

IDÉFASE

Sjukehuset i Nordmøre og Romsdal (SNR) -Høyringsrapport



Føreord

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

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

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

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

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

Astrid J. Eidsvik

Administrerende direktør

Innhald

Føreord.....	1
1 Innleiing.....	4
1.1 Bakgrunn, mandat og føremål.....	4
1.2 Forankring mot utviklingsplanen	7
1.3 Tidlegfaseplanlegging	9
1.4 Tomtevalsprosessen	11
1.5 Tidsplan	12
2 Overordna føringar	13
2.1 Politisk	14
2.2 Nasjonalt.....	14
2.3 Regionalt	14
3 Brukarbehov	15
3.1 Demografi.....	15
3.2 Sjukdomsutvikling.....	17
3.3 Brukarmedverknad	18
3.4 Tilgjenge	19
3.5 Pasientstraumar og forbruk av tenestene	21
4 Innsatsfaktorar	24
4.1 Finansiering og berekraft.....	24
4.2 Kompetanse	25
4.3 Medisinskfagleg og teknologisk utvikling	26
4.4 Nettverk og relasjonar eksternt	27
4.5 Samferdsel	27
5 Samarbeid og samhandling.....	28
5.1 Andre helseføretak	28
5.2 Kommunar	29
5.3 Avtalespesialistar, private helseaktørar og andre	31
5.4 Høgskular/ universitet.....	32
6 Fag, struktur og innhald i Helse Møre og Romsdal	32
6.1 Oppgåver.....	32
6.2 Struktur og system	34
6.3 Aktivitet	38

6.4	Ressursar	38
7	Idéfasen for sjukehuset i Nordmøre og Romsdal, SNR.....	41
8	Lokalisering av sjukehus – kva vurderingar vert gjort?.....	42
8.1	Bakgrunn	42
8.2	Kva vurderingar vert gjort?	43
8.3	Tomt	46
8.4	Måloppfyljing for bygg- og eigedomsutvikling	46
8.5	Generalitet og fleksibilitet	47
8.6	Alternativet si usikkerheit, mogelegheiter og truslar	47
8.7	Samla vurdering basert på heilskap	47
9	Heilskapleg drøfting	47
10	Vidare prosess	53

Tabelliste

Tabell 1	Befolkningsutvikling 2013 – 2040 for Møre og Romsdal fylke	16
Tabell 2	Befolkningsutvikling 2013 – 2040 for Nordmøre og Romsdal	16
Tabell 3:	Befolkningsutvikling 2013 – 2040 for Sunnmøre	16
Tabell 4:	Oversikt over samferdselstiltak i Møre og Romsdal i perioden mot 2030	28
Tabell 5:	Tilbod hjå dei ulike sjukehusa i Helse Møre og Romsdal HF.....	35

Figurliste

Figur 1:	Heilskapleg modell for utviklingsplanen i Helse Møre og Romsdal	7
Figur 2:	Faser og punkt for avgjersler i tidlegfasen	9
Figur 3:	Planprosess i tidlegfasen for sjukehusprosjekt	10
Figur 4:	Kart over Møre og Romsdal med perspektiv, institusjonar og grenseområder.....	11
Figur 5:	Tidsplan, høyringar fram mot idéfaserapport	13
Figur 6:	Utvikling i talet på eldre i Møre og Romsdal <i>Kjelde SSB</i>	17
Figur 7:	Pasientstraumar for Nordmøre og Romsdal	22
Figur 8:	Pasientstraumar for Sunnmøre	23
Figur 9:	Legespesialistar i stilling som overlege, gruppert etter alder for perioden 2010-2013	25
Figur 10:	Fordelinga av brutto budsjett fordelt på hovudpost	39
Figur 11:	Illustrasjon av fasene i forbetningsarbeidet	41
Figur 12:	«Aksen mellom Hjelset og søre del av Frei» - 4 lokaliseringane/6 tomter	43
Figur 13:	Spesialisthelsetenesta sitt føremål.....	44

1 Innleiing

1.1 Bakgrunn, mandat og føremål

I styringsdialogen mellom dåverande statsråd og regionalt helseføretak i 2010 vart følgjande sagt:

«...Parallelt med det arbeidet som pågår med nytt sjukehus (red.anm. Nye Molde sjukehus), vil eg be styret i Helse Midt-Norge RHF om å vurdere å organisere sykehusene i Møre og Romsdal i et felles helseforetak slik at man ser de ulike sykehusene i fylket meir i samanheng. Det er naturleg å avvente denne vurderingen før en tar stilling til byggeløsning og større endringer i akutt- og fødetilbud»

Frå styresak 2012/99 om utviklingsplan for Helse Møre og Romsdal heiter det:

«Det nyfusjonerte Helse Møre og Romsdal fekk “på vanlig måte” i oppdrag med Helse Midt-Norge RHF å lage ein “samla plan”. Dette er det uomtvistelige oppdraget. Planen har i ettertid fått namnet “Utviklingsplan”.

Målsettinga med fusjonen var openbart å sjå fylket og føretaket under eitt, og å legge ein heilskapleg plan og struktur til grunn for utviklinga av spesialisthelsetenesta.

Geografi, demografi, samferdsel, øvrig infrastruktur og sjukehusstruktur er kjente forhold, både for helseføretaket og innbyggjarane flest. Den uoversiktlege og uavklarte oppgåva som følgde oppdraget var å avklare sjukehusstrukturen i Nordmøre og Romsdal. Historia talar for seg – dette er svært krevjande arbeid.

Styret og direktør la til rette for ein breitt samansett og tungt forankra prosjektorganisasjon som skulle føre saka fram. Brukarane, kommunane og det regionale helseføretaket var sentrale medspelarar saman med fagpersonar i føretaket.

I prosjektarbeidet kom tidlegare usemje til overflata, men ikkje på ein øydeleggande måte. Om ein var lei, fagperson eller tillitsvalt så virka det som at alle hadde bestemt seg for at ein no måtte komme til ei løysing – ein var sliten av lang tids kamp og posisjonering – det vart uttrykt at denne “sjukehusstriden” ikkje tente verken pasientane, fagutviklinga eller forholdet mellom byane på nokon måte.

Dersom utviklingsplanen hadde hatt eit meir “nøytralt” utgangspunkt, ville det nok blitt lettare å jamstille Nordmøre og Romsdal med Sunnmøre. Men leiinga merka seg raskt den spenninga og merksemda som strukturspørsmålet (sjukehusstruktur, red.anm.) i Nordmøre og Romsdal hadde, og ein fekk ei geografisk vekting mot denne problemstillinga. Dette var ikkje uventa - og det har vist seg naudsynt. Dersom ein ikkje kjem vidare gjennom utviklingsplanen med strukturspørsmålet i Nordmøre og Romsdal, vil ein på sikt ikkje vere i stand til å levere lovpålagte tenester på skikkeleg vis i denne delen av føretaket. Det vil vidare erodere fagmiljø på ein slik måte at fagtilboda ville bryte saman, rekrutteringsgrunnlaget forsvinn og ein vil stå igjen med eit sviktande spesialisthelsetenestetilbod. Dette er ingen tent med.

Helseføretaket opplever å ha fått aksept for ei tidsavgrensa fokusering på struktur i Nordmøre og Romsdal. Dette vil danne grunnlaget for ei vidare utvikling av føretaket samla sett på ein hensiktsmessig måte. Det har også blitt understreka at dei same prinsippa for utvikling skal gjelde heile helseføretaket.

Spørsmålet om funksjonsfordeling har blitt halde på avstand. Dette er fordi kompleksiteten og omfanget på denne diskusjonen, ville kunne forstyrre den svært viktige avgjerda på struktur. Ein kan godt seie at helseføretaket i prosessen så langt har “reindyrka” ei strukturavklaring, og fokusert på dei element som i hovudsak er avgjerande for dette eine spørsmålet. Det gjer det avgjerande viktig å rett etter avgjerd om struktur, å kome i gang med ein prosess om funksjonsfordeling for føretaket samla sett – alle sjukehus.

Fleire instansar har etterlyst samhandlingsreforma tyngre handsama i utviklingsplanen. Samhandlingsreforma har både ressurs og aktivitetmessige konsekvensar for Helse Møre og Romsdal. Det er heilt avgjerande å auke merksemda på dette arbeidet. Ein må intensivere dialogen med kommunane i lys av samhandlingsreforma og utviklingsplanen i tida framover.

Det er også teke initiativ overfor prehospitale tenester og rusføretaket for å legge til rette for samarbeid og utvikling i tida som kjem. Samspel med sentrale samarbeidspartar er avgjerande for å lukkast også med spesialisthelsetenester. Ein må også halde fram dialogen med petroleumsnæringa om beredskapssituasjonen på sokkelen.

I august og september 2012 utforma ein dei etter kvart så kjente “alternative løysingsmodellane”. Det var 7 i talet, og var utforma i eit forsøk på å vere klar og tydelig både internt og eksternt om det moglegheitsrommet ein såg. I etterpåklokskapens klare lys, kan det tenkjast at ein gjekk noko langt i detaljeringsgrad. Ein har heile tida prøvd å understreke at ein i denne omgang skal velje modell og ikkje tomt!

Dei alternative løysingsmodellane har hatt eit sterkt fokus i det offentlege ordskiftet og ikkje minst gjennom den offentlege høyringa. Målet med modellane var å strukturere og dele opp geografisk og demografisk tilgjenge, sette ord på eit vanskeleg tema og danne grunnlaget for eit ordskifte med felles referanseramme. Når så mange har nytta så mykje tid på å diskutere og uttale seg om modellane, vil det vere vanskeleg å forsvare at helseføretaket skulle fristille seg denne referanseramma i sine konklusjonar. Ein må derfor kople konklusjonen mot dette referansesystemet så langt det let seg gjere.

Ut over hausten i år der ein stadig kjem nærare den krevjande avgjerda, har merksemda og “trykket” i prosessen auka. Svært mange er påverka eller involvert i dette spørsmålet. Helseføretaket fekk massiv respons på førespurnaden om å gje inn høyringssvar.

Noko som også etter kvart har blitt ekstra vektlagt, er den stadig meir krevjande interimperioden. Dette er perioden frå vedtak i denne saka og fram til at ein har driftssatt det nye akuttsjukehuset for Nordmøre og Romsdal. I denne perioden vil det vere både driftsøkonomiske, faglege, funksjonsmessige og samarbeidsorienterte utfordringar. Føretaksleiinga er overtydd om at dersom ein klarar å samle fagmiljøa om ei felles løysing, så er dette fullt mogleg å få til utan store problem.»

Idéfasedokumentet skal vere ei vidareføring basert på utviklingsplanen for Helse Møre og Romsdal HF (HMR HF) som vart vedteken av styret i HMR i desember 2012. I utviklingsplanen vart det konkludert med at det mest berekraftige tiltaket for Nordmøre og Romsdal ville vere å samle faglege og økonomiske ressursar for dei vaktberande faga i eit felles sjukehus og dette vart ståande som det klaraste tiltaket i utviklingsplanen.

I februar 2013 vedtok styret i HMR å byrje tidlegfaseplanlegginga¹ av det nye sjukehuset, gjennom oppstart av idéfasen for nytt felles akuttsjukehus for Nordmøre og Romsdal (sak 13/10) og mandatet for idéfasen vart som følger:

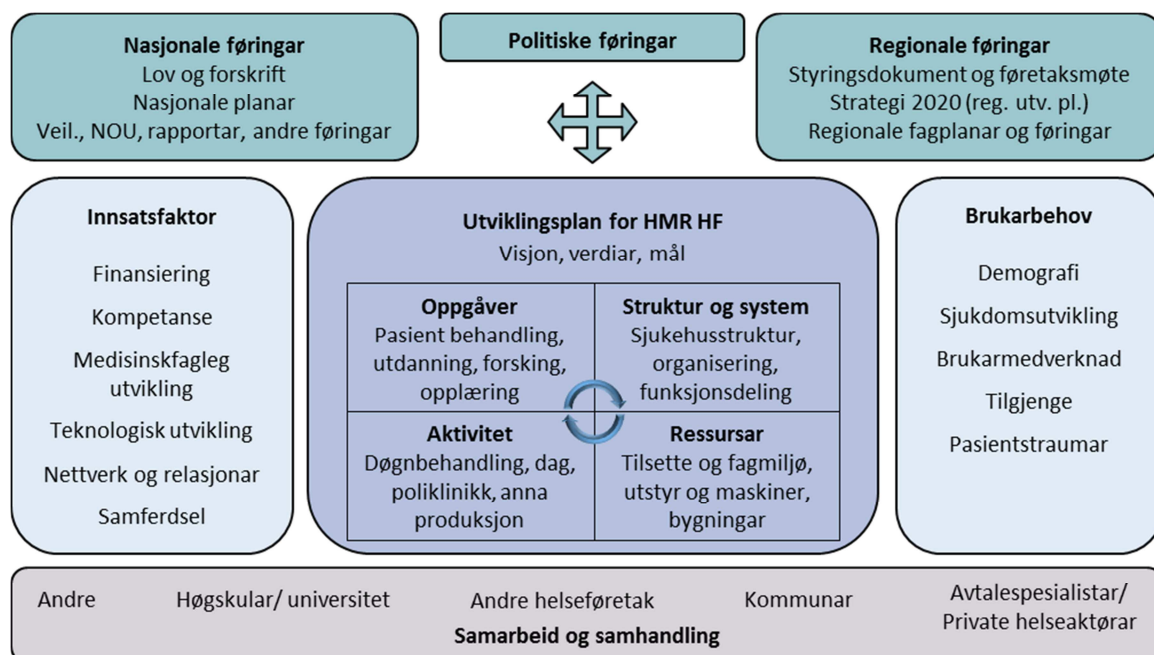
*«Helse Møre og Romsdal HF har av større investeringsprosjekt, førsteprioritet av **“eitt nytt akuttsjukehus for Nordmøre og Romsdal”**. Det må utgreiast gjennom idéfase og konseptfase forholdet til poliklinikk og dagbehandlingseiningar i folketette område og korleis einingar innan psykisk helsevern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

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

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

«Idéfasen skal presisere behovet og identifisere mulige, prinsipielle løsningsalternativer. Det omfatter både virksamhetsmessige løsningsalternativ og fysiske byggløsningar (investeringsprosjekt). Første aktivitet i idéfasen blir å presisere og avgrense det valgte prosjektet i forhold til andre tiltak.». Den heilskaplege modellen for utviklingsplanen i føretaket er vist i figuren under:

¹ Tidlegfaseplanlegging er Staten sitt namn på planlegginga av eit konkret sjukehusprosjekt, fram til det punktet der ein tek endeleg avgjerd om å starte bygginga. Tidlegfaseplanlegginga er delt i tre: idéfase, konseptfase og forprosjektfase. Staten har laga ein eigen tidlegfasevegleiar for å støtte sjukehusplanlegginga i helseføretaka. Sjå meir om dette på www.helse-mr.no/utviklingsplan-hmr.



Figur 1: Heilskapleg modell for utviklingsplanen i Helse Møre og Romsdal

Modellen viser helseføretaket i sentrum og hovudelementa i verksemda. Her ser ein korleis kjerneoppgåvene, struktur og organisering, ressursane og aktivitetane skal underbygge føretaket sin visjon, verdiar og mål. Overordna føringar er styrande for verksemda. Korleis vi utnyttar innsatsfaktorane spelar ei rolle for om vi kan levere å levere kvalitativt gode og framtidretta tenester til brukarane og endringar i pasientbehov. Den syner også at godt utvikla samarbeid med andre aktørar er viktig for at helseføretaket kan levere tenester i tråd med dei krava som vert stilte.

I tidlegfasevegleiaren (Helsedirektoratet, 2011) er det vist til at dei regionale helseføretaka kan gjere endeleg vedtak om sjukehusprosjekt. Eit sentralt punkt i dialogen med departementet om dette, er at for å kunne ta slike avgjerder må dei regionale helseføretaka innpasse prosjekta sine innanfor heilskaplege, faglege og økonomiske rammer, slik at kostnadene for framtida kan handterast når investeringa er ferdigstilt. Investeringsprosjekta skal vere strategisk forankra i den tyding at dei prosjekta som vert foreslått skal fremje dei måla og strategiane som er gjeldande på eit nasjonalt, regionalt og føretaksnivå.

1.2 Forankring mot utviklingsplanen

Utviklingsplanen skal sikre langsiktige verksemdsløysingar (faglege) og langsiktige bygningsmessige løysingar (investeringar) for å møte krav i lovverket og frå Staten. Planen skal gi eit framtidsbilette av helseføretaket sine planar for verksemd og bygningsmasse i tillegg til å peike i ei retning for utvikling. Løysingane skal sikre eit godt medisinsk fagleg og samfunnsøkonomisk effektivt sjukehusstilbod til innbyggjarane i føretaket som føretaket har ansvaret for. Planen skal ha eit overordna perspektiv på innbyggjarane sine behov for spesialisthelsetenester fram mot år 2030.

Dei mest sentrale utviklingsområda i ein utviklingsplan er som følgjer, jfr. tidlegfasevegleiaren for sjukehusprosjekt (Helsedirektoratet, 2011):

- Funksjons- og oppgåvedeling for heile føretaket
- Økonomisk og kvalitetsmessig berekraft på kort og lang sikt

- Desentralisering av spesialisthelsetenester
- Effektar av samhandlingsreforma

Endringsdrivarane og omstillingsfaktorane ein kjem inn på i dei følgjande kapittel er alle med på forme utviklinga av Helse Møre og Romsdal. Hovudutfordringane for spesialisthelsetenesta er oppsummerte som følgjer jfr. Helse Midt-Norge sin Strategi 2020:

- Samansetjinga av og behova til innbyggjarane endrar seg
- Økonomisk vekst for spesialisthelsetenesta vil bremse
- Tilsette i helsetenesta vert ein knappheitsfaktor
- Det vert stilt tydelegare krav til dokumentert kvalitet

Andre føringar vil også tydeleg vere med på å påverke utviklinga av Helse Møre og Romsdal, herunder planlegginga av sjukehuset i Nordmøre og Romsdal. Nasjonal sjukehusplan er under arbeid, og er venta som melding til Stortinget seint i 2015. Helse Midt-Norge har sett i gang eit forprosjekt for å lage ein regional utviklingsplan som er i ferd med å finne si innretning og sitt omfang. Helsedirektoratet har høyringsfrist på eit arbeid med ny struktur av legespesialitetane inneverande haust. I tillegg ligg det føre ei rekkje regionale faglege føringar t.d for kreftområdet, traumehandtering, rehabilitering, kompetanse og kapasitet m.m.

Politiske myndigheiter og brukarorganisasjonar stiller stadig aukande krav til behandlingsskvalitet og pasientsikkerheit. Det er lagt vekt på å byggje pasienten si helseteneste. Signala frå statsråden er at det er for stor variasjon i kvaliteten på tenestene i sjukehusa og mellom sjukehusa. I tillegg er det tatt ei politisk avgjerd om at det skal satsast på rus og psykisk helse. Helsetenesta skal arbeide betre med heilskaplege pasientforløp og innføre nasjonale retningslinjer raskare. Frå politisk hald er det også signal mot meir samarbeid mellom offentleg sektor og privat sektor (OPS), der tanken er at privat sektor tek ein større del av ansvaret knytt til utvikling og/eller drift av eit prosjekt eller ei teneste.

Fagleg utvikling og økonomisk berekraft krev omstilling. Helse Møre og Romsdal HF må sørge for ei framtidsretting som stettar statlege krav til kvalitet. Dersom føretaket ikkje kan følgje opp pasientsikkerheit og kvalitet, kan det heller ikkje levere dei helsetenestene innbyggjarane etterspør verte leverte. Stabil og føreseieleg drift er viktig og naudsynt for tilsette, brukarar og samarbeidspartnarar. God økonomistyring og økonomioppfølging vil også vere ein føresetnad for å nå dei fastsette måla, og må vere ei prioritert oppgåve.

Konkrete tiltak som resultat av dette vil vere, jfr. styresak 2014/41:

- Kvardagseffektivisering/forbetring av arbeidsprosessar
- Dreining av verksemda frå inneliggande behandling til dag-/poliklinisk behandling.
Dette reduserer behovet for senger, som dermed medfører
 - Ei ytterlegare samanslåing av sengepostar
 - Etablering av 5-døgnspostar
- Reduksjon av vaktberedskapen i helg
- Reduksjon i stab-/støtte-/leiarfunksjonar

I tillegg er betring av IKT-system også eit naudsynt element i dette, og Helse Midt-Norge har eit eige strategiarbeid på området.

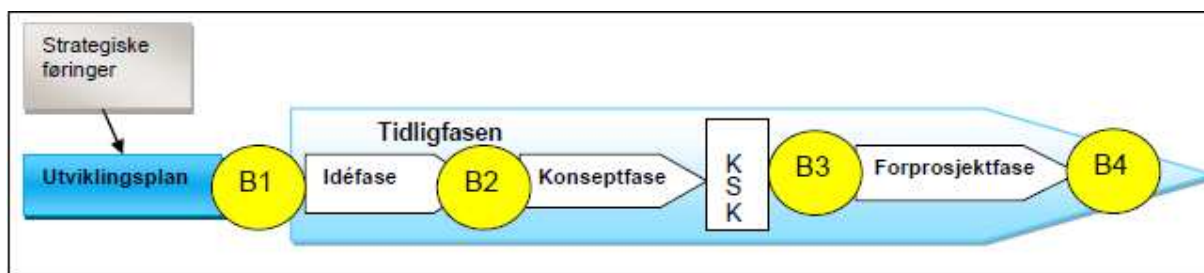
Arbeidet med verksemdsutvikling må tuftast på nemnde føringar, og må vere ei oppdatering og forlenging av Utviklingsplanen for Helse Møre og Romsdal HF (Helse Møre og Romsdal, 2012) som vart vedtatt i styret i desember 2012.

