

# Utviklingsplan for Helse Møre og Romsdal HF - 2030

---

- Tryggleik
- Respekt
- Kvalitet



## Innhold

1	Oppsummering og hovudkonklusjonar .....	7
2	Bakgrunn, føremål og mål .....	11
2.1	Bakgrunn .....	11
2.1.1	Føretaksmøte HMN RHF 25. januar 2011 – utdrag frå protokoll .....	11
2.1.2	Føretaksmøtet HMR HF 30. juni 2011 .....	11
2.1.3	Styremøte HMR HF 20. desember 2011. ....	12
2.1.4	Styremøte HMR HF 11. juni 2012.....	13
2.1.5	Styremøte HMR HF 11. september 2012. ....	13
2.1.6	Styremøte HMR HF 1. oktober 2012. ....	14
2.2	Føremålet med ein utviklingsplan .....	14
2.2.1	Del 1: Utviklingsplan for Møre og Romsdal si verksemd.....	15
2.2.2	Del 2: Utviklingsplan for bygningsmassen i Helse Møre og Romsdal HF .....	15
2.3	Mål.....	16
2.3.1	Samfunnsmål.....	16
2.3.2	Effektmål.....	17
2.3.3	Resultatmål.....	18
3	Prosess og metode .....	18
3.1	Prosess .....	18
3.1.1	Om prosjektorganisering.....	18
3.1.2	Prosess med brei deltaking .....	19
3.1.3	Prosjektgruppe som rådgjevande organ .....	20
3.1.4	Avsluttande fase av utgreiinga.....	20
3.2	Metode for berekning av arealbehov – kva treng vi i 2030? .....	20
3.3	Økonomiske analyser .....	22
3.3.1	Investeringsbehov.....	22
3.3.2	Driftsøkonomiske konsekvensar .....	22
4	Strategiske avklaringar .....	22
4.1	Sentralisering/desentralisering .....	22
5	Verksemdbeskriving – no-situasjon .....	23
5.1	Overordna beskriving .....	23
5.1.1	Organisasjon.....	23
5.2	No-situasjon sjukehusfunksjonar .....	23
5.2.1	Pasienttilbodet i Helse Møre og Romsdal.....	23
5.3	No-situasjon eksisterande bygg og eigedommar.....	27
5.3.1	Dagens eigedommar og areal.....	27
5.3.2	Teknisk tilstand og oppgraderingsbehov .....	28
5.3.3	Teknisk tilstand .....	28
5.3.4	Samla estimert teknisk oppgraderingsbehov .....	28
5.3.5	Bygningsmessig tilpassingsevne .....	29
5.3.6	Oppsummerande resultat per lokalisasjon.....	29
5.3.7	Handlingsrom.....	30
6	Verksemdbeskriving – framtid (2030).....	30
6.1	Ny arealfordeling i sjukehusa .....	30

6.2	Teknologisk utvikling .....	30
6.2.1	Biletveggleia behandling .....	31
6.2.2	Teknologidrivne behandlingsmetodar .....	31
6.3	Nettverk i helsevesenet .....	32
6.4	Kvalitetskrav og openheit om kvalitet .....	32
6.5	Frå døgn til dag .....	32
6.6	Sjukdomsutvikling.....	32
6.6.1	Store og veksande pasientgrupper .....	33
7	Framtidig befolkning og aktivitet .....	34
7.1	Befolkingsutvikling.....	34
7.1.1	Befolkingsutviklinga i Norge fram mot 2030.....	34
7.1.2	Befolknngsutviklinga i Helse Møre og Romsdal fram mot 2030.....	34
7.1.3	Oppsummering demografi Møre og Romsdal .....	35
7.2	Framskrivnen aktivitet til 2030 basert på demografisk utvikling:.....	36
7.2.1	Epidemiologi/ sjukdomsutvikling .....	37
7.3	Samhandlingsreforma - kva element påverkar utviklingsplanen.....	38
7.3.1	Intensjonar og endringar .....	38
7.3.2	Utskrivingsklare pasientar.....	39
7.3.3	Augeblikkeleg hjelp døgntilbod .....	39
7.3.4	Andre endringar i oppgåvefordeling .....	39
7.3.5	Samhandlingsprosjekt .....	40
7.3.6	Kvar går vegen vidare?.....	40
7.4	Framtidig verksemd (2030) sjukehusfunksjonar .....	41
7.4.1	Realvekst i spesialisthelsetenesta til 2030.....	41
7.4.2	Korrigeringar i aktivitetsframskrivinga til 2030 .....	41
7.4.3	Skilnader i forbruk.....	44
7.5	Korrigert framskrivnen aktivitet 2030 .....	44
7.5.1	Somatiske spesialisthelsetenester .....	44
7.5.2	Psykisk helsevern for vaksne og for born og unge. ....	47
7.5.3	Oppsummering .....	49
7.5.4	Bemanning 2030.....	49
7.6	Forskning, utvikling og utdanning – FoU .....	50
7.6.1	Forskning og utvikling (FOU) .....	50
7.6.2	Status FoU.....	50
7.6.3	Utfordringar.....	51
7.6.4	Utviklingstrekk.....	51
7.7	Ikkje-medisinsk service, personalservice, pasientservice og sentraladministrasjon .....	51
7.7.1	Bemanning.....	51
7.7.2	Ikkje-medisinske servicefunksjoner .....	52
7.7.3	Administrative funksjoner.....	52
8	Arealstandardar og utnyttingsgrader .....	52
8.1	Arealstandardar .....	52
8.1.1	Arealstandarden .....	52
8.2	Utnyttingsgrad .....	53
8.2.1	Hotellfunksjonar .....	55

8.3	Forskning og utdanning.....	55
9	Framtidig arealbehov.....	55
9.1	Generalitet, fleksibilitet og elastisitet.....	55
9.2	Framleis bruk av eksisterende bygningsmasse.....	56
9.3	Sjukehusfunksjonar, somatikk.....	56
9.3.1	Samla arealbehov, somatikk.....	56
9.4	Psykisk helse og rus.....	56
9.5	Samanlikning av kapasitet og areal med andre helseføretak.....	57
10	Framtidig struktur - ulike strukturelle løysingsalternativ for Nordmøre og Romsdal.....	58
10.1.1	Prinsipp for løysingsalternativ som har vore utreda.....	58
11	Alternativ løysingsmodell – mogligheitsstudie Nordmøre og Romsdal.....	59
11.1	Alternativ løysingsmodell 0.....	59
11.2	Alternativ løysingsmodell 1A.....	60
11.3	Alternativ løysingsmodell 1B.....	61
11.4	Alternativ løysingsmodell 2A.....	61
11.5	Alternativ løysingsmodell 2B.....	62
11.6	Alternativ løysingsmodell 3A.....	62
11.7	Alternativ løysingsmodell 3B.....	62
12	Investeringskostnader.....	62
12.1	Tilnærming og uvisse.....	63
12.2	Føresetnader om kostnader.....	64
12.2.1	Nybygg.....	64
12.2.2	Oppgradering.....	64
12.2.3	Ombygging.....	64
12.2.4	Utstyr.....	64
12.2.5	Ulempekostnader.....	64
12.2.6	Riving.....	65
12.2.7	Leigekostnader.....	65
12.2.8	Sal.....	65
12.2.9	Kostnadspådrag over tid.....	65
12.2.10	0-alternativet.....	65
12.4.2	Løysingsforslag 1A.....	67
13	Gevinstrealisering, driftsøkonomisk effekt og totaløkonomisk vurdering.....	70
13.1	Driftsøkonomisk effekt knytt til drift av bygg (endringar i FDV-kostnader).....	70
13.2	Driftsøkonomisk effekt knytt til kjerneverksemda.....	71
13.2.1	Metode.....	71
13.2.2	Resultatet av dei ulike tilnærmingane.....	71
13.2.3	Sensitivitetsanalyse driftsinnsparingar.....	73
13.2.4	Bruken av tala for driftsinnsparing i det vidare arbeidet.....	74
13.3	Noverdianalyse.....	74
13.3.1	Føresetnader.....	74
13.3.2	Noverdiberekningar.....	75
13.3.3	Sensitivitetsanalyse av noverdiberekningar.....	76
13.3.4	Berekraft.....	77
13.3.5	Drøfting.....	78

14	Samanlikning av dei ulike alternative løysingsmodellane .....	79
14.1.1	Reisetid – transport.....	79
14.1.2	Samling av akuttfunksjoner – fordeler/ulempes.....	79
14.1.3	Distribuert poliklinikk – fordeler/ulempes .....	79
15	Handsaming av utviklingsplanen .....	81
15.1	Helse Møre og Romsdal HF.....	81
15.2	Helse Midt-Norge RHF.....	82
16	Idéfase.....	82
16.1	Grunnlag for oppstart av idéfasen (B1) .....	82
16.2	Mandat.....	83
16.3	Idésøk, identifisering av prinsipielle alternative løysningar (konsept).....	84
16.4	Ressursar for gjennomføring av idéfasen .....	85
16.5	Innhald i idéfasen .....	85
16.6	Avgjerder ved enden av idéfasen (B2).....	86
16.7	Plan for gjennomføring av Idéfasen .....	86

## Tabelliste

Tabell 1. Løysingsmodellar som er utgreia i utviklingsplanen.	8
Tabell 2. Investeringsbehov alle løysingsforslag.	8
Tabell 3. Metodisk tilnærming - berekning av innsparingspotensial.	9
Tabell 4. Fagtilbodet i Helse Møre og Romsdal	27
Tabell 5. Arealoversikt frå rapport utarbeida av Multiconsult	27
Tabell 6. Folkemengde i Noreg etter alder pr 1 januar. Registrert 2010. Framskrive til 2020 og 2030.	34
Tabell 7. Folketal 1. januar 2011 etter bustad	34
Tabell 8. Folketal 1. januar 2011 80 år og over etter bustad	34
Tabell 9. Demografisk framskriving av somatisk aktivitet 2011-2030.	36
Tabell 10. Demografisk framskriving av aktivitet psykisk helsevern vaksne 2011-2030.	36
Tabell 11. Demografisk framskriving av aktivitet psykisk helsevern born og unge 2011-2030.	36
Tabell 12. Framskriving av biletdiagnostikk fordelt på modalitetar.	37
Tabell 13. Demografisk framskriving av laboratorieaktivitet.	37
Tabell 14. Oppsummering av korrigerande faktorar	44
Tabell 15. Behov for døgnplassar somatisk 2030.	45
Tabell 16. Framskriving og omstilling av døgnplasser somatikk.	45
Tabell 17. Framskriving av dag- og poliklinisk behandling somatikk.	46
Tabell 18. Framskriving av biletdiagnostikk.	47
Tabell 19. Framskriving av aktivitet psykisk helsevern vaksne.	48
Tabell 20. Framskriving av aktivitet psykisk helsevern born og unge.	49
Tabell 21. Bemanning somatikk 2030.	50
Tabell 22. Arealstandardar.	53
Tabell 23. Utnyttingsgrader.	54
Tabell 24. Utnyttingsgrader senger.	54
Tabell 25. Arealbehov 2030 somatikk ved dei einssilde lokalisasjonane.	56
Tabell 26. Samanlikning av kapasitet og normerte senger mellom fleire helseføretak i Noreg.	57
Tabell 27. Samanlikning av areal somatikk mellom ulike helseføretak i Noreg.	58
Tabell 28. Løysingsmodellar som er utgreia i utviklingsplanen.	59
Tabell 29. Investeringsbehov alle løysingsforslag.	66
Tabell 30. Investeringsbehov 0-alternativ.	66
Tabell 31. Investeringsbehov løysingsforslag 1A.	67
Tabell 32. Investeringsbehov løysingsforslag 1B.	67
Tabell 33. Investeringsbehov løysingsforslag 2A.	68
Tabell 34. Investeringsbehov løysingsforslag 2B.	68
Tabell 35. Investeringsbehov løysingsforslag 3A	69
Tabell 36. Investeringsbehov løysingsforslag 3B	69
Tabell 37. Metodisk tilnærming - berekning av innsparingspotensial	71
Tabell 38. Innsparingspotensial per alternativ, gjennomsnittsberekning	72
Tabell 39. Redusert vekt av effekten av talet på poliklinikk og dageiningar	73
Tabell 40. Korrigering for effekten av omfang av nybygg i dei ulike alternativa	74
Tabell 41. Noverdiar per alternativ – 40 års perspektiv	75
Tabell 42. Berekraft ved å sjå driftsinnsparingar og renter og avdrag i samanheng	78

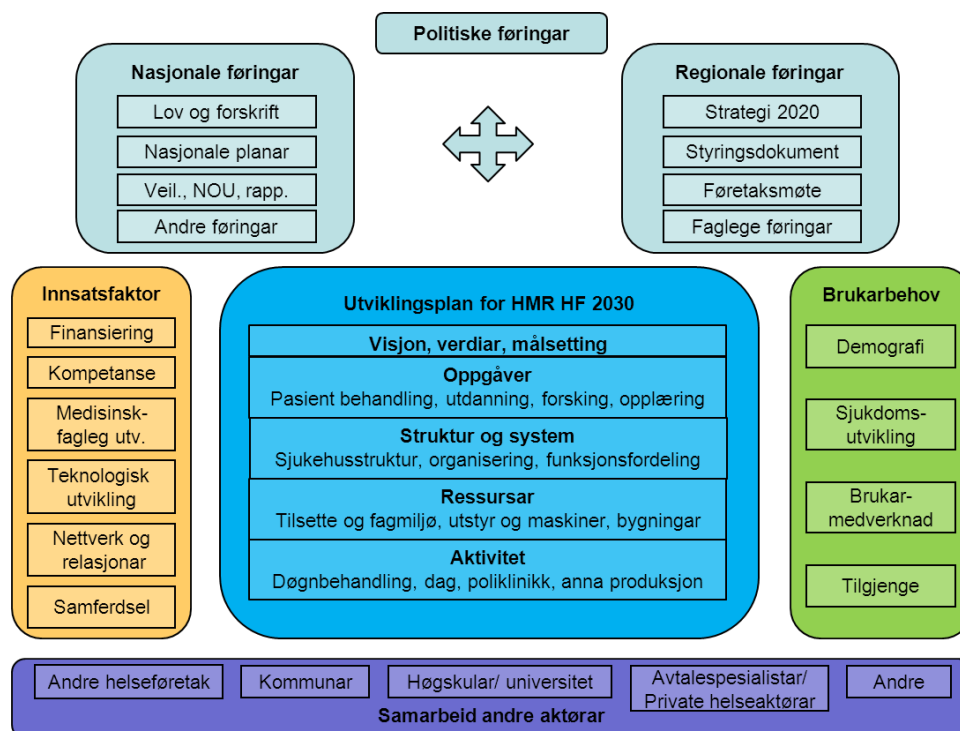
## Figurliste

Figur 1. Prinsippmodell for sammenhengen mellom overordna plandokument og tidlegfase.	16
Figur 2. Faser og vedtakspunkt i tidligfasen.	16
Figur 3. Prosjektorganisering.	19
Figur 4. Metode for kapasitets- og arealberekning.	21
Figur 5. Kartlagt teknisk tilstand for dei somatiske sjukehusa i føretaket.	28
Figur 6. Sjukdomsgrupper del ressursbruk og forventa vekst.	33
Figur 7. Prosentvis vekst i tal på innbyggjarar i Møre og Romsdal frå 2010 til 2030 etter bustadområde.	35
Figur 8. Prosentvis endring i tal på innbyggjarar frå 2010 til 2030 etter bustadkommune.	35
Figur 9. Molde Sjukehus Lundavang i Alternativ løysningsmodell 0	59
Figur 10. Kristiansund Sjukehus i Alternativ løysningsmodell 0	60
Figur 11. Molde Sjukehus Lundavang i Løysningsalternativ 1A	60
Figur 12. Kristiansund Sjukehus i Løysningsalternativ 1B	61
Figur 13. Kostnadspådrag per år, løysingsforslag 0-alternativ.	66
Figur 14. Kostnadspådrag per år for løysingsforslag 1A.	67
Figur 15. Kostnadspådrag per år for løysingsforslag 1B.	68
Figur 16. Kostnadspådrag per år for løysingsforslag 2A.	68
Figur 17. Kostnadspådrag per år for løysingsforslag 2B.	69
Figur 18. Kostnadspådrag per år for løysingsforslag 3A.	69
Figur 19. Kostnadspådrag per år for løysingsforslag 3B.	70
Figur 20. Investeringsbehov per løysingsforslag.	70
Figur 21. Innsparingspotensial per alternativ	72
Figur 22. Innsparingspotensial per alternativ, gjennomsnittsberekning	72
Figur 23. Redusert vekt av effekten av talet på poliklinikk og dageiningar	73
Figur 24. Korrigering for effekten av omfang av nybygg i dei ulike alternativa	74
Figur 25. Noverdiar per alternativ – 40 års perspektiv	75
Figur 26. Redusert vekt av effekten av talet på poliklinikk- og dageiningar	77
Figur 27. Korrigering for effekt av grad av nybygg	77
Figur 28. Fra utviklingsplan til ferdig investeringsprosjekt.	87
Figur 29. Framdrift idéfase og konseptfase “nytt akuttjukehus i Nordmøre og Romsdal”.	87

## 1 Oppsummering og hovudkonklusjonar

Utviklingsplan for Helse Møre og Romsdal HF skal sikre langsiktige løysingar for å oppnå eit helsemessig godt og samfunnsøkonomisk effektivt sjukehusstilbod til innbyggjarane i føretaket sitt ansvarsområde. Utviklingsplanarbeidet for Helse Møre og Romsdal har vore organisert som prosjekt, i tråd med vedtak i styret for Helse Møre og Romsdal 19.-20. desember 2011. Dette er mellom anna av omsyn til storleiken og kompleksiteten i arbeidet. Ei lang rekke interne og eksterne aktørar har delteke med kompetanse og med sine råd og meiningar undervegs i prosessen.

Ein har i arbeidet med utviklingsplanen utvikla ein heilskapleg modell for å sette oppdraget i perspektiv.



Som det framgår av modellen står utviklingsplanen i sentrum med brukarbehova som sitt fremste mål, slik det også står klart i lov om spesialisthelseteneste. Modellen tydeleggjer også overordna nasjonale og regionale føringar som styrande for vår verksemd. På venstre side ligger innsatsfaktorar som ettersom ein klarar å utnytte det, vil på verke evna føretaket har til å levere kvalitative gode og framtidsretta tenester. Sist men på ingen måte minst, samarbeid med andre aktørar. Føretaket er heilt avhengig av tett og godt samarbeid med andre aktørar for å kunne levere tenester i tråd med krava som vert stilt. Det er viktig å ha med seg at modellen er dynamisk og dei ulike faktorar i stadig endring.

Den tekniske tilstanden på sjukehusa er gjennomgått og vurdert av Multiconsult i rapporten «Kartlegging av bygningsmassen ifm. Strategisk og taktisk planlegging» datert 11. mai 2012. 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.

Befolkningsveksten i perioden 2010-2030 er berekna til å bli 20 % frå 250.000 i 2010 til 300.000 i 2030.

Endringa i folketalet for personar over 80+ er frå 13.600 i 2010 til 20.000 i 2030. Det svarer til ein auke på 47 %.

Framskrive aktivitetsnivå 2030 syner ein auke på 43 % for liggedøgn somatikk, ein auke på 38 % for dagbehandling/polikliniske konsultasjonar. For psykisk helse er det berekna ein auke på 25 % for liggedøgn vaksne, 17 % auke i liggedøgn for barn og ungdom. Polikliniske konsultasjonar i psykisk helse for vaksne vil auke med 19 % og for barn og ungdom 20 %.

Samla arealbehov er berekna å auke uansett val av løysingsmodell.

Følgjande løysingsmodellar er utgreia:

Alt. Nr.	Beskriving
0	Framleis drift av dagens 4 somatiske sjukehus med funksjonsfordeling som i dag, samt psykiatrien med dagens fordeling på sjukehus og DPS. Naudsynt oppgradering i forhold til bygningsmessige utviklingsplanar held fram, og pålegg frå Statlige tilsyn vert prioritert.
1A	Trinnvis utvikling av Molde sjukehus på Lundavang som akuttsjukehuset inkludert sjukehuspsykiatrien for Nordmøre og Romsdal. Trinnvis omlegging av Kristiansund sjukehus til poliklinikk og dagbehandling.
1B	Trinnvis utvikling av Kristiansund sjukehus med utgangspunkt i noverande tomt som akuttsjukehuset inkludert sjukehuspsykiatrien for Nordmøre og Romsdal. Trinnvis omlegging av Molde sjukehus til poliklinikk og dagbehandling.
2A	Nytt felles akuttsjukehus inkludert sjukehuspsykiatrien for Nordmøre og Romsdal plassert på ny tomt bynært Molde. "Bynært" blir definert som til og med 20 minutt i bil frå bysentrum. Omlegging av Kristiansund sjukehus til poliklinikk og dagbehandling i noverande lokale.
2B	Nytt felles akuttsjukehus inkludert sjukehuspsykiatrien for Nordmøre og Romsdal plassert på ny tomt bynært Kristiansund. "Bynært" blir definert som til og med 20 minutt i bil frå bysentrum. Omlegging av Molde sjukehus på Lundavang til poliklinikk og dagbehandling.
3A	Nytt akuttsjukehus inkludert sjukehuspsykiatrien for Nordmøre og Romsdal plassert mellom byane Molde og Kristiansund. Noverande tomt/bygg på Lundavang og i Kristiansund vert nytta til poliklinikk og dagbehandling.
3B	Nytt akuttsjukehus inkludert sjukehuspsykiatrien for Nordmøre og Romsdal plassert mellom byane Molde og Kristiansund. Molde sjukehus Lundavang og Kristiansund sjukehus vert avvikla.

Tabell 1. Løysingsmodellar som er utgreia i utviklingsplanen.

Investeringskostnader for dei ulike løysingsmodellane er vist i tabell under. Kostnadene inneheld investering i nybygg i Nordmøre og Romsdal og i tillegg oppgradering og nybygg i Volda og Ålesund. Investeringskostnadene har eit spenn frå i overkant av 4 til i underkant av 6 milliardar.

Kategori/alternativ	0-alt	1A	1B	2A	2B	3A	3B
Nybygg	2 825	3 593	3 499	4 571	4 570	4 570	5 147
Ombygging	550	541	409	0	409	248	0
Teknisk oppgradering	892	741	796	741	632	698	632
<i>SUM nybygg, omb, oppgradering</i>	<i>4 268</i>	<i>4 875</i>	<i>4 704</i>	<i>5 311</i>	<i>5 611</i>	<i>5 516</i>	<i>5 779</i>
Riving	19	17	2	0	0	0	0
<b>Sum mill kr</b>	<b>4 287</b>	<b>4 892</b>	<b>4 706</b>	<b>5 311</b>	<b>5 611</b>	<b>5 516</b>	<b>5 779</b>

Tabell 2. Investeringsbehov alle løysingsforslag.

Driftsøkonomisk innsparingspotensial er berekna for dei ulike løysingsmodellane ut frå tre ulike tilnærmingar. Resultata er vist i tabell under. Innsparingspotensialet varierer frå 32 til 116 millionar kroner i året.



Beregningsmåte	Som i dag (0-alt)	Alt 1A	Alt 1B	Alt 2A	Alt 2B	Alt 3A	Alt 3B
Sammenligning Nytt Østfoldsykehus, konsepttrapp.	0	49 622 364	49 622 364	49 622 364	49 622 364	21 266 727	77 978 000
Driftsgevinst beregnet for NMR i 2010 (E&Y)	0	54 370 909	54 370 909	54 370 909	54 370 909	23 301 818	85 440 000
Sammenligning lønn/DRG for de tre beste i Norge	0	74 090 437	74 090 437	74 090 437	74 090 437	31 753 045	116 427 830

Tabell 3. Metodisk tilnærming - beregning av innsparingspotensial.

Utviklingsplan for Helse Møre og Romsdal slik han ligg føre i februar 2013 og med dei vedtak som er gjort av styret for helseføretaket, gir grunnlag for å konkludere på nokre konkrete tiltak. Andre tiltak må arbeidast vidare med gjennom 2013, slik at det på eit seinare tidspunkt vil føreligge ein meir detaljert versjon av planen.

Utgreiinga så langt har vist at befolkningsvekst fram mot 2030, i tillegg til realvekst som følgje av sjukdomsutvikling og medisinsk utvikling, vil føre til behov for vesentleg auka kapasitet på spesialisthelseteneste. Dette gjeld i hovudsakeleg planlagd behandling til store og veksande pasientgrupper, og spesielt pasientar i dei eldste aldersgruppene. Veksten er berekna å kome først og fremst innanfor poliklinisk verksemd og dagbehandling. Den vil kreve areal som ikkje finst i dagens sjukehus.

Samstundes driv helseføretaket i dag ei behandlingsverksemd som økonomisk og fagleg ikkje vil vere berekraftig i åra som kjem. Aktiviteten er i dag større enn budsjettet tillet, både nominelt og fordi meir av midlane bør gå til investering og utvikling for å oppretthalde høg kvalitet på tilbodet. For å kunne tilpasse driftskostnadane til den økonomiske bereevna må ein sjå på fleire tilhøve. I føretaksprotokollen av 30. juni 2011 er det mellom anna krav om å redusere ressursar til vaktberedskap til fordel for direkte pasientbehandling. Vidare må ein sjå på kor mange sjukehus som skal ha funksjonar som ikkje høyrer til basis i eit lokalsjukehus. Samarbeid med kommunehelsetenesta, med andre føretak og med andre aktørar er ein del av totalbildet. Helseføretaket må derfor gjennomføre ein funksjonsdelingsprosess som svarar ut desse utfordringane.

Utfordringar og utvikling er i størst grad konkretisert for somatisk verksemd, medan utviklingsplanen i sin noverande form ikkje har same detaljeringa for psykisk helsevern. Her er det fleire viktige tilhøve som må avklarast ytterlegare. Dette gjeld til dømes faglege avhengigheiter mellom somatisk akuttsjukehus og sjukehusfunksjonar innan psykisk helsevern, og behov og kapasitetar som følgje av at det skal utviklast eit betre og meir koordinert tilbod til pasienter med rus/psykiatriproblematikk. Vidare har også psykisk helsevern eit utfordrande grensesnitt mellom kommunehelseteneste og spesialisthelseteneste, noko som er blitt peikt på både frå fagleg hald og frå administrativt og politisk nivå i kommunane. Eit klart tiltak i utviklingsplanen vil være å greie betre ut om desse samanhengane og klårgjere kva konsekvens dei kan få for kapasitet og areal.

Det er og vist at delar av bygningsmassen i sjukehusa i dag er dårleg egna for framtidig drift. Mest kritisk er situasjonen ved Molde sjukehus Lundavang, men det finst også andre dårlege areal som ikkje møter dagens eller morgondagens standard. Kostnadane berre for teknisk oppgradering av sjukehusa i eit kort til mellomlangt perspektiv vil vere store, sjølv utan funksjonsforbetringar. Samstundes vil endring og utvikling av tilboda krevje ein større fleksibilitet i bygningsmassen enn det dagens sjukehus kan tilby.

I ein slik situasjon kjem ein ikkje utanom å sjå på struktur. For Nordmøre og Romsdal er situasjonen prekær på grunn av dei bygningsmessige tilhøva ved Molde sjukehus, og her har ein konkludert med at det mest berekraftige tiltaket vil være å samle faglege og økonomiske ressursar for dei vaktberande faga i eit felles sjukehus. Det gir den mest rasjonelle bruken av dei samla ressursane. Dette står dermed fram som det klaraste tiltaket i utviklingsplanen slik den no føreligg.

Tiltak som vert sett i verk gjennom Samhandlingsreforma vil dels motverke det auka behovet for kapasitet i sjukehusa. Det står imidlertid att å konkretisere både mange av tiltaka, kor stor effekt dei kan ha og kva for tenesteorganisering som stettar samarbeidet mellom spesialist- og kommunehelseteneste best. På dette feltet vil det vere behov for å arbeide vidare gjennom 2013, også sett i lys av styret sitt vedtak i desember 2012.

Rekruttering av fagpersonell står også fram som ei særlig utfordring for lokalsjukehusa. Dette er både med tanke på drift av dagens struktur og system, og med tanke på den faglege utviklinga som kjem dei næraste tiåra. Det er peikt på samheng mellom rekruttering til lokalsjukehus og dei tilhøva ein kan tilby rundt sjukehuset, slik som reiseveg og fasilitetar i kvardagen. Det er framleis behov om meir kunnskap om dette, og det er behov for å peike ut målretta tiltak for å legge til rette for framtidig rekruttering samstundes som ein ønskjer å behalde dei fagfolka ein har i dag.

Helse Møre og Romsdal HF vil takke alle som har delteke og gitt sine bidrag med utviklingsplanen så langt, herunder brukarutvalet og kommunane i eigne referansegrupper. Vi takkar også kompetansmiljø som har vore involvert, Narud Stokke Wiig Arkitekter, Hospitalitet AS, Asplan Viak, Deloitte, Oslo Econoimics og Norconsult. Sist men ikkje minst vil vi takke Helse Midt-Norge RHF og Helsebygg Midt-Norge for at det har blitt stilt ressurspersonar og kompetanse tilgjengeleg.

## 2 Bakgrunn, føremål og mål

### 2.1 Bakgrunn

Utviklingsplanen for Helse Møre og Romsdal HF skal ha eit overordna perspektiv på innbyggjarane sitt behov for spesialisthelsetenester fram mot år 2030. Planen kjem som resultat av at føretaksmøtet for HMN RHF 25. januar 2011 vedtok at det skulle etablerast eitt helseføretak i Møre og Romsdal. Verksemda frå dei tidlegare helseføretaka Helse Sunnmøre og Helse Nordmøre og Romsdal vart overført til det nye felles helseføretaket 1. juli 2011. Utviklingsplanen skal vise ei framtidig retning for det nye helseføretaket, fagleg og for investeringar.

#### 2.1.1 Føretaksmøte HMN RHF 25. januar 2011 – utdrag frå protokoll

Det eksplisitte oppdraget med utviklingsplanen for det nyetablerte Helse Møre og Romsdal HF, vart gjeve til Helse Midt-Norge RHF i føretaksmøtet den 8. juni 2011;

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

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

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

Det går her fram at eigar ønskjer at “Utviklingsplanen for bygningsmassen” bør innehalde både ei vidareutvikling av begge sjukehus i Nordmøre og Romsdal, samt eit nytt sjukehus mellom noverande sjukehus med tilstrekkeleg nærleik til begge byar. Dette utelukkar ikkje andre alternativ, men desse alternativa bør vere med.

Eigar understrekar også at aktuelle byggetiltak som ein fremjar, må vere planlagde innanfor regionen sin heilskaplege faglege og økonomiske rammer.

#### 2.1.2 Føretaksmøtet HMR HF 30. juni 2011

Oppdraget vart gjeve vidare til Helse Møre og Romsdal HF i føretaksmøte 30. juni, der det i protokollen vart presisert 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 stadar i regionen, skal dette som hovudregel utførast ved St. Olavs Hospital og Ålesund sjukehus.*

*Føretaksmøtet legg også til grunn meir tydeleg nivå- og oppgåvedeling innom det einskilde HF.”*

I same føretaksmøte var det også eit eige vedtak knytt til: Sak 3 Arbeid for å tilpasse drifta i langtidsbudsjettprioriteten 2012 – 2017, vedtak:

Utfordringsbiletet for 2012 tilsvarer ein samla reduksjon av kostnader på ca 2,5 %. Føretaksmøtet foresett at Helse Møre og Romsdal HF gjer ein årleg og varig produktivitetsforbetring tilsvarande minimum 1 %. Føretaksmøtet foreset vidare at Helse Møre og Romsdal HF i 2012 effektiviserer for 5 mill kr i tillegg til generell effektivisering og tiltak knytte til Strategi 2020 som skissert over. Endeleg krav til samla effektivisering vil bli klart i samband med budsjettprosessen for 2012.

Føretaksmøtet foreset at Helse Møre og Romsdal utarbeider planar for:

- Konkrete tiltak for å hente ut effekten av samhandlingsreforma.
- Konkrete tiltak for omfordeling av ressursar mellom fagområda og/eller nivå for å møte behovet for dei store pasientgruppene.
- Konkrete tiltak for å redusere ressursbruk til vakt og beredskapsordningar og helgearbeid for å styrke aktiv pasientbehandling og tilbodet på dagtid.
- Konkrete tiltak for å samle det akuttkirurgiske tilbodet på færre sjukehus.
- Konkrete tiltak for å samle verksemda innan andre fagområde der dette sikrar betre utnytting av ressursane.
- Konkrete tiltak for desentralisering av polikliniske tilbod til kronisk sjuke pasientar og store pasientgrupper.

Grunnen til at også vedtaket i sak 3 er teke med her er fordi det understrekar tydeleg både økonomiske utfordringar for Helse Møre og Romsdal HF, i tillegg til at det understrekar ein del av dei faglege utviklingsmåla som Strategi 2020 trekkjer opp for helseføretaket.

### 2.1.3 Styremøte HMR HF 20. desember 2011.

Styret i Helse Møre og Romsdal HF gav administrasjonen prosjektmandatet i styremøtet 20. desember 2011 i sak 2011-63, med det overordna mål å:

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

*Arbeidet med målsetningane må sjåast i samband med føresetnadene og rammevilkår som er gitt for føretaket.”*

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

- ”4 sjukehus med opprusting av Lundavang
- 4 sjukehus med nytt sjukehus i Molde
- 3 sjukehus med felles sjukehus for Nordmøre og Romsdal plassert i tilstrekkeleg nærleik til Molde og Kristiansund.

