



Utarbeidet av:		
Navn: Lars Magnussen Anne Kari Steinsvik Roar Arntzen Åge Lien Tor Olaussen	Organisasjon Helsebygg Midt-Norge St Olavs Hospital St Olavs Hospital St Olav Eiendom NTNU	e-mail/telefon Ima@helsebygg-midt.no Anne.Kari.Steinsvik@stolav.no Roar.Arntzen@stolav.no Aage.Lien@Stolav.no Tor.Olaussen@dmf.ntnu.no

Behandlingsprosedyre:			
Oversendt for behandling	Forventet dato for behandling	Instans	Dato for behandling
18/09-2006	20/09-2006	FUE Styringsgruppe	

Dokumentstatus:					
Rev. status	Rev. dato	Revisjonstekst	Utarb. av Sign.	Kontrollert Sign.	Godkjent Sign.

Tittel: Kostnadsreduksjoner for Nytt universitetssykehus i Trondheim Oppfølging av vedtak i Styret for Helse Midt-Norge RHF sak 47/06

Dokumentnummer:						Revisjon	Side
Prosjekt	Hovedfunksjon	Disiplin	Prosess	Dokumenttype	Løpenr.	01	1 av 28
020	00	N	18	RA	001		

INNHALDSFORTEGNELSE

0	OPPSUMMERING FRA FUE STYRINGSGRUPPE	3
0.1	MULIGE BESPARELSER I BYGGEPROSJEKTET	3
0.1.1	<i>MR-senteret og Lungebygget</i>	3
0.1.2	<i>Røde Korsbygget.....</i>	3
0.1.3	<i>Føden</i>	3
0.1.4	<i>Infrastruktur.....</i>	3
0.1.5	<i>Rehabilitering av kreftbygget utgår</i>	4
0.1.6	<i>Sykehusdelen av Kunnskapssenteret utgår.....</i>	4
0.1.7	<i>Reduksjon av byggherrekostnader</i>	4
0.1.8	<i>Bevare deler av Høyblokka</i>	4
0.1.9	<i>NTNU's interesser i utbyggingsprosjektet(kap 3).....</i>	5
0.1.10	<i>Delfinansiering gjennom salg av eiendom.....</i>	5
0.1.11	<i>Utviklingen i liggetid</i>	5
0.1.12	<i>Aktivitetseendringer</i>	5
0.1.13	<i>Balanse i driften.....</i>	6
1	INNLEDNING.....	7
1.1	VEDTAK I STYRET FOR HELSE MIDT-NORGE RHF.....	7
1.2	TIDLIGERE KRAV OM KOSTNADSREDUKSJONER OG EFFEKTIVISERING.....	7
2	MULIGE BESPARELSER I BYGGEPROSJEKTET	10
2.1	TA UT ALLE RIVINGS- OG INFRASTRUKTURILTAK SOM IKKE ER STRENGT NØDVENDIGE	11
2.1.1	<i>MR-senteret og Lungebygget</i>	11
2.1.2	<i>Røde Korsbygget.....</i>	11
2.1.3	<i>Føden</i>	12
2.1.4	<i>Infrastruktur.....</i>	12
2.2	REHABILITERING AV KREFTBYGGET UTGÅR	12
2.3	SYKEHUDELEN AV KUNNSKAPSSENTERET UTGÅR	13
2.4	REDUKSJON AV BYGGHERREKOSTNADER	15
2.5	BEVARE DELER AV HØYBLOKKA	15
3	NTNU'S INTERESSER I UTBYGGINGSPROSJEKTET.....	16
4	DELFINANSIERING GJENNOM SALG AV EIENDOMMER	19
5	UTVIKLINGEN I LIGGETID	21
5.1	PLANFORUTSETNINGENE FRA FORPROSJEKT BYGGEFASE 2 OM ANTALL LIGGEDØGN	21
5.2	ALLEREDE OPPNÅDDE REDUKSJONER I LIGGETID.....	22
5.3	YTTERLIGERE REDUKSJON AV LIGGETIDEN OG ANTALL LIGGEDØGN VED ST OLAVS HOSPITAL.....	25
6	AKTIVITETSENDRINGER.....	26
7	BALANSE I DRIFTEN	27

0 OPPSUMMERING FRA FUE STYRINGSGRUPPE

0.1 Mulige besparelser i byggeprosjektet

Store endringer i løpende prosjekter er erfaringsmessig svært uheldig og vil ha en klar negativ effekt direkte og indirekte for prosjektet. Det minnes her både om stopp i byggefase 1 rett før første planlagte byggestart (ekstrakostnader totalt opp mot 200 mill NOK) og utvidelsen av Nytt Rikshospital vedtatt midt i prosjektet.

0.1.1 MR-senteret og Lungebygget

Mulig innsparing for byggeprosjektet ca 5 mill

M-senteret antas å ha en teknisk standard som vil gjøre bygget funksjonelt i en 5-10 år. Lungebygget har for dårlig standard til å kunne brukes til kliniske funksjoner. Fortsatt bruk til kontor, eget bruk eller utleie, vil også kreve betydelige investeringer.

Konklusjon: FUE styringsgruppe anbefaler at lungebygget bør rives når det ikke lenger skal brukes som provisorium. MR-senteret kan stå inntil det må rives og gi plass for at Trondheim kommune gjennomfører gangvei langs elva.

0.1.2 Røde Korsbygget

Mulig innsparing for byggeprosjektet ca 4 mill

Hvis bygget skal stå, uansett formål, påløper det utgifter til brannsikring fordi det står helt inntil Nevrobygget. Framtidig netto leieinntekter (etter oppgradering) vil være lavere enn inntektene ved å etablere sterkt tiltrenge parkeringsplasser.

Konklusjon: FUE styringsgruppe anbefaler at Røde Korsbygget rives når leieavtalen med Trondheim kommune utløper i 2008 og at det etableres parkeringsplasser på tomta som planlagt.

0.1.3 Føden

Mulig innsparing for byggeprosjektet 1,5 – 2 mill

Bygget kan uten store kostnadskrevende oppgraderinger (betongskadene utbedres ikke) sannsynligvis benyttes til kontorformål i en 5 - 10 års periode. Deretter må enten bygget rives, eller det må investeres betydelig for en videre bruk til kontorer.

Konklusjon: FUE styringsgruppe anbefaler at Fødebygget rives når det ikke lenger benyttes som provisorium i byggeperioden.

0.1.4 Infrastruktur

Mulig innsparing for byggeprosjektet maks 4-5 mill, forutsetter at alle bygg som var planlagt revet blir stående.

Konklusjon: Med unntak av det som påvirkes av at MR-senteret blir stående, anbefaler FUE styringsgruppe at infrastrukturtiltakene gjennomføres som planlagt, herunder etablering av planlagte parkeringsplasser.

0.1.5 Rehabilitering av krefthbygget utgår

Mulig innsparing i byggprosjektet ca 75 mill

Krefthbygget har bygningsmessige svakheter som pr i dag medfører økte driftsutgifter, bl.a. til oppvarming og vedlikeholdsarbeid. Krefthbygget vil kreve rehabilitering innen utgangen av planperioden 2020. Det vil medføre økte kostnader å rehabilitere etter at utbyggingsprosjektet er gjennomført. I tillegg vil det medføre redusert drift i bygget under pågående rehabilitering, og en betydelig belastning på inneliggende pasienter.

Konklusjon: FUE styringsgruppe frarår sterkt at rehabilitering av Krefthbygget utsettes.

0.1.6 Sykehusdelen av Kunnskapssenteret utgår

Mulig innsparing i byggeprosjektet 180-190 mill

Det å ikke bygge sykehusareal i Kunnskapssenteret bryter med sentrale prinsipper for utbyggingsløsningen og den integrerte universitetsklinikken, og er sterkt i strid med NTNU's og KD's interesser, samt premisser for Stortingets utbyggingsvedtak. (se oppsummering kap 3). Bygget vil uansett måtte etableres for å ivareta nødvendig transportlogistikk mellom allerede etablerte bygg (kulvert, broforbindelser)

St. Olav mister areal til Hudavdeling, Infeksjonsavdeling med luftsmitteisolat og Kompetansesenteret for sammensatte lidelser.

Dette vil svekke Helseregionens beredskap på luftsmitteisolering og universitetsklinikken regionsfunksjon i forhold til infeksjonsmedisin. Krav til forsvarlig handtering av luftsmitte har økt de senere år. Et pålegg om å øke antall luftsmitteisolat utover det som allerede eksisterer, vil gi en stor kostnad og måtte belastes driften av sykehuset. Dette er arealer med svært komplisert og dyr teknikk.

Konklusjon: FUE styringsgruppe vil sterkt frafråde at Kunnskapssenteret bygges uten kliniske arealer.

0.1.7 Reduksjon av byggherrekostnader

Mulig innsparing ca 10 mill

Potensialet her er avhengig av hvilke tiltak som besluttes gjennomført.

Konklusjon: FUE styringsgruppe forutsetter at reduksjon av byggherrekostnader skjer i tråd med de beslutninger som blir tatt.

0.1.8 Bevare deler av Høyblokka

Er ikke kostnadsberegnet i byggeprosjektet, anses som uaktuelt

Bygget er i dårlig teknisk stand og er en hovedårsak til beslutning om å bygge nytt i stedet for å rehabilitere eksisterende bygningsmasse. Fortsatt drift i Høyblokka etter ferdigstillelse av de øvrige kliniske sentra vil være urasjonelt. Hvis Høyblokka blir stående betyr det i realiteten en arealøkning for St. Olav, både når det gjelder senger, poliklinikk og operasjonsstuer.

Konklusjon: FUE styringsgruppe anbefaler at høyblokka rives som planlagt når Akutten og Hjertelungesenteret står ferdig.

0.1.9 NTNU's interesser i utbyggingsprosjektet(kap 3)

NTNU forutsetter at arealkutt i Kunnskapssenteret drøftes nøye med Kunnskapsdepartementet før det eventuelt gjennomføres.

NTNU er uenig i at et eventuelt arealkutt gjennomføres ensidig i prosjektets siste bygg – et bygg som er et signalbygg for NTNU. Et slikt kutt bryter med konseptet ”et integrert universitetssykehus” som

- bygger på at de kliniske senterene inneholder både behandlings-, undervisnings- og forskningsareal
- ligger til grunn for alle tidligere avtaler og vedtak, også de Stortinget har fattet.

NTNU forutsetter at dersom et arealkutt eventuelt gjennomføres, må alle utgiftene til omprosjektering bæres av utbygger.

NTNU forutsetter ved et eventuelt arealkutt at de felles arealene som St Olav arealmessig og kostnadmessig skal bidra med, ikke trekkes ut av Kunnskapssenteret, men fortsatt belastes utbygger.

NTNU er også svært betenkt over de følger et eventuelt kutt kan ha i forhold til den samlede arkitektoniske løsningen, framtidige utvidelser på Øya og effektiv drift ved St Olavs Hospital.

Konklusjon: FUE Styringsgruppe støtter NTNU's syn på reduksjons av sykehusets kliniske arealer i Kunnskapssenteret.

0.1.10 Delfinansiering gjennom salg av eiendom

En egen rapport om salg av eiendom vil bli lagt frem for Helse Midt-Norge på et seinere tidspunkt. Noen eiendommer som eies av St. Olav vil kunne selges og innbringe netto kapitaltilvekst. Kjøpesum for Schwachsgt.1 og Elgesetergt 10 er forskuttert av byggeprosjektets midler og må dekkes opp før det gir gevinst for St.Olav. Noen av bygningene i nærområdet er av viktig strategisk betydning for St. Olav og NTNU og bør ikke avhendes til utenforstående.

Konklusjon: FUE styringsgruppe tilrår at man ved salg av eiendom ivaretar framtidige strategiske vurderinger.

0.1.11 Utviklingen i liggetid

St.Olav har oppnådd målsettingene i opprinnelig og revidert HFP når det gjelder liggetid. utfordringene for framtida er knyttet til økning i antall innleggelser og totalt antall liggedøgn. Dette har sammenheng med at St.Olav er lokalsykehus i det området av Sør-Trøndelag og Midt-Norge med størst befolkningsøkning, det er trolig en viss effekt av fritt sykehusvalg og av funksjonsfordeling der en del høyspesialiserte tjenester utføres bare ved St. Olav.

Konklusjon: FUE styringsgruppe legger til grunn at arbeidet med å holde gjennomsnittlig liggetid på et hensiktsmessig lavt nivå, fortsetter. Fokus på å utnytte ny funksjonalitet og kapasitet etter hvert som de nye sentrene tas i drift, må opprettholdes

0.1.12 Aktivitetsendringer

St. Olav legger Helse Midt-Norges eierstrategi til grunn for sitt strategiarbeid. Dimensjoneringen av nye St.Olav i revidert HFP bygger på aktivitetstall fra 2000, framskrevet og bearbeidet til 2020. Beregningene forutsatte samme funksjonsfordeling som i 2000. Dersom nye funksjoner blir tilført St Olav som ledd prosessen med funksjonsfordeling i regionen, må andre funksjoner flyttes ut.

Konklusjon: FUE styringsgruppe legger forutsetningene i revidert HFP og Helse Midt-Norges eierstrategi til grunn for det videre arbeidet med aktivitetsendringer for St.Olav.

0.1.13 Balanse i driften

St. Olav jobber kontinuerlig med å oppnå balanse i driften. En spesiell utfordring med relasjon til byggeprosjektet, er knyttet til at en del merutgifter fordi det er urasjonelt å drive gammelt og nytt sykehus påløper i det nybyggene står ferdig. Effektiviseringsgevinster på driftssida i nybyggene kommer ikke til syne umiddelbart.

Konklusjon: FUE styringsgruppe vil ha spesielt fokus på at nybyggene brukes etter forutsetningene slik at driften blir effektiv og at potensialet knyttet til investering i nye bygg og nytt utstyr kan utnyttes.

1 INNLEDNING

1.1 Vedtak i styret for Helse Midt-Norge RHF

Styret for Helse Midt-norge RHF vedtok i sak 47/06 at

1. *Det gjennomføres besparelser i byggeprosjektet i størrelsesorden 300 mill. kr. i forhold til rammen gitt i sak 16/06. Herunder foretas en gjennomgang av de deler av prosjektet som ikke er kontraktsfestet og forutsettes gjennomført etter 2009. Styret forutsetter at St. Olavs Hospital HF og Helsebygg Midt-Norge legger frem forslag til innsparingstiltak som egen sak innen utgangen av året.*
2. *Inntektene ved salg av eiendommer i størrelsesorden 200 mill. kr. går til del-finansiering av byggefase 2. Styret ber om at St. Olavs Hospital legger frem forslag til salgsobjekt innen utgangen av året.*
3. *Liggetiden ved St. Olavs Hospital reduseres med 20% i forhold til opprinnelig hovedfunksjonsprogram. St. Olavs Hospital HF legger frem forslag til handlingsplan for å oppnå reduksjon i liggetid.*
4. *Det forutsettes at kapasiteten ved St. Olavs Hospital til en hver tid utnyttes fullt ut og i samsvar med de føringer som er gitt i "Strategi for utviklingen av tjenestetilbudet frem mot 2010" og "Eierstrategi for foretaksgruppen Helse Midt-Norge". All aktivitetsøkning utover det som ligger til grunn for revidert hovedfunksjonsprogram (HFP) må følges av tilsvarende overføring av aktivitet fra St. Olavs Hospital til de andre helseforetakene i foretaksgruppen eller til private/ideelle samarbeidspartnere. Det forutsettes videre at St. Olavs Hospital HF foreslår hvilke pasientgrupper som eventuelt skal gis tilbud et annet sted.*
5. *Styret forutsetter at St Olavs Hospital HF innretter sin virksomhet og sine omstillingstiltak slik at balanse i driften oppnås i 2007. Styret påpeker nødvendigheten av at driften i de kommende år planlegges ut fra at det vil være behov for omstillinger og innsparinger i årene etter 2007. Det henvises her til beregnet økning i kapitalkostnader i 2009 og 2010.*

Det fremgår av vedtaket at tilbakemelding på enkelte av punktene gis innen utgangen av året. En raskere avklaring er imidlertid nødvendig på enkelte av kuttiltakene hvis disse skal være gjennomførbare.

Gjennomgangen av nødvendige tiltak for å oppfylle kravene i vedtaket bør derfor behandles så snart som mulig og beslutninger tas.

1.2 Tidligere krav om kostnadsreduksjoner og effektivisering

Byggefase 2 av nytt universitetssykehus har allerede vært gjennom flere omfattende areal- og kostnadsreduksjoner. Den samlede effekten av areal- og kostnadsreduksjonene er vesentlig for vurderingen av hvilke ytterligere reduksjoner som kan gjennomføres.

Revidert hovedfunksjonsprogram

Under arbeidet med revidert hovedfunksjonsprogram ble det opprinnelig beregnet et arealbehov med utgangspunkt i den produksjon og omstilling som var beskrevet av fagmiljøene. En sterk produksjonsvekst medførte imidlertid et arealbehov som lå vesentlig over rammen i avtalen mellom stat og fylkeskommune fra 1999. Dette ble ansett som svært kontroversielt, og Styringsgruppen i Felles Utiklingsenhet (FUE) la etter hvert til grunn en omstilling av universitetssykehuset som er vesentlig mer ambisiøs enn anbefalingene om fremtidig produksjonsnivå fra avdelingene. Samlet innebar vedtakene arealreduksjoner på mer enn 20 % i forhold til anslått behov fra avdelingene.

Hovedtrekkene i omstillingen som var lagt til grunn for revidert hovedfunksjonsprogram er:

- Epidemiologiske tillegg er halvert fra fagmiljøenes anslag gjennom en kvalitativ reduksjon

- Økt ambisjonsnivå for omstilling fra innlagte pasienter til poliklinisk behandling, dagbehandling og bruk av observasjonspost gjennom benchmarking mot andre sykehus
- For pasienter som fremdeles må innlegges er liggetid redusert med 10% fra dagens nivå
- Redusert bemanning ble lagt til grunn for beregning av antall kantineplasser, kontorer og annen personalservice
- økt åpningstid for behandlingsareal som operasjonsstuer, røntgenlaboratorier og polikliniske rom
- alle arealstandarder ble gjennomgått og sammenlignet med andre sykehusprosjekt med sikte på å finne en nøktern arealstandard

Omstillingene krever betydelige organisasjonsmessige tiltak som må utvikles parallelt med byggeprosjektet.

Kostnadsanslaget i revidert Hovedfunksjonsprogram var basert gjennomsnittlig estimert huskostnad ut fra innkomne anbud på sentrene i byggefase 1, som gjennomgående lå noe under budsjett. Rehabilitering av bygg var vurdert til gjennomsnittlig å koste 60 % av nybygg. Byggherre- og prosjekteringskostnader var beregnet med utgangspunkt i byggefase 1, men forutsatt redusert med 25 % som følge av gjenbruk av løsninger.

Etter revidert hovedfunksjonsprogram har kostnadsbildet for byggefase 1 blitt bekreftet til å ligge noe under budsjett – med unntak av teknisk infrastruktur (hovedsaklig IKT).

Behandlingen av revidert hovedfunksjonsprogram

I revidert hovedfunksjonsprogram fremkom dermed et samlet arealbehov for hele det nye universitetssykehuset på 201 644 m² BTA-S (byggefase 1 og 2 samlet). Gjennom behandlingen i Helse Midt-Norge RHF fremkom et krav om arealreduksjon ned mot 190 000 m² BTA-S, som tilsvarer ytterligere 14% reduksjon for sykehusdelen av prosjektet i byggefase 2. NTNUs arealramme er uendret. Dette følges opp gjennom omtale og behandling i St.prp nr 1 (2003-2004).

For å imøtekomme kravet om arealreduksjon ble det i den videre planlegging lagt til grunn en reduksjon i personalservice som går ut over de standarder som er etablert i byggefase 1 og er kjent fra tilsvarende utbyggingsprosjekt:

- Antall personer med behov for kontor plass er gjennomgått og redusert, og det er forutsatt at 80 % av alle kontorplasser for sykehusdelen av prosjektet skal være i åpne landskap
- Antall kantineplasser og garderobeskap er redusert ut fra en antakelse om at økt åpningstid gir mindre samtidighet og mindre belastning på denne type fellesareal

På grunn av at det i revidert hovedfunksjonsprogram var lagt inn en forutsetningen om 67 % økt driftstid for behandlingsarealet ble det besluttet å ikke redusere behandlingsarealet ytterligere. Behandlingen av i styret for Helse Midt-Norge RHF legger imidlertid til grunn en forutsetning om færre senger – her tolket til kortere liggetid.

- antall senger i den videre prosjektering ble redusert med ytterligere omlag 8 % fra revidert Hovedfunksjonsprogram, gjennom at disse arealene ikke innredes.

Arealreduksjonen og øvrige (uspesifiserte) krav omkostnadsreduksjon innebar at foreløpig kostnadsramme for sykehusdelen av prosjektet ble redusert med 10 % i forhold til forslaget i revidert hovedfunksjonsprogram.

Videreføring av prosjektet i skisse- og forprosjekt

Vedtatt i Helse Midt-Norge RHF styre innebar dermed at forprosjektet skulle dimensjoneres for 197 500 kvm BTA-S inkludert 3 500 kvm som et enkelt råbygg (tomt skall) beregnet primært for sengeplasser.

Forprosjekt og skisseprosjekt anbefalte at krav om kostnadsreduksjon skulle dekkes ved:

- redusert ramme til utstyr med 200 mill kr
- redusert omfang av rehabilitering,
- kost-nytte vurdering av krav til standard i teknisk program
- streng gjennomføring av generelt senter med standardisering og modulisering
- samling og forenkling av teknikk, nøkternt valg av materiale i utforming av bygningene
- en mer kostnadseffektiv gjennomføringsmodell

Tiltakene som til slutt ble anbefalt i forprosjektet var imidlertid ikke tilstrekkelig til å oppfylle kravet om 10 % kostnadsreduksjon, blant annet fordi IKT-kostnadene var økt fra opprinnelige anslag i revidert hovedfunksjonsprogram. Det ble derfor vist til at dersom kravet om å komme helt ned på kostnadsrammen overordnes bestillingen fra om å bygge 194 000 kvm BTA-S samt 3500 kvm i ”skall” vil dette bare være mulig gjennom ytterligere tiltak. Dersom netto kostnad i det fremlagte forprosjekt skal tilpasses kravet om kostnadsreduksjon ville dette innebære ytterligere kostnadsreduksjon på 249,8 mill kr. De vesentligste tiltakene som ble beskrevet i forprosjektet var

- Fjerne ”skall” (25 mill.)
- Enklere rehabilitering av kreftbygget (inntil 30 mill.)
- Reduksjon i senger/areal med ytterligere 10 % til 190 000 kvm BTA-S (130 mill.)
- Reduksjoner i teknikk, bl.a. ENØK og automatisering (25 millioner).

En eksternt kvalitetsgjennomgang ga sin tilslutning til hovedtrekkene i prosjekt, kostnadsramme og gjennomføringsmodell for byggefase 2, men anslo økt usikkerhet knyttet til et stramt marked i byggenæringen. Videre ble det vist til at byggefase 2 fremsto med lavere kostnadsanslag enn andre sammenlignbare prosjekt. Prosjektstyret for Helsebygg Midt-Norge sluttet seg til hovedtrekkene i anbefalingene fra den eksterne kvalitetsgjennomgangen, men var noe mer positive til markedssituasjonen og muligheten for å oppnå gevinster av gjennomføringsmodellen.

Etter en omfattende drøfting av konsekvensen av de mulige kutttiltakene sluttet Styret for Helse Midt-Norge RHF seg til kostnadsrammen i forprosjektet slik anbefalt fra prosjektstyret.

Gjennomføringen av utbyggingen av byggefase 2

Utbyggingen av byggefase 2 er ennå i en innledende byggefase, og det er for tidlig å fastslå at Helsebygg Midt-Norge vil klare å gjennomføre prosjektet innenfor kostnadsrammen. De gjennomførte tilbudskonkurransene så langt viser enhetspriser som ligger vesentlig over nivået i byggefase 1. Samtidig har gjennomføringsmodellen gitt mulighet for tilpasning av prosjektet i samspillperioden, og det er funnet akseptable kompromiss med hensyn til kvalitet og kostnader. Utstyrsbudsjettet fremstår som gjennomførbart, men vesentlig strammere enn i byggefase 1 – og det forutsettes at St Olavs Hospital øker investeringene i utstyr og IKT i mellomårene slik at utstyret kan medflyttes ved innflytting i fase 2.

Mye av kostnadsrisikoen knyttet til marked og mengder vil være redusert og tatt ut i løpet av høsten 2006. Gjenværende risiko og muligheten for å klare prosjektets styringsmål, P50, vil bli videre analysert og dokumentert i baselinerevisjon 14, med tilhørende usikkerhetsanalyse, som ferdigstilles i oktober 2006. Gjenværende risiko etter høsten 2006 er gjennomføringsrisiko.

2 MULIGE BESPARELSER I BYGGEPROSJEKTET

Dimensjoneringsgrunnlaget for byggefase 2 er behandlet i kapittel 1.2. Videre har Stortinget slått fast gjennom ulike vedtak at prosjektet skal gi en integrert og fullverdig universitetsklinikk. Areal og integrert utbyggingsløsning er også en forpliktelse ovenfor NTNU/HIST – som fastholder at de har krav på en integrert universitetsklinikk og en brutto arealramme på 49.500 m².

Utbygging av ca 85 % av arealrammen i byggefase 2 er igangsatt og vil være ferdigstilt innen 2010. Her vil det ikke være mulig å gjennomføre vesentlige kutt uten at disse får betydelige konsekvenser for inngåtte kontrakter og brudd på vedtatte forutsetninger for prosjektet. Det tas i den videre drøfting derfor utgangspunkt i forutsetningene i saksfremlegget til styret for Helse Midt-Norge RHF om en gjennomgang av de deler av prosjektet som ikke er kontraktsfestet og forutsettes gjennomført etter 2009.

I forprosjektet og i styresak 16/2006 for Helse Midt-Norge RHF i forbindelse med utbyggingsvedtak er ulike kuttforslag presentert. Disse summerer seg til ca 250 mill NOK (inklusive en kraftig arealreduksjon), men flere av tiltakene er det nå for sent å iverksette med bakgrunn i prosjektets fremdrift – det er mer enn 1 ½ år siden forprosjekt for byggefase 2 ble fremlagt for styret for Helse Midt-Norge RHF første gang. De tre største kliniske sentrene i byggefase 2 er under utbygging.

Etter at de allerede igangsatte utbyggingsprosjektene er gjennomført i 2009/2010 er gjenstående styringsmål for utbyggingsprosjektet omlag 1,2 Mrd. Imidlertid har NTNU og Kunnskapsdepartementet fastslått at de har krav på sin del av utbyggingsprosjektet – inkludert de deler som ligger i bygg som er planlagt oppført etter 2009 i hovedsak Kunnskapssenteret. Omlag 60 % av arealet i Kunnskapssenteret er NTNU-areal.

For å oppnå kostnadsreduksjoner for utbyggingsprosjektet i størrelsesorden ~300 mill slik skissert av styret for Helse Midt-Norge RHF i sak 47/06 må tilnærmet all gjenværende utbygging av sykehusareal kuttes etter 2009:

- ta ut alle rivings- og infrastrukturtiltak som ikke er strengt nødvendige (~13 mill NOK)
- ikke rehabilitere kreftbygget (~75 mill NOK). (Planlagt utført i 2008/2009).
- ta ut hele sykehusdelen av Kunnskapssenteret (~200 mill NOK)
- redusere tilhørende byggherrekostnader (~10 mill NOK)

Slike kutt i prosjektkostnadene har alvorlige konsekvenser for helhet og sammenheng i prosjektet. Kuttene vil sette tidligere vedtak fra Stortinget om et helhetlig universitetssykehus til side. Kuttforslagene vil medføre omprosjekteringskostnader for prosjektet, og kulvert/bruforbindelsen mellom byggefase 1 og byggefase 2 må fullføres – dette gjør at besparelsen ved å ta ut sykehusarealet i Kunnskapssenteret er noe mindre enn arealandelen i senteret.

Det alt vesentlige av disse besparelsene vil medføre (minst) tilsvarende kostnadsøkninger for drift og/eller investeringsnivå for St Olavs Hospital, og de fleste av tiltakene må uansett gjennomføres i løpet av planleggingsperioden til 2020. Kostnadene ved å utføre investeringstiltakene etter ferdigstilling av byggefase 2 vil sannsynligvis være høyere enn å gjennomføre dem som planlagt innenfor byggefasen.

Store endringer i løpende prosjekter er erfaringsmessig svært uheldig og vil ha en klar negativ effekt direkte og indirekte for prosjektet. Det minnes her både om stopp i byggefase 1 rett før første planlagte byggestart (ekstrakostnader totalt opp mot 200 mill NOK) og utvidelsen av Nytt Rikshospital vedtatt midt i prosjektet.

2.1 Ta ut alle rivings- og infrastrukturtiltak som ikke er strengt nødvendige

Ved å la være å gjennomføre rive- og infrastrukturtiltak som ikke er strengt nødvendige kan utbyggingsprosjektet spare noen kostnader. Det presiseres imidlertid at selv om bygg ikke rives vil det ikke være mulig å rehabilitere/oppgradere byggene hvis noen besparelse skal oppnås. Dersom byggene ikke skal rives, men leies ut eller fylles av sykehusfunksjoner, innebærer dette betydelige drifts- og oppgraderingskostnader for St Olavs Hospital - det forutsettes at dette i sin helhet finansieres utenfor prosjektet. Flere av de foreslåtte rive- og infrastrukturprosjektene må før eller siden gjennomføres for å tilfredsstille brannkrav, reguleringsplan e.l. Det antas likevel at noen års utsatt riving vil være akseptabelt for relevante myndigheter.

2.1.1 MR-senteret og Lungebygget

Det ble allerede i forprosjektet foreslått å la MR-senteret og Lungebygget bli stående etter at prosjektet er avsluttet. Disse byggene har noe bedre standard enn resten av byggene som er planlagt revet, og står ikke i veien for nybygg. Det understrekes likevel at byggene ikke vil kunne benyttes til klinisk virksomhet i noen lengre periode, men de kan benyttes til kontor/utleieareal. Lungebygget ligger på et fremtidig reserveareal for universitetssykehuset MR senteret ligger midt i en regulert gang- og sykkelvei, hvor gjennomføringen av gang- og sykkelveien fra kommunens side bestemmer hvor lenge bygget kan stå. Selv om MR-senteret og Lungebygget har akseptabel standard må de uansett rives/rehabiliteres i løpet av noen år, men byggene kan i en mellomfase benyttes til kontorer eller leies ut. Besparelse for byggeprosjektet anslås til 5 mill.

Konsekvenser for St.Olav

Det vises til punkt 2.3 nedenfor og presiseres at det "anses det som usannsynlig at det er mulig å etablere funksjoner som luftsmittisolater i andre bygg uten vesentlige kostnader." Generelt gjelder dette etablering av klinisk virksomhet i eksisterende bygninger.

Eksisterende bygningsmasse vil relativt enkelt kunne tilpasses framtidige kontorformål. Selv her må man regne med betydelige investeringer for å tilpasse infrastruktur - telefon, data, mekanisk ventilasjon – fra en struktur med 2- og 4-sengsrom til kontorer.

MR-senteret: Bygget anses å ha en teknisk standard som gjør bygget funksjonelt i et 5–10 års perspektiv med enkelte tilpasninger. HMS-registreringer påpeker imidlertid dårlig inneklime / inneluft. Kontormoduler på taket av senteret eies av Veidekke.

Lungebygget er bygningsmessig for dårlig til at det kan brukes til framtidig klinisk virksomhet. Tekniske føringer i dette bygget er innstøpt, noe som gjør installasjonene vanskelig å kontrollere. Rørnett, vann og avløp, må byttes i løpet av en 10-års-periode. Hovedaggregatet for ventilasjon i bygget er gammelt men anses å tilfredsstille dagens krav til kontorformål med enkle tilpasninger. Bare deler av dagens ventilasjon er tilknyttet det gamle SD-anlegget. Kjølssystemene i bygget sannsynligvis må byttes. En heis i bygget tilfredsstiller fortsatt kravene, men er i en slik forfatning at det er usikkert hvor lenge.

Konklusjon: FUE styringsgruppe anbefaler at lungebygget bør rives når det ikke lenger skal brukes som provisorium. MR-senteret kan stå inntil det må rives og gi plass for at Trondheim kommune gjennomfører gangvei langs elva.

2.1.2 Røde Korsbygget

Røde Korsbygget leies i dag ut som provisorium for funksjoner som skal inn i nytt Øya sykehjem. Bygget står ikke i veien for nybygg, men det er spesielle brannkrav knyttet til bygget pga nærhet til Nevrosenteret. Besparelse for byggeprosjektet anslås til 4 mill.

Røde Korsbygget har en bygningsmessig og teknisk standard som gjør at bygget fra et driftsteknisk synspunkt anbefales revet. Bygget har et umiddelbart investeringsbehov som langt overskrider innsparingene i byggeprosjektet ved å la bygget stå. Dersom bygget blir stående noen år ekstra må det antas at fremtidige leieinntekter kan dekke opp brannsikring og fremtidig riving, men bygget er i dårlig forfatning og dette anses usikkert.

Bygget er planlagt revet for å gi plass til parkeringsplasser. Det er et stort behov for parkeringsplasser i sykehusområdet, spesielt for å kunne gi god utnyttelse av kapasitet i poliklinikkene. Leieinntekter av parkeringsplassene vil overstige forventet netto leieinntekt av Røde Korsbygget.

Konklusjon: FUE styringsgruppe anbefaler at bygget rives når leieavtalen med Trondheim kommune utløper i 2008 og at det etableres parkeringsplasser på tomte som planlagt

2.1.3 Føden

Den gamle fødeavdelingen benyttes i dag hovedsaklig som provisorium for kontorfunksjoner, fysioterapi og enkelte funksjoner fra dagkirurgen. Bygget står ikke i veien for nybygg ut over infrastrukturtiltak (og et eventuelt psykiatrisenter). Besparelse for byggeprosjektet anslås til 1,5-2 mill.

Bygningsmessig er det påvist store betongskader / armeringsskader på dette bygget. Kostnadene med utbedring av betongskadene vil være meget høye. Dersom bygget skulle beholdes for en kort periode må i alle fall eksisterende heis som driftes på dispensasjon moderniseres. Videre er det helt nødvendig å oppgradere ventilasjonssystemet, som er mangelfullt og ikke tilknyttet sentral driftskontroll.

Bygget kan med noen oppgraderinger sannsynligvis benyttes til kontorformål i en 5 - 10 års periode forutsatt at betongskadene ikke utbedres. Deretter må enten bygget rives, eller det må investeres betydelig for en videre bruk til kontorer.

Konklusjon: FUE styringsgruppe anbefaler at bygget rives når det ikke lenger benyttes som provisorium i byggeperioden.

2.1.4 Infrastruktur

Utsatt riving av Røde Korsbygget, Lungebygget og MR-senteret innebærer at noen av gangveiene og gateparsellene i området kan/ må utsettes. Videre kan opparbeiding av friareal/parkeringsareal på tomtene der byggene står også utsettes. Tiltakene er i strid med forutsetningene i reguleringsplanen for området og det er derfor usikkert om alle tiltakene kan gjennomføres – men enkelte utsettelse antas å være akseptabelt for relevante myndigheter. Besparelsen for prosjektet er svært usikker, men anslått til 4 -5 mill.

Konsekvenser for St.Olav

St. Olavs Hospital har i dag et kritisk lavt antall parkeringsplasser. Reduksjon av antall parkeringsplasser vil ha en meget ugunstig innvirkning på trafikksituasjonen for sykehuset, og vil påvirke området negativt.

Konklusjon: Med unntak av det som følger av at MR-senteret kan bli stående, anbefaler FUE styringsgruppe at planlagte infrastrukturtiltak gjennomføres

2.2 Rehabilitering av kreftbygget utgår

Rehabilitering av Kreftbygget har ved en rekke anledninger vært omtalt som et mulig sparetiltak. I skisseprosjektet var det foreslått en enklere rehabilitering av kreftbygget, med en del 2-sengsrom i kreftbygget og færre bad (bad på gang), samt generelt enklere standard - en besparelse på omlag 25 mnok.

Tiltaket er svært omstridt hos brukere og ansatte, men kan anses å i tråd med en strategi for bare å gjøre det mest nødvendige i rehabiliterte bygg. Prosjekt ”nytt universitetssykehus” har uansett aldri inkludert ytre rehabilitering av bygget (fasader), så her kan ikke utbyggingsprosjektet redusere kostnader.

Med utgangspunkt i krav om 300 mill kostnadsreduksjon for byggeprosjektet er det imidlertid ingen vei utenom å foreslå at hele rehabiliteringen av Kreftbygget skal utgå, ut over at bygget knyttes sammen med Gastroenteret og at 5. og 6. etasje tilpasses dialyseenheten. Dermed kan det legges til grunn en besparelse for byggeprosjektet på ~75 mill NOK. Dette vil gi behov for vesentlige og sterkt økende vedlikeholds-/rehabiliteringskostnader for driftsorganisasjonen innen 2020, men likevel legges hele besparelsen til grunn for utbyggingsprosjektet. Det gjøres spesielt oppmerksom på at når rehabiliteringen løsrives fra resten av byggefase 2, så vil provisoriesituasjonen under rehabiliteringen/oppussingen bli en utfordring med tilhørende kostnader.

Konsekvenser for St.Olav

Kreftbygget, har store setningsskader og dette har vært et problem for driften i mange år. Det brukes relativt store driftsmidler på å reparere utette konstruksjoner pr år. Bygget har på grunn av dette hatt et energiforbruk betydelig over gjennomsnittet for sykehusets øvrige bygninger. Bygget har i forhold til bygningsmessig/teknisk drift en tilfredsstillende infrastruktur som vil kunne tilpasses det nye sykehuset med noe oppgradering av SD-anlegg, kjøletår mm

Dersom en utsetter rehabilitering av Kreftbygget vil en på et senere tidspunkt uansett måtte rehabilitere bygget. Sykehuset vil da ikke ha tilgang på provisoriske arealer, og for å kunne gjennomføre rehabiliteringen må en da redusere aktivitet og drift for Kreftavdelingen. Dette vil kunne gi vesentlige merkostnader for driften og vil føre til et redusert tilbud for denne pasientgruppen. Rehabilitering med pågående drift i bygget vil utsette pasientene for en dels utilbørlig belastning som unngås dersom bygget rehabiliteres som en del av byggeprosjektet.

Ved å utsette rehabiliteringen forblir poliklinikkene i Kreft på en annen etasje enn poliklinikkene i gastro og dette vil kunne redusere fleksibilitet i bruk av arealene og mindre mulighet for sambruk. Den medisinske poliklinikken vil kun være koblet i Kreftbygget på kulvertnivå. Tiltaket innebærer i stor grad å skyve investeringskostnader ut i tid og over fra utbyggingsprosjektet til driftsorganisasjonen, og påvirker framtidig klinisk drift negativt, både i forhold til pasienttilfredshet, kapasitet og fleksibilitet.

Konklusjon: FUE styringsgruppe frarår sterkt at rehabilitering av Kreftbygget utsettes.

2.3 Sykehusdelen av Kunnskapssenteret utgår

Det vesentligste del av byggefase 2 som ikke er kontraktfestet (ikke startet enda) utgjøres av Kunnskapssenteret. I dette senteret er omlag 60 NTNU-areal. Hvis HELE sykehusdelen av dette senteret kuttes innebærer dette en besparelse på 180-190 mill inkl utstyr (prosjekteringskostnader, kulverter og bruer blir lite berørt). Dette innebærer at hele infeksjonsavdelingen i sykehuset utgår fra byggefase 2 – inkludert alle luftsmitteisolat. Videre utgår kompetansesenter for sammensatte lidelser, hudavdelingen og diverse kontor/møterom. Det må da forutsettes at disse funksjonene kan løses i bygg som ikke skal rives (uten kostnader for prosjektet), eller skal utgå fra det nye universitetssykehuset. Det anses som usannsynlig at det er mulig å etablere funksjoner som luftsmitteisolat i andre bygg (både nybygg og gjenstående bygninger) uten vesentlige kostnader

Konsekvenser for St. Olav

Dersom man som en følge av at sykehusdelen av kunnskapssenteret utgår, må etablere en ny infeksjonsavdeling med luftsmitteisolater i eksisterende bygningsmasse, vil dette bety at store investeringskostnader flyttes fra prosjektet til St Olavs Hospital. Det gir ingen total kostnadsreduksjon.

Å planlegge drift inn i lungebygget slik dette forutsetter, vil kreve en oppgradering av IKT infrastruktur i dette bygget. Driftplanene i nytt sykehus forutsetter at hele sykehuset har tatt i bruk nye tekniske løsninger, herunder rørpost, IKT og bruk av AGV. Det er ikke budsjettmidler i byggeprosjektet til en slik oppgradering av lungebygget dersom man skal ta ut maksimal effekt av ikke å bygge sykehusareal i Kunnskapssenteret.

Konsekvenser for Infeksjonsmedisin:

Hovedandelen av sykehusets isolat er planlagt inn i Infeksjonsmedisinsk seksjon. Dette omfatter 12 kontaktsmitte og 6 luftsmitteisolat. I byggefase 1 ble antall luftsmitteisolat redusert fra 9 til 2 i Nevrosenteret. I Kvinne barn senteret er det bygd 9 luftsmitteisolat, hvorav 6 knyttet til barneområdene

Planlegging og dimensjonering av antall luftsmitteisolat i den nye universitetssykehuset bygger på Forskrift om smittevern i helseinstitusjoner og 'Isoleringsveilederen, utarbeidet av Folkehelseinstituttet og Sosial- og helsedirektoratet. Helse Midt-Norge har ansvaret for at regionen kan tilby tilstrekkelig muligheter for isolering av pasienter med smittsom sykdom. Ved andre sykehus i regionen finnes det i følge Handlingsplan for smittevern for Helse Midt-Norge RHF (2003) mulighet for luftsmitteisolering bare i Levanger (3) og i Molde (1).

Konsekvensen ved ikke å bygge infeksjonsmedisinsk seksjon vil derfor være en drastisk reduksjon i St. Olavs og Helseregion Midt-Norges mulighet til å tilby luftsmitteisolering. Dagens infeksjonsmedisinske seksjon har i dag en kapasitet på 2 luftsmitte isolat og 6 kontaktsmitteisolat, alle plassert i gammel og umoderne bygningsmasse. I tillegg har St.Olavs sentrale intensivenhet 1 luftsmitteisolat.

Krav til forsvarlig handtering av luftsmitte har økt de senere år, blant annet på grunn av risiko for overføring av infeksjoner med multiresistente bakterier, men også på grunn av oppmerksomhet knyttet til mulige utbrudd av SARS, fugleinfluensa, Ebola etc. Dersom St. Olav får et pålegg om å øke antall luftsmitteisolat utover det som allerede eksisterer, vil kostnaden for dette være stor, og måtte belastes driften av sykehuset. Dette er arealer med svært komplisert og dyr teknikk.

Konsekvenser for hudavdelingen

Hudavdelingens sengepost og lysbehandling er i dag plassert i provisoriske arealer i Pasienthotellet. Poliklinikk og kontorer er plassert i søsterhjemmet ved Røde Kors. Driftskonsekvenser ved å ikke flytte disse sammen i Kunnskapssenteret er en redusert kapasitet ved pasienthotellet og en permanent lite rasjonell drift for Hudavdelingen ved at sengeavdeling, lysbehandling, poliklinikk og kontorer ikke ligger i samme bygg.

Kapasiteten ved hotellet er lagt til grunn for planlegging av det totale sengetall i fase 2. Pasienthotellet er opprinnelig ikke planlagt og dimensjonert som en sengepost, og Trondheim brannvesen har etter en befaring påpekt at hudavdelingens bruk av pasienthotellet ikke tilfredsstiller branntilsynets krav. Manglende lagerareal har ført til at diverse utstyr lagres i korridoren.

Konsekvenser for Kompetansesenteret for sammensatte lidelser

Dette er et nasjonalt kompetansesenter ved St. Olav. Virksomheten må, dersom Helseregionen ønsker å beholde kompetansesenteret i egen region, skaffes andre egnede lokaler. Det er ikke ledige arealer i de øvrige sentrene. Arealer må finnes i andre bygg – eller leies. Uavhengig av løsning medfører dette merkostnad på framtidig drift. For kompetansesenteret vil det være u hensiktsmessig med en lokalisering langt fra øvrig virksomhet ved St. Olav.

Konklusjon: FUE styringsgruppe vil sterkt frafråde at Kunnskapssenteret bygges uten kliniske arealer.

2.4 Reduksjon av byggherrekostnader

Besparelser i byggherreorganisasjonen som følge av kostnadsreduksjonene for kreftbygget, kunnskapssenteret, riving og infrastruktur er vanskelig å beregne. Endringene innebærer tildels betydelig omprosjektering – særlig for Kunnskapssenteret – og NTNUs del av utbyggingen må gjennomføres. I denne omgang forutsettes likevel at vesentlige deler av byggherrekostnadene kan utgå, med en mulig besparelse på ~10 mill NOK.

2.5 Bevare deler av Høyblokka

Blant de mer kreative forslag som har kommet opp som følge av kravet fra Helse Midt-Norge RHF om 300 mill i kostnadsreduksjon er et forslag om å bevare en fløy/deler av Høyblokka. Dette vil blant annet sikre universitetssykehuset tilstrekkelig areal for kontor og sengetallsøkning i fremtiden. Tiltaket er forkastet fordi det både vil øke driftskostnadene og investeringsrammen betydelig, men er omtalt fordi det er stor uro i deler av sykehuset rundt de stramme arealrammer som allerede er vedtatt og konsekvensen av ytterligere reduksjoner.

Ideen om mulig bevaring og innpassing av høyblokka i ny utbyggingsløsning, har tidligere blitt vurdert blant annet i forbindelse med idekonkurranse om utvikling av ny Universitetsklinikk på Øya i 1995 og som innspill til utredningen om alternativ plassering av Universitetsklinikken i 2001.

Det framkommer av tilstandsrapporten at høyblokkas tekniske tilstand er særdeles dårlig, blant annet på grunn av sterk forvitring (karbonatisering) av fasadebetongen. Det er påkrevd med rehabilitering av alle fasader. Deler av bygningsmassen (1.-7. etg.) har også behov for etterisolering og utskifting av vinduer. Ventilasjonsanlegg er underdimensjonert for dagens bruk og det må påregnes total utskifting av alle tekniske anlegg ved evt. rehabilitering til sykehus- eller universitetsfunksjoner. Rapporten er utarbeidet for mer enn 10 år siden, og vedlikeholdet har i perioden, grunnet eksisterende utbyggingsplaner, vært redusert til et minimum. Teknisk drift ved sykehuset vurderer i dag tilstanden som ytterligere forverret, og estimerer rehabiliteringskostnader til å bli høyere eller lik tilsvarende nybyggkostnader.

Logistikkutfordringene for å få gode varige løsninger hvor høyblokka integreres med valgte løsninger i Byggefase 1 fremstår som uoversiktlige; bla ny IKT, grensesnitt mellom ulike signalanlegg, rørpost, kulvertforbindelser.

Den senere tids ombygginger/tilpasninger er basert på midlertidige godkjenninger ut fra at høyblokka snart skal rehabiliteres eller rives. Dersom det skulle vedtas at deler av høyblokka skulle bli stående vil en full gjennomgang av bygget fra branntilsyn, arbeidstilsyn mm være overveiende sannsynlig. Ved en større rehabilitering av bygningen utløses krav til ny godkjenning av bygningsmyndighetene; krav til ventilasjon og inneklime, krav til brannsikkerhet og rømningsveier, krav til elektriske anlegg mm. En slik ny godkjenning vil kreve totalrehabilitering av bygget.

Det må videre bemerkes at bakgrunnen for vedtakene i styret for Helse Midt-Norge RHF er at sengeareal og øvrig areal må reduseres i det nye sykehuset. Ønsket om å la deler av bygget bli stående er begrunnet ut fra et ønske om mer areal. Videre er NTNUs aksept nødvendig, fordi Høyblokka ikke kan bli stående når Kunnskapssenteret skal bygges.

Konklusjon: FUE styringsgruppe anbefaler at høyblokka rives som planlagt når Akutten og Hjertelungesenteret står ferdig.

3 NTNU'S INTERESSER I UTBYGGINGSPROSJEKTET

Problemstillingen om kutt i byggebevilgningen for fase 2 innebærer først og fremst kutt i sykehusets areal og om hvordan disse skal gjennomføres. Konsekvensene av kutt i byggeplanene i slutfasen angår i høyeste grad også NTNU/HiST.

Kutforslagene får konsekvenser for gjennomføring av byggeprosjektet som er behandlet av Stortinget og som ligger til grunn for Stortingets bevilgningsvedtak for NTNU-arealet. Omfattende kutforslag er dermed ikke en sak for Helse Midt-Norge RHF alene.

Prosjektet har fra første stund vært et omforent samarbeidsprosjekt med ønske om å bygge et universitetssykehus grunnlagt på integrasjon mellom behandlings-, forsknings- og undervisningsareal. Det er viktig kort å minne om de avtaler og vedtak som danner grunnlaget for byggeprosjektet.

- Sør-Trøndelag fylkeskommune (STFK) og Staten (SHD) inngikk 1996 avtale om prinsipper for bygging av nytt universitetssykehus i Trondheim. Det nye universitetssykehuset forutsatte en integrasjon mellom kliniske arealer (St Olav) og undervisnings- og forskningsarealer (NTNU/HiST).
- Etter en omfattende utredningsrunde og usikkerhet om geografisk plassering ble forprosjektet og finansieringen av fase 1 stadfestet av Stortinget og det ble gitt grønt lys for utbygging.
- Etter omorganisering av sykehusene trådte Helse Midt-Norge RHF inn i avtalegrunnlaget i stedet for STFK. Det ble inngått en egen avtale i 2005 mellom Helse Midt-Norge RHF (som utbygger) og Kunnskapsdepartementet (som bestiller) om utbygging av NTNU-delen av fase 1.
- Forprosjektet for fase 2 av prosjektet er behandlet av Stortinget. Stortinget har bevilget KDs andel av fase 2 over revidert statsbudsjett våren 2005.
- En utbyggingsavtale for fase 2 - tilsvarende som for fase 1 - er ferdigforhandlet og skal undertegnes om kort tid.

Utbyggingsavtalene har følgende likelydende passus om rapportering:

”Generelt gjelder at Helse Midt-Norge RHF har plikt til å informere KD dersom det foreligger informasjon om at fremdrift og/eller kostnader i utbyggingen avviker fra forutsetningene. Slik informasjon skal viderebringes til KD uten unødig opphold.

All rapportering skal sammenholdes med gjeldende rammer og vedtak, budsjettvedtak og finansieringsplan, samt øvrige referansedokumenter for det enkelte senter/byggefase. Alle avvik og korrektive tiltak skal rapporteres i forhold til gjeldende referansedokumenter.”

Kuttforslaget som er omtalt i detalj i kapitel 2, omfatter også Kunnskapssenteret. I utgangspunktet forutsettes alt sykehusareal trukket ut av senteret. Samtidig forsikrer både Helse Midt-Norge RHF og Helsebygg Midt-Norge at arealene for NTNU/HiST i Kunnskapssenteret skal realiseres. KD og NTNU/HiST har i alle møter en har deltatt på – forutsatt det samme.

NTNU/HiST vil i det følgende analysere hva dette betyr for planlagte areal, økonomiske krav overfor byggherre og gjennomføring av det omforente konseptet.

Arealer

NTNU ser det som et brudd på alle tidligere inngåtte avtaler og planforutsetninger om utbygger velger å kutte alle planlagte sykehusareal i Kunnskapssenteret.

Følgende areal er i dag planlagt med grunnlag i konseptet:

- Vrimleareal
- Kantineareal
- Stort auditorium (sykehuset deltar konkret med 100 m² netto)
- Broforbindelse i 2 etasje. Broen knytter sammen Gastroenteret og Nevrosenteret og gir hele sykehuset tilgang til biblioteket gjennom et samlet brosystem på nivå 2. etasje.
- Kliniske areal som skal benyttes i klinisk undervisning både for lege- og sykepleiestudenter (felles rom).
- Bibliotek (St Olav bidrar med stillinger og driftsmidler)

I fase 2 er universitetsarealene nesten i sin helhet lagt til 3.etasje (teknisk mellometasje) og knyttet sammen med egen broforbindelse for å skape nærhet og samarbeid mellom forskningsmiljøene. For Institutt for kreftforskning og molekylær biologi er forskningsarealet lagt til både Gastroenteret og Kunnskapssenteret. NTNU forutsetter at broforbindelsen i 3. etasje som knytter arealene sammen, bygges.

Det er dermed en rekke forutsetninger som er lagt til grunn for utformingen av Kunnskapssenteret og som NTNU krever gjennomført, ved en eventuell omprosjektering.

Økonomiske krav

NTNU forutsettes at alle utgifter knyttet til en eventuell omprosjektering av Kunnskapssenteret belastes utbygger.

NTNU har i Kunnskapssenteret strukket seg langt - arealmessig og dermed kostnadmessig - for å etablere en god infrastruktur i bygget og dermed for hele konseptet. Dette gjelder primært auditorieløsninger, vrimleareal, kantine, garderobes og bibliotek. NTNU vil kreve at de felles arealene som St Olav arealmessig og kostnadmessig skal bidra med, ikke trekkes ut av Kunnskapssenteret, men fortsatt belastes utbygger.

Stortingets vedtak i revidert statsbudsjett våren 2005 hviler på disse forutsetningene.

Gjennomføring av det omforente konseptet

Innholdet i konseptet ”det integrerte universitetssykehuset” har vært klart helt siden den første avtalen ble inngått i 1996. I avtalen heter det

”Innenfor denne modellen forutsetter partene at undervisnings- og forskningsfunksjonene innen de kliniske fagene skal integreres i de samme anleggene som bygges for de kliniske funksjonene. Utbyggingen skal skje desentralisert slik det er beskrevet i Utviklingsplanen for RIT 2000.”

Dette har ligget til grunn for det felles planarbeidet i Helsebygg Midt-Norge, St Olavs Hospital og NTNU/HiST.

NTNU/HiST har lojalt holdt seg til denne forståelsen i alt planarbeid og Stortinget (KD) har i budsjettssammenheng fulgt opp tilsvarende.

NTNU finner det uholdbart at Helse Midt-Norge RHF i slutfasen av prosjektet vurderer sparetiltak som rammer det siste bygget som er et nøkkelbygg for NTNU/HiST. Bygget er planlagt med en arealfordeling med 60 % NTNU/HiST og 40 % St Olav. Bygget er viktig for realisering av konseptet med hensyn til

- Klinisk undervisning (integrerte undervisningsrom og f-labber)
- Bibliotek for et samlet fag miljø
- Hovedbygg for undervisning i store grupper
- Helheten i utbyggingen.

NTNUs konklusjon

NTNU forutsetter at arealkutt i Kunnskapsenteret drøftes nøye med Kunnskapsdepartementet før det eventuelt gjennomføres.

NTNU er uenig i at et eventuelt arealkutt gjennomføres ensidig i prosjektets siste bygg – et bygg som er et signalbygg for NTNU. Et slikt kutt bryter med konseptet ”et integrert universitetssykehus” som

- bygger på at de kliniske senterene inneholder både behandlings-, undervisnings- og forskningsareal
- ligger til grunn for alle tidligere avtaler og vedtak, også de Stortinget har fattet.

NTNU forutsetter at dersom et arealkutt eventuelt gjennomføres, må alle utgiftene til omprosjektering bæres av utbygger.

NTNU forutsetter ved et eventuelt arealkutt at de felles arealene som St Olav arealmessig og kostnadmessig skal bidra med, ikke trekkes ut av Kunnskapsenteret, men fortsatt belastes utbygger.

NTNU er også svært betenkt over de følger et eventuelt kutt kan ha i forhold til den samlede arkitektoniske løsningen, framtidige utvidelser på Øya og effektiv drift ved St Olavs Hospital.

4 DELFINANSIERING GJENNOM SALG AV EIENDOMMER

Styret for Helse Midt-Norge RHF vedtok i sak 47/06 at: *”Inntektene ved salg av eiendommer i størrelsesorden 200 mill. kr. går til del-finansiering av byggefase 2. Styret ber om at St. Olavs Hospital legger frem forslag til salgsobjekt innen utgangen av året.”*

Intensjonen med salg av eiendommer for i størrelsesorden 200 mill kr er at inntektene skal gå til delfinansiering av byggefase 2. Alle de aktuelle eiendommene er imidlertid utleid til interne og eksterne leietakere. Salg av eiendommer vil derfor gi en engangs kapitaltilførsel og reduserte renteomkostninger. Samtidig vil St Olavs driftsresultat forverres av at leieinntektene faller bort. Unntaket er St Elisabeth - hvor virksomheten flytter inn i det nye universitetssykehuset i 2009. Elgesetergt 10 og Schwachs gate må behandles særskilt, siden disse eiendommene bare er midlertidig finansiert av lånerammen til utbyggingsprosjektet.

Noen av de aktuelle eiendommene er imidlertid også av stor strategisk verdi for St Olavs Hospital både på kort og lengre sikt. Det kan være på grunn av beliggenhet, tilknytningsmuligheter mot eksisterende infrastruktur og stort utviklingspotensiale. Den strategiske verdien må vurderes opp mot oppnåelig kapitaltilførsel ved salg og de endringer i driftsresultat som følger av dette.

Gjennomgangen av hvilke eiendommer som kan selges vil fremmes i egen rapport. Det er i denne omgang valgt å gi en foreløpig tilbakemelding på de meste aktuelle eiendommene og utfordringene.

Eiendom som anbefales solgt

To eiendommer fremstår som åpenbare salgsobjekter

St. Elisabeth

Eiendommen disponeres i dag av funksjoner som er sykehusets kjernevirksomhet, men vil bli fristilt i forbindelse med slutføringen av byggefase 2. Eiendommen vil da selges, og har en antatt markedsverdi på 40 – 45 mill. kr. (Anslag fra Nylander Næringsmegling AS 29.08.06)

Udbyes gt. 5:

Eiendommen har 28 boligenheter benyttet til rekrutteringsboliger/boforhold for turnusleger. Eiendommen står foran en totalrehabilitering og foreslås solgt – selv om antallet boliger for St.Olavs Hospital etter dette vil være halvert og alle boligene vil være lokalisert til Østmarka. Antatt markedsverdi for Udbyes gt. 5 er 21-23 mill. kr.(Anslag utført av Nylander Næringsmegling AS). Trondheim Kommune kan kreve 50% av salgssum/resultat etter en klausul fra den tid da denne boligblokken ble overført fra kommunen til sykehuset.

Eiendommer med strategisk verdi som ikke anbefales solgt

Flere eiendommer i randsonen til sykehuset er vurdert til å ha stor strategisk verdi:

1. Elgeseter gt. 10
2. Olav Kyrres gt. 6 (tidl. Revmatismehuset)
3. Mauritz Hansens gt. 4
4. Schwachs gt 1
5. Boliger Østmarka
6. Barnehagebyggene

Alle drives med et positivt driftsresultat og salg vil innvirke negativt på St.Olavs Hospitals driftsresultat.

Et salg av for eksempel Elgeseter gt. 10 ville alene gi en resultatforverring for St.Olavs Hospital på kr ca 4,0 mill kr/år, selv etter at kapitalinntektene som følge av antatt salgsinntekt er kalkulert inn. Mulighetene for å selge enkelte av disse eiendommene vil likevel bli vurdert frem til endelig rapport.

Elgesetergt 10 og Schwachs gate er midlertidig finansiert av lånerammen til utbyggingsprosjektet. Når byggefase 1 avsluttes må denne finansieringen gjøres om – dette har så langt vært forutsatt løst gjennom inntektene fra salg av St Elisabeth og Udbyes gate. Hvis denne salgsinntekten istedet skal benyttes til redusert låneopptak vil dette kunne medføre at St Olavs Hospital risikerer å måtte selge eiendommene av likviditetsmessige årsaker.

Salg av eiendommer vil bli fremlagt som egen sak .

5 UTVIKLINGEN I LIGGETID

I vedtaket fra styret for Helse Midt-Norge RHF forutsettes at liggetiden ved St. Olavs Hospital skal reduseres med 20% i forhold til opprinnelig hovedfunksjonsprogram og at St. Olavs Hospital HF legger frem forslag til handlingsplan for å oppnå reduksjon i liggetid.

5.1 Planforutsetningene fra forprosjekt byggefase 2 om antall liggedøgn

I revidert hovedfunksjonsprogram fremgår at omlag 80% av aktiviteten ved St. Olavs Hospital er knyttet til lokalsykehusfunksjonen for Trondheimsregionen og sentralsykehusfunksjonen for Sør-Trøndelag. Befolkningsutviklingen i Sør-Trøndelag er derfor lagt til grunn i fremskrivingen:

	2000	2005	2010	2015	2020		2005	2010	2015	2020
18-44 år	101.558	99.379	99.378	99.179	99.187	18-44 år	-2%	-2%	-2%	-2%
45-66 år	63.364	70.930	74.575	75.430	75.982	45-66 år	12%	18%	19%	20%
67-74 år	15.744	14.457	16.608	20.872	21.983	67-74 år	-8%	5%	33%	40%
75-79 år	9.243	7.953	7.273	7.775	10.098	75-79 år	-14%	-21%	-16%	9%
80-84 år	6.221	6.578	5.881	5.432	5.880	80-84 år	6%	-5%	-13%	-5%
85 år<	4.583	5.539	5.935	5.716	5.412	85 år<	21%	30%	25%	18%
	200.713	204.836	209.650	214.404	218.542		2,1%	4,5%	6,8%	8,9%

Som det fremgår er ikke barn tatt med i fremskrivingen, da Kvinne- barnsenteret inngår i Byggefase 1. Det er ellers verdt å merke seg at aldersgruppen 67-74 år øker med 40% og at aldersgruppen 85+ øker med 18% i fremskrivingshorisonten.

Omstillingen som var lagt til grunn for revidert hovedfunksjonsprogram innebar bl.a. :

- Økt ambisjonsnivå for omstilling fra innlagte pasienter til poliklinisk behandling, dagbehandling og bruk av observasjonspost gjennom benchmarking mot andre sykehus
- For pasienter som fremdeles må innlegges er liggetid redusert med 10% fra dagens nivå

Etter dette fremkom i revidert Hovedfunksjonsprogram et pasientgrunnlag med utgangspunkt i år 2000 og en fremskriving til år 2020. Det fremskrevne pasientgrunnlaget danner grunnlag for beregningen av sykehusarealene. Nedenfor vises planlagt aktivitet i år 2000 og planlagt aktivitet i 2020 for enkelte behandlingsformer og funksjoner i byggefase 2, slik dette fremgår av revidert Hovedfunksjonsprogram.

St Olavs Hospital 1)		
	2000	2020
Liggedager	165 599	163 115
Dagbehandling	9 603	29 642
Poliklinisk behandling	139 390	176 516
Operasjoner	11 866	15 750
Bildedagnostiske undersøkelser	160 877	175 195

1) Bare byggefase 2

For å imøtekomme kravet om arealreduksjon fra behandlingen av revidert hovedfunksjonsprogram og skisseprosjekt er forprosjektet basert på en forutsetning om færre senger –tolket til ytterligere 10% kortere liggetid (20% kortere liggetid totalt). Dette utgjør omlag 8% reduksjon av sengetallet for nytt universitetssykehus i forhold til dagens sykehus.

Forprosjektet viser forøvrig til at flere sammenligninger mellom norske sykehusene viser store forskjeller når det gjelder kapasitet og utnyttelse av senger, og St Olavs Hospital har på en del områder lengre gjennomsnittlig liggetid enn sammenlignbare sykehus. Nærmere undersøkelser viser imidlertid at forskjeller i liggedøgn for det alt vesentlige skyldes dagens eksisterende forskjeller i sammensetningen av pasienter som så er fremskrevet.

Langt viktigere enn gjennomsnittlig liggetid er imidlertid at utviklingen i liggedøgn forutsettes å reduseres betydelig ved Nye St. Olav gjennom et høyt ambisjonsnivå for omstilling til dagbehandling og poliklinisk behandling. Når de letteste pasientene ikke lenger blir innlagt ved sykehuset vil gjennomsnittlig liggetid gå opp selv om antall liggedøgn reduseres. Dette er selvsagt en ønsket utvikling. Når gjennomsnittlig liggetid går ned selv om omstillingen til dagbehandling er høy innebærer dette at reduksjonen i liggetid for St Olavs Hospital er vesentlig høyere enn det som umiddelbart fremgår.

Videre viser en enkel studie av liggedøgn i de enkelte helseforetak at Helse Midt-Norge har ca 1900 senger i somatiske sykehus - det vil si 3,0 sykehussenger pr 1000 innbyggere, mens landsgjennomsnittet er 2,9. Antall liggedøgn var 606.000 - tett opptil ett døgn pr. innbygger. Dette svarer også til mønsteret på landsbasis. Aktiviteten kan best uttrykkes ved heldøgnsopphold per 1000 innbyggere:

	2000	2001
Midt-Norge	156,7	162,2
Hele landet	154,1	160,6

Tabell: Heldøgnsopphold pr 1000 innbyggere i 2001 (Kilde SSB)

St Olavs Hospital er det dominerende sykehus i regionen med nær 50% av den totale regionale behandlingsskapasiteten. Nye St Olavs Hospital er ut fra behandlingen av revidert hovedfunksjonsprogram planlagt med 8% færre senger enn i dag, og dette skal dekke den demografiske utviklingen i 15-20 år fremover. Når sengekapasiteten og heldøgnsopphold i Helse Midt Norge fra før ligger på landsgjennomsnitt, innebærer dette i seg selv at det forventes en effektivisering av bruken av sengeopphold som går ut over erfaringsgrunnlaget for resten av landet.

5.2 Allerede oppnådde reduksjoner i liggetid

St Olavs Hospital har som nevnt utfordringer med å redusere liggetiden, men dette er en prosess som har pågått lenge. St Olavs Hospital har i forbindelse med kravet om redusert liggetid fra Helse Midt-Norge RHF gjort en undersøkelse av status for liggetid. Hovedtabellen under viser følgende:

- Pasientvolum og liggetid for alle senter i forbindelse med HFP. Her er det tatt utgangspunkt i fremskrivning til 2010.
- Pasientvolum og liggetid for senter i Fase 2 i forbindelse med revidert HFP. Her er det tatt utgangspunkt i fremskrivning til 2020.
- Pasientvolum og liggetid for alle senter i 2005, samt forskjell i dagens liggetid og liggetid fra fremskrivninger til hhv. 2010 og 2020.
- Tall for 2005 er hentet fra Nimes, og omfatter pasienter som har en liggetid på ett døgn eller mer. (Beregningsgrunnlaget fører til at liggetid i Nimes er høyere enn tilsvarende Samdata-tall).
- Liggetidsdata for 2005 er hentet ut pr. seksjon, og satt sammen slik at de i store trekk følger senterstrukturen for HFP og revidert HFP. Avvik fra denne er kommentert under tabellen.
- Den reelle liggetiden i 2005 er 13 prosent lavere enn fremskrivningen til 2010 fra HFP.

- Sammenliknet med revidert HFP, og fremskrevet liggetid i 2020 for sentrene i Fase 2, er liggetiden i 2005 15 prosent lavere.
- I fremskrivningen i RHF (2010) ble det forutsatt at et skift i pasientmassen fra døgnopphold til dagbehandling og poliklinikk ville føre til en nedgang i antall inneliggende pasienter (SHO) på 11,4 prosent (fra 35624 til 31570). I 2005 var det 61,0 prosent flere inneliggende pasienter (SHO) enn i fremskrivningen i HFP.
- For sentrene i Fase 2 (revidert HFP) var det forutsatt en økning i antall pasienter på 21 prosent (25303 SHO i 2000 mot 30593 i 2020). I 2005 er antall pasienter 3 prosent lavere enn revidert HFP fremskriver at vi skal ha i 2020.

Kommentarer til utvikling i pasientstrøm til St. Olav og befolkningsutvikling:

- Befolkningsøkningen i Trondheim er høyere enn i mange andre deler av helseregionen. Dette fører til at pasientgrunnet for St. Olav vokser mer enn grunnlaget for andre HF i regionen, med tilhørende press på behandlingsressursene ved sykehuset.
- Den gjennomsnittlige liggetiden ved St. Olav har gått ned for de fleste avdelingene de siste seks årene, mens pasientvolumet har økt. Behovet for senger har dermed ikke gått ned like mye som liggetidsreduksjonene alene skulle tilsi.
- Driftsstatistikk (Nimes) viser at antall sykehusopphold for den somatiske delen av sykehuset i 2005 var rundt 20 prosent høyere enn i 2001. I samme periode har liggetiden gått ned med 12 prosent.

Nøkkeltall for alle senter (HFP) og senter som inngår i byggefase 2 (revidert HFP). Totaltall for St. Olavs Hospital.

	Antall pasienter	Liggetid (gjennomsnittlig antall døgn)
Fremskrivning til 2010 (HFP)	31 570	6,0
Fremskrivning til 2020 (fase 2, revidert HFP)	30 593	7,0
Aktivitetsdata 2005 (St. Olav totalt)	50 680	5,2
Aktivitetsdata 2005 (senter tilsvarende byggefase 2)	29 677	5,9
Differanse 2005-2010	61%	- 13%
Differanse 2005-2020	- 3%	- 15%

	Avdeling/spesialitet	HFP 1999		Revidert HFP 2003		Dagens St. Olav		Endring antall SHO 2005-2010	Endring liggetid 2005-2010	Endring antall SHO 2005-2020	Endring liggetid 2005-2020
		Antall pasienter 2010	Liggetid 2010	Antall pasienter 2020	Liggetid 2020	Antall pasienter (SHO) 2005	Snitt liggetid 2005 ⁴				
FASE 1	Gynekologi	1 900	3,6			2 066	4,0	9 %	12 %		
	Føde	2 960	4,1			7 882	3,3	166 %	-21 %		
	Barn	3 850	5,0			3 610	5,0	-6 %	0 %		
	Kvinne-barn	8 710	4,4			13 557	3,8	56 %	-13 %		
	Nevrologi	750	6,4			1 658	4,3	121 %	-32 %		
	Slag	810	10,7			664	7,8	-18 %	-27 %		
	Geriatrici	210	24,6			313	15,7	49 %	-36 %		
	Fys med ³	160	18,7			180	19,7	12 %	5 %		
	Nevrokir	1 140	4,3			2 050	3,4	80 %	-21 %		
	ØNH	850	4,8			1 771	3,1	108 %	-37 %		
	Øye	1 050	5,2			678	3,7	-35 %	-28 %		
	Kjevekir	20	6,7			132	3,1	560 %	-53 %		
Nevrosenteret	4 990	7,3			7 446	4,9	49 %	-33 %			
FASE 2	Ort kir	2 330	6,6	5 226	6,3	4 987	5,9	114 %	-11 %	-5 %	-7 %
	Revmatologi	440	7,3	362	10,0	729	6,6	66 %	-10 %	101 %	-34 %
	Plastik	560	3,9	97	3,9	108	3,7	-81 %	-4 %	11 %	-6 %
	Bevegelsessenteret	3 330	6,2	5 685	6,5	5 823	5,9	75 %	-5 %	2 %	-9 %
	Med gastro	740	5,2	1 590	7,0	1 159	7,3	57 %	38 %	-27 %	4 %
	Nefro	970	4,7	948	4,2	1 100	4,8	13 %	2 %	16 %	14 %
	Karkirurgi ²	390	4,6								
	Med endokrinologi	260	4,6	475	6,4	442	6,1	70 %	33 %	-7 %	-4 %
	Kir gastro	2 690	5,9	3 411	6,7	3 474	5,8	29 %	-1 %	2 %	-13 %
	Urologi	960	5,3	1 149	6,6	1 917	4,5	100 %	-15 %	67 %	-32 %
	Kir endokrinologi ²	430	4,6	177	6,7	1 384	4,7	222 %	3 %	682 %	-30 %
	Abdominal	6 440	5,3	7 750	6,4	9 476	5,5	47 %	2 %	22 %	-15 %
	Kardiologi	2 570	5,3	6 650	4,9	5 111	4,8	99 %	-10 %	-23 %	-2 %
	Lunge	1 280	8,5	3 197	9,1	2 477	7,5	94 %	-12 %	-23 %	-17 %
	Thoraxkir ¹	120	4,6	274	5,7	1 399	5,4	1066 %	17 %	411 %	-7 %
	Hjertekir ¹	760	7,5	822	7,1						
	Karkirurgi			1 222	6,3						
	Hjerte-lungesenter	4 730	6,5	12 165	6,3	8 987	5,6	90 %	-14 %	-26 %	-11 %
	Onkologi	2 000	8,4	3 165	10,3	2 510	7,5	25 %	-10 %	-21 %	-27 %
	Hematologi	540	7,2	642	8,9	960	7,2	78 %	-1 %	49 %	-20 %
Infeksjonsmed	580	7,8	921	7,2	1 251	7,4	116 %	-5 %	36 %	4 %	
Hud/veneriske sykd	250	16,8	265	20,6	669	7,0	168 %	-59 %	153 %	-66 %	
Miljø	3 370	8,7	4 993	10,1	5 390	7,4	60 %	-15 %	8 %	-27 %	
Totalt senter HFP	31 570	6,0			50 680	5,2	61 %	-13 %			
Totalt senter i fase 2 (revidert HFP)			30 593	7,0	29 677	5,9			-3 %	-15 %	

1 St. Elisabeth omfatter både thorax- og hjertekirurgi

2 Kar kir. og kir. endo. deler sengepost, for Fase 1 er alle opphold plassert under kir. endo. I Fase 2 er kar kir. flyttet fra Abdominalsenteret til Hjerte- lungesenteret.

3 Fys. med. er kun tall for spinalenheten på Øya

4 Liggetid for 2005 er beregnet liggetid på bakgrunn av antall SHO og antall liggedøgn

5.3 Ytterligere reduksjon av liggetiden og antall liggedøgn ved St Olavs Hospital

Som det fremgår av 5.1 og 5.2 har St Olavs Hospital allerede oppnådd det meste av liggetidsreduksjonen som var forutsatt i opprinnelig og revidert hovedfunksjonsprogram samt styrevedtaket fra Helse Midt-Norge RHF. Det arbeides løpende med tiltak for ytterligere reduksjoner av liggetid og omstilling til dagbehandling, blant annet ved å ta ut effekten av nytt universitetssykehus og løpende intern effektivisering:

- raskere/automatisk prøvesvar,
- raskere/bedre tilgang på diagnostiske hjelpemidler som bildediagnostikk
- bedre tilgang på medisinsk tilsyn for uavklarte pasienter
- nye behandlingsmetoder som f.eks lapraskopisk kirurgi
- økt bruk av pasienthotell

Hovedutfordringen for St Olavs Hospital mhp liggedøgn er økende pasienttilstrømming.

6 AKTIVITETSENDRINGER

I vedtaket fra Styret i Helse Midt-Norge RHF fremgår at det forutsettes at kapasiteten ved St. Olavs Hospital til en hver tid utnyttes fullt ut og i samsvar med de føringer som er gitt i ”Strategi for utviklingen av tjenestetilbudet frem mot 2010” og ”Eierstrategi for foretaksgruppen Helse Midt-Norge”. All aktivitetsøkning utover det som ligger til grunn for revidert hovedfunksjonsprogram (HFP) må følges av tilsvarende overføring av aktivitet fra St. Olavs Hospital til de andre helseforetakene i foretaksgruppen eller til private/ideelle samarbeidspartnere. Det forutsettes videre at St. Olavs Hospital HF foreslår hvilke pasientgrupper som eventuelt skal gis tilbud et annet sted.

Vedtaket er i store trekk i tråd med forutsetningene som lå til grunn for forprosjektet, og medfører derfor ikke vesentlige endringer for St Olavs Hospital eller utbyggingsprosjektet. Nye føringer fra Helse Midt-norge RHF som ”Strategi for utviklingen av tjenestetilbudet frem mot 2010” og ”Eierstrategi for foretaksgruppen Helse Midt-Norge” vil selvfølgelig også bli fulgt opp. Det tas dermed utgangspunkt i at regionale vedtak om aktivitetsendringer innebærer at det flyttes like mye produksjon til som fra St Olavs Hospital. Den samme forutsetning er lagt til grunn for oppgavefordelingen mellom St. Olavs Hospital og øvrige sykehus i resten av landet, mellom private og offentlige aktører, såvel som uendret oppgavefordeling mellom 1., 2. og 3. linjetjenesten. Dersom det likevel skulle vedtas en endret funksjonsdeling som gir endret aktivitet ved St. Olavs Hospital, er muligheten for endret produksjon vist gjennom den generelle fleksibilitet i det nye universitetssykehuset og gjennom utvidelsesmulighetene som er skissert i forprosjektet.

S St Olavs Hospital legger i sitt strategiarbeid til grunn ”Eierstrategi for foretaksgruppen i Helse Midt Norge”, og dette arbeidet omfatter konkrete tiltak for funksjonsfordeling mellom St.Olav og de øvrige sykehus i regionen. St Olavs Hospital vurderer løpende hvilke pasientgrupper som kan gis et tilbud et annet sted i regionen, og har blant annet vært sterkt medvirkende til oppbyggingen av et tilbud med strålebehandling i Ålesund. Det arbeides fortløpende ovenfor 1. linjetjenesten mhp hvilke oppgaver som bør utføres av primærlege og i sykehjem/av hjemmesykepleien. Hovedutfordringen mhp funksjonsfordeling er imidlertid fritt sykehusvalg og en meget markant økning av pasienter fra nabofylkene de senere år – på tross av gjennomgående lengre ventelister ved St Olavs Hospital enn i andre sykehus i regionen og på tross av lite attraktive/nedslitt bygg. Det fryktes at denne tilstrømningen kan skyte fart med utbyggingen av nytt universitetssykehus. Sterkere styring av pasientenes valg er en regional/nasjonal oppgave, og bør vies betydelig oppmerksomhet fra Helse Midt-Norge RHF.

7 BALANSE I DRIFTEN

Siste punkt i vedtaket fra Styret for Helse Midt-Norge RHF forutsetter at St Olavs Hospital HF innretter sin virksomhet og sine omstillingstiltak slik at balanse i driften oppnås i 2007. Styret påpeker nødvendigheten av at driften i de kommende år planlegges ut fra at det vil være behov for omstillinger og innsparinger i årene etter 2007. Det henvises her til beregnet økning i kapitalkostnader i 2009 og 2010.

Ledelsen ved St.Olavs Hospital arbeider kontinuerlig med tiltak for å oppnå balanse i driften 2007, og St Olavs Hospital er i løpende kontakt med Helse Midt-Norge RHF om budsjettforutsetningene. I og med at dette arbeidet har egen prosess med tett oppfølging vises det her til denne løpende tilbakemeldinger og dialogen om driftskostnader.