

STYRESAK

GÅR TIL: Styremedlemmer

FØRETAK: Helse Bergen HF

DATO: 14.01.2019

SAKSHANDSAMAR: Helge Bergmann

SAKA GJELD: **Ekspansjonsetasjane i Barne- og ungdomssjukehuset**

STYRESAK: **06/19 A**

STYREMØTE: **30.1.2019**

FORSLAG TIL VEDTAK

1. Styret i Helse Bergen vedtar realisering av ekspansjonsetasjane i barne- og ungdomssjukehuset.
2. Langtidsbudsjettet til Helse Bergen vert justert i tråd med meirkostnaden slik det er skissert i saka

Oppsummering

Realiseringa av byggetrinn 2 av det nye Barne- og ungdomssjukehuset er i full gang. Bygget blei i si tid vedtatt med to ekspansjonsetasjar som vil bli bygd, men ikkje fullt ut installert innvendig. Det er sett nærare på konsekvensane av å ferdigstille desse etasjane no i samband med at bygget blir bygd, alternativ å realisere desse etasjane seinare.

Dette er ei komplisert sak med mange element i seg. Samla sett er tilrådinga at vi realiserar dei to ekspansjonsetasjane no i forbindelse med at bygget blir realisert.

Grunngjevinga er følgjande:

- Vi sikrar ein kapasitet på lang sikt for den kliniske verksemda i BUS
- Det blir billigere for føretaket totalt sett, det er ein betydeleg meirkostnad med å installere desse seinare
- Det vil vere ei utfordring å installere desse seinare når det er verksemd i bygget, jfr kommentaren frå rådgjevarane.
- Vi skapar oss eit handlingsrom som vil gjere flytteprosessen/ta bygget i bruk enklare
- Vi skapar oss og eit handlingsrom/rokkeringsareal som gjer at ombygging f.eks i Sentralblokk blir enklare.
- Vi opprettheld framdrifta i byggeprosjektet
- Dersom Helse Bergen kjem i ein situasjon der vi har for mykje areal tilgjengeleg på området etter 2024/25, vil vi kunne avvikle leigeareal i nærområdet. Vi ser med andre ord ikkje noko økonomisk risiko i dette.

Fakta

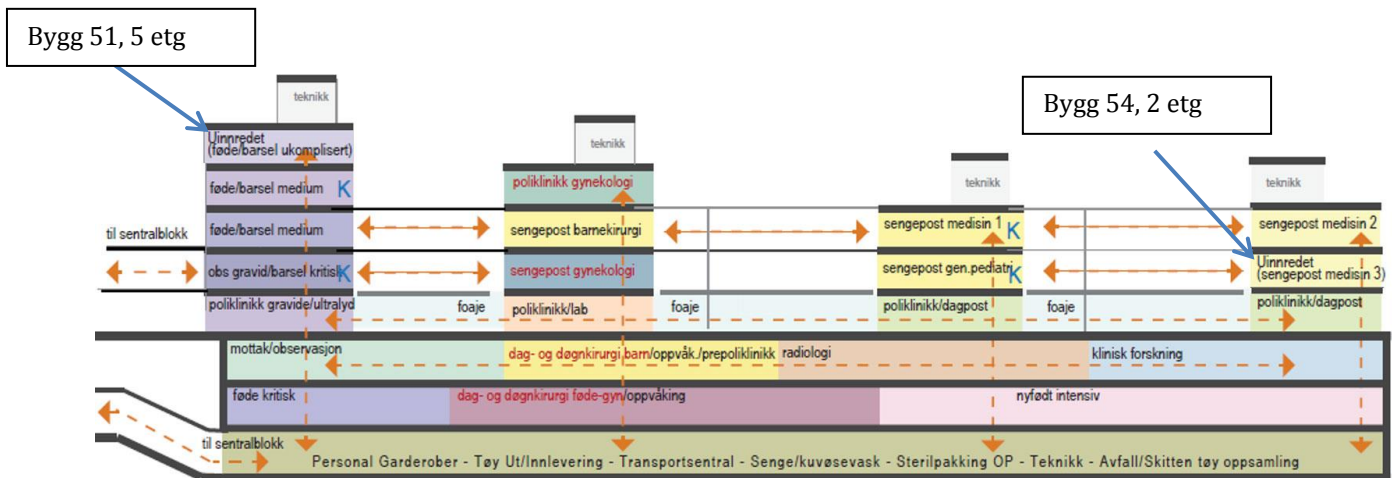
I forbindelse med handsaminga av forprosjektet for Barne- og ungdomssjukehuset trinn 2 blei det i 2015 vedtatt at bygget ville bli realisert med to ekstra tangent-etasje. Desse to etasjane blir bygde, men ikkje fullt ut installert innvendig. Bakgrunnen for dette var blant anna at ein ønska å ha mogleigheter for å utvide verksemda basert på eit forventa behov for tenester i eit lengre perspektiv, fram til 2035.

