



Helse Møre og Romsdal HF  
Postboks 1600  
6026 Ålesund

## Höringsvar- Konseptrapport for Sykehuset Nordmøre og Romsdal (SNR) - fra Møre og Romsdal legeförening

### Innholdsfortegnelse

1. Dimensjonerende forutsetninger for SNR (kap. 11).....	2
Generelt om dimensjonering av sykehuset.....	2
Spesifikke kommentarer i forhold til dimensjonering.....	3
Psykisk helsevern.....	3
11.5 Andre forhold som påvirker analysen .....	3
11.8 Utnyttingsgrad og arealstandard .....	4
Befolkningsgrunnlag.....	4
2. Konseptvalg for akuttsjukehuset på Hjelset (bygg og driftsløysingar - kap.12).....	4
Gravide/födende, barn og unge .....	4
Korttidsavdeling .....	4
12.2.4 Rus og avhengighet .....	5
12.2.13 Laboratoriemedisin .....	5
12.2.15 Prehospitale tjenester.....	5
3. Grunnleggjande føresetnadar (kap. 8.1.1) og utvalskriterier (kap. 8.1.3) for tilbudet i Kristiansund. 5	
Effektene av DMS Kristiansund på kommunalt samarbeid.....	6
4. Kva alternativ for SNR er best egna til å sikre befolkninga i Nordmøre og Romsdal eit best mogleg spesialisthelsetenestetilbod? .....	6
Andre kommentarer.....	6
Rekruttering av helsepersonell .....	6
Teknologi .....	6
Avtalespesialister .....	7
Hovedmomenter .....	7



## 1. Dimensjonerende forutsetninger for SNR (kap. 11)

### Generelt om dimensjonering av sykehuset

I Konseptfaserapporten blir «Beskrivelse av modell for framskriving av aktivitet og kapasitetsbehov i sykehus» utgitt av Sykehusbygg HF, brukt som modell for fremskriving. Modellen består av fire element; «Kartlegging av dagens aktivitet og demografisk framskriving basert på befolkningsutvikling», «Kvalitativ vurdering av endring i aktivitet, omstilling og effektivisering av drift», «Utnyttingsgrader» og «Arealstandarder». I Idéfasen var beregnet kapasitetsbehov og arealbehov vesentlig større enn beskrevet i Konseptrapporten. I styresak 83/14 i Helse Midt-Norge ble prosjektet bedt om å utforske mulighetene for å redusere arealbehovet. Blant annet skulle momenter som økt samhandling med kommunene, utvidet åpningstid, bedre utnyttelse av kostbart utstyr og potensialet i moderne kommunikasjonsteknologi/mobile tjenester/telemedisin vurderes. Gitt dette oppdraget er arealet fra Idéfaserapporten til Konseptrapporten redusert med 20 000 m<sup>2</sup>. Det legges til grunn at samhandlingsreformen og bruk av KAD-senger vil redusere behov sengeplasser med 24. Ytterligere skifte fra døgnbehandling til dagbehandling antas å redusere sengetall med 18. Økt ambulans virksamhet i psykiatrien antas å redusere behovet for sengeplasser. Opprettelse av en korttidsavdeling, skal forhindre «egentlige innleggelses» og reduserer antallet ordinære innleggelses i somatiske avdelinger. Poliklinisk virksamhet og dagbehandling skal øke. Likevel antas det at flere kontroller skal utføres av 1.linjetjenesten eller utenfor sykehuset pga nye «IKT-løsninger». Således kan areal til kontor, poliklinikkrom, ventesoner, lokaler til servicepersonell og støttefunksjoner senkes.

