

Sykehus i Nordmøre og Romsdal 2020

- en samfunnsøkonomisk analyse
av to sykehus kontra ett fellessykehus.

KORTRAPPORTEN



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,
og er en kortversjon av hovedrapporten*

Forfattere:

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

Kapittel om føde er skrevet av:
Samfunnsøkonom Karin Ibenholt

Leder av Bunadsgeriljaen:
Anja Solvik

Innholdsfortegnelse

1. Oppsummering av analysen og konklusjon	9
2. Problemstilling og bakgrunn.	12
3. Økonomisk bæreevne.	13
4. Nærmere om behov og kapasitet sykehjstjenester for Nordmøre og Romsdal	14
5. Nærmere økonomisk sammenligning fellessykehus kontra sykehus i begge byene	21
6. Kvalitet sykehustjenestene – fellessykehus kontra sykehus i begge byene	22
7. Andre viktige faktorer ved fellessykehus kontra to sykehus	25
8. Sammenligning av fødetilbudet ved dagens to sykehus og planlagt tilbud ved fellessykehuset	28
9. Sykehus i Kristiansund og Molde og nasjonal og regional sykehusstruktur.	36
10. Sykehushistorikk Nordmøre og Romsdal.	39
11. Konklusjon.	40
Referanser.	41

Sammendrag

I denne analysen sammenlignes Fellessykehus for Nordmøre og Romsdal (SNR) på Hjelset i Molde med å beholde sykehuse 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 m² 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 distriktsmedisinsk senter 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 m² brutto til nærmere 40 000 m², 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 etterprøvbarehet. 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 o 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 mange 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 helse-tjenester 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 bidragsyttere; Professor emeritus Bjarne Jensen, Høgskolelektor Ingrid Uthaug, Stats- autorisert 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.

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 distriktpspsykiatrisk senter i Kristiansund. Denne rapporten gjelder de somatiske sykehustjenester.

Oppsummering av virkninger av Fellessykehus

De forventede 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 sykehussammenlåing ikke gir bedre kvalitet på sykehustjenester som små og store sykehus ivaretar. Dagens to sykehus skårer godt på kvalitetsindikatorerne 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

Økning i 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. Det er ikke utarbeidet 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

Det er tatt klare forbehold om økonomisk bæreevne for investeringen i vedtaket om å bygge Fellessykehuset 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 sykehus er klart negative særlig på grunn av vesentlig større transport- og reiseaktivitet for ansatte, pasienter og besøkende. Samfunnsikkerhet 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 samfunnsikkerhet 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 sykehusene 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 slutfasen 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 Fellessykehus. Da kan sykehuset på Hjelset skaleres ned til nærmere 40 000 m² 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 et av de beste 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 sykehusstilbud. 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. Problemstilling og bakgrunn

I denne rapporten presenteres en samfunnsøkonomisk analyse av sykehus-alternativer for Nordmøre og Romsdal. Det er en kortversjon av hovedrapporten «Sykehus i Nordmøre og Romsdal – en samfunnsøkonomisk analyse av to sykehus kontra ett Fellessykehus». De to alternativer som sammenlignes er:

- Sykehus sentralt i Kristiansund for Nordmøre og i Molde for Romsdal

kontra

- Fellessykehus for Nordmøre og Romsdal på tomten for Oppdøl psykiatriske sykehus på Hjelset i Molde og distriktsmedisinsk senter i Kristiansund

Det vises også til punkt 1 som oppsummerer analysen. Grunnlagsmaterialet for de økonomiske analysene bygger på arbeidene Hospitalitet AS og Oslo Economics gjennomførte i 2012 (Oslo Economics 2012 og Hospitalitet 2012). Vi har supplert materiale med informasjon der hvor disse analysene ikke er faglig dekkende og informasjon som er kommet senere. Det gjelder blant annet Idefaserapporten for Fellessykehuset (HMR 2014), og Konseptfaserapporten (HMR 2016). Videre har vi redegjort for sykehus-historien i Molde og Kristiansund, og de viktigste elementene i planleggingen av nytt sykehus i Molde. Vi har også satt sykehusene i Molde og Kristiansund inn i den sykehusstruktur som Stortinget behandlet i Nasjonal sykehusplan 2016-2019 (Helse og Omsorgsdepartementet 2016). Vi har spesielt og mere inngående drøftet konsekvensene for fødetilbudet for innbyggerne i Romsdal og Nordmøre.

3. Økonomisk bærevne

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 bærevne.»

Senere er kravene til økonomisk bærevne 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 innsparing på 100 millioner kroner per år.

(«Avtale om naudsynt omstillingsprosess i helseforetaket 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.

I langtidsbudsjett for HMR 2021 – 2031 er det tatt inn innsparinger/effektivisering som akkumulerer seg til 400 millioner kroner per år fra 2024 (HMR. Langtidsbudsjett 2021-2031. August 2020). Disse innsparingene kommer i tillegg til at det er forutsatt innsparinger på 100 millioner på budsjettet for Fellessykehuset når det settes i drift.