I tråd med Strategi 2020 (Helse Midt-Norge, 2010), vil ein gradvis å gå meir over frå døgnbehandling til dagbehandling og poliklinikk. Ei stor auke her vil gjere noko med korleis ein driv sjukehusa i føretaket og korleis ein må planlegge areal og drift i framtida. Meir areal må prioriterast til dagbehandling, poliklinikk og hotellfunksjonar. Inneliggande pasientar vert av dei sjukaste og kanskje mest komplekse. Ein ser føre seg at det kan verte eit auka behov for observasjonssenger, intensivsenger og overvaking. Dei geografiske høva i Møre og Romsdal vil kunne føre til eit auka behov for hotellsenger samanlikna med andre helseføretak.

Vidare har Helse Midt-Norge, jfr. nasjonale føringar, ei målsetjing om ein skal sentralisere det ein må og desentralisere det ein kan. Saman med samhandlingsreforma vil dette tyde at ein freistar å leggje meir poliklinikk med fleire spesialitetar ut til dei sjukehusa som ligg innanfor kvart føretak og, om det er føremålstenleg, ut til lokalmedisinske sentra. Noko av det som i dag er dagbehandling, vil truleg i framtida kunne gå føre seg i kommunehelsetenesta eller heimen til pasienten. Innanfor psykisk helsevern vil ein større del av behandlinga truleg gå føre seg i distriktpsykiatriske senter (DPS) og i kommunehelsetenesta. Utvida bruk av DPS er ei tydeleg nasjonal føring.

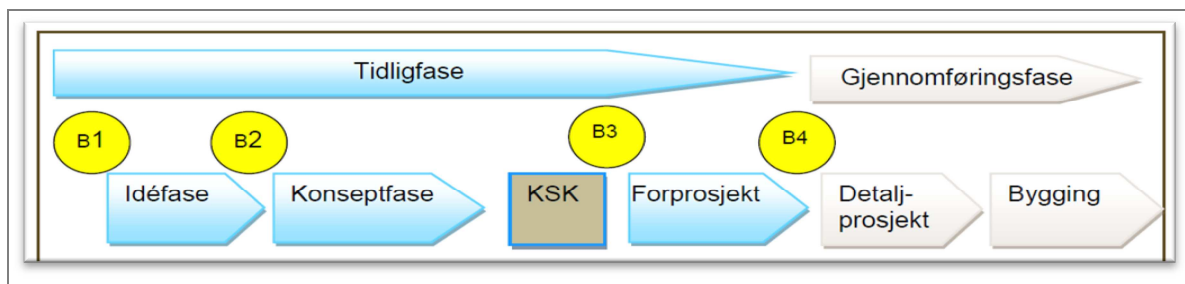
1.3 Tidlegfaseplanlegging

Utviklingsplanen for Helse Møre og Romsdal vart vedtatt i desember 2012, der det viktigaste enkeltvedtaket ein gjorde var at det skulle byggast eitt nytt sjukehus for Nordmøre og Romsdal på aksen mellom Hjelset og søre Frei. Vedtaket om oppstart av idéfasen, som første prosesstrinn i tidlegfasen, kom i februar 2013. Dette er i tråd med den nasjonale vegleiaren for tidlegfaseplanlegging i sjukehusprosjekt utgitt av Helsedirektoratet (Helsedirektoratet, 2011) .



Figur 2: Faser og punkt for avgjersler i tidlegfasen

Vidare går tidlegfasen over i gjennomføringsfasen. I kvar fase har ein ulike prosesstrinn som vist i figuren under.



Figur 3: Planprosess i tidlegfasen for sjukehusprosjekt

Frå tidlegfasevegleiaren for sjukehusprosjekt (Helsedirektoratet, 2011) er føremål med idéfasen skildra som:

- «I idéfasen skal alternativene som bearbeides presiseres og avgrenses i forhold til andre tiltak, både når det gjelder økonomisk bæreevne og tid for gjennomføring.
- I idéfasen skal det utarbeides plan og mandat for utredningsarbeidet i Konseptfasen. Dette skal vise hvilke alternative, prinsipielle løsninger/alternativer (konsepter) som skal utredes, samt rammene for tiltaket.»

Idéfasen skal gi styret i Helse Møre og Romsdal eit grunnlag for å kome fram til ei avgjerd (B2, figur 3) for innstilling til lokalisering av nytt sjukehus i Nordmøre og Romsdal. I tillegg skal element som fagleg innhald og storleik skildrast på eit nivå naudsynt for å gå inn i konseptfasen.

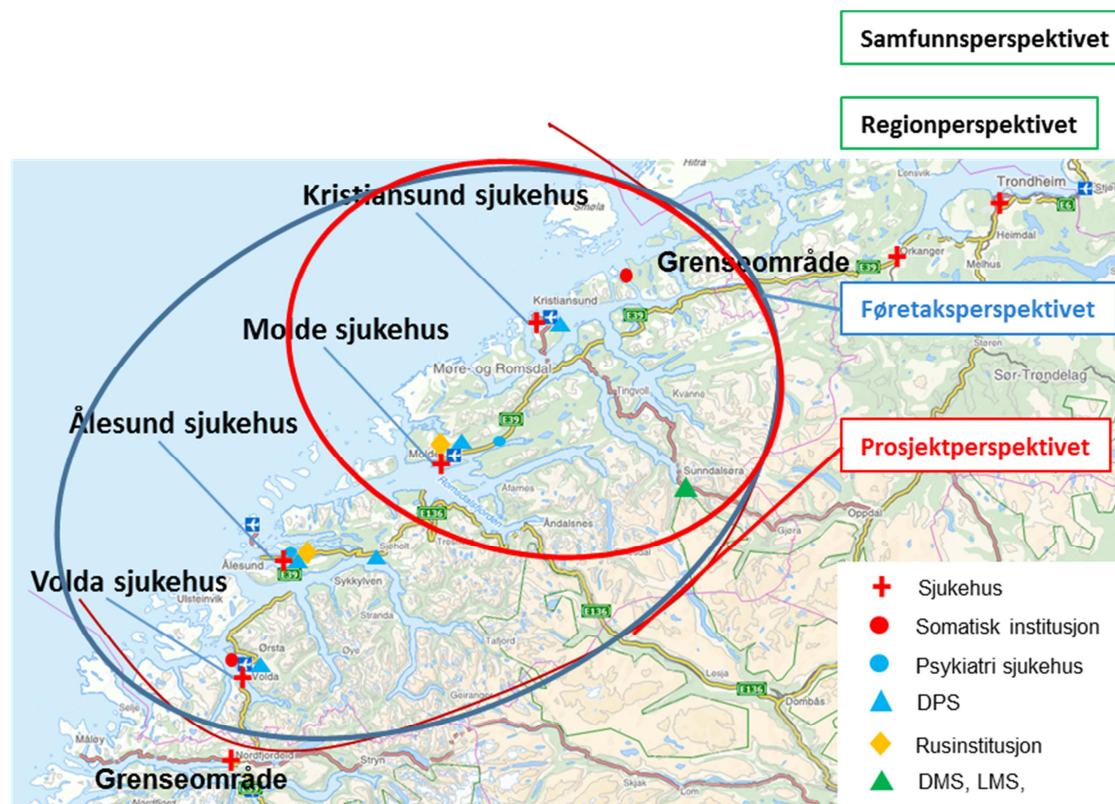
Dette arbeidet omhandlar både samfunnsperspektivet, regionsperspektivet (Helse Midt-Norge) føretaksperspektivet (Helse Møre og Romsdal) og sjølv prosjektperspektivet (SNR). Ein kan såleis ikkje sjå på prosjektet i nordfylket isolert frå resten av føretaket eller regionen, noko tidlegfasevegleiaren er tydeleg på. Ein må ha ei forankring mot dei strategiske planane for utviklinga av spesialisthelsetenestene i Helse Møre og Romsdal og Helse Midt-Norge, i tråd med føretaksprotokollen av 30. juni 2011 og oppfølginga av Strategi 2020. I dette ligg også utfordringa i å balansere oppgåve- og funksjonsdeling på ein slik måte at tilbodet er føreseieleg og berekraftig inn i framtida. Det er også i tråd med spesialisthelsetenestelova, som har følgjande føremål:

- "fremme folkehelsen og å motvirke sykdom, skade, lidelse og funksjonshemning,
- bidra til å sikre tjenestetilbudets kvalitet,
- bidra til et likeverdig tjenestetilbud,
- bidra til at ressursene utnyttes best mulig,
- bidra til at tjenestetilbudet blir tilpasset pasientenes behov, og
- bidra til at tjenestetilbudet blir tilgjengelig for pasientene"

Helseføretaket har erfart at diskusjonane rundt oppgåve-/funksjonsdeling og balansegangen mellom fag og ressursar er krevjande, og kan stå i kontrast til mange lokale interesser. Det er i denne samanhengen viktig å hugse på at organisering og struktur i fagtilboda heng saman. T.d. vil ressursar til ei passiv vakt på kveld/natt og helg påverke ei anna teneste det er behov for på dagtid. Ein kan ikkje nytte same ressursen to gongar, og ein må freiste å «skreddarsy» tilboda ein gir til det behovet befolkninga har. Dette er m.a. tanken bak å flytte ressursar frå passive vakter til aktiv teneste på dagtid, som ein finn i dei nasjonale føringane.

I førearbeida til utviklingsplanen synleggjorde ein investeringskostnader for ulike alternativ. I det vedtekne alternativet skisserer kva det kostar å vedlikehalde og investere i nybygg og ombygging i Ålesund og Volda og nybygg for eitt nytt sjukehus i Nordmøre og Romsdal inklusive «desentral poliklinikk». Når ein analyserer økonomiske berekraft i idéfasen må det gjerast for heile føretaket inkludert prosjektet. Analyser må og vise økonomisk utvikling i perioden fram til nytt sjukehus står klart, og vise korleis den økonomiske utviklinga blir dersom ein vel 0-alternativet².

Kartet under viser dei ulike perspektiva i arbeidet, geografisk dekningsområde for Helse Møre og Romsdal med tilhøyrande institusjonar og grenseområde.



Figur 4: Kart over Møre og Romsdal med perspektiv, institusjonar og grenseområder

1.4 Tomtevalsprosessen

I styresak 13/11 vedtok styret for HMR å sette i gang ein prosess mellom dei tre potensielle vertskommunane for det nye sjukehuset i Nordmøre og Romsdal for at kvar kommune skulle gjennomføre ein kommunedelplan som ledd i arbeidet med å velje lokalitet for nytt sjukehus for Nordmøre og Romsdal. Det er utarbeida eit felles planprogram som er vedtatt av alle kommunane. Utgreiingsplikta i planprogrammet og føreskrift om konsekvensutgreiing er svara for gjennom ei todelt konsekvensutgreiing.

² "Nullalternativet innbefatter de vedlikeholdsinvesteringer og oppgraderinger som er nødvendige for at alternativet skal være reelt." ,jfr. Finansdepartementet sin vegleiar for 0-alternativ, nr. 18 2010. Formelt sett er dette berre eit utsetjingsalternativ eller ei mellombels løysing for å minimalisere investeringane på kort sikt.

I konsekvensutgreiinga (KU) del 1 vert tomtealternativa evaluerte innan kvar kommune. Dette ligg føre i form av tre rapportar. For Molde og Gjemnes kommunar er dette grunnlaget for val mellom fleire alternativ innan kommunen, medan ein for Kristiansund berre har eitt alternativ. Det er kommunane som er tiltakshavarar for KU del 1. Del 2 av KU tek føre seg relevante tema for vurdering av tomtene på tvers av den enkelte kommune. I denne delen er det Helse Møre og Romsdal som er tiltakshavar.

Del 1 og del 2 av KU'ane går inn i eit samla grunnlag for endeleg val av tomt og svarer ut utgreiingsplikta i planprogrammet for plan- og utgreiingsarbeidet. KU saman med Helse Møre og Romsdal sine interne helsefaglege og økonomiske vurderingar, som dette høyringsdokumentet er ein del av, vil utgjere det faglege grunnlaget for val av tomt for nytt sjukehus i Nordmøre og Romsdal.

Eit brev frå Helse Midt-Norge (HMN) i april 2013 avklarar korleis HMN ser føre seg innretninga mot lokaliseringsvalet for nytt akuttsjukehus i Nordmøre og Romsdal. Det vert vist til at tidligfasevegleiaren for sjukehusprosjekt ikkje omhandlar planprosessen i tråd med plan- og bygningslova, under dette avklaring av tomtemessige høve og handsaming av byggetiltak. HMN viser vidare til at det er lagt føringar for kva område sjukehuset i nordfylket skal plasserast i, ut frå ei helsefagleg vurdering. Vidare står det i brevet:

«Videre forutsettes det at helseforetaket stiller krav til tomt i forbindelse med det felles planprogrammet som vil legges til grunn for utredning av tomtealternativer gjennom kommuneplanprosessen i de aktuelle kommunene og da i medhold av plan og bygningsloven.

Vi vil foreslå at en parallelt med utredning av tomt i de aktuelle kommunene i "idefasen" utreder om akuttsykehuset skal ha poliklinikk/dagbehandling og psykiatriske sengeposter. I og med at tomtevalg og dimensjonering/funksjonsinnhold kan ha en viss sammenheng vil vi foreslå at disse utredningene gis en samlet behandling i styrene, dvs. at helseforetaket tar beslutning om tomtevalg samtidig med behandling av idefasen.»

1.5 Tidsplan

Figuren under viser korleis dei tre prosessane heng saman i tid. Ein vil sjå at lokal KU (konsekvensutgreiing) har høyringsfrist 1. september, medan regional KU har frist 15 september. Delrapporten for idéfasen har høyringsfrist 7. oktober. Alle vert sende ut minimum seks veker før høyringsfristen.



Figur 5: Tidsplan, høyringar fram mot idéfaserapport

2 Overordna føringar

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

Helse Møre og Romsdal HF skal levere spesialisthelsetenester til innbyggjarane i tråd med rammer og krav som vert stilte i lover og føreskrifter av myndigheitsorgan og Helse Midt-Norge RHF. Oppdragsdokument frå Helse- og omsorgsdepartementet, styringsdokument og føretaksprotokoll(ar) frå regionalt helseføretak utgjer den samla styringsbodskapen for helseføretaka. Helseføretaket har også gjennom lovverket plikt til å drive forskning, utdanning av helsepersonell og opplæring av pasientar og pårørande.

Ein skal leggje vekt på likeverdige helsetenester og arbeid for å redusere sosiale helseskilnader i aktuelle grupper i befolkninga, herunder også innvandrargrupper. Pasientar og brukarar skal ha tryggleik for at tenestene skal vere tilgjengelege, og at dei vert møtte med omsorg og respekt.

I tillegg til dei overordna nasjonale føringane, har HMR ei rekkje andre nasjonale og regionale føringar og målsetjingar som ein må vurdere kjerneverksemda i lys av.

Her kan ein trekkje fram sentrale element som:

- Nærleik til føde og akuttenester.
- Akuttberedskap og prehospitale tenester.
- Sentralisere det ein må av omsyn til kvalitet og desentralisere det ein kan.
- Samhandlingsreforma.
- Rekruttering og robuste fagmiljø.

- Utnytting av medisinsk og teknologisk nyvinningar.

Brukarane er svært viktige å ta med, både i analytisk perspektiv og i dialog knytt til utvikling av tenestetilbod. Kva gjeld effekt for brukarane, pasientane i Nordmøre og Romsdal – så er det openbart at prosjektet nytt sjukehus i Nordmøre og Romsdal (SNR) skal utgjere eit betre og meir framtidsretta spesialisthelsetenestetilbod enn å halde fram som i dag – 0-alternativet, jfr styresak 2012/99.

Krava som vert stilte til resultatmåla for eit sjukehusprosjekt er å etablere og utvikle eit *relevant* og *levedyktig* prosjekt. Det skal også kunne vere *gjennomførbart* både på kort og lang sikt. Av dette følger at å halde prosjektet opp mot helseføretaket si evne til å følgje med på fagleg utvikling, og samstundes som den økonomiske bereevne vert sikra.

2.1 Politisk

Regjeringa si politiske plattform (Regjeringen, 2013) gir m.a. retning for den helsepolitiske utviklinga i Noreg. Målet til regjeringa er å skape pasienten si helseteneste, der ventetidene går ned og kvaliteten aukar. Hovudoppgåvene skal løysast ved dei offentlege sjukehusa, men for å redusere ventetider vil regjeringa opne for eit breiare samarbeid med private aktørar. Det knytt ei viss spenning og forventningar til den Nasjonale sjukehusplanen som er annonsert hausten 2015. Intensjonen i denne er å planlegge ei helseteneste med kapasitet og kompetanse til å møte behova for framtida. Det er sagt at planen skal gi ein definisjon av innhaldet i ulike typar sjukehus, struktur i spesialisthelsetenesta, behovskartlegging og investeringsplanar.

Psykisk helse og rus skal styrkast på fleire nivå. Ein forventar høgare vekst innanfor psykisk helsevern og rusbehandling enn for somatikk.

Kvalitet og pasientsikkerheit er framheva som eit satsingsområde, og forbetringar skal skapast gjennom endringar i leiing, system og kultur.

Akutt- og fødetilbod skal ikkje leggjast ned utan at det eksisterer ein kvalitetsmessig eller pasientsikkerheitsmessig grunn før den nye nasjonale sjukehusplanen er handsama.

Ein skal elles satse på pasientar og pårørande sine ressursar, og styrke desse sine rettar.

Det skal innførast kompetansekrav i akuttmottak. Helsedirektoratet har kome med forslag om å etablere ein ny spesialitet i mottaks- og indremedisin.

2.2 Nasjonalt

Innan nasjonale føringar finn ein lover og føreskrifter, og i tillegg stortingsmeldingar, handlingsplanar og vegleiarar, rapportar og retningslinjer innan ulike fagområde. Dei nasjonale føringane danner grunnlaget for korleis spesialisthelsetenesta skal utføre arbeidsoppgåvene sine, og er grunnlaget for regionale planar innan ulike fagområde.

2.3 Regionalt

Strategisk planverk for utvikling spesialisthelsetenestene i regionen finn ein i Strategi 2020. Strategien skal gjennom ulike «strategiske grep» gi føringar for utviklingsarbeid, og gi grunnlag for

betre utnytting av ressursar og ei berekraftig utvikling av spesialisthelsetenesta. Dei prioriterte strategiske grepa er definerte som

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

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

- Færre sjukehus må utføre dei same funksjonane i regionen, dette vil gjelde alle funksjonsområde
- Reduksjon av tenestetilbod i ubekvem arbeidstid
- Styrke dag- og poliklinisk tilbod i staden for døgntilbod
- Etablere 5-døgnspostar
- Redusere talet på vaktordningar

Helse Møre og Romsdal har allereie har gjort eit omfattande arbeid for å følgje opp Strategi 2020 innanfor ulike fagområde.

Det er også utarbeida regionale planar for ulike fagfelt. Det er naturleg å trekkje fram områda kreft, traume og føde/barsel. Desse planane seier noko om nivået på tilboda innanfor dei ulike faga, relasjonen mellom regionale og lokale tilbod og korleis ein ser føre seg utviklinga av tilboda i framtida.

3 Brukarbehov

Nasjonale føringar fremjar utvikling av pasienten si helseteneste og ein må såleis leggje vekt på behova til brukarane i vidare utvikling av tenestetilbodet. Dette er også eit viktig element i Strategi 2020, tatt oppatt i styringsdokumentet for 2014, som eitt av fleire tema for å setje i verk delar av strategien «*Betre pasienttryggleik og kvalitet*» og «*Effektivisering av drifta for å sikre økonomisk handlingsrom*».

Strategi 2020 skal liggje til grunn for dei vidare omstillingsprosessane i helseføretaket.

3.1 Demografi

Tabellane under viser framskriving av befolkninga frå 2013 til 2030 og 2040 for heile Møre og Romsdal samla, og særskilt for nordfylket. Ved å gruppere framskrivinga etter alder, fangar ein opp endringane i alderssamansetjinga i fylket. Den eldre delen av befolkninga brukar ein relativt større del av sjukehusenestene. Tabellane viser at den prosentvise auka for aldersgruppa 67+ er monaleg høgare enn for aldersgruppa 0-66 år.

