

PROSJEKT

# NYE FØRDE SJUKEHUS

*Føresetnadar og prosess frå 2015 til utgangen av 2017*

## Innhald

<b>NYE FØRDE SJUKEHUS - Føresetnadar og prosess frå 2015 til utgangen av 2017</b> .....	1
<b>Konseptfaserapporten</b> .....	4
Innleiing .....	6
Samandrag .....	7
Del I: Bakgrunn .....	14
Bakgrunn, rammevilkår og målsetjing .....	14
Organisering av arbeidet med konseptfasen .....	19
Metode og datagrunnlag .....	20
Status for dagens verksemd og bygg .....	22
Framskriving av aktivitet og kapasitetsbehov .....	25
Kvalitetssikring og risiko – analyse av uvisse .....	31
Del II: Utreiing av alternativ .....	32
Alternative verksemdsmodellar FSS .....	32
Alternativ 1 – «Arealplan FSS» .....	35
Alternativ 2 – «0 –alternativet» .....	50
Alternativ 3 – «Nytt sjukehus» .....	53
Del III: Samanstilling og evaluering av alternativ .....	57
Kriterium for val av alternativ .....	57
Evaluering og val av alternativ .....	57
Del IV: Plan for organisering og gjennomføring av forprosjektfasen .....	60
Mandat for forprosjektfasen .....	60
Plan for forprosjektet og byggjefasen .....	60
Del V: Vedlegg og referansar .....	62
Utrykte vedlegg og referansar .....	62
Trykte vedlegg og referansar .....	62
<b>Styrevedtak Helse Vest Konseptfase</b> .....	63
Oppsummering .....	65
Fakta .....	65
Konklusjon .....	70
<b>Sluttrapport Faggruppe</b> .....	71
Pasientens helseteneste Helse Førde 2030 .....	72
Visjon .....	74
Strategiske satsingsområde .....	75
19 innsatsområde .....	76
<b>Styrevedtak Helse Førde Forprosjekt</b> .....	106

Oppsummering.....	108
Fakta.....	108
Konklusjon.....	111
<b>Mandat Forprosjekt.....</b>	<b>112</b>
<b>Sluttrapport Tenesteutvikling.....</b>	<b>130</b>
Oppsummering.....	131
Fakta.....	132
Status for programmet.....	134
ROS-analyse for programmet.....	135
Utdrag frå sluttrapportane til prosjekta.....	137
Framtidig operasjon og intensivverksemd.....	137
Kartlegging plan for lege- og psykologtenestene.....	138
Lærdal sjukehus fase 1 - kartlegging av tenester og behov.....	139
Vidare arbeid med «Pasientens helseteneste».....	146
Vurdering.....	148
Konklusjon.....	148
<b>Korreksjonsoppstilling til Konseptfasedokument.....</b>	<b>149</b>
Innleiing.....	151
Samandrag.....	151
Hovudutfordringar frå konseptfasen i 2015.....	153
Talgrunnlag og framskrivingar.....	153
Tilbakemelding frå tenesteutviklingsprosjekta.....	154
Funksjons- og arealprogram.....	157
Behov for generalitet og fleksibilitet i prosjektet.....	158
Økonomisk ramme og kostnadsstyrt prioritering.....	159
Endringar i høve til konseptfasen.....	160
Framdrift og rokeringsbehov.....	160
Retning som forprosjektet styrer mot.....	161

## **KAPITTEL 1**

# **Konzeptfaserapporten**

# Konseptfase «Arealplan FSS»

2015 - 2030

HELSE FØRDE HF

## Innleiing

Retningslinjer frå rettleiar for tidlegfaseplanlegging i sjukehusprosjekt har vore førande for arbeidet med konseptfasen. Dokumentvolumet har vorte relativt omfattande.

For å gjere dette lettare tilgjengeleg har vi valt å samle informasjon i ein hovudrapport på vel 60 sider inkludert eit fyldig samandrag på 6 sider.

Den underliggende dokumentasjonen og dei ulike tema i hovudrapporten står fullstendig omtala i egne vedlegg. Nedanfor er denne vist med referanse til kapittelnummereringa i konseptfaserapporten:

1. I vedlegg 1 er innleiande kapittel 1 til 7 gjeve att fullstendig med utfyllande informasjon.
2. I vedlegg 2 er vårt hovudalternativ omtala med hovudfunksjonsprogram (HFP), overordna teknisk program (OTP), hovudprogram for utstyr (HPU) og detaljfunksjonsprogram (DFP). Vedlegget omhandlar delar av kapittel 8 i konseptfaserapporten (8.1 til 8.4).
3. I vedlegg 3 er vårt hovudalternativ omtala som skisseprosjekt (SPR) med detaljar og føresetnader i løysingane. Vedlegget omhandlar resten av kapittel 8.
4. I vedlegg 4 er kapittel 9 til 12 gjeve att fullstendig med utfyllande informasjon.

Øvrige vedlegg er teikningar og annan dokumentasjon .

I vedlegg 1 til 4 har vi behalde nummerering på kapittelstrukturen for å lettare kunne finne att informasjon som utfyller innhaldet i konseptfaserapporten.

Komplett vedleggsliste til orientering:

1. Føresetnader, metode og rammeverk
2. Overordna design for alternativ 1 – HFP, DFP, OTP og HPU
3. Skisseprosjekt for alternativ 1 – SPR
4. Alternativ vurdering med evaluering og val
5. Teikningsbok hovudblokk – alternativ 1 – A3
6. Teikningsbok administrasjon og hotell – alternativ 1 – A3
7. Teikningsbok psykiatri – alternativ 1 – A3
8. Basiskalkylar og kalkylegrunnlag
9. Kalkylar for prosjekt og utbyggingsetappar
10. Økonomiske vurderingar, analyse og tabellar

Prosjektet, som vart gjennomarbeidd i arbeidsgruppene, teikna ut, omtala i DFP/SPR og kalkulert, har eit prosjektomfang på ca. 1,68 milliardar kroner. Det har i etterkant blitt konkludert med å tilrå eit prosjektomfang til 1,52 milliardar kroner. Vi har funne område der det er råd å gjere justeringar utan å rokke ved heilskapen og forankringa prosjektet har i organisasjonen. Desse endringane er teke inn fullt ut i hovudrapporten. For vedlegga har vi valt å samle omtalen av endringane som første del av kapittel 8, og elles berre nemne dei i enkelte av punkta.

### Mål for konseptfase

Konseptfase for arealplan Førde sentralsjukehus (FSS) skal sikre at Helse Førde over tid leverer kvalitativt gode og effektive tenester. Prosjektet skal bidra til å oppfylle nasjonale mål om å utvikle «pasientens helseteneste.» Sjukehuset skal vere funksjonelt, dekke kapasitetsbehov, vere ein attraktiv arbeidsplass og oppfylle samfunnsmessige mål innanfor energi og miljø.

Helse Førde legg til grunn ei demografisk utvikling med aukande del eldre fram mot 2030. Dette vil påverke behovet for spesialisthelsetenester. Det er gjort statistiske framskrivingar som syner relativt stor aktivitetsvekst. Det er berekna at modererande faktorar mest sannsynleg vil dempe aktivitetsauken. Dette er skildra i verksemdsmessig utviklingsplan (VMUP) som har vore førande for arbeidet med konseptfasen.

