

**Høringssvar fra Norsk Sykepleierforbund ved Molde sjukehus Lundavang,
Hjelset og Knausen til
Konsekvensutredning, Sjukehuset Nordmøre og Romsdal
Del2. Regionale konsekvenser**

Presisering:

Dette høringssvaret er fra tillitsvalgte i Norsk Sykepleierforbund ved Molde Sjukehus, Hjelset og Molde DPS Knausen (videre benevnt som NSF).

Bakgrunn:

Helse Møre og Romsdal HF har besluttet at nytt felles akuttssykehus skal ligge på aksene mellom Hjelset i Molde og søre Frei i Kristiansund.

Helse Møre og Romsdal HF er tiltakshaver for realisering av nytt akuttssykehus som skal erstatte lokalsykehusene i Molde og Kristiansund. Tidsplanen legger opp til byggestart i 2018 og ferdigstilling i 2021.

Konsekvensutredningens del 2 har belyst fem regionale, kommuneovergripende hovedtema. Disse har vært:

- Regional utvikling
- Helsefaglig rekruttering og fagmiljø
- Trafikk og tilgjengelighet
- Klimagassregnskap
- Risiko og sårbarhet

NSF vil gi sine kommentarer og innspill punktvis om disse tema. Videre legges til et sjette punkt med kommentarer knyttet til elementer som ikke omtales i rapporten, men som NSF mener burde vært belyst. Avslutningsvis oppsummeres dette med NSF sin konklusjon og anbefaling.

1. Regional utvikling:

Det er i dag vesentlige forskjeller i størrelse på dagens to sykehus. Molde Sjukehus har ca.1350 ansatte og Kristiansund Sykehus har ca.750 ansatte.

For NSF sine medlemmer i sykehusene i Møre og Romsdal vil det si ca.550 medlemmer bynært Molde, og i ca. 300 bynært Kristiansund. Ved en etablering av et sykehus på Astad eller Høgset sier konsekvensutredningen at mesteparten av de ansatte vil pendle til sykehuset fra byene.

NSF viser for øvrig til rapport fra Oslo Economics 2012 (s.107):

«Alternativ 3a og 3b (gitt geografisk plassering midt mellom byene) kommer dårligst ut på de prissatte effektene, og de vurderes som mindre heldige med tanke på langsiktig rekruttering og steds- og byutvikling.»

Rapporten fra Oslo Economics taler for et sykehus plassert bynært enten Molde eller Kristiansund, og utelukker på mange måter alternativet i Gjemnes. Molde har om lag 17 000 arbeidsplasser per i dag, mens Kristiansund har 12 000. Molde kan derfor ha noe bedre rekrutteringsevne i forhold til partner/familie. Den totale sammensetningen av arbeidsplasser

og muligheter i et område som allerede har god tilflytning av høy kompetanse vil påvirke den regionale utviklingen

2. Helsefaglig rekruttering og fagmiljø

Dette punktet er av stor betydning og NSF vil derfor belyse temaet «Helsefaglig rekruttering og fagmiljø» grundig. Det er i dag vesentlige forskjeller i utdanningsmønsteret mellom Molde og Kristiansund. I konsekvensutredningens del 2 vises det til at utdanningsnivået for de to byene er rimelig likt.

Konsekvensutredning ett akuttstjukehus i Nordmøre og Romsdal skrevet av Tarald Rohde 2014-06-19 vises det til tabell 3 side 10 hvor en redegjør for høyeste utdanningsnivå med videregående eller høyere.

NSF finner det unaturlig at en har tatt utgangspunkt i utdanningsnivå innenfor videregående skoler. Sykehus er regnet som høykompetansesarbeidsplasser og utgangspunktet bør derfor være høgskole- og universitetsutdanninger.

