

Idéfaserapport for Sunnaas sykehus HF

Fremtidens rehabiliteringssykehus

– innovativt og miljøvennlig

23. november 2016 - oppdatert status og finansieringsplan 20. november 2018

Prosjekteier:

Administrerende direktør Einar Magnus Strand

Prosjektleder:

Trude Gjeldvik



SUNNAAS SYKEHUS



Innhold

INNHold	2
1 SAMMENDRAG OG HOVEDKONKLUSJON	4
2 BAKGRUNN	5
2.1 BAKGRUNN FOR IDEFASEN	5
2.2 ORGANISERINGEN AV ARBEIDET	6
2.3 GANGEN I ARBEIDET - PROSESS.....	7
3 NÅTILSTAND OG IDENTIFISERTE UTFORDRINGER	8
3.1 DAGENS STATUS	8
3.2 AKTIVITET 2007-2015	9
3.3 STATUS BYGNINGSMASSE	9
4 OVERORDNEDE STRATEGIER OG FØRINGER	10
4.1 NASJONALE STRATEGIER.....	10
4.2 REGIONALE FØRINGER	11
5. UTVIKLINGSTREKK OG FRAMSKRIVNING	11
5.1 DEMOGRAFI	11
5.2 SUNNAAS SIN VIRKSOMHETSIDE	11
5.3 UTVIKLINGSTREKK.....	12
5.4 STRATEGI 2030	13
6 FUNKSJONER (PROGRAM OG AVHENGIGHETER) SOM MÅ IVARETAS I PROSJEKTET	14
6.1 DØGNOPPHOLD OG ANTALL PASIENTROM	14
6.2 BARNE- OG UNGDOMSENHET.....	15
6.3 BEHANDLINGSAREALER	15
6.4 RADIOLOGISK ENHET VED SUNNAAS SYKEHUS HFHF.....	15
6.5 SKIFTESTUE/BEHANDLINGSROM FOR SMÅKIRURGI/LETTERE OPERASJONER	16
6.6 LABORATORIER	16
6.7 TELEMEDISIN	16
6.8 INNOVASJONSSENTER FOR REHABILITERING	16
6.9 FORSKNING	16
6.10 TRS.....	17
6.11 VIKTIGE FELLESEKSTREKTER I SYKEHUSET	17
7 ALTERNATIVE LØSNINGSKONSEPTER	17
7.1 VIRKSOMHETSALTERNATIVER	18
7.1.1 Nullalternativet	18
7.1.2 Alternativ 1.....	20
7.1.3 Alternativ 2.....	20
7.1.4 Alternativ 3.....	21
7.2 OPPSUMMERING AV DE FIRE VIRKSOMHETSALTERNATIVENE	23
7.2.1 0-alternativet.....	23
7.2.2. Alternativ 1.....	23
7.2.3. Alternativ 2.....	23
7.2.4. Alternativ 3.....	24
7.3 EVALUERING AV DE FIRE VIRKSOMHETSALTERNATIVENE	24
7.4. TOMTEALTERNATIVER.....	25
7.4.1 Forutsetninger lagt til grunn for alternative plasseringer	25
7.4.2 Tomtealternativ A: Øst for bygg H.....	27
7.4.3 Tomtealternativ B: I skråningen på vestsiden av dagens bygg.....	31

7.4.4.	Tomtealternativ C: Påbygg på taket til bygg F og G	32
7.4.5	Tomtealternativ D: Påbygg på taket på bygg H	33
7.4.6.	Tomtealternativ E: Utvidelse mot sør og påbygg på bygg F	35
7.5	EVALUERING AV ALTERNATIVENE – TOMT	37
7.6	KONKLUSJON: VIRKSOMHETS- OG TOMTEALTERNATIVER SOM ØNSKES VIDERE UTREDET I KONSEPTFASEN	37
8	ØKONOMI	38
8.1	INVESTERINGSKOSTNAD	38
8.1.1	Kostnad nybygg	38
8.1.2	Ekstrakostnad ved parkeringshus – alternativ A1	38
8.2	FINANSIERING	39
8.2.1	Lån	39
8.2.2	Egenkapital	39
8.2.3	Inntekt tomtesalg	39
8.3	TILPASNING TIL ØKONOMISK LANGTIDSBUDSJETT FOR SUNNAAS SYKEHUS HF	39
8.4	REDUKSJON KOSTNADER, GEVINSTREALISERING	42
8.5	GRENSENITT I FORHOLD TIL ANDRE INVESTERINGSPROSJEKTER	38
9	MANDAT OG PLAN FOR NESTE FASE	42
9.1	MÅL OG SUKSESSKRITERIER FOR KONSEPTFASEN	42
9.2	MÅL, FORUTSETNINGER OG RAMMER FOR PROSJEKTET	43
9.2.1	Suksesskriterier og kritiske suksessfaktorer	45
9.2.2	Foreløpige rammebetingelser samt grunnlagsdokumenter	46
9.3	UTARBEIDING AV MANDAT OG PLAN FOR VIDERE ARBEID I KONSEPTFASEN	47
9.3.1	Plan for konseptfasen	47
9.3.2	Hovedleveranser i konseptfasen	48
9.3.3	Organisering, roller/ansvar, forholdet mellom prosjekt og driftsorganisasjon	48
9.3.4	Aktiviteter og milepæler	48
9.3.5	Ressursbehov, kostnader i konseptfasen	48
9.4	VURDERING OG OPPFØLGING AV KRAV TIL BYGNINGSVERN	49
10	VEDLEGG	49

1 Sammendrag og hovedkonklusjon

Byggetrinn 3 er siste trinn i ferdigstillingen av fremtidens Sunnaas sykehus HF, slik daværende utviklingsplan ble vedtatt av Helse Sør-Øst RHF (HSØ) i 2011. I de to første byggetrinnene (ferdigstilt 2010 og 2015) gjennomførte foretaket en helt nødvendig oppgradering og nyetablering av pasientrom med tilhørende kliniske funksjoner. Byggetrinn 3 beskrives som «motoren» i karosseriet, og vil fullføre ferdigstillingen av fremtidens rehabiliteringssykehus ved å, i tillegg til pasientrom, romme arealer for forskning og utvikling, samhandling, innovasjon og teknologi. Bygget skal legge til rette for den virksomheten Sunnaas sykehus HF skal drive de neste 30-40 år som landets ledende rehabiliteringssykehus og forskningsinstitusjon innenfor fagfeltet.

Utredningsarbeidet pågikk gjennom 2015 og 2016, med seneste oppdatering av finansiell bærekraft og mulighetsalternativ tomtevalg høsten 2018, og målet er å få godkjent Idéfaseen som grunnlag for videre konseptfasearbeid fra januar 2019. Sentral og viktig rådgiver i tidligfasen har vært Sykehusbygg HF. Sintef teknologi og samfunn, avdeling Helse, har vært sentral premissleverandør inn i idéfasearbeidet.

Mandatet for Idéfaseen er å vurdere et nytt bygg som skal erstatte dagens bygg D og K som ikke lenger holder tilstrekkelig standard, samt vurdere hvilke andre funksjoner i fremtidens Sunnaas sykehus HF som bør skaffes rom for at sykehuset skal kunne løse sine oppgaver. Idéfaserapporten bygger på foretakets arealplan (utviklingsplan), godkjent av HSØ i 2011, på nasjonale og regionale føringer for foretakets virksomhet, samt på Strategi 2030 – Sunnaas sykehus HF. Bærende forutsetninger for fremtidens rehabiliteringssykehus er innovasjon og miljø. Innovative prosesser og miljøaspektet skal være førende for de valg som gjøres gjennom hele prosjektet. Idéfaserapporten gir en fremstilling av foretakets virksomhet og forventet utvikling, og det redegjøres for totalt fire alternative størrelser på nytt bygg, nullalternativet inkludert, hovedsakelig basert på behov for antall pasientrom. Størrelsen varierer fra 3800 m² til 5800 m²brutto. Det er videre vist til fem alternative plasseringer av nybyggene på eiendommen. I alt ca. 5600 m² brutto av bygningsmassen på til sammen ca. 25 000 m² brutto, er i en slik forfatning at den må rives eller totalrehabiliteres i løpet av de neste 5 år. Foretaket har gjort en økonomisk beregning som viser at det er rimeligere å rive og bygge nytt, når det tas hensyn til levetidskostnader og nytteverdi.

Idéfaserapporten viser i kap. 8 prosjektets økonomiske bærekraft ved de ulike alternativene, både gjennom hvordan finansiering av bygget vil gjennomføres og ved kontantstrømsanalyser frem i tid.

Kostnaden til byggetrinn 3 varierer fra 219 til 337 millioner kroner. Lånebehov fra Helse Sør-Øst vil være 50 %. Sykehuset planlegger, ved sparetiltak og salg av eiendom, en egenfinansiering av prosjektet på 50 %.

Foreslåtte økte inntekter, reduserte kostnader, sparte midler fra drift tidligere år og salg av boligtomter, vil til sammen sikre nødvendig finansiering av byggetrinn 3, og viser både levedyktighet og økonomisk bærekraft for et prosjekt på inntil 337 millioner kroner.

Målet med rapporten er å legge til rette for at valg av størrelse og plassering av nytt bygg kan tas i konseptfasen, basert på de tre hovedkriteriene:

- Relevans (gir svar på de utfordringer som helseforetaket vil møte i årene fremover)
- Gjennomførbart (kan gjennomføres innenfor helseforetakets økonomiske handlingsrom)
- Levedyktig (helseforetakets økonomiske bæreevne kan opprettholdes gjennom prosjektets levetid).

Det vises at prosjektet er relevant ved å beskrive nødvendige funksjoner og program for at Sunnaas sykehus HF sin virksomhet skal løse både nasjonale funksjoner og det regionale "sørge-for" ansvaret. For å ivareta ansvarsområdene, er det avgjørende med forskning og utvikling, samhandling og kompetanseoverføring.

Konklusjon

Rapporten gir et bredt grunnlag for å vurdere om det er hensiktsmessig å gå videre med prosjektet til konseptfase. Etter en evaluering av prosjektets relevans, gjennomførbarhet og levedyktighet opp mot nasjonale føringer, regionale styringssignaler og virksomhetens strategi og utviklingsplan, anbefales det at virksomhetsalternativene 1, 2 og 3 med 0-alternativet som referanse, samt tomtealternativene A1, A2 og E2 utredes og utvikles videre i konseptfasen.

2 Bakgrunn

2.1 Bakgrunn for idefasen

Styret til Helse Sør-Øst RHF vedtok i november 2011 en arealplan for Sunnaas sykehus HF. Planen forutsatte utvikling av eiendomsmassen i tre trinn som til sammen utgjør fremtidens Sunnaas sykehus HF. Fase 1 og fase 2 i planen er gjennomført med høy grad av egenkapital (100 % i fase 1 og 50 % i fase 2), og godt resultat. Foretaket søker nå om å få slutføre den vedtatte planen ved å få aksept for igangsetting av konseptfase for byggetrinn 3.

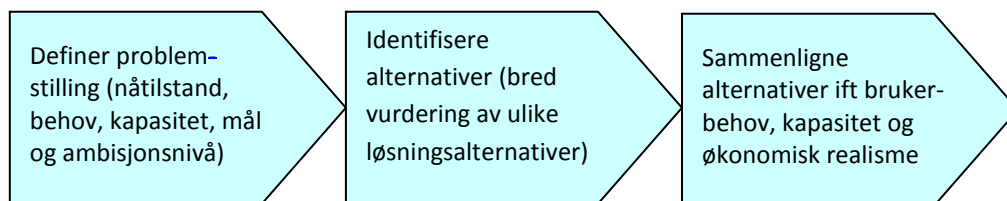
Med utgangspunkt i arealplanen, nasjonale føringer, HSØ-strategier og -føringer/styringssignaler, oppdragsdokument, samt egen foretaksintern strategi, viser

idefaserapporten at behovet for nybygg er vesentlig for fremtidens rehabiliteringstilbud både nasjonalt og regionalt.

I vedlegg 1 er det vist til hvilke bakgrunnsdokumenter som ligger til grunn for idéfaseutredningen.

Idéfaseutredningen følger anbefalingene i Veileder for tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter.

Figur 1 Skjematisk framstilling av innholdet i idéfasen



2.2 Organiseringen av arbeidet

Styringsgruppe

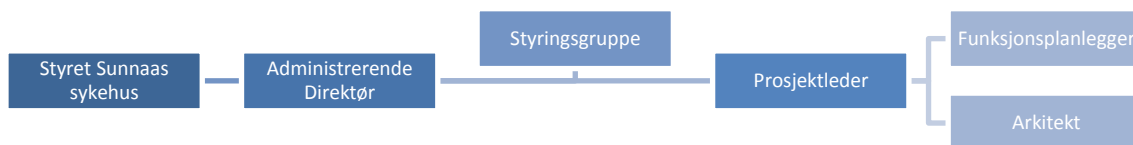
Administrerende direktør med ledergruppe er prosjektets styringsgruppe, og det er ansatt egen prosjektleder for å ivareta prosjektet.