VMUP gjev retning for tenesteutvikling. Viktige mål er å betre samordninga av tenestene for alle grupper, i særleg grad eldre. Men også pasientar med kroniske, samansette tilstandar samt barn/ungdom og familiar treng betre samordna og meir heilskapleg støtte. Vi skal arbeide vidare med tenesteutvikling, tenesteinnovasjon og tenestedesign for å oppnå strategien og styrke kvaliteten på tenestene. Vi skal møte aktivitetsvekst med å oppnå kort ventetid og utgreiingstid, rett liggetid, styrka poliklinisk arbeid, samt gjennom opplæring, undervisning og rådgjeving til kommunar og pasientar/pårørande.

Det er eit overordna mål med konseptfasen at aktuelle alternativ er utgreidde slik at vi er trygge på at konklusjon om val av alternativ er rett. Vi skal sikre at følgjande hovudpunkt vert gjennomført:

- Alternativet skal ivareta heilskapen for Helse Førde
- Alternativet svarar ut føringar frå overordna utviklingsplanar
- Alternativet kan realiserast innanfor utarbeidde kostnadsvurderingar
- Alternativet skal kunne realiserast innanfor framskrivne prognosar for økonomisk bereevne
- Det må skapast rom for at alternativet kan vidareutviklast i den vidare detaljeringsfasen

### Grunnlag for konseptfasen

I 2009 vart det gjort ein omfattande analyse av det somatiske tenestetilbodet i Helse Førde, og ulike modellar for framtidig struktur vart drøfta. Prosessen vart samanfatta i dokumentet «Modellar for Helse Førde 2020». Dokumentet frå 2009 kom til gjennom ein omfattande prosess med brei høyring. Til slutt vart det vedteke ein modell som la grunnlag for vidare omstilling. Vedtak vart gjort i styret for Helse Førde i juni 2010, i Helse Vest november 2010 og til sist i føretaksmøtet i mai 2011. Endringar i struktur og implementering vart gjort gjennom prosjekt «Helse Førde 2020» i perioden 2011 – 2014.

Helse Førde har gjennomført fleire prosessar dei siste åra. Denne konseptfaserapporten byggjer på desse planane, seinast verksemdsmessig utviklingsplan og bygningsmessig utviklingsplan (BMUP) 2015.

Ved FSS vart det gjennomført eit omfattande arbeid med arealplan for sjukehuset. Ein rapport frå firmaet CF Møller var klar i mai 2013. Denne er i mange samanhengar omtala som «Møllerrapporten».

Innhaldet i «Møllerrapporten» vart vidareført som idéfasen for ein ny arealplan for FSS, og var grunnlag for oppstart av arbeidet med konseptfasen «Arealplan FSS».

## **Framskrivning av aktivitet og kapasitet**

VMUP gjev framskrivning av aktivitet basert på NPR-data, men dette datagrunnlaget er ikkje splitta på geografiske behandlingsstadar. For å kunne splitte datagrunnlaget slik, har vi i samband med konseptfase «Arealplan FSS» gjennomført framskrivning for somatikk på grunnlag av aktivitet registrert i det elektroniske journalsystemet DIPS. Jamføring av desse framskrivningane viser små avvik. Vi har i BMUP og «Arealplan FSS» teke inn framskrivningsgrunnlag frå DIPS.

Konseptfase «Arealplan FSS» har lagt til grunn løysingar og grunnleggande kapasitetsvurderingar frå idéfasen, og dette er jamført og drøfta mot den nye framskrivningar av aktiviteten.

VMUP peikar på modererande faktorar og strategisk retning som skal vere med å korrigere/reducere aktivitetsveksten som framskrivningsprognosane viser. Dette er i VMUP omtalt kvalitativt og ikkje kvantitativt, utifrå at det er usikkert korleis dei ulike faktorane vil verke inn på framtidig kapasitetsbehov. Vi har gjort ei skjønnsberekning basert på det vi veit i dag. Føretaket må i prosessen vidare, når vi startar arbeidet med forprosjekt for arealplan FSS, etablere aktivitetar som både kvantifiserer modererande faktorar og strategiske retningar frå VMUP. Vi må også verifisere grunnlaget som er nytta i konseptfasen.

Det er generelt lagt til grunn at samla somatisk kapasitet i Helse Førde, både ved lokalsjukehusa i Lærdal og på Nordfjordeid og Førde sentralsjukehus, må utnyttast. Eventuell manglande kapasitet må Helse Førde HF i størst mogeleg grad finne ved å omorganisere og utnytte eksisterande areal ved FSS.

### **Alternativ som er utgreidd og vurdert**

I samsvar med mandat frå idéfase skulle det utgreiast 3 alternativ:

- Alternativ 1: «Arealplan FSS»
- Alternativ 2: «0 –alternativ»
- Alternativ 3: «Nytt sjukehus»

Vi ser alternativ 1 som det mest aktuelle alternativet, dei to andre alternativa er utgreidde opp mot dette. Hovudfunksjonsprogram (HFP), delfunksjonsprogram (DFP), overordna teknisk program (OTP), hovudprogram utstyr (HPR) og skisseprosjekt (SPR) er vurdert med fokus på endringar opp mot alternativ 1. Økonomisk analyse og vurdering er gjort sjølvstendig for kvart av alternativa.

### **Alternativ 1 – «Arealplan FSS»**

#### Sengekapasitet

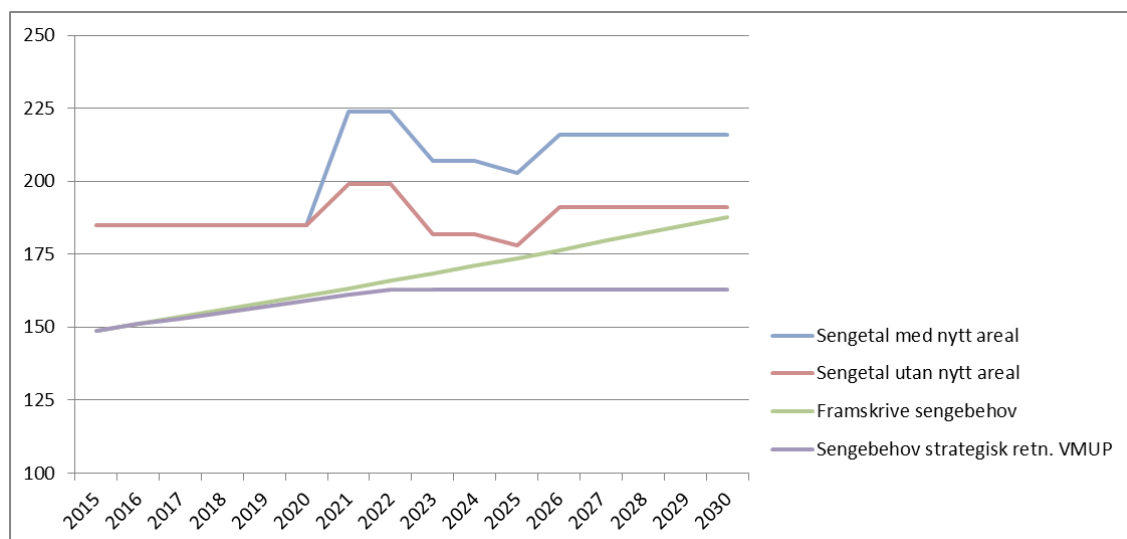
Vi ønskjer å utvikle sengeavdelinga ved FSS i retning av større del einsengsrom og ombygging av bad, slik at sterkt pleietrengande kan få hjelp på ein god måte med tilrettelagde arbeidsforhold for pleiepersonell. Dette skal, så langt råd er, løysast innanfor bygningsmassen vi har i dag. Det vert skapt større kapasitet og fleksibilitet for senger i høgblokka ved å ta ut dag- og poliklinikkaktivitetar. I forprosjektfasen må vi vurdere kor mykje einsengsrom vi kan byggje, og samstundes ha tilstrekkeleg kapasitet.

