Sykehus i
Nordmøre og Romsdal
2020

- en samfunnsøkonomisk analyse

av to sykehus kontra ett fellessykehus.

HOVEDRAPPORTEN

Kommunekonsult 2020

Bjarne Jensen, Professor emeritus forvaltningsøkonomi
John A. Ødegård, Statsautorisert revisor.
Ingrid Uthaug, Høgskolelektor Høgskolen i Molde

Sykehus i Kristiansund og Molde eller fellessykehus på Hjelset – samfunnsøkonomisk analyse

Rapporten er utarbeidet av Kommunekonsult AS

Forfattere:
Professor emeritus Bjarne Jensen
Høgskolelektor Ingrid Uthaug
Statsautorisert revisor John A Ødegård

Fødekapittelet (kap 9) er utarbeidet av samfunnsøkonom
Karin Ibenholt og Leder av Bunadsgeriljaen Anja Cecilie Solvik

Innholdsfortegnelse:

Sammendrag 3

Forord kommunekonsult 4

Forord bunadsgeriljaen. 5

1. Oppsummering av analysen og konklusjon 7

2. Nærmere om problemstilling og tidligere analyser 10

3. Sykehushistorikk Nordmøre og Romsdal 15

4. Nærmere om behov og kapasitet sykehustjenester for Nordmøre og Romsdal. 20

5. Økonomisk bæreevne, kostnader og økonomisk sammenligning fellessykehus kontra sykehus i begge byenene 27

6. Kvalitet sykehustjenestene – fellessykehus kontra sykehus i begge byene 36

7. Andre viktige faktorer ved fellssykehus kontra to sykehus 42

8. Sykehus i Kristiansund og Molde i nasjonal og regional sykehusstruktur 45

9. Sammenligning av fødetilbudet ved dagens to sykehus og planlagt tilbud ved fellessykehuset 50

10. Konklusjon. 78

Referanseliste 79

Sammendrag

I denne analysen sammenlignes Fellessykehus for Nordmøre og Romsdal (SNR) på Hjelset i Molde med å beholde sykehusene både i Molde og Kristiansund. Samfunnsøkonomisk kommer sykehus i begge byene klart bedre ut enn Fellessykehuset. I en nåverdiberegning av de faktorene som kan tallfestes økonomisk – investeringskostnader, driftskostnader og transportkostnader – kommer Fellessykehuset ut med negativ nåverdi på mellom en og to milliarder kroner avhengig av forutsetninger og alternativ for Fellessykehus. Hovedårsaken er at ved Fellessykehus må fullt brukbare sykehuslokaler i Kristiansund på ca. 20 000 m^2 erstattes med nybygg på Hjelset til en kostnad i størrelsesorden 1,5 milliarder kroner. Fellessykehuset vil i tillegg gi pasientflukt fra ytre Nordmøre og Kristiansund til St. Olavs Hospital og andre sykehus utenfor Helse MidtNorge (HMN). Det vil svekke pasientgrunnlaget for sykehusene i Møre og Romsdal. Inntektsgrunnlaget for Helse Møre og Romsdal (HMR) kan forventes å svekkes med mellom 100 og 200 millioner kroner per år.

Det er en viktig del av analysen å vurdere de samfunnsmessige virkningene av Fellessykehuset sammenlignet med å beholde sykehus både i Kristiansund og Molde. Faktorer som er vanskelig å sette økonomisk verdi på er: Rekruttering, tilgjengelighet for innbyggerne, miljø, beredskap, samfunnssikkerhet, regionale virkninger på arbeidsplasser og næringsutvikling, samarbeid mellom sykehus og kommunehelsetjeneste og sårbarhet ved overgang til ny struktur. På disse faktorer kommer sykehus i begge byene tydelig bedre ut enn Fellessykehus. Når det gjelder kvalitet kan en ikke forvente bedre kvalitet ved Fellessykehus enn det en også ville kunne oppnå med to sykehus.

Helse Møre og Romsdal vil ha store økonomiske utfordringer både om de fortsetter med to sykehus for Nordmøre og Romsdal eller Fellessykehus med distrikts medisinsk senter (DMS)i Kristiansund. Men de økonomiske utfordringene blir større dersom det bygges Fellessykehus på Hjelset i Molde. Sykehusene i Kristiansund og Molde er mellomstore sykehus. 20 sykehus er mindre enn sykehuset i Kristiansund. Molde er mediansykehus i Norge målt etter pasientunderlag.

Vår vurdering tilsier at to sykehus vil gi det tryggeste og beste tilbudet til befolkningen i disse to regionene. Dette er også økonomisk det beste alternativet. Molde sykehus trenger ny bygningsmasse. Derfor ligger det godt til rette for at det planlagte Fellessykehuset endres til nytt sykehus for Romsdal. Da kan investeringsprosjektet skaleres ned fra 60 000 m^2 brutto til nærmere 40 000 m^2, og ligge godt innenfor rammene for investeringen vedtatt for Fellessykehuset.

Forord Kommunekonsult AS

Kommunekonsult AS tilbyr kommuner, fylkeskommuner, kommunale virksomheter, statlige foretak, fagforeninger, fagforbund og organisasjoner rådgivning knyttet til deres arbeid med utvikling, omstilling, effektivisering og gjennomføring av sin virksomhet. Selskapet skal gjennom sitt arbeid bidra til en veldrevet og økonomisk solid offentlig sektor. Effektiv og forsvarlig bruk av samfunnets fellesressurser og under god og åpen demokratisk styring er et viktig fokusområde for selskapet.

Selskapet har vært glad for oppdraget med å se på samfunnsøkonomiske forhold knyttet til utbygging og lokalisering av sykehus for Nordmøre og Romsdal. Oppdraget passer godt inn i selskapets profil og omhandler en viktig og aktuell tematikk. Utover midler fra oppdragsgiver, har selskapet derfor også bidratt med egne ressurser.

Selskapets aktivitet utøves primært ved å ta i bruk den kompetanse og erfaring som er å finne i relevante virksomheter tilpasset det aktuelle oppdraget. Vi er dermed takknemlig for et godt samarbeid med oppdragsgiver og kompetente personer som kjenner relevante sider ved saksfeltet og det geografiske området godt.

De oppdrag som Kommunekonsult AS gjennomfører skal ha et klart utredningspreg og hvor produktene i hovedsak er rapporter og notater med vekt på dokumentasjon og med mulighet for etterprøvbarhet. Selskapet håper vi med denne rapporten – som både utgis i en kortversjon og i en fullversjon – kan bidra til en opplyst diskusjon om sykehusene både i det aktuelle området og med mulig overføringsverdi til liknende saker andre steder i landet.

Oslo, august 2020.

Gunnar Gussgard
Daglig leder
Kommunekonsult AS

Forord Bunadsgeriljaen

Noe har skjedd. Det du holder i hånda di nå er et håndfast bevis på det. På kort tid oppstod det en bevegelse med utgangspunkt i fødeavdelingen i Kristiansund. Tilfeldighetene skulle ha det til at Anja Solvik stod bunadskledd utenfor fødeavdelingen og oppfordret alle til å ta et bilde av seg selv iført bunad som et symbol på den motstanden befolkningen følte i møte med at fødeavdelingen ble vedtatt lagt ned. Lite visste hun og alle vi andre hva slags ild som ble tent. Mange tusen har siden oppdaget at det staselige festplagget også kan brukes som kampplagg. For nå kjemper vi. Kjemper for å beholde en helt grunnleggende trygghet i det å ha operative lokalsykehus i byene i Molde og Kristiansund. Vi mener at vi er utsatt for et helsesystem som kun ser sentralisering av de mest sentrale helsetjenestene som det eneste saliggjørende. Men de har ikke tatt hensyn til menneskets evne til å organisere seg, og Bunadsgeriljaen er et ypperlig eksempel på det; verdens første totalt fredelige geriljabevegelse, kun bevæpnet med tradisjonsrike bunader og evne til å flekse muskler og snakke fra hjertet.

Denne rapporten er et uttrykk for det; vår evne til å vise muskler. Det er en seriøs og gjennomarbeidet rapport bestilt av bunadsgeriljaen, utført av Kommunekonsult. Folket i Kristiansund har gitt midler for å få gjennomført en slik analyse, som har vært ønsket siden dag en. Vi skulle gjerne sett at denne hadde blitt bestilt for lenge siden. Og siden dag en i geriljaens historie har ønsket ligget der om en mer faktabasert analyse. Siden konklusjonen tydelig viser at konsekvensene av å legge ned lokalsykehuset i Kristiansund kan bli store for befolkningen, ønsker vi å utfordre og forplikte politikere og beslutningstakere. Hva om det var en feilbeslutning som ble foretatt da man vedtok å bygge et fellessykehus? Dette ønsker vi svar på. Denne rapportens konklusjon forplikter! Bunadsgeriljaens kamp for likeverdige helsetjenester er seig, og vi gir oss aldri. Til det er kampen for viktig.

Denne analysen har kostet! Vi takker Kommunekonsult for å være imøtekommende med ressurser. Vi takker også Karin Ibenholt, daglig leder i Samfunnsøkonomisk analyse AS som sammen med daglig leder av Bunadsgeriljaen har forfattet kapittelet om føden. Anja Solvik har det siste halvannet året ervervet seg mye kunnskap om norsk fødselsomsorg, derfor var det naturlig å benytte seg av hennes kunnskap til dette.

Takk til rapportens forfattere; Professor emeritus Bjarne Jensen, Høgskolelektor Ingrid Uthaug, Statsautorisert revisor John A Ødegård, Leder av Bunadsgeriljaen Anja Solvik og Karin Ibenholt. Det er med stolthet denne rapporten presenteres. La den være et uttrykk for vår kamp og konklusjon; det er aldri for sent å snu.

Kristiansund, august 2020
Sindre Stabell Kulø
Styreleder, interimstyret i Bunadsgeriljaen

1. Oppsummering av analysen og konklusjon

Problemstilling

I denne analysen sammenlignes det planlagte Fellessykehuset for Nordmøre og Romsdal på Hjelset i Molde inkludert distriktsmedisinsk senter i Kristiansund med å beholde og utvikle sykehus både i Kristiansund og Molde. De sentrale spørsmål er:

- Hvilket alternativ er best egnet til å sikre innbyggerne på Nordmøre og i Romsdal det beste og tryggeste tilbud av spesialisthelsetjenester?
- Er det mest samfunnsmessig lønnsomt å utvikle dagens to sykehus eller bygge Fellessykehus på Hjelset?

Den psykiatriske delen ivaretas på Hjelset i Molde og distriktspsykiatrisk senter i Kristiansund. Denne rapporten gjelder de somatiske sykehustjenester.

Oppsummering av virkninger av Fellessykehus

De forventete positive effekter av Fellessykehuset er større fagmiljø samlet ett sted og driftsmessige gevinster på 100 millioner kroner per år. Samlet blir imidlertid fagmiljøet ved Fellessykehuset mindre enn det de to sykehusene har i dag. De 100 millioner kroner som skal spares i driftsutgiftene ved oppstart av Fellessykehuset, innebærer at antall faglige stillinger må reduseres med mere enn 100 årsverk i forhold til hva de to sykehusene har i dag. Dette kommer i tillegg til reduksjon i stillinger på alle sykehusene i Møre og Romsdal som følge av krav til generell effektivisering på 400 millioner i HMR (HMR Langtidsbudsjett for HMR 2021-2031 august 2020).

De andre forhold som skal tas hensyn til i en samfunnsøkonomisk analyse er negative for Fellessykehuset på Hjelset sammenlignet med å beholde to sykehus:

- Samlete virkninger av faktorer som kan tallfestes økonomisk – investeringer/kapitalkostnader, driftsøkonomi og reise-/transportkostnader – er negative.
- Pasientgrunnlag og inntekter blir lavere for Fellessykehuset enn for sykehus i hver av byene Kristiansund og Molde. Dette vil ha en negativ effekt på det framtidige helsetilbudet til innbyggerne i dette området. Årsaken er at det må forventes pasientflukt til St. Olavs Hospital i Trondheim og Orkdal og andre sykehus utenfor Møre og Romsdal. Våre anslag er at inntektene må forventes redusert med mellom 100 og 200 millioner kroner.
- Kvalitet på sykehustjenester er vanskelig å måle. Forskning indikerer at større sykehus og sykehussammenslåing ikke gir bedre kvalitet på sykehustjenester som små og store sykehus ivaretar. Dagens to sykehus skårer godt på kvalitetsindikatorene for sykehustjenester, og er på linje med andre sykehus i Norge. Derfor er det samlet sett vanskelig å se at en kan påregne bedre kvalitet ved Fellessykehuset enn det en kan oppnå ved to sykehus.
- Når det gjelder fødetilbud og barselomsorg vil Fellessykehuset gi klart dårligere tilbud for det store flertall av innbyggerne på Nordmøre enn tilbudet de får ved sykehuset i Kristiansund. For kvinner i Romsdal vil fødetilbudet kunne bli bedre ved en ny fødeavdeling.
- De fleste faktorer som påvirker rekruttering av personale kommer dårligere ut for Fellessykehuset enn ved to sykehus sentralt i byene. Derfor må en forvente at Fellessykehuset på Hjelset får større utfordringer med rekruttering enn dagens to sykehus. Det gjelder særlig sykepleiere og helsefagarbeidere. Det er personellgrupper det forventes størst mangel på i årene som kommer.
- Reisetid og avstand til sykehus blir vesentlig lengre for de fleste innbyggere på Nordmøre, men også noe lengre for de fleste i Romsdal.
- To sykehus gir bedre beredskap og samfunnsikkerhet enn ett sykehus.
- Virkninger for miljø er klart negative.

- Virkninger for arbeidsplasser og utvikling av næringsliv i Kristiansund og på Nordmøre og byutvikling for Kristiansund vil være svært negativ ved nedlegging av sykehuset. Det gjelder for det første bortfall av omlag 400 heltidsarbeidsplasser ved dagens sykehus. Det er da antatt at vel 100 arbeidsplasser beholdes ved et distriktsmedisinsk senter. Ringvirkningene er anslått til vel 50 prosent, slik at det vil redusere antall heltids arbeidsplasser i annen næringsvirksomhet og offentlig virksomhet med omlag 200 arbeidsplasser. Det er dramatisk i en situasjon hvor antall arbeidsplasser i olje og gassvirksomheten forventes redusert og behovet for ny næringsvirksomhet er stor. Sykehus er en viktig lokaliseringsfaktor for ny næringsvirksomhet. Det forhold at flertallet av arbeidsplassene flyttes til Molde oppveier ikke de negative virkningene for Kristiansund.
- Nærhet mellom spesialisthelsetjeneste og kommunehelsetjeneste svekkes.
- Ny sykehusstruktur skaper sårbarhet ved overgang til ny struktur.

Behov og kapasitet for sykehustjenester

Behovet for sykehusbehandling for innbyggerne på Nordmøre og i Romsdal vil øke kraftig (anslag 35 prosent fra 2014 til 2030). I all hovedsak skyldes det flere innbyggere over 70 år. Økningen fortsetter etter 2030. Det økte behovet er forutsatt dekket ved at kommunehelsetjenesten overtar mere, mere dagbehandling og bruk av pasienthotell, poliklinikk og ved generell effektivisering. Den beregnede kapasitet når det gjelder liggedøgn er anslått til å bli lavere enn i dag. Tilsvarende beregninger ble lagt til grunn for kapasiteten ved bygging av nytt sykehus for Akershus (Ahus), sykehuset for Østfold på Kalnes og nytt sykehus i Kirkenes. Åpningen av disse sykehusene er blitt skandalepreget fordi de ikke har klart å dekke behovet for døgnbehandling blant annet uten å ty til korridorpasienter og bruke enerom til flere og mangel på rom for ansatte.

Kostnader sykehustjenester i Møre og Romsdal

HMR ligger på landsgjennomsnittet når det gjelder kostnader på sykehustjenester målt ved gjennomsnittskostnader per DRG. Det er ikke utarbeidet slike kostnadstall for de enkelte sykehusene i Møre og Romsdal. Tallene for aktivitet og bemanning indikerer at sykehuset i Kristiansund er mere effektivt enn sykehuset i Molde. Kostnadsnivået for de andre helseforetakene i Helse Midt – St. Olavs Hospital og Helse Nord Trøndelag – er vesentlig høyere enn for Helse Møre og Romsdal.

Det er tatt klare forbehold om økonomisk bæreevne for investeringen i vedtaket om å bygge Fellessykehus på Hjelset. Prosjektet i seg selv har ikke økonomisk bæreevne. Kravene til økonomiske innsparinger i HMR for å finansiere Fellessykehuset er ikke i nærheten av å være oppfylt. Økte kapitalkostnader og lavere inntekter betyr større krav om innsparinger og reduksjon i bemanning og drift i hele HMR når Fellessykehuset tas i bruk. I Langtidsbudsjettet for HMR 2021- 2031 er det, som nevnt, forutsatt generelle innsparinger hvert år fram til Fellessykehuset tas i bruk økende til 400 millioner kroner per år. I tillegg kommer innsparinger på 100 millioner kroner per år særskilt for Fellessykehuset på Hjelset (SNR).

Andre forhold hvor det er behov for ny vurdering

I dag legges større vekt på miljøkonsekvenser enn i 2014. Miljøkonsekvensene ved Fellessykehuset sammenlignet med å utvikle dagens to sykehus er klart negative særlig på grunn av vesentlig større transport- og reiseaktivitet for ansatte, pasienter og besøkende. Samfunnssikkerhet og beredskap bør revurderes ut fra erfaringene med covid-pandemien. Fellessykehuset er planlagt slik at sykehusaktiviteten for hele Nordmøre og Romsdal blir trengt sammen i ett kompakt sykehusbygg. Ut fra beredskap og samfunnssikkerhet må det være klart bedre med sykehus i hver av byene. Det kan også stilles spørsmål ved fornuften i å bygge ett nytt sykehus på en tsunami-utsatt tomt.

Sykehuset i Molde og sykehuset i Kristiansund er mellomstore sykehus. Av de 49 sykehusene i Norge er i henhold til Nasjonal sykehusplan 20 mindre enn sykehuset i Kristiansund. Molde er median-sykehuset dvs. det er like mange sykehus som er større og mindre enn sykehuset i Molde. Påstandene om at de to syke-

husene hver for seg ikke har helsefaglig bæreevne holder ikke. Det er også nylig bygget og under planlegging sykehus med lavere befolkningsunderlag enn sykehusene i Molde og Kristiansund. Eksempler er Stokmarknes, Kirkenes, Mo i Rana og Sandnessjøen og Hammerfest.

Kvaliteten på sykehustjenester kan, som nevnt, ikke påregnes å bli bedre med Fellessykehuset. Lavere bemanning og kapasitet, svekket tilgjengelighet og større økonomiske utfordringer for HMR peker i motsatt retning.

Plan- og beslutningsprosessen som endte med Fellessykehuset på Hjelset, har vært ekstremt uryddig. De mest sentrale personer i ledelsen og styrer i HMR og HMN ble i sluttfasen av beslutningsprosessen plutselig skiftet ut. Den har vært gjenstand for gransking i Stortinget og er til og med prøvet rettslig. Prosessen mangler legitimitet og aksept blant det store flertall av innbyggerne på Nordmøre. I beslutningsprosessen i helseforetakene etter 2010 er det ikke kommet klart fram at i en samfunnsøkonomisk beregning kommer sykehus i begge byene klat bedre ut enn alle alternativer for Fellessykehus.

Konklusjon

Dagens sykehus i Molde trenger utbedring og nybygg. Det som bygges på Hjelset i Molde bør være erstatning for sykehuset på Lundavang og ikke Fellesssykehus. Da kan sykehuset på Hjelset skaleres ned til nærmere 40 000 m^2 og gjennomføres til en lavere investeringsramme enn den som er vedtatt. Sykehuset i Kristiansund kan videreføres uten store bygningsmessige kostnader. Slik kan en unngå å svekke miljøer i ortopedisk kirurgi og sikre innbyggerne på Nordmøre fortsatt nærhet til akutt og føde. Tilstedeværelse av de andre spesialiteter; pediatri, gynekologi og indremedisin, vil medføre et mere robust sykehustilbud. I pågående pandemi har vi sett eksempler på hvor sårbare sykehus kan være. Eventuell nedstenging av Fellessykehuset vil medføre at nærmeste sykehus for innbyggerne på Nordmøre og i Romsdal blir i Ålesund og Trondheim. Selv om HMR vil ha store økonomiske utfordringer vil de bli større om sykehuset i Kristiansund legges ned og erstattes av et distriktsmedisinsk senter. En investering på 5 milliarder kroner i Fellessykehus som gir dårligere sykehustjenester for innbyggerne på Nordmøre og i Møre og Romsdal bør, for ansvarlige og rasjonelle beslutningstagere, være uakseptabel.

2. Nærmere om problemstillingen og tidligere analyser

Formålet med rapporten

Hovedformålet med rapporten er å lage en samfunnsøkonomisk analyse hvor vi har vurdert hva som er best for innbyggerne og hva som er best i et samfunnsøkonomisk perspektiv:

- Fellessykehus for Nordmøre og Romsdal på Hjelset i Molde med distriktsmedisinsk senter i Kristiansund

eller

- Beholde og videreutvikle sykehusene i Kristiansund og Molde.

I analysen er også belyst nedlegging av sykehus i Kristiansund i forhold til den sykehusstruktur vi har ellers i Norge og i Midt-Norge. Vi har også gjennomgått sykehushistorien i Kristiansund og Molde og utrednings- og beslutningsprosess for nytt sykehus i Molde. Spørsmålet om fødeavdelinger er særlig grundig belyst i et eget kapitel om fødselsomsorg.

Den lange prosessen med planleggingen av nytt sykehus i Molde startet i 1986 rett etter at fylkeskommunen i Møre og Romsdal hadde ferdigstilt de nye sykehusene i Kristiansund og i Volda. Sykehuset på Lundavang i Molde var da det eldste sykehuset i fylket nybygget i 1960. Avdelingen for psykiatri var fortsatt lokalisert på Hjelset i Molde (Oppdøl) der deler av bygningene er fra 1913. Nå stod fornying av sykehuset i Molde for tur. Via en rekke utredninger og vedtak har konklusjonene variert med hensyn til lokalisering av sykehuset i Molde– Lundavang og Eikrem sentralt i byen og Hjelset (Oppdøl) vel 20 km fra byens sentrum. Etter helse-foretaksreformen i 2002 har det i prosessen gjentatte ganger også blitt reist spørsmålet om funksjonsfordelig mellom sykehusene i Molde og Kristiansund (fødeavdelinger og akuttfunksjoner) og om det skal være Fellessykehus for Nordmøre og Romsdal.

Selv om de grundige analysene i 2003/2004 og 2006 konkluderte med at det skulle være to fullverdige sykehus ble spørsmålet om Fellessykehus reist på nytt i 2010. En svært omstridt beslutningsprosess snudde tidligere konklusjoner og endte med vedtak om Fellessykehus på Hjelset i Molde og distriktsmedisnsk senter i Kristiansund. I tillegg til massive protester har sluttfasen av prosessen vært gransket av Stortingets kontrollkolmite og belyst rettslig ved søksmål fra Kristiansund kommune.

Innhold i en samfunnsøkonomisk analyse

Sykehus og andre spesialisthelsetjenester i Norge er et felles velferdsgode som i hovedsak fordeles etter innbyggernes behov for helsehjelp og finansieres i fellesskap av innbyggerne gjennom skatteinntekter. Derfor bestemmes den overordnete struktur for sykehus, prinsippene for yting av sykehustjenester og ressurstildeling til sykehusene av våre politiske organer. En samfunnsøkonomisk analyse er et verktøy eller hjelpemiddel slik at en kan utvikle tilbud og fordeling av fellesgoder; herunder sykehustjenester på en best mulig måte.

En samfunnsøkonomisk analyse innebærer å sammenligne, beregne og vurdere fordeler og ulemper ved alternative løsninger for utvikling av offentlige goder. Virkningene skal så langt som mulig tallfestes i økonomiske størrelser. Finansdepartementet har utarbeidet retningslinjer for hvordan slike analyser skal gjennomføres. I henhold til retningslinjene skal slike analyser gjøres før store offentlige investeringer vedtas for å oppnå best mulig disponering av skatteinntekter og andre offentlige inntekter og unngå sløsing med offentlige midler (Finansdepartementet 2016).

Fordelene i en slik analyse vil være knyttet til gevinster og resultater tiltaket skaper for innbyggerne og samfunnet, mens ulempene er knyttet til utgifter og andre negative virkninger tiltaket skaper. Derfor inngår

resultater for innbyggerne og samfunnet, driftskostnader/driftsutgifter og investeringer som sentrale elementer i slike analyser. Kvalitet på sykehustjenestene er helt avgjørende for resultatene av dem. Den er vanskelig og krevende å måle. For å komme fram til en samlet vurdering når det gjelder sykehustjenester må også tas med andre virkninger på samfunnsmessige forhold som:

- Tilgjengelighet sykehustjenester
- Samfunnsikkerhet og beredskap
- Transport og andre miljøvirkninger
- Regional utvikling – byutvikling og næringsutvikling
- Fordeling av arbeidsplasser, herunder viktige arbeidspalsser for kvinner
- Virkninger for fordeling av tjenestene
- Sårbarhet overgang til ny struktur

Det er ikke mulig å sette økonomisk verdi på alle forhold som skal inngå i en samfunnsøkonomisk analyse. Dessuten vil det alltid være usikkerhet ved økonomiske anslag på slike forhold. Alle og kanskje til og med de viktigste virkninger, kan ikke alltid tallfestes på en god og sikker nok måte. Likevel er metodikken – en systematisk vurdering og sammenligning av fordeler og ulemper ved et tiltak eller en investering – avgjørende for å komme fram til gode beslutninger og god bruk av våre felles offentlige midler og skatteinntekter.

I denne rapporten skal, som nevnt, to alternativer for å dekke behovet for sykehustjenester for innbyggerne på Nordmøre og i Romsdal vurderes og sammenstilles i en slik analyse:

- Utvikling av sykehusene i Kristiansund og i Molde (null-alternativet)
- Nytt Fellessykehus på Hjelset i Molde kombinert med distriktsmedisinsk senter i Kristiansund.

Helt konkret er de to alternativene sammenlignet og vurdert ut fra følgende faktorer:

Inntekter til sykehusene

- Basisinntekter og aktivitetsbaserte inntekter
- Vurdering av pasientgrunnlag og pasientflukt ved alternativene

Kostnader og utgifter for sykehusene

- Driftskostnader eksklusive kapitalkostnader herunder også overgangskostnader ny struktur
- Investeringer og kapitalkostnader – avskrivninger, renter og avdrag på lån
- Forskningsbaserte kunnskaper om kostnadseffekter ved fusjon mellom sykehus og sammenhenger mellom sykehusstørrelse og kostnader til sykehustjenester

Kvalitetsfaktorer

Kvalitet på sykehustjenestene

- Fagmiljø
- Rekruttering av personell
- Forskningsbaserte kunnskaper om kvalitet på sykehustjenester og sykehusstørrelse

Andre viktige forhold

- Tilgenghelighet herunder transportkostnader/transportulemper pasienter, personell og pårørende/andre besøkende
- Næringsutvikling og arbeidspalsser
- Steds-, by- og regionutvikling
- Samfunnssikkerhet og beredskap

- Miljø
- Sårbarhet ved endring i struktur

Ved systematisk gjennomgang av disse faktorene tror vi det er mulig å komme fram til en relativ sikker konklusjon om hvilket alternativ som er det beste for innbyggerne på Nordmøre og i Romsdal, og som er best i samfunnsøkonomisk forstand.

Hvorfor en samfunnsøkonomisk analyse nå?

Det bør gjennomføres en slik analyse nå fordi tidligere analyser er basert på sviktende forutsetninger, økonomiske virkninger er underkommunisert og for å gi et bedre beslutningsunderlag for utviklingen av sykehustjenester for Nordmøre og Romsdal. Det vil sikkert bli hevdet at det er for sent å gjøre en slik analyse fordi det er fattet vedtak om bygging av Fellessykehus på Hjelset i Molde, og at aktiviteten ved sykehuset i Kristiansund for Nordmøre skal legges ned og flyttes til det nye Fellessykehuset i Molde. Anbudsrunden for Fellessykehuset har imidlertid vist at de økonomiske rammer som er vedtatt for prosjektet er sprengt, og at det nå er behov for å krympe prosjektet. For å gjennomføre prosjektet var det i vedtaket også tatt klare forbehold om at Helse Møre og Romsdal HF (HMR) gjennomførte «effektivisering» i form av reduserte driftskostnader akkumulert til 600 millioner kroner per år over en periode på seks år. Hovedårsaken til at prosjektet er blitt utsatt er at foretaket ikke har maktet dette. Det er også påvist at HMR ikke har tilstrekkelig med inntekter til å bære de kapital – og driftskostnader investeringen og omleggingen medfører uten at aktiviteten må ytterligere reduseres. Helt eksplisitte forutsetninger i vedtaket om nytt Fellessykehuset i styret for Helse Midt Norge RHF (HMN) er derfor ikke oppfylt.

På grunn av avstanden til Hjelset er det lagt opp til et distriktsmedisinsk senter i Kristiansund med omfattende dagbehandling og poliklinisk virksomhet. For å unngå at den viktige aktiviteten i ortopedisk kirurg ved sykehuset i Kristiansund svekkes ved overflyttingen til Hjelset vurderes om det i Kristiansund skal være dagkirurgi knyttet til planlagt ortopedisk kirurgi. Det var ikke med i forutsetningen da Fellessykehus ble vedtatt. Det innebærer at innholdet i alternativet Fellessykehus på Hjelset er vesentlig endret sammenlignet med det prosjekt som lå til grunn for beslutningen, og den sykehusaktivitet som skal beholdes i Kristiansund vurderes utvidet. I tillegg opplever vi nå at en pandemi med betydelige virkninger for hvordan sykehustjenester, sykehuskapasitet og sykehusberedskap bør være.

Vi må være opptatt av å sørge for at innbyggerne får et best mulig sykehustilbud innenfor de økonomiske rammer som disponeres. Dersom resultatet av nytt Fellessykehus på 5 millarder kroner i investeringer gir innbyggerne i Møre og Romsdal og i særlig grad innbyggerene på Nordmøre et dårligere sykehustilbud, burde det være selvsagt at en slik avgjørelse revurderes.

Tidligere analyser

Det har vært gjennomført en rekke analyser av sykehusprosjekter for nytt sykehus i Molde. Etter hvert kom også inn spørsmål om det skal være ett eller to sykehus for Nordmøre og Romsdal, og om akuttfunksjoner og føde bør legges til ett av sykehusene eller beholdes som i dag ved begge sykehusene. Så lenge Møre og Romsdal fylkeskommune hadde ansvaret for sykehusene i fylket, det vil si fram til 1. Januar 2002, var det bred enighet om at det skulle være to sykehus med akuttfunksjoner i kirurgi og indremedisin og fødeavdelinger. Etter at staten overtok sykehusene fra og med 2002 har det vært fram og tilbake.

Først kom utredningen ny samla plan, som i 2004 konkluderte med to fullverdige sykehus i begge byene. Men nå skulle sykehuset i Molde lokaliseres til Hjelset.
Men allerede i 2005 foreslo direktøren i Helse Nordmøre og Romsdal endret funksjonsfordeling. Det nye sykehuset på Hjelset i Molde skulle overta akuttfunksjoner i kirurgi og indremedisin samt føde for hele Nordmøre og Romsdal. Det ble fulgt opp av styret i HNR. Dette ble imidlertid stoppet av den nye regjerin-

gen med statsminister Stoltenberg i spissen. Det skulle være sykehus i begge byene og begge sykehusene skulle ha akuttfunksjoner i kirurgi og indremedisin og fødeavdelinmger. Igjen startet ny utredning. I 2006 ble konkludert med at sykehuset i Molde skulle lokaliseres sentrumsnært til Eikrem i Molde. Et nytt sykehus med en samlet arealramme på 48 000 m^2 ble vedtatt. Men Helse Midt Norge hadde ikke økonomi til å gjennomføre utbyggingen. De hadde nok med å fullføre St Olavs Hospital.

I 2010 lansertte direktøren i HNR på nytt idene om fellessykehus med akuttfunksjoner og føde lagt til det nye sykehuset i Molde. Det skapte så stor turbulens at HNR ble slått sammen med Helse Sunnmøre til Helse Møre og Romsdal (HMR). HMR startet ny planlegging om det slulle være to sykehus eller Fellessykehus, og hvor nytt sykehus i Molde og eventuelt Fellessykehus skulle lokaliseres.

Hospitalitet AS 2010 og Hospitalitet 2012

De analysene Hospitalitet la fram i 2010 og 2012 er svært solide analyser. De viste at sykehus i begge byene kommer best ut både i bedriftsøkonomiske og samfunnsøkonomiske beregninger. Men konklusjonen ble underslått med bakgrunn i løse påstander om at sykehus i begge byene ikke var bærekraftig.

Oslo Economics AS 2012

Når det gjaldt beregninger av de økonomiske faktorene bygget Oslo Economics på analysene gjort av Hospitalitet as. Men perspektivet ble utvidet til å omfatte andre samfunnsmessige forhold som miljø, samfunnssikkerhet og beredskap, sårbarhet ved overgang til ny struktur, tilgjengelighet, rekruttering og kvalitet og regional utvikling, arbeidspalsser og næringsutvikling. I all hovedsak viste disse tilleggsanalysene at sykehus begge byene kom best ut også på disse faktorene.

Oslo Economics sammenlignet syv alternativer. Null-alternativet var utvikling av dagens sykehus i Molde og Kristiansund. Analysen konkluderte med at Fellessykehus bynært Molde kombinert med distriktsmedisinsk senter i Kristiansund var det beste alternativet (Oslo Economic 2012 s 110). På tynt grunnlag konkluderte rapporten med at null-alternativet – sykehus i Molde og Kristiansund – ikke var bærekraftig fordi de ikke ville klare å rekruttere nok fagfolk. (Oslo Economics s. 107) Alternativet med Fellessykehus mellom de to byene ble vurdert som det minste gunstige av alternativene.

Oslo Economics tok sterke forbehold for sin konklusjon, og skrev følgende i tilknytting til konklusjonen:

«Det vil også være mulig å vektlegge enkelte effekter annerledes enn Oslo Economics har gjort i denne utredningen, og således komme fram til andre konklusjoner enn vi har gjort»,

Det er, som nevnt, grunn til å merke seg at på de faktorene som er vurdert i økonomiske størrelser – investeringer, diftskostnader og transportkostnader for ansatte og pasienter – kommer Fellessykehuset vesentlig dårligere ut enn utvikling av dagens to sykehus både i analysene fra Oslo Economics og Hospitalitet i 2012. I analysen fra Oslo Economics skåret utvikling av sykehusene i Kristiansund og Molde best også på de fleste andre faktorer herunder beredskap, tilgjengelighet og miljøkostnader. Likevel ble påstått at å beholde sykehus i begge byene ikke var bærekraftig. Denne begrunnelsen bygget i hovedsak på at Fellessykehus ville gi større medisinsk fagmiljø og påstått bedre rekruttering av fagfolk og dermed også påstått høyere kvalitet på sykehustjenestene.

20 av dagens sykehus i Norge er mindre enn sykehuset i Kristiansund. Skulle det være riktig at fagmiljøene ved dagens to sykehus er for små til å være bærekraftig, må med andre ord 20 av dagens 50 sykehus i Norge nedlegges. Det gjelder til og med helt nybygde sykehus (Stokkmatknes og Kirkenes) og sykehus under planlegging (Hammerfest, Mo i Rana og Sandnesjøen). Det finnes heller ikke nasjonal eller internasjonal forskning på sykehusstørrelse som underbygger konklusjonen om at sykehusene i Kristiansund og Molde er

for små til å være bærekraftige. Dette skal vi komme tilbake til senere i rapporten. Konklusjonen at å opprettholde sykehus i hver av byene Molde og Kristiansund ikke er bærekraftig, er ren synsing uten dokumentasjon i fakta.

Analysen fra Oslo Economics viser at det er store negative vikrkninger for regional utvikling, næringsutvikling og arbeidspalssser for den byen som mister sitt sykehus. Hovedbegrunnelsen er at begge byene hadde god vekst i sysselsetting og arbeidsplasser de nærmeste årene fram til 2012. Dette er nå endret. Det hevdes også at Nordmøre og Romsdal er et felles arbeidsmarked. Det er det selvsagt ikke.
Det samlete pasientgrunnlag for sykehusene er også størst i null – alternativet. Pasientgrunnlag og dermed også inntektsgrunnlag ved nedlegging av sykehuset i Kristiansund er bare nevnt og ikke vurdert i analysen fra Oslo Economics. Det gjelder både at flere vil søke til sykehus i Trøndelag i stedet for Fellessykehus på Oppdøl og at ortopedisk kirurgi i Kristiansund kan svekkers vesentlig. Dermed overvurderes inntektsgrunnlaget for Fellessykehuset. Dette er hovedårsaken til at spørsmål om dagkirurgi i ortopedi i Kristiansund fem dager i uken er blitt reist (HMR Ortopedirapport 2019).

Analyser i Idefaserapporten 2014 og Konseptfaserapporten 2016

I Idefaserapporten fra 2014 og konseptfaserapporten 2016 skal også null-alternativet være med som alternativ til bygging av Fellessykehus på Hjelset. HMR påstår imidlertid at det ikke er nødvendig å gjennomføre en samfunnsøkonmisk analyse og har i stedet gjennomført en bedriftsøkonomisk analyse. Prinsippet for disse analysene er med andre ord hva som er økonomisk best for helseforetaket og ikke for samfunnet og innbyggerne som skal motta helsetjenestene. Det er imidlertid grunn til å merke seg at selv i en slik bedriftsøkonomisk analyse kom utvikling av dagens to sykehus i Molde og Kristiansund bedre ut enn Fellessykehuset på Hjelset. Det er derfor god grunn til å hevde at analysene som lå til grunn for beslutningen om Fellesssykehus på Hjelset var mangelfulle.

Dessuten er det åpenbart feilinformasjon når det som et hovedpremiss for å se bort fra 0-alternativet – å utvikle dagens sykehus i Kristiansund og Molde – i saksframlegget til styremøte den 18.12 2014 i Helse Midt Norge (HMN) da vedtaket om fellessykehuset på Hjelset ble gjort -skrives:

«0-alternativet gir lavere investeringsbehov enn øvrige alternativ, men er ikke egnet til å møte fremtidas krav og legger ikke til rette for å møte endringer i helsetjenestetilbudet i form av blant annet økt dagbehandling og poliklinikk. Alternativet vil heller ikke gi de pasientvolum og robuste fagmiljø som øvrige alternativene, og det blir en forlenget interimsperiode (til 2030) med høy risiko for svekkelser i tjenestetilbudet. Med de tiltak som er skissert er det heller ikke grunnlag for å oppnå reduserte driftskostnader.» (Saksfremlegget til styremøte i HMN 18.12 2014).

