



KSK Arealplan Førde Sentralsjukehus

Utført for Helse Førde HF

Om Oslo Economics

Oslo Economics utreder økonomiske problemstillinger og gir råd til bedrifter, myndigheter og organisasjoner. Våre analyser kan være et beslutningsgrunnlag for myndighetene, et informasjonsgrunnlag i rettslige prosesser, eller et grunnlag for interesseorganisasjoner som ønsker å påvirke sine rammebetingelser. Vi forstår problemstillingene som oppstår i skjæringspunktet mellom marked og politikk. Oslo Economics har utført en rekke oppdrag i helse- og sykehussektoren.

Om Atkins Norge

Atkins er et av verdens mest respekterte konsulentselskaper innen prosjektledelse og engineering av komplekse prosjekter. Vi verdsetter langsiktig samarbeid med våre kunder og partnere, og gjør vårt ytterste for å bidra til bærekraftig utvikling og vekst til beste for våre kunder og samfunnet – lokalt og globalt.

Om OEC

OEC er blant Nordens ledende rådgivere og prosjektledere innen investeringsprosjekter i helse- og sykehussektoren samt at vi har omfattende erfaring innenfor utdanning og forskning. Vi har bred helsefaglig bakgrunn som arkitekter, ingeniører, økonomer, sykepleiere og helsespesialister. Vår erfaring og kompetanse omfatter virksomhets- og organisasjonsutvikling og ledelse av alle faser i byggeprosjekter.

Kvalitetssikringsgruppe: Atkins Norge: Petter Tømmerberg og Ole Martin Semb (kvalitetssikrer og business area manager). OEC: Mads Aagaard og Anne Paulsen. Oslo Economics: Finn Gjerull Rygh (prosjektleder) og Erik Magnus Sæther (ansvarlig partner).

KSK Arealplan Førde Sentralsjukehus/nummer 2015_38

© Atkins, OEC og Oslo Economics, 11. november 2015

Kontaktperson: Erik Magnus Sæther / Partner

ems@osloeconomics.no, Telefon 94058192

Innhold

Sammendrag og konklusjoner	5
1. Innledning	7
1.1 Generelt om KSK	7
1.2 Bakgrunn for prosjektet som er kvalitetssikret	7
1.3 Arbeidsprosess KSK	7
1.4 Oppbygging av denne rapporten	9
2. Dokumenter, dokumentstruktur og intern sammenheng	10
3. Bakgrunn, rammebetingelser og målsetting	12
3.1 Bakgrunn	12
3.2 Rammebetingelser	12
3.3 Målsetting	12
4. Organisering av arbeidet med konseptfasen	13
5. Metode og datagrunnlag	14
5.1 Overordnet	14
5.2 Metode for demografisk framskrivning av aktivitet	14
5.3 Metode for utarbeidelse av overordnet teknisk program	14
5.4 Metode for beregning av driftsøkonomiske konsekvenser	14
5.5 Metode for kostnadsberegning av utstyr	14
5.6 Metode for usikkerhetsanalyse	14
5.7 Metode for økonomisk bærekraft	15
6. Status dagens virksomhet og bygg	16
6.1 Status for virksomheten	16
6.2 Status for byggene	16
7. Framskrivning av aktivitet og kapasitetsbehov	17
8. Bygningsmessige alternativer	18
8.1 Beskrivelse av alternativene	18
8.2 Funksjonsprogram, arealbehov og driftsmodell	19
8.3 Løsninger (skisseprosjekt)	19
8.4 Utstørsbehov	20
8.5 Logistikk, person- og vareflyt	20
8.6 Overordnede tekniske krav	20
8.7 Investeringskostnad	20
8.8 Usikkerhetsanalyse	22
8.9 Driftsøkonomi	22
8.10 Økonomisk bæreevne	23

9. Vurderingskriterier, vurdering og rangering av alternativene	24
9.1 Vurderingskriteriene overordnet	24
9.2 Vurderingen og rangeringen per vurderingskriterium	24
9.3 Vurderingen og rangeringen totalt	25
10. Plan for forprosjektfasen	26

Sammendrag og konklusjoner

Helse Førde HF har behov for å utvikle bygningsmassen ved Førde sentralsjukehus. I den anledning har de utarbeidet en konseptrapport kalt Arealplan FSS. Denne konseptrapporten er kvalitetssikret av Atkins, OEC og Oslo Economics i henhold til helseforetakenes kvalitetssikringsregime, i en såkalt kvalitetssikring konsept (KSK). Kvalitetssikrer har vurdert hvorvidt konseptfasen har skjedd i henhold til Helsedirektoratets veileder for tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter. Kvalitetssikrer har ikke gjennomført egne analyser.

Valg av alternativ

Konseptrapporten bygger videre på utfordringene som er beskrevet i virksomhetsmessig og bygningsmessig utviklingsplan. Det har tidligere vært gjennomført en idefase, og det er alternativene som er identifisert i idefasen som beskrives og vurderes i konseptrapporten. Disse alternativene er følgende:

- Alternativ 1, som inneholder en omfattende rehabilitering av store deler av sykehuset, og nybygg for psykisk helsevern (om lag 48 000 kvadratmeter BTA rehabilitering og 13 000 kvadratmeter BTA nybygg)
- Alternativ 2, som representerer nullalternativet, men der mesteparten av rehabiliteringen i alternativ 1 likevel skjer (om lag 44 000 kvadratmeter BTA rehabilitering og 7 000 kvadratmeter BTA nybygg)
- Alternativ 3, som innebærer at hele Førde sentralsjukehus erstattes med nybygg (om lag 60 000 kvadratmeter BTA nybygg)

Konseptrapporten kan ikke sies å ha utredet de tre alternativene på et likt nivå. Alternativ 1 er langt bedre dokumentert enn alternativ 3. Også for alternativ 1 mangler det noe informasjon man forventer å finne i en konseptrapport, som for eksempel en usikkerhetsanalyse og beregning av effektiviseringspotensial i driften. Helse Førde HF har utarbeidet konseptrapporten i løpet av en forholdsvis knapp tidsperiode og helseforetaket har hatt behov for å justere løsningsalternativene også i den siste tiden før og i løpet av kvalitetssikringen. Dette har medført at deler av konseptrapporten ikke var oppdatert på oppstartstidspunktet, og således at det er inkonsistens innad i materialet og behov for avklaringsrunder. Dette har gjort kvalitetssikringen krevende.

Det primære for kvalitetssikrer har vært å etablere hvorvidt konseptrapporten gir et tilstrekkelig beslutningsgrunnlag for å velge mellom de tre alternativene. Det synes godt underbygget at det er behov for et nytt bygg for psykisk helse, og at det er nytteeffekter knyttet til det gamle psykiatribygget når det tas i bruk som kontorer og sykehotell. Det er også sannsynliggjort at det ikke er stor økonomisk forskjell mellom alternativ 1 og 2. Alternativ 1 er derfor å foretrekke framfor alternativ 2. Dagens sykehusbygg har en rekke kvaliteter som kan videreutvikles til sykehusformål. En alternativ bruk av bygget er derimot usikker. En fullstendig nybygging vil ha en kostnad som vil kreve meget betydelige innsparinger på helseforetakets drift. I sum synes det derfor godtgjort at alternativ 1 er å foretrekke framfor alternativ 3.

Kvalitetssikrer finner dermed at konseptrapporten gir et grunnlag for å konkludere med hvilket alternativ som bør videreføres til et forprosjekt. Anbefalingen om å gå videre med alternativ 1 støttes. Konseptfasen kan dermed anses å være avsluttet.

Tiltak før videreføring i en forprosjektfase

Selv om det er grunnlag for å nå avslutte konseptfasen bør det arbeides videre med å utbedre noen av manglene i konseptrapporten før et forprosjekt igangsettes. Kvalitetssikrer vil særlig framheve følgende:

- Det bør tydeliggjøres hvilke tiltak som faktisk er ment å inngå i alternativ 1 (Endelig versjon av konseptfaserapport)
- Det bør gjennomføres en usikkerhetsanalyse av investeringskostnaden. Dette er særlig viktig for ombyggingsarbeidene der nøkkeltall i mindre grad er tilgjengelig.
- Det bør gjøres en oppdatert analyse av den økonomiske bærekraften i prosjektet
- Det bør utarbeides en mer detaljert plan for gjennomføringen av forprosjektet

Foreliggende økonomiske anslag innebærer en investeringsramme på 1,6 milliarder kr (anslått p85). Selv om det forventes oppdaterte anslag for investerings- og driftskostnader synes det rimeliggjort at helseforetaket vil ha økonomisk bæreevne til å gjennomføre prosjektet.

Særlige fokusområder i forprosjektfasen

Konseptrapporten har på en rekke områder gått noe mindre i dybden enn hva som anbefales i denne fasen. Dette medfører at det må påregnes en mer omfattende forprosjektfase enn normalt. I forprosjektet må det da særlig fokuseres på de områder der dokumentasjonen fra konseptfasen anses som mangelfull. Noen slike områder kan være:

- Virksomhetsmodeller og hvordan de fysiske løsningene påvirker virksomhetsmodellene, og dermed hvilket effektiviseringspotensial som kan hentes ut.
- I prosessen med å detaljplanlegge de fysiske løsningene, bør det legges stor vekt på å finne gode løsninger for operasjonsavdelingen, som muliggjør effektiv utnyttelse av arealene og ressursene.
- Overordnet teknisk program og Hovedprogram utstyr; dokumentene må videreutvikles og detaljeres.
- Kostnadskalkyler nybygg psykiatri; det bør vurderes om de relativt lave kalkylene er realistiske
- Plan for hvordan byggeprosjektet skal gjennomføres for å minimere negative konsekvenser for sykehusdriften.

Med disse merknader anbefaler kvalitetssikrer at Helse Førde jobber videre med alternativ 1 for utbygging av Førde sentralsjukehus i en forprosjektfase.

1. Innledning

1.1 Generelt om KSK

Kvalitetssikring av konseptvalg (KSK) ble vedtatt innført gjennom behandlingen av St.prp. nr. 1 (2010-2011). Formålet med KSK var å kvalitetssikre investeringer i de regionale helseforetakene på en tilsvarende måte som i den statlige KS1-ordningen.