I 2012 var det 23,7 % av befolkningen i Møre og Romsdal med høyere utdanning. Videre vises det til Molde Kommune der 32,9 % har høyere utdanning, mens det for Kristiansund var 23,3 %. Molde ligger derfor godt over snittet, mens Kristiansund ligger under snittet for fylket for øvrig (<http://mrfylke.no/Tenesteomraade/Plan-og-analyse/Statistikk-og-analyser/Fylkesstatistikk>). Dette illustrer at byene har forskjellig profil i sin næringsaktivitet. Ved etablering av en familie betyr jobbmulighet for ektefelle/samboer mye. Dette er ikke vesentlig hensyntatt i pkt. 3.3.4.

I forbindelse med Utviklingsplanarbeidet i 2012 fikk Helse Møre og Romsdal HF utarbeidet en medisinskfaglig ROS-vurdering. I tabell 3-1 Oversikt over antall legespesialister og LIS på Molde og Kristiansund Sjukehus ser en de faktiske størrelsesforskjellene mellom de to sykehusene. Tabellen viser at Molde Sjukehus har 87,5 legespesialister og 60 LIS-leger, mens tilsvarende tall for Kristiansund er 36,83 spesialister og 21 LIS-leger. Det vil si at 71 % av legestillingene er i Molde, mens 29 % er lokalisert til Kristiansund.

På side 16 i den samme vurderingen kan en lese følgende beskrivelse av de to fagmiljøene:

Fagmiljøet ved Kristiansund sjukehus

”Kristiansund sjukehus har eit robust fagmiljø innan ortopedi. Medisinsk avdeling i Kristiansund har eit tilfredsstillande tal legar for felles vaktordning, men har kritisk kapasitet innan fleire greinspesialitetar.

Det generelle bildet av Kristiansund sjukehus er at fleire sentrale spesialistfunksjonar er kritisk lågt bemanna, særleg i eit framtidsperspektiv, til dømes innan blautdelskirurgi, fødselshjelp og kvinnesjukdommar. Anestesibemanning er på eit minimumsnivå. Utfordringane i Kristiansund skuldast både strukturen med små einingar ut frå historisk funksjonsfordeling, rekrutteringsvanskar, og eventuelt ein kombinasjon av desse faktorane.”

Fagmiljøet ved Molde sjukehus

”Molde sjukehus har robuste fagmiljø innan vaksenpsykiatri, anestesi, radiologi, nevrologi og ØNH. Medisinsk avdeling i Molde har eit tilfredsstillande tal legar for felles vaktordning, men har kritisk kapasitet innan fleire greinspesialitetar. Dei fleste fagmiljøa ved Molde sjukehus er rimeleg robuste, men nokre fagmiljø har også kritisk låg legebemannning. Det miljøet som må vurderast til å vere mest sårbart i eit framtidsperspektiv, er gynekologbemanninga. Av spesialistfunksjonar retta mot planlagt aktivitet, er fleire sparsamt bemanna, t.d. med onespesialistar. Dette er sårbart for desse funksjonane”

Det er verdt å merke seg at Molde sjukehus innehar det bredeste akuttmedisinske miljø innenfor anestesi, radiologi, generell kirurgi, medisinsk biokjemi, medisinsk mikrobiologi, øyesykdommer, øre-nese- halssykdommer, nevrologi. I tillegg har Molde flest spesialister innenfor fødselshjelp og kvinnesykdommer.

Molde Sjukehus er akuttstusjukehus med traumefunksjon og ved en vurdering av de tilbud innenfor somatikken som tenkes å ha vakt 24/7/365 har disse den faglige tyngden lokalisert til Molde.

Innenfor psykiatri er tyngdepunktet også lokalisert til Molde. Her viser oversikten at Molde har 19 overleger og 12 LIS-leger, i motsetning til Kristiansund som har 4 overleger og 2 LIS-leger. Døgntilbudet innenfor sykehuspsykiatri som omfatter alderspsykiatri, rehabilitering og akuttpsykiatri for Nordmøre og Romsdal er lokalisert på Hjelset, altså nært Molde. Samt at det er samlokalisert utredningsseksjon med somatisk drift ved Lundavang.

