



Konseptfase «Arealplan FSS»

2015-2030

HELSE FØRDE HF

Innleiing

Retningslinjer frå rettleiar for tidlegfaseplanlegging i sjukehusprosjekt har vore førande for arbeidet med konseptfasen. Dokumentvolumet har vorte relativt omfattande.

For å gjere dette lettare tilgjengeleg har vi valt å samle informasjon i ein hovudrapport på vel 60 sider inkludert eit fylldig samandrag på 6 sider.

Den underliggende dokumentasjonen og dei ulike tema i hovudrapporten står fullstendig omtala i eigne vedlegg. Nedanfor er denne vist med referanse til kapittelnummereringa i konseptfaserapporten:

1. I vedlegg 1 er innleiande kapittel 1 til 7 gjeve att fullstendig med utfyllande informasjon.
2. I vedlegg 2 er vårt hovudalternativ omtala med hovudfunksjonsprogram (HFP), overordna teknisk program (OTP), hovudprogram for utstyr (HPU) og detaljfunksjonsprogram (DFP). Vedlegget omhandlar delar av kapittel 8 i konseptfaserapporten (8.1 til 8.4).
3. I vedlegg 3 er vårt hovudalternativ omtala som skisseprosjekt (SPR) med detaljar og føresetnader i løysingane. Vedlegget omhandlar resten av kapittel 8.
4. I vedlegg 4 er kapittel 9 til 12 gjeve att fullstendig med utfyllande informasjon.

Øvrige vedlegg er teikningar og annan dokumentasjon .

I vedlegg 1 til 4 har vi behalde nummerering på kapittelstrukturen for å lettare kunne finne att informasjon som utfyller innhaldet i konseptfaserapporten.

Komplett vedleggsliste til orientering:

1. Føresetnader, metode og rammeverk
2. Overordna design for alternativ 1 – HFP, DFP, OTP og HPU
3. Skisseprosjekt for alternativ 1 – SPR
4. Alternativ vurdering med evaluering og val
5. Teikningsbok hovudblokk – alternativ 1 – A3
6. Teikningsbok administrasjon og hotell – alternativ 1 – A3
7. Teikningsbok psykiatri – alternativ 1 – A3
8. Basiskalkylar og kalkylegrunnlag
9. Kalkylar for prosjekt og utbyggingsetappar
10. Økonomiske vurderingar, analyse og tabellar

Prosjektet, som vart gjennomarbeidd i arbeidsgruppene, teikna ut, omtala i DFP/SPR og kalkulert, har eit prosjektomfang på ca. 1,68 milliardar kroner. Det har i etterkant blitt konkludert med å tilrå eit prosjektomfang til 1,52 milliardar kroner. Vi har funne område der det er råd å gjere justeringar utan å rokke ved heilskapen og forankringa prosjektet har i organisasjonen. Desse endringane er teke inn fullt ut i hovudrapporten. For vedlegga har vi valt å samle omtalen av endringane som første del av kapittel 8, og elles berre nemne dei i enkelte av punkta.

Innhald

Innleiing	1
Samandrag.....	4
Del I: Bakgrunn	11
1. Bakgrunn, rammevilkår og målsetjing.....	11
1.1. Grunnlag for konseptfase	11
1.2. Mandat, rammer og suksesskriterium for arbeidet i konseptfasen.....	14
2. Organisering av arbeidet med konseptfasen	16
3. Metode og datagrunnlag.....	16
4. Status for dagens verksemd og bygg.....	18
5. Framskrivning av aktivitet og kapasitetsbehov	22
5.1. Somatikk	22
5.2. Framskrivning psykisk helsevern og rustenester.....	27
6. Kvalitetssikring og risiko – analyse av uvisse.....	28
Del II – utgreiing av alternativ	29
7. Alternative verksemdsmodellar FSS.....	29
7.1. Alternativ 1 – «Arealplan FSS»	29
7.2. Alternativ 2 – «0 –alternativet».	30
7.3. Alternativ 3 – «Nytt sjukehus»	30
7.4. Organisasjonsutvikling og vidareføring av prosess	30
8. Alternativ 1 – «Arealplan FSS»	32
8.1. Hovudfunksjonsprogram (HFP)	32
8.2. Overordna teknisk program (OTP)	36
8.3. Hovudprogram utstyr (HPU).....	36
8.4. Delfunksjonsprogram (DFP)	37
8.4.1. For FSS Hovudblokk.....	37
8.4.2. For gammalt psykiatribygg – sjukehusshotell og administrasjon	39
8.4.3. For psykisk helsevern, nybygg	41
8.5. Skisseprosjekt (SPR).....	41
8.6. Økonomisk analyse og vurdering	44
9. Alternativ 2 – «0 –alternativet».	48
9.6. Økonomisk analyse og vurdering (punktnummer som vedlegg)	49
10. Alternativ 3 – «Nytt sjukehus»	51
10.6. Økonomisk analyse og vurdering (punktnummer som vedlegg)	52
Del III: Samanstilling og evaluering av alternativ	56
11. Kriterium for val av alternativ	56

12.	Evaluering og val av alternativ	56
Del IV: Plan for organisering og gjennomføring av forprosjektfasen		59
13.	Mandat for forprosjektfasen	59
14.	Plan for forprosjektet og byggjefasen	59
Del V: Vedlegg og referanser		61
15.	Utrykte vedlegg og referansar	61
16.	Trykte vedlegg og referansar	61

Samandrag

Mål for konseptfase

Konseptfase for arealplan Førde sentralsjukehus (FSS) skal sikre at Helse Førde over tid leverer kvalitativt gode og effektive tenester. Prosjektet skal bidra til å oppfylle nasjonale mål om å utvikle «pasientens helseteneste.» Sjukehuset skal vere funksjonelt, dekke kapasitetsbehov, vere ein attraktiv arbeidsplass og oppfylle samfunnsmessige mål innanfor energi og miljø.

Helse Førde legg til grunn ei demografisk utvikling med aukande del eldre fram mot 2030. Dette vil påverke behovet for spesialisthelsetenester. Det er gjort statistiske framskrivingar som syner relativt stor aktivitetsvekst. Det er berekna at modererande faktorar mest sannsynleg vil dempe aktivitetsauken. Dette er skildra i verksemdsmessig utviklingsplan (VMUP) som har vore førande for arbeidet med konseptfasen.

VMUP gjev retning for tenesteutvikling. Viktige mål er å betre samordninga av tenestene for alle grupper, i særleg grad eldre. Men også pasientar med kroniske, samansette tilstandar samt barn/ungdom og familiar treng betre samordna og meir heilskapleg støtte. Vi skal arbeide vidare med tenesteutvikling, tenesteinnovasjon og tenestedesign for å oppnå strategien og styrke kvaliteten på tenestene. Vi skal møte aktivitetsvekst med å oppnå kort ventetid og utgreiingstid, rett liggetid, styrka poliklinisk arbeid, samt gjennom opplæring, undervisning og rådgjeving til kommunar og pasientar/pårørande.

Det er eit overordna mål med konseptfasen at aktuelle alternativ er utgreidde slik at vi er trygge på at konklusjon om val av alternativ er rett. Vi skal sikre at følgjande hovudpunkt vert gjennomført:

- Alternativet skal ivareta heilskapen for Helse Førde
- Alternativet svarar ut føringar frå overordna utviklingsplanar
- Alternativet kan realiserast innanfor utarbeidde kostnadsvurderingar
- Alternativet skal kunne realiserast innanfor framskrivne prognosar for økonomisk bereevne
- Det må skapast rom for at alternativet kan vidareutviklast i den vidare detaljeringsfasen

Grunnlag for konseptfasen

I 2009 vart det gjort ein omfattande analyse av det somatiske tenestetilbodet i Helse Førde, og ulike modellar for framtidig struktur vart drøfta. Prosessen vart samanfatta i dokumentet «Modellar for Helse Førde 2020». Dokumentet frå 2009 kom til gjennom ein omfattande prosess med brei høyring. Til slutt vart det vedteke ein modell som la grunnlag for vidare omstilling. Vedtak vart gjort i styret for Helse Førde i juni 2010, i Helse Vest november 2010 og til sist i føretaksmøtet i mai 2011. Endringar i struktur og implementering vart gjort gjennom prosjekt «Helse Førde 2020» i perioden 2011 – 2014.

Helse Førde har gjennomført fleire prosessar dei siste åra. Denne konseptfaserapporten byggjer på desse planane, seinast verksemdsmessig utviklingsplan og bygningsmessig utviklingsplan (BMUP) 2015.

Ved FSS vart det gjennomført eit omfattande arbeid med arealplan for sjukehuset. Ein rapport frå firmaet CF Møller var klar i mai 2013. Denne er i mange samanhengar omtala som «Møllerrapporten».

Innhaldet i «Møllerrapporten» vart vidareført som idéfasen for ein ny arealplan for FSS, og var grunnlag for oppstart av arbeidet med konseptfasen «Arealplan FSS».

Framskriving av aktivitet og kapasitet

VMUP gjev framskriving av aktivitet basert på NPR-data, men dette datagrunnlaget er ikkje splitta på geografiske behandlingsstadar. For å kunne splitte datagrunnlaget slik, har vi i samband med konseptfase «Arealplan FSS» gjennomført framskriving for somatikk på grunnlag av aktivitet registrert i det elektroniske journalsystemet DIPS. Jamføring av desse framskrivingane viser små avvik. Vi har i BMUP og «Arealplan FSS» teke inn framskrivingssgrunnlag frå DIPS.

Konseptfase «Arealplan FSS» har lagt til grunn løysingar og grunnleggande kapasitetsvurderingar frå idéfasen, og dette er jamført og drøfta mot den nye framskrivingar av aktiviteten.

VMUP peikar på modererande faktorar og strategisk retning som skal vere med å korrigere/reducere aktivitetsveksten som framskrivingssprognosane viser. Dette er i VMUP omtalt kvalitativt og ikkje kvantitativt, utifrå at det er usikkert korleis dei ulike faktorane vil verke inn på framtidig kapasitetsbehov. Vi har gjort ei skjønnsberekning basert på det vi veit i dag. Førretaket må i prosessen vidare, når vi startar arbeidet med forprosjekt for arealplan FSS, etablere aktivitetar som både kvantifiserer modererande faktorar og strategiske retningar frå VMUP. Vi må også verifisere grunnlaget som er nytta i konseptfasen.

Det er generelt lagt til grunn at samla somatisk kapasitet i Helse Førde, både ved lokalsjukehusa i Lærdal og på Nordfjordeid og Førde sentralsjukehus, må utnyttast. Eventuell manglande kapasitet må Helse Førde HF i størst mogeleg grad finne ved å omorganisere og utnytte eksisterande areal ved FSS.

Alternativ som er utgreidde og vurderte

I samsvar med mandat frå idéfase skulle det utgreiast 3 alternativ:

- Alternativ 1: «Arealplan FSS»
- Alternativ 2: «0 –alternativ»
- Alternativ 3: «Nytt sjukehus»

Namnsetjing og nummerering av alternativa frå idéfasen er endra for å kunne framstille desse på ein lettfattelig måte i konseptfasen og den vidare prosessen, men er innhaldsmessig utan endring. Alternativ 1 «Arealplan FSS» er i idéfaserapporten alternativ 2: Møllerrapporten sitt framlegg, men med ei forsert utbygging.

Vi ser alternativ 1 som det mest aktuelle alternativet, dei to andre alternativa er utgreidde opp mot dette. Hovudfunksjonsprogram (HFP), delfunksjonsprogram (DFP), overordna teknisk program (OTP), hovudprogram utstyr (HPR) og skisseprosjekt (SPR) er vurdert med fokus på endringar opp mot alternativ 1. Økonomisk analyse og vurdering er gjort sjølvstendig for kvart av alternativa.

Alternativ 1 – «Arealplan FSS»

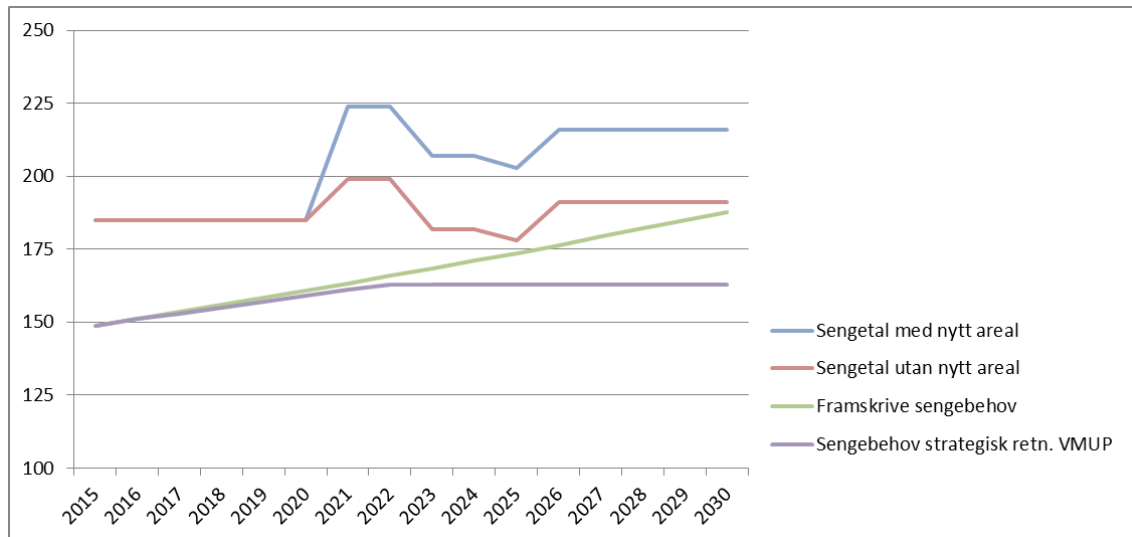
Sengekapasitet

Vi ønskjer å utvikle sengeavdelinga ved FSS i retning av større del einsengsrom og ombygging av bad, slik at sterkt pleietrengande kan få hjelp på ein god måte med tilrettelagde arbeidsforhold for pleiepersonell. Dette skal, så langt råd er, løysast innanfor bygningsmassen vi har i dag. Det vert skapt større kapasitet og fleksibilitet for senger i høgblokka ved å ta ut dag- og poliklinikkaktivitetar. I forprosjektfasen må vi vurdere kor mykje einsengsrom vi kan byggje, og samstundes ha tilstrekkeleg kapasitet.

FSS skal utviklast i retning av felles sengepost som gjev grunnlag for høg og effektiv utnyttingsgrad både av bygningar og personell. Dette er eit organisasjonsprosjekt som må arbeidast vidare med i prosessen.

Talet senger i sengepost blir redusert frå 185 i dag til 177 etter ombygging. I tillegg kjem 14 senger i ny OBS-post. Totalt blir dette 191 senger ved FSS

Etablering av observasjonspost og ombyggingsarbeid i sengepostane vil påverke tilgjengeleg sengekapasitet i perioden. Saman med tidspunkt for val om utbygging, og med ulike scenario, kan vi få utvikling som vist grafisk:



Det er i framstillinga lagt til grunn at strategisk retning og modifierande faktorar frå VMUP skal kunne redusere det framskrive sengebehovet i 2030 frå 188 til 163 senger. Dette vil i tilfelle gje ein beleggsprosent i 2030 på 85 prosent utan utbygging av nytt sengeareal. Dersom vi legg til grunn rein framskriving av sengebehov, vil føretaket i 2030 ha ein beleggsprosent på 87 prosent når det nye arealet er lagt inn med auka sengekapasitet på 25 senger, frå 191 til 216. Vi trur at strategisk retning i VMUP vil redusere sengebehovet, slik at dette er eit trygt alternativ med omsyn til kapasitet.

I sluttarbeidet med konseptfasen har vi valt å leggje til grunn at auka sengekapasitet må takast inn i prosjektet no. Behov for sengekapasitet må verifiserast i prosessen vidare i høve til utvikling av beleggsprosent og handlingsplanar som blir etablert på basis av VMUP.

Det nye sengearealet, i vedlegg omtala som kontoretasje over BUP, skal kunne utviklast til 25 einsengsrom. Med ei slik utbygging vil graden av einsengsrom auke frå 30 til 39 prosent.

Poliklinikk

Ved FSS skal vi utvikle poliklinikken i retning av fleirfaglege poliklinikkar med effektive pasientforløp. Strategisk retning er generelle og felles behandlingsrom med høg utnyttingsgrad. Prosessen med å finne løysingar har vore forankra inn mot tenesteområde, og at alle tenesteområde skulle sjå løysingar for sin avdeling.

Frå kapittel 5 kan vi hente følgjande oversikt, demografisk framskriving av polikliniske konsultasjonar:

Poliklinikk	2014	2015	2020	2025	2030
FLO	3 549	3 585	3 774	3 975	4 190
FSS	96 177	97 243	102 782	108 685	114 982
LSH	13 952	14 092	14 818	15 591	16 414
NSH	13 081	13 215	13 915	14 664	15 469
SO	2 052	2 071	2 171	2 276	2 385
SUM	128 811	130 207	137 460	145 191	153 440

Behandlingsrom i poliklinikk er ei blanding av spesialrom og generelle rom som kan nyttast av fleire tenestoområde. FSS er eit lite sjukehus med stor breidde i poliklinisk tenestetilbod, og mange praktiske tilhøve spelar inn ved vurdering av effektiv driftstid og utnytting av spesialrom. Definerings av tal rom innanfor ulike tenestoområde har difor vore gjennomført i ein prosess der dei ulike avdelingane har vore sterkt medverkande.

Operasjon

Det er i dag svært tronge tilhøve ved operasjonsavdelinga. I tillegg viser berekningane aukande behov for stasjonære og dagkirurgiske operasjonar. For å kunne ivareta strategisk retning for dagkirurgi, har avdeling for akuttmedisin (AAM) gjeve frå seg areal til denne funksjonen, og samtidig fått utvida med to nye operasjonsstover.

Det er definert fire hovudtiltak:

1. Auka produksjon og lagring av sterilgods i sterilsentralen.
2. Betre opptaksområdet for pasientar til dagkirurgi.
3. Utvide operasjonsfløyen til ni operasjonsstover for å få god logistikk, god utnytting av operatør og behandle fleire pasientar. Av desse skal fire vere til dagkirurgi. Dette er ein ytterlegare auke i høve idéfaserapporten som følgje av auka framskrivingar i aktivitet på dagkirurgi.
4. Tilpasse samla oppvåkingskapasitet/tal senger til 18 plassar. Vi bør arbeide for å auke dette noko i neste fase.

Operasjonsareal er svært dyre areal å byggje ut, og det er mange problemstillingar knytt til utbygging av kapasitet når det på same tid er drift på eksisterande areal.

Under arbeidet med konseptfasen er mange spørsmål ikkje blitt svara ut, og desse høyrer naturleg heime i neste fase. Med den kapasiteten og dei tiltaka som er definerte inn i konseptfasen, har vi ei ramme for neste fase som gjer oss trygge på at vi skal kunne optimalisere løysingane for dette tenestoområdet.

Dialyse

Som grunnlag for kapasitetsvurdering nyttar vi 312 dagar per år, dvs. 52 veker multiplisert med seks dagar.

Det er i prosjektet lagt til grunn 14 stolar, og med ei behandling per dag per stol får vi i 2030 ei kapasitetsutnytting på 88 prosent.

Sjukehus hotell og administrasjon

Eksisterande vaksenpsykiatri skal byggast om til sjukehus hotell og kontor for administrasjon.

Psykisk helsevern

Helse Førde skal arbeide målretta for å samordne somatiske og psykiatriske tenester betre enn i dag. Dei nye areala for psykiatri skal tilretteleggast slik at dei kjem tett på somatikken, og vi skal ha flyt mellom somatikk, psykisk helsevern for barn, ungdom og vaksne under tak eller i lukka korridorar.

Kapasitetsvurderingar i psykiatrisk avdeling tilseier at vi må oppretthalde kapasiteten som er i Førde i dag, og i tillegg inkludere areal for to tryggleikspasientar.

Økonomisk vurdering alternativ 1

Helse Førde vil kunne bere den totale investeringa ut frå gjevne føresetnader. I konseptfasen har det ikkje vore gjort direkte berekningar av kva effektar dei ulike elementa i hovudalternativet vil ha på drifta. Det er gjennomført kvalitetssikring av føresetnadene som ligg i den rekneskapsmessige framskrivinga, og det er gjort analyser på framskrivningstal. Det er og gjennomført intervju med avdelingsleiarar for å teste truverde av føresetnadene som ligg til grunn for berekningane av den økonomiske berekrafta. Det sikrar og at det ikkje ligg store auka kostnader ved gjennomføring av byggjeprojektet, slik det er føreslege i konseptfaserapporten.

Den samla kostnaden for alternativ 1, inkludert byggjelånsrenter, er kalkulert til 1,63 milliardar kroner i perioden frå 2016 til 2025. Dersom dei andre investeringane som i planen er venta i perioden frå 2016 til 2030 vert tekne med, vil Helse Førde ha ei restbereeve på 133,5 millionar kroner. På det noverande tidspunkt vurderer vi restbereeve til å vere ein buffer. Med dei føresetnadene som ligg i den rekneskapsmessige framskrivinga, vil Helse Førde gå med overskot i resultatrekneskapan i heile perioden.

Alternativ 2 – «0-alternativ»

Alternativ 2 er samanfallande med alternativ 1 på dei fleste punkt, og i dette kapittelet fokuserer vi difor berre på endringar og skilnader på eit overordna nivå.

Endringane i høve alternativ 1 er opplista under:

- Alle tiltak i hovudblokk, lågblock og høgblock med mindre tilbygg (påbygg sterilsentral og operasjon) på hovudblokka skal gjennomførast i samsvar med alternativ 1
- Nybygg vaksenpsykiatri går ut
- Ruste opp eksisterande bygg for psykisk helsevern for vaksne (kostnad grovt som estimert for endra bruk)
- Halde fram leige av kontorareal for administrasjon
- Finne nye leigealternativ for BUP eller byggje sjølv for samlokalisering med somatikk

Sjukehotellfunksjon blir løyst ved å leige hotellrom lokalt i Førde.

Følgjekonsekvensar omhandlar ny administrasjonsfløy og nytt sjukehotell, som ligg inne i alternativ 1. Administrasjonsfløy i ombygd psykiatri er meint brukt til kontor- og undervisningslokale etter funksjonar i utarbeidd romprogram. Desse areala vil framleis måtte brukast til vaksenpsykiatri i alternativ 2, og areal til nytt sjukehotell må framleis nyttast til sengerom for vaksenpsykiatri. Vi må då halde fram med å leige kontorlokale og sjukehotellsenger som ikkje er samlokaliserte med sjukehuset.

Ved vurderinga av alternativ 2 er effektane av ulikskapen i høve alternativ 1 gjennomgått. Enkelte av elementa frå alternativ 1 er fjerna og investeringane blir dermed 279,2 millionar lågare enn hovudalternativet. Samstundes må Helse Førde ved dette alternativet ta høgde for effektar av at

ikkje alle investeringane som gjev den berekna økonomiske bereevna i kap. 8.6., blir gjennomførte. Det påverkar kontantstraumen frå verksemda.

Samla vurdering er at det er små økonomiske skilnader mellom alternativa 1 og 2.

Alternativet er lagt vekk av di vi meiner dagens bygningar verken vil dekke krav til funksjonalitet eller areal i framtida. Psykisk helsevern for vaksne har i dag lite tenlege lokale i høve nye behandlingsteknikkar. BUP er plassert i lokale som dei må flytte frå innan 2021. Jamført med verksemdsmessig utviklingsplan ser vi at det behov for tettare samordning av somatiske og psykiatriske tenester for barn og unge, og utsette familiar generelt. Dette har synt seg vanskelegare å få til når psykisk helsevern for barn og unge er lokalisert eit stykke vekk frå sjukehuset.

Det vil vere uheldig å fortsetje med psykisk helsevern lokalisert på fleire stadar. På same vis er det uheldig med leing og administrasjon geografisk plasserte på relativt stor avstand frå det kliniske miljøet. Dette har kostnader/negative verknader for dagleg kommunikasjon. Men også for miljøet, med bilkøyring for over 100 personar fram og tilbake, gjerne fleire gonger om dagen.