Det er utviklet en veileder for tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter, sist revidert i 2011 (Hesledirektoratet IS-1369). Denne veilederen ligger til grunn for tidligfaseplanleggingen, og dermed også for kvalitetssikringen. Veilederen definerer KSK slik: *Kvalitetssikringen konseptvalg (KSK) er en uavhengig aktivitet som utføres med eksterne ressurser og skjer på grunnlag av konseptrapporten. Det er ikke påkrevet å gjennomføre KSK for prosjekter med forventet prosjektkostnad på mindre enn 500 MNOK.*

KSK skal gjennomføres i henhold til *Kravspesifikasjon for rammeavtale for levering av ekstern kvalitetssikring av konseptvalg ved større investeringsprosjekt i spesialisthelsetjenesten i Norge*. Denne kravspesifikasjonen inneholder konkrete og detaljerte krav til hva som skal inngå i kvalitetssikringen. Overordnet er oppgaven å sikre at de utredninger som er gjennomført i konseptfasen på en tilfredsstillende måte har ivare tatt overordnede krav (målhierarki, bredde i utredninger av alternativ, riktige prioriteringer og økonomisk bæreevne), men også spesifikke krav til metode og innhold i utredninger og analyser knyttet til gevinstrealisering, struktur og sammenheng i tjenestetilbudet, forholdet til samhandlingsreformen, beregning av framtidig aktivitet og kapasitetsbehov, omstilling og effektivisering, miljøhensyn, pasientsikkerhet og befolkningens krav til tjenesten.

KSK er lagt opp slik at kvalitetssikrer kun skal kvalitetssikre framlagt dokumentasjon, det vil si at vi ikke har gjennomført selvstendige analyser.

1.2 Bakgrunn for prosjektet som er kvalitetssikret

Helse Førde har arbeidet parallelt med utviklingsplaner for virksomhet og bygg, samt konseptrapport for nye arealløsninger på Førde sentralsjukehus. Utviklingsplanene, som ble vedtatt i helseforetakets styre i september 2015, peker på en retning for helseforetakets arbeid i perioden framover. Det vises også noen utfordringer med dagens bygningsmasse, både knyttet til kapasitet og funksjonalitet.

Konseptrapporten utreder ulike alternativer for å møte utfordringene det pekes på i utviklingsplanen.

Samtidig bygger konseptrapporten på en idefaserapport som ble vedtatt i Helse Førdes styre i april 2015. Det er de tre alternativene som er utarbeidet i idefaserapporten som utredes videre i konseptfasen.

1.3 Arbeidsprosess KSK

1.3.1 Mandat

Mandatet for oppdraget kan leses ut fra kravspesifikasjonen for rammeavtale for levering av ekstern kvalitetssikring. Her er det blant annet listet opp noen krav til ekstern kvalitetssikring (kvalitetssikrer er her til dels omtalt som anbyder):

- Gjennom den eksterne kvalitetssikringen skal det sikres at det er samsvar med det virksomhetsstrategiske grunnlaget for investeringen og den framlagte konseptvalgrapporten.
- Det skal videre sikres at målhierarkiet/-strukturen er konsistent, avklart og ikke for komplisert eller for generell til å være operasjonell. Målene må være prosjektspesifikke, og det må være konsistens mellom nasjonale helsepolitiske mål, målene til de regionale helseforetakene og det prosjekteiende helseforetak. Anbyder skal vurdere om resultatmålene er hensiktsmessig prioritert og kontrollere i hvilken grad kravene som følger av målstrukturen er relevante og riktig prioritert.
- Det skal sikres at de alternativene som er belyst i konseptvalgutredningen representerer en tilstrekkelig bredde i forhold til mulighetsrommet, slik at den fulle bredden i mulighetsrommet for å oppfylle det regionale helseforetakets «sørge for ansvar» er ivare tatt.
- Det skal sikres alternativene er riktig prioritert i forhold til målhierarki/-struktur og tilhørende prioriterte krav.
- Anbyder skal dessuten kvalitetssikre at alternativene er vurdert opp mot økonomisk og finansiell bæreevne det regionale helseforetaket har for å gjennomføre dem.
- Anbyder skal også bl.a. kvalitetssikre – jf. nærværende veileder for tidligfaseplanlegging:
 - vurderingen av alternativene opp mot hvilke gevinster som ønskes realisert,
 - vurderingen av prosjektets «plassering» innenfor det regionale helseforetakets totale tilbud, inklusive avgrensninger til andre sykehus, spesialiteter og funksjoner,
 - vurderingene av hvordan samhandling med primærhelsetjenesten og vertskommuner vil påvirke forutsetningene for prosjektet,
 - beskrivelsen og beregningen av befolkningens fremtidige behov for helsetjenester

- (demografisk og epidemiologisk, tilpassing av forbruksrater),
 - vurderingen av eventuelle muligheter for omstilling og effektivisering av tjenestetilbudet,
 - vurdering av hvordan framtidige behandlingsformer og prioriteringer vil slå ut for de ulike tjenestene,
 - vurdering av hvordan prosjektet forholder seg til overordnede krav om ivaretagelse av indre og ytre miljø,
 - vurdering av pasientsikkerhet, på hvilken måte bygg og infrastruktur kan medvirke til å redusere uønskede hendelser,
 - vurderingen av hvordan prosjektet vil imøtekomme befolkningens krav til kvalitet i tjenestene,
- Anbyder skal også kvalitetssikre at alternativene i tilstrekkelig grad har beskrevet og vurdert øvrige samfunnsmessige konsekvenser, og at det i prosjektmaterialet er lagt opp til en hensiktsmessig prosess for å håndtere dette.

Det forutsettes at spesifisert oversikt over områder som skal kvalitetssikres blir utarbeidet i forbindelse med de ulike prosjektene.

Hvis ekstern kvalitetssikrer mener at det foreliggende dokumentgrunnlaget ikke er tilstrekkelig for å gjennomføre kvalitetssikringen skal det gis beskjed om dette, med konkret forslag til utbedringer / suppleringer.

Ekstern kvalitetssikrer skal levere en rapport til oppdragsgiver. Denne skal være konkret og kortfattet, med klare og entydige anbefalinger.

1.3.2 Dokumenter til kvalitetssikring

Helse Førde har framlagt følgende dokumenter til kvalitetssikring:

- Konseptfase Arealplan FSS
- Vedlegg 1 Førsetnader, metode og rammeverk
- Vedlegg 2 Overordna design for alternativ 1 – HFP, DFP, OTP og HPU
- Vedlegg 3 Skisseprosjekt for alternativ 1 – SPR
- Vedlegg 4 Alternativ vurdering med evaluering og val
- Vedlegg 5 Teikningsbok hovudblokk – alternativ 1 – A3
- Vedlegg 6 Teikningsbok administrasjon og hotell – alternativ 1 – A3
- Vedlegg 7 Teikningsbok psykiatri – alternativ 1 – A3
- Vedlegg 8 Basiskalkyler og kalkylegrunnlag frå dRofus
- Vedlegg 9 Kalkyler for prosjekt og utbyggingsetappar

- Vedlegg 10 Økonomiske vurderingar, analyse og tabellar

Alle dokumentene er kvalitetssikret slik de forelå da de ble framlagt 24/9 2015, med unntak av konseptrapporten og vedlegg 10, der det er versjonen fra 5/10 2015 som formelt sett har vært gjenstand for kvalitetssikring. Disse versjonen er kun språklige justeringer av versjonene som forelå 24/9 2015.

I tillegg til disse dokumentene har vi hatt tilgang til utviklingsplanene, ideofase rapport samt underlagsmateriale til konseptrapportdokumentene.

1.3.3 Tidsplan for oppdraget

Oppdraget er i all hovedsak gjennomført i perioden 22/9 til 11/11.

1.3.4 Intervjuer/samtaler

Det er gjennomført flere intervjuer i løpet av prosjektet. Følgende personer har blitt intervjuet:

- Helse Førdes ledergruppe
- Representanter for konseptfaseprosjektet
- Brukerrepresentant
- Verneombud
- Representant for de tillitsvalgte
- Representant fra Førde kommune

Intervjuene er blitt gjennomført i september 2015.

1.3.5 Øvrig dokumentasjon

Informantene er gitt mulighet til å framlegge dokumentasjon som de opplever som relevant for saken. Det er ikke framkommet slik dokumentasjon i tilknytning til konseptrapporten.

I løpet av kvalitetssikringsprosessen har vi i tillegg til intervjuene stilt enkelte spørsmål til Helse Førde HF underveis. Formålet har vært å øke vår forståelse av arbeidet som er gjort, på områder der konseptrapporten til dels gir en svært knapp eller mangelfull dokumentasjon. Svarene vi har fått på spørsmålene har vi lagt til grunn i vår kvalitetssikring.

1.3.6 Uavhengighet

De vurderinger og analyser som framkommer i denne rapporten reflekterer kvalitetssikrers oppfatning av konseptvalgrapporten, og har ikke vært gjenstand for påvirkning fra oppdragsgiver eller andre berørte aktører.

1.3.7 Kvalitetssikringsgruppe

Arbeidet er utført av Atkins Norge ved Petter Tømmerberg og Ole Martin Semb (kvalitetssikrer og business area manager), OEC ved Mads Aagaard og Anne Paulsen og Oslo Economics ved Finn Gjerull Rygh (prosjektleder) og Erik Magnus Sæther (ansvarlig partner).

1.4 Oppbygging av denne rapporten

Vi vil i det følgende først vurdere om konseptrapporten har det innhold som er forventet basert på veileder for tidligsfaseplanlegging og rammeavtale for kvalitetssikring. Deretter vil vi gå gjennom enkeltelementene i konseptrapporten (samt underliggende dokumentasjon) og kommentere forhold som er mangelfullt drøftet eller dokumentert samt eventuelle faktafeil og logiske feil.