Eksterne aktører

Idéfasearbeidet har pågått over flere år, med involvering av ulike både intern og ekstern kompetanse. I arbeidet med idéfasen har det vært benyttet følgende eksterne ressurser:

- Sintef Teknologi og samfunn, avdeling Helse ved seniorrådgiver Tarald Rohde har vært en sentral samarbeidspartner i arbeidet med funksjonsplanlegging og beregning av investeringskostnader.
- Sykehusbygg HF har vært en sentral og viktig aktør innenfor sykehusplanlegging, og i idéfaseutredningens avsluttende fase har Sykehusbygg HF v/sykehusplanlegger Rune Reinaas med sin kompetanse på tidligfaseplanlegging vært en svært viktig samarbeidspartner, blant annet ved planlegging og gjennomføring av arbeidsseminar i tillegg til generell tidligfaserådgivning.
- C.F. Møller, Norge har utarbeidet mulighetsstudier; utarbeidelse av alternative skisser og plassering av nybygg på eiendommen.

Figur 2 Prosjektorganisasjonen Idefase



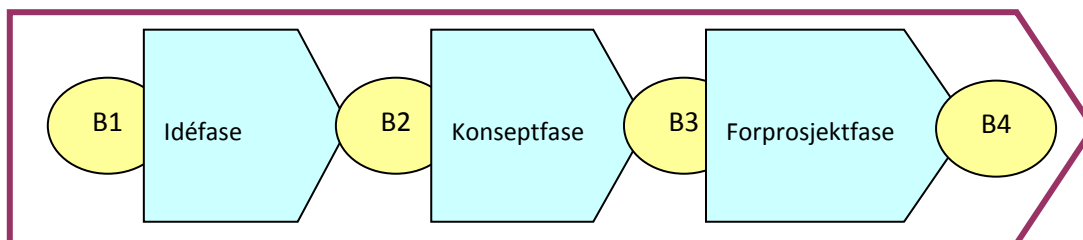
2.3 Gangen i arbeidet - prosess

Målet med idéfasen er, på grunnlag av vedtatt arealplan for Sunnaas sykehus HF, å identifisere mulige, prinsipielle løsninger på de behov som er beskrevet. Idéfase skal avklare hvilke alternative bygningsmessige løsninger som er “liv laga”. At et prosjekt eller en løsning er «liv laga» innebærer at det er:

- Relevant (gir svar på de utfordringer som helseforetaket vil møte i årene fremover)
- Gjennomførbart (kan gjennomføres innenfor helseforetakets økonomiske handlingsrom)
- Levedyktig (helseforetakets økonomiske bæreevne kan opprettholdes gjennom prosjektets levetid).

Idéfasearbeidet bygger på arealplanen for helseforetaket, og er utarbeidet med bred involvering av relevante faggrupper i foretaket. Idéfaserapporten er vedtatt av foretakets styre, før den sendes til Helse Sør-Øst RHF med søknad om å få gå videre til konseptfase. Figuren viser hvilke faser som inngår i tidligfasen av et investeringsprosjekt.

Figur 3 Trinnene i planleggingen av byggeprosjekter i Helse Øst RHF fram til eventuell beslutning om bygging (Fra Veileder for tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter)



3 Nåtilstand og identifiserte utfordringer

3.1 Dagens status

Sunnaas sykehus HF er Norges største spesialsykehus innen fysikalsk medisin og rehabilitering, og er ett av 11 helseforetak i Helse Sør-Øst RHF. Sykehuset har i underkant av 800 ansatte, og virksomheten er i all hovedsak lokalisert på Nesodden.

Sykehuset gjennomfører ca. 8600 behandlinger pr år, med til sammen 44 000 liggedøgn og 5 500 polikliniske konsultasjoner.

Pasienttilbudet er basert på bred tverrfaglig kompetanse, der behandlingsteamet rundt den enkelte pasient består av 6 til 10 ulike helsefagprofesjoner. Målgruppen er pasienter med komplekse funksjonstap etter sykdom og skade.

Forskning og undervisning står sentralt i foretakets virksomhet, og Sunnaas sykehus HF har universitetsfunksjoner. Sykehuset har også en utstrakt internasjonal virksomhet, og er sterkt engasjert i kompetanseutveksling med spesialister verden over. Sunnaas sykehus HF har et særlig ansvar for å utvikle rehabiliteringsfeltet både faglig og strukturelt i regionen.

Sykehusets kjernevirksomhet er klinikk og forskning i tillegg til satsningsområdene samhandling, internasjonal aktivitet og innovasjon.

Hovedaktiviteten til Sunnaas sykehus HF foregår på Nesodden. På Aker helsearena leier Sunnaas sykehus HF arealer som benyttes til poliklinisk virksomhet, treningspoliklinikk og regional kompetansetjeneste for rehabilitering.

Sunnaas sykehus HF har noen offisielle landsfunksjoner (nasjonale tjenester godkjent av Helse- og omsorgsdepartementet (HOD)):

- Nasjonal behandlingstjeneste for rehabilitering ved locked-in syndrom (LIS). Denne pasientgruppen er liten, men er krevende med tanke på kompetanse, ressurser og utstyr. Det er omtrent 1 til 5 nye pasienter per år, og ca. 30 pasienter får livslang oppfølging poliklinisk og ved innleggelser.
- TRS er en del av Sunnaas sykehus HF, og er et landsdekkende kompetansesenter for sjeldne, medfødte diagnoser. Senteret er faglig organisert i Nasjonal Kompetansetjeneste for sjeldne diagnoser (NKSD).

Utover dette tas det imot pasienter fra hele landet etter kapasitet. Sunnaas sykehus HF har ambisjoner om flere nasjonale tjenester. I regjeringens forslag til statsbudsjettet 2017 er det foreslått 13,7 millioner for et bedre nasjonalt tilbud for barn med ervervede skader på hjerne og ryggmarg, og foretaket arbeider med en søknad om Nasjonal behandlingstjeneste for denne pasientgruppen.

Landsfunksjonene, dvs. pasienter utenfor region Helse Sør-Øst, utgjorde per 2015 12 % av de utskrevne pasientene. Sykehuset hadde i 2015 pasienter fra 240 kommuner. Antallet pasienter fra utenfor region HSØ begrenses av «sørge-for»-ansvaret i egen region, samt finansieringsordningen.

3.2 Aktivitet 2007-2015

Tabell 1 viser utviklingen i aktivitet ved Sunnaas sykehus HF fra 2007 til 2015. Den viser stor grad av stabilitet. Arealplanen legger til grunn en viss økning i antall pasientrom på grunn av flere hodeskadepasienter og noen flere barn. Antall polikliniske konsultasjoner er åttedoblet. Videre økning i poliklinisk virksomhet vil skje i leide lokaler på Aker.

Tabell 1 Kapasitet og aktivitet ved Sunnaas sykehus HF 2007, 2013 og 2015

	2007	2013	2015
Døgnplasser	148	159	159
Utskrivninger	2 665	3 148	2 903
Liggedager/oppholdsdøgn	40 921	44 039	43 428
Polikliniske konsultasjoner	567	4 388	4 460
Dagbehandlinger/oppholdsdager	1 134	Sunnaas sykehus HF har ikke dagbehandlingstilbud	
Gjennomsnittlig liggetid(dager)	15,7	13,9	14,9

3.3 Status bygningsmasse

Målet med byggetrinn 3 er å modernisere bygningsmassen til Sunnaas sykehus HF på en kostnadseffektiv måte, og å gjøre driften ved sykehuset bedre og mer effektiv, og slik bedre tilbudet til pasientene.

Det er et mål i HSØ å oppnå en arealeffektivisering på 25 % ved å bygge nytt - dette er derfor et mål i Sunnaas sykehus HF sitt idéfasearbeid, i tillegg er mer effektiv drift sentralt i planlegging av byggetrinn 3.

Tabell 2 viser tilstanden til byggene ved Sunnaas sykehus HF slik den ble vurdert i 2008. Nye forskriftskrav i Teknisk forskrift 2010 (Tek10) gjør det krevende å bygge om i tilstrekkelig grad for å heve tilstandsgrad i så gamle bygg som per i dag ligger til eiendommen. Tilstandsgraden for bygg D og K er ikke forenelig med dagens krav til helse- miljø og sikkerhet, og det er kun et tidsspørsmål før klinisk virksomhet ikke lenger kan forsvares å fortsette i byggene.

Tabell 2 Vurderingen av tilstanden til bygningene ved Sunnaas sykehus HF i 2008

	<i>Brutto m2</i>	<i>Tilstandsgrad 2008¹</i>
Bygg B	812	
Bygg D	3 636	2,3
Bygg F	4 443	1,6
Bygg G	6 335	1,5
Bygg H	3 571	1,6
<i>Bygg I</i>	<i>5 000</i>	<i>Nytt bygg 2015</i>
Bygg K	2 015	2,1
Totalt	25 812	

De viktigste utfordringene med dagens bygningsmasse kan oppsummeres i følgende punkter:

- Uhensiktsmessig spredning av klinisk virksomhet.
- Manglende tilrettelagt adkomst til sykehuset, for mottak av pasienter til ulike kliniske bygg og til poliklinikk, til vareleveranse og tøy- og avfallshåndtering.
- Pasientrommene er fordelt på flere fløyer med svært lang avstand imellom.
- Dårlig sammenheng mellom hovedfunksjoner som kantine/resepsjon/treningsareal og sengeområder.
- Stor avstand mellom kliniske arealer og Forskningsavdelingen hemmer integrering av klinisk og forskningsvirksomhet.
- Dårlig flyt i logistikk, varemottak, avfallshåndtering.

4 Overordnede strategier og føringer

4.1 Nasjonale strategier

Nasjonal helse- og sykehusplan 2016-2019 fokuserer på «Trygge sykehus og bedre helsetjenester, uansett hvor du bor», samt på «Pasientens helsetjeneste». Det nevnes tre fokusområder:

- Alle skal få hjelp når de trenger det.
- Alle skal få lik kvalitet, uansett hvor de bor.
- Nye behov og utvikling endrer tjenestene.

¹ Tilstandsgrad 0 er best og 3 er dårligst. Fra Multiconsults gjennomgang i 2008.

Som utviklingstrender anføres bl.a. mer aktive pasienter med nye forventninger, økt omfang av behandling utenfor sykehus, og at ny behandling og teknologi kan virke både *sentraliserende og desentraliserende*.

Som hovedmål nevnes å styrke pasienten, prioritere tilbudet innenfor psykisk helse og rusbehandling, fornye, forenkle og forbedre, nok helsepersonell med riktig kompetanse, bedre kvalitet og pasientsikkerhet, bedre oppgavedeling og samarbeid mellom sykehus, og å styrke akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus.

Som viktigste punkter for gjennomføringen anføres det mer nasjonal styring og samordning av spesialisthelsetjenesten, planlegging og utvikling i spesialisthelsetjenesten, ledelse, utvikling av finansieringsordningene og videreutvikling av styringsmodellen for spesialisthelsetjenesten.

4.2 Regionale føringer

Som ledd i oppfølging av Nasjonal helse- og sykehusplan 2016-2019 skal det utarbeides regionale utviklingsplaner. Helse Sør-Øst RHF har igangsatt arbeidet med denne, og i den forbindelse er det etablert et delprosjekt for rehabilitering. Hensikten med dette er å få innspill på rehabiliteringsområdet som kan bidra til å formulere regionale føringer til helseforetakenes arbeid med egne planer. Det skal også vurderes hva Sunnaas sykehus HF skal ha av fremtidige oppgaver.

På bakgrunn av disse nasjonale og regionale prosessene forventer Sunnaas sykehus HF at det vil bli en tydeligere funksjonsfordeling innen spesialisert rehabilitering, der sykehuset i enda større grad vil bli tillagt høyspesialiserte oppgaver innen pasientbehandling, men også kompetanse-, forsknings- og innovasjonsoppgaver.

5. Utviklingstrekk og framskrivning

5.1 Demografi

Sett i forhold til befolkningstallet er Oslo og Østfold fylkeskommune overrepresentert med inneliggende pasienter ved Sunnaas sykehus HF. Akershus bruker foretaket som forventet ut fra folketallet, og de øvrige helseforetak med respektive opptaksområder i Helse Sør-Øst er p.t underrepresentert.

5.2 Sunnaas sin virksomhetside

Sett i et perspektiv frem mot 2030, hva må gjøres og leveres for at pasienter og samfunn skal få størst mulig verdi av sykehuset? Hvilke tilbud og tjenester forventer pasientene seg i årene fremover? Hvordan skal metodikk, kompetanse, teknologi og organisasjon tas i bruk og utvikles for å bli det sykehuset som best mulig svarer på pasientenes behov i et slikt fremtidsperspektiv? Hvordan skal forskning og innovasjon utvikles for å bidra til at tilbudet til pasienter i Norge og internasjonalt blir enda bedre? Hvilke forventninger har andre

aktører på rehabiliteringsfeltet? Skal Sunnaas sykehus HF ha et større nasjonalt ansvar? Og hvordan kan foretaket bidra til at alle som jobber med rehabilitering i Norge blir enda bedre?