Tala er frå SSB og middels vekst (MMMM-modellen) er lagt grunn. Dvs. middeltal for:

- nasjonal vekst
- fruktbarhet
- levealder
- netto innvandring

Tabell 1 Befolkningsutvikling 2013 – 2040 for Møre og Romsdal fylke

HMR samlet	2013	2030	2040	2030 endring	2040 endring
0-17	57 835	65 288	65 571	12,9%	13,4%
18-44	88 064	95 290	95 524	8,2%	8,5%
45-66	73 313	79 232	81 997	8,1%	11,8%
67-79	24 552	38 656	42 075	57,4%	71,4%
80-84	6 454	10 954	12 492	69,7%	93,6%
85+	7 022	8 779	14 141	25,0%	101,4%
Total	257 240	298 199	311 800	15,9%	21,2%

Tabell 2 Befolkningsutvikling 2013 – 2040 for Nordmøre og Romsdal

SNR	2013	2030	2040	2030 endring	2040 endring
0-17	25 441	27 947	27 931	9,9%	9,8%
18-44	38 942	41 155	40 978	5,7%	5,2%
45-66	34 738	35 888	36 624	3,3%	5,4%
67-79	11 931	18 419	19 667	54,4%	64,8%
80-84	2 990	5 406	5 942	80,8%	98,7%
85+	3 298	4 281	6 875	29,8%	108,5%
Total	117 340	133 096	138 017	14,5%	18,9%

Molde, Vestnes, Rauma, Nesset, Midsund, Aukra, Fræna, Eide, Sunndal, Kristiansund, Averøy, Gjenmes, Tingvoll, Surnadal, Halså, Smøla og Aure

Tabell 3: Befolkningsutvikling 2013 – 2040 for Sunnmøre

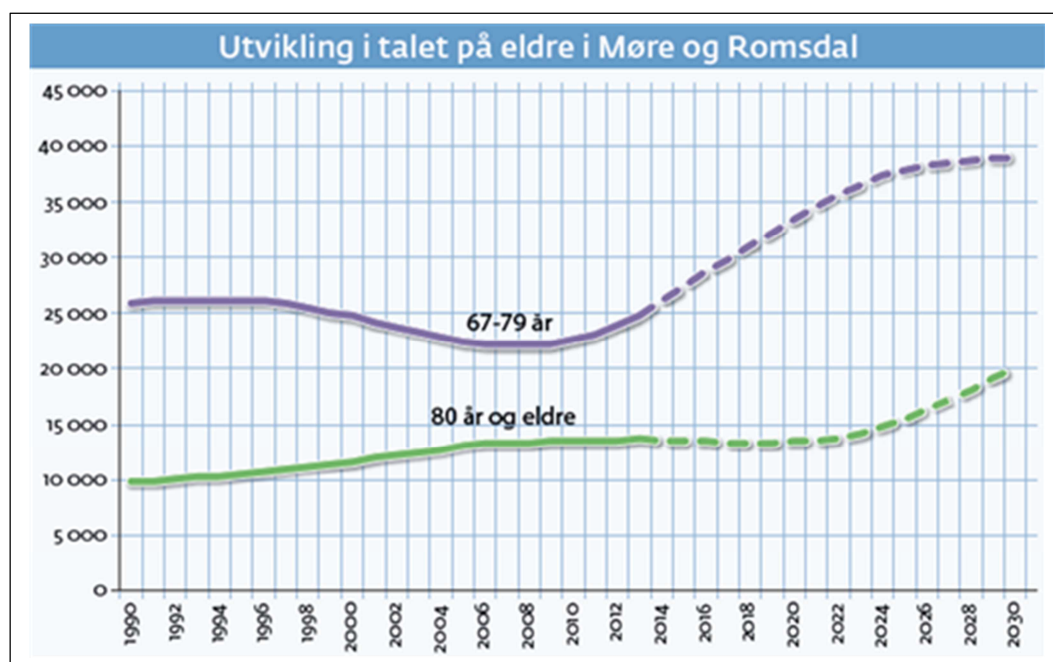
Sunnmøre	2013	2030	2040	2030 endring	2040 endring
0-17	32 100	37 019	37 311	15,3%	16,2%
18-44	48 727	53 710	54 090	10,2%	11,0%
45-66	38 184	42 956	45 024	12,5%	17,9%
67-79	12 490	20 034	22 199	60,4%	77,7%
80-84	3 413	5 485	6 487	60,7%	90,1%
85+	3 667	4 453	7 184	21,4%	95,9%
Total	138 581	163 657	172 295	18,1%	24,3%

Giske, Hareid, Haram, Norddal, Skodje, Stordal, Stranda, Sula, Sykkylven, Ørskog, Ålesund, Herøy, Sande, Ulstein, Vanylven, Volda og Ørsta

Sandøy kommune er ikkje inkludert i tabellane, men det er frå kommunen vedtatt at desse pasientane ynskjer å gå til Ålesund sjukehus. Dette er orientert om og handsama i styret i Helse Møre og Romsdal.

Fylkeskommunen i Møre og Romsdal la fram Fylkesstatistikken 2013 i oktober. Frå denne kan ein lese at folkeveksten held fram i fylket. Folketalet har hatt ei relativ auke på 1.1% noko som er likt med året før, og knappe 0.2 prosentpoeng svakare enn landet elles. Folketalsauken skuldast i hovudsak nettoinnflytting (nærare 80%), medan fødselsoverskot forklarar litt over 20%. Pr. juli 2013 var det registrert i overkant av 260 000 busette i Møre og Romsdal.

Fram mot 2023 vil talet på eldre mellom 67-79 år auke frå nesten 25 000 til nærare 40 000, medan det for dei som er 80 år og eldre vil auke frå om lag 13 500 til nærare 20 000. I Fylkesstatistikken opererer ein med omgrepet forsørgingsbyrde, som viser til kor mange eldre over 67 år som finst pr. 100 personar mellom 22 og 66 år. I 2013 låg denne på 24,7, mot landsgjennomsnittet på 21,5. Framskrivingar viser at forsørgingsbyrda kjem til å auke sterkt framover.



Figur 6: Utvikling i talet på eldre i Møre og Romsdal

Kjelde SSB

Alderssamansetjinga er annleis på Nordmøre og i Romsdal enn på Sunnmøre. Den generelle veksten er større på Sunnmøre, og då i kommunane kring Ålesund, enn i nordfylket. Endring i alderssamansetjinga er noko ein kjem til å sjå i åra som kjem, og dette vil få følgjer for korleis ein må organisere helsetenestene i føretaket. I tillegg er det innan alle fagområde ein trend mot ei utvikling frå døgnpasientar til dag-/poliklinikkbehandling. Innanfor somatiske tenester ser ein føre seg ei 50% auke i den polikliniske verksemda, og ei nær dubling innan dagbehandling. I arbeidet med framskriving mot 2030, har ein sett at sengetalet i føretaket truleg vil halde seg rimeleg stabilt i høve til dagens nivå. Dette også fordi samhandlingsreforma vil medverke til at pasientar som i dag ligg i sjukehus vil bli tatt i vare av kommunane eller interkommunale tilbod. For psykiatrien ser ein også at det er poliklinisk verksemd som vil auke, saman med ambulante tenester.

3.2 Sjukdomsutvikling

Nasjonal framskriving til 2030 viser ei venta auke på 50-60 % for alle dei aldersrelaterte lidingane: høgt blodtrykk, hjerneslag, hjertesvikt, diabetes, kreft, muskel- og skjelettplager, lårhalsbrot og hofteslitasje/artrose. Sansetap og underernæring er også svært hyppig i dei eldste aldersgruppene.

Det er også venta ein auke i aldersrelaterte lidningar som demens. Vi får ikkje minst fleire eldre pasientar med samansette lidningar. Hjå den vaksne delen av befolkninga tyder det på at vi får ei auke i overvekt, diabetes type 2 og sjukdommar i andedrettsorgana (til dømes KOLS (Kronisk Obstruktiv LungeSjukdom) hjå kvinner og astma generelt), nyresvikt og allergiar. Visse kreftformer som tjukktarmskreft og lungekreft ventar ein vil auke, i tillegg til brystkreft hjå kvinner og prostatakreft hjå menn. Moderne kreftbehandling fører til fleire langtidsoverlevande, men har potensiale for å gi kroniske biverknader som treng oppfølging. Det er venta auke i førekomst av psykiske lidningar, særleg depresjon og angst. Dobbeltdiagnosar innanfor psykiatri og rus er også aukande, der ei rusliding kan forsterke ulike psykiske lidningar, som schizofreni og bipolar liding, og også angst/depresjon. Ein ser ei auke i somatiske pasientar som også treng oppfølging frå psykisk helsevern. Fleire innvandrar påverkar også sjukdomsbiletet, i tillegg til at auka reiseverksemd gir fleire importsjukdommar. Ein vil få fleire langtidsoverlevande etter sjukdommar i barneåra, som kjem att som pasientar i «vaksenmedisinen» grunnar ulike biverknader/tilstandar. Dette gjeld for både somatiske og psykiatriske tilfelle.

Ein ser eit aukande problem med multiresistente bakteriar, noko som løyser ut smittevernstiltak og krev at ein har lokalitetar som kan handtere dette.

Sjukdomsbiletet indikerer sterkt eit behov for ulik (eller tverrfagleg) kompetanse og ikkje minst kompetanse på førebygging, behandling og oppfølging av alle nemnde "vekstområde".

Basert på Statistisk Sentralbyrå (SSB) sitt MMMM-alternativ for vekst i befolkninga, vil tal innbyggjarar i Møre og Romsdal vere 19,1% høgare i 2030 enn i 2009. Utrekningar gjort i samband med utviklingsplanen viser at, gitt same relative ressursbruk i ti ulike kjønns- og aldersgrupper som i 2009, vil ressursbruken auke med 29,6 %. Ressursbruken aukar meir enn veksten i befolkninga fordi det er talet eldre over 67 år som aukar mest, og desse har relativt sett eit høgare forbruk av spesialisthelsetenester. Dette er i tråd med nasjonale vurderingar.

Endringane i pasientsamansetjinga på hovudgruppenivå har vore små, og pasientgrupper som hadde eit stort volum i 2003, hadde det også i 2013, jfr. Samdata. Utviklingstrenden varierer likevel noko mellom ulike pasientgrupper, og for enkelte pasientgrupper ser ein større stabilitet i døgnaktiviteten enn for andre. For dei største pasientgruppene innanfor somatikk som kreftpasientar, hjarte-/karsjukdommar, KOLS og diabetes har talet pasienter pr. innbyggjar vore ganske stabilt siste fem år. Døgnaktiviteten har variert noko, med tydeleg nedgang for kreft, medan ein ser ein auke i raten for døgnopphald for pasientar med atrieflimmer/-flutter. KOLS og diabetes (type 1 og 2) har vore relativt stabile på døgnopphald siste fem år.

For alle pasientgrupper finn ein att ein trend mot kortare liggetid. Det er i hovudsak ei auke i delen opphald med kort liggjetid (opp til fire liggjedagar) og reduksjon i delen opphald med lag liggjetid (opptil ti dagar eller meir). Gjennomsnittleg liggjetid for døgnopphald er redusert gjennom heile perioden 2003-2013, men styrken på reduksjonane varierer mellom pasientgruppene.

3.3 Brukarmedverknad

Pasientrolla er endra og endrar seg, pasientane har god tilgang på informasjon om eigen tilstand og kjenner ofte til handtering av eigen diagnose og er medvitne kring eigne rettar. Såleis kjem pasientane til å vere endringsdrivarar for utforminga av helsetenestene. I dag har ein tilgang til

informasjon som før berre var tilgjengeleg for helsepersonell, og ein deler erfaringar gjennom sosiale media både med venar og familie og i støttegrupper for personar med tilsvarende lidning. Resultatet av dette er at vi får ei meir «kommuniserande» helseteneste der pasientane sjølv er partnerar i handtering av eigen sjukdom. Eit av grepa knytt til rullering av Strategi 2020 er å gjere seg nytte av pasientane sine egne ressursar, noko ein også finn att i styringskrava kring tilgjenge og brukarorientering. Pasientkunnskap er vesentleg for å styrke kunnskapsbasert praksis, og det er viktig at ein har eit medvite høve til å nytte den ressursen pasienten og dei pårørande er for å kunne utvikle spesialisthelsetenesta i tråd med verdigrunnlaget vårt. I føretaket har ein ei rekkje pasientskular og kurs, ein arrangerer fagdagar og har eit aktivt brukarutval som også er representert inn i sentrale utval for kvalitet, pasientsikkerheit, forskning og utvikling. Lett tilgang til informasjon og samtale med likemenn er også initiativ som er med på å verke inkluderande for pasientane. Ein ser også føre seg at pasientar eller representantar for pasientane i større grad tek del i arbeid og utforming av pasientforløp. Den nye pasientrettighetslova sitt hovudføremål er å forenkle og forbetre regelverket, støtte betre opp under forsvarlege pasientforløp og sikre tilgang til spesialisthelsetenesta for dei pasientane som har behov for det.

3.4 Tilgjenge

I eit land med geografi som Noreg kjem ein ikkje utanom at folk som er busett i grisorgrindte strøk vil ha lenger reiseveg til ein del former for behandling enn kva dei som bur bynært har. Denne skilnaden er ikkje mogeleg å jamne ut utan å ha spesialisert behandling desentralisert rundt om på svært mange plassar i Norge, noko som ofte kan stå i konflikt med krav til kvalitet. Det er eit mål at pasientane skal ha same kvalitet på behandlinga, og same mogelegheit til å få eit tilbod, men det er ikkje gitt at lengre reiseveg i seg sjølv gir ulik tilgjenge til tenestene.

For planlagd behandling vil ofte ikkje reiseveg i seg sjølv ha konsekvens for behandlingsresultatet eller for pasienten si velferd. Men når pasienten ofte treng spesialisert behandling eller har vesentlig redusert allmenntilstand kan auka reisetid vere ei belastning, til dømes for alvorleg sjuke kreftpasientar eller eldre med samansette lidningar. Der behandling kan flyttast ut av sjukehuset utan å redusere kvaliteten er det eit gode for mange pasientgrupper.

Akutt behandling går føre seg både i sjukehus og utanfor sjukehus og dekkjer eit breitt spekter av lidningar og ulykker med ulik grad av risiko, og ulik hastegrad. Langt dei fleste akutte tilfella er av indremedisinsk karakter. I mange tilfelle kan behandling vente eit tal timar utan konsekvens for det medisinske resultatet. I andre og vesentleg færre tilfelle, til dømes ved respirasjonsstans, har ein berre nokre minutt på seg for å sikre overleving og unngå varige mein. Her vil det ofte vere primærlegen, ambulansepersonellet eller den privatpersonen som kjem først til ulykka som starter livreddande behandling.

Mellom desse ytterpunkta ligg det akutte tilstandar som treng rask behandling, men der ein vil ha tid til å transportere pasienten til rett kompetanse. Dette kan til dømes vere hjarteinfarkt eller hjerneslag. For slike tilfelle er det vist at lang reisetid til livreddande eller skadereduserande behandling har negativ effekt på behandlingsresultat og eller/overleving i den første fasen. Det er derfor eit spørsmål om kor tidleg i forløpet ein kan setje i gang behandlinga. Tid handlar ikkje berre om transport, men om total tid frå symptomdebut til rett behandling. Rett diagnose tidleg aukar sjansane for overleving, slik at tid er ein funksjon av kva kompetanse som finst på dei ulike punkta i

akuttkjeda, frå pasienten sitt nærmiljø og til lokal- eller universitetssjukehuset, og kor raskt desse instansane blir aktivert.

Ofte er det ikkje transporten i seg sjølv, men behandlinga på skadestaden og dei første 48 timane inne på sjukehus som avgjer sluttresultatet ved alvorlege akutte tilfelle. Ei god ambulansetjeneste og moderne teknologi kompenserer i dag for ulempene ved avstand på ein annan måte enn tidlegare, mellom anna ved at det ofte er mogleg for den prehospitale tenesta å stille diagnose og starte opp behandling. Denne utviklinga vil halde fram i åra som kjem, og blir understøtta av at det er etablert standardiserte akuttforløp for mange sjukdommar.

Den medisinske utviklinga fører også til alvorleg sjuke pasientar ikkje berre skal til sjukehus, men til sjukehus med rett kompetanse. Ein del typar behandling er i dag flytta oppover i akuttkjeda til større sjukehus, der stabilisering før transport anten skjer på lokalsjukehuset eller prehospitalt. Dette gjeld mellom anna for multitraumeberedskapen, som i Midt-Noreg er sentralisert til St. Olavs Hospital i Trondheim. Det er etablert luftambulansetjeneste for rask overflytting av dei pasientane som treng det. Helse Midt-Norge har og etablert eit traumesystem som definerer dei andre sjukehusa si rolle i traumeberedskapen.

Ut frå den medisinske kunnskapen ein har til ei kvar tid, vel helsetenesta ei best mogeleg organisering av akuttkompetansen, og dette vil vere i kontinuerlig endring. Det understrekar behovet for vektlegging av kompetanse i alle ledd, også prehospitalt og i lokalsjukehusa, som ein viktig komponent av tilgjenge til akutt behandling for innbyggjarane.

Asplan Viak har utført tilgjengeanalyse for HMR i fleire omgangar. Både i samband med utviklingsplanen i 2012 og no i samband med idéfasa har ein utarbeida tilgjengeanalyser for innbyggjarane i Møre og Romsdal generelt og Nordmøre og Romsdal spesielt. Her legg ein til grunn transport både med privat bil og med ambulanse, i dagens situasjon og i 2030, med dei vegsystema som etter planen skal vere ferdige da.

For planlagd behandling får ein eit godt inntrykk av reisetida til sjukehus ved å sjå på tabellane for reise med privatbil. For ambulansetidene må ein ha i bakhovudet det som vart vist i førre avsnittet, nemlig at tid til rett behandling for akutt sjukdom ikkje berre inkluderer sjølve transporten, men også tida det tek å bli klar over situasjonen og tid til å tinge hjelp. Vidare at i mange tilfelle kan behandlinga settast i gang av ambulansepersonell eller primærlege og i andre tilfelle må ein reise forbi lokalsjukehuset og vidare til større sjukehus. Reisetid til sjukehus med ambulanse gir likevel ein indikator på kor godt innbyggjarane vil vere dekt av eit nytt felles sjukehus. Ambulanse Midt-Norge HF føreset at ambulansestasjonane i framtida vil vere tilpassa den nye sjukehuslokaliseringa, og dette er dermed ein faktor som er halde lik for alle tomtene.

I 2012 føretok ein fleire analyser som isolerte innbyggjarane i Nordmøre og Romsdal i forhold til reiseveg til ulike destinasjonspunkt i den delen av føretaket. Ein av dei heilt sentrale konklusjonane her var at aksa mellom Hjelset og søre del av Frei utgjorde i gjennomsnitt kortast reisetid for innbyggjarane i Nordmøre og Romsdal samla sett. Denne analysa såg kun på kvar personar bur og utrekning av reisetid mellom heimen og ulike destinasjonspunkt. Anna transportarbeid er altså ikkje medrekna.

For lokaliseringa på «aksen mellom Hjelset og Søre Frei», vart analysane vart bestilt og er publisert som ein del av arbeidet med tilgjenge no i 2014. Ein fokuserar her på dei fire lokalisasjonane Hjelset, Astad, Høgset og Frei. Generelt viser analysane at det er skilnader mellom dei ulike alternativa på dei lågare tidsintervalla, medan dette jamnar ut seg når ein kjem over 60 eller 90 minutt reisetid. Dei nye vegsystema som er planlagde fram mot 2030 bidreg ytterlegare til denne tendensen.

Kva gjeld reisetid med privat bil vil det både i dagens og framtidig transportnettverk vere innbyggjarar som har to timar eller meir reisetid til det nye sjukehuset. For reisetid med ambulanse er dette vesentleg kortare.

Frå og med 60 minutt reisetid i ambulanse er det omtrent ikkje skilnad mellom dei ulike lokaliseringane i 2030. På ein time vil 92-93 % av innbyggjarane nå fram til alle alternativa. Dersom ein legg på ein halv time og går opp til 90 minutt reisetid vil i prinsippet alle i opptaksområdet nå sjukehuset, uavhengig av kva lokalisering ein veljer. Analysene ligger tilgjengelige på helseføretaket sin heimesider.

3.5 Pasientstraumar og forbruk av tenestene

Hovudoppgåvene til Helse Møre og Romsdal er nedfelte i spesialisthelsetenestelova og styringsbodskapen.

