

Samfunnskonsekvenser - ny sykehusstruktur i Helse Møre og Romsdal HF



Utarbeidet for
Helse Møre og Romsdal HF

Samfunnseffekter - ny sykehusstruktur i Helse Møre og Romsdal HF

Utarbeidet for
Helse Møre og Romsdal HF

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	1
1 Bakgrunn og problemstilling	7
1.1 Behov for ny sykehusstruktur i Møre og Romsdal	7
2 Alternative modeller for organisering av sykehustjenester i Helse Møre og Romsdal	9
3 Samfunnsmessige konsekvenser	15
3.1 Spesialisthelsetjenestens investerings- og driftskostnader.....	16
3.2 Tilgjengelighet.....	18
3.2.1 Tilgjengelighet ved ø-hjelp.....	18
3.2.2 Reisetid for pasienter	20
3.2.3 Reisetid for pårørende	21
3.2.4 Likeverdighet i pasienttilbud	22
3.2.5 Trafikal tilgjengelighet	24
3.3 Samfunnssikkerhet og beredskap	24
3.3.1 Beredskap - offshore.....	25
3.3.2 Fastland.....	27
3.3.3 Infrastruktur	28
3.4 Fagmiljø og behandlingskvalitet	28
3.4.1 Pasientgrunnlag	34
3.4.2 Beholde og rekruttere kompetanse	35
3.4.3 Bygningsmessige fasiliteter.....	49
3.4.4 Regionalt fagsamarbeid	50
3.4.5 Behov for forflytning av pasienter	50
3.5 Næringsutvikling.....	50
3.5.1 Sysselsetting i vare- og tjenesteproduksjon	51
3.5.2 Tilgang på arbeidskraft for annen virksomhet.....	62
3.6 Steds-, by og regionutvikling	63
3.6.1 Byer som motor for vekst.....	63
3.6.2 Bykultur og identitet	65
3.7 Energi og miljø.....	67
3.7.1 Muligheter for energieffektivitet	67
3.7.2 Miljøinngrep	68
3.8 Kostnader ved overgang til ny sykehusstruktur	68
3.8.1 Politisk legitimitet for løsningen	69
3.8.2 Konseptvalgutredning og forprosjektering med tilhørende kvalitetssikring.....	69
3.8.3 Regulering og teknisk implementeringstid	71
4 Vurdering av de konseptuelle alternativene.....	72
4.1 Prissatte effekter.....	72
4.1.1 Investeringskostnad og driftskostnader.....	72
4.1.2 Transportarbeid og dødsulykker som følge av transport.....	74
4.2 Ikke prissatte effekter	77
4.2.1 Tilgjengelighet	78
4.2.2 Samfunnssikkerhet og beredskap	84
4.2.3 Fagmiljø og behandlingskapasitet	85
4.2.4 Næringsutvikling	88
4.2.5 Steds-, by- og regionutvikling	90
4.2.6 Sårbarhet ved overgang til ny sykehusstruktur.....	91

4.2.7	<i>Energi og miljø</i>	93
4.3	Fordelingseffekter.....	94
5	Usikkerhet, fleksibilitet og realopsjoner	96
5.1	Usikkerhet i investerings- og driftskostnader	96
5.2	Usikkerhet i finansieringsgrunnlaget	97
5.3	Usikkerhet knyttet til pasientgrunnlaget	99
5.4	Usikkerhet knyttet til fagmiljø og rekruttering	101
5.5	Usikkerhet knyttet til samhandlingsreformen.....	101
5.6	Usikkerhet knyttet til ytterligere styrking av Ålesund sjukehus	102
5.7	Usikkerhet knyttet til utvikling av annen infrastruktur	103
5.8	Realopsjoner	103
5.8.1	<i>Utsettelses-oppsjon</i>	104
5.8.2	<i>Opsjon for produksjonsnivåendringer</i>	105
5.8.3	<i>Opsjon for stegvis investering</i>	105
5.8.4	<i>Opsjon for senere vekst og utvikling</i>	105
6	Samlet vurdering	106
	Litteratur	111
	Vedlegg: Nåverdiberegninger for andre transportarbeidsberegninger ..	114

Sammendrag

Oslo Economics har på oppdrag fra Helse Møre og Romsdal HF utredet samfunnskonsekvenser/samfunnsøkonomiske konsekvenser knyttet til syv alternative konsepter for ny sykehusstruktur i Romsdal og på Nordmøre. Utgangspunktet for utredningen er Helseforetakets Utviklingsplan, der alternativene presenteres nærmere.

Oslo Economics har gjennomført oppdraget i perioden 19. oktober til 26. november. Som del av oppdraget har vi intervjuet 38 informanter. Vi er forelagt all dokumentasjon som ligger til grunn for Utviklingsplanen. I tillegg er det gjennomført dokumentstudier av tidligere utredninger på området og annen offentlig tilgjengelig dokumentasjon. Det er disse intervjuene og dokumentstudiene som er grunnlag for utredningens vurderinger og konklusjoner.

Vi vurderer i utredningen følgende samfunnskonsekvenser/samfunnsøkonomiske effekter:

- Spesialisthelsetjenestens investerings- og driftskostnader
- Tilgjengelighet
- Samfunnssikkerhet og beredskap
- Fagmiljø og behandlingskvalitet
- Næringsutvikling
- Steds-, by- og regionutvikling
- Energi og miljø
- Kostnader ved overgang til ny struktur
- I tillegg har vi vurdert hvilke fordelingseffekter de forskjellige alternativene vil gi, og hvilken usikkerhet samt fleksibilitet/realopsjoner som knytter seg til alternativene.

Vår analyse er gjennomført med utgangspunkt i Finansdepartementets veileder i samfunnsøkonomiske analyser, med de begrensninger en kort prosjektperiode har gitt. Noen av effektene er prissatt, og disse effektene er benyttet som variabler i

en nåverdiberegning. Dette gjelder investeringskostnad og driftskostnad for nytt sykehus og kostnad ved transportarbeid (samt ulykker knyttet til transport) som følger av pasienters, ansattes og besøkendes reise til sykehuset. Øvrige effekter er ikke prissatt, men vurdert i henhold til Finansdepartementets veileder.

Vår overordnede vurdering er at alle syv alternativer er mulige konsepter for ny sykehusstruktur i Romsdal og på Nordmøre. Konseptene har ulike styrker og svakheter, men det er ikke grunnlag for å fastslå at noen av konseptene i seg selv vil gi innbyggere i området et uforsvarlig helsetilbud eller uforsvarlige reiseavstander. Dette forutsetter imidlertid at det iverksettes en rekke tiltak som å sikre at bygningsmasse er forsvarlig, at fagmiljøet har rekrutteringsevne og at transporttilbudet er akseptabelt. Denne type tiltak vil være mer krevende og til dels svært kostnadskreven, i enkelte av alternativene. Gitt helseforetakets anstrengte økonomiske situasjon og den usikkerhet og risiko det er knyttet til enkelte av disse alternativene vurderes noen av konseptene som mer hensiktsmessige enn andre.

Videre har de ulike konseptene ulike virkninger for lokal næringsutvikling og utvikling av sted, by og region. Disse fordelingseffektene og hva som er en «rettferdig fordeling» vektlegges svært stor betydning av informantene. Vårt anliggende er effekter for samfunnet i sin helhet, ikke de fordelingsmessige effektene.

Nullalternativet framstår ikke som bærekraftig. Alternativ 1a, som kommer best ut på de prissatte effektene, synes å komme noe svakere ut enn 2a på effektene tilgjengelighet og overgangskostnad. Det er noe trafikk i Molde i rushtid som gjør det til dels utfordrende for utrykningskjøretøy å komme fram, og det vil kunne være krevende å opprettholde full drift på sykehuset samtidig som det bygges nytt over en periode på mange år. Alternativet 1b kommer dårligere ut enn 2b, ettersom akuttsykehus på eksisterende tomt i Kristiansund vurderes som mindre egnet enn en ny plassering med en mer egnet bygningsmasse og bedre trafikale forhold bynært Kristiansund. Begge alternativer har dagbehandling/poliklinikk i den andre byen.

De bynære alternativene 2a og 2b vurderes som mer egnet på lang sikt for å opprettholde rekruttering. I høringsuttalelsene foretrekkes disse alternativene framfor 3-alternativene i høringssvar fra de ansatte, inkludert for leger og sykepleiere.

Alternativ 3a og 3b (gitt geografisk plassering midt mellom byene) kommer dårligst ut på de prissatte effektene, og de vurderes som mindre heldige med tanke på langsiktig rekruttering og steds- og byutvikling. Byene anses også å være viktige som motorer for regionene rundt. Et sykehus midt mellom byene vil således kunne svekke både Molde- og Kristiansundsregionen. Det synes som det vil være mer utfordrende å rekruttere fagkompetanse til et sykehus som ligger midt mellom byene enn et sykehus som ligger bynært, særlig siden det er typiske kvinneyrker det primært vil være knapphet på i 2030. Kvinner med høy utdanning, som jobber deltid og har barn, er generelt sett pendlingsaverse. Et nytt sykehus vil med fordel være plassert slik at det går an å bo bynært, uten å måtte pendle langt til jobb. 3-alternativene vurderes som mindre risikable enn 2b med tanke på rekruttering og fagmiljø i en overgangsfase, men 2b vurderes til å kunne utvikles til en bedre løsning enn 3-alternativene (gitt plassering i Batnfjordsøra) på sikt.

Et større fagmiljø og utdanningsmiljø i Molde trekker i retning 2a når det gjelder muligheten for å sikre god rekruttering til fagmiljøet, og dermed god behandlingskvalitet på kort og lang sikt.

Alternativ 2b vurderes imidlertid til å være best for akutt beredskap med tanke på maksimal reisetid ved fødsel, hjerneslag og akutt hjertesykdom. Dette forutsetter at planlagt infrastrukturutvikling gir kortere reisevei til sykehuset i Ålesund for befolkningen i sør. Alternativ 2b er også best med tanke på offshore beredskap, mens plassering i sør kan være like egnet med tanke på beredskap på fastlandet.

Alternativet 2a vurderes også å gi sykehuset et større befolkningsgrunnlag for å drive et sykehus enn alternativ 2b, ettersom reisetid til St. Olavs Hospital i nord fortsatt vil være betydelig i 2030. Alternativet kan gi noe pasientbevegelse til andre helseforetak i Helse Midt-Norge, men det vurderes i seg selv ikke å være problematisk hvis inntektene allokeres mellom helseforetak. Det kan argumenteres for at det ut i fra et fordelingsperspektiv med tanke på maksimal reiseavstand bør sykehuset flyttes lenger nord. Alternativ 2b vurderes imidlertid å få et mindre pasientgrunnlag på grunn av framtidig kort reisetid til Ålesund for innbyggere i Romsdal, og at rekrutteringsutfordringene vil være større. En måte å dempe en slik utvikling vil være å i større grad likestille behandlingstilbudet i Ålesund og bynært Kristiansund, med to lokalsykehus og et spesialistsykehus i Trondheim. En slik løsning vurderes imidlertid å ha høyere risiko og høyere kostnader for å holde på et stabilt fagmiljø.

Alternativ 2a, med et akuttsykehus plassert nær Molde, med dagbehandling/poliklinikk i Kristiansund, framstår som det foretrukne alternativ av alternativene i Utviklingsplanen, basert på en helhetlig vurdering av samfunnskonsekvensene. Det er effekter som trekker i retning av at et sykehus i alternativ 2a bør ligge på Eikrem og ikke på Hjelset. Eikrem er i motsetning til Hjelset en integrert del av Molde by i dag, og er således et bedre valg ut fra byutviklingsperspektiv. Eikrem vil også kunne være noe mer attraktivt som arbeidssted grunnet nærhet til byen, og således ha større sannsynlighet for en god behandlingskvalitet. At det er gjort er stykke arbeid med å planlegge sykehus på Eikrem-tomten, og at byggeprosessen således kan bli noe kortere her, er også et argument som i noen grad trekker i retning Eikrem. Men disse effektene er hver for seg forholdsvis svake.

Hjelset kan vurderes som mer tilgjengelig for andre områder i fylket og mindre problematisk i et fordelingsperspektiv. Intervjuene tilsier imidlertid at Hjelset ikke vil bli vurdert som et kompromissalternativ sett fra Kristiansund, på samme måte som Batnfjordsøra og nordover avvises fra Molderegionen. Samtidig ser vi at flere med tilknytning i nordlige områder vurderer Hjelset som akseptabelt.

Til alle alternativer er det knyttet usikkerhet. Endret funksjonsfordeling som følge av samhandlingsreform og ny medisinsk teknologi vil kunne få stor betydning for et sykehus sitt pasientgrunnlag. Det er også usikkerhet knyttet til demografiske bevegelser og utvikling i kommunikasjoner. Private tjenestetilbud (med offentlig finansiering) kan også utvikle seg.

Det synes likevel ikke som om det er noe godt alternativ å «vente og se», for dermed å kunne fatte en beslutning om ny sykehusstruktur når noe av usikkerheten er borte. 0-alternativet, som kan anses som et vente og se-alternativ, er et mindre godt alternativ fordi det er risiko for at bygningsmasse, fagkompetanse og pasientgrunnlag forvitrer mens man venter. Det ansees som viktig at det tas en beslutning om ny sykehusstruktur raskt.

Ut fra de argumenter som er anført i denne rapporten synes alternativ 3a og 3b å være mer risikable enn de øvrige i den forstand at de med sikkerhet medfører høye investeringskostnader, men betydelig risiko for at sykehuset tross dette ikke oppnår akseptabel kvalitet grunnet bemanningsproblemer. I denne forbindelse kan det være relevant å peke på at veletablerte sykehus i mindre byer som Narvik og Kongsberg har fått betydelige kvalitetsproblemer med periodevis stengning av

avdelinger. Norge har i mange år hatt problemer med å få sykehus i tettsteder til å fungere tilfredsstillende. De senere år har problemene flyttet seg til mindre byer. I dette perspektiv framstår alternativene 3a og 3b som nokså risikable. Dette gjelder også 2b i Kristiansund, men alt i alt vurderes 2b som bedre å legge til rette for god stedsutvikling og å ha attraktive boområder i nærmiljøet og jobbmuligheter for partner i nærheten. Slik sett framstår alternativ 2b som mer attraktivt enn 3a og 3b. Valg av 2b kan gi ved bruk av ekstraordinære rekrutteringstiltak gi en akseptabel løsning over tid, og 2b ligger også geografisk mer midt i mellom de andre sykehusene i Ålesund og Trondheim. Særlig vurdert utifra betydning av et stabilt fagmiljø over tid vurderes likevel 2a som en bedre løsning.

Fordelingsvirkningene av en ny sykehusstruktur er ikke hensyntatt i vår utredning utover et godt helsetilbud, men det er redegjort for noen mulige effekter. Det vil få konsekvenser for enten Molde eller Kristiansund dersom akuttsykehuset legges et annet sted. Det vil forsvinne opp til 1 700 arbeidsplasser i Molde og opptil 900 arbeidsplasser i Kristiansund, en betydelig andel av arbeidsplassene i byene. Det vil være risiko for at en positiv utviklingsspiral blir svekket. Og avstanden til akuttsykehuset blir større for innbyggerne i Molde jo lenger nord sykehuset legges, og tilsvarende for innbyggerne i Kristiansund jo lenger syd sykehuset legges. For de omkringliggende kommunene vil ikke plasseringen av sykehuset få like stor konsekvens, med unntak for den kommunen der sykehuset eventuelt havner.

Selv om fordelingseffektene er til dels store, vil de kunne reduseres noe ved å ha et dagbehandlingstilbud i den byen som ikke får akuttsykehuset. Dersom denne enheten blir av noe størrelse, vil antallet arbeidsplassers som forsvinner fra byen reduseres merkbart, og avstanden til de mest brukte helsetjenester for befolkningen blir fortsatt kort. Etter vår vurdering er den underliggende positive veksten i både Molde og Kristiansund, og regionene rundt, så sterk at begge byene vil leve videre som attraktive bykommuner også uten et akuttsykehus i byen.

Det blir opp til helseforetakets styre og politiske myndigheter i hvilken grad de ønsker å vektlegge disse fordelingsvirkningene. Det vil også være mulig å vektlegge enkelte effekter annerledes enn Oslo Economics har gjort i denne utredningen, og således komme fram til andre konklusjoner enn vi har gjort. Det har ikke vært vårt anliggende å finne fram til den beste politiske løsningen, men å vurdere hvilket alternativ som vurderes som mest egnet og mest bærekraftig over tid, basert på en rasjonell analyse av identifiserte samfunnskonsekvenser. Dette alternativet er, slik

vi ser det, et akuttsykehus bynært Molde, med dagbehandling/poliklinikk i Kristiansund.

1 Bakgrunn og problemstilling

1.1 Behov for ny sykehusstruktur i Møre og Romsdal

Det er identifisert et behov for en ny sykehusstruktur i Nordmøre og Romsdal.

Strategi 2020 skal være retningsgivende i spørsmål knyttet til prioritering og førende for den videre utvikling i Helse Møre og Romsdal HF. Strategien bygger på føringer fra Helse Midt-Norge RHF (som gjengitt i vedtakspunkt 2 og 3 i sak 80/10). Det er identifisert fire hovedutfordringer for helsetjenesten de neste 10 år:

- a) Befolkningens sammensetning og behov endres
- b) Tydeligere krav til dokumentert kvalitet
- c) Ansatte i helsetjenesten blir en knapphetsfaktor
- d) Økonomisk vekst bremses for spesialisthelsetjenesten

Som en konsekvens har styret for Helse Midt-Norge RHF vedtatt følgende strategiske mål for perioden:

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

Som omtalt i tidligere oppdragsdokument krever disse utfordringene og målene bevisst omlegging av helsetjenesten.

I den senere tid er det gitt føringer på prioritering av de store pasientgruppene, desentralisering av spesialisthelsetjenestene og reduksjon av passiv vakt. Det skal legges til rette for gode pasientforløp internt i helseforetaket og mellom helseforetakene i regionen. Intensjonene i Samhandlingsreformen skal ivaretas.

Som beskrevet i Utviklingsplanen har Helse Møre og Romsdal HF betydelige utfordringer knyttet til realiseringen av Strategi 2020 og ved reduserte inntekter som resultat av ny finansieringsmodell i det regionale helseforetaket.

Helse Møre og Romsdal HF må møte de faglige, strukturelle og økonomiske utfordringene både på kort og lang sikt. I arbeidet med utviklingsplanen har man også forsøkt å synliggjøre hvordan tiltak på lang sikt henger sammen med de utfordringene man står overfor på kortere sikt, ikke minst knyttet til bygningsmassen.

For å møte de store utfordringene spesialisthelsetjenesten står overfor med en større andel eldre innbyggere og flere pasienter med kroniske sykdommer og livsstilssykdommer, skal arbeidet med en bedre arbeidsdeling mellom sykehus videreføres. Dette kan bety at enkelte sykehus skal gjøre andre oppgaver enn i dag, blant annet sett i sammenheng med samhandlingsreformen. Ulikheter i oppgaveomfang og størrelse mellom sykehus skal ikke føre til ulike krav til kvalitet.

Helse Møre og Romsdal HF må på ulike områder forberede seg på samhandlingsreformens gjennomføring i dialog med kommunene. Helseforetaket skal i samarbeid med kommuner kartlegge muligheter for kostnadseffektive samarbeidsprosjekter som erstatter dagens behandling i sykehus, og vurdere etablering av lokalmedisinske sentra. Aktuelle aktiviteter i denne fase er gjennomgang av pasientforløp for store pasientgrupper, inngå avtaler med kommunene, videre utvikling av samhandlingstiltak, samarbeidsprosjekter med kommunene om lokale tilbud, lokalmedisinske sentra (herunder også distriktsmedisinske sentra), og samarbeid om utdanning, forskning og kompetanseutvikling.

2 Alternative modeller for organisering av sykehustjenester i Helse Møre og Romsdal

Høringsdokumentet for utviklingsplan for Helse Møre og Romsdal HF presenterer syv alternativer for sykehusstruktur i Romsdal og på Nordmøre i 2030:

- **0-alternativet:** Fortsatt drift av Molde sjukehus, Kristiansund sjukehus og psykiatri som i dag, med samme funksjonsfordeling, på samme tomter, i samme bygninger, men med nødvendig oppgradering i henhold til bygningsmessig utviklingsplan og pålegg fra statlige tilsyn.
- **Alternativ 1a:** Trinnvis utvikling av Molde sjukehus på eksisterende tomt til akuttsykehus (poliklinikk, dagbehandling, elektivt døgntilbud, akutttilbud og sykehuspsykiatri), trinnvis omlegging av Kristiansund sjukehus til dagbehandling og poliklinikk.
- **Alternativ 1b:** Trinnvis utvikling av Kristiansund sjukehus på eksisterende tomt til akuttsykehus (poliklinikk, dagbehandling, elektivt døgntilbud, akutttilbud og sykehuspsykiatri), trinnvis omlegging av Molde sjukehus til dagbehandling og poliklinikk.
- **Alternativ 2a:** Nytt akuttsykehus (poliklinikk, dagbehandling, elektivt døgntilbud, akutttilbud og sykehuspsykiatri) på ny tomt bynært i Molde (innen 20 minutter i bil fra bysentrum), omlegging av Kristiansund sjukehus til dagbehandling og poliklinikk.
- **Alternativ 2b:** Nytt akuttsykehus (poliklinikk, dagbehandling, elektivt døgntilbud, akutttilbud og sykehuspsykiatri) på ny tomt bynært i Kristiansund (innen 20 minutter i bil fra bysentrum), omlegging av Molde sjukehus til dagbehandling og poliklinikk.
- **Alternativ 3a:** Nytt akuttsykehus (poliklinikk, dagbehandling, elektivt døgntilbud, akutttilbud og sykehuspsykiatri) på ny tomt mellom byene (mer enn 20 minutter fra bysentrum i Molde og Kristiansund), omlegging av Molde og Kristiansund sjukehus til dagbehandling og poliklinikk.

- **Alternativ 3b:** Nytt akuttpsykehus ((poliklinikk, dagbehandling, elektivt døgntilbud, akutttilbud og sykehuspsykiatri) på ny tomt mellom byene (mer enn 20 minutter fra bysentrum i Molde og Kristiansund), nedleggelse av Molde og Kristiansund sjukehus.

Utviklingsplanen berører ikke endringer for Ålesund eller Volda sykehus, og diskuterer i liten grad eventuelle endringer i andre helseforetak som påvirker innbyggerne i Romsdal og på Nordmøre (da særlig Orkdal sykehus).

Med de forventede endringer i infrastrukturen er det mulig å se for seg andre løsninger enn de som er identifisert i utviklingsplanen. Ett eksempel kan være felles sykehus på Nord-Vestlandet på aksen Molde-Ålesund, supplert med mindre lokalsykehus i nord og sør. Det er imidlertid utenfor vårt mandat å vurdere slike løsninger.

Innholdet i spesialisthelsetjenesten er i kontinuerlig endring. Innholdet i framtidig akuttpsykehus og poliklinikk/dagbehandlingsenhet er ikke helt tydelig definert i Utviklingsplanen. Det virker sannsynlig at et akuttpsykehus vil inneholde basisfagene innen medisin, kirurgi, ortopedi, anestesi og føde/gynekologi, samt støtte i lab og billediagnostikk. En poliklinikk/dagbehandlingsenhet vil ta seg av mindre, planlagte inngrep, samt undersøkelser som forberedelse til eventuell innleggelse på sykehus.

Av antall pasientkontakter som håndteres vil et flertall kunne behandles på en poliklinikk/dagbehandlingsenhet. Hospitalitets analyse av arealbehov for sykehuset i de forskjellige alternativene¹ forutsetter 208 000 polikliniske besøk i Romsdal og på Nordmøre i 2030, og 66 000 liggedøgn på akuttpsykehuset.

Alternativene tar i utgangspunktet ikke stilling til konkret geografisk plassering av sykehusene og poliklinikkene, utover nærhet til enten Molde eller Kristiansund. De syv alternativene inneholder tre dimensjoner i tillegg til Molde/Kristiansund-dimensjonen; eksisterende tomt eller ny tomt, bynært eller ikke bynært, og alt på ett sted eller poliklinisk tilbud bynært i begge byer.

¹ Hospitalitet AS (2012): Utviklingsplan 2030 - Beregning av arealbehov i alternative løsningsmodellar

Tabell 2-1: Dimensjoner i de syv alternativene

Dim. 1	Dim. 2	Dim. 3			Alternativ
Eksisterende tomt	Bynært	Alt på ett sted			Ikke vurdert
		Poliklinisk tilbud begge byer	bynært		Alternativ 0, 1a og 1b
	Ikke bynært	Alt på ett sted			Ikke relevant
		Poliklinisk tilbud begge byer	bynært		Ikke relevant
Ny tomt	Bynært	Alt på ett sted			Ikke vurdert
		Poliklinisk tilbud begge byer	bynært		Alternativ 2a og 2b
	Ikke bynært	Alt på ett sted			Alternativ 3b
		Poliklinisk tilbud begge byer	bynært		Alternativ 3a

Kilde: Helse Møre og Romsdal HF, Oslo Economics

Det er som tabellen viser to tiltak som ikke er vurdert innenfor disse dimensjonene:

- Utbygging på eksisterende tomt enten i Molde eller Kristiansund, samtidig med nedleggelse av sykehuset i den byen som ikke får akuttstsykehuset.
- Bygging av nytt sykehus på ny tomt nært enten Molde eller Kristiansund, samtidig med nedleggelse av det i dag eksisterende sykehuset i begge byer.

Det antas at disse alternativene ikke er medtatt fordi det oppleves som klart at disse alternativene vil gi for lang vei til basale helsetjenester for innbyggerne i enten Kristiansundsområdet eller Moldeområdet. Vi ser heller ikke nærmere på disse alternativene, men forholder oss til de syv forhåndsdefinerte alternativene, slik det er definert i vårt mandat.

Det er påpekt at det ikke er helt avklart i Utviklingsplanen hvorvidt det er en tydelig forskjell i tjenestetilbudet innen poliklinikk/dagbehandling mellom

konseptene «Alt på ett sted» og «Poliklinisk tilbud bynært begge byer». Avhengig av størrelsen på og innholdet i poliklinikk/dagbehandlingssenter vil det kunne være et kontinuerlig intervall fra «Alt på ett sted» (med et svært begrenset tilbud på poliklinikken) til 0-alternativet (med et svært omfattende tilbud bynært begge byer). Dette vil kunne få stor betydning for reiseavstand for både pasienter og ansatte, og for fagmiljøet på sykehuset.

Det er videre påpekt at geografisk plassering i alternativ 3a og 3b ikke er definert entydig, og at ytterpunktene kan tolkes å inkludere 2a og 2b. Slik alternativene er definert, kan sykehuset ligge mange forskjellige steder med stor avstand mellom. Av konkrete forslag som er nevnt i debatten er fellessykehus i Gjemnes kommune (enten på Høgset eller på Batnfjordsøra), fellessykehus i Molde kommune (Hjelset), fellessykehus i Kristiansund kommune (Frei), fellessykehus i Eide kommune (Svanviken eller Vevang), fellessykehus i Fræna kommune eller fellessykehus i Averøy kommune.

For å gjøre konkrete vurderinger av styrker og svakheter ved de forskjellige alternativene, har vi for analyseformål innenfor en knapp tidsramme foretatt noen presiseringer av hva alternativene innebærer. Det er framhevet av mange at et sykehus mellom byene bør ligge langs den mest effektive transportåren mellom byene, nemlig E39/Rv 70. Det forventes ytterligere forbedring av denne transportåren. Vi har derfor tatt utgangspunkt i denne aksen. Det kan trekkes paralleller til andre geografiske plasseringer mellom byene, utenfor denne aksen.

For å skille alternativ 3a tydelig fra alternativene 2a og 2b, har vi primært i de konkrete analysene vurdert en geografisk plassering nærmere midtpunktet mellom byene. Vi har dermed antatt at fellessykehuset i alternativ 3a og 3b ligger et sted langs E39, midt mellom Molde og Kristiansund, det vil si i området like øst for Batnfjordsøra. Batnfjordsøra er også stedet Asplan Viak har definert som sykehusplassering for alternativene 3a og 3b når de har utarbeidet tilgjengelighetsanalysene på oppdrag fra Helse Møre og Romsdal HF.

Vi velger således her i analysen i hovedsak å se bort fra andre mulige sykehustomter, men tilknyttet i drøftingen av effekter vil vi der det er relevant inkludere en vurdering av om andre alternative plasseringer av 3b ville kommet bedre ut. Tilsvarende vil vi i 2a, der det er identifisert to mulige lokaliteter, Eikrem og Hjelset, der det er relevant drøfte forskjeller mellom disse to.

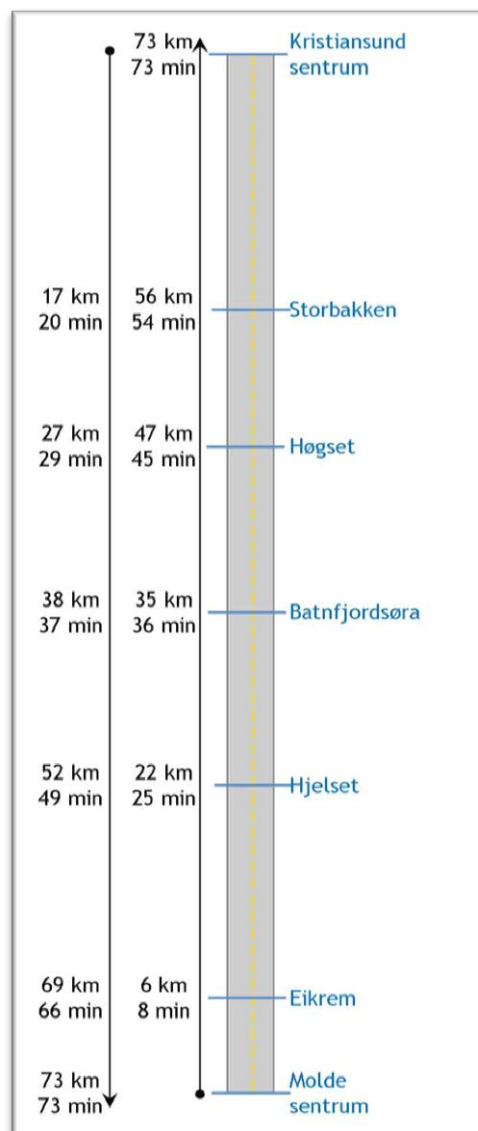
Med denne presiseringen kan den geografiske dimensjonen i de syv alternativene framstilles som følger:

Tabell 2-2: Geografisk plassering av statlige behandlingstilbud i de syv alternativene

Alternativ	0	1a	1b	2a	2b	3a	3b
Molde eksisterende tomt	Akutt-sykehus	Akutt-sykehus	Poli-klinikk		Poli-klinikk	Poli-klinikk	
Kristiansund eksisterende tomt	Akutt-sykehus	Poli-klinikk	Akutt-sykehus	Poli-klinikk		Poli-klinikk	
Molde Eikrem eller Molde Hjelset				Akutt-sykehus			
Kristiansund Storbakke (Frei)					Akutt-sykehus		
Gjemnes Batnfjordsøra (evt andre plasseringer)						Akutt-sykehus	Akutt-sykehus

Kilde: Helse Møre og Romsdal HF, Oslo Economics

Figur 2-1: Avstander fra Molde og Kristiansund sentrum til forskjellige mulige sykehusplasseringer



Kilde: Google maps og Oslo Economics

3 Samfunnsmessige konsekvenser

De ulike alternativene beskrevet i kapittelet vil alle medføre en rekke samfunnsmessige konsekvenser. I dette kapittelet vil vi beskrive hvilke samfunnsområder som vil berøres av en eventuell ny sykehusstruktur i Møre- og Romsdal. De viktigste er knyttet til:

- Spesialisthelsetjenestens investerings- og driftskostnader
- Tilgjengelighet
- Samfunnssikkerhet og beredskap
- Fagmiljø og behandlingskvalitet
- Næringsutvikling
- Steds-, by- og regionutvikling
- Energi og miljø
- Kostnader ved overgang til ny struktur

I det følgende vil vi gjennomgå disse konsekvensene samt hvilken betydning de vil ha i forbindelse med valget av ny sykehusstruktur i Helse Møre- og Romsdal. I kapittel 4 drøfter vi konsekvensen for de ulike alternativene, før usikkerhet, fleksibilitet og realopsjoner drøftes i kapittel 5.

Alle vurderingene skjer med utgangspunkt i nullalternativet, det vil si dagens situasjon og en videreføring av denne uten særlige tiltak.

Vi tar ikke stilling til om dagens struktur og oppgavefordeling er rettferdig. Dette vil være en politisk vurdering som ligger utenfor vårt mandat og vår kompetanse. Tidligere investeringer og strukturelle valg er i vår analyse å betrakte som «sunk cost». Vi konsentrerer analysen om samfunnskonssekvenser ved valg av de ulike alternativene.

3.1 Spesialisthelsetjenestens investerings- og driftskostnader

Hospitalitet² har på oppdrag fra helseforetak utarbeidet en mulighetsstudie for de syv alternativene i utviklingsplanen. Se deres rapport for ytterligere detaljer.

Hospitalitet har lagt til grunn en 40-årsperiode fra 2012, og lagt inn kostnader for investering og reduserte driftskostnader som følge av mer effektiv drift. De har beregnet nåverdien av hvert alternativ med en diskonteringsrente på 4 %.