*Samla vurderingar må gjerast i samsvar med overordna føringar.”*

Det blei óg stilt krav om ein utviklingsplan for bygningsmassen, og ut frå brev frå statsråden var det i mandatet lagt stor vekt på at prosjektet skal ta føre seg rekruttering og sikring av robuste fagmiljø:

*”Ein skal skape innsikt i kva faktorar som påverkar rekruttering og sikring av kompetanse gjennom robuste fagmiljø.*

*Det er avgjerande at dei strukturar som blir valt også sikrar eit godt grunnlag for rekruttering. Kunnskap om kva som fremjar/ hemmar rekruttering av personell på generell basis er viktig kunnskap å få oversikt over.”*

Arbeidet skal vidare sjå til:

- *Nasjonal helse- og omsorgsplan*
- *Rettleiar “Et trygt fødetilbud – kvalitetskrav til fødselsomsorgen”*
- *Strategi 2020*

#### 2.1.4 Styremøte HMR HF 11. juni 2012.

Styret i Helse Møre og Romsdal HF, la i styresak “2012/48 Utviklingsplan for Helse Møre og Romsdal HF”, 11. juni 2012 følgjande føringar for målsettinga med utviklingsplanen:

1. *“Styret for Helse Møre og Romsdal HF tek metode for framskriving av pasientaktivitet til vitande og legg denne, med definerde korrigerande faktorar, til grunn for framskriving av aktivitet og arealbehov.*
2. *Styret tek gjennomgangen av status for føretaket - under dette følgjande faktorar i utviklingsplanen til vitande.*
  - a. *Demografisk utvikling*
  - b. *Sjukdomsutvikling*
  - c. *Aktivitet 2011 og framskriving av aktivitet 2030*
  - d. *Medisinsk-fagleg utvikling*
  - e. *Teknologisk utvikling*
  - f. *Rekruttering og robuste fagmiljø*
  - g. *Status og utviklingshøve bygningar*
  - h. *Tilgjenge til sjukebus for innbyggjarane i Møre og Romsdal*
  - i. *Samferdselstiltak i Møre og Romsdal.*
3. *Styret er kjent med at dei andre faktorene illustrerte i utviklingsplanen er under arbeid i prosjektet.*
4. *Styret understrekar at dei overordna måla for utvikling av spesialisthelsetenesta må leggjast til grunn, og vil spesielt trekke fram følgjande målpunkt:*
  - a. *Bidra til å sikre kvalitet på tenestetilbodet*
  - b. *Bidra til eit likeverdig tenestetilbod*
  - c. *Bidra til at ressursane blir bruket best mogleg*
5. *Styret ber om at alternative løysingsmodellar for sjukebusstruktur i Møre og Romsdal omtala i prosjektoppdraget, blir presentert for styret i månadsskifte august/ september 2012 før utsending til høyring.*
6. *Styret understrekar at arbeidet med utviklingsplanen fram mot desember 2012 må prioriterast høgt med omsyn til gode prosessar, der ein involverer både tilsette internt og andre interessentar eksternt der openheit, tillit og dialog framleis skal prege arbeidet. “*

#### 2.1.5 Styremøte HMR HF 11. september 2012.

Styret i Helse Møre og Romsdal HF, gjorde styresak “2012/62 Alternative løysingsmodellar – Utviklingsplan for Helse Møre og Romsdal HF”, følgjande vedtak:

1. *“Styret for Helse Møre og Romsdal HF sluttar seg til grunnlag, føresetnader, avgrensingar og oppdragsforståing slik det kjem fram i saksframlegget til administrerande direktør. Dette underlaget vil vere utgangspunkt for det vidare arbeidet med utviklingsplanen for Helse Møre og Romsdal.*
2. *Med bakgrunn i overordna prinsipp for utvikling av spesialisthelsetenesta i føretaket, fagleg kvalitet, likeverdige tenester og god ressursutnytting, legg styret den utvida tolkinga av vurderingskriteria gjort i saksframlegget til grunn for utgreiinga av løysingsmodellar.*
3. *Styret for Helse Møre og Romsdal HF sluttar seg til dei sju framlagde alternative løysingsmodellane for sjukebusstruktur og overordna funksjonsfordeling i utviklingsplanen fram til 2030, slik dei er omtala i saksframlegget. Modellane vil bli fullstendig utgreia fram mot ekstraordinært styremøte 1. oktober 2012.*

4. *Styret sluttar seg til at løysingsalternativa blir sendt ut til høyring no. Supplerande leveranse med utgreiing og vurdering av modellane vil bli handsama i ekstraordinært styremøte 1. oktober. Løysingsalternativa saman med denne tilleggsleveransen vil då utgjere det samla høyringsdokumentet. Høyringsfrist vert sett til 7. november 2012.*

#### 2.1.6 Styremøte HMR HF 1. oktober 2012.

Ei nærare utgreiing og vurdering av modellane vart lagt fram for styret for Helse Møre og Romsdal i sak ”2012/69 Høyring – Utviklingsplan for Helse Møre og Romsdal HF”, der styret gjorde vedtak:

1. *Styret for Helse Møre og Romsdal HF sluttar seg til at vedlagde høyringsdokument for Utviklingsplan for Helse Møre og Romsdal HF med tilhøyrande høyringsbrev blir sendt ut til dei aktuelle høyringsinstansane.*

Høyringa med frist 7. november gav 98 høyringssvar frå ulike organisasjonar, organ og privatpersonar. Svara er tilgjengelege på ei eiga høyringsside: <https://ekstranett.helse-midt.no/utviklingsplan-HMR/default.aspx>

Parallelt med høyringa har administrasjonen på oppdrag frå styret greia ut om andre tilhøve knytt til utviklingsplanen, inkludert ei medisinskfagleg ROS-analyse, ei analyse av samfunnskonsekvensar, og ei spørjeundersøking om rekruttering og reiseveg. Desse og andre tilleggsgrunnlag er lagt fram for styret til møte 3. desember 2012.

## 2.2 Føremålet med ein utviklingsplan<sup>1</sup>

Alle tiltak som ein ynskjer å gjennomføre, skal vere tilstrekkeleg forankra i ein overordna plan for helseføretaket. Ein kan ikkje starte planlegging av eit konkret tiltak før det ligg føre ein slik plan. I høve til tidlegfaserettleiaren for sjukehusbygg heiter dette ein utviklingsplan. Ein utviklingsplan er ei operasjonalisering av overordna planar og strategiar, og skal gje eit framtidsbilette av helseføretaket sine planar for verksemd, bygningsmasse og i kva retning dei ynskjer at utviklinga skal gå.

Eit tiltak som skal utviklast til eit investeringsprosjekt må byggje på planar som syner status og utvikling både for verksemda og bygningsmassen. Lik oppbygging av slike plandokument vil bidra til at dei ulike prosjekta får like og samanliknbare planprosessar frå starten av tidlegfasen (B1). Målet med rettleiaren er å bidra til dette.

Det er ikkje rettleiaren si oppgåve å vise korleis plandokument og prosessar for styring av prosjekta og verksemdar skal byggjast opp. Fullmakta til å avgjere oppstart og gjennomføring av planprosessen ligg hos RHF eller HF. Dette er avhengig av helseføretaket sitt styringssystem som viser fullmaktsgrenser av m.a. forventa investeringsramme.

Gjennomføring av tidlegfasen for investeringsprosjekt føreset følgjande:

- At det ligg føre ein utviklingsplan som viser status og planar for prioriterte tiltak.
- At det blir etablert ei kopling mellom tiltaka i utviklingsplanen og i investeringsplanen som viser gjennomføring av tiltaka i høve til finansielt handlingsrom.

For å vise bindinga mellom dei aktuelle tiltaka, bør planen også omhandle ønska tiltak som det ikkje er rom for i investeringsplanen i det aktuelle tidsrommet.

Utviklingsplanen er sett saman av to delplanar:

<sup>1</sup> Tekst henta frå Helsedirektoratet sin ”Veileder Tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter”, 12/2011.

1. Ein plan for utvikling av verksemda (utviklingsplan for verksemda)
2. Ein plan for utvikling av bygningar (utviklingsplan for bygningsmassen).

Delplanen for ei verksemd skal vere eit sjølvstendig, strategisk dokument. Den bygnings-messige delplanen skal byggje på dette sjølvstendige dokumentet. I den samla utviklingsplanen vert desse knytte saman til ein heilskapleg plan som viser korleis endringar i verksemda stiller krav til utvikling av dei bygningsmessige ressursane i helseføretaket. Utviklingsplanen bør vise alternativ for korleis verksemd og bygningsmessige tiltak kan løyse aktuelle og framtidige behov.

### 2.2.1 Del 1: Utviklingsplan for Møre og Romsdal si verksemd

Denne delen av utviklingsplanen omfattar helseføretaket si primære verksemd som er klinisk verksemd, opplæring, forskning og utdanning og ikkje-medisinske servicetenester.

Føremålet med planen er:

- Å forankre planar for utvikling av helseføretaket si verksemd i overordna strategiar og rammer.
- Å gje grunnlag for prioritering av tiltak for å utvikle verksemda.

Utviklingsplanen for verksemda byggjer på overordna strategiske planar og dokument som:

- nasjonale strategiar og planar for utvikling av helsetenester
- regionale strategiar og planar for utvikling, organisering og oppgåvefordeling
- fagplanar for pasientgrupper og fagområde
- berekningar av framtidig kapasitetsbehov på HF eller RHF-nivå.

Utviklingsplanen for verksemda skal omfatte heile helseføretaket og innehalde beskrivingar av status for noverande aktivitet og verksemd. Han skal vise dimensjonerande føresetnader, drivarar for endring og konsekvensar for framtidig verksemd. Planen beskriv korleis fagområde er avhengige av kvarandre, funksjonar og sjukehuseiningar, og korleis sjukehusa avheng av primærhelsetenesta. Det er viktig at utviklingsplanen for verksemda viser mogelege endringar innanfor:

- oppgåvedeling og sjukehusstruktur
- framtidig aktivitet
- kapasitetsbehov
- organisering, driftsøkonomi

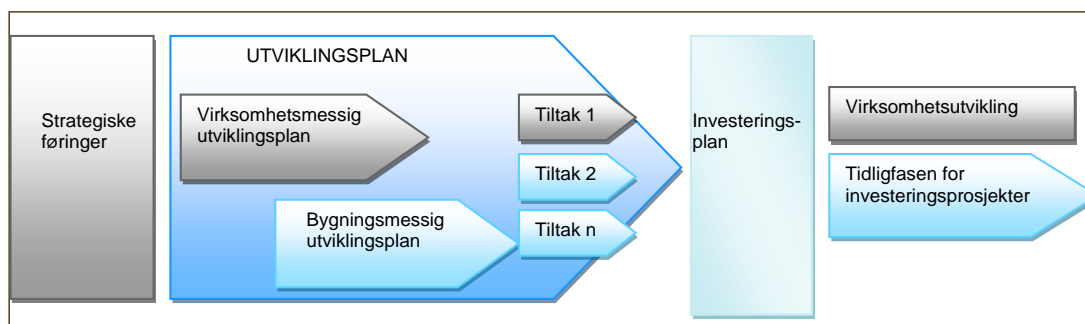
### 2.2.2 Del 2: Utviklingsplan for bygningsmassen i Helse Møre og Romsdal HF

Dette er ein plan som viser utvikling av dei bygde, fysiske ressursane i helseføretaket. Forankringa ligg i utviklingsplanen for verksemda og i dei endringar og krav til tiltak som er beskrivne der. Eksisterande bygg representerer mogelegheiter og avgrensingar for framtidig utvikling av verksemda.

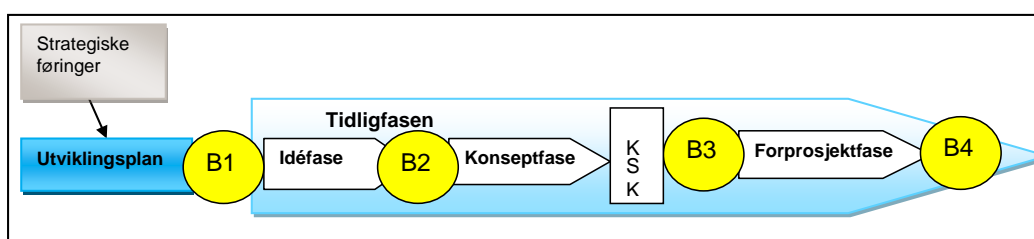
Føremålet med planen er:

Å dokumentere status for eksisterande bygg med omsyn til deira tekniske tilstand og kor eigna dei er til endring. I tillegg kjem mogelegheiter og avgrensingar i noverande og framtidig bruk (eigedomstilhøve, reguleringstilhøve, vernestatus, miljøtilhøve), og i tillegg kostnader for FDVU. Planen skal

- Vise korleis bygga kan utviklast for å kunne bidra til ei effektiv drift av primærverksemda, og samstundes ta vare på krav til miljø og andre samfunnskrav.
- Vise krav til dimensjonering av funksjonar og bygningar, mogelege løysingar, kva tiltak som er naudsynte og kva investeringsbehovet er.



Figur 1. Prinsippmodell for sammenhengen mellom overordna plandokument og tidlegfase.



Figur 2. Faser og vedtakspunkt i tidligfasen.

Investeringsplanen gjev som regel ikkje handlingsrom for å gjennomføre alle prosjekta i utviklingsplanen i ein samla planprosess. Difor er det viktig at ein beskriv korleis prosjekta evt. er avhengige av kvarandre, og kva tyding realisering eller ikkje realisering av eitt prosjekt har for dei andre prosjekta. For å få ei vurdering av om det valde alternativet er det optimale i høve til? den samla planen, bør ein vurdere å gjennomføre KSK<sup>2</sup> sjølv om prosjektet åleine ikkje går utover 500 mill. NOK.

## 2.3 Mål

### 2.3.1 Samfunns mål

Samfunns målet er å sikre langsiktige løysingar for å oppnå eit helsemessig godt og samfunnsøkonomisk effektivt sjukehusstilbod til befolkninga i føretaket sitt ansvarsområde.

Utviklingsplanen skal bidra til å oppfylle spesialisthelsetjenestelovens formål, som særleg er å:

1. ”fremme folkehelsen og å motvirke sykdom, skade, lidelse og funksjonsbemning,
2. bidra til å sikre tjenestetilbudets kvalitet,
3. bidra til et likeverdig tjenestetilbud,
4. bidra til at ressursene utnyttes best mulig,
5. bidra til at tjenestetilbudet blir tilpasset pasientenes behov, og
6. bidra til at tjenestetilbudet blir tilgjengelig for pasientene

*Ut over dette kan det gis samfunns mål gjennom andre styringsdokumenter; som lover, forskrifter og rundskriv som regulerer spesialisthelsetjenesten, vedtekter, oppdragsdokument og protokoll fra foretaksmøter.”*

Utviklingsplanen skal bygge på dei føringar som følgjer av nasjonale verdiar og Helse Midt-Norge si utvikling av helsetenester sett i eit langsiktig perspektiv. Visjonen for helsetenestene i Helse Midt-Norge og Helse Møre og Romsdal er uttrykt i Helse Midt-Norge sin overordna strategi 2008-2020:

<sup>2</sup> KSK er ei kvalitetssikring gjort av eit eksternt miljø. Ho skal vurdere om utgreiinga av al-ternativa i utviklingsplanen tek vare på overordna krav (breidde i utgreiing av alternativ, økonomisk bereevne) og spesifikke krav (metodiske og anna). KSK skal ikkje overprøve val av alternativ, men skal sjå på om alternativa er vurderte på ein god måte.



**"På lag med deg for helsa di."****Verdiar**

Dei nasjonale verdiane for helsetenestene er uttrykte som:

**Kvalitet**  
**Tryggleik**  
**Respekt**

**Hovudmål for Helse Midt-Norge:**

Pasientbehandling og opplæring:

- Helse Midt-Norge skal gi likeverdige helsetenester av god kvalitet, til rett tid, tilpassa befolkninga og den enkelte brukar sine behov.
- Helse Midt-Norge skal bidra til god samhandling innan spesialisthelsetenesta og med andre deler av helsetenesta uavhengig av tenestenivå.
- Behandlingsforløpet skal være føreseieleg, heilskapleg og effektivt for pasient og pårørande.
- Brukaren sine erfaringar og kompetanse skal nyttast i planlegging og tilrettelegging av behandlingstilbodet.

Organisasjon og leiing:

- Ved hjelp av kompetente medarbeidarar, skal Helse Midt-Norge utvikle effektive og resultatorienterte organisasjonar.
- Helse Midt-Norge skal være ein målretta fagleg utdanningsarena for studentar og egne medarbeidarar.
- Verksemd skal ta vare på felles verdigrunnlag, etiske retningslinjer og medverking frå tilsette.

Forskning:

- Helse Midt-Norge skal halde høg fagleg standard og kunne dokumentere det.
- Forsking og utvikling skal vere ein naturleg og høgt prioritert del av verksemda i heile regionen.

Økonomi:

- Føretaksgruppa Helse Midt-Norge skal drivast med god og påliteleg økonomistyring.
- Samordning, effektiv drift og investeringar skal bidra til betre pasienttilbod og sørge for at verdiane i føretaksgruppa vert haldne vedlike og vidareutvikla.

Overordna mål for Helse Møre og Romsdal:

- Fremje folkehelsa og sikre tryggleik for befolkninga.
- Kunnskapsbaserte og forsvarlege tenester av god kvalitet.
- Likeverdig tenestetilbod tilpassa befolkninga og den enkelte brukar sine behov.
- Tilgjengeleg tenestetilbod med lik tilgang av tenestene til rett tid.
- God utnytting av ressursane og økonomisk berekraft.
- Eit heilskapleg og koordinert tenestetilbod.
- God kommunikasjon og medverknad.
- Rett kompetanse på rett stad til rett tid.
- Robuste fagmiljø og samarbeid internt og eksternt.

**2.3.2 Effektmål**

Effektmåla er knytte til at Helse Møre og Romsdal i perspektivet mot 2030 skal kunne tene befolkninga med eit tidsmessig spesialisthelsetenestetilbod. Effektmåla vert først realiserte når utviklingsplanen i sin heilskap er realisert. Utviklingsplanen skal sikre at ein byggjer på berande element for eit framtidig og moderne tilbod innan spesialisthelsetenesta med vekt på følgjande:

- Rask diagnostikk, utgreiing og behandling

- Pasientane skal få eit tilbod på det nivået dei har behov for
- God service – samheng mellom informasjon, utgreiing og behandling, der ein tek utgangspunkt i den enkelte pasient sine behov
- Skilje augeblikkeleg hjelp og planlagd verksemd
- Størst mogeleg grad av planlagd verksemd
- Integrasjon av psykiatri og somatikk
- Føremålstenlege funksjonar innanfor ei organisatorisk eining
- Tett samarbeid med primær-/kommunehelsetenestene basert på likeverd og gjensidigheit.

### 2.3.3 Resultatmål

Utviklingsplanen skal føre til eit målbilete 2030 som tek vare på følgjande tilhøve når han er fullt gjennomført:

- Ha lagt til rette for at bygga inviterer til organisatorisk nytenking som støttar opp om verdiane kvalitet, tryggleik og respekt, samstundes som det gir grunnlag for økonomisk effektiv drift innanfor gitte rammer.
- Framtidsretta område for diagnostikk, behandling og rehabilitering m.o.p. storleik, driftsøkonomi og funksjonalitet.
- God logistikk (pasientar og pårørande, tilsette og varer).
- Tilstrekkeleg bygningsmessig fleksibilitet, elastisitet og generalitet (lettare å tilpasse areala til nye funksjonar og ny metodikk) kombinert med god byggeøkonomi.
- Mogelegheit for fleksible driftsformer og fleksibel utnytting av lokale og utstyr.
- Tilrettelagt for undervisning, opplæring og forskning.
- Tilrettelagt for at gode medisinskfaglege funksjonar kan vidareutviklast.
- Tilrettelagt for moderne og brukartilpassa pasientbehandling og opplæring (i samspel med pårørande).
- Gode løysingar med tanke på ytre miljø og energisparande tiltak, inneklima og arbeidsmiljø.

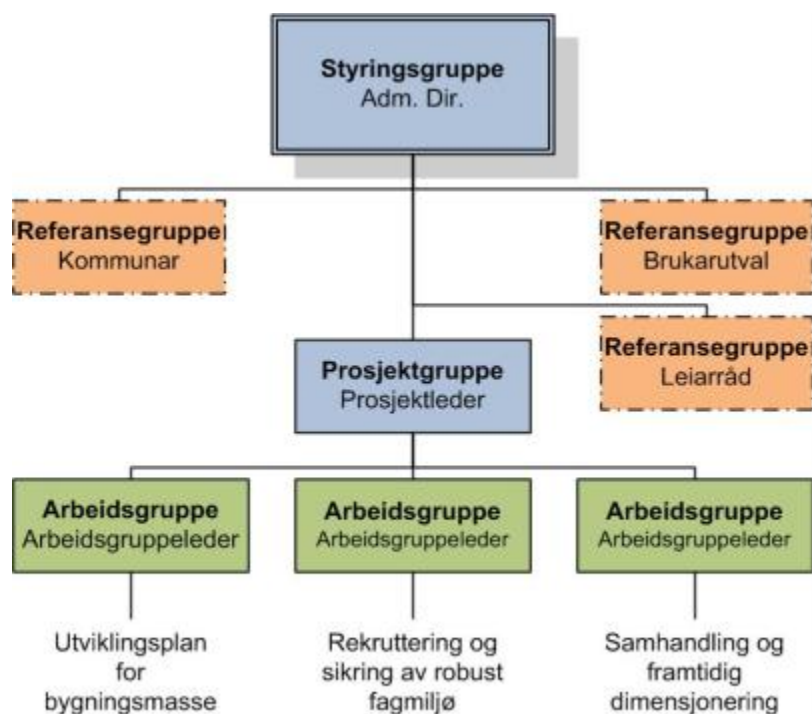
## 3 Prosess og metode

### 3.1 Prosess

#### 3.1.1 Om prosjektorganisering

Utviklingsplanarbeidet for Helse Møre og Romsdal er organisert som prosjekt, i tråd med vedtak i styret for Helse Møre og Romsdal 19.-20. desember 2011. Dette er mellom anna av omsyn til storleiken og kompleksiteten i arbeidet. Ei lang rekke interne og eksterne aktørar har delteke med kompetanse og med sine råd og meiningar undervegs i prosessen. Grunna temaet som er oppe til utgreiing, er det særskild viktig å sikre gode møtepunkt og rom for dialog som del av sakshandsaminga. Prosjektorganisering gir ein tydeleg og open struktur for arbeidet, gir ein klar struktur for medverknad, og bidreg til å sikre framdrift og oppfølging.

Prosjektleiinga hentar i tillegg inn ekstern kompetanse på til dømes bygg, framskriving av sjukehusbehov, økonomiske utrekingar mv. der dette er naudsynt.



Figur 3. Prosjektorganisering.

### 3.1.2 Prosess med brei deltaking

Prosjektet er organisert med ei brei deltaking, og prosjektorganisasjonen tel meir enn 60 deltakarar. Referansegrupper kjem i tillegg til desse. Hovuddelen av arbeidet i første halvår har funne stad i dei tre arbeidsgruppene (sjå organisasjonskart), som har knytt til seg ekstern kompetanse der det er naudsynt. I tillegg til sjølve utgreininga kjem ei rekke møte for dialog om prosjektet, internt og eksternt. Samla sett er det i 2012 nytta nærare 10 000 timar til møteverksemd i prosjektet. (inkluderer reising og førebuing til møte)

Struktur for medverknad og informasjon inkluderer følgjande punkt:

- Tillitsvalde og verneteneste er med i styringsgruppe, prosjektgruppe og arbeidsgrupper
- Leiarar og tilsette ved alle fire sjukehusa er godt representerte i ulike grupper, og leiarråd er referansegruppe for prosjektet
- Brukarutvalet er referansegruppe for prosjektet, og er representert i styringsgruppa
- Kommunane har ei eiga referansegruppe utpeika av regionråda Orkidé, RoR og Sunnmøre Regionråd, i tillegg til at det er med representant for kommunehelsetenesta i arbeidsgruppa for samhandling og dimensjonering
- I samband med høyringsprosessen har Helse Møre og Romsdal møtt regionråda for Sunnmøre, Romsdal og Nordmøre. Her har føremålet vore å skape dialog og svare ut spørsmål og behov for avklaringar, som ei støtte til kommunane si sakshandsamling av høyringsgrunnlaget.
- Informasjons- og dialogmøte for tilsette på sjukehusa er gjennomført fleire gonger kvart halvår. I møta har det vore sett av mykje tid til diskusjon og spørsmål.
- Det er halde informasjonsmøte om utviklingsplanen for sjukehusa i Volda, Ålesund, Molde og Kristiansund, for innbyggjarane i det samla opptaksområdet. Eit av møta vart kringkasta direkte på internett i samarbeid med lokale media, og møta har vore omtalte på førehand i media og gjennom annonser.
- I slutfasen er det sendt ut ei intern spørjeundersøking om rekruttering til tilsette ved alle fire sjukehusa. Meir enn 2000 tilsette, med god fordeling på ulike profesjonar og sjukehus, har svart på undersøkinga.

- Det er halde pressekonferanse om framlegg av utviklingsplan i to omgonger. Desse har vore kringkasta på internett og intranett gjennom helseføretaket sin TV-kanal på internett. Styremøte med handsaming av saker knytt til utviklingsplanen har også vore kringkasta på same måte.
- Det er gjennomført ei brei høyring om grunnlaget i utviklingsplanen for Helse Møre og Romsdal. I tillegg til at det er sendt ut høyringsgrunnlag til ei rekke instansar har helseføretaket også gått ut i avisene og opna opp for høyringssvar frå andre. Dermed har også innbyggjarane og mindre organisasjonar hatt høve til å kome med høyringssvar, og det er kome ei rekke slike. Alle høyringssvar er lagt ut på internett etter kvart som dei er kome inn til administrasjonen.
- For å halde ulike interessantar oppdatert har prosjektet eiga side på Helse Møre og Romsdal sitt intranett og internettsider. Det er óg laga ei eiga internettside for høyring av utviklingsplanen. På intranett legg dei ulike gruppene ut møtereferat, presentasjonar og anna informasjon undervegs i arbeidet. Helseføretaket har også oppretta ei eiga Facebook-side for å nå ut til fleire med informasjon. Sida er open for ordskifte.

### 3.1.3 Prosjektgruppe som rådgjevande organ

I eit prosjektorganisert arbeid kan oppgåva til prosjektgruppa definerast på ulike vis. I sjukehusa er det ofte slik at gruppa legg fram ein sluttrapport som administrerande direktør handsamar, eventuelt sender ut på høyring, før direktør lagar si tilråding. Prosjektgrupperapportar blir då eit av fleire “leverte underlag” for direktør, som vurderer dei ulike bidrag inn i sakshandsaminga.

Andre gonger er prosjektgruppa eit rådgjevande organ for prosjektleiing/direktør, der det er sistnemnde som legg fram rapportar undervegs, men i ein kontinuerlig dialog med heile prosjektorganisasjonen. Det er denne tilnærminga som er nytta i utviklingsplanarbeidet, av fleire årsaker:

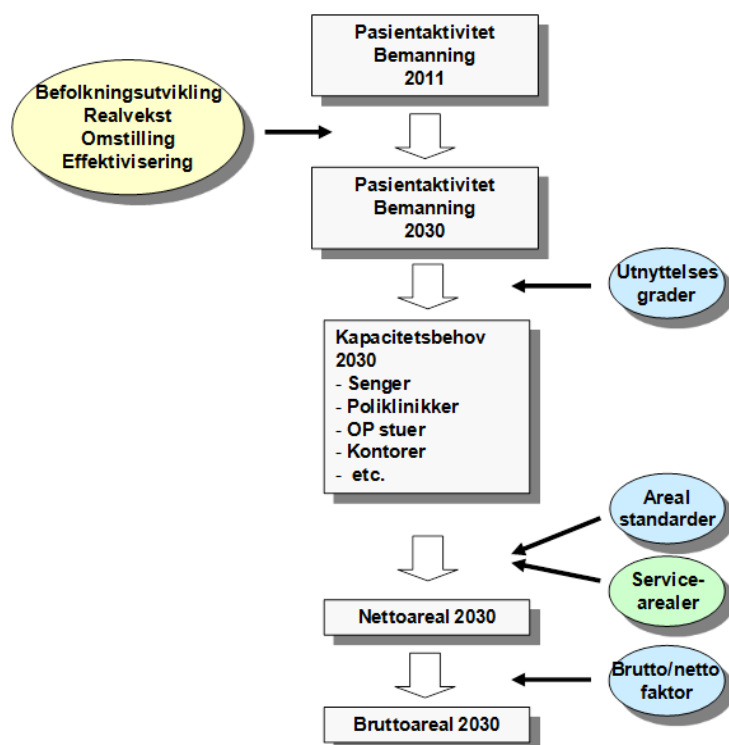
- Meir fleksibilitet og raskare avklaringar i dialogen mellom prosjektgruppe og direktør, noko som er viktig når fristane er korte.
- Mindre belastning på ei prosjektgruppe der dei fleste medlemmane ikkje har avsett stillingsressurs til å delta aktivt i utgreiinga.
- Tydeleggjer administrerande direktør sitt ansvar for vurderingane som blir lagt fram, og for den ferdige utviklingsplanen.

### 3.1.4 Avsluttande fase av utgreiinga

I sluttfasen av utgreiinga, etter at høyringsgrunnlaget vart sendt ut, kjem leveransane hovudsakleg frå eksterne leverandørar. Dette gjeld til dømes ROS-analyse, konsekvensanalyse mv. Her har prosjektgruppa vore inne i noko mindre grad i og med at arbeidet vert utført av eksterne firma, men har gitt råd på overordna nivå. Ein har valt å inkludere ei relativt brei gruppe interne og eksterne respondentar i dei undersøkingane som dei eksterne leverandørane har gjennomført, for å spegle både helseføretaket si verksemd og dei eksterne interessentane.

## 3.2 Metode for berekning av arealbehov – kva treng vi i 2030?

Den forventede aktiviteten ved sjukehusa i 2030 gir eit bilete av kva arealbehov og bygningstiltak helseføretaket må legge til grunn i utviklingsplanen. Framskrivning av aktivitet ved sjukehusa er gjort i to prosessar. Den eine la til grunn samla aktivitet i heile Helse Møre og Romsdal. I denne framskrivinga er talet for innlegging rekna ut frå talet på opphald i sjukehus. Den andre framskrivinga tek utgangspunkt i aktiviteten pr avdeling og sjukehus. Opphald i avdeling gir eit noko høgare tal fordi ein pasient kan ha fleire avdelingsopphald innanfor eitt sjukehusopphald. Tal for opphald i dei to framskrivingane vil difor avvike noko, mens talet på liggedøgn vil vere det same. Kapasitet og arealberekning er gjennomført for aktivitet framskriven pr sjukehus og avdeling.



Figur 4. Metode for kapasitets- og arealberegning.

Prinsippet er at det vert teke utgangspunkt i noverande aktivitet og bemanning. Tala er framskrivne basert på befolkningsutviklinga, og forventna realvekst, omstilling og effektivisering av pasientbehandlinga. Kapasitetar som t.d. senger og rom i poliklinikken blir berekna på grunnlag av utnyttingsgrader. Nettoareal vert rekna på grunnlag av arealstandardar og vurdering av serviceareal. Nettoareal vert omgjort til bruttoareal med ein brutto/netto faktor på 2,0.

Føresetnadene som er lagt inn:

- Akutfunksjonar har ope 24 t/ døgn, 365 dagar i året
- Poliklinikk/ dagbehandling/ bilettdiagnostikk har aktivitet 7 timar/ dag, 230 dagar i året
- Senger i einingar med stor del akutte innleggingar har i gjennomsnitt 85 % belegg
- Senger i einingar med planlagt verksemd har i gjennomsnitt 90 % belegg.
- Senger i einingar med stor variasjon i utnytting (barn, føde/ barsel, observasjonspost) har i gjennomsnitt 70 % belegg – for å ha kapasitet til å ta toppane.
- Senger i pasienthotellet er berekna med 70 % belegg, då aktiviteten her vil vere størst i veka, mindre i helgene.

Når talet på rom er berekna med dei føresetnadene som er lista opp, kjenner vi storleik på kapasiteten som Helse Møre og Romsdal vil trenge i 2030.

Arealutrekninga legg til grunn teoretisk storleik for nybyggareal av ulike type som er brukt i norske sjukehusprosjekt dei seinare åra. Bruk av eksisterande bygningsmasse gir andre gjennomsnittareal for funksjonane.

Generelt er det slik at når ein samla aktivitet for ei definert befolkning skal fordelast på fleire driftseiningar, vil kapasitetsbehovet og dermed arealbehovet auke noko.

### 3.3 Økonomiske analyser

#### 3.3.1 Investeringsbehov

Berekingane av investeringsbehov tek utgangspunkt i følgjande:

- Noverande bruttoareal på dei fire lokalisasjonane 3
- Framtidig berekna brutto arealbehov i dei ulike løysingsforslaga 4
- Behov for nybygg, ombygging, oppgradering eller avhending per lokalisasjon
- Føresetnader om kostnader 5.

Uvissa er truleg i storleik +/-20 %. Uvissa er knytt til berekna arealbehov, oppgraderingsbehov og kostnader, og i tillegg nybyggkostnader.

#### 3.3.2 Driftsøkonomiske konsekvensar

Den driftsøkonomiske konsekvensen av dei ulike alternativa er vurdert ut frå tre ulike tilnærmingar:

- Samanlikning mot dei helseføretaka, som i høve Samdata rapporten 2010 har lågast lønnskostnad pr DRG
- Bereking for Helse Nordmøre og Romsdal gjort av Ernst & Young hausten 2010
- Samanlikning mot analyse av innsparingspotensial gjort i planlegginga av nytt Østfoldsykehus.

## 4 Strategiske avklaringar

Dette er i all hovudsak moment som vil kunne ha innverknad på omfang og utforming av tenestene i fylket, men som ikkje er tekne med i framskrivinga av behovet til 2030. Dei fleste momenta vil ha innverknad på det arbeidet som skal gjerast etter at denne delrapporten er levert, både når det gjeld fordeling mellom sjukehus og fagområde, og når det gjeld totalt omfang av tenester.

### 4.1 Sentralisering/desentralisering

Både regionale og nasjonale planar gir ei overordna føring: Vi skal sentralisere det vi må, og desentralisere det vi kan.

**Desentralisere** det ein kan: desentralisere i tradisjonell hierarkisk struktur i helsevesenet (nasjonalt – regionalt – lokalt - kommunehelsetenesta), men også desentralisere heim til pasienten: avansert sjukehusbehandling i heimen, overvaking av pasientstatus telemedisinsk etc. Til dømes kontroll av ICD/pacemaker telemedisinsk utan oppmøte: treng då IKT-infrastruktur og personell/kontor/areal, men ikkje pasientreise så ofte. Teknologisk utvikling vedrørende omsorgsteknologi, overvaking, diagnostikk mm., vil kunne gje desentralisering av medisinsk aktivitet, særleg når det gjeld kronikaromsorg.

#### Spørsmåla vil vere:

Kan dette (konsultasjon/behandling) gå føre seg i heimen til pasienten, hjå fastlege, i lokalsjukehus?

Poliklinisk aktivitet/kronikaromsorg skal gå føre seg så nær pasienten som råd?

Kva kan overførast til kommunane som del av Samhandlingsreforma?

**Sentralisere** det ein må: prosessen bør basere seg på eksplisitte kriteria. Det vanlege er kvalitetsmål (t.d. kreftkirurgi, annan kirurgi), krav til infrastruktur (m.a. dyrt utstyr), høg kostnad, kompetanse, kopling til

<sup>3</sup> Arealtal henta frå Multiconsult sin rapport, 2012

<sup>4</sup> Bereking av arealbehov i ulike alternativ, Hospitalitet 20.1.2012

<sup>5</sup> Basert på erfaringstal frå nyare byggeprosjekt, mellom anna nytt østfoldsykehus.

annan aktivitet etc. Teknologisk utvikling kan vere sentraliserande når det gjeld planlagd kirurgi ved t.d. robotkirurgi for prostatakrefte. Historisk har ofte teknologi vore sentraliserande først, men for ein del seinare vorte desentralisert (eventuelt etter ytterlegare teknologisk utvikling), gjerne først til sentralsjukehus/større sjukehus, og deretter til lokalsjukehusa.

**Lowverket** pr. i dag gir avgrensingar, til dømes med omsyn til utnyttingsgraden av telemedisin.

**Uendra dekningsgrad** geografisk/fagleg. Helse Møre og Romsdal har ein sjølvdekningsgrad i levering av somatiske spesialisthelsetenester på 90,3 % for heile befolkinga i 2011. Vurdering av om det skal leggast inn ei målsetting om å auke eigendekningsgraden (fagleg eller geografisk), er ikkje gjort på dette tidspunktet. Til samanlikning hadde Nordlandssykehuset HF ei eigendekking på 87 %, Vestre Viken HF 67,8 % og Sykehuset Østfold 80,3 %. Ein legg i denne fasen av framskrivinga til grunn uendra geografisk dekking, og ein legg til grunn uendra eigendekningsgrad i HMR i 2030. Begge desse to føresetnadene må vurderast i samband med ulike scenario for 2030. Avklaring av desse spørsmåla vil kunne innverke vesentleg på prognosen. Den faglege dekningsgraden må sjåast i samanheng med både eit ønska ambisjonsnivå for tenestene i fylket, og med desentralisering av aktivitet frå St. Olavs Hospital som ledd i Strategi 2020.

## 5 Verksemdbeskriving – no-situasjon

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 som ligg utanfor sjukehusa, og helseføretaket driv også mykje ambulansverksemd ute i kommunane.

### 5.1 Overordna beskriving

#### 5.1.1 Organisasjon

Den kliniske verksemda, inkludert kliniske støttetjenester, er organisert i klinikkar på tvers av dei fire sjukehusa, med unntak av den kirurgiske og akuttmedisinske verksemda – her er det ein klinikk ved kvart sjukehus. Administrasjon og teknisk støtte er felles, med administrativt hovudsete i Ålesund, men med personell fordelt ute på sjukehusa. Dei distriktpsikiatriske institusjonane (DPS) utanfor sjukehusa er knytte til klinikk for psykisk helsevern, medan rehabiliteringsinstitusjonane er knytte til klinikk for rehabilitering.

### 5.2 No-situasjon sjukehusfunksjonar

#### 5.2.1 Pasienttilbodet i Helse Møre og Romsdal

Helse Møre og Romsdal har fire sjukehus som alle har dei mest sentrale lokalsjukehusfunksjonane, det vil seie akutt og elektivt tilbod i indremedisin, kirurgi/ortopedi, føde og dei støttefaga som trengst til dette (laboratoriemedisin, radiologi, anestesi/operasjon/intensivtilbod). Men det er skilnader mellom sjukehusa på kor differensiert tilbodet er, både med omsyn på desse faga og andre fag ved sjukehusa. Det er og skilnader i vaktberedskap, fremst knytt til kirurgi og ortopedi.