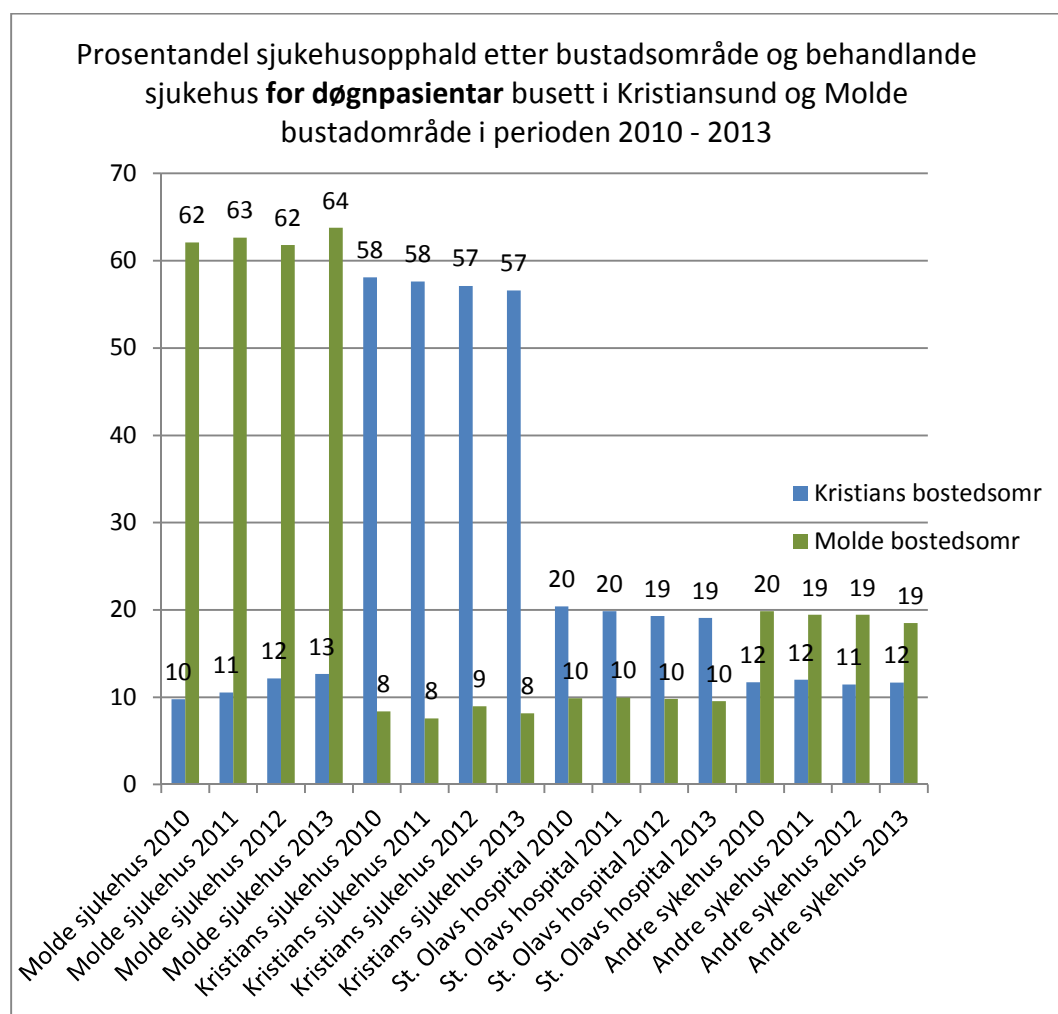
Korleis pasientstraumar generelt og innan ulike diagnoseområde utviklar seg, står sentralt i ein kvar utviklings- og lokaliseringsdiskusjon i spesialisthelsetenesta. I Helse Møre og Romsdal har dette fleire dimensjonar. Dei ulike sjukehusa sin dekningsgrad, i den forståing at enkelte sjukehus kan dekkje heile befolkninga (føretaksdekkande) på enkelte område – og på den andre sida så har alle sjukehusa tilbod (kortaste veg eller historisk fordeling gjeld). For nokre fagområde har ikkje Helse Møre og Romsdal tilbod i det heile tatt – ein må til eit universitetssjukehus for å få naudsynt diagnostikk/ behandling. Til sist kjem føretaket si strategiske satsing på ulike sjukehus i høve til kva ein skal utvikle og bli god på versus kva ein bør redusere eller legge ned. Denne dynamikken i fag- og tenestetilbodet gjer diskusjonen svært krevjande. Ulike interessegrupperingar vil gjere sine tolkingar til fasit – både når det gjeld behov, diagnose, sjukdomsutvikling, geografi og demografi.

Analyser av pasientstraumane i Møre og Romsdal er tatt frå data frå Norsk Pasientregister (NPR) for 2013, og ein har nytta behandlingsnivå etter NPR sin definisjon. Då er det slik at i det som er definert som poliklinisk behandling inngår mykje medisinsk dagbehandling, medan det som er kalla dagbehandling i hovudsak er dagkirurgi og dialyseopphald. I sum har ein funne at det er ein årleg vekst i aktiviteten på 1% for døgnopphald, 0.1% for dagopphald (sjukehusa varierer her) og 2.2% for poliklinisk aktivitet. Ålesund sjukehus utmerkar seg med nedgang over heile perioden for døgn- og dagbehandling, medan poliklinisk aktivitet har auka. Elles ser ein at veksten varierer noko, og ein ser generelt ein større vekst for pasientar som er busette utanfor Møre og Romsdal. I sørfylket er denne veksten også synleg for dagbehandling og poliklinisk behandling.

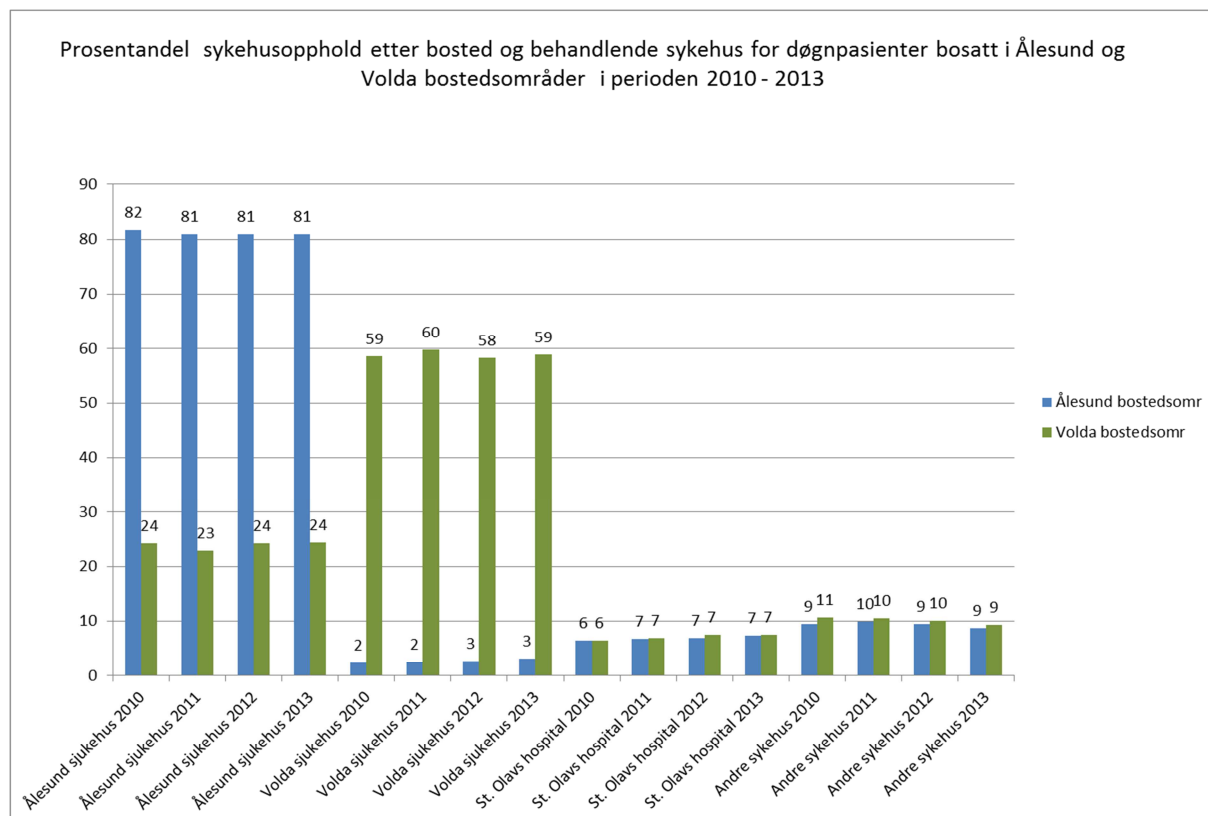
Forbruket av døgnbehandling har vorte redusert i heile fylket frå 2010-2013. Bustadsområda (bustadsområde er kommunar som soknar til dei ulike sjukehus grunna at dei får mest helsetenestese der) har noko ulik utvikling, då dei to områda i sørfylket har hatt ein nedgang i rate kvart år i perioden, medan Kristiansund har same nivå i 2010 og 2013, og Molde har ein svak nedgang. For dagbehandling, som i all hovudsak omfattar dagkirurgi når dialyse er ekskludert, og

medisinsk dagbehandling er definert som poliklinikk, er raten redusert for heile fylket. Reduksjonen er minst for Kristiansund sitt bustadsområde. Poliklinisk behandling har auka for kvart år i perioden for fylket samla. I sør ser ein same utviklinga, medan ein i nord har hatt ein nedgang frå 2012 til 2013.

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



Figur 7: Pasientstraumar for Nordmøre og Romsdal



Figur 8: Pasientstraumar for Sunnmøre

Bruken av St.Olav ligg på 7% frå begge bustadsområda på Sunnmøre, og bruken av døgntilleggsbehandling er også lik for dei to. Bruken av eige sjukehus er ulik, då Volda bustadområde nyttar Ålesund sjukehus for i underkant av 25% av døgntilleggsopphald i tillegg til eige sjukehus. Dette har vore stabilt i perioden ein har analysert.

På Sunnmøre har det vore mykje diskusjon kring pasientar heimehøyrande i Nordfjordregionen sin bruk av Volda sjukehus etter opninga av Kvivsvegen. Helse Møre og Romsdal har ein avtale med Helse Førde kring føddande frå denne regionen, men avtalen omhandlar formelt ikkje nokon andre fagområde. Dette er nærare omtala i kapittelet om struktur og system. Talmateriale for perioden 2010-2013, viser ei auke i bruken av tenester ved Volda sjukehus for kommunane Bremanger, Vågsøy, Selje, Eid, Hornindal, Gloppen og Stryn. Jamvel om ein ser ei auke, er ikkje denne særleg stor for noko av behandlingsnivåa. Den polikliniske aktiviteten utgjer ein svært liten del av den samla polikliniske aktiviteten for pasientar busette i Sogn og Fjordane, tilsvarande i overkant fire polikliniske konsultasjonar pr. dag ved Volda sjukehus for 2013. Majoriteten av desse konsultasjonane er innanfor ortopedi. Når det gjeld døgnpasientar har bruken av Ålesund sjukehus vore stabil, medan ein ser ei auke for desse opphald i Volda. For dagbehandling ser ein også ei auke i Volda, men totalt er det for sunnmørssjukehusa snakk om låge volum, med 36 opphald for Ålesund og 186 for Volda i 2013.

4 Innsatsfaktorar

4.1 Finansiering og berekraft

I samband med behandlinga av utviklingsplanen for Helse Møre og Romsdal (sak 92/12) i styret for Helse Midt-Norge, vart det gjort eigne vedtakspunkt knytt til føresetnadar om finansieringa av nytt sjukehus for Nordmøre og Romsdal. I punkt 4 og 5 heiter det:

4. Basert på forutsetninger i langtidsbudsjett 2013-2018, herunder 50 % lånefinansiering fra eier og varige driftsforbedringer i foretaksgruppen, kan Helse Møre og Romsdal HF planlegge med byggestart av nytt felles akuttstusykehus for Nordmøre og Romsdal i 2018 med de forbehold som er tatt i saksfremstillingen mht finansiering og planprosess.

5. I den videre planlegging (dimensjonering m.m.) av nytt sykehus skal det tas hensyn til at drifts- og kapitalkostnader skal dekkes av eget foretak i tråd med til enhver tid gjeldende finansieringsregime og i samsvar med øvrige store byggeprosjekt i regionen.

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

I føretaksmøtet 28. april 2014 ba Helse Midt-Norge Helse Møre og Romsdal HF om å utarbeide ein samla framstilling av verksemdutvikling og investeringsbehov i helseføretaket i samanheng med planane for nytt sjukehus i Nordmøre og Romsdal. Det føresettast at planane er tilpassa helseføretaket si økonomiske bereevne og at helseføretaket gjer greie for tilpassingar i drift som sannsynleggjer dette. Dette er ei oppfølging av det vedtaket som vart gjort i HMN styresak 92/12.

Utbygging av eit nytt sjukehus i Nordmøre og Romsdal skal skje etter nasjonal modell for sjukehusfinansiering. Dette betyr at inntil 70 % av investeringskostnaden kan finansierast gjennom lån frå Helse og omsorgsdepartementet og at resten av investeringa knytt til prosjektet finansierast gjennom tilgjengeleg likviditet i Helse Midt-Norge. Storleiken av lånefinansieringa vil basere seg på vurderingar knytt til mogleg eigenfinansiering og moglegheit til å dekke kapitalkostnader etter at investeringa er ferdigstilt.

Dersom vi tek utgangspunkt i eit investeringsbehov på rundt 4-5 milliard kroner, vil dette medføre eit eigenkapitaltilskot på 1,2-1,5 mrd. kroner ved 70 % lånefinansiering og 2-2,5 mrd. kroner ved 50 % lånefinansiering. Rentekostnadene (4 %) vil ved desse lånebeløpa variere frå 80 til 126 mill. kroner første året. I tillegg kjem avskrivingskostnader for ei investering på 4-5 milliard kroner med 27 års levetid(bygg og utstyr samla). Dette gjer ein årleg kalkulatorisk kostnad på 148-185 mill. kroner, mot avskrivingsbeløpet i dag som er på ca. 46 mill. kroner. Samla auka kapitalkostnad knytt til dømet over, ligg dermed mellom 182-265 mill. kronar første driftsåret.

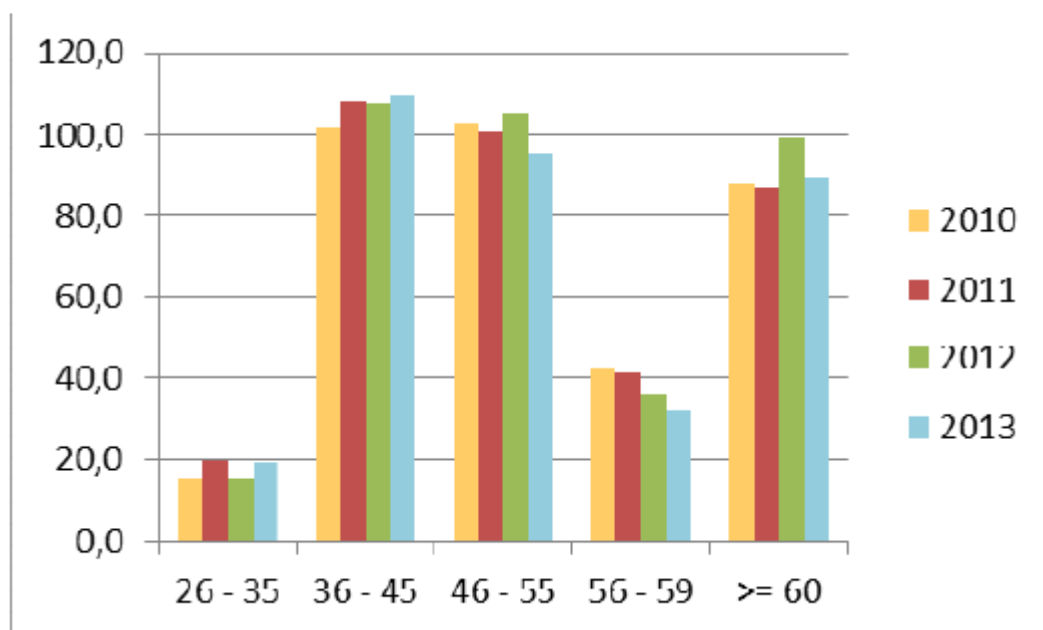
Utover investeringane i nytt sjukehus er det også behov for investeringar i resten av føretaket.

4.2 Kompetanse

Det er kritisk for Helse Møre og Romsdal å vere attraktiv og rekrutteringssterk for helsepersonell ved våre sjukehus og institusjonar. Det er derfor avgjerande at eit kvart prosjekt eller utviklingstiltak legg auka rekrutteringskraft til grunn.

I samband med idéfasen for nytt sjukehus i Nordmøre og Romsdal, har Helse Møre og Romsdal i arbeidet med den regionale konsekvensutgreiinga (KU) drøfta temaet kring rekruttering og robuste fagmiljø i ein eigen rapport. Det er også halde eit innspelsseminar kring temaet der fagfolk og andre fagkompetente var inviterte. Den regionale KU'en er no ute på høyring, og rapporten saman med høyringssvara vil gå inn i den endelege idéfaserapporten som skal liggje føre i løpet av hausten, og handsamast av styret i føretaka lokalt og regionalt i desember. Ein vil såleis ikkje i denne rapporten omtale rekruttering og robuste fagmiljø anna enn gjennom å gi eit generelt bilete av dei utfordringane ein vil møte i framtida. Dette er ikkje berre gjeldande for nordfylket, men for heile føretaket. Problemstillingane er også viktige element i strategiarbeidet i regionen.

Generelt er det behov for meir helsepersonell i tida som kjem, og rekruttering er eit av dei viktigaste og vanskelegaste områda å ta hand om. Innanfor nokre fagfelt står ein også overfor eit generasjonsskifte, og det er utfordrande å fylle desse stillingane og erstatte solid kompetanse og mangeårig erfaring. Avhengig av spesialitet er det i dei neste 5-7 åra behov for å erstatte ein fjerdedel av dei som no er i arbeid, dette vil gjelde også for nytt sjukehus i Nordmøre og Romsdal.



Figur 9: Legespesialistar i stilling som overlege, gruppert etter alder for perioden 2010-2013

Figur 9 viser at det er mange legespesialistar over 60 år. Samstundes er det god rekruttering til mange fagområde. Utfordringa er at vaktssystema føreset alle overlegane bør bidra i vakt, samstundes som at dei helsemessige konsekvensane av vakt merkast med auka alder. Difor vert fag med stor vaktbelastning sårbare for alderssamansetjing. Utfordringane aukar når fagmiljøa er fordelt på fire sjukehus. Når 50 prosent av overlegane er over femti år betyr det eit fagmiljø med mange erfarne og dyktige legar, men også rekrutteringsmessige utfordringar. Legespesialistar er mellom yrkesgruppene som har tradisjon for å stå i jobb fram til aldersgrensa.

Utfordringane kring rekruttering fortonar seg litt ulikt på kort og lang sikt, då det er mange søkjarar til spesialiseringsstillingar (LIS), medan det er vanskeleg å rekruttere ferdige spesialistar innan nokre fagområde. Det viktigaste tiltaket for å rekruttere nok spesialistar er å satse lokalt gjennom lengst mogleg utdanning i . For å lukkast med dette krevjast stabile fagmiljø med differensierte oppgåver og robuste vaktordningar. Vi må gi legar i spesialisering tru på våre sjukehus som framtidig arbeidsplass. I tillegg vi det nye systemet for utdanning kunne vere til hjelp for å rekruttere lokalt. På sjukepleiesida er rekrutteringsutsiktene betre.

Dei aukande pasientstraumane krev tilstrekkeleg supplering av fagfolk. Ein ser også føre seg at det vert aukande behov for spesialistar. I dette ligg også behovet for og kravet om å vere framtidsretta og moderne teknologisk sett, og såleis vert det også naudsynt å rekruttere "nye" profesjonar inn i helsetenesta.

Desentralisering av helsetenestene fører med seg behov for kompetanseoppbygging og utdanning av helsepersonell ut mot primærhelsetenesta. Dette er ei utfordring, og fordrar også nye arbeidsmåtar og gir spesialisthelsetenesta nye oppgåver eller ei endring i oppgåver.

Framvekst av private helsetilbod gjer at det vert større kamp om personale.

Det er viktig at fagmiljø er såpass store at det gir grunnlag for kritisk refleksjon og diskusjon innan fagmiljøet til beste for både lege og pasient. Arbeidsoppgåvene bør vere såpass differensierte og interessante at rekrutteringa av nye spesialistar vert sikra.

Grunnlagsarbeidet frå Strategi 2020 konkluderer med at den viktigaste endringsdrivaren for framtida er mangel på kompetanse. Å kunne sikre berekraftige miljø er sjølve ryggrada i å klare å levere fagleg gode og trygge tenester over tid. I kartleggingsarbeid av fagmiljøa i regionen, har ein funne at mange av dei er sårbare. For framtida kan dette løysast ved at ein utviklar og omstiller arbeidsprosessar og sikrar betre oppgåvedeling og/eller strukturelle endringar. Der er føringar for å sikre berekraftige fagmiljø gitt gjennom rapporten «Kompetanse og kapasitet», og skal ein etterfølge denne, har Helse Møre og Romsdal behov for ei monaleg auke i legeårsverk. Dette er det ikkje rom for verken rekrutteringsmessig eller økonomisk, noko som strekar under behovet skissert i Strategi 2020 om å gå frå passiv vakt til aktiv teneste. Vedtaket om å byggje eitt sjukehus i nordfylket er også gjort i tråd med å sikre rekruttering nok for framtida og såleis skape eit berekraftig fagleg miljø.

4.3 Medisinskfagleg og teknologisk utvikling

Ein skal utforme pasienten si helseteneste for framtida, noko som fordrar eit moderne og oppdatert medisinskfagleg tilbod. Den endra pasientrolla, endringar i lovverk og anna gjer at det i mykje større grad enn før vert stilt krav og forventningar til dei tenestene ein utfører. Pasientane skal vere med på å utforme tenestene, og er viktige aktørar til hjelp i utviklings- og planleggingsarbeid. Klinisk erfaringsbakgrunn, gode samarbeidsarenaer, evne til å jobbe tverrfagleg og utveksle oppdatert informasjon er viktig for å kunne vere på høgde og sikre god kvalitet i tenestene. Medisin er ein unik kombinasjon mellom omsorg og teknologi.

Sjukehusa er teknologibedrifter, og teknologisk utvikling er ein særskilt potent endringsdrivar for spesialisthelsetenesta. Nye metodar og apparatur endrar grunnlaget for etablert praksis i sjukehusa, og gir også mogelegheit for å utføre behandling/diagnostikk andre stader. Nye medisinsk-teknologiske metodar viskar ut skillet mellom behandling og diagnostikk. Den teknologiske og

medisinskfaglege utviklinga vil krevje investeringar, og skaper meir tilgjengelege tilbod. På basis av dette, er det grunn til å tru at oppgåvene i spesialisthelsetenesta vert meir spesialiserte. Greinspesialistane vil kunne drive meir spesialisert i kraft av sin kompetanse, noko som trengs for å oppretthalde påliteleg diagnostikk og behandling i sjukehus. Truleg vil ein også sjå ei auka subspecialisering innan ulike medisinske fagfelt.