For pasienten er rehabilitering i sin natur en langvarig – ofte livslang – prosess, som først og fremst skjer utenfor Sunnaas sykehus HF. Pasienten selv gjør den viktigste innsatsen, men det behøves praktiske løsninger, videre rehabilitering, støtte og oppfølging lokalt. En vesentlig oppgave for Sunnaas sykehus HF er derfor det kompetansestyrkende arbeidet og veiledningen foretaket yter i samhandling med hele kjeden av behandlere og lokale instanser som ivaretar pasientenes helse og velferd. For at pasient og samfunn skal få størst mulig effekt av innsatsen, må det totale tilbudet henge sammen uten at noen av leddene svekker hele kjeden.

I erkjennelse av dette oppfylder Sunnaas sykehus HF sitt oppdrag best ved å spille en dobbeltrolle som både fysisk og virtuelt sykehus. Det fysiske sykehuset gir høyspesialisert rehabilitering² gjennom tidsavgrensede og målrettede tiltak, driver forskning, undervisning og innovasjon. Frem mot 2030 vil Sunnaas sykehus HF i tillegg også styrke sin “virtuelle” funksjon, slik at vi fremstår for våre samhandlingspartnere som en ressurs med standarder for rehabiliteringstjenester lokalt, kunnskapsoverføring, veiledning og videreutdanning tilgjengelig for hele kjeden innen helse- og velferdstjenesten.

Et nytt bygg vil ikke være det eneste svaret på disse spørsmålene som er hentet fra sykehusets strategi 2030. Det er imidlertid ingen tvil om at et nytt bygg vil understøtte sykehusets strategiske mål, og langt på vei være en forutsetning for at målene nås, fordi vi da vil kunne bygge akkurat det pasientene, forskningsmiljøet og Helse-Norge trenger for å yte bedre tjenester til pasienter i vår målgruppe.

5.3 Utviklingstrekk

Det er to store utviklingstrekk innen rehabiliteringsfeltet. Disse utviklingstrekkene antas å vare og ytterligere forsterkes, også i et langsiktig perspektiv:

- Kommunene overtar en større del av rehabiliteringen.

Dette er en planlagt og politisk styrt utvikling som gjenspeiles i Samhandlingsreformen og medfølgende endringer i lover og forskrifter. Opptappingsplanen for habilitering og rehabilitering, fremlagt i oktober 2016, ga en ny bekreftelse på at en slik utvikling er ønsket. Det synes å være bred politisk enighet om at denne trenden vil fortsette og heller akselerere enn avta. Utviklingen er også støttet av kommunene selv ved Kommunenes Sentralforbund (KS).

- Økende behov og muligheter for høyspesialisert rehabilitering som krever kompetanse og utstyr, samt et opptaksområde på minst 2,5 millioner mennesker.

Behovet og mulighetene for høyspesialisert rehabilitering som krever spesialkompetanse utvides parallelt med den teknologiske utviklingen. Trenden finnes i rehabilitering på samme

² Med høyspesialisert rehabilitering forstås høyt spesialiserte funksjoner med stor kompleksitet som er rettet mot et sjeldent forekommende behov, og/eller krever mange ressurser, for eksempel samarbeid mellom mange spesialiteter. Kilde: Sundhedsstyrelsen.dk/da/sygdom-og-behandling/genoptraening-og-rehabilitering.

måte som i det medisinske fagområdet generelt. For medisinsk rehabilitering gjelder dette spesielt teknologiassistert rehabilitering og avanserte funksjonsutredninger med støtte av laboratorievirksomhet.

Det første utviklingstrekket medfører at flere pasienter har behov for rehabilitering i spesialisthelsetjenesten, men får tilbud i kommunene. For Sunnaas sykehus HF medfører dette *isolert sett* et mindre behov for sengebasert rehabilitering og en økning i ambulante og polikliniske tilbud, samt kompetansetjenester, rådgiving, veiledning mm. Samtidig vil andre tendenser trekke i motsatt retning:

- Krav til utstyr og kompetanse som følger av nye muligheter innen høyspesialisert rehabilitering, gjør desentralisering av mange tilbud vanskelig.
- Mulig økning av rehabiliteringsbehovet hos pasienter som overlever alvorlig sykdom/skade.
- Større forventninger og økt etterspørsel etter høyspesialiserte rehabiliteringstjenester for flere pasienter som følge av bl.a. økt levealder i befolkningen og bedre overlevelse etter behandling av ulike kreftformer.

Det kan forventes at pasientgrupper der Sunnaas sykehus HF har ansvar for livslang oppfølging lever lengre med følgene av sin sykdom/skade, noe som medfører økt omfang av behov for oppfølgingstjenester.

Det finnes i dag ingen vedtatt plan fra sentrale myndigheter for hvordan disse høyspesialiserte oppgavene skal ivaretas i et nasjonalt perspektiv, ut over at de regionale helseforetakene har et «sørge-for»-ansvar i egen region. Sunnaas sykehus HF er klart fremst på området i HSØ, og er også nasjonalt det største miljøet med slik spesialkompetanse.

Spesialkompetansen kommer pasienter til gode på følgende vis:

- Pasientene utredes og/eller behandles ved foretaket.
- Pasientene mottar rådgiving og veiledning av andre rehabiliteringsaktører.
- Foretaket er en pådriver for forskning, utvikling og innovasjon innen rehabiliteringsområdet.

Sunnaas sykehus HF har som mål å ligge lengst fremme i den internasjonale utviklingen på rehabiliteringsområdet. Skal foretaket opprettholde og utvikle sin spesialkompetanse, er det behov for høy aktivitet innenfor forskning, utvikling og innovasjon. For at dette skal kunne komme flere til nytte, må foretaket også utvikles innen generell formidling/kompetansespredning av kunnskap om rehabilitering.

5.4 Strategi 2030

For å imøtekomme pasientenes og andre interessenters behov, støtte opp under virksomhetsideen og å møte kravene fra nasjonale og regionale instanser, vedtok styret til Sunnaas sykehus HF i juni 2016 «Strategisk plan Sunnaas 2030».

Foretakets to overordnede oppgaveområder er:

- Sunnaas sykehus HF tilbyr og utvikler høyspesialisert rehabilitering som pasient og samfunn har nytte av.
- Sunnaas sykehus HF gjør andre bedre.

Disse to overordnede oppgaveområdene stiller krav til bygg og infrastruktur. Det kreves at foretaket har moderne fasiliteter for både å kunne gi god pasientbehandling, videreutvikle rehabiliteringstilbudene og løfte rehabiliteringsfeltet i Norge ved å gjøre blant annet følgende:

- Foretaket utvikles med flere nasjonale oppgaver for institusjonsbasert rehabilitering og oppfølging av utvalgte pasientgrupper. Pasientgruppene som har behov for et nasjonalt tilbud, er også de pasientgruppene der det er størst behov for moderne fasiliteter.
- Det utføres flere høyspesialiserte vurderinger/utprøvinger som krever spesialisert utstyr og laboratorier.
- Poliklinikken utvikles i lokaler i Oslo.
- På Nesodden prioriteres pasientgrupper med behov for høyspesialisert utredning og/eller behandling, og som har behov for opphold i institusjon.
- Tilbudet utvikles for vurdering og oppfølging av pasientgrupper som vil ha nytte av foretakets høyspesialiserte kompetanse for å forbedre sitt funksjonsnivå, sin livskvalitet og sin deltakelse i samfunnslivet – til nytte både for den enkelte pasient og samfunnet.
- Fokus på sømløse pasientforløp og tidlig rehabilitering krever at pasienter kan innlegges på Sunnaas sykehus HF umiddelbart etter at de er medisinsk stabile for overflytting. Det er derfor viktig at sykehuset har fasiliteter til å ta i mot disse pasientene.
- Rollen som «lokomotiv» for rehabiliteringsfeltet krever bygningsmessige tilpasninger som sikrer tett integrasjon av klinisk, innovasjons-, forsknings- og kompetansevirksomhet.

6 Funksjoner (program og avhengigheter) som må ivaretas i prosjektet

Arealplan (godkjent HSØ 2011), med tilhørende romfunksjonsprogram angir det fremtidige areal for bygningsmassen ved Sunnaas sykehus HF. I konseptfasen skal det vurderes best mulig utnyttelse av disse arealene, ut i fra utvikling og behov som skissert under. Det må prioriteres hva som skal inn i nytt bygg etter at bygg D og K rives, sett opp mot hvilke funksjoner som kan finne plass i det som blir igjen av eldre bygningsmasse.

6.1 Døgnopphold og antall pasientrom

Prosjektet er i det mest omfattende alternativet (alternativ 2) dimensjonert med plass til 70 pasientrom og et totalareal på ca. 5 800 m² brutto. Til sammenligning er bygg I som ble ferdigstilt i 2015 på ca. 5 000 m² brutto. Bygg I rommer 55 pasientrom i tillegg til

plasskrevende spesialfunksjoner som aktivitetssal, barneavdeling, dråpesmitterom og treningsleiligheter.

Man ser for seg at prosjektet skal møte behovene til de mest pleie- og hjelpetrengende pasientene, og et nytt bygg vil kunne tilpasses denne pasientgruppen.

Sunnaas sykehus HF har i dag 159 senger. Med bakgrunn i forventet medisinsk utvikling (se over) og demografisk utvikling,³ anses dette å være et nivå som vil kunne dekke behovet også i 2030-40. En større del av pasienttrommene vil i årene fremover være belagt med pasienter som krever mer oppfølging av medisinsk personell og pleiepersonell enn dagens pasienter. Dette stiller andre krav til bygget enn om pasientene er mer selvhjulpne. Dagpasienter og polikliniske pasienter vil i større grad få et tilbud gjennom den utviklingen som skjer i tilknytning til Aker helsearena.

6.2 Barne- og ungdomsenhet

Sunnaas sykehus HF åpnet en barne- og ungdomsenhet med fem pasientrom i det nye kliniske bygget som sto ferdig sommeren 2015. Dimensjoneringen var basert på historiske aktivitetstall. Erfaringen siden åpningen viser at det er større etterspørsel etter rehabiliteringsopphold for barn og unge, og dermed behov for større kapasitet. I sykehusets mål – og langtidsplaner beskrives behovet for å få på plass en nasjonal behandlingstjeneste for barn med behov for spesialisert rehabilitering etter alvorlig skade i ryggmarg og hjerne. Foreløpige kapasitetsberegninger viser et behov for mellom 15 og 20 senger. Det videre arbeidet med dette tilbudet vil inngå som grunnlag for videre planlegging i konseptfasen.

6.3 Behandlingsarealer

Det er en internasjonal trend at behandlingsarealer knyttes til funksjonsområder (f.eks. gange, håndfunksjon osv.), ikke til faggrupper og diagnoser. Arealplanen ivaretar de aktuelle funksjonsbehov knyttet til disse arealene, men trendene kan medføre omfordeling av arealbruk. Det vil bli vurdert nærmer i konseptfasen i hvilken grad behandlingsarealer skal utvides i tilknytning til sengepostene, eller om de desentraliserte arealene fortsatt skal ivareta behovet.

6.4 Radiologisk enhet ved Sunnaas sykehus HFHF

Det vil være behov for utvidet bruk av MR og/eller CT, både for forskning og i klinisk virksomhet. Om dette bør plasseres på Sunnaas sykehus HF vil vurderes i forhold til behovet for nærhet og muligheten for å utnytte kapasiteten og ha en stabil god faglig dekning til drift av disse. Denne behovsanalysen vil gjennomføres i konseptfasen.

³ Analyse av aktivitet og kapasitetsbehov 2030 for Helse Sør-øst RHF, SINTEF rapport A26321, 2014

6.5 Skiftestue

Det er behov for etablering av et behandlingsrom for mindre kirurgiske inngrep, f.eks. påfyll av medikamenter og justering av implanterte pumper og sårrevisjoner. Da vil kirurgisk fagpersonell kunne komme til Sunnaas, og pasientene slipper å flytte på seg.

I idéfasearbeidet er det diskutert hvor et slikt behandlingsrom kan plasseres, slik at det eventuelt kan bringes inn i arbeidet i konseptfasen eller holdes åpent som en mulighet også etter at byggefase 3 er avsluttet. Det er anslått et arealbehov på ca. 150 m² bto. for dette formål.

6.6 Laboratorier

For å sikre et fullverdig fremtidsrettet klinisk tilbud vil det være behov for videreutvikling av kliniske og teknologiassisterte spesiallaboratorier som krever moderne lokaliteter. I sykehusets strategi og langtidsplan konkretiseres dette blant annet som robot-tunge treningslaboratorier – intensiv trening og eventuelt etablering av nevrofysiologisk laboratorium med EEG og EMG - for bedre kartlegging av pasientene. Arealbehovet anslås til ca. 150 m², men må videre utredes i konseptfasen.

6.7 Telemedisin

Det er i nytt bygg behov for videre utvikling av dagens telemedisinske tjenester for å sikre en bedre og mer visuell kommunikasjon med enheter utenfor foretaket. Dette vil muliggjøre at flere pasienter kan behandles i sitt nærområde eller hjemme, og det vil bidra til at foretakets mål om å gjøre andre bedre oppnås. For å dekke dette behovet, må det i konseptfasen dedikeres arealer egnet til denne type kommunikasjon, dvs. noen skjermede arbeidsplasser med noe arealkrevende utstyr som fagpersonell ved Sunnaas sykehus HF kan gi telerehabilitering fra.