#### Indremedisin:

HMR utgreier, diagnostiserer og behandlar dei aller fleste pasientar med indremedisinske problemstillingar i Møre og Romsdal. Dei fleste innleggingar er akutt hjelp. I tillegg kjem planlagde innleggingar og eit omfattande poliklinisk tilbod samt dagbehandling. Alle fire sjukehusa tek imot pasientar for akutt hjelp og gir tilbod innan dei store indremedisinske greinfaga som til dømes lunge-, hjarte- og nyremedisin og blodsjukdommar. Nokre få greinspesialitetar finst berre ved eitt eller to av sjukehusa.

**Nevrologi:**

Innlagde nevrologiske pasientar, også med akutte tilstandar, får tilbod ved Molde sjukehus, inkludert ei eining for nevrorehabilitering og dageining for MS-behandling. Det er poliklinisk tilbod både i Ålesund og Molde. Ved Molde sjukehus blir tilbod til slagpasientar gitt hjå nevrologisk avdeling. Ved dei tre andre sjukehusa tek ein også mot ein del akutte nevrologiske pasientar, og då i indremedisinsk avdeling (desse er organisert med ”slageining” i avdelinga).

**Hudbehandling**

HMR har hudavdeling ved Ålesund sjukehus med poliklinisk tilbod og dagbehandling, og hud poliklinikk ved Kristiansund sjukehus. I tillegg får pasientar lysbehandling for nokre hudlidingar også ved Volda sjukehus. Kirurgisk hudbehandling finn også stad ved plastikkirurgisk seksjon ved Molde Sjukehus

**Kreftbehandling**

Det er ikkje-kirurgisk krefttilbod (cellegiftbehandling, lindrande behandling, diagnostisering/oppfølging) ved alle sjukehusa og strålebehandling i Ålesund. Kreftkirurgi (bryst- og tarmkreft) vert utført ved Ålesund sjukehus og Molde sjukehus. Regional kreftplan inneber at ein del krefttypar som lungekreft, prostatakreft og ein del meir sjeldne krefttypar vert opererte ved St. Olavs hospital.

**Generell kirurgi (blautdelskirurgi)**

Alle fire sjukehusa tek imot både akutt og planlagd behandling, men det er ei fordeling av nokre av faga mellom sjukehusa, og Ålesund sjukehus og Molde sjukehus har det breiaste tilbodet på dette området. Samla sett omfattar kirurgi innan fagområda generell kirurgi, kirurgi i mage/tarm, endokrinkirurgi, urologi, plastisk kirurgi og karkirurgi. Sjå tabell 4.

I 2011 vart vaktssystema mellom sjukehusa endra, slik at alle sjukehusa har lege i døgnvakt for akutte pasientar på vekedagar, medan berre Ålesund sjukehus og Molde sjukehus har slik vakt på helg.

**Ortopedi (beinkirurgi)**

Alle fire sjukehusa tek imot ortopediske pasientar til akutt og planlagd behandling. Ålesund sjukehus har ansvar for traumatologi og tilbod i revmakirurgi og barneortopedi, og har totalt sett det breiaste ortopediske tilbodet. Ein del tyngre ortopediske operasjonar vert også utførte ved Kristiansund sjukehus.

Frå 2012 er vaktssystema mellom sjukehusa endra slik at alle sjukehusa har lege i døgnvakt for akutte pasientar på vekedagar, medan Ålesund sjukehus, Volda sjukehus og Kristiansund sjukehus har slik vakt på helg.

**Øyre-nase-hals inkludert hørselssentral**

HMR handterer dei vanlege pasientgruppene for lokalsjukehus, men gir også fleire meir spesialiserte tilbod. Ålesund sjukehus, Molde sjukehus og Kristiansund sjukehus gir poliklinisk behandling og dagbehandling, og ved dei to førstnemnde sjukehusa, gjer ein også inngrep som krev innlegging i sjukehus (inkl. traumekirurgi). Det er hørselssentral ved Ålesund sjukehus og Molde sjukehus, og HMR har også etablert eit slikt tilbod i Sunndal kommune. Ved Ålesund sjukehus er det også audiopedagogisk seksjon (born under skulealder) for heile Møre og Romsdal.

**Tann/kjevekirurgi**

HMR gir i hovudsak poliklinisk og dagkirurgisk tilbod i tann/kjevefaget, og utfører behandling av kjevebrot og andre skadar, men også traumekirurgi. Dette gjer ein ved Ålesund sjukehus og Molde sjukehus. Kirurgisk behandling av kjeveanomalier og rekonstruksjonar av kjevane gjer ein ved Ålesund sjukehus.

**Fødselshjelp og kvinnesjukdommar**

HMR har gynekologisk tilbod og tilbod til gravide på fødeavdelingsnivå ved alle fire sjukehusa i helseføretaket, men nokre pasientar vert selekterte til Ålesund etter gjeldande retningsliner.



Fødeavdelinga i Ålesund har sentralfunksjon for Møre og Romsdal fylke når det gjeld risikofødande og premature fødsalar. Ved risiko for fødselsstart, eller behov for forløyning før svangerskapsveke 35, vert kvinner overflytta til Ålesund sjukehus. Sjukehuset har eiga neonatalavdeling som er i stand til å ta imot alle for tidleg fødte frå svangerskapsveke 23. Helseføretaket behandlar alle former for kvinnesjukdommar og samarbeider med St. Olavs Hospital om diagnostisering, oppfølging og behandling av kreftpasientar.

Om sommaren samarbeider avdelingane ved Molde sjukehus og Kristiansund sjukehus om ferieavvikling slik at kvar av avdelingane er stengt fire veker, medan den andre tek imot fødande frå både Nordmøre og Romsdal.

### **Auge**

HMR greier ut og behandlar dei aller fleste augelidingar, hovudsakeleg poliklinisk eller som dagbehandling, ved Ålesund sjukehus og Molde sjukehus.

### **Fysikalsk medisin, rehabilitering og habilitering**

HMR gir spesialisert rehabilitering ved Ålesund sjukehus og Molde sjukehus og Mork Rehabiliteringssenter og Aure Rehabiliteringssenter. Ålesund og Molde har også tilbod i vaksnehabilitering, som i HMR er organisert under psykisk helsevern. Det blir også gitt tilbod i rehabilitering ved Volda sjukehus og Kristiansund sjukehus.

### **Revmatologi**

Det er døgneining og poliklinisk tilbod ved Ålesund sjukehus og poliklinisk tilbod ved Kristiansund sjukehus.

### **Barnemedisin (pediatri)**

HMR har barnemedisinsk avdeling med sengepost, poliklinikk og vaktordning for barnelege ved Ålesund sjukehus og Kristiansund sjukehus. Ved desse sjukehusa er det også tilbod i barnehabilitering. Det er barnemedisinsk poliklinikk ved Molde sjukehus og eit avgrensa poliklinisk tilbod ved Volda sjukehus.

Barneavdelinga ved Ålesund sjukehus dekkjer heile Møre og Romsdal fylke innan nyfødmedisin og hjartelidingar hjå barn, ved behov også kreftlidingar. Neonatal intensivseksjon i Ålesund er sidestilt med tilsvarende seksjon på St.Olav til å ta alle typar sjuke nyfødde, uavhengig av kor tidlig fødte dei er. Barn med behov for neurokirurgi og nokre barnekirurgiske prosedyrar vert behandla ved St. Olavs Hospital HF (hjartekirurgi ved Rikshospitalet).

### **Psykisk helsevern for barn og unge**

Alle fire sjukehusa har eit breitt poliklinisk tilbod og driv i tillegg ambulant verksemd og samarbeid med kommunane. Ved Ålesund sjukehus er det akutt døgntilbod for heile fylket for born 12-18 år, i nokre tilfelle også for yngre born. I Molde er det eit fylkesdekkande døgntilbod for familiar der born er pasientar i BUP poliklinikk og meir intensiv familierapi er vurdert å vere nyttig.

### **Psykisk helsevern for vaksne**

HMR har fem distriktskykiatriske sentra (DPS) med døgneining, dagbehandling og poliklinikk (Volda, Vegsund, Sjøholt, Molde og Kristiansund), og mykje ambulant verksemd ute i kommunane. Det spesialiserte sjukehusstilbodet for vaksne er plassert ved Ålesund sjukehus og Molde sjukehus, der det er lege i vakt. Ved desse sjukehusa er det også alderspsykiatrisk tilbod (døgn/poliklinikk/ambulant) og ulike spesialiserte tilbod knytt til spesielle pasientgrupper (demens, sjølvskadande ungdom mv.) I Molde er det også et eige poliklinisk tilbod, hovudsakeleg til ungdommar 16–25 år, med emosjonelle reguleringsvanskar og sjølvskadande åtferd.

### Laboratorietilbod

HMR utfører laboratorieundersøkingar innan medisinsk biokjemi, medisinsk mikrobiologi, patologi og transfusjonsmedisin (blodbank) for innlagde pasientar og for kommunehelsetenesta. Det er Laboratorium for medisinsk biokjemi og blodbank ved alle dei fire sjukehusa, og blodbankfilial i Sunndal kommune. Laboratorium for medisinsk mikrobiologi og laboratorium for patologi finst berre ved Ålesund sjukehus og Molde sjukehus.

### Bilettdiagnostiske tenester

Dei fleste undersøkingar, til dømes skjelettrøntgen, MR- og CT-diagnostikk og ultralyd, blir utførte ved alle fire sjukehusa. Nokre meir spesialiserte undersøkingar og prosedyrar, samt tilbod innan nukleærmedisin, er det berre ved Ålesund sjukehus og Molde sjukehus. Ved desse to sjukehusa er det også døgnvakt av radiolog, medan Volda og Kristiansund har radiograf i vakt på kveld og helg og radiolog på dagtid. Delar av tilbodet innan hjartediagnostikk er sentralisert, mellom anna til St. Olavs hospital. Det er Brystdiagnostisk Senter (BDS) i Ålesund, som saman med Krefregisteret, har BDS-ansvaret for Mammografiprogrammet i Møre og Romsdal.

### Prehospitale tenester/AMK

Prehospitale tenester er frå 2013 organisert i eige helseføretak i Midt-Noreg. Det vil framleis vere ambulansestasjonar knytte til sjukehusa i tillegg til distriktsambulansane (bil og nokre båtar). Luftambulanse held til ved Ålesund sjukehus. Helse Møre og Romsdal har to AMK-sentralar, ved Ålesund sjukehus og Molde sjukehus.

### Anestesi/operasjon/intensiv

Desse støttetjenestene finst ved alle dei fire sjukehusa. Anestesi- og intensivtilbodet er noko meir spesialisert ved Molde sjukehus og mest spesialisert/differensiert ved Ålesund sjukehus. Desse to sjukehusa har anestesilege tilstades på vakt, medan slik lege er på tilkalling kveld og helg ved dei andre to sjukehusa. Intensivmedisin for nyfødde er berre i Ålesund.

Volda sjukehus	Ålesund sjukehus	Molde sjukehus	Kristiansund sjukehus
<b>Medisinske fag</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Indremedisin med dei fleste greinspesialitetar</li> <li>• Hud (polikl. lysbeh.)</li> <li>• Rehabilitering</li> </ul>	<b>Medisinske fag</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Indremedisin med alle greinspesialitetar</li> <li>• Revmatologi</li> <li>• Nevrologi (poliklinisk/dag) opptrening)</li> <li>• Hud (dag/poliklinikk)</li> <li>• Fysikalsk medisin og rehabilitering</li> </ul>	<b>Medisinske fag</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Indremedisin med dei fleste greinspesialitetar</li> <li>• Nevrologi (dag, poliklinikk, døgn)</li> <li>• Rehabilitering</li> <li>• Nevrorehabilitering</li> </ul>	<b>Medisinske fag</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Indremedisin med dei fleste greinspesialitetar</li> <li>• Hud (poliklinikk)</li> <li>• Rehabilitering</li> <li>• Revmatologi</li> </ul>
<b>Kirurgiske fag</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ortopedi</li> <li>• Kirurgi, herunder mage/tarmkirurgi og urologi</li> </ul>	<b>Kirurgiske fag</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ortopedi inkl. traumekirurgi, barneortopedi, revmakirurgi</li> <li>• Kirurgi, herunder mage/tarmkirurgi, urologi, karkirurgi, bryst/endokrin kirurgi, ansvar for traumekirurgi</li> <li>• Øyre-nase-halskirurgi</li> <li>• Augekirurgi</li> <li>• Tann/kjevekirurgi</li> </ul>	<b>Kirurgiske fag</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ortopedi</li> <li>• Kirurgi, herunder mage/tarmkirurgi, karkirurgi, bryst/endokrin, plastikkirurgi</li> <li>• Øyre-nase-hals</li> <li>• Augekirurgi</li> <li>• Tann/kjevekirurgi</li> </ul>	<b>Kirurgiske fag</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ortopedi</li> <li>• Kirurgi, herunder urologi, mage/tarm</li> <li>• Øyre-nase-halskirurgi (dag og poliklinikk)</li> </ul>

<b>Kvinne og born</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kvinnesjukdommar</li> <li>• Fødeavdeling</li> <li>• Barnemedisin (avgrensa poliklinisk tilbod)</li> <li>• BUP</li> </ul>	<b>Kvinne og born</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kvinnesjukdommar</li> <li>• Fødeavdeling</li> <li>• Barnemedisin (døgn, dag, poliklinikk)</li> <li>• Nyfødmedisin</li> <li>• Barnehabilitering</li> <li>• BUP</li> </ul>	<b>Kvinne og born</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kvinnesjukdommar</li> <li>• Fødeavdeling</li> <li>• Barnemedisin (poliklinikk)</li> <li>• BUP</li> <li>• Familietilbod BUP</li> </ul>	<b>Kvinne og born</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kvinnesjukdommar</li> <li>• Fødeavdeling</li> <li>• Barnemedisin (døgn, dag, poliklinikk)</li> <li>• Barnehabilitering</li> <li>• BUP</li> </ul>
<b>Medisinsk diagnostikk</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Radiologi</li> <li>• Klinisk-kjemisk lab.</li> <li>• Blodbank</li> </ul>	<b>Medisinsk diagnostikk</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Radiologi</li> <li>• Klinisk-kjemisk lab.</li> <li>• Patologisk lab.</li> <li>• Mikrobiologisk lab.</li> <li>• Blodbank</li> <li>• Nukleærmedisin</li> <li>• Brystkreftscreening</li> </ul>	<b>Medisinsk diagnostikk</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Radiologi</li> <li>• Klinisk-kjemisk lab.</li> <li>• Patologisk lab.</li> <li>• Mikrobiol. lab.</li> <li>• Blodbank</li> <li>• Nukleærmedisin</li> </ul>	<b>Medisinsk diagnostikk</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Radiologi</li> <li>• Klinisk-kjemisk lab.</li> <li>• Blodbank</li> </ul>
<b>Psykisk helsevern</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• DPS</li> </ul>	<b>Psykisk helsevern</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• DPS (Vegsund, Sjøholt)</li> <li>• Alderspsykiatri</li> <li>• Sikkerheitspsykiatri</li> <li>• Akutt/subakutt post</li> <li>• Lukka rehabilitering</li> <li>• Utgreiingspost (spesialseksjon)</li> <li>• vaksenhabilitering</li> </ul>	<b>Psykisk helsevern</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• DPS</li> <li>• Alderspsykiatri</li> <li>• Akuttpost</li> <li>• Lukka rehabilitering</li> <li>• Utgreiingspost</li> <li>• vaksenhabilitering</li> </ul>	<b>Psykisk helsevern</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• DPS</li> </ul>

Tabell 4. Fagtilbodet i Helse Møre og Romsdal

## 5.3 No-situasjon eksisterande bygg og eigedommar

### 5.3.1 Dagens eigedommar og areal

Dei somatiske sjukehusa i Møre og Romsdal er plasserte i Volda, Ålesund, Molde og Kristiansund. Totalt disponerer Helse Møre og Romsdal ca. **260.000 m<sup>2</sup>**, dei somatiske sjukehusa utgjer **127.218 m<sup>2</sup>** av dette arealet og psykiatrien **74 556 m<sup>2</sup>**.

Anna areal består av lokale for rehabilitering, bustader, kontorbygg, brakker og anna bygningsmasse.

Lokasjon	Antall bygninger [stk]	Gjennom-snitt alder [år]	Totalt bruttoareal [m <sup>2</sup> ] teknisk
Aure opptreningssenter	2	27	2 644
Eide	1	25	1 167
Hjelset	34	66	30 604
Kirklandet	5	39	23 315
Kristiansund	2	59	682
Molde, Knausen	3	16	7 926
Molde, Lundavang	34	44	40 050
Nordlandet	6	30	5 705
Sande	1	37	2 178
Skaret	1	49	450
Tingvoll	3	31	2 184
Vestnes	1	28	744
Volda	9	31	27 386
Ålesund	20	33	111 737
<b>Samlet</b>	<b>122</b>	<b>38</b>	<b>256 772</b>

Tabell 5. Arealoversikt frå rapport utarbeida av Multiconsult

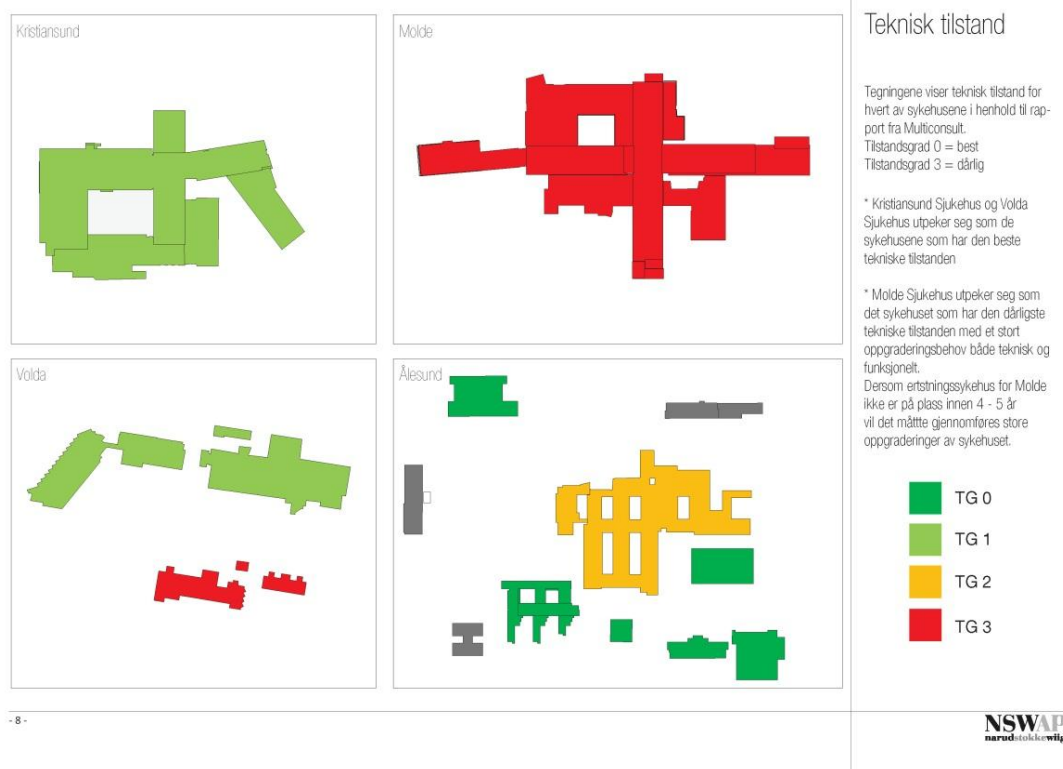
### 5.3.2 Teknisk tilstand og oppgraderingsbehov

#### 5.3.3 Teknisk tilstand

Den tekniske tilstanden på sjukehusa er gjennomgått og vurdert av Multiconsult i rapporten «Kartlegging av bygningsmassen ifm. Strategisk og taktisk planlegging» datert 11. mai 2012.

Rapporten viser tilstandsgrad og kalkulert investeringsbehov for teknisk oppgradering innanfor 0-5 år og 5-10 år.

Etterfølgjande illustrasjon viser kartlagt teknisk tilstand for dei somatiske sjukehusa i føretaket.



Figur 5. Kartlagt teknisk tilstand for dei somatiske sjukehusa i føretaket.

#### 5.3.4 Samla estimert teknisk oppgraderingsbehov

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 disse 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.

Dersom ein held Hjelset utanfor vurderinga, vil tala verte slik:

Innanfor komande 5-årsperiode:	900 mill.kr
Innanfor 5-10 år:	986 mill. kr

For den somatiske delen av bygningsmassen utgjer 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.

### 5.3.5 Bygningmessig tilpassingsevne

Generelt har bygningsmassen ved dei somatiske sjukehusa i føretaket ei relativt god tilpassingsevne, med unntak av Molde Sjukehus, Lundavang, som i all hovudsak består av bygningar med svært dårlig tilpassingsevne.

### 5.3.6 Oppsummerande resultat per lokalisasjon

#### Kristiansund

Det somatiske sjukehuset i Kristiansund har relativt god tilpassingsevne og teknisk tilstand, men med et stort oppgraderingsbehov innanfor kommande 10-årsperiode.

Det tekniske oppgraderingsbehovet er kalkulert til ein prosjektkostnad på 36 mill.kr i komande 5-årsperiode og ytterlegare 202 millionar i etterfølgjande 5-årsperiode.

Dette gir eit samla teknisk oppgraderingsbehov på **238 mill. kr.**

For bygningsmassen for somatisk verksemd i Kristiansund tilseier dette eit teknisk oppgraderingsbehov på **11.600 kr/m<sup>2</sup>.**

#### Molde

Det somatiske sjukehuset i Molde har dårleg tilpassingsevne og teknisk tilstand med eit stort oppgraderingsbehov.

Det tekniske oppgraderingsbehovet er kalkulert til ein prosjektkostnad på kr 193 mill.kr i komande 5-årsperiode og ytterlegare 215 millionar i etterfølgjande 5-årsperiode.

Dette gir eit samla teknisk oppgraderingsbehov på **407 mill.kr.**

For bygningsmassen for somatisk verksemd i Molde tilseier dette eit teknisk oppgraderingsbehov på **17.600 kr/m<sup>2</sup>.**

I samband med utarbeida rapport «Oppgradering av eksisterende bygningsmasse Molde Sjukehus, Lundavang. Helsebygg Midt-Norge 1. juni 2011.» vart det avdekkja at den tekniske oppgraderinga ikkje kan gjennomførast utan bygging av avlastingsbygg. Den reelle kostnaden for teknisk oppgradering av Molde Sjukehus vil difor bli vesentleg høgare dersom kostnader for avlastningsbygg kjem på toppen av kvadratmeterprisen for oppgradering.

#### Volda

Det somatiske sjukehuset i Volda har relativt god tilpassingsevne og teknisk tilstand, men alderen på dei tekniske anlegga peikar mot eit relativt stort investeringsbehov i komande 10-årsperiode.

Det tekniske oppgraderingsbehovet er kalkulert til ein prosjektkostnad på ca. kr 27 mill.kr i komande 5-årsperiode og ytterlegare 108 millionar i etterfølgjande 5-årsperiode.

Dette gir eit samla teknisk oppgraderingsbehov for den somatiske delen av bygningsmassen på **134 mill.kr.**

For bygningsmassen for somatisk verksemd i Volda tilseier dette eit teknisk oppgraderingsbehov på **9.600 kr/m<sup>2</sup>.**

### Ålesund

Det somatiske sjukehuset i Ålesund har relativt god teknisk tilstand og tilpassingsdyktigheit, men alderen på dei tekniske anlegga tilseier eit relativt stort investeringsbehov i komande 5-årsperiode.

Det tekniske oppgraderingsbehovet er kalkulert til ein prosjektkostnad på kr 416 mill.kr i komande 5-årsperiode og ytterligere 98 millionar i etterfølgjande 5-årsperiode.

Dette gir eit samla teknisk oppgraderingsbehov **på 514 mill.kr.**

For bygningsmassen for somatisk verksemd i Ålesund tilseier dette eit teknisk oppgraderingsbehov på **7.400 kr/m<sup>2</sup>**

### Psykiatri og anna bygningsmasse

Bygningsmassen for psykiatrien har relativt god teknisk standard, med eit relativt avgrensa oppgraderingsbehov i komande 5-årsperiode. Unntaket er psykiatrien på Hjelset og Molde som har et stort oppgraderingsbehov. Bygningsmassen på Hjelset er i all hovudsak fråflytta og tilrådinga er difor at denne vert behandla særskilt.

Investeringsbehovet for teknisk oppgradering innanfor psykiatrien/anna bygningsmasse er kalkulert til ein prosjektkostnad på **951 mill.kr.** Av dette utgjør psykiatrien på Hjelset 260 mill.kr.

#### 5.3.7 Handlingsrom

##### Kristiansund

Kristiansund sjukehus har utvidingsmogelegheiter innanfor tomta, større utvidingar (over 10-15.000 m<sup>2</sup>) føreset utviding av tomtegrensene.

##### Molde

Molde Sjukehus har gode utvidingsmogelegheiter innafor tomta, og det er rom for større utvidingar.

##### Volda

Volda Sjukehus har utvidingsmogelegheiter innanfor tomta, større utviding føreset utvidingar av tomtegrensene. Den tilstøytande tomta på oversida av sjukehuset er regulert for sjukehusføremål. Tomta er ikkje føretaket sin eigedom.

##### Ålesund

Ålesund Sjukehus har gode utvidingsmogelegheiter innanfor tomta, og det er rom for større utviding.

## 6 Verksemdbeskriving – framtid (2030)

### 6.1 Ny arealfordeling i sjukehusa

Frametter vil sjukehusareala i enno sterkare grad verte brukte til spesialisert diagnostikk og behandling, ofte utan at pasienten ligg i ei sjukehusseng. Struktur og organisering av tenestene vil eventuelt følgje etter. Det vil bli meir areal til dagbehandling, poliklinikkareal og hotellfunksjonar. Berre dei sjukaste vil opphalde seg i sjukehusa på døgnbasis. Det kan bli auke i behov for intensivsenger og for overvaking.

### 6.2 Teknologisk utvikling

Innføring av ny teknologi vil vere ein kjend, men uavklart variabel med tanke på å beskrive helsetenestene i Møre og Romsdal i framtida. (Deler av teksten er henta frå rapporten til

Helsedirektoratet:<http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/behovet-for-spesialisert-kompetanse-i-helsetjenesten/Sider/default.aspx>

Spesialisthelsetenesta vil i framtida få meir spesialiserte funksjonar og oppgåver. Diagnostisering og behandling av mange sjukdomar (som hjarte-karsjukdomar, kreft, og dei fleste sjukdommar som krev avansert diagnostisering eller kirurgiske inngrep) vil framleis finne stad i spesialisthelsetenesta. Moderne teknologi innan medisinsk diagnostisering og behandling ventar ein vil vere den aller viktigaste drivaren for kompetansebehovet framover. Med innføring av ny medisinsk teknologi vil behovet for kompetanse innan for eksempel molekylærbiologi, klinisk farmasi, immunologi, nukleærmedisin, genetik og hematologi auke. Det vil verte meir behov for nyare fagområde i helsetenesta som informatikk, nanoteknologi og medisinsk fysikk. I løpet av dei neste 20 åra vil truleg kommunikasjonsteknologien føre til heilt andre måtar å kommunisere på, noko som vil få stor innverknad på korleis helsetenesta vert driven. Det vil verte auka behov for både å drifte teknologi, til å utnytte teknologien effektivt av helsepersonell, og i tillegg utvikle organisasjonen i takt med innføring av ny teknologi.

Den medisinsk-teknologiske utviklinga har vore enorm dei siste åra. Teknologien kan kategoriserast på fleire måtar, men vi har valt følgjande inndeling:

### 6.2.1 Biletvegjeia behandling

Eit område der det har skjedd store endringar er innan bilettdiagnostikk med utviklinga frå røntgen til ultralyd, CT, MR og PET. Overgangen mellom diagnostikk og behandling har vorte viska ut, med mellom anna nye biletvegjeia og mini-invasive behandlingsmetodar.

### 6.2.2 Teknologidrivne behandlingsmetodar

Dei teknologidrivne behandlingsmetodane omfattar mellom anna

- kikhólskirurgi
- robotar/automatisering
- mikro-/nanoteknologi
- genforskningsbasert behandling.

Kroppssensarar:

Kroppssensarar vert nytta både til diagnostisering og behandling. Kapselendoskopi er eitt av døma på ein teknologi som er innført og under utvikling. Nokon av desse teknologiane gjer det mogeleg med behandling og oppfølging i andre settingar enn i institusjon, til dømes heimebehandling.

Velferdsteknologi:

*“Med velferdsteknologi menes først og fremst teknologisk assistanse som bidrar til økt trygghet, sikkerhet, sosial deltakelse, mobilitet og fysisk og kulturell aktivitet, og styrker den enkeltes evne til å klare seg selv i hverdagen til tross for sykdom og sosial, psykisk eller fysisk nedsatt funksjonsevne. Velferdsteknologi kan også fungere som teknologisk støtte til pårørende og eller bidra til å forbedre tilgjengeligheten, ressursutnyttelse og kvalitet på tjenestetilbudet. Velferdsteknologiske løsninger kan i mange tilfeller forebygge behov for tjenester eller innleggelse i institusjon.”*<sup>6</sup>

Alle desse framveksande teknologiane gjev nye perspektiv på kva som er mogeleg for helse- og omsorgstenesta å utrette for pasientane. Dei teknologiske løysningane i velferdsteknologien kan også vidareutviklast til å kunne nyttast både i primær- og spesialisthelsetenesta. Den teknologiske utviklinga har allereie gjeve store endringar i helse- og omsorgstenesta.

<sup>6</sup> jf. NOU 2011:11Innovasjon i omsorg

Innføring av ny teknologi har medverka til kortare liggetid i spesialisthelsetenesta. Dagbehandling har auka tilsvarande. Dei nye minimalt invasive<sup>7</sup> teknikkane gjer at pasientane vil få enno kortare sjukehusopphald. I løpet av det komande tiåret vil dagbehandling eller korttidsopphald ved sjukehus kanskje verte den dominerande behandlingsforma i spesialisthelsetenesta. Oppfølging og informasjon vil i større grad verte utført av kommunehelsetenesta.

### 6.3 Nettverk i helsevesenet

Nettverk på tvers av nivå i helsevesenet, og nettverk mellom profesjonar vil sannsynleg utviklast ytterlegare, Det vil verte større vekt på teamarbeid/behandlingssteam, og nettverk mellom pasientar, etc. Det vil sannsynleg også skje ”jobbgilding” mellom profesjonar og nivå. Nettverk kan òg kompensere for manglande breidde/spisskompetanse i fagmiljøa. Døme på dette kan vere:

- Felles undervising på tvers av nivåa (i spesialisthelsetenesta og med kommunehelsetenesta)
- Akutt hjarteinfarkt – prehospital behandling ved hjelp av teknologi/vaktsystem
- Traume – jamfør ny traumerapport
- Akutt hjerneslag – nettverk med biletanalyse for små sjukehus
- Palliativ verksemd – nettverk mellom spesialisthelsetenesta og kommunehelsetenesta.

### 6.4 Kvalitetskrav og openheit om kvalitet

Kvalitetskultur/pasientsikkerheitskultur er eit satsingsområde i HMR/HMN og nasjonalt. Det vil verte større vekt på utvikling av dokumentert kvalitet og måtar å måle kvalitet pasientnært ikkje berre systemkvalitet. Det vil vere openheit om resultat for alle einingar. Dette vil vere viktige verkemiddel for kvalitetsbetring og reelle pasientval/ brukarval. Konferer kvalitetsstrategi HMN 2011-2015.

### 6.5 Frå døgn til dag

Innan alle fagområder vil det skje vidare utvikling frå døgnopphald til dag/poliklinikk. Både vedkomande kirurgisk/medisinsk behandling og diagnostikk. Denne utviklinga vil sannsynleg skje påskunda av teknologiutvikling, nye overvakingmetodar etc. Geografiske tilhøve i Møre og Romsdal vil gje auka behov for hotellsenger i fylket jamført med til dømes Oslo Universitetssykehus og nytt Østfoldsykehus.

### 6.6 Sjukdomsutvikling

Nasjonal framskriving til 2030<sup>8</sup> viser ein venta auke på 50-60 % for alle dei aldersrelaterte lidiane: 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 psykiske lidingar som demens. Vi får ikkje minst fleire eldre pasientar med samansette lidingar. Hjø den vaksne befolkinga tyder det på at vi får ei auke i overvekt, diabetes type 2 og sjukdomar i andedrettsorgana (til dømes KOLS hjå kvinner og astma generelt), nyresvikt og allergiar. Visse kreftformer som tjukktarmskreft og lungekreft venter ein vil auke, samt brystkreft hjå kvinner og prostatakreft hjå menn. Det er venta auke i forekomst av psykiske lidingar, særleg depresjon og angst. Sjukdomsbilete indikerer sterkt eit behov for ulik (eller tverrfagleg) kompetanse og ikkje minst kompetanse på førebygging, behandling og oppfølging av desse “vekstområda”.

<sup>7</sup> Invasiv – går inn i kroppen. Minimalt invasive teknikkar reduserer behovet for store kirurgiske inngrep.

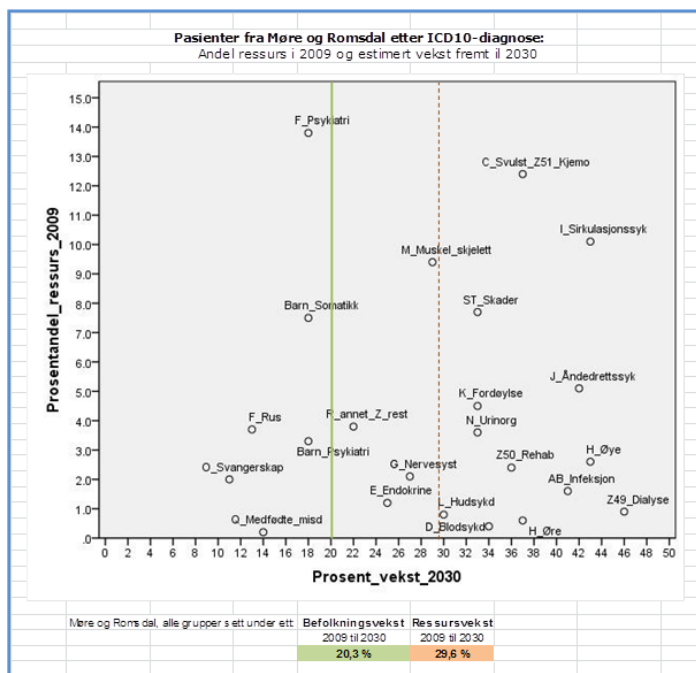
<sup>8</sup> (Ref: <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/behovet-for-spesialisert-kompetanse-i-helsetjenesten/Sider/default.aspx>)



### 6.6.1 Store og veksande pasientgrupper

Basert på Statistisk Sentralbyrå (SSB) sitt MMMM<sup>9</sup>-alternativ for befolkningsvekst, vil tal innbyggjarar i Møre og Romsdal vere 19,1 prosent høgare i 2030 enn i 2009. Våre berekningar viser at, gitt same relative ressursbruk i 10 ulike kjønns- og aldersgrupper som i 2009, vil ressursbruken auke med 29,6 prosent. Ressursbruken aukar meir enn befolkningsveksten 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.

Figuren under viser ressursbruk for pasientgrupper basert på hovuddiagnose (ICD10), samanhangen mellom del av ressursbruk i 2009 og prosentvis vekst til 2030, for pasientar frå Møre og Romsdal behandla ved helseforetak eller hjå private avtalespesialistar i Noreg. Ressursbruken er berekna ved hjelp av DRG-vekter. Datakilde: NPR.



Figur 6. Sjukdomsgrupper del ressursbruk og forventa vekst.

Viss vi bryt dette ned på pasientgrupper basert på ICD10-kodar, vil det vere dei sjukdomsgruppene som er mest vanleg blant eldre som aukar mest. Det tyder at fram mot 2030 kan det skje ei forskyving mellom sjukdomsgruppene, nokre aukar meir enn andre. Dette er illustrert i figuren som viser samanhangen mellom kor stor del av ressursane sjukdomsgruppene la beslag på i 2009, og den berekna ressursauken fram mot 2030.