Under pkt. 3.3.5 i konsekvensutredningens del 2 oppsummeres: *«Det er ikke store forskjeller mellom de ulike lokaliseringsalternativene som kan påvirke rekrutteringsmulighetene»*

NSF er ikke enig i denne konklusjonen. Fagtilbudene ved de to sykehusene viser store forskjeller. Molde Sjukehus har i følge Iplos som gjennomførte en spørreundersøkelse for Helse Møre og Romsdal HF i august 2012 ca. 1360 ansatte. Tilsvarende tall for Kristiansund Sjukehus ca. 750 ansatte. Dette viser størrelsesforskjellene.

Gjentatte ganger har det vært presisert at en må lykkes i å få med begge fagmiljøene i etablering av felles sykehus. NSF mener at den største risikoen for tap av kompetanse vil være ved å forsøke å flytte det største og bredeste fagmiljøet lengst mulig. Det er også verdt å merke seg oppsummeringen i rapporten fra Sintef i 2012 når en vurderer fagmiljøene ved de to sykehusene.

«Dette ser ein også på at tal spesialistar og legar i spesialisering totalt sett er vesentleg høgare i Molde.»

Viser også til rapporten fra Oslo Economics (s. 107)

«Det synes som det vil være mer utfordrende å rekruttere fagkompetanse til et sykehus som ligger midt mellom byene enn et sykehus som ligger bynært, særlig siden det er typiske kvinneyrker det primært vil være knapphet på i 2030. Kvinner med høy utdannelse, som jobber deltid og har barn, er generelt sett pendlingsaverse. Et nytt

sykehus vil med fordel være plassert slik at det går an å bo bynært, uten å måtte pendle langt til jobb.»

Når det gjelder alternativ plassering i Gjemnes vil samtlige ansatte bli tvunget til lengre reise til arbeidsstedet enn i dag. Analyser gjort av prosjektorganisasjonen for Utviklingsplanen viser at det ved dagens to sykehus er over 1000 ansatte som bruker mindre enn 10 minutt i bil til sitt arbeidssted. Av disse har over 600 ansatte mindre enn 5 minutter med bil til sitt arbeidssted. Dette bekrefter at bosetting i forhold til arbeidsplass i stor grad har vært vektlagt.

En samling av alle funksjoner og etablering av nytt sykehus midt mellom byene vil medføre at ansatte får en gjennomsnittlig reiseveg på 37,7 kilometer. Dette er en firedobling av dagens situasjon.

En slik økning i reiseavstand er ikke bare en belastning for miljøet, men gir også andre utfordringer.

NSF representerer den største faggruppen som arbeider turnus. NSF vil spesielt peke på utfordringen i forhold til strekkelig hvile mellom aften- og tidligvakter for våre medlemmer, samt risiko knyttet til lang reisevei etter nattevakt. Svært mange av NSF sine medlemmer går i tredelt turnus, en arbeidstidsordning som sykehuset er avhengig av for å sikre døgnkontinuerlig drift. For å opprettholde forsvarlig drift har NSF sine medlemmer allerede i dag dispensasjon fra Arbeidsmiljølovens (AML) § 10-8, punkt 1 "*Arbeidstaker skal ha minst 11 timer sammenhengende arbeidsfri i løpet av 24 timer*". Slik sykehuset er organisert i dag er hviletiden mellom kvelds- og dagvakt på 8 til 9 timer. AML er en vernelov og skal sikre at eksempelvis arbeidstidsordninger "*skal være slik at arbeidstakerne ikke utsettes for uheldige fysiske eller psykiske belastninger, og slik at det er mulig å ivareta sikkerhetshensyn*" (AML § 10-2, punkt 1).