I forbindelse med handsaminga av overføring av gynekologisk verksemd til BUS, klarte ein å vise korleis dette kunne gjerast utan at ekspansjonsetasjane blei tatt i bruk. I programstyret sin behandling av saka ønska administrerande direktør at det blei gjort ei vurdering av konsekvensane av å ferdigstille disse etasjane i samanheng med at resten av bygget blei ferdigstilt.

Sett frå byggeprosjektet si side er det viktig å få ei rask avklaring om ekspansjonsetasjane skal realiserast i forbindelse med at bygget blir realisert, eller om ein skal gjere dette seinare. Årsaken er blant anna at ein allereie no er i gang med å forberede dekker og ut sparingar i dei elementa som skal på plass i bygget. Får vi fram eit vedtak no vil ein kunne tilpasse framdrifta til dei kontraktane som er inngått. Eit vedtak seinare vil vere langt meir krevjande for byggeprosjektet.

Kommentarer

Dei to aktuelle etasjane er 5. etasje i bygg 51 og 2 etasje i bygg 54. vist i figuren under.



Tekniske rådgjevarar og prosjektleinga gjorde ei vurdering av dei kostnadsmessige og realiseringsmessige konsekvensane av dette. Ei slik analyse må basere seg på nokre føresetnader.

Ekspansjonsetasjane var føresett brukt til ei ytterlegare føde/barseleining i bygg 5 etg 51 og ein etasje til poliklinikk/dagbehandling i 2. etg i bygg 52. Kostnaden ved å realisere dette samtidig med resten av bygget er basert på at dei vert utforma slik som etasjane under, som har same formål. Samla areal i desse to etasjane er 2700 kvadratmeter. Med det som føresetnad er kostnaden ved å installere desse etasjane berekna til 90,6 mill kroner eller tilsvarende ca 33600 pr kvadrat.

Langt meir krevjande er det å berekne kva kostnaden vil vere dersom dette tiltaket vert realisert nokre år seinare. Frå rådgjevarane er det lagt til grunn følgjande føresetnader:

«Ved vurdering av dette har vi etter avtale med Helse Bergen forutsatt at en slik gjennomføring finner sted tidligst 2-3 år etter ordinær ferdigstilling av BUS 2.

Vi vil påpeke følgjande forhold ved en slik gjennomføring:

- Arbeidet kan ikke knyttes opp mot inngåtte kontrakter for BUS 2. Det medfører sannsynligvis høyere enhetspriser enn det som avtales for BUS 2 hvor en har høyt antall komponenter og pressede priser ("stordriftsfordeler").
- Det må gjennomføres nye kontraheringsprosesser, noe som gir en tilleggskostnad.
- Det må etableres ny rigg¹. Dette gir en tilleggskostnad selv om en slik rigg vil være begrenset.
- Arealene som i første omgang ikke er forutsatt innredet, har et minimum av tekniske installasjoner for forsvarlig drift (sprinkler, brannvarsling, lys og ventilasjon). Om innredningen tas etter ordinær ferdigstilling, må disse i stor grad rives. Dette gir en ekstrakostnad knyttet til riving, mot at man kunne spart denne installasjonen om arealene hadde blitt innredet før ordinær ferdigstilling.

