

Prosjektforslag

Konseptfase

(Beslutningspunkt B3)

Plan for utvikling av eiendomsmassen ved

Sunnaas sykehus HF

Dato: 29.11.2007

Revidert etter styremøtet 18.06.2008, sak 41/08

Prosjekteier:

Adm.dir. Einar Magnus Strand

Prosjektleder:

Eiendomssjef Inge Skullerud



INNHALDSFORTEGNELSE

1	Sammendrag	5
2	Innledning – bakgrunn og organisasjon	5
3	Planprosessen	6
4	Behandlingsprofilen ved Sunnaas sykehus HF, rammer og målsettinger	8
5	Rammer og målsettinger	9
5.1	Mål og rammer.....	9
5.2	Valgte standarder og krav til byggenes utforming og plassering	10
6	Sammendrag av Hovedfunksjonsprogrammet - dimensjoneringsgrunnlaget	11
6.1	Opptaksområde og befolkningsutvikling.....	11
6.2	Framtidige endringer innen rehabiliteringsområdet (URT).....	12
6.3	Aktivitet ved Sunnaas sykehus HF	12
7	Utbyggingsalternativene	15
7.1	Nullalternativet	15
7.2	A-alternativet	15
7.3	B-alternativet	15
7.4	Areal og arealramme.....	16
8	Driftsøkonomi, organisasjonsutvikling	16
9	Utbyggingsmønster og muligheter - skisseprosjektet	17
9.1	Skissetegninger av de tre alternativene.....	17
9.2	Funksjonsbeskrivelse	22
9.3	Utbyggingsmønster og muligheter.....	22
9.4	Framtidig fleksibilitet	23
10	Kostnadskalkyle, utstyr og bygg	23
10.1	Hovedprogram for utstyr	23
10.2	Investeringskostnad bygg	24

11 Eiendomssalg	25
12 Finansieringsplan	26
12.1 Andel egenfinansiering	27
12.2 Lånefinansiering	27
12.3 Avskrivningstilskuddet	27
12.4 Endelige finansieringsplan.....	27
13 Samfunnsøkonomisk kost- nytte analyse	28
13.1 Gevinstanalyse	28
13.2 Kostnads- og investeringsanalyse	28
13.3 Termineringsverdi.....	29
13.4 Kontantstrøm	29
13.5 Kvantitativ analyse	29
13.6 Kvalitativ analyse	29
13.7 Usikkerhetsanalyse og gevinstmål.....	29
13.8 Tiltaksplan	31
13.9 Plan for gevinstrealisering	31
14 Framdrift.....	32
15 Neste fase – Planfasen, beslutningspunkt B4.....	32
15.1 Arbeidsprosess:.....	32
15.2 Oppgaver i planfasen	32
15.3 Beslutningsprosess:.....	32
16 VEDLEGG – Hovedfunksjonsprogram/delfunksjonsprogram.....	33

TABELLOVERSIKT

Tabell 6.1 Bosted for inneliggende pasienter ved Sunnaas sykehus HF, 2005.....	12
Tabell 6.2 Aktivitet ved Sunnaas sykehus HF i 2006, voksne	13

Tabell 6.3 Aktivitetsoversikt 2006, barn, Sunnaas sykehus HF.....	13
Tabell 6.4 Andre opphold med overnatting, Sunnaas sykehus HF	13
Tabell 6.5 Polikliniske konsultasjoner 2006, Sunnaas sykehus HF	13
Tabell 6.6 Hovedtall for aktiviteten ved TRS 2005, Sunnaas sykehus HF	14
Tabell 6.7 Opphold og liggedager I 2006, TRS ved Sunnaas sykehus HF	14
Tabell 6.8 Programmerte senger i nytt SUNHF etter enhet og type seng	14
Tabell 7.1 Netto og bruttoareal for de tre alternativene	15
Tabell 10.1: Brutto- og netto utstyrs kalkyle.....	24
Tabell 10.2 Investeringskostnad bygg for A- og B-alternativ	25
Tabell 12.1 Netto investeringsbehov	27
Tabell 12.2 Lånefinansiering av netto investeringsbehovet (millioner NOK)	28
Tabell 13.1 Årlige samfunnsøkonomiske kostnader for investeringene	29

FIGUROVERSIKT

Figur 3.1 Planprosessen ulike faser i henhold til Helse Sør-Øst RHF's retningslinjer for tidligfase for investeringsprosjekter	7
Figur 3.2 Innholdet i konseptfasen i henhold til Helse Sør-Øst RHF's retningslinjer for tidligfase for investeringsprosjekter	7
Figur 9.1 Oversikt over dagens Sunnaas sykehus HF på Nesodden	17
Figur 9.2 Fargekoder for de ulike enheter plassert i A- og B-alternativene.....	18
Figur 9.3 Skisse over A-alternativet.....	18
Figur 9.4 Skisse over B-alternativet	19
Figur 9.5 De ulike etasjenivåene i byggene F og G og forbindelsen G-H	20
Figur 13.1 Usikkerhetsvurderingen av nullalternativet.....	30
Figur 13.2 Usikkerhetsvurderingen av A-alternativet.....	30
Figur 13.3 Usikkerhetsvurdering av B-alternativet.....	31

1 Sammendrag

Konseptfaserapporten inngår i det etablerte regelverket for tidligfaseplanlegging av sykehusprosjekt, slik det er beskrevet av Helse Sør-Øst RHF. Målet med konseptfasen er å verifisere og spesifisere det arbeidet som ble utført i idéfasen og gi et sikrere grunnlag for beslutning om at prosjektet kan gå videre til planfasen.

I konseptfasen er det utarbeidet et hovedfunksjonsprogram og et delfunksjonsprogram innen de arealrammene som ble utarbeidet i idéfasen.

Som en del av hovedfunksjonsprogrammet er det utarbeidet et hovedprogram utstyr, en vurdering av investeringenes innvirkning på den løpende driftsøkonomien, en finansieringsplan, en usikkerhetsanalyse og en kostnads-nyttevurdering.

En vesentlig del av finansieringen er inntekter ved salg av frigjort eiendom. Dette beløpet er vesentlig større for A- og B-alternativet enn for nullalternativet. Siden nullalternativet vil kreve store årlige vedlikeholdsutgifter for å kunne tilfredsstille offentlige krav, viser utredningene at netto investeringsbehovet for nullalternativet bare er noe lavere enn for B-alternativet.

I idéfasen ble det besluttet at en videreutvikling av bygningsmassen til Sunnaas sykehus HF skulle skje der sykehuset nå ligger, på Nesodden. Virksomheten i Drøbak skulle flyttes og virksomheten i Askim skulle fortsette uavhengig av et eventuelt byggeprosjekt på Nesodden.

I konseptfasen er tre alternativ vurdert i forhold til hverandre. Nullalternativet omfatter ingen strukturelle endringer i bygningsmassen og A- og B-alternativet skiller seg fra hverandre ved at B-alternativet er det som erstatter mest av dagens bygninger med nybygg. I begge alternativene vil mer en halvdel av framtidig bygningsmasse være ombygginger av dagens bygg.

Utredningene viser videre at det er B-alternativet som har det største potensialet for å kunne oppnå driftseffektiviseringer og som dessuten har minst usikkerhet knyttet til seg.

2 Innledning – bakgrunn og organisasjon

Konseptfaserapporten bygger på Idéfasedokumentet som ble godkjent av styret for Sunnaas sykehus HF i september 2006, sak 37/06, som anbefalte at prosjektet gikk over i konseptfasen..

Oppstart av konseptfasen ble godkjent av Helse Øst RHF i brev av 30.03.2007 til Sunnaas sykehus HF.

Idéfasedokumentet konkluderte med en netto arealramme på 11 800 m². Dette arealet inkluderer virksomheten som i dag drives i Drøbak.

Idéfasedokumentet vurderte utviklingen av bygningsmassen i forhold til tre alternative modeller.

- Alternativ 1 ble beskrevet som en omfattende ombygging og noe nybygging av dagens sykehus, samt avhending av eiendommen i Drøbak og deler av eiendommen på Nesodden.
- Alternativ 2 var total nybygging av sykehuset der den geografiske plasseringen ikke ble vurdert.

- Alternativ 3 var et nullalternativ, der dagens bygninger i hovedsak blir vedlikeholdt og oppgradert for å tilfredsstille krav fra myndigheter og brukere.

Alle alternativene forutsatte videre drift ved sykehuset i Askim, at virksomheten i Drøbak ble overført andre enheter ved Sunnaas sykehus HF, og at hovedvirksomheten skulle foregå på Nesodden.

Som retningslinje for det videre arbeidet ble nullalternativet opprettholdt, mens det ble vurdert to alternativer for utvikling på Nesodden som varierte i graden av nybygging.

Som en del av konseptfasen er det utarbeidet et Hovedfunksjonsprogram og delfunksjonsprogram for Sunnaas sykehus HF. Hovedfunksjonsprogrammet omfatter et Hovedprogram utstyr, en vurdering av investeringenes innvirkning på de løpende driftsutgiftene og en finansieringsanalyse.

Arealprogrammet er bearbeidet til et delfunksjonsprogram og ble avsluttet innenfor netto arealramme gitt i Idéfasedokumentet.

Det er vurdert ulike modeller for avhending og salg av fristilte eiendommer der forventet inntekt er trukket inn i finansieringsanalysen av prosjektet.

Det planlegges ingen endringer for virksomheten i Askim som en del av eiendomsprosjektet.

3 Planprosessen

For å få en god oversikt over eksisterende bygningsmasse ble det høsten 2005 gjennomført en registrering av areal og funksjon for alle enheter av Sunnaas sykehus HF. Dette ble presentert i en sluttrapport 03. november 2005, og det ble etablert en romdatabase der alle rom i SUNHF er beskrevet med funksjon og nettoareal, i henhold til klassifikasjonssystemet for sykehusareal til Kompetansenettverket for sykehusplanlegging.

Rapporten viste det var behov for et prosjekt for utvikling av eiendommen til SUNHF etter de retningslinjer som ble utarbeidet av daværende Helse Øst RHF for tidlig fase programmering og prosjektering. Arbeidet resulterte i et første forslag til Idéfaserapport av 08. desember 2005 som et vedlegg til en utviklingsplan for bygningsmassen, som resulterte i en rapport av 15. februar 2006.

