

Helse Møre og Romsdal HF  
Postboks 1600  
6026 Ålesund

postmottak@helse-mr.no



## Høringsuttalelse fra Nordmørslista - SNR konseptrapport

### 1 Sammendrag

1. Nordmørslista anbefaler at 0-alternativet blir skikkelig utredet, med stabile og robuste selvstendige sykehus både i Nordmøre og i Romsdal. 0-alternativet forutsetter både tilbakeføring av opprinnelige funksjoner og å opprettholde eksisterende funksjoner ved begge sykehus
2. Forutsetningen for utredning av felles sykehus var i utgangspunktet (2010) at et eventuelt fellessykehus minst skulle ha samme innhold og funksjoner som de to sykehusene det var tenkt å erstatte, og skulle ha en plassering det var mulig å være enige om. For å skape ro, for å sikre trygghet i befolkningen samt for å ivareta spesialisthelsetjenestelovens krav om likeverdig tilbud til befolkningen, anbefaler vi at utgangspunktet for felles sykehus legges til grunn i det videre arbeidet dersom 0-alternativet ikke blir valgt.



3. Sykehuset SNR blir planlagt for lite, både med hensyn til de oppgavene det rent faktisk er planlagt for å ivareta og med utgangspunkt i forutsetningene for felles sykehus. Blant de funksjonene som forutsettes videreført nevnes spesielt barneavdeling med barnelege i vakt 24/7/365.
4. Med en plassering som det skulle være mulig å bli enige om, og i tråd med forutsetningene for utredningen som ble bestilt i 2010, vil det ikke være behov for DMS. En «plassering det er mulig å være enige om» forutsetter imidlertid at de såkalte bynære alternativene forkastes til fordel for en plassering omtrent midt mellom byene, og dermed sentralt i opptaksområdet som forutsatt. Astad i Gjemnes kommune er den eneste plasseringen som ivaretar denne forutsetningen og som kan skape ro, sikre trygghet i befolkningen samt ivareta spesialisthelsetjenestelovens krav om likeverdig tilbud til befolkningen dersom 0-alternativet ikke blir valgt.
5. Bærekraften for det planlagte Sykehuset SNR med plassering på Hjelset vil både medisinsk og økonomisk bli vesentlig dårligere enn forventet.
6. Dersom Sykehuset SNR likevel blir bygd på Hjelset, er det en forutsetning at et DMS i Kristiansund blir tilstrekkelig robust til å være bærekraftig på sikt. I tillegg til dagtilbud, poliklinikk og dagkirurgi i eksisterende lokaler i Kristiansund, må et DMS i Kristiansund ivareta akutfunksjoner med indremedisiner, kirurgi, røntgenlege samt støttefunksjoner, fødeavdeling med fødselslege og jordmor samt sengepost ved barneavdeling med barnelege i vakt 24/7/365.
7. DMS i Kristiansund må videreføres innenfor dagens sykehusbygning.

## 2 SNR

Det er planlagt om et nytt akuttsykehus beliggende på Hjelset ved Molde, med et Distriktsmedisinsk senter(DMS) i Kristiansund. Sistnevntes innhold og medisinske funksjoner er ikke definert i rapporten. Særlig er det betenkelig at det planlegges et dag/poliklinikk – tilbud i Kristiansund uten egentlig å ha definert hva dette skal inneholde, og hva slags funksjon det skal ha.

Planene for det nye sykehuset på Hjelset bærer preg av en rekke forutsetninger, uten at det er vurdert hva det egentlig betyr.

Disse forutsetningene er gjengitt i tabell i kapittel 5.



A) Det tas utgangspunkt i at det vil oppstå nye epidemiologiske forutsetninger, samt større satsning på forebygging og nye behandlingsmåter. Hva dette betyr, er ikke definert. Man vet altså ikke om dette er reelle faktorer, eller bare drømmer. Nye behandlingsformer opptrer med jevne mellomrom, og har alltid gjort det. At disse skal kunne medføre reduksjon i bruken av sykehuset, som denne rapporten legger opp til, er ikke definert. Det samme gjelder bedømming av forebyggende tiltak. Hittil, historisk sett, har slike tiltak (Tobakk, ernæring, levesett) ikke redusert bruken av spesialisthelsetjenesten.