¹ Arbeidsplassfasilitetar for dei utførande, dvs anleggsbrakke, spiserom, utstyrs containar m.v

- *Bygging med et sykehus i drift vil medføre spesielle krav til framdrift og hensyn til driften. Dette vil gi en tilleggs kostnad.*

Bygging med et sykehus i drift vil legge begrensninger på sykehusdriften som kan/vil medføre ekstra kostnader selv om dette kanskje ikke vil framgå av prosjektkostnadene. Byggingen vil gi ulemper for driften av sykehuset i form av støy og støv, og det vil til tider være nødvendig å berøre arealer utenfor de aktuelle etasjer. Dette kan for eksempel være i forhold til kjerneboringer for avløp og legging av rør over/under de aktuelle etasjene. Det vil være en risiko for utilsiktede driftsavbrudd på eksisterende tekniske anlegg som i første rekke vil være en ulempe, men som potensielt kan gi en skaderisiko for pasienter.»

Dei tekniske rådgjevarane understrekar at det er vanskeleg å gi noko eksakt tall for tilleggs kostnaden, men anslår at prosjektering og byggekostnader aukar 20-50%, og sannsynlegvis nærmare 50% enn 20%. Sett i samanheng med kalkylen over vil det seie at kalkylen vert auka frå knapt 91 mill til mellom 109 og 135 mill kroner. Eit vesentleg poeng i denne samanheng vil vere utfordringa for dei miljøa som er i bygget når arbeidet går føre seg, slik det er framstilt over.

I programstyresak 19/18 heiter det blant anna i protokollen:
«I tillegg til å vurdere hvor gynekologisk virksomhet kan plasseres i bygget tok saken også opp hvorvidt en skal ferdigstille ekspansjonsetasjene i BUS nå eller at dette skal tas senere. Det ble anbefalt at dette spørsmålet må utredes noe nærmere før det kan tas stilling til. Blant annet må dette sees i sammenheng med den totale investeringsøkonomien i årene fremover. Dette bør også sees i sammenheng med når behovet for ekspansjonsetasjene forventes å inntre.»

Et naturleg utgangspunkt for å sjå på når disse etasjane bør ferdigstillast og til kva, er først å kvalitetssikre dei kapasitetsmessige vurderingane som er gjort når det gjeld den verksemda som skal inn i bygget, respektive føde/barselverksemda og pediatri.

Nærmare om føde/barselverksemd

Tabellen nedanfor viser tal innleggingar som har resultert i fødselar og tal innleggingar med «falsk alarm». Begge gruppene genererer liggedøgn og kapasiteten må ta høgde for begge typar innleggingar.

Klinikk	type_opphald	Årstall	tal innlagt	Liggedøgn	
				Totalt	Gj.snitt
Kvinneklinikken	Fødsel	2014	4 935	14 794	3,00
Kvinneklinikken	Ikkje fødsel	2014	996	1 120	1,12
Kvinneklinikken	Fødsel	2015	5 066	14 051	2,77
Kvinneklinikken	Ikkje fødsel	2015	1 043	1 122	1,08
Kvinneklinikken	Fødsel	2016	4 994	13 395	2,68
Kvinneklinikken	Ikkje fødsel	2016	1 557	1 109	0,71
Kvinneklinikken	Fødsel	2017	4 693	2 727	2,71
Kvinneklinikken	Ikkje fødsel	2017	1 449	1 177	0,81

Tala i tabellen viser liggetid for kvinnene, frå dei kjem inn til dei vert skrivne ut etter fødsel.

