

Nye Molde sjukehus



Prosjektbeskrivelse
(idèfasedokument - B2)
for Prosjekt Nye Molde
sjukehus

Molde, 16.05.2007

Forord

Dette er prosjektbeskrivelsen for idefasen for Nye Molde sjukehus.

Formålet med prosjektbeskrivelsen er å gi besluttende myndigheter godt nok grunnlag for å gjøre vedtak om å føre prosjektet videre i neste planleggingsfase; konseptfasen. Informasjonen i prosjektbeskrivelsen er på overordnet nivå. Mer detaljert informasjon vil bli utarbeidet i det videre planleggingsarbeidet; konsept- og forprosjektfasen.

Styret for Helse Midt-Norge har vedtatt at det skal være to sykehus i Helse Nordmøre og Romsdal – Kristiansund sykehus og Molde sjukehus, og at Nye Molde sjukehus skal bygges på Eikrem, sentralt i Molde by. Styret har prioritert bygging av Nye Molde sjukehus på første plass for nye store investeringer i Helse Midt-Norge RHF, og styret har bevilget 15 mill. kroner i 2007 til Helse Nordmøre og Romsdal til finansiering av planleggingsarbeidet for å realisere det nye sykehuset. Helse Midt-Norge har så langt ikke vedtatt en økonomisk ramme for hele investeringsprosjektet og tidsplan for når Nye Molde sjukehus skal stå ferdig.

Det legges til grunn et arealbehov på 45.000 m² og et investeringsbehov på 2,34 mrd. kroner (pris 2007) for Nye Molde sjukehus. Det er en ambisjon i det videre planleggingsarbeidet å effektivisere arealbruken og redusere investeringskostnadene. Dette vil styrke det økonomiske driftsgrunnlaget for det nye sykehuset.

Regjeringen har vedtatt at lokalsykehusene skal bestå med de akutttilbud de har i dag. Styret for Helse Midt-Norge har gjort vedtak som innebærer at Kristiansund sykehus og Molde sjukehus i hovedsak skal ha de behandlingstilbud sykehusene har. Tjenestetilbudet i Helse Nordmøre og Romsdal utvikles i tråd med de regionale og statlige rammene som er lagt.

Behovet for nytt sykehus i Molde er godt dokumentert. Tjenestetilbudet innen somatikk og psykisk helsevern er i dag geografisk splittet. Bygningsmassen er hovedsakelig ført opp i perioden 1913 - 1960, og er med sine mange mangler, ikke i samsvar med dagens krav til pasientbehandling og arbeidsforhold for de ansatte. Bygningsmassen har, i tillegg til lav standard, en planløsning og bygningsmessig struktur som ikke tillater ombygging uten uforholdsmessige store kostnader. Arealbruken ved en ombygging vil være forholdsvis stor, og funksjonaliteten etter ombyggingen vil bli dårligere enn ved nybygg.

Nye Molde sjukehus skal være et fleksibelt og effektivt lokalsykehus med god kvalitet. Ett nytt og samlet Molde sjukehus vil gi en unik mulighet til å utvikle sammenhengende behandlingsskjeder for pasientene internt i sykehuset, men også i samarbeid med primærhelsetjenesten og andre sykehus. Nye Molde sjukehus planlegges med en utadrettet behandlingsfilosofi som vil bidra til å sikre pasientene et helhetlig behandlingstilbud.

INNHOLDSFORTEGNELSE

0. Sammen drag	7
1. Molde sjukehus – dagens tilbud og fremtidige utfordringer	11
1.1 Tilbudet ved Molde sjukehus og Kristiansund sykehus.....	11
1.2 Funksjonsdeling mellom sykehusene i Helse Nordmøre og Romsdal.....	13
1.3 Kapasitetsvurderinger - Dimensjonering	16
1.4 Behov for nytt sykehus i Molde	22
1.5 Areal – Grunnlag for beregning av investeringsbehov	25
1.6 Oppsummering – tilbud, kapasitet, bygningsmasse og fremtidige arealvurderinger...	27
2. Utredninger og vedtak om nytt sykehus i Molde	29
2.1 Tidligere utredninger.....	29
2.2 Vedtak om sykehusstrukturen i Helse Nordmøre og Romsdal HF	29
2.3 Utredningsalternativer for nytt sykehus i Molde.....	30
2.4 Lokalisering av nytt sykehus i Molde	31
2.5 Mandat for arbeidet med å realisere Nye Molde sjukehus.....	32
3. Virksomhetsidé for Nye Molde sjukehus	35
3.1 Innledning.....	35
3.2 En fremtidsrettet sykehusmodell.....	35
3.3 Virksomhetsidé - hovedsøyler.....	36
4. Investeringsbehov	41
4.1 Investeringer i sykehusbygg.....	41
4.2 Investeringsbehov Samla Plan 2003 – konsekvensanalysen fra 2005	42
4.3 Oppdaterte investeringskostnader for Nye Molde sjukehus	43
5. Konsekvenser ved valg av alternativ	45
5.1 Vurdering av ulike alternativer	45
5.2 Økonomiske konsekvenser av etableringen av Nye Molde sjukehus	46
6. Konseptfasen	53
6.1 Innhold i konseptfasen	53
6.2 Konseptfasen og videre aktivitet (forprosjekt).....	55
6.3 Molde sjukehus – Veien videre.....	57
Appendiks – mandat og vedtak	59
A Mandat – utredning sykehusstruktur i Helse Nordmøre og Romsdal HF	59
B Vedtak om sykehusstrukturen i Helse Nordmøre og Romsdal	60
C Vedtak Molde kommunestyre – Konsekvensutredning Nye Molde sjukehus	61
D Vedtak - Lokalisering av nytt sykehus i Molde	62
E Vedtak i Helse Midt-Norge om strategisk utvikling av det regionale tilbudet – ”Eierstrategi” og ”Handlingsprogram 2006-2010”	63
F Vedtak - Oppgavefordeling i Helse Nordmøre og Romsdal HF.....	64
Utrykte vedlegg	66
Utredninger.....	66
Saksutredninger	66

0. Sammendrag

Kapittel 1 inneholder en redegjørelse for tilbudene som er ved Helse Nordmøre og Romsdal sine to sykehus; Molde sjukehus og Kristiansund sykehus. Molde sjukehus sine tjenestetilbud er geografisk splittet der det somatiske tilbudet og noe av tilbudet innen psykisk helsevern er lokalisert på Lundavang, sentralt i Molde by. Det meste av tilbudet innen psykisk helsevern er lokalisert til Hjelset, som ligger 2 mil øst for Molde sentrum. Nye Molde sjukehus planlegges med tjenestetilbudene sykehuset har og med en samling av tjenestetilbudene innen somatikk og psykisk helsevern. Tilbudet innen psykisk helsevern omstruktureres i samsvar med føringene som ligger i Opptrappingsplanen for psykisk helsevern, noe som fører til færre senger, økt poliklinisk, dagbehandling og utdrettet virksomhet. Det blir redegjort for nasjonale, regionale og lokale arbeider med utformingen av tjenestetilbudene ved de enkelte sykehusene.

Det bor vel 114.000 innbyggere i Helse Nordmøre og Romsdal sitt foretaksområde. Befolkningsprognosen viser at folketallet vil stige til 117.000 i år 2020. Befolkningen i foretaksområdet har et relativt høyt forbruk av spesialisthelsetjenester. Over 25 % av sykehusoppholdene for befolkningen i foretaksområdene skjer ved andre sykehus enn våre egne. "Lekkasjen" av pasienter er størst for randkommunene mot andre foretaksområder. Befolkningsprognosen viser at befolkningen i randkommunene vil reduseres, mens veksten skjer i de sentrale kommunene, der "lekkasjen" av pasientopphold er mindre. Befolkningsutviklingen kan føre til at andelen sykehusopphold ved andre sykehus, reduseres i årene som kommer. Planarbeidet har så langt forutsatt færre senger i somatikk på grunn av forventninger om kortere liggetid og at en større del av tjenestetilbudene gis poliklinisk eller som dagbehandling.

Behovet for ett nytt sykehus i Molde er stort, noe som er dokumentert i flere utredninger som er gjengitt i kapitlet. Pasientundersøkelsen som HELTEF publiserte i 2003 viste at pasientene opplevde den bygningsmessige standarden ved Molde sjukehus som dårligst i Helse Midt-Norge. Molde sjukehus sin bygningsmasse på Lundavang og Hjelset er gammel og lite funksjonell. Bygningene er i hovedsak ført opp i perioden 1913 – 1960. Bygningsmassen er umoderne, har klare mangler og er svært lite fleksibel. Dette gjør at vi ikke kan gi pasientene det tilbudet en forventer ved sykehus i dag, bl.a er toalettforholdene spesielt dårlige. Mangel på isolat er til tider prekær. Lite fleksibel bygningsmasse fører til at det er vanskelig å lage gode og effektive behandlingsskjeder. Vedlikeholdsetterslepet er stort, og vi må bruke store investeringsmidler for å bedre standarden. Dette vil likevel ikke sikre oss en god, effektiv og funksjonell bygningsmasse.



Molde sjukehus - Hjelset

Arealene som Molde sjukehus disponerer i dag, inkludert areal som vi leier, er ca 55.000 m². Når Knausensenteret blir tatt i bruk vil det frigjøres ca 4.000 m² av dette arealet, inkludert areal som vi leier. Innen psykisk helsevern er ca 5.000 m² av arealet ikke i bruk, slik at arealet som skal erstattes med nybygg utgjør ca 46.000 m². Det er listet opp en rekke faktorer som

kan føre til endringer i arealbehovet; både økning og reduksjon. Det er en ambisjon å effektivisere arealbruken ved Nye Molde sjukehus.

Kapittel 2 omhandler mandat og vedtak som er gjort av styrene for Helse Nordmøre og Romsdal og Helse Midt-Norge i forbindelse med utredning av sykehusstrukturen i Helse Nordmøre og Romsdal. Styret for Helse Midt-Norge vedtok i møte 19. januar 2004 at det skal være to sykehus i Helse Nordmøre og Romsdal – Molde sjukehus og Kristiansund sykehus. Realisering av ett nytt sykehus i Molde utløser krav om konsekvensutredning (KU) etter plan- og bygningsloven. Det er utredet 4 ulike tomteplasseringer for Nye Molde sjukehus. Molde kommune som ansvarlig myndighet for behandlingen av konsekvensutredningen, fraråder Lundvang som lokaliseringalternativ. Styret for Helse Midt-Norge vedtok i møte 26. juni 2006 at Nye Molde sjukehus skal bygges på Eikrem, sentralt i Molde. Styret for Helse Nordmøre og Romsdal har opprettet et prosjektstyre som har fått i mandat å arbeide med å realisere Nye Molde sjukehus.

Nye Molde sjukehus planlegges ut fra de spesialistfunksjoner og den faglige kompetansen sykehuset har i dag. Nye Molde sjukehus skal som det går fram av kapittel 3 i prosjektbeskrivelsen, organiseres ut fra 6 hovedsøyler:

- En utadrettet behandlingsfilosofi.
- Respekt for pasienten og godt arbeidsmiljø for ansatte.
- God kompetanse gir trygghet til pasientene.
- Tett samarbeid mellom Nye Molde sjukehus og Høgskolen i Molde.
- Fleksibilitet og endringsvillighet.
- Samling av psykisk helsevern og somatikk.

Virksomhetsidéen vil i konseptfasen bli utarbeidet med utgangspunkt i disse hovedsøylene.

Et viktig aspekt i en fremtidsrettet behandlingsfilosofi er et tett og nært samarbeid mellom pasient, pårørende, primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Målet må være at pasienten opplever et sammenhengende behandlingstilbud, der de ulike nivåene samarbeider godt gjennom hele forløpet. Spesialisthelsetjenesten må ut med sine tjenester for å møte både pasient og primærhelsetjeneste. Sammen må vi finne gode løsninger på problemstillinger som i dag ofte ender opp med innleggelse som den tradisjonelle løsning.



Kapittel 4 beskriver investeringskilder for sykehusinvesteringer.

Kapittelet gir en oversikt over investeringsbehovet for alternativene som er vurdert i forbindelse med utbyggingen av nytt sykehus i Molde.

Kapittel 5 omhandler driftsøkonomiske konsekvenser som følge av investeringene ved Molde sjukehus. Vi har vurdert følgende alternativ nærmere.

- Alternativ 0 forutsetter dagens lokalisering av tilbudet ved Molde sjukehus, dvs. tilbud på Lundavang og Hjelset. Det vil være nødvendig å bygge en ny sengefløy på Lundavang og oppgradere øvrig bygningsmasse.
- Alternativ 1 innebærer oppfyllelse av vedtak i styret for Helse Midt-Norge som forutsetter bygging av ett samlet Molde sjukehus på Eikrem.
- Sekundært Det er også vurdert et sekundært alternativ som omfatter en etappevis utbygging av Nye Molde sjukehus på Eikrem.

Kapitlet omhandler driftsøkonomiske vurderinger av alternativ 0 og 1 og skisserer hvordan Helse Nordmøre og Romsdal kan finansiere økte finanskostnader (avskrivings- og rentekostnader) som følger av investeringene i nytt sykehus.

Vi har så langt forutsatt en samlet investering i Nye Molde sjukehus på 2,34 mrd. kroner (2007-prisnivå). De driftsøkonomiske konsekvensene avhenger i tillegg til størrelsen på investeringene, av hvor stort lån Helse Nordmøre og Romsdal må ta opp for å få gjennomført investeringene i det nye sykehuset. På bakgrunn av kjent informasjon og forutsetninger knyttet til disse, ser vi at prosjektet vil gå i balanse i år 1 med en låneandel på ca 65 %, dvs. 1,5 mrd. kroner.

Kapittel 6 skisserer opplegget for det videre planleggingsarbeidet, med fokus på konseptfasen. Kostnadene til idè- og konseptfasen er beregnet til 29 mill. kroner (samlet 2007 og 2008). Konseptrapporten skal være ferdig i september 2008. Skal vi holde tempoplanen som innebærer byggestart i 2010, må Helse Nordmøre og Romsdal bruke 49 mill. kroner til planlegging (konsept- og forprosjektfase) i 2008. I tillegg kommer midler til kjøp av nødvendig areal.



Eikrem – flyfoto av areal for nytt sykehus

1. Molde sjukehus – dagens tilbud og fremtidige utfordringer

1.1 Tilbudet ved Molde sjukehus og Kristiansund sykehus

Molde sjukehus er et godt differensiert lokalsykehus med noen funksjoner som dekker hele Møre og Romsdal. Sammen med Kristiansund sykehus utgjør Molde sjukehus Helse Nordmøre og Romsdal, som dekker et opptaksområde med om lag 114 000 innbyggere. Begge sykehusene er relativt små, og samarbeider derfor om å gi et helhetlig tilbud til befolkningen i hele opptaksområdet, samt til hele eller større deler av fylket innen noen spesialiteter

Tabellene under viser avdelinger og enheter ved Molde sjukehus og Kristiansund sykehus. Avdelingsstrukturen er gjennomgående for begge sykehusene - eksempelvis har foretaket en medisinsk avdeling med enheter på begge sykehus.

Tabell 1.1.1 Avdelinger og enheter ved Molde sjukehus – Lokalisering Lundavang hvis ikke annet opplyst

<p>Kirurgisk avdeling</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kirurgisk sengepost A • Kirurgisk sengepost B • Dagkirurgi • Kirurgisk poliklinikk • Kreftpoliklinikken <p>Akuttmedisinsk avdeling</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anestesi • Intensiv • Ambulanse • Mottakelse/AMK • Driftsseksjon MNMT • Operasjon <p>Radiologisk avdeling</p> <ul style="list-style-type: none"> • Radiologisk avdeling • Screening <p>Avdeling for laboratoriemedisin</p> <ul style="list-style-type: none"> • Laboratorium for medisinsk mikrobiologi • Laboratorium for patologi • Laboratorium for medisinsk biokjemi <p>Avdeling for fødselshjelp og kvinnesykdommer</p> <ul style="list-style-type: none"> • Føde/barselsengepost • Felles sengepost (gyn/kir/ønh) • Gyn. poliklinikk <p>Nevrologisk avdeling</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nevrologisk poliklinikk/Nevrofysiologisk lab • Nevrologisk sengepost • Ryggskolesenteret <p>Øye/Øre-nese-hals/Tann-kjeveavdeling</p> <ul style="list-style-type: none"> • Øyeenhet • Øre-nese-halsenhet • Tann/kjevekirurgisk enhet • Hørselsentralen 	<p>Medisinsk avdeling</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medisinsk sengepost B • Medisinsk sengepost 4 • Medisinsk intensiv sengepost • Lungepoliklinikk • Medisinsk poliklinikk m/geriatrisk. polikl. • Palliativt team <p>Avdeling for barn og unge</p> <ul style="list-style-type: none"> • Barnepoliklinikken • Psykisk helsevern poliklinikk • Psykisk helsevern Sagbakken familieenhet • Akutt-team <p>Distriktpsikiatrisk avdeling</p> <ul style="list-style-type: none"> • Psykiatrisk poliklinikk • Alderspsykiatrisk enhet (Hjelset) • Enhet for voksenhabilitering (leide lokaler) <p>Voksenpsykiatrisk avdeling</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enhet for ungdom (Hjelset) • DBT-poliklinikk for ungdom • Sikkerhetsenheten (Hjelset) • Rehabiliteringsenheten Romsdal (Hjelset) • Rehabiliteringsenheten Nordmøre (Hjelset) • Psykiatrisk enhet (Lundavang) • Akuttenheten Nordmøre (Hjelset) • Akuttenheten Romsdal (Hjelset) • Aktivitets- og opplæringsenhet (Hjelset) <p>Rehabiliteringsavdelingen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fysioterapienheten • Sjukehusinternt rehabiliteringsteam • Sjukehusprest <p>Avdeling for driftsservice</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kjøkkenenheter (Lundavang, Hjelset) • Barnehageenheter (Lundavang, Hjelset) • Husøkonomenhet (Lundavang, Hjelset) • Medisinskteknisk enhet • Sentralbordenhet
---	---

Tabell 1.1.2 Avdelinger og enheter ved Kristiansund sykehus

<p>Kirurgisk avdeling</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Kirurgisk/gynekologisk sengepost ▪ Ortopedisk sengepost ▪ Dagbehandlingsenheten ▪ Kirurgisk poliklinikk <p>Akuttmedisinsk avdeling</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Anestesi ▪ Intensiv ▪ Ambulanse ▪ Mottakelse ▪ Operasjon <p>Radiologisk avdeling</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Radiologisk avdeling <p>Avdeling for laboratoriemedisin</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Laboratorium for medisinsk biokjemi <p>Avdeling for fødselshjelp og kvinnesykdommer</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Fødebarselsengepost ▪ Gyn. poliklinikk <p>Øye/Øre-nese-hals/Tann-kjeveavdelingen</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Øre-nese-hals poliklinikk 	<p>Medisinsk avdeling</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Medisinsk sengepost 01 ▪ Dialyseenhet Kristiansund/Fræna ▪ Hud poliklinikk ▪ Kreftpoliklinikken ▪ Palliativt team (opprettet 2007) ▪ Medisinsk poliklinikk m/geriatrisk polikl. <p>Avdeling for barn og unge</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Barnepoliklinikken ▪ Psykisk helsevern poliklinikk ▪ Barnehabiliteringstjenesten ▪ Barnemedisinsk sengepost <p>Distriktpspsykiatrisk avdeling</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Psykiatrisk poliklinikk <p>Rehabiliteringsavdelingen</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Fysioterapi ▪ Lærings- og mestringssenter ▪ Sykehusprest <p>Avdeling for driftsservice</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Kjøkkenenheten ▪ Storhaugen barnehage ▪ Husøkonomenheten ▪ Allmennteknisk enhet ▪ Medisinskteknisk enhet ▪ Sentralbordenheten
--	---

I tillegg har foretaket Aure Rehabiliteringssenter i Aure, og tre psykiatriske sentra i Kristiansund, Tingvoll og Eide, hvorav de to siste legges ned når Knausensenteret i Molde står ferdig i 2008.

