

Kvalitetssikringsrapport

Kvalitetssikring av Helse Stavangers konseptfase for sykehusutbygging

Oslo, 20.11.2015



Innholdsfortegnelse

| | |
|--|-----------|
| 1 Om denne rapporten | 1 |
| 1.1 Bakgrunn | 1 |
| 1.2 Fremgangsmåte, metodikk og utarbeidelse av rapporten | 1 |
| 1.3 Kilder og dokumentasjon | 2 |
| 1.4 Oppbygning av rapporten | 2 |
| 2 Evaluering i henhold til formelle kriterier | 3 |
| 2.1 Om prosjektprosessen | 3 |
| 2.2 Mål og avgrensninger | 4 |
| 2.3 Nåsituasjon og behov | 5 |
| 2.4 Alternativ og konsept | 7 |
| 2.5 Programmering | 10 |
| 2.6 Økonomi og finans | 15 |
| 2.7 Omstilling, effektivisering og gevinster | 19 |
| 2.8 Overordnede konsekvenser og eksterne hensyn | 20 |
| 2.9 Pasientsikkerhet | 22 |
| 2.10 Evaluering og valg av alternativ | 22 |
| 2.11 Forprosjekt og byggefase | 24 |
| 3 Oppsummering og anbefalinger | 26 |
| 3.1 Sentrale bemerkninger i kvalitetssikringen av konseptrapporten | 26 |
| 3.2 Hvordan påvirkes alternativene av bemerkningene? | 28 |
| 3.3 Implikasjoner for valg av anbefalt alternativ | 29 |
| 3.4 Konklusjon og anbefalinger | 29 |

1 OM DENNE RAPPORTEN

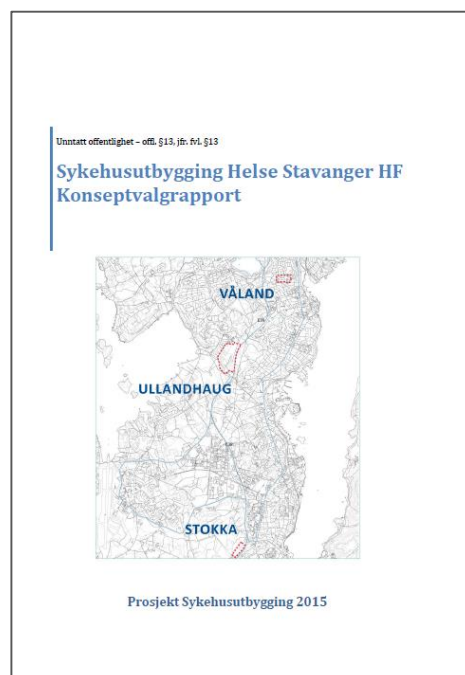
1.1 Bakgrunn

Dette dokumentet er en kvalitetssikringsrapport utarbeidet av Deloitte AS (heretter kun omtalt som *kvalitetssikrer*) ved ansvarlig partner Helge Torgersen. Dokumentet tar for seg konseptfaserapporten til Helse Stavanger – Stavanger Universitetssykehus sitt prosjekt *Sykehusutbygging*.

Etter å ha fått godkjent sin idéfaserapport i juni 2013, har Helse Stavanger arbeidet med konseptfasen av *Prosjekt sykehusutbygging*. Konseptfasen er planlagt slutført i løpet av 2015.

I 2011 ble det innført en prøveordning om at alle investeringsprosjekter i helseforetakene hvor investeringsbeløpet er over 500 MNOK skal gjennomgå ekstern kvalitetssikring (heretter omtalt som KSK-ordningen). Denne ordningen ble i statsbudsjettet for 2015 gjort permanent. I lys av dette ble Deloitte i mars 2015 kontrahert for å gjennomføre kvalitetssikringen av konseptfasen.

Kvalitetssikringen og denne rapporten er utarbeidet i henhold til kravspesifikasjon i rammeavtalen for KSK-ordningen. Det er ikke gjort noen avgrensninger som begrenser omfanget av kvalitetssikringen fra det som skisseres i rammeavtalen, og denne rapporten tar således for seg Helse Stavanger sin konseptfaserapport i sin helhet. Kvalitetssikringen er å betegne som overordnet i sin form, da konseptfasen til Helse Stavanger har utarbeidet et betydelig underlagsmateriale som kvalitetssikrer ikke har gjennomgått og vurdert i detalj. Enkelte elementer fra vedleggene er imidlertid inkludert i selve konseptfaserapporten og deler av vedleggene kan således sies å være indirekte kvalitetssikret.



1.2 Fremgangsmåte, metodikk og utarbeidelse av rapporten

Deloitte ble i mars 2015 kontrahert til å gjennomføre en overordnet kvalitetssikring av konseptfasen og den tilhørende rapporten for Helse Stavangers sykehusutbyggingsprosjekt. Før sommeren 2015 ble det gjennomført flere møter med prosjektorganisasjonen i Helse Stavanger, blant annet for å avklare arbeidsform og planlegge den faktiske kvalitetssikringen. I løpet av denne perioden er Deloitte blitt oversendt tidlige versjoner av utvalgte dokumenter, hvorpå det har blitt gitt tilbakemeldinger til prosjektet. En slik tilbakemelding ble også gitt på høringsversjonen av konseptfaserapporten som ble publisert i juli 2015, gjennom et møte i august og oversendelse av skriftlig materiale.

I oktober ble endelig versjon av hovedfunksjonsprogram (HFP) oversendt, og det ble gitt en kortfattet tilbakemelding på dette dokumentet. Ultimo oktober ble det avholdt et møte på bakgrunn av at det forelå en ny versjon av beskrivelsen av nullalternativet, samt oppdaterte versjoner av en rekke underlagsdokumenter.

Utover dette har kvalitetssikringen bestått i en vurdering av konseptrapporten og dens viktigste underliggende dokumenter slik de forelå 29. oktober 2015. Eventuelle endringer i rapporten etter denne dato er i utgangspunktet ikke en del av kvalitetssikringsrapporten, men noen korrigeringer er gjort i forståelse mellom Helse Stavanger og kvalitetssikrer. Disse korrigeringene har vært av mindre omfang, og stort sett faktafeil det har vært hensiktsmessig å rette. Selve kvalitetssikringen ble gjennomført i de

tre første ukene av november 2015, og denne rapporten ble ferdigstilt og oversendt Helse Stavanger 20. november 2015.

Som ansvarlig for den eksterne kvalitetssikringen har ikke Deloitte utført analyser på eget initiativ eller selvstendig utarbeidet materiale som er del av konseptfasen til Helse Stavanger. Deloitte's rolle har vært å gi konkrete tilbakemeldinger på forelagt materiale, samt komme med råd til konseptfaserapporten underveis i prosessen, i tillegg til selvstendig utarbeidelse av denne kvalitetssikringsrapporten. Selv om Deloitte har hatt en tett dialog med Helse Stavanger i foranledningen til den endelige konseptrapporten, er denne kvalitetssikringen og vurderingene som fremkommer Deloitte's uavhengige oppfatning. Kvalitetssikringsrapporten har på ingen måte vært gjenstand for påvirkning fra oppdragsgiver eller andre berørte aktører.

1.3 Kilder og dokumentasjon

De viktigste eksterne informasjonskildene for denne kvalitetssikringen har vært

- Veileder for *Tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter* (revidert utgave 2011, (IS-1369)) (heretter kun omtalt som *tidligfaseveilederen*)
- *Veileder nr. 8: Nullalternativet* fra Finansdepartementet (versjon 1.1, utkast, datert 28.04.2010)
- *Sykehusprosjekters økonomiske bæreevne - Veileder for beregning av samlet økonomisk konsekvens av investeringsprosjekter i helsebygg* (februar 2010)
- Styresak 22/2015 i Sykehusbygg HF: *Evaluering av KS-ordningene for utviklingsplan og konseptfase*
- *Kvalitetssikring (KSK) av Tønsbergprosjektet – konseptfase*, kvalitetssikringsrapporten av Sykehuset i Vestfold sine utbyggingsplaner utført av Terramar, Oslo Economics og Hospitalitet (30.04.2014)
- *Sykehuset Innlandet HF – Kvalitetssikring av utviklingsplan*, kvalitetssikringsrapport av utviklingsplanen til Sykehuset Innlandet utført av Deloitte AS (19.05.2014)

Kvalitetssikringen er i utgangspunktet avgrenset til selve konseptfaserapporten. Denne baserer seg imidlertid på en rekke vedlegg som også er oversendt fra Helse Stavanger. Dette materialet er behandlet som underlagsdokumentasjon, og ikke direkte og isolert kvalitetssikret. Dokumentene er heller brukt som oppslag og i tilfeller der det har vært nødvendig å oppdrive detaljert informasjon for å forklare forhold omtalt i hovedrapporten. Enkelte elementer fra vedleggene er også inkludert i selve konseptfaserapporten og deler av vedleggene kan således sies å være indirekte kvalitetssikret.

Oversendte vedleggsdokumenter er:

- Hovedfunksjonsprogram (HFP)
- Hovedprogram utstyr (HPU)
- Overordnet teknisk program (OTP)
- Kostnadsberegning prosjektkostnad fra COWI
- Årskostnadsberegninger (LCC) fra COWI
- ROS-analyse fra Faveo prosjektledelse
- Usikkerhetsanalyse av investeringskostnader fra Faveo prosjektledelse
- Kommentarer til høringsuttalelser

1.4 Oppbygning av rapporten

I kapittel 2 gjøres det en vurdering av konseptfaserapporten basert på de temaene som skal omhandles. Disse temaene er hentet fra veileder for *Tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter*, samt kravspesifikasjonen til KSK-ordningen og det konkrete avtaledokumentet som denne kvalitetssikringen hviler på.

Kapittel 3 oppsummerer evalueringen gjort i forrige kapittel, gir konklusjoner av kvalitetssikringen i et overordnet perspektiv, og anbefaler videre tiltak i forbindelse med forprosjektfasen.

2 EVALUERING I HENHOLD TIL FORMELLE KRITERIER

Dette kapittelet av kvalitetssikringsrapporten vurderer Helse Stavanger sin konseptfaserapport basert på en rekke evalueringskriterier eller tema som skal være omtalt. Utvalget av disse temaene er gjort med bakgrunn i forslag i veileder for *Tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter*, samt kravspesifikasjonen for KSK-ordningen. Oppsettet av tema her er en syntese av disse to kildene, og inneholder samlet sett alle krav til omtalte tema. Hvert evalueringskriterium er gitt sitt eget underkapittel, og er strukturert som følger:

1. **Hva skal omtales?** En oppsummering av de krav som stilles fra tidligfaseveilederen og rammeavtalen for KSK-ordningen.
2. **I hvor stor grad er temaet dekket?** En vurdering av om temaet er omtalt på en dekkende måte, altså om den påkrevde bredden i temaet er dekket. Det gis også henvisning til hvor temaet er omtalt i konseptfaserapporten.
3. **Hvor godt er temaet dekket?** En vurdering av kvaliteten på omtalen av temaet, herunder konsistens.

I utlysningen av arbeidet med denne rapporten valgte Helse Stavanger å fremheve en rekke punkter som viktige å kvalitetssikre. Disse punktene avviker ikke fra innholdet slik det er beskrevet i rammeavtalen for KSK-ordningen, og påvirker således ikke hvilke kriterier som ligger til grunn for evalueringen her.

Ved å slavisk vurdere en konseptfaserapport langs en serie med kriterier kan det oppstå et inntrykk av at alle kriterier eller tema er like viktig, og at de tillegges like mye vekt i den helhetlige vurderingen av rapporten. Dette er ikke tilfelle. Eventuelle store mangler i dekningen av relativt sett uviktige tema kan være uproblematisk, mens mindre mangler innen helt avgjørende tema kan være drivende for de endelige konklusjoner i denne kvalitetssikringen.

2.1 Om prosjektprosessen

2.1.1 Hva skal omtales?

Konseptfaserapporten skal beskrive hvordan arbeidet med konseptfasen har vært organisert og hvilken arbeidsform man har brukt, samt hvilket arbeid som ligger til grunn for konseptfaserapporten, hvor for eksempel tidligere faser av prosjektet kan være relevant å beskrive.

I tråd med tidligfaseveilederen er konseptfasen en prosess etter idéfasen og før forprosjektet, og er således en utdyping av et tidligere arbeid, men likevel ikke en full detaljering. I den forbindelse er det naturlig å gi en redegjørelse for hvilken detaljeringsgrad konseptfasen har valgt å anvende, og at man kort forklarer hva som vil undersøkes og vurderes i mer detalj i senere faser av arbeidet.

OM PROSJEKTPROSESSEN

I hvor stor grad er tema dekket?



Hvor godt er tema dekket?



Oppsummering av vurdering:

Prosjektprosessen er beskrevet i lys av tidligere arbeid og organisering. Dette er gjort på en god og tilstrekkelig detaljert måte.

2.1.2 I hvor stor grad er tema dekket?

Kapittel 1 i konseptfaserapporten forklarer bakgrunnen for prosjektet og oppsummerer tidligere arbeid, herunder utviklingsplanen og idéfasen. Kapittel 2 omhandler hvordan konseptfasen er gjennomført og organisert.

Konseptfaserapporten gir ingen spesifikk utgreiing av hvilket detaljeringsnivå som er valgt eller hvorfor. Det fremgår flere steder i rapporten at det skal gjøres nye utredninger i forprosjektet for å vurdere muligheten for å etablere et mer komplett somatisk sykehus i ett byggetrinn, men det er ikke tydelig om dette medfører at det skal gjøres tilsvarende analyser som i konseptfasen på nytt, eller ved andre fremgangsmåter.

Samlet sett vurderes temaet til å være dekket i tilstrekkelig grad.

2.1.3 Hvor godt er tema dekket?

Det er kvalitetssikrers vurdering at temaet *Om prosjektprosessen* er dekket på en god og tilstrekkelig grundig måte. I dette ligger også at det er viktig for konseptrapporten, som er et omfattende dokument, å treffe en balanse mellom detaljering og samlet omfang. De aktuelle delene av rapporten synes å ha gjort dette.

2.2 Mål og avgrensninger

2.2.1 Hva skal omtales?

Konseptfasen skal ha identifisert et målhierarki, og dette skal beskrives i konseptfaserapporten gjennom nivåene effekt-, resultat- og samfunns mål. Målhierarkiet skal være konsistent, avklart, ikke være for komplisert, men heller ikke for generelt. Videre skal hierarkiet være i tråd med nasjonale og regionale mål, og målene på det laveste nivået bør være så konkrete at det i ettertid er mulig å fastslå om de er oppnådd.

MÅL OG AVGRENSNINGER

| | |
|---|---|
| I hvor stor grad er tema dekket?  | Hvor godt er tema dekket?  |
|---|---|

Oppsummering av vurdering:
Målhierarki er tilfredsstillende, men noe lite konkret. Avgrensninger omtales ikke eksplisitt.