Tal fødsjar gjekk ned i 2017 og ytterligare ned i 2018. Det var ca 2000 færre liggedøgn i 2017 enn i 2014, årsaken knyter seg både til kortare liggetid og til reduksjon i talet på fødsjar.

BUS 2 er lagt opp med kombinerte føde-barseleiningar, en føde-kritisk funksjon og ei løysing der kvinner som har født premature barn kan ligge saman med barnet på avdelinga for nyfødde. Heilt unntaksvis vil ein måtte skilje barn og mor, f.eks dersom begge er kritisk sjuke. I tillegg kjem ei overvakingseining der det er berekna to plassar til kvinner med komplikasjonar etter fødsler.

Kapasitetar i BUS 2

Dei kapasitetane som ligg i det vedtekne BUS 2 prosjektet omfattar:

Etasje U2, totalt 13 plassar:

- 4 føderom, eit isolat og eit observasjonsrom, 6 plassar
- Det er berekna at fem plassar for kvinner med sitt premature barn på nyfødt og to plassar på overvakingseining, 7 plassar

Etasje 2, 15 plassar

- 7 multifunksjonsrom
- 8 familierom

Etasje 3, 15 plassar

- 7 multifunksjonsrom
- 8 familierom

Etasje 4, 14 plassar

- 7 multifunksjonsrom
- 7 familierom

Totalt 57 plassar. Rom tilrettelagt for fødsel omfattar 26 rom, derav 21 rom er multifunksjonsrom (både tilrettelagt for fødsel og barsel). I tillegg kjem to operasjonsstover for keisarsnitt.

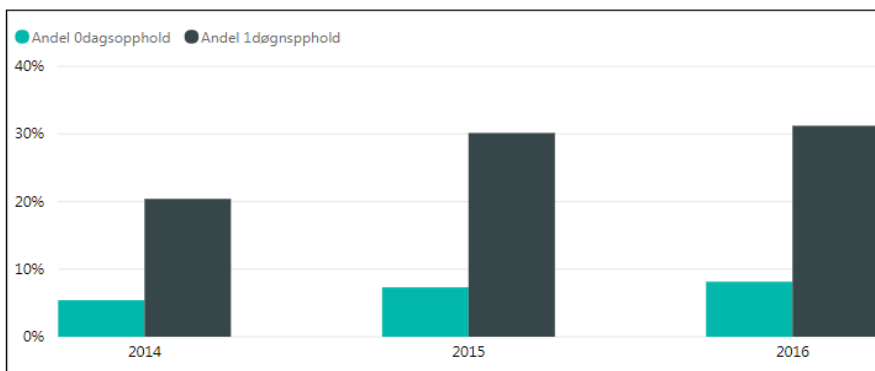
Talet på liggedøgn i 2017 var 13904 (12727+1177, jfr ovanfor), fordelt jamt utover året med 85% belegg skulle det gje 45 senger. Det året som hadde størst tal liggedøgn var 2014 med 15914 liggedøgn, dette skulle legge beslag på 51 senger. Det er lang erfaring for at talet på fødsjar ikkje fordeler seg jamt ut over året. Det er flest fødsjar i sommarmånadane og lågast i vintermånadane. I Konseptrapporten la vi derfor til grunn 10 % sesongvariasjon. Målt mot tilgjengeleg tal plassar vil KK kunne klare ein slik sesongvariasjon. I tillegg er det slik at gynekologisk seksjon som i dag, vil kunne avlaste obstetrikk i gitte situasjonar, samt at overvakingseininga vil ha moglegheit for å ta fleire pasientar frå føde/barselverksemda. Blant anna fordi pediatri og fødeverksemda har ulik «høgsesong».

Ekspansjonsetasjen vil potensielt kunne romme ytterlegare 15 plassar (totalt 72 plassar) dersom denne etasjen vert bygd tilsvarande som dei andre kombinerte føde/barsel einingane. Dette betyr ei kapasitetsauke på 26%.