6.8 Innovasjonssenter for rehabilitering

Det vil i konseptfasen være behov for å vurdere muligheter for å kunne etablere laboratorier for teknologiassistert rehabilitering, herunder robotikk, simulering, testbeds og virtuell rehabilitering. Det anslås et arealbehov på ca. 350 m².

6.9 Forskning

For videre utvikling av forskningsaktiviteten bør det i konseptfasen vurderes om funksjonene som er nevnt over bør utvikles i et forskningsinstitutt til en mer samlet og tydelig enhet enn det er i dag.

Ovennevnte fasiliteter foreligger på de fleste rehabiliteringsinstitusjoner av høyt internasjonalt nivå, og gjør det mulig å gjennomføre bedre kartlegging, spesielt med tanke på å gjøre prognostiske vurderinger og vurdere effekt av behandling. For å understøtte del to av sykehusets virksomhetside – å gjøre andre bedre – må arealbehovet i forbindelse med økt kompetanseutviklings-, innovasjons- og forskningsvirksomhet sees på i konseptfasen.

En spesifisering av areal for forskningsaktivitet gjennomføres i tråd med behov og planer, som en del av delfunksjonsprogrammet i konseptfasen.

6.10 TRS

TRS er en del av Nasjonal kompetansetjeneste for sjeldne diagnoser (NKSD), og har brukere innenfor ca. 100 diagnoser. Det er rimelig å anta at TRS vil få ansvar for flere nye diagnoser framover, og det forventes at aktiviteten de neste årene vil ligge omtrent på dagens nivå.

Hovedoppgavene er å samle, utvikle og spre kunnskap om sjeldne diagnoser gjennom kliniske individuelle tilbud til brukere, gjennom forskning, nettverksarbeid, og å spre kunnskap gjennom ulike kanaler. I tillegg skal kompetansesentrene gi tilbud ordinære tjenester ikke kan forventes å gi. TRS har i dag sju overnattingsrom for brukere, og kurs og opphold er lagt til ca. 26 uker i året. De øvrige ukene kan disse rommene benyttes av andre. I arbeidet med idéfasen legges romprogrammet for TRS fra arealplanen til grunn. En spesifisering av arealet gjennomføres i konseptfasen innen de rammer dagens behov og fremtidig utvikling setter. Det skal vurderes om det er hensiktsmessig at TRS lokaliseres slik at sambruk av lokaler med sykehuset for øvrig i større grad kan gjøres.

6.11 Viktige fellesfunksjoner i sykehuset

Lokalisering av hovedinngang med tilhørende fasiliteter er beskrevet i arealplanen og bør søkes lagt inn mot pasientområdet og parkeringsplass/parkeringshus. Dette innebærer en flytting av dagens hovedinngang og resepsjon med tilhørende frigjøring av lokaler i bygg F.

Det må vurderes om det er behov for automatisering av varetransport og avfallshåndtering. Ikke-medisinske servicefunksjoner må samles, og det må opprettes hensiktsmessig varemottak og avfallshåndteringssystem.

Kontor for ansatte knyttet til den kliniske driften søkes lagt nærmest inn mot sengeområdene. Kontor- og møtelokaler for ansatte som ikke er knyttet til klinisk drift, opprettholdes i eksisterende bygg.

7 Alternative løsningskonsepter

Det redegjøres i det følgende for fire alternative størrelser på nytt bygg (virksomhetsalternativene), nullalternativet inkludert. Virksomhetsalternativene er basert på behov for antall pasientrom, samt rom for fremtidig utvikling. Størrelsen varierer fra 3 800 til 5 800 m² brutto.

Det er videre vist til seks alternative plasseringer av nybyggene på eiendommen (tomtealternativer).

Tabell 3 Sammenstilling av nøkkelfaktorer ved alternativ 1,2 og 3 samt nullalternativet

Alt.	Brutto areal eksist. bygg	Brutto areal nybygg	Sum brutto areal	Ant. pasientrom totalt	Ant. pasientrom nybygg	Areal til pasientrom brutto m2	Areal til andre funksjoner	Kostnad mnok
0	13 756	13 756	13 756	159	(20)*	3 124	0	232
1	8 818	4 484	13 302	159	70	3 943	541	257
2	8 818	5 872	14 689	159	70	3 943	1 929	337
3	8 818	3 812	12 630	139	50	2 817	995	219

*Ved oppgradering av bygg D og K til adekvat standard vil det være behov for et lite bygg med 20 pasientrom for å opprettholde dagens kapasitet.

7.1 Virksomhetsalternativer

Tabell 4 viser de fire vurderte virksomhetsalternativene:

Alternativ	Antall pasientrom totalt	Antall pasientrom nytt bygg	Areal brutto	Kostnad mnok
0	159	(20)	(1 200)	232*
1	159	70	4 484	257
2	159	70	5 872	337
3	139	50	3 812	219

* Inkluderer tilbygg for opprettholdelse av dagens kapasitet

7.1.1 Nullalternativet

Nullalternativet er i tabell 4 beskrevet som følger:

Alternativ	Pasientrom	Pasientrom i nytt bygg	Areal	Kostnad mnok
Nullalternativet	159	(20)	13 756 (+1200)	232*

*Se merknad til tabell 3 og 4

Nullalternativet innebærer fortsatt drift i nåværende lokaler, med moderat investering som i noen grad tar hensyn til hensiktsmessig drift ut over det som er kravene til lovlig drift (kan benevnes som et 0+ alternativ).

Bygg D og K må, for at sykehuset skal kunne opprettholde aktiviteten, ombygges til moderne standard. Dette vil ha som konsekvens at antall pasientrom reduseres til ca. 139. Det skal ved sykehusbygging legges til grunn standard for kliniske bygg slik den fremkommer av bestillerdokument HSØ rapportering bygg og eiendom av 2. juli 2012. En oppgradering i tråd

med dagens standard og krav vil være svært kostnadskrevenne uten at arealbehovet dekkes, noe som vil utløse behov for nybygg. Byggene har dårlig tilstandsgrad.

Det er tidligere (I konseptfaserapport 2007) vist til at bygg D og K ikke egner seg til ombygging på grunn av byggets beskaffenhet, det er ikke rom for tekniske føringer, himlingshøyder etc. Bygget tilfredsstillende ikke krav til standard klinisk bygg, det er rapportert sopp og råte, det er ikke bad i tilknytning til pasientrommene, og i et helse- miljø- og sikkerhetsperspektiv står byggene i fare for å måtte stenge helt eller delvis i løpet av få år.

Estimat kostnad ved totalreovering av bygg D og K, samt nødvendig tilbygg: Det vises til at bygg H med ca. 2200 m² brutto, ble totalrehabiliterert i byggetrinn 1 i 2010 til en pris av ca. 44 millioner. Dette utgjør en kostnad per m² på ca. kr 20 000.

Bygg D og K utgjør til sammen ca. 5500 m² brutto, og ville i 2010 kostet minst 110 millioner å totalrehabiliterer. Prisjustert vil totalrehabilitering av D og K anslagsvis koste minst 140 millioner 2018 kroner. Bygg D og K har vesentlig dårligere tilstandsgrad enn bygg H hadde. Basert på dårligere tilstandsgrad, legges det til grunn at D og K er minst 20 % mer komplekse å rehabiliterer. Et estimat for totalreovering av bygg D og K anslås å være minst 168 millioner.

En rehabilitering av bygg D og K vil ha konsekvenser i form av redusert sengetall med 20, noe som vil kreve et ekstra sengebygg for å opprettholde antall senger/pasientrom. Det anslås å kreve ca. 1200 m² brutto til en estimert byggekostnad på 57 326 kr/m² – totalt ca. 69 millioner kroner.

0-alternativet vil ikke muliggjøre realisering av tomt i syd til en anslått verdi av 72,5 millioner kroner.

- Arealplanens mål om å konsentrere virksomhet for å bedre pasientflyt og driftssituasjon vil ikke oppnås ved opprettholdelse av dagens status. Det vil være liten mulighet for å endre på arbeidsprosessene i dagens sykehus.
- Inntekt ved salg av eiendom vil ikke kunne realiseres (minst 72,5 millioner).
- Det vil måtte bygges et sengebygg på ca. 1 200 m² for å opprettholde kapasitet.

Totalkostnad som legges til grunn i vurderingen av at oppgradering av bygg D og K samt nødvendig tilbygg ikke er et alternativ, er på minst 237 millioner. I tillegg kommer tapt inntekt ved salg av tomt på ca 72,5 millioner kroner.

7.1.2 Alternativ 1

Alternativ 1 er i tabell 4 beskrevet som følger:

<i>Alternativ</i>	<i>Pasientrom</i>	<i>Pasientrom i nytt bygg</i>	<i>Areal totalt</i>	<i>Areal til andre funksjoner enn pasientrom</i>	<i>Kostnad mnok</i>
1	159	70	4 484	541	257

Alternativ 1 erstatter 70 pasientrom som rives i bygg D og K. Rommene vil utgjøre nesten hele totalarealet i alternativet, med et anslått et restareal på ca. 540 m² brutto.

Fremtidige funksjoner og behov, slik de fremkommer i nasjonale føringer, regionale behov og egen strategi må innpasses på 540 m² brutto, samt i eksisterende bygg. Det vil ikke være muligheter i nytt bygg til kontor/arbeidsplasser og annet støtteareal som eksempelvis dagligstuer, behandlingsrom og treningsareal ut over det som inngår i arealstandarden for pasientrommene.

Følgende funksjoner dekkes i dagens bygg D og K:

- 70 pasientrom, 77 kontorer, 10 møterom tilsvarende ca. 242 m² og overnattingskapasitet til 7 i TRS/K

Konsekvenser ved alternativ 1:

- Areal til arbeidsplasser og møterom må finnes plass til i eksisterende bygg (G og H, evt. E og F)
- Forskningsavdelingen ligger i dag i bygg K. Alternativ 1 vil legge begrensninger med tanke på utvikling av forskningsavdelingen i retning av forskningsinstitutt med eksempelvis et økt antall gjesteprofessorer, mer internasjonalt samarbeid, moderne fasiliteter for kongresser og konferanser, undervisningsrom og evt. overnattingsmuligheter.
- Begrensede muligheter til utvikling av fasiliteter for undervisning, fjernbehandling, økt poliklinikk, moderne behandlingsarealer.

7.1.3 Alternativ 2

Alternativ 2 er i tabell 4 beskrevet som følger:

<i>Alternativ</i>	<i>Pasientrom</i>	<i>Pasientrom i nytt bygg</i>	<i>Areal totalt</i>	<i>Areal til andre funksjoner enn pasientrom</i>	<i>Kostnad mnok</i>
2	159	70	5872	1929	337

Alternativ 2 opprettholder antall pasientrom på 159 slik at sykehuset kan opprettholde og utvikle sengebasert aktivitet og kapasiteter i tråd med samfunnsoppdrag og strategi. Alle senger i bygg D og K som rives vil erstattes fullt ut.

Konsekvenser ved alternativ 2:

- Det vil etter at sengene er plassert, innebære et restareal på ca. 1929 m² brutto, noe som etablerer areal for å romme fremtidige behov som skissert i kapittel 3.
- Gir rom for at foretaket vil kunne videreutvikles i tråd med befolkningens behov for høyspesialisert rehabilitering samt det økende behovet for kompetanseoverføring til andre aktører i helsevesenet.
- Ett av hovedmålene med arealplanen vedtatt i 2011 er å fortette sykehusets virksomhet for å lette arbeidsprosesser og flyt i sykehuset, sikre effektiv og hensiktsmessig drift. Alternativ 2 vil ha rom for å kunne samle logistikk, drifts- og støttefunksjoner.
- I arealplanen skisseres at nye og funksjonelle treningsarealer skal vurderes (salene utgjør i dag til sammen ca. 1000 m²), og det må i konseptfasen vurderes på hvilken måte trening og terapi/behandling skal skje i sykehuset; skal vi bevare de store salene, eller skal man tenke nytt i henhold til å integrere trenings- og behandlingsareal i pasientnære lokaler, korridorer og andre fellesområder.
- Alternativ 2 fordrer vurderinger av hensiktsmessig plassering av poliklinikk og administrative støttefunksjoner..
- All logistikk vil kunne samles i kjelleren, og det etableres transportveier for distribusjon av avfall, tøy og varer ut/inn av bygget for øvrig. Det må vurderes om det vil finnes areal til sengevasksentral i det nye bygget. Det vil ved etablering av leverandøravtaler for varer og tøy og avfallshåndtering hensyntas behov for å få leveransen mest mulig tilpasset sykehusets logistikksystem.
- Ved å sikre arealer til funksjoner som er definert som strategiske frem mot 2030 og videre, sikres rom for å utvikle sykehuset i tråd med nye behov i befolkningen. Sykehuset vil kunne jobbe fleksibelt i årene fremover, og vil ha rom for å påta seg nye og flere pasientgrupper i tråd med utviklingsbehovene i samfunnet.
- Alternativ 2 rommer arealer slik at Sunnaas sykehus HF kan ha fasiliteter som understøtter den høyspesialiserte rehabiliteringen som skal drives i sykehuset. Sykehuset skal kunne tilby fasiliteter og kompetanse som ikke finnes andre steder, og slik at andre sykehus og institusjoner skal kunne dra nytte av de funksjoner som i byggetrinn 3 etableres på sykehuset.
- Alternativ 2 er det dyreste av de tre alternativene, og vil kreve høyere grad av finansiering både via lån og egenkapital enn de andre alternativene.
- Alternativ 2 ferdigstiller det komplette Sunnaas sykehus HF, og det er en fordel for organisasjonen å ikke måtte gjennomføre flere byggetrinn enn nødvendig.