Hospitalitet understreker at det er stor usikkerhet i tallgrunnlaget. Usikkerheten vil kunne slå ut begge veier. Vi har valgt å synliggjøre denne usikkerheten ved å legge inn et usikkerhetsspenn på netto nåverdi i tabellen nedenfor. Usikkerhetsspennet er gitt ved henholdsvis 20 % lavere og høyere verdier enn forventningsverdien. Ettersom det er stor usikkerhet rundt tallene har vi også valgt å runde av forventningsverdien til nærmeste 100 mill. kr.

Den beregnede nåverdien av hvert alternativ i henhold til Hospitalitets beregninger er gjengitt i tabellen nedenfor:

Tabell 3-1: Investerings- og driftskostnader samt netto nåverdi av disse (mill. kr)

Alternativ	Investering	Reduserte årlige driftskostnader	Usikkerhet optimistisk anslag	Nåverdi 40 år 4 % diskonteringsrente	Usikkerhet pessimistisk anslag
1b	4 706	59	-2 000	-2 500	-3 000
1a	4 892	59	-2 160	-2 700	-3 240
3b	5 779	93	-2 320	-2 900	-3 480
2a	5 311	59	-2 400	-3 000	-3 600
0	4 287	0	-2 400	-3 000	-3 600
2b	5 611	59	-2 560	-3 200	-3 840
3a	5 516	25	-2 960	-3 700	-4 440

Kilde: Hospitalitet/Oslo Economics

De driftsøkonomiske konsekvensene av de ulike alternativene er av Hospitalitet vurdert ut fra tre ulike tilnærminger:

² Hospitalitet AS (2012): Utviklingsplan 2030 - Beregning av arealbehov i alternative løsningsmodellar

- Sammenligning mot helseforetakene som har lavest lønnskostnad per DRG
- Beregning for Helse Nordmøre og Romsdal gjort av Ernst & Young høsten 2010
- Sammenligning med analyse av innsparingspotensialet i forbindelse med planleggingen av nytt Østfoldsykehus

Potensialet for reduserte driftskostnader i tabellen ovenfor framkommer av en vekting der innsparingspotensialet beregnet ved de tre ulike tilnærmingsmetodene er vektet likt. I Hospitalitets analyser er det videre vist til at man kan oppnå ytterligere driftskostnadsbesparelser ved god organisering av poliklinikk/dagbehandling i de delte alternativene 1a, 1b, 2a, 2b og 3a. Det er også gjort sensitiviteter med tanke på at nye bygg kan legge bedre til rette for god drift i driftsøkonomisk forstand. 2a, og 2b kommer da bedre ut enn 1a og 1b.

Det er imidlertid ikke gjort sensitivitetstester som hensyntar usikkerhet knyttet til pasientgrunnet. Beregnet innsparing sammenlignet med nytt østfoldsykehus bygger på forholdstallet mellom befolkningsgrunnet for nytt østfoldsykehus og befolkningsgrunnet i Møre og Romsdal. Hospitalitet har regnet med at man ved samling i en driftsenhet, korrigert for folketall i opptaksområdet kan få samme innsparing som er beregnet for nytt østfoldsykehus.

Dersom ny sykehusstruktur fører til at pasientgrunnet endres ved at flere pasienter søker til andre sykehus vil dette få konsekvenser for driftsøkonomien i helseforetaket. I dag er det en inntektsmodell der helseforetakets finansiering reduseres om annen behandling skjer utenfor helseforetaket. Hvorvidt dagens finansieringsmodell i Helse Midt er samfunnsøkonomisk optimal vurderes ikke i vår analyse.

3.2 Tilgjengelighet

I Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015) heter det at «det er et offentlig ansvar å fremme helse og forebygge sykdom, og å sikre nødvendige helse- og omsorgstjenester til hele befolkningen. Alle skal ha et likeverdig tilbud av helsetjenester uavhengig av diagnose, bosted, personlig økonomi, kjønn, etnisk bakgrunn og den enkeltes livssituasjon.»

Videre heter det at «For å bedre helsetilbudet nær der folk bor skal en større del av veksten i helsebudsjettene framover komme i kommunene. Den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal utvikles slik at den i større grad kan oppfylle ambisjonene om forebygging og innsats så tidlig som mulig. Samtidig skal spesialisthelsetjenesten videreutvikles. Vi vil desentralisere mer av de vanligste sykehustilbudene og fortsette sentraliseringen av tilbud som krever spisskompetanse. God kvalitet og riktig kompetanse skal stå sentralt på alle nivåer av helsetjenesten. Gjennom forpliktende samarbeid på tvers av nivåene skal pasienter og brukere oppleve å få helhetlig og samordnet behandling. Brukernes rolle skal bli tydeligere.

Nye tekniske løsninger og behandlingsmetoder vil gjøre det mulig å behandle flere pasienter på en bedre måte. Men teknologi vil aldri kunne erstatte den menneskelige kompetansen. De ansatte i helse- og omsorgssektoren er den viktigste ressursen. Regjeringen er opptatt av å sikre tilgangen på tilstrekkelig personell med nødvendig kompetanse til oppgavene i kommunene, fylkeskommunene og spesialisthelsetjenesten.»

For å kunne nå disse målene er det nødvendig å ha tilgang til øyeblikkelig hjelp innen kort tid i de tilfeller det er behov for det. Også i de tilfeller der man ikke har behov for øyeblikkelig hjelp er det ønskelig at reisetiden for pasienter og pårørende til helsetilbudet er så kort som mulig.

3.2.1 Tilgjengelighet ved ø-hjelp

En ny sykehusstruktur i Helse Møre og Romsdal må sikre innbyggere en forsvarlig nærhet til akutt- og fødetilbud.

Prehospital responstid er definert som tiden fra et meldt behov til ambulanse er framme hos pasienten. Spesifiserte krav til responstid er ikke nedfelt i lov eller forskrift per i dag. I bakgrunnsarbeidene for NOU 1998:9 "Viss det haster... Faglige krav til akuttmedisinsk beredskap", er det oppgitt en målsetning om at 90 % av

innbyggerne i tettbygde strøk skal nås innen 12 minutter og at innbyggere i spredtbygde strøk skal nås innen 25 minutt.

Viktigheten av prehospitale tilbud i akutte situasjoner er vektlagt i høringsdokumentet hvor det heter at: *«Kva gjeld responstid så er lokaliseringa av ambulanse vel så viktig som val av sjukehusstruktur. Forsvarleg reiseavstand, og dermed reisetid for pasientar med akutte tilstandar, må vurderast ut frå den samla tid det går frå behovet oppstår til riktig/ relevant behandling er gitt på sjukehus eller i ambulanse. Samla tid frå meldt behov til pasienten er framme ved kvalifisert/adekvat behandlingstilbod er påverka av både:*

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

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

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

I rapporten Lokalsykehusenes akuttfunksjoner i en samlet behandlingskjede som ble levert HOD i 2007³ heter det at:

«I etterkant av behandlingen av Stortingsmelding nr. 43 (1999-2000) har det skjedd endringer i ambulansetjenesten. Blant annet har det funnet sted en kompetanseheving. Dette skyldes delvis at det i Forskrift om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus, som kom i 2005, er krav om at ambulanser skal være betjent av minst to personer, og at minst en av disse skal ha autorisasjon eller lisens som ambulansearbeider. Kompetansehevingen skyldes også at det er etablert paramedic-utdanning (videreutdanning) for ambulansearbeidere.»

Hvilke konsekvenser ny sykehusstruktur får for øyeblikkelig hjelp avhenger derfor av også andre forhold enn sykehusstruktur alene. En helhetlig vurdering av prehospital akuttberedskap og transport må derfor legges til grunn. I styrevedtaket i Helse Midt-Norge RHF om “Strategi 2020” står det:

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

Momentene ovenfor viser at det er mange andre faktorer enn bare sykehusstrukturen som påvirker akuttberedskapen. For å kunne vurdere konsekvenser for akuttberedskapen i de ulike alternativene vil det derfor også være nødvendig å se på de prehospitaltjenestene og akutttilbudet i kommunene.

3.2.2 Reisetid for pasienter

Det er et mål for spesialisthelsetjenesten å legge til rette for minst mulig reisetid og avstand for pasientene til planlagt diagnostikk eller behandling. En pasient med kroniske lidelser som har behov for hyppig kontakt med spesialisthelsetjenesten, kan ha en annen oppfatning av “akseptabel” reiseavstand enn en pasient som bare har behov for kontakt et fåtall ganger, eller i en begrenset periode.

3

<http://www.regjeringen.no/upload/HOD/Vedlegg/Lokalsykehusenes%20akuttfunksjoner%20rapp%20200307.pdf>

For flere pasientgrupper vil en stor reisebelastning eller hyppig forflytning også kunne gi negative effekter på behandlingen.

Samhandlingsreformen skal legge til rette for at pasienter med kroniske lidelser kan få direkte oppfølging fra kommunehelsetjenesten med støtte fra spesialisthelsetjenesten. Spesialisthelsetilbudet til disse pasientene er i henhold til Høringsdokumentet ofte i mindre grad avhengig av kostbart utstyr eller tilgang på flere medisinske spesialister samtidig. Tilbudene til disse pasientgruppene kan derfor egne seg godt for en desentralisert etablering, slik at pasientene opplever kort reiseavstand samtidig som de blir sikret nødvendig kompetanse.

Utviklingen går jf. Utviklingsplanen allerede i retning av ambulant virksomhet og desentralisert aktivitet lokalisert til DMS (distriktsmedisinske sentra). Denne utviklingen er i tråd med samhandlingsreformen og den ambulante virksomheten er særlig utbygd innen psykisk helsevern. En lignende utvikling forventes også innen somatikken. En ytterligere satsing på ambulant virksomhet, interkommunalt samarbeid og samarbeid mellom kommuner og helseforetak, vil kunne redusere avstanden til spesialisthelsetjenesten for enkelte pasientgrupper.

Til tross for at utviklingen går i retning av mer desentraliserte helsetjenester og distriktsmedisinske sentra vil et stort antall pasienter uansett ha behov for regelmessig og hyppig kontakt med spesialisthelsetjenesten.

I Nordmøre og Romsdal er det store avstander mellom geografiske ytterpunkt særlig fra nord til sør. Ut fra et pasientperspektiv vil det derfor, gitt at man kan opprettholde kompetanse og kvalitet i behandlingen, være ønskelig med en sykehusstruktur som minimerer pasientenes samlede reisetid.

3.2.3 Reisetid for pårørende

Også hensynet til pårørende, og særskilt i forbindelse med barns sykdom, tilsier at reisetiden til sykehus bør være minst mulig. Dette må imidlertid avveies mot behovet for funksjonsfordeling og «sentralisering av spesialiteter» i sykehusene for å oppnå et best mulig helsefaglig tilbud. Alt annet likt vil en sykehusstruktur som minimerer pårørendes samlede reisetid være å foretrekke, men vi opplever at det er en klar forståelse for at reisetid er akseptabelt hvis det gir tilgang til et bedre tilbud for pasienten.

3.2.4 Likeverdighet i pasienttilbud

I henhold til Nasjonal helseplan skal alle skal ha et likeverdig tilbud av helsetjenester uavhengig av diagnose, bosted, personlig økonomi, kjønn, etnisk bakgrunn og den enkeltes livssituasjon.

Helse Midt-Norge RHF har et *“sørge for-ansvar”* for likeverdige tjenester til innbyggerne i sin region. De prehospitale tjenestene skal bidra til å sørge for at tjenestetilbudet blir likeverdig til tross for ulik geografi og ulik reisetid til spesialisthelsetjenestetilbudet. Helse Møre og Romsdal HF er videre ansvarlig for å ha et medisinskfaglig forsvarlig tilbud ved sine spesialisthelsetjenesteinstitusjoner.

Det enkelte sykehus er slik det er beskrevet i høringsdokumentet sammensatt av ulike medisinske spesialiteter som representerer kompetanse og faglig tilbud. Denne sammensetningen vil kunne variere gjennom døgnet og året. Sykehus med små fagmiljøer, vil være mer utsatt for slik variasjon, og dermed ha en mer usikker faglig tilbudsdekning.

Konsekvensen av variasjon i fagtilbudet er at pasienter må sendes dit kompetansen til enhver tid finnes. Dette gjelder særlig i akutte situasjoner. Nærhet til et sykehus er derfor ikke en garanti for tilgang til den optimale kompetansen.

I prinsippet vil det faglige tilbudet være mer stabilt ved større sykehus enn ved mindre. Det vil være mer krevende å opprettholde stabil kompetanse innen alle fagfelt jo flere sykehus og mindre man har i helseforetaket. Jo flere sykehus en opprettholder, jo mindre bredde og stabilitet kan man forvente ved de enkelte sykehusene. Dette kan jf. høringsdokumentet innebære en risiko for at pasienter blir sendt til feil sykehus i akutte situasjoner.

I høringsdokumentet vises det til at dersom man opprettholder fire sykehus i Helse Møre og Romsdal HF vil de medisinske spesialitetene måtte fordeles. Dette er krevende med tanke på at de fleste spesialitetene er faglig avhengige av hverandre. En risikerer at noen pasienter med mer kompliserte pasientforløp må få behandling ved flere sykehus. Fra et pasientperspektiv er dette utilfredsstillende. Sett fra helseforetaket innebærer slike modeller fare for ustabilitet i tjenestetilbudet kombinert med urasjonell drift.

For at man skal kunne gi pasientene et best mulig faglig tilbud vil det derfor være ønskelig med en sentralisert struktur som gir stabile og kompetente fagtilbud.

Isolert sett burde man følgelig samle alle somatiske sykehus i fylket i en enhet. Men gitt de geografiske forholdene må dette veies opp mot innbyggernes reiseavstand både i forhold til akutt og planlagt aktivitet.

Ifølge en rapport av Ina Heiberg ved Analyseenheten, SKDE Helse Nord⁴ er det slik at bosatte i sykehuskommuner benytter sykehusenes poliklinikker og dagbehandlingstilbud mer enn andre. Rapporten beskriver vertskommunenes bruk av somatiske spesialist-helsetjenester i kontrast til forbruket i omkringliggende kommuner. Gjennomgangen viser at bosatte i vertskommuner har flere polikliniske kontakter og flere dagbehandlinger per 1000 innbygger enn bosatte i andre kommuner i Helse Nord. Dette gjelder alle aldersgrupper, men forskjellene tiltar med økende alder. Forskjellene har tiltatt den siste femårsperioden.

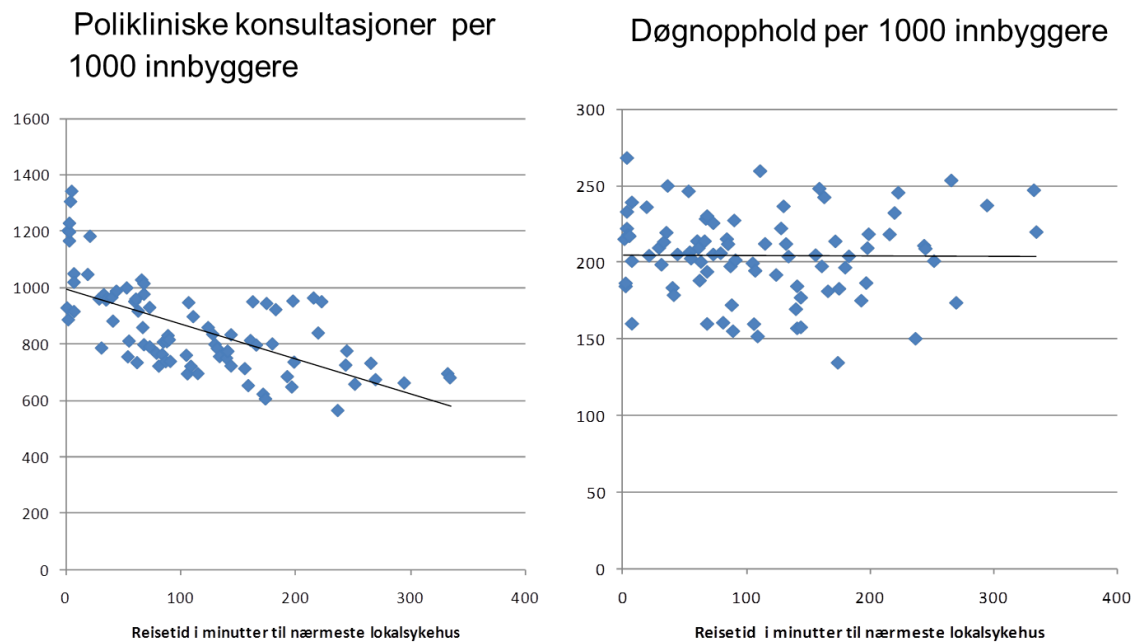
Funnene fra Helse Nord er også gjenfunnet i Helse Midt og Helse Vest. I alle de tre RHF-ene har vertskommuner gjennomgående høyere forbruk av polikliniske tjenester og liggedøgn for de eldste, og da særlig for medisinsk ø-hjelp. Liggedøgnsforbruk knyttet til medisinsk ø-hjelp for pasienter 80 år og over er høyest i nord, men forskjellene mellom vertskommuner og andre kommuner er størst i Midt-Norge. De laveste absolutte ratene for polikliniske konsultasjoner finner vi i Helse Nord, og de høyeste i Helse Midt.

Ved en endring i sykehusstrukturen i Møre og Romsdal vil man på bakgrunn av denne undersøkelsen kunne forvente noe mindre forbruk av sykehustjenester fra kommunene som eventuelt mister sitt nåværende sykehus/får lenger reisevei.

Figurene nedenfor viser henholdsvis antall polikliniske konsultasjoner og antall døgnopphold per 1000 innbygger etter kommune og reisetid til nærmeste sykehus (minutter). Beregningene er gjort med utgangspunkt i befolkningen i Helse Nord for alle behandlingssteder og viser gjennomsnittet i perioden 2007-2009. For døgnopphold er det ikke tilsvarende sammenheng mellom reisetid og bruk.

⁴ <http://www.helse-nord.no/rapporter-og-analyser/vertskommunenes-forbruk-av-sykehustjenester-article80842-10790.html>

Figur 3-1: Reiseavstands betydning for sykehusforbruk



Kilde: SKDE

Hensynet til likeverdighet i pasienttilbudet tilsier at man ønsker den sykehusstrukturen som best balanserer hensynene til et stabilt sterkt og godt faglig tilbud med nærhet til pasientene.

3.2.5 Trafikal tilgjengelighet

Med trafikal tilgjengelighet er vurderingskriteriet hvorvidt sykehusstrukturen legger til rette for hurtig og effektiv transport av pasienter og pårørende til og fra sykehuset. Ansattes muligheter til å komme seg til jobb med bil eller kollektivtransport vil også være en faktor knyttet til dette.

Det viktigste momentet er knyttet til hvorvidt trafikal tilgjengelighet til sykehus kan gjøres på en tilfredsstillende infrastruktur, samt hvorvidt tilgjengeligheten vil være sårbar for eksempel ved rushtidsproblematikk.

3.3 Samfunnssikkerhet og beredskap

Helse Møre og Romsdal HF må kontinuerlig ha beredskapsplanverk som er tilpasset gjeldende sykehusmodell med tilhørende funksjonsfordeling. Dette inkluderer katastrofeplaner for det enkelte sykehus.

I forbindelse med vurdering av ny sykehusstruktur er det viktig å vurdere hvilke konsekvenser de ulike alternativene vil gi for samfunnssikkerhet og beredskap. Dette vil gjennomgå særskilt i en egen risiko og sårbarhetsanalyse. Vi har identifisert særlig tre områder innenfor beredskap som kan tenkes berørt ved endring av sykehusstrukturen i Møre og Romsdal. Disse er beredskap knyttet til storulykker offshore og storulykker fastland, samt infrastrukturens sårbarhet i forhold til ulykker og andre hendelser.

3.3.1 Beredskap - offshore

I Møre og Romsdal er det mange objekter og installasjoner som innebærer særlige utfordringer i beredskapssammenheng. Både hovedservicebasen og helikopterbasen for Midt-Norge er lokalisert i Kristiansund.

I forbindelse med aktiviteten offshore er det viktig å ha både medisinsk beredskap for enkeltpersoner med skader og sykdom som oppstår på sokkelen, samt oversikt over ansvar og roller i en storkatastrofeberedskap.

Ved storulykkesituasjoner må det imidlertid presiseres at flere sykehus vil bli involvert. Det foreligger en beredskapsplan for hvordan ulike hendelser på sokkelen skal håndteres i mange tilfeller vil mange pasienter uansett måtte transporteres til St. Olavs eller Ålesund sykehus. Det er derfor ikke nødvendigvis reisetid til nærmeste sykehus som er det viktigste, men snarere reisetid til nærmeste sykehus der man kan gi den riktige faglige behandling. Utvikling av ny teknologi medfører at det også vil være mulig å flytte behandling og personell midlertidig ved opprettelse av provisoriske sykehus på hensiktsmessige steder.

Endret sykehusstruktur i Møre og Romsdal vil imidlertid måtte føre til endringer i beredskapsplanene. Alt annet likt vil det være ønskelig med en sykehusstruktur som sikrer en best mulig beredskap i forhold til både enkelthendelser.

I Norconsults medisinsk faglige Risiko og Sårbarhetsvurdering (ROS), legges det til grunn at dagens krav om maksimalt 3 timer fra det meldes om en offshore hendelse til pasienten er under behandling ved et sykehus også vil gjelde for nytt sykehus uavhengig av plasseringen. Det gjøres følgende vurdering av de ulike løsningsmodellene i forhold til beredskap offshore:

- *Ved en ulykke på sokkelen vil forskjellen i flytid fra sykehus til sykehus være liten. Selve flytiden vil dermed ikke medføre at noen av de alternative løsningene er vanskelig gjennomførbare.*
- *Oljeselskapene på sokkelen har erfaring med dagens løsning der Kvernberget er gunstig. Som sagt over, har over 70 % av medisinske flyvninger med SAR (Search and Rescue) helikopter gått til Kvernberget og sykehuset i Kristiansund i perioden 2002-2009.*
- *Med dagens teknologi vil enkelte av helikoptrene som i dag flyr til Kvernberget kunne få problemer med alternative lokasjoner. Dette fordi noen helikopter ikke har nødvendig avisningsteknologi, og temperatur sjiktninger over land kan gjøre det lite ønskelig å fly disse helikoptrene inn over land. Per i dag gjelder dette kun enkelte helikoptre. Dagens SAR helikoptre har allerede teknologi som gjør at de kan fly direkte til de aktuelle lokasjonene. Frem mot 2020 antas at alle aktuelle leverandører av helikoptertjenester i Nordsjøen har helikoptre med nødvendig teknologi slik at flyging over land ikke vil være en avgrensende faktor.*

Rapporten konkluderer med at beredskapssituasjonen med petroleumsnæringen på sokkelen vurderes som lite sårbar i forhold til valg av sykehusplassering.

Offshore tilbringerhelikopter flyr til nærmeste flyplass til sykehuset. Derfra fraktes pasientene med ambulanse. Reisetid fra Kvernberget anses akseptabel i alle alternativer. Hvis det innarbeides egne traseer er det mulig å tilrettelegge for landing med tilbringerhelikopter nær sykehus i Gjemnes, men det er ikke grunn til å forvente en behandlingskapasitet ved et mindre sykehus som vil være å foretrekke framfor St.Olav eller Ålesund. Redningshelikoptre (SAR) med medisinsk kapasitet om bord lander ved sykehuset i akutsituasjoner.

Det er påpekt at lokale flyforhold kan ha betydning for hvor egnet et konsept er for å håndtere helikopterberedskapen fra offshore. Flyvning fra oljeinstallasjonene lettes hvis man kan fly direkte til base uten å måtte passere fjellområder. Dette kan innvirke på rutevalg på vinterstid. Framtidige redningshelikoptre⁵ operert av

⁵ <http://www.regjeringen.no/nb/dep/jd/agenda/nye-redningshelikoptre/nye-redningshelikoptre.html?id=495661>
http://www.regjeringen.no/pages/14137473/01_Behovsanalyse.pdf

330 SKV vil være utstyrt med allværsegenskaper. Dagens offshore-SAR-helikoptre er allerede utstyrt med denne type utstyr, inkludert for rotor-avising. Andre plasseringer enn Kristiansund/Frei anses dermed som akseptable selv om en nordlig plassering isolert sett er å foretrekke. Plassering med tanke på helikoptertransport må vurderes i sammenheng med samlet antall helikoptertransporter til og fra sykehuset. Det er grunn til å forvente at hoveddelen vil være knyttet til Luftambulansetjenestens oppdrag på fastlandet og redningshelikoptertjenestens luftambulanseoppdrag⁶. Disse oppdragene kommer hvor det er stor næringslivs- og fritidsaktivitet. Området har en krevende geografi og bruk av luftambulanshelikopter og ambulansebåt er viktige supplement til ambulansetransport med bil.

3.3.2 Fastland

Storulykker på fastlandet vil ha mange likheter med en storulykke på sokkelen. Det avgjørende vil være reisetid og avstander for skadde til et sted der de kan få den nødvendige hjelp. I dette henseende er det i likhet med beredskapen offshore ikke bare avstand til nærmeste sykehus som vil være det relevante kriteriet.

Også ved storulykker på fastlandet vil alle tilgjengelige ressurser mobiliseres. Ved ulykker som rammer infrastruktur for transport vil alternative adkomstruter også

⁶ Ordinære luftambulanseoppdrag over sjø klassifiseres som SAR-oppdrag.

Antall oppdrag i Luftambulansetjeneste fordeler seg som følger nasjonalt:

Tall for 2009	Flytimer	Antall gjennomførte oppdrag
Ambulansefly	9293	8620
Ambulansehelikopter	8283	7434
Redningshelikopter		1347
Legebil	n/a	1702

Kilde: http://no.wikipedia.org/wiki/Luftambulansetjenesten_i_Norge

spille en rolle. Alt annet likt vil det være ønskelig med en sykehusstruktur som sikrer en best mulig beredskap i forhold til ulykker, samt har flere adkomstmuligheter som minimerer risikoen for at adkomsten blokkeres.

I ROS-analysen antas alternativene 1a og 2a samt 3a/3b som er trukket lengst sør å være noe mer sårbare i forhold til beredskap. Dette fordi det da vil være noe lenger avstand til nærmeste sykehus for en del av regionen.

3.3.3 Infrastruktur

I forbindelse med større hendelser og ulykker som berører infrastrukturen i tilknytning til sykehusene vil det være nødvendig med alternativ infrastruktur som sikrer tilgang til sykehusene. Det vil være en fordel med alternativer som i mindre grad er sårbare for stengning av infrastruktur som gir tilgang til sykehuset for befolkningen.

Alternativer med flere mulige adkomststruter, og alternativer som gir mindre økning i reisetid ved stengning av viktige adkomststruter vil derfor alt annet likt være å foretrekke. Dagens lokalisering i byene har i perioder trafikale utfordringer pga. rushtidsproblematikk. Nye veiløsninger må trolig uansett vurderes ved uendret plassering.

3.4 Fagmiljø og behandlingskvalitet

Et sykehus er viktig fordi det leverer nødvendige helsetjenester til befolkningen. Kvaliteten på disse helsetjenestene vil være avgjørende for verdien av sykehuset. Befolkningen stiller stadig større krav til å få behandling av god kvalitet når de blir syke, og pasienter reiser dit hvor de føler seg trygg på å få god behandling.

De fleste interessentene som er intervjuet i forbindelse med denne rapporten avviser 0-alternativet, primært fordi kvaliteten allerede i dag til dels er noe mangelfull, og fordi det antas en trend over tid der det stadig blir vanskeligere å rekruttere kompetanse til små enheter, noe som igjen vil gå utover kvaliteten.

Helseforetaket skriver følgende om status ved de to sykehusene i utkastet til utviklingsplan:

Det generelle bildet av Kristiansund sjukehus er at fleire sentrale spesialistfunksjonar er kritisk lågt bemanna, særleg i eit framtidsperspektiv, til dømes innan blautdelskirurgi, fødselshjelp og kvinnesjukdommar.

Anestesibemanning er på eit minimumsnivå. Utfordringane i Kristiansund skuldast både strukturen med små einingar ut frå historisk funksjonsfordeling, rekrutteringsvanskar, og eventuelt ein kombinasjon av desse faktorane.

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

Det er derfor rimelig å anta at det er en risiko for at kvaliteten på helsetjenestene blir mindre god gitt 0-alternativet i 2030. Dagens situasjon er både et resultat av en bevisst prioritering av oppgaver og resursfordeling mellom sykehusene og et resultat av en evne til å opprettholde en sterk faglig kultur på det enkelte sykehus. Vi vurderer i denne rapporten ikke om utviklingen over tid har vært hensiktsmessig eller rettferdig.

Dagens legedekning i helseforetaket er vist i tabellene under. Oversikten over legehjemler ved sykehusene er hentet fra NR-basen (Helsedirektoratet) og viser at det er betydelig flere legehjemler i Molde enn i Kristiansund. Det er imidlertid også flere ubesatte hjemler i Molde enn i Kristiansund per i dag. Vi har videre hentet inn statistikk for overordnede og underordnede leger etter arbeidssted fra Legeforeningen. Disse tallene viser et høyere antall leger, noe som kan skyldes at leger kan jobbe i lederstilling som ikke trenger hjemmel og som følge av deltidsarbeid.

Tabell 3-2: Antall årsverk Helse Møre og Romsdal HF, Kristiansund sykehus

Spesialitet	Ubesatte hjemler	Hjemler		
	Over / LiS	TOTALT	OverLege	LiS
Anestesiologi	0.0 / 0.0	6	4	2
Barne- og ungdomspsykiatri	0.0 / 1.0	6	2	4
Barnesykdommer	0.0 / 0.0	5	4	1
Fysikalsk medisin og rehabilitering	1.0 / 0.0	1	1	0
Fødselshjelp og kvinnesykdommer	0.0 / 0.0	5	4	1
Generell kirurgi	0.0 / 0.0	3	1	2
Generell kirurgi: gastroenterologisk kir.	0.0 / 0.0	1	1	0
Generell kirurgi: urologisk kir.	0.0 / 0.0	3	2	1
Hud- og veneriske sykdommer	0.0 / 0.0	1	1	0
Indremedisin	0.0 / 0.0	7	1	6
Indremedisin: blodsykdommer	0.0 / 0.0	1	1	0
Indremedisin: fordøyelsessykdommer	0.0 / 0.0	1	1	0
Indremedisin: geriatri	0.0 / 0.0	2	2	0
Indremedisin: hjertesykdommer	0.0 / 0.0	2	2	0
Indremedisin: lungesykdommer	0.0 / 0.0	1	1	0
Indremedisin: nyresykdommer	0.0 / 0.0	2	2	0
Ortopedisk kirurgi	0.0 / 0.0	8	5	3
Psykiatri	0.0 / 0.0	5	3	2
Øre-nese-halssykdommer	0.0 / 0.0	1	1	0
Årsverk udefinert spes	0.0 / 0.0	0	0	0
	1.0 / 1.0	61	39	22
<i>Legeforeningens stat. Arb. sted (underordn/overordn)</i>		69	33	36

Kilde: NR-basen, Helsedirektoratet, Legeforeningen, Oslo Economics

Tabell 3-3: Antall Årsverk Helse Møre og Romsdal HF, Molde Sykehus

Spesialitet	Ubesatte hjemler	Hjemler		
	Over / LiS	TOTALT	OverLege	LiS
Allmennmedisin	0.0 / 0.0	1	1	0
Anestesiologi	0.0 / 0.0	9	6	3
Barne- og ungdomspsykiatri	0.0 / 0.0	10	6	4
Barnesykdommer	0.0 / 1.0	2	1	1
Fødselshjelp og kvinnesykdommer	1.0 / 0.0	6	5	1
Generell kirurgi	0.0 / 0.0	6	1	5
Generell kirurgi: gastroenterologisk kir.	0.0 / 0.0	3	3	0
Generell kirurgi: karkir.	0.0 / 0.0	1	1	0
Indremedisin	1.0 / 0.0	10	2	8
Indremedisin: blodsykdommer	0.0 / 0.0	1	1	0
Indremedisin: endokrinologi	0.0 / 0.0	1	1	0
Indremedisin: fordøyelsessykdommer	0.0 / 0.0	2	2	0
Indremedisin: geriatri	0.0 / 0.0	2	1	1
Indremedisin: hjertesykdommer	0.0 / 0.0	2	2	0
Indremedisin: infeksjonssykdommer	0.0 / 0.0	1	1	0
Indremedisin: lungesykdommer	0.0 / 0.0	4	3	1
Medisinsk biokjemi	0.0 / 0.0	1	1	0
Medisinsk mikrobiologi	0.0 / 0.0	5	3	2
Nevrologi	0.0 / 3.0	10	4	6
Nukleærmedisin	0.0 / 0.0	1	1	0
Ortopedisk kirurgi	0.0 / 0.0	5	3	2
Patologi	0.0 / 0.0	2	2	0
Plastikkirurgi	0.0 / 0.0	1	1	0
Psykiatri	1.0 / 0.0	31	19	12
Radiologi	1.0 / 0.0	12	8	4
Øre-nese-halssykdommer	0.0 / 2.0	7	3	4
Øyesykdommer	0.0 / 1.0	6	3	3
	4.0 / 7.0	142	85	57
Legeforeningens stat. Arb. sted (underordn/overordn)		167	82	85

Kilde: NR-basen, Helsedirektoratet, Legeforeningen, Oslo Economics

Tabell 3-4: Antall årsverk Helse Møre og Romsdal HF, Volda sykehus

Spesialitet	Ubesatte hjemler	TOTALT	Hjemler	
	Over / LiS		OverLege	LiS
Anestesiologi	0.0 / 0.0	4	4	0
Barne- og ungdomspsykiatri	0.0 / 0.0	1	1	0
Barnesykdommer	0.0 / 0.0	1	1	0
Fødselshjelp og kvinnesykdommer	0.0 / 1.0	5	4	1
Generell kirurgi	0.0 / 0.0	3	2	1
Generell kirurgi: urologisk kir.	0.0 / 0.0	2	2	0
Indremedisin	0.0 / 0.0	2	1	1
Indremedisin: blodsykdommer	0.0 / 0.0	1	1	0
Indremedisin: fordøyelsessykdommer	0.0 / 0.0	2	2	0
Indremedisin: geriatri	0.0 / 0.0	3	1	2
Indremedisin: hjertesykdommer	0.0 / 0.0	1	1	0
Indremedisin: lungesykdommer	0.0 / 0.0	1	1	0
Indremedisin: nyresykdommer	0.0 / 0.0	1	1	0
Ortopedisk kirurgi	0.0 / 0.0	4	3	1
Psykiatri	0.0 / 0.0	5	3	2
Radiologi	0.0 / 1.0	3	2	1
Årsverk udefinert spes	0.0 / 0.0	1	1	0
	0.0 / 2.0	40	31	9
Legeforeningens stat. Arb. Sted (underordn/overordn)		49	27	22

Kilde: NR-basen, Helsedirektoratet, Legeforeningen, Oslo Economics

Tabell 3-5: Antall årsverk Helse Møre og Romsdal HF, Ålesund sykehus

Spesialitet	Ubesatte hjemler	Hjemler		
	Over / LiS	TOTALT	OverLege	LiS
Anestesiologi	0.0 / 0.0	21	15	6
Barne- og ungdomspsykiatri	0.0 / 0.0	12	5	7
Barnesykdommer	0.0 / 0.0	17	9	8
Fysikalsk medisin og rehabilitering	0.0 / 0.0	9	6	3
Fødselshjelp og kvinnesykdommer	0.0 / 1.0	14	8	6
Generell kirurgi	0.0 / 0.0	6	0	6
Generell kirurgi: bryst- og endokrinkir.	0.0 / 0.0	1	0	1
Generell kirurgi: gastroenterologisk kir.	0.0 / 0.0	5	4	1
Generell kirurgi: karkir.	0.0 / 0.0	1	1	0
Generell kirurgi: urologisk kir.	0.0 / 0.0	4	3	1
Hud- og veneriske sykdommer	0.0 / 0.0	3	3	0
Indremedisin	0.0 / 0.0	11	0	11

Indremedisin: blodsykdommer	0.0 / 0.0	1	1	0
Indremedisin: endokrinologi	0.0 / 0.0	1	1	0
Indremedisin: fordøyelsessykdommer	0.0 / 0.0	6	6	0
Indremedisin: geriatri	0.0 / 0.0	3	2	1
Indremedisin: hjertesykdommer	0.0 / 0.0	6	5	1
Indremedisin: infeksjonssykdommer	0.0 / 0.0	2	1	1
Indremedisin: lungesykdommer	0.0 / 0.0	2	2	0
Indremedisin: nyresykdommer	0.0 / 0.0	3	3	0
Medisinsk biokjemi	0.0 / 0.0	2	1	1
Nevrologi	0.0 / 0.0	2	2	0
Nukleærmedisin	0.0 / 0.0	1	1	0
Onkologi	0.0 / 0.0	11	7	4
Ortopedisk kirurgi	0.0 / 0.0	13	7	6
Patologi	0.0 / 0.0	1	1	0
Psykatri	0.0 / 1.0	29	16	13
Radiologi	0.0 / 0.0	15	9	6
Revmatologi	0.0 / 0.0	5	3	2
Øre-nese-halssykdommer	0.0 / 1.0	6	3	3
Øyesykdommer	0.0 / 0.0	7	5	2
	0.0 / 3.0	220	130	90
Legeforeningens stat. Arb. sted (underordn/overordn)		278	140	138

Kilde: NR-basen, Helsedirektoratet, Legeforeningen, Oslo Economics

De sykehusansatte bor i stor grad i nærheten av sykehuset. Statistikk som viser skattekommune for alle ansatte på de to sykehusene viser at 91 % bor innenfor arbeidsmarkedsregionen. Ytterligere 3 % pendler fra andre steder i fylket, mens 6 % av de ansatte inngår i vikarordninger og pendler fra andre steder i landet.