I diskusjonane med Kvinneklinikken er det einigheit om at talet på plassar tilrettelagd for fødselsverksemd er tilstrekkeleg i BUS. I BUS blir denne verksemda fordelt over 4 etasjar, det vil bli en utfordring å fordele fødeverksemda til ytterlegere ein etasje. Samtidig er det viktig å huske at ei fødestove, slik dei har på KK i dag ikkje kan samanliknast med eit multifunksjonsrom i BUS. Heile modellen er basert på at multifunksjonsrommet er tilrettelagd for eit opphald som omfattar både fødesituasjonen og eit kort barselopphald.

Den knappe faktoren innan obstetrikken vil kunne bli barselplassar. I figuren nedanfor viser vi kor mange prosent av kvinnene som i perioden 2014 – 2016 reiser heim same dag eller dagen etter fødsel.

Andel nyfødte barn som reiser hjem samme dag eller dagen etter fødselen



Slik figuren over viser reiser rundt 40% av kvinnene i dag heim same dag eller dagen etter fødsel. Kapasitetsvurderingane i BUS 2 ble i konseptfasen basert på at ca 40% av dei fødande ville reise heim innan eit døgn etter fødsel. Dette ser ut til, langt på veg, vere dagens praksis. Samtidig var modellen også basert på at ein skulle kunne prioritere dei kvinnene som treng meir hjelp på ein betre måte. I kva grad det er stort potensiale for ytterlegare å redusere tida på barsel på sjukehus blir eit fagleg spørsmål.

I konseptrapporten la vi til grunn vekstanslag på 23% i Helse Bergen sitt opptaksområde. I utviklingsplanen som blei ferdigstilt i 2018 er befolkningsframskrivingane redusert til i underkant av 18% fram til 2035. Anslaga for befolkningsutvikling er usikre og kan endre seg igjen. Med ein 18 prosent vekst fram til 2035 vil vi vere heilt i taket når det gjeld kapasitetssituasjonen for føde/barselverksemda dersom vi ikkje aukar tal barselplassar, gitt dei liggetidene vi har i dag.

I forbindelse med utviklingsplanen blei det gjort ei vurdering av framtidig behov for sengekapasitet i alle avdelingane i føretaket inkludert KK. Denne gjennomgangen berekna at KK ville kunne klare seg med færre senger enn i dag. Modellen legg til grunn same føresetnader for behovet for plassar på føde-barsel verksemda som for andre einingar i sjukehuset. Ein faktor i denne berekningsmodellen som slår sterkt ut for føde-barsel er føresetnaden om overføring av liggedøgn til pasienthotell. Bruk av pasienthotell for denne pasientgruppa er noko sjukehuset tidlegare har valt vekk og er ikkje i samsvar med den modellen som er lagt til grunn i BUS. Dersom ein tar ut denne føresetnaden i modellen for obstetrisk verksemd viser tala at KK treng 50 plassar i 2025 og 49 plasser i 2035, gitt 85% belegg, og et jamt belegg gjennom året. Dagens modell på KK har betydeleg fleire

barselplassar enn fødestover. I den framtidige modellen er tal fødeplassar auka betydeleg gjennom at ein har fleire multifunksjonsrom. Samtidig er tal reine barselplassar (familierom) redusert. Korleis den nye modellen for føde-barsel verksemd vil slå ut når det gjeld kapasitet, veit vi ikkje ennå. Reduserte tal flyttingar er eit vesentleg poeng i modellen, og generelt veit vi at flyttingar genererer liggetid.

Samtidig kan det vere ein risiko dersom vi på sikt ikkje har mulegheit for auka kapasitet innan barselverksemd. Eit aktuelt alternativ som bør vurderast er at den aktuelle etasjen i «fødetårnet» vert programmert, prosjekterert og bygd som rein barselining, utforma som ein tradisjonell sengepost. Fordelen med dette er at vi sikrar barselkapasiteten på lang sikt, samtidig som vi gir ein mulegheit for at eit anna fagmiljø kan bruke posten i ein overgangsfase, f.eks i forbindelse med ombygging av Sentralblokka og behovet for å rokkere verksemd ut av Sentralblokka i ein periode. Ei slik løysing vil sikre oss fleksibilitet og redusere risikoen på sikt.