2. Dokumenter, dokumentstruktur og intern sammenheng

I dette kapitlet vurderer vi den framlagte konseptutredningen på et overordnet nivå, for å se om rapporten inneholder de elementer man vil vente å finne i en slik utredning. Vi tar da utgangspunkt i veilederens vedlegg 3, som viser et eksempel på hvilke punkter som kan inngå i en konseptrapport:

Bakgrunn, generelt

- *Bakgrunn for prosjektet, behovsverifisering, oppsummering fra idéfaserapporten og utviklingsplanen*
- *Mandat, rammer for arbeidet, oppsummering hentes fra idéfaserapporten*
- *Presisering av mål, strategier og rammer nedfelt i den virksomhetsmessige utviklingsplanen, oppsummering hentes fra idéfaserapporten*
- *Organisering av arbeidet med konseptfasen*
- *Metode og datagrunnlag*
- *Status dagens virksomhet og bygg*
- *Demografisk framskrivning.*
- *Generelle, dimensjonerende forutsetninger og programkrav. Vil omfatte framtidig aktivitet og kapasitetsbehov for hele HF'et og de enkelte sykehusenhetene, gitt spesifiserte forutsetninger og omstilling, effektivisering, oppgavefordeling, samhandling, nye arbeidsformer, teknologisk og medisinsk utvikling mv.*

Utredning av alternativene

- *Spesielle dimensjonerende forutsetninger for det enkelte alternativet*
- *Funksjonsprogram og driftsmodell (HFP/DFP)*
- *Utstørsbehov*
- *Overordnede tekniske krav*
- *Løsninger, illustrasjoner og/eller SPR*
- *Driftsøkonomiske analyser*
- *Prosjektkostnad*
- *Usikkerhetsanalyser*
- *Økonomisk bæreevne*

Evaluering, valg av alternativ

- *Kriterier for vurdering og valg av alternativ*
- *Rangering og vurdering av alternativene, anbefaling*

Plan for det videre arbeidet

- *Plan for forprosjektet og byggefasen, med hovedvekt på forprosjektfasen*
- *Plan for kontrahering av leverandører til neste fase*
- *Mandat for forprosjektfasen*

Dette er et eksempel, så det er ikke slik at alle elementer er nødvendig å ha med i alle konseptrapporter. Det er likevel slik at denne listen gir et godt utgangspunkt for å vurdere hva som er hensiktsmessig innhold i en konseptrapport.

Som tabellen over viser, er nesten alle områder dekket i konseptrapporten med vedlegg. Det synes som om SSHF har fulgt de anbefalinger som gis i veilederen. Det er likevel noen få områder som ikke er dekket. Det er kun utarbeidet Hoved- og Delfunksjonsprogram for alternativ 1. Det er ikke gjennomført noen formalisert usikkerhetsanalyse av prosjektkostnadene. Det er heller ikke utformet noe forslag til mandat for forprosjektfasen.

Organiseringen av dokumentene er ryddig, med konseptrapporten som overbyggingsdokument for øvrige dokumenter. På enkelte områder har det skjedd endringer i de alternative løsningene sent i prosessen. Dette har medført oppdateringer av selve konseptrapporten, men ikke av vedleggene. Dette er utfordrende når dokumentporteføljen skal leses i sin helhet, og gjør det krevende å vurdere hvorvidt det foreligger avgjørende inkonsistens mellom dokumentene.

Kvaliteten på arbeidet som er gjort og dokumentasjonen som er framlagt innenfor de enkelte innholdselementene vist i tabellen på neste side, vil bli behandlet i kapitlene nedenfor.

Konseptrapportelement	Omtalt?	I hvilket dokument?
Bakgrunn for prosjektet, behovsverifisering, oppsummering fra idéfaserapporten og utviklingsplanen	Ja	Konseptrapport kap. 1 og Vedlegg 1
Mandat, rammer for arbeidet, oppsummering hentes fra idéfaserapporten	Ja	Konseptrapport kap. 1 og Vedlegg 1
Presisering av mål, strategier og rammer nedfelt i den virksomhetsmessige utviklingsplanen, oppsummering hentes fra idéfaserapporten	Ja	Konseptrapport kap. 1 og Vedlegg 1
Organisering av arbeidet med konseptfasen	Ja	Konseptrapport kap. 2 og Vedlegg 1
Metode og datagrunnlag	Ja	Konseptrapport kap. 3 og Vedlegg 1
Status dagens virksomhet og bygg	Ja	Konseptrapport kap. 4 og Vedlegg 1 (samt Utviklingsplaner)
Demografisk framskriving	Ja	Konseptrapport kap. 5 og Vedlegg 1 (samt Utviklingsplan)
Generelle, dimensjonerende forutsetninger og programkrav. Vil omfatte framtidig aktivitet og kapasitetsbehov for hele HF'et og de enkelte sykehusenhetene, gitt spesifiserte forutsetninger og omstilling, effektivisering, oppgavefordeling, samhandling, nye arbeidsformer, teknologisk og medisinsk utvikling mv.	Ja	Konseptrapport kap. 5 og Vedlegg 1 (samt Utviklingsplan)
Spesielle dimensjonerende forutsetninger for det enkelte alternativet	Ja	Konseptrapport kap. 5 og Vedlegg 1 (samt Utviklingsplan)
Funksjonsprogram og driftsmodell (HFP/DFP)	Ja, for alt. 1	Konseptrapport kap. 8 og Vedlegg 2
Utstørsbehov	Ja, for alt. 1	Konseptrapport kap. 8 og Vedlegg 2
Overordnede tekniske krav	Ja, for alt. 1	Konseptrapport kap. 8 og Vedlegg 2
Løsninger, illustrasjoner og/eller SPR	Ja, for alt. 1	Konseptrapport kap. 8 og Vedlegg 3
Driftsøkonomiske analyser	Ja	Konseptrapport kap. 8, 9, 10 og Vedlegg 10
Prosjekt kostnad	Ja	Konseptrapport kap. 8, 9, 10 og Vedlegg 8, 9, 10
Usikkerhetsanalyser	Nei	
Økonomisk bæreevne	Ja	Konseptrapport kap. 8, 9, 10 og Vedlegg 10
Kriterier for vurdering og valg av alternativ	Ja	Konseptrapport kap. 11 og Vedlegg 4
Rangering og vurdering av alternativene, anbefaling	Ja	Konseptrapport kap. 12 og Vedlegg 4
Plan for forprosjektet og byggefasen, med hovedvekt på forprosjektfasen	Ja	Konseptrapport kap. 14
Plan for kontrahering av leverandører til neste fase	Ja	Konseptrapport kap. 14
Mandat for forprosjektfasen	Nei	

3. Bakgrunn, rammebetingelser og målsetting

3.1 Bakgrunn

I henhold til Veileder for Tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter skal konseptfasen bygge på helseforetakets utviklingsplan samt en idefaserapport for det aktuelle prosjektet.

Arbeidet med denne konseptrapporten har pågått parallelt med utarbeidelsen av virksomhetsmessig og bygningsmessig utviklingsplan. Det har likevel vært slik at mye av arbeidet med konseptrapporten har foregått etter at det viktigste arbeidet med utviklingsplanene var ferdig. Organiseringen av prosjektene har også vært slik at det har vært løpende informasjon om utviklingsplanarbeidet inn i konseptrapportarbeidet.

Idefasen ble derimot gjennomført med basis i tidligere utviklingsplan. Dette kan være utfordrende, men det synes som om konseptrapporten likevel kan sies å bygge på både de sist vedtatte utviklingsplaner og idefaserapporten, uten at det har skapt indre motsetninger og inkonsistens.

Utviklingsplanene ble vedtatt av Helse Førdes styre i september 2015, og det formelle grunnlaget for å styrebehandle konseptrapporten i november 2015 synes således å være tilstede.

3.2 Rammebetingelser

Det vises i konseptrapporten til styrevedtaket der Konseptfasen ble vedtatt igangsatt, og det gjengis de rammer som framkommer i dette avsnittet. Slik sett synes det å være redegjort for de formelle rammene for konseptfasen.

3.3 Målsetting

I dette avsnittet skal vi vurdere om målhierarkiet er konsistent, avklart og ikke for komplisert eller for generelt til å være operasjonelt. Målene må være prosjektspesifikke, og det må være konsistens mellom nasjonale helsepolitiske mål, målene til de regionale helseforetakene og det prosjekteiende helseforetak. Målene bør, så langt det er mulig, være målbare.

Målhierarkiet er i henhold til Veileder for Tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter delt opp i samfunns mål, effektmål og resultatmål.

Samfunnsmålet skal gjenspeile nasjonale mål og føringer. Samfunnsmålet som er definert synes å stemme godt med overordnede nasjonale målsetninger for spesialisthelsetjenesten.

Effektmålene skal støtte opp under samfunnsmålet, og skal sees fra brukers perspektiv, hovedsakelig pasienter og ansatte. Effektmålene som er definert i konseptrapporten ivaretar etter kvalitetssikrers oppfatning disse kriteriene. Det ansees likevel som en svakhet at målene blir for generiske og lite prosjektspesifikke. Målene er i liten grad direkte målbare. 12 effektmål kan også være u hensiktsmessig mye, da det i realiteten kan oppstå målkonflikter, særlig når målene skal nås innenfor en begrenset økonomisk ramme. Det bør arbeides videre med å konkretisere effektmålene, og i den sammenheng bør det også vurderes hva som kan være konkrete målekriterier.

Resultatmålene er selve prosjektets mål, være knyttet til kvalitet, kostnad og tid. Konseptrapportens resultatmål synes i all hovedsak å være hensiktsmessige, men det savnes mål knyttet til kvalitet utover kvalitet knyttet til psykiatri. Det er ikke klart om resultatmålene presenteres i prioritert rekkefølge. Det bør gjøres en tydelig prioritering mellom kvalitet, kostnad og tid i et forprosjekt, slik at prosjektet er i stand til å møte eventuelle målkonflikter.

I vedlegg 1 er det vist at samfunns mål og effektmål støtter opp under målene til Helse Førde, Helse Vest RHF og nasjonale målsetninger. Målstrukturen anses dermed som hensiktsmessig for denne fasen av prosjektet.

4. Organisering av arbeidet med konseptfasen

Konseptrapporten skal i henhold til veilederen beskrive organiseringen av konseptfasen.

I selve konseptrapporten er det i dette tilfellet inntatt kun en knapp tekst, der framdriften i arbeidet ikke er oppdatert til korrekt versjon. I vedlegg 1 er organiseringen beskrevet i detalj.

Kvalitetssikrer mener prosjektorganiseringen har vært god. Det har vært arbeidet bredt, med en rekke forskjellige grupper der relevante fagpersoner har vært involvert. Det har vært god styring, og god kommunikasjon på tvers mellom arbeidsgrupper og på tvers til virksomhetsplan-prosjektene. Ledelsen i helseforetaket har vært tett involvert og brukerrepresentanter, verneombud og tillitsvalgte har hatt mulighet til å påvirke.

