

## HELSE MIDT-NORGE RHF

### STYRET

Sak 89/16 Konseptfase for nytt Sykehus i Nordmøre og Romsdal

|                           |                    |
|---------------------------|--------------------|
| <b>Saksbehandler</b>      | Lars Magnussen     |
| <b>Ansvarlig direktør</b> | Jan Eirik Thoresen |
| <b>Saksmappe</b>          | 16/486             |
| <b>Dato for styremøte</b> | 08.12.2016         |

---

#### Forslag til vedtak

1. Styret for Helse Midt-Norge RHF slutter seg til fremlagte Konseptfase for nytt Sykehus i Nordmøre og Romsdal (SNR), med valg av alternativ 2A i tråd med tilrådning fra et enstemmig styre i Helse Møre og Romsdal HF. Dette konseptvalget innebærer utbygging av felles akuttsykehus på Hjelset og en ombygging av eksisterende sykehus i Kristiansund til et distriktsmedisinsk senter (DMS) som også skal inneholde dagkirurgi. Styret for Helse Midt-Norge RHF vil peke på at en etablering av DMS i eksisterende sykehuslokaler vil gi mulighet for samlokalisering med det planlagte kommunale helseinnovasjonssenteret og evt. andre kommunale tjenester.
2. En forutsetning for nytt Sykehus i Nordmøre og Romsdal er økonomisk bæreevne. Styret for Helse Midt-Norge RHF viser til vedtatt langtidsbudsjett og avtalen som er signert av styreleder i Helse Møre og Romsdal HF og styreleder i Helse Midt-Norge RHF som skal bidra til forutsigbarhet i omstillingsarbeidet i foretaket. De planer som er fremlagt viser at det er krevende men fullt mulig å oppnå nødvendig omstilling.
3. Styret for Helse Midt-Norge RHF viser til at vedtak om idefasen for SNR viste behov for å redusere arealbehovet, og styret er tilfreds med at konseptfasen viser at målsetningen om å løse de planlagte funksjonene i SNR innenfor en ramme på 60 000 kvm er oppfylt.
4. Konseptfasen viser at forutsetningene fra Idefase og fra Langtidsbudsjett om en kostnadsramme på om lag 4,3 Mrd oppfylles. Styret viser for øvrig til vedtak fra Helse Møre og Romsdal HF om sammenheng mellom SNR og andre bygningsmessige tiltak knyttet til arbeidet med utviklingsplan samt øvrige pågående prosesser knyttet til organisasjonsutvikling. Styret for Helse Midt-Norge RHF legger til grunn at det søkes om lånefinansiering ut fra samlet kostnadsanslag på 4,3 MRDNOK (P50%). Konseptfaserapporten oversendes Helse- og Omsorgsdepartementet som underlag for godkjenning og lån til gjennomføringen.
5. Styret for Helse Midt-Norge RHF gir sin tilslutning til at planleggingen av nytt Sykehus i Nordmøre og Romsdal videreføres med oppstart av forprosjektfase fra januar 2017.

6. Byggherreansvaret for prosjektet fram til ferdigstilling skal fortsatt ligge til Styret for Helse Møre og Romsdal HF. Styret forutsetter at Helse Midt-Norge RHF fremdeles skal følge prosjektet aktivt.

**Stjørdal 01.12.16**

**Stig Slørdahl**  
**Administrerende direktør**

**SAKSUTREDNING:****Konseptfase for nytt Sykehus i Nordmøre og Romsdal (SNR)****VEDLEGG OG ANDRE SAKSDOKUMENTER**

1. Helse Møre og Romsdal HF: Styresak 2016/76 Tilråding konseptval Sjukehuset Nordmøre og Romsdal (SNR)
2. Helse Møre og Romsdal HF: Styrets vedtak sak 2016/76
3. Konseptfaserapport – Nytt sykehus i Nordmøre og Romsdal
4. KSK-SNR – Følgeevaluering for Helse Møre og Romsdal HF 8. november 2016 (PWC)

**Utrykte vedlegg i saksmappen**

1. Konsekvensanalyse/ROS analyse Konseptfasen SNR, Helse Møre og Romsdal 2. november 2016.
2. Skisseprosjekt
3. Analyse av økonomisk bæreevne (EY, 15 Juni 2016)
4. Innkomne høringsuttalelser

**GJELDENDE FORUTSETNINGER**

1. *Foretaksprotokoll 19 Desember 2014*
2. *Styresak Helse Midt-Norge RHF 83/14 Nytt sykehus i Nordmøre og Romsdal*
3. *Sak 51-16 Langtidsplan og -budsjett Helse Midt-Norge 2017-2022 Helse Midt-Norge*

