisjeres eller gis en særstilling. Bestemmelsen gir altså ingen retningslinjer med hensyn til at det ene skal prioriteres foran det annet. Formålsbestemmelsen angir imidlertid de overordnede siktemålene som de andre bestemmelsene i loven skal bidra til å oppfylle. Lovens enkelte formålsbestemmelser vil tjene som tolkningsmoment for de øvrige bestemmelsene i loven, og som veiledning ved skjønnsutøvelsen.

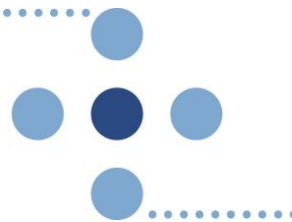


Kvalitet

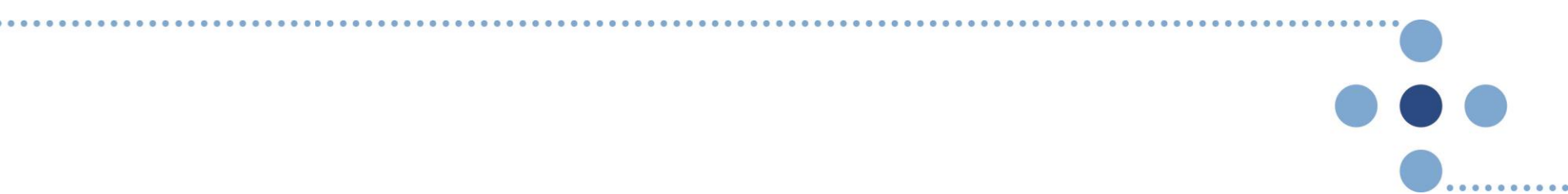
2. bidra til å sikre tjenestetilbudets kvalitet

- Begrepet kvalitet knytter seg til en vurdering av produkters eller tjenesters egenskaper, om produktet eller tjenesten er i samsvar med spesifikasjonene eller de krav som stilles. Kvaliteten på *varer*, gjenstander eller fysiske produkter kan sikres både gjennom styring av produksjonsprosessen og ved etterfølgende kontroll, korleksjon og reparasjon. Kvaliteten på *tjenester* derimot, kan bare sikres gjennom styring av produksjonsprosessen. Dette skyldes at tjenester ikke kan lagres, kontrolleres og repareres før levering. Tjenester produseres alltid samtidig med at de leveres.
- I prinsippet er det tre typer krav som stilles til helsetjenesten. Det er krav fra myndighetene, fra helsetjenesten selv eller dens eiere og fra brukerne. Myndighetskravene er krav stilt i lover, forskrifter, godkjenningssdokumenter, m v. Krav fra helsetjenesten selv eller eierne, kan være en forsterkning av myndighetskravene eller andre krav som ledelse eller eiere fastsetter. Brukerkravene vil være individuelle og mangfoldige. Det ligger ikke i kvalitetsbegrepet at alle brukere må få sine individuelle krav innfridd for at tjenestene skal ha riktig kvalitet. Tjenesteyter må kartlegge de ulike individuelle krav brukerne har, og selv avgjøre administrativt eller politisk hvilke av disse kravene som skal innfris og gis status som brukerkrav. Brukerne bør imidlertid tas med på råd, og så langt det er forsvarlig og økonomisk mulig bør brukernes synspunkter tillegges betydelig vekt.
- Å ta hensyn til hvilke erfaringer den enkelte bruker eller pasient har, vil derfor være en sentral del av en kvalitetsprosess. Kvalitet er imidlertid ikke det samme som det maksimalt beste for den enkelte pasient.
- Ett av denne lovs formål er således å bidra til at tjenestens kvalitet sikres gjennom at det stilles krav til de forskjellige nivåer i helsetjenesten. Eksempelvis stilles det krav til tjenesteyterne på alle nivåer om forsvarlig virksomhetsutøvelse, jf § 2-3. Helsetjenesten har dessuten plikt til å etablere internkontroll for virksomheten, jf tilsynsloven § 3. Myndighetenes krav vil alltid være minimumskrav, men ved at kvalitet er et uttalt formål presiseres at tjenesteyterne bør tilstrebe å fastsette egne kvalitetskrav som går lenger enn de minimumskrav regelverket stiller. Myndighetenes plan for innføring av internkontroll og kvalitet i helsetjenesten er nærmere beskrevet i heftet «Nasjonal strategi for kvalitetsutvikling i helsetjenesten» (IK-2482).