Påstanden om at to sykehus i byene gir dårligere grunnlag for økt dagbehandling og poliklinikk og lavere pasientvolum må åpenbart være feile. Det er det motsatte som er tilfelle.

I tillegg er det etter Idefaserapport og Konseptfaserapporten kommet vesentlig ny informasjon knyttet til:
- Pasientgrunnlag og inntekter
- Investeringer, størrelse målt i m^2 bygningsmasse og dermed sykehuskapasitet
- At negative miljøkostnader og økte transportkastnader tillegges større vekt
- At beredskap og samfunnsikkerhet også må vurderes i lys av Covid-pandemien

3. Bakgrunn for sykehusstriden Nordmøre og Romsdal – kort sykehushistorikk

Byenes sykehushistorie

Både Molde og Kristiansund har lange tradisjoner med sykehus. I Kristiansund ble det rundt 1830 etablerte et slags sykehus for fattige. I 1899 fikk byen, som da hadde et innbyggertall på cirka 8000, et større sykehus. Det var kommunen som stod for utbyggingen. Det var også finansiert med inntekter fra byens byens Samlag[1]. Tomten, Fruenget, var gitt som privat gave. Et større tilbygg på tomten stod ferdig i 1956. I 1986 stod dagens sykehus ferdig. Det var vedtatt av Møre og Romsdal fylkeskommune i 1974, og er bygget på samme tomt som det gamle sykehuset.

Molde-regionen har også lange tradisjoner med sykehus og pleieinstitusjoner. Reknes hospital ble bygget som leprahospital allerede i 1713. Det var et pleiehjem for leprapasienter. Lepra eller spedalskhet var utbredte i Norge lenger enn i andre land i Europa. Folk som ble rammet av Lepra ble fjernet fra sin familie og sine lokalsamfunn og tvangsisolert på leprahospitaler for resten av sitt liv. En trudde den gang at lepra var smittsom og isolering til lepra hospitaler skulle stoppe utbredelsen av spedalskhet (St Jørgens hospital 1993). [2] Da lepra etter hvert ble utryddet også i Norge ble Reknes, på linje med flere andre leprahospitaler, omgjort til tuberkulosesanatorium (1898). I 1960 ble det som var igjen av denne sykehusaktiviteten inkorporert da det nye somatiske sykehusbygget stod ferdig på Lundavang sentralt i Molde. Reknes lå opprinnelig i Bolsøy kommune. Delvis ble Bolsøy slått sammen med Molde gjennom byutvidelser. I 1964 ble Bolsøy en del av Molde kommune. Den viktigste forløperen til sykehuset i Molde på Lundavang er imidlertid Molde Amtssykehus opprettet av Romsdal Amt[3] i 1863.

I tillegg til disse somatiske sykehusene ble Oppdøl psykiatriske sykehus etablert som «asyl i landlige omgivelser» i Bolsøy kommune i1913 (Molde kommune fra 1964). Sykehuset ivaretok behovet for psykiatriske sykehustjenester både for Romsdal og Molde. Sykehuset på Oppdøl hadde den gang et fryktet rykte blant folk. Blant annet hadde Oppdøl fra slutten av 1930 tallet drevet omfattende med omstridte psykiatriske behandlingsmetoder – elektrosjokk, insulinsjokk og senere lobotomi – under primitive forhold og med svært begrenset medisinsk faglig personell. Oppdøl er imidlertid utviklet og ble valgt som sentralsykehus for viktige deler av psykiatrien i Møre og Romsdal. I forbindelse med trendene med desentralisering av psykiatriske tilbud og mere samordning mellom psykiatri og somatikk ble det organisert som en avdeling ved Molde sykehus på Lundavang, men fysisk fortsatt lokalisert til Oppdøl. Dagens hovedlokaliseringer av sykehus i Molde er derfor Lundavang sentralt i Molde med en psykiatrisk avdeling på Oppdøl (Hjelset).

---

1 Samlag var vanligvis en kommunal virksomhet som hadde monopol på brennevinsomsetning. Formålet var å kontrollere og begrense alkoholbruk som den gang var ett stort samfunnsproblem. Overskuddene i Samlagene ble brukt til allmennyttige tiltak og til å forebygge alkoholmisbruk. Vi fikk de første samlag i 1871 og etter hvert ble det etablert Samlag i de fleste bykommuner. Blant annet ble slike inntekter i bykommunene brukt til å finansiere sykehus, turnhaller, kulturinstitusjoner og vei og jernbaneprosjekter. Det er en alminnelig misforståelse å tro at tilskudd fra Samlag var private tilskudd. Da staten etablerte Vinmonopolet i 1918 tok det etter hvert over Samlagenes funksjon. Da staten selv ble eneeier av Vinmonopolet i 1938 ble loven om Samlag opphevet og gjenværende virksomhet overtatt av Vinmonopolet.

2 Leprahospitalene var de første «sykehus» i Norge. Det eldste, St. Jørgens hospital i Bergen, kan føre sine skriftlige kilder tilbake til 1300 tallet. Mens lepraen stort sett ble utryddet i andre land i Europa på 1700 tallet var den i Norge et stort helseproblem til slutten av 1800 tallet. Den norske legen Armauer Hansen isolerte og dokumenterte Leprabasillen i 1871, og utviklet metoder for å helbrede lepra. Det er en av de store medisinske oppdagelser i verden. Lepra omtales i dag også som Hansens sykdom. Lepra er fortsatt utbredt i land utenfor Europa.

3 Betegnelsen på Møre og Romsdal fylke var Romsdal amt fram til 1919. Da ble navnet endret til Møre fylke. I 1935 ble navnet endret til Møre og Romsdal fylke.

Sykehus i Kristiansund for innbyggerne på Nordmøre og i Molde for innbyggerne i Romsdal har derfor vært i kontinuerlig utvikling fra midten av 1800 tallet. Begge sykehusene er lokalisert sentralt i de to byene. Befolknings underlaget for sykehuset i Kristiansund er i henhold til Nasjonal sykehusplan 2016-2019 49000 innbyggere mens det i Molde er 80 000 innbyggere (Helse- og omsorgsdepartementet 2016). Det betyr at begge sykehusene i norsk målestokk er mellomstore (jf kapitel 8).

Fylkeskommunens planlegging av nytt sykehus i Molde

Med sykehusloven fra 1969 fikk Møre og Romsdal fylkeskommune fullt ansvar for begge sykehusene. I fylket var det da i alt fire somatiske sykehus lokalisert i de tre byene Kristiansund, Molde og Ålesund og i Volda.[4] Alle sykehusene har akuttfunksjoner og fødeavdelinger. I 1975 fikk vi en ny inndeling av sykehus i regionsykehus, sentralsykehus og lokalsykehus (St. Meld. Nr 9 1974-1975 Sykehusutbygging i et regionalisert helsevesen). Regionsykehus for Møre og Romsdal ble St. Olav hospital i Trondheim (tidligere betegnet som RIT), Ålesund ble sentralsykehus, mens de tre øvrige sykehusene ble lokalsykehus for sine innbyggere.

Før Ålesund ble valgt som sentralsykehus var det drøfting og diskusjon om en skulle utvikle Molde eller Ålesund til sentralsykehus. Sykehuset i Molde var mest sentralt beliggende i fylket, mens sykehuset i Ålesund hadde de beste bygningsmessige fasiliteter. Det var bygget i 1971, mens sykehuset i Molde lokalisert til Lundavang var fra 1960. Den psykiatriske delen på Opdøl var desuten langt eldre. Det ble reist spørsmål om det var mulig å ha to sentralsykehus. Det ble imidlertid avvist av Helsedirektoratet og Nasjonalt sykehusråd. Det endte så med at fylkestinget for Møre og Romsdal vedtok at Ålesund sykehus skulle utvikles som sentralsykehus.

I 1988, i tilknytting til sak 57/88 til Fylkestinget «Framlegg til helseplan for Møre og Romsdal – somatiske sjukehus – revisjon 1988» ble navnene til sykehusene i Møre og Romsdal på nytt drøftet. Det kom ikke fram uenighet om at sentralsykehuset skulle være i Ålesund. Navnet ble endret fra Fylkessjukehuset i Ålesund til Sentralsykehuset i Møre og Romsdal. Romsdal Budstikke hadde reistt spørsmål om sykehuset i Molde skulle omklassifiseres til type 1 sykehus, mens sykehusene i Kristiansund og Volda skulle klassifiseres som type 2. Da det ble klart for Fylkestinget at type 1 sykehus betydde funksjonsmessig det samme som sentralsykehus ble forslaget nedstemt (HMR 1988 Referat fra Fylkestinget sak T 57/88).

Hovedbyggene på Lundavang er bygget i perioden 1955-1965. Noen av byggene på Lundavang er også yngre fra perioden 1965 til 1980 og fra 1995 – 2001 (Myrbostad 2011 s 12/13 og Hovedfunksjonsprogram Fylkessykehuset i Molde 29.10 2001). Arbeidet med planlegging av utvidelse og fornying av sykehusbyggene på Lundavang ble startet etter at nybyggene stod ferdig i Volda og Kristiansund i 1986. Blant annet var det ønske om flytting av psykiatrien fra Oppdøl til Lundavang. Planene om utvidelser og fornying ble imidlertid ikke godkjent av fylkestinget i 1989 begrunnet med at fylkeskommunen ikke hadde økonomi til å gjennomføre planene da.

I 1997/1998 ble planarbeidet med fornying av sykehusbyggene på Lundavang (somatikk) og Hjelset/Oppdøl (psykiatri) og spørsmål om samling av psykiatri og somatikk til samme sted satt i gang igjen. Det var enighet om samling av disse to hovedfunksjoner. I 1999 ble utredet om samlingen skulle skje ved utvikling og bygging på Lundavang eller om det burde skje på Hjelset. Fylkestinget vedtok samling på Lundavang i 1999 (Sak T – 83/99A 15/16. desember 1999). Med utgangspunkt i vedtaket ble det gjennomført et grundig arbeid med planer for sykehusutbygging på Lundavang (Samla Plan). Det ble gjort et meget solid planarbeid med grundige behovsvurderinger og vurderinger av funksjoner basert på forventet utvikling i befolkning, sykdomsutvikling og framtidig teknologisk utvikling på sykehustjenester. Det ble lagt vekt på sterk vekst i poliklinisk behandling og dagbehandling. En anslo samlet arealbehovet for sykehuset til ca 70000 m^2, herunder 18 521 m^2 til psykiatri og 51 871 m^2 til somatikk og fellesfiunksjoner. Av psykiatribehovet ble planlagt 2500 m^2 ved et eget DPS.

4 Ålesund fikk sitt første sykehus i 1894/1904. Dagens sykehusbygg er fra 1971. Volda sykehus ble ferdig i 1938, eid av kommunene på Søre Sunnmøre. Dagens sykehusbygg var ferdig i 1986.

Det ble vurdert flere alternativer til utbygging og bruk av arealene på Lundavang. Tilgjengelig areal på tomten er 130 dekar. Utfordringen var knyttet til godt nok uteareal for psykiatriske pasienter. Investeringsanslaget for hele utbyggingen var mellom 2,8 og 3 milliarder kroner. Det var lagt opp til trinnvis utbygging og første byggetrinn var psykiatribygg for å flytte psykiatrien fra Oppdøl til Lundavang. Kilden for opplysningene er Hovedfunksjoner Fylkessjukehuset i Molde 29.10 2001 og saksfremlegget for fylkestinget fra desember 2001.

Fylkeskommunen og fylkestinget var selvsagt klar over at Stortinget i juni 2001 hadde vedtatt at ansvaret for sykehusene skulle overføres til statlige helseforetak, og at arbeidet med overføringen var i gang. Fylkestinget anbefalte at sykehusene og spesialisthelsetjenestene i Møre og Romsdal ble samlet i ett helseforetak. Staten lyttet ikke til rådet og splittet sykehusene i to foretak, ett for sykehusene på Sunnmøre og ett for Nordmøre og Romsdal. De la administrasjon og ledelse for sykehuset i Kristiansund og sykehuset i Molde til Molde. Mens ledelse og adminstrasjon for sykehuset i Volda og sykehuset i Ålesund ble lagt til Ålesund. I ettertid kan vi konstatere at dette ble opptakten til en meget uryddig og ødeleggende sykehusstrid om sykehusene i Molde og Kristiansund. Senere (2010) ble helseforetakene for Sunnmøre og Romsdal/Nordmøre slått sammen til Helse Møre og Fromsdal HF med ledelse og administrasjon i Ålesund.

Helseforetakenes planlegging av nytt sykehus i Molde

Fra 1. januar 2002 overtok, som nevnt, staten ansvaret for sykehusene og sykehusene i Molde og Kristiansund ble lagt under ett felles helseforetak for Nordmøre og Romsdal. Helseforetaksreformen og etableringen av et felles helseforetak for Nordmøre og Romsdal (HNR) ble starten på en ødeleggende strid om sykehusene i Molde og Kristiansund og mellom Nordmøre og Kristiansund og Romsdal og Molde. Etter vår vurdering er det tre hovedårsaker til dette:

- Dels at de to sykehusene ikke fikk egen ledelse, men en felles ledelse for helseforetaket plassert sammen med sykehuset i Molde både for sykehuset i Kristiansund og Molde. I realiteten var det derfor en ledelse ved sykehuset i Molde som fikk lov til å regjere over sykehuset i Kristiansund nærmest som det var en filial til sykehuset i Molde. Kristiansund sykehus manglet stedlig ledelse som kunne ivareta sykehusets interesser, utvikling og rekruttering av personale.
- Dels at helseforetaket ble en del av Helse Midt Norge Regionhelseforetak (HMN). Regionhelseforetaket brukte det som var av finansielle ressurser til utbygging av regionsykehuset St. Olavs i Trondheim. De hadde derfor ikke økonomi til å gjennomføre utbygging av sykehuset i Molde slik fylkeskommunen ville evnet.
- Dels at styrene og administrasjonen i helseforetakene er sammensatt slik at de både mangler innsikt i fagområdet og politisk innsikt – evnen til å balansere mellom sterke motstridende interesser – slik fylkeskommunene og fylkestingene har.

I det etterfølgende er gjennomgått de viktigste vedtak/planer i forbindelse med prosessen etter at staten overtok sykehusene fram til vedtak om å satse på Fellessykehus i Molde på Hjelset/Oppdøl.

Det nye styret i HNR HF tok ikke hensyn til planarbeidet fylkeskommunen med fylkestinget som overordnet beslutningsorgan hadde gjennomført. Det satte i stedet i gang et helt nytt planarbeid, sin såkalte Samla Plan for utviklingen av sykehustjenestene for Nordmøre og Romsdal. Det ble starten på en ny og langt sterkere strid enn tidligere om lokalisering av sykehuset i Molde. Spørsmål om Fellessykehus eller sykehus i begge byene og om begge sykehusene skulle ha akuttfunksjoner og fødeavdelinger eller om disse funksjonen skulle legges til ett av sykehusene (funksjonsfordeling) er de sentrale spørsmål. Den nye styrelederen fra næringslivet, Arnt Wærnes, lanserte allerede i januar 2002 en ide om å bygge fellesssykehus for Nordmøre og Romsdal omtrent midt mellom byene i Batnfjorden. Det skapte så stor strid og konflikter at både styreleder og styret ble fjernet etter knapt fem måneder.[5]

5 Styreleder var næringslivsmann og KRF politiker Arnt Wærnes fra Kristiansund

Samla Plan resulterte i en utredningen hvor fire alternativer for sykehustjenester på Nordmøre og i Romsdal ble utredet:

- To likeverdige sykehus
- Funksjonsfordeling hvor begge sykehusene har akuttfunksjoner og fødeavdelinger
- Funksjonsfordeling hvor et sykehus har akuttfunksjonene og fødeavdelingen
- Ett Fellessykehus.

Planen ble sendt ut på høring i 2003. Kun 9 av av 94 høringsinstanser støttet alternativet Fellessykehus. Flertallet av høringsinstansene støttet alternativet hvor begge sykehusene skulle ha akuttfunksjoner og fødeavdelinger. Styrets vedtak gikk også ut på at det skulle være to sykehus begge med akuttfunksjoner og fødeavdelinger. Men sykehuset i Molde skulle lokaliseres til Hjelset (Oppdøl) i stedet for, som fylkestinget hadde vedtatt, Lundavang. Det ble også foreslått mindre midlertidige investeringer ved Oppdøl og Lundavang. I 2004 konkluderte HMN med å gi tilslutning til to-sykehusmodellen og en begrenset utbygging av sykehuset på Lundavang. HMN konkluderte også med at på daværende tidspunkt hadde ikke helseforetaket økonomi til å gjennomføre investeringene i nytt sykehus på Oppdøl i Molde. Regionhelseforetaket la likevel fram finasieringsbehovet for Helsedepartementet. Konklusjonen fra departementet var at HMN hadde utfordringer nok med å finansiere St. Olavs Hospital i Trondheim, og at det ikke var økonomi til flere store prosjekter nå.

(2) I 2005 ble det utarbeidet en ny strategisk plan for HMR. I den forbindelse foreslo direktøren i HNR ny funksjonsfordeling mellom sykehusene i Molde og Kristiansund. Akuttfunksjoner og fødeavdeling skulle samles i det nye sykehuset på Hjelset i Molde. Det skapte så stor strid at direktøren i HNR måtte slutte. Ordførerne i Molde og Kristiansund gikk så inn for at begge sykehusene skulle ha akuttfunksjoner og fødeavdelinger. I regjeringsforhandlingene mellom de rødgrønne i 2005 stoppet Jens Stoltenberg de konfliktskapende grepene fra HNR ved uttalelse til Tidens krav (Tidens krav 28 september 2005) om at Kristiansund og Molde begge skal ha fullverdige sykehus. Fødeavdeling og akuttfunksjoner i Kristiansund skal ikke flyttes til Molde. Planlegging av sykehuset i Molde skal skje etter disse prinsipper. Styrene i HNR og HMN gikk så i 2006 inn for å lokalisere nytt sykehus i Molde sentrumsnært til Øvre Eikrem. I perioden fram til 2010 var det stadige diskusjoner mellom HNR, HMN og Helse og Omsorgsdepartementet om økonomien i sykehusprosjektet, og økonomien til HNR og HMN. Det gjaldt også betydelige merutgifter knyttet til utviklingen av St. Olavs Hospital i Trondheim. Arealrammen for sykehuset på Eikrem i Molde var vel 48 000 m^2 og investeringsrammen 2,5 milliarder kroner. (Myrbostad 2011 s 18-28)

(3) Ny storstrid ble skapt i 2010. Tidligere redaktør i Tidens Krav; Tore Dyrnes, karakteriserte det med ordene Annus Horibiles (Dyrnes 2010). Striden ble utløst av en utredning fra HNR hvor direktøren konkludert med at samling av akuttfunksjoner ved Molde sykehus ville gi lavere kostnader og bedre tilgjengelighet enn ved sykehuset i Kristiansund. Dette førte til at en arbeidsgruppe ved Kristiansund sykehus utarbeidet en analyse over konsekvensene av å samle sykehusfunksjonene for HNR ved å utvide sykehuset i Kristiansund. Konklusjonen var at dette alternativet ville gi lavere kostnader enn bygging av nytt sykehus med tilsvarende funksjoner i Molde. Denne utredning ble aldri realitetsbehandlet (Myrbostad 2011 s 28). Direktøren i HNR anbefalte at akuttfunksjoner og fødeavdeling for Nordmøre og Romsdal ble lagt til det nye sykehuset i Molde. Styret for HNR behandlet forslaget 24. februar 2010 og sluttet seg til anbefalingen.

Denne saksbehandling og vedtaket utløste så stor strid at de tillitsvalgte i Kristiansund uttrykte mistillit til administrerende direktør og styret. Men styret og direktøren opprettholdt sitt vedtak, og ba om Helse og omsorgsdepartementets vurdering. I sin tilbakemelding konkluderte departementet med at alternativet med ett sykehus kan utredes, men krevde full ny utredning. Dette reagerte ledelsen i HNR kraftig på, og uttalte at det medførte en utsettelse av sykehus i Molde med minst 5 år (Myrbostad 2011 s 29/30).

Påstanden i ettertid om at Kristiansund kommune nærmest var den instans som er ansvarlig for vedtaket

om Fellessykehus er feil. Det var ledelsen i HNR i Molde, som igjen tok opp denne prosessen, og i spissen gikk direktøren og flertallet i styret. Kristiansund forsvarte sitt sykehus ved å påpeke det selvsagte; at en vel så bra løsning ville være å utvikle sykehuset i Kristiansund som Fellessykehus.

(4) I denne turbulente situasjonen stoppet hele prosessen med nytt sykehus i Molde på Eikrem opp. Helse og omsorgsdepartementet foreslo at helseforetakene for Nordmøre og Romsdal skulle slås sammen med helseforetaket Sunnmøre til ett helseforetak for Møre og Romsdal (HMR). Med andre ord i tråd med det fylkestinget hadde anbefalt i 2001. Dermed var det ett nytt foretak med ny ledelse som måtte starte planleggingen av sykehus i Molde på nytt.Vi kjenner nå til hvordan den nye utrednings- og beslutningsprosessen utviklet seg til et skandaløst samrøre og konflikter mellom politikere og administrative ledere. På en lite flaterende måte involverte det helseminister Høie, statsråd Strøm Erichsens statssekretær Roger Ingebrigtsen og Stein Kinserdal styreleder for HMR. Sistnevnte hadde fått uriasposten i beslutningsprosessen. Styreleder Kinserdal, innsatt av HMN, har åpenbart en uheldig dobbeltrolle som administrerende direktør for Sykehuset i Vestfold HF. Der hadde de erfaring med samling av sykehusene i Vestfold til sentalsykehuset i Tønsberg og nedleggese av sykehusene i Sandefjord og Larvik. Men glemte de at avstander og geografi er helt annerledes i Vestfold enn i Møre og Romdal?

Sluttprosessen for utredning av hvor Fellessykehuset skulle lokaliseres ble svært turbulent. Prosessen var i ferd med å ende med en anbefaling om bygging av fellessykehus nært Kristiansund. Men plutseliog skjedde det store utskiftinger i ledelsen – både i styrene og den administrative toppledelse – i HMN og HMR. Først ble styreleder i HMN, Marthe Styve Holthe tvunget til å trekke seg. Hun var pålagt å fjerne administerende direktør i regionhelseforetaket; Trond M. Andersen. Begrunnelsen for at han skulle fjernes var formelt at de ansatte ikke hadde tillit til han. Utspringet for det var tilitsvalgte fra Molde sykehus. Men det reelle var nok at Andersen ikke ville gi sterke instruksjoner om lokaliseringsvalg til Hjelset i Molde i prosessen med utredning av tomtevalg for Fellessykehuset. Statsråd Høie innsatte da ny styreleder i HMN Ola Strand. Det nye styret tvang administrerendse direktør til å gå av. Daniel Haga ble konstituert som ny administerende direktør. HMN fjernet John Harry Kvalshaug som styreleder i HMR, og satte inn Kinserdal som ny styreleder.. Styreleder Kinserdal «fisket» for å få direkte signal fra statsråd Høie om tomtevalg og oppfattet det slik at Høie pekte på Hjelset i Molde. Dette har Høie benektet overfor Kontroll og konstitusjonskomiteen i Stortinget. Det ble så sterkt press mot administrerende direktør Astrid Eidsvik om hvilket tomtevalg hun skulle innstille på. Hun var sannsynligvis i ferd med å innstille på Storbakken nært Kristiansund. Presset om å instille på Hjelset ble så vanskelig for henne at hun valgte å trekke seg fra stillingen som administrerende direktør to dager før hun skulle legge fram sitt forslag til tomtevalg. Hun fikk en god økonomisk sluttpakke. Prosessen ble i ettertid gransket av Stortingets kontrollkomite. Kristiansund kommune har prøvd å omstøte beslutningen rettslig uten at det kunne føre fram.

Oppsummering

Når så viktige samfunnsmessige beslutninger som nedlegging av sykehus og tomtevalg for et nytt offentlig sykehus skal gjøres kreves det grundige og velfunderte utredninger basert på fakta og kunnskaper om sammenhenger og virkninger. Gjennomgangen av utrednings – og beslutningsprosessen, som førte til vedtak om bygging av Fellessykehus for Nordmøre og Romsdal på Hjelset i Molde kommune og nedlegging av sykehuset for Nordmøre i Kristiansund kommune, viser at beslutningsunderlaget er mangelfullt og misvisende. Utredningsmessig er det mest kritikkverdig at det obligatoriske nullalternativet – videreføring og driften av sykehusene i Molde og Kristiansund – ikke er gjennomført på en god måte i de samfunnsøkonomiske vurderingene som ble gjort etter at staten overførte sykehusene fra fylkeskommunene til statlig eide helseforetak i 2002.

4. Behov og kapasitet sykehustjenester Nordmøre og Romsdal

Oversikt

Møre og Romsdal har fire sykehus. I tabell 1 er gitt en oversikt over de fire sykehusene og deres bruttoareal i dag og behovet for areal fram mot 2030[6]. Kilden for denne oversikten er utredningen fra Hospitalitet as fra 2012. Der ble behovet for sykehustjenester og arealbehov ved alternative løsninger for Nordmøre og Romsdal belyst og oppsummert på oppdrag fra HMR (Hospitalitet 2012). Møre og Romsdal har i utgangspunktet tre relativt velfungerende sykehus – Ålesund, Volda og Kristiansund, og et sykehus – Molde – med større bygningsmessige utfordringer. Den pågående striden om hvordan problemene ved sykehuset i Molde skal løses har også skapt store og helt unødvendige problemer for sykehuset i Kristiansund.

Tabell 1 Sykehus Møre og Romsdal i 2012 og behov 2030 Brutto m² Hospitalitetet 2012

	I dag	2030	vekst
Kristiansund	20608	26858	30%
Molde	26693	42439	60%
Ålesund	68000	78246	15%
Volda	13958	20154	44%
Sum	129250	167697	30%

Framtidig behov for sykehustjenester avhenger av befolkningsutvikling, utvikling i framtidig sykdomsbilde, medisinsk teknologisk utvikling og hvordan vi velger å løse helseutfordringene våre. I prognosene for framtidige behov har Hospitalitet, HMR og HMN vurdert alle disse forholdene. Det er tatt hensyn til at samordningsreformen vil bidra til at en større del ivaretas av kommunehelsetjenesten. Videre at det skjer en betydelig vridning fra døgnbehandling ved sykehusene til at tjenestene i større grad ivaretas gjennom poliklinikk, dagbehandling og bruk av pasienthotell. I tillegg forutsettes at liggetid ved sykehusbehandling blir ytterligere redusert i årene som kommer

Spesielt avgjørende for behovet er utviklingen i den eldre del av befolkningen fordi de har vesentlig høyere behov for sykehustjenester enn yngre aldersgrupper. I tabell 2 er gitt en oversikt over den forventete befolkningsutvikling for Romsdal og Nordmøre som ble lagt til grunn for planleggingen av nytt sykehus i Molde. Samlet folketall forventes å øke med 14 prosent fra 2011 til 2030. Det som har størst betydning for behovet for sykehustjenester er økningen i aldersgruppene over 67 år. Forventet økning fra 2011 til 2030 ble anslått til 61 prosent. Denne økningen fortsetter også etter 2030.

Tabell 2 Folketall Nordmøre og Romsdal lagt til grunn

	2011	2030	vekst
Innbyggertall i alt	116.566	133.148	14
Innbyggere over 67 år	17535	28202	61

Når det gjelder de bygningsmessige forholdene er det uttalt følgende om sykehuset i Kristiansund (Hospitalitet 2010):

6 Bruttoarealene er i 2019 oppgitt å være noe høyere enn i tabell 1; Kristiansund 22108 m², Volda 15 820 m², Ålesund 78495 m², mens Molde er litt lavere 26 020 m² (Helse Møre og Romsdal Utviklingsplan 2018). Behovstallene for 2030 er også noe høyere; tilsammen 173 717 m² brutto, sammennlignet med anslagene på 167 697 i 2012.

«Arealene i Kristiansund sykehus er i god stand og lar seg tilpasse til framskrevet aktivitet i 2025 med normalt vedlikehold og noen bygningsmessige tilpasninger. Bygningene er anslått å kunne ha en levetid på minst 30 år med moderat rehabilitering og tilpasning.»

Med andre ord sykehuset i Kristiansund som er på vel 20 000 m^2, vil med normalt vedlikehold og noen bygningsmessige tilpasninger fungere tilfredsstillende minst fram til 2040 i henhold til eksperters vurderinger. Investeringskostnadene ved å erstatte arealene ved sykehuset I Kristiansund med nybygg vil med byggekostnader på 80 000 kroner per m^2 utgjøre 1,6 milliarder kroner. Det vil i årene som kommer også være behov for utbygging og rehabilitering av sykehusene i Volda og Ålesund; jf tabell 1. Bruk av så store midler til å erstatte et velfungerende sykehus framstår i en slik situasjon som lite fornuftig økonomisk. Det bekreftes av de økonomiske beregningene Hospitalitet AS og Oslo Economics gjorde i 2012 (Oslo Economics 2012 s 114-120). I de økonomiske beregningene Hospitalitet AS har gjennomført i 2012 kommer nullalternativet (sykehus i begge byene) klart best ut sammenlignet med alle alternativer for Fellesssykehus. I de konkrete beregningene er tre økonomiske forhold tatt med:

- Investeringskostnader
- Driftskostnader og bemanning
- Transportkostnader

Hvor store merkostnadene er til Fellessykehuset er avhengig av omfanget av dagbehandling og poliklinisk virksomhet i den byen som mister sitt sykehus. Netto er nåverdi av samlede kostnader mellom en og to milliarder kroner høyere ved å utvikle Fellessykehus mellom byene eller i den ene byen enn å beholde sykehus i begge byene. Analysen av andre forhold som skal tillegges vekt i en samfunnsøkonomisk beregning – tilgjengelighet, beredskap, samarbeid med kommunehelsetjenesten og sykehusene, miljø, de regionale negative virkninger for Kristiansund og Nordmøre når det gjelder arbeidsplasser og næringsutvikling og sårbarhet ved overgang til ny struktur – viser, som nevnt, at for dem kommer også utvikling av sykehus i begge byene vesentlig bedre ut enn Fellessykehus mellom byene eller i en av byene.

Det har vært hevdet at Fellessykehus gir større fagmiljø og det vil gi bedre rekruttering, og at bedre rekruttering vil gi bedre kvalitet på sykehustjenestene. Men en nærmere analyse av forholdene som påvirker rekruttering indikerer at Fellessykehus så langt fra bysenteret i Molde som Hjelset ligger (20 km til tomten på Hjelset i Molde) indikerer at rekruttering blir vanskeligere. Påstanden både i Idefaserapporten og innstillingen til styrene er til og med at sykehus i begge byene ikke er bærekraftig på lang sikt på grunn av framtidige rekrutteringsproblemer (HMR 2014 og HMN 2014). Det er ren synsing og har ikke grunnlag i faktabaserte kunnskaper. I den forbindelse kan også vises til at det både er nybygget og planlagt utbygging av flere sykehus i Norge som er mindre enn sykehuset i Kristiansund (Kirkenes, Stokkmarknes, Mo i Rana, Sandnesssjøen og Hammerfest). Omlag 20 av dagens sykehus er mindre enn sykehuset i Kristiansund og må i tilfelle også nedlegges. Det gjelder også sykehus i Midt-Norge. Både sykehusene i Volda og Namsos er mindre enn sykehuset i Kristiansund.

Nærmere om utviklingen i behovet for sykehustjenester for Nordmøre og Romsdal

I tabell 3 og 4 er angitt behovet for framtidige sykehustjenester og sykehusbehandling for dem som sokner til sykehusene i Kristiansund og Molde (Hospitalitet 2012). Behovet for sykehustjenester vokser kraftig fram mot 2030. Det gjelder spesielt behovet for polikliniske tjenester og dagbehandling hvor veksten er anslått til henholdsvis 54 og 90 prosent for begge sykehusene. Antall personer som trenger døgnbehandling øker også, men ikke så mye. Samtidig forutsetter en at liggetid reduseres. Samlet antall liggedøgn ved sykehusene er derfor anslått til å bli lavere i 2030 enn i dag.

Tabell 3 Sykehustjenester 2011 og anslag behov 2030 Molde sykehus

	2011	2030	Vekst pst
Døgnbehandling	9578	10043	5
liggedøgn	40225	34676	-14
Gjennomsnittlig liggetid	4,20	3,45	
Dagbehandling	6638	12631	90
Poliklinikk	74504	114614	54
Observasjon/pasienthotell		8155	

Tabell 4 Sykehustjenester 2011 og anslag behov 2030 Kristiansund sykehus

	2011	2030	Vekst pst
Døgnbehandling	6662	7057	6
liggedøgn	25876	22619	-13
Gjennomsnittlig liggetid	3,88	3,21	
Dagbehandling	4877	9209	89
Poliklinikk	46228	71367	54
Observasjon/pasienthotell		5705	

Spørsmålet er om det er realistisk at døgnbehandling øker så svakt og at antall liggedøgn går så kraftig ned spesielt tatt i betraktning at det økte behovet kommer fra de eldre aldersgrupper. Erfaringene fra de nye sykehusene i Kirkenes, Kalnes (Østfold) og Akershus Universitetssykehus viser at behovet for døgnopphold og liggedøgn ble anslått for lavt. Den prognosemetodikk som er brukt har undervurdert behovet for liggedøgn i de nye sykehusene. Resultatet er blant annet flere korridorpasienter og at enerom blir brukt av flere (Granskingsrapporten Kalnes-utbyggingen fra 2020, kronikk i Aftenposten 27.07 2020 «Norske sykehus bygges for små» av Rime visepresident i Den norske legeforeningen og Utne leder av Overlegeforeningen og kronikk i Aftenposten 05.08 2020 «Sykehus skal dimensjoneres riktig» av Lofthus, administrerende direktør Helse SørØst RHF og Frich viseadministrerende direktør Helse SørØst RHF).

Det bør også understrekes at gjennomsnittlig liggetid ved sykehuset i Kristiansund er vesentlig lavere enn i Molde. Bemanningen (hele stillinger) ved sykehusene i Kristiansund og Molde er (Hospitalitet 2012):

- Kristiansund 508
- Molde 1099

Bemanningen i Molde er over dobbelt så stor som i Kristiansund. Mens somatisk pasientbehandling i Molde er mellom 36 og 66 prosent høyere enn i Kristiansund (varierer avhengig av hvilken aktivitet som måles jf. tabell 3 og 4). Når det gjelder kvalitetsindikatorene for sykehus skårer begge sykehusene godt og relativt likt på den mest brukte; overlevelse 30 dager etter sykehusbehandling. Det gjelder totaloverlevelse, overlevelse etter hjerne – og hjerteinfarkt. Sykehuset i Molde skårer ikke så godt som sykehuset i Kristiansund på overlevelse ved behandling etter hoftebrudd. Selv om aktiviteten i psykiatri er vesentlig større i Molde enn i Kristiansund indikerer disse tallene at sykehuset i Kristiansund er mere effektivt enn sykehuset i Molde.

Alternative løsninger for nytt sykehus i Molde

Alternative løsninger for nytt sykehus i Molde er relativt grundig utredet i analysen fra Hospitalitet i 2010 og 2012 (Hospitalitet 2010 og Hospitalitet 2012). De alternativer som er vurdert er:

- Nullalternativet – utvikling av sykehusene i Molde og Kristiansund,
- Nytt fellessykehus sentrumsnært i en av byene (maks 20 km fra sentrum) med distriktsmedisinsk senter og dagbehandling i den andre byen
- Fellessykehus mellom byene med og uten distriktsmedisinsk senter sentralt i begge byene.

I nullalternativet – sykehus sentrumsnært i begge byene – er arealbehovet til sykehuset i Kristiansund anslått til i underkant av 27 000 m^2 i 2030. I dag har sykehuset vel 20 000 m^2. Her er det derfor ikke nødvendig med store investeringer på kort sikt da bygningsmassen er tilfredsstillende. I Molde er det behov for vel 42 000 m^2. Her er bygningsmassen ikke tilfredsstillende og det er behov for nybygg og vesentlig rehabilitering. Samlet arealbehov i 2030 ved å beholde sykehus sentralt i begge byene er anslått til vel 69 000 m^2. Investeringskostnadene ble anslått til 3,3 milliarder kroner i 2012.

Det samlede arealbehov ved nytt fellessykehus i Molde inkludert distriktsmedisinsk senter i Kristiansund er også anslått til vel 69 000 m^2. Den store forskjellen er imidlertid at da er det behov for vesentlig større nybygg fordi sykehuset i Kristiansund må erstattes. Kostnadene til dette alternativet ble anslått til 5,5 milliarder i 2012. Bynært sykehus er definert som at sykehuset ikke ligger lengre enn 20 km fra bysenteret. Dermed kommer Hjelset akkurat innenfor maksimal avstand for å bli definert som bynært Molde.

Anslaget på arealbehov for Fellessykehus mellom byene er på vel 72 000 m^2. Årsaken er at da vil det være behov for distriktsmedisisnsk senter med dagbehandling og poliklinikk både i Kristiansund og Molde. Investeringskostnadene blir derfor også høyest ved dette alternativet. Alternativet Fellessykehus mellom byene uten poliklinikk og dagbehandling i byene gir lavest arealbehov og investeringskostnader. De fleste vil mene at et slikt alternativ er helt urealistisk å gjennomføre.

Idefaserapport 2014 og Konseptfaserapport 2016

I Idefaserapporten 2014 er det bare noen få sider om nullalternativet (HMR 2014 s 95-97). At dette alternativet kommer klart best ut i de økonomiske beregningene er ikke helt underslått, men alternativet avvises med ordene at det på lang sikt ikke er «bærekraftig» å ha sykehus i begge byene. De andre faktorene som skal tas hensyn til i en samfunnsøkonomisk analyse er ikke vurdert i Idefaserapporten. Det opplyses ikke i Idefaserapporten at dersom det ble gjort en samfunnsøkonomisk analyse hvor transportkostnadene var tatt med så ville null-alternativet kommet vesentlig bedre ut i den økonomiske beregningen sammenlignet med alternativene for Fellessykehus. Det opplyses heller ikke at sykehius i begge byene kommer best ut på de andre faktorene som skal med i en samfunnsanalyse. Derfor inneholder Idefaserapporten fra 2014, hvor nettopp valg av utbyggingsalternativ skal gjøres, ikke det informasjonsgrunnlag den skal inneholde. Idefaserapporten konkluderer med å anbefale Fellessjukehus bynært en av byene og DMS i den byen som mister sitt sykehus. Det angis ikke hvilken by som anbefales.