Det er ikke veldig stor innleie av leger og spesialsykepleiere fra vikarbyrå i Molde og Kristiansund slik det fremgår av tabellen nedenfor:

Tabell 3-6: Utgifter til innleie fra vikarbyrå

Tall for 2011	Kristiansund	Molde
Kirurgi	1,8 mill. kr	2,3 mill. kr
Medisin	2,7 mill. kr	0,5 mill. kr
Føde/barsel	0,3 mill. kr	0,1 mill. kr

Dette innebærer at det foregår mer direkte innleie av eksterne vikarer som får lønn fra helseforetaket. Det er bygd opp et kontaktnett med leger som blir tatt inn som ukevikarer ved permisjoner og under ferieperioder. Disse får utbetalt lønn, men med andre betingelser enn fast ansatte.

Det er flere faktorer som påvirker kvaliteten på et sykehus. Kompetente medarbeidere innenfor alle profesjoner og spesialiteter er en faktor, men det er også viktig at sykehuset har stort nok pasientgrunnlag til at det er rom for å ha flere ansatte med samme spesialitet, slik at det skapes robusthet og mulighet for gode vakt-/turnusordninger. Et felles sykehus for Molde og Kristiansund vil fortsatt være et relativt lite sykehus, der pasientene stadig vil måtte bli behandlet i Ålesund og på St. Olav på en rekke behandlingsområder. Standarden på bygninger kan også ha en direkte påvirkning på kvaliteten som er mulig å oppnå. Nedenfor gjennomgås en del faktorer som påvirker kvaliteten på sykehusets tjenester.

3.4.1 Pasientgrunnlag

Pasientgrunnlaget legger rammene for antall stillingshemler innenfor forskjellige profesjoner og spesialiteter. Et sykehus med lite pasientgrunnlag vil ha få ansatte, og dermed mindre mulighet for store, robuste fagmiljøer. Pasientgrunnlaget vil bestemmes av antall personer som har sykehuset i sitt nærområde og hvilke funksjoner sykehuset har. Men siden det på mange områder er fritt sykehusvalg, vil det ikke være slik at alle vil bli behandlet på det sykehuset nærmest eget bosted. Blant annet kan kvaliteten på sykehuset påvirke pasientgrunnlaget, fordi mange vil søke seg bort fra et sykehus med dårlig kvalitet. Slik sett kan både god og dårlig kvalitet være selvforsterkende.

Selv om det er fritt sykehusvalg er det rimelig å anta at antall personer som har sykehuset som sitt nærmeste sykehus er et godt mål på sykehusets pasientgrunnlag. For befolkningen i Romsdal og på Nordmøre er sykehusene på Orkdal (evt Trondheim) og i Ålesund mulige alternativer, og sykehusplasseringer som gjør at mange får kortest reisevei til enten Orkdal eller Ålesund vil således svekke pasientgrunnlaget for et nytt sykehus. Dersom det blir svært mange funksjoner som kun legges til Ålesund sykehus, vil det tilsvarende bli et svekket pasientgrunnlag for et nytt sykehus i Romsdal eller på Nordmøre.

Med bedre infrastruktur i form av fergeavløsning og høyere vegstandard vil reisetiden reduseres i årene som kommer. Reisetiden Molde-Ålesund vil bli en drøy time. Reisetiden Kristiansund - Trondheim om lag 3 timer. Omfanget av bruk av

andre sykehus enn det lokale vil avhenge er omfanget av funksjonsfordeling og hvor sykehuset plasseres.

3.4.2 Beholde og rekruttere kompetanse

Selv om sykehuset skulle ha mange legehjemler og stillinger for de ulike personellgruppene, er det ikke sikkert disse stillingene blir fylt opp med ansatte med høy kompetanse. Stillingene kan bli stående ubesatt, de kan fylles av ansatte som har lavere kompetanse enn ønskelig, eller de kan fylles av vikarer som stadig må erstattes. Jo vanskeligere det er å rekruttere, beholde og utvikle kompetanse på et sykehus, desto mer svekket er det rimelig å anta at kvaliteten på sykehusets tjenester blir.

I dag er det elementer som tyder på hverken sykehuset i Molde eller Kristiansund er de mest attraktive arbeidsplassene for høykompetent arbeidskraft.⁷ Framtidig knapphet på helsepersonell vil derfor kunne gi større utfordringer for disse sykehusene.

Dette kan ha sammenheng med den usikre framtidssituasjonen for sykehusene, men kan også være en indikator på at lokalsykehus på Nord-Vestlandet i utgangspunktet stiller med et handicap i kampen om å rekruttere kompetanse.

Utviklingsplanen har et 2030-perspektiv. Statistisk Sentralbyrå har gjort framskrivninger der man illustrerer dekningen av forskjellige typer kompetanse i helsesektoren i 2030. I de mest ytterliggående framskrivningene i pessimistisk og optimistisk retning er det i 2030 henholdsvis en underdekning på 84 000 årsverk og en overdekning på 5 000 årsverk. I alle disse framskrivningene er det tildels betydelig underkapasitet når det gjelder helsefagarbeidere (med videregående utdanning) og sykepleiere (med høyskoleutdanning), mens det vil være forholdsvis god balanse mellom tilbud og etterspørsel for leger. Dette tyder da på at det vil være mest krevende å rekruttere helsefagarbeidere og sykepleiere i

⁷ Dette kan illustreres med oversikt over tildeling av sykehusstillinger til turnusleger ved Universitetet i Oslo i 2012. Sykehuslisten for turnus med start 15. august 2012 inneholder i underkant av 430 kandidater. Kandidatene velger utplasseringssted i en rekkefølge basert på loddtrekning. De som valgte Molde sjukehus har i snitt valgt som nummer 308, og de som har valgt Kristiansund sjukehus har i snitt valgt som nummer 382. Til sammenligning var tilsvarende gjennomsnitt for sykehuset i Volda nummer 178, mens det for Ålesund var nummer 192. Det kan være mange faktorer som påvirker ønsker om turnussykehus og snittene er beregnet ut fra relativt små utvalg slik at de må tolkes med varsomhet. Turnusvalgene kan likevel tyde på at de to sykehusene ikke er blant de mest attraktive arbeidsplassene.

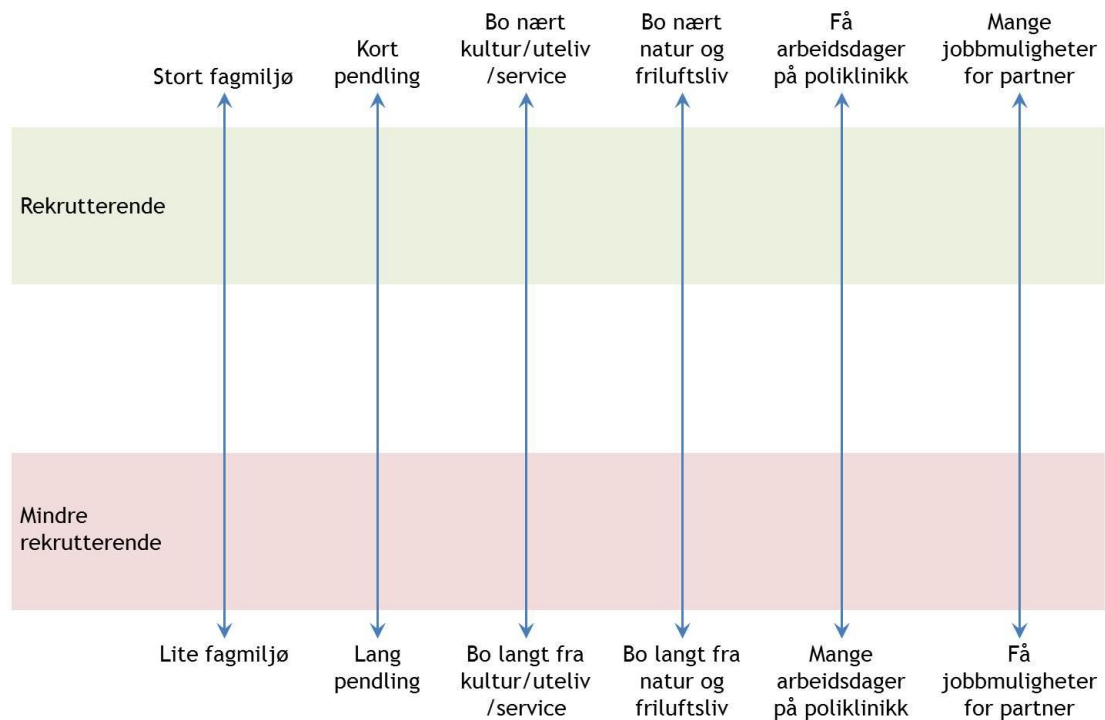
2030, men det er også rimelig at det vil være krevende å rekruttere den beste kompetansen innenfor andre faggrupper. Tidligere erfaring viser imidlertid at balanse i legemarkedet ikke er en garanti for at lokalsykehus får god tilgang på legespesialister.

Legeforeningen er i sine prognoser mer bekymret for tilgangen til legespesialister i 2030. De vurderer at det vil være en økende knapphet på legespesialister utdannet i Norge. De forventer et økende behov for rekruttering fra utlandet. I dag er 21,5 % av overordnede leder og 14,5 % av underordnede leger utenlandske statsborgere. For alle leger er andelen 19,3 % i Norge og 19,5 % i Helse Møre og Romsdal HF. I tillegg kommer utenlandske leger på midlertidige kontrakter.

Kvinneandelen i 2030 forventes å være på 60 %. Kjønnssfordelingen i de ulike spesialitetene forventes å holde seg relativt sett, men for alle spesialiteter forventes det en økende kvinneandel.

Det er en rekke artikler som viser at fagmiljø er viktig for rekruttering. Det finnes imidlertid lite litteratur som sammenholder «alle» ulike faktorer som virker rekrutterende for helsepersonell. Vi har gjort noen antagelser om hvilke elementer som virker rekrutterende, og hvilke som virker mindre rekrutterende. Det er ikke slik at det lar seg gjøre å predikere tilgangen på kompetent arbeidskraft med en slik modell, men det går an å anta, alt annet likt, at en god score på de rekrutterende elementene vil gjøre det enklere å fylle et sykehus med kompetente fagpersoner.

Figur 3-2: Elementer som virker rekrutterende for ansettelser på et sykehus



Kilde: Oslo Economics

Nedenfor går vi nærmere inn på hvert av disse elementene, for å utdype hva som ligger i de forskjellige, og hvorfor dette anses som elementer som påvirker rekruttering av sykehusansatte.

Helse Møre og Romsdal HF har nylig gjennomført en medarbeiderundersøkelse blant ansatte i Helseforetaket. Totalt 2287 ansatte deltok i undersøkelsen, herunder 630 som i hovedsak jobber ved Molde sykehus og 353 som i hovedsak jobber ved Kristiansund sykehus. I de tilfeller denne medarbeiderundersøkelsen kan bidra til å belyse elementene ovenfor vil vi gjengi resultatene. Det må imidlertid nevnes at undersøkelsen er gjennomført i en periode med mye oppmerksomhet om framtidig sykehusplassering. Responsen bør tolkes i et slikt perspektiv.

3.4.2.1 Størrelse på fagmiljø

Et stort fagmiljø virker rekrutterende av flere grunner. Et stort fagmiljø gir god mulighet til

- å lære av kolleger
- å subspecialisere seg

- mindre belastende vakt-/turnusordninger

Fagmiljøets betydning vurderes å gjelde for sykepleiere, leger og andre profesjoner på et sykehus. Det gjelder kanskje særlig for yngre personer i etableringsfasen, som både har stort behov for å lære og for å få til en balanse mellom jobb og familie.

Størrelsen (og kvalitet) på fagmiljøet er antagelig et av de viktigste elementene når medisinsk personell velger hvor de ønsker å jobbe. På dette området kan samtidig et lokalsykehus sjelden konkurrere mot Universitetssykehusene, men det kan like vel være mulig å tilby et fagmiljø som er tilstrekkelig stort for å være interessant.

Det er dokumentert både i norske og utenlandske undersøkelser at oppvekst- og utdanningssted påvirker valg av arbeidssted for leger. Legene vender tilbake til utgangspunktet, og fenomenet har derfor vært omtalt som lakseeffekten (se for eksempel Kristiansen 1992)⁸. Lokalisering av avdelinger for spesialistutdanning av leger vil derfor påvirke lokaliseringen av ferdige spesialister.

Et viktig element i legenes oppfattelse av kvalitet er hvorvidt en sykehusavdeling er godkjent i videreutdanning av spesialister. Legeforeningen fører kontroll med at den enkelte avdeling oppfyller vilkårene for at tjeneste der skal telle i spesialistutdanningen. Dersom godkjenningen faller bort, virker dette svært negativt på rekrutteringen av yngre leger, men også for de som er ferdige spesialister. Jo større avdelingen og sykehuset er, jo bedre kompetanse avdelingen har og jo større pasientgrunnlaget er, jo større sannsynlighet er det for at en avdeling vil oppnå status som utdanningsavdeling for leger

I den nevnte medarbeiderundersøkelsen er det blant annet stilt spørsmål om i hvor stor grad et stort og bredt fagmiljø vil kunne påvirke respondenten til å skifte arbeidsplass. Resultatene fra undersøkelsen er gjengitt i tabellen nedenfor:

⁸ Kristiansen IS, Førde OH. Medical specialists' choice of location: The role of geographical attachment in Norway. Soc Sci Med 1992; 34: 57-62.

Tabell 3-7: I kor stor grad trur du følgjande faktorar kunne påverke deg til å skifte arbeidsplass? - Stort og breitt fagmiljø (andeler i %)

Svaralternativ	Tillagt score	Total	Jobber hovedsakelig ved:	
			Molde sykehus	Kristiansund sykehus
I svært stor grad	1	28	35	32
I ganske stor grad	2	46	46	45
I liten grad	3	18	14	14
Ikkje i det heile tatt	4	5	4	5
Kan ikkje svare		4	2	4
ubesvart				
Sum		100		100
Gj snitt score		2	1,9	1,9
Standardfeil		0,02	0,03	0,04

Kilde: Helse Møre og Romsdal HF, Ipsos, Oslo Economics

Tabellen viser respondentenes svar totalt for hele helseforetaket, samt svarene fordelt på ansatte som hovedsakelig jobber ved henholdsvis Molde og Kristiansund sykehus. I tabellen er kun respondenter som er ansatt innen helseforetaket tatt med mens studenter er utelatt. Tabellen viser at et stort og bredt fagmiljø oppleves som viktig av nær alle ansatte. Det er videre små forskjeller mellom respondentgruppene.

Viktigheten av det faglige tilbudet understrekes videre av respondentenes svar på hvor viktig det faglige rykte for sykehus og spesialiteter er ved skifte av arbeidsplass:

Tabell 3-8: I kor stor grad trur du følgjande faktorar kunne påverke deg til å skifte arbeidsplass? - Godt fagleg rykte for sjukehuset/spesialiteten (andeler i %)

Svaralternativ	Tillagt score	Totalt	Jobber hovedsakelig ved:	
			Molde Sykehus	Kristiansund sykehus
I svært stor grad	1	26	31	30
I ganske stor grad	2	48	50	47
I liten grad	3	16	13	15
Ikkje i det heile tatt	4	6	4	5
Kan ikkje svare		4	2	3
ubesvart				
Sum		100	100	100
Gj snitt Score		2	1,9	2
Standardfeil		0,02	0,03	0,04

Kilde: Helse Møre og Romsdal HF, Ipsos, Oslo Economics

Medarbeidere understreker videre viktigheten av et godt fagmiljø for rekrutteringen til sykehusene. For å kunne tiltrekke seg den nødvendige kompetansen i framtiden vil det derfor være viktig at man kan tilby ansatte et sterkt og godt fagmiljø på sykehusene.

3.4.2.2 Pendleavstand mellom bosted og sykehus

Pendleavstand er viktig fordi pendling tar tid som ellers kunne vært benyttet til jobb eller fritid. Det finnes gode tall for hvor lang pendlingsavstand til jobb forskjellige grupper har, men lite forskning som viser hvorvidt det er viktig for folk å unngå pendling, og hvor lang pendling som er akseptabelt.

I dag er den gjennomsnittlige arbeidsreise i Norge på 18 minutter hver vei, i følge Den nasjonale reisevaneundersøkelsen som Transportøkonomisk institutt har utarbeidet i 2010. For kvinner er arbeidsveien noe kortere enn for menn, for arbeidstakere med barn er den kortere enn for arbeidstakere uten barn, og for deltidsarbeidere er den kortere enn for heltidsarbeidere. I mindre byer er arbeidsreisene i snitt kortere enn i større byer eller utenfor byer.

Deltidsarbeidende kvinner med barn i små byer er dermed blant dem med kortest arbeidsreise i dag. Om dette er et resultat av at kvinner bevisst unngår pendling framgår ikke av undersøkelsen. Men i følge Jennifer Roberts, Robert Hodgson og Paul Dolan ved University of Sheffield og deres rapport «It's driving her mad: gender differences in the effects of commuting on psychological well-being» fra 2009 har pendling en negativ effekt på kvinners lykkefølelse i langt større grad enn på menns, og det uavhengig av deltid/heltid eller yrkesstatus. De tre forskerne konkluderer med at denne sterke vegringen mot pendling hos kvinner skyldes kvinnes følelse av ansvar for familie, barn og hjem. Dette vil ha betydning for rekrutteringen særlig av sykepleiere og helsefagarbeidere, der kvinneandelen tradisjonelt er svært høy.

En undersøkelse blant midtnorske studenter innen medisin, sykepleie og helsearbeid bestilt av Helse Midt-Norge HRF i 2010 viser at 34 % er villig til å reise mer enn en halv time til jobb hver vei. Undersøkelsen sier dessverre ikke noe om fordelingen for reisetider kortere enn dette. Men en reisetid over 30 minutter vil tydeligvis virke lite rekrutterende for en stor del av framtidens arbeidskraft i helsesektoren.

Det er altså ikke slik at det finnes grunnlag for å peke på konkrete terskelverdier for pendleavstand som gir for dårlig rekruttering av kompetanse og dermed dårlig kvalitet på helsetjenestene. Men det synes som om pendling oppfattes negativt, og da særlig blant deltidsarbeidende yngre kvinner. For å rekruttere tilstrekkelig med kompetente ansatte på et sykehus vil det således være ønskelig med kort pendleavstand, alt annet likt.

Dette understøttes også av medarbeiderundersøkelsen blant ansatte i Helseforetaket. På spørsmål om hvordan de ansatte som oftest kommer seg på jobb svarer over 30 % av de ansatte i både Molde og Kristiansund at de som oftest går eller sykler til jobb. Over halvparten benytter seg imidlertid av personbil, mens de resterende i hovedsak benytter seg av kollektiv transport som vist i tabellen nedenfor:

Tabell 3-9: På Kva måte kjem du deg som oftast til jobb? (andeler i %)

På kva måte kjem du deg som oftast på jobb	Totalt	Jobber hovedsakelig ved:	
		Molde Sykehus	Kristiansund sykehus
Går	18	21	24
Med buss	3	3	5
Syklar	10	14	7
Med hurtigbåt	0	0	0
Med personbil	59	53	56
Med personbil/buss og ferje/hurtigbåt	9	8	7
Anna	0	0	1
Ubesvart			
Sum	100	100	100

Kilde: Helse Møre og Romsdal HF, Ipsos, Oslo Economics

At en så stor andel går eller sykler til jobb tyder på at man ønsker å bo nært sitt arbeidssted. Dette understøttes av undersøkelser om hvor lang reisetid de ansatte har til jobb. Over 70 % av de ansatte ved sykehusene i både Molde og Kristiansund har som vist i tabellen nedenfor i dag mindre enn 20 minutters reisetid til arbeidsplassen:

Tabell 3-10: Reisetid til jobb for ansatte (andeler i %)

Kor lang reisetid brukar du på å komme deg på jobb?	Total	Jobber hovedsakelig ved:	
		Molde Sykehus	Kristiansund sykehus
Under 10 minutt	34	43	35
10-19 minutt	36	29	42

20-29 minutt	15	11	14
30-39 minutt	7	7	4
40-49 minutt	2	3	2
50-59 minutt	2	3	1
1 time eller mer	3	4	2
ubesvart			
Sum	100	100	100

Kilde: Helse Møre og Romsdal HF, Ipsos, Oslo Economics

I medarbeiderundersøkelsen er det også stilt spørsmål om hva som oppleves som akseptabel reiseavstand til jobb. Gjennomgående synes respondentene å ha liten toleranse for lange avstander. Det er imidlertid noen forskjeller mellom ansatte på sykehusene på dette kriteriet slik tabellen viser:

Tabell 3-11: Akseptabel reiseavstand til jobb (andeler i %)

Kva ser du som akseptabel reisevei (ein veg) til jobb (i km)	Total	Jobber hovedsakelig ved:	
		Molde Sykehus	Kristiansund sykehus
0-10 km	17	24	10
11-20 km	29	38	21
21-30 km	24	22	26
31-40 km	15	8	26
41-50 km	5	4	6
51-60 km	2	2	1
Meir enn 60 km	1	0	1
Usikker	7	2	8
Ubesvart			
Sum	100	100	100

Kilde: Helse Møre og Romsdal HF, Ipsos, Oslo Economics

For alle ansatte under ett i helseforetaket vil 30 % kunne akseptere en reiseavstand på mer enn 30 kilometer til arbeid. For ansatte ved Kristiansund sykehus er tilsvarende tall 42 % mens det for ansatte ved Molde sykehus er på kun 16 %. Disse forskjellene tyder på at ansatte ved Molde sykehus i mindre grad enn ansatte ved Kristiansund og Helseforetaket for øvrig er villig til å pendle over lengre avstander for å komme til arbeid.

Legger man denne undersøkelsen til grunn, vil bare omlag 17 % av legene som i dag er ansatt på Molde og Kristiansund sjukehus akseptere å pendle til et nytt sykehus på Batnfjordsøra. Det betyr at svært mange vil enten slutte eller flytte til et bosted nærmere sykehuset.

Disse forskjellene synliggjøres også i medarbeiderundersøkelsen der det stilles spørsmål med hva arbeidstakeren vil gjøre dersom avstanden til arbeid skulle øke med mer enn 30 minutter. Slik tabellen nedenfor viser er det større pendlingsvilje blant ansatte i Kristiansund enn for ansatte i Molde:

Tabell 3-12: Hva skjer dersom reisevei til jobb blir 30 minutter lenger enn i dag

Om reisevegen din til jobb skulle bli 30 minutt lenger enn det du har i dag. Kva ser du som det mest sannsynlege utfallet for deg?	Totalt	Jobber hovedsakelig ved:	
		Molde Sykehus	Kristiansund sykehus
Eg vil dagpendle	43	26	55
Eg vil vekependle	1	1	1
Eg vil flytte til ein bustad nærare jobben	5	2	5
Eg vil finne meg ein annan jobb i nærleiken av der eg bur	45	58	37
Eg vil flytte og finne meg ein annan jobb lenger unna der eg bur i dag	6	13	2
ubesvart			
Sum	100	100	100

Kilde: Helse Møre og Romsdal HF, Ipsos, Oslo Economics

Legger man denne undersøkelsen til grunn, vil om lag 24 % av de nåværende ansatte på Molde og Kristiansund sjukehus finne seg en annen jobb dersom et nytt sykehus legges til Batnfjordsøra.

Som tidligere påpekt er undersøkelsen gjennomført i en periode med stor oppmerksomhet om framtidig sykehusstruktur. Rapporteringen kan slik sett være taktisk og må tolkes med forsiktighet.

3.4.2.3 Pendleavstand mellom bosted og poliklinikk

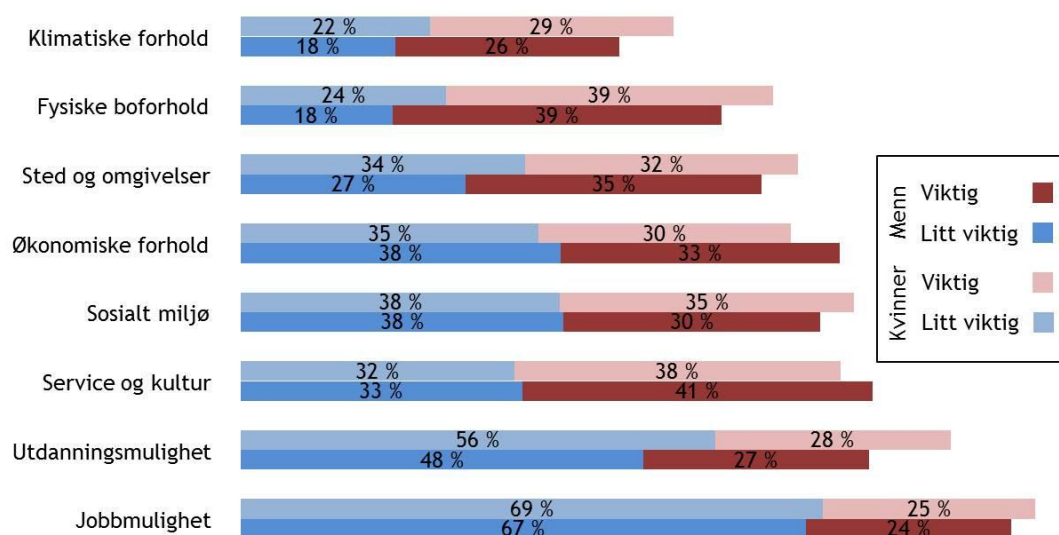
De fleste alternativene vi vurderer i denne rapporten har i tillegg til sykehuset en poliklinikk med dagbehandling. En slik struktur kan organiseres ved at ansatte jobber begge steder, for eksempel tre dager i uken på sykehus og to dager i uken på poliklinikk. Denne løsningen vil da igjen påvirke den samlede pendleavstanden, i form av økt pendling eller redusert pendling, avhengig av bosted og lokalisering for sykehus og poliklinikk.

Denne pendlingen vil oppleves på samme måte som pendlingen til sykehuset, så det vil være summen av pendling som er avgjørende for i hvilken grad alternativet virker rekrutterende på arbeidskraft.

3.4.2.4 Bostedskvalitet

Det finnes mange dimensjoner ved bostedskvalitet, og ulike preferanser hos ulike grupper og enkeltpersoner. Det finnes mye forskning som tar for seg hva som kjennetegner et sted der folk ønsker å bosette seg. Det er imidlertid vanskelig, for ikke å si umulig, å generalisere utover spesifikke grupper. Dessuten er preferansene for bosted stadig i endring slik det illustreres i Savage et al.'s bok *Globalisation and belonging*. Det er likevel rimelig å anta at det er positivt med et bosted som gir mange muligheter. Folk vil imidlertid likevel kunne velge det bort, for å kunne oppnå noe annet. Gitt at de økonomiske rammebetingelsene tillater det, kan de ideelt sett velge mellom en urban bolig (med mange tilbud og muligheter, men reduserte miljøkvaliteter), en forstadsbolig (der det er færre muligheter, men mindre støy og forurensning) og en rural bolig (der naturen er overveldende, men aktivitetstilbudene færre). Det er skrevet lite om hva som motiver nordmenn til å flytte, men Geir Orderuds rapport *Unge voksne i distrikts-Norge - flytteplaner og flyttemotiver* (Orderud 2002) gir et innblikk i hva som er viktig når ungdom i distrikts-Norge (herunder kommuner i Møre og Romsdal) vurderer et potensielt bosted:

Figur 3-3 : Resultater av spørreundersøkelse blant ungdom i distrikts-Norge - hva er viktig for deg når du velger framtidig bosted?

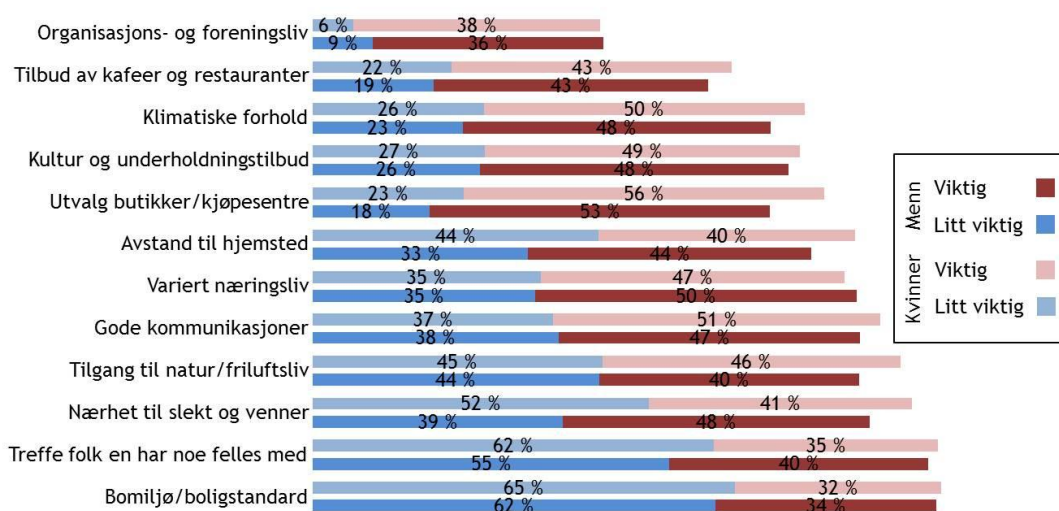


Kilde: Orderud 2002, Oslo Economics

Figuren viser at mulighet for å få jobb og utdanning er de viktigste kriteriene for valg av bosted. Men Orderud viser også resultatene når respondentene blir bedt om

å anta at jobb- og studietilbudet er likeverdig overalt - hva blir da viktig for valg av framtidig bosted?

