

Styresak

Går til: Styremedlemmer
Foretak: Helse Stavanger HF
Dato: 27.11.2015
Saksbehandler: Inger Cathrine Bryne/Kari Gro Johanson/ Bjørn Munthe
Saken gjelder: **Styresak 101/15 Prosjekt sykehusutbygging**

Arkivsak 80
2015/193/012

Administrerende direktør sitt forslag til vedtak:

- Styret anbefaler at Ullandhaugkonseptet velges og at Prosjekt sykehusutbygging videreføres til forprosjektfasen.
- Styret legger til grunn at rammen settes til 8 milliarder og at forprosjektet avklarer optimal arealbruk. Forutsetningen er at all somatisk døgnbehandling, nødvendige radiologi og laboratoriefunksjoner for døgnbehandling og akuttfunksjoner, samt deler av dagbehandling og poliklinikkareal med tilhørende støtte- og serviceareal, med unntak av rehabilitering, samles på Ullandhaug i trinn 1.
- Styret ber administrerende direktør legge til rette for at intensjonene med Sykehusbygg HF ivaretas og at det legges til rette for god samhandling.
- Styret forutsetter at endelig organisasjonsmodell for prosjektet fremlegges for styret til beslutning.
- Styret vektlegger at valg av entreprisemodell skal sikre at lokale tilbydere kan delta i konkurransen.
- Saken oversendes Helse Vest RHF for endelig behandling.

Oppsummering, anbefaling og overordnede vurderinger:

Helse Stavanger HF - Stavanger universitetssjukehus har fra juni 2013 arbeidet med konseptvalg og skisseprosjekt for sykehusutbyggingen. I beslutningen av ramme for prosjektet er det tatt utgangspunkt i foretakets økonomiske bærekraft, som er beregnet til ca. 8 milliarder kroner frem til 2025, jfr. gjeldende langtidsbudsjett. Et helt, nytt sykehus for Sør-Rogaland har en total kostnadsramme som overstiger denne rammen, og det ble derfor tidlig klart at sykehusutbyggingen må deles opp i flere byggetrinn. Det har i de siste årene vært gjort flere omfattende investeringer innen psykisk helsevern - og somatiske sykehusbygg prioriteres i byggetrinn 1 (BT1).

Dokumentene som nå fremlegges - konseptvalgrapport og kvalitetssikringsrapport (KSK) - gir foreløpige vurderinger av hvilke arealer innenfor somatikk som kan realiseres innenfor rammen på 8 milliarder kroner. Avhengig av utviklingen av byggekostnadsnivå og teknologi m.m., samt resultatet av den planlagte oppdateringen av HFP (Hovedfunksjonsprogram), vil ulike areal kunne bli optimalisert og justert i forprosjektfasen.

Administrerende direktør anbefaler at prosjektet videreføres til forprosjekt, og at planlegging for utbyggingens trinn 1 av et nytt sykehus på Ullandhaug starter. Dette baseres på en helhetsvurdering, med hovedvekt på pasientbehandlingsperspektivet og økonomi både i byggefasen og i driften av sykehuset.

Konseptet på Ullandhaug forutsetter at all somatisk døgntil behandling (ulike døgnplasser, akuttmottak, operasjon, intensiv, døgntilbehandlingsarealer for radiologi, laboratorier m.m.) skal samles i nytt sykehusbygg på Ullandhaug i Byggetrinn 1. I tillegg skal dagbehandlings- og poliklinikkareal prioriteres i størst mulig grad. Unntaket fra døgntilbehandlinger er rehabilitering, som forutsettes videreført i dagens arealer. Øvrig virksomhet innen somatikk, samt sykehuspsykiatri skal samles eller videreføres i de beste byggene i Våland, frem til videre utbyggingstrinn kan realiseres.

Lokalisering til Ullandhaug anbefales basert på en helhetsvurdering, inkludert en grundig gjennomgang av vurderingskriteriene. Det er særlig innenfor pasientbehandling, økonomiske forhold i både byggefase og etter at nybygg er realisert, elastisitet og fleksibilitet i bygg som muliggjør ibruktaking av moderne teknologi, samt risiko i byggefase for både første byggetrinn og påfølgende byggetrinn at Ullandhaug kommer best ut. Det redegjøres grundig for disse forholdene i vedlagte konseptvalgrapport.

Helhetsvurderingen baserer seg særlig på forhold knyttet til kvalitet og sikkerhet i pasientbehandling. Ullandhaugkonseptet gir både flest kvadratmeter nytt sykehusbygg i første trinn, samt raskest iverksetting av videre byggetrinn pga. bedret driftsøkonomi. Dette gir best grunnlag for å sikre befolkningen i Sør-Rogaland et fremtidsrettet og kvalitativt godt behandlingstilbud i spesialisthelsetjenesten også i fremtiden.

For sykehusdriften er det særlig to ulemper ved Ullandhaugkonseptet:

- Deling av somatiske tjenester på to lokasjoner (Ullandhaug og Våland) frem til et helt sykehus på Ullandhaug kan ferdigstilles
- Avstand mellom somatisk og psykiatrisk spesialisthelsetjeneste frem til et helt sykehus på Ullandhaug kan ferdigstilles

Som nevnt over er det foreløpig ikke endelig avklart omfanget av delingen av somatiske tjenester i Ullandhaugkonseptet. Det er imidlertid klart at deler av laboratorier/radiologi, stråleenhet og noe poliklinikk- og dagbehandlingsarealer vil måtte bli igjen på Våland. Dette vil føre til at noen medarbeidere vil måtte ha sitt arbeidssted skiftevis både på Våland og Ullandhaug. Det vil legges opp til at medarbeidere som har sitt arbeide i pasientbehandling skal kunne ha hele sin arbeidsdag på ett av stedene i størst mulig grad, dette skal sikres gjennom god planlegging og bred involvering i OU-prosesser frem mot plan og ferdigstilling av konseptet. Mindre fagområder (få spesialister) skal prioriteres for poliklinikkareal og dagbehandlingsareal på Ullandhaug. Det samme gjelder for fag med høy andel ø-hjelpspasienter. Prioritering og effektiviseringen av arealbruken i forprosjektfasen skal gjøres i tett dialog med alle fagområder. Det skal legges opp til effektive kommunikasjonsløsninger for både personell, varer og prøver m.m. når bygget er ferdig.

For pasientene vil to-delningen gi ulempe for noen svært få innlagte pasienter som vil måtte få sitt behandlingstilbud ved henholdsvis Våland (psykiatriske pasienter som trenger øyeblikkelige somatiske helsetjenester mens de er innlagt) og enkelte kreftpasienter som mottar strålebehandling under innleggelse. For de aller fleste pasienter vil ikke to-delningen ha praktisk betydning. For somatiske enheter som i dag er i leide lokaler utenfor sykehusområdet på Våland, vil behandlingstilbudet samles i sykehusbygg på Våland (eks. hudpoliklinikk, dagkirurgi m.m.).

Valg av Ullandhaugkonseptet sikrer raskest igangsetting av første fase av trinn 2 (BT2) - som kan ferdigstilles innenfor en ramme på ca. 1,5 mrd. kroner innen 2030.

Innenfor psykisk helsevern er ca. 50 % av psykiatri og rusbehandling i dag lokalisert til Våland (målt i antall årsverk). Det er sterkt ønskelig at somatikk og psykiatri i spesialisthelsetjenesten fremstår som en helhet og at barrierer mellom fagmiljøene reduseres til et absolutt minimum. I dette perspektivet er det uheldig at tjenesten deles på to lokasjoner. Etter en samlet vurdering er det likevel etter administrerende direktørs vurdering, riktig å planlegge med en midlertidig deling av somatikk og psykiatri – med det langsiktige mål å samle hele spesialisthelsetjenesten på Ullandhaug når den økonomiske bærekraften tillater det. I første fase av byggetrinn 2 vil en vurdere å innlemme deler av psykiatriske tjenester i prosjektet, avhengig av endelig resultat for realiseringen av byggetrinn 1 (BT1).