FSS skal utviklast i retning av felles sengepost som gjev grunnlag for høg og effektiv utnyttingsgrad av bemanning. Dette er eit organisasjonsprosjekt som må arbeidast vidare med i prosessen.

Talet senger i sengepost blir redusert frå 185 i dag til 177 etter ombygging. I tillegg kjem 14 senger i ny OBS-post. Totalt blir dette 191 senger ved FSS



Etablering av observasjonspost og ombyggingsarbeid i sengepostane vil påverke tilgjengeleg sengekapasitet i perioden. Saman med tidspunkt for val om utbygging, og med ulike scenario, kan vi få utvikling som vist grafisk:



Det er i framstillinga lagt til grunn at strategisk retning og modifierande faktorar frå VMUP skal kunne redusere det framskrive sengebehovet i 2030 frå 188 til 163 senger. Dette vil i tilfelle gje ein beleggprosent i 2030 på 85 prosent utan utbygging av nytt sengeareal. Dersom vi legg til grunn rein framskriving av sengebehov, vil føretaket i 2030 ha ein beleggprosent på 87 prosent når det nye arealet er lagt inn med auka sengekapasitet på 25 senger, frå 191 til 216. Vi trur at strategisk retning i VMUP vil redusere sengebehovet, slik at dette er eit trygt alternativ med omsyn til kapasitet.

I sluttarbeidet med konseptfasen har vi valt å leggje til grunn at auka sengekapasitet må takast inn i prosjektet no. Behov for sengekapasitet må verifiserast i prosessen vidare i høve til utvikling av beleggprosent og handlingsplanar som blir etablert på basis av VMUP.

Det nye sengearealet, i vedlegg omtala som kontoretasje over BUP, skal kunne utviklast til 25 einsengsrom. Med ei slik utbygging vil graden av einsengsrom auke frå 30 til 39 prosent.

### Poliklinikk

Ved FSS skal vi utvikle poliklinikken i retning av fleirfaglege poliklinikkar med effektive pasientforløp. Strategisk retning er generelle og felles behandlingsrom med høg utnyttingsgrad. Prosessen med å finne løysingar har vore forankra inn mot tenestekområde, og at alle tenestekområde skulle sjå løysingar for sin avdeling.

Frå kapittel 5 kan vi hente følgjande oversikt, demografisk framskriving av polikliniske konsultasjonar:

Poliklinikk	2014	2015	2020	2025	2030
FLO	3 549	3 585	3 774	3 975	4 190
FSS	96 177	97 243	102 782	108 685	114 982
LSH	13 952	14 092	14 818	15 591	16 414
NSH	13 081	13 215	13 915	14 664	15 469
SO	2 052	2 071	2 171	2 276	2 385
<b>SUM</b>	<b>128 811</b>	<b>130 207</b>	<b>137 460</b>	<b>145 191</b>	<b>153 440</b>

Behandlingsrom i poliklinikk er ei blanding av spesialrom og generelle rom som kan nyttast av fleire tenestekområde. FSS er eit lite sjukehus med stor breidde i poliklinisk tenestetilbod, og mange praktiske tilhøve spelar inn ved vurdering av effektiv driftstid og utnytting av spesialrom. Definerings

av tal rom innanfor ulike tenesteområde har difor vore gjennomført i ein prosess der dei ulike avdelingane har vore sterkt medverkande.

### Operasjon

Det er i dag svært tronge tilhøve ved operasjonsavdelinga. I tillegg viser berekningane aukande behov for stasjonære og dagkirurgiske operasjonar. For å kunne ivareta strategisk retning for dagkirurgi, har avdeling for akuttmedisin (AAM) gjeve frå seg areal til denne funksjonen, og samtidig fått utvida med to nye operasjonsstover.

Det er definert fire hovudtiltak:

1. Auka produksjon og lagring av sterilgods i sterilsentralen.
2. Betre opptaksområdet for pasientar til dagkirurgi.
3. Utvide operasjonsfløyen til ni operasjonsstover for å få god logistikk, god utnytting av operatør og behandle fleire pasientar. Av desse skal fire vere til dagkirurgi. Dette er ein ytterlegare auke i høve idéfaserapporten som følgje av auka framskrivingar i aktivitet på dagkirurgi.
4. Tilpasse samla oppvåkingskapasitet/tal senger til 18 plassar. Vi bør arbeide for å auke dette noko i neste fase.

Operasjonsareal er svært dyre areal å byggje ut, og det er mange problemstillingar knytt til utbygging av kapasitet når det på same tid er drift på eksisterande areal.

Under arbeidet med konseptfasen er mange spørsmål ikkje blitt svara ut, og desse høyrer naturleg heime i neste fase. Med den kapasiteten og dei tiltaka som er definerte inn i konseptfasen, har vi ei ramme for neste fase som gjer oss trygge på at vi skal kunne optimalisere løysingane for dette tenesteområdet.

### Dialyse

Som grunnlag for kapasitetsvurdering nyttar vi 312 dagar per år, dvs. 52 veker multiplisert med seks dagar.

Det er i prosjektet lagt til grunn 14 stolar, og med ei behandling per dag per stol får vi i 2030 ei kapasitetsutnytting på 88 prosent.

### Sjukehus hotell og administrasjon

Eksisterande vaksenpsykiatri skal byggast om til sjukehus hotell og kontor for administrasjon.

## Psykisk helsevern

Helse Førde skal arbeide målretta for å samordne somatiske og psykiatriske tenester betre enn i dag. Dei nye areala for psykiatri skal tilretteleggast slik at dei kjem tett på somatikken, og vi skal ha flyt mellom somatikk, psykisk helsevern for barn, ungdom og vaksne under tak eller i lukka korridorar.

Kapasitetsvurderingar i psykiatrisk avdeling tilseier at vi må oppretthalde kapasiteten som er i Førde i dag, og i tillegg inkludere areal for to tryggleikspasientar.

### **Økonomisk vurdering alternativ 1**

Helse Førde vil kunne bere den totale investeringa ut frå gjevne føresetnader. I konseptfasen har det ikkje vore gjort direkte berekningar av kva effektar dei ulike elementa i hovudalternativet vil ha på drifta. Det er gjennomført kvalitetssikring av føresetnadene som ligg i den rekneskapsmessige framskrivinga, og det er gjort analyser på framskrivningstal. Det er og gjennomført intervju med avdelingsleiarar for å teste truverde av føresetnadene som ligg til grunn for berekningane av den økonomiske berekrafta. Det sikrar og at det ikkje ligg store auka kostnader ved gjennomføring av byggjeprojektet, slik det er føreslege i konseptfaserapporten.

Den samla kostnaden for alternativ 1, inkludert byggjelånsrenter, er kalkulert til 1,63 milliardar kroner i perioden frå 2016 til 2025. Dersom dei andre investeringane som i planen er venta i perioden frå 2016 til 2030 vert tekne med, vil Helse Førde ha ei restbereevne på 133,5 millionar kroner. På det noverande tidspunkt vurderer vi restbereevna til å vere ein buffer. Med dei føresetnadene som ligg i den rekneskapsmessige framskrivinga, vil Helse Førde gå med overskot i resultatrekneskapen i heile perioden.