Administrerende direktør i HMR ville trolig anbefalt bynært Kristiansund. Hun sluttet med en betydelig lønnspakke rett før innstillingen skulle avgis. Styreleder i HMR hadde innhentet opplysninger fra Helseminister Høie, som ble tolket som om Helseministeren ville ha fellessykehus på Hjelset i Molde. Høie har i ettertid benektet at hans uttalelser til styreleder skulle tolkes slik (Gransking kontrollkomiteen i Stortinget).

Det areal som ble lagt til grunn for somatisk virksomhet i det anbefalte alternativ fra Idefaserapporten er 72159 m^2, herav 68935 m^2 på det nye Fellessykehuset og 4250 m^2 DMS for poliklinikk og dagbehandling i Kristiansund.

Tabell 5 Oversikt arealrammer nytt sykehus i Molde og fellessykhus. Bruttoareal m².

Utredning	Molde	Kristiansund	Mellombyene	Sum
Fylkes kommunen 2001	53202	27240		80442
Hospitalitet-2012				
Sykehus begge byene	42439	26858		69297
Fellessykehus bynærtMolde med DMS i Kr.sund	55655	13620		69257
Mellom byene	8252	8252	55655	72159
Idefase 2014				
Fellessykehus Molde (Hjelset) DMS Kr. sund	68935	4250		73185
Konseptrapport/Hovedfunksjonsprogram 2016 Fellesssykehus Hjelset Molde + DMS Kr.sund	54953	4250		59203

Konseptfaserapporten og funksjonsprogrammet fra 2016 anbefaler et betydelig lavere areal. Det er skalert ned til under 60 000 m². Arealet til DMS i Kristiansund er fortsatt 4250 m², mens arealet til Fellessykehus somatikk ca. 55000 m². Med andre ord betydelig lavere enn i Idefaserapporten. Størrelsen bearbeides nå videre for å tilpasse utbyggingen til bevilget investeringsramme på 4,23 milliarder kroner. I tabell 5 er angitt arealrammene som en har brukt som utgangspunkt for størrelsen på sykehusene i Molde og Kristiansund, fra fylkeskommunens vedtak i 2001 til Konseptfaserapporten i 2016. De viser en betydelig usikkerhet om arealbehov og at det er en tendens til at prosjektet krympes fram mot planlagt byggestart.

Pasientflukt

Både Oslo Economics og Hospitalitet AS peker i sine analyser på at pasientflukt kan skape utfordringer om sykehuset i en av byene legges ned. Dersom sykehus ble flyttet fra Molde til Kristiansund må en påregne at innbyggerne i Vestners og Rauma og i noen grad Molde, vil velge å bruke sykehuset i Ålesund. Det vil imidlertid ikke være en stor utfordring for HMR fordi det bare vil representere en flytting av pasienter til et annet sykehus i HMR. Dermed vil ikke en slik pasientflukt svekke pasient -og inntektsgrunnlag for HMR.

Dersom sykehuset i Kristiansund legges ned og aktiviteten flyttes til nytt sykehus i Molde må en påregne pasientflukt til St. Olavs Hospital i Trondheim og Orkdal. Det kan også bli pasientflukt til andre steder i landet. Det viser både spørreundersøkelser blant innbyggerne i Kristiansund og øvrige Nordmøre. En har allerede erfaring med innbyggernes valg av fødeavdeling når fødeavdelingen i Kristiansund er sommersavstengt. Innbyggerne i Surnadal, Halsa, Aure og på Smøla velger da å bruke fødeavdelingen i Trondheim og ikke fødeavdelingen i Molde. Innbyggerne i Kristiansund kan også velge å bruke fødeavdelingen i Trondheim.

Det nye Fellessykehuset skal ligge på Hjelset i Molde og ikke i sentrum som i dag. Det er imidlertid vanskelig å tro at nytt sykehus på Hjelset vil redusere pasientflukten fra Nordmøre om sykehuset i Kristiansund legges ned. Men nøyaktig hvor stor pasientflukten vil bli er vanskelig å si.

Tabell 6 Pasientstrøm til sykehus for innbyggerne i opptaksområde for sykehuset i Kristiansund. Prosentandeler 2014. (Kilde: Hovedfunksjonsprogram 2016 s 22-24)

	Kristiansund	Molde	Ålesund	St. Olav	Andre	Sum
Døgnopphold	55	15	5	21	4	100
Dagopphold	66	14	1	13	6	100
Poliklinikk	51	13	5	12	19	100

I tabell 6 er vist hvordan pasientstrømmen er for innbyggerne som sogner til sykehuset i Kristiansund i 2014 Allerede i dag er pasientstrømmene slik at for disse innbyggerne er St Olavs Hospital (Sykehusene i Trondheim og Orkanger) viktigere enn sykehuset Molde. Innbyggerne i Surnadal, Halsa og Aure bruker St. Olavs Hospital langt mere enn sykehuset i Molde. For eksempel er det ingen fra disse kommunene som velger føde i Molde når avdelingen i Kristiansund har vært sommerstengt. For Innbyggerne i Kristiansund, Smøla, Tingvoll og Averøy brukes St. Olavs nesten like mye som Molde når det gjelder døgnopphold. Mens bruken ved dagopphold og poliklinikk er noe større for Molde sykehus enn St. Olavs. Det er bare for innbyggerne i Gjemnes at Molde sykehus er vesentlig mere brukt enn St. Olavs Hospital.

Hvor mange som vil bruke sykehus utenfor HMR vet vi selvsagt ikke. Men at opp mot halvparten kan velge å bruke St. Olavs hospital og andre sykehus utenfor HMN dersom sykehuset i Kristiansund legges ned, er ikke usannsynlig. Innbyggerne fra Halsa er allerede tilordnet St. Olavs. En må forvente at innbyggerne i Surnadal, Aure og Smøla vil vurdere samme tilknytting. Hva innbyggerne i Kristiansund vil velge er mere usikkert.

Under alle omstendigheter må en påregne en vesentlig inntektssvikt og svikt i pasientgrunnlag for HMR dersom sykehuset i Kristiansund legges ned. Når pasientgrunnlaget svekkes reduseres også inntektene. Nedlegging av sykehuset i Kristiansund vil derfor helt åpenbart svekke HMR. Dersom pasientflukten går til St. Olavs Hospital svekkes ikke pasientgrunnlag og inntekter til HMN så mye siden HMR er en del av HMN.

Det er overveiende sannsynlig at inntektsreduksjon på grunn av pasientflukt ved nedlegging av sykehuset i Kristiansund er større enn mulige kostnadsreduksjoner ved å legge ned sykehuset og flytte aktiviteten til Fellessykehus i Molde. Derfor må HMR forvente en vanskeligere økonomisk situasjon dersom de legger ned sykehuset i Kristiansund enn de vil få om de beholder sykehus både i Kristiansund og i Molde. Det er påfallende at pasientflukt ikke er vurdert grundigere i Idefaserapporten i 2014 og Konseptfaserapporten i 2016. Det er åpenbart en forsømmelse fra ledelse og styret i HMR.

Når det gjelder virkninger av pasientflukt ved nedlegging av sykehuset i Kristiansund er det ikke så alvorlig for HMN så lenge pasientflukten går til St. Olavs Hospital. Da flyttes bare pasienter fra et helseforetak til et annet helseforetak i HMN. Samlet pasientgrunnlag og inntekter til HMN vil ikke påvirkes. Men også for HMN vil nedleggelsen være negativ fordi en også må påregne noe pasientflukt til sykehus utenfor HMN, og en kan forsterke et uheldig press mot St. Olavs Hospital.

I tillegg til at HMR taper, kan også Møre og Romsd som ett fylke tape. Det svekker Nordmøres tilknytting til Møre og Romsdal og styrker tilknytting til Trøndelag. Dersom dette bidrar til å sprenge Møre og Romsdal som fylke blir Molde, som administrasjonssenter, den store taperen.

Løsning nytt sykehus i Molde

Sykehuset i Kristiansund har over 20 000 m_2 lokaler som kan fungere som et godt sykehus med normalt vedlikehold mange år. Med en m2 pris for nytt sykehus på 80 000 kroner koster det investeringsmessig rundt 1,6 milliarder kroner å erstatte disse lokalene med nybygg. Ved å beholde sykehuset i Kristiansund kan arealrammen for det nye sykehuset på Hjelset i Molde reduseres ned mot 40 000 m^2 og gjennomføres med

en lavere kostnadsramme enn 4,2 milliarder kroner. Dette vil være en langt bedre økonomisk løsning for HMR enn Fellessykehus på Hjelset i Molde både for driftsøkonomi og investeringsøkonomi. For innbyggerne på Nordmøre vil dette gi bedre tilgjengelighet til sykehustjenester. Det vil være den mest miljøvennlige løsning. Det har store fordeler for samfunnssikkerhet og regional utvikling og arbeidsplasser. Sannsynligvis vil et sykehus sentralt i Kristiansund rekruttere helsepersonell minst like godt som et sykehus på Hjelset langt fra bysenteret i Molde. Da kan en beholde det viktige miljøet i ortopedisk kirurgi i Kristiansund, fødeavdeling og akuttberedskap i kirurgi og indremedisin uten store ekstrakostnader. Det legger også bedre til rette for det viktige samarbeidet mellom kommunehelsetjenesten og sykehusene. Med det nye sykehuset for Molde og Romsdal på Hjelset ligger det også bedre til rette for samarbeid mellom sykehusene i Kristiansund og Molde. Det er vanskelig å forstå at det kan hevdes at fellessykehus på Hjelset gir bedre kvalitet på sykehustjenestene for innbyggerne på Nordmøre enn å beholde sykehus i Kristiansund.

5. Økonomisk bæreevne, kostnader og økonomisk sammenligning fellessykehus kontra sykehus i begge

Oversikt

Helse Midt-Norge finansieres ved årlige bevilgninger fra Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) basert på økonomiske rammer som blir avklart under behandlingen av statsbudsjettet. Helse Midt-Norge har det overordnede ansvar for å dekke befolkningens behov for spesialiserte helsetjenester innenfor sitt geografiske område på kort og lang sikt. Det fordeler midler til de lokale helseforetakene som i sin tur har selvstendig ansvar for hensiktsmessig økonomiforvaltning innenfor egen virksomhet, herunder prioritering og fordeling av de tildelte midlene til drift og investeringer.

De årlige bevilgningene fra HOD påvirkes ikke av de regionale og lokale helseforetakenes varierende behov for midler til investeringer. For å sikre langsiktighet og forutsigbarhet i forvaltningen av tildelte midler over tid vedtar Helse Midt-Norge derfor hvert år langtidsbudsjett basert på regionale og lokale prioriteringer og vurderinger av fremtidig likviditetsbehov til drift og investeringer.

Fordelingen av likviditet til drift og mindre lokale investeringer m.v. besluttes av de lokale helseforetakene. Likviditet (egenkapital) til større investeringer og satsinger på regionalt nivå bygges opp i fellesskap, hvor fordelingen mellom de lokale foretakene er lik den andel de enkelte foretakene har i inntektsmodellen. Styret i helse Midt-Norge setter hvert år krav til resultatoppnåelse i de lokale foretakene, og foretakenes regnskapsmessige resultatet måles mot dette resultatkravet.

Økonomisk bæreevne

Helse Møre og Romsdal har ikke for noen av årene 2010 – 2019 klart å skape resultat i samsvar med resultatkravene (unntak 2010). I tabell 7 er resultat, resultatkrav og underdekning i forhold til resultatkrav for årene fra 2010 til 2019 gjengitt.

Tabell 7 HMR Resultater, resultatlrav og underdekning 2010-2019. 1000 kr.

År	Resultat	Resultatkrav	Underdekning
2010	315.652	283.240	29.412
2011	16.901	87.450	-70.549
2012	42.401	51.000	-53.240
2013	13.719	83.000	-96.719
2014	542.330	629.049	-86.718
2015	-35.175	76.600	-111.775
2016	-30.420	35.200	-65.620
2017	-112.117	12.238	-124.355
2018	-156.313	-81.800	-74.513
2019	-75.092	-29.000	-46.092

Kilde: Årsregnskap HMR 2010 – 2019, Egenkapitalnoten.

For perioden 2010 – 2019 er den samlede resultatmessige underdekningen i forhold til resultatkravet i overkant 700 millioner. Underdekningen har vært fortløpende adressert i rapporter, utredninger, styre- og foretaksmøter og i de årlige resultatkravene fra styret i HMN. Høsten 2014 inngikk styrene i HMN og HMR «Avtale om naudsynt omstillingsprosess i helseføretaket i perioden 2015 – 2021». Her avtales:

«Styret i Helse Midt-Norge RHF og styret for Helse Møre og Romsdal HF er blitt enige om følgende beskrivelse av den nødvendige omstillingsprosessen som skal sette Helse Møre og Romsdal HF i stand til å gjennomføre prioriterte investeringer i tråd med utviklingsplan for helseforetak og region:

1. *Iverksatt omstillingsarbeid for å bringe aktiviteten i Helse Møre og Romsdal i balanse med budsjettramme og resultatkrav, videreføres med full kraft. Dette innebærer følgende: 1. Fram til nytt sykehus for Nordmøre og Romsdal er planlagt ferdigstilt (perioden 2015-2021), vil Helse Møre og Romsdal HF ha behov for en årlig gjennomsnittlig effektivitetsforbedring på 1,8 prosent (tilsvarende 80-90 mill. NOK/år) i tillegg til andre merverdikrav begrunnet i endringer i finansieringssystem, statlige effektiviseringskrav, bortfall av særfinansiering, endringer i ISF etc. Innen 01.04.2015 legger Helse Møre og Romsdal HF fram forslag til langtidsbudsjett og tiltaksplan som skal tilfredsstille behovet for egenkapital og økonomisk bærekraft for helseforetaket. Dette skal bygge på de forutsetninger som ligger i langtidsplan og – budsjett for Helse Midt-Norge for perioden 2015-2020.*
2. *Budsjett for 2015 legger til grunn en resultatforbedring i tråd med effektivisering på minimum 1,8% i forhold til ramme 2014, slik at resultatkravet (76,6 mill. kr) nås i 2015. Helseforetaket utarbeider egne tiltaksplaner for dette som en del av budsjettarbeidet for 2015. Fra januar 2015 innføres jevnlige administrative dialogmøter mellom Helse Midt-Norge RHF og Helse Møre og Romsdal HF for å ivareta en tett dialog for å støtte og følge opp omstillingsarbeid og resultatutvikling.*
3. *Denne avtalen skal bidra til forutsigbarhet i omstillingsarbeidet og legges til grunn når Helse Midt-Norge rullerer regionens langtidsplan og budsjett.»*

Avtalen ble behandlet i foretaksmøte for HMR den 12.02.2015 som gjorde følgende vedtak:
«Føretaksmøtet viste til ovannemnte avtale og legg til grunn at Helse Møre og Romsdal HF legg planer for og gjennomfører naudsynte omstillingar i tråd med føringane i avtala. Føretaksmøtet ser at det er utfordrande å drive systematisk forbetrings- og omstillingsarbeid i den fyrste tida etter vedtak om lokalisering av Sjukehus Nordmøre og Romsdal (SNR). Samstundes understreker føretaksmøtet at eit forbetringsarbeid som gjev økonomisk effekt i tråd med avtala for perioden 2015-2021 er ein føresetnad for å kunne gjennomføre prioriterte investeringar innan MTU, IKT og bygg i føretaket og i regionen.

Føretaksmøtet vedtok: Avtala om naudsynt forbetrings- og omstillingsarbeid for å bringe aktiviteten i Helse Møre og Romsdal HF i balanse med budsjettramme og resultatkrav skal leggjast til grunn for styret sitt arbeid i 2015 – 2021».

Den 15.12.2015 vedtok styret i HMN ny finansstrategi med følgende begrunnelse:
Foretaksgruppen står foran store investeringer i årene som kommer. Gjeldende forutsetninger og økonomiske rammer gjør at foretaksgruppen på egen hånd må genere likviditet fra drift til helt eller delvis å finansiere disse investeringene. Dette innebærer at det er behov for effektivisering av driften med likviditetsmessige, varige effekter i helseforetakene.

Bygging av nytt Fellessykehus for Nordmøre og Romsdal, (SNR), og etablering av Distriksmedisinsk senter i Kristiansund ble vedtatt av foretaksmøtet i HMN den 19. 12.2014.
Følgende forutsetninger, (hensyntatt etterfølgende endringer), ble lagt til grunn for vedtaket:

- Investering 4,3 milliarder
- Finansiering; 70% lån, 30% egenkapital
- Samme innhold (funksjoner) som sykehusene i Kristiansund og Molde
- Økonomisk bæreevne på foretaksnivå

Revisjons- og konsulentfirmaet Ernst & Young fikk i 2016 oppdrag fra Helse Møre og Romsdal å utarbeide en bæreevneanalyse for SNR som viste om prosjektet kunne gjennomføres innenfor helseforetaket og det regionale helseforetakets økonomiske rammer, hensyntatt øvrig drift og investeringsbehov. Rapporten konkluderte med at både HMR og HMN under gitte forutsetninger hadde økonomisk bæreevne for SNR.

Forutsetningene var delt i to; prosjektuavhengige tiltak, rasjonalisering av driften og innsparinger som måtte gjennomføres uavhengig av Fellessykehus (SNR), og prosjektavhengige tiltak, det vil si tiltak som kunne gjennomføres som følge av Fellessykehus (SNR).

Ernst & Young la til grunn for bæreevnen at HMR måtte skape positiv fremtidig inntektsutvikling, samt redusere driftskostnadene med 100 millioner hvert år med varig virkning i perioden 2016 – 2021. I praksis betydde dette at driftskostnadene i 2016, før justering for aktivitetsnivå og prisendringer, skulle være 100 millioner lavere enn i 2015, i 2017 skulle de være 200 millioner lavere enn i 2015, og slik skulle det fortsette frem til 2021 da driftskostnadene skulle være 600 millioner lavere enn de var i 2015.

Videre ble det forutsatt at rasjonaliseringen og innsparingene skulle fortsette med 30 millioner hvert år med varig virkning fra og med 2022, det vil si etter at SNR sto ferdig og var tatt i bruk.

Sensitivitets- og scenarioanalyser for bæreevnen som er gjennomført, viser at bæreevnen for prosjektet er sensitiv for forutsetningene som er gjort knyttet til fremtidig inntektsutvikling, samt for budsjetterte kostnadstiltak i helseforetaket som ikke er spesielt knyttet til SNR.

Det er avgjørende å oppnå de budsjetterte kostnadstiltakene i perioden frem til ferdigstillelse av sykehuset for at HMR skal være i stand til å realisere Fellessykehuiset (SNR) uten at dette går ut over ordinær drift og andre investeringsbehov. Det er videre avgjørende for det regionale helseforetakets bæreevne for Fellessykehuset at både HMR og de andre helseforetakene i regionen oppnår de effektiviseringsgevinstene som er forutsatt.

Sensitivitets- og scenarioanalysene viser at forutsetningene om effektivisering før og etter innflytting er avgjørende for at foretaket skal være i stand til å realisere Fellesssykehuset (SNR) uten at dette går ut over den ordinære driften og andre investeringsbehov foretaket har. Videre viser analysene at forutsetningene om inntektsvekst i perioden frem til 2032 er viktig for nivået på bæreevnen.

Ernst & Young oppdaterte rapporten i november 2017. Basert på utviklingen i 2016 og 2017 var konklusjonen følgende:
HMR var i en anstrengt økonomisk situasjon i juni 2016 da opprinnelig rapport ble utarbeidet. Denne situasjonen har ytterligere forverret seg frem til november 2017. Foretaket har ikke klart å realisere de vedtatte besparelsene som lå til grunn i bæreevneanalysen for årene 2016 og 2017, og bæreevnen for prosjektet er derfor svakere enn den var i 2016. Det er avgjørende for foretakets bæreevne at vedtatt budsjett med hertil vedtatte kostnadskutt og effektiviseringer realiseres. Samtidig er nytt SNR avgjørende for at foretaket skal realisere de besparelsene som er planlagt i tiden etter innflytting.

Tallene viser at utviklingen i 2018 og 2019 har vært like nedslående sett i forhold til kravet om rasjonalisering og innsparing som de to foregående årene.

Årsaken til foretakets manglende evne til rasjonalisering og innsparinger skyldes tilsynelatende i alt overveiende grad kostnadsstrukturen.

I perioden 2011 – 2019 utgjorde lønn og sosiale kostnader i gjennomsnitt ca 70% av foretakets samlede kostnader, varekostnader i underkant av 12%, kjøp av helsetjenester i overkant av 5%, og avskrivinger i overkant av 3%. De resterende 10% er andre driftskostnader som for en betydelig del er faste, det vil si uavhengige av driftsnivået.

Foretakets samlede driftskostnader ligger i overkant av 6 milliarder pr år. Et årlig rasjonaliserings- og innsparingskrav på 600 millioner utgjør 10% av omsetningen, og det er vanskelig å tenke seg at dette kan

oppfylles uten at en vesentlig del tas fra posten lønn og sosiale kostnader. Oppsigelser i et slikt omfang som her synes nødvendig, pluss oppsigelser som følger av Fellessykehuset kan summere seg opp til et antall som ikke er langt unna å tilsvare samtlige ansatte ved sykehuset i Kristiansund.

Prosjektavhengige innsparinger som kommer som følge av at Fellessykehuset (SNR) bygges, såkalte sammenslåingseffekter, har Ernst & Young konkretisert og beregnet til vel 100 millioner pr år.

Sammenslåingen av sykehusene i Molde og Kristiansund er planlagt å bidra med årlige gevinster knyttet til bemanning på cirka 100 MNOK årlig etter at prosjektet er ferdigstilt. Gevinstene er blant annet knyttet til reduksjon av dublerte funksjoner, eksempelvis vaktordninger. I tillegg oppnås gevinster knyttet til blant annet bygningsdrift.

Kostnader i forbindelse med sammenslåingen, såkalte pukkelkostnader, er i Ernst & Youngs oppdatering av bæreevneanalysen fra 2017, uten nærmere konkretisering, anslått til 20 millioner pr år i to år. Realisering av disse besparelsene er avhengig av at Fellessykehuset (SNR) bygges stort nok til å inneholde alle funksjoner man hadde ved sykehusene i Kristiansund og Molde. Erfaring fra andre tilsvarende prosjekter er at pukkelkostnadene øker både beløps- og tidsmessig. Sykehuset Østfold er nevnt som et skrekkens eksempel på dette. Her er pukkelkostnadene steget til 300 millioner pr år, og foretaket budsjetterer med at de blir permanente.

Overføres dette til SNR er det risiko for at pukkelkostnadene blir 150 – 200 millioner pr år i stedet for en årlig besparelse på 100 millioner pr år.

Det er helt klart knyttet betydelig usikkerhet til hvorvidt det oppnås økonomisk besparelse ved å slå sammen sykehusene i Kristiansund og Molde.

Forutsetning økonomisk bæreevne ikke oppfylt

I mai 2020, vel 5 år etter at vedtak ble fattet, er ikke forutsetningene for realisering av Fellessykehuset (SNR) oppfylt. Det er enda ikke avklart om det er mulig å føre opp et sykehusbygg innenfor fastsatt kostnadsramme.

Forutsetningen om samme innhold som sykehusene i Kristiansund og Molde er heller ikke avklart. Anbudsprosessen måtte avlyses sommeren 2019 da det viste seg at det opprinnelig prosjekterte bygget ville overstige investeringsrammen med opp mot en milliard. Ny prosess er igangsatt som et såkalt samhandlingsprosjekt med byggherre og entreprenør som deltakere. Utfallet av denne prosessen, og svar på om man klarer å føre opp et bygg med tilstrekkelig kapasitet innenfor den fastsatte investeringsrammen, vil ikke foreligge før høsten 2020.

Forutsetningen om økonomisk bæreevne, som innebærer at foretaket økonomisk og likviditetsmessig skal kunne realisere prosjektet uten at det går ut over drift og andre nødvendige investeringer er ikke oppfylt – og vil med stor grad av sikkerhet heller ikke bli det.

Da beslutningen om Fellessykehuset ble gjort tok styret for Helse Midt Norge RHF (HMN) i foretaksmøte for Helse Møre og Romsdal (HMR) klart forbehold om at utbyggingen forutsatte bærekraftig økonomi for HMR. Det ble formulert slik i vedtaket pkt. 4 fra foretaksmøte for HMR i desember 2015 (Protokoll fra Foretaksmøte 15.12 2015):

«Styret understreker at en forutsetning for nytt Sykehus i Nordmøre og Romsdal er økonomisk bæreevne.»

Senere er kravene til økonomisk bæreevne i samsvar med vedtaket spesifisert til 100 millioner kroner i reduserte driftskostnader per år med varig virkning for HMR fra og med 2016 til 2021. Dette betyr at driftskostnadene 2021, før justering for endringer i i pris og volum, skulle være 600 millioner lavere enn de var i 2016. Ved innflyttingen er det forutsatt ytterligere innsparinger på 100 millioner kroner per år. («Avtale om naudsynt omstillingsprosess i helseføretaket i perioden 2015 – 2021» Avtale mellom styrene i HMN og HMR/Ernst & Young «Analyse av bæreevne for Sjukehuset Nordmøre og Romsdal» Utredning i forbindelse med konseptfaserapporten for SNR av 15. juni 2016 side 23 og 24).

Innsparingene gjelder i hovedsak reduksjon i lønnsutgifter. Derfor dreier det seg om redusert bemanning på mere enn 500 årsverk før innflyttingen og ytterligere vel 100 årsverk ved innflyttingen. Dette er ikke realistisk og HMR har ikke til nå klart å gjennomføre disse innsparingene. De må derfor forskyves i tid.

Langtidsbudsjett 2021-2031

I langtidsbudsjett for HMR 2021 – 2031 er det kommet nye tall og vurderinger fra HMR (HMR. Langtidsbudsjett 2021-2031. August 2020). Nærmere oversikt over hele det nye langtidsbudsjettet er gjengitt i sin helhet i tabell 8. Det er tatt inn innsparinger/effektivisering som akkumulerer seg til 400 millioner kroner per år fra 2021 til 2024. Disse innsparingene kommer i tillegg til at det er forutsatt innsparinger på 100 millioner på budsjettet for Fellessykehuset når det settes i drift.

Når tallene i LTB 2021 -2031 analyseres nærmere ser en at dette Langtidsbudsjettet ikke er realistisk. Det er forutsatt en kraftig økning i behovet for sykehustjenester. Men lønnsutgiftene må i faste priser reduseres fram til 2025 med vel 260 millioner kroner. Renter og avskrivninger, som i 2021 utgjør 181 millioner kroner, øker i 2025 til 383 millioner kroner. Det betyr at det samlede nivå på driftskostnader eksklusiv avskrivninger og renter i 2025 ligger på samme nivå som i 2021 i faste priser. De fleste skjønner at med sterk vekst i behovet for sykehustjenester er ikke dette realistisk.

Inntektene til HMR forutsetter på den andre side en vekst i faste priser på knapt en prosent per år i hele perioden 2021-2031. I disse beregningene og i Langtidsbudsjettet er det ikke tatt hensyn til reduserte inntekter som følge av forventet pasientflukt fra Nordmøre til St. Olavs Hospital og andre sykehus utenfor HMN. Langtidsbudsjettet til HMR bekrefter derfor at de økonomiske forutsetninger for gjennomføring av Fellessykehuset på Hjelset – at det ikke skal ramme drift og andre nødvendige investeringer – ikke er i nærheten av å være oppfylt.

Investeringsbudsjett i LTB 2021-2031

Bygging av nytt sykehus basert på anbudsprosessen i 2018 ville resultert i omlag en milliard kroner høyere investeringer enn budsjettert (5,3 milliarder i stedet for4,2/4,3 milliarder) eller en budsjettsprekk på over 20 prosent. Selve bygningen utgjør vel halvparten av investeringen. Resten er inventar og nødvendig medisinsk utstyr. Budsjettsprekken på 1 milliard synes bare å gjelde selve byggeprosjektet. Det understreker at hele prosjektet Fellessykehus trenger ny vurdering. I første omgang har det ført til utsettelse av bygging, og ny gjennomgang for å redusere kostnadene til bygging av Fellessykehus. Ambisjonen er at reduksjonen skal gjennomføres uten at det går ut over de krav Fellesssykehuset skal oppfylle.

I Langtidsbudsjettet for 2021-2031 er investeringsanslaget økt til 5 milliarder kroner i 2020 priser (HMR 2020). Det betyr at investeringskostnadene i Fellessykehus selv etter at bygget er krympet forventes å bli høyere enn 5 milliarder kroner når Fellessykehuset eventuelt står ferdig.

LTB 2021-2031 - Resultatbudsjett

Helse Møre og Romsdal HF

		Langtidsbudsjett										
Resultatbudsjett (beløp i hele tusen)	**2020**	**2021**	**2022**	**2023**	**2024**	**2025**	**2026**	**2027**	**2028**	**2029**	**2030**	**2031**
Basisramme	4 214 208	4 207 222	4 277 553	4 301 043	4 343 626	4 385 909	4 428 531	4 471 493	4 514 800	4 558 453	4 602 455	4 646 809
Kvalitetsbasert finansiering	28 516	28 516	28 516	28 516	28 516	28 516	28 516	28 516	28 516	28 516	28 516	28 516
ISF egne pasienter (inkl. kostn.krev. legem. utenf. sykeh.)	1 810 421	1 828 525	1 810 225	1 858 878	1 883 501	1 902 337	1 921 360	1 940 573	1 959 979	1 979 579	1 999 375	2 019 369
Gjestepasienter	53 500	53 500	53 500	53 500	53 500	53 500	53 500	53 500	53 500	53 500	53 500	53 500
Polikliniske inntekter	136 247	137 609	138 986	140 375	141 779	143 197	144 629	146 075	147 536	149 011	150 501	152 006
Øremerkede tilskudd	15 137	15 137	15 137	15 137	15 137	15 137	15 137	15 137	15 137	15 137	15 137	15 137
Utsatt inntektsføring (investeringstilskudd)	7 500	6 682	3 487	2 820	1 809	1 046	775	101	101	101	101	101
Andre driftsinntekter	374 928	381 138	381 138	381 138	385 699	389 912	391 097	390 511	389 944	389 396	388 866	388 354
Sum driftsinntekter	**6 640 457**	**6 658 329**	**6 708 542**	**6 781 407**	**6 853 567**	**6 919 554**	**6 983 545**	**7 045 907**	**7 109 513**	**7 173 693**	**7 238 451**	**7 303 792**
Kjøp av helsetjenester	296 655	296 655	296 655	296 655	296 655	296 655	296 655	296 655	296 655	296 655	296 655	296 655
Varekostnader knyttet til aktiviteten i foretaksgruppen	838 184	859 937	881 877	904 007	926 329	948 843	971 553	994 458	1 017 562	1 040 866	1 064 371	1 088 080
Innleid arbeidskraft	18 002	18 002	18 002	18 002	18 002	18 002	18 002	18 002	18 002	18 002	18 002	18 002
Lønn til fast ansatte	3 229 617	3 187 603	3 100 641	3 034 424	2 969 512	3 003 668	3 037 431	3 071 868	3 106 525	3 141 625	3 176 535	3 212 359
Overtid og ekstrahjelp	231 799	236 549	291 910	231 799	231 799	231 799	231 799	231 799	231 799	231 799	231 799	231 799
Pensjon inkl. arbeidsgiveravgift	608 614	608 614	608 614	608 614	608 614	608 614	608 614	608 614	608 614	608 614	608 614	608 614
Offentlige tilskudd og refusjoner vedr arbeidskraft	-158 518	-158 518	-158 518	-158 518	-158 518	-158 518	-158 518	-158 518	-158 518	-158 518	-158 518	-158 518
Annen lønn	498 477	498 477	498 477	498 477	498 477	498 477	498 477	498 477	498 477	498 477	498 477	498 477
Avskrivninger	185 000	178 428	168 484	168 714	179 907	331 082	344 599	339 167	338 538	325 735	317 595	257 885
IKT-kostnader	221 315	233 000	332 611	447 740	447 740	454 740	450 876	450 876	450 876	444 011	444 011	444 011
Kostnader knyttet til vedlikehold	55 297	55 297	55 297	55 297	55 297	55 297	55 297	55 297	55 297	55 297	55 297	55 297
Andre driftskostnader	596 996	610 254	614 690	619 785	668 089	582 390	532 390	532 390	532 390	532 390	532 390	532 390
Sum driftskostnader	**6 621 438**	**6 624 297**	**6 708 740**	**6 724 996**	**6 741 903**	**6 871 050**	**6 887 175**	**6 939 086**	**6 996 217**	**7 034 954**	**7 085 228**	**7 085 052**
Driftsresultat	**19 019**	**34 033**	**-198**	**56 411**	**111 664**	**48 504**	**96 369**	**106 822**	**113 296**	**138 740**	**153 223**	**218 740**
Finansinntekter	17 407	3 818	4 913	5 964	5 847	5 833	7 738	7 840	7 935	8 024	8 106	8 181
Finanskostnader	6 426	2 963	3 913	4 684	27 864	51 709	59 607	56 179	52 769	49 326	45 916	42 538
Finansresultat	**10 981**	**855**	**1 001**	**1 280**	**-22 017**	**-45 876**	**-51 870**	**-48 340**	**-44 834**	**-41 302**	**-37 811**	**-34 356**
Resultat før skatt	**30 000**	**34 888**	**802**	**57 691**	**89 647**	**2 627**	**44 500**	**58 482**	**68 462**	**97 438**	**115 413**	**184 384**
Skattekostnad	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Resultat	**30 000**	**34 888**	**802**	**57 691**	**89 647**	**2 627**	**44 500**	**58 482**	**68 462**	**97 438**	**115 413**	**184 384**

- *Effektivisering er førebels lagt inn under fast løn og overtid (vil kome tiltak som medfører endringar både på inntekter, varekostnader og løn)*
- *Økonomisk buffer er førebels lagt på overtid og ekstrahjelp*
- *Pukkelkostnad, interimsfase og innsparing SNR er førebels lagt inn på løn*
- *Kostnadar knytt til auka aktivitet er fordelt mellom varekostnader og løn(40-60)*

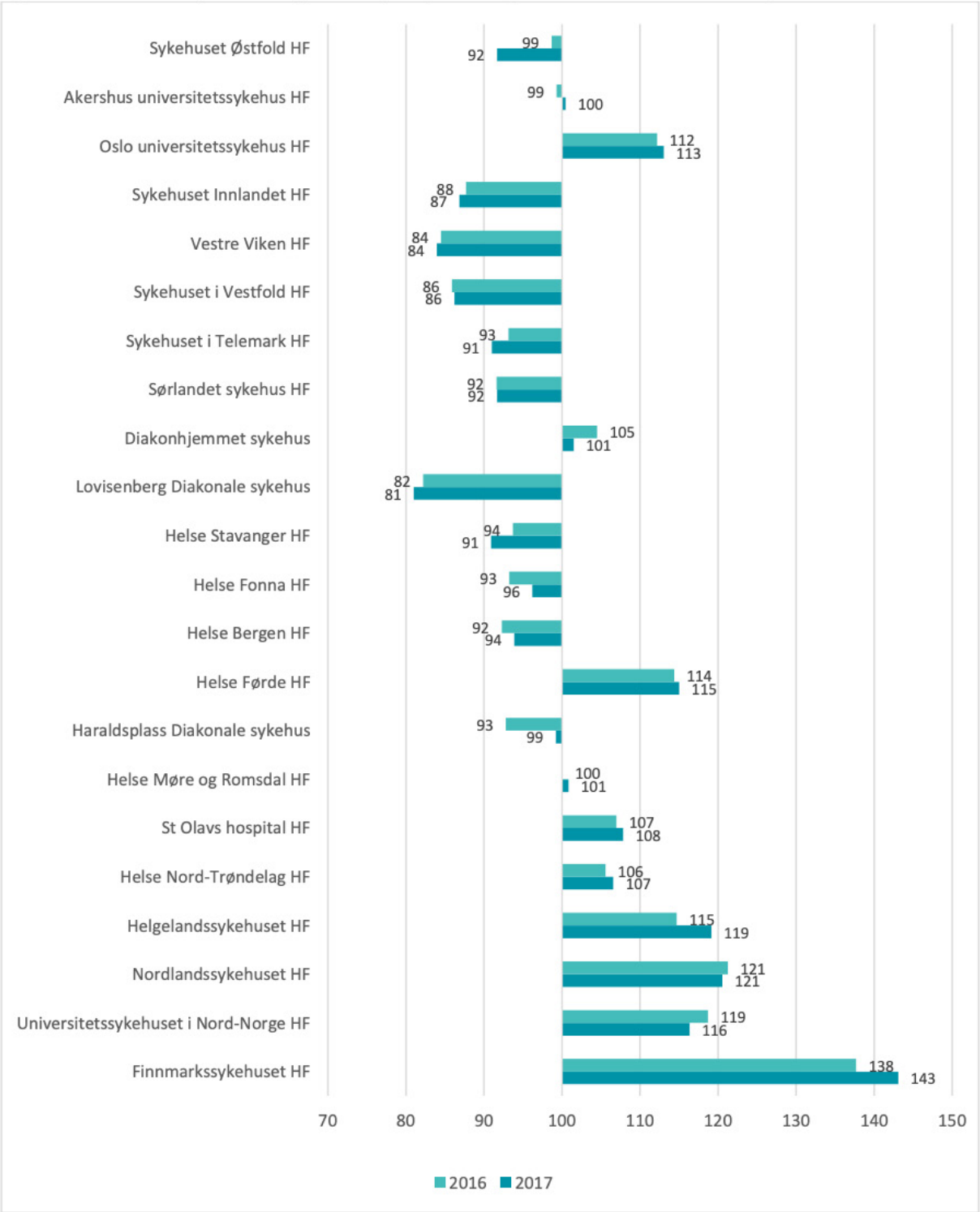
Tabell 8 Langtidsbudsjett HMR 2021-2031 (august 2020). 1000 kroner. Kilde HMR.

Kostnader sykehustjenester – HMR sammenlignet med andre helseforetak

Dersom HMR var et ineffektivt helseforetak ville muligheten til innsparinger være større enn om HMR drives effektivt. Samdata utarbeider økonomiske sammenligninger av kostnadsnivået i våre Helseforetak. Kostnadene sammenlignes ved å måIe gjennomsnittskostnader per DRG. Formålet med å måle DRG - poeng er å gi en oversiktlig beskrivelse av aktiviteten ved sykehusene. DRG systemet brukes også til å sammenligne sykehus, selv om disse skulle behandle helt ulike pasienter. DRG er et mål på hva sykehuset har «produsert». Gjennomsnittlige kostnader per DRG brukes så som et mål på det kostnadsnivå helseforetaket har.