Vålandalternativet kommer best ut i vurderinger knyttet til andre samfunnsforhold enn sykehusdriften isolert. Det er best tilgang til sykehuset fra jernbane ved dette alternativet. Det er imidlertid vesentlige kostnader ved å rive/bygge på samme tomt, samt betydelig lavere antall kvadratmeter nytt og moderne sykehusbygg – som samlet sett gjør at administrerende direktør ikke anbefaler dette alternativet. Ikke minst vil den videre utbygging i trinn 2 – og videre, bli meget krevende – med sykehusdrift og rive-/byggearbeider i umiddelbar nærhet av hverandre over lang tid. Kostnader til rokkadebygg tilkommer også, og effektiviseringsgevinst som følger av drifts- og miljøeffektive bygg reduseres. Dette får også som konsekvens at første fase av byggetrinn 2 først kan realiseres betydelig senere enn alternativet på Ullandhaug.

Stokka/Sandnes alternativet anbefales ikke på grunn av lengre byggetid, jordvern hensyn, manglende beliggenhet til planlagt kollektivakse samt uavklart regulering. Alternativet tilfører ikke merverdi i forhold til Ullandhaug, og administrerende direktør anbefaler derfor at en avviser dette alternativet.

Nullalternativet anbefales ikke pga. høye kostnader og lav effekt på kvalitet, pasientbehandlingskapasitet, driftsøkonomi og mulighet til å ta i bruk ny teknologi i både pasientbehandling og bygningsdrift.

Det redegjøres ytterligere for de ulike aspektene som er omtalt her videre i saksfremlegget, og i vedlagte konseptvalggrapport.

Bakgrunn:

Tidligere behandling i styret i Helse Stavanger:

- Arealplan for Helse Stavanger HF ble fremlagt styret 23. juni 2010 og godkjent som et utgangspunkt for den videre utbyggingen i Helse Stavanger HF.
- Virksomhetsmessig utviklingsplan for Helse Stavanger HF ble styregodkjent 25. april 2012.
- Bygningsmessig utviklingsplan for Helse Stavanger HF ble styregodkjent 26. september 2012.
- Tiltak for sykehusutbygging 7. desember 2012 igangsatte idefasen.
- Idefaserapport vedtatt i styremøte 17. juni 2013.

Styret gjorde i sin behandling 17. juni 2013 følgende vedtak:

«Vedtak:

- *Styret godkjenner idefaserapporten.*
- *Prosjekt sykehusutbygging føres videre til konseptfasen basert på følgende presiseringer og forutsetninger:*
 - *Tomteforhold for Våland, Grannes/ Universitetsområdet og Sandnes/ Stokka utredes nærmere med fordeler og ulemper og hvor ett tomtealternativ anbefales*
 - *Samlokalisering med Universitetet i Stavanger med tilhørende fordeler og ulemper utredes nærmere i konseptfasen*
 - *Økonomiske forhold i foretaket skal utredes i detalj. Det kreves at det beregnes merknader og gevinstpotensialer for de ulike løsningene i mulighetsstudiene. Det er en forutsetning at løsningen som anbefales til behandling for ekstern KSK (kvalitetssikring av konsept) og forprosjekt skal være innenfor rammen for den økonomiske bærekraften i foretaket*
 - *Dagens finansieringsmodell legges til grunn i beregningene. Dersom endringer/justeringer av modellen forekommer, skal konsekvensen av endringene tas med i de videre utredninger/ vurderinger*
- *Styret godkjenner følgende alternative løsninger fra mulighetsstudien til konseptfasen:*
 - *Nullalternativet*
 - *Trinnvis utbygging til nytt sykehus på ny tomt*
 - *Utbygging på Våland i et første byggetrinn til 2025 og skissering av videre byggetrinn*
 - *Nytt sykehus på ny tomt – utbygging i ett byggetrinn*
 - *Alle alternative løsninger som anbefales ført inn i konseptfasen må utredes i detalj med hensyn på hva som er beste løsning for pasientbehandlingen, andre fordeler og ulemper, antall byggetrinn, kostnader og gevinster*
 - *Styret godkjenner overordnet mandat og plan for konseptfasen og gir adm. direktør fullmakt til å detaljere mandatet og planen i henhold til krav og rammebetingelser en konseptfase krever*
 - *Styret ber adm. direktør sørge for at nødvendige dokumenter og informasjon i denne saken, fremlegges til Helse Vest RHF med anmodning om videre behandling i styret for Helse Vest RHF»*

Styret i Helse Vest RHF gjorde følgende vedtak i styremøtet 2. oktober 2013:

1. *«Styret i Helse Vest RHF godkjenner at prosjekt sykehusutbygging i Helse Stavanger HF blir videreført til konseptfasen med dei føringane som går fram av vedtaket i Helse Stavanger jfr styresak 59/13 B.*
2. *Styret vil særleg understreke at det innanfor dei hovedalternativa som nå blir utgreia, blir viktig å vurdere meir konkrete løysingar som på den eine sida er realistiske i forhold til den finansielle evna og som gjer at den utbyggingsløysinga som blir valt kan tilpassast endringar i behov og nye måtar å yte tjenester på.»*

Styret i Helse Stavanger HF er holdt løpende orientert om prosessen gjennom hele konseptfasen. Det har vært avholdt flere styreseminarer, og ulike aspekter vedrørende sykehusutbyggingen har vært temasaker og ordinære saker i styremøter. Det er også gjennomført jevnlig styringsdialog med Helse Vest RHF.

Organisering av arbeidet har vært tilpasset de ulike delene av konseptfasen. Det har vært involvering av medarbeidere, tillitsvalgte og verneombud i brukergrupper gjennom hele prosessen. Helseforetakets medarbeidere og tillitsvalgte/verneombud har gitt betydelige og avgjørende bidrag i arbeidet.

Brukerutvalgene (pasient/pårørende) har vært involvert i hele prosessen. Prosjektet har videre arrangert allmøter og deltatt i avdelingsmøter og andre interne møter for å nå ut til flest mulig av medarbeidere med dialog og informasjon. Videre har prosjektet hatt månedlige styringsgruppemøter internt i foretaket, månedlige referansegruppemøter med eksterne aktører i tillegg til gjennomgående dialogmøter med administrative og politiske representanter for kommuner og fylkeskommunen. Se siste side i dokumentet for detaljert oversikt.

Det er gjort betydelig utredningsarbeid og erfaringsinnhenting fra sykehus både i inn- og utland i form av studiereiser, besøk på sykehus og ved deltakelse i konferanser om sykehusutbygging.

Prosjektet har hatt tett dialog med Sykehusbygg HF som også har deltatt i brukergruppen i siste del av arbeidet med skisseprosjektet. Disse har bistått med rådgiving og kvalitetssikring av konseptvalgrapporten, hovedfunksjonsprogrammet (HFP), hovedprogram utstyr (HPU) og overordnet teknisk program (OTP). Videre har de bidratt som rådgivere for prosjektet gjennom konseptfasen.

På bakgrunn av arbeidet beskrevet over, legger administrerende direktør i Helse Stavanger HF med dette frem konseptvalgrapporten inkludert KSK – rapport (ekstern kvalitetssikring), som slutfører utredningsarbeidet i konseptfasen, og inviterer styret til å anbefale videreføring av prosjektet til forprosjektfasen. Endelig beslutning i regionen fattes av styret i Helse Vest RHF, og endelig beslutning om igangsetting fattes av Foretaksrådet i Helse Vest RHF.

Dette saksfremlegget redegjør for hovedpunkter i beslutningsgrunnlaget. Vedlagte konseptvalgrapport gir en bred og detaljert fremstilling av alle aspekter, og følger Tidligfaseveilederens krav til beslutningsgrunnlag.

Mål og forutsetninger for arbeidet

Mål og rammer for sykehusutbyggingsprosjektet er nedfelt gjennom samfunns mål, effektmål og resultatmål og har dannet grunnlaget for utarbeidelsen av vurderingskriteriene. Prosjekt sykehusutbygging skal sikre befolkningen i opptaksområdet et fullt ut dekkende

spesialisthelsetjenestetilbud med diagnostikk, behandling og rehabilitering i god samhandling med kommunehelsetjenesten.

