



Kvalitetssikring Nye Førde Sjukehus

Utarbeidet av Oslo Economics for Helse Førde HF, mai 2020

Om Oslo Economics

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

Oslo Economics er et samfunnsøkonomisk rådgivningsmiljø med erfarne konsulenter med bakgrunn fra offentlig forvaltning og ulike forsknings- og analysemiljøer. Vi tilbyr innsikt og analyse basert på bransjeerfaring, sterk fagkompetanse og et omfattende nettverk av samarbeidspartnere.

Kvalitetssikring

Oslo Economics har rammeavtale med Finansdepartementet om kvalitetssikring (KS 1 og KS 2) av store statlige investeringer. Innenfor KS-regimet kvalitetssikrer vi store statlige byggprosjekter, IKT-prosjekter, forsvarsanskaffelser og samferdselsinvesteringer med investeringsrammer på opp mot 50 milliarder kroner.

Vi har tilsvarende rammeavtaler om kvalitetssikring av store investeringer med Sykehusbygg HF og med Oslo kommune.

Vi gjennomgår utredninger med sikte på å vurdere utredningens kompletthet og konsistens, og med mål om å gi gode råd for det videre arbeidet med tiltaket.

Kvalitetssikring Nye Førde Sjukehus/OE-rapport nummer 2020-26

© Oslo Economics, 14. mai 2020

Kontaktperson:

Erik Magnus Sæther / Partner

ems@osloeconomics.no, Tlf. 940 58 192

Innhold

1. Om oppdraget	4
2. Er innspill fra KSK gjennomført i 2015 ivaretatt slik prosjektet nå foreligger i alternativ 3?	5
2.1 Om konseptrapporten fra 2015	5
2.2 Innspill til konseptrapporten fra KSK i 2015	6
2.3 Nåværende anbefalt konsept (alternativ 3)	6
2.4 Vurdering av hvorvidt innspill fra KSK er ivaretatt i nåværende alternativ 3	7
3. Har helseforetaket økonomisk bæreevne for alternativ 3?	8
3.1 Forutsetninger i estimatet	8
3.2 Resultater av analysen	8
4. Ivaretar dimensjoneringen av alternativ 3 behovet, eller har det skjedd endringer siden 2015 som ikke er reflektert?	10
4.1 Vår vurdering av behovsfremskrivningene i KSK 2015	10
4.2 Endring av behov fra 2015 til i dag	10
4.3 Oppsummering behov og kapasitet	12
5. Vil endringen av konsept fra 2015 og frem til i dag svekke eller styrke prosjektet med hensyn til risiko, kvalitet og fremtidig fleksibilitet?	13
5.1 Endringer i konseptet fra 2015 til 2020	13
5.2 Vurderinger knyttet til risiko, kvalitet og fremtidig fleksibilitet	14
5.3 Oppsummering risiko, kvalitet og fleksibilitet	15

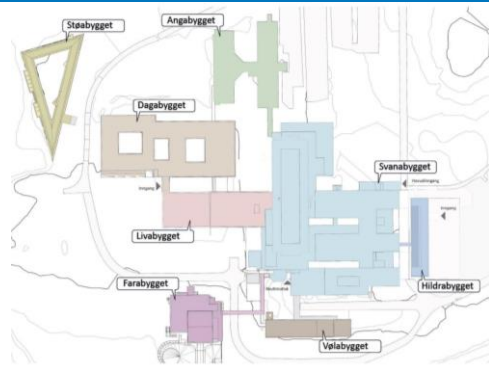
1. Om oppdraget

Helse Førde HF har gitt Oslo Economics i oppdrag å gjennomføre en kvalitetssikring av foreliggende planer for Nye Førde sjukehus.

Oslo Economics gjennomførte kvalitetssikring av konseptrapport i det samme prosjektet i 2015, såkalt KSK. Siden dette er det arbeidet videre med forprosjekt, og gjort endringer i etterkant av fullført forprosjekt. Det er nå behov for kvalitetssikring av de oppdaterte planene for ny kapasitet for somatikk.

Planen som anbefales gjennomført omtales som alternativ 3. Denne planen innbefatter et nybygg i åtte etasjer (Liva-bygget), noe oppgradering av eksisterende høyblokk (Svanabygget), og riving av Anga-bygget. Illustrasjonen under viser de ulike sykehusbyggene i Førde, etter bygging av det nye Livabygget, men før riving av Angabygget:

Figur 1-1 Situasjonsplan sentralsjukehuset i Førde



Kilde: Helse Førde HF

Økt areal sammenlignet med dagens situasjon fremgår av oppstillingen under:

Tabell 1-1 Økt areal i de tre alternativene (bruttoareal)

	Alt. 1	Alt. 2	Alt. 3
Livabygget (nytt)	5 070	5 291	14 174
Angabygget	0	0	-3 909 (rives)
Endring leie kontorer	0	0	-2 600 (Liva-bygget)
Sum økt areal	5 070	5 291	7 665
Reduksjonsmål Livabygget			-624
Arealforskjell vs alt. 2	-221	0	+1 750

Kilde: Helse Førde HF.

Oppdraget skal gjennomføres som en forenklet kvalitetssikring avgrenset til en vurdering av følgende fire punkter:

1. Er innspill fra KSK gjennomført i 2015 ivare tatt slik prosjektet nå foreligger i alternativ 3?
2. Har helseforetaket økonomisk bæreevne for alternativ 3?
3. Ivaretar dimensjoneringen av alternativ 3 behovet, eller har det skjedd endringer siden 2015 som ikke er reflektert?
4. Vil endringen av konsept fra 2015 og frem til i dag svekke eller styrke prosjektet med hensyn til risiko, kvalitet og fremtidig fleksibilitet?

Den foreliggende rapporten er strukturert slik at de fire problemstillingene behandles enkeltvis i hvert sitt hovedkapittel.

Vi vil understreke at vi i denne omgang ikke har vurdert andre sider av prosjektet enn dette; det betyr blant annet at vi ikke har kvalitetssikret om den anslåtte kostnadsrammen vil være tilstrekkelig for å gjennomføre prosjektet, og vi har heller ikke på en grundig måte kvalitetssikret hvorvidt det planlegges for funksjonelle, fremtidsrettede sykehusløsninger.