Rapporten skal også beskrive relevante avgrensninger. Dette kan være avgrensninger i form av hva som er definert innenfor rammene av selve investeringsprosjektet, i motsetning til hva som inngår i helseforetakets daglige oppgaver og ansvar. Et annet viktig eksempel på avgrensning er hvilket tidsperspektiv man har brukt for å vurdere behov, investeringer, løsninger og konsekvenser.

2.2.2 I hvor stor grad er tema dekket?

Kapittel 3 i konseptrapporten omhandler mål for sykehusbyggingsprosjektet, herunder samfunns-, effekt- og resultatmål, og beskriver målhierarkiet til prosjektet i tilstrekkelig grad. Rapporten ser imidlertid ikke ut til å ta for seg avgrensninger eksplisitt, annet enn at det er definert ulike tidsperspektiver for analysene. I kapittel 4 brukes 2025 aktivt i forbindelse med dimensjonering av fremtidig behov, mens 2030 brukes i de økonomiske og finansielle analysene i kapittel 8, uten at bruken av noen av disse årstallene er begrunnet.

Basert på dette er *Mål og avgrensninger* dekket i noe mangelfullt omfang.

2.2.3 Hvor godt er tema dekket?

Målhierarkiet beskrevet i kapittel 3 består av samfunns-, effekt- og resultatmål.

- **Samfunnsmålene** er generelle, men forståelige. Av målene med noe mer spesifikk karakter nevnes ivaretagelse av miljøkrav og mål om at prosjektet skal bidra til næringsutvikling i en periode hvor oljenæringen, som over lengre tid har vært viktig for regionen, nå står overfor en utfordrende omstilling. Spesielt dette siste bidrar til å gjøre

samfunnsmålene mer tidsrelevante, men på den annen siden kan det innvendes at det ikke er en prioritert oppgave for spesialisthelsetjenestens å drive næringsutvikling.

- Blant **effektmålene** vises det til hvordan sykehusutbyggingsprosjektet er en brikke i Helse Stavanger sine definerte strategiske satsingsområder, i tillegg til at det nevnes 11 effektmål for prosjektet. Formuleringene som er brukt i disse effektmålene er vage og relative, hvilket kan gjøre det utfordrende å vurdere måloppnåelse i ettertid. Eksempler på dette er fraser som «tilstrekkelig areal ...», «tilrettelagt for ...» og «gode løsninger ...».
- **Resultatmålene** inkluderer at prosjektet skal gjennomføres i henhold til tidsplan og kostnadsramme, hvilket er naturlige og uproblematisk resultatmål i et prosjekt. Øvrige resultatmål er av mindre konkret natur, og det vil trolig være vanskelig å si om prosjektet nådde disse målene eller ikke ved utbyggingens slutt.

Det er kvalitetssikrers oppfatning at målhierarkiet er konsistent, men noe generelt og for lite spesifikt til å kunne brukes til å vurdere måloppnåelse ved en senere anledning. Like fullt må målene sies å kunne være prosjektspesifikke.

Det refereres til både Helse- og omsorgsdepartementets HelseOmsorg21-strategi og helseforetakets egne strategiske satsingsområder, og det er ikke vanskelig å se at prosjektet er i tråd med nasjonale og regionale mål. En gjennomgang av Helse Stavangers definerte mål og satsingsområder for perioden frem til 2017 viser at det er flere av helseforetakets målsetninger som trolig kan påvirkes i positiv forstand ved nyere og mer moderne infrastruktur, og prosjektet kunne således i større grad benyttet seg av helseforetakets mål til å underbygge verdien av investeringsprosjektet. Målene definert av Helse Stavanger er også tett sammenkoblet med Helse Vest RHF sin Helse 2020-strategi, hvilket ytterligere understreker at det er mulig å utnytte etablerte målsetninger på en bedre måte.

En samlet vurdering tilsier at målhierarkiet er utarbeidet og beskrevet på en måte som dekker formelle krav i tilfredsstillende grad, men at det til senere faser av arbeidet er mulig å videreutvikle målene slik at de blir mer konkrete og i enda større grad underbygger helseforetakets langsiktige målsetninger.

Det gjentas at konseptrapporten ikke omtaler avgrensninger og rammer for arbeidet eksplisitt og konkret, slik det foreslås i tidligfaseveilederen. Kvalitetssikrer er spørrende til bruk av 2025 som utvalgt år for beregning av aktivitet, kapasitet og areal i et nytt sykehus. Dette vil omtales nærmere i kapittel 2.5 av denne rapporten.

2.3 Nåsituasjon og behov

2.3.1 Hva skal omtales?

En sentral del av konseptfaserapporten er å beskrive dagens virksomhet og bygningsmasse. Dette utgjør en nåsituasjonsbeskrivelse, og danner et grunnlag for å forstå rammene av helseforetakets virksomhet, samt dagens og fremtidige utfordringer.

I tillegg gir beskrivelsen av dagens virksomhet og bygningsmasse en innledning til hva som er behovsutløsende for investeringsprosjektet. Er det for eksempel bygningsmassens utforming og standard som utgjør utfordringer i dag, er det mangelfull kapasitet i dag eller i fremtiden, er det eksterne faktorer, eller kombinasjoner av disse?

2.3.2 I hvor stor grad er tema dekket?

Konseptfaserapporten gir en kort og overordnet beskrivelse av Helse Stavanger sin virksomhet og bygningsmasse i kapittel 1.1. Utover dette beskrives ikke dagens virksomhet i særlig grad, men temaet er bredt dekket i hovedfunksjonsprogrammet. Den bygningsmessige siden av nåsituasjonsbeskrivelsen

NÅSITUASJON OG BEHOV

I hvor stor grad er tema dekket?



Hvor godt er tema dekket?



Oppsummering av vurdering:

Det er mangelfull beskrivelse av bygningsmessig nåsituasjon, mens dagens virksomhet er godt beskrevet i HFP. Behovet for investeringsprosjektet kunne vært presentert tydeligere.

er spredt mellom kapittel 1.1 og beskrivelsen av alternativene i kapittel 6, men er i alle tilfeller kortfattet og lite utdypende.

Behovet for investeringsprosjektet basert på fremtidig aktivitetsøkning er tema for kapittel 4.

Samlet sett vurderes det til at nåsituasjonen i et bygningsmessig perspektiv, samt forklaringen av behovet for prosjektet, burde vært omtalt i større grad. Fra den bygningsmessige nåsituasjonsbeskrivelsen hadde det vært forventet et bedre inntrykk av hvor godt eller dårlig egnet den helhetlige bygningsmassen er til å sikre et godt og forsvarlig helsetilbud i dag og i fremtiden.

2.3.3 Hvor godt er tema dekket?

2.3.3.1 Nåsituasjon

Beskrivelsen av nåsituasjonen for Helse Stavanger i et virksomhetsmessig perspektiv er gjort i hovedfunksjonsprogrammet, og beskrivelsen vurderes til å være grundig og meget god.

I forbindelse med en beskrivelse av dagens bygningsmasse nevnes det at «lokalene oppleves totalt sett trange og uhensiktsmessige ...». Flere steder antydes det at Helse Stavanger i dag lider under arealmangel og lite funksjonelle fasiliteter. Disse uttalelsene utdypes eller forankres ikke gjennom noen form for konkret dokumentasjon, og det gjøres ikke noen mer nyansert vurdering av hvilke deler av bygningsmassen som har et kritisk oppgraderingsbehov. For eksempel ville det være verdifullt å vite hvor stor del av bygningsmassen på Våland som er i meget dårlig teknisk og funksjonell tilstand, og hvor mye som kan brukes i ytterligere 10, 15 og 20 år. Kvalitetssikrer er klar over at denne dokumentasjonen eksisterer, men mener at konseptrapporten hadde stått sterkere om den hadde tatt inn i seg mer av underlagsmaterialet og presentert dette på en overordnet og pedagogisk måte.

2.3.3.2 Behov for investeringsprosjektet

Det er kvalitetssikrers oppfatning at konseptrapporten formidler hva som er behovet for investeringsprosjektet. Likevel savnes det en mer målrettet diskusjon av hvorfor investeringsprosjektet bør realiseres i planlagt omfang og tidsperspektiv. Dette kunne være gjort ved å drøfte følgende punkter:

- **Funksjonsbehov:** Ved å sammenligne antall dimensjonerende enheter (operasjonsstuer, senger, poliklinikkrom, etc.) i dag med behovet for funksjoner i fremtiden hadde det vært mulig å si hvilke deler av virksomheten som har et behov for utbygging av areal. Kunne dette behovet blitt håndtert med mindre tiltak, som å bygge en ny sengefløy eller sette opp enkle modulbygg for poliklinisk virksomhet?
- **Bygningsmessige forutsetninger:** Hvilke deler av sykehuset har teknisk eller funksjonelt oppgraderingsbehov? Kan dette løses ved å gjøre enkeltstående oppgraderinger, eller er ombygginger nødvendig?

Ved å gå inn i disse drøftingene ville behovet for investeringsprosjektet blitt tydeligere, og det ville fremkommet om det er en kombinasjon av funksjonsbehov og bygningsmessige forutsetninger som utgjør behovet. I Helse Stavangers tilfelle fremkommer det ved å lese hele konseptrapporten at det er dårlig teknisk tilstand i lokaler som uansett er for små som gjør utbygging nødvendig, men kvalitetssikrer mener altså at dette med fordel kunne fremkommet tydeligere. Det registreres også at deler av disse diskusjonene kommer frem i omtalen av nullalternativet.

De faktiske sammenhengene og slutningene som gjøres i forbindelse med beregningene av aktivitet, kapasitet og areal i konseptfaserapportens kapittel 4 vil bli vurdert i kapittel 2.5 av denne kvalitetssikringsrapporten.

2.4 Alternativ og konsept

2.4.1 Hva skal omtales?

I henhold til tidligfaseveilederen skal konseptrapporten beskrive hvordan innbyggernes fremtidige behov for helsetjenester kan imøtekommes ved hjelp av alternative løsninger, hvorav ett av disse skal være et nullalternativ.

Løsningene omtales i det videre som *alternativ*. I Helse Stavangers tilfelle består hvert alternativ av et valgt konsept på en valgt tomt, og disse skal beskrives på en overordnet måte som tydeliggjør forskjeller og prinsipielle ulikheter, og viser at alternativene er designet slik at de sammen dekker en tilstrekkelig bredde i mulige måter å møte fremtidige behov på. Detaljer og spesifikke aspekter ved hvert alternativ presenteres gjerne i forbindelse med gjennomgang av et gitt tema, for eksempel økonomisk bæreevne eller programmering.

Samtlige alternativ skal dokumenteres på en likeverdig måte, og presenteres på en måte som gjør dem direkte sammenlignbare.

Alternativene skal også beskrives i mer detalj gjennom skisseprosjekt, hvor konseptrapporten ifølge tidligfaseveilederen bør illustrere og forklare hvordan alternativene kan utvikles til fysiske bygg. Dette inkluderer bygningsmessige prinsipper, som om det eventuelt skal brukes modulbygg og prefabrikasjon. Videre skal alternativene beskrives i henhold til kvalitet, kapasitet og fleksibilitet, hvorvidt alternativene stiller spesielle krav til kjernevirksomheten eller vice versa, og det skal redegjøres for hvilke prinsipper for person- og vareflyt som vil anvendes. I tilknytning til dette skal det også omtales hvilket driftskonsept som er valgt for videre utredning, og hvorvidt det er ulikheter mellom alternativene.

2.4.2 I hvor stor grad er tema dekket?

De alternative investeringsprosjektene nevnes innledningsvis i kapittel 2.1 av konseptfaserapporten, mens det gis en inngående beskrivelse av alternativene i kapittel 6, som også inneholder skisseprosjektet.

Det er kvalitetssikrers vurdering av de ulike alternativene som er utredet ville vært enklere for leseren å forstå dersom konseptrapporten innledningsvis hadde beskrevet alternativene på en mer overordnet måte som fikk frem viktige karakteristika og prinsipielle ulikheter. Hvor mye av dagens bygningsmasse må for eksempel ombygges i et nullalternativ? Hvor mye skiller egentlig nullalternativet fra en trinnvis utbygging på Våland? Hva er forskjellene på å bygge nytt på Stokka kontra Ullandhaug, annet enn at det er forskjellige tomter?

Temaet *Alternativ og konsept* er likevel dekket i forventet omfang av konseptrapporten, og spesielt skisseprosjektet fremstår som særdeles gjennomarbeidet.

2.4.3 Hvor godt er tema dekket?

2.4.3.1 Inndelingen i alternativ

De ulike alternativene nevnes i kapittel 2.1, hvorpå de justeres, tas opp og beskrives i detalj senere i rapporten. Inndelingen i kapittel 2.1 er imidlertid ikke den samme som brukes senere, og det gis ingen eksplisitt forklarende overgang mellom den ene og den andre inndelingen av alternativer. Det nevnes riktignok at Helse Stavanger ikke har bærekraft frem til 2025 til å realisere et komplett sykehus i ett byggetrinn, tilsvarende et av de opprinnelige alternativene, men 2025 er da heller ikke brukt som noen aktiv begrensning i det som er alternativ 4 i kapittel 2.1. Ved å lese konseptrapporten fremgår det at alternativene som har vært utredet er

ALTERNATIV OG KONSEPT

I hvor stor grad er tema dekket?



Hvor godt er tema dekket?



Oppsummering av vurdering:

Temaets bredde er dekket, og skisseprosjektet er solid. Det kunne med fordel vært større bredde i alternativene, samt redegjørelse for de valg som er gjort.

1. Nullalternativet
2. Trinnvis utbygging på Våland
3. Trinnvis utbygging på Ullandhaug
4. Trinnvis utbygging på Stokka

Rapporten hadde fremstått som tydeligere og mer lettlest ved å bruke én inndeling av alternativer konsekvent.

2.4.3.2 Bredde i alternativene

I følge tidligfaseveilederen er det viktig at alternativene dekker en tilstrekkelig bredde, altså at de til sammen gir prinsipielt ulike muligheter for helseforetaket til å møte sitt ansvar for å gi befolkningen et godt og trygt helsetilbud også i fremtiden. Kvalitetssikrers første bemerkning i relasjon til dette er at samtlige alternativer innebærer planer om å samle bygningsmassen i så stor grad som mulig. Det er mulig å tenke seg andre måter å organisere virksomheten på:

- Distriktsmedisinske sentre på ett eller flere steder i opptaksområdet i tråd med intensjonen om å desentralisere det man kan og sentralisere det man må.
- Etablere adskilte lokasjoner med definerte tilbud på hver av disse. Dette ble valgt av Sykehuset Østfold i deres sykehusutbyggingsprosjekt, da man valgte å bygge et nytt akutt sykehus på Kalnes, mens sykehuset i Moss ble oppgradert til en moderne enhet for planlagt virksomhet, også innlagte pasienter. Mens akuttvirksomheten er samlet på Kalnes drives noen fag utelukkende i Moss, som øye, revmatologi og rehabilitering. I tillegg samles all dagkirurgi her, og det fokuseres på palliasjon, medisinsk kronikeromsorg, deler av kreftomsorgen og for øvrig poliklinikk, dag- og døgnbehandling. En slik løsning kunne for eksempel være at man i Helse Stavangers tilfelle videreførte Våland som permanent lokasjon for deler av virksomheten i den beste delen av bygningsmassen, samtidig som det ble bygd nytt akutt sykehus på Stokka eller Ullandhaug.
- Større bruk av avtalespesialister. Det er en nasjonal føring at helseforetakene i større grad skal gjøre seg bruk av avtalespesialister.