Sikre kvalitet på tenestetilbødet



- Sikre prioritering av store pasientgrupper
- Gode pasientforløp
- Kunnskapsbasert pasientbehandling
- Rekruttering og robuste fagmiljø
- God infrastruktur (MTU/ bygg/ IKT)
- Samle funksjonar - men samtidig desentralisere
- Adekvat kombinasjon av fag i sjukehus
- Kunne utføre lovpålagte oppgaver innan utdanning og forskning
- Samhandlingsreforma

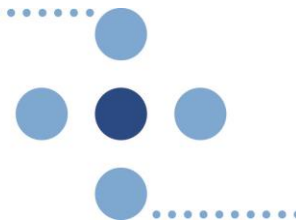


Likeverd

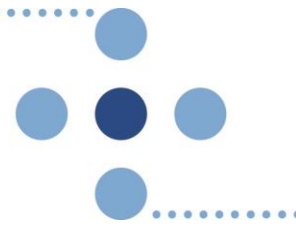
3. bidra til et likeverdig tjenestetilbud,

- Helsetjenester er knappe goder som fordeles mellom individer og grupper i samfunnet.
- Et likeverdig tjenestetilbud foreligger når personer som etterspør helsetjenester har samme mulighet til å skaffe seg helsetjenester uavhengig av bosted, økonomi, sosial status, alder, kjønn, etnisk tilhørighet m v.
- Tilbudslikhet i relasjon til pasientenes bosted er en målsetting for norsk helsevesen. Tilbudet av helsetjenester har alltid vært dårligere i utkantstrøk enn i sentrale deler av landet. I særlig grad gjelder dette for spesialisthelsetjenestene. Å oppnå fullstendig likhet mellom personer i Oslo og Finnmark i denne sammenheng er ikke realistisk. Myndighetene arbeider imidlertid for å redusere dagens forskjeller. En godt utbygd ambulansetjeneste og ambulerende spesialisthelsetjeneste kan f eks bidra til å fremme denne målsettingen. Det samme gjelder tiltak for å stimulere spesialister m v til å etablere seg utenfor de sentrale deler av landet.
- I lovforslaget foreslås flere bestemmelser som skal sikre et likeverdig tjenestetilbud. Etablering av regionale helseutvalg skal for eksempel bidra til å sikre et likeverdig tilbud innenfor regionen.

Likeverdig tenester



- Tilgang til likeverdige tenester
- Må sjåast i samanheng med ivaretaking av kvalitet opp mot volum/ innbyggjartal
- Avstand ved akutt sjukdom
- Avstand til behandling for sjukdom som ikkje hastar
- Komplette og stabile fagtilbod i sjukehus

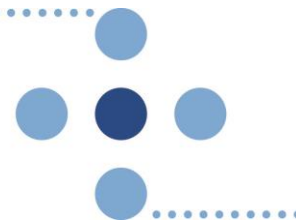


Ressurs utnyttning

4. bidra til at ressursene utnyttes best mulig,

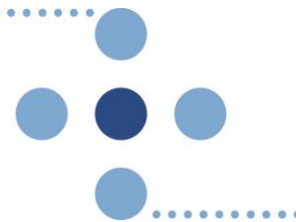
- Med dette siktes det grovt sagt til graden av målrealisering i forhold til ressursinnsatsen. Et tiltak betegnes gjerne som mer effektivt enn et annet hvis målet nås med mindre omkostninger i form av anvendt tid, personellinnsats, utgifter, uheldige bivirkninger m.v. Effektivitetsbegrepet vil således variere med målsettingen. Effektivitet har lenge blitt fremhevet som et mål for helsetjenesten i Norge, men har i liten grad kommet til uttrykk i lovgivningen.
- Lovforslagets kapittel 5 inneholder bestemmelser om samarbeid og om planlegging som vil kunne bidra til en mer effektiv ressursutnyttelse. Endringer i helsetjenestens organisering og finansiering kan også gi effektivitetsgevinster. Rammefinansieringssystemet, som ble innført i 1980, hadde effektivisering som en viktig målsetting, likeledes er systemet med innsatsstyrt finansiering et forsøk på å øke effektiviteten.