Disse dokumentene ble lagt til grunn for et avsluttende arbeid i Idéfasen som blant annet innebar en programmering av virksomheten på et Hovedfunksjonsnivå. Det ble etablert en brukergruppe for Sunnaas sykehus HF som arbeidet fram et romprogram etter tre arbeidsmøter. I styremøte 21. desember 2006, sak 74/06, ble det vedtatt å gå videre til konseptfasen. Vedtaket konkludere med at

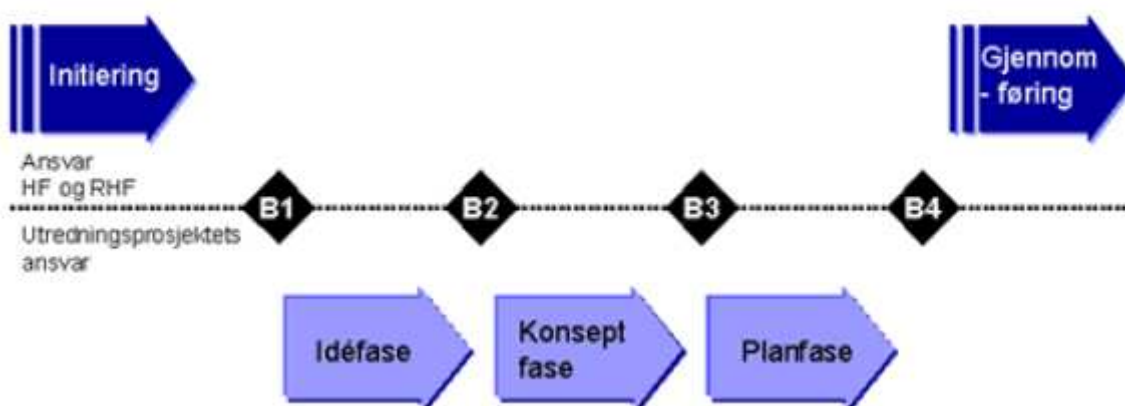
”Idéfaseutredningen bygger på de konklusjoner som ble trukket i dagseminar 1. juni 2006 med oppnevnt arbeidsgruppe fra klinikk og ledergruppen, samt dagseminar 7. juni 2006 med styret for Sunnaas sykehus og ledergruppen, samt vedtak i Sunnaas sykehus sitt styre under sak 37/06.”

Konseptfasen startet i mars 2007. Det ble etablert brukergrupper fordelt på enhetene, Stab/service, HS/KreSS, RMM, VO/SKSS, TRS, Askim, FKL som gjennom tre møter arbeidet seg fram til et delfunksjonsprogram for enhetene. Disse brukergruppene ble deretter erstattet av en sentral brukergruppe som skulle behandle det samlede delfunksjonsprogrammet og gi innspill til arbeidet

med skisseprosjektet. Foretaksledelsen (FTL) har fungert som styringsgruppe for prosjektet, er blitt jevnlig orientert og har gitt viktige innspill til prosessen.

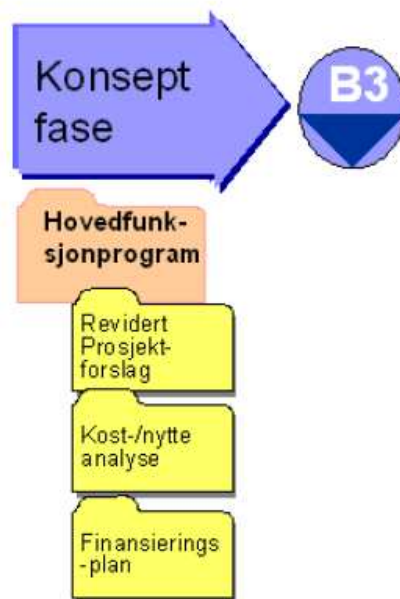
Konseptfasens plass i planprosessen er vist i Figur 3.1 under. Den leder fram til et beslutningspunkt B3 der det tas standpunkt til om prosjektet skal gå videre med ett foreslått alternativ som da blir spesifisert og kvalitetssikret ytterligere, både med hensyn på funksjoner, funksjonalitet, investeringskostnader og driftseffektivitet.

Figur 3.1 Planprosessen ulike faser i henhold til Helse Sør-Øst RHF's retningslinjer for tidligfase for investeringsprosjekter



Innholdet i konseptfasen er grafisk framstilt i Figur 3.2. Det fullstendige hovedfunksjonsprogrammet følger som vedlegg til denne konseptrapporten. Konseptrapporten leger fram de viktigste konklusjonene med hensyn til behandlingsprofil, dimensjonering, investeringskostnader, konsekvenser for driftseffektiviteten og usikkerhet knyttet til de tre alternativene.

Figur 3.2 Innholdet i konseptfasen i henhold til Helse Sør-Øst RHF's retningslinjer for tidligfase for investeringsprosjekter



Det er laget et skisseprosjekt for A- og B-alternativet som viser plasseringen av de enkelte funksjoner, hva som må bygges nytt og hva som kan få plass i eksisterende, men ombygd bygningsmasse.

Prosjektet har hatt løpende kontakt med Nesodden kommune for å avklare reguleringsmessige forhold, og det er trukket inn kompetanse på eiendomsutvikling for å estimere hvilken verdi en realisering av fristilte eiendommer kan tilføre prosjektet. Investeringskostnader for bygg er vurdert og det er gjennomført en usikkerhetsanalyse.

4 Behandlingsprofilen ved Sunnaas sykehus HF, rammer og målsettinger

Sunnaas sykehus HF er det største rehabiliteringsmiljøet i landet og har som mål å befeste sin posisjon som landets ledende fagmiljø innen rehabilitering, i nært samarbeid med akuttinstitusjonene og da spesielt Ullevål universitetssykehus HF og Rikshospitalet HF.

Det vurderes som viktig for den videre utviklingen av rehabiliteringsfaget i Helse Sør-Øst og ellers i landet, at fagmiljøet ved SUNHF holdes samlet. Rehabilitering er et satsingsområde for spesialisthelsetjenesten.

Avdeling for hodeskader (HS) og avdeling for ryggmargskadde og multitraume (RMM) gir primærbehandling til pasienter så snart de kan overføres fra den akutte behandlingsfasen. Vurdering og opplæringsenheten (VO) arbeider med vurdering og opplæring av pasienter med funksjonshemming. Felles for disse enhetene er at så godt som alle pasientene som i dag får et behandlingstilbud må oppholde seg på eller like ved sykehuset over flere dager. Det gjelder også pasienter som ellers bor i tilpassete leiligheter på sitt hjemsted.

Dette gjelder også Trenings- og rådgivingscenteret (TRS) som får grupper av brukere inn til program på SUNHF som går over flere dager.

Sunnaas sykehus HF fungerer også som et kompetansesenter for rehabiliteringsmiljø ellers i Helse Sør-Øst og i landet ellers. Dette gjelder spesielt TRS som har brukere jevnt fordelt fra hele landet.

Korte polikliniske konsultasjoner som er vanlig ved andre somatiske sykehus, gis bare unntaksvis ved SUNHF. Det er få av dagens pasienter ved sykehuset som vil ha nytte av dette som et alternativt tilbud.

Det er imidlertid ikke alle pasientene som har behov for pleie og overvåkning som en del av overnattingen. De siste årene er det blitt arbeidet med å redusere bemanningen rundt enkelte av sykehusets senger, slik at de nå drives mer som senger i et pasienthotell. Byggeprosjektet har som mål å samle disse sengene i et eget, tydelig definert pasienthotell. I det videre arbeidet med prosjektet må det holdes åpent muligheter for at andelen slike pasienthotellsenger vil øke på bekostning av behandlingssenger.

Som et ledd i arbeidet med å få pasienter hurtigere tilbake til arbeidslivet, er det i Helse Sør-Øst etablert "tidlig tilbake" poliklinikker. Sunnaas sykehus HF har etablert en slik poliklinikk i Oslo sentrum. Dette er et eget prosjekt. Det er ikke en del av byggeprosjektet på Nesodden, og påvirker heller ikke byggeprosjektet.

Det vurderes videre å etablere en enkel poliklinikk i Oslo sentrum der fagpersonell fra Sunnaas sykehus HF og da spesielt leger, kan gi polikliniske vurderinger av hva som bør være et anbefalt behandlingstilbud til pasienter som oppsøker poliklinikken. Dette er eventuelt en lite arealkrevende virksomhet som heller ikke inngår som en del av eller påvirker byggeprosjektet på Nesodden.

Bortsett fra tilbudet gitt av TRS, er tilbudet ved Sunnaas sykehus HF i all hovedsak et primært behandlingstilbud. Det er presentert faglig dokumentasjon for at ulike oppfølgingstilbud i en seinere fase vil kunne være til fordel for pasientene. Hvis Sunnaas sykehus HF skulle få tildelt en slik oppgave, vil det være nødvendig å vurdere behovet for flere overnattingssenger enn hva som er presentert i foreliggende program. Dagens behandlingsområder vil tåle en større grad av utnyttelse og vil ikke ha behov for utvidelse selv om antallet pasientovernattinger øker.

5 Rammer og målsettinger

5.1 Mål og rammer

Målet for eiendomsprosjektet er å modernisere bygningsmassen til Sunnaas sykehus HF på Nesodden på en kostnadseffektiv måte. Moderniseringen har videre som mål å gjøre driften ved sykehuset bedre og mer effektiv og slik bedre tilbudet til pasientene. Rehabiliteringsfeltet står overfor store utfordringer og det er en utbredt oppfatning at bygningsmassen på Nesodden trenger til en modernisering for å kunne opprettholde SUNHF som et ledende rehabiliteringsmiljø.

Netto arealramme er 11 800 m². Dette er en reduksjon av eksisterende nettoareal på i overkant av 25 %. Det er funnet plass til dette i nybygg og ombygginger innenfor en brutto arealramme på i underkant av 20 000 m². Dette gir en vesentlig lavere brutto/netto faktor enn ved et tradisjonelt somatisk sykehus, men gjenspeiler den faktiske situasjonen i dagens sykehus. Forklaringen er dels at sykehuset ikke rommer kompliserte tekniske funksjoner, og at de sentrale behandlingsområdene er åpne områder med lite interne og tverrgående korridorer.

I idéfasedokumentet ble investeringsutgiftene til bygg anslått til 315 millioner kroner for alternativet med ombygging og nybygging på Nesodden. Dette var i 2006 priser og eksklusive mva., reserver og marginer. Kostnader til utstyr ble ikke vurdert i idéfase. Byggkostnadene

vurdert i konseptfasen, inklusive mva. marginer og reserver er henholdsvis 407 og 426 millioner kroner, noe som er litt lavere enn estimatet gitt i idéfasedokumentet.

Det ble ikke satt noen faste rammer for prosjektet, men rammene for areal og kostnader i Idéfasedokumentet er veiledende for det videre arbeidet med prosjektet. Det er videre et mål for prosjektet å komme så nær en reduksjon av dagens areal på 1/3 som mulig.

5.2 Valgte standarder og krav til byggenes utforming og plassering

De fleste pasienter ved Sunnaas sykehus HF benytter rullestol. Noen forflytter seg også på magebrett. Alle sengerom er ensengsrom og er programmert med 18 m² for behandlingssenger og 14 m² for rene overnattingsenger eller pasienthotellsenger. I dag varierer de fleste sengerommene ved Sunnaas på Nesodden mellom 9 og 16 m². Toalett og bad tilknyttet behandlingssengene har en valgt størrelse på 6 m², mens det tilsvarende for rene overnattingsenger er 5 m². I dag er de fleste toalett/bad på Sunnaas 4,5 m² eller mindre.

Plassering og utforming av sengeområder og behandlingsområder må ta hensyn til at noen pasienter trenger skjerming fra ytre påvirkning, andre har behov for et miljø som er minst mulig sykehuslikt. Treningsområdene bør kunne være tilgjengelige også utenfor vanlig åpningstid.

Sengebehovet har tatt utgangspunkt i dagens forbruk av liggedager, og en beleggsprosent som har tatt hensyn til avdelingenes drift. Det er ikke lagt til noe for framtidig befolkningsøkning, da det forutsettes at sengebehovet, alt annet likt, vil reduseres noe i årene som kommer. Dette gjelder ikke HS. Her er det lagt inn en vekst i antall senger på 8, fordi det forventes at avdelingen vil bli tillagt nye oppgaver i behandlingen av pasienter med hodeskader. Det etableres en egen barneenhet som er tilført noe mer senger enn hva som benyttes til barn i dag innenfor avdelingene HS og RMM, slik at sykehuset er forberedt på mer bruk pårørende og støttepersoner for barn. Antallet senger ved de kliniske avdelingene på Nesodden og i Drøbak øker da fra 150 til 158. 59 av disse er programmert som overnattingsenger, uten pleiebehov knyttet til overnattingen.