Møre og Romsdal legeforening ser med bekymring at totalarealet senkes betraktelig i forhold til Idéfaserapporten. Det er stor usikkerhet vedrørende om de planlagte tiltak, faktisk vil redusere behovet for senger og poliklinikkareal. Resultatet kan bli et sykehus med for lite areal. Sykehuset vil da være lite funksjonelt og ikke tilpasset hverken dagens eller fremtidens behov. Vi vil peke på at investeringen i bygg og MTU bør sees i et livsløpsperspektiv, og at SNR som konsept er et vesentlig bidrag til å sette hele helseforetaket i stand til å stå best mulig rustet overfor morgendagens utfordringer - og som på denne måten også yter et viktig bidrag til at de andre sykehusene i foretaket får nødvendig vedlikehold og utvikling. Vi må derfor ikke gå i samme grøfta som Sykehuset i Østfold, se lenke <http://www.f-b.no/debatt/sykehuset-ostfold/kalnes/kalnes-sykehuset-er-for-lite-lar-av-feilene/o/5-59-326363>



## Spesifikke kommentarer i forhold til dimensjonering

### Psykisk helsevern

Beleggsprosent i dagens sykehuspsykiatriavdelinger foreløpig i 2016 er 96 %. Beleggsprosent ved Seksjon for Akuttpsykiatri Hjelset i 2016 er 110 %. Ønsket beleggsprosent er 85 %. Utgangspunktet for fremskrivning av behov for antall døgnplasser vurderes å være for lavt.

- Økt ambulant virksomhet antas å kunne redusere antall døgnopphold i psykiatrien med 20 %. Forskning gir ikke belegg for en slik antagelse.
  - o Innleggelse/overflytting av pasienter med lavere funksjon til DPS antas å kunne redusere behovet for sykehussengeplasser. For at pasienter med lavere funksjon skal innlegges i DPS, må DPS-bygningsmassen ombygges og bemanningen økes. Kostnader til dette er ikke lagt inn i Konseptrapporten.
  - o Antagelsen om at behovet for innleggelse i Alderspsykiatrisk avdeling vil synke grunnet økt ambulant virksomhet er urimelig. Alderspsykiatrisk avdeling driver utstrakt ambulant virksomhet og har til tross for dette høy beleggsprosent. Den forventede eldrebølgen vil blant annet føre til et økt antall pasienter med kognitiv svikt og med behov for innleggelse.
  - o Tilstrekkelig plass i psykiatriske avdelinger forebygger utagering, tvangsbruk og skade på pasient og personale.
  - o Totalt antall skjermingsplasser økes i Konseptfaserapporten fra dagens 5 (6) til 8. Det er usikkert om dette er en tilstrekkelig økning, gitt for lite kapasitet pr. i dag, framtidig økt befolkningsgrunnlag og økt tilfangsområde (Rehabiliteringsavdeling for hele Helse Møre og Romsdal).

På bakgrunn av disse betraktninger anses den planlagte økningen av sengeplasser fra 37 til 39 for lav. Hovedsakelig fordi dagens sykehus har for få senger og den forventede reduksjon i behov for døgnopphold som presenteres i konseptrapporten ikke er realistisk.

### 11.5 Andre forhold som påvirker analysen

Det er foreløpig uklart i hvilken grad samhandlingsreformen og bruk av f.eks. KAD senger vil senke behovet for innleggelser i psykiatrisk og somatisk-sykehus. Det er derfor vanskelig å legge dette til grunn for bygging av SNR. En nedjustering av sengebehov på 24 i forhold til slik kommunal samhandling og bruk av KAD-senger er betydelig. En vurderer at denne nedjusteringen er for stor. Faren er at man underdimensjonerer sykehuset i forhold til dagens og fremtidens behov.

I Konseptfaserapporten antas det at en stor andel polikliniske kontroller vil overtas av førstelinjetjenesten. Hvilke kontroller som skal overtas, spesifiseres ikke. Møre og Romsdal legeforening understreker at mange kontroller fortsatt bør og må utføres av spesialister i andrelinjetjenesten og at det må finnes tilstrekkelig areal og kontorlokaler for dette. Antall fastlegehjemler har ikke økt utover folketallsøkning i Møre og Romsdal siste



tre år. Fastlegene har ikke kapasitet til å overta en signifikant del av kontrollene gitt gjennomsnittlig ukentlig arbeidstid for fastlegene allerede overskrider 45 timer.