Figur 3-4: Resultater av spørreundersøkelse blant ungdom i distrikts-Norge - hva er viktig for deg når du velger framtidig bosted, gitt likeverdig jobb-/studietilbud?



Kilde: Orderud 2002, Oslo Economics

Det er stor bredde i viktige kriterier for et framtidig bosted, og forholdsvis liten forskjell i viktigheten mellom kriteriene. Noen kriterier trekker klart i retning av byer; gode kommunikasjoner er viktig for nesten 90 % av de spurte, variert næringsliv er viktig for nesten 85 % av de spurte og godt utvalgt av butikker og kulturtilbud er viktig for om lag 75 % av de spurte. Men vi ser også at natur og friluftsliv er viktig. Det er verdt å merke seg at det er ungdom i distrikts-Norge som her er spurt, det er antageligvis slik at byungdom i enda større grad vil framheve tilgang på service, kultur og uteliv.

Et bosted som har tilgang til både urørt natur og urban kultur vil virke tiltrekkende på flere enn et bosted som bare har tilgang på ett av elementene. Tilgang på kultur, service (privat og offentlig), uteliv og friluftsliv kan antagelig ikke oppfattes som noe negativt hos mange, da det er mulig å ha tilgang til disse mulighetene uten å bruke dem.

En undersøkelse av flyttemotiver i norske storbyområder (Hjorthol og Bjørnskau 2003) ser blant annet særskilt på hvorfor kvinner foretrekker å bo i urbane områder. Kvinner kan være særlig relevant for sykehus-rekrutteringen, siden det er

de typiske kvinneyrkene det vil bli størst knapphet innenfor i 2030. Hjorthol og Bjørnskau konkluderer blant annet med følgende:

Som vi så i forrige kapittel, legger kvinner større vekt på nærhet til arbeid og tilgjengelighet til sentrum og kulturelle aktiviteter enn menn. For kvinner er det gjerne både praktiske årsaker som korte avstander til arbeid og andre aktiviteter, og ønsket om variasjon i tilbud av service og kultur som er viktige grunner til å ville bo sentralt (jfr tabell 5.1). Våre tidligere analyser viser også at den kulturelle kapital i form av utdanning har større betydning for dette valget enn økonomiske ressurser (Bjørnskau og Hjorthol op cit). Personer med høy utdanning setter større pris på urbane kvaliteter og bruker kultur- og underholdningstilbudet mer enn de med lavere utdanning

Reduksjon av avstander, "frigjøring" fra motoriserte transportmidler og økt tilgjengelighet til ulike typer av tilbud og aktivitetsmuligheter, letter hverdagslivets organisering. Feminiseringen av arbeidslivet er med på å øke betydningen av slike faktorer. Vi har vist at de som velger en slik tilpasning oftere er folk med høy utdanning - og særlig kvinner i dette sjiktet. Det er ikke først og fremst "kafé og kultur" som er begrunnelsen for å velge de indre bydelene som bosted, men praktiske forhold som det at man kan gå og sykle til de daglige aktivitetene, at boligen ligger nær jobben og at bostedet ikke er langt fra de sentrale områdene.

Det finnes personer som ønsker å bo sentralt i en meget stor by, og det finnes personer som ønsker å bo så langt som mulig fra nærmeste nabo. Det er likevel en underliggende trend i Norge der stadig flere bor i eller i nærheten av byer (80 % i tettbygde strøk i 2012, opp fra 72 % i 1990). Det er sannsynlig at et arbeidssted som gjør det mulig å bo i nærheten av en by med et godt utbygd tilbud, og i nærheten av natur med muligheter for friluftsliv på land og vann, er lettere å rekruttere til enn et arbeidssted langt fra slike kvaliteter. Byene Molde og Kristiansund har begge et godt tjenestetilbud og omgivelser som innbyr til friluftsliv, og kan således være attraktive bosteder for mange.

Richard Florida har skapt begrepet den kreative klasse, som er høyt utdannede mennesker i en mengde ulike profesjoner og yrker. Det er ifølge ham disse menneskene byene bør tiltrekke seg for å kunne vokse økonomisk. Arbeidsplassene vil komme etter, hvis man bare kan tilby et «people climate». Ifølge Florida (2005) er kulturell åpenhet, mangfold og muligheter viktig for at byene skal være

attraktive for den kreative klasse. Han summerer dette i de tre t'er; teknologi, talent og toleranse. Det er imidlertid grunn til å være kritisk til dette, fordi han fokuserer mye på utdanning og lite på reell kreativitet, fordi han er opptatt av det urbane selv om de fleste innenfor de kreative bransjene faktisk bor i forsteder, og fordi det like gjerne kan være slik at vellykkede byer og regioner tiltrekker seg kreative mennesker (Markussen 2006). Andre hevder at det fortsatt er viktigst å ha et attraktivt arbeidsmarked, for å kunne tiltrekke seg mennesker innenfor den kreative klassen, særlig i land med lavere flyttemobilitet enn USA. Dette viser også en norsk undersøkelse (Andersen m. fl. 2010).

Attraktiviteten ved å kunne bo i en by understøttes også av resultater fra medarbeiderundersøkelsen blant ansatte i Helse Møre og Romsdal. Over 50 % av de ansatte i Helseforetaket generelt synes det i ganske stor eller svært stor grad er viktig å kunne bo i en by med tilgang til bo og servicetilbud. Slik det framgår av tabellen synes dette å være enda mer vektlagt for ansatte i Molde ettersom hele 65 % i ganske stor eller svært stor grad synes dette er viktig:

Tabell 3-13: Viktigheten av å bo i en by med tilgang til bo og servicetilbud

Bu i ein by med tilgang til bu- og servicetilbud	Tillagt score	Total	Jobber hovedsakelig ved:	
			Molde sjukehus	Kristiansund sjukehus
I svært stor grad	1	24	46	20
I ganske stor grad	2	31	29	34
I liten grad	3	30	15	33
Ikkje i det heile tatt	4	13	8	10
Kan ikkje svare ubesvart		3	2	3
Sum		101	100	100
Gj snitt Score		2,3	1,9	2,3
Standardfeil		0,02	0,04	0,05

Kilde: Helse Møre og Romsdal HF, Ipsos, Oslo Economics

I forbindelse med ny sykehusstruktur vil det trolig være en fordel at arbeidsplasser ligger i nærheten av befolkningskonsentrasjoner. Dette med hensyn til at arbeidstakere i økende grad har urbane preferanser og velger en livsstil som favoriserer det å bo i eller i utkanten av en større by. Disse argumentene forsterkes av at sykehus i framtiden i stor grad vil være kvinnearbeidsplasser. Slik Bjørnskaug og Hjorthols studier viser er nærhet til by særlig viktig for denne gruppen.

3.4.2.5 Arbeidsmuligheter for ektefelle/samboer

Mange potensielle ansatte på et sykehus vil være etablert med en partner. I de fleste tilfeller vil denne partneren ønske å ha jobbmuligheter innenfor fornuftig pendleravstand. For denne partneren vil det da være ønskelig å bo et sted der veien er kort til et stort arbeidsmarked med behov for arbeidskraft. Et arbeidsmarked med variert næringsstruktur vil være å foretrekke, siden sykehusansattes partnere vil ha varierende bakgrunn og varierende jobbmønstre.

Mange sykehusansatte er partnere med andre sykehusansatte, men det gjelder sannsynligvis ikke flertallet, og det synes derfor svært viktig at sykehuset ligger i rimelig nærhet til et godt arbeidsmarked for partner.

Dette understøttes også av resultatene fra medarbeiderundersøkelsen blant ansatte i Helse Møre og Romsdal. I forbindelse med spørsmål knyttet til hvor viktig ektefelle/samboers jobbmuligheter var ved skifte av arbeidsplass oppga samlet sett 48 % at dette i ganske stor eller svært stor grad var viktig. Det samme gjelder for ansatte ved Kristiansund sykehus isolert sett, mens tilsvarende andel for ansatte ved Molde sykehus som tabellen nedenfor viser var på hele 58 %:

Tabell 3-14: Arbeidsmuligheter for ektefelle/samboer

Betre arbeidsmuligheter for ektefelle/sambuar	Tillagt score	Totalt	Jobber hovedsakelig ved:	
			Molde Sykehus	Kristiansund sykehus
I svært stor grad	1	19	30	18
I ganske stor grad	2	29	28	30
I liten grad	3	22	17	25
Ikkje i det heile tatt	4	13	10	12
Kan ikkje svare		17	15	15
ubesvart				
Sum		100	100	100
Gj snitt Score		2,3	2,1	2,4
Standardfeil		0,02	0,04	0,06

Kilde: Helse Møre og Romsdal HF, Ipsos, Oslo Economics

3.4.2.6 Nærhet til utdanningsinstitusjoner

Det er sannsynlig at det vil være lettere å rekruttere til et sykehus som kandidaten kjenner fra før. Særlig for lokalsykehus kan det være fornuftig å arbeide målbevisst

med å beholde lokal ungdom i lokalmiljøet gjennom utdannelsen, for så å ansette dem når de er utdannet.

I dag tilbys det sykepleierutdanning ved Høgskolen i Molde, men med mulighet for et studieløp som for stor del foregår ved Høgskolen i Kristiansund. Det tilbys helsefag ved flere videregående skoler i Romsdal og på Nordmøre.

Geografisk nærhet mellom disse utdannelsesinstitusjonene og sykehus kan virke positivt på framtidig rekruttering, og gi en enklere hverdag for studenter i sykehuspraksis.

3.4.3 Bygningsmessige fasiliteter

Medisin som fag er og har vært i stor utvikling. Det betyr at også de ytre kravene til et godt arbeidsmiljø har endret seg over tid. Det som var et funksjonelt sykehus for 30 år siden, er ikke nødvendigvis funksjonelt i dag. Som et eksempel er arbeidet på et sykehus i stadig større grad team-basert, og det krever løsninger som bokstavelig talt gir rom for en slik arbeidsform. Et gammelt sykehus kan således bety lavere kvalitet i tjenesteleveransene fordi det legger begrensninger på arbeidsformen.

Stadig mer avanserte IKT-systemer vil lettere kunne installeres i et nytt bygg enn et gammelt, da nettverk og annen IKT-infrastruktur integreres i moderne sykehusbygg. Mer fleksible og robuste IKT-løsninger vil kunne ha stor betydning for kvaliteten på et moderne sykehus.

Et sykehus som er bygningsmessig nedslitt kan også medføre lavere kvalitet i tjenestene. Dette vil likevel sannsynligvis først være tilfelle når bygningen er meget nedslitt, men slik tilstanden er på Molde sykehus i dag kan det være nært en situasjon der dette er tilfelle. Bygningsmassen i Kristiansund trenger også oppgradering.

I tillegg til den direkte effekten sykehusbygget har på kvaliteten, kan det være en indirekte effekt gjennom rekruttering av kompetanse. Det er rimelig å anta at det er mer rekrutterende å kunne tilby en arbeidsplass i et nytt sykehusbygg tilpasset moderne medisinske behov sammenlignet med en arbeidsplass i et bygg som ikke er funksjonelt og som trenger betydelige oppgraderinger.

I medarbeiderundersøkelsen oppgir en svært høy andel i Molde at dagens bygg er svært lite tilfredsstillende. En moderne og funksjonell bygningsmasse og et godt fysisk arbeidsmiljø framgår også som viktig ved et eventuelt skifte av arbeidssted.

Samlet for Helse Møre og Romsdal oppgis dette som viktig av 68 % av de ansatte. Tilsvarende tall for ansatte ved Molde og Kristiansund sykehus er som tabellen viser på henholdsvis 77 % og 69 %:

Tabell 3-15: Viktighet av moderne og funksjonell bygningsmasse/godt fysisk arbeidsmiljø ved skifte av jobb

Moderne og funksjonell bygningsmasse/godt fysisk arbeidsmiljø	Tillagt score	Total	Jobber hovedsakelig ved:	
			Molde Sykehus	Kristiansund sykehus
I svært stor grad	1	23	30	26
I ganske stor grad	2	45	47	43
I liten grad	3	24	18	24
Ikkje i det heile tatt	4	5	3	5
Kan ikkje svare ubesvart		3	1	2
Sum		100	100	100
Gj snitt score		2,1	2	2,1
Standardfeil		0,02	0,03	0,05

Kilde: Helse Møre og Romsdal HF, Ipsos, Oslo Economics

3.4.4 Regionalt fagsamarbeid

Om det enkelte sykehus er lite, vil det være ønskelig med regionalt fagsamarbeid for å styrke kvaliteten på sykehusets tjenester. Et slikt samarbeid kan ta mange former, men målet vil være å øke robusthet på tjenestene over tid.

Det vil være rom for regionalt fagsamarbeid i alle de syv alternativene, så dette er ikke et utslagsgivende kriterium ved valget av sykehusstruktur i Romsdal og på Nordmøre.

3.4.5 Behov for forflytning av pasienter

Et annet element som kan påvirke kvaliteten på sykehusets behandling, er behovet for forflytning av pasienter. Selv om transporten skjer i ordnede former, vil transport kunne bety tapt tid i kritiske situasjoner, og for pasienten vil utstrakt transport kunne oppleves som ubehagelig.

En sykehusstruktur med en funksjonsfordeling som legger til rette for liten grad av pasienttransport mellom forskjellige enheter vil således være å foretrekke, alt annet likt.

3.5 Næringsutvikling

3.5.1 Sysselsetting i vare- og tjenesteproduksjon

Vi har gjennomført en multiplikatorbasert ringvirkningsanalyse for å se på sysselsettingseffektene av forskjellige sykehusplasseringer. En slik analyse tar utgangspunkt i sykehusenes innkjøp og sykehusenes ansattes innkjøp for å beregne antall som vil være sysselsatt i regionen som en følge av sykehuset.

Vi har i dag to sykehus, der Molde sjukehus ligger i Molde arbeidsmarkedsregion, mens Kristiansund sjukehus ligger i Kristiansund arbeidsmarkedsregion. Arbeidsmarkedsregionene vi benytter er konstruert av Statistisk Sentralbyrå, og er hovedsakelig basert på pendlingsstatistikk for norske kommuner. Det er tatt utgangspunkt i at kommune er den minste geografiske enheten og at en arbeidsmarkedsregion skal omfatte et geografisk sammenhengende område.

Arbeidsmarkedsregionene gir uttrykk for et område som har felles arbeidsmarked, det vil si at de som jobber i regionen også i stor grad er bosatt i regionen. I henhold til SSB's avgrensning inneholder arbeidsmarkedsregion Molde kommunene: Molde, Vestnes, Rauma, Nesset, Midsund, Aukra, Fræna, Eide og Gjemnes. Arbeidsmarkedsregion Kristiansund utgjøres av kommunene: Kristiansund, Averøy, Aure og Smøla.⁹

I tillegg ligger arbeidsmarkedsregion Nordmøre i sykehusenes opptaksområde. Denne regionen inneholder kommunene: Tingvoll, Sunndal, Surnadal, Rindal og Halså. Til sammen har denne regionen 19 978 innbyggere per i dag. I ringvirkningsanalysen inngår imidlertid ikke denne regionen. Dette fordi denne regionen i liten grad antas påvirket av sykehuslokaliseringen i forhold til sysselsetting i vare- og tjenesteproduksjon.

I tabellen under ser vi på noen trekk ved sykehusene og arbeidsmarkedsregionene.

Tabell 3-16: Demografiske fakta Molde og Kristiansund sjukehus og arbeidsmarkedsregioner

	Molde	Kristiansund
Årsverk på sykehuset	1 061	570

⁹ http://www.ssb.no/emner/00/00/20/notat_200924/notat_200924.pdf

Ansatte på sykehuset	1 325	715
Innbyggere i arbeidsmarkedsregionen	62 542	34 750 ¹⁰
Sysselsatte i regionen ¹¹	32 328	16 535
Sykehusansatte som andel av sysselsatte i regionen	4,1 %	4,3 %
Husholdningsstørrelse i regionen	2,32	2,22
Kommunalt og fylkeskommunalt ansatte per innbygger i regionen	0,09	0,08

Kilde: Helse Møre og Romsdal HF og SSB

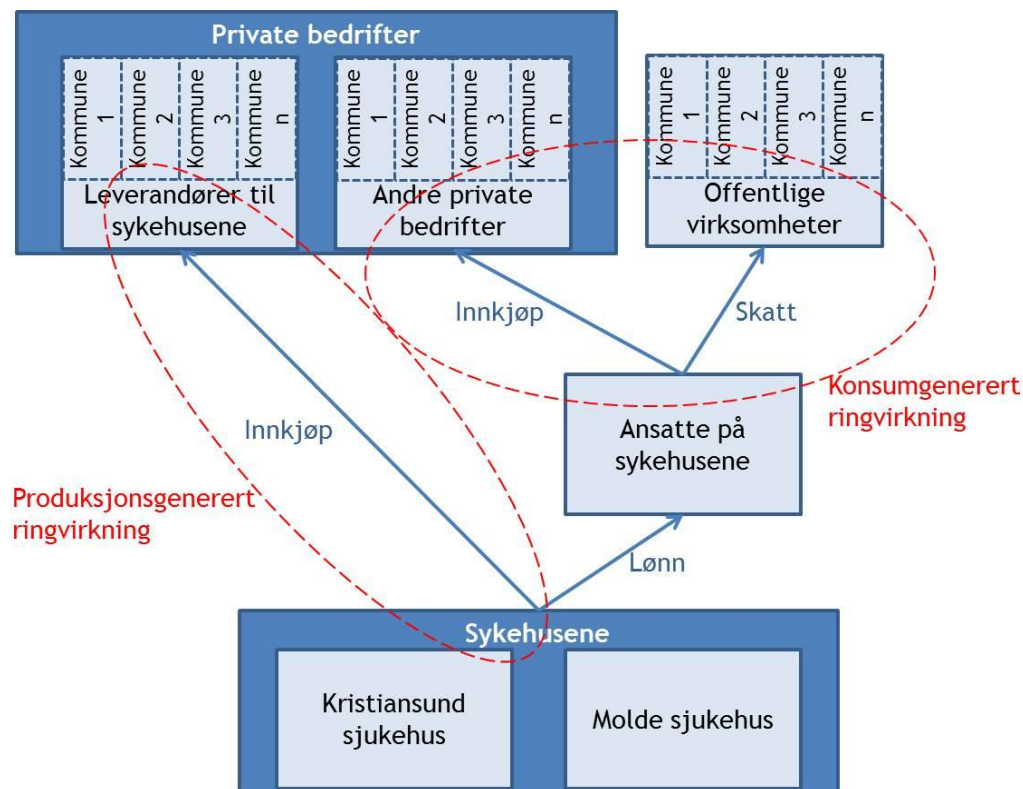
Analysen tar for seg to forskjellige former for ringvirkninger; produksjonsgenererte og konsumgenererte ringvirkninger. Produksjonsgenererte ringvirkninger er i dette tilfelle effekter som følger av sykehusenes kjøp av varer og tjenester. Konsumgenererte ringvirkninger er i dette tilfelle effekter som følger av de sykehusansattes kjøp av varer og tjenester.

Man kan tenke seg ringvirkninger i uendelig mange steg - sykehuset kjøper en vare fra en leverandør, leverandøren kjøper en vare fra en underleverandør, som igjen har sin underleverandør, og alle disse leverandørene har ansatte som bruker sin lønn til å kjøpe av andre leverandører av varer og tjenester. Slike ringvirkningsanalyser kan gi uforholdsmessig store effekter fordi de ser på ringvirkninger svært langt fra det fenomenet som analyseres. Vi velger å se på kun det første leddet av ringvirkninger, det vil si effekter hos dem som direkte leverer varer og tjenester til sykehusene og sykehusenes ansatte.

¹⁰ Hvis arbeidsmarkedsregion Nordmøre inkluderes i arbeidsmarkedsregion Kristiansund blir antallet innbyggere i Kristiansundsregionen 55 077.

¹¹ Sysselsatte er beregnet etter arbeidssted

Figur 3-5: Illustrasjon av ringvirkninger



Kilde: Oslo Economics

Denne typen ringvirkningsanalyse brukes gjerne til å se på sysselsettingseffektene av et tiltak. Effektene måles derfor i form av antall sysselsatte. Måltallet som brukes er en multiplikator, der multiplikatoren forteller hva du må multiplisere sysselsetting som direkte følger av tiltaket med, for å få den totale sysselsettingseffekten inkludert ringvirkninger. Hvis multiplikatoren er 1,0, er det ingen ringvirkninger, hvis den for eksempel er 1,5, skaper tiltaket 50 % flere sysselsatte enn det som følger direkte av tiltaket.

Vi ønsker her kun å se på de regionale ringvirkningene av tiltaket. Dette for å kunne si noe om sysselsettingseffektene for henholdsvis Kristiansund- og Molde-regionen dersom sykehuset flytter derfra.

Det er i utgangspunktet ingen forskjell og ringvirkninger mellom alternativene. Forskjellen er en fordelingseffekt. Hvis sykehuset legges bynært tilfaller effekten byregionen. Hvis sykehuset plasseres mellom byene fordeler effekten seg mellom byene.

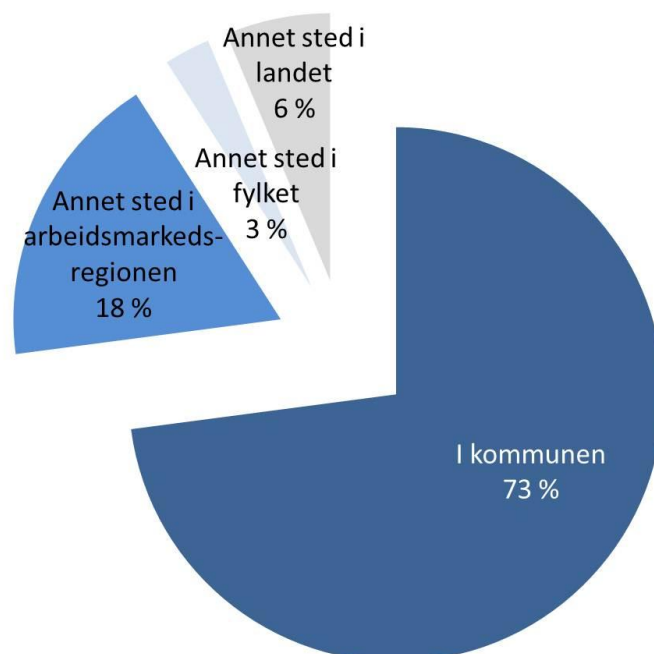
3.5.1.1 Konsumgenererte ringvirkninger

Sysselsatte i privat sektor

Det er ved utløpet av august 2012 978 årsverk på Molde sjukehus og 479 årsverk på Kristiansund sjukehus som berøres direkte av de alternative sykehusstrukturene. Dette utgjør henholdsvis 1 105 og 585 ansatte.

De sykehusansatte bor i stor grad i nærheten av sykehuset. Statistikk som viser skattekommune for alle ansatte på de to sykehusene viser at 91 % bor innenfor arbeidsmarkedsregionen.

Figur 3-6: Skattekommune for ansatte på Molde og Kristiansund sjukehus



Kilde: Helse Møre og Romsdal HF og Oslo Economics

Det er sannsynlig at gruppen «annet sted i landet» primært er et resultat av manglende registrering av flytting, slik at mange av disse 6 % i virkeligheten også bor i arbeidsmarkedsregionen.

Ut fra dette kan vi for enkelhets skyld anta at alle sykehusansatte er bosatt innenfor arbeidsmarkedsregionen.

En sykehusansatt inngår i en husholdning, som kan bestå av kun den sykehusansatte eller flere personer. Vi antar at husholdningen holder sammen ved en flytting, slik

at dersom den sykehusansatte flytter på seg, flytter også hele husholdningen på seg. Det er derfor rimelig å legge til grunn at det er husholdningens konsum vi skal se på ringvirkninger av når vi vurderer regionale effekter av sykehusene, ikke bare den sykehusansatte.

Vi benytter statistikk fra SSB for å se på størrelsen på en husholdning:

Tabell 3-17: Antall medlemmer i gjennomsnittshusholdning

Region	Medlemmer i gjennomsnittshusholdning
Norge	2,22
Møre og Romsdal	2,33
Arbeidsmarkedsregion Molde	2,32
Arbeidsmarkedsregion Kristiansund	2,22

Kilde: Statistisk sentralbyrå

En kompliserende faktor når vi skal beregne hvor mange medlemmer det totalt er i husholdninger der sykehusansatte inngår, er at sykehusansatte i større grad enn andre er gift/samboere med hverandre. Vi risikerer derfor å overvurdere antall berørte. En undersøkelse (M N Hansen, 2002) viser at 26 % av leger er gift med andre leger. Men leger utgjør bare 14 % av sykehusenes ansatte, og vi antar at blant øvrige ansatte er det bare 10 % som er gift med andre sykehusansatte. Dermed framgår antall husholdningsmedlemmer i sykehusansattes husholdninger.

Tabell 3-18: Antall medlemmer i de sykehusansattes husholdninger

Sykehus	Sykehusansatte	Medlemmer i sykehusansattes husholdninger
Molde sjukehus	1 105	2 223
Kristiansund sjukehus	585	1 126

Kilde: Helse Møre og Romsdal HF, Oslo Economics og SSB

For å analysere hvor mange sysselsatte som disse husholdningenes konsum skaper regionalt, bruker vi statistikk over sysselsetting i arbeidsmarkedsregionene fordelt på næring. Hver næring tildeles en vekt etter i hvilken grad bedrifter innenfor næringen plasserer seg geografisk nær konsumenten. Eksempelvis får næringen varehandel og motorvogn vekt 100 %, fordi bedrifter i denne næringen er avhengig av å være plassert nær kunden. Dersom kundegrunnlaget flytter seg, vil bedriften melde oppbud eller flytte etter. Næringen industri får vekt 0 %, fordi

industribedrifters geografiske plassering i svært liten grad er avhengig av nærhet til kunden i et mikroperspektiv.

Næringer med stor grad av offentlig produksjon er vektet lavt, siden ringvirkninger i offentlig sektor beregnes særskilt senere i analysen. Elektrisitet, vann og renovasjon er et eksempel på dette - selv om deler av næringen er avhengig av nærhet til kunden, er tjenesteproduksjon i svært stor grad offentlig.

Tabell 3-19: Sysselsatte per næring i Molde- og Kristiansund-regionen, med næringenes vekting for nærhet til kunden

Næring	Antall ansatte Molde-regionen	Antall ansatte Kristiansund- regionen	Regional vekting
01-03 Jordbruk, skogbruk og fiske	1 416	880	0 %
05-09 Bergverksdrift og utvinning	857	891	0 %
10-33 Industri	4 551	1670	0 %
35-39 Elektrisitet, vann og renovasjon	356	273	0 %
41-43 Bygge- og anleggsvirksomhet	2 836	1257	50 %
45-47 Varehandel, motorvognreparasjoner	4 394	2317	100 %
49-53 Transport og lagring	2 056	1592	10 %
55-56 Overnattings- og serveringsvirksomhet	853	629	30 %
58-63 Informasjon og kommunikasjon	448	193	0 %
64-66 Finansiering og forsikring	368	189	0 %
68-75 Teknisk tjenesteyting, eiendomsdrift	1 327	815	50 %
77-82 Forretningsmessig tjenesteyting	1 137	942	10 %
84 Off.adm., forsvar, sosialforsikring	2 017	696	0 %
85 Undervisning	2 514	1227	10 %
86-88 Helse- og sosialtjenester	6 916	3536	20 %
90-99 Personlig tjenesteyting	973	458	100 %
00 Uoppgitt	143	68	30 %
Private ansatte avhengig av nærhet til kunde	9 701	5 103	
- som andel av innbyggere	15,3 %	14,5 %	

Kilde: SSB og Oslo Economics

Beregningen i Tabell 3-19 viser at for hver innbygger i Molde arbeidsmarkedsregion er det 0,153 sysselsatte som er direkte avhengig av innbyggerens konsum. Dette nøkkeltallet benytter vi videre ved å multiplisere med antall medlemmer i de sykehusansattes husholdninger, og finner da antall sysselsatte de sykehusansatte genererer. Vi antar her at sykehusansattes husholdninger har et konsum på linje

med gjennomsnittet, og dette er en hypotese som styrkes av at lønnsstatistikk viser at næringen helse- og sosialtjenester ikke er langt unna gjennomsnittet.

Tabell 3-20: Ringvirkninger i form av private sysselsatte regionalt som er direkte generert av de sykehusansattes konsum

	Molde sjukehus	Kristiansund sjukehus
Sykehusansatte	1 105	585
Medlemmer i sykehusansattes husholdninger	2 223	1 126
Private sysselsatte direkte generert av konsum, per innbygger	0,153	0,145
Private sysselsatte direkte generert av sykehusansattes konsum	341	164

Kilde: Møre og Romsdal HF, SSB, Oslo Economics

Sysselsatte i offentlig sektor

De sykehusansatte og deres husholdninger vil også generere sysselsetting regionalt i kommuner og fylkeskommune. For å beregne denne ringvirkningen tar vi utgangspunkt i antall kommunale og fylkeskommunale ansatte og forholdstallet mellom offentlig ansatte og innbyggere, for å se hvor mange offentlig ansatte én innbygger genererer.

Tabell 3-21: Antall ansatte i kommune og fylkeskommune per innbygger i arbeidsmarkedsregionene

	Molde- regionen	Kristiansund- regionen
Antall kommunalt ansatte	5 010	2 551
Antall innbyggere	62 542	34 750 ¹²
Antall kommunalt ansatte per innbygger	0,08	0,07

¹² Hvis arbeidsmarkedsregion Nordmøre inkluderes i arbeidsmarkedsregion Kristiansund blir antallet innbyggere i Kristiansundsregionen 55 077.

Fylkeskommunalt ansatte per innbygger Møre og Romsdal	0,01	0,01
Kommunale og fylkeskommunale ansatte per innbygger	0,09	0,08

Kilde: SSB

Det kan innvendes at denne gjennomsnittsvurderingen ikke gir noe godt tall for effekten når det blir én ekstra innbygger, da det kan foreligge stordriftsfordeler eller stordriftsulempen. Det er likevel vanskelig å se at denne effekten vil gi store utslag, og det er vanskelig å se hvordan en slik marginaltilnærming skulle gjøres.

Når antall offentlig ansatte per innbygger kombineres med antall medlemmer i sykehusansattes husholdninger, framkommer antall sysselsatte i offentlig sektor som genereres av de sykehusansatte.

Tabell 3-22: Ringvirkninger i form av offentlig sysselsatte regionalt som er direkte generert av de sykehusansattes konsum

	Molde sjukehus	Kristiansund sjukehus
Sykehusansatte	1 105	585
Medlemmer i sykehusansattes husholdninger	2 223	1 126
Offentlige sysselsatte direkte generert av konsum, per innbygger	0,09	0,08
Offentlig sysselsatte direkte generert av sykehusansattes konsum	195	91

3.5.1.2 Oppsummering konsumgenererte ringvirkninger

Effektene på privat og offentlig sysselsetting sammenholdt, viser en konsumgenerert ringvirkning med en multiplikatoreffekt på 1,49 for Molde sjukehus og 1,44 for Kristiansund sjukehus.

Figur 3-7 Oppsummering multiplikatoreffekter konsumgenererte ringvirkninger

	Molde sjukehus	Kristiansund sjukehus	
Ansatte på sykehuset	1 105	585	Antar i snitt 80 % stillingsbrøk
Antall medlemmer i de ansattes husholdninger	2 223	1 126	Antar 36 % gift med andre sykehusansatte Husholdningsstørrelse fra SSB (region)
Antall regionalt ansatte som er direkte avhengig av sykehus-husholdningenes konsum	341	164	Beregning av andel ansatte i region som jobber i konsumentnære virksomheter
Antall kommunalt ansatte som er avhengig av sykehus-husholdningenes konsum	195	95	Beregning av antall kommunalt og fylkeskommunalt ansatte per innbygger
Antall ansatte totalt som er avhengig av sykehus-husholdningenes konsum	536	259	Summering av privat og offentlig
Konsumgenerert ringvirkningsmultiplikator	1,49	1,44	Antall ansatte totalt som andel av sykehusets ansatte

Kilde: Oslo Economics

Disse multiplikatorene kan sammenholdes med resultatene i rapporten *Erfaringsstudie om ringvirkninger fra petroleumsvirksomhet for næringsliv og samfunnet for øvrig* som Norut og Møreforskning står bak (Norut og Møreforskning, 2012). Her er ringvirkninger av oljebasen i Kristiansund analysert. Det er ikke spesifikt gjort rede for hvordan multiplikatoreffektene framkommer, men analysen benytter en konsumgenerert ringvirkningsmultiplikator på 1,45, med andre ord svært tilsvarende som vår multiplikator.

Også Østlandsforskning har i sitt *Notat om sykehus og ringvirkninger* (Østlandsforskning 2012) benyttet en konsumgenerert ringvirkningsmultiplikator på 1,45 for sykehuset i Innlandet.

Produksjonsgenererte ringvirkninger

Sykehusene i Molde og Kristiansund var inntil 2010 organisert i Helse Nordmøre og Romsdal HF. Vi bruker regnskapstallene for dette foretaket i 2010 som utgangspunkt for beregningen av produksjonsgenererte ringvirkninger.