Tilbudet ved Nye Molde sjukehus skal utvikles i samsvar med gjeldende nasjonale og regionale føringer, og i samsvar med lokale og regionale styrevedtak. Sykehuset skal være fleksibelt for å sikre at lokalitetene kan tilpasses et fremtidsrettet pasienttilbud. Styret for Helse Nordmøre og Romsdal har lagt til grunn en samhandlingsstrategi mellom Molde sjukehus og Kristiansund sykehus som førende for den videre utviklingen av tjenestetilbudet i helseforetaket.

En mer utførlig beskrivelse av planer for den faglige utviklingen ved Molde sjukehus er presentert i kapittel 3 - "Virksomhetsidè for Nye Molde sjukehus".

Under er tilbudet ved dagens Molde sjukehus vurdert ut fra:

- Nasjonal, regional og lokal strategisk utvikling av spesialisthelsetjenesten
- Endringer i befolkningsutvikling
- Endringer i forventet bruk av tjenester, aktivitet og pasientstrømmer
- Evne til å yte tilbudet med dagens bygningsmasse som rammebetingelser

1.2 Funksjonsdeling mellom sykehusene i Helse Nordmøre og Romsdal

Nye Molde sjukehus planlegges med tilbudet dagens Molde sjukehus har, korrigert for faglige og samfunnsmessige utviklingstrekk. Prosjektet har ikke som mandat å vurdere ytterligere funksjonsdeling i Helse Nordmøre og Romsdal. Det er imidlertid gjort en gjennomgang av hvilke vedtak som er fattet til nå, og hvilke konsekvenser disse eventuelt får for dimensjoneringen av det nye sykehuset.

Ved innføring av helseforetaksreformen i 2002 ble Molde sjukehus og Kristiansund sykehus slått sammen til ett helseforetak, med en forventning om faglige og driftsmessige gevinster som følge av sammenslåingen. Tilbudet de to sykehusene gir er siden blitt vurdert ut fra

- Statlige føringer i forhold til funksjoner ved lokalsykehus
- Regionale strategiprosesser, som også omfatter sammenhengen i tilbudet mellom de ulike foretakene i Helse Midt-Norge
- Innbyrdes fordeling av funksjoner mellom de to sykehusene (foretaksinterne prosesser)

Statlige føringer

Regjeringens politikk er at det skal være akutt- og fødetilbud ved alle lokalsykehus. Helse- og omsorgsdepartementet har i 2007 fått vurdert lokalsykehusenes rolle nærmere. Arbeidsgruppen som ble nedsatt av departementet mener at:

- tjenestene ved lokalsykehusene må videreutvikles
- det trengs sterkere samordning av den akuttmedisinske behandlingsskjeden
- det må stilles samme kvalitetskrav til små og store sykehus
- det må skisseres standarder for lokalsykehusenes akuttfunksjoner
- akuttfunksjoner ved Distriktpsikiatriske sentra (DPS) bør styrkes, og at det er behov for å styrke akutte rustjenester på lokalsykehusnivå
- ressursene i helsetjenesten bør i større grad enn i dag forskyves i retning av lokalsykehusene og primærhelsetjenesten

Regjeringen har fremmet forslag om en tilleggsbevilgning på 50 mill. kroner til oppfølging av gruppens arbeid, og de regionale helseforetakene vil bli bedt om å komme med forslag om oppfølgingstiltak. Det ligger dermed an til en videre utredning og utvikling innen flere av de områdene som er nevnt ovenfor. Noen av disse er delvis kvittert ut på et overordnet nivå i kapittel tre i dette dokumentet. Andre områder er naturlige å komme tilbake til i løpet av konseptfasen, etter hvert som det foreligger statlige og regionale oppfølgingstiltak.

Regionale strategiprosesser

Helse Midt-Norge har siden 2005 arbeidet med den fremtidige utformingen av spesialisttilbudet i regionen. Det er vedtatt en strategisk handlingsplan for perioden 2006-2010, og det er gjennomført et eierstrategiprojekt i flere faser, hvor foreløpig siste fase finner sin konklusjon i løpet av 2007. Det regionale foretaket har basert sitt strategiarbeid på å "samle det vi må, og spre det vi kan", for å ivareta



Opptaksområde for Helse Midt-Norge

hensynet både til nærhet til tilbudet for visse brukergrupper, og til kvalitet og nødvendig spesialisering.

Styret for Helse Midt-Norge har vedtatt at det fortsatt skal være åtte somatiske sykehus i Helse Midt-Norge, og at alle sykehusene skal ha lokalsykehusoppgaver. Fordeling av ulike tilleggsfunksjoner mellom sykehusene i regionen er blitt utredet gjennom flere strategiprojekter i 2006-2007, knyttet blant annet til fødetilbudet, røntgen- og laboratorietjenester, og til det akuttkirurgiske tilbudet ved sykehusene i Namsos, Orkdal, Molde, Kristiansund og Volda.

De vedtakene som omhandler tilbud som gis i Helse Nordmøre og Romsdal, er i tråd med den funksjonsdeling som så langt er gjort i det lokale foretaket:

- Helse Midt-Norge har vedtatt at fødetilbudet ved både Molde sjukehus og Kristiansund sykehus skal være på fødeavdelingsnivå, men at tilbudet kan vurderes på nytt dersom det skulle oppstå en vesentlig svikt i fødselstall over tid.
- Regionalt vedtak om organisering av det akuttkirurgiske tilbudet er utsatt på grunn av den nasjonale utredningen om lokalsykehusenes rolle. Saken kommer opp i det regionale styret igjen senere i 2007. I dag er det felles vaktlag ved hvert av de to sykehusene for ortopedisk og bløtdelskirurgisk akuttberedskap.
- Helse Nordmøre og Romsdal har i dag et bredt tilbud innen laboratorietjenester. Den regionale strategiprosessen som omhandler laboratorietjenestene i regionen har så langt ikke ført til noen endringer i tilbudet.
- Det regionale vedtaket om røntgentjenester er i tråd med dagens ordning i Helse Nordmøre og Romsdal, hvor det har vært et utstrakt vaksamarbeid mellom sykehusene siden år 2000.
- Det skal utarbeides en plan om funksjoner som kan flyttes ut av St. Olavs Hospital. Dette kan få konsekvenser for tilbudet ved alle sykehusene i regionen.

Fullstendig ordlyd for styret i Helse Midt-Norge sitt vedtak om eierstrategiprosessen er gjengitt i Appendiks E.

Samarbeid med Helse Nordmøre og Romsdals naboforetak

Samarbeid og oppgavedeling med Helse Sunnmøre er i stor grad avklart. Helse Sunnmøre er kjent med planer og fremdrift i arbeidet med Nye Molde sjukehus gjennom regelmessige møter. Tilsvarende er også samarbeidet med St. Olavs Hospital, både i forhold til lokalsykehusfunksjonen og universitetssykehuset, i stor grad avklart. Eventuelle endringer i funksjonsdeling mellom Helse Nordmøre og Romsdal og naboforetakene vil i all hovedsak skje innenfor rammen av eierstrategiarbeidet i Helse Midt-Norge, som vist til ovenfor.

Handlingsplan 2006-2010

Styret for Helse Midt-Norge vedtok i mai 2006 en handlingsplan med seks strategiske satsningsområder som skal prioriteres av sykehusene i regionen:

1. Psykisk helsevern og rusbehandling
2. Sammenhengende behandlingstilbud
3. Kronisk syke og syke eldre
4. Trygghet og tilgjengelighet ved akutt sykdom
5. Dokumentasjon og synliggjøring av kvalitet
6. Bedre bruk av tilgjengelige ressurser

For å nå målene knyttet til de ulike satsningsområdene er det avgjørende at sykehusene, sammen med primærhelsetjenesten, skaper en bedre sammenheng i behandlingstilbudet og derigjennom øker både faglig og pasientopplevd kvalitet. Koordinerte og effektive behandlingsforløp, og bedre samordning av ressurser og tilbud internt i sykehuset, står også sentralt for å forbedre ressursutnyttelsen. Dette er i sin tur nødvendig for å kunne omfordele ressurser fra somatikk til psykisk helsevern, noe som er en viktig premis for satsningsområde nr 1. Disse temaene er omtalt i kapittel 3.

Omstrukturering av tilbudet innen psykisk helsevern

Som ledd i arbeidet med å oppfylle målsetningene i den nasjonale Opptrappingsplanen for psykisk helsevern omstruktureres tilbudet i regionen slik at brukerne i større grad får et tilbud i eget foretaksområde. Helse Nordmøre og Romsdal har i tillegg til eget opptaksområde også ivaretatt deler av tilbudet til befolkningen som hører til Helse Sunnmøre. I Helse Sunnmøre bygges tilbudet nå opp parallelt med at kapasiteten reduseres tilsvarende i Helse Nordmøre og Romsdal. Det er opprettet et samarbeidsprosjekt med Helse Sunnmøre for å sikre at pasientene får de tjenestene de skal ha i omleggingsperioden.

I forbindelse med omstillingen vil tilbudet dreies mer fra langtidsinnleggelse i sykehuspsykiatrien over til løsninger som i større grad lar brukerne oppholde seg i eget nærmiljø der de gis et helhetlig tilbud. Dette ivaretas delvis gjennom den planlagte etableringen av distriktpspsykiatriske sentra i Molde og Kristiansund, og delvis gjennom endrede behandlingsformer i sykehusdelen av psykisk helsevern. Ambulante tilbud og dagbehandling /gruppebehandlingstilbud er delvis etablert, og skal utgjøre en vesentlig del av fremtidig virksomhet. Tilbudet innen alderspsykiatri er utvidet i hht planene i handlingsprogrammet.

Konsekvensene for Nye Molde sjukehus er i første rekke et redusert arealbehov til psykisk helsevern, og endrede krav til det arealet det fortsatt er behov for. Som for somatikken må løsningene tilpasses optimale pasientforløp, i tett samarbeid med primærhelsetjenesten. Disse forholdene er videre omtalt i kapittel 3.

Intern funksjonsdeling i Helse Nordmøre og Romsdal

Funksjonsdelingsprosesser i det lokale foretaket er forankret i nasjonale og regionale føringer. Ved overgangen til helseforetak eksisterte det allerede en funksjonsdeling mellom Molde sjukehus og Kristiansund sykehus, blant annet innen psykisk helsevern, nevrologi og tilbudet til barn og unge. Det samlede tilbudet ble vurdert på nytt i 2004, og styret for Helse Nordmøre og Romsdal vedtok i juni samme år å spisse tilbudet ytterligere innen noen subspecialiteter, blant annet innen elektiv kirurgi og nefrologi. Felles AMK-sentral ble også etablert samme år. I 2006 vedtok styret for Helse Nordmøre og Romsdal at det skal opprettes et foretaksdekkende tilbud innen spesialisert rehabilitering og fysikalsk medisin ved Kristiansund sykehus, i tråd med den regionale handlingsplanen for dette området.

Lokale vedtak om funksjonsdeling i Helse Nordmøre og Romsdal er gjengitt i Appendiks F.

Ytterligere muligheter for funksjonsdeling i Helse Nordmøre og Romsdal begrenses av nasjonale føringer og regionale vedtak. De fleste av tilbudene som fortsatt finnes ved begge sykehus anses å høre til lokalsykehusfunksjonen slik den per i dag er definert av Helse Midt-Norge. Øvrige tilbud som finnes begge steder, og eventuelle endringer i disse, er kun i begrenset grad dimensjonerende for et nytt sykehus. Det vil være viktigere for det samlede

arealbehovet å konkretisere endringer som følge av at dagens tilbud gis på en annen måte (se kapittel 3 – Virksomhetsidè), og å vurdere hensiktsmessige løsninger for de ikke-kliniske støttetjenestene. Dette vil bli gjort nærmere i konseptfasen. Der vil prosjektet også oppdatere vurderingen av hvilke konsekvenser nasjonalt, regionalt og evt. lokalt strategiarbeid får for utvikling av tilbudet ved Molde sjukehus.

1.3 Kapasitetsvurderinger - Dimensjonering

Befolkningsutvikling

Helse Nordmøre og Romsdal har ansvaret for spesialisthelsetjenestene for kommunene i Romsdal og på Nordmøre, med unntak av Rindal kommune som er lagt til St. Olavs Hospital.

Tallmaterialet i dette avsnittet er hentet fra utredningsarbeidet for Samla Plan 03 (oversikt over gjennomførte utredninger finnes i utrykte vedlegg). Tallgrunnlaget vil bli oppdatert og konklusjonene vurdert på ny i det videre arbeidet med konseptfasen/ hovedfunksjonsprogrammet.

Folketallet i kommunene i foretaksområdet har vært relativt konstant siden 1990. Prognosene fram til 2020 viser en svak økning i folketallet.

For foretaksområdet er tallene presentert for midtkommuner og randkommuner.

Midtkommunene er definert som:

Kristiansund, Molde, Frei, Averøy, Tustna, Smøla, Tingvoll, Nesset, Sunndal, Gjemnes, Eide, Fræna og Aukra

Randkommuner er definert som:

Surnadal, Halså, Aure, Rauma, Vestnes, Midsund og Sandøy

Befolkningsutviklingen 1990 - 2003

Tabell 1.3.1 Folketalsendringer i perioden 1990 – 2003. Kilde SSB

	1.1.90	1.1.95	1.1.00	1.1.02	1.01.03	Endring %	
						1990-2003	2000 - 2003
Helse Nordmøre og Romsdal	115 130	115 063	114 477	114 279	114 365	-0,7	-0,1
Herav:							
Midtkommunene	85 862	86 262	86 380	86 527	86 722	1,0	0,4
Randkommuner	29 268	28 801	28 097	27 752	27 643	-5,6	-1,6

Urbaniseringsgraden i området kan ha konsekvenser i planleggingssammenheng, derfor har vi sett spesielt på utviklingen i befolkningstallene i Kristiansund/Frei og Molde.

Kristiansund/Frei, Molde	44 980	45 834	46 092	46 112	46 323	3,0	0,5
---------------------------------	--------	--------	--------	--------	--------	-----	-----

I perioden fra 1990 til 2003 har folketallet i foretaksområdet blitt redusert med ca 800 personer. Endringene varierer fra kommune til kommune, men det er en generell tendens at folketallet i randkommunene har gått noe ned og at midtkommunene og byene totalt sett har hatt en liten og jevn økning i perioden.

Befolkningsprognoser

Tabell 1.3.2 Befolkningsfremskrivning MMMM-2002. Kilde SSB

	2002	2010	2015	2020	Endring 2002-20
Foretaksområdet	114 279	115 429	116 178	117 352	2,7 %
Midtkommuner	86 527	88 139	89 085	90 239	4,3 %
Randkommuner	27 752	27 290	27 093	27 113	-2,3 %
Kr.sund/Frei, Molde	46 101	47 619	48 389	49 175	6,7 %

Fremskrivningene med basisår 2002 viser en lavere befolkningsvekst enn SSB sine fremskrivninger med basisår 1999. Størst vekst (> 4 %) er forventet i kommunene Molde, Fræna, Eide og Frei.

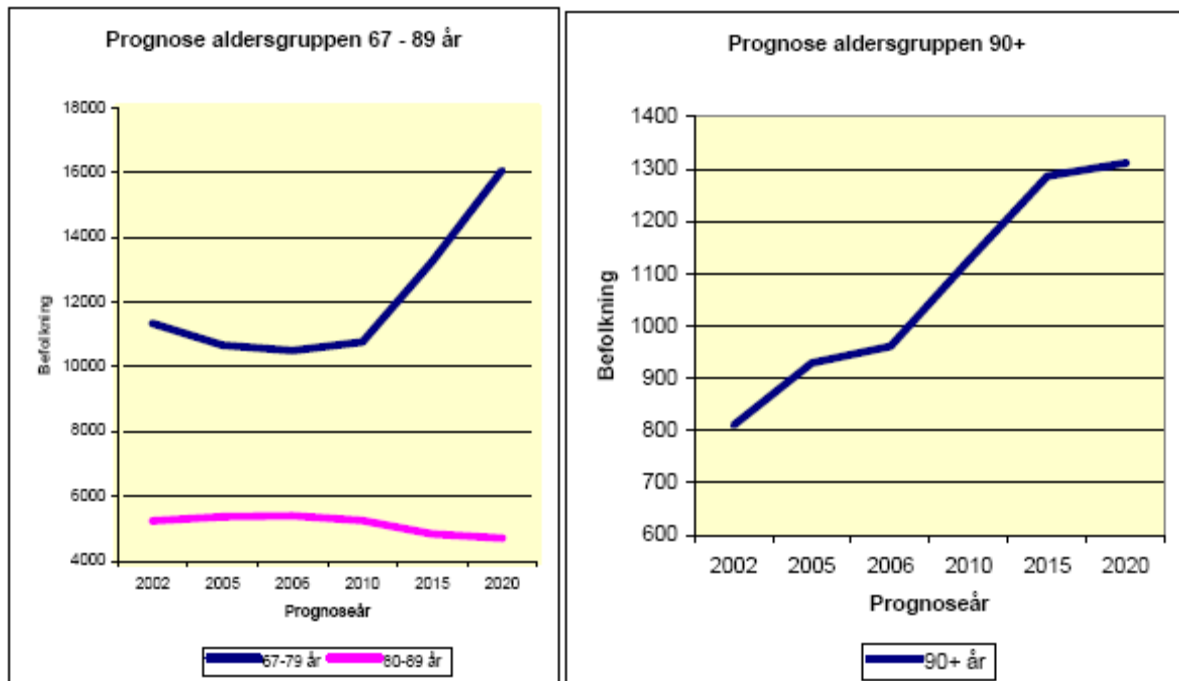
Med visse lokale forskjeller er det i foretaksområdet, som i resten av fylket, en klar utvikling med nedgang i yngre alderskull og økning i de eldre aldersgruppene. For byene og landkommuner med befolkningsvekst slår utviklingen med økning i de eldre aldersgruppene sterkest ut i slutten av perioden (etter 2015).

Det er forventet at veksten i aldersgruppene over 85 år blir noe lavere enn landsgjennomsnittet – dette har sammenheng med at fylket allerede har en relativ høy andel eldre.

Tabell 1.3.3 Endringer i relativ aldersfordeling 2002 – 2020. Kilde SSB – alt. MMMM

Aldersfordeling	0-19 år	20-44 år	45-66 år	67+ år
	2002 ➡ 2020	2002 ➡ 2020	2002 ➡ 2020	2002 ➡ 2020
Foretaksområdet	26,2 ➡ 23,1	32,2 ➡ 29,1	26,4 ➡ 29,4	15,2 ➡ 18,8
Midtkommuner	26,3 ➡ 23,2	32,6 ➡ 29,3	26,5 ➡ 29,1	14,7 ➡ 18,5
Randkommuner	26,0 ➡ 22,7	30,7 ➡ 28,4	26,3 ➡ 28,8	17,0 ➡ 20,1
Kr.sund/Frei, Molde	25,9 ➡ 22,6	33,3 ➡ 29,7	27,0 ➡ 29,4	13,8 ➡ 18,3

Fig 1.3.1 Prognose 67-89 år. Kilde SSB. Fig 1.3.2. Prognose aldersgruppe. 90+. Kilde SSB.



Framskrivningene indikerer med andre ord totalt sett et relativt stabilt, svakt økende befolkningsgrunnlag der økningen skjer i de mer sentrale deler av opptaksområdet.

Forbruk av sykehustjenester for befolkningen i Helse Nordmøre og Romsdal

Aktivitet i Helse Nordmøre og Romsdal

Tabell 1.3.4 Aktivitet i Helse Nordmøre og Romsdal i 2006

	Innlagte pasienter	Liggedager	Dag-behandling	Polikliniske konsultasjoner
Helse Nordmøre og Romsdal – somatikk	16.611	90.369	9.466	110.683
Molde sjukehus – somatikk	9.556	49.336	4.735	68.800
Helse Nordmøre og Romsdal – psykisk helsevern	1.352	42.167	36	45.564
Molde sjukehus – psykisk helsevern	1.117	34.035	36	28.765

Tabellen viser den samlede aktiviteten i Helse Nordmøre og Romsdal samlet og aktiviteten ved Molde sjukehus i 2006.