## **11.8 Utnyttingsgrad og arealstandard**

Konseptfaserapporten legger standard utnyttingsgrader og arealstandarder til grunn. SINTEF anbefaler ikke at det planlegges med høy utnyttingsgrad, da dette har vist seg vanskelig å gjennomføre. Dersom man legger for høy utnyttingsgrad til grunn, er faren at man får et rigid sykehussystem, uten den fleksibilitet som ved senere anledninger kan tilpasses endrede behov. Høy utnyttingsgrad og høy beleggsprosent forhindrer gode pasientforløp, øker faren for feilbehandling, gir avlysninger av elektiv drift og forhindrer kostnadseffektiv drift. SNR må bygges med stort nok areal, som gir muligheter for fleksible løsninger i tråd med endrede behov.

## **Befolkningsgrunnlag**

Fremskriving av befolkningsvekst, migrasjon og behovet til en aldrende befolkning i forhold til behov for sengeplasser og poliklinikkareal er vanskelig. Sykehuset må bygges stort nok til å dekke en voksende befolkning sitt behov. Konseptet SNR har dessuten som mål å øke "selvforsyningsgraden" ved at flere pasienter som i dag får behandling spesielt ved St. Olavs hospital, i fremtiden vil foretrekke behandling ved SNR. Dette vil redusere reisekostnader og gi mer sømløse pasientforløp.

## **2. Konseptvalg for akuttsjukehuset på Hjelset (bygg og driftsløsninger - kap.12)**

### **Gravide/fødende, barn og unge**

I Konseptfaserapporten står det at SNR skal ha akuttsenger for barn og ungdom tilgjengelig 24/365. Dette er nødvendig for å gi barna i Nordmøre og Romsdal et godt og likeverdig behandlingstilbud. Akuttsenger for barn må også innebære sykepleiere med spesial kompetanse på barn og barnelege i vakt. For adekvat oppfølging av fødende og nyfødte er det nødvendig med gynekolog, barnelege og anestesilege i vakt. Ved etablering av sengeplasser, som ikke har tilsvarende kompetanse som en barneavdeling, kan det være en risiko for at for syke barn blir innlagt/blir liggende for lenge på feil sted. Pasienthotell må dimensjoneres slik at fødende med lang reisevei og potensielt raske fødselsforløp, trygges med at de kan innlegges ved pasienthotellet ved behov.

### **Korttidsavdeling**

I Konseptfaserapporten planlegges det med en korttidsavdeling (korttidseining) på 20 plasser. Denne avdelingen skal forhindre innleggelse i de ordinære avdelingene. Noe mer areal brukes til denne avdelingen, men det fjerner behovet for senger og areal i de ordinære avdelingene. Ut over dette er korttidsavdelingen beskrevet i liten grad. Det er ikke spesifisert hvilke pasienter som skal nyttiggjøre seg dette tilbudet



(medisin/kirurgi/psykiatri/rus?). Videre er kommunene pålagt å opprette KAD-senger, med etter hvert både somatiske og psykiatriske-sengeplasser. Møre og Romsdal legeförening stiller spørsmål om hvordan den store korttidsavdelingen skal driftes, hvilke pasienter som skal innlegges der og hvordan dette tilbudet vil skille seg ut i fra det kommunale KAD-tilbudet.

#### **12.2.4 Rus og avhengighet**

Konseptfaserapporten angir at det skal være kapasitet i somatisk akuttmottak for pasienter som blir lagt inn akutt for rus. Videre at det må tas hensyn til at denne pasientgruppen kan tas i mot og behandles på skjermet område. Det spesifiseres ikke om dette skal skje i regi av somatisk avd., rusavdeling eller psykiatrisk avdeling.