Effektmålene beskriver effekten tiltaket vil ha for bruker – altså pasienter, pårørende, ansatte, elever, studenter og andre samarbeidspartnere. Effektmål realiseres først når prosjektet i sin helhet er realisert. Effektmål for Prosjekt sykehusutbygging er å ivareta at et nytt sykehus har:

- Tilstrekkelig areal i en bygningsmasse som er tilpasset de helsetjenester som skal utføres
- Framtidsrettede områder for diagnostikk, behandling og rehabilitering mht. størrelse, driftsøkonomi og funksjonalitet
- God logistikk (pasienter, pårørende, ansatte og varer)
- Tilstrekkelig bygningsmessig fleksibilitet, elastisitet og generalitet kombinert med god byggøkonomi
- Mulighet for fleksible driftsformer og utnyttelse av lokaler og utstyr
- Tilrettelagt for økt samhandling (tverrfaglig, flerfaglig)
- Tilrettelagt for utdanning og rekruttering av helsepersonell
- Tilrettelagt for forskning, opplæring og undervisning
- Tilrettelagt for at gode medisinskfaglige funksjoner kan videreutvikles
- Tilrettelagt for moderne og brukertilpasset pasientbehandling og opplæring
- Gode løsninger med tanke på ytre miljø og energisparende tiltak, inneklima og arbeidsmiljø

Behovsverifisering er dokumentert gjennom beskrivelser i HFP (hovedfunksjonsprogram) basert på demografi (befolkningsgrunnlag og befolkningsutvikling), forventet fremtidig aktivitet og oppgaver og arealsituasjonen i dagens sykehus. Videre er omstillingsfaktorer, endringer i sykdomsbildet og behandlingsmetoder inkludert. Med bakgrunn i forventet befolkningsutvikling og aktivtetsframskrivning justert ift. endret sykdomsbilde, teknologisk utvikling, omstilling og effektivisering, beregnes fremtidig kapasitetsbehov. I tråd med forventet utvikling må det planlegges for økt kapasitet særlig innen områdene poliklinikker og dagbehandling, observasjonssenger, intermedisær senger og operasjon/oppvåkning.

Følgende forutsetninger for framskriving av aktivitet og kapasitetsberegning er lagt til grunn i HFP:

- Ambisjonen på sikt er å opprettholde en egendeckning av spesialisthelsetjenestefunksjoner i forhold til opptaksområdet på minimum 90 %.
- Omstilling fra døgnbehandling til dagbehandling. 75 % av akutte korttidspasienter overføres til observasjon. 75 % av elektive korttidspasienter overføres til dagbehandling (ikke på føde/barsel).
- 30 % av korttidspasientene på observasjonsenheten blir tilbakeført til normal seng.
- Pasienter overført til dagbehandling får i tillegg ett poliklinisk besøk.
- 23 % reduksjon i liggedøgn (ingen langliggere, overføring til kommunehelsetjeneste)
- Utnyttelsesgrad for poliklinikk, dagbehandling, billeddiagnostikk og operasjon på 10 timers åpningstid 230 dager i året.

Under arbeidet med idefasen, var det til sammen åtte tomter som ble vurdert som alternative lokalisasjoner for et nytt universitetssykehus. Det var lagt til grunn en rekke kriterier for valg av

tomt: totale kostnader, rasjonelle forløp og kvalitet i pasientlogistikken, akutt medisinsk tilgjengelighet, samfunnsmessig nytte – randsoner virksomhet, tidsaspektet – når er tomten klar, trafikkvekst og fremtidige utviklingsmuligheter, og hvor pasientforløp, kostnader og fremtidige utviklingsmuligheter ble vektlagt tyngst. De fem tomtene som var vurdert i tillegg til de tre en gikk videre med var: Øksnavad, Sandnes Sør – Kvål, Forus Øst – Nortura, Forus Travbane og arealer vest for denne, samt Paradis. Årsaken til at disse tomtene ikke ble vurdert som aktuelle å ha med videre varierte, men hovedårsakene var: størrelsen på tomten (for liten tomt med tanke på fremtidige utviklingsmuligheter), tomt lå innenfor langsiktig grense for landbruk, avstand (befolkningstyngdepunkt), forventede kostnader, dårlig kollektivdekning og tidsaspektet.

Det var ved ferdigstillelsen av skisseprosjektet utarbeidet ett konsept for hver av de tre tomtene etter en prosess hvor åtte-ti konsepter pr. tomt hadde vært vurdert. Arkitektene presenterte samtlige alternative konsepter i møter med brukergruppene, hvor det ble foretatt en evaluering basert på ulike kriterier, som nærhet, logistikk, kostnader, miljøutfordringer mm.

På grunnlag av styrevedtak fra Helse Vest RHF (styresak 118/13 B) har adm. dir. besluttet at rapporten "[Miljø- og klimatiltak i spesialisthelsetjenesten](#)", skal legges til grunn for alle byggeprosjekter i regi av Helse Stavanger HF.

Dette innebærer blant annet at følgende er lagt til grunn for arbeidet med konseptvalgrapporten og skisseprosjektet:

- Klimabelastningen fra nybygg skal dokumenteres.
- Alle nye sykehusbygg skal tilfredsstillende passivhusnivå, oppnå energikarakter A og oppvarmingsmerke grønt.
- Rehabiliteringer som defineres som hovedombygging skal oppnå passivhusnivå.
- For andre typer ombygginger skal energikarakter B oppnås.
- Klimagassregnskap skal legges til grunn ved valg av materialer og løsninger.

Fremtidens spesialisthelsetjenester

Flere ulike utviklingstrekk vil prege fremtidens spesialisthelsetjenester. Særlig vil den medisinskteknologiske utviklingen innenfor både utredning, diagnostisering og behandling være av stor betydning. Kompleksiteten øker og stadig flere spesialister fra ulike fagområder involveres i utredning og behandling av den enkelte pasient. «Persontilpasset medisin» og kostbare legemidler særlig innen kreftbehandling vil påvirke prioriteringer og handlingsrom. Ny kunnskap om nye muligheter til diagnostikk og behandlingsmetoder kommer i stadig raskere tempo. Videre stilles større krav til effektiv ressursbruk, raske teknologi- og ressursdrevne omstillinger, høy faglig kvalitet, høy beredskap, tett samhandling med kommunale tjenester, forskning og faglig utvikling, samtidig som krav til medarbeidere og organisasjonen som helhet øker.

Brukermedvirkning vil i stadig større grad prege både utformingen av og innholdet i tjenestene. Kvalitet er vesentlig både i resultat og prosess. Et nytt sykehusbygg skal underbygge visjoner og mål som samlet sett skal sikre og videreutvikle pasientens helsetjeneste for innbyggerne i Sør Rogaland.

Pasientbehandling med høy kvalitet og god pasientsikkerhet er foretakets viktigste oppgave. I tillegg har foretaket tre andre hovedoppgaver: utstrakt forskningsvirksomhet, utdanning av helsepersonell og opplæring av pasienter og pårørende.

En investering på 8 milliarder i byggetrinn 1 skal understøtte alle disse formålene. Bygget skal sikre at befolkningen får et best mulig spesialisthelsetjenestetilbud, hvor bygg og tjenester har

klare sammenhenger, og hvor fleksibilitet og tilpasningsevne finnes i byggenes struktur og elastisitet slik at disse kontinuerlig kan tilpasses endringer i behandlingstilbud og teknologiske nyvinninger - og samtidig sikre effektiv drift. Sykehusbygget skal også sikre trygge og gode arbeidsforhold for medarbeidere, samt ivareta miljøkravene som stilles.

Finansieringsmodellen som legges til grunn for sykehusutbygginger innebærer at helseforetakene skal finansiere bygging av nytt sykehusbygg innenfor den ordinære budsjettammen.