Prosesen har vært meget rask, og dette synes å ha medført at enkelte temær ikke har blitt gjenstand for vesentlig vurdering. Det er heller ikke optimalt at konseptfasen har pågått parallelt med virksomhetsplanarbeidet.

Kvalitetssikrer har i intervjuer med ledelse, verneombud, brukerrepresentant og tillitsvalgt fått bekreftet inntrykket av at prosessen har vært god. Det er stor grad av samstemmighet når det gjelder konseptfasens anbefaling. Det synes derfor som at konseptfasearbeidet har lagt et godt grunnlag for å kunne lykkes med prosjektet *Arealplan FSS*.

5. Metode og datagrunnlag

5.1 Overordnet

Veileder for tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter beskriver hvordan planprosessen bør gjennomføres. Veilederen anbefaler konkrete delutredninger for hver fase, og for konseptfasen skal det utarbeides et Hovedfunksjonsprogram, Delfunksjonsprogram, Hovedprogram utstyr, Overordnet teknisk program og Skisseprosjekt.

Prosjektet har lagt veilederen er til grunn for konseptutredningen, og har langt på vei utført overnevnte delutredninger. Innholdet i utredningene vil bli diskutert senere i rapporten.

Videre her det i konseptrapporten beskrevet de metoder som har blitt benyttet i de ulike analysene.

5.2 Metode for demografisk framskrivning av aktivitet

Metodikken for demografisk framskrivning av aktiviteten tar utgangspunkt i 2014-data. Data er oppdelt på lokasjon og omsorgsnivå.

I henhold til veileder skal framskrivningen inndeles i aldersgrupper. Der er ikke mulig å se om det er gjort her. Der framgår ikke av rapporten hvilke prosenter som ble brukt til å framskrive aktiviteten.

For psykiatrien har det ikke vært mulig å finne aktivitetstall. Det refereres til framskrivingsdata i virksomhetsmessig utviklingsplan, men disse data er ikke delt mellom ulike lokasjoner.

5.3 Metode for utarbeidelse av overordnet teknisk program

Konseptrapporten beskriver at det er foretatt et bevisst valg om å ikke følge prosessen som veilederen legger opp til. Det argumenteres for at dette valget er tatt fordi prosjektet må forholde seg til eksisterende areal og ikke kun et nybygg.

Prosessen som er benyttet baseres på å starte med de spesifikke behovene og deretter sette av arealer for tekniske installasjoner i eksisterende sykehus før arkitekten starter opp med detaljarbeidet. I eksisterende bygg er det lagt til grunn 15 års levetid på de tekniske installasjonene.

Metoden for psykiatribygget er basert på at de tekniske installasjonene er vurdert ut fra arealmessige betraktninger og normer/referanser for denne type bygg.

5.4 Metode for beregning av driftsøkonomiske konsekvenser

Det er tatt utgangspunkt i helseforetakets langtidsbudsjett, og deretter vist hvilke endringer som følger av investeringene i de ulike alternativene. Det er kun lagt inn endringer som regnes som «sikre», mens det i liten grad er estimert størrelsen på mer usikre endringer (som for eksempel bemanningsreduksjon som en følge av mer effektive arbeidsformer).

5.5 Metode for kostnadsberegning av utstyr

Konseptrapporten beskriver at det er foretatt et bevisst valg om ikke å følge prosessen som veilederen legger opp til når det gjelder hovedprogram for utstyr.

Der har i konseptfasen vært en dialog med MTA og avdelingsledere der man har gjennomgått MTU-behovet på bakgrunn av kapasitetsøkning, alder på utstyr, ny teknologi og gjenbruk. Prisene til utstyr er basert på erfaringstall. Konseptrapporten har ikke fulgt veilederen ang. HPU, men har brukt en mer praktisk og detaljert tilnærming, som i denne fasen av prosjektet er beheftet med stor usikkerhet.

5.6 Metode for usikkerhetsanalyse

Konseptrapporten beskriver i metodeskildring i kapittel 3 i hovedrapporten tilnærmingen til analyse og vurdering av faktorer som er usikre. Konseptrapporten er tydelig på at tilnærmingen skiller seg fra beskrivelsen i veilederen.

I Konseptrapporten benyttes en tilnærming der P85 er definert ut fra et estimat som rådgiverne regner som en forsvarlig ramme for prosjektet i denne fasen. Det argumenteres for at med en statistisk normalfordeling vil standardavvik være 34,1 prosent av estimatet og at P85 vil for alle praktiske formål være dette punktet i normalfordelingen.

Kvalitetssikrer mener at tilnærmingen som er beskrevet er mangelfull og avviker fra etablert praksis for usikkerhetsanalyser. I en tradisjonell analysemodell dokumenteres det hvilken estimatusikkerhet og hvilke indre/ytte faktorer (hendelser/usikkerhetsdrivere) som er innarbeidet. Det gjennomføres deretter en modellering med egnet verktøy for å synliggjøre usikkerhetsbildet i prosjektet.

5.7 Metode for økonomisk bærekraft

Med basis i helseforetakets langtidsbudsjett er det utviklet beregninger av helseforetakets likviditet fram til 2030. Framskrivningene tar i stor grad hensyn til føringer fra Helse Vest RHF.

Investeringene i de ulike alternativene er tatt inn i beregningene i form av egenkapital, renter og avdrag. Låneopptakene og nedbetalingen er periodisert etter når finansieringsbehovet oppstår og etter når de forskjellige byggene forventes tatt i bruk.

Beregningen er gjort i 2015-kroner, det vil si at det ikke tas hensyn til prisvekst. Det er benyttet rentesatser tilsvarende det som legges til grunn i Helse Vest RHF. Dette er nominelle rentesatser, mens det burde vært benyttet realrente siden resten av beregningen er gjort i reelle størrelser.

Beregningene viser år for år hvilken likviditet foretaket vil ha, og dermed hvorvidt det er økonomisk bærekraft for investeringene.

6. Status dagens virksomhet og bygg

6.1 Status for virksomheten

Helse Førde har våren 2015 gjennomført oppdatering av virksomhetsmessig utviklingsplan. Planen omfattet også plan for Psykisk helsevern, og ble gjennomført for å fange opp endrede behov, vilkår og vurderinger fra tidligere planer.

I konseptrapportens kapittel 4 er dagens utfordringer og behov ved Førde sentralsjukehus beskrevet som arealknapphet og lite funksjonelle arealer, hovedsakelig innenfor funksjonene:

- Psykiatri
- Poliklinikker
- Kontorarbeidsplasser
- Operasjon
- Intensiv
- Dagkirurgi
- Sterilsentral
- Sengeområder
- Sengevask

I tillegg framkommer et erkjent behov for bedre samordning av funksjoner, og i noen tilfeller behov for samlokalisering, for å oppnå tverrfaglig samarbeid, helhetlig og sammenhengende pasientbehandling og bedre ressursutnyttelse. Følgende områder er særlig framhevet:

- BUP og voksenpsykiatri
- Psykiatri og somatikk
- Polikliniske tjenester
- Sengeområder
- Operasjon og sterilsentral

Konseptrapporten lest sammen med den virksomhetsmessige utviklingsplanen gir et grundig bilde av status for virksomheten i Helse Førde, og de særskilte utfordringer som helseforetaket står overfor.

6.2 Status for byggene

For vurdering av nåtilstand for eksisterende bygningsmasse henviser konseptrapporten til rapporten *Oppdatert kartlegging av bygningsmassen* etablert av Multiconsult i 2011, og oppdatert i august 2015. Denne rapporten synliggjør et vedlikeholdsetterslep på cirka 466 millioner kroner hvor det meste er relatert til teknisk oppgradering (hovedrapport kapittel 4, side 19). I Multiconsult-rapporten klargjøres det videre at estimatet for teknisk oppgradering er basert på følgende ambisjonsnivå:

I dette tilfellet er ambisjonsnivået definert å tilsvare tilstandsgrad 1 (TG1) iht. Norsk Standard 3424 "Tilstandsanalyse av byggverk". Det vil si at lover og forskrifter er oppfylt, og at bygningsmassen fremstår med god/tilfredsstillende teknisk tilstand.

En 1 000-årsflom vil ramme samtlige eksisterende bygg innenfor området til Førde sentralsjukehus. Konseptrapporten viser derfor til at kartlegging og risikovurdering av denne trusselen må inngå i det videre arbeidet.

Det vises til at deler av Førde Sentralsjukehus og parkområdet er vernet etter kulturminneloven verneklasse 1 (det mest restriktive statlige vernet). Vernestatusen vil påvirke utviklingen av eksisterende bygningsmasse, men ikke ha avgjørende innvirkning på framtidige planer.

Kvalitetssikrer anser at konseptrapporten gir en fyllestgjørende beskrivelse av tilstanden til bygningsmassen.

7. Framskrivning av aktivitet og kapasitetsbehov

Den demografiske sammensetting i Norge generelt tilsier en større andel eldre i framtiden. De eldre lever lengre, og er også dem som bruker sykehusene mest. Derfor er det nødvendig å inkludere denne endrede sammensetting når man planlegger kapasitet- og arealbehovet i framtidens sykehus. Denne utfordringen er beskrevet i konseptrapporten, men det ville være hensiktsmessig om det hadde vært inntatt en tabell som viser befolkningsutviklingen fra 2014 til 2030 i opptaksområdet. En slik tabell ville vist hva som er grunnlaget for demografiske framskrivningen av aktiviteten.

Aktivitetstabellene i konseptrapporten viser at aktiviteten øker i framtiden. Dette er en konsekvens av at befolkningsunderlaget øker og under forutsetning av at befolkningen i framtiden vil bruke sykehuset i samme omfang som i dag.

I den kvalitative del av framskrivningen er det tatt høyde for bedre behandlingsmetoder, epidemiologi, endret oppgavefordeling og generell bedre helsestatus. Det er ikke angitt hvilken effekt disse faktorene ventes å ha på kapasitetsbehovet. Det var i første versjon av konseptrapporten likevel lagt til grunn at disse faktorene skal redusere kapasitetsbehovet vesentlig. Med en normal beleggprosent på 85% ville det demografisk framskrevne sengebehov være 221. I denne første versjonen ble det planlagt med 191 senger i FSS i 2030, og differansen på 14 % ville i utgangspunktet måtte dekkes av endringer i de kvalitative faktorene, for eksempel en omstilling til dagbehandling eller til obs-post.