Disse vurderingene henger sammen med mer generelle prinsipper om sentralisering og desentralisering. Det etterlyses at konseptrapporten i større grad drøfter alternativer i spennvidden av at man på den ene siden desentraliserer alt som kan desentraliseres, mens man på den andre siden sentraliserer alt. Dersom Helse Stavanger eller Helst Vest har gjort strategiske vurderinger av nevnte forhold, og at dette fungerer som føringer for prosjektet, burde dette fremkommet i konseptrapporten.

Det er imidlertid positivt at rapporten både utreder muligheter for å bruke dagens bygningsmasse og tomt, samt å bygge nytt på ubebygget tomt. Gjennom konseptrapporten kommer det imidlertid frem at Stokka-alternativet har store reguleringsmessige utfordringer, og at det kan bli vanskelig å realisere noe sykehus på denne tomten overhodet. Dette betyr i så fall at bredden i alternativene er betydelig svekket. Kvalitetssikrer er også av den oppfatning at utfordringene knyttet til regulering kunne vært avdekket tidligere i prosessen.

Et annet forhold knyttet til hvordan alternativene er designet angår tidsperspektiv og økonomisk bæreevne. Av årsaker ikke forklart i konseptfaserapporten er 2025 valgt ut som en slags milepæl, og det er estimert at foretaket maksimalt kan investere for 8 milliarder kroner frem til 2025. Dette fungerer som en meget aktiv begrensning i hvordan alternativene beskrives, da de i størrelse og omfang er tilpasset hva man kan etablere innenfor investeringsrammen frem til 2025. Når det i tillegg nevnes at foretaket vil ha en større investeringsevne i et tidsperspektiv frem til 2030, avhengig av hvilket alternativ som velges, melder det seg et behov for å vurdere om man hadde fått et mer gunstig investeringsprosjekt av å utsette byggingen i noen år og dermed øke investeringsevnen. Dette kunne for eksempel medført at Helse Stavanger hadde hatt evne til å etablere et komplett somatisk sykehus i ett byggetrinn, med de fordeler det medfører. På denne måten ville bredden i alternativene blitt bedre av å også vurdere andre tidshorisonter enn det som er gjort.

En vurdering av hvorvidt det er mulig eller hensiktsmessig å avvente utbyggingen henger selvfølgelig sammen med en analyse av kapasitetsbehovet i dag og i årene fremover, samt dagens bygningsmessige status. Hvis det er en reell arealmangel i dag som ikke kan løses gjennom spesifikke og mindre tiltak, er det naturlig å etterstrebe å bygge nytt sykehus så fort som mulig. Dersom areal- og kapasitetsunderskuddet inntreffer først i perioden mellom 2020 og 2025 er det imidlertid muligheter for å avvente sykehusutbyggingen noe. Det er ikke kvalitetssikrers mening at Helse Stavanger *burde* ha utsatt ibruktagelsen av noe nytt sykehus, men det burde tydeligere ha fremkommet dersom helseforetaket mener at det ikke er forsvarlig å gjøre noe annet enn å bygge så raskt som mulig.

2.4.3.3 Nullalternativet

Nullalternativet skiller seg fra øvrige alternativ ved å holde fast ved dagens driftskonsepter og – løsninger. Det kreves likevel at alternativet fremstilles og dokumenteres på en likeverdig måte som nybyggalternativene. Kvalitetssikrer mener dette kunne blitt gjort bedre.

Kvalitetssikrer opplever at konseptrapporten ved flere anledninger tillegger nullalternativet usikkerhet, hvilket både bidrar til å sette alternativet i et dårlig lys, men også at det i estimeringen av prosjektkostnaden gjøres avsetninger for muligheten for at nullalternativet går langt utover å være et videreføringsalternativ slik det defineres av førende veiledere. Kvalitetssikrer mener konseptrapporten kunne viet mer oppmerksomhet til drøfting av de elementene som gir opphav til usikkerhet i nullalternativet.

Denne fremhevingen av usikkerhet kommer i tillegg til at konseptfaserapporten ved flere anledninger gjør negative bemerkninger om nullalternativet. For eksempel sies det at nullalternativet dekker «det mest prekære arealbehovet frem til 2025», mens det for kvalitetssikrer er vanskelig å forstå annet enn at nullalternativet, i likhet med alle andre alternativ, dekker *hele* arealbehovet i 2025.

2.4.3.4 Fremstillingen av de ulike alternativene

Gjennom beskrivelsen av de ulike alternativene opplever kvalitetssikrer at konseptrapporten undervurderer flere negative aspekter ved å ha to-delt somatisk drift slik konseptene er beskrevet i Ullandhaug- og Stokka-alternativene. For det første vil en deling av dag- og døgnaktiviteten gi økt transport av ansatte og pasienter mellom nye bygg og Våland, hvilket har økonomiske konsekvenser, men som også vil kunne gi redusert aktivitet, samt ulempe for pasienter. For eksempel skal pasienthotellet forbli på Våland uansett alternativ, hvilket for Ullandhaug- og Stokka-alternativene vil bety en ikke ubetydelig transport av barselkvinner, som i henhold til HFP utgjør en stor del av bruken av pasienthotellet. For det andre er det en utfordring å dele det faglige miljøet, og at administrasjon og klinisk personell skal arbeide på forskjellige lokasjoner. For det tredje fremkommer det i liten grad hvilken tilstand gjenværende bygningsmasse på Våland vil ha dersom man velger å bygge nytt på Ullandhaug eller Stokka. Det legges riktignok opp til at det i disse alternativene skal brukes 100 MNOK på ombygging av Våland, men hva dette vil bety for tilstanden til de byggene som må brukes til somatisk dagaktivitet etter at første byggetrinn på Ullandhaug eller Stokka er ibruktatt er ikke beskrevet. Det er kvalitetssikrers oppfatning av disse forhold ikke belyses godt nok, og at det således er en risiko for at Ullandhaug- og Stokka-alternativene fremstilles i et mer positivt lys enn det er grunn til.

I tillegg omtales det ikke at man i nullalternativet kan ta i bruk nye bygg på et tidligere tidspunkt enn flere av de øvrige alternativene. I perioden frem til ibruktagelse av nybygg i Våland- og Stokka-alternativene vil helseforetakets samlede bygningsmasse ha en bedre tilstand i nullalternativet enn i disse nybygg-alternativene. I tillegg gjøres det vesentlig større investeringer i den eksisterende bygningsmassen på Våland i nullalternativet enn i øvrige alternativ. I 2027 vil man for eksempel ha gjort betydelige oppgraderinger på Våland i nullalternativet, i tillegg til å ha et nybygg på 21 000 m², mens man i Ullandhaug- og Stokka-alternativene har en bygningsmasse på Våland som er i relativt dårlig forfatning. Kvalitetssikrers innvending kan oppsummeres som at det spesielt i Ullandhaug- og Stokka-alternativene legges for liten vekt på hvilken tilstand den gjenværende bygningsmassen på Våland har frem til et komplett sykehus kan være klart på ny tomt.

I tillegg til bemerkningene nevnt over, mener kvalitetssikrer at valget om å la hovedtyngden av undervisnings- og forskningsarealene forbli på Våland svekker argumentasjonen for Ullandhaug-alternativet. Dette betyr at samlokaliseringen med universitetet og forskningsmiljøene på Ullandhaug ikke vil realiseres før nærmere 2030, avhengig av når det er økonomisk bærekraft til å realisere ytterligere byggetrinn.


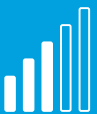
Sett under ett mener kvalitetssikrer at fremstillingen av de ulike alternativene i for stor grad er preget av en tro på at et nytt, komplett sykehus vil kunne realiseres i nær fremtid, og ikke lenge etter ferdigstillelsen av første byggetrinn. Som det vil utdypes i kapittel 2.6 av denne rapporten, mener kvalitetssikrer det er betydelig risiko for at de økonomiske beregningene er i overkant optimistiske, hvilket i så fall kan innebære at øvrige byggetrinn må avvendes. En slik situasjon rammer primært Ullandhaug- og Stokka-alternativene, da disse legger opp til en to-delt somatisk drift med betydelige ulemper som potensielt kan bli langvarige. Dette risikoelementet belyses ikke i tilfredsstillende grad av konseptrapporten.

2.5 Programmering

2.5.1 Hva skal omtales?

Konseptfasen innebefatter en rekke formelle dokumenter og planer, eller *program*. På bakgrunn av dette bør konseptfaserapporten inneholde beskrivelse av de viktigste elementene fra hovedfunksjonsprogram (HFP), delfunksjonsprogram (DFP), organisasjonsutviklingsplaner, hovedprogram utstyr (HU) og overordnet teknisk program (OTP).

PROGRAMMERING

| | |
|---|---|
| I hvor stor grad er tema dekket? | Hvor godt er tema dekket? |
|  |  |
| Oppsummering av vurdering: | |
| De påkrevde temaene er dekket, men flere av valgene som er gjort bidrar til at det er vesentlig risiko for at et fremtidig sykehus blir overdimensjonert. | |

Noe av det viktigste i denne delen av konseptrapporten er at det etableres en beskrivelse av dagens aktivitetsnivå, kapasitet og tilgjengelig areal, at det vises hvordan aktiviteten forventes å utvikle seg frem mot et gitt tidspunkt, og at det utledes hvilke konsekvenser dette vil ha for fremtidig kapasitets- og arealbehov. Sammen med dagens bygningsmessige status, er denne sammenhengen ofte avgjørende å forstå for å kunne vurdere behovet for investeringsprosjektet og omfanget av det. Beregningene av fremtidig aktivitet, kapasitet og areal skal gjøres ved hjelp av anerkjente metoder og legges frem på en måte som gjør dem etterprøvbare.

For å komme frem til fremtidig aktivitet og kapasitets- og arealbehov er det nødvendig å gjøre beregninger som hensyntar en rekke faktorer. De mest sentrale av disse er befolkningsutvikling, endringer i sykkelighet, generelt sykdomsbilde og eventuelt fremvoksende sykdomsgrupper, endringer i diagnostikk og behandlingsformer, og bruk av medisinsk-teknisk utstyr. Forutsetninger knyttet til disse faktorene må beskrives av konseptfaserapporten eller dens underliggende dokumenter.

I tillegg til å beskrive fremtidig rom- og arealbehov bør konseptrapporten redegjøre for de prinsipper som er anvendt i programmeringen av arealet. Eksempler på dette er arealstandarder og utformingen av senge- eller operasjonsområder. Det er viktig at eventuelle forskjeller mellom alternativene fremgår.

2.5.2 I hvor stor grad er tema dekket?

Konseptrapportens kapittel 4 bygger i stor grad på hovedfunksjonsprogrammet, mens kapittel 6 oppsummerer det viktigste fra hovedprogram utstyr og overordnet teknisk program. Det er ikke utarbeidet noe delfunksjonsprogram basert på siste foreliggende HFP, men det forklares at dette vil gjøres umiddelbart etter valg av alternativ.

Kapittel 4 dekker dimensjoneringen av det nye sykehuset, ved å ta utgangspunkt i demografisk utvikling frem til 2025, bruke dette til å framskrive aktivitet og deretter konvertere den forventede aktiviteten i

2025 til et behov for rom og areal. Nødvendig forutsetninger for å beregne dette behovet er beskrevet, og dekket detaljert i hovedfunksjonsprogrammets kapittel 4 og 5.

Temaet *Programmering* favner bredt, men det er kvalitetssikrers vurdering av konseptrapporten evner å dekke dette spennet på en god måte. Ved flere anledninger under kvalitetssikringen har det vært nødvendig å bruke HFP til å avdekke sammenhenger og fremgangsmåte, men dette anses som uproblematisk, og det ville ikke vært ønskelig at selve konseptrapporten i større grad beskrev detaljer.

2.5.3 Hvor godt er tema dekket?

Programmeringen av et nytt sykehus er en omfattende prosess som med utgangspunkt i dagens aktivitet og en rekke antagelser om utviklingen fremover gir en oversikt over fremtidig funksjons- og arealbehov. Dette brukes helt konkret i planleggingen av et nytt sykehus, herunder estimering av prosjektkostnader. Programmering er med andre ord helt avgjørende for hvordan investeringsprosjektet fremstår. Det er kvalitetssikrers oppfatning at Helse Stavanger i konseptfaserapporten ender opp med et prosjekt hvor man overvurderer arealbehovet, og får et uforholdsmessig høyt investeringsbeløp. Kvalitetssikrer mener følgende elementer bidrar til dette resultatet:

- Bruk av 2012 som basisår for framskriving
- Liggetider
- Utnyttelsesgrader
- Poliklinikkarealer
- Antall operasjonsstuer

Disse elementene behandles etter kvalitetssikrers oppfatning på en suboptimal måte hver for seg. Den virkelige utfordringen for investeringsprosjektet er imidlertid at samtlige bidrar i retning av å gi et overdimensjonert sykehus. I det følgende vil elementene utdypes, hvorpå andre bemerkninger angående programmeringen presenteres.

2.5.3.1 Bruk av 2012 som basisår for framskriving

Konseptfaserapportens valg om å bruke 2012 som basisår for aktivitetsframskriving innebærer at man bruker to utdaterte informasjonselementer:

1. Befolkningsestimater 2025: Konseptrapporten bruker SSB sin framskriving fra 2012, og bruker da 2012 som utgangspunkt for å estimere befolkningsveksten som Helse Stavanger vil utsettes for frem til 2025. I juni 2014 kom imidlertid en ny befolkningsprognose fra SSB, hvor estimatet på fremtidig befolkning i helseforetakets opptaksområde er justert ned.
2. Aktivitet 2012: Den naturlige konsekvensen av å bruke 2012 som baseår for befolkningsframskrivingen er at man også bruker foretakets aktivitet i 2012 som utgangspunkt for framskrivingen av aktivitet til 2025. Helse Stavangers gjennomgikk imidlertid en aktivitetsendring mellom 2012 og 2014 innen flere områder. Blant annet ble antall liggedøgn redusert, på tross av befolkningsvekst og at antall døgnopphold gikk opp. Dette kan tyde på at døgnbehandlingen i Helse Stavanger var, eller er, i stor endring, og det fremstår derfor som uheldig at konseptrapporten likevel har valgt å basere framskrivingene på aktiviteten i 2012.