Dimensjoneringen av sengene tar utgangspunkt i belegget slik det er registrert gjennom Norsk Pasientregister (NPR), og det er forutsatt en beleggsprosent på 85 % for HS1 og 2 og RMM. For VO og KreSS er det tatt hensyn til at disse sengene i all hovedsak stenges i helger, slik at gjennomsnittlig beleggsprosent for disse blir 55 % for VO og 75 % for KReSS. TRS sin bruk av senger er ikke registrert med liggedager, slik at her er det gjennom programarbeidet kommet fram til et behov for 11 senger.

Det er mulig at antallet rene overnattingsenger bør økes ytterligere på bekostning av behandlingssenger. Det gjelder blant annet tilbudet til pasienter ved HS2.

Med romslige sengerom gis det mulighet for mer behandling og samtale på sengerommene.

Det er lagt opp til noe sambruk av areal, men brukergjennomgangen har vist at det er mye areal som ikke kan slås sammen. Sykehuset har i dag et stort og et lite behandlingsbasseng som også blir en del av det nye sykehuset. Både ergo- og fysioterapilokalene er dimensjonert etter hvilke type behandling som må kunne tilbys og ikke i forhold til antallet pasienter som til en hver tid benytter seg av lokalene. Det er utstyret og funksjonen som er styrende for arealbehovet, mer enn bruken.

I dag er sykehuset beskjedent utstyrt med tilkoblingsmuligheter for IKT. Det forutsettes at et ombygd og nybygd Sunnaas sykehus HF vil ha tilgang til nettet i alle sengerom og behandlingsområder, slik at IT-baserte behandlingsprogram kan nås fra der pasienter og behandlere oppholder seg.

Det legges ikke opp til noen form for automatisering av varetransport og avfallshandtering. De ikke medisinske servicefunksjonene søkes samlet, og det opprettes et hensiktsmessig varemottak og en avfallsgård for plassering og henting av avfall.

Den største delen av eksisterende bygningsmasse vil beholdes og bli bygd noe om. Dette legger begrensninger på hva som kan oppnås av ønsket nærhet mellom funksjonene. Målet er å samle sengeområdene bedre. I dag er disse spredd på flere bygg og er delvis plassert i begge ender av bygningskomplekset. Det er videre et mål å redusere avstanden behandlere som ikke er direkte knyttet til en sengpost må bevege seg i løpet av en dag. Avstandene i dag fører til at enkelte behandlergrupper har arbeidsplasser både to og tre steder på sykehuset. Det er videre et mål at transporten for pasientene mellom sengepost og overnattingsområder og behandlingsområder bedres, både ved at avstandene reduseres og ved at korridor og trapp/heisesystem blir mer oversiktlig og både raskere og enklere å benytte.

Sunnaas sykehus har gjennomført en prosess for å sette standarder for kontor som konkluderer med en standard på 6 m² per kontorarbeidsplass. I arbeidet med romprogrammet er det tatt utgangspunkt i denne standarden. Utformingen av kontorarbeidsplasser vil variere mellom de ulike personellgruppene. For de enkelte funksjonene er det definert hvor mange som har behov for en kontorarbeidsplass og hvor mange som vil ha behov for eget kontor på grunn av personalansvar. Programmet for de enkelte funksjonene har satt av et areal til kontor som da kan utformes sammen med enhetene i neste fase av byggeprosjektet. Andelen ledere har påvirket tildelt areal noe, slik at areal per ansatt som defineres å ha behov for en kontorarbeidsplass variere, fra noe over 6 til 7 m² mellom de ulike enhetene.

Sett bort fra det store auditoriet er det i dagens sykehus 6 generelle møterom som er over 20 m². Samlet areal til dette er 230 m². Det er programmert 8 møterom á 20 m² og 4 møterom á 30 m². Samlet gir dette 280 m². Det samtalerom for ca hver 7ende seng i sengeområdet.

6 Sammendrag av Hovedfunksjonsprogrammet - dimensjoneringsgrunnlaget

6.1 Opptaksområde og befolkningsutvikling

Andelen eldre og små barn er lav ved Sunnaas sykehus HF. Befolkningsutviklingen vil derfor i liten grad påvirke behandlingstilbudet.

Tabell 6.1 viser fordelingen av pasienter etter bosted. 75 % av pasientene ved Askimavdelingen kommer fra Østfold, og Helse Sør-Øst står for mer enn 90 % av pasientene, med Ullevål og Aker sykehus som de største leverandørene. Denne fordelingen er etter hvor pasienter bor og ikke etter hvor de ble akutt behandlet, selv om disse kategoriene langt på vei er overlappende.

For TRS er fordelingen annerledes. Brukerne av TRS er fordelt i forhold til landets befolkning. Deres andel av brukere fra Finnmark og Troms er lik andelen fra Oslo, sett i forhold til disse fylkenes befolkning.

Tabell 6.1 Bosted for inneliggende pasienter ved Sunnaas sykehus HF, 2005

HF-område	MNO	RMM	VO	Hjerneskn.	Hjerneskn.	Drøbak	Askim	Sum	Andel	Akkum
Ullevål og Aker	74	125	209	83	47	114	64	716	30,9 %	30,9 %
Østfold	22	36	65	12	9	11	481	636	27,5 %	58,4 %
Innlandet	17	50	46	13	14	8	14	162	7,0 %	65,4 %
Akershus	15	29	45	15	9	26	7	146	6,3 %	71,7 %
Buskerud	11	26	33	14	7	5	4	100	4,3 %	76,0 %
Asker og Bærum	15	14	32	11	9	7	2	90	3,9 %	79,9 %
Vestfold	12	34	19	4	8	1	2	80	3,5 %	83,4 %
Sørlandet	7	24	20	4	1	2	1	59	2,5 %	85,9 %
Blefjell	2	9	21	2	9	4	1	48	2,1 %	88,0 %
Telemark	2	24	13	4	3	1	1	48	2,1 %	90,1 %
Ringerike	4	12	17	1		4		38	1,6 %	91,7 %
St. Olav		5	18	3				26	1,1 %	92,8 %
Stavanger	1	5	16	2	2			26	1,1 %	94,0 %
Fonna	2	4	16	3				25	1,1 %	95,0 %
Haukeland	2	1	17	1	1	2		24	1,0 %	96,1 %
Hålogaland	4	7	8					19	0,8 %	96,9 %
Nordland	3	2	8	2				15	0,6 %	97,5 %
Finnmark	5	2	6			1	1	15	0,6 %	98,2 %
Førde	1	1	7		2			11	0,5 %	98,7 %
Sunnmøre			4	3	2			9	0,4 %	99,0 %
Nordmøre		3	4					7	0,3 %	99,4 %
UNN		1	3	1		1		6	0,3 %	99,6 %
Helgeland		3	2					5	0,2 %	99,8 %
Nord-Trøndelag	1		2			1		4	0,2 %	100,0 %
Sum	200	417	631	178	123	188	578	2315	100,0 %	

6.2 Framtidige endringer innen rehabiliteringsområdet (URT)

Sunnaas sykehus HF var sentral i utarbeidingen av Utvikling av rehabiliteringstjenesten i tidligere Helse Øst (URT) som kom i 2006. Den behandler ikke Sunnaas sykehus HF spesielt, men de enkelte pasientgrupper, og gir en vurdering av kvaliteten på dagens tilbud og hvordan tilbudet bør utvikles. Selv om Sunnaas sykehus HF ikke er spesielt vurdert i utredningene, er det en oppfatning at dagens tilbud ved Sunnaas sykehus HF i all hovedsak stemmer med omfanget av slike tjenester som URT rapportene anbefaler. Ett unntak er hodeskader. På dette området kan det være behov for å øke tilbudet ved Sunnaas sykehus HF, noe dette programmet søker å ta høyde for.

6.3 Aktivitet ved Sunnaas sykehus HF

Tallene som viser aktiviteten er tatt fra Norsk Pasientregisters (NPR) registreringer for 2006. HS og KReSS er i NPR registrert hver for seg, men registreringen er ikke korrekt fordelt mellom enhetene. I tabellen er tallene derfor slått sammen. Beleggsprosentene for VO og KreSS har tatt hensyn til at disse sengene holdes stengt i helger og i ferier, med noen flere stengte dager ved VO enn ved KreSS. Derfor blir beleggsprosenten lav.

Tabell 6.2 Aktivitet ved Sunnaas sykehus HF i 2006, voksne

Avdeling	Opphold dag	Opphold inneligg.	Ligged.	Gj. lgt.	Sengebehov	Beleggsprosent	Dagens sengetall
VO	11	585	4257	6,6	21	55 %	20
HS/KReSS	5	547	15402	27,9	53	85 og 70 %	23+14+18
KReSS	3	512	4377	17,7	17	70 %	18
RMM	0	698	15857	22,7	51	85 %	57
NMS Askim	40	656	7381	10,7	24	85 %	32
SUM	59	2998	47274	16,7	166		182

Barn er trukket ut av hovedtabellen, slik at aktiviteten i

Tabell 6.2 viser behandlede pasienter og liggedager for voksne, mens Tabell 6.3 viser de samme tall for barn. De minste barna benytter ikke Sunnaas sykehus HF, slik at barn ved Sunnaas sykehus er fra skolealder og oppover.

Tabell 6.3 Aktivitetsoversikt 2006, barn, Sunnaas sykehus HF

	Opphold	Liggedager	Gj. lgt	Sengebehov	Beleggsprosent
VO 5203	66	92	1,4	0,5	55 %
HS 5204	19	419	22,1	1,4	85 %
KReSS 5201,5207	3	74	24,7	0,3	70 %
RMM 5206	34	923	27,1	3,0	85 %
NMS Askim 5208	5	93	18,6	0,3	85 %
Sum	127	1601	12,6	5,4	

Tabell 6.4 viser hvor mange andre enn pasienter som overnatter på Sunnaas sykehus daglig. Dette antallet kan økes hvis refusjonsordningen for hjelpere endres.

Tabell 6.4 Andre opphold med overnatting, Sunnaas sykehus HF

Avdeling	Hvem som overnatter
VO	1 pårørende hver dag.
HS/KReSS	2-3 pårørende hver dag
RMM	3-4 pårørende hver dag
NMS Askim	veldig få, overnatter i eget bygg

Det er få polikliniske konsultasjoner ved Sunnaas sykehus, og det er ikke tatt høyde for noe eget arealbehov for denne virksomheten på Nesodden. De konsultasjonene som utføres foretas i eksisterende kontor og i tilknytning til behandlingslokalene.

I forbindelse med tiltaket ”raskere tilbake” vil det etableres en egen poliklinisk virksomhet i Oslo og en utvidet poliklinisk virksomhet i Askim. Virksomheten i Oslo er ikke dimensjonert ennå. I Askim vurderer de at denne aktiviteten kan øke antallet polikliniske pasienter til 50 i uka. Med ca 40 aktive uker i året vil det i så fall 6-7 doble den polikliniske aktiviteten i Askim.