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. Det er derfor klart dokumentert av HMR selv 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. Det burde ført til utsettelse og revurdering av hele prosjektet.

Investeringsbudsjett

Bygging av nytt sykehus basert på anbudsprosessen i 2018 ville resultert i omlag en milliard kroner høyere investeringer enn budsjettet (5,3 milliarder i stedet for 4,2/4,3 milliarder) eller en budsjettsprikk på over 20 prosent. Selve bygningen utgjør vel halvparten av investeringen. Resten er inventar og nødvendig medisinsk utstyr. Budsjettsprikken på 1 milliard gjelder 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 Fellessykehuset 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.

4. Nærmere om behov og kapasitet sykehjstjenester for 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 2030¹. 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 Hospitalitet 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 samhandlingsreformen 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 forventede 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

¹ 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.

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

«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 m², 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 m² 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 Fellessykehus. I de konkrete beregningene er tre økonomiske forhold tatt med:

- Investeringskostnader
- Driftskostnader og bemanning
- Transportkostnader

Litt avhengig av alternativ lokalisering for Fellessykehuset og omfanget av dagbehandling og poliklinisk virksomhet i den byen som mister sitt sykehus, er nettonåverdi 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, Sandnessjøen 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 legeföreningen og Utne leder av Overlegeforeningen og kronikk i Aftenposten 05.08 2020 «Sykehus skal dimensjoneres riktig» av Lofthus, administrerende direktør Helse SørØst RHFog 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 kvalitetsindikatorerne 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 hjerteslag. 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 m² i 2030. I dag har sykehuset vel 20 000 m². 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 m². 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 m². 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 m². 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 m². Årsaken er at da vil det være behov for distriktsmedisinsk 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 sykehus i begge byene klommer 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 Fellessykehus 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 m², herav 68935 m² på det nye Fellessykehuset og 4250 m² DMS for poliklinikk og dagbehandling i Kristiansund.

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

Utredning	Molde	Kristiansund	Mellombyene	Sum
Fylkes kolmunnan 2001	53202	27240		80442
Hospitalitet-2012				
Sykehus begge byene	42439	26858		69297
Fellessykehus bynært Molde 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 Fellessykehus 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 Idefaaserapporten. Størrelsen bearbejdes 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 Vestnors 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, Halså, 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, Halså 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 Halså 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 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 få et uheldig press mot St. Olavs Hospital.

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

Løsning nytt sykehus i Molde

Sykehuset i Kristiansund har over 20 000 m² 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 m² 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 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 samfunnsikkerhet 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. Nærmere økonomisk sammenligning fellessykehus kontra sykehus i begge byene

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 godt faglig fundert, og 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 Fellessykehus 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 kostnader og inntekter som følge av pasientflukt ville Fellessykehuaset på Hjelset kommet mere negativt ut.

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 med nye beregninger knyttet til null-alternativet (å utvikle 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 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, og da i særlig grad avstanden mellom de to byene og transportkostnadene. Derfor var sammenligningen mellom Fellessykehus og to sykehus i Idefaserapporten i 2014 ufullstendig og misvisende.

6. Kvalitet sykehustjenestene – fellessykehus kontra sykehus i begge byene

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 samlede 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 opppe i administrasjonenes innstilling til vedtaket om Fellessykehus (HMR Innstilling til styret 2014) Men dette mangler dokumentasjon.

En mere nøktern analyse av kvalitet på sykehustjenester ved Fellessykehus på Hjellset 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 kvalitetsindikatorerne for sykehustjenester?
- Hva vil gi best rekruttering av fagpersonale til sykehusene – Fellessykehus på Hjellset eller to sykehus beliggende mere sentralt i byene?
- Dessuten har innbyggernes tilgjengelighet til sykehustjenestene stor betydning for kvaliteten.

Disse forholdene har vi drøftet nærmere i hovedrapporten. Her skal vi gjengi de viktigste konklusjoner.

Hva vet vi fra Forskning om sykehusstørrelse og kvalitet og resultat av fusjoner mellom sykehus?

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 sykehusstørrelse 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.

I Nasjonal helse og sykehusplan 2016-2019 konkluderer derfor også Helsedepartementet på følgende måte (Helse- og omsorgsdepartementet 2016 s. 96):

«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.»

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, Kristiansund sykehus, gjennomsnittet for HMR, gjennomsnittet for HMN og landsreferansen er gjengitt i tabell 7.