NSF mener at forlenget reisetid for svært mange av våre medlemmer kan gi store utfordringer. Forlenget reisevei gir kortere hviletid mellom vakter. For lite hvile kan påvirke evnen til å ta beslutninger, gjøre riktige prioriteringer og utøve viktige handlinger. I en tid med stadig høyere krav til kompetanse, økt fokus på pasientsikkerhet, faglig forsvarlighet og krav til system som minsker risiko for avvik, er det med forundring NSF ser at det lanseres alternativer som øker en slik risiko.

NSF ser også at forlenget reisevei for våre medlemmer som jobber på natten er en stor ekstrabelastning. Reiseavstand kan være en utslagsgivende faktor i kampen om kvalifiserte sykepleiere som bemanner sengeposter og spesialavdelinger gjennom hele døgnet. Forskning på sammenhengen mellom nattevakter og alvorlig sykdomsutvikling har gitt nedslående resultater. Likevel sikrer våre medlemmer som går nattevakter at kompetansen er tilgjengelig på aktive vakter og at den faglige forsvarligheten ivaretas gjennom hele døgnet. NSF frykter konsekvensen av forlenget reisevei. Etter aktiv vakt på 10 timer fremstår 40 minutter reisevei ikke rekrutterende.

NSF mener at et felles sykehus mellom byene tar lite hensyn til velferd. Mange av NSF sine medlemmer vil få utfordringer med levering og henting av barn i barnehage og skole/SFO. NSF mener at en eventuell etablering av et nytt sykehus der reisetiden øker for et flertall av dagens ansatte er en svært dårlig løsning. Yngre ansatte som skal bemanne det fremtidige sykehuset peker på at reiseavstand til arbeidssted er en utløsende faktor for valg av arbeidssted. Ved etablering av arbeidsplass som medfører reiseavstander opp mot 40 minutter

mister helseforetaket ett av sine beste argument i rekrutteringen av svært nødvendig fagkompetanse.

I Transportøkonomisk Institutt (TØI) sin rapport omkring potensial for regionsforstørring kan en lese følgende:

”Regionsforstørring som begrep brukes nærmest utelukkende i Norden (Foss m.fl 2006). Selv om det er omfattende internasjonal litteratur på pendling og arbeidsmarkedenes funksjon, er fokus her på å redusere pendling, ikke minst med tanke på miljøbelastningen ved økt trafikk. Internasjonale studier av jobbmatching fokuserer heller ikke på pendling, men på å flytte arbeidskraften til områder som har et bedre tilbud av arbeid”

Dette kan også påvirke privatøkonomien. Dagens bosettingsmønster opp mot en etablering av et sykehus plassert mellom byene medfører at ansatte må regne med en økning av reisekostnader i forbindelse med jobb. NSF tror yrkesgruppen vil oppleve økt pendling som en ekstra belastning.

NSF kan derfor ikke støtte en etablering av et nytt sykehus lokalisert midt mellom byene.

Konsekvensutredning ett akuttsjukehus i Nordmøre og Romsdal skrevet av Tarald Rohde 2014-06-19 har Sintef gått dypere inn i materien hvordan tomtealternativene påvirker bosettingsstruktur, næringsutvikling, og helsefaglig miljø og rekruttering.

På side 12 kan en lese om medisinske turnuskandidater sitt valg. NSF anser ikke dette som meget relevant i den sammenhengen. En medisinsk kandidat er kun en kort periode ved sykehuset. NSF mener at det er langt mer relevant å se på søkermassen til LIS-stillinger og legespesialister.

Konsekvensutredningen velger allikevel å se på medisinske turnusleger og rekrutteringen av denne gruppen. Man bruker ordningen med loddtrekning og valg av turnussted fra februar 2013 som utgangspunkt, en ordning som SAFH nå har forkastet. Den tilfeldige loddtrekningen sier lite om sykehusets «popularitet», men mer om kandidatenes flaks eller uflaks basert på trekningsnummer kontra hjemsted.

