



Hovedfunksjonsprogram

Sjukehuset Nordmøre og Romsdal

DOKUMENTNUMMER: 440301024 HOVEDFUNKSJONSPROGRAM SJUKEHUSET NORDMØRE OG							
Prosjekt	Hovedfunksjon	Disiplin	Prosess	Dokumenttype	Løpenr.	Revisjon	Side

UTARBEIDET AV		
Pål Ingdal	Sykehusbygg HF	

DOKUMENTSTATUS					
02	19.08.2016	Revisjon ifm konseptrapport	PIN		BRE
01	09.03.2016	Godkjent av styret HMR	PIN		BRE
00	24.02.2016	Endelig forslag	PIN		

BEHANDLINGSPROSEDYRE			
Oversendt for behandling	Forventet dato for behandling	Instans	Dato for behandling
	12.02.2016	Hovedgruppa SNR	12.02.2016
	16.02.2016	Prosjektstyret SNR	16.02.2016
	09.03.2016	Styret HMR	09.03.2016
	22.08.2016	Prosjektstyret SNR	

Innhold

1	Sammendrag	5
2	Bakgrunn og prosess	7
2.1	Alternativene som skal utredes i Konseptfasen	7
2.2	Prosess og medvirkning.....	9
3	Mål og Rammer	10
3.1	Mål for den framtidige virksomheten	11
3.1.1	Samfunns mål	11
3.1.2	Effekt mål	11
3.2	Rammeforutsetninger	13
3.2.1	Behandling av Idefaserapporten i styrer og foretaksmøte	13
3.2.2	Funksjonsdeling mellom sykehusene i foretaket	14
3.2.3	Grensesnitt mot øvrig spesialisthelsetjeneste	16
3.2.4	Prosjektets plass i forhold til nasjonale, regionale og andre helseforetaks planer	16
3.2.5	Andre rammekrav.....	16
3.3	Sjukehuset Nordmøre og Romsdal.....	16
3.4	Prinsipp for utvikling av konsept	17
4	Status dagens virksomhet og bygg	18
4.1	Beskrivelse av dagens bygg	18
4.1.1	Molde Sjukehus	18
4.1.2	Kristiansund Sjukehus.....	18
4.2	Beskrivelse dagens funksjoner, aktivitet og kapasitet, spesielle problemstillinger	18
4.2.1	Organisering	18
4.2.2	Kvalitetsindikatorer	20
4.2.3	Pasientstrømmer og Forbruksmønster	21
4.2.4	Forbruksdelen.....	24
4.2.5	Betydningen av forbruksforskjeller	27
5	Aktivitets- og kapasitetsanalyse	27
5.1	Somatikk	28
5.1.1	Dagens aktivitet.....	28
5.1.2	Framskrivning av aktivitet	31
5.2	Psykisk helsevern.....	35

Hovedfunksjonsprogram

SNR

5.2.1	Dagens aktivitet.....	35
5.2.2	Framskrevet aktivitet.....	35
5.3	Omstillingsfaktorer.....	36
5.3.1	Somatikk.....	36
5.3.2	Psykisk helsevern.....	37
5.4	Bilediagnostikk.....	37
5.5	Operasjon.....	38
5.6	Spesialrom poliklinikk.....	39
5.7	Andre forhold som påvirker analysen.....	39
5.7.1	Samhandlingsreformen.....	39
5.7.2	Strategier for Helse Møre og Romsdal.....	39
5.7.3	Alternativ befolkningsutvikling og andre usikkerhetsmomenter, Scenariobetraktninger 40	
5.8	Alternative framtidige virksomhetsmodeller.....	40
5.8.1	Grunnleggende forutsetning.....	42
5.8.2	Grunnleggende forventninger.....	43
5.8.3	Utvalgsriterier for desentrale tilbud i SNR-Kristiansund.....	44
5.8.4	Vurderingsprosessen.....	45
5.8.5	Basistilbud.....	47
5.8.6	Oppsummering.....	47
5.8.7	Alternative virksomhetsmodeller.....	48
5.9	Oppsummering av aktivitets- og kapasitetsendringer.....	49
5.10	Personellframskriving.....	51
5.11	Utnyttelsesgrader og arealstandarder.....	51
5.12	Kapasitetsbehov 2030.....	52
5.13	Kapasitetsbehov Kristiansund.....	52
5.14	Beregning av areal for støttefunksjoner.....	53
5.15	Samlet programareal for SNR 2030.....	54
6	Konsepter og driftsmodell for SNR.....	56
6.1	Pasientopphold.....	56
6.1.1	Somatikk.....	56
6.1.2	Barn.....	57
6.1.3	Psykisk helsevern.....	58
6.1.4	Rus og avhengighet:.....	58

Hovedfunksjonsprogram

SNR

6.2	Undersøkelse/behandling	58
6.2.1	Poliklinikk og dagbehandling	58
6.2.2	Poliklinikk.....	58
6.2.3	Bilediagnostikk	59
6.2.4	Operasjon	59
6.2.5	Akuttmottak	61
6.2.6	Korttidsenhet.....	62
6.2.7	Føde	63
6.2.8	Smittevern og isolater	63
6.3	Medisinsk service:	64
6.3.1	Laboratoriemedisin	64
6.3.2	Apotek og medisinforstyrning.....	64
6.3.3	Prehospitale tjenester	64
6.4	Ikke-medisinsk service.....	65
6.5	Administrasjon:	65
6.6	Personalservice.....	66
6.7	Pasientservice:.....	66
6.8	Undervisning og forskning.....	66
7	Organisasjonsutvikling.....	67
8	Overordnet plan og konseptskisse IKT	68
9	Metode	69
9.1	Kvantitativ modell demografisk framskriving	69
9.1.1	Dagens aktivitet.....	69
9.1.2	Framskriving	70
9.2	Kvalitativ modell – Omstillingsfaktorer	70
9.3	Scenarier.....	72
9.4	Framskriving kapasitetsbehov	72
9.4.1	Utnyttelsesgrader	72
9.4.2	Arealstandarder.....	73
10	Vedlegg.....	75
10.1	Deltakere i Hovedgruppa.....	75
10.2	Vedlegg Omstillingsfaktorer	76

1 Sammendrag

Hovedfunksjonsprogrammet (HFP) beskriver et Nytt felles akuttsykehus for Nordmøre og Romsdal på Hjelset i Molde kommune med godt poliklinisk tilbud/distriktsmedisinsk senter i Kristiansund.

HFP er en delutredning i konseptfasen og etterfølger Helse Møre og Romsdals utviklingsplan fra 2012¹ og idefaserapporten fra 2014². HFP skal være grunnlag for skisseprosjektering og delfunksjonsprogrammering. HFP er utarbeidet i perioden august 2015 til februar 2016. Prosjektorganisasjonen SNR bestående av Sykehusbygg HF og prosjektledere fra Helse Møre og Romsdal har hatt ansvaret for utarbeidelsen. En Hovedgruppe bestående av oppnevnte ansatte, tillitsvalgte og ledere fra helseforetaket samt representanter fra pasientorganisasjoner har deltatt i arbeidet.

Utløsende faktor for behovet for nybygg er å erstatte sykehusarealet Molde sykehus med nye og fremtidsrettede arealer. I utredningsprosessen er det konkludert med at det mest framtidrettede er å samle eksisterende sykehus i Molde og Kristiansund i ett akuttsykehus for å sikre stabile fagmiljø og mulighet for bærekraftig drift. Prosessen har videre konkludert med at poliklinisk tilbud og dagtilbud/distriktsmedisinsk senter inngår som integrert del av SNR.

HFP redegjør for dimensjoneringsgrunnlaget for SNR. Beregningene er gjennomført ved bruk av «Modell for framskrivning av aktivitet og kapasitetsbehov i sykehus³» utgitt av Sykehusbygg HF. Med basisår 2014 og en planleggingshorisont frem til 2030 er det beregnet behov for kapasitet gjennom både en kvantitativ og en kvalitativ framskrivning. Videre er det benyttet arealstandarder og utnyttelsesgrader i hovedsak sammenlignbare med andre sykehusprosjekter de siste årene. Netto funksjonsareal er beregnet til 27 850 m² og med en brutto-nettofaktor på 2 gir dette et brutto arealbehov 55 700 m². Dette er samlet kapasitets- og arealbehov for hele SNR. Videre utredninger i Konseptfasen vil avklare og justere dette arealbehovet i forhold til de alternative driftsmodellene og virksomheten i Kristiansund.

I arbeidet med Hovedfunksjonsprogrammet for SNR er det lagt vekk på å definere konsepter og driftsmodeller som understøtter de målsettinger som er valgt og som gir helseforetaket en langsiktig og bærekraftig utvikling. De virksomhetsrelaterte driftsmodellene og konseptene er beskrevet på overordnet nivå og skal gi direkte føringer for videre utvikling av konseptene i delfunksjonsprogrammet. Her vil OU prosessen i foretaket bli en viktig premissgiver i den videre utviklingen.

Moderne informasjonsteknologi vil også være en viktig premissleverandør for hvordan vi utvikler og organiserer tjenesten, både internt i sykehuset, i foretaket og ikke minst mot primærhelsetjenesten. HFP vil derfor etterfølges av en egen overordnet plan- og konseptskisse for IKT området i tillegg til de øvrige delutredningene i konseptfasen

Bjørn Remen, Prosjektdirektør SNR

¹ Helse Møre og Romsdal HF (2012), Utviklingsplan for Helse Møre og Romsdal HF- 2030, Styresak 99/12

² Helse Møre og Romsdal HF (2014), Idéfase - Sjukehuset i Nordmøre og Romsdal (SNR) Styresak 2014/90.

³ Sykehusbygg HF (2014), Modell for framskrivning av aktivitet og kapasitetsbehov i sykehus.

Endringer i forbindelse med revisjon 2

Revidert Hovedfunksjonsprogram er en oppdatering av programmet basert på gjennomført utredning av alternative virksomhetsmodeller, delfunksjonsprogram, skisseprosjekt og økonomiske analyser.

Dimensjonerende endringer

- Basert på arbeidet med å utrede virksomhetsalternativer er kapittel 5.8 oppdatert med resultatet av denne utredningen. Kapitlet gir nå kapasitetsberegning fordelt på 2 alternativer. Arealkonsekvens av dette er også medtatt i dimensjoneringen
- I beregningene av somatiske senger er det lagt inn en ny forutsetning i kapitlet om scenariobetraktninger og usikkerhet om ytterligere 10% reduksjon i døgnopphold. Dette tilsvarer en reduksjon på 18 senger.
- Utnyttelsesgrad for kapasitetsberegning dialyse er endret fra 4 til 5 timer
- Aktivitetstall for kjemoterapi er flyttet fra å være kodet som poliklinikk til dagbehandling for å få riktig beregning av kapasitet
- Beregningsfaktoren for overvåkingsplasser for dagkirurgi er endret fra faktor 1,5 per stue til 3,5 per stue for å ta høyde for større omløpshastighet
- Mammografi / screening er lagt inn med 2 labber
- Det er gjort ny beregning av kontorbehovet for psykisk helsevern, voksenhabilitering er nå medtatt
- Antall kliniske spesialrom i poliklinikkene er økt på bakgrunn av detaljert programmering i DFP
- Tildelt areal til støttefunksjoner er justert i samsvar med resultat av delfunksjonsprogrammeringen

Andre redaksjonelle endringer

- Målformuleringene er mindre justert slik at de er tilpasset vedtatte mål i styringsdokumentet
- Hele dokumentet er gjennomgått med hensyn til å angi kilder og referanser
- Hele dokumentet er gjennomgått og strammet opp redigeringsmessig

Hovedfunksjonsprogram

SNR

2 Bakgrunn og prosess

Konseptfasen og hovedfunksjonsprogrammet følger tidligfaseveileder for sykehusplanlegging og har sin bakgrunn i

- Utviklingsplan for Helse Møre og Romsdal HF – 2030 (Styresak 2012/99, HMR)
- Idefaserapport: Sjukehuset i Nordmøre og Romsdal SNR (Styresak 2014/90, HMR)

Prosjektet benevnes til daglig *Sjukehuset Nordmøre og Romsdal - SNR* og inneholder utbygging av et felles akuttsykehus på Hjelset i Molde kommune og etablering av poliklinikk og dagbehandling/distriktd medisinsk senter (DMS) i Kristiansund.

Helse Møre og Romsdal HF er prosjekteier.

Hovedfunksjonsprogrammet er utarbeidet i tråd med Veileder for Hovedfunksjonsprogram⁴, utarbeidet av Helsedirektoratet, overtatt av Sykehusbygg HF, tilpasset rammebetingelser gitt av HF og RHF. Hovedfunksjonsprogrammet gir dimensjonerende og driftsmessige forutsetninger for videre planlegging av SNR.

Hovedfunksjonsprogrammet (HFP) beskriver driftskonsept og den framtidige aktiviteten i SNR basert på befolkningsutvikling, epidemiologi og utvikling av behandlingsmetoder, samhandling med kommunene, omstillingsfaktorer internt i drifta av SNR og funksjonsdeling mellom sykehusene i HMR og mellom SNR og St. Olavs Hospital. Målsettingen om et fullverdig, bærekraftig og framtidsetta akuttsjukehus inkludert et DMS i Kristiansund krever at den videre planlegging i HMR har fokus på benchmarking og beste praksis for drift.

2.1 Alternativene som skal utredes i Konseptfasen

Veileder for tidligfaseplanlegging av sykehus⁵ tilsier at minst to alternativ skal utredes i tillegg til 0-alternativet. Kravet i veilederen presiserer ikke om det er forskjellige funksjonsinnhold eller forskjellige tomteutnyttninger som skal vurderes. I saksutredningen fra høsten 2014 lå det til grunn at stedsvalget skulle avgjøres i Idefasen, men at det i konseptfasen skulle utredes et alternativ med DMS i byen som ligger lengst fra sykehuset, og et alternativ uten DMS.

Helse Møre og Romsdal anser at vedtakene fra behandlingen av Idefasen i foretaksmøtet⁶ tilsier at det i det videre arbeid bare skal utredes et Nytt felles akuttsykehus for Nordmøre og Romsdal på Hjelset i Molde kommune med godt poliklinisk tilbud/distriktd medisinsk senter i Kristiansund.

Vedtaket fortolkes videre slik at 0-alternativet er tilstrekkelig utredet og utredes ikke videre, men beholdes som en referanse. Helse Møre og Romsdal har derfor i styresak 58/2015⁷ fastlagt at konseptfasen skal utredes slik:

1. Styret i helse Møre og Romsdal legg til grunn følgende utgreiingsalternativ av SNR i konseptfasa:

⁴ Helsedirektoratet (2013) Veileder for Hovedfunksjonsprogram

⁵ Helsedirektoratet (2011) Tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter

⁶ Helse – og omsorgsdepartementet, Protokoll fra foretaksmøte i Helse Midt-Norge RHF 19. desember 2014

⁷ Helse Møre og Romsdal HF (2015), Presisering av utgreiingsalternativ konseptfase, Styresak 58/2015

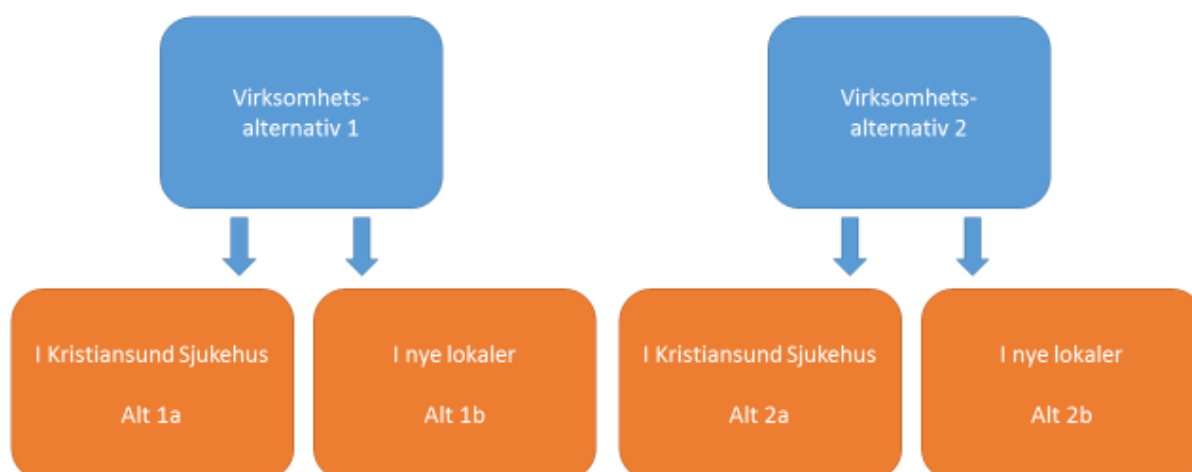
Hovedfunksjonsprogram

SNR

- Alternativ 1
 - Nytt felles akuttsjuehus for Nordmøre og Romsdal på Hjelset i Molde kommune med godt poliklinisk tilbud/distriktsmedisinsk senter i Kristiansund
- 2. Alternativ 1 skal utgreiast med to (2) ulike verksamhetsalternativ for innhaldet i spesialisthelsetenestetilbodet i Kristiansund.
- 3. Basert på dei to verksamhetsmodellane i vedtakspunkt 2 for spesialisthelsetenestetilbodet i Kristiansund, skal det gjerast ei vurdering av denne løysinga plassert både i dagens Kristiansund sjukehus og i nye lokale.

Helse Midt-Norge har sluttet seg til vedtaket i styresak 103/15⁸. Hovedfunksjonsprogrammet vil i all hovedsak omhandle virksomheten i SNR sett under ett. Konseptfasen vil videre utrede de to alternative modellene.

Figur 2.1 To verksamhetsalternativer skal begge utredes på to alternative lokasjoner i konseptfasen.



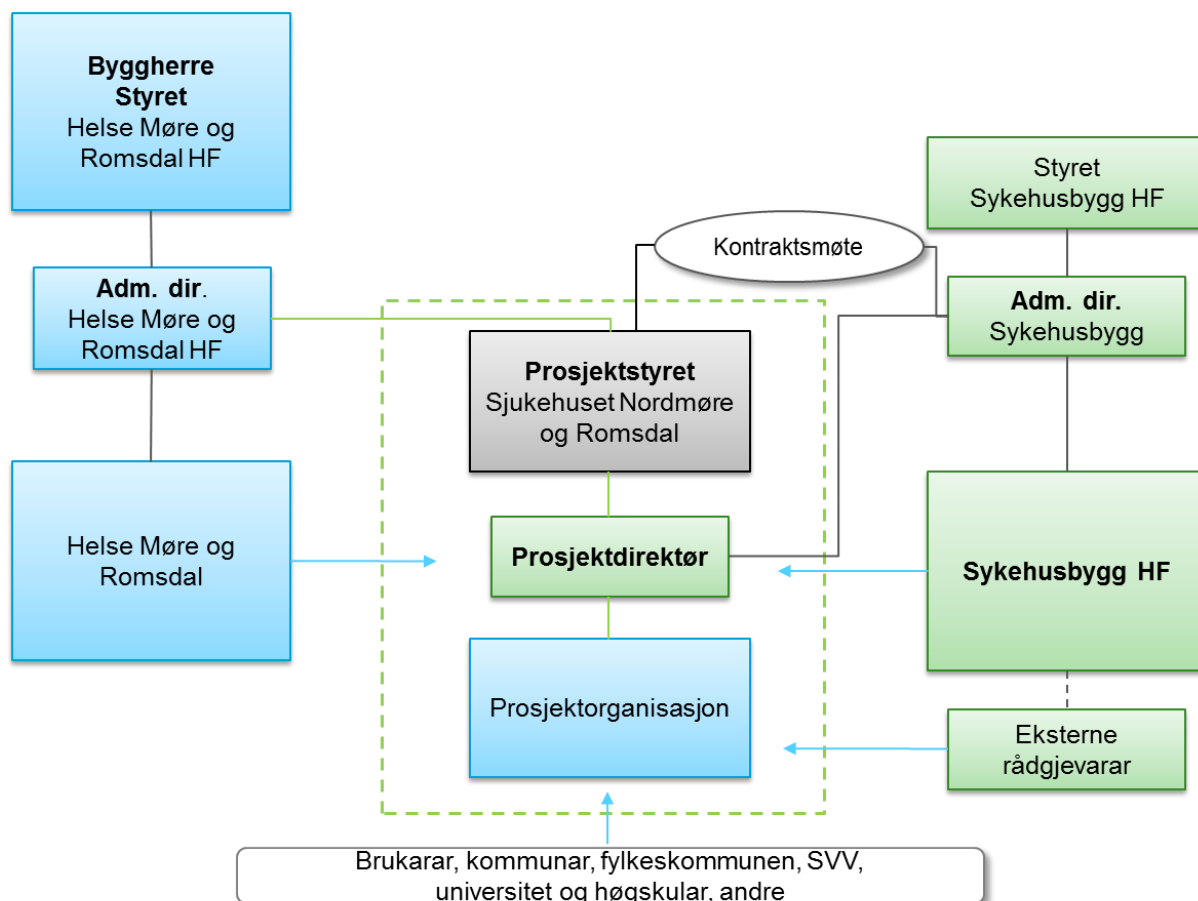
⁸ Helse Midt Norge RHF (2015), Utredningsalternativ for konseptfase Sykehus i Nordmøre og Romsdal (SNR), Styresak 103/15.

Hovedfunksjonsprogram

SNR

2.2 Prosess og medvirkning

Organisasjonskart nedenfor viser hovedtrekkene i organiseringen i gjennomføring av konseptfasen. Sykehusbygg HF skal på oppdrag fra byggherre, HMR HF gjennomføre prosjektet fra Konseptfasen til overlevering. HMR medvirker inn i prosjektorganisasjonen med to fast ansatte prosjektledere og kommunikasjonsmedarbeider og med representanter for ansatte i planleggingsgrupper. Prosjektgjennomføringen er videre regulert i styresak 34/2016 ⁹Styringsdokument SNR



Figur 2.2 prosjektorganisering SNR

I arbeidet med HFP for SNR har medvirkningen vært organisert gjennom HMR sin oppnevning av en hovedgruppe. Hovedgruppa har bestått av representanter fra ledergruppa ved HMR, ansatte, tillitsvalgte og pasientrepresentanter. Hovedgruppa skal ha fokus på et overordnet og strategisk nivå.

Det er utformet et mandat for tilsett- og brukarmedvirkning i planprosessen¹⁰. Der heter det:

All medverking er rådgjevande. Avgjersler i prosjekt SNR følger matrisa for dette, som er vedlegg til prosjektstyret sitt mandat.

Føremåla med tilsett- og brukarmedverking er å:

- yte til prosjektet sin funksjonalitet og andre bruksrelaterte kvalitetar

⁹ Prosjektstyret SNR (2016), Styringsdokument SNR, Styresak 34/16.

¹⁰ Prosjektstyret SNR (2015), Tilsett- og brukarmedverking i planprosessen for Sjukehuset Nordmøre og Romsdal, SNR, Sak 27/15

Hovedfunksjonsprogram

SNR

- yte til at brukarperspektivet blir ivaretatt i planlegging og bygging
- yte til relevant informasjonsflyt mellom driftsorganisasjon og prosjekt
- skape kunnskap om, motivasjon for og eigarskap til prosjektet, kort sagt: å sikre eit konstruktivt engasjement i fag- og brukarmiljøa til fordel for prosjektet
- yte til å lette overgangen til å ta over ferdig bygg

Medverking frå vernetenesta og tillitsvalde vil delvis gjerast gjennom Helse Møre og Romsdal HF sine ordinære strukturar, dels vil dei kunne gå inn i prosessane for tilsettmedverking med same mandat som alle tilsette.

Det overordnede mandatet for medverking er:

- medverking og rådgjeving ved programmering i ulike stadium, herunder ved utarbeiding av hovudfunksjonsprogram, funksjonsprogram og romfunksjonsprogram.
- medverking og rådgjeving ved prosjektering i ulike stadium, herunder ved utarbeiding av skisseprosjekt, forprosjekt og detaljprosjekt
- medverking og rådgjeving ved utstyrplanlegging og tilskaffing av utstyr
- løpande informasjon mellom leiinga ved dei aktuelle einingane og prosjektet om alle høve av tyding for avdelinga, herunder distribusjon av aktuelle dokument til avdelingane si leiing
- løpande dialog mellom deltakarar i tilsettmedverkinga og de miljø dei representerer, om dei spørsmål som handsamast i driftsorganisasjonen

3 Mål og Rammer

Helse Møre og Romsdal HF har i arbeidet med Utviklingsplan 2030 og Idefaserapporten for SNR definert sine mål med virksomheten i Helseforetaket og for det framtidige SNR. Det er en forutsetning for SNR at det blir en framtidretta og bærekraftig spesialisthelsetjeneste for befolkningen i Nordmøre og Romsdal, med mulighet for å forsvare investering i nybygg. Helse Møre og Romsdal skal utvikle pasientens helsetjeneste for framtida og SNR skal planlegges i tråd med denne overordna målsettingen.

Siden Utviklingsplan for Helse Møre og Romsdal 2030 ble vedtatt i 2012, har det kommet flere ulike typer føringer som påvirker utvikling av helseforetaket. Styret for HMR (sak 2016/05)¹¹ understreker behovet for at utviklingsplanen revideres og oppdateres, slik at utviklinga er i tråd med forventet nivå. Både nasjonalt, Nasjonal Helse og Sjukehusplan (NHSP), og regionalt, Helse Midt Norge Strategi 2030, vil det i planleggingsperioden komme overordna tydelige føringer som vil påvirke utviklinga i HMR (og dermed SNR). Vesentlige endringer i tjenestetilbudet er ikke mulig før NHSP er vedtatt og Helse Midt Norge har behandlet regional utviklingsplan 2030 (i november 2016 etter planen). SNR er en viktig del av både virksomhet- og bygningsmessig utvikling i HMR, og må derfor inngå i revideringa av utviklingsplanen.

¹¹ Helse Møre og Romsdal HF (2016), Revidering av utviklingsplanen for Helse Møre og Romsdal HF 2030, Styresak 2016/05.

Hovedfunksjonsprogram

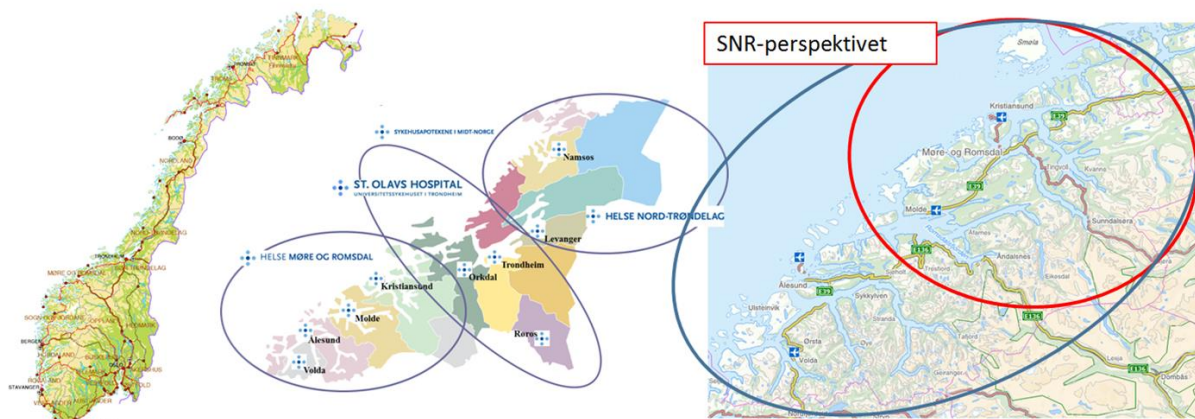
SNR

3.1 Mål for den framtidige virksomheten

Mål for den framtidige virksomheten er hentet fra Idefasen¹² og styringsdokumentet¹³

3.1.1 Samfunns mål

Prosjektet (SNR) skal levere spesialisthelsetenester til innbyggjarane i Nordmøre og Romsdal av god fagleg kvalitet, likeverdige og tilgjengelege, tilpassa pasientane sitt behov og gjennom god ressursutnytting til beste for fellesskapet. (frå Idefaserapporten)



3.1.2 Effektmål

Effektmålet er at brukarane av SNR skal få eit spesialisthelsetenestetilbod som svarar den til ei kvar tid gjeldande standard for gode spesialisthelsetenester; det skal vere robust og moderne,¹⁴ attraktivt for både pasientar og tilsette, og utnytte felles ressursar på best moglege måte både for pasientar og tilsette (frå Idefaserapporten).

Gjennom planlegging og bygging av nytt akuttsjukehus på Hjelset, inkl. DMS i Kristiansund er målet å oppnå:

1. Å skape pasienten sin helsetjeneste

- Etablere enerom for å ivareta konfidensialitet og kommunikasjon mellom pasient/pårørende og helsepersonell.
- Sørge for at taushetsplikten overholdes.
- Sørge for at spesielt ikke-medisinsk ventetid reduseres gjennom gode pasientforløp.
- Bedre tilgjengelighet til tjenestene gjennom blant annet økt åpningstid.
- God faglig kvalitet på tjenestene (målbart gjennom kvalitetsindikatorer, reduksjon i avviksmeldinger og økt pasienttilfredshet)

¹² Helse Møre og Romsdal HF (2014), Idefase - Sjukehuset i Nordmøre og Romsdal (SNR), Styresak 2014/90.

¹³ Prosjektstyre SNR (2016) SAK 34/16

¹⁴ Med moderne meiner ein her at SNR skal gi eit tidsriktig spesialisthelsetenestetilbod når det gjeld medisinskfagleg praksis, utstyr, samhandling og forløp.

Hovedfunksjonsprogram

SNR

2. En attraktiv arbeidsplass og stabile fagmiljø

- Tilfredsstillende antall søkere på ledige stillinger.
- Lavt gjennomtrekk.
- Reduksjon i sykefraværet.
- Redusert omfang av innleide personell.
- Et sykehus som reduserer stress – for pasienter/pårørende og for ansatte. Det skal være godt å være i (dagslys, utsikt, materialvalg, støy, visuell stimulering)

3. Sikre robust kompetanse i SNR

- Tilrettelegge for flere utdanningsløp og etterutdanning innenfor SNR.
- Etablere areal for forskning og utdanning og
- Etablere rom og miljø for faglig utveksling og vekst

4. Effektive sykehusbygg

- Utforme generelle funksjonsareal som er robust for endringer i pasientbehandling og forløp
- Sikre god pasientflyt som gir effektive pasientforløp (måles gjennom liggetid, pasienttilfredshet, ventetid, antall korridorpasienter).
- Oversiktlige areal som er utformet slik at de sikrer effektiv og sikker drift.
- Generalitet og fleksibilitet i utformingen for å unngå ombygging gjennom standardisering av areal.
- IKT i SNR må etableres slik at en tilrettelegger for en framtidig medisinsk teknologi og virksomhetsarkitektur. Målsetting er å muliggjøre behandling av flere pasienter på nye innovative måter (flere fjernkonsultasjoner, færre oppmøter på poliklinikkene, styrke samarbeidet med primærhelsetjenesten).
- Løsningene som velges må sikre en god driftsøkonomi, og bidra til at dette skjer innenfor HMR sin bæreevne.