Det er kvalitetssikrers vurdering at bruken av 2012 som basisår utgjør en reel risiko for overdimensjonering av et nytt sykehus.

2.5.3.2 Liggetider

Av hovedfunksjonsprogrammet som ligger til grunn for konseptfaserapporten kommer det frem at Helse Stavanger planlegger med en gjennomsnittlig liggetid i 2025, inklusive alle døgnopphold i alle senger, på 4,8 døgn. Dette er meget lang liggetid.

I sitt idéfasearbeid planlegger Oslo Universitetssykehus (OUS) med en gjennomsnittlig liggetid på 4,0 døgn i 2030, men OUS er ett av helseforetakene i landet med lengst liggetid, i stor grad forårsaket av

mange komplekse pasienter og nasjonale funksjoner. Et mer sammenlignbart helseforetak med Helse Stavanger er Akershus Universitetssykehus (AHUS), både på grunn av sammensetningen av funksjoner og fordi foretakene er omtrent like store. Helse Sør-Øst RHF planlegger ut ifra at AHUS i 2030 skal ha en gjennomsnittlig liggetid på 3,4 døgn. Sykehuset Østfold sitt nye sykehus på Kalnes ble planlagt og dimensjonert med en gjennomsnittlig liggetid i 2020, for all somatisk døgnbehandling, på 2,5 døgn. Basert på dette og andre prosjekter er det kvalitetssikrers vurdering at Helse Stavanger planlegger med liggetider som ikke kan sies å være i tråd med det ambisjonsnivå som i dag vanligvis legges til grunn ved sykehusplanlegging.

Det er vanskelig å se gode argumenter for hvorfor Helse Stavanger skulle være i noen særstilling som gjør det nødvendig med de liggetider som det planlegges for i 2025. Konseptrapporten gjør likevel noen forsøk på argumentere for at lange liggetider er nødvendig. Vurderinger kvalitetssikrer har gjort av disse argumentene støtter imidlertid ikke oppunder konseptrapporten. Helse Stavanger har riktignok høy egendekning, men ikke vesentlig høyere enn sammenlignbare foretak, og det er ingen grunn til å tro at høy egendekning skulle gi så store utslag som vi ser her.

Effekten av å legge til grunn de liggetider som foreslås i konseptrapporten er store. Med 48 215 estimerte døgnopphold i 2025, ville en reduksjon i gjennomsnittlig liggetid på 1 døgn betyr 48 215 færre liggedøgn. Dersom man som en illustrasjon legger til grunn de samme utnyttelsesgradene som hovedfunksjonsprogrammet bruker, betyr dette et redusert behov på i overkant av 160 senger. Å senke den planlagte gjennomsnittlige liggetiden ned til et nivå som er mer i tråd med andre sykehusutbyggingsprosjekter ville med andre ord eliminert behovet for flere senger i Helse Stavanger frem til 2025. Utrekningseksempelet her er ment å vise at et nytt sykehusbygg med effektive og godt planlagte pasientforløp, sammen med Helse Stavangers nåværende potensiale for liggetidsreduksjoner, kan være nok til å redusere størrelsen på et investeringsprosjekt betraktelig.

2.5.3.3 Utnyttelsesgrader

Utnyttelsesgraden på en seng er den andelen av tiden det planlegges at sengen er i bruk av en pasient. 100 % ville representert 365 dager i året, men på grunn av variasjoner i aktivitet og driftsmessige hensyn planlegges det stort sett med utnyttelsesgrader i intervallet 70-95 %.

I konseptrapporten planlegges det med en samlet utnyttelsesgrad på samtlige senger rett i underkant av 80 %. Dette er relativt lavt. Den samlede utnyttelsen av senger domineres av hvilken utnyttelse man planlegger å ha på normalsengene, da disse er desidert flest i antall. Konseptfaserapporten har valgt å dimensjonere fremtidig behov ut ifra 85 % utnyttelse på normalsengene. Til sammenligning er Sykehuset Østfold sitt nye sykehus på Kalnes dimensjonert etter 90 % utnyttelse på normalsengene, og AHUS ble planlagt med samme forutsetning. I tillegg har Helse Sør-Øst gjennom styrevedtak bestemt at 90 % utnyttelsesgrad skal være normen ved planlegging og dimensjonering av alle fremtidige sykehusutbyggingsprosjekter i regionen.

Det er kvalitetssikrers vurdering at konseptrapporten i forbindelse med utnyttelsesgrader velger å legge til grunn forutsetninger som kunne vært mer ambisiøse. Flere sammenlignbare prosjekter har valgt utnyttelsesgrader som gir et lavere fremtidig behov for senger, og konseptrapporten gir ingen redegjørelse for hvorfor Helse Stavanger ikke velger å gjøre det samme.

Ved flere anledninger nevner konseptrapporten at de relativt lange gjennomsnittlige liggetidene og lave utnyttelsesgradene kan ses som argumenter for å skaffe en slags kapasitetsbuffer og således sikre at det nye sykehuset er stort nok. En slik tankegang bryter med gode planleggingsprinsipper, og kvalitetssikrer vil fraråde at forutsetninger om liggetider og utnyttelsesgrader brukes på denne måten. Et framtidig sykehus bør dimensjoneres ut ifra beste tilgjengelige informasjon og med de forutsetninger man tror er gjennomførbare og fornuftige, samtidig som man bygger fleksibelt og elastisk nok til at sykehuset kan endre karakter over tid.

2.5.3.4 Poliklinikkarealer

De utførte beregningene av nødvendige arealer til poliklinisk virksomhet fremstår i konseptfaserapporten og hovedfunksjonsprogrammet som noe mangelfullt begrunnet, og flere forhold bidrar til at kvalitetssikrer stiller spørsmål ved om polikliniske arealer og funksjoner kan være overdimensjonerte.

I hovedfunksjonsprogrammet beregnes behovet for antall poliklinikkrom til 104, hvorpå det konkluderes med at Helse Stavanger i 2025 trenger 140 poliklinikkrom. Av opplysninger senere overbragt av helseforetaket blir det klart at det beregnede behovet på 104 rom kun inkluderer legekonsultasjoner, og at behovet for de øvrige 36 rommene oppstår som konsekvens av konsultasjoner utført av sykepleiere, jordmødre, fysioterapeuter og andre faggrupper. Kvalitetssikrer er enig i at det må dimensjoneres for mer enn bare legekonsultasjoner, men opplever likevel ikke at det er etablert noen argumentasjon som kvantifiserer det samlede behovet.

I tillegg til de 140 poliklinikkrommene beskriver konseptrapporten et behov for 90 spesiallaboratorier i 2025. Dette er polikliniske rom med spesialutstyr, hvor det utføres prosedyrer som krever mer utrustning enn et standard poliklinisk undersøkelsesrom har. Det har ikke vært mulig for kvalitetssikrer å oppdrive noen argumentasjon for eller beregning av omfanget av dette behovet. Kvalitetssikrer ser selvfølgelig behovet for spesiallaboratorier, men utfordrer den planlagte kapasiteten blant disse rommene spesielt, og den samlede polikliniske kapasiteten generelt.

Økningen i behov fra dagens antall spesiallaboratorier til det framskrevne behovet er enormt. Selv når spesiallaboratoriene og standard poliklinikkrom ses samlet, er det fremtidige behovet 60 % høyere enn dagens kapasitet. Dette er en formidabel vekst, også sammenlignet med den i andre funksjoner, og ikke minst tatt i betraktning at økte åpningstider er lagt til grunn.

Det registreres også at det planlegges med en stor økning i den relative andelen spesiallaboratorier av totalt antall polikliniske rom. De polikliniske arealene til Helse Stavanger vil altså bli mer spesialisert i fremtiden enn de er i dag, hvilket trolig gjør det mer utfordrende med sambruk på tvers av fag, noe som igjen kan hindre optimal arealutnyttelse.

Også beregningsmetodikken i hovedfunksjonsprogrammet tyder på at det planlegges med en økt spesialisering av poliklinikkrom. I beregningen av antall standard polikliniske rom er nemlig behovet innen hver enkelt spesialitet rundet opp, hvorpå disse avrundede verdiene summeres for å gi det totale behovet. For eksempel beregnes det et behov for 0,2 rom innen geriatri, og 1,3 rom innen nevrofysiologi. Med den anvendte beregningsmetodikken blir dette totalt 3 rom, fordi begge estimatene rundes opp. I mange tilfeller vil det nok være reelle utfordringer knyttet til at ulike fag skal bruke samme rom, men når den samlede effekten for Helse Stavanger er at behovet for poliklinikkrom går fra 87,4 til 104, er det grunn til å påpeke at rommene nok kunne blitt brukt mer effektivt ved å ikke se på hvert fag isolert.

2.5.3.5 Operasjonsstuer

Den siste komponenten som kvalitetssikrer mener at øker risikoen for at det nye sykehuset overdimensjoneres er beregningene av fremtidig behov for operasjonsstuer. I tillegg til at operasjonsstuer driver areal, er de også høyteknologisk infrastruktur som har en vesentlig m²-kostnad sammenlignet med andre areal typer, og antallet operasjonsstuer vil således påvirke prosjektkostnadene.

Det er vanskelig å forstå hovedfunksjonsprogrammets overgang mellom framskrevet aktivitet og beregnet kapasitetsbehov. Antallet operasjoner på inneliggende pasienter i 2025 endres fra 14 260 til 17 496 mellom hovedfunksjonsprogrammets tabell 23 og 45, altså en økning på hele 3 236 operasjoner. Det mistenkes at denne økningen har sammenheng med at operasjonsaktiviteten på inneliggende pasienter økte med 3 226 operasjoner fra 2012 til 2014, men beskrivelsene angående dette er uklare. Metodikken med å legge differansen mellom aktivitet i 2012 og 2014 til framskrevet aktivitet i 2025 er uansett tvilsom.

Beregningen av antall nødvendige operasjonsstuer tar deretter utgangspunkt i 10 timers åpningstid på operasjonsstuene, og bruker samme avrundingsmetode som nevnt i omtalen av poliklinikkrom tidligere i dette kapitlet. Dette medfører at behovet for operasjonsstuer til inneliggende pasienter øker fra et estimat på 16,1 stuer til et foreslått antall på 23,0 stuer. Tilsvarende justeres behovet for operasjonsstuer til dagkirurgi fra et beregnet nivå på 13,3 til at det foreslås å bygge 22 operasjonsstuer. Totalt utgjør fremgangsmåten en økning i behov for operasjonsstuer fra 29,4 til 45. Selv om det er uproblematisk å se argumenter for at en rent matematisk utregning av operasjonsstuebehov alene er utilstrekkelig, er det kvalitetssikrers vurdering at den kvalitative justeringen tilsvarende 15,6 operasjonsstuer er stor og mangler begrunnelse.

Videre gjør hovedfunksjonsprogrammet en vurdering av konsekvensen av andre åpningstidforutsetninger. Dette er fornuftig, da 10 timers åpningstid ikke nødvendigvis er uten utfordringer, men oversikten tar utgangspunkt i antall operasjoner i 2014, og viser således ikke direkte hvilken konsekvens andre åpningstider ville hatt for dimensjoneringen av et nytt sykehus. Litt avhengig av utregningsmetodikken er det likevel relativt enkelt å regne seg frem til at en redusert åpningstid fra 10 til 8 timer ville gi et økt behov på om lag 20 %. Kvalitetssikrer mener konseptrapporten og dimensjoneringen av det nye sykehuset hadde vært mer robust dersom disse forhold hadde blitt belyst.

2.5.3.6 Valg av dimensjonerende år

I konseptfaserapporten og det medfølgende hovedfunksjonsprogrammet er det valgt å bruke 2025 som et dimensjonerende år, altså at man beregner behov for funksjoner og areal i dette året. Valg av 2025 synes ikke å være begrunnet i konseptrapporten.

De tre nybyggalternativene på Våland, Ullandhaug og Stokka planlegger med ibruktage i henholdsvis 2025/26, 2023 og 2026. Dette betyr at konseptfaserapporten planlegger å bygge sykehus som i Ullandhaug-alternativet er fullt etter to år, mens Våland- og Stokka-alternativene er fulle i det øyeblikk man flytter inn i de nye byggene. Det er kvalitetssikrers vurdering at en lengre dimensjoneringshorisont hadde vært mer hensiktsmessig.

Den nye bygningsmassen skal riktignok bygges i tråd med prinsipper som fleksibilitet og elastisitet, men det vurderes som utfordrende dersom man skal ta i bruk helt nye lokaler, og nærmest umiddelbart måtte gjøre justeringer fordi bygningsmassen er for liten. Befolkningsprognoser fra SSB tyder på at befolkningen i Helse Stavangers opptaksområde vil fortsette å vokse også etter 2025, og det er trolig bare et tidsspørsmål før helseforetaket igjen opplever arealmangel.

Det er kvalitetssikrers vurdering at et valg av 2030, og muligens også enda senere, som dimensjonerende år hadde vært mer fordelaktig. Om ikke annet vil det være nødvendig for Helse Stavanger å ha helt konkrete planer for hvordan man skal møte en situasjon hvor de nye byggene umiddelbart er fulle.

Uten mer konkrete planer for utbygging etter det første trinnet, fremstår valget av 2025 som dimensjonerende år som en av konseptrapporten sine største utfordringer. Det registreres at det trolig kan realiseres ytterligere bygningsmasse før 2030, men dette avhenger blant annet av helseforetakets økonomiske utvikling, og så lenge denne konseptrapporten i all hovedsak er konsentrert om det første byggetrinnet, er kvalitetssikrer forpliktet til å problematisere valget.

2.6 Økonomi og finans

2.6.1 Hva skal omtales?

Innenfor temaet *økonomi og finans* stilles det en rekke krav til oppstillinger og analyser som sammen skal vise de økonomiske og finansielle aspektene ved investeringsprosjektet, og hvordan det henger sammen med foretaket sin økonomi samlet sett.