Alternativ 3 – «Nytt sjukehus»

Idéfaserapporten definerer eit tredje alternativ som skal verte utgreidd i konseptfasen, eit heilt nytt sjukehus på ny tomt.

Rapporten utdjuar nærare at «...alternativ 3 kan handsamast analytisk på overordna nivå utan konkretisering av romløyningar, dersom alternativa framstår som lite aktuelle.»

Nybygging av sjukehuset i Førde, uansett form, reiser fleire sentrale problemstillingar. I tillegg til dei openberre knytt til nytte, plassering og finansiering, står særleg eitt viktig samfunnsproblem tilbake: Kva skal det gamle og verna sjukehuset brukast til?

Med omsyn til alt gjennomførte nyinvesteringar og investeringsvedtak rundt dagens sjukehus (ny helikopterbase/prehospitall bygg, sentrale tekniske anlegg, Bygg aust osv.) framstår eit nybyggalternativ som lite tenleg.

Kapittelet omhandlar difor alternativet med nytt sjukehus på eit teoretisk og overordna nivå, utan å vise konkrete løysingar for eit nytt sjukehus i Førde. Målet med å greie ut alternativ 3 er å kunne setje alle alternativ i perspektiv til kvarandre for å betre grunnlaget for å gjere det rette konseptvalet.

Ved vurderinga av dette alternativet er effektane av ulikskapen i høve alternativ 1 gjennomgått. Alternativet er basert på bygging av eit nytt sjukehus. Med bygg, medisinsk-teknisk utstyr og byggjelånsrenter er investeringa rekna til 5,21 milliardar kroner. Det er 3,58 milliardar meir enn alternativ 1. Det er då lagt inn investeringar i medisinsk-teknisk utstyr på 50 millionar kvart år i fem år, totalt 250 mill. Vidare er det ein føresetnad at Helse Førde får realisert bygningane til bokført verdi. Det er ikkje lagt inn kostnader med å flytte ut av eksisterande bygg. Driftsmessige konsekvensar er rekna som like i alternativ 3 og alternativ 1.

Framskrivingar viser at Helse Førde ved utgangen av 2030 har ei udekka bereevne på kring ein milliard kroner i løpet av perioden. vil mangle 1 milliard kroner dersom dette alternativet vert valt. Den økonomiske situasjonen vil forverre seg ytterlegare i åra etter. Alternativ 3 blir difor ikkje vurdert som mogeleg å realisere innanfor gjeldande rammer.

Evaluering og val av alternativ

Det er i prosjektet definert 18 mål innanfor:

- Samfunnsmål
- Effektmål
- Resultatmål

I tillegg er det frå rettleiaren for tidlegfaseplanlegging i sjukehusprosjekt henta inn 10 vurderingskriterium.

Det er gjennomført evaluering på totalt 25 av desse målsetjingane og vurderingskriteria. Alternativ 1 kjem best ut med ein skår på 87 prosent framfor alternativ 2 som får ein skår på 69 prosent.

Alternativ 3 kjem, på grunn av økonomi som ikkje kan handterast innanfor kjende rammer, ut som dårlegast med 61 prosent.

Det er ei klar tilråding at alternativ 1 blir valt for å føre vidare i forprosjektet.

Plan for prosjektet vidare

Forprosjektet skal greie ut alternativ 1 i konseptfaserapporten.

På basis av denne rapporten, gjennomført kvalitetssikring (KSK), styrebehandling i Helse Førde, styrebehandling i Helse Vest og dialog med HOD gjennom lånesøknad skal det utarbeidast eit prosjektdirektiv med klart mandat.

Som suksessfaktor skal vi ha spesielt fokus på:

- Pasienten i sentrum
- Involvering av organisasjon og brukarar ved gjennomføring av forprosjektet
- Etablere klare planar for konkretisering av strategisk retning og modererande faktorar frå verksemdsmessig utviklingsplan
- Innhente kompetanse frå Sykehusbygg HF i gjennomføringa

Særskilde utfordringar som skal ha fokus i gjennomføring av forprosjektet:

- Skape tryggleik for at framtidig sengekapasitet er tilstrekkeleg dekkja med dei planane som ligg føre
- Operasjonskapasitet og funksjonalitet knytt til løysingane må evaluerast grundig
- Kapasitet og tal behandlingsrom for poliklinisk- og dagbehandling må evaluerast for å sjå om det er forsvarleg å redusere tal behandlingsrom

Prosessar for utvikling av organisasjon må verte inkludert som del av arbeidet i forprosjektet. Dette bør vere del av eit breiare prosjekt for å utvikle organisasjonen i samsvar med styresignal i VMUP. Eit slikt organisasjonsutviklingsprosjekt bør starte tidleg i 2016.

Del I: Bakgrunn

1. Bakgrunn, rammevilkår og målsetjing

1.1. Grunnlag for konseptfase

Dette kapitlet gjev oversyn over planprosessane Helse Førde har hatt sidan 2009. Helse Førde vedtok 21. september 2015 utviklingsplanar for den samla verksemda og for bygningane. Konseptfaserapporten byggjer på desse planane og på dei føregåande planprosessane

I 2009 vart det gjort ei omfattande analyse av det somatiske tenestetilbodet i Helse Førde, og ulike modellar for framtidig struktur vart drøfta. Prosessen vart samanfatta i dokumentet «Modellar for Helse Førde 2020». Dokumentet frå 2009 vart til gjennom ein omfattande prosess med brei høyring. Til slutt vart det vedteke ein modell som la grunnlag for vidare omstilling. Vedtaket vart gjort i styret for Helse Førde juni 2010, så i Helse Vest november 2010 og til sist i føretaksmøtet i mai 2011. Endringar i struktur og implementering av vedtaka vart gjort gjennom prosjekt «Helse Førde 2020» i perioden 2011 – 2014.

Helse Førde har gjennomført fleire prosessar dei siste åra. Denne konseptfaserapporten byggjer på desse planane, seinast VMUP og BMUP 2015.

Tema kring areal i Helse Førde generelt og Førde sentralsjukehus har tidlegare vore omhandla i fleire saker styret har hatt til handsaming.

- Sak 037/10V «Målbilete og modell for somatiske spesialisthelsetenester i Helse Førde HF mot 2020» la til grunn at vedtekne omstillingar ville føre til behov for arealmessige endringar. Vidare har sak 042/2011A «Modell for somatisk spesialisthelsetenester i Helse Førde, gjennomføringsplan 2011 – 2014» lagt til grunn at det skulle utarbeidast ein plan for areal Helse Førde som del av «Gjennomføring Helse Førde 2020»
- Sak 007/2012 O «Bygningsmessig kartlegging – vedlikehaldsstatus i Helse Førde» viste at det var behov for store investeringar i bygningsmassen til Helse Førde dei næraste åra. Rapporten var meint som eit viktig informasjons- og avgjerdsunderlag for vidare strategisk og taktisk planlegging, og utvikling av bygningsmassen. Saka viste og at Helse Førde HF stod framfor store investeringar. Denne kartleggingsrapporten, saman med arealplanen for Helse Førde, har vore eit godt verktøy for å prioritere rett innanfor investeringsmidlane som er stilt til rådvelde.
- I sak 077/2012A «Sal av Florø sjukehus» vart det gjort vedtak om sal av sjukehusbygget i Florø. Eit eige prosjekt for etablering av spesialisthelsetenesta i Florø i nye lokale har vore i arbeid. Etter tilbodsrunde vart det valt areal i Firdavegen 1 A (same bygg som Sunnfjord medisinske senter) Det var lagt til grunn innflytting ca. 1. april 2014.
- På Tronvik vart det i sak 026/09V «Prosjekt Tronvik» etablert tverrfagleg spesialisert behandlingstilbod for rusmiddelavhengige. Ved Tronvik har også sikkerheitsposten i psykisk helsevern halde til.
- I sak 033/2013A vart det gjort vedtak om å flytte denne til psykiatrisk klinikk i Førde. Nybygg til denne funksjonen har vore nødvendig.

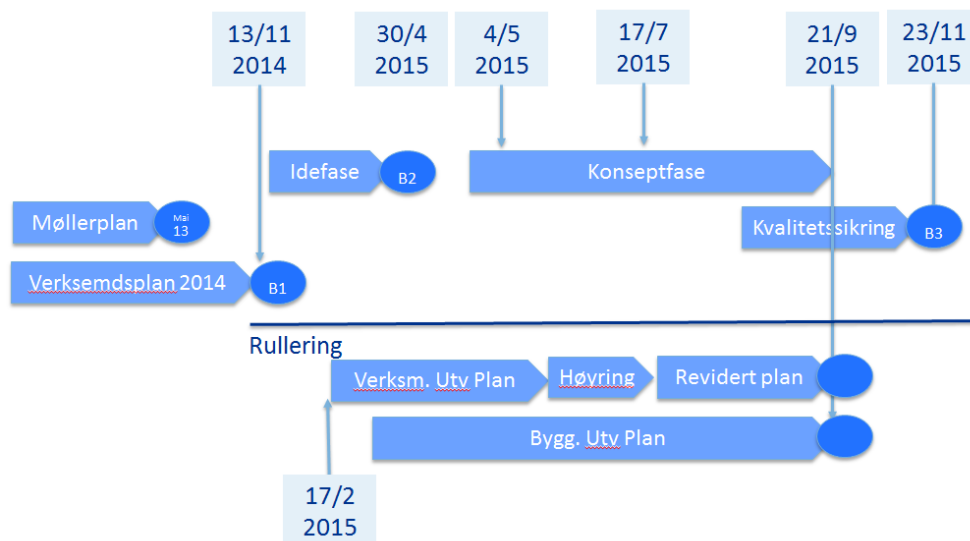
Styringsdokumentet har krav om å utarbeide ein arealplan med strategiske føringar som Helse Førde har prioritert, med ein venta utbyggingstakt tilpassa føretaket si investeringssevne.

På bakgrunn av føringar i styringsdokument, den verksemdsmessige utviklingsplanen og identifiserte endringar i målbilete for dei somatiske spesialisthelsetenestene i Helse Førde HF mot 2020, vedtok Helse Førde å utarbeide ein samla arealplan for føretaket. Planen hadde som mål å utarbeide eit godt grunnlag for arealmessige strategiske tiltak, og å sikre samanhengen mellom tenestetilbodet og bygningsmessige tiltak. Den samla arealplanen i det etterfølgjande kalla «Møllerrapporten», vart lagt fram mai 2013¹.

«Møllerrapporten» omfatta framtidsplanar for FSS. Den var gjennomført med omfattande interne prosessar. Den var gjennomført med eit utgreiingsnivå som svarar til innhald i ein idéfaserapport, men med den mangel at plan for organisering og gjennomføring av neste fase ikkje var inkludert. Rapporten konkluderte på eit hovudalternativ med ombygging og bygging ved FSS i ein periode på 20 år. Styret for Helse Førde HF handsama rapporten/planen i sak 042-2013, og vedtok at framdriftsplanen skulle komprimerast og innehalde tydelege prioriteringar.

Strategi Helse Førde 2020 vart gjennomført i perioden 2010-2013. Strategien omfatta dei somatiske tenestene. Det vart gjennomført strukturelle endringar ved lokalsjukehusa. I november 2014 handsama styret for Helse Førde VMUP som mellom anna oppsummerte tidlegare planprosessar. Det er vart då identifisert behov for å gå gjennom og oppdatere denne planen for å fange opp endra behov, vilkår og vurderingar. Det vart bestemt å rullere planen. Rulleringa skulle også inkludere verksemdsmessig plan for psykisk helsevern, som ikkje var del av Helse Førde 2020.

Helse Førde har våren 2015 gjennomført eit vesentleg arbeid med å oppdatere og rullere verksemdsmessig utviklingsplan og utarbeide bygningsmessig utviklingsplan for Helse Førde HF. I tillegg har eksisterande arealplan for Førde Sentralsjukehus (FSS) («Møllerplanen») inngått i ein idéfase. Prosessen førte fram til ei avgjerd², B2, om å gå vidare til konseptfase for å greie ut alternative endringar for FSS. Dei ulike planarbeida har delvis gått parallelt.



Figur 1 Tidslinje for arbeid med planverk

¹ Styresak 042/2013 A

² Styresak i Helse Førde HF, 027/2015

Skissa over viser prosessen som vart planlagt for planarbeid for Helse Førde HF og Førde sentralsjukehus fram mot styrebehandling 21. september.

- **Verksemdsmessig utviklingsplan (VMUP) 2015-2030 Helse Førde HF**
Start: 02.02.2015. Høyringsutkast klart 30.05.2015. Styret handsamar saken 21.09.2015. Planen er ei rullering og vidareutvikling av tidlegare verksemdsplan. Helse Førde HF vedtok i styresak 062-2014³ Verksemdsmessig utviklingsplan Helse Førde 2014, og at denne skulle rullerast i 2015 for å inkludere heile verksemda, mellom anna psykisk helsevern. Saman med bygningsmessig utviklingsplan skal VMUP utgjere naudsynt grunnlag for vidare planlegging.
- **Bygningsmessig utviklingsplan (BMUP) 2015-2030 Helse Førde HF**
Start 07.04.2015. Førsteutkast klart 17.07.2015, og blir lagt fram for styret 21.09. Planen skal greie ut status, vedlikehaldsbehov og moglegheit for bygningsmassane i Helse Førde HF og supplere VMUP ved å foreslå tiltak som må gjennomførast for at dagens bygningsmasse skal støtte framtidige behov i VMUP.
- **Idéfase Førde Sentralsjukehus**
Start 09.03.2015, vedteken 30.04.2015. Idéfaserapporten er utarbeidd på grunnlag av verksemdsmessig plan frå 2014 og inneheld arealplan frå C.F. Møller og designbasis R4, vedteken i styremøte i Helse Førde HF 27.04.2015⁴. Helseføretaket fekk utarbeidd ein arealplan for FSS, levert av C.F. Møller, datert mai 2013 (APCFM)⁵. Utgangspunktet for denne planen var å realisere strategien for helseføretaket frå 2010-2014, samtidig som ein tok inn oppdaterte analysar og innspel frå sjukehuset. Delar av arealplanen er delvis sett ut i livet ved at Bygg aust no er i forprosjektfasen.⁶ Bygg aust vil mellom anna fungere som avlastningsbygg ved ombygging av sentralsjukehuset.
- **Konseptfaseutgreiing 2015-2025 Førde sentralsjukehus**
Vedteke sett i gang i styremøte 30.04.2015, start 07.04.2015. Helse Førde/Helse Vest vil i slutten av 2015 sende søknad til Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) om finansiering for dette konseptet.

Konseptfasen har som mandat å greie ut alternativ for å løyse dei utfordringar som er skisserte i VMUP og BMUP, samt ein realisering av idéfasen. Vidare skal konseptfasen forankrast i organisasjonen, samt løyse utfordringane og realisere potensialet som er avdekket i dei ulike planarbeida.

Samla skal planarbeida gje oversikt over kva aktivitet Helse Førde HF og Førde Sentralsjukehus må bu seg på å handtere fram mot 2030, og korleis føretaket best vil levere tenestene som samfunnet har behov for.

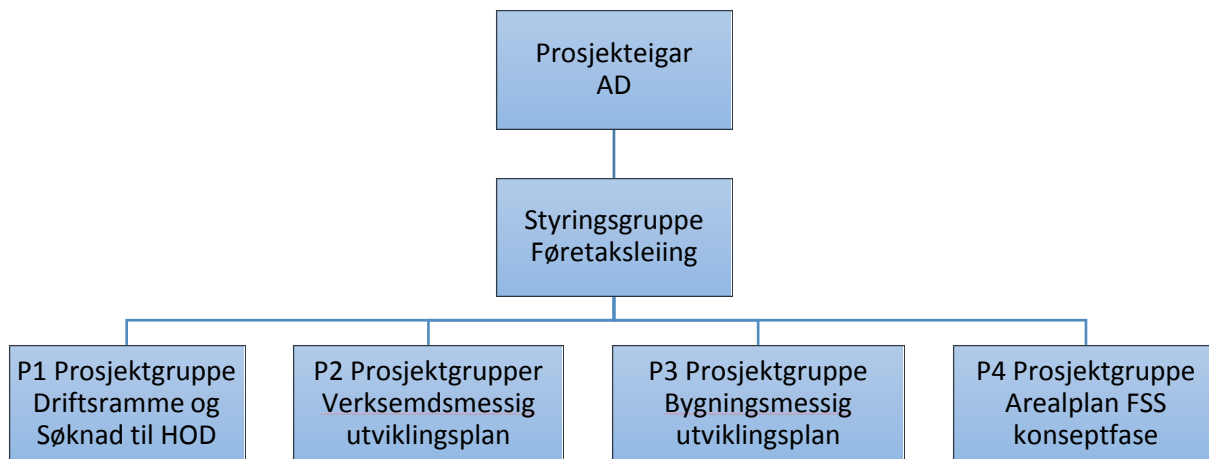
Helse Førde har utarbeidd eit program for å styre og gjennomføre dei ulike prosjekta under leiing av føretaksleiinga, der dei ulike arbeidsstraumane P1-P4 er vist i figuren under.

³ Styresak i Helse Førde HF, 062-2014

⁴ Styresak i Helse Førde HF, 027-2015

⁵ Vedlegg 2 til styresak i Helse Førde HF, 027-2015

⁶ Styresak i Helse Førde HF, 013-2015



Figur 2 Overordna plan for organisering av arbeidet med dei ulike planane:

P2 og P3 vedkjem heile Helse Førde HF, medan P1 og P4 vedkjem Førde sentralsjukehus.

Organiseringa av prosjektet er skildra i designbasis⁷.

1.2. Mandat, rammer og suksesskriterium for arbeidet i konseptfasen

Styret gjorde følgjande vedtak⁸ knytt til saka om idéfasen.

1. Styret vedtek oppstart av Konseptfase arealplan FSS, i tråd med tidlegfaseplanleggaren utgreier ein dei 3 alternativa som idéfaserapporten rår til.
2. Konseptfasen skal sikre at føringar som kjem fram i samband med rullering av utviklingsplaner blir tekne inn.

Alternativa er renummerert etter styrevedtaket, slik at hovudalternativet blir alternativ 1. I samsvar med dette skal følgjande alternativ utgreiast i konseptfasen:

- Alternativ 1: «Arealplan FSS»
- Alternativ 2: «0 –alternativet»
- Alternativ 3: «Nytt sjukehus»

Mål for prosjektet og konseptfasen er definert i ulike kategoriar. Lister, inkludert kategoriar og kjelde til mål er lista i etterfølgjande tabellar:

Samfunnsmål

Overordna, strategiske samfunnsmål som gjeld for sektoren og som er relevante for prosjektet.

⁷ Helse Førde : Designbasis for prosess - Bygningsmessig utviklingsplan og Konseptfase arealplan FSS

⁸ Styresak 027-215 A, Styreprotokoll og saksframlegging.

Samfunns mål	
ID	Skildring
1	Konseptfase Arealplan FSS skal sikre at Helse Førde over tid skal levere kvalitativt gode og effektive tenester. Prosjektet skal bidra til å oppfylle nasjonale mål om å utvikle «pasientens helseteneste». Sjukehuset skal vere funksjonelt, dekke kapasitetsbehov, vere ein attraktiv arbeidsplass og oppfylle samfunnsmessig mål innanfor energi og miljø.

Effekt mål

Effekt mål: Kvantitative og kvalitative mål knytt til drifta av kjerneverksemda. Dette kan også omfatte konkrete tilhøve knytt til bygget. Pasientar og tilsette sitt perspektiv.

Effekt mål		
ID	Skildring	Kjelde
2	Vi skal leggje til rette for raskt å stille rett diagnose og utforme plan for behandling	Frå VMUP, og "Prinsipp frå verksemdsmessig utviklingsplan til areal"
3	Vi skal etablere nye heilskaplege behandlingsforløp for eldre og multisjuka	Frå VMUP, og "Prinsipp frå verksemdsmessig utviklingsplan til areal"
4	Vi skal ha mottaksfunksjon som ivaretek behovet for multidisiplinær og rask utgreiing og avklaring av rett behandlingsnivå	Frå VMUP, og "Prinsipp frå verksemdsmessig utviklingsplan til areal"
5	Vi skal utnytte eksisterande areal og spesialrom betre og tilpasse dette endra pasientbehov	Frå VMUP, og "Prinsipp frå verksemdsmessig utviklingsplan til areal"
6	Vi skal modernisere døgntilboda og etablere nye rammer for fagleg samhandling	Frå VMUP, og "Prinsipp frå verksemdsmessig utviklingsplan til areal"
7	Vi skal lage pasientsentrerte poliklinikkar	Frå VMUP, og "Prinsipp frå verksemdsmessig utviklingsplan til areal"
8	Vi tek i bruk ny teknologi og utnyttar denne for å effektivisere tenestene	Frå VMUP, og "Prinsipp frå verksemdsmessig utviklingsplan til areal"
9	Vi skal utnytte ressursane effektivt og samordne det vi kan	Frå VMUP, og "Prinsipp frå verksemdsmessig utviklingsplan til areal"
10	Vi skal modernisere kirurgiske behandlingsforløp, og unngå unødige innleggingar	Frå VMUP, og "Prinsipp frå verksemdsmessig utviklingsplan til areal"
11	Vi skal gjere pasientopplevinga betre	Frå VMUP, og "Prinsipp frå verksemdsmessig utviklingsplan til areal"
12	Vi skal ha funksjonelle lokale for medarbeidarkvalitet	Frå VMUP, og "Prinsipp frå verksemdsmessig utviklingsplan til areal"

Resultat mål

Mål for gjennomføring av prosjektet, ikkje berre for konseptfasen. Er i hovudsak knytt til styring av prosjektet innanfor rammer for tid og kost.

Resultat mål		
ID	Skildring	Kilde

13	Alternativet skal vere realiserbart innan kjend økonomisk bereevne	Frå styringsgruppe og prosjektleiing
14	Alternativet skal vere realiserbart uten å gå på kostnad av oppgradering og vedlikehald ved andre behandlingsstadar	Frå styringsgruppe og prosjektleiing
15	Alternativet skal realiseres innanfor eit budsjett med sikkerheitsmargin på 15 prosent av totale kostnader	Frå styringsgruppe og prosjektleiing
16	Alternativet skal levere nye lokale innan utløp av eksisterande leigekontrakter - BUP og administrasjon.	Frå styringsgruppe og prosjektleiing
17	Alternativet skal vere realisert i sin heilskap innan 2025.	Frå styringsgruppe og prosjektleiing
18	Det er eit overordna mål for styret og administrerende direktør at prosjektet skal realisere ei god, berekraftig og langsiktig løysing for psykiatri.	Frå styringsgruppe og prosjektleiing

2. Organisering av arbeidet med konseptfasen

Designbasis R4⁹ er eit tillegg til arealplan frå C.F. Møller for å få eit komplett grunnlag for å organisere arbeidet med konseptfaserapporten. Det er utarbeidd av prosjektleiinga for å dokumentere korleis arbeidet med dei ulike planane er tenkt gjennomført . Dokumentet har undervegs i prosess fått ein ny revisjon R5.

Konseptfasen for arealplan FSS er ei vidareføring av arbeidet som vart gjort ved utarbeiding av arealplan FSS med sluttrapport i 2013. Struktur som var vald i 2013 er lagt til grunn ved inndeling i arbeidsgrupper. Det gjev ei inndeling etter etasjar og område/bygg.

For å få forankring er prosjekt- og arbeidsgruppene sett saman slik at leiarar, tilsette, tillitsvalde og brukarombod skal få lagt fram sine synspunkt i prosessen.

På eit overordna nivå er det tenkt at arbeidsgruppene har ein kreativ fase i mai, der APCFM vert evaluert og utfordra. Ein temakonferanse vert halden 26.05 ved FSS for å inspirere dette arbeidet. Deretter skal styresignal frå VMUP og BMUP inngå i ein konkretiserande fase for arbeidet i juni.

Rapporten frå konseptfasen skal gå gjennom sluttredigering og styrebehandling i august/september 2015.