I siste versjon av konseptrapporten er det planlagt en ekstra sengeetasje med 25 senger så det samlet sett vil være 216 senger. Da vil det ikke lenger være like stort behov for å redusere andelen døgnpasienter.

Der er en høy andel flere-sengsrom i bygget. Det virker fornuftig å redusere dette antallet og få flere en-sengsrom, da forskning peker i retning av at en-sengsrom er bedre for pasienten. Med oppgraderingen vil andelen 1-sengsrom bli på ca. 30% av sengetallet. Den generelle beleggprosent er satt til 87% hvilket sikrer en «buffer». I tillegg er det planlagt 47 senger i reserve (på 1- og 3-sengsrom) til pårørende og evt. ekstra sengebehov, så framtidig behov for sengekapasitet er ivaretatt.

Der er i konseptrapporten foreslått opprettet en observasjonspost på 14 senger. Dette virker fornuftig og tilsvarer den omstilling til dagbehandling som veilederen legger opp til.

I beregningen av dialysebehov er veksten på 47% fra 2014 til 2030. Dette skal ses som en kombinasjon av den demografiske utviklingen samt det endrede sykdomsbilde hvor flere og flere pasienter vil trenge denne type behandling.

For poliklinikken er det beregnet ca. 115 000 konsultasjoner i 2030. Med en åpningstid på 4 timer/dag, 235 dager/år og 45 min pr konsultasjon, vil det beregnede antall rom være 163. I rapporten er det lagt opp til 176 konsultasjonsrom inkl. spesialrom, så dette tallet virker fornuftig gitt forutsetningene som er tatt. Det kan likevel stilles spørsmål ved om det burde vært lagt til grunn en lengre åpningstid. Politisk er det tatt til orde for utvidet åpningstid på sykehusene, og i andre sykehusprosjekter er det lagt opp til en åpningstid helt opp til ti timer.

I konseptrapporten er det vurdert at det er behov for to nye operasjonsstuer. Det har ikke vært mulig å kvalitetssikre underlaget for dette nybygget for operasjon, da rapporten ikke inneholder aktivitetsdata for operasjoner av inneliggende.

Som tommelfingerregel legges det vanligvis til grunn at det skal være 2 post-op-plasser pr. operasjonsstue. Der er i konseptrapporten lagt inn 18 plasser, så det stemmer overens med alminnelig praksis.

Der er beregnet 4 762 dagkirurgiske inngrep i 2030. Med en utnyttelse på 235 dager/år og 90 min/operasjon gir det et beregnet behov på 3,8 dagkirurgiske operasjonsstuer. 4 av 9 stuer er tenkt reservert til dagkirurgi, så her skal kapasiteten kunne ivareta den framtidige aktivitet.

Det har ikke vært mulig å vurdere aktivitetstillene for psykiatri da der ikke finnes noen i rapporten. Det er vurdert at dagens kapasitet må opprettholdes, samt inkludere areal til to sikringspasienter. Samlet sett er det lagt til grunn i underkant av 10 000 kvm brutto nybygg til psykiatri.

8. Bygningsmessige alternativer

8.1 Beskrivelse av alternativene

Idéfasen konkluderte med at følgende tre alternativer skulle utredes i Konseptfasen:

- Alternativ 1: Plan fra C.F. Møller med raskere utbygging
- Alternativ 2: 0-alternativ
- Alternativ 3: Nytt sykehus

Innledningsvis i konseptrapportens Del II – utgreiing av alternativ sies det at:

Ein ser alternativ 1 som det mest aktuelle alternativet, og vil utgreie dei to andre alternativa (0-alternativ og nybygg) opp mot dette. Det redegjøres ikke for grunnlaget for denne beslutningen, og heller ikke for hvordan og på hvilket tidspunkt i prosessen beslutningen ble tatt.

Alternativ 1: Plan fra C.F. Møller med raskere utbygging, tar sikte på å imøtekomme Førde sentralsykehus' utfordringer og behov fram mot 2030, og skal så langt mulig løse disse innenfor dagens bygningsmasse. Alternativ 1 inneholder nybygg for psykiatri, tilbygg for operasjonsstuer og sterilsentral, omfattende ombygginger av hovedblokk og ombygg av eksisterende psykiatribygg.

Dette gir mulighet for:

- Omstrukturering av Avdeling for akuttmedisin (AAM)
- Omstrukturering av poliklinikkene.
- 2 nye operasjonsstuer
- Utvidelse av sterilsentral, som medfører organisatoriske endringer av operasjon og sterilsentral
- Økt andel 1-sengsrom i sengeområdene, totalt 202 senger i tillegg til ny observasjonspost med 14 senger ved akuttmottaket, samt areal til 47 reservesenger (ekstrasenger) i 1- og 3-sengsrom
- Nye lokaler for, og samlokalisering av voksenpsykiatri og BUP
- Terminering av leieavtaler for eksterne lokaler til BUP og administrative kontorarbeidsplasser

Alternativ 1 innebærer omfattende ombygging og rokader over 9 år. Konseptrapporten går ikke i dybden av kompleksiteten som ligger i å drive sykehus under ombygging, og hvilke konsekvenser dette har på virksomhetens kapasitet, kvalitet, bærekraft, behov for midlertidige løsninger og driftsøkonomi. En slik vurdering ville naturlig inngått i en usikkerhetsanalyse.

Alternativ 2: «0-alternativet» tilsvarer Alternativ 1, uten nytt psykiatribygg, men med arealer i nybygg for BUP. Det framholdes at *den beste økonomiske løysinga er å bygge sjølv, i tilknytning til Førde sentralsykehus ved ungdomspsykiatrisk klinikk.* Påstanden er ikke nærmere redegjort for eller underbygget.

Det understrekes i konseptrapporten at Alternativ 2 medfører videre leie av administrative kontorplasser, og at dette vil gi ineffektiv drift. Det er imidlertid ikke gjort rede for konsekvensene av ombygging av et sykehus i full drift, og med mer begrensede rokkeringsarealer enn i Alternativ 1.

Hotellplasser forutsettes håndtert med eksternt leieavtale i Alternativ 2. Hotellfunksjonen er i rapporten vekselvis omtalt som «sykehus-hotell», «sykehotell» og «pasienthotell». Varierende benevnelser kan stille spørsmål om det er behov for å presisere hotellets *funksjon*. Dette gjelder også for de to øvrige alternativene.

Tradisjonelt har sykehus hatt overnattingstilbud for tilreisende som kom til poliklinisk behandling eller i forkant/etterkant av innleggelse på sykehuset. Dette ble benevnt «sykehotell». De siste 15-20 årene har det utviklet seg et nytt konsept – «pasienthotell» - som i tillegg til å være et overnattingstilbud også enkelte steder tilbyr *innskrevne* pasienter opphold på hotellet. Et pasienthotell vil kunne gi sykehuset større grad av fleksibilitet, og være et virkemiddel for mer kostnadseffektiv pasientbehandling.

Helse- og omsorgsdepartementet skiller mellom «sykehotell» og «pasienthotell» i Rundskriv I-24/2001:

- Pasienthotell er godkjent som sykehus iht. spesialisthelsetjenesteloven (eller sykehusloven)
- Sykehotell er ikke godkjent som sykehus.

Departementet understreker samtidig at begrepsskillet ikke er innarbeidet i spesialisthelsetjeneste-loven.

Det kan diskuteres om alternativ 2 egentlig representerer nullalternativet. Det ligger inne flere tiltak i dette alternativet som normalt ikke ville vært inkludert i et nullalternativ. Teknisk opprustning og erstatning av bygg som bortfaller vil kunne være rimelig å innta, men vesentlige funksjonelle forbedringer er ikke normalt medtatt i et nullalternativ. Ombygging til ensengsrom er et eksempel på et tiltak som antagelig ikke burde inngått i alternativ 2.

Alternativ 3: Nytt bygg på ny tomt, er ikke utredet fra et virksomhetsperspektiv.

Omfattende rive- og byggearbeider over lang tid gir driftsmessige utfordringer og ulempekostnader for et sykehus i full drift. Disse ulempene ville man kunne unngå i alternativ 3. Når Alternativ 3 i utgangspunktet ikke ble vurdert som «liv laga», ville det kanskje vært mer meningsfullt å utrede et alternativt «rehabiliterings-alternativ», med et tydeligere fokus på å unngå negative driftskonsekvenser, for eksempel i form av noe større nybyggandel enn i alternativ 1.

8.2 Funksjonsprogram, arealbehov og driftsmodell

I konseptrapporten framgår det at man har valgt å avvike noe fra veileder for tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter. Begrunnelsen er bl.a. at store deler av prosjektet er et «0-alternativ» med opprusting av eksisterende sykehus, samt at praktisk detaljkunnskap om organisering/bemanning/fag i organisasjonen er vurdert som sentralt for å få til kostnadseffektive løsninger.

Erfaringer viser at utarbeidelse av DFP fører til endringer i løsningene som kan påvirke kapasitet, investeringer og driftsløsninger. Spesielt gjelder dette prosjekter som omfatter ombygging av eldre bygg, eventuelt kombinert med nybygg (ref. Veileder for tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter).

Hovedfunksjonsprogram og delfunksjonsprogram er i konseptrapporten og vedlegg 2 *Overordna design for alternativ 1* hovedsakelig prosaiske beskrivelser av funksjoner relatert til eksisterende arealer.

I dokumentet *Teikningsbok psykiatri – alternativ 1 – A3* er det laget et romprogram. Hvorvidt programmet er generert av tegnede løsninger, eller etablert forutgående som spesifisering for skissene framgår ikke av materialet. Erfaringsmessig vil for tidlig fokus på konkrete løsninger (tegninger), dvs. før formålet med funksjonsrommet eller den funksjonelle enheten er grundig beskrevet, kunne være til hinder for å overskue alle konsekvenser av en løsning, og også hindre at man ser alternative løsninger.