Tabell 6.5 Polikliniske konsultasjoner 2006, Sunnaas sykehus HF

Avdeling	Polikliniske konsultasjoner
Nesodden	639
Askim	306
Ukjent	5
Sum	950

De fleste polikliniske konsultasjonene som i dag gjøres på Nesodden utføres av personell tilknyttet FKL. KReSS regner med at de i løpet av 2007 kommer opp i 90 polikliniske konsultasjoner. Senfaseintervjuene til KReSS defineres som polikliniske konsultasjoner.

TRS har en egen bevilgning og betaler inntil videre en leie for lokalene på Nesodden. De har en fast gruppe registrerte brukere der rundt 1/3 hvert år benytter seg av tjenestene ved å være på Sunnaas over noen dager.

Antallet brukere av TRS øker med 100 til 150 hvert år, og de er jevnt fordelt fra landets regioner i forhold til befolkningsstørrelsen til regionene. Tabell 6.6 og Tabell 6.7 viser antall registrerte

brukere, brukere som benyttet seg av tjenestene ved å være på Sunnaas og hvordan opphold og liggedager fordeler seg mellom primærbrukere og pårørende og hjelpepersonell.

Tabell 6.6 Hovedtall for aktiviteten ved TRS 2005, Sunnaas sykehus HF

TRS	Antall
Registrerte brukere	1687
Personer på kurs eller opphold	694
Personer på kurs eller opphold uten overnatting	213
Utsendte veiledere og diagnoseinformasjon	2814
Brukere benyttet tjenester	556

Tabell 6.7 Opphold og liggedager I 2006, TRS ved Sunnaas sykehus HF

Type bruker	opphold	liggedager
Brukere		
<i>Annet</i>	7	3
<i>Individuelt opphold</i>	82	196
<i>Kurs</i>	135	471
<i>Poliklinikk</i>	40	1
Sum	264	671
Pårørende/fagpersonell		
<i>Annet</i>	4	9
<i>Barn</i>	12	35
<i>Ektefelle/samboer</i>	16	36
<i>Foreldre/foresatt</i>	115	356
<i>Søsken</i>	28	98
<i>Fagpersoner</i>	42	67
Sum	217	601
Samlet sum	481	1272

Det programmerte behov for senger, fordelt på enheter og type seng er presentert i Tabell 6.8.

Tabell 6.8 Programmerte senger i nytt SUNHF etter enhet og type seng

Avdeling	Behandlingssenger	Overnattingsssenger	Sum
VO		22	22
HS/KReSS	41	20	61
Barn	7	3	10
RMM	51		51
TRS		11	11
Treningshybel		3	3
SUM	99	59	158

7 Utbyggingsalternativene

En nærmere beskrivelse av de tre alternativene gjøres i kapittel 9 Skisseprosjektet.

Tabell 7.1 viser netto- og brutto areal for de tre alternativene.

Tabell 7.1 Netto og bruttoareal for de tre alternativene

	Netto areal	Brutto areal

Nullalternativet	21.943	26.288
A-alternativet	11.750	19.725
B-alternativ	11.750	18.191

7.1 Nullalternativet

Alle bygg beholder dagens funksjon.

Våtromsløsninger, el- og VVS-anlegg gjennomgår en omfattende oppgradering til nødvendig framtidig standard. Dette innebærer også utskifting av dører og vinduer i enkelte bygg.

Alle bygg får en enkel innvendig oppussing.

Askim drives videre og vedlikeholdes for å opprettholde dagens aktivitetsnivå.

7.2 A-alternativet

Bygg A og B opprettholdes og trenger kun lett oppussing. Dette inkluderer nye heiser, el- og teleanlegg i begge bygg og ventilasjonsanlegg i bygg B

Det lille og store bassenget samt auditoriets plassering og utforming forblir uendret. Bygg H opprettholdes med nåværende sengefunksjoner, men oppgraderes til nødvendig standard for framtidig drift. Bygg F og G totalrenoveres for å gi plass for nye funksjonelle treningsarealer.

Byggene C, D, E, K og P rives og tomtene der disse står selges.

Drøbak avhendes og Askim drives videre og vedlikeholdes for å opprettholde dagens aktivitetsnivå.

7.3 B-alternativet

Bygg A og B rives og erstattes av nybygg.

Det lille og store bassengs samt auditoriets plassering og utforming forblir uendret. Bygg H opprettholdes med nåværende sengefunksjoner, men oppgraderes til nødvendig standard for framtidig drift. Bygg F og G totalrenoveres for å gi plass for nye funksjonelle treningsarealer og sengeposter.

Byggene C, D, E, K og P rives og tomtene rundt disse byggene selges.

Drøbak avhendes og Askim drives videre og vedlikeholdes for å opprettholde dagens nivå.

7.4 Areal og arealramme

Brutto sykehusareal ved nullalternativet er 26 288 m². Dette inkluderer arealene i Drøbak som i denne situasjonen ikke uten videre kan avhendes. De utgjør 2 311 m².

Skisseprosjektet viser at bruttoarealet for A-alternativet er 19 725 m² og ved B-alternativet 18 741 m².

Det er derfor en betydelig forskjell mellom nullalternativet og de to andre. Forskjellen mellom A- og B-alternativet er så vidt liten at disse to må ansees å være tilnærmet like arealkrevende.

8 Driftsøkonomi, organisasjonsutvikling

Ved Sunnaas sykehus HF på Nesodden og i Drøbak brukes det like i overkant av 500 årsverk fordelt på like under 550 personer. 21 årsverk er knyttet til barnehagene som ikke påvirkes av byggeprosjektet. TRS er finansiert via en egen, øremerket bevilgning, og påvirkes derfor ikke av byggeprosjektet i første omgang. Etter etablering av virksomhet i et eventuelt nytt bygg, vil TRS komme sentralt i bygget og det vil gi muligheter for et fruktbart samarbeid mellom denne enheten og tilgrensende funksjoner i den øvrige delen av Sunnaas sykehus HF. De delene av FKL som er direkte knyttet til forskning og undervisning er også sett bort fra når byggets muligheter for å bidra til en effektivisering av driften.

I programmet er det tatt høyde for en økning av sengetallet ved hodeskadeavdelingen. Det forutsettes at dette først skjer etter et vedtak om at Sunnaas sykehus HF skal utvide sitt ansvarsområde på dette feltet. Da vil det måtte følge med driftsmidler. Denne utgiftsøkningen er ikke tatt med i vurderingene av endringer i driftsøkonomien i dette avsnittet.

Når en eventuell økning i senger for hodeskadeavdelingen sees bort fra, vil sengetallet ikke endres. Antall rene overnattingssenger vil imidlertid øke noe og bli tydeligere organisert og plassert i sykehuset. Allerede i dag er det senger som drives som rene overnattingssenger, slik at effekten ved å gå fra bemannede sengeområder til rene overnattingssenger allerede er delvis realisert. Dagens bemanningsnorm ved de bemannede sengepostene forutsettes uendret. Et pasienthotell skal ha en døgnåpen resepsjonstjeneste. I sum gir dette en mindre reduksjon i personellbehovet for sengepostene.

Behandlere og fagpersoner som ikke er direkte knyttet til sengepostene er leger, psykologer, sosionomer, ergoterapeuter, fysioterapeuter, pedagoger og andre terapeuter. Ved en større grad av samling av disse vil de kunne utnyttes på en bedre måte. Ved å vurdere antall pasienter som er tilgjengelige for behandling innenfor normal arbeidstid og ved å ta høyde for behovet for kunnskapsoppdatering og administrasjon, er det sannsynliggjort at det er mulig å utnytte denne behandlerressursen bedre enn i dag.

Når det gjelder ikke medisinsk service vil det ved A- og B-alternativet være mindre areal å rengjøre og vedlikeholde og det vil være mulig å samordne ekspedisjonstjenester, sekretærtjenester og tilsvarende på en bedre måte enn i dag.

I sum er vurderingen den at utnyttingen av personell kan effektiviseres tilsvarende en innsparing på om lag 11 millioner kroner per år. Det utgjør i underkant av 3 % av driftsutgiftene i 2006 for hele Sunnaas sykehus, og ansees å være et realistisk mål. Sees innsparingen i forhold til virksomheten på Nesodden og i Drøbak er den effektive effektiviseringen litt over 4 %.

9 Utbyggingsmønster og muligheter - skisseprosjektet

9.1 Skissetegninger av de tre alternativene

Figur 9.1 viser dagens Sunnaas sykehus HF. I alternativene med nybygging og ombygging er det byggene K, D, E og P som skal rives og eiendommen selges for utvikling av leiligheter til salg.





























TRS og delvis VO benytter i dag byggene K og D, mens HS1 og 2 holder til i A, B og D. Hovedatkomst er i overgangen mellom bygg B og F. I bygg A og B er det kontor for serviceavdeling, noe stab, RMM 1 og psykologkontor. Bygg F rommer kantine, fysioterapi og ergoterapi, samt noen laboratorier. Bygg G rommer bassengene, SSKS, FKL, auditoriet og kontor for stab og deler av serviceenheten. RMM er hovedbruker av bygg H.

Figur 9.1 Oversikt over dagens Sunnaas sykehus HF på Nesodden



Figur 9.2 viser fargekoder for enhet og funksjon som er plassert i de forskjellige bygningseenhetene.

Figur 9.2 Fargekoder for de ulike enheter plassert i A- og B-alternativene

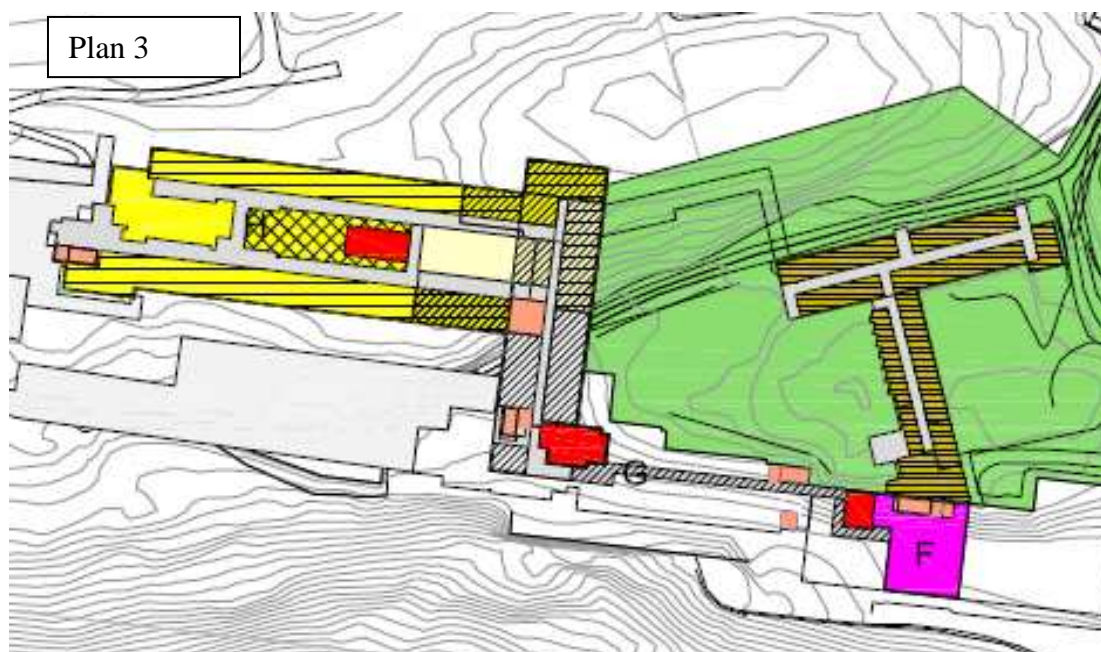
FUNKSJONER					
	Stab felles /kontor		HS/KReSS		Pasienthotell - nytt
	Service		HS/KReSS kontor		Trapp/Hels
	TRS Kontordel		HS/KReSS sengerom		Teknfske rom
	FKL		HS/KReSS sengerom/nybygg		Korridor (nybygg)
	FKL Kontor		RMM		Brutto areal
	Fysioterapf		RMM kontor		Ledfg
	Fysioterapi/gymsal (nybygg)		RMM sengerom		
	Ergoterapi		RMM sengerom (nybygg)		
	VO Kontor		Barneenhet		
	Basseng		Barneenhet (nybygg)		
	SSKS		Barneenhet sengerom (nybygg)		

Figur 9.3 viser hovedløsningen for A-alternativet, der byggene A og B er beholdt, mens byggene D, E, K og P er revet. Det viser plan 3 som er det nivået RMM sin sengepost ligger på i dag. Da må HS1 og 2 sine sengeposter samles i bygg A og B. RMM blir værende i bygg H og mellom bygg G og H etableres et sengeområde som vil huse de rene overnattingssengene og være et pasienthotell. Formen på bygg H gjør det umulig å utnytte denne til pasienthotell, fordi de store mørke arealene sentralt i bygget da ikke kan utnyttes på en funksjonell måte.