SAFH har siden den gang innført en ordning med direkte søknad til det enkelte sykehus, som enhver annen legeansettelse. Det som er svært spesielt er at ordningen har delt sykehusene i Norge i to kategorier der de såkalte rekrutteringssvake sykehusene legger ut sine ledige turnusstillinger tidligere enn de som ikke kalles rekrutteringssvake. I denne sammenhengen har SAFH plassert Kristiansund sykehus i kategorien rekrutteringssvakt.

Molde sjukehus rekrutterer godt og har godt omdømme blant medisinstudenter og fremtidige turnusleger, spesielt grunnet den store faglige bredden som finnes ved Molde sjukehus.

Sintef ved T. Rohde har altså ikke oppfattet at ordningen for turnusleger er endret.

Videre kan det leses i høringsdokumentet pkt. 6.2 siste avsnitt:

«Molde har høyskole der det utdannes sykepleiere med bachelorprogram både i Kristiansund og Molde. Kristiansund har ingen egen høyskole, men tilbud i samarbeid med høyskolene i Molde og i Ålesund. Plasseringen av sjukehuset vil antagelig ikke ha noen direkte påvirkning på plassering av høyskolen, siden det medisinske faglige tilbudet bare utgjør en del av skoletilbudet.»

Dette utsagnet harmonerer dårlig med helseforetakets eget idefasenotat med høringsfrist 07.10.14. Her står følgende:

«Når det gjeld høvet mellom sjukehuslokalisering og utdanningsinstitusjonar innenfor helsefag, så vil det være en fordel med nærleik»

Det vises fra Sintef i 2014 til at det er 90 studieplasser for sykepleiere i Molde og 30 i Kristiansund i regi av Høgskolen i Molde. Her oppgir Høgskolen selv at Molde har totalt 775 studenter på sykepleie og vernepleie på alle nivå og 60 studenter til lederutdanningen i helse- og sosialsektoren. Omtrent 85 studenter går i Kristiansund og 690 går i Molde. Studentene i Kristiansund har i snitt undervisning to dager per uke i Molde. Høgskolen i Molde har også flere videreutdanninger og masterutdanning innenfor helsefagene. Videre starter nå høyskolene i Molde og Volda opp et samarbeid om doktorgradsutdanning hvor 15 doktorgradsstudenter skal inn i 3 og 4 årige stipendstillinger i samarbeid med helseforetaket. Tett samarbeid med helsetjenesten er basis for slik forskning.

Avdeling for helse- og sosialfag ved Høgskolen i Molde har i dag 34 årsverk i Molde og 6 årsverk i Kristiansund. Avdelingsledelse og administrasjon er også plassert i Molde.

Ved en eventuell etablering av felles sykehus annet sted enn Hjelset vil dette påvirke høyskoletilbudet som Høgskolen i Molde har bygget opp over år. NSF mener at dette vil svekke rekrutteringen til Høgskolen.

Ved å se på det fremtidige behovet for helsearbeidere, og da spesielt sykepleiere, vil det være direkte ødeleggende å svekke utdanningskapasiteten i eget fylke på en slik måte.

NSF viser igjen til rapport fra Oslo Economics på oppdrag for Helse Møre og Romsdal HF fra 2012 (s.107)

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

Modell 2a ble i 2012 beskrevet som et sykehus bynært Molde, men med poliklinikk og dagtilbud i Kristiansund.

3. Trafikk og tilgjengelighet

Prosjektet nytt felles akutt sykehus for Nordmøre og Romsdal er tuftet på ideen om et felles sykehus for befolkningen i Nordmøre og Romsdal. Dette omfatter 17 kommuner, og ca. 112 000 mennesker.

Det er et faktum at enkelte kommuner i den nordre delen av regionen søker mot St. Olavs Hospital. Dette gjelder både på grunn av samarbeid mot trøndelagsregionen, avstander, bo- og arbeidsmarked. Noen kommuner på nordre Nordmøre har blant annet legevaktsamarbeid med Orkdalsregionen.