I drøftingsmøte 21. januar vart det stilt spørsmål om konsekvensane dersom dei fødande i gruppa ukompliserte fødsjar vert skrivne ut etter 3 døgn og ikkje etter 1 døgn. Basert på 5000 fødsjar, og 40 % i gruppa ukompliserte fødsjar, vil dette omfatte 2000 fødsjar. Dersom 2000 fødande ligger i 3 døgn framfor 1 døgn, tilseier det ytterlegare 4000 liggedøgn. Med eit belegg på 85% skulle det tilseie 13 senger.

Nærmare om pediatrik verksemd

Behovet for senger innan pediatrien er forventa å gå ned, jfr dei analysane som blei gjort i regi av utviklingsplanen. Den verksemda som er forventa å auke innan pediatrien er poliklinikk og dagbehandling. Dette er ei utvikling i tråd med det vi forventa i 2015 når vi konkluderte med at den eine ekspansjonsetasjen ikkje burde programmerast til ein sengepost som opprinneleg tenkt. I utviklingsplanen er befolkningsutviklinga for gruppa 0-17 år berekna til 13% frå 2015 til 2035. Dette er lågare enn det vi la til grunn når vi utarbeida konseptet for BUS 2 i 2013.

I BUS 2 er det programmert inn 42 poliklinikkrom, der 5 er samtalerom. I tillegg kjem 3 dagpostrom, av dette 1 stort med plass til fleire dagpasientar.

Mange ulike spesialitetar skal inn i BUS, det er derfor ikkje slik at alle romma er eigna for sambruk mellom spesialitetane. Dette gjeld f.eks audiometrirom for hørselsundersøkingar, gipsestove for ortopedane og rom spesialtilpassa for augeundersøkingar m.v. Samtidig har det i heile planleggingsfasen blitt understreka at det skal vere sambruk på dei romma som er eigna for dette. Dette gjeld brorparten av romma.

Tal polikliniske konsultasjonar for pasientar inntil 18 år var i 2017 rett i overkant av 50 000 konsultasjonar. (konsultasjonar på nyfødde på KK og konsultasjonar på Voss er tatt ut). Det har ikkje vore noko auke i tal konsultasjonar dei siste 4 åra. Dersom vi legg til grunn ei auke i tal konsultasjonar tilsvarande befolkningsveksten på 13% skulle dette gi 56500 konsultasjonar i 2035. Dersom ein legg til grunn 220 driftsdagar, 7 timars drift pr dag, 85% utnytting av romma og ei konsultasjonstid på 45 minuttar skulle det gi eit behov for 32 rom. Tal poliklinikkrom i BUS 2 ser ut til å vere tilstrekkeleg, med dei føresetnadane som er vist ovanfor. Det er også eit poeng at vi allereie har flytta poliklinisk verksemd for barn og unge

inn i BUS 1, f.eks knytt til hjerte/lunge test lab., ganglaboratorium mv. Vi ser for oss at denne verksemda framleis er lokalisert i BUS 1.

I møte med Barne- og ungdomsklinikken er det spesielt lagt vekt på at dagbehandlingseininga i BUS har liten kapasitet, som vist ovanfor med tre rom. Av driftsårsakar bør denne verksemda samlast. Dersom den skal aukast må den derfor aukast der den er programmert inn i dag evt flyttast opp i ekspansjonsetasjen. Det er ca 3400 dagbehandlingsepisoder pr år for barn og unge under 18 år, av disse er ca 2700 i BUK. Det er noko usikkerheit knytt til korleis denne verksemda har utvikla seg dei seinare åra, pga endringar i korleis disse pasientane vert koda. Desse pasientane har opphald på inntil 6 timar. Kapasiteten med dei romma som så langt er programmert inn i BUS 2 blir utfordra dersom brorparten av pasientane har dagbehandlingsopphald opp mot 6 timar.