Bruk av sykehustjenester for befolkningen i helseforetaksområdet

Tabell 1.3.5 Befolkningen i Helse Midt-Norge sin bruk av sykehustjenester (opphold/polikliniske konsultasjoner pr 1000 innbygger). Tall fra 2005

Helseforetaksområde	Døgn- opphold	Dag behandling	Sum opphold	Polikliniske konsult.
Helse Nordmøre og Romsdal	193	105	298	933
Helse Midt-Norge	184	102	286	830
Landet	183	111	294	744

Tabellen viser befolkningen i Helse Nordmøre og Romsdal sitt foretaksområde sin bruk av sykehustjenester i relasjon til Helse Midt-Norge og landet forøvrig

Tabellen viser at befolkningen i Helse Nordmøre og Romsdal har relativt mange døgnopphold på sykehus (5 % høyere enn landsgjennomsnittet) og polikliniske konsultasjoner, mens bruk av dagbehandling er lavere enn gjennomsnittet i landet. Nordmøre og Romsdal har relativt mange eldre over 80 år. Forbruket av sykehustjenester blant de eldre over 80 år er likevel lavere enn gjennomsnittet i Helse Midt-Norge.

Pasientstrømmer for befolkningen i helseforetaksområdet

Tabell 1.3.6 Pasientstrømmer for befolkningen i Helse Midt-Norge

Helseforetaksområde	Eget HF	Andre HF i Helse Midt- Norge	Utenfor Helse Midt-Norge
Helse Sunnmøre	83,4	7,1	9,6
Helse Nordmøre og Romsdal	72,6	19,7	7,7
St. Olavs Hospital	90,7	0,9	8,4
Helse Nord-Trøndelag	78,6	14,8	6,6

Tabell 1.3.6 viser hvor pasientene fra de ulike foretaksområdene i Helse Midt-Norge ble behandlet i 2005. Som det går fram av tabellen ble 72,6 % av pasientene fra Nordmøre og Romsdal behandlet ved sykehusene i foretaksområdet.

Andelen av pasienter fra Nordmøre og Romsdal som har blitt behandlet ved sykehusene i Nordmøre og Romsdal har vært relativt stabil, med en viss økning i andelen pasienter som blir behandlet ved St. Olavs Hospital. Årsaken til at mer enn 25 % av sykehusoppholdene skjer ved sykehus i andre HF-område har sammenheng med funksjonsfordeling og kortere reiseavstand til andre sykehus for deler av befolkningen. Videre kan ordningen med fritt sykehusvalg føre til at pasienter velger behandling ved andre sykehus.

Helse Nordmøre og Romsdal har størst "lekkasje" av pasienter fra randkommunene til andre helseforetak. Befolkningsprognosene viser nedgang i folketallet i randkommunene, mens befolkningen i sentrale områder, der det er mindre "lekkasje", vil øke. Dette kan føre til at en større del av befolkningen i foretaksområdet i årene framover blir behandlet ved helseforetakets to sykehus. Nye planlagte veiløsninger, som Langfjordtunnelen og Møreaksen, vil også bedre transportmulighetene til Kristiansund sykehus og Molde sjukehus.

Behovet for spesialisthelsetjenester

Heldøgnsopphold

Framskrivning av behovet for heldøgnsopphold i Møre og Romsdal i Samla Plan 03 går fram av tabell 1.3.7. Framskrivningen er hentet fra utredningen "Regional styringsinformasjon" og viser en fordeling av heldøgnsopphold fordelt på aldersgrupper ved sykehusene i Møre og Romsdal. Framskrivningen er beregnet etter forbruksnivået i 2002 og endringer som følge av forandringer i befolkningens størrelse og sammensetning (SSB – MMMM)

Tabell 1.3.7 Framskrivning heildøgn Møre og Romsdal 2000 - 2020

Framskrivning 2000 - 2000				Endring i fra - basis 2000	
Alder	2000	2010	2020	2010	2020
0 - 15 år	4 430	4 399	4 244	-0,7	-4,2
16 - 49 år	13 067	12 699	12 532	-2,8	-4,1
50 - 66 år	7 314	9 424	9 704	28,8	32,7
67 - 79 år	8 807	7 969	11 576	-9,5	31,4
80+	5 378	5 942	5 522	10,5	2,7
SUM	38 996	40 433	43 578	3,7	11,7

Endringer i befolkningsutvikling og delvis også i sykелighet forklarer bare en mindre del av etterspørselen etter helsetjenester. Endringer i behandlingstilbudet vil ha størst innvirkning på etterspørselen. Teknologiutviklingen og den medisinske utvikling medfører

- bedre klinisk effekt – raskere resultat og mindre risiko
- flere kan behandles
- større andel dagbehandling og polikliniske behandling
- reduksjon av liggetid døgnpasienter

Når det gjelder konsekvensene for spesialisthelsetjenesten, representerer den fremtidige utviklingen innenfor førstelinje og halvannenlinjetjenesten ytterligere en usikkerhetsfaktor. I vurderingene har en lagt til grunn at utviklingen i Helse Nordmøre og Romsdal sitt foretaksområde er lik for Kristiansund sykehus og Molde sjukehus.

Innleggelser, operasjon og dagbehandling

Med utgangspunkt i befolkningsutviklingen ble det forventet en økning i innleggelser på ca 9 % frem til år 2020. Liggetid pr pasient er forutsatt noe redusert, mens det forventes en vesentlig økning i dagbehandling i denne framskrivningen. Det er ikke korrigeret for befolkningens relative høge forbruk av spesialisthelsetjenester. Dette forholdet vil bli grundig vurdert i konseptfasen.

Polikliniske konsultasjoner

Befolkningen i Nordmøre og Romsdal har et relativt høyt forbruk av polikliniske konsultasjoner. Med bakgrunn i den relative andelen polikliniske konsultasjoner er det ikke

realistisk å forvente den samme økningen i Helse Nordmøre og Romsdal som ellers i landet fram mot år 2020.

I Samla Plan 03 forutsettes en årlig økning på 0,5 % i polikliniske konsultasjoner, dvs. en økning på 10 % fra 2000 til 2020.

Behov for behandlingsskapitet

Sengekapasitet – somatikk

Kapasitetsvurderingene er her gjort for den samlede kapasiteten i Helse Nordmøre og Romsdal (Kristiansund sykehus – Molde sjukehus).

Samla Plan 03-utredningen konkluderte med et potensiale for effektiviseringstiltak som kunne føre til en reduksjon av sengetallet med ca 35 ordinære senger og ca 17 plasser for dagbehandling inkludert dialyseplasser i Helse Nordmøre og Romsdal. Tabell 1.3.8 viser utviklingen som Samla Plan 03 konkluderte med.

Tabell 1.3.8 Behov for sengekapasitet – somatikk - Behovet relaterer seg til 85 % utnyttelsesgrad av sengekapasiteten

	Innleggelser	Forslag	Helse Nordmøre og Romsdal - senger i dag
Innleggelse, vanlig seng	70 230	226 (251)*	286
Innleggelse pasienthotell	3 043	14	0
Observasjonsenhet	3 392	11	0
Sum senger		251 (276)	286
Dagbehandling	5 120	15	31
Sum sengekapasitet		265 (290)	317

* Økt sykdomsinsidens og prevalens kan gi et økt behov på 25 senger, tall i parentes

I Samla Plan 03 forutsettes at reduksjonen i antall senger skjer ved ulike rasjonaliseringstiltak:

- endringer i antall innleggelser og liggedager
- overføring av pasienter til sykehjem og rehabilitering
- endringer ved bruk av dagbehandling
- pasienthotell
- observasjonsenhet
- Distriktsmedisinsk Senter (DMS)
- forbedringer i operasjoner og røntgenundersøkelser
- utvidet åpningstid
- forbedringer i samhandling med primærhelsetjenesten

En del av rasjonaliseringstiltakene ble forutsatt oppnådd gjennom bedre utskrivingsrutiner og overføring av pasienter til et annet behandlingsnivå (kommunehelsetjeneste/DMS). I Samla Plan 03- utredningen ble det påpekt at en ikke hadde gode tall for kostnadene med organisering og tilrettelegging av behandlingstilbudet på et lavere nivå. I utredningen forut-

satte en likevel at dette rasjonaliseringstiltaket ville gi kostnadsreduksjoner og effektivisering internt for Helse Nordmøre og Romsdal og samtidig kostnadsreduksjon i den totale behandlingsskjeden.

Økt sykdomsinsidens og prevalens er i Samla Plan 03 vurdert til å kunne øke kapasitetsbehovet, se tabell 1.3.8. Som vist ovenfor knytter det seg en del usikkerhet til behovsutviklingen på noen områder.

Sengekapasitet – Psykisk helsevern

Tilbudet innen psykisk helsevern vil som opplyst i punkt 1.2 bli omstrukturert for å oppfylle målsetningene i den nasjonale Opptrappingsplanen for psykisk helsevern. Ansvaret for en del av tilbudet blir overført gradvis til Helse Sunnmøre i perioden 2006 - 2010.

Omstruktureringen i tjenestetilbudet vil føre til en vesentlig reduksjon i antall senger i Helse Nordmøre og Romsdal innen psykisk helsevern. Det videre arbeidet med konseptfasen vil drøfte mer inngående usikkerhetsmomenter rundt kapasitetsvurdering og rasjonaliseringsiltak, og vil konkretisere sengekapasiteten som blir lagt til grunn ved byggingen av Nye Molde sjukehus.

1.4 Behov for nytt sykehus i Molde

Behovet for nye sykehusarealer

Molde sjukehus er lokalisert på Lundavang og Hjelset. Bygningene som brukes er i hovedsak oppført i perioden 1913-1960. Behovet for nye arealer for Molde sjukehus er dokumentert i flere utredningsarbeider – senest i Samla Plan 2003, hvor behovet for opprusting av dagens bygningsmasse på Lundavang og Hjelset (og for Kristiansund sykehus) er vurdert særskilt. Utredningen viser at det er til dels svært store kvalitetsforskjeller på den samlede bygningsmassen. Trange lokaler og rigide byggetekniske løsninger gjør det vanskelig å modernisere og effektivisere driften, og det er avdekket et betydelig vedlikeholdsetterslep. I arbeidet med prosjektbeskrivelsen er vurderingene blitt oppdatert per 2007. Konklusjonen er at det blir stadig mer krevende å gi et godt medisinsk tilbud ved dagens Molde sjukehus.

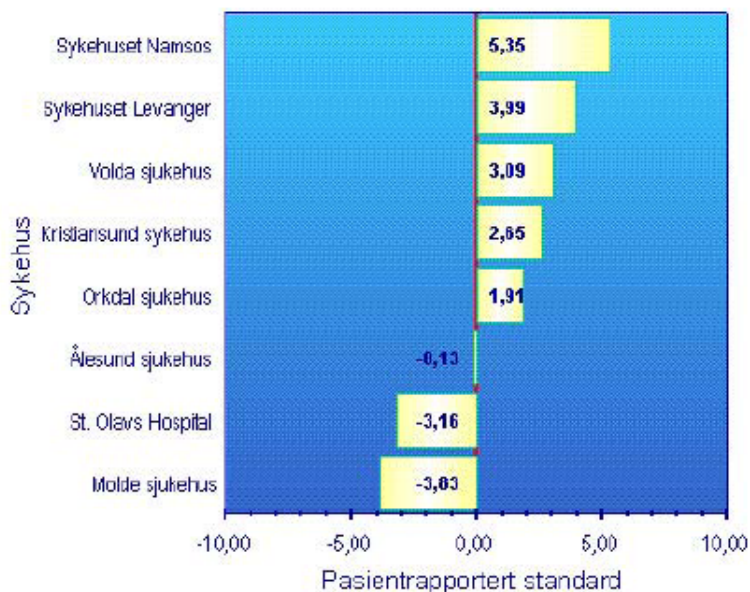
Under er nå-situasjonen beskrevet ut fra

- Pasient/pårørendeperspektivet
- Forhold som berører kvaliteten på tilbudet
- Ansatte/personalperspektivet
- Forhold som påvirker effektiv drift av kliniske funksjoner og støttefunksjoner

Pasient/pårørendeperspektivet

I en regional pasienttilfredshetsundersøkelse utført i 2002 scorer Molde sjukehus lavest i Helse Midt-Norge når det gjelder pasientrapportert standard, og dårligere enn ”gamle” St. Olavs Hospital. Undersøkelsen er utført blant pasienter ved medisinske og kirurgiske sengeposter i Midt-Norge, og illustrerer den generelle fysiske standarden ved sykehusene.

Figur 1.4.1. – Indikator for pasientrapportert standard ved sykehusene i Helse Midt-Norge.



Figuren viser sykehusenes avvik fra regionsnitt, justert for pasientsammensetning. *Pasientopplevelser i Helse Midt-Norge. Pasienter innlagt i somatiske sykehus.* Utredningsrapport nr 5/2003, HELTEF (Stiftelse for helsetjenesteforskning)

Utredningene gjort i forbindelse med Samla Plan 2003, og vurderingene gjort i 2007, viser at den pasientopplevde standarden ved Molde sjukehus på Lundavang påvirkes vesentlig av blant annet følgende forhold:

- Sengeområdene har en meget lav funksjonell standard, med om lag 12 m² nettoareal per seng, mot 24 m² ved nye St. Olavs Hospital, og 2-3 toaletter per 25-sengs sengepost.
- Manglende ventilasjon og solavskjerming fører til dårlig inneklima
- Svært høy andel flersengsrom, og mangel på samtalerom, fører til brudd på taushetsplikten, noe som bryter med gjeldende lovverk.
- Liten mulighet til å skjerme pårørende til alvorlig syke, generelt og i forbindelse med vanskelige samtaler
- Det er ikke tilfredsstillende adgang til poliklinikkarealer for rullestolbrukere
- Utilfredsstillende transportlogistikk medfører at alvorlig syke pasienter må transporteres gjennom sterkt trafikkerte områder av sykehuset

Forhold som berører kvaliteten på tilbudet

Flere av de forholdene som er nevnt under pasient/pårørendeperspektivet innvirker også på den medisinskfaglige kvaliteten Helse Nordmøre og Romsdal kan tilby pasienter ved dagens Molde sjukehus. I tillegg kommer blant annet følgende momenter.

- Manglende dusj/toaletter, svært høy andel flersengsrom og utstrakt mangel på isolater medfører hygieneproblemer og bidrar til epidemier. Mangel på dusj og toaletter gjelder også en del av bygningene på Hjelset. Generelt krever utbedring av sanitærforholdene at hele rørsystemet i byggene også skiftes ut.

- Det er en uheldig sammenblanding av pasienttransport og annen trafikk i korridorer og i den vertikale trafikksøylen. Heisbatteriet representerer en flaskehals som har betydning for pasientsikkerheten.
- Dagens løsninger for rengjøring av senger er utilfredsstillende.
- Det er ikke avfallsrom på sengepostene.
- Det er ikke mulighet for skjerming av pasienter med eventuell smitte som tas inn på poliklinikk.

Ansatte/personalperspektivet

- Utilfredsstillende løsninger for pasienthåndtering (eksempelvis er det ikke plass til å installere løfteanordninger), samt ulike provisoriske løsninger skaper ekstra påkjenninger for pasienter og ansatte.
- Flere rom i dagens sykehus har fått HMS kode 1 pga slett standard. Noen støttefunksjoner er lokalisert i bygg med kun midlertidig godkjennelse. Garderobe- og pauseromfasiliteter er utilstrekkelige.
- Den tekniske standarden er til dels svært dårlig, og bærer preg av bygningenes alder og manglende oppgraderinger.
- Stadig oppussing/flikking på eksisterende bygningsmasse skaper støy og forverrer inneklimaet vesentlig. Generelt oppfattes arbeidsforholdene som kontra-rekrutterende.

Forhold som påvirker effektiv drift av kliniske funksjoner og støttefunksjoner

- Fysiske begrensninger (aksebredde, vindusplassering m.v.) skaper uhensiktsmessige og utilstrekkelige løsninger for eksempelvis sengehåndtering. Dette medfører vesentlig merarbeid.
- Mangelen på toaletter medfører økt pleiebehov i forbindelse med hygiene.
- Mangel på undersøkelsesrom vanskeliggjør det kliniske arbeidet og kan forlenge opphold.
- Bygningsmassens manglende fleksibilitet og mangel på areal begrenser muligheten for rasjonell utnyttelse av bemanningen.
- Spredt bebyggelse, spesielt på Hjelset, med stor avstand mellom byggene, skaper tungvinte og arbeidskrevende driftsløsninger for støttetjenester.
- Nytt, plasskrevende medisinskteknisk utstyr lar seg vanskelig integrere i eksisterende bygg

Flere av de ovennevnte punkter representerer brudd på arbeidsmiljøloven. Det foreligger flere pålegg om utbedringer.

Kristiansund sykehus

Som vist i figur 1.4.1 oppleves standarden ved Kristiansund sykehus som vesentlig bedre enn ved Molde sjukehus, noe som understøttes av de bygningsmessige utredningene som er gjort. Det vil likevel være behov for oppgradering av deler av bygningsmassen på sikt. Mer informasjon finnes i dokumentasjonen for disse utredningene som vist til i utrykte vedlegg.



Kristiansund sykehus

Muligheten for gjenbruk av eksisterende bygningsmasse

Bygningene på Lundavang består av rigide betong-konstruksjoner som gir klare begrensninger for tilpasning til moderne funksjonelle løsninger. Smale korridorer, lav takhøyde, rigid vindusplassering, og manglende eller trange sjakter for vertikale føringer skaper ytterligere utfordringer. Det er heller ikke mulig å skape tilfredsstillende interne trafikk-løsninger, spesielt for pasienttransport, innenfor eksisterende areal uten uforholdsmessig kostbare tiltak.

Ombygging til moderne sykehusdrift vil i praksis være så omfattende at byggekostnad pr kvm vil nærme seg nybyggkostnad. Fortsatt vil man ha redusert funksjonalitet i forhold til nybygg, og arealbruken vil være høyere. Dette gir høyere FDV-kostnader samtidig som dårligere funksjonalitet også gir merkostnader for driften for øvrig.

Utredningsfirmaet Medivi anbefalte i 2003 nybygg som den mest rasjonelle løsningen for sykehusets sengearealer, og for å skape tilfredsstillende vertikale og horisontal transportruter. For andre deler av driften vil gammel bygningsmasse i prinsippet kunne gjenbrukes. Til dels vesentlig ombygging vil da være nødvendig, og løsningen vil gi lavere grad av fleksibilitet og generalitet enn nye bygg. Den vil også øke kvadratmeterbehovet.

Tidligere i kapitlet er det vist at en del fremtidige demografiske og medisinske behov og krav ikke er fullt ut kjent i dag. Det er derfor nødvendig å skape fleksibilitet i bygningsmassen for å kunne omstrukturere tilbudet etter hvert som behovene endres i sykehusets levetid. Ombygde arealer vil ha lavere fleksibilitet og være mindre egnede for slik omstilling, og forventes derfor å ha kortere levetid enn nybygg.

1.5 Areal – Grunnlag for beregning av investeringsbehov

I tidligfasen er det vanlig å beregne investeringsbehovet på grunnlag av anslag for brutto gulvareal (BTU), og på erfaringstall for prosjektkostnad pr kvm BTU. Investeringskostnadene styres derfor i hovedsak av størrelsen på sykehuset.

I SP-rapportene er det gjort arealberegninger, og det er utarbeidet et Hovedfunksjonsprogram i 2001. Forutsetningene for beregningene som er gjort i disse dokumentene er imidlertid ikke lenger fullt ut relevante, og arealtall kan derfor ikke hentes ut direkte fra disse dokumentene som grunnlag for idèfasen.

I forbindelse med Konsekvensutredningen (KU) i 2005 ble det gjort grove arealvurderinger på grunnlag av dagens arealsituasjon sammenholdt med vurderinger gjort i Samla Plan 03. KU la til grunn et areal på 45.000 m² BTU for Nye Molde sjukehus.