Møreaksen som argument for å legge sykehuset nord på aksene Hjelset-søre del av Frei er ikke relevant. Om en trekker sykehuset langt mot nord på aksene for å unngå «pasientlekkasje» nordover medfører det en ny «lekkasje» sørover. Pasienter vil velge Ålesund som sitt primær sykehus grunnet kortere avstand. Dette vil være aktuelt for kommunene Midsund, Aukra, Vestnes og Rauma. I tillegg vil søre del av kommunene Fræna og Molde ha kortere avstand til Ålesund. Om helseforetaket velger en løsning hvor avstanden for disse relativt store kommunene svekker pasientgrunnlaget er det NSF sin oppfatning at Helse Møre og Romsdal HF ikke svarer ut sitt mandat om nytt felles akutt sykehus som erstatning for dagens to sykehus. Et sykehus med svekket pasientgrunnlag vil bli mindre i omfang og vil også kunne medføre redusert rekrutteringsevne.

NSF viser også til høringsuttalelse fra fastlegene i Surnadal Kommune/Legeforeningen i Surnadal datert 10.10.12.

«Kommunikasjonen er viktig når det gjelder lokalisering, og veiutbedringer kan gjøre reisetida kortere. I denne sammenhengen er Hjelset ei akseptabel plassering for et felles sykehus for Nordmøre og Romsdal»

Surnadal er en av de største kommunene i norddelen av fellessykehusets nedslagsfelt. De peker altså på at et sykehus plassert på Hjelset er fullt ut akseptabelt.

En må også legge til at finansiering av Møreaksen ikke er klart, og at heller ikke prosjektet er omtalt i Nasjonal Transportplan. Det er derfor høy usikkerhet til gjennomføring av prosjektet, og også tidsaspektet for eventuell gjennomføring.

4. Klimagassregnskap

Tidligere er det gjort rede for endringen i ansattes reiseveg. Dette vil ha stor effekt for miljøet. Det er stipulert om lag 4000 reiser til sykehuset daglig, hvor ansatte står for om lag halvparten. Dette medfører økt CO₂-utslipp i forhold til i dag. Med en etablering midt mellom byene vil dette medføre mest reising, som igjen medfører det høyeste utslippet.

NSF kan ikke se at dette er i tråd med de nasjonale føringene om reduserte utslipp fra blant annet bilbruk.

Masseutskifting vil medføre store mengder utslipp av CO₂ ved opparbeidelse av tomt. Det vises til side 38 i Konsekvensutredningens del 2 tabell nr. 9. Her viser det at Opdøl (Hjelset) har det laveste totale utslipp for CO₂ over 60 år i et livsløp for 60 år med 510 tonn. Storbakken har det høyeste tallet med 7600 tonn.

Dette viser at en etablering midt mellom byene medfører store utslipp av CO₂ i forbindelse med pendling av ansatte og pasienter. Tomten på Storbakken kontra Opdøl medfører mer enn 16 ganger så mye CO₂-utslipp i forbindelse med masseutskifting. Når helseforetaket er inne i en prosess med miljøsertifisering av driften så vil det være et paradoks om helseforetaket velger den løsningen som gir mest utslipp av CO₂.

5. Risiko og sårbarhet

Det påpekes i Konsekvensutredningens del 2 at tunellen mellom Bergsøya og søre Frei (Krifast) er anmerket som et kritisk objekt. En stengning ved ulykke eller brann vil medføre at mer enn 70 % av pasientene vil være avskåret fra kortest mulig strekning til sykehus. Erfaringene fra branner i ulykker i Lærdalstunellen og Oslofjordtunellen viser at branner i tunneller medfører lengre perioder med stengning.

En plassering på sørsiden av Krifast vil slik vi ser det sikre størstedelen av befolkningen helsetjenester raskt, mens det for noen vil medføre lengre reiseveg. Likevel anser NSF dette som fullt ut forsvarlig, og støtter Konsekvensutredningens del 2 på dette punktet.