Med ny teknologi ligg også mogelegheitene til nye/andre måtar å kommunisere på, noko som igjen vil kunne påverke korleis ein utøver tenestene, kven som utøver dei og kvar dei vert utøvde. Såleis kan ein seie at teknologiutviklinga vil gjere noko med kapasiteten i sjukehusa, ved at ein med moderne utstyr og teknikkar kan endre forløpa frå døgn til dag, og såleis korte ned liggetider, få meir eintydige undersøkingar som lettar indikasjonsstilling som kan påverke ventetider og fristbrót i positiv retning, få betre behandlingsresultat og betre kvalitet.

Alle dei ulike teknologiane som veks fram gir nye perspektiv på kva som er mogeleg for helse- og omsorgstenesta å utrette for pasientane. Dei teknologiske løysingane innan velferdsteknologi kan også vidareutviklast til å kunne nyttast både i primær- og spesialisthelsetenesta. Kommunikasjonsteknologisk utvikling gjer også at ein ser føre seg at t.d. pasientar med kroniske lidningar kan følgjast opp heimanfrå i eit heilt anna omfang i framtida.

Ein ser også ei utvikling innanfor medikament. Prøvetaking og analyse vert jamt forbetra, genteknologi og immunterapi er i stadig utvikling. Betre utstyr og mogelegheiter for robotstyrt teknologi og mindre invasive prosedyrer, forbetringar innanfor implantat og transplantasjonar er andre døme.

4.4 Nettverk og relasjonar eksternt

Nettverk på tvers av nivå i helsevesenet, og nettverk mellom profesjonar vil sannsynleg utviklast ytterlegare. Det vil verte større vekt på teamarbeid/behandlingsteam, og nettverk mellom pasientar, etc. Nettverk kan óg kompensere for manglande breidde/spisskompetanse i fagmiljøa. Palliativ verksemd – nettverk mellom spesialisthelsetenesta og kommunehelsetenesta.

Utteksling av kompetanse mellom ulike nivå i helsetenestene og andre eksterne aktørar vil verte endå viktigare i framtida mtp. intensjonane i t.d. samhandlingsrefoma og meir samansette sjukdomsbilete. I dette ligg det at organisasjonen treng utvikle seg og skape arenaer for utveksling av kompetanse i større grad enn no. Det kan tenkast at ein har behov for meir av eller annan kompetanse t.d. innanfor teknologi og logistikk. I tillegg er det viktig at ein har samarbeid med ulike forskingsmiljø for å kunne vere framtidsretta innanfor behandlingsmetodar og diagnostikk, i tillegg til å stå fram som ein attraktiv og moderne arbeidsgivar. Forsking og utdanning er også nokre av hovudoppgåvene til helseføretaket.

4.5 Samferdsel

Geografi og samferdsel er faktorar som har vore med å påverke utviklinga av spesialisthelsetenestetilbodet i Møre og Romsdal, som landet elles. Framover mot bygging av nytt sjukehus i Nordmøre og Romsdal og i tida etter dette vil fleire samferdselstiltak som verkar inn på reisetid og tilgjenge til sjukehuset enten vere realiserte eller starta opp, eller vere under konkret planlegging. Endra høve kring samferdsel i fylket gir auka mobilitet, og ein må planlegge for framtida på same måte som tidlegare, med tanke for betra samferdsel.

Tabell 4: Oversikt over samferdselstiltak i Møre og Romsdal i perioden mot 2030

Samband	Tidspunkt ferdig veg	Ny veg	
E39 Kvivsvegen/Hjartåberga	Opning 2012 og 2014		
Volda-Folkestad (ferjesambandet)	Nytt tilbud frå 2013		
E39 Volda-Furene	Ikkje finansiert, men før 2030?	4 km	
E39 Furene-Hareid	Truleg opning etter 2030	28 km	
E39 Hafast	Truleg opning etter 2030	6 km	
E39 Sulesund-Breivika(Ålesund)	Truleg opning etter 2030	16 km	
E39 Møreaksen (Dragsund-Molde)	Før 2030	52-56 km	Innkorting 40 min
E136 Tresfjordbrua/Vågstrandst.	Ferdig 2015/2014	7 km	Innkorting 13 min
Aukra-Midsund	Samtidig med Møreaksen	7 km	
E39 Lønset-Hjelset (omlegging trase)	Før 2024	9 km	Innkorting 2 min
E39 Hjelset-Astad	2030?	15km	Innkorting 2 min
E39 Astad-Høgset	Opning 2013	9km	
Fv 64 Langfjorden	Usikkert prosjekt pga. høy kostnad		
E39 Halsafjorden	Før 2030, men etter Møreaksen	24 km	Innkorting 35 min
E 39 Betna-Stormyra	Før 2024	24 km	Innkorting 7 min
E39 Harrangen-Høgkjølen	2015		Innkorting 1 min
E39 Harrangen-Orkdal	2030?		Innkorting 3 min?
Nordøyvegen	Før 2030		
Todalsfjordprosjektet/Trollheimst.	Etter 2030		
Rv 70 Oppdølstranda	Ferdig 2014	9 km	Innkorting 1 min
Rv 70 Tingvoll-Meisingset	Før 2024	9km	Innkorting 2 min
Bypakkane (innfartsveggar, intern framkome)	2016-2030		
Rassikring Røyr-Hellesylt	Truleg ferdig 2016		

Gjennomføring av vedtekne og planlagde tiltak medfører at avstand og tid innan føretaket vert redusert i planperioden.

5 Samarbeid og samhandling

5.1 Andre helseføretak

St. Olavs Hospital

St.Olavs hospital er universitetssjukehuset i regionen, og behandling som krev mange tilleggsfunksjonar og/eller avansert teknisk infrastruktur skal som hovudregel utførast ved dette sjukehuset. St.Olav har både nasjonale behandlingstenester og er nasjonalt kompetansesenter innanfor fleire fagområde, i tillegg finst det også fleirregionale tilbud.

Det er avgjerande for helseføretak utan universitetssjukehus å samarbeide tett med fagområde ved universitetssjukehuset.

Ambulanseføretaket

Ambulanse Midt-Norge (AMN) er i dag eige føretak, men vil frå årsskiftet 2014/2015 verte del av Helse Møre og Romsdal som eigen klinikk.

I skrivet frå AMN i samband med utviklingsplanarbeidet i 2012 vert det sagt at stasjonsstrukturen i Møre og Romsdal er vurdert som brukbart godt tilpassa mønster i befolkninga, sjukehus- og legevaktstruktur og infrastruktur i området. Ein har likevel monalege utfordringar i manglar ved ambulansestasjonane i sjukehusstasjonane i fylket, noko som hindrar hensiktsmessig dimensjonering

og utnytting av beredskapen. I tillegg er noverande funksjonsdeling og vaksamarbeid mellom dei to sjukehusa innan fagfelte ortopedi og kirurgi med på å generere eit monaleg behov for overføringsoppdrag sjukehusa mellom. Transporten vert utført med fullt utrusta akuttambulanse, og er såleis jamt ei utfordring for beredskapen i området. Ved samanslåing til eitt sjukehus, vil ikkje verken dette eller fysiske manglar i ambulansestasjonane vere eit tema.

AMN har etter oppmoding frå Helse Møre og Romsdal kome med ein uttale om kor vidt det finst prehospitale høve som kan påverke endeleg val av sjukehusomt. Etter ei grundig sakshandtering finn ikkje ambulanseføretaket at det ligg føre noko av avgjerande tyding som tilseier at ei tomt er meir eigna enn ei anna innanfor det ambulansefaglege perspektivet. Alle tomtealternativa har kort veg til dei aktuelle hovudtrafikkårene mellom dei to største konsentrasjonane i befolkning, og det ser ut til å vere samanliknbar og god mogelegheit til etablering av inn- og utkøyringstraséar for utrykningskøyrety ved alle alternativ. (Ambulanse Midt-Norge, 2014)

Når det gjeld helikoptertransport er dette ein del av den regionale konsekvensutgreiinga, og helseføretaket vil nytte denne og tilhøyrande høyringssvar i vidare arbeid mot fullstendig idéfaserapport. Temaet kring helikoptertransport vart også tatt opp i eit eige innspelsseminar før sommaren 2014.

Sjukehusapoteka

Sjukehusapoteka er eit farmasøytisk kompetansesenter som bidreg aktivt til riktig legemiddelbruk for å sikre god pasientbehandling, gjennom fokus på både pasientspesifikk oppfølging og på generelt arbeid innan legemiddelhandtering. Målet er å kvalitetssikre legemiddelbruken og sørge for ein sikker og kostnadseffektiv legemiddeldistribusjon.

Helse Førde

Helse Møre og Romsdal har avtale med Helse Førde kring fødande, der fødande frå Nordfjord-området kan nytte Volda sjukehus.

5.2 Kommunar

I styringssignala frå Helse Midt-Norge RHF framgår det:

«Samhandlingsreforma, Nasjonal helse- og omsorgsplan og Stortingets behandling (Innst. 212 S [2009–2010] og Innst. 422 S [2010–2011]) utgjer eit overordna rammeverk og gjev føringar for den vidare utviklinga av den samla helse- og omsorgstenesta. Gode pasientforløp og fleire tenester nær der pasientane bur, er sentrale mål. Helse Møre og Romsdal HF skal bidra til å desentralisere spesialisthelsetenester der dette er tenleg, og til å utvikle og styrkje den kommunale helse- og omsorgstenesta. Viktige verkemiddel er samarbeidsavtalane og den rettleingsplikta spesialisthelsetenesta har overfor dei kommunale helse- og omsorgstenestene. Omstilling av tenester innanfor somatikk, psykisk helsevern, rusbehandling og rehabilitering som vedkjem kommunane, skal vere synkroniserte slik at dei ikkje blir gjennomførte før kommunane er i stand til å handtere dei nye oppgåvene. Det er ein føresetnad at omstillingane gjev brukarane eit kontinuerleg og minst like godt tenestetilbod som tidlegare. Det krev eit nært samarbeid mellom regionale helseføretak/føretak og kommunane og dessutan med brukarane og organisasjonane deira.»

Samhandlingsreforma, som vert omtala som ei retningsreform, vart gjort gjeldande 1. januar 2012. Reforma peikar på tre hovudutfordringar i helsesektoren:

- pasienten sine behov for koordinerte tenester
- meir fokus på å førebygge og avgrense sjukdom
- den demografiske utviklinga vil kunne vere eit trugsmål mot samfunnet si økonomiske berekraft

Prinsippet er at oppgåver skal overførast frå spesialisthelsetenesta til kommunehelsetenesta. I følgje Helse- og omsorgsdepartementet er erfaringane at det er skapt eit engasjement for endring og samhandling, men ikkje i like stor grad hjå alle kommunar og helseføretak. Det blir vist til at ein ser ei monaleg auke i samarbeid både interkommunalt og mellom kommunar og sjukehus. Det blir óg peika på at dei lovpålagde samarbeidsavtalane er på plass, men at dei berre delvis er eit verktøy for utvikling av samhandlinga.

Samarbeidsavtalane som er inngått i Møre og Romsdal viser i detalj korleis samarbeidet skal gå føre seg innanfor samhandlingsområda. I starten var det eit sterkare fokus på avtalar knytte til pasientar som er utskrivingsklare medan ein no har auka vektlegging på faglege område.

Konsekvensar av samhandlingsreforma skal vere ein sentral del av utviklingsplanen for Helse Møre og Romsdal. Ein vidarefører her arbeidet med samhandlingsstrategien for fylket, der føremålet med arbeidet er å identifisere dei samhandlingsområda som må ha eit særskilt fokus i det langsiktige planarbeidet. Etablerte samhandlingsorgan skal saman med brukarane identifisere områda som krev særskilt merksemd i vidare arbeid.

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

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

I modellen for utrekning av areal i det nye sjukehuset, vil omstilling som funksjon av samhandlingsreforma vere ein av dei dimensjonerande faktorane. Ein ser føre seg at ein i sjukehuset både vil ha ei endring i opphald og poliklinisk verksemd då dette skal takast hand om i primærhelsetenesta.

Kommunane er ein sær s viktig samarbeidspart for helseføretaket, og ein må sikre ein god dialog kring korleis ein skal dimensjonere og planlegge for framtida, skape gode område for samarbeid og oppgåvedeling. Det heilskaplege pasientforløpet må sjåast i samanheng, og ikkje som einskilte delar, berre slik kan ein skape god flyt for pasienten. For å lukkast i dette er det naudsynt at kommunane gir

helseføretaket tilbagemelding på korleis ein stiller seg til dimensjoneringa føretaket legg til grunn, og korleis ein ser føre seg kapasitetsauken som følgje av samhandlingsreforma.

Dei identifiserte og prioriterte fagområda er:

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

Det er også rett i denne samanhengen å vise til at det går føre seg mykje god pasientbehandling og samhandling innanfor dei omtala fagområda, samstundes med at ein også her finn det største utviklingspotensialet når det gjeld å avklare kven som skal gjere kva for oppgåver.

Samspelet mellom aktørane gjennom heile pasientforløpet, det vere seg mellom einingar i spesialisthelsetenesta og mellom nivå som sjukehus og kommune o.a., er særskilt viktig for å kunne ta vare på heilskapen i tilbodet til pasienten. Dette er også eit kjernepunkt i samhandlingsreforma.

Arbeidet med overføring av oppgåver mellom helseføretaket og kommunane er godt i gang og må forståast som ein utviklingsprosess. Det er identifisert område for fagleg samarbeid der det er grunn til å tru at kommunane vil kunne ta over ei rekkje oppgåver som i dag blir utført av spesialisthelsetenesta. Det vesentlege no er via tett dialog å halde fram arbeidet med å avklare kven av partane som skal ta hand om kva for oppgåver.

5.3 Avtalespesialistar, private helseaktørar og andre

I Møre og Romsdal har det tradisjonelt vore lite bruk av avtalespesialistar, men politisk plattform til sitjande regjering sannsynleggjer betre tilrettelegging for denne praksisen framover.

I den politiske plattformen til regjeringa Solberg heiter det at hovudoppgåvene i spesialisthelsetenesta skal løysast ved dei offentlege sjukehusa. Det vert samstundes sett lys på at mange pasientar ventar for lenge på naudsynt behandling, også på helsetenester der det er ledig kapasitet hjå private aktørar. For å redusere ventetider og helsekøar, ynskjer regjeringa å inkludere alle gode krefter i arbeidet med å behandle pasientar. Såleis opnar ein for å auke kjøp av private helsetenester for å få bukt med helsekøane. Det heiter også at ein skal utvide talet på heimlar for avtalespesialistar og nytte desse meir enn det ein gjer i dag. Dette er element som påverkar måten ein driv spesialisthelsetenestene på i dag, og gir på sett og vis fleire fridomsgrader i planlegging og utvikling av helsetilbodet. Frå regionen si side er det sagt at nemnde tenester skal nyttast på ein måte som gir god geografisk fordeling av tenester, og som frigjer kapasitet for pasientar som treng rask utgreiing og behandling. Ein må sikre at avtalespesialistane vert nytta i tråd med gjeldande helsepolitiske føringar og lokale behov. Avtalespesialistane må ta del i spesialistutdanninga og må i visse tilfelle kunne trekkjast inn i vaktberedskapen i sjukehusa.

Føretaket må vurdere bruken av avtalespesialistar som alternativ til ei desentralisert spesialisthelseteneste. Innanfor enkelte fagområda vil avtalespesialistar kunne vere eit erstatning for ein desentralisert poliklinikk, då t.d. innan fagområda auge, gyn, indremedisin, hud, øyre-/nase-/hals m.fl.

Det kan også vere aktuelt å nytte andre aktørar som leverandør av enkelte tenester, som til dømes private rehabiliteringssenter.

5.4 Høgskular/ universitet

Høgskular og universitet er viktige samarbeidspartnarar for føretaket innan utdanning og praksis for den viktigaste ressursen ein forvaltar. Høgskolen i Ålesund og Høgskulen i Molde har ei stor breidde i helsefagleg utdanning og etter/vidareutdanning, spesielt for sjukepleie men også for andre fag. Høgskulen i Volda og Høgskulen i Molde har også ein intensjonsavtale med Helse Møre og Romsdal om eit nytt doktorgradsstudium. Det er ønskjeleg å bygge vidare på etablerte og gode samarbeidsrelasjonar innan utdanning/praksis og FoU, i tillegg til utveksling av faglege delstillingar m.a.

Utdanningsinstitusjonane står føre krevjande strukturspørsmål. Dei har ambisjonar om å utvikle nasjonale spydspissar basert på lokale kompetanseområde også i helsefag. Dette bør skje i samarbeid med helseføretaket som må vere tydeleg på sine faglege behov. Her må ein også samarbeide på tvers av geografiske område. Det nye sjukehuset kan vere eit høve til å løfte slike felles faglege spydspissar.

Når det gjeld høvet mellom sjukehuslokalisering og utdanningsinstitusjonar innanfor helsefag, så vil det vere ein fordel med nærleik. Men innanfor universitetsfag, som t.d. medisin og psykologi, har også desse tenestepraksis ute på sjukehusa med tildels store avstandar, utan at dette har vorte trekt fram som eit problem i offentlege diskusjonar. Ein ser døme på at areal i samband med etablering av sjukehus vert disponerte til utdanningsføremål. Ein må derfor vurdere høvet mellom sjukehuslokalisering, utdanningsinstitusjonar og prioritering av utdanningsareal i sjukehuset. Det er ønskjeleg med eit tett samarbeid mellom helseføretaket og utdanningsinstitusjonane for å sikre god kvalitet på utdanning og praksis i utvikling av framtida sine arbeidstakarar innan helsesektoren og forskning innan ulike helsefagområde.

6 Fag, struktur og innhald i Helse Møre og Romsdal

6.1 Oppgåver

Helse Møre og Romsdal skal yte gode likeverdige spesialisthelsetenester til alle som treng det når dei treng det, uavhengig av alder, kjønn, bustad, økonomi og etnisk bakgrunn.

Helseføretaket skal sørge for at forskning, utdanning og opplæring av pasientar og pårørande blir gjennomført på ein god måte, og at dette gir grunnlag for god og forsvarleg pasientbehandling. Føretaket skal vidare sikre tilstrekkeleg kompetanse i alle delar av spesialisthelsetenesta. Likeverdige helsetenester skal leggjast vekt på saman med arbeidet for å redusere sosiale helseskilnader i aktuelle grupper i befolkninga. Pasientar og brukarar må kunne vere trygge på tilgjengelege helsetenester, og at dei vert møtte med omsorg og respekt.

Helse Møre og Romsdal sine mål samsvarer med spesialisthelsetenestelova, og tenestene skal vere forsvarlege i tillegg til å gi eit heilskapleg og koordinert tenestetilbod.

Helse Midt-Norge RHF og Helse Møre og Romsdal HF sin visjon er «På lag med deg for helsa di», og dei sentrale verdiane er:

- Tryggleik
- Respekt
- Kvalitet

Som del av tidlegfasen for sjukehuset i Nordmøre og Romsdal (SNR) skal Helse Møre og Romsdal HF gi ein nærare definisjon av kva oppgåver og funksjonar som skal finnast i SNR. Samstundes må innhaldet i SNR sjåast i samanheng med den samla oppgåve- og funksjonsdelinga i heile Helse Møre og Romsdal HF.

Ein peikar i dette dokumentet på nasjonale og regionale føringar som grunnlag for drift og utvikling av ulike medisinske spesialfelt – både for heile Helse Møre og Romsdal og SNR. Dei pågåande arbeida som er refererte til trekkjer også opp utviklingslinjer som vi ikkje har sett konsekvensane av enno, men som heilt klart vil påverke utviklinga av spesialisthelsetenesta for framtida.

Delar av effektmålet viser til at det nye sjukehuset i Nordmøre og Romsdal gir ei unik mogelegheit til å utvikle eit framtidsretta og moderne sjukehusstilbod for pasientar, tilsette, føretak og kommunar. Effektmåla er knytte til at ein i det nye sjukehuset i perspektivet mot 2030 og vidare, skal kunne levere spesialisthelsetenester som er tilpassa utviklinga i tid, både med tanke på fag/teknologi, effektivitet og kvalitet.

I dette dokumentet nemnast kva av medisinske spesialitetar med døgnvakt - som skal vera i SNR. Vidare nemnast øvrige medisinske spesialisthelsetenestetilbod, der tilbodsomfang skal vurderast nærmare.

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

Helseføretaka har lovpålagde oppgåver i å drive forskning og utdanning. Forsking er eit viktig verkemiddel for å nå målsetjinga om likeverdige helsetenester av høg kvalitet. Dette er heimla i lov og spesialisthelsetenesta og vert utdjupa i det årlege oppdragsdokumentet frå Helse- og omsorgsdepartementet til det regionale helseføretaket.

Forsking er elles ein viktig faktor for arbeidsmiljø og rekruttering, og medverkande til kvalitetsutvikling og utvikling av tilbod innanfor diagnostikk og behandling. Dette stiller krav til areal og personalressursar, og i tillegg kompetanse og infrastruktur inklusive IKT.

På utdanningssida i Helse Møre og Romsdal HF samarbeider ein med høgskulane i fylket gjennom eit samarbeidsorgan der også kommunar og fylkeskommune er representert. I tillegg er ein også representert i det regionale samarbeidsorganet.