Tabell 7 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 (Helgelandsykehuset 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 (Hjemås 2019 m.fl.). 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 behandelende 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 medisinsk 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 særli 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 faktorer 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, Halså 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 Halså. 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 9 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 (aktivitetbasert 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 Halså 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 eventuell 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 Fellesykehuset 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 oppfattet 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 en sykehusby. Det vil 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. Sammenligning av fødetilbudet ved dagens to sykehus og planlagt tilbud ved fellessykehuset

I denne kortversjonen oppsummeres og belyses de samfunnsmessige konsekvensene av å legge ned fødeavdelingen ved lokalsykehuset i Kristiansund og flytte virksomheten fra denne regionen og Molde fødeavdeling til Fellessykehuset på Hjelset i Molde. Det siste året er det blitt reist krav om å beholde fødeavdeling i Kristiansund også etter at Fellessykehuset på Hjelset er ferdig for å unngå en vesentlig dårligere fødetilbudet for innbyggerne på Nordmøre.

Fasiliteter ved avdelingene.

I dag er tilbudet ved fødeavdelingene 5 fødesenger/stuer (2 i Kristiansund og 3 i Molde) 14 barselsenger og 2 behandlingsrom med plass til 3 til 4 senger. I forhold til konseptfaserapporten og de siste tegningene av gynekologi og fødeavdeling vil Fellessykehuset på Hjelset tilby 3 fødesenger, 5 rom på pasienthotellet, mulig to-tre rom for bruk av behandling/barsel.

Både Molde og Kristiansund skårer høyt på brukerundersøkelsen som måler tilfredshet ved føde og barselavdelingene. Generelt viser denne undersøkelsen at kvinner er mer fornøyd ved de mindre avdelingene enn de større klinikkene. Det er spesielt i relasjon til den fødende og til partner at de mindre gjennomgående skårer høyere enn de større avdelingene. Når avdelinger blir større kan det bli utfordrende å nå målet fra Helsedirektoratet (Et trygt fødetilbud) om en til en- funksjon for gravide i aktiv fødselsfase. Dette ser en ved sammenligning med andre større enheter. Grunnbemanningen ved avdelingene i Molde og Kristiansund er to jordmødre på vakt. Ved sammenslått avdeling i forbindelse med sommerstenging er det tre jordmødre på vakt.

Tabell 8 Kapasitet ved dagen føde og gynekologisk avdeling ved og føde og gynekologisk avdeling ved fellessykehuset på Hjelset

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

*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.

Hvert år er det omtrent 650-700 fødende i Romsdal og omtrent 450-500 fødende på Nordmøre. 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.

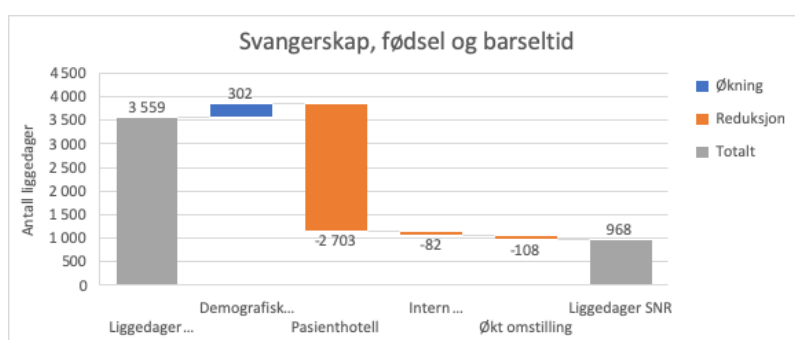
I tabell 9 og 10 er fødselstall for kommunene etter fødested angitt for 2017-2019

Tabell 9 Fødselstall for Romsdal, per sted 2017-2019, fordelt etter fødested, T=fødsel under transport eller ikke planlagt hjemme (utenfor institusjon)

Bosted	År	Total	Fødested								
			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 Vestnes	2017-2019	21			3		17	1			
	2017	49			1		46	2			
	2018	49			2		47				
	2019	62					62				

Tabell 10 Fødselstall for Nordmøre, per sted 2017-2019, fordelt etter fødested.

Bosted	År	Total	Fødested				
			KSU	Molde	Ålesund	St. Olav	Annet sted
Aure	2017	31	23			8	
	2018	24	17		1	6	
	2019	33	20		1	11	1
Kristiansund	2017	206	163	19	9	12	3
	2018	218	183	14	10	10	1
	2019	203	154	18	17	14	2
Smøla	2017	20	16		2	2	
	2018	23	18			5	1
	2019	18	13		1	4	
Sunndal	2017	76	36	33	2	5	1
	2018	52	22	19	6	5	
	2019	63	27	19	9	7	1
Surnadal	2017	51	3	1		47	..
	2018	44	2			42	..
	2019	53	2			51	..
Averøy	2017	46	38	7	1	0	..
	2018	51	40	6	3	2	..
	2019	44	38	2	1	2	..
Gjemnes	2017	30	11	18	0	1	..
	2018	27	12	9	4	1	1
	2019	20	10	7	1	0	..
Tingvoll	2017	26	22	2	1	1	..
	2018	24	17	4	2	1	..
	2019	24	18	4	2	0	..
Halsa	2017	..	..	..	..	..	..
	2018	18	11	..	..	7	..
	2019	13	7	..	..	6	..



