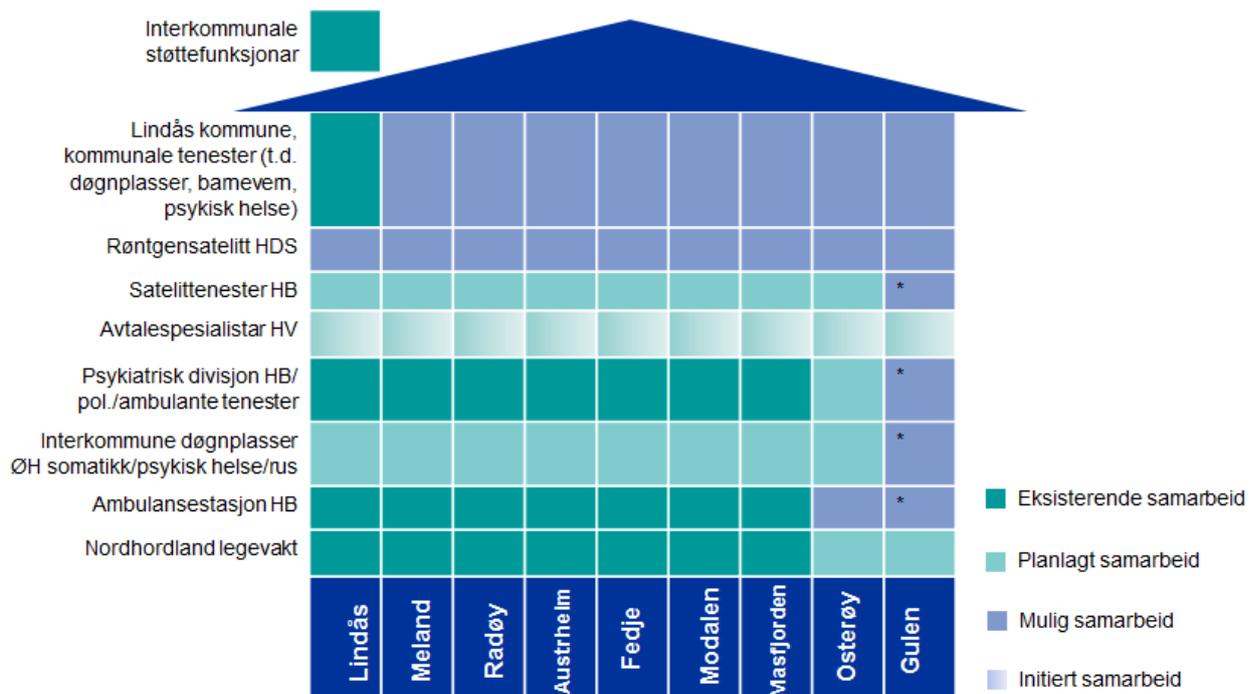


Rapport 2012

«Forprosjekt Helsehus i Nordhordland»



Austrheim - Fedje - Masfjorden - Lindås - Meland - Osterøy - Modalen - Radøy - Gulen



Innhold

1. Innleiing	4
2. Bakgrunn og mandat.....	5
2.1 Bakgrunn	5
2.2 Mål for arbeidsgruppa	5
2.3 Mandat for arbeidsgruppa	5
3. Tilrådingar frå arbeidsgruppa.....	6
4. Samandrag.....	7
4.1 Er det behov for og realistisk å bygge eit felles helsehus for dei ni kommunane i Nordhordland?	8
4.2 Kva omfang og innhald tilrår arbeidsgruppa i helsehuset?	10
4.3 Kva bør kommunane samarbeide om i eit felles regionalt helsehus?	10
4.4 Kva synergieffektar finns ved ei slik samlokalisering av dei mest aktuelle interessentane?	11
4.5 Korleis skal ein realisere bygging av eit helsehus i regionen?	12
4.6 Kva vil det koste å finansiere bygging og drift av eit slikt helsehus? Kva vil det koste kvar enkelt kommune, og er det realistisk?	12
4.7 Kva tidshorisont er det tale om for å ha eit ferdig bygg på plass, og kva føresetnader må vere på plass før ein kan starte opp eit byggeprosjekt?.....	13
5. Eit felles helsehus for kommunane i Nordhordland.....	15
6. Omfang og innhald i helsehuset	16
6.1 Interkommunalt samarbeid mellom alle 9 kommunar i Nordhordland.....	17
6.2 Spesialisthelsetenesta/avtalespesialister - somatikk	19
6.3 Avtalespesialistar Helse Vest RHF	22
6.4 Psykiatrisk divisjon og avdeling for rusmedisin, Helse Bergen HF.....	22
6.5 Andre interessentar	23
6.6 Lindås kommune - ønskjer om samlokalisering i helsehuset.....	24
7. Synergieffektar ved samlokalisering.....	25
7.1 Oversikt over viktige synergieffektar:.....	25
7.2 Forsvarleg driftsøkonomi	26
8. Lokalisering - tomtealternativ i Knarvik	27
9. Strategisk analyse av ulike byggealternativ	31
9.1 Eige eller leige?	32
9.2 Fordeling av risiko.....	32
9.3 Finansieringskostnader	32
9.4 Gjennomføringsevne og kompetanse om denne type prosjekt.....	33
9.5 Moglegheiter for endringar undervegs i prosessen	33
9.6 Innovasjon, samfunnsansvar og livssyklus-kostnader	33
10. Betalingsmodellar for interkommunale tenester.....	34

11. Elektronisk dokumentasjon og samhandlingsteknologi	35
12. Økonomisk analyse Nordhordland Helsehus.....	37
12.1 Bakgrunn og ansvarsavgrønsing.....	37
12.2 Føresetnader for analysen.....	38
12.3 Sensitivitetsanalysar	40
12.4 Forslag til vidare analysar	42
13. Tentativ tidsplan - forankringsprosess av byggeprosjekt	43
13.1 Tentativ plan for å synleggjere milepælar og vedtakspunkt.....	44
14. Vedlegg til rapporten.....	46

Figurar og tabellar

Figur 1 Helsemodellen	8
Figur 2 Revidert skisse med oversikt over interessentane i helsehuset med grove arealestimat. Dei raude ringane markerar samarbeidsforventningane om heildøgnplassar	10
Figur 3 Opphavleg skisse for kommunalt samarbeid frå arbeidsnotat til arbeidsgruppa, datert januar 2012	18
Figur 4 Arbeidsgruppas skisse for mogleg organisering med brukaranes behov i fokus.....	25
Figur 5 Planframlegget til reguleringsplanen. Dei raude områda er område til offentlege/private tenesteytingar.....	28
Figur 6 Dei tre ulike tomtealternativa på kartet over Knarvik sentrum	29
Tabell 1 Felles døgnavdeling i helsehuset.....	11
Tabell 2 Sensitivitetsanalyse av leigepreis for gitt prosjektperiode og gitt byggekostnad/m ²	12
Tabell 3 Eksempel frå legevakta på kartlegging av kommunale verksemdar som vertskommunen ønskjer å samlokalisere i helsehuset, Deloitte si samanstilling, mai 2012	19
Tabell 4 Estimert arealønskje for Helse Bergen HF i eit framtidig Helsehus i Nordhordland ..	23
Tabell 5 Kartlegging av aktuelle verksemdene som vertskommunen ønskjer å samlokalisere i helsehuset, Deloitte si samanstilling, mai 2012	24
Tabell 6 Oversikt over Lindås kommune sitt estimat for framtidig behov for korttids plassar, mai 2012.	24
Tabell 7 Alternativanalyse av tomtealternativa.....	30
Tabell 8 Døme på fordeling av leigekostnader for interkommunalt samarbeid i Helsehuset(1000m ²).....	34

1. Innleiing

Denne rapporten er utarbeidd på oppdrag frå Regionrådet Nordhordland og Nordhordland Utviklingsselskap IKS, og presenterer ei tilråding til helseutvalet i Regionrådet i høve til realisering og etablering av eit framtidig felles Helsehus i Nordhordland.

Helseutvalet i Regionrådet Nordhordland er styringsgruppe for prosjektet. Arbeidsgruppa som står bak innhaldet i rapporten er sett saman av representantar frå administrative, politiske og faglege organ i kommunane i Nordhordland. I tillegg er det med fagpersonar innan både somatikk og psykisk helsevern frå Haraldsplass og Helse Bergen HF. Arbeidsgruppa har i perioden september 2011 til juni 2012 gjennomført åtte arbeidsmøter. Arbeidsgruppa har bestått av følgjande personar:

- Nils Marton Aadland, ordførar Meland, Styret i Regionrådet
- Anne-Berit Kolås, Brukerutvalet i Helse Bergen
- Rolf Martin Tande, kommuneoverlege Masfjorden, (prosjektleiari)
- Øistein Søvik, rådmann Lindås, Rådmannsutvalet i Nordhordland.
- Anne Jorunn Lunde, leiar Familiekontoret Austrheim, Strategigruppa i Regionrådet
- Kim André Sperstad, samhandlingskoordinator, Haraldsplass Diakonale Sykehus AS
- Gro Fanebust, klinikkdirektør Bjørgvin DPS, Helse Bergen HF
- Geir Lien, spesialrådgjevar Psykiatrisk divisjon, Helse Bergen HF
- Ingebjørg Laupsa Halstensen, rådgjevar FoU-avdelinga, Helse Bergen HF
- Kjersti Nordanger, einingsleiar Ortopedisk avdeling, Helse Bergen HF
- Anne Hildegunn Færøy, samhandlingskoordinator i Regionrådet (sekretær)
- Rune Holbæk, Deloitte AS (prosjektstøtte og ansvarleg for rapport)
- Sissel Husøy, Deloitte AS (prosjektstøtte)

Ei eiga underarbeidsgruppe har våren 2012, gjennom 3 arbeidsmøte, fokusert på arbeidet med tema knytt til alternative byggemåtar, arealbehov, lokalisering og finansieringsalternativ. Arbeidsgruppa har bestått av følgjande personar:

- Øistein Søvik, rådmann Lindås kommune/leiar for Nordhordland utviklingsselskap IKS
- Gro Jofrid Aarli, avdelingssjef Arealkoordinering, Helse Bergen HF
- Sveinung Toft, fagleiar arealplan, Lindås kommune
- Ingvild Hjelmtveit, rådmann, Meland kommune
- Jostein Førre, ass. rådmann, Osterøy kommune
- Svein Helge Hofslundsengen, rådmann, Masfjorden kommune
- Grethe Herøy, ass. rådmann, Fedje kommune
- Oddvin Neset, kommunalsjef, Modalen kommune
- Rune Holbæk, ekstern prosessleiar, Deloitte

Regionrådet i Nordhordland har i tillegg sett ned ei eiga arbeidsgruppe for å sjå på styrking av legevakta og konsekvensar av nye oppgåver. Anbefalingane i deira arbeid må takast omsyn til ved vidare vurdering av innhald og omfang i helsehuset.

2. Bakgrunn og mandat

2.1 Bakgrunn

Kommunestyra i alle dei ni Nordhordlandskommunane har gjort vedtak som støttar opp om ei realisering av konseptet Helsehus i Nordhordland.

Regionrådet i Nordhordland har gitt Helseutvalet i oppdrag å vurdere omfang og innhald i konseptet "Helsehus i Nordhordland", i samarbeid med Haraldsplass Diakonale Sykehus og Helse Bergen. Forprosjektet hausten 2011 har gjennom ei konsekvensutgreiing av ulike alternativ og ei interessentanalyse når det gjeld innhald og omfang, komme fram til at det er god grunn til å gå vidare med å konkretisere alternativet om å etablere eit framtidig interkommunalt helsehus i Nordhordland som er lokalisert saman med den interkommunale legevakta. Målet med ei slik samlokalisering av helsetenester i eit helsehus for regionen er å kunne tilby god og forsvarleg utredning og behandling før, i staden for og etter sjukehusopphald, i tråd med intensjonen i samhandlingsreforma og BEON-prinsippet (Beste Effektive OmsorgsNivå). Signal frå fleire kommunar i regionen er at krav til nye oppgåver krev bedra og meir systematisert samarbeid, og at kvar kommune ikkje kan sjå at dei kan løyse alle oppgåvene kvar for seg.

Denne rapporten er ein oppsummeringsrapport som bygger vidare på arbeidsnotatet for forprosjekt Helsehus, datert 6. januar 2012, som vart utarbeidd hausten 2011. Arbeidsgruppa har valt å legge den til grunn, og presenterer i denne rapporten berre ei oppsummering frå arbeidsnotatet.

Arbeidsgruppa har våren 2012 jobba vidare med spørsmål knytt til realiseringa av eit slikt helsehus for å kunne gje ei endeleg og konkret tilråding for vegen vidare.

Særleg gjeld dette spørsmål om lokalisering, finansieringsmoglegheiter, eige/leige, bygge nytt eller bygge ut eksisterande bygningsmasse, val av finansieringsmodell og samarbeidsmodell for kommunalt samarbeid, i tillegg til forankring i dei enkelte kommunane om kva behandlingstilbod som skal være kommunale og kva som bør gå føre seg interkommunalt.

Målet med denne rapporten er å gje Helseutvalet i region Nordhordland grunnlag for å komme med ei endeleg innstilling og få ei politisk forankring i dei enkelte kommunestyra i forhold til realisering, innhald og omfang av eit interkommunalt helsehus innan utgangen av 2012.

2.2 Mål for arbeidsgruppa

- Vurdere realisering av eit Helsehus/Lokalmedisinsk senter i Nordhordland ut frå ulike modellar for organisering og nivå på helsetenester.
- Vurdere moglegheiter for å samlokalisere spesialiserte helsetenester og lærings- og mestringsstilbod.

2.3 Mandat for arbeidsgruppa

Det er sett ned ulike arbeidsgrupper som har eller skal vurdere innhald i konseptet Helsehus i Nordhordland. Tilrådingar frå desse arbeidsgruppene må takast omsyn til ved vurdering av omfang og innhald.

Arbeidsgruppa skal vurdere

- samlokalisering av tenester for ulike pasientgrupper frå tenesteleverandørar på ulike nivå
- ulike løysingar når det gjeld lokalisering, økonomi - investering og drift, organisering, eigarskap og samarbeidsløysingar
- ulike løysingar for utbygging/gjennomføring (vertskommune, helseføretak, privat)
- bruk av ekstern kompetanse
- moglege samarbeidspartar

Gruppa må ta omsyn til eksisterande legevaktteneste og lokalisering av den når lokalisering av andre døgnbaserte helsetenester blir vurdert.

Arbeidsgruppa skal utarbeide ei tilråding til Helseutvalet i samsvar med mandat for arbeidet.

3. Tilrådingar frå arbeidsgruppa

Arbeidsgruppa meiner rapporten støttar opp under og synleggjer behov for samlokalisering av tenester og felles lokale til viktige funksjonar som legevakt og spesialisthelsetenestetilbod Nordhordland, og tilrår at kommunane inngår samarbeidsavtale for oppstart av gjennomføringsprosjekt og bygging av Helsehus i Nordhordland.

Vidare vert det tilrådd at vedlagt skisse for innhald og arealestimat vert lagt til grunn for bygging av eit helsehus med tenester for vertskommunen, tenester i eit interkommunalt samarbeid, tenester i samarbeid mellom kommunar og sjukehus og spesialisthelsetenester, fordelt på omlag 6000 m².

Arbeidsgruppa har konkludert med at bygginga bør gjennomførast som ein entreprise, og at Lindås kommune er vertskommune og står som byggherre og eigar av bygget.

Vidare blir det tilrådd at vertskommunen får ansvar for å gjennomføre entreprise, samt drift og vedlikehald av bygget. Tilrådinga frå arbeidsgruppa legg til grunn forpliktande samarbeidsavtalar, langsiktige leigekontraktar med alle interessentar, og at det blir lagt opp til ein prosess der alle aktørar er sikra deltaking i arbeidet med å utarbeide behovsspesifikasjonar for utforming og innhald i bygget. Arbeidsgruppa tilrår at byggansvarleg engasjerer prosjektleiar med kompetanse på prosjektleiing for bygging av denne typen føremålsbygg.

4. Samandrag

Rapporten ønskjer å svare på følgjande spørsmål med tilrådingar frå arbeidsgruppa:

- Er det behov for og realistisk å bygge eit felles helsehus for dei ni kommunane i Nordhordland?
- Kva omfang og innhald tilrår arbeidsgruppa i helsehuset?
- Kva bør kommunane samarbeide om i eit felles regionalt helsehus?
- Kva synergieffektar finns ved ei slik samlokalisering av dei mest aktuelle interessentane?
- Korleis skal ein realisere bygging av eit helsehus i regionen?
- Kva vil det koste å finansiere bygging og drift av eit slikt helsehus? Kva vil det koste kvar enkelt kommune, og er det realistisk?
- Kva tidshorisont er det tale om for å ha eit ferdig bygg på plass, og kva føresetnader må vere på plass før ein kan starte opp eit byggeprosjekt?