Arealet er basert på at dagens tjenestetilbud skal opprettholdes. I ettertid er det vedtatt omstrukturering innen psykisk helsevern som vil medføre arealreduksjon. På den annen side er det indikasjoner på at andre forhold kan gi økt arealbehov (se kulepunkter nedenfor).

Arealene som Molde sjukehus disponerer i dag, inkludert areal som vi leier, er ca 55.000 m². Når Knausensenteret blir tatt i bruk vil det frigjøres 4.000 m² av dette arealet, inkludert areal som vi leier. Innen psykisk helsevern er ca 5.000 m² av arealet ikke i bruk, slik at arealet som skal erstattes med nybygg utgjør ca 46.000 m². Det er listet opp en rekke faktorer som kan føre til endringer i arealbehovet; både økning og reduksjon. Det er en ambisjon å effektivisere arealbruken ved Nye Molde sjukehus-

Etter en samlet vurdering har en i denne fasen funnet det hensiktsmessig å legge 45.000 m² BTU til grunn for beregning av investeringsbehov, til tross for de usikkerhetsmomentene som finnes.

Helse Nordmøre og Romsdal har som et overordnet mål å minimalisere driftskostnadene innenfor overordnede forutsetninger og krav om god behandling for pasientene, gode arbeidsplasser, og gode byplanmessige og estetiske løsninger. Det vil derfor være sterkt fokus på å redusere arealet. Kanskje kan en bygge Nye Molde sjukehus med et areal lavere enn 45.000 m² BTU, men med de usikkerhetene en fortsatt sitter med kan en heller ikke se bort fra høyere arealtall.

Usikkerhetene kan illustreres med følgende lister over forhold som kan krympe arealet og/eller øke arealet:

Forhold som kan gi redusert arealbehov

- kortere liggetid
- reduksjon av antall innleggelser gjennom tiltak for mottaksorganisering/observasjonspost, økt dagbehandling og poliklinikk
- pasienthotell/lettpost
- økt åpningstid i poliklinikk, røntgen, mm
- samhandling med 1.linjetjenesten (kommunene)/mer utadrettet virksomhet
- omstrukturering av psykisk helsevern som følge av vedtatt overføring av ressurser til Helse Sunnmøre og ny DPS-struktur.

Forhold som kan gi økt arealbehov

- eldrebølgen
- økning av dagbehandling og poliklinikk (gir isolert sett for disse funksjonene en arealøkning)
- eksisterende sykehus er trangt og ufunksjonelt, og mangler viktige fasiliteter som bad/WC. Etablering av moderne fasiliteter vil i denne sammenheng ha arealøkende effekter. Et eksempel på dette er sengeområdene som har om lag 50 % av areal pr seng i forhold til andre nye sykehus.

- nytt sykehus skal ha god fleksibilitet og generalitet. Dette vil forutsette en viss grad av standardisering av noen rom og arealer. Dette vil ha en tendens til økning av nettoareal.
- moderne sykehus har normalt høyere brutto-/netto-faktor enn eldre sykehus.

Det er fortsatt usikkerhet om noen støttefunksjoner: eksempelvis omfang av lagerfunksjon lokalt, sett i forhold til eventuelt sentrale vedtak om sentrallager, samt bygging av kjøkken innenfor prosjektets rammer, eller forsyning fra eksternt kjøkken. Disse, og eventuelt andre tilsvarende spørsmålsstillinger, kan både øke og redusere arealbehovet.

Arbeidet med konseptfasen vil gi en mer presis arealvurdering for Nye Molde sjukehus.

1.6 Oppsummering – tilbud, kapasitet, bygningsmasse og fremtidige arealvurderinger

Nye Molde sjukehus planlegges ut fra dagens lokale og regionale funksjonsdeling, og ut fra statlige rammer for lokalsykehusene. Befolkningsutvikling, pasientstrømmer og bruk av sykehustjenester tilsier økte krav til noen typer spesialisthelsetjenester. Den strategiske utviklingen av tilbudet, representert blant annet ved seks regionale satsningsområder, tilsier også et behov for omstrukturering av tilbudet for å møte nye forventninger. Det er videre usikkerhet om hvordan noen forhold, blant annet eldres behov for spesialisthelsetjenester, vil utvikle seg. Dette stiller store krav til fleksibiliteten i et fremtidig sykehus. Flere utredninger har vist at dagens bygningsmasse, i tillegg til å være utilfredsstillende fra et driftsperspektiv, også mangler nødvendig fleksibilitet for fremtidig omstilling, selv med kostbare og kapasitetsreducerende ombygginger. Dagens Molde sjukehus er med andre ord ikke egnet til å møte fremtidens utfordringer i eget opptaksområde. Et nytt sykehus vil kunne gi tilbudet til befolkningen på en vesentlig mer arealeffektiv måte og kunne omstille driften i tråd med endringer som inntreffer i sykehusets levetid. I arbeidet med konseptfasen vil dette konkretiseres ytterligere.

2. Utredninger og vedtak om nytt sykehus i Molde

2.1 Tidligere utredninger

Det første planarbeidet for nytt sykehus i Molde startet allerede i 1985. Det har vært gjennomført 3 større utredninger i 1985, 1999 og 2003. I dette dokumentet blir mye av informasjonen hentet fra utredningsarbeidet som er gjennomført i perioden 2002 – 2006 (hoveddokument Samla Plan 2003 og fra Konsekvensutredningen for nytt sykehus i Molde (KU) fra 2005).

Møre og Romsdal fylkesting vedtok 11. desember 2001 å bygge nytt Molde sjukehus på Lundavang til en kostnad på 3 mrd. kroner. Det ble ikke gjennomført en nærmere vurdering av organiseringen av sykehusstilbudet i Romsdal og på Nordmøre før beslutningen.

Mandat - Vedtak i styret for Helse Nordmøre og Romsdal

Styret i Helse Nordmøre og Romsdal vedtok i sitt første styremøte i januar 2002 å utrede nærmere sykehusstrukturen for Helse Nordmøre og Romsdal før en gikk videre med realiseringen av det nye sykehuset. Styret gjorde følgende vedtak (sak 05/02) - utdrag:

”Styret ønsker å gjøre en selvstendig vurdering mht. hensiktsmessige fremtidige investeringer. Styret ber derfor om at det blir utarbeidet en samla plan for foretaket, etter 2 alternativ:

1. *Delt løsning for sykehusene i Molde og Kristiansund*
2. *Felles løsning for sykehusstilbudet i foretaket”*

Samla Plan 03 som ble gjennomført i 2002 – 2003, konsentreres om tre mulige løsninger:

- Ett felles sykehus i Helse Nordmøre og Romsdal
- To likeverdige sykehus med full beredskap på begge steder.
- To sykehus – der det ene har full beredskap, mens det andre har redusert beredskap.

Styret vedtok i møte 5. desember 2002 og 6. mars 2003 utvidelser av mandatet som skulle sikre et bedre beslutningsgrunnlag for sykehusstrukturvalget.

Mandatene er gjengitt i sin helhet i Appendiks A.

2.2 Vedtak om sykehusstrukturen i Helse Nordmøre og Romsdal HF

Vedtak i Helse Nordmøre og Romsdal HF

Utredningen om sykehusstrukturen i Helse Nordmøre og Romsdal ble lagt fram til behandling høsten 2003. Styret for Helse Nordmøre og Romsdal gjorde vedtak om at foretaket skal utvikles etter en modell ett foretak med to sykehus, der det opprettholdes et bredt sykehusstilbud i begge bykommuner.

Helse Midt-Norge fulgte raskt opp styret i Helse Nordmøre og Romsdal sitt vedtak. Styret behandlet den framtidige sykehusstrukturen i sitt styremøte 19. januar 2004 – sak 06/04, og gjorde slikt vedtak (utdrag):

”Styret for Helse Midt-Norge RHF gir sin tilslutning til at Helse Nordmøre og Romsdal HF skal utvikles etter en modell ett foretak med to sykehus, der det opprettholdes et bredt sykehusstilbud i begge bykommuner.”

Fullstendige vedtak i begge styrene går fram av Appendiks B.

Brev fra Helsedepartementet 18. juni 2004

Helse Midt-Norge fulgte opp vedtaket med et brev til helsedepartementet 26. januar 2004. Helsedepartementet gir sitt svar i brev av 18. juni 2004 der det bl.a. heter:

”Departementet registrerer at det synes å være gjort et grundig forarbeid blant annet mht. behovsbilde og mulige løsninger, men understreker at økonomiske realiteter nå bør være tungtveiende for Helse Midt-Norge og det lokale helseforetaket ift. videre ”veivalg”.”

2.3 Utredningsalternativer for nytt sykehus i Molde

Alternative utredninger – sykehusstruktur

Utbygging av nytt sykehus utløser krav om konsekvensutredning (KU) etter Plan- og bygningsloven. Utredningsplikten påligger Helse Nordmøre og Romsdal som tiltakshaver for sykehuset. Molde kommune som planmyndighet er ansvarlig myndighet ved behandlingen av KU. Molde kommune avgjør om utredningsplikten er oppfylt.

Det er utredet 4 lokaliseringalternativer:

1 A Lundavang

Løsningen som er lagt til grunn i Samla Plan 03, forutsetter at det bygges en ny hoved-vestibyle og en ny fløy med sengeposter. Det må også bygges nytt areal for tjenestetilbudet innen psykisk helsevern som forutsettes flyttet fra Hjelset til Lundavang. Videre blir den gamle sykehusbygningen oppgradert til god standard i et langsiktig perspektiv. Løsningen vil gi en god del ny bygningsmasse, men forutsetter likevel bruk av bygningsmassen som ble tatt i bruk i 1960. Den gamle bygningsmassen vil fortsatt være lite fleksibel. Løsningen vil ikke gi mulighet for samme effektive ressursutnyttelse som et helt nytt sykehusbygg vil gi. Forholdene for ansatte og pasienter vil likevel bli langt bedre enn i dagens bygningsmasse. I KU ble det lagt til grunn et helt nytt sykehus (kfr. 1C og 1D) og riving av det gamle sykehuset på Lundavang.

1 B Hjelset

Hjelset-alternativet forutsetter en ny somatisk sykehusenhet på Hjelset og delvis nytt areal for tilbudet innen psykisk helsevern som er på Hjelset. Noe av tilbudet på Hjelset vil fortsette i renoverte bygninger. Deler av arealet i dag er forutsatt rehabilitert til bruk for administrasjon mm. Utbyggingen vil gi et langt større nybyggareal enn løsningen på Lundavang, noe som øker muligheten for å lage gode behandlingsforløp. Hjelset ligger 2 mil øst for Lundavang og

ett nytt Molde sjukehus her gir størst transportmessige konsekvenser. Det ble vurdert 2 ulike tomteplasseringer for et eventuelt sykehus på Hjelset.

1 C Eikrem

Eikrem-alternativet, som alternativ 1D – Lergrovik, forutsetter at det blir bygd et helt nytt Molde sjukehus med samlokalisering av tjenestetilbudet innen somatikk og psykisk helsevern. Et sykehus på Eikrem og Lergrovik gir de beste mulighetene for å lage gode behandlingsforløp. Helse Nordmøre og Romsdal eier ikke arealene verken på Eikrem eller Lergrovik. Eikrem ligger sentralt i Molde by.

1 D Lergrovik

Tilsvarende forhold gjelder for dette alternativet som for Eikremalternativet. Lergrovik og Eikrem ligger svært nær hverandre i luftlinje.

2.4 Lokalisering av nytt sykehus i Molde

Vedtak i Molde kommunestyre 30. mars 2006

Molde kommune behandlet konsekvensutredningen i møte 30. mars 2006 (sak 17/06 – Nye Molde sykehus – Konsekvensutredning og tilråding av tomtevalg). Molde kommune gjorde følgende vedtak – (utdrag 3 av 7 punkt):

- ”1. *Molde kommune godkjenner Konsekvensutredningen datert 23.09.05 fra Helse Nordmøre og Romsdal HF for Nye Molde sjukehus.*
4. *Konsekvensutredningen med støtte i høringsuttalelsene peker på en rekke uheldige konsekvenser ved å velge alternativet Lundavang. Molde kommune vil derfor frarå at denne tomten blir valgt til bygging av Nye Molde sjukehus.*
5. *Når tomt for Nye Molde sjukehus skal velges må de vurderingene som fremkommer i konsekvensutredningen tillegges vekt. Avgjørende for valg av tomt må likevel være hensynet til pasientene og mulighetene for utforming av et fremtidsrettet tilbud og en kvalitativt god spesialisthelsetjeneste for regionen. Hensynet til hurtigst mulig realisering må også vektlegges. Molde kommune støtter derfor helseforetakets valg av Hjelset som sted for lokalisering av Nye Molde sjukehus.”*

Vedtak – Lokalisering av Nye Molde sjukehus

Styret for Helse Nordmøre og Romsdal behandlet valg av tomt for det nye sykehuset i Molde i møte 15. juni 2006 (sak 38/06). Styret gjorde vedtak om å bygge nytt Molde sjukehus, med både somatisk og psykiatrisk enhet, på Øvre Eikrem.

Styret for Helse Midt-Norge behandlet saken om valg av tomt for det nye sykehuset i Molde i møte 26. juni 2006 (sak 56/06). Styret gjorde følgende vedtak:

”Styret for Helse Midt-Norge RHF gir sin tilslutning til at Nye Molde sjukehus med både en somatisk og psykiatrisk enhet bygges på Øvre Eikrem ved Molde og at sykehuset på Lundavang avvikles og eiendommen avhendes. Utbyggingskonseptet forutsettes utredet nærmere og forelagt styret som sak.

Styret forutsetter at det psykiatriske sykehustilbudet på Hjelset avvikles og eiendommen avhendes. Det forutsettes at utviklingen av nytt psykiatrisk sykehustilbud utredes nærmere, herunder omfang og lokalisering av enkeltfunksjoner. Styret forutsetter at utbyggingen av det psykiatriske sykehustilbudet gis prioritet.

Styret forutsetter at saken forelegges Helse- og omsorgsdepartementet.”

Fullstendige vedtak i Molde kommunestyre og styrene for Helse Nordmøre og Romsdal og Helse Midt-Norge er gjengitt i Appendiks C og D.

2.5 Mandat for arbeidet med å realisere Nye Molde sjukehus

Styret for Helse Nordmøre og Romsdal opprettet i møte 14. desember 2006 et eget prosjektstyre som fikk i oppgave å realisere Nye Molde sjukehus.

Prosjektstyret som er ledet av administrerende direktør i Helse Nordmøre og Romsdal HF, fikk følgende mandat:

- ”1. *Prosjektstyret skal sørge for realisering av prosjektet Nye Molde sjukehus. Nye Molde sjukehus må planlegges i samsvar med de til en hver tid gjeldende nasjonale og regionale føringer og vedtak i styret for Helse Nordmøre og Romsdal HF.*
2. *I realiseringen av prosjektet skal en legge vekt på å utvikle kvalitative gode tilbud som sikrer pasienten sammenhengende behandlingsskjeder og ansatte gode arbeidsforhold.*
3. *Nye Molde sjukehus må utvikles med største mulig fleksibilitet som sikrer et framdriftsrettet pasienttilbud.*
4. *Prosjektstyret skal påse at hensynet til gode økonomiske driftsløsninger blir ivare tatt i utformingen av Nye Molde sjukehus.*
5. *Prosjektstyret skal sørge for framdrift slik at vedtatte framdriftsplan i sak 53/06 holdes.*
6. *Prosjektstyret skal utarbeide årlige budsjett for arbeidet med Nye Molde sjukehus, og godkjenne hvordan den budsjetterte rammen skal disponeres.*
7. *Prosjektstyret skal sørge for gode rapporteringsrutiner og at prosjektet holder seg innenfor de budsjetterte rammer.*
8. *Prosjektstyret må sørge for at arbeidet med Nye Molde sjukehus organiseres slik at interne og eksterne aktører blir trekt med i arbeidet på en funksjonell og god måte.*
9. *Prosjektstyret skal sørge for at det blir utarbeidd kommunikasjonsstrategier som sikrer god informasjon om alle sider ved prosjektarbeidet.”*

Styret for Helse Midt-Norge har bevilget 15 mill. kroner i 2007 til Helse Nordmøre og Romsdal til finansiering av planleggingsarbeidet for det nye sykehuset.



Fra konsekvensutredningen for nytt Molde sjukehus. Eksempel på plassering av mulig bygningskropp på tomten på Eikrem.

3. Virksomhetsidé for Nye Molde sjukehus

3.1 Innledning

Kapittel 1 har pekt på noen utfordringer i utviklingen av spesialisthelsetilbudet på lokalsykehusnivå, blant annet knyttet til behovet for fleksible bygningsløsninger og en omfordeling av ressurser til nye satsningsområder. I dette kapitlet beskrives de seks hovedsøyler for organiseringen og utviklingen av det nye sykehuset. Internasjonale og nasjonale utviklingstrender innen medisin, teknologi og IKT påvirker sykehusstilbudet; likeså befolkningens forventninger til helsetjenester og ikke minst demografiske endringer. Med en tidshorisont på tre – fire tiår framover må virksomhetsidéen for Nye Molde sjukehus være framtidsrettet, med organisatoriske og strukturelle løsninger som ivaretar et godt faglig tilbud innenfor realistiske økonomiske rammer. Det må være en tjeneste der god faglig kvalitet og kompetanse kombineres med driftsøkonomiske gode løsninger. Det må også være en tjeneste som tilpasser seg behovene etter hvert som disse skifter.

Forutsetninger

Nye Molde sjukehus planlegges ut fra de spesialistfunksjoner og den faglige kompetansen sykehuset har i dag. Sykehuset skal legge vekt på Helse Midt Norges satsingsområder for lokalsykehus, særlig psykisk helsevern, syke eldre og kronisk syke og trygghet og tilgjengelighet ved akutt sykdom. Målet er å gi lokalbefolkningen trygge og forutsigbare spesialisthelsetjenester av god kvalitet. Dette vil skje i nært samarbeid med og i relasjon til de andre helseforetakene i vår region, spesielt St Olavs Hospital. Virksomheten skal være forankret i nasjonale krav og standarder, herunder blant annet Spesialisthelsetjenesteloven, som sier:

”§ 3-8. Sykehusenes oppgaver

Sykehus skal særlig ivareta følgende oppgaver:

1. pasientbehandling,
2. utdanning av helsepersonell,
3. forskning og utvikling
4. opplæring av pasient og pårørende”

3.2 En fremtidsrettet sykehusmodell

Nye Molde sjukehus skal være et fleksibelt og effektivt lokalsykehus som trekker veksler på de beste løsninger nasjonalt og internasjonalt. Sykehusmodellen vil derfor fremstå annerledes både mht organisering og struktur i forhold til dagens modell. Organisasjonen vil i mye større grad være utadrettet og gi pasienter tilgang til spesialisthelsetjenester der de bor. Spesialisthelsetjeneste og primærhelsetjeneste får flere møteplasser og 1 ½ linjetjeneste kan utvikles. Særlig gjelder dette tilbud ovenfor den eldre befolkningen, der spesialisthelsetjenesten må ut og finne felles løsninger sammen med primærhelsetjenesten. Det kan være aktuelt at kommunehelsetjenesten får areal nær det nye sykehuset både med tanke på felles organisering av sykehjem og for organisering av hjemmebaserte tjenester. På denne måten skapes møteplasser for å løse felles utfordringer.



Sykehuset skal ha en struktur der pasienter raskt får avklart sin tilstand. Dagbehandling og poliklinikk konsultasjon foretrekkes der dette er faglig og driftsøkonomisk gode alternativer. Innleggelser skjer kun når det er nødvendig. Pasienthotell benyttes i utstrakt grad. Ved innleggelsen legges vekt på tidlig aktivering av pasientens egne ressurser. Elektive og øyeblikkelig hjelp pasientstrømmer skilles. Dette gir mer effektiv og forutsigbar drift. Sykehuset har FAM (felles akuttmottak), observasjonspost og tilgang på støttefunksjoner, som utgjør ”det lite akutt sykehuset” i det store sykehuset.