I dokumentene *Teikningsbok administrasjon og hotell – alternativ 1 – A3* og *Teikningsbok hovudblokk – alternativ 1 – A3* er det ikke laget romprogram. Når man leser vedlegg 2 *Overordna design for alternativ 1 – HFP, DFP, OTP og HPU* kapittel 8.4 *Delfunksjonsprogram*, er funksjoner beskrevet med fokus på dagens lokalisering og areal, samt framtidig lokalisering og enhetenes egen vurdering av arealbehov.

Iht. Veileder for tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter skal et delfunksjonsprogram være: ... en konkretisering og detaljering av kravene i HFP. I DFP analyseres rombehov, det utarbeides romlister og beregnes arealbehov. I DFP beskrives spesielle bygningsmessige krav knyttet til det enkelte funksjonsområde og nærhetsbehov mellom funksjoner og rom. DFP gir et mer detaljert grunnlag for analyser av logistikk og driftsøkonomi enn HFP.

I delfunksjonsprogrammet har man tabeller som viser «Funksjonsendings-oversikt», dvs. hvordan funksjoner, relatert til plan i eksisterende bygg har endret lokalisasjon gjennom idéfase, skisseprosjekt og konseptfase, men det framgår ikke arealkrav eller definerte nærhetsbehov i disse oversiktene.

Verken konseptrapporten eller vedlegg 2 konkretiserer hvilke funksjonsrom og programarealer som inngår i tiltaket, følgelig kan det være vanskelig å sette rammene for prosjektet og gjøre det styrbart i etterfølgende faser.

Nye arbeidsmåter og organisasjonsendringer henger nøye sammen med valgte løsninger, og dermed effekten av investeringsprosjektet. Høy bevissthet om hvilke endrede virksomhetsforutsetninger man legger til grunn, og kvalitetssikring av realismen i disse forutsetningene, krever parallelle organisasjonsutviklingsprosesser som senest bør organiseres og igangsettes ved oppstart av neste fase.

8.3 Løsninger (skisseprosjekt)

Skisseprosjektet som er vedlagt konseptrapporten er av kvalitetssikrer gjennomgått med arkitekten. Da dette prosjektet, utenom psykiatribygget, primært er et ombyggingsprosjekt, har fokus vært på operasjonsavdelingen, da det er her der er nybygg med to nye operasjonsstuer. Det virker fornuftig å plassere alle operasjonsstuer i nærhet til hverandre, for å få en mere arealeffektiv løsning mht. støtterom. Tett på operasjonsavdelingen finner vi intensiv og post-op, og disse avdelinger skal helst plasseres i nærhet til operasjon. Det er usikkert om rammene som legges i operasjonsavdelingen vil muliggjøre gode løsninger for ombygning/tilpasning av eksisterende operasjonsstuer og tilliggende areal. Kvalitetssikrer mener det er behov for å forbedre dagens løsninger for å sikre god effektivitet i operasjonsavdelingen.

Psykiatribygget synes å ha alle funksjoner med. Universell utforming er ivarettatt, og skissene viser et oversiktlig bygg hvor sikkerhet kan ivaretas for

pasienter og ansatte. Romstørrelser samsvarer med sammenlignbare prosjekter.

I ombyggingsprosjektene er det vanskeligere å vurdere løsningene, idet tegningene kun delvis angir romstørrelser. Type og antall støtterom per delfunksjon er vanskelig å overskue, idet det ikke foreligger et romprogram.

Det framgår ikke av materialet hvilken tiltaksklasse man ser for seg at ombyggingen vil ha, hvor bundet man er av infrastruktur i bygget, og frihetsgraden man har til å etablere funksjonelle enheter. Dersom tiltaket medfører hovedombygging, vil alle myndighetskrav utløses.

8.4 Utstysbehov

Av vedlegg 2, kapittel 8.3 Hovudprogram utstyr (HPU), framgår det at man har valgt å ikke følge veilederen fullt ut fordi *denne stort sett er mynta på nybygg*, mens veilederen sier at man i HPU skal beskrive de overordnede retningslinjene for planlegging og anskaffelse av brukerutstyr, og at disse vil i hovedsak være like for alle alternativene.

I vedlegg 2, Hovudprogram utstyr sier man om planlegging og anskaffelse av utstyr at *Mesteparten av MTU er gjenbrukbart, men vurderinga av gjenbruk og utskiftingsgrad for MTU må derfor sjåast i samanheng med drifta av dei kliniske avdelingane.*

Ombyggingsprosjektet går over lang tid. Det synes som om utstyrsinvesteringene planlegges anskaffet som fortløpende anskaffelser.

Det burde vært utarbeidet et mer konkret hovedprogram utstyr i konseptfasen, men siden det antagelig ikke vil skille mye mellom alternativene på dette området er det likevel forsvarlig om det arbeides videre med utstysbehovet i neste fase.

8.5 Logistikk, person- og vareflyt

Av vedlegg 2, kapittel 8.4.8.1 person og vareflyt framgår det at Førde sentralsjukehus allerede i dag har trafikale utfordringer både utomhus og internt, og at nybygg og tilleggsareal må være nært knyttet til funksjonene i hovedbygget. Det synes ikke å foreligge en person- og vareflytanalyse, som grunnlag for å vurdere om løsninger for transportveier og forsyning er driftsmessig gode og kostnadseffektive. Dette må det arbeides videre med i neste fase.

8.6 Overordnede tekniske krav

Det skal i konseptfasen etableres et overordnet teknisk program (OTP). Veileder for tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter sier følgende:

OTP skal vise krav til teknisk infrastruktur, og skal bl.a. dokumentere konsekvenser av overordnede krav til energieffektivitet, miljøbelastning, sikkerhet, transportløsninger og tekniske systemer. OTP skal også vise forventede kostnader til forvaltning, drift, vedlikehold og utvikling av bygget (FDVU-kostnader). Det bør utarbeides romprogram for viktige, tekniske rom. De overordnede retningslinjene vil være like for alle alternativene, men alternative løsninger med ulikt funksjonelt innhold kan ha ulike krav til tekniske løsninger.

Kvalitetssikrers vurdering

I Konseptrapporten og i vedlegg 2, kapittel 8.2 vises det til at prosessen fra veilederen ikke følges. Begrunnelsen for dette er at prosjektet inneholder mye rehabilitering og at prosjektet derfor må forholde seg til eksisterende areal. Beskrivelsen som er gitt i vedlegg 2 er oversiktlig, og vedlegget gir en god oversikt over det opprustningsarbeidet som er tiltenkt i eksisterende bygg.

Med bakgrunn i valget om å ikke følge prosessen fra veilederen er konseptrapporten mangelfull med hensyn på vurdering av konsekvenser av overordnede krav og romprogram for viktige, tekniske rom. Det er vår vurdering at manglene i OTP er en svakhet i konseptrapporten. Det er en risiko for disse manglene fører til at økonomiske konsekvenser ikke er avdekket.

FDVU er ikke behandlet under overskriften OTP i hovedrapporten, men FDVU-kostnader er kort behandlet i rapportens vedlegg 10. For alternativ 1 avklares det at det samlede nybyggsarealet på cirka 10 000m² vil påføre ekstra FDVU-kostnader med om lag 3,5 millioner kroner. I konseptrapporten estimeres det også en innsparing på energi med om lag 2 millioner kroner, samt en uestimert reduksjon i FDVU-kostnader relatert til det leide arealet i Førdegården og arealet til BUP.

FDVU-kostnadene for alternativ 3 er ikke behandlet. Behandlingen av alternativ 2 er begrenset til vurderingen at FDVU-kostnadene blir noe høyere enn for alternativ 1 ettersom dette alternativet forutsetter fortsatt leie av lokaler.

8.7 Investeringskostnad

Det skal i konseptfasen utarbeides en kalkyle som viser prosjektkostnader tilpasset denne fasen. Veileder for tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter sier følgende:

På grunnlag av SPR skal det utarbeides en kalkyle som viser samlede prosjektkostnader, herunder tomtkostnader, veier og utenomhusanlegg, brukerutstyr, byggherrekostnader mv. Kalkylen skal settes opp etter inndelingen i bygningsdelstabellen (ref NS 3451, konto 1-9). Prosjektkostnaden skal inkludere alle kostnader knyttet til gjennomføring av prosjektet frem til ibruktaking, men ikke byggelånsrenter.

Prosjektkostnaden bør kunne splittes og fordeles i forhold til bruttoarealer for:

- funksjoner og arealer som stiller høye krav til infrastruktur/har høye kostnader (tunge/lette sykehusfunksjoner)
- grader av ombygging av eksisterende bygg (tung/lett ombygging)

Kvalitetssikrers vurdering

Investeringskostnadene for alternativ 1 er presentert i kapittel 8, alternativ 2 i kapittel 9 og alternativ 3 i kapittel 10. I tillegg presenterer vedlegg 9 kalkyler for prosjekt og utbyggingsetapper.

Det er divergens mellom hovedrapporten og vedlegg. I vedlegg 10 side 1, avklares det at disse avvikene skyldes følgende:

Prosjektet som vart gjennomarbeidd i arbeidsgruppene, teikna ut, omtalt i DFP/SPR og kalkulert er eit prosjektomfang til ca. 1,68 milliardar kroner. Det har i etterkant blitt konkludert at ein vil tilrå eit prosjektomfang til 1,52 milliardar kroner, og det er funne område der ein kan gjere justeringar utan å røkke ved heilskapen og forankringa som prosjektet har i organisasjonen.

Det var ikkje nok tid til å innarbeide desse endringane i teikningar og omtalen i vedlegga, men det er teke inn fullt ut i hovudrapporten. For vedlegga har vi vald å samle omtalen av endringane som første del av kapittel 8, og elles berre nemne det i enkelte av punkta.

Kommentarer alternativ 1

I vedlegg 9 presenteres kalkylene for alternativ 1. I vedlegget er det total kalkyle, bygningskalkyler og utbyggingsetappekalkyler. Kalkylene gir en oversiktlig framstilling av kostnadene som er estimert. Kalkylene er i henhold til bygningsdelstabellen, og i henhold til veilederen er ikke byggelånsrenter inkludert i kalkylene.

Kalkylen som er presentert for alternativ 1 i vedlegg 9 kapittel 1.3 er endret i forhold til kalkylen som er presentert i hovedrapporten kapittel 8.5 (fra totalt 1,68 milliarder til 1,52 milliarder). Denne divergensen er i henhold til informasjonen gitt i vedlegg 10 (gjengitt over).