Kvalitetssikringen er gjennomført på kort tid, begrenset til april og starten av mai 2020. Underveis har det vært tett dialog mellom Oslo Economics og prosjektet, og det har vært gjennomført korte intervjuer med en representant for de ansatte, brukerrepresentant og en klinikkleder.

Kvalitetssikringen har skjedd på bakgrunn av de dokumenter som er fremlagt for oss i ITBASE:

Figur 1-2 Dokumentstruktur - underlag KSK



Nye Førde sjukehus

- DETALJPROSJEKT
 - FORENKLA KSK
 - 01 ADMINISTRATIVT OG MØTER
 - 02 KONSEPTFASE 2015
 - 03 KORREKSJONSDOKUMENT 2017
 - 04 FORPROSJEKT 2018
 - 05 PROSJEKTENDRING 2020
 - 06 ØKONOMISK ANALYSE
 - 07 ORGANISERING OG KONTAKTPERSONAR
 - 08 BEHOVSVURDERING
 - 09 OU PROSESSAR
 - BYGGEFASE
 - SLUTTDOKUMENTASJON
 - BIM
 - Investeringsprosjekt 2020

Kilde: Helse Førde HF.

2. Er innspill fra KSK gjennomført i 2015 ivaretatt slik prosjektet nå foreligger i alternativ 3?

I forbindelse med tidligere gjennomføring av KSK i 2015 ble det gitt en rekke innspill til den daværende konseptrapporten. Hovedtyngden av disse innspillene er etter vår vurdering nå ivaretatt gjennom prosessen som har ledet frem til det nå anbefalte alternativ 3.

De ulike alternativene er grundigere utredet og det tydeligere belyst kompleksiteten som ligger i å drive sykehus under ombygging, og hvilke konsekvenser dette har på virksomhetens kapasitet, kvalitet, bærekraft, behov for midlertidige løsninger og driftsøkonomi.

Prosjektet Nye Førde Sjukehus har pågått over lang tid, og nå i 2020 er det gått fem år siden konseptrapporten forelå. Normalt ville da forprosjektet vært avsluttet for noen år siden, og bygging ville vært igangsatt.

Det har gjennom planleggingen skjedd en rekke endringer fra konseptfasen. Konsepter som beskrives i konseptfasen er, og skal være, på et overordnet nivå. Det vil derfor alltid være behov for et omfattende forprosjekt. I forprosjektfasen må det tas en rekke valg for å utforme gode løsninger på et detaljert nivå. Sykehusbyggs veileder for tidligfaseplanlegging skriver følgende om forprosjektfasen:

I forprosjektfasen bearbeides og detaljeres det valgte konseptet. Hovedprogram og løsninger kontrolleres slik at man er trygg på at prosjektet kan realiseres. Kalkylene detaljeres og kvalitetssikres. Kostnadskalkyle og usikkerhetsanalyse bør oppdateres underveis i fasen. Det valgte konseptet (alternativet) fra konseptfasen bearbeides ved at det lages modeller som representerer de viktigste valgene for prosjektet.

I forbindelse med vår kvalitetssikring av konseptrapporten i 2015, ga vi noen anbefalinger for det videre arbeid. Det kan være relevant å vurdere hvorvidt disse anbefalingene er blitt fulgt, og således om forprosjektet har utviklet løsningene videre i den retningen som ble anbefalt i kvalitetssikringen av konseptfasen (KSK).

2.1 Om konseptrapporten fra 2015

Helse Førde utarbeidet i 2015 en konseptrapport for nye arealløsninger på Førde sentralsjukehus. Konseptrapporten ble utarbeidet med utgangspunkt i arbeidet med utviklingsplan for virksomheten og

bygningene vedtatt 21. september 2015, samt en idefaserapport som ble vedtatt av styret i Helse Førde tidligere i 2015. Utviklingsplanen pekte på en retning for helseforetakets arbeid i perioden framover, og viste til utfordringer med daværende bygningsmasse, både knyttet til kapasitet og funksjonalitet.

Konseptrapporten utredet tre ulike alternativer for å møte utfordringene det ble pekt på i utviklingsplanen. De tre alternativene som ble utredet i konseptrapporten bygget videre på alternativene som var identifisert i den tidligere idefaserapporten.

De tre alternativene var:

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

I konseptrapporten ble alternativ 1 anbefalt. Dette alternativet innebar å så langt som mulig imøtekomme Førde sentralsjukehus' utfordringer og behov fram mot 2030 innenfor eksisterende bygningsmasse. Alternativet innebar nybygg for psykiatri, tilbygg for operasjonsstuer og sterilsentral, omfattende ombygginger av hovedblokk og ombygg av eksisterende psykiatribygg. Dette ville gi mulighet for:

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

Alternativ 1 som beskrevet i konseptrapporten ville innebære omfattende ombygging og rokader over ni år.

2.2 Innspill til konseptrapporten fra KSK i 2015

Hovedkonklusjonen i KSK i 2015 var at det var godt gjort at det bør arbeides videre med alternativ 1 i en forprosjektfase.

Kvalitetssikringen inneholdt imidlertid flere innspill som knyttet seg til særlig følgende punkter:

- Konseptrapporten kan ikke sies å ha utredet de tre alternativene på et likt nivå. Alternativ 1 er langt bedre dokumentert enn alternativ 3. Også for alternativ 1 mangler det noe informasjon man forventer å finne i en konseptrapport, som for eksempel en usikkerhetsanalyse og beregning av effektiviseringspotensial i driften.
- Alternativ 1 innebærer omfattende ombygging og rokader over ni år. Konseptrapporten går ikke i dybden av kompleksiteten som ligger i å drive sykehus under ombygging, og hvilke konsekvenser dette har på virksomhetens kapasitet, kvalitet, bærekraft, behov for midlertidige løsninger og driftsøkonomi. En slik vurdering ville naturlig inngått i en usikkerhetsanalyse.
- Det synes godt underbygget at det er behov for et nytt bygg for psykisk helse, og at det er nytteeffekter knyttet til det gamle psykiatribygget når det tas i bruk som kontorer og sykehotell.

KSK-rapporten vurderte videre at det selv om det er grunnlag for å nå avslutte konseptfasen bør det arbeides videre med å utbedre noen av manglene i konseptrapporten før et forprosjekt igangsettes.