I figur 1 er kostnadsnivået for helseforetakene våre sammenlignet for årene 2016 og 2017. HMR ligger omtrent på landsgjennomsnittet for helseforetakene våre. Nøyaktig på landsgjennomsnittet for 2016, mens det er 1 prosent over landsgjennomsnittet for 2017. De andre helseforetakene i HMN, St. Olavs hospital og Helse Nord-Trøndelag har vesentlig høyere kostnadsnivå enn Helse Møre og Romsdal. De ligger 7/8 prosent over landsgjennomsnittet og er etter dette mål vesentlig mindre effektive enn HMR. De helseforetakene som er mest sammenlignbar med HMR er helseforetakene i Nord-Norge og Helse Førde (Helseforetaket for Sogn og Fjordane). Alle disse helseforetakene har vesentlig høyere kostnadsnivå enn HMR.
Våre tall for aktivitet og bemanning indikerer klart at sykehusene i Kristiansund og Volda er de mest effektive sykehusene i HMR. Det er beklagelig at det ikke er lagt fram tall for kostnadene per DRG for de enkelte sykehusene i Møre og Romsdal. Mye taler for at det er det mest effektive sykehuset som er planlagt lagt ned. Det indikerer også at HMR vil få problemer med å redusere kostnadsnivået i HMR slik de har planlagt. Det er en forsømmelse at slike tall ikke er lagt fram i beslutningsprosessen om valg av sykehusalternativ for Nordmøre og Romsdal.

Fig 1 Kostnad per DRG for alle helseforetakene. Prosentandel. Landsgjennomsnittet er 100. Kilde Analysenotat 14/2018 Samdata spesialisthelsetjeneste.



Økonomisk sammenligning av alternativene sykehus i begge byer og Fellessykehus Hjelset

De økonomiske elementene i en samfunnsøkonomisk analyse av sykehus alternativene ble gjennomført av Hospitalitet AS (Hospitalitet 2012). De ble også brukt i Samfunnsanalysen fra Oslo Economics (Oslo Economics 2012 s 72-77, s114-12). Analysen fra Hospitalitet as er, som nevnt, godt faglig fundert. Det har ikke vært uenighet om hovedkonklusjonen når det gjelder de effekter som kan måles med økonomiske størrelser:

1. Investeringsutgiftene og kapitalkostnadene
2. Driftsutgiftene
3. Transportkostnadene

Når det gjelder investeringsutgifter og kapitalkostnader kommer utvikling av sykehusene i begge byene vesentlig bedre ut enn nytt Fellesessykehus på Hjelset. I Idefaserapporten er investeringskostnader ved sykehus i begge byene anslått til 3,3 milliarder kroner, mens alle alternativene for Fellessykehus er på ca. 5,6 milliarder kroner. For driftskostnader er det regnet med noen driftsmessige gevinster med Fellessykehus (102 millioner kroner per år i Idefaserapporten). Mens når det gjelder transport og reisekostnader er det vesentlig høyere kostnader ved Fellessykehus på Hjelset sammenlignet med å beholde sykehus sentralt i Kristiansund og Molde.

I en samlet beregning av faktorene investeringskostnader, driftskostnader og transportkostnader kommer sykehus i begge byene ut med en nåverdi som er mellom 1 og 2 milliarder høyere enn for Fellessykehus. Resultatet er avhengig av alternativ for Fellessykehus (Oslo Economics 2012). Hadde en tatt med virkninger på inntekter som følge av pasientflukt ville Fellessykehuset på Hjelset kommet enda mere negativt ut sammenlignet med å beholde sykehus i begge byene.

Hospitalitets analyse er beregnet i flere alternativer når det gjelder transportkostnadene. For ansatte blir de lavere dess flere bosetter seg nært Fellessykehuset på Hjelset. Transportkostnadene blir også lavere dess større omfang dagbehandling og poliklinikk får i Kristiansund. Mens det er motsatt effekt -transportkostnadene blir høyere dess flere ansatte blir boende i Kristiansund og sentralt i Molde og dess større del av poliklinisk behandling og dagbehandling skjer på Fellessykehuset på Hjelset. I alle alternativer kommer utvikling av sykehus mere sentralt i begge byene (null-alternativet) klart bedre ut enn Fellessykehuset på den samlede virkning av de effekter som kan måles i økonomiske størrelser.

I forbindelse med utarbeiding av idefaserapporten i 2014 (HMR 2014) er det utarbeidet nye beregninger knyttet til null-alternativet (å beholde sykehus i begge byene). Der er imidlertid bare gjort en ren bedriftsøkonomisk beregning. Det vil si det beregnes kun virkninger av investeringskostnadene og helseforetakets driftsutgifter. I denne beregningen kommer også sykehus i begge byene bedre ut enn alternativene for Fellessykehus. Men forskjellene er mindre. Transportkostnader og andre faktorer som må tas hensyn til er, som nevnt, ikke med der. Der hevdes at det ikke skal være samfunnsøkonomiske beregninger under henvisning til «Vegleiar nr 8 Null-alternativet» datert 28.04 2010 fra Finansdepartementet (Finansdepartementet 2010). Etter vår vurdering har de ikke dekning for denne fortolkningen. Informasjonsgrunnlaget i Idefaserapporten fra 2014 er derfor, som nevnt, mangelfullt som beslutningsunderlag for valg mellom Fellessykehus og sykehus i begge byene. De utelot de viktigste forhold som samfunnsøkonomisk gjør det lønnsomt å ha sykehus i begge byene – avstanden mellom de to byene og transportkostnadene. Derfor var sammenligningen mellom Fellessykehus og to sykehus i Idefaserapporten i 2014 ufullstendig og misvisende.

6. Kvalitet sykehustjenester fellessykehus kontra sykehus i begge byene

Oversikt

I den samfunnsøkonomiske analysen fra Oslo Economics konkluderes det med at kvaliteten på sykehustjenestene blir bedre med Fellessykehuset kontra å beholde sykehus i begge byene. Hovedbegrunnelsen er at Fellessykehuset gir større fagmiljø enn to sykehusene har hver for seg, og at større fagmiljø fører til bedre rekruttering av helsepersonell. Tas hensyn til at bemanningen må reduseres vesentlig for å oppnå økonomisk bæreevne for Fellessykehuset, kan det reises spørsmål om det blir større fagmiljø. Det er selvsagt riktig at Fellessykehuset får større fagmiljø enn det fagmiljø hver av sykehusene alene har i dag. Men det samlete fagmiljø de to sykehusene har i dag er større enn det fagmiljøet Fellessykehuset vil få.
Oslo Economics gikk så langt at de hevder at sykehus i begge byene ikke er bærekraftig, fordi de ikke vil klare rekruttering av helsepersonell (Oslo Economics 2012). Dette er fulgt oppe i administrasjonenes innstilling til vedtaket om Fellsssykehus (HMR Innstilling til styret 2014) Men dette mangler dokumentasjon.

En mere nøktern analyse av kvalitet på sykehustjenester ved Fellessykehus på Hjelset kontra sykehus i begge byene må ta utgangspunkt i flere forhold enn størrelse på fagmiljø. Viktige forhold er:

- Hva vet vi fra forskning om sammenhenger mellom kvalitet på sykehustjenester og størrelse på sykehuset, og om hvordan sammenslåing/fusjon av sykehus påvirker resultater for sykehustjenestene?
- Hvordan skårer de to sykehusene i Molde og Kristiansund på kvalitetsindikatorene for sykehustjenester?
- Hva vil gi best rekruttering av fagpersonale til sykehusene – Fellessykehus på Hjelset eller to sykehus beliggende mere sentralt i byene?
- Dessuten har innbyggernes tilgjengelighet til sykehustjenestene stor betydning for kvaliteten.

Kvalitet på sykehustjenester og sykehus størrelse – hva vet vi.

Spørsmål om størrelsen på sykehus og kvalitet på sykehustjenestene har mange interessert seg for, og det er gjort undersøkelser av om det er slike sammenhenger både i Norge og internasjonalt. Det er også gjort analyser av hvordan sammenslåing eller fusjoner mellom sykehus virker på kvalitet og kostnader på sykehustjenestene. I tidsskriftet SamfunnØkonomi nr 2 for 2016 er en oversikt over resultatene fra slik forskning gjengitt. Der er også resultater basert på kvalitetsindikatorene for sykehusene i Norge (Erichsen 2016 og Jensen 2014).

En vanlig oppfatning synes å være at det er stordriftsfordeler ved sykehustjenester som innebærer at kvaliteten på sykehustjenestene er bedre ved større sykehus enn mindre sykehus og at kostnadene til sykehustjenester er høyere ved mindre sykehus enn ved større sykehus. Begrunnelsen er gjerne at større sykehus behandler flere tilfeller av samme diagnose, og de kan spesialisere seg mere. Utstyr og fasiliteter er også bedre og kan utnyttes mere effektivt. Dermed kan gjennomsnittskostnadene bli lavere dess større sykehuset er. Argumentasjonen er også at store sykehus har større breddekompetanse og dermed også flere aktiviteter å dele administrasjons og felleskostnader på. På den annen side kan mindre sykehus ha fordeler ved å unngå stordriftsulemper, ha lavere administrasjonskostnader og mindre byråkrati, bedre samarbeid mellom faggrupper og bedre informasjonsflyt. Teoretisk kan det derfor argumenteres både for at større sykehus er bedre enn mindre sykehus og at mindre sykehus er bedre enn større sykehus (Erichsen 2016 s 9 -s 11). Men her er det også ulike vurderinger ut fra hvilke diagnoser eller lidelser det dreier seg om. At det er kritiske minstestørrelser er også sannsynligvis riktig. Men at et sykehus i Kristiansund med ca 70 legestillinger skal være i nærheten av kritiske minstestørrelse er vanskelig å forstå.

Etter vår vurdering kan dette bli en oppkonstruert diskusjon. For selvsagt må vi ha store sykehus slik region-

og universitetssykehusene er. De tar seg av utdanning av medisinsk personale, forskning og diagnoser som krever spesialkompetanse og utstyr som ikke så mange sykehus kan ha. Slike sykehus ivaretar selvsagt også de alminnelige diagnoser som de fleste pasientene er rammet av. Men vi trenger også mindre sykehus slik at innbyggerne i et land med vår geografi og bosetting over hele landet, ikke skal ha for lang vei til spesialiserte helsetjenester. Derfor trenger vi både store, mellomstore og små sykehus i et land som Norge.

Hvor folk bør behandles avhenger av hvilke lidelser eller diagnoser som skal behandles. Derfor inngår sykehusene våre i nettverk som ofte må samarbeide om hvordan sykehustjenester til den enkelte kan ytes. Inndeling av sykehusene våre i slike nettverk ble allerede i 1975 behandlet av Stortingets gjennom stortingsmeldingen Sykehusutbygging m.v. i et regionalt helsevesen (Sosialdepartementet 1975). Her ble sykehusene inndelt i regionsykehus, sentralsykehus og lokalsykehus. Etter helseforetaksreformen er disse betegnelser mindre brukt. I Nasjonal sykehusplan 2016-2019 foreslås at sykehusene våre gis betegnelsene regionsykehus, stort akuttsykehus, akuttsykehus og sykehus uten akuttfunksjoner eller elektive sykehus (Helsedepartementet 2016)[7].
I dagens sykehusvesen skal pasientene få sin sykehusbehandling ut fra den diagnose en har. De fleste sykehusbehandlinger kan ferdigbehandles på et lokalsykehus, andre må behandles på et større og mere spesialisert sykehus, mens andre igjen behandles i et samarbeid mellom store og små sykehus. Det viktige samarbeidet mellom store og mere spesialiserte sykehus beskrives Nasjonal sykehusplan 2016-2019 som «sykehus i team». At det er et godt samarbeid mellom sykehusene kan være helt avgjørende for kvaliteten i sykehustjenestene. Men det er også viktig å understreke at undersøkelser av akuttinnleggelse i mindre lokalsykehus viser at nærmere 70 prosent av innleggelsene ble ferdigbehandlet på lokalsykehusene (Eriksten m flere 2007).

I hovedsak er det gjennomført to typer analyser for å belyse sammenhenger mellom sykehusstørrelse og kvalitet, kostnader og effektivitet på sykehustjenester:
- Sammenhenger mellom sykehusstørrelse og kvalitet/resultater av sykehustjenester.
- Virkninger av sammenslåing eller fusjoner mellom to eller flere sykehus til ett større sykehus.

Vi skal referere mere konkret resultatene av noen av undersøkelsene, men først ta hovedkonklusjonen. Det store flertallet av undersøkelsene viser ingen sammenheng mellom sykehusstørrelse og behandlingskvalitet. Noen av undersøkelsene viser svake positive sammenhenger, mens andre viser svake negative sammenhenger når det gjelder diagnoser som behandles både på store og mindre sykehus. I Nasjonal helse og sykehusplan konkluderer derfor også Helsedepartementet på følgende måte:
«Når det gjelder norske forhold viser de nasjonale kvalitetsindikatorer ingen systematisk forskjell mellom store og små sykehus»

Men departementet tilføyer:
«Dette betyr ikke at det finnes forskjeller»
(Nasjonal helse- og sykehusplan 2016-2019 s. 96).

I rapporten Helsereformer på feil premisser er det gjort analyser av om det er sammenhenger mellom de fire kvalitetsindikatorer for 30 dagers overlevelse – hjerteinfarkt, hjerneslag, hoftebrudd og totaloverlevelse og sykehusenes størrelse med utgangspunkt i dataene fra Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten for 2011. Tilsvarende analyse er gjennomført på dataene fra 2012 0g 2014. Konklusjonen fra begge datasettene er at det er ingen systematisk samvariasjon mellom sykehusstørrelse og resultatindikatorene. De norske

7 Det er et regionsykehus i hver helseregion og de er i tillegg alle universitetssykehus. Et stort akuttsykehus skal ha akuttfunksjoner i kirurgi og indremedisin og et bredt tilbud av andre medisinske spesialiteter. Akuttsykehus skal minst ha akuttfunksjon i indremedisin, anestesilege og planlagt kirurgi. Sykehus uten akuttfunksjoner er sykehus som bare driver planlagt behandling

sykehusene skårer høyt, og det er både små og store sykehus som skårer høyt og både små og store sykehus som skårer dårligere (Jensen 2014 s 78- 103 og Erichsen 2016 s 7-19).
Når det gjelder sykehusene i Kristiansund og Molde så ligger de, som nevnt, omtrent på gjennomsnittet for norske sykehus. Men sykehuset i Kristiansund skårer best når det gjelder hoftebrudd.

Når det gjelder større internasjonale undersøkelser skal vi gjengi de to største og mest oppdaterte undersøkelsene:
(1) Emergency general surgery: Challenges and opportunities. Watson, Crump, Condance, Currie, Imision og Gaskins. 2016

Dette er en studie av britiske sykehus. Hovedkonklusjonen er oppsummert på følgende måte: Det er en vanlig oppfatning at sentralisering vil drive opp kvaliteten på bakgrunn av forholdet mellom volum og resultat som er funnet i et antall kirurgiske spesialiteter. Våre analyser, i likhet med andre analyser, fant ikke en slik sammenheng. Det er en hovedkonklusjon at sentralisering ikke vil øke kvaliteten. Analysen peker på at mere systematisk utvikling og bruk av faste bedhandlingsprosedyrer, mere systematisk bruk av nettverk i behandlingen, nye opplæringsmetoder m.m. er tiltak som kan gi forbedringer (s 7-8)

(2) Association of Hospital Critical Access Status with Surgical Outcomes and Expenditures anong Medicare Benificiaries. Ibrahim, Hughes, Thuma og Dimic. Jama 2016. S 2095-2103.
Studien analysierter resultater fra operasjoner og kostnader ved mindre lokalsykehus og større sykehus i USA. Analysen var basert på 1,63 millioner innleggelser i perioden 2009-2013 ved 826 små lokalsykehus og 3676 større sykehus. Resultatene ble målt ved dødelighet etter 30 dager, komplikasjoner etter inngrepene og om pasientene ble skrevet ut til hjem eller pleieinstitusjon.. Når det gjaldt dødelighet var den lik for store og små sykehus. Det var færre komplikasjoner ved små sykehus og flere ble skrevet ut til hjemmet fra de små sykehusene. Kostnaden per operert pasient var lavere ved de små sykehusene. En viktig konklusjon var at de små sykehusene var flinke til å velge pasienter som kunne opereres ved lokalsykehuset. (Jensen 2016 s 21).

Den andre hovedtypen undersøkelser som er gjennomført er virkninger på resultater og kostnader ved sammenslåing eller fusjoner mellom sykehus for å få større enheter. Forskning på slike prosesser er at resultatene særlig i form av kostnader viser at de blir høyere. Her skal vi gjengi resultatene fra norsk forskning.
Kjekshus og Hagen (2007) undersøkte sammenslåinger av 17 sykehus i Norge fra 1992 til 2000. De fant at sammenslåingene ikke ga noen signifikante utslag på total effektivitet, samtidig som de fant at sammenslåingene ga redusert kostnadseffektivitet. Det var imidlertid et unntak. De konkluderte derfor med at sammenslåinger kan gi økt effektivitet, men at de fleste sammenslåinger ikke fører til det. Brekke med flere (2014) har analysert konsekvensene av sammenslåing av sykehus på kvalitet, pris og velferd. Forfatterne finner at sammenslåing av sykehus fører til lavere kvalitetsnivå. Årsaken til fallet i kvalitet er at det blir mindre konkurranse om pasientene.

To norske studier undersøker hvilken effekt sammenslåinger har på arbeidstakerne. Kjekshus med flere (2014) undersøkte konsekvenser for langtidssykefravær fra sammenslåinger i perioden 2000 – 2009. Sammenslåingene førte til høyere langtidsfravær, men langtidsfraværet økte først et år etter sammenslåingen. Ingelsrud (2015) undersøkte virkninger av sammenslåinger på sykefravær og også tidligpensjonering og uførepensjonering. Hun fant tilsvarende sammenheng som Kjekshus når det gjelder sykefravær, men fant også at flere lavt utdannede ble uføretrygdet. (Erichsen 2016 s13 og 14).

Med andre ord konklusjonene er gjennomgående at større sykehus og sammenslåing av sykehus ikke fører til bedre kvalitet på sykehustjenestene. Men de fører til økte kostnader. Den norske forskning på sammenslåing av sykehus viser det samme; det gir ikke økt kvaliteten på sykehustjenestene. Sammenslåing har gitt høyere kostnader og økt sykefravær og tidligpensjonering.

Både kvalitet på sykehustjenester og kostnader på sykehustjenester er vanskelig å måle. Når det gjelder produksjon og kostnader på helsetjenester er DRG poeng og kostnader per DRG poeng en naturlige indikatorer å begynne med. Sykehusene utarbeider og bruker slike mål. Det er, som nevnt, merkverdig at det ikke er lagt fram slike tall for sykehusene i Kristiansund og Molde og også for sykehusene i Volda og Ålesund. Når det ikke gjøres må en kunne stille spørsmål ved om om slik størrelser ikke understøtter sammenslåing av sykehusene til større enheter. I rapporten Helsetjenester på feil prinsipper (Jensen 2014) har vi analysert om det er sammenhenger mellom DRG kostnader per helseforetak og størrelsen på sykehusene i foretaket. Slike sammenhenger er det ikke. Helseforetakenes kostnader per DRG varierer, men det er ikke påvist sammenheng mellom kostnadene og størrelsen på sykehusene

Alexander Bergh Erichsen har i en artikkel i Samfunn og Økonomi gått gjennom den viktigste forskning både i Norge og internasjonalt hvor temaet har vært sammenhengen mellom sykehusstørrelse og kvalitet på sykehustjenestene og virkninger av fusjoner og sammenslåing av sykehus (Bergh Erichsen 2016). Forskningen på sykehusenes størrelse og kvalitet på sykehustjenester viser at de store ikke skårer bedre på diagnoser som store og mindre sykehus kan behandle. Kostnadene på små sykehus er heller ikke høyere enn på store sykehus, tvert imot gjennomgående er de lavere. Forskning på fusjon og sammenslåing av sykehus viser at det gjennomgående ikke gir høyere kvalitet eller lavere kostnader på sykehustjenestene. Den viktigste økonomiske effekten er økt tidligpensjonering av sykehusansatte og større sykefravær.

Hvordan skårer sykehusene i Kristiansund og Molde på kvalitetsindikatorer?

Sykehusene i Kristiansund og Molde skårer godt og omtrent som gjennomsnittet for sykehusene i Norge på den mest brukte kvalitetsindikator for sykehustjenester – 30 dagers overlevelse etter behandling – for indikatorene totaloverlevelse og diagnosene hjerteinfarkt, hjerneslag og hoftebrudd. Sykehuset i Kristiansund skåret bedre enn sykehuset i Molde på hoftebrudd ellers er resultatene like for de to sykehusene i dataene fra 2017 (FHI 2020). Tallene for Molde sykehus, Kristansund sykehus, gjennomsnittet for HMR, gjennomsnittet for HMN og landsreferansen er gjengitt i tabell 9.

Tabell 9 30 dagers overlevelse etter sykehusbehandling. Sykehusene i Kristiansund og Molde sammenlignet med MRH og MNH og landet. 2017

	Totaloverlevelse	Hjerteinfarkt	Hjerneslag	Hoftebrudd
Kristiansund	95,7	92,6	87,8	91,8
Molde	95,4	91,7	88,3	88,8
MRH	95,6	92,6	89,2	92,2
HMN	95,7	91,1	88,5	91,5
Referanse	95,3	92,3	88,1	90,8

Hva påvirker rekruttering av personell til sykehus?

Rekruttering av sykehusansatte påvirkes av flere faktorer enn fagmiljø. Oslo Economics trekker fram følgende forhold fra forskning på rekruttering (Oslo Economics 2012 s 37):

- Fagmiljø
- Kort pendling
- Bo nært kultur/uteliv service
- Bo nært natur og friluftsliv
- Få arbeidsdager på poliklinikk
- Mange jobbmuligheter for partner

Bare på en av disse faktorer, større fagmiljø, skårer Fellessykehuset på Hjelset bedre enn to sykehus sentralt i byene. Selv sterkere fagmiljø kan, som nevnt, diskuteres fordi Fellessykehuset er planlagt med lavere bemanning enn de to sykehusene tilsammen har i dag. På viktige faktorer som pendling, jobbmulighet for partner, nærhet til kultur og service skårer sykehus sentralt i byene best. Når det gjelder antall dager på poliklinikk og nærhet til natur og friluftsliv er ikke forskjellen mellom alternativene vesentlig. Dette betyr at i en samlet vurdering må påregnes at Fellessykehuset får større problemer med rekruttering enn to sykehus sentralt i byene.

I forbindelse med vurdering av Fellessykehus eller sykehus i byene Mo i Rana og Sandnessjøen (Helgelandsykehuset) var også rekruttering av fagpersonell en avgjørende faktor. De baserte sin vurdering på analyse av de samme faktorene som ble lagt til grunn i analysene av sykehusstruktur for Nordmøre og Romsdal. Nettopp fordi bynære sykehus gir bedre rekruttering av fagpersonale ble et større fellessykehus mellom byene forkastet (Helgelandssykehuset Rapport fra ekstern ressursgruppe 19. mars 2019).

SSB har på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet analysert og laget prognoser for dekning av fagpersonale i helsesektoren. Det er forventet god balanse mellom etterspørsel og tilbud av fagpersonale for de fleste faggrupper. De grupper det er antatt å bli mangel på framover er sykepleiere og helsefagarbeidere (Hjelmås m flere ssb 2019). Tilgangen på sykepleiere og helsefagarbeidere vil helt klart være bedre ved sykehus mere sentralt i byene.

Det er vanskelig å forstå at det kan argumenteres rasjonelt for at Fellessykehus på Hjelset kan rekruttere bedre enn sykehus sentralt i byene. I den grad det har vært rekrutteringsproblemer er den sannsynlige hovedårsak den usikkerheten sykehusene er utsatt for med trusler om nedlegging og dårlig reklame knyttet til det. I tillegg er det ikke arbeidet godt med rekruttering i hovedadministrasjonen for HMR (jf rekrutteringen til fødeavdeling i Kristiansund i 2020). Langt på vei indikerer følgende formulering at Oslo Economics også er enig i dette når de uttaler (Oslo Economics 2012 s 108):

«De bynære alternativene 2a og 2b vurderes som mer egnet på lang sikt for å opprettholde rekruttering.»

Fellessykehus på Hjelset ligger i Molde kommune, men tomten er på grensen til å være bynær.

Hva er avgjørende for kvalitet på sykehustjenestene?

Hovedkonklusjonene fra forskning er at andre forhold enn sykehusstørrelse er avgjørende for kvaliteten på sykehustjenestene. Forhold som trekkes fram i forskningsrapportene er:

1. De behandlende legers erfaring og tilgang på kompetanse
2. Måten sykehus, styres, drives og samarbeider
3. Klare behandlingsprosedyrer
4. Kapasitetsutnyttelse – ved for høy kapasitetsutnyttelse oppstår feil lettere
5. Opplæring og lærende nettverk
6. Tilgang på medisinsk utstyr og teknologi
7. Reisetid til sykehus og tidsforløp til behandling

Konklusjon kvalitet

Ut fra dette er den mest sannsynlige konklusjon at Fellessykehus på Hjelset ikke kan forventes å gi bedre kvalitet på sykehustjenestene for flertallet av innbyggerne. Bedre bygningsmessige fasiliteter og nyere medisisnsk teknologisk utstyr vil være positivt særlig for innbyggerne i Romsdal. De har i utgangspunktet dårlige bygningsmessige fasiliteter. Men for det store flertall av innbyggerne blir tilgjengeligheten dårligere. Det gjelder i særli grad innbyggerne på Nordmøre og i Kristiansund. Dårligere økonomi for HMR etter at Fellessykehuset tas i bruk, kan også bidra til dårligere kvalitet på sykehustjenester for innbyggerne på

Sunnmøre. Det kan også bli en indirekte konsekvens ved at dårligere økonomi i forbindelse med Fellessykehuset fører til utsettelse av vedlikehold og anskaffelse av utstyr. Det er i særlig grad det store flertall av innbyggerne på Nordmøre som må forventes å få dårligere kvalitet på sine sykehustjenester ved Fellessykehus på Hjelset i Molde sammenlignet med dagens tilbud på sykehuset i Kristiansund.

7. Andre viktige forhold ved fellessykehus kontra to sykehus

Kort om tilgjengelighet for innbyggerne til sykehustjenester

På dette punktet er konklusjonen krystallklare. Det konkluderer også analysen til Oslo Economics med (Oslo Economics 2012). To sykehus gir, som nevnt, bedre tilgjengelighet for de fleste innbyggerne på Nordmøre og også i Romsdal. Særlig viktig er at reiseulempen blir større for dem med lang reiseavstand. Sykehus i byene gir svært mange kort reiseavstand til sykehus. Bare innbyggerne I Gjemnes, Sunndal og mindre deler av Molde får kortere reiseavstand, mens den blir uendret for innbyggerne i Tingvoll, Halsa og Surnadal. En må påregne at innbyggerne på ytre Nordmøre (Smøla, Aure og kanskje også Kristiansund) vil vurdere om de er bedre tjent med tilknytting til St. Olavs Hospital i Trondheim og Orkdal. Det gjør allerede innbyggerne i Rindal, Surnadal og Halsa. For eksempel vet vi at innbyggerne på Nordmøre bruker barneavdelingen i Trondheim i større grad enn barneavdelingen i Ålesund. Barneavdelingen i Kristiansund er ikke planlagt videreført i Fellessykehuset. Spørsmålet om reisetid og tilgjengelighet er drøftet grundigere under punktet hvor fødeavdelingene er sammenlignet.

Sykehus i begge byene er det beste alternativ når det gjelder normal og maksimal reisetid til nærmeste sykehus. Det gir større pasientgrunnlag og derved også større inntekter enn Fellessykehus på Hjelset. I tabell 19 i avsnittet om fødeavdelinger er reiseavstander til Fellessykehuset sammenlignet med å beholde sykehuset i Kristiansund beregnet nærmere.

Pasientgrunnlag og inntekter til sykehuset

Dette er allerede drøftet under punktet om behov og kapasitet, tilgjengelighet og økonomisk bæreevne for Fellessykehus. Bevilgningene fra staten til sykehus avhenger både av størrelsen på pasientgrunnlaget (basistilskuddet) og den aktivitet sykehuset har (aktivitetesbasert tilskudd). Basistilskuddet avhenger i hovedsak av befolkningstall og alderssammensetning i befolkningen. Aktivitetsbaserte tilskudd avhenger av den aktivitet sykehusene har målt ved DRG-poeng. Lavere pasientgrunnlag gir normalt også lavere aktivitet. Vi har fritt sykehusvalg når det gjelder elektiv behandling og føde. Det er klare indikasjoner på at Fellessykehuset vil komme svakere ut enn om sykehus beholdes i begge byene.

Hvor stor effekten blir på inntekter vil også avhenge av reisetid og -muligheter til nærmeste alternative sykehus. Slike inntekter vil også avhenge av innbyggernes holdning til Fellessykehuset på Hjelset og hvordan det framstår kvalitetsmessig særlig sammenlignet med sykehusene i Ålesund og St. Olavs Hospital. Fritt sykehusvalg gir også «pasientflukt» til sykehus i andre deler av landet. Dette kan i noen grad motvirkes dersom Fellessykehus kan ivareta en større del av innbyggernes behandlingsbehov.

Særlig viktig for inntektene fra elektiv behandling er at sykehuset i Kristiansund har en betydelig aktivitet knyttet til ortopedisk kirurgi. Pasientgrunnlaget for sykehuset i Kristiansund utgjør 20,9 prosent av pasientgrunnlaget for Helse Møre og Romsdal, men utførte 30,7 prosent av samlet kirurgisk ortopedi målt ved DRG i 2018 (Rapport ortopedisk kirurgi i HMR 2019). Det understrekes i rapporten at det ikke er tendenser til overforbruk av ortopedisk kirurgi på Nordmøre. Dersom denne aktiviteten berøres negativt ved nedlegging av sykehuset i Kristiansund, vil inntektstapet ved å legge ned sykehuset i Kristiansund kunne bli betydelig. Både for å bevare det sterke fagmiljøet og for å unngå store inntektstap foreslås i ortopedirapporten at en utreder videreføring av ortopedisk kirurgi ved Kristiansund sykehus.

Det er også gjort undersøkelser av innbyggernes preferanser når det gjelder valg av sykehus ved elektiv behandling. I disse undersøkelser gir innbyggerne i Kristiansund og Nordre Nordmøre uttrykk for at de i større grad enn ved to sykehus vil velge behandling ved St. Olavs Hospital (Trondheim og Orkdal) og sykehus andre steder i landet (Steinar Melby KSU). En må, som nevnt, derfor påregne at Fellessykehuset får

lavere inntekter enn det de to sykehusene har i dag. Det er høyst kritikkverdig at HMR i sine analyser og vurderinger ikke har gjort beregninger på hvor stort tapet i inntekter kan bli ved å Fellessykehuset som følge av pasientflukt, sammenlignet med sykehus i begge byene.

Basistilskuddet blir redusert ved at Halsa kommune inngår i pasientgrunnlaget for St. Olavs Hospital. Tilsvarende vil bli vurdert av Surnadal, Aure og Smøla. Surnadal bruker allerede St. Olavs Hospital i større grad.

Samfunnssikkerhet og beredskap

To sykehus gir bedre samfunnssikkerhet og beredskap enn Fellessykehuset på Hjelset. Samme konklusjon har også Oslo Economics i sin samfunnsanalyse (Oslo Economics 2012). For det første fordi det er kortere reisevei til sykehus. Med to sykehus vil en unngå at hele sykehustjenesten for Nordmøre og Romsdal settes ut av drift om ett av sykehusene skulle rammes. Dette momentet er forsterket gjennom erfaringene med Covid-pandemien. Med to sykehus vil en også lettere kunne sørge for nok intensivberedskap. Beredskapen knyttet til offshorevirksomheten i Norskehavet blir også bedre ved at sykehuset i Kristiansund opprettholdes. Vesentlig lengre avstand til bemannet brannstasjon representerer også økt risiko.

Tomten på Oppdøl er tsunami-utsatt. Selv om risikoene for tsunami er liten er konsekvensen av en eventuel tsunami svært stor. Derfor må dette forhold tillegges avgjørende vekt. Sykehuset på Oppdøl er plassert på tomten seks meter over vannstand for at konsekvensen av en eventuell tsunami skal være mindre. Men det må reises spørsmål om et helt nytt sykehus overhode bør anlegges på en tsunamiutsatt tomt selv om risikoen er vurdert som liten.

Miljø

Fellessykehuset er negativt for miljøet sammenlignet med to sykehus sentralt i byene ved at det gir vesentlig økt transportvirksomhet både for ansatte, pasienter, pårørende og annen transport. I tillegg blir det negative miljøeffekter til et så stort nybygg som Fellessykehuset på Hjelset vil bli sammenlignet med om større deler av dagens bygningsmasse i byene brukes. Dette konkluderte også Oslo Economics med i sin samfunnsanalyse i 2012 (Oslo Economics 2012). Rent generelt er vedlikehold og gjenbruk av bygg miljømessig å foretrekke sammenlignet med nybygg. (Ingrid referanse). Sykehuset på Hjelset medfører også litt nedbygging av landbruksarealer. Dette kan forsterkes om det blir økt boligbygging på Hjelset slik det reguleringsmessig er lagt opp til.

Miljøvirkningene tillegges vesentlig høyere vekt i dag enn i 2012. Følgelig er miljø et argument som taler sterkere for to sykehus i dag. Det forhold at langt flere ansatte kan nå sykehuset i gangavstand og med sykkel er blitt et viktig miljøargument.

Næringsutvikling, by/stedsutvikling og regional utvikling

Når det gjelder spørsmål om næringsutvikling er analysen fra Oslo Economics dypt misvisende. De opererer med at Kristiansund og Molde utgjør et felles arbeidsmarked. Virkningen av at Kristiansund kan miste omkring 400 heltids arbeidsplasser vurderes som nøytral. Nedgangen i arbeidsplasser i Kristiansund kompenseres av en tilsvarende økning i arbeidsplasser på Hjelset i Molde. Videre er trukket fram at utvikling i næringsliv og arbeidsplasser både i Kristiansund og på Nordmøre og Molde og Romsdal var positiv de nærmeste årene før 2012 (Oslo Economics 2012). Situasjonen er nå endret og Kristiansund står overfor utfordringer når det gjelder arbeidsplassutvikling. Den er knyttet til oljebasen, omstilling og den forventede nedbygging i offshore olje – og gassutbygging. Den må skje på grunn av miljøpolitikk med lavere etterspørsel etter olje og gass. At byen da i tillegg mister 400 heltidsarbeidsplasser, i stor grad både kvinnearbeidsplasser og kompetansearbeidsplasser, vil ha dramatisk negative effekter.

Oslo Economics har når det gjelder næringsutvikling og arbeidsplasser gjort en grundig analyse av ringvirkningene ved bortfallet av en sykehusarbeidsplass. Det vil si virkningene for etterspørsel mot varehandel, kommunale tjenester, restaurantvirksomhet o.s.v. som følge av færre arbeidsplasser ved nedlegging av sykehuset. Den fulle effekt av at en arbeidsplass ved sykehuset faller bort er 1,5 arbeidsplasser totalt. Hvor stor denne effekten blir vil avhenge av hvor mange av de sykehusansatte som bosetter seg nærmest mulig sykehuset. De fleste som i dag bor i Kristiansund og som arbeider ved sykehuset vil sannsynligvis velge å pendle til et eventuelt Fellessykehus på Hjelset. Men ved nyansettelser må en påregne at flertallet vil velge å bosette seg i Molde kommune. Derfor vil den langsiktige effekt for arbeidsplasser i Kristiansund bli dramatisk ved nedleggingen av sykehuset i byen. Dette er svært negativt fordi byen i utgangspunktet har lav andel offentlige arbeidsplasser. Byen mister arbeidsplasser for høyt utdannet personer og kvinnearbeidsplasser.

Ved at Kristiansund mister sykehus med akuttfunksjoner og fødeavdeling mister de også en viktig lokaliseringsfaktor for næringsvirksomhet. Byen og Nordmøre blir vesentlig mindre attraktiv når det gjelder lokalisering og utvikling av nytt næringsliv. Virkningen på arbeidsplasser og næringsutvikling for Kristiansund og Nordmøre er derfor et avgjørende argument mot Fellessykehus på Hjelset og argument for å opprettholde sykehuset i Kristiansund.

Virkningen for Molde og Romsdal vil naturligvis bli den motsatte av den for Kristiansund og Nordmøre. Der kan dette bli opppfattet som positive faktorer. Det gir sterkere vekst i arbeidsplasser ved at de får et vesentlig større sykehus i Molde. Oslo Economics konkluderte for eksempel med at siden negative effekter for Kristiansund og Nordmøre kan oppveies av positive effekter for Molde og Romsdal skal ikke disse forhold tillegges vekt. Videre tar de forbehold om at fordelingsvirkninger ikke er vurdert i deres analyser (Oslo Economics 2012).

Når det gjelder utvikling av byene vil flytting av sykehus langt fra bysentrene (20 km for Moldes vedkommende og vel 50 km for Kristiansunds vedkommende) være meget negativt. Dette er også grundig vurdert i samfunnsanalysen fra Oslo Economics. Molde vil likevel fortsatt framstå som en sykehusby og de får sykehus med vesentlig bedre bygningsmessige fasiliteter. Kristiansund vil ikke lenger være em sykehusby. Det vi svekke byens rolle som senter og motor for utvikling. Det er svært negativt både for Kristiansund og Nordmøre.

Samarbeid sykehusene og kommunehelsetjenesten

Samarbeidet mellom lokalsykehus og kommunehelsetjenesten ansees som avgjørende for hvor gode våre framtidige helsetjenester kan bli og for den økonomiske bæreevne når det gjelder helsetjenester. Nærhet mellom lokalsykehus og kommunehelsetjeneste er avgjørende for å få til gode samspill og samarbeid. Det gjelder særlig tilbudene til eldre aldersgrupper. Den store veksten i behovet for helsetjenester kommer fra aldersgruppene over 70 år. I denne rapporten har vi ikke gått særskilt inn i denne viktige problematikken. Men to sykehus med kortere avstand mellom kommuner og sykehus legger bedre til rette for dette viktige samarbeid enn Fellessykehuset på Hjelset.

Sårbarhet overgang til ny sykehusstruktur

Dette er også en negativ faktor ved Fellessykehuset sammenlignet med å beholde sykehusene i byene. I de økonomiske beregningene av ekstrakostnader knyttet til oppstarten av Fellessykehuset (Pukkelkostnader) er det beregnet 20 millioner kroner i to år. Det er langt lavere enn oppstarten av Fellessykehuset på Kalnes i Østfold medførte. Får en samme merkostnader som Kalnes er et mer realistisk tall merkostnader på 100 millioner kroner i flere år. Videre viser forskning at ett til to år etter sykehusfusjoner øker tidligpensjonering og sykefravær hos ansatte markert (Kjekshus m flere 2014 og Ingelsrud 2015).