3. Metode og datagrunnlag

Metodeskildringa er relativt omfattande, og fullstendig skildring er samla i vedlegg 1. Vi omtalar i denne hovudrapporten dei mest sentrale punkta:

Tidlegfaseplanlegging

⁹ Styresak 027-2015 A Vedlegg 3 Designbasis R4.docx

Rettleiar for tidlegfaseplanlegging i sjukehus er nytta som metode for å gjennomføre konseptfasen, men det er ein del tilhøve i vårt prosjekt som gjer at vi har vald å avvike noko frå rettleiaren.

Hovudpunkt i vår tilnærming i prosjektet:

1. Store delar av vårt prosjekt er eit «nullalternativ» med opprusting av eksisterande sjukehus for å kunne møte framtida. Det handlar mykje om korleis kan vi få mest mogeleg ut av det vi har.
2. Praktisk detaljkunnskap i organisasjonen knytt til organisering/bemanning/fag, samt kapasitetsfordeling mellom to lokalsjukehus og eit sentralsjukehus, er vurdert som sentralt for å få til kostnadseffektive løysingar. Innspel frå arbeidsgruppene har difor vore viktige i prosessen.
3. Overordna analyser vil i ombyggingsprosjekt gje mykje uvisse med omsyn til kostnader og løysingar. Vi må vere spesifikke i tilnærminga, slik at vi i konseptfasen kan vere trygge på at ei konkret løysing er identifisert innanfor kostnadsrammene. I prosessen med forprosjektet vil det vere mogeleg å finne betre løysingar innanfor den etablerte kostnadsramma.

Framskrivning

VMUP gjev bilete av aktivitet og framskrivning av aktivitet for heile Helse Førde basert på NPR-data. For å kunne splitte datagrunnlaget på behandlingsstadar, har vi i samband med konseptfase «Arealplan FSS» gjennomført framskrivning for somatikk på grunnlag av DIPS-data. Ved jamføring av desse framskrivningane er det små avvik, og vi har i BMUP og konseptfase for arealplan FSS teke inn framskrivningsgrunnlag frå DIPS.

Berekning av kapasitet

VMUP peikar på modererande faktorar og strategisk retning som skal vere med å korrigere/reducere aktivitetsveksten i høve til det framskrivingsprognosane viser, men dette er i VMUP omtalt kvalitativt og ikkje kvantitativt. Det er gjort ei skjønsmessig vurdering av faktorar som truleg vil moderere aktivitetsveksten vi reint statistisk kan «lese av». Desse såkalla modererande effektane er mellom anna endra pasientforløp, vidare dreining frå døgn til dag/poliklinikk og effekt av nye behandlingsformer. I konseptfase «Arealplan FSS» er det lagt til grunn løysingar og grunnleggande kapasitetsvurdering frå idéfasen. Dette er jamført og drøfta mot den nye framskrivninga av aktiviteten. Det må i prosessen vidare, når vi tek til på arbeidet med forprosjekt for arealplan FSS, etablerast aktivitetar som kvantifiserer modererande faktorar og strategiske retningar frå VMUP og dokumenterer og verifiserer grunnlaget som er nytta i konseptfasen.

Det er generelt lagt til grunn at somatisk kapasitet ved lokalsjukehusa i Lærdal og på Nordfjordeid må utnyttast, og at manglande kapasitet for Helse Førde HF i størst mogeleg grad skal finnast ved å omorganisere og utnytte eksisterande areal ved FSS i Førde.

Kostnadsberekning av prosjektet

I prosjektet har det vore gjennomført eit grundig kostnadsoverslag. Tidlig i prosjektfasen vart det gjennomført ei normal kostnadsberekning på det nivået som oftast blir gjort i konseptfasar, denne var basert på bruttoareal (BTA) multiplisert med erfaringstal for sjukehusbygg. For eit nybygg er slike enkle kostnadskalkylar truleg meir korrekte enn for eit ombyggingsprosjekt. Helse Førde-prosjektet er i stor grad ombyggingsareal, og det er difor gjennomført ein meir detaljert bygningskalkyle enn normalt for ein konseptprosjektfase.

Kostnadsberekninga i prosjektet er gjort på grunnlag av spesifikke kalkylar, typekalkylar, som er knytt til definerte areal i BIM modellen og romdatabasen dRofus på ein slik måte at dei kan knytast opp

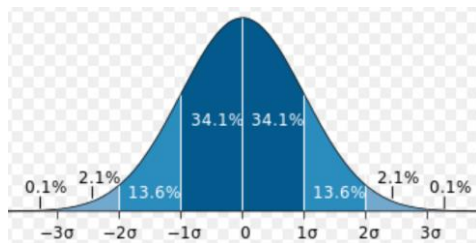
mot utbyggingsetappane. Dette gjev eit konkret og godt grunnlag for vidare vurdering forprosjektfasen.

Analyse og vurdering av faktorar som er usikre

Prosjektet skal kalkulerast på ein slik måte at det er ein tryggleik på 85 prosent for at prosjektet kan gjennomførast innanfor kostnadsramma som blir etablert. Dette er definert som P85.

Det finst ikkje tilgjengeleg datagrunnlag for å definere standaravvik i erfaringsdata knytt til byggjekostnader. Marknadssituasjonen er ein vesentleg faktor som kan gje store utslag, og her kan vi få variasjon både på tidsaksen og innanfor ulike fagområde.

Det er i prosjektet valt ei tilnærming der vi definerer P85 som det estimatet rådgjevarbransjen reknar som forsvarleg tilrådd ramme for prosjektet i denne fasen. Med ei statistisk normalfordeling vil standardavvik vere 34,1 prosent av estimatet, og P85 vil for alle praktiske formål vere dette punktet i fordelinga.



Det er sett som parameter for arbeid med kalkylen i skisseprosjektet at utføresett og usikkerhetsmargin tilsaman i kalkylen skal setjast lik 15 prosent og at dette tilsvarer P85.

Det er i prosjektet lagt til grunn som hovudprinsipp at den som skildrar omfang og kalkulerer kostnaden, er den næraste til å vurdere uvissa.

Det er ikkje gjennomført omfattande usikkerheitsanalyse for å konstruere eit standardavvik på kalkylen i prosjektet, men vi har lagt stor vekt på å identifisere spesifikke løysingar som kan bidra til å redusere uvissa.

Kalkyle

Kalkyle er utarbeidd med basis i kjende og relevante referansar saman med marknadsmessige vurderingar. Kalkylen er utarbeidd i 2015-kroner, og er komplett tilrådd budsjett inkludert alle prosjektkostnader med mva. Finanskostnader og byggjelånsrenter er ikkje inkluderte i kalkylane.

4. Status for dagens verksemd og bygg

Verksemd

Dagens verksemdsmessige tilbod og tenester er skildra i VMUP 2015. Førde sentralsjukehus har eit fylkesdekkande ansvar, og er den sentrale motoren i drift og utvikling av dei somatiske spesialisthelsetenestene i Sogn og Fjordane. Sjukehuset har eit omfattande poliklinisk-, dag- og døgntilbod innan kirurgi, medisin og medisinske støttetjenester. Sjukehuset har i tillegg lokalsjukehusfunksjonar for dei 13 kringliggande kommunane med om lag 50 000 innbyggjarar. Leiinga for avdelingane og klinikkane i Førde har ansvar for aktivitetane både på sentralsjukehuset og

lokalsjukehusa, og samordna tenester for alle pasientar, med avtalte rutinar og ansvartilhøve som sikrar rett behandling på rett nivå.

Førde sentralsjukehus har fødeavdeling og barneavdeling. Det er nært samarbeid med «God start»-einingane på lokalsjukehusa, som igjen er organiserte saman med kommunane rundt sjukehusa. Dette tilbodet inneheld oppfølging av gravide under svangerskapet, følgjetenester ved fødsel og barseltilbod etter fødselen. Fødande frå Nordfjord som ikkje er i risikogrubbene, kan velje å føde ved Volda sjukehus etter avtale mellom Helse Førde og Helse Midt RHF/Helse Møre og Romsdal.

I psykisk helsevern har Førde sentralsjukehus akuttpsykiatriske tenester. Vidare er det distriktpsykiatriske tilbod i Førde, Tronvik (Høyanger), Florø (berre poliklinikk), Sogndal og på Nordfjordeid. Tilsvarande har psykisk helsevern for barn og unge poliklinikkar på fire stader (Førde, Nordfjordeid, Sogndal og Florø), og ein døgnpost i Førde.

Som følge av samhandlingsreforma er det etablert, eller under planlegging, interkommunale lokalmedisinske tenester i form av legevakt, legevaktsentral og øyeblikkeleg hjelp-senger ved Førde sentralsjukehus tilsvarande som ved dei to lokalsjukehusa.

Bygg

Sentralt for vurdering av notilstand for eksisterande bygningsmasse ligg Multimap som blant anna syner tilstandsgrad og etterslep på vedlikehaldsbehov. Dette er ein omfattande rapport som vart laga av Multiconsult i 2011, og oppdatert i august 2015.

Rapporten frå Multiconsult syner eit samla vedlikehaldsetterslep på ca. 466 millionar kroner, det meste av dette relatert til teknisk oppgradering. BMUP skisserer ein plan det det vert henta inn 147 millionar som ekstra auke i vedlikehald i perioden 2016-2030. Dette vil saman med tiltaka i denne rapporten utgjere ein god plan for vidareutvikling av bygningsmassen ved FSS.

Alle eksisterande bygg innanfor området til sentralsjukehuset vil bli påverka av ein 1000-årsflaum. Det er ikkje registrert tilhøve som gjer det vanskeleg å satse på ei vidareutvikling av FSS, men kartlegging og risikovurdering av flaumtilhøva må inngå i det vidare arbeidet.

Det er gjennom signert avtale sikra tilgang til tomt vest for høgblokka, slik at framtidige planar for nybygg kan realiserast i dette området.

Hovudutfordringar ved dagens løysing:

Psykisk helsevern:

Førde BUP får ikkje forlenga leigeavtalen og må ha nytt areal. Samlokalisering med ungdomsavdelinga i psykisk helse ved sentralsjukehuset er viktig for samhandling og bruk av tilsette på tvers og rekruttering .

Vaksenpsykiatrien har behov for 24 sengeplassar i distriktpsykiatrisk senter (DPS) med opptaksområdet for Sunnfjord og Ytre Sogn. I 2009 vart psykoseposten i Sunnfjord og Ytre Sogn lagt ned og flytta saman med den allmenne sengeposten i Førde i påvente av nybygg. Vi står difor i dag utan eit fullverdig tilbod til både psykosepasientar døgn - og allmenn sengepost DPS. Det er berre 14 sengeplassar i Førde og vi treng 24 sengeplassar for å kunne gje tilbodet som vi må gje i 2030. Eit nybygg vil gje oss høve til å samlokalisere psykisk helsevern for barn og unge, vaksne og somatikk. Nærleik og samarbeid med somatiske einingar er vesentleg for å få til heilskapleg pasientbehandling.

Små føretak som skal dekke ei breidde av spesialiserte behov, treng samlokalisering av fagressursar for å sikre kompetanse og utvikling.

Akuttposten på psykiatrisk klinikk har øyeblikkeleg hjelp-plikt og akuttinnleggingar frå heile Sogn og Fjordane/Helse Førde. Det er stor breidde i problemstilling/diagnose hos innlagde pasientar, og liggetida varierer med nokre timar til mange månader.

Posten er i dag ikkje tenleg for oppgåvene den skal løyse. Posten har 14 einerom/senger fordelte i ein lang korridor. Desse skal romme ulike pasientgrupper samtidig, t.d. eldre pasientar med demens, psykose, rus, maniar, alvorleg suicidalitet, sikkerhetsproblematikk og ungdom med sjølvskading. Dette er grupper som alle treng ro og trygge rammer rundt seg. Sengetalet i akuttposten må aukast frå 14 til 16 sengeplassar for å kunne ha kapasitet til å ta imot sikkerheitspasientar, og for å møte behovet i framtida. Helse Førde har det lågaste sengetalet for sjukehus for vaksne i landet med berre 14 sjukehusplassar i heile fylket. Det er av den grunn heilt nødvendig å styrke kapasiteten og funksjonsnivået på akuttposten med nybygg for å møte framtidige behov.

1. Sikkerheit:

- Akutt døgn har ansvar for sikkerheitspasientar. Helse Førde har høve for gjesteplassar i Bergen, men det er og innleggingar i Førde, og i ein rehabiliteringsfase kan desse pasientane vere innlagde over tid. Lokala er ikkje tilpassa lengre opphald, då desse pasientane treng større areal. Med tanke på at vi skal ha ansvar for fleire sikkerheitspasientar, vil vi ikkje kunne gje behandling og rehabilitering i posten i dag utan eventuelt å stenge av delar av posten/ta ned sengetalet.
- Den lange korridoren med «krikar/krokar» er uoversiktleg og trang med tanke på å ha fleire pasientar med ustabile/utagerande problem innlagt.
- Posten har ØH-plikt som medfører innleggingar til alle døgnets tider, og med ulike problemstillingar. Pasientane og pårørande er ofte i ei krise. Det er ikkje alltid rom som passar for den enkelte pasient, og dei kjem for tett på kvarandre.
- Det er ikkje råd å skjerme pasientane over tid, slik sikkerheitspasientar og ein del andre pasientar treng. I dag blir dei skjerma på rom, men det er berre ei kortvarig løysing, og gjev meir uro og dårlegare behandling.
- Akuttposten har ikkje eigen inngang for akutt innlagte pasientar. Pasientane må først gjennom areal som både DPS og andre nyttar. Dette skapar uro hos dei andre pasientane. For pasientar i stor krise/akutt, er det også nedverdige å måtte gå forbi andre pasientar i ein krisesituasjon der dei kjem med t.d. politi eller ambulanse .
- Pasientar som må transporterast til somatikk, må i dag først gjennom fleire ventesonar (bl.a. psykiatrisk poliklinikk) for å komme til somatisk avdeling.

2. Bygningmessige forhold

- Bygget treng rehabilitering. Glaskarmar, golv, dører og bad er utslitne/roteskada.
- Bada/romma er ikkje sikra etter dagens standard med tanke på pasientskade/suicidalitet.
- Det er trangt og uoversikteleg.
- Det er ikkje laga rom/dørøpning med plass til standard sjukehusseng.
- Det er ikkje eigna rom/plass for belteseng.
- Romma er ikkje lydsikra. Pasientar med mykje lyd/uro vert lett høyrde i resten av posten, noko som fører til auka uro hos medpasientar og besøkande. Dette fører igjen til at dei ikkje alltid kan ta imot besøkande, eller må halde rom stengde for å skjerme noko for lyd.

Idéfaserapporten har konkludert med at akuttposten ikkje fyller dagens krav.

Somatikk:

Poliklinikkane ligg i dag spreidde utover i plan 1, 2, og 3, samt i døgnpostar. Dei er kombinerte med kontorfunksjon, og har slik dårleg arealeffektivitet. Samtidig er behovet for polikliniske tenester venta å auke vesentleg framover. Ein ynskjer difor ei samling til ein felles, tverrfagleg poliklinikk der kontorfunksjonane blir plasserte ut i tilstøytande areal.

Operasjon har plassmangel og utfordringar knytt til tronge korridorar, urasjonelle forhold for depot/lager og mangelfulle garderobe/personalforhold. Storleiken på operasjonsstovene er vurdert for knappe, spesielt for ortopediske inngrep. Stovene imøtekjem ikkje føresetnadene om generalitet. Behovet for kontorarbeidsplassar er stort.

Intensivavsnittet handterer i dag intensiv- og overvåkingspasientar. Arealane er ikkje tilpassa intensivverksemd, og mangler blant anna isolat og høve til skjerming for dei pasientgruppene som treng det. Det manglar og tenlege pasienttoalett.

Dagkirurgisk avdeling har det spesielt trøngt, og har vanskelege inngangsforhold frå altangang i vestibyle, utan universell tilkomst.

Sterilsentral har det trøngt, og treng å oppgradere lokala mot vassinntrenging. For å kunne overta produksjon frå operasjonsavdelinga, vil arealane måtte utvidast vesentleg.

Sengepostane manglar universell utforming på bad, og har få einsengsrom i dagens løysing. Det er og behov for meir lagerareal og arbeidsplassar, sidan det pågår mykje opplæring i postane.

Sengevask har i dag for lite areal og «fyller opp» 0-plan med reine og skitne senger. Dette er eit problem i høve til rømming og framkomst generelt.

Generelt

Utbygginga skal i særleg grad møte behova vi ser for å leggje til rette for behandling av fleire eldre og andre pasientar med samansette lidningar. Det skal også leggjast til rette for betre samordning mellom somatikk og psykisk helsevern for alle pasientgrupper.

Vernestatus

I FSS-komplekset er delar av sentralsjukehuset og parkområdet verna etter kulturminnelova verneklasse 1 – det mest restriktive statlege vernet.

Vernestatus vil til ein viss grad styre utviklinga av eksisterande bygningsmasse. Det vil likevel ikkje ha avgjerande innverknad på framtidige planar, og i enkelte tilfelle vil dispensasjonssøknad vere aktuelt.

Vi viser vidare til «15.a Verneplan for Førde Sentralsjukehus, Riksantikvaren, 1999».

5. Framskriving av aktivitet og kapasitetsbehov

5.1. Somatikk

Framskriving av aktivitet byggjer på faktisk aktivitet i 2014. Framskrivinga skjer med grunnlag i ICD10-kodar som er brukt i verksemdsmessig utviklingsplan. Den er basert på framskriving av demografi.

VMUP syner at ein vil kunne få tilleggsaktivitet som følgje av auka sjukdomsførekost ved at delen av eldre i befolkninga aukar. Utviklinga er usikker og vil mest sannsynleg ikkje følgje ei rein matematisk framskriving. I arbeid med VMUP har vi funne det vanskeleg å kvantifisere desse effektane, men har sett føre seg at ulike modererande effektar, som betra generell helsetilstand, betre behandlingsmetodar eller endra oppgåvefordeling, vil ha dempende effekt på venta auke. Det vil framover bli arbeidd med konkrete tiltak for å møte venta aktivitetsvekst.

Tabellar med kvit bakgrunn for tala er reine framskrivingar utan korrigeringar. Når det er gjort korrigeringar i tala, så er bakgrunnen lys grå.

Framskrivinga gjev oss grunnlag for å vurdere på kva tenesteområde/fagområde/omsorgsnivå/region veksten vil komme.

Framskriving av aktivitet totalt konsultasjonar utført i Helse Førde fordelt på tenesteområde.

Tjenesteområde	2014	2015	2020	2025	2030
10000 - Kirurgisk avdeling	12 242	12 399	13 218	14 100	15 048
11500 - Kjevekirurgisk avdeling	2 214	2 232	2 327	2 425	2 528
14000 - Ortopedisk avdeling	26 063	26 289	27 455	28 680	29 968
21000 - Øyre Nase Hals avdeling	14 112	14 284	15 184	16 150	17 188
22000 - Augeavdeling	9 257	9 402	10 167	11 002	11 915
24000 - Kvinneklinikken	12 498	12 614	13 213	13 843	14 505
30000 - Medisinsk avdeling	31 747	32 227	34 763	37 544	40 599
36000 - Kreftavdeling	6 179	6 288	6 861	7 487	8 172
42000 - Hudpoliklinikk	17 037	17 203	18 060	18 961	19 910
43000 - Nevrologisk avdeling	5 587	5 654	6 007	6 386	6 796
44000 - Barneavdeling	6 452	6 512	6 823	7 151	7 498
45000 - Revmatologisk avdeling	6 297	6 364	6 711	7 077	7 464
52000 - Fysikalsk medisin og rehab	2 347	2 374	2 515	2 666	2 827
81000 - Avdeling for akuttmedisin	5 396	5 447	5 706	5 979	6 264
Sum	157 428	159 291	169 010	179 452	190 683

Aktivitet fordelt på lokalitet:

Førde sentralsjukehus (FSS)

FSS	2014	2015	2020	2025	2030
10000 - Kirurgisk avdeling	10 840	10 977	11 695	12 466	13 295
11500 - Kjevekirurgisk avdeling	2 214	2 232	2 327	2 425	2 528
14000 - Ortopedisk avdeling	16 432	16 577	17 327	18 115	18 944
21000 - Øyre Nase Hals avdeling	13 468	13 632	14 490	15 411	16 400
22000 - Augeavdeling	9 257	9 402	10 167	11 002	11 915
24000 - Kvinneklinikken	10 708	10 806	11 310	11 841	12 399
30000 - Medisinsk avdeling	17 115	17 369	18 707	20 166	21 761
36000 - Kreftavdeling	6 179	6 288	6 861	7 487	8 172
42000 - Hudpoliklinikk	7 596	7 671	8 060	8 469	8 901
43000 - Nevrologisk avdeling	5 343	5 408	5 748	6 114	6 510
44000 - Barneavdeling	5 321	5 371	5 628	5 900	6 188
45000 - Revmatologisk avdeling	6 171	6 237	6 576	6 935	7 314
52000 - Fysikalsk medisin og rehab	2 298	2 325	2 463	2 612	2 770
81000 - Avdeling for akuttmedisi	4 423	4 464	4 678	4 902	5 136
Totalt FSS	117 365	118 760	126 037	133 846	142 232

Lærdal sjukehus (LSH)

LSH	2014	2015	2020	2025	2030
10000 - Kirurgisk avdeling	1 293	1 312	1 409	1 514	1 628
14000 - Ortopedisk avdeling	7 173	7 237	7 567	7 914	8 280
24000 - Kvinneklivnikken	522	528	556	586	618
30000 - Medisinsk avdeling	5 783	5 882	6 405	6 984	7 626
42000 - Hudpoliklinikk	1 933	1 952	2 048	2 150	2 257
44000 - Barneavdeling	719	726	759	795	832
81000 - Avdeling for akuttmedisi	973	982	1 029	1 077	1 128
Totalt LSH	18 396	18 617	19 773	21 020	22 369

Nordfjord sjukehus (NSH)

NSH	2014	2015	2020	2025	2030
10000 - Kirurgisk avdeling	109	110	115	120	125
14000 - Ortopedisk avdeling	2 458	2 475	2 561	2 651	2 744
21000 - Øyre Nase Hals avdeling	644	652	694	739	788
24000 - Kvinneklivnikken	1 268	1 281	1 347	1 416	1 489
30000 - Medisinsk avdeling	7 990	8 107	8 726	9 407	10 158
42000 - Hudpoliklinikk	2 763	2 790	2 928	3 074	3 227
43000 - Nevrologisk avdeling	244	246	259	272	286
44000 - Barneavdeling	412	416	436	456	478
45000 - Revmatologisk avdeling	126	127	135	142	151
52000 - Fysikalsk medisin og reha	49	49	52	54	57
Totalt NSH	16 063	16 254	17 252	18 332	19 503

Florø

FLO	2014	2015	2020	2025	2030
30000 - Medisinsk avdeling	859	869	925	986	1 054
42000 - Hudpoliklinikk	2 692	2 718	2 851	2 991	3 139
Totalt FLO	3 551	3 587	3 776	3 977	4 193

Sogndal

SO	2014	2015	2020	2025	2030
42000 - Hudpoliklinikk	2 053	2 072	2 172	2 277	2 387
Totalt SO	2 053	2 072	2 172	2 277	2 387

Aktivitet fordelt på omsorgsnivå og behandlingsstadar

For å vurdere ressursbehovet ved dei ulike einingane, er den framskrivne aktiviteten fordelt på omsorgsnivå og behandlingsstadar. Utgangspunktet er fordelinga av aktivitet i 2014.

Døgn	2014	2015	2020	2025	2030
FSS	14 022	14 228	15 312	16 489	17 767
LSH	2 551	2 594	2 818	3 063	3 331
NSH	1 676	1 704	1 849	2 007	2 180
SUM	18 249	18 525	19 979	21 559	23 278

Dagkirurgi	2014	2015	2020	2025	2030
FSS	3 836	3 886	4 151	4 442	4 762
LSH	427	430	447	464	482
NSH	137	138	144	151	158
SUM	4 403	4 458	4 745	5 060	5 405

Dagkirurgi ved NSH legg opp til ca. 600 inngrep i året. I tabellen nedanfor er aktiviteten ved NSH teken opp med 450 frå 2015. Aktiviteten ved FSS er teken ned med 300 i same periode. Totalt er aktiviteten teken opp med 150, dette fordi vi reduserer ventelistene, gjer eigenbetalte inngrep (sterilisering) og ventar nokre gjestepasientar ved NSH.