### **Alternativ 2 – «0-alternativ»**

Alternativ 2 er samanfallande med alternativ 1 på dei fleste punkt, og i dette kapittelet fokuserer vi difor berre på endringar og skilnader på eit overordna nivå.

Endringane i høve alternativ 1 er opplista under:

- Alle tiltak i hovudblokk, lågblokk og høgblokk med mindre tilbygg (påbygg sterilsentral og operasjon) på hovudblokka skal gjennomførast i samsvar med alternativ 1
- Nybygg vaksenpsykiatri går ut
- Ruste opp eksisterande bygg for psykisk helsevern for vaksne (kostnad grovt som estimert for endra bruk)
- Halde fram leige av kontorareal for administrasjon
- Finne nye leigealternativ for BUP eller byggje sjølv for samlokalisering med somatikk

Sjukehotellfunksjon blir løyst ved å leige hotellrom lokalt i Førde.

Følgjekonsekvensar omhandlar ny administrasjonsfløy og nytt sjukehotell, som ligg inne i alternativ 1. Administrasjonsfløy i ombygd psykiatri er meint brukt til kontor- og undervisningslokale etter funksjonar i utarbeidd romprogram. Desse areala vil framleis måtte brukast til vaksenpsykiatri i alternativ 2, og areal til nytt sjukehotell må framleis nyttast til sengerom for vaksenpsykiatri. Vi må då halde fram med å leige kontorlokale og sjukehotellsenger som ikkje er samlokaliserte med sjukehuset.

Ved vurderinga av alternativ 2 er effektane av ulikskapen i høve alternativ 1 gjennomgått. Enkelte av elementa frå alternativ 1 er fjerna og investeringane blir dermed 279,2 millionar lågare enn hovudalternativet. Samstundes må Helse Førde ved dette alternativet ta høgde for effektar av at ikkje alle investeringane som gjev den berekna økonomiske bereevna i kap. 8.6., blir gjennomførte. Det påverkar kontantstraumen frå verksemda.

Samla vurdering er at det er små økonomiske skilnader mellom alternativa 1 og 2. Alternativet er lagt vekk av di vi meiner dagens bygningar verken vil dekke krav til funksjonalitet eller areal i framtida. Psykisk helsevern for vaksne har i dag lite tenlege lokale i høve nye behandlingsteknikkar. BUP er plassert i lokale som dei må flytte frå innan 2021. Jamført med verksemdsmessig utviklingsplan ser vi at det behov for tettare samordning av somatiske og psykiatriske tenester for barn og unge, og utsette familiar generelt. Dette har synt seg vanskelegare å få til når psykisk helsevern for barn og unge er lokalisert eit stykke vekk frå sjukehuset.

Det vil vere uheldig å fortsetje med psykisk helsevern lokalisert på fleire stadar. På same vis er det uheldig med leing og administrasjon geografisk plasserte på relativt stor avstand frå det kliniske miljøet. Dette har kostnader/negative verknader for dagleg kommunikasjon. Men også for miljøet, med bilkøyring for over 100 personar fram og tilbake, gjerne fleire gonger om dagen.

### **Alternativ 3 – «Nytt sjukehus»**

Idéfaserapporten definerer eit tredje alternativ som skal verte utgreidd i konseptfasen, eit heilt nytt sjukehus på ny tomt.

Rapporten utdjuar nærare at «...alternativ 3 kan handsamast analytisk på overordna nivå utan konkretisering av romløyisingar, dersom alternativa framstår som lite aktuelle.»

Nybygging av sjukehuset i Førde, uansett form, reiser fleire sentrale problemstillingar. I tillegg til dei openberre knytt til nytte, plassering og finansiering, står særleg eitt viktig samfunns spørsmål tilbake: Kva skal det gamle og verna sjukehuset brukast til?

Med omsyn til alt gjennomførte nyinvesteringar og investeringsvedtak rundt dagens sjukehus (ny helikopterbase/prehospitalt bygg, sentrale tekniske anlegg, Bygg aust osv.) framstår eit nybyggalternativ som lite tenleg.

Kapittelet omhandlar difor alternativet med nytt sjukehus på eit teoretisk og overordna nivå, utan å vise konkrete løysingar for eit nytt sjukehus i Førde. Målet med å greie ut alternativ 3 er å kunne setje alle alternativ i perspektiv til kvarandre for å betre grunnlaget for å gjere det rette konseptvalet.

Ved vurderinga av dette alternativet er effektane av ulikskapen i høve alternativ 1 gjennomgått. Alternativet er basert på bygging av eit nytt sjukehus. Med bygg, medisinsk-teknisk utstyr og byggjelånsrenter er investeringa rekna til 5,2 milliardar kroner. Det er 3,57 milliardar meir enn alternativ 1. Det er då lagt inn investeringar i medisinsk-teknisk utstyr på 50 millionar kvart år i fem år, totalt 250 mill. Vidare er det ein føresetnad at Helse Førde får realisert bygningane til bokført verdi. Det er ikkje lagt inn kostnader med å flytte ut av eksisterande bygg. Driftsmessige konsekvensar er rekna som like i alternativ 3 og alternativ 1.

Framskrivingar viser at Helse Førde ved utgangen av 2030 vil mangle 1 milliard kroner dersom dette alternativet vert valt. Den økonomiske situasjonen vil forverre seg ytterlegare i åra etter. Alternativ 3 blir difor ikkje vurdert som realiserbart innanfor gjeldande rammer.

## **Evaluering og val av alternativ**

Det er i prosjektet definert 18 mål innanfor:

- Samfunns mål
- Effektmål
- Resultatmål

I tillegg er det frå rettleiaren for tidlegfaseplanlegging i sjukehusprosjekt henta inn 10 vurderingskriterium.

Det er gjennomført evaluering på totalt 25 av desse målsetjingane og vurderingskriteria. Alternativ 1 kjem best ut med ein skår på 87 prosent framfor alternativ 2 som får ein skår på 69 prosent.

Alternativ 3 kjem, på grunn av økonomi som ikkje kan handterast innanfor kjende rammer, ut som dårlegast med 61 prosent.

Det er ei klar tilråding at alternativ 1 blir valt for å føre vidare i forprosjektet.

### **Plan for prosjektet vidare**

Forprosjektet skal greie ut alternativ 1 i konseptfaserapporten.

På basis av denne rapporten, gjennomført kvalitetssikring (KSK), styrebehandling i Helse Førde, styrebehandling i Helse Vest og dialog med HOD gjennom lånesøknad skal det utarbeidast eit prosjektdirektiv med klart mandat.

Som suksessfaktor skal vi ha spesielt fokus på:

- Pasienten i sentrum
- Involvering av organisasjon og brukarar ved gjennomføring av forprosjektet
- Etablere klare planar for konkretisering av strategisk retning og modererande faktorar frå verksemdsmessig utviklingsplan
- Innhente kompetanse frå Sykehusbygg HF i gjennomføringa

Særskilde utfordringar som skal ha fokus i gjennomføring av forprosjektet:

- Skape tryggleik for at framtidig sengekapasitet er tilstrekkeleg dekkja med dei planane som ligg føre
- Operasjonskapasitet og funksjonalitet knytt til løysingane må evaluerast grundig
- Kapasitet og tal behandlingsrom for poliklinisk- og dagbehandling må evaluerast for å sjå om det er forsvarleg å redusere tal behandlingsrom

Prosessar for utvikling av organisasjon må verte inkludert som del av arbeidet i forprosjektet. Dette bør vere del av eit breiare prosjekt for å utvikle organisasjonen i samsvar med styresignal i VMUP. Eit slikt organisasjonsutviklingsprosjekt bør starte tidleg i 2016.