8. Utvikling av sykhusstrukturen i Norge – lokalsykehus i Kristiansund og Molde sammenlignet med strukturen på landsbasis og i Helse Midt

Sykehusstrukturen i Norge

I Nasjonal sykehusplan 2016-2019 (Meld. St. 11 2015-2016) ble det både av regjering og stortinget foretatt en grundig vurdering av sykehusstrukturen i Norge og vedtatt prinsipper for sykehusstrukturen. Siden det allerede var vedtatt Fellessykehus for Nordmøre og Romsdal ble ikke opprettholdelse av sykehus i Kristiansund og Molde vurdert eller drøftet i forbindelse med denne prosessen. Men i det datagrunnlaget som ble presentert i meldingen, inngår også disse sykehusene. Med utgangspunkt særlig i materialet i denne planen og andre fakta om forhold knyttet til sykehusstørrelse skal vi her drøfte om det er grunnlag for ett eller to sykehus i Nordmøre og Romsdal. Hovedbegrunnelsen for at en gikk inn for Fellessykehus i 2014 var påstander om at det var vanskelig å rekruttere kompetent faglig personale til to sykehus og at Fellessykehus ville gi sykehustjenester med bedre kvalitet og lavere kostnader for innbyggerne på Nordmøre og i Romsdal. I utredningene og innstillingene til styrene gikk en så langt at de påstod at på lang sikt var det ikke bærekraftig å ha sykehus i begge byene.

I figur 2 er vist oversikt over de 50 sykehus vi har i Norge rangert etter befolkningsunderlag. Bare noen av de aller minste sykehusene (Nordfjordeid, Lærdal og Mosjøen) mangler akuttfunksjoner i kirurgi og fødxeavdeling. Figuren viser at 20 av disse sykehusene har lavere befolkningsunderlag enn sykehuset i Kristiansund, mens 30 av sykehusene er større enn sykehuset i Kristiansund. Molde er faktisk det norske median-sykehuset, det er like mange sykehus – 24 – som er større og mindre enn sykehuset i Molde. I norsk målestokk er følgelig sykehusene i Molde og Kristiansund i en mellom gruppe når det gjelder størrelse. De er hverken spesielt små eller store. Norge har heller ikke i internasjonal sammenheng spesielt små sykehus. Slik det er i de fleste land er noen store, mens de fleste er mellomstore eller små. Det skyldes at de er tilpasset geografi og bosettingsstruktur i landet. Dersom det er størrelsen som er avgjørende for at sykehus i Kristiansund og Molde ikke kan opprettholdes, må omkring halvparten av sykehusene i Norge legges ned. Dette er det selvsagt ingen på Stortinget som uttrykker enighet om.

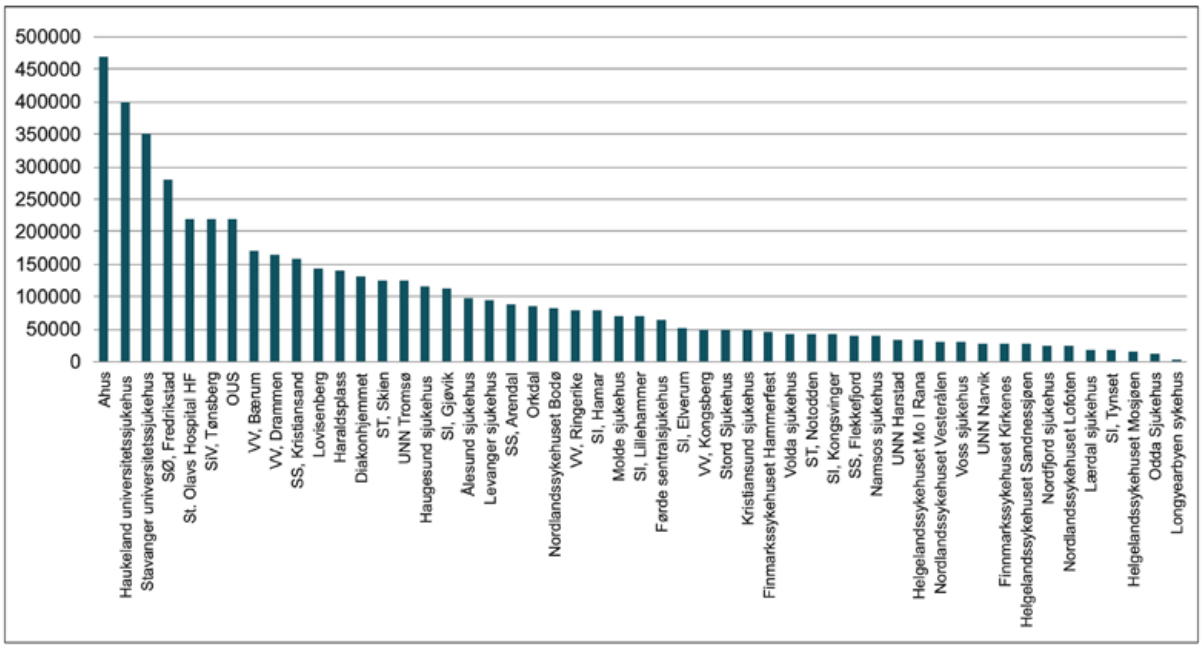
Regjeringen Solberg la fram forslag i et scenario hvor fem av dagens sykehus skulle miste kirurgisk akuttfunksjon og kun beholde akuttfunksjon i indremedisin og elektiv behandling. Disse sykehusene var Narvik, Lofoten, Volda, Stord og Flekkefjord. I tillegg ble det forutsatt at sykehus i Odda og Kongsberg skulle legges ned. Da Stortinget behandlet planen var det ingen partier eller representanter som støttet dette scenariet og Statsråd

Høie ga uttrykk for at scenariet ikke var et reelt forslag. Konklusjonen var derfor at ingen i Stortinget støttet nedleggelser eller nedleggelser av de grunnleggende aktiviteter ved noen av disse sykehusene. I stedet ga Stortinget i sitt vedtak en sterk anbefaling om at sykehusene burde styrkes ved at alle fikk stedlig ledelse. Ikke slik det har vært i Kristiansund at det siden Helseforetaksreformen i 2001 har manglet stedlig ledelse. Først i 2019; altså to år etter at Stortinget anbefalte stedlig ledelse, fikk sykehuset i Kristiansund delvis stedlig ledelse. Fødeavdelingen er fortsatt underlagt felles ledelse av alle fødeavdelinger i MRH. Denne oversikten viser også et annet viktig forhold. Dersom vi ser bort fra de to minste fylkene våre i geografi – Vestfold og Østfold – er det ingen by i nærheten av Kristiansunds størrelse som ikke lenger skal ha sykehus. Til orientering så er Østfold og Vestfold i areal mindre enn både Nordmøre og Romsdal hver for seg. De har heller ikke en geografi som er delt opp med store øyer, fjell og fjorder.

Tabell 10 Sykehusene i Norge fordelt etter størrelse målt ved befolkningsunderlag.

BEFOLKNINGSUNDERLAG	ANTALL SYKEHUS
OVER 100 000	17
80 000 – 99999	6
60 000 – 79 999	4
40 000 – 59 999	10
20 000 – 39 999	10
MINDRE ENN 20 000	3

Figur 2 Sykehusene i Norge rangert etter størrelse. Befoløkningsunderlag.

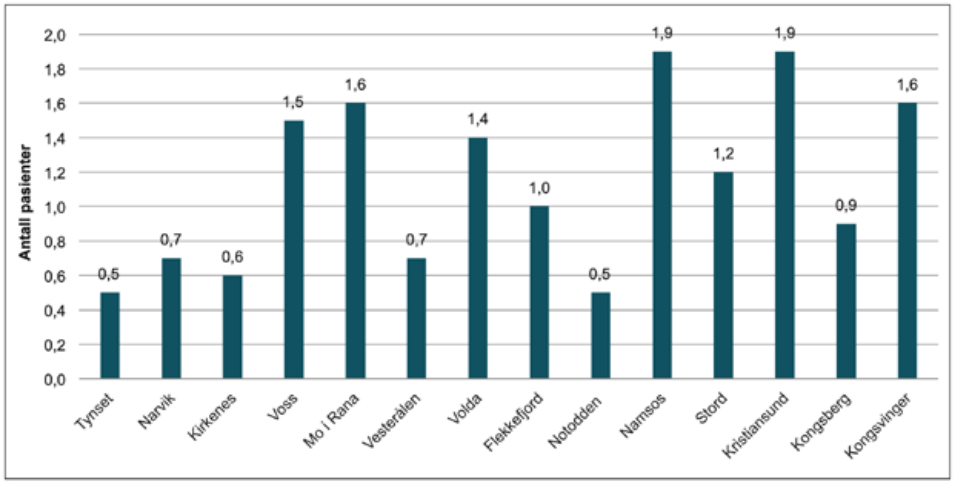


Figur 12.1 Befolkningsgrunnlag somatiske akuttsykehus 2015

Tallene beskriver hvor mange mennesker som har aktuelt sykehus som sitt lokalsykehus. Tallene vil variere etter hvordan sykehusene har delt ulike funksjoner mellom seg

Kilde: Regionale helseforetak

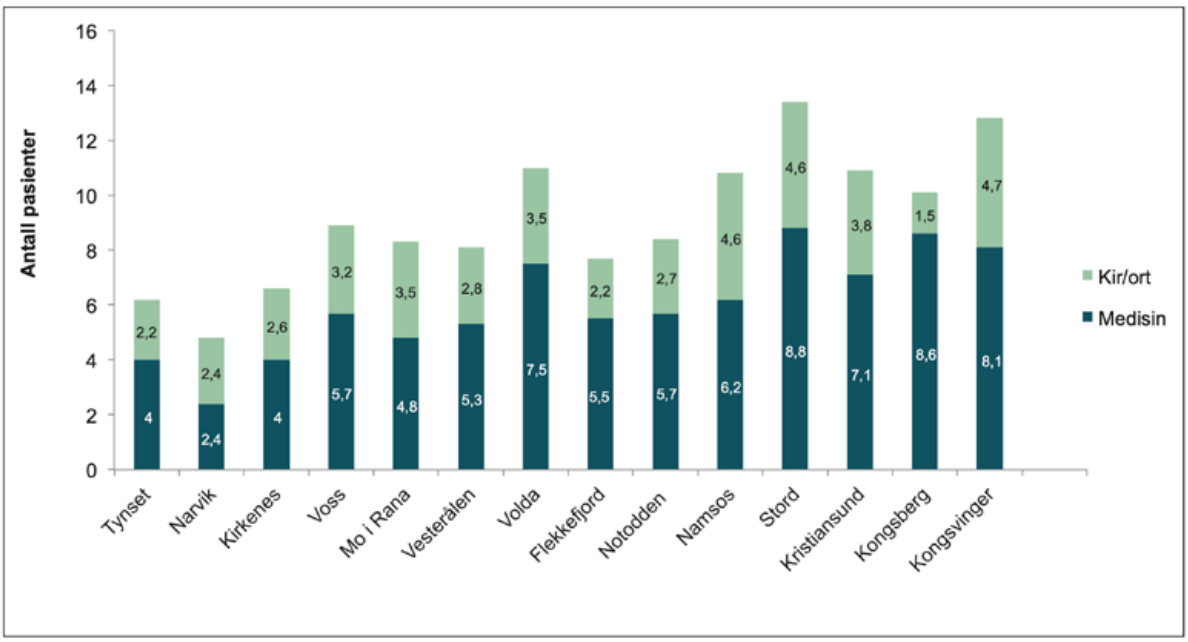
Figur 3 Aktivitet kirurgisk akuttfunksjon ved noen mellomstore og mindre sykehus. Døgnopphold.



Figur 12.3 Antall døgnopphold per dag i året for pasienter innlagt som øyeblikkelig hjelp og gruppert til kirurgisk DRG

Kilde: Kartlegging av akuttmedisinsk og akuttkirurgisk virksomhet ved mindre lokalsykehus, rapport fra arbeidsgruppe 2014

Figur 4 Akuttfunksjoner kirurgi og indremedisin noen mellomstore og mindre sykehus.Døgnopphold.



Figur 12.4 Antall døgnopphold per dag i året for pasienter innlagt som øyeblikkelig hjelp i kirurgisk/ortopedisk og medisinsk avdeling 2013

Kilde: Kartlegging av akuttmedisinsk og akuttkirurgisk virksomhet ved mindre lokalsykehus, rapport fra arbeidsgruppe 2014

Nærmere om akuttfunksjoner ved lokalsykehusene

Det sentrale stridspunktet knyttet til opprettholdelse av en desentralisert sykehusstruktur i Norge har i stor grad dreid seg om lokalsykehusene skal ha akuttfunksjoner i kirurgi eller ikke. Når det gjelder sykehusene i HNR har det dreid seg om alle akuttfunksjoner og fødeenhet skal legges til nytt sykehus i Molde. Hva er årsaken til at avvikling av akuttfunksjoner ved lokalsykehus er et så omstridt spørsmål? For å forstå det må vi se nærmere på hvorfor akuttfunksjoner og da særlig kirurgisk akuttfunksjon er så avgjørende for et lokalsykehus.

Aktivitetene ved et sykehus deles ofte i akutte innleggelser og planlagt (elektiv) aktivitet. Gjennomgående utgjør aktivitet knyttet til akutte innleggelser 60- 70 prosent av lokalsykehusenes aktivitet (Erikstein m flere 2007). Dersom sykehuset i Kristiansund skulle miste akuttfunksjoner og fødeavdeling er det med andre ord snakk om å legge nede 70-80 prosent av sykehusets aktivitet. Selv om sykehuset i Kristiansund har omfattende elektiv aktivitet knyttet til ortopedisk kirurgi, er nedlegging av akuttfunksjonene omtrent det samme som å nedlegge sykehuset i Kristiansund.

I stortingsmeldingen Nasjonal sykehusplan 2016 -2019 var en spesielt opptatt av spørsmål knyttet til kirurgiske akuttfunksjoner ved lokalsykehusene. På mange måter er disse funksjonene helt avgjørende for at et lokalsykehus skal bli opprettholdt på lang sikt og de er også avgjørende for om det er noe poeng å ha et akuttsykehus. Poenget med desentralisert sykehusstruktur og lokalsykehus nært dert folk bor, er nettopp god tilgjengelighet ved akutte sykdomstilfeller og ulykker.

Oppgavene til kirurgiske akuttfunksjoner ved lokalsykehusene er:

- Sikre befolkningen øyeblikkelig hjelp slik at de når frem til spesialist i live og være i stand til motta nødvendig oppfølging og uten unødige følgeskader som følge av forsinket øyeblikkelig hjelp.
- For å diagnostisere pasienter. Uten kirurgisk vurderingskompetanse vil en måtte sende pasienter videre til sykehus med kirurgisk akuttberedskap for å få avklart om det er behov for slik behandling. Det fører til økt risiko for større helseskader, økte transport- og reisekostnader og økte behandlingskostnader ved andre sykehus.
- For komplikasjoner som kan oppstå ved planlagt kirurgisk behandling og for fødeenhet med beredskap for nød-keisersnitt.
- For å sikre pasienter som må sendes videre for å bli ivaretatt ved et større sykehus med bredere spesialiserte kompetanse.
- For at pasienter skal tilbakeføres til sin kommune så raskt som mulig. Da er det behov for nær akuttberedskap om det skal oppstå komplikasjoner etter utskriving.

Altså blir det for snevert å se på akuttberedskap alene ut fa behovet for øyeblikkelig verk. Det er også avgjørende for sikker elektiv kirurgi og fødeavdelinger, for å sikre pasienter som må ha hjelp på sykehus med bredere kompetanse og for at pasienter kan overføres på en trygg måte til kommunehelsetjenesten.

Sykehus i nettverk

Det understrekes i Nasjonal helse og sykehusplan at sykehusene inngår i nettverk av sykehus, slik at den sykehusbehandling befolkningen får kan ivaretas av flere sykehus. Det er gjerne slik at første behandling foretas ved det lokale sykehuset. Der de ikke har den spesialisering eller kompetanse som optimal behandling krever blir pasienten videresendt og behandlet på mere spesialiserte sykehus eller sykehus med bredere kompetanse. Ofte vil det også være slik at behandlingen deles mellom store og spesialiserte sykehus og lokalsykehusene. Det var også noe av hovedformålet da Stortinget allerede i 1975 sluttet seg til inndelingen av sykehusene i lokalsykehus, sentralsykehus og regionsykehus og en del helt spesialiserte sykehus (Stortingsmelding nr. 9 1974–75 Sykehusutbygging m.v. i et regionalt helsevesen). Arbeidsdelingen mellom sykehusene har ut fra denne regionaliseringen vært under stadig utvikling. Dette gjaldt både da fylkeskommunene drev sykehusene og etter at sykehusene ble overtatt av staten. Den teknologiske og medisinskfaglige utvikling har i seg dynamikk som nødvendiggjør at behandling for noen diagnoser sentraliseres til større sykehus som kan ha mere spesialiserte funksjoner og kompetanse og som krever større befolkningsunderlag enn de mindre sykehusene kan ha. På den andre siden åpner den teknologiske og medisinskfaglige utvikling for at mindre sykehus kan behandle diagnoser som tidligere burde ivaretas på større sykehus. En vesentlig større del av behandlingen skal i årene framover ivaretas gjennom dagbehandling og poliklinisk behandling. Det åpner selvsagt også for en mere desentralisert sykehiusstruktur. Mens dette i vurderingen om fellessykehus eller sykehus både i Kristiansund og Molde er brukt som argument for Fellessykehuset på Hjelset.
Det helt fundamentale er imidlertid at sykehusene, slik det også er beskrevet i Nasjonal helse- og sykehusplan, inngår i nettverk slik at noen diagnoser og pasienter kan ferdigbehandles på et lokalsykehus, andre må videresendes og behandlingen må i all hovedsak ivaretas på et større og mere spesialisert sykehus og for mange pasienter vil behandlingen ivaretas både på lokalsykehuset og regionsykehus/spesialsykehus.

I rapporten «Lokalsykehusenes funksjoner i en samlet behandlingskjede» (Erikstein m flere 2007) ble arbeidsdelingen mellom sykehus og lokalsykehusenes funksjoner grundig utredet og analysert. En konklusjon fra deres analyser er at opp til 70 prosent av øyeblikkelig hjelp innleggelser på relativt små lokalsykehus kan ferdigbehandles på lokalsykehuset[8]. Det er imidlertid avhengig av hvilke funksjoner og kompetanse

8 «Alt i alt viser dataene at ca. 50–70 prosent av alle øyeblikkelig hjelppasienter kan behandles ferdig på lokalsykehus (80–85 prosent av 65–80 prosent). Det tilsier at en stor andel av spesialisthelsetjenestens pasienter ikke har behov for et høyt spesialisert tilbud. Hva som er den faglig sett riktige andelen er ikke mulig å si. Lokale forhold påvirker ikke bare pasientenes valg, men også hva som er optimale behandlingskjeder. Også tilpasninger i lokalsykehusforetakts tilbud, for

sykehuset har. Ifølge rapporten er mellom 60 og 70 prosent av innleggelsene i lokalsykehusene akutte. Mellom 55 og 64 prosent av akutte innleggelser gjaldt indremedisin, mens ca. 30 prosent gjaldt kirurgiske eller ortopediske pasienter (Erikstein m flere 2007 s105).

I stortingsmeldingene om Nasjonal helse- og sykehusplan får en det inntrykk at kirurgisk akuttfunksjon bare vurderes med utgangspunkt i antall kirurgiske inngrep som øyeblikkelig hjelp. Det blir en for snever vurdering. For det første er akuttkirurgisk beredskap avgjørende for å kunne diagnostisere de som blir innlagt og dermed dem som ikke trenger særlig behandling, hvem som kan ferdigbehandles på lokalsykehuset og hvem som bør sendes videre til behandling på et større sykehus. I praksis vil derfor avvikling av all kirurgisk akuttberedskap medføre at pasienter, som ikke har behov for det, sendes videre til et større sykehus. Det medfører større kostnader spesielt til transport for pasientene, men også for pårørende. Det vil også gi unødvendige behandlingskostnader på det større sykehuset.

Et viktig grunnlag for de mindre lokalsykehusene og for befolkningen som sorterer til lokalsykehuset, er planlagt eller elektiv behandling, dagkirurgi og fødeenheter. Når en har slike funksjoner på et sykehus er det en stor fordel ut fra sikkerhet at en har akuttkirurgisk beredskap. På lengre sikt vil også grunnlaget for elektiv behandling, dagbehandling og fødeenheter bli dårligere dersom en ikke har kirurgisk akuttberedskap Dette betyr at disse sykehusene under alle omstendigheter bør ha en viss kirurgisk beredskap.

Hva slags kirurgisk akuttfunksjon skal lokalsykehusene ha?

I Stortingsmeldingen Nasjonal helse- og sykehusplan 2016-2019 er innholdet i akuttfunksjonene og i særlig grad innholdet i kirurgisk akuttfunksjon drøftet under pkt. 12.6 «Et differensiert akuttilbud». Det synes som om hovedkonklusjonen er basert på at akuttkirurgisk beredskap vil kreve 16 spesialister for å dekke vaktene (s. 99). Det sier seg selv at med så omfattende beredskap vil det ikke være mulig å opprettholde kirurgisk akuttberedskap ved svært mange av sykehusene våre. Det er grunn til å spørre om alle sykehus, som skal ha akuttkirurgi, virkelig skal ha så omfattende beredskap.

Det er åpenbart ulike faglige vurderinger av hvordan omfanget av akuttkirurgi bør være. For de mindre sykehusene vil det være spørsmål om hvilken kirurgisk akuttberedskap som skal utvikles. Sykehuslegene ved Volda sykehus har beskrevet sin måte å organisere akuttkirurgiske beredskap. Den er ikke i nærheten så ressurskrevende som opplegget i Nasjonal helse- og omsorgsplan. I stedet for å sette ett ideelt krav til omfanget av akuttkirurgi slik det er lagt opp til i Stortingsmeldingen, bør det utformes krav som også er mulig å oppfylle på mindre sykehus. Det vil under alle omstendigheter være nødvendig om en skal kunne ha akuttberedskap i kirurgi ved sykehus som Tynset, Stokmarknes, Namsos, Voss, Kirkenes og Hammerfest.
I figur 3 og 4 er gjengitt omfanget av akuttfunksjoner i kirurgi og kirurgi og indremedisin ved noen av sykehusene med samme eller lavere befolkningsunderlag enn sykehuset i Kristiansund. Figuren er hentet fra Nasjonal sykehusplan 2016-2019. Disse figurene viser at sykehuset i Kristiansund er blant dem som har høyest aktivitet knyttet til sine akuttfunksjoner.

eksempel med utgangspunkt i en lokal risiko- og sårbarhetsanalyse, vil kunne redusere andelen som velger, eller som bør/må, reise forbi.»

9. Sammenligning av fødetilbudet ved dagens to sykehus og planlagt tilbud ved fellessykehuset

Samfunnsøkonom Karin Ibenholt og leder av bunadsgeriljaen Anja Solvik

Formålet med dette kapitelet er å sammenligne de samfunnsmessige virkningene av å beholde to fødeavdelinger, en i hver by, Molde og Kristiansund, med konsekvensene av å ha en felles fødeavdeling på Fellessykehuset på Hjelset i Molde. Hensikten er å vurdere hvilken løsning som gir den største nytten for folket i denne regionen. Det gis også en oversikt over hva kjennetegner norsk fødselsomsorg og hvilke institusjoner som ivaretar de fødende, størrelsen på institusjonene og hvilke kvalitetskrav som gjelder.

Norsk fødselsomsorg

I 2010 foreslo regjeringen å legge om fødselsomsorgen i Norge. Bakgrunnen for dette var stortingsmeldingen «En gledelig begivenhet» fra 2009. Meldingen etterlyste krav til organisering, kompetanse og oppfølging ved landets fødeinstitusjoner. Resultatet av dette var veilederen, «Et trygt fødetilbud. Kvalitetskrav – til fødselsomsorgen.» (Helsedirektoratet 2010).

Veilederen er under revidering av Helsedirektoratet i samarbeid med relevante fagmiljøer, og revidert veileder er ventet høsten 2020.

Denne veilederen skal sees i sammenheng med planer som er utarbeidet av regionale helseforetak. Samlet skal dette sikre at lokale fødetilbud har utstyr og kapasitet i forhold til fødselstall og at det samsvarer med utviklingen av akuttilbud ved lokalsykehus.

Ifølge veilederen, skal planene Sikre de fødende i regionen et desentralisert differensiert og forutsigbart fødetilbud. Hensynet til antall fødende i opptaksområdet, til geografi, kommunikasjonsmuligheter, struktur for lokale jordmortjenester og følgetjenester vektlegges. (1, s. 4)

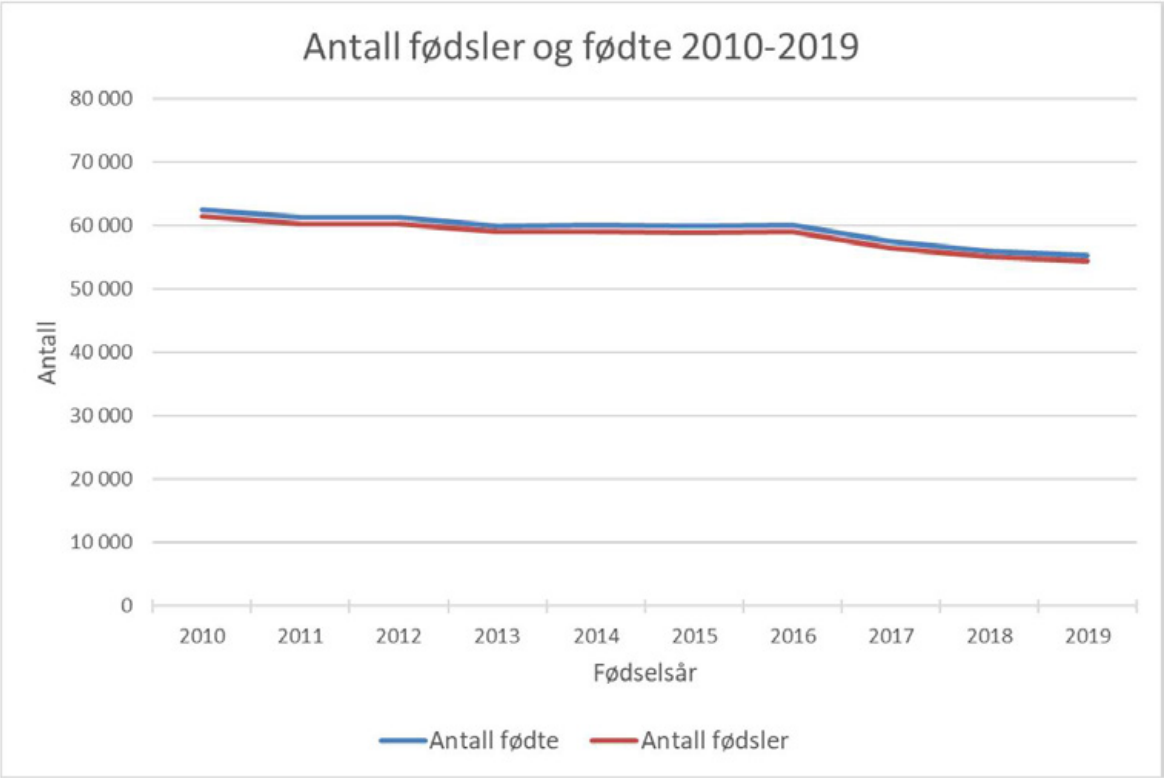
Et grunnleggende prinsipp i norsk helsetjeneste er at kravene til pasientsikkerhet skal være det samme over hele landet. Og at tilgang på helsetjenester skal være likeverdige.

Fødselstall

1946 blir regnet som det året flest barn ble født i Norge i moderne tid. Hele 70727 barn ble født da. Årsaken er nok «gledesvåren» året før. Det høye fødselstallet holdt seg stabilt i etterkrigstiden og frem til 1968. Da starter fødselstallet å synke og det fortsetter å synke frem til i dag. Prevensjon og kvinnefrigjøringen fører til en lettere kontroll av familieplanleggingen. I 2010 ble det født 61400 barn i Norge. Siden da har det sunket gradvis frem til i dag. I 2019 ble det født: 54 495 barn, som var 605 færre barn enn året før. Det gir et samlet fruktbarhetstall på 1,53 barn per kvinne i Norge.[9] I 2016 var tallet 1,71 og det sank i 2017 til 1,62. Det var regionale forskjeller da og nå. Rogaland hadde høyest antall fødte per kvinne i 2017, med 1,82. Men ble slått i 2018 av Sogn og Fjordane. (SSB -3/2020)

9 For at befolkningsnivået skal holde seg konstant kreves et fruktbarhetstall på 2,1 (reproduksjonsnivået).

Figur 5 Antall fødsler og fødte 2010-2019 i Norge.



Kilde: Statistisk sentralbyrå

Årsaken til synkende fødsler er sammensatt. Gjennomsnittsalderen for førstegangsmødre og fedre øker. I 2019 var den for mor 29,8 og for far 32. Tendensen er den samme i alle land med høy likestilling og hvor kvinner er i jobb. Men fødselstallet er trass i nedgang likevel høyere enn for eksempel Frankrike. Noe som kan skyldes at vi har bedre permisjons og velferdsordninger. I vårt land har finanskrisen også fått noe av skylden for synkende fødselstall. (SSB 2017- lavere fruktbarhet ved økonomisk usikkerhet) I artikkelen står det at i løpet av 2000-tallet økte fruktbarheten til norske kvinner, den lå jevnt en periode på 1,75, men i kjølvannet av finanskrisen sank fruktbarheten (1,70 i 2016) Til 1,53 i dag. På 70- tallet lå vi på 2,1. Mer enn 70 land har i dag er fødselsrate under 2,1.

Fødeinstitusjoner

Siden 1979 har antall fødeinstitusjoner sunket fra 95 til 46. I Helsedirektoratets kvalitetskrav til fødeinstitusjoner skisseres en fødselsomsorg som skal sikre fødende et desentralisert, differensiert og forutsigbart fødetilbud. Det skal tas hensyn til geografi, struktur og kommunikasjonsmuligheter. Lokale jordmortjenester og følgetjeneste skal vektlegges.

Tabell 11 46 norske fødetilbud og fødestuer – tilbud, idag.

Fødested	Antall fødsler ca per år	kategori	Foretak	Mor/Barn vennlig	
UNN Narvik	300	fødeavdeling	Helse Nord	::	1
Finnmarkssykehuset Kirkenes	208	fødeklinikk	Helse Nord	::	2
Fødestua i Alta	70	fødestue	Helse Nord	::	3
Finnmarkssykehuset Hammerfest	390	fødeklinikk	Helse Nord	ja	4
Helgelandsykehuset Mo i Rana	285	fødeavdeling	Helse Nord	::	5
Helgelandsykehuset Sandnessjøen	350	fødeavdeling	Helse Nord	ja	6
Brønnøysund	22	fødestue	Helse Nord	::	7
UNN Harstad	285	fødeavdeling	Helse Nord	ja	8
Nordlanssykehuset Bodø	945	fødeklinikk	Helse Nord	ja	9
Fødsestua midt-troms, Sonjatun	25	fødestue	Helse Nord	ja	10
Nordlanssykehuset Lofoten/ Gravdal	60	fødestue	Helse nord	ja	11
UNN Tromsø	1500	fødeklinikk	Helse Nord	Ja	12
UNN Finnsnes fødestue	100	Fødestue	Helse Nord	ja	13
Nordlandssykehuset Vesterålen, Stokmarknes	300	fødeavdelingen	Helse Nord	ja	14
Kristiansund sykehus	350	Fødeavdeling	Helse Midt	ja	15
Ålesund Sykehus	1200	Fødeavdeling	Helse Midt	ja	16
Molde sykehus	420	Fødeavdeling	Helse midt	ja	17
Volda sykehus	500	Fødeavdeling	Helse midt	ja	18
St Olavs Hospital	3700	Fødeklinikk	Helse midt	ja	19
Sykehuset Namsos	380	Fødeavdeling	Helse midt	ja	20
Sykehuset Levanger	800	Fødeavdeling	Helse midt	ja	21
Haukeland universitetssykehus	5000	fødeklinikk	Helse vest	Ja	22
Stavanger universitetssykehus	4500	Fødeavdeling	Helse vest	ja	23
Haugesund sjukehus	1400	Fødeavdeling	Helse vest	ja	24
Voss sykehus	430	Fødeavdeling	Helse vest	ja	25
Stord sykehus	430	Fødeavdeling	Helse vest	ja	26
Førde sentralsykehus	870	fødeavdeling	Helse vest	ja	27
Sykehuset Østfold, Kaldnes	2800	fødeklinikk	Helse sør øst	ja	28
Akershus universitetssykehus	4600	fødeklinikk	Helse sør øst	ja	29
Oslo universitetssykehus Rikshospitalet	2600	Fødeklinikk	Helse sør øst	ja	30
Oslo Universitetssykehus Ullevål	7000	Fødeklinikk	Helse sør øst	ja	31
Ringerike sykehus	700	fødeavdeling	Helse sør øst	ja	32
Sykehuset Innlandet Elverum	850	Fødeavdeling	Helse sør øst	ja	33
Sykehuset Innlandet Gjøvik	700	Fødeavdeling	Helse sør øst	ja	34
Sykehuset Innlandet Lillehammer	1100	Fødeavdeling	Helse sør øst	ja	35
Sykehuset Innlandet Kongsvinger	400	Fødeavdeling	Helse sør øst	ja	36
Sykehuset Innlandet Tynset	50	Fødestue	Helse sør øst	ja	37
Sørlandet sykehus Kristiansand	2000	Fødeavdeling	Helse sør øst	ja	38
Sørlandet sykehus Arendal	850	Fødeavdeling	Helse sør øst	ja	39
Kongsberg sykehus	340	Fødeavdeling	Helse sør øst	ja	40
Sørlandet sykehus Flekkefjord	370	Fødeavdeling	Helse sør øst	ja	41
Sykehuset Telemark	1700	Fødeavdeling	Helse sør øst	Ja	42
Tønsberg sykehus	1900	fødeavdeling	Helse sør øst	Ja	43
Bærum sykehus	1500	fødeavdeling	Helse sør øst	Ja	44
Drammen sykehus	1800	fødeavdeling	Helse sør øst	Ja	45
Fødestua midt Troms, Sonjatun	35	fødestue	Helse nord	ja	46

15 fødeavdelinger har et samlet fødselstall under 500 i året. 10 fødeavdelinger har omtrent samme antall fødsler i året som Molde og Kristiansund. Eller lavere. Flekkefjord, Narvik og Harstad, Kongsberg og Kongsvinger er avdelinger som har vært nedleggingstruet. Ved planlagt endring av sykehusstruktur på Innlandet, risikerer man at flere av områdets fødeavdelinger/sykehus legges ned. Uten at dette er nøye kartlagt, skjer det fødsler ved nedlagte institusjoner hvert år både i Mosjøen og i Orkdal. Nordfjord sjukehus og Lærdal har godkjente barselavdelinger uten fødeavdeling. Kvinnen bosatt i dette området, velger ofte å reise hit kort tid etter fødsel ved nærliggende institusjoner for å tilbringe barseltiden der.

Nedlagte avdelinger som Orkdal, Rukan og Odda tilbyr svangerskapskontroller og følgetjeneste.

Fødeinstitusjonene er inndelt i tre typer:

- Kvinneklinikker: ca 1500 fødsler, tilstedevakt av fødsels- og anestesilege og vaktberedskap av barnelege, nødvendig jordmor- og operasjonsstuebemanning og barneavdeling med intensivbehandling av nyfødte.
- Fødeavdelinger: ca 400-500 fødsler per år*, vaktberedskap av fødsels- og anestesilege, nødvendig jordmor- og operasjonsstuebemanning og barnelege tilknyttet fødeavdelingen.
- Fødestuer: ca 40 fødsler per år, vaktberedskap av jordmødre (ikke gynekolog) og avklarte medisinske forhold.

FHI publiserte i 2018 en brukerundersøkelse om fødsels- og barselomsorg i 2017 Publisert 2018. Denne rapporten viser at norske kvinner er mest fornøyd med fødselsomsorgen ved de mindre fødeavdelingene. 90 prosent sier de har tillit til den kompetansen ved de mindre avdelingene, de skårer høyest på fornøydhet ved barselsoppholdet, evnen til å skape relasjoner og er best på ivaretagelse av partner. Alle institusjonene skårer lavt på evnen til å gi nok informasjon til kvinnen under barselsoppholdet og de større enhetene skårer lavt på relasjoner. Noe som kan tyde at for mange ukjente er innom kvinnen i løpet av oppholdet, eller de er få og har liten tid. Undersøkelsen ble gjennomført første gangen i 2011, og har siden blitt gjennomført blant fødende i 2016 og 2017. Nedleggelsen av mindre fødeenheter og enkelte fødestuer hadde tidlig en positiv betydning. Å flytte fødsler inn på sykehus. Samlet fagkunnskap, økt kapasitet og muligheten til å gi nok hjelp til riktig tid var medvirkende til å senke barnedødeligheten. Forskning viser nå at dødeligheten er ikke høyere ved fødestuer så lenge selekteringen foregår på riktig måte. Det er minimal høyere risiko for førstegangsfødende. Men likevel betraktelig lavere enn ved å føde ufrivillig utenfor institusjon. Reduksjon av fødeavdelingene til 46 enheter er for få ifølge WHO, med tanke på de geografiske utfordringene Norge har. Ved sammenslåinger av fødeenheter rammes sårbare kvinner i størst grad av disse endringene. Det burde vært drøftet hvordan sammenslåingen påvirker ulikhet i helse.

Fødsler ufrivillig utenfor institusjon i Norge

Nedleggelser av institusjoner førte lenge til flere transportfødsler og såkalte fødsler ufrivillig utenfor institusjon. Hvert år er det flere fødsler som skjer utenfor en fødeinstitusjon, dette kan enten være at den fødende frivillig har valgt hjemmefødsel eller at hun ikke når frem til institusjonen i tide, en såkalt ufrivillig, eller ikke-planlagt fødsel utenfor institusjon. Fra 2003 da 441 barn ble født ikke-planlagt utenfor institusjon har antallet slike fødsler blitt redusert til 294 i 2019. Andelen slike fødsler pr 1000 fødsler har i samme tid blitt redusert fra 7,7 til 5,3.

Tabell 12 Antall fødsler utenfor fødeinstitusjon, 2015-2019.