Dagkirurgi	2014	2015	2020	2025	2030
FSS	3 836	3 736	3 851	4 142	4 462
LSH	427	430	447	464	482
NSH	137	438	594	601	608
SUM	4 403	4 608	4 895	5 210	5 555

Dagbehandling	2014	2015	2020	2025	2030
FSS	3 330	3 403	3 793	4 230	4 721
LSH	1 466	1 501	1 690	1 902	2 142
NSH	1 169	1 196	1 344	1 510	1 697
SUM	5 965	6 100	6 826	7 642	8 560

Poliklinikk	2014	2015	2020	2025	2030
FLO	3 549	3 585	3 774	3 975	4 190
FSS	96 177	97 243	102 782	108 685	114 982
LSH	13 952	14 092	14 818	15 591	16 414
NSH	13 081	13 215	13 915	14 664	15 469
SO	2 052	2 071	2 171	2 276	2 385
SUM	128 811	130 207	137 460	145 191	153 440

Poliklinisk behandling fordelt på tenesteområde

Poliklinikk for Helse Førde samla, fordelt på tenesteområde:

Poliklinisk aktivitet Helse Førde	2014	2015	2020	2025	2030
10000 - Kirurgisk avdeling	9 061	9 170	9 740	10 349	11 002
11500 - Kjevekirurgisk avdeling	2 178	2 196	2 289	2 386	2 486
14000 - Ortopedisk avdeling	21 461	21 633	22 514	23 436	24 399
21000 - Øyre Nase Hals avdeling	12 746	12 904	13 727	14 610	15 559
22000 - Augeavdeling	7 999	8 114	8 720	9 374	10 084
24000 - Kvinneklirikken	9 013	9 097	9 530	9 985	10 463
30000 - Medisinsk avdeling	19 823	20 060	21 303	22 645	24 100
36000 - Kreftavdeling	5 558	5 655	6 167	6 727	7 338
42000 - Hudpoliklinikk	17 017	17 183	18 038	18 938	19 886
43000 - Nevrologisk avdeling	4 322	4 369	4 615	4 877	5 158
44000 - Barneavdeling	5 720	5 770	6 029	6 300	6 586
45000 - Revmatologisk avdeling	6 240	6 306	6 648	7 008	7 389
52000 - Fysikalsk medisin og rehabilitering	2 277	2 302	2 435	2 576	2 726
81000 - Avdeling for akuttmedisin	5 396	5 447	5 706	5 979	6 264
Totalsum	128 811	130 207	137 460	145 191	153 440

Poliklinikk ved FSS fordelt på tenesteområde:

Poliklinisk aktivitet FSS	2014	2015	2020	2025	2030
10000 - Kirurgisk avdeling	7 920	8 013	8 499	9 019	9 575
11500 - Kjevekirurgisk avdeling	2 178	2 196	2 289	2 386	2 486
14000 - Ortopedisk avdeling	13 002	13 107	13 648	14 214	14 806
21000 - Øyre Nase Hals avdeling	12 106	12 256	13 037	13 876	14 776
22000 - Augeavdeling	7 999	8 114	8 720	9 374	10 084
24000 - Kvinneklinikken	7 751	7 823	8 196	8 588	9 000
30000 - Medisinsk avdeling	10 645	10 769	11 412	12 101	12 837
36000 - Kreftavdeling	5 558	5 655	6 167	6 727	7 338
42000 - Hudpoliklinikk	7 586	7 661	8 049	8 458	8 889
43000 - Nevrologisk avdeling	4 078	4 123	4 356	4 605	4 872
44000 - Barneavdeling	4 589	4 629	4 834	5 049	5 276
45000 - Revmatologisk avdeling	6 114	6 179	6 513	6 866	7 238
52000 - Fysikalsk medisin og rehabilitering	2 228	2 253	2 383	2 522	2 669
81000 - Avdeling for akuttmedisin	4 423	4 464	4 678	4 902	5 136
Totalsum	96 177	97 243	102 782	108 685	114 982

Liggedøgn

Liggedøgn 2014 fordelt på tenesteområde og sjukehus.

Tenesteområde	FSS	LSH	NSH	Sum
10000 - Kirurgisk avdeling	7 864	202		8 066
14000 - Ortopedisk avdeling	11 330	4 800	13	16 143
21000 - Øyre Nase Hals avdeling	1 234			1 234
22000 - Augeavdeling	120			120
24000 - Kvinneklinikken	6 446	573	817	7 836
30000 - Medisinsk avdeling	13 832	3 582	5 513	22 927
36000 - Kreftavdeling	3 668			3 668
43000 - Nevrologisk avdeling	5 005			5 005
44000 - Barneavdeling	2 216			2 216
45000 - Revmatologisk avdeling	187			187
52000 - Fysikalsk medisin og rehabilitering	1 582			1 582
Totalsum	53 484	9 157	6 343	68 984

Fordeling av liggedøgn på stad, framskrive til 2030.

Sted	2014	2015	2020	2025	2030
FSS	53 484	54 309	58 650	63 377	68 528
LSH	9 157	9 304	10 080	10 923	11 841
NSH	6 343	6 451	7 022	7 647	8 330
Sum	68 984	70 065	75 752	81 947	88 699

Snitt vekst i perioden 2014 til 2030 er på 28,6 prosent. Det er framskriving på grunnlag av ICD10-koder VMU, vedlegg 1.

Tal senger

Sted	2014	2015	2020	2025	2030
FSS	185	185	185	191	191
LSH	36	36	36	36	36
NSH	22	22	22	25	26
Sum	243	243	243	252	253

Gult felt ved NSH viser at vi tek i bruk reservekapasitet ved sjukehuset. At vi brukar av reservekapasiteten kan gje behov for å endre noko på bemanninga.

Tal døgn det er pasient i sengene (snitt):

Sted	2014	2015	2020	2025	2030
FSS	289	294	317	332	359
LSH	254	258	280	303	329
NSH	288	293	319	306	320
Sum	284	288	312	325	351

Beleggsprosent gitt at vi kan bruke sengene 365 dagar i året utan å byggje nytt areal:

Sted	2014	2015	2020	2025	2030
FSS	79,2	80,4	86,9	90,9	98,3
LSH	69,7	70,8	76,7	83,1	90,1
NSH	79,0	80,3	87,4	83,8	87,8
Sum	77,8	79,0	85,4	89,1	96,1

Beleggsprosenten ved FSS er svært høg, spesielt i 2030, og tiltak må identifiserast.

Fordeling av tal liggjedøgn på pasientar som overnattar

Oversikten viser liggjedøgn i kvar kategori. For eksempel vil ein pasient som ligg inne i fem dagar telje med fem i kolonna 2-7 dagar, og ein pasient som ligg inne i 20 dagar vil telje med 20 i kolonnen «over 14».

Fordeling av liggetider ved FSS 2014 fordelt på tenesteområde.

Tjenesteområde / Liggedager	1	2-7	8-14	over 14	Sum	Snitt
10000 - Kirurgisk avdeling	714	3 655	1 738	1 931	8 038	3,9
14000 - Ortopedisk avdeling	692	4 411	3 902	2 695	11 700	5,0
21000 - Øyre Nase Hals avdeling	723	423	47	40	1 233	1,4
22000 - Augeavdeling	32	68	20	-	120	2,2
24000 - Kvinneklinikken	550	5 365	385	136	6 436	2,9
30000 - Medisinsk avdeling	1 092	7 329	3 247	2 507	14 175	4,0
36000 - Kreftavdeling	100	1 397	1 044	1 323	3 864	6,3
43000 - Nevrologisk avdeling	291	2 768	1 202	798	5 059	4,2
44000 - Barneavdeling	325	752	495	726	2 298	3,7
45000 - Revmatologisk avdeling	22	89	76	14	201	3,8
52000 - Fysikalsk medisin og rehabilitering	-	39	108	1 449	1 596	22,8
SUM	4 541	26 296	12 264	11 619	54 720	4,0

Oppstillinga syner stor variasjon frå fagområde til fagområde. På lenger sikt bør det vere mogleg å redusere tal liggjedøgn, om utgangspunktet er lik samansetjing av pasientane som i 2014. På den andre sida blir pasientane stadig eldre, noko som vil auke liggetida.

Dialyse

Tal dialysar for 2014 er fordelt på kva sjukehus dei er behandla og kva region dei er busett.

2014	FSS	LSH	NSH	SUM
Gjest	16	4	1	21
Hordaland	77	1		78
Nordfjord	419		1 052	1 471
Sogn	36	1 352		1 388
Sunnfjord	2 054			2 054
ikkje spes	1			1
SUM	2 603	1 357	1 053	5 013

Oppstillinga syner at pasientane stort sett blir behandla i den regionen dei har registrert bustadadresse. Unntaket er at 28 prosent av «nordfjordpasientane» blir behandla i Førde.

Framskriving dialyse fordelt på sjukehus.

Dialyse	2014	2015	2020	2025	2030
FSS	2 603	2 666	3 008	3 393	3 828
LSH	1 357	1 390	1 569	1 771	1 999
NSH	1 053	1 079	1 218	1 375	1 552
Totalsum	5 013	5 136	5 795	6 539	7 379

Framskriving dialyse fordelt på region.

Dialyse	2014	2015	2020	2025	2030
Gjest	21	22	24	27	31
Hordaland	78	80	90	102	115
Nordfjord	1 471	1 507	1 699	1 915	2 160
Sogn	1 388	1 422	1 605	1 812	2 045
Sunnfjord	2 054	2 104	2 376	2 682	3 027
Ikkje spes	1	1	1	1	1
Totalsum	5 013	5 136	5 795	6 539	7 379

Veksten er på 47 prosent frå 2014 til 2030.

Tal dialysetolar er:

Tal stoler	2014	2015	2020	2025	2030
FSS	10	10	14	14	14
LSH	4	4	4	4	4
NSH	7	7	7	7	7
Totalsum	21	21	25	25	25

Tal behandlingar per stol (tal behandlingar / tal stolar)

Behandlinger/stol	2014	2015	2020	2025	2030
FSS	260	267	215	242	273
LSH	339	348	392	443	500
NSH	150	154	174	196	222
Totalsum	239	245	232	262	295

Tal behandlingar per stol per dag.

tal pr dag(312)	2014	2015	2020	2025	2030
FSS	0,83	0,85	0,69	0,78	0,88
LSH	1,09	1,11	1,26	1,42	1,60
NSH	0,48	0,49	0,56	0,63	0,71
Totalsum	0,77	0,78	0,74	0,84	0,95

Det er berekna 312 dagar per år, dvs. 52 veker multiplisert med 6 dagar.

Oppstillinga syner at FSS og NSH har under ei behandling per dag, medan LSH ligg over ei per dag for heile perioden. Avdelinga i Førde melder om venta auke i aktivitet som følgje av eldrebølgja, og eit samla behov på 15 plassar inklusive to isolat. Denne pasientgruppa brukar mykje av tida si på å gå i behandling, og lokale med mykje vindauge, lys og luft er difor vektlagt i arealplanen.

5.2. Framskriving psykisk helsevern og rustenester

Aktivitetsdata for psykisk helsevern vert nasjonalt ikkje rapportert på same måte som for somatikken. Det har generelt vore endå meir utfordrande enn for somatikken å finne berekningsgrunnlag for framtidig utvikling innan dette området.

Psykisk helsevern i Helse Førde har det mest desentraliserte psykiske helsevernet i landet målt i prosent av opphaldsdøgn på DPS, med 74 prosent i 2013 mot 40 prosent som landsgjennomsnitt. Vi skal i den vidare utviklinga halde på den desentraliserte modellen.

Det skal i prosjektet leggst til grunn at følgjande behov må stettast: Erstatte kapasitet der det i dag er leigeavtale i eksterne lokale for poliklinikken Førde BUP (barn og unge)

- Betra funksjonalitet for DPS døgn i Førde
- Betra funksjonalitet for akutt døgn i Førde (inkludert areal for sikkerheitspasientar)
- DPS dag (poliklinikk og ambulante tenester) i Førde

Framskrivingsgrunnlag frå VMUP ligg som referanse for kapasitet, men er ikkje splitta på behandlingsstadar. Dette grunnlaget fungerer som ein referanse, og vi må i den kapasitetsmessige vurderinga leggje til grunn at psykiatrisk avdeling vurderer denne referansen saman med tankar rundt framtidig utvikling og driftsmodellar.

Kapasitetsvurderingar i psykiatrisk avdeling har konkludert med å oppretthalde kapasiteten som er i Førde i dag, og i tillegg inkludere areal for to tryggleikspasientar.

6. Kvalitetssikring og risiko – analyse av uvisse

Det er i prosjektet ikkje gjennomført analyse av uvisse med omsyn til kostnadskalkylen, jamfør metodeskildring i kapittel 3.

Prosjektet si tilnærming for risikoreducerande tiltak i høve til kostnadsutvikling er knytt til den spesifikke arbeidsmetodikken som er vald:

- Identifisere funksjonar som er kostnadskrevjande å flytte – prøve å unngå å flytte desse
- Gjennomgang av tekniske installasjonar – identifisert oppgraderingsbehov - dette blir del av designramma
- Forslag til nye tekniske areal blir sett av før planarbeid for omdisponering startar opp
- DFP og SPR blir gjennomført som ein repetert prosess der ein prøver å utnytte eksisterande bygg på ein optimal måte
- Transparent og etterprøvbar kalkyle utarbeidd i dRofus

Grunnlag for neste fase, forprosjektfasen, er nedfelt i verktøya IM og dRofus slik at det blir ein målretta prosess vidare. Her kan ein byggje på arbeidet frå konseptfasen og identifisere risikoområde og veikskapar frå konseptfasen.

Utover dette ser vi nokre hovudutfordringar/ risikoar i prosjektet:

Gjennomføring av ombygging under drift. Arealmessig er dette søkt teke i vare ved å starte med nybygg, flytte ut funksjonar i nye areal og deretter byggje om i frigjevne areal. Det vil likevel bli utfordringar med støy, støv og logistikk inn og ut av ombyggingareal som må ivaretakast. Dette kan og i periodar komme til å påverke drifta ved sjukehuset, slik at vi må tilpasse produksjonen, eventuelt flytte pasientbehandling til lokalsjukehusa. God dialog mellom prosjektet og brukarane er sentralt for å få desse konsekvensane reduserte til eit minimum, og det vil bli laga eigen plan for kommunikasjon i forprosjektfase.

- Økonomiske konsekvensar for drifta som følgje av ombygging og kostnader til flytting. Dette er ikkje teke inn i dei økonomiske modellane, men inngår i usikkerheitsanalysen.
- Kapasitetsbehov kan bli annleis enn det som ligg inne i framskrivingar. Her er det ein fordel at prosjektet skal planleggast og gjennomførast over 9 år. Ein kan då gjere tilpassingar undervegs i høve til både kapasitet og ambisjonsnivå oppimot endra føresetnader.

Omfang og spesielle tilhøve elles er kommenterte i skisseprosjektet, som ligg til grunn for den kalkylen som er utarbeidd og kvalitetssikra av fleire aktørar. Grunnlagsdata for kalkyle er basis i relevante erfaringsdata og lokal marknadskunnskap innanfor dei ulike faga angitt som 2015 kroner.

Del II – utgreiing av alternativ

7. Alternative verksemdsmodellar FSS

I samsvar med mandat frå idéfase skulle det utgreiast 3 alternativ:

- Alternativ 1: «Arealplan FSS»
- Alternativ 2: «0-alternativet» (vidareføre dagens bygningsstruktur)
- Alternativ 3: «Nytt sjukehus»

Vi ser alternativ 1 som det mest aktuelle alternativet, og vil utgreie dei to andre alternativa (0-alternativ og nybygg) opp mot dette. Hovudfunksjonsprogram (HFP), delfunksjonsprogram (DFP), overordna teknisk program (OTP), hovudprogram utstyr (HPR) og skisseprosjekt (SPR) blir dermed vurdert med fokus på endringar opp mot alternativ 1. Økonomisk analyse og vurdering blir derimot gjort sjølvstendig for kvart av alternativa.

7.1. Alternativ 1 – «Arealplan FSS»

Alternativ 1 omfattar planmessig ombygging av FSS i hovudsak i samsvar med idéfasedokumentet «Arealplan – Utviklingsplan for Førde sentralsjukehus» (Møllerrapporten), utarbeidd i mai 2013. Desse planane er vidareutvikla i konseptfasen til skisseprosjekt med nye, reviderte arealplanar.

Berekningar av framtidig trong for kapasitet ved Førde Sentralsjukehus syner ein viss auke i behov for tal ordinære senger og ein auke i poliklinisk og ambulant aktivitet. Endringar i bygningsmassen må ta omsyn til denne omstillinga, men må også ivareta behovet for fleksibilitet i bygningsmassen slik at framtidige funksjonsendringar kan gjerast med minst mogeleg ombygging. Utover dette skal delar av bygningsmassen ved FSS oppgraderast for effektiv sjukehusdrift no og i framtida.

Somatikk

Utfordringane ved AAM og poliklinikkane har prioritet i arealplanen. For å kunne gjere tiltak i sentralblokk må vi ha avlastningsareal. Dette arealet er planlagt i to etasjar i Bygg aust, og nye kontorlokale i eksisterande psykiatribygg. Dette gjev høve til å omstrukturere AAM i 2. etasje og poliklinikkene i 1. etasje.

Operasjonsavdeling, sterilsentral, dagkirurgisk eining og intensivavdeling skal utvidast. Dette blir gjort ved å flytte kontor til nye lokale i ombygd psykiatribygg, tilbygg av to nye operasjons stover i 2. etasje og ei utviding for sterilsentralen under AMK-tilbygget. Desse bygningsmessige endringane medfører organisatoriske endringar i drifta av OP og sterilsentral.

Poliklinikkane blir i all hovudsak samla i 1. etasje med felles polikliniske rom og undersøkingsrom. Nye prinsipp for bruk av areal, kombinert med utvida opningstider fangar opp dagens kapasitetsutfordringar og aktivitetsvekst i framtida.

Sengepostane i høgblokk skal omorganiseras til sengetun i ein felles sengepost og gjerast om til fleire einsengsrom kombinert med tresengsrom. Med den føreslegne inndeling vil vi kunne etablere einsengsrom tilsvarande ca. 30 prosent av sengemassen, herunder også fleire kontaktsmitteisolat. Saman med 14 senger i ein nyetablert observasjonssengepost ved akuttmottaket, blir det totalt ca. 177 somatiske senger i framtida. Det er også planlagt 47 senger i reserve (på ein- og tresengsrom) til pårørande og eventuelt ekstra sengebehov.

Legevakt og framtidig utvida kommunalt tilbod med overgrepsmottak og observasjonssenger blir samla i eit lokalmedisinsk senter utanfor sjukehuset og i regi av kommunane.

Akuttmottaket er planlagt utvida og styrka med ny post for diagnostikk og observasjon. Saman med ein ny driftsmodell som styrkjer kompetansen i akuttmottak, vil dette avlaste sengepostane og gje betre tilbod til akutte pasientar.

Psykisk helsevern

Styrking av psykisk helsevern er høgt prioritert. Arealplanen planlegg eit felles nybygg for psykisk helsevern for vaksne og barn/unge, som dermed får betre tilrettelagte og meir framtidretta lokale. Dagens bygg vil i framtida bli nytta til pasienthotell i kombinasjon med administrasjonsbygg. Dagens pasienthotell må ut av høgblokka, og administrasjonen blir samla ved sjukehuset i staden for i fjerntliggande leigeareal som i dag.

7.2. Alternativ 2 – «0 –alternativet».

Alternativ 2 tilsvarar alternativ 1, men utan nybygg for psykisk helsevern. Sidan eksisterande bygg då framleis vil bli brukt til dagens formål, vil ein ikkje kunne byggje om desse til kontorareal og sjukehushotell. Sjukehushotellfunksjon og kontorbehov må då løysast med å leige hotellrom og kontorlokale. Ein får slik ikkje samlokalisert desse funksjonane med sjukehuset, og får ineffektiv drift med administrasjonen lokalisert 3 km frå sjukehuset.

Nybygg for psykisk helsevern for barn og unge er teke med, sidan leigeavtalen her går ut og ein må ha nye lokale. Desse må truleg byggast anten av Helse Førde eller annan utleigar i Førde. Ein reknar difor det som truleg at den beste økonomiske løysinga er å byggje sjølv, i tilknytning til Førde sentralsjukehus ved ungdomspsykiatrisk klinikk.

7.3. Alternativ 3 – «Nytt sjukehus»

Idéfaserapporten definerer eit tredje alternativ som skal utgreiast i konseptfasen, heilt nytt sjukehus på ny tomt.

Idéfaserapporten utdjuvar nærare at «...alternativ 3 kan handsamast analytisk på overordna nivå utan konkretisering av romløysingar, dersom alternativa framstår som lite aktuelle.»

Alternativet framstår som lite aktuelt, og vi har i konseptfasen ikkje gjennomført fullstendig tankerekke i høve til driftsmodell. Med dei føringane som ligg inne på strukturval, kan vi ikkje sjå at det er mogeleg å effektivisere nok til å forsvare den store differansen i kostnad i høve til dei andre alternativa.

7.4. Organisasjonsutvikling og vidareføring av prosess

I verksemdsmessig utviklingsplan er det gitt strategiske utviklingsområde for organisasjonen.

Det vil vere naudsynt å designe og gjennomføre organisatoriske utviklingsprosessar for å oppnå dei mål som er sett. Prosessane involverer personell, leing og tillitsvalde på alle nivå. Per i dag er det vanskeleg å seie nøyaktig korleis utviklingsarbeidet vil påverke organisasjonen. Det vil bli arbeidd med å endre og tilpasse oppgåveløysinga til dei krava ein ser kjem, med at vi skal skape pasientens helseteneste.

Samordning av inntaksfunksjonar, felles mottak av pasientar og fleirfagleg tilnærming i mottak, poliklinikk og sengepost krev nye arbeidsprosessar og opplæring av personell.

Ny organisering av pasientforløp og meir samordna behandling av fellepasientar mellom somatikk og psykisk helsevern.

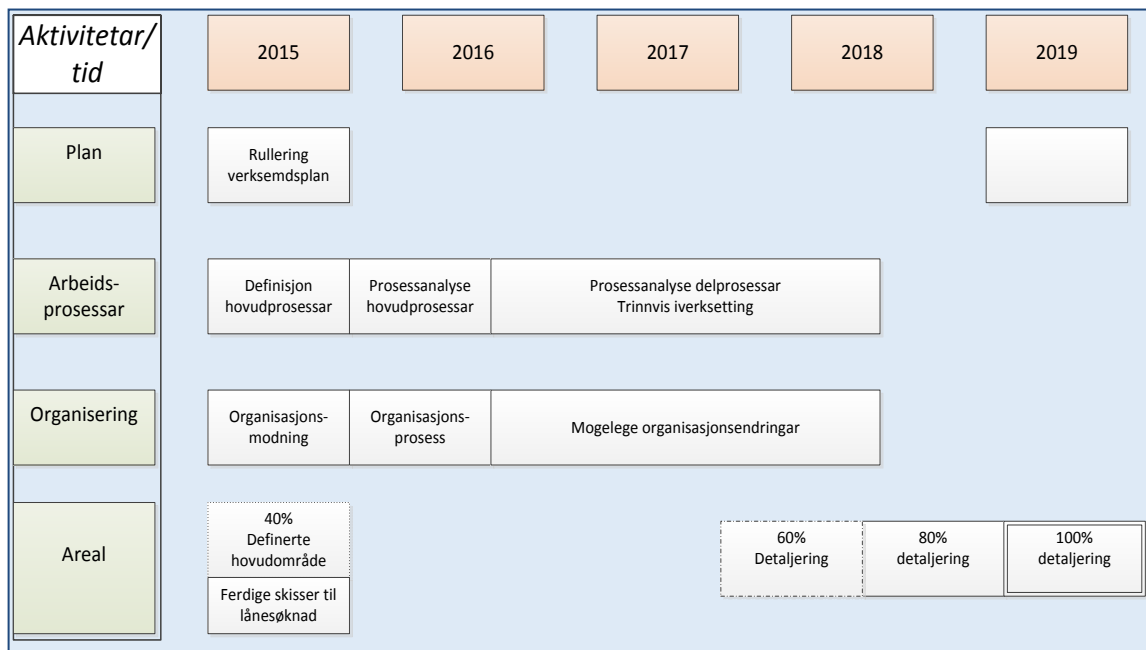
Betre samordning skal bidra til at færre pasientar med samansette lidingar må tilvisast fleire gonger, og føre til at ulike fagområde i fellesskap greier ut pasientar.