De vurderingskriteriene som dekker helseforetakets hovedoppgaver innen pasientbehandling samt forhold vedrørende økonomi både i byggefasen og for sykehusdrift (for å sikre god pasientbehandling i hele perioden) er vektlagt tyngst. Formålet med konseptfasen er å komme frem til det alternativet som gir måloppnåelse til den laveste kostnaden. Vurderingskriteriene og de oppsatte målene følger tidligfaseveilederens anbefaling, og er beskrevet i vedlagte konseptvalgrapport.

Sammenligning med NØS:

Helse Stavanger HF har brukt Nytt Østfoldsykehus (NØS) som referanseprosjekt og hovedgrunnlag for etablering av arealstandard. Tabellen under viser de arealstandarder som er lagt til grunn ved SUS sammenlignet med NØS og andre nyere norske sykehus.

Kvm netto	HFP SUS	Merknad	NØS	St. Olavs Hospital	Nye A- hus
Kliniske funksjoner					
Sengeområder normal	27		27,8	24 (BT1)	27,6
Senger medisinsk overvåkning	35		30	31,2	31,2
Dagplass somatikk	15		15	15	15
Poliklinikkrom standard	30		30	30	30
Spesialrom somatikk	40		40	50	46
Hotellseng	23		23		
Observasjonsseng	27	12 senger a 15m ²	22	20	20
Medisinske servicefunksjoner					
Intensivsenger	40		42,5	40	40
Intermediærsenger	35		30	31,2	31,2
Postoperativ	16		16	16	16
Operasjon inneliggende	105		110	120	110
Operasjon dag	105		110	90	110
Billeddiagnostikk	80		90	90	90
Intervensjonslaboratorier	100		90	90	90
Fødestue	50		60		70
Ikke medisinske servicefunksjoner					
Kontorarbeidsplasser	8,5		8,5	9,5	9,5
Kontor plasser administrasjon	9		9	10	10
Møterom	1,8	pr. plass	1,8	1,7	1,7

Forhold til statlige planretningslinjer og regionalplan for Jæren

Flere av de offentlige høringsinstansene vurderer konseptene på grunnlag av «Statlige planretningslinjer for samordnet bolig-, areal- og transportplanlegging» og regionalplanen for Jæren. (se vurderingskriteriet «Samfunnsforhold»)

Fylkesmannen i Rogaland framhever de statlige planretningslinjene som det viktigste kriteriet for valg av lokalitet for nytt universitetssykehus og vurderer Våland som det eneste alternativet som

oppfyller de statlige planretningslinjene. Fylkesmannen konkluderer også med at Våland peker seg ut som det klart beste alternativet på grunnlag av regionalplanen for Jæren.

Fylkesmannen hevder at Ullandhaug ikke ligger inntil en hovedkollektivakse og at det pr. i dag ikke foreligger planer om å gjøre Ullandhaug til en del av en slik akse. Administrerende direktør i Helse Stavanger HF vurderer dette annerledes. Kollektivaksen gjennom universitetsområdet er vist som hovedtrasé for kollektivtrafikk i regionalplanen for Jæren, vedtatt i fylkestinget den 22.10.13.

I henhold til de statlige planretningslinjene må utbyggingsmønster og transportsystem samordnes «for å oppnå effektive løsninger, og slik at transportbehovet kan begrenses og det legges til rette for klima- og miljøvennlige transportformer». Infrastruktur og framkommelighet for kollektivtrafikken skal prioriteres i planleggingen. Det er et mål at veksten i persontrafikken skal tas med kollektivtransport, sykkel og gange.

I samråd med Rogaland fylkeskommune er det i skisseprosjektet og konseptrapporten lagt til grunn en parkeringsdekning for ansatte på 25 % i Våland-konseptet og 30 % i konseptene på ny tomt i 2025 og 2040 for å begrense arbeidsreiser med bil. Begrunnelsen for å legge til grunn en lavere parkeringsdekning på Våland enn i konseptene på ny tomt, er at en vesentlig større andel av de ansatte bor og vil fortsatt bo i gangavstand til sykehuset på Våland. Det vil derfor være mer krevende å begrense parkeringsdekningen på ny tomt til 30 % enn å redusere parkeringsdekningen på Våland til 25 %, fra dagens nivå på 30 %.

For å lykkes med denne strategien for å begrense ansattes reiser med bil, vil det bli nødvendig å forbedre busstilbudet vesentlig i konseptene på ny tomt. Helse Stavanger HF vil da være avhengig av at Rogaland fylkeskommune, som ansvarlig for kollektivtrafikken, vil legge til rette for en slik forbedring.

Rogaland fylkeskommune har i sin høringsuttalelse til konseptrapporten vedtatt følgende om utviklingen av kollektivaksen gjennom universitetsområdet (punkt 4 i vedtaket):
«Fylkesutvalget viser til at Bypakke Nord-Jæren som skal gjelde fra 1. januar 2017 til og med året 2031, skal gi god framkommelighet for alle trafikantgrupper, der hovedvekten er på kollektivtrafikken, gange, sykkel og næringstransport. Ved siden av Bussvei 2020 ligger i det Bypakken prosjektet Kollektivfelt/prioritering på strekningen Hillevåg-SUS-Tjensvoll-UiS-Diagonalen-Gauselvågen. Tiltakene gir mulighet for å etablere en infrastruktur for kollektivtrafikken som er sammenlignbar i kvalitet for lokaliseringene på Ullandhaug og Våland. Også rutetilbudet til begge lokaliseringene vil kunne utvikles til å være av en sammenlignbar kvalitet med hensyn til antall ruter, frekvens og åpningstid. Det samme vil ikke gjelde for Stokka, som har for stor avstand til eksisterende hovedtraséer med tilhørende rutenett.»

Administrerende direktør forstår det refererte vedtaket i fylkesutvalget slik at Rogaland fylkeskommune vil legge til rette for den nødvendige forbedringen av busstilbudet dersom Ullandhaug-konseptet velges, men at det samme ikke vil gjelde for Stokka-konseptet.

I tillegg til kollektivaksen gjennom universitetsområdet inngår sykkelstamveien mellom Stavanger og Sandnes langs E39 i Bypakke Nord-Jæren. Sykkelstamveien vil gi en stor forbedring i tilgjengeligheten til universitetsområdet med sykkel.

Dersom det nye sykehuset bygges på ny tomt, vil det nåværende sykehusområdet på Våland kunne åpnes for byomforming til andre formål med høy arealutnyttelse og miljøvennlige transportløsninger.

På grunnlag av uttalelsene fra fylkesmannen og Rogaland fylkeskommune vurderer administrerende direktør Stokka-konseptet som så konfliktfullt i forhold til de statlige planretningslinjene og regionalplanen at det ikke kan gjennomføres. Dette gjelder imidlertid ikke Ullandhaug-konseptet. Etter administrerende direktørs vurdering er ikke Ullandhaug-konseptet i strid med de statlige planretningslinjene og regionalplanen.

Brukerutvalget ved Stavanger Universitetssjukehus anbefaler Ullandhaug for lokalisering av nytt sykehus.

Prosjektestimater: P50 – kontra P85

Finansdepartementets veileder nr. 2 «Felles begrepsapparat ved KS2, kvalitetssikring av konseptvalg, samt styringsunderlag og kostnadsoverslag for valgte prosjektalternativ» er lagt til grunn for definisjon og beskrivelse av prinsipper og begreper som er brukt for usikkerhetsstyring og beregning av prosjektkostnad. Det skilles mellom resultat av estimering og analyse (usikkerhetsanalyse), og derigjennom kostnad som følger av analysen, og de formelle styringsnivåer, som besluttes av prosjekteier/byggherre.

Forventet kostnad (P50) er det korrekte uttrykket for hvor mye det er ventet at prosjektet skal koste når det er ferdig. Forventet kostnad kan like gjerne underskrides som overskrides (50 % sannsynlighet for å underskride som å overskride budsjettet).