Bygg F og G og det nye bygget mellom G og H disponeres likt i A- og B-alternativet og beskrives i forbindelse med. Det forutsettes et korridorsystem som ikke fører til gjennomgangstrafikk i ”pasienthotellet” og det er etablert en korridor over taket på bygg G til kantina.

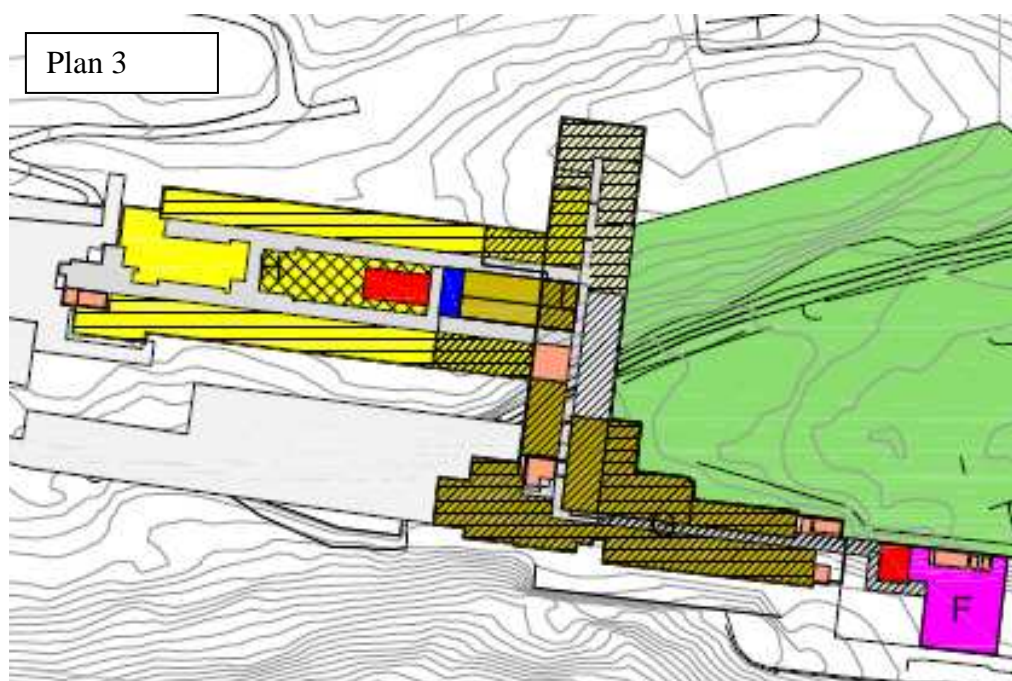
Den nye barnenheten er lagt i forlengelsen av RMM sin sengepost.

Figur 9.3 Skisse over A-alternativet



Figur 9.4 viser hovedskissen for B-alternativet, også det på plan 3. Her er byggene A og B revet og det er etablert en sengepostetasje på taket av dagens bygg G. Denne plasseringen leder mot en løsning der dagens kantine flyttes ned til området ved ny hovedinngang. Opprettholdes dagens plassering av kantina vil HS1 og 2 oppleve en del gjennomgangstrafikk til kantineområdet. Dagens kantineområde vil da bli kontorområde for blant annet staben. En slik flytting av kantina vil også være aktuell i alternativ A. Barneenheten har her fått en plassering som vil gjøre det mulig å bevege seg ut på terreng fra sengeområdet. Antallet pasienthotellsenger er noe mindre i denne etasjen i dette alternativet enn i A-alternativet.

Figur 9.4 Skisse over B-alternativet



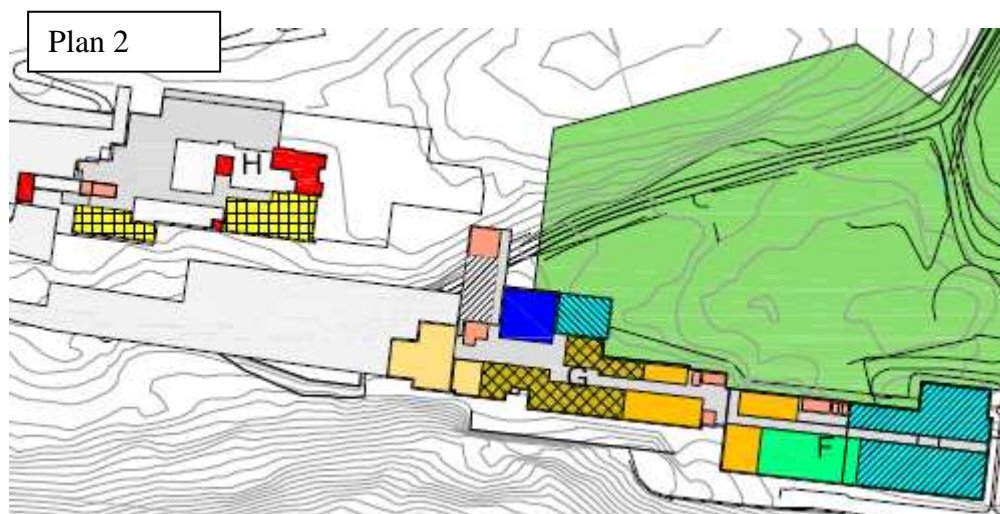
I de øvrige planene er plasseringer av enheter ganske lik for de to alternativene.

Figur 9.5 viser for plan 4 hvordan det vil se ut for A-alternativet. De øvrige skissene referer til B-alternativet som da er lik det andre alternativet bortsett fra at det ligger en underetasje av bygg A igjen i plan for det andre alternativet.

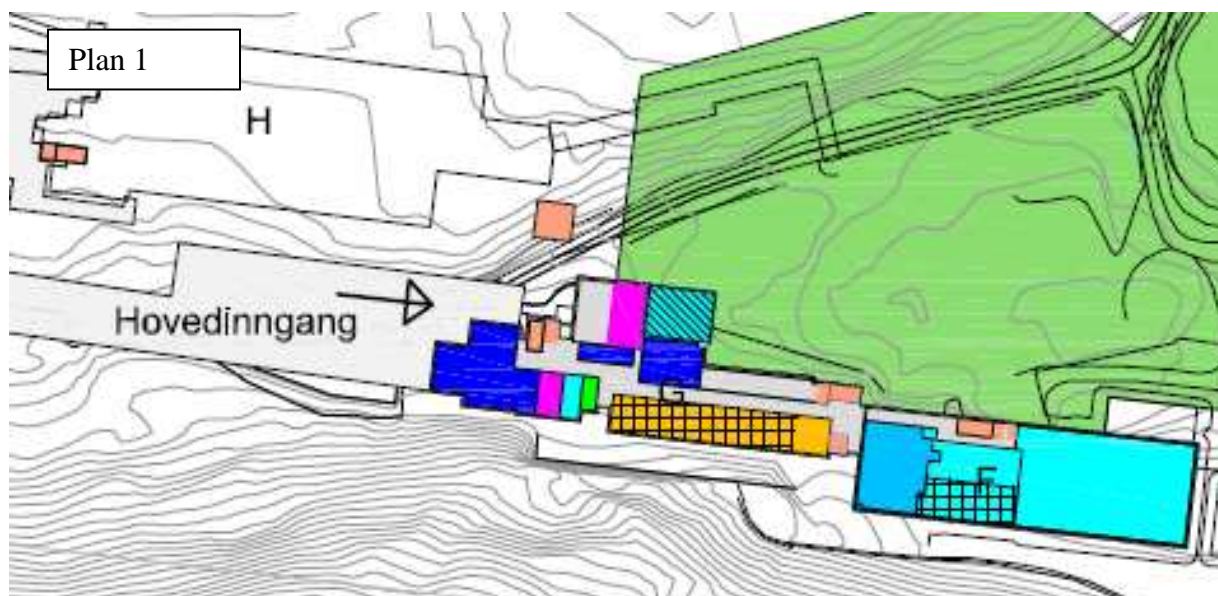
Figur 9.5 De ulike etasjenivåene i byggene F og G og forbindelsen G-H



I plan 2 er det plassert kontor for RMM i bygg H. I bygg G finnes TRS, en del av pasienthotellsengene, kontor for HS og FKL. I bygg F er SSKS lagt inn til ergoterapiområdet.



I plan 1 er ny hovedinngang plassert. Administrative funksjoner, bibliotek og LMS ligger like ved hovedinngangen. Det kan være et alternativ å bruke deler av dette arealet til en kantine. Inneliggende pasienter til RMM kan fortsatt komme direkte inn til RMM. Alle andre pasienter og besøkende kommer da inn hovedinngangen. Pasienter og besøkende som skal overnatte i pasienthotellet kan med denne løsningen gå direkte opp til sitt overnattingsrom eller til treningsområdene, uten å gå gjennom eller være i nærheten av behandlingssengene. På dette planet har FKL sine kontor og noe laboratorievirksomhet. Den øvrige laboratorievirksomheten er plassert i etasjen over. Ved siden av det lille bassenget har fysioterapi sine behandlingslokaler. Trenings salen med ekstra høyde under taket er lagt ved siden av auditoriet.



Plan 0 huser noen administrative rom, det store bassenget og ellers de ikke medisinske servicetjenestene. I bygg F er det nå bare et heis og trappeområde som går gjennom alle etasjer.



Kjeller består bare av tekniske rom.



9.2 Funksjonsbeskrivelse

Med nullalternativet er det liten mulighet for å endre på arbeidsprosessene i dagens sykehus. En utvidelse av sengekapasiteten til HS vil være vanskelig. Det samme vil etableringen av en god barneenhet og fraflytting av bygget i Drøbak vil være vanskelig å realisere.

Skisseprosjektet viser at med A-alternativet må sengene som nå er i bygg A og B beholdes i disse byggene. Sengeområdene vil da stadig være atskilt av bygg som rommer behandlingsareal, forskningsareal og kontor og møterom. Byggene A og B vil måtte bygges vesentlig om for å tilfredsstille programmets krav til sengerom og toaletter/bad.