Tabell 3-23: Driftskostnader årsregnskap Helse Nordmøre og Romsdal HF 2010

	Millioner NOK
Personalkostnader	990
Varekostnad	208
Kjøp av helsetjenester	190

Avskrivninger	73
Annen driftskostnad	294
Sum driftskostnader	1 755

Kilde: Helse Møre og Romsdal HF

Av disse kostnadstypene er det bare annen driftskostnad som genererer produksjonsgenererte ringvirkninger i regionen. Personalkostnadene skaper ringvirkninger gjennom de konsumgenererte ringvirkningene som vi har redegjort for over, mens varekostnad (primært kjøp av legemidler og annet medisinsk utstyr) og kjøp av helsetjenester ikke treffer regionale virksomheter (i hvert fall ikke i kraft av at de er regionale), og avskrivninger er en regnskapsteknisk størrelse.

De 294 millionene i annen driftskostnad fordeler seg på følgende vis:

Tabell 3-24: Fordeling av annen driftskostnad

	Millioner NOK
Transport av pasienter	83
Bygninger	39
Kjøp og leie utstyr/maskiner	24
Reparasjoner, vedlikehold	32
Konsulenter	62
Annen ekstern tjeneste	9
Kontor og kommunikasjon	13
Kostnader transportmidler	3
Reisekostnader	13
Forsikringskostnader	10
Øvrige driftskostnader	6
Sum annen driftskostnad	294

Enkelte av disse kostnadspostene har sannsynligvis større andel av regionale leverandører enn andre. Vi skal spesifikt se på leverandører av en slik karakter at de typisk vil flytte med sykehuset, det vil si leverandører der den geografiske nærheten til kunden er av stor betydning. Det er kun disse leverandørenes aktivitet som kan sies å være en direkte ringvirkning av sykehuset gitt sykehusets plassering

i dagens situasjon. En vurdering på bakgrunn av dette kriteriet gir en direkte regional ringvirkning av sykehusets innkjøp på 13 % av annen driftskostnad (39 millioner kroner). Tallet blir lavt blant annet fordi de tre største postene: Transport av pasienter, Konsulenter og Bygninger antas å gi direkte regionale ringvirkninger i en svært liten del av tilfellene (leverandører på disse områdene trenger ikke være lokalisert i samme region som sykehuset, og vil ikke flytte med et sykehus).

39 millioner kroner i direkte regionale innkjøp utgjør 2,2 % av sykehusets totale kostnader. Dette er i tråd med anslag fra innkjøpsavdelingen i Helse Møre og Romsdal HF, som anslår at 2-4 % av totale driftskostnader går med til lokale innkjøp.

Vi benytter SSBs strukturstatistikk for detaljhandel for 2010 for å regne om 39 millioner kroner til antall årsverk. Omsetningen per årsverk er 1,89 millioner kroner, og 39 millioner kroner utgjør da i underkant av 21 årsverk. Med totalt 1 690 ansatte på sykehusene, gir dette en produksjonsgenerert multiplikator på 1,01.

Østlandsforskning har til sammenligning i sitt *Notat om sykehus og ringvirkninger* (Østlandsforskning 2012) benyttet en produksjonsgenerert ringvirkningsmultiplikator på 1,04 for sykehuset i Innlandet.

I tillegg til disse ringvirkningene vil det være ringvirkninger videre etter denne førsteleddsringvirkningen som her er beregnet. Det vil også være noen ringvirkninger knyttet til pasienters og besøkendes kjøp i tilknytning til sykehusbehandling, men omfanget av dette antas å være begrenset.

3.5.1.3 Oppsummering ringvirkninger for sysselsetting

Figur 3-8 Oppsummering multiplikatorbasert ringvirkningsanalyse

	Molde sjukehus	Kristiansund sjukehus	
Ansatte på sykehuset	1 105	585	Antar i snitt 80 % stillingsbrøk
Antall medlemmer i de ansattes husholdninger	2 223	1 126	Antar 36 % gift med andre sykehusansatte Husholdningsstørrelse fra SSB (region)
Antall regionalt privat ansatte som er direkte avhengig av sykehus- husholdningenes konsum	341	164	Beregning av andel ansatte i region som jobber i konsumentnære virksomheter
Antall kommunalt ansatte som er avhengig av sykehus-husholdningens konsum	195	95	Beregning av antall kommunalt og fylkeskommunalt ansatte per innbygger
Antall regionalt privat ansatte som er avhengig av sykehusets innkjøp	13	8	Beregning av totalt innkjøp fra lev. som må ligge nært sykehuset
Antall ansatte totalt som er avhengig av sykehuset	549	267	Summering av privat og offentlig, konsum- og produksjonsgenerert
Konsumgenerert ringvirkningsmultiplikator	1,50	1,46	Antall ansatte totalt som andel av sykehusets ansatte

Kilde: Oslo Economics

Analysen viser at ringvirkningene er betydelige, men at ringvirkningene ikke er vesensforskjellige for et sykehus i Molde eller et sykehus i Kristiansund. Dette antas å være tilfelle også for alle andre aktuelle sykehusplasseringer. Det betyr at de samfunnsøkonomiske effektene av sykehusstruktur og - plassering begrenser seg til fordelingseffekter. Alle alternativene vil i stor eller liten grad ha positive effekter for én region og negative effekter for en annen region. Hvis sykehuset plasseres bynært vil byen det blir lagt til få hoveddelen av disse over 800 arbeidsplassene. Hvis sykehuset blir lagt i mellom byene vil arbeidsplassene fordeles mellom byene. Ettersom de positive effektene et sted, vil oppveies av like store negative effekter et annet sted får de heller ingen innvirkning på rangeringen mellom alternativene i vår analyse.

3.5.2 Tilgang på arbeidskraft for annen virksomhet

Både Molde og Kristiansund arbeidsregion er i betydelig vekst, og næringslivet i begge regionene opplever at det er krevende å få rekruttert den arbeidskraften de har behov for. Sykehusansattes partnere vil i mange tilfeller være attraktive som arbeidstagere i disse bedriftene. Hvor sykehuset plasseres kan ha innflytelse på hvor disse partnerne orienterer seg etter ansettelse, og dermed for regionenes evne til å få næringsvekst.

Her igjen vil det i stor grad være snakk om fordelingseffekter, da vi antar at verdien for samfunnet av at en ledig jobb i Molde matches med en arbeidsledig innbygger er tilnærmet lik som verdien av at det samme skjer i Kristiansund. Dette understøttes blant annet av at lønnsnivået i følge Statistisk sentralbyrå er forholdsvis likt i de to byene.

Siden begge byene og regionene er i vekst og vil være det i overskuelig framtid, er det heller ingenting som tyder på at behovet for arbeidskraft er større i den ene byen enn den andre.

Den byregionen som sykehuset plasseres i får størst fordel av denne effekten. Ved en plassering mellom byene fordeles effekten gitt at de ansatte på sykehuset og annen virksomhet aksepterer økt pendlingsavstand.

3.6 Steds-, by og regionutvikling

Byvekst eller tilbakegang er på et vis summen av små og store lokaliseringsbeslutninger, som foretas av enkeltindivider, husholdninger, bedrifter og institusjoner. Byer og steder vokser rent fysisk og befolkningsmessig ved at mennesker og virksomheter flytter dit, eller ved at det er en netto innflytting. Spredtbygde områder blir til tettsteder eller forsteder, tettsteder blir til små byer og større byer brer seg og fortettes.

3.6.1 Byer som motor for vekst

Vekst har store økonomiske og sosiale konsekvenser for byer og steder. Kommuner som vokser får flere virksomheter, økt innbyggertall og dermed ofte økt inntekt. Veksten kan skape ringvirkninger ved at nye virksomheter trekker mennesker og andre virksomheter med seg. Dette har også kulturell betydning, ikke bare fordi større byer har mange kulturinstitusjoner og tiltrekker seg virksomheter og mennesker innenfor kultursektoren, men også fordi endringene henger sammen med våre forestillinger om byer og de menneskene som bor der. Dessuten vil vekst eller tilbakegang påvirke innbyggernes opplevelse av sin egen by. Det er derfor stor oppmerksomhet omkring byers status i forhold til andre byer, og om vekst i én by vil påvirke byens identitet eller aura, innbyggernes identifikasjon med byen, eller deres følelse av tilhørighet. Dette er virkninger som vanskelig lar seg tallfeste eller måle, men som kommer til uttrykk gjennom enkeltpersoners utsagn, i media og i små og store beslutningsprosesser.

Byvekst blir derfor sett på som viktig, og bymyndigheter og kommuner ønsker å tiltrekke seg større virksomheter og påvirke lokaliseringsbeslutninger, enten de skjer i privat eller offentlig regi. Lokale myndigheter har lenge vært opptatt av dette, men det pekes på at konkurransen mellom byene skjerpes og at den er løftet opp fra et regionalt til et nasjonalt og globalt nivå, i hvert fall når det gjelder de større byene. Forskere, som Hall og Hubbard 2000, hevder at det har vært en dreining i bypolitikken fra velferdspolitikkk til entreprenørpolitikk, det vil si at byene på et vis betraktes som en vare i et marked som retter seg mot bedrifter og mennesker (særlig arbeidstakere innenfor kunnskapsintensive bransjer).

For å møte denne etterspørselen, i konkurranse med andre, må byene tilby attraktive arbeidsplasser, bomiljøer og tjenester og kulturtilbud. Denne konkurransen gjelder også lokaliseringen av offentlige institusjoner, enten de er nasjonale eller regionale. Löfgren (2000) peker på at enkelte byer, slik som Trondheim, har satset særlig på offentlige institusjoner. Denne konkurransen påvirker ikke bare bymyndighetene og deres beslutninger, men også «utenforstående» sine forestillinger, beslutninger og praksiser. Rangering av byer etter ulike kriterier har blitt vanlig. Hvert år kåres «the most liveable city», de byene som legger best til rette for næringslivet, de som har mest å tilby for de ansatte, og de byene som er verdt et besøk som turist.

At byvekst oppleves som viktig understøttes også av fylkeskommunale planer i Møre og Romsdal. I eksisterende Fylkesplan (2009-13)¹³ heter det:

«Byane, som regionale motorar, skal vere sentrale partnarar når fylkesplanen skal setjast i verk. Det er eit mål å styrkje byane som motorar i eigen region, og som utviklingsaktør i fylket innanfor sine sterke områder.»

Gjennom fylkeskommunens bevilgning i økonomiplan/budsjett for 2012 ble også den såkalte Bysatsinga etablert¹⁴. Her heter det:

«Møre og Romsdal fylkeskommune ønskjer å stimulere til meir attraktive byar for å sikre vekst og utvikling i regionen. Næringslivet og omegnkommunane har peika

¹³ <http://mrfylke.no/Tenestekomraade/Plan-og-analyse/Regional-planlegging/Regional-plan/Fylkesplan-2009-2012>

¹⁴ <http://mrfylke.no/Tenestekomraade/Regional-og-naeringsutvikling/Utvikling-i-kommunane/Bysatsinga>

på at dei tre byregionane i fylket vårt, Ålesund, Molde og Kristiansund, må ta rollen som regional motor og bli eit nav for omland og mot omverda. Fylkeskommunen har derfor tatt initiativ til ei 5-årig bysatsing i Møre og Romsdal.»

Lokaliseringen av institusjoner som sykehus kan i seg selv ha begrenset betydning i mellomstore byer som det her er snakk om der det i begge byer er betydelig annen virksomhet. Sykehusene kan imidlertid bidra i positive eller negative sirkler, der ulike andre virksomheter trekkes til eller støtes fra byene. Større institusjoner skaper ringvirkninger som tidligere belyst, og de skaper de sosiale endringene ved utvidelser eller nedskalering av virksomheten. En by eller en bydel kan få økt tilstrømning av eller tappes for mennesker med høy utdanning, som er attraktive for byer og steders utvikling, blant annet fordi de forventes å bidra til innovasjon og vekst. I forbindelse med valg av ny sykehusstruktur for Møre og Romsdal vil det derfor i et byutviklingsperspektiv være ønskelig med en struktur som i størst mulig grad underbygger og støtter opp om muligheter for vekst i byene i regionen.

3.6.2 Bykultur og identitet

Til tross for diskusjonen av hvor stor direkte betydning kultur har for byers økonomiske vekst, er det ingen tvil om at kulturelle forhold veves inn i, er en del av eller er avgjørende i viktige endringsprosesser. Det å framstå som urban, eller å ha en høy grad av urbanitet, anses som viktig, noe ønsket om bystatus viser. Denne urbaniteten er ikke bare knyttet til arkitektur og fysiske strukturer, men til de menneskene som bor der og deres praksiser. I denne sammenhengen har menneskers habitus, som er innarbeidede handlinger og vaner, stor betydning (Bourdieu 1996). Bakgrunnen for menneskers habitus er deres kulturelle kapital, det vil utdanning, bøker, arbeidsmetoder, vaner og språk, som har betydning for sosial status og posisjonering, på samme måte som sosial kapital (relasjoner og nettverk) og økonomisk kapital (penger og materielle ressurser) har betydning for å «lykkes» i samfunnet.

Sammensetningen av mennesker og deres kapital har betydning for hvordan byer oppleves. Det kan gi byer eller bydeler en spesiell aura. Flytte- og lokaliseringsbeslutninger kan ha stor betydning, enten når bydeler endrer befolkningssammensetning (som i gentrifisering), eller når en by mottar eller mister et stort antall arbeidsplasser med mennesker (som når en stor bedrift eller offentlig institusjon endrer lokalisering). Enkelte bydeler eller byer er helt preget

av én institusjon eller bedrift, eller en gruppe av virksomheter. Eksempler er større byers «financial district», der butikker, sosiale praksiser og for eksempel kleskoder er preget av en klasse av mennesker med en relativt distinkt kultur. På lignende måte kan et større sykehus sette sitt preg på en bydel.

Byer og steder hevdes ofte å ha en identitet, eller med andre ord et særpreg som gjør at det enkelte sted skiller seg ut fra andre steder, eller kan knyttes til enkelte steder. Innenfor arkitekturteori brukes begrepet stedsidentitet om særpreg som skyldes arkitektonisk utforming, byggeskikk og landskap. Når et sted endres og «beveger» seg bort fra sin opprinnelige karakter, hevdes det å føre til et stedstap (Norberg Schultz 1980). Andre har hevdet at steder preget av moderne installasjoner og bygninger er preget av stedsløshet (Relph 1976). Det som imidlertid er viktig i et sosialt perspektiv, er hvordan mennesker identifiserer seg med steder og byer, og om endringer fører til fremmedgjøring eller redusert identifikasjon. Etableringen av større institusjoner og byggeprosjekter, særlig på mindre steder kan ha stor betydning, ikke bare fordi det medfører store fysiske endringer (i form av nye bygninger, veier og infrastruktur), men også fordi det kommer nye mennesker, som naturligvis vil sette sitt preg på stedet.

Slike endringer er uunngåelige og ønskelige. Steder er sjelden fastfrosne, eller kan sjelden bevares, med mindre det er snakk om for eksempel museer. Man må akseptere at det er mange ulike mennesker og praksiser på et sted, som til sammen skaper et mangfoldig og dynamisk sted, og som gir grunnlag for ulike opplevelser, identifikasjoner og tilhørighet. Massey (1991; 1993) bruker begrepet «progressive sense of place», om denne kompleksiteten. Det hevdes dessuten at mennesker i dag er mindre preget av tradisjonell tilhørighet til oppvekststed, eller steder der man har erfaringer og minner. Til forskjell fra den tradisjonelle stedsforankringen, har Savage et al. Brukt begrepet valgt tilhørighet, som går ut på at mennesker i større grad velger seg steder og tilhørighet, for eksempel i valg av bolig, boområde og sosialt bomiljø, som passer til ens livsstil og kulturelle kapital. Det kan bety at folk er mer pragmatiske og at endringer oppfattes som mindre alvorlige. Likevel vil mennesker som bor i nærheten av planlagte institusjoner og bygninger som sykehus, kunne reagere på og protestere mot at nærområdet blir endret, eller fordi man er redd for redusert eiendomsverdi. Denne reaksjonen, som er velkjent blant byplanleggere, går under betegnelsen «not in my backyard», eller NIMBY-syndromet.

Hvordan en ny sykehusstruktur vil kunne påvirke bykultur og identitet på de berørte stedene er et svært komplekst spørsmål. Det vil også kunne være motsetninger i de berørte byene i forhold til hvor viktig et sykehus er for byens kultur og identitet. Det vil derfor ikke finnes ett svar som alle kan enes om. Ønsker man en større grad av urbanitet, det vil si at byene framstår som mer urbane, med den fysiske struktur, tjenestetilbud, aktiviteter og demografi som det tilsier, vil det være ønskelig at sykehuset plasseres bynært.

3.7 Energi og miljø

Ny sykehusstruktur i Møre og Romsdal vil påvirke energiforbruk og miljø i regionen. Endelig beslutning for struktur og lokalisering må derfor også hensynta disse faktorene.

3.7.1 Muligheter for energieffektivitet

Med hjemmel i plan- og bygningsloven er det fastsatt statlige planretningslinjer for klima- og energiplanlegging i kommunene.

I retningslinjene heter det blant annet at: *«Kommunene, herunder fylkeskommunene, skal gjennom planlegging og øvrig myndighets- og virksomhetsutøvelse stimulere og bidra til reduksjon av klimagassutslipp, samt økt miljøvennlig energiomlegging.»*

For å vurdere samfunnskonsekvensene av ny sykehusstruktur må man på bakgrunn av dette vurdere hvorvidt noen av alternativene støtter bedre opp om innholdet i disse retningslinjene enn andre. Alternativer som legger til rette for energieffektivisering og miljøvennlig energiforbruk vil alt annet likt være å foretrekke.

I dette ligger også at det vil være en fordel med en sykehusstruktur som er mest mulig robust ift til eksempelvis eksterne sjokk som en kraftig økning i energipriser.

Alternativene som er bynære vil gi flere som går og sykler til sykehuset av de ansatte. Løsninger som gir økt kollektivtransport og lavere bibliotek vil gi lavere utslipp som er skadelig for klima og miljø. Slike kostnader er ikke prissatt i analysen av transportkostnader i kapittel 4, men behandlet som ikke-prissatte effekter.

3.7.2 Miljøinngrep

En ny sykehusstruktur og særlig bygging av nytt sykehus på nye lokaliseringer vil kunne påvirke landskapsbilde, nærmiljø og friluftsliv, naturmiljø, kulturmiljø og naturressurser i området. Store inngrep vil i varierende grad gi konsekvenser i form av forringet miljø for brukerne av miljøet som påvirkes. I vurderingen av ny sykehusstruktur vil man derfor måtte ta hensyn til i hvilken grad de ulike alternativene vil påvirke miljøet. Alt annet likt vil alternativer som skader miljøet på minst mulig måte være å foretrekke.

3.8 Kostnader ved overgang til ny sykehusstruktur

Alle vi har intervjuet synes å være enige om én ting - en løsning for sykehus i Romsdal og på Nordmøre må på plass så fort som mulig. Det er knyttet noen kostnader til sykehusstriden som er tydelige allerede i dag, og som kan bli enda tydeligere hvis prosessen fram til ny struktur er klar blir lang.

Disse kostnadene er først og fremst i form av forvitring av fagmiljø, forvitring av pasientgrunnlag og forvitring av bygninger og teknisk utstyr.

Fagmiljøet forvitrer fordi det er lite attraktivt å jobbe på et sykehus som står i fare for å nedlegges, særlig når man ikke vet hva som vil bli tilbudet ved en nedleggelse, og når ulike spesialiteter vil være lokalisert. Både Molde og Kristiansund sjukehus sliter med å rekruttere kompetanse i dag, og det hevdes at dette i stor grad skyldes usikkerhet rundt framtiden. Det sliter også på de ansatte å måtte bruke så mye krefter på ytre faktorer som politiske struktur-prosesser, i stedet for på god pasientbehandling.

I ROS-analysen framgår det at *«det medisinskfaglige tilbudet for Nordmøre og Romsdal i interimperioden vurderes som sårbart i forhold til sykehusplassering. En fremtredende årsak er stabiliseringen av de eksisterende fagmiljøene og utfordringer knyttet til nyrekruttering i denne perioden.»*

Dersom det blir en opplevelse av at kvaliteten på behandlingen på Molde og Kristiansund sjukehus er dårligere enn på Ålesund eller Orkdal/St. Olav sjukehus, kan det gi en varig effekt i form av forvitring av pasientgrunnlaget som er vanskelig å reversere.

Bygningsmassen forvitrer fordi det er lite meningsfylt å bruke ressurser på å pusse opp og bygge om Molde og Kristiansund sjukehus når det er stor sannsynlighet for at det skal bygges et nytt sykehus et annet sted.

Manglende avklaring av framtidig sykehusstruktur bidrar til forlenget «bykamp» og er ødeleggende for samarbeidsklimaet i regionen.

Det er særlig to forhold som er avgjørende for hvor langt fram i tid en ny sykehusstruktur er. Dette er politiske forhold og tekniske/bygningsmessige forhold. Vi går nærmere inn på dette under.

3.8.1 Politisk legitimitet for løsningen

Det er en fare for at et vedtak om en ny sykehusstruktur og tilhørende geografisk plassering av medisinske enheter ikke vil være stabilt. Det betyr at et vedtak bare gir grobunn for videre debatt, lokalt, regionalt og nasjonalt, i helseforetak og helseregion og i kommuner, fylkeskommuner og regjering/storting. Dette har skjedd tidligere i denne svært lange prosessen, der tilsynelatende endelige vedtak er blitt overprøvd.

Det er mange interessenter i denne saken, som alle føler seg svært sterkt berørt. Det er vanskelig å se løsninger som alle blir fornøyd med. Det kan være gradsforskjell mellom alternativene, men det synes kun å være enighet om at nullalternativet ikke kan videreføres. Valg av alle alternative konsepter og lokaliseringer forventes å møte sterk motstand fra berørte interessenter.

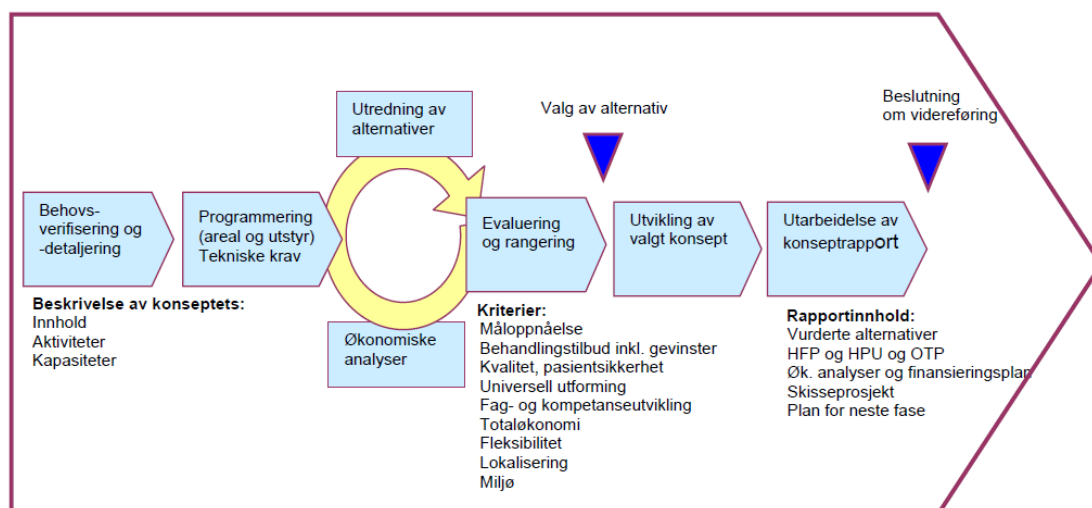
3.8.2 Konseptvalgutredning og forprosjektering med tilhørende kvalitetssikring.

For alle alternativer må det gjøres en utredning i henhold til IS 1369 Veileder, Tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter. Det påpekes i veilederen at utvikling av nytt sykehusbygg er svært tid- og ressurskrevende.

I Prop. 1 S (2010-2011) ble det foreslått at de regionale helseforetakene fra 2011 skulle underlegges en 4-årig prøveordning med ekstern kvalitetssikring av konseptfaseutredninger tilsvarende den statlige KS1-ordningen. RHF-ene har deretter inngått rammeavtaler med ulike konsulentmiljøer. Avrop vil i utgangspunktet være begrenset til prosjekter med en anslått investeringskostnad på over 500 mill. kr. Omfanget på kvalitetssikringer etter KSK forventes å være 1-3

pr år uten at dette er bindende. Hovedfasene i konseptfasen er illustrert i figuren under (tidligere veileder). I tillegg kommer tiden til forprosjektering.

Figur 2 Modell for gjennomføring av konseptfasen, inklusiv valg av alternativ for godkjenning.



Kilde: Helsedirektoratet IS 1369 Veileder, tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter.

Krav til ekstern kvalitetssikring inkluderer blant annet:

- Anbyder skal dessuten kvalitetssikre at alternativene er vurdert opp mot økonomisk og finansiell bæreevne det regionale helseforetaket har for å gjennomføre dem.
- Anbyder skal også bl.a. kvalitetssikre - jf. nåværende veileder for tidligfaseplanlegging:
 - vurderingen av alternativene opp mot hvilke gevinster som ønskes realisert,
 - vurderingen av prosjektets "plassering" innenfor det regionale helseforetakets totale tilbud, inklusive avgrensninger til andre sykehus, spesialiteter og funksjoner,
 - vurderingene av hvordan samhandling med primærhelsetjenesten og vertskommuner vil påvirke forutsetningene for prosjektet, beskrivelsen og beregningen av befolkningens framtidige behov for helsetjenester (demografisk og epidemiologisk, tilpassing av forbruksrater), vurderingen av eventuelle muligheter for omstilling og effektivisering av tjenestetilbudet, vurdering av hvordan framtidige behandlingsformer og prioriteringer vil slå ut for de ulike

tjenestene,

- vurdering av hvordan prosjektet forholder seg til overordnede krav om ivaretagelse av indre og ytre miljø,
 - vurdering av pasientsikkerhet, på hvilken måte bygg og infrastruktur kan medvirke til å redusere uønskede hendelser,
 - vurderingen av hvordan prosjektet vil imøtekomme befolkningens krav til kvalitet i tjenestene
- Anbyder skal også kvalitetssikre at alternativene i tilstrekkelig grad har beskrevet og vurdert øvrige samfunnsmessige konsekvenser, og at det i prosjektmaterialet er lagt opp til en hensiktsmessig prosess for å håndtere dette.

Denne analysen av samfunnskonsekvenser er ikke utarbeidet med tanke på utredningsgrunnlag for ekstern kvalitetssikring.

3.8.3 Regulering og teknisk implementeringstid

Det er krevende å bygge et nytt sykehus. Reguleringsprosessen for en tomt kan være svært utfordrende, og et sykehus stiller store krav til offentlig infrastruktur. Vi har i vårt arbeid ikke gått inn i kvaliteter ved de forskjellige tomtene eller geologiske forhold.

Enkelte tomter kan være enklere å få regulert og klargjort for bygging enn andre, og enkelt tomter kan ha kvaliteter som gjør dem enklere å bygge på. Det vil kunne redusere tiden det tar fra et politisk vedtak til et nytt sykehus står klart. Disse tekniske forutsetningene antas å ikke ha stor påvirkning på overgangskostnadene, både fordi potensiell forsinkelse er mindre på dette området enn på de andre områdene, og fordi en del av forvitringstendensene antas å være sterkest fram til et endelig vedtak, mens de forventes å være lavere straks byggeprosjektet er igangsatt.

4 Vurdering av de konseptuelle alternativene

I dette avsnittet oppsummeres effektene og forskjellene mellom alternativene blir belyst. Det er komplekse forhold som vurderes og drøftingene kunne med fordel vært mer omfattende, men tidsrammen for dette prosjektet gjør at framstillingen er ordknapp. Det er ikke slik at effekter som er prissatt er prinsipielt viktigere enn effekter som ikke er prissatt. Det er knyttet usikkerhet til effekter og vurderinger. Disse er søkt synliggjort i kapittel 5 om usikkerhet, fleksibilitet og realopsjoner.

4.1 Prissatte effekter

4.1.1 Investeringskostnad og driftskostnader

Hospitalitet har analysert investerings- og driftskostnader for de ulike alternativene.

Tabell 4-1: Investerings- og driftskostnader samt netto nåverdi av disse (mill. NOK)

Alternativ	Investering	Reduserte årlige driftskostnader	Nåverdi 40 år 4 % diskonteringsrente
1b	4 706	59	-2 505
1a	4 892	59	-2 670
3b	5 779	93	-2 854
2a	5 311	59	-2 972
0	4 287	0	-3 020
2b	5 611	59	-3 241
3a	5 516	25	-3 659

Kilde: Hospitalitet

I samfunnsøkonomiske analyser er det vanlig å presentere nåverdier som alternativets nåverdi i forhold til 0-alternativets nåverdi. Da blir tabellen slik:

Tabell 4-2: Investerings- og driftskostnader samt netto nåverdi av disse, sammenlignet med 0-alternativet (mill. NOK)

Alternativ	Investering	Reduserte årlige driftskostnader	Nåverdi 40 år 4 % diskonteringsrente
------------	-------------	----------------------------------	--------------------------------------

1b	4 706	59	515
1a	4 892	59	350
3b	5 779	93	166
2a	5 311	59	48
0	4 287	0	
2b	5 611	59	-221
3a	5 516	25	-631

Kilde: Hospitalitet og Oslo Economics

Hospitalitet skriver følgende i sin rapport:

Er det noko alternativ som ut frå ei økonomisk tilnærming er vesentleg betre enn andre? Dersom vi tek på "investeringsbriller", vil det alternativet som krev minst investering være det beste (sett frå ein ståstad der investeringsmidlar er eit knapt gode). Tek vi på "driftsbriller" vil det alternativet som gjev den største driftsinnsparinga vere det beste. Investeringsmessig er det alternativa 0, 1a og 1b som har det lågaste investeringsbehovet (kjem "best" ut). Driftsøkonomisk kjem 3b klart best ut blant dei undersøkte alternativa.

For å kombinere desse to tilnærmingane nyttar vi ein noverdianalyse. Kombinert i et 40 års perspektiv med ulike diskonteringsfaktorar (som korrigerer biletet for at det som ligg langt fram i tid er meir usikkert enn det som skjer nært i tid), kan vi sjå om det er eit mønster i kva for alternativ som ut frå eit økonomisk perspektiv, kjem best og dårlegast ut. Her kjem 3b, 1a, 1b og 2a noko betre ut enn dei tre andre alternativa som er omhandla. Men det er ikkje store utslag. Sensitivitetsberekning ift endra vekt på talet på dag- og poliklinikkeiningar og omfang av nybygg gjev ikkje store endringar. Alternativa med størst del eksisterande bygg vert noko svekka, men er framleis "konkurransedyktige" sett berre med økonomiske auge.

Dei resultata vi får fram i noverdianalysen, er berre så gode som det grunnlaget dei byggjer på. Den usikkerheita som tidlegare er peika på i dette og underliggjande dokument, og som er knytt til både investeringsbehov og driftsøkonomiske effektar, gjer at små ny-ansar i noverdiar ikkje bør tilleggast vekt. Det er der det er tydelege ulikskapar ein kan nytta resultatet for å skilje mellom alternativa. Det samla materialet syner at det i alle alternativ må investerast omfattande i perioden frå no og fram til 2030, og at ein stor del av

investeringane bør skje fram til 2020. Samling i færre driftseiningar kan ventast å gje noko betra driftsøkonomi. Det samla økonomiske biletet peikar likevel ikkje så tydeleg i retning av eitt eller to alternativ, at dette bør være det utslagsgjevande for val av kva for alternativ som skal utgreiast vidare. Den konklusjonen bør trekkjast på grunnlag av ein kombinasjon av den informasjonen som er knytt til økonomi, og dei kvalitative faktorane.

Det synes som om Hospitalitet har gjort en grundig analyse, men det er knyttet stor usikkerhet til tallene. Det vurderes som en riktig konklusjon at ingen av alternativene verken kan velges eller utelukkes på bakgrunn av disse nåverdiberegningene.

4.1.2 Transportarbeid og dødsulykker som følge av transport

Med utgangspunkt i Asplan Viaks beregninger av transportarbeid med en framskrivning av sykehusaktiviteten til 2030-tall¹⁵, har vi prissatt transportarbeidet og beregnet en nåverdi av denne kostnaden. Nåverdiberegningen er gjort med utgangspunkt i samme forutsetninger som Hospitalitets nåverdiberegning av investerings- og driftskostnader. Det vil si at vi har lagt til grunn 40 års horisont, 4 % kalkulasjonsrente og en byggeperiode for hvert av de syv alternativene.

I vår analyse har vi beregnet kostnader knyttet til tid som går med til transport. Tiden er beregnet ut fra analyser av transportarbeidet der gjennomsnittlig hastighet er satt til 52, 4 km/t. Hastigheten er satt lik Asplan Viaks beregnede gjennomsnittshastighet for befolkningen ved transport til sykehusene i Møre og Romsdal. Tidskostnaden er basert på Vegvesenets Håndbok 140 hvor vi har benyttet tidsverdien for reiser til og fra arbeid for 2005 og inflasjonsjustert denne til 2011 kr. Tidskostnaden per time blir da 211,86 kr. I tillegg har vi beregnet en kostnad ved økt antall trafikkdrepte som en følge av økt trafikk. Denne beregningen er basert på SSBs statistikk over kjørelengde og trafikkdødsfall i Norge. Kombinasjonen av disse statistikkene gir et antall døde på 0,003 per millioner personkilometer. Ett menneskeliv er prissatt til 30 millioner kroner, slik det er anbefalt i NOU 2012:16. Kostnader ved ulykker som ikke fører til dødsfall har vi ikke prissatt i denne analysen.