Det skal arbeidast aktivt med tenesteutvikling, tenesteinnovasjon og tenestedesign for å oppnå strategien og styrke kvaliteten på tenestene. Aktivitetsveksten skal møtast ved å oppnå kort ventetid og utgreiingstid, rett liggetid, styrka poliklinisk arbeid, og gjennom opplæring, undervisning og rådgjeving til kommunar og pasientar/pårørande.

Føremona med Førde sentralsjukehus er at både psykisk helsevern og somatiske tenester vil bli lokalisert på eit relativt lite område, med alle tenester fysisk tett på kvarandre. Framfor å byggje opp parallelle system, ser ein på løysingar som gjer at samla kapasitet og kompetanse kan nyttast best mogleg innan venta ramme.

Det er i dag uråd å skildre framtidige organisatoriske konsekvensar i detalj, av di dei ovannemnde prosessane vil ta tid og gje mange ulike endringar. Vi har skissert opp eit vegkart fram mot 2019 som inneheld både rullering av verksemdsmessig utviklingsplan, arbeid med hovudprosessar i organisasjonen og iverksetjing av desse, og det vi har kalla «organisasjonsmessig modning», det vil seie arbeid med å tilpasse dei organisatoriske strukturane, kompetansen og dei personellmessige ressursane til nye arbeidsmåtar.

Figur: Vegkart for realisering av utviklingsplan



8. Alternativ 1 – «Arealplan FSS»

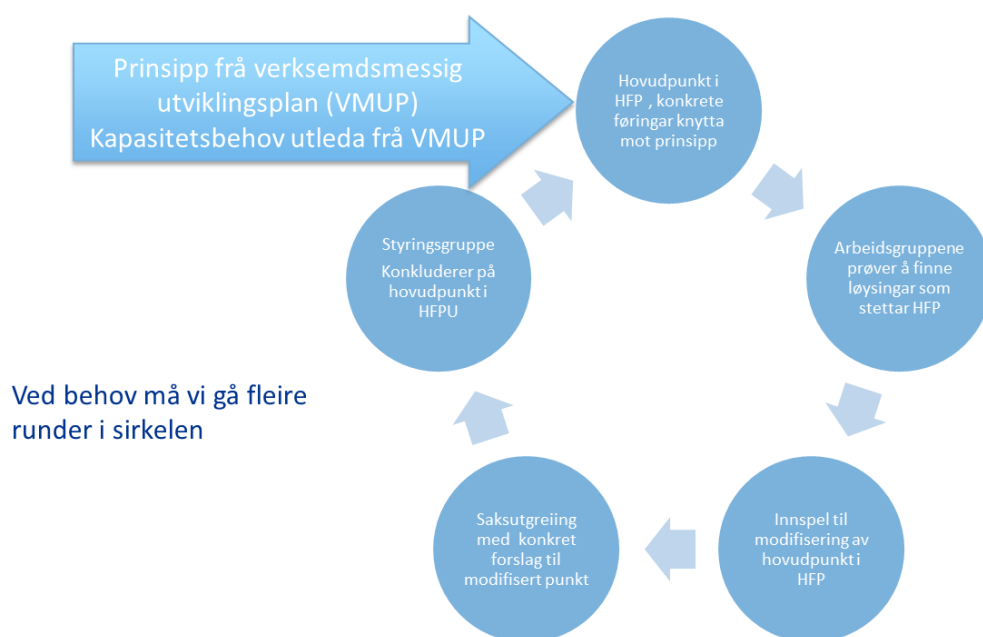
Alternativet er å rekne som eit «nullalternativ» for FSS med eit tillegg for nybygg vaksenpsykiatri.

8.1. Hovudfunksjonsprogram (HFP)

Strategisk retning

I VMUP 2015 er det peika kva retning føretaket skal gå i. Gjennom tilbakemeldingar frå dei ulike fagområda i prosessen med Konseptfase arealplan FSS ser vi eit felles ønskje om ny organisering innan delar av helsetilbodet som samsvarar med dette.

Arbeidet med utvikling av HFP har vore ein iterativ prosess som etter prinsipp som vist i figuren nedanfor:



I Idéfasen vart det gjort ein grundig gjennomgang av framskrivingar av aktivitet på dei ulike fagområda og avdelingane ved sjukehuset. Vi har teke utgangspunkt i desse framskrivingane i det vidare arbeidet med arealplanen og kontrollert planlagde kapasitetar opp mot demografiske framskrivingar i 2015 for FSS, ref. kapittel 5 i arealplan, saman med føringar frå VMUP. Dersom det er vesentlege avvik i høve til tidlegare framskrivingar, er dette kommentert spesielt, elles samsvarer framskrivingane i all hovudsak med tala i Idéfase-rapporten.

Sengekapasitet

Vi ønskjer å utvikle sengeavdelinga ved FSS i retning av større del einsensrom og ombygging av bad, slik at sterkt pleietrengande kan hjelpast på ein god måte med tilrettelagde arbeidsforhold for pleiepersonell. Dette skal, så langt råd er, løysast innanfor den bygningsmassen som vi har i dag. Det vert skapt større kapasitet og fleksibilitet for senger i høgblokka ved å ta ut dag- og poliklinikk-aktivitetar. I forprosjektfasen må vi vurdere kor mange einsensrom vi kan bygge og samstundes ha tilstrekkeleg kapasitet.

FSS skal utviklast i retning av felles sengepost som gjev grunnlag for høg utnyttingsgrad og effektiv utnytting av bemanning. Dette er eit organisasjonsprosjekt som må arbeidast vidare med i prosessen.

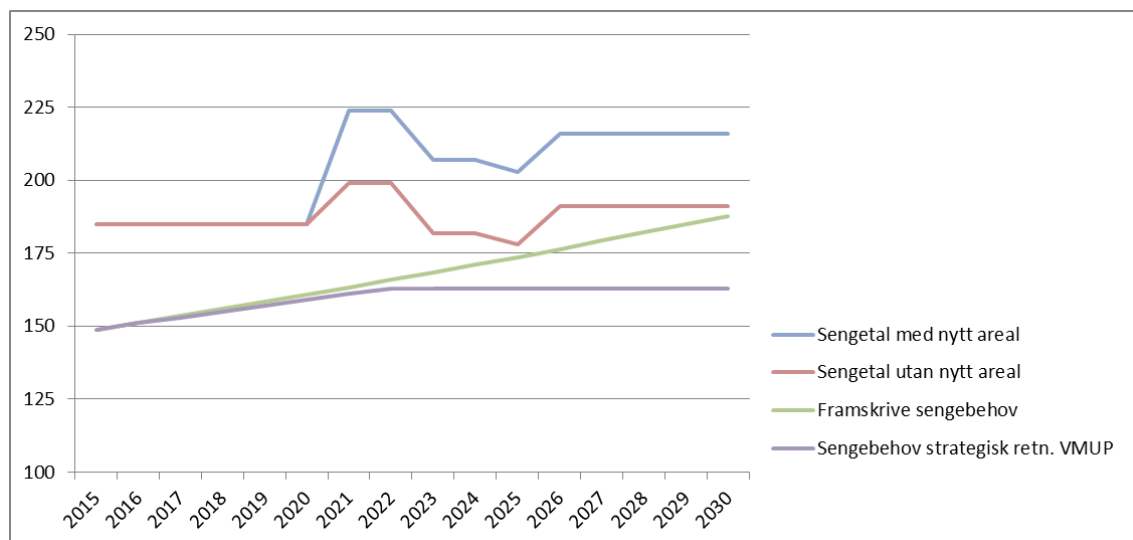
Talet senger i sengepost blir redusert frå 185 senger i dag til 177 etter ombygging. I tillegg kjem 14 senger i ny OBS-post, så totalt blir dette 191 senger i eksisterande areal ved FSS. Frå framskrivinga i kapittel 5 kan vi hente følgjande tabell:

Beleggsprosent gitt at ein kan nytte sengene 365 dagar i året utan å byggje nytt areal:

Sted	2014	2015	2020	2025	2030
FSS	79,2	80,4	86,9	90,9	98,3
LSH	69,7	70,8	76,7	83,1	90,1
NSH	79,0	80,3	87,4	83,8	87,8
Sum	77,8	79,0	85,4	89,1	96,1

Det vil vere tilstrekkeleg kapasitet dei næraste åra, men vi ser at beleggsprosenten er høg ved alle sjukehusa og spesielt ved FSS i 2030. Dette kan løysast ved at vi i prosessen vidare arbeider med strategisk retning og modererande faktorar frå VMUP, eller at vi aukar kapasiteten ved å bygg nytt areal.

Etablering av observasjonspost og ombyggingsarbeid i sengepostane vil påverke tilgjengeleg sengekapasitet i perioden, saman med tidspunkt for val om utbygging, og med ulike scenario kan vi få utvikling som vist grafisk:



Det er i framstillinga lagt til grunn at strategisk retning og modifierande faktorar frå VMUP skal kunne redusere det framskrive sengebehovet i 2030 frå 188 senger til 163 senger. Dette vil i tilfelle gjere ein beleggsprosent i 2030 på 85 prosent utan utbygging av nytt sengeareal.

Dersom ein legg til grunn rein framskriving av sengebehov, vil ein i 2030 ha ein beleggprosent på 87 prosent når det nye arealet, ein etasje over BUP, er lagt inn med ein auka sengekapasitet med 25 senger, frå 191 til 216.

I slutfasen av konseptfasen har vi valt å leggje til grunn at auka sengekapasitet må takast inn i prosjektet no. Behov for sengekapasitet må verifiserast i prosessen vidare i høve til utvikling av beleggsprosent og handlingsplanar som blir etablert på basis av VMUP.

Det nye sengearealet, i vedlegg omtalt som kontoretasje over BUP, skal kunne utviklast til 25 einsengsrom. Med ei slik utbygging vil graden av einsengsrom auke frå 30 prosent til 39 prosent.

Det er i tillegg ein buffer i ombygd sengepost der einsengsrom t.d. kan nyttast til tosengsrom i ein periode. Total fleksibilitet ved FSS, etter utbygging av ny sengeetasje, kan representere 59 +25 senger.

Observasjonspost

Observasjonspost ved akuttmottaket er planlagt med 14 senger. Dette er eit praktisk tal i høve til kva vi har funne plass til, og er ei seng mindre enn framlegget i idéfasen.

Poliklinikk

Vi skal ved FSS utvikle poliklinikken i retning av fleirfaglege poliklinikkar med effektive pasientforløp. Strategisk retning er generelle og felles behandlingsrom med høg utnyttingsgrad. Prosessen med å finne løysingar har vore forankra inn mot tenesteområde og at alle tenesteområde skulle sjå løysingar for sin avdeling.

Frå kapittel 5 kan vi hente følgjande oversikt:

Poliklinikk	2014	2015	2020	2025	2030
FLO	3 549	3 585	3 774	3 975	4 190
FSS	96 177	97 243	102 782	108 685	114 982
LSH	13 952	14 092	14 818	15 591	16 414
NSH	13 081	13 215	13 915	14 664	15 469
SO	2 052	2 071	2 171	2 276	2 385
SUM	128 811	130 207	137 460	145 191	153 440

Behandlingsrom i poliklinikk er ei blanding av spesialrom og generelle rom som kan nyttast av fleire tenesteområde. FSS er eit lite sjukehus med stor breidde i poliklinisk tenestetilbod, og mange praktiske tilhøve spelar inn ved vurdering av effektiv driftstid og utnytting av spesialrom. Definerings av tal rom innanfor dei ulike tenesteområda har difor vore gjennomført i ein prosess der dei ulike avdelingane har vore sterkt medverkande.

Tabellen nedanfor viser at kapasitetsframskrivinga til 2030 for FSS er godt ivareteke totalt slik løysingane no ligg inne i prosjektet. Revurdering og verifisering av effektiv driftstid, organisatoriske tiltak og tverrfagleg utnytting på generelle rom, samt bruk av spesialrom må inn som sentral aktivitet i den vidare prosessen med forprosjektet, og dette kan gi auka opningstid og reduksjon i tal behandlingsrom .

Aktivitet	Dagar pr år	Opningstid timar	Rom totalt	Spesialrom	Minutt pr kons.
114 982	235	4	135	41	46

Tabellen illustrerer kapasitetstilhøve utan å leggje til for dagbehandling eller trekke frå for behandlingar som skjer i spesialrom.

Operasjon og postoperativ overvaking

Det er i dag svært tronge tilhøve ved operasjonsavdelinga. I tillegg viser berekningane aukande behov for stasjonære og dagkirurgiske operasjonar. For å kunne ivareta strategisk retning for dagkirurgi, har AAM gjeve frå seg areal til denne funksjonen, og samtidig fått utvida med to nye operasjonsstover.

Det er definert fire hovudtiltak:

Auka produksjon og lagring av sterilgods i sterilsentralen.

Betra opptaksområde for pasientar til dagkirurgi.

Utviding av operasjonsfløyen til i alt ni operasjonsstover for å få god logistikk og god utnytting av operatør, og få behandla fleire pasientar, derav fire til dagkirurgi. Dette er ein ytterlegare auke i høve til idéfaserapporten som følgje av auka framskrivingar i aktivitet på dagkirurgi.

Tilpassing av samla oppvåkingskapasitet/tal senger til 18 plassar. Vi bør arbeide for å auke dette noko i neste fase.

Operasjonsareal er svært dyre areal å byggje ut, og det er mange utfordringar knytt til utbygging av kapasitet når ein på same tid har drift på eksisterande areal.

Under arbeidet med konseptfasen er mange spørsmål ikkje blitt svara ut, og desse høyrer naturleg heime i neste fase. Med den kapasiteten og dei tiltaka som er definert inn i konseptfasen, har vi ei ramme for neste fase som gjer oss trygge på at vi skal kunne optimalisere løysingane for dette tenestområdet.

Dialyse

Som grunnlag for kapasitetsvurdering nyttar vi 312 dagar per år, dvs. 52 veker multiplisert med seks dagar.

Det er i prosjektet lagt til grunn 14 stolar, og med ei behandling per dag per stol får vi i 2030 ei kapasitetsutnytting på 88 prosent.

Sjukehus hotell og administrasjon

Eksisterande lokale for psykisk helsevern for vaksne, skal byggast om til sjukehus hotell og kontor for administrasjon.

Kapasitet for sjukehus hotellet er bestemt ut frå ei praktisk vurdering av kor mykje av arealet i eksisterande bygningsmasse ein vil prioritere inn mot dette området, og resterande kapasitet må leigast inn frå hotell i Førde sentrum. Vi får på denne måten stetta behovet for nærleik for delar av kapasitetsbehovet.

Etter vurdering av bygningsmessige alternativ i bygg 2 omfattar romprogrammet for sjukehotellet:

- 14 einerom med bad
- Ni dobbeltrom med universelt tilgjengeleg bad
- Opphaldsrom for gjester og pårørande
- Støtterom for reinhald, vask, reint lager/tøy, utstyrlager

Hovudmålet med å samle administrasjonen i bygg 2 er å redusere innleigd areal i helseføretaket og dermed driftsutgifter, samt redusere reisetider og effektivisere drifta. I tillegg er det eit mål å samle administrasjon og undervisningsaktivitetar i bygg 2 for å frigjere areal i sentralblokka til kliniske kjerneoppgåver.

Totalt er det definert inn behov for 199 kontorarbeidsplassar for egne tilsette i Helse Førde, og 32 arbeidsplassar for utleigeareal. Behovet skal stettast med ein kombinasjon av cellekontor og felleskontor berekna ut frå dialog med arbeidsgrupper og utifrå praktiske alternativ i eksisterande bygg.

Det var i den innleiande fasen lagt inn svært høg ombyggingsgrad for å utnytte arealet maksimalt. I dei avsluttande vurderingar rundt økonomisk handlingsrom er det tilrådd at ombyggingsgraden skal reduserast. Overslag viser at ein får då plass til 170 arbeidsplassar, eit møtesenter med tre store møterom og sjukehotellet med kapasitet til 32 plassar ved at eksisterande pasientrom blir utnytta.

Delfunksjonsprogram og skisseprosjekt ligg inne med skildring utan endringa som er skissert ovanfor, og den vidare detaljeringa av dette må skje i neste fase. Konsekvensen kan bli framleis leige av noko

kontorlokale. I samband med optimalisering av funksjonane i sjukehuset i forprosjektfasen, kan det likevel vere at vi finn løysingar for delar av manglande kontorkapasitet.

Psykisk helsevern

Helse Førde skal arbeide målretta for å samordne tenester for somatikk og psykisk helsevern betre enn i dag. Dei nye areala for psykisk helsevern skal tilretteleggast slik at dei kjem tett på somatikken, og vi skal ha flyt mellom somatikk og psykisk helsevern under tak eller i lukka korridorar.

Kapasitetsvurderingar som gjeld i psykisk helsevern i Førde tilseier å oppretthalde den kapasiteten som er i Førde i dag, og i tillegg inkludere areal for to tryggleikspasientar.

Driftsmodell

I samband med framskriving av kapasitet på tenesteområde, er det gjennomført drøftingar med dei ulike områda for å identifisere korleis dei planlagde endringane vil påverke drifta. Det er mange praktiske omsyn å ta, og målet med prosessen var at ein skulle identifisere kva produksjonsvolum som medfører auke i tal stillingar.

Den generelle statusen frå denne gjennomgangen er at organisasjonen vil kunne handtere veksten utan å auke bemanning/kostnadsnivå meir enn det som blir kompensert gjennom auka DRG-inntekt.

Vi må i prosessen vidare arbeide for å verifisere at vi drifts- og personalmessig kan handtere volumauken innanfor dei styrande inntektsrammene.

8.2. Overordna teknisk program (OTP)

Vi har vald ein litt annan prosess enn rettleiaren legg opp til, sidan hovuddelen av prosjektet ikkje er eit nybygg, og ein må forhalde seg til eksisterande areal. Vi går difor direkte på dei spesifikke behova, og har avsett areal til tekniske installasjonar i eksisterande sjukehus før arkitekt startar opp sitt detaljarbeid.

15 års levetid på tekniske installasjonar er lagt til grunn for opprustingsarbeidet av eksisterande bygg, dette for at ein i større grad skal kunne ta ut restlevetid på eksisterande anlegg.

Tekniske installasjonar for psykiatribygget er vurdert ut frå arealmessige betraktningar og normer/referansar for denne typen bygg og vi har vurdert dette som tilstrekkeleg for denne fasen.

Nødstrømsanlegg, som tidlegare er utbygd med nye dieselaggregat, vert vidare utbygd med redundante UPS- anlegg (avbrottsfri strømforsyning) som tilfredsstillar dagens krav frå Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap (DSB). Dette er ein vesentleg del av opprusting innanfor elektro og var ikkje vurdert i samband med idéfasen.

8.3. Hovudprogram utstyr (HPU)

Vi har valt ein litt annan prosess enn rettleiaren legg opp til, sidan hovuddelen av prosjektet ikkje er eit nybygg, og ein må forhalde seg til eksisterande areal med ombygging av enkelte funksjonar. Vi går difor direkte på dei spesifikke behova, og har vurdert gjenbruksgrad og behov for nykjøp av utstyr.

Det har i prosjektet vore etablert eit klart skilje mellom ulike typar utstyr, slik at desse er kome med i dei respektive kalkylane:

- MTU – Medisinteknisk utstyr som er definert og kalkulert av MTA ved FSS med koordinering mot øvrig budsjett for innkjøp av MTU utanfor prosjektet.

- GRU – Bygningsrelatert grunn utstyr/faste installasjon som er definert og kalkulert av arkitekt og tekniske rådgjevarar.
- INV – Laust inventar som er definert av arkitekt.

8.4. Delfunksjonsprogram (DFP)

8.4.1. For FSS Hovudblokk

Delfunksjonsprogrammet er omfattande og kan lesast i sin heilskap i vedlegg 2, men vi har i rapporten teke inn oversyn som viser funksjonsendringar i eksisterande bygg.

Plan 0 har følgjande avdelingar/funksjonar :

Funksjonsendring - oversikt			
Før endring	Plan frå idéfase	Plan SPR	Endring
Lager/Arkiv	Lager/Arkiv	Forsyning Arkiv	Samlokalisering steril sentral Reduksjon i areal
Teknisk	Teknisk	Teknisk	Nye tekniske rom
Transport	Transport	Transport	Ingen
Sterilsentral	Sterilsentral	Sterilsentral	Funksjon / areal
Kapell	Kapell	Kapell	Ingen
Sentralgarderobe	Sentralgarderobe	Sentralgarderobe	Auka kapasitet
Sentralkjøkken	Sentralkjøkken	Sentralkjøkken	Kokkegarderobe
Sengevask	Desentralisert	Sentralisert	Areal
Obduksjon	Obduksjon	Obduksjon	Ingen
Drift	Drift	Drift	Ingen
Reinhold	Reinhold avfall	Reinhold avfall	Rokering Ingen
Barnehabilitering	Apotek – pakking	Apotek – pakking	Funksjon / areal
	Dialysesenter	Behandlinghjelpmid	Samlokalisering MTA
HVIKT	HVIKT	HVIKT	Rokeringer
Scan/undervisning	Scan/undervisning	Scanning	Delvis til Admin bygg
	Avlastingsbygg	Avlastingsbygg	Ca 700 m2 + baldakin

Plan 1 har følgjande avdelingar/funksjonar:

Funksjonsendring - oversikt

Før endring	Plan frå idéfase	Plan SPR	Endring
Medisinsk poliklin	Medisinsk poliklin	Medisinsk poliklin	Flere generelle rom
Røntgen avdeling	Røntgen avdeling	Røntgen	MR og gjennomlysing
Kirurgi/ortopedi	Kirurgi/ortopedi	Kirurgi/ortopedi	Ingen endring
Apotek	Obs post	Obs post	14 senger / triage
Servicesenter	Apotek	Apotek	Rokering
Øre-nese-hals	Øre-nese-hals	Nevro	Frå plan 4
Kjevekirurgi	Kjevekirurgi	Kjevekirurgi	Ingen endring
Barnepoliklinikk	Ønh/Service	Service/felleskontor	
FYS MED POL	FYS og barnehab	Fys, barnhab/pol	Areal I døgnpost
Augepoliklinikk	Augepoliklinikk	Auge	Rokering /tilleggsareal
Akutt mottak	Akutt mottak	Mottaksklinikk	Tilleggsareal

Plan 2 har følgende avdelingar/funksjonar:

Funksjonsendring - oversikt			
Før endring	Plan frå idéfase	Plan SPR	Endring
	Anestesi IOP	Anestesi IOP	
Operasjonsavdeling	Operasjonsavdeling	Operasjonsavdeling	Utvidelser
Patologi	Patologi	Patologi	Ingen endring
Diverse Lab/	Diverse Lab/	Diverse Lab/	Mikro flyttet
Dagkirurgi	Dagkirurgi	Dagkirurgi	
Intensivavdeling	Intensivavdeling	Intensivavdeling	2 alternativ
Administrasjon	Administrasjon	Administrasjon	Ingen endring
Radiologi /	Radiologi /	Radiologi /	Ingen endring

Plan 3 har følgende avdelingar/funksjonar:

Funksjonsendring - oversikt			
Før endring	Plan frå idéfase	Plan SPR	Endring
Hudpoliklinikk	Hudpoliklinikk	Hudpoliklinikk	Ingen endring
Brystklinikk	Brystklinikk	Brystklinikk	Ingen endring
Rauma poliklinikk	Rauma poliklinikk	Rauma poliklinikk	Rokering areal
Onko poliklinikk	Onko poliklinikk	Onko poliklinikk	Færre kontor
		Infusjonspoliklinikk	Ny
		Allergi poliklinikk	Ny
		ØNH poliklinikk	Nybygg aust
Vakt / sov/ kontor	Vakt/sov/kontor	Dialyse infusjon	Flyttet

Plan 4

Funksjonsendring - oversikt			
Før endring	Plan frå idéfase	Plan SPR	Endring

Dialyse	Fysioterapi	Fysioterapi	Dialyse flyttet ut
Nevro seng/pol	Nevro seng/pol	Nevro senger	Poliklinikk flyttet ut
Revmatologi	Revmatologi	Senger	Ingen endring
Fys Med Reh Seng	Fys Med Reh Seng	Senger	Ingen endring

Plan 5 (Freda etasje)

Funksjonsendring - oversikt			
Før endring	Plan frå idéfase	Plan SPR	Endring
Føde / Barsel	Føde / Barsel	Føde / Barsel	Mindre endringer uu
Barneavdeling	Barneavdeling	Barneavdeling	Mindre endringer uu

Plan 6 (Freda etasje)

Funksjonsendring - oversikt			
Før endring	Plan frå idéfase	Plan SPR	Endring
Gyn poliklinikk	Gyn poliklinikk	Føde/gyn poliklinikk	Samlokalisering
Føde Poliklinikk	Føde Poliklinikk	Sengetun	Rokering
Kirurgisk avd	Kirurgisk avd	Kirurgisk avd	Mindre endring uu
ØNH	Kirurgisk avd	Medisinsk avd	Søvn flyttet til nybygg

Plan 7

Funksjonsendring - oversikt			
Før endring	Plan frå idéfase	Plan SPR	Endring
Pasienthotell	Fysioterapi (delvis)	Fysioterapi (delvis)	Mindre endring
Ortopedisk	Ortopedisk	Ortopedisk sengepost	Ingen endring
Øyre-nase-hals	Ortopedisk	Medisinsk sengepost	Mindre endring uu

Plan 8

Funksjonsendring - oversikt			
Før endring	Plan frå idéfase	Plan SPR	Endring
Kreft Sengepost	Kreft Sengepost	Medisin sengepost	Flyttet
Medisinsk avdeling	Medisinsk avdeling	Medisin sengepost	Ingen endring

8.4.2. For gammalt psykiatribygg – sjukehus hotell og administrasjon

Sjukehus hotell

Idéfasen og «Møllerplanen» definerer at dagens psykiatribygg (bygg 2) skal brukast til sjukehus hotell og administrasjonsbygg når nybygg for psykisk helsevern står ferdig. Det vart i idéfasen ikkje utgreidd nærare rundt behov for tal på hotellplassar, type hotellverksemd eller naudsynt tal arbeidsplassar i administrasjonen. Hovudoppgåva i gruppearbeidet A5 har difor vore å utgreie framtidig

kapasitetsbehov og utnytte eksisterande bygningsmasse maksimalt for etablering av desse to funksjonsområda.