Særlig ble det fremhevet:

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

Videre ble det pekt på at konseptrapporten på flere områder har gått noe mindre i dybden enn hva som anbefales i denne fasen. Det ble pekt på at det derfor må påregnes en mer omfattende forprosjektfase enn normalt, og at det i forprosjektet særlig må fokuseres på de områder der

dokumentasjonen fra konseptfasen anses som mangelfull, eksempelvis:

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

2.3 Nåværende anbefalt konsept (alternativ 3)

Konseptrapporten fra 2015 har vært videreutviklet gjennom flere steg. Forprosjektrapport ble levert til styret i 2018. Hovedendringene fra konseptfasen var:

- Ny løsning for psykisk helsevern med noe mindre areal enn i planene fra 2015.
- Enerom med ny løsning for bad i eksisterende høyblokk
- Etablering av pasienthotell i tillegg til sykehotell
- All poliklinikkdrift blir skilt fra sengepostene
- Utnyttelsesgrad på generelle undersøkingsrom i poliklinikker økes til seks timer
- Operasjon er plassert i nybygg vestover på plan 2
- Sterilsentral flyttes fra plan 0 til nybygg vestover i plan 3

Forprosjektet ble vedtatt av styret 23. november 2018. Det ble imidlertid forutsatt at forprosjektet skulle utvikles videre. Særlig ble det pekt på behov for å jobbe videre med løsninger for:

- 2. etasje for operasjon, dagkirurgi, intensiv og tung overvåkning.
- Manglende areal til omlag 70 arbeidsplasser i stab- og støtte, med et anslått arealbehov på ca 1400 m².

Etter vedtaket av forprosjektet i 2018 ble videre to sentrale forutsetninger for byggeprosjektet endret. Forutsetningene var knyttet til Førde kommunes rammetillatelser for byggeprosjektet og innebar:

- Mulighet til å fundamentere nybygget for somatikk på same nivå som det eksisterende sykehuset. Dette ga byggeprosjektet åpning for å koble sammen nytt og eksisterende bygg uten nivåforskjell.
- Avklaring av at prosjektet kunne bygge ut en 0. etasje.

Med utgangspunktet i de uløste problemstillingene i forprosjektet, og endrede forutsetninger i rammetillatelsene, ble arbeidet med å foredle forprosjektet igangsatt tidlig 2019.

Det videreutviklede forprosjektet ble presentert for styret sommeren 2019. De viktigste endringene fra forprosjektrapporten knyttet seg til det som ble vurdert å være de største svakhetene i forprosjektrapporten og innebar nye løsninger i 2. etasje for operasjon, dagkirurgi, intensiv og tung overvåkning. Nye løsninger for drift av 2. etasje medførte et noe økt arealbehov sammenlignet med forprosjektet. Endrede forutsetninger i kommunens rammetillatelse åpnet også for nye måter og koble nytt og eksisterende bygg sammen på, og det ble gjort en ny og grundig analyse av behovet for kontorarbeidsplasser. Hvordan behovet for areal til stab- og støttefunksjoner skulle løses var imidlertid fortsatt uavklart.

Høsten 2019 ble det derfor satt i gang et arbeid for å vurdere nærmere hvordan dette behovet skulle løses. Behovet for areal blei oppjustert opp etter den gjennomførte analysen. Det ble også satt som et tydeligere premiss for tiltaket at det er et mål om å samle all aktivitet på eget sykehusområde, og avvikle alle leieavtaler.

Arbeidet resulterte i det som nå omtales som alternativ 3, og som ble anbefalt videreført i fremleggelse for styret 23. mars 2020. Alternativet innebærer å bygge på Livabygget til 8 etasjer. Alternativet er vurdert å ha blant annet følgende fordeler:

- Alle sengeavdelinger kan samles i det nye bygget, med avlastingsareal inn mot eksisterende høyblokk.
- Det sentrale heisanlegget kan gjenbrukes og gi god logistikk
- Reduserte perioder og belastninger knyttet til rokader og ombygging
- Sengepost kan flytte ut i nybygg før ombygging av høyblokka
- Risiko ved drift under ombygging blir vesentlig redusert
- Løser arealbehov for spesialrom i poliklinikk og hvileområde vedakuttmottaket.
- Ny sterilsentral kan bygges med etasjehøyder som korresponderer med Svanabyggets etasjehøyder

- Reduserer ombygging av vernet areal i Svanabygget
- Bedre tilkomst til Dagabygget gjennom Svanabygget
- Løser behovet for 130 kontor plasser og gir lokalisering nær klinisk drift

2.4 Vurdering av hvorvidt innspill fra KSK er ivaretatt i nåværende alternativ 3

Som beskrevet ovenfor i kapittel 2.2 ble det i forbindelse med tidligere gjennomføring av KSK i 2015 gitt en rekke innspill til den daværende konseptrapporten. Hovedtyngden av disse innspillene er etter vår vurdering nå ivaretatt gjennom prosessen som har ledet frem til det nå anbefalte alternativ 3. De mest alvorlige innvendingene i den tidligere KSK-rapporten var at Konseptrapporten ikke kunne sies å ha utredet de ulike alternativene på et likt nivå, samt at man burde vurdert nærmere kompleksiteten som ligger i å drive sykehus under ombygging, og hvilke konsekvenser dette har på virksomhetens kapasitet, kvalitet, bærekraft, behov for midlertidige løsninger og driftsøkonomi.

Det har i etterkant vært gjennomført et betydelig arbeid, som har resultert i en omarbeiding og vesentlig justering av konseptet. Særlig synes det å være gjort et omfattende arbeid med å finne gode løsninger for operasjonsavdelingen, som muliggjør effektiv utnyttelse av arealene og ressursene, det er funnet løsninger som i langt større grad gir ensengsrom, og det er funnet plass til å samle alle kontorer på sykehusområdet.

Videre er det gjort et betydelig arbeid med å vurdere hvordan byggeprosjektet kan gjennomføres for å minimere negative konsekvenser for sykehusdriften. Dette punktet synes også å være en viktig del av begrunnelsen for anbefalingen av alternativ 3.

Vi har ikke kvalitetssikret forprosjektrapporten, men det synes som om arbeidet som er gjort i forprosjektet også har ivaretatt de mangler som vi påpekte i KSK knyttet til Overordnet teknisk program, Hovedprogram utstyr og arbeid med virksomhetsmodeller. Det som ikke foreligger, er en usikkerhetsanalyse av kostnadene for alternativ 3. Vi forstår imidlertid at dette skyldes at det er igangsatt samspillfase med entreprenør som innen kort tid vil synliggjøre tiltakskostnaden.