Antall liggedøgn skal ned

Beregninger av antall liggedøgn ved gynekologisk- og fødeavdeling gjort i 2014 viser et behov for 3559 liggedøgn. Dette omfatter fødende, kvinnesykdommer, kirurgiske inngrep, altså alle gynekologiske pasienter. Ved demografisk framskrivning, 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 mv. 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. 23 senger er beregnet. Det er grunn til å anta at behovet vil være større trass i pasientflukt til St Olavs.

Flesteparten av liggedøgn er planlagte inngrep. Her er deler av effektiviseringen tiltenkt, både kortere overførsler til pasienthotell og rask hjemreise etter inngrep. Tidligere er dette blitt kritisert og i den forbindelse ble det påpekt at populasjonen i Kristiansund er noe mer overrepresentert med hensyn til kols, kreft og livsstilssykdommer. Dette øker sjansen for liggedøgn selv etter enkle inngrep. Siden sykehuset ikke er dimensjonert for dette vil det høyst sannsynlig bety at flere tjenester overføres til kommunene. Dette er de fleste kommuner ikke klarert for.

Avstand og reisetid

I tabell 11 er avstand og reisetid fra kommunene til dagens sykehus og planlagt Fellessykehus på Hjelset angitt. En har også tatt med tall for sykehuset i Ålesund og St. Olav Hospital i Trondheim. Gjennomgående øker reiseavstand og reisetid for innbyggerne i de aller fleste kommuner. Det er bare innbyggerne i Sundal og Gjemnes og mindre deler av Molde som får kortere reiseavstand og – tid til nærmeste sykehus med Fellessykehus et på Hjelset.²

Tabell 11 Romsdal- Nordmøre, Avstand og reisetid fra sted til fødeinstitusjon – tall fra 2019 Romsdal- Nordmøre, Avstand og reisetid fra sted til fødeinstitusjon – tall fra 2019.

		Kristiansund		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
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
Vestnes	62	86	02:10	17	01:00	33	01:15	65	01:00	235	04:30
Rauma	56	132	02:30	70	01:40	79	01:45	118	01:45	289	04:00
Aure/Tustna	33	61	01:30	110	02:20	102	02:00	199	04:15	150	02:30
Kristiansund	203	0	-	73	01:10	54	01:00	150	03:00	198	03:30
Smøla	18	61	02:00	120	03:00	110	02:30	200	04:45	200	03:30
Sunnalsøra	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
Halsa	13	54	01:20	76	01:50	58	01:20	155	03:30	145	02:00
Averøya	44	16	00:20	66	01:00	66	01:00	145	03:00	203	04:00
Tingvold	22	56	01:00	79	01:15	60	01:00	158	03:00	174	03:00
Gjemnes	20	44	00:45	43	00:45	25	00:25	122	02:35	190	03:15
Neset	32	82	01:20	53	00:50	35	00:30	135	02:40	220	03:10
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

Etter 1.1.2020 er diverse kommuner sammenslått. Eide og Fræna heter nå Hustadvika. Midsund, Neset og Molde utgjør nå Molde kommune. Halsa er blitt en del av Heim og Trøndelag. Rindal har blitt en del av 2 Midsund er tatt med selv om den er sammenslått med Molde fordi innbyggerne er avhengig av ferje.

Trøndelag. (Rindal er valgt tatt ut da disse kvinner føder alle i St Olavs)

Åndalsnes er en del av Rauma kommune. Disse tallene er bakt inn der. Siden kommunesammenslåingen først trådte i kraft 1 januar 2020 er ikke det tatt hensyn til da fødselstallene er registret før det. Og det beskriver godt hvor kvinnene er bosatt.

Økt risiko ved økt reisevei

Forskning (Engjom Obstetric care in Norway – the role of institutions availability and place of delivery for maternal and perinatal outcomes. 20??) viser at lang reisevei til føden øker risikoen for mor og barn. I tabell 12 er angitt ufrivillige fødsler utenfor institusjon i 2017 og 2018. På Nordmøre og Romsdal er det hvert år 10-12 fødsler som skjer ufrivillig utenfor institusjon. Den samme forskningen (Hilde Engjom-) viser at barn født ufrivillig utenfor institusjon har tre ganger så høy risiko for å dø innen det første døgnet. Disse transportfødsleene skjer oftere på strekningen over en og en halv time. Det er omtrent like mange fødsler i ambulanse fra Aure til Kristiansund, og fra Aure, Tustna, Halså og Surnadal (såkalt ytre Nordmøre) til St Olav. Dersom pasientflukten til St Olavs øker er det grunn til å tro at antall fødsler ufrivillig utenfor institusjon vil øke. Forskningen viste også at ved reisevei på over en time hadde kvinner 50 prosent økt risiko for å utvikle den potensielt dødelige tilstanden eclamsi/HELLP- syndrome. 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) I «Et trygt fødetilbud» Helsedirektoratet, er ett av målene å gi et likeverdig fødselstilbud uansett hvor man bor.