**1. BAKGRUNN**

Behovet for nye sykehusbygg i Nordmøre og Romsdal er stort, og planlegging av alternative byggetiltak har pågått siden 2001. Helse og Omsorgsdepartementet (HOD) besluttet i 2010 at det skulle være ett felles sykehus i Nordmøre og Romsdal, i rimelig nærhet til begge byene, og at Helse Nordmøre og Romsdal HF og Helse Sunnmøre HF skulle slås sammen til ett foretak. Etter vedtak om Utviklingsplan for Helse Møre og Romsdal HF ble utarbeidet startet tidligfaseplanlegging av nytt Sykehus i Nordmøre og Romsdal (SNR), som endte med vedtak om Idefasen i desember 2014. Beslutningen om lokalisering var omstridt.

Styret for Helse Midt-Norge RHF viste til at samlingen til ett felles sykehus i Nordmøre og Romsdal vil gi styrket fagmiljø, kvalitet og et bedre tilbud til befolkningen. Behandlingen av Idefasen fastslo videre krav om økonomisk bærekraft i foretaket, arealreduksjon og kostnadsreduksjon i SNR.

Foretaksmøtet stadfestet Styrets vedtak om lokalisering, og la til grunn at de øvrige elementer i Styrets vedtak gir gode forutsetninger for videre planlegging av nytt sykehus. Videre understreket foretaksmøtet behovet for et godt poliklinisk tilbud/distriktsmedisinsk senter i Kristiansund, og at de prehospitaltjenestene må utvikles for å ivareta de innbyggerne som får lengst reisevei.

**2. PROSESS**

Helsedirektoratets tidligfaseveileder for sykehusprosjekt er lagt til grunn for arbeidet med Konseptfasen. Hovedelementene i konseptfasen er Hovedfunksjonsprogram, Hovedprogram utstyr, Overordnet teknisk program, Mulighetsstudie, Delfunksjonsprogram, vurdering av

økonomisk bæreevne og Skisseprosjekt. Prosessene med delrapportene har løpende blitt behandlet gjennom 2015 og 2016, og medvirkningsprosessene anses som gode både for brukere, ansatte, samarbeidspartnere og allmenheten. Styrene i Helse Midt-Norge RHF og Helse Møre og Romsdal HF har løpende blitt holdt orientert om delrapportene og utviklingen i prosjektet.

Selve konseptrapporten med valg av alternativ ble behandlet av Styret i Helse Møre og Romsdal 01 September, og lagt ut til en høring før beslutning om hvilket alternativ som skal gjennomføres. Høringsprosessen viste oppslutning om hovedtrekkene i rapporten, men noen tilbakemeldinger mente det planlegges med for lite areal eller argumenterte for funksjoner som ikke er medtatt – som nukleærmedisin, patologi, og pusterom til kreftpasienter. Når det gjelder valg av alternativ med eller uten dagkirurgi i Kristiansund viser høringsuttalelsene preferanse for alternativ som er nokså sammenfallende med hvilket geografisk område uttalelsen kommer fra.

Ekstern kvalitetssikring (KSK), intern ROS-analyse og drøfting med foretakstillitsvalgte forelå før behandlingen i styrte for Helse Møre og Romsdal, og drøfting med konsernutvalget er gjennomført før behandling i Styret for Helse Midt-Norge RHF.

### 3 DIMENSJONERING

Framtidige kapasitets- og arealbehov er nærmere beskrevet i hovedfunksjonsprogrammet. Aktiviteten er fremskrevet basert på befolkningsutvikling, forventet realvekst, omstilling og effektivisering av pasientbehandlingen. Kapasitet som for eksempel senger er så utregnet på grunnlag av utnyttingsgrader, og nettoareal beregnet på grunnlag av arealstandarder som er kjent fra andre sykehusprosjekt.

Overordnet er målet at SNR skal ha lokalsykehusfunksjoner for opptaksområdene til sykehusene i Molde og Kristiansund. I tillegg til dette videreføres en del spesialiserte funksjoner som i dag ligger til sykehuset i Molde. Med utgangspunkt i en forutsetning om Ålesund som det mest komplette sykehuset i helseforetaket (dvs. det nest-mest differensierte i regionen etter St. Olav) er det tatt sikte på å bygge opp en hensiktsmessig komplementær oppgavefordeling. Det er ikke foretatt vesentlige endringer i funksjonsfordeling mellom SNR og Ålesund fra forutsetningene i Idefasen.