## Del I: Bakgrunn

### Bakgrunn, rammevilkår og målsetjing

#### 1.1 Grunnlag for konseptfase

Dette kapitlet gjev oversyn over planprosessane Helse Førde har hatt sidan 2009. Helse Førde vedtok 21. september 2015 utviklingsplanar for den samla verksemda og for bygningane. Konseptfaserapporten byggjer på desse planane og på dei føregåande planprosessane

I 2009 vart det gjort ei omfattande analyse av det somatiske tenestetilbodet i Helse Førde, og ulike modellar for framtidig struktur vart drøfta. Prosessen vart samanfatta i dokumentet «Modellar for Helse Førde 2020». Dokumentet frå 2009 vart til gjennom ein omfattande prosess med brei høyring. Til slutt vart det vedteke ein modell som la grunnlag for vidare omstilling. Vedtaket vart gjort i styret for Helse Førde juni 2010, så i Helse Vest november 2010 og til sist i føretaksmøtet i mai 2011. Endringar i struktur og implementering av vedtaka vart gjort gjennom prosjekt «Helse Førde 2020» i perioden 2011 – 2014.

Helse Førde har gjennomført fleire prosessar dei siste åra. Denne konseptfaserapporten byggjer på desse planane, seinast VMUP og BMUP 2015.

Tema kring areal i Helse Førde generelt og Førde sentralsjukehus har tidlegare vore omhandla i fleire saker styret har hatt til handsaming.

- Sak 037/10V «Målbilete og modell for somatiske spesialisthelsetenester i Helse Førde HF mot 2020» la til grunn at vedtekne omstillingar ville føre til behov for arealmessige endringar. Vidare har sak 042/2011A «Modell for somatisk spesialisthelsetenester i Helse Førde, gjennomføringsplan 2011 – 2014» lagt til grunn at det skulle utarbeidast ein plan for areal Helse Førde som del av «Gjennomføring Helse Førde 2020»
- Sak 007/2012 O «Bygningsmessig kartlegging – vedlikehaldsstatus i Helse Førde» viste at det var behov for store investeringar i bygningsmassen til Helse Førde dei næraste åra. Rapporten var meint som eit viktig informasjons- og avgjerdsunderlag for vidare strategisk og taktisk planlegging, og utvikling av bygningsmassen. Saka viste og at Helse Førde HF stod framfor store investeringar. Denne kartleggingsrapporten, saman med arealplanen for Helse Førde, har vore eit godt verktøy for å prioritere rett innanfor investeringsmidlane som er stilt til rådvelde.
- I sak 077/2012A «Sal av Florø sjukehus» vart det gjort vedtak om sal av sjukehusbygget i Florø. Eit eige prosjekt for etablering av spesialisthelsetenesta i Florø i nye lokale har vore i arbeid. Etter tilbudsrunde vart det valt areal i Firdavegen 1 A (same bygg som Sunnfjord medisinske senter) Det var lagt til grunn innflytting ca. 1. april 2014.
- På Tronvik vart det i sak 026/09V «Prosjekt Tronvik» etablert tverrfagleg spesialisert behandlingstilbod for rusmiddelavhengige. Ved Tronvik har også sikkerheitsposten i psykisk helsevern halde til.
- I sak 033/2013A vart det gjort vedtak om å flytte denne til psykiatrisk klinikk i Førde. Nybygg til denne funksjonen har vore nødvendig.

Styringsdokumentet har krav om å utarbeide ein arealplan med strategiske føringar som Helse Førde har prioritert, med ein venta utbyggingstakt tilpassa føretaket si investeringsevne.

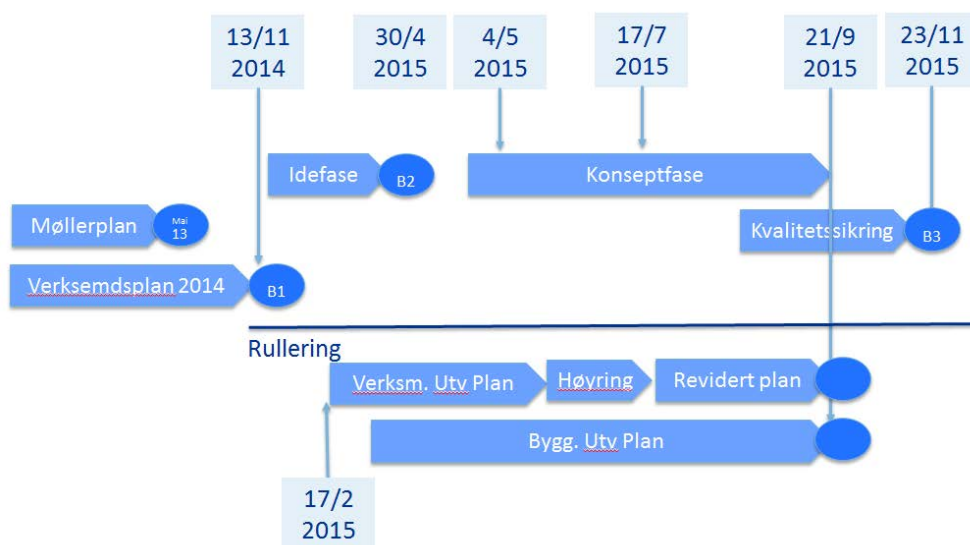
På bakgrunn av føringar i styringsdokument, den verksemdsmessige utviklingsplanen og identifiserte endringar i målbilete for dei somatiske spesialisthelsetenestene i Helse Førde HF mot 2020, vedtok

Helse Førde å utarbeide ein samla arealplan for føretaket. Planen hadde som mål å utarbeide eit godt grunnlag for arealmessige strategiske tiltak, og å sikre samanhengen mellom tenestetilbodet og bygningsmessige tiltak. Den samla arealplanen i det etterfølgjande kalla «Møllerrapporten», vart lagt fram mai 2013<sup>1</sup>.

«Møllerrapporten» omfatta framtidsplanar for FSS. Den var gjennomført med omfattande interne prosessar. Den var gjennomført med eit utgreiingsnivå som svarar til innhald i ein idéfaserapport, men med den mangel at plan for organisering og gjennomføring av neste fase ikkje var inkludert. Rapporten konkluderte på eit hovudalternativ med ombygging og bygging ved FSS i ein periode på 20 år. Styret for Helse Førde HF handsama rapporten/planen i sak 042-2013, og vedtok at framdriftsplanen skulle komprimerast og innehalde tydelege prioriteringar.

Strategi Helse Førde 2020 vart gjennomført i perioden 2010-2013. Strategien omfatta dei somatiske tenestene. Det vart gjennomført strukturelle endringar ved lokalsjukehusa. I november 2014 handsama styret for Helse Førde VMUP som mellom anna oppsummerte tidlegare planprosessar. Det er vart då identifisert behov for å gå gjennom og oppdatere denne planen for å fange opp endra behov, vilkår og vurderingar. Det vart bestemt å rullere planen. Rulleringa skulle også inkludere verksemdsmessig plan for psykisk helsevern, som ikkje var del av Helse Førde 2020.