Kostnadsramme (P85) angir hvor mye beslutningstakerne har satt av for å finansiere prosjektet. Denne størrelsen inneholder usikkerhetsavsetningen. Den består av forventet prosjektkostnad (P50) pluss avsetning for usikkerhet. Det forventes ikke at avsetningen for usikkerhet skal brukes i prosjektet, og usikkerhetsavsetningen disponeres ikke av prosjektleder, men av byggherre/prosjekteier.

Styringsmål angir hvilken kostnad den budsjettansvarlige (prosjektleder) skal styre mot.

Helse Stavanger har vurdert foretakets bæreevne på ca. 8 milliarder kroner som kostnadsrammen (P85). På denne måten reduseres risikoen for at prosjektet overskrider budsjettet, og det vil være 85 % sannsynlighet for å holde seg innenfor budsjettet/unngå overskridelser.

Det er i konseptvalgrapporten gjennomgående lagt til grunn konservative estimater.

Finansieringsmodellen for sykehusutbygging krever tilstrekkelig kontantstrøm fra driften til å håndtere alle investeringskostnadene. Det er av stor betydning at byggetrinn 1 ikke overstiger rammen på 8 milliarder kroner, for å unngå betydelige driftsmessige utfordringer for Stavanger Universitetssjukehus etter ferdigstilling av byggetrinnet, samt sikre muligheten for raskest mulig etablering av byggetrinn 2. En konservativ vurdering skal opprettholdes også i forprosjektfasen.

Økonomiske og finansielle konsekvenser - beregnet for alle fire alternativ

Det er tatt utgangspunkt i foretakets sitt langtidsbudsjett og de beregnede P85 estimatene for prosjektkostnadene. Våland-alternativet er beregnet til 8,089 milliarder kroner, Ullandhaug-alternativet til 7,979 milliarder, mens Stokka-alternativet er beregnet til 8,475 milliarder (prisnivå juni 2015). Stokka-alternativet skiller seg ut med å være en del høyere enn de andre, men siden de store investeringene i Stokka-alternativet først kommer i 2023-2025 vil helseforetaket ha flere år på å bygge tilstrekkelig likviditet og klarer dermed å finansiere investeringene.

Andre nødvendige investeringer i allerede eksisterende bygg i perioden er også inkludert. Videre er det beregnet hvilke konsekvenser alternativene har på avskrivninger, rentekostnader, avdrag på lån, samt hvilken effekt nytt sykehusbygg vil ha på sykehusdriften.

Beregningene viser at helseforetaket har finansiell bæreevne til å gjennomføre alle fire alternativene, men at det er noen elementer som skiller dem. I hovedsak er dette:

- Tidspunkt for ferdigstillelse:
 - Konseptvalgrapporten viser til at med underliggende aktivitetsvekst og bygningstilstand, vil pasientbehandlingen bli mindre effektiv med eksisterende lokaler jo lengre tiden går. Dette innebærer økte kostnader for foretaket jo lengre tid det tar før nytt bygg er ferdig. Tilsvarende gjelder for gevinster. Desto raskere bygget er ferdig, desto raskere kan Helse Stavanger begynne å hente ut de gevinstene som ligger i moderne bygg som er bedre tilrettelagt for effektiv pasientbehandling. Våland-, Stokka-, og null-alternativet blir ferdig etter Ullandhaug, og gjør at Ullandhaug-alternativet kommer bedre ut i bærekraftanalysene.
- Drift på byggeplass:
 - I Våland-, og null-alternativet skal det bygges på samme området som det driftes sykehus. Konseptvalgrapporten peker på at det vil påløpe merkostnader knyttet til å drive pasientbehandling samtidig som det er byggeplass på sykehusområdet. Disse merkostnadene er også vanskelig å beregne eksakt. Det gjør at disse to alternativene kommer dårligere ut enn Ullandhaug- og Stokka-alternativene.

Til sammen gjør dette at Ullandhaug er det alternativet hvor foretaket får størst forbedring i driftsresultat og dermed gjør helseforetaket best i stand til å bære de økte kostnadene knyttet til rentekostnader og avskrivninger, jfr. tabell 48 i konseptrapporten.

I beregningene av rentekostnadene er det lagt til grunn en årlig rente på 2,5 % etter 2020. I dag ligger lånerenten under dette, men på lang sikt er det knyttet noe risiko til denne forutsetningen.

Et usikkerhetsmoment er helseforetakets resultatutvikling. I første omgang påvirker resultatutviklingen finansieringen av byggefasen. For å realisere investeringene må foretaket øke resultatet for å ha tilstrekkelig egenkapital og likviditet til å finansiere investeringene.

Resultatprognosen for 2015 er om lag kr 15 mill. lavere enn resultatkravet. Som følge av resultatutfordringen til neste år, har administrerende direktør også bedt om å få redusert resultatkravet for 2016 med kr 10 mill til kr 80 mill. For at dette ikke skal påvirke foretakets langsiktige investeringer har administrerende direktør redusert foretakets øvrige investeringsplaner med kr 30 mill. i 2016.

I resultatene fram til 2019 ligger det en forutsetning om økt kostnadseffektivitet på 0,8 %. Den er lik for alle alternativene. Administrerende direktør mener dette er innenfor rekkevidde, og at usikkerheten er knyttet til utviklingen i inntektene slik de ligger i langtidsbudsjettet. F.eks. vil eventuelle effektiviseringskrav gjøre at overskuddet foretaket har planlagt med, blir trukket inn i form av reduserte inntekter.

Ved siste del av investeringsperioden vil foretaket ha behov for å finjustere likviditeten både i Ullandhaug- og Våland-alternativet. Dersom de økonomiske resultatene ikke blir som forutsatt, er det Våland-alternativet som har størst risiko for ikke å ha tilstrekkelig likviditet til gjennomføring i tråd med fremdriftsplanen. Dette er ikke en utfordring for Stokka- og null-alternativet. I Stokka-alternativet vil foretaket få tid til å bygge mer egenkapital før de store investeringene treffer, mens i null-alternativet er investeringene lavere.

Den neste fasen er når bygget tas i bruk og aktiveres. Det er forutsatt at nytt bygg skal gi gevinster og gi et påfølgende løft i resultatet. Alle alternativene er avhengig av å realisere denne gevinsten for å kunne finansiere de økte kostnadene til avskrivninger og renter etter innflytting. Risikoen er størst for Våland- og null-alternativet siden her er foretaket i enda større grad avhengig av å realisere gevinstene som estimert i konseptvalgrapporten for å kunne ha finansiell bæreevne til de økte kostnadene. I Ullandhaug og Stokka-alternativene vil lavere gevinster enn forutsatt i første omgang innebære utsettelse av byggetrinn 2.

Administrerende direktør mener alle alternativene er gjennomførbare, men ut fra de økonomiske og finansielle konsekvensene er det Ullandhaug- alternativet som samlet sett fremstår som det beste.

Fordeler og ulemper Ullandhaugkonseptet og Vålandkonseptet, oppsummert:

Våland:

- Det vil være betydelig ulempe for pasienter og medarbeidere i byggeperioden. Både støy, støv, rokader og krevende logistikk nevnes av andre som har erfaring med bygging og drift av sykehus på samme tomt. HMS-utfordringer i byggefasen.
- Det er en ulempe at helseforetaket, primært på grunn av betydelige kostnader ved å rive og re-etablere bygg før en kan begynne å bygge, kun har økonomisk bærekraft i BT1 til å få med ca. 60 % av normalsengene i nybygg, de resterende må være i eksisterende bygg, og en får dermed ikke tatt ut maksimal effekt for logistikk- og pasientforløp.
- Alternativet vil gi lavere effektiviseringsgevinster i driftsfasen, pga. mindre nybygg og flere eksisterende bygg i drift, disse har høyere driftskostnader.
- Det er en ulempe for økonomien at det vil bli merkostnader i byggeperioden pga. tiltak for å skjerme pasienter og medarbeidere, disse kostnadene er ikke aktuelle på ny tomt.
- BT1 planlegges ferdigstilt og tatt i bruk i 2025/2026, ca. 2.5 år etter alternativet på Ullandhaug.
- Pga. mindre gunstige effekter på driftsøkonomi etter ferdigstilling av BT1 vil BT2 ikke kunne starte før mange år etter Ullandhaug.
- Det er en fordel på Våland at størstedelen av den somatiske virksomheten vil være samlet, og at nærheten til psykiatrisk spesialisthelsetjeneste opprettholdes uten brudd.
- Det er en fordel på Våland med foreløpig bedre kollektivdekning.