Vi ser at kreft (C\_svulster\_Z51\_Kjemo) og hjarte/kar-lidingar (I\_Sirkulasjonssjukdommar), aukar relativt sett mykje (37 og 43 prosent). Desse to gruppene utgjorde samstundes ein høg del av den samla ressursbruken i 2009 (i overkant av 12 og i overkant av 10 prosent). I den andre delen av skalaen finn vi barne- og ungdomspsykiatriske tenester (barn\_psykiatri) som stod for i overkant av 3 prosent av ressursbruken i 2009, og som framskrive til 2030 berre aukar med 18 prosent.

Basert på figuren kan ein kategorisere dei ulike pasientgruppene ut frå om dei utgjorde ein høg eller låg del av ressursbruken i 2009, og om dei vil auke meir eller mindre enn standard befolkningsvekst fram mot

<sup>9</sup> MMMM – forkorting som tyder at Statistisk Sentralbyrå legg til grunn ei medium prognose for dei ulike faktorane som påverkar befolkningsveksten.

2030. Dei store utfordringane er sjølvsagt knytte til store pasientgrupper som samstundes veks mykje. I figuren finn vi desse gruppene oppe i den “nord-austlege” kvadranten.

## 7 Framtidig befolkning og aktivitet

### 7.1 Befolkingsutvikling

#### 7.1.1 Befolkingsutviklinga i Norge fram mot 2030

Aldersgruppe	2011	2020	2030	% auke 2011-2030
0-15 år	986 024	1 097 463	1 216 510	23
16-19 år	259 309	259 789	285 633	10
20-34 år	952 601	1 124 715	1 124 372	18
35-66 år	2 085 334	2 232 142	2 421 390	16
67-79 år	415 884	591 360	682 956	64
80 år +	221 153	226 749	345 642	56
<b>Totalt</b>	<b>4 920 305</b>	<b>5 532 218</b>	<b>6 076 503</b>	<b>23</b>

Tabell 6. Folkemengde i Noreg etter alder pr 1 januar. Registrert 2010. Framskrive til 2020 og 2030.

Befolkingsveksten i perioden 2010-2030 er berekna til å bli 23 % og passere 6 mill for landet før 2030. Veksten blir størst i dei eldste aldersgruppene: Gruppa over 67 år vil auke med heile 64 %. Delen 80 år og eldre vil stige frå 4,5 % i dag til 5,7 % i 2030, dvs. ei auke på 26,6 %.

#### 7.1.2 Befolknngsutviklinga i Helse Møre og Romsdal fram mot 2030

For framskriving til 2030 i Møre og Romsdal er SSB sin MMMM-modell lagt til grunn. Utvikling i Møre og Romsdal er vist slik:

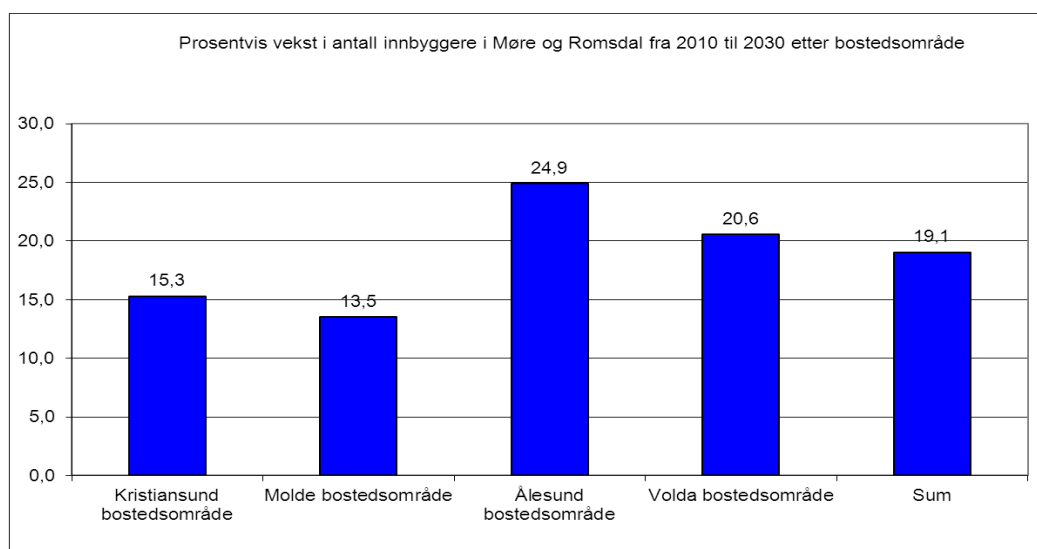
Bustad	Folketal 2010	Folketal 2020	Folketal 2030	Auke 2010-2020	% auke 2010-2020	Endring 2020-2030	% auke 2020-2030	Auke 2010-2030	% auke 2010-2030
Møre og Romsdal	253 904	279 952	302 286	26 048	10,3	22 334	8,0	48 382	19,1
Midt-Norge	680 110	752 744	818 709	72 634	10,7	65 965	8,8	138 599	20,4
Landet	4 920 305	5 532 218	6 076 503	611 913	12,4	544 285	9,8	1 156 198	23,5

Tabell 7. Folketal 1. januar 2011 etter bustad

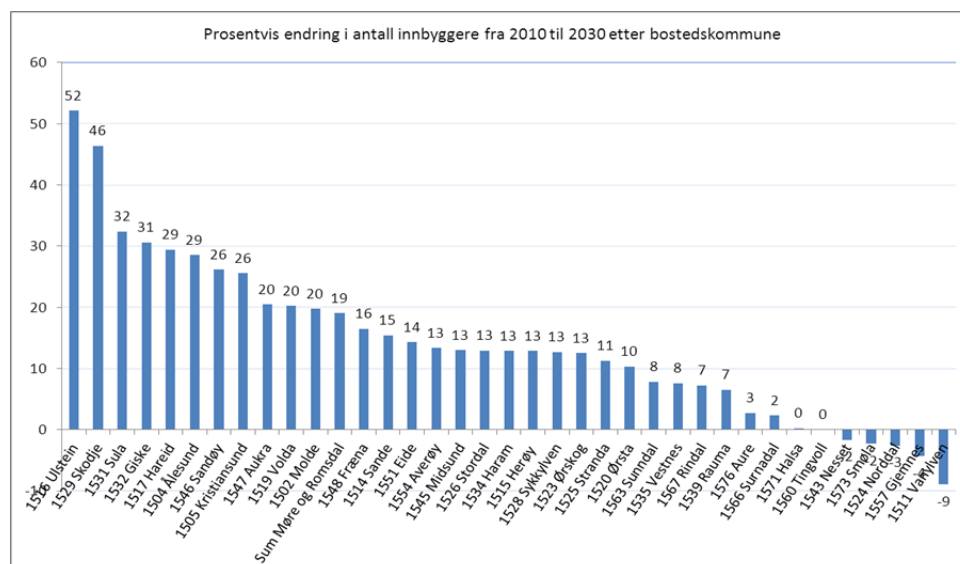
Møre og Romsdal har ein noko lågare befolkningsvekst fram mot 2030 enn resten av landet. Det er arbeidsinnvandring som hindrar at folketalet fell dei næraste åra. Arbeidsinnvandringa er til ei kvar tid avhengig av mellom anna den maritime klynga av industri i fylket. Tal på innbyggjarar over 80 år stig óg mindre prosentvis enn for resten av landet men utgjør likevel ei utfordring for helsetenesta då det er denne aldersgruppa som står for ein stor del av døgnopphalda i sjukehusa. Endringa i folketalet for personar over 80+ er vist i tabell under.

	Folketal 80+ 2010	Folketal 80+ 2020	Folketal 80+ 2030	Auke 2010-2020	% auke 2010-2020	Auke 2020-2030	Auke 2010-2030	% auke 2010-2030
Møre og Romsdal	13 584	13 390	19 869	-194	-1,4	6 479	6 285	46,3
Midt-Norge	32 916	32 912	50 041	-4	~ 0	17 129	17 125	52,0
<b>Landet</b>	<b>221 153</b>	<b>226 749</b>	<b>345 642</b>	<b>5 596</b>	<b>2,5</b>	<b>118 893</b>	<b>124 289</b>	<b>56,3</b>

Tabell 8. Folketal 1. januar 2011 80 år og over etter bustad



Figur 7. Prosentvis vekst i tal på innbyggjarar i Møre og Romsdal frå 2010 til 2030 etter bustadområde.



Figur 8. Prosentvis endring i tal på innbyggjarar frå 2010 til 2030 etter bustadkommune.

### 7.1.3 Oppsummering demografi Møre og Romsdal

11 kommunar i Møre og Romsdal får meir enn 20 prosent auke i folketalet frå 2010 til 2030. Det er stor variasjon i befolkningsutviklinga. Vanylven får den største reduksjonen, med ein nedgang i folketalet på 9 prosent fram til 2030 til ca. 2.924 personar, medan Ulstein har høgast auke med 52 prosent til ca. 11.081 personar.

Auken til 2030 for fylket samla er 19 prosent. Det er stor skilnad på dei 4 sjukehusområda med lågast auke i Molde bustadområde (14 %) og høgast i Ålesund bustadområde (25 %).

Delen eldre innbyggjarar aukar mest i Kristiansund og Molde bustadområde (både målt ved 67 år og over og 80 år og over).

## 7.2 Framskriven aktivitet til 2030 basert på demografisk utvikling:

Tabellen under viser aktiviteten for heildøgnsopphald og liggedøgn for alle einingar i Helse Møre og Romsdal. Det er vist kor mange liggedøgn som gjeld pasientar som er definert som «utskrivingsklare» i 2011. Dei er trekte ut før den demografiske framskrivinga er gjennomført.

I det vidare arbeidet er døgnopphald i Aure, Mork og Nevrohjemmet trekt ut fordi dette er aktivitet som i 2011 låg utanfor sjukehus-«kroppane». Nevrohjemmet er lagt ned i 2012, og aktiviteten er delvis flytta til Ålesund og Molde sjukehus. Frå og med 2012 ville denne aktiviteten vere synleg i sjukehusa.

Institusjon	Heildøgnsopphald		Heildøgns liggedgn		Liggedgn korr utskr klare		Dagopph/Poliklinikk		Utskrivingsklare døgn	
	2011	2030	2011	2030	2011	2030	2011	2030	2011	2030
Aure	530	737	8 651	11 844	8 651	11 844	1 724	2 173	0	0
Kristiansund	6 982	9 479	26 902	38 566	25 320	35 858	51 505	67 754	1 582	2 708
Molde	10 041	13 442	41 685	58 976	38 797	54 308	82 199	106 595	2 888	4 668
Mork	320	468	7 828	11 553	7 828	11 553	2	3	0	0
Nevrohjemmet	177	239	3 925	5 351	3 866	5 244	64	87	59	107
Volda	5 751	8 049	22 043	31 916	20 084	29 076	25 585	34 463	1 959	2 840
Ålesund	18 684	25 723	76 400	110 717	72 688	104 893	149 972	201 866	3 712	5 825
<b>Sum HMR somatikk</b>	<b>42 485</b>	<b>58 136</b>	<b>187 434</b>	<b>268 924</b>	<b>177 234</b>	<b>252 775</b>	<b>311 051</b>	<b>412 941</b>	<b>10 200</b>	<b>16 148</b>

Tabell 9. Demografisk framskriving av somatisk aktivitet 2011-2030.

PSYKISK HELSEVERN - Vaksne		Aktivitetstal	Demografisk framskriving
Døgnopphald		2011	2030
Utskrivinger		1 651	2 070
Liggedøgn sjukehus		28 852	36 180
Gjennomsnittleg liggetid SH		17	17
Senger i sykehus		88	110
Utskriving DPS		1 073	1 251
Liggedøgn DPS		27 292	31 822
Gjennomsnittleg liggetid DPS		25	25
Senger i DPS		83	97
V-konsultasjoner		74 461	88 758

Tabell 10. Demografisk framskriving av aktivitet psykisk helsevern vaksne 2011-2030.

PSYKISK HELSEVERN - Barn og unge		Aktivitetstal	Demografisk framskriving
		2011	2030
Utskrivinger		218	256
Liggedøgn		2 412	2 834
V-konsultasjoner		37 171	44 717
Senger		7	9

Tabell 11. Demografisk framskriving av aktivitet psykisk helsevern born og unge 2011-2030.

Møtet med fagmiljøa gav ei klar retning for ei utvikling som truleg vil vere større enn rein demografisk

framskriving vil gi. Fordeling mellom modalitetane vil óg endre seg, med mindre bruk av vanleg røntgen og meir bruk av MR.

Tabell 12. Framskrivning av biletdiagnostikk fordelt på modalitetar.

Type aktivitet		2011		2030	
Bilediagnostikk		Aktivitets tall 2011	Fordeling mellom modaliteter i %	I rapporten fra Hospitalitet	
				% fordeling	Aktivitet
	RTG	132 972	54	46	152 727
	CT	60 518	24	26	85 159
	UL	25 639	10	10	32 753
	MR	28 472	11	17	55 681
	nukleærmedisin	599	0	1	1 214
<b>Sum Bilde</b>		<b>248 200</b>			<b>327 535</b>

Talet for prøver innanfor medisinsk biokjemi og mikrobiologi er framskriven med demografisk vekst. Tendensen innanfor helsetenesta både i og utanfor sjukehus, er at det vert tatt stadig fleire prøver. Analysemaskinar vil utvikle seg i retning av større analysekapasitet og fleire funksjonar, og vert generelt ikkje meir plasskrevjande. Dette vil kunne føre med seg sentralisering av analyseaktiviteten til store og fullautomatiserte laboratorium for effektivisering og for å tilby meir spesialiserte undersøkingar. Det er på den andre sida også viktig å ha eit tilstrekkeleg breitt analyserepertoar lokalt i spesialisthelsetenesta for å kunne sikre rask diagnostikk. Aukande pasientmengde i primær- og kommunchelsetenesta, og dermed også aukande behov for prøver, kan føre til at ein vil få behov for større bruk av desentralisert analysing.

Samstundes er ikkje talet på prøver det viktigaste elementet når laboratorieverksemnda ved sjukehusa skal framskrivast og omsettast til arealbehov. Talet på tilsette og måten verksemnda vert organisert på, vil ha større utslag på arealbehov.

Medisinsk biokjemi								
År	AntallPrøver				AntallAnalyser			
	Inneliggende	InternPoliklinikk	EksternPoliklinikk	Totalt	Inneliggende	InternPoliklinikk	EksternPoliklinikk	Totalt
2011	177 371	61 572	239 380	478 323	1 788 617	862 797	3 015 615	5 667 029
2030	259 887	83 940	324 515	668 342	2 605 893	1 161 994	4 056 236	7 824 123
Mikrobiologi								
År	AntallPrøver				AntallAnalyser			
	Inneliggende	InternPoliklinikk	EksternPoliklinikk	Totalt	Inneliggende	InternPoliklinikk	EksternPoliklinikk	Totalt
2011	26 241	10 606	97 839	134 686	95 279	30 213	421 341	546 833
2030	36 877	13 811	124 958	175 646	137 161	39 683	545 428	722 272

Tabell 13. Demografisk framskriving av laboratorieaktivitet.

### 7.2.1 Epidemiologi/ sjukdomsutvikling

Det er ikkje lagt inn korreksjonar for epidemiologiske faktorar utover det som kjem av demografisk utvikling. Framskrivinga er gjort med eittårskull slik at auka sjukdom med auka alder vert fanga opp på

ein god måte. Endring av sjukdomsutvikling ved at 70-åringar i 2030 truleg vil vere mindre «sjuke» enn ein 70-åring i 2011, er ikkje lagt inn. Denne endringa kan like gjerne slå ut motsett – at fordi ein 70-åring er «friskare» i 2030, vil det verte sett inn meir innsats i kurativ og «reparasjonsbehandling». I kva grad forbruksmønster vil endre seg over tid grunna friskare eldre, er vanskeleg å vurdere. Ting tyder på lågare forbruk av kommunale helsetenester hjå dagens eldre i høve tidlegare, men dette finst det ikkje gode data for slik at det ikkje er vurdert som sjølvstendig faktor i berekningsmodellen.

SINTEF Helse er i ferd med å utvikle ein ny modell for framskriving av behovet for spesialisthelsetenester. Konklusjonen så langt er at det er relevant å ta omsyn til epidemiologiske faktorar når ein kjem til planlegging av et konkret prosjekt – der ser ein til dømes på at behovet for dialyseplassar og areal for dagbehandling med cellegift vil auke.

## 7.3 Samhandlingsreforma - kva element påverkar utviklingsplanen

### Rett behandling – på rett stad – til rett tid

#### 7.3.1 Intensjonar og endringar

I 2009 sa Regjeringa: ”Pasientane skal få betre behandling der dei bur. Det skal lønne seg å førebyggje sjukdom i forkant i staden for å reparere i etterkant. Regjeringa vil satse meir på å unngå at folk blir sjuke og vil sørge for at det lønner seg for kommunar og sjukehus å samarbeide”.

Ein av hovudintensjonane i Samhandlingsreforma er altså at pasientane skal få tilbod om førebygging av sjukdom, utgreiing og behandling av sjukdom nærare der dei bur. Av mange er derfor reforma kalla ein kommunereform og det har vore stor politisk vilje til å sette tunge økonomiske insentiv inn for å få til den ønska endringa. I 2012 har det økonomiske fokuset vore utskrivingsklare pasientar, kommunal medfinansiering og etablering av augeblikkeleg hjelp døgntilbod i kommunane.

Bakteppet var ei brei politisk semje om eit utfordringsbilete som måtte endrast. Forbruket av spesialisthelsetenestene har auka mykje dei siste åra, og med mellom anna stor auke i tal eldre dei neste tiåra, vil vi ikkje kunne ta hand om etterspurnaden etter tenester i befolkninga. Det er og semje om behovet for å koordinere tenestene til pasientane betre og bruke dei samla ressursane meir effektivt.

Kommunane skal altså settast i stand til å takle større del av pasientforløpa, ikkje berre økonomisk, men óg fagleg. Veksten i spesialisthelsetenesta skal dermed dempast betydeleg og auken skal vere i kommunane.

Regjeringa la i 2009 til grunn at dei ville styrke kommunane på fleire måtar:

- Vekst i ramma til kommunane - ein større del av forventet vekst i helse- og omsorgssektorens budsjett skal kome som frie inntekter til kommunane.
- Midlar til førebygging.
- Ved ei eventuell oppgaveoverføring, skal ressursar følgje med.
- Ved at veksten i legeressursar i hovudsak skal kome i kommunane.
- Etablere eit nytt økonomisk insentivsystem.
- Overføre økonomisk ansvar for utskrivingsklare pasientar til kommunane

Det var óg framført at samarbeid mellom kommunane er ein viktig premis for å lukkast, særskilt for små kommunar. Til no har det ikkje vore anna enn oppmoding til samarbeid mellom kommunane. Dette har gjort at mange kommunar i Møre og Romsdal til no har valt å løyse dei nye oppgåvene på eigenhand.

### 7.3.2 Utskrivingsklare pasientar

I tråd med politiske signal føreset utviklingsplanen at ein i framtida ikkje skal ha utskrivingsklare pasientar i sjukehusa. Vi ser allereie no at mange kommunar i Møre og Romsdal har tatt grep om dette og tar i mot dei utskrivingsklare pasientane frå dag 1, medan vi i 2011 til ei kvar tid nytta meir enn 30 senger til utskrivingsklare pasientar. Denne endringa påverkar drifta i sjukehusa og aukar kapasiteten for anna aktivitet.

Vi ser at dess lengre ut i 2012 vi kjem, dess færre utskrivingsklare pasientar har vi i sjukehusa våre. Ved Volda sjukehus er det berre unntaksvis utskrivingsklare pasientar. Ved dei andre sjukehusa er det berre nokre få kommunar som ikkje tar tilbake sine pasientar når spesialistane i sjukehusa seier at pasientane er utskrivingsklare. Det er ingen grunn til å tru at denne trenden ikkje vil halde fram, og at vi stadig vil få færre utskrivingsklare pasientar i sjukehusa våre.

### 7.3.3 Augeblikkeleg hjelp døgntilbod

Innan 1. januar 2016 skal alle kommunane ha på plass eit tilbod om augeblikkeleg hjelp døgntilbod for innbyggjarane deira. Innretninga for tilbodet er kjende pasientar med forverring av kjend tilstand, som gjer at dei må ha innlegging i institusjon. Kommunen skal kunne ta hand om behovet for augeblikkeleg hjelp hjå desse pasientane på ein like god måte som tilbodet dei ville fått i sjukehusa. Dette krev både auka kommunal kompetanse og tett dialog med spesialistar innanfor fagområdet i sjukehusa for å diskutere tiltak.

I Møre og Romsdal er mange kommunar godt i gang med å planlegge og etablere slike tilbod. Til no er det 11 kommunar som har fått godkjent augeblikkeleg hjelp (ø-hjelp) døgntilbod, og dei er anten i gong eller i ferd med å kome i gong med tilbodet. Fleire kommunar har varsla at dei ønskjer å kome i gong med eit slikt tilbod i 2013, nokre i samarbeid med andre.

Intensjonane med etableringa av dette tilbodet i kommunane er ei forventning om færre innleggingar og redusert behov for senger i sjukehusa framover. Kor stort volum dette er snakk om, er vanskeleg å seie i dag. I sjukehus er ein avventande med tanke på volum vi skal ta ned i eige ø-hjelptilbod til ein ser dei erfaringane som kjem ut av tilbodet i dei kommunane som er komne i gang.

I framskriving og korrigering av aktivitet i 2030 for Helse Møre og Romsdal, er det lagt inn ei forventning om ein reduksjon i talet på opphald i sjukehus som følge av kommunane si plikt til å ha ø-hjelptilbod til innbyggjarane. Dette vil krevje at sjukehusa legg om måten ein handterer ø-hjelputgreiing på til meir poliklinisk-/dagutgreiing og bruk av observasjonssenger, mellom anna med raskare avklaring for vidare fordeling til rett nivå der kommunale ø-hjelpsenger er eitt alternativ. Omlegginga vil krevje at legespesialistane i vakt på sjukehusa er meir tilgjengeleg for å diskutere med legane i kommunane om vurderingar og tiltak. Det vil også krevje opplæring og kompetanseoverføring til kommunane, spesielt på sjukepleiarsida. Dette må planleggjast og frigjerast kapasitet til i helseføretaket.

### 7.3.4 Andre endringar i oppgåvefordeling

Som følge av reforma, vil ein del oppgåver rundt utgreiing og behandling, som i dag skjer i sjukehusa, skje i kommunane. Dette kan til dømes vere: kontrollar etter sjukehusbehandling, palliasjon, delar av eit rehabiliteringsopplegg med meir.

Når fleire tiltak rundt pasientane skal skje nærare heimen, er det også viktig at helseføretaket omstiller drifta si slik at vi kan tilby meir ambulante tenester, som vi allereie har tilbod om i dag innanfor nokre fagområder, og må utvide til fleire fagområder i framtida. Det er avtalefesta i Samarbeidsavtalen mellom partane at føretaket og kommunane skal ha dialog om endringar i tilbodet som påverkar den andre si verksemd og at alle endringar skal ta utgangspunkt gode pasientforløp.

Det er óg lagt inn ein forventa effekt av at pasientar vert skrivne ut tidlegare til etterbehandling og rehabilitering i kommunane, og ein reduksjon av kontrollaktiviteten i poliklinikk som følgje av kommunen overtek noko av kontrollane

### 7.3.5 Samhandlingsprosjekt

Det er ein god del prosjekt i gang som har fått regionale og nasjonale midlar til å teste ut ulike samhandlingsformer mellom sjukehusa og kommunane og mellom kommunane. Helseforetaket er med i mange av desse, og det blir spennande å sjå kva slags varige erfaringar ein gjer seg av prosjekta. Nokre av dei er allereie kome langt og ein kan hauste erfaringar. Dette er til dømes:

- Disktriksmedisinsk senter på Sunndal med mellom anna høresentral, blodtapping, spesialistpoliklinikkar, palliasjon, intermediærplassar og augeblikkeleg hjelp døgntilbod.
- Heilskapleg pasientforløp, ein breiddestrategi med pasientforløp om lårbeinsbrót og KOLS
- Førebygging av diabetes.
- Interkommunalt samarbeid om samhandlingsreforma.
- Felles kompetanse- og rekrutteringsplan.
- Kvalitet i alle ledd – samarbeid om pasientforløp og koordinerte tenester for born og unge.

### 7.3.6 Kvar går vegen vidare?

Samhandlingsreforma er ei samfunnsreform og om intensjonane vert innfridde, ser vi stor endring i oppgåvefordelinga mellom det som tradisjonelt skjer i sjukehusa og tradisjonelt skjer i kommunane av helsetenester.

Vi vil her omtale nokre sentrale element framover og presentere nokre tankar rundt desse.

**Ingen utskrivingsklare pasientar.** Pasientar som ikkje har behov for tenester frå spesialisthelsetenesta vil ikkje vere i sjukehusa.

**Alle kommunane har etablert augeblikkeleg hjelp døgntilbod.** Kommunane vil ha teknologi for å utgreie dei vanlegaste sjukdomane. I tillegg til utstyr lokalt vil alle ha videokonferanseutstyr som gjer at legane i kommunane kan diskutere og diagnostisere i lag med spesialistane ved sjukehusa. Pasientgrupper som vi kanskje ikkje ser mange av i sjukehus lenger:

- **Lette/moderate infeksjonar.** Alle kommunar vil ha tilgang til å gjere dei naudsynte utgreiingar for å behandle infeksjonar av lett og moderat grad
- **Kroniske pasientgrupper** med ei forverring av sin grunntilstand eller ein lett infeksjon. Etter kvart som kommunane får erfaring med augeblikkeleg hjelp observasjon i eigen kommune, vil ein få erfaringar som venteleg gjer at kommunane med auka tryggleik kan handsame tilstandar som ein no sender til sjukehuset.
- **Palliasjon.** Palliative pasientar vil i all hovudsak vere i heimkommunen. Sjukehusa sine ambulante team vil her vere særskilt viktige for å følgje opp og støtte kommunen når det er behov for spesialisert kompetanse med tanke på mellom anna smertebehandling.
- **Mindre kontrollar i sjukehusa.** Allereie i dag er det ein del av kontrollane som vert gjort i sjukehusa som ein med fordel kunne gjere hos fastlegen i kommunane. Talet her vil berre auke framover.
- **Auka samarbeid mellom kommunane** om helsetilbod, som fører til meir robuste tilbod i kommunane. Kommunane vil sjå nytta av å samarbeide om tilbod som ikkje er lett å få til aleine i eigen kommune. Dette vil gjere at pasientane får fleire tilbod lokalt og kortare veg til helsetilboda.
- **Kva slags sengestruktur** ein vil ha i sjukehusa i framtida, er i dag usikkert, men trenden mot at



det berre er dei mest ressurskrevjande pasientane som ligg inne i døgnseger, vi heilt sikkert halde fram. Dette kan tyde meir spesialiserte postar/senger, og om pasientar som klarer seg sjølv eller har behov for lite hjelp skal vere i sjukehusa for utgreiing/spesialisert behandling over fleire dagar, vil det vere i pasienthotella desse pasientane oppheld seg.

## 7.4 Framtidig verksemd (2030) sjukehusfunksjonar

I arbeidet med utviklingsplanen og i lys av mandatet som var gitt i føretaksprotokollen, var ein svært oppteken av å svare ut sjukehusstruktur i Nordmøre og Romsdal. Ein fekk ikkje innanfor den krevjande tidsfristen høve til å utgreie framtidig funksjonstruktur i tilstrekkeleg grad. Ein vil derfor i 2013 måtte ha hovudfokus på funksjonsstruktur i tillegg til ei rekke andre dimensjonerande faktorar som samhandlingsreforma og vurdering av psykisk helsevern, poliklinikk og dagbehandling.

### 7.4.1 Realvekst i spesialisthelsetenesta til 2030

Til no har det vore vanleg å legge til grunn tal som SINTEF Helse rekna seg fram til i 1999, basert på faktisk utvikling 1991-1997 når det gjeld korleis realveksten fordeler seg mellom dei ulike aktivitetane i sjukehus. Dette er tal som etter kvart er gamle, og bygger på eit aktivitetsnivå med ei helt anna deling mellom døgnbehandling og dagbehandling/ poliklinikk enn det vi har hatt i sjukehusa dei siste åra. Helse Midt-Norge har gjort ei ny berekning som tek utgangspunkt i åra 2002-2010 for aktivitet i spesialisthelsetenesta for heile landet. Den viser som før, at om lag halvparten av veksten kan forklarast av demografisk utvikling, den andre halvparten blir det vi omtalar som «realvekst». Det er store skilnader mellom utviklinga som er observert for døgnbehandling og for dagbehandling og poliklinikk. For døgnbehandling er det faktisk ein liten reduksjon – demografi åleine ville gjeve ein litt større auke enn det som er observert. Endringa er så lita at ho i praksis er sett til 0 - ingen realvekst eller reduksjon. Vi reknar berre med effekt av demografisk framskriving når det gjeld døgnopphald.

Heile realveksten har i åra 2002 til 2010 kome på dagbehandling og poliklinikk. Om utvikling og vekst held fram med same mønster, skal aktiviteten framskrivast med omlag 180 % fram til 2030 (litt meir for dagbehandling, litt mindre for poliklinikk). 180 % utgjer summen av demografisk vekst og realvekst. Framskrivinga legg denne faktoren til grunn for vurdering av samla realvekst.

SINTEF Helse er på oppdrag frå Helsedirektoratet, i ferd med å etablere ein ny framskrivingsmodell for aktiviteten i spesialisthelsetenesta. Denne kjem til å legge ein del av veksten i BNP (brutto nasjonalprodukt) til grunn for realveksten. Fordelinga av denne «meirveksten» utover demografisk vekst, vil bli gjort i den kvalitative delen av framskrivinga der ein ser meir presist på forventa endringar for dei enkelte fagområda.

I framskrivinga som er gjort for heile føretaksområdet, er same realvekst for poliklinikk og dagbehandling lagt til grunn for alle fagområda. I delrapporten frå Hospitalitet «Berekning av arealbehov i alternative løysingsmodellar», er framskrivinga gjort noko meir differensiert, med vekt på det vi veit om kva fagområde som har større vekst enn andre, jamfør kap.6.6.1. «store og veksande pasientgrupper» s. 18.

### 7.4.2 Korrigeringar i aktivitetsframskrivinga til 2030

Dette er faktorar som er nytta aktivt i justering av behovet i 2030 i modellen.

#### Utskrivingsklare pasientar

Liggedøgn i sjukehus i 2011 for pasientar som ventar på plass i kommunal helseteneste har eit visst omfang, med store skilnader mellom kommunar. Utskrivingsklare pasientar har alltid vore og skal vere eit ansvar for kommunane. Dette er i utgangspunktet uavhengig av samhandlingsreforma. Desse liggedøgn er difor teke ut av grunnlaget før framskriving av aktiviteten.

### Uttrekk av liggedøgn for pasientar som ikkje gir behov for «normalseng»

Aktivitetstal frå sjukehusa viser alle innleggingar og liggedøgn. Når vi skal berekne behovet for «normalsenger», skal vi berre ha med dei som treng ei slik seng. Friske nyfødde spedbarn og spedbarn med små helseproblem som ikkje treng å ligge på ei nyfødd intensiveining, ligg med mor si «normalseng». Pasientar som ligg i ei intensivseng i sjukehuset treng ikkje ei normalseng dei same døgn. Liggedøgn for desse to gruppene er difor trekte ut før korrigert framskriving.

### Omlegging frå døgn til dag

Dei fleste sjukehusprosjekta som har vore planlagde dei siste 10-15 åra har lagt inn ein stor effekt av at pasientar som får planlagd kirurgisk behandling i stadig større grad vert behandla med dagkirurgi. Denne utviklinga frå døgn til dag for planlagd kirurgi har gått føre seg over mange år fram til i dag. Ho vil halde fram, men truleg ikkje i same omfang. Vi framskriv no utan realvekst på senger og med ein stor vekst på dagbehandling og poliklinikk, og det er viktig at ikkje same omlegging vert rekna to gonger. Det er lagt inn eit varsamt nivå på vidare omlegging til dagkirurgi på 10 % i snitt for dei som i 2011 var innlagde i 1-3 døgn.

For medisinske pasientar er omlegging til dagbehandling teke inn ved at dagbehandling har stor realvekst og at det ikkje er lagt inn realvekst for liggedøgn/senger.

### Innlegging i observasjonspost

Bruken av observasjonspost for rask avklaring av pasientar lagde inn som augeblikkeleg hjelp har vore gjennom mange og lange diskusjonar. Av diskusjonstema er spørsmålet om det krev ein viss storleik på sjukehuset før det er gevinst å hente? Kan det vere at utviklinga går mot andre måtar å organisere denne delen av verksemda på?

I modellen for heile føretaket legg vi inn ein effekt og viser kor stor ei slik eining vil bli for samla aktivitet, og korleis det slår ut i nedgang for «vanlege senger». Det er lagt inn ei gjennomsnittleg liggetid på observasjonspost på 1 døgn for å rekne ut storleiken på ein slik post. Andre prosjekt har mindre enn eitt døgn som normtid. Storleik og organisering/driftsmodell for obs. senger/ obs. post må det takast stilling til når dei ulike alternativa skal beskrivast og? konkrete prosjekt skal planleggast.

### Effekt av samhandlingsreforma – overføring av aktivitet til kommunane

Her er det ingen som kan spå nøyaktig. I 2030 vil reforma ha vore i verksemd i 18 år. Om vi i det heile skal tru at reforma får effekt, er det viktig å sjå på kva element i pasientbehandlinga som vil kunne endrast. I berekninga er det lagt til grunn at vi vil få både ein reduksjon i talet på innleggingar og kortare liggetid i sjukehus. Reduksjon i talet på innleggingar vil kome fordi:

- Kommunane skal ha eigne ø-hjelpsplassar til dei som ikkje treng innlegging for avklaring i spesialisthelsetenesta.
- Spesialisthelsetenesta vil legge til rette for rask tilgang til utgreiing ved poliklinikk og dagopphald slik at pasientar som kan vente til dagen etter ikkje må leggest inn for diagnostikk.

Kortare liggetid kan bli eit resultat av at kommunane byggjer opp eigen kapasitet og kompetanse framover, og med dette set seg i stand til å ta i mot pasientar som i dag ville vore på sjukehus inntil dei vert definerte som «utskrivingsklare».

Liggedøgn for utskrivingsklare pasientar er trekte ut før framskrivinga er gjort, og er ikkje lagt inn som effekt av samhandlingsreforma. Desse pasientane er i utgangspunktet definert som ikkje å ha behov for spesialisthelseteneste.

Ein rask status for kommunar med lang erfaring med DMS og sjukestover viste i 2010 ein stor variasjon

mellom seg. For eit DMS (Fosen) var det ikkje mogeleg å vise effekt målt som reduksjon i liggedøgn på sjukehus. For andre var skilnaden mellom «sjukestugukommunar» og andre kommunar som sokna til same sjukehus, meir enn 30 %. Dette gir eit svakt grunnlag for å ha ei presis forventning om effekt mot 2030. Tala som er lagt til grunn i modellen er eit anslag. Vi har lagt til grunn ei styrt og ønska utvikling i samsvar med intensjonane i samhandlingsreforma, og rekna med at det vil kome insitament for slik omlegging. Det er både uvisse og risiko knytt opp mot denne måten å estimere effekten på, men vi har ikkje sett at det er mogeleg å rekne seg fram til effekten ut frå tidlegare evalueringar av ymse tiltak i kommunane.

Samla er effekten av samhandlingsreforma på 11 % reduksjon av sengebehovet i sjukehus (sum av 8 % færre innleggingar og knapt 4 % kortare liggetid). Dette utgjer 66 senger. Fordelt på kommunane, blir dette om lag 12 senger for Ålesund, og 8 senger for Molde og for Kristiansund. Resten av kommunane må handtere eit behov som svarar til 38 senger, mellom 1 og 2 senger pr. kommune i snitt, nokre få vil kome opp i 3 senger. Kommunane vil truleg og kome til å ta over noko av det som sjukehusa i dag gjer av polikliniske kontrollar og oppfølging av pasientar med kroniske lidingar. Denne effekten kan i eit visst omfang verte «eten opp» av eit auka behov for rask tilgang til utgreiing og behandling. Det er difor ikkje lagt inn meir enn 10 % reduksjon av poliklinisk aktivitet som resultat av Samhandlingsreforma.