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 fødeavdelinger i dette tilfellet, Volda. Det samme i Finnmark, hvor flere fødestuer er nedlagt. Dette området har høyest prosentandel ufrivillig fødsel utenfor institusjon i forhold til folketall.

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 12. 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

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. Noe av årsaken til at Sunnmøre ligger høyt er mange med lang reisevei til Ålesund sykehus og at Sunnmøre er et større område med flere mennesker.

Pasientflukt føde

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 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 fødeavdeling.

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. Fødende i Kristiansund vil også få sin reisevei forlenget med pluss 50 minutter i forhold til i dag. I Surnadal velger 90 prosent å føde ved St Olav året rundt. Ca. 100 fødende fra Sunndal, Tingvoll og Gjemnes vil få kortere reisetid til Hjelset enn til Molde. 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 andre pasienter til gynekologisk avdeling.

Med unntak av for fødende fra Kristiansund velger ingen fødende fra ytre Nordmøre, Molde ved sommerstengt avdeling i Kristiansund. Det betyr at kvinner fra disse kommunene heller vil velge St. Olav hospital enn Fellessykehuset på Hjelset. I planleggingen av Fellessykehuset (Idefaserapporten 2014) har man gått ut fra 900 fødende, basert på fødselstall fra 2016. Hvis man tar bort fødende fra Smøla, Halså 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.

Barseltilbud

En viktig forskjell når tilbudet på Fellessykehuset på Hjelset sammenlignes med dagens situasjon vil være barselstilbudet. Ved Fellessykehuset vil man etter planen erstatte barselavdelingen med rom på pasienthotellet. I tegningen er det integrert rom med tanke på barsel for kvinner med spesielle behov, uten at dette konkretisert. At man vil basere seg på pasienthotell istedenfor barselavdeling, kan være greit for noen fødende, men svært negativt for andre. En 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 etter fødsel i sammenheng med den økte tendensen til svangerskapsdepresjon og økt andel reinnleggelser av spebarn som følge av dehydrering. Ved større avdelinger har det vært saker hvor kvinner i åpningsfase har gått over i aktiv fødsel uten god nok oppfølging. Noe Tegnehanne illustrerte tidligere i sommer i forbindelse med sin fødsel på en avdeling i Oslo. Dette resulterte i at flere, som hadde samme opplevelsen, meldte fra. Ved fødeavdelingen på St Olav ble det i Adresseavisen (oktober 2018) dokumentert at kvinner lå på gangen med sine nyfødte på grunn av avstengte barselrom og for få ressurser.

Ved større avdelinger praktiseres igangsetting av fødsler oftere. Dette er en av de ti kvalitetsindikatorerne fra Helsedirektoratet. Dette finnes det lite forskning på, men det er stor grunn til å tro at ved igangsettelser (induksjon) øker risikoen for mor og barn. Dette vil også øke antall kvinner som har behov for god oppfølging etterpå. Igangsetting er satt i sammenheng med økt risiko for inngrep og infeksjoner etter fødsel. I 2018 lå Molde fødeavdeling på 23,4, Kristiansund på 19,7 og landbasis på 23,9.

Barnelege/pediatritilbud

Det kan være mer alvorlig at tilbud knyttet til barnelege ved Fellessykehuset på er noe redusert. Hjelset 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 ved Kristiansund kan diskuteres.

Det er en økende tendens til at flere kvinner igangsettes med fødsel. Disse barna er oftere slappe og har behov for hjelp når de kommer ut. Da er barnelege i samarbeid med anestesilege god å ha i tilstedevakt. Ved Fellessykehuset uten barneavdeling er det grunn til å forvente også større pasientflukt både fra Ytre Nordmøre og Kristiansund til barneavdelingen på St Olav, da veien er svært lang til Ålesund derfra. Fellessykehuset sier i sin pediatrirapport at de kun er et supplement til Ålesund. Dette betyr et betraktelig redusert tilbud for folk på Nordmøre som ved nedleggelse mister sin barneavdeling ved Kristiansund sykehus. For folk i Romsdalen vil det bety et styrket tilbud, men pediatrirapporten sier ingenting om hvilke kirurgiske inngrep og behandlinger de vil tilby barn ved fellessykehuset.

Kvalitet fødetilbud

Det argumenteres for at ny og større fødeavdeling kan få høyere kvalitet enn to mindre avdelinger. Det understøttes ikke av forskning. Så vidt vi kjenner til er det ikke 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 selv kan være med på å øke risikoen for komplikasjoner. Kvalitetsforskjell mellom Molde og Kristiansund er også blitt brukt som argument for å legge ned avdelingen i Kristiansund før Fellessykehuset er ferdig. Hvis man ser på kriteriene for kvalitet over litt lenger tidsperioder er det ikke vesentlige kvalitetsforskjeller mellom Molde og Kristiansund som kan begrunne nedleggelse av Kristiansund.