God ressursutnytting (Strategi 2020)



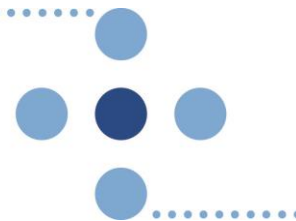
- Nytte personale til aktive behandling framfor passiv vakt
- IKT system tilpassa pasientforløp
- Gode arbeidsprosessar, rutinar og system
- Drift tilpassa gjeldande rammer
- Investeringskapasitet

Ressursutnytting (Strategi 2020)



- Samle små og sårbare fagmiljø til større einingar
- Frå passiv vakt til aktiv teneste Auke utnyttingsgrad av kostnadsintensivt MTU
- Tiltak for å dempe variasjonar i forbruksrater
- Med god kvalitet og omdømme blir det føresett reduserte pasientstraumar ut av føretaket/gjestepasientkostnadar
- Samhandlingsreforma

Pasientstraumar

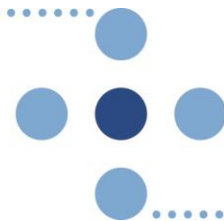


- Konkrete pasientstraumar og forbruksratar vert kartlagt gjennom data frå NPR.

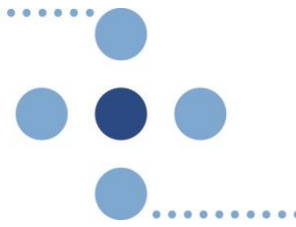
Problemstillingar:

- Omfang og breidde på tilbod i ulike sjukehus
- Fritt sjukehusval for pasientar/ innsøkjande lege sine vurderingar av hensiktsmessig tilbod
- Kommunale legevaktordningar
- Avstandar og reisevanar til befolkninga

Oppsummering pasientstraumar



- Dagens finansieringsmodell; samla sett for alle behandlingsnivåene er et inntekstpotensial for redusert bruk av regionsykehusene på om lag 90 millioner kroner. (80 % kostnad utenfor eige RHF)
 - Med marginalkostnad på 60 % tilsvarar dette 36 MNOK
 - Med marginalkostnad på 80 % tilsvarar dette 18 MNOK.
- For dagkirurgi betyr de private sykehusene relativt sett mer. Dette er i all hovedsak dagkirurgi. Forbruket ved de private sykehusene har blitt redusert i Molde og Ålesund bostedsområder og økt i de to andre.
- For den polikliniske virksomheten er det avtalespesialistene som er de store private aktørene. Alle bostedsområdene har en økning fra 2012 til 2013, men fortsatt utgjør avtalespesialistene en liten andel av konsultasjonene i fylket.
- Når det gjelder veksten av behandling for pasienter bosatt utenfor eget helseforetak er det Volda sykehus som har den største veksten, og då spesielt pasienter fra Sogn og Fjordane.
- Reisekostnadar gjestepasientar Kristiansund bostadsområde er ut frå eit vekta grunnlag estimert til 5,5 MNOK.

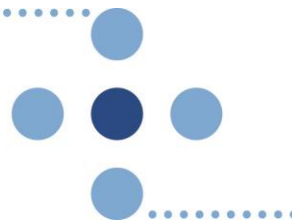


Tilpassa pasienten

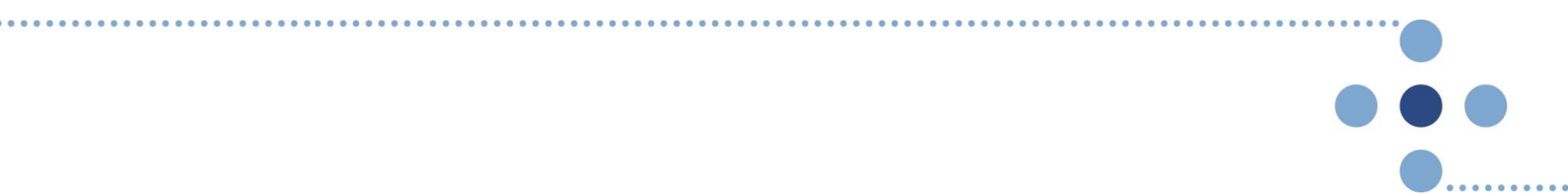
5. bidra til at tjenestetilbudet blir tilpasset pasientenes behov