5. Etablere et grønt sykehus

- Etablere areal/løsninger som understøtter foretakets interne ISO-sertifisering innen miljø i sin drift.
- SNR (nye bygg) skal bygges med minimum energikarakter A og som passivhus.
- HMR sin vedtatte rapport vedr Bygg&Miljø skal legges til grunn for planleggingen av SNR.
- Nye bygg skal utformes slik at det minimum tilfredsstillende kravene for et universelt utformet sykehus, jfr. Norsk Standard
- I forprosjektfasen skal det utarbeides et miljøoppfølgingsprogram som tydeliggjør miljømål og krav til klimagassutslipp.

6. Samhandling

- Areal og funksjoner må tilrettelegges på en slik måte at dette sikrer muligheter for god

3.2 Rammeforutsetninger

Nordmøre og Romsdal er delt i 19 kommuner, 17 av disse skal ha sitt tilbud i SNR. Rindal kommune sokner til Sør-Trøndelag og St. Olavs Hospital for somatiske spesialisthelsetjenester. Sandøy kommune er av kommunikasjonsmessige hensyn overført til Ålesund sjukehus sitt opptaksområde. Folketallet i disse 17 kommunene er i dag ca 118 000, mens det i 2030 vil nærme seg 135 000 (SSB MMMM, 2014-prognose).

Styret for Helse Midt-Norge RHF vedtok under behandlingen av Utviklingsplan 2030 i desember 2012 at de to sykehusene i Molde og Kristiansund skal erstattes av ett felles akuttstusykehus for Nordmøre og Romsdal. Utbyggingstiltaket har høyest prioritet på langtidsinvesteringsplan for Helse Midt-Norge¹⁵RHF, der det vil kunne være tilgjengelig midler for byggestart i 2018.

3.2.1 Behandling av Idefaserapporten i styrer og foretaksmøte

Rammebetingelsene for prosjektet er primært definert i Idefasedokumentet av 25.11.2014, i styrevedtak i styrene for Helse Møre og Romsdal HF (sak 2014/90 Idefase Sjukehuset Nordmøre og Romsdal SNR)¹⁶ og Helse Midt-Norge RHF desember 2014 (sak 83/14 Nytt Sykehus i Nordmøre og Romsdal)¹⁷ og i Foretaksmøtet 10. desember 2014¹⁸.

Rammeforutsetninger gitt av styrer og foretaksmøte:

- *For å sikre forsvarlig akuttberedskap, legger styret til grunn at den prehospitale tjenesten videreutvikles og ivaretar også de innbyggerne som får lengst reisevei til sykehus.*
- *Funksjoner i eksisterende og **nytt sykehus** må innrettes slik at det understøtter kostnadseffektiv drift og legger til rette for samarbeid mellom sykehus, også når det gjelder fylkesdekkende funksjoner.*
- *Styret legger til grunn at Ålesund sjukehus fortsatt skal være det mest differensierte sykehuset i Helse Møre og Romsdal HF.*
- *Både nytt Sykehus i Nordmøre og Romsdal og Ålesund sjukehus vil ligge tilstrekkelig nær befolkningstygndepunktet i foretaksområdet for å kunne ivareta fylkesdekkende funksjoner.*
- *Det er behov for en mer detaljert gjennomgang av dimensjoneringen av SNR for å redusere arealbehovet. Dette arbeidet må særlig belyse mulig effekt av*
 - *økt samhandling med kommunene*
 - *etablering av polikliniske tjenester/Distrikt medisinsk senter i Kristiansund*
 - *oppgave- og funksjonsdeling i tråd med utviklingsplan for helseforetaket og Helse Midt-Norge*
 - *utvidet åpningstid*
 - *bedre utnyttelse av kostbart utstyr og annen infrastruktur*
 - *potensialet i moderne kommunikasjonsteknologi, mobile tjenester og telemedisin*
- *Det må planlegges for et godt poliklinisk tilbud/ distrikt medisinsk senter i Kristiansund og at de prehospitale tjenestene videreutvikles slik at en sikrer en forsvarlig akuttberedskap og ivaretar de innbyggerne som får lengst reisevei til sykehus.*
- *Foretaksmøtet la til grunn at Ålesund sjukehus fortsatt skal være hovedsykehuset i Helse Møre og Romsdal.*

¹⁵ Helse Midt-Norge RHF (2016): Langtidsplan og – budsjett Helse Midt-Norge 2017 – 2022, Styresak 51/16.

¹⁶ Helse Møre og Romsdal HF (2014), Idéfase - Sjukehuset i Nordmøre og Romsdal (SNR), Styresak 14/90

¹⁷ Helse Midt-Norge RHF (2014), Nytt sykehus i Nordmøre og Romsdal, Styresak 83/14.

¹⁸ Helse – og omsorgsdepartementet, Protokoll fra foretaksmøte i Helse Midt-Norge RHF 19. desember 2014

3.2.2 Funksjonsdeling mellom sykehusene i foretaket

Planleggingen av SNR forutsetter en funksjonsdeling mellom sykehusene i foretakene slik angitt i Idefasen.

Tabell 3.1 Fra Idefaserapporten: Oversikt over fagområde vurderte og tilrådingar i høve til oppgåve- og funksjonsdelingsarbeidet¹⁹

FAGOMRÅDE	VURDERING	TILRÅDING
Indremedisin	Nyremedisin og infeksjonsmedisin	<ol style="list-style-type: none"> Nefrologisk døgntilbod med intensivbehandling, poliklinikk med dialyse, vidareførast i Ålesund og SNR Infeksjonsmedisin med isolatfunksjonar vert oppretthalde i begge sjukehus. SNR byggjer i høve til dei krav som gjeld for isolatfunksjonar (jfr. del av sengekapasiteten somskal ha
Kirurgi	Skal ein utføre karkirurgi eitt eller to stader i føretaket?	<ul style="list-style-type: none"> Karkirurgien vert samla i Ålesund Thoraxkirurgi føreset ein lagt til regionalt nivå
Ortopedi	Utgreiing av arbeidsdeling mellom einingar, under dette evt. utvikling av reine elektive produksjonslinjer	<ul style="list-style-type: none"> Deling av elektiv verksemd mellom SNR og Ålesund etter fagområde over tid, slik at denne delingsmodellen er klar ved innflytting i SNR.
Øyre/nase/hals (ØNH)	Vurdering av samling av døgntilbod og vaktordning ein stad	<ul style="list-style-type: none"> Samling av vaktordning og døgntilbod i Ålesund. Dagtilbodet si opningstid i SNR bør kunne vurderast, slik at dette vert tilpassa til å kunne fange opp tyngda av Ø-hjelpsbehov også i SNR. For born med ØNH-problem vil tilbodet for overnatting i SNR tilsvare det tilbodet som kjem fram
Auge	Vurdering av samling av døgntilbod og vaktordning på ein stad. Vurdere om det er behov for 24/365-vaktordning i HMR på dette området	<ul style="list-style-type: none"> Verksemd begge stader, men samla vaktordning i Ålesund
Hud	Vurdere korleis ein best kan ivareta tilbodet, som poliklinikk eller gjennom avtalespesialistar	<ul style="list-style-type: none"> Vurdere ei integret bruk av avtalespesialistar som også har vilkår om sjukehusoppgåver i sine
Born og unge **	Vurdering av samling av døgntilbod og vaktordning ein stad i føretaket. Fleksible senger (korttidsløysingar	<ul style="list-style-type: none"> Døgnoophald i eiga barneavdeling samla i Ålesund. Ø-hjelp på dag/kveld, dagaktivitet og døgnseger (truleg 2-3) i fleksibelt sengeområde i SNR. Sengeområdet er tilpassa born med behov for seng, men som ikkje har behov for innlegging/overflytting til ei barneavdeling

¹⁹ Helse Møre og Romsdal HF (2014), Idefase - Sjukehuset i Nordmøre og Romsdal (SNR) – Helse Møre og Romsdal: Styresak 2014/90, tabell 6.4

Hovedfunksjonsprogram

SNR

Nevrologi	Vurdere samling av døgnfunksjonar og vaktordning ein stad (SNR). Nevrologiske døgnplassar integrert i medisin?	<ul style="list-style-type: none"> Døgnavdeling, vakt, akutt og døgnoppgåver vert ivarettatt ein stad (SNR). Ålesund får nevrolog på dagtid poliklinikk og oppgåver opp mot sengeavdelingane (tilsyn). Begge stader har slageining
Fysikalsk medisin og rehabilitering	Presentere alternativ (einingar/funksjonar) for korleis eit framtidig tilbod innan dette feltet kan utviklast (må sjåast i samheng med mandat til eit evt. prosjektsamarbeid med kommunane	<ul style="list-style-type: none"> SNR får poliklinisk tilbod og døgntilbod med støttefunksjonar innanfor fysikalsk medisin og rehabilitering. Sengekapasiteten spesifiserast ikkje på dette stadiet, men avgrensast til 6-10. Konkret kapasitet vert avklart o arbeidet med hovudfunksjonsprogram
Kreft*	Inga vurdering konkret, men kan vere aktuelt med konkretisering i høve til enkeltfunksjonar. Må her til ei kvar tid følgje overordna føringar om kreftbehandling	<ul style="list-style-type: none"> Samla nukleærmedisinsk verksemd i Ålesund jfr. regional kreftplan Palliativ kirurgi både i SNR og Ålesund Fullverdig kreftavdeling som i dag ved Ålesund sjukehus Kreftpoliklinikk inkl. palliative tilbod i SNR
Laboratoriemedisin	Vurdere omfang på medisinsk biokjemi, transfusjonsmedisin og medisinsk mikrobiologi lokalisert til SNR	<ul style="list-style-type: none"> Med. biokjemi: seksjon både i Ålesund og SNR, men plass til spesialiserte analysar i SNR Med. mikrobiologi: to seksjonar i, men der seksjonen i Ålesund har eit avgrensa repetoar som ivaretek behovet for Ø-hjelp for innlagde pasientar. Alle prøver frå primærhelsetenesta bør gå til hovudseksjonen (SNR). Screening av blodgivarar vil i 2021 gå føre seg ved med. biokjemi i Ålesund Patologi samlast i Ålesund
Rus- og avhengigheitsbehandling	Vurdere om SNR skal ha funksjonar i høve til elektiv avrusing, delir og psykoseproblematikk	<ul style="list-style-type: none"> Tilbod om rus-akuttbehandling i SNR, tilbodet vert oppretthalde i Ålesund Rus-akutt skal vere ei observasjonseining i SNR, anslått behov for tre plassar etablert som skjermingseiningar
Vaksenpsykiatri på sjukehusnivå	Vurdere lukka/skjerma avdeling i SNR	<ul style="list-style-type: none"> Akuttfunksjon i tillegg til etterfølgjande behandling i SNR
Alderspsykiatri	Vurdere eitt eller to døgntilbod i alderspsykiatri i HMR, lukka/skjerma avdeling i SNR	<ul style="list-style-type: none"> Som no, men med ei tydelegare arbeidsdeling

*For kreftområdet viser ein til nasjonale føringar og regional kreftplan. Innanfor gastrokirurgi vert det vist til at avhengigheita mellom akuttfunksjon og gastrokirurgi ikkje gir rom for evaluering av alternativ slik ein vurderer dette no. Utan tilbod om kirurgisk behandling av tarmkreft vert underlaget for å oppretthalde gastrokirurgi for lite. Hovudansvaret for brystkreft både innan diagnostikk og kirurgi, er lagt til Ålesund, i samsvar med kreftplanen. Patologien skal samlast ein stad etter føringane frå regional kreftplan; i Ålesund. Cellegiftbehandling får ein i alle sjukehus, og det skal vere palliative senger i SNR.

** Tilbud til barn og unge i SNR beskrevet i ldefasen er grundigere vurdert og presisert i HFP: «SNR skal ta imot barn og unge både til poliklinikk og dagbehandling, og for innleggelse av akutt sykdom og forverring av kronisk sykdom.

Hovedfunksjonsprogram

SNR

3.2.3 Grensesnitt mot øvrig spesialisthelsetjeneste

SNR vil ha et faglig grensesnitt mot:

- St. Olavs Hospital i Trondheim som universitetssykehus i helseregion Midt-Norge
- Ålesund sjukehus som det mest spesialiserte sykehuset i HMR HF og det mest differensierte sykehuset i Midt-Norge etter St. Olavs Hospital.
- Kommunene i opptaksområdet i tråd med intensjonene i Samhandlingsreformen.
- Privat spesialisthelsetjeneste, avtalespesialister, privat drevne billeddiagnostiske enheter og private klinikker

Hovedfunksjonsprogrammet beskriver hvilken effekt dette utgjør for kapasitetsberegningen for SNR.

3.2.4 Prosjektets plass i forhold til nasjonale, regionale og andre helseforetaks planer

I planperioden har det kommet tydelige føringer på nasjonalt nivå (Nasjonal helse- og sykehusplan)²⁰ som vil påvirke HMR og dermed SNR fremover. I tillegg er Helse Midt-Norge sin Strategi 2030 ute på høring.

3.2.5 Andre rammekrav

Fra styringsdokumentet:

Prosjekt SNR skal planleggast ut frå dei til ei kvar tid gjeldande lover, føreskrifter, nasjonale og regionale føringar. Nokre av dei vert nemnde her:

- *Eierstrategi for Helse Midt-Norge (funksjonsdeling) (sak 41/06)*
- *Nasjonal og regionale kreftplanar*
- *Trygt Fødetilbud (IS-1877 Helsedir.) og En gledelig begivenhet (St.meld. 12/2008-2009)*
- *Akutt og traumer (St.meld 43/1999-2000 «Hvis det haster»)*
- *Nasjonal Traumeplan (Organisering av behandlingen av alvorlig skadde pasienter – Traumesystem) fra 2006, under revisjon i 2015*
- *Strategi 2020 Helse Midt-Norge*
- *Samarbeidsavtale mellom HMN og HMR fra november 2014*
- *Nasjonal Helse og sykehusplan*
- *Grønt sjukehus, prosjektrapport 2012*

3.3 Sjukehuset Nordmøre og Romsdal

Spesialisthelsetjenesten i Nordmøre og Romsdal er delt mellom sykehusene i Molde og Kristiansund for somatiske helsetjenester, og sykehuset på Hjelset, sykehuset i Molde, DPS Knausen i Molde og DPS Nordlandet og Solhagen i Kristiansund med tilhørende poliklinikker, for psykisk helsevern.

²⁰ Helse- og omsorgsdepartementet (2015-2016) - Nasjonal helse- og sykehusplan (2016-2019), Meld. St. 11 (2015-2016).

Hovedfunksjonsprogram

SNR

I tillegg Aure rehabiliteringssenter, DMS Sunndalsøra, Molde behandlingssenter og prehospitaltjenester. Det finnes avtalespesialister og private røntgeninstitutt i Kristiansund.

Den største endringen i SNR er etablering av et felles akuttsykehus på Hjelset, der også psykiatriens sykehusfunksjoner for Nordmøre og Romsdal skal lokaliseres. Dagens sykehus i Kristiansund blir erstattet av et tilbud med poliklinikk, dagbehandling, bildediagnostikk og laboratorietjenester, uten døgntilbud i spesialisthelsetjenesten.

Klinikkstrukturen i HMR er pr. i dag organisert på tvers av sykehusene med unntak av kirurgi hvor hvert sykehus har en klinikk. Det er ikke stedlig ledelse for hvert sykehus, men lokal ledelse for enhetene. HMR skal omorganiseres på nivå 1 og 2 (dvs. direktør, kliniksjefer og stabsdirektører/stabsledere) i løpet av våren 2016. Ny organisasjonsmodell for hele helseforetaket vil være på plass fra årsskiftet 2017.

3.4 Prinsipp for utvikling av konsept

Helse Møre og Romsdal HF har som målsetting å etablere en spesialisthelsetjeneste for Nordmøre og Romsdal som har to hovedløp som grunnlag for oppbygging av virksomheten: den udiagnostiserte pasienten som blir henvist til poliklinikk eller som legges ved øyeblikkelig hjelp-tilbudet og pasienten med kronisk sykdom med behov for hyppig kontakt med spesialisthelsetjenesten. Dette legges til grunn for beslutning om fordeling mellom DMS Kristiansund og sjukehuset på Hjelset, og for organisering av areal og virksomhet i det nye sjukehuset.

Driftseffektivitet vil være viktig for å gi pasientene gode utrednings- og behandlingsforløp, og for å sikre bæreevnen til Helse Møre og Romsdal. For å oppnå driftseffektivitet har HFP-prosessen hatt som hovedfokus å utrede overordnede driftsmessige konsepter som skal støtte opp om dette og gi føringer for de valgene som skal gjøres i den videre detaljeringen av prosjektet.

Framtidig driftseffektivitet forutsetter bygg som kan endre funksjon uten større ombygging. Planlegging og bygging/ ombygging må ta utgangspunkt i fremtidig fleksibilitet og elastisitet.

Pasienter med psykiske lidelser som krever sykehusinnleggelse skal integreres i sykehuset på Hjelset. Hvilken bygningsmessig løsning som vil ivareta pasientenes behov best avklares gjennom prosjekteringen. Pasienter med akutt rusproblematikk skal tas imot i akuttmottaket og gis et første tilbud der.

Mange fagområder skal gi tilbud i DMS Kristiansund. DMS må tilrettelegges med tilsvarende mulighet for kompakte, koordinerte utredningsforløp, som inkluderer tilgang på bildemodaliteter og blodprøvetaking, og oppholdssoner. Organisering av driften må legge til rette for at det er tilgang på en bredde av spesialister i samtidighet for effektiv tverrfaglig utredning. Behovet til pasientgruppen med behov for hyppig kontakt, og redusert kapasitet for reising må ivaretas gjennom organisering av tilbudet.

Hovedfunksjonsprogram

SNR

4 Status dagens virksomhet og bygg

Utløsende faktor for behovet for nybygg er å erstatte sykehusarealet Molde sykehus med nye og fremtidsrettede arealer. I utredningsprosessen er det konkludert med at det mest framtidsrettede er å samle eksisterende sykehus i Molde og Kristiansund i ett akuttsykehus for å sikre stabile fagmiljø og mulighet for bærekraftig drift. Prosessen har videre konkludert med at poliklinisk tilbud og dagtilbud/distriktsmedisinsk senter inngår som integrert del av SNR.

4.1 Beskrivelse av dagens bygg

Følgende beskrivelse for eksisterende sykehus i Nordmøre og Romsdal er henta fra bygningsdelen av Utviklingsplan Helse Møre og Romsdal fra 2012²¹.

4.1.1 Molde Sjukehus

Det somatiske sykehuset i Molde har en dårlig teknisk tilstand med et stort oppgraderingsbehov. Det tekniske oppgraderingsbehovet er kalkulert til en prosjektkostnad på kr 193 mill.kr i kommende 5-årsperiode og ytterligere 215 millioner i etterfølgende 5 årsperiode. Dette gir et samlet teknisk oppgraderingsbehov på **408 mill.kr**.

For bygningsmassen for somatisk virksomhet i Molde tilsier dette et teknisk oppgraderingsbehov på **17.600 kr/m²**

4.1.2 Kristiansund Sjukehus

Det somatiske sykehuset i Kristiansund har en relativt god teknisk tilstand men med et stort oppgraderingsbehov innenfor kommende 10 årsperiode. Det tekniske oppgraderingsbehovet er kalkulert til en prosjektkostnad på kr 36 mill.kr i kommende 5-årsperiode og ytterligere 202 millioner i etterfølgende 5 årsperiode. Dette gir et samlet teknisk oppgraderingsbehov på **238 mill.kr**.

For bygningsmassen for somatisk virksomhet i Kristiansund tilsier dette et teknisk oppgraderingsbehov på **11.600 kr/m²**

4.2 Beskrivelse dagens funksjoner, aktivitet og kapasitet, spesielle problemstillinger

De fire sjukehusene i Helse Møre og Romsdal (HMR) inneholder de mest sentrale lokalsjukehusfunksjonene, det vil si akutt og elektivt tilbud i indremedisin, kirurgi/ortopedi, psykisk helsevern, gynekologi og fødetilbud, og de nødvendige medisinske støttefaga. I tillegg har Molde og spesielt Ålesund sjukehus flere fylkesdekkende funksjoner. Ålesund Sjukehus skal være det mest differensierte sykehuset i Helse Møre og Romsdal HF. Idefasen kapittel 6 viser hvordan tilbudene er organiserte i de ulike sjukehusa i HMR.

4.2.1 Organisering

Helse Møre og Romsdal HF ble etablert som helseforetak i 2011 ved at Helse Sunnmøre HF og Helse Nordmøre og Romsdal HF ble fusjonert. I den forbindelse etablerte helseforetaket en

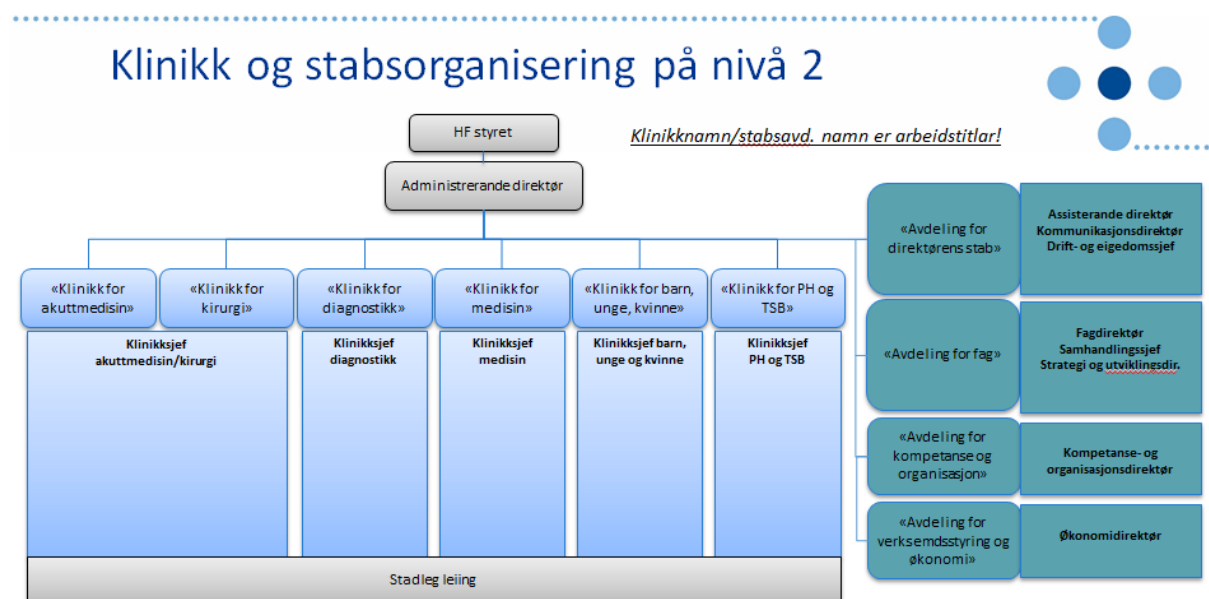
²¹ Helse Møre og Romsdal HF (2012), Utviklingsplan for Helse Møre og Romsdal HF, Styresak 2012/99.

Hovedfunksjonsprogram

SNR

organisasjonsmodell med organisering av klinikker på tvers av sykehusene, med unntak for kirurgiske fag og akuttmedisin. Siden etableringen av Helse Møre og Romsdal har det vært gjennomført flere organisatoriske endringer. I 2012 ble klinikkene for laboratoriefag og radiologi slått sammen til klinikk for diagnostikk og i 2014 ble klinikk for rus og avhengighet opprettet. I tillegg ble ambulansetjenesten fusjonert inn i helseforetaket fra januar 2015 og klinikk for prehospitale tjenester ble etablert. I tilknytning til vedtaket om at ambulansetjenesten skulle overføres fra Helse Midt-Norge RHF, ble det varslet en total gjennomgang av organisasjonsstrukturen i 2014. Grunnet flere store pågående prosesser i 2014, ble gjennomgangen utsatt til 2015.

Dagens organisering Helse Møre og Romsdal HF



Figur 4.1 Organisering HMR HF per mai 2016

Deloitte har på oppdrag fra HMR evaluert organisasjonsmodellen høsten 2015 jfr. styresak 2015-68²². Deloitte vurderer dagens hybride organisasjonsmodell med noen geografiske og noen tverrgående klinikker som lite egnet for fremtiden. Deloitte anbefaler at HMR iverksetter en prosess for å vurdere den overordnede klinikkstrukturen, der en ber om at behovet for å videreutvikle samhandling på tvers av geografiske lokasjoner bør ivaretas i prosessen.

Organiseringen av HMR er også viktig for å følge opp Nasjonal helse og sjukehusplan (NHSP). «Å skape pasientens helsetjeneste betyr at helsetjenesten må endre kultur, holdninger, organisering og ledelse». Det å skape pasientenes helsetjeneste har betydning for organisering av virksomheten og internkultur, i nye bygg og i interimfasen, betydning for organisering av planleggingsprosessen og betydning for utforming av bygg. Arbeidet med organisasjonsutvikling av HMR er nødvendig for å utvikle og sikre utviklinga av faglig gode og likeverdige helsetjenester, god ressursutnytting, innføring av nye og framtidretta metoder og teknologier. For SNR vil organisasjonsutvikling være spesielt viktig for å støtte opp under felles fagmiljø og felles kultur ved at dagens to sjukehus erstattes av et

²² Helse Møre og Romsdal HF (2015), Organisasjonsevaluering, Styresak 2015/68.

Hovedfunksjonsprogram

SNR

felles akuttsjukehus på Hjelset og et godt poliklinisk tilbud/DMS i Kristiansund.

4.2.2 Kvalitetsindikatorer

Ventetider

I Møre og Romsdal er det en god utvikling på reduksjon av ventetid for pasienter som venter på å starte med helsehjelp. Gjennomsnittlig ventetid for avvikla pasienter var 71 dager for hele 2015, men en ser en positiv utvikling mot slutten av 2015. I desember 2015 var ventetida redusert til 59 dager. Til tross for at HMR kan vise til en god utvikling er det et forbedringspotensial knyttet til å sette pasienter på time-direkte, opplæring av personell og rydding av ventelister.

Fristbrudd

Utviklingen på reduksjon på antall fristbrudd gjennom hele 2015 har også vært god. Arbeidet har vært rette mot pasientadministrative rutiner og det er opprettet ansvarlig på klinikknivå. I siste kvartal av 2015 ser en reduksjon i tallet på fristbrudd med 60 prosent mot tidligere nivå og prognoser viser at tallet er ytterligere på vei ned.

Utskrivningsklare pasienter

Foretaket har også en god utvikling i å redusere utskrivningsklare pasienter totalt sett. En økning på slutten av året er et resultat av situasjonen ved Kristiansund sjukehus der de fleste pasientene som venter på tilbud fra kommunen er hjemmehørende i Kristiansund kommune. Det er tett dialog mellom helseforetak og kommune om den aktuelle situasjonen og signalene er at situasjonen vil bedre seg i 2016.

Pakkeforløp

Prosentdelen kreftpasienter som blir registrert i et definert pakkeforløp, skal være minst 70 prosent. NPR oversikten viser at registrering av pakkeforløp er kommet godt i gang. Nye kreftpasienter inkludert i pakkeforløp er 70 prosent samlet sett for HMR og andel kreftpasienter behandlet innen standard forløpstid for alle behandlingsformer er 78 prosent.

Økonomi

Regnskapsmessig har HMR en utfordring i forhold til resultatkravet. De pasientrelaterte inntektene er omtrent i balanse, men både varekostnad og lønnskostnad viser avvik i negativ retning. Avviket på varekostnad er i hovedsak knyttet til medikament, behandlingstilbud og innleie fra vikarbyrå. Resultatet for november 2015 viser et avvik på 15,5 millioner i forhold til resultatkravene og dette tyder på for høy inngangsfart inn i 2016 i forhold til de budsjettrammer en må holde seg til.

Helse Møre og Romsdal har hatt en vekst i aktiviteten på 4.7 prosent i 2015. Det er vanskelig å gjennomføre en slik økning uten tilsvarende vekst i kostnadene.

Sjukefravær

Foretaket har et mål om et sjukefravær på 7,0 prosent i 2015. Det samla sjukefraværet for 2014 var

Hovedfunksjonsprogram

SNR

på 7,7 prosent og i 2015 ble den 7,8 prosent²³.

Antall stillinger

Samla sett har foretaket flere stillinger enn budsjettert. Bruken av overtid og mertid har økt i 2015 sammenlignet med 2014. En stor del av veksten i bruk av overtid og mertid er tilknyttet prehospitaltjenester og økt aktivitet i klinikkene. Det er et mål å redusere bruken av mertid og overtid.

Rekruttering

Det er store variasjoner i HMR når det gjelder tilgang til arbeidskraft, som i hovedsak er knyttet til type profesjon og ulike lokaliseringer.

Det viktig at en bruker personellressursene best mulig, da det er knapphet på ressurser innen helsesektoren i fremtiden. Både kjønn- og aldersfordeling i ulike personalgrupper i tillegg til arbeidstid, heltid-/deltidsstilling vil være faktorer som påvirker tilgangen til personell i de ulike faggruppene. HMR har et stort ansvar for å utvikle egne ansatte gjennom internopplæring og ulike utdanninger.

Det er god rekruttering til utdanningsstillinger for leger og det er mange søkere til turnuslegestillinger. Høgskolemiljøene representerer positive bidrag med tanke på rekruttering til faggrupper som sjukepleiere, bioingeniører, pedagoger og administrativt personell. Nærhet til utdanningstilbudene har betydning for rekruttering. De videregående skolene utdanner som eksempel helsefagarbeidere, helsesekretærer og ambulansesarbeidere.

Helse Møre og Romsdal har deltatt i utforming av Strategi for utdanning og kompetanseutvikling i Helse Midt-Norge 2015-2020²⁴. Strategien skal bidra til at organisasjonen er i stand til å møte framtida sine behov for kompetanse.

Helse Midt-Norge skal:

- Utdanne helsepersonell til hele helsetjeneste og sikre god kvalitet og relevans.
- Forvalte og utvikle kompetansen for å møte befolkningen sine behov og forventninger til kvalitet i spesialisthelsetjenesten
- Sikre at foretaksgruppen oppfyller ansvaret for utdanning og kompetanseutvikling

I fremtiden vil en også trenge annen kompetanse for å følge med på den økende spesialiseringen og teknologisk utvikling i møte. Fagområder som fysikk, biologi og logistikk er eksempler på dette.