Å gå fra 5-6 fødesenger/stuer (tilbud ved Molde og Kristiansund i dag) til tre fødestuer på Fellessykehuset, kan by på utfordringer ved opphopning av flere fødsler. Kvinnen kan bli liggende lengre på pasienthotellet, og risikoen øker for korridorpasienter. Frykten er mangel på overvåkning.

Fødende i disse regionene vil inndeles etter de samme selekteringskriteriene som i dag. Ved manglende nyfødtintensiv ved Fellesavdelingen vil kvinner med høy alder, høy BMI, forventet setefødsel, tvilling, Downs eller sykt barn eller mor bli selektert til Ålesund eller St Olav. Dette tallet var ikke innbakt i de 900 fra Idefasen. Det er vanskelig å forstå at et tilbud til de fødende med lengre reisevei og manglende nyfødtintensiv og pediatri. Kan være en forbedring av kvaliteten ved fødeavdelingen.

Sykehuset i Molde har et sterkt behov for en oppgradert bygningsmasse. Dagens føde- og barselavdeling er både upraktisk og liten. Fødeavdelingen Kristiansund sykehus er nyere og velfungerende slik den står i dag. For kvinner i Romsdal kan fødselstilbudet på Fellessykehuset være en forbedring. Mens det tilbud som en i dag har i Kristiansund er et godt utgangspunkt for å gi et forsvarlig og godt tilbud til kvinner på Nordmøre.

Rekruttering fødeavdeling

Det er et nasjonalt problem at grunnbemanningen er redusert ved alle fødeinstitusjoner i Norge i dag. Når avdelinger er sommerstengt nedskaleres bemanningen noe. Lav bemanning har vært påpekt som problem nasjonalt. Helseministeren har uttrykt at han vil gjøre noe med det. I dag er rekruttering ved begge fødeavdelingen en utfordring, både når det gjelder jordmødre ved den ene avdelingen (Molde) og gynekologer ved begge avdelingene. Årsaken kan være andre faktorer enn at det er vanskelig å rekruttere til mindre avdelinger. Når det gjelder de ansatte i Kristiansund har bare en av ti sagt seg villig til å jobbe på Fellessykehuset. De færreste ønsker en situasjon med pendling og skiftarbeid med familie boende i Kristiansund/Nordmøre. Derfor kan det nye Fellessykehuset på Hjelset få utfordringer med rekruttering av

jordmødre. Dersom situasjonen med fødeavdelingene ble stabil, altså at det ble vedtatt å opprettholde fødeavdeling i Kristiansund kan problemet med rekruttering løses lettere.

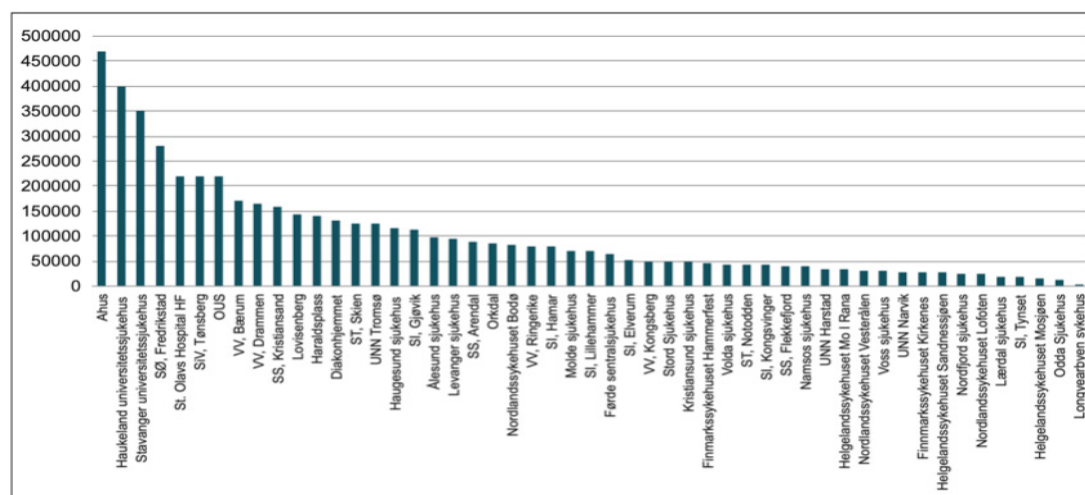
Rekruttering påvirkes av flere faktorer jf avsnitte om rekruttering foran. Ikke minst er sysselsettingsmuligheter for partner og nærhet til bysentrum viktig. Her kommer Fellessykehus på Hjelset dårligere ut enn dagens de bysentrale sykehusene i Molde og Kristiansund. Videre er det totale fagmiljøet ved Molde og Kristiansund sannsynligvis større enn det som vil være tilfelle ved Hjelset,

Dagens fødetilbud ved sykehusene i Molde og Kristiansund har flere senger, mest sannsynlig flere ansatte og kortere reisevei for de fleste. Det vil legge bedre 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 enn ved de større. Når flere får lengre reisevei øker også behovet for følgestjeneste. Dette er Helseforetakets ansvar, og de arbeider med å forbedre følgetjenesten. Men det er viktig å understreke at god følgestjeneste ikke kan erstatte en fødeavdeling. For å ivareta Helsedirektoratets mål om likeverdig tilbud uansett hvor du bor, er det bedre med to avdelinger slik en har i dag enn en avdeling på Fellessykehus.