For nybygg henvises det til at er det gjort kostnadsberegning basert på bruttoareal (BTA) multiplisert med erfaringstall for sykehusbygg. Her kunne det med fordel vært tilføyd en liste over forutsetninger for kostnadsberegningene og hvilke sykehus som er benyttet som referanse. Kvalitetssikrer har fått ettersendt referanseprosjektene som er benyttet for kalkylene, og dette underlaget tilsier at prosjektet har brukt sammenlignbare prosjekter i arbeidet med kalkylen.

For nybygg kan erfaringstall fra andre prosjekter benyttes for å gjøre en overordnet sammenligning. For Bygg 8 – Ny Voksen Psykiatri framkommer det i vedlegg 9 at nettoarealet er 5 519 kvm, mens det ikke er oppgitt bruttoareal. Det benyttes normalt en brutto/nettofaktor for å beregne BTA i denne fasen. I dialog med oppdragsgiver har det blitt avklart at forskjellen på BTA og NTA for dette prosjektet er at veggene ikke inngår i NTA. B/N faktor har dermed blitt regnet ut til 1,138:

- 6 259 kvm BTA for nybygget gir en kvm-pris i underkant av 46 000, noe som vurderes som relativt lavt. Kvalitetssikrers vurdering her er basert på estimatene fra idefaserapport 2.0 OUS (psykisk helse og avhengighet ca. 54 300 kr/kvm) og konseptfase for nytt psykiatribygg på Sørlandet som har kvadratmeterpris i samme størrelsesorden som OUS.
- Det er i arbeidet med kalkylen lagt til grunn at prosjektering og prosjektledelse utgjør 10 % av entreprisekostnad. Dette er etter kvalitetssikrers vurdering lavt.

Vi har kun gjort denne sammenligningen for ett av nybyggene, men tilsvarende funn synes å gjelde også for de andre nybyggene.

Det er gjort betydelige endringer i prosjektet, men prosjektet virker å ha vært konsistente på kvm-prisen i estimatene. I dialog med prosjektet har vi fått følgende informasjon: ...Vi har dermed ei kalkyle på 45.735 kr/m² BTA. I ettertid er det gjort nedtak av løysingane i planen slik at mellom anna areal til psykisk helsevern for både vaksne og BUP er reduserte. Gjennomsnittskostnaden frå opprinneleg kalkyle er også brukt ved nedtak av areal, slik at den gjeld framleis etter reduksjon.

BTA-kostnadene for store deler av ombyggingsarealene ligger i størrelsesorden kr 20 000-22 000 (Sykehotell ombygd psykiatri, administrasjon ombygd psykiatri, første etasje og andre etasje). Det synes som om Helse Førde har gjort en grundig jobb med å vurdere ombyggningskostnadene, men det er krevende for kvalitetssikrer å vurdere om de beregnede ombyggningskostnader er på et riktig nivå. Dette fordi

det ikke er mulig å finne gode sammenligningstall for ombygginger, da variasjonen i disse prosjektene er stor.

Tas det utgangspunkt i at ombyggingskostnadene er estimert riktig, så viser kalkylene at det er mye penger å spare på å gjennomføre deler av prosjektet som ombygging slik det er lagt opp til for alternativ 1 (og slik konseptrapporten anbefaler). Kvalitetssikrer vil imidlertid understreke at en usikkerhetsanalyse kan være spesielt viktig for ombyggingsprosjekter ettersom det ofte er stor usikkerhet i denne type prosjekter.

Kommentarer alternativ 2

Alternativ 2 er sammenfallende med alternativ 1 på de fleste punkt, og kommentarene over gjelder således også for dette alternativet.

Kommentarer alternativ 3

I konseptrapporten er det tatt et bevisst valg om å kun vurdere alternativet med et nytt sykehus på et teoretisk og overordnet nivå, uten å vise konkrete løsninger. Det er estimert kvadratmeterpris for alternativet, og kvadratmeterpris for nybygg somatikk (kr 70 100) er på samme nivå som andre prosjekter kvalitetssikrer kjenner til (for eksempel idéfase OUS). For psykiatri er kvadratmeterprisen (kr 45 800) litt lavere enn for andre prosjekter kvalitetssikrer kjenner til (for eksempel idéfase OUS).

8.8 Usikkerhetsanalyse

Det skal i konseptfasen gjennomføres usikkerhetsanalyser: Veileder for tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter sier følgende:

For å kvalitetssikre at kostnadsrammen ligger innenfor helseforetakets finansielle handlingsrom, skal det gjennomføres usikkerhetsanalyser som viser forventet prosjektkostnad (p50) og behov for margin for å oppnå en sannsynlighet på 85 % for å kunne gjennomføre prosjektet innenfor rammen (p85).

Kvalitetssikrers vurdering

Det er ikke gjennomført usikkerhetsanalyser i henhold til veilederen.

Kvalitetssikrer anbefaler at det gjennomføres en usikkerhetsanalyse med anerkjent metodikk der det dokumenteres hvilken estimatusikkerhet og hvilke indre/ytte faktorer (hendelser/usikkerhetsdrivere) som innarbeides i analysemodellen og med vurdering av resultater.

Kvalitetssikrer er blitt gjort kjent med at det arbeides med en usikkerhetsanalyse, men det er ikke fremlagt noe resultat, og usikkerhetsanalysen har derfor ikke blitt gjenstand for kvalitetssikring i denne KSK.

8.9 Driftsøkonomi

Veilederen sier følgende om driftsøkonomiske beregninger:

Driftsøkonomiske beregninger omfatter både driften av virksomheten og byggene (FDVU-kostnader). Det skal bare tas hensyn til de økonomiske endringene som er en konsekvens av investeringene. Beregningene skal vise endringer fra dagens drift og i bygget levetid.

De driftsøkonomiske analysene bygger på programkravene, organisering og bemanning, prinsipper for person- og vareflyt, tekniske krav og løsninger for bygget. Det er viktig å få frem ulikhetene i forventet, fremtidig driftsøkonomi mellom de alternative løsningene.

Det er i konseptrapporten i liten grad redegjort for alternativenes påvirkning på Helse Førdes driftsøkonomi. Dette gjelder både for kjernedrift og bygningsdrift.

På enkelte områder er det gjort økonomiske beregninger som inngår i bærekraftanalysen. Dette gjelder særlig der hvor leieforhold sies opp. I disse tilfeller er det lagt inn endret leiekostnad samt endret FDVU-kostnad.

For psykiatrien er det regnet på effekten av å bygge sikkerhetsavdeling i alternativ 1 og 3. Det er her lagt inn at kostnaden ved å kjøpe disse plassene utenfor helseforetaket vil stige betydelig fra dagens nivå. Det er således på dette området en klar positiv driftseffekt i alternativ 1 og 3 sammenlignet med alternativ 2.

På flere regionale effektiviseringsprosjekter er det lagt inn begrenset gevinstrealisering i beregningene. Dette er i all hovedsak behandlet likt i de ulike alternativene. Samtidig er det pekt på en rekke områder der det kan tenkes driftsmessige innsparinger, men der dette ikke er beregnet.

Det er noen mindre uforklarte forskjeller mellom driftsøkonomien som legges til grunn for de tre ulike alternativene. Det er uforklart hvorfor kostnadene knyttet til administrasjonen i alternativ 2 sammenlignet med alternativ 1 er så mye som 79 millioner kroner høyere i analyseperioden. Størstedelen er forklart gjennom redusert leiekostnad og noe effektivisering ved samlokalisering med sykehuset i alternativ 1, men det ligger inne en økt kostnad sammenlignet med dagens situasjon i alternativ 2. Denne synes ikke å være forklart.

Det er i alternativ 1, 2 og 3 tilsynelatende lagt inn noe effektivisering som gir økt ISF-inntekt sammenlignet med dagens situasjon. Det synes ikke å være forklart hvorfor denne effektiviseringsgevinsten er lik i alternativ 1 og 2, men betydelig lavere i alternativ 3. Det ville være å forvente at denne effekten var størst i alternativ 3.

Det er heller ikke klart hvorfor effektiviseringen knyttet til Kule-prosjektet er 5 millioner kroner høyere i alternativ 1 sammenlignet med alternativ 2 og 3.

Det ville vært ønskelig om det var gått lenger med å beregne mulige konsekvenser for driftskostnadene av de ulike alternativene. Særlig gjelder dette for alternativ 3, der den høye investeringskostnaden kun kan forsvares dersom det vil utløses betydelige driftsbesparinger. Når dette ikke er gjort, er det likevel en styrke at det vises hvor stor driftsforbedring som er nødvendig for å forsvare alternativ 3. På denne måten synliggjøres det at det vil være meget utfordrende, om i det hele tatt mulig, å lykkes med en slik effektivisering.

Kvalitetssikrer vil påpeke at Helse Førde bør jobbe videre med å identifisere og konkretisere effektiviseringsområder som følger av utbyggingsprosjektet. Dette er viktig for å sikre at de muligheter som følges av endret bygningsmasse faktisk realiseres.

8.10 Økonomisk bæreevne

En konseptrapport skal vise om de økonomiske rammene tillater realisering av de ulike alternativene. Dette skal gjøres ved å framskrive foretakets bæreevne, og vurdere om denne er stor nok til å dekke egenfinansiering samt rente og avdrag på eventuelle lån.

Veilederen sier blant annet følgende om dette temaet:

Gjennomføringen av prosjektet skal skje til en prosjektkostnad som er tilpasset helseforetakets økonomiske bæreevne. Beregninger av den økonomiske bæreevnen skal vise hvilken effekt prosjektet har på helseforetakets samlede økonomi når bygget tas i bruk og over dets levetid.

Helse Førde har gjort en grundig jobb med å utarbeide en langtidsprognose for perioden fram til og med 2030. Denne tidsperioden tilfredsstiller ikke veilederens krav om at det skal vises bærekraft over byggets levetid. Kvalitetssikrer anser at dette er mindre avgjørende, da framskrivinger etter 2030 uansett vil være beheftet med en meget stor usikkerhet, og da de årene som vil innebære et størst samlet pådrag av renter og avdrag er tatt med i analysen.