B) Samhandlingstiltak mellom sykehus og primærhelsetjenesten har hittil ikke redusert henvisninger til spesialisthelsetjenesten. Liggetiden er gått betydelig ned de siste 20 år, men det er ikke vist at det har sammenheng med samhandlingsreformen eller andre reformer av primærhelsetjenesten. Skal man oppnå ønsket effekt, må dette starte allerede i medisinstudiet/sykepleierstudiet. Først da kan den kompetansen oppnås for at primærhelsetjenesten skal kunne avlaste sykehusene fra deres oppgaver. Dette har vært kjent i flere decennier, og vært vist i studier. Det kreves kompetanse og kapasitet for at samhandling skal kunne lykkes. Det finnes ikke i dag, og kan derfor ikke ligge til grunn for planlegging av et nytt sykehus, uten at det får alvorlige følger både for kvaliteten og beredskapen.

C) Det legges opp til å gå fra døgnopphold til dagbehandling. Dette er heller ikke nytt, og det er et spørsmål om det meste av effekten allerede er høstet. All medisinsk behandling medfører risiko for komplikasjoner. Dette er muligens tenkt løst ved bruk av pasienthotell for de med lengst reisevei. For mange vil det være tilstrekkelig, såfremt hotellkapasiteten er tilstrekkelig. Vi kan ikke se at dette er behandlet i denne rapporten. Under punkt 1 understrekes aldringen av befolkningen. Vi er av den mening, at dette vil kreve større, og ikke mindre kapasitet.

D) Her tar man for seg nettopp behovet for en godt utbygd pasienthotellenhet. Først og fremst for observasjonspasienter, med god tilgang på sykepleiere, barnepleiere og jordmødre. Man forespeiler en 25% reduksjon i liggetid ved hovedsykehuset. Dette kan godt slå til, men hotellet må, i så fall bli en «sykeavdeling – light», og da kan vinningen gå opp i spinningen. Man kan forvente at slik dette sykehuset er planlagt, vil korridorpatienter bli mer regelen enn unntaket

E) Effektivisering av arbeidsprosesser er en kontinuerlig prosess i alle norske sykehus. Det man som oftest glemmer, er at slike prosesser er personalkrevende.



Slik sykehuset er planlagt, blir personalkapasiteten en flaskehals. Det er alltid en grense for hvor fort folk kan springe. I dette tilfellet blir det rimelig fort, noe som ikke gir grobunn for god rekruttering. En rekke «eksperter» utenfor sykehusene har dette som en av sine kjepphester. Sikkerheten må hele tiden stå i høysetet. Ingen ønsker seg «A-hus- eller Sykehuset Østfold – problemer».

### **3 DMS**

Mange ord i denne rapporten handler om et DMS i Kristiansund. Hva et DMS er, er ikke definert. Man kan sikkert tenke seg mange modeller, men ingen av dem er gjennomførbare. Dagkirurgi vil neppe la seg gjennomføre.

For det første:

Hvilke legegrupper skal utføre disse inngrepene? Antallet spesialister på Hjelset vil neppe ha kapasitet til å reise til Kristiansund for å utføre inngrep. Slik denne planen er tenkt, vil de ha mer enn nok med pasientstrømmen på Hjelset. Reisen frem og tilbake vil ta 2 timer, så dermed går dagen. Man sier det går bra mellom St.Olav og Orkdal. Vi må da ikke glemme at St. Olav har en helt annen bemanning en det SNR vil få.

For det andre:

Observasjon og kirurgisk behandling vil kreve hjelpepersonell omtrent i samme skala som det sykehuset (Operasjon, Anestesi, intensiv, dagsenger) i Kristiansund har i dag, selv om det bare er på dagtid.

For det tredje:

Denne delen av SNR vil ikke kunne være en avlastning innen for eksempel indremedisinsk behandling. Over 90% av deres virksomhet er øyeblikkelig hjelp. I beste fall kan det dreie seg om en indremedisinsk poliklinikk.

Personell til dette DMS vil bli særdeles vanskelig å rekruttere. Særlig vil dette gjelde leger med spesialkompetanse. Da ligger det vel mer an til å bli en primærlegestasjon, kanskje med en observasjonsenhet for ferdigbehandlede pasienter, og vil ikke kunne inngå i SNR.