#### **12.2.13 Laboratoriemedisin**

Det vil ligge en betydelig besparelse i at flere analyser enn i dag kan utføres og således være raskt tilgjengelige ved SNR.

DMS Kristiansund, DPS Molde og DPS Kristiansund må ha en adekvat laboratorietjeneste. Det er ikke spesifisert i Konseptrapporten hvilket tilbud disse institusjonene skal ha.

#### **12.2.15 Prehospitale tjenester**

Ny lokalisasjon av sykehuset innebærer lengre transportavstander for de som bor lengst fra SNR. Videre gir også den nye sykehuslokaliseringen et økt transportbehov for en stor del av befolkningen som bor sykehusnært, men likevel 20-40 min unna sykehuset. Ambulansetjenesten og ambulansestasjonene må lokaliseres og bemannes/utstyres etter disse endrede behov.

### **3. Grunnleggjande føresetnadar (kap. 8.1.1) og utvalskriterier (kap. 8.1.3) for tilbudet i Kristiansund.**

Konseptrapporten presenterer fire ulike forslag til organisering av SNR/DMS Kristiansund. Det totale antall operasjonsstuer i SNR/DMS Kristiansund må være tilstrekkelig for å unngå samtidighetskonflikter, samtidig som det skal legges til rette for fleksibel drift. Hensikten med å planlegge ett kontra to sykehus er nettopp å unngå fordyrende "smådriftsulemper", blant annet i form av strykninger. Utvikling av dagkirurgisk tilbud ved DMS Kristiansund har både fordeler og ulemper. Disse er godt belyst i Konseptrapporten. Det er viktig at fagmiljøene i Kristiansund og Molde tas med i avgjørelsen i forhold til hvilket alternativ som blir valgt. Det er viktig at den modellen som velges, står seg i et langsiktig perspektiv, samtidig som den bør virke mest mulig samlende for hele befolkningen i Nordmøre og Romsdal. En sterk dagkirurgisk enhet i Kr.sund vil øke legitimiteten for SNR hos befolkningen i Kr.sund og på Nordmøre og vil derfor redusere pasientlekkasje nordover.



Ortopedisk seksjon ved Kristiansund sjukehus har svært god logistikk og stor kapasitet. Vi har eksempler fra andre byer at når dagkirurgiske enheter drives med god logistikk og høy kvalitet, er de kostnadseffektive.

### **Effektene av DMS Kristiansund på kommunalt samarbeid**

Konseptfaserapporten presenterer mange tanker rundt de positive effektene DMS Kristiansund vil ha for tilbudet til nærmiljøet og pasientene. For eksempel via nye samarbeidsavtaler. Disse planene fremstår diffuse med lite konkret innhold. Mye arbeid gjenstår for å planlegge innholdet i DMS Kristiansund.

## **4. Kva alternativ for SNR er best egna til å sikre befolkninga i Nordmøre og Romsdal eit best mogleg spesialisthelsetenestetilbod?**

Målet i den videre prosessen må være at SNR og DMS Kristiansund skal gi den samlede befolkningen i Nordmøre og Romsdal et bedre tilbud enn de får ved dagens Molde og Kristiansund sykehus. Det er nødvendig at fagmiljøene inkluderes og samarbeider om den videre prosessen.

Møre og Romsdal legeforening mener at alle alternativ vil sikre befolkningen i Nordmøre og Romsdal et godt spesialisthelsetjenestetilbud. Således må fordelene og ulempene veies nøye opp mot hverandre. Fagmiljøene må inkluderes for å komme med innspill på hvordan fagmiljøene best mulig kan ivaretas.

### **Andre kommentarer**

#### **Rekruttering av helsepersonell**

Lege-/sykepleier-stillinger med delt arbeidssted (SNR, DMS Kristiansund) kan være en utfordring rekrutteringsmessig. Det er også en risiko for å miste kvalifisert helsepersonell i interimperioden pga. uklarheter rundt arbeidssted. Det vil være viktig for arbeidsgiver/Møre og Romsdal HF å være i tett dialog med sine arbeidstakere, for å sikre at arbeidstakerne i denne usikre og krevende fasen føler seg ivaretatt.