Den foreløpige dimensjoneringen av SNR fra Idefasen viste til at uenighet om lokalisering gjorde det krevende å få tilstrekkelig samarbeid mellom berørte fagmiljø om effektivisering og omstillingsmuligheter så vel som oppgavedeling mellom SNR og Ålesund. Det fremgikk derfor av saksutredningen at en del avveininger knyttet til omstilling og effektivisering samt effekter av utnyttelsesgrader og åpningstider skulle gjennomføres i konseptfasen. Samtidig fremgikk det av styresaken i Helse Midt-Norge RHF en klar forventning om at SNR burde la seg løse innenfor en arealramme på om lag 60 000 kvm BTA. Styrets vedtak viste til at arealrammen i Idefasen er økt fra Utviklingsplan 2012 og dagens situasjon ved de to sykehusene og at det er behov for en mer detaljert gjennomgang av dimensjoneringen av SNR for å redusere arealbehovet.

Gjennom arbeidet med Hovedfunksjonsprogrammet er arealet beregnet til 58 000-59 400 m<sup>2</sup> (noe variasjon mellom de 4 alternativene) og er dermed redusert med om lag 20 000 m<sup>2</sup> fra idéfasen.

### 4 ROS-ANALYSE

Ved større endringer av tilbud i helsetjenesten skal det utarbeides ROS-analyse i forkant av beslutningen. Med dette som bakgrunn ble det i 2014 (idéfasen) gjennomført en egen ROS-

analyse, som vurderte «interimsperioden» fra vedtak om lokalisering av nytt felles sykehus for Nordmøre og Romsdal og frem til nytt sykehus står ferdig. Denne vurderingen ble oppdatert november 2016 av Helse Møre og Romsdal. Her deltok fagfolk, ledere fra flere nivå, tillitsvalgte, vernetjeneste og brukerrepresentant.

På et overordnet nivå viser ROS-analysen at SNR-prosjektet har en lavere risikoprofil ved slutten av konseptfasen enn det som var situasjonen ved slutten av idéfasen. Forutsetningen er at nødvendige tiltak blir iverksatt på en akseptabel måte. Risikoen vil likevel øke for å miste sentrale medarbeidere i tiden frem til ferdigstilling av nytt sykehus. Årsakene til dette er spesielt endringer i arbeidshverdag med lengre arbeidsvei kombinert med turnusarbeid og praktiske forhold for den enkelte og dens familie (som levering/ henting av barn i barnehage).

For å hindre at denne risikoen øker vurderer adm. dir. i Helse Møre og Romsdal at det er viktig med inkluderende prosesser og organisasjonsutvikling knyttet til SNR. Tidlig avklaring vil skape trygghet og forutsigbar framtid for aktuelle medarbeidere. Det må særlig arbeides med å finne arbeidstidsordninger som gjør den praktiske hverdagen lettere for ansatte.

Når det gjelder risiko knyttet til alternativene med og uten dagkirurgi i Kristiansund, vurderer Helse Møre og Romsdal at mange av risikoområdene blir negativt påvirket ved valg av et alternativ uten dagkirurgi i Kristiansund. Dette innebærer at risikoen øker for at helseforetaket ikke lykkes med å skape et godt felles utviklingsklima, som igjen er en forutsetning for en felles HMR-kultur og å lykkes med fellesprosjektet som SNR er.

## 5 ØKONOMISK BÆREEVNE

Økonomisk bærekraft er en av hovedpilarene som skal legges til grunn for prioriteringene i Langtidsplan og -budsjett 2017-2022. I forbindelse med styrets behandling av langtidsplan og -budsjett blir det i juni hvert år lagt frem vurderinger og sårbarhetsanalyser knyttet til økonomisk bæreevne både på foretaksnivå og regionalt nivå.

I forbindelse med konseptrapporten er det utarbeidet en egen rapport vedrørende økonomisk bærekraft. Denne omhandler bærekraft både på prosjektnivå, foretaksnivå og for HMN samlet. Rapporten konkluderer med at det er økonomisk bærekraft på foretaksnivå og regionalt nivå. Prosjektet er isolert sett ikke økonomisk bærekraftig. Sårbarhetsanalyser viser hvor robust bæreevnen er i forhold til endring i de økonomiske forutsetningene. Dette er gjennomført både på foretaksnivå og regionalt nivå. Økonomisk bæreevne er beregnet ut fra et investeringsnivå på 4,3 mrd kr. Direkte effekter av nye teknologiske løsninger og mer effektive arbeidsprosesser er ikke tatt inn i analysene. Gevinstestimatene vurderes derfor som konservative.

En sterk og grunnleggende forutsetning for analysene av regionens økonomiske bæreevne er at helseforetakene greier å gjennomføre en årlig effektivisering på vel 1 % slik at effekten blir varig i de påfølgende årene. For Helse Møre og Romsdal gjelder kravet på 1,8 % i perioden. Både HMR og regionens bærekraft er sensitiv for endringer knyttet til denne forutsetningen. Utviklingen i drift, resultat og likviditet vil derfor følges enda tettere fremover for å sikre det finansielle grunnlaget for SNR.