4.2.3 Pasientstrømmer og Forbruksmønstre

I tabell 4.1 og 4.2 presenteres antall og prosentandel døgnopphold etter bostedskommune og behandlingssted for pasienter bosatt i SNR bostedsområde²⁵. Tabellene viser også i sum-tall de gamle

²³ Helse Møre og Romsdal HF, Statusrapport 2016, Styresak2016/12

²⁴ Helse Midt - Norge RHF (2015), Strategi for utdanning og kompetanseutvikling i Helse Midt-Norge 2015-2020, Styresak 28/15

²⁵ Helsedirektoratet (2014), Tallgrunnlag fra Norsk pasientregister (NPR), 2014

Hovedfunksjonsprogram

SNR

sykehusområdene for de to eksisterende sykehusene. Det er sykehusopphold som er enhet for disse oversiktene. I kapittel 6 nedenfor presenteres også tall for aktiviteten ved SNR, men de oversiktene er basert på avdelingsopphold samtidig som friske og syke nyfødte er tatt ut av datagrunnlaget. Det vil derfor ikke være samsvar mellom antall døgnopphold ved SNR her og i kapittel 5.

Tabell 4.1 Antall døgnopphold for pasienter bosatt i SNR bostedsområde 2014 etter bostedskommune og behandlingssted. Opphold ved private opptreningsinstitusjoner er ikke inkludert

Kommuner	Mork Re-habilitering	Molde sjukehus	Kristians sjukehus	Ålesund sjukehus	Volda sjukehus	St. Olavs hospital	HNT HF	Inst i HSØ	Inst i HV	Inst i HN	Private sykehus	Sum
1505 Kristiansund	12	618	3 128	218	2	540	2	133	37	15	9	4 714
1554 Averøy	7	190	612	74	2	143	3	54	18	1	0	1 104
1557 Gjemnes	1	172	165	15	1	47	1	16	10	2	0	430
1560 Tingvoll	0	105	362	51	1	87	1	11	4	1	1	624
1566 Surnadal	0	68	119	24	1	787	0	12	6	2	3	1 022
1571 Halså	1	29	112	1	0	100	1	4	2	0	0	250
1573 Smøla	1	70	265	33	0	71	0	17	2	0	0	459
1576 Aure	0	94	348	15	0	156	0	5	0	1	1	620
Kristians bosted	22	1 346	5 111	431	7	1 931	8	252	79	22	14	9 223
1502 Molde	15	3 379	310	381	6	507	3	165	52	3	13	4 834
1535 Vestnes	5	570	34	373	4	110	1	19	12	0	5	1 133
1539 Rauma	7	765	58	261	3	135	1	58	10	6	5	1 309
1543 Nesset	7	404	50	39	1	83	0	13	5	2	2	606
1545 Midsund	0	271	22	49	0	29	0	9	4	2	0	386
1547 Aukra	4	377	47	72	1	49	0	14	2	0	0	566
1548 Fræna	1	1 263	187	129	2	150	0	43	15	0	8	1 798
1551 Eide	2	354	82	34	2	69	2	22	13	2	1	583
1563 Sunndal	5	682	254	75	0	231	0	18	5	2	2	1 274
Molde bosted	46	8 065	1 044	1 413	19	1 363	7	361	118	17	36	12 489
SNR bosted	68	9 411	6 155	1 844	26	3 294	15	613	197	39	50	21 712

Tabell 4.2 Prosentandel døgnopphold for pasienter bosatt i SNR bostedsområde 2014 etter bostedskommune og behandlingssted.

Kommuner	Mork Re-habilitering	Molde sjukehus	Kristians sjukehus	Ålesund sjukehus	Volda sjukehus	St. Olavs hospital	HNT HF	Inst i HSØ	Inst i HV	Inst i HN	Private sykehus	Sum
1505 Kristiansund	0	13	66	5	0	11	0	3	1	0	0	100
1554 Averøy	1	17	55	7	0	13	0	5	2	0	0	100
1557 Gjemnes	0	40	38	3	0	11	0	4	2	0	0	100
1560 Tingvoll	0	17	58	8	0	14	0	2	1	0	0	100
1566 Surnadal	0	7	12	2	0	77	0	1	1	0	0	100
1571 Halså	0	12	45	0	0	40	0	2	1	0	0	100
1573 Smøla	0	15	58	7	0	15	0	4	0	0	0	100
1576 Aure	0	15	56	2	0	25	0	1	0	0	0	100
Kristians bosted	0	15	55	5	0	21	0	3	1	0	0	100
1502 Molde	0	70	6	8	0	10	0	3	1	0	0	100
1535 Vestnes	0	50	3	33	0	10	0	2	1	0	0	100
1539 Rauma	1	58	4	20	0	10	0	4	1	0	0	100
1543 Nesset	1	67	8	6	0	14	0	2	1	0	0	100
1545 Midsund	0	70	6	13	0	8	0	2	1	1	0	100
1547 Aukra	1	67	8	13	0	9	0	2	0	0	0	100
1548 Fræna	0	70	10	7	0	8	0	2	1	0	0	100
1551 Eide	0	61	14	6	0	12	0	4	2	0	0	100
1563 Sunndal	0	54	20	6	0	18	0	1	0	0	0	100
Molde bosted	0	65	8	11	0	11	0	3	1	0	0	100
SNR bosted	0	43	28	8	0	15	0	3	1	0	0	100

For SNR bostedsområde samlet er «egendeckningen» 72 prosent (43 + 28) og av sykehus utenfor bostedsområdet er det St. Olav som har høyest andel med 15 prosent. Ålesund sjukehus tar 8 prosent av døgnoppholdene fra SNR bostedsområde. Av sykehus utenfor regionen er det institusjoner fra Helse Sør-Øst som har den største andelen med 3 prosent av døgnoppholdene. Bruken av private sykehus er tilnærmet null for døgnopphold.

I tabell 4.3 og tabell 4.4 presenteres tilsvarende opplysninger for dagpasienter bosatt i SNR bostedsområde²⁶. Norsk pasientregister (NPR) klassifiserer dagpasienter til å omfatte i hovedsak

²⁶ Helsedirektoratet (2014), Tallgrunnlag fra Norsk pasientregister (NPR), 2014

Hovedfunksjonsprogram

SNR

dialysepasienter og dagkirurgiske pasienter. Om lag 4 700 av dagoppholdene er klassifisert som medisinsk DRG ²⁷ og 99 prosent av disse er dialysepasienter. Videre er om lag 700 dagopphold i ikke klassifisert DRG og dette er høyst sannsynlig polikliniske prosedyrer eller undersøkelser som ikke klassifiserer til type DRG. Resterende om lag 5 700 dagopphold er dagkirurgiske opphold.

Tabell 4.3 Antall dagopphold for pasienter bosatt i SNR bostedsområde 2014 etter bostedskommune og behandlingssted.

Kommune	Molde sjukehus	Kristiansund sjukehus	Ålesund sjukehus	Volda sjukehus	St. Olavs Hospital	HNT HF	Inst i HSØ	Inst i HV	Inst i HN	Priv inst	SUM
1505 Kristiansund	293	2054	8	0	171	0	34	2	5	66	2633
1554 Averøy	102	444	26	0	34	0	19	0	0	48	673
1557 Gjemnes	150	125	1	0	6	0	24	4	0	21	331
1560 Tingvoll	51	358	4	0	19	0	2	0	0	4	438
1566 Surnadal	56	60	1	0	318	0	2	1	1	41	480
1571 Halså	12	34	1	0	45	0	4	0	0	10	106
1573 Småla	28	150	4	0	18	0	4	0	0	9	213
1576 Aure	25	149	2	1	46	0	5	0	0	13	241
Sum Kristians bost	717	3374	47	1	657	0	94	7	6	212	5115
1502 Molde	2171	69	54	1	85	0	98	4	2	138	2622
1535 Vestnes	183	7	378	3	20	0	13	4	0	108	716
1539 Rauma	243	13	138	2	29	0	32	0	3	122	582
1543 Nesset	124	18	1	0	10	0	2	0	0	13	168
1545 Midsund	94	3	3	0	9	0	0	0	0	17	126
1547 Aukra	153	9	5	0	9	0	3	1	0	29	209
1548 Fræna	512	36	14	0	26	1	12	3	1	109	714
1551 Eide	125	30	3	0	10	0	8	0	0	20	196
1563 Sunndal	376	64	8	0	167	0	15	1	1	15	647
Sum Molde bost	3981	249	604	6	365	1	183	13	7	571	5980
Sum SNR bosted	4698	3623	651	7	1022	1	277	20	13	783	11095

Tabell 4.4 Prosentandel dagopphold for pasienter bosatt i SNR bostedsområde 2014 etter bostedskommune og behandlingssted.

Kommune	Molde sjukehus	Kristiansund sjukehus	Ålesund sjukehus	Volda sjukehus	St. Olavs Hospital	HNT HF	Inst i HSØ	Inst i HV	Inst i HN	Priv inst	SUM
1505 Kristiansund	11	78	0	0	6	0	1	0	0	3	100
1554 Averøy	15	66	4	0	5	0	3	0	0	7	100
1557 Gjemnes	45	38	0	0	2	0	7	1	0	6	100
1560 Tingvoll	12	82	1	0	4	0	0	0	0	1	100
1566 Surnadal	12	13	0	0	66	0	0	0	0	9	100
1571 Halså	11	32	1	0	42	0	4	0	0	9	100
1573 Småla	13	70	2	0	8	0	2	0	0	4	100
1576 Aure	10	62	1	0	19	0	2	0	0	5	100
Sum Kristians bost	14	66	1	0	13	0	2	0	0	4	100
1502 Molde	83	3	2	0	3	0	4	0	0	5	100
1535 Vestnes	26	1	53	0	3	0	2	1	0	15	100
1539 Rauma	42	2	24	0	5	0	5	0	1	21	100
1543 Nesset	74	11	1	0	6	0	1	0	0	8	100
1545 Midsund	75	2	2	0	7	0	0	0	0	13	100
1547 Aukra	73	4	2	0	4	0	1	0	0	14	100
1548 Fræna	72	5	2	0	4	0	2	0	0	15	100
1551 Eide	64	15	2	0	5	0	4	0	0	10	100
1563 Sunndal	58	10	1	0	26	0	2	0	0	2	100
Sum Molde bost	67	4	10	0	6	0	3	0	0	10	100
Sum SNR bosted	42	33	6	0	9	0	2	0	0	7	100

Begge de to sjukehusene har en høyere «egendekning» for dagoppholdene enn for døgnoppholdene. For SNR bostedsområde er «egendekningen» for dagoppholdene 75 prosent, noe høyere enn for døgnoppholdene. St. Olav har den største andelen utenfor SNR med 9 prosent av dagoppholdene.

I tabell 4.5 og tabell 4.6 gis tilsvarende oversikter for den polikliniske virksomheten²⁸. Medisinsk dagbehandling som kjemoterapi defineres av NPR som poliklinisk behandling. Virksomhet ved

²⁷ Diagnoserelaterte grupper (DRG) er et pasientklassifiseringssystem hvor sykehusopphold eller polikliniske konsultasjoner i somatiske institusjoner klassifiseres i grupper som er medisinsk meningsfulle og ressursmessig tilnærmet homogene.

²⁸ Helsedirektoratet (2014), Tallgrunnlag fra Norsk pasientregister (NPR), 2014

Hovedfunksjonsprogram

SNR

avtalespesialistene inngår også her og defineres som poliklinikk.

Tabell 4.5 Antall polikliniske konsultasjoner for pasienter bosatt i SNR bostedsområde 2014 etter bostedskommune og behandlingssted.

Kommune	Molde sjukehus	Kristiansund sjukehus	Ålesund sjukehus	Volda sjukehus	St. Olavs Hospital	HNT HF	Inst i HSØ	Inst i HV	Inst i HN	Priv inst	Avtale-spesialister	Sum poliklinikk
1505 Kristiansund	4 052	26 272	1 960	14	2 735	7	368	78	37	3	8 600	44 126
1554 Averøy	1 646	5 274	583	0	778	7	153	39	4	1	1 814	10 299
1557 Gjemnes	1 721	941	235	2	204	0	64	15	7	0	278	3 467
1560 Tingvoll	997	2 471	427	1	341	4	53	25	4	0	803	5 126
1566 Surnadal	1 387	1 020	154	1	3 506	5	72	46	18	1	993	7 203
1571 Halså	210	1 080	47	2	534	0	10	2	2	0	455	2 342
1573 Smøla	375	1 672	197	0	382	2	28	11	0	0	730	3 397
1576 Aure	484	2 324	121	4	908	5	31	14	10	0	1 104	5 005
Sum Kristians bost	10 872	41 054	3 724	24	9 388	30	779	230	82	5	14 777	80 965
1502 Molde	28 328	2 318	4 341	17	1 661	6	539	235	37	13	3 807	41 302
1535 Vestnes	4 409	189	3 058	17	259	8	106	29	7	20	809	8 911
1539 Rauma	5 726	310	2 300	0	482	2	164	39	3	4	482	9 512
1543 Nesset	2 779	575	325	1	206	0	26	14	4	2	228	4 160
1545 Midsund	1 827	130	464	0	135	0	9	6	3	0	202	2 776
1547 Aukra	3 298	276	669	2	128	0	36	25	9	1	359	4 803
1548 Fræna	9 239	1 434	1 319	8	573	8	112	67	11	4	1 353	14 128
1551 Eide	2 998	902	404	2	252	0	54	19	3	1	445	5 080
1563 Sunndal	4 607	1 648	655	0	1 078	10	80	46	3	1	483	8 611
Sum Molde bost	63 211	7 782	13 535	47	4 774	34	1 126	480	80	46	8 168	99 283
Sum SNR bosted	74 083	48 836	17 259	71	14 162	64	1 905	710	162	51	22 945	180 248

Tabell 4.6 Prosentandel polikliniske konsultasjoner for pasienter bosatt i SNR bostedsområde 2014 etter bostedskommune og behandlingssted.

Kommune	Molde sjukehus	Kristiansund sjukehus	Ålesund sjukehus	Volda sjukehus	St. Olavs Hospital	HNT HF	Inst i HSØ	Inst i HV	Inst i HN	Priv inst	Avtale-spesialister	Sum poliklinikk
1505 Kristiansund	9	60	4	0	6	0	1	0	0	0	19	100
1554 Averøy	16	51	6	0	8	0	1	0	0	0	18	100
1557 Gjemnes	50	27	7	0	6	0	2	0	0	0	8	100
1560 Tingvoll	19	48	8	0	7	0	1	0	0	0	16	100
1566 Surnadal	19	14	2	0	49	0	1	1	0	0	14	100
1571 Halså	9	46	2	0	23	0	0	0	0	0	19	100
1573 Smøla	11	49	6	0	11	0	1	0	0	0	21	100
1576 Aure	10	46	2	0	18	0	1	0	0	0	22	100
Sum Kristians bost	13	51	5	0	12	0	1	0	0	0	18	100
1502 Molde	69	6	11	0	4	0	1	1	0	0	9	100
1535 Vestnes	49	2	34	0	3	0	1	0	0	0	9	100
1539 Rauma	60	3	24	0	5	0	2	0	0	0	5	100
1543 Nesset	67	14	8	0	5	0	1	0	0	0	5	100
1545 Midsund	66	5	17	0	5	0	0	0	0	0	7	100
1547 Aukra	69	6	14	0	3	0	1	1	0	0	7	100
1548 Fræna	65	10	9	0	4	0	1	0	0	0	10	100
1551 Eide	59	18	8	0	5	0	1	0	0	0	9	100
1563 Sunndal	54	19	8	0	13	0	1	1	0	0	6	100
Sum Molde bost	64	8	14	0	5	0	1	0	0	0	8	100
Sum SNR bosted	41	27	10	0	8	0	1	0	0	0	13	100

For SNR bostedsområde er «egendekningen» 68 prosent. Største tilbyder utenfor eget sykehus for SNR bostedsområde er de private avtalespesialistene. Ålesund sjukehus behandler 10 prosent av konsultasjonene fra SNR bostedsområde, mens St. Olav behandler 8 prosent.

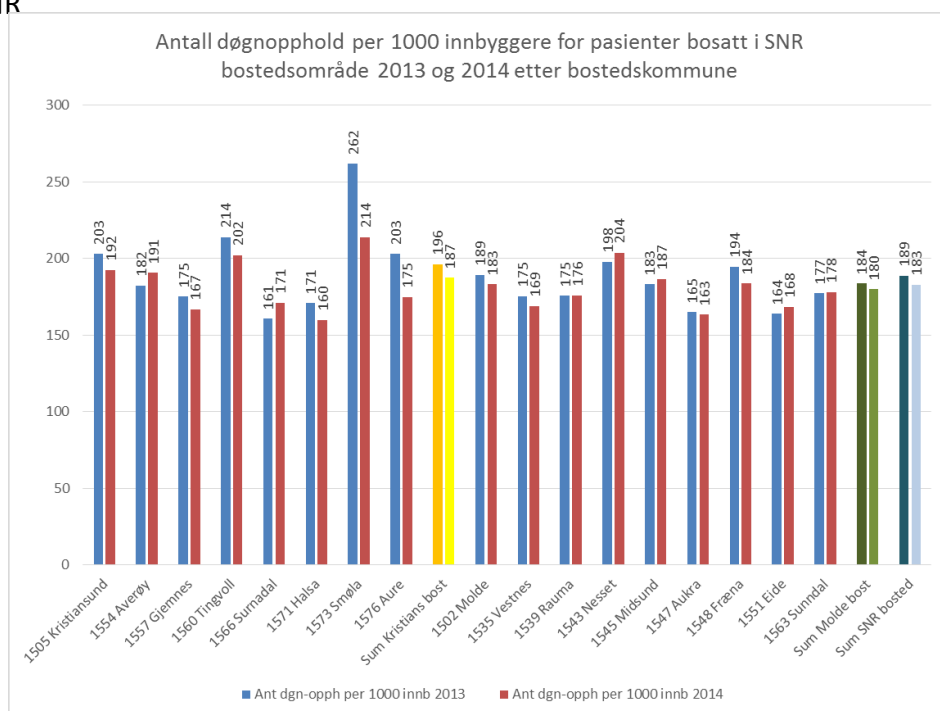
4.2.4 Forbruksdelen

I figur 4.7 presenteres en oversikt over antall sykehusopphold for døgnpasienter per 1000 innbyggere for somatisk sektor for pasienter bosatt i bostedsområdet for SNR etter bostedskommune for 2013 og 2014²⁹. Figuren viser også samlet forbruksrate for Kristiansund bostedsområde, Molde bostedsområde og samlet for SNR bostedsområde.

²⁹ Helsedirektoratet (2014), Tallgrunnlag fra Norsk pasientregister (NPR), 2014

Hovedfunksjonsprogram

SNR



Figur 4.7 Antall døgnopphold per 1000 innbyggere for pasienter bosatt i SNR bostedsområde 2013 og 2014 etter bostedskommune

Figuren viser at det samler sett er en nedgang i forbruksrate for døgnpasientene for begge de to gamle bostedsområdene i SNR bostedsområde fra 2013 til 2014. Størst nedgang er det i Kristiansund bostedsområde som også ligger høyest i rate i utgangspunktet.

Det er relativt store forskjeller i rate mellom kommunene i de to bostedsområdene. I Kristiansund bostedsområde ser det ut til at forskjellene har blitt mindre fra 2013 til 2014, mens det motsatte er tilfelle i Molde bostedsområde.

Tabell 4.8 Oversikt over antall døgnopphold mer eller mindre i 2014 dersom alle kommuner hadde hatt maksimums- eller minimumsrate

Bostedsområde	Antall døgnopphold alle maks-rate 2014	Differanse maks - faktisk	Antall døgnopphold alle min-rate 2014	Differanse min - faktisk
Sum Kristiansund bostedsområde	10 524	1 301	7 870	-1 353
Sum Molde bostedsområde	14 149	1 660	11 343	-1 146
SNR bosted	24 673	2 961	19 213	-2 499

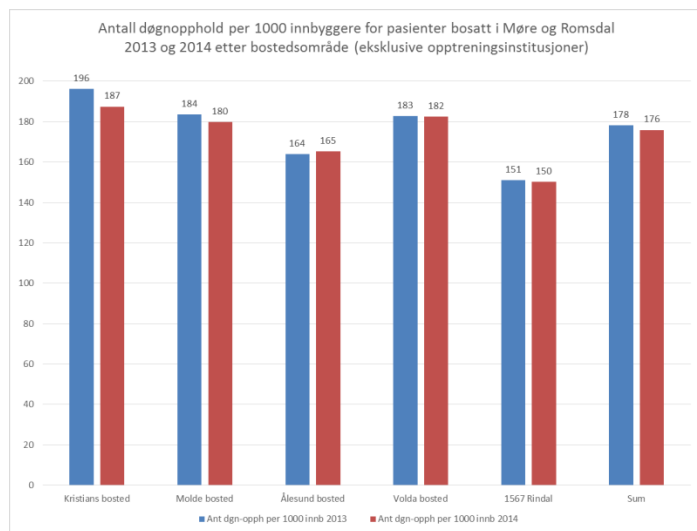
Tabellen viser at dersom alle kommunene hadde hatt maksimumsraten i begge bostedsområdene, ville det blitt en økning på i underkant av 3 000 døgnopphold i forhold til det faktiske nivået i 2014. Dette er en prosentvis økning på 13,7 i forhold til hva som var faktisk nivå. Dette tilsvarer nær halvparten av økningen som den demografiske framskrivningen viste fra 2014 til 2030. Tilsvarende dersom alle hadde hatt den laveste raten i de to bostedsområdene ville dette gi om lag 2 500 døgnopphold færre enn faktisk for SNR bostedsområde i 2014. Dette gir en nedgang på 11,5 prosent i forhold til faktisk. Det er ikke mulig å si hva som er den «riktige» forbruksraten da det ikke eksisterer

Hovedfunksjonsprogram

SNR

noen normer for det. Samtidig er det ikke tatt hensyn til sykелighet eller andre forhold som har betydning for forbruksratene, men eksemplet viser likevel at forskjeller i forbruksnivå betyr mye for aktivitetsnivået og dermed for dimensjoneringen av framtidige sykehusløsninger.

I figur 4.9 presenteres en oversikt over forbruksratene for døgnopphold for alle de fire bostedsområdene knyttet til sykehusene i Møre og Romsdal³⁰. Opptreningsinstitusjonene er ikke inkludert i oversikten.



Figur 4.9 Antall døgnopphold per 1000 innbyggere for pasienter bosatt i Møre og Romsdal 2013 og 2014 etter bostedsområde. Opptreningsinstitusjoner er ikke inkludert.

Figuren viser at forbruket har blitt redusert i forhold til befolkningsendringen fra 2013 til 2014 for hele fylket. Kun Ålesund bostedsområde har hatt en økning og Ålesund lå også lavest i HF-ets bostedsområde i 2013 og fortsatt i 2014. Dette betyr at forbruket har utjevnet seg noe fra 2013 til 2014. Rindal kommune, som tilhører bostedsområdet til St Olavs hospital, ligger betydelig lavere enn bostedsområdene i HMR HF sitt bostedsområde.

Figuren viser at både Kristiansund og Molde bostedsområder ligger betydelig høyere i forbruksrate enn Ålesund bostedsområde. Dette kan være en indikasjon på at det er mulig å redusere forbruksrater for døgnopphold i SNR bostedsområde fremover og dette bør vurderes i fremtidig dimensjonering av sengeområder i SNR. Til sammenligning er raten for døgnopphold for landet i 2014 på 162 døgnopphold per 1000 innbyggere.

I figur 4.10 og 4.11 presenteres tilsvarende oversikter for dagbehandling og polikliniske konsultasjoner³¹. Dagbehandling er eksklusive dialysepasientene Dette betyr at oversikten i all hovedsak viser forbruket for dagkirurgi i Møre og Romsdal. Andelen dagkirurgi i forhold til inneliggende er ca. 50/50

³⁰ Helsedirektoratet (2014), Tallgrunnlag fra Norsk pasientregister (NPR), 2014

³¹ Ibid

Hovedfunksjonsprogram

SNR

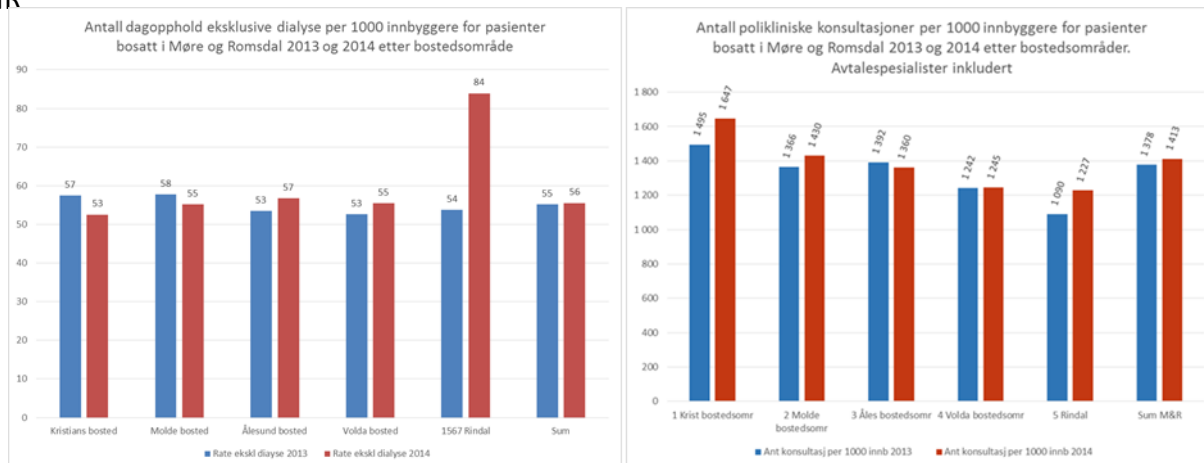


Fig 4.10 og 4.11 Antall dagopphold og polikliniske konsultasjoner per 1000 innbyggere for pasienter bosatt i Møre og Romsdal etter bostedsområde. Dialysepasienter er ikke inkludert i tallene. Avtalespesialister er inkludert i tallene.

For SNR bostedsområde har begge de to områdene hatt en reduksjon i raten for dagkirurgi, mens det motsatte er tilfelle for Ålesund og Volda bostedsområder. SNR området lå høyere enn Ålesund og Volda i 2013, men i 2014 er Ålesund høyest, mens de tre andre har relativt like rater. Tilsvarende rate for landet i 2014 er på 53 dagopphold per 1000 innbyggere. Endringen i Rindal er betydelig og det kan kanskje stilles spørsmålstegn ved om denne er reell. Samtidig er det en liten kommune og der den faktiske endringen er fra 110 dagopphold i 2013 til 171 i 2014, så tallene kan også være reelle.

Tabellen viser at den polikliniske virksomheten i Kristiansund og Molde bostedsområder har økt fra 2013 til 2014 mens det motsatte er tilfelle i Ålesund bostedsområde. I Volda bostedsområde er forbruket tilnærmet uendret fra 2013 til 2014. Gjennomsnittsraten for poliklinisk forbruk i 2014 ligger på 1 429 konsultasjoner per 1000 innbyggere. Det ser derfor ut til at det er kun Kristiansund bostedsområde som har et forbruk over landsgjennomsnittet i betydelig grad.

4.2.5 Betydningen av forbruksforskjeller

Som vist over er det relativt sett høyere forbruksnivå i Kristiansund og Molde bostedsområder både for døgnopphold og for poliklinikk. Det er imidlertid ikke korrigert for behovsforskjeller i disse oversiktene og noe av forskjellene kan sikkert forklares ut fra dette. Om det er egne sykehus i de to områdene som står for overforbruket eller ikke er det vanskelig å si noe om da det for døgnbehandlinger er slik at SNR behandler 69,3 prosent av døgnforbruket i Kristiansund bostedsområde og 72,0 for Molde bostedsområde. Det er imidlertid SNR som står for hoveddelen av døgnvirksomheten slik at det bør være en ambisjon om å redusere forbruksnivå noe.

5 Aktivitets- og kapasitetsanalyse

Både utviklingsplan 2030 og Idefaserapporten har framskrivning til 2030 som grunnlag for å beregne kapasitetsbehov. Helse Møre og Romsdal HF har lagt til grunn at samme planleggingshorisont justert med 2014 som basisår beholdes i Konseptfasen.

I Utviklingsplan 2030 ble framskrivning gjort på overordnet nivå for helse HMR HF. Justering for samhandlingsreformen, omstilling til dagbehandling og poliklinikk, til observasjonspost og

Hovedfunksjonsprogram

SNR

hotellsenger og intern effektivisering ble anvendt flatt over all aktivitet uten vurdering på diagnosegruppe eller avdelingsnivå. Realvekst som historisk har utgjort en aktivitetsøkning som er like stor som økningen som skyldes demografiske endringer, ble i sin helhet lagt på poliklinikk og dagbehandling. Økningen ble mellom 50 og 75 prosent i tillegg til demografi. Anslaget for overføring av polikliniske kontroller til primærhelsetjenesten var lavt, bare 10 prosent. Dette er kommentert i seinere gjennomganger av rapporten. Behovet for døgnplasser ble ikke gitt noen realvekst.

I idefasen beholdt man i stor grad de samme omstillingsfaktorene fra utviklingsplanen men omstilling til dagbehandling for korte elektive døgninnleggelser ble økt.

I HFP arbeidet stilles det krav til at tidligere innsamlede data og beregninger skal kvalitetssikres og oppdateres. Aktivitetsdata er innhentet for basisår 2014 og framskrevet demografisk til 2030. Deretter er Sykehusbygg modellen ³²benyttet til en kvalitativ framskrivning og for å beregne kapasitetsbehov. Dette beskrives nærmere nedenfor og i [metodekapittel](#).

5.1 Somatikk

5.1.1 Dagens aktivitet

Tabell 5.1 viser en oversikt over døgnaktiviteten i 2014 for somatisk sektor SNR. Oversiktene er basert på data fra Norsk pasientregister (NPR) for avdelingsopphold. Tabellen viser aktiviteten i de 32 ICD10-gruppene som benyttes i Sykehusbyggmodellen for framskrivning av aktivitet. Tabellen viser antallet døgnopphold og hvor mange av disse som er innlagt som øyeblikkelig hjelp og hvor mange som havnet i en kirurgisk DRG i oppholdet. Tabellen viser også antall liggedøgn døgnpasientene har hatt, samt gjennomsnittlig liggetid. Friske og litt syke nyfødte er tatt ut av datamaterialet ved hjelp av DRG-system (DRG 391 Frisk nyfødt, DRG 391O Frisk nyfødt dagopphold og DRG 390 Nyfødt, fødselsvekt minst 2500 gram, med annet signifikant problem). I tillegg er dette avdelingsopphold slik at tallene her kan ikke sammenlignes med tall i tabell 4.1

³² Sykehusbygg HF (2014) Modell for framskrivning av aktivitet og kapasitetsbehov i sykehus.