For øvrig vil både et nært samarbeid med NTNU og Høgskolene i Molde og Ålesund måtte vektlegges i prosessen videre. Behovet for undervisningslokaler må avklares gjennom et slikt samarbeid da dette kan ha dimensjonerende konsekvenser.

### **Teknologi**

I konseptfasen legges det til grunn at nye IKT-løsninger og telemedisin inkludert «kroppssensorer» vil minske behovet for polikliniske kontroller og areal til slike oppfølging. Videre at spesialistene fortsatt vil ha behov for areal for å kommunisere med pasienter på nett. Telemedisin kan bidra til å endre og videreutvikle dagens måte å drive pasientbehandling på. SNR må bygges fleksibelt slik at sykehuset kan «endre seg» f. eks. nye behandlingsmetoder. Det poengteres likevel at i alle pasientforløp vil det fortsatt være



behov for nærhet til pasienten. Både for psykiatriske- og somatiske undersøkelser, er det nødvendig at pasient og lege/behandler er i samme rom. Det må være tilstrekkelig areal for dette i alle avdelinger/poliklinikker.

## **Avtalespesialister**

Helse Møre og Romsdal har i dag svært få avtalespesialister i forhold til andre lokale og regionale helseforetak. Disse har en svært viktig oppgave for å gi rask tilgang på spesialiserte helsetjenester. De er et viktig bidrag for å sørge for at pasienter får et godt poliklinisk tilbud så nært hjemsted som mulig. I det videre planarbeid må det tas hensyn til dette og utredes på hvilken måte en kan gjøre seg mer nytte av den ressurs avtalespesialistene er med hensyn på å bedre tilbudet til pasientene og redusere helsekøene i nært samarbeid med det lokale HF. Andre helseforetak har hatt en meget god effekt av dette, og ved å opprette flere hjemler kan Nordmøre/Romsdal også oppnå samme gode resultat.

## **Hovedmomenter**

- Nye SNR må bygges med tilstrekkelig antall sengeplasser, operasjonsstuer, poliklinikkfasiliteter, kontorlokaler, undervisningslokaler og støtteareal. Det er stor usikkerhet knyttet til tiltak for reduksjon av arealbehov i forhold til Idéfaserapporten. Et sykehus uten tilstrekkelig areal vil bli lite funksjonelt og ikke tilpasset hverken dagens eller fremtidens behov.
- For å ivareta gravide/fødende, nyfødte og barn trengs anestesilege, gynekolog og barnelege i vakt. Barnesengeplasser i SNR trengs tilknyttet spesialutdannet helsepersonell.
- DMS Kristiansund må gi befolkningen på Nordmøre et godt poliklinisk helsetilbud, dette vil gi kortere reisevei for pasienter med kroniske lidelser.
- Fagmiljøene må arbeide sammen for å organisere en best mulig spesialisthelsetjeneste for befolkningen i Nordmøre og Romsdal. Fagmiljøene må tas med i beslutning og planlegging av DMS Kristiansund og valg av eventuelt dagkirurgisk tilbud. Dette forutsetter da at lov- og avtaleverk ivaretas og med gode lokale tilpasninger.
- Helse Møre og Romsdal må som arbeidsgiver sørge for å ivareta arbeidstakerne i en usikker og krevende interimfase. Det må kommuniseres tydelig, hvordan driften i interimperioden kan legges opp med tanke på best mulig faglig utvikling, og god kommunikasjon i så henseende er et stort ledelsesansvar. God arbeidsgiverpolitikk og ledelse er nødvendig både for å beholde dagens fagmiljø og for ny rekruttering.

Tingvoll, 14.10.2016

Bjarne Storset, leder Møre og Romsdal legeförening