Sykehusets funksjoner organiseres for en mest mulig effektiv logistikk mht pasientstrømmer, ansatte og varer. Det vil legges vekt på å finne flerbruksområder for rom og arealer. Nye bygningsløsninger vil gjøre det mulig å skape et bedre organisert sykehus. Sykehuset vil være innrettet mot standardisert behandlingsforløp for de vanligste sykdommene i befolkningen. God kompetanse, telemedisinske løsninger, integrering av ulike fagfelt og vektlegging av forskning og fagutvikling vil også gjøre sykehuset konkurransedyktig mht nisjefunksjoner og virke positivt mht rekruttering.

Morgendagens pasienter vil i enda større grad enn i dag kreve å ha kontroll over eget utrednings og behandlingsforløp. Den gamle rollen der pasienten var et objekt som passivt mottok informasjon fra helsevesenet, er erstattet av den aktive pasienten som forventer å bli sett som den han er. Pasienten vil forstå kunnskap om sykdom, slik at det blir integrert, og gir størst mulig mestring og best mulig livskvalitet. Når pasienten føler seg behandlet som et likeverdig individ, er dette starten på egen mestring.

3.3 Virksomhetsidé - hovedsøyler

Nye Molde sjukehus skal organiseres ut fra 6 hovedsøyler:

- En utadrettet behandlingsfilosofi.
- Respekt for pasienten og godt arbeidsmiljø for ansatte.
- God kompetanse gir trygghet til pasientene.
- Tett samarbeid mellom Nye Molde sjukehus og Høgskolen i Molde.
- Fleksibilitet og endringsvillighet.
- Samling av psykisk helsevern og somatikk.

Virksomhetsidéen vil i konseptfasen bli utarbeidet med utgangspunkt i disse hovedsøylene.

En utadrettet behandlingsfilosofi

Et viktig aspekt i en fremtidsrettet behandlingsfilosofi er et tett og nært samarbeid mellom pasient, pårørende, primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Målet må være at pasienten opplever en sammenhengende behandlingsskjede, der de ulike nivåene samarbeider godt gjennom hele forløpet.

Spesialisthelsetjenesten må ut med sine tjenester for å møte både pasient og primærhelsetjeneste. Sammen må vi finne gode løsninger på problemstillinger som i dag ofte ender opp med innleggelse som den tradisjonelle løsning. Dette er et felles ansvar.

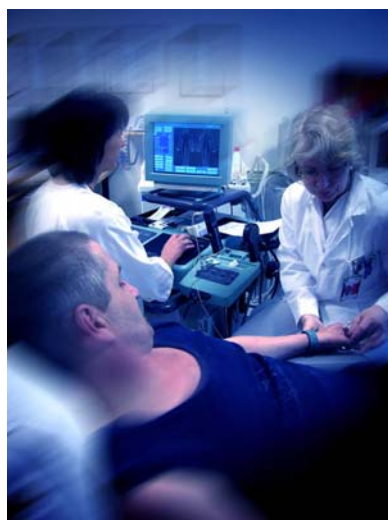
Alle fag utfordres til å ha ambulerende (utadrettede) tjenester innrettet på:

- Samarbeid om nyoppståtte, uavklarte tilstander.
- Støtte, stabilisering og rehabilitering der folk bor.
- Utredninger som av hensyn til pasient gjøres best i nærmiljøet.
- Forebygging og opplæring av pasient, pårørende og helsepersonell.

Spesialisthelsetjenesten må særlig utvikle samarbeidet med institusjonene i primærhelsetjenesten (sykehjem, omsorgsboliger etc.). IKT-løsninger, telemedisin og tett samarbeid mellom spesialisthelsetjeneste og primærhelsetjenesten vil styrke forebygging, utredning og behandling med lokal forankring.

Tjenester som er særlig aktuelt å desentralisere er:

- Tjenester med høyt volum som egner seg for lokal oppfølging.
- Kontroller etter sykehusbehandling.
- Tjenester med lavt volum der det gagnar pasienten pga alder eller helsetilstand.
- Tjenester der det er særskilt behov for samarbeid og kompetanseoverføring.
- Tjenester hvor bruk av telemedisin er spesielt egnet.
- Lærings- og mestringstilbud.



Teknologiske løsninger

I det nye sykehuset vil Helse Nordmøre og Romsdal etablere telemedisinske tjenester og oppfordre og inspirere at dette etableres i kommunene. Vi kan påta oss en generell informasjons-, opplærings-, og rådgiverrolle vis a vis kommunene.

Eksempler på telemedisinske løsninger:

- Elektroniske henvisninger og epikriser.
- Lab/prøvesvar.
- Videokonferanser med legekontor og sykehjem for diagnostikk og behandling.
- Oversende røntgenbilder og ultralyd for tolkning.
- Undervisning og opplæring.

Akutt versus planlagt, elektiv virksomhet

Virksomhetsidéen innebærer felles akuttmottak der primærhelsetjeneste/ legevakt og sykehusfunksjoner er samlokalisert. Legevakslegen skal kunne bruke observasjonsposten og ha tilgang til støttefunksjonene. Det skal være god kompetanse (erfaren lege/ spesialist) i sykehusmottak med tilgang til observasjonspost og grunnleggende diagnostiske støttefunksjoner som medisinsk biokjemi og radiologi. Tanken er at pasienter som trenger en rask avklaring av sine symptomer, møter et utadrettet sykehus med god kompetanse i front. Elektive pasienter (planlagte innleggelser) skal ikke gjennom mottakelsen, men gå rett til avdeling for innskriving.

Modellen vil i større grad sile elektiv og akutt pasientstrøm. Dette vil gi mer rasjonell og forutsigbar drift, og dermed totalt sett et bedre pasienttilbud.

Primærhelsetjeneste og pårørende inviteres inn i sykehuset

Ansatte i primærhelsetjenesten, pasienter og pårørende inviteres til:

- Lærings- og mestringstiltak.
- Undervisning/opplæring/hospitering.
- Samarbeid om fagutvikling.
- Samarbeid om utvalgte pasienter og pasientgrupper.

Enerom gjør at pasienter og pårørende kan være sammen i alle deler av utrednings- og behandlingsforløpet – et viktig aspekt i alle faser, men kanskje særlig i en palliativ fase.

Poliklinikk/dagbehandling/pasienthotell

I tråd med utviklingen ser vi at en stadig større del av pasientbehandlingen foregår som dagbehandling og i form av polikliniske tilbud. Dette må innarbeides i planer og dimensjoner for Nye Molde sjukehus. Det er også viktig å ta stilling til hvilke pasientgrupper som kan ha nytte av et pasienthotell.

Det skal legges til rette for at polikliniske tilbud i størst mulig grad kan gis desentralisert, der dette er faglig likeverdig og ressurseffektivt sammenlignet med tradisjonelle helsetilbud.

Respekt for pasienten og godt arbeidsmiljø for ansatte

Møtet mellom pasient og helsearbeider skal være preget av respekt, trygghet, serviceinnstilling og vennlighet. Tilbudet skal være oversiktlig, tilgjengelig og forutsigbart. Konfidensialitet skal ivaretas i alle ledd. Godt arbeidsmiljø, kultur og trivselstiltak skal føre til at pasienter føler seg ønsket og velkommen. Ansatte skal ha en god arbeidsplass som legger til rette for god pasientbehandling og faglig utvikling.

Konkret betyr dette bl.a.:

- Felles akuttmottak, ett sted å henvende seg for akutt syke, både for somatikk og psykisk helsevern. Det vil bli tatt hensyn til at noen pasientgrupper av ulike grunner kan gå rett til avdelingen, eller har behov for spesielt skjerming i mottaket.
- God kompetanse i akuttmottak som i større grad avklarer akutte tilstander.
- Planlagte og forutsigbare pasientforløp.
- Observasjonspost for akutt syke for avklaring av tilstand, behov og videre behandling/ oppfølging
- Pasienthotell for utvalgte pasientgrupper og pårørende.
- Enkeltrom for dem som trenger innleggelse i sengepost.
- Fleksibilitet og samarbeid om bruk av senger og sengeressurser.
- Fellesrom, der også ulike kunst- og kulturinnslag kan komme til uttrykk.

God kompetanse gir trygghet til pasientene

Molde sjukehus har bred faglig kompetanse, der de ulike spesialiteter har mangeårig erfaring og tradisjon for drøfting av komplekse pasientrelaterte problemstillinger via formelle og

uformelle møteplasser. Framtidig samlokalisering av psykisk helsevern og somatikk i Nye Molde sjukehus vil utvide og videreutvikle dette samarbeidet i grenseflaten mellom psykisk helsevern og somatikk.

Fagfolk av alle kategorier utgjør kompetansen i helsevesenet. Dette må tas vare på ved å legge til rette for utdanning, videreutdanning og forskning. Bevisste og målrettede tiltak for å sikre de ansatte utviklings- og videreutdanningsmuligheter er et viktig rekrutteringsfremmende tiltak. I tillegg vil det i økende grad være nødvendig å skolere og stimulere de ansatte til å tenke mer i retning av standardiserte utrednings- og behandlingsforløp. Det vil være aktuelt at vi utdanner fagpersonell til nye oppgaver der realkompetansen vektlegges mer enn den formelle kompetansen. Eksempler på dette er:

- Sykepleiere driver selvstendig poliklinikk, slik bl.a. fysioterapeuter og noen spesialsykepleiere gjør i dag.
- Alle faggrupper med spesialkompetanse driver ambulant virksomhet.
- Kontoransatte har ansvaret for koordinering av standardiserte behandlingsforløp.
- Leger med spesialisert kompetanse til å vurdere å behandle et bredt spekter av problemstillinger i akuttinntak og observasjonspost.

Det er også helt nødvendig at den utadrettede virksomheten har en bred faglig kompetanse i sykehuset å støtte seg på.

Tett samarbeid mellom Nye Molde sjukehus og Høgskolen i Molde

Nye Molde sjukehus vil utvikle sine tjenestetilbud gjennom samarbeid med universitets- og høgskolemiljø. Høgskolen i Molde vil spesielt være aktuell å samarbeide om bl.a.:

- Videreutdanning av personell for å sikre kompetansen i hele behandlingsskjeden, både for sykehuset og primærhelsetjenesten.
- Samarbeid mellom sykehuset og høgskolen vil kunne stimulere til forskningsaktivitet.
- Opprettelse av en "høgskoleklinikk", der en sammen med primærhelsetjenesten kan utvikle helhetlige pasientforløp. Dette bør være et satsingsområde i det nye sykehuset. Det er nærliggende å velge eldre som satsingsområde for denne klinikken. Høgskolen og sykehuset har allerede kompetanse på dette området. Kommende demografiske endringer vil ha betydning for alle fagfelt, ikke kun for grensespesialiteten geriatri innen indremedisin. Aktiviteten kan evalueres og generere forskningsproblemstillinger i relasjon til:

- | | |
|---------------------------|----------------------------|
| ○ Faglig kvalitet | ○ Logistikk |
| ○ Kompetanse på rett sted | ○ IKT |
| ○ Pasienttilfredshet | ○ Driftsøkonomi og ledelse |
| ○ Pasientforløp | |

Fleksibilitet og endringsvillighet

En utadrettet spesialisthelsetjeneste må, i større grad enn i dag være en prosessorganisasjon, der samarbeid og samhandling ligger til grunn for tjenestene. Nye pasientgrupper, nye behandlingsmetoder og nye utfordringer må møtes av god kompetanse, som er villig til og har muligheter for å endre seg. Fremtidens helsearbeidere må være fleksible og endringsvillige basert på den løpende utvikling i den vitenskapsbasert kunnskap. Redesign av behandlings-

forløp, fagutvikling og organisatoriske tilpasninger vil være en kontinuerlig oppgave, og de bygningsmessige løsningene må legge til rette for dette.

Samling av psykisk helsevern og somatikk

Omstillingene innen psykisk helsevern vil bl.a. innebære langt færre innleggelser i sykehus enn for få år siden. Tilbudet ved Nye Molde sjukehus vil utvikles i tråd med prinsippene som er nedfelt i Opptappingsplanen for psykisk helsevern. Organisatorisk og fysisk samlokalisering av psykisk helsevern og somatikk blir viktig fordi psykiske og somatiske lidelser ofte henger sammen. Målet er å normalisere psykisk syke og samtidig ivareta den særegne tilnærmingen til denne pasientgruppen. Det vil være en styrke å kunne benytte bredden i kompetansen både fra psykiatriske og somatiske fagfelt. Vi vil utnytte og utvikle felles behandlingsmetodikk og finne kompetanseeffektive og rasjonelle løsninger.

4. Investeringsbehov

4.1 Investeringer i sykehusbygg

Helseforetakene har midler fra følgende kilder til rådighet for finansiering av investeringer etter innføring av ny reform: avskrivningsmidler i basisrammen, lån fra Norges Bank tildelt av Helse- og omsorgsdepartementet, tilskudd til større byggeprosjekter fra Helse- og omsorgsdepartementet og Kunnskapsdepartementet, salg av eiendom og overskudd fra driften.

Avskrivningsmidler

Ved opprettelsen av de regionale helseforetakene ble det fastsatt en åpningsbalanse og et tilhørende nivå på avskrivningsmidlene til de regionale helseforetakene. Avskrivningsmidlene var beregnet å skulle være tilstrekkelig for gjenanskaffelse av 2/3 av verdiene i åpningsbalansen. I Helse Midt-Norge er bevilgningen fordelt mellom sykehusforetakene på samme måte som øvrig basisramme, uavhengig av bygningsmassens reelle tilstand, funksjonalitet og standard ved de ulike helseforetakene. Den samlede bevilgningen er på 482 mill. kroner i 2007. Bevilgningen til avskrivningsmidler er foreslått økt med 1 mrd i perioden 2008-2010 i St.prp.nr.1 2006-2007. Helse Midt-Norge sin andel av denne økningen vil være ca 145 mill. kroner (2007 kroner). De regionale helseforetakene blir etter dette i stand til å gjenanskaffe 80 % av de bygg og det utstyr som ble overtatt i 2002.

Det følger likviditet med avskrivningsmidlene. Denne kanaliseres til helseforetakene i hht til vedtatt regionalt investeringsbudsjett det enkelte år. Avdrag på lån skal likviditetsmessig dekkes av avskrivningsmidler.

Lån fra Helse- og omsorgsdepartementet

Helse- og omsorgsdepartementet tildeler fra 2007 lån på bakgrunn av lånesøknad for det enkelte prosjekt. Som hovedregel gis det ikke adgang til å lånefinansiere investeringer i medisinsk teknisk utstyr, informasjons- og kommunikasjonsteknologi og innledende prosjektplanlegging.

Tilskudd fra Helse- og omsorgsdepartementet

Helse- og omsorgsdepartementet har mulighet til å gi særskilt tilskudd til større byggeprosjekter gjennom vedtak i Stortinget.

Tilskudd fra Kunnskapsdepartementet

Ved etablering av areal for helsefaglig undervisning og forskning i nye sykehusanlegg, kan Kunnskapsdepartementet gi tilskudd til delfinansiering gjennom vedtak i Stortinget.

Salg av eiendom

Investeringer kan finansieres ved salg av eiendom. Salg av eiendom med en verdi over 10 mill. kroner skal godkjennes i foretaksmøte mellom Helse- og omsorgsdepartementet og Helse Midt-Norge.

Eget overskudd i drift

I en situasjon med overskudd i driften og uten samtidig å ha trekk på kassekreditten (netto innskuddsposisjon), vil overskuddet kunne benyttes til finansiering av investeringer.

4.2 Investeringsbehov Samla Plan 2003 – konsekvensanalysen fra 2005

I Samla Plan 03 ble det beregnet investeringskostnader for de alternative modellene for utbygging:

- Sykehusaktivitet på tre steder som i dag (Lundavang, Hjelset, Kristiansund),
- Sykehusaktivitet på to steder (Lundavang og Kristiansund eller Hjelset og Kristiansund)
- Ett felles sykehus i Helse Nordmøre og Romsdal.

Beregningene ble i hovedsak utarbeidet av egne ressurser i samarbeid med innleide konsultantselskap. Beregningene i de to første kulepunktene ble basert på forutsetninger om kombinasjoner av nybygg og renovering / oppgradering av eksisterende areal til ny standard i et langsiktig perspektiv.

Etter at det var fattet vedtak om at det skulle være to sykehus i Helse Nordmøre og Romsdal, ble det i konsekvensutredningen (KU) gjort nye frittstående beregninger av investeringskostnadene for de fire ulike plasseringsalternativene for Nye Molde sykehus som ble utredet jfr pkt 2.3. Disse beregningene ble gjort av Helsebygg Midt-Norge. Korrigert for prisstigning fra 2003 til 2005 viser beregningene i KU av estimatene som ble gjort i Samla Plan 03 var noe for lav for alle alternativene, jfr tabell 4.2.1. Dette skyldes hovedsakelig at en høyere pris pr m² ble lagt til grunn i KU i forhold til i Samla Plan 03, basert på oppdatert kunnskap om investeringskostnader i sykehus.

Tabell 4.2.1 Utredningsalternativ i Samla Plan 03, omregnet til 2007 verdi

Modeller vurdert i Samla Plan 2003	2003-verdi	2005-verdi	Samme kr/m ² som i KU (2005)	2007-verdi
Sykehus på tre steder (ny sengefløy i Molde)	1 041	1 104	1 200	1 313
Sykehus på 2 steder (Kr.sund - Hjelset) Alt nytt	1 491	1 582	1 800	1 969
Ett sykehus i Helse Nordmøre og Romsdal	2 242	2 379	2 800	3 063

Tall i mill. kroner

Først i forbindelse med arbeidet med konsekvensutredningen ble Eikrem lansert som aktuell lokalisering av Nye Molde sjukehus. Beregningene i KU av investeringskostnadene for de fire plasseringsalternativene for Nye Molde sjukehus varierte lite; fra 1,76 mrd kroner til 1,82 mrd kroner, jfr tabell 4.2.2. I KU ble det lagt til grunn et samlet arealbehov på 45.000 m² i det

nye sykehuset. Beregningene i tabellene under er inklusiv merverdiavgift, men uten utstyr og byggelånsrenter.

Tabell 4.2.2 Investeringskostnader - lokaliseringsalternativ for Nye Molde sjukehus i KU

Konsekvensutredning 2005 Plasseringsalternativ for Nye Molde sjukehus	2005- verdi	2007- verdi
Hjelset	1 760	1 925
Lundavang	1 820	1 990
Øvre Eikrem	1 760	1 925
Lergrovik	1 770	1 935

Tall i mill. kroner

4.3 Oppdaterte investeringskostnader for Nye Molde sjukehus

Det mest avgjørende for beregning av investeringskostnadene er arealbehovet i det nye sykehuset og fordelingen av arealet mellom ulike nivå/standarder på bygningsmassen. Hovedfunksjonsprogrammet (høst 07) og skisseprosjektet (vår 08) vil gi svar på om de beregningene som foreløpig er lagt til grunn er realistiske. Med utgangspunkt i at det somatiske tjenestetilbudet ved Nye Molde sjukehus skal opprettholdes og at arealet knyttet til tjenestetilbudet innen psykisk helsevern skal dimensjoneres i henhold til ny plan, bør det samlede arealet som lå til grunn i KU være tilstrekkelig. Det er et uttalt mål å redusere de samlede investeringskostnadene for prosjektet.

Følgende forutsetninger er lagt til grunn for oppdatering av investeringsanslagene gjort i Samla Plan 03 og KU:

Prisstigning

KU la til grunn prisnivået i februar 2005. I det oppdaterte kostnadsanslaget legger vi til grunn at det har vært 9,4 % prisstigning i perioden fram til februar 07 knyttet til investering i bygg (SSB Boligblokk indeks), og 7 % prisstigning på utstyr.

Byggelånsrenter

Verken Samla Plan 03 eller KU la til grunn at prosjektet ville bli belastet med byggelånsrenter. Dette er en urealistisk forutsetning, og derfor har vi lagt til grunn et estimat for byggelånsrenter i det oppdaterte kostnadsanslaget. Den endelige finansieringsprofilen vil være avgjørende for i hvor stor grad prosjektet vil bli belastet med byggelånsrenter.