7.1.4 Alternativ 3

Alternativ 3 er i tabell 4 beskrevet som følger:

<i>Alternativ</i>	<i>Pasientrom</i>	<i>Pasientrom i nytt bygg</i>	<i>Areal totalt</i>	<i>Areal til andre funksjoner enn pasientrom</i>	<i>Kostnad mnok</i>
3	139	50	3812	995	219

Alternativ 3 endrer retning for Sunnaas sykehus HF i og med at det innebærer en reduksjon av antall pasientrom fra dagens 159 til 139. Med utgangspunkt i dagens pasienter i Sunnaas sykehus HF, vil de pasientene som ikke legges inn måtte få et tilbud ved annen helseinstitusjon, eller få et poliklinisk tilbud ved Sunnaas sykehus HF.

Konsekvenser ved alternativ 3:

- Det vil etter at «sengene er plassert», innebære et restareal på ca. 995 m² bto.
- Evt. polikliniske pasienter vil måtte sørge for overnatting på egenhånd.
- Alternativ 3 medfører, som alternativ 1, behov for fortetting, da ca. 1000 m² som rives, ikke erstattes i nytt bygg. Viser for øvrig til beskrevne konsekvenser av alternativ 1 som er sammenfallende med alternativ 3.
- På grunn av reduksjon i sengekapasitet og bygningsmasse innebærer alternativ 3 at flere oppgaver må flyttes fra Sunnaas sykehus HF til andre rehabiliteringstilbud i regionen og til kommunene. Det siste er i tråd med intensjonene i Samhandlingsreformen; mer kommunalt ansvar på rehabiliteringsområdet er en ønsket utvikling.

Det er imidlertid svært viktig å merke seg at det kommunale ansvaret i første rekke dreier seg om en type rehabilitering Sunnaas sykehus HF ikke utøver og heller ikke skal utøve. I Opptrappingsplanen for habilitering og rehabilitering 2016 vektlegges det imidlertid at tilbudet i spesialisthelsetjenesten skal ivaretas samtidig som kommunene får et større ansvar. Sunnaas sykehus HF vil utvikle behandlingen for de mest komplekse og lavfrekvente tilstandene i rehabiliteringsfeltet som ikke kan ivaretas i kommunehelsetjenesten.

- Dersom en sengereduksjon som skissert i alternativ 3 skal legges til grunn for videre utredning i en konseptfase, må foretakets fagmiljø foreta en grundig konsekvensanalyse. Analysen må se på om en slik utvikling er ønskelig, og om det støtter opp under ambisjonene om å kunne tilby høyspesialisert rehabilitering til et større antall pasienter fra hele landet og om det understøtter målene knyttet til forskning, innovasjon og internasjonalt faglig samarbeid.
- 139 senger er for lite til å gi et tilbud til de pasientene som i dag får tilbud ved sykehuset. Alternativ 3 vil fordre diskusjoner og prioriteringer med tanke på hvordan rehabilitering i fremtiden skal drives, samt å definere hvilke deler ved virksomheten sykehuset eventuelt må avvikle.
- Forutsatt at sykehusets pasientgrupper skal motta et behandlingstilbud lik dagens, vil antallet polikliniske konsultasjoner måtte økes, og det vil være behov for leide

arealer, f eks på Aker hvor Sunnaas sykehus HF per i dag leier ca. 600 m² til poliklinikk og regionalt kompetansesenter, i tillegg til leie av Studio 99 - treningspoliklinikken. Drifts- og leiekostnader blir antagelig høyere enn i dag, fordi foretaket må ta sin del av nødvendige investeringskostnader ved rehabilitering av bygg på Aker. Mer av driften vil foregå på to steder, dette vil føre til økte driftskostnader.

- Å redusere sengekapasiteten ved sykehuset samsvarer dårlig med forventningen om at Sunnaas sykehus HF i fremtiden vil få tildelt nasjonalt behandlingsansvar for flere diagnosegrupper.

7.2 Oppsummering av de fire virksomhetsalternativene

7.2.1 0-alternativet

Relevans

Dagens bygningsmasse tilfredsstillende ikke krav til kliniske bygg, og en oppgradering til nødvendig standard vil føre til redusert areal i et omfang som gjør at sykehuset ikke kan levere i henhold til samfunnsoppdrag, med mindre det oppføres et nytt bygg i tillegg.

Økonomisk bærekraft

Kostnaden på alternativet vil være uforholdsmessig høy i forhold til effektivitetsgevinst som ikke tas ut. I realiteten vil kostnaden være høyere enn alternativ 1, fordi man ved 0-alternativet ikke kan selge tomten i syd for å finansiere deler av prosjektet.

Det er på bakgrunn av dette vurdert at 0-alternativet med oppgradering av D og K ikke er et relevant alternativ.

7.2.2. Alternativ 1

Relevans

Alternativet medfører et nytt og moderne sengebygg med muligheter for effektiv drift og god pasientflyt. Alternativet vil ikke romme funksjoner som er nødvendige for at Sunnaas sykehus HF skal kunne ivareta skisserte fremtidige behov (kapittel 3), og vil kreve omfattende og kostnadskrevenende omrokking av funksjoner i eksisterende bygg.

Økonomisk bærekraft

Bærekraftsanalyser viser at alternativet lar seg gjennomføre. Alternativet muliggjør salg av tomt i syd.

7.2.3. Alternativ 2

Relevans

Alternativ 2 vil ivareta både behov for antall pasientrom og behov for funksjoner sykehuset må etablere for å løse samfunnsoppdraget slik det er nedfelt i strategi og styringsdokumenter, og er det alternativet som fullfører den vedtatte arealplanen mot det komplette Sunnaas sykehus HF.

Økonomisk bærekraft

Alternativ 2 er det dyreste alternativet, og innebærer salg av eiendom i syd. Det er gjennomført bærekraftsanalyser, og alternativet er gjennomførbart.

7.2.4. Alternativ 3

Relevans

Som alternativ 1 vil alternativ 3 kreve en fortetning og omrokking av funksjoner med tilhørende behov for finansiering av ombygging i eksisterende bygg. Heller ikke alternativ 3 rommer areal som kan ta høyde for skisserte fremtidige behov (kapittel 3).

I vurderingene foretatt av Sunnaas sykehus HF konkluderes det med at sengerreduksjon ikke anbefales. Dette understøttes av SINTEF-rapport om framtidig kapasitetsbehov som forutsetter samme sengetall for Sunnaas sykehus HF fremover.

Økonomisk bærekraft

Alternativ 3 er det rimeligste alternativet, og innebærer reduserte investeringskostnader ved nytt bygg sammenliknet med alternativ 1 og 2. Alternativ 3 muliggjør salg av eiendom i sør.

7.3 Evaluering av de fire virksomhetsalternativene

Virksomhetsalternativene er evaluert opp mot relevans, gjennomførbarhet og levedyktighet i henhold til de beskrevne utviklingstrekk og prosjektets bærekraft.

De ulike løsningsalternativene er evaluert ut fra kriterier slik de fremkommer av arealplan og foretakets behov. Det er gitt en score fra 0-3 med 3 som den score som best oppfylles kriteriet.

Tabell 5 – evaluering av alternativer - virksomhet

<i>Idefasekriterier</i>	<i>0- alternativet</i>	<i>Alternativ 1</i>	<i>Alternativ 2</i>	<i>Alternativ 3</i>
Relevans – gir prosjektet svar på de virksomhetsmessige utfordringene?	0	2	3	1
Finansiering og økonomisk bærekraft	3	3	3	3
Sum - idefasekriterier	3	5	6	4

Tabell 6 – funksjonelle og faglige vurderinger

<i>Funksjonelle og faglige vurderinger</i>	<i>0-alternativet</i>	<i>Alternativ 1</i>	<i>Alternativ 2</i>	<i>Alternativ 3</i>
Effektiv klinisk drift	0	1	3	3
Samle sengeområdene	0	2	2	2

Bedre logistikkflyt/støttefunksjoner	0	1	3	3
Kapasitet – antall pasientrom	3	3	3	2
Sum faglige vurderinger	3	7	11	10

Konklusjon virksomhetsalternativ:

Virksomhetsalternativ 2 skiller seg ut som det mest relevante alternativet. Bærekraftsanalyser viser at alle alternativene vil være gjennomførbare for Sunnaas sykehus HF, og de tre alternativene bør utredes videre i konseptfase med 0-alternativet som referanse.

7.4. Tomtealternativer

Sunnaas sykehus HF sin eiendom strekker seg langt i retning nord-sør. Tomten går langsmed skrenten ned mot Oslofjorden i vest, og grenser mot boligblokk/eneboligbebyggelse i øst.

Det er i samarbeid med Nesodden kommune utarbeidet reguleringsplan for området, og det legges opp til fortetting av boliger sørover fra sykehusets eiendom. Det er i denne forbindelse foretatt en verddivurdering av deler av sykehusets eiendom med tanke på å frigjøre kapital til byggeprosjektet.

Arkitekt CF Møller har etter gjennomførte mulighetsstudier pekt ut følgende områder som mulige områder for plasseringer av et nybygg:

Tomtealternativ A1:	Øst for bygg H
Tomtealternativ A2:	Øst for bygg H, delvis på eksisterende parkeringsplass
Tomtealternativ B:	I skråningen på vestsiden av dagens bygg
Tomtealternativ C:	På taket til bygg F og G
Tomtealternativ D:	På taket til bygg H
Tomtealternativ E 1:	Utvidelse mot sør
Tomtealternativ E 2:	Utvidelse mot sør

Tomtealternativene er i kartene det mørklagte/skraverte området, og indikerer eksempler på plassering og valgt areal (ikke absolutt forslag eller m²).

7.4.1 Forutsetninger lagt til grunn for alternative plasseringer

Dagens sengebygg, bygg I og H er av god standard, og utgjør kjernen i foretakets kliniske virksomhet. Det er behov for fortetting av virksomheten av hensyn til god pasientflyt, hensiktsmessig adkomst, gode arbeidsprosesser og logistikk. Dette har vært vektlagt når man har vurdert ulike tomtealternativer inn i idefasen.

- Det gjøres ingenting med de eksisterende sengebyggene H (byggetrinn 1) og I (byggetrinn 2).
- Reguleringsplanen som vedtas 21. november 2018 legger til rette for byggetrinn 3, samt fremtidige utviklingsbehov. Planarbeidet er gjennomført i samarbeid med kommunen.
 - Bygging i skråning mot vest er ikke mulig i reguleringsplanen fordi byggegrensen er satt innenfor tomtegrensen.
 - Bygging på tak er mulig innenfor reguleringsplanen.
 - Det vil bli stilt strenge krav til estetikk og fjernvirkning/synlighet fra fjorden.
 - Reguleringsplanen har begrenset byggehøyde til 4 etasjer og 18 meters gesimshøyde fra eksisterende terreng.
- Byggetrinn 3 bør, for å oppfylle foretakets behov, plasseres med god forbindelse til eksisterende sengepostområder.

7.4.2 Tomtealternativ A: Øst for bygg H

7.4.2.1 Tomtealternativ A, variant 1



Areal: 4 etasjer: 4.500 m², pluss eventuell parkeringskjeller

Alternativ A1 er et kompakt bygg på fire etasjer som bygges mellom parkeringsplassen og bygg H. Byggene forbindes med øvrig bygningsmasse med en glassbro. En parkeringsgarasje bygges, dersom det defineres behov for det, langs bygg H, og innkjørselen ligger under glassbroen. Heisene mellom bygg H og I-bygget, kan nås gående på terreng, enten med eller uten tak.

Vurdering Det er mulig å bygge et effektivt nybygg, enten frittstående med broforbindelse eller knyttet til bygg H. Bygget vil kunne gjennomføres uten å berøre driften nevneverdig i foretaket for øvrig. Det etableres forbindelse til heisene i bygg I.

Fordeler: Ingen driftsforstyrrelser. Effektiv brutto/netto-faktor.

Ulemper: Ingen fjordutsikt for pasientrommene. Nåværende hovedinngang og hovedkantine blir liggende i motsatt ende av den nye samlede bygningsmassen, hvor alle pasientrom vil være lokalisert. Av hensyn til drift

og tilgjengelighet vil dette kreve til dels omfattende ombygging av bygg H for å gi plass til hovedinngang og utvidet kantine.