9. Sykehus i Kristiansund og Molde og nasjonal og regional sykehusstruktur

I forbindelse med Nasjonal sykehusplan 2016-2019 presenterte Helse – og omsorgsdepartementet vår nasjonale sykehusstruktur og vurderte sykehusstørrelse i forhold til funksjonsfordeling. I figuren er sykehusene i Norge rangert etter størrelse (Helse og omsorgsdepartementet 2016). Disse sammenligningene viser flere viktige forhold. For det første viser figuren at sykehusene i Molde og Kristiansund ikke små, men mellomstore sykehus. Av de 49 sykehusene vi har i Norge i dag er 20 sykehus mindre enn sykehuset i Kristiansund. Da er sykehusenes størrelse målt etter pasientgrunnlag. Mens Molde er median-sykehuset i Norge. Det er like mange sykehus som er større enn sykehuset i Molde og like mange sykehus er mindre. To av de åtte sykehusene i Helse Midt Norge; Namsos og Volda, er mindre enn sykehuset i Kristiansund. Det er derfor en meningsløs påstand, slik mange helsebyråkrater og politikere har uttalt, at sykehusene i Kristiansund og Molde er for små til å være bærekraftig på lengre sikt.

Sykehusene i Norge rangert etter befolkningsgrunnlag



Figur 12.1 Befolkningsgrunnlag somatiske akutt sykehus 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

I forslaget til Nasjonal sykehusplan 2016-2019 var det et scenario hvor fem av sykehusene; sykehuset i Lofoten, Narvik, Volda, Stord og Flekkefjord, skulle miste sin kirurgiske akuttberedskap og sykehusene i Odda og Kongsberg skulle avvikles. Resultatet av behandlingen i Stortinget var at ingen partier støttet dette scenariet. Ingen støttet at disse sykehusene skulle miste sin akuttberedskap eller bli lagt ned. I stedet styrket Stortinget de mindre sykehusene ved å anbefale at alle sykehusene skulle ha stedlig ledelse. Dersom sykehuset i Kristiansund blir nedlagt, vil Kristiansund være den største byen i Norge som mister sykehus med akuttberedskap og fødeavdeling. Unntak er Vestfold og Østfold hvor det er satset på Fellessykehus. Geografi og avstander i disse to områder er vesentlig annerledes enn på Nordmøre og i Romsdal. Flere sykehus med lavere pasientgrunnlag enn sykehuset i Kristiansund er også nybygget de siste år (Eksempel Vesterålen og Kirkenes). På Helgeland er fellessykehus nettopp forkastet, og i stedet er det vedtatt at begge byene, Sandnessjøen og Mo i Rana, skal beholde og få oppgradert sine sykehus. Pasientgrunnlaget for begge disse sykehusene er mindre enn for sykehuset i Kristiansund.

Vi har gått relativt grundig inn på virkninger av Fellessykehuset på fødetilbudet. Derfor har vi tabell 13 gitt en oversikt over dagens fødetilbud og antall fødsler per år. Tilsammen er det 46 fødeklionikker, fødeavdelinger og fødestuer. Oversikten viser at det er svært vanlig at fødeavdelingene har mellom 300 og 500 fødsler per år fødeavdelinger (13) av et samlet antall fødeenheter på 46). Det er også fullvedige sykehus med lavere fødselstall. Antall fødeavdelinger/fødeklionikker med over 1000 fødsler er 16 av de 46.

Tabell 13: Norske fødetilbud og fødestuer 46 til sammen.