### **Medisinsk utvikling og intern omstilling og effektivisering**

Desse to elementa er teke inn i modellen som ein effekt på gjennomsnittsliggetida i sjukehus.

Gjennomsnittsliggetida i Helse Møre og Romsdal i 2011 var 3,81 døgn pr. opphald i sjukehuset. Pasientar som var definerte som utskrivingsklare og låg og venta, er med på å trekke gjennomsnittstida opp. Med demografisk framskriving etter at liggedøgn for utskrivingsklare er trekte ut, blir berekna gjennomsnittsliggetid 3,7 døgn. Etter uttrekk av pasientar til dagbehandling og overføring til observasjonspost, medrekna effekten av samhandlingsreforma, er liggetida oppe i 3,74 døgn for alle opphald i sjukehuset.

Liggetida i sjukehus har dei siste 10-åra stadig gått nedover og vil truleg halde fram med denne utviklinga. Det skuldast både endringar i medisinsk-teknologiske behandlingmetodar og meir straumlineforma pasientforløp med fokus på flaskehalsar internt. Reduksjon i sjukehusinfeksjonar, betre førebygging av fallskadar og andre resultat av auka fokus på pasienttryggleik vil òg påverke liggetida. Samstundes vil det vere slik at berre pasientar med alvorleg/ tidkrevjande behandling ville ligge i sjukehuset og det vil vere ei grense for kor langt ned gjennomsnittsliggetida kan bevege seg. I utviklingsplanen har vi hatt ei tenkt grense på 3,5 døgn pr. opphald i snitt, og lagt til grunn ei berekna liggetid på 3,56 døgn.

Dette gir ein reduksjon i liggetid som resultat av medisinsk utvikling og effektivisering på 5,5 % eller 0,3 % pr. år i snitt.

	Endring	faktor
Elektive 1-2 døgn	Til dagbehandling	10 %
Øhj. 1-2 døgn	Til obs. post	80 %
Øhj. 3.døgn	Til obs.post	10 %
Frå obs.post	Utskr.heim	60 %
Frå obs.post	Innlagde avdeling	40 %
Samhandlingsreforma	Færre innlagde	8 %
	Raskare heim, kortare liggetid	3,8 % (0,2 % per år)
	Poliklinikk <sup>10</sup>	10 %
<b>Omstilling/ effektivisering</b>	Kortare liggetid	5,5% (0,3 % per år)

Tabell 14. Oppsummering av korrigerande faktorar

#### 7.4.3 Skilnader i forbruk

Det er sett på skilnad i forbruk av spesialisthelsetenester mellom HMR og resten av regionen og landet, vurdert mot Magnussen-utvalet sin behovsindeks. For samanlikningar regionalt/nasjonalt er det naudsynt å nytte 2010 tal for aktiviteten. Det er og sett på skilnad i forbruk mellom ulike kommunar i Møre og Romsdal. I denne framskrivinga er det valt å ikkje korrigere for desse skilnadene, då ein ikkje har gode føresetnader for å vurdere kva som er reelt over/underforbruk. Ein må førebels sjå på desse skilnadene som skilnader i forbruk som ikkje er forklara av våre modellar. Det er difor ikkje korrigert for dette i modellen verken for HMR i relasjon til HMN, eller for grunnlagsdata i føretaket på bakgrunn i kommuneskilnader. Det er likevel avdekkja så store uforklarlege skilnader i forbruksmønster og nivå, at desse bør følgjast opp i det vidare arbeidet i føretaket i samarbeid med kommunane.

## 7.5 Korrigert framskriven aktivitet 2030

### 7.5.1 Somatiske spesialisthelsetenester

Det er gjort greie for korrigeringsane ovanfor. Talgrunnlaget er gått gjennom med fagmiljøa i Helse Møre og Romsdal på dagseminar med klinikkane. Korrigeringsfaktorane er òg presenterte for leiarråd, styringsgruppe og i styret for Helse Møre og Romsdal.

#### Behov for døgnplassar

Tabellen under viser at det ikkje er behov for å auke sengetalet fram til 2030 for å vere i stand til å ta hand om ei auka folkemengd og fleire eldre. Dei fleste kommunane i Møre og Romsdal må ta hand om frå 1-3 senger i si helseteneste, medan byane vil trenge frå 8-12 senger for å dekke behovet for dei som i Samhandlingsreforma er tenkt ikkje lenger å skulle ha seng i sjukehusa.

<sup>10</sup> 10 % av kontrollane ved poliklinikkane overførast til kommunehelsetenesta

Døgnopphold	Aktivitets tall 2011 - intensiv, nyfødte og rehab.inst.er fjernet	Berget aktivitet 2030 demografisk framskreve og etter omstillinger
Sykehusopphold	38 818	41 125
Liggedøgn	147 724	146 308
Gjennomsnittlig liggetid	3,8	3,6
Gjennomsnittlig liggetid obs.post		1
Liggedøgn obspost		12 815
Behov for "normale" senger	476	472
Behov for observasjonssenger		50

Tabell 15. Behov for døgnplassar somatikk 2030.

	2011	Framsrevet 2030	Effekt 1-2 døgn elektiv ut	Øhj. 1-3 døgn ut	Effekt samhandl.ref.	Effekt intern omstilling	2030 etter omstilling
Beregnet sengebehov	443	633	-3	-59	-66	-34	472

Tabell 16. Framskrivning og omstilling av døgnplasser somatikk.

Berekninga som er gjort for kvart sjukehus, summerast opp til eit samla behov for 20 intensivsenger, 11 fødestover og 80 hotellsenger.

Det er små tal for behovet for intensivsenger i dei minste sjukehusa, 2 i Volda, 3 i Kristiansund, og 5 i Molde. Med eitt felles akuttsjukehus i Nordmøre og Romsdal blir talet for berekna behov 8 senger. Gjennomgang av talgrunnlaget for registrering av intensivsenger ved sjukehusa, viser at både registreringspraksis og kva type pasient som ligg i intensivseng varierer mellom dei. Organisering og drift av intensivveiningar og vurdering av om deler av aktiviteten er «tung overvaking» må vere ein del av det vidare arbeidet med utviklingsplanen.

Når talet for normalsenger brytast ned på sjukehus og avdeling/ fagområde, er det opp-lagt at fellespostar må vere ein del av framtidsbiletet for Helse Møre og Romsdal. Slike fellespostar er allereie oppretta fleire plassar.

#### Poliklinikk, dagbehandling og kirurgiske inngrep

Helse Midt-Norge har i tråd med sentrale føringar ei målsetting om å sentralisere det som trengs og desentralisere det som kan flyttast nærare der pasienten bur. Det ligg i Strategi 2020 at meir poliklinikk med fleire spesialitetar skal ut til dei sjukehusa som ligg innafor kvar føretak, og om det er føremålstenleg, ut til lokalmedisinske sentra. Dette vil vere ei arbeidsform som også er i tråd med Samhandlingsreforma. Denne utgreiinga har så langt sett på poliklinisk aktivitet ved dei 4 sjukehusa, og slik det blir i dei ulike alternativa.

"Ikkje-døgn" somatikk	Aktivitetstil 2011	Demografisk framskrivning 2030	Real-vekst 2011-2030	Elektive til dagbehandling	Ø-hjelp til observasjon	Effekt av samhandlingsreforma	ESTIMERT AKTIVITET 2030
<b>Dag-behandling</b>	<b>40 225</b>	<b>57 700</b>	<b>75 577</b>	<b>76 268</b>	<b>76268</b>		<b>76 268</b>
Dialyse	9 452	14 234	17 759				
Cytostatica (cellegift)	6 639	9 868	12 474				
Medisinsk dagbehandling	1 424	1 752	2 675				
Dagkirurgi	9 818	12 801	18 447				
Rehabilitering	3 570	5 026	6 708				
Stråleterapi	9 322	14 019	17 515				
<b>Poliklinikk</b>	<b>272 758</b>	<b>360 221</b>	<b>458 817</b>	<b>458 817</b>	<b>462 191</b>	<b>415 972</b>	<b>415 972</b>
<b>Operative inngrep</b>	<b>21 517</b>	<b>27 714</b>	<b>34 164</b>				<b>34 164</b>
Inne-liggande	11 360	15 080	15 080				<b>15 080</b>
Dagkirurgi	10 157	12 634	19084				<b>19084</b>

Tabell 17. Framskrivning av dag- og poliklinisk behandling somatikk.

Aktiviteten i poliklinikk og dagbehandling vil auke med ein faktor på 1,7-1,8, med føresetnad om at utviklinga med realvekst og fordeling av denne held fram. Det vil vere viktig å planlegge for naudsynt kapasitet for å dekke denne aktivitetsauken, då dette vil bli en sentral del av spesialisthelsetenesta i framtida. Samstundes må ein ta inn over seg at måten dei polikliniske tenestene blir utøvd på i 2030 kan vere annleis enn det vi kjenner frå dagens aktivitet. Kommunikasjon med pasientar og primærhelsetenesta gjennom ulike former for elektronisk utveksling, og oppfølging av pasientar gjennom overføring av registreringar heimanfrå eller frå fastlegekontor, vil kanskje redusere direkte pasientkontakt i poliklinikken. Forma vil likevel krevje tilgang på kompetent personale i sjukehuset, og eigna areal for å utøve tenesta.

Utviklinga dei seinare åra har gått i retning av meir utgreiing og dagbehandling som alternativ til innlegging. For utgreiing vil det truleg halde fram. For dagbehandling må ein ta høgde for at noko av det som i dag skjer i sjukehuset kan flyttast til kommunehelsetenesta (t.d. cytostatikabehandling) eller heim til pasienten (t.d. dialyse). I utviklingsplanen for Helse Møre og Romsdal må det vere tilgang på areal som er funksjonelle for dagbehandling, poliklinikk slik vi kjenner dette i dag, og for meir «distanse»-poliklinikk gjennom ulike former for elektronisk kommunikasjon og dataoverføring.

Rapporten beskriv behovet for polikliniske konsultasjonar innanfor fagområda. For nokre fag kan det vere aktuelt å løyse behovet gjennom etablering av avtalespesialistar. Dette er ikkje utgreidd på noverande tidspunkt, men kan sjåast på i det vidare arbeidet.

#### Billeddiagnostikk

I rapporten «Berekning av arealbehov i ulike løysingsalternativ» frå Hospitalitet 6. september 2012 (vedlegg i høyringssaka), er berekning av behov for biletlaboratorium gjort med utgangspunkt i rein demografisk framskrivning. Summen av rom for bilettdiagnostikk i Helse Møre og Romsdal i 2030 er rekna ut til 59. Til samanlikning er talet på bilettdiagnostiske rom i 2012 39. Det vidare arbeidet med utviklingsplanen må sjå nærare på behov for bilettdiagnostiske rom ved begge sjukehusa på Sunnmøre og eit nytt sjukehusprosjekt må uansett gå gjennom heile talgrunnlaget i startfasen.

Det er aktiviteten innanfor helseføretaket i 2011 som er lagt til grunn. Det finst private røntgeninstitutt i Ålesund, Molde og Kristiansund og Helse Midt-Norge har nyleg inn-gått nye avtalar med desse. Arbeidet med utviklingsplanen har i denne fasen ikkje teke mål av seg til å tilrå ei anna fordeling mellom spesialisthelsetenesta i helseføretaket og private institutt.

Helse Nord-Trøndelag har ei uttala målsetting om å tilby dei bilettdiagnostiske tenestene som befolkninga i Nord-Trøndelag treng, og har organisert seg for å sikre dette.

Type aktivitet		2011		2030					2030	
Bilediagnostikk		Aktivitets tall 2011	Fordeling mellom modaliteter i %	Demografisk framskriving	Med realvekst som for poliklinikk	Anslått ny fordeling i %	Demografi	Realvekst	I rapporten fra Hospitalitet	
				Fordeling som 2011	Fordeling som 2011		Ny fordeling	Nyfordeling	% fordeling	Aktivitet
	RTG	132 972	54	175 475	223 678	47	153 941	196 228	46	152 727
	CT	60 518	24	79 862	101 800	25	81 884	104 377	26	85 159
	UL	25 639	10	33 834	43 128	10	32 754	41 751	10	32 753
	MR	28 472	11	37 573	47 894	17	55 681	70 976	17	55 681
	nukleærmedisin	599	0	790	1 008	1	3 275	4 175	1	1 214
<b>Sum Bilde</b>		<b>248 200</b>		<b>327 535</b>	<b>417 507</b>		<b>327 535</b>	<b>417 507</b>		<b>327 535</b>

Tabell 18. Framskriving av bilediagnostikk.

Tabellen viser fleire alternativ for framskriving av kapasitetsbehov for bilediagnostikk. Fagmiljøet tilrår at ein legg til grunn same vekst som for poliklinikk elles, og at fordelinga mellom modalitetar endrast i retning av meir MR og mindre tradisjonell røntgen. Det er ikkje rekna på framtidig behov for PET-CT i Helse Møre og Romsdal. Det vil vere behov for å ta det opp til nærare vurdering når regionen vinn erfaring med PET-CT ved St. Olavs hospital.

### 7.5.2 Psykisk helsevern for vaksne og for born og unge.

Det ligg til grunn at arbeidet med utviklingsplanen ikkje skal utgreie endringar i lokalisering av Distriktpsikiatriske senter i Helse Møre og Romsdal. I fagseminar med tilsette i psykisk helsevern for vaksne vart det gjeve ei klar tilråding om at sjukehuspsikiatrien skal samlokaliseras med det somatiske sjukehuset når og om det vert bygd nytt akuttsjukehus i Nordmøre og Romsdal.

Framskriving for psykisk helsevern er gjort i samarbeid med ansvarlege for tenesta i Helse Møre og Romsdal HF. Ein større del av behandlinga skal i framtida skje der folk bur, i Distriktpsikiatriske senter (DPS) og i kommunehelsetenesta. Den største veksten vil kome på poliklinisk og ambulans behandling. Vurdering av framtidig behov for senger i sjukehusdelen av psykisk helsevern er komplisert. Det er ei ønska målsetting frå både fagfolk og sentrale myndigheiter at dei som må ha ei seng i spesialisthelsetenesta skal så langt mogleg ha den i DPS og ikkje i ei sjukehusavdeling. Samstundes er det utviklingsfaktorar som trekker i retning av større behov for lukka og skjerma einingar (mange som i dag sit i fengsel med eit udekt behov for behandling, nye og ukjente rusmiddel, kompliserte sjukdomsbilete med blanding av rus og psykiske problem etc.) Desse to tendensane vil kunne vege kvarandre opp, slik at det ikkje blir reell endring i sengetal.

PSYKISK HELSEVERN - Vaksne		Aktivitetstal	Demografisk framskriving	Realvekst
Døgnopphald		2011	2030	2011-2030
Utskrivinger		1 651	2 070	2 070
Liggedøgn sjukehus		28 852	36 180	36 180
Gjennomsnittleg liggetid SH		17	17	
Senger i sykehus		88	110	
Utskriving DPS		1 073	1 251	1 251
Liggedøgn DPS		27 292	31 822	31 822
Gjennomsnittleg liggetid DPS		25	25	
Senger i DPS		83	97	
V-konsultasjonar		74 461	88 758	126 584

Tabell 19. Framskrivning av aktivitet psykisk helsevern vaksne.

Konklusjonen i drøftinga vart at sengetalet truleg ikkje vil auke i samsvar med auken i folketal. Sengebehovet totalt i 2030 vert omkring 90 senger for sjukehusdelen (demografien gir 110) og omkring 70 senger ved DPS (demografien gir 97). Grunnen til at reduksjonen i sengetal blir større ved DPS, er at ressursane der i større grad vert flytta over frå seng/døgn til poliklinikk og ambulant verksemd.

Poliklinisk aktivitet er auka med ein faktor på totalt ca. 1,7, som inneheld både demografisk vekst og realvekst. Denne auken kjem i hovudsak ved DPS. Poliklinisk aktivitet knytt til sjukehusdelen, vil auke noko fordi behov for utgreiing av alderspsykiatriske diagnosar vil auke med ei aldrande befolkninga.

Auka ambulant behandling og auka direkte samhandling med kommunehelsetenesta, vil føre med seg at mange fagfolk til ei kvar tid er ute på reise. Dette reduserer behov for behandlingsrom i poliklinikken og gir samtidig eit auka behov for administrasjon av tenestebilar (m.a. parkeringsplassar). Dette vil gjelde PHV både for born og vaksne.

For psykisk helsevern for born og unge ligg det føre tal med demografisk framskriving. Det gir eit auka behov for senger i sjukehus frå 7 til 9. Om denne auken skal takast omsyn til, må vurderast nærare i den vidare prosessen. Det skal truleg heller ikkje vere realvekst utover demografi for senger i sjukehus for born og unge.

I tabellen under er det lagt inn same vekstfaktor på poliklinisk behandling for born og unge som for vaksne (på same nivå som for poliklinikk i somatiske fag). Omfanget av auken som ligg inne må drøftast nærare med fagfolka før endeleg konklusjon blir trekt. Auken er omfattande for eit fagmiljø som i talet på medarbeidarar ikkje er så stort. Ein så stor auke som ligg inne her, legg ein føresetnad om tilførsel av ressursar til BUP samstundes med ei omfattande effektivisering. Særskilt for BUP blir det viktig å sjå om effekten av tettare samhandling kan føre med seg at kommunane betre klarer å ta seg av borna med eige personale, slik at talet på tilvisingar går ned.



PSYKISK HELSEVERN - Barn og unge	Aktivitetstall 2011	Demografisk framskriving	Realvekst 2011-2030
Utskrivninger	218	256	
Liggedøgn	2 412	2 834	
V-konsultasjoner	37 171	44 717	76018
Senger	7	9	

Tabell 20. Framskriving av aktivitet psykisk helsevern born og unge.

### Rusbehandling i 2030

Helse Midt-Norge har til no organisert si tverrfaglege spesialiserte behandling (TSB) i eit eige foretak. Det er etablert ei lita eining for rusbehandling innanfor psykisk helsevern i Helse Nord-Trøndelag. Ei liknande eining er under etablering i Helse Møre og Romsdal.

Utviklinga vil gå mot at rusbehandling også vil bli organisert innanfor dei 3 helseforetaka i Midt-Norge, og det vil skje før 2030<sup>11</sup>. Den generelle utviklinga på rus- og avhengigheitsområdet, er at alkohol er eit stort og aukande problem, også for somatisk spesialisthelseteneste. Omfanget av legemiddelavhengigheit og talet på LAR-behandlingar aukar. Frekvensen av nye brukarar av illegale rusmiddel viser derimot ei viss utflating. Pasientar med kombinasjonen psykiske lidningar og rusmiddelbruk er ei felles utfordring for TSB og psykisk helsevern.

### Nasjonale satsingsområde på feltet er

- Nasjonal retningsline for gravide i legemiddellassistert rehabilitering (LAR) og oppfølging av familiane frem til barnet når skulealder (2011)
- Nasjonal fagleg retningsline for utgreiing, behandling og oppfølging av personar med samtidig rusliding og psykisk lidning – ROP-lidingar (2011)
- Barn som pårørande (endring av lovverk frå 1.1. 2010)
- Tiltrådingar frå Nasjonal Strategigruppe II for psykisk helsevern og tverrfagleg spesialisert behandling
- Auka satsing på behandling for dømde rusmisbrukarar

Det er vanskeleg å rekne på behov og organisering i 2030 for dette feltet som framleis er i utvikling som spesialisthelseteneste. Nokre trekk er det likevel mogeleg å sjå. Hovuddelen av eit integrert tilbod til rusavhengige vil òg vere ved DPS i framtida, og ambulans behandling i tett samhandling med kommunane vil vere den viktigaste delen. Delar av tilbodet må leggast til sjukehuseiningar, som kan ta hand om avrusing og somatiske komplikasjonar til rusmiddelbruk. For ROP-pasientar med store utfordringar både på rus og alvorleg psykisk sjukdom, kan det krevjast spesialeiningar med kompetanse utover den allmenne kompetansen på rus og psykiatri.

### 7.5.3 Oppsummering

Arbeidet med framskriving av venta behov for spesialisthelsetenester i 2030 for befolkninga i Møre og Romsdal tar utgangspunkt i aktiviteten i 2011 med fråtrekk av utskrivingsklare pasientar.

Strategiske føringar er i liten grad vurdert i denne primære prognosen for aktivitet, men må takast hand om i den vidare prosessen. Ein vil her særleg peike på endra geografisk og fagleg dekning.

### 7.5.4 Bemanning 2030

Framskriving av talet på tilsette i 2030 i samband med utviklingsplanen har berre eit hovudføremål – det trengst for å kunne berekne areal til garderobar, kantine, kontorarbeidsplassar osv. Utgangspunktet er talet på årsverk i helseforetaket i 2011 innanfor dei ulike personalkategoriene. Dette talet er framskrive

<sup>11</sup> Frå styresak 37/12 Kapasitet og fremtidig behov innen rusfeltet, Helse Midt-Norge

med aktivitetsveksten og deretter redusert med ei effektivisering på 15%. Måten framskrivinga er gjort på bygger på erfaring med andre sjukehusprosjekt og er i samsvar med desse.

HMR Total	2011			2030			Framskrivingsførutsetting	Endring i %
	Leger	Øvrige	I alt	Leger	Øvrige	I alt		
Somatikk	413	1.759	2.172	500	2.112	2.611	Leger fremskrives pga. vektete pasienter. Øvrig personell pga. vektete liggedager. 15 % effektivisering	20%
Medisinsk service	44	344	388	53	414	467		20%
Service	0	318	318	0	383	383	Fremskrives med vektete pasienter og 15 % effektivisering	21%
Administrasjon/ledelse	0	190	190	0	231	231		22%
<b>I alt</b>	<b>457</b>	<b>2.611</b>	<b>3.068</b>	<b>553</b>	<b>3.140</b>	<b>3.692</b>		<b>20%</b>

Tabell 21. Bemanning somatikk 2030.

## 7.6 Forsking, utvikling og utdanning – FoU

### 7.6.1 Forsking og utvikling (FOU)

FOU er ein lovfesta aktivitet for sjukehusa. Viktig faktor for arbeidsmiljø, rekruttering, og sannsynleg for kvalitetsutvikling og utvikling av tilboda for diagnostikk og behandling. Dette stiller krav til areal og personalressursar, og i tillegg kompetanse og infrastruktur inklusive IKT. Forskingsnettverk er viktige verktøy i den regionale strategiplanen. Som ei følgje av fusjonen mellom HNR og HSM i 2011, vart det etablert eit nytt, felles forskingsutval i Helse Møre og Romsdal. Forskingsutvalget utarbeida ”Handlingsplan for forskning 2012-2014” som eit styringsdokument for FoU arbeid i føretaket.

### 7.6.2 Status FoU

Helse Midt-Norge RHF har som målsetting å nå 450 ISI registrerte publikasjonar pr. år innan 2014. For å nå dette målet, skal alle HF auke sin forskingsaktivitet med 10 % årleg i perioden 2009-2014. Helse Midt-Norge har også som mål å setje av 3 % av total inntekt til forskning, utvikling og innovasjon innan 2014. Det forventast at føretaka innrettar seg slik at forskingsaktiviteten er på venta nivå.

Dette har medført ein betydeleg auke av økonomiske rammer øyremerkte til forskning og utvikling frå RHF til Helse Møre og Romsdal. Likevel har ikkje heile ramma til forskning vore tilgjengeleg i budsjettet, delvis på grunn av ein utfordrande budsjettsituasjon i Helse Møre og Romsdal, og delvis fordi ein historisk har hatt et underforbruk på avsette midlar til forskning i føretaket.

Det er ca. 60 pågåande forskingsprosjekt i Helse Møre og Romsdal per i dag. Av desse er 17 pågåande doktorgradsprosjekt. Geografisk, er ca. halvparten av forskingsprosjekta forankra i Ålesund, 25% i Molde, og ca. 10% i høvesvis Kristiansund og Volda. Denne fordelinga reflekterer i grove trekk storleiken på sjukehusa i føretaket. Forskingsaktiviteten har auka dei siste åra, men det er ønskeleg at veksten held fram, både i tal doktorgradsprosjekt og andre forskingsprosjekt.

I 2012 vart det oppretta ein egen FoU-seksjon i fagavdelinga, og det vart tilsett forskningssjef i nyoppretta stilling. Desse tiltaka gir eit godt grunnlag for å jobbe målretta i heile føretaket med å styrke FoU-aktiviteten ytterlegare.

### 7.6.3 Utfordringar

I strategien 2020 til Helse Midt-Norge heiter det:

*”Forskere skal konkurrere om forskningsmidler ut fra kvalitet, relevans og prosjektets gjennomførbarhet. HMN skal sette av midler til bestemte strategiske formål, med høye krav til kvalitet og gjennomførbarhet.”*

Vi ser likevel at det er svært vanskeleg for forskingsprosjekta i Helse Møre og Romsdal å nå opp i konkurranse om eksterne forskningsmidlar, som til dømes frå Samarbeidsorganet i Helse Midt-Norge eller Norges Forskningsråd. Det kan vere fleire grunnar til dette, men det er vanskeleg for enkeltforskarar frå mindre sjukehus å konkurrere med store etablerte forskingsgrupper ved universitetssjukehus. Dette gjeld både i høve til utarbeiding av prosjektsøknader, det å finne gode rettleiarar som engasjerer seg til fulle i prosjekta, og i høve til å ha eit miljø der ein kan arbeide med forskning. Dette medfører at hovudmengda av pågåande forskingsprosjekt er finansiert gjennom Helse Møre og Romsdal sine forskningsmidlar.

Ei anna utfordring er at vi dei siste åra har sett at forskarar som har fått tildelt midlar har vanskar med å få brukt desse som planlagt. Mange avdelingar har vanskar med å kunne gi forskingsfri fordi ein ikkje har vikarar som kan gå inn i det daglege arbeidet som forskarane har i klinikken. Det medfører stor vaktbelastning på kollegaer dersom nokon får forskingsfri.

### 7.6.4 Utviklingstrekk

Eit sentralt trekk i nasjonal forskingspolitikk dei seinare åra har vore aukande grad av program- og elitetenking. Medan det tidlegare gjerne var slik at alle fekk litt, men ingen fekk mykje, har det i løpet av dei siste 10-15 åra vore ei dreining mot satsing på oppbygging av tunge store forskingsmiljø som også kan konkurrere internasjonalt. Denne trenden finn vi også i helseføretaka, noko som er ei ekstra utfordring for små og mellomstore helseføretak utan eit universitet som ”forskingsmotor”. Svært mykje av midlane som samarbeidsorganet i Helse Midt-Norge disponerer, er øyremerka til ulike tiltak på St. Olav/NTNU. Dei mindre helseføretaka er også underrepresenterte i samarbeidsorganet, noko som gjer det vanskeleg å betre rammekrava for forskning i desse.

Det er sett i verk ulike lokale tiltak for å betre mogelegheitene for ekstern finansiering av forskning i Helse Møre og Romsdal. Føretaket har tilsett deltids-rettleiarar for å hjelpe forskarar med prosjektsøknader og andre relaterte forskings spørsmål. Det arrangerast også ulike kurs for å styrke forskingskompetanse og førebu mogelege doktorgradssøknader.

Nyleg er det også vedtatt å lyse ut så kalla infrastrukturmidlar i tillegg til tradisjonelle forskningsmidlar. Infrastrukturmidlar er et verkemiddel for å kunne bygge opp større og meir slagkraftige tverrfaglige forskingsgrupper i Helse Møre og Romsdal. Gjennom finansiering av stillingar både til prosjektlederar, forskningssjukepleiarar, og klinikkarar som kan gå inn i turnus til forskarar med forskingsfri, håper ein å gjere det lettare å kombinere forskning og klinisk verksemd, noko som på sikt vil styrke både forskingsaktivitet og -kvalitet.

## 7.7 Ikkje-medisinsk service, personalservice, pasientservice og sentraladministrasjon

### 7.7.1 Bemanning

Alle desse funksjonane er organiserte som stabsfunksjonar direkte under administrerande direktør, i følgjande avdelingar:

- Administrativ avdeling
- Avdeling for drift og eigedom
- Avdeling for strategi og utvikling

- Fagavdeling
- Personalavdeling
- Samhandlingsavdeling
- Økonomiavdeling

### 7.7.2 Ikkje-medisinske servicefunksjoner

Ikkje-medisinske servicefunksjonar er organisert i Avdeling for drift og eigedom. Dette gjeld i hovudsak reinhald/husøkonom, kjøkken, sentralbord, dokumentasjonssenter (Volda og Ålesund), allmennteknisk, medisinsk-teknisk, logistikk og forsyning samt eigedomsforvaltning.

Dei fleste av desse funksjonane har stadlege medarbeidarar ved alle fire sjukehusa. Ved Molde sjukehus er det i tillegg stadlege medarbeidarar innan reinhald, kjøkken og allmennteknikk både på Lundavang og Hjelset (20 km mellom).

Når det gjeld reinhald/husøkonom, kjøper helseforetaket deler av tenestene ved sjukehusa i Volda og Ålesund, medan tenestene ved sjukehusa i Molde og Kristiansund vert utført av egne tilsette.

Det er kjøkken og kantine ved alle sjukehusa. Produksjonen av varm mat for heile Molde sjukehus er samla ved kjøkkenet på Hjelset.

Dokumentasjonssenteret i Ålesund og Volda utfører felles skrive- og scanningsfunksjonar for klinikkane ved dei to sjukehusa. Tilsvarende funksjonar er organiserte i den enskilte klinikk og avdeling ved Molde og Kristiansund sjukehus.

Helseforetaket har ikkje felles telefonsentral/telefonnummer, og sentralbordfunksjonane er organisert felles i høvesvis gamle Helse Sunnmøre og gamle Helse Nordmøre og Romsdal. Eigedomsforvaltninga er sentralisert til høvesvis Molde og Ålesund sjukehus.

### 7.7.3 Administrative funksjoner

I samband med samanslåinga av dei to tidlegare helseforetaka vart det avgjort at hovudkontoret for Helse Møre og Romsdal skulle vere i Ålesund. Før samanslåinga var respektivt Ålesund og Molde administrasjonsstad i Helse Sunnmøre og Helse Nordmøre og Romsdal. Likevel var det stabstilsette ved alle fire sjukehusa, og slik er det framleis. I praksis tyder avgjerda om at Ålesund er administrasjonsstad at dei fleste leiarane i stabsavdelingane har kontorstad i Ålesund. På sikt er det òg venta at relativt fleire stabsfunksjonar vil bli samla i Ålesund, men også i framtida vil det vere slik at delar av stabsfunksjonane vil vere nær den operative drifta ved sjukehusa.

## 8 Arealstandardar og utnyttingsgrader

### 8.1 Arealstandardar

Arealstandard og utnyttingsgrad er i denne samanhengen vurdert som nyttige parametrar for best mogleg å beskrive ei heilskapleg tilnærming og vurdering av behova for spesialisthelsetenestetilbodet samla sett for heile Møre og Romsdal. Det er også tatt med fordi det vil vere ei fagleg grunngeving for val av utnyttingsgrad; sjå nedanfor.

#### 8.1.1 Arealstandarden

Arealstandarden for dei ulike typane rom i eit sjukehus hentar vi i denne samanhengen frå tilsvarende sjukehusprosjekt. Når det kjem til konkret planlegging av et nytt bygg, vil foretaket måtte avgjere

spørsmål som einerom eller fleirsengsrom, storleik på standard operasjonsstove m.a.

	Standard kvm netto	Bemerkning
<b>Kliniske funksjoner</b>		
Senger (somatikk)	30,0	
Senger medisinsk overvåking	29,6	
Senger barn	39,0	
Senger hotell	23,0	
Dagplass (somatikk)	15,0	Dialyse 20
Poliklinikkrom, standard (somatikk)	30,0	
Spesialrom (somatikk)	34,3	
Observasjonsseng	24,4	Økt standard pga. liten enhet
<b>Medisinske servicefunksjoner</b>		
Intensivsenger	42,0	
Postoperativ	16,0	
Operasjon, inneliggende	110,0	
Operasjon, dag	110,0	
Billeddiagnostikk, angio, CT, MR, nukleærmedisin	90,0	
Billeddiagnostikk, UL	50,0	
Billeddiagnostikk, øvrige	70,0	
Fødestue	65,0	
Arbeidsplass, medisinsk biokjemi og transfusjonsmedisin/blodbank	12,0	Ekskl. spesial laboratorier
Arbeidsplass, patologi & medisinsk mikrobiologi arb. plass	15,0	Ekskl. spesial laboratorier
Donortapning	10,0	
<b>Ikke-medisinske servicefunksjoner</b>		
Kontorarbeidsplass	8,7	Pr. kontorplass, inkl. printer/kopierom og toalett. Ca. 50 % av kontorplassene er i landskap
Kontorarb.plass til administrasjon	9,5	Pr. kontorplass, inkl. printer/kopierom og toalett
Møterom	1,7	Pr. plass
Garderobeskap	0,8	Pr. skap
Overnattingsrom	15,0	Inkl toalett og bad samt andel i fellesrom
Personalkantine og kafeteria	2,1	Pr. plass

**Tabell 22. Arealstandardar.**

Arealstandardane uttrykker netto kvadratmeter berekna per eining for ein del nøkkelfunksjonar. Tala er i all hovudsak i tråd med det som er ”vanleg praksis” i sjukehusplanlegging i Norge.

## 8.2 Utnyttingsgrad

Det er innleingsvis gjort greie for premissane som er lagt til grunn for arbeidet med utviklingsplanen.

Utnyttingsgrad er det omgrepet som brukast for å beskrive faktorane som brukast når ein reknar frå aktivitet til kapasitet (behov for rom, senger m.v.)

Nedanfor viser tabellen faktorane for poliklinikk, bilettdiagnostikk og operasjon.

	Dager/år	Timer/dag	Minutter/undersøkelse-behandling	Kommentarer
Dagplass	230			1,5 dagplass pr. plass pr. dag. 1 dialyse pr. plass/dag
<b>Poliklinikk</b>				
Pediatri	230	7	40	
Gynekologi og føde	230	7	30	
Tann/kjeve	230	7	30	
Kirurgi og ortopedi	230	7	30	
Medisin, hud, onkologi, rehat	230	7	40	
Nevrologi	230	7	40	
Revmatologi	230	7	40	
ØNH	230	7	30	
Øye	230	7	30	
<b>Billeddiagnostikk</b>				
Konv rtg	230	7	15	90% i dagtid
UL	230	7	25	100% i dagtid
CT	230	7	25	90% i dagtid
MR	230	7	30	90% i dagtid
Mammografi screening	230	7	20	100 % i dagtid
<b>Operasjon</b>				
Kirurgi	230	8	120	90% i dagtid
Tann/kjeve	230	8	90	90% i dagtid
Gyn/obs	230	8	80	90% i dagtid
ØNH	230	8	120	90% i dagtid
Øye	230	8	60	90% i dagtid
Medisin, hud, onkologi, rehat	230	8	60	
Dagkirurgi	230	8	90	100% i dagtid

Tabell 23. Utnyttingsgrader.

	Utnyttings-grad	Kommentar	HFP St.Olav	HFP Østfold	HFP Ahus
<b>Somatiske senger</b>	85 %		85 %	90 %	85 %
<b>Barn</b>	70 %				
<b>Vaksen psykiatri</b>	90 %			90 %	
<b>Alders psykiatri</b>	90 %			90 %	
<b>Hotell</b>	70 %	Redusert pga lukking i helg			
<b>Observasjon</b>	70 %	Redusert grad av utnytting	70 %	70 %	70 %

Tabell 24. Utnyttingsgrader senger.

Aktive dagar pr. år for planlagd verksemd er fastsett av føretaket. Dei fleste nye prosjekt har rekna med 230 dagar/ år, medan Ahus og Østfold har lagt 240 dagar til grunn. Helse Møre og Romsdal legg til grunn 230 dagar for planlagd verksemd i året.

Tal timar pr. dag der ein reknar at operasjonstover, rom for bilettdiagnostikk, og for poliklinikk, brukast aktivt, vil vere ein føresetnad for å rekne seg fram til talet på rom. Dette er ei avgjerd som har stor tyding både for investering og for framtidig drift.