Hovedfunksjonsprogram

SNR

Tabell 5.1 Oversikt over døgnaktiviteten for somatisk sektor SNR 2014 etter 32 ICD10-grupper. Data fra NPR.

ICD10-grupper	Døgnopphold	Øhj.døgnopphold	Kir. DRG døgnopphold	Liggedager	Gjennomsn. liggetid
1 A00-B99 Visse infeksjonssykdommer og parasittsykdommer	382	375	11	1 876	4,9
2 C00-C99 Ondartede svulster	1 027	704	264	5 010	4,9
3 D00-D48 Godartede svulster eller med usikre malignitetspotensial	218	94	64	705	3,2
4 D50-D89 Sykdommer i blod og bloddan. Org. og visse tilst. som angår immunsystemet	222	204	1	699	3,1
5 E00-E90,Z49,N00-N19 Endokrine sykd., ernæringssykd. og metab. Forstyr., inkl nyresvikt/r	677	522	59	3 185	4,7
6 F00-F99 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser	147	134	1	423	2,9
7 G00-G99 eksklusive G45.9 Sykdommer i nervesystemet ekskl TIA	590	360	6	1 857	3,1
8 H00-H59 Sykdommer i øyet og øyets omgivelser	91	62	29	266	2,9
9 H60-H95 Sykdommer i øre og ørebensknute (processus mastoideus)	80	58	19	144	1,8
10 I60-I69 og G459 Hjernekarssykdommer (hjerneslag) inkl TIA	440	421	13	2 037	4,6
11 I20-I25 Iskemiske hjertesykdommer	581	578	5	1 742	3,0
12 Rest I Sykdommer i sirkulasjonssystemet, arytmier, hjertesvikt mm	1 105	939	185	4 089	3,7
13 J40-J99 Kronisk og akutt obstruktiv lungelidelse, astma	431	394	5	2 605	6,0
14 J00-J39 Sykdommer i åndedrettssystemet, øvre luftveislidelser, influensa, pneumoni	855	765	96	4 477	5,2
15 K00-K99 Sykdommer i fordøyelsessystemet	1 286	1 146	432	5 148	4,0
16 L00-L99 Sykdommer i hud og underhud	169	156	58	826	4,9
17 M00-M14 Infeksjøs og inflammatoriske leddsykdommer	55	55	8	319	5,8
18 M15-M99 Rest sykdommer i muskel- og skjelettsystemet	922	466	509	3 334	3,6
19 N20-N51 Sykdommer i urinveier og mannlige kjønnsorganer	357	286	101	1 105	3,1
20 N60-N99 Sykdommer i kvinnelige kjønnsorganer	239	80	193	693	2,9
21 O00-O99 Svangerskap, fødsel og barseltid, inkl resultat av fødsel	1 141	1 116	234	3 559	3,1
22 P00-P99 Visse tilstander som oppstår i perinatalperioden	55	17	0	107	1,9
23 Q00-Q99 Medfødte misdannelser, deformiteter og kromosomavvik	25	15	4	84	3,4
24 R00-R99 Symptomer, tegn, unormale kliniske funn og laboratoriefunn, ikke klassifisert an	1 253	1 083	30	2 662	2,1
25 S00-S09 Hodeskader (commotio mm)	247	245	6	504	2,0
26 S10-S69 Skader i ekstremiteter og buk (eksl hofte/lår/underekstr)	671	596	309	1 794	2,7
27 S70-S99 Skade i hofte og lår, underekstremiteter	575	533	437	3 173	5,5
28 T40-T65 Intox	92	91	0	163	1,8
29 T00-T39, T65-T99 Skader, forgiftninger og visse andre konsekvenser av ytre årsak	505	405	221	2 368	4,7
30 Z50 Rehabilitering	430	63	0	7 603	17,7
31 Rest Z Faktorer som har betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten	201	133	33	574	2,9
32 Z511,Z512 Kjemoterapi	14	13	0	106	7,6
Sum SNR	15 083	12 109	3 333	63 229	4,2

De tre største gruppene omfatter ondartede svulster med 6,8 prosent av tilfellene, sykdommer i sirkulasjonssystemet (unntatt iskemiske hjertesykdommer) med 7,3 prosent, sykdommer i fordøyelsessystemet med 8,5 prosent, sykdommer knyttet til svangerskap, fødsel og barseltid med 7,6 prosent og gruppe 24 den såkalte R-gruppen som består av pasienter med symptomer og unormale funn som ikke klassifiseres i de andre gruppene. Denne gruppen utgjør 8,3 prosent av døgnoppholdene ved sykehuset i 2014.

I tabell 5.2 presenteres tilsvarende oversikt over dag og polikliniske pasienter i somatisk sektor.

Hovedfunksjonsprogram

SNR

Tabell 5.2 Oversikt over dag og polikliniske pasienter somatisk sektor SNR 2014 etter 32 ICD10-grupper. Data fra NPR

ICD-10 grupper	Dagopphold 2014	Øhj.dagopphold 2014	Poliklinisk konsult. 2014	Øhj polikl. konsult 2014	Kontroller polikl. konsult 2014
1 A00-B99 Visse infeksjonssykdommer og parasittsykdommer	5	0	841	118	553
2 C00-C99 Ondartede svulster	102	0	6782	117	5742
3 D00-D48 Godartede svulster eller med usikre malignitetspotensial	147	3	2497	36	1221
4 D50-D89 Sykdommer i blod og bloddannende organer og visse tilstander som angår immunsystemet	0	0	771	28	617
5 E00-E90,Z49,N00-N19 Endokrine sykdommer, ernæringsykdommer og metabolske forstyrrelser, inkl r	3975	0	6422	131	5414
6 F00-F99 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser	0	0	1243	91	557
7 G00-G99 eksklusive G45.9 Sykdommer i nervesystemet ekskl TIA	594	0	7072	156	4943
8 H00-H59 Sykdommer i øyet og øyets omgivelser	946	3	8827	542	6669
9 H60-H95 Sykdommer i øre og ørebensknute (processus mastoideus)	203	4	11754	853	7608
10 I60-I69 og G459 Hjernekar sykdommer (hjerneslag) inkl TIA	0	0	357	38	194
11 I20-I25 Iskemiske hjertesykdommer	0	0	1213	50	410
12 Rest I Sykdommer i sirkulasjonssystemet, arytmier, hjertesvikt mm	137	0	3983	251	2562
13 J40-J99 Kronisk og akutt obstruktiv lungelidelse, astma	1	1	1576	41	1087
14 J00-J39 Sykdommer i åndedrettssystemet, øvre luftveislidelser, influensa, pneumoni	232	0	2160	137	1438
15 K00-K99 Sykdommer i fordøyelsessystemet	357	8	6327	268	3075
16 L00-L99 Sykdommer i hud og underhud	62	10	7504	332	5382
17 M00-M14 Infeksiøse og inflammatoriske leddsykdommer	6	0	475	35	398
18 M15-M99 Rest sykdommer i muskel- og skjelettsystemet	767	1	13385	799	7947
19 N20-N51 Sykdommer i urinveier og mannlige kjønnsorganer	162	3	2353	165	1313
20 N60-N99 Sykdommer i kvinnelige kjønnsorganer	216	1	1833	82	774
21 O00-O99 Svangerskap, fødsel og barseltid, inkl resultat av fødsel	139	7	2134	505	746
22 P00-P99 Visse tilstander som oppstår i perinatalperioden	0	0	46	9	22
23 Q00-Q99 Medfødte misdannelser, deformiteter og kromosomavvik	21	0	1051	9	569
24 R00-R99 Symptomer, tegn, unormale kliniske funn og laboratoriefunn, ikke klassifisert annet sted	51	1	7483	841	1969
25 S00-S09 Hodeskader (commotio mmi)	8	5	1225	974	142
26 S10-S69 Skader i ekstremiteter og buk (eksl hofte/lår/underekstr)	88	13	5702	3651	1618
27 S70-S99 Skade i hofte og lår, underekstremiteter	34	3	3899	2649	1071
28 T40-T65 Intox	0	0	44	43	0
29 T00-T39, T65-T99 Skader, forgiftninger og visse andre konsekvenser av ytre årsak	176	40	1697	545	890
30 Z50 Rehabilitering	0	0	159	0	157
31 Rest Z Faktorer som har betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten	268	4	19360	1111	13420
32 Z511,Z512 Kjemoterapi	2655	0	0	0	2551
Sum SNR	11352	107	130175	14607	81059

Dagpasientene utgjør om lag 8700 kontakter i 2014. Her er det benyttet den tredelingen som NPR benytter og det betyr at dagpasientene i all hovedsak består av dagkirurgi-pasienter og pasienter til dialyse. Dialysepasientene finnes i ICD10-gruppe 5 mens resten i all hovedsak er kirurgiske pasienter som er inn og ut samme dag. Medisinske dagpasienter, som for eksempel pasienter til kjemoterapi, blir klassifisert som polikliniske pasienter. Pasientene til kjemoterapi befinner seg i all hovedsak i gruppe 2 Ondartede svulster. Dagpasientene er i all hovedsak elektive pasienter. Av alle kontaktene utgjør ICD10-gruppe 5 Endokrine sykdommer, ernæringsykdommer og metabolske forstyrrelser, inklusive nyresvikt/ nefritter, nær halvparten av kontaktene (46 prosent). Mesteparten av dette er som tidligere nevnt dialysepasienter, så antallet pasienter dette gjelder er betydelig mindre. Resten av kontaktene er i hovedsak dagkirurgiske pasienter og de tre største gruppene her er ICD10-gruppe 7, Sykdommer i nervesystemet (eksklusive TIA), som utgjør 7 prosent av oppholdene, gruppe 8 Sykdommer i øyet og øyets omgivelser, som utgjør 11 prosent av dagoppholdene, og gruppe 18 Sykdommer i muskel og skjelettsystemet (unntatt infeksiøse og inflammatoriske leddsykdommer), som utgjør 9 prosent av dagoppholdene.

Av de polikliniske kontaktene er 14 607 kontakter øyeblikkelig hjelp pasienter. Dette utgjør 11 prosent av alle kontaktene. Øyeblikkelig hjelp kontaktene fordeler seg over de fleste ICD10-gruppene, men det er tre grupper som skiller seg ut her og det er gruppe 26, Skader i ekstremiteter og buk (eksklusive hofte/lår/underekstremiteter) med 3 651 konsultasjoner (25 Prosent), gruppe 27 Skade i hofte og lår, underekstremiteter med 2 649 konsultasjoner (18 prosent) og gruppe 31 Faktorer som har betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten med 1 111

Hovedfunksjonsprogram

SNR

konsultasjoner (8 prosent). Av alle polikliniske konsultasjoner er 61 prosent kontroller. Det er stor variasjon i andelen kontroller mellom ICD10-gruppene og noe av dette kan nok tilskrives kodeforskjeller av type konsultasjon. Den tredje største gruppen av alle konsultasjonene er gruppe 9 ØNH-sykdommer som utgjør 9 prosent av alle konsultasjonene og 65 prosent av konsultasjonene er kontroller. Den nest største gruppen er gruppe 18 Sykdommer i muskel- og skjelettsystemet (unntatt infeksjøs og inflammatoriske leddsykdommer) med 10 prosent av alle konsultasjonene. Her er andelen kontroller på 59 prosent. Den største gruppen av konsultasjonene samlet er gruppe 31 Faktorer som har betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten med 15 prosent av alle konsultasjoner. I denne gruppen er 69 prosent kodet som kontroller.

5.1.2 Framskrivning av aktivitet

HFP for SNR legger til grunn HMR sin beslutning om funksjonsdeling mellom sykehusene i HF-området slik det framkommer i Idefaserapporten fra desember 2014. Ålesund Sjukehus skal være det mest spesialiserte sykehuset i Helse Møre og Romsdal HF. I helseregion Midt-Norge skal Ålesund være sykehuset som har høyest grad av spesialisering etter St. Olav.

Beslutning om funksjonsdeling i Idefasen beskriver at SNR skal ha vaktbærende funksjoner for indremedisin, kirurgi, nevrologi, føde, psykisk helsevern, anestesi. Det skal være døgnplasser for rehabilitering og kapasitet i akuttmottak for pasienter som legges inn akutt for rus.

Utgangspunktet for beregningene er aktiviteten slik den er registrert ved de to sykehusene ved utgangen av 2014.

Den demografiske framskrivningen er foretatt for pasientforløpene etter ICD-kodene vist i tabell 5.1 og 5.2 ovenfor. Tabell 5.3 viser en oversikt over den demografisk framskrevne døgnaktiviteten for ICD10 gruppene og tabell 5.4 viser endringen fra 2014 til 2030.

Hovedfunksjonsprogram

SNR

Tabell 5.3 Demografisk framskrevet døgnaktivitet ved SNR fra 2014 til 2030

ICD10-grupper	Døgnopphold 2030	Øhj.døgnopphold 2030	Kir. DRG døgnopphold 2030	Liggedager 2030	Gjennomsn. Liggetid 2030
1 A00-B99 Visse infeksjonssykdommer og parasittsykdommer	494	486	15	2 586	5,2
2 C00-C99 Ondartede svulster	1 451	983	368	6 987	4,8
3 D00-D48 Godartede svulster eller med usikre malignitetspotensial	289	132	73	1 008	3,5
4 D50-D89 Sykdommer i blod og bloddan. Org. og visse tilst. som angår immunsvst.	321	291	1	1 049	3,3
5 E00-E90,Z49,N00-N19 Endokrine sykd., ernæringsykkd. og metab. Forstyr., inkl nyresvikt/nyfritter og di	907	714	74	4 401	4,8
6 F00-F99 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser	176	162	1	567	3,2
7 G00-G99 eksklusive G45.9 Sykdommer i nervesystemet ekskl TIA	718	438	9	2 293	3,2
8 H00-H59 Sykdommer i øyet og øyets omgivelser	113	78	37	313	2,8
9 H60-H95 Sykdommer i øre og ørebensknute (processus mastoideus)	101	76	21	178	1,8
10 I60-I69 og G459 Hjernekarssykdommer (hjerneslag) inkl TIA	639	612	18	3 101	4,8
11 I20-I25 Iskemiske hjertesykdommer	822	818	9	2 564	3,1
12 Rest I Sykdommer i sirkulasjonssystemet, arytmier, hjertesvikt mm	1 528	1 295	262	5 733	3,8
13 J40-J99 Kronisk og akutt obstruktiv lungelidelse, astma	638	591	5	3 912	6,1
14 J00-J39 Sykdommer i åndedrettssystemet, øvre luftveislidelser, influensa, pneumoni	1 185	1 084	98	6 532	5,5
15 K00-K99 Sykdommer i fordøyelsessystemet	1 650	1 475	524	6 744	4,1
16 L00-L99 Sykdommer i hud og underhud	203	187	66	1 060	5,2
17 M00-M14 Infeksiøse og inflammatoriske leddsykdommer	71	71	9	399	5,6
18 M15-M99 Rest sykdommer i muskel- og skjelettsystemet	1 124	555	626	4 154	3,7
19 N20-N51 Sykdommer i urinveier og mannlige kjønnsorganer	499	392	139	1 622	3,3
20 N60-N99 Sykdommer i kvinnelige kjønnsorganer	272	86	219	801	2,9
21 O00-O99 Svangerskap, fødsel og barseltid, inkl resultat av fødsel	1 234	1 206	260	3 861	3,1
22 P00-P99 Visse tilstander som oppstår i perinatalperioden	61	19	0	120	2,0
23 Q00-Q99 Medfødte misdannelser, deformiteter og kromosomavvik	27	18	4	95	3,5
24 R00-R99 Symptomer, tegn, unormale kliniske funn og laboratoriefunn, ikke klassifisert annet sted	1 542	1 356	34	3 341	2,2
25 S00-S09 Hodeskader (commotio mm)	303	301	6	648	2,1
26 S10-S69 Skader i ekstremiteter og buk (eksl hofte/lår/underekstr)	824	734	363	2 342	2,8
27 S70-S99 Skade i hofte og lår, underekstremiteter	754	704	576	4 284	5,7
28 T40-T65 Intox	100	98	0	176	1,8
29 T00-T39, T65-T99 Skader, forgiftninger og visse andre konsekvenser av ytre årsak	631	502	274	3 051	4,8
30 Z50 Rehabilitering	526	79	0	9 243	17,6
31 Rest Z Faktorer som har betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten	240	161	43	683	2,8
32 Z511,Z512 Kjemoterapi	18	16	0	130	7,4
Sum SNR	19 463	15 717	4 134	83 977	4,3

Tabell 5.4 Demografisk framskrevet endring fra 2014 til 2030 for døgnpasienter SNR. Faktisk og prosentvis endring

ICD10-grupper	Endr døgnopph 2014-2030	Endr øhj.-døgn-opph 2014-2030	Endr kir. DRG døgnopphold 2014-2030	Endr liggedager 2014-2030	Pst endr døgnopph 2014-2030	Pst endr øhj.-døgn-opph 2014-2030	Pstendr kir.-DRG døgn-opph 2014-2030	Pstendr liggedager 2014-2030
1 A00-B99 Visse infeksjonssykdommer og parasittsykdommer	112	111	4	710	29,4	29,5	34,8	37,9
2 C00-C99 Ondartede svulster	424	279	104	1 978	41,3	39,6	39,5	39,5
3 D00-D48 Godartede svulster eller med usikre malignitetspotensial	71	38	9	303	32,6	40,8	14,5	43,0
4 D50-D89 Sykdommer i blod og bloddan. Org. og visse tilst. som angår ir	99	87	0	351	44,6	42,8	15,4	50,2
5 E00-E90,Z49,N00-N19 Endokrine sykd., ernæringsykkd. og metab. Forst	230	192	15	1 216	34,0	36,7	24,8	38,2
6 F00-F99 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser	29	28	0	144	19,9	20,7	21,4	33,9
7 G00-G99 eksklusive G45.9 Sykdommer i nervesystemet ekskl TIA	128	78	3	436	21,8	21,6	46,9	23,5
8 H00-H59 Sykdommer i øyet og øyets omgivelser	22	16	8	47	23,7	25,8	29,0	17,8
9 H60-H95 Sykdommer i øre og ørebensknute (processus mastoideus)	21	18	2	34	26,5	31,5	8,5	23,9
10 I60-I69 og G459 Hjernekarssykdommer (hjerneslag) inkl TIA	199	191	5	1 064	45,3	45,3	36,6	52,2
11 I20-I25 Iskemiske hjertesykdommer	241	240	4	822	41,5	41,5	73,3	47,2
12 Rest I Sykdommer i sirkulasjonssystemet, arytmier, hjertesvikt mm	423	356	77	1 644	38,3	37,9	41,5	40,2
13 J40-J99 Kronisk og akutt obstruktiv lungelidelse, astma	207	197	0	1 307	48,0	50,0	6,8	50,2
14 J00-J39 Sykdommer i åndedrettssystemet, øvre luftveislidelser, influer	330	319	2	2 055	38,6	41,7	1,8	45,9
15 K00-K99 Sykdommer i fordøyelsessystemet	364	329	92	1 596	28,3	28,7	21,4	31,0
16 L00-L99 Sykdommer i hud og underhud	34	31	8	234	20,4	19,8	14,5	28,4
17 M00-M14 Infeksiøse og inflammatoriske leddsykdommer	16	16	1	80	28,7	28,7	12,3	25,0
18 M15-M99 Rest sykdommer i muskel- og skjelettsystemet	202	89	117	821	21,9	19,0	23,1	24,6
19 N20-N51 Sykdommer i urinveier og mannlige kjønnsorganer	142	106	38	518	39,7	37,0	37,9	46,9
20 N60-N99 Sykdommer i kvinnelige kjønnsorganer	33	6	26	108	13,7	7,9	13,7	15,6
21 O00-O99 Svangerskap, fødsel og barseltid, inkl resultat av fødsel	93	90	26	302	8,2	8,0	11,0	8,5
22 P00-P99 Visse tilstander som oppstår i perinatalperioden	6	2	0	13	11,4	11,4		12,0
23 Q00-Q99 Medfødte misdannelser, deformiteter og kromosomavvik	2	3	0	11	9,0	18,0	-7,4	12,6
24 R00-R99 Symptomer, tegn, unormale kliniske funn og laboratoriefunn	289	273	4	679	23,1	25,2	11,9	25,5
25 S00-S09 Hodeskader (commotio mm)	56	56	0	144	22,5	22,8	-2,0	28,7
26 S10-S69 Skader i ekstremiteter og buk (eksl hofte/lår/underekstr)	153	138	54	549	22,8	23,2	17,3	30,6
27 S70-S99 Skade i hofte og lår, underekstremiteter	179	171	139	1 112	31,2	32,0	31,8	35,0
28 T40-T65 Intox	8	7	0	13	8,5	7,6		8,1
29 T00-T39, T65-T99 Skader, forgiftninger og visse andre konsekvenser av	126	97	53	684	25,0	23,8	24,2	28,9
30 Z50 Rehabilitering	96	16	0	1 640	22,2	25,5		21,6
31 Rest Z Faktorer som har betydning for helsetilstand og kontakt med h	39	28	10	110	19,4	20,9	28,8	19,2
32 Z511,Z512 Kjemoterapi	4	3	0	24	26,2	26,5		23,0
Sum SNR	4 380	3 608	801	20 748	29,0	29,8	24,0	32,8

Hovedfunksjonsprogram

SNR

Døgnoppholdene vokser med 4380 opphold fra 2014 til 2030. Dette er en økning på 29 prosent i perioden og 1,9 prosent årlig vekst i perioden. Tabellen viser at det er relativt stor variasjon i veksten mellom ICD10-gruppene, noe som betyr at gruppene har ulikt befolknings sammensetning i forhold til alder og kjønn. Liggedøgnene har den største veksten med 32,8 prosent vekst fra 2014 til 2030.

I tabell 5.5 og 5.6 gis tilsvarende presentasjon for dagbehandling og poliklinikk. Øyeblikkelig hjelp dagopphold er så få at det ikke er foretatt en framskriving av disse.

Tabell 5.5 Demografisk framskrevet dag- og poliklinisk aktivitet ved SNR fra 2014 til 2030

ICD-10 Grupper	Dagopphold 2030	Poliklinisk 2030	Øhj poliklinikk 2030	Kontrollerer polikl. 2030
1 A00-B99 Visse infeksjonssykdommer og parasittsykdommer	6	965	143	633
2 C00-C99 Ondartede svulster	150	9082	163	7701
3 D00-D48 Godartede svulster eller med usikre malignitetspotensial	173	3040	44	1536
4 D50-D89 Sykdommer i blod og bloddannende organer og visse tilstander som angår	0	918	41	727
5 E00-E90,Z49,N00-N19 Endokrine sykdommer, ernærings sykdommer og metabolske f	5199	7592	167	6402
6 F00-F99 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser	0	1326	96	592
7 G00-G99 eksklusive G45.9 Sykdommer i nervesystemet ekskl TIA	674	8181	182	5683
8 H00-H59 Sykdommer i øyet og øyets omgivelser	1323	11430	641	8729
9 H60-H95 Sykdommer i øre og ørebenskute (processus mastoideus)	230	15871	1190	10261
10 I60-I69 og G459 Hjernekar sykdommer (hjerneslag) inkl TIA	0	468	58	248
11 I20-I25 Iskemiske hjertesykdommer	0	1551	71	550
12 Rest I Sykdommer i sirkulasjonssystemet, arytmier, hjertesvikt mm	149	5138	316	3350
13 J40-J99 Kronisk og akutt obstruktiv lungelidelse, astma	1	1935	49	1336
14 J00-J39 Sykdommer i åndedrettssystemet, øvre luftveislidelser, influensa, pneumon	247	2358	162	1554
15 K00-K99 Sykdommer i fordøyelsessystemet	393	7379	325	3545
16 L00-L99 Sykdommer i hud og underhud	66	8778	408	6295
17 M00-M14 Infeksiøse og inflammatoriske leddsykdommer	10	573	45	481
18 M15-M99 Rest sykdommer i muskel- og skjelettsystemet	832	15261	982	8999
19 N20-N51 Sykdommer i urinveier og mannlige kjønnsorganer	185	2919	201	1640
20 N60-N99 Sykdommer i kvinnelige kjønnsorganer	232	2085	89	885
21 O00-O99 Svangerskap, fødsel og barseltid, inkl resultat av fødsel	149	2314	544	817
22 P00-P99 Visse tilstander som oppstår i perinatalperioden	0	52	10	25
23 Q00-Q99 Medfødte misdannelser, deformiteter og kromosomavvik	23	1140	10	627
24 R00-R99 Symptomer, tegn, unormale kliniske funn og laboratoriefunn, ikke klassifis	59	8762	1071	2294
25 S00-S09 Hodeskader (commotio mm)	11	1405	1127	157
26 S10-S69 Skader i ekstremiteter og buk (eksl hofte/lår/underekstr)	94	6413	4073	1860
27 S70-S99 Skade i hofte og lår, underekstremiteter	36	4431	2977	1254
28 T40-T65 Intox	0	46	45	0
29 T00-T39, T65-T99 Skader, forgiftninger og visse andre konsekvenser av ytre årsak	204	2044	648	1086
30 Z50 Rehabilitering	0	189	0	187
31 Rest Z Faktorer som har betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten	293	22510	1255	15783
32 Z511,Z512 Kjemoterapi	3263	0	0	3130
Sum SNR	14002	156155	17132	98368

Hovedfunksjonsprogram

SNR

Tabell 5.6 Demografisk framskrevet endring i dag- og poliklinisk aktivitet ved SNR fra 2014 til 2030.

Faktisk og prosentvis endring

ICD-10 Grupper	Endring dagopphold 2014-2030	Endring polikliniske konsultasjoner 2014-2030	Endring Øhj polikl. konsult 2014-2030	Endring Kontroller polikl. konsult 2014-2030	% endring dagopphold 2014-2030	% endring polikliniske konsultasjoner 2014-2030	% endring Øhj polikl. konsult 2014-2030	% endring Kontroller polikl. konsult 2014-2030
1 A00-B99 Visse infeksjonssykdommer og parasittsykdommer	1,0	124	25	80	20,8	14,8	21,0	14,5
2 C00-C99 Ondartede svulster	47,7	2300	46	1959	46,8	33,9	39,3	34,1
3 D00-D48 Godartede svulster eller med usikre malignitetspotensia	25,8	543	8	315	17,5	21,7	20,9	25,8
4 D50-D89 Sykdommer i blod og bloddannende organer og visse ti	0,0	147	13	110	0,0	19,1	47,6	17,8
5 E00-E90,Z49,N00-N19 Endokrine sykdommer, ernæringssykdomm	1 223,7	1170	36	988	30,8	18,2	27,6	18,2
6 F00-F99 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser	0,0	83	5	35	0,0	6,7	5,7	6,3
7 G00-G99 eksklusive G45.9 Sykdommer i nervesystemet ekskl TIA	80,1	1109	26	740	13,5	15,7	16,8	15,0
8 H00-H59 Sykdommer i øyet og øyets omgivelser	377,0	2603	99	2060	39,9	29,5	18,3	30,9
9 H60-H95 Sykdommer i øre og ørebensknute (processus mastoide	27,0	4117	337	2653	13,3	35,0	39,5	34,9
10 I60-I69 og G459 Hjernekarer sykdommer (hjerneslag) inkl TIA	0,0	111	20	54	0,0	31,1	52,6	27,8
11 I20-I25 Iskemiske hjertesykdommer	0,0	338	21	140	0,0	27,9	42,1	34,1
12 Rest I Sykdommer i sirkulasjonssystemet, arytmier, hjertesvikt	12,4	1155	65	788	9,1	29,0	25,9	30,8
13 J40-J99 Kronisk og akutt obstruktiv lungelidelse, astma	0,1	359	8	249	8,3	22,8	20,0	22,9
14 J00-J39 Sykdommer i åndedrettssystemet, øvre luftveislidelser,	14,6	198	25	116	6,3	9,2	18,5	8,1
15 K00-K99 Sykdommer i fordøyelsessystemet	36,1	1052	57	470	10,1	16,6	21,1	15,3
16 L00-L99 Sykdommer i hud og underhud	4,2	1274	76	913	6,8	17,0	22,8	17,0
17 M00-M14 Infeksjose og inflammatoriske leddsykdommer	3,8	98	10	83	62,8	20,6	27,9	20,9
18 M15-M99 Rest sykdommer i muskel- og skjelettsystemet	65,2	1876	183	1052	8,5	14,0	22,9	13,2
19 N20-N51 Sykdommer i urinveier og mannlige kjønnsorganer	23,5	566	36	327	14,5	24,1	22,0	24,9
20 N60-N99 Sykdommer i kvinnelige kjønnsorganer	15,6	252	7	111	7,2	13,7	8,4	14,3
21 O00-O99 Svangerskap, fødsel og barseltid, inkl resultat av føds	9,6	180	39	71	6,9	8,4	7,7	9,5
22 P00-P99 Visse tilstander som oppstår i perinatalperioden	0,0	6	1	3	0,0	12,4	13,8	13,6
23 Q00-Q99 Medfødte misdannelser, deformiteter og kromosomav	2,1	89	1	58	10,1	8,5	13,7	10,2
24 R00-R99 Symptomer, tegn, unormale kliniske funn og laborator	7,8	1279	230	325	15,3	17,1	27,3	16,5
25 S00-S09 Hodeskader (commotio mm)	3,2	180	153	15	39,8	14,7	15,7	10,6
26 S10-S69 Skader i ekstremiteter og buk (ekst hofter/lår/underek	6,1	711	422	242	7,0	12,5	11,6	15,0
27 S70-S99 Skade i hofter og lår, underekstremiteter	2,3	532	328	183	6,8	13,7	12,4	17,1
28 T40-T65 Intox	0,0	2	2	0	0,0	3,8	4,1	
29 T00-T39, T65-T99 Skader, forgiftninger og visse andre konsek	28,1	347	103	196	16,0	20,4	18,8	22,0
30 Z50 Rehabilitering	0,0	30	0	30	0,0	18,6	0,0	19,1
31 Rest Z Faktorer som har betydning for helsetilstand og kontakt	24,8	3150	144	2363	9,3	16,3	12,9	17,6
32 Z511,Z512 Kjemoterapi	608,0	0	0	579	22,9			22,7
Sum alle	2 650	25980	2525	17309	23,5	20,0	17,3	21,4

Dagoppholdene øker med vel 2000 fra 2014 til 2030. Dette er en økning på 23,5 prosent. Tilsvarende tall for polikliniske konsultasjoner er vel 17 300 og 20 prosent. Veksten varierer mye mellom ICD10 gruppene her også. Jevnt over er de prosentvise økningene lavere for dag og poliklinisk behandling enn for døgnoppholdene. Dette skyldes at det er en høyere andel yngre pasienter her enn for døgnbehandlingen og de yngre pasientgruppene utgjør en lavere andel i 2030 enn i 2014.