Vår vurdering er derfor at innspillene som ble gitt i KSK fra 2015 er ivaretatt på en tilfredsstillende måte i alternativ 3 som nå anbefales.

3. Har helseforetaket økonomisk bæreevne for alternativ 3?

Helseforetaket har utarbeidet et notat med tilhørende regneark, der det gjennom fremskrivninger vises at helseforetaket har bæreevne for investeringen i Nye Førde sjukehus, gitt kostnadsanslaget som foreligger for alternativ 3 med et Liva-bygg i åtte etasjer.

Vi har kvalitetssikret disse estimatene, gjennom dokumentstudier og dialog med helseforetaket.

3.1 Forutsetninger i estimatet

Det er nødvendig å legge til grunn en rekke forutsetninger i et estimat av bæreevne som strekker seg langt fremover i tid. Helseforetaket har lagt til grunn følgende hovedforutsetninger:

Tabell 3-1 Sentrale forutsetninger i helseforetakets bæreevneanalyse

Variabel	Forutsetning
Kronestørrelse	2020-kroner
Investeringsbeløp	1,803 mrd NOK, hvorav 1,516 mrd NOK fra og med 2020
Investeringsperiode	Frem til og med 2028, med størst pådrag i 2020, 2021 og 2022
Avdragstid lån HOD	35 år
Rente lån	2,0 prosent 2020 og 2021, deretter lineært økende til 2,4 prosent i 2025, deretter 2,4 prosent ut perioden
Låneramme HOD	1,211 mrd NOK
Låneramme likviditetslån Helse Vest	0,155 mrd NOK
Låneform	Gjort analyser med både serielån og annuitetslån
Kontantstrøm fra driften	Forutsetter årlig vekst på drøyt 10 millioner kroner hvert år i perioden

Vår vurdering er at forutsetningene er godt begrunnet. Det er likevel slik at det knytter seg betydelig usikkerhet til flere av forutsetningene:

- Investeringsbeløpet er usikkert, men denne usikkerheten vil bli redusert når det inngås kontrakt med entreprenør. Byggekostnaden er ikke vurdert i denne forenklede kvalitetssikringen.
- Renteutviklingen er for tiden svært usikker. Med dagens rente på 10-årige statsobligasjoner kan det forventes en betydelig lavere rente (om lag 1,5 prosent) enn det som er lagt til grunn, men dette kan endre seg raskt
- Små endringer i periodisering av investeringskostnadene kan gjøre at Helse Vests låneramme blir utfordret
- Det er ikke redegjort for hvordan kontantstrømmen fra driften skal økes med 100 millioner kroner fra 2020 til 2030

3.2 Resultater av analysen

Helseforetakets analyse viser at det er bæreevne for investeringen hvert år fra 2020 og frem til og med 2030. Deretter vil det være en betydelig positiv kontantstrøm som kan benyttes til nye investeringer.

Vi har ikke funnet noen feil i beregningene som er gjort, og vår kvalitetssikring tilsier derfor at helseforetakets konklusjon er riktig: Det er bæreevne for nye Førde sjukehus, slik det er beskrevet i alternativ 3, med en total investeringsramme på 1,803 milliarder kroner.

På noen områder er helseforetakets estimater konservative. Det er etter vårt syn sannsynlighetsovervekt for en lavere rente enn det som er lagt til grunn i analysen. Dersom renten som en illustrasjon blir 1,5 prosent i hele perioden 2020 til 2030, vil det medføre 70 millioner kroner i lavere rentekostnad enn det som nå ligger inne.

Helseforetaket har i dag god likviditet, og denne likviditeten er i liten grad benyttet til å finansiere investeringen. I tillegg er det fattet vedtak i Helse Vest om en betydelig tilførsel av midler (ettergivelse av lån) som vil kunne bidra vesentlig til finansieringen.

Slik sett er det ikke, gitt at investeringsrammen ikke sprekker, sikkert at det vil bli behov for en årlig innsparing på så mye som 10 millioner kroner hvert år for å sikre bæreevne for tiltaket.

Likevel er det helt vesentlig for beslutningstagerne å være klar over at helseforetakets bæreevne avhenger av en driftsforbedring hvert år i tiårsperioden frem til 2030. Å bedre den frie kontantstrømmen med 10 millioner kroner ett år bør ikke være umulig for en

virksomhet med en omsetning på 3 milliarder kroner (driftsforbedring på 0,33 prosent). Utfordringen vil være å gjøre dette hvert år i tiårsperioden, slik at driften i 2030 gir 100 millioner kroner større overskudd enn i 2020. Her vil inflasjonen bidra noe (fordi 100 millioner kroner vil utgjøre en mindre andel av helseforetakets omsetning i 2030 enn i 2020), men det er ikke tvil om at det må gjennomføres tydelige tiltak for å realisere slike besparelser, blant annet som følge av at personellkostnader utgjør en vesentlig del av driftskostnadene og lønnsvekst kan forventes.

Ideelt sett burde det foreligget mer konkrete planer for hvilke driftsforbedringer som vil bli et resultat av investeringene i Nye Førde Sjukehus. Samtidig er det slik at helseforetaket er vant til å gjennomføre organisasjonsutviklingsprosesser, og at foretaket over tid har vist at de er i stand til å ha en betydelig

kontantstrøm fra driften. For tiden gjennomføres det prosesser som skal gi driftsbesparelser ved innflytting i nytt psykiatribygg, og lignende prosesser vil skje i tiden frem mot innflytting i Liva-bygget.¹

Det kunne også med fordel vært gjort mer eksplisitte vurderinger av kostnader for forvaltning, drift og vedlikehold (FDV-kostnader) i ny bygningsmasse sammenholdt mot tilsvarende for gammel bygningsmasse. Bygningsvolumet vil øke som en del av tiltaket, og dersom dette medfører vesentlig økte FDV-kostnader, vil det bety et økt behov for driftsbesparelser utover det som ligger i analysen fra helseforetaket.