- Etterspørselen etter helsetjenester reflekterer ikke nødvendigvis det reelle behovet for slike tjenester, bl a fordi etterspørselen vil avhenge av hva som faktisk tilbys. Tjenester som ikke tilbys vil ofte ikke bli etterspurt, selv om det er behov for dem. Omvendt vil tjenester som kan tilbys, ofte også bli etterspurt selv om det reelle behovet kan være lite.
- § 1-1 nr 5 må ses i sammenheng med andre regler i lovforslaget som angir virkemidler for å få til tilpasning av tilbudet til pasientenes behov. I § 2-8 pålegges eier av helseinstitusjoner å gi videre den informasjon som befolkningen og pasienter behøver for å kunne ivareta sine rettigheter etter helselovgivningen. Det siktes her f eks til at det skal redegjøres for ventetidssituasjonen ved sykehuset. § 5-1 annet ledd gir hjemmel for å påby samarbeid «når det finnes påkrevet for å ivareta pasientinteresser eller nasjonale interesser innen helsetjenesten».
- Målet om behovstilpasning har videre en nær sammenheng med pasientrettighetene som reguleres i eget lovforslag. I forslaget til lov om pasientrettigheter er det videre nedfelt en rekke bestemmelser som har betydning for målet om behovstilpasning, bl a pasientens rett til medvirkning, rett til vurdering og fornyet vurdering, rett til valg av sykehus og retten til informasjon.

Tilpasning til pasienten



- God informasjon om tenestetilbudet
- Desentralisering av «vanlege» behandlingstilbod
- I dialog
- Pasientforløpsutvikling
- Samarbeid med kommunane

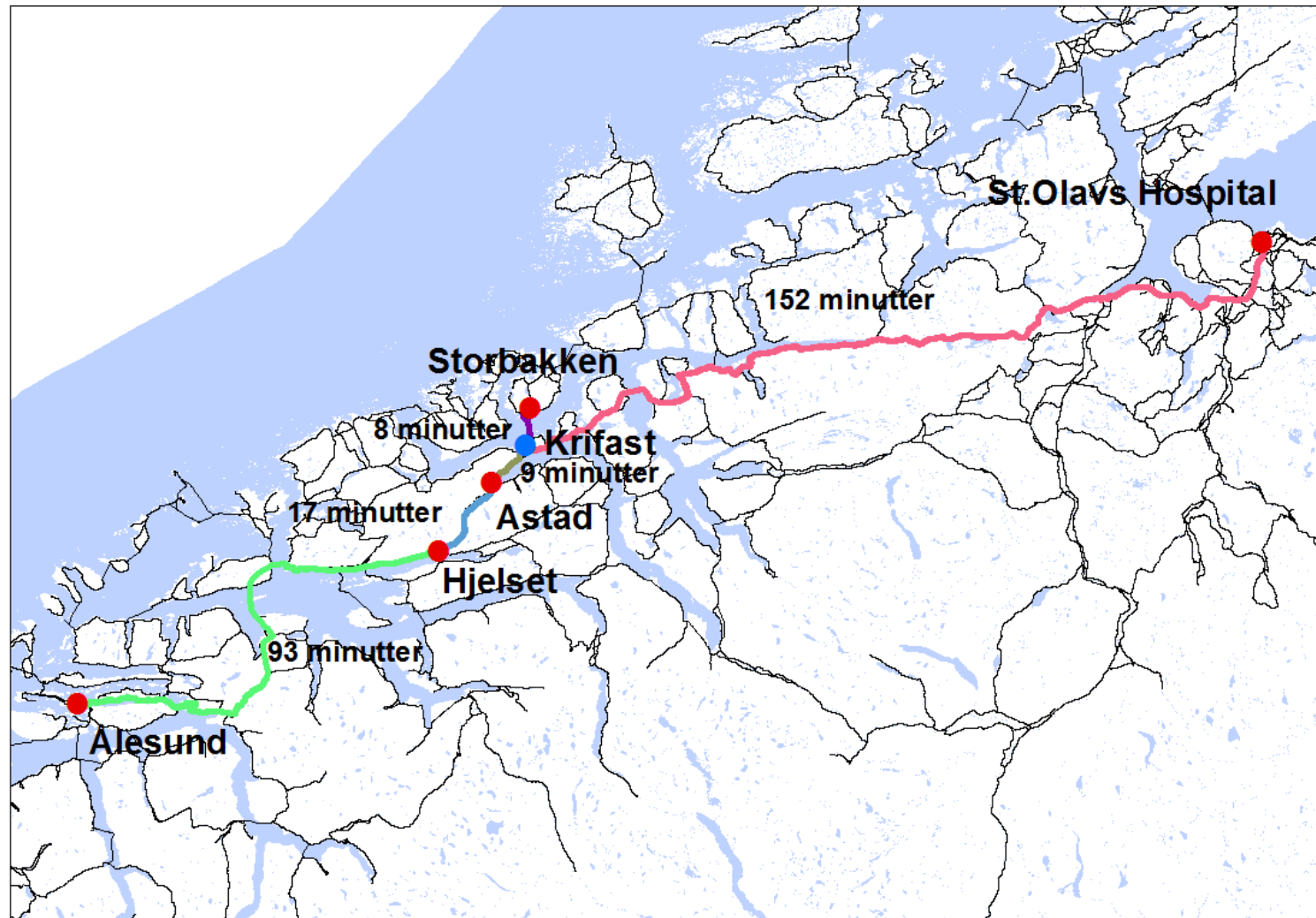


Tilgjenge

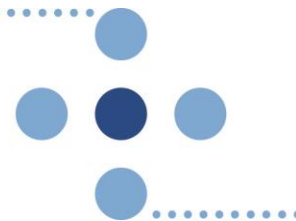
6. bidra til at tjenestetilbudet blir tilgjengelig for pasientene.