Årstall	Transport	Ufrivillig hjemme	Frivillig hjemme	Annet sted	Sum (hvorav ufrivillig)
2015	170	139	169	44	522 (353)
2016	199	176	169	48	592 (423)
2017	172	152	126	23	473 (347)
2018	173	154	103	31	461 (358)
2019	147	120	98	26	391 (293)

Kilde: FHI (6)

Det er flere årsaker til ufrivillig hjemmefødsler. Kvinnen kan ha blitt bedt om å vente hjemme på grunn av stort press inne på avdelingen, fødselen starter i bil eller ambulansen og den returnerer til hjemmet for å forløse barnet der. Barnet kommer så fort at man ikke rekker inn til institusjon. Utrykningstiden varierer. Tall fra SSB viser at det er blitt færre ambulanser og flere utrykninger de siste årene. I 1999 var det 157 transportfødsler, i fjor 147. I 1999 var tallet på ufrivillige hjemmefødsler høyt, 200. Årsaken er ukjent. Antall fødsler på nedlagt institusjon vet man ikke. Forskere har etterlyst det riktige antallet. FHI henviser videre til Norsk pasient register. Her antydes svikt i registreringsverktøyet.

Fødsler utenfor institusjon

MFR har foretatt en grundig gjennomgang av datamaterialet for alle fødsler som har vært meldt til å skje «Annet og ukjent sted» i 2016 og 2017. Gjennomgangen viste at en del av fødslene egentlig hadde foregått under transport. Årsaken til feilrapporteringen, Partus[10].» (mrf) var en teknisk feil i fødejournalsystemene som brukes til å melde fødsler til MFR. Dataene har derfor blitt korrigert tilbake til 2006, da de første fødeinstitusjonene startet med elektronisk melding. (folkehelseinstituttet, statistikkbank)

Følgetjeneste

Etter forskriftene skal det være organisert en følgetjeneste i kommunene hvor reiseveien er mer enn 90 minutter. På Nordmøre er det definert et slikt behov for fødende i kommunene Aure, Smøla og Surnadal. I Romsdal er det Rauma og Åndalsnes som har krav på det dersom de skal føde i Kristiansund ved sommerstengt avdeling i Molde. De velger Ålesund. Og dit er det mindre enn 90 minutter. Følgestjenesten har i dag en dekning på ca 30 prosent i regionen Nordmøre.

Kun 20 prosent av kommunene på landsbasis har full dekning av følgesjordmor. I takt med nedleggelsen av fødeinstitusjoner har flere fått lengre reisevei. En undersøkelse gjennomført av avisen Verdens gang viser at 77 av de 422 kommunene som svarte på undersøkelsene, mangler følgestjeneste fullstendig. Ifølge verdens gang har antall kommuner med reisetid på over to timer til nærmeste fødeinstitusjon økt fra fem prosent i 2012 til 18 prosent i 2019. Verst er det i Finnmark i forhold til innbyggertallet. (VG artikkel 2019)
Helse Midt-Norge skal i samarbeid med kommunene, få på plass følgetjeneste for gravide og fødende i tråd med Helsedirektoratets nasjonale veileder «Et trygt fødetilbud- Kvalitetskrav til fødselsomsorgen». Veilederen legger til grunn et behov for en døgnkontinuerlig vaktberedskap og følgetjeneste der det er halvannen times reisevei til fødestedet.

I Romsdal faller ingen over grensen på 90 minutter, men fødende blant annet fra Aukra burde hatt tilbudet. Og fødende som må reise med ferge. Grensen er veiledende og bør beregnes ut fra faktisk bosettingsmønster, ikke beliggenhet av kommunesenteret. Her bør hensyn tas fra hjem til fødested. Veiene i dette området

10 Partus melder fødsler inn til helseforetakene

er ofte dårlige og vær og føreforhold kan forlenge tiden. Ambulansepersonell er ikke kvalifiserte fødselshjelpere, og de melder at de ofte føler seg utrygge imøte med fødende kvinner. Følgesjordmødre varsler om utfordrende arbeidsforhold i en ambulanse i bevegelse, hvor kvinnen er stroppet fast og man mangler smertestillende og mulighet for overvåkning av barnet.

I en artikkel fra NRK Finnmark (nrk14 mai 2019), omtales en undersøkelse som forteller at mange kvinner som har født på vei til sykehus ikke ønsker flere barn. Den er kanskje heller ikke signifikant i forhold til at det er lav andel av befolkingen som er spurt. Men det er grunn til å etterspørre kartlegging av tilfredshet hos kvinner som har født uplanlagt utenfor institusjon eller kvinner som opplever alvorlig sykdom hos seg eller barnet under svangerskap eller ved fødsel. Disse er utelatt fra tilfredshetsundersøkelsen.
Kilde: Folkehelseinstituttet.

Kvalitet

Kvalitet er et gjennomgående tema i helsesektoren. Indikatorer er en måte å måle kvalitet på. Det foreligger kvalitetssikret statistikk som er offentlig tilgjengelig i Medisinsk fødselsregister hvordan alle sykehus skårer på hver enkelt indikator.

Fødeveilederen innleder med at *svangerskaps- og fødselsomsorgen i Norge holder svært høy kvalitet i internasjonal sammenheng. Det er likevel flere forhold som taler for at denne delen av helsetjenesten kan forbedres.* (Et trygt fødetilbud 2010)

Veilederen tar også for seg hvilke kvalitetsindikatorer som gjelder på fødeinstitusjonene. Helsedirektoratet har ansvaret for å utvikle, formidle og vedlikeholde de nasjonale indikatorene. Disse ble senest oppdatert i 2020 (Kilder: Det sentrale folkeregister og Medisinsk fødselsregister

Dagens indikatorer er:
- Dødelighet i nyfødtperioden (27 dager)
- Tilstand på nyfødt (etter 5 min)
- Fødsler uten inngrep
- Fødselsrifter (grad 3 og 4)
- Keisersnitt (flere inndelinger)
- Dødfødte barn
- Igangsetting (Induksjon)
- Riestimulering
- Selvbestemt abort

Neonatal dødelighet

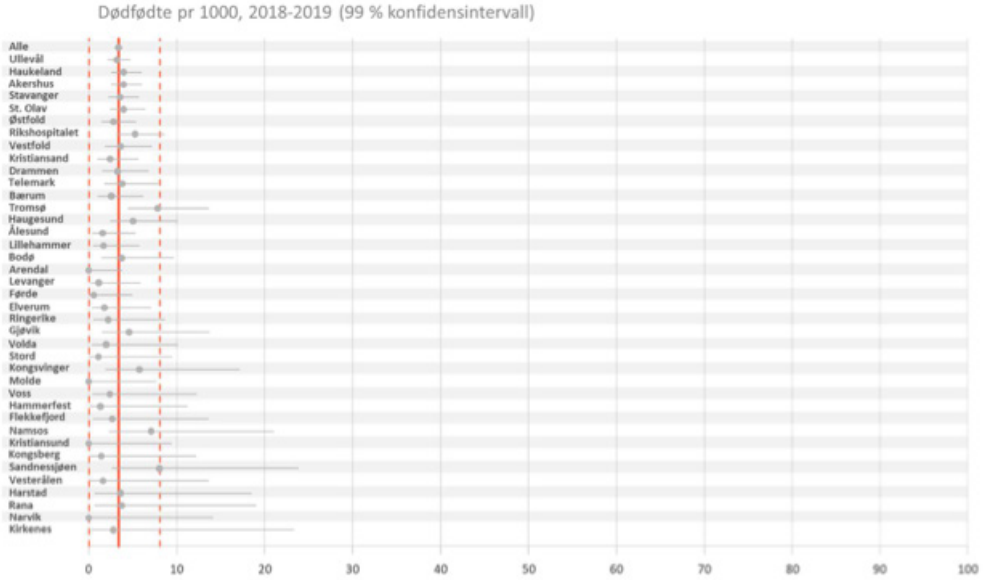
Nivået på neonatal dødelighet (barn som dør 0-27 dager etter fødsel) blir ofte sett på som et resultat av kvaliteten på svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen og neonatalomsorgen. Dette kan derfor sees på som en samleindikator på kvaliteten i helsehjelpen i hele forløpet fra svangerskapsuke 22 + 0 til 27 dager etter fødsel. På fødeavdelingen i Molde og Kristiansund var tallet på neonatal dødelighet null i 2018. Dette kan forklares ved god selektering, og er samtidig årsaken til at større klinikker har noe høyere skår både på neonatal dødelighet og dødfødsler. Neonatal dødelighet er lav i Norge sammenlignet med resten av Europa og svært lav sammenlignet med verden for øvrig, og er ifølge WHO blant de landene med lavest neonatal dødelighet. Den samlede neonatale dødeligheten i Norge var ifølge Medisinsk fødselsregister 1,6 per 1000 levendefødte barn i 2018. Det er allikevel en viss variasjon mellom helseforetakene, som blant annet kan skyldes at helseforetakene har ulike fødeinstitusjoner med ulike former for risiko knyttet til fødsler. I 2018 var den neonatale dødeligheten per 1000 levendefødte barn lavest i Helse Sør-Øst med 1,4 barn per 1000, og 2,3 i Helse Midt-Norge.

WHO anbefaler å bruke informasjon i tilfeller hvor baret dør under fødsel og innen første levedøgn for å beskrive overvåking og behandling ved akutte komplikasjoner under fødsel. Denne nasjonale kartleggingen mangler i Norge. Ved dødfødsel kobles prenatal komiteen inn og alle tilfeller undersøkes her. Ved dødsfallsom skjer brått og uventet kobler helsetilsynet inn. Men det mangler et nasjonalt register.

Molde og Kristiansund skårer lavt på denne indikatoren, dødfødt barn, Med tallet 0,04 per 1000 barn. På landsbasis er tallet på denne indikatoren 3,4 per 1000 barn. (0,34%) Det betyr 3 av 1000 barn blir født dødt på landsbasis. De større klinikkene trekker opp på grunn av at her blir kvinner i risikogruppen forløst.

I en artikkel fra juni 2018 i BA avis. (Linda Hilland, juni 2018 ba) Ble det satt søkelys ved økte dødfødsler ved Haukeland universitetssykehus. Trass i nedgang i antall fødsler, steg antall dødfødte fra 15 til 24 i 2017. Det ble født totalt i 2017, 4888. Det er ca 40 prosent høyere enn landsgjennomsnittet. Overlege ved Gynekologi og Obstetrikk avdeling, Ferenc Macsali utrykker at han tror det skyldes naturlige svingninger. Og sier at dette er vanlig ved de større klinikkene. Det er grunn til å stille spørsmål ved registering av alle tilfeller.

Figur 6 Nasjonale kvalitetsindikatorer: dødfødte barn, 2018-2019



Kilde: Helsedirektoratet, Oppdatert 4/6 2020 – Medisinsk fødselsregister

Manglende indikator: Akutt blødning i forbindelse med fødsel som krever transfusjon.
I et trygt fødetilbud- kvalitetskrav til fødselsomsorgen fra 2010 er denne indikatoren tatt med, men er ikke tatt med blant de oppdaterte fødselsindikatorene fra Helsedirektoratet 2020. Med tanke på økende tendens til akutt blødning, er det relevant å stille spørsmål om hvorfor denne er tatt ut. På verdensbasis er akutt blødning den hyppigste årsaken til at kvinner dør i forbindelse med fødsel. Bare i England døde 80 kvinner i 2015 som følge av akutt blødning etter fødsel. I Norge beregner man på landsbasis at 2,5 prosent av alle kvinner som føder blør mer enn 1,5 liter blod i forbindelse med fødsel. Ifølge en vitenskapelig kronikk skrevet av Silje Pettersen, nasjonalt kompetansesenter for kvinnehelse Ved Oslo Universitetssykehus og Lill Trine Nyfløt Postdoktor (seksjonsoverlege på fødeavdelingen i Drammen. i Aftenposten, datert 20.10.2018) – blør kvinner mer under fødsel enn før og tendensen er at antall blødninger med mer enn 1,5 liter har økt kraftig de siste 20 årene. Denne tilstanden er potensielt dødelig, og risikoen for at mor dør er større dersom en akutt blødning inntreffer under en transportfødsel. Akutt blødning kan også inntreffe etter en fødsel (innen tolv timer) Det er blant annet derfor WHO anbefaler minimum ett døgns opphold etter fødsel.

Denne indikatoren og indikatoren som omhandler rifter er de to eneste som omhandler kvinnens helse, derfor skulle man tro den var viktig.

«Den høye forekomsten av alvorlig fødselsblødning indikerer behovet for å gjennomgå prosedyrer for arbeidsledelse. Demografiske og medisinske risikofaktorer kan styres med ekstra årvåkenhet.»
Kilde: Medisinsk fødselsregister.

Gjennomgang av fødselsomsorgen

Den norske fødepopulasjonen er i endring, med økt alder og fedme blant fødende, øker forekomsten av svangerskap og fødsler med høy risiko. På bakgrunn av dette fikk Helsedirektoratet i oppgave fra Helse- og omsorgsdepartementet å belyse hva endringer i kompleksitet i fødselsomsorgen betyr for bemanning og finansieringssystem. Resultatet av dette er rapporten «Endringer i fødepopulasjon og konsekvenser for bemanning og finansieringssystem (11).

Denne rapporten viser bl.a. at den økte forekomsten av kompleksiteten i fødepopulasjonen krever et økt behov for kompetanse, ressurser og bemanning ved fødeinstitusjonene.

Blant de tiltak som foreslås i rapporten er nasjonale normtall for bemanning (økt grunnbemanning) ved fødeinstitusjonene som ivaretar krav til kvalitet og kompetanse i fødselsomsorgen. Langsiktige regionale planer for å rekruttere, beholde og utdanne helsepersonell i fødeinstitusjonene. Gjennomgang av seleksjonskriteriene for fødsler og de regionale helseforetakene bør implementere nasjonale føringer for følgetjeneste og beredskap og sikre at fødende kvinner får trygghet og kvalitet i helsetilbudet.

Seleksjonskriterier
- Diabetes
- Preklamsi
- Sykt foster, Syk mor (alvorlig)
- Vekstretardasjon
- Flerling/tvillingfødsel
- Vaginal setefødsel (avdelinger kan ta keisersnitt, vaginal selekteres til Kvinneklinikk, St Olavs)
- Tidligere født barn med GBS infeksjon
- Trombofili
- Gravide under Lar. Gravide med HIV

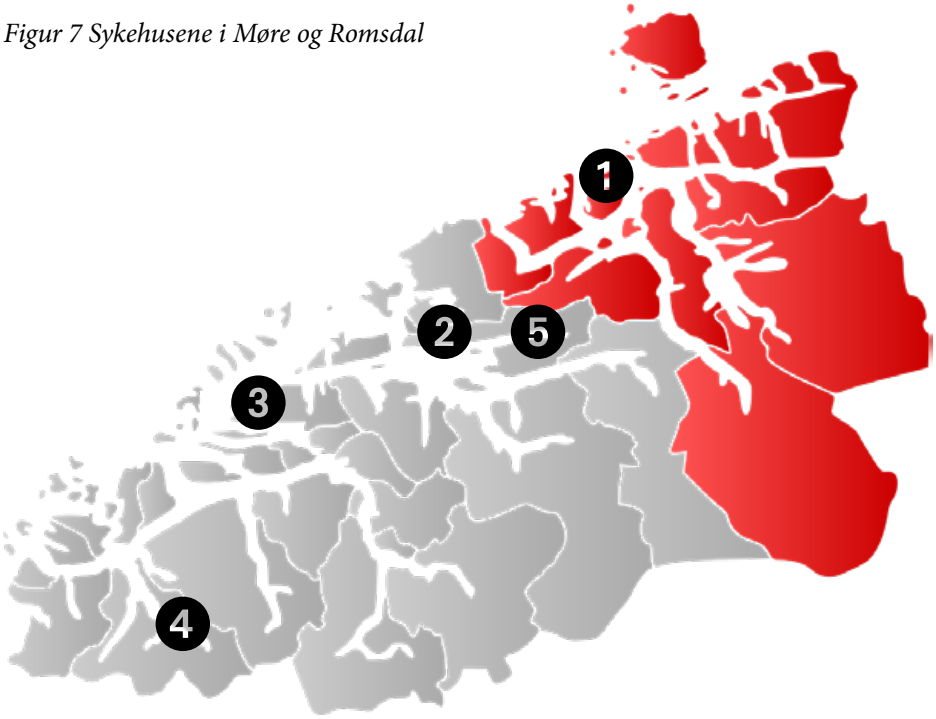
Disse kvinnene selekteres til kvinneklinikkene, de største fødeinstitusjonene med tilgang til spesialkompetanse innen fødselshjelp. Disse kvinneklinikkene skal ha tilgang til nyfødtmedisin og indremedisin. Nærmeste kvinneklinikk er Ålesund og St Olavs.

Dagens situasjon i Møre og Romsdal

De geografiske forholdene gjør Møre og Romsdal til et utfordrende fylke når det gjelder transport og samferdsel. Totalt strekker fylket seg over 14 355 kvadratkilometer, med en befolkning på 265 238 innbyggere. Ny sykehusstruktur vil spesielt påvirke regionene Nordmøre og Romsdal, og vi ser derfor mer i detalj på situasjonen her. I dag er det to lokalsykehus i dette området, Lundavang i Molde og sykehuset i Kristiansund. Endringen som er vedtatt er ett sykehus, felles for innbyggerne i Romsdal og på Nordmøre lokalisert på Hjelset i Molde. Lundavang blir en del av dette nye sykehuset, mens Kristiansund sykehus legges ned og erstattes av et DMS.

Endring sykehusstruktur

Figur 7 Sykehusene i Møre og Romsdal



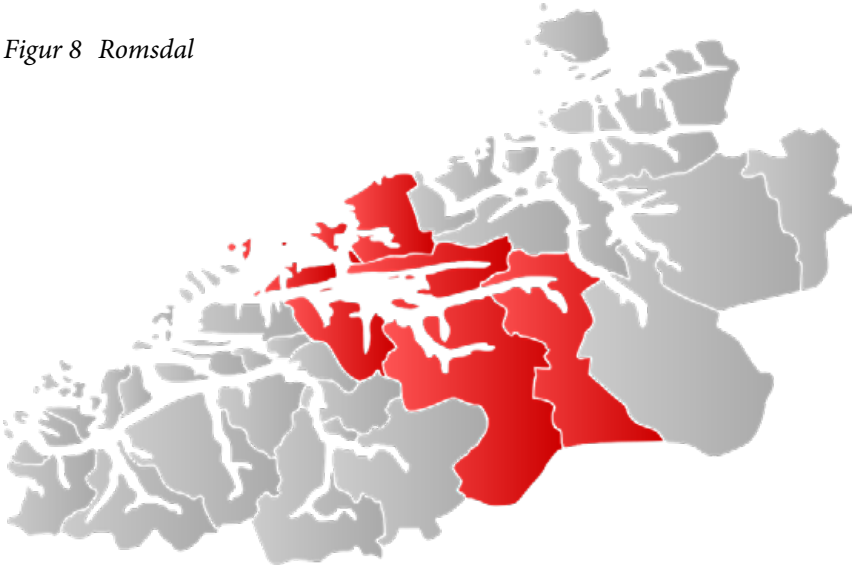
(1)	Kristiansund
(2)	Molde
(3)	Ålesund
(4)	Volda
(5)	Hjelseth

Møre og Romsdal har i dag fire fødeavdelinger, Ålesund, Volda, Molde og Kristiansund. Sykehuset i Ålesund er størst og er sentralsykehus for Møre og Romsdal.

Romsdal

Romsdal, med 60 525 innbyggere, består av kommunene Aukra, Hustadvika (tidligere Fræna og Eide), Molde (slått sammen med Midsund og Nesset fra 2020), Vestnes og Rauma.

Figur 8 Romsdal



Tabell 13 viser fødselstallene pr kommune (inndeling før 01.01.2020) i Romsdal, dvs. kommunene Aukra, Eide, Fræna, Midsund, Molde, Nesset, Rauma, Sandøy og Vestnes.

Hvert år er det ca 650-700 fødende i Romsdal. Omtrent 450 av disse føder ved Molde sykehus. Ca 145 føder ved Ålesund sykehus. Dette gjelder i all hovedsak kvinner i Vestnes og Rauma. Kvinner fra Vestnes velger i å reisee til Ålesund slik at de slipper ferge, selv om reisen er noe lengre. Fødende i Rauma velger i 60 prosent av tilfellene Molde, de resterende Ålesund. Fødende på Sandøy/Herøy velger fritt mellom Molde og Ålesund. De er avhengig av båt og har tilgang på ambulansebåt med kai på Sandøy. I 2017 var det registrert tre transportfødsler fra Vestnes/Sandøy til Ålesund. Kvinner i disse områder bør ha tilgang på følgetjeneste uansett om de skal føde i Molde eller Ålesund. Det gjelder også fødende i Midsund som er avhengig av ferge. Disse fødende velger stort sett Molde som fødested. Ingen fra Vestnes, Sandøy eller Midsund velger Kristiansund. De velger mellom Molde og Ålesund. Og samen med Rauma velger de som oftest Ålesund. Kvinner på Sunndal velger fritt mellom Molde og Kristiansund. De har omtrent like lang vei i dag til begge avdelingene. Sunndal er ett av de områdene som vil få kortere vei ved en ny avdeling på Hjelset.

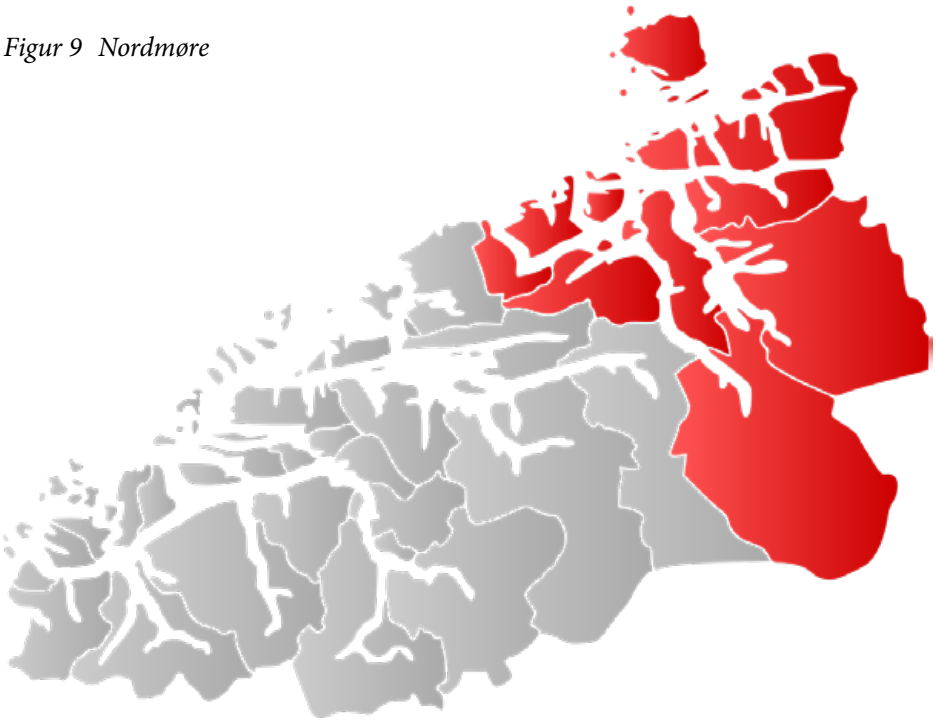
Tabell 13 Fødselstall for Romsdal, per kommune 2017-2019, fordelt etter fødested, T=fødsel under transport eller ikke planlagt hjemme (utenfor institusjon)

			Fødested								
Bosted	År	Total	KSU	T	Molde	T	Ålesund	T	St. Olav	T	Annet sted
Aukra	2017	32	2		22		8				
	2018	34	2		29		2		1		
	2019	30	4		21		5				
Eide	2017	34	7		22		5				
	2018	35	10		18		6				1
	2019	28	7		19		2				
Fræna	2017	100	11		75		10		3		1
	2018	106	16		82		7		1		
	2019	86	7	1	62		10		3		3
Midsund	2017	12			10		2				
	2018	17			11		6				
	2019	26			23		2		1		
Molde	2017	243	18		192	1	24		7		1
	2018	273	17	1	215		32		7		1
	2019	267	20		208		32		4		3
Nesset	2017	29	2		25		2				
	2018	33	5		26		1		1		
	2019	32	9		19		1		2		1
Rauma	2017	81			31		49		1		
	2018	57	1		9	1	44	1	1		
	2019	55			14		39	1	1		
Sandøy	2017-2019	21			3		17	1			
Vestnes	2017	49			1		46	2			
	2018	49			2		47				
	2019	62					62				

Nordmøre

Nordmøre består av kommunene: Kristiansund, Averøya, Gjemnes, Tingvoll, Sunndal, Surnadal, Aure og Smøla. Samlet folketall var 61 861.

Figur 9 Nordmøre



Før 1.1.2020 var Halsa kommune en del av Nordmøre, men er nå blitt en del av Heim Kommune i Trøndelag. Siden kvinner fra Halsa fremdeles velger å føde i Kristiansund, har vi valgt å også ha med fødselstall fra Halsa. Eide blitt en del av Romsdal og Rindal en del av Trøndelag fylke. Det er ca 450-500 fødende på Nordmøre hvert år. Omtrent halvparten har bosted i Kristiansund. Ca 60 prosent av fødslene skjer på fødeavdelingen i byen. Knappe 25 prosent på St. Olavs. Resten i Molde og noen i Ålesund eller andre sykehus. Det er spesielt kvinner fra Surnadal som velger å føde i Trondheim (St. Olavs hospital), hvor en viktig årsak er at de foretrekker fastlandsforbindelse til Trondheim fremfor fergeforbindelse til Kristiansund. Kvinner fra Smøla og Aure føder stort sett i Kristiansund. Antall fødende fra Sunndal til enten St Olavs og Ålesund har økt hvert år med noen få tilfeller, da Molde sykehus ligger nærmere. Surnadal har St Olav som hovedvalg og Sunndal velger likt mellom Molde og Kristiansund. Kristiansund føder i Molde ved feriestengning i Kristiansund. Ved selektering av fødende skjer dette til Ålesund i all hovedsak, men noen selekteres også til St Olavs. Kvinner som forventer å føde et sykt barn, eller selv er risikofødende og kan ikke føde lokalt, må til klinikk. Ved fritt sykehusvalg velger mange da å føde på St Olavs, da reiseveien for noen er enklere dit. Ved feriestengt fødeavdeling gir dette et svært tydelig bilde. Da reiser alle kvinner fra ytre Nordmøre til St Olavs for å føde.

Tabell 14 Fødselstall for Nordmøre, per kommune 2017-2019, fordelt etter fødested. T=fødsel under transport eller ikke planlagt hjemme (utenfor institusjon)

			Fødested								
Bosted	År	Total	KSU	T	Molde	T	Ålesund	T	St. Olav	T	Annet sted
Aure	2017	31	20	3					8		
	2018	24	15	2			1		6		
	2019	33	19	1			1		10	1	1
Averøy	2017	46	38		7				1		
	2018	51	40		6		3		2		
	2019	43	38		2		1		2		
Gjemnes	2017	30	11		18				1		
	2018	27	12		9		4		1		1
	2019	20	10		7		1		2		
Halsa	2017-2018	18	9	2					7		
	2019	13	7						6		
Kristiansund	2017	206	163		19		9		11	1	3
	2018	218	182	1	14		10		10		1
	2019	203	154		18		17		14		
Smøla	2017	20	16				2		2		
	2018	23	18						5		
	2019	16	13				1		2		
Sunndal	2017	76	35	1	33		2		5		
	2018	52	22		18	1	6		5		
	2019	63	27		18	1	9		7		1
Surnadal	2017	51	2	1	1				44	3	
	2018	44	2						40	2	
	2019	54	2						51	1	
Tingvoll	2017	26	22		1	1	1				1
	2018	25	17		4		2		1		1
	2019	24	18		4		2				

Kilde: Medisinsk fødselsregister MFR
Fødeavdelingen i Kristiansund er stengt fire uker hver sommer og en uke i forbindelse med jul

Fødeavdelingen ved Molde sykehus

Fødeavdelingen på Molde sykehus har 9 rom til sammen. Disse består av tre små fødestuer, ett mottaksrom, 1 neonatal- hlr bord. (en stasjon for gjenoppliving av nyfødte som har pustestans) Bordet er tilgjengelig ute i gangen på grunn av små rom. Disse skal ideelt sett stå inne på avdelingen. 1 behandlingsrom med plass til 3 og 7 barselsplasser. De mangler barneavdeling, slik at syke nyfødte sendes til barneavdelingen ved sykehuset i Ålesund. Veien dit er kortere enn fra Kristiansund.

Fødeavdelingen ved Kristiansund sykehus

Fødeavdelingen på Kristiansund sykehus har 9 rom til sammen på føde og barsel. Det er i alt plass til 18 senger. Det finnes (to) 2 fødestuer og badekar, 1 mottaksrom, 1-2 behandlingsrom med 3-4 senger, 4 stuer med 2 senger. 1 suite med eget bad. (fødestue om sommeren) og 1 familierom.

To neonatal-hlr-bord, fem barselsrom med plass til 10 senger ved behov (to på hvert rom). Kristiansund har badekar på ett av føderommene og kan derfor tilby vannfødsel. De har jordmødre som er trent på forløsning under vann. Dette er et tilbud flere ønsker seg, og er derfor svært populært. Føderommene i Kristiansund er også noe større enn i Molde. Her har de en stor fordel ved at Neonatal- hlr, rom eller Asfysibordnet kan stå inne på fødestuene.

Kristiansund har også barneavdeling med åtte senger, og med barnelege i vakt på dagtid. Barnelegen spiller sammen med anestesilegen en viktig rolle ved akutte syke nyfødte. Anestesilege er veldig viktig hvis barnet er veldig dårlig og trenger intubasjon og respiratorbehandling. Intubasjoner (pusterør i luftveiene) er det som regel anestesileger som utfører og de er mest drevne med det grunnet mengdetrening. En barnelege skal alltid vurdere et sykt barn, eller ved barn født med kromosomfeil. Ved sviktende blodgjennomstrømning i kroppen er det nødvendig å legge tilgang i navlevenen; dette er barneleger meget gode på, mens anestesileger gjør det sjeldent og ikke alle behersker denne kunnskapen (dette er uavhengig av sykehus). På kvalitetskriteriet apcar score som er barnets tilstand etter fem minutter i livet scorer Kristiansund høyere enn Molde. (Molde 0,9, Kristiansund 1,9) Dette kan indikere flere barn med lav score, eller at ved barnelege tilgjengelig så vurderes dette mer nøye. (mer om pediatri ved presentasjon av SNR)

Her kan det være viktig å peke på at assistentleger i anestesi har 3 læringsmål knyttet til nyfødte; mens barneleger har 21 læringsmål. Barneleges kompetanse er viktig i akutte situasjoner med tanke på den kunnskapen og erfaring barnelegen har i utredning og oppfølging av alle sykdomstilstander hos barn og nyfødte. Barnelegens kunnskap kan ikke erstattes av en anestesilege, heller ikke omvendt. Begge er viktige og bør stå sammen i behandling av syke nyfødte. Dette er behandling som kan innvirke på hele livet til barnet. Barneavdelingen i Kristiansund medfører at det kun er nyfødte som trenger nyfødt intensiv behandling som flyttes over til Ålesund. Tidlig behandling på barneavdelingen kan også gjøre at det blir mindre behov for intensivbehandling for disse barna.

Kvalitet på fødeavdelingene

I dag har Molde ett mottaksrom og tre mindre fødestuer. Kristiansund fødeavdelinger har i dag to fødestuer pluss ett mottaksrom og en suite. Denne kan gjøres om til fødestue om sommeren. Ved høyt trykk på avdelingen kan tre føde samtidig på begge sykehusene dersom det er nok personale. Avdelingene opplever dette ett par ganger per år, det er umulig å si når. Sykehusene har begge et gynekologisk rom med plass til fire pasienter etter enkle inngrep. Videre har de begge 7-8 barselsplasser. Når avdelingene er sommerstengte reduseres bemanningen med en jordmor i døgnet. Grunnbemanningen har vært gradvis redusert etter at helseforetakene overtok ansvaret for fødeavdelingene.

Kvalitetsindikatorer for fødeavdelingene i Møre og Romsdal

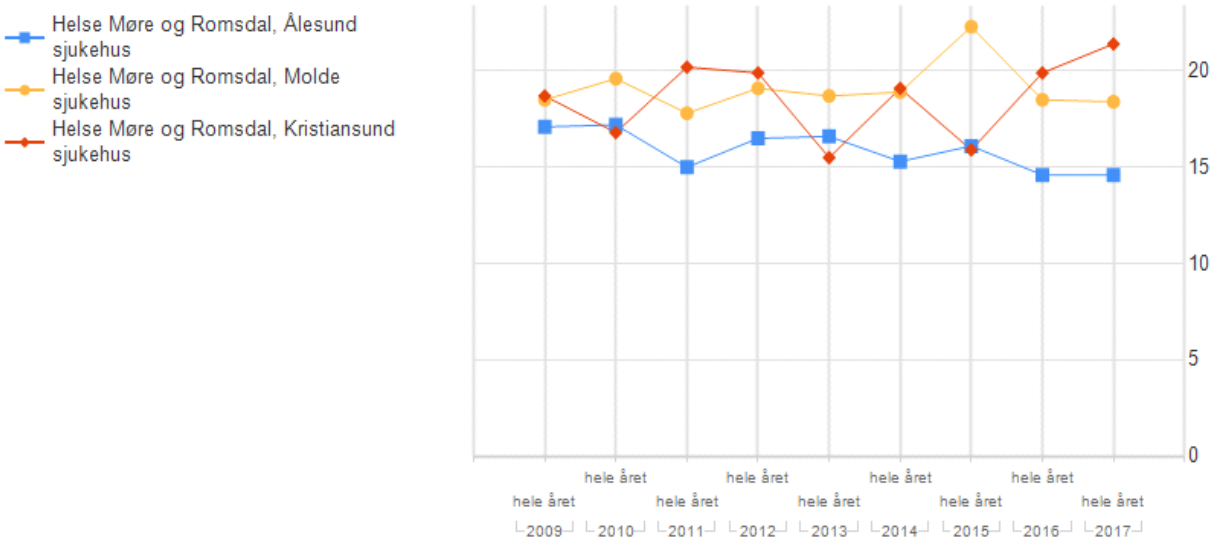
(Selvbestemt abort valgt bort.)

Tabell 15 Oversikt over utvalgte kvalitetsindikatorer 2018 Molde – Kristiansund-Helse møre og Romsdal HF-Nasjonalt

Kvalitetsindikatorer for føde 2018 – merknader under				
Molde		Kristiansund	HMR HF	Nasjonalt
Dødelighet i nyfødtperioden	0	0	1,1 *	1,6 *
Tilstand nyfødt barn	0,9	1,9	2,3	1,8
Førstegangsfødende uten større inngrep **	71,6	73	68,1	69
Rifter alle vaginale fødsler grad 3 og 4	1,5	1,7	2,2	1,6
Keisersnitt alle	11,2	19,4	15,7	16,1
Dødfødt barn	0	0	1,5	3,4
Igangsetting av fødsler (indikator)	23,4	19,7	25,5	23,9
Riestimulering 1 gangs fødende **	55,7	60,6	53,9	48,7
*1,1 av 1000= 0,1%, 3 barn av 2624 levendefødte barn, 1,6 er 86 barn av 55262 (nasjonalt) ** målt i prosent Ellers er det verdt å merke seg at tilstand på nyfødte i Helse midt HF er høy da St Olavs klinikken trekker opp. Her fødes flest av de dårlige barna.				

Tabell 16 Keisersnittfrekvens ved Molde og Kristiansund sykehus,2018- 2019

År	Molde	KSU	HMR HF	Hele Norge
2019	18,4	14,8	18,3	16,2
2018	11,2	19,5	18,0	16,1



Årsaken til at tallene for sykehusene i Molde og Kristiansund er mer variable enn for Ålesund er fordi de har færre fødsler og keisersnitt. Endringer i lave tall gir store utslag når man ser på prosentuelle endringer. Dette kommer også tydelig frem hvis vi ser på tallene for de to siste år ved fødeavdelingene i Molde og Kristiansund hvor Molde ligger høyt og Kristiansund lavt i 2019, mens situasjonen er nærmest omvendt i 2018, se tabell 1.6

Ser man på kvalitetsindikatoren keisersnitt, er det relativt store variasjoner fra år til år både på Molde og Kristiansund sykehus, mens Ålesund har en mer jevn utvikling, se figur 10.

Ettersom denne indikatoren inkluderer både elektive og akutte keisersnitt kan den være vanskelig å bruke som kvalitetsindikator. Det viktigste er at keisersnitt brukes til rett tid, slik at man unngår overbehandling med unødvendige inngrep eller operasjon på for tidlig tidspunkt, eller at inngrepet gjøres for seint. Oversiktsstatistikk er ikke egnet til å gi svar på dette, da må hendelsesforløpet gjennomgås. Ved hastekeisersnitt er det viktig at hver fødeavdeling har de ressursene som behøves for å forløse barn så raskt som mulig, blant annet gynekolog og anestesilege i tilstedevakt.

Ved å vurdere kvalitetsindikatoren ser man at avdelingene ved Molde og Kristiansund scorer bra på kvalitetsindikatorer og på brukerundersøkelser. Kvaliteten er god ved begge avdelingene. Ved avgjørelse om nedleggelse og flytting av fødeavdelingene kikket Helseforetaket på kvalitetsindikatorene, herunder frekvensen av keisersnitt i 2018. Som tabell 16 viser hadde Molde relativt lav andel, det året, mens tallet var vesentlig høyere i Kristiansund. Dette ble lagt stor vekt på i vedtaket om sammenslåing av avdelingene før fellessykehuset. Det ble brukt av daværende klinikksjef Henrik Erdahl som et argument for lokasjon til Molde da han mente dette påpekte store kvalitetsforskjeller mellom avdelingene. Keisersnittfrekvensen er relativt lik mellom avdelingene fra 2009-2016.

Kvalitetsforskjellene ble forsøkt tilbakevist i en kronikk i Dagens medisin av gynekolog Heidi Vikhovde Sandvig og Petter Laake. I kronikken peker de på at det ikke kan konkluderes ut fra variasjoner over en kort tidsperiode. I hvert fall når tallet er lavt i utgangspunktet og man da kan vente seg store utslag. Ønsket fra de to legene var å se indikatorene over tid. Gjorde man det, mente de, ville man kunne se at avdelingene ligger ganske likt på de fleste indikatorer. Kristiansund utmerker seg positivt ved andre indikatorer. Det gjør også Molde. Det ble også påpekt at høy grad av keisersnitt ikke nødvendigvis er tegn på dårlig kvalitet. Å redde barn er det. Derfor må denne indikatoren leses opp mot antall dødfødte som i 2018 er null ved begge avdelingene. Overordnet mål ved alle avdelinger er ligge så tet på landsgjennomsnittet som mulig, med ca 16 prosent. Denne analysen viser at frekvensen av keisersnitt varierer stort fra år til år og det er ikke mulig å bruke denne som en årsak til å peke på dårlig kvalitet alene.