Fleire av dei overordna styringsdokumenta for Helse Midt-Norge RHF og Helse Møre og Romsdal HF legg til grunn at forskning, innovasjon og utvikling skal gi auka effektivitet og betre helsetenester i føretaket/helsesektoren. Det vert også framheva at ein treng innovative konsept som kan bidra til å møte utfordringane innan framtida sine helsetenester.

6.2 Struktur og system

Helse Møre og Romsdal HF vart skipa 1.juli 2011, som ein fusjon av dåverande Helse Sunnmøre HF og Helse Nordmøre og Romsdal HF. Organisasjonen er i dag sett saman av elleve klinikkar og ulike stabsavdelingar.

Helse Møre og Romsdal driv si verksemd i eit fylke der geografi og tilhøve for samferdsel stundom er svært krevjande. Dette har verka inn på korleis spesialisthelsetenestetilbodet har utvikla seg over tid, med mange og til dels små institusjonar. I tillegg til fire sjukehus er det fleire tilbod innan distriktpsikiatrien og rehabilitering og rusinstitusjonar som ligg utanfor sjukehusa, og helseføretaket driv også mykje ambulant verksemd ute i kommunane. Den kliniske verksemda, inkludert kliniske støttetenester, er organisert i klinikkar på tvers av dei fire sjukehusa i føretaket, med unntak av den kirurgiske og akuttmedisinske verksemda, der ein har ein klinikk ved kvar sjukehus. Administrasjon og teknisk støtte er felles, med administrativt hovudsete i Ålesund, men med personell fordelt ute på dei ulike sjukehusa. Dei distriktpsikiatriske institusjonane utanfor sjukehusa er knytte til Klinikk for psykisk helsevern, medan rehabiliteringsinstitusjonane er knytte til Klinikk for rehabilitering.

Frå nyttår 2015 vil også ambulanseføretaket verte inkludert i Helse Møre og Romsdal HF som ein eigen klinikk.

Dei fire sjukehusa inneheld dei mest sentrale lokalsjukehusfunksjonane, det vil seie akutt og elektivt tilbod i indremedisin, kirurgi/ortopedi, føde og dei naudsynte medisinske støttefaga. Det er skilnader på kor differensierte tilboda i dei ulike sjukehusa er, både med omsyn til nemnde fag og andre fag ved sjukehusa. Det er óg skilnader i vaktberedskap, fremst knytt til kirurgi og ortopedi.

Tabell 5: Tilbod hjå dei ulike sjukehusa i Helse Møre og Romsdal HF

Volda sjukehus	Ålesund sjukehus	Molde sjukehus	Kristiansund sjukehus
Medisinske fag Indremedisin med dei fleste greinspesialitetane	Medisinske fag Indremedisin med alle dei 8 greinspesialitetane Revmatologi Nevrologi (poliklinikk/dag) Hud (dag/poliklinikk) Fysikalsk medisin og rehabilitering	Medisinske fag Indremedisin med dei fleste greinspesialitetane Nevrologi Rehabilitering	Medisinske fag Indremedisin med dei fleste greinspesialitetane Hud (poliklinikk)
Kirurgiske fag Ortopedi Kirurgi, herunder mage/tarm og urologi	Kirurgiske fag Ortopedi inkl. tilbod til barn og revmatologiske pas. Kirurgi, herunder mage/tarm, urologi, kar, bryst/endokrin, ØNH Auge Tann/kjeve	Kirurgiske fag Ortopedi Kirurgi, herunder mage/tarm, kar, bryst/endokrin, plastikk ØNH Auge Tann/kjeve	Kirurgiske fag Ortopedi Kirurgi, herunder urologi, mage/tarm ØNH (poliklinikk/dag)
Kvinne og born Kvinnesjukdommar Fødeavdeling Barnemedisin (avgrensa poliklinisk tilbod) BUP (poliklinikk)	Kvinne og born Kvinnesjukdommar Fødeavdeling Barnemedisin Nyføddeisin Barnehabilitering (polikl.) BUP (poliklinikk)	Kvinne og born Kvinnesjukdommar Fødeavdeling Barnemedisin (poliklinikk) BUP (poliklinikk) Familietilbod BUP	Kvinne og born Kvinnesjukdommar Fødeavdeling Barnemedisin Barnehabilitering (polikl.) BUP (poliklinikk)
Medisinsk diagnostikk Radiologi Medisinsk biokjemi Blodbank	Medisinsk diagnostikk Radiologi Medisinsk biokjemi Patologisk Mikrobiologi Blodbank Nukleærmedisin Brystdiagnostisk senter	Medisinsk diagnostikk Radiologi Medisinsk biokjemi Patologi Mikrobiologi Blodbank Nukleærmedisin	Medisinsk diagnostikk Radiologi Medisinsk biokjemi Blodbank
Psykisk helsevern	Psykisk helsevern Alderspsykiatri Sikkerheitspsykiatri Akutt/subakutt Lukka rehabilitering Utgreiingspost (spesialseksjon) Vaksenhabilitering	Psykisk helsevern Alderspsykiatri Akuttpost Lukka rehabilitering Utgreiingspost Vaksenhabilitering	Psykisk helsevern
	Rus og avhengigheit Ålesund behandlingssenter	Rus og avhengigheit Molde behandlingssenter	

Alle sjukehusa har anesthesiavdelingar som inkluderer intensiveiningar, men organisert slik at sjukehusa i Ålesund og Molde ivaretek dei mest krevjande pasientane.

I tillegg kjem prehospitale tenester som for Ålesund sjukehus også omfattar ambulansehelikopter og ambulansefly.

I tillegg finst det nokre desentraliserte polikliniske tilbod ved dei mindre sjukehusa baserte på spesialistdekning frå Ålesund sjukehus.

Helse Møre og Romsdal har i det påfølgande utviklingsarbeidet lagt til grunn same prinsipielle tilnærming for struktur i den nordlege og den sørlege delen av fylket. Det vil seie at der andre tilhøve og variablar er like må ein også ha same tilnærming til strukturendring og utvikling av samarbeid mellom sjukehusa i begge deler av føretaket. Sjølv om det er skilnader i geografi og tidlegare vedtak er dei faglege og økonomiske utfordringane i stor grad like, og dette er ein viktig del av det heilskaplege utviklingsbiletet. Sentrale og utfordrande spørsmål er mellom anna korleis ein sikrar robuste vaktordningar i mindre sjukehus, og om nokre tilbod skal vere ein eller to plassar i føretaket ut frå kvalitet og ressursbruk.

Samla plan, kalla Utviklingsplan for Helse Møre og Romsdal HF- 2030, vart vedtatt av både det lokale og regionale styret i desember i 2012. I dette vedtaket låg avgjerda om å erstatte dagens to sjukehus i Molde og Kristiansund med eitt felles sjukehus på aksen mellom Hjelset og søre del av Frei. Grunnlaget for denne avgjerda ligg i at dagens drift av spesialisthelsetenestene i føretaket ikkje er berekraftige for framtida, verken når det gjeld økonomi eller fag. Vidare er det vist at dagens bygningsmasse er dårleg eigna for sjukehusdrift i framtida, i tillegg til at framskrivingar viser at Helse Møre og Romsdal ikkje disponerer bygningsmasse i dag som kan handtere forventa vekst i bruk av spesialisthelsetenester.

Oppdraget med utviklingsplanen vart vidare presisert i føretaksmøte i juni i 2011, der det heiter at:

“Tenester som treng mange tilleggsfunksjonar og/eller avansert teknisk infrastruktur, skal utførast ein stad i regionen og som hovudregel ved St.Olavs hospital HF. Tilsvarende om slike tenester skal utførast to stader i regionen, skal dette som hovudregel utførast ved St. Olavs hospital HF og Ålesund sjukehus”. Denne utsegna stiller Ålesund sjukehus i ein særskild posisjon som må takast omsyn til når ein skal handtere strukturspørsmålet i helseføretaket. Ålesund sjukehus skal også i framtida vere det mest differensierte og avanserte sjukehuset i føretaket.

Når det gjeld utvikling av Volda sjukehus vert det i høyringsdokumentet for utviklingsplanen til Helse Møre og Romsdal vist til uavklarte høve kring fjordkryssing av Storfjorden og oppgåvedeling med Helse Førde (Helse Vest RHF) som element for å vente med ei endeleg oppgave- og funksjonsdeling i høve til særskilt Ålesund sjukehus, men også i høve til Helse Møre og Romsdal som heilskap.

Pr. i dag har Volda sjukehus (HMR) ein avtale om samarbeid med Helse Førde innanfor fødselsomsorg. Helse Vest (Helse Vest, 2013) har ikkje funne grunnlag for formalisert samarbeid med Helse Midt-Norge innanfor andre område enn fødselsomsorg. Det er fleire grunnar til dette, m.a. omsynet til pasienttryggleik, sikker og rask informasjonsflyt og føreseielege og samanhengande pasientforløp. I tillegg viser ein til at pasientgrunnlaget til Nordfjord sjukehus er lite nok som det er, og at ved å flytte delar av verksemda vil ein gjere tilbodet ved sjukehuset mindre berekraftig for framtida.

Samarbeid over helseregionane er i stor grad eit spørsmål av politisk art. I det komande vil dette vere eit naturleg element for Helse Midt-Norge å omtale gjennom den regionale utviklingsplanen. I tillegg

er det fritt sjukehusval, og gjennom dette kan pasientane velje eigen behandlingsstad uavhengig av føretaksgrenser. Helseføretaka har her ei oppgåve i å gi god informasjon til pasientane om det ein kan tilby og korleis systemet tek vare på pasienttryggleiken.

Kryssing av Storfjorden, signalisert frå politisk hald løyst gjennom bygging av Hareid fastlandssamband (Hafast), vil etter informasjon frå fylkeskommunen/Statens vegvesen ikkje vere realisert i planperioden mot 2030. Det overordna målet for styret i Hafast derimot, er å starte bygginga av sambandet innan 2020 (Hareid fastlandssamband, 2012). Om sambandet kjem eller ikkje i planperioden, kan ikkje lenger vere ein grunn til å la vere å drøfte ei oppgåve- og funksjonsdeling i føretaket basert på dei utfordringane ein ser kome for framtida både når det gjeld fag, rekruttering og økonomi

I Strategi 2015 frå tidlegare Helse Sunnmøre er m.a. pasienttilbodet for framtida omtalt og handsama, med rot i Helse Midt-Norge sin Strategi 2020. Ein gjer i Strategi 2015 merksam på at Helse Midt-Norge går inn for ei samling av kirurgisk akuttberedskap på eitt sjukehus i kvart føretak (frå tida med to helseføretak i Møre og Romsdal). Ein har presentert ulike modellar for utvikling av oppgåvedelinga mellom Ålesund og Volda innanfor fagområda ortopedi og kirurgi, der ein har gått inn for ein modell for Volda med akuttberedskap 24/7 innan fagområda indremedisin, anestesi, ortopedi og 5-døgnspost innan generell kirurgi med beredskap for inneliggande pasientar. All augeblikkeleg hjelp innan generell kirurgi skal gå til Ålesund sjukehus. Tilbodet innan kirurgi og ortopedi skal i større grad utviklast samla for dei to sjukehusa gjennom felles planlegging av tilbodet, samordning av ventelister og fagleg samarbeid. Dette vart gjort eit samrøystes vedtak på i styremøte i juni 2010.

I dag er dette ikkje dette vedtaket effektivt i sin heilskap. Volda har 24/7-tilbod innan ortopedi og 5-døgnsberedskap innan generell kirurgi. I helgane vert akuttberedskapen for kirurgi dekt av Ålesund sjukehus.

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

Når det gjeld Molde og Kristiansund har diskusjonen i stor grad handla om kirurgi og ortopedi, og i tillegg korleis dette heng saman med tilbodet elles i sjukehusa. Sidan 2012 har Molde og Kristiansund hatt eit vaksamarbeid, der ein i helgane har felles vakt i ortopedi i Kristiansund og i kirurgi i Molde. Den elektive verksemda ved sjukehusa er også ulik, der Kristiansund har sitt tyngdepunkt i ortopedi og Molde har sitt tyngdepunkt i kirurgi. Dette er både uttrykk for fagleg utvikling og dels også for utfordringane med å sikre kontinuerlig kompetanse i små sjukehus. Dette sikrar kvaliteten, betrar kontinuiteten i tilbodet, gi betre rom for utvikling i mellomfasen og vere med på å bygge opp felles fagmiljø fram mot nytt sjukehus, noko fagmiljøa ser fram til.

Kva gjeld strukturdiskusjonen mellom nord og sør har ein valt å vere tydeleg på ein del fagområde som skal inn i det nye sjukehuset for Nordmøre og Romsdal i tillegg til sentrale funksjonar knytt til akuttberedskapen.

Ein viser elles til Strategi 2020.

6.3 Aktivitet

I samband med arbeidet med utviklingsplanen for Helse Møre og Romsdal i 2012, har ein funne ved framskrivingar til 2030 at det etter prognosen sannsynlegvis ikkje er behov for å auke talet på sengeplassar for å vere i stand til å ta hand om auke folkemengd og fleire eldre, jfr. intensjonen i samhandlingsreforma. Fleksible løysingar for senger, der ein ikkje som i dag i like store grad har «faste» sengepostar inndelt etter fagområde, må vere ein del av framtidsbiletet til føretaket.

Aktivitet i poliklinikk og dagbehandling aukar med ein føresetnad om at utviklinga med realvekst og fordeling av denne held fram. Det vil vere viktig å planlegge for naudsynt kapasitet for å dekkje denne aktivitetsauken, då dette vert ein sentral del av spesialisthelsetenesta i framtida, sjølv om vi også her må ta høgde for at meir av dagens aktivitet vert utført i primærhelsetenesta etter intensjonane i samhandlingsreforma

Fagmiljøet for biletagnostikk tilrår at ein legg til grunn same utvikling her som for polikliniske tenester elles, og at fordelinga av modalitetar endrast i retning av meir MR og mindre tradisjonell røntgen. Ein har i arbeidet ikkje tatt stilling til framtidig behov for PET (positron-emisjonstomografi) i Helse Møre og Romsdal.

For psykisk helsevern er det sagt frå fagmiljøa at behandlinga i framtida i større grad skal gå føre seg der folk bur gjennom distriktpsikiatriske senter og kommunehelsetenesta. Det største veksten vil kome på poliklinisk og ambulant behandling, vurdering for framtidig behov for senger innan psykiatrien er komplisert sett i lys av ei målsetting (både frå fagfolk og myndigheiter) om at behov for psykiatriske senger skal stettast i DPS, samstundes med at utviklingsfaktorane trekkjer i retninga av større behov for lukka og skjerma einingar. Desse to tendensane vil kunne vege opp kvarandre med omsyn til endring i sengetal.

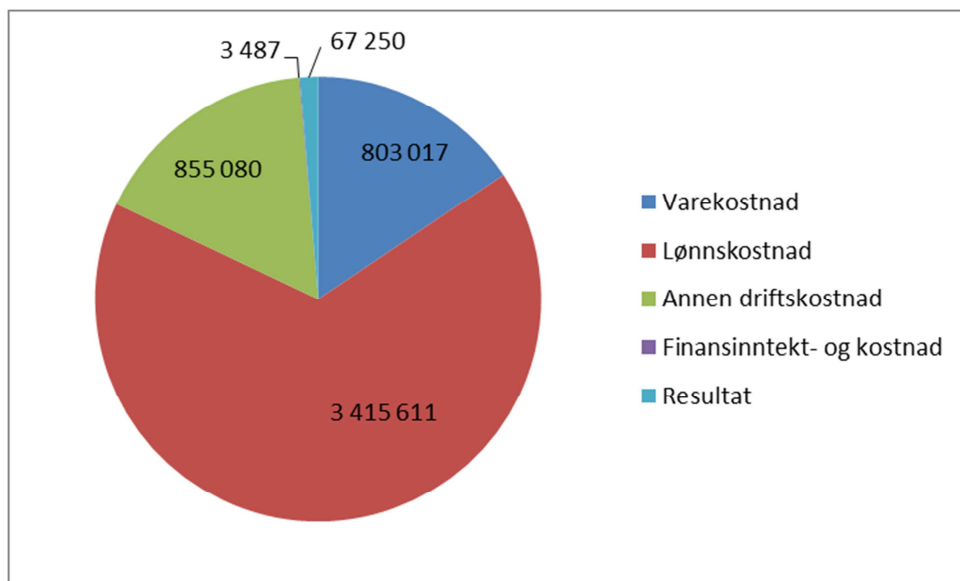
Vidare oppdatering og framskriving i høve til aktiviteten mot 2030 vert tatt hand om i det ferdige idéfasedokument.

Utviklinga innan sjukdomstilstandar som krev isolat, t.d. resistente bakteriar o.a., og som ein i dag har lita oversikt over, kjem med stort sannsyn til å setje nye krav til utforming og dimensjonering av sjukehuset i framtida.

6.4 Ressursar

Ressursane helseføretaket disponerer er av fleire ulike kategoriar, i modellen i figur 1 ser ein at både tilsette og fagmiljø, utstyr, maskinar og bygningar er mellom desse. Fagmiljøa med utfordringane som ligg i rekruttering, behovet for å byggje noko som er robust og berekraftig er skildra i eige kapittel.

Helse Møre og Romsdal HF har i 2014 eit brutto budsjett på 5,15 mrd. kroner. Diagrammet under viser fordelinga av brutto budsjett fordelt på hovudpost.



Figur 10: Fordelinga av brutto budsjett fordelt på hovudpost.

Som ein ser av diagrammet over er den økonomiske hovudinnsatsfaktoren i helseføretaket lønn og dermed ansatte. Dette utgjør 66,3% av helseføretaket sitt brutto budsjett. Varekostnader som til dømes medisinar, forbruksvarar og kjøp av helsetenester utgjør om lag 16 %, mens andre driftskostnader som til dømes avskrivningar, IT- tenester, vedlikehald mm utgjør om lag 17 % av brutto budsjett. Finanskostnader utgjør ein veldig liten del av brutto driftsbudsjett i dag.

I tillegg til det årlege driftsbudsjettet disponerer helseføretaket ein bygningsmasse inkl. tomter til ein bokført verdi på omlag 2,5 mrd. kroner i tillegg til utstyr og inventar til ein verdi på om lag 250 mill. kroner. Helse Møre og Romsdal har ein relativt stor bygningsmasse som skal rehabiliterast og vedlikehaldast for å kunne tilby moderne helsetenester til befolkninga i Møre og Romsdal. Totalt er bygningsmassen knytt til 16 ulike lokalisasjonar etter at Klinikk for rus- og avhengigheitsbehandling blei integrert i føretaket frå 01.01.14. Den aller dårlegaste bygningsmassen finn vi ved Molde sjukehus, men kartleggingar viser at også resten av bygningsmassen, spesielt Ålesund sjukehus, har store behov for vedlikehald og utskiftingar.

Gjennomgang av teknisk tilstand på dei ulike bygga vart gjort i samband med utviklingsplanen i 2012. Totalt disponerer Helse Møre og Romsdal ca. 260.000 m², dei somatiske sykehusene utgjør 127.218 m² av dette arealet og psykiatrien 74 556 m². Øvrige areal består av lokale for rehabilitering, bustadar, kontorbygg brakker og anna bygningsmasse.

Det samla oppgraderingsbehovet for Helse Møre og Romsdal er kalkulert til følgjande:

Innanfor komande 5-årsperiode: 1.161 mill.kr

Innanfor 5-10 år: 1.085 mill. kr

I desse tala ligg også oppgradering av bygningar som i dag er fråflytta/ ikkje i bruk. Til dømes er det for psykiatrien på Hjelset vist eit oppgraderingsbehov på 260 mill.kr dei neste 5 åra. 250 mill.kr av dette beløpet knyter seg til fråflytta bygningar.

For den somatiske delen av bygningsmassen utgjør investeringsbehovet for bygningar som er i bruk som sjukehus, 672 mill.kr innanfor komande 5-årsperiode og 623 mill.kr innanfor 5-10 år. Desse summene gjeld investeringar i rein teknisk oppgradering, og omfattar ikkje funksjonelle tilpassingar og ordinært vedlikehald.

Dersom ein ikkje set av naudsynte midlar til ordinært vedlikehald (200 kr/kvm pr år), eller utset gjennomføringa av den tekniske oppgraderinga, vil investeringsbehovet auke.

For medisinsk teknisk utstyr (MTU) har ein for 2014 meldt inn eit behov for oppgradering på 121 millionar kroner. Gjennomsnittsalderen på utstyret er over åtte år, og 40% av utstyrsparke er over ti år. Det finst lite tilgjengelege midlar til MTU, og helseføretaket har eit stort etterslep. MTU er ein kritisk driftsfaktor for å sikre effektivitet i arbeidsprosessane.

Hausten 2013 blei det gjort styrevedtak i Helse Møre og Romsdal om å leige inn ekstern hjelp til å sjå på eventuelle potensial for effektivisering i føretaket.

Konsulentselskapet Deloitte fekk oppgåva og presenterte ein rapport «Statusrapport Helse Møre og Romsdal» i november 2013. I denne rapporten samanliknar Deloitte Helse Møre og Romsdal med samanliknbare helseføretak i Noreg.

Ein kan ikkje ta omsyn til dei strukturelle skilnadene i ein slik rapport, som t.d. at utfordringsbiletet med avstandar og talet på akuttsjukehus differensierer mellom helseføretaka, men rapporten kan likevel gi eit godt bilete av eit føretak som har eit godt potensial for effektivisering, både når det gjeld kostnader og inntekter. Ein kan også sjå føre seg at ein gjennom kvardagseffektivisering kan styrkje den økonomiske berekrafta til sjukhuset utan større strukturelle endringar.