- Tilgjengelighetsbegrepet har flere dimensjoner:
 - Geografisk tilgjengelighet. Helsetjenestene er mest tilgjengelig for brukere som befinner seg i nærheten.
 - Tilgjengelighet i tid. Helsetjenester som kan nås døgnet rundt er mer tilgjengelige enn de som bare kan benyttes et visst antall timer per dag. Lang ventetid for behandling er også et tilgjengelighetsproblem.
 - Sosial tilgjengelighet. Det tenkes da på at ulike befolkningsgrupper (høy- og lavstatusgrupper, samer, innvandrere m v) i ulik grad vil føle barrierer av f eks kulturell og religiøs art i sin kontakt med helsevesenet.
 - Fysisk tilgjengelighet. For funksjonshemmede kan den fysiske tilgjengeligheten til behandlingsstedet eksempelvis være et betydelig problem.
- Lovforslaget inneholder bestemmelser som skal gjøre helsetjenesten mer tilgjengelig for pasientene. Blant annet vil etableringen av de regionale helseutvalg og utarbeiding av regionale helseplaner bidra til at pasienter innenfor regionen får samme tilgang på helsetjenester.
- De rettigheter pasienter får i lov om pasientrettigheter, vil også kunne bidra til at helsetjenesten blir mer tilgjengelig. Det vises blant annet til retten til fritt sykehusvalg og retten til vurdering og fornøyet vurdering.