Med den utviklinga vi ser innanfor den kliniske verksemda er det først og fremst poliklinikk og dagbehandling som vil auke framover, jfr Utviklingsplanen. Ein ferdigstilt ekspansjonsetasje for pediatrien utforma som ein dagbehandlingseining evt poliklinikk vil også kunne brukast som eit rokkeringsareal for andre einingar. Vi ser i dag at vi slit med å finne løysingar for ombygging i Sentralblokk, blant anna fordi vi manglar rokkeringsareal. Det er også grunn til å minne om at dei føresetnadane som er skissert ovanfor knytt til berekning av kapasitet, f.eks 7 timer drift med 85% belegg, som betyr at det er pasient inne på konsultasjonsrommet 6 timar kvar dag, er ein føresetnad som ikkje er til stades i dag. Driftstid og bruk av romma er ein faktor som betyr mykje for kapasiteten, ein liten endring i denne, både opp og ned, vil gi seg store utslag i kapasiteten.

Barne- og ungdomsklinikken har meldt inn behov for infrastruktur knytt til barnepalliasjon og barnerehabilitering (ervertet hjerneskkade). Arealbehovet meldt inn fra BUK dreier seg om 1-2 leilegheiter som gjer det mogleg for at familien kan vere tilstades med barnet. Dette kan løysast ved ei omprosjektering av eksisterande sengerom i BUS 2 evt sjåast i samanheng med bruken av ekspansjonsetasjen for pediatri.

Det er tatt rimelig høgde for det kapasitetsbehovet det vil vere knytt til poliklinikk/dagbehandling for barn og unge i BUS. Det ser heller ikkje ut til at denne kapasiteten blir utfordret dei nærmaste åra etter at bygget er tatt i bruk. Dette baserar seg på dei føresetnadane vi har lagt til grunn i kapasitetsberekninga over og i tidlegere dokument, jfr konseptrapporten. Korleis kapasitetsbehovet vil vere langt fram i tid er meir usikkert. Både i utviklingsplanen til Helse Bergen og ved andre sjukehus er det no ein diskusjon om korleis teknologi kan utnyttast slik at fleire konsultasjonar kan takast desentralt f.eks ved lokalmedisinske sentre evt heime hjå pasienten.

Utfordringar i forbindelse med å ta BUS i bruk og rokking av verksemd

I forbindelse med at BUS 2 vert teke i bruk vil deler av verksemda i BUS 1 måtte flytta ut. Kontorfunksjonen for personellet frå KK og BUK er tenkt løyst gjennom å ta i bruk areal i BUS 1. To av desse etasjane er i dag i bruk til alderspsykiatrisk sengepost og ECT. Dei to andre er tatt i bruk som kontoretasjar. Det er ikkje foreløpig avklart kor ECT og alderspsykiatri skal flyttast. Ein aktuell stad kan vere i eit av dei bygga som blir frigjort når BUS 2 tas i bruk, Marie Joys hus eller KK. Dermed oppstår det ei rokkeringsutfordring, fordi desse bygga ikkje kan takast i bruk utan at det er gjort nokre tilpassingar, og desse tilpassingane kan ikkje gjerast før dei som i dag er der er ute av bygget. Det ville vore ein klar fordel dersom vi kan leggje til rette

for areal som gjer denne rokkeringsutfordringa enklare. Dei to ekspansjonsetasjane kan sjåast som eit ledd i denne prosessen. Erfaringsmessig har vi utfordringar i dag fordi vi ikkje har tilstrekkeleg ledighet i areal for å kunne flytte verksemd i forbindelse med at vi skal bygge om i bygg. Vi bør skape oss handlingsrom som gjer at desse prosessane går noko enklare enn det vi får til i dag.