¹⁵ Asplan Viak (2012): Tilgjengelighetsanalyser Utviklingsplan for Helse Møre og Romsdal HF

En svakhet ved vår analyse er at kostnader knyttet til miljøutslipp ved transport ikke er medregnet. Dette skyldes at det vil være vanskelig i de ulike alternativene å anslå hvor mange som vil kjøre bil, og hvor mange som vil sykle, gå eller kjøre kollektivt. Miljøeffekten er derfor behandlet som ikke-prissatt under energi- og miljøeffekter.

Asplan Viak har i sine analyser beregnet transportarbeidet under ulike forutsetninger. Det er stor usikkerhet rundt hvordan fordelingen av dagpasienter mellom akuttisykehus og poliklinikk/dagbehandlingsenheten vil bli ved ny sykehusstruktur. Det er også usikkerhet rundt hvor stor andel av de ansatte som vil jobbe på ulike avdelinger, samt hvorvidt og i hvilken grad de ansattes bosettingsmønster vil tilpasse seg ny sykehusstruktur.

I rapportens hoveddel presenterer vi en nåverdiberegning basert på det transportarbeidsscenario vi finner mest realistisk, mens vi i vedlegg til rapporten viser tilsvarende beregninger for de andre scenariene Asplan Viak har beregnet. Etter vår oppfatning er det relativt små forskjeller mellom resultatene i de forskjellige scenariene. I alle beregningene har vi lagt til grunn den forventede nåverdi for investering og drift fra Hospitalitets analyse. Forutsetningene for beregningene er gitt fra Asplan Viaks analyser for transportarbeid og er gjengitt derfra.

4.1.2.1 Nåverdi av investerings- og driftskostnader samt kostnader ved transport i mest realistiske transportarbeidsmodell

Etter vår oppfatning er Asplan Viaks scenario G2 - *ansatte bynært* det scenario som virker å fange opp flest av de relevante forutsetningene. Følgende er her lagt til grunn:

- 60 % av dagbehandlingen forutsettes gjennomført på akuttisykehuset. Gjennomsnittlig reiselengde for pasientene og besøkende settes til gjennomsnittlig reiselengde for de som i dag har enten Molde eller Kristiansund som sitt nærmeste sykehus.
- 40 % av dagbehandlingen forutsettes gjennomført på dagbehandling/poliklinikk i motsatt by. Gjennomsnittlig reiselengde for pasientene og besøkende settes til gjennomsnittlig reiselengde for dagens sykehus i byen dagbehandlingsenheten skal lokaliseres. Det betyr at det antas at det er en overvekt av pasienter fra nærområdet.

- 70 % av de ansatte jobber på akuttpsykehuset, og 30 % av de ansatte jobber på dagenheten i den andre byen. Ansatte på akuttpsykehuset forutsetter å ha samme bosettingsmønster som dagens ansatte, mens de 30 % ansatte som tilordnes dagenheten forutsettes å ha samme bosettingsmønster som dagens sykehus-ansatte i den aktuelle byen.

Dette scenario hensyntar at de som jobber mest på poliklinikk/dagbehandlingsenhet høyst sannsynlig vil være dem som også bor i nærheten av denne enheten. Så overdriver antagelig dette scenariet denne effekten noe, siden det også vil være nødvendig for ansatte som bor lengre unna å ta vakter på poliklinikk.

Tabell 4-3: Beregningsalternativ G2-ansatte bynært: Ansatte: 70 % jobber på akuttpsykehuset, 30 % på dagenheten - ansatte på dagenheten rekrutteres fra nærområdet

Alter-nativ	Økt transport-arbeid mot 0-alt. (mill. pers.km)	Nåverdi tidskostnad transportarbeid	Nåverdi dødsulykker	Nåverdi investering og drift	Samlet nåverdi 40 år
1a	20	-1 040	-23	350	-713
1b	29	-1 595	-35	515	-1 115
2a	18	-1 041	-23	48	-1 016
2b	25	-1 477	-33	-221	-1 731
3a	19	-1 141	-25	-631	-1 798
3b	29	-1 718	-38	166	-1 590

Kilde: Hospitalitet, Asplan Viak og Oslo Economics

Alle alternativene har negativ nåverdi, det vil si at alle kommer dårligere ut enn 0-alternativet. Ser vi bort fra 0-alternativet er alternativ 1a det beste, mens 2a er nest best, marginalt bedre enn 1b. Deretter er det noe avstand ned til 3b, mens 2b og 3a kommer temmelig likt ut som dårligste alternativ.

Forskjellene mellom alle alternativene er relativt små. Som en målestokk kan det nevnes at selv alternativ 3a, som har mest negativ nåverdi, vil få positiv nåverdi dersom økt kvalitet fører til at 3,7 færre pasienter dør som følge av pasientskader årlig (det forutsettes da at pasientene som reddes er i gjennomsnittlig alder). Hvis vi antar at død som følge av pasientskader i Romsdal og på Nordmøre er på nivå med landsgjennomsnittet i 2011, vil en reduksjon på 3,7 dødsfall utgjøre en forbedring på 5,7 %.

Dersom alle alternativene til ny sykehusstruktur medfører en reduksjon i dødelighet som følge av pasientskader på 10 % sammenlignet med 0-alternativet (gitt

gjennomsnittlig alder på pasientene som reddes), vil det bety at mest lønnsomme alternativ 1a har en positiv netto nåverdi på to milliarder kroner, mens minst lønnsomme alternativ 3a vil ha en positiv netto nåverdi på en milliarder kroner.

4.2 Ikke prissatte effekter

Effektene som ikke prissettes i en samfunnsøkonomisk analyse vurderes i henhold til rammeverket for vurdering av ikke-verdsatte/ikke-prissatte effekter (den såkalte pluss-minus metoden). Analysen følger Finansdepartementets veileder for samfunnsøkonomiske analyser.

Figur 4-1: Modell for å beregne konsekvens av alternativene

		Tiltakets betydning for samfunnet		
		Liten	Middels	Stor
Tiltakets omfang	Stort positivt	+++	++++	+++++
	Middels positivt	++	+++	++++
	Lite positivt	+	++	+++
	Intet	0	0	0
	Lite negativt	-	--	---
	Middels negativt	--	---	----
	Stort negativt	---	----	-----

Kilde: Oslo Economics

For lettere å følge vurderingen av de ikke-prissatte effektene forklarer vi her de tre begrepene som står sentralt ved bruk av denne metoden: Betydning, omfang og konsekvens.

- Det første trinnet er å gjøre en vurdering av betydningen tiltaket antas å ha for samfunnet. I stedet for å sette et tallanslag, etablerer man et gitt antall kvalitative kategorier fra liten til stor betydning, og plasserer deretter den aktuelle effekten i riktig kategori. Vi har benyttet kategoriene: Liten - middels - stor. Vurderingen gjøres uavhengig av alternativene, slik at en effekt vil ha samme samfunnsbetydning for alle alternativene.

- Neste trinn i metoden er å vurdere graden av disse endringene, dvs. omfanget tiltaket antas å ha for samfunnsutviklingen. Vi har benyttet fem kategorier for omfang: Stort negativt omfang, middels negativt omfang, intet omfang, middels positivt omfang og stort positivt omfang.
- Med konsekvens menes summen av betydning og omfang av alternativet for samfunnet. Konsekvensen ses alltid i forhold til 0-alternativet, slik at en negativ konsekvens betyr at alternativet kommer dårligere ut enn 0-alternativet, mens positiv konsekvens betyr at alternativet kommer bedre ut enn 0-alternativet.

4.2.1 Tilgjengelighet

Asplan Viak har gjennomført analyser av utrykningsavstander for befolkning og transportnettverk for både dagens situasjon (2011) og forventet situasjon i 2030.

Analysene har noen begrensninger, men gir likevel viktig informasjon om alternativene. Analysene beregner reisetid med ambulanse til nærmeste sykehus. Luftambulanse eller annet nærliggende helsetilbud som legevakt m.m er ikke medregnet og det er ikke tatt hensyn til at tilbudet kan variere noe mellom de ulike sykehusene.

Analysene har tatt utgangspunkt i befolkning og sykehusstruktur i Møre- og Romsdal, men det er også gjort vurderinger for å hensynta hva som skjer dersom man inkluderer hhv St. Olavs og Orkdal sykehus. Det er prinsipielt benyttet 6 alternative løsningsmodeller for tilgjengelighetsanalysene. Disse alternativene er i samsvar med løsningsmodellene beskrevet i kapittel 2, men tar ikke hensyn til at det også kan være planer om poliklinikk og dagbehandling på en ekstra lokalitet, typisk i Molde dersom akuttsykehuset legges til Kristiansund eller motsatt.

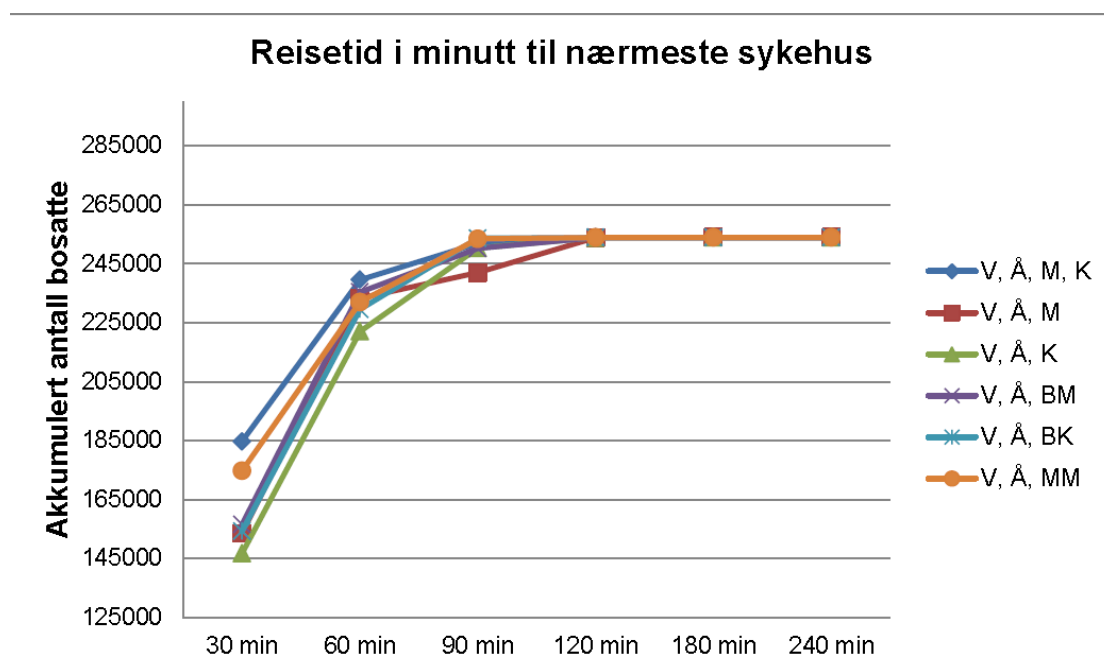
I forhold til situasjonen i 2030 er det store usikkerheter knyttet til særlig transportnettverk. Det er nær umulig å si hvilke vegprosjekt som er ferdigstilt innen år 2030. Det som er lagt til grunn for analysen er imidlertid:

- Kvivsvegen/ Hjartåberga - åpning 2012 og 2013
- Fergesambandet Volda - Folkestad - nytt tilbud fra 2013
- Volda - Hovden - ikke finansiert, men trolig åpning før 2030.

- Forlenget arm Eiksund (Steinneset) - ikke finansiert, men trolig åpning før 2030.
- Tresfjordbrua/ Vågstrandatunnelen - ferdig 2014.
- Møreaksen - ferdig før 2030
- Omlegging av trasé Lønset - Hjelset - ferdig før 2030.
- Astad - Knutset - åpning 2013.
- Langfjorden - ferdig før 2030.
- Halsafjorden - ferdig før 2030.
- Halså - Orkdal - flere delområder utbedres - før 2030
- Nordøyvegen - ferdig før 2030.
- Oppdølstranda - ferdig 2014
- Rassikring Røyr - Hellesylt - trolig ferdig 2016

Figurer og utdrag fra Asplan Viaks analyser er gjengitt nedenfor.

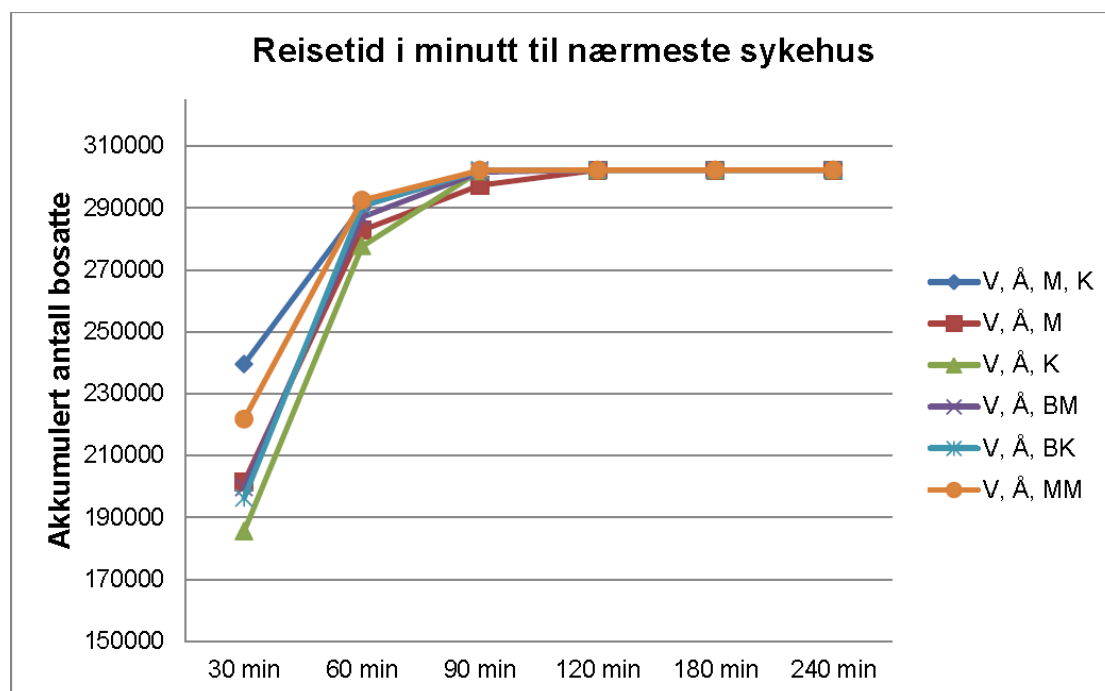
Figur 4-2: Reisetid ved utrykning: dagens befolkning og transportnettverk for utrykning.



Kilde: Asplan Viak

«Figuren viser at dagens situasjon med 4 sykehus i Volda, Ålesund, Molde og Kristiansund er det alternativet som gir flest bosatte kortest mulig veg til sykehuset ved utrykning på en reisetid inntil 60 minutter. Ser man bort fra dagens løsning, vil et sykehus midt mellom byene Molde og Kristiansund være det alternativet som gir nest best tilgjengelighet til sykehuset ved utrykning innenfor 30 minutters reisetid. Innenfor en times reisetid utjevnes forskjellene mer, alternativet med sykehus bynært Molde har størst andel bosatte som når fram med unntak av dagens løsning. Fra 90 minutters reisetid med utrykningskjøretøy utjevner forskjellene mellom alternativene seg.»

Figur 4-3: Reisetid ved utrykning: Befolkning 2030 framtidig transportnettverk for utrykning.



Kilde: Asplan Viak

«Figuren viser at dagens situasjon med 4 sykehus i Volda, Ålesund, Molde og Kristiansund er det alternativet som i 2030 gir flest bosatte kortest mulig veg til sykehuset ved utrykning innenfor en reisetid på 30 minutter. Ser man bort fra dagens løsning, vil et sykehus midt mellom byene Molde og Kristiansund være det alternativet som gi nest best tilgjengelighet til sykehuset ved utrykning innenfor 30 minutters reisetid. Innenfor en times reisetid utjevnes forskjellene, alternativet med sykehus bynært Molde har størst andel bosatte som når fram,

men det er små forskjeller mellom det alternativet og alternativene med et felles sykehus i/bynært Molde. Fra 90 minutters reisetid med utrykningskjøretøy utjevner forskjellene mellom alternativene seg.»

Norconsult skriver i sin medisinskfaglig ROS vurdering av Utviklingsplanen «at det vil være relativt små forskjeller mellom alternativene både ved dagens situasjon og i 2030 gitt forutsetningene som er lagt til grunn. Gitt at det bygges et nytt sykehus på et av de alternative stedene vil foreliggende tidsanalyser gi et samlet tidsbruk for befolkningen fram til sykehuset som er nesten likt, men vil falle ulikt ut for den del av befolkningen som bor nord og sør i regionen, avhengig av stedsvalg. Sykehusalternativet for befolkningen i nord er Trondheim siden Orkdal i 2030 ikke vil ha akuttisykehus. I sør er alternativet Ålesund.

En godt utbygget legevakt i Molde alternativt Kristiansund eller begge steder vil i noen grad kunne bære på dette når det gjelder behovet for hjelp ved mindre alvorlig akuttproblematikk. Dersom en vurderer den akuttmedisinske utviklingen frem mot 2020 antas det at kritikaliteten representert ved avstand til akuttisykehus blir mindre i framtiden. Dette fordi den framskutte medisinske beredskapen som møter pasienten antas å utvikle seg mot mer avanserte og komplette prehospitale løsninger, altså mot mer teknologi i ambulanse/helikopter samt tilstedeværelse av spesialist. Dette sikrer akuttmedisinsk behandling allerede ved ankomst av ambulanse.

Med en velfungerende akuttkjede med godt moderne utstyr er det vanskelig å se at de tidsulikheter i reisetid som man her har vil være avgjørende for plasseringen av sykehuset. Mange steder i landet er slike tider ikke uvanlige. Ved en del akutttilstander er imidlertid reisetid av betydning og i den grad denne kan vektlegges dras valget mot en Kristiansund-nær løsning, også fordi det i dette området er langt til et alternativt sykehus. Forskjellen i reiseavstand for befolkningen i Nordmøre og Romsdal i forhold til nytt sykehus vurderes som lite sårbar i forhold til sykehusplassering.»

Dette synet deles av Fylkesmannen. Av høringsdokumentet framgår at:

«Fylkesmannen ser så langt ingen generelle beredskapsmessige problemstillinger knytt til nokon av disse modellane.».

Asplan Viaks analyser tar videre kun utgangspunkt i reiseavstander til nærmeste sykehus. Dette kan være misvisende i forhold til faktiske akutte situasjoner. Det er

usikkerhet knyttet til hvilke funksjoner og medisinske spesialiteter de ulike sykehusene i framtiden skal fylle. En del pasienter vil uansett måtte reise til eksempelvis St. Olavs eller Ålesund for å få den nødvendige behandling fra spesialister.

Det vil være relativt små forskjeller mellom alternativene i forhold til gjennomsnittlig reisetid for befolkningen til sykehuset. Asplan Viak har gjennomført analyser som viser den gjennomsnittlige reisetiden til nærmeste sykehus for befolkningen i Møre og Romsdal. Analysene er gjennomført for både dagens situasjon og forventet situasjon i 2030. Analysen har imidlertid den svakhet at den ikke tar innover seg at flere alternativene har poliklinikk og dagbehandling på andre lokaliseringer enn akutt sykehuset. Dette vil kunne bedre tilgjengeligheten betydelig.

Tabell 4-4: Gjennomsnittlig reisetid til nærmeste sykehus (dagens situasjon)

Alternativ	Gjennomsnittlig reisetid til nærmeste sykehus (min)	Differanse fra nullalternativet (min)
0	35,5	0
1a	46	10,5
1b	46,4	10,9
2a	42,9	7,4
2b	42,4	6,9
3a	42,5	7,0
3b	42,5	7,0

Kilde: Oslo Economics/Asplan Viak

Tabellen viser at 0-alternativet vil gi den laveste gjennomsnittlige reisetiden for befolkningen. Alternativene 1a og 1b vil gi den høyeste gjennomsnittlige reisetiden. Alternativ 2b er nest best, men her er det kun marginale forskjeller sammenlignet med alternativene 2a, 3a og 3b.

Tabell 4-5: Gjennomsnittlig reisetid til nærmeste sykehus (2030)

Alternativ	Gjennomsnittlig reisetid til nærmeste sykehus (min)	Differanse fra nullalternativet
0	30,7	0
1a	39,9	9,2
1b	41,1	10,4
2a	38	7,3
2b	37,6	6,9
3a	37,1	6,4
3b	37,1	6,4

Kilde: Oslo Economics/Asplan Viak

Når det gjelder situasjonen i 2030 viser analysene også her at 0-alternativet vil gi den laveste gjennomsnittlige reisetiden for befolkningen. Alternativene 1a og 1b vil gi den høyeste gjennomsnittlige reisetiden. Alternativene midt mellom er nest best, men kun marginalt forskjellige fra alternativene 2a og 2b. Alternativene 1a og 1b gir imidlertid den høyeste gjennomsnittlige reisetiden til sykehuset, og vil være problematisk på grunn av trafikal tilgjengelighet. Disse kommer derfor dårligst ut.

Alternativ 3a med poliklinikk/dagbehandling i begge byer vurderes, bortsett fra nullalternativet, som best når det gjelder tilgjengelighet. Alternativene 2a og 2b vurderes som likeverdige på denne effekten, men noe dårligere enn 3a der man har poliklinikk/dagbehandling i både Molde og Kristiansund. Alternativ 3b vurderes som dårligere enn 2a og 2b fordi alle pasienter i dette tilfelle vil måtte reise til samme sted også for poliklinikk/dagbehandling.

I forhold til øyeblikkelig hjelp støtter vi oss på Fylkesmannens vurdering og Norconsults ROS analyse som vurderer forskjellene mellom alternativene som små. Med tanke på lengste reisetid kan en plasseringen etter vår vurdering være bedre i 2b og 3, noe som er særlig viktig i akuttsituasjoner ved fødsel, hjerneslag og akutt hjertesykdom. Dette er gitt at befolkningen i sør får bedre kommunikasjon til sykehuset i Ålesund. Utviklingen i de prehospitale tjenestene kan endre viktigheten av kort reisetid. For eksempel planlegges det allerede forsøk med MR i

legehelikopter til bruk ved hjerneslag. Kort reisetid vil imidlertid alltid oppleves som viktig i akuttsituasjoner.

Tabellen nedenfor sammenstiller vår samlede vurdering av når det gjelder tilgjengelighet.

Tabell 4-6: oppsummering ikke prissatte effekter - tilgjengelighet

Tilgjengelighet	
Alternativ	Konsekvens
0	0
1a	---
1b	---
2a	--
2b	--
3a	-
3b	--(-)

4.2.2 Samfunnssikkerhet og beredskap

Som nevnt under kapittelet om tilgjengelighet og beredskap har fylkesmannen uttalt at alle de skisserte alternativene er akseptable i et beredskapsperspektiv. I forhold til store ulykker og henvendelser vil uansett flere sykehus i regionen mobiliseres. Det er likevel noen forskjeller mellom alternativene.

Et sykehus nær Kristiansund vil ha en enklere og raskere tilgang fra installasjonene ute på sokkelen, og det vil ikke være behov for å fly over fjell som i noen tilfeller kan påvirke helikoptrenes rute på vinterstid. På den annen side er dagens offshore SAR-helikoptre utstyrt med allværsegenskaper og rotoravising. Det samme vil gjelde for framtidens redningshelikoptere som vil være tatt i bruk innen 2020. Disse helikoptrene har også høyere hastighet enn dagens. Videre vil en stor del av helikoptertrafikk fra landhendelser (SAR og luftambulansetjeneste) komme fra områdene i sør. Et sykehus nær Kristiansund vil være noe mer sårbart i forhold til ulykker eller vedlikehold av infrastruktur som medfører at tunneler og broer blir stengt.

Nullalternativet med to akuttsykehus vurderes som best når det gjelder samfunnssikkerhet og beredskap. Alternativene 1a og 1b gir de lengste samlede reiseavstandene i regionen, og har i tillegg problemstillinger knyttet til trafikal tilgjengelighet som medfører at disse alternativene kommer dårligst ut.

I vurderingen av beredskapen offshore vil alternativene nær Kristiansund være å foretrekke. Disse alternativene har imidlertid en noe mer sårbar infrastruktur rundt seg i form av tunneler. Dessuten er det også sårbare installasjoner lenger sør i fylket som eksempelvis Ormen Lange. Vi har derfor vurdert alternativene 2a, 2b og 3b som likeverdige på dette kriteriet. Alternativ 3a er vurdert som noe mer robust ettersom en poliklinikk/dagbehandlings antas å kunne benyttes i enkelte krisesituasjoner. Alt i alt ser vi ikke store samlede forskjeller mellom alternativene i et beredskapsmessig perspektiv.

Tabellen nedenfor sammenstiller vår vurdering av alternativene når det gjelder samfunnssikkerhet og beredskap.

Tabell 4-7: Oppsummering ikke prissatte effekter - samfunnssikkerhet og beredskap

Samfunnssikkerhet og beredskap	
Alternativ	Konsekvens
0	0
1a	---
1b	---
2a	--
2b	--
3a	-
3b	--

4.2.3 Fagmiljø og behandlingsskapasitet

Høy kvalitet i behandlingen antas å være den aller viktigste effekten vi ser på. Her kan det stå om liv, og helse er ikke bare viktig på et følelsesplan, men det er også store samfunnsøkonomiske kostnader knyttet til sykdom og død. Det er som vist i kapittel 3 mange momenter som spiller inn når vi vurderer konsekvensen av tiltakene for behandlingsskvaliteten:

Pasientgrunnlag: Det er lenger vei nordover til St. Olavs hospital enn det er sørover til Ålesund sjukehus. Jo lenger nord i området sykehuset legges, jo større er dermed risikoen for avskalling av pasientgrunnlaget, fordi flere får kortere reisevei til Ålesund sjukehus, mens det uansett vil være svært få som får kortest vei til St. Olavs hospital.

Asplan Viak har utført beregninger av hvordan de ulike alternativene vil slå for pasientgrunnlaget i regionen. Tabellen nedenfor viser hvilket sykehus som vil være det nærmeste for ulike deler av befolkningen når også St. Olavs i Trondheim er inkludert.

Tabell 4-8: Pasientgrunnlag for de ulike sykehus alternativene

Alternativ	Molde Sykehus		Kristiansund sykehus		Bynært Molde		Bynært Kristiansund		Midt Mellom	
	Pers	Andel	Pers	Andel	Pers	Andel	Pers	Andel	Pers	Andel
0	75 368	25 %	55 439	18 %						
1a	128 284	42 %								
1b			106 491	35 %						
2a					125 737	42 %				
2b							117 162	39 %		
3a									122 379	40 %
3b									122 379	40 %

Kilde: Asplan Viak

Som vi ser av tabellen vil nullalternativet gi det største pasientgrunnlaget i regionen, med en befolkning på totalt 130 807 innbyggere som vil ha enten Molde eller Kristiansund sjukehus som sitt nærmeste. Alternativ 1a vil ha det nest største pasientgrunnlaget, og deretter alternativ 2a. Beregningene viser at jo lenger nord sykehuset legges, jo mindre vil pasientgrunnlaget bli selv om forskjellene totalt sett er relativt små. De ulike alternativene vil også påvirke pasientgrunnlaget for de øvrige sykehusene i regionen. Tabellen nedenfor viser hvordan de ulike alternativene vil påvirke hvor stor andel av befolkningen som vil få sykehusene i Ålesund, Volda og St. Olav som sitt nærmeste:

Tabell 4-9: Pasientgrunnlag for øvrige sykehus i regionen

Alternativ	Ålesund		Volda		St. Olav	
	Personer	Andel	Personer	Andel	Personer	Andel
0-alternativet	113 240	37 %	55 644	18 %	2 596	1 %
1a	113 240	37 %	55 644	18 %	5 118	2 %
1b	137 555	46 %	55 644	18 %	2 596	1 %
2a	117 624	39 %	55 644	18 %	3 281	1 %

2b	127 324	42 %	55 644	18 %	2 156	1 %
3a	121 942	40 %	55 644	18 %	2 322	1 %
3b	121 942	40 %	55 644	18 %	2 322	1 %

Kilde: Asplan Viak

Som vi ser av tabellen vil de ulike alternativene ikke påvirke andelen av befolkningen som har Volda som sitt nærmeste sykehus. Andelen som får St. Olavs som sitt nærmeste sykehus varierer også i liten grad. Størst virkning opplever Ålesund sjukehus, som vil få en økning i pasientgrunnlaget jo lenger nord et nytt felles akuttisykehus legges.

Selv om reiseveien til Ålesund skulle være noe lenger enn reiseveien til et nytt felles akuttisykehus, vil enkelte også kunne foretrekke Ålesund fordi det er et mer anerkjent fagmiljø med flere spesialiteter. Dette vil kunne forsterke effektene i tabellen ovenfor og medfører at alternativene 1a og 2a kommer noe bedre ut enn 3a og 3b, som igjen kommer noe bedre ut enn 1b og 2b.

Beholde og rekruttere kompetanse: Rekruttering av kompetanse vil alltid være krevende for et lokalsykehus. Dette gjelder ikke bare leger, men også alle andre fagområder som administrasjon, logistikk og renhold. Vi har her argumentert for at det er lettere å rekruttere til et sykehus som er bynært. Det taler mot alternativ 3a og 3b. Alternativene som ligger aller nærmest eksisterende by vil komme best ut, slik at Eikrem er noe bedre enn Hjelset og Frei. Fordelen med 3b, på den annen side, er at dette alternativet gir det største samlede fagmiljøet, med minst behov for pendling til dagbehandlingsenhet for de ansatte. Dette anses likevel ikke å være nok til å veie opp for fordelene med bynær plassering, særlig siden pendling til jobb ikke synes å være spesielt ønskelig for yrkesgrupper det vil være betydelig knapphet på i 2030. Nærhet til sykepleierutdanning i Molde, mer mangfoldig arbeidstilbud for partnerjobb i Molde og større eksisterende fagmiljø er alle argumenter som trekker svakt i retning Molde. I sum kommer derfor 1a og 2a best ut på dette kriteriet.

Bygningsmessige fasiliteter: I alle alternativene skal det oppføres nye sykehusbygg med moderne fasiliteter, men i 1a og 1b vil det være en krevende mellomperiode der det gamle sykehuset vil benyttes selv om det ligger på en byggeplass. Dette er likevel ingen stor ulempe.

Regionalt fagsamarbeid: Det ligger like godt til rette for regionalt fagsamarbeid, enten mot nord eller mot sør, i alle syv alternativene.

Forflytning av pasienter: En fordel med å ha alt samlet på ett felles sykehus, det vil si å ikke ha dagbehandling i tillegg, er at det blir mindre behov for transport av pasienter mellom lokalitetene. Det trekker i retning av 3b på dette punktet, men alle alternativene antas å være bedre enn 0-alternativet der en utfordrende funksjonsdeling og lite robuste fagmiljøer medfører stor grad av pasienttransport.

For alle alternativene gjelder at en samling av fagmiljøene vil være positivt for kvaliteten. Samtlige alternativer vurderes derfor som bedre enn nullalternativet. Alternativene 1a og 1b som ligger nær Molde vurderes som best fordi det er i Molde man per i dag har det største fagmiljøet og det vurderes som enklere å kunne bygge videre på dette. På lengre sikt vil dette trolig være mulig også i alternativene nærmere Kristiansund, men det vil i alle tilfeller være en overgangsperiode der det vil være en fordel med en lokalisering nær Molde. Alternativene nær Molde vil også være noe bedre ettersom det er sør i området det er størst pasientgrunnlag. Alternativ 3b vurderes videre som bedre enn 3b fordi en samling av fagmiljøene vil kunne gi en bedre behandlingskvalitet.

Tabellen nedenfor sammenstiller vår vurdering av alternativene når det gjelder kvalitet på behandlingen.

Tabell 4-10: Oppsummering ikke prissatte konsekvenser - kvalitet på behandlingen

Kvalitet på behandlingen	
Alternativ	Konsekvens
0	0
1a	+ + + + +
1b	+ + + +
2a	+ + + + +
2b	+ + + +
3a	+ + +
3b	+ + + +

4.2.4 Næringsutvikling

I kapittel 3.5 beregnet vi ringvirkningene av et sykehus for sysselsettingen i privat og offentlig sektor i sykehusets region. Denne effekten sier noe om

etterspørselssiden i økonomien som skaper et behov for arbeidskraft i bedriftene og offentlige virksomheter. I tillegg drøftet vi hvorvidt plasseringen av et sykehus har innflytelse på tilbudet av arbeidskraft til bedrifter og offentlige virksomheter, som en følge av at de sykehusansattes partnere skal ha et sted å jobbe.

Vi har argumentert for at begge disse effektene er betydelige, og at det således vil være negativt for den regionen der sykehuset ikke plasseres. Men det vil være tilsvarende positivt for den regionen der sykehuset plasseres, så dette handler om en fordelingseffekt.

Teorien om wider economics benefits predikerer at det er en samfunnsøkonomisk effekt av et tiltak dersom det flyttes arbeidskraft fra en region med lav avkastning på arbeidskraften til en region med høy avkastning. Denne avkastningen vil ofte måles i form av lønnsnivå. Lønnsstatistikk fra Statistisk Sentralbyrå viser at gjennomsnittslønnen i Kristiansund-regionen er mindre enn 1 % høyere enn i Molde-regionen, og det er en forskjell som må antas å være mindre enn feilmarginen i tallgrunnlaget. Det er heller ingenting som tyder på at etterspørselen etter arbeidskraft er noe lavere i den ene regionen enn den andre, eller at den kommer til å bli det på sikt. Konsekvensen av alternativene for denne effekten er således lik i et samfunnsøkonomisk helhetsspektiv for alle alternativene.