Så vidt vi kjenner til finnes det heller ikke forskning som tilsier at det gir tryggere fødselsomsorg å samle enheter. Det finnes heller ikke forskning som viser at de store avdelingene leverer bedre kvalitet enn de små, eller at det er størrelsen på sykehusene som gir kvalitetsforskjeller. Man kan derfor spørre om det er det en myte at stort betyr robust og bra.

I en studie fra England, [Birthplace in England Collaborative, 2011 #877] pekes det på det er en økt frekvens av fødselsintervensjoner ved store fødeavdelinger også ved svangerskap med lav risiko. (14) Det er ikke gjennomført lignende studier i Norge. Det er usikkert om dette kan overføres. Her kan det dessuten være slik at krav om intervensjon (tidligere omtalt inn under effekt) som keisersnitt, igangsetting og smertelindring kan være et resultat fra økt krav fra de fødende.

I en artikkel fra 2017, Engjom, Norsk tidskrift for leger, kommer det frem at det er ikke forskjell i dødelighet for barnet ved fødeavdelinger av ulik størrelse når det er tatt hensyn til risikofaktorer. [Engjom, 2017 #816]

I en annen artikkel med samme forfatter, Engjom. Belyste hun at kvinner med lang reisevei hadde økt risiko for alvorlige hypertensive svangerskapskomplikasjoner, også dersom de fødte ved en stor institusjon. [Engjom, 2018 #1070]

Brukertilfredshet

Både Molde og Kristiansund skårer høyt på brukerundersøkelsen som viser tilfredshet ved føde og barselavdelingene. Det er spesielt i relasjoner til den fødende og til partner at de skårer høyere enn de større avdelingene. Dette kan man miste ved større enheter. Det vises i brukerundersøkelsen. Kvinner er mer fornøyde ved de mindre avdelingene.

Tabell 17 Brukertilfredshet (skala 0-100 der 100 er best) 2018

Behandlingssted	Kristiansund	Molde	Volda	Ålesund	Nasjonalt
Relasjonen til personellet ved fødeavdelingen	86	89	87	86	85
Rammer og organisering ved fødeavdelingen	80	86	82	80	81
Ivaretagelse av partneren ved fødeavdelingen	91	89	94	83	87
Relasjon til personellet under barseloppholdet	89	87	88	80	79
Informasjon om kvinnens helse under barseloppholdet	72	70	62	58	59
Informasjon om barnet under barseloppholdet	81	75	71	68	68
Rammer og organisering under barseloppholdet	80	76	79	66	69
Ivaretagelse av partneren ved barseloppholdet	90	90	90	71	79

FHI (4)

Fødsler utenfor institusjon i fylket

Ser man på antall transportfødsler på landsbasis er skjer det flest i Hordaland og Rogaland. Av 18 fylker/områder er Møre og Romsdal er på femte plass i antall, etter Trøndelag og Oslo/Akershus. Men i forhold til antall fødsler er Møre og Romsdal blant de fylker med høyest risiko for at en fødsel skal ende i transport, med 0,8 prosent. Selv om Oslo/Akershus er på 4 plass i antall fødsler ufrivillig utenfor institusjon, ligger de lavest i landet med 0,3 pr 1 000 fødsler. I andel er risikoen størst i Finnmark og i Sogn og Fjordane. Dette er områder med lange avstander og få institusjoner. I andel er Møre og Romsdal på femte plass etter Trøndelag.

Av 20 fødsler per år i Møre og Romsdal som ufrivillig finner sted utenfor institusjon, skjer ca 60 prosent (12 stykk i 2018) på Sunnmøre, 30 prosent i Nordmøre og 10 prosent i Romsdal. Årsaken til forskjellen mellom Romsdal og Nordmøre er sannsynligvis at reiseveien til institusjon er lenger i Nordmøre. Årsaken til flere fødsler utenfor institusjon i Sunnmøre er at det fødes flere barn i denne regionen

Tabell 18 Antall fødsler ufrivillig utenfor institusjon i Møre og Romsdal

FAAR	Antall fødsler	Fødte på Institusjon	Planlagt hjemme	SUM- fødsler utenfor institusjon	Ikke planlagt fødte hjemme	Fødsel under transport	Annet sted
2017	2686	2666	0	20	4	13	3
2018	2625	2605	0	20	5	12	3
2019	2501	2485	2	14	2	12	0

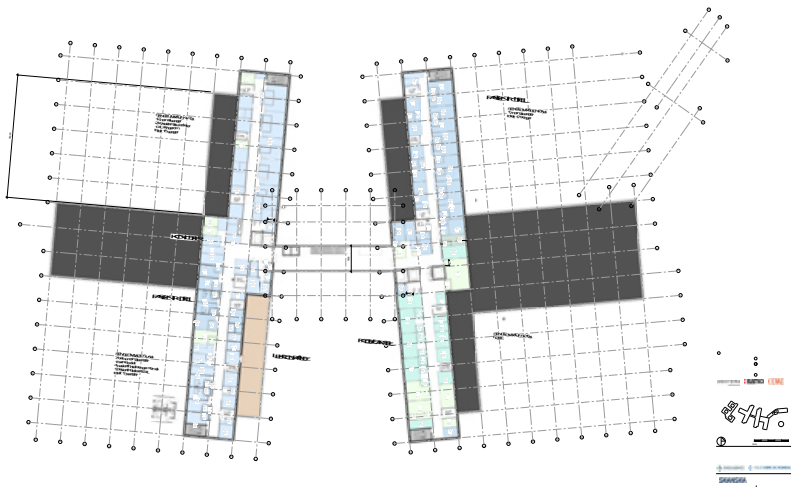
Medisinsk fødselsregister

Antall fødte utenfor institusjon har siden 2016 gått jevnt ned når vi ser hele fylket under ett, fra 8,4 slike fødsler pr 1 000 i 2016 til 5,5 i 2019. Dette er i samsvar med den nasjonale trenden.

Fødetilbud ved nytt fellessykehus

I 2014 ble det vedtatt planer for et fellessykehus.

Fig. 11. Fasiliteter



Fellessykehuset på Hjelseth er tegnet om ved flere anledninger. Årsaken er økonomi.

Tegningen viser den siste versjonen av avdeling for Gynekologi og Obstetrikk.

Det finnes ingen garantier for at dette er den endelige tegningen.

I funksjonsprogrammet står det at Barselsenger KAN utformes som et generelt sengeområde, men med nærhet til fødestuene. Behandlingsrommet skal være tilknyttet bad/wc dersom det må gjøres om til fødestue ved aktivitetstopper. Dette er ved forbehold om ekstra og nok ressurser. Sammenligner vi med St Olavs i Trondheim, omtalte Adressa i oktober 2018 at kvinner har måttet ligge på gangen pga avstengte rom.
Ved fødeenheten ved det nye Fellessykehuset, er antall liggedøgn for barselkvinner redusert, med tanke på at de fleste overføres til pasienthotell etter fødsel eller hjemreise direkte fra fødeavdelingen. Fellessykehuset bygges ikke med egen barselavdeling. Ved lang reisevei er pasienthotell nødvendig for kvinner som må vente på inngrep eller i tilfeller hvor fødselen drøyer. Etter inngrep eller fødsel er pasienthotellet lite bemannet og kvinner kan gå glipp av viktig og nødvendig oppfølging. Man antar at behovet for tettere oppfølging i tiden fremover økes, det forventes at kvinner som føder barn i fremtiden er eldre og en følge av dette er flere komplikasjoner.

Gynekolog Erling Tjora referer til en undersøkelse ved Haukeland fra 2008. Den ble publisert i tidsskriftet legeforeningen, og omtalt i Bergens Tidende. Undersøkelsen viste at antall nyfødte som legges inn etter fødsel har økt. Dette er satt i sammenheng med at antall liggedøgn på barsel har gått betraktelig ned.
Ser man på kvalitetsindikatorene fødselsinduksjon (kan øke risikoen) og keisersnittfrekvensen (varierer fra 15-19 prosent) er det grunn til å anta at 30 prosent av de fødende vil ha behov for forlenget barselsopphold. 23 senger skal dekke hele behovet ved alle sykehusets avdelinger.

Liggedøgn, kapasitet – Fellessykehuset

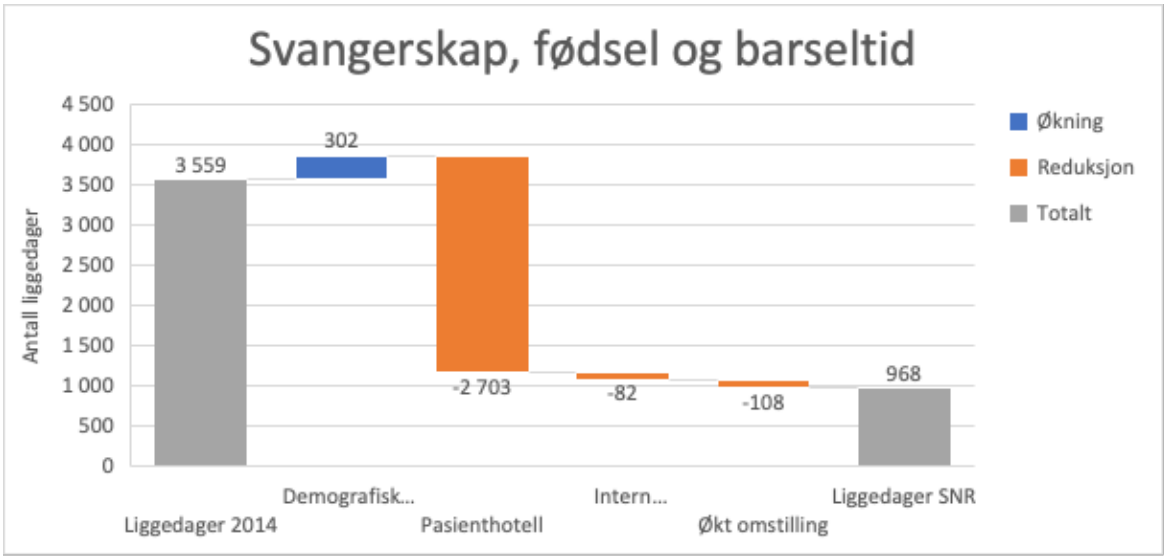
Når man skal beregne kapasitetsbehovet i fødselsomsorgen må man både se på forventet utvikling i fødselstallene og hvor mange døgn hver fødende forventes å bli på fødeavdelingen. Behovet påvirkes av hvor mange fødende som velger å føde på sykehuset.

Fødselstallet går ned på landsbasis. Trenden er det sammen på Nordmøre og i Romsdal. I Molde sank antall fødte med 28 fra 2018 til 2019 (fra 448 til 420), og i Kristiansund med 30 (fra 366 til 336). I 2019 var samlet antall fødende for regionen 931, hvilket betyr at 175 barn ble født på andre sykehus enn Molde og Kristiansund. Dette omfatter kvinner som selv veger et annet sykehus, for eksempel St. Olavs hospital i Trondheim, og kvinner som faller innunder selekteringskriteriene. Kvinner i risikogrupper blir som regel selektert til fødeavdelingen i Ålesund eller fødeklinikken på St. Olavs.

Ved dimensjoneringen av fødselsomsorgen på Fellessykehuset har man tatt hensyn til forventet endring i fødselstall, bruk av pasienthotell, intern effektivisering og omstilling. Beregninger av antall liggedøgn ved gynekologisk og fødeavdeling i 2014 viser et behov for 3559 liggedøgn. Dette omfatter fødende, kvinnesykdommer, kirurgiske inngrep, altså alle gynekologiske pasienter. Ved demografisk framskriving, økes behovet til 3861 liggedøgn (pluss 302.) Det nye sykehuset bør derfor være dimensjonert for 3861 liggedøgn. 2703 av disse er tiltenkt på sykehusets pasienthotell. Dette er for de friske fødende og kvinner med enkle inngrep som ikke behøver mye tilsyn. 200 av disse liggedøgnene skal effektiviseres bort ved hjelp av tidlig hjemreise etter fødsel og enkle kirurgiske inngrep osv. De resterende 958 liggedøgn er det sykehuset nå dimensjoneres for. Det vil si at over 75% av behovet er redusert ved å overføre flesteparten av pasientene til pasienthotell. Flesteparten av liggedøgn er planlagte inngrep og pasienter med andre kirurgiske inngrep. Ifølge konseptfasen skal DMS tilby gynekologisk poliklinikk. (uten lege etter klokken 16.00) Mens kirurgiske inngrep henvises til Fellessykehuset. Dette vil høyst sannsynlig øke pasientflukten til St Olavs. Det er grunn til å tro at kvinner fra den ytre delen av Nordmøre heller vil reise til St Olavs for kirurgisk behandling.

Her er deler av effektiviseringen tiltenkt, både kortere overførsler til pasienthotell og raskere hjemreise etter inngrep. Tidligere er dette blitt kritisert. Det ble påpekt at populasjonen i Kristiansund er litt overrepresentert med hensyn til kols, kreft og livsstilssykdommer. Dette øker sjansen for flere liggedøgn selv etter enkle inngrep. Siden sykehuset ikke er dimensjonert for dette vil det høyst sannsynlig bety at flere tjenester overføres til kommunene. Det samme vil ammehjelp og oppfølging av kvinner med avbrutt svangerskap.

Figur 12 Forventet antall liggedøgn Fellessykehuset



Ser man på kvalitetsindikatorene fødselsinduksjon (igangsetting av fødsler) som på landsbasis ligger på 23 prosent, vet vi at dette kan øke risikoen for komplikasjoner som blødninger og keisersnitt. Her ligger Molde fødeavdeling i 2018 på 23,4 og Kristiansund på 19,7. Man ser også tendenser hos kvinner med lang reisevei at de ber om å igangsettes. (nasjonalt ligger Norge på 23,9) Dette er tilbakemelding fra fødeavdelinger som tar imot kvinner fra andre sommerstengte avdelinger. Og med en keisersnittfrekvens som stort sett varierer fra 15-19 prosent ved begge avdelingene er det grunn til å anta at flere av de fødende i fremtiden vil ha behov for forlenget barselsopphold på grunn av problemer med amming, alder og andre årsaker. 23 senger skal dekke hele behovet. Det er grunn til å vurdere om dette er nok, selv med forventet pasientflukt fra denne avdelingen.

Effekter av å legge ned fødeavdelingen i Kristiansund og flytte fødeavdelingen i Molde og Kristiansund til Fellessykehus på Hjelset i Molde

I Idefaserapporten for nytt fellessykehus er følgende effektmål formulert (9):
Gjennom planlegging og bygging av nytt akuttsjukehus på Hjelset, inkl. DMS i Kristiansund er målet å oppnå: «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, attraktivt for både pasientar og tilsette, og utnytte felles ressursar på best mogeleg måte både for pasientar og tilsette (frå Idefaserapporten).»

Det nasjonale målet omtalt i «Et trygt fødetilbud» om å redusere sosial ulikhet i helse og ulikhet i forhold til bosted, er ikke omtalt i dette effektmålet. Å effektivisere behandlingstiden for kvinner med sykdommer knyttet til gynekologi, føde og barsel uten å ta hensyn til sosial ulikhet, generell helsetilstand eller bosted er å ikke ivareta hele befolkningen i denne regionen.

Folk har ulike behov og dette vil gjøre det utfordrende å nå deler av effektmålet som å etablere enerom for å ivareta konfidensialitet og kommunikasjon mellom pasient/pårørende og helsepersonell. Dersom man sammenligner med sykehuset Østfold, krympet sykehuset så mye at pasienter var henvist til to på enerom og noen på gangen allerede ved åpningen. Det grunn til å spørre om dette kan skje også på Hjelset? Etablering av Fellessykehuset på Hjelset vil ha stor betydning for tilbudet til de fødende, særlig på Nordmøre. Den største forskjellen er at tilgjengelighet til fødeavdelingen blir dårlige. Mange vil få lang reisevei. Mange fra denne regionen vil velge St Olav hospital for fødsler. Og flere fra ytre Romsdal vi komme til å velge Ålesund. En annen viktig forskjell er at flere vi få barselstilbudet erstattet med pasienthotell. Pasienthotell passer i utgangspunktet for friske kvinner, men det er viktig å understreke at også blant frisk er behovet for tilsyn og hjelp ofte stort etter en fødsel. Man kjenner til eksempler fra større klinikker om kvinner som ikke våger å be om ekstra liggedøgn og heller reiser hjem. Det er nok årsaken til at de mindre avdelingene skårer høyere på barseltilbudet i brukerundersøkelsen en de store klinikkene.

Tabell 18

Sykehus	Antall senger totalt	Fødesenger	Barsel senger	Pasient-hotell	Neonatal bord hlr	behandlings senger	barnesenger
Molde	15	3	7	0	1	5	0
Kristiansund	17+9	2	9	0	2	6	9 – avd
SNR	12+3+7	3	*	12	3	3	6+1

[1]12 senger på pasienthotellet (konseptfaserapporten-SNR)
*PH – Pasienthotell.

Pasienthotellet har lavere pleiefaktor. Hele Pasienthotellet rommer 23 senger. Halvpartene er beregnet benyttet av fødende. (hovedfunksjonsprogrammet s 57) Dette vil kreve omstilling av rutiner, med kortere innetid på sykehus, raskere utskrivning eller overføring til pasienthotell. Da utgår barselavdeling, men det

planlegges likevel for at 968 liggedøgn avsettes til kvinner med behov for tid etter fødsel før hotell. *Det utgjør tre rom. Med økt antall induksjoner, kirurgiske inngrep og en keisersnittfrekvens mellom 15-19 prosent er det grunn til å vurdere om dette til sammen er nok senger.

Fellessykehuset bygges ikke med egen barneavdeling, men med 7 (hvor ett er isolat) barnesenger integrert i en større avdeling. Ifølge pediatrirapporten skal barnesengene skjermes for andre og lokaliseres i nærheten av fødeavdelingen. Dette er en fordel, men alvorlig syke barn, bør skjermes på egen avdeling. Dette kan svekke tilbudet og vil slik sett være et dårligere tilbud enn det sykehuset i Kristiansund har i dag med egen barneavdeling. Og det anbefales i dag i lys av Covid 19, utfra smittevernhensyn at barnesenger er tilknyttet til egen pediatriavdeling. I pediatrirapporten oppsummeres det at pediatritilbudet har vært i endring. Fra 2-3 i konseptfasen, senger til 6+1 i pediatrirapporten til nytt forslag om 8 senger i en orientering fra HMR, før sommeren 2020. I pediatrirapporten fremmes forslaget om barnelege i hjemmevakt, men ikke kontinuerlig døgnberedskap på sykehuset. Lege i hjemmevakt fordrer at legen bor nær sykehuset for at dette skal være et godt alternativ. Pediatrirapporten nevner at det er Barneavdelingen i Ålesund, som skal være den største og mest differensierte barneavdelingen i HMR.

Ifølge nasjonal helse og sykehusplan 2020-2023 åpnes det for mye mer hjemmebehandling av barn. I de tilfeller er man avhengig av døgnkontinuerlig tilbud i form av pediater med tilstedevakt, for at det skal oppleves trygt.

I 2014 leverer tillitsvalgte ved sykehusene Molde og Kristiansund en uttalelse hvor de er enige om hva innholdet i fellessykehuset SNR bør være. Hovedtillitsvalgt i Yngre Legers Forening, Åge Austheim (nåværende klinikksjef ved Kristiansund sykehus) skriver i uttalelsen som sto på trykk i Tidens Krav (tk,3 oktober) «Det er helt sentralt at spesialisthelsetilbudet ved SNR må bli bedre enn det de to lokalsykehusene har til sammen i dag.» Ønsket med denne uttalelsen var å bidra til ro i fagmiljøet. Legene mente det var viktig, så tidlig som mulig, å konkretisere innholdet i SNR. I uttalelsen ble det referert til (den tidlige) idefaserapporten som sa at det skal være vaktbærende døgntilbud 24/7/365 i

- Indremedisin
- Kirurgi
- Ortopedi
- Anestesiologi
- Lab og radiologi

Videre gir legene følgende kommentar til gynekologi og Obstetrikk (føde) -De tar utgangspunkt i et fødselstall på 1000 – (Et tall beregnet i tidlig fase med tanke på tilleggsfunksjoner som ville føre til at flere kunne selekteres til fødetilbudet på SNR) «SNR må planlegges for gynekologisk døgntilbud, dagbehandling og poliklinikk med utgangspunkt i dagens to fagmiljøer. Dette vil kreve tilstedevakt av gynekolog 24/7/365. Dette er uavklart i dag. Men det er grunn til å tro at HMR planlegger for døgnvakt av anestesi og gynekolog. Men ikke nyfødtintensiv. Hva angår poliklinikk foregår et samarbeid med sykehuset i Kristiansund om hva som vil inngå i DMS. Her er det planlagt gynekologiskpoliklinikk med tilbud på dagtid. Dette er tidligere nevnt orientering fra HMR om forventet tilbud i DMS under termen: «Fødselshjelp» Det er grunn til å tro at svangerskapskontroller fremdeles vil være et kommunalt ansvar og at poliklinikkene vil kunne tilby gynekologisk undersøkelser og enkle inngrep på dagtid.

«I samarbeid med pediatriske tilbudet (SNR) bør det være nyfødtintensivt behandlingstilbud og samtidig et godt samarbeid regionalt med neonatale behandlingstilbud.»

I sitt syn på det pediatriske tilbudet er legene tydelig på at syke barn skal ha lik rett til en aksepterende reisevei ved akutt sykdom. De er klare i sitt syn på at SNR må være døgntilbud med sengeplasser i pediatri og barne og ungdomspsykiatri.

For å sikre at fellessykehuset er et forverret tilbud forventes fullverdig barneavdeling og en nyfødtintensiv. Ved bortfall av sistnevnte mister Hjelset mange fødsler som må av selekteringsårsaker, føde ved Ålesund eller St Olavs. Det kan virke som om det er de friske fødende som normalt kunne født ved lokalsykehusene som må betale prisen av å bygge et fellessykehus.

Transport – helikopter

Helseforetaket har i perioder praktisert helgestengt og periodevis stengt barneavdeling ved sykehuset i Kristiansund. Dette har i disse tilfeller ført til økt ambulansetjenester. Nasjonalt vil luftambulansen i Norge fly for mer enn en milliard kroner med tanke på at flere sykehus er planlagt nedlagt. Det er for øvrig en kostnad like stor som den årlige driften av Kristiansund sykehus. I en artikkel i Tiden Krav fra 2015 sto det at de økte helikopterutgiftene regnes ikke med i regnestykket den gang som viste at helgestenging av barneavdelingen ved Kristiansund sykehus var lønnsom. I høst/vinterhalvåret er det dager med forverret værsituasjon som hindrer Helikopteret i å lette i dette distriktet.

Forklaringen er at regningen på helikopterutrykninger deles av helseregionene i fellesskap. De fire regionene eier i fellesskap Luftambulansetjenesten HF. (Opprettet januar 2004) Fra 1 juli overtok Babcock driften av ambulanseflyene i Norge (med Luftambulansetjenesten som oppdragsgiver) Det er grunn til å anta at antall utrykninger i fremtiden vil øke i dette området både for å frakte akutt, føde og barnepasienter. Ingen ønsker en situasjon som i nord med saken om Babcock. I lange perioder har for eksempel Alta vært uten fast dagfly. Et fly er stasjonert i Ålesund. Stort sett er det helikopter som er aktuelt ved transport mellom enhetene i dette distriktet.

Det er grunn til å etterspørre dette regnestykket fra Helseforetaket. Eventuelt adressere forespørselen til Helse midt. Økte utgifter til transport vil få konsekvenser ved at det blir mindre penger igjen til pasientbehandling.

Nærmere om reisevei

Nytt sykehus på Hjelset vil, som nevnt, medføre økt reisevei for de aller fleste fødende sammenlignet med dagens situasjon. Tabell 19 oppsummerer avstand og kjøretid da kommunene i Romsdal og Nordmøre til de berørte fødeavdelingene. De forholdsvis lange kjøretidene skyldes at området er krevende med mange tuneller, fjorder og ferger mellom hjem og sykehus. Økt reisetid kan øke risikoen for at fødende og syke ikke rekker frem til sykehus i tide. Antall kilometer på Google maps er noe annet enn stengte tuneller, fjelloverganger, storm over havet og glatteveiet om vinteren. Plassering av Hjelset vil øke reiseveien for mange og dermed er det grunn til å anta at det vil også øke risikoen for flere.

Avstandene og reisetidene i disse tabellene er basert på dagens veisystem. Denne analysen tar ikke stilling til hvilket veivalg som vil være best egnet.

Kvinner som ikke kan, eller vil, føde ved sitt lokalsykehus må enten til Ålesund eller til St Olavs. Selv etter SNR vil mest sannsynlig de samme selekteringskriterier gjelde som i dag. Fra alle kommuner i Romsdal er det vesentlig kortere til Ålesund enn til Trondheim. Fra kommunene i Nordmøre er det ikke så stor forskjell verken i reiselengde (km) og reisetid mellom Ålesund og Trondheim. Fra Kristiansund til Ålesund er det 151,1 km, hvilket tar knappe 3 timer å kjøre. Fra Kristiansund til ST. Olavs hospital er det 196,5 km, og det tar ca tre og en halv time. Kvinner på ytre Nordmøre og Sandøy/Herøy i Romsdal, er avhengig av ambulansebåt til institusjon. Denne er innstilt i ved sterk storm. Da benytter disse reisende ferge (det går ingen ferge om natten)

Tabell 19 Romsdal. Nordmøre avstand og reisetid fra sted til fødeinstitusjon tall fra 2019

		Kristian-sund		Molde		Hjelset		Ålesund		St. Olav	
Sted	Antall fødte	Km	Tid	Km	Tid	Km	Tid	Km	Tid	Km	Tid
Aukra	30	89	02:00	23	00:50	44	01:05	101	02:45	237	04:30
Aure	33	61	01:30	110	02:20	102	02:00	199	04:15	150	02:30
Averøy	44	16	00:20	66	01:00	66	01:00	145	03:00	203	04:00
Eide	28	50	00:50	35	00:35	40	00:40	112	02:30	200	03:30
Fræna	86	57	01:00	42	00:50	54	00:50	126	02:40	225	03:50
Gjemnes	20	44	00:45	43	00:45	25	00:25	122	02:35	190	03:15
Halsa	13	54	01:20	76	01:50	58	01:20	155	03:30	145	02:00
Kristiansund	203	0	-	73	01:10	54	01:00	150	03:00	198	03:30
Midsund	26	101	02:10	30	01:00	48	01:15	65	01:30	248	04:45
Molde	265	73	01:10	0	-	18	00:20	81	02:00	220	03:45
Nesset	32	82	01:20	53	00:50	35	00:30	135	02:40	220	03:10
Rauma	56	132	02:30	70	01:40	79	01:45	118	01:45	289	04:00
Smøla	18	61	02:00	120	03:00	110	02:30	200	04:45	200	03:30
Sunndal	63	104	01:40	88	01:20	70	01:00	167	03:15	185	02:45
Surnadal	53	92	02:00	114	02:15	96	02:00	207	04:15	125	03:00
Tingvoll	22	56	01:00	79	01:15	60	01:00	158	03:00	174	03:00
Vestnes	62	86	02:10	17	01:00	33	01:15	65	01:00	235	04:30

Kilde: Google Maps

I tabell 20 har vi sammenstilt informasjon om endring i avstand og reisetid fra dagens fødested til Hjelset. Vi har der forutsatt samme antall fødsler og fødeinstitusjon som i 2019, dvs at de som valgte Molde eller Kristiansund i 2019 vil velge Fellessykehuset. Hvis man summerer endringen i kilometer med antall fødsler vil en flytting av alle fødsler fra Molde og Kristiansund til Hjelset medføre ca 15.000 km ekstra bilkjøring pr. år. Da beregnes reising kun i forbindelse med fødsler og andre reiser knytte til denne avdelingen.

Tabell 20 Endring i reisetid og -lengde ved at fødsler i Molde og Kristiansund flyttes til Hjelset

			Forskjell i reisetid og -lengde			
Bosted	Antall fødsler pr fødested i 2019		Molde vs. Hjelset		Kristiansund vs. Hjelset	
Sted	Molde	Kristiansund	Tid	Km	Tid	Km
Aukra	21	4	00:15	21	-00:55	-45
Midsund	23	0	00:15	18	-00:55	-53
Molde	208	18	00:20	18	-00:50	-55
Vestnes	1	0	00:15	16	-00:55	-53
Rauma	15	0	00:05	9	-00:45	-53
Aure/Tustna	0	20	-00:20	-8	00:30	41
Kristiansund	18	154	-00:10	-19	01:00	54
Smøla	0	13	-00:30	-10	00:30	49
Sunndalsøra	18	27	-00:20	-18	-00:40	-34
Surnadal	0	2	-00:15	-18	00:00	4
Halsa	0	7	-00:30	-18	00:00	4
Averøya	2	38	00:00	0	00:40	50
Tingvold	0	22	-00:15	-19	00:00	4
Gjemnes	7	10	-00:20	-18	-00:20	-19
Nesset	19	9	-00:20	-18	-00:50	-47
Eide			00:05	5	-00:10	-10
Fræna			00:00	12	-00:10	-3

Det er spesielt kvinner fra ytre Nordmøre (Aure, Kristiansund, Smøla og Averøy) som vil få betraktelig lengre reisevei til Hjelset. Med unntak av fødende fra Kristiansund er det ikke noen av boende i disse kommunene som velger Molde når fødeavdelingen i Kristiansund er stengt, hvilket kan implisere at kvinner fra disse kommunene heller vil velge St. Olavs hospital enn SNR. Samtidig er det noen fødende som vil få kortere reisevei ved nytt sykehus på Hjelset, dette gjelder spesielt kvinner som i dag velger å føde på et annet enn sitt nærmeste sykehus.

I planleggingen av SNR har man gått ut fra 900 fødende, basert på fødselstall fra 2016. Hvis man tar bort fødende fra Smøla, Halsa og Aure og fødende fra Sunndal, Vestnes og Rauma som drar til Ålesund, kan man få en pasientflukt på over 250. Samlet fødselstall ved SNR blir da lavere enn 750. Det kan her også pekes på at det i de siste stillingsannonser fra helseforetaket oppgis det 700 fødende.

Pasientflukt

Når reiseveien øker betraktelig, slik som er tilfelle for fødende i ytre Nordmøre, vet vi at flere vil velge å føde på St. Olavs hospital i Trondheim – som også tar imot risikofødende. I Romsdal vil 545 kvinner få noe økt reisevei på 10- 20 minutter til ny felles fødeavdeling på Hjelset. Ca 70 fødsler fra Åndalsnes/Rauma og Vestnes velger å føde i Ålesund. Det er grunn til å tro at de vil fortsette med det også etter felles føde avdeling.

På Nordmøre vil 298 kvinner få økt sin reisetid med mer enn 50 minutter til felles fødeavdeling på Hjelset. Det er spesielt kvinner fra ytre Nordmøre (Aure, Tustna og Smøla) som vil få betraktelig lengre reisevei til Hjelset. Dette er fødende som fra før av velger St Olavs ved stengt avdeling i Kristiansund. Disse fødende er medregnet i forventet pasientflukt. Fødende i Kristiansund vil også få sin reisevei forlenget med pluss 50 minutter i forhold til i dag. Det er likevel grunn til å tro at disse vil velge i all hovedsak Hjelset. I Surnadal

velger 90 prosent å føde ved St Olav året rundt. Og flere vil få kortere vei til Hjelset enn til Molde av fødende i Romsdal, det gjelder omtrent 50 kvinner på Nesset og Gjemnes. Nordmørskvinner fra Sunndalsøra og Tingvold vil få kortere vei til Hjelset enn til fødeavdelingene i dag. Dette gjelder nesten hundre kvinner. Men de fleste i Romsdal vil oppleve er enn 15 minutters ekstra reisevei til sykehuset. Disse velger i dag fritt mellom Molde og Kristiansund. Man kan gå ut fra at disse vil velge Fellessykehuset på Hjelset ved nedleggelse i Kristiansund.

Hvis man summerer endringen i kilometer med antall fødsler, vil en flytting av alle fødsler fra Molde og Kristiansund til Hjelset medføre ca. 15.000 km ekstra bilkjøring per år. Da er pendling blant ansatte ikke tatt med ei heller øvrige pasienter til gynekologisk avdeling, og besøkende til barsel.

I planleggingen av Fellessykehuset (Idefaserapporten 2014) ble det beregnet 900 fødende. Hvis man tar bort fødende fra Smøla, Halsa og Aure og fødende fra Sunndal, Vestnes og Rauma som drar til Ålesund, kan man samlet sett få en pasientflukt på over 250. Samlet fødselstall ved Fellessykehuset blir da lavere enn 750. Dette har Helseforetaket selv tatt høyde for og derfor redusert tallet til 750 fødende i senere faser. Dette er nesten 30% reduksjon i forhold til det tall som ble oppgitt som grunnlag i Idefaserapporten i 2014.

Det er også grunn til å forvente pasientflukt fra kvinner som heller vil få utført kirurgiske inngrep på St Olav. Dette gjelder spesielt kvinner på ytre Nordmøre som Surnadal, Aure og Smøla. Og av foreldre som heller ønsker sitt barn behandlet ved St Olavs.

Det er utfordrende å beregne samlet tall for pasientflukt til Ålesund og St Olavs, fra føde, gyn og pediatriavdelingene. Men tallet er høyt. 250 fødende, 150 pasienter til øvrige gynekologiske inngrep (fra ytre Nordmøre) Kanskje 50-100 fra ytre Romsdal som heller ønsker behandling for gynekologiske plager i Ålesund. og kanskje så mye som 200 barn i året fra Nordmøre. Mulig tallet er det samme fra Romsdal til Ålesund. Dette er ikke behandlet i noen analyser tidligere. Samlet antatt tall er ett sted mellom, 500-800 pasienter. Uten at man kan si noe sikkert.

Kompetanse og rekruttering

Et større sykehus vil gi større samlede fagmiljøer, hvilket av flere trekkes frem som et viktig moment ved rekruttering av personell. Det er sannsynlig at et større samlet fagmiljø er mere attraktivt for potensielle arbeidstakere i spesialisthelsetjenesten. Dette kan, isolert sett, tale for at det kan være lettere å rekruttere for eksempel gynekologer og jordmødre til Fellessykehuset på Hjelset i Molde enn dagens sykehus i Molde og Kristiansund. Samtidig er det en rekke andre faktorer som har betydning for rekruttering, som pendlingsavstand, nærhet til by eller andre fasiliteter og mulighet for partner å få jobb, som sannsynligvis vil trekke i motsatt retning. Kristiansund har dette år lyktes med å rekruttere nok jordmødre.
Det er heller ikke bevist via undersøkelser at det er lettere å rekruttere gynekologer og jordmødre til større enheter. Med det ser ut til at i større byer hvor det bor flere folk, søker også flere på de ledige stillingene som er.

Reisevei og kvalitet

Ved tilbud som akutt og føde er nærhet en viktig faktor. Som omtalt over har de fleste fått lengre reisevei mellom hjem og fødeinstitusjon som følge av sentralisering av enheter. Dette øker behovet for avbøtende tiltak, som følgestjeneste og styrket prehospitale tjenester. Dette kan gi større belastning på kommunene. Samtidig har behovet for spesialiserte tjenester for gravide økt med tanke på at antallet fødende med høy alder og med høyere BMI økt. Kravene er større også hos de fødende selv, dette er et dilemma med tanke på at nære fødeinstitusjoner ikke har alle fasiliteter man finner på en klinikk. Alle fødeavdelinger har gynekolog tilgjengelig og anestesi og akutt ved fare for akutte keisersnitt, mens fødestuer er jordmorstyrte og ikke kan tilby smertelindring. Denne type etterspørsel har økt. Økte krav blant de fødende selv brukes ofte

som ett av argumentene for å samle fagenhetene. Dette kan forebygges ved økt informasjon og trygghetsskapende tiltak.

Forsker og gynekolog (Phd) Hilde Marie Engjom har undersøkt 647 302 fødsler i tidsrommet 2000-2009 for å se sammenhengen mellom økt reisevei og risiko for de fødende. Studien viste redusert tilgang til fødeinstitusjoner i perioden 1979-2009, i samme periode økte risiko for u planlagt fødsel utenfor institusjon og denne risikoen var særlig høy for kvinner med lang reisevei. Ved u planlagt fødsel utenfor instutisjon var risikoen for at barnet døde under fødselen eller i løpet av det første døgnet mer enn tredoblet. Kvinner med lang reisetid til nærmeste fødestue eller avdeling hadde også økt risiko for potensielt livstruende svangerskaps-komplikasjoner med kramper (Eclamsi) eller HELLP- syndrom, særlig kvinner som på forhånd ikke hadde kjent sykdom. (Engjom, obstitric- 2000-2009)

I Engjom m.fl (2015, Engjom, H.M., N-H. Morken, O.F. Norheim, K. Klyngsøyr (2015) Availability and access in modern obstetric care. Policy brief, University of Bergen, April 2015.) Som bygger på same data som den oven refererte studien står det: «Centralization has been shown to improve short-term outcomes for complex treatments and procedures, but can also increase the frequency of obstetric care as a number of institutions in Norway declined. The clinical outcomes did not improve as expected and the regional differences in outcome increased.»

I en amerikansk undersøkelse fra 2017, star det følgende om uplanlagt fødsel utenfor institusjon. (increase risk of peripartum perinatal mortality in unplanned births outside an institusion: a retrospective population-based study. American Journal of Obstetrics & Gynecologi, 2017;217:210.e1-12)

«Unplanned birth outside an institution was associated with the highest peripartum mortality rates both for births to women with risk factors and for births to women usually regarded as low risk. The risk of unplanned birth outside an institution was strongly associated with travel time to the nearest obstetric institution»

Norsk gynekologforening mener på sin side at det er tryggere med et større fagmiljø. De store fagmiljøene er bedre rustet til å håndtere akutte situasjoner. Men de fokuserer også på at med riktig innholdet i de mindre avdelingene vil man kunne gi rett behandling til rett tid. Det får man ved å ha tilgang til Anestesi og akutte tjenester ved de mindre fødeavdelinger. Jordmorforeningene mener at ved gode rutiner for selektering og god kontakt med den fødende underveis i svangerskapet er det minst like trygt å føde på en fødestue som en fødeavdeling. Dette understøttes av forskning. (Hilde Engjom tidskriftet, den norske legeforeningen 2018)

Oppsummering

En ny og større fødeavdeling på Hjelset i Molde kan selvsagt ha noen positive effekter. Som et mulig større fagmiljø, dersom de lykkes med rekruttering og de økonomiske rammene holder. Samtidig er det en rekke effekter som er negative sammenlignet med dagens sykehusstruktur.