Helse Møre og Romsdal er inne i en krevende periode når det gjelder omstilling og krav til effektivisering av driften. Administrerende direktør i foretaket er klar på at denne utfordringen skal HMR klare. Omstillingen tar tid og effekten de siste årene har vært lavere enn forventet men den senere tids utvikling gir et godt grunnlag for å arbeidet med å fremskaffe nødvendige effekter i 2017 og årene fremover.

## 5.1 Investeringsnivå

I Konseptfasen er det gjennomført en økonomisk usikkerhetsanalyse for de fire alternativene, hvor resultatene er vist i tabell under:

|                       | Investeringskostnad per alternativ i MNOK                   |   |   |  |                |
|-----------------------|---|---|---|--|----------------|
|                       | 1A<br>SNR Kr.sund<br>uten dagkirurgi<br>i dagens<br>sykehus | 1B<br>SNR Kr.sund<br>uten dagkirurgi<br>i nytt bygg | 2A<br>SNR Kr.sund<br>med dagkirurgi i<br>dagens sykehus | 2B<br>SNR Kr.sund<br>med dagkirurgi i<br>nytt bygg | 0-alternativet |
| Estimatets nøkkeltall | SNR Hjelset -akuttisykehuset                                |   |   |  |                |
| p50%                  | 4 110   | 4 203   | 4 110   | 4 250  | 3 448          |
| p85%                  | 4 586   | 4 696   | 4 589   | 4 746  |                |

Det fremgår at investeringskostnaden for de ulike alternativene varierer fra 4 110 mill kr til 4 250 mill kr (P50%, prisnivå des 2015). Kostnadsanslaget inneholder ikke lånerenter. De laveste kostnadsanslagene er knyttet til alternativene med videre bruk av dagens sykehusbygg til DMS og det er tilnærmet ingen forskjell mellom på investeringskostnad knyttet til alternativene med og uten dagkirurgi i dagens sykehusbygg i Kristiansund. Brutto differanse til alternativene med nybygg er hhv 93 mill kr (alt 1B) og 140 mill kr (alt 2B), men netto forskjell vil ikke være like stor idet en ved nybygg vil kunne selge hele dagens sykehusbygning.

I forhold til vurdering av økonomisk bæreevne og risiko er det sentralt at prosjekter av en slik størrelse vurderes ut fra en usikkerhetsanalyse og at det likviditetsmessig tas høyde for risiko tilsvarende P85. Prosjekteier må ha finansieringsmulighet som sikrer at prosjektet kan gjennomføres selv om det skulle oppstå en situasjon hvor prosjektkostnaden skulle øke. Usikkerhetsanalysen viser at forskjellen mellom P50% og P85% er om lag 475-500 mill.

I gjeldende langtidsplan er det tatt utgangspunkt i et investeringsbehov tilsvarende en investering (P50) tilsvarende 4,3 mrd. Ved konvertering av lån vil byggelånsrenter bli tillagt. Det gis ikke finansiering til byggelånsrenter fra HOD, forskjell mellom prosjektkostnad og finansieringsbehov inklusiv finansiering av byggelånsrenter er nærmere gjennomgått i delrapporten Analyse av bæreevne(EY).

Helse Møre og Romsdal har foruten selve SNR-prosjektet kommentert forpliktelsen til å innpasse store investeringsprosjekt som del av utviklingsplanen og økonomisk langtidsplan, og at SNR er en del av foretakets utvikling av et samlet tjenestetilbud. For å oppnå en tilfredsstillende og framtidsrettet fordeling av funksjoner i foretaket i forbindelse med realiseringen av SNR, kan det bli behov for investeringer også ved andre sykehus i foretaket. Det vises spesielt til at utviklingsplanen skal leveres i oktober 2017, og at føringene fra både SNR og utviklingsplanen kan få konsekvenser for funksjoner og arealbehov i hele foretaket.

Helse Møre og Romsdal tilrår derfor at den økonomiske investeringsrammen på 4,3 mrd.kroner fra Langtidsplan og -budsjett 2017-2022 legges til grunn for finansieringen, mens forprosjektet SNR etableres med et styringsmål på 4,1 mrd kroner. Endelig avklaring av økonomiske rammer for gjennomføringen vil besluttes gjennom vedtak av forprosjektet i desember 2017, inkludert oppdatert finansiell usikkerhetsvurdering og plan for likviditetsberedskap opp til P85%. Da vil også vedtak fra revidert utviklingsplan for HMR kunne legges til grunn.