B-alternativet gir en bedre mulighet til å samle sengeområdene og for nybyggenes del legge disse slik at forbindelsen mellom sengeområder og de sentrale behandlingsområdene forenkles.

9.3 Utbyggingsmønster og muligheter

Ved nullalternativet vil dagens bygningsmasse opprettholdes. Det er en langstrakt bygningskropp bundet sammen med egne overbygde korridorer. Mulighetene for bygningsmessig utvikling er begrenset uten at det tas så vidt omfattende grep som ved alternativ A eller B.

Ved alternativ A tvinges prosjektet til å legge sengeposter i byggene A og B som er mindre egnet til å tilfredsstille kravene til rom og utforming av sengeposter i moderne sykehus. Dette er den eldste delen av bygningsmassen og spesielt bygg B er ganske smalt.

B-alternativet gir muligheter for å utforme sengepostene på en bedre måte og gir et mer kompakt sykehus med kortere avstander og enklere korridorløsninger.

For både A- og B-alternativet gjelder at bygg F i liten grad er egnet til annet enn store åpne behandlingsområder, grunnet sin store dybde. Bygg G er sterkt bundet av de to bassengene og ved at den ene siden ligger uten tilgang til akseptabelt dagslys. Bygg H har også en stor dybde, noe som gjør at det er store mørke områder sentralt i bygget som har begrenset utnyttingspotensial. Området for pasienthotellsenger har for eksempel få støtterom, og vil derfor vanskelig kunne utnytte etasjen. RMM har sine sengeposter der i dag og den etasjen må nok også for framtida romme behandlingssenger.

9.4 Framtidig fleksibilitet

Etter utskillingen av den delen av tomte som er foreslått utviklet til boliger, vil gjenværende tomt til Sunnaas sykehus HF på Nesodden ligge mellom 40 og 50 mål. Bebygd areal vil i både alternativ A og B være under halvparten av dette. Det vil derfor være anledning til å utvide funksjonsarealet til sykehuset vesentlig om det skulle være et behov i framtida.

Nybygg ville da mest naturlig legges i tilknytning til den nye forbindelsen mellom G og H byggene, på taket av H-bygget eller i tilknytning til F-bygget.

10 Kostnadskalkyle, utstyr og bygg

10.1 Hovedprogram for utstyr

Det fullstendige Hovedprogram utstyr (HPU) følger som vedlegg til dette Hovedfunksjonsprogrammet.

HPU inkluderer alt brukerutstyr. Det er lagt spesielt vekt på utstyr som er kostbart og utstyr som er bygningspåvirkende eller installasjonspåvirkende. Byggutstyr er holdt utenfor HPU.

Utstyrs kalkylen er bygd opp slik at det er en sammenheng mellom rombehovet i HFP og brutto utstyrsbehov. Endringer i HFP vil gi utslag på utstyrs kalkylen. Kostnadsvurderingene er basert på dagens prisnivå.

I forbindelse med konseptfase for SUNHF vurderes to alternative utbyggingsmodeller på Nesodden som omfatter nybygg og omfattende ombygginger. Disse to alternativene er i HPU behandlet samlet. Utstyrs kalkylen vil være gyldig uansett alternativ, ettersom begge alternativene innebærer det samme utstyrsbehovet og like flyttekostnader.

Bygging av nye lokaler for et eksisterende sykehus innebærer i seg selv ikke endringer i utstyrsbehov, men i forbindelse med utbygginger skyldes store utstyrsanskaffelser andre forhold. Det kan skyldes at det nye sykehuset får nye funksjoner som det før ikke har hatt. Eller det kan skyldes endring i driftsmodeller som kan gi endring i utstyrsbehovet. Det kan også skyldes gammelt utstyr som av tekniske eller økonomiske grunner ikke er medflyttbart. Det må gjøres gjenanskaffelser parallelt med byggeprosjektet.

Analysene i HPU tar utgangspunkt i dagens situasjon ved SUNHF. Konklusjonene i rapporten baseres på om endringene skulle skjedd i dag. Det forutsettes at utstyr reanskaffes løpende frem til byggestart, for å opprettholde verdi og alder på dagens utstyrspark.

HPU omfatter kun brukerutstyr, ikke byggutstyr. Det skilles mellom ulike typer utstyr på flere nivåer. På overordnet nivå skilles brukerutstyr og byggutstyr. Byggutstyr er tekniske installasjoner

i bygget, som elektro- og VVS-installasjoner. Dette utstyret forutsettes ivaretatt av tekniske konsulenter på de respektive fagområder og omfattes ikke av HPU.

Brukerutstyr deles inn i medisinsk-teknisk utstyr (MTU), grunnutrustning (GRU), møbler og inventar (INV) og utstyr til informasjons- og kommunikasjonsteknologi (IKT).

- MTU omfatter utstyr for kliniske formål, dvs. pasientbehandling og undersøkelser og mot forskning og undervisning. Eksempler på utstyrstyper er laboratorieutstyr, billeddiagnostisk utstyr, termometer, pulsoksimetere, nervestimulatore osv.
- GRU omfatter blant annet pasientløftere, senger, undersøkelsesbenker, spesialmøbler, rengjøringsutstyr, kontor og A/V-utstyr, samt hvite- og brunevarer.
- INV omfatter blant annet bord og sittemøbler, møtebord, kontormøbler, gardiner/tekstiler og diverse småutstyr.
- IKT omfatter IT periferutstyr, sentrale servere, medisinsk IKT (lab.-system, utstyrsdatabase), elektroniske pasientjournaler.

Det anslås et netto investeringsbehov på totalt 36 mill kr inkl mva, se Tabell 10.1. En forutsetning er at det sørges for å legge til rette for at sykehuset sin investeringstakt for utstyr holder seg på det samme nivået som i dag, fram til ferdigstilling av prosjektet, dvs. ca. 4 millioner kroner hvert år. (Ca. 10 % av netto utstyrsverdi).

Ettersom størrelse eller funksjon på sykehuset ikke endres betydelig, tar beregningen utgangspunkt i verdi på dagens utstyr når det gjelder MTU. Verdi på dagens utstyr og kostnad for innkjøp av nytt utstyr er brukt som grunnlag for brutto utstyrs kalkyle for MTU. For GRU, INV og IKT er brutto utstyrs kalkyle beregnet fra antall rom i romprogrammet. Andel av overflyttbart utstyr er vurdert og trukket fra for å finne netto utstyrsbehov. For detaljer se vedlegg 1 for HPU.

Tabell 10.1: Brutto- og netto utstyrs kalkyle

	MTU	GRU	INV	IKT	SUM Brukerutstyr
Bruttokalkyle eks mva	16 200 000	7 066 000	8 428 000	5 250 000	36 944 000
MVA 25 %	4 050 000	1 766 500	2 107 000	1 312 500	9 236 000
Bruttokalkyle inkl mva	20 250 000	8 832 500	10 535 000	6 562 500	46 180 000
Andel overflyttbart	30 %	15 %	15 %	15 %	
Nettokalkyle inkl.mva	14 175 000	7 507 625	8 954 750	5 578 125	36 215 500

Det er gjort en vurdering av hvor mye av dette utstyret det er nødvendig å anskaffe fordi det bygges om og bygges nytt, og hvor mye som inngår i de årlige vurderingene av hva som ønskes nyanskaffet. Det konkluderes med at det som en del av byggeprosjektet må settes av 18 millioner kroner til utstyr.

10.2 Investeringskostnad bygg

Tabell 10.2 viser beregnet kostnad for A- og B-alternativet. Kostnaden per m² er størst for B-alternativet, men dette veies opp ved at arealet i A-alternativet er større.

De beste tall vi har for nullalternativet er de foreliggende planene for vedlikehold og nødvendig ombygging i eksisterende bygningsmasse. De nærmeste årene varierer anslagene noe, men kalkylen for 2008 er noe over 17 millioner kroner. Der er sannsynlig at behov ene framover vil øke. Forutsettes det at det hvert år må settes av 18 millioner kroner til omfattende vedlikehold og ombygginger i nullalternativet, vil dette tilsvare en investering på 326 millioner kroner, med en rentekostnad på 5 % og en avskrivningstid på 45 år.

De årlige utgiftene ved A- og B-alternativet, beregnet på samme måte, vil være henholdsvis 24 og 23 millioner kroner.

Tabell 10.2 Investeringskostnad bygg for A- og B-alternativ

	A	B
1-6 Huskostnad	239.515.276	228.204.627
7 Utendørs	7.000.000	7.000.000
1-7 Entreprisekostnad	246.515.276	235.204.627
8 Generelle kostnader	26.341.115	25.427.041
1-8 Byggekostnader	272.856.391	260.631.668
9 Spesielle kostnader	153.481.721	146.605.313
0.1 Reserver	27.285.639	26.063.167
0.2 Marginer	40.928.459	39.094.750
mva	85.267.623	81.447.396
1-9 Prosjektkostnad	426.338.112	407.236.981

11 Eiendomssalg

Eiendommen i Drøbak er på 2 099 m² brutto. Det forutsettes en utvikling av denne eiendommen med utbygger, slik det er tenkt for det frigjorte området på Nesodden. Antatt inntekt etter salg av leilighetene som kan tilføres prosjektet blir da 30 millioner kroner.

Det har vært en god kontakt med Nesodden kommune vedrørende omregulering av området som frigjøres ved valg av A- og B-alternativet, og det legges til grunn at området sør-øst på dagens eiendom kan omreguleres fra offentlig virksomhet til boligformål. Sunnaas sykehus HF er enig med kommunene om å se Sunnaas sitt eiendomsprosjekt i sammenheng med kommunenes planer om å bygge ut sykehjemmet som ligger nær sykehuset. Det har videre vært kontakt med veivesenet for å se på alternative innkjøringsveier til sykehus og sykehjem. Velges B-alternativet forutsettes det at det som da blir frigjort areal opprettholdes som en del av sykehusarealet, som et ikke bebygde uteområde.

Tilgjengelig tomtareal for boligbygging er vist å være i overkant av 15 mål. Dette kan gi en anledning til å bygge leiligheter med et samlet brutto areal på i overkant av 14 000 m².

Det er foretatt en vurdering av hva det er mulig å få for denne eiendommen. Vurderingen er at solgt som tomt for eneboliger, vil det kunne gi ca. 11 millioner kroner i inntekt. Solgt til tomt for bygging av leiligheter med et brutto boligareal på i overkant av 12 500 m², vil det kunne gi en inntekt på 32 millioner kroner. Om Sunnaas sykehus HF etablerer et selskap med en utbygger, der

partene tar 50 % hver av det endelige overskudd, og utbygd areal er 14 000 m², kan inntekten bli 65 millioner kroner.

I tillegg har Sunnaas sykehus HF noen frittstående leiligheter på Nesodden og i Askim som i sum kan selges for 4-8 millioner kroner.

Etter salget av sykehusleiligheter, ved opprettelsen av helseforetaket, ble tidligere Helse Øst RHF, nå Helse Sør-Øst RHF, tilført 25 millioner kroner som det forutsettes kan benyttes av byggeprosjektet.

Forutsettes det at Sunnaas sykehus HF etablerer et utviklingsselskap sammen med en utbygger, vil det derfor være mulig å realisere 124-128 millioner kroner til prosjektet.