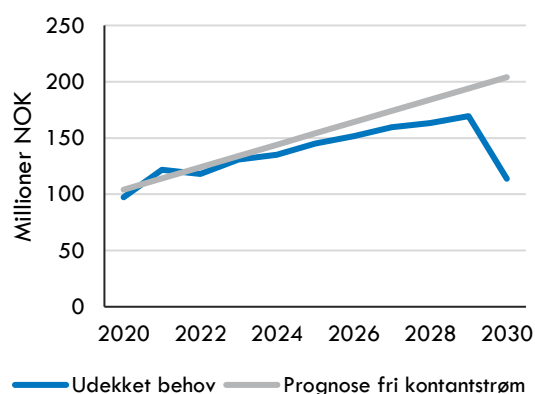
Vi har tatt utgangspunkt i helseforetakets regneark for å oppsummere hovedstørrelsene i en tabell:

Tabell 3-2 Hovedstørrelser i bæreevneanalyse Nye Førde sjukehus (Millioner NOK)

	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
UT	335	421	319	245	217	234	190	161	153	114	114
Investering	321	407	295	221	179	189	145	120	105	62	62
Herav Nye Førde sjukehus	249	344	259	184	141	146	91	58	43	0	0
Renter og avdrag	14	14	23	24	38	44	44	40	48	51	51
INN	237	299	201	114	82	89	38	1	-10	-56	
Herav låneutbetaling HOD	174	241	181	129	99	102	64	20	0	0	0
Herav likviditetslån Helse Vest	63	59	19	-15	-17	-13	-26	-18	-10	-56	0
Udekket behov (dekkes av kontantstrøm fra drift)	97	122	118	131	135	145	152	159	163	169	114

Budsjettert kontantstrøm fra driften i 2020 er 104 millioner kroner. I figuren under fremgår det at en årlig vekst i kontantstrøm på driften på 10 millioner kroner vil være nok til å dekke det udekkede behovet alle år unntatt 2021. I 2021 kan det benyttes tidligere opptjent likviditet for å dekke det ellers udekkede behovet.

Figur 3-1 Prognose kontantstrøm fra driften med 10 millioner økning hvert år sammenlignet med udekket finansieringsbehov



4. Ivaretar dimensjoneringen av alternativ 3 behovet, eller har det skjedd endringer siden 2015 som ikke er reflektert?

Det synes som om det er lav risiko for at det planlegges for et sykehus som ikke vil ha tilstrekkelig kapasitet på mellomlang sikt. Risikoen er antagelig større for at det er lagt inn for stor kapasitet, særlig knyttet til poliklinikk-rom, men også normalsenger. Samtidig ser vi at det kan være argumenter for å ha enkelte poliklinikk-rom tilknyttet sengepostene, for å få en effektiv utnyttelse av ressursene. Det er derfor mulig at noe overdimensjonering av antall rom kan gi reduserte driftskostnader for helseforetaket.

Alternativ 3 har et romprogram som baserer seg dels på behovsfremskrivninger fra 2015 (Arealplan FSS) og dels på behovsfremskrivninger fra 2018 (Funksjonsprogram, Sykehusbygg). Romprogrammet som Sykehusbygg foreslo i 2018 ble videre bearbeidet i forprosjektet, og det har også i ettertid skjedd noen endringer frem til romprogrammet i nåværende alternativ 3.

I dette kapitlet vurderer vi hvorvidt romprogrammet i alternativ 3 synes å ivareta behovet. Har det skjedd vesentlige endringer i behovet siden 2015/2018 som ikke er ivare tatt? Er det betydelig risiko for at enkelte funksjoner er overdimensjonert eller underdimensjonert?

4.1 Vår vurdering av behovsfremskrivningene i KSK 2015

I vår kvalitetssikring av konseptrapporten i 2015 vurderte vi at det i hovedsak var gjennomført en god analyse av fremtidige behov og påfølgende arealbehov i sykehuset. Vi påpekte likevel noen forhold knyttet til antall normalsenger, antall senger i observasjonspost, antall operasjonsstuer og tilhørende post-op-plasser, antall polikliniske rom og dialysekapasitet.

Tabell 4-1 Vurdering behovsfremskrivning og kapasitet KSK

Funksjon	Kvalitetssikrers kommentar 2015
Normal-senger	Vi påpekte at planlagt antall senger (216) bare ville kreve en begrenset omstilling bort fra døgnbehandling
Observasjons-senger	Vi kommenterte at 14 senger syntes fornuftig, og i tråd med overgang til dagbehandling
Operasjonsstuer og post-op	Vi etterlyste synliggjøring av beregningsgrunnlag for antall stuer, men påpekte et hensiktsmessig forholdstall mellom antall stuer og post-op-plasser
Polikliniske rom	Vi viste at drøyt fire timers åpningstid er lavt opp mot politiske målsetninger og andre helseforetak
Dialyse-plasser	Vi påpekte en svært stor vekst fra 2014 til 2030 (47 %), men at dette kunne være rimelig gitt demografiske endringer

4.2 Endring av behov fra 2015 til i dag

Befolkningsutvikling

SSBs befolkningsfremskrivninger legges til grunn for behovsfremskrivninger. SSBs prognose fra 2014 lå til grunn for konseptfasen, mens SSBs siste prognose er fra 2018. Estimert befolkning i Helse Førdes opptaksområde er redusert med om lag 5 prosent fra 2014 til 2018. Dette trekker i retning av at det planlegges for en kapasitet som er høyere enn nødvendig, snarere enn det motsatte. Den seneste prognosen tilsier at befolkningen i opptaksområdet skal holde seg om lag på dagens nivå de neste 20 årene.

Veksten i aldersgruppen 65+ er om lag uendret fra 2014 til 2018 (vekst på om lag 40 prosent), så forskjellen utgjøres av de yngre aldersgruppene. Det er kronikerne, som er overrepresentert blant de eldre, som i størst grad fyller opp kapasiteten på sykehusene. Slik sett er det utviklingen i antall eldre som er det viktigste for kapasitetsberegningene. Dermed er kanskje likevel behovsfremskrivningene fra 2015 i stor grad gyldige som utgangspunkt for et romprogram.

Sengebehov normalsenger

Det er også andre faktorer enn befolkningsutvikling som driver behov og dermed kapasitet. Det har i alle helseforetak over tid vært arbeidet med å redusere andelen døgnbehandlinger, ved å gå over til dagbehandling og polikliniske behandlinger. En slik utvikling kan redusere behovet for sykehussenger vesentlig.