- 1) Konseptfaserapporten skal beregne prosjektkostnad for samtlige alternativ, også nullalternativet. Beregningene av prosjektkostnad skal inkludere usikkerhetsanalyser og avsetninger for usikkerhet, og det skal fremvises en samlet prosjektkostnad som ligger innenfor et valgt usikkerhetsnivå. Det bør knyttes kommentarer til hvorfor dette usikkerhetsnivået er valgt i sammenligningen av prosjektkostnader.
- 2) Det skal også vises hvordan helseforetaket planlegger å finansiere investeringsprosjektet, både gjennom oppspart overskudd og ekstern finansiering. Dette er delvis overlappende med dokumentasjonsbehovet nevnt under punkt 3.b under.
- 3) I tillegg til disse to oppstillingene, stiller tidligfaseveilederen og veilederen *Sykehusprosjektets økonomiske bæreevne* krav om at det presenteres to oppstillinger som til sammen gir et godt bilde av hvor vidt investeringsprosjektet kan og bør gjennomføres.
 - a) **Dokumentasjon av prosjektets og helseforetakets bæreevne:** For å vise at helseforetaket har økonomisk evne til å gjennomføre investeringsprosjektet, skal det vises hvordan inntekter og kostnader vil utvikle seg over investeringsprosjektets levetid. Oversikten skal vise de siste avlagte regnskap, og estimerte verdier for fremtiden, hvor alle effekter på regnskapet av å gjennomføre prosjektet er inkludert. Fordi ulike alternativ vil ha forskjellige økonomiske konsekvenser, som ulike gevinster og ulike krav til belåning, er det nødvendig å gjøre analysen for hvert alternativ. Dersom summen av inntekter over prosjektets levetid er større enn tilsvarende kostnader, alle forpliktelser hensyntatt, har foretaket bæreevne for prosjektet. Dersom dette ikke er tilfellet, altså at kostnadene overstiger inntektene, nevner veilederen for *Sykehusprosjektets økonomiske bæreevne* at det «enten [må] dokumenteres en større effektivisering av driften som følge av investeringen, RHFet må prioritere prosjektet ytterligere på bekostning av andre HF eller prosjektet må reduseres».
 - b) **Dokumentasjon av hvordan foretaket skal finansiere prosjektet:** Selv om foretaket har evne til å bære de regnskapsmessige effektene av investeringsprosjektet, er det ikke dermed sagt at man har tilgjengelig likviditet og finansiering til å håndtere de forpliktelser som oppstår som følge av prosjektet. På bakgrunn av dette er det nødvendig å gjøre en oppstilling av hvilket grunnlag for investeringer helseforetaket har, hvor blant annet oppspart overskudd, kontantstrøm fra driften og avdrag på lån inkluderes. Dette finansieringsgrunnlaget sammenlignes deretter med investeringene som er nødvendige for å realisere prosjektet. Differansen mellom finansieringsgrunnlaget og investeringsbehovet angir foretakets behov for opptak av nye lån. Hvis dette behovet er mulig å dekke, har helseforetaket dokumentert at det kan finansiere investeringsprosjektet.

2.6.2 I hvor stor grad er tema dekket?

Resultatet av estimeringen av prosjektkostnaden for de fire alternativene er presentert i kapittel 7 av konseptrapporten. Øvrige økonomiske og finansielle vurderinger er beskrevet i kapittel 8 av rapporten. I tillegg til disse kapitlene er flere vedlegg sentrale i å dokumentere stoffet.

ØKONOMI OG FINANS

I hvor stor grad er tema dekket?



Hvor godt er tema dekket?



Oppsummering av vurdering:

De nødvendige oppstillingene er gjort, men det savnes en vurdering av realismen i forutsetninger og konklusjoner. Kvalitetssikrer mener det er en risiko for at helseforetakets økonomiske evner til å realisere prosjektet er overvurdert.

Kvalitetssikrer opplever at kravene til innhold som skal beskrives av konseptrapporten er tilfredsstillt.

2.6.3 Hvor godt er tema dekket?

Som nevnt vurderer kvalitetssikrer det slik at konseptrapporten til Helse Stavanger presenterer de nødvendige oppstillinger og beskrivelser relatert til økonomi og finansering. Det er derimot flere positive økonomiske effekter av nybyggalternativene som ikke er dokumentert på en tilfredsstillende måte. I tillegg savnes det at konseptrapporten gjør selvstendige vurderinger av realismen i forutsetningene som legges til grunn. Resultatet av nevnte bemerkninger er at kvalitetssikrer mener det er betydelig risiko for at de økonomiske beregningene er for optimistiske, hvilket i verste tilfelle kan bety at Helse Stavanger ikke har driftsøkonomi eller økonomisk bæreevne til å håndtere investeringsprosjektene slik de er lagt frem her.

2.6.3.1 Langtidsbudsjettet og resultatutvikling

Den viktigste forutsetningen i de økonomiske analysene av investeringsprosjektene er det økonomiske langtidsbudsjettet til Helse Stavanger, som er gjengitt i tabell 25. Flere av forutsetningene for budsjettet, før noen sykehusutbyggingsprosjekter inkluderes, vurderes som krevende.

- Det legges opp til en marginalkostnad på aktivitets- og inntektsvekst på 80 %, altså en avtagende gjennomsnittskostnad ved økt produksjon. Dette er en svært kritisk forutsetning fordi den isolert sett bidrar til at så lenge helseforetaket har aktivitetsvekst, vil driftsresultatet i både absolutte og relative termer øke. Forutsetningen er mye brukt i økonomisk planlegging og kan begrunnes ut ifra kvalitative argumenter, men det betyr ikke at den er direkte overførbar til sykehusplanlegging. Helse Stavanger opplevde en økonomisk utvikling fra 2013 til 2014 som bidrar til å svekke forutsetningens troverdighet i dette tilfellet. I følge Samdata¹ økte nemlig liggedøgnproduksjonen til helseforetaket med 1,4 % fra 2013 til 2014, mens kostnaden per liggedøgn økte med 4,0 % (eksklusive pensjonskostnader). Dette understøttes av at Helse Stavanger hadde en økning i både DRG-produksjon og kostnad per DRG-poeng mellom 2013 og 2014. Aktivitetsveksten ga altså en større kostnadsvekst enn aktivitetsveksten alene skulle tilsi, og den gjennomsnittlige kostnaden økte med økt produksjon. Helse Stavanger var ett av meget få helseforetak i landet med denne sammenhengen mellom aktivitets- og kostnadsutvikling.
- Langtidsbudsjettet legger opp til en ambisiøs resultatutvikling. Mens resultatet i 2015 planlegges til 80 MNOK, skal det allerede i 2017 være på 120 MNOK. Resultatet til helseforetaket i de senere år har aldri vært i nærheten av de nivåene det budsjetteres med i kommende år.
- Den ambisiøse resultatutviklingen understøttes ikke av utviklingen hittil i 2015. Per august 2015 lå helseforetaket 32,8 MNOK bak resultatmålet, og prognosen ved årets slutt er et overskudd på 50 MNOK, altså 30 MNOK mindre enn budsjettet.
- Dersom Helse Stavanger skal holde tritt med langtidsbudsjettet skal resultatet i 2016 være nesten dobbelt så høyt (90 MNOK) som foretaket ser ut til å klare i år. Det understrekes at denne bedrede økonomiske situasjonen skal skje i den samme infrastrukturen som brukes i dag.

Mens kvalitetssikrer ikke har forutsetninger for å stille spørsmålstegn ved det helhetlige langtidsbudsjettet til Helse Stavanger, kan det likevel ikke underslås at det er meget usikkert om helseforetaket klarer å etterkomme resultatkravene i de nærmeste årene. Dette har konsekvens for hvilket overskudd helseforetaket klarer å akkumulere, og kan således ha store konsekvenser for den økonomiske bære- og løfteevnen. Det er kvalitetssikrers vurdering at langtidsbudsjettet legger opp til en utvikling som er overdreven optimistisk, og at manglende evne til å nå målene vil medføre betydelig risiko for evnen til å håndtere et stort investeringsprosjekt. Konseptrapporten bidrar ikke i tilstrekkelig

¹ Samdata publiseres av Helsedirektoratet, <https://helsedirektoratet.no/statistikk-og-analyse/samdata>

grad til å belyse, forklare eller vurdere disse forhold, og har heller ikke vurdert realismen i den krevende omstillingen som vil være nødvendig.

2.6.3.2 Driftsøkonomiske konsekvenser av nytt sykehus

Sammen med langtidsbudsjettet er beregningene av økonomiske konsekvenser av nytt sykehus de viktigste inputverdiene i analysene av driftsøkonomiske konsekvenser og økonomisk bærekraft.

Først og fremst er det kvalitetssikrers vurdering at det som kalles *økonomisk konsekvens av nytt sykehus* i kapittel 8, også omtalt som gevinster, er mangelfullt dokumentert. Konseptfaserapporten begrunner ikke summene det opereres med, og det synes som om det ikke er noen utregninger tilgjengelig. Gjennom dialog med helseforetaket har kvalitetssikrer mottatt noe tilleggsdokumentasjon på hvordan verdiene er fremkommet, hvilket har bidratt til noe bedre innsikt i gevinstberegningene.

For det andre stiller kvalitetssikrer spørsmålstegn ved de høye, positive effektene på postene *personalkostnader* og *økt behandlingsskapasitet*, mens posten *to-delt drift* tilsynelatende er liten.

For å kunne realisere 100 MNOK årlig i personalkostnader i Ullandhaug- og Stokka-alternativene skal Helse Stavanger ifølge egne beregninger klare seg med 112 årsverk mindre enn dersom man hadde videreført dagens infrastruktur og driftsmodeller. Den beregningen er gjort med et vektet snitt av lønnskostnader på tvers av stillingskategorier. Dersom besparelser i lønnskostnader tas blant syke- og hjelpepleiere, noe som kanskje er det mest realistiske scenariet, vil de årlige besparelsene utgjøre nærmere 150 årsverk. Det vil være krevende for Helse Stavanger å klare seg med så mange færre pleiere i fremtiden, og konseptrapporten legger heller ikke frem noen redegjørelse for hvordan et slikt tiltak skal gjennomføres.

Det påpekes også at gevinstpotensialet på 100 MNOK årlig i henhold til argumentasjonen mottatt av Helse Stavanger skal realiseres utelukkende i virksomheten som etableres i nybyggene på Ullandhaug eller Stokka i første byggetrinn. I følge konseptrapporten vil Ullandhaug-alternativet etter ferdigstilling utgjøre 46 % av totalarealet til Helse Stavanger, noe som betyr at helseforetaket skal spare 100 MNOK årlig på kun en begrenset del av personalbasen.

Den andre store posten med meget fordelaktig effekt ved nybygg er *økt behandlingsskapasitet*. I følge informasjon mottatt fra Helse Stavanger skal dette skje ved generelt bedret behandlingsskapasitet, samt reduserte gjestepasientkostnader. Av de 70 MNOK i positiv økonomisk effekt på grunn av økt behandlingsskapasitet kommer 50 MNOK fra generell aktivitetsøkning.

Økonomisk effekt av økt behandlingsskapasitet er generelt sett en krevende øvelse i det finansieringssystemet Helse Stavanger opererer. For det første følger det med kostnader til all aktivitet, og for det andre gis det kun 50 % ISF-refusjon på aktivitet utover basisrammen. Dersom aktivitetsøkningen omtalt her faktisk er utover basisrammen, betyr det at marginalkostnaden til Helse Stavanger ved å gjøre ytterligere én behandling må være mindre enn halvparten av DRG-satsen på den aktuelle behandlingen. Uten å gjøre noen grundige beregninger av hva dette medfører, er det liten tvil om at en økonomisk nettoeffekt på 50 MNOK på grunn av aktivitetsøkning krever en meget stor økning i inntekter. Dessuten har resultatoppstillingene som anvendes i de økonomiske analysene også lagt inn en jevn, årlig vekst i aktivitet, hvilket betyr at effekten nevnt her kommer i tillegg til det som legges til grunn i langtidsbudsjettet. Også i 0-alternativet skal befolkningen få dekket sitt behov for spesialisthelsetjenester, og spørsmålet blir da hvilke pasientgrupper det er som utgjør den aktivitetsøkningen det legges opp til ved nybyggalternativene. Er det pasienter som i dag får dekket sitt behov på private klinikker, er det uprioriterte pasientgrupper, eller er det eventuelt gjestepasienter? Konseptfaserapporten går ikke nærmere inn i disse problemstillingene.

Reduserte gjestepasientkostnader, altså kostnaden Helse Stavanger får som konsekvens av at pasienter fra opptaksområdet mottar behandling av andre helseforetak, er et enklere argument å føre, men også her er kvalitetssikrer bekymret for at effekten er overdreven ambisiøs. For det første har ikke Helse Stavanger noe utpreget problem med lav egendekning og gjestepasienter i forhold til andre helseforetak av sammenlignbar karakter. Dette kan tyde på at gjestepasientaktiviteten har begrunnede årsaker som ikke lar seg endre av noe nytt sykehus, som eksempelvis hvor pasientene befant seg på

tidspunktet da behovet for helsehjelp oppstod, at pasienten benyttet seg av sin rett til fritt sykehusvalg, eller at pasienten hadde behov for behandling som ikke gis av Helse Stavanger. For det andre betaler Helse Stavanger kun 80 % av kostnaden på gjestepasienter fra eget opptaksområde, hvilket betyr at helseforetaket må evne å behandle de aktuelle pasientene på en mer kostnadseffektiv måte enn det helseforetaket som i dag står for behandlingen.

Elementet kalt *to-delt drift* fremstår i motsetning til de to nevnte postene som undervurdert. De økonomiske konsekvensene av å flytte blant annet ansatte, personal og varer mellom to lokasjoner er trolig større enn 16 MNOK, spesielt med tanke på at ikke uvesentlige deler av den somatiske driften skal forbli på Våland i Ullandhaug- og Stokka-alternativene. Blant annet skal stråleterapi og pasienthotellet forbli her, hvilket vil medføre ikke ubetydelig transport av de aktuelle pasientgruppene. I tillegg vil ansatte bruke av sin arbeidstid på å forflytte seg mellom lokasjonene, hvilket alene vil være en vesentlig bidragsyter til negativ økonomisk effekt.

Kvalitetssikrers samlede vurdering av gevinstene assosiert med nybygg, og estimatene av økonomisk konsekvens av nytt sykehus i bredere forstand, er at det er en mangel på detaljert dokumentasjon og forklaring av hvordan verdiene er fremkommet, samtidig som det er utfordrende å se realismen til de estimatene der fremgangsmåten er forklart. Det er derfor stor risiko for at de økonomiske gevinstene er for optimistiske.

2.6.3.3 Effekt av sykehusdrift på byggeplass

Mens gevinstestimatene i all hovedsak utgjør besparelser ved nybygg kontra nullalternativet, er konseptrapportens beregninger av *effekt av sykehusdrift på byggeplass* et forsøk på å kvantifisere de ulempene ansatte, pasienter og økonomi vil oppleve i nullalternativet og ved nybygg på Våland. I likhet med gevinstberegningene er kvalitetssikrers vurdering at estimatene er mangelfullt dokumentert. Kvalitetssikrer stiller seg undrende også til hvorfor det ikke er gjort vurderinger av de driftsmessige ulempene som vil oppstå i perioden etter ibrukttagelse av Ullandhaug og Stokka når øvrige byggefaser skal realiseres der. I begge disse alternativene vil det komme nye bygg som skal knyttes til de som ble oppført i første byggetrinn. Så lenge den økonomiske analyseperioden strekker seg til 2030 burde også dette estimeres, eller i det minste inkluderes som en kommentar.