Etter vurdering av bygningsmessige alternativ i bygg 2 omfattar romprogrammet for sjukehushotellet:

14 einerom med bad

- Ni dobbeltrom med universelt tilgjengeleg bad
- Opphaldsrom for gjester og pårørande
- Støtterom for reinhald, vask, reint lager/tøy, utstyrslager

Administrasjon

Hovudmålet med å samle administrasjonen i bygg 2 er å redusere innleigd areal i helseføretaket og dermed driftsutgifter. I tillegg er det et mål å samle administrasjon og undervisningsaktivitetar i sentralblokka i bygg 2 for å frigjere sentralblokka til meir sentrale oppgåver.

I dag er over 100 arbeidsplassar i administrasjonen plassert i «Førdegården» i Førde sentrum. Både leigekostnad, fysisk avstand, køyrebehov og behov for nokre dublerde funksjonar vert opplevde som svært lite tenlege. I tillegg har andre sjukehusstilsette tilknytt administrasjonen innleigde kontor på sine arbeidsplassar, til dømes ved høgskulen i Førde.

Følgjande kapasitetsbehov i eit administrasjonsbygg er kartlagt:

Hovudfunksjon 2 - Stab og støtte:

Nr	Skildring	AP
2.1	Intern service	
2.1.1	Servicesenteret (leiarar intern service og servicesenter). Servicesenteret vert plassert i sentralblokka.	2
2.1.3	Pasienthotell (Resepsjon og hotellsjef)	3
2.1.4	Pasientreiser	23
2.2	Fag og utvikling	
2.2.1	Utvikling og undervisning - inkludert scanningsenter/Helseatlas/Samhandlingsbarometer. - inkludert eit møte-/undervisningssenter med 4 store møterom. - biblioteket vert verande i sentralblokka plan 2 der det er i dag.	28
2.2.2	Senter for kliniske fagsystem	21
2.2.3	Seksjon for smittevern	5
2.2.4	FoU seksjonen, Senter for Helseforskning	20
2.3	HR-avdeling	
2.3.1	Bedriftshelseteneste (leiar, resterande plassar i sentralblokka)	1
2.3.2	Undervisning kartlagt ved Fag og utvikling	
2.3.3	Personal (inkl. dir., prest, tillitsvald og verneombud)	18
2.3.4	Løn	9
2.3.5	Ressurs	9

Nr	Skildring	AP
2.4	Økonomi	
2.4.1	Rekneskap	15
2.5	Drift og eigedom (leiing og prosjektstillingar)	11
2.6	Stab og støtte VAD	
2.6.1	Leiing inkl. klinikleiarar	9
2.6.2	Interkontroll	16
2.6.3	Kommunikasjonsavdeling	5
2.6.4	IKT	4
	Totalt arbeidsplassar for administrasjonen i dette alternativet:	199
	Eventuelle utleigeareal vart definert slik:	
	· Helse Vest IKT	25
	· Felles innkjøpsavdeling	7

Det er lagt til grunn at tal administrative stillingar ikkje skal auke i perioden fram til 2030.

8.4.3. For psykisk helsevern, nybygg

Overordna logistikk tilseier at BUP, UPH og psykisk helsevern for vaksne med fordel kan sambruke rom, uteareal og personale. Dette er det lagt opp til ved utforming og plassering av denne modellen. På begge plan er det fysisk samanheng mellom BUP og vaksenpsykiatrien. I overgangsonene er det plassert hagar til felles bruk. På bakkeplan er BUP og vaksenpsykiatrien samla rundt felles uteareal, Hundvebakke, med kvar sin identitet.

Det nye bygget er bunde saman med to gangbruer mot dagens psykiatribygg og høgblokka. Denne koplinga er viktig for pasientar som treng somatisk pleie og omvendt. Løysinga er òg gunstig med tanke på framtidig fleksibilitet og sambruk av areal i dei tre bygga som på denne måten blir linka saman. Dette organiseringsprinsippet er forankra i VMUP.

Romprogrammet for psykiatrien er utarbeidd i dialog med driftsavdelingane for psykiatrien. Basis har vore å oppretthalde eksisterande funksjonar i Førde, og realisere arealmessige og driftsmessige vinstar vi kan få med den planlagde samlokaliseringa.

8.5. Skisseprosjekt (SPR)

Det er ein relativt omfattande skisseprosjektskildring som er fullstendig omtala i vedlegg 3.

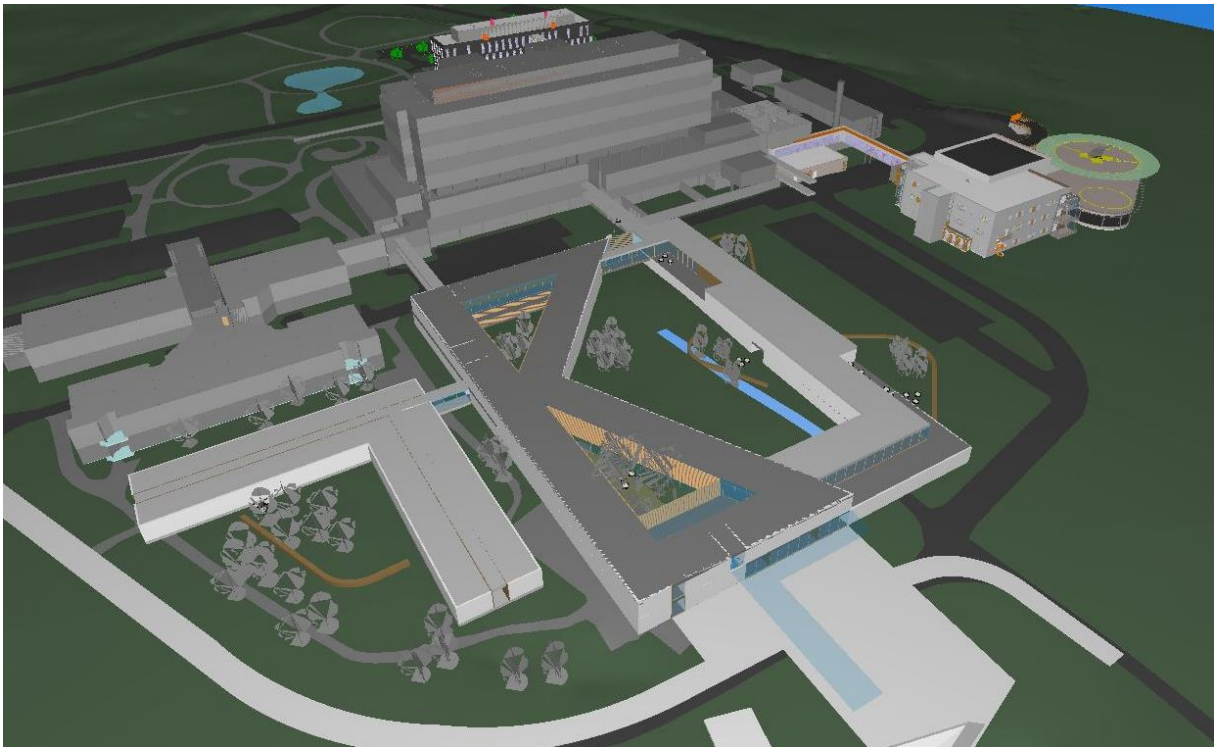
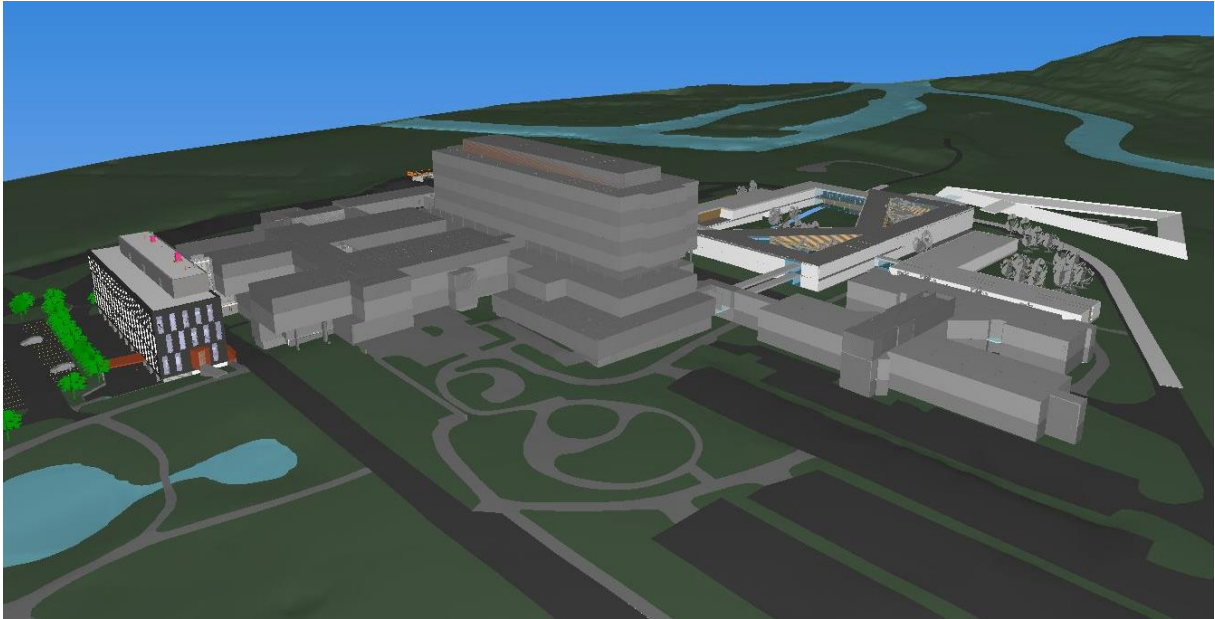
Skisseprosjektet er spesifikt i si tilnærming og utvikla i ein BIM (Bygnings Informasjons Modell) med kopling til ein romdatabase (dRofus). Helse Førde eig desse modellane, og det ligg godt til rette for at detaljar frå konseptfasen kan etterprøvast og kvalitetssikrast i neste fase.

Skisseprosjektet er definert og kalkulert i byggeetappar/delprosjekt som vist nedanfor, gult viser planlegging og blått byggeperiode:

Etappeplan Arealplan FSS	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Nybygg plan 0									
UPS og redundant forsyning									
Nybygg barne psykiatri									
Nybygg voksen psykiatri, dag og døgn									
Nybygg plan 3 over BUP, alt. ny sengepost									
Sjukehotell ombygd psykiatri									
Administrasjon ombygd psykiatri									
Fasade ombygd psykiatri									
Omstrukturering plan 0, garderobes, MTA, BHJ, varemottak, sengevask, teknisk drift									
Omstruk 1.etg. Akutt, poliklinikkar, radiologi									
Tredje etasje med nye tekniske areal									
2 etg; dagkir, smertepol, kontor opr., lab.									
Operasjon nybygg									
Sengepost inkl. gynekologi- og fødepol									
Fasade Høgblokk									
Fasade lågblokk 1979									
Fasade påbygg 2000									
Tilpasning Bygg Aust									
Etappekostnader og ekstra rigg									
Oppgradering av uteområde									
Opsjon - Ny Psykiatri-korridor/kobling UPH									

Konseptfaserapport (KFR) har eit noko større omfang på investeringar og etappegjennomføringar. Ein har teke inn å byggje om heile sengeposten, av dette også elektrofordeling/avbrottsfri straumforsyning (UPS) for desse areala, samt alternativ med ny sengepost i eigen etasje over BUP. Ekstra sengepost over BUP er teke med for å sikre seg mot at demografisk framskrivning slår til, og ein ikkje klarer å i redusere denne veksten med modererande faktorar.

Utsnitt frå BIM modellen:



Kalkulerte prosjektkostnader spesifisert på delprosjekt (kostnader eks. byggjelånsrente):

Etappe nr.	Etappe- og delprosjektbeskrivelse	Investering inkl MTU
1	Nybygg plan 0	71 186
2	UPS og redundant forsyning	152 895
3	Nybygg barne psykiatri	131 295
4	Nybygg voksen psykiatri, dag og døgn	265 848
5	Opsjon - Nybygg kontorareal over BUP (ligg inne som alt. sengepost, 25 einsengsrom)	67 205
6	Sykehotell ombygd psykiatri	7 067
7	Administrasjon ombygd psykiatri	13 759
8	Fasade ombygd psykiatri	16 724
9	Omstrukturering plan 0, garderober, varemottak, sengevask, teknisk drift	70 262
10	Omstrukturering 1.etg. Akutt, poliklinikk, radiologi	199 551
11	Tredje etasje	56 584
12	Andre etasje; dagkirurgi, smertepoliklinikk, kontor operasjon, laboratorie	131 010
13	Operasjon nybygg (skal dette inn i nullalternativet?)	70 896
14	Sengepost inkl. gynekologi- og føde-pliklinikk	187 291
15	Fasade Høgblokk	20 746
16	Fasade lågblokk 1979	32 870
17	Fasade påbygg 2000	392
18	Tilpasning Bygg Aust	5 229
19	Etappekostnader og ekstra rigg	8 610
20	Oppgradering av uteområde	8 151
21	Opsjon - Ny Psykiatri-kooridor og kobling UPH	4 328
	SUM	1 521 899

8.6. Økonomisk analyse og vurdering

Helse Førde vil kunne bere den totale investeringa med føresetnadene som er lagt til grunn. I konseptfasen har det ikkje vore gjort direkte berekningar av kva effektar dei ulike elementa i hovudalternativet gjer på drifta. Det er gjennomført kvalitetssikring av føresetnadene som ligg i den rekneskapsmessige framskrivinga og det er gjort analyser på framskrivingstal. Det er og gjennomført intervju med avdelingsleiarar for å teste truverdet av føresetnadene som ligg til grunn for berekningane av den økonomiske berekrafta. Det sikrar og at det ikkje ligg store auka kostnader ved gjennomføring av byggeprosjektet slik det er føreslått i konseptfaserapporten.

Den samla kostnaden for alternativ 1, inkludert byggjelånsrenter, er berekna til 1,63 milliardar kroner i perioden frå 2016 til 2025. Vert dei andre investeringane som i planen er venta i perioden frå 2016 til 2030 tekne med, vil Helse Førde ha ei restbereevne på 133,5 millionar kroner. På det noverande tidspunkt kan restbereevna vurderast til å vere ein buffer. Med dei føresetnadene som ligg i den rekneskapsmessige framskrivinga vil Helse Førde gå med overskot i resultatrekneskapan i heile perioden.

Tabellen under syner kva investeringar som er planlagt per år i perioden 2016-2030.

Investeringsplan 2016 - 2030 - Alternativ 1

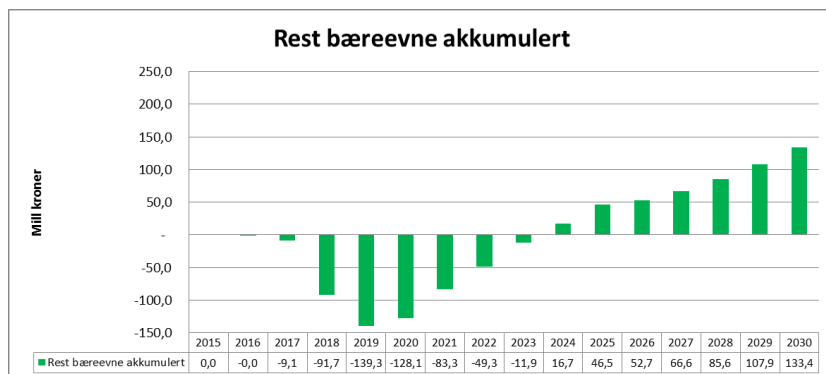
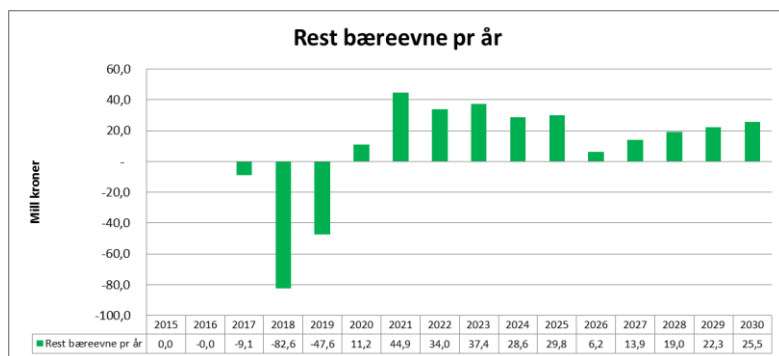
Område	Investeringsområder	Tal i millionar kroner															Sum 15 år 16-30	
		2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029		2030
Nybygg/ombygging	Brannsikring HF	1,00	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	15,0
	Bygg infrastruktur og funksjonsendring	9,50	12,8	7,7	7,1	7,1	7,1	7,1	7,1	7,1	7,1	7,1	7,1	7,1	7,1	7,1	7,1	112,7
	Bygg vedlikehold, etterslep		10,0	10,0	10,0	10,0	10,0	17,5	17,5	17,5	17,5	17,5	17,5	17,5	17,5	17,5	17,5	225,0
	Arealplan LSH	0,50			11,7	11,7	11,7											35,0
	Arealplan FSS																	
	Arealplan FSS somatikk	-																-
	Arealplan FSS - Bygg aust	20,00	70,0	52,0														122,0
Arealplan FSS	4,40	12,0	12,0	405,5	344,2	146,6	74,8	106,4	108,8	146,6	157,0						1 513,9	
Arealplan FSS - MTU					21,0	21,0	13,6	30,6	30,6								116,8	
Sum nybygg/ombyggingar	35,40	105,8	82,7	435,3	395,0	197,4	114,0	162,6	165,0	172,2	182,6	25,6	25,6	25,6	25,6	25,6	2 140,5	
Medisinsk teknisk utstyr	MTU	23,00	23,0	23,0	23,0	9,0	9,0	9,4	9,0	9,0	23,0	23,0	35,0	35,0	35,0	35,0	35,0	335,4
	MTU, dagkirurgi NSH	8,00																-
	SUM medisinsk teknisk utstyr	31,00	23,0	23,0	23,0	9,0	9,0	9,4	9,0	9,0	23,0	23,0	35,0	35,0	35,0	35,0	35,0	335,4
IKT-investeringar	IKT infrastruktur	1,20	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	18,0
	IKT utstyr	0,50	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	7,5
	SUM IKT-investeringar	1,70	1,7	1,7	1,7	1,7	1,7	1,7	1,7	1,7	1,7	1,7	1,7	1,7	1,7	1,7	1,7	25,5
Andre investeringar	Ambulansar	8,30	8,6	8,6	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0	147,2
	SUM andre investeringar	8,30	8,6	8,6	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0	147,2
Sum investeringar		76,40	139,1	116,0	470,0	415,7	218,1	135,1	183,3	185,7	206,9	217,3	72,3	72,3	72,3	72,3	72,3	2 648,6
Finansiering																		
Sum finansieringsbehov		76,40	139,1	116,0	470,0	415,7	218,1	135,1	183,3	185,7	206,9	217,3	72,3	72,3	72,3	72,3	72,3	2 648,6
Finansieringsgrunnlag, kontantstrøm frå drift		76,40	139,1	106,9	103,5	112,5	111,9	118,1	121,4	125,6	132,8	137,2	123,5	131,2	136,3	139,6	142,8	1 882,3
Lån Arealplan FSS 70%					283,9	255,6	117,3	61,9	95,9	97,6	102,6	109,9						1 124,7
Avdrag, annullert 25 år												45,0	45,0	45,0	45,0	45,0		224,9
Sum finansieringsevne		76,40	139,1	106,9	387,4	368,1	229,3	180,0	217,3	223,1	235,5	247,1	78,5	86,2	91,3	94,6	97,8	2 782,1
Differanse (finansieringsevne - finansieringsbehov)		-	0,0	-9,0	-82,6	-47,5	11,2	44,9	34,0	37,4	28,6	29,8	6,2	13,9	19,0	22,3	25,5	133,5
Saldo ufordelte investeringsmidlar		-	0,0	-9,0	-91,6	-139,2	-128,0	-83,1	-49,2	-11,7	16,8	46,6	52,8	66,7	85,8	108,0	133,5	

Totalt er det i 15-årsperioden planlagt investeringar for 2,65 milliardar. Samla vil Helse Førde til og med 2030 ha evne til å finansiere 133,5 millionar i investeringar utover dei investeringane som ligg i investeringsføresetnadene over. Denne restevna vil akkumulert etter 2020. Det er i planen lagt inn at avdrag på lånet skal betalast frå 2026. Evna til ytterlegare investeringar blir då lågare, men byggjer seg opp mot 2030. I åra 2017 og 2019 er det lagt opp til høgare investeringar enn finansieringsevna tilseier. I planen legg Helse Førde til grunn at det gjennom dialog med Helse Vest RHF er mogleg å løyse denne utfordringa med eit likviditetslån, då summane er relativt låge i høve til dei samla investeringane som skal finansierast i føretaksgruppa. Det er behov for auka likviditet i form av eit kortsiktig lån fram til 2023, då vi igjen får positiv «saldo ufordelte investeringsmidlar». Positiv saldo frå og med året 2023 kan fordelast til investeringar eller til nedbetaling av lån, men ligg no inne planen som ein buffer.