Ullandhaug:

- Delt løsning mellom dagvirksomhet på Våland og somatisk døgnvirksomhet/noe poliklinikk og dagbehandling på Ullandhaug er en ulempe for de av foretakets medarbeidere som vil ha arbeidssted på to steder.
- Videre er det en ulempe at sykehus/spesialistpsykiatrien blir igjen på Våland og todelingen vil bestå over en lengre tidsperiode.
- Det er en fordel for pasientene og ansatte at det ikke vil være noen driftsavbrudd, støy, støv i byggeperioden.
- Ullandhaugkonseptet sikrer en samling av all somatisk døgnbehandling i moderne sykehusbygg, noe som sikrer gode pasientforløp, enerom til alle pasienter og mulighet for å ta i bruk ny medisinsk teknologi og sikre kvalitativt god pasientbehandling.
- Nytt sykehus på Ullandhaug vil kunne tas i bruk i 2023, raskest av de tre alternativene.
- Det er vesentlig bedre driftsøkonomi i Ullandhaugalternativet, og det er derfor mulig å starte fase 1 av BT2 tidligere, slik at det meste av somatikken ventelig kan flytte til Ullandhaug innen 2030. Dette vil gi mulighet for å samle hoveddelen av all somatisk

virksomhet i løpet av relativt få år, noe som er en fordel for både medarbeidere og pasienter.

- Det er en langsiktig fordel med nærlokalisering til Universitetet i Stavanger.

Nullalternativet:

Det er et krav i tidligfaseveilederen at null-alternativet utredes til samme nivå som de øvrige alternativene. Nullalternativet skal vise konsekvenser av å opprettholde akseptabel ytelse for virksomheten og bygg over byggets resterende levetid, med minst mulig kostnader. Beregnet areal i dette alternativet er basert på det totale behovet for enheter (operasjonsstuer, poliklinikker, senger etc.) i 2025 i hovedfunksjonsprogrammet (HFP), fratrukket de enheter SUS har i dag, og hvor differansen gir behovet for nytt areal. Dette summerer seg til brutto ca. 21.500 m². Hovedtyngden av arealutvidelsen vil være knyttet til senger og poliklinikker.

Det hefter stor usikkerhet ved nullalternativet hva gjelder totalkostnad. Hovedårsaken til dette er at en vil måtte utnytte alle eksisterende lokaler, i tillegg til de en leier eksternt og nybygget på 21.500 m². Erfaring fra andre sykehusutbygginger hvor en drifter og bygger på samme tomt, er at når en begynner med de planlagte tekniske oppgraderinger som er nødvendige i eksisterende lokaler, får en overraskelser, og den tekniske oppgraderingen blir ofte omdefinert til en hovedombygging. En hovedombygging fører videre til at foretaket må følge de tekniske kravene som er beskrevet i «TEK10», som f. eks. innebærer ombygging til ensengsrom med eget bad, som igjen gir redusert sengeantall og vesentlig høyere kostnader. Dette alternativet anbefales ikke å gå videre med, pga. av den store usikkerheten forbundet med prosjektkostnadene. En får ikke utnyttet effektene av forbedret logistikk, det vil ventelig føre til ineffektivitet, ingen effekt av OU-prosesser, ingen økt kapasitet, og en oppnår kun å utsette tidspunktet for nytt bygg til en høy kostnad uten særlig gjenbruksverdi.

Nullalternativet beskrives grundig i vedlagte konseptvalgrapport.

Gjennomført ROS-analyse:

Det er gjennomført en kvalitativ ROS-analyse av de fire konseptene. ROS analysen kartlegger forhold som kan medføre alvorlig skade på mennesker, miljø, materiell eller samfunnsfunksjoner gjennom konseptenes utbyggings- og driftsfase, og beskriver tiltak for reduksjon av risikoeksponering.

Faveo Prosjektledelse ble engasjert til gjennomføringen av ROS-analysen. Analysemetoden ble tilpasset til at prosjektet er i konseptfasen. Det ble avviklet ROS-seminar med nøkkelpersoner i prosjektet i tillegg til eksterne deltagere, representant fra brukerutvalget, tillitsvalgte og kompetansepersoner i Helse Stavanger.

ROS-analysen har fokus på overordnede forhold som er relevante som underlag for beslutning om konseptvalg. Det vil bli gjennomført en rekke ROS-analyser i senere prosjektfaser (operasjonelt nivå).

Høyeste rangerte risikoforhold knyttet til konseptvalget vises i tabell nedenfor:

Nr	0-alternativet	Ullandhaug	Våland	Stokka
1	Større bygningsteknisk endringsbehov enn forventet. Store kostnadskonsekvenser	Manglende gjennomføring av nye bussruter (FK). Store kostnadskonsekvenser	Alvorlig svikt i kritisk infrastruktur i byggefase 1. Store kostnadskonsekvenser	Regulering, regionplan etc.; ikke aksept av løsning. Meget store kostnadskonsekvenser

2	Brann/ Evakuering, større brann. Store kostnadskonsekvenser	Manglende opparbeidelse av infrastruktur for kollektivtransport (FK)	Brann/evakuering i byggefase 1, større brann. Store kostnadskonsekvenser	Flytrafikk, høydebegrensninger Avinor. Meget store kostnadskonsekvenser
3	Alvorlig svikt i kritisk infrastruktur i ombyggingsprosjektet. Store kostnadskonsekvenser	Manglende kapasitet i støttefunksjoner for pasientbehandling (lab. Spesialrom, etc.). Store kostnadskonsekvenser	Universell utforming/arbeidsmiljø; Krav om endring av løsning	Helikoptertransport. Store kostnadskonsekvenser

For Ullandhaug-alternativet anses de høyest rangerte risikoforhold ad manglende infrastruktur fra ROS-analysen knyttet til konseptvalget som ivaretatt gjennom vedtak i Fylkesutvalget 22. september. Dette gjelder opparbeidelse av infrastruktur for kollektivtransport og frekvens på fremtidige bussruter.

Helseforetakets kommentarer til KSK's (kvalitetssikrers) vurderinger:

Konklusjon:

Den overordnede konklusjonen fra kvalitetssikrer anbefaler at prosjektet kan videreføres til forprosjektfasen.

Det er videre kvalitetssikrers mening at slik konseptrapporten presenterer alternativene, evaluerer fordeler og ulemper, og vekter ulike kriterier, vil ikke det anbefalte alternativet endres av at kvalitetssikrers bemerkninger hensyntas. Konseptfaserapporten som omhandler Helse Stavanger HFs sykehusutbygging har i all hovedsak tatt for seg de påkrevde tema og problemstillinger, og stort sett gjort dette på en god måte.

Det er imidlertid to forhold som potensielt kan påvirke hvordan de utredede alternativene fremstår. Dette gjelder at det er en vesentlig risiko for at det fremtidige behovet for funksjoner og areal er overdimensjonert for et fullstendig samlet sykehus (både for byggetrinn 1 og byggetrinn 2, alle alternativ), og at det er betydelig usikkerhet knyttet til de økonomiske forutsetningene for investeringene.

KSK's anbefaling dimensjonering:

Det anbefales at dimensjonering av fremtidig totalbehov gjøres på nytt i forprosjektet. Programmeringen bør benytte senest tilgjengelige datamateriale for befolkningsfremskriving og aktivitet i Helse Stavanger og i større grad innta en ambisiøs holdning til hvordan fremtidens sykehus skal utformes og driftes. I tillegg bør en bruke et annet dimensjoneringsår enn 2025, og det foreslås at 2030 brukes.