Analyser utarbeidet av Helse Førde viser at det har vært en betydelig overgang bort fra døgnbehandlinger bare i perioden fra 2015 frem til 2020. Ved sykehuset i Førde var det i 2015 drøyt 52 900 liggedøgn, og i 2019 er tilsvarende tall drøyt 46 700. Fremskrivningen som ligger til grunn for planlagt kapasitet tilsa en reduksjon i liggedøgn frem til 2040, men hele denne reduksjonen har Helse Førde nå allerede tatt.

Det er krevende å si hvorvidt det er potensial for ytterligere reduksjon i liggedøgn, eller om potensialet bare er tatt ut mye raskere enn forutsatt. Etter kvalitetssikrers syn er det sannsynlig at det vil være mulig med en fortsatt utvikling i retning redusert antall liggedøgn, og i kombinasjon med nedjustert befolkningsvekst, tilsier dette at sengebehovet reelt sett er lavere enn det som har ligget inne i planleggingen.

Poliklinikk og dialyse

Når det gjelder poliklinisk aktivitet, viser helseforetakets analyser at antall konsultasjoner i Førde har økt fra knapt 90 000 i 2015 til drøyt 94 000 i 2019. Dette tilsier en vekst på 5 prosent. Samtidig ser det ut til at mye av veksten skyldes måte statistikken er ført på; det er tilkommet konsultasjoner som inngår i statistikken i 2019, fordi de har fått godkjent ISF-finansiering), men som ikke inngikk i 2015.

Vi er kjent med at det har vært grundige prosesser for å identifisere behovet for polikliniske rom, herunder spesialrom, og at disse prosessene har medført en økning i slike rom fra planene som forelå i 2015 til dagens alternativ 3. En raskere reduksjon i døgnpasienter vil gjerne medføre et økt behov for polikliniske konsultasjoner, så slik sett synes det naturlig med en slik utvikling. Samtidig er det viktig å planlegge for en god utnyttelse av rommene. Det kan synes som om det ligger til grunn en forutsetning om svært begrenset åpningstid. Våre beregninger tilsier at antall polikliniske konsultasjoner i Førde kan øke med 40 prosent, og fortsatt vil det være kapasitet til å gjennomføre alle konsultasjonene på de planlagte rommene innenfor en åpningstid på 4 timer hver dag,

¹ Dimensjonering – delrapport idefase. Finnmarkssykehuset HF. Nye Hammerfest sykehus (Sykehusbygg, 2016)

210 dager i året (5 dager i uken 42 uker i året). Hvis det planlegges for 7 timers åpningstid 230 dager i året, kan antall polikliniske konsultasjoner øke med 170 prosent fra dagens nivå før kapasiteten er oppbrukt.

Alle poliklinikk-rom kan ikke benyttes til alle typer pasienter, og derfor vil overordnede kapasitetsberegninger som den vist over ikke være presise. Det kan også være svakheter i tallgrunnlaget når det gjelder antall polikliniske konsultasjoner for inneliggende pasienter. Likevel indikerer disse beregningene at det kan synes som om det planlegges for en unødig stor kapasitet av poliklinikk-rom.

Tall fra helseforetaket viser at antall dialysebehandlinger har gått noe ned fra 2015 til 2019. Det er tilsynelatende lite i tråd med at det planlegges for en økt kapasitet på nesten 50 prosent, men som vi så av befolkningsframskrivningene er det naturlig å forvente en økning i takt med at antall eldre i opptaksområdet vokser betydelige. Det må likevel kunne sies at det synes mer sannsynlig at dialysebehovet i 2040 er overvurdert enn undervurdert, når vi ser trenden fra 2015 til 2019.

Operasjonsstuer

En oversikt utarbeidet av Sykehusbygg i 2016 i forbindelse med idefase for nytt sykehus i Hammerfest¹ viser antall operasjonsstuer som er planlagt i en rekke sykehusprosjekt de siste årene. Oversikten viser at det er eksempler på prosjekter der det planlegges med nesten 1 200 operasjoner per operasjonsstue i 2030. Oversikten viser at planene for nye Førde sjukehus gir 490 operasjoner per operasjonsstue, når det legges til grunn åtte stuer². Det plasser Førde svært langt ned på listen når det rangeres etter antall operasjoner per stue.

Riksrevisjonen avdekket i 2013 at svært mange sykehus utnytter operasjonskapasiteten dårlig. Økt utnyttelse vil, ifølge Riksrevisjonen, kunne øke effektivitet og redusere helsekøer. I Bent Høies sykehustale i 2015 ble økt utnyttelse av operasjonsstuer trukket frem som et viktig forbedringspunkt. Dette bør gjelde også for Helse Førde, og slik sett vil det antagelig kunne være tilstrekkelig med de operasjonsstuene som ligger inne i alternativ 3, selv om det skulle bli behov for strukturelle endringer i helseforetak i fremtiden.

Sengebehov observasjon, intensiv og tung overvåkning

Det er krevende å dimensjonere antall observasjonssenger, intensivplasser og senger for tung

² En av de åtte stuene er en beredskapsstue for keisersnitt. Hvis vi tar denne ut av regnestykket, blir det 560 operasjoner per stue.

overvåkning riktig. For disse sengetypene totalt har det tilsynelatende skjedd en nedgang i kapasitet fra planene i 2015 til planene som foreligger i dagens alternativ 3:

Tabell 4-2 Antall senger spesialsenger

Sengetype	Dimensjonering konseptfase 2015	Dimensjonering alternativ 3 2020
Observasjon	14	6
Intensiv	6	6
Tung overvåkning	11	6

Det er ikke uvanlig i sykehusprosjekter at dimensjoneringen av denne typen senger reduseres gjennom planleggingsfasen. Nye Hammerfest sykehus anslo et behov for totalt 16 senger av disse tre typene i idefaseutredningen, mens forprosjektet la til grunn et behov for 11 slike senger. 11 senger med et opptaksområde med 53 000 innbyggere gir om lag samme antall innbyggere per seng som det i alternativ 3 planlegges med for Nye Førde sjukehus.

Helse Førde opplyser at det har vært lagt ned mye arbeid i dimensjoneringen av disse sengetypene, og at det er viktig å se på fleksibilitet mellom de ulike sengetypene, herunder også normalsenger, for å få et godt bilde av den reelle kapasiteten. Vi har tiltro til at prosessene som har vært gjennomført har ledet frem til et hensiktsmessig volum på disse sengetypene.