## 6 ALTERNATIVENE FOR DMS I KRISTIANSUND

På bakgrunn av føringer fra foretaksmøtet og styrevedtak har følgende alternativ blitt utredet i konseptfasen:

Nytt felles akuttstjukehus for Nordmøre og Romsdal på Hjelset i Molde kommune med godt poliklinisk tilbud/distriktsmedisinsk senter i Kristiansund.

- Det er utredet to (2) ulike virksomhetsalternativ for spesialisthelsetjenestetilbud i Kristiansund. Det polikliniske tilbudet i DMSen ligger fast mens alternativene viser løsninger med og uten dagkirurgisk enhet.
- Basert på de to virksomhetsalternativene er det vurdert lokalisering enten i dagens Kristiansund sykehus eller i et nybygg på Storhaugen i Kristiansund kommune.

Utredningene viser at det er pasientgrunnlag for et godt tilbud innen poliklinikk og dagbehandling i DMS Kristiansund. Det er et helsepolitisk mål å desentralisere de tjenestene som kan desentraliseres, blant annet for å øke tilgjengeligheten for den del av befolkninga som har lang reisevei til sykehuset. For noen polikliniske tilbud er det likevel behov for tilgang til særskilt utstyr eller særskilt kompetanse som bare er tilgjengelig i sykehus. Den nordmørske befolkninga har samme krav på tilgang til disse ressursene når dette er medisinsk viktig. I dimensjoneringen av SNR er andelen konsultasjoner for den nordmørske befolkningen som bør utføres i sykehus beregnet til 20 prosent.

Den faglige vurderingen viser at dagkirurgi utenfor akuttstjukehuset på Hjelset er gjennomførbart for omlag 80 prosent av de dagkirurgiske pasientene innen gynekologi og ortopedi. For å utnytte kapasiteten i to dagkirurgiske operasjonsstuer må pasientene fra hele Nordmøre og Romsdal inngå i grunnlaget.

Driftsøkonomiske vurderinger av forskjellene mellom alternativene viser at reisekostnadene knyttet til pasienttransport vil bli marginalt høyere med dagkirurgi på to steder, til dels på grunn av noe lengre gjennomsnittlig reiseavstand for pasientene og til dels på grunn av overføring av noen få pasienter fra et DMS til innleggelse i akuttstjukehuset. Bemanningskostnadene blir også noe lavere ved å samle operasjonsstuene et sted. Gevinsten av å samle dagkirurgien blir likevel delvis tatt igjen av økte kostnader knyttet til koordinering og større risiko for forstyrrelser i operasjonsprogrammet, og Helse Møre og Romsdal har i sine vurderinger lagt vekt på at det bare er små forskjeller i driftsøkonomi mellom alternativene.

En sentral forutsetningen for SNR er knyttet til å realisere den faglige og kulturelle sammensmeltingen av fagmiljøene i både Molde og Kristiansund, og ta vare på den kompetansen som er bygd opp i begge sykehusene. For å bidra til en slik felles utvikling legges det opp til at personellet som jobber både på Hjelset og i Kristiansund uansett hører til samme personellpool. Ved å legge noe dagkirurgisk aktivitet til Kristiansund vil man kunne gjøre det noe enklere å ta vare på det kirurgiske miljøet og kompetansen som er bygd opp her, og det er gode muligheter for samarbeid mellom tjenestenivåene ved ei samlokalisering av tilbudet i Kristiansund og det kommunale helsetilbudet.

Når en kan unngå hovedombygging i dagens Kristiansund sykehus fremgår det at alternativ 1A og 2A er de alternativene som gir lavest investeringskostnad. Dette innebærer at lokalisering til dagens sykehus i Kristiansund gir samme investeringskostnad for alternativene med og uten dagkirurgiske operasjonsstuer. Alternativene med nybygg i Kristiansund fremstår med inntil 120 mnok høyere netto investeringskostnad. Det må likevel poengteres at risikoen er høyere ved å benytte dagens sykehusbygg – spesielt knyttet til utnyttelse av restarealet i bygningene. Ved å



benytte deler av dagens bygningsmasse videre vil man ikke kunne regne med salgsgevinst av disse arealene (inntil 5000 kvm).

Helse Møre og Romsdal har i en samlet vurdering anbefalt Alternativ 2A, ut muligheten for å støtte opp om den faglige og kulturelle sammensmeltingen av fagmiljøene i både Molde og Kristiansund, samtidig som dette er løsningen som gir lavest investeringsramme for SNR. Helse Møre og Romsdal forutsetter at forhandlinger med Kristiansund kommune og/eller andre aktuelle eiendomsutviklere på Nordmøre kan gi løsninger slik at helseforetaket får redusert den bygningsmessige risikoen knyttet til restarealene i dagens Kristiansund sykehus. Videre presiseres behovet for at akutt sykehuset på Hjelset blir så fleksibelt og elastisk at det tilpasses behovene som vil utvikle seg over tid i Nordmøre og Romsdal - blant annet knyttet til den medisinsk-teknologiske utviklingen og innføringen av Helseplattformen.

## **7 EKSTERN KVALITETSSIKRING**

Ekstern kvalitetssikring er gjennomført av PWC (EKS). Det fremgår at Skisseprosjektet anses godt gjennomarbeidet, med gode vurderinger og løsninger, og at kalkyler og usikkerhetsanalyse holder et høyt og detaljert nivå. Det er likevel et forbedringspotensial i sammenstillingen av samlede kostnader ved de respektive alternativene, og det påpekes at potensial for reduksjon av byggekostnader som er forutsatt gjennom industrialisering og standardisering må sikres.

Prosjektet har vurdert kostnadsanslagene opp mot øvrige sykehusprosjekter i Norge senere år, og SNR ligger på Entreprenørkostnivå noe høyere enn Nye Østfoldsykehus og Vestre Viken og litt lavere enn Stavanger. Observasjonene er konsistent vurderinger i Usikkerhetsanalysen for SNR som konstaterer at det for en del poster er gjort konservative antakelser om grunnkalkylen. EKS er komfortabel med kostnadsnivået på dette stadiet.

EKS er av den oppfatning at usikkerhetsanalysen er grundig og gjennomarbeidet. Det påpekes likevel at anslagene har lagt til grunn et potensial for innsparinger i forhold til grunnkalkylen. Ut fra argumentasjonen i usikkerhetsanalysen virker dette hensiktsmessig, men det understrekes at dette innsparingspotensialet blant annet forutsetter:

1. forankring i linjen og tydelig ledelse
2. effektiv logistikk basert på standardisering og direktelevering på brukersted
3. samarbeid mellom flere sykehusprosjekt som kan sørge for at markedet blir større
4. høye ambisjoner som forutsetter høye mål
5. lojalitet til beslutninger
6. tidlig etablering av forutsetninger for å få til industrialisering

EKS påpeker videre at dersom innsparingspotensialet som er beskrevet i usikkerhetsanalysen skal la seg realisere må disse forholdene reflekteres i mål, ambisjoner og føringer for neste fase av prosjektet.

Med dette som utgangspunkt har EKS følgende anbefalinger for den videre prosessen.

1. Prosjektet bør i fortsettelsen etablere en tydelig sammenheng mellom utviklingen av bygningsmassen og pågående OU-prosesser for å sikre at nødvendig effektiviseringspotensial hentes ut ved etablering av det nye sykehuset. I denne sammenheng bør også tiltak for å nå den ambisiøse målsetningen om 10 prosent reduksjon av døgnopphold innen somatikk identifiseres tidlig.
2. Føringer for forprosjektet må være eksplisitt på hvilke elementer av SNR som kan være gjenstand for endring som følge av rullering av Utviklingsplanen 2017.



3. Etablering av konkrete føringer og aktiviteter for å sikre at prosjektet kan realisere det innsparingspotensialet som i henhold til usikkerhetsanalysen ligger i «Standardisering, byggbarhet og industrialisering».

## 8. PLAN FOR FORPROSJEKTFASEN

En forutsetning for ferdigstilling av SNR i 2022 er rask oppstart av forprosjektet. En slik direkte overgang fra konseptfase til forprosjektfase er også optimalt for prosjektet – man unngår ned- og oppbemanning av prosjektmedarbeidere og prosjekterende, og faste kostnader til prosjektkontor mv blir redusert med rask prosjektgjennomføring. Det er også viktig for driftsorganisasjonen med raskest mulig avklaringer for å få gjennomført nødvendige organisasjonsutvikling knyttet til SNR og snarest mulig få bedre vilkår for ansatte og pasienter.

Ulempen med videreføring direkte fra konseptfasen er at avklaring om lån fra Staten ikke vil bli gitt før i revidert statsbudsjett 2017 eller Statsbudsjett 2018. Videreføring før lånetilsagn er gitt innebærer dermed også en risiko. Samlet økonomisk ramme for forprosjektfasen er om lag 92 mnok. Kostnadene ved en utsatt oppstart er vanskeligere å fastslå og avhengig av lengden på utsettelsen. Risikoen for at prosjektet ikke får finansiering anses som moderat, og det anbefales at man legger vekt en kostnadseffektiv gjennomføring ved rask oppstart av forprosjektet.

Resultatmål for forprosjektfasen i prioritert rekkefølge bør være

1. Utarbeide forprosjekt der kostnaden er innenfor ramme gitt i vedtak om konseptfasen.
2. Utarbeide forprosjekt der kvalitet på prosjektet stemmer med vedtak i konseptfasen
3. Ta vare på funksjoner i hovedfunksjonsprogram, delfunksjonsprogram og romfunksjonsprogram
4. Legge til rette for utforming av bygget som sikrer en økonomisk gunstig driftsmodell
5. Beskrive funksjon og kvalitet på bygg og teknisk anlegg ut fra overordnet teknisk program, IKT og utstyr.
6. Utarbeide et miljøoppfølgingsprogram som legger til rette for trygg gjennomføring og godt miljø for pasienter og ansatte
7. Forprosjektet skal legge til rette for standardisering og industrialisering i byggeprosessen.

Forprosjektfasen skal gjennomføres i samsvar med Tidligfaseveilederen. Dette innebærer utvikling og gjennomarbeiding av prosjektet slik at det blir et fullgodt grunnlag for detaljprosjektering. Endelig mandat for prosjektstyret for forprosjektfasen utarbeides når byggherreansvaret er avklart. I plan for det videre arbeidet fastsettes kritiske suksessfaktorer for forprosjektet som involvering, forankring og samarbeid med kommunehelsetjenesten.

### 8.1 Organisering av SNR i forprosjekt- og gjennomføringsfasen

SNR er nå på vei fra en tidligfase hvor prosjektet planlegges og programmeres til en gjennomføringsfase. Forprosjektfasen er formelt siste del av tidligfasen og leder frem til utbyggingsvedtak, men samtidig tas beslutninger som gjennomføringsplan/entrepriseform, fremdrift i utbyggingsperioden mv i eller ut fra forprosjektfasen. Eventuelle endringer i eierskap og ansvar for prosjektet bør ikke gjennomføres etter at disse beslutningene er tatt, og eventuelle endringer i eierskap til prosjektet bør derfor besluttes nå.

Øvrige byggeprosjekt i regionen er undergitt regional godkjenning hvis kostnadsrammen overstiger 30 mnok. Det er besluttet og gjennomført en rekke slike byggetiltak i regionen etter helsereformen i 2002 – bl.a. ny Barneavdeling i Ålesund, DPS Nidaros, og psykiatriløftet

Levanger. Felles for tiltakene er at regional medvirkning er begrenset til godkjenning av faserapporter og utbyggingsvedtak. Det har vært vurdert at prosjektene har begrenset størrelse i forhold til HFenes totaløkonomi, og at eventuelle overskridelser derfor i første rekke vil påvirke HFets økonomi og ikke i særlig grad vil påvirke det regionale fellesskapet. Unntaket er nytt universitetssykehus i Trondheim, som hadde en ramme langt ut over det STOH kunne bære selv. Her hadde St Olavs Hospital et programansvar og medvirkning gjennom FUE, samt et styremedlem (NTNU hadde også styrerepresentant og medvirket gjennom FUE) – mens oppfølgingen av byggeprosessen var lagt til Helse Midt-Norge v/Helsebygg.

Fordeler med organisering av SNR-prosjektet under Helse Møre og Romsdal HF er relatert til lokal forankring og eierskap til beslutninger. Foretaket kan antas å bli ansvarliggjort mhp krav/endringer som øker kostnadene. Videre kan HFets eierskap bidra til prioritering av komplementære prosesser i driftsorganisasjonen. Dette gjelder til dels organisasjonsutvikling i driftsorganisasjonen for å sikre at driftsorganisasjonen er forberedt på ibruktakelse av nye bygg og nye rammer for drift, og tildels frigivelse av ressurser til medvirkning slik at endringskrav kan reduseres og beslutninger som krever medvirkning kan tas rettidig. Dette gjelder eksempelvis beslutninger om byggpåvirkende brukerutstyr, som prosjektet gjerne vil beslutte tidlig mens driftsmiljøene ønsker besluttet sent i prosessen.

Ulemper med dagens organisering er delvis at et så stort prosjekt vil ta fokus for topledelsen vekk fra daglig drift. Det kan tenkes at lokal eierskap kan gjøre det enklere å presse utbyggingsorganisasjonen på tidsfrister for beslutninger og endringer, eller påføre prosjektet kostnader gjennom eksempelvis grensesnitt knyttet til utstyr som skal gjenbrukes. Spesielt hvis prosjektet i en periode virker å ha romslige rammer eller udisponerte reserver, og driftsbudsjettet til foretaket oppleves som krevende. Lokalt eierskap til et så stort regionalt investering kan innebære at aksepten blir redusert i resten av regionen. Dette kan være av betydning dersom prosjektet står ovenfor valg mellom kutt i prosjektet eller økt kostnadsramme, eller om omstillingskravene til øvrige HF må økes for å finansiere tiltak innenfor rammene av SNR.

## **9 ADMINISTRERENDE DIREKTØRS VURDERING OG TILRÅDNING**

Administrerende direktør viser til at behovet for nye sykehusbygg i Nordmøre og Romsdal er meget stort, og planlegging av alternative byggetiltak har pågått siden 2001. Løsningene som er utarbeidet gjennom konseptfasen styrker troen på at samling til ett felles sykehus i Nordmøre og Romsdal vil gi styrket fagmiljø, kvalitet og et bedre tilbud til befolkningen.

Medvirkningsprosessen og høringsuttalelsene viser i all hovedsak stor oppslutning om løsningene i konseptfasen. I valg av alternativ har Helse Møre og Romsdal etter en samlet vurdering anbefalt Alternativ 2A, ut fra å ha lagt størst vekt på muligheten for å støtte opp om den faglige og kulturelle sammensmeltingen av fagmiljøene i både Molde og Kristiansund. Samtidig er dette løsningen som gir lavest investeringsramme for SNR. Administrerende direktør er enig i denne tilrådingen, og vil spesielt peke på at en etablering av DMS i eksisterende sykehuslokaler vil gi mulighet for samlokalisering med det planlagte kommunale helseinnovasjonssenteret og andre kommunale tjenester. En slik samlokalisering vil kunne representere et kraftsenter for en framtidsrettet helsetjeneste i tråd med det som beskrives i Strategi 2030.

Administrerende direktør viser til at Styrets vedtak om Idefasen understreket at en forutsetning for nytt Sykehus i Nordmøre og Romsdal er økonomisk bæreevne. Det vises også til avtalen som er signert av styrelederne i HMR og HMN og som skal bidra til forutsigbarhet i omstillingsarbeidet i foretaket. Analyse av økonomisk bæreevne i konseptrapporten viser at det er fullt mulig men krevende å oppnå nødvendig omstilling.

Behandlingen av Idefasen for SNR viste behov for å redusere arealbehovet og løse de planlagte funksjonene i SNR innenfor en ramme på 60 000 kvm, og med en styringsramme (p50%) for investeringen på 4,3 mrd. Administrerende direktør er tilfreds med at disse målene er nådd gjennom Konseptfasen, og at øvre økonomiske ramme (p85%) for SNR er redusert fra 4,9 mrd. til 4. 589 mrd.

Helse Møre og Romsdals har videre påpekt at det kan bli behov for investeringer også ved andre sykehus i foretaket å oppnå en tilfredsstillende og framtidsrettet fordeling av funksjoner i foretaket i forbindelse med realiseringen av SNR. Administrerende direktør mener det bør gis rom for dette, men forutsetter at Helse Møre og Romsdal kommer tilbake med en nærmere beskrivelse av tiltakene i forprosjektfasen og at tiltakene lar seg løse innenfor styringsrammen på 4,3 mrd. Administrerende direktør tilrår derfor at det fremmes en lånesøknad til Helse og Omsorgsdepartementet om 70% lånefinansiering, i tråd med rammene for SNR i gjeldende langtidsbudsjett på 4,3 mrd. kroner

Anbefalingene fra ekstern kvalitetssikring tilsier at det bør etableres en tydelig sammenheng mellom utviklingen av bygningsmassen og pågående OU-prosesser for å sikre at nødvendig effektivisering hentes ut ved etablering av det nye sykehuset. Videre påpekes at det må etableres konkrete føringer og aktiviteter for å sikre at prosjektet kan realisere det innsparingspotensialet som i henhold til usikkerhetsanalysen ligger i «Standardisering, byggbarhet og industrialisering». Administrerende direktør er enig i dette, og vil påpeke at dette krever et strengt endringsregime og at avklaringer fra driftsorganisasjonen skjer tidlig.

Den nære sammenhengen mellom prosjekt og avklaringer fra driftsorganisasjonen tilsier at byggherrefunksjonen fremdeles bør tilligge til Helse Møre og Romsdal, som ledelsesmessig vil følge prosjektet nærmest gjennom medvirkningen og ansvar for OU i driftsorganisasjonen. Et så stort prosjekt som SNR vil likevel måtte følges av både helseregion og helseforetak og drøftes løpende gjennom hele gjennomføringsfasen. Samtidig må det være entydig hvem som har ansvar for oppfølgingen og å vurdere om korrektive tiltak må gjennomføres. Administrerende direktør forutsetter derfor at styret for Helse Møre og Romsdal HF følger prosjektet tett gjennom rapportering og oppnevning av prosjektstyre – og at fullmaktsgrenser mv gjennomgås før gjennomføringsvedtaket i etterkant av forprosjektfasen.