Dei økonomiske føresetnadene som ligg inne i den venta rekneskapsutviklinga, er avgjerande for Helse Førde si evne til å gjennomføre investeringane. 30 prosent av investeringane skal finansierast gjennom kontantstrømmen frå drifta. Føretaket skal ha evne til å bere renteutgifter og avdrag, samstundes som drifta er forsvarleg og ligg på rett nivå. Tabellen under syner at Helse Førde fram til og med 2030 vil ha positivt rekneskapsresultat. Rekneskapsresultata og avskrivningane vil samla gje ein kontantstrøm stor nok til å gje positiv finansieringsevne for investeringsplanen med dei låneføresetnadene som er lagt til grunn i investeringsplanen. Tabellen syner venta rekneskapsutvikling kvart år i perioden.

Resultatbudsjett (beløp i heile tusen)	2015	2020	2025	2030
Basisramme	1 937 585	1 947 292	1 957 038	1 966 833
ISF egne pasientar (inkl. kostn.krev. legem. utenf.)	563 006	583 697	587 342	590 487
Gjestepasientar	21 319	21 319	21 319	21 319
Polikliniske inntekter	46 697	46 697	46 697	46 697
Øyremerka tilskott	35 674	35 674	35 674	35 674
Andre driftsinntekter	149 544	146 614	146 989	146 989
Sum driftsinntekter	2 753 824	2 781 292	2 795 059	2 807 999
Kjøp av helsetenester	149 988	142 488	142 488	142 488
Varekostnader knytta til aktiviteten i føretaksgruppa	236 591	233 281	233 281	233 281
Innleigd arbeidskraft - del av kto 458	16 806	11 306	11 306	11 306
Lønn til fast tilsette	1 242 609	1 238 284	1 238 284	1 238 284
Overtid og ekstrasjelp	89 747	88 497	88 497	88 497
Pensjon inkl arbeidsgiveravgift	346 182	346 182	346 182	346 182
Offentlige tilskudd og refusjonar vedr arbeidskraft	-55 949	-55 949	-55 949	-55 949
Annen lønn	199 020	198 950	198 950	198 950
Avskrivningar	102 029	84 288	91 299	136 830
Nedskrivning	0	0	0	0
Andre driftskostnader	415 697	443 002	435 502	435 502
Sum driftskostnader	2 742 720	2 730 329	2 729 841	2 775 371
Driftsresultat	11 104	50 963	65 218	32 628
Finansinntekter	1 400	1 400	1 400	1 400
Finanskostnader	7 503	14 350	13 341	26 075
Finansresultat	-6 103	-12 950	-11 941	-24 675
Resultat til styrking av finansieringsgrunnlaget	5 001	38 013	53 277	7 953

Gitt den venta resultatutviklinga og dei planlagde investeringane, blir rest bereevne som tabellane nedanfor. Rest bereevne er i snitt om lag 8,9 millionar per år for åra 2016 til og med 2030.



Føresetnadene som påverkar den venta driftsøkonomiske utviklinga er ikkje sikre. Gjennom arbeidet med konseptplanen er dei kvalitetssikra så godt det let seg gjere med den informasjonen som er

tilgjengeleg på konseptfasestadiet. I vedlegg 10 vert det gjort greie for kva føresetnader som er lagt inn i dei rekneskapsmessige framskivingane.

Samla syner tabellane at Helse Førde vil ha økonomisk bereevne for ei investering på 1,63 milliardar kroner, gjennomføre andre naudsynte prosjekt og i tillegg ha ein rest bereevne for eventuelt ytterligare investeringar på 133,5 millionar i perioden 2015 til og med 2030. Eit betre rekneskapsresultat enn berekna vil ytterligare forbetre evna til å investere i perioden.

9. Alternativ 2 – «0 –alternativet».

Alternativet 2 er samanfallede med alternativ 1 på dei fleste punkt, og i dette kapittelet fokuserer vi difor berre på endringar og skilnader på eit overordna nivå.

Endringane i høve alternativ 1 er opplista under:

- Alle tiltak i hovudblokk, lågblokk og høgblokk med mindre tilbygg (påbygg sterilsentral og operasjon) på hovudblokka skal gjennomførast i samsvar med alternativ 1
- Nybygg vaksenpsykiatri går ut
- Ruste opp eksisterande vaksenpsykiatri (kostnad grovt som estimert for endra bruk)
- Halde fram leige av kontorareal for administrasjon
- Finne nye leigealternativ for BUP eller byggje sjølv for samlokalisering med somatikk

Sjukehotellfunksjon blir løyst ved å leige hotellrom lokalt i Førde.

Følgjekonsekvensar omhandlar ny administrasjonsfløy og nytt sjukehotell, som ligg inne i alternativ 1. Administrasjonsfløy i ombygd psykiatri er meint brukt til kontor- og undervisningslokale etter funksjonar i utarbeidd romprogram. Desse areala vil framleis måtte brukast til vaksenpsykiatri i alternativ 2, og areal til nytt sjukehotell må framleis nyttast til sengerom for vaksenpsykiatri. Vi må då halde fram med å leige kontorlokale og sjukehotellsenger som ikkje er samlokaliserte med sjukehuset.

Etappekostnader blir tilsvarande som for alternativ 1 med unntak av vaksenpsykiatrien, uteområde og kopling mot Ungdomsavdeling for psykisk helsevern (UPH) (kostnader eks. byggjelånsrente):

Etappe nr.	Etappe- og delprosjektbeskrivelse	Investering inkl MTU
1	Nybygg plan 0	71 186
2	UPS og redundant forsyning	152 895
3	Nybygg barne psykiatri	131 295
4	Nybygg voksen psykiatri, dag og døgn	
5	Opsjon - Nybygg kontorareal over BUP (ligg inne som alt. sengepost, 25 einsengsrom)	67 205
6	Sykehotell ombygd psykiatri	7 067
7	Administrasjon ombygd psykiatri	13 759
8	Fasade ombygd psykiatri	16 724
9	Omstrukturering plan 0, garderober, varemottak, sengevask, teknisk drift	70 262
10	Omstrukturering 1.etg. Akutt, poliklinikk, radiologi	199 551
11	Tredje etasje	56 584
12	Andre etasje; dagkirurgi, smertepoliklinikk, kontor operasjon, laboratorie	131 010
13	Operasjon nybygg (skal dette inn i nullalternativet?)	70 896
14	Sengepost inkl. gynekologi- og føde-pliklinikk	187 291
15	Fasade Høgblock	20 746
16	Fasade lågblokk 1979	32 870
17	Fasade påbygg 2000	392
18	Tilpasning Bygg Aust	5 229
19	Etappekostnadar og ekstra rigg	8 610
20	Oppgradering av uteområde	8 151
21	Opsjon - Ny Psykiatri-kooridor og kobling UPH	4 328
	SUM	1 256 051

9.6. Økonomisk analyse og vurdering (punktnummer som vedlegg)

Ved vurderinga av alternativ 2 er effektane av ulikskapen i høve til alternativ 1 gjennomgått. Enkelte av elementa frå alternativ 1 er fjerna og investeringane blir dermed 279,2 millionar lågare enn hovudalternativet. Samstundes må Helse Førde ved dette alternativet ta høgde for effektar av at ikkje alle investeringane, som gjer den berekna økonomiske bereevna i kapittel 6, blir gjennomført. Det påverkar kontantstraumen frå verksemda.

Investeringsplan 2016 - 2030 - Alternativ 0

Område	Investeringsområder	Tal i millionar kroner																		Sum 15 år 16-30
		2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030			
Nybygg/ ombygging	Brannsikring HF	1,00	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	15,0		
	Bygg infrastruktur og funksjonsendring	9,50	12,8	7,7	7,1	7,1	7,1	7,1	7,1	7,1	7,1	7,1	7,1	7,1	7,1	7,1	7,1	112,7		
	Bygg vedlikehald, etterslep		10,0	10,0	10,0	10,0	10,0	17,5	17,5	17,5	17,5	17,5	17,5	17,5	17,5	17,5	17,5	225,0		
	Arealplan LSH	0,50			11,7	11,7	11,7											35,0		
	Arealplan FSS																			
	Arealplan FSS somatikk	-																	-	
	Arealplan FSS - Bygg aust	20,00	70,0	52,0															122,0	
	Arealplan FSS - MTU	4,40	12,0	12,0	273,0	209,4	140,7	72,8	104,4	106,7	144,5	154,9							1 230,3	
Sum nybygg/ombyggingar	35,40	105,8	82,7	302,8	260,2	191,5	112,0	160,6	162,9	170,1	180,5	25,6	25,6	25,6	25,6	25,6		1 856,9		
Medisinsk teknisk utstyr	MTU	23,00	23,0	23,0	23,0	9,0	9,0	9,4	9,0	9,0	23,0	23,0	35,0	35,0	35,0	35,0	35,0		335,4	
	MTU, dagkirugi NSH	8,00																	-	
	SUM medisinsk teknisk utstyr	31,00	23,0	23,0	23,0	9,0	9,0	9,4	9,0	9,0	23,0	23,0	35,0	35,0	35,0	35,0	35,0		335,4	
IKT- investeringar	IKT infrastruktur	1,20	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2		18,0	
	IKT utstyr	0,50	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5		7,5	
	SUM IKT-investeringar	1,70	1,7	1,7	1,7	1,7	1,7	1,7	1,7	1,7	1,7	1,7	1,7	1,7	1,7	1,7	1,7		25,5	
Andre investeringar	Ambulansar	8,30	8,6	8,6	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0		147,2	
	SUM andre investeringar	8,30	8,6	8,6	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0		147,2	
Sum investeringar		76,40	139,1	116,0	337,5	280,9	212,2	133,1	181,3	183,6	204,8	215,2	72,3	72,3	72,3	72,3	72,3		2 365,0	
Finansiering																				
Sum finansieringsbehov		76,40	139,1	116,0	337,5	280,9	212,2	133,1	181,3	183,6	204,8	215,2	72,3	72,3	72,3	72,3	72,3		2 365,0	
Finansieringsgrunnlag, kontantstraum frå drift		76,40	139,1	106,9	103,5	112,5	106,0	104,8	107,1	111,3	118,6	123,0	113,0	120,4	125,2	128,1	131,1		1 750,7	
Sum sjølvfinansiert		76,40	139,1	106,9	103,5	112,5	106,0	104,8	107,1	111,3	118,6	123,0	113,0	120,4	125,2	128,1	131,1		1 750,7	
Investeringslån Helse Vest																			-	
Lån Arealplan FSS 70%					191,1	161,3	113,2	60,5	94,5	96,1	101,2	108,4							926,2	
Avdrag, annuitet 25 år													37,0	37,0	37,0	37,0	37,0		185,2	
Sum finansieringsvevne		76,40	139,1	106,9	294,6	273,8	219,1	165,3	201,6	207,4	219,8	231,4	75,9	83,4	88,2	91,1	94,0		2 491,7	
Differanse (finansieringsvevne - finansieringsbehov)		-	0,0	-9,0	-42,9	-7,1	7,0	32,2	20,3	23,8	15,0	16,2	3,6	11,1	15,9	18,8	21,7		126,7	
Saldio ufordelte investeringsmidlar		-	0,0	-9,0	-51,9	-59,0	-52,0	-19,7	0,6	24,4	39,4	55,6	59,2	70,3	86,2	105,0	126,7			

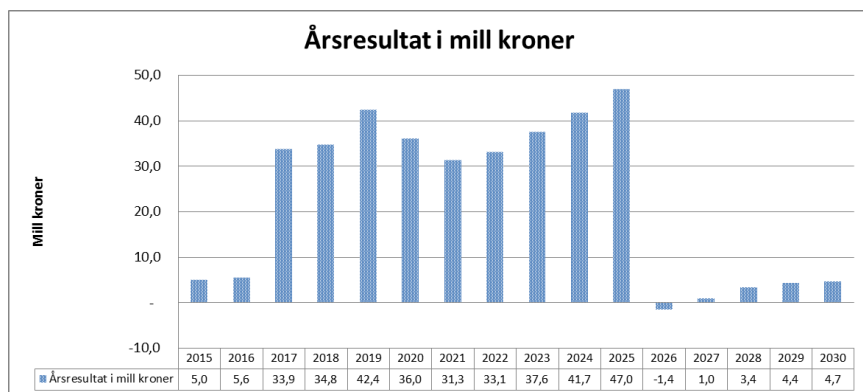
03.10.2015

Akkumulert vil restevna til å finansiere i 15-års perioden frå 2016 til og med 2030 vil vere 6,8 millionar dårlegare ved gjennomføring av alternativ 1. Det er planlagt investeringar for om lag 2,37 milliardar i perioden.

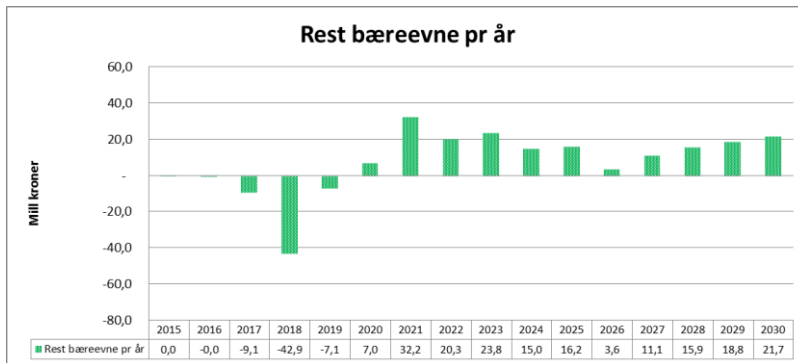
Tabellen under syner den venta resultatutvikling når dei driftsmessige endringane og gevinstane som ligg inne i planane i alternativ 2 er tekne inn.

Resultatbudsjett (beløp i heile tusen)	2015	2020	2025	2030
Basisramme	1 937 585	1 947 292	1 957 038	1 966 833
ISF egne pasientar (inkl. kostn.krev. legem. utenf.)	563 006	583 697	587 342	589 487
Gjestepasientar	21 319	21 319	21 319	21 319
Polikliniske inntekter	46 697	46 697	46 697	46 697
Øyremerka tilskott	35 674	35 674	35 674	35 674
Andre driftsinntekter	149 544	146 614	146 989	146 989
Sum driftsinntekter	2 753 824	2 781 292	2 795 059	2 806 999
Kjøp av helsetenester	149 988	157 488	157 488	157 488
Varekostnader knytta til aktiviteten i føretaksgruppa	236 591	233 281	233 281	233 281
Innleigd arbeidskraft - del av kto 458	16 806	11 306	11 306	11 306
Lønn til fast tilsette	1 242 609	1 236 009	1 236 009	1 236 009
Overtid og ekstrahjelp	89 747	87 247	87 247	87 247
Pensjon inkl arbeidsgiveravgift	346 182	346 182	346 182	346 182
Offentlige tilskudd og refusjonar vedr arbeidskraft	-55 949	-55 949	-55 949	-55 949
Annen lønn	199 020	199 020	199 020	199 020
Avskrivningar	102 029	80 329	83 361	128 310
Nedskrivning	0	0	0	0
Andre driftskostnader	415 697	440 502	441 002	441 002
Sum driftskostnader	2 742 720	2 735 415	2 738 947	2 783 896
Driftsresultat	11 104	45 877	56 111	23 102
Finansinntekter	1 400	1 400	1 400	1 400
Finanskostnader	7 503	11 260	10 531	19 756
Finansresultat	-6 103	-9 860	-9 131	-18 356
Resultat til styrking av finansieringsgrunnlaget	5 001	36 017	46 980	4 746

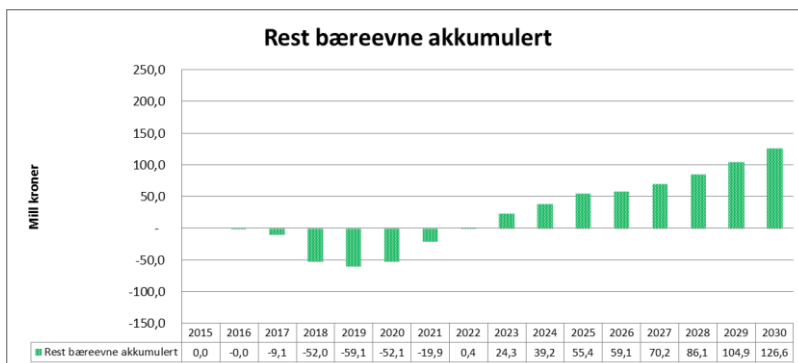
Gitt ei resultatutvikling som vist over og dei planlagde investeringane blir restbereevna i alternativ 2 som tabellane nedanfor. Restbereevna er i snitt om lag 8,4 millionar per år for åra 2016 til og med 2030. Det er 0,5 millionar mindre enn ved hovudalternativet. Skilnaden mellom alternativa 1 og 2 er vurdert til å vere låg. Særlig gitt storleiken på investeringane i perioden.



Også ved alternativ 2 får vi ei negativ bereevne som må løysast på same måte som skissert i kapittel 8.6.



Akkumulerte tal for åra 2016 - 2030



Risikoen ved å velje alternativ 2 er vurdert å vere høgare enn alternativ 1 ettersom dette alternativet i større grad baserer seg på kjøp av tenester innan psykisk helsevern. Prisane på desse tenestene er usikre og vurdert relativt lågt. Vidareføring av drift i mindre hensiktsmessige lokale gjev og ei større usikkerheit for om pasientar på sikt vil velje andre tilbud utanfor Helse Førde. Det er dels teke omsyn til usikkerheita i berekningane. Føresetnadene vil likevel vere hefta med noko meir usikkerheit. Kvalitetseffektane av den auka investeringa i alternativ 1 er ikkje tatt omsyn til i dei økonomiske vurderingane.

Samla vurdering er at det er små økonomiske skilnader mellom alterntiva 1 og 2.

10. Alternativ 3 – «Nytt sjukehus»

Idéfaserapporten definerer et tredje alternativ som skal greiast ut i konseptfasen:, heilt nytt sjukehus på ny tomt.

Idéfaserapporten utdjuar nærare at «...alternativ 3 kan handsamast analytisk på overordna nivå utan konkretisering av romløysingar, dersom alternativa framstår som lite aktuelle.»

Nybygg av sjukehus i Førde reiser fleire sentrale problemstillingar. I tillegg til dei openberre knytt til nytte, plassering og finansiering står særleg eitt spørsmål tilbake: Kva skal det gamle og freda sjukehuset nyttast til? Samfunnsøkonomisk bør eksisterande bygning nyttast til det føremålet det er bygd for, så lenge dette er fagleg forsvarleg. Eit nybygg krev ny tomt, vil ein få det i nærleiken? Spørsmålet om å dele opp funksjonane vil elles bli aktualisert på nytt.

Med omsyn til alt gjennomførte nyinvesteringar og investeringsvedtak rundt dagens sjukehus (ny helikopterbase/prehospitalt bygg, sentrale tekniske anlegg, Bygg aust osv.) framstår eit nybyggalternativ som svært lite tenleg.

Kapittelet omhandlar difor alternativet med eit nytt sjukehus på eit teoretisk og overordna nivå, utan å vise konkrete løysingar for eit nytt sjukehus i Førde. Målet med å greie ut alternativ 3 er å kunne setje alle alternativ i perspektiv til kvarandre, for å betre grunnlaget for å gjere det rette konseptvalget.

Med bakgrunn i programarbeidet gjennom idéfasen (Møllerplanen) og konseptfasen kan vi rekne ut eit teoretisk arealbehov for eit nytt sjukehus på hovudfunksjonsprogram-nivå. Grunnlag for dette er framskrive aktivitet/kapasitetsbehov og aktuelle arealnormer. Stipulert arealbehov blir oversett i prosjektkostnad ved å nytte aktuelle referansepriser frå norske sjukehusprosjekt. I tillegg kjem kostnadsoverslag for naudsynt infrastruktur.

Ved bygging av eit heilt nytt sjukehus vil det truleg vere enklare å optimalisere modellar for verksemd og drift enn i eit freda bygg med avgrensa høve til tilpassing. Samstundes syner arealoverslaget for den somatiske delen av sjukehuset at eit nytt sjukehus med nøktern, men aktuell arealstandard, truleg vil vere større enn den tilsvarande løysinga i alternativ 1. Effektiviseringsvinstar frå optimaliserte driftskonsept vil dermed stå mot auka vedlikehalds- og driftskostnader for bygg.

Basert på estimert arealbehov for somatikk og psykiatri og framlegg til snittpris for prosjektkostnad per kvadratmeter BTA kan det reknast prosjektkostnad for alternativ 3 med nytt sjukehus på ny tomt i Førde:

Alternativ 3 "nytt sykehus på ny tomt"	BTA	pris / m ² BTA	prosjektkostnad
Bruttoareal somatikk i alt	53 116	kr 70 100	kr 3 723 431 600
Bruttoareal psykiatri i alt	7 362	kr 45 800	kr 337 179 600
Total	60 478	<i>kr 67 142</i>	kr 4 060 611 200

Estimatet konkluderer med ein prosjektkostnad på over 4 milliardar kroner for alternativ 3.

10.6. Økonomisk analyse og vurdering (punktnummer som vedlegg)

Ved vurderinga av dette alternativet er det effektane av ulikskapen i høve alternativ 1 gjennomgått. Om lag same føresetnader er lagt inn, og det er storleiken på investeringa, avskrivningar og kapitalkostnader som er særleg ulike i dei to alternativa. Alternativet er basert på bygging av nytt sjukehus. Med bygg, medisinsk-teknisk utstyr og byggjelånsrenter er investeringa berekna til 5,21 milliardar kroner. Det er 3,58 milliardar meir enn alternativ 1. Føresetnadene som ligg inne i berekningane, er investeringar i medisinsk-teknisk utstyr på 50 millionar kroner kvart år i fem år, totalt 250 millionar kroner. Vidare er det ein føresetnad at Helse Førde får realisert bygningane til bokført verdi. Det er ikkje lagt inn kostnader i samband med å flytte ut av eksisterande bygg. Vidare blir driftsmessige konsekvensar like i alternativ 3 og alternativ 1, ettersom det er uklart om nye bygg gjev ei større effektiviseringsgevinst enn ombygging av eksisterande bygningsmasse.