Ad. punkt 3.6.6 særskilt om helikopter. NSF mener at Konsekvensutredningens del 2 viser at alle tomtealternativene sikrer ansatte på norsk sokkel tilgang som i dag. Det er beskrevet at alle tomtealternativene innfrir de medisinske kravene om maksimal flytid på 3 timer. Flere av de installasjonene som i dag har Kristiansund flyplass som utreisested har kortere flytid til andre sykehus i regionen enn det Kristiansund Sjukehus har i dag.

I tabell 12 side 44 i Konsekvensutredningens del 2 oppsummeres faktorer for flyoperative forhold for helikoptertransport. Tabellen viser at Opdøl-alternativet har høyere score enn Storbakken, og at dette skyldes forhold relatert til sikt. Dette kommer ikke tilstrekkelig frem i den samlede vurdering for de flyoperative forhold.

NSF kan ikke se at Konsekvensutredningens del 2 har omtalt landbasert industri med særskilte behov, der det kan være risiko for stor skade for både ansatte og for nærmiljø/sivilbefolkningen. Ormen Lange lokalisert til Aukra er eksempel på slik industri.

Pkt. 3.7 s.45 i Konsekvensutredningens del 2 gjør en samlet oppsummering for alle de 5 punktene som er vurdert. Her vises det til at alternativene i Hjelset-området scorer best. NSF mener likevel at utredningen fullt ut ikke definerer og synliggjør forskjellene fra de øvrige alternativene på en god måte. Dette gjelder særlig punktet som omhandler helsefaglig miljø og rekruttering. Dette er ikke tilstrekkelig utredet og NSF mener at resultatet er basert på feil fakta. Særlig er betydningen av Høgskolen i Molde betydelig underkommunisert. NSF stiller spørsmålsteget ved at Sintef kan hevde at utdanningsnivået for de to byene er tilnærmet likt når fylkets egne tall over utdanningsnivå synliggjør store forskjeller for de med utdanning tilsvarende på høyskole- og universitetsnivå.

6. Annet

NSF mener at helseforetaket kan redusere kostnaden ved å velge tomt på Opdølområdet. Helse Møre og Romsdal HF eier selv tomten, og området er regulert til sykehusformål. I tillegg er deler av nødvendig infrastruktur på plass gjennom delvis utbygd vann, avløp og strøm.

Selv om Konsekvensutredningens del 2 ikke skal svare ut den samfunnsøkonomiske delen av etablering av nytt felles sykehus for Nordmøre og Romsdal vil NSF likevel påpeke konklusjonen i rapporten som belyste samfunnseffekter- ny sykehusstruktur i Helse Møre og Romsdal HF utført av Oslo Economics høsten 2012.

Her konkluderes det med:

«Det har ikke vært vårt anliggende å finne fram til den beste politiske løsningen, men å vurdere hvilket alternativ som vurderes som mest egnet og mest bærekraftig over tid, basert på en rasjonell analyse av identifiserte samfunnskonsekvenser. Dette alternativet er, slik vi ser det, et akutt sykehus bynært Molde, med dagbehandling/poliklinikk i Kristiansund.»

Selv om det ikke inngår i Konsekvensutredningens del 2 så velger NSF å si noe om interimperioden fra tomtebeslutning tas til nytt sykehus står ferdig ca. 2021.

Det er en fare for at fagmiljø forvitrer og at en ikke kan ivareta spesialisthelsetjeneste på en faglig god måte. Dagens to sykehus har små og sårbare fagmiljø, men bredden i fagtilbudet og antall ansatte i Molde er atskillig større og mer robust. En interimperiode hvor en står i fare for å miste deler av/hele fagmiljø i Molde vil spesielt svekke den akuttmedisinske kompetansen i Nordmøre og Romsdal. Dette er spesielt sårbart ved håndtering av traumepasienter.

NSF forventer at det gjøres en ROS-analyse der temaet interimperiode blir en del av det endelige beslutningsgrunnlaget før valg av tomt.

Oppsummering

NSF har argumentert for et sykehus plassert lengst sør på akse Hjelset-Søre Frei, nærmere bestemt Hjelset-området.