Tabellen nedenfor sammenstiller vår vurdering av alternativene i forhold til næringsutvikling.

Tabell 4-11: Oppsummering ikke prissatte konsekvenser - næringsutvikling

Næringsutvikling	
Alternativ	Konsekvens
0	0
1a	0
1b	0
2a	0
2b	0
3a	0
3b	0

4.2.5 Steds-, by- og regionutvikling

Selv om etableringen, eller utvidelsen, av større virksomheter, som et sykehus, kan oppfattes som negativt i et nabolag, vil det ofte oppfattes positivt for byen eller regionen. På mindre steder, bydeler, eller til og med byer, kan slike etableringer oppfattes som en etterlengtet vitamininnsprøytning, eller starten på en god sirkel, som fører til flere arbeidsplasser og innbyggere. Det som vil bety relativt lite for en større by, vil kunne bety mye på et mindre sted.

De siste tiårenes forskning (se Næss 2006) og planleggingspraksis peker i retning av at det bør unngås at byer sprer seg ut over for store områder, og at det snarere er gunstig å fortette innenfor eksisterende tettstedsområder, særlig med tanke på å redusere transport med bil. I en bærekraftig og klimavennlig by- og stedsutvikling, vil man etterstrebe å samle bebyggelse og virksomheter, og knytte dem sammen med miljøvennlige transportformer. I tillegg til en fortetningspolitikk, er det i Norge (og andre land) utviklet en knutepunktstrategi. Det betyr at større og transportkrevende institusjoner, som et sykehus, bør lokaliseres i nærheten av kollektivknutepunkter, eller trafikkerte «kollektivårer». Perifere lokaliseringalternativer bør unngås. Lokalisering som vil medføre lange reiseavstander for en stor andel ansatte og pasienter, eller lange avstander for varetransport, vil være meget ugunstig i et slikt perspektiv.

Nullalternativet vurderes som best fordi det i minst grad vil svekke utvikling og byidentitet i både Molde og Kristiansund. Alternativ 3b vil være det mest negative ettersom dette trekker mest aktivitet ut av byene. 3a vil være noe bedre fordi det vil være igjen noe aktivitet i begge byene. Alternativene 2a og 2b vil likevel være bedre fordi en større andel av sykehusaktivitetene vil foregå bynært.

Tabellen nedenfor sammenstiller vår vurdering av alternativene når det gjelder steds-, by- og regionutvikling.

Tabell 4-12: Oppsummering ikke prissatte konsekvenser - steds-, by- og regionutvikling

Steds-, by- og regionutvikling	
Alternativ	Konsekvens

0	0
1a	-
1b	-
2a	--
2b	--
3a	---
3b	----

4.2.6 Sårbarhet ved overgang til ny sykehusstruktur

Det er fare for at fagmiljø, pasientgrunnlag og bygningsmasse forvitrer mens prosessen fram mot en ny sykehusstruktur pågår, og dette kan få føler for kvaliteten på behandlingen på kort sikt, men også skape et dårligere utgangspunkt for å bygge et kvalitativt godt helsetilbud i den nye sykehusstrukturen på et nytt akutt sykehus.

Det er to prosesser som kan ta tid i arbeidet fram til en ny sykehusstruktur er på plass fysisk. Den første prosessen er en politisk prosess fram til et endelig, stabilt vedtak, mens den andre er en teknisk prosess med kvalitetssikring, klargjøring av tomt og oppføring av sykehusbygg.

Den tekniske prosessen er uforutsigbar fordi det alltid kan oppstå hindre i form av grunnforhold, kulturminner, uforutsette tekniske utfordringer og annet i en byggeprosess. Men det er antagelig slik at en sykehustomt som allerede er kommet i gang med en reguleringsprosess har større mulighet til å bli bebygget raskt enn en tomt der en slik prosess ikke er påbegynt. Dette trekker i retning 2a på Eikrem, der svært mye jobb også er gjort, men også i retning 2a på Hjelset og 2b på Frei, der en del kommunalt arbeid allerede er igangsatt.

Den politiske prosessen antas likevel å være mer utslagsgivende på denne effekten. Det alternativet som enklest kan skape ro hos alle interessenter, det vil si det alternativet som i størst grad oppleves som vinn-vinn, vil ha størst mulighet til å bli stående som et stabilt og endelig politisk valg. Enkelte argumenterer for at et sykehus midt mellom byene, 3a eller 3b, vil være et slikt alternativ. Det kan være gode argumenter for at en slik løsning vil være lettere å få aksept for enn en

løsning nær en av byene, men da er det et poeng i seg selv av plasseringen virkelig er midt mellom byene, det vil si i Batnfjordsøra. Selv for en slik løsning er det stor usikkerhet knyttet til den politiske stabiliteten, da det er mye som tyder på at innbyggere og politikere i Molde vil ha store problemer med å akseptere en slik løsning.

0-alternativet kan anses å være det dårligste, fordi det synes å være allment akseptert at denne løsningen ikke er bærekraftig på sikt, og dermed vil oppleves som en utsettelse av en beslutning. Alternativene nær Molde vurderes som bedre enn nær Kristiansund fordi det gir bedre grunnlag for å videreføre dagens fagmiljø. 2a vurderes imidlertid som bedre enn 1a fordi man unngår en byggeperiode samtidig med driften på sykehuset som vil kunne gi utfordringer.

Alternativene midt mellom vurderes også som bedre i en overgangsfase enn alternativene nær Kristiansund fordi dette vil være bedre for å få med seg fagmiljøet som per i dag er etablert i Molde. Av alternativene midt mellom vurderes 3a som bedre enn 3b fordi det vil kunne være mer attraktivt for fagmiljøene å fortsette dersom de delvis kan arbeide på en poliklinikk/dagbehandling nærmere sitt bosted.

Tabellen nedenfor sammenstiller vår vurdering av alternativene når det gjelder kostnader ved overgang til ny sykehusstruktur.

Tabell 4-13: Oppsummering ikke prissatte konsekvenser - kostnader ved overgang til ny sykehusstruktur

Overgangskostnad	
Alternativ	Konsekvens
0	0
1a	++(+)
1b	+
2a	+++
2b	+
3a	++
3b	+(+)

4.2.7 Energi og miljø

Ny sykehusstruktur i Møre og Romsdal vil nødvendigvis påvirke energiforbruk og miljø i regionen.

Nye bygg vil være mer energieffektive enn eldre bygningsmasse. Dette taler til fordel for alternativene som innebærer bygging av et nytt sykehus, men vil på den annen side gi økt utslipp i forbindelse ved materialbruk og transport ved nybygging.

Bruk av eksisterende bygningsmasse vil føre til at man slipper større miljø- og naturinngrep på nye lokasjoner. Ettersom det ikke foreligger konkrete lokaliseringer av alternativene 2a, 2b, 3a og 3b er det på dette stadiet ikke mulig å vurdere i hvilken grad disse vil slå ut i forhold til miljøinngrep. Når det foreligger mer konkrete lokaliseringalternativer bør disse forholdene utredes nærmere.

Nye bygg i alternativene 2a og 2b, samt 3a og 3b vil kunne gi noe mer energieffektive bygg, men vil også føre til naturinngrep på det stedet der sykehuset eventuelt bygges.

Sykehuset medvirker til et betydelig transportarbeid og vil ha en lang levetid. Alternativet som velges må være mest mulig i tråd med retningslinjene for samordnet areal- og transportplanlegging, og bidra til minst mulig klimautslipp. Dette momentet taler for at alternativene med det laveste transportarbeidet og nærhet til bolig- og næringsområder vil være å foretrekke. Det vil videre være ønskelig med en sykehusstruktur som er robust i forhold til eksempelvis eksterne sjokk som en kraftig økning i energipriser.

Analysene av transportarbeid viser at ansatte som reiser til og fra jobb står for en stor andel av transportarbeidet. Alternativene med en eller to bynære poliklinikker vil redusere transportbruken og medføre at flere vil gå og sykle, samt bygge opp under et bredere kollektivtilbud til byene. Dette fordrer at bynære alternativ faktisk legges bynært. Ettersom en større del av fagmiljøene per i dag er lokalisert i eller nær Molde vil det i alle fall i en overgangsperiode være bedre med en lokalisering nær Molde.

Alternativene 1a og b, samt 2 a og b, vil videre i større grad enn alternativene 3a og b legge til rette for at man kan gå eller sykle til sykehuset og underbygge et bedre kollektivtilbud i byene. 3a vil være bedre enn 3b på dette kriteriet med bynære poliklinikker.

Tabellen nedenfor sammenstiller vår vurdering av alternativene når det gjelder energi og miljø.

Tabell 4-14: Oppsummering ikke prissatte konsekvenser - energi og miljø

Overgangskostnad	
Alternativ	Konsekvens
0	0
1a	--
1b	--(-)
2a	--
2b	---
3a	---
3b	----

4.3 Fordelingseffekter

I 0-alternativet opprettholdes dagens sysselsetting og bosettingsmønster. Alle andre alternativer vil medføre fordelingsvirkninger.

Alternativ 1a og 2a (gitt plassering i Molde kommune for 2a-alternativet) vil medføre at en rekke arbeidsplasser forsvinner fra Kristiansund og flyttes til Molde. Avhengig av størrelsen på dagbehandlingsenheten i Kristiansund kan det være snakk om at 200-400 arbeidsplasser flyttes fra Kristiansund til Molde. Det er sannsynlig at de som fyller disse arbeidsplassene i liten grad vil bo i Kristiansund, og det vil oppstå en multiplikatoreffekt som gjør at i størrelsesorden 100-200 ytterligere arbeidsplasser forsvinner fra Kristiansund til Molde.

Alternativ 1b og 2b (gitt plassering i Kristiansund kommune for 2b-alternativet) vil medføre at en rekke arbeidsplasser forsvinner fra Molde og flyttes til Kristiansund. Avhengig av størrelsen på dagbehandlingsenheten i Molde kan det være snakk om at 700-900 arbeidsplasser flyttes fra Molde til Kristiansund. Det er sannsynlig at de som fyller disse arbeidsplassene i liten grad vil bo i Molde, og det vil oppstå en multiplikatoreffekt som gjør at i størrelsesorden 350-450 ytterligere arbeidsplasser forsvinner fra Molde til Kristiansund. Den relative effekten vil være sterkere negativ for Molde i alternativ 1b og 2b enn for Kristiansund i alternativ 1a og 2a,

siden byene er om lag like store mens Molde sjukehus har nesten dobbelt så mange ansatte som Kristiansund sjukehus. For begge byene er det likevel riktig at effekten vil kunne oppleves som betydelig.

Alternativ 3b vil gi en reduksjon på 1 100 arbeidsplasser i Molde og 600 arbeidsplasser i Kristiansund, men en vekst på 1 700 arbeidsplasser i den kommunen der sykehuset plasseres. I dette alternativet er det vanskelig å si noe sikkert om bosetningsmønstret. Det er sannsynlig at en del av de sykehusansatte vil bo nært sykehuset, men det er også sannsynlig at en betydelig andel vil bo i enten Molde eller Kristiansund. Det er således ikke sannsynlig at antall innbyggere i kommunene vil endre seg like mye som antall arbeidsplasser.

Alternativ 3a vil gi en reduksjon på om lag 900 arbeidsplasser i Molde og om lag 400 arbeidsplasser i Kristiansund, og en vekst på 1 300 arbeidsplasser i den kommunen der sykehuset plasseres. Også i dette alternativet er det vanskelig å si noe sikkert om bosetningsmønstret. Det er sannsynlig at en del av de sykehusansatte vil bo nært sykehuset, men det er også sannsynlig at en betydelig andel vil bo i enten Molde eller Kristiansund. Det er således ikke sannsynlig at antall innbyggere i kommunene vil endre seg like mye som antall arbeidsplasser.

For kommunene utenfor Molde og Kristiansund vil effektene være begrensede. Det foregår i noen grad pendling til sykehusene internt i arbeidsmarkedsregionene, så det vil kunne være noen bosatte i omlandskommunene som vil måtte finne seg ny jobb eller flytte dersom sykehuset flytter. Disse personene har allerede i dag en viss pendlestrekning, så det kan antas at disse også vil akseptere pendling til sitt nye arbeidssted, og effekten på bosettingsmønster i omlandskommunene (med unntak av den kommune der et nytt sykehus eventuelt bygges) antas derfor å være liten.

For alle alternativene er det viktig å merke seg at antall sysselsatte og bosatte i Romsdal og på Nordmøre totalt sett forventes å være uendret, slik at et tap for noen kommuner i området kompenseres av en gevinst for andre kommuner i området. For samfunnet totalt sett er dermed ikke disse fordelingsvirkningene avgjørende for hvilket alternativ som gir høyest nytte.

5 Usikkerhet, fleksibilitet og realopsjoner

Til alle alternativer er det knyttet usikkerhet. Usikkerheten gjør at vi både kan få et mer positivt utfall og et mer negativt utfall enn utredningene predikerer. Usikkerheten er knyttet til faktorer som teknologisk utvikling innen medisinen og konsekvenser for akuttmedisin og helhetlige behandlingsforløp, framtidige føringer for oppgavefordeling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten og optimal funksjonsfordeling innad i spesialisthelsetjenesten, økonomisk bæreevne av helsetjenesten nasjonalt og framtidige modeller for finansiering og bruk av private institusjoner, framtidig bosettings- og næringsstruktur, framtidige infrastrukturtiltak, tilgangen på helsepersonell og investerings- og driftskostnader. Flere av usikkerhetselementene vil bli påvirket av framtidige politiske valg nasjonalt og regionalt.

Ny sykehusstruktur i Helse Møre- og Romsdal HF planlegges for et 2030 perspektiv. På hvilket tidspunkt eventuelle nye sykehus vil bli bygget, eller satt i drift er usikkert, men det er grunn til å forvente at åpning av nytt sykehus tidligst kan skje i 2017/18. I det følgende vil vi gi en kort drøftelse av de viktigste risiki og usikkerhetselementer som vil kunne påvirke forholdene omtalt ovenfor.

5.1 Usikkerhet i investerings- og driftskostnader

I behandlingen av de prissatte konsekvensene har vi tatt utgangspunkt i Hospitalitets anslag for investerings- og driftskostnader. Hospitalitet har i sine analyser understreket at det er stor usikkerhet i grunnlaget for kostnadsanslagene. Vi har tillagt et usikkerhetsspenn på 20 % for å synliggjøre usikkerheten, uten at det foreligger konkrete vurderinger av usystematisk og systematisk usikkerhet. I en framtidig konseptvalgutredning og kvalitetssikring vil det være krav til mer omfattende usikkerhetsanalyser av investerings- og driftskostnader.

Generelt vil kostnadene ved sykehuset variere med etterspørselsvekst som følge av demografisk utvikling og medisinsk-teknologisk utvikling, bredde i behandlingstilbudet/antall spesialiteter som et resultat av funksjonsfordeling, organisering av vaktberedskapen, hvilket omfang av poliklinisk virksomhet/dagkirurgi man legger bynært i de alternativene der dette er aktuelt med deling (det ventes særlig stor vekst innen poliklinikk/dagkirurgi), muligheter for effektivisering av driften, hvilke tjenester som tas ut av

spesialisthelsetjenesten som del av samhandlingsreformen, og hvilke tjenester som kan tas over av private tjenestetilbydere med eller uten offentlig finansiering. For et lokalsykehus er det alt annet likt grunn til å forvente lavere enhetskostnader jo flere pasienter som behandles, det vil si jo færre pasienter som behandles andre steder. Dette må oppveies mot de reduserte enhetskostnader man kan få på andre sykehus, og i kommunale og private tilbud. Et av formålene til samhandlingsreformen er nettopp å sikre en mer kostnadseffektiv behandling ved å overføre pasienter fra spesialist- til primærhelsetjenesten.

5.2 Usikkerhet i finansieringsgrunnlaget

Det er usikkerhet knyttet til både finansieringen av et nytt sykehusbygg finansieringen av drift i sykehusets levetid.

Siden 2002 har sykehusene vært organisert som helseforetak, med en fordelingsmodell mellom RHFene og en finansieringsmodell innad i RHFene. Det må forventes endringer i nivå og modell/relativ fordeling i disse over tid. Det er grunn til å forvente offentlig finansiering av helsetjenesten også i årene framover selv om organiseringsform kan endres.

Økonomiutredningen i Utviklingsplanen redegjør for finansieringssituasjonen:

"Inntektsrammene til de regionale helseforetakene fastsettes gjennom årlige budsjettvedtak i Stortinget. De regionale helseforetakene mottar både en basisbevilgning og aktivitetsbaserte tilskudd. Basisbevilgningen skal dekke alle typer kostnader i helseforetakene, herunder investeringskostnader. De regionale helseforetakene må derfor selv avveie hvor mye som skal brukes til hhv investeringer og drift.

De regionale helseforetakene har ikke mulighet til å ta opp lån i private banker, de kan kun ta opp lån i staten (etter rammer vedtatt av Stortinget). Låneordningen administreres av Helse- og omsorgsdepartementet (HOD). Ved Stortingets behandling av St.prp. nr. 59 (2001-2002) ble det etablert en statlig låneordning til investeringsformål for regionale helseforetak. Investeringslån inngår i prioriteringen innenfor statsbudsjettets samlede rammer på lik linje med utgifter til andre formål. Helse- og omsorgsdepartementet fremmer forslag om investeringslån til konkrete prosjekter med en fastsatt låneramme (maksimalt 50

prosent) i Regjeringens budsjettprosess. Resterende likviditet til finansiering av investeringer må regionen selv skaffe til veie gjennom driftsresultat og eventuelt salg av eiendom.

Styringssystemet for investeringer bygger på en kombinasjon av at foretakene er gitt utstrakte fullmakter på investeringsområdet samtidig som det skjer en oppfølging og styring på overordnet nivå, slik at investeringer skjer i samsvar med overordnede helsepolitiske mål og innen aksepterte ressursrammer. For prosjekter over 500 mill. kroner skal resultater og vurderinger etter endt konseptfase legges fram for departementet, sammen med ekstern kvalitetssikring.»

Helseforetaket har i dag en svært krevende økonomisk situasjon. Dersom ny sykehusstruktur fører til at pasientgrunnet endres ved at flere pasienter søker til andre sykehus vil dette få konsekvenser for driftsøkonomien i helseforetaket. I dag er det en inntektsmodell der helseforetakets finansiering reduseres om annen behandling skjer utenfor helseforetaket. Finansieringsmodellen i Helse Midt-Norge fordeler de økonomiske rammene etter befolkningsstørrelse og behov i befolkningen. Modellen er også korrigert for kostnadsulempen knyttet til forskning, langtidsliggedager og reisetid. Finansieringsmodellen er en utfordring for Helseforetaket. I høringsdokumentet heter det:

«Ein sjukehusstruktur med mange einingar og gammal bygningsmasse er ikkje teke omsyn til i modellen. Helse Møre og Romsdal blir difor ikkje tilgodesett med auka ramme dersom ein vel å oppretthalde ein struktur som krev ekstra kostnader til beredskap og passive vaktordningar. Vedtak om ny finansieringsmodell medfører at Helse Møre og Romsdal vil få redusert rammene med 135 mill. kroner over ein 4 års periode. Dette aukar utfordringsbilete i føretaket då ein må redusere driftsnivået knytt til finansieringsmodellen samstundes som føretaket må gjennomføre ei generell effektivisering for å frigjere kapital til investeringar og auka satsingsområder i langtidsperioden. Dette er krevjande da dagens bygningsmasse og strukturelle tilhøve legg bindingar på moglege effektiviseringstiltak.»

Usikkerheten knyttet til de finansielle rammevilkårene og finansielle bæreevne medfører at alternativer med lavere investeringsnivåer, alt annet likt, i et finansielt perspektiv vil være å foretrekke. Men lang planleggingshorisont, utdatert bygningsmasse og fare for ytterligere svekking av fagmiljø tilsier at dette ikke er akseptabelt med nullalternativet.

Ut i fra et samfunnsøkonomisk perspektiv skal finansieringsordningen tilpasses slik at den stimulerer til den samfunnsmessige beste sykehusstrukturen, det vil si den løsningen som gir det beste tilbudet for gitt ressurstilgang. Ulike nivå på ”gjestepasientoppgjør” innen og mellom RHF synes uhensiktsmessig, og gir uønsket suboptimalisering - særlig i grenseområder mellom HF og RHF. Hvis helseforetaket bare må finansiere deler av det økte transportarbeidet, men sitter igjen med et høyere driftstilskudd ved å begrense antall gjestepasientdøgn, bidrar dette til at det for helseforetaket er fornuftig å velge et alternativ som ikke er den best mulige sykehusstrukturen i et overordnet perspektiv. Jo lenger sør sykehuset plasseres, jo flere vil foretrekke å reise ut av HFet. Omfanget vurderes å være begrenset gitt de lange reisetidene som forventes til St. Olavs hospital også i framtiden.

Helseforetaket har selv begrensede muligheter til å påvirke disse rammevilkårene, og kan dermed påføre seg økt risiko for reduserte overføringer til sine institusjoner hvis de ikke strategisk tilpasser seg til de til enhver tid gjeldende finansieringsmodeller.

Samhandlingsreformen signaliserer økt finansieringsansvar for kommunene. Mange sykehus har allerede fått reduserte inntekter ettersom stadig flere kommuner tidlig overtar ansvaret for ferdigbehandlede pasienter. I årene som kommer forventes stadig flere pasientgrupper et kommunalt finansierings- og behandlingsansvar. Kommunene vil kun velge å benytte helseforetakets tjenester for disse gruppene hvis befolkningen opplever de som kvalitativt gode og kostnadene er på nivå med hva kommunen kan oppnå med annen tjenesteorganisering. Den byen/de byene som ikke får et felles sykehus bynært kan forventes å ha ekstra insentiver for å utnytte handlingsrommet med kommunalt finansieringsansvar. Begge byene vil ha tilgang på kompetent helsepersonell som kan gå inn i en slik tjeneste og som dermed unngår økt reisevei. Molde med større fagmiljø har større muligheter til å utvikle denne type tjenester hvis rammeverket tillater dette. De samme mekanismene gjelder for private avtalespesialister og private uten offentlig finansiering. Særlig i en overgangsfase kan ferdig utdannede spesialister foretrekke private løsninger som gir kortere reisevei. Denne type muligheter styres delvis av politiske beslutninger sentralt og regionalt, men det er grunn til å forvente en større usikkerhet jo lenger nord sykehuset plasseres.

5.3 Usikkerhet knyttet til pasientgrunnet

Det er usikkerhet knyttet til pasientgrunnlaget ved innføring av en eventuell ny sykehusstruktur. Dette vil igjen kunne påvirke hvordan den framtidige funksjonsfordelingen mellom sykehusene vil se ut.

I Høringsdokumentet heter det at *«Det er fritt sjukehusval i Norge i dag på planlagde tenester. Val av sjukehusmodell for Nordmøre og Romsdal vil kunne påvirke pasientstraumane etter kvart som tilboda endrar seg. Dersom ein vel å legge akuttsjukehuset for Nordmøre og Romsdal i eller bynært Molde, vil sannsynlegvis større del av innbyggjarane i Nordmøre orientere seg mot Orkdal eller mot St. Olavs Hospital. På same måte dersom akuttsjukehuset for Nordmøre og Romsdal vert plassert i eller bynært Kristiansund, så vil innbyggjarane i søre del Romsdalen orientere seg mot Ålesund. Det er i denne utgreiinga ikkje gjort forsøk på å predikere denne utviklinga i pasientstraumar.»*

Omtalen i Høringsdokumentet viser at man i valget mellom alternativene bør ta hensyn til at pasientgrunnlaget for den sykehusstrukturen som velges vil kunne endres. Alternativer som er fleksible, eller mindre sårbare for slike endringer i pasientstrømmene vil derfor alt annet likt være å foretrekke.

Dersom de større sykehusene i nord og sør av pasientene oppleves å kunne tilby en bedre kvalitet enn et sykehus mellom vil forvitringen av pasientgrunnlaget kunne forsterkes ytterligere. Det er derfor avgjørende at sykehustilbudet kan opprettholde en høy faglig kvalitet. Nye lokaler vil også være attraktivt for pasientene sammenlignet med Ålesund sjukehus i overgangsfasen. Økte restriksjoner på sykehusvalg i framtiden kan også regulere pasientsstrømmene.

Jo relativt sterkere fagmiljø og bredere behandlingstilbud i Ålesund, jo kortere relativ reiseavstand til dette sykehuset sammenlignet med nytt sykehus lenger nord enn Molde, og jo høyere relativ bygningsstandard, jo flere pasienter kan forventes å bli henvist til/søke seg til sykehuset i Ålesund.

Usikkerhet om pasientgrunnlag og fagmiljø må veies opp mot målsettingen om en likhet i tilgjengelighet til sykehuset for hele befolkningen. Jo lenger sør et nytt felles sykehus legges, jo lenger reisevei for nordlige deler med redusert trygghet for fødende og i akuttsituasjoner. Befolkningen i sør vil med nye infrastrukturinvesteringer i økende grad komme til sykehuset i Ålesund innen akseptabel reisetid i en akuttsituasjon.

5.4 Usikkerhet knyttet til fagmiljø og rekruttering

Som omtalt tidligere vil fagpersonell på sykehusene trolig bli en knapphetsfaktor i framtiden. Det er derfor usikkerhet knyttet til hvorvidt man vil klare å rekruttere fagpersonell som kan sikre et faglig godt tilbud på sykehusene. Ytterligere spesialisering og sentralisering av spesialisthelsetjenesten kan føre til at man taper i konkurransen med de større sykehusene. Til sammen sysselsetter sykehusene i Kristiansund og Molde 2 % av landets helsepersonell, og er slik sett små, men det er fortsatt en rekke sykehus som er mindre i dag. Også for andre personellgrupper, både administrative og tekniske forventer vi økt konkurranse om arbeidskraften i regionen. Jo lenger pendleravstand, jo mer krevende vil rekrutteringen være.

Oslo Economics har søkt etter forskningslitteratur som kan belyse etablering av et helt nytt sykehus i et ruralt område. Vi har også kontaktet kanadiske forskere på helsetjenester i rurale områder. Vi har ikke kunnet finne direkte relevant forskning.

I Nord-Sverige er det erfaringer fra plassering av et lokalsykehus mellom byer, men med betydelig kortere reiseavstand mellom byene og et mindre stramt arbeidsmarked. Slik vi har oppfattet løsningen der var det en krevende overgangsfase, men at befolkningen i dag opplever at de får et godt helsetilbud.

Det kan være relevant å peke på at veletablerte sykehus i mindre byer som Narvik og Kongsberg har fått betydelige kvalitetsproblemer med periodevis stengning av avdelinger. Norge har i mange år hatt problemer med å få sykehus i tettsteder til å fungere tilfredsstillende. De senere år har problemene flyttet seg til mindre byer. I dette perspektiv framstår alternativene 3a og 3b som nokså risikable. Bynær plassering forventes å gi bedre rekruttering over tid. I en overgangsfase, som ROS-analysen også vurderes å kunne gi varige effekter, vurderes 2a som beste løsning, etterfulgt av 3-alternativene.

5.5 Usikkerhet knyttet til samhandlingsreformen

Samhandlingsreformen vil gi nye desentraliserte tilbud og som tidligere nevnt økt kommunalt finansieringsansvar for spesialisthelsetjenesten.

I Nasjonal Helse- og omsorgsplan (2011-2015) heter det: *«For å bedre helsetilbudet nær der folk bor skal en større del av veksten i helsebudsjettene framover komme*

i kommunene. Den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal utvikles slik at den i større grad kan oppfylle ambisjonene om forebygging og innsats så tidlig som mulig. Samtidig skal spesialisthelsetjenesten videreutvikles. Vi vil desentralisere mer av de vanligste sykehus tilbudene og fortsette sentraliseringen av tilbud som krever spisskompetanse.»

Det heter videre at: *«Spesialisthelsetjenesten må styrke sin rolle også utenfor sykehusene. Desentraliserte spesialisthelsetjenester kan for eksempel samlokaliseres med kommunale tjenestetilbud i lokalmedisinske sentre.»*

Hva reformen eksakt vil innebære og hvilken form den i framtiden vil ta er delvis uklart. Overføring av finansieringsansvaret og føringer i retning av et desentralisert tilbud samtidig som man vil få en sentralisering av kompliserte behandlingsmetoder trekker imidlertid i retning av at det vil bli mindre aktivitet på lokalsykehusene.

Alternativer som gir muligheter for fleksibilitet når det gjelder mulig utvikling av framtidens spesialisthelsetjeneste vil derfor alt annet likt være å foretrekke.

5.6 Usikkerhet knyttet til ytterligere styrking av Ålesund sjukehus

Helse Midt-Norge RHF har gjennom sine vedtak fastsatt at Ålesund sjukehus skal være i en særstilling med hensyn til fagtilbudet i Møre og Romsdal. I foretaksprotokollen mellom HMN RHF og HMR HF fra 30. juni 2011 heter det:

«Tenester som treng mange tilleggsfunksjonar og/eller avansert teknisk infrastruktur, skal utførast ein stad i regionen og som hovudregel ved St. Olavs Hospital HF. Tilsvarande om slike tenester skal utførast to stadar i regionen, skal dette som hovudregel utførast ved St. Olavs Hospital og Ålesund sjukehus.»

Etter dette er det også gjort vedtak i sak om regionalt traumesystem og regional kreftplan som er førende for utviklingen av fagtilbudet i Møre og Romsdal generelt, og for Ålesund sjukehus spesielt.

Medisinsk utvikling og ytterligere sentralisering av de spesialiserte tjenestene til St. Olavs hospital og Ålesund sjukehus vil kunne endre innholdet i de resterende sykehus i Møre og Romsdal. Alternativer som er fleksible vurdert ut i fra framtidig funksjonsfordeling vil derfor alt annet likt være å foretrekke.

5.7 Usikkerhet knyttet til utvikling av annen infrastruktur

Det foreligger planer for en rekke samferdselsprosjekter i Møre og Romsdal. Disse prosjektene vil kunne endre reiseavstander generelt, samt endre pasientgrunnlaget for hvilke sykehus som er nærmest. Eksempelvis vil etablering av Møreaksen redusere reisetiden mellom de tre byene Ålesund, Molde og Kristiansund. Fast forbindelse over Halsafjorden vil også redusere avstanden nordover fra Molde og Kristiansund mot St. Olavs hospital og Orkdal sykehus.

Det er ikke mulig å si med sikkerhet hvordan transportnettverket vil se ut i framtiden. I Asplan Viaks analyser for transportarbeid i 2030 har man lagt til grunn at en rekke samferdselsprosjekter er realisert innen 2030.

Det er ikke gitt at alle disse prosjektene vil bli realisert innen 2030. Det kan også tenkes at det kommer andre prosjekter som endrer infrastrukturen i det relevante området. Alternativer som er mer robuste når det gjelder endringer i det framtidige transportnettverket vil derfor alt annet likt være å foretrekke.

5.8 Realopsjoner

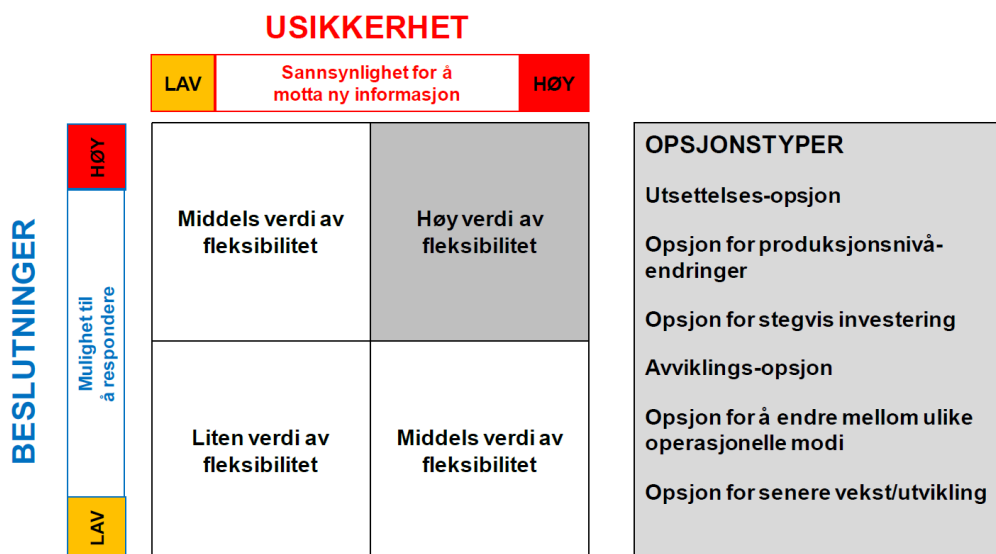
En type gevinst er knyttet til hvor fleksibel løsningen er når det gjelder å gjøre endringer i framtiden. En fleksibel løsning gir mulighet for realopsjoner.

Verdien av realopsjoner er knyttet til tre forhold:

- (1) Det må være usikkerhet knyttet til sentrale forhold i prosjektet.
- (2) Denne usikkerheten vil avklares etter hvert og
- (3) man vil kunne respondere adekvat på denne avklarte usikkerheten.

Realopsjonen gir på denne måten en mulighet for å realisere en samfunnsøkonomisk verdi.

Figur 5-1 Realopsjoner (verdi av fleksibilitet)



Kilde: Terramar

I figuren over er en rekke ulike opsjonstyper listet opp. Vi vil i det følgende kun beskrive de verdier vi har identifisert og klassifisere disse.