Helse Stavanger HF:

Prosjekt sykehusutbygging planlegger med en oppdatering av hovedfunksjonsprogrammet (HFP) i desember, hvor anbefalingene fra kvalitetssikrer vil bli inkludert i tillegg til en gjennomgang av foreliggende grunnlagsmateriale.

Hovedfunksjonsprogrammet er utarbeidet på grunnlag av det mest oppdaterte datamaterialet for befolkningsfremskriving og aktivitet i Helse Stavanger som forelå da arbeidet i konseptfasen startet i 2013. Det er benyttet SSB's befolkningsfremskriving fra 2012 og Helse Stavangers aktivitetstall for 2012. SSB MMMM 2012 viste en befolkningsvekst i opptaksområdet fra 339 045 i 2012 til 414 949 i 2025, som innebærer en vekst på 22,4 %.

Den siste befolkningsfremskrivingen som foreligger, SSB MMMM 2014, viser en befolkningsvekst til 408 835 i 2025, som innebærer en vekst på 20,6 %. Under arbeidet med

konseptvalgrapporten har det blitt vurdert om endringen i befolkningsvekst (1,8 %) burde foranledige en full revisjon av hovedfunksjonsprogrammet. Det ble da vurdert slik at den estimerte befolkningsmengden i 2025 beregnet etter 2012-prognosen ville nå ca. ett år senere i 2014-prognosen. Det ble konkludert med at det ikke var behov for å gjennomføre en full revisjon av hovedfunksjonsprogrammet.

Det var 214 140 liggedager innen somatikk i 2012. I HFP er det beregnet at den demografiske utviklingen (endring i befolkningsmengde og befolknings sammensetning) vil medføre en vekst til 280 730 liggedager i 2025, en vekst på 31,1 %. Etter realvekst og omstillinger er det beregnet en redusert vekst til 230 439 liggedager i 2025, en vekst på 7,6 %.

På dette grunnlaget er det beregnet et behov på 803 somatiske senger (inklusive 53 hotellsenger og 17 senger for rehabilitering). Kvalitetssikrer påpeker at dette vil gi et gjennomsnittlig belegg på i underkant av 80 %. Da er det ikke tatt hensyn til at hotellsengene ikke inngår i første byggetrinn på Ullandhaug og at det er forutsatt at rehabiliteringsvirksomheten blir værende på Lassa.

Administrerende direktør er for øvrig enig i at dimensjoneringen av fremtidig totalbehov, inklusive demografiske prognoser, oppdaterte aktivitetsdata, og beregning av rom og areal skal kvalitetssikres i forprosjektet, og ses i sammenheng med ny befolkningsfremskrivning fra SSB som legges frem i 2016. En slik gjennomgang kan gi mulighet for å overflytte en større del av den somatiske virksomheten til Ullandhaug allerede i første byggetrinn.

KSK's anbefaling økonomi:

Videre anbefaler kvalitetssikrer at det bør gjøres analyser av hvordan helseforetakets driftsøkonomi og likviditet utvikler seg med endrede forutsetninger innen for eksempel marginalkostnad på aktivitet, inntektsutvikling og gevinster. Det må gjøres grundigere beregninger av gevinstpotensialet ved flytting til ny bygningsmasse, og det må dokumenteres hvor og hvordan dette kan realiseres.

Helse Stavanger HF:

Kvalitetssikrers mening er at det er betydelig risiko knyttet til de økonomiske forutsetningene til investeringene. Dette gjelder alle alternativ. Bl.a. vises det til at foretakets historiske utvikling har vært svak og at det var en nedgang i resultat fra 2013 til 2014. Dette mener kvalitetssikrer reiser tvil om foretakets evne til å forbedre sine resultater i stor nok grad.

Foretakets driftsresultat forbedret seg med ca. 130 millioner i femårs-perioden fra 2009 til 2013 – fra et negativt driftsresultat på 52 millioner i 2009 til et positivt driftsresultat på 79 millioner i 2013. Fra 2013 til 2014 var det en nedgang i resultatet. Årsaken til dette er sammensatt, og tidligere godt redegjort overfor styret, og vi finner det vanskelig å kun henviser til nedgang fra et år til et annet som mal på den trenden foretaket har knyttet til sin økonomiske utvikling. Foretaket legger til grunn en fortsatt riktig utvikling i sine resultater, jfr LTB.

Kvalitetssikrer stiller videre spørsmålsteget ved de gevinster og effektiviseringer som skal hentes ut etter realisering av nytt sykehus. Kvalitetssikrer hevder at 100 millioner i gevinster knyttet til personalkostnader og 70 millioner i gevinster knyttet til pasientbehandling er for ambisiøst. Ser man gevinsten av personalkostnader og pasientbehandling i prosent av foretakets budsjetterte inntekter i samme periode så utgjør effektiviseringen i underkant av 2,5 %. Dersom vi ser gevinstene innen kun personalkostnader opp mot faktisk lønnskostnader i 2014, utgjør disse om lag 2,8 %. Årlig økning i lønnskostnadene de siste årene har vært mellom 8 % og 6,5 %. Dette inkluderer også lønnsoppjøret.

Forutsetningen for de 70 millionene knyttet til økt behandlingsskapasitet er at SUS klarer å øke kapasiteten tilsvarende en økning på 50 millioner, det tilsvarer 2,5 % av de aktivitetsbaserte inntektene i 2014, samt at gjestepasientkostnader reduseres med 20 millioner. Det tilsvarer 15 % av nivået i 2015 og dette er etter Helse Stavangers vurdering et realistisk mål sett i lys av nytt sykehus med økt kapasitet.

Kvalitetssikrer etterlyser en detaljert plan for realisering av gevinster. I konseptfasen er det ikke, slik Helse Stavanger forstår dette, et krav om å detaljere slike planer. Prosjektet har vurdert dette som en naturlig del av neste fase – forprosjektet. Sett opp imot tilsvarende prosjekter er Helse Stavanger nøkterne i sine vurderinger av de gevinster som kan hentes ut. Administrerende direktør fremholder at både uttak av gevinster og resultatmål vil være krevende, men samtidig på et ambisjonsnivå foretaket vil kunne nå. Som nevnt i konseptvalgrapporten planlegger Prosjekt sykehusutbygging med en fortsettelse av OU-prosessen, fase 2, og sammen med en detaljering av gevinstpotensialet, vil dette bli fulgt opp gjennom hele planleggings- og byggefasen.

Videre understrekes det at foretakets bærekraft er beregnet til 8 milliarder P85, og inkluderer dermed en avsetning for risiko som bidrar til å redusere utfordringene med finansieringsordningen.

KSK om pasientsikkerheten:

Kvalitetssikrer skriver videre at pasientsikkerhet ikke er drøftet som eget tema i rapporten, og det gjøres ingen inngående vurderinger av pasientsikkerheten, men det opplyses om at pasientsikkerhet er nevnt ulike steder i rapporten, uten at det fremkommer tydelig. De konkluderer videre med at dette ikke er av betydning for valg av konsept.

Helse Stavanger:

Det er korrekt som det påpekes at pasientsikkerhet ikke er omtalt som eget kapittel, men nevnes ulike steder i rapporten. Helse Stavanger har imidlertid lagt pasientsikkerheten til grunn for flere av de grunnleggende forutsetningene for valg av konsept. Nedenfor listes de forutsetningene som er beskrevet i rapporten, og som har vesentlig betydning for pasientsikkerheten:

- All akutt/døgnvirksomhet prioritert i 1 byggetrinn. Beredskap 24 timer
- Minimal transport av pasienter mellom sykehusene
- Polikliniske-/spesialrom tiltenkt døgnvirksomhet inkluderes i 1 byggetrinn
- Beskrivelser av nærhets prinsipper. Minst mulig transport av pasienter hvor tidsfaktoren er kritisk. Eksempel: fødestue/operasjon, akuttmottak /røntgen osv.
- 85 % belegg normalsenger, dette tar hensyn til sesongsvingninger, og bidrar til å unngå overbelegg/ korridorpasienter
- Enerom/ smitteforebyggende

Til sist oppsummerer kvalitetssikrer med at når en legger evalueringskriteriene og vektingen som brukes i konseptrapporten til grunn, har ikke kvalitetssikrer grunnlag for å anta at valget av Ullandhaug påvirkes av de nevnte bemerkninger angående dimensjonering og økonomi, men ved å gjennomføre nevnte forslag, må en vurdere om dette gir så signifikante konsekvenser at Ullandhaug alternativet må modifiseres i løpet av forprosjektfasen.