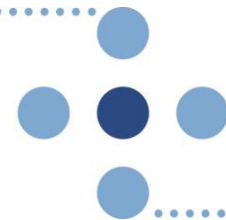


Tilgjenge oppsummert

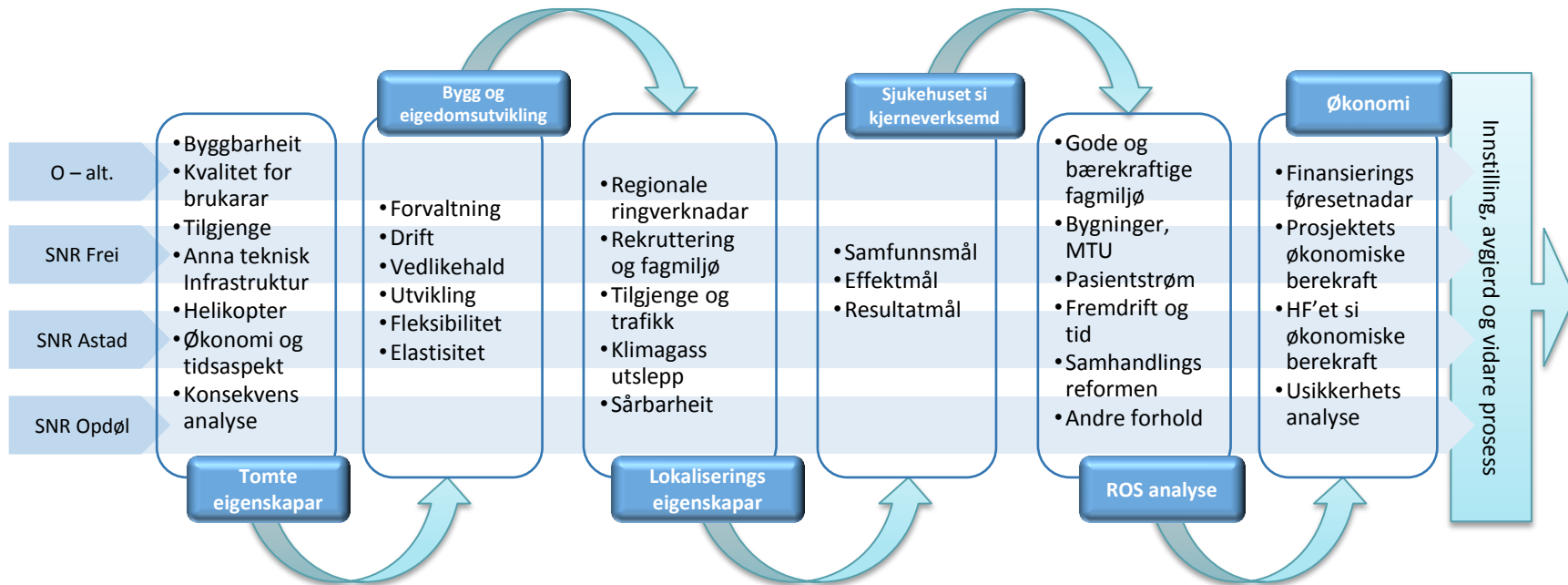


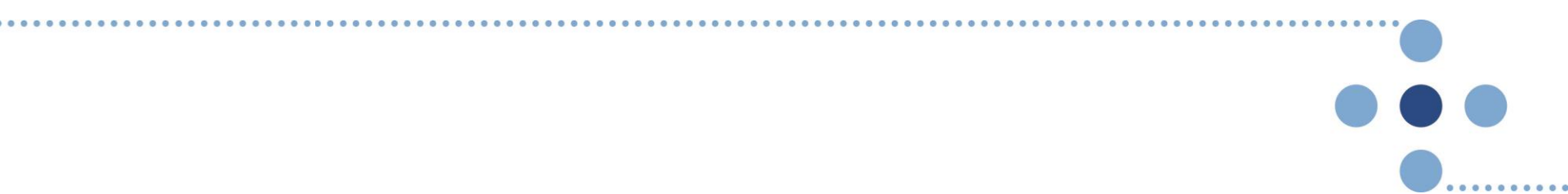
- Aksens Hjelset – Søre del av Frei tek i stor grad opp i seg geografisk størst nærleik til innbyggjarane i Nordmøre og Romsdal – med nokre marginale avstandsforskjellar og volumforskjellar.
- Det demografiske opptaksområdet med innbyggjarar nærast SNR i år 2030 varierer frå 121 362 for Opdøl, 118 263 for Astad og 111 796 for Storbakken.
- Lokalisering i nord gir relativt sett «drenasje» av pasientar mot Ålesund – lokalisering i sør gir «drenasje» mot St. Olavs hospital.
- Dei som har lengst veg på Nordmøre får relativt sett lengre veg ved plassering i sør, befolkninga i sør får relativt sett mindre forlenga reiseveg grunna overgang til geografisk nærast Ålesund.
- Det vil vere tilbodsinnhald, kvalitet og omdømme som styrer pasientstraumar mest.

Evalueringsmodell – idéfase SNR



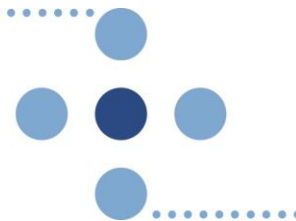
Utviklingsplan
Helse Møre
og Romsdal HF
2030





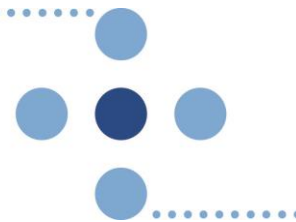
ROS analyse

ROS analyse – Del av idéfaserapporten

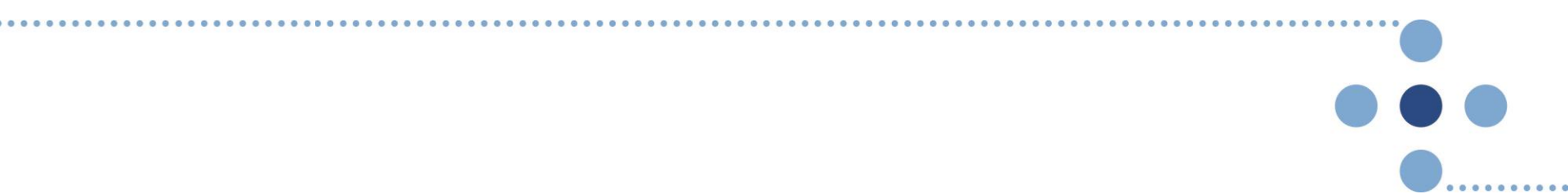


- NS 5814:2008
- Styret og leiinga sitt verkty for å dokumentere ansvarleg kontroll med risiko
- «Interimsperioden» frå vedtak til driftsstart av SNR
- Identifisere fare - definere kompensierende tiltak