For det fjerde:

Det vil ikke gå lang tid før man ser hvilket pengesluk dette blir. Innleide vikarer og eventuelle avtalespesialister er ikke billige, og på trær vokser de ikke. Utgiftene til et



slikt "sykehus light" vil bli av en slik art, at bunnen av den økonomiske rammen for driften av SNR, vil falle ut.

Dersom denne enheten skal være realistisk å etablere og å opprettholde, er det en forutsetning at et DMS i Kristiansund blir tilstrekkelig robust til å være bærekraftig på sikt. I tillegg til dagtilbud, poliklinikk og dagkirurgi i eksisterende lokaler i Kristiansund, må et DMS i Kristiansund ivareta akutfunksjoner med indremedisiner, kirurgi, røntgenlege samt støttefunksjoner, fødeavdeling med fødselslege og jordmor samt sengepost ved barneavdeling med barnelege i vakt 24/7/365.

#### **4 Bærekraft**

Kan driften av en slik enhet bære seg rent økonomisk? Sagt med andre ord: har Helse Møre og Romsdal og Helse Midt-Norge bærekraft nok til å drive dette sykehuset? Rapporten synes å vise at så er tilfellet. Særlig etter 10-15 år. Først i 2048 passerer vi streken for positiv bærekraft for HMR. Forutsetningene for å lykkes er mange og usikre.

Vel så interessante som de hensyn som er tatt med i analysen, er de elementene som ikke er tatt med:

A) Det er ikke tatt høyde for økte transport- og beredskapsutgifter for den nordlige delen av sykehusområdet, som følge av at det nye sykehuset er planlagt nærmest i et av hjørnene. Økt antall ambulanser, bemannet 24/7. Økte bruk av lufttransport, og logistikk deretter. Dette er viktige incitamentene i bærekraftanalysen.

B) DMS i Kristiansund er tatt med, men på et altfor spinkelt grunnlag. Man kan ikke beregne bærekraft, før man nøyaktig vet man vil ha. I dette tilfellet vet man ikke det. Konseptfaserapporten nevner bare noen muligheter, uten å ta standpunkt. Når så de nevnte mulighetene baserer seg på feil premisser, blir analysen i beste fall, skjev.

C) Analysene har lagt utviklingstall fra Oslo universitetssykehus til grunn. Dette er imidlertid ikke OUS, men SNR. Det dreier seg om to vidt forskjellige sykehusstrukturer, som ikke er sammenlignbare.

D) Bærekraftanalysen baserer seg på en økning i aktiviteten med 1,8 % per år. For å beregne dette, har man lagt virksomhetens egne ICD-10 tall til grunn. Hadde disse



tallene vært korrekte, så hadde det kanskje gitt mening. En stikkprøve innen Ortopedi og gynekologi viser imidlertid at tallene ikke er riktig hva angår dagens tall. Samtidig legges det opp til at disse 1,8 % skal oppnås til «en lavere kostnad» enn dagens drift. Når vi alle vet hvordan kostnadsutviklingen per behandlet pasient har utviklet seg de siste decenniene, så vet vi også at nærmere et luftslott, kommer vi ikke. Selv om vi innfører nye og tilsynelatende enklere behandlingsformer, så vil økte driftsutgifter bli et faktum. Alle forsøk fra ledelsen i HMR på å oppnå driftsmessige besparelser, er et godt bevis på det.

E) Analysen tar en del forbehold hva angår bærekraft. Besparelser på driften forut for innflytting, er et godt eksempel. I tillegg forutsettes det salg av eksisterende eiendommer for å øke likviditeten. Slik Molde Sykehus presenteres i media, må vel det gå på et gedigent billigsalg. Sykehuset i Kristiansund er i god stand, men er så spesielt innredet at eventuell ny bruk vil medføre store ombygningskostnader, som eventuell kjøper må ta med i betraktning.

Viktigst er imidlertid at den personal- og kostnadsmengden økt beredskap for de pasientene som nå får en uforholdsmessig lang reisevei ikke er med i analysen. For eksempel vil det bli behov for beredskapsjordmødre, flere bemannede ambulanser og sikrere lufttransport enn vi har i dag. Værmessige forhold vil resultere i at store deler av Nordmøre vil benytte sykehus i Trøndelag i stedet.