Helse Førde har våren 2015 gjennomført eit vesentleg arbeid med å oppdatere og rullere verksemdsmessig utviklingsplan og utarbeide bygningsmessig utviklingsplan for Helse Førde HF. I tillegg har eksisterande arealplan for Førde Sentralsjukehus (FSS) («Møllerplanen») inngått i ein idéfase. Prosessen førte fram til ei avgjerd<sup>2</sup>, B2, om å gå vidare til konseptfase for å greie ut alternative endringar for FSS. Dei ulike planarbeida har delvis gått parallelt.



Figur 1 Tidslinje for arbeid med planverk

Skissa over viser prosessen som vart planlagt for planarbeid for Helse Førde HF og Førde sentralsjukehus fram mot styrebehandling 21. september.

- **Verksemdsmessig utviklingsplan (VMUP) 2015-2030 Helse Førde HF**  
Start: 02.02.2015. Høyringsutkast klart 30.05.2015. Styret handsamar saken 21.09.2015.

<sup>1</sup> Styresak 042/2013 A

<sup>2</sup> Styresak i Helse Førde HF, 027/2015

Planen er ei rullering og vidareutvikling av tidlegare verksemdsplan. Helse Førde HF vedtok i styresak 062-2014<sup>3</sup> Verksemdsmessig utviklingsplan Helse Førde 2014, og at denne skulle rullerast i 2015 for å inkludere heile verksemda, mellom anna psykisk helsevern. Saman med bygningsmessig utviklingsplan skal VMUP utgjere naudsynt grunnlag for vidare planlegging.

- **Bygningsmessig utviklingsplan (BMUP) 2015-2030 Helse Førde HF**

Start 07.04.2015. Førsteutkast klart 17.07.2015, og blir lagt fram for styret 21.09.

Planen skal greie ut status, vedlikehaldsbehov og moglegheit for bygningsmassane i Helse Førde HF og supplere VMUP ved å foreslå tiltak som må gjennomførast for at dagens bygningsmasse skal støtte framtidige behov i VMUP.

- **Idéfase Førde Sentralsjukehus**

Start 09.03.2015, vedteken 30.04.2015.

Idéfaserapporten er utarbeidd på grunnlag av verksemdsmessig plan frå 2014 og inneheld arealplan frå C.F. Møller og designbasis R4, vedteken i styremøte i Helse Førde HF 27.04.2015<sup>4</sup>. Helseføretaket fekk utarbeidd ein arealplan for FSS, levert av C.F. Møller, datert mai 2013 (APCFM)<sup>5</sup>. Utgangspunktet for denne planen var å realisere strategien for helseføretaket frå 2010-2014, samtidig som ein tok inn oppdaterte analysar og innspel frå sjukehuset. Delar av arealplanen er delvis sett ut i livet ved at Bygg aust no er i forprosjektfasen.<sup>6</sup> Bygg aust vil mellom anna fungere som avlastningsbygg ved ombygging av sentralsjukehuset.

- **Konseptfaseutgreiing 2015-2025 Førde sentralsjukehus**

Vedteke sett i gang i styremøte 30.04.2015, start 07.04.2015. Helse Førde/Helse Vest vil i slutten av 2015 sende søknad til Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) om finansiering for dette konseptet.

Konseptfasen har som mandat å greie ut alternativ for å løyse dei utfordringar som er skisserte i VMUP og BMUP, samt ein realisering av idéfasen. Vidare skal konseptfasen forankrast i organisasjonen, samt løyse utfordringane og realisere potensialet som er avdekka i dei ulike planarbeida.

Samla skal planarbeida gje oversikt over kva aktivitet Helse Førde HF og Førde Sentralsjukehus må bu seg på å handtere fram mot 2030, og korleis føretaket best vil levere tenestene som samfunnet har behov for.

Helse Førde har utarbeidd eit program for å styre og gjennomføre dei ulike prosjekta under leiing av føretaksleiinga, der dei ulike arbeidsstraumane P1-P4 er vist i figuren under.

---

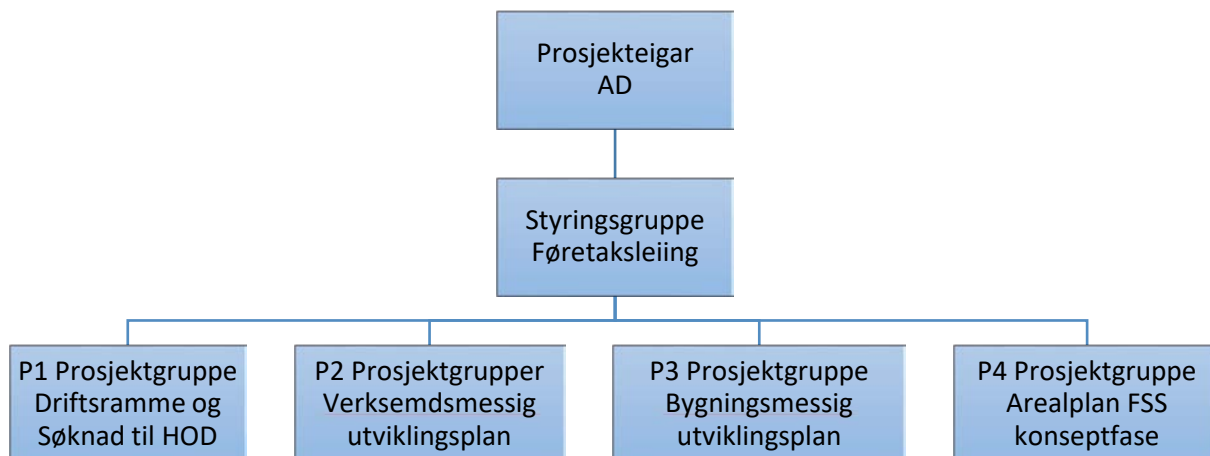
<sup>3</sup> Styresak i Helse Førde HF, 062-2014

<sup>4</sup> Styresak i Helse Førde HF, 027-2015

<sup>5</sup> Vedlegg 2 til styresak i Helse Førde HF, 027-2015

<sup>6</sup> Styresak i Helse Førde HF, 013-2015





Figur 2 Overordna plan for organisering av arbeidet med dei ulike planane:

P2 og P3 vedkjem heile Helse Førde HF, medan P1 og P4 vedkjem Førde sentralsjukehus.

Organiseringa av prosjektet er skildra i designbasis<sup>7</sup>.

## 1.2 Mandat, rammer og suksesskriterium for arbeidet i konseptfasen

Styret gjorde følgjande vedtak<sup>8</sup> knytt til saka om idéfasen.

*1. Styret vedtek oppstart av konseptfase arealplan FSS, i tråd med tidlegfaseplanleggaren utgreier ein dei 3 alternativa som idéfaserapporten rår til.*

*2. Konseptfasen skal sikre at føringar som kjem fram i samband med rullering av utviklingsplaner blir tekne inn.*

Alternativa er renummerert etter styrevedtaket, slik at hovudalternativet blir alternativ 1. I samsvar med dette skal følgjande alternativ utgreiast i konseptfasen:

- Alternativ 1: «Arealplan FSS»
- Alternativ 2: «0 –alternativet»
- Alternativ 3: «Nytt sjukehus»

Mål for prosjektet og konseptfasen er definert i ulike kategoriar. Lister, inkludert kategoriar og kjelde til mål er lista i etterfølgjande tabellar:

### Samfunnsmål

Overordna, strategiske samfunnsmål som gjeld for sektoren og som er relevante for prosjektet.