Hovedfunksjonsprogram

SNR

5.2 Psykisk helsevern

5.2.1 Dagens aktivitet

Tabell 5.7 Antall opphold og antall liggedøgn for døgnpasienter i psykisk helsevern for voksne i 2014. Data fra Klinikkenes egne register³³. Dagpasienter er lagt inn med 0,5 liggedøgn

Enhet døgnbehandling	antall opphold 2014	Antall liggedøgn 2014	Gjennomsnitt liggetid 2014
Alderspsykiatrisk post Molde	63	1683	26,7
Enhet for Akuttpsykiatri Molde	484	3819	7,9
Utredning Lundavang post	134	2942	22
Enhet for rehabilitering Molde	42	2925	69,6
Sum døgnbehandling SNR	723	11369	15,7

Tabell 5.8 Antall konsultasjoner poliklinikk 2014. Data fra Klinikkenes egne register³⁴

Enhet poliklinikk	Konsultasjoner 2014
Voksenhabilitering poliklinikk Molde	2442
Alderspsykiatrisk postpoliklinikk Molde	1820
Enhet for rehabilitering postpoliklinikk Molde	30
Utredning Lundavang poliklinikk	431
Sum poliklinikk SNR	4723

5.2.2 Framskrevet aktivitet

Den demografiske framskrivningen er foretatt avdelingsvis som i tabell 5.7 og 5.8 ovenfor. Den demografiske framskrivningen er basert på aktiviteten funksjonsfordelt til SNR i 2014 (summen av avdelingene ved Molde/Hjelset).

Tabell 5.9 Antall opphold og antall liggedøgn for døgnpasienter i psykisk helsevern for voksne i SNR framskrevet fra 2014 til 2030

Enhet døgnbehandling	Antall opphold 2030	Antall liggedøgn 2030	Økning opphold	Økning liggedøgn	Prosent økning opphold	Prosent økning liggedøgn	Gjennomsnitt liggetid 2030
Alderspsykiatrisk post Molde	89	2362	26	679	41,3	40,3	26,5
Enhet for Akuttpsykiatri Molde	522	4072	38	253	7,9	6,6	7,8
Utredning Lundavang post	145	3324	11	382	8,4	13	22,9
Enhet for rehabilitering Molde	45	3152	3	227	7,8	7,8	69,6
Sum døgnbehandling SNR	802	12910	79	1541	10,9	13,6	16,1

³³ Helse Møre og Romsdal v/ Annette Furmyr

³⁴ Ibid

Tabell 5.10 Antall polikliniske konsultasjoner i psykisk helsevern for voksne i SNR framskrevet fra 2014 til 2030

Enhet poliklinikk	Konsultasjoner 2030	Økning	Prosent økning
Voksenhabilitering poliklinikk Molde	2542	100	4,1
Alderspsykiatrisk postpoliklinikk Molde	2501	681	37,4
Enhet for rehabilitering postpoliklinikk Molde	33	3	10,3
Utredning Lundavang poliklinikk	468	37	8,5
Sum poliklinikk SNR	5545	822	17,4

5.3 Omstillingsfaktorer

5.3.1 Somatikk

I HFP for SNR har det ikke være hensiktsmessig å gjøre en full utredning med pasientforløpsanalyser inklusiv omfattende medvirkningsgrupper. Det er nylig avsluttet et større arbeid i Helse Sør-Øst for å analysere aktivitet og kapasitet frem mot år 2030³⁵. Arbeidet den gang ble ledet av SINTEF og gjennomført med medvirkning fra bredt sammensatte planleggingsgrupper i HSØ. Disse planleggingsgruppene har beregnet omstillingsfaktorer etter SINTEF modellen (Nå Sykehusbygg modellen)³⁶ for alle pasientforløp etter ICD10 hovedgruppene. I HFP for SNR legges de samme omstillingsfaktorene til grunn justert for endret planleggingshorisont.³⁷

³⁵ SINTEF Rapport A26321 Analyse av aktivitet og kapasitetsbehov 2030 Helse Sør-Øst RHF

³⁶ Sykehusbygg HF (2014) Modell for fremskriving av aktivitet og kapasitetsbehov i sykehus

³⁷ Besluttet i AU hovedfunksjonsprogram møte 2/2015. Omstillingsfaktorene i HFP er vist i detalj i eget vedlegg

Tabellen 5.11 viser en sammenstilling av omstillingsfaktorene benyttet i Utviklingsplan 2011, Idefasen 2014 og i dette HFP.

Oversikt omstillingsfaktorer benyttet i HFP og sammenlignet med tidligere faser			
Omstillingsfaktor	HFP SNR 2016	Idefase sjukehuset Nordmøre og Romsdal av 2014	HMR Utviklingsplan av 2011
Demografisk framskriving	NPR data basisår 2014, SSB befolkningsutvikling mmmm aldersfordelt til 2030	Som utviklingsplanen	Følge SSB befolkningsutvikling og aldersfordeling til 2030 etter MMMM alternativet
Dagbehandling, demografi og realvekst	Økes med 20% utover demografi	Som utviklingsplanen	Økes med faktor 1,9
Poliklinikk, demografi og realvekst	Økes med 20% utover demografi	Som utviklingsplanen	Økes med faktor 1,7
Omstilling til dagbehandling	Omstilling per forløp fra 0% til 45%	Elektive 1 og 2 døgn innleggelse: 50% supplert med et poliklinisk besøk. 80% av de overførte pasientene overnatter 1,5 dag i hotell	Elektive 1 og 2 døgn innleggelse: 10% supplert med et poliklinisk besøk
Omstilling til observasjonspost	Omstilling per forløp fra 0% til 70%	Som utviklingsplanen	80% av 1- og 2 døgn innleggelse samt 10% av 3-døgn innleggelse. 60% utskrives fra observasjonsseng. 40% overføres til ordinær seng
Liggedager overført til hotell	per forløp fra 0% til 40%	Som utviklingsplanen	5% for medisin og nevrologi, 10% for kirurgi og ortopedi, 50% for ØNH og øye, 70% for føde
Samhandling	per forløp, restliggedager og opphold og poliklinikk, redusert fra 0% til 20%	Som utviklingsplanen	Restopphold etter overføring reduseres med 8%, Restliggedager reduseres med 3,8%, Poliklinikk reduseres med 10%
Effektivisering	Restliggedager redusert per forløp 8% eller 15% og tillegg 10% ytterligere reduksjon	Som utviklingsplanen	Restliggedager reduseres med 6,8%

5.3.2 Psykisk helsevern

Det kan forventes at antall innleggelse i sjukehuspsykiatrien (herunder også alderspsykiatri) reduseres som et resultat av økt ambulant virksomhet. I tillegg skal DPS videreutvikles og det forventes at de framover må kunne ta imot pasienter med et lavere funksjonsnivå enn i dag. Sjukehuspsykiatrien skal ytterligere spesialiseres, og det forventes at gjennomsnittlig liggetid vil øke da de som legges inn har et lavere funksjonsnivå og mer sammensatte problemstillinger. Seksjon for rehabilitering på Hjelset skal ha fylkesdekkende funksjon for langtids lukka rehabilitering.

For å beregne omstilt aktivitet legges det til grunn 20 prosent reduksjon i døgnopphold men en 10 prosent økning i liggetid. Aktivitet for rehabilitering økes med 30 prosent.

5.4 Bildediagnostikk

Antall og type modaliteter skal fordeles mellom akuttsykehuset på Hjelset og Kristiansund etter behov. «Multifunksjonslab» er en flerbrukslab til både gjennomlysningsundersøkelser, vanlige røntgenundersøkelser og intervensjoner. Idefaserapporten for SNR slår fast at helseforetaket skal samle nukleærmedisinsk aktivitet i Ålesund (jfr. regional kreftplan).

Det legges til grunn samme funksjonsdeling mot private aktører som i dag.

Aktivitetstall for 2014 er dermed demografisk framskrevet til 2030 slik:

Hovedfunksjonsprogram

SNR

Tabell 5.12 aktivitet og kapasitetsbehov bildediagnostikk³⁸

Modalitet	Aktivitet år 2014	Aktivitet år 2030	Kapasitet	Kapasitet avrundet
CT	11 139	13 674	3,1	3,0
Multifunk/INT	738	918	0,7	1,0
MR	11 337	13 713	3,0	3,0
NM	850	1 030	0,3	0,0
RG	44 481	54 144	5,9	6,0
UL	9 040	10 996	2,5	3,0
MAM+Screening	4 895			2,0
Totalt	77 585	94 475	15,5	18,0

5.5 Operasjon

Framskrivningen er basert på veksten for døgnopphold i kirurgisk DRG og dagopphold (eksklusive ICD10-gruppe 5 som inneholder dialyse). For anestesivdeling og medisinsk avdeling er det benyttet gjennomsnittsvekst for kir DRG døgnopphold og dagopphold eksklusive ICD10-gruppe 5. De andre er fellesavdelinger. Øye har en kraftig vekst for dagkirurgien. Dette skyldes at faget har en betydelig høyere andel eldre enn gjennomsnittet av operasjonene. Omstillingen fra døgnopphold til dagkirurgi er beregnet i omstillingsfaktorene og lagt inn for operasjonstallene

Tabell 5.13 Antall operasjoner og stuetid for døgnpasienter ved SNR 2014 fremskrevet til 2030³⁹

Avdeling (fag)	Stuetid 2014	Antall operasjon 2014	Gjns stuetid (minutter) 2014	Stuetid 2030	Antall operasjon 2030	Kapasitet	kapasitet avrundet
Anestesi	1 024	23	45	1 270	29	0,02	0
Gynekologisk / føde	40 608	442	183	45 553	496	0,36	1
Kirurgi	181 700	1 692	191	231 932	2 160	2,35	3
Med avdeling	5 510	88	121	6 834	109	0,06	0
Ortopedi	190 610	1 675	231	242 192	2 128	2,31	3
ØNH	16 442	147	149	18 173	162	0,18	0
ØYE	2 557	29	88	3 262	37	0,02	0
Sum	438 451	4 096	107	549 216	5 121	5,30	7
- Omstilt fra døgn til dagkirurgi					1 299	1,26	-2
Samlet antall stuer for operasjoner inneliggende pasienter						4,04	5

Tabell 5.14 Antall operasjoner og stuetid for dagpasienter ved SNR 2014 fremskrevet til 2030

Avdeling (fag)	Stuetid 2014	Antall operasjon 2014	Gjns stuetid (minutter) 2014	Stuetid 2030	Antall operasjon 2030	Kapasitet	kapasitet avrundet
Anestesi	180	6	30	211	7	0,01	0
Gynekologisk / føde	24 009	416	116	25 767	446	0,36	1
Kirurgi	92 400	1 354	134	104 847	1 536	1,25	1
Med avdeling	993	23	90	1 165	27	0,02	0
Ortopedi	91 156	1 196	155	98 781	1 296	1,06	1
ØNH	45 609	601	134	51 675	681	0,56	1
ØYE	26 884	675	40	37 598	944	0,77	1
Sum	281 231	4 271	66	320 045	4 938	4,03	5
Overført døgnopphold til dagkirurgi					1299	0,77	1
Samlet antall stuer dagkirurgi						4,80	6

³⁸ Helse Midt-Norge ved Kjell Solstad, Datakilde og framskrivning

³⁹ Ibid

5.6 Spesialrom poliklinikk

Spesialrom i poliklinikk er undersøkelses- eller behandlingsrom som kommer i tillegg til det vanlige konsultasjonsrommet og som ikke direkte avledes av kapasitetsbehovet som beregnes av antall konsultasjoner fordelt på åpningstid. Typisk vil det være at pasient møter til en poliklinisk konsultasjon og har en samtale med lege/behandler i et konsultasjonsrom for deretter å få utført en behandling i et annet rom. Som regel vil dette være rom med spesielt utstyr som for eksempel et kirurgisk inngrep eller en skopi. Beregning av framtidig behov for slike spesialrom er basert på dagens virksomhet og en kvalitativ vurdering av fagmiljøene.

5.7 Andre forhold som påvirker analysen

5.7.1 Samhandlingsreformen

Reformen er hensyntatt i omstillingsfaktorene hvor flere elementer er vurdert til å kunne påvirke, bla: ingen utskrivningsklare pasienter, raskere utskriving og bruk av kommunale akutte døgnplasser (KAD). I alt reduserer effekten av Samhandlingsreformen behovet for døgnplasser i SNR med 24 senger.

Det er forutsatt at en andel av kontroller i poliklinikk i 2014 overføres til førstelinjen. I tillegg vil kroppssensorer og telekommunikasjon påvirke antall pasienter som har behov for å møte opp i poliklinikk for kontroll. Det vil fortsatt være behov for areal der spesialisten kan kommunisere med pasienter på nett.

5.7.2 Strategier for Helse Møre og Romsdal

I Helse Møre og Romsdals utviklingsplan av 2014 er det angitt noen overordnede strategier «å desentralisere det vi kan og sentralisere det vi må»⁴⁰. I omstillingsfaktorene er det vurdert betydningen av omsorgsteknologi og samhandlingsreform. Det er helt nødvendig å ha en god dialog og målrettet samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og alle kommunene i Nordmøre og Romsdal, for å få realisert

Det legges til grunn en uendret dekningsgrad aktiviteten i foretakets bostedsområder.

Kontinuerlig forbedring er lagt til grunn som for det videre arbeidet i HMR i forbindelse med strategisk arbeid med omstilling. Gjennom forbedring av prosesser og system i tillegg til forbedring innen diagnostikk og behandling skal HMR jobbe flyteffektivt. Kontinuerlig forbedring vil være grunnlaget for å sikre langsiktig faglig og økonomisk bærekraft. Gjennom kontinuerlig forbedringsarbeid er det også et mål å etablere en fellesskapskultur i HMR. Det er viktig for HMR å skape en kultur der en kan greie å se HMR i et foretaksperspektiv.

⁴⁰ Nasjonal helse- og omsorgsplan 2011-2015.

Hovedfunksjonsprogram

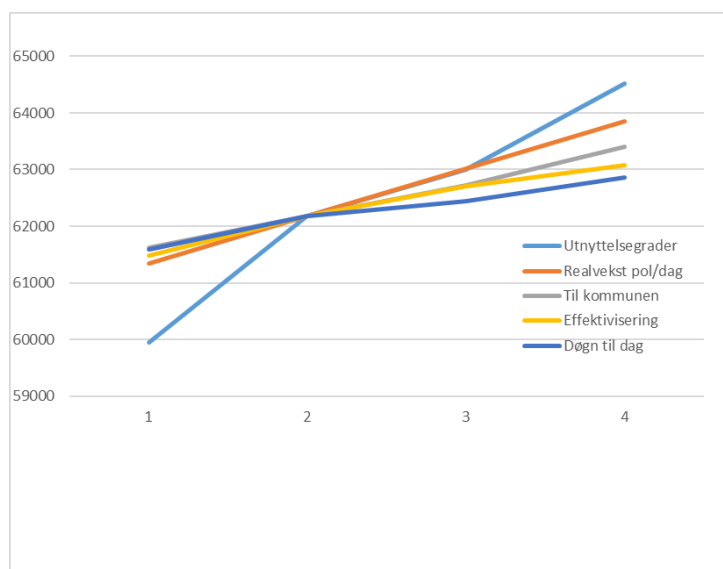
SNR

5.7.3 Alternativ befolkningsutvikling og andre usikkerhetsmomenter, Scenariobetraktninger

Det er lagt til grunn SSB hovedalternativ med mellomverdier (mmmm). Det er ikke gjort alternativ framskriving men det påpekes at det hefter usikkerhet ved de forutsetningene som ligger til grunn. Eksempelvis vil et alternativ med høyere innvandring (mmmh) øke befolkningen i Møre og Romsdal med litt over 4 prosent⁴¹.

Omstilling fra behandling inneliggende til dag- og poliklinisk behandling er det som de siste årene har vært vanskeligst å beregne og som det hefter størst usikkerhet om. I denne beregningen er det i tillegg til den individuelle omstillingen til dagbehandling per diagnosegruppe, lagt på 20 prosent såkalt realvekst for polikliniske konsultasjoner og en reduksjon i liggedøgn somatiske senger på 10% (utgjør 18 senger). I kapittel 4 viser analysen et mulig potensiale for reduksjon i liggedøgn i gapet i forbruksraten i dagens aktivitetstall for SNR samlet sammenlignet med regionen og landet for øvrig.

En følsomhetsanalyse for omstillingsfaktorene er utført. Denne viser at det er utnyttelsesgradene, det vil si hvor mange effektive driftstimer og beleggsprosjenter som legges til grunn, som har størst følsomhet ved endring.



Figur 5.16 viser følsomheten ved endring for ulike endrings- og omstillingsfaktorer. Det er benyttet ulike endringsfaktor/skala men lagt i samme bilde slik at de skal være tilnærmet sammenlignbare

Det blir viktig at den fysiske utformingen av bygningsmassen i stor grad planlegges for denne usikkerheten i skifte av behandlingsmetoder.

5.8 Alternative framtidige virksomhetsmodeller

Det er besluttet at konseptfasen skal utrede to ulike virksomhetsalternativer for innholdet i spesialisthelsetjenestetilbudet i Kristiansund. Dette vil igjen påvirke innhold og størrelse på sykehuset på Hjelset. Dimensjoneringen er i første utgave av HFP beregnet for SNR samlet. Utredning om hvilket alternativ som skal gå videre til forprosjekt vil i hovedsak gjøres i Konseptfaserapporten.

⁴¹ SSB, 2014-prognose

Hovedfunksjonsprogram

SNR

Prosjektstyret SNR har behandlet organisering av arbeidet med utvikling av tilbudet i DMS Kristiansund (Sak 54/2015)⁴². I konseptfasen vil arbeidet inndeles i to faser. I første fase gjennom HFP avklares type og omfang av spesialisthelsetjenester i DMS og det utredes til to virksomhetsalternativ.

«å desentralisere det vi kan og sentralisere det vi må»⁴³ er en nasjonal føring som skal legges til grunn når et desentral tilbud skal opprettes. En målsetting er at sykehusene skal organiseres mer ut i fra pasientens behov og styrke tilbudet til folk nært der de er. Dette skal gi nærhet til behandlingstilbud for de vanligste lidelsene samtidig som man samler de spesialiserte tilbudene slik at det blir robuste fagmiljø som gjør samme behandling flere ganger.

Strategiske valg ut i fra pasientenes behov skal derfor være førende og følgende kriterier er lagt til grunn for de to alternativene som skal inngå i og utvikles i DMS Kristiansund:

- Nærhet til pasientgrupper som trenger oss hyppig, og der reisevei og fravær fra hjem/liv er belastende (behov for tilgjengelighet, nærhet og koordinerte tjenester, for eksempel eldre og de med kroniske lidelser)
- Kvaliteten like god begge steder i SNR på det som gjøres begge steder
- Robust driftskonsept; drivverdig i langt perspektiv, ikke enkeltpersonavhengig. Være forankret i solid klar HMR strategi.
- Velge modell/arbeidsdeling som understøtter fremtidsrettede og moderne driftsformer
- Volumvurdering på tilbudet, samt ambisjoner om fleksible driftsformer
- Støtte opp under felles fagmiljø og felles kultur i fagmiljøet (spesialister og eventuelt andre faggrupper jobbe begge steder)
- Investeringskostnader og driftskostnader
- Tilbud skal ikke utløse dobbel vaktberedskap i SNR utover vedtatt åpningstid

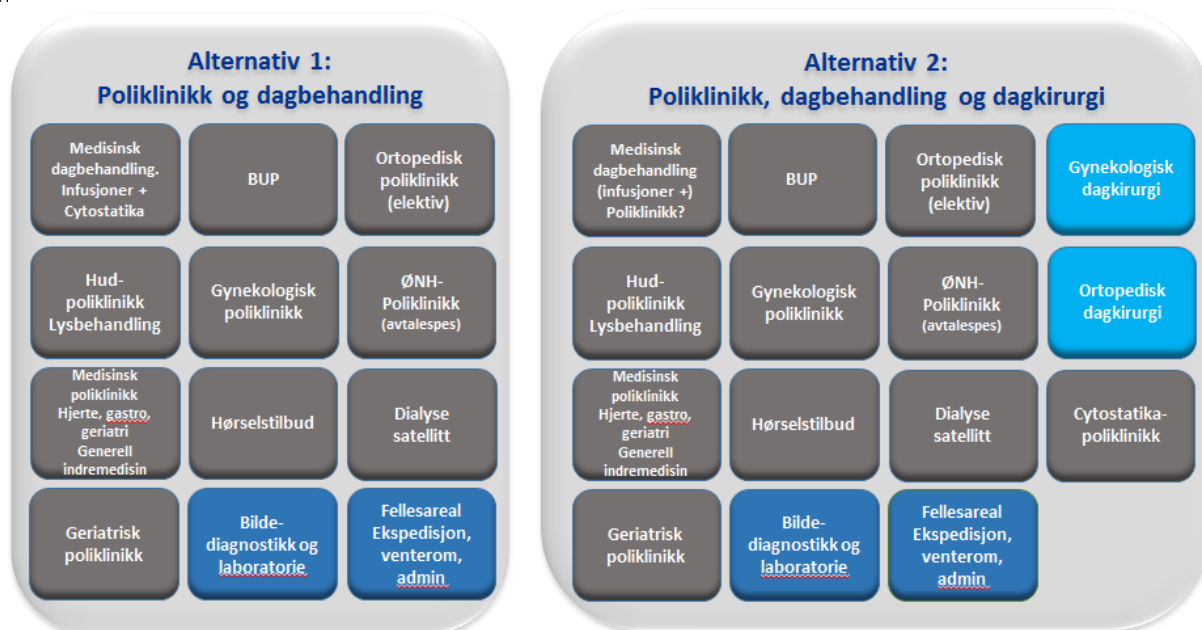
Ut i fra disse kriteriene skal tilbudet i Kristiansund bygges opp rundt dag- og polikliniske tilbud for fagområdene vist i figuren under. Begge modellene har med seg basisfunksjonene og et relativt stort og godt poliklinisk tilbud. Det som skiller alternativene er i hovedsak dagkirurgi og tilbudene som er avhengig av anestesi.

⁴² Helse Midt Norge RHF (2015), styresak 54/2015

⁴³ Nasjonal helse- og omsorgsplan 2011-2015.

Hovedfunksjonsprogram

SNR



Figur 5.17 virksomhetsalternativer for spesialisthelsetjenestetilbudet i Kristiansund

I dette reviderte HFP er det medtatt resultatet av en egen delutredning som beskriver hvordan prosjektet har utredet innholdet i de to alternativene for spesialisthelsetjenesten. Alternativene utredes også videre både med hensyn til de bygningsmessige eller tomtemessige forholdene på to lokasjoner i skisseprosjekt og i tett samarbeid med kommunene i delutredning «DMS Kristiansund» Dette arbeidet vil fortsette over i neste fase.

Utdrag fra delrapporten «Virksomhetsalternativer for spesialisthelsetjenesten i Kristiansund» gjengis videre i dette kapitel.

5.8.1 Grunnleggende forutsetning

DET FAGLIGE INNHOLDET

- Den medisinskfaglige kvaliteten i SNR-KRS skal holde samme standard som tilsvarende tjeneste i SNR-HJE
- Kriterier for faglig prioritering av pasienter er felles i SNR

PASIENTRETTIGHETER

- Pasienters rett til fritt behandlingsvalg, i hele eller deler av tjenesten, er ikke innskrenket selv om tjenesten er planlagt for et definert befolkningsområde (jfr Pasient og brukerrettighetsloven)

RESSURSEFFektivITET

- Alle funksjoner skal vurderes for utvidede åpningstider
- Tjenestene skal kunne avsluttes innenfor dagarbeidstid (ikke planlegge for «overligger»)»
- Det skal ikke etableres doble vaktordninger
- Aktivitet i SNR-KRS reduserer areal i akuttstykkehuset på Hjelset

Hovedfunksjonsprogram

SNR

HR

- Alle ansettelser er knyttet til SNR.
- Personellressursen skal kunne benyttes i begge lokasjoner innenfor krav i lov/ forskrift og avtaler
- Både SNR-HJE og SNR-KRS inngår i SNRs utdannings- og spesialiseringssystem

5.8.2 Grunnleggende forventninger

I arbeidet med innhold i SNR må en ta forbehold om forventete endringer i tjenestesystemene som en ikke har tilstrekkelig kontroll over i planperioden.

IKT-utvikling

Helse Midt-Norge har iverksatt et omfattende arbeid med Helseplattformen. Dette arbeidet vil, sammen med den generelle IKT-utviklingen, gi helt andre muligheter for samarbeid og organisering av arbeidet sammenlignet med dagens løsning. Det forventes en betydelig forbedring av sanntidskommunikasjon med bilder, lyd og kliniske parametere som øker muligheten for å utnytte ressurser i geografisk adskilte lokalisasjoner (også hjemmebaserte tjenester)

Det forventes også at Helseplattformen gir gode løsninger for effektiv logistikk. Kobling av tjenestebehov mot personellressurser, rom, utstyr, støttetjenester og transport vil kunne sikre god ressursbruk og god pasientservice.

Medisinsk teknologi

Utvikling av ny medisinsk teknologi vil gi muligheter for å endre organisering av tjenestetilbudet. Medisinsk teknologisk utstyr og teknikker, og nye legemidler vil endre mulighetene i pasientbehandlingen. Behandlingsformene kan gi pasienter helt nye muligheter. Det er umulig nå å forutsi konsekvensene av utviklingen, men det er sannsynlig at utviklingen vil forskyve pasientstrømmene i forhold til dagens løsning.

På samme måte er det også mulighet for at etablerte behandlingsformer kan flyttes ut til 1.linje og til hjemmet etter hvert som teknologien forenkles og kan tilgjengeliggjøres innenfor akseptable kostander (for eksempel hjemmebehandling med monitorering og oppfølging over distanse, jfr Kolskofferten).

Personellressursen

Helsetjenesten organiserer personell og oppgaver i tråd med den medisinske utviklingen. Oppgaver som tidligere ble utført i universitetssykehus er blitt mulig å gjennomføre på mindre sykehus, og også overført til primærhelsetjenesten. De store sykehusene vil hele tiden få nye oppgaver. Denne utviklingen forventes å fortsette.

På samme måte er også deloppgaver som er utført av en profesjon blitt overført til annen profesjon («jobbglidning»). Sykepleierpoliklinikker er eksempel på dette, og er på mange områder godt innarbeidet i dagens tilbud i SNR. Denne utviklingen vil forventes å fortsette.

I tråd med den teknologiske utviklingen vil spesialisthelsetjenesten få behov for kompetanse som i

Hovedfunksjonsprogram

SNR

dag ikke er i sykehusene. Det er allerede behov for ulike ingeniører i behandlingsteamene for å kunne utføre viktige oppgaver. Denne utviklingen forventes å fortsette.

5.8.3 Utvalgskriterier for desentrale tilbud i SNR-Kristiansund

Utvalgskriteriene er basert på føringer gitt i HFP og prosjektets samfunns- og effektmål i kap 4 og videre formulert slik:

DAG OG POLIKLINIKK

Pasientenes behov for redusert mer-reisebelastning

- redusert reisebelastning for pasientgrupper som trenger spesialisthelsetjeneste hyppig, og der reisevei og fravær fra hjem/liv er belastende.
Dette kan være pasienter med langvarige lidelser som trenger hyppig kontakt (behandlingsserier) og pasienter med sammensatte lidelser som hyppig trenger ulike spesialisttjenester)

Samhandling med pasientens støtteressurser

- Spesialisthelsetjenestens behov for nærhet til samarbeidsparter i kommune / pårørende/nærpersoner / dagliglivsaktivitet. Et begrenset opptaksområde kan gjøre det lettere å etablere og vedlikeholde individtilpassede samarbeidsprosesser som kan gi merverdi for pasienten.

Kvalitet og pasientsikkerhet

- Faglig kvalitet og pasientsikkerhet skal være like god, på like tjenester, begge steder i SNR. Dette innebærer at gjennomføring av aktivitet skal oppfylle de samme kvalitetskrav som i SNR-HJE. Dette omfatter tilgang til spesialistkompetanse, samtidig personellressurs og utstyr.

Robust driftskonsept

- Tilbudet skal kunne planlegges for stabil drift over tid. Dette innebærer at aktivitetsplan skal være programfestet med lang planleggingshorisont slik at tjenesten kan framstå som fast samarbeidsparter. Også polikliniske lavvolumtilbud skal kunne ytes i SNR-KRS som regelmessig tjeneste

HR (personell)

- Personellressursen skal kunne fordeles mellom tjenestestedene uten at tilbudene noen av stedene blir forringet

Ressurseffektivitet

- Det skal vurderes hvorvidt gevinsten av desentralisering står i samsvar med ressursbruk til utstyr og areal (gjøres senere)

DAGKIRURGI

- Desentralisert dagkirurgisk tilbud skal utnytte de kvalitets- og kapasitetsreservene som ligger i dagkirurgisk virksomhet utenfor hovedsykehuset. Kapasitetsreservene ligger i prosessene når de er adskilt fra sykehusaktiviteten (ikke visitt, møter etc) slik at kirurgien kan organiseres i effektive behandlingslinjer

Hovedfunksjonsprogram

SNR

Kvalitetsreservene ligger i mulighet for å organisere standardiserte og sikre pasientforløp (bla redusert infeksjonsbelastning).

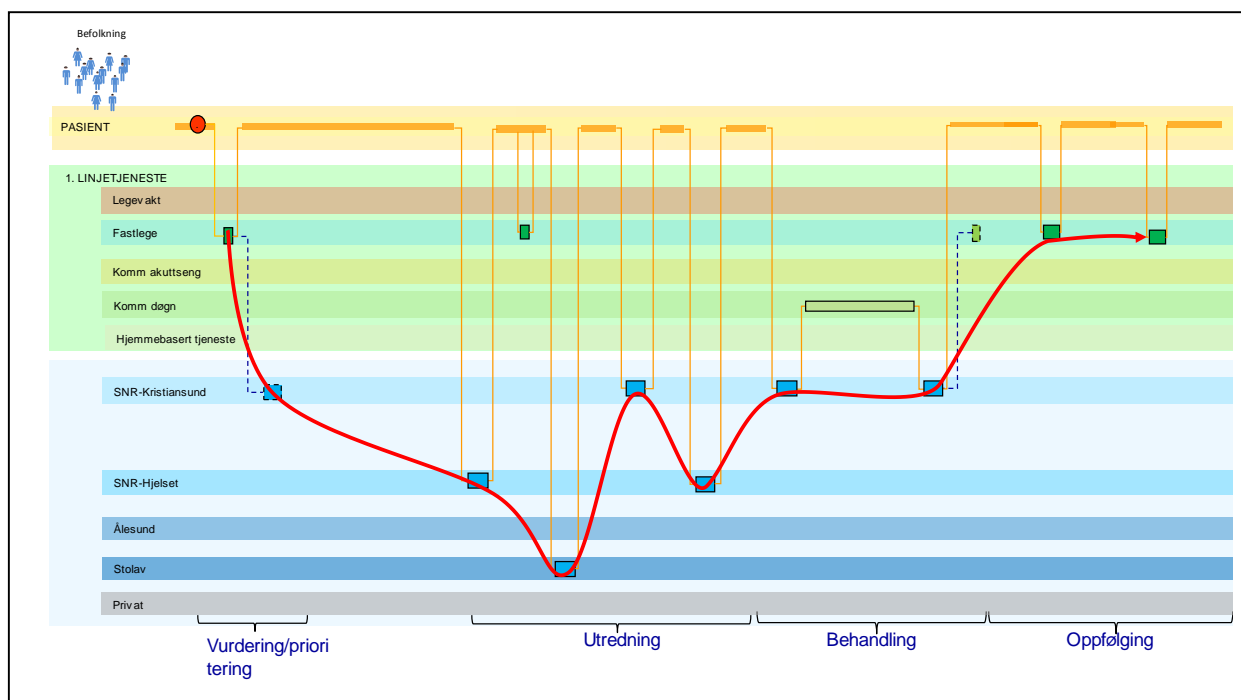
5.8.4 Vurderingsprosessen

Det er lagt vekt på at vurderingene skal være klinikknært forankret og anbefalingene faglig vurdert. Vurderingene er gjort av fagpersonell på hvert fagområde utpekt av klinikkledelsen.