ROS analyse – Tema

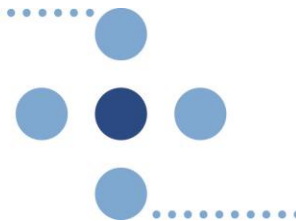


- Gode og bærekraftige fagmiljø
- Bygninger, MTU
- Pasientstraum
- Framdrift og tid
- Samhandlingsreforma
- Andre forhold



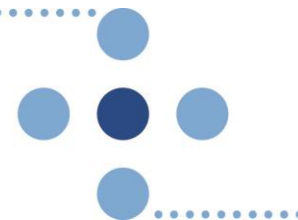
Økonomiske vurderingar

Idéfaserapport - investeringsvurdering



- Investeringsbehov på rundt 4-5 milliard kroner
- Eigenkapitaltilskot på 1,2-1,5 mrd. kroner ved 70 % lånefinansiering og 2-2,5 mrd. kroner ved 50 % lånefinansiering.
- Rentekostnadene (4 %) vil ved desse lånebeløpa variere frå 80 til 126 mill. kroner første året.
- Avskrivingskostnader for ei investering på 4-5 milliard kroner med 27 års levetid(bygg og utstyr samla)utgjør ein årleg kalkulatorisk kostnad på 148-185 mill. kroner, mot avskrivingsbeløpet i dag som er på ca. 46 mill. kroner.
- Samla auka kapitalkostnad knytt til dømet over, ligg dermed mellom 182-265 mill. kronar første driftsåret.
- Utover investeringane i nytt sjukehus er det også behov for investeringar i resten av føretaket.

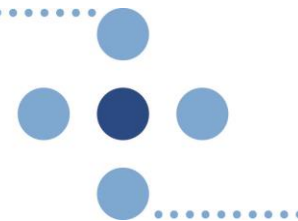
Areal – 2030 perspektiv



Bruttoareal pr alternativ og funksjon	1A	1B	1C	2a	2b	2c
SNR - somatikk	68 935	69 046	68 935	71 277	71 277	71 277
DMS	4 250	5 120	4 250	0	0	0
Psykisk helsevern og rusbehandling	6 224	6 224	6 224	6 224	6 224	6 224
Bruttoareal i alt	79 409	80 390	79 409	77 501	77 501	77 501

Bruttoareal for Møre og Romsdal HF	Idefase	Utviklingsplan	Kommentar
0-alternativet	177 379	172 984	
Alternativ 1A	185 733	173 001	Alternativ 1B i utviklingsplanen
Alternativ 1B	186 714	175 566	Alternativ 3A i utviklingsplanen
Alternativ 1C	185 733	173 001	Alternativ 1A i utviklingsplanen
Alternativ 2	183 825	169 914	Alternativ 3B i utviklingsplanen

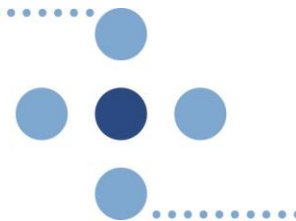
HF'ets økonomiske utviklingsbilde



Endring i rammebetingelser i HMR perioden 2014-2024

Tall i 1000 kr.	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Prognose 2014 pr august	-80 200											
Helårseffekt 2014		30 000										
Nye tiltak		60 000	90 000	90 000	90 000	90 000	90 000	90 000				
Økt inntekt knyttet til aktivitet		25 000	49 000	49 000	49 000	49 000	49 000	49 000	49 000	49 000	49 000	49 000
Kostnad ny aktivitet		-23 000	-44 000	-44 000	-44 000	-44 000	-44 000	-44 000	-44 000	-44 000	-44 000	-44 000
1,0 % rammetrekk til regionale satsinger			-48 000	-48 000	-48 000	-48 000	-48 000					
Andre rammeendringer		-10 000		-17 500	-17 500							
Økt resultatkrav		-49 000										
Innfasing finansieringsmodell			-43 000									
Økt satsing forskning		-2 000	-2 000	-2 000	-2 000	-2 000	-2 000					
Ø-hjelpssenger		-8 000										
Rustilbud (motpost mot økt ramme)		-5 500										
Økning tjenestekostnader Hemit		-25 000	-14 000	9 000	4 000	-35 000	-20 000					
Avskrivninger og renter nytt sykehus												
Gevinster av nytt sykehus												
Sum årlig endring rammebetingelser	-80 200	-7 500	-12 000	36 500	31 500	10 000	25 000	95 000	5 000	5 000	5 000	5 000
Akkumulert endring rammebetingelser	-80 200	-87 700	-99 700	-63 200	-31 700	-21 700	3 300	98 300	103 300	108 300	113 300	118 300