Samfunnsmål	
ID	Skildring

<sup>7</sup> Helse Førde : Designbasis for prosess - Bygningsmessig utviklingsplan og Konseptfase arealplan FSS

<sup>8</sup> Styresak 027-215 A, Styreprotokoll og saksframlegging.

1	Konseptfase Arealplan FSS skal sikre at Helse Førde over tid skal levere kvalitativt gode og effektive tenester. Prosjektet skal bidra til å oppfylle nasjonale mål om å utvikle «pasientens helseteneste». Sjukehuset skal vere funksjonelt, dekke kapasitetsbehov, vere ein attraktiv arbeidsplass og oppfylle samfunnsmessig mål innanfor energi og miljø.
---	---

## Effekt mål

Effekt mål: Kvantitative og kvalitative mål knytt til drifta av kjerneverksemda. Dette kan også omfatte konkrete tilhøve knytt til bygget. Pasientar og tilsette sitt perspektiv.

Effekt mål		
ID	Skildring	Kjelde
2	Vi skal leggje til rette for raskt å stille rett diagnose og utforme plan for behandling	Frå VMUP, og "Prinsipp frå verksemdsmessig utviklingsplan til areal"
3	Vi skal etablere nye heilskaplege behandlingsforløp for eldre og multisjuka	Frå VMUP, og "Prinsipp frå verksemdsmessig utviklingsplan til areal"
4	Vi skal ha mottaksfunksjon som ivaretek behovet for multidisiplinær og rask utgreiing og avklaring av rett behandlingnivå	Frå VMUP, og "Prinsipp frå verksemdsmessig utviklingsplan til areal"
5	Vi skal utnytte eksisterande areal og spesialrom betre og tilpasse dette endra pasientbehov	Frå VMUP, og "Prinsipp frå verksemdsmessig utviklingsplan til areal"
6	Vi skal modernisere døgntilboda og etablere nye rammer for fagleg samhandling	Frå VMUP, og "Prinsipp frå verksemdsmessig utviklingsplan til areal"
7	Vi skal lage pasientsentrerte poliklinikkar	Frå VMUP, og "Prinsipp frå verksemdsmessig utviklingsplan til areal"
8	Vi tek i bruk ny teknologi og utnyttar denne for å effektivisere tenestene	Frå VMUP, og "Prinsipp frå verksemdsmessig utviklingsplan til areal"
9	Vi skal utnytte ressursane effektivt og samordne det vi kan	Frå VMUP, og "Prinsipp frå verksemdsmessig utviklingsplan til areal"
10	Vi skal modernisere kirurgiske behandlingsforløp, og unngå unødige innleggingar	Frå VMUP, og "Prinsipp frå verksemdsmessig utviklingsplan til areal"
11	Vi skal gjere pasientopplevinga betre	Frå VMUP, og "Prinsipp frå verksemdsmessig utviklingsplan til areal"
12	Vi skal ha funksjonelle lokale for medarbeidarkvalitet	Frå VMUP, og "Prinsipp frå verksemdsmessig utviklingsplan til areal"

## Resultatmål

Mål for gjennomføring av prosjektet, ikkje berre for konseptfasen. Er i hovudsak knytt til styring av prosjektet innanfor rammer for tid og kost.

Resultatmål		
ID	Skildring	Kilde
13	Alternativet skal vere realiserbart innan kjend økonomisk bereevne	Frå styringsgruppe og prosjektleiing
14	Alternativet skal vere realiserbart uten å gå på kostnad av oppgradering og vedlikehald ved andre behandlingsstadar	Frå styringsgruppe og prosjektleiing
15	Alternativet skal realiseres innanfor eit budsjett med sikkerheitsmargin på 15 prosent av totale kostnader	Frå styringsgruppe og prosjektleiing
16	Alternativet skal levere nye lokale innan utløp av eksisterande leigekontrakter - BUP og administrasjon.	Frå styringsgruppe og prosjektleiing
17	Alternativet skal vere realisert i sin heilskap innan 2025.	Frå styringsgruppe og prosjektleiing
18	Det er eit overordna mål for styret og administrerende direktør at prosjektet skal realisere ei god, berekraftig og langsiktig løysing for psykiatri.	Frå styringsgruppe og prosjektleiing

### Organisering av arbeidet med konseptfasen

Designbasis R4<sup>9</sup> er eit tillegg til arealplan frå C.F. Møller for å få eit komplett grunnlag for å organisere arbeidet med konseptfaserapporten. Det er utarbeidd av prosjektleiinga for å dokumentere korleis arbeidet med dei ulike planane er tenkt gjennomført . Dokumentet har undervegs i prosess fått ein ny revisjon R5.

Konseptfasen for arealplan FSS er ei vidareføring av arbeidet som vart gjort ved utarbeiding av arealplan FSS med sluttrapport i 2013. Struktur som var vald i 2013 er lagt til grunn ved inndeling i arbeidsgrupper. Det gjev ei inndeling etter etasjar og område/bygg.

For å få forankring er prosjekt- og arbeidsgruppene sett saman slik at leiarar, tilsette, tillitsvalde og brukarombod skal få lagt fram sine synspunkt i prosessen.

På eit overordna nivå er det tenkt at arbeidsgruppene har ein kreativ fase i mai, der APCFM vert evaluert og utfordra. Ein temakonferanse vert halden 26.05 ved FSS for å inspirere dette arbeidet. Deretter skal styresignal frå VMUP og BMUP inngå i ein konkretiserande fase for arbeidet i juni.

Rapporten frå konseptfasen skal gå gjennom sluttredigering og styrebehandling i august/september 2015.

<sup>9</sup> Styresak 027-2015 A Vedlegg 3 Designbasis R4.docx

## Metode og datagrunnlag

Metodeskildringa er relativt omfattande, og fullstendig skildring er samla i vedlegg 1. Vi omtalar i denne hovudrapporten dei mest sentrale punkta:

### Tidlegfaseplanlegging

Rettleiar for tidlegfaseplanlegging i sjukehus er nytta som metode for å gjennomføre konseptfasen, men det er ein del tilhøve i vårt prosjekt som gjer at vi har vald å avvike noko frå rettleiaren.

Hovudpunkt i vår tilnærming i prosjektet:

1. Store delar av vårt prosjekt er eit «nullalternativ» med opprusting av eksisterande sjukehus for å kunne møte framtida. Det handlar mykje om korleis kan vi få mest mogeleg ut av det vi har.
2. Praktisk detaljkunnskap i organisasjonen knytt til organisering/bemanning/fag, samt kapasitetsfordeling mellom to lokalsjukehus og eit sentralsjukehus, er vurdert som sentralt for å få til kostnadseffektive løysingar. Innspel frå arbeidsgruppene har difor vore viktige i prosessen.
3. Overordna analyser vil i ombyggingsprosjekt gje mykje uvisse med omsyn til kostnader og løysingar. Vi må vere spesifikke i tilnærminga, slik at vi i konseptfasen kan vere trygge på at ei konkret løysing er identifisert innanfor kostnadsrammene. I prosessen med forprosjektet vil det vere mogeleg å finne betre løysingar innanfor den etablerte kostnadsramma.

### Framskriving

VMUP gjev bilete av aktivitet og framskriving av aktivitet for heile Helse Førde basert på NPR-data. For å kunne splitte datagrunnlaget på behandlingsstadar, har vi i samband med konseptfase «Arealplan FSS» gjennomført framskriving for somatikk på grunnlag av DIPS-data. Ved jamføring av desse framskrivingane er det små avvik, og vi har i BMUP og konseptfase for arealplan FSS teke inn framskrivingsgrunnlag frå DIPS.