7.4.2.2 Tomtealternativ A, variant 2, delvis på eksisterende parkeringsplass



Areal: 3 etasjer: 4.500 m², pluss eventuell parkeringskjeller med plass til 20 plasser

Det bygges et nytt bygg på 3 etasjer øst for bygg H ved parkeringsplassen.

En langstrakt fløy med pasientrom på tre etasjer som strekker seg fra bygg H til parkeringsplassen. Nybygget kobles til det eksisterende bygget. En parkeringsgarasje under nybygget erstatter parkeringsplassene man mister med denne løsningen.

Vurdering

Fordeler: Ingen driftsforstyrrelser. Effektiv brutto/netto-faktor. Er helt innenfor foreslåtte reguleringsbestemmelser.

Ulemper: Antall eksisterende p-plasser reduseres med 21 plasser i alternativ A2, erstattes av p-kjeller i nybygget. Ingen fjordutsikt for pasientrommene. Nåværende hovedinngang og hovedkantine blir liggende i motsatt ende av den nye samlede bygningsmassen, hvor alle pasientrom vil være lokalisert. Av

hensyn til drift og tilgjengelighet vil dette kreve til dels omfattende ombygging av bygg H for å gi plass til hovedinngang og utvidet kantine.

7.4.3 Tomtealternativ B: I skråningen på vestsiden av dagens bygg



Areal: ca. 4.500 m²

Alternativ B bygges i to til tre etasjer i skråningen på vestsiden av tomten, foran bygg F, G eller H. Sengeetasjene ligger lavere enn det eksisterende sykehus. En kulvert forbinder nybygget med det eksisterende foretaket.

Vurdering

Fordeler: Pasientrommene får fjordutsikt. Det er mulig å bygge i skråningen men det vil bli en krevende byggeprosess. Muliggjør gode logistikk-løsninger.

Ulemper: Det er veldig bratt og vil føre til krevende konstruksjon og riggsituasjon. Fjell må sprenges. Korridor med rom på kun en side og derfor ugunstig brutto/nettofaktor og begrenset med dagslys mot øst. Hvis det bygges foran bygg H må helikopterlandeplassen rives og bygges på taket av nybygget. Alternativet vil kreve ny regulering av eiendommen pga fjernvirkning fra Oslofjorden.

7.4.4. Tomtealternativ C: Påbygg på taket til bygg F og G



Areal: $2 \times 2.500 \text{ m}^2 - 390 \text{ m}^2 = 4.610 \text{ m}^2$.

Det bygges i alternativ C to etasjer på bygg F og G. Påbygget forutsetter rivning av den eksisterende takterrassen. Byggene må forsterkes for å kunne bære påbygget.

Vurdering

Fordeler: God utsikt for halvparten av pasientrommene. Logistikk: Mulighet for bruk av sentral trafikk-kjerne.

Ulemper: Driftsforstyrrelser som følge av påbygg på sykehus i drift. Mange nedløpsrør fra badene må føres gjennom viktige funksjoner i etasjene under, ikke optimal byggbarhet. Bygg I mister utsikten mot fjorden. Takterrassen rives.

Løsningen vil gi pasientrom med fjordutsikt. Driftssituasjonen under byggeperioden vil bli krevende, og bygg I vil miste utsikt. Hvis et av alternativene med færrest senger (alternativ 3 eller 0 med tilbygg) velges, bør bygging på tak vurderes i konseptfasen. Velges alternativet med flest senger, kan ulempene ved å benytte taket være større enn fordelene med en bedre samling av sengene. Forholdet til reguleringsplanens bestemmelser om gesimshøyde, estetikk og fjernvirkning må ved dette alternativet utredes i konseptfasen.

7.4.5 Tomtealternativ D: Påbygg på taket på bygg H



Areal: $2 \times 2500 \text{ m}^2 = 5000 \text{ m}^2$.

Det bygges i alternativ D to etasjer på bygg H. Dette forutsetter rivning av glasstakene. På grunn av tekniske installasjoner på taket vil det bli behov for en teknisk mellometasje.

Vurdering

Fordeler: Nærhet til eksisterende pasientrom. Logistikk: Kan kobles til heisene i bygg H. God utsikt for en del av pasientrommene

Ulemper: Omfattende driftsforstyrrelser i et sengebygg i drift: Etasjene under må forsterkes med søyler som vil innskrenke funksjonene i eksisterende bygg. Teknikk på taket gjør påbygg krevende, og det vil bli behov for etablering av en teknisk mellometasje som vil kunne fjerne mulighet til dagslys gjennom tak for store deler av dagens bygg H. Den store bygningsdybden kan resultere i en ugunstig brutto/netto-faktor.

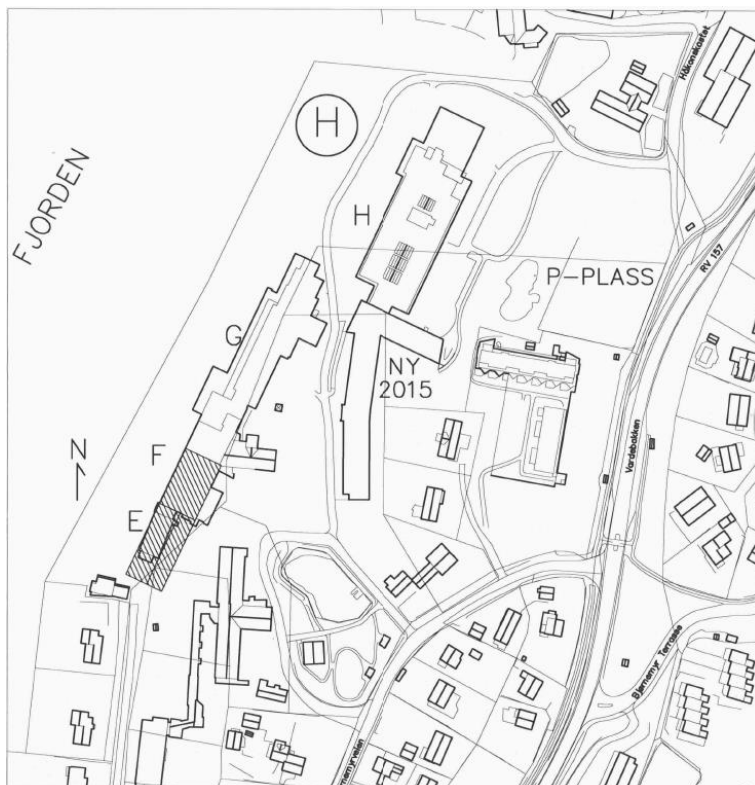
Alternativet innebærer gode logistikkløsninger på grunn av nærhet til eksisterende sengeposter.

Bygging på tak vil påvirke den løpende driften mest i dette alternativet, og plassert på taket til H vil det ta utsikt for de etasjene som i dag har direkte utsyn mot Oslofjorden i bygg I. Byggeperioden vil bli krevende for foretakets drift, og forsterkningen av den eksisterende konstruksjonen vil kunne innskrenke funksjonaliteten i bygget.

Hvis et av virksomhetsalternativene med færrest senger (virksomhetsalternativ 3 eller 0-alternativ med tilbygg) velges, bør bygging på tak vurderes i konseptfasen. Velges alternativet med flest senger kan ulempene ved å benytte taket være større enn fordelene med en bedre samling av sengene.

Forholdet til reguleringsplanens bestemmelser om gesimshøyde, estetikk og fjernvirkning må ved dette alternativet utredes i konseptfasen.

7.4.6. Tomtealternativ E 1: Utvidelse mot sør og påbygg på bygg F



Areal: $2 \times 480 \text{ m}^2$, $1 \times 830 \text{ m}^2$, $1 \times 1470 \text{ m}^2 = 3260 \text{ m}^2$ (ved påbygg av to etasjer: 4.730 m^2)

Foretakets eiendom tilrettelegger for et utvidelsespotensial mot sør. Forutsatt at bygg E rives kan et nytt sengebygg plasseres her. Det bygges i tillegg en eller to etasjer på bygg F. Takterrassen må erstattes.

Vurdering

Fordeler: Tomtepotensial utnyttes, og nybygget beholder utsikten mot fjorden. Mange pasientrom får god utsikt.

Ulemper: Det må regnes med driftsforstyrrelser i bygg F under byggingen (gjelder p.t. behandlingsfunksjoner/treningssaler). Det vil være lang avstand til øvrige pasientrom. Den eksisterende takterrassen må rives, og alternativet krever ombygging i eksisterende bygg for å skape forbindelser.

Alternativ E vil legge små begrensninger på hva vi kan selge av tomt i syd, og krever noe justering av reguleringsplanens bestemmelser om vei og snuplass, og det kan påvirke utnyttelsesgraden av det frigjorte området

7.4.7. Tomtealternativ E 2: Utvidelse mot sør



Alternativ E2: Tilbygg sør for Bygg F og delvis på sørlige del av Bygg F

Areal: 4-5 etasjer: 5.450 -5.890 m².

Beskrivelse

Det bygges et nytt terrassert bygg på 4-5 etasjer sør for bygg F.

Mot adkomst fra øst og dagens hovedinngang er bygget på 1 – 2 etasjer, og det vil bli 4-5 etasjer mot vest. Tilbygget har en gjennomsnittlig gesimshøyde på under 4 etasjer.

Fordeler: Få driftsforstyrrelser i byggefasen. Effektiv brutto/netto-faktor. Ivaretar «Sunnaassignaturen» med fjordutsikt fra alle sengerom, nærhet til fjorden, lys og natur. Terrassert bygg med terrasser i alle etasjer. Ny større takterrasse, som kan bindes sammen med takterrasse mot nord-vest. Ny tydelig inngang. Forslaget muliggjør fullt tomtesalg av BB1. Vil ikke fordre flytting av hovedfunksjoner som hovedinngang/resepsjon, hovedkantine, kjøkken, lager, store treningsaler.

Ulemper: Noe driftsforstyrrelser i byggefasen må påregnes for bygg D. Mange etasjer.

Vurdering

Det er mulig for å bygge et effektivt nybygg, som tilbygg sør for Bygg F og delvis på sørlige del av Bygg F. Det vurderes etablert en ny adkomstsituasjon og forbindelse til hovedinngang bygg I. Bygging vil kunne gjennomføres med minimal forstyrrelse av driften i eksisterende sykehuset. Eksisterende sengebygg D og kontorbygg K kan brukes i hele byggeperioden.

7.5 Evaluering av alternativene – tomt

Mulighetsstudien viser hvordan det er mulig å plassere ulike bygningsvolum i tilknytning til de byggene som skal beholdes, slik at bygningsmessige løsninger blir gode, at prosjektet har en akseptabel kostnad og at driften i nybygget blir effektiv og god for alle brukere av byggene.

De ulike løsningsalternativene er evaluert ut fra kriterier slik de fremkommer av arealplan og foretakets behov. Det er gitt en score fra 0-3 med 3 som den score som best oppfyller kriteriet.

Tabell 7 – evaluering av alternativ opp mot tomtkriterier

Alternativer	A1	A2	B	C	D	E1	E2
Avhending restverdi - tomt i syd	3	3	3	3	3	2	3
Byggbarhet – kostnader og tid, drift i byggeperioden	3	3	1	1	1	3	3
Reguleringsforhold*	3	3	0	1	1	2	3
Parkeringsplasser	2	3	3	3	3	3	3
Total score kriterier	11	12	7	8	8	10	12

* evaluering opp mot reguleringsplan som vedtas 21.11.18 av Nesodden kommunes kommunestyre

7.6 Konklusjon: Virksomhets- og tomtealternativer som ønskes videre utredet i konseptfasen

Virksomhetsalternativ:

Basert på evaluering etter kriterier definert i tidligfaseveileder og virksomhetens utfordringer, konkluderes det med at følgende alternativer søkes utredet i konseptfasen med nullalternativet som et referansealternativ:

Bærekraftsanalyser viser at alle alternativene vil være gjennomførbare for Sunnaas sykehus HF, og de tre alternativene 1, 2 og 3 bør utredes videre i konseptfase med 0-alternativet som referanse.

Virksomhetsalternativ 2 skiller seg ut som det mest relevante alternativet.

Tomtealternativ

Alternativ A1, A2 og E2 oppfyller arealplanens intensjon, foretakets mål og strategier for fremtiden, og vil være de økonomisk mest fordelaktig med tanke på byggbarhet/byggekostnader og sykehusdrift i byggeperioden.

Alle alternativene vil kunne gjennomføres innenfor reguleringsplanen, og alle alternativene muliggjør full realisering av potensiell tomtsalgsgevinst.

Det anbefales at plassering i syd og øst, alternativene E2, A1 og A2 utredes videre i konseptfasen.

8 Økonomi

8.1 Investeringskostnad

8.1.1 Kostnad nybygg

De faktiske kostnader per m² for Sunnaas sykehus HF byggetrinn 2, ferdigstilt november 2015, antas å være det sikreste anslaget på nybyggkostnaden per m² for byggetrinn 3. Byggetrinn 3 vil bestå av pasientrom, men likevel slik at det avsettes areal som underbygger behovene til fremtidens rehabiliteringssykehus. Kostnaden ble den gang beregnet til kr. 53.000 pr. m² for byggetrinn 2, og prisen pr. m² er oppjustert med 8,2 % til 57.326 m² i kostnadsanslagene for de ulike alternativer til nybygg. Kostnaden for alternative nybygg, som skissert i idefasen varierer fra 219 millioner til 337 millioner alt etter størrelse og innhold, ref. tabell 8 under.