Med den strukturen som er lagt til grunn i HMR i planperioden, spesialisttilgang og gjeldande tariffavtalar, er det urealistisk å rekne med opningstider på poliklinikk alle fagområde alle dagar på 9 timar. Det skal leggast inn 7 timar poliklinikk. Ein vil då ha ein aktivitetsreserve ved auke av opningstider. Dette er ikkje til hinder for meir brukartilpassa opningstider i poliklinikkane. Dette må vurderast nærare i det vidare arbeidet med utviklingsplan og konkret prosjektplanlegging<sup>12</sup>.

For sengeområde med stor del innlegging som akutt hjelp er det vanleg å rekne med 85% belegg som ein planleggingsfaktor. For avdelingar med stor grad av planlagd verksemd, reknar ein med høgare beleggsprosent (sjå under). For barneavdelingar, reknar ein ofte med lågare prosent enn 85 fordi dei akutte innleggingane kjem med store toppar i vinterhalvåret. Det same gjeld for observasjonssenger og for føde/barsel – det må vere kapasitet til å ta toppane.

### 8.2.1 Hotellfunksjonar

Reiselengde og avhengigheit av ferje tilseier at det trengs relativt sett større kapasitet på hotellsenger i Møre og Romsdal dersom det skal lukkast med vidare omstilling til poliklinikk og dagbehandling/utgreiing. Delrapporten som har berekna arealbehov, viser eit behov for totalt 80 hotellsenger. I Nordmøre og Romsdal utgjer det 33 senger, i Ålesund 37 og i Volda 10 senger. Det er eit relativt lågt tal på kvar plass. Det blir difor viktig å sjå på korleis dei kan driftast effektivt.

## 8.3 Forsking og utdanning

Sjukehusa i Møre og Romsdal er lære- og praksisplassar for fleire typar utdanning. Omfanget av studentar til ei kvar tid, vil ha innverknad på behov for garderobe, service- og undervisningsareal og møterom.

## 9 Framtidig arealbehov

### 9.1 Generalitet, fleksibilitet og elastisitet

Framtidig areal ved Helse Møre og Romsdal HF bør ha generalitet, fleksibilitet og elastisitet som kan møte ikkje berre dei demografiske utfordringane, men også utviklinga innanfor ma. medisinsk-teknisk utstyr og nye behandlingsformer. Fordi ein ikkje veit kva slags medisinsk-teknisk utstyr morgondagens sjukehus vil fyllast med, stiller dette store krav til fleksibiliteten i bygningsmassen.

Med **generalitet** meiner ein her bygningar og strukturen si evne til å nyttast til ulike funksjonar utan endring eller ombygging. Med **fleksibilitet** meiner ein forholdet bygningar har til endring og tilpassing til andre funksjonar utan å endre basisinstallasjonane eller konstruksjonen. Med **elastisitet** meiner ein moglegheit til å utvide bygningar. Bygge til med nye fløyer eller etasjar når det oppstår nye arealbehov eller nye funksjonar som må plasserast i nybygg.

<sup>12</sup> I rapporten "Beregning av areal i ulike løysingsalternativ", er utnyttingsgraden sett til 9 timar pr. dag i både i poliklinikk, bilettdiagnostikk og operasjonstover. Dette inneber at arealsummane er for låge for alle sjukehus. Skilnaden er ikkje stor, og dette må uansett takast opp att i ei konkret vidare utvikling av eksisterande sjukehus og planlegging av nytt sjukehus.

## 9.2 Framleis bruk av eksisterande bygningsmasse

Det vil i dei fleste tilfella av utviklingsplanar for helseføretak i Norge vere aktuelt å bruke store delar av eksisterande bygningsmasse i framtida. Ved berekning av kapasitets- og arealbehov i framtida, brukar ein arealstandardar for nybygg – det vil seie utfrå nybyggstandard t.d. einerom til alle pasientar o.l. Ved tilpassing av morgondagens behandlingmetodar i eksisterande bygningar, kan arealstandard bli større eller mindre enn det som er ideelt. Totalarealet vil, avhengig av den eksisterande bygningsmassen, reelt sett bli større eller mindre enn det berekna behovet. Normalt brukast det ein brutto/nettofaktor på 2,0 ved berekning av nybygg. Denne faktoren blir ofte lågare eller høgare ved bruk av eksisterande bygningsmasse.

## 9.3 Sjukehusfunksjonar, somatikk

### 9.3.1 Samla arealbehov, somatikk

I tabellen under er arealbehov i 2030 vist for kvar einskild lokalisasjon og samla gitt at dagens funksjonsfordeling og lokaliseringar vert haldne ved like.

Alternativ 0	Krisitansund	Molde	Volda	Ålesund
Prehospitale tjenester	421	981	366	1 802
Poliklinikk/dagområde	2 178	3 450	1 436	6 987
Døgnbehandling	2 359	3 563	1 841	7 081
Annen somatikk	1 485	2 047	1 233	3 764
Medisinsk service	2 180	3 976	2 000	6 103
Intern service og administrasjon	5 207	7 802	3 531	14 699
<b>I alt nettoareal</b>	<b>13 830</b>	<b>21 819</b>	<b>10 407</b>	<b>40 436</b>
<b>Bruttoareal i alt (brutto/netto faktor 2,0)</b>	<b>27 660</b>	<b>43 638</b>	<b>20 814</b>	<b>80 872</b>

Tabell 25. Arealbehov 2030 somatikk ved dei einskilde lokalisasjonane.

## 9.4 Psykisk helse og rus

Det er ikkje vurdert konkret utbyggingsbehov for Barne og ungdomspsykiatrien, eller for dei DPS som finst i føretaket. Det anslaget som er gjort med fagmiljøa, gir ikkje indikasjon på behov for endringar når det gjeld senger i BUP eller DPS. Utfordringa vil vere om lokala er godt nok tilpassa til auka poliklinisk og ambulansaktivitet.

For vaksenpsykiatrien ved sjukehuset i Ålesund er det heller ikkje vurdert nærare om lokala er godt nok tilpassa den framtida som kjem.

Tverrfaglig spesialisert rusbehandling er i dag eit eige føretak i Helse Midt-Norge. Styret i HMN gjorde vedtak 8.november om å iverksette et forprosjekt for fusjon av TSB med dei andre helseføretaka. Tidsplan er ikkje lagd, men i styresaka opererer dei med to alternativ, 31.12.2013 eller 31.12.2014. Grunngevinga for å oppløyse eige rusføretak og fusjonere tenesta med resten av spesialisthelsetenesta, er:

*«- Økt fokus på sammenheng i pasientforløpene, samt de store utfordringene et økt alkoholkonsum vil gi hele helsevesenet, øker behovet for en tettere integrering av rusfeltet med øvrige deler av spesialisthelsetjenesten» (sitert fra styresak)*

Dei institusjonane som ligg i Møre og Romsdal vil bli lagde til Helse Møre og Romsdal og vidareførte med om lag same verksemd som i dag. Som del av utviklingsplanen vil ein måtte sjå på om det er behov som ikkje er dekte slik verksemda er i dag. Den vurderinga vil ligge noko fram i tid.

For vaksenpsykiatrien i Nordmøre og Romsdal er det behov for nye areal til sjukehusdelen av



psykiatrien. Fagmiljøet har gitt ei sterk tilråding som direktøren har slutta seg til, om at sjukehuspsykiatrien for vaksne skal leggjast til eit felles akuttsjukehus. Arbeidet med utviklingsplanen har ikkje gitt rom for ein grundig gjennomgang av behovet i nybygg. Arealbehovet for sjukehuspsykiatrien vart berekna i prosjektet «Nye Molde sjukehus». Arealet frå gjennomgangen av «Nye Molde» i 2010 er lagt til grunn for dei ulike alternativa i Nordmøre og Romsdal i denne fasen. Ved ei framtidig planlegging av eit sjukehusprosjekt må ein gå gjennom desse tala på nytt, på same vis som for somatikken.

## 9.5 Samanlikning av kapasitet og areal med andre helseføretak.

I tabellen under er det vist ei samanlikning av tal på normerte senger med fleire andre helseføretak i Noreg. Som det kjem fram frå tabellen, så er det berekna talet på senger i somatikk og sjukehuspsykiatri nokså likt hjå dei ulike sjukehusa unnateke Vesterålen og UNN Narvik, som ligg noko høgare enn dei andre med somatiske senger per 1000 innbyggjarar.

Helseføretak	Møre og Romsdal 2030	Nytt Østfoldsykehus 2020	Helse Stavanger 2025	Vestre Viken 2025	Vesterålen 2020*	UNN Narvik 2020*
Beregnet folketall 2020/25/30 somatikk	302 286	300 000	432 558	534 195	29 549	26 446
Beregnet folketall psykiatri 2020/25/30	302 286	300 000	432 558	534 195		
Senger somatikk 2020/25/30	472	509	789	816	77	61
Senger sykehuspsykiatri voksne 2020/25/30	110	98	219	260		
Dagbehandlinger 2020/25/30	76 268	37 000	66 907	34 883	3 114	1 581
Polikliniske konsultasjoner 2020/25/30	458 817	201 000	369 855	469 611	23 605	27 158
<b>Egendekning</b>	<b>0,9</b>	<b>0,82</b>	<b>0,90</b>	<b>0,80</b>		
Senger somatikk 2020/25/1000 innb	1,56	1,70	1,82	1,53	2,61	2,31
Senger sykehuspsykiatri voksne 2020/25/1000 innb	0,36	0,33	0,51	0,49		
Dagbehandlinger 2020/25/1000 innb	252	123	155	65	105	60
Polikliniske konsultasjoner 2020/25/1000 innb	1518	670	855	879	799	1 027
*Data hentet fra SINTEF rapport: Sammenligning og kvalitetssikring av dimensjoneringsgrunnlaget i konseptfasen for NLSH Vesterålen, UNN Narvik og Helse Finmark, Klinikk Kirkenes. April 2010.						

Tabell 26. Samanlikning av kapasitet og normerte senger mellom fleire helseføretak i Noreg.

Den neste tabellen viser ei samanlikning av areal for sjukehus somatikk pr. 1000 innbyggjarar. Tabellen viser at Møre og Romsdal ligg høgt samanlikna med nytt Østfoldsjukehus og Vestre Viken HF.

KVM sykehus per innbygger	Møre og Romsdal 2030	Nytt Østfoldsykehus 2020	Helse Stavanger 2025	Vestre Viken 2025
Kvm sykehus somatikk	163562	90000	180000	164652
Kvm per 1000 innbygger somatikk	541	298	600	308

Tabell 27. Samanlikning av areal somatikk mellom ulike helseføretak i Noreg.

Framskriving av aktivitet og berekning av areal i 2030 for Helse Møre og Romsdal, ligg på nivå med andre sjukehusprosjekt når det gjeld sengetal. Det skil seg markant frå nytt Østfoldsjukehus når det gjeld areal/1000 innbyggjarar. Det er i hovudsak to element som kan bidra til å forklare skilnaden. I HMR er det lagt inn ein stor realvekst på poliklinikk og dagbehandling, samstundes med at dette arealet er fordelt på 4 lokalisasjonar med unntak av alternativ 3B som gir berre 3 lokasjonar. Det vidare arbeidet med utviklingsplanen og eventuelle byggeprosjekt må sjå nærare på denne skilnaden.

## 10 Framtidig struktur - ulike strukturelle løysingsalternativ for Nordmøre og Romsdal

Det har vore ein lang prosess med sjukehusutvikling i tidlegare Nordmøre og Romsdal HF som det nyfusjonerte Helse Møre og Romsdal HF tok over og skal vidareføre. I mandatet er det framsett ønskje om å svare ut eitt eller to akuttsjukehus i Nordmøre og Romsdal. Dette har vore eit heilt sentralt utgangspunkt for arbeidet med ulike alternative løysingsmodellar.

### 10.1.1 Prinsipp for løysingsalternativ som har vore utreda

Når ein byrja arbeidet med å finne alternative løysingsmodellar, fokuserte ein på kva slag prinsipielle alternativ kunne ein variere vala mellom. Følgjande forhold vart det alternert over.

- Geografisk plassering, i by, “bynært” eller “i mellom”.
- Breidde i funksjonar somatikk.
- Med eller utan sjukehuspsykiatriske funksjonar.
- Med eller utan – dersom med; omfang på poliklinikk og dagbehandling i folketette område.

Det vart eit sentralt mål for utforminga av alternative løysingsmodellar at dei skulle vere tydelige og enkle å skilje frå kvarandre. Erfaringa ein har frå denne prosessen er at dette ikkje er lett å oppnå. Det er heller ikkje enkelt å finne det riktige detaljeringsnivået.

Følgjande alternative løysingsmodellar vart utforma og sendt på høyring.

Alt. Nr.	Beskriving
0	Framleis drift av dagens 4 somatiske sjukehus med funksjonsfordeling som i dag, samt psykiatrien med dagens fordeling på sjukehus og DPS. Naudsynt oppgradering i forhold til bygningsmessige utviklingsplanar held fram, og pålegg frå Statlige tilsyn vert prioritert.

1A	Trinnvis utvikling av Molde sjukehus på Lundavang som akuttsjukehuset inkludert sjukehuspsykiatrien for Nordmøre og Romsdal. Trinnvis omlegging av Kristiansund sjukehus til poliklinikk og dagbehandling.
1B	Trinnvis utvikling av Kristiansund sjukehus med utgangspunkt i noverande tomt som akuttsjukehuset inkludert sjukehuspsykiatrien for Nordmøre og Romsdal. Trinnvis omlegging av Molde sjukehus til poliklinikk og dagbehandling.
2A	Nytt felles akuttsjukehus inkludert sjukehuspsykiatrien for Nordmøre og Romsdal plassert på ny tomt bynært Molde. "Bynært" <sup>1)</sup> blir definert som til og med 20 minutt i bil frå bysentrum. Omlegging av Kristiansund sjukehus til poliklinikk og dagbehandling i noverande lokale.
2B	Nytt felles akuttsjukehus inkludert sjukehuspsykiatrien for Nordmøre og Romsdal plassert på ny tomt bynært Kristiansund. "Bynært" <sup>1)</sup> blir definert som til og med 20 minutt i bil frå bysentrum. Omlegging av Molde sjukehus på Lundavang til poliklinikk og dagbehandling.
3A	Nytt akuttsjukehus inkludert sjukehuspsykiatrien for Nordmøre og Romsdal plassert mellom <sup>2)</sup> byane Molde og Kristiansund. Noverande tomt/bygg på Lundavang og i Kristiansund vert nytta til poliklinikk og dagbehandling.
3B	Nytt akuttsjukehus inkludert sjukehuspsykiatrien for Nordmøre og Romsdal plassert mellom <sup>2)</sup> byane Molde og Kristiansund. Molde sjukehus Lundavang og Kristiansund sjukehus vert avvikla.

Tabell 28. Løysingsmodellar som er utgreia i utviklingsplanen.

## 11 Alternativ løysingsmodell – moglegheitsstudie Nordmøre og Romsdal

### 11.1 Alternativ løysingsmodell 0

Alternativ løysingsmodell 0 inneber at ein held fram drifta ved dagens 4 somatiske sjukehus med funksjonsfordeling som i dag, og for psykiatrien med dagens fordeling på sjukehus og DPS.

Alternativ løysingsmodell 0 inneber eit behov for teknisk oppgradering og ombyggingar/ utvidingar ved alle dei 4 somatiske sjukehusa. På grunn av den dramatisk lave tekniske og funksjonelle tilstanden ved Molde Sjukehus Lundavang, vil løysingsalternativ 0 medføre et behov for relativt store investeringar i nybygg og ombyggingar ved Molde Sjukehus.



Figur 9. Molde Sjukehus Lundavang i Alternativ løysingsmodell 0



Figur 10. Kristiansund Sjukehus i Alternativ løsningsmodell 0

## 11.2 Alternativ løsningsmodell 1A

Alternativ løsningsmodell 1 inneheld ei trinnvis utvikling av Molde Sjukehus på Lundavang til å bli akuttsjukehuset i Nordmøre og Romsdal. Løsningsalternativet inneber ei trinnvis omlegging av Kristiansund Sjukehus til poliklinikk og dagbehandling.

Alternativ løsningsmodell 1A inneber eit behov for teknisk oppgradering og ombyggingar/ utvidingar i tråd med tidlegare utviklingsplanar ved sjukehusa i Volda og Ålesund.

For Molde Sjukehus Lundavang inneber 1A eit behov for ca 42.000 m<sup>2</sup> nybygg, riving av ca 8.500 m<sup>2</sup> og ombygging og teknisk oppgradering av den resterande bygningsmassen.



Figur 11. Molde Sjukehus Lundavang i Løsningsalternativ 1A

For Kristiansund Sjukehus inneber Alternativ Løsningsmodell 1A ein reduksjon av arealbehovet. Delar av bygningsmassen til sjukehuset kan leigast ut eller seljast.

Det vert knytt stor uvissle til gjennomføringa av ei oppgradering av Molde Sjukehus. Funksjonaliteten vil ikkje bli optimal, då nybygget må tilpassast eksisterande lave etasjehøgder.

Lokalisering av eit stort sjukehus på Lundavang er trafikkalt uheldig.

### 11.3 Alternativ løysingsmodell 1B

Alternativ løysingsmodell 1B inneheld ei trinnvis utvikling av Kristiansund Sjukehus til å bli akuttsjukehuset i Nordmøre og Romsdal. Løysningsalternativet inneber ei trinnvis omlegging av Molde Sjukehus til poliklinikk og dagbehandling.

Alternativ løysingsmodell 1B inneber eit behov for teknisk oppgradering og ombyggingar/ utvidingar i tråd med tidlegare utviklingsplanar ved sjukehusa i Volda og Ålesund.

For Kristiansund Sjukehus inneber 1A et behov for ca 36.000 m<sup>2</sup> nybygg, riving av ca 1.000 m<sup>2</sup> og ombygging og teknisk oppgradering av den resterande bygningsmassen.



Figur 12. Kristiansund Sjukehus i Løysningsalternativ 1B

For Molde Sjukehus inneber Alternativ Løysingsmodell 1B ein reduksjon av arealbehovet, og delar av sjukehuset sin bygningsmasse kan rivast, leigast ut eller seljast. Ein vidare bruk av ca 50% av bygningsmassen ved Molde Sjukehus vil truleg medføre såpass store investeringar at det vil vere billegare å bygge nytt.

Ei trinnvis utbygging av Kristiansund Sjukehus vil strekke seg over så lang tid at det vil kunne tvinge seg frem store ombyggingar/ oppgraderingar ved Molde Sjukehus som må verte avskrivne på kort tid.

Funksjonaliteten for det nye Akuttsjukehuset i Kristiansund vil ikkje bli optimal, då nybygget må tilpassast eksisterande lave etasjehøgder.

Lokalisering av eit stort sjukehus er trafikkalt uheldig og tomta er for lita til å gjennomføre utbygginga. Vist illustrasjon har ein svært høg utnyttingsgrad og inneheld ikkje psykiatri og areal for parkering.

### 11.4 Alternativ løysingsmodell 2A

Alternativ løysingsmodell 2A inneheld eit nytt felles akuttsjukehus inkludert sjukehuspsykiatrien for Nordmøre og Romsdal, plassert på ei tomt bynært Molde.

Drifta ved Kristiansund Sjukehus vert lagt om til poliklinikk og dagbehandling.

Alternativ løysingsmodell 2A inneber eit behov for teknisk oppgradering og ombyggingar/ utvidingar tråd med tidlegare utviklingsplanar ved sjukehusa i Volda og Ålesund.

Gjennomføringa av løysningsalternativet vil, dersom ein vel ei anna tomt enn tidlegare foresagt, kunne strekke seg over så lang tid at det vil tvinge seg fram store oppgraderingar/ ombyggingar ved Molde Sjukehus

### **11.5 Alternativ løysingsmodell 2B**

Alternativ løysingsmodell 2B inneheld eit nytt felles akuttsjukehus inkludert sjukehuspsykiatrien for Nordmøre og Romsdal, plassert på ei tomt bynært Kristiansund.

Drifta ved Molde Sjukehus vert lagt om til poliklinikk og dagbehandling.

Alternativ løysingsmodell 2B inneber eit behov for teknisk oppgradering og ombyggingar/ utvidingar i tråd med tidlegare utviklingsplanar ved sjukehusa i Volda og Ålesund.

Gjennomføringa av løysningsalternativet vil kunne strekke seg over så lang tid, at det vil tvinge seg fram store oppgraderingar/ ombyggingar ved Molde Sjukehus

Ein vidare bruk av ca 50% av bygningsmassen ved Molde Sjukehus vil sannsynlegvis medføre såpass store investeringar at det vil vere billegare å bygge nytt.

### **11.6 Alternativ løysingsmodell 3A**

Alternativ løysingsmodell 3A inneheld eit nytt akuttsjukehus inkludert sjukehuspsykiatrien for Nordmøre og Romsdal, plassert mellom byane Molde og Kristiansund.

Noverande tomt/ bygg på Lundavang og i Kristiansund blir nytta til poliklinikk og dagbehandling.

Gjennomføringa av løysningsalternativet vil kunne strekke seg over så lang tid, at det vil tvinge seg fram store oppgraderingar/ ombyggingar ved Molde Sjukehus

Ein vidare bruk av ca 50% av bygningsmassen ved Molde Sjukehus vil sannsynlegvis medføre såpass store investeringar at det vil vere billegare å bygge nytt.

### **11.7 Alternativ løysingsmodell 3B**

Alternativ løysingsmodell 3B inneheld eit nytt akuttsjukehus inkludert sjukehuspsykiatrien for Nordmøre og Romsdal, plassert mellom byane Molde og Kristiansund.

Drifta ved sjukehusa på Lundavang og i Kristiansund blir avvikla.

Gjennomføringa av løysningsalternativet vil kunne strekke seg over så lang tid, at det vil tvinge seg fram store oppgraderingar/ ombyggingar ved Molde Sjukehus

## **12 Investeringarkostnader**

I dette kapittelet omtalast berekna investeringarkostnader for alle løysingmodellane. Kostnadene i alle modellane inneheld investeringarkostnader for oppgradering og nybygg ved sjukehusa i Volda og

Ålesund.

## 12.1 Tilnærming og uvisse

Berekingane av investeringsbehov tek utgangspunkt i følgjande:

Noverande bruttoareal på dei fire lokalisasjonane <sup>13</sup>

Framtidig berekna brutto arealbehov i dei ulike løysingsforslaga <sup>14</sup>

Behov for nybygg, ombygging, oppgradering eller avhending per lokalisasjon

Føresetnader om kostnader <sup>15</sup>

Uvissa er truleg i storleik +/-20 %. Uvissa er knytt til berekna arealbehov, oppgraderingsbehov og -kostnader, samt nybyggkostnader. Faktorar som gjev uvisse er m.a.:

- Arealberekningar er baserte på overordna data
- Organisering av støttefunksjonar er ikkje konkret klarlagde, og dimensjoneringa er difor gjort forholdsmessig, basert på erfaringstal
- Faktisk utvikling i folketalet i perioden representerer ei uvisse
- Effektar av samhandling er berre estimert ut frå erfaringstal i fire utvalde referanseprosjekt
- Arealestimata er grove, og viser programareal gitt nybygging av sjukehusareal
- Faktiske oppgraderingsbehov og -kostnader, og i tillegg nybyggkostnader er usikre
- Salsgevinst er berre basert på kr/kvm tomt
- Det vil vere uvisse knytt til tomtetilhøve og reguleringsplanar i dei alternativa der utbygging av eksisterande bygningsmasse er naudsynt.
- Ulempe- og følgjekostnader påverkast av grad av nybygg versus ombygging, og av den konkrete prosjektgjennomføringa, som vert planlagd i seinare fasar.

Generelt er det å seie at om- og utbygging av sjukehus i full drift er kompliserte prosessar, som må ventast å innebere både økonomiske og kvalitative konsekvensar utover det som kan setjast lys på i denne fasen av utgreiinga.

Det er så langt det har vore mogeleg, søkt å finne like føresetnader for den økonomiske vurderinga av dei ulike løysingsforslaga. Der det er avvik, vert det kommentert i teksten.

Kostnader knytte til mellombelse tiltak i eksisterande bygg samstundes med at nybygg vert planlagt ført opp er ikkje med i reknestykka. Ulike former for pålegg frå tilsyn kan føre til slike kostnader. Sjansen for å minimere denne typen kostnader er nært knytt til kor raskt ein kan konkretisere planar for og realisere fornying av bygningsmassen.

Investeringsbehov per løysingsforslag som visast i dokumentet, er berre ei partiell økonomisk framstilling. For å gjere biletet meir komplett viser ein til dokumentet Total økonomisk effekt og noverdi per løysingsalternativ <sup>16</sup>.

<sup>13</sup> Arealtal henta frå Multiconsult sin rapport.

<sup>14</sup> Bereking av arealbehov i ulike alternativ, Hospitalitet 24.09.2012

<sup>15</sup> Basert på erfaringstal frå nyare byggeprosjekt, mellom anna nytt Østfoldsykehus.

<sup>16</sup> Hospitalitet 20.09.2012

## 12.2 Føresetnader om kostnader

### 12.2.1 Nybygg

For denne berekninga nyttast nybyggpris for komplett sjukehus på 60.000 kr/kvm BTA. For enklare bygg nyttast ein litt lågare kostnad per kvm BTA. Nybyggkostnad inkluderar medisinsk teknisk utstyr (MTU).

Auka kapasitet til parkering er føresett lagt på bakkeplan eller i p-hus avhengig av tilhøva i dei ulike alternativa (dvs. at her er det teke noko omsyn til tilhøva i kvart alternativ, men sidan vi ikkje kjenner lokaliseringa for eventuelle nybygg, er det vesentleg uvisse knytt til dette)<sup>17</sup>.

Følgjekostnader til tomt og infrastruktur er ikkje lagt inn i berekningane.

Tomtekostnaden ventast å bli relativt låg, då det vil vere attraktivt for den aktuelle kommunen å vere vertskommune for eit nytt sjukehus. Unntaket frå dette vil vere der ein må ekspropriere for å sikre nok areal.

### 12.2.2 Oppgradering

Berekingane tek utgangspunkt i oppgraderingsbehov vurderte av Multiconsult i 2012. Det er då føresett teknisk oppgradering for å ta hand om myndigheitskrav, ikkje funksjonell tilpassing.

### 12.2.3 Ombygging

Kunnskap om faktiske ombyggingsbehov per løysingsforslag er førebels avgrensa.

Ved Molde sjukehus er det gjort ein gjennomgang som viser at for dei fleste areala vil ikkje teknisk oppgradering vere tilstrekkeleg for vidare bruk til sjukehusformål. Difor er det her lagt til grunn ”middels ombygging”.

Ombygging graderast og klassifiserast på følgjande måte:

- Lett ombygging. Overflatebehandling og små endringar. Kostnad tilsvarande 25 % av nybyggkostnad
- Middels tung ombygging. Diverse teknisk oppgradering og noko funksjonell tilpassing, men ikkje fullstendig. Kostnad tilsvarande 50 % av nybyggkostnad
- Tung ombygging. Bygget strippast til tilnærma råbygg og byggast opp at, med ein kostnad tilsvarande 75 % av nybyggkostnad.

Utstyr er inkludert i nybyggkostnad (ref. kap. 12.2.1). Ved ombygging dekkast utstyr berre med den relative kostnadsdelen.

### 12.2.4 Utstyr

Utstyrskostnader er ikkje særskilt berekna i dette dokumentet, men teke med som eit påslag i kostnaden per kvadratmeter bygg. Dette inneber at graden av fornying av utstyr vil vere på linje med graden av fornying av bygg, slik at di større del nybygg eit alternativ inneheld, di større vil delen nytt utstyr óg vere. Utgreiing av utstyrsbehov kjem i ein seinare fase.

### 12.2.5 Ulempekostnader

Eit byggeprosjekt i eit sjukehus i full drift fører med seg store ulemper knytt til rokadar, flytting, «nede-tid» av aktivitet osv. Ulempekostnader er ikkje særskilt berekna i dette dokumentet. Slike kostnadsestimat må byggje på konkrete planar for prosjektgjennomføring i det einskilde alternativet, og tilhører difor seinare fasar i planarbeidet. Det er likevel teke med vurderingar av rekkefølge mellom nybygg, ombygging og oppgradering for å gjere desse ulempene minst mogeleg.

<sup>17</sup> Parkering på bakkeplan vil gje prosjektet elasticitet for seinare utviding.



### 12.2.6 Riving

2000 kr/kvm BTA er teke med som ein gjennomsnittskostnad for riving. Dette kan variere mykje med kva type bygg det gjeld, kva for materiale bygget inneheld, og situasjonen rundt bygget.

### 12.2.7 Leigekostnader

Leigekostnader ved eventuell leige av bygg på kort eller lang sikt er ikkje berekna, men kan eventuelt innarbeidast når meir konkret kunnskap ligg føre. Det er her rekna at helseføretaket eig den byggkapasiteten som skal til for å løyse aktivitetsnivået fram til 2030.

### 12.2.8 Sal

Estimert inntekt frå sal av bygg fordrar profesjonell vurdering innanfor eigedomssal. I denne berekninga tek vi difor berre utgangspunkt i tomtearealet, og sett som føresetnad ein varsam salssum på 1 000 kr per kvm tomteareal der ei heil tomt vert frigjort i ein av byane, mens det er lagt 100 kr per kvm til grunn på Hjelset (250000 kvm der gjev ut frå dette 25 mill kr).

### 12.2.9 Kostnadspådrag over tid

Når ein vurderer heile fylket under eitt, er det tilhøva på Nordmøre og i Romsdal som er mest kritiske. Helse Møre og Romsdal HF ynskjer difor å gjennomføre nybygg-investeringar i denne regionen først, for etter det å byggje opp auka kapasitet på Sunnmøre. I praksis inneber det at det er fokus på utbygging på Nordmøre og i Romsdal fram til 2020 og deretter, i perioden 2020-2025, oppbygging for å styrke kapasiteten på Sunnmøre til å dekke behovet fram til 2030.

Oppgraderingskostnadene er rekna ut frå Multiconsult si oppstilling, dvs. over 10 år rekna frå 2013, med om lag lik fordeling over dei første fem åra med 11% per år, og dei neste fem åra med 9 % per år. Som ei samla tilnærming for heile Helse Møre og Romsdal gjev dette eit dekkjande bilete, men for det einskilde oppgraderingsprosjekt i det einskilde sjukehuset vil det sjølvsagt ikkje kunne fordele seg likt over åra.

Tidsplanane som ligg til grunn for korleis kostnadene er fordelt over tid er basert på ein normal prosjektprogresjon, og tek difor ikkje omsyn til eventuelle lange stopp mellom fasane. For nybygg er det i dei fleste høve rekna 3 år til planlegging og 3-4 år til bygging, eventuelt lenger der det må byggast i etappar. Der det er lagt til grunn stor utviding i Kristiansund, på noverande lokalisering, er det sett av eit år ekstra til planlegging pga. prosessar knytte til å kunne utvide tomte. Der det er nye tomter, er det lagt til grunn at desse kan skaffast i løpet av 2013, slik at naudsynt omregulering kan gjerast innanfor den "normale" planperioden på 3 år som er sett av. Dersom tomte på Eikrem skulle verte aktuell, kan ein sjølvsagt "kome raskare til målet", og vil difor og kunne avgrense planleggingskostnadene.

### 12.2.10 0-alternativet

0-alternativet er formelt sett berre eit utsetjingsalternativ eller ei mellombels løysing for å minimalisere investeringane på kort sikt. Finansdepartement sin vegleiar for 0-alternativet<sup>18</sup> seier bl.a. følgjande:

*"Nullalternativet innbefatter de vedlikeholdsinvesteringer og oppgraderinger som er nødvendige for at alternativet skal være reelt."*

Her er det lagt til grunn at ein i tidsperspektivet fram mot 2030 må gjennomføre to former for tiltak for å løyse dette:

1. Tekniske oppgraderingar i samsvar med Multimap, jf. utgreiing frå Multiconsult.
2. Kapasitetsauke med tilhøyrande nybygg knytt slik dette er rekna fram til 2030.

<sup>18</sup> Veileder nr. 8, 2010

I 0-alternativet opprettheld ein den noverande lokaliseringa. Dette gjeld og psykisk helse si verksemd på Hjelset. I Molde er det i 0-alternativet teke med ombygging, då verksemda der ikkje let seg løyse berre med teknisk oppdragering.

Dersom ein set tidsperspektivet for 0-alternativet kortare enn til 2030, eksempelvis til 2020, kan det verte vesentleg ”billigare” i investerings-samanheng. Men det gjev i denne samanheng lite meining då det inneber at ein samstundes må starte planlegging av noko nytt, for at dette skal vere ferdig i 2020. Difor må tidsperspektivet vere 2025-2030 for at det skal vere eit reelt alternativ.

### 12.3 Investeringsbehov alle løysingsforslag samla

Resultatet av berekna investeringsbehov kjem fram av tabellen nedanfor. Tala viser brutto investeringsbehov, og tek difor ikkje med til dømes gevinst ved sal av eigedom i dei ulike alternativa der eigedom vert frigjort for sal.

Kategori/alternativ	0-alt	1A	1B	2A	2B	3A	3B
Nybygg	2 825	3 593	3 499	4 571	4 570	4 570	5 147
Ombygging	550	541	409	0	409	248	0
Teknisk oppgradering	892	741	796	741	632	698	632
<i>SUM nybygg, omb, oppgradering</i>	<i>4 268</i>	<i>4 875</i>	<i>4 704</i>	<i>5 311</i>	<i>5 611</i>	<i>5 516</i>	<i>5 779</i>
Riving	19	17	2	0	0	0	0
<b>Sum mill kr</b>	<b>4 287</b>	<b>4 892</b>	<b>4 706</b>	<b>5 311</b>	<b>5 611</b>	<b>5 516</b>	<b>5 779</b>

Tabell 29. Investeringsbehov alle løysingsforslag.

### 12.4 Investeringsbehov per løysingsforslag

Dette kapitlet omhandlar eit meir detaljert underlag per alternativ samanlikna med samletabell over.

#### 12.4.1 0-alternativet

Kategori	Kvm	Mill kr
Nybygg	47 088	2 825
Ombygging	18 343	550
Teknisk oppgradering	110 812	892
<i>SUM nybygg, omb, oppgrad.</i>	<i>176 243</i>	<i>4 268</i>
Riving	9 650	19
<b>Sum inkl riving</b>	<b>185 893</b>	<b>4 287</b>

Tabell 30. Investeringsbehov 0-alternativ.

I figuren under er kostnadspådrag per år for 0-alternativet illustrert.



Figur 13. Kostnadspådrag per år, løysingsforslag 0-alternativ.

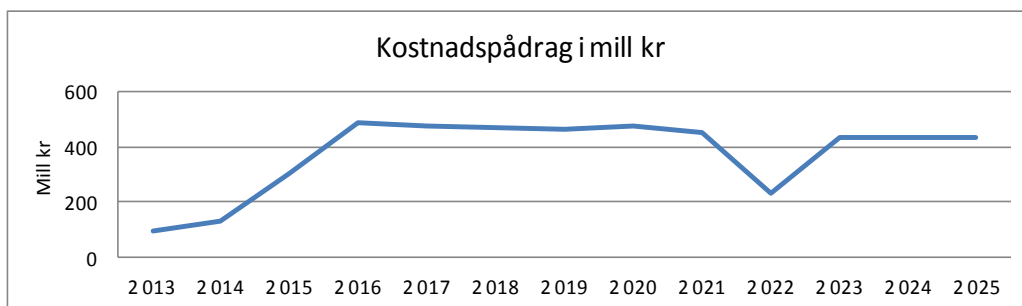
## 12.4.2 Løysingsforslag 1A

Kategori	Kvm	Mill kr
Nybygg	72 122	3 593
Ombygging	18 043	541
Teknisk oppgradering	122 271	741
<i>SUM nybygg, omb, oppgrad.</i>	<i>212 436</i>	<i>4 875</i>
Riving	8 650	17
<b>Sum inkl riving</b>	<b>221 086</b>	<b>4 892</b>

Tabell 31. Investeringsbehov løysingsforslag 1A.

Vi gjer merksame på at det i arealet for nybygg også ligg areal til parkering, noko som kjem fram av meir detaljerte oversikter. Dette gjeld alle alternativa utanom 0-alternativet.

I figuren under er kostnadspådrag per år for løysingsforslag 1A illustrert.



Figur 14. Kostnadspådrag per år for løysingsforslag 1A.