Administrerende direktør vil gjennom forprosjektfasen sikre at arealdisponeringen i Ullandhaugalternativet optimaliseres, i tråd med de mål som er beskrevet over, og vurderer dette som en positiv mulighet som skal vurderes i tett samarbeid med medarbeidere i foretaket.

Andre forhold:

I vurderingen av konseptalternativene er nærhet til universitet på Ullandhaug vektet lavt. Det er likevel forventninger til at nærløkalisering til både universitet og innovasjonsmiljøer på Ullandhaug kan bidra positivt for både universitetet og universitetssjukehuset, samt bidra til å realisere mål i HelseOmsorg 21.

Byutviklingsperspektivet har vært trukket frem av mange aktører i det offentlige ordskiftet, og en har hevdet at lokalisering på Våland i større grad vil fremme byutvikling (gjelder Stavanger) enn lokalisering på Ullandhaug. Helseforetakenes finansieringsgrunnlag for sykehusutbygging krever som nevnt tidligere at det gis prioritet til sunne drifts- og investeringsøkonomiske forhold for å sikre kvalitet og kapasitet i pasientbehandling. Videre er tomteforholdene på Våland av en slik beskaffenhet at risiko i både byggeperiode og for den videre drift er høye.

I forprosjektfasen vil det bli gjort et grundig arbeid før valg av entreprisestrategi. Det er viktig for helseforetaket å velge en entreprisform som sikrer at lokale leverandører kan delta i konkurransen. Det vurderes å invitere aktørene til et leverandørseminar, for å informere markedet om forventningene til leveransene (pre-fabrikerte moduler etc.)

Rangering av alternativene:

Administrerende direktør anbefaler utbyggingsalternativet på Ullandhaug og anbefaler at styret beslutter å videreføre prosjektet til forprosjektfasen. Ullandhaug gir det beste grunnlaget for kvalitativt god og effektiv sykehusbehandling, samt best forutsetning for sunn driftsøkonomi - til lavest risiko i både byggeperiode og med henblikk på videre byggetrinn. Kollektivtilbudet vil ivaretas ved gjennomføringen av planlagt kollektivtilbud på Ullandhaug, slik det er omtalt tidligere i saken.

Utbyggingsalternativene på Våland og på Stokka/Sandnes, samt nullalternativet anbefales ikke. Begrunnelse for ikke å anbefale Våland er risikonivået i både byggefase og for drift, men ikke minst med henblikk på risiko og kostnader knyttet til de videre byggetrinn, hvor drift av sykehus i umiddelbar nærhet til omfattende rive- og byggeprosjekter vil utsette sykehusdriften for store utfordringer i flere år, som beskrevet over.

Stokka/Sandnes anbefales ikke fordi det ikke tilfører ytterligere merverdi i forhold til Ullandhaugalternativet, men har betydelige usikkerhetsmomenter knyttet til både kollektivtilgjengelighet og jordvern.

Vedlegg 1: Konseptvalgrapport

Vedlegg 2: KSK-rapport

Vedlegg 3: Hovedfunksjonsprogram (HFP)

Vedlegg 4: Hovedprogram utstyr (HPU)

Vedlegg 5: Overordnet teknisk program (OTP)

Vedlegg 6: Entreprenørkostnad COWI

Vedlegg 7: Årskostnader COWI

Vedlegg 8: Usikkerhetsanalyse investeringskostnader FAVEO

Vedlegg 9: ROS-analyse alternative konsepter FAVEO

Vedlegg 10: Kommentarer til høringsuttalelser

Prosjekt sykehusutbygging Helse Stavanger HF

Styremøter/styreseminar

	Saksnummer	Dato
Arealplan for Helse Stavanger	057/10B	23.06.10
Styreprotokoll Arealplan	058/10	22.07.10
Oppfølging av arealplan	071/11B	22.06.11
Sykehusutbygging i Helse Stavanger HF	132/11B	21.12.11
Virksomhetsmessig utviklingsplan	37/12B	25.04.12
Temasak	072/12	29.08.12
Bygningmessig utviklingsplan	081/12B	26.09.12
Tiltak for sykehusutbygging, iverksetting av ideofasen	100/12B	07.12.12
Idefaserapport godkjenning	059/13B	17.06.13
Idefaserapport godkjent i Helse Vest	11/13B	02.10.13
Tomt til nytt sykehus (Stokka)	4/14	30.01.14
Temasak	59/14	04.09.14
Temasak	70/14	01.10.14
Multiconsultrapport	87/14	18.12.14
Temasak	14/15	06.02.15
OU- trinn 1	30/15	26.03.15
Temasak		04.06.15
Temasak	67/15	03.09.15
Temasak		23.10.15

Styringsgruppemøter

2013	2014	2015
18.01.13	21.01.14	06.01.15
08.03.13	04.03.14	28.01.15
04.04.13	11.03.14	23.02.15
25.04.13	30.04.14	20.04.15
16.05.13	16.06.14	19.05.15
30.05.13	25.08.14	23.06.15
13.06.13	29.09.14	31.08.15
29.08.13	28.10.14	24.09.15
05.09.13	17.11.14	28.09.15
30.09.13	19.12.14	
31.10.13		
14.11.13		

Styringsdialog

2011	2012	2013	2014	2015
04.11.11	10.02.12	25.02.13	03.02.14	26.01.15
	08.04.12	08.04.13	07.04.14	10.03.15
	07.05.12	06.05.13	02.06.14	13.04.15
	21.08.12	04.06.13	08.09.14	04.05.15
	17.09.12	14.10.13	13.10.14	22.06.15
	13.11.12	02.12.13	01.12.14	28.09.15

Dialog med fylket og kommuner

	2012	2013	2014	2015
Kommuner/fylkeskommuner	01.02/13.03/ 12.12		13.06/29.10/ 17.12	06.01/16.04/05.06
Stavanger kommune	16.01/ 21.05	28.08/15.10/22.11	24.11	
Sandnes kommune	29.11		17.12	20.08
Sola kommune	18.04.12			28.04
Gjesdal kommune		08.05		
Rogalandsbenken	10.02.12			13.01

Beste praksis/erfaringsoverføring

I utredningsarbeidet har prosjektet hentet erfaringer fra ulike norske sykehus, og da særlig Nytt Østfoldsykehus, St. Olavs Hospital, A-hus og Tønsbergprosjektet.

Det er hentet inspirasjon ved studiereiser/ besøk på sykehus i inn- og utland, og ved deltakelse i konferanser om sykehusutbygging. Videre har prosjektet brukt kompetansen som finnes i SINTEF, Norsk sykehus- og helsetjenesteforskning (NSH), Kompetansenettverk for sykehusplanlegging, Hospitalitet AS og i den senere tid også Sykehusbygg HF i tillegg til kompetansen hos skisseprosjektets arkitekt-/ingeniørgruppe Nordic COWI.

Erfaringsoverføring fra andre sykehus er sett på som viktig å formidle også til deltakerne i de ulike brukergrupper, samt øvrige ansatte. Gjennom konseptfasen er det arrangert flere åpne inspirasjonsseminar for sykehusansatte. Noen av temaene har vært «Pasientens helsetjeneste – hva betyr det for oss i Helse Stavanger?», «Organisasjonsutvikling mot nytt sykehus», «Framtidens operasjonsrom – St. Olavs Hospital», «Ingenting er som før – teknologiutvikling i sykehus», «Arkitektur i sykehus» og «Nytt Østfoldsykehus – hvordan kom vi dit?»