4.3 Oppsummering behov og kapasitet

Oppsummert synes det som om det er lav risiko for at det planlegges for et sykehus som ikke vil ha tilstrekkelig kapasitet på mellomlang sikt. Risikoen er antagelig større for at det er lagt inn for stor kapasitet, særlig knyttet til poliklinikk-rom, men også normalsenger. Det beskrives et behov for poliklinikk-rom som strekker seg utover arealet som er tilgjengelig i eksisterende bygg, slik at det planlegges også for poliklinikk-rom i sengeetasjene i det nye bygget. Det kan vurderes om dette virkelig er nødvendig, og om nybygget således kunne vært noe redusert i areal.

Samtidig ser vi at det kan være argumenter for å ha enkelte poliklinikk-rom tilknyttet sengepostene, for å få en effektiv utnyttelse av ressursene. Det er derfor mulig at en overdimensjonering av antall rom kan gi reduserte driftskostnader for helseforetaket. Ved behov for oppussing av eksisterende poliklinikk-rom i dagens høyblokk, bør det gjøres vurderinger om det er mulig å samle aktiviteten i færre rom.

5. Vil endringen av konsept fra 2015 og frem til i dag svekke eller styrke prosjektet med hensyn til risiko, kvalitet og fremtidig fleksibilitet?

Vi har innenfor rammene av oppdraget ikke hatt mulighet til å gjennomføre egne detaljerte analyser av risiko, kvalitet og fremtidig fleksibilitet. Våre vurderinger baserer seg derfor på gjennomgang av dokumentasjonen som er tilgjengeliggjort, samt intervjuer med enkeltpersoner som har vært involvert i arbeidet virker prosessene rundt utvikling av det anbefalte alternativ 3 å ha vært gode og grundige. Dette gjelder også prosessen rundt vurdering av de enkelte alternativene knyttet til risiko, kvalitet og fremtidig fleksibilitet, hvor det har vært involvering av relevante fagressurser.

5.1 Endringer i konseptet fra 2015 til 2020

Som beskrevet i kapittel 2 er det gjort betydelige endringer i konseptet fra 2015 og frem til dagens anbefalte alternativ 3.

Prosjektet har i forbindelse med denne kvalitetssikringen utarbeidet en oversikt over de viktigste endringene, og denne oversikten er gjengitt i tabellen nedenfor (i vår bearbejdede form):

Tabell 5-1 konseptfase 2015, endringsoppstilling 2017, forprosjekt 2018 og alternativ 3 2020

Prinsipp/kapasitet	2015	2017	2018	2020	Kommentar
Opprusting sengerom Svanabygget	Ja	Ja, enerom	Ja, enerom	Nei	Nye sengerom i Livabygget
Dimensjonerende	239	185	177	183	Normalsenger, observasjonsmottak og pasienthotell
Normalsenger	202	130	133	145	
Andel enerom	39 %		90 %	90 %	Prosent av antall normalsenger
Sengekapasitet i nybygg	25		19	136	Enerom i nybygg
Pasienthotell	0	27	36	32	Pasienthotell + god start-enhet
Sykehotell (antall senger)	23	23	0	0	Fleksibilitet mot pasienthotell
Observasjonspost mottak	14	5	8	6	Antall plassar er vurdert på nytt
Poliklinikk i plan 1+3 Svanabygget	Ja	Ja	Ja	Ja	Ulik løsning for tilleggsbehov. I 2020 er litt av plan 3 omdisponert til kontor
Antall poliklinikkrom	135		130	158	Generelle undersøkelsesrom og spesialrom
Areal til 47 ekstra senger	Ja			Ja	Fleksibilitet i Alternativ 3 er svært stor ved omdisponering av Svanabygget
Ombygging og rokade	9 år		9 år	4 år	Ikke lenger vesentlige ombygginger og rokkinger med sterk påverknad på klinisk drift
Ombygging Angabygget	Ja	Ja	Ja	Nei, rives	

En etasje med nybygg senger	Ja	Ja	Ja	Flere	Areal er økt fra konseptfasen
Nytt areal for operasjon/intensiv	Ja	Ja	Ja	Ja	Areal er økt fra konseptfasen.
Antall operasjonsstuer	8+1		8+1	8+1	Uinnredet areal 2 nye stuer i Livabygget i alternativ 3
Nybygg sterilsentral	Delvis	Ja	Ja	Ja	Nybyggsareal økt fra konseptfasen
Lagernybygg koblet mot sterilsentral	Ja	Ja	Nei	Nei	Sterilsentral flyttet til plan 1, kobling via ny heis.
Nytt areal akuttmottak	Ja	Nei	Nei	Nei	Påbygg fra konseptfasen kan realiseres senere
Identifisert behov kontorplasser	231		320	390	HVIKTs 38 plasser er inkludert i 2020
Manglende kontorplasser	61		70	0	I alternativ 3 dekning for kontorbehov u/ Angabygget

5.2 Vurderinger knyttet til risiko, kvalitet og fremtidig fleksibilitet

I «Rapport om val av Løsning for Livabygget» som ble fremlagt som vedlegg til Styresak 01720 fremgår det at det er gjort grundige vurderinger av de tre ulike alternativene som forelå i 2020.

- Alternativ 1: Forprosjekt, fremlagt og vedtatt desember 2018
- Alternativ 2: Videreutviklet forprosjekt, fremlagt sommeren 2019
- Alternativ 3: Ytterligere videreutviklet prosjekt med åtte etasjers Livabygg

Flere av vurderingene knyttet seg til risiko, kvalitet og fremtidig fleksibilitet, og våre vurderinger tar utgangspunkt i denne styresaken.

Vi har innenfor rammene av oppdraget ikke hatt mulighet til å gjennomføre egne detaljerte analyser av risiko, kvalitet og fremtidig fleksibilitet. Våre vurderinger baserer seg derfor på gjennomgang av dokumentasjonen som er tilgjengeliggjort, samt intervjuer med enkeltpersoner som har vært involvert i arbeidet. Slik vi vurderer det virker prosessene rundt utvikling av det anbefalte alternativ 3 å ha vært gode og grundige. Dette gjelder også prosessen rundt vurdering av de enkelte alternativene knyttet til risiko, kvalitet og fremtidig fleksibilitet, hvor det har vært bred involvering av relevante fagressurser.