Kvalitetssikrer deler vurderingen at det er ulemper ved sykehusdrift i nærheten av byggeaktivitet. Erfaringer fra andre prosjekt tilsier imidlertid at det er mulig å iverksette tiltak for å redusere disse ulempene; det går ikke minst på god og detaljert planlegging, god informasjon til ansatte og pasienter, god dialog mellom de som drifter sykehus og entreprenør, valg av byggemetoder og avstand mellom drift og byggeaktivitet.

2.6.3.4 Sensitivitetsberegninger

Som ett av de mest sentrale elementer i konseptrapporten, er det av stor viktighet å etablere en trygghet for de økonomiske beregningene og vite hvordan resultatene endres ved nye forutsetninger. Kvalitetssikrer kan imidlertid ikke se at konseptrapporten gjør noen forsøk på slike sensitivitetsanalyser, hvilket bidrar til at det er mer utfordrende å legge de økonomiske beregningene til grunn. Eksempler på parametere som kunne vært vurdert er den forventede inntektsveksten, marginalkostnadsforutsetningen og gevinstestimatene.

2.6.3.5 Prosjektkostnad

Prosjektkostnadene er av konseptrapporten gjengitt som P85-estimatene fra usikkerhetsanalysen av investeringsbeløpene. Dette innebærer at tilgjengelig informasjon og vurderinger tilsier at det er 85 % sannsynlighet for at den faktiske prosjektkostnaden blir tilsvarende eller lavere enn P85-estimatet, og dermed at det kun er 15 % sannsynlighet for kostnadsoverskridelser.

Som nevnt i kapittel 2.4 av denne rapporten mener kvalitetssikrer at prosjektkostnadsestimatet for nullalternativet innebærer forutsetninger som ikke er strengt nødvendige med utgangspunkt i den definisjonen av nullalternativet som anvendes i relevante veiledere. Kvalitetssikrer hadde helst sett at

det var drøftet i hvilken grad forholdene som driver usikkerhet kunne vært avklart. Det henvises til kapittel 2.4.3.3 for ytterligere redegjørelse av dette.

I beregningene av prosjektkostnad er det spesielt én post som kvalitetssikrer ønsker å utfordre Helse Stavanger til å ha fokus på i det videre arbeidet. Konto 8, *Generelle kostnader*, er beregnet som en andel av entreprisekostnaden, og er en vesentlig bidragsyter til den totale kostnaden. Det er også en kostnadsgruppe hvor de som styrer prosjektet kan ta bevisste valg som kan bidra til å redusere kostnader. Kvalitetssikrer oppfordrer Helse Stavanger til å ha et ekstra fokus på kostnader til administrasjon og prosjektering, tenke smart og muligens skue til utlandet for erfaringer derfra.

2.7 Omstilling, effektivisering og gevinster

2.7.1 Hva skal omtales?

Et stort investeringsprosjekt kan nødvendiggjøre omstilling, for eksempel dersom nybygg medfører vesentlig endringer i driftskonseptet for kjernevirksomheten. Slike omstillinger bør omtales i konseptfaserapporten, både i lys av at de er muligheter for mer effektive rutiner og prosesser, og fordi de nødvendigvis krever at ansatte og pasienter må endre handlingsmønster.

OMSTILLING, EFFEKTIVISERING OG GEVINSTER

I hvor stor grad er tema dekket?



Hvor godt er tema dekket?



Oppsummering av vurdering:

Generelt sett manglende omtale av temaet, gevinster er ikke tilstrekkelig dokumentert.

I tillegg er det viktig at konseptfaserapporten presenterer hvilke gevinster helseforetaket mener at investeringsprosjektet vil medføre, herunder også ulikheter mellom alternativene. Mens det er naturlig at konseptrapporten omtaler de økonomiske effektene av gevinstene i de økonomiske analysene (her kapittel 2.6), bør det i en dedikert omtale av temaet fremkomme hvilke forutsetninger som ligger til grunn for at gevinstene skal kunne realiseres, og når de kan realiseres.

2.7.2 I hvor stor grad er tema dekket?

De omstillinger som muliggjøres av de alternative investeringsprosjektene er ikke omtalt av konseptfaserapporten som eget tema, annet enn at et pågående OU-prosjekt er planlagt videreført og at dette skal identifisere nye underprosjekter som sammen bidrar til å synliggjøre og utnytte muligheter for omstilling. Ellers nevnes det at nybyggalternativene vil legge til rette for effektive pasientforløp, uten at dette utdypes.

Gevinstene som er estimert beskrives i knappe ordelag av kapittel 8, og er omtalt av kapittel 2.6.3.2 av denne kvalitetssikringsrapporten. Konseptfaserapporten gir ikke noen inngående beskrivelse av hva som inngår i elementene som utgjør det samlede gevinstpotensialet, og redegjør ikke for hvilke forutsetninger som ligger til grunn for estimatene. Selv om det ikke kreves at konseptrapporten utarbeider noen gevinstrealiseringsplan, er det kvalitetssikrers oppfatning at Helse Stavanger i større grad burde bidratt til å skape troverdighet rundt gevinstene, og sannsynliggjøre at de kan realiseres. Dette har også sammenheng med størrelsen på de gevinstene som brukes i de økonomiske analysene – større effekter medfører et tilsvarende større behov for dokumentasjon og forklaring.

Totalt sett er omstillinger, effektivisering og gevinster dekket med manglende bredde.

2.7.3 Hvor godt er tema dekket?

Kvalitetssikrers vurderinger av hvordan konseptrapporten beskriver gevinster og effektivisering er omtalt i kapittel 2.6 av denne kvalitetssikringsrapporten, og utdypes ikke ytterligere her. Øvrige innholdselementer under temaet er ikke dekket av konseptrapporten, og vurderes derfor ikke i henhold til kvalitet her.

Kvalitetssikrer tillater seg å nevne at det kan synes som om det er et noe lavt ambisjonsnivå i prosjektet hva omstillinger av driften angår. Dette handler ikke primært om økonomi, men heller hvordan man i de tidlige fasene av planleggingen kan se på ny bygningsmasse og infrastruktur som en gylden mulighet til å gjøre større driftsmessige forbedringer. Kvalitetssikrer vil oppfordre Helse Stavanger til å bruke byggeplanene som en motivasjon for å forbedre driften heller enn å være opptatt av å skape trygghet for at det nye sykehuset blir stort nok.

2.8 Overordnede konsekvenser og eksterne hensyn

2.8.1 Hva skal omtales?

Store investeringer i sykehusbygg er omfattende prosjekter som har interesse for samfunnet, som påvirker omgivelsene og andre aktører, og som potensielt kan være med på å endre hvordan befolkningen bruker spesialisthelsetjenesten i fremtiden. Av disse årsaker er det nødvendig at konseptfaserapporten også omtaler mer overordnede konsekvenser av investeringsprosjektet og hvilke eksterne hensyn og påvirkninger som vil gjøre seg gjeldende.

OVERORDNEDE KONSEKVENSER OG EKSTERNE HENSYN

I hvor stor grad er tema dekket?



Hvor godt er tema dekket?



Oppsummering av vurdering:

Det mangler omtale av flere relative viktige forhold under dette tema, og det stilles spørsmålstegn ved flere av vurderingene som konseptrapporten gjør av regulatoriske problemstillinger.

- **Samfunnsmessige påvirkninger:** Hvordan kan investeringsprosjektet tenkes å påvirke samfunnsaktører som sykehuset og helseforetaket interagerer med? Dette kan potensielt være et bredt spekter av konsekvenser, fra trafikk og transport til samarbeid med forskningsmiljø og næringsliv i regionen.
- **Kostnadseffektivitetsanalyser:** Investeringer i den størrelsesorden som Helse Stavanger sitt utbyggingsprosjekt er vesentlige også i et samfunnsperspektiv, og det er derfor nødvendig at konseptfaserapporten gjør vurderinger av hvilke alternativ som gir størst kostnadseffektivitet. Dette betyr i all hovedsak at det skal gjøres analyser av hvordan midlene bør anvendes for å få størst nytte av dem. Slike vurderinger kan være både kvantitative og kvalitative. Kostnadseffektivitet er forholdet mellom prosjektkostnadene og gevinstene, og kan således omtales i forbindelse med disse temaene.
- **Sammenheng med tjenestetilbudet i det regionale helseforetaket:** Investeringsprosjektet vil i alle sammenhenger være en del av det regionale helseforetaket sitt tjenestetilbud, og det er derfor nødvendig å beskrive om prosjektet medfører endringer i et regionalt perspektiv. Dette kan være endringer i regionale funksjoner, at investeringsprosjektet får konsekvenser for fremtidige pasientstrømmer, eller at investeringsprosjektet vil kreve regionale investeringsmidler.
- **Forholdet til samhandlingsreformen:** Samhandlingsreformen legger til rette for at det inngås avtaler mellom helseforetakene og kommunene, med det mål at aktivitet overføres fra sykehusene til kommunale tilbud. De potensielle konsekvensene av reformen er per 2015 i begrenset grad realisert, og det blir derfor viktig at konseptfaserapporten forklarer hvordan man har tatt hensyn til den fremtidige ansvarsfordelingen mellom helseforetaket og aktuelle kommuner.
- **Miljøhensyn, ivaretagelse av indre og ytre miljø:** Konseptfaserapporten skal beskrive hvordan investeringsprosjektet innretter seg etter krav til ivaretagelse av indre og ytre miljø, og hvilke konsekvenser prosjektet har i et miljømessig perspektiv.
- **Befolkningens krav til spesialisthelsetjenesten:** Over analyseperioden og levetiden av bygget som realiseres gjennom investeringsprosjektet er det trolig at befolkningens krav til spesialisthelsetjenesten vil endres. Dette kan for eksempel være knyttet til bruk av

teknologiske virkemidler, tilgjengelighet eller hvordan interaksjon med helsepersonell skal foregå.

- **Lov- og planverk:** Konseptrapporten må vise at planene for utbyggingsprosjektet, herunder hvert alternativ, forholder seg til gjeldende lover og regler, samt relevant offentlig planverk. Spesielt viktig for utbyggingsprosjekter på ubebygde tomter er at reguleringsmessige hensyn er ivarettatt, slik at tomten er mulig å bruke til sykehusbygg.

2.8.2 I hvor stor grad er tema dekket?

De fleste av de påkrevde elementene som her er samlet under paraplyen *Overordnede konsekvenser og eksterne hensyn* er ikke omtalt av konseptfaserapporten som egne tema, men unntaket er samfunnsmessige påvirkninger, hvor kapittel 11 redegjør for potensiell samlokalisering med universitetet og næringsmiljøet på Ullandhaug. I tillegg er det redegjort for trafikale hensyn i skisseprosjektet, og implikasjoner for kollektivtilbud i regionen drøftes. Kostnadseffektivitet er delvis belyst gjennom de økonomiske analysene i kapittel 8, mens miljøhensyn og samhandlingsreformen nevnes på ulike steder i konseptrapporten uten å bli beskrevet i nevneverdig grad. Reguleringsmessige forhold tilknyttet aktuelle tomter nevnes i skisseprosjektene, og tas opp i forbindelse med høringsuttalelsene i kapittel 12 av konseptrapporten. Kvalitetssikrer kan ikke finne omtalte av hvordan investeringsprosjektet forholder seg til tjenestetilbudet i det regionale helseforetaket, eller utvikling i befolknings krav til spesialisthelsetjenesten.

Spesielt forutsetninger angående samhandlingsreformen og primærhelsetjenesten er viktig, og selv om ikke konseptrapporten gir noen utgreiing av dette temaet, forklarer hovedfunksjonsprogrammet ved flere anledninger hvordan reformen tenkes å påvirke ulike fag og organisatoriske deler av virksomheten. Dette kunne med fordel vært oppsummert og inkludert mer utdypende i konseptrapporten, men redegjørelsene i HFP vurderes som en tilfredsstillende dekning av samhandlingsreformens konsekvenser.

En samlet vurdering tilsier at de samfunnsmessige og eksterne effektene av prosjektet er delvis dekket, og at det er et vesentlig potensiale for å i større grad å fremvise hvordan et sykehusutbyggingsprosjekt er relevant for regionen og berørte aktører.

2.8.3 Hvor godt er tema dekket?

I forbindelse med samlokalisering med universitet og forskningsmiljø på Ullandhaug påpekte kapittel 2.4 i denne kvalitetssikringsrapporten at det er paradoksalt at undervisningsarealene i all hovedsak skal forbli på Våland i et første byggetrinn. Det gjentas her at dersom fordelene ved en samlokalisering er så betydelige som kapittel 11 i konseptfaserapporten legger opp til, så burde det også vurderes å gjøre en omfordeling av areal som muliggjør denne samlokaliseringen så raskt som mulig.

I følge relevante veiledere skal konseptrapporten gjøre kostnadseffektivitetsanalyser som avdekker hvilken måte å investere midler på som gir størst utbytte. Kapittel 8 gjør dette indirekte og delvis ved å sammenligne driftsøkonomi og likviditet i ulike investeringsalternativ i perioden frem til 2030, men det gjøres ingen direkte sammenligning av kost-nyttens ved hvert alternativ. De tre nybygg-alternativene er relativt like i prosjektkostnad, så i disse tilfellene kan man i stor grad sammenligne gevinstpotensialet for å avdekke hvilken investering som er mest lønnsom, men for nullalternativet er dette mer utfordrende. Konseptrapporten hadde stått sterkere dersom den hadde gjort mer eksplisitte vurderinger av hva som er verdien av at man i nullalternativet investerer om lag 2 milliarder kroner mindre frem til 2025.

Fra høringsuttalelsene gjengitt i kapittel 12 av konseptrapporten kommer det frem at flere instanser har innvendinger mot reguleringsmessige forhold ved de foreslåtte tomtene. Spesielt Stokka og Ullandhaug trekkes frem som potensielt i konflikt med nasjonalt planverk, og fylkesmannen går så langt som å si at reguleringsplaner for de aktuelle områdene ikke vil la seg utforme «innenfor rammene av nasjonal arealpolitikk». Slik kvalitetssikrer leser uttalelsene gjøres det ikke vesentlig forskjell mellom Stokka og Ullandhaug i høringsuttalelsene, men konseptrapporten stempler likevel kun Stokka-alternativet som

særskilt utfordrende med tanke på regulering. Kvalitetssikrer opplever ikke at konseptrapporten tar tilstrekkelig hensyn til de utfordringer de regulatoriske forhold kan representere, og stiller spørsmålsteget ved hvorfor kun Stokka vurderes til å være reguleringsmessig problematisk.

Det er kvalitetssikrers vurdering at de flere av elementene under temaet *Overordnede konsekvenser og eksterne hensyn* med fordel kunne vært behandlet mer inngående, og at deler av innholdet med fordel utdypes i det videre arbeidet.