Investeringsplan 2016 - 2030 - Alternativ 3

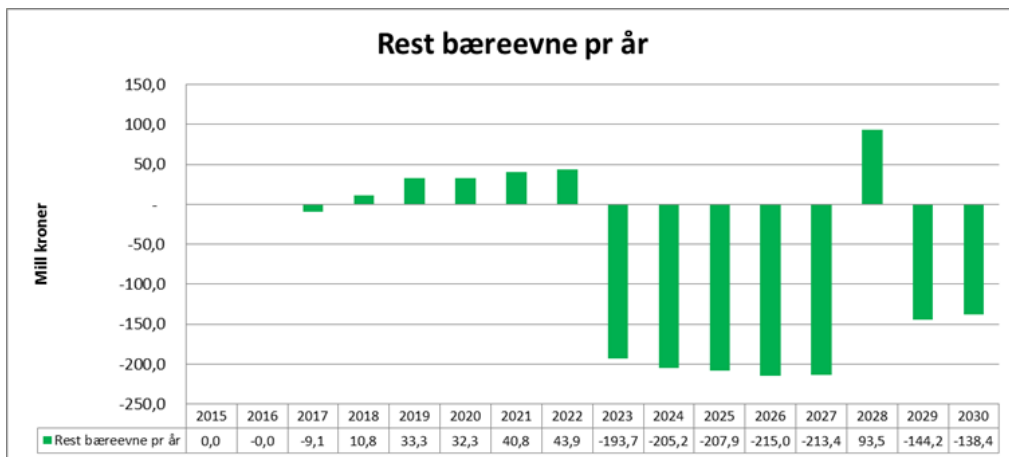
Område	Investeringsområder	Tal i millioner kroner															Sum 15 år 16-30	
		2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029		2030
Nybygg/ombygging	Brannsikring HF	1,00	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	15,0
	Bygg infrastruktur og funksjonsend	9,50	12,8	7,7	7,1	7,1	7,1	7,1	7,1	7,1	7,1	7,1	7,1	7,1	7,1	7,1	7,1	112,7
	Bygg vedlikehold, etterslep		10,0	10,0	10,0	10,0	10,0	17,5	17,5	17,5	17,5	17,5	17,5	17,5	17,5	17,5	17,5	225,0
	Arealplan LSH	0,50			11,7	11,7	11,7											35,0
	Arealplan FSS																	
	Arealplan FSS somatikk	-																-
	Arealplan FSS - Bygg aust	20,00	70,0	52,0														122,0
Arealplan FSS	4,40	12,0	12,0	94,2	95,8	97,6	99,3	101,0	857,0	873,0	889,3	905,9	922,8				4 959,9	
Arealplan FSS - MTU									50,0	50,0	50,0	50,0	50,0				250,0	
Sum nybygg/ombyggingar	35,40	105,8	82,7	123,9	125,6	127,3	124,9	126,6	932,6	948,6	964,9	981,5	998,4	25,6	25,6	25,6	5 719,7	
Medisinsk teknisk utstyr	MTU	23,00	23,0	23,0	23,0	9,0	9,0	9,4	9,0	9,0	23,0	23,0	35,0	35,0	35,0	35,0	35,0	335,4
	MTU, dagkirugi NSH	8,00																-
	SUM medisinsk teknisk utstyr	31,00	23,0	23,0	23,0	9,0	9,0	9,4	9,0	9,0	23,0	23,0	35,0	35,0	35,0	35,0	35,0	335,4
IKT-investeringar	IKT infrastruktur	1,20	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	18,0
	IKT utstyr	0,50	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	7,5
	SUM IKT-investeringar	1,70	1,7	1,7	1,7	1,7	1,7	1,7	1,7	1,7	1,7	1,7	1,7	1,7	1,7	1,7	1,7	25,5
Andre investeringar	Ambulansar	8,30	8,6	8,6	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0	147,2
	SUM andre investeringar	8,30	8,6	8,6	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0	147,2
Sum investeringar		76,40	139,1	116,0	158,6	146,3	148,0	146,0	147,3	953,3	983,3	999,6	1 028,2	1 045,1	72,3	72,3	72,3	6 227,8
Finansiering																		
Sum finansieringsbehov		76,40	139,1	116,0	158,6	146,3	148,0	146,0	147,3	953,3	983,3	999,6	1 028,2	1 045,1	72,3	72,3	72,3	6 227,8
Finansieringsgrunnlag, kontantstrøm frå drift		76,40	139,1	106,9	103,5	112,5	112,1	117,3	120,5	124,7	132,0	134,2	144,1	150,8	311,0	73,3	79,1	1 961,0
Lån Arealplan FSS 70%					65,9	67,0	68,3	69,5	70,7	634,9	646,1	657,5	669,1	681,0	0,0	0,0	0,0	3 630,1
Avdrag, annuitet 25 år														145,2	145,2	145,2	435,6	
Sum finansieringsvevne		76,40	139,1	106,9	169,4	179,5	180,4	186,8	191,2	759,6	778,1	791,7	813,2	831,7	165,8	-71,9	-66,1	5 155,5
Differanse (finansieringsvevne - finansieringsbehov)		0,0	-9,0	10,8	33,3	32,4	40,8	43,9	-193,7	-205,2	-207,9	-215,0	-213,4	93,5	-144,2	-138,4	-1 072,2	
Saldo ufordelte investeringsmidlar		-	0,0	-9,0	1,8	35,1	67,4	108,2	152,1	-41,6	-246,9	-454,8	-669,8	-883,1	-789,6	-933,8	-1 072,2	

Som dei andre alternativa ser vi føre oss å låne 70 prosent av investeringa. Resultatutviklinga vil bli som tala nedanfor viser:

Resultatbudsjett (beløp i heile tusen)	2015	2020	2025	2030
Basisramme	1 937 585	1 947 292	1 957 038	1 966 833
ISF egne pasientar (inkl. kostn.krev. legem. utenf. s	563 006	583 697	585 197	585 197
Gjestepasientar	21 319	21 319	21 319	21 319
Polikliniske inntekter	46 697	46 697	46 697	46 697
Øyremerka tilskott	35 674	35 674	35 674	35 674
Andre driftsinntekter	149 544	146 614	146 989	146 989
Sum driftsinntekter	2 753 824	2 781 292	2 792 914	2 802 709
Kjøp av helsetenester	149 988	142 488	142 488	142 488
Varekostnader knytta til aktiviteten i føretaksgruppa	236 591	233 281	233 281	233 281
Innleigd arbeidskraft - del av kto 458	16 806	11 306	11 306	11 306
Lønn til fast tilsette	1 242 609	1 238 284	1 238 284	1 238 284
Overtid og ekstrahjelp	89 747	88 497	88 497	88 497
Pensjon inkl arbeidsgiveravgift	346 182	346 182	346 182	346 182
Offentlige tilskudd og refusjonar vedr arbeidskraft	-55 949	-55 949	-55 949	-55 949
Annen lønn	199 020	198 950	198 950	198 950
Avskrivningar	102 029	76 929	75 059	262 694
Nedskrivning	0	0	0	0
Andre driftskostnader	415 697	444 052	436 552	436 552
Sum driftskostnader	2 742 720	2 724 020	2 714 650	2 902 285
Driftsresultat	11 104	57 272	78 263	-99 576
Finansinntekter	1 400	1 400	1 400	1 400
Finanskostnader	7 503	13 118	13 172	83 444
Finansresultat	-6 103	-11 718	-11 772	-82 044
Resultat til styrking av finansieringsgrunnlaget	5 001	45 555	66 492	-181 620

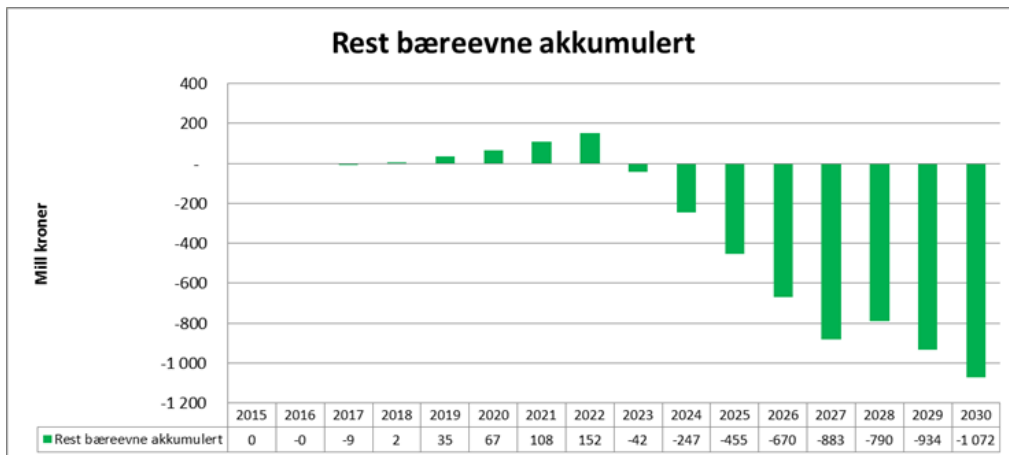
Det positive resultatet frå 2016 til 2027 skuldast at alle kostnader med nybygg blir aktivert. Helse Førde vil i denne perioden i svært liten grad bli påverka av byggjekostnadene. Frå 2028 får helseføretaket auka kostnader til både avskrivningar og renter i resultatrekneskapen. Det gjer at resultatet fell med om lag 267 millionar.

Restbereevne blir då som vist under.



Den negative bereevna etter 2023 må løysast ved at Helse Førde får tilført eit likviditetslån slik at restbæreevna blir 0. Helse Førde må i åra frå 2024 til og med 2027 låne om lag 170 millionar kvart år. I 2028 er det føresett at Helse Førde får selt dei utflytta bygga til bokført verdi på 243 millionar. Føretaket sit då med positiv rest bæreevne på 93,5 millionar. I åra 2029 og utover må Helse Førde låne over 100 millionar med den rekneskapsmessige framskrivinga som er lagt inn. Restinvesteringsevna må i så fall løysast med ein kombinasjon av meir effektiv drift, større eigenproduksjon og likviditetslån.

Akkumulert rest bæreevne:



Oppstillinga viser at Helse Førde ved utgangen av 2030 har ei udekket bæreevne på over 1 milliard kroner. Det vil forverre seg i åra etter det. For å klare denne investeringa vil Helse Førde måtte forbetre driftsresultatet med om lag 180 millionar kroner fram mot 2028 – tilsvarande kring 6,5 prosent av driftsbudsjettet. Dette kjem i tillegg til dei effektane som er omtala i kapitel 5. Det mest nærliggjande er at forbetringa av driftsresultatet kjem gjennom auke i aktivitetsbaserte inntekter. ISF-systemet har aldri lagt opp til full kostnadsdekning. Det er difor svært vanskeleg å betre netto driftsresultat ved betydelig aktivitetsvekst, sjølv om det er noko potensial for effektivisering slik drifta er organisert i dag. Alternativet er kostnadskutt. Kostnader relatert til løn er den største posten i rekneskapan. Det er vanskeleg å sjå korleis lågare bemanning, med påfølgjande lågare aktivitetsbaserte inntekter, vil kunne gje ønskt effekt. Helse Førdes pålagde oppgåver, og storleiken på befolkninga i opptaksområdet, talar mot at føretaket skal klare å ta ut så store effektiviseringsgevinstar som trengst sjølv om den verksemdsmessige utviklingsplanen syner at

spurnaden etter spesialisthelsetenester veks framover. Alternativ 3 blir difor ikkje vurdert som realiserbart innanfor gjeldane rammer. Det er ikkje kome signal frå eigar om at basisramma vil vert auka som følge av prosjektet.

Del III: Samanstilling og evaluering av alternativ

11. Kriterium for val av alternativ

Kriterium for val av alternativ er sett i samsvar med definerte mål i kapittel 1. I tillegg er det sett opp evalueringskriterium som er spesifikt henta frå rettleiar for tidlegfaseplanlegging av sjukehusprosjekt.

Vekting av kriteria er vald skjønnsmessig ut frå slik tilhøva er vurderte for Helse Førde.

Kriterium med vekting er vist i evalueringsmatrisa under kapittel 12.

12. Evaluering og val av alternativ

Det er i evalueringa nytta karakterskala frå 1 til 5.

For punkt 19, 20 og 24 er vekt sett til 0 på grunn av at punkta er dekkja av øvrige evalueringspunkt.

	ID	Beskrivelse	Vekting	Score alt 1	Score alt 2	Score alt 3			
Effekt mål	2	Vi skal legge til rette for raskt å stille rett diagnose og utforme plan for behandling	3 %	3	1,8 %	2	1,2 %	5	3,0 %
	3	Vi skal etablere nye heilskaplege behandlingsforløp for eldre og multisjuka	3 %	4	2,4 %	3	1,8 %	5	3,0 %
	4	Vi skal ha mottaksfunksjon som ivaretek behovet for multidisiplinær og rask utgreiing og avklaring av rett behandlingssnivå	3 %	4	2,4 %	2	1,2 %	5	3,0 %
	5	Vi skal utnytte eksisterande areal og spesialrom betre og tilpasse dette endra pasientbehov	3 %	4	2,4 %	3	1,8 %	5	3,0 %
	6	Vi skal modernisere døgntilboda og etablere nye rammer for fagleg samhandling	2 %	4	1,6 %	2	0,8 %	5	2,0 %
	7	Vi skal lage pasientsentrerte poliklinikkar	2 %	4	1,6 %	4	1,6 %	5	2,0 %
	8	Vi tek i bruk ny teknologi og utnyttar denne for å effektivisere tenestene	3 %	4	2,4 %	3	1,8 %	5	3,0 %
	9	Vi skal utnytte ressursane effektivt og samordne det vi kan	3 %	4	2,4 %	2	1,2 %	5	3,0 %
	10	Vi skal modernisere kirurgiske behandlingsforløp, og unngå unødige innleggingar	3 %	4	2,4 %	4	2,4 %	5	3,0 %
	11	Vi skal gjere pasientopplevinga betre	2 %	4	1,6 %	2	0,8 %	5	2,0 %
	12	Vi skal ha funksjonelle lokale for medarbeidarqualitet	3 %	3	1,8 %	1	0,6 %	5	3,0 %
	Delsum effekt mål			30 %		22,8 %		15,2 %	

	ID	Beskrivelse	Vekting	Score alt 1		Score alt 2		Score alt 3	
Resultatmål	13	Alternativet skal være realiserbart innan kjent økonomisk bæreevne.	30 %	5	30,0 %	5	30,0 %	0	0,0 %
	14	Alternativet skal være realiserbart utan å gå på bekostning av oppgradering og vedlikehald ved andre lokasjonar.	5 %	5	5,0 %	5	5,0 %	0	0,0 %
	15	Alternativet skal realiserast innanfor et budsjett med sikkerhetsmargin av 15 % av totale kostnader.	5 %	5	5,0 %	5	5,0 %	4	4,0 %
	16	Alternativet skal levere nye lokalar innan utløp av eksisterande leigekontraktar - BUP og administrasjon.	5 %	5	5,0 %	1	1,0 %	4	4,0 %
	17	Tiltaka i alternativet skal være realisert innan utgangen av 2025.	5 %	5	5,0 %	5	5,0 %	5	5,0 %
	18	Det er eit overordna mål for styret og administrerande direktør at prosjektet skal realisere en god, bærekraftig og langsiktig løysning for psykiatri.	5 %	5	5,0 %	2	2,0 %	5	5,0 %
	Deslum resultatmål			50 %		50,0 %		46,0 %	

	ID	Beskrivelse	Vekting	Score alt 1		Score alt 2		Score alt 3	
Eval fra veileder	19	Måloppnåelse, riktig prioritering i forhold til målhierarki	0 %	0	0,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %
	20	Økonomisk bæreevne og finansielt handlingsrom	0 %	0	0,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %
	21	Kapasitet og kvalitet, "sørge for ansvaret"	3 %	3	1,8 %	2	1,2 %	4	2,4 %
	22	Samhandling	2 %	4	1,6 %	2	0,8 %	5	2,0 %
	23	Effektiv drift, driftsøkonomiske gevinstar	2 %	4	1,6 %	2	0,8 %	5	2,0 %
	24	Pasientmiljø, arbeidsmiljø	0 %	0	0,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %
	25	Ytre miljø, energibehov, CO2 utslipp	3 %	3	1,8 %	2	1,2 %	4	2,4 %
	26	Pasientsikkerhet	3 %	4	2,4 %	2	1,2 %	5	3,0 %
	27	Rekruttering og fag- og kompetanseutvikling	3 %	4	2,4 %	2	1,2 %	5	3,0 %
	28	Byggets kvalitet, fleksibilitet	2 %	3	1,2 %	1	0,4 %	5	2,0 %
	29	Samfunnsforhold	2 %	3	1,2 %	3	1,2 %	3	1,2 %
	Deslum eval fra veileder			20 %	28	14,0 %	16	8,0 %	36
Vektet sluttsum			100 %		86,8 %		69,2 %		61,0 %

Alternativ 1 og 2 har ulik skår på mange av kriteria. Punkta som skiljer mest, og som peikar mot nybygg for psykisk helsevern og samlokalisering av administrasjon og sjukehotell, er følgjande:

Kriterie 4, 6, 9, 22 og 23 omhandlar samordning av mottak, behandling og felles bruk av ressursar, inkludert samhandling og effektivisering. Nybygg vaksenpsykiatri (alt. 1) samlokalisert med BUP og UPH og nært knytt opp mot hovudfunksjonane i somatikken, gjev ei langt betre løysing enn alternativet utan nybygg (alt. 2) for alle desse kriteria.

Kriterie 11, 12, 16, 26, 27 og 28 omhandlar pasientoppleving, funksjonelle lokale, medarbeidarkvalitet, høve til sikring, fleksibilitet, rekruttering og nye lokale for BUP og administrasjon. Dei seks første punkta er alle problemområde ved dagens psykiatribygg, og er

vesentlege årsaker til at nybyggalternativet er fokusert som alt. 1 i arealplanen. Nye areal for BUP ligg inne i begge alternativa, medan dagens lokale for administrasjon har lang avstand til sjukehuset. Dei er ikkje tidsmessige, og lite arealeffektive i høve til planlagt løysing i alt. 1.

Det er ingen kriterie der alternativ 2 scorar betre enn alternativ 1.

Alternativ 3: Prosjektet har vekta kriteriet om at investeringa må kunne realiserast innanfor kjent økonomisk bereevne, særleg høgt. Kriteriet utgjer 30 prosent av resultatmål, som igjen utgjer 50 prosent av total vekting. Investeringa for alternativ 3 blir så høg, at sjukehuset manglar bereevne for å kunne realisere det innanfor kjende rammevilkår.

Samla gjer dette at alternativ 1 får ein langt betre skår enn alternativ 2 og 3, og vert difor tilrådd vidareført til forprosjektfase.

Komplett oversyn og drøfting av evalueringspunkta er vist i vedlegg 4.

Del IV: Plan for organisering og gjennomføring av forprosjektfasen

13. Mandat for forprosjektfasen

Forprosjektet skal greie ut alternativ 1 i konseptfaserapporten.

Mandat

På basis av denne rapporten, gjennomført ekstern kvalitetssikring av konseptfaserapport, styrebehandling i Helse Førde, styrebehandling i Helse Vest og dialog med HOD gjennom lånesøknad skal det utarbeidast eit prosjektdirektiv med klart mandat.

I prosjektdirektivet skal følgjande definerast:

- Mål og suksesskriteria
- Føresetnader og rammer
- Grunnlag for avgjerd om gjennomføring (B4)

14. Plan for forprosjektet og byggjefasen

Hovedleveranse i forprosjektfase

Som hovudleveranse i forprosjektet inngår eit forprosjektgrunnlag i samsvar med rettleiar for tidlegfaseplanlegging i sjukehusprosjekt. Forprosjektgrunnlaget skal vere kvalitetssikre konseptfasen med omsyn til kapasitet, driftsmessige tilhøve, tekniske løysingar, kostnader og økonomisk berevne.

Suksessfaktorer

Som suksessfaktor skal ein spesielt ha fokus på:

- Pasienten i sentrum
- Involvering av organisasjon og brukarar ved gjennomføring av forprosjektet
- Etablere klare planar for konkretisering av strategisk retning og modererande faktorar frå verksemdsmessig utviklingsplan
- Innhente kompetanse frå Sykehusbygg HF i gjennomføringa.

Særskilde utfordringar knytt til gjennomføring

Særskilde utfordringar som skal ha fokus i gjennomføring av forprosjektet:

- Skape tryggleik for at framtidig sengekapasitet er tilstrekkeleg dekkja med dei planane som ligg føre
- Operasjonskapasitet og funksjonalitet knytt til løysingane må evaluerast grundig
- Kapasitet og tal behandlingsrom for poliklinisk- og dagbehandling må evaluerast for å sjå om det er forsvarleg å redusere tal behandlingsrom.

Organisasjons- og prosessutvikling

Prosessar for utvikling av organisasjon må inkluderast som ein del av arbeidet i forprosjektet. Dette bør vere del av eit breiare prosjekt for å utvikle organisasjonen i samsvar med styresignal i verksemdsmessig utviklingsplan. Eit slikt organisasjonsutviklingsprosjekt bør startast tidleg i 2016.

Planprosess og organisering

Den vidare prosessen med realisering av «Arealplan FSS» er planlagt gjennomført etter følgjande mønster.

- Forprosjekt «Arealplan FSS» skal gjennomførast som eit samla forprosjekt for alle definerte delprosjekta i konseptfasen
- Avgjerd og godkjenning for igangsetting, B4, skjer samla for alle delprosjekta
- Detaljprosjektering av dei enkelte delprosjekta skjer trinn for trinn i samsvar med ein framdriftsplan som blir utarbeidd i forprosjektfasen

Tidsplan

Prosjektet er avhengig av godkjent finansiering over statsbudsjettet for 2017, og forprosjekt for arealplan FSS kan starte når denne godkjenninga ligg føre i november 2016.

Sidan store delar av prosjektet er eit 0-alternativ vil vi i 2016 arbeide med alternative planar som kan realiserast, dersom vi ikkje får finansiering. Dette arbeidet må organiserast slik at når finansiering ligg føre i november 2016, så kan arbeidet direkte vidareførast som forprosjekt arealplan FSS. Arbeidet med alternative planar må organiserast i løpet av våren 2016 og starte hausten 2016.

Forprosjekt arealplan FSS må vere klart til sommaren 2017. Detaljprosjektering for dei første byggeetappane må starte i august 2017.

Start fysiske byggjearbeid i 2018, detaljert plan må utarbeidast i forprosjektfasen.

Kontraksstrategi for kontrahering av tjenester

Helse Førde har råderett over det prosjektmaterialet som er utarbeidd i konseptfasen og står fritt i val av rådgjevar for den neste fasen.

Kontrahering av arkitekt og rådgjevarar skal skje gjennom utlysing av konkurranse våren 2016. Det skal leggjast til grunn at tenesteleverandørar som blir tekne inn i forprosjektet skal vere med vidare for detaljprosjektering av arealplan for sentralsjukehuset i Førde.

Kvalitetssikring og prinsipp for prosjekt og risikostyring

Prosjektdirektiv for forprosjekt skal utarbeidast våren 2016, og det vil der vere sentralt å definere prinsipp for prosjekt og risikostyring. Aktuelle malar og referansar i Helse Vest og Sykehusbygg HF skal sjekkast ut i samband med etablering av prosjektdirektiv.

Ressursbruk og kostnader for forprosjektfase

Det er eit mål at forprosjektfasen skal kunne gjennomførast innanfor ei kostnadsramme på 20 millionar.

Del V: Vedlegg og referanser

15. Utrykte vedlegg og referansar

Vedlegg

11. Konseptfase Arealplan FSS – Sengevask – Val av løysing. 2015-06-12
12. Konseptfase Arealplan FSS – Energivurdering fasader, Cowi 2015
13. Konseptfase Arealplan FSS - Plan for utomhus, Norconsult 2015
14. Konseptfase Arealplan FSS - Standardrom - rapport frå oppsett i dRofus
15. Konseptfase Arealplan FSS - Rapport for risikovurdering og flaumsikring, Ivest Consult 2015
16. Konseptfase Arealplan FSS - Rapport for tiltak på fasadar og tak, Cowi 2015
17. Designbasis for prosess BMUP og Konseptfase Arealplan FSS 2015
18. Teikningsbok - Plan for ventilasjonsaggregat, hovudblokk
19. Teikningsbok hovudblokk Alternativ 1 - Funksjonsplanar
20. Teikningsbok hovudblokk Alternativ 1 – Konsept

Referanser

- a. Verneplan Førde sentralsjukehus, Riksantikvaren, 1999
- b. Styrevedtak Helse Vest - Energibruk i sykehusbygg, 2013
- c. Energibruk i Helse Førde - status per 2014, SFE mai 2015
- d. Mulitmap-rapport; Oppdatert kartlegging av bygningsmassen - Teknisk tilstand og teknisk oppgraderingsbehov, tilpasningsdyktighet og felles infrastruktur og områdeforhold, Multiconsult 2015
- e. Idéfaserapport til styret i Helse Førde HF – april 2015
- f. Arealplan FSS - Møllerrapport 2013
- g. Verksemdsmessig utviklingsplan, Høyringsutkast 2015, Helse Førde
- h. Verksemdsmessig utviklingsplan 2014, Helse Førde
- i. Bygningsmessig utviklingsplan, Helse Førde sept. 2015
- j. Designbasis for prosess Arealplan FSS, Helse Førde

16. Trykte vedlegg og referansar

1. Føresetnader, metode og rammeverk
2. Overordna design for alternativ 1 – HFP, DFP, OTP og HPU
3. Skisseprosjekt for alternativ 1 – SPR
4. Alternativ vurdering med evaluering og val
5. Teikningsbok hovudblokk – alternativ 1 – A3
6. Teikningsbok administrasjon og hotell – alternativ 1 – A3
7. Teikningsbok psykiatri – alternativ 1 – A3
8. Basiskalkylar og kalkylegrunnlag
9. Kalkylar for prosjekt og utbyggingsetappar
10. Økonomiske vurderingar, analyse og tabellar