For di fagfeltene er ulike er det gjort en standardisert «spørring» for å sikre likeverdig vurdering. Utgangspunktet er legespesialitetene fordi dette representerer ansvarsinndeling i spesialisthelsetjenesten. Spørsmålstillingen er ikke begrenset til legespesialisten, men tjenester som er organisert under spesialitetene. Dette kan for eksempel være sykepleierpoliklinikker, ergo/fysioterapi ol.

Volumtallene for å beregne behovet for framtidig aktivitet er registrert aktivitet i NPR og som fyller kriteriene for dag, poliklinikk og dagkirurgi. Uttrekket omfatter aktivitet som er utført i dagens sykehus i Molde og Kristiansund for pasienter med bostedsadresse innenfor dagens Kristiansund sykehusområde. Tallene er framskrevet til 2030 etter definerte regler.

Det registreres en aktivitet hver gang enkeltpasienter mottar en dag-, poliklinikk eller dagkirurgisk tjeneste. Antall unike pasienter er mye lavere. Noen pasienter er registrert ett sted, en gang. Mange pasienter er registrert flere ganger på ett sykehus, for eksempel en utrednings- og behandlingsserie i samme sykehuset. Mange pasienter er registrert i flere sykehus. Dette kan være pasienter hvor klinisk god utredning og behandling krever innsats fra flere sykehus. Utredning kan for eksempel skje i poliklinikk i SNR- KRS og behandling i KRS-HJE, Ålesund eller St.Olavs hospital og oppfølgende tiltak i SNR-KRS. I tråd med dagens praksis vil klinikere løpende vurdere hvor pasienten kan få faglig riktig tilbud i de ulike stegene i pasientforløpet.



Hovedfunksjonsprogram

SNR

Figur 5.18 Illustrasjonen viser pasientforløp med faglig begrunnet aktivitet på flere tjenestested, og hvor 4 av 7 aktiviteter er desentralisert til SNR-KRS

Spørsmålsett 1) redusert reisebelastning og nærhet til hjem

A) Hvilke pasientgrupper vil kunne få bedre tilbud hvis pasientene slipper å reise fra Nordmøre til hovedsykehuset? Det forutsettes at den medisinsk-faglige kvaliteten blir like god i SNR-KRS og SNR-HJE. «Bedre» er derfor relatert til reduksjon av reisebelastning. Konkret vil dette være pasientgrupper som enten har mange kontakter pga en lidelse, har mange kontakter pga flere lidelser og eller store bevegelsesbegrensinger.

B) Det ble vurdert om pasienttilbudet kan styrkes når spesialisthelsetjenesten i SNR-KRS kan samarbeide med et mindre distrikt. Med styrking menes individtilpasning av tilbudet i samarbeid med nærpå personer og førstelinje helse- og sosialtjeneste.

Selv om pasientgruppen ikke faller inn under kategorien med reisebelastning er ikke dette vurdert som at pasientene da skal få tilbudet i SNR-HJE (se de neste spørsmålsettene).

Spørsmålsett 2) Klinisk forsvarlighet

A) Kan tjenesten yte forsvarlige kliniske tjenestene i en desentral løsning? Spesialistene kan være avhengig av samtidige samarbeidsressurser, enten som direkte samarbeidspart eller som sikkerhetsløsning hvis sjeldne men påregnelige komplikasjoner inntreffer

Lab/billeddiagnostikk er allerede definert inn i SNR-KRS og vurderes derfor ikke

Etter at dette er besvart skal en kunne konkludere om det er tjenester som absolutt ikke skal utføres desentralt eller at det er betingelser knyttet til tjenestene i SNR-KRS som må oppfylles for at det skal være forsvarlig.

B) Selv om pasientene som gruppe i prinsippet kan ha gevinst av desentral tjeneste vil enkeltpasienter kunne ha behov for sykehusets rammebetingelser. Dette kan være pasienter med kompliserende samtidige lidelser, pasienter med særlige krav til utstyr, eller pasienter som også skal motta tjeneste av personell som kun er i SNR-HJE. Det antas i utgangspunktet at ca 20% av pasientene i trenger sykehusets rammebetingelser for å få samme dag eller poliklinikkjeneste utført på en fullt ut forsvarlig og ressurseffektiv måte. I gjennomgang av fagfeltene er det vurdert om andelen som skal behandles desentralt kan være høyere eller lavere enn 80% .

Spørsmålsett 3) personell disponeringer

Kan SNR opprettholde forsvarlig virksomhet både i SNR-KRS og SNR-HJE med hensyn til kompetanse? Utgangspunktet er dagens bemanning. Det vil skje forandringer i bemanning både før og etter at SNR er ferdigstilt, både naturlig turnover og nyrekruttering. For noen fag er det satt i verk tiltak for utvidelse av personellressursen for å møte framtidige behov. Innenfor disse rammene vil en kunne svare på om det er mulig å yte forsvarlig virksomhet begge steder for pasientvolumet som en definerer i forrige spørsmål.

Bygg, FDV og utstyrs kostnad er ikke vurdert i denne prosessen.

Hovedfunksjonsprogram

SNR

5.8.5 Basistilbud

Basistilbudet inngår i egne delfunksjonsprogram. Hovedelementene i basistilbudet er gjengitt i dette kapittelet for å vise hvilke premisser faggruppene kunne legge til grunn i sine vurderinger

Billedtaking

- billedtaking som understøtter aktivitet i SNR-Kristiansund
- desentralt billedtakingstilbud til pasienter som behandles av primærhelsetjenesten
- desentralt billedtakingstilbud til pasienter som skal til behandling i SNR-Hjelset/ følges opp av SNR-Hjelset

Billedtolkning

- Billedtolkning i hht regionale ordninger for tolkningssystem (hovedsakelig IKT-basert)

Laborietjenester

- Blodprøvetaking
 - prøvetaking for interne pasienter i SNR-Kristiansund
 - desentral prøvetaking for pasienter som behandles i SNR-Hjelset (forberedende prøver og kontroller)
- Laboratorieanalyser
 - Tilpasset spesialisttilbudene lokalt i SNR-Kristiansund. Øvrige prøver sendes SNR-Hjelset eller spesiallaboratorier
- Blodgivning
 - blodgivning til SNR og evt til forsendelse til produksjon i spesiallaboratorier

Legemidler

- Det etableres forsyning av legemidler til internt bruk i SNR-Kristiansund (legemidler som skal benyttes mens pasienten mottar behandling i SNR-Kristiansund)

Servicefunksjoner

- Funksjoner som skal ivareta pasientservice i SNR-Kristiansund (service i hvile- og ventetid, matservering etc)

5.8.6 Oppsummering

Alle fagfelt ser fordeler for pasienter med desentralt tilbud for å redusere reisebelastning, men andel pasienter med helsemessige behov for redusert reise varierer mellom fagene

Behovet for samarbeid med kommunene er vurdert viktig, men avgrensing i samarbeidsrelasjoner er mindre viktig for legene fordi de ikke regner med å etablere faste «distriktsteam». For sykepleierpoliklinikkene er potensialet større.

Kun unntaksvis har fagfelt redusert prosentdelen som følge av forsvarlighet i gjennomføring av dagbehandling og poliklinisk konsultasjon. Noen fagfelt er avhengig av utstyr og laboratorier som ikke

Hovedfunksjonsprogram

SNR

kan/bør dubleres.

Hensynet til pasientsikkerhet er begrunnelser for å redusere andelen dagbehandling med infusjon/cytostatika. Ulike fagfelt stiller ulike krav til tilstedeværende kriseberedskap ved påregnelige men sjeldne bivirkninger

Hensynet til tilstedeværelse av personell i SNR-HJE er den mest reduserende faktor. For legespesialiteter med mange leger er det desentral poliklinikk praktisk gjennomførbart. Få leger i en spesialitet er i seg selv ikke til hinder for å ha hele poliklinikkdager i SNR-KRS, men dersom legen har andre samtidige funksjoner (for eksempel vaktberedskap, tilsyn med pasienter i egen eller annen avdeling (intensiv)) i tillegg til poliklinikk er desentralisering av legerressursen ikke vurdert forsvarlig.

For desentraliserte tjenester fra Ålesund er det vurdert u hensiktsmessig med ytterligere desentralisering. Det er hovedsakelig begrunnet med behovet for å benytte begrenset ressurs til multiprofesjonelt samarbeid for flere fagområder i SNR-HJE.

5.8.7 Alternative virksomhetsmodeller

Basert på vurderingene ovenfor er det fortsatt to virksomhetsalternativer for spesialisthelsetjenesten i SNR-KRS.

- Det er grunnlag for en god desentral poliklinisk/dagbehandlingsvirksomhet for mange fagområder, med noe varierende frekvens pga av tilgang til legeressurs.
- Dagkirurgi er faglig vurdert gjennomførbart for 80% av pasientene i de utvalgte fagområdene gynekologi og ortopedi.

Hovedfunksjonsprogram

SNR

5.9 Oppsummering av aktivitets- og kapasitetsendringer

Tabellene under viser resultatet av aktivitets- og kapasitetsframskrivingen fra 2014 til 2030

Tabell 5.19 endring i liggedager etter demografisk framskriving og omstilt virksomhet i perioden 2014 til 2030

Diagnosegruppe	Totalt antall liggedager etter demografisk framskriving, 2013 - 2030	Endring epidemiologi, medisinsk utvikling	Overføring andre sykehus	Overføring kommune	Overføring pasienthotell	Overføring til dag/ poliklinikk	Overføring til obsenhet	Intern effektivisering	Scenario-betraktning økt omstilling	Samlet endringer i antall liggedager 2014-2030	Totalt antall liggedager etter demografisk framskriving og omstilling/ending 2014-2030, "normalseng"
	Liggedager	Liggedager	Liggedager	Liggedager	Liggedager	Liggedager	Liggedager	Liggedager	Liggedager	Liggedager	Liggedager
1 A00-B99 Visse infeksjonssykdommer og parasittsykdommer	2586	114,9	0,0	-360,1	0,0	-104,0	-397,6	-130,8	-170,8	-1048	1537
2 C00-C99 Ondartede svulster	6987	621,1	0,0	-338,1	-323,1	-617,5	0,0	-450,1	-587,9	-1696	5291
3 D00-D48 Godartede svulster eller med usikre malignitetspotensial	1008	0,0	0,0	-134,4	0,0	-38,8	-37,1	-56,7	-74,1	-341	667
4 D50-D89 Sykdommer i blod og bloddannende organer og visse tilstander som angår immunsystemet	1049	46,6	0,0	0,0	-97,4	-88,7	0,0	-64,7	-84,5	-289	760
5 E00-E90,Z49,N00-N19 Endokrine sykdommer, ernæringsykdommer og metabolske forstyrrelser, inkl nyresvikt/ nefritter og di	4401	0,0	0,0	-195,6	-186,9	-178,6	-341,3	-248,8	-325,0	-1476	2925
6 F00-F99 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser	567	0,0	0,0	-100,7	0,0	-62,1	-35,9	-26,2	-34,2	-259	308
7 G00-G99 eksklusivt G45.9 Sykdommer i nervesystemet ekskl TIA	2293	101,9	0,0	-106,4	-203,4	-185,3	-337,7	-111,1	-145,1	-987	1306
8 H00-H59 Sykdommer i øyet og øyets omgivelser	313	13,9	0,0	0,0	-29,0	-52,9	0,0	-32,6	-21,2	-122	191
9 H60-H95 Sykdommer i øre og ørebenskne (processus mastoideus)	178	0,0	0,0	-7,9	-30,2	-24,8	0,0	-15,3	-10,0	-88	90
10 I60-I69 og G459 Hjernekar sykdommer (hjerneslag) inkl TIA	3101	137,8	0,0	-431,8	0,0	0,0	-124,7	-190,7	-249,1	-859	2242
11 I20-I25 Iskemiske hjertesykdommer	2564	0,0	0,0	-114,0	0,0	-108,9	-312,2	-144,3	-188,5	-868	1696
12 Rest I Sykdommer i sirkulasjonssystemet, arytmier, hjertesvikt mm	5733	254,8	0,0	-266,1	0,0	-254,3	-972,1	-319,7	-417,6	-1975	3758
13 J40-J99 Kronisk og akutt obstruktiv lungelidelse, astma	3912	0,0	0,0	-695,4	0,0	-142,9	-273,2	-199,1	-260,1	-1571	2341
14 J00-J99 Sykdommer i åndedrettssystemet, øvre luftveislidelser, influensa, pneumoni	6532	0,0	0,0	-1161,2	0,0	0,0	-954,8	-314,0	-410,2	-2840	3692
15 K00-K99 Sykdommer i fordøyelsessystemet	6744	0,0	0,0	-599,5	-546,2	-248,8	-475,5	-346,6	-452,7	-2669	4075
16 L00-L99 Sykdommer i hud og underhud	1060	0,0	0,0	-47,1	-90,1	-164,1	0,0	-54,0	-70,5	-426	635
17 M00-M14 Infeksjøs og inflammatoriske leddsykdommer	399	0,0	0,0	-53,2	-15,4	-44,0	0,0	-20,4	-26,6	-160	239
18 M15-M99 Rest sykdommer i muskel- og skjelettsystemet	4154	184,6	0,0	-192,8	-184,3	-176,1	0,0	-504,8	-328,1	-1201	2953
19 N20-N51 Sykdommer i urinveier og mannlige kjønnsorganer	1622	0,0	0,0	-72,1	-275,5	-566,4	0,0	-94,4	-61,4	-1070	552
20 N60-N99 Sykdommer i kvinnelige kjønnsorganer	801	0,0	0,0	0,0	-142,3	-292,6	0,0	-48,8	-31,7	-515	285
21 O00-O99 Svangerskap, fødsel og barseltid, inkl resultat av fødsel	3861	0,0	0,0	0,0	-2702,9	0,0	0,0	-82,4	-107,6	-2893	968
22 P00-P99 Visse tilstander som oppstår i perinatalperioden	120	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	-8,5	-11,1	-20	100
23 Q00-Q99 Medfødte misdannelser, deformiteter og kromosomavvik	95	0,0	0,0	0,0	-8,4	-15,3	0,0	-5,0	-6,6	-35	59
24 R00-R99 Symptomer, tegn, unormale kliniske funn og laboratoriefunn, ikke klassifisert annet sted	3341	148,5	0,0	-155,1	0,0	-592,7	-1827,5	-65,0	-84,9	-2577	764
25 S00-S09 Hodeskader (com motio mm)	648	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	-115,3	-37,9	-49,5	-203	446
26 S10-S69 Skader i ekstremiteter og buk (ekskl hofter/lår/underekstre)	2342	0,0	0,0	-104,1	0,0	-99,5	-380,2	-125,0	-163,3	-872	1470
27 S70-S99 Skade i hofter og lår, underekstremiteter	4284	0,0	0,0	-571,2	0,0	0,0	-330,0	-240,6	-314,2	-1456	2828
28 T40-T65 Intox	176	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	-78,3	-7,0	-9,1	-94	82
29 T00-T39, T65-T99 Skader, forgiftninger og visse andre konsekvenser av ytre årsak	3051	0,0	0,0	-135,6	0,0	0,0	-518,4	-170,5	-222,7	-1047	2004
30 Z50 Rehabilitering	9243	0,0	0,0	-1643,1	-675,5	-1230,9	0,0	-404,8	-528,8	-4483	4759
31 Rest Z Faktorer som har betydning for helsestatus og kontakt med helsetjenesten	683	30,4	0,0	-95,2	0,0	-27,5	-52,6	-38,3	-50,0	-233	450
32 Z51,Z512 Kjemoterapi	130	11,6	0,0	-6,3	-6,0	-11,5	0,0	-8,4	-11,0	-32	99

Tabell 5.20 sum demografisk og kvalitativt omstilt aktivitet i 2030

Diagnosegruppe	Døgn opphold normalseng 2030	Liggedager normalseng 2030	Gj.snitt liggtid normalseng 2030	Liggedager observasFon 2030	Liggedager pasienthotell 2030	Dag opphold 2030	Polikliniske konsultasjoner 2030
1 A00-B99 Visse infeksjonssykdommer og parasittsykdommer	424	1537	3,62	199	11	28	918
2 C00-C99 Ondartede svulster	1296	5291	4,08	0	393	304	9010
3 D00-D48 Godartede svulster eller med usikre malignitetspotensial	249	667	2,7	19	6	186	2905
4 D50-D89 Sykdommer i blod og bloddannende organer og visse tilstander som angår immunsystemet	275	760	2,8	0	112	30	916
5 E00-E90,Z49,N00-N19 Endokrine sykdommer, ernæringsykdommer og metabolske forstyrrelser, inkl nyresvikt/nefritter og di	780	2925	3,7	171	207	4540	6579
6 F00-F99 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser	113	308	2,7	18	10	19	1090
7 G00-G99 eksklusive G45.9 Sykdommer i nervesystemet ekskl TIA	588	1306	2,2	169	235	768	7785
8 H00-H59 Sykdommer i øyet og øyets omgivelser	87	191	2,2	0	39	1403	11938
9 H60-H95 Sykdommer i øre og ørebenskute (processus mastoideus)	75	90	1,2	0	39	248	15165
10 I60-I69 og G45.9 Hjernekar sykdommer (hjerneslag) inkl TIA	601	2242	3,7	62	0	0	489
11 I20-I25 Iskemiske hjertesykdommer	707	1696	2,4	156	18	37	1482
12 Rest I Sykdommer i sirkulasjonssystemet, arytmier, hjertesvikt mm	1312	3758	2,9	486	34	224	4889
13 J40-J99 Kronisk og akutt obstruktiv lungelidelse, astma	451	2341	5,2	137	12	24	1677
14 J00-J39 Sykdommer i åndedrettssystemet, øvre luftveislidelser, influensa, pneumoni	877	3692	4,2	477	0	247	1939
15 K00-K99 Sykdommer i fordøyelsessystemet	1293	4075	3,2	238	580	460	8035
16 L00-L99 Sykdommer i hud og underhud	144	635	4,4	0	107	101	7217
17 M00-M14 Infeksiøse og inflammatoriske leddsykdommer	55	239	4,3	0	0	19	496
18 M15-M99 Rest sykdommer i muskel- og skjelettsystemet	1010	2953	2,9	0	210	921	13814
19 N20-N51 Sykdommer i urinveier og mannlige kjønnsorganer	249	552	2,2	0	386	407	2660
20 N60-N99 Sykdommer i kvinnelige kjønnsorganer	136	285	2,1	0	203	352	1992
21 O00-O99 Svangerskap, fødsel og barseltid, inkl resultat av fødsel	1111	968	0,9	0	2703	149	2108
22 P00-P99 Visse tilstander som oppstår i perinatalperioden	55	100	1,8	0	0	0	52
23 Q00-Q99 Medfødte misdannelser, deformiteter og kromosomavvik	20	59	2,9	0	11	28	1140
24 R00-R99 Symptomer, tegn, unormale kliniske funn og laboratoriefunn, ikke klassifisert annet sted	1139	764	0,7	914	137	290	7931
25 S00-S09 Hodeskader (commotio mm)	272	446	1,6	58	0	11	1405
26 S10-S69 Skader i ekstremiteter og buk (eksl hofte/lår/underekstr)	709	1470	2,1	190	18	131	5558
27 S70-S99 Skade i hofte og lår, underekstremiteter	679	2828	4	165	0	36	4038
28 T40-T65 Intox	90	82	0,9	39	0	0	40
29 T00-T39, T65-T99 Skader, forgiftninger og visse andre konsekvenser av ytre årsak	543	2004	3,7	259	0	204	1862
30 Z50 Rehabilitering	320	4759	14,9	0	714	77	155
31 Rest Z Faktorer som har betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten	187	450	2,4	0	5	315	20376
32 Z511,Z512 Kjemoterapi	16	99	6,3	0	7	3555	0
Totalt	15861	49572	3,1	3756	6198	15114	145663

Hovedfunksjonsprogram

SNR

5.10 Personellframskriving

Det tas utgangspunkt i dagens personaltall for Molde og Kristiansund i 2015, og skriv den fram til 2030 på grunnlag av økning i aktivitet på 20%. Etter det legges det på en effektivisering på 15%.⁴⁴ I framskriving av bemanning benyttes her samme beregningsmetode som i utviklingsplanen og idefasen. Kontorbehovet somatikk er fremskrevet på samme måte ut i fra dagens antall i Molde og Kristiansund. Kontorbehov psykisk helsevern er estimert ut i fra forventet vekst i aktivitet.

Bemanningsframskrivingen anvendes som grunnlag for arealvurderingen til de personalrelaterte funksjoner, kontorer, garderober m.m. Tabellen nedenfor oppsummerer de bemanningsmessige konsekvensene av framskrivingen.

Tabell 5.21 fremskrevet bemanning til 2030

	År 2015	År 2030
Antall ansatte	1936	2033
Antall ansatte med kontorbehov somatikk	266	271
Antall ansatte med kontorbehov psykisk helsevern	97	105

5.11 Utnyttelsesgrader og arealstandarder

Utnyttelsesgradene viser hvor effektivt kapasitetene skal utnyttes den tiden ressursen er tilgjengelig. I HFP SNR er følgende utnyttelsesgrader lagt til grunn:

Tabell 5.22 Utnyttelsesgrader for sengeposter, både somatikk og psykisk helsevern

Senger	Beleggsprosent, 365 dager/år
Somatisk senge	85%
Observasjonssenger	75%
Pasienthotell	75%
Psykisk helsevern	85%

Tabell 5.23 Utnyttelsesgrader for undersøkelses- og behandlingsfunksjoner

Utnyttelsesgrader undersøkelses- og behandlingsfunksjoner	Dager per år	Timer per dag	Minutter per undersøkelse/ behandling
Dagplass	230	8	240
Dagplass, dialyse	230	8	300
Poliklinikk somatikk, gjennomsnitt alle fag	230	8	45
Poliklinikk psykisk helsevern	230	8	75
Bilediagnostikk			
- Røntgen	230	10	15
- Ultralyd	230	8	25
- CT	230	8	25

⁴⁴ Helse Møre og Romsdal HF (2014) - Tall hentet fra Idefase Sjukehuset i Nordmøre og Romsdal

Hovedfunksjonsprogram

SNR

- MR	230	10	30
Operasjon			
- kirurgi	230	8	120
- Tann/kjeve	230	8	90
- Gyn/obst	230	8	80
- ØNH	230	8	120
- Øye	230	8	60
- Dagkirurgi	230	8	90

5.12 Kapasitetsbehov 2030

I tabellene under vises konsekvensen av framskrivningen og utnyttelsesgradene for senger, dagbehandling og poliklinikk.

Tabell 5.24 oppsummert kapasitetsbehov somatikk

Sum demografisk fremskrevet og kvalitativ fremskrevet/omstilt kapasitetsbehov 2014 til 2030														
		Utnyttelses grad		Utnyttelses grad		Utnyttelses grad		Utnyttelses grad		Dager åpent i løpet av et år	230		230	
		85 %		80 %		75 %		75 %		Timer effektiv drift i løpet av en dag	8		8	
										Timer per konsultasjon /opphold	4		0,75	
Alle diagnosegrupper	Liggedager normalseng 2030	Kapasitetsbehov normalseng	Liggedager overvåking 2030	Kapasitetsbehov overvåking	Liggedager observasjon 2030	Kapasitetsbehov observasjon	Liggedager pasient-hotell 2030	Kapasitetsbehov pasient-hotell	Liggedager totalt 2030	Kapasitetsbehov senger totalt	Dag opphold 2030	Kapasitetsbehov dagplasser	Polikliniske konsultasjoner 2030	Kapasitetsbehov poliklinikkrom
Totalt	49622	160	0	0,0	3756	13,7	6198	23	59576	196	18137	42,4	174796	71,2

Fordeling av senger mellom normalsenger og intensiv vises i tabell 5.22

Tabell 5.25 oppsummert kapasitetsbehov psykisk helsevern

Sum demografisk fremskrevet og kvalitativ fremskrevet/omstilt kapasitetsbehov 2014 til 2030						
			Dager åpent i løpet av et år	230		230
		Utnyttelses grad	Timer effektiv drift i løpet av	8		7
		85 %	Timer per konsultasjon/o	4		2
Alle diagnosegrupper	Liggedager normalseng 2030	Kapasitetsbehov normalseng	Dag opphold 2030	Kapasitetsbehov dagplasser	Polikliniske konsultasjoner 2030	Kapasitetsbehov poliklinikkrom
Sum	12193	39	0	0	5545	7

5.13 Kapasitetsbehov Kristiansund

I kapasitetsberegningene for poliklinikk/dagbehandling er det benyttet avdelingsvis innrapportert aktivitet basert på bostedsområde til dagens Kristiansund sjukehus. For dagkirurgi er legges det til grunn at hele SNR opptaksområdet skal kunne tilbys dagkirurgi i ortopedi og gynekologi i SNR-KRS. Det benyttes samme utnyttelsesgrader og arealstandarder som i dimensjoneringen for fellessykehuset på Hjelset beskrevet i hovedfunksjonsprogrammet. Figuren viser beregnet behov for kapasitetsbærende rom. For detaljert romprogram henvises det til Delfunksjonsprogram

Hovedfunksjonsprogram

SNR

Tabell 5.26 viser samlet kapasitetsbehov for tilbudet i Kristiansund

Alternativ 1: Poliklinikk og dagbehandling	Alternativ 2: Poliklinikk, dagbehandling og dagkirurgi
<ul style="list-style-type: none">• 13 standard poliklinikkrom• 4 spesialrom og i tillegg lysbehandling• 7 dialyseplassar• 3 plassar for infusjonsbehandling/ kjemoterapi• Lab, bildediagnostikk MR, CT, Rtg, UL	
	<ul style="list-style-type: none">• 2 operasjonsstuer med støtterom

5.14 Beregning av areal for støttefunksjoner

Arealbehovet for den delen av sykehuset som ikke direkte avledes av aktiviteten er beregnes separat. Det er tatt utgangspunkt i tallene fra idefasen og beregnet ut i fra erfaringstall og sammenligninger med andre prosjekter, bla med programmene fra det ikke-realisererte prosjektet Nye molde sykehus. Arealene er således justert noe fra idefasen.

5.15 Samlet programareal for SNR 2030

Tabell 5.27 viser samlet programmert kapasitets- og arealbehov for alle SNR funksjoner før dette fordeles på alternativene.

Foreløpig beregnet areal og bygningsmessige krav 2030, samlet SNR funksjoner							
Hovedfunksjon	Delfunksjon	Romnavn kapasitets bærende rom	Kapasitets behov	Areal standard	Totalt netto areal	b/n faktor	Totalt brutto areal
Opphold, somatikk	Normalsengeområde	Sengerom	146	30	4373	2	8747
Opphold, somatikk	Intensiv	Overvåkingss plass	8	40	320	2	640
Opphold, somatikk	Pasienthotell	Sengerom	23	25	566	2	1132
Opphold, somatikk	Observasjon	Observasjons plass	20	24	473	2	947
Opphold, somatikk	Dagområde	Dagplass	33	15	501	2	1002
Undersøkelse og behandling, somatikk	Operasjon	Operasjon	11	110	1210	2	2420
Undersøkelse og behandling, somatikk	Oppvåkning	Overvåkingss plass	29	16	456	2	912
Undersøkelse og behandling, somatikk	Radiologi	Undersøkelse	18	67	1200	2	2400
Undersøkelse og behandling, somatikk	Poliklinikk	Undersøkelse	71	30	2137	2	4275
Undersøkelse og behandling, somatikk	Kliniske spesiallaboratorier	Undersøkelse	43	30	1290	2	2580
Undersøkelse og behandling, somatikk	Kliniske spesiallaboratorier	Fødestuer	3	70	210	2	420
Undersøkelse og behandling, psykiatri	Poliklinikk		7	15	105	2	210
Opphold, psykiatri	Normalsengeområde		39	30	1170	2	2340
Opphold, psykiatri	Sengeområde skjerming		8	50	400	2	800
	Delsum				14412		28824
Administrasjon	Kliniske kontorfunksjoner		271		3113	2	6227
Administrasjon	Kontorfunksjoner psykiatri		85		970		
Undersøkelse og behandling, somatikk	Akutt mottak				500	2	1000
Undersøkelse og behandling, somatikk	Kliniske støttefunksjoner				75	2	150
Undersøkelse og behandling, somatikk	Fysio/Ergoterapi				175	2	350
Pasient service	Pasient service, LMS				250	2	500
Medisinsk service	Laboratorier				1620	2	3240
Medisinsk service	Apotek				525	2	1050
Medisinsk service	Ambulans stasjon				1000	2	2000
Ikke-medisinsk service	Sterilsentral				300	2	600
Ikke-medisinsk service	Ikke medisinsk service				2400	2	4800
Personalservice	Personalservice		2000		1600	2	3200
Undervisning og forskning	Undervisning og forskning				536	2	1072
	Delsum				13065		24188
	Totalt				27477	2	54953

1. Intensivplasser trekkes fra normalseng
2. Antall observasjons plasser er økt med 6 i forhold til beregningen pga ønsket driftskonsept med korttidspost
3. Det benyttes teoretisk brutto/nettofaktor i denne beregningen, ref. metodebeskrivelse i kap. 5.4

I forhold til beregnet areal samlet for SNR får vi en økning i netto totalareal når virksomheten fordeles på to lokasjoner. Kapasitetsbærende rom er i hovedsak fordelt slik at areal i Kristiansund reduserer areal på Hjelset. Økning i totalareal skyldes at klinisk støtteareal ikke kan fordeles i samme forhold og til en viss grad må dupliseres. Eksempelvis desinfeksjonsrom, lager, arbeidsstasjoner, og øvrige personalrom. I tillegg kommer øvrige støttefunksjoner nødvendig for en helhet i et bygg som f.eks vestibyle med resepsjon og utleieareal og areal til teknisk drift. Dette er videre utredet i DFP

Tabellene under viser kapasitetsfordeling og nytt programareal etter revisjon av HFP og fordeling på to virksomhetsalternativer.