Tidspunkt for realisering av eiendomssalg vil komme noe etter ferdigstillingen av byggeprosjektet. Inntekter fra salg av boliger ved overgangen til foretaksorganiseringen er tilgjengelig i dag.

Salg av enkeltleiligheter vil kunne realiseres når foretaket ønsker det.

Utviklingen av de fristilte arealene på Nesodden vil først kunne igangsettes ved fraflytting av eksisterende bygg. Det betyr at inntekten først kan benyttes 3-4 år etter innflytting i nytt bygg. For å oppnå best mulig pris på leilighetene vil det antagelig også legges en strategi for utviklingen av disse frigjorte arealene som ferdigstilles for salg i etapper. Inntektene fra salget vil derfor tilflyte prosjektet i en tidsperiode fra som varer fra 3-8 år etter innflytting i nytt bygg. Det knytter seg en risiko til alle utviklingsprosjekt. Med unntak av en periode i overgangen mellom 1980 og 1990 tallet har boligprisene økt mer enn den generelle prisstigningen og mer enn lånerenta. En slik forskyvning som vist over, vil derfor ha muligheter for å tilføre prosjektet mer midler enn om alle inntektene ble realisert ved ibruktakelsen av det nye sykehusbygget.

12 Finansieringsplan

Investeringskalkylen er gjort med 2007 priser, både for bygg og utstyr.

Det legges til grunn at de årlige bevilgningene til foretaket korrigeres for den løpende prisstigning, og at investeringskostnadene følger den samme utviklingsbanen. Fram til innflytting vil derfor investeringenes størrelse i forhold til foretakets løpende inntekter og utgifter ikke endre seg.

Siden foretaksreformen har overføringene til spesialisthelsetjenesten økt noe mer enn den generelle prisstigningen i samfunnet. Skulle dette fortsette, vil investeringenes andel av de samlede driftsutgifter synke noe fram til prosjektets ferdigstillelse.

I den grad det er nødvendig å ta opp byggelån, forfaller disse til betaling etter innflytting i nytt bygg, mens rentene løper fra tidspunktet for låneopptak.

Byggetid settes til 3 år og prosjekteringstid 1 år. Utgiftene fordeles med 5 % før byggestart, deretter årlig 20 %, 35 % og 40 %.

Avskrivningene for bygg og utstyr varierer fra 5 år for IT utstyr til 60 år for råbygget. Vi setter levetid for utstyr til 10 år og en veid levetid for bygg og tekniske løsninger til 45 år. Termineringsverdien for utstyr settes til 0, mens den for bygget settes lik eiendomsverdien.

Det beregnes to utgiftsbilder. Det ene viser hva som er den reelle, finansielle utgiften for Sunnaas sykehus HF, knyttet opp til hva som må lånefinansieres. I dag varierer lånerenta noe i forhold til bindingstid. Med bindingstid 10 år er den i dag 5,52 %. I kalkylene i dette dokumentet forutsettes det noe økning i renta, slik at 6 % benyttes som lånerentenivå, med en avdragstid på 20 år.

Det andre utgiftsbildet viser en samfunnsøkonomisk vurdering av kostnader og nytter av prosjektet. I dag er anbefalt rente i slike beregninger satt til 4,55 %. Beregningene i dette notatet legger 5 % til grunn.

12.1 Andel egenfinansiering

Det vises til kapittel 11 om eiendomssalg og legges inn en inntekt på 128 millioner kroner fra dette for A- og B-alternativet.

12.2 Lånefinansiering

For A- og B-alternativet kan lån dekkes av reduserte driftutgifter.

Velges de forventede driftsinnsparingene å benyttes til å finansiere byggelån. Kan 10 millioner trekkes fra de årlige investeringsutgiftene.

12.3 Avskrivningstilskuddet

Samlet avskrivningstilskudd for eiendommene på Nesodden og i Drøbak var 31,2 millioner kroner i 2006. For 2008 er det planlagt brukt noe over 17 millioner kroner på større oppussingsarbeider og rehabilitering for Sunnaas sykehus HF. Dette forutsettes å kunne reduseres med 10 millioner kroner ved A- og B-alternativene som da vil kunne benyttes til betaling av lån.

12.4 Endelige finansieringsplan

Tabell 12.1 viser netto investeringsbehov når inntekter fra eiendomssalg er trukket fra. Ved nullalternativet kan det ikke påregnes annet salg enn leiligheter til en verdi av 8 millioner kroner og tilgang på inntektene for allerede solgte leiligheter på 25 millioner kroner.

Tabell 12.1 Netto investeringsbehov

Alternativ	A	B	Nullalternativet
Investeringskostnad bygg	426.338.112	407.236.981	326.000.000
Investeringskostnad utstyr	18.000.000	18.000.000	18.000.000
Salg og avhending av eiendom	-128.000.000	-128.000.000	-33.000.000
Netto investeringsutgift	316.338.112	297.236.981	311.000.000

Tabell 12.2 viser hvordan de årlige utgiftene vil bli ved en lånefinansiering av dette investeringsbehovet. Gjennom driftsinnsparing og bidrag fra de årlige overføringene til avskrivning dekkes mye av dette, men det gjenstår henholdsvis 18 og 5 millioner kroner.

Dette utgjør da henholdsvis 206 og 103 millioner kroner av investeringsbehovet.

En fullfinansiering av behovet forutsetter da enten en ytterligere driftsinnsparing, en økning i avkrivingstilskuddet, eller et bevilget engangsbetrag mellom 100 og 200 millioner kroner.

Tabell 12.2 Lånefinansiering av netto investeringsbehovet (millioner NOK)

Alternativ	A	B
Årlig utgift lån over 20 år, 6 %	-28	-26
Driftsinnsparing	4	11
Bidrag avskrivninger	10	10
Rest lån som ikke er dekket	-14	-5
Rest tilsvarende i investering	160	57

13 Samfunnsøkonomisk kost- nytte analyse

De samfunnsøkonomiske kostnadene ved prosjektet er avgrenset til investeringsutgiftene til bygg og utstyr.

Nytten av investeringene er en mulig driftseffektivisering, som i første rekke er knyttet til realiseringen av A-alternativet.

I tillegg vil nytten gjenspeiles ved at pasientene får et bedre og mer tilgjengelig tilbud som sikrer at fagmiljøet ved Sunnaas sykehus HF kan holdes samlet som et ledende rehabiliteringsmiljø i Norge.

13.1 Gevinstanalyse

For A- og B-alternativet reduseres dagens areal med neste 25 %. Dette er nær det målet som ble satt fra tidligere Helse Øst RHF sin side for regionens sykehusarealer. For nullalternativet reduseres ikke dagens areal.

Driftseffektivisering på 11 millioner kroner årlig er knyttet til B-alternativet. A-alternativet vurderes å kunne gi en driftsinnsparing på 4 millioner kroner årlig.

Det vil ikke være mulig å sette et økonomisk tall på gevinsten for pasientene ved at bygningene blir mer imøtekommende og funksjonelle og ved at treningstilbudet blir mer tilgjengelig. Gevinsten på dette område vil også være med på å befeste Sunnaas sin posisjon som rehabiliteringsinstitusjon.

13.2 Kostnads- og investeringsanalyse

Det vises til Tabell 12.1 der netto investeringsbehov for bygg og utstyr ved de tre alternativene er:

Nullalternativet: 326 millioner kroner.

A-alternativet: 426 millioner kroner

B-alternativet: 407 millioner kroner

Kostnadene til utstyr settes likt i de tre alternativene.

13.3 Termineringsverdi

Det forutsettes en avskrivning av bygg med tekniske systemer til 45 år. Termineringsverdien for byggene på Nesodden settes lik estimert salgsverdi på de tidligere frigjorte arealene, da det gjenværende tomtearealet er tilnærmet like stort.

Det legges til grunn en avskrivningstid på utstyr på 10 år. Termineringsverdien settes til 0.

13.4 Kontantstrøm

Den samfunnsøkonomiske renten settes til 5 % og den årlige kontantstrømmen av investeringskostnaden blir da som i tabell

Tabell 13.1 Årlige samfunnsøkonomiske kostnader for investeringene

Alternativ	A	B
Bygg	-24,4	-23,3
Utstyr	-2,3	-2,3
Sum	-26,7	-25,6

13.5 Kvantitativ analyse

Salgsinntekter er beregnet til 128 millioner kroner, men kan antagelig variere fra 80 til 140 millioner kroner. Avviket oppover er noe større enn det nedover fordi vi har lagt oss på et forsiktig anslag både for hvilket areal som vil bli tillatt bygd og salgsprisen, der begge faktorer antas å kunne øke verdien, men der tillatt bebygd areal ikke forventes å bli mindre enn det som er lagt inn i beregningene.

Ved B-alternativet vil mengden ikke bebygd areal øke, noe som kan bidra til at tillatt bebygd leilighetsareal kan bli noe høyere enn ved A-alternativet.

Mulige driftsinnparinger vil kunne variere fra 8 til 15 millioner i forhold til de 11 som er lagt inn i beregningene.

13.6 Kvalitativ analyse

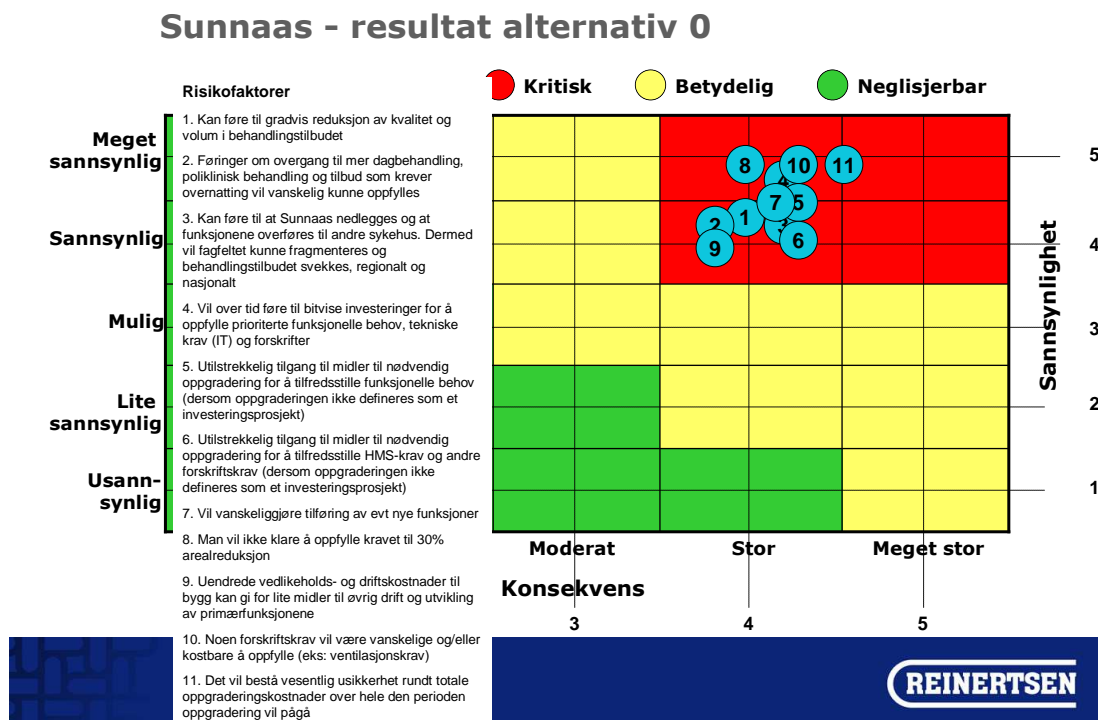
Usikkerhetsanalysen viser at det er størst usikkerhet knyttet til nullalternativet og minst knyttet til B-alternativet. Muligheten for å kunne tilfredsstille pasientkrav, mulighet for mer egentrening og sekundære tilbud i forhold til i dag, er først og fremst knyttet til A- og B-alternativet, med B-alternativet som det med flest muligheter.