### Berekning av kapasitet

VMUP peikar på modererande faktorar og strategisk retning som skal vere med å korrigere/reducere aktivitetsveksten i høve til det framskrivingsprognosane viser, men dette er i VMUP omtalt kvalitativt og ikkje kvantitativt. Det er gjort ei skjønsmessig vurdering av faktorar som truleg vil moderere aktivitetsveksten vi reint statistisk kan «lese av». Desse såkalla modererande effektane er mellom anna endra pasientforløp, vidare dreining frå døgn til dag/poliklinikk og effekt av nye behandlingsformer. I konseptfase «Arealplan FSS» er det lagt til grunn løysingar og grunnleggande kapasitetsvurdering frå idéfasen. Dette er jamført og drøfta mot den nye framskrivinga av aktiviteten. Det må i prosessen vidare, når vi tek til på arbeidet med forprosjekt for arealplan FSS, etablerast aktivitetar som kvantifiserer modererande faktorar og strategiske retningar frå VMUP og dokumentere grunnlaget som er nytta i konseptfasen.

Det er generelt lagt til grunn at somatisk kapasitet ved lokalsjukehusa i Lærdal og på Nordfjordeid må utnyttast, og at manglande kapasitet for Helse Førde HF i størst mogeleg grad skal finnast ved å omorganisere og utnytte eksisterande areal ved FSS i Førde.

### Kostnadsberekning av prosjektet

I prosjektet har det vore gjennomført eit grundig kostnadsoverslag. Tidlig i prosjektfasen vart det gjennomført ei normal kostnadsberekning på det nivået som oftast blir gjort i konseptfasar, denne var basert på bruttoareal (BTA) multiplisert med erfaringstal for sjukehusbygg. For eit nybygg er slike

enkle kostnadskalkylar truleg meir korrekte enn for eit ombyggingsprosjekt. Helse Førde-prosjektet er i stor grad ombyggingsareal, og det er difor gjennomført ein meir detaljert bygningskalkyle enn normalt for ein konsept prosjektfase.

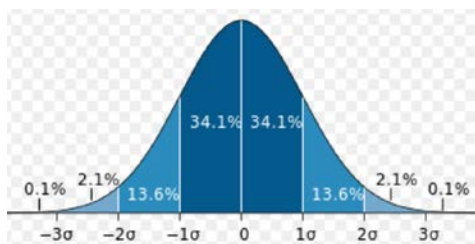
Kostnadsberekninga i prosjektet er gjort på grunnlag av spesifikke kalkylar, typekalkylar, som er knytt til definerte areal i BIM modellen og romdatabasen dRrofus på ein slik måte at dei kan knytast opp mot utbyggingsetappane. Dette gjev eit konkret og godt grunnlag for vidare vurdering forprosjektfasen.

### **Analyse og vurdering av faktorar som er usikre**

Prosjektet skal kalkulerast på ein slik måte at det er ein tryggleik på 85 prosent for at prosjektet kan gjennomførast innanfor kostnadsramma som blir etablert. Dette er definert som P85.

Det finst ikkje tilgjengeleg datagrunnlag for å definere standaravvik i erfaringsdata knytt til byggjekostnader. Marknadssituasjonen er ein vesentleg faktor som kan gje store utslag, og her kan vi få variasjon både på tidsaksen og innanfor ulike fagområde.

Det er i prosjektet valt ei tilnærming der vi definerer P85 som det estimatet rådgjevarbransjen reknar som forsvarleg tilrådd ramme for prosjektet i denne fasen. Med ei statistisk normalfordeling vil standardavvik vere 34,1 prosent av estimatet, og P85 vil for alle praktiske formål vere dette punktet i fordelinga.



Det er sett som parameter for arbeid med kalkylen i skisseprosjektet at uføresett og usikkerhetsmargin tilsaman i kalkylen skal setjast lik 15 prosent og at dette tilsvarer P85.

Det er i prosjektet lagt til grunn som hovudprinsipp at den som skildrar omfang og kalkulerer kostnaden, er den næraste til å vurdere uvissa.

Det er ikkje gjennomført omfattande usikkerheitsanalyse for å konstruere eit standardavvik på kalkylen i prosjektet, men vi har lagt stor vekt på å identifisere spesifikke løysingar som kan bidra til å redusere uvissa.

### **Kalkyle**

Kalkyle er utarbeidd med basis i kjende og relevante referansar saman med marknadsmessige vurderingar. Kalkylen er utarbeidd i 2015-kroner, og er komplett tilrådd budsjett inkludert alle prosjektkostnader med mva. Finanskostnader og byggjelånsrenter er ikkje inkluderte i kalkylane.

### Verksemd

Dagens verksemdsmessige tilbod og tenester er skildra i VMUP 2015. Førde sentralsjukehus har eit fylkesdekkande ansvar, og er den sentrale motoren i drift og utvikling av dei somatiske spesialisthelsetenestene i Sogn og Fjordane. Sjukehuset har eit omfattande poliklinisk-, dag- og døgntilbod innan kirurgi, medisin og medisinske støttetjenester. Sjukehuset har i tillegg lokalsjukehusfunksjonar for dei 13 kringliggande kommunane med om lag 50 000 innbyggjarar. Leiinga for avdelingane og klinikkane i Førde har ansvar for aktivitetane både på sentralsjukehuset og lokalsjukehusa, og samordna tenester for alle pasientar, med avtalte rutinar og ansvarstilhøve som sikrar rett behandling på rett nivå.

Førde sentralsjukehus har fødeavdeling og barneavdeling. Det er nært samarbeid med «God start»-einingane på lokalsjukehusa, som igjen er organiserte saman med kommunane rundt sjukehusa.

Dette tilbodet inneheld oppfølging av gravide under svangerskapet, følgjetenester ved fødsel og barseltilbod etter fødselen. Fødande frå Nordfjord som ikkje er i risikogruppene, kan velje å føde ved Volda sjukehus etter avtale mellom Helse Førde og Helse Midt RHF/Helse Møre og Romsdal.

I psykisk helsevern har Førde sentralsjukehus akuttpsykiatriske tenester. Vidare er det distriktpsikiatriske tilbod i Førde, Tronvik (Høyanger), Florø (berre poliklinikk), Sogndal og på Nordfjordeid. Tilsvarande har psykisk helsevern for barn og unge poliklinikkar på fire stader (Førde, Nordfjordeid, Sogndal og Florø), og ein døgnpost i Førde.

Som følgje av samhandlingsreforma er det etablert, eller under planlegging, interkommunale lokalmedisinske tenester i form av legevakt, legevaktsentral og øyeblikkeleg hjelp-senger ved Førde sentralsjukehus tilsvarande som ved dei to lokalsjukehusa.

### Bygg

Sentralt for vurdering av notilstand for eksisterande bygningsmasse ligg Multimap som blant anna syner tilstandsgrad og etterslep på vedlikehaldsbehov. Dette er ein omfattande rapport som vart laga av Multiconsult i 2011, og oppdatert i august 2015.

Rapporten frå Multiconsult syner eit samla vedlikehaldsetterslep på ca. 466 millionar kroner, det meste av dette relatert til teknisk oppgradering. BMUP skisserer ein plan det det vert henta inn 147 millionar som ekstra auke i vedlikehald i perioden 2016-2030. Dette vil saman med tiltaka i denne rapporten utgjere ein god plan for vidareutvikling av bygningsmassen ved FSS.