Dermed blir kvaliteten på bærekraftanalysene svekket, og vil vise andre resultater enn her forutsatt.

Hvilken effekt dette får, vil være vanskelig å forutse, men med nye personalfaktorer og økt beredskap, vil bærekraften svekkes.

## **5 Samfunnsøkonomiske betraktninger**

Økonomien i helseforetakene tilsier at planlagt fellessykehus ikke er realiserbart. I tillegg til den svake økonomien som er i helseforetakene i utgangspunktet er det ikke tatt høyde for en stadig økende pasientlekkasje, som også vil tilta etter gjennomføring.

Både en utbedring av eksisterende sykehus, nybygg i Molde og opprettholdelse av sykehuset i Kristiansund med videreføring av eksisterende funksjoner og tilbakeføring av tidligere funksjoner vil være mer bærekraftig enn dagens planer om nytt sykehus på Hjelset. Selv å legge ned sykehuset i Molde og å opprettholde og





forsterke sykehuset i Kristiansund vil ha bedre bærekraft enn eksisterende planer. På bakgrunn av dette anbefaler vi at dette er alternativ som blir skikkelig utredet.

## **6 Oppsummering**

### **1. Dimensjonerende forutsetninger for SNR**

Det planlegges et nedskalert sykehus med langt mindre kapasitet enn de to sykehusene SNR er ment å erstatte. Dette er i strid med de opprinnelige forutsetningene. En slik løsning vil ikke være bærekraftig på sikt, og vil ikke ha legitimitet, støtte eller «begeistring» i befolkningen.

### **2. Konseptvalget for akuttsjukehuset på Hjelset**

Det planlegges et nedskalert sykehus med langt mindre kapasitet enn de to sykehusene SNR er ment å erstatte. Dette er i strid med de opprinnelige forutsetningene. En slik løsning vil ikke være bærekraftig på sikt, og vil ikke ha legitimitet, støtte eller «begeistring» i befolkningen. For at et slikt sykehus på Hjelset skal være i stand til å betjene befolkningen og sikre befolkningen lik tilgang til spesialisthelsetjenesten som forutsatt i spesialisthelsetjenesteloven må sykehuset suppleres med en robust avdeling i Kristiansund med akuttfunksjoner med indremedisiner, kirurgi, røntgenlege samt støttefunksjoner, fødeavdeling med fødselslege og jordmor samt sengepost ved barneavdeling med barnelege i vakt 24/7/365.

### **3. Grunnleggende forutsetninger og utvalgskriterier for tilbudet i Kristiansund**

Vi mener at det eksisterende sykehuset i Kristiansund skal opprettholdes og videreføres, samt at tidligere funksjoner skal tilbakeføres slik at Kristiansund sykehus har akuttfunksjoner (traumeavdeling) med både indremedisiner, kirurg og røntgenlege samt støttefunksjoner på vakt 24/7/365. I tillegg må det opprettholdes fødeavdeling og barneavdeling med jordmor, fødselslege og barnelege i vakt 24/7/365.

Dersom det skal etableres et DMS i Kristiansund, er det en forutsetning at enheten blir tilstrekkelig robust til å være bærekraftig på sikt. I tillegg til dagtilbud, poliklinikk og dagkirurgi i eksisterende lokaler i Kristiansund, må et DMS i Kristiansund ivareta akuttfunksjoner med indremedisiner, kirurgi, røntgenlege samt støttefunksjoner, fødeavdeling med fødselslege og jordmor samt sengepost ved barneavdeling med barnelege i vakt 24/7/365.



#### **4. Hvilket alternativ for SNR er egnet til å sikre befolkningen på Nordmøre og i Romsdal et best mulig spesialisthelsetjenestetilbud?**

0-alternativet, med tilbakeføring av tidligere funksjoner og videreføring av eksisterende funksjoner ved de to sykehusene i Nordmøre og Romsdal er det alternativet som er egnet til å sikre befolkningen i Nordmøre og Romsdal et best mulig spesialisthelsetjenestetilbud.

Det nest beste alternativet vil være et fellessykehus plassert på Astad i Gjemnes kommune med minst tilsvarende funksjoner som de to eksisterende sykehusene har hatt.



Kristiansund sykehus. Foto: Gjerneisningsbyen.no