13.7 Usikkerhetsanalyse og gevinstmål

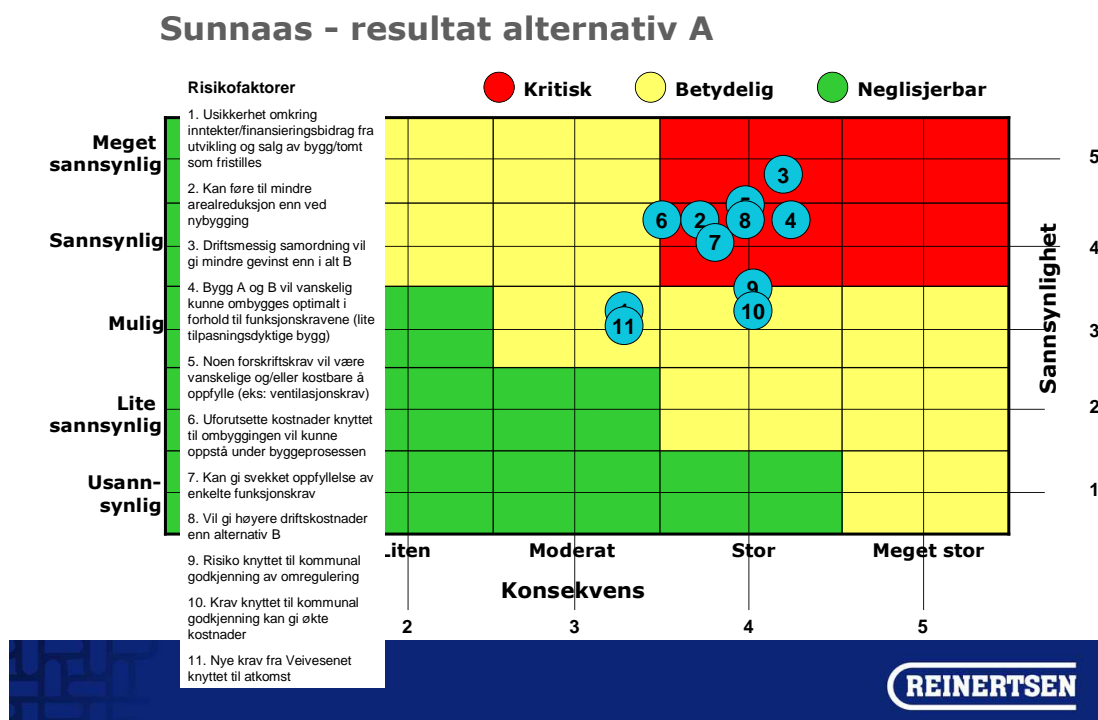
Siden det ennå ikke er valgt ett utbyggingsalternativ har usikkerhetsanalysen konsentrert seg om å vurdere de tre alternativene i forhold til hverandre når det gjelder usikkerhet. De elementene som er vurdert er:

Figur 13.1 til Figur 13.3 viser resultatet av usikkerhetsanalysen for de tre alternativene. Den viser at den samlede usikkerheten er lavest for B-alternativet.

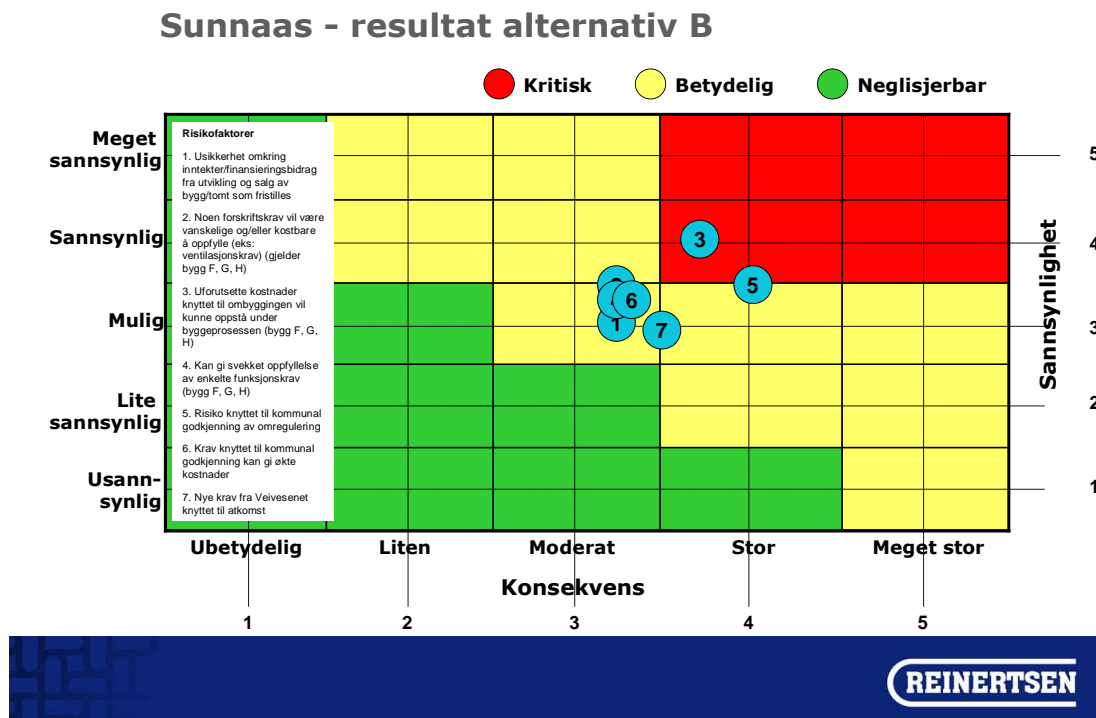
Figur 13.1 Usikkerhetsvurderingen av nullalternativet



Figur 13.2 Usikkerhetsvurderingen av A-alternativet



Figur 13.3 Usikkerhetsvurdering av B-alternativet



13.8 Tiltaksplan

Idéfaserapporten anslo investeringskostnadene til bygg ved et alternativ med ombygging/nybygging til å være 315 millioner kroner eksklusive mva. Kostnadsanslagene nå inkluderer mva, reserver og marginer og ligger da noe lavere enn anslaget gitt i idéfasen. De to fasenes kostnadsanslag virker derfor forholdsvis konsistente. Den største usikkerheten når det gjelder byggekostnadene er knyttet til å bygge på taket av bygg G. Det eksisterer ingen tegninger og beregninger for dette bygget som kan si noe om dette. Før neste fase settes i gang vil det derfor være hensiktsmessig å foreta en egen vurdering av dette byggets bæreevne.

13.9 Plan for gevinstrealisering

Den største usikkerheten knyttet til nullalternativet er om SUNHF med en slik framtidsutsikt vil kunne fungere som et samlet fagmiljø. Derfor vil antagelig den største gevinstrealiseringen ved A- og B-alternativet være nettopp at fagmiljøet vil kunne fortsette å utvikle seg som en samlet enhet.

Det er vist i de analysene som er foretatt at alternativ B har et større potensial på alle målbare områder enn A-alternativet.

Ved siden av å kunne utvikle SUNHF videre som et samlet fagmiljø, er det en driftseffektivisering som kan gi den største gevinsten. Dette muliggjøres best ved at det parallelt med en videre planfase gjennomføres en diskusjon om organiseringen av virksomheten i et nytt bygg.

14 Framdrift

Det forutsettes at styret ved Sunnaas sykehus HF tar standpunkt til videreføring av byggeprosjektet i løpet av november og desember 2007. Etter det må prosjektet godkjennes av Helse Sør-Øst RHF. Om denne godkjenningen foreligger i løpet av februar 2008, vil neste fase som omfatter et forprosjekt kunne påbegynnes for fullt fra og med mai 2008.

Med en byggetid på 3 år og en prosjekteringstid på 1 år, vil det være mulig å ferdigstille prosjektet i 2012/2013.

15 Neste fase – Planfasen, beslutningspunkt B4

15.1 Arbeidsprosess:

Planfasen handler først og fremst om å utarbeide en plan for gjennomføringsprosjektet, og samtidig oppdatere og detaljere hovedfunksjonsprogram, kost- nytteanalyse og finansieringsplan fra konseptfasen. Arbeidsmessig omfatter planfasen en tilstrekkelig overordnet prosjektering av gjennomføringsprosjektet, samt revisjon av styringsdokumenter fra konseptfasen. I planfasen er det lagt til et beslutningspunkt knyttet til valg av entreprisemodell. Dette er viktig bl.a. for å etablere et best mulig beslutningsunderlag for B4, som kan bidra til realistisk vurdering av prosjektets endelige kostnadsramme, omfang og tidsplan.

Det er viktig at prosjektleder for gjennomføringsprosjektet leder eller deltar planfasen, både for å sikre kontinuitet over i gjennomføringen, men også for å kvalitetssikre arbeidet frem til vedtatt forprosjekt. En praktisk tilnærming til dette er f.eks. at prosjektleder for utredningsprosjektet har ansvaret frem til B4, og at prosjektleder for gjennomføringsfasen overtar etter dette.

15.2 Oppgaver i planfasen

I planfasen skal det utarbeides et romfunksjonsprogram og et utstyrprogram der utstyr er fordelt på rom.

Skisseprosjektet skal tegnes ut i tråd med kravene i romfunksjonsprogrammet, og dette programmet skal justeres i forhold til hva som er mulig/umulig når rommene skal tilpasses eksisterende og ny bygningskropp.

Det utarbeides et teknisk program for byggeprosjektet.

Kostnadskalkylene for bygg og utstyr skal beregnes på nytt der kunnskapen om romfunksjonskrav og den mer nøyaktige uttegningen av rom legges til grunn.

Det skal utarbeides en usikkerhetsanalyse som konsentrerer seg om usikkerhet knyttet til kostnader og gjennomføring av det prosjektalternativet som ble valgt i konseptfasen.

Det må vurderes om det skal gjennomføres et fullstendig forprosjekt, eller om det skal vente på en endelig beslutning om eventuell bygging.

15.3 Beslutningsprosess:

Formålet med B4 er å gi et endelig klarsignal for gjennomføring av prosjektet. Dette gjøres i henhold til ansvarsmatrisen som er beskrevet i kapittel 3 i beskrivelsen av tidligfaseplanleggingen.

B4 er siste beslutningspunkt i styringsmodellen, og selv om mye av premissene for dette er lagt i B3, kan det i planfasen oppstå endringer som medfører at prosjektet må omdefineres, stoppes eller skyves ut i tid. Årsaken til dette kan være at planfasen krever en mye mer omfattende og grundig planlegging enn tidligere faser (dvs. idéfase og konseptfase). I tillegg kan endrede eller reviderte rammebetingelser også gjøre seg gjeldende dess lengre tid utredningsprosjektet strekker seg over.

16 VEDLEGG – Hovedfunksjonsprogram/delfunksjonsprogram

Ligger som trykt vedlegg