## 12.4.3 Løysingsforslag 1B

Kategori	Kvm	Mill kr
Nybygg	70 557	3 499
Ombygging	13 620	409
Teknisk oppgradering	129 259	796
<i>SUM nybygg, omb, oppgrad.</i>	<i>213 436</i>	<i>4 704</i>
Riving	1 000	2
<b>Sum inkl riving</b>	<b>214 436</b>	<b>4 706</b>

Tabell 32. Investeringsbehov løysingsforslag 1B.

I figur under er kostnadspådrag per år for løysingsforslag 1B illustrert.



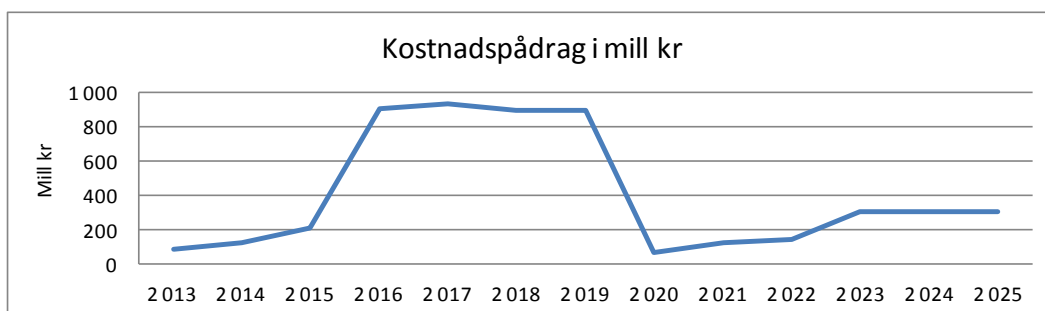
Figur 15. Kostnadspådrag per år for løysingsforslag 1B.

## 12.4.4 Løysingsforslag 2A

Kategori	Kvm	Mill kr
Nybygg	96 915	4 571
Ombygging	0	0
Teknisk oppgradering	95 578	741
<i>SUM nybygg, omb, oppgrad.</i>	<i>192 493</i>	<i>5 311</i>
Riving	0	0
<b>Sum inkl riving</b>	<b>192 493</b>	<b>5 311</b>

Tabell 33. Investeringsbehov løysingsforslag 2A.

I figur under er kostnadspådrag per år for løysingsforslag 2A illustrert.



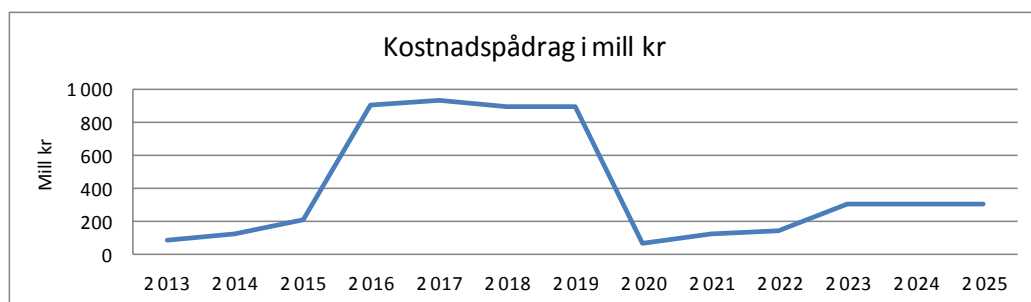
Figur 16. Kostnadspådrag per år for løysingsforslag 2A.

## 12.4.5 Løysingsforslag 2B

Kategori	Kvm	Mill kr
Nybygg	96 915	4 571
Ombygging	13 620	409
Teknisk oppgradering	81 958	632
<i>SUM nybygg, omb, oppgrad.</i>	<i>192 493</i>	<i>5 611</i>
Riving	0	0
<b>Sum inkl riving</b>	<b>192 493</b>	<b>5 611</b>

Tabell 34. Investeringsbehov løysingsforslag 2B.

I figur under er kostnadspådrag per år for løysingsforslag 2B illustrert.



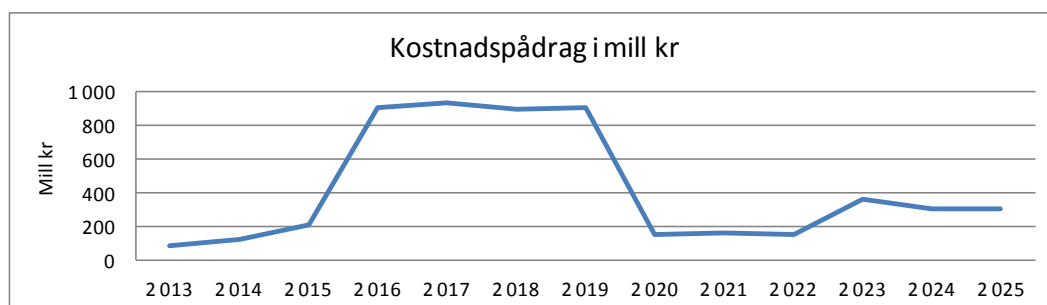
Figur 17. Kostnadspådrag per år for løysingsforslag 2B.

## 12.4.6 Løysingsforslag 3A

Kategori	Kvm	Mill kr
Nybygg	96 915	4 571
Ombygging	8 252	248
Teknisk oppgradering	90 210	698
<i>SUM nybygg, omb, oppgrad.</i>	<i>195 377</i>	<i>5 516</i>
Riving	0	0
<b>Sum inkl riving</b>	<b>195 377</b>	<b>5 516</b>

Tabell 35. Investeringsbehov løysingsforslag 3A

I figur under er kostnadspådrag per år for løysingsforslag 3A illustrert.



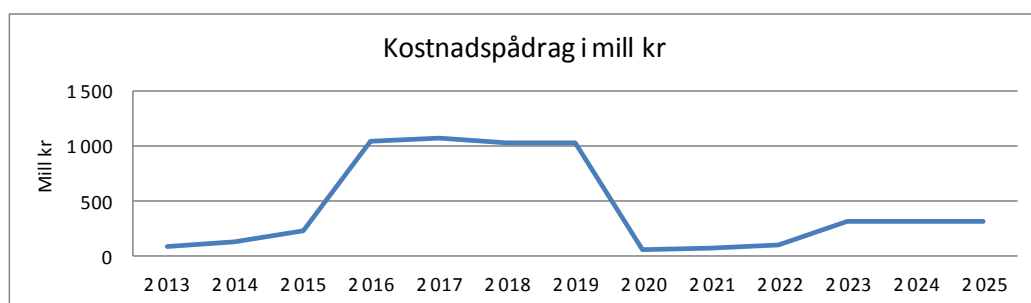
Figur 18. Kostnadspådrag per år for løysingsforslag 3A.

## 12.4.7 Løysingsforslag 3B

Kategori	Kvm	Mill kr
Nybygg	110 472	5 147
Ombygging	0	0
Teknisk oppgradering	81 958	632
<i>SUM nybygg, omb, oppgrad.</i>	<i>192 430</i>	<i>5 779</i>
Riving	0	0
<b>Sum inkl riving</b>	<b>192 430</b>	<b>5 779</b>

Tabell 36. Investeringsbehov løysingsforslag 3B

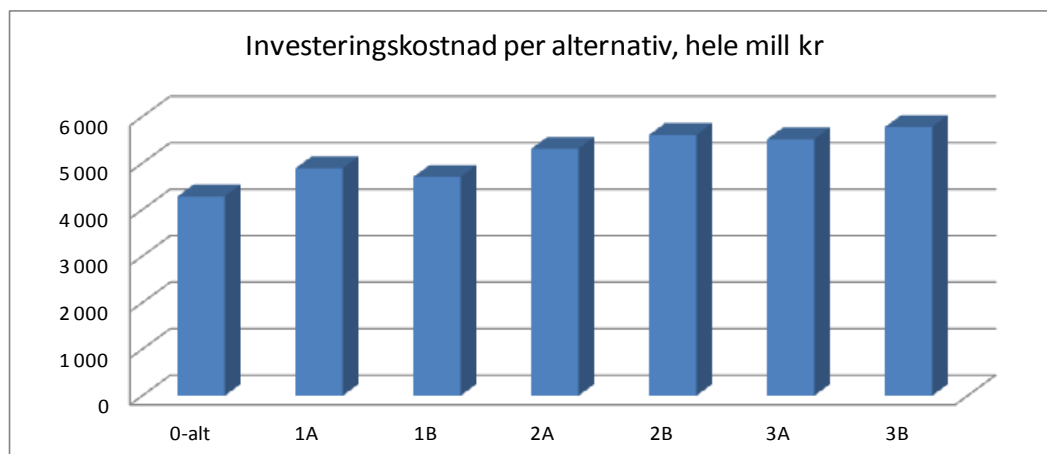
I figur under er kostnadspådrag per år for løysingsforslag 3B A illustrert.



Figur 19. Kostnadspådrag per år for løysingsforslag 3B.

## 12.5 Kommentar til resultatene

Grafisk vert dei samla kostnadane per alternativ slik som vist i figuren nedanfor. Som ein kan sjå varierer dei samla investeringane frå rundt 4 mrd kr til i underkant av 6 mrd kr. Dette gjeld investeringar i perioden 2013 til 2030. I praksis er dei fordelte fram til 2025, då ein ut frå kapasitetsendringane har lagt opp til at oppdatert 2030-kapasitet skal vere på plass.



Figur 20. Investeringsbehov per løysingsforslag.

## 13 Gevinstrealisering, driftsøkonomisk effekt og totaløkonomisk vurdering

### 13.1 Driftsøkonomisk effekt knytt til drift av bygg (endringar i FDV-kostnader)

Hypotesen når ein går frå gammalt til nytt bygg er gjerne slik at når ein får eit nytt anlegg, skal FDVU-kostnadene gå ned. Men er det slik? Dei fleste sjukehusa brukar i storleiksorden 800-1000 kr/kvm på FDVU per år. Ofte brukar ein for lite på vedlikehald, slik at det bygger seg opp et etterslep. Har ein eit gammalt bygg, brukar ein avgrensa med ressursar på ventilasjon, mens dette vil endre seg vesentleg i et nytt bygg. I et nytt bygg er det mykje nytt og avansert utstyr og mange installasjonar som skal følgjast opp. Dette gjer at sjølv om huset kanskje er vesentleg meir energiøkonomisk å varme opp enn det gamle, og reinhaldet er enklare å gjennomføre, så er det inga sjølvfølgje at dei samla FDVU-kostnadane går ned. Erfaringa er at desse kostnadene like gjerne kan auke.

Det samla arealbehovet vil auke og med ein FDV-kostnad på noverande nivå eller høgare, vil dei samla FDV-kostnadene og mest truleg auke.

## 13.2 Driftsøkonomisk effekt knytt til kjerneverksemda

### 13.2.1 Metode

Samanlikning med dei ”beste” sjukehusa målt i form av produserte DRG-poeng per lønnskroner er gjort ved å samanlikne med gjennomsnittet for dei tre som har lågast lønnskostnad per DRG basert på Samdata frå 2010. Ved samling i ei driftseining (nybygg), er denne rekna å kunne verte minst like effektiv som gjennomsnittet av dei tre mest effektive sjukehusa i lønnskroner per DRG i Samdata.

Berekning for Helse Nordmøre og Romsdal gjort av Ernst & Young hausten 2010 er brukt slik ho er, men oppdatert til 2012-kroner.

Berekna innsparing samanlikna med nytt Østfoldsykehus byggjer på forholdstalet mellom befolkningsgrunnlag for nytt Østfoldsykehus og befolkningsgrunnlaget i Nordmøre og Romsdal. Ein har her rekna at ein ved samling i ei driftseining, korrigert for folketal i opptaksområdet, kan få same innsparing som er berekna ved nytt Østfoldsykehus.

Alle tal er rekna i 2012-kr. Berekninga er føresettt å kunne gjelde frå nybygga er ferdige, slik at der det er nytta folketal som grunnlag, så er desse basert på 2020-tal.

Alternative løysingsmodellar 3B (eit sjukehus) er gjeve ein vekta indeks på 1 (full effekt). Dagens organisering (0-alternativet) er gjeve ein vekta indeks lik 0 (ingen effekt, driftskostnader på dagens nivå). Det vert deretter etablert ein indeks for dei andre alternativa basert på det talet på driftseiningar som alternativet har:

- Samla tal på sjukehuseiningar
- Tal på einingar med akuttfunksjon
- Tal på einingar med elektive dag/poliklinikkfunksjonar
- Tal på einingar med elektive døgnfunksjonar

Denne tilnærminga gjev eit strukturelt bilete av innsparingspotensialet ut frå talet på driftseiningar. Det er sjølvsagt óg andre faktorar som verkar på kor stor gevinst ein kan få i ulike alternativ, eventuelt om det på noko område vert meirkostnader. For å gjere slike vurderingar må ein utvikle dei konkrete alternativa vidare, noko som vil verte aktuelt for dei alternativa som vert ført vidare til ein konseptfase.

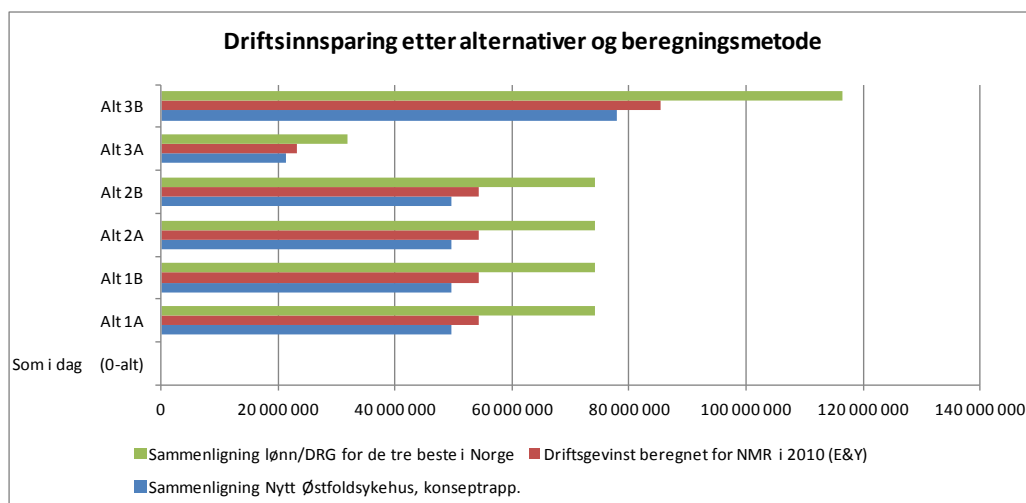
### 13.2.2 Resultatet av dei ulike tilnærmingane

Berekningsmåten resulterer i eit mogeleg samla innsparingspotensial slik det er vist i tabellen nedanfor. Som ein ser vert det noko spenn i tala mellom dei ulike berekningsmåtane.

Beregningsmåte	Som i dag (0-alt)	Alt 1A	Alt 1B	Alt 2A	Alt 2B	Alt 3A	Alt 3B
Sammenligning Nytt Østfoldsykehus, konsepttrapp.	0	49 622 364	49 622 364	49 622 364	49 622 364	21 266 727	77 978 000
Driftsgevinst beregnet for NMR i 2010 (E&Y)	0	54 370 909	54 370 909	54 370 909	54 370 909	23 301 818	85 440 000
Sammenligning lønn/DRG for de tre beste i Norge	0	74 090 437	74 090 437	74 090 437	74 090 437	31 753 045	116 427 830

Tabell 37. Metodisk tilnærming - berekning av innsparingspotensial

Nedanfor er dei same tala vist som figur.



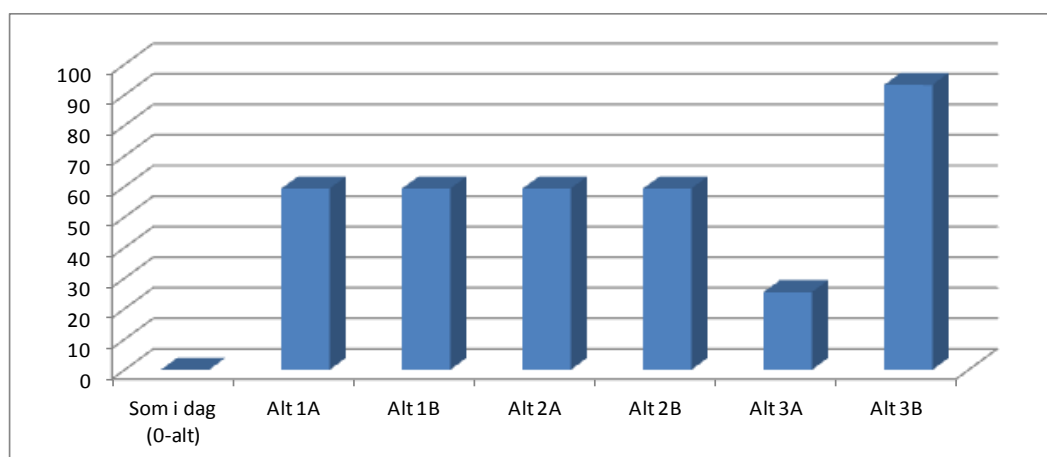
Figur 21. Innsparingspotensial per alternativ

I 0-alternativet er det ikkje rekna noko innsparingspotensial. I dei andre alternativa kan ein sjå at innsparingspotensialet varierer frå i storleik 80-115 mill kr per år i alternativ 3B til rundt 20 til 30 millionar i alternativ 3A.

Ut frå dei tre ulike måtane å rekne innsparingspotensialet på, er det for å finne eit berekningsgrunnlag for noverdianalysen, laga eit gjennomsnittstal (ein indeks) der dei tre tilnærmingane er vekta likt. Resultatet av dette vert som vist nedanfor.

Beregningsmåte	Som i dag (0-alt)	Alt 1A	Alt 1B	Alt 2A	Alt 2B	Alt 3A	Alt 3B
Gjennomsnittsbereking av innsparing per alternativ i heile mill kr	0	59	59	59	59	25	93

Tabell 38. Innsparingspotensial per alternativ, gjennomsnittsbereking



Figur 22. Innsparingspotensial per alternativ, gjennomsnittsbereking

I tillegg til driftsgevinsten er det potensial for salsinntekter i nokre av alternativa. Dette er ikkje konkret vurdert i høve til marknadsvardi, og difor berre sett til 1000 kr/kvm for tomta (og er teke med i noverdianalysa).



Det er to merknadar som er naturleg å gjere når ein ser på resultatet av denne analysen:

- Alternativ 3A får ein stor negativ effekt av at dagbehandling og poliklinikk vert lokalisert på tre ulike stadar. Det kan vere grunn til å tru at ein ved ei god organisering av ei slik løysing kan oppnå ei noko større driftsinnsparing i 3A enn det som kjem fram her. Det er driftsøkonomisk ei ulempe å drive eit sjukehus av denne storleiken på tre ulike stader.
- Alternativa 1A og 1B inneheld begge ein stor del eksisterande bygg, og kan ut frå dette truleg ha noko mindre potensial for innsparing enn alternativ 2A og 2B. Dette kjem ikkje fram her då innsparinga berre er vurdert ut frå talet på driftseiningar.

Desse merknadene viser at eit noko meir presist bilete av potensialet for driftsinnsparingar bør inngå som ein del av det vidare arbeidet med dei ulike alternativa. Men nedanfor i neste avsnitt er endringar i føresetnadene for berekningane på desse områda testa i ei sensitivitetsanalyse, for å sjå kor mykje det verkar inn på det samla biletet.

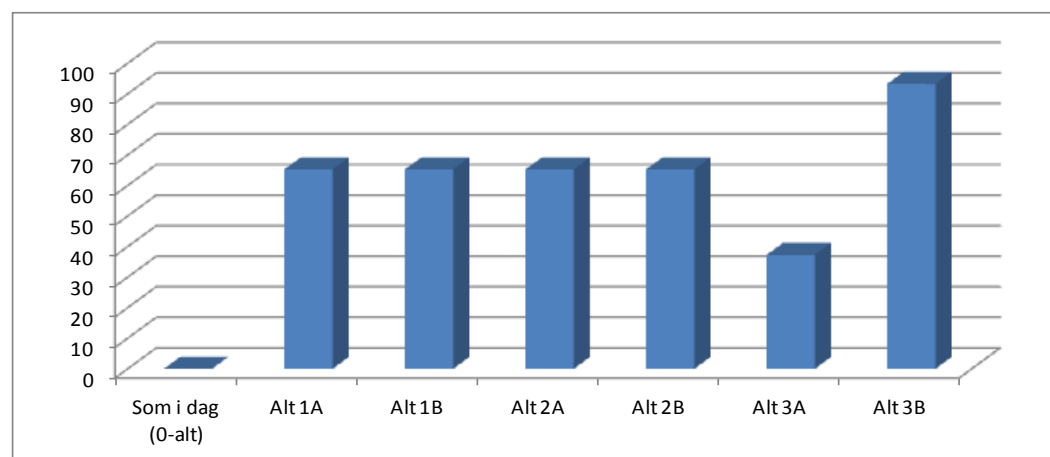
### 13.2.3 Sensitivitetsanalyse driftsinnsparingar

Dersom vi halverer vekta av dei elektive dageiningane i utrekninga av driftsinnspareingspotensialet, vil konsekvensen av tre slike einingar i alternativ 3A verte noko mindre. Tala er vist nedanfor.

Beregningsmåte	Som i dag (0-alt)	Alt 1A	Alt 1B	Alt 2A	Alt 2B	Alt 3A	Alt 3B
Gjennomsnittsberekening av innsparing per alternativ i heile mill kr	0	65	65	65	65	37	93

Tabell 39. Redusert vekt av effekten av talet på poliklinikk og dageiningar

Grafisk vert då biletet slik som vist nedanfor. Effekten av endringa er at driftsinnsparinga i alternativ 3A aukar frå 25 til 37 mill kr.



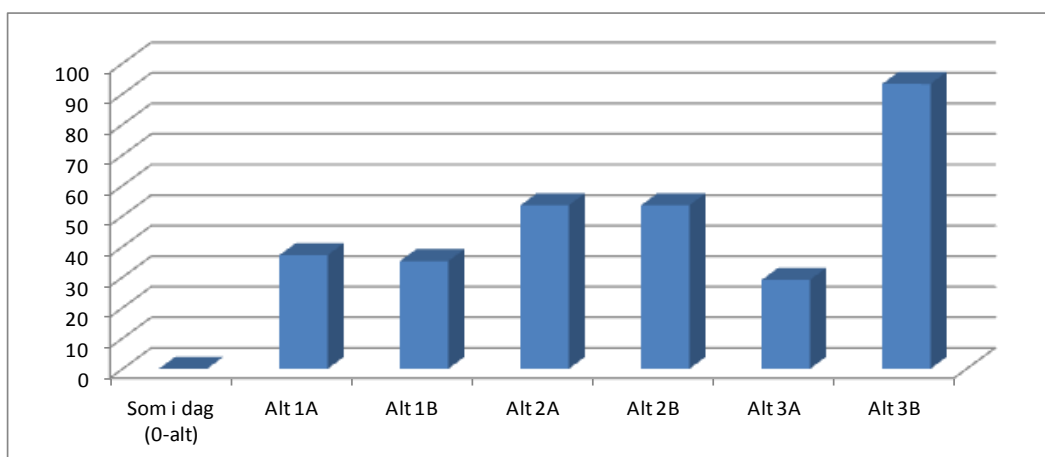
Figur 23. Redusert vekt av effekten av talet på poliklinikk og dageiningar

Den neste føresetnaden som vert testa gjennom ei sensitivitetsanalyse er mogeleg effekt av nybyggdelen i dei ulike alternativa. Tanken bak dette er at større nybyggdel gjev betre føresetnader for ei god drift, og dermed óg i driftsøkonomisk forstand. Effekten ved å legge inn omfanget av nybygg som korrigeringsfaktor er vist nedanfor.

Beregningsmåte	Som i dag (0-alt)	Alt 1A	Alt 1B	Alt 2A	Alt 2B	Alt 3A	Alt 3B
Gjennomsnittsberegning av innsparing per alternativ i heile mill kr	0	37	35	54	54	29	93

Tabell 40. Korrigerings for effekten av omfang av nybygg i dei ulike alternativa

Her kjem det fram ein skilnad mellom 1-alternativa og 2-alternativa, ved at 1-alternativa kjem svakare ut enn 2-alternativa fordi dei inneheld større del eksisterande bygg. Grafisk vert då biletet slik som vist nedanfor.



Figur 24. Korrigerings for effekten av omfang av nybygg i dei ulike alternativa

#### 13.2.4 Bruken av tala for driftsinnsparing i det vidare arbeidet

Det berekna potensialet for innsparing i dei ulike alternativa vert vidare i dokumentet nytta som grunnlag for å rekne gevinstane ved dei ulike alternativa. I alternativa er det ulike krav til investeringar, og det er ulikt potensial for gevinst. Ein skal her sjå på samanhengen mellom investeringar og potensialet for driftsgevinst. For å få til dette må ein først sjå nærare på investeringsbehovet (jf. og eige dokument om dette).

## 13.3 Noverdianalyse

### 13.3.1 Førasetnader

Noverdimodellen er ein metode for å berekne kor lønnsam ei investering er basert på noverdien av framtidige diskonterte kontantstraumar. Med ein positiv noverdi vil analysen av investeringa i ei vanleg byggesak vere lønnsam, med ein negativ noverdi vil investeringa vere ulønnsam. I ein helsetenestesamheng vil investeringane sjeldan vise positive noverdiar. Saka er likevel slik at så lenge tenestene skal leverast (jf. ”sørge for-ansvaret”), vil dette kunne gjerast på ulike måtar. Noverdien kan gje ein indikasjon på kva som økonomisk sett er den mest gunstige måten å løyse leveransen på, sjølv om noverdiane er negative. Kva som gjev den ”minst negative noverdien” er difor nyttig informasjon i ein situasjon der det ikkje finst naturlege marknadsprisar som grunnlag for inntektsvurderingar, og finansieringssystemet er ei blanding av rammefinansiering og stykkprisfinansiering (ISF).

Følgjande førasetnader er lagt til grunn for berekning av noverdi per løysingsforslag:

- Tidsreferanse for kostnader er 2012
- Planleggings- og anleggsperiode: I hovudsak 8-10 år, men tilpassa kvart alternativ med start

f.o.m. 2013

- Tidsperspektivanalyse 40 år fra prosjektstart, dvs. vel 30 år fra ferdig anlegg (og sensitivitetsanalyse med 30 års tidsperspektiv)
- Diskonteringsfaktorar er sette til 3 %, 4 % og 6 % p.a.
- Restverdi nybygg: samleperiode på 40 år minus nybygget si levetid innanfor denne perioden, her er det nytta 10/40 basert på ein gjennomsnittleg planleggings- og anleggsperiode er 10 år. Restverdi reknast berre på nybygg.
- Salsverdi: Tomt 1 000 kr/kvm i byane, 100 kr/kvm på Hjelset.
- Forventa prosjektkostnad, tilsvarande ei vurdering på p50 nivå.
- I investeringane er oppgradering og utviding av bygga i Ålesund og Volda tatt med, medan gevinst ved strukturendringar og eventuelt sal berre gjeld Nordmøre og Romsdal.

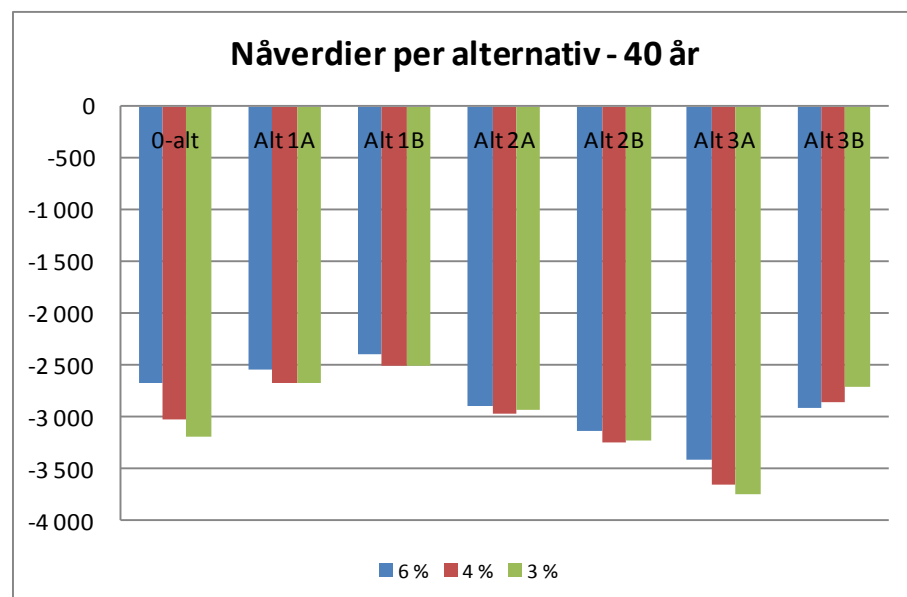
Også her kan ein drøfte om alle føresetnadene er tilstrekkeleg nyanserte. Til dømes kan det vere at ein skulle rekne ulike levetid for nybygg, ombygde bygg og teknisk oppgraderte bygg. Slik nyansering har det ikkje vore tilstrekkeleg tid til å gjennomføre i denne fasen, men kan følgjast opp seinare i arbeidet.

### 13.3.2 Noverdiberekingar

Noverdiane per alternativ er vist i tabell og grafikk nedanfor.

Netto nåverdi, mill kr	0-alt	Alt 1A	Alt 1B	Alt 2A	Alt 2B	Alt 3A	Alt 3B
Netto nåverdi 6%	-2 683	-2 536	-2 393	-2 905	-3 132	-3 412	-2 920
Netto nåverdi 4%	-3 020	-2 670	-2 505	-2 972	-3 241	-3 659	-2 854
Netto nåverdi 3%	-3 190	-2 680	-2 503	-2 931	-3 225	-3 742	-2 710

Tabell 41. Noverdiar per alternativ – 40 års perspektiv



Figur 25. Noverdiar per alternativ – 40 års perspektiv

Tala viser negative noverdiar for alle alternativ. Men desse tala inneheld det samla investeringsbehovet i Helse Møre og Romsdal fram til 2030. Gevinstane som er tekne med er berre dei som kjem frå driftsgevinsten av dei ulike tiltaka for somatikk i Nordmøre og Romsdal. Dette utgjør ikkje noko for

rekkefølga mellom alternativa då investeringsbehovet er vurdert likt i Volda og Ålesund i alle alternativa. Men det kan vise noko meir negative tal enn det som hadde vore biletet dersom ein og hadde ei meir konkret gevinstanalyse knytt til investeringane i Volda og Ålesund og knytt til psykisk helse, der det bør vere noko gevinst knytt til samlokalisering med somatikken (som gjeld i alle alternativ utanom 0-alternativet). I tillegg kjem sjølvstøtt det som tidlegare er omtala ved at det både kan vere driftsinnsparingar knytte til andre sider ved drifta enn talet på driftseiningar, til dømes graden av nybygg i dei ulike alternativa.

Hovudelementa i det biletet som kjem fram er slik:

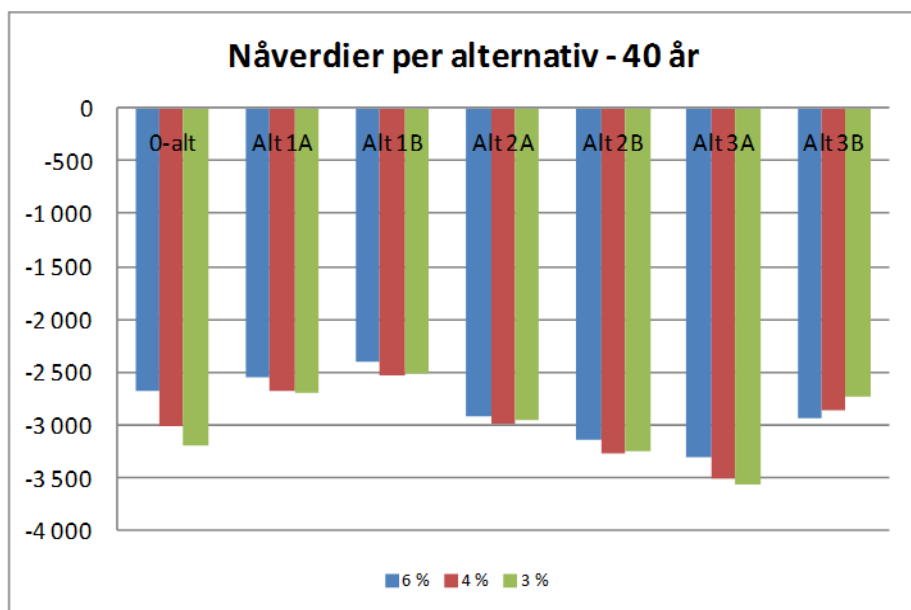
- Alternativ 3A, 2B og 0-alternativet er dei som kjem svakast ut i denne tilnærminga. 3A fordi ein aukar til tre driftseiningar for dag- og poliklinikk, 2B fordi ein opprettheld to driftseiningar og 0-alternativet fordi det ikkje gjev driftsgevinstar. 2B kjem svakare ut enn 2A fordi ein må investere meir på Lundavang for å drive den dag- og polikliniske eininga der enn ein treng i Kristiansund for å gjere det same (nosituasjonen er dårlegare på Lundavang).
- 3B, 1A, 1B og 2A kjem betre ut enn dei tre alternativa som er omhandla ovanfor. 1A og 1B kjem betre ut fordi ein nyttar delar av dagens bygg, og gjennom det avgrensar investeringsbehovet. 2A kjem betre ut fordi ein held fram å bruke delar av bygget i Kristiansund, som ikkje treng anna enn noko oppgradering, mens ein set opp eit nybygg bynært ved Molde (og kan avhende Lundavang). 3B kjem best ut fordi det gjev den største driftsinnsparinga, og dette meir enn veg opp ulempa ved ei høgare investering.

Det er to viktige omsyn som ikkje er tekne med her:

- Ein har ikkje her vurdert om dei ulike alternativa gjev ulike kvalitetsmessige konsekvensar for pasientbehandlinga.
- Ein har heller ikkje her vurdert kostnadene og ulempene ved ”transportarbeid” knytte til dei ulike alternativa.

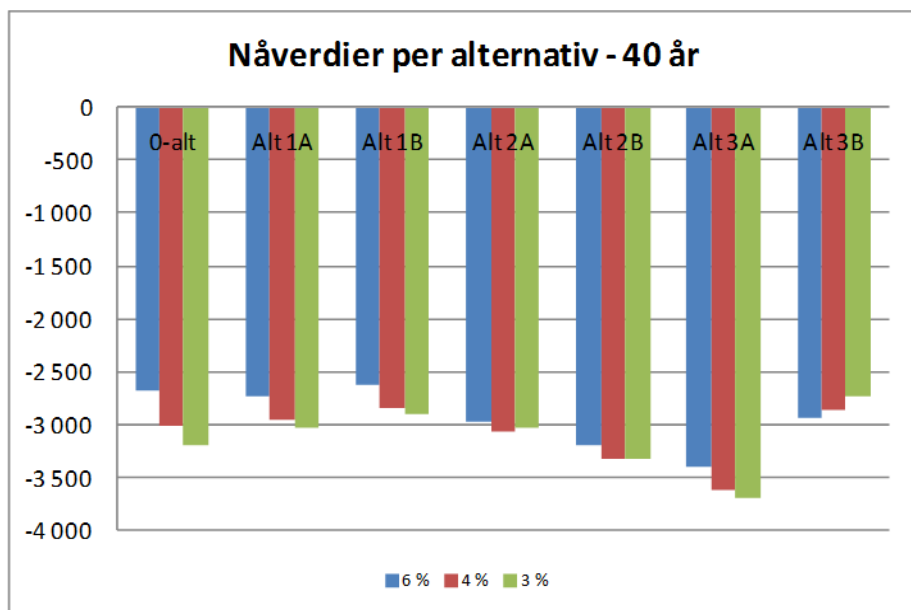
### 13.3.3 Sensitivitetsanalyse av noverdiberekningar

Ved å bruke resultatet av sensitivitetsberekninga for driftsgevinst i noverdianalysen, ser vi om og korleis dette verkar på rekkefølga mellom alternativa resultatet er vist nedanfor.



Figur 26. Redusert vekt av effekten av talet på poliklinikk- og dageiningar

Som ein ser av figuren kjem alternativ 3A framleis svakt ut sjølv om ein halverar vekta på poliklinikk- og dageiningar.