Alternativ som utredes i denne modellen

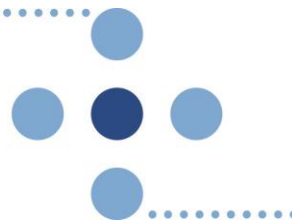


- Forutsetninger: som spesifisert tidligere, Ålesund og Volda vil være like i alle disse alternativene
- Dato for beregninger: (somatikk - juni 2014, korrigert august 2014), (Psykisk helse og rus, oktober 2014)

0-ALTERNATIVET

- 0-alternativet viser et alternativ der man opprettholder dagens bygningsmasse med et minimum av investeringer (ikke nybygg)

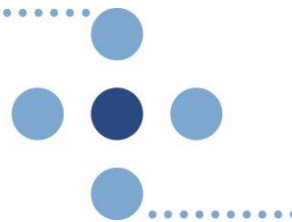
Alternativ 1



Alternativ 1 inneber etablering av eit nytt sjukehus i enten Kristiansund, Gjemnes eller Molde (SNR), med ein viss elektiv dag- og poliklinisk aktivitet i motsett by, og for alternativ 1B i begge byar. Dei tre alternativa er omtala som følger:

- Alternativ 1 A Kristiansund (SNR Frei) med desentralisert tilbod i Molde
- Alternativ 1 B Gjemnes med desentralisert tilbod i Molde og i Kristiansund
- Alternativ 1 C Molde (SNR Hjelset) med desentralisert tilbod i Kristiansund
- Alternativ 1A og 1C er helt like med omsyn til areal, da begge forutsetter ett sjukehus med somatikk og psykisk helse, i tillegg til en elektiv enhet i motsatt by.

Alternativ 2



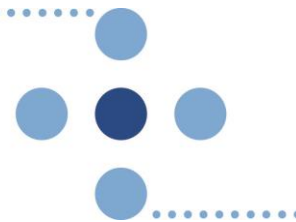
NYTT SJUKEHUS UTAN POLIKLINISK VERKSEMD I MOTSETT BY / BEGGE BYAR

Alternativ 2 inneber eit nytt sjukehus for Nordmøre og Romsdal inkl. psykisk helse og TSB. Det etablerast ikkje elektive einingar i dette alternativet.

- Alternativ 2 A Kristiansund (SNR Frei)
- Alternativ 2 B Gjemnes
- Alternativ 2 C Molde (SNR Hjelset)

Desse alternativa er like, uavhengig av plasseringa til sjukehuset, og det er kun presentert beregninger for alternativ 2, uavhengig av plassering.

For psykisk helsevern og RUS



- For psykisk helsevern og RUS er følgende alternativer:

0-alternativet:

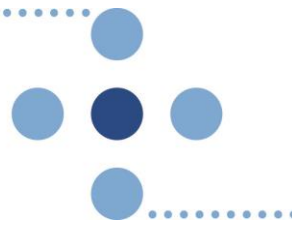
- Sykehuspsykiatri og alderspsykiatri 2 steder som i dag, ikke avrusning i SNR. NB! for sykehuspsykiatri finnes i realiteten ikke dette alternativet! bygningen er ikke drivverdig videre

Alternativ 1:

- Nytt sykehus men akutt akuttbehandling som ikke er ø-hjelp går til motsatt by.

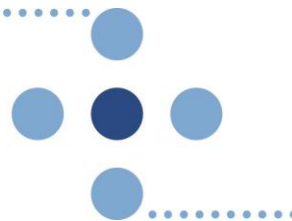
Alternativ 2:

- Alt samlet på SNR (all sykehuspsykiatri, alderspsykiatri (inkl hab), avrusning). Det er denne varianten som nå ligger inne med areal i alle dagens varianter.



Innstilling, avgjerd og prosessen videre

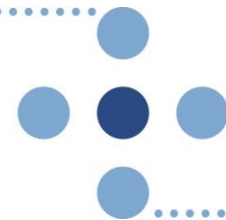
Styrevedtaket 17. desember 2014



Innstilling til Helse Midt-Norge RHF:

- Lokalisering og tomteval
- Hovudinnhald (funksjonar og oppgåver i SNR)
- Økonomisk berekraft
- 3 alternative løysingar inn i konseptfasa
 - inkl. 0 alternativet som skal vere med
- ROS analyse - interimsperioden
- Mandat og prosessbeskriving for konseptfasa

Evalueringsmodell – idéfase SNR



Utviklingsplan
Helse Møre
og Romsdal HF
2030