5.8.1 Utsettelses-opisjon

Når det er stor usikkerhet knyttet til framtidig utvikling vil normalt nullalternativet score høyt på realopsjonsverdi. Ved å vente med beslutningen kan man få tilgang til informasjon som kan gi en mest mulig optimal beslutning. Det er imidlertid flere forhold som taler for at det ikke er ønskelig å utsette beslutningen om ny sykehusstruktur. Et viktig moment her er at det er svært uhensiktsmessig bygningsmasse med behov for opprusting og at det er risiko for at fagkompetanse og pasientgrunnlag forvitrer mens man venter på avklaring. Dagens fagmiljø vurderes i stadig mindre grad å være bærekraftige, særlig i Kristiansund, men også i økende grad i Molde for spesialiteter der framtidig funksjonsfordeling ikke er avklart.

Sykehusene er viktige for opplevd pasienttrygghet, som arbeidsplasser og som identitetsskapere i begge byer, og det er derfor en opphetet prosess som bidrar til splid i regionen. Det oppleves som svært negativt og er i seg selv et viktig argument for en rask avklaring.

5.8.2 Opsjon for produksjonsnivåendringer

Det er begrenset med produksjonsnivåendringer gjennom et år, men ferieavvikling kan være mer krevende med flere lokasjoner.

5.8.3 Opsjon for stegvis investering

I alle alternativene ligger det en opsjon for stegvis investering, i den forstand at utbyggingen kan foregå i flere trinn. Det virker mest egnet for nullalternativet der det allerede eksisterer en bygningsmasse som kan suppleres og i alternativ 1a og 1b. Trange tomter kan på den annen side begrense senere vekst hvis behovet blir betydelig større.

5.8.4 Opsjon for senere vekst og utvikling

Når det er store usikkerhet knyttet til framtidig utvikling vil normalt slike opsjoner tillegges stor vekt. Som beskrevet over er det usikkerhet til nivået på framtidig pasientbehandling, selv om det foreligger analyser av vekst i befolkning og behandlingsomfang. Alternativ 3b med ett stort bygg som ikke er bynært er minst tilpasset en nedgang i volum. Bynære alternativ kan forventes å ha en alternativ bruk av bygningsmassen, for eksempel i kommunal regi. Nullalternativet og 1a og 1b er minst tilpasset en stor økning i volum.

6 Samlet vurdering

De ulike alternativene for framtidig sykehusstruktur vil alle medføre en rekke samfunnsmessige konsekvenser. De viktigste er knyttet til:

- Specialisthelsetjenestens investerings- og driftskostnader
- Tilgjengelighet
- Samfunnssikkerhet og beredskap
- Fagmiljø og behandlingskvalitet
- Næringsutvikling
- Steds-, by og regionutvikling
- Energi og miljø
- Kostnader ved overgang til ny struktur

Alle vurderingene skjer med utgangspunkt i nullalternativet, det vil si dagens situasjon og en videreføring av denne uten særlige tiltak. Videre belyser vi fordelingskonsekvensen for de ulike alternativene, før usikkerhet, fleksibilitet og realopsjoner drøftes.

Vår overordnede vurdering er at alle syv alternativer er mulige konsepter for ny sykehusstruktur i Romsdal og på Nordmøre. Konseptene har ulike styrker og svakheter, men det er ikke grunnlag for å fastslå at noen av konseptene i seg selv vil gi innbyggere i området et uforsvarlig helsetilbud eller uforsvarlige reiseavstander. Dette forutsetter imidlertid at det iverksettes en rekke tiltak som å sikre at bygningsmasse er forsvarlig, at fagmiljøet har rekrutteringsevne og at transporttilbudet er akseptabelt. Denne type tiltak vil være mer krevende og til dels svært kostnadskrevende, i enkelte av alternativene. Gitt helseforetakets anstrengte økonomiske situasjon og den usikkerhet og risiko det er knyttet til enkelte av disse alternativene vurderes noen av konseptene som mer hensiktsmessige enn andre.

Videre har de ulike konseptene ulike virkninger for lokal næringsutvikling og utvikling av sted, by og region. Disse fordelingseffektene og hva som er en

«rettferdig fordeling» vektlegges svært stor betydning av informantene. Vårt anliggende er effekter for samfunnet i sin helhet, ikke de fordelingsmessige effektene.

Nullalternativet framstår ikke som bærekraftig. Alternativ 1a, som kommer best ut på de prissatte effektene, synes å komme noe svakere ut enn 2a på effektene tilgjengelighet og overgangskostnad. Det er noe trafikk i Molde i rushtid som gjør det til dels utfordrende for utrykningskjøretøy å komme fram, og det vil kunne være krevende å opprettholde full drift på sykehuset samtidig som det bygges nytt over en periode på mange år. Alternativet 1b kommer dårligere ut enn 2b, ettersom akuttsykehus på eksisterende tomt i Kristiansund vurderes som mindre egnet enn en ny plassering med en mer egnet bygningsmasse og bedre trafikale forhold bynært Kristiansund. Begge alternativer har dagbehandling/poliklinikk i den andre byen.

De bynære alternativene 2a og 2b vurderes som mer egnet på lang sikt for å opprettholde rekruttering. I høringsuttalelsene foretrekkes disse alternativene framfor 3-alternativene i høringssvar fra de ansatte, inkludert for leger og sykepleiere.

Alternativ 3a og 3b (gitt geografisk plassering midt mellom byene) kommer dårligst ut på de prissatte effektene, og de vurderes som mindre heldige med tanke på langsiktig rekruttering og steds- og byutvikling. Byene anses også å være viktige som motorer for regionene rundt. Et sykehus midt mellom byene vil således kunne svekke både Molde- og Kristiansundsregionen. Det synes som det vil være mer utfordrende å rekruttere fagkompetanse til et sykehus som ligger midt mellom byene enn et sykehus som ligger bynært, særlig siden det er typiske kvinneyrker det primært vil være knapphet på i 2030. Kvinner med høy utdanning, som jobber deltid og har barn, er generelt sett pendlingsaverse. Et nytt sykehus vil med fordel være plassert slik at det går an å bo bynært, uten å måtte pendle langt til jobb. 3-alternativene vurderes som mindre risikable enn 2b med tanke på rekruttering og fagmiljø i en overgangsfase, men 2b vurderes til å kunne utvikles til en bedre løsning enn 3-alternativene (gitt plassering i Batnfjordsøra) på sikt.

Et større fagmiljø og utdanningsmiljø i Molde trekker i retning 2a når det gjelder muligheten for å sikre god rekruttering til fagmiljøet, og dermed god behandlingskvalitet på kort og lang sikt.

Alternativ 2b vurderes imidlertid til å være best for akutt beredskap med tanke på maksimal reisetid ved fødsel, hjerneslag og akutt hjertesykdom. Dette forutsetter at planlagt infrastrukturutvikling gir kortere reisevei til sykehuset i Ålesund for befolkningen i sør. Alternativ 2b er også best med tanke på offshore beredskap, mens plassering i sør kan være like egnet med tanke på beredskap på fastlandet.

Alternativet 2a vurderes også å gi sykehuset et større befolkningsgrunnlag for å drive et sykehus enn alternativ 2b, ettersom reisetid til St. Olavs Hospital i nord fortsatt vil være betydelig i 2030. Alternativet kan gi noe pasientbevegelse til andre helseforetak i Helse Midt-Norge, men det vurderes i seg selv ikke å være problematisk hvis inntektene allokeres mellom helseforetak. Det kan argumenteres for at det ut i fra et fordelingsperspektiv med tanke på maksimal reiseavstand bør sykehuset flyttes lenger nord. Alternativ 2b vurderes imidlertid å få et mindre pasientgrunnlag på grunn av framtidig kort reisetid til Ålesund for innbyggere i Romsdal, og at rekrutteringsutfordringene vil være større. En måte å dempe en slik utvikling vil være å i større grad likestille behandlingstilbudet i Ålesund og bynært Kristiansund, med to lokalsykehus og et spesialisisykehus i Trondheim. En slik løsning vurderes imidlertid å ha høyere risiko og høyere kostnader for å holde på et stabilt fagmiljø.

Alternativ 2a, med et akuttsykehus plassert nær Molde, med dagbehandling/poliklinikk i Kristiansund, framstår som det foretrukne alternativ av alternativene i Utviklingsplanen, basert på en helhetlig vurdering av samfunnskonsekvensene. Det er effekter som trekker i retning av at et sykehus i alternativ 2a bør ligge på Eikrem og ikke på Hjelset. Eikrem er i motsetning til Hjelset en integrert del av Molde by i dag, og er således et bedre valg ut fra byutviklingsperspektiv. Eikrem vil også kunne være noe mer attraktivt som arbeidssted grunnet nærhet til byen, og således ha større sannsynlighet for en god behandlingskvalitet. At det er gjort et stykke arbeid med å planlegge sykehus på Eikrem-tomten, og at byggeprosessen således kan bli noe kortere her, er også et argument som i noen grad trekker i retning Eikrem. Men disse effektene er hver for seg forholdsvis svake.

Hjelset kan vurderes som mer tilgjengelig for andre områder i fylket og mindre problematisk i et fordelingsperspektiv. Intervjuene tilsier imidlertid at Hjelset ikke vil bli vurdert som et kompromissalternativ sett fra Kristiansund, på samme måte

som Batnfjordsøra og nordover avvises fra Molderegionen. Samtidig ser vi at flere med tilknytning i nordlige områder vurderer Hjelset som akseptabelt.

Til alle alternativer er det knyttet usikkerhet. Endret funksjonsfordeling som følge av samhandlingsreform og ny medisinsk teknologi vil kunne få stor betydning for et sykehus sitt pasientgrunnlag. Det er også usikkerhet knyttet til demografiske bevegelser og utvikling i kommunikasjoner. Private tjenestetilbud (med offentlig finansiering) kan også utvikle seg.

Det synes likevel ikke som om det er noe godt alternativ å «vente og se», for dermed å kunne fatte en beslutning om ny sykehusstruktur når noe av usikkerheten er borte. 0-alternativet, som kan anses som et vente og se-alternativ, er et mindre godt alternativ fordi det er risiko for at bygningsmasse, fagkompetanse og pasientgrunnlag forvitrer mens man venter. Det ansees som viktig at det tas en beslutning om ny sykehusstruktur raskt.

Ut fra de argumenter som er anført i denne rapporten synes alternativ 3a og 3b å være mer risikable enn de øvrige i den forstand at de med sikkerhet medfører høye investeringskostnader, men betydelig risiko for at sykehuset tross dette ikke oppnår akseptabel kvalitet grunnet bemanningsproblemer. I denne forbindelse kan det være relevant å peke på at veletablerte sykehus i mindre byer som Narvik og Kongsberg har fått betydelige kvalitetsproblemer med periodevis stengning av avdelinger. Norge har i mange år hatt problemer med å få sykehus i tettsteder til å fungere tilfredsstillende. De senere år har problemene flyttet seg til mindre byer. I dette perspektiv framstår alternativene 3a og 3b som nokså risikable. Dette gjelder også 2b i Kristiansund, men alt i alt vurderes 2b som bedre å legge til rette for god stedsutvikling og å ha attraktive boområder i nærmiljøet og jobbmuligheter for partner i nærheten. Slik sett framstår alternativ 2b som mer attraktivt enn 3a og 3b. Valg av 2b kan gi ved bruk av ekstraordinære rekrutteringstiltak gi en akseptabel løsning over tid, og 2b ligger også geografisk mer midt i mellom de andre sykehusene i Ålesund og Trondheim. Særlig vurdert utifra betydning av et stabilt fagmiljø over tid vurderes likevel 2a som en bedre løsning.

Fordelingsvirkningene av en ny sykehusstruktur er ikke hensyntatt i vår utredning utover et godt helsetilbud, men det er redegjort for noen mulige effekter. Det vil få konsekvenser for enten Molde eller Kristiansund dersom akuttsykehuset legges et annet sted. Det vil forsvinne opp til 1 700 arbeidsplasser i Molde og opptil 900 arbeidsplasser i Kristiansund, en betydelig andel av arbeidsplassene i byene. Det vil

være risiko for at en positiv utviklingsspiral blir svekket. Og avstanden til akuttpsykehuset blir større for innbyggerne i Molde jo lenger nord sykehuset legges, og tilsvarende for innbyggerne i Kristiansund jo lenger syd sykehuset legges. For de omkringliggende kommunene vil ikke plasseringen av sykehuset få like stor konsekvens, med unntak for den kommunen der sykehuset eventuelt havner.

Selv om fordelingseffektene er til dels store, vil de kunne reduseres noe ved å ha et dagbehandlingstilbud i den byen som ikke får akuttpsykehuset. Dersom denne enheten blir av noe størrelse, vil antallet arbeidsplassers som forsvinner fra byen reduseres merkbart, og avstanden til de mest brukte helsetjenester for befolkningen blir fortsatt kort. Etter vår vurdering er den underliggende positive veksten i både Molde og Kristiansund, og regionene rundt, så sterk at begge byene vil leve videre som attraktive bykommuner også uten et akuttpsykehus i byen.

Det blir opp til helseforetakets styre og politiske myndigheter i hvilken grad de ønsker å vektlegge disse fordelingsvirkningene. Det vil også være mulig å vektlegge enkelte effekter annerledes enn Oslo Economics har gjort i denne utredningen, og således komme fram til andre konklusjoner enn vi har gjort. Det har ikke vært vårt anliggende å finne fram til den beste politiske løsningen, men å vurdere hvilket alternativ som vurderes som mest egnet og mest bærekraftig over tid, basert på en rasjonell analyse av identifiserte samfunnskonsekvenser. Dette alternativet er, slik vi ser det, et akuttpsykehus bynært Molde, med dagbehandling/poliklinikk i Kristiansund.

Litteratur

Bhuller, Manudeep Singh (2009), Inndeling av Norge i arbeidsmarkedsregioner, SSB Notat 2009/24

Den norske legeforening, <http://legeforeningen.no/Emner/Andre-emner/Legestatistikk/>.

Florida, Richard (2005), "The Flight of the Creative Class: The New Global Competition for Talent", HarperBusiness

Geir Orderud 2002: Unge voksne i distrikts-Norge - flytteplaner og flyttemotiver

Hansen MN (2002) «Sosial status og ekteskap innenfor legestanden» Tidsskriftet for den Norske Lægeforening, 122, p. 1881 – 4.

Heiberg, Ina (2010): Vertskommunenes forbruk av sykehustjenester, http://www.helsenord.no/getfile.php/SKDE/Rapporter%20og%20analyser/Rapport_%20Vertskommuner.pdf.

Helse Møre og Romsdal HF, Medarbeiderundersøkelse 2012 utført av Ipsos

Helsedirektoratet; NR-Basen, <http://nrbasen.helsedirektoratet.no/>.

Hjorthol Randi og Torkel Bjørnskau (2003), «Byutvikling og arbeidsreiser - gentrifisering og reurbanisering som miljøfaktorer», TØI rapport, 642/2003.

Hospitalitet AS (2012): Utviklingsplan 2030 - Berekning av arealbehov i alternative løysingsmodellar.

Justis og politidepartementet (2010): « Forstudie for ny redningshelikopter-kapasitet, Behovsanalyse».

Kristiansen Ivar Sønbo og Olav Helge Førde (1992) "Medical specialists' choice of location: The role of geographical attachment in Norway". Social Science & Medicine p. 34: 57-62.

Lokalsykehusenes akutfunksjoner i en samlet behandlingskjede; <http://www.regjeringen.no/upload/HOD/Vedlegg/Lokalsykehusenes%20akutfunksjoner%20rapp%20200307.pdf>.

Luftambulansetjenesten i Norge,

http://no.wikipedia.org/wiki/Luftambulansetjenesten_i_Norge.

Møre og Romsdal fylkeskommune, Fylkesplan 2009-2012

<http://mrfylke.no/Tenesteomraade/Plan-og-analyse/Regional-planlegging/Regional-plan/Fylkesplan-2009-2012>

Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015),

<http://www.regjeringen.no/pages/16251882/PDFS/STM201020110016000DDDPDFS.pdf>.

Norconsult (2012): Medisinsk faglige Risiko og Sårbarhetsvurdering for Helse Møre og Romsdal.

Norut og Møreforskning (2012), Erfaringsstudie om ringvirkninger fra

petroleumsvirksomhet for næringsliv og samfunnet for øvrig, Rapport 2012:08.

NOU 1998: 9; Hvis det haster.....Faglige krav til akuttmedisinsk beredskap

<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/nouer/1998/nou-1998-9.html?id=141301>.

Orderud, Geir (2002): «Unge voksne i distrikts-Norge - flytteplaner og flyttemotiver», Ungdomsforskning 2002.

Randi Hjorthol og Torkel Bjørnskau, TØI 2003: Byutvikling og arbeidsreiser - gentrifisering og reurbanisering som miljøfaktorer

Randi Hjorthol, 1998: Bostedspreferanser, aktivitets- og reisemønstre i Oslo-området, Transportøkonomisk institutt 403/1998

Roberts, J., Hodgson, R. and Dolan, P (2009) "It's driving her mad: gender differences in the effects of commuting on psychological well-being", Working Paper. Department of Economics, University of Sheffield ISSN 1749-8368.

Statistisk Sentralbyrå, Strukturstatistikk, <http://www.ssb.no/stvei/om.html>

Strategi 2020 Midt-Norge RHF, <http://www.helse-midt.no>

Transportøkonomisk Institutt (2011): «Den nasjonale reisevaneundersøkelsen 2009 - nøkkelrapport», TØI rapport 1130/2011.

Utviklingsplan Helse Møre og Romsdal <http://www.helse-mr.no/no/Aktuelt/Prosjekt/Sjukehusutvikling-Helse-More-og-Romsdal-HF/119134/> og vedlegg;

- Vedlegg 1 - Høyringsbrev Utviklingsplan
- Vedlegg 2 - Økonomiutgreiing
- Vedlegg 3 - berekning av arealbehov i alternative løysingsmodellar
- Vedlegg 4 - berekning av investeringsbehov i alternative løysingsmodellar
- Vedlegg 5- berekning av driftsøkonomi og noverdi i alternative løysingsmodellar
- Vedlegg 6 - Tilgjengelighetsanalyser - dagens transportnettverk og befolkning
- Vedlegg 7 - Tilgjengelegheitsanalyser - bilnettverk og befolkning 2030 - korrigert versjon

Østlandsforskning (2012), Notat om sykehus og ringvirkninger, <http://www.gausdal.kommune.no/cpclass/run/cpesa62/file.php/def/12005139d12005142o4fcf67/notat-om-sykehus-og-ringvirkninger.pdf>

Vedlegg: Nåverdiberegninger for andre transportarbeidsberegninger

Beregningsalternativ G1: Grov vurdering - alle ansatte tilordnes akuttsykehuset

- 60 % av dagbehandlingen forutsettes gjennomført på akuttsykehuset. Gjennomsnittlig reiselengde for pasientene og besøkende settes til gjennomsnittlig reiselengde for de som i dag har enten Molde eller Kristiansund som sitt nærmeste sykehus.
- 40 % av dagbehandlingen forutsettes gjennomført på dagbehandling/ poliklinikk i motsatt by. Gjennomsnittlig reiselengde for pasientene og besøkende settes til gjennomsnittlig reiselengde for dagens sykehus i byen dagbehandlingsenheten skal lokaliseres. Det betyr at det antas at det er en overvekt av pasienter fra nærområdet.
- Det forutsettes at alle ansatte jobber på akuttsykehuset. Bosettingsmønsteret til de ansatte forutsettes som i dag, og at det ikke tilpasses ny lokalisering av akuttsykehuset.

Tabell 0-1: Beregningsalternativ G1: Grov vurdering - alle ansatte tilordnes akuttsykehuset

Alternativ	Økt transportarbeid i forhold til 0-alternativet (mill. Personkilometer)	Nåverdi tidskostnad transportarbeid	Nåverdi dødsulykker	Nåverdi investering drift	og Samlet nåverdi 40 år
1a	24,5	-1 294	-29	350	-972
1b	35,9	-2 002	-45	515	-1 531
2a	22,6	-1 330	-30	48	-1 311
2b	27,6	-1 624	-36	-221	-1 881
3a	24,8	-1 459	-32	-631	-2 122
3b	29,2	-1 718	-38	166	-1 590

Som vi ser av tabellen kommer alle alternativene dårligere ut enn 0-alternativet. Av de øvrige kommer imidlertid alternativ 1a best ut. Alternativ 2a er nest best og gir det laveste transportarbeidet utenom nullalternativet.

Beregningsalternativ G2 : Ansatte: 70 % jobber på akuttsykehuset, 30 % på dagenheten - bosettingsmønster som i dag

- 60 % av dagbehandlingen forutsettes gjennomført på akuttsykehuset. Gjennomsnittlig reiselengde for pasientene og besøkende settes til gjennomsnittlig reiselengde for de som i dag har enten Molde eller Kristiansund som sitt nærmeste sykehus.
- 40 % av dagbehandlingen forutsettes gjennomført på dagbehandling/ poliklinikk i motsatt by. Gjennomsnittlig reiselengde for pasientene og besøkende settes til gjennomsnittlig reiselengde for dagens sykehus i byen dagbehandlingsenheten skal lokaliseres. Det betyr at det antas at det er en overvekt av pasienter fra nærområdet.
- 70 % av de ansatte jobber på akuttsykehuset, og 30 % av de ansatte jobber på dagenheten i den andre byen. Det forutsettes at de ansatte har samme bosettingsmønster som i dag, og at det ikke tilpasses ny lokalisering av sykehuset.

Tabell 0-2: Beregningsalternativ G2 : Ansatte: 70 % jobber på akuttsykehuset, 30 % på dagenheten - bosettingsmønster som i dag

Alternativ	Økt transportarbeid i forhold til 0-alternativet (mill. Personkilometer)	Nåverdi tidskostnad transportarbeid	Nåverdi dødsulykker	Nåverdi investering og drift	Samlet nåverdi 40 år
1a	28	-1 452	-32	350	-1 134
1b	33	-1 834	-41	515	-1 360
2a	26	-1 506	-34	48	-1 492
2b	29	-1 724	-38	-221	-1 983
3a	26	-1 500	-33	-631	-2 165
3b	29	-1 718	-38	166	-1 590

Også under disse forutsetningene kommer nullalternativet best ut. Alternativ 1a er nest best, mens alternativ 1b følger deretter.

Beregningsalternativ G2-ansatte bynært: Ansatte: 70 % jobber på akuttsykehuset, 30 % på dagenheten - ansatte på dagenheten rekrutteres fra nærområdet

- 60 % av dagbehandlingen forutsettes gjennomført på akuttsykehuset. Gjennomsnittlig reiselengde for pasientene og besøkende settes til gjennomsnittlig reiselengde for de som i dag har enten Molde eller Kristiansund som sitt nærmeste sykehus.

- 40 % av dagbehandlingen forutsettes gjennomført på dagbehandling/ poliklinikk i motsatt by. Gjennomsnittlig reiselengde for pasientene og besøkende settes til gjennomsnittlig reiselengde for dagens sykehus i byen dagbehandlingsenheten skal lokaliseres. Det betyr at det antas at det er en overvekt av pasienter fra nærområdet.
- 70 % av de ansatte jobber på akuttsykehuset, og 30 % av de ansatte jobber på dagenheten i den andre byen. Ansatte på akuttsykehuset forutsetter å ha samme bosettingsmønster som dagens ansatte, mens de 30 % ansatte som tilordnes dagenheten forutsettes å ha samme bosettingsmønster som dagens sykehus-ansatte i den aktuelle byen.

Tabell 0-3: Beregningsalternativ G2-ansatte bynært: Ansatte: 70 % jobber på akuttsykehuset, 30 % på dagenheten - ansatte på dagenheten rekrutteres fra nærområdet

Alternativ	Økt transportarbeid i forhold til 0-alternativet (mill. Personkilometer)	Nåverdi tidskostnad transportarbeid	Nåverdi dødsulykker	Nåverdi investering og drift	Samlet nåverdi 40 år
1a	20	-1 040	-23	350	-713
1b	29	-1 595	-35	515	-1 115
2a	18	-1 041	-23	48	-1 016
2b	25	-1 477	-33	-221	-1 731
3a	19	-1 141	-25	-631	-1 798
3b	29	-1 718	-38	166	-1 590

Også under disse forutsetningene kommer nullalternativet best ut og alternativ 1a er nest best. Alternativ 2a følger deretter.

Beregningsalternativ G2- bosettingsmønster tilpasses for ansatte: Ansatte: 70 % jobber på akuttsykehuset, 30 % på dagenheten - bosettingsmønsteret til de ansatte tilpasses ny lokalisering

- 60 % av dagbehandlingen forutsettes gjennomført på akuttsykehuset. Gjennomsnittlig reiselengde for pasientene og besøkende settes til gjennomsnittlig reiselengde for de som i dag har enten Molde eller Kristiansund som sitt nærmeste sykehus.
- 40 % av dagbehandlingen forutsettes gjennomført på dagbehandling/ poliklinikk i motsatt by. Gjennomsnittlig reiselengde for pasientene og besøkende settes til gjennomsnittlig reiselengde for dagens sykehus i byen dagbehandlingsenheten skal lokaliseres. Det betyr at det antas at det er en overvekt av pasienter fra nærområdet.

- 70 % av de ansatte jobber på akuttpsykehuset, og 30 % av de ansatte jobber på dagenheten i den andre byen. Bosettingsmønsteret til de ansatte tilpasses lokaliseringene av sykehusene noe ved at alle som har arbeidsreiser på mer enn 30 minutter, får tilordnet en reisetid på 20 minutter. Gjennomsnittlig reiselengde for ansatte er beregnet med basis i begge komponentene.

Tabell 0-4: Beregningsalternativ G2- bosettingsmønster tilpasses for ansatte: Ansatte: 70 % jobber på akuttpsykehuset, 30 % på dagenheten - bosettingsmønsteret til de ansatte tilpasses ny lokalisering

Alternativ	Økt transportarbeid i forhold til 0-alternativet (mill. Personkilometer)	Nåverdi tidskostnad transportarbeid	Nåverdi dødsulykker	Nåverdi investering og drift	Samlet nåverdi 40 år
1a	13	-660	-15	350	-325
1b	14	-797	-18	515	-300
2a	13	-771	-17	48	-740
2b	13	-741	-17	-221	-979
3a	13	-777	-17	-631	-1 425
3b	19	-1 118	-25	166	-977

Også under disse forutsetningene kommer nullalternativet best ut og alternativ 1a er nest best. Alternativ 2a følger deretter.

Også under disse forutsetningene kommer nullalternativet best ut og alternativ 1a er nest best. Alternativ 2a følger deretter.

Dersom de ansatte tilpasser sitt bosettingsmønster er 0-alternativet fremdeles best. Forskjellene mot de andre alternativene blir imidlertid i dette tilfellet betydelig mindre. 1b fremstår som det nest beste alternativet mener bare marginalt bedre enn 1a.

Beregningsalternativ G2: Pasienter dagbehandling: fordeling 80 % / 20% akutt/ dagbehandlingsenhet. Ansatte: 70 % jobber på akuttpsykehuset, 30 % på dagenheten - bosettingsmønster som i dag

- 80 % av dagbehandlingen forutsettes gjennomført på akuttpsykehuset. Gjennomsnittlig reiselengde for pasientene og besøkende settes til gjennomsnittlig reiselengde for de som i dag har enten Molde eller Kristiansund som sitt nærmeste sykehus.

- 20 % av dagbehandlingen forutsettes gjennomført på dagbehandling/ poliklinikk i motsatt by. Gjennomsnittlig reiselengde for pasientene og besøkende settes til gjennomsnittlig reiselengde for dagens sykehus i byen dagbehandlingsenheten skal lokaliseres. Det betyr at det antas at det er en overvekt av pasienter fra nærområdet.
- 70 % av de ansatte jobber på akuttsykehuset, og 30 % av de ansatte jobber på dagenheten i den andre byen. Det forutsettes at de ansatte har samme bosettingsmønster som i dag, og at det ikke tilpasses ny lokalisering av sykehuset.

Tabell 0-5: Beregningsalternativ G2: Pasienter dagbehandling: fordeling 80 % / 20% akutt/ dagbehandlingsenhet. Ansatte: 70 % jobber på akuttsykehuset, 30 % på dagenheten - bosettingsmønster som i dag

Alternativ	Økt transportarbeid i forhold til 0-alternativet (mill. Personkilometer)	Nåverdi tidskostnad transportarbeid	Nåverdi dødsulykker	Nåverdi investering og drift	Samlet nåverdi 40 år
1a	30	-1 595	-35	350	-1 280
1b	37	-2 035	-45	515	-1 565
2a	28	-1 630	-36	48	-1 618
2b	32	-1 877	-42	-221	-2 139
3a	28	-1 630	-36	-631	-2 297
3b	29	-1 718	-38	166	-1 590

Dersom man forutsetter en mindre dagbehandlingsenhet som kun behandler 20% av dagpasientene vil transportarbeidet øke i forhold til om 40% av dagpasientene behandles ved en slik enhet. Nullalternativet fremstår også her som beste, fulgt av alternativ 1a og deretter 1b.

Beregningsalternativ G2: Pasienter dagbehandling: fordeling 40/ 60% akutt/ dagbehandlingsenhet. Ansatte: 70 % jobber på akuttsykehuset, 30 % på dagenheten - bosettingsmønster som i dag

- 40 % av dagbehandlingen forutsettes gjennomført på akuttsykehuset. Gjennomsnittlig reiselengde for pasientene og besøkende settes til gjennomsnittlig reiselengde for de som i dag har enten Molde eller Kristiansund som sitt nærmeste sykehus.
- 60 % av dagbehandlingen forutsettes gjennomført på dagbehandling/ poliklinikk i motsatt by. Gjennomsnittlig reiselengde for pasientene og besøkende settes til gjennomsnittlig reiselengde for dagens sykehus i byen

dagbehandlingsenheten skal lokaliseres. Det betyr at det antas at det er en overvekt av pasienter fra nærområdet.

- 70 % av de ansatte jobber på akuttsykehuset, og 30 % av de ansatte jobber på dagenheten i den andre byen. Det forutsettes at de ansatte har samme bosettingsmønster som i dag, og at det ikke tilpasses ny lokalisering av sykehuset.

Tabell 0-6: Beregningsalternativ G2: Pasienter dagbehandling: fordeling 40/ 60% akutt/ dagbehandlingsenhet. Ansatte: 70 % jobber på akuttsykehuset, 30 % på dagenheten - bosettingsmønster som i dag

Alternativ	Økt transportarbeid i forhold til 0-alternativet (mill. Personkilometer)	Nåverdi tidskostnad transportarbeid	Nåverdi dødsulykker	Nåverdi investering og drift	Samlet nåverdi 40 år
1a	25	-1 315	-29	350	-994
1b	29	-1 628	-36	515	-1 149
2a	24	-1 383	-31	48	-1 365
2b	27	-1 571	-35	-221	-1 827
3a	23	-1 365	-30	-631	-2 026
3b	29	-1 718	-38	166	-1 590

Også dersom man forutsetter en større dagbehandlingsenhet som behandler 60% av dagpasientene er nullalternativet klart best. Alternativ 1a er nest best mens 1b følger deretter.

Beregningsalternativ G2: Justering av pasientgrunnlag: bosatte som har St.Olav som sitt nærmeste sykehus i 2030 tas ut av grunnlaget. Pasienter dagbehandling: fordeling 60/ 40% akutt/ dagbehandlingsenhet. Ansatte: 70 % jobber på akuttsykehuset, 30 % på dagenheten - bosettingsmønster som i dag.

- Bosatte som har St. Olav som sitt nærmeste sykehus i reisetid i 2030 tas ut av grunnlaget. Gjennomsnittlig reisetid beregnes for de resterende i befolkningsutvalget.
- 60 % av dagbehandlingen forutsettes gjennomført på akuttsykehuset. Gjennomsnittlig reiselengde for pasientene og besøkende settes til gjennomsnittlig reiselengde for de som i dag har enten Molde eller Kristiansund som sitt nærmeste sykehus.
- 40 % av dagbehandlingen forutsettes gjennomført på dagbehandling/ poliklinikk i motsatt by. Gjennomsnittlig reiselengde for pasientene og besøkende settes til gjennomsnittlig reiselengde for dagens sykehus i byen

dagbehandlingsenheten skal lokaliseres. Det betyr at det antas at det er en overvekt av pasienter fra nærområdet.

- 70 % av de ansatte jobber på akuttsykehuset, og 30 % av de ansatte jobber på dagenheten i den andre byen. Det forutsettes at de ansatte har samme bosettingsmønster som i dag, og at det ikke tilpasses ny lokalisering av sykehuset.

Tabell 0-7: Beregningsalternativ G2: Justering av pasientgrunnlag: bosatte som har St.Olav som sitt nærmeste sykehus i 2030 tas ut av grunnlaget. Pasienter dagbehandling: fordeling 60/ 40% akutt/ dagbehandlingsenhet. Ansatte: 70 % jobber på akuttsykehuset, 30 % på dagenheten - bosettingsmønster som i dag.

Alternativ	Økt transportarbeid i forhold til 0-alternativet (mill. Personkilometer)	Nåverdi tidskostnad transportarbeid	Nåverdi dødsulykker	Nåverdi investering og drift	Samlet nåverdi 40 år
1a	27	-1 410	-31	350	-1 091
1b	32	-1 801	-40	515	-1 326
2a	25	-1 465	-33	48	-1 449
2b	29	-1 694	-38	-221	-1 953
3a	25	-1 465	-33	-631	-2 128
3b	28	-1 671	-37	166	-1 542

oslo**economics**

Besøksadresse:
Dronning Mauds gate 10
0250 Oslo

Postadresse:
1540 Vika, 0117 Oslo

E-post: post@osloeconomics.no
Telefon: +47 21 99 28 00
Faks: +47 966 30 090
Org. nr.: 993 924 741

www.osloeconomics.no