5.2.1 Risiko

Alternativ 3 vil gi vesentlig bedre forhold for drift i byggeperiode sammenlignet med andre alternativer. Det vil bli langt færre driftstanser, rokader, midlertidige driftssituasjoner og risiko for redusert produksjon og behandlingskvalitet. Som vi påpekte i KSK i 2015, vil det kunne være meget utfordrende å sikre god drift av et sykehus «(på en byggeplass)». Med alternativ 3 øker muligheten for å levere tjenester av god kvalitet også i byggeperioden, og risikoen for bortfall av pasienter og inntekter reduseres.

Også risiko for uønskede hendelser knyttet til helse, sikkerhet og miljø blir redusert som følge av kortere byggetid og mindre rokadebehov.

Det kan synes som om risikoen for at prosjektet vil overstige kostnadsrammen har økt. Alternativ 3 fremstår som mer ambisiøst enn de to andre alternativene. En stor del av denne usikkerheten vil falle bort når det er inngått avtale med entreprenør. Når denne avtalen foreligger, kan det argumenteres for at risikoen er redusert sammenlignet med de to andre alternativene. Det knytter seg alltid risiko til et nybyggprosjekt, men risikoen i et ombyggingsprosjekt er ofte enda større, fordi det er usikkerhet knyttet til byggets tilstand. Slik sett kan et større volum av nybygg og redusert omfang av ombygging i alternativ 3 virke risikoreducerende.

Det knytter seg noe reguleringsrisiko til alternativ 3, fordi det kan komme innsigelser mot at Livabygg oppføres med åtte etasjer. Denne risikoen vil bli avklart relativt raskt.

5.2.2 Kvalitet

Alternativ 3 er av prosjektet vurdert å gi bedre løsninger enn de to andre alternativene, spesielt for: kvinne/barn, sterilsentral, operasjon, observasjonsenhet og poliklinikkene. Stab- og støttefunksjoner blir samlet på sykehuset og dette kan gi effektivitetsforbedringer. Vi vurderer at dette på sikt kan gi kvalitetsmessige gevinster. For pasientene vil det i stor grad kunne medføre økt opplevd kvalitet at andelene enerom øker betraktelig.

Pasientforløp vil bli bedre i Alternativ 3, med en mer logisk tilkomst mellom psykisk helsevern og somatikk, og generelt mer utviklet arbeidsflyt. God involvering av ansatte på alle nivåer sikrer at alternativ 3 realiserer et sykehus som fungerer godt i drift.

Samling av dagbehandling i 4. etasje, plassert sammen med kreft poliklinikk og sengepost vurderes gunstig med hensyn til pasientforløp. Flere og mindre poliklinikker som blir liggende nær sengepostene vurderes som positivt, også for klinisk personell som får bedret arbeidsflyt og kortere avstander. For

enkelte pasientgrupper kan det imidlertid være en ulempe med poliklinikker lenger oppe i etasjene. Dette skyldes at det vil bli lengre avstander og kan oppleves vanskeligere å finne frem.

Arbeidsflyten i alternativ 3 vurderes å bli betraktelig bedre enn i øvrige alternativer. Scopisentral plasseres eksempelvis i nærhet til operasjonstue og sterilsentral. Mindre fagmiljøer får også samlet sengepost, poliklinikk og kontor i større nærhet. All dagbehandling blir samlet i 4. etasje og det kan legges til rette for lokal apotekproduksjon. Øvrige poliklinikker får løst sine behov i sentral poliklinikk i første etasje. Det blir satt av tilstrekkelig plass for observasjonsenhet mellom akuttmottak og hvileområde for poliklinikk.

Også arealet i og rundt operasjonsstuene synes å bli hensiktsmessig utformet i alternativ 3. Det blir i større grad mulig å se operasjon, intensiv og observasjon samlet.

Det knytter seg en ulempe til et høyt Livabygg ved at det nye psykiatribygget (Dagabygget) opplever innsyn og mindre sollys. Innsyn kan minimeres gjennom ulike tiltak i det nye Livabygget, men solforholdene vil uansett bli svekket.

Samtaler vi har hatt med brukerrepresentant, klinikkleder og ansattrepresentant tilsier at det er stor grad av enighet om at løsningene i alternativ 3 er gode, og bedre enn løsningene i de andre alternativene.

5.2.3 Fleksibilitet

Fleksibiliteten i alternativ 3 synes å være god, og på mange områder vel så god som i de andre to alternativene. Dette er særlig fordi det blir mulighet for å endre tidligere sengerom i Svanabygget tilbake til sengerom dersom det skulle bli behov for det. Samtidig er det en risiko for at det i liten grad blir økonomisk handlingsrom til å gjøre slike tiltak i Svanabygget, fordi nybygget krever en stor del av investeringsbudsjettet.

Faktoren som i størst grad begrenser fleksibiliteten i alternativ 3, er andelen enerom. Enerom gjør det vanskeligere å håndtere aktivitetstopper uten korridorpasienter. Men også i forprosjektet ble det planlagt med 90 prosent enerom, så utfordringen ville vært den samme i alle de tre alternativene.

Som vi har vist, er det antagelig i noen grad bygget inn unødvendig stor kapasitet i poliklinikker. Også dette bidrar til å skape fleksibilitet dersom det skulle skje strukturelle endringer, dersom behovene i pasientmassen skulle endre seg betydelig eller dersom det skjer andre endringer som øker behovet vesentlig.

5.3 Oppsummering risiko, kvalitet og fleksibilitet

Vi støtter prosjektets vurdering av at det anbefalte alternativ 3 fremstår som det beste alternativet for å sikre lav risiko, høy kvalitet og fleksibilitet, og at prosjektet i alternativ 3 er styrket sammenlignet med konseptbeskrivelsen fra 2015, forprosjektrapporten fra 2018 og alternativ 2 fra 2019.

Det gjenstår likevel et betydelig arbeid for å utforme prosesser og arbeidsformer som sikrer at den nye infrastrukturen bidrar til tjenester med god kvalitet, samtidig som driften blir mer effektiv enn i dag. Dermed sikres også bærekraften for byggeprosjektet. Helse Førde har god erfaring med å gjennomføre slike organisasjonsutviklingsprosjekter.

oslo**economics**

www.osloeconomics.no

post@osloeconomics.no
Tel: +47 21 99 28 00
Fax: +47 96 63 00 90

Besøksadresse:
Dronning Mauds Gate 10
0250 Oslo

Postadresse:
Postboks 1540 Vika
0117 Oslo