Figur 27. Korrigering for effekt av grad av nybygg

Når ein korrigerer for grad av nybygg kjem 1-alternativa, dvs. der ein nyttar eksisterande tomter og bygg svakare ut enn der ein berre legg vekt på talet på driftseiningar. I dette biletet er det 2B og 3A som kjem svakast ut, medan 3B, 0-alternativet, 1A og 1B kjem relativt likt ut.

#### 13.3.4 Berekraft

Nedanfor er det vist ein tabell som fortel om dei ulike alternativa si økonomiske berekraft basert på kva dei venta driftsinnsparingane kan dekkje av renter og avdrag. Det er lagt til grunn at 50 % av investeringa vert finansiert kontant i planleggings- og byggeperioden. Resten vert finansiert med lån. Det er berekrafta i høve til å dekkje opp renter og avdrag på lån knytt til disse 50 % av investeringa som

kjem fram her.

I praksis vil berekrafta også måtte reknast meir nyansert då ein må ta omsyn til endringar i avskrivingskostnader (avdrag uttrykkjer saman med renter kontantstraumen knytt til investeringa, mens endringa i avskrivingskostnader verkar på i verdiane i balansen). Her kjem og spørsmålet om restavskrivingar inn, og tilsvarende verdi ved sal). Vidare vil samla areal og FDV-kostnader knytte til dette verke på driftskostnadsbiletet. Dette er ikkje fanga opp i det biletet som er vist nedanfor. Der kjem det fram ein bodskap; kor stor del av forventa renter og avdrag på eit lån kan den venta driftsinnsparinga dekkje. Lånerenta er sett til 5 %. Dette er høgt i dagens situasjon, men sett over 20 år er det ikkje eit særskilt høgt rentenivå, sjølv for lån internt i staten.

Serielån over 20 år, 5 % rente, bærekraft gjennom driftsinnsparing i % ift renter og avdrag ved 50% lån

Alternativ	År	Sum renter og avdrag	Innsparing/år	Innsparingens bærekraft i %
0-alternativet	1	214 350 000	0	0
	20	112 533 750	0	0
Alternativ 1A	1	244 600 000	59 000 000	24
	20	128 415 000	59 000 000	46
Alternativ 1B	1	235 300 000	59 000 000	25
	20	123 532 500	59 000 000	48
Alternativ 2A	1	265 550 000	59 000 000	22
	20	139 413 750	59 000 000	42
Alternativ 2B	1	280 550 000	59 000 000	21
	20	147 288 750	59 000 000	40
Alternativ 3A	1	275 800 000	25 000 000	9
	20	144 795 000	25 000 000	17
Alternativ 3B	1	288 950 000	93 000 000	32
	20	151 698 750	93 000 000	61

Tabell 42. Berekraft ved å sjå driftsinnsparingar og renter og avdrag i samanheng

Tabellen syner at driftsinnsparing som resultat av endring i talet på driftseiningar ikkje vil vere tilstrekkeleg for å dekke opp renter og avdrag. Her er det gjort nokre føresetnader som gjer at biletet i det vidare arbeidet kan verte noko meir nyansert. Her er det som ek-sempel lagt til grunn at alle låneopptak har eit samla tidspunkt der renter og avdrag star-tar (konvertering frå ”byggelån” til ordinært lån). Det vil i praksis ikkje vere tilfelle. Ein vil her ha fleire tiltak med ulik tid for låneopptak og ferdigstilling. Likeeins er det her berre rekna driftseffektar i Nordmøre og Romsdal og for somatikk då det er der talet på einingar endrar seg. Nybygg for psykisk helse, samlokalisering med somatikk og delvis nybygg i Ålesund og Volda bør òg gje positive verknader som kan styrke evna til å bere lånekostnadene. Det er likevel ikkje tvil om at det ligg ei tydeleg utfordring i å oppnå tilstrekkeleg økonomisk bereevne til så store investeringar. Alternativ 0 kjem, logisk nok, svakast ut, mens alternativ 3B kjem best ut i form av prosentvis dekning.

### 13.3.5 Drøfting

Alle noverdiar for dei viste alternativa er negative. Som omtala tidlegare er likevel dette ein analyse der det viktigaste er rekkefølga mellom alternativa og kor tydeleg dei skil seg frå kvarandre. Er det noko alternativ som ut frå ei økonomisk tilnærming er vesentleg betre enn andre? Dersom vi tek på ”investeringsbriller”, vil det alternativet som krev minst investering være det beste (sett frå ein ståstad der investeringsmidlar er eit knapt gode). Tek vi på ”driftsbriller” vil det alternativet som gjev den største

driftsinnsparinga vere det beste. Investeringsmessig er det alternativa 0, 1A og 1B som har det lågaste investeringsbehovet (kjem ”best” ut). Driftsøkonomisk kjem 3B klart best ut blant dei undersøkte alternativa.

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

Berekraftvurderinga indikerer at det er alternativ 3B som kjem best ut med omsyn til å bere utgiftene som følgje av eit låneopptak svarande til 50 % av investeringa. Dette legg til grunn at dei andre 50 % av investeringa let seg ”kontant-finansiere” i byggeperioden i fellesskap mellom HF og RHF-nivået, noko som óg er meir krevjande dess høgare investeringsbeløpet vert.

Dei resultata vi får fram i noverdianalysen, er berre så gode som det grunnlaget dei byggjer på. Den uvissa som tidlegare er peika på i dette og underliggjande dokument, og som er knytt til både investeringsbehov og driftsøkonomiske effektar, gjer at små nyansar i noverdiar ikkje bør tilleggast vekt. Det er der det er tydelege ulikskapar ein kan nytte resultatet for å skilje mellom alternativa. Det samla materialet viser at det i alle alternativa må investerast omfattande i perioden frå no og fram til 2030, og at ein stor del av investeringane bør skje fram til 2020. Samling i færre driftseiningar kan ventast å gje noko betra driftsøkonomi. Det samla økonomiske biletet peikar likevel ikkje så tydeleg i retning av eitt eller to alternativ, at dette bør vere det utslagsjevande for val av kva for alternativ som skal utgreiast vidare. Den konklusjonen bør trekkjast på grunnlag av ein kombinasjon av den informasjonen som er knytt til økonomi, og dei kvalitative faktorane.

## 14 Samanlikning av dei ulike alternative løysingsmodellane

### 14.1.1 Reisetid – transport

Asplan Viak har gjort ein heil del analyser i arbeidet med utviklingsplanen. Dette føreligg i eigne rapportar.

### 14.1.2 Samling av akuttfunksjoner – fordeler/ulemper

Gjennom arbeidet har ein sett på fordelar og ulemper med å samle akuttfunksjonar. Av omsyn til sikring av kritisk kompetanse og kapasitet, synes det klart at ei samling av fagressursane i Nordmøre og Romsdal vil vere hensiktsmessig for å sikre framtidens akuttmedisinske tenester.

### 14.1.3 Distribuert poliklinikk – fordeler/ulemper

Slik som peikt på i kapittel 7.3, så er det klare overordna føringar på at pasientar med vedvarande behov for helsetenester skal få dekt større delar av behovet nær heimen, særleg når det gjeld kroniske tilstandar. Gjennom samhandlingsreforma er det peikt på område med auka satsing frametter:

- Førebygging av livsstilsrelaterte tilstandar.
- Auka kompetanse i kommunehelsetenesta med overtaking av kontroll/oppfølging og rehabilitering av fleire pasientgrupper/i større del av pasientforløpet.
- Oppretting av akuttplassar i kommunane for å ta hand om behandling av pasientar med akutt forverring av kronisk sjukdom og andre tilstandar der observasjon og behandling i

kommunehelsetenesta kan erstatte innlegging i sjukehusa

Den teknologiske utviklinga vil kunne bidra til å flytte behandling og overvaking av helsetilstanden ut av sjukehusa og til kommunehelsetenesta eller heimen:

- Utvikling av pasientnær diagnostikk (t.d. laboratorie- og ultralyddiagnostikk)
- Utvikling av monitoreringsteknologi for kronisk sjuke pasientar (KOLS-koffert, heimemonitorering av pacemakerar og defibrillatorar, andre typer kroppssensorar etc)
- Vidare utvikling av behandlingsteknologi slik at behandling kan skje i heimen eller ved kommunale ”ressursbasar” med overvaking/monitorering i regi av spesialisthelsetenesta (td heimedialyse)
- Utvikling av velferdsteknologi generelt (kap 6.2)
- Den teknologiske utviklinga kan også tenkast å krevje sentralisering av den diagnostiske prosessen (kompetanse/team/teknologi) samstundes som oppfølginga/kontrollopplegget kan desentraliserast

Føretaka må følgje opp denne utviklinga gjennom reorganisering av sin aktivitet, og tilby tenester tilpassa behovet til den einskilde pasient og kommunehelsetenesta:

- Meir bruk av ulike former for ambulante tenester
- Meir bruk av delt IT-/kommunikasjonsteknologi saman med kommunane for å støtte opp under kompetansebehov og diagnostikk og oppfølging i kommunehelsetenesta
- Meir bruk av diagnostisk teamorganisering med intensiv innsats over kortare tid og bruk av observasjonssenger/hotellsenger og kommunale senger i diagnostikk, med raskare overføring til kommunalt nivå for vidare behandling og oppfølging
- Rutinekontrollar av kroniske tilstandar vil i stor grad kunne leggest om til kommunal oppfølging og raske avklarings i spesialisthelsetenesta ved akutte behov (der ikkje teknologiske prosedyrar inngår i kontrollane)

Den vidare utviklinga på alle desse 3 felt vil gje premissane for nye samhandlingsmønster mellom spesialisthelsetenesta og kommunehelsetenesta med nye pasientforløp. Dette vil kunne gje dei ønska resultatata med færre pasientar med kroniske helseplager som treng transport til og tenester frå geografisk lokalisert spesialisthelseteneste.

For mange tilstandar vil likevel den diagnostiske avklaringa krevje kompetanse eller teknologi som gjer samling av dette i geografiske einingar naudsynt. For nokre fagområde vil dette utan tvil vere i akuttsjukehuset, medan det i andre høve kan vere distribuert til andre geografiske einingar som distribuert spesialistpoliklinikk i større befolkningsentra. Om denne delen av spesialisthelsetenesta skal leverast av private, spesialistar med driftstilskot eller av spesialistar frå akuttsjukehusa vil også politiske føringar avgjere, og om lokaliseringa skal vere saman med kommunale helsetenester i ymse former, er også uavklart i lys av alle endringar ein kan sjå føre seg.

Frå eit ressursynspunkt er det peika på fleire ulemper med distribuert poliklinikk med oppsplitting av små fagmiljø, ineffektiv drift, dublering av dyr teknologi etc.

Det er ikkje tvil om at slik det i dag fagleg og teknologisk fungerer med pasientbehandling i samspel med kommunehelsetenesta, er det behov for distribuert poliklinikk, til dømes dialyse, kreftpoliklinikkar etc. Det som er vanskeleg å vurdere med tanke på framtidig struktur og funksjonsdeling, er omfang og behov for distribuert poliklinikk i perspektivet 2020-30. I tillegg er det ein diskusjon rundt korleis denne poliklinikken skal driftast i relasjon til ulike modellar for samlokalisering med kommunale tenester og i høve andre (private) aktørar.



## 15 Handsaming av utviklingsplanen

### 15.1 Helse Møre og Romsdal HF

13. desember 2012, gjorde styret i Helse Møre og Romsdal HF slikt vedtak i sak 2012/99 *Utviklingsplan for Helse Møre og Romsdal HF*:

Vedtak:

1. Styret for Helse Møre og Romsdal HF svarar med dette ut bestilling i føretaksmøtet 30. juni 2011 om utarbeiding av ein “*samla plan*” for føretaket, saman med ei strukturavklaring om eitt eller to akuttstjukehus for Nordmøre og Romsdal. Styret erkjenner at utviklingsplanen er eit styringsverktøy som føretaket må arbeide med kontinuerleg.
2. Styret legg til grunn for si avgjerd eit omfattande dokumentasjonsgrunnlag i form av rapportar, analyse, utgreiingar og høyringsuttaler, samt orientering og realitetshandsaming i styret i fleire møter.
3. Styret vil gje honnør til leiinga, prosjektorganisasjonen, tilsette, brukarutvalet og andre medverkande i arbeidet med utviklingsplanen, for ein svært godt gjennomført prosess.
4. Styret ser med uro på den krevjande situasjonen som uavklart sjukehusstruktur påfører innbyggjarar og fagmiljø i Nordmøre og Romsdal.
5. Etter grundig vurdering tilrår styret at ein planlegg **eitt nytt felles akuttstjukehus** for Nordmøre og Romsdal - som i hovudsak skal dekke det langsiktige behovet for spesialisthelseteneste og nærleik til akutt og fødetilbod for innbyggjarane.
  - a. I lys av samhandlingsreforma skal det utgreiast nærare i kva grad og omfang ein i tillegg til akuttstjukehuset skal utvikle og planlegge poliklinikk, diagnostisk senter og dagbehandling i folketette område. Det skal også vurderast andre former for samhandlingsarenaer og desentraliserte tilbod i samarbeid med kommunane.
  - b. Som ledd i dimensjonering av nytt akuttstjukehus i Nordmøre og Romsdal, må føretaket gå ytterlegare inn i samarbeid og funksjonsfordeling mellom alle sjukehusa i føretaket.
  - c. For å få til eitt godt felles akuttstjukehus for Nordmøre og Romsdal må fagmiljøa ved Molde og Kristiansund sjukehus bidra med kompetanse og kapasitet. Styret ber om at det vert halde særskilt fokus på den krevjande overgangsperioden.
6. Styret legg vidare til grunn at eit felles akuttstjukehus for Nordmøre og Romsdal bør **plasserast mellom dei to sjukehusa vi har i dag**.
7. Styret ønskjer no at føretaket skal gå inn i “*idefasa*” med eit geografiske område for det nye akuttstjukehuset for Nordmøre og Romsdal, plassert på aksen frå-og-med Hjelset til-og-med søre del av Frei. Styret har merka seg høyringsuttalane og faglege rapportar som understrekar fordelane ved eit bynært akuttstjukehus og føreset at det vert teke omsyn til desse vurderingane i det vidare arbeidet.
8. Styret legg til grunn at i “*idefasa*” og “*konseptfasa*” skal 0-alternativet saman med andre relevante konsept utgreiast før den eksterne kvalitetssikring skjer av konseptfasa (KSK).
9. Styret ber om å få seg førelagt ei sak så raskt som råd, som inneheld:
  - a. I gangsetting av “*tidlegfasa*” for planlegging av sjukehusprosjekt.
  - b. Ein detaljert tidsplan for interimperioden fram til nytt akuttstjukehus i Nordmøre og Romsdal står ferdig.
10. Av omsyn til innbyggjarar og fagmiljø ber styret om avklaring av geografisk plassering så raskt som det let seg gjere.
11. Helse Møre og Romsdal HF ber styret i Helse Midt-Norge RHF om å slå fast, i tråd med gjeldande premiss og føringar for langtidsbudsjettet i regionen, at det vil føreligge økonomisk handlingsrom for ei investering i nytt akuttstjukehus i Nordmøre og Romsdal i 2018.

12. På grunnlaget av saksdokumentasjonen i utviklingsplanen, vil styret få seg forelagt ein samanstilt utviklingsplanen med alle delleveransar inkludert.
13. Dette vedtaket vert oversendt Helse Midt-Norge RHF for vidare handsaming.

## 15.2 Helse Midt-Norge RHF

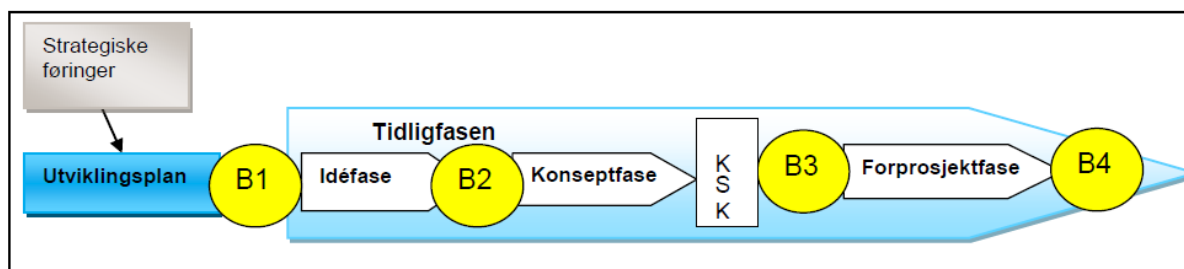
14. desember 2012, følgde styret i Helse Midt-Norge RHF opp i sak 92/12 Møre og Romsdal HF – utviklingsplan – sykehusstruktur Nordmøre og Romsdal, med dette vedtaket:

1. Styret for Helse Midt-Norge er fornøyd med den omfattende og godt gjennomførte prosessen som Helse Møre og Romsdal har hatt knyttet til Utviklingsplanen og vil gi honnør til styret for Helse Møre og Romsdal HF, ledelsen, de ansatte, brukerutvalget og andre medvirkende i arbeidet med Utviklingsplanen for Helse Møre og Romsdal HF herunder de som i høringen av planen har gitt mange nyttige innspill.
2. Styret for Helse Midt-Norge viser til Helse Møre og Romsdal sin anbefaling gjennom vedtak i sak “2012/99 Utviklingsplan Helse Møre og Romsdal HF” og slutter seg til denne, herunder at en i den vidare planlegging legger til grunn et felles akuttsykehus for Nordmøre og Romsdal. Styret slutter seg til følgende formulering i innstillingen i sak til styret for Helse Møre og Romsdal HF ”Styret ønskjer no at føretaket skal gå inn i ”idéfasa” med eit geografiske område for det nye akuttsjukehuset for Nordmøre og Romsdal, plassert på aksene frå-og-med Hjelset til-og-med søre del av Frei. Styret har merka seg høyringsuttalane og faglege rapportar som understrekar fordelane ved eit bynært akuttsjukehus og føreset at det vert teke omsyn til desse vurderingane i det vidare arbeidet.”
3. Styret for Helse Midt-Norge RHF forutsetter at Helse Møre og Romsdal HF sørger for at befolkningen i tiden før nytt sykehus står ferdig får dekket sitt behov for spesialisthelsetjenester og at Helse Møre og Romsdal HF fortsetter sin gode prosess og benytter kapasiteten og kompetansen i de eksisterende fagmiljø ved sykehusene i Molde og Kristiansund.
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 akuttsykehus for Nordmøre og Romsdal i 2018 med de forbehold som er tatt i saksfremstillingen mht finansiering og planprosess.
5. I den vidare planlegging (dimensjonering m.m.) av nytt sykehus skal det tas hensyn til at drifts- og kapitalkostnader skal dekkas av eget foretak i tråd med til enhver tid gjeldende finansieringsregime og i samsvar med øvrige store byggeprosjekt i regionen.

## 16 Idéfase

### 16.1 Grunnlag for oppstart av idéfasen (B1)

På grunnlag av utviklingsplanen, og under føresetnad av at det finst eit finansielt handlingsrom, vil helseføretaket kunne avgjere (B1) at det vert sett i gong ein tidlegfase for prioriterte prosjekt, ref figur 3.2. Forut for denne avgjerda, må helseføretaket ha valt ut det prosjektet som har høgast prioritet.



Figur 3.2 Faser og beslutningspunkter i tidligfasen

Avgjerd om oppstart idéfase skal innehalde eit mandat for oppgåva.

## 16.2 Mandat

### 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 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.

### Mål

Målet for idéfase 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 langtidbudsjettet 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.

### Ramme

Tidlegfaseveiledaren presiserer at avgrensing og presisering av tiltaket er sentralt. Det skal både i mandatet for “idéfase” og som første del av arbeidet i “idéfase” fokuserast på.

*“... Første aktivitet i idéfase blir å presisere og avgrense det valgte prosjektet i forhold til andre tiltak.”*

Avgrensinga av prosjektet er viktig for å sette dei ytre rammer for defineringa av moglegheitsrommet ein skal søke løysingar innafor. I denne samanheng vil det sentrale spørsmålet vere; Kvifor er rammene set til å gjelde akuttsjukehus for Nordmøre og Romsdal?

Grunnlaget for denne avgrensinga finn vi gjennom styringsdialogen mellom statsråden/ departementet og Helse Midt-Norge RHF. Det vert her vist til brev frå statsråd Anne-Grethe Strøm-Erichsen til Helse Midt-Norge RHF i desember 2010 (utdrag):

“....

*Departementet mottok konseptplaner for nye Molde Sjukehus 25. juni 2009. 11. mars 2010 sendte departementet brev til Helse Midt-Norge RHF hvor det på bakgrunn av det etablerte styringssystemet for investeringer ble bedt om at det i tillegg til foreliggende alternativ, nytt Molde sjukehus, også ble utredet et alternativ med ett nytt sjukehus i Nordmøre og Romsdal og et 0-alternativ, dvs. videreføring av driften i dagens lokaler. I brevet ble Helse Midt-Norge RHF blant annet bedt om å vurdere dimensjonering av sjukehuset, økonomisk bæreevne og faglig forsvarlighet mhp. robuste fagmiljøer og rekruttering*

*Jeg takker for raskt og godt utført arbeid i forhold til de vurderingspunkter jeg ba om.*

*.....”*

Departementet sender i brevet signal om at ut frå etablert styringssystem for større investeringar, så må ein ha med fleire alternativ i utgreiinga, men avgrensa innafor det som den gong var eit eige føretak, Helse Nordmøre og Romsdal HF.

Vidare viser ein til Føretaksmøtet HMN RHF d. 8. juni 2011, der ein slår fast:

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

Her blir det i føretaksprotokollen slått fast at departementet ser føre seg ein vidare prosess som skal svare ut behovet for Nordmøre og Romsdal spesielt.

Dei regionale helseføretaka har inngått rammeavtaler med ulike fagmiljø som det skal bestillast for ekstern kvalitetssikring av konseptvalg (KSK). Rammeavtale følgjer som vedlegg 5 til IS-1369 Tidligfaseveileder i sykehusprosjekter. Vedlegg 5: Krav til ekstern kvalitetssikring. Kravspesifikasjon for rammeavtale for levering av ekstern kvalitetssikring av konseptvalg ved større investeringsprosjekt i spesialisthelsetjenesten i Norge. Under kapittel 1.3. Krav til ekstern kvalitetssikring, står det:

*“Det skal sikres at de alternativene som er bebyst i konseptvalgutredningen representerer en tilstrekkelig bredde i forhold til mulighetsrommet, slik at den fulle bredden i mulighetsrommet for å oppfylle det regionale helseforetakets ”sørge for”-ansvar er ivaretatt.”*

Med visning til brevet frå Helseministeren i desember 2010, og føretaksprotokollen HMN RHF frå juni 2011, legger Helse Møre og Romsdal HF til grunn at avgrensinga av omfang og bredde i Idéfase og konseptfase, kan settast til spesialisthelseteneste og nytt akuttsjukehus for Nordmøre og Romsdal.

### **16.3 Idésøk, identifisering av prinsipielle alternative løysningar (konsept)**

I utviklingsplanen gjekk ein i analysearbeid, utgreiingar og offentleg høyringsrunde langt i å definere konseptuelle kriterier. Dei alternative løysingsmodellane vert ikkje gjennomgått her, då ein føreset at desse no er kjent. Dette medførte at ein med solid grunnlag både politisk, fagleg og frå øvrige interessentar, kunne slå fast at løysing med eitt nytt akuttsjukehus for innbyggjarane i Nordmøre og Romsdal er det mest framtidretta alternativet. Det vart vidare konkludert med at den delen av psykisk helsevern som bør ligge nær dei somatiske tenestene, bør samlokaliseras (i eller ved sida av) akuttsjukehuset. Noko meir diskusjon var det kring behovet for, og fagleg/ rekrutteringsmessig berekraft i, eit tilbod med poliklinikk og dagbehandlingseiningar i folketette område. Samhandlingsreforma talar klart for slik “desentral” drift av poliklinikk og dagtilbod (“desentralt” i forhold til der akuttsjukehuset ligg). Nokon av fagpersonane uttrykker større usikkerheit til om ein klarar å halde oppe eit tilfredsstillande fagmiljø. Dette siste punktet er derfor viktig å greie ut vidare.

Det vidare arbeidet med idésøk og vurdering av prinsipielle løysingar tek utgangspunkt i desse føringane.

## 16.4 Ressursar for gjennomføring av idéfasen

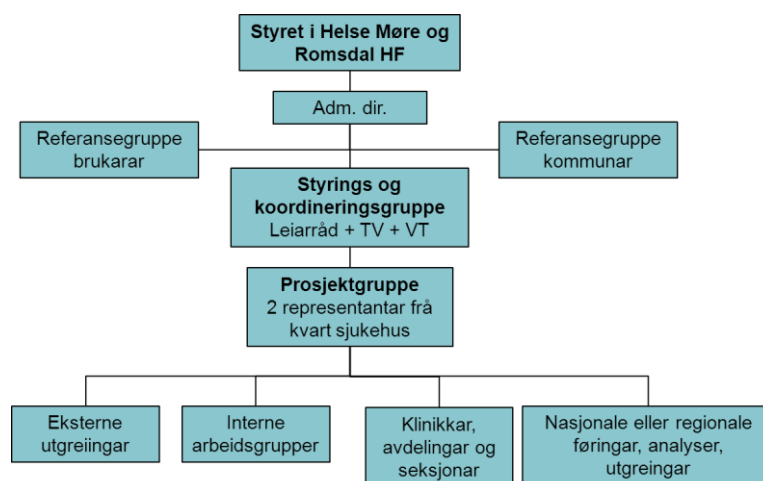
Arbeidet med utviklingsplanen i 2012 tok utgangspunkt i ein omfattande prosjektorganisasjon der mange fagpersonar frå ulikt hald i organisasjonen deltok. Arbeidet var leia frå strategi og utviklingsavdelinga, men med viktige bidrag og ressursar frå alle fagdisiplinar og stabsavdelingar. Ein fekk også viktige bidrag frå brukarutvalet og frå den kommunale referansegruppa.

Ein legg i det vidare arbeidet opp til at prosjektleiinga skjer frå strategi og utviklingsavdelinga. Ein vil framleis spele på føretaket sine ulike ressurspersonar i klinikkane og i stab. I tillegg vil det vere naturleg å samarbeide vidare med Helse Midt-Norge sine ressurspersonar innan ulike kompetanseområde.

Det vil vere behov i idéfasa for ekstern bistand frå konsulent og rådgjevingsmiljø og det er avsett budsjettmidlar til dette. Erfaringsmessig er dette eit behov som aukar utover i prosessen.

Så langt har ein god erfaring med samarbeidet med kommunane i føretaket og Møre og Romsdal fylkeskommune. Dette vil ein bygge vidare på.

Kva gjeld vidare arbeid internt i føretaket har ein gjennom leiarråd og dialog med organisasjonen og tillitsvalte laga utkast til ein noko enklare prosjektorganisasjon enn i 2012. Her er styret og adm. dir. overordna arbeidet. Vidare er leiarråd saman med tillitsvalte og vernetenesta styrings og koordineringsgruppe. Ein held fram med brukarutvalet og kommunane som referansegruppe. Prosjektgruppa vert samansett av to fagpersonar frå kvart av sjukehus. Vidare vil andre typar fagpersonar frå staben delta aktivt i respektive delar av dette arbeidet. Det vil vere behov for tett dialog med klinikkar, avdelingar og seksjonar. Det vert lagt opp til fleire møter i 2013 med dei ulike klinikkar. Det vil også vere naturleg å kunne sette saman arbeidsgrupper på tvers av fagområde og organisatoriske grenser. Ein må nok bestille noko arbeid frå eksterne miljø, anten av kapasitets eller kompetansemessige årsaker. Til sist er det også viktig å heile tida følgje med på nasjonale og regionale føringar som vedkjem arbeidet i Helse Møre og Romsdal HF. Figuren viser foreslått organisering av arbeidet vidare.



## 16.5 Innhald i idéfasen

Som det går fram av veiledaren skal:

*Idéfasen skal presisere behovet og identifisere moglege, prinsipielle løysingsalternativ. Det omfattar både*

*verksemdsmessige løysingar og fysiske byggeløysingar (investeringsprosjekt). Første aktivitet i idéfasen blir å presisere og avgrense det valde prosjektet i forhold til andre tiltak.*

Idéfasen omfattar følgjande aktivitetar:

- Gjennomgå utviklingsplanen og eventuelt underlaget for denne.
- Naudsynte oppdateringar og suppleringar av nosituasjonen, datagrunnlaget og det aktuelle prosjektet.
- Avgrense prosjektet frå andre prosjekt i utviklingsplanen. Dette kan omfatte kapasitet, areal, investeringar og tid.
- Gjennomføre et idésøk som viser breidda i mogelege, alternative løysningar. Presisere kva for alternative løysningar som skal utgreiast i konseptfasen. Alternativa skal vere reelle og kunne skiljast klart frå kvarandre.
- Utarbeide mandat for konseptfasen.
- Utarbeide ”sensitivitetsanalyser” på eit overordna nivå.

## 16.6 Avgjerder ved enden av idéfasen (B2)

Idéfasen skal avklare kva for alternative prosjekt som er ”liv laga”. At eit prosjekt (eller ei løysing) er ”liv laga” inneber at det er:

- Relevant. Oppfyller dei overordna måla som gjeld for helseføretaket.
- Mogeleg å gjennomføre. Kan gjennomførast innanfor helseføretaket sitt finansielle handlingsrom.
- Levedyktig. Helseføretaket si økonomiske bereevne kan oppretthaldast gjennom prosjektet si levetid.

Behandling av idéfaserapporten skjer i høve til det regionale helseføretaket sitt styringssystem. Det skal avgjerast:

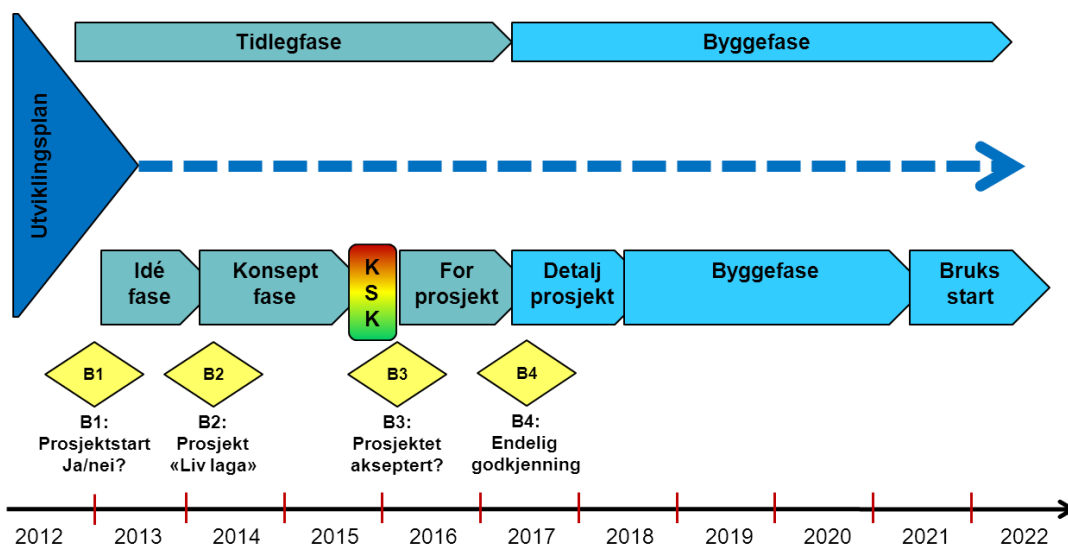
- kva for alternative løysingar som kan vidareførast i konseptfasen
- mandat og rammer for konseptfasen
- plan for gjennomføring av konseptfasen

Det bør utgreiast 3-4 alternativ inklusive nullalternativet. Alternativa skal vere reelle. Om utviklingsplanen gir eintydige avklaringar på kva for alternativ det er aktuelt å gjennomføre, kan talet som utgreiast reduserast. Nullalternativet skal utgreiast.

Nullalternativet skal vise krav til kostnadsoptimal utvikling av bygget for å oppretthalde akseptabel yting for verksemda i bygget si resterande levetid. Dette er den aktuelle og relevante løysinga om investeringsprosjektet ikkje kan gjennomførast.

## 16.7 Plan for gjennomføring av Idéfasen

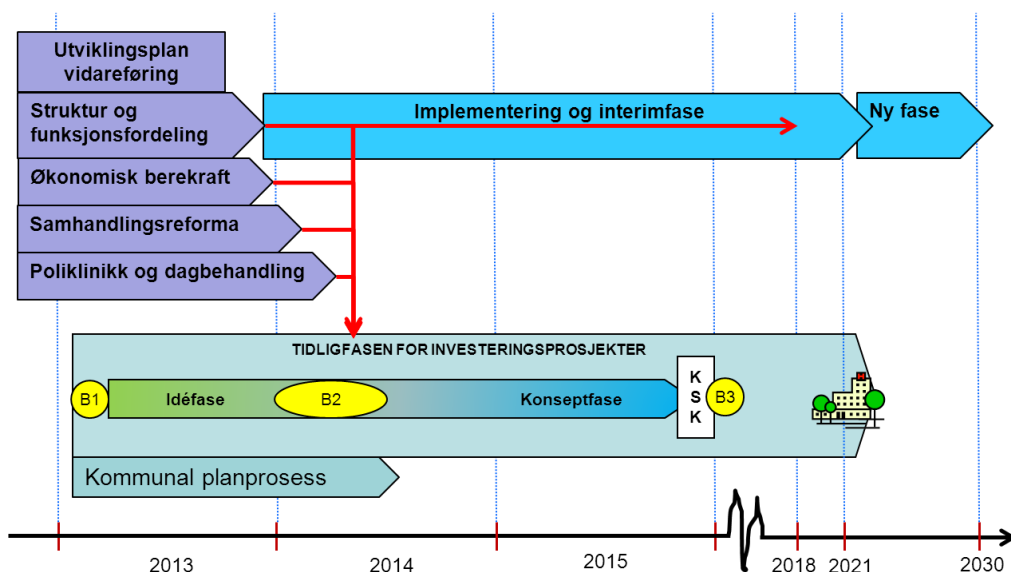
Styret har tidlegare bedt om ein så detaljert og tydeleg framdriftsplan som mogeleg. På grunn av ulik praksis i sjukehusplanlegging rundt om i helsenorger, samt at vi har ein ”nyrevidert” tidlegfaseveileidar (IS 1369 – tidligfaseveiledning i sykehusprosjekt, revidert des. 2011) som stiller nye krav som ein ikkje har etablert praksis på, er det krevjande å vere eintydig på framdriftsplan. Figuren under er det næraste ein kjem på det noverande tidspunkt.



Figur 28. Fra utviklingsplan til ferdig investeringsprosjekt.

Kva gjeld det sentrale spørsmålet med val av tomt, er dette noko som heller ikkje kan svarast ut absolutt på det noverande tidspunkt. Dersom ulike tomtealternativ er med i ulike konseptuelle løysingar som vert utgreidd gjennom konseptfasen, vil tomtespørsmålet verte svara ut i samband med val av prosjekt, i B3 punktet. Dette vil etter dagens vurdering kunne skje ved årsskiftet 2015/ 2016.

På ei anna side, kan styret i Helse Møre og Romsdal HF sannsynlegvis bestemme seg for å sjå på tomtevalet som eit sjølvstendig val, der konseptane som er under utgreiing kan tilpassast den valte tomte. I så fall kan ein ta tomtevalet etter at dei kommunale delplanarbeida er ferdigstilt i juni 2014 - altså på haustparten 2014. I figuren under ser ein at idéfasa og konseptfasa er illustrert til å gli litt over i kvarandre. Og at B2 avgjerda er trekt utover i tid. Med det kunnskapsgrunnlaget ein har i dag knytt til denne prosessen, har ein behov for å sjå nærare på korleis arbeidet i idéfasa utviklar seg, før ein heilt tydeleg kan tidsavgrense den. Styret i Helse Møre og Romsdal vil verte haldne orientert om denne utviklinga, og så tidleg som moglege verte førelagt kva tid ein kan forventa å ta dei ulike avgjerder i høve tid og utgreiingar.



Figur 29. Framdrift idéfase og konseptfase "nytt akuttsjukehus i Nordmøre og Romsdal".