Eikrem – kostnader til infrastruktur

Etter at vedtaket om tomteplassering for Nye Molde sjukehus på Eikrem ble fattet, har det vært jobbet kontinuerlig med det videre planarbeidet. I Molde kommune sitt forslag til kommunedelplan for området, er et større areal enn først antatt foreslått omregulert til sykehusformål. I tillegg antyder utredningen at det bør legges til grunn en høyere pris for tomteutløsningen enn det som ble forutsatt i KU. I dialogen med samarbeidende instanser (Molde kommune, Statens vegvesen, Møre og Romsdal fylke) framkommer det også at det forventes anleggsbidrag fra Helse Nordmøre og Romsdal både i forbindelse med nødvendige

veiomlegginger (delvis som følge av sykehusplasseringen) og som delfinansiering av erstatningsareal for golfbanen.

Alle alternativene ville i større eller mindre grad medført behov for både tomte-erwerb/innløsning og nye vegløsninger. Beregningene i KU tok utgangspunkt i vurdering av nødvendige tiltak for alternativene. KU konkluderte med at hovedtrafikksystemene var tilfredsstillende som de er i dag for alle alternativene, bortsett fra internt på tomteområdene. Der ble det forutsatt noen tilpasninger og visse oppgraderinger, for eksempel veiomlegging internt på Hjelset, ny Oppdølsbro, oppgradering av deler av Frænaveien herunder gang- og sykkelvei på Eikrem m.m.).

Oppdatert investeringskalkyle

Ovenstående priskorrigeringer og forutsetninger om byggelånsrenter og merkostnader knyttet til infrastruktur, gir et oppdatert kostnadsanslag for investering i Nye Molde sjukehus på Eikrem på 2,34 mrd kroner. Tilsvarende forutsetninger for alternativet med fortsatt drift på både Lundavang og Hjelset gir et oppdatert kostnadsanslag på 1,67 mrd kroner. Dette er det gjort nærmere rede for i pkt 5.2.

5. Konsekvenser ved valg av alternativ

5.1 Vurdering av ulike alternativer

I arbeidet med idèfasedokumentet er det vurdert 3 ulike alternativer, der det ene er et sekundært alternativ til å gjennomføre den vedtatte utbyggingen på Eikrem i en samlet byggeprosess.

Sammenligningsalternativ – Alternativ 0

Alternativ 0 forutsetter at driften videreføres ved Molde sjukehus og Kristiansund sykehus slik som i dag. Dette innebærer en fortsatt delt løsning for Molde sjukehus med sykehusstilbud både på Lundavang og på Hjelset.

På Lundavang må det bygges ny sengefløy og ny adkomst til sykehuset. Videre må øvrig bygningsmasse oppgraderes til et langsiktig perspektiv.

Alternativet innebærer at en ikke får samlokalisert somatikk og psykisk helsevern slik som forutsatt. Arbeidsforholdene og pasientfasilitetene vil bli vesentlig bedre, men delt løsning for somatikk og psykisk helsevern og vesentlig bruk av gammel bygningsmasse fra 1960 vil redusere mulighetene til å lage gode og effektive driftsløsninger.

I Samla Plan 03 ble det vurdert to ulike løsninger for Molde sjukehus under dette alternativet. Den andre løsningen som ble vurdert forutsetter at dagens sengeposter renoveres til god standard ved å bygge dusj og toalett i tilknytning til pasientrommene. En slik ombygging vil redusere sengekapasiteten ved Molde sjukehus med ca 65- 70 senger. For uten meget sjenerende støy og behov for økt renhold i byggeperioden, blir konsekvensen at man må stenge to og to etasjer i perioder for å gjennomføre renoveringen. Løsningen er vurdert som lite aktuell da man ikke vil bli i stand til å ivareta sørge-for ansvaret for befolkningen som følge av vesentlig redusert kapasitet. Løsningen forutsetter nybygg kun for de brakkeriggene Helse Nordmøre og Romsdal har midlertidig godkjennelse for.

Anbefalt alternativ – Alternativ 1

Alternativ 1 innebærer oppfyllelse av vedtaket i styret for Helse Midt-Norge som forutsetter bygging av ett nytt og samlet Molde sjukehus på Eikrem.

Sekundært alternativ

I henhold til veilederen for tidligfaseplanleggingen i sykehusprosjekter bør det vurderes et sekundært utbyggingsalternativ. Vi har vurdert det sekundære alternativet til å være en etappevis utbygging av Nye Molde sjukehus på Eikrem. Alternativet kan gjennomføres enten ved å bygge det somatiske eller det psykiatriske tilbudet først. En annen deling vil gi et enda mer splittet tilbud da Molde sjukehus kan få aktivitet på tre steder; Lundavang, Hjelset og Eikrem. Etappevis utbygging vil føre til at:

- Det må gjøres utbedringer i arealene for de tjenesteområdene som ikke blir flyttet til Eikrem i første etappe. Dette vil øke de samlede investeringene.

- Det er ikke mulig å oppfylle målsetningen om en best mulig integrering av tilbudene, ikke bare bygningsmessig, men også organisatorisk innen somatikk og psykisk helsevern.
- Det skapes usikkerhet om når tilbudet ved Molde sjukehus blir samlet.

5.2 Økonomiske konsekvenser av etableringen av Nye Molde sjukehus

Forutsetninger for økonomiske beregninger

Det er usikkerhet knyttet til mange av faktorene som påvirker de økonomiske beregningene i denne fasen av planleggingen av Nye Molde sjukehus, både når det gjelder investeringskostnadene og de samlede driftsøkonomiske konsekvensene. Dette vil det bli arbeidet inngående med å avklare i det videre utredningsarbeidet. Gjennom arbeidet med Samla Plan 2003 og Konsekvensutredningen 2005 ble det beregnet både et arealbehov for det nye sykehuset og tilhørende investeringskostnader for de ulike alternativene. Disse legges til grunn i idéfasedokumentet.

Som sammenligningsalternativ til den vedtatte løsningen om bygging av Nye Molde sjukehus på Eikrem, brukes dagens delte løsning med fortsatt sykehusaktivitet på Hjelset og på Lundavang. Alternativ 0 forutsetter, som gjort rede for innledningsvis i dette kapitlet, bygging av ny sengefløy og ny hovedinngang ved Molde sjukehus og ellers renovering/oppgradering av dagens areal i et langsiktig perspektiv. I tabellen under er investeringskostnadene for begge alternativene justert i henhold til oppdatert investeringsbehov, som gjort rede for i kapittel 4. Investeringer i utstyr forutsettes å være lik for begge alternativene, og estimatet for utstyrsinvesteringer er basert på erfaringstall. Tilleggs-kostnadene knyttet til infrastruktur forutsettes også å være de samme for begge alternativene. Byggelånsrenter vil påløpe for begge alternativene, men i mindre grad i alternativ 0 da den samlede investeringen er noe lavere. Begge løsningene forutsetter areal for det samme tjenestetilbudet.

Tabell 5.2.1 Oppdaterte investeringskostnader alt 0 og alt 1

	Estimat alt 0	Estimat alt 1	Referanse:
Areal	47.000 m ²	45.000 m ²	SP 03/KU 05
<i>Investeringer:</i>			
Kostnad areal/grunnerverv	1 313	1 925	KU 05
Kostnad utstyr	240	240	5.350 kr/m ²
Kostnad tillegg grunnerverv	0	20	Nye anslag 07
Kostnad tillegg infrastruktur	25	25	Nye anslag 07
Byggelånsrenter	92	130	Låneandel ca 70 %
Sum investering	1 670	2 340	
Salgsgevinst	0	150	KU 05
Netto investering	1 670	2 190	

Alle kronebeløp i mill. kroner (2007-kroner)

Med disse forutsetningene vil investeringene i bygg være ca 2,34 mrd kroner for det vedtatte alternativet med nytt sykehus på Eikrem, og ca 1,67 mrd kroner for sammenligningsalternativet med fortsatt delt lokalisering av det somatiske og psykiatriske tjenestetilbudet ved Molde sykehus. Differansen i investeringskostnader mellom alternativene er ut fra dette ca

670 mill. kroner. Salgsgevinst ved avhendelse av Lundavang og Hjelset er imidlertid forutsatt å skulle inngå i finansieringsgrunnlaget for alternativ 1. Korrigert for dette er differansen i netto investeringskostnader mellom alternativene ca 520 mill. kroner.

Det sekundære alternativet, som innebærer en etappevis utbygging av Nye Molde sjukehus på Eikrem, vil i utgangspunktet ha de samme samlede investeringskostnadene som alternativ 1, men spredt over flere år. Tilleggs kostnader som likevel må påregnes er utbedringskostnader for areal som ikke blir flyttet til Eikrem i første omgang, samt at det vil kunne være fordyrende å ikke gjennomføre hele byggeprosessen samlet. Det er foreløpig ikke beregnet konkret hva dette vil kunne utgjøre i tilleggsinvesteringer. Fordelen med at investeringskostnadene spres over flere år er utelukkende knyttet til likviditetsmessige forhold. Dersom Lundavang må benyttes flere år med dette alternativet i forhold til alternativ 1, vil det ta lengre tid før salgsgevinsten kan inngå i finansieringsgrunnlaget.

Det vil med dette alternativet ta lengre tid før hele virksomheten er samlet, og dermed også lengre tid før det samlede økonomiske gevinstpotensialet knyttet til samlet og samordnet drift av hele virksomheten kan forventes tatt ut.

Siden det foreløpig ikke er regnet konkret på hva dette alternativet innebærer, verken i samlede investeringskostnader eller tilhørende driftskostnader, brukes ikke dette alternativet som sammenligningsgrunnlag for de økonomiske vurderingene i idefasedokumentet.

Økte driftskostnader – sammenligning mellom alternativ 0 og alternativ 1

Ved sammenligning mellom de driftsøkonomiske konsekvensene av investeringene (økte avskrivnings- og rentekostnader) i de to alternativene, er det lagt til grunn følgende forutsetninger:

- Helse Nordmøre og Romsdal får minimum tildelt likviditet knyttet til sin andel av avskrivningsrammen i hele byggeperioden for begge alternativene.
- Ved bygging på Eikrem forutsettes salgssummen fra Lundavang og Hjelset å inngå i finansieringsgrunnlaget. I idéfase har vi lagt til grunn de samme beregninger av salgssummene som i konsekvensutredningen, korrigert for at vi beholder noen boligbygg på Lundavang.
- Det er illustrert hvordan økte rentekostnader påvirkes med samme låneandel av de samlede investeringskostnadene knyttet til investeringene.
- For nye bygg er det lagt til grunn en avskrivningstid på 40 år, mens det for renoverte bygg er lagt til grunn en avskrivningstid på 25 år. Utstyr avskrives over 9 år. Dette er de samme forutsetningene som er lagt til grunn ved St. Olavs Hospital fase 2.

Tabellen under viser differansen mellom økte driftskostnader (avskrivninger og renter) under forutsetning om ulike låneandeler for de to alternativene i år 1, dvs det året med den høyeste lånebelastningen og dermed de høyeste rentekostnadene gitt uforandret rentenivå i låneperioden.

Tabell 5.2.2 Differanse i årlige økte driftskostnader mellom alternativene – år 1

Nye Molde sjukehus	Låneandel 75 %	Låneandel 50 %	Låneandel 25 %
Netto økte avskr kostnader alt 0	27 145	27 145	27 145
Netto økte avskr kostnader alt 1	32 178	32 178	32 178
Rentekostnader alt 0	61 740	41 745	20 873
Rentekostnader alt 1	87 772	58 511	29 256
Sum økte driftskostnader finans alt 0	88 885	68 890	48 017
Sum økte driftskostnader finans alt 1	119 950	90 689	61 433
Differanse	31 065	21 799	13 416

Avskrivningskostnader

Begge alternativene vil gi en vesentlig økning i avskrivningskostnadene i forhold til dagens nivå. Forskjellen i avskrivningskostnad mellom alternativene er likevel ikke vesentlig (ca 5 mill. kroner). Den største økningen i avskrivningskostnadene er knyttet til investeringene i medisinsk teknisk utstyr, som er lik for begge alternativene. For bygningsmassen er en kortere gjennomsnittlig avskrivningstid lagt til grunn i alternativ 0 (oppgradering/renovering), noe som gir en relativt høyere avskrivningskostnad.

Rentekostnader

Rentekostnadene utgjør den største økningen i driftskostnadene ved realisering av nytt sykehus i Molde. Med en låneandel på 75 % av investeringskostnadene vil rentekostnadene være ca 88 mill. kroner det første året for alternativ 1 og ca 62 mill. kroner for alternativ 0. Rentekostnadene vil være høyest de første årene. En enkel beregning med forutsetning om at lånene opptas som serielån som nedbetales over 20 år og med en rente på 5 %, tilsier at rentekostnadene allerede etter 5 år er redusert med 25 % i forhold til det første driftsåret. Dette betyr at de driftsøkonomiske konsekvensene som følge av låneopptak letter relativt fort, jfr tabellen under.

Tabell 5.2.3 Utvikling av rentekostnader ved serielån

	2014	2019	2024
Alternativ 0			
Låneandel 75 % - årlig rentekostnad	61 740	46 305	30 870
Låneandel 50 % - årlig rentekostnad	41 745	31 309	20 873
Låneandel 25 % - årlig rentekostnad	20 873	15 654	10 436
Alternativ 1			
Låneandel 75 % - årlig rentekostnad	87 772	65 829	43 886
Låneandel 50 % - årlig rentekostnad	58 511	43 883	29 256
Låneandel 25 % - årlig rentekostnad	29 256	21 942	14 628

Prosjektets største usikkerhet ved beregning av økte driftskostnader er knyttet til hvor stor andel av investeringene som må finansieres ved låneopptak. Vi har derfor illustrert hvordan rentekostnadene påvirkes ved ulike låneandeler. Den helhetlige finansieringsløsningen for prosjektet vil bli avklart i den videre planleggingsprosessen i dialog med både Helse Midt-Norge og Helse- og omsorgsdepartementet. Jo høyere låneandel, jo høyere blir rentekostnadene og desto større blir også risikoen knyttet til økninger i rentenivået. Det må derfor

også avklares hvorvidt endringer i rentenivået vil kunne forventes kompensert i helseforetakenes inntektsrammer eller om helseforetakene bærer hele risikoen for de økonomiske konsekvensene som følge av økning i rentenivået.

Salgsgevinst

Ved bygging på Eikrem forutsettes salgssummen fra Lundavang og Hjelset å inngå i finansieringsgrunnlaget. Det er ikke gjort nye vurderinger av potensialet for salgsinntekter ved avhendelse av eiendommene etter at KU ble behandlet. Vi opplever en stor interesse for eiendommene på Lundavang. Det er et mål å optimalisere gevinstuttaket knyttet til salg av eiendommene for å redusere låneandelen i prosjektet. Alternativ 0 kan ikke delfinansieres med salgsinntekter.

FDVU-kostnader (Forvaltning – Drift - Vedlikehold - Utvikling)

Begge alternativene vil gi mer effektiv arealutnyttelse enn i dag. Alternativ 0 med fortsatt delt løsning vil medføre et større samlet areal. Dersom en forutsetter en FDVU-kostnad på 1.050 kr/ m², vil de samlede FDVU-kostnadene i alternativ 1 bli om lag på dagens nivå. Dersom en legger til grunn at alternativ 0 vil gi et samlet areal som er 2.000 m² større enn for alternativ 1 (jfr KU), vil dette representere en årlig merkostnad på vel 2 mill. kroner for alternativ 0.

Reduserte driftskostnader som følge av investeringene

Et nytt og moderne sykehusbygg forventes å gi store driftsøkonomiske gevinster. Dette som følge av blant annet:

- De bygningsmessige forholdene vil være tilpasset en fremtidsrettet behandling der en større andel av pasientene får poliklinisk behandling eller annen dagbehandling, event i kombinasjon med opphold på pasienthotell/lettpost.
- Det legges opp til en annen og mer fleksibel organisering av sengepostene i helseforetaket, kombinert med etablering av observasjonspost og pasienthotell/lettposter og økende ambulant, utadrettet virksomhet innenfor flere fagområder, jfr pkt 3.2. Det er et mål å standardisere pasientforløpene i langt større grad.
- Endringene vil redusere den gjennomsnittlige liggetiden hos innlagte pasienter, og frigjøre sengekapasitet i forhold til dagens drift. Det må tas høyde for forventet økt sykdomsinsidens og prevalens og endret befolkningssammensetning.
- Det somatiske og psykiatriske tjenestetilbudet ved Molde sykehus samlokaliseres og integreres på en bedre måte
- Samling av tjenestetilbudet vil også medføre samling og bedre samordning av både kliniske og merkantile støttefunksjoner.
- Bygningsmassen vil være fleksibel slik at endringer i pasientbehandlingen som følge av den løpende medisinske og teknologiske utviklingen lett kan tilpasses også bygningmessig.



Reduserte driftskostnader forutsetter blant annet bedre koordinering av kliniske støttejenester som f.eks. røntgen.

Dersom vi legger til grunn at Helse Nordmøre og Romsdal med nytt sykehus vil bli i stand til å oppnå samme kostnadsindeks (SAMDATA 2005 - Driftskostnader pr korrigert opphold ekskl kapital) som de mest effektive sykehusene som det er naturlig å sammenligne seg med har (Ringerike, Telemark), vil gevinsten være nesten 50 mill. kroner årlig. Helse Nordmøre og Romsdal vil som følge av den økonomiske situasjonen helseforetaket er i måtte gjøre tiltak for å redusere driftsnivået før det nye sykehuset står ferdig. Vi legger derfor til grunn at 25 % av potensialet blir hentet ut før 2014, og 75 % ved innflytting i nytt sykehus. Dette mener vi er et realistisk mål. Et forhold som understøtter potensialet for å lykkes med ny behandlingsfilosofi (økt dagbehandling/poliklinikk, etablering av observasjonspost og pasienthotell/lettposter) er det faktum at forbruket av spesialisthelsetjenester er høyt blant befolkningen i vårt foretakområde.

Forskjeller i driftsøkonomi mellom alternativene

Tabell 5.2.2 viser at forskjellen i de årlige driftskostnadene (avskrivninger og renter) mellom alternativ 0 og alternativ 1 er mellom 22 og 31 mill. kroner det første året med en låneandel på hhv 50 % og 75 % av investeringskostnadene og med 5 % rente. Differansen mellom alternativene reduseres for hvert år etter hvert som lånene blir nedbetalt, jfr tabell 5.2.3. Alternativ 0 har en samlet kortere levetid enn alternativ 1 (31 år mot 40 år) pga at løsningen forutsetter vesentlig ombygging og renovering av gammel bygningsmasse. Dette betyr igjen at reinvesteringer må påregnes tidligere med dette alternativet. I tillegg er det større risiko og usikkerhet knyttet til investeringskostnadene i bygg for alternativ 0 da erfaringer viser at tunge ombygginger ofte tenderer til å bli dyrere enn antatt pga uforutsette forhold. Eventuelle tilpasninger i den renoverte bygningsmassen i løpet av levetiden vil sannsynligvis også være vanskeligere og dyrere enn tilsvarende tilpasninger med alternativ 1.

Som gjort rede for skiller det vel 500 mill. kroner i netto investeringskostnad mellom alternativ 0 og alternativ 1. Dersom en forutsetter at 400 mill. kroner av denne differansen blir finansiert med lån, innebærer dette økte rentekostnader på i underkant ca 20 mill. kroner i år 1 (reduseres gradvis parallelt med nedbetaling av lånet). Denne merkostnaden mener vi det er realistisk å hente inn gjennom mer rasjonell drift i alternativ 1.

De viktigste forskjellene i mulighetene for hente ut rasjonaliseringsgevinster i driften mellom alternativ 0 og 1 er

- Bygningsmassen vil ikke bli like hensiktsmessig tilpasset i alternativ 0, slik at effekten som forventes hentet ut gjennom ny behandlingsfilosofi og mer optimale og standardiserte pasientforløp ventelig vil reduseres med dette alternativet.
- Det samlede arealet vil være noe større i alternativ 0, noe som isolert sett gir høyere årlige FDVU-kostnader.
- Det vil bli vanskelig å etablere et akuttinntak med observasjonspost og nærhet til viktige og sentrale funksjoner som laboratorie- og radiologitjenester slik som planlagt.