2.9 Pasientsikkerhet

2.9.1 Hva skal omtales?

En potensiell konsekvens av investeringsprosjektet er at pasientens rolle eller sikkerhet påvirkes, og det kan være forskjeller mellom alternativene hva pasientsikkerhet angår. Konseptrapporten bør omtale pasientsikkerhet spesifikt, men også ta opp hvorvidt prosjektet kan ha konsekvenser for pasientens opplevelse av møtet med sykehuset. Dette kan for eksempel påvirkes av sykehusets beliggenhet eller utforming.

PASIENTSIKKERHET

| | |
|--------------------------------------|-------------------------------|
| I hvor stor grad er tema dekket? | Hvor godt er tema dekket? |
|--------------------------------------|-------------------------------|

Oppsummering av vurdering:

Pasientsikkerhet er ikke drøftet eller omtalt som eget tema, og det gjøres ingen inngående vurderinger av om hvorvidt pasientsikkerhet påvirkes av konseptvalg.

2.9.2 I hvor stor grad er tema dekket?

Konseptfaserapporten gir ingen eksplisitt beskrivelse av hvordan pasientsikkerhet påvirkes av de ulike alternativene, ei heller noen sammenligning av pasientsikkerhet i ny og eksisterende bygningsmasse. Pasientsikkerhet og pasientenes opplevelse av sykehusoppholdet nevnes likevel på ulike steder i rapporten, og det fremkommer av konseptrapporten samlet at pasientsikkerheten i nybygg vil være bedre enn i eldre bygningsmasse, primært representert ved nullalternativet. Eksempler på dette er at det nevnes hvordan nye sengearealer vil bestå av enerom, og at nye bygg legger til rette for effektive pasientforløp.

Temaet *Pasientsikkerhet* er på bakgrunn av dette ikke eksplisitt dekket i tilstrekkelig grad.

2.9.3 Hvor godt er tema dekket?

I lys av at temaet ikke er dekket i nevneverdig grad, er det ikke relevant å vurdere kvaliteten på omtalen. Det er kvalitetssikrers mening at manglende omtale av pasientsikkerhet neppe påvirker kvaliteten på de planene som foreligger, og således ikke bør ses på som noen alvorlig mangel.

2.10 Evaluering og valg av alternativ

2.10.1 Hva skal omtales?

Når konseptfaserapporten skal gjøre et valg av anbefalt alternativ skal dette gjøres ved å definere en rekke evalueringskriterier. Disse skal beskrives og vektet dersom det finnes å være hensiktsmessig, slik at det fremgår hvilke aspekter ved alternativene som har størst betydning i vurderingen.

Deretter skal evalueringskriteriene brukes til å vurdere hvilket investeringsalternativ som er best egnet. Egnethet er i henhold til tidligfaseveilederen definert som det alternativet som sikrer best oppfyllelse av målhierarkiet slik det er

EVALUERING OG VALG AV ALTERNATIV

| | |
|--------------------------------------|-------------------------------|
| I hvor stor grad er tema dekket? | Hvor godt er tema dekket? |
|--------------------------------------|-------------------------------|

Oppsummering av vurdering:

Tema er tilstrekkelig dekket. Evalueringen av alternativ er forståelig gitt måten alternativene er beskrevet på i konseptrapporten, hvilke evalueringskriterier som er lagt til grunn og hvordan de er vektet.

beskrevet i konseptfaserapporten, og det skal således være mulig å se sammenhengen mellom de målene som er satt, vurderingene som er gjort, og det endelige valget.

Av evalueringen som gjøres i konseptfaserapporten skal det være tydelig hvilket alternativ det anbefales at utredes videre i forprosjektfasen.

2.10.2 I hvor stor grad er tema dekket?

Evalueringen av de ulike alternativene og anbefalingen av hvilket som bør videreføres til forprosjekt gjøres av konseptrapportens kapittel 13. Det defineres, forklares og vektet seks vurderingskriterier, som fremstår som lett forståelige, hvorpå disse brukes aktivt til å vurdere hvert enkelt alternativ.

Det er kvalitetssikrers vurdering at konseptrapporten omtaler nødvendige forutsetninger for anbefaling av alternativ, og at den følger relevante krav til fremgangsmåte i utvelgelsen.

2.10.3 Hvor godt er tema dekket?

Denne vurderingen av hvordan alternativene er blitt evaluert og sammenlignet vil ta utgangspunkt i innholdet i kapittel 13 av konseptrapporten, og hvor vidt dette er gjort i henhold til formelle retningslinjer. Kapittel 3 av denne kvalitetssikringsrapporten vil gjøre mer overordnede betraktninger rundt sammenligning av alternativ, og kommentere hvorvidt de forbedringspunktene som er påpekt i kapittel 2 kan sies å ha konsekvens for det valget som gjøres.

I følge tidligfaseveilederen skal vurderingskriteriene som legges til grunn for anbefalingen av alternativ være utledet fra målhierarkiet, og anbefalingen skal være det alternativet som sikrer måloppnåelse til lavest kostnad. Som det ble nevnt i kapittel 2.2 av denne rapporten, fremstår noen av målene i konseptrapporten som utydelige og lite konkrete, og det er således utfordrende å se at vurderingskriteriene er utledet direkte fra disse. Det er likevel ingenting som tyder på at vurderingskriteriene er i strid eller konflikt med målhierarkiet, regionale eller nasjonale mål, og det er kvalitetssikrers vurdering at kriteriene er relevante for den utvelgelsen som skal gjøres.

I anvendelsen av vurderingskriteriene stiller kvalitetssikrer spørsmålstegn ved enkelte slutninger og vurderinger, hvorav vurderingen av prosjektkostnad under kapittel 13.3.1 er spesielt verd å nevne. Argumentet om at nullalternativet gir lavere andel nybygd areal kan ikke sies å være relatert til økonomi, og påstanden om at nullalternativet ikke gir noen ekstra kapasitet utover behovet i 2025 er krevende å forstå, da ingen av alternativene i utgangspunktet tar høyde for noen ekstra kapasitet utover behovet i det dimensjonerende året. I forbindelse med de økonomiske vurderingene er det også verd å minne om at kvalitetssikrer stiller seg skeptisk til flere av de estimerte verdiene for driftsøkonomiske effekter (gevinster), som er sterke medvirkende til hvilket alternativ som anbefales.

Dette henger delvis sammen med det kvalitetssikrer opplever som et mer gjennomgående perspektiv i omtalen av alternativene i kapittel 13: Det vurderes ikke hvor god måloppnåelse alternativene gir sammenlignet med kostnaden ved å implementere dem, hvilket gir et inntrykk av at så lenge man har økonomisk mulighet til å bygge nytt vil nullalternativet alltid vurderes som dårligst. Dette er på mange måter naturlig, for ny bygningsmasse som kan designes og tilpasses etter sykehusets behov vil alltid være mer hensiktsmessig enn eldre bygningsmasse. Konseptrapporten hadde likevel fremstått som mer robust dersom den i større grad hadde vurdert alternativene i et kost-nytte-perspektiv.

Basert på dette er det utfordrende for kvalitetssikrer å bekrefte at det anbefalte alternativet er det som gir måloppnåelse til lavest kostnad. Utover at dette relativitetsperspektivet savnes, mener kvalitetssikrer at vurderingen og anbefaling av alternativ er gjort på en konsistent og systematisk måte. Det henvises til kapittel 3 i denne kvalitetssikringsrapporten for en vurdering av hvorvidt kvalitetssikrers bemerkninger kan ha implikasjoner for hvilket alternativ som er blitt anbefalt.

2.11 Forprosjekt og byggefase

2.11.1 Hva skal omtales?

Konseptfaserapporten skal inkludere et mandat for forprosjektet, og dette skal beskrive hvordan konseptfasen skal videreføres og eventuelt hvilke endringer og korrigeringer som skal gjøres fra tidligere faser. Utover dette skal mandatet inneholde mål, suksesskriterier, forutsetninger og rammer for forprosjektfasen.

Konseptfaserapporten skal også inneholde en plan for kommende arbeid, herunder forprosjektet og byggefase. Disse planene bør blant annet omtale

- Hovedleveranser i forprosjektet
- Særskilte utfordringer
- Organisering
- Tidsplan
- Kontraktstrategi for kontrahering av tjenester
- Prinsipper for prosjekt- og risikostyring
- Kvalitetssikring
- Ressursbruk og kostnader

2.11.2 I hvor stor grad er tema dekket?

Konseptfaserapportens kapittel 14 tar for seg planene for det videre arbeidet. Kapittelet inkluderer et overordnet mandat for forprosjektfasen, samt beskrivelse av punktene nevnt i 2.11.1 av denne kvalitetssikringsrapporten.

Det bemerkes at planene beskrevet i kapittel 14 av konseptfaserapporten er avgrenset til et første byggetrinn og at alternativet Ullandhaug videreføres til forprosjektet.

Kvalitetssikrer mener at konseptrapporten omtaler forprosjektet og påfølgende byggefase i tilstrekkelig grad.

2.11.3 Hvor godt er tema dekket?

Som nevnt er kapittel 14 av konseptfaserapporten avgrenset til å beskrive det første byggetrinn, som for Ullandhaug vil si bygningsmassen som ferdigstilles primo 2023. I lys av at Ullandhaug-alternativet legger opp til delt sykehusdrift frem til nye byggetrinn kan realiseres, er det kvalitetssikrers oppfatning av det ville vært verdifullt å vite mer om når og hvordan utbygging etter første byggetrinn kan gjennomføres. Det nevnes at det kan være økonomisk bæreevne for å starte ytterligere bygging i 2026, men det sies ikke noe konkret om hvordan dette skal gjøres. Med de lange prosessene som er nødvendig for investeringsprosjekter av denne størrelsen er det nærliggende å tro at planleggingen må starte relativt snart.

Av kapittel 12 i konseptrapporten fremkommer det at blant annet fylkesmannen i Rogaland er meget negativ til regulering av Ullandhaug- og Stokka-alternativene, og uttaler «at det ikke vil la seg gjøre å utarbeide reguleringsplan innenfor rammen av nasjonal arealpolitikk for konseptene Ullandhaug og Stokka». Kvalitetssikrer vurderer dette som alvorlig for prosjektets videre fremdrift, og synes ikke Helse Stavanger eller konseptrapporten tar innover seg hvilke konsekvenser dette kan ha. At helseforetaket ikke er enig i fylkesmannens vurdering kan neppe sies å være beroligende. På bakgrunn av dette mener kvalitetssikrer at reguleringsmessig skepsis hos fylkesmannen utgjør en risiko for det videre arbeidet, og at denne burde vært grundigere drøftet av konseptrapporten.

FORPROSJEKT OG BYGGEFASE

I hvor stor grad er tema dekket?



Hvor godt er tema dekket?



Oppsummering av vurdering:

De nødvendige planene for kommende arbeid er dekkende, men muligheter for byggetrinn utover det første kunne vært drøftet ytterligere, sammen med reguleringsmessige utfordringer.

Samlet sett mener kvalitetssikrer at planene for forprosjekt og byggefase er beskrevet på en god måte, men det anbefales på det sterkeste at Helse Stavanger legger mer konkrete planer for ytterligere byggetrinn innen nærmeste fremtid, enten som del av forprosjektfasen eller ved at det etableres et eget prosjekt.

Helseforetaket har selv påpekt flere forhold som bør oppgraderes i forbindelse med forprosjektarbeidet. En rekke bemerkninger i denne kvalitetssikringsrapporten underbygger og forsterker dette behovet.

3 OPPSUMMERING OG ANBEFALINGER

Deloitte har på oppdrag fra Helse Stavanger gjennomført en ekstern og overordnet kvalitetssikring av deres konseptfase for sykehusutbygging og konseptfaserapporten som oppsummerte dette arbeidet. Arbeidet har bestått av en rådgivende fase der kvalitetssikrer har gitt innspill på uferdige versjoner av ulike dokumenter, hvorpå selve kvalitetssikringen av konseptfaserapporten har skjedd i løpet av en periode på tre uker i november 2015.

Kvalitetssikrer har vurdert konseptrapporten slik den forelå 29. oktober 2015, og eventuelle endringer etter denne tid er i utgangspunktet ikke tatt hensyn til i denne kvalitetssikringsrapporten.


Den overordnede kvalitetssikringen vurderer konseptfaserapporten og utvalgte underliggende dokumenter der det har vært naturlig. Først er det gjort en evaluering av rapporten i henhold til en rekke tema eller kriterier som er utledet fra relevante veiledere, samt rammeavtalen for KSK-ordningen. I dette kapitlet vil konseptrapporten vurderes i et mer helhetlig perspektiv med fokus på hvorvidt noen av bemerkningene som fremkommer, kan ha innvirkning på hvilket alternativ som fremstår som mest fordelaktig, og hvordan Helse Stavanger kan videreutvikle sykehusutbyggingsplanene i forprosjektfasen.

3.1 Sentrale bemerkninger i kvalitetssikringen av konseptrapporten

Kvalitetssikrers gjennomgang av konseptrapporten til Helse Stavanger har resultert i en rekke større og mindre bemerkninger, men de aller fleste av disse kan uproblematisk tas med som innspill til videre arbeid og fremgangsmåte i forprosjektfasen. Den helhetlige vurderingen etter å ha vurdert rapporten tema for tema er at de viktigste emnene er dekket med en tilstrekkelig bredde, og at de fleste aspekter ved konseptfaserapporten er preget av høy kvalitet.

Tabell 1 gjengir vurderingen av hvert enkelt tema som skal være omtalt av konseptrapporten. Her brukes den samme delingen av vurderingene som er gjort i kapittel 2. Dette betyr at det først gjøres en evaluering av hvorvidt konseptrapporten dekker det nødvendige innholdet i temaene, hvorpå det gjøres en vurdering av kvaliteten av omtalen.