Tabell 8 Antatt byggekostnad og rehabiliteringskostnad ved de ulike alternativene

Alternativ	Kostnad nybygg mnok	Kostnad rehabilitering D og K mnok	Brutto areal m ²
0		237	5 651
1	257		4 484
2	337		5 872
3	219		3 812

8.1.2 Ekstrakostnad ved parkeringshus – alternativ A1

Etablering av parkeringskjeller koster ca. 250 000 kroner per parkeringsplass. Ved alternativ A1 mister vi 21 plasser. Hensyntatt reguleringsplanens krav til 0,8 parkeringsplasser per seng i sykehuset, vil 20 av disse plassene måtte erstattes enten i p-hus eller på annet sted for at vi skal oppfylle krav til parkeringsfaktor. Erstatningskostnaden for disse i p-hus vil være i underkant av 5 millioner kroner.

8.2 Finansiering

8.2.1 Lån

Det er forutsatt at foretaket låner 50 % av investeringskostnaden av Helse Sør-Øst RHF. Maksimalt 50 % lånefinansiering er godt innenfor retningslinjer fra Helse Sør-Øst RHF som tilsier maksimalt 70 % lånefinansiering. Anslått lånebeløp vil være fra 110 – 168 millioner kroner, avhengig av hvilket alternativ som velges. Det er ikke behov for å ta opp lån før i 2021. Det er lagt inn 50 % lånefinansiering i alle kontantstrømberegninger i punkt 8.3.

8.2.2 Egenkapital

Foretaket bidrar med 50 % egenkapital, fra 110 – 172 millioner, avhengig av hvilket alternativ som velges. Foretaket finansierer også byggelånsrenter med egenkapital. Egenkapitalen er fremskaffet ved kostnadsreduksjoner og sparetiltak over flere år og fra salg av sykehuset i Askim. Ytterligere egenkapital vil komme fra inntekter ved tomtesalg og benyttes til raskere tilbakebetaling av lån fra eier. Det er lagt inn 50 % egenkapitalandel som del av finansiering av byggetrinn 3 i kontantstrømberegninger i punkt 8.3.

8.2.3 Inntekt tomtesalg

Foretaket er i sluttfasen med regulering av egen grunn og omkringliggende eiendommer. Reguleringsplanen er per dato (10. november 2018) enstemmig vedtatt i plan- og teknikkutvalget, og skal til kommunestyret 21. november 2018. Det har vært godt samarbeid mellom Sunnaas sykehus HF og Nesodden kommune vedrørende omregulering av deler av eksisterende område for å sikre størst mulig fleksibilitet i forhold til eiendomsutvikling og potensielt tomtesalg. Tilgjengelig tomteareal for boligbygging/forretningsutvikling er i overkant av 15 mål. Dette gir en mulighet til å bygge leiligheter med et samlet brutto areal på i overkant av 14 000 m². Ny takst av august 2018 tilsier en salgsinntekt på 72,5 millioner kroner.

Det er lagt inn inntekter på 72,5 millioner fra salg av boligtomter når kontantstrømmer beregnes i punkt 8.3.

8.3 Tilpasning til økonomisk langtidsbudsjett for Sunnaas sykehus HF

Sunnaas sykehus HF viser i det følgende at foretaket har økonomisk bæreevne til å gjennomføre byggetrinn 3. Foretaket har beregnet kapitalbehov for alternativ 1-3. Det er videre beregnet hvor store sparetiltak som må iverksettes for hvert alternativ.

Følgende forutsetninger ligger til grunn for beregningene for alternativ 1, 2 og 3:

- Økonomisk langtidsplan 2019-2038, vedtatt av styret i mai 2018, er utgangspunktet for alle beregninger, oppdatert med ny takst for eiendom som kan selges og økt egenkapitalandel til 50 %
- Byggeperiode: Januar 2020 – desember 2021

- 50 % belåning (20 % under det maksimale foretak i Helse Sør-Øst RHF kan låne). Egenkapitalen belastes før det trekkes på lån fra HSØ
- Utbetaling av lån med 110 - 168 millioner i 2021.
- Estimerte salgsinntekter fra potensielt salg av eiendom er økt til kr 72,5 mill. Antatt oppgjør salg med 36,25 millioner 2022 og 36,25 millioner 2023.
- Foretaket har i løpet av 2017 og 2018 som planlagt, redusert kostnadene med 15 millioner. For å realisere det dyreste alternativet på 337 millioner, er det fortsatt behov for å spare ytterligere 7 millioner fordelt på 2019 og 2020.

Det er beregnet hvordan likviditeten utvikler seg i hvert av alternativene 1, 2, og 3, gitt forutsetninger som over. Samtidig er nødvendig kostnadsreduksjon beregnet og oppgitt like under tabellen. Resultatet av beregningene er vist i tabell 9-11.

Tabell 9 Alternativ 1: Kostnadsramme 257 millioner kroner.



Tabell 9 viser likviditetsutviklingen etter kostnadsreduksjon på 3 millioner.

Tabell 10 Alternativ 2: Kostnadsramme 337 millioner kroner.



Tabell 10 viser likviditetsutviklingen etter nødvendig kostnadsreduksjon på 7 millioner.

Tabell 11 Alternativ 3: Kostnadsramme 219 millioner kroner.



Tabell 11 viser likviditetsutviklingen etter nødvendig kostnadsreduksjon på 0 millioner.

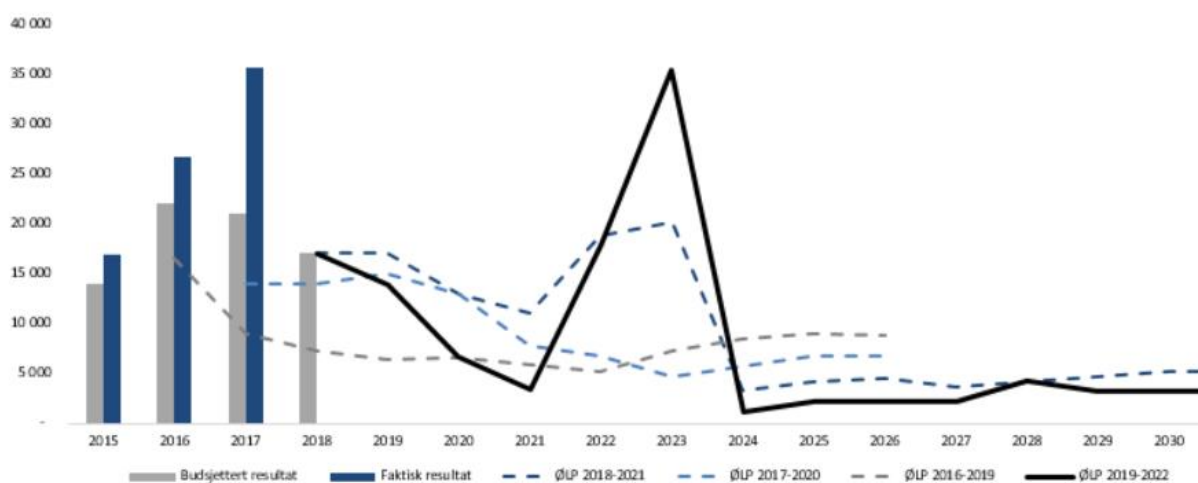
Tabellene 9 til 11, viser at det er nødvendig å spare for å forbedre kontantstrømmen med 0 til 7 millioner. Endelig sparebehov avhenger av hvilket alternativ som velges.

For å realisere det dyreste alternativet til nytt bygg, er det behov for økte inntekter og/eller redusere kostnader med 7 millioner, oppstart i 2019. Beregnet behov for kostnadsreduksjon, forutsetter at utgangsfarten av 2018 er i tråd med prognosen for 2018 og at kostnadsrammen for nytt bygg ikke overstiges.

Historiske meget gode resultater

Foretaket har de siste årene vist meget god evne til å holde planer og budsjetter, endog med ganske store positive avvik mot budsjett som vist i tabell 12 nedenfor. Hovedårsaken til de siste store positive avvik, er at foretaket ikke har hatt uforutsette kostnader av betydning, og dermed har foretaket heller ikke brukt opp de budsjetterte reserver. For øvrig har kontinuerlig kostnadsoppfølging og god drift bidratt til måloppnåelse.

Tabell 12 Planlagte og oppnådde regnskapsresultater i årene 2015 - 2030



8.4 Reduksjon kostnader, gevinstrealisering

Det er fastslått at bemanningstilpasninger er den viktigste enkeltfaktor for å sørge for nødvendige besparelser i foretaket. Dette må gjennomføres ved at oppbygging og organisering av rehabiliteringsprogrammene og logistikken knyttet til inntak av pasienter endres. I tillegg må arbeidsprosesser i hele foretaket gjennomgås for å sikre optimal flyt og kvalitet.

Foretaket er i kontinuerlig prosess med å identifisere sparetiltak. Siden oppstart budsjettarbeid 2019, er konkrete innspill til inntektsøkende og kostnadsbesparende tiltak bearbeidet og til dels påbegynt, eksemplifisert ved følgende:

- Oppbygging og organisering av rehabiliteringsprogram og logistikk knyttet til inntak, optimaliseres i tråd med internasjonale behandlingsveiledninger og internasjonale anbefalinger (Carf). Optimaliseringen vil føre til redusert liggetid/økt kapasitet/endring i arbeidsprosesser/reduisert bemanningsbehov.
- Bemanningskontrollutvalg er innført, og arbeidsplanleggingsmetodikken forsterkes og videreutvikles.
- Standardiseringsprosjekter innenfor digitalisering og logistikk, samt reorganisering av stab- og støttefunksjoner.

Konklusjon

Foretaket har utarbeidet en målrettet tiltaksplan for kostnadsreduksjon/inntektsøkning. Summen av tiltak vil gi de nødvendige økte inntekter og reduserte kostnader på til sammen inntil 7 millioner på årsbasis. Planlagt full effekt fra og med 2020.

Foreslåtte økte inntekter, reduserte kostnader, sparte midler fra drift tidligere år og salg av boligtomter, vil til sammen sikre nødvendig finansiering av byggetrinn 3, og viser både levedyktighet og økonomisk bærekraft for et prosjekt på inntil 337 millioner kroner.

8.5 Grensesnitt i forhold til andre investeringsprosjekter

Det er ingen konkurrerende investeringsprosjekter.

9 Mandat og plan for neste fase

9.1 Mål og suksesskriterier for konseptfasen

I følge Veileder for tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter skal det i idéfasen utarbeides et mandat for utredningsarbeidet i den neste planfasen, kalt konseptfasen. Dette mandatet skal vise hvilke alternativer, prinsipielle løsninger (konsepter) som skal utredes, samt rammene for tiltaket. Veileder for tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter er for øvrig under revisjon og det forventes at ny revidert veileder vil foreligge våren 2017.

Målet med et mandat og en plan for det videre arbeid er å ha et felles styringsgrunnlag for både beslutningstakere og de som skal arbeide med prosjektet. Endelig mandat og prosjektgjennomføringsplan utarbeides av prosjektleder for konseptfasen og besluttet av styringsgruppa.

Det etableres et styringsdokument for konseptfasen. Dokumentet skal angi rammer og krav som er fastlagt, og beskriver mål og strategi som prosjektet skal følge for at målene skal nås. Planer, budsjetter og aktiviteter skal være forankret i styringsdokumentet.

For at dokumentet skal være egnet som styringsredskap må dokumentet være dynamisk i den forstand at det kan oppdateres etter hvert som ny styringsinformasjon blir tilgjengelig.

9.2 Mål, forutsetninger og rammer for prosjektet

Prosjektet benevnes også i konseptfasen for «Sunnaas sykehus HF - fremtidens rehabiliteringssykehus – innovativt og miljøvennlig». Konseptfasen omfatter utredning av følgende fire virksomhetsalternativer som i henhold til Idéfaseutredningen er anbefalt å gå videre med:

- Alternativ 1
- Alternativ 2
- Alternativ 3
- «Nullalternativet»

Det utarbeides en konseptfaserapport som dekker kravene til konseptfase i den nasjonale veilederen for tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter, og som er tilpasset øvrige rammebetingelser gitt av Helse Sør-Øst RHF og overordnet myndighet. Administrerende direktør ved Sunnaas sykehus HF er prosjekteier, og har ansvar for ledelse og organisering av prosjektet.