- ***Økt reisevei for flere***

Siden flere kvinner vil få økt reisevei til Fellessykehuset, bør man ta hensyn til forskning som advarer mot økt risiko. Det er vist at økende reisetid kan medføre økt ulikhet hva angår kvinnenes helse. Det er derfor viktig å nøye gjennomgå fordelingen av nytte og ulemper ved planlagte endringer i fødselsomsorgen. Dersom planlagte endringer rammer grupper om allerede er svakt stilt, bør dette drøftes nøye. (Aasen HS,20018#1150) Og (Aasen Bæroe, Bringedal. Likeverdige helsetjenester, Cappelen Dam, 2018)

Dette vet vi øker risikoen for mor og barn og det kan bety at flere føder i fremtiden ufrivillig utenfor institusjon. Dersom man sammenligner med andre områder som har fått sine fødeavdelinger nedlagt som for

eksempel Nordfjordeid, ser man at konsekvensen av dette er et høyt antall fødsler ufrivillig utenfor institusjon. Man ser også et økende antall fødsler på de nærliggende fødeavdelingene. I dette tilfellet, Volda. Det samme i Finnmark, hvor flere fødestuer er nedlagt. Dette området har høyest prosentandel av fødsler ufrivillig utenfor institusjon.

- ***Pasientflukt***

Når reiseveien øker betraktelig, slik som er tilfelle for fødende i ytre Nordmøre, vet vi at flere vil velge å føde på St. Olavs hospital i Trondheim – som også tar imot risikofødende. Denne tendensen vises allerede i dag når fødeavdelingen i Kristiansund har sommerstengt. På lignende måte velger kvinner fra Åndalsnes og Vestnes Ålesund fremfor Kristiansund når Molde er stengt. Vel hundre vil få kortere vei til fellessykehuset (Sunndal og Gjemnes). Men det store flertall av fødende får lengre reisevei. Totalt sett snakker vi om en pasientflukt fra Hjelset på drøye 150 fødende pr år fra Nordmøre og hvis man inkluderer Åndalsnes og Vestnes som heller vil velge Ålesund pga kortere vei er det en samlet svikt i pasientgrunnlaget på føde og barsel kan dermed være i størrelsesorden 250. Som er nesten 30% reduksjon i forhold til hvilke tall som ble oppgitt som grunnlag i idefaserapporten i 2014.

- ***Barseltilbud***

Når det gjelder tilbudet på Hjelset sammenlignet med dagens situasjon vil en viktig forskjell være at man vil basere seg på pasienthotell istedenfor barselavdeling. Dette kan være positivt for noen fødende, men ofte negativt for andre. Siden det mangles forskning på dette området er det vanskelig å si noe om nettoeffekten. Men man vet at pasienthotell er lavere bemannet og her kan kvinner og barn gå glipp av viktig oppfølging. Flere eksperter har satt tidlig hjemreise og manglende barseloppfølging i sammenheng med den økte tendensen av svangerskapsdepresjon og økt andel reinnleggelser av spebarn.

Ved andre avdelingen som St Olavs og Rikshospitalet melder kvinner om lite oppfølging i tiden etter fødsel. Mindre fødeavdelinger skårer i brukerundersøkelser høyere på baselsomsorg og dette har innvirkning på vår konklusjon da dette er et tilbud som enklere lar seg ivareta på de mindre avdelingene, men et lavere antall fødsler.

- ***barnelege/pediatritilbud***

Pediatritilbudet Hva som muligens kan være mer alvorlig er et noe redusert tilbud knyttet til barnelege, i hvert fall sammenlignet med Kristiansund, hvor man har en egen barneavdeling. Hvorvidt den løsningen som velges på Hjelset, med barnesenger på voksenavdeling og barnelege på tilkallingsvakt, er like sikker som tilbudet på Kristiansund kan diskuteres. Ved fødeenheten ved det nye fellessykehuset, er antall liggedøgn for barselkvinner redusert, med tanke på at de fleste overføres til pasienthotell etter fødsel eller hjemreise direkte fra fødeavdelingen. SNR bygges ikke med egen barselavdeling. Dersom man sammenligner med andre større enheter har alle barselavdelinger i tillegg til pasienthotell. Ved lang reisevei er pasienthotell nødvendighet for kvinner som må vente på inngrep eller i tilfeller hvor fødselen drøyer. Etter inngrep eller fødsel er pasienthotellet lite bemannet og kvinner kan gå glipp av viktig og nødvendig oppfølging. Man antar at behovet for tettere oppfølging i tiden fremover økes, det forventes at kvinner som føder barn i fremtiden er eldre og en følge av dette er flere komplikasjoner. SNR har behandlingsrom tiltenkt kvinner som trenger opphold mellom føde og pasienthotell, uten at det betegnes som en barselavdeling.

- ***forhøyet risiko ved økt reisevei***

Lengre reisevei gir økt risiko for ikke-planlagt fødsel utenfor institusjon. Sistnevnte innebærer en økt risiko for komplikasjoner både for mor og barn. Tilgjengelig forskning tyder på at den risikoen økt reisevei medfører både for den fødende og barnet ikke blir oppveiet av en eventuell bedre kvalitet på den større fødeinstitusjonen. De aller fleste fødende får lengre reisevei ved lokasjon av felles fødeavdeling på Hjelset. Det at flere får lengre vei gir negative miljøeffekter og samtidig øker risikoen for ikke planlagt fødsel under transport. Sistnevnte vil gi en økt risiko for både mor og barn. Økt reisevei kan innebære at noen fødende

velger andre sykehus selv om disse også ligger et stykke unna. Når man legger forskning til grunn kan man anta at risikoen vil øke som følge av en felles fødeavdeling.

En felles fødeavdeling vil endre reisetiden for alle fødende. Her viser vi sammenstilling av informasjon om endring i avstand og reisetid fra dagens fødested til Hjelset. Vi har der forutsatt samme antall fødsler og fødeinstitusjon som i 2019. Dvs at de som valgte Molde eller Kristiansund i 2019 vil velge SNR. Hvis man summerer endringen i kilometer med antall fødsler vil en flytting av alle fødsler fra Molde og Kristiansund til Hjelset medføre ca 15.000 km ekstra bilkjøring pr. år. Da er ikke besøkende til barsel, og transport i forbindelse med annen behandling inkludert. Det er grunn til å påberegne et betydelig økt antall helikopterutrykninger. Og ikke minst ambulansetransport og økt transport av medisinsk utstyr og i forbindelse med sentralisering av kjøkkenet, forventes transport av mat og emballasje flere ganger i uken.

- ***Kvalitet***

Det kan argumenteres for at en ny og større fødeavdeling vil ha høyere kvalitet enn to mindre og eldre avdelinger. Det finnes imidlertid ikke forskning, så vidt vi kjenner til, som kan stadfeste at det er en klar sammenheng mellom størrelse på sykehus/fødeinstitusjon og kvaliteten på helsetjenestene. Store fødeinstitusjoner kan også medføre at det gjennomføres flere muligens unødige inngrep også hos fødende med lav risiko, som i seg kan være med på å øke risikoen for komplikasjoner. Kvalitetsforskjeller mellom Molde og Kristiansund har også blitt brukt som et argument for å legge ned avdelingen i Kristiansund, men hvis man ser på kriteriene for kvalitet over litt lenger tidsperioder er det ikke vesentlige kvalitetsforskjeller mellom Molde og Kristiansund som kan motivere nedleggelse av Kristiansund.

Å gå fra 5 fødestuer til tre fødestuer, kan by på utfordringer i situasjoner hvor antall fødsler hoper seg opp. Det kan kompenseres ved at kvinnen blir liggende lengre på pasienthotellet også i aktiv fase uten overvåkning, noe som øker risikoen. Dette ble nøye illustrert av TegneHanne sommeren 2020. Da hun fødte sitt første barn ved ett av de store sykehusene i Oslo følte hun seg oversett og glemt. Rikshospitalet bekreftet dette og beklaget i mail til henne. TegneHannes historie satte igjen fokus på at de større klinikkene har et problem med å oppfylle «Et trygt fødetilbuds» krav om en til en i aktiv fase av fødselen. Mest sannsynlig på grunn av knappe ressurser.

Sykehuset i Molde har et sterkt behov for en oppgradert bygningsmasse, det viser alle rapporter. og Dagens føde- og barselavdeling er både upraktisk og liten. Kristiansund sykehus sin fødeavdeling er noe nyere og vil fungerende godt med enkel oppgradering. Helseforetaket har signalisert at rom nummer 708 omgjøres permanent til fødestue i forbindelse med forslaget om alternerende drift fra 5 oktober. Det må derfor bygges nytt i Molde-området for at kvinner og barn i Romsdal skal få et godt tilbud. Mens det tilbud som man i dag har i Kristiansund er et godt utgangspunkt for å gi et forsvarlig og godt tilbud til kvinner på Nordmøre.

- ***Rekruttering av gynekologer og jordmødre***

Både avdelingene Molde og Kristiansund sliter med rekruttering. Erfaringen er at det er vanskelig å rekruttere til nedleggingstruet avdeling. Og ved mulig kandidat melder straks behovet seg for jobb til partner. Det er ikke gitt at Hjelset vil score bedre enn Molde og Kristiansund hva angår sysselsetning av partner i nærmiljøet. Tilbakemeldinger fra helsepersonell knyttet til Kristiansund er at få ønsker en situasjon med pendling. Det vil også gjøre hjemmevakter komplisert, med tanke på bosted. Dette kan øke fraflytting fra Kristiansund. Det kan være noe lettere å rekruttere gynekologer til en større avdeling, men gynekologer er som andre. De ønsker kort vei til jobben og arbeid til partner. Av den grunn er det i dag søkere også til mindre avdelinger. Det er også kjent at arbeidsoppgavene kan være mer mangfoldige ved mindre avdeling. Dagens fødetilbud ved sykehusene i Molde og i Kristiansund gir flere senger og dermed er det grunn til å anta at to avdelinger betyr flere ansatte. Noe som legger tingene mer til rette for å oppfylle kravet fra «Et trygt fødetilbud,» om at kvinner i aktiv fødselsfase har rett på jordmor en til en. Vi vet at dette kravet oppfylles i større grad ved de mindre avdelingene i dag enn ved de større. Når flere får lengre reisevei øker

også dette behovet for følgestjeneste. En løsning Helseforetaket jobber med å få på plass, siden dette er deres ansvar. Ved manglende jordmødre både i kommunen og i helseforetaket er det lite som tyder på hundre prosent dekning i fremtiden. Lønnsbetingelsene til denne arbeidsgruppen er enda heller ikke på plass. Det er grunn til å etterspørre dette i regnestykket til Helseforetaket også.

Dersom helseforetaket skal klare å oppfylle kravet fra et trygt fødetilbud om å gi alle likeverdige fødselshjelp i distriktene Nordmøre og Romsdal, bør man beholde en fødeavdeling i hver by. Konsekvensene av å slå sammen er for store til at det kan anbefales.

10. Konklusjon

De eneste sikre positive effekter av Fellessykehus på Hjelset er at fagmiljøet på selve sykehuset blir større, og det kan være mulig å oppnå noen driftsmessige gevinster. Men det kan stilles spørsmål ved størrelsen på fagmiljøet. Summen av fagmiljø ved de to sykehusene er større enn det fagmiljøet Fellessykehuset vil få.

De andre faktorer som skal tas hensyn til i en samfunnsøkonomisk analyse er negative for Fellessykehuset. Det gjelder:

- Samlete virkninger av øøkonomisk beregnede faktorer – summen av virkninger av investeringer/kapitalkostnader, driftsøkonomi og reise-/transportkostnader – er klart negativ.
- Pasientgrunnlag og inntekter ved Fellessykehuset blir lavere enn ved to sykehus. Det gjelder særlig fødetilbud og selektiv behandling særlig innenfor ortopedisk kirurgi.
- De fleste rekrutteringsfaktorer for helsepersonell er dårligere for Fellessykehus på Hjelset.
- Tilgjengelighet for det store flertall av innbyggere blir dårligere.
- Beredskap og samfunnssikkerhet blir svekket.
- Virkninger for miljø er klart negative.
- To sykehus med større nærhet mellom sykehus og kommunehelsetjenesten legger bedre til rette for samarbeid mellom dem.
- En får sårbarhet ved overgang til ny struktur

Vi vet at kravet til økonomisk bæreevne i vedtaket om Fellessykehuset ikke kan oppfylles. Miljøvirkninger betyr mere i dag enn da Fellessykehus ble vedtatt., Samfunnssikkerhet og beredskap må vurderes ut fra erfaringene med covid-pandemien. Det har ikke vært tatt hensyn til at pasient – og inntektsgrunnlag for Fellessykehuset vil være mindre enn om sykehus beholdes både i Kristiansund og i Molde. Sykehusene i Ålesund og Volda har også behov for oppgradering og utvidelser. Å gjenskaffe fullt brukbare sykehuslokaler i Kristiansund på over 20 000 m^2 med nybygg til en investeringskostnad på over 1,5 milliarder kroner framstår i en slik situasjon som misbruk av fellesskapets økonomiske ressurser. Planene for Fellessykehus for Nordmøre og Romsdal må derfor revurderes.

Molde har behov for nytt sykehusbygg. Dersom sykehuset i Kristiansund beholdes og utvikles kan det i stedet bygges nytt sykehus for Romsdal på Hjelset i Molde. Da vil det nye sykehuset ha et arealbehov ned mot 40 000 m^2 og kan realiseres til en lavere investeringskostnad enn den bevilgningsrammen som er vedtatt. Da vil en fortsatt oppnå at somatiske funksjoner og psykiatriske funksjoner samlokaliseres til samme tomt. Sykehuset på Hjelset i Molde ligger også noe nærmere sykehuset i Kristiansund enn sykehuset i Molde på Lundavang. Derfor ligger det bedre til rette for samarbeid og samordning av sykehusene i Molde og Kristiansund. I lys av det må en vurdere de sykehusfunksjoner som bør beholdes i Kristiansund jf. vurderingene av fødeavdeling og betydningen for HMR av å beholde ortopedisk kirurgi i Kristiansund.

Investering i Fellessykehus på fem milliarder kroner som gir dårligere sykehustjenester for innbyggerne i Møre og Romsdal bør være uakseptabel for rasjonelle og ansvarlige beslutningstakere. Det planlagte Fellessykehuset på Hjelset i Molde bør endres til å erstatte det somatiske sykehuset på Lundavang i Molde. Da kan prosjektet nedskaleres uten at det svekker den samlede sykehuskapasitet for Nordmøre og Romsdal.

Referanseliste

Aagaard, Lise; Hospitalitet AS (2009) «Revidert hovedfunksjonsprogram (Beslutningspunkt B3), Utredningsprosjekt Revidert konseptfase nytt Østfoldsykehus»; Versjon 10; Dato: 28.05.2009

Austheim, Åge HTV Ylf Kristiansund, Andvig, Jørgen HTV Ylf Molde (2014), «Høringsuttalelse fra legeforeningens tillitsvalgte ved Kristiansund og Molde sjukehus Idéfase Sjukehuset i Nordmøre og Romsdal», Helse Møre og Romsdal, Sak 2014-64 Vedlegg 03

Brunvoll, Øyvind (2016), «Til felles kamp for barneavdelingen. Orkidé og ROR går sammen for bedre helsetilbud for de minste.», rbnett.no, Publisert: 22 desember 2016 09:54, Sist oppdatert: 22. desember 2016 10:00

Det Kongelige Helse- og Omsorgsdepartement (2019), «Meld. St. 7 (2019-2020), Melding til Stortinget, Nasjonal Helse- og sykehusplan 2020-2023, 22.11.2019

Det Kongelige Helse- og Omsorgsdepartement (2015), «Meld. St. 11 (2015-2019), Melding til Stortinget, Nasjonal Helse- og sykehusplan 2016-2019, 20.11.2015

Direktoratet for økonomistyring. (2018). «Veileder i samfunnsøkonomiske analyser.» DFØ 2018

Dyrnes, Tore. (2005). «Stoltenberg stanser sykehuskutt». Tidens Krav 28.september kl 06:00. https://www.tk.no/nyheter/stoltenberg-stanser-sykehuskutt/s/1-113-1759616

Eiken, Arild (2011); «Prosjektoppdrag. Samla plan for sykehusa i Helse Møre og Romsdal HF»; Helse Møre og Romsdal; versjon 1.5; 13.12.2011

Eikrem, Johnny (2011) Prosjektmandat/prosjektbeskrivelse – Prosjekt: Oppgradering av Molde Sykehus, Lundavang; anbefalt av Johnny Eikrem 11.03.2011; godkjent av lederteam 02.05.2011; vedlegg til sak ST 2011-47

Eilertsen, Marit, Eriksen, Inghild, Strøm, Petter (2019), «– En del kvinner som føder på vei til sykehuset vil ikke ha flere barn», nrk.no, Publisert 14. mai 2019 kl. 08:48 Oppdatert 15. mai 2019 kl. 07:15, https://www.nrk.no/tromsogfinnmark/_-en-del-kvinner-som-foder-pa-vei-til-sykehuset-vil-ikke-ha-flere-barn-1.14546877

Ekornrud, Trond og Thonstad, Mette (2019), «Jordmortilbod i nesten alle kommunar», SSB, ssb.no, publisert 03.07.2019 https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/jordmortilbod-i-nesten-alle-kommunar

Engjom, H.M., N-H. Morken, O.F. Norheim, K. Klyngsøyr (2015) Availability and access in modern obstetric care. Policy brief, University of Bergen, April 2015. https://www.uib.no/sites/w3.uib.no/files/absolutely_final_policybriefbjog_2015_final.pdf Basert på

Engjom, H.M., N-H. Morken, O.F. Norheim, K. Klyngsøyr (2015) Availability and access in modern obstetric care: a retrospective population study, An International Journal of Obstetrics and Gynaecology 121 (3), 290 https://www.ajog.org/action/showPdf?pii=S0002-9378%2817%2930499-4

Engjom, Hilde M. MD, DTM&H; Nils-Halvdan Morken, MD, Dr Med; Even Høydahl, Cand Polit; Ole F. Norheim, MD, Dr Med; Kari Klungsøyr, MD, Dr Med, (2017), «Increased risk of peripartum perinatal mortality in unplanned births outside an institution: a retrospective population-based study», American Journal of Obstetrics & Gynecology AUGUST 2017, https://www.ajog.org/action/showPdf?pii=S0002-9378%2817%2930499-4

Erichsen, Alexander Berg (2016). «Forholdet mellom størrelse og kvalitet i Norske sykehus.», Fagbladet Samfunn & Økonomi, s 6-19, Nr 2 2016

Erikstein, B m flere (2007). Lokalsykehusenes akuttfunksjoner i en samlet behandlingskjede. Helse – og omsorgsdepartementet 2007

EY (2016), «Analyse av bæreevne for Sjukehuset Nordmøre og Romsdal – Utredning i forbindelse med konseptfasen for SNR», Rapporten er utarbeidet av EY på vegne av Helse Midt-Norge og Helse Møre og Romsdal, 15.06.2016

EY (2016), «Analyse av bæreevne for Sjukehuset Nordmøre og Romsdal – Oppdatering av bæreevneanalyse av 15.6.2016 for SNR», Rapporten er utarbeidet av EY på vegne av Helse Midt-Norge og Helse Møre og Romsdal, 10.11.2017

Ibrahim, Andrew M., Huges, Tyler G., Thumma, Jyothi R. (2016). «Critical Access Status with Surgical Outcomes and Expenditures among Medicare Beneficiaries.» JAMA. 2016;315(19):2095-2103. doi:10.1001/jama.2016.5618

Feirud, Morten (2020), «Bakke: – Kristiansund trenger mer enn 5.500 kvadratmeter», tk.no, Publisert 19.08.2020, 12:44

FHI Folkehelseinstituttet. (2019). «Kvalitetsmåling. 30 dagers overlevelse og reinnleggelser. Resultater for 2017, Sykehusrapport for Oslo Universitetssykehus HF»., ISBN 978-82-8406-010-1, Oslo mai 2019

FHI Folkehelseinstituttet (2020), «Nesten 300 rakk ikke fram til fødeklinikken i tide», fhi.no, 04.06.2020, https://www.fhi.no/nyheter/2020/nesten-300-rakk-ikke-fram-til-fodeklinikken-i-tide/

FHI Folkehelseinstituttet (2020), Statistikkbank, «Medisinsk fødselsregister (MFR)», data hentet ut i perioden januar – august 2020, http://statistikkbank.fhi.no/mfr/

Finansdepartementet. (2010). Nullalternativet. Kvalitetssikring av konseptvalg, samt styringsunderlag og

kostnadsoverslag for valg av prosjektalternativ. Finansdepartementet 2010
Finansdepartementet (2014). Prinsipper og krav ved utarbeidelse av samfunnsøkonomiske analyser. Finansdepartermentet 2014.
Heiene, Marit (2020), «Kritiserer barne- og fødetilbudet i nysjukehuset», rbnett.no, Publisert: 26.02.2020 07:09, Sist oppdatert: 26.02.2020 14:19
Helsedirektoratet (2020), «Endring i fødepopulasjon og konsekvenser for bemanning og finansieringssystem Rapport oversendt til Helse- og omsorgsdepartementet mars 2020», IS-28-95, 03/2020, https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/endring-i-fodepopulasjon-og-konsekvenser-for-bemanning-og-finansieringssystem/Rapport%20om%20f%C3%B8depopulasjonen.pdf/_/attachment/inline/3435df20-ea13-4d9f-99ed-f711d6ffbef0:5570b07ff51dec87d2b6af59362929f52c9f2d7a/Rapport%20om%20f%C3%B8depopulasjonen.pdf
Helsedirektoratet (2010), «Et trygt fødetilbud. Kvalitetskrav til fødeselsomsorgen», IS-1877, 12/2010, https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/et-trygt-fodetilbud-kvalitetskrav-til-fodselsomsorgen/Et%20trygt%20f%C3%B8detilbud.%20Kvalitetskrav%20til%20f%C3%B8dselsomsorgen%20%E2%80%93%20Veileder.pdf/_/attachment/inline/13edfbe7-e77e-47bb-89d6-faa94bf80e28:809189312f88f05db5207d671c1f34f38adbc7cd/Et%20trygt%20f%C3%B8detilbud.%20Kvalitetskrav%20til%20f%C3%B8dselsomsorgen%20%E2%80%93%20Veileder.pdf
Helse Midt-Norge (2010), «Rapport Nytt sykehus i Nordmøre og Romsdal – Bygningsmessige tiltak»; Versjon: 1.0; 04.10.2010
Helse Midt-Norge RHF (2003); Sak 76/03 Samla plan – framtidig organisering av sykehustilbudet i Helse Nordmøre og Romsdal HF;
Helse Midt-Norge RHF (2003); Styret; Møteprotokoll fra styremøte 15.12.03; ekstranett.helse-midt.no; Sak 06/04 «Samla Plan» – fremtidig organisering av sykehustilbudet i Helse Nordmøre og Romsdal HF https://ekstranett.helse-midt.no/1001/Sakspapirer/sak%2010-04%20M%C3%B8teprotokoll%20styre%20HMN%20190104.pdf
Helse Midt-Norge RHF (2014); Styret; Møteprotokoll fra styremøte 18.12.2014, Sak 83/14 Nytt sykehus i Nordmøre og Romsdal, ekstranett.helse-midt.no; https://ekstranett.helse-midt.no/1001/Sakspapirer/Protokoll%20styrem%C3%B8te%20181214.pdf
Helse Møre og Romsdal (2020); «Tilråding optimalisert forprosjekt for Sjukehuset Nordmøre og Romsdal (SNR)»; Sak 45/2020; 16.06.2020
Helse Møre og Romsdal (2018), «Bygningsmessig utviklingsplan Helse Møre og Romsdal ex SNR, Arbeidsgruppens anbefaling etter møte i styringsgruppen 6. februar 2018, 13.02.2018.», sak 2018-06, vedlegg 2, presentasjon
Helse Møre og Romsdal HF (2019), «Fødesammenslåing Kristiansund og Molde ROS rapport», Sak 17-19 Vedlegg 2, https://ekstranett.helse-midt.no/1011/Sakslite%20og%20protokoll/Sak%2017-19%20Vedlegg%202%20-%20Rapport%20ROS-analyse%20f%C3%B8desamansl%C3%A5ing.pdf
Helse Møre og Romsdal (2014); «Idefaserapport: Sjukehuset i Nordmøre og Romsdal – SNR»; Versjon 1.0; 25.11.2014
Helse Møre og Romsdal HF (2012), Saksfremlegg Utviklingsplan for Helse Møre og Romsdal, sak 2012-99
Helse Møre og Romsdal HF (2018), Utviklingsplan for Helse Møre og Romsdal HF i planperioden 2019-2022; og framtidsutsikter mot 2035, Samlehefte styresak 6-2018
Helse Møre og Romsdal og Semco Nordic (2018), Bygningsmessig utviklingsplan Helse Møre og Romsdal ex SNR – Arbeidsgruppens anbefaling etter møte i styringsgruppen 6. februar 2018, Sak 2018-06 Vedlegg 02 (2012)
Helse Møre og Romsdal (2020), Bygningsmessig utviklingsplan Helse Møre og Romsdal – unntatt SNR, Revidert mars 2020, Vedlegg Sak 38-20
Helse Møre og Romsdal (2012); «Årsrekneskap og styrets årsberetning 01.01.2011 – 31.12.2011»; Sak 2012-27
Helse Møre og Romsdal (2013); «Årsrekneskap 2012»; Sak 2013
Helse Møre og Romsdal (2014); «Årsrekneskap 2013»; Sak 2014-22 Vedlegg 02
Helse Møre og Romsdal (2015); «Årsrekneskap 2014»; Sak 2015
Helse Møre og Romsdal (2016); «Årsrekneskap 2015»; Sak 2016
Helse Møre og Romsdal (2017); «Årsrekneskap 2016»; Sak 2017
Helse Møre og Romsdal (2018); «Årsrekneskap og styrets årsberetning»; Sak 2018-16 Vedlegg 02
Helse Møre og Romsdal (2019); «Resultatrekneskap 2018 HMR»; Sak 28-19
Helse Møre og Romsdal 2020); «Årsregnskap med noter»; Sak 27-2020
Helse Møre og Romsdal (2020); «Tilråding optimalisert forprosjekt for Sjukehuset Nordmøre og Romsdal (SNR)»; Sak 45/2020; 16.06.2020
Helse Møre og Romsdal (2020), «LTB 2021-2031 – Resultatbudsjett», saksfremlegg, sak 60-20, Vedlegg 1
Helse Nordmøre og Romsdal HF, (2007); «Hovedfunksjonsprogram. Grunnlag for konseptfaserapport; 03.12.2007
Helse Nordmøre og Romsdal HF (2008); «Nye Molde sjukehus Konseptrapport»; Utkast til behandling i styret for Helse Nordmøre og Romsdal 04.09.2008; 28.08.2008
Helse Nordmøre og Romsdal HF (2009); «Nye Molde sjukehus Revidert konseptrapport»; 12.09.2009

Helse Nordmøre og Romsdal HF (2003), Sak 76/03 SAMLA PLAN – FRAMTIDIG ORGANISERING AV SYKEHUSTILBUDET I HELSE NORDMØRE OG ROMSDAL HF, 23.09.2003
Helse Sør-Øst (2020), «Evaluering av nytt østfoldsykehus, Kalnes. Sluttrapport.», Revisjon 1.1, 05.06.2020
Henriksen, Kristin (2018), «Jordmorforbundet fikk rett tilslutt!», Norsk Sykepleierforbund, nsf.no, 02.11.2018, https://www.nsf.no/vis-artikkel/4118634/10505/Jordmorforbundet-fikk-rett-tilslutt
Hjemås, Geir, Zhiyang, Jia, Kornstad, Tom og Stølen, Nils Magnar (2019): «Arbeidsmarked for helsepersonell fram mot 2035.», SSB Rapport nr 11 2019, ISBN 978-82-537-9925-4, Publisert 9. mai 2019
Holmboe O, Sjetne IS (2018). «Brukererfaringer med fødsels- og barselomsorgen i 2017. Nasjonale resultater [User experiences of birth and postnatal care in 2017. National results].» PasOpp-rapport nr 2018:46. Oslo: Folkehelseinstituttet, 2018, https://www.fhi.no/contentassets/d4da3f0a37534eeb96b5175beef8b587/fode-og-barsel/46-nasjonale-resultater.pdf
Hospitalitet (2012), Helse Møre og Romsdal HF Utviklingsplan 2030, Berekning av arealbehov i alternative løysningsmodellar, 24.09.2012, Vedlegg 3 sak 69 2012
Hospitalitet AS (2011); Konsekvensanalyse av oppgraderingstiltak Molde sjukehus, Lundavang; Helse Nordmøre og Romsdal HF; Revisjon 4; 31.05.2011
Hospitalitet AS (2010); Nytt sykehus i Nordmøre o»g Romsdal – arealbehov i ulike alternativer; 05.10.2010; Helse Midt-Norge; vedlegg til sak ST 2010-80
Ingdal, Pål (2016); «Helse Møre og Romsdal Hovedfunksjonsprogram»; Sykehusbygg HF; Verson 2; Endelig forslag; 24.02.2016, s 54, 71
Ingdal, Pål (2016), Sykehusbygg HF, Hovedfunksjonsprogram, versjon 2, 19.08.2016, s 18
Ingdal, Pål (2016); «Helse Møre og Romsdal 2016 Konseptrapport Sjukehuset Nordmøre og Romsdal (SNR); Sykehusbygg HF; Høyringsforslag konseptrapport; 28.08.2016
Ingdal, Pål (2016); «Helse Møre og Romsdal Konseptrapport Sjukehuset Nordmøre og Romsdal (SNR); Sykehusbygg HF; Endelig utkast klar for styrebehandling; 09.11.2016
Jensen, Bjarne (2014), Helsereformer på feil premisser, KIL 2014
Jensen, Bjarne (2016). «Hva forteller undersøkelser om størrelse på sykehus og kvalitet på sykehustjenester.», Fagbladet Samfunn & Økonomi, s 20-21, Nr 2 2016
Lofthus, C. M og Frich, J. (2020). «Sykehus skal dimensjoneres riktig.» Aftenposten 05.08 2020
Momentum arkitekter (2014); «Konsekvensutredning Nytt akuttsjukehus Helse Møre og Romsdal Nullalternativet»; Revidert 28.05.2014
Multiconsult og NSW (2010), Analyse av investeringer og driftsøkonomi ved videre aktivitet i eksisterende bygningsmasse i Helse Nordmøre og Romsdal – «0-alternativet» Molde Lundavang»; Multiconsult og NSW narudstokkewiig; 13.09.2010; vedlegg til sak ST 2011-47
Myrbostad, Asmund (2013); «Nye Molde sykehus – kartlegging av tidligfasen»; Sintef Teknologi og samfunn helse; NTNU, Concept programmet, 13.09.2013;
Møre og Romsdal Fylkeskommune (2001), Fylkestinget, vedtak i sak T-81/01 «SAMLA PLAN FOR FYLKESSJUKEHUSET I MOLDE. HOVUDFUNKSJONSPROGRAM (HFP) FOR NYTT SOMATISK OG PSYKIATRISK SJUKEHUS PÅ LUNDAVANG, MOLDE», 10.12.2001
Møre og Romsdal Fylkeskommune (2001); «Fylkessykehuset i Molde, Hovedfunksjonsprogram»; 29.10.01
Møre og Romsdal Fylkeskommune (2001), Fylkestinget, vedtak i sak T-81/01 «SAMLA PLAN FOR FYLKESSJUKEHUSET I MOLDE. HOVUDFUNKSJONSPROGRAM (HFP) FOR NYTT SOMATISK OG PSYKIATRISK SJUKEHUS PÅ LUNDAVANG, MOLDE», 10.12.2001
Møre og Romsdal Fylkeskommune (1988), «Referat/debatt Fylkestinssak T-57/88, Framlegg til helseplan for Møre og Romsdal – somatiske sjukehus – revisjon 1988. «, Sak T-57/88
Måløy, Petter og Hemsen, Hanne (2017); «Helse Møre og Romsdal Forprosjektrapport 2017 Sjukehuset Nordmøre og Romsdal; Sykehusbygg HF, COWI, Nordic; Rev 02; 07.11.2017
Nordhov, Solveig Marianne (2017), «PEDIATRITILBUDET I HELSE MØRE OG ROMSDAL Rapport fra pediatrigruppen», Helse Møre og Romsdal, sak 2017-61 Vedlegg 1, https://ekstranett.helse-midt.no/1011/Sakslite%20og%20protokoll/Sak%202017-61%20-%20Vedlegg%2001%20-%20Rapport%20fra%20pediatrigruppen%20-%20Pediatritilbudet%20i%20Helse%20M%C3%B8re%20og%20Romsdal.pdf?fbclid=IwAR0uZoMo7TLsz1wyn07mhchx1zg8G4TxWxiB4AsDezYbPmlqKXc0I54AVXM
Nøra, Stig (2019), Oslo Met, «Norge må tilpasse seg lavere fødselstall», Forskning.no, 22. september 2019, https://forskning.no/barn-og-ungdom-demografi-oslomet/norge-ma-tilpasse-seg-lavere-fodselstall/1563836
Oslo Economics (2012). «Samfunnseffekter – ny sykehusstruktur i helse Møre og Romsdal HF», Helse Møre og Romsdal, Sak 2012-94 vedlegg 01, Oslo Economics Report number 2012_16, Project number 2012-311-1010
Rime, A.K. og Utne, K.K. (2020). «Norske sykehus bygges for små.», Aftenposten 27.07 2020

Røtnes, Rolf, Gran, Steen, Bjørn Jørgen (2018), «Samfunnsanalyse av framtidig hovedsykehus på Hamar», Samfunnsøkonomisk analyse AS, Rapport nr. 6-2018, ISBN-nummer: 978-82-93320-97-5, 21.02.2018, https://static1.squarespace.com/static/576280dd6b8f5b9b197512ef/t/5a8d57b60d9297f140bc36da/1519212478062/R6-2018+Samfunnsanalyse+av+framtidig+hovedsykehus+i+Hamar.pdf

Samdata spesialisthelsetjenesten, (2018). «Produktivitetsutvikling i somatisk spesialisthelsetjenesten 2013-2017», Analysenotat 14/2018, Helsedirektoratet 2018, Oslo

Selmer-Anderssen (2017), Lavere fruktbarhet ved økonomisk usikkerhet, SSB, ssb.no, publisert 22.05.2017, https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/lavere-fruktbarhet-ved-okonomisk-usikkerhet

SINTEF Rapport A26321 Analyse av aktivitet og kapasitetsbehov 2030 Helse Sør-Øst RHF; Vedlegg: Prosjektnotat 4 Begrepsavklaringer, datagrunnlag og metode, s. 10, 12 og 13

SINTEF (2014) Prosjektnotat 4, Begrepsavklaringer, datagrunnlag og metode, Vedlegg til rapporten «Analyse av aktivitet og kapasitetsbehov 2030 HSØ RHF, 15.09.2014, s. 19

Skuseth, Torill (2017) «Remme sier ja til barneavdeling i nytt sjukehus», rbnett.no, Publisert: 19 oktober 2017 14:51 Sist oppdatert: 19 oktober 2017 19:12

SSB (2020), Statistikkbanken, befolkningsfremskriving 2020 – 2050, ssb.no, 18.08.2020

SSB (2014)»Lønn for ansatte i Helseforetakene 1. oktober 2014», ssb.no, publisert 8. desember 2014, https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/statistikker/lonnstasyk/aar/2014-12-08

SSB (2018), FORFATTER: ANDERS FALNES-DALHEIM, «Rekordlav fruktbarhet», Publisert 6. mars 2018, ssb.no, https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/rekordlav-fruktbarhet

Staff, Annetine – OUS-Ullevål og Rikshospitalet, Anne Kvie – Stavanger universitetsjukehus, Eldrid Langesæter (anestesilege) – OUS-Rikshospitalet, Trond Melbye Michelsen – OUS-Rikshospitalet, Kjartan Moe – Bærum sykehus, Kristin Melheim Strand – St. Olavs hospital, Magdalena Værnesbranden – Sykehuset Østfold Kalnes, Pål Øian (2020) – Universitetssykehuset Nord-Norge, «Hypertensive svangerskapskomplikasjoner og eklampsi», Legeforeningen, Veileder i fødselshjelp 2020, 16.02.2020, https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-gynekologisk-forening/veiledere/veileder-i-fodselshjelp/hypertensive-svangerskapskomplikasjoner-og-eklampsi/

Stortinget (1974); «St. meld. nr. 9 (1974-75) Sykehusutbygging m.v. i et regionalisert helsevesen»; Sosialdepartementet; 21.juni.1974; Stortinget.no; https://www.stortinget.no/nn/Saker-og-publikasjonar/Stortingsforhandlingar/Saksside/?pid=1970-1981&mtid=45&vt=a&did=DIVL112922

Flem, Sofie Svanes (2020), «Sjukehusa må spare for en halv milliard på fem år», Sunnmørsposten, SMP.no, PUBLISERT: 15 AUGUST 2020 08:09, SIST OPPDATERT: 15 AUGUST 2020 08:33, https://www.smp.no/nyheter/2020/08/15/Sjukehusa-m%C3%A5-spare-for-en-halv-milliard-p%C3%A5-fem-%C3%A5r-22476411.ece?rs1646301597576397300&t=1

Sykehusbygg HF (2020), Optimalisering av forprosjekt, Sjukehuset Nordmøre og Romsdal, 03.06.2020, s 19

Tjora, Erling (2010), «Flere tilfeller av dehydrering hos nyfødte», Tidsskriftet Den Norske Legeforening 2010; 130: 467, doi: 10.4045/tidsskr.10.0168, Publisert: 11. mars 2010, Utgave 5, 11. mars 2010, https://tidsskriftet.no/2010/03/nyheter/flere-tilfeller-av-dehydrering-hos-nyfodte?fbclid=IwAR1JTvAeP2VSABXDjsqWCU4iDtzwAPIt0vSiYuAUmYhG13cDvs5tSw7CgKo

Watson m flere (2016). Emergency generel surgey: challenges and oportunities. Royal College of Surgeons 2016

Dette er en samfunnsøkonomisk analyse av sykehusløsning for Nordmøre og Romsdal. Rapporten er utarbeidet av Kommunekonsult AS. Forfattere: Bjarne Jensen, Ingrid Uthaug, John A. Ødegård. Karin Ibenholt og Anja C. Solvik har utarberidet kapittelet om fødetilbudet. Oppdragsgiver for rapporten er Bunadsgeriljaen.

Layout materie: Kjell Olufsen/Fagforbundet info Layout omslag: edøy design • Trykk: Kvernberget print • 08.2020