NSF viser også til høringsuttalelse gitt til Molde Kommune når det gjelder valg av tomt:

«Norsk Sykepleierforbund ved Molde Sjukehus viser til de kommunale og regionale rapporter utført av Norconsult på oppdrag for Helse Møre og Romsdal HF. Med bakgrunn i disse rapporter anbefaler vi at Molde Kommune velger tomten på Opdøl som sitt alternativ. Tomten er vurdert av Norconsult til å være god, og den scorer godt på alle faktorer som er vektet. I tillegg eier Helse Møre og Romsdal HF tomten som igjen er med på å sikre lavest mulig kostnad til erverv og opparbeidelse av tomt og nødvendig infrastruktur i form av strøm, vann og avløp er på plass. Selv om denne høringen er til lokal KU i Molde kommune ønsker Norsk Sykepleierforbund ved Molde Sjukehus å påpeke at den regionale analysen fra

Norconsult, som nå også er ute til høring, ikke fullt utreder konsekvensene for noen av de faglige og rekrutteringsmessige spørsmålene. Dette være seg sikring av rekruttering, beholde kompetanse, og ikke minst nærhet til Høgskolen i Molde som utdanningsinstitusjon.

Det er også verdt å merke seg at nordfylkets sykehuspsykiatri per i dag ligger på området. At det velges en tomt på området Hjelset er viktig for å beholde kritisk kompetanse innenfor psykiatri. All sykehuspsykiatri for Nordmøre og Romsdal er lokalisert til Hjelset per i dag, og vi tror at et valg av tomten på Opdøl vil skape kontinuitet i fagmiljøet, og ikke minst fjerne usikkerhet i fagmiljøet.

Norsk Sykepleierforbund ved Molde Sjukehus viser også til samfunnsøkonomisk analyse høsten 2012 som Oslo Economics utførte på oppdrag for Helse Møre og Romsdal HF. Denne analysen pekte på at det var viktig/riktig å velge en tomt i nærheten av Molde for å sikre samfunnsutvikling/samfunnsøkonomi, samt at en ivaretok det sterkeste fagmiljøet».

Helse Møre og Romsdal HF har ikke klargjort verken hvilke funksjoner det nye sykehuset skal inneholde totalt sett, og heller ikke om det skal være poliklinikker/dagtilbud i den motsatte by/alternativt begge byene.

NSF mener at en modell med nytt felles akuttpsykehus bynært Molde, lokalisert til området Hjelset og poliklinisk dagtilbud i Kristiansund, svarer ut oppdraget i Strategi 2020.

NSF mener at det bør avklares hvilke tilbud det nye sykehuset skal ha både med døgnplasser og dagtilbud ved valg av tomt. I tillegg må det konkret avklares hvilke tilbud det skal være i den byen som ikke får sykehuset lokalisert nær seg.

Et sykehus midt mellom byene vil ikke svare ut oppdraget i Strategi 2020. Med et sykehus plassert midt mellom byene vil en drive aktivitet på tre steder. Det medfører svekkelse av fagmiljøet ved det fremtidige akuttpsykehuset. NSF frykter at en slik løsning vil gi dårligere rekruttering da ansatte må forholde seg til flere steder å arbeide.

NSF sin klare anbefaling er at et nytt felles akuttpsykehus for Nordmøre og Romsdal lokaliseres til sykehusområdet på Opdøl.

Med vennlig hilsen tillitsvalgte

Jan Amundsgård

Sveinung Henden

Randi Hornseth

Solfrid Dverseth

Marit Stokkeland

Synnøve Janbu

Tarald Jensen

Elin S. Johansen

Fred Arild Larsson



Steinar Malones

Helge Meisingseth

Mari Klauseth

Rita Ræstad

Else Monsås Rødseth

Ida Berg Haukebø

Bodil Skjelbostad

Ingeborg F. Berg

Beatrix Van Valen

Ingeborg D. Thomassen