Arbeidsgruppa leverer ein rapport som dei meiner er i tråd med bestillinga og mandatet for arbeidet, og at det i neste fase må gjerast ei meir realistisk og detaljert vurdering av innhald, pasientforløp, kommunikasjons- og dokumentasjonssystem, samt investerings- og driftskostnader av bygget. Arbeidsgruppa har gått så langt i å gi eit bilete av kostnader med bygging og drift av eit slikt bygg som dei meiner det er mulig utifrå dei rammene som er gitt.

Arbeidsgruppa tilrår at kommunane inngår forpliktande samarbeidsavtale med Lindås kommune før oppstart av gjennomføringsprosjekt.

I rapporten blir interkommunalt samarbeid, interkommunale tenester og interkommunalt nivå brukt. Dette er ikkje eit nytt tenestnivå, men omgrep som er brukt der det er tenester kommunane har avtale om samarbeid eller der det er tilrådd samarbeid.

I rapporten vert det nytta nokre avkortingar:

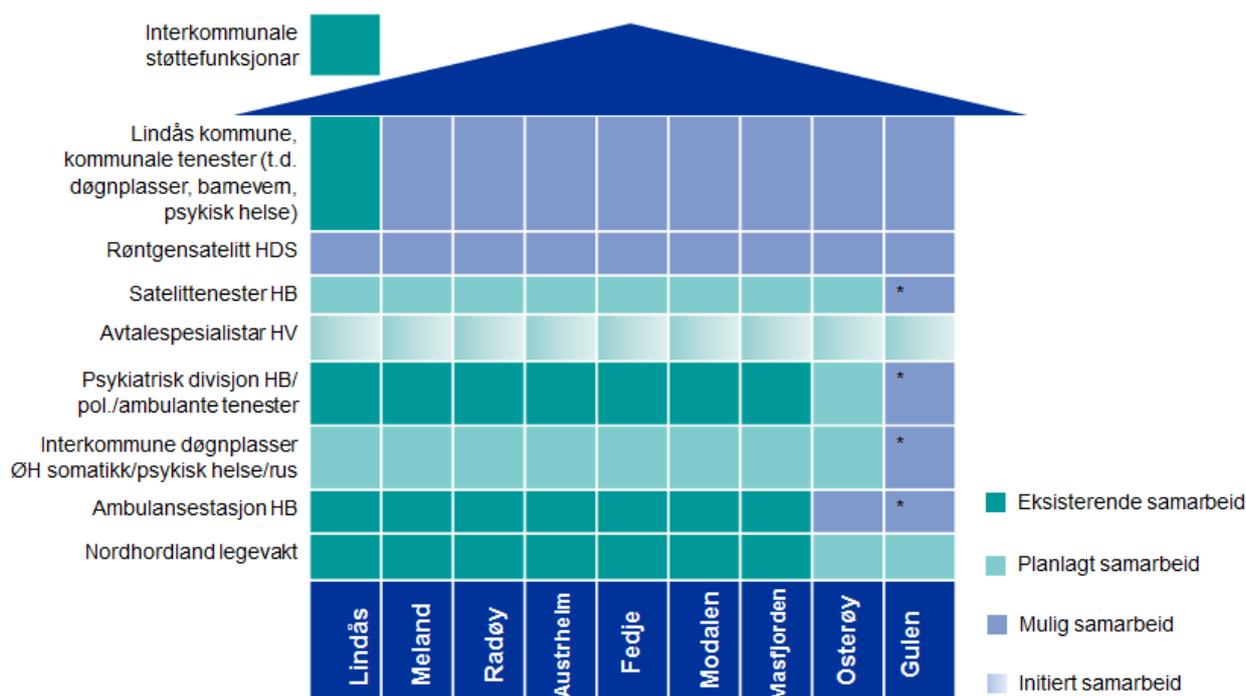
ØH – senger: Kommunale døgnplassar for øyeblikkelig hjelp

HB – Helse Bergen HF

HDS – Haraldsplass Diakonale Sykehus AS

HV – Helse Vest RHF

NLV – Nordhordland legevakt



*avhengig av avtale mellom Gulen kommune og Helse Vest RHF i forhold til nye foretaksgrenser

Figur 1 Helsemodellen

Helsehusmodellen prøver å gi ei oversikt over status på samarbeidet når det gjeld behandlingstilbod som er aktuelle i eit interkommunalt helsehus. Modellen viser også at fundamentet, eller «1. etasje», i Helsehuset er Nordhordland legevakt (NLV), som har god legedekning.

Det er den nære tilknyttinga til legevakta, med lege på vakt 24/7, som dannar grunnlaget for ønskje om samlokalisering frå mange av dei andre aktørane som er nemnt her. Vidare har vi med modellen forsøkt å synleggjere kva vi i arbeidsgruppa meiner er dei mest avgjerande funksjonane å samlokalisere i eit helsehus, «etasje for etasje», prioritert etter «etasje» i «huset».

Med denne modellen ønskjer arbeidsgruppa å symbolisere at ein kan få mange **spanande synergjar** i forhold til samarbeid, både eksisterande, planlagt og mogeleg samarbeid, i eit slikt helsehus dersom tilhøva blir organisatorisk lagt til rette for det. Dei ulike behandlingstilboda og synergieffektane, blir skildra meir detaljert i figur 2 og i kapittel 4.

4.1 Er det behov for og realistisk å bygge eit felles helsehus for dei ni kommunane i Nordhordland?

Arbeidsgruppa si tilråding er å svare eit heilt klart «ja» på spørsmålet om behov for samlokaliserte tenester og felles lokale til viktige funksjonar som legevakt og spesialisthelsetenestetilbod i regionen. Per i dag finnes det ikkje aktuelle alternative lokale for eit slikt omfang på helsehuset som her blir skissert. Utgreiinga har vist at det er god "timing" å samle mange viktige behandlingstilbod som i dag ikkje finnes i regionen, eller som har for små eller ueigna lokale.

Ved å samle fleire av funksjonane og interessentane, vist i figur 1, under same tak vil det vere mogeleg å hente ut ein del spanande synergieffektar. Dette gjeld både i forhold til beredskap (særleg heildøgnsbemanning og legetilgang), nye behandlingstilbod, samarbeidsformer og kompetanse.

Tilrådingane frå arbeidsgruppa når det gjeld å styrke bemanninga på Nordhordland legevakt og utvide samarbeidet i regionen om heildøgnsstilbod til øyeblikkelig hjelp, vil vere eit kritisk fundament og styrkjer denne arbeidsgruppa si tilråding om eit felles helsehus.

Hovudgrunnane til at arbeidsgruppa meiner at det er realistisk å bygge eit helsehus for innbyggerane i regionen er:

- Moglegheit for langsiktige forpliktande leigeavtalar med Helse Bergen, på minimum 20 år for nesten 50 % av bygget sitt areal og forutsigbare husleigekostnader som vil dekkje bygge- og driftskostnadane
- Samhandlingsreforma sine krav til kommunane om heildøgns plassar til øyeblikkelig hjelp innan 2016 og finansiell støtte til drift av slike plassar
- Investeringstilskot frå Husbanken for å bygge heildøgns plassar til øyeblikkelig hjelp og korttidsbehandling
- Behov for større og meir eigna lokale både for aktuelle interkommunale funksjonar, spesialisthelsetenesta og vertskommune Lindås
- Kommunane i regionen har slutta seg til ei lokalisering av Helsehuset i Knarvik, og det finnes eigna tomtealternativ i Knarvik
- Det er mange gode synergieffektar for behandlingstilbodet å samle helsefunksjonar på tvers av tenestenivå, spesielt i forhold til heildøgns plassar med fokus på korttidsbehandling og i forhold til å utvikle eit «kompetansekluster» i Nordhordland
- Eit helsehus i regionen er attraktive lokale for avtalespesialistar og kan føre til at det blir lettare å trekke spesialistar til regionen
- Lindås kommune som vertskommune sikrar framdrift og lokal forankring, og opnar moglegheiter for gunstig finansiering ved at kommunen kan oppnå meirverdiavgiftskompensasjon for store delar av investerings- og byggekostnadane
- Tilbod om prosjektleiingsstøtte frå Helse Bergen i byggeprosjektet som vil bidra med naudsynte ressursar, sikre framdrift og riktig kompetanse (avgjerder, minimerer risiko) i byggeprosjektet

Arbeidsgruppa si tilråding:

Arbeidsgruppa meiner rapporten støttar opp under og synleggjer behov for samlokalisering av tenester og felles lokale til viktige funksjonar som legevakt og spesialisthelsetenestetilbod i regionen, og tilrår at kommunane inngår samarbeidsavtale for oppstart av eit gjennomføringsprosjekt og bygging av eit felles Helsehus i Nordhordland. Deretter tilrår arbeidsgruppa at det er ein viktig føresetnad at det inngås langsiktige forpliktande avtaler for aktuelle leietakarar i bygget, vist til i kapittel 12, «økonomisk analyse Nordhordland Helsehus».

4.2 Kva omfang og innhald tilrår arbeidsgruppa i helsehuset?

Interkommunalt samarbeid Før - i stedet for - etter	Spesialisthelsetjenesten/avtale- spesialister - somatikk Haraldsplass/Helse Bergen	Psykiatrisk divisjon og avdeling for rusmedisin Helse Bergen HF	Andre interessenter	Lindås kommune Før - i stedet for - etter
Nordhordland legevakt Jordmorvakt (500 m2)	Ambulansestasjon (500 m2)	Samlokalisering av tjenester innen psykisk helsevern og rus - poliklinikk - ambulant team	Andre mulige interessenter: - Apotek - Kafè - Treningssenter - Fysioterapi/kiropraktor - Omsorgsboliger - Familievernkontor/BUFetat - Legekontor - Tannlegkontor - Nordhordland IKT - Nordhordland utviklingsselskap	Korttidsplasser (11) - avklaringsplasser - utskrivningsklare pasienter - rehabilitering, palliativ beh. Bestillerkontoret Fastlegekontor Fysioterapi/ergoterapi Hjelpemiddelsentral Hjemmetjenester/ Ambulante tjenester Psykisk helse- og rusarbeid for barn og voksne PP-tjenesten/Helsestasjon/ Barnevern
Heldøgns plasser øyeblikkelig hjelp (5 plasser) - avklaringsplasser psykisk helse og rus (4 plasser) (500 m2)	Satellitt-tjenester: - dialysebehandling (150-200 m2) - hørsesentral (40 m2) - røntgen (40 m2) (Haraldsplass) - hud (70 m2) (Helse Bergen HF)	Bjørgvin DPS - 1000 m2 BUP Nordhordland - 900 m2 Avdeling for rus - 60 m2 (delfinansiering av 3-4 interkommunale heldøgns plasser til psykisk helse og rus)		
1000 m2	1000 m2	1960 m2	? m2	2000 m2 ++

Figur 2 Revidert skisse med oversikt over interessentane i helsehuset med grove arealestimat. Dei raude ringane markerar samarbeidsforventningane om heildøgns plassar

Arbeidsgruppa har tatt utgangspunkt i dei høgaste prioriterte interessentane frå forprosjektet og sett på deira behov for funksjonar og areal. Grovt skissert dreiar dette seg om ca. 6000 m2, og oversikten nedanfor viser eit grovt bilete av interessentane gruppert i hovudgruppene:

- Interkommunalt samarbeid – ca. 1000 m2
- Spesialisthelsetenesta – ca. 3000 m2
- Lindås kommune (= vertskommunen) – ca. 2000 m2
- Andre interessentar – ikkje kartlagt i detalj

Arbeidsgruppa's tilråding:

Arbeidsgruppa tilrår at vedlagt skisse for innhald og arealestimat vert lagt til grunn for vidare planlegging av Helsehuset.

4.3 Kva bør kommunane samarbeide om i eit felles regionalt helsehus?

Arbeidsgruppa tilrår at kommunane samarbeider om tiltak som det er på plass finansieringsløyisingar for:

- Nordhordland legevakt med økt bemanning (se egen sak for styrking av Nordhordland legevakt)
- 4-7 heldøgns plassar til øyeblikkelig hjelp (se egen sak for styrking av Nordhordland legevakt)
- 4 heldøgns plassar for psykiske lidningar og rusproblem i samarbeid med Helse Bergen/Bjørgvin DPS

Arbeidsgruppa har tatt utgangspunkt i dei føringane i samhandlingsreforma som har klare signal når det gjeld finansiering og framdrift.

For å sikre eit fagleg forsvarleg behandlingstilbod til innbyggjarane med forsvarleg beredskap og legetilgjengelegheit meiner vi at kvar enkelt kommune ikkje vil kunne handtere desse tenestene like bra kvar for seg.

I kapittel 5.1 er det synleggjort andre tenester det kan vere aktuelt å samarbeide om i Helsehuset, men der rammevilkåra for samarbeidet ikkje er på plass.

Arbeidsgruppas tilråding:

Arbeidsgruppa tilrår at det interkommunale samarbeidet om tenester i Helsehuset er legevakt og ØH døgnplassar innan somatiske tenester, samt heildøgnsplassar for psykiske lidingar og rusproblem.

Vidare tilrår gruppa at det vert arbeidd vidare med vurdering av interkommunalt samarbeid om andre tenester som t.d. avklaringsenger for utskrivingsklare pasientar, rehabilitering, lærings- og mestring, barnevern, jordmor, tekniske hjelpemidlar og samarbeid om førebyggjande og helsefremjande arbeid.

4.4 Kva synergieffektar finns ved ei slik samlokalisering av dei mest aktuelle interessentane?

Felles døgnavdeling i helsehuset	Plassar	Nivå
Øyeblikkelig hjelp-plasser	4-7	Interkommunalt
Døgnplassar psykisk helse og rus	4	Interkommunalt, spleiselag med Helse Bergen HF
Palliativ behandling	1	Lindås kommune
Rehabilitering	6	Lindås kommune
Avklaringsenger for "utskrivingsklare pasientar"	4-6	Lindås kommune
Totalt	19-24	

Tabell 1 Felles døgnavdeling i helsehuset

- Behandlingstilbodet til innbygarane; auka beredskap, tilgjengelegheit og behandlingstilbod, fleire døgnplasser, meir tverrfagleg kompetanse under same tak, praktisk reiseveg, større moglegheiter for samhandling mellom behandlingsansvarlege
- Ressursar; auka moglegheit for bruk av felles bemanningsressursar til drift av heildøgnsstilbod, effektiv utnytting av felles areal som behandlingsrom, venterom, møterom og stordriftsfordeler ved felles administrative funksjonar, resepsjon, IKT, venterom, møterom og enkelte spesialrom og behandlarrom.
- Elektronisk samhandling; elektronisk dokumentasjon, informasjonsutveksling, bruk av telemedisinske tenester mellom kommunane, Helsehuset, HDS og HB.
- Fagmiljøet for dei tilsette, felles fagdagar, større tryggleik, lettare å foreta felles konsultasjonar og utredningar, fagleg rettleiing, rekruttering og kompetansebygging
- Regional utvikling; etablere fleire av spesialisthelsetenesta sine tilbod i regionen og skape ein attraktiv arbeidsplass, sentrumsutvikling av Knarvik som regionalt tyngdepunkt, attraktive lokale for avtalespesialistar
- Samarbeid med spesialisthelsetenesta når det gjeld diagnostisering og behandling innan både somatikk, psykisk helse og rus
- Samarbeid mellom kommunane i Nordhordland, auka samarbeid for å løyse felles utfordringar i forhold til beredskap, effektiv bruk av legeressursar og lovpålagte oppgåver osv.

4.5 Korleis skal ein realisere bygging av eit helsehus i regionen?

Arbeidsgruppa tilrår å gjennomføre bygging av Helsehuset som ein entreprise, der Lindås kommune er vertskommune og står som byggherre og eigar av bygget. Vidare blir det tilrådd at vertskommunen får ansvar for å gjennomføre entreprise, samt drift og vedlikehald av bygget.

Tilrådinga frå arbeidsgruppa legg til grunn forpliktande samarbeidsavtalar og langsiktige leigekontraktar med alle interessentar. Det blir lagt opp til ein prosess der alle aktørar er sikra deltaking i arbeidet med å utarbeide behovsspesifikasjonar for utforming og innhald i bygget.

Prosjektleiing i planleggings - og byggefase:

Arbeidsgruppa tilrår at Lindås kommune som byggansvarleg engasjerer prosjektleiar med kompetanse på prosjektleiing for bygging av denne typen føremålsbygg (ref. vedlagt notat frå Helse Bergen).