Hovedfunksjonsprogram

SNR

Tabell 5.28 viser kapasitetsbehovet fordelt på 2 alternative virksomhetsmodeller

Hovedfunksjon	Romnavn kapasitets bærende rom	Beregnet kapasitet SNR			
		Kapasitets behov Hjelset Alternativ 1	Kapasitets behov Hjelset alternativ 2	Kapasitets behov Kristiansund Alternativ 1	Kapasitets behov Kristiansund Alternativ 2
Opphold, somatikk	Normalsenger	146	146		
Opphold, somatikk	Intensiv	8	8		
Opphold, somatikk	Pasienthotell	23	23		
Opphold, somatikk	Observasjon/korttidspost	20	20		
Opphold, somatikk	Dagplasser	23	23	10	10
Undersøkelse og behandling, somatikk	Operasjonsstuer	11	9	-	2
Undersøkelse og behandling, somatikk	Oppvåkningsplasser	29	22	-	7
Undersøkelse og behandling, somatikk	Radiologi/bildelaber	14	14	4	4
Undersøkelse og behandling, somatikk	Poliklinikkrom	59	59	13	13
Undersøkelse og behandling, somatikk	Kliniske spesiallaboratorier	34	34	9	9
Undersøkelse og behandling, somatikk	Fødestuer	3			
Undersøkelse og behandling, psykiatri	Poliklinikkrom	7			
Opphold, psykiatri	Normalsenger	39			
Opphold, psykiatri	Skjermingssenger	8			

Tabell 5.29 viser arealbehov fordelt på 2 alternative virksomhetsmodeller

Netto programareal fordelt på 2 virksomhetsalternativer			
Alternativ 1 Poliklinikk og dagbehandling		Alternativ 2 Poliklinikk, dagbehandling og dagkirurgi	
Hjelset	Kristiansund	Hjelset	Kristiansund
26 785	2 033	26 607	2 628

Hovedfunksjonsprogram

SNR

6 Konsepter og driftsmodell for SNR

I arbeidet med Hovedfunksjonsprogrammet for SNR er det lagt vekk på å definere konsepter og driftsmodeller som understøtter de målsettinger som er valgt og som gir Helseforetaket en langsiktig og bærekraftig utvikling. I et hovedfunksjonsprogram i en tidligfase for et byggeprosjekt er det likevel de mer bygningsrelaterte aspektene som diskuteres mest. Den organisatoriske delen vil måtte følges opp i takt med planleggingen.

Når man planlegger de fysiske omgivelsene er det noen forhold som blir sentrale og som delvis må avveies opp mot hverandre.

Bygningsmassen skal være så fleksibel at organisasjonsmodeller og pasientforløp kan endres over tid uten at dette krever omfattende ombygging.

Bygningsmassen må være så elastisk at enheter kan vokse eller krympe i takt med aktivitet og medisinsk utvikling.

Samtidig må bygningsmassen være så tilpasset at den understøtter den mest optimale driftsform

Samtidig må investerings- og driftskostnaden vurderes opp mot graden av fleksibilitet og elastisitet man vil bygge inn.

Videre i dette kapittel beskrives virksomhetsrelaterte driftsmodeller og konsepter som skal være førende for den videre planleggingen og prosjekteringen av det nye sykehuset.

6.1 Pasientopphold

6.1.1 Somatikk

Sengeområdene er i utgangspunktet en felles ressurs og generelt utformet. Hensikten er at de ulike fagområdene i framtiden lett kan endre lokalisering og dimensjon. Sengeområdene planlegges med enkeltrom med eget bad. Ett av sengerommene med bad skal tilpasses pasienter med spesielle plassbehov, som for eksempel den multihandicappede pasient, pasienter med sykkelig overvekt, pasienter med behov for mange pårørende tilstede. To sengerom i hvert sengeområde skal være kontaktsmitteisolat med forrom. I ett av sengeområdene (infeksjonsmedisin) skal det være ett luftsmitteisolat.

For barn skal det tas hensyn til kravene i Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon.

Størrelsen på et somatisk sengeområde skal bestå av minimum 24 senger for å sikre en optimal utnyttelse av personell, spesielt på ubekvemarbeidstid. For å kunne fungere som en enhet forutsetter det at det er en visuell kontakt mellom arbeidsstasjonene og at personalet kan ha en felles base på natt men med et visuelt overblikk over enheten. Det skal også være en visuell kontakt mellom desentral arbeidsstasjon/personalet og pasientrom.

I et sykehus av denne størrelsen vil det være flere enheter som ikke er så store at de fyller flere tun/områder eller et større område. Det blir viktig at den fysiske utformingen ikke låser størrelsen på en enhet. Skillet mellom den organisatoriske og den fysiske utformingen må kunne løsrives. En dag kan det være behov for en fordeling 7-9, en annen dag 8-8, 6-10 osv. Kanskje endres behovet fra time

Hovedfunksjonsprogram

SNR

til time etter hvilke pasienter som kommer inn eller vaktplanen.

Hoveddelen av behandlingen foregår på dag og ettermiddag. Samtidig er trenden økende avansert behandling på inneliggende, og behov for god observasjonkunnskap er derfor tilstede hele døgnet. Ny teknologi muliggjør desentral overvåking av lettere ustabile pasienter som f.eks pasienter med rytmeforstyrrelser.

Det må være et fokus på desentrale arbeidsstasjoner, forsyning og andre støtterom som minimerer gangavstand for personalet og en nærhet og visuell kontakt til sengerom som skaper trygghet for pasientene.

Sengeområdene skal invitere til aktivitet og mestring for den inneliggende pasient. Slik at mest mulig undervisning av pasienten og opptrening kan gjøres på sengerommet, i korridor og evt felles rom. Det er et mål å skape sosiale soner i sengeområdet utenom sengerommet, der pasienter og pårørende kan finne mulighet for variasjon, aktivitet og stimuli. En bevisst utforming av korridor med dagslys og trappeganger vil kunne bidra til dette.

For å støtte opp under best mulig tverrfaglig samarbeide skal det være møteplasser for personalet, i tillegg til dokumentasjonsrom og konfidensielt arbeid.

Det skal legges til rette for at pårørende kan være naturlig tilstede som en støtte og en ressurs for pasienten

I planlegging av sengeområdene skal det tas hensyn til at det kan utføres flere typer undersøkelser og behandling i sengerommet som tidligere er utført ved å flytte pasienten til poliklinikk eller et undersøkelses og behandlingsrom.

Pasienthotell

I kapasitetsberegningen er det forutsatt en omstilling av døgnopphold i normalseng til pasienthotellsenger med enklere driftsform og lavere pleiefaktor. Omstillingen er beregnet per ICD10 hovedgruppa og er således fordelt på mange fagområder men ca halvparten av den beregnede kapasiteten er for fødende. Totalt er det beregnet 23 rom. Den beregnede kapasiteten er forutsatt benyttet av inneliggende pasienter for de som ikke er avhengig av 24-timers medisinsk tilsyn. Det er ikke forutsatt at SNR skal ha vesentlig hotellkapasitet til tilreisende ikke-innlagte pasienter eller pårørende (sykehotell).

Sengeområde med pasienthotellsenger skal driftes som en enhet samlet og være felleseie. Hotellsengeområde skal i størst mulig grad utformes som et generelt sengeområde på lik linje med andre. Dette muliggjør fleksibilitet og buffring mellom sengeposter og hotellsengepost.

6.1.2 Barn

SNR skal ta imot barn både til poliklinisk behandling, dagbehandling og for innleggelse for akutt syke barn og barn med kronisk sykdom med akutt forverring. Barn som ikke kan behandles ved SNR vil bli overført til f.eks. Ålesund eller St. Olav. Sengeområde for barn skal planlegges etter forskrift om behandling av barn i sykehus.

6.1.3 Psykisk helsevern

Psykisk helsevern skal være integrert med somatikk i den forståelse at det fremgår at sykehuset er «ett» og at det legges til rette for god tverrfaglig samhandling.

Likevel har psykisk helsevern mer enn somatikken behov for å dempe institusjonspreg og fremmedgjøring og øke opplevelsen av normalitet.

Det skal være eget mottak for pasienter til psykisk helsevern med skjermingsbehov.

I utforming av sengeposter skal det legges til grunn faglig hensyn i forhold til størrelsen på en pasientgruppe samtidig med ressursmessige vurderinger. Størrelsen på en sengepost er tett knyttet til den fysiske utformingen og må vurderes nærmere i senere fase.

For å unngå transport av pasient mellom skjermede enheter og normalsengeområde skal det etableres skjermingsenheter i de enheter som har slik behov. Skjermingsenheter kan ligge opp mot hverandre for større fleksibilitet.

For god pasientbehandling og effektiv utnyttelse av personell skal det legges til rette for skjermede uteområder for flere pasientgrupper.

Poliklinisk virksomhet innenfor psykisk helsevern kan samlokaliseres med døgntilrettelagt behandling for effektiv utnyttelse av behandlingsressurser men nærhet til- eller samlokalisering med somatikken og da spesielt poliklinikkene er viktig for det tverrfaglige samarbeidet.

6.1.4 Rus og avhengighet:

Det skal være kapasitet i somatisk akuttmottak for pasienter som legges inn akutt for rus. Det skal legges til rette for at denne pasientgruppen kan tas imot og behandles på et skjermet område.

6.2 Undersøkelse/behandling

6.2.1 Poliklinikk og dagbehandling

Den medisinske utviklingen har medført en endring fra behandling som inneliggende pasient til dag- og poliklinisk behandling.

I følge framskrivingen vil dagoppholdene øke med vel 2000 konsultasjoner fra 2014 til 2030. Dette er en økning på 23,5 prosent. Tilsvarende tall for polikliniske konsultasjoner er vel 17 300 og 20 prosent. Veksten varierer mye mellom ICD10 gruppene her også. Jevnt over er de prosentvise økningene lavere for dag og poliklinisk behandling enn for døgntilrettelagt behandling. Dette skyldes at det er en høyere andel yngre pasienter her enn for døgntilrettelagt behandling og de yngre pasientgruppene utgjør en lavere andel i 2030 enn i 2014.

6.2.2 Poliklinikk

Poliklinikkområdet planlegges som et fellesområde og skal være generelt utformet. Dette for å sikre en fremtidig fleksibilitet for behovsendringer. Størrelsen og utformingen på enhetene må være av en slik størrelse at det fremmer en rasjonell og effektiv drift, og en god utnyttelse av felles

Hovedfunksjonsprogram

SNR

støttefunksjoner som for eksempel bookingsystemer, innsjekking, personalfasiliteter og støtterom.

Optimering av pasientflyt skal sikre at ventetiden er et minimum. Det skal legges vekt på at pasientene opplever at det er tydelig merking til enhetene, og at det er kort avstand fra ventesonen til undersøkelse og behandlingsrommene. I ventesonene skal være mulighet for skjerming, spesielt i områder hvor det vil være sengeliggende pasienter. Det skal legges til rette for at pårørende kan være naturlig tilstede som en støtte og en ressurs for pasienten

Spesialrom som for eksempel scopi, ØNH, tann/kjeve vil være rom som er mer dedikert til fagområdene. For fagområdene gynekologi, urologi og colon/rectoskopi vil det være behov for direkte tilknytning til toalett.

Ca 11 % av konsultasjonene er øyeblikkelig hjelp. Organisering av øyeblikkelig hjelp konsultasjonene kan ha konsekvenser for lokalisering av denne funksjonen og bør videreføres i delfunksjonsprogrammene.

Nærhetsbehov: Servicefunksjoner som radiologi og blodprøvetaking, samt hovedinngang og kantine.

Dagbehandling

Dagpasientene er i hovedsak elektive og består i all hovedsak av dagkirurgiske-pasienter, pasienter til dialyse, kjemoterapi og annen infusjonsbehandling. En stor gruppe av de pasienter som er registrert som polikliniske vil også i realiteten ha mye av de samme behovene som en dagpasient i det de ofte har flere undersøkelser på en dag og trenger et sted for å vente og hvile mellom undersøkelser.

Medisinske dagbehandling

Dette vil omfatte i hovedsak pasienter som går til dialysebehandling, kjemoterapi og infusjonsbehandling. Enkelte pasientgrupper vil ha behov for overvåkning og/eller hvile etter behandlingen, eks scopipasienter. Det bør tilrettelegges for at disse pasientene kan observeres i samme område/sone etter behandling.

Nærhetsbehov: Hovedinngang, kantine, medisinske servicefunksjoner som blodprøvetaking, radiologi og spesialrom

6.2.3 Bildediagnostikk

Det skal være tilgang til bildediagnostikk både i akuttsykehuset på Hjelset og i DMS Kristiansund.

Akuttmottak og intensiv har krav til nærhet til spesielle modaliteter ut fra grad av hast. Sengeområder og spesielt poliklinikk har behov for nærhet ut fra volum. Det vil være et stort antall polikliniske pasienter med behov for bildediagnostikk, og pasientflyten må være sikker og effektiv.

I akuttsykehuset skal det være tilgang til bildediagnostikk 24/7. Tjenesten må organiseres slik at vaktpersonell kan betjene de fleste pasientgrupper på ubekvem tid fra ett mindre område.

6.2.4 Operasjon

Operasjonsområdet håndterer akuttkirurgi og alle inngrep på innlagte pasienter fra sykehuset, samt

Hovedfunksjonsprogram

SNR

dagkirurgiske pasienter og andre prosedyrer der det er behov for anestesi, f.eks. scopi

Området består i stor grad av standardiserte operasjonsstuer, samt rom for støttefunksjoner. Operasjonsstuene bør ha dagslys.

Operasjonsstuene bør samles som en fysisk samlet enhet og ha lik infrastruktur og utforming, dette for å kunne tilpasses en fleksibel bruk og en behovsendring. For å kunne optimalisere det dagkirurgiske forløpet bør det være en egen sone for dagkirurgi hvor det er et høyere aktivitet og en indre sone for inneliggende pasienter. Det er en økning fra inneliggende kirurgi til dagkirurgi, og enkelte kirurgiske inngrep utføres også i poliklinikk. Enheten bør utformes slik at en kan rendyrke det kirurgiske forløpet, men slik at det er enkelt å utvide kapasiteten når det er nødvendig. Felles bruk av støtterom.

Tre hovedløp for den kirurgiske pasient

- Den akuttkirurgiske pasient
- Den inneliggende, elektive pasient (inkl. akuttkirurgiske pasient)
- Den dagkirurgiske

Den akuttkirurgiske pasient vil innlegges direkte fra akuttmottak eller fra sengeområdene/intensiv

For inneliggende pasienter bør det være egne forløp som ikke krysser ventearealet for de dagkirurgiske pasientene. Elektive pasienter som kommer på operasjonsdagen ferdig utredet og legges inn etter behandling kalles samdagskirugi. De følger det samme forløpet som den dagkirurgiske pasienten inn til behandling, men innlegges etter den operative overvåkingen.

Forløpene til den dagkirurgiske pasient som skal utskrives samme dag vil være adskilt fra den inneliggende. Denne pasientkategorien vil ha behov for egne ventearealer for omklodning og et hvileområde før utskrivelse. Mottakssonen vil kunne være felles med samdagskirurgipasientene.

Oppvåkningen kan være en sone av den øvrige postoperative overvåkingsenheten.

Det vil også være kirurgiske pasienter som får konservativ behandling med transfusjoner. Denne enheten bør sees i sammenheng med medisinske dagpasienter.

Nærhetsbehov: Operasjonsområdet lokaliseres sentralt i sykehuset med lett tilgang fra intensiv, overvåking, sengeenheter, føden, radiologi og sterilsentral

Oppvåkning

Enheten håndterer pasienter som har behov for observasjon, behandling og pleie etter et kirurgisk inngrep og/eller hatt anestesi.

Enheten bør deles inn i soner hvor det er enkelt å ha visuell kontakt til pasienten. Noen pasienter vil ha behov for noe mer skjerming enn det som er vanlig i en oppvåkingsenhet, **for eksempel barn.**

Nærhetsbehov: Operasjon, intensiv

Intensiv og tung overvåking

Enheten skal ha senger for både intensivpasienter og tung overvåkingspasienter. Dette av hensyn til fleksibel ressursutnyttelse.

En intensivseng defineres som senger for pasienter som «har organsvikt i ett eller flere organsystemer, uavhengig av moderavdelingen eller grunnlidelsen». En tung overvåkingsenhet vil kunne tilby en bedre og mer avansert overvåking, pleie og behandling enn en vanlig sengeavdeling, men lavere enn en intensivsenhet. Enheten vil kunne observere pasienter med akutte og alvorlige tilstander.⁴⁵

Tung overvåking vil ved SNR være en blanding av medisinsk øyeblikkelig hjelp, øyeblikkelig hjelp kirurgi og elektiv kirurgi.

Det skal legges til rette for at intensiv, tung overvåking og oppvåking kan samlokaliseres.

Enheten utformes med kun enerom, og den må utformes med fokus på best mulig ressurs utnyttelse. Både med tanke på fleksibel utnyttelse av senger, kollega kontakt og faglig støtte. Det må være visuell kontakt mellom pasientrom og arbeidsstasjon. Ett eller flere intensivrom skal planlegges som kontaktsmitteisolat.

Det skal legges til rette for at intensiv, tung overvåking og oppvåking kan samlokaliseres med hensyn til felles ressursutnyttelse.

Nærhet til operasjon og oppvåking

6.2.5 Akuttmottak

For å ivareta sin funksjon som akuttstusykehus må det nye lokalsykehuset på Hjelset sette sammen funksjoner og tjenester og organisere virksomheten slik at den *uavklarte øyeblikkelig-hjelp pasientens* behov ivaretas hele døgnet.

Prinsippet skal være separat akuttmottak for pasienter til somatikk og psykisk helsevern. Det er ett akuttmottak for alle somatiske øyeblikkelig-hjelp pasienter der adressen er uklar eller som krever høy akuttmedisinsk beredskap initialt. Det skal være separat inngang for gående og for ambulansetransport, slik at trafikklinjene ikke krysser hverandre. I tillegg skal det være egen atkomst for pasienter med mistanke om smitte, samt kontaminerte pasienter (CBRNe, kjemikalier m.m.). Det vil være behov for saneringsmulighet.

Elektive pasienter sluses utenom akuttmottak og rett på sengepost, alternativt behandlingssted. Øyeblikkelig hjelp pasienter med klar diagnose skal som hovedregel gjennom akuttmottak for selve mottaket og for bekreftelse av diagnose

Akuttmottaket vil være en sentral samhandlingsarena for de forskjellige kliniske fagområder,

⁴⁵ Retningslinjer for intensivvirksomhet i Norge. Norsk Anestesiologisk Forening, Norsk Landsgruppe av Intensivsykepleiere. 23 oktober 2014

Hovedfunksjonsprogram

SNR

medisinske servicefunksjoner og andre interne støttefunksjoner.

Virksomheten i akuttmottaket krever tilgang til personale med høy kompetanse og et godt utbygd og dimensjonert diagnostisk apparat som muliggjør rask, effektiv og korrekt diagnostisering og behandling av den enkelte pasient. Det skal sørges for styrket medisinskfaglig kompetanse innenfor virksomheten i akuttmottaket.

Funksjoner knyttet opp mot behandling av øyeblikkelig-hjelp pasienter vil bli lagt i fysisk nærhet eller med rask tilgang til akuttmottaket; fra ambulansemottak, helikopterlandingsplass, laboratorietjenester og bildediagnostikk. Det bør være CT, Ultralyd og en konvensjonell røntgenlab i eller i umiddelbar nærhet til akuttmottaket.

Akuttmottaket med tilhørende fasiliteter skal være organisert på en slik måte at både hverdagsberedskap og katastrofeberedskap kan ivaretas på en sikker og effektiv måte.

Akuttmottaket må ha rask tilgang på personell fra operasjonsstuevirksomheten og intensiv som kan ivareta spesialfunksjoner i forbindelse med mottak ved større ulykker. Dette krever nærhet mellom akuttmottak, intensiv/overvåking og operativ virksomhet, spesielt utenfor ordinær arbeidstid da antallet personalressurser forventes å være lavere.

Pasientene mottas, vurderes og prioriteres. Venteareal og triageområdet vil være det første møtet med sykehuset for mange av pasientene. Det legges vekt på at området er oversiktlig, også ved større pasientstrømmer i samtidighet. Samtidig må pårørendes behov for tilstedeværelse og skjerming ivaretas.

Akuttmottaket skal være tilrettelagt for barn og rus akutt pasienter.

Akuttpoliklinikk er en henvisningspoliklinikk for øyeblikkelig hjelp pasienter som krever spesialist kompetanse innen ortopedi og kirurgi, og som i hovedsak behandles poliklinisk. Av bemannings- og ressurs hensyn bør en slik poliklinikk ligge i forlengelsen av akuttmottak, da det vil være de samme lege- og sykepleierressurser som behandler pasienten på kveld og natt. Det etableres fasiliteter for undersøkelse og behandling av polikliniske øyeblikkelig hjelp pasienter som en del av eller i tilslutning til akuttmottaket. Polikliniske øyeblikkelig hjelp pasienter behandles på dagtid i fagspesifikke poliklinikker, kveld og natt i akuttmottaket eller i Korttidsenheten. Akuttpoliklinikken for skader (skadepoliklinikk) bør være i eller i tilslutning til akuttmottaket.

Nærhetsbehov: Bildediagnostikk og laboratorietjenester, Intensiv/overvåking, operasjon

6.2.6 Korttidsenhet

Det etableres en korttidsenhet i nærhet til akuttmottaket med liggetid inntil 48 timer. Målsetting er at pasientene raskt skal kunne diagnostiseres, behandles og skrives ut derfra uten innleggelse i en vanlig sengeavdeling. Dette vil også gi sengepostene mer stabilitet og forutsigbarhet, spesielt på ubekvem tid når bemanningen er lavere. Triagering, undersøkelse av pasient og korttidsobservering må ses i sammenheng. Funksjonen krever rask tilgang på servicefunksjoner som bildediagnostikk, lab. m.m., samt kompetent personale.

Hovedfunksjonsprogram

SNR

6.2.7 Føde

SNR skal ha et døgkontinuerlig fødetilbud for befolkningen i Nordmøre og Romsdal. Pasientene vil være på fødestue, barsel, sengeenhet og poliklinikk, samt pasienthotell. Denne pasientgruppen vil primært benytte Pasienthotellet før og etter fødsel pga lang reisevei og avhengighet til fergeforbindelse.

Fødende som ikke transporteres på bære, vil benytte hovedinngangen, og gå rett til fødeavdelingen for mottak der.

Føden må ha nærhet til operasjonsområdet pga grad av hast ved keisersnitt.

Kvinner som er friske og har friske barn kan overføres til Pasienthotellet etter forløsning dersom dette ikke krever mer personell.

Fødestuene skal være tilknyttet bad med badekar til forløsning. Barselsenger kan utformes som et generelt sengeområde, men med nærhet til fødestuene.

Som følge av en økning i behandlingstiltak (som igangsetting, vendinger, rihemming og observasjoner av ulike årsaker), er det behov for flere større behandlingsrom, som i nødsfall og ved aktivitetstopper også kan benyttes som fødestue. Behandlingsrommene skal derfor være tilknyttet Dusj/WC. Dette bidrar til at rommene kan benyttes som fødestuer ved aktivitetstopper.

6.2.8 Smittevern og isolater

Smittevern har en sentral rolle i utformingen av sykehuset med formål å forebygge og begrense forekomst av infeksjoner. Alle arealer skal planlegges i samråd med smittevernpersonell. I akuttsykehuset skal det være både luftsmitteisolat og kontaktsmitteisolat.

SNR Hjelset og Kristiansund planlegges og bygges i tråd med Forskrift om smittevern i helsetjenesten. Spredning av antibiotika resistente mikrober i sykehus er et globalt problem som forventes å øke i omfang. Helsepersonells etterlevelse av basale smittevernrutiner er en forutsetning for et effektivt smittevern. Bygninger og tekniske installasjoner skal legge til rette for optimal etterlevelse.

I SNR får alle pasienter enerom med egne bad. Risiko for smitteoverføring mellom pasienter reduseres betydelig når pasienter ligger på enerom.

Det skal bygges tilstrekkelig antall fullverdige isolat, hvorav noen som luftsmitteisolat, i tråd med Smittevernplan for Helse Midt-Norge RHF.

Ved valg av byggematerialer, bygningsmessig utførelse, overflatebehandling og tekstiler skal det tas hensyn til krav til rengjøring og desinfeksjon i sykehus. Det er spesielle krav til overflater i isolat, jfr. *Isoleringsveilederen fra Folkehelseinstituttet*. Krav til tilrettelegging for utførelse av håndhygiene, som utforming og plassering av håndvasker og dispensere med desinfeksjonsmiddel, står beskrevet i *Folkehelseinstituttets håndhygieneveileder*.

Smittevern i Helse Møre og Romsdal har kommet med generelle og spesielle anbefalinger for å ivareta godt smittevern innenfor alle funksjonsområder i samråd med representanter fra de ulike fagmiljøene i arbeidsgruppene.

6.3 Medisinsk service:

Medisinsk service er fysioterapi, ergoterapi, sosionom, logoped og klinisk ernæringsfysiologi. I SNR er disse enhetene små og for å styrke gode tverrfaglige kompetansemiljøer og for å utnytte felles arealer skal disse funksjonene samlokiseres.

I områder med spesielle behov skal det vurderes desentrale behandlingsrom.

6.3.1 Laboratoriemedisin

Prøvetaking av inneliggende skal skje ved pasient og det skal være prøvetakingsenhet lokalisert ved poliklinikkområdene. Prøver skal i all hovedsak transporteres til sentral analyseenhet.

Analyseenheten skal i stor grad baseres på automatiserte prosedyrer. Samlokalisering vil kunne utnytte personell på en mer effektiv måte.

Blodgiverenhet i SNR skal plasseres med enkel tilgang for publikum.

Det skal være desentrale blodgiverenheter i Molde og Kristiansund.

Det er viktig at medisinsk biokjemi i poliklinikkområdet ligger nært medisinsk poliklinikk og andre som benytter deres tjenester ofte. Blodbank ligger i egne lokaler med lett tilgang for publikum.

6.3.2 Apotek og medisinforstyrning

Alle legemidler som benyttes i pasientbehandlingen leveres av det regionale HF Sykehusapotekene i Midt-Norge. Det skal være både produksjon, interne forsyningslinjer og publikumsavdeling i SNR.

6.3.3 Prehospitale tjenester

De prehospitale tjenester fungerer som sykehusets forlengede arm ved at akuttmedisinsk diagnostikk og behandling starter allerede på skadested eller der akutt sykdom oppstår. Det er viktig at det tilrettelegges for god pasientflyt fra de prehospitale tjenester til akuttmottak og ved levering direkte til sengepost. Ny teknologi gir mulighet for god kommunikasjon i hele den akuttmedisinske kjede gjennom overføring av pasientdata og medisinske data i sann tid.

Luftambulansetjenesten er en høyspesialisert del av den akuttmedisinske tjenesten utenfor sykehus. Helikopter for luftambulansen skal ha egnet og godkjent landingsplass tilrettelagt for nye redningshelikopter i umiddelbar nærhet til akuttmottaket. Landingsplassen bør være lokalisert slik at det er mulig å transportere pasienten raskt fra helikopter til mottak uten bruk av annet kjøretøy (omlasting) og uten at pasienten belastes med ytre faktorer. Transportstrekningen skal være kort, skje på plant underlag og være skjermet for vær og vind.

Det vil være en omfattende transport av pasienter mellom sykehuset på Hjelset og St. Olav eller sykehuset i Ålesund, samt til og fra flyplass. Denne pasienttransporten skjer hovedsakelig på dag og kveld, og det benyttes en ambulanse med plass for to bårer. I tillegg planlegges det med

Hovedfunksjonsprogram

SNR

spesialinnredet ambulanse for transport av intensivpasienter lokalisert på Hjelset.

I eller ved akuttsykehuset på Hjelset og i Kristiansund skal det planlegges for en Ambulansestasjon.

En videreutvikling av de prehospitale tjenestene er en viktig del av oppdraget og dette er beskrevet i en egen delutredning.

6.4 Ikke-medisinsk service

Funksjonen omfatter blant annet: avfall, behandlingshjelpemidler, beredskap, IKT-drift, med.teknikk, renhold, sengehåndtering, sentralkjøkken, sentrallager/varemottak, sikkerhetstjeneste, sterilsentral, transport/portør, tøyhåndtering

Helse Midt-Norge har gitt en strategisk føring gjennom styresak 89/2004 og 66/2008 Helse Midt Norge – etablering av ett regionalt lager for hele helseforetaksgruppen. I tillegg er det vedtatt 6 regionale prinsipper for logistikk:

- Bestillingsprinsippet
- Informasjonsprinsippet
- Distribusjonsprinsippet
- Forsyningsprinsippet
- Organisasjonsprinsippet
- Transaksjonsprinsippet

For SNR betyr dette at det skal etableres et sentralt varemottak/terminal som mottar varer fra sentralt lager. Alle varer skal føres direkte til avdelingslager (nivå 2).

Det er behov for lager for IKT utstyr og nærhet til eller lett tilgang til varemottak.

Alt avfall skal kildesorteres og mellomlagres i enhet og deretter bringes til avfallssentral / miljøhall for videre transport ut.

Det planlegges med nytt produksjonskjøkken på akuttsykehuset på Hjelset. Dette produksjonskjøkkenet skal forsyne Nordmøre og Romsdal.

Alle funksjoner i forbindelse med drift, vedlikehold og renhold samlokaliseres.

6.5 Administrasjon:

Administrasjon og ledelse i Helseforetaket er lokalisert til Ålesund. Stabsfunksjoner direkte tilknyttet SNR er forutsatt løst i eksisterende bygg, f.eks i «Strandheim» bygget på Hjelset. Dette gjelder også Bedriftshelsetjenesten, tillitsvalgte og verneombud. Inne på sykehuset må det være tilgang på møterom og besøksarbeidsplasser for 5-6 personer for administrativt personell.

Alle ansatte skal ha tilgang til en datamaskin slik at det legges til rette for at ansatte får utføre den delen av jobben som innebærer kontoraktivitet.

Kliniske kontorfunksjoner skal i størst mulig grad ligge i tilknytting til klinisk virksomhet.

Hovedfunksjonsprogram

SNR

Det skal skilles mellom de som har behov for arbeidsplass og de som har behov for eget kontor eller fast kontorplass

Alle møterom skal være en felles ressurs i hele SNR

6.6 Personalservice

Personalgarderober skal dimensjoneres slik at alle ansatte har mulighet for å skifte tøy og dusje.