Administrasjonen satt derfor ned ei ressursgruppe internt for å starte dette arbeidet og ein vel å sjå på arbeidsmetoden i pasientforløpa i dei ulike klinikkane for å identifisere mulige tiltak som kan betre effektivitet og spare kostnader.

Føresetnaden for å lukkast er grundige analysar av no-situasjonen, med brei deltaking av dei involverte aktørane for å kunne setje i verk endringar raskt. Ein må også så langt som mogeleg involvere leiarar på alle nivå med ein felles leiarideologi. Helseføretaket er ein kompleks og stor organisasjon som er bunden av «tradisjonar» i måten å gjere ting på, likeeins er der mange interaksjonar mellom dei ulike avdelingane og klinikkane som gjer arbeidet komplisert. Det tyder at ein må involvere svært mange tilsette for å gjennomføre små endringar som kan gi monalege gevinstar i den store samanhengen.

Arbeidet er krevjande og føretaket er godt i gang med dei ressursar ein rår over, likevel må ein pårekne eit tidsperspektiv frå 2 til 3 år før ein kan nå deg måla ein har sett seg. Fire faser i forbetningsarbeidet.



Figur 11: Illustrasjon av fasene i forbedringsarbeidet

Rapporten frå Deloitte syner at Hele Møre og Romsdal har eit forbedringspotensial forhold til det beste føretaket ein vert samanlikna med innan enkeltområder. Rapporten peikar vidare på at Helse Møre og Romsdal har høg bemanning relativt til opptaksområde blant samanliknbare føretak når ein ser på talet på årsverk per 1000 innbyggjarar og at produktiviteten per lege- og sjukepleiarårsverk har føretaket lavast produktivitet i 2012.

7 Idéfasen for sjukehuset i Nordmøre og Romsdal, SNR

Frå tidlegfasevegleiaren heiter det at:

«Idéfasen skal presisere behovet og identifisere mulige, prinsipielle løsningsalternativer. Det omfatter både virksomhetsmessige løsninger og fysiske byggløsninger (investeringsprosjekt). Første aktivitet i idéfasen blir å presisere og avgrense det valgte prosjektet i forhold til andre tiltak.»

Idéfasen skal svare ut behovet for Nordmøre og Romsdal særskilt, men samstundes inkludere Sunnmøre med sjukehusa i Ålesund og Volda med tanke på funksjonsdeling og økonomisk bereevne.

Vedtaket om oppstart av tidlegfasen vart gjort i februar 2013. I det følgjande vert delar av dette sitert:

«Prioritert prosjekt:

Helse Møre og Romsdal HF har av større investeringsprosjekt, førsteprioritet av “eitt nytt akuttsjukehus for Nordmøre og Romsdal”. Det må utgreiast gjennom idéfase og konseptfaseforholdet til poliklinikk og dagbehandlingseiningar i folketette område og korleis einingar innanpsykisk helsevern skal handsamast. Funksjonsstruktur/fordeling/ samarbeid med øvrige sjukehusi føretaket, tilgrensande sjukehus og St. Olavs Hospital som universitetssjukehus, ambulanseføretaket, rusføretaket må også tydeleggjerast. Samarbeidet med kommunane i lys av samhandlingsreforma, private aktørar, høgskular/ universitet og andre relevante instansar må også ligge til grunn for arbeidet.

Mål:

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

Føresetnader:

Oppstart av planleggingsarbeidet med eit nytt akuttsjukehus for Nordmøre og Romsdal er slått fast som det øvste prioriterte investeringsprosjektet i Helse Møre og Romsdal HF sin utviklingsplan. Vedtaket gjort av styret i Helse Midt-Norge RHF 14. desember i sak 92/12 pkt. 4, slår fast at det under gjeldande føresetnadar i langtidsbudsjettet m.v. så vil det føreligge finansielt handlingsrom i 2018 til ei større investering i eit felles akuttsjukehus i Nordmøre og Romsdal. På dette grunnlaget er føresetnadane for å starte opp ei tidlegfase for planlegging av nytt akuttsjukehus i Nordmøre og Romsdal formelt på plass.»

I utviklingsplanen for HMR HF gjekk ein i analysearbeidet, utgreiingar og gjennom offentleg høyringsrunde langt i å definere dei konseptuelle kriteria. Vidare er det konkludert med at den delen av psykisk helsevern som bør ligge nær somatiske tenester bør samlokaliseras (i eller ved sidan av) akuttsjukehuset. Det var noko meir diskusjon vedkomande behovet for, og fagleg/rekrutteringsmessig berekraft i, eit tilbod med poliklinikk og dagbehandling i folketette område. Samhandlingsreforma fremjer klart ei slik «desentral» (i høve til lokalisering av akuttsjukehuset) drift av poliklinikk og dagbehandling.

8 Lokalisering av sjukehus – kva vurderingar vert gjort?

Den 17. desember i år skal styret i Helse Møre og Romsdal HF (HMR) innstille på val av tomt for Sjukehuset i Nordmøre og Romsdal (SNR), og påfølgjande dag den 18. desember skal styret i Helse Midt-Norge RHF (HMN) avgjere kva tomt det nye sjukehuset skal plasserast på. I tillegg til sjølve tomtevalet, skal ein også ta stilling til kva funksjonar og oppgåver som skal leggst til det nye sjukehuset, samt bruk av desentrale spesialisthelsetenester.

8.1 Bakgrunn

Helse Møre og Romsdal avgjorde i samband med handsaminga av utviklingsplanen i desember 2012, at ein skulle legge eitt felles akuttsjukehus for dei ca 110 000 innbyggjarane i dei 18 kommunane i Nordmøre og Romsdal til grunn for utviklinga av spesialisthelsetenesta. Sjukehuset skal plasserast på «Aksen mellom Hjelset og søre del av Frei» som utgjer «midtstykket» rundt 40 km av den 76 km lange vegstrekinga som er mellom bysentruma i dei to byane Kristiansund og Molde. Vedtaket definerte vidare at ein måte sjå nærare på desentraliserte spesialisthelsetenester i folketette områder og korleis løyse fagområdet psykisk helse. Styret slo også fast at ein måtte arbeide vidare med tanke på hurtigast mogeleg avklaring av tomtelokalisering, samt intensivere arbeidet med ei samla oppgåve og funksjonsdeling i føretaket. Helse Midt-Norge RHF følgde opp med å støtte saka og samstundes slå fast at det føreligg investeringsrammer for eit nytt akuttsjukehus i Nordmøre og Romsdal med byggjestart i 2018, gitt føresetnadane for langtidsbudsjettet i regionen.



Figur 12: «Aksen mellom Hjelset og søre del av Frei» - 4 lokaliseringane/6 tomter.

I seinare styresak i februar 2013, bestemte ein seg for å starte opp idéfasen for nytt sjukehus i Nordmøre og Romsdal (SNR) med utgangspunkt i strukturføringane i utviklingsplanen og at HMN hadde slått fast at under gjeldande føresetnader i økonomisk langtidsplan – finn ein grunnlag for ei slik investering med byggjestart i 2018.

I påfølgjande styresak inviterte HMR dei tre kommunane Gjemnes, Kristiansund og Molde til å vere med på ein kommunal delplanprosess for at kommunane skulle finne si respektive «finaletomt» som skal stillast disponibel for HMR for etableringa av den nye akuttjukehuset for Nordmøre og Romsdal. Møre og Romsdal fylkeskommune ved plan og analyseavdelinga hadde sagt seg viljug til å vere med på arbeidet, og Fylkesmannen og Statens vegvesen var også invitert inn i samband med relevante spørsmål. Helsebygg Midt-Norge skulle også vere med som prosessstøtte og prosjektleiing for HMR.

Proessen med kommunale delplanar i dei tre kommunane går svært godt. Ein har no totalt seks tomter under utgreiing. Molde kommune har tre tomter på «ei lokalisering», Mork, Oppdøl og Roaldset i Hjelsetområdet. Gjemnes har to tomter på to lokaliseringar, det er Astad ved Batnfjorden og Høgset i sørenden av Krifastbrua. Kristiansund har ei tomt som er Storbakken, på sørdelen av Frei. Gjemnes og Molde skal altså redusere til ei tomt kvar – og då har HMR tre aktuelle tomter å velje i. Endeleg kommunal sakshandsaming og politisk val av tomt skjer seinast i midten av oktober i år.

8.2 Kva vurderingar vert gjort?

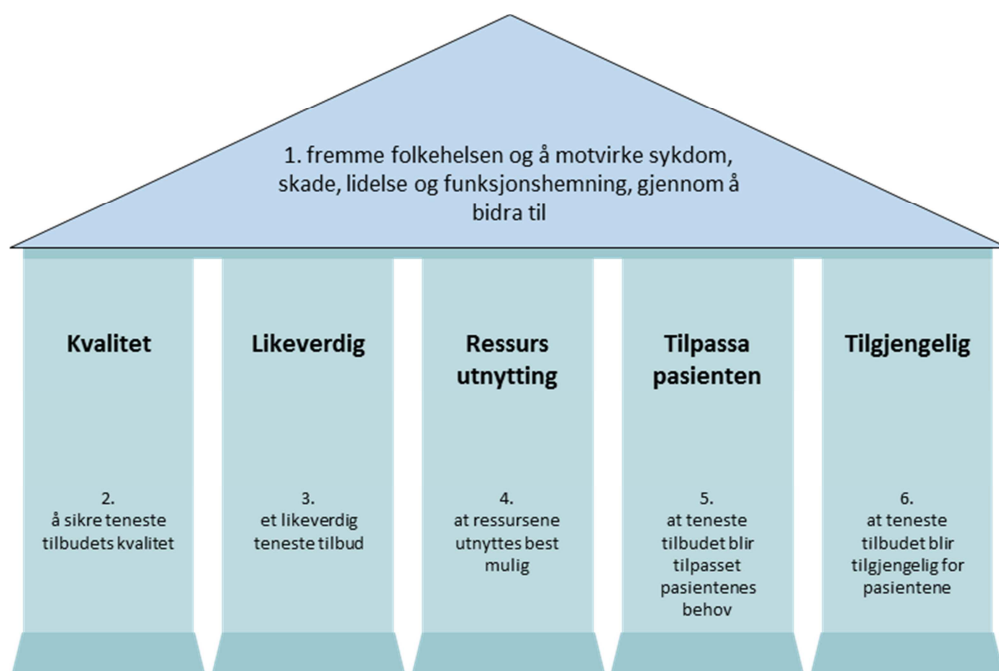
Kva vurderingar vert så gjort i samband med avgjerd om tomteval for Sjukehuset i Nordmøre og Romsdal (SNR). Det er mange forhold som spelar inn på dette spørsmålet. HMR har saman med Hospitalitet utarbeida ei hovudinndeling av kriteria som skal vurderast, som er:

- Måløppfylling for sjukehuset si kjerneverksemd
- Tomteeigenskapar

- Lokaliseringseigenskapar
- Måloppfyljing for bygg- og eigedomsutvikling
- Generalitet og fleksibilitet
- Alternativet si usikkerheit, mogelegheiter og truslar

Måloppfyljing for sjukehuset si kjerneverksemd

Styrande for eit kvart tiltak innanfor spesialisthelsetenesta er lov om spesialisthelsetjeneste. I § 1-1, Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven). Lovens formål er særlig å:



Figur 13: Spesialisthelsetenesta sitt føremål

I førearbeida til lova går det fram at:

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

Det er også desse samfunnsmåla som ligg til grunn for kvalitetssikringsarbeid som eksterne miljø skal gjere av avgjerdsgrunnlaget i den såkalla KSK (kvalitetssikring av konseptfasen), nedfelt i rammeavtalar som dei regionale helseføretaka har inngått med eksterne kvalitetssikrarar. Når ein då ser føre seg ein prosess knytt til etablering av eit nytt sjukehus for Nordmøre og Romsdal, så må ei kvar grunngjeving for val av tomt, vere sterkt fundert i denne føremålsforståinga. Både val av struktur og lokalisering av sjukehus skal optimalisere § 1-1 i lova, gitt dei rammevilkår som føreligg.

Dei regionale helseføretaka sitt ansvar er tydeleggjort i § 2-1 a;

«Det regionale helseforetaket skal sørge for at personer med fast bopel eller oppholdssted innen helseregionen tilbys spesialisthelsetjeneste i og utenfor institusjon, herunder

1. sykehustjenester,
2. medisinske laboratorietjenester og radiologiske tjenester,
3. akuttmedisinsk beredskap,
4. medisinsk nødmeldetjenester, luftambulansetjeneste og ambulansetjeneste med bil og eventuelt båt,
5. tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengighet herunder institusjonsplass som kan ta imot rusmiddelavhengige med hjemmel i helse- og omsorgstjenesteloven §§ 10-2 og 10-4,
6. transport til undersøkelse eller behandling i helse- og omsorgstjenesten og
7. transport av behandlingspersonell.»

For det enkelte sjukehus seier lov om spesialisthelsetjeneste følgende om oppgaver:

§ 3-8. Sykehusenes oppgaver

Sykehusene skal særlig ivareta følgende oppgaver:

1. pasientbehandling,
2. utdanning av helsepersonell,
3. forskning, og
4. opplæring av pasienter og pårørende.

Kjerneverksemda for eit sjukehus er ofte ein kombinasjon av det som står i §§ 2-1 og 3-8 over, med føremålsparagrafen som retningsgjevar. Desse føringane i lovverket står heilt sentralt i vurderinga av lokalisering.

I tillegg til dei overordna nasjonale føringane, har HMR ei rekkje andre nasjonale og regionale føringar som ein må vurdere måloppfyllinga av kjerneverksemd i lys av.

Her kan ein trekke fram sentrale element som:

- Nærleik til føde og akuttjenester.
- Akuttberedskap og prehospitale tenester.
- Sentralisere det ein må av omsyn til kvalitet og desentralisere det ein kan.
- Samhandlingsreforma.
- Rekruttering og robuste fagmiljø.
- Utnytting av medisinsk og teknologisk nyvinningar.

Brukarane er svært viktige å ta med, både i analytisk perspektiv og i dialog knytt til utvikling av tenestetilbod. Kva gjeld effekt for brukarane, pasientane i Nordmøre og Romsdal – så er det openbart at dette skal utgjere eit betre og meir framtidsretta spesialisthelsetenestetilbod enn 0 alternativet. Det er på det rene at i 2012 så sa eit samla fagmiljø i Helse Møre og Romsdal at ein ville gje eit samla sett best tilbod til pasientane gjennom å samle ressursar og kompetanse i eit sjukehus i Nordmøre og Romsdal og å styre det meste av pasientvolumet inn mot eitt sjukehus.

Resultatmåla for eit sjukehusprosjekt er å etablere og utvikle eit *relevant* og *levedyktig* prosjekt. Det skal også kunne vere *gjennomførbart* både på kort og lengre sikt – i heile prosjektet si levetid. Av

dette følger at å halde prosjektet opp mot helseføretaket sin økonomiske langtidsplan og økonomiske bereevne står heilt sentralt.

Lokalisering

Som nemnt innleiingsvis så har ein på den definerte aksen 6 tomter med fire ulike lokaliseringar. Dette kjem av at tomtene i Molde kommune ligg så nære kvarandre, at det kan oppfattast som ei lokalisering. Aksen mellom Hjelset og søre del av Frei var i 2012 definert mellom anna ut frå at dette var det området der innbyggjarane i Nordmøre og Romsdal hadde gjennomsnittleg kortast reiseveg til. Tanken var her at alle innbyggjarar er potensielle pasientar og ein derfor må legge dette til grunn i geografisk tilgjengebetragtning i forhold til føde og akutttilbod. Det er også viktig å merke seg at her har ein trekt ut all transport av tilsette, leveransar og anna transport. Det vart også gjennomført utrekningar av ambulansetransport i samband med tilgjengeanalysa. Begge desse analysane vil bli oppdatert i 2014.

I møte med Møre og Romsdal Fylkeskommune si samferdsleavdeling og Statens Vegvesen undersøkte ein status på ulike samferdsletiltak i fylket i 2012. Dette vil ein oppdatere informasjon omkring i forhold til status 2014. Det er mellom anna tre fjordkryssingar som inngår i satsinga i Nasjonal Transportplan og ein fergefri E 39, som gjev utslag i regularitet i transport og geografisk tilgjenge i Møre og Romsdal. Dette er Kryssinga av Storfjorden (Hafast/Fefast), kryssinga av Romsdalsfjorden (Møreaksen) og kryssinga av Halsafjorden (Halsafjordsambandet).

8.3 Tomt

Når HMR gjorde vedtak om å invitere dei tre kommunane på ein kommunal delplanprosess, valte ein samstundes ut åtte hovudkriterium er lagt til grunn for vurderingane. Nokre av desse er også knytt opp mot lokaliseringsvurderingane. Kriteria er:

1. Tomtens form og storleik
2. Tomtens tilgjenge
3. Tomtens miljømessige og tekniske kvalitetar
4. Eigiarforhold og alternativ bruk
5. Infrastruktur
6. Planstatus
7. Økonomi og tidsaspekt
8. Landskap

8.4 Måloppfylling for bygg- og eigedomsutvikling

Dersom ein seier at det nye sjukehuset som skal byggast stort sett skal vere likt uavhengig av plassering, vil det også her vere bruken av den øvrige bygningsmassa som gjev kvalitative forskjellar i bygningsmasse og i forhold til eigedomsutvikling. Tydelegast er nok dette mellom 0 alternativet og dei andre alternativa. 0 alternativet var utgreidd allereie tilbake i 2010, og ein såg det som lite hensiktsmessig å vidareutvikle bygningsmassa på Lundavang i Molde, som allereie då var sterkt slitt og funksjonelt lite hensiktsmessig.

I forhold til planlegginga av den nye bygningsmassen så ligg både nasjonale bygningskrav og dei krava som Helse Midt-Norge har vedteke, mellom annan innafor miljørådgjeving. Som sagt så vil dette vere likt for alle alternativa knytt til den nye eigedomsmassen, men vil variere noko i forhold til vidare bruk av den eksisterande.

8.5 Generalitet og fleksibilitet

Som sagt så vil sjukehuset som skal byggast i planleggingssamanheng ha det same areal og funksjonsinnhald, uavhengig av lokalisering. Det kan i konseptfasen medføre noko endra dimensjonering avhengig av plassering, men dette er ikkje problematisert eller utrekna so langt i prosessen. Dette medfører at for den nye bygningsmassen så vil vurderinga av generalitet og fleksibilitet vere den same. Men både med 0 alternativet som skal vere med, og igjennom at det kan bli aktuelt å nytte noko av den eksisterande bygningsmassa til polikliniske tenester utanfor ny sjukehuset, må ein vurdere dette arealet nærare i forhold til generalitet og fleksibilitet.

8.6 Alternativet si usikkerheit, mogelegheiter og truslar

Når ein har sett opp dei ulike alternativa må ein gjere ei samla vurdering på i kva grad desse representerer ulik grad av usikkerheit og kva mogelegheiter og truslar som er sannsynleg å identifisere. Erfaring viser at ofte er det størst risiko ved 0 alternativet. Det vart vedteke i 2012 at 0 alternativet ikkje er eit alternativ som ein vil gå vidare med, men det er krav i tidlegfaseveilederen om at det skal vere med.

Ein av årsakane til å køyre kommunal delplanprosess opp mot alternative tomter og følgjande KU etter plan og bygningslova, er å skaffe god oversikt over aktuelle tomter og identifisere risiko. Ein er derfor godt nøgd med at den kommunale delplanprosessen har gjort greie for både lokale og regionale utfordringar knytt til dei ulike tomtealternativa, og under dette også 0 alternativet.

Ei svært sentral vurdering i dette arbeidet vil vere å sjå på om ei kritisk vurdering av alternativa vil synleggjere kva av alternativa som medfører likestilt eller auka risiko.

8.7 Samla vurdering basert på heilskap

Helse Møre og Romsdal HF har ei stor utfordring i å levere ei avgjerdsprosess og eit grunnlag for avgjerd for tomtevalet og innhaldet i Sjukehuset i Nordmøre og Romsdal (SNR) som står seg både lokalt, regionalt og nasjonalt. Det har ikkje mangla på merksemd i forhold til tidlegare delar av dette arbeidet – ei merksemd som ikkje har gjort avgjerda enklare.

Det som er maktpåliggande for helseføretaket no, er i lys av dagens og morgondagens pasientbehov – å få teke ei avgjerd som står seg. Då vil ein kunne få ei nyorientering hjå både dagens fagpersonar og dei vi treng inn i framtida. Denne nyorienteringa vil vere grunnmuren i byggjinga av fagmiljøet som skal til for å realisere framtidas sjukehusvisjon for Nordmøre og Romsdal. Då kan HMR stå fast som garantisten for både akutte og elektive spesialisthelsetenester av høg kvalitet også i framtidsperspektivet mot 2030. Alternativet er ikkje til å tenkje på!

9 Heilskapleg drøfting

«Helse Møre og Romsdal forvaltar viktige samfunnsoppgåver og store ressursar på vegne av fellesskapet, noko som krev at føretaket vert drive profesjonelt og forsvarleg. Samfunnsansvaret handlar om å skjønne forventningane frå omgivnadene, og halde seg til desse på ein måte som skaper gjensidig tillit og respekt. Samfunnsoppdraget må løysast i samspel med andre og gjennom korleis ein påverkar menneske, miljø og samfunn ved aktivitetar og det ein avgjer. Ein har ansvar for korleis samfunnet totalt utviklar seg, og dette gjer at den fagleg sett beste måten å løyse samfunnsoppdraget vårt på vert meir robust om ein også vurderer kva påverknad det vi avgjer har for

samfunnet rundt oss. Det er viktig at ein evnar å sjå oppgåvene i samanheng med andre samfunnssektorar.