Fødested	Antall fødsler ca per år	kategori	Foretak	Mor/ Barn vennlig	
UNN Narvik	300	fødeavdeling	Helse Nord	::	1
Finnmarkssykehuset Kirkenes	208	fødeklionikk	Helse Nord	::	2
Fødestua i Alta	70	fødestue	Helse Nord	::	3
Finnmarkssykehuset Hammerfest	390	fødeklionikk	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	fødeklionikk	Helse Nord	ja	9
Fødestua Nord Troms, Sonjatun	30	fødestue	Helse Nord	ja	10
Nordlanssykehuset Lofoten/ Gravdal	60	fødestue	Helse nord	ja	11
UNN Tromsø	1500	fødeklionikk	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	Fødeklionikk	Helse midt	ja	19
Sykehuset Namsos	380	Fødeavdeling	Helse midt	ja	20
Sykehuset Levanger	800	Fødeavdeling	Helse midt	ja	21
Haukeland universitetssykehus	5000	fødeklionikk	Helse vest	Ja	22
Stavanger universitetssykehus	4500	Fødeavdeling	Helse vest	ja	23
Haugesund sjukehus	1400	Fødeavdeling	Helse vest	ja	24
Voss sykehus	420	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	fødeklionikk	Helse sør øst	ja	28
Akershus universitetssykehus	4600	fødeklionikk	Helse sør øst	ja	29
Oslo universitetssykehus Rikshospitalet	2600	Fødeklionikk	Helse sør øst	ja	30
Oslo Universitetssykehus Ullevål	7000	Fødeklionikk	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	::	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	95	fødestue	Helse Nord	ja	46

10. Sykehushistorikk Nordmøre og Romsdal

Både i Molde og Kristiansund går sykehushistorikken langt tilbake i tid. Begge byene fikk sykehus på midten på 1800 tallet. Kristiansund fikk i 1899 et større sykehus på den tomten der sykehuset ligger i dag. Det fikk et betydelig tilbygg i 1956. De gamle byggene er i hovedsak revet, og i dag står sykehuset som var nybygget og oppgradert i 1986, på tomten. Sykehuset i Molde ligger også sentralt i byen på Lundavang. Det var nybygget i 1960, men er betydelig opprustet og utvidet (1963-1980 og 1995-2001). Psykiatrien ivaretas på Oppdøl (Hjelset). Oppdøl ble bygget som asyl i landlige omgivelser i 1913 i Bolsøy kommune. Bolsøy kommune ble slått sammen med Molde i 1964. Fylkestinget i Møre og Romsdal vedtok i 2001 planer for utvikling av og nytt sykehus i Molde på Lundavang både for somatikk og psykiatri.

Molde har i tillegg hatt en pleieinstitusjon for Lepraspasienter (spedalske) helt fra 1713. Den ble omgjort til tuberkulosesanatorium i 1898. Det ble nedlagt og flyttet inn i sykehuset på Lundavang da det stod ferdig nybygget i 1960.

Nedlegging og flytting av sykehuset i Kristiansund vil representere et alvorlig brudd med sykehustradisjoner som går tilbake til midten 1800 tallet. Byen og omlandet har stått sammen om utviklingen av sykehuset fram til i dag. Nedlegging er så negativt at det på lengre sikt vil kunne få skjellsettende betydning for Kristiansund og Nordmøres tilknytting til Møre og Romsdal. Dette vil, som nevnt, kunne bli svært negativt både for Romsdal og ikke minst for Molde som administrasjonssenter i Møre og Romsdal.

11. 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 økonomisk 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 samfunnsikkerhet 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., Samfunnsikkerhet 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 m² 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 m² 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 slik at det legger 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 mellom fire og 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.

Referanser

- 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 legeföreningens 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
- Ekorrud, 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 behandlingsskjede. 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 reinleggelse. 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 fødeklubben i tide», fhi.no, 04.06.2020, <https://www.fhi.no/nyheter/2020/nesten-300-rakk-ikke-fram-til-fodeklubben-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. Finansdepartementet 2014.
- Heiene, Marit (2020), «Kritiserer barne- og fødetilbudet i nysjkehuset», 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-fodeselsomsorgen/Et%20trygt%20f%C3%B8detilbud.%20Kvalitetskrav%20til%20f%C3%B8dselsomsorgen%20E2%80%93%20Veileder.pdf/_/attachment/inline/13edf7e-477e-47bb-89d6-faa94bf80e28:809189312f88f05db5207d671c1f34f38adbc7cd/Et%20trygt%20f%C3%B8detilbud.%20Kvalitetskrav%20til%20f%C3%B8dselsomsorgen%20E2%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 sykehusstilbudet 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 sykehusstilbudet 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, Beregning 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 og 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; Versjon 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, Kiel 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 FYLKESJUKEHUSET 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 FYLKESJUKEHUSET I MOLDE. HOVUDFUNKSJONSPROGRAM (HFP) FOR NYTT SOMATISK OG PSYKIATRISK SJUKEHUS PÅ LUNDAVANG, MOLDE», 10.12.2001

Møre og Romsdal Fylkeskommune (1988), «Referat/debatt Fylkestingssak T-57/88, Framlegg til helseplan for Møre og Romsdal - somatiske sjukehus – revisjon 1988. », Sak T-57/88

Måløy, Petter og Hemsén, 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%201%20-%20Rapport%20fra%20pediatrigruppen%20-%20Pediatri%20budet%20i%20Helse%20M%20C3%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 universitetssjukehus, 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](http://stortinget.no); <https://www.stortinget.no/nn/Saker-og-publikasjoner/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 general surgery: challenges and opportunities. Royal College of Surgeons 2016.

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