Tabell 1 Evaluering i henhold til formelle kriterier

| Tema | I hvor stor grad er tema dekket? | Hvor godt er tema dekket? | Kommentarer |
|------------------------------|---|---|---|
| Om prosjektprosessen |  |  | Prosjektprosessen er beskrevet i lys av tidligere arbeid og organisering. Dette er gjort på en god og tilstrekkelig detaljert måte. |
| Mål og avgrensninger |  |  | Målhierarki er tilfredsstillende, men noe lite konkret. Avgrensninger omtales ikke eksplisitt. |
| Nåsituasjon og behov |  |  | Det er mangelfull beskrivelse av bygningsmessig nåsituasjon, mens dagens virksomhet er godt beskrevet i HFP. Behovet for investeringsprosjektet kunne vært presentert tydeligere. |
| Alternativ og konsept |  |  | Temaets bredde er dekket, og skisseprosjektet er solid. Det kunne med fordel vært større bredde i alternativene, samt redegjørelse for de valg som er gjort. |

| Tema | I hvor stor grad er tema dekket? | Hvor godt er tema dekket? | Kommentarer |
|--|----------------------------------|---------------------------|---|
| Programmering | | | De påkrevde temaene er dekket, men flere av valgene som er gjort bidrar til at det er vesentlig risiko for at et fremtidig sykehus blir overdimensjonert. |
| Økonomi og finans | | | De nødvendige oppstillingene er gjort, men det savnes en vurdering av realismen i forutsetninger og konklusjoner. Kvalitetssikrer mener det er en risiko for at helseforetakets økonomiske evner til å realisere prosjektet er overvurdert. |
| Omstilling, effektivisering og gevinster | | | Generelt sett manglende omtale av temaet, gevinster er ikke tilstrekkelig dokumentert. |
| Overordnede konsekvenser og eksterne hensyn | | | Det mangler omtale av flere relative viktige forhold under dette tema, og det stilles spørsmålstegn ved flere av vurderingene som konseptrapporten gjør av regulatoriske problemstillinger. |
| Pasientsikkerhet | | | Pasientsikkerhet er ikke drøftet eller omtalt som eget tema, og det gjøres ingen inngående vurderinger av om hvorvidt pasientsikkerhet påvirkes av konseptvalg. |
| Evaluering og valg av alternativ | | | Tema er tilstrekkelig dekket. Evalueringen av alternativ er forståelig gitt måten alternativene er beskrevet på i konseptrapporten, hvilke evalueringskriterier som er lagt til grunn og hvordan de er vektet. |
| Forprosjekt og byggefase | | | De nødvendige planene for kommende arbeid er dekkende, men muligheter for byggetrinn utover det første kunne vært drøftet ytterligere, sammen med reguleringsmessige utfordringer. |

Det er to forhold som krever større og mer omfattende vurderinger, og som kan være avgjørende for hvordan helseforetakets sykehusutbyggingsplaner skal videreføres i forprosjektfasen: Dimensjonering av det fremtidige behovet (temaet *Programmering* i tabellen), og de økonomiske aspektene ved investeringsprosjektene (tema *Økonomi og finans* i tabellen). Kvalitetssikrer ønsker således ikke å rette kritikk mot konseptrapporten som helhet, men heller å peke på at det er avgrensede og relativt spesifikke tema som det må gjøres nye vurderinger av ved oppstarten av forprosjektet.

3.1.1 Dimensjonering av det fremtidige behovet

Kapittel 2.5 i denne kvalitetssikringsrapporten peker på en rekke forhold som kvalitetssikrer mener at øker risikoen for at det fremtidige behovet for funksjoner og areal overdimensjoneres. Disse forholdene er:

- Det brukes ikke oppdaterte datakilder for befolkningsframskriving og aktivitet ved helseforetaket
- Det brukes forutsetninger om liggetid som avviker vesentlig fra planer i sammenlignbare helseforetak og sykehusprosjekter
- Det planlegges med en konservativ utnyttelsesgrad av senger
- Beregningsmetodikken for poliklinikkrom og operasjonsstuer overestimerer trolig fremtidig behov
- Det planlegges med en stor økning i antall spesiallaboratorier, hvilket det ikke er redegjort tilstrekkelig for

Uten at kvalitetssikrer har kvantifisert effekten av å bruke forutsetninger i vurderingen av nevnte forhold som er mer i tråd med de ambisjoner som ofte legges til grunn ved sykehusplanlegging, er det liten tvil

om at resultatet ville vært et vesentlig lavere arealbehov. Helse Stavanger vil være nødt til å gjennomføre omstillinger av driften for å kunne drive under slike forutsetninger, men så er da også en helt ny infrastruktur som kan tilpasses dagens og fremtidens behov en utmerket anledning til å gjennomføre slike endringer.

I tillegg til at kvalitetssikrer mener det planlegges med et overdimensjonert sykehus, er det nødvendig å trekke frem at det videre arbeidet må etablere en annen planleggings- og dimensjoneringshorisont enn det som er gjort i konseptrapporten. For at Helse Stavanger skal unngå en situasjon med arealmangel umiddelbart etter ibrugging av nye bygg, anbefales det at et nytt sykehus dimensjoneres ut ifra behovet i 2030, i tillegg til at det skues til forventet aktivitetsutvikling også etter dette.

3.1.2 Økonomi og finansiering

Utover dimensjoneringen av fremtidig behov, mener kvalitetssikrer at det er betydelig usikkerhet knyttet til hvordan foretakets driftsøkonomi vil utvikle seg over investeringsprosjektens levetid, og hvordan foretaket skal finansiere investeringene. Drøftingen av disse forholdene er gjort i kapittel 2.6 i denne kvalitetssikringsrapporten. Usikkerheten oppstår som følge av at

- Det anvendes forutsetninger om forventet sammenheng mellom inntekter og kostnader som ikke understøttes av nylig økonomisk utvikling
- Det legges opp til en resultatutvikling som overgår historiske resultater med stor margin
- Foretakets økonomiske situasjon hittil i 2015 utfordrer realismen i resultatkravene
- Estimaterne på driftsøkonomiske effektiviseringer i nybyggalternativene er mangelfullt dokumentert og optimistisk estimert
- Konseptfaserapporten gjør ikke noen selvstendige vurderinger av realismen i forutsetningene som ligger til grunn for de økonomiske analysene

Resultatet av bemerkningene over er at kvalitetssikrer vurderer det til å være en vesentlig risiko for at de økonomiske analysene viser et *for* positivt og optimistisk fremtidsbilde.

3.2 Hvordan påvirkes alternativene av bemerkningene?

Bemerkningene angående dimensjonering og økonomi og finansiering vil trolig påvirke de fire alternativene som er omtalt i konseptrapporten, og de vil påvirkes ulikt. I det påfølgende drøftes det hvilken konsekvens redusert dimensjonering og et ønske om å redusere økonomisk risiko kan ha for de ulike alternativene, og hvordan dette kan brukes til å utvikle alternativene på en måte som hensyntar kvalitetssikrers bemerkninger.

Nullalternativet:

- **Bygge planlagt areal – flytte inn mer:** En mulighet for nullalternativet er å opprettholde det planlagte investeringsbeløpet og å bygge i planlagt omfang, hvorpå den nye dimensjoneringen tillater at en større andel av virksomheten til Helse Stavanger flytter inn i dette nye bygget. Det vil fortsatt bygges like mange rom, men som følge av ny dimensjonering av behov vil flere fag og avdelinger kunne ta i bruk arealene. Denne løsningen bidrar i økonomisk sammenheng ved at en større andel av virksomheten i nye bygg også vil gi større driftsøkonomiske effekter.
- **Redusere størrelsen på nybygg:** En ny dimensjonering vil gi et mindre behov for nybygg, kanskje også ned mot en størrelse på nybygget som er helt marginal. En større andel av virksomheten vil da forbli i de eksisterende arealene, men investeringsbehovet vil bli mindre.

Våland:

- **Bygge planlagt areal – flytte inn mer:** På tilsvarende måte som for nullalternativet kan også nybyggene på Våland oppføres i planlagt størrelse, men at man flytter mer av aktiviteten enn det er planlagt med i konseptrapporten. Investeringsbehovet opprettholdes, men de positive driftsøkonomiske effektene blir sannsynligvis større. En slik løsning på

Våland kan gjøre at man kommer nærmere målsetningen om å flytte all somatisk døgnaktivitet til nye bygg i første byggetrinn.

- **Redusere størrelsen på nybygg:** Den andre løsningen for Våland-alternativet er å bygge mindre enn planlagt, og i tråd med redusert arealbehov fra ny programmering. Investeringsbehovet reduseres, trolig sammen med de negative økonomiske effektene av å drive sykehus på en byggeplass. Samtidig vil deler av de positive, driftsøkonomiske effektene av nybygg kunne opprettholdes.

Ullandhaug og Stokka:

- **Bygge planlagt areal – flytte inn mer:** For både Ullandhaug og Stokka er det mulig å opprettholde planene for størrelsen på bygg i første byggetrinn, og at den justerte dimensjoneringen tilsier at en større andel av aktiviteten kan flyttes til de nye byggene. For disse alternativene vil man potensielt nærme seg en situasjon der all somatisk aktivitet er samlet på ny tomt. Med en slik løsning vil de positive driftsøkonomiske effektene øke fordi mer av aktiviteten foregår i ny bygningsmasse, og en økt konsentrasjon av aktiviteten vil redusere kostnadene og ulempene ved å ha somatisk drift på to lokasjoner.
- **Redusere størrelsen på nybygg:** Som for nullalternativet og Våland-alternativet kan også Ullandhaug- og Stokka-prosjektene redusere planene for nybygd areal i tråd med nedjustert areal- og funksjonsbehov.
- **Modell med varig deling av driften:** Samtlige alternativ som utredes av konseptrapporten tar utgangspunkt i at driften skal samles geografisk så raskt som mulig, enten på ny tomt eller på Våland. Kvalitetssikrer mener imidlertid at i en situasjon med begrenset investeringsevne, må det kunne vurderes å finne en hensiktsmessig løsning med å beholde deler av driften i den beste bygningsmassen på Våland på permanent basis, i tillegg til å bygge nytt på Ullandhaug eller Stokka. Dette forutsetter at en finner frem til et egnet driftskonsept for en slik løsning. Det henvises til kapittel 2.4 der det beskrives hvordan Sykehuset Østfold, som samtidig med at de flyttet inn i et nytt sykehusbygg med akuttfunksjoner på Kalnes nå i november 2015, valgte å opprettholde sykehuset i Moss som en moderne enhet for planlagt virksomhet. En slik løsning ville gitt et redusert investeringsbehov til nybygg, samtidig som man fortsatt får driftsøkonomiske effekter av en mer smidig drift her på sikt. I tillegg utnytter man de delene av bygningsmassen på Våland som er i god forfatning, og det blir ikke behov for sykehusdrift på byggeplassen. Den største fordelene med en slik løsning er kanskje likevel at Helse Stavanger sannsynligvis vil få en varig lokasjonsmodell på et tidligere tidspunkt enn ved de alternativene som er presentert av konseptrapporten.

3.3 Implikasjoner for valg av anbefalt alternativ

Det er med andre ord mulig å se flere potensielle justeringer av alternativene på grunnlag av de forhold som belyses i denne kvalitetssikringsrapporten. Spørsmålet er likevel om disse forslagene, og bemerkningene de forsøker å imøtekomme, har noen innvirkning på det valget Helse Stavanger skal gjøre av anbefalt alternativ.

Det er kvalitetssikrers mening at slik konseptrapporten presenterer alternativene, evaluerer deres fordeler og ulemper, og vektet ulike kriterier, vil ikke det anbefalte alternativet endres av at kvalitetssikrers bemerkninger hensyntas. Areal- og funksjonsbehov vil potensielt endres, og de økonomiske og finansielle planene justeres, slik at vurderingen av hvert alternativ blir noe annerledes, men de egenskapene som vektlegges i størst grad av konseptrapporten vil ikke påvirkes i nevneverdig grad, og dermed vil heller ikke det relative forholdet mellom alternativene endres vesentlig.

3.4 Konklusjon og anbefalinger

Konseptfaserapporten som omhandler Helse Stavangers sykehusutbygging har i all hovedsak tatt for seg de påkrevde tema og problemstillinger, og stort sett gjort dette på en god måte. I tillegg er flere av

kvalitetssikrers bemerkninger om enten manglende bredde eller kvalitet i konseptrapporten av en mindre kritisk karakter, og vil uten større utfordringer kunne tas med som innspill til forprosjektfasen.

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, og at det er betydelig usikkerhet knyttet til de økonomiske forutsetningene for investeringene.

Det er kvalitetssikrers anbefaling at dimensjoneringen av fremtidig behov, helt fra demografiske prognoser til beregning av rom og areal, gjøres på nytt i forprosjektet. Programmeringen bør benytte senest tilgjengelig datamateriale for befolkningsframskriving og aktivitet i Helse Stavanger, og i større grad innta en ambisiøs holdning til hvordan fremtidens sykehus skal utformes og driftes. Det er kvalitetssikrers mening at dette vil gi et lavere behov for areal, og være mer i tråd med den effektive driften man kan forvente av et fremtidsrettet sykehus. Kvalitetssikrer vurderer det også som helt nødvendig at den nye programmeringen bruker et annet dimensjonerende år enn 2025, og foreslår at 2030 brukes.

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

Ny dimensjonering og gjennomgang av de økonomiske aspektene ved investeringsprosjektene bør gjøres innledningsvis i forprosjektet, da det vil være førende for det videre arbeidet.

Kvalitetssikrer vurderer det som trolig at forholdene rundt dimensjonering og økonomi fordrer en revurdering av hvordan det valgte alternativet bør videreføres og etter hvert realiseres. Denne rapporten nevner flere mulige løsninger. Helse Stavanger kan velge å bygge i tråd med eksisterende planer, hvorpå en revurdert dimensjonering vil gi et redusert behov og dermed en mulighet for å flytte en større del av virksomheten i ett byggetrinn. Alternativt kan byggeplanene nedskaleres, hvilket også reduserer investeringsbehovet og økonomisk risiko. Som et siste forslag nevnes muligheten for å etablere en varig deling av den somatiske driften hvor Våland fortsetter å ha en viktig rolle, sammen med et nybygd akuttsykehus på den nye tomta. Disse forslagene er ikke uttømmende, og forprosjektet bør vurdere om det er flere varianter som kan være fordelaktige i lys av nye betraktninger av dimensjonering og økonomi. Dette kan også være med på å gi sykehusutbyggingsplanene til Helse Stavanger en større bredde langs en sentraliserings-/desentraliseringsakse, hvilket ble omtalt som et savn av kapittel 2.4 i denne rapporten.

Når evalueringskriteriene og vektingen som brukes i konseptrapporten legges til grunn, har ikke kvalitetssikrer grunnlag for å anta at valget av Ullandhaug påvirkes av de nevnte bemerkninger angående dimensjonering og økonomi. Selv om konseptrapportens konklusjon legges til grunn i det videre arbeidet opprettholder kvalitetssikrer sin anbefaling om at dimensjonering bør gjøres på nytt i forprosjektet, at økonomi og finansiering bør revurderes, og at det må vurderes hvorvidt dette gir så signifikante konsekvenser at Ullandhaug-alternativet må modifiseres i løpet av forprosjektfasen.



Deloitte refers to one or more of Deloitte Touche Tohmatsu Limited, a UK private company limited by guarantee, and its network of member firms, each of which is a legally separate and independent entity. Please see www.deloitte.no for a detailed description of the legal structure of Deloitte Touche Tohmatsu Limited and its member firms.

Deloitte Norway conducts business through two legally separate and independent limited liability companies; Deloitte AS, providing audit, consulting, financial advisory and risk management services, and Deloitte Advokatfirma AS, providing tax and legal services.

© 2015 Deloitte AS