Den overordnede målsetting med konseptfasen er:

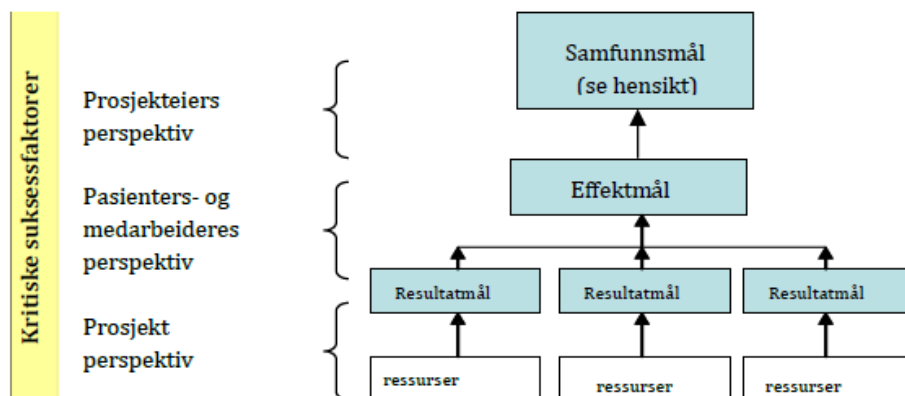
Å utarbeide tilstrekkelig dokumentasjon for at besluttende myndigheter skal kunne ta en avgjørelse på om prosjektet skal videreføres til forprosjektfase.

Hensikten med prosjektet i denne fasen er å få fram et beslutningsgrunnlag som gir Sunnaas sykehus HF og Helse Sør-Øst RHF mulighet for å ta stilling til om prosjektet skal videreføres til et forprosjekt.

Konseptfasen skal omfatte alle aktiviteter som kreves for å kunne velge det beste alternativet, og utvikle dette til et nivå hvor eier med en akseptabel sikkerhet kan treffe beslutning om å gjennomføre et forprosjekt.

Figuren under viser suksesskriterier sett fra henholdsvis prosjekteiers, pasienters- og medarbeideres og prosjektets perspektiv.

Figur 4 Suksessfaktorer



Samfunns målet i denne fasen av prosjektet er å legge grunnlag for et sykehus som sikrer et helsemessig godt og samfunnsøkonomisk effektivt rehabiliteringstilbud til sykehusets pasientgrupper i dag og i fremtiden.

Det vi si et sykehus tilpasset de føringer som framkommer av nasjonal helseplan og Helse Sør-Øst RHF sin utvikling av helsetjenester i et langsiktig perspektiv. De totale løsningene skal sikre at dimensjonering, driftskonsept samt oppgave- og funksjonsfordelinger blir ivaretatt i dette fremtidige helseperspektivet.

Effekt målene er knyttet til at Helse Sør-Øst RHF og Sunnaas sykehus HF skal kunne betjene befolkningen med et tidsmessig spesialisthelsetjenestetilbud i form av en kvalitetsmessig og effektiv rehabilitering, forskning, undervisning av helsepersonell og opplæring av pasienter og pårørende.

Resultat målet for prosjektet i konseptfasen er at det velges ett utbyggingsalternativ og at det framkommer en konseptrapport som gir tilstrekkelig grunnlag for å beslutte om forprosjektet skal igangsettes, slik at styrene for Sunnaas sykehus HF og Helse Sør-Øst RHF kan ta stilling til igangsetting av forprosjektfasen.

Dette ivaretas ved at prosjektet skal føre til en ønsket slutttilstand som ivaretar følgende forhold:

- Mulighet for at gode rehabiliteringsfunksjoner kan videreutvikles.
- Mulighet for moderne og brukertilpasset pasientbehandling og opplæring.
- God tilgjengelighet for alle brukere (jfr. universell utforming).
- Gode løsninger med tanke på ytre miljø og energisparende tiltak.
- Mulighet til fleksible driftsformer og best mulig utnyttelse av lokaler og utstyr.
- Moderne bygningsmessig fleksibilitet, elastisitet og generalitet (lettere å tilpasse arealene til nye funksjoner og nye arbeidsmetoder) i framtida etter at bygget er tatt i bruk.
- Optimal pasient-, personell- og vareflyt.
- Mulighet for forskning, undervisning og opplæring.
- Godt inneklima.
- Godt arbeidsmiljø.

Konseptrapporten skal være ferdig til samlet behandling i styringsgruppa i juni 2018.

9.2.1 Suksesskriterier og kritiske suksessfaktorer

Suksesskriterier

Når konseptrapporten er ferdig skal situasjonen være som følger:

- *Rammebetingelser*
Konseptfaserapporten svarer på og er tilpasset gjeldende rammebetingelser for Sunnaas sykehus HFHF med hensyn til økonomisk bæreevne, funksjonsdeling og framtidig kapasitet.
- *Kostnadsramme*
Kostnadsramme og budsjett for konseptfasen er holdt.
- *Tidsplan*
Tidsplanen er holdt og konseptrapporten er levert i henhold til avtalt plan.
- *Konseptrapport*
Konseptrapporten har en kvalitet og et innhold som gir basis for at den innen rimelig tid danner grunnlag for styrebehandling og beslutning i Helse Sør-Øst RHF. Den skal oppnå tilslutning til det som foreslås.

Kritiske suksessfaktorer som har innvirkning på måloppnåelsen i prosjektets konseptfase:

- Alle deltagere i prosjektet har felles forståelse for mål og resultat
- Klare ansvarsområder og tydelige mandater (klar organisering)
- Åpen og transparent planprosess
- Tilgang på virksomhetsdata

- Rett kompetanse på rett plass til rett tid
- Tilstrekkelige økonomiske rammer og god kostnadsstyring
- Avsette tilstrekkelig tid og ressurser for å arbeide med prosjektet
- Solid forankring av prosjektet i organisasjonen
- Avklaring av interessentbildet, oppfølging av kritiske aktører og miljøer
- Samhandling med kommunen
- Involvering av brukere
- Involvering av ansatte
- Involvering av tillitsvalgte og vernetjenesten

9.2.2 Foreløpige rammebetingelser samt grunnlagsdokumenter

Resultatene fra idéfasen tas med videre i konseptfasen. Interne rapporter som danner grunnlagsdokumentene for påfølgende faser er:

- Arealplan (godkjent som utviklingsplan av HSØ i 2011)
- Strategi 2030
- Idéfaserapport, 2016
- Utviklingsplan 2035

Innovasjon

Byggetrinn 3 skal løse og dekke befolkningens rehabiliteringsbehov de kommende 30 år. For å identifisere de optimale løsningene i byggetrinn 3, skal åpen innovasjon og innovasjonsprosesser inngå som en del av prosessjobbing i konseptfasen.

Innovasjon vektlegges i en rekke offentlige dokumenter: Helse- og omsorg 21, Regional strategi for forskning og innovasjon 2013-2016 (HSØ) og Sunnaas sykehus HF langtidsplan (2015-2018) og Strategi 2030. Innovasjonsprosesser for å finne de gode løsningene til beste for pasientene, ansatte, drift av bygg og gode arbeidsprosesser vil iverksettes i konseptfasen.

Det er en uttalt helsepolitisk målsetting at nye løsninger i helsetjenesten bør utgjøre en vesentlig større del av ny- og verdiskapning i Norge. NHOs leverandørutviklingsprogram har sammen med offentlige myndigheter gjennomført et større arbeid knyttet blant annet til hvordan benytte anskaffelser i helsesektoren som drivkraft for innovasjon⁴. Sunnaas sykehus HF vil legge dette til grunn for gjennomføring av byggetrinn 3.

Miljø som bærende forutsetning

⁴ (<http://leverandorutvikling.no/>)

Sunnaas sykehus HF ønsker å være et foregangsforetak når det gjelder å ta miljøhensyn i alle aspekter av sin virksomhet. Miljøhensyn vil derfor være en av de bærende forutsetningene for valg som tas i prosjektet. Sunnaas sykehus HF ønsker i byggeprosjektet å forplikte seg til et program for ivaretagelse, utvikling og benyttelse av miljø og naturverdier på alle plan.

Anbefalinger i prosjektrapporten fra det nasjonale miljøprosjektet «Miljø- og klimatiltak innen bygg og eiendomsforvaltning i spesialisthelsetjenesten» (sak nr. 098-2013) vil legges til grunn i konseptfasen, jfr. rundskriv til helseforetakene datert 28.mai 2014. Videre vil statlige føringer og forventninger slik de fremkommer i eierskapsmeldingen (Meld. St. 27, 2013-14) hensyntas. Byggeprosjektet skal med forankring i egen strategi, i tillegg til ovennevnte, anerkjenne verdien av det helsefremmende i god arkitektur og gode utearealer; biologisk mangfold og stedlige naturverdier. Sykehuset skal ha trivelige, estetiske og tiltalende omgivelser, både innendørs og ute for å motivere til fysisk aktivitet og bidra til psykisk velvære. En helhetlig tilnærming til pasientrehabilitering erkjenner verdien av helbredende arkitektur og omgivelser.

Miljøklassifiseringssystemet BREEAM-NOR, eller lignende, skal vurderes brukt i konseptfasen.

Det er tatt initiativ til samarbeid med Centre for Connected Care (C3), Arkitekt- og designhøyskolen i Oslo, Norges miljø- og biovitenskapelige universitet (NMBU), samt Psykologisk Institutt ved Universitetet i Oslo med tanke på å utvikle innovative og miljøvennlige løsninger i bygget.

9.3 Utarbeiding av mandat og plan for videre arbeid i konseptfasen

Det vises til veileder for tidligfaseplanlegging kap.5.3.13 og 14.

9.3.1 Plan for konseptfasen

Konseptfasen skal bygge på og videreutvikle det arbeidet som er gjort i arealplanen og i idéfasearbeidet.

Forslagene til alternative løsninger fra idéfasen skal utredes i detalj, og utredningene skal være tilstrekkelig detaljerte og omfattende til å kunne gi grunnlag for å velge ett alternativ og dokumentere konsekvenser av det valget som gjøres.

Utredningene skal være likeverdige for alle alternativene, de skal vise om alternativene kan innpasses i investeringsrammene, og hvilken effekt gjennomføringen har på helseforetakets økonomisk bæreevne.

Alternativene skal videre analyseres og vurderes i forhold til et definert sett av mål og kriterier i henhold til tidligfaseveilederen. Det beste alternativet anbefales som grunnlag for gjennomføring av et investeringsprosjekt.

I Konseptfasen tas utgangspunkt i dimensjoneringsgrunnlaget fra Idefasen og verifiserer dette, samt øker detaljeringsnivået. Det skal utarbeides program som beskriver romkapasiteter og arealer basert på en forventet fremtidig aktivitet.

Konseptfasen består av en rekke delaktiviteter som til sammen danner grunnlaget for å velge alternativ og å legge et godt grunnlag for en mer detaljert programmering og prosjektering i forprosjektet.

9.3.2 Hovedleveranser i konseptfasen

- Det utarbeides et hovedprogram for byggetrinn 3
- Det utarbeides skisser for de ulike alternativene som er redegjort for i idéfasen, men slik at det anbefalte alternativet detaljeres mer enn de øvrige.
- Det foretas en ny vurdering av tomteverdien som kan realiseres.
- Det foretas en grundig gjennomgang av hvordan prosjektet kan finansieres og tilpasses økonomisk langtidsplan for Sunnas sykehus HF.
- Det foretas en vurdering av innovative løsninger som kan påvirke tjenesteproduksjonen.
- Det utarbeides et miljøprogram, eventuelt iht. BREEAMs krav, som sikrer ivaretagelse av klima- og miljøeffektivitet i forprosjekt og senere faser.

9.3.3 Organisering, roller/ansvar, forholdet mellom prosjekt og driftsorganisasjon

- Prosjektets styringsgruppe videreføres inn i neste fase.
- Det etableres en internorganisasjon som følger prosjektet fra oppstart konseptfase.
- Prosjektleder for internorganisasjon rapporterer direkte til styringsgruppen/administrerende direktør.
- Arbeidsgrupper etableres så tidlig som mulig slik at prosessen vil gå best mulig.

9.3.4 Aktiviteter og milepæler

Primo 2019	Oppstart konseptfase, herunder å engasjere rådgiver for konseptfasen.
10/2019	Konseptfaserapport styrebehandles i eget styre for videresending til HSØ med søknad om å få gå videre til forprosjektfase.
01/2020 – 04/2020	Forprosjekt
04/2020 – 12/2021	Byggefase

9.3.5 Ressursbehov, kostnader i konseptfasen

Sykehusbygg HF antas å ville være foretrukken rådgiver i konseptfasen. Det vil utarbeides kravspesifikasjon og budsjett for oppdraget.

Lønnsmidler til internorganisasjon – frikjøp av nøkkelpersoner i prosjektet, jfr. evalueringsrapport byggetrinn 2 – viktig med en sterk internorganisasjon som følger prosjektet.

Det skal utarbeides budsjett for konseptfasearbeidet.

9.4 Vurdering og oppfølging av krav til bygningsvern

Sunnaas sykehus HFHF har ingen bygninger som er omfattet av bygningsvern.

10 Vedlegg

- Arealplan (tidligere utviklingsplan)
- Godkjenningbrev fra Helse Sør-Øst av 14. november 2011
- Strategi 2030
- Utviklingsplan 2035
- Reguleringsplan – vedtatt i plan- og teknikkutvalget, forventes vedtatt i kommunestyret i Nesodden kommune 21.11.18