Alle ansatte skal ha tilgang til garderobeskap og mulighet for oppbevaring av verdisaker mens de er på jobb.

Det er planlagt med felles kantine for ansatte, pasienter og besøkende.

Det skal legges til rette for at ansatte som ikke kan forlate arbeidsplass i forbindelse med spisepauser eller kortvarig hvile kan gjøre dette i egen enhet.

6.7 Pasientservice:

I SNR skal det legges til rette for servicerelaterte funksjoner som:

- Resepsjons- og informasjonstilbud
- Helseressurssenter / Læring og mestring
- Utleieareal som f.eks kiosk eller lignende
- Areal til brukerorganisasjoner
- Prestetjeneste og multikulturelle tilbud

6.8 Undervisning og forskning

I SNR skal forskningen ytterligere styrkes ved at det planlegges en forskningsenhet i eller nær klinisk virksomhet. Dette er eget pasientrom med bad/toalett og skal ha plass til en seng/undersøkelsesbenk og stol til bruk for infusjoner. I tilknytning et forskningskontor med lab-arbeidsplass og biobank fryser.

SNR skal ha et auditorium eller «storstue» for å kunne samle store deler av organisasjonen for informasjonsutveksling, undervisning og faglige- og sosiale arrangementer.

Det skal legges til rette for at ansatte og studenter kan undervises som en del av den kliniske virksomheten. Det vil si at det i dimensjoneringen av rom for pasientbehandling også må tas hensyn til at det vil kunne foregå opplæring/undervisning.

I tillegg avsettes egne arealer tett på, og felles med, klinikk til undervisning i grupper, tverrfaglig samarbeid og annen møtevirksomhet.

Leger under utdanning og studenter. Turnuslegene kommer i 2 puljer (1. mars og 1. september) for Molde/Kristiansund og tilsvarer ca. 22 turnusleger pr. periode. Turnuslegene får undervisning på datalab en uke før oppstart begge perioder.

Hovedfunksjonsprogram

SNR

I 2015 var det ca 900 studenter fra høgskolene og universitet i regionen i praksis ved sykehusene i Møre og Romsdal. Studentene er omtrent likt fordelt mellom Ålesund/ Volda og Molde/ Kristiansund. Studentene følger studieåret og er jevnt fordelt over hele året. Den største gruppen er sykepleierstudenter i grunnutdanning.

Det skal legges til rette for at studentene kan undervises som en del av den kliniske virksomheten. Det vil si at det i dimensjoneringen av rom til pasientbehandling også må tas hensyn til at det vil være studenter tilstede. I tillegg benyttes egne arealer tett på, og felles med, klinikk til undervisning i grupper. Garderobeanlegg og kantine dimensjoneres for dette studentantallet.

7 Organisasjonsutvikling

HMR skal skape pasientens helsetjeneste, noe som ifølge Nasjonal helse- og sykehusplan (NHSP):⁴⁶

«...betyr at helsetjenesten må endre kultur, holdninger, organisering og ledelse»

Dette er noe som innbefatter hele Helse Møre og Romsdal, og som er startet opp på overordnet nivå. SNR er en viktig premis i og for utviklingen av HMR, og representerer en unik mulighet til å utvikle et fremtidsrettet og moderne spesialisthelsetjenestetilbud til pasienter, ansatte, foretak og kommuner. Effektmålet for prosjektet gjenspeiler behovet for å utvikle både innhold, arbeidsprosesser og bygg for å skape pasientens helsetjeneste. Nye bygg, ny teknologi og utstyr og faglig utvikling gir store frihetsgrader for endring og nytenking når det gjelder organisering og arbeidsmåter.

Nasjonal Helse- og sykehusplan og regional utviklingsplan, Strategi 2030, vil være sterkt førende for utvikling av spesialisthelsetjenestene på alle nivå. HMR har startet arbeidet med revisjon av Utviklingsplan 2030, og dette må naturligvis bygges på føringene fra nevnte overordnede planer. NHSP vedtatt våren 2016, mens Strategi 2030 vedtas etter planen i november etter høringsrunder på tidlig høst. I tillegg vil det regionale prosjektet for anskaffelse av nytt EPJ/PAS-system, Helseplattformen, og innføring av nytt økonomi- og logistikksystem, HMNLØ, være premissleverandører for videre utvikling av SNR.

Organisasjonsutviklingen i SNR er nødvendigvis et ledd i HMR sin overordnede organisasjonsutvikling, og man kan stille nesten de samme spørsmålene for organisasjonsutviklingen i SNR som i den overordnede HMR-prosessen:

- Hvordan utvikler SNR er organisasjon som skaper pasientens helsetjeneste?
- Hvordan organiserer vi SNR for å redusere variasjon, for å fornye, forenkle og forbedre leveransen av spesialisthelsetjenester?
- Hvordan organisere SNR på best mulig måte for å kunne utvikle en felles kultur og ta vare på eksisterende fagmiljø?
- Hvordan organiserer vi SNR for å legge til rette for at kunnskapsarbeideren og fagmiljøene kan utvikle seg?

⁴⁶ Meld.St.11. Nasjonal helse – og sykehusplan (2016-2019)

Hovedfunksjonsprogram

SNR

Det er imidlertid viktig å presisere at utviklingen av SNR også er en egen prosess med de mange frihetsgradene som nyutvikling har. Spørsmål som må reflekteres rundt, og i senere runder konkret planlegges for er bl.a.:

- Hvordan planlegger vi for de ulike funksjonene; hvordan designer vi pasientforløpene?
- Hvordan vil teknologiske løsninger samtidig både gi nye muligheter og danne rammer for måten vi utøver tjenestene våre på?
- Hvilke funksjoner er i nærhet til hverandre og avhengige av hverandre, og hvordan planlegger vi for dette?
- Hvordan bygger vi videre på eksisterende fagmiljø, og legger til rette for å bygge en felles kultur og noe som oppfattes som et samlet tilbud?
- Hvilke løsninger finner vi for å framstå som sømløse og tilgjengelige for brukere og for samarbeidspartnere? (Jfr. NHSP: «*I pasientens helsetjeneste er det EN helsetjeneste. Pasienten merker ikke hvem som eier, drifter og betaler- dette tar systemet seg av.*»)

En av de viktigste arenaene for organisasjonsutviklingen i SNR er medvirkningsprosessen. Ansatte og ledere, brukere, rådgivere og arkitekter samhandler tett om utviklingen av nye driftsmodeller, arbeidsprosesser og bygg. Det samme er medvirkning og samhandling med kommuner. God og tilgjengelig informasjon og kommunikasjon blir viktig gjennom hele prosjektet for å sikre god forankring i hele organisasjonen.

Medvirkningsprosessen i prosjektet vil etterhvert samkjøres med både med linjeledelse og drift, utviklingsplan-arbeidet og de regionale prosjektene.

8 Overordnet plan og konseptskisse IKT

Moderne informasjonsteknologi vil være en viktig premissleverandør for hvordan vi utvikler og organiserer tjenestene, både internt i sjukehus og i foretaket, og ikke minst mot kommunene. Det er forsøkt tatt hensyn til denne utviklingen i dimensjoneringen av sykehuset. I det videre arbeid med utforming av det fysiske arbeidsmiljøet blir denne premissen enda viktigere. Annen organisering og nye arbeidsmåter vil sette krav til fysisk utforming, utstyr og infrastruktur.

En egen overordnet plan- og Konseptskisse IKT vil bli utformet for IKT området, samt et overordnet strategi- og mål dokument som tillegg til Overordnet Teknisk Program IKT. Disse dokumentene vil utrede og ivareta sentrale avhengigheter/aktører som eksempelvis de regionale utviklingsprosjektene Helseplattformen og HMN LØ og nasjonale prosjekter og planer.

9 Metode

I dette kapittelet beskrives framskrivingsmetoden. Metoden er i sin helhet gjengitt i dokumentet «Beskrivelse av Modell for framskriving av aktivitet og kapasitetsbehov i sykehus» utgitt av Sykehusbygg HF.

Modellen har 4 elementer eller steg

- Kartlegging av dagens aktivitet og demografisk framskriving basert på befolkningsutvikling
- Kvalitativ vurdering av endring i aktivitet, omstilling og effektivisering av drift
- Utnyttelsesgrader
- Arealstandarder

9.1 Kvantitativ modell demografisk framskriving

En demografisk framskriving betyr at man beregner konsekvenser for aktiviteten i sykehuset av befolkningsutviklingen over et gitt antall år.

Ved hjelp av den kvantitative modellen for demografisk framskriving knyttes dagens aktivitet til den fremtidige, forventede mengde og sammensetning av befolkningen. Modellen forutsetter en lineær sammenheng mellom data om dagens aktivitet, og befolkning og fremtidig aktivitet. Prinsippet er at forbruket i en gitt befolkningsgruppe er det samme i framskrivningsåret som i baseåret. Man kan enkelt si at den demografiske framskrivingen viser fremtidig aktivitet, hvis ikke noe annet enn demografien endrer seg.

9.1.1 Dagens aktivitet

Utgangspunktet for beregningene er aktiviteten slik den er registrert ved de to sykehusene ved utgangen av 2014. Det er ikke korrigert for ønskede/ uønskede pasientstrømmer i utgangspunktet. Alle utskrivningsklare pasienter trekkes ut av beregningsgrunnlaget, det samme gjelder for «friske» og «litt syke» nyfødte, det vil si de nyfødte som ikke har behov for overflytting til barneavdeling, og dermed inngår som del av mors opphold i barselavdeling/pasienthotell.

Datakilder er

- Aktivitetstall somatikk oversendt fra Helse Midt Norge. De er hentet ut fra Norsk Pasientregister (NPR) på Helse Midt-Norges konsesjon av Kjell Solstad. Grupperingen er ICD-10⁴⁷ basert
- Operasjonsdata er mottatt fra Helse Midt-Norge. Dataene kommer fra Samleregister for operasjon som driftes av HEMIT.
- Bildediagnostikk data er mottatt fra Helse Møre og Romsdal ved Magne Rødstøl.
- Aktivitetsdata Psykisk helsevern er mottatt fra Helse Møre og Romsdal sin egen database ved Annette Furmyr
- Bemanningstall er mottatt fra Helse Møre og Romsdal ved Heidi Nilsen

⁴⁷ ICD-10: Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer

Hovedfunksjonsprogram

SNR

9.1.2 Framskrivning

Somatikk

Opptaksområdet for SNR er alle kommuner i Nordmøre og Romsdal med unntak av Sandøy (Ålesund) og Rindal (St. Olav). Det er 17 kommuner med et framskrevet folketall i 2030 på nærmere 130.000.

Den demografiske framskrivningen er foretatt for pasientforløpene etter ICD-kodene vist i tabell 5.1 til 5.4. Den demografiske framskrivningen er basert på aktiviteten ved SNR i 2014 (summen av Kristiansund og Molde sjukehus inkludert Aure rehabiliteringssenter) og er framskrevet ved hjelp av Statistisk sentralbyrås (SSB) befolkningsframskrivning i 2014 i kommunene i opptaksområdet til sykehuset og resten av kommunene i Møre og Romsdal. Alternativet middels nasjonal vekst (alternativ MMMM) er benyttet i framskrivningen. Pasientdata fra sykehuset inneholdt ikke ettårig alder, men aldersgrupper med femårige intervaller for begge kjønn. Befolkningstallene er gruppert på samme måte. Flesteparten av pasientene som ble behandlet ved sykehuset er bosatt i Møre og Romsdal (mesteparten i opptaksområdet), men noen få utenfor fylket. For disse er det benyttet gjennomsnittstall for framskrivning basert på befolkningen i Møre og Romsdal.

Psykisk helsevern

Den demografiske framskrivningen er basert på aktiviteten funksjonsfordelt til SNR i 2014 (summen av avdelingene ved Molde/Hjelset) og er framskrevet ved hjelp av Statistisk sentralbyrås (SSB) befolkningsframskrivning i 2014 i kommunene i opptaksområdet til sykehuset og resten av kommunene i Møre og Romsdal. Alternativet middels nasjonal vekst (alternativ MMMM) er benyttet i framskrivningen. Pasientdata fra sykehuset inneholdt ikke ettårig alder, men aldersgruppert for begge kjønn samlet slik:

Tabell 9.1 aldersfordeling benyttet i fremskriving psykisk helsevern

Aldersgrupper psykisk helsevern
16-19 år *
20-44 år
45-66 år
67-79 år
80-89 år
Over 90 år

* Noen barn under 18 år er unntaksvis behandlet i voksenpsykiatrien

9.2 Kvalitativ modell – Omstillingsfaktorer

Del 2 er den kvalitative delen av modellen og bygger på del 1. Den viser hvordan ulike endringsfaktorer, ut over den demografiske endringen, påvirker den fremtidige aktiviteten.

Den kvalitative delen av framskrivningen er en tilnærming basert på informasjon om dagens virksomhet, og kunnskap om de faktorer som kan bidra til endringer i pasientforløpene og den fremtidige aktiviteten. Disse endrings- eller omstillingsfaktorene benyttes i analysene som prosentvis endring av aktivitet

Hovedfunksjonsprogram

SNR

Tabell 9.2 endrings- og omstillingsfaktorer

Endringsfaktor	Beskrivelse av endringsfaktoren, forutsetninger
Epidemiologi, forebygging, nye behandlingstilbud	Sykdomsutvikling ut over endring i befolkning (demografi), effekt av nye diagnostiseringsmåter og behandlingsmetoder, ny medisinsk teknologi, effekt av forebygging. Omfatter også effekt av at flere lever lenger med kroniske sykdommer og oppfølgingsbehov/konsekvenser av å overleve alvorlig sykdom/skade.
Oppgavedeling mellom primær- og spesialisthelsetjeneste, samhandlingstiltak	Effekt av endring i pasientstrømmer der flere pasienter får tilbud i kommunene i stedet for eller som en del av forløpet som i dag er i sykehus. Denne endringsfaktoren forutsetter at kommunehelsetjenesten har tilgjengelig kompetanse, utstyr og kapasitet, og at samarbeidet mellom spesialist- og kommunehelsetjeneste er organisert slik at kvalitet opprettholdes eller blir bedre, og at det er god flyt og kommunikasjon mellom nivåene. I denne endringsfaktoren ligger også en omstilling, der en andel av polikliniske konsultasjoner skjer hjemme (ved e-konsultasjon, mobil mm), hos fastlege eller i samhandlingsarenaer sammen med spesialist- og kommunehelsetjeneste. Dette forutsetter gode kommunikasjonssystemer og finansiering av virksomheten både for kommuner og spesialisthelsetjeneste.
Omstilling fra døgnopphold til dagopphold	Endring av pasientforløpene fra døgnopphold til dagopphold. Det legges til en generell faktor der 50 prosent av dagoppholdene som omstilles fra døgn får ett døgn i pasienthotell som tillegg. Mange sykehus har hatt vesentlige omstillinger alt, og det vil være usikkerhet knyttet til omstillingspotensialet. Dersom finansiering støtter omstilling til dagbehandling og man videreutvikler og tar i bruk nye behandlingsmåter kan flere pasienter få dagopphold, ev. i kombinasjon med pasienthotell eller extended recovery
Endring i oppholdsmåter; døgnopphold til observasjonsenhet og til pasienthotell	Fordeling av døgnopphold og liggedager til observasjonsenhet (clinical decision unit) og/eller pasienthotell. For liggedager som overføres til observasjonsenhet forutsettes det at man reduserer antall liggedager for disse med 25 Prosent. Det forutsetter god tilgang på kompetanse og diagnostikkutstyr. Det forutsettes her ett døgn gjennomsnittlig liggetid for observasjonspasienter. I praksis har mange pasienter kortere oppholdstid i nye observasjonsenheter. Pasienthotell forutsetter nærhet og varm forbindelse til sykehusets kliniske funksjonsområder, samt tilgang på helsepersonell (sykepleiere/barnepleiere/jordmødre) i pasienthotellet.
Intern effektivisering av arbeidsprosesser	Endring i liggetid som konsekvens av kortere ventetider internt. Reduksjon i preoperativ ventetid, ventetid for diagnostikk og behandling og for utskriving. Effekt av ny teknologi på endring i arbeidsprosesser. Denne faktoren har noe usikkerhet fordi det er forskjell på hvor mye omstilling som allerede har skjedd i de enkelte sykehus/HF.

I en pasientforløpsanalyse tas det utgangspunkt i diagnosegrupper eller pasientgrupper og ikke avdelinger/fagområder. Dette gir grunnlag for å vurdere endringer uavhengig av dagens organisatoriske modell og konsekvenser for den avdelingsstruktur man har i dag. Det betyr for eksempel at man gjennomfører en analyse og framskriving av gruppen pasienter med hoftebrudd, og ikke aktiviteten for ortopedi eller ved ortopedisk avdeling.

Omstillingsfaktorene, det vil si prosentsatsene benyttet i dette prosjektet er de samme som ble utredet av SINTEF på vegne av Helse Sør-Øst i 2014⁴⁸. Disse vises også i vedlegg 9.2. Det er i SNR prosjektet gjort følsomhetsanalyser⁴⁹ av omstillingsfaktorene og vurdert til at de kan benyttes slik som i Helse Sør-Øst da følsomheten ikke er vesentlig.

I tabellen kan man ikke direkte lese IKT som omstillingsfaktor. Men IKT ligger inne i mange av omstillingsfaktorene, og gir ulike utslag i prosent. Konseptrapporten for SNR henviser flere ganger til

⁴⁸ SINTEF Rapport A26321 Analyse av aktivitet og kapasitetsbehov 2030 Helse Sør-Øst RHF

⁴⁹ Følsomhetsanalyser på omstillingsfaktorene ble gjennomgått med Arbeidsutvalget SNR i august 2015

Hovedfunksjonsprogram

SNR

IKT som endringsdriver, knyttet inn både i målformuleringer (kap 3), grunnleggende forventninger i virksomhetsalternativene samt velferdsteknologi (kap 8), utstyrbehov (kap 12), og i kapittel 12.5 Overordnet IKT konseptplan. IKTutviklingen vil sette krav til infrastruktur, utstyr, medisinsk teknisk utstyr og integrasjoner, men ikke minst til arbeidsprosesser, organisasjonsutvikling, samhandling og arbeidsdeling. Drøfting og konkret planlegging av dette, samt eksemplifisering, vil det jobbes med i forprosjekt-fasen.

9.3 Scenarier

For å fange opp effekter av langsiktige utviklingstrender gjøres det analyser av endringer på noen sentrale områder som forutsettes å påvirke aktiviteten i, og rammene for, sykehusområdene og helseforetakene. Dette gjelder faktorer som ikke kan knyttes direkte til endringer for en pasientgruppe eller en tjeneste, men som antas å ha betydning for det samlede, fremtidige forbruket og hvordan tjenestene organiseres. Dette omfatter også forhold som eier kan styre på grunnlag av sine strategiske valg. I modellen omtales dette som "scenariobeskrivelser" eller "scenarioberegninger".

9.4 Framskrivning kapasitetsbehov

9.4.1 Utnyttelsesgrader

Utnyttelsesgrader som en planleggingsforutsetning uttrykker en ambisjon om hvor effektivt et nybygg skal brukes. Det er i praksis liten kunnskap og hvordan man i dag utnytter viktig rom og utstyrsenheter og kartlegginger som er utført indikerer at utnyttelsesgrad på f.eks. poliklinikkrom er lav.

Gjennomgang av andre prosjekter⁵⁰ viser at eier har valgt ulike krav til kapasitetsutnyttelse. Det opereres ofte med begrepene basis- og høy utnyttelsesgrad. I beregning av kapasitetsbehov for 2030 i dette prosjektet er det i utgangspunktet lagt til grunn basis utnyttelsesgrad men hvor det er lagt inn høyere ambisjonsnivå for åpningstid i poliklinikker, MR og røntgen.

Aktiviteten innenfor dagbehandling og poliklinikk øker raskt og dette gjelder også diagnostikk og behandling. Det må tas hensyn til at en økning i antall eldre vil kunne føre til lenger tid per pasient og økende andel innvandrere har samme effekt. En omstilling til dagbehandling og poliklinikk er ønskelig og trendene viser at det er en pågående, sterk økning. Det er derfor høy risiko forbundet med å presse ned kapasitet ved valg av høy kapasitetsutnyttelse. En andel av de pasientene som er registrert som poliklinisk konsultasjon har også behov for en dagplass. I en konkret plan må derfor kapasitetsbehovet for dagplasser korrigeres.

SINTEF Helse (2014)⁵¹ anbefaler at man legger til grunn basis utnyttelsesgrad. Det foreligger ikke systematisk evaluering av effekter av ulike krav til utnyttelsesgrader men erfaringer fra sykehusprosjekter og dagens drift av sykehus viser at den høye utnyttelsen er vanskelig å oppnå.

Følgende utnyttelsesgrader er lagt til grunn:

⁵⁰ SINTEF Rapport A26321 Analyse av aktivitet og kapasitetsbehov 2030 Helse Sør-Øst RHF

⁵¹ SINTEF Rapport A26321 Analyse av aktivitet og kapasitetsbehov 2030 Helse Sør-Øst RHF

Hovedfunksjonsprogram

SNR

Tabell 9.3 utnyttelsesgrader

Utnyttelsesgrader undersøkelses- og behandlingsfunksjoner	Dager per år	Effektiv driftstid per dag *	Minutter per undersøkelse/ behandling
Dagplass	230	8	240
Dagplass, dialyse	230	8	300
Poliklinikk somatikk, gjennomsnitt alle fag	230	8	45
Poliklinikk psykisk helsevern	230	8	75
Bilediagnostikk			
- Røntgen	230	10	15
- Ultralyd	230	8	25
- CT	230	8	25
- MR	230	10	30
Operasjon			
- kirurgi	230	8	120
- Tann/kjeve	230	8	90
- Gyn/obst	230	8	80
- ØNH	230	8	120
- Øye	230	8	60
- Dagkirurgi	230	8	90

I forhold til basisnivå er poliklinikk og dagbehandling økt fra 7 til 8 timers effektiv drift og fra 8 til 10 timer for MR og røntgen. Dialyse er økt fra 4 til 5 timer per behandling

* Med effektiv driftstid per dag menes hvor mange timer/minutter et rom eller utstyr benyttes direkte til kapasitetsutnyttelse. Tid mellom konsultasjoner, renhold, eller annen tid hvor rommet eller utstyret ikke brukes kommer i tillegg. Dvs åpningstiden vil normalt være lenger

9.4.2 Arealstandarder

Denne typen arealstandarder benyttes i tidligfase og kun til den overordnede dimensjoneringen. Arealstandarden er per enhet og inkluderer alle rom som er nødvendig for funksjonen. For seng, somatikk vil den typisk inneholde, pasientrommet, badet, arbeidsstasjoner og annet supportareal for personalet, lager, skyllerom osv. Arealstandarden er også netto areal, dvs uten trafikkareal og tekniske rom som regnes som brutto areal. Arealstandardene er erfaringsbasert og tilpasset SNR og er i hovedsak de samme som er benyttet på de fleste sykehusprosjekter de siste årene⁵².

Tabell 9.4 arealstandarder

Enhet	Arealstandard netto m2
Seng, somatikk	30
Seng, psykisk helsevern	30
Skjermingsplass, psykisk helsevern	50
Intensivplass	40
Pasienthotell	25
Observasjonsplass	24

⁵² St. Olav, AHUS, Nordlandssykehuset, Kirkenes, Østfoldsykehuset og programmene for Vestre Viken og SUS

Hovedfunksjonsprogram

SNR

Dagområde	15
Operasjon	110
Oppvåkning	16
Poliklinikk	30
Poliklinikk spesialrom	30 *
Poliklinikk psykisk helsevern	15
Fødestuer	70
Garderobeplass	0,8
CT	90
Multifunksjonslab	90
MR	90
Nukleærmedisin	90
Røntgen	70
Ultral lyd	30

* arealstandard for polikliniske spesialrom avviker her fra andre prosjekter da disse også innebærer spesialrom som har mindre arealbehov. Lysbehandling, hørselstester osv

Bruttoareal og brutto/netto faktor

Det skal også foretas en beregning av bruttoareal for utbyggingsprosjektet i tidligfase før en har gjort prosjektering av løsning. Summen av arealet for funksjonsområdene skal, sammen med tverrgående trafikkareal og areal for tekniske rom, utgjøre bruttoarealet av sykehuset som helhet. For å komme fram til samlet bruttoareal i programsammenheng benyttes en nøkkelfaktor for forholdet mellom netto funksjonsareal og bruttoareal. I dette prosjektet benyttes brutto/nettofaktor 2. Senere vil bruttoareal fastsettes gjennom prosjektering.

Hovedfunksjonsprogram

SNR

10 Vedlegg

10.1 Deltakere i Hovedgruppa

Følgende personer fra Helse Møre og Romsdal har deltatt i HFP arbeidet

Navn	Organisasjon
Helge Ristesund	HMR, stab ass.direktør
Heidi Nilsen	HMR, stab, økonomidirektør
Mona Aagaard-Nilsen	HMR, stab, Drift- og eigedomssjef
Torstein Hole	HMR, Klinikk for medisin, klinikkssjef
Anita Kvendseth	HMR, Klinikk for kirurgi Molde, avdelingssjef
Hans Christian Ofstad	HMR, Klinikk for kirurgi, Kristiansund, klinikkssjef
Odd Arvid Lange	HMR, Klinikk for kirurgi Ålesund, overlege
Sigbjørn Lid	HMR, Klinikk for kirurgi Volda, overlege
Gudrun Karlsen	HMR, Klinikk for kirurgi/Klinikk for rehabilitering, Kristiansund, Sykepleier/seksjonsleder
Tarjei Skeide Rønning	HMR, Klinikk for medisin, overlege
Sigurd Torvik Heian	HMR, Klinikk for prehospitale tjenester, medisinsk rådgiver
Ketil Gaupset	HMR, Klinikk for psykisk helsevern, klinikkssjef
Kristen Rasmussen	HMR, FTV OF
Terje Hasselgård	HMR, overlege kirurgi Molde
Shruti Sharma	HMR, FTV YLF - vara
Bjarte Jensen	HMR, HVO
Charles Austnes	HMR, tillitsvalgt, (NSF)
Marianne Nydal	HMR / HTV NSF vara
Merete Hagbø	HMR/ SNR prosjektgruppa
Astrid Johanne Brandshaug	HMR/ SNR prosjektgruppa
Atle Tangen	FFO/ Landsforeningen for lunge- og hjertesyke (LHL), brukerrepresentant
Ann Helene Skare	Kreftforeningen
Hilde Marie Kleiven	Norges Handikapforbund - vara
Steinar Waksvik	FFO M&R, Afasiforeningen, brukerrepresentant - vara
Anita Høgstøl	HMR, HVO Vara
Bjørn Sture Eikrem	HMR, IKT rådgiver
Guri Viken	HMR, Kommunikasjon SNR prosjektet

10.2 Vedlegg Omstillingsfaktorer

Daggruppene	Endring epidemiologi - medisinsk utvikling %	Endring epidemiologi - medisinsk utvikling %	Overføring andre sykehus %	Overføring andre kommuner %	Overføring pasientbehold %	Overføring pasientbehold %	Overføring til dag/poliklinikk %	Overføring til dag/poliklinikk enhet %	Overføring til observasjons enhet %	Overføring til intern 8%	Intern effektivitet 8%	Til intensiv %	Til overvåkingsintensiv %	Endring epidemiologi - medisinsk utvikling %	Endring epidemiologi - medisinsk utvikling %	Overføring til kommuner %	Overføring til kommuner %
1.200-899 Viser infeksjonssykdommer og	4,44%	4,44%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	4,44%	4,44%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	4,44%	4,44%	0,00%	0,00%
2.000-699 Ondtredte svulster	8,89%	8,89%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	8,89%	8,89%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	8,89%	8,89%	0,00%	0,00%
3.000-048 Godtredte svulster eller med utdødelige tilfeller	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
4.050-089 Sykdommer i blod og bloddannende organer og visse tilstander som angår immunsystemet, 5.000-630 Ziegler-Nelson sykdommer, 5.000-639 Psoriasis, 5.000-640 Psoriasis, inkl. invaskivt, nettritter og til	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
6.000-999 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
7.000-999 Eksklusiv G55.9 sykdommer i nervesystemet	4,44%	4,44%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	4,44%	4,44%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	4,44%	4,44%	0,00%	0,00%
8.000-999 Sykdommer i øret og øyets omgivelser	4,44%	4,44%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	4,44%	4,44%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	4,44%	4,44%	0,00%	0,00%
9.000-999 Sykdommer i øre og øyets omgivelser (prosessus med otid)	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
10.000-669 og G45.9 Hjernesykdommer (hjernebløt) inkl. TIA	4,44%	4,44%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	4,44%	4,44%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	4,44%	4,44%	0,00%	0,00%
11.000-225 Iskemiske hjertesykdommer	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
12.000-000 Sykdommer i sirkulasjonssystemet, arytmier, hjertesvikt mm	4,44%	4,44%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	4,44%	4,44%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	4,44%	4,44%	0,00%	0,00%
13.000-999 Kronisk og akutt obstruktiv lungelidelse, astma	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
14.000-339 Sykdommer i indrettsystemet, gyve	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
15.000-000 Sykdommer i kjønneleddsystemet, gyve	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
16.000-000 Sykdommer i fordøyelsessystemet	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
17.000-000 Sykdommer i hud og underhud	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
18.000-000 Sykdommer i infeksjonssykdommer	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
18.M15-099 Rest sykdommer i muskel- og skjelettsystemet	4,44%	4,44%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	4,44%	4,44%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	4,44%	4,44%	0,00%	0,00%
19.N20-051 Sykdommer i lunner og naringe	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
20.N60-099 Sykdommer i kjønneleddsystemet, gyve	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
21.000-000 Sykdommer i fødsel og barnelidelse, inkl resultat av fødsel	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
22.000-999 Visse tilstander som oppstår i perinatalperioden	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
23.000-000 Medfødte misdannelser, deformiteter og konnosomavvik	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
24.R00-R99 Sykdommer i øye, utømta kliniske funn og laboratoriefunn (ikke klassifisert annet sted)	4,44%	4,44%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	4,44%	4,44%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	4,44%	4,44%	0,00%	0,00%
25.000-599 Infeksjoner (emmotho mm)	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
26.S10-599 Skader i elektrisitet og blik ekskl. hofte/år/underkøst	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
27.000-999 Skader i hofte og lår, underkøst	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
28.T40-T55 Innx	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
29.T00-T39, T55-T59 Skader, forgiftninger og visse andre konsekvenser av nye skader	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
30.Z50 Rehabilitering	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
31 Rest Z-faktorer som har betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenestene	4,44%	4,44%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	4,44%	4,44%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	4,44%	4,44%	0,00%	0,00%
32.Z51-Z512 Kjemoterapi	8,89%	8,89%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	8,89%	8,89%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	8,89%	8,89%	0,00%	0,00%