Dette er viktige element i vidare arbeid med utviklinga av Helse Møre og Romsdal, og særskilt med tanke på komande nytt felles sjukehus i Nordmøre og Romsdal som ledd i den totale utviklingsplanen for føretaket.»

Utviklinga av helsetenesta i landet vårt er ein del av ei global utvikling, der pasientbehandlinga i aukande grad er basert på høgteknologiske løysingar og bruk av høgspesialisert fagkompetanse gjerne samansett i tverrfaglege behandlingsteam. Dette driv ei kraftfull sentralisering av den avanserte sjukehusbehandlinga – særskilt synleg er den innanfor akuttmedisin, kirurgi og delar av kreftbehandlinga. Målingar og forskning viser ein klar tendens til at dei beste behandlingresultata vert skapt av fagmiljø med høgt pasientvolum – øving gjer meister. Som døme er dødelegheit ved hjartefarkt redusert med 40 % mellom anna som følgje av at eigne hjartesenter med PCI (perkutan coronar intervensjon) vart oppretta. Sjølv om pasientane frå Møre og Romsdal no får lengre reiseveg og blir behandla i Trondheim, har overlevinga for infarktpasientar auka m.a. som følgje av denne etableringa av PCI ved St.Olav. Kvalitet i behandlingstilbodet er dokumentert viktigare enn avstand. Dette er også brukarutvalet i HMR opptekne av å presisere. «Vi ønskjer kvalitet framfor nærleik».

Samstundes veit vi at dei pasientane som kan gjere val gjennom fritt sjukehusval, pasientar til planlagde innleggingar, nyttegjer seg desse rettane meir og meir. Vi må i større grad dokumentere behandlingresultat for å vise «kor gode vi er». Dette tyder at dersom vi ikkje klarer å henge med i utviklinga av helsetenesta, m.a. ved å kunne gjere naudsynte investeringar i ny metodikk, vil pasientane velje andre helseføretak/sjukehus. Krav til sjukehustenestene kjem tydeleg fram i *Lov om Spesialisthelsetjenesten*. Her står det at tenestene vi skal gi skal vere:

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

For å oppnå desse måla må vi følgje med i den faglege utviklinga og arbeide systematisk med kvalitetsforbetring, både gjennom standardisering, god avvikshandtering og interne revisjonar. Ein må ha fokus på å redusere variasjonane i kvalitet både innanfor det einskilde sjukehuset og mellom dei ulike sjukehusa, og ein må sørgje for at ein leverer tenester av like god kvalitet gjennom heile døgnet. Respekt, tryggleik og kvalitet er kjerneverdiane våre og skal visast att i all pasientkontakt og mellom medarbeidarane våre.

Utan at helseføretaket utviklar seg fagleg på lik linje med andre helseføretak, vil vi ikkje innfri i høve dei kvalitetskrava som blir stilt gjennom styringsdokument og føretaksprotokollar. Sørgjer vi ikkje for at pasientsikkerheit og kvalitet blir følgt opp, kan vi heller ikkje levere helsetenester som innbyggjarane etterspør. Dette krev at føretaket gjer omstillingar i takt med dei faglege krava som blir stilt, noko som krev økonomisk berekraft. Stabil og føreseieleg drift er viktig for både tilsette, brukarar og samarbeidspartnarar. Vi må leggje tilhøva til rette for ei god og moderne pasientbehandling i tillegg til å skape handlingsrom til nye investeringar. God økonomistyring og

økonomioppfølging vil vere ein føresetnad for å nå dei fastsette måla, og må vere ei prioritert oppgåve.

Rapporten Helse Møre og Romsdal HF no sender ut på høyring er å sjå på som eit ledd i det som skal verte ein fullstendig idéfaserapport etter modell frå tidlegfasevegleiaren (Helsedirektoratet, 2011).

Då tidlegare Helse Sunnmøre og Helse Nordmøre og Romsdal vart fusjonerte til Helse Møre og Romsdal i 2011, vart det frå departementet stilt krav om å utarbeide ein «samla plan» for spesialisthelsetenestene i fylket, som skulle vise ei framtidig retning for det nye helseføretaket både for fagleg utvikling og for investeringar. Samla plan, kalla Utviklingsplan for Helse Møre og Romsdal HF- 2030, vart vedtatt av både det lokale og regionale styret i desember i 2012. I dette vedtaket låg avgjerda om å erstatte dagens to sjukehus i Molde og Kristiansund med eitt felles sjukehus på aksen mellom Hjelset og søre del av Frei. Grunnlaget for denne avgjerda ligg i at ein gjennom utviklingsplanen har ein vist at dagens bygningsmasse er dårleg eigna for sjukehusdrift i framtida, i tillegg til at framskrivingar viser at Helse Møre og Romsdal ikkje disponerer areal i dag som kan handtere forventa vekst i bruk av spesialisthelsetenester. Dagens drift av spesialisthelsetenestene i føretaket er heller ikkje berekraftig for framtida, verken når det gjeld økonomi eller fag.

I 2013 kom vedtaket om oppstart av idéfasen, som første ledd i tidlegfaseplanlegginga med det nye sjukehuset i nordfylket som prioritert prosjekt. Behova skisserte i utviklingsplanen kan ein ikkje kome i møte utan at ein ser på struktur, og då for heile føretaket. Idéfasen skal svare ut behovet for Nordmøre og Romsdal særskilt, men samstundes skal Sunnmøre inkludert mtp. funksjonsdeling og økonomisk bereevne. Utviklingsplanen for Helse Møre og Romsdal viste gjennom ulike utgreiingar behov for vesentleg auka kapasitet på spesialisthelsetenestene i fylket fram mot 2030. Dette skriv seg frå auke i befolkninga i tillegg til ein realvekst grunna sjukdomsutvikling og medisinsk fagleg utvikling. Veksten vil krevje areal som ikkje finst i dagens sjukehus. Måten føretaket driv verksemda i dag er ikkje berekraftig for framtida verken økonomisk eller fagleg, aktiviteten er større enn budsjettet tillét, og ein får ikkje sett av dei midlane ein har behov for til investering og utvikling for å oppretthalde eit kvalitativt godt og moderne tilbod.

Nasjonale og regionale føringar stakar ut ei ønska retning for utviklinga av spesialisthelsetenesta, og viser til ulike strategiske grep for å kunne handtere dei utfordringane ein kjem til å møte framover. Desse overordna strategiane vil sjølvstendig også påverke planlegginga av nytt sjukehus i Nordmøre og Romsdal, og korleis ein løysar oppgåvene i føretaket generelt. Helse Midt-Norge sin Strategi 2020 er ei av føringane som er med på å vise vegen inn i framtida. Eit av hovudmåla i denne er økonomisk berekraft. Kapital som går med til drift må reduserast for å kunne halde vedlike og vidareutvikle bygg og anlegg, men også for å ta i bruk ny teknologi og metodar.

Idéfasen byggjer på utviklingsplanen og skal skissere alternative løysingar for dei behova planen skildrar for framtida. Med forankring i politiske signal og overordna strategiar for regionen og føretaket, der hovudpunkta i Strategi 2020 m.a. er å

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

-vil ein vanskeleg kome utanom spørsmålet om struktur og fordeling av tenestene i føretaket. Målsetjingar av denne arten vil i mange tilfelle kunne tyde endringar og omstillingar som direkte påverkar drifta i sjukehusa. Dette er naudsynt både for å tilpasse seg utviklinga og skaffe seg naudsynt handlingsrom for å kunne levere kvalitativt gode og likeverdige spesialisthelsetenester. Vi løyser ikkje morgondagens problem med dagens tankegang, og om ein skal klare å realisere eit prosjekt av denne storleiken må ein evne å tenkje nytt og framtidsretta. Omstrukturering og redefinering av funksjonsinnhald i sjukehusa kan verte møtt med reaksjonar kring at ein går bort frå prinsippet om likeverd. Men kva er likeverd? Om ein nyttar ressursane sine ein stad, kan ein ikkje nytte dei ein annan, så kven og kva skal ein prioritere? Ein må gjere eit val, og for nokre kan vala kanskje oppfattast som eit brót på likeverdsprinsippet. Likevel er det naudsynt å velje for å sikre berekraft for framtida, både økonomisk og kvalitetsmessig, og sikre at ein utnyttar ressursane på best mogleg måte, jfr. spesialisthelsetenestelova . Eit val på dette nivået vil alltid røre ved noko eller nokon, og det er viktig å ha tilstrekkeleg med fakta og informasjon til å kunne forsvare dei vala som vert gjorde.

Nokre val er gjorde *for* helseføretaket på overordna nivå, m.a. gjennom føretaksmøtet der det er avgjort at Ålesund sjukehus skal vere det største og mest differensierte i Møre og Romsdal. Dvs. at: *«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 stader i regionen, skal dette som hovudregel utførast ved St. Olavs hospital HF og Ålesund sjukehus»*. Dette er også seinare stadfesta i Kreftplanen og Traumeplanen.

Det er altså ikkje slik at alle skal eller kan gjere alt. Sjukehusa har nokre basisfunksjonar som i større eller mindre grad finst dei ulike stadene. Utover dette skal tilbodet regulerast/utformast gjennom overordna strategiar og planverk tilpassa framtidsbiletet for spesialisthelsetenesta. I praksis tyder dette at

- Færre sjukehus må utføre dei same funksjonane i regionen, dette vil gjelde alle funksjonsområde.
- Reduksjon av tenestetilbod i ubekvem arbeidstid.
- Styrke dag- og poliklinisk tilbod i staden for døgntilbod.
- Etablere 5-døgnspostar.
- Redusere talet på vaktordningar

For det konkrete prosjektet nytt sjukehus i Nordmøre og Romsdal tyder dette at dei vaktberande kliniske funksjonane som skal finnast døgnvakt er:

- Indremedisin
- Kirurgi
- Ortopedi
- Anestesiologi
- Fødselsmedisin og kvinnesjukdommar
- Psykisk helse
- Rus- og avhengigheitsmedisin
- Laboratoriemedisin
- Bilettdiagnostikk
- Medisinske servicefunksjonar

Det skal også vere tilbod om:

- Øyre/nase/hals
- Auge
- Tann/kjeve
- Kreft
- Barn
- Nevrologi
- Hud, revmatologi, fysikalsk medisin og rehabilitering
- M.m.

-men her er ein nøydd til å greie ut nærare kring omsorgsnivå, opningstider og vaktordningar og høvet til desentrale poliklinikkar/dagbehandling, og kanskje også mogelegheiter for å engasjere avtalespesialistar etc. Dette er naudsynt å sjå nærare på gitt dei overordna føringane og strategiane Helse Møre og Romsdal må rette seg etter, i tillegg til den utfordrande økonomiske situasjonen helseføretaket står i pr. i dag og berekrafta for framtida også med tanke på kvaliteten i tenestene. Sjølv om spørsmålet naturleg kjem opp knytt til det konkrete prosjektet, må ein gjere desse vurderingane for heile Helse Møre og Romsdal, dvs. at også funksjonsdeling mellom sjukehusa på Sunnmøre må drøftast, og strukturen på tenestene i heile føretaket samla må vurderast etter dei overordna strategiske målsetjingane i perspektivet både for samfunn, region og fylke.

Helse Møre og Romsdal har store faglege ambisjonar for SNR og tek sikte på å etablere ei forskingseining i samarbeid med NTNU ved sjukehuset slik det i dag er ved Sjukehuset Levanger.

Arbeidet med utviklingsplanen og vidare vedtak om å setje i gang tidlegfase for SNR har vore ein lang prosess som rører ved tema av stor samfunnsmessig interesse. Etter styrevedtak i Helse Møre og Romsdal i desember i 2012, gav styret i Helse Midt-Noreg si tilslutning til utviklingsplanen, og gjorde det samstundes klart at det i vidare planlegging og dimensjonering av det nye sjukehuset skal takast omsyn til at drifts- og kapitalkostander skal dekkjast av eige føretak innanfor det til ei kvar tid gjeldande finansieringsregime og i samsvar med andre store byggjeprojekt i regionen. Frå styresaka er det vist til statleg låneordning til investeringsføremål for regionale helseføretak. Låneramma er rett nok auka til 70% etter dette, men resterande likviditet til finansiering må regionen sjølv skaffe gjennom driftsresultat og eventuelle sal av eigedom. Drifts- og kapitalkostnader knytte til samla bygningsmasse er helseføretaket sitt eige ansvar, og dette må ein ta omsyn til i vidare planlegging av SNR. Basert på føresetnader i langtidsbudsjettet 2013-2018, vil det vere mogeleg for føretaksgruppa å generere eit handlingsrom som tilseier at HMR kan planlegge byggjestart i 2018 under føresetnad av *«foretaksgruppens evne til varige driftsforbedringer»*. I styresaka til Helse-Midt Norge frå mars 2014 om langtidsplan/-budsjett 2015-2020, vert behovet for vidare omstilling av verksemda i føretaksgruppa presisert og definert som kritisk for å få gjennomført regionen sine planlagde fellesprosjekt. I løpet av langtidsperioden nyttar ein oppspart kapital, og viss ein ikkje klarer å gjennomføre tiltenkt omstilling, vil ein ikkje ha nok midlar til det føreståande. Ein føreset at omstillinga har ein varig effekt og ikkje er knytt til variable hendingar det enkelte år, noko som er ein sterk føresetnad og sjølve grunnlaget for å kunne gjennomføre alle prioriterte investerings- og utviklingsprosjekt.

I samband med leveransen av idéfasearbeidet i desember skal det i tillegg til det faglege innhaldet leverast ei vurdering av helseføretaket si økonomiske bereevne på kort og lang sikt. Ein skal då også tydeleggjere korleis føretaket skal klare å løfte prosjektet i kombinasjon med ordinær drift og utvikling, då både fagleg verksemd i tillegg til utstyr og bygg. Som del av tidlegfasen skal ein også seie

noko om innhaldet i det nye sjukehuset i nordfylket, som også lyt sjåast i samanheng med funksjonane i heile føretaket og arbeids-/funksjonsdeling mot regionen elles.

Samfunns målet i denne fasen av prosjektet er å legge grunnlag for riktig vegval i løysing av nybygget for å oppnå den langsiktige samfunnsmessige målsetjinga. Prosjektet skal basere løysningar på dei føringane som kjem fram som følgje av Helse Midt-Norge si utvikling av helsetenester sett i eit langsiktig perspektiv. Dei totale løysingane skal sikre at dimensjonering, driftskonsept i tillegg til oppgåve- og funksjonsdeling vert tatt vare på, og at ressursane vert utnytta på ein best mogeleg måte i dette framtidige helseperspektivet, for å sikre innbyggjarane i ansvarsområdet vårt eit helsemessig godt og samfunnsøkonomisk effektivt sjukehusstilbod.

Effektmål ser ein i føretaksperspektivet, og desse skal skildre effektar og mogelege gevinstar ein ynskjer å oppnå ved å gjennomføre prosjektet. Dette kan t.d. vere den konkrete verknaden/nytta tiltaket skal føre til for brukarane. Prosjektet skal yte til at ein klarer å oppfylle strategiske og operasjonelle mål for verksemda. Effektmåla vert først realiserte når ny bygningsmasse er tatt i bruk.

Det nye sjukehuset i Nordmøre og Romsdal gir ei unik mogelegheit til å utvikle eit framtidsretta og moderne sjukehusstilbod for pasientar, tilsette, føretak og kommunar. Effektmåla er knytte til at ein i det nye sjukehuset og i føretaket som heilskap i perspektivet mot 2030 og vidare, skal kunne levere spesialisthelsetenester er tilpassa utviklinga i tid, både med tanke på fag/teknologi, effektivitet og kvalitet.

Resultatmål skildrar dei konkrete mål/resultat ein skal oppnå i løpet av prosjektet, dvs. leveransar med eit gitt kostnadsmål og tidsmål.

Resultatmålet for idéfasen er at ein får laga ein "idéfaserapport" som inkluderer lokal og regional konsekvensutgreiing, og som saman gir styra i Helse Møre og Romsdal og Helse Midt-Norge tilstrekkeleg grunnlag for å ta stilling til lokalisasjon og igangsetting av konseptfase.

Utvikling av helseføretaket med bygging av det nye sjukehuset i Nordmøre og Romsdal som prioritert prosjekt, gir tilsette og pasientar ei stor mogelegheit til å utforme eit godt tilbod med moderne bygningsmasse og utstyr. Ein har høve til å leggje til rette for optimale arbeidsprosessar og effektiv drift, og gjere dette til noko som er attraktivt for brukarane og oppfyller samfunnsansvaret. Fagleg kvalitet er ein av dei viktigaste faktorane i dette, og det er viktig allereie no å fokusere på å vidareutvikle og byggje opp under det som allereie finst ved sjukehusa i Molde og Kristiansund. Gode samarbeidsrelasjonar og evne til å sjå heilskapen er viktige element for vidare arbeid. Resultatet i dette arbeidet er heilt avhengig av at ein løftar i flokk og har vilje til å skape noko saman, tenkje utanfor det som i dag er situasjonen og vere framtidsretta. Kva er så eit godt sjukehus? Korleis skaper vi berekraft både fagleg og økonomisk? Korleis løyser vi denne oppgåva innanfor dei ulike rammeverka og den faktiske situasjonen som er skildra i denne rapporten? Om ein ikkje klarer å balansere ut dette, kan ein ende opp med ein situasjon som vi har i dag, og det er langt frå det genuine ønsket helseføretaket har om å byggje eit fagleg godt og robust sjukehus i Nordmøre og Romsdal.

10 Vidare prosess

Arbeidet med etablering og realisering av Utviklingsplan, og gjennomføring av store sjukehusprosjekt som SNR er krevjande prosessar for eit helseføretak. Det er mange eksterne og interne interessentar, og mange prosesstrinn og element som skal gjennomførast på skikkeleg vis.

Framover hausten 2014 vil helseføretaket ta imot og handsame dei mange tilbakemeldingar som kjem på rapportane som er sendt ut på høyring. Ein vil i tillegg samanstillе kommunal og regional KU basert på kommunane Molde, Gjemnes og Kristiansund sine tilbakemeldingar om sine respektive prioriterte tomt, samt dei øvrige tilbakemeldingane på regional KU. Saman med dei faglege, dimensjonerande og økonomiske vurderingane som helseføretaket skal gjere, inngår dette i den endelege idéfaserapporten.

Idéfaserapporten skal underleggast såkalla ekstern kvalitetssikring (KSK). Det er Holthe Consulting som er engasjert til å gjennomføre dette arbeidet. Holthe Consulting er eitt av fire ekspertmiljø som har rammeavtale med dei regionale helseføretaka i forhold til å gjennomføre ekstern kvalitetssikring av utviklingsarbeid og sjukehusplanar. Holthe Consulting skal levere ein sjølvstendig og uavhengig rapport som gjer ei vurdering og kvalifisering av det avgjerdsgrunnlaget Helse Møre og Romsdal HF skal legge til grunn for si avgjerd. Idéfaserapporten og KSK rapporten skal følgje saka til styrehandsaminga.

Basert på arbeida med kommunal og regional KU, og helseføretaket idéfasearbeid, vil avgjerda slik idéfasa er innretta i Helse Møre og Romsdal HF ende opp i ein konklusjon om:

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

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

I vedtaket som er skissert over skal helseføretaket også avgjerde oppstart av konseptfasa, som er neste steg i tidlegfaseplanlegginga av nysjukehuset. Innhaldet i konseptfasen skal tydeleggjerast i idéfasereporten, så dette vert presentert først i den endelege rapporten, men frå tidlegfaseveilederen står følgjande overordna tekst:

«Konseptfasen bygger på utviklingsplanen og idéfaserapporten.

I konseptfasen skal forslagene til alternative løsninger fra idéfasen utredes i detalj.

Utredningene skal være tilstrekkelig detaljerte og omfattende til å kunne gi grunnlag for å velge ett alternativ og dokumentere konsekvenser av det valget som gjøres.

Utreddningene skal være likeverdige for alle alternativene, de skal vise om alternativene kan innpasses i investeringsrammene og hvilken effekt gjennomføringen har på helseforetakets økonomisk bæreevne.

Alternativene skal analyseres og vurderes i forhold til de oppsatte målene og et definert sett av kriterier. Det beste alternativet anbefales som grunnlag for gjennomføring av et investeringsprosjekt.

På grunnlag av utredningen av alternativene (konseptrapporten) skal det gjennomføres ekstern kvalitetssikring (KSK).»

Det er viktig å merke seg at i siste setning i sitatet over står det at det skal gjennomførast ein KSK. Når dette er gjort i idefasen slik det er i Helse Møre og Romsdal, vert denne KSK mindre omfattande i konseptfasen.

REFERANSAR

Ambulanse Midt-Norge. (2014). [Notat](#)

Hareid fastlandssamband. (2012). [Styrets årsberetning](#).

Helsedirektoratet. (2011). IS-1369 ["Tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter"](#)..

Helse Midt-Norge. (2010). [Strategi 2020](#).

Helse Vest. (2013). Utviklingsprosjektet ved Nordfjord sjukehus.

Regjeringen. (2013). [Politisk plattform](#).