Det er gjort en rekke forutsetninger, og disse synes i all hovedsak å være hensiktsmessige. Likevel kan det nok anføres at framskrivingene på mange områder er konservative; det kunne vært vist framtidsscenarioer med større økonomisk bærekraft enn det som vises i konseptrapporten. Kvalitetssikrer ser det som en styrke at Helse Førde er svært bevisst på viktigheten av å holde seg innenfor gjeldende økonomiske rammer.

Kvalitetssikrers primære innvending mot bærekraftsberegningene er at det er benyttet tall i faste 2015-kroner. Overskuddet fra driften, som kan benyttes til å finansiere avdrag og rentebetalinger, vil som en hovedregel, alt annet likt, øke i takt med prisstigningen. Avdragene og rentebetalingene vil derimot ikke øke med prisstigningen. Dermed vil bærekraften øke utover i analyseperioden. Reell bærekraft er således større enn det som framkommer i konseptrapporten.

Dette forsterkes av at det benyttes p85-verdier for investeringene, i stedet for forventningsverdier.

Kvalitetssikrer har ikke gjennomført selvstendige bærekraftsvurderinger. Det er likevel kvalitetssikrers oppfatning at bærekraftsberegningene overordnet gir et riktig bilde; det er bærekraft for å gjennomføre alternativ 1 og 2, mens gjennomføring av alternativ 3 vil kreve betydelige driftsinnsparinger.

9. Vurderingskriterier, vurdering og rangering av alternativene

9.1 Vurderingskriteriene overordnet

Veilederen sier følgende om evalueringskriteriene:

Kriterier for evalueringen vil omfatte:

- *Måloppnåelse, riktig prioritering i forhold til målhierarki*
- *Økonomisk bæreevne og finansielt handlingsrom*
- *Kapasitet og kvalitet, «sørge for ansvaret»*
- *Samhandling*
- *Effektiv drift, driftsøkonomiske gevinster*
- *Pasientmiljø, arbeidsmiljø*
- *Ytre miljø, energibehov, CO2 utslipp*
- *Pasientsikkerhet*
- *Rekruttering og fag- og kompetanseutvikling*
- *Byggets kvalitet, fleksibilitet*
- *Samfunnsforhold*

Konseptrapporten har benyttet effektmålene og resultatmålene som vurderingskriterier, i tillegg til de punkter som er listet opp over som ikke er fanget opp av effektmål eller resultatmål.

Hvert alternativ er gitt en score mellom 0 og 5 på hvert vurderingskriterium. Vurderingskriteriene er vektet, og det beregnes en samlet score for hvert alternativ.

Kvalitetssikrer anser at evalueringskriteriene er hensiktsmessige og i henhold til veileder. Det savnes likevel ett kriterium; i hvilken grad sykehusdriften blir berørt av byggeprosjektet i byggeperioden. Det vil alltid være krevende å gjennomføre et byggeprosjekt tett på eller i et sykehus i full drift. Selv om det er sluttstanden etter byggeprosjektet som skal tillegges størst vekt, ville det vært relevant også å vurdere ulempene i byggeperioden.

Det kunne med fordel ha vært noe tydeligere diskutert hvordan vektingen er framkommet, siden denne vekting får så store utslag på den totale scoren.

Det er positivt at det i vedlegg 4 gis en forklaring på scoren som er gitt. Denne forklaringen kunne enkelte steder med fordel vært enda mer utdypet.

Det er en trykkfeil i konseptrapporten som gjør at vektingen av resultatmålkriteriene i sum blir 5 % høyere enn de skal være. Denne feilen har ikke fått konsekvenser, fordi den totale summeringen likevel er gjort riktig.

9.2 Vurderingen og rangeringen per vurderingskriterium

Vurderingene som er gjort synes i det store og det hele å være relevante og støttet av fakta. De svakheter som tas opp i det nedenstående må derfor betraktes som unntakene fra en ellers ryddig og god alternativevaluering. Gjennomgående synes det likevel som om noe utvidede drøftelser ville ha styrket vurderingene, og dermed også gjort anbefalingen tydeligere.

For vurderingskriteriene 2-6, 8-9 og 11-12 (effektmålene med ulik score for alternativ 1 og 2) kan det synes som om forskjellen mellom alternativ 1 og 2 i sum overdrives noe. Det er nok riktig at alternativ 1 på alle disse punktene vil være noe bedre enn alternativ 2. Alternativ 2 scorer samlet bare 60 % av alternativ 1 på disse ni spørsmålene, og det kan synes å være vel stor forskjell. Særlig blir den store avstanden påfallende fordi forskjellen mellom alternativ 1 og 2 da er vurdert til å være større enn forskjellen på alternativ 1 og 3. Forskjellen mellom alternativ 1 og 2 berører i liten grad somatikken, som er en betydelig del av sykehuset. Da burde, etter kvalitetssikrers skjønn, forskjellene vært noe mindre.

For vurderingskriterium 8, som går på å ta i bruk ny teknologi, vil det slik kvalitetssikrer ser det, ligge større gevinster i et nybygg for somatikk enn det som framgår av scoringen i konseptrapporten. Siden alternativ 3 er gitt maksimal score 5 her, tilsier det at alternativ 1 og 2 burde fått noe lavere score.

For vurderingskriterium 10, som går på kirurgiske behandlingsforløp, synes score 4 for alternativ 1 og 2 å være høyt. Selv om det gjøres forbedringer av operasjonsområdet i disse alternativene, vil det antagelig fortsatt være til dels betydelige begrensninger både knyttet til enkeltstuer og den samlede logistikk.

Vurderingskriterium 13, som sier at det skal være økonomisk bæreevne for alternativet, er vektet svært høyt. I tillegg er kriterium 14 i stor grad overlappende med kriterium 13, slik at dette bærekraftskriteriet vektet med totalt 35 %. Når alternativ 1 og 2 score 5 på dette kriteriet, mens alternativ 3 scorer 0, blir dette svært utslagsgivende for totalscoren.

Etter kvalitetssikrers vurdering kan denne høye vektingen muligens forsvares. Det er tydelig at en sunn økonomisk utvikling anses å være meget viktig ikke bare for ledelsen i helseforetaket, men også for representanter for de ansatte og for brukerne. Likevel

kan det diskuteres om alternativ 3 skal få så lav score som 0. Gitt noe mer optimistiske forutsetninger, samt aktivt arbeid for betydelige driftsmessige effektiviseringer, kunne også dette alternativet ha vært bærekraftig. Likevel; selv med score 3 for alternativ 3 på disse to kriteriene ville likevel alternativ 1 kommet bedre ut, og således ville antagelig ikke en endring her ha endret anbefalingen.

Under vurderingskriterium 22, samhandling, er det i drøftingen diskutert intern samhandling på FSS. Her kunne med fordel samhandlingen med primærhelsetjenesten vært tatt inn. Det er ikke klart hvorvidt dette ville gitt en annen score på dette alternativet.

9.3 Vurderingen og rangeringen totalt

Overordnet sett er det gjort en god jobb med vurderingene. Det savnes likevel en omtale av hvordan vektingen og scoringen er framkommet. Dette er viktig for å forstå i hvilken grad disse vurderingene er bredt forankret hos ledelse, ansatte og brukere.

Anbefalingen av alternativ 1 framfor alternativ 2 følger i stor grad av det opplevde behovet for nye psykiatribygg. Det er ikke urimelig å legge til grunn at alternativ 1 som en følge av dette nybygg vil være kvalitativt å foretrekke framfor alternativ 2. Når begge alternativene er mulige innenfor de økonomiske rammer, er det forståelig at alternativ 1 foretrekkes.

Alternativ 3 beskrives gjennomgående som kvalitativt bedre enn alternativ 1. Forskjellene omtales likevel som relativt begrensede på mange områder. Dette er forståelig, sett i lys av at dagens somatikkbygg også innehar mange kvaliteter. Når alternativ 3 vil medføre store krav til driftseffektiviseringer, og en robust økonomi vektlegges så høyt som det gjøres i helseforetaket, er det forståelig at alternativ 1 totalt sett foretrekkes framfor alternativ 3.

Etter kvalitetssikrers syn er det således godtgjort at det bør arbeides videre med alternativ 1 i en forprosjektfase.

10. Plan for forprosjektfasen

Det skal i konseptfasen utarbeides en plan for forprosjekt- og byggefase med hovedvekt på forprosjektfasen. Veileder for tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter sier følgende:

I konseptrapporten skal det inngå en plan for det videre arbeidet i forprosjektfasen som bør inneholde:

- hovedleveranser i forprosjektfasen
- suksessfaktorer
- særskilte utfordringer knyttet til gjennomføringen
- planprosess, organisering, medvirkning og ansvar (bl.a. relasjonen mellom prosjekt- og driftsorganisasjon)
- tidsplan
- kontraktsstrategi for kontrahering av tjenester (programmering, prosjektering, prosjektledelse, mv)
- prinsipper for prosjekt- og risikostyring
- opplegg for kvalitetssikring
- ressursbruk og kostnader knyttet til forprosjektfasen

Kvalitetssikrers kommentarer

Konseptrapporten følger prosessen som veilederen legger opp til, og konseptrapporten behandler kortfattet samtlige temaer som veilederen lister opp. Generelt må det påpekes at planen burde vært mer utfyllende.

Et eksempel på dette finnes i behandlingen av *Ressursbruk og kostnader for forprosjektfase*. Under denne overskriften behandles kun kostnadsrammen for forprosjektfasen, og hverken her eller andre steder i planen vurderes det typer ressurser som må være tilgjengelig for å utføre de ulike aktivitetene som planen legger opp til.

Et annet eksempel er beskrivelsen av organisasjons- og prosessutvikling. Her beskrives det at et organisasjonsutviklingsprosjekt bør starte opp tidlig i 2016. Det beskrives imidlertid ikke mål, leveranser, tidsavhengigheter, ressursbruk eller kostnader for prosjektet.

Kontraktsstrategi for kontrahering av tjenester fra arkitekt og rådgiver er beskrevet. Plan for forprosjekt og byggefasen burde også ha drøftet prosjektets entreprisstrategi.

Planen behandler også særskilte utfordringer knyttet til gjennomføringen av forprosjektet. Her kunne det også med fordel vært behandlet utfordringen å bygge om et sjukehus i drift som prosjektet må håndtere under byggefasen.

Kvalitetssikrer anbefaler at planen for forprosjektfasen bearbeides og videreutvikles før fasen igangsettes.

ATKINS

OΞC

oslo**economics**