Finansieringsmoglegheiter

Meirkostnaden med å installere ekspansjonsetasjane no, i samanheng med at BUS 2 vert realisert, er anslått til 90,6 mill kroner. Slik langtidsbudsjettet er lagt opp vil det vere mogeleg å leggje inn ei slik bevilgning heilt i slutten av investeringsperioden for BUS 2 i 2023/24. Samtidig vil dette konkurrere med andre behov som føretaket ønskjer å ivareta, f.eks fase 2 av poliklinikkfunksjonen i Sentralblokk, moglegheitene for eit patologibygge og ombygging i SOP. Eit av disse tiltaka må då skyvast noko ut i tid.

BUS 2-prosjektet går godt og ligg så langt under budsjett, etter at ca 80 % av entreprisane er ferdigforhandla. Samstundes er det alt for tidleg å legge opp til at BUS 2 kan dekke noko av meirkostnaden innanfor vedtatt budsjett. På et så stort prosjekt, og der vi no er i realiseringa, er den største risikoen knytt til uforutsette forsinkingar i framdrifta.

Risiko for å bygge for mye

I tillegg til å byggje mykje nytt og byggje om i eksisterande areal, har Helse Bergen over lang tid nytta seg av mykje leigde areal både i nærleiken av Haukeland universitetssjukehus og på andre lokasjonar. I ei helseteneste som er i stadig utvikling vil behovet for bygg og anlegg endrast. Dersom ein kjem i ein situasjon med overskot av areal i 2023/24, kan det vere aktuelt å avvikle leigekontraktar og bruke meir av eige areal. Vi har leigeareal i vår umiddelbare nærleik i størrelsesorden 9000 kvm. Ved å avvikle deler av desse og flytte verksemda inn i eigne bygg vil risikoen knytt til for mykje bygningsmasse bli redusert.

Samla vurdering og konklusjon

Dette er ei komplisert sak med mange element i seg. Samla sett er tilrådinga at vi realiserar dei to ekspansjonsetasjane no i forbindelse med at bygget for øvrig vert realisert. Grunngevinga er følgjande:

- Vi sikrar ein kapasitet på lang sikt for den kliniske verksemda i BUS
- Det blir billigere for føretaket totalt sett, det er ein betydeleg meirkostnad med å installere desse seinare
- Det vil vere ei utfordring å installere desse seinare når det er verksemd i bygget, jfr kommentaren frå rådgjevarane.
- Vi skapar oss eit handlingsrom som vil gjere flytteprosessen/ta bygget i bruk enklare
- Vi skaper oss også eit handlingsrom/rokkeringsareal som gjer at ombygging f.eks i Sentralblokk blir enklare.
- Vi opprettheld framdrifta i byggeprosjektet
- Dersom Helse Bergen kjem i ein situasjon der vi har for mykje areal tilgjengeleg på området etter 2024/25, vil vi kunne avvikle leigeareal i nærområdet. Vi ser med andre ord ikkje noko økonomisk risiko i dette.

Anbefalinga er at 5. etasje i bygg 51, realiserast som ein sengeetasje og at 2 etasje i bygg 54 realiserast som ein poliklinikk/dagbehandlingsetasje.

Programstyret i BUS behandla saken 23. november 2018 og gjorde følgjande vedtak:

1. Programstyret for Barne- og ungdomssjukehuset sluttar seg til anbefalingane i saken
2. Saken vert lagt fram for vidare behandling i administrative organ og behandling i Helse Bergen sitt styre

Føretaksleiinga behandla saka i møtet 18. desember 2018. Føretaksleiinga gjorde følgjande vedtak:

1. Foretaksledelsen slutter seg til anbefalingene i saken.

Konklusjon

Det vert anbefalt at ekspansjonsetajane i BUS 2 vert ferdigstilt samstundes som bygget for øvrig.