- Muligheten for etablering av felles akuttmottak i samarbeid med aktuelle kommuner vil også reduseres.
- Det vil også bli vanskeligere å få etablert hensiktsmessige arealer for poliklinikk og dagbehandling i den gamle bygningskroppen nært viktige støttetjenester.
- Den største ulempen er likevel at man ikke oppnår full integrering mellom det somatiske og psykiatriske tjenestetilbudet slik som forutsatt. Dette er svært uheldig ut fra et medisinskfaglig perspektiv, og i strid med mandatet for prosjektet.
- En får ikke samlet og integrert alle støttetjenester.
- Fleksibiliteten i bygningsmassen vil fremdeles være begrenset.

Alternativ 0 vil også gi svært store driftsulempen i byggefasen for både pasienter, pårørende og ansatte med mye støy, redusert kapasitet, midlertidige løsninger og delvis dobbelt drift. Dette har også en negativ økonomisk effekt.

Det har til nå ikke vært lagt ned vesentlige ressurser i arbeidet med å tallfeste de detaljerte driftsøkonomiske forskjellene mellom alternativ 0 og alternativ 1. Hovedårsaken til dette er at alternativ 0 ikke er i samsvar med mandatet. I Samla Plan 03 ble det regnet relativt inngående på driftsøkonomiske forskjeller mellom de ulike alternativ for sykehusstruktur i Helse Nordmøre og Romsdal som ble utredet da. Både modellen med ett felles sykehus og modellen med ett akutt og et elektivt sykehus i helseforetaket ble forkastet. Det er derfor ikke lenger relevant å bruke beregningene fra Samla Plan 03 for å belyse driftsøkonomiske forhold.

I konseptfasen vil det bli utarbeidet detaljerte økonomiske konsekvensanalyser for ulike driftsmodeller. Dette for å sikre at prosjektet lar seg realisere slik som forutsatt, med vesentlig medfinansiering gjennom rasjonaliseringstiltak i helseforetakets drift.

Samlede driftsøkonomiske konsekvenser av Nye Molde sjukehus på Eikrem

Tabell 5.2.4 under illustrer de samlede økonomiske konsekvensene av bygging av Nye Molde sjukehus på Eikrem samt forslag til inndekning av økte driftskostnader knyttet til investeringen.

Dersom prosjektet ikke får stilt til rådighet mer likviditet enn det Helse Nordmøre og Romsdal får gjennom de løpende tildelingene av avskrivningsmidler, vil lånebelastningen bli 75 %. Med en slik låneandel og forutsetning om 5 % rente vil de økte driftskostnadene knyttet til avskrivninger og renter bli ca 120 mill. kroner det første året. Dette er en svært streng forutsetning. Gjennom målrettet styring av likviditeten som følger avskrivningsmidlene til prioriterte investeringsformål, mener vi minimum at vi kan forvente at prosjektet blir finansiert med 250 mill. kroner i avskrivningsmidler i tillegg til ordinære tildelinger. I så fall reduseres låneandelen til ca 65 % og de årlige finanskostnadene med 12 mill. kroner det første året. Helse Midt-Norge sin andel av investeringene i St. Olavs Hospital er ca 50 % lånefinansiert. Vi anser det ikke som urimelig at låneandelen ved finansiering av Nye Molde sjukehus blir den samme. I så fall reduseres de årlige økte finanskostnadene med ytterligere 17 mill. kroner til i underkant ca 90 mill. kroner det første året.

I tillegg til den bebudede økningen i avskrivningsmidler på 145 mill. kroner i perioden 2008 – 2010, har Helse Midt-Norge fått en tilleggsbevilgning på 275 mill. kroner i 2007. Bevilgningen er foreløpig ikke fordelt mellom helseforetakene i regionen, men styret har gjort vedtak om at bevilgningen skal fordeles i hht til inntektsfordelingsmodellen i regionen fra

2008. Dersom Helse Nordmøre og Romsdal får sin relative andel av disse bevilgningene forventer vi ca 70 mill. kroner i samlede økte inntekter fram mot 2010. I perioden fram til det nye sykehuset er innflyttingsklart vil deler av Helse Nordmøre og Romsdal sin andel av denne tilleggsbevilgningen kunne brukes til finansiering av de samlede investeringskostnader, og dermed bidra til å redusere låneandelen.

Tabell 5.2.4 Samlede økonomiske konsekvenser ved bygging av Nye Molde sjukehus på Eikrem med ulike låneandel for investeringene

Nye Molde sjukehus	Lån 75 %	Lån 65 %	Lån 50 %	Lån 25 %
Likviditetskilder:				
Avskrivningsmidler basis	435 000	680 000	1 020 220	1 605 330
Salg av eiendommer	150 000	150 000	150 000	150 000
Låneopptak	1 755 440	1 510 440	1 170 220	585 110
Sum investering	2 340 440	2 340 440	2 340 440	2 340 440
Økte driftskostnader				
Avskrivning bygg	52 511	52 511	52 511	52 511
Avskrivning nytt utstyr	26 667	26 667	26 667	26 667
<i>Sum økte avskrivningskostnader</i>	<i>79 178</i>	<i>79 178</i>	<i>79 178</i>	<i>79 178</i>
Redusert avskr. Molde/Hjelset *	-42 000	-42 000	-42 000	-42 000
Redusert avskr. utstyr	-5 000	-5 000	-5 000	-5 000
<i>Sum reduserte avskrivningskostnader</i>	<i>-47 000</i>	<i>-47 000</i>	<i>-47 000</i>	<i>-47 000</i>
Netto økte avskrivningskostnader	32 178	32 178	32 178	32 178
Rentenivå	5,00 %	5,00 %	5,00 %	5,00 %
Årlige rentekostnader år 1	87 772	75 522	58 511	29 256
Sum økte finanskostnader 2014	119 950	107 700	90 689	61 433
Inndekking:				
Rasjonalisering egen drift	-36 375	-36 375	-36 375	-36 375
Økt basisramme avskrivninger **	-25 520	-25 520	-25 520	-25 520
Økt basisramme drift **	-45 750	-45 750	-45 750	-45 750
Resultateffekt	12 305	55	-16 956	-46 212

Tall i 1.000 kroner

* Bygningsmassen på både Lundavang og på Hjelset vil være nedskrevet i 2012, jfr vurderinger som ble gjort i forbindelse med fastsetting av åpningsbalansen 31.12.01. Konsekvensene av utviklingen i resultatkravet i forhold til meravskrivninger på åpningsbalansen er ikke hensyntatt.

** Beregningene forutsetter videreføring av gjeldende inntektsfordelingsmodell i Helse Midt-Norge. Hele økningen i basisramme til drift disponeres til finansiering av Nye Molde sjukehus.

Tabellen over viser at prosjektet med disse forutsetningene har en positiv resultateffekt det første driftsåret ved ca 65 % låneandel. Dette innebærer at Helse Nordmøre og Romsdal må få tilført 680 mill. kroner i likviditet fra avskrivningsmidlene i Helse Midt-Norge i perioden 2008 – 2013. Dette er ca 250 mill. kroner mer enn likviditeten helseforetaket får i samme periode gjennom ordinære tildelinger, jfr side 45.

6. Konseptfasen

6.1 Innhold i konseptfasen

Konseptfasen omfatter alle aktiviteter som kreves utredet for at man skal bli i stand til å velge det best egnede konseptet, og utvikle dette til et nivå hvor eieren med akseptabel sikkerhet kan treffe beslutninger om gjennomføring av forprosjekt. Virksomhetsutvikling og virksomhetsplanlegging er viktige elementer i konseptfasen. I denne fasen må det utredes om ulike konseptvalg legger spesielle føringer i forhold til driftskonseptet for virksomheten, og om dette kan ha driftsøkonomiske konsekvenser.

Konseptfasen ferdigstilles med utarbeidelse av en konseptrapport der den anbefalte løsningen beskrives gjennom en sammenfatning av innholdet i hovedfunksjonsprogrammet (HFP), hovedfunksjonsprogram utstyr (HPU) og et overordnet teknisk program (OTP), samt finansieringsplan og skisseprosjekt. Det skal også utarbeides en plan for videre gjennomføring av prosjektet.

Hovedelementene i konseptfasen er utarbeidelse av hovedfunksjonsprogram og skisseprosjekt. I tillegg utarbeides hovedplan for brukerutstyr og reguleringsplan.

En forutsetning for utarbeidelse av skisseprosjekt er at arkitekt og tekniske rådgivere kontraheres. Opprinnelig var det planlagt kontrahering av arkitekt gjennom en arkitektkonkurranse. Av framdriftsmessige årsaker er dette ikke aktuelt, og det forutsettes derfor kontrahering ved tradisjonelle anbudskonkurranser. Det vil bli forutsatt i avtalene at oppdraget kan avsluttes ved et hvilket som helst tidspunkt i fasene videre.

Det tas sikte på å avklare gjennomføringsmodell i konseptfasen. En eventuell kombinasjon av totalentreprise og samspillmodell (partnering) vil påvirke prosjekteringsorganisasjonen i forprosjektfasen.

Prosessbeskrivelse for arbeidet med konseptfasen

Arbeidet med konseptfasen blir gjennomført dels ved frikjøp av egne ressurser og dels ved bruk av ekstern kompetanse. Styret for Helse Nordmøre og Romsdal har vedtatt en organisasjonsmodell for det videre arbeidet med å realisere Nye Molde sjukehus.

Hovedfunksjonsprogrammet (HFP)

Medvirkning fra ansatte, brukere, primærhelsetjenesten, Høgskolen i Molde og ekstern faglig kompetanse er av essensiell betydning for et godt sluttprodukt i arbeidet med utvikling av hovedfunksjonsprogrammet for Nye Molde sjukehus. All planlegging av kliniske funksjoner skjer lokalt, i nært samarbeid med og kvalitetssikret av Helsebygg Midt Norge og konsulentfirmaet Hospitalitet as. Vi har til hensikt å søke råd hos fagmiljø/helseforetak som har vært gjennom tilsvarende planlegging og som har utviklet gode løsninger. Erfaringene vil vi ta med oss i det videre arbeidet.

Arbeidsprosessen:

- Oppstartseminar februar 2007.
- Mars til mai 2007, arbeidsgruppemøter av en dags varighet ut fra følgende struktur:
 - Pasientforløp fra hjem/primærhelsetjeneste inn i sjukehuset, gjennom sjukehuset og ut til hjem/primærhelsetjeneste.
 - Hovedfunksjoner i sjukehuset som er nødvendige for å etablere fornuftige/gode pasientforløp
 - Aktuelle faggrupper og fagpersoner representert i gruppen.
 - Gruppene ledes og styres av prosjektlederne i prosjektorganisasjonen.
- Høst 2007 arbeidsgrupper mht logistikk og større detaljeringsgrad.
- Møter med enkeltansatte som har spesialfunksjoner (eks hygiene, forskning, undervisning, læring og mestring, kvalitetskoordinator).
- Møter med enkeltavdelinger, Radiologisk avdeling, Avdeling for laboratoriemedisin, intensivavdelingene (medisinsk og kirurgisk) og Fysioterapienheten.
- Faglige framtidsvyer fra alle avdelinger, bearbeides sammen Institutt for samfunnsmedisin, NTNU, Avdeling for kvalitetsforbedring, organisering og forebygging, Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten og medisinsk fagsjef i Helse Nordmøre og Romsdal HF.
- Kontaktpersoner i alle avdelinger sikrer dialogen med avdelingene og enkeltansatte.
- Etablerte fora i helseforetaket brukes for kontinuerlig innspill til arbeidet.

Kostnadene til konseptfasen*Tabell 6.2.1 Planleggingskostnader konseptfasen Nye Molde sjukehus*

	Kroner
Felleskostnader – Frikjøp 2,5 stillinger, engasjering Helsebygg 1 stilling, studieturer, kontorkostnader	5.400.000
Hovedfunksjonsprogram - Frikjøp 2 stillinger, engasjering Hospitalitet, Helsebygg og andre konsulenter	5.000.000
Hovedfunksjonsprogram utstyr – Engasjering Helsebygg	300.000
Reguleringsplan – Engasjering Asplan Viak og andre konsulenter	1.800.000
Skisseprosjekt – prosjektering	15.500.000
Reserve	1.000.000
Sum	29.000.000

Styret for Helse Midt-Norge har bevilget 15 mill. kroner i 2007 til planleggingsarbeidet for Nye Molde sjukehus. Første halvdel av 2007 har hovedsakelig gått med til å ferdigstille idè-fasedokumentet. Prosjektet regner med å bruke om lag 10 mill. kroner i 2007. Hovedårsaken til at vi ikke vil bruke hele bevilgningen, er at arkitektkonkurransen blir gjennomført på en annen måte enn først skissert.

Framdrift – konseptfasen

Aktivitet	Tidsplan
Idéfase <ul style="list-style-type: none"> • Idéfaserapport behandlet 	mai 2007
Konseptfase <ul style="list-style-type: none"> • Skisseprosjekt ferdig • Konseptfaserapport behandlet 	juni 2008 september 2008

6.2 Konseptfasen og videre aktivitet (forprosjekt)

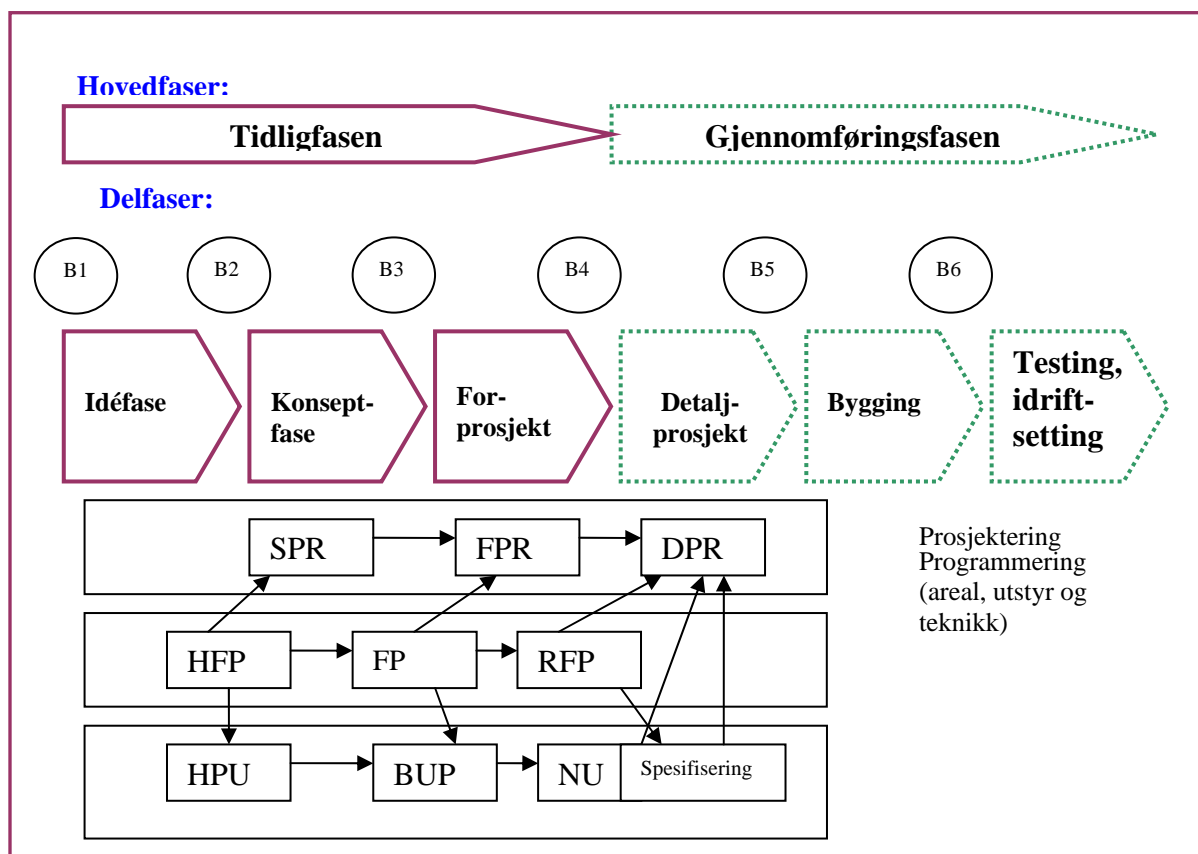
Koordinering av ressurser

Det er lagt opp til en mest mulig rasjonell utnyttelse av ressurser, både for å få god framdrift og for å gjennomføre planprosessen til lavest mulig kostnad. I dette ligger at det ikke er et skarpt skille mellom fasene.

Det pekes i denne sammenheng på to forhold:

Sammenhengen mellom programmeringsaktiviteter og prosjektering

Hver fase i prosjekteringen er avhengig av et hensiktsmessig programunderlag. Dette betyr at programmeringen (inkl. utstyrprogrammering) må ligge i forkant av prosjekteringen. I praksis gir dette en glidende overgang mellom fasene (overlapping). Dette er illustrert i Veileder for tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter:



Forkortelse	Betydning	Forkortelse	Betydning
HFP	Hovedfunksjonsprogram	SPR	Skisseprosjekt
FP	Funksjonsprogram	FPR	Forprosjekt
RFP	Romfunksjonsprogram	DPR	Detaljprosjekt
HPU	Hovedprogram utstyr	B1-B6	Beslutningspunkt 1-6
BUP	Brutto utstyrsprogram		
NUP	Netto utstyrsprogram		

Ut- og innfasing av ressurser

Dette gjelder hovedsaklig prosjekteringsteamene, men kan også gjelde prosjektorganisasjonen. Mobilisering og demobilisering av et prosjekteringsteam tar tid, og det er knyttet kostnader til prosessen. Det vil derfor ligge en betydelig gevinst både framdriftsmessig og kostnadmessig å holde en slik organisasjon gående. Denne fordelene må veies opp mot en eventuell risiko for at godkjenningsbehandling av foregående fase fører til stopp, eller større omarbeiding av prosjektet.

I ovenstående framdriftsplan er det således forutsatt at forprosjektering starter direkte i forlengelsen av skisseprosjekteringen. En eventuell stopp i påvente av behandling av konseptfaserapport vil bety utsettelse av byggestart til 2011 på grunn av ett år senere stortingsbehandling enn forutsatt.

Aktiviteter i forprosjektfasen

Hovedaktivitetene i forprosjektfasen er

- Funksjonsprogram
- Utstyrprogram (BUP og NUP)
- Forprosjekt

Framdrift forprosjektfasen

For å rekke målsetningen om byggestart i 2010 er man avhengig av at forprosjektarbeidet starter opp i forlengelsen av arbeidet med skisseprosjektet.

Følgende framdrift viser planen for ferdigstillelsen av forprosjektet med byggestart og ferdigstillelse av Nye Molde sjukehus:

Aktivitet	Tidsplan
Forprosjekt oppstart	juli 2008
Forprosjekt ferdig	februar 2009
Forprosjekt stortingsbehandling	desember 2009
Byggestart	juni 2010
Innflytting/klinisk drift	november 2013

Foreløpige kostnader forprosjekt

Forprosjekt vil pågå fram til våren 2009, her satt til ut februar. Kostnaden for forprosjektfasen er i noen grad knyttet til gjennomføringsmodell. Vi regner med at forprosjektet vil koste om lag 50 mill. kroner, der 30 mill. kroner vil påløpe i 2008.

Andre kostnader – Erverving av eiendommer

Helse Nordmøre og Romsdal eier ikke arealene der det nye sykehuset skal bygges. Det er usikkerhet knyttet til kostnadene, men vi venter at de blir et sted mellom 50-75 mill. kroner. Noe av disse kostnadene kan bli løst ut i 2008.

6.3 Molde sjukehus – Veien videre

Behovet for nytt sykehus i Molde er godt dokumentert. Den mest framtidsrettede løsningen for Molde sjukehus er å realisere vedtaket i styret for Helse Midt-Norge om å bygge Nye Molde sjukehus på Eikrem. Behovet for utbedringer ved Molde sjukehus er stort. En snarest mulig bygging av det nye sykehuset vil gi lavest samlede investeringskostnader ved Molde sjukehus. Dersom byggingen av nytt sykehus utsettes, må det gjennomføres utbedringsarbeider både på Lundavang og Hjelset.

Nye Molde sjukehus vil, som virksomhetsideen for prosjektet tilsier, gi en unik mulighet til å utvikle gode pasientforløp både innad i sykehuset og gjennom samarbeid med primær. Dette vil bidra til å sikre et helhetlig og samordnet tilbud til pasientene og effektiv utnyttelse av ressursene.

Arbeidet med konseptfasen, og da spesielt hovedfunksjonsprogrammet og skisseprosjektet, vil gi et mer detaljert bilde av dimensjonering og utforming av Nye Molde sjukehus og kvalitets sikre de økonomiske konsekvensene (investering og driftsøkonomi) som følger av investeringene.

Appendiks – mandat og vedtak

A Mandat – utredning sykehusstruktur i Helse Nordmøre og Romsdal HF

Mandat – utredning sykehusstruktur januar 2002

Styret i Helse Nordmøre og Romsdal vedtok i sitt første styremøte i januar 2002 å utrede nærmere sykehusstrukturen for Helse Nordmøre og Romsdal før en gikk videre med realiseringen av det nye sykehuset. Styret gjorde følgende vedtak (sak 05/02):

”Styret ønsker å gjøre en selvstendig vurdering mht. hensiktsmessige fremtidige investeringer. Styret ber derfor om at det blir utarbeidet en samla plan for foretaket, etter 2 alternativ:

- 1. Delt løsning for sykehusene i Molde og Kristiansund*
- 2. Felles løsning for sykehusstilbudet i foretaket*

Under punkt 1 må først funksjonene til det enkelte sykehus avklares.

For begge alternativene skal investerings- og driftsmessige konsekvenser klargjøres.

Styret ber om at det til neste møte blir lagt frem et kostnadsoverslag og fremdriftsplan for arbeidet.

Styret ber om et notat til møtet 31.01.02 som gir en oversikt over Regional Helseplan

- forslag*
- vedtak*
- vedtak som ikke er gjennomført”*

Mandat – tilleggsutredning desember 2002

I møte 5. desember 2002, sak 108/02, vedtok styret å gjennomføre en tilleggsutredning for arbeidet som skulle sikre et bedre beslutningsgrunnlag for sykehusstrukturvalget.

Styret ga i møte 16. januar 2003 (sak 10/03) følgende mandat for tilleggsutredning:

- ”1. Utredningen skal gi et forbedret beslutningsgrunnlag for valg mellom ett eller to sykehus. Den skal bygge videre på det grunnlaget som allerede foreligger i utredningen ”Felles sykehus eller to sykehus”.*
- 2. Utredningen skal vise hovedprinsipper for funksjonsdeling for to sykehus.*
- 3. Utredningen skal vise hovedprinsipper for innholdet i et felles sykehus og DMS.*
- 4. Utredningen skal i evalueringen av modellene spesielt fokusere på kvalitet, kostnadseffektivitet, fleksibilitet og effektive og helhetlige pasientforløp, og ut fra dette beskrive og kvantifisere de forhold som vil være mest avgjørende for valg av fremtidig sykehusstruktur.*

5. *Utredningen skal analysere og skissere muligheter for etappevis gjennomføring.*
6. *Sluttrapport for tilleggsutredningen legges frem så snart som mulig og senest innen 1. september 2003.*
7. *Prosjektet gis en økonomisk ramme på kr 1.200.000 til dekning av konsulenthonorar, dekning av reiser for konsulent, trykking av rapport og kjøp av andre eksterne tjenester. Kostnadene innarbeides i budsjettet for 2003.*
8. *Det skal legges frem for styret månedlig avviksrapportering i forhold til utredningens fremdriftsplan og budsjett.*
9. *Vernetjenesten skal være representert i de interne arbeids- og utredningsgruppene.”*

Ekstramandat om arealbruk mars 2003

I styremøte 6. mars 2003, sak 38/03, vedtok styret følgende utvidelse av tilleggsmandatet:

”Styret forutsetter at det foretas en total vurdering av arealbruken i helseforetakets to sykehus i forbindelse med vurderingen av opprustningsbehovet for Molde sjukehus.”

B Vedtak om sykehusstrukturen i Helse Nordmøre og Romsdal

Vedtak i styret for Helse Nordmøre og Romsdal, sak 76/03

Utredningen om sykehusstrukturen i Helse Nordmøre og Romsdal ble lagt fram til behandling høsten 2003. Styret for Helse Nordmøre og Romsdal gjorde følgende vedtak ved behandlingen:

”Styret for Helse Nordmøre og Romsdal HF vil gå inn for følgende løsning for sykehus-tilbudet i foretaket:

1. *Helse Nordmøre og Romsdal HF skal utvikles etter en modell ett foretak med to sykehus, der det opprettholdes et bredt sykehus tilbud i begge bykommuner.*
2. *Sykehusene skal lokaliseres til Kristiansund og Hjelset.*
3. *Sykehuset på Hjelset skal etableres i etapper:*
 - *1. etappe er etablering av det psykiatriske sykehus tilbudet og administrative funksjoner.*
 - *2. etappe er bygging av ny somatisk enhet.*
4. *Sykehusbygget på Lundavang må rustes opp i 2004 for å bedre noe av forholdene ved enheten. Styret ber om å få framlagt en slik opprustningsplan i forbindelse med budsjettet for 2004.*

5. *Styret er kjent med at finansieringsgrunnlaget ikke er avklart. Styret ber om en snarlig avklaring av investeringsmidler og driftsmessige konsekvenser.*”

Vedtak i styret i Helse Midt-Norge, sak 06/04

Helse Midt-Norge fulgte raskt opp styret i Helse Nordmøre og Romsdal sitt vedtak. Styret behandlet den framtidige sykehusstrukturen i sitt styremøte 19. januar 2004 – sak 06/04.

”Styret for Helse Midt-Norge RHF gir sin tilslutning til at Helse Nordmøre og Romsdal HF skal utvikles etter en modell ett foretak med to sykehus, der det opprettholdes et bredt sykehus tilbud i begge bykommuner.

Sykehusene skal lokaliseres til Kristiansund og Hjelset.

Styret legger følgende forutsetninger til grunn:

Sykehuset på Hjelset etableres i følgende etapper:

1. *psykiatrisk sykehus tilbud og administrative funksjoner*
2. *ny somatisk enhet*

Som midlertidig tiltak gjennomføres en begrenset opprusting av dagens sykehus på Lundavang som bedrer de sanitære forholdene for pasientene, kjøkkenfunksjonen og de branntekniske forholdene. Videre gjennomføres tilpasning av fristilte arealer i forbindelse med overføring av virksomhet til Hjelset i etappe 1 til poliklinikkformål. Ved Hjelset gjennomføres rehabilitering og ombygging av A og B-paviljongen.

Utbygging iverksettes når de finansielle forutsetningene er avklart herunder om Helsedepartementet kan stille nødvendige lånemidler til disposisjon og på hvilken måte helseforetaket kan inndekke merkostnader forbundet med tiltaket.

Styret for Helse Midt-Norge RHF ber om at saken forelegges Helsedepartementet for vurdering og avklaring av den videre fremdrift.

Styret for Helse Midt-Norge RHF forutsetter å få seg forelagt en samlet oversikt over byggetiltakene samt enkeltprosjekt som blir å behandle i henhold til vedtatte retningslinjer for bygge- og eiendomsvirksomheten.”

C Vedtak Molde kommunestyre – Konsekvensutredning Nye Molde sjukehus

Molde kommune behandlet konsekvensutredningen i møte 30. mars 2006 (sak 17/06 – Nye Molde sykehus – Konsekvensutredning og tilråding av tomtevalg). Molde kommune gjorde følgende vedtak:

1. *Molde kommune godkjenner Konsekvensutredningen datert 23.09.05 fra Helse Nordmøre og Romsdal HF for Nye Molde sjukehus.*
2. *Molde kommune legger til grunn at det skal bygges nytt sjukehus i Molde i samsvar med planene fra Helse Nordmøre og Romsdal, og at eventuelle utbedringer av nåværende bygninger på Lundavang er å se på som kun nødvendige og midlertidige løsninger.*

3. *Alle 4 tomtene som er vurdert i konsekvensutredningen dekker de kravene som er stilt til tomt for Nye Molde sjukehus. Alternativ B legges da til grunn for Hjelset-tomten.*
4. *Konsekvensutredningen med støtte i høringsuttalelsene peker på en rekke uheldige konsekvenser ved å velge alternativet Lundavang. Molde kommune vil derfor frarå at denne tomten blir valgt til bygging av Nye Molde sjukehus.*
5. *Når tomt for Nye Molde sjukehus skal velges må de vurderingene som fremkommer i konsekvensutredningen tillegges vekt. Avgjørende for valg av tomt må likevel være hensynet til pasientene og mulighetene for utforming av et fremtidsrettet tilbud og en kvalitativt god spesialisthelsetjeneste for regionen. Hensynet til hurtigst mulig realisering må også vektlegges. Molde kommune støtter derfor helseforetakets valg av Hjelset som sted for lokalisering av Nye Molde sjukehus.*
6. *Byggingen av Nye Molde sjukehus må få høy finansiell prioritet hos både sykehus-eier og i Helse Midt-Norge.*
7. *Molde kommune forutsetter å bli trukket aktivt med i det videre arbeidet med planlegging av Nye Molde sjukehus.”*

D Vedtak - Lokalisering av nytt sykehus i Molde

Vedtak i styret for Helse Nordmøre og Romsdal HF, sak 38/06

Styret for Helse Nordmøre og Romsdal behandlet valg av tomt for det nye sykehuset i Molde i møte 15. juni 2006 (sak 38/06). Styret gjorde følgende vedtak:

- ”1. *Styret for Helse Nordmøre og Romsdal HF går inn for å bygge nytt Molde sjukehus, med både somatisk og psykiatrisk enhet, på Øvre Eikrem.*
2. *Styret er glad for at nytt sykehus i Molde er prioritert på førsteplass når det gjelder nye bygningsmessige investeringer i regionen. Styret mener det er viktig å komme i gang med byggestart snarest råd. Styret ber derfor om at nødvendige planarbeid prioriteres og at Helse Midt-Norge arbeider for å skaffe nødvendige midler for å få gjennomført investeringene slik at sykehuset kan stå ferdig i 2012.*
3. *Når styret i Helse Midt-Norge RHF har behandlet saken ber styret om å få lagt fram en egen sak om gjennomføring av investeringene i nytt sykehus. Saken må inneholde forslag til prosjektorganisering, foreløpig skisseplan for rekkefølgen av investeringene med tilhørende milepæler og en oversikt over behovet for investeringsmidler de enkelte år.”*

Vedtak i styret for Helse Midt-Norge RHF, sak 56/06

Styret for Helse Midt-Norge fulgte opp saken om valg av tomt for det nye sykehuset i Molde i møte 26. juni 2006 (sak 56/06). Styret gjorde følgende vedtak:

”Styret for Helse Midt-Norge RHF gir sin tilslutning til at Nye Molde sjukehus med både en somatisk og psykiatrisk enhet bygges på Øvre Eikrem ved Molde og at sykehuset på Lundavang avvikles og eiendommen avhendes.

Utbyggingskonseptet forutsettes utredet nærmere og forelagt styret som sak.

Styret forutsetter at det psykiatriske sykehusstilbudet på Hjelset avvikles og eiendommen avhendes. Det forutsettes at utviklingen av nytt psykiatrisk sykehusstilbud utredes nærmere, herunder omfang og lokalisering av enkeltfunksjoner.

Styret forutsetter at utbyggingen av det psykiatriske sykehusstilbudet gis prioritet.

Styret forutsetter at saken forelegges Helse- og omsorgsdepartementet.”

E Vedtak i Helse Midt-Norge om strategisk utvikling av det regionale tilbudet – ”Eierstrategi” og ”Handlingsprogram 2006-2010”

Styret for Helse Midt-Norge behandlet sak 41/06 – ”Eierstrategi Helse Midt-Norge” og sak 42/06 – ”Handlingsprogram Helse Midt-Norge 2010” i møte 30. mai 2006. Styret gjorde følgende vedtak:

Eierstrategi Helse Midt-Norge, sak 41/06

Styret for Helse Midt-Norge RHF vurderer den fremlagte eierstrategi for foretaksgruppen Helse Midt Norge som et godt grunnlag for omstilling og endring i perioden 2006-2010

Styret vedtar den fremlagte eierstrategien med følgende presiseringer:

1. *Eierstrategien definerer åtte somatiske sykehus i Helse Midt-Norge, og at alle sykehus skal ha lokalsykehusoppgaver. Høringen viser at det er knyttet usikkerhet til hvilken status Orkdal sykehus har. Styret legger til grunn at Orkdal sykehus skal ha lokalsykehusoppgaver uavhengig av den organisatoriske tilknytningen som er valgt.*
2. *Fødetilbudet:*
 - a. *Styret ber om en utredning av omlegging av fødeavdelingen ved Orkdal sykehus til fødestue. Både de faglige, økonomiske og beredskapsmessige konsekvenser må synliggjøres.*
 - b. *Styret vedtar å opprettholde dagens fødetilbud ved de andre fødeinstitusjonene i regionen.*
 - c. *Organiseringen skal imidlertid vurderes på nytt dersom lavt fødselstall eller vansker med rekruttering av fagpersonell skaper tvil om kvaliteten på tilbudet.*
3. *Akuttkirurgisk tilbud:*
 - 3.1 *Forslaget om delt beredskapsfunksjon innen akuttkirurgi utredes som egne prosjekt for følgende sykehus: Namsos, Orkdal, Molde, Kristiansund og Volda.*

Både de faglige, økonomiske og beredskapsmessige konsekvenser må synliggjøres. Brukermedvirkning og involvering av de ansatte ivaretas i det enkelte HF.

4. *Røntgen og laboratorietjenester skal inngå i lokalsykehusene, men man ber om en utredning som viser mulighetene for økt bruk av regional vaktordning*
5. *Vurdering av organiseringen av det psykiske helsevernet i Helse Midt-Norge avvendes til etter at evalueringen av rusforetaket er gjennomført.*
6. *Styret vedtar å organisere de ulike prosjektene med en felles regional styringsgruppe.*
7. *Styret ønsker å få seg forelagt en plan for funksjonsfordeling mellom sykehusene i Helse Midt-Norge, inkludert en plan for hvilke funksjoner som skal flyttes ut av St. Olavs Hospital HF. Dette i tråd med gjeldende forutsetninger. Målet er å sikre lokalsykehusene i Helse Midt-Norge attraktive tilleggsoppgaver.*

Handlingsprogram Helse Midt-Norge 2010, sak 42/06

1. *Styret for Helse Midt-Norge vedtar det framlagte handlingsprogrammet for utvikling av spesialisthelsetjenesten for perioden 2006 – 2010.*
2. *Styret erkjenner at et handlingsprogram for en såpass lang periode må kunne justeres i tråd med nasjonale føringer og/eller endrede rammebetingelser.*
3. *Styret ber om at det gis prioritet til tiltak som har som mål å sikre god ressursutnyttelse, bedre sammenhengen i behandlingstilbudet, og tilrettelegge for omstilling til fordel for de prioriterte satsingsområdene.*

F Vedtak - Oppgavefordeling i Helse Nordmøre og Romsdal HF

Vedtaket i styret for Helse Nordmøre og Romsdal HF, sak 41/04

Styret for Helse Nordmøre og Romsdal behandlet sak om oppgavefordeling i Helse Nordmøre og Romsdal i møte 28. juni 2004. Styret gjorde følgende vedtak:

- ”1. *Styret for Helse Nordmøre og Romsdal HF støtter hovedlinjene i oppgavefordelingen skissert i direktørens saksframlegg.*
2. *Styret for Helse Nordmøre og Romsdal HF mener at grunnlaget for endringen i tilbudet til tannlegepasienter som krever narkose bør vurderes ytterligere før en beslutning tas. Saken fremlegges senest på styrets septembermøte.*
3. *Styret for Helse Nordmøre og Romsdal HF mener at bør gjøres en videre utredning av om tyngre intensivpasienter skal samles til Molde. Saken fremlegges senest på styrets septembermøte.*
4. *Forslaget om oppgavefordeling i kirurgi vedtas med endring av at uttrykket ”generell kirurgisk seksjon” defineres nærmere og fremlegges i egen sak på*

styremøte i august 2004 der forholdet til gastroenterologisk seksjon blir særlig utredet.

5. *Styret for Helse Nordmøre og Romsdal HF ber om at det blir arbeidet videre med å konkretisere tilbudet til pasientene ved det enkelte sjukehus innenfor de overordnede føringer som ligger i saken. Det forutsettes en kontinuerlig prosess der styret blir fortløpende orientert på hvert styremøte.*
6. *Styret for Helse Nordmøre og Romsdal HF forutsetter at ansatte og tillitsvalgte deltar i den videre prosess.*”

Vedtak i styret for Helse Nordmøre og Romsdal – kirurgisk avdeling - sak 50/04

Styret for Helse Nordmøre og Romsdal behandlet sak om oppgavefordeling i Helse Nordmøre og Romsdal – kirurgisk avdeling i møte 31. august 2004. Styret gjorde følgende vedtak:

”Styret for Helse Nordmøre og Romsdal HF godkjenner følgende seksjonsplassering innen kirurgisk avdeling:

*Kristiansund sykehus
Urologisk seksjon
Ortopedisk seksjon
Gastroenterologisk seksjon*

*Molde sjukehus
Gastroenterologisk seksjon
Ortopedisk seksjon
Mamma-/endokrin og plastisk kirurgisk seksjon
Karkirurgisk seksjon*

Styret for Helse Nordmøre og Romsdal HF viser til tidligere vedtak om at det arbeides videre med å konkretisere tilbudet ved det enkelte sjukehus innenfor den enkelte avdeling.”

Utrykte vedlegg

Utredninger

Utredning 2002

- Samla Plan 02 – høringsutkast – Utarbeidet av Helse Nordmøre og Romsdal - datert 01.07.02
- Tilgjengelighetsanalyse for sjukehus – Utarbeidet av Asplan Viak juni 2002
- Driftsøkonomiske konsekvenser - Utarbeidet av Agenda Utredning og Utvikling AS – juni 2002

Tilleggsutredning 2003

- Rapport FDVU – Opprusting av eksisterende bygningsmasse. Tilstandsbeskrivelse Utarbeidet av Arbeidsgruppe FDVU, Helse Nordmøre og Romsdal, juli 2003
- Opprustningsbehov dagens bygningsmasse, utarbeidet av Medivi AS, juni 2003
- Tilleggsutredning Samla Plan 2003, utarbeidet av Medivi AS, juni 2003.
- Psykiatrirapport Samla Plan 2003. Utarbeidet av arbeidsgruppe psykiatri, Helse Nordmøre og Romsdal, juli 2003
- Samla Plan 03 – Hovedrapport – Utarbeidet av Helse Nordmøre og Romsdal – datert august 2003

Offentlig Privat Samarbeid (OPS) - utredning

- Forprosjekt – Er OPS et alternativ og en realistisk gjennomføringsmodell for Nye Molde sjukehus?, utarbeidet av Advokatfirmaet Schjødt, 1. september 2005

Konsekvensanalyse

- Nye Molde sjukehus – Konsekvensutredning – Utarbeidet av Asplan Viak og Helsebygg Midt-Norge – datert 23. september 2005

Saksutredninger

- Samla Plan - Framtidig organisering av sykehusstilbudet i Helse Nordmøre og Romsdal
Styret for Helse Nordmøre og Romsdal 2. oktober 2003 - sak 76/03
- Samla Plan - Framtidig organisering av sykehusstilbudet i Helse Nordmøre og Romsdal
Styret for Helse Midt-Norge 19. januar 2004 - sak 06/04
- Nye Molde sjukehus - Tomtevalg
Styret for Helse Nordmøre og Romsdal 15. juni 2006 - sak 38/06
- Helse Nordmøre og Romsdal - Nye Molde sjukehus - Tomtevalg
Styret for Helse Midt-Norge 26. juni 2006 - sak 56/06