Arbeidsgruppa tilrår at det blir etablert ein prosjektorganisasjon med ei styringsgruppe der alle interessentar er representert. Mandat og samansetting av styringsgruppa må avklarast når kommunane har tatt stilling til gjennomføring og modell. Styringsgruppa opprettar prosjekt- og arbeidsgrupper i samarbeid med prosjektleiar.

4.6 Kva vil det koste å finansiere bygging og drift av eit slikt helsehus? Kva vil det koste kvar enkelt kommune, og er det realistisk?

Arbeidsgruppa har gjort ei preliminær økonomisk analyse av Helsehuset i Nordhordland for å estimere kor høge husleigeinntekter det er naudsynt å ta for å forsvare ei eventuell investering i Helsehus. Analysane vil vere overordna analysar for å sjå på sensitiviteten i estimert husleige som følgje av endringar i vesentlege variablar som lagt til grunn for analysen.

Tabellen under viser leigepreis for gitt prosjektperiode og gitt byggekostnad/m²:

		Byggekost eks. tomt, parkering og prosjektledelse (NOK/kvm)						
		28 000	32 000	36 000	40 000	44 000	48 400	53 240
Prosjektlevetid (år)	20	2 053	2 232	2 411	2 590	2 770	2 967	3 183
	30	1 541	1 661	1 781	1 901	2 021	2 153	2 298
	40	1 288	1 378	1 468	1 559	1 649	1 749	1 858
	50	1 137	1 209	1 282	1 355	1 428	1 509	1 597
	60	1 036	1 098	1 159	1 220	1 282	1 349	1 423

Tabell 2 Sensitivitetsanalyse av leigepreis for gitt prosjektperiode og gitt byggekostnad/m²

Grunnlag for utrekning av leige

- Basert på dei gitte føresetnader (skildra i kapittel 12) er årleg kontantstraum estimert, eksklusiv leigeinntekter.
- Leigeinntekt blir fastsett slik at sum kontantstraum i prosjektperioden inkludert leigeinntekter går netto i null for prosjektperioden.
 - Leigeinntektene vil dermed i sum vere tilstrekkelege til å dekke renter, avdrag, og driftskostnader over prosjektet si levetid på 40 år
 - Det er ikkje lagt til grunn fortjeneste for eigarkommunen
 - Berekna leige blir justert årleg med 100 % av konsumprisindeksen (KPI)

- Basert på dette er den totale leieinntekta eks. mva utrekna. Det er dermed ikkje tatt stilling til korleis leiga vert fordelt mellom den enkelte leietakar.

Helse Bergen HF er som ein av dei store aktuelle aktørane i utgangspunktet villige til å forplikte seg til ei leigeavtale på minimum 20 år forutsatt at dei andre store leietakarane forpliktar seg til det same. Ein slik sikkerheit skapar etter arbeidsgruppas meining eit godt økonomisk fundament for å realisere bygging av helsehuset.

Ei husleigekostnad som er sannsynleggjort i desse analysane, vil vere konkurransedyktig med dagens leigeprisar i Knarvik sentrum.

Arbeidsgruppas tilråding:

Dei førebels finansielle berekningane til husleigekost ser ut til å kunne vere berekraftige og konkurransedyktige for kommunane, og er ein viktig føresetnad for arbeidsgruppa si anbefaling om å gå vidare i denne planleggingsprosessen. Arbeidsgruppa tilrår at estimerte byggekostnader pålydande kr 40 000/m² vert lagt til grunn for utrekning av dei totale byggekostnadene. Basert på ovannemnte føresetnader tilrår arbeidsgruppa at det vert lagt til grunn ei prosjektlevetid på 40 år og at husleigeberekningar baserer seg på desse faktorane og ein tomtkostnad på 15 mill. NOK (alternativ 1, kap 7)

Arbeidsgruppa er kjent med betalingsmodellen som vert arbeidd med til fordeling av kostnader til drift av Nordhordland legevakt. Denne eller liknande modell kan bli lagt til grunn for fordeling av utgifter til etablering og drift av interkommunale tenester i Helsehuset.

Arbeidsgruppa tilrår kvar enkelt kommune å gjere ei konsekvensutgreiing av dei økonomiske aspekta ved etablering og drift av interkommunale tenester i Helsehuset.

Arbeidsgruppa tilrår at det må arbeidast vidare med korleis behandlingsutgifter og husleige skal fordelast mellom dei ulike aktørane.

4.7 Kva tidshorisont er det tale om for å ha eit ferdig bygg på plass, og kva føresetnader må vere på plass før ein kan starte opp eit byggeprosjekt?

Estimert tidshorisont til prosjektering og byggeperiode:



Føresetnader for gjennomføring av tidsplan:

- Samarbeidsavtale mellom kommunane
- Tilsett prosjektleiar med rett kompetanse (ref. notat frå Helse Bergen)
- Kunde som er bestillar av bygget er etablert og finansiering for byggeriet er sikra
- Realistiske avgrensingar i byggevolum er definert
- Tomt og reguleringsmessige forhold er avklart

Dersom kommunane i Nordhordland sluttar seg til gjennomføringsprosjekt slik arbeidsgruppa har tilrådd, blir det lagt opp til ein vidare prosess som vist under kapittel 13 «Tentativ plan for å synleggjere milepælar og vedtakspunkt».

Arbeidsgruppas tilråding:

Arbeidsgruppa tilrår at tidsplan for gjennomføringsprosjekt som vist i kap.13 «Tentativ plan for å synleggjere milepælar og vedtakspunkt» vert fylgt i det vidare arbeidet.

5. Eit felles helsehus for kommunane i Nordhordland

Arbeidsgruppa vurderer at det er eit helt klart behov for samlokalisering av tenester og felles lokale til viktige funksjonar som legevakt, heildøgnsstilbod til øyeblikkelig hjelp og ulike spesialisthelsetenestetilbod i regionen. Per i dag finns det ikkje aktuelle alternative lokale for eit slikt omfang som vi skildrar for helsehuset. Utgreiinga har vist at "timinga" er god for å samle mange viktige behandlingstilbod som i dag ikkje finnes i regionen eller som har for små eller ueigna lokale.

Arbeidsgruppa har kartlagt at det er behov for større og meir eigna lokale, både for aktuelle interkommunale funksjonar, spesialisthelsetenesta og vertskommunen Lindås. Samansettinga og fordelinga av dei aktuelle funksjonane som er vist i figur 2, gjer at dette helsehusprosjektet blir anbefalt å realisere. Det er nemleg ei viktig premis og føresetnad for helsehuset at ingen av aktørane planlegg eller har til intensjon å bygge egne tilsvarende lokale dersom ikkje dei andre aktørane går saman om dette byggeprosjektet. Dette prosjektet vil dermed kunne vere viktig for samhandling, regional utvikling og initiativ i regionen, ved at ein sikrar og utviklar eit godt fagleg forsvarleg behandlingstilbod for innbyggjarane i regionen som ikkje kvar enkelt kommune vil kunne handtere like bra.

Ved å samle fleire av funksjonane og interessentane, vist i figur 1, under same tak, vil det være mogleg å hente ut ein del spanande synergieffektar. Dette gjeld både beredskap (spesielt heildøgnsbemanning og legetilgjengelegheit), nye behandlingstilbod, samarbeidsformer og kompetanse. Anbefalingane frå arbeidsgruppa for Nordhordland legevakt om å styrke bemanninga på legevakta, og utvide samarbeidet i regionen om heildøgnsstilbod til øyeblikkelig hjelp, vil vere eit fundament og styrkar denne arbeidsgruppa si anbefaling om eit felles helsehus.

Her er hovudgrunnane til at arbeidsgruppa meiner det er realistisk å bygge eit helsehus for innbyggjarane i regionen:

- Moglegheit for langsiktige forpliktande leigeavtalar med Helse Bergen, på minimum 20 år for nesten 50 % av bygget sitt areal og forutsigbare husleigekostnader som vil dekkje bygge- og driftskostnadane
- Samhandlingsreforma sine krav til kommunane om heildøgns plassar til øyeblikkelig hjelp innan 2016 og finansiell støtte til drift av slike plassar
- Investeringsstilskot frå Husbanken for å bygge heildøgns plassar til øyeblikkelig hjelp og korttidsbehandling
- Behov for større og meir eigna lokale både for aktuelle interkommunale funksjonar, spesialisthelsetenesta og vertskommune Lindås
- Kommunane i regionen har slutta seg til ei lokalisering av Helsehuset i Knarvik, og det finnes egna tomtealternativ i Knarvik
- Det er mange gode synergieffektar for behandlingstilbodet å samle helsefunksjonar på tvers av tenestenivå, spesielt i forhold til heildøgns plassar med fokus på korttidsbehandling og i forhold til å utvikle eit kompetansekluster i Nordhordland
- Eit helsehus i regionen er attraktive lokale for avtalespesialistar og kan føre til at det blir lettare å trekke spesialistar til regionen

- Lindås kommune som vertskommune sikrar framdrift og lokal forankring, og opnar moglegheiter for gunstig finansiering ved at kommunen kan oppnå meirverdiavgiftskompensasjon for store delar av investerings- og byggekostnadane
- Tilbod om prosjektleiingsstøtte frå Helse Bergen i byggeprosjektet som vil bidra med naudsynte ressursar, sikre framdrift og rett kompetanse (avgjerder, minimerer risiko) i byggeprosjektet

Arbeidsgruppas tilråding:

Arbeidsgruppa meiner rapporten støttar opp under og synleggjer behov for samlokalisering av tenester og felles lokale til viktige funksjonar som legevakt og spesialisthelsetenestetilbod i regionen, og tilrår at kommunane inngår samarbeidsavtale for oppstart av eit gjennomføringsprosjekt og bygging av eit felles Helsehus i Nordhordland. Vidare meiner arbeidsgruppa at det er ein viktig føresetnad at det vert inngått langsiktige forpliktande avtalar for aktuelle leietakarar i bygget, vist til i kapittel 12, «økonomisk analyse Nordhordland Helsehus».

6. Omfang og innhald i helsehuset

Arbeidsgruppa har i alle analysar og drøftingar tatt utgangspunkt i dei høgast prioriterte interessentane frå forprosjektet, og sett på deira behov for funksjonar og areal. Grovt skissert dreier det seg om ca. 6000 m², og figur 2 nedanfor viser ei oversikt over interessentane gruppert i hovudgruppene:

- Interkommunalt samarbeid – ca. 1000 m²
- Spesialisthelsetenesta – ca. 3000 m²
- Lindås kommune (= vertskommunen) – ca. 2000 m²
- Andre interessentar – ikkje kartlagt i detalj

Ved kartlegginga av areal, er det nytta både brutto og netto areal. Samla areal kan derfor bli noko høgare, omlag inntil 10 %. Arealtala må kvalitetssikrast i eit eventuelt gjennomføringsprosjekt.

Fleire av dei sentrale interessentane i eit helsehus, særskilt frå spesialisthelsetenesta, viser stor interesse når det gjeld samlokalisering av tenester, med legevakt og etablering av døgnplassar for øyeblikkelig hjelp for kommunane i regionen.

Foreløpige grovt estimat viser at ca. 3000 m² (eller ca. 1/2 av total bygningsmasse) av arealet i eit framtidig helsehus vil kunne leigast ut til spesialisthelsetenesta, og til ulike avtalespesialistar med langvarige leigeforhold. Det interkommunale behovet ser ut til å vere ca. 1000 m², og er i hovudsak areal til utvida legevakt, heildøgns plassar til øyeblikkelig hjelp og 4 avklaringsenger for psykisk helse og rus i samarbeid med Helse Bergen HF. Dei foreløpige kartleggingane av Lindås kommune sine behov for samlokalisering av sine tenester i eit felles helsehus, utgjer foreløpig ca. 2000 m² av totalt ca. 6000 m². I kapitla nedanfor skildrar vi meir detaljert bakgrunnen for arealestimata.

6.1 Interkommunalt samarbeid mellom alle 9 kommunar i Nordhordland

Interkommunalt samarbeid Før - i stedet for - etter	Spesialisthelsetjenesten/avtale- spesialister - somatikk Haraldsplass/Helse Bergen	Psykiatrisk divisjon og avdeling for rusmedisin Helse Bergen HF	Andre interessenter	Lindås kommune Før - i stedet for - etter
Nordhordland legevakt Jordmorvakt (500 m2)	Ambulansestasjon (500 m2)	Samlokalisering av tjenester innen psykisk helsevern og rus - poliklinikk - ambulant team	Andre mulige interessenter: - Apotek - Kafè - Treningssenter - Fysioterapi/kiropraktor - Omsorgsboliger - Familievernkontor/BUFetat - Legekontor - Tannlegkontor - Nordhordland IKT - Nordhordland utviklingsselskap	Korttidsplasser (11) - avklaringsplasser - utskrivningsklare pasienter - rehabilitering, palliativ beh.
Heldøgns plasser øyeblikkelig hjelp (5 plasser) - avklaringsplasser psykisk helse og rus (4 plasser) (500 m2)	Satellitt-tjenester: - dialysebehandling (150-200 m2) - hørsesentral (40 m2) - røntgen (40 m2) (Haraldsplass) - hud (70 m2) (Helse Bergen HF)	Bjærgvin DPS - 1000 m2 BUP Nordhordland - 900 m2 Avdeling for rus - 60 m2 (delfinansiering av 3-4 interkommunale heldøgns plasser til psykisk helse og rus)		Bestillerkontoret
	Avtalingsplasser Helse Vest RHF - Øye - ØNH - Geriatri - Indremedisin - Gynekologi - Psykiater/psykolog (50 m2) mm			Fastlegekontor
				Fysioterapi/ergoterapi
				Hjelpemiddelsentral
				Hjemmetjenester/ Ambulante tjenester
				Psykisk helse- og rusarbeid for barn og voksne
				PP-tjenesten/Helsestasjon/ Barnevern
1000 m2	1000 m2	1960 m2	? m2	2000 m2 ++

Figur 2 vist ovanfor: Revidert skisse med oversikt over interessentane i helsehuset med grove arealestimat. Dei raude ringane markerar samarbeidsforventningane om heildøgns plassar

Arbeidsgruppa tilrår at kommunane samarbeider om tiltak som det er på plass finansieringsløyisingar for:

- Nordhordland legevakt med auka bemanning (sjå eiga sak for styrking av Nordhordland legevakt)
- 4-7 heildøgns plassar til øyeblikkelig hjelp (sjå eiga sak for styrking av Nordhordland legevakt)
- 4 heildøgns plassar for psykiske lidningar og rusproblem i samarbeid med Helse Bergen/Bjærgvin DPS

Arbeidsgruppa har tatt utgangspunkt i dei føringane i samhandlingsreforma som har klare signal når det gjeld finansiering og framdrift.

For å sikre eit fagleg forsvarleg behandlingstilbod til innbyggjarane med forsvarleg beredskap og legetilgjengelegheit meiner vi at kvar enkelt kommune ikkje vil kunne handtere desse tenestene like bra kvar for seg.

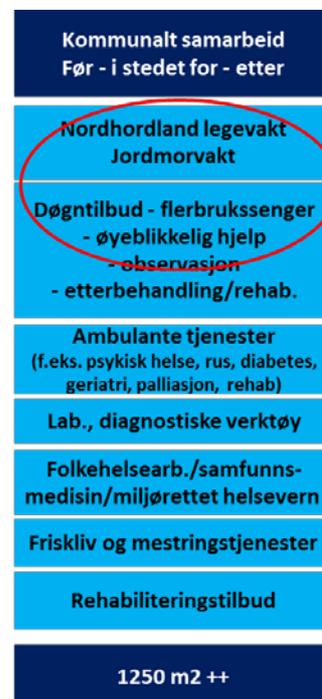
Derfor er det i utgangspunktet berre lagt til grunn at det er Nordhordland legevakt og 4 – 7 heildøgns plassar for øyeblikkelig hjelp kommunane skal samarbeide om og delfinansiere. I tillegg inviterer spesialisthelsetenesta, ved Helse Bergen, til eit samarbeid og økonomisk spleiselag med alle nordhordlandskommunane om etablering og drift av ytterlegare 4 heildøgns plassar for behandling av personar med psykiske lidningar og rusproblem (sjå nærmare forklaring av målgruppa i kapittel 5.4 «Psykiatrisk divisjon og avdeling for rusmedisin»).

Kartlegginga frå akuttposten på Bergen legevakt med 10 senger, har vist oss ei funksjonell avdeling med eit areal på ca. 550 m2 som inkluderer: 5 einarom, 1 dobbeltrom og 1 tremannsrom. Med utgangspunkt i at dette er ein modell som arbeidsgruppa synes er interessant, har vi i skissa estimert ca. 500 m2 som rimeleg behov med 8 - 11 senger ved samdrift med legevakta. I eit eventuelt byggeprosjekt er det viktig å ta omsyn til at romma tilfredsstillar krava som Husbanken stiller til utforming av «døgnsomsorgsplassar til personar med behov for øyeblikkelig hjelp», slik at prosjektet får tilført investeringstilskot på 960 000 NOK pr. plass.

Mange andre interkommunale samarbeidsområde som er vist i figur 3 er ikkje inkludert i arealestimata i denne fasen av helsehusprosjektet, fordi det på noverande tidspunkt er knytt for stor usikkerheit til kva som er realistisk å gjennomføre interkommunalt. Dette skuldast ikkje at desse områda er uinteressante å samarbeide om framover. Det er i større grad grunna i manglande tydelege økonomiske incentiv, og fordi det er litt ulikt kva prioriteringar den enkelte kommune har gjort innanfor desse fagområda.

Tiltak som er vurdert eller som bør vurderast, men som det manglar utgreiingsrapport og/eller finansielle rammer for:

- Rehabiliteringsavdeling med døgnplassar og ambulante tenester (tiltak som vist i rapport om rehabilitering i Nordhordland 2011, sendt til kommunal handsaming juni 2011)
- Avklaringsenger for utskrivingsklare pasientar (ikkje utgreidd)
- Lærings – og meistringstenester (under utgreiing, mellombels rapport)
- Ambulante tenester
- Interkommunal jordmorteneste (ikkje utgreidd, meldt inn som eit behov)
- Interkommunalt barnevern (ikkje utgreidd, meldt inn som eit behov)
- Interkommunalt samarbeid om førebyggjande og helsefremjande arbeid (ikkje utgreidd)



Figur 3 Opphavg skisse for kommunalt samarbeid frå arbeidsnotat til arbeidsgruppa, datert januar 2012

Det kan vere viktig å sjå kommunale døgnplassar til øyeblikkelig hjelp som første trinn mot realisering av eit døgnbasert tilbod med fleirbrukssenger til bruk før, i staden for og etter sjukehusopphald.

Lindås kommune har som vertskommune allereie skissert at dei i framtida har behov for fleire korttidsplassar, og ønskjer å utnytte dette høve. I sine skisser har Lindås vist til ønskjer og behov om å etablere ca. 11 korttidsplassar. Ein viktig føresetnad er at desse heildøgnplassane er tilknytt dei andre 9 interkommunale heildøgnsplassane, slik at ein kan utnytte positive gjensidige synergieffektar, spesielt i forhold til heildøgnsbemanning og legetilgjengelegheit.

I april/mai 2012 utførte arbeidsgruppa ei detaljert kartlegging av dei kommunale tenestene sine ønskjer om lokale, som eventuelle framtidige brukarar av lokalet i det nye helsehuset saman med Helse Bergen HF og Haraldsplass Diakonale Sykehus. I tabell 1 nedanfor viser vi eit detaljert eksempel på kartlegginga av Nordhordland legevakt som pr. mai 2012 disponerte 380 m2 (BRA) på Knarvik Helsetun. Kartlegginga viser eit klart behov for meir plass og mange synergjar med andre verksemder blant aktørane i Helsehuset.

Vi har ut i frå dette grovt estimert eit areal på 500 m2 til Nordhordland legevakt.

Romtype og beskrivelse - ønsker for framtidige lokaler i et helsehus med utgangspunkt i dagens behov	Antall rom	Finnes i dagens lokaler	Synergi med andre virksomhetsområder	Detaljert beskrivelse av funksjon og kommentarer ift dagens situasjon, gjerne inkludert behov for areal pr. enhet i m2
Smitterom med sluse	1	NEI		Oppkast, diare
Akuttrom, medisinsk	1	JA		
Akuttrom, kirurgisk	1	NEI		
Legekantor+behandlingsrom	4+2	JA (2 i dag)		
Kontorer	3	JA (1 felles i dag)		1 driftsleder, 1 legevakts sjef, 1 ass.driftsleder
Kommandosentral	1	NEI	JA	Heldøgn/Øyeblikkelig hjelp døgntilbud, modell Bergen legevakt
Skyllerom, rent	1	NEI	JA	Sterilisator + pakking av rent utstyr, sammen med medkamentrom, felles med døgnvakt
Skyllerom, urent	1	NEI	JA	
Møterom lokalt (12-16 personer)	1		JA	I dag 8 rundt bordet
Møterom, stort som kan deles i to (slik som i dag)	1	JA	JA	Alle 60 bør kunne sitte (1 dag plass til 32) kursaktivitet turnusleger hele Hordaland
Kontorer for merkantile funksjoner	1	NEI	JA	Samtalerom/Fagutvikling
Lunchrom / Pauserom med te kjøkken	1	JA	JA	med veranda og mulighet for frisk luft da sykepleier og lege i beredskap ikke kan forlate legevakten
Medisinrom	1	NEI	JA	Felles med døgnavdeling, antibiotika avtrekk, sammen med rent skyllerom
Laboratoriet/prøvetakingsrom	1	JA	JA	Må ligge i egne lokaler, i sammenheng med heldøgnsvakt, dobbelt, prøvetaking og analysering
Røntgenrom	1	NEI	JA	
Dialysesenger	1	NEI	JA	Må diskuteres videre med spes. helse tjenesten
Lager for forbruksmateriell + lintøyrom	1	JA	JA	Må ligge i egne lokaler, i sammenheng med heldøgnsvakt.
Kopirom			JA	
Resepsjon til legevakt	1	JA	JA	Bergen legevakt, skjermert fra de andre på venterommet, eget glassbur
Venterom	1	JA	JA	Se pasientene fra en legevakts ekspedisjon, plass til 15 sitteplasser, i dag 26m2 - ca 30 m2+ en barnekrok, håndvask på alle rom
Kundetoaletter i tilknytning til venterom	4	JA (1 i dag)	JA	Tilknytning til pasientbehandlingsrommene + til venterommet, Kundetoaletter må ligge i tilknytning til venterom
Dusjfasiliteter til brannskader	1	NEI		I nærheten av behandlingsrom på legevakt
Soverom for nattevaktleger	2	JA (1 rom)	JA	Sammen øyeblikkelig hjelp døgnopphold
Toalett for personale	2	JA(2 i dag)	JA	I tilknytning til garderobes?
Garderobe med dusj for tilsette	1	JA	JA	Viktig ift sykling til/fra jobb dame og herre
Interkommunal jordmor behandlingsrom	1	NEI	JA	
Ambulant akutteam i psykisk helsevern				Utvidet ambulant akuttfunksjon, kl 15-23 på hverdager, 12-20 i helger (14-22 framover) Leier skiftestue fra Knarvik legekantor
Legevaktssentral	1	JA	NEI	Skjermert for støy, større enn i dag og i tilknytning til kjernen av legevakten, tar imot alarmer og nødtelefoner/telefoner, prioriteringer
Pasientrom, Øyeblikkelig hjelp døgnopphold	5	NEI	JA	Opp mot kommandosentral, Enkeltrom? Dobbeltrum?, modell Bergen legevakt toalett og dusj på rommene, Kameraovervåking av pasienter
Kjøkken	1	NEI	JA	Mat til pasienter
Vaskerom (vaskemaskin + tørketrommel)	1		JA	Vaskeri til bekledning av legevaktsansatte, ruspasientene
Pårørende rom	1		JA	Kriser og ulykker
Andre innspill, ideer og kommentarer				
<i>F.eks. sannsynlige behov i et 10 års perspektiv - år 2022 - hva trenger man mer av/bør organiseres annerledes</i>				
Rene vs urene undersøkelsesrom, sprengt kapasitet pr i dag				
Alle sykepleierne kan tenke seg større stillinger og liker variasjonen disse planene legger til rette for				
Kameraovervåking, sikkerhet for ansatte				
Treningsrom for ansatte, gjerne i tilknytning til garderobe				
Vask og vann på ALLE rom				
Dagslys og vinduer og frisk luft				

Tabell 3 Døme fra legevakta på kartlegging av kommunale verksemder som vertskommunen ønsker å samlokalisere i helsehuset, Deloitte si samstilling, mai 2012

Tilsvarende kartlegging som i tabell 3, er utført av arbeidsgruppa for dei fleste av dei kommunale verksemder som Lindås kommune ønsker å samlokalisere i helsehuset. Områda som er kartlagde er vist til i figur 2 og dette dannar eit godt grunnlag for eit romprogram i helsehuset, sjå eiga vedlegg. Dette dannar noko av grunnlaget for arealberekningane i helsehusmodellen på omlag 6000 m2.

6.2 Spesialisthelsetenesta/avtalespesialister - somatikk

Neste kolonne i figur 2 har overskrifta «Spesialisthelsetenesta/avtalespesialister – somatikk» og viser ein del av dei aktørane arbeidsgruppa har kartlagt når det gjeld å bidra med behandlingstilbod til Helsehuset frå Haraldsplass Diakonale Sykehus, Helse Bergen HF og Helse Vest RHF.

6.2.1 Helse Bergen HF, Ambulansestasjon

Den største aktøren i denne samanhengen er Ambulansestasjonen som i dag leiger lokale på Knarvik Helsetun, ved sidan av Nordhordland legevakt. Dei har i dag 275 m2, er nøgde med

tilgjengelegheit ved uttrykking, men ønskjer større plass og samlokalisering med legevakta. Helse Bergen estimerer at dei har behov for nesten det dobbelte av dagens areal, på 500 m², dersom dei skal flytte inn i eit framtidig helsehus. Ambulansestasjonen er ved ei eventuell flytting svært opptatt av tilkomst til Helsehuset for utrykkingskjøretøy, og samlokalisering med legevakta.

6.2.2 Satellittener for Haraldsplass Diakonale Sykehus AS og Helse Bergen HF

Haraldsplass Diakonale Sykehus (HDS), Røntgensatellitt

HDS legg til grunn at det i utgangspunktet neppe vil vere fullt ut driftsmessig grunnlag for å etablere noko anna type satellitt-teneste enn poliklinisk skjeletrøntgen i eit framtidig helsehus i Nordhordland. Erfaringar frå andre stader som har etablert eit slikt tilbod, er at dei har 40-50 % opningstid. Signalet frå sentrale myndigheiter er at ei slik teneste skal vere betent av radiologisk avdeling på nærmaste sjukehus, i dette tilfellet HDS. Dette for å sikre rett kvalitet på arbeidet som blir utført, og samordning av bildearkiv/overføring til behandla eining ved behov. Finansieringa er imidlertid problematisk, på grunn av at det generelt er lave refusjonar for denne typen undersøkingar.

Det kan altså vere naudsynt med ei viss delfinansiering frå kommunane for å etablere og drive dette tiltaket i balanse. I tillegg blir det peika på frå HDS si side at det er viktig å vere klar over at dersom det er planlagt at røntgentilbodet skal være tilgjengeleg i ein større del av døgnet og veka, i tilknytning til legevakt og eit framtidig øyeblikkelig hjelp døgntilbod, vil dette ha eit heilt anna kostnadsnivå, som det ikkje er pårekeleg at kan finansierast via takstsystemet for spesialisthelsetenesta.

Det er ein føresetnad med ein grundig felles prosess før HDS kan forplikte seg til å gå inn som leietakar i eit helsehus. HDS er positive til å gå inn i ein slik avklarande prosess, dersom kommunane i Nordhordland skulle sjå på det som ønskjeleg å etablere eit radiologisk tilbod på staden for eigen befolkning.

For å kunne etablere eit evt. røntgenlaboratorium vil det være behov for eit areal på ca. 40 m², anslagsvis:

- Undersøkingsrom, ca. 30 m²
- Manøverrom, 5 m²
- Toalett, 2 m²
- Lager utstyr, 3 m²

Det blir føresett at venterom og resepsjon vil bli handtert som ein fellesfunksjon saman med andre helserelaterte tenester. Dersom det ikkje er slik, må det settas av areal til dette i tillegg. Tilgang til areala må være tilpassa rullestol og bære.

I tillegg har Arnstein Hodne, leiar for Radiologiske avdeling HDS, skildra ganske detaljert krava som blir stilt til undersøkingsrom og manøverrom. Dette finns i aktuelt vedlegg, datert Bergen, 04.06.2012.

Helse Bergen HF, Høresentralen

Høresentralen er framleis interessert i lokale i helsehus i Knarvik. Dei planlegg i første omgang å kunne bemanne lokala 4 dagar i veka med ein audiograf. Det vil nok sannsynligvis vere eit behov for 5 dagar i veka, men det er viktig at audiografen som skal arbeide i Knarvik held

kontakt med sitt fagmiljø. Derfor ønskjer leiinga i sentralen at vedkommande skal arbeide ein dag i veka ved Høresentralen.

Høresentralen har berekna eit behov på ca. 40 m2 og 3 separate rom:

- eit kontor for service til personar med høyreapparat
- eit kontor for tilpassing / etterkontroll / oppfølging av personar som har behov for høyreapparat,
- eit audiometrirom for måling av hørsel

Ifølgje Høresentralen sin database er det over 1500 personar i Nordhordlandskommunane som har høyreapparat. Fleirtalet av desse vil ha behov for/ dra nytte av årleg kontroll. I 2011 fekk ca. 300 personar nye høyreapparat. Ein må rekne med minst 3 konsultasjonar i samband med ny høyreapparattilpassing.

Hørselssentralen anslår eit behov på ca. 2000 konsultasjonar pr. år i samband med høyreapparattilpassing/ oppfølging. Med ein person 4 dagar i veka blir kapasiteten under 1200 konsultasjonar per år. Dessutan vil det vere behov for å kunne yte service til høyreapparatbrukarar når det oppstår feil /problem med dei høyreapparata brukarane har fått.

I tillegg har Asgaut Warland, Seksjonsoverlege på Høresentralen, skildra ganske detaljert krava som blir stilt til utbygging av ein slik hørselssentral. Dette finns i aktuelt vedlegg, datert mars 2012.

Helse Bergen HF, Dialysesatellitt

Dialyseininga ved Medisinsk avdeling, Haukeland universitetssjukehus, har signalisert at etablering av ei dialyseining i Helsehuset som fungerer som ei satellitt-teneste frå sjukehuset, er ønskjeleg.

Grunnlagsdata som viser noverande og framtidige behov for dialyse synleggjer eit auka ressursbehov for denne pasientgruppa i åra som kjem. Dialyseaktivitet i Helsehuset vil forenkla pasientbehandlinga og gje store innsparingar i reisetid for pasientane og reduserte transportkostnader. Desentralisert dialyse er i tråd med intensjonane i Samhandlingsreforma og vil i sum gje ei betre helseteneste for desse pasientane.

Det vil derfor vere eit godt grunnlag for å etablere ei slik eining i Nordhordland. Eit Helsehus der ulike helsetenester er samla vil vere eit godt grunnlag for å få til ei dialyseining i Nordhordland. Med utgangspunkt i dagens behov kan ein oppstart med 5 stasjonar for dialyse vere ei mulig løysing. Framtidige behov viser at det kan bli nødvendig å doble denne kapasiteten.

Det er anslått eit arealbehov for 5 dialysestasjonar inkl. vaktrom, teknisk rom, legekantor og samtale - /påøranderom på 150 – 200 m2.

Helse Bergen HF har ikkje gjort noko vedtak om oppstart av dialyseining i Nordhordland, men ønskjer å drøfta tiltaket i den vidare utgreiinga om innhald i Helsehuset.

6.3 Avtalespesialistar Helse Vest RHF

Helsehuset vil vere attraktive lokale for å rekruttere fleire avtalespesialistar i Helse Vest RHF til regionen. På ønskelista I Nordhordland er det per i dag lokalisert ein augespesialist som har avtale med Helse Vest, og kontor i Lindås kommune. Det er per i dag ikkje aktuelt å flytte frå Knarvik. Han er, i uforpliktande samtalar med arbeidsgruppa, allereie veldig positiv til å etablere seg i Helsehuset dersom dette lar seg gjennomføre praktisk og økonomisk. Augelegepraksisen krev ei operasjonsstove. Det er i følgje augelegen driftsgrunnlag for 2 augelegar og 1 optikar. Dei vil til saman ha behov for ca. 250 m².

Helse Vest RHF som avtalepart for private avtalespesialistar, er positive til å lokalisere psykiater/psykologavtale til Nordhordlandsregionen i helsehuset. Ein slik avtaleinnhavar vil ta imot pasientar i samarbeid med Bjørgvin DPS. Foreløpig for ei slik samlokalisering står spesialistar innan fleire viktige fagområde som nemnt i figur 2. Dette vil kunne få store synergieffektar i behandlingstilboda til innbyggjarane og gje store utslag på reisetid og reisekostnader for pasientane og for samfunnet.

På grunnlag av dette er det i skissa estimert eit behov for kontor og behandlingsrom på 50 m² til desse avtalespesialistane.

6.4 Psykiatrisk divisjon og avdeling for rusmedisin, Helse Bergen HF

I helsehuset vil vi samle spesialisthelsetenesta innan psykisk helse og rus, hovudsakeleg gjennom polikliniske, dag og ambulante tilbod. Innan vaksenfeltet vil det også bli lagt til rette for døgnplassar. Det er i helsehusprosjektet lagt inn 8 -11 døgnplassar der 4 eventuelt 5 døgnplassar i utgangspunktet er prioritert til psykisk helse og rus. Disse plassane vil komme i tillegg til dei plassane Bjørgvin DPS har på Tertnes. Det er ønskjeleg å ha eit nært samarbeid på tvers av forvaltningsnivåa, og det er naturleg at ein spelar på kvarandre når det gjeld kveld, natt og helg.

Døgnplassar til psykisk helse og rus vil i all hovudsak vere knytt opp mot korttid/kriser, samt ein brukarstyrt plass til pasientar med meir kroniske lidingar som tidvis har bruk for dei rammene ein døgnpost gjev. Det vil bli utarbeidd kontrakt mellom tenesta og pasienten som sjølv har initiativet.

Helse Bergen HF vil lokalisere den barne - og ungdomspsykiatriske verksemda til Helsehuset. Ei felles lokalisering av tenester til barn og unge vil styrke tilbodet både når det gjeld konkret pasientbehandling som tidlig identifikasjon, behandling og oppfølging, men like viktig kompetansebygging og - overføring mellom spesialisthelsetenesta og det kommunale tenesteapparatet.

Ei samlokalisering i eit helsehus har i seg synergieffektar som vil styrke tilbodet til barn og unge i Nordhordland på ein heilt anna måte enn vi elles kan realisere.

Enhet	Sted	m2 i dag	kr pr m2	Arealbehov i Helsehus m2
Bjergvin DPS	Manger	1500	1333	0
	Kvassnesveien 63	887	1048	1 000
BUP Nordhordland	Kvassnesveien 44	537	995	900
	Kvassnesveien 44	59	1864	
Psykriatisk divisjon		2 983		1 900
Avdeling for rus (AFR)		0		60
Ambulansestasjon	Knarvik Helsetun	275	1 200	500
Hudavdelingen		0		70
Totalt Helse Bergen HF		3 258		2 530
Private avtalespesialister, leger				50

Tabell 4 Estimert arealønskje for Helse Bergen HF i eit framtidig Helsehus i Nordhordland

Helse Bergen HF er som ein av dei store aktuelle aktørane i utgangspunktet villige til å forplikte seg til ei leigeavtale på minimum 20 år forutsatt at dei andre store leietakarane forpliktar seg til det same.

Føresetnader for Helse Bergen si deltaking:

- kommunane deltar med sine tenester
- det blir legevakt i huset dersom HB skal betale for senger
- både innanfor rus og psykiatri blir det føresett at kommunen lokaliserer sine tilsvarende tenester i huset
- deltakarane i huset deler på felles tenester og infrastruktur som resepsjon, møterom, kantine, treningscenter m.m.

6.5 Andre interessentar

Det er interesse frå fleire andre aktørar om å leige lokale i eit framtidig helsehus sentralt plassert i Knarvik. Arealbehovet til dei andre interessentane som er vist i figur 2, må dersom ønskjeleg utgreiast nærmare i den vidare prosjektfasen. Fordelen med å inkludere nokre av desse i prosjektet kan være å skape ein større fleksibilitet i forhold til framtidige endringar og utvidingar av kommunen sine behov for lokale. I tillegg vil de skape eit enno meir attraktivt og komplett tilbod i Helsehuset og i Knarvik sentrum. Ulempa og risikoen med å inkludere desse aktørane, er at byggeprosjektet kan bli unødvendig stort og komplekst med veldig mange eksterne leietakarar og større finansiell risiko.

6.6 Lindås kommune - ønsjer om samlokalisering i helsehuset

Tabellen nedanfor viser ei oversikt over arealbruken som utvalte kommunale verksemdar i Lindås kommune har pr. i dag. Dersom ein trekker frå legevakta sitt areal, er det kartlagt eit behov for i overkant av 2000 m². Dette viser at arealestimata som ligg til grunn for helsehusskissa i figur 2, er moderate. Dette er uavhengig av om ein klarer å trekke ut synergjar med felles tenester (heildøgnavdeling) og infrastruktur som resepsjon, møterom, kantine, treningscenter m.m. Nesten alle dei aktuelle kommunale aktørane som ønsjer samlokalisering i helsehuset, markert med lyseblått i tabellen nedanfor, skildrar eit auka behov for kontor, møterom og spesialiserte behandlarrom (sjå fleire detaljar i eige vedlegg til rapporten).

Teneste	Lokalisering - bygg	Areal m ²	Pris/m ² uten mva
Lindås kommune, revidert 04.05.2012			
Barnevern	KIM huset	423	1 031
NAV lokaler 3. etg.	Norbo	1 191	1 535
Bibliotek, adm. Psyk, kulturskule, frivilligsentral	Norbo	1 559	1 081
IKT	Hagelia 4	257	913
Dagsenter psykisk helse	Ulvundbygget	323	654
Hjelpemiddelsentral	Ulvundbygget	173	754
Legesenter, helsestasjon	Knarvik Helsetun	920	1 212
Helsestasjon		207	
Legevakten		274	
Knarvik legekantor		375	
Fysikalsk institutt		207	
Psykolog (privat)		45	
Felleslokaler (ikke legevakt)		189	
Undervisningslokale kjeller		80	
Totalt		1 103	
Adm. Funksjonshemma	Knarvik Helsetun	220	1210
EDB lager	Promenaden	68	681
PPT	Promenaden	248,4	995,14
Kn. allmennpraksis	Bygg11B	159	1087,84
	K.Senter		
Sum		5 541	
Aktuelt for helsehus		2 466	

Tabell 5 Kartlegging av aktuelle verksemdene som vertskommunen ønsjer å samlokalisere i helsehuset, Deloitte si samanstilling, mai 2012

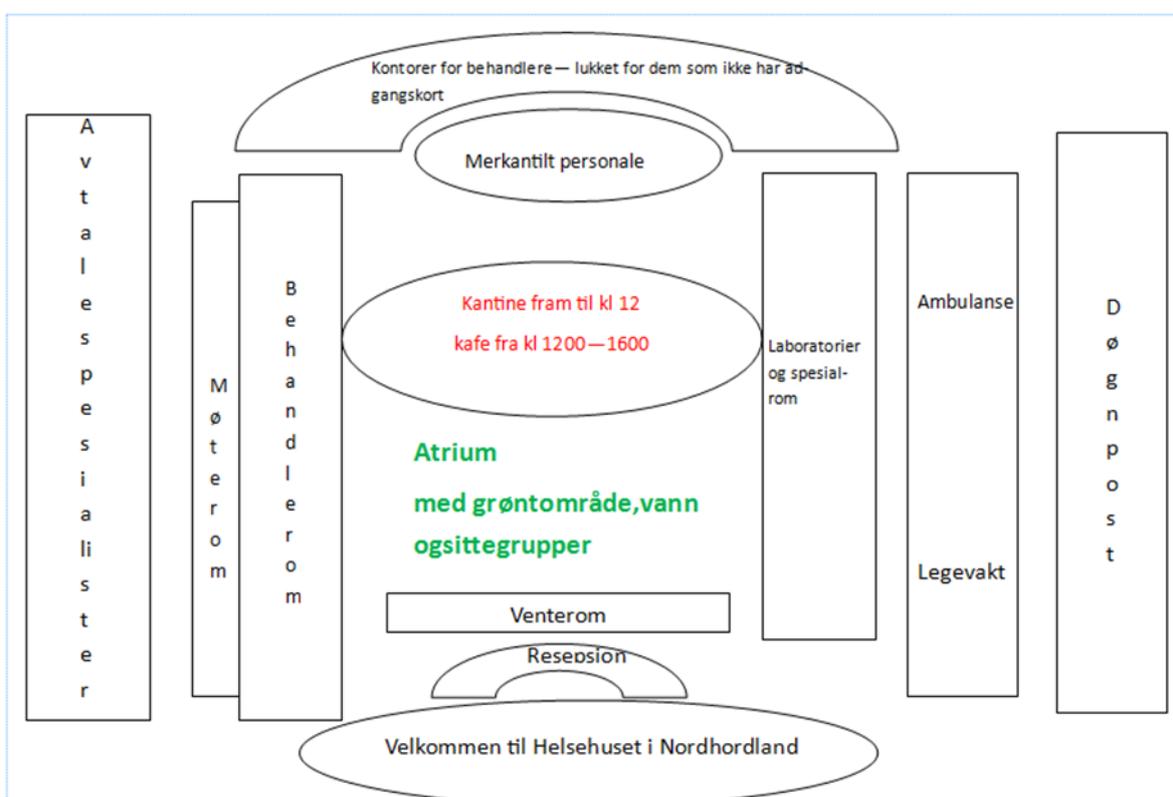
Korttidsplasser – fagområde	Plasser	Enerom	Dobbeltrom
Palliativ behandling	1	1	
Rehabilitering	6	2	2
Avklaringsenger for "utskrivningsklare pasienter"	4-6		2
Totalt	11-13	3	4

Tabell 6 Oversikt over Lindås kommune sitt estimat for framtidig behov for korttidsplassar, mai 2012.

7. Synergieffektar ved samlokalisering

Arbeidsgruppa har i sitt arbeid peika på at det ikkje er sjølvsgatt at samlokalisering alltid fører til auka samhandling og store synergieffektar. Forholda i dette prosjektet ligg, etter prosjektgruppa sitt syn, likevel spesielt godt til rette for å kunne trekke ut mange spanande synergjar både ressursmessig og kompetansemessig. Alle dei aktørane/leigetakarane som arbeidsgruppa tilrår inn i helsehuset samarbeider mykje om dei same brukarane, og har ei felles målsetning om god og effektiv behandling på beste moglege behandlingsnivå (BEON-prinsippet). I tillegg har ein allereie i forprosjektet lagt til rette for ein god dialog med dei viktigaste aktørane om alt frå utforming av lokale, behandlingsfilosofi, moglegheiter for felles leing av helsehuset og bruk/spleising på av fellesfunksjonar.

Det er derfor ein viktig føresetnad for dette helsehusprosjektet at ein heilt frå oppstarten av skisseprosjektet legg forholda til rette for å trekke ut ønskja og realistiske synergieffektar ved ei slik samlokalisering ved god dialog og brukarmedverknad.



Figur 4 Arbeidsgruppa skisse for moglege organisering med brukaranes behov i fokus

Figuren ovanfor er ei skisse som arbeidsgruppa har laga for å ha ein diskusjon om korleis ein kan organisere lokale slik at brukarane sine behov er i fokus, og synergjar i forhold til felles drift av støttefunksjonar kan gje gode synergieffektar.

7.1 Oversikt over viktige synergieffektar:

- Behandlingstilbodet til innbygarane; auka beredskap, tilgjengelegheit og behandlingstilbod, fleire døgnplasser, meir tverrfagleg kompetanse under same tak, praktisk reiseveg, større moglegheiter for samhandling mellom behandlingsansvarlege

- Ressursar; auka moglegheit for bruk av felles bemanningsressursar til drift av heildøgntilbod, effektiv utnytting av felles areal som behandlingsrom, venterom, møterom og stordriftsfordeler ved felles administrative funksjonar, resepsjon, IKT, venterom, møterom og enkelte spesialrom og behandlarrom.
- Elektronisk samhandling; elektronisk dokumentasjon, informasjonsutveksling, bruk av telemedisinske tenester mellom kommunane, Helsehuset, HDS og HB.
- Fagmiljøet for dei tilsette, felles fagdagar, større tryggleik, lettare å foreta felles konsultasjonar og utredningar, fagleg rettleiing
- Regional utvikling; etablere fleire av spesialisthelsetenesta sine tilbod i regionen og skape ein attraktiv arbeidsplass, sentrumsutvikling av Knarvik som regionalt tyngdepunkt, attraktive lokale for avtalespesialistar
- Samarbeid med spesialisthelsetenesta når det gjeld diagnostisering og behandling innan både somatikk, psykisk helse og rus
- Samarbeid mellom kommunane i Nordhordland, auka samarbeid for å løyse felles utfordringar i forhold til beredskap, effektiv bruk av legeressursar og lovpålagte oppgåver osv.



Bileta viser akuttposten på Bergen legevakt med fleksibel rominndeling og vaktromsløysing med god oversikt som kan gje effektiv drift, spesielt på natt.

7.2 Forsvarleg driftsøkonomi

Forsvarleg driftsøkonomi (døgnbemanning/kost per plass) var i arbeidsnotatet klassifisert som eit absolutt-krav B og er viktig for at behandlingstilbodet skal vere økonomisk bærekraftig og levedyktig over tid. Den dyraste delen av driftskostnadane er lønnskostnader, og då spesielt kostnader for å oppretthalde ein døgnturnus. Eit døgnbasert tilbod med om lag 20 senger, vil gje ein bærekraftig døgnturnus og dermed konkurransedyktig kostnad pr. plass samanlikna med andre døgnbaserte kommunale tilbod.

Felles døgnavdeling i helsehuset	Plassar	Nivå
Øyeblikkelig hjelp –plassar	4-7	Interkommunalt
Døgnplassar psykisk helse og rus	4	Interkommunalt, spleiselag med Helse Bergen HF
Palliativ behandling	1	Lindås kommune
Rehabilitering	6	Lindås kommune
Avklaringsenger for "utskrivingsklare pasientar"	4-6	Lindås kommune
Totalt	19-24	

Tabell 1 Felles døgnavdeling i helsehuset

Eit eksempel på ein konkret synergieffekt er at dersom ein planlegg ei avdeling med om lag 20 senger med to tilsette på natt, vil dette kunne bli eit spleiselag der det interkommunale behandlingstilbodet betalar for ei stilling, og vertskommunen betalar for ei stilling. Alternativet er ofte mindre effektive einingar der begge einingane må ha 2 tilsette på natt. På denne måten vil alle aktørane kunne hente ut ein stor gevinst i form av meir effektiv drift, samtidig som ein sannsynlegvis vil kunne etablere ein meir robust driftssituasjon med fleire tilsette, større fleksibilitet og større sjukepleiardekning.

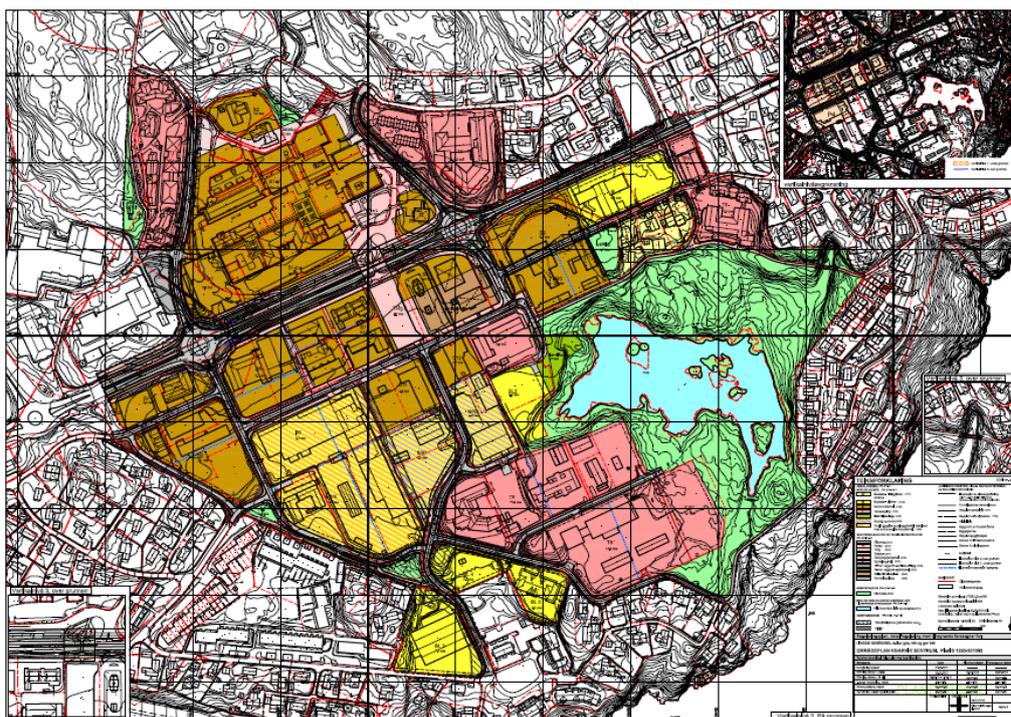
Dersom helsehuset blir etablert med opptil om lag 20 heildøgns plassar og høg sjukepleiefagleg kompetanse på øyeblikkelig hjelp og korttidsbehandling, vil dette kunne opne for spanande moglegheiter for utviding av det interkommunale behandlingstilbodet på lengre sikt.

Her vil ein kunne oppnå både ei ressursmessig meir effektiv drift i forhold til talet på årsverk, og likevel kunne oppretthalde høg pleiefaktor og sjukepleiedekning. I tillegg vil ein slik stordriftsfordel gje auka robustheit og fleksibilitet i behandlingstilbodet som vil redusere risiko ved behandling av desse pasientgruppene. Særleg vil ei slik løysing gi ei meir robust drift i ferie og høgtid enn fleire mindre einingar på ulike stader i regionen.

Dette er eit av dei viktigaste argumenta for å samle desse funksjonane i eit interkommunalt helsehus, og den viktigaste økonomiske synergien helsehuset vil oppnå i forhold til driftsbudsjetta.

8. Lokalisering - tomtealternativ i Knarvik

Utgangspunktet for drøfting knytt til lokalisering av helsehus i Knarvik er fleire kriterium, mellom anna at det skal vere kort avstand frå aktuelle tomter til skysstasjon/kollektivtilbod og at det er rasjonell og god tilkomstveg frå E39. Aktuelle tomter må også gje plass til å etablere ein funksjonell bygningsmasse med bruksareal på minimum 6000 m². Ein har vidare teke utgangspunkt i gjeldande reguleringsplanar i Knarvik, samt områdeplan for Knarvik sentrum, som var til offentleg ettersyn i perioden 08.02.12 – 11.04.12. Dette planområdet er på om lag 390 dekar og omfattar det mest sentrale sentrumsområdet i Knarvik. Det blir vist til vedlagde planskildring av 15.04.2011.

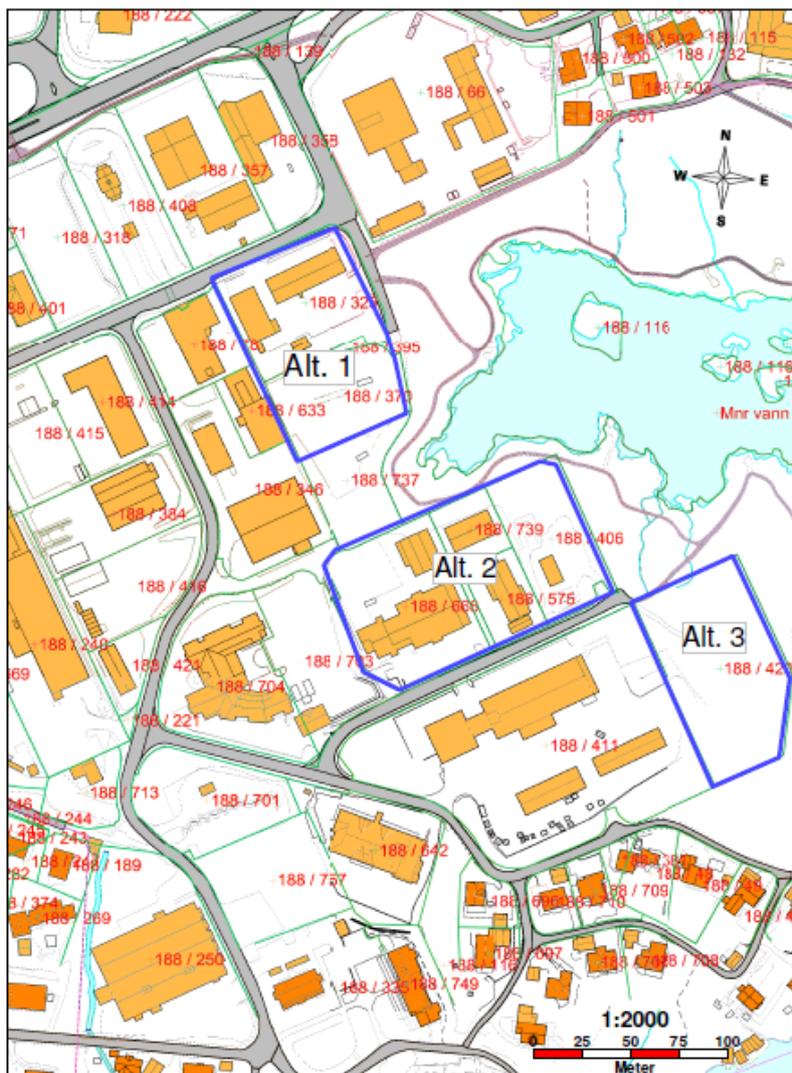


Figur 5 Planframlegget til reguleringsplanen. Dei raude områda er område til offentlege/private tenesteytingar.

Reguleringsplanen er under utarbeiding. Det er knytt rekkjefølgjekrav til bygging i alle dei aktuelle tomtene. Rekkjefølgjekravet gjeld mellom anna utbygging av 4 felt langs E39, ny rundkøyning og ny avkøyning frå denne, samt fortau, ny skysstasjon, torg og undergang. Lindås kommune vurderer å etablere eit infrastrukturfond og må gå i drøftingar med Statens Vegvesen om dette. Kan medføre at det blir ein kostnad per bygd m² nytt bruksareal. Storleiken på denne er enno ikkje analysert, men kan bli ein stad mellom 500 -1000 kroner/m². Det er også krav om utarbeiding av feltvise detaljplanar før større tiltak kan godkjennast.

Reguleringsplanen sine framlegg til føresegner av 15.04.2011 er lagt ved. Dei aktuelle tomtene er i hovudsak føreslått til byggjeområde for tenesteyting. Den sørlege delen av tomt alternativ 2 er vist som byggjeområde for bustader. Sidan planen er i prosess kan det framleis gjerast endringar om det kjem inn gode grunnar for det. Behov for naudsynt bruksareal knytt til ei helsehustomt vil sannsynlegvis verta vektlagt tungt av kommunen i samband med drøftingar knytt til planlagt 2. gangs handsaming i haust/vinter 2012.

Parkeringsdekninga baserer seg på kva type funksjonar som vil koma inn i eit helsehus, fordelt på bruksareal. Eit snitt på ca. 15 p-plassar per 1000 m² bruksareal, vil gje behov for ca. 90 p-plassar ved bruksareal på 6000 m². Parkeringsareal under bakken inngår ikkje i grunnlaget for berekning av grad av utnytting eller etasjetal. Parkeringsareal på og over bakken skal reknast med i grad av utnytting.



Figur 6 Dei tre ulike tomtealternativa på kartet over Knarvik sentrum

Alternativ 1 (T7 og BL2):

Areal 7323 m²

Gnr. 188 bnr. 323, 395 eigar Statens Vegvesen	4486 m ²
Gnr. 188 bnr. 370, eigar Lindås kommune	2837 m ²

Alternativ 2 (T8):

Areal 10411 m² eller trinnvis med 5607 m² først (halve arealet i aust) *

Gnr. 188 bnr. 406, eigar Stoltz Eigedom as	3083 m ²
Gnr. 188 bnr. 739, eigar Sture og Sæthre Eigedom as	1219 m ²
Gnr. 188 bnr. 575, eigar Knarvik industri og miljø as,	1305 m ²
SUM	5607 m² *

Gnr. 188 bnr. 668, eigar Knarvik industri og miljø as,	4804 m ²
--	---------------------

Alternativ 3 (T10):

Areal 5838 m²

Gnr. 188 bnr. 420, eigar Lindås kommune	5838 m ²
---	---------------------

Tabellen under viser dei tre ulike tomtealternativa sine sterke og svake sider, jf. ulike tema.

Tema	Alternativ 1	Alternativ 2	Alternativ 3
Nærleik skysstasjon	Ca 75 meter	Ca 250 meter	Ca 350 meter
Synleg i tettstaden	Svært synleg	Mindre synleg	Mindre synleg
Tilgjenge for bil	Svært god	God	God
Tilgjenge fotgjengarar	Svært god	Middels god	God
Støynivå	Mindre god	Svært god	Svært god
Uteområde	God	Svært god	Svært god
Parkeringsareal	Under bygg	Under bygg	Under bygg
Avstand legevakt og ambulansstasjon	Ca 150 meter	Ca 100 meter	Ca 200 meter
Storleik på tomt	7323m2	10411m2 * (5607 m2) utan bnr. 668	5838 m2
Utbyggingspotensiale i framtida/lang sikt	Er avgrensa av naboeigedomar/ friområdet	Svært god om også bnr. 668 vert kjøpt opp etter kvart.	Er avgrensa av friområdet og BKK tomta.
Byggjeklar tomt	Reguleringsplan må godkjennast først	Reguleringsplan må godkjennast først	Reguleringsplan må godkjennast først
Kvalitet på tomtegrunn	Masseutskifta, planert med to ulike høgdenivå. To eldre bygg og basestasjon må bort.	Ferdig planert, eitt høgdenivå. To bygningar må bort først, eventuelt tre.	Delvis sprengt ut, ikkje planert ferdig.
Vatn/avlaup/veg	OK	OK	OK
Utnyttingsgrad (Planen kan endrast)	180 % BRA	100 % BRA <i>Bør endrast til ca 150%</i>	75 % BRA <i>Bør endrast til ca 150%</i>
Arealføremål i planframlegg (Planen kan endrast)	Må endrast frå bustad til tenesteområde i BL2	Treng ikkje endrast	Treng ikkje endrast særleg, litt utviding mot friområdet.
Etasjeavgrensing (Planen kan endrast)	Maks. 3 og 4 etasjar	Maks 3 etasjar	Maks 2 etasjar
Kostnader, kjøp av tomt	Må kjøpe ut ein eigedom. 10 – 18 mill.? Basestasjon for telefoni må flyttast.	Må kjøpe ut tre eigarar og riva tre bygningar 40 – 50 mill. <i>Utan bnr. 668 * 35 – 40 mill</i>	Kommunen eig tomta 10 -12 mill.? (<i>intern kostnad</i>)
Økonomi/gjennomføring	Må kjøpsforhandlingar til med Statens Vegvesen. Usikker kostnad per dagsett dato	Må gjennomførast forhandlingar om kjøp med tre ulike grunneigarar. Usikker kostnad per dagsett dato	Lågast kostnad, sidan kommunen alt eig tomta.
Konklusjon	Svært god og sentral tomt, tomtekostnad uviss, sannsynlegvis middels kostnad. Kjem nært andre bygningar og vegtilkomst m.m.	Svært god tomt, som kan byggjast ut i etappar. Låg konflikt med andre interesser/ naboar. Sannsynlegvis høgast tomtekostnad.	Grei tomt, lågast kostnad. Kan fort byggjast ut, men er allereie tiltenkt «Lyngtunet», demensinstitusjon. Noko utviding mot bnr. 411 i vest, og i friområdet mot aust bør vurderast.

Tabell 7 Alternativanalyse av tomtealternativa

Sluttkommentar

Alle tomtene har fordeler og ulemper. Rekkjefølgjekrav i framlegg til reguleringsplan må drøftast nærmare med Statens Vegvesen før bygging kan skje. Både val av tomt og eventuelle forhandlingar om kjøp må avklarast politisk. Dette kan gjerast hausten 2012.

Alternativ 1 har svært sentral lokalisering, men det er støy frå biltrafikk på nordsida. Potensiale for utviding er avgrensa på grunn av friområdet i aust og bebygde nabotomter i vest. Tomta vert rekna som svært eigna om reguleringsplanen vert justert/endra noko. Tilhøve/tilpassing til naboeigedomar vil kunna vera ei utfordring, mellom anna fordi tilkomsten til to naboeigedomar går over deler av tomta, og fordi bygningen på bnr. 633 ligg heilt i grensa. Middels kostnad.

Alternativ 2 har god lokalisering og ligg fredeleg til nede mot Kvasnesstemma i aust. Potensiale for utviding er god mot vest. Ligg nært dagens legevakt og kan få godt gangsamband mot skysstasjonen ved bygging av fortau mot vest. Tomta vert rekna som svært eigna om reguleringsplanen vert justert/endra noko. Denne tomta får høgast kostnad, på grunn av at to eller tre eksisterande bygningar må fjernast og tre grunneigarar må kjøpast ut.

Alternativ 3 ligg lengst borte frå skysstasjonen og sentrumsområdet, men ligg svært fredleg til nede mot Kvasnesstemma. Tomta blir rekna som eigna om reguleringsplanen blir justert/endra noko. Denne tomta har lågast kostnad og kan lettast byggjast ut, då det er få naboeigedomar å ta omsyn til. På denne tomta har Lindås kommune allereie tenkt å plassere «Lyngtunet» som er eit kompetansesenter for demens, eit stort prosjekt med sengeplassar (sjukeheim) og anna. Ved val av denne tomta vil ein komme opp i eit dilemma sett i høve til prosjektering av denne demensinstitusjonen.

Arbeidsgruppa si tilråding

Dersom kommunane sluttar seg til ein modell der Lindås kommune er byggherre og vertskommune for prosjektet, meiner gruppa at det må bli opp til Lindås kommune å vurdere kva tomtealternativ som er aktuelt for eit slikt bygg i Knarvik.

9. Strategisk analyse av ulike byggealternativ

Arbeidsgruppa har vurdert ulike former for entrepris- og samarbeidsmodellar, og har også diskutert konsekvensar ved å velje dei ulike modellane. Diskusjonane har i stor grad handla om ein ønskjer å eige eller leige bygget, og kor viktig det er for aktørane å ha langsiktige og forutsigbare tilhøve i driftsfasen.

Arbeidsgruppa si tilråding er å gjennomføre bygging av helsehuset som ein entrepris der Lindås kommune er vertskommune, og står som byggherre og eigar av bygget. Tilrådinga føreset at det blir inngått langsiktige leigekontraktar med dei andre oppdragsgjevarane.

Lindås kommune og dei andre oppdragsgjevarane må sjølv vurdere finansielle, juridiske, organisatoriske og evt. andre konsekvensar ved val av tilrådd modell. Punkta nedanfor i dette kapitlet er ei oppsummering av sentrale diskusjonar i arbeidsgruppa. Fleire detaljar finns i eige vedlegg til denne rapporten.

9.1 Eige eller leige?

Arbeidsgruppa vurderte fordeler og ulemper ved å eige bygget sjølv eller å leige bygget av ein privat aktør eller veldedig organisasjon. Ved ein eventuell leigeavtale har gruppa komme fram til at det p.t. ikkje eksisterer eit bygg som fullt ut kan tilfredsstillе alle behova som er skissert i modell for helsehuset. Det vil difor vere naudsynt med omfattande tilpassingar av eksisterande bygg, og dette er arbeid som vil vere omfatta av lov og forskrift om offentlege anskaffingar. Alternativet om å leige eksisterande bygg blei difor avvist.

Eit anna alternativ var å inngå eit offentleg-privat samarbeid, der den private aktøren finansierer, bygger, driftar og eig bygget, medan eit interkommunalt selskap (IKS) forpliktar seg til ein langsiktig leigeavtale. Dette alternativet blei vurdert opp mot å eige bygget sjølv og gjennomføre byggeprosjektet som ein totalentreprise. Etter diskusjonar om fordeler og ulemper, kom ein fram til at ein ønska å eige bygget sjølv, og at ein kunne sikre seg kompetanse på gjennomføring ved å leige inn prosjektkompetanse frå Helse Bergen. Konklusjonen blei at ein anbefalar at Lindås kommune som vertskommune finansierer, bygger og eig bygget, medan dei øvrige oppdragsgjevarane inngår langsiktige leigeavtalar med vertskommunen.

9.2 Fordeling av risiko

Det blei gjort nokre vurderingar av risiko, men arbeidsgruppa tilrår at det blir gjennomført ei meir detaljert risikoanalyse for den løysinga som blir anbefalt.

9.2.1 Risiko i planleggingsfasen:

Alle oppdragsgjevarane må sikre at det blir gjennomført ei grundig behovskartlegging slik at risikoen for at behovet ikkje blir dekkja av den endelege løysinga blir minimert.

9.2.2 Risiko i byggefasen:

Som byggherre vil vertskommune ha risiko med tanke på framdrift, kvalitet og kostnad. Noko av denne risikoen kan fordelast til totalentreprenøren, f.eks. når det gjeld risiko for tids- og budsjettoverskridingar. Dersom det oppstår forseinking som følgje av behov for endringar eller feil i spesifikasjonar, vil vertskommunen vere ansvarleg.

9.2.3 Risiko i driftsfasen:

Totalentreprenøren sitt ansvar opphører ved overlevering eller etter ein avtalt garanti. Vertskommunen vil som eiger av bygget ha risiko for at bygget til ei kvar tid tilfredsstiller gjeldande og eventuelle nye kvalitetskrav, og at bygget sine funksjoner til ei kvar tid er tilgjengelig i samsvar med kontrakt med dei øvrige oppdragsgjevarane. Dei øvrige oppdragsgjevarane har risiko knytt til sine ansvarsforhold i samsvar med kontrakten med vertskommunen, men det vil vere ein fordel å inngå langsiktige leigeavtalar med forutsigbare leigeutgifter.

9.3 Finansieringskostnader

Vertskommunen vil stå for finansiering av bygget. Dei øvrige oppdragsgjevarane vil inngå langsiktige leige kontraktar med vertskommunen. Kostnader for dei øvrige oppdragsgjevarane begynner dermed først å gå når bygget er klart og blir tatt i bruk.

9.4 Gjennomføringsevne og kompetanse om denne type prosjekt

Nordhordland Utviklingsselskap IKS og Lindås kommune har lite erfaring og kompetanse i det å lede og gjennomføre denne type byggeprosjekt, men får tilgang til denne kompetansen gjennom prosjektleiarstøtte frå Helse Bergen.

9.5 Moglegheiter for endringar undervegs i prosessen

Ved totalentreprise blir det inngått kontrakt som omfattar både prosjektering og entrepriser med ein entreprenør. Det vil sei at eit interkommunalt selskap må kartlegge og spesifisere sine behov, medan det er entreprenøren som prosjekterer og fører opp bygget.

Ved totalentrepriser vil alle endringar undervegs i prosessen vere bunde med kostnader. Årsaka er at endringar ikkje er ein del av den opphavlege konkurransen, og entreprenøren har mindre incentiv til å prise endringar gunstig. Dess seinare i prosessen endringar skjer, dess større kostnader.

9.6 Innovasjon, samfunnsansvar og livssyklus-kostnader

Under planlegginga av nytt helsehus, må oppdragsgivarane vurdere i kva grad innovasjon, samfunnsansvar og livssyklus-kostnader (LCC) skal vektleggast i utforming og bygging av nytt Helsehus.

Byggherre må vidare sikre tilstrekkeleg kompetanse om utviklinga i marknaden og innovative løysningar og moglegheiter, eventuelt dekke dette gjennom val av entreprisemodell. Ved ein totalentreprise vil ein f.eks. kunne dra nytte av totalentreprenøren sine erfaringar og kompetanse på området.

Samfunnsansvar inneberer mellom anna å ivareta lovpålagte krav som forskrift om lønns- og arbeidsvilkår. Vidare kan byggherre velje å ha andre omsyn, til dømes opne for små og mellomstore bedrifter til å delta i byggeprosjektet. Slike føringar vil ha konsekvensar for dei krav som blir stilt til entreprenøren.

Auka fokus på LCC gjev meir varige løysningar og forutsigbare drifts- og vedlikehaldsutgifter. Ved inngåing av langsiktige leigeavtalar er det svært viktig med forutsigbare driftskostnader. Vertskommunen må derfor syte for tilstrekkeleg kompetanse og kapasitet i driftsfasen. Dei øvrige oppdragsgjevarane som skal leige av vertskommunen har derfor sterke incentiv til at LCC blir vektlagt høgt i utforming og bygging av nytt helsehus.

10. Betalingsmodellar for interkommunale tenester

Kommunane i Nordhordland har gjennom mange års samarbeid gjort erfaringar ved bruk av betalingsmodell for fordeling av utgifter til etablering og drift av tenester på tvers av kommunegrenser. Den vanlegaste fordelingsnøkkelen som har vert nytta dei siste åra til andre interkommunale utgifter i Nordhordland er 1/3 fast og 2/3 fordelt på innbyggjartal.

I samband med sak om oppbemanning av legevakta og etablering av døgnplassar for øyeblikkelig hjelp blir ny betalingsmodell drøfta.

Noverande modell:

Kvar kommune betalar ei årleg deltakaravgift på kr. 267 000. Resterande beløp blir fordelt på kommunane etter innbyggjartal.

Forslag til ny betalingsmodell:

Kommunane har fått presentert forslag til ny betalingsmodell der kvar kommune betalar ei deltakaravgift som ein prosentsats av dei totale kostnadene. Resterande beløp blir fordelt på kommunane etter innbyggjartal. Modellen er pt ikkje vedtatt, men er lagt til grunn for å gje eit døme på kor mykje kvar kommune må betale i leigekostnader for areal til interkommunalt samarbeid i Helsehuset. Føresetnader for berekninga er et areal på 1000m² med ein leigekost på 1559 kr/m².

Kommunar	Årleg deltakaravgift - tilsvarande 17.4% av dei samla husleigeutgiftene	Folketal i prosent	Betaling etter folketal	Samla betaling
Austrheim	30 111	6,6	85 350	115 461
Fedje	30 111	1,4	17 710	47 821
Lindås	30 111	35,0	450 978	481 089
Masfjorden	30 111	4,0	51 745	81 856
Meland	30 111	16,8	216 327	246 438
Modalen	30 111	0,9	11 376	41 487
Radøy	30 111	11,8	152 253	182 364
Osterøy	30 111	18,0	231 239	261 350
Gulen	30 111	5,5	71 023	101 134
SUM	271 000	100	1 288 000	1 559 000

Tabell 8 Døme på fordeling av leigekostnader for interkommunalt samarbeid i Helsehuset(1000m²)

Arbeidsgruppas tilråding:

Arbeidsgruppa er kjent med betalingsmodellen som vert arbeidd med til fordeling av kostnader til drift av Nordhordland legevakt. Denne eller liknande modell kan bli lagt til grunn for fordeling av utgifter til etablering og drift av interkommunale tenester i Helsehuset. .

Arbeidsgruppa tilrår kvar enkelt kommune å gjere ei konsekvensutgreiing av dei økonomiske aspekta ved etablering og drift av interkommunale tenester i Helsehuset.

Arbeidsgruppa tilrår at det må arbeidast vidare med korleis behandlingsutgifter og husleige skal fordelast mellom dei ulike aktørane.

11. Elektronisk dokumentasjon og samhandlingsteknologi

Elektronisk samhandling er ein viktig føresetnad for realisering av samarbeid og samhandling om pasientar på tvers av og mellom behandlingsnivåa.

Elektronisk kommunikasjon kan medverke til meir kvalitetssikra behandling, mindre pasienttransport, betre lokale helsetilbod, betre utnytting av ressursar og styrking av pasient- og brukarrolla. Dersom tenestene i Helsehuset skal ha dei funksjonane det er tiltenkt, må det leggast til rette for rask elektronisk utveksling av pasientinformasjon mellom interkommunal legevakt, kommunale tenester og spesialisthelsetenesta.

Det er utfordrande å skape heilskaplege og samanhengande pasientforløp med mange involverte aktørar. Eit nytt interkommunalt heildøgntilbod vil utfordre dagens behandlingsforløp ytterlegare. Elektronisk samhandling og tilgang til rette pasientopplysningar er avgjerande for å få til kvalitetssikra pasientflyt. Deling av pasientopplysningar og elektronisk kommunikasjon mellom tenestenivå stiller mange krav og har fleire juridiske avgrensingar.

Når tenesteytarar frå ulike nivå skal lokalisert i same lokale gir dette fleire utfordringar, men også store muligheiter for å ta i bruk nye løysingar. Ei slik samlokalisering har som mål å gi synergieffektar både når det gjeld pasientbehandling, bruk av ressursar og framtidig kompetansebygging. Bruk av elektroniske verktøy og kommunikasjonsløyningar vil vere avgjerande for om dette er mulig å få til.

Nordhordland Legevakt har pr. d.d. ingen elektronisk informasjonsutveksling med fastlegar eller andre kommunale helse- og omsorgstenester. Behandling ved legevakta må basere seg på pasienten sine egne opplysningar og/eller registreringar frå tidlegare kontakt med legevakta. Dersom ein går for løysing med at legevaktslege dekkjer beredskapsordning for døgnplassar i Helsehuset, må det leggast til rette for løysingar som sikrar tilgang til rette pasientopplysningar til ei kvar tid.

Framtidige IKT – løysingar for Helsehuset må sjåast i samheng med nasjonale føringar og samarbeidsavtale mellom kommunar og helseføretak innan dette området. IKT - system og løysingar for elektronisk kommunikasjon skal bidra til rask og sikker utgreiing og behandling av pasientane. Oppdaterte pasientopplysningar skal følgje pasienten i heile forløpet.

IKT- løysningane skal bidra til god arbeidsflyt for helsepersonell ved enkel, rask og oversiktleg tilgang til påliteleg pasientinformasjon.

Gjeldande lovverk og forskrifter blir lagt til grunn for bruk av og deling av pasientopplysningar.

Forskrift om informasjonssikkerhet ved elektronisk tilgang til helseopplysningar i behandlingsretta helseregister (helseinformasjonssikkerhetsforskriften) blei vedtatt 24. juni 2011.

Rettleiande merknader til *Helseregisterloven § 13* og *Helseinformasjonssikkerhetsforskriften* gjev ei overordna skildring av korleis helseregisterlova § 13 og helseinformasjonssikkerhets-

forskrifta er meint å bli forstått. Dette kan vere eit nyttig verktøy i vurdering av gode IKT løysingar når helsearbeidarar skal samarbeide på tvers av nivåa.

Arbeidsgruppas tilråding:

Det blir tilrådd at det blir sett ned ei arbeidsgruppe som vurderer kva løysingar for elektronisk dokumentasjon og informasjonsutveksling som kan nyttast i Helsehuset. Det bør også vurderast løysingar for bruk av telemedisinske tenester mellom kommunane, Helsehuset, HDS og HB.

Ei slik arbeidsgruppe bør vere samansett av personar med klinisk og teknisk kompetanse.

12. Økonomisk analyse Nordhordland Helsehus

12.1 Bakgrunn og ansvarsavgrensing

12.1.1 Bakgrunn og formål

- Preliminær økonomisk analyse av Nordhordland Helsehus («Helsehus» eller «Helsehuset») for å estimere kva husleigeinntekter som er nødvendig for å forsvare ei eventuell investering i Helsehuset.
- Det er på dette stadiet i prosjektet ikkje utarbeidd fullstendige og gjennomarbeida kostnads- og investeringsstørrelser. Det er vidare juridiske og finansielle forhold ved prosjektet som per no ikkje er avklarte. Våre analysar vil derfor vere overordna analysar for å sjå på sensitiviteten i estimert husleige som følgje av endringar i vesentlege variablar som er lagt til grunn for analysen.

12.1.2 Ansvarsavgrensing

På vegne av arbeidsgruppa har Deloitte utført dei økonomiske analysane i dette kapitlet. Arbeidsgruppa gjer merksam på at berekningane er gjort med dei følgjande føresetnader frå Deloitte si side:

- Deloitte har ikkje utført noko form for revisjon, avtalt kontrollhandling eller due diligence.
- Deloitte analysar er gjennomført med utgangspunkt i informasjon lagt fram av arbeidsgruppa. Deloitte har ikkje verifisert informasjonen som er blitt lagt fram, men anser kjelder og informasjonsgrunnlag som påliteleg. Deloitte garanterer ikkje for at mottatt informasjon er korrekt, presis eller fullstendig.
- Konklusjonane i dette kapitlet er gjort etter beste evne, men må likevel sjåast på som ei subjektiv oppfatning frå Deloitte si side, og vil i noko utstrekning kunne vere basert på skjønn. Med bakgrunn i usikkerheit som på dette stadiet er knytt til prosjektet og føresetnadane som er lagt til grunn for Deloitte analysar, kan ei berekna husleige basert på endelege data avvike vesentleg frå Deloitte berekningar.
- Andre som gjennomfører analysar vil kunne komme frem til konklusjonar som avvik frå Deloitte sine. Uttale i dette notatet reflekterer Deloitte sin oppfatningar på det tidspunktet notatet blei utarbeidd.
- Ingen representasjon eller garanti, uttrykt eller implisert, er gitt av Deloitte, oppdragsgjevar, deira rådgjevar, direktørane, tilsette eller nokon andre individ, i forhold til nøyaktigheit eller fullstendighet i våre analysar, under dette nøyaktigheit og fullstendighet vedrørande prognosar inkludert i analysane.
- Deloitte påtar seg ikkje ansvar for feil eller utelatingar i analysen.
- Analysane er utarbeida utelukkande for ovannemnte formål, og kan vere irrelevant i andre samanhengar. Ei kvar investering som blir gjennomført på bakgrunn av innhaldet i dette dokument blir gjort på eige ansvar.

12.2 Føresetnader for analysen

12.2.1 Generelt:

- Totalt utbygget areal på 6.000 m²
- Byggeperiode på to år (i 2014 og 2015)
- Bygget leiges ut i si heilskap frå 01.01.2016
- Det blir i base case lagt til grunn ein prosjektperiode på 40 år
- Det er lagt til grunn at Helsehuset ikkje vil vere skattepliktig (0 % skatt)
- Inflasjon i samsvar med prognosar frå Statistisk Sentralbyrå for konsumprisindeksen (KPI) til og med 2015. Deretter er Norges Banks langsiktige inflasjonsmål på 2,5% lagt til grunn.
- Det er i analysen ikkje lagt til grunn nokon restverdi på bygget ved utløp av prosjektperioden
- Bygget vil ved utløp av prosjektperioden ha ein restverdi, men analysen tar ikkje stilling til korleis verdien av bygget vert handtert.

12.2.2 Kostnadsestimat

Oversikt over kostnadsestimat

Kostnadsestimater			
	m ² (plass)	NOK/m ² (plass)	MNOK (2012-kroner inkl. mva)
<i>Investeringskostnader</i>			
Tomtekostnad			15,0
Utbyggingskostnad	6 000	40 000	240,0
Parkeringsplasser	90	250 000	22,5
Prosjektledelse			2,4
Sum investeringskostnader			279,9
<i>Drifts- og vedlikeholdskostnader pr. år</i>			
Driftskostnader	6 000	410	2,46
Vedlikeholdskostnader	6 000	170	1,02
Sum drifts- og vedlikeholdskostnader pr. år			3,48

- Investeringskostnader:
 - Investeringskostnadene er fordelt likt mellom åra 2014 og 2015, eksklusive tomtekostnaden som vert lagt til 2014.
 - Vedlikeholdskostnader vert aktivert, med oppstart vedlikehald frå og med tredje drifts år
- Drifts- og vedlikeholdskostnader:
 - Driftskostnader: I denne berekninga ligg energi, kommunale avgifter, service/driftsavtaler, forsikring, vaktmeistertjenester etc.
 - Kostnader til reinhald og utstyr er ikkje teke med i berekninga.

- Alle kostnader blir justerte med forventa inflasjon i prognoseperioden
- Det blir lagt til grunn at kommunen får meirverdiavgiftsrefusjon (mva) for drifts- og investeringskostnader knytt til areal som kommunen brukar sjølv (inkludert interkommunalt samarbeid.) (Sjå vedlegg om mva-refusjon)
 - Det er føresett at kommunen og det interkommunale tilbodet vil nytte 50 % av arealet (3.000 m²).
 - Investerings- og driftskostnader er basert på dette redusert med 12,5 % (50 % av mva på 25 %)

12.2.3 Finansielle føresetnader

- Eksternt finansiering:
 - Investeringa finansierast 100 % med eit lån i Kommunalbanken
 - Lånetype: Annuitetslån
 - Rente: 2,5 % p.a. i heile låneperioden
 - Løpetid: 40 år i base case
 - Renter i byggeperioden aktiverast og blir tillagt totalt lån frå Kommunalbanken
- Likviditet:
 - Ved negativ akkumulert kontantstrøm, blir det trekt opp kassakreditt
 - Det blir lagt til grunn ei rente på kassakreditt på 3 %

12.2.4 Grunnlag for berekning av leige

- Basert på dei gitte føresetnader blir årlig kontantstrøm estimert eksklusive leieinntekter.
- Leigeinntekt blir fastsett slik at sum kontantstrøm i prosjektperioden inkludert leigeinntekter går netto i null for prosjektperioden.
 - Leigeinntektene vil dermed i sum vere tilstrekkeleg til å dekke renter, avdrag, og driftskostnader over prosjektet si levetid
 - Det er ikkje lagt til grunn nokon forteneste for eigarkommunen
- Berekna leige blir justert årleg med 100 % av KPI
- Basert på dette er det berekna ei total leigeinntekt eks. mva. Det er såleis ikkje tatt stilling til korleis leiga vert fordelt ut for den enkelte leigetakar.

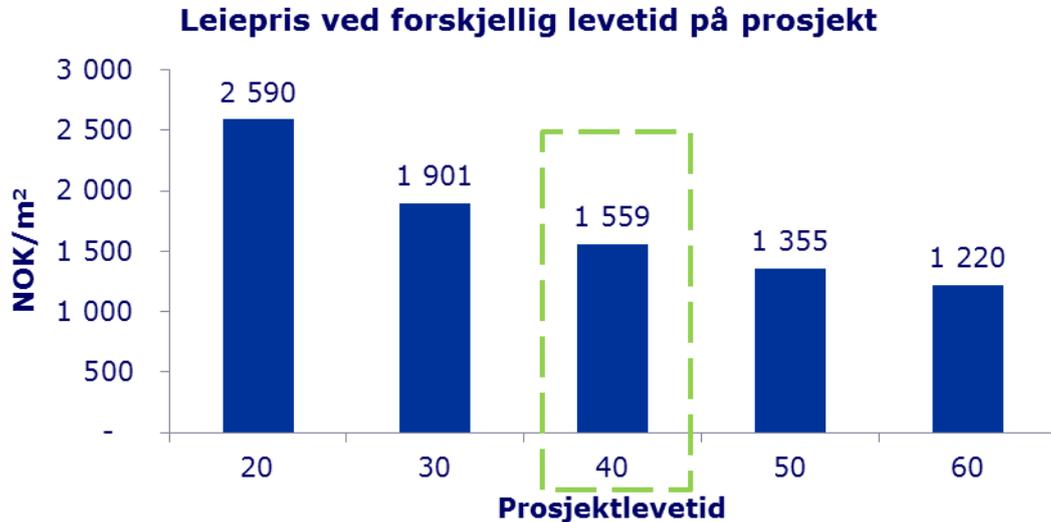
12.2.5 Utrekna leigepris

- Basert på dei gitte føresetnadane blir det berekna ein samla leigepris på 1.559 NOK/m² (2012-kroner eks. mva)
 - Estimater er svært sensitivt ovanfor endringar i sentrale føresetnader
 - Under dei gitte føresetnader vil Helsehuset ha negativ kontantstrøm dei første 25 åra av driftsperioden. Da prosjektet i utgangspunktet er 100 % lånefinansiert, er det usikkert om ein vil kunne få ytterligare ekstern lånefinansiering tilstrekkelig til å handtere denne likviditetssituasjonen.

12.3 Sensitivitetsanalysar

12.3.1 Leiepris gitt ulike prosjektperiodar

- Grafen under viser leigeprisen gitt ulik prosjektlevetid:



- Som det kjem fram av figuren fell leigeprisen frå ca. 1.559 NOK/m² i base case (40 år) til ca. 1.220 NOK/m² ved ein prosjektperiode på 60 år
 - Det er i berekningane ovanfor lagt til grunn at lån i Kommunalbanken har ei nedbetalingstid tilsvarande prosjektperioden (mellom 20 og 60 år)
 - Øvrige føresetnader er uendra i scenaria

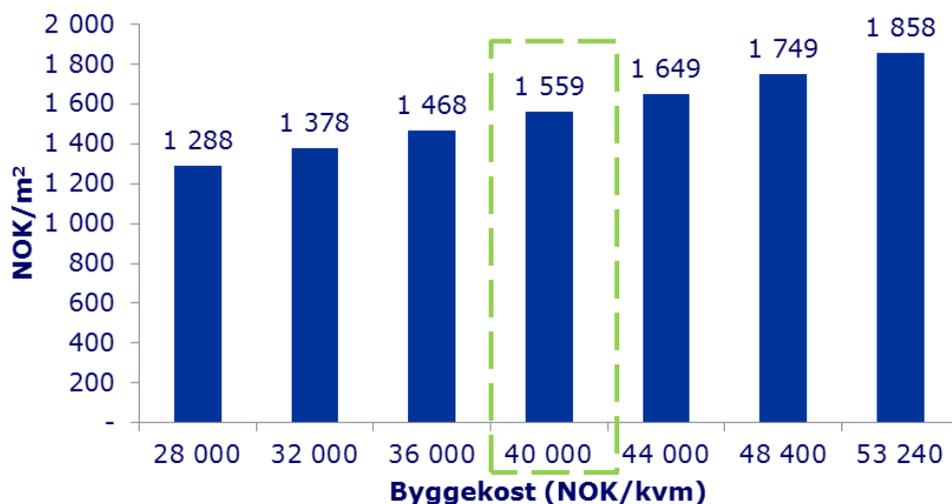
12.3.2 Tilskot heildøgns plassar

- Helsehuset kan være ha rett til tilskot frå Husbanken knytt til heildøgns plassar på 916.000 NOK per plass (Sjå vedlegg og rettleingsmateriell for tilskotsordninga). Det vert i så fall søkt om tilskot for ca. 20 heildøgns plassar.
 - Gitt at det mottas tilskot frå Husbanken for 20 heildøgns plassar, er det rekna ein leigepris i "base case" (40 års prosjektlevetid) på 1.480 NOK/m² og 1167 NOK/m² gitt 60 års prosjektlevetid.

12.3.3 Leigepris gitt endra byggekostnad per m²

- Grafen under viser leigeprisen gitt ulike nivå på byggekostnad per m²

Leiepris ved forskjellig byggekost på prosjekt



- Som det kjem fram av figuren over aukar leieprisen frå ca. 1.559 NOK/m² i base case til ca. 1.858 NOK/m² ved ein auke av byggekostnadane på ca. 33 % (til 53.240 NOK/m²)
 - Øvrige føresetnader er uendra i scenaria
 - Merk at ved endra byggekostnad er kostnader ved parkeringsplassar, prosjektleiing og tomtekostnad uendra.

12.3.4 Endring i prosjektperiode og lånerenter

- Tabellen under viser leiepris for gitt prosjektperiode og gitt rente på eksternt finansiering:

		Rentejustering (%)						
		0,0 %	0,5 %	1,0 %	1,5 %	2,0 %	2,5 %	3,0 %
Prosjektlevetid (år)	20	2 590	2 691	2 794	2 900	3 008	3 119	3 232
	30	1 901	1 997	2 095	2 197	2 302	2 410	2 521
	40	1 559	1 650	1 745	1 844	1 946	2 051	2 159
	50	1 355	1 443	1 535	1 630	1 728	1 830	1 934
	60	1 220	1 304	1 393	1 484	1 579	1 676	1 776

- Ved uendra prosjektperiode og ein auke i rentesatsen på 3 % - poeng (til 5,5 % i heile prosjektperioden) vil nødvendig leiepris auke frå 1.559 NOK/m² til 2.159 NOK/m², alt anna like.
 - Det er i base case lagt til grunn ei rente på 2,5 % i heile prosjektperioden

12.3.5 Endring i prosjektperiode og byggekostnad per m2

- Tabellen under viser leiepris for gitt prosjektperiode og gitt byggekostnad/m²:

		Byggekost eks. tomt, parkering og prosjektledelse (NOK/kvm)						
		28 000	32 000	36 000	40 000	44 000	48 400	53 240
Prosjektlevetid (år)	20	2 053	2 232	2 411	2 590	2 770	2 967	3 183
	30	1 541	1 661	1 781	1 901	2 021	2 153	2 298
	40	1 288	1 378	1 468	1 559	1 649	1 749	1 858
	50	1 137	1 209	1 282	1 355	1 428	1 509	1 597
	60	1 036	1 098	1 159	1 220	1 282	1 349	1 423

- Ved uendra levetid på prosjektet og ein auke i byggekostnaden til 53.240 NOK/m² vil nødvendig leigepris auke til 1858 NOK/m², alt anna like

12.3.6 Endring i prosjektperiode og byggekostnad per m2

Vi har berekna leigeprisen under for tre ulike alternativ for tomtekostnaden:

- Alternativ 1 (base case):
 - Tomtekost på 15 MNOK; kommunen kjøper ut eigdommen (10-18 MNOK), og basestasjon for telefoni må flyttast
- Alternativ 2:
 - Tomtekost på 35 MNOK; kommunen kjøper ut tre eigarar og riv tre bygningar (35-40 MNOK)
- Alternativ 3:
 - Tomtekost på 10-12 MNOK; kommunen eig tomten sjølv
- Tabellen under viser leiepris for gitt prosjektperiode og de tre tomtekostnadsalternativa (MNOK)

		Tomtekostnad (TNOK)		
		10 000	15 000	35 000
Prosjektlevetid (år)	20	2 548	2 590	2 761
	30	1 872	1 901	2 015
	40	1 537	1 559	1 645
	50	1 338	1 355	1 425
	60	1 206	1 220	1 279

- Ved uendra levetid på prosjektet og en tomtekostnad på 35 MNOK vil nødvendig leiepris auke til 1.645 NOK/m², alt anna like.

12.4 Forslag til vidare analysar

- Vi presiserer at våre analysar av leigepris berre kan sjåast på som ei grov tilnærming til leigeprisen. Analysane vil aldri bli meir nøyaktig enn føresetnadane som ligg bak. Våre analysar viser at nødvendig leigepris er svært sensitivt ovanfor fleire variablar, t.d. byggekostnad, rentesats og valt prosjektperiode. Vi tilrår derfor at det blir gjort ein grundig analyse for å identifisere vesentlege drivarar for økonomien i prosjektet, samt å fastsette eit riktig nivå på desse drivarane.
- Våre analyser er ikkje ein fullstendig oversikt over variable kostnader/drivarar som kan være sensitive for leigeprisen. Til dømes vil behandlinga av meirverdiavgift kunne ha vesentlig betydning for økonomien i prosjektet. Det er derfor tilrådd at det vert utført ei grundig vurdering av meirverdiavgiftssituasjonen for prosjektet og gjennomfører analyser basert på en mest mulig korrekt meirverdiavgiftsbehandling (Sjå eige vedlegg for meirverdiavgifts vurderingar).
- Det vert understreka at lønnsmda i prosjektet er svært sensitivt ovanfor endringar i inflasjonsprognosar. Dersom ein ønskjer å redusere inflasjonsrisikoen i prosjektet for eigar, kan ein alternativ modell for berekning av husleige vere å splitte husleiga i to; ein del som dekker kapitalkostnadene (renter og avdrag) og ein del som dekker driftskostnader. Husleiga som er knytt til kapitalkostnaden vil då vere uforandra gjennom heile prosjektperioden (forutsatt annuitetslån), mens husleiga for å dekke

drifts og vedlikeholdskostnader vert inflasjonsjustert fortløpande. Dette vil mellom anna ha følgjande effektar;

- Lønnsemda i prosjektet blir mindre sensitivt for endringar i inflasjon
- Ein større del av prosjektets kontantstraumar kjem i ein tidligare fase av prosjektets levetid. Dette betyr at den initielle husleiga blir høgare, men at aukinga i husleiga som følgje av inflasjon framover blir mindre.
- Som ei fjølge av auka husleige i starten av prosjektet, vil behovet for kassakreditt for å finansiere drifta i ein tidleg fase blir betydelig redusert.

13. Tentativ tidsplan - forankringsprosess av byggeprosjekt

Arbeidsgruppa tilrår å gjennomføre bygging av Helsehuset som ein entreprise der Lindås kommune er vertskommunen og står som byggherre og eigar av bygget. Vidare blir det tilrådd at vertskommunen får ansvar for å gjennomføre entreprise, samt drift og vedlikehald av bygget.

Tilrådinga frå arbeidsgruppa legg til grunn forpliktande samarbeidsavtalar, langsiktige leigekontraktar med alle interessentar, og at det blir lagt opp til ein prosess der alle aktørar er sikra deltaking i arbeidet med å utarbeide behovsspesifikasjonar for utforming og innhald i bygget.

Prosjektleiing i planleggings - og byggefase:

Arbeidsgruppa tilrår at byggansvarleg engasjerer prosjektleiar med kompetanse på prosjektleiing for bygging av denne typen føremålsbygg (ref. vedlagt notat frå Helse Bergen).

Arbeidsgruppa tilrår at det blir etablert ein prosjektorganisasjon med styringsgruppe der alle interessentar er representert. Mandat og samansetting av styringsgruppa må avklarast når kommunane har tatt stilling til gjennomføring og modell. Styringsgruppa opprettar prosjekt- og arbeidsgrupper i samarbeid med prosjektleiar.

Estimert tidshorisont til prosjektering og byggeperiode:



Føresetnader for gjennomføring av tidsplan:

- Samarbeidsavtale mellom kommunane
- Tilsette prosjektleder med rett kompetanse (ref. notat frå Helse Bergen)
- Kunde som er bestiller av bygget er etablert og finansiering for bygginga er sikra
- Realistiske avgrensingar i byggevolum er definert
- Tomt og reguleringsmessige forhold er avklara

Dersom tomt og reguleringsmessige forhold ikkje er klarlagt må det reknast inn tidsbruk til dette, slik det kjem fram i notat frå Helse Bergen angående oppsett for prosjekt leing.

Dersom kommunane i Nordhordland sluttar seg til gjennomføringsprosjekt slik arbeidsgruppa har tilrådd, blir det lagt opp til ein vidare prosess som vist under:

13.1 Tentativ plan for å synleggjere milepælar og vedtakspunkt

SAK	KVEN	NÅR	MÅL
Gjennomgang av rapport og saksgrunnlag	Regionrådet + Nordhordlandstinget - samle formannskap i alle eigarkommunar	24.09.2012	Orientering om bygg og tenester. Drøfte felles problemstillingar, avklare, auka forståing for saka
Saksgrunnlag ang vedtak om oppstart gjennomføringsprosjekt	Politisk handsaming i alle kommunar	Haust 2012	Forankre gjennomføringsprosess, avklare deltakarkommunar
Samarbeidsavtale mellom kommunane med LK som vertskommune/byggherre	Politisk handsaming i alle kommunar	Haust 2012	Formalisere samarbeidsprosjektet
Engasjere prosjektleder	Lindås kommune	DES/JAN	Starte gjennomføringsprosjekt
Etablere prosjektorganisasjon - styringsgruppe - prosjektgruppe - arbeidsgrupper	Deltakarkommunar, interessentar, brukarar, tillitsvalte, fagleg, politisk og adm.leiing i kommune og sjukehus	Des/jan	Forankre og sikre gode prosessar
Avklare finansieringsløyisingar for gjennomføringsprosjekt	Deltakarkommunar sikre finansieringsgrunnlag for prosjekteringsarbeidet	Haust 2012	Sikre finansieringa i prosjekteringsfasen
	Husbanken - midlar til planlegging/prosjektering	Haust 2012	
	FmH – skjønsmidlar	Vår 2013	
	Søke Helsedir, KRD om prosjekterings/utviklingsmidlar	Vår 2013	
Utarbeide prosjektskisse m/framdriftsplan	Prosjekteigar, -leiar og styringsgruppe	Vår 2013	
Orienteringsmøte – bakgrunn og vidare prosess	Alle interessentar, brukarar, tillitsvalte, fag og administrasjon i kommune og sjukehus	Vår 2013	Orientering om helsehuskonseptet og innhald i bygget.
Innleiande fase	Styringsgruppe og prosjektleder	Jan/febr 2013	Framdriftsplanar Avklare økonomi Kunde/ beslutning/ Beslutningsprosess/prokura. Valg av entrepriseform Utpeking av brukerutvalg med mandat.

Programmeringsfase	Styringsgruppe Brukargrupper Vertskommune	Mars/april 2013	Avklare areal, sambruk og utnytting av areal på tvers av nivå. Rapport med forventa areal på bygget. Må vurdere om slik rapport skal til off.handsaming
Avklare finansieringsmodellar og kostnader for deltakarkommunar og andre interessentar	Admin/politisk handsaming hos partane i samband med budsjettbeh. for 2014	Haut 2013	
Anbudsprosess	Prosjektlear og styringsgruppe	Haut 2013	Totalentreprise
Godkjenning av entreprenør	Vertskommune, styringsgruppe	Haut 2013	
Fortløpande orienteringsarbeid og løypemeldingar	Helseutval, Regionråd, Rådmannsutval Kommunestyre	2013 – 2016/2017	

14. Vedlegg til rapporten

- Vedlegg 1 Arbeidsnotat forprosjekt Helsehus i Nordhordland, datert 06.01.2012
- Vedlegg 2 Oppsummering av strategisk analyse av ulike byggealternativ
- Vedlegg 3 Tilbud om ekstern prosjektleder for anskaffelse- og byggeperioden fra Helse Bergen
- Vedlegg 4 Norhordland legevakt – styrking av legevakta og konsekvensar av nye oppgåver, utkast til saksframlegg til handsaming i helseutvalet 17.08.12
- Vedlegg 5 Ny reguleringsplan for Knarvik, høringsutkast
- Vedlegg 6 Kartlegging av rombehova for dei kommunale verksemdene i helsehuset
- Vedlegg 7 Innspel til berekning av vedlikehaldskostnader for kommunale bygg i Nordhordland
- Vedlegg 8 Høresentral, Helse Bergen HF
- Vedlegg 9 Røntgensatellitt, Haraldsplass Diakonale Sykehus
- Vedlegg 10 Meirverdiavgift kompensasjonsvurderingar
- Vedlegg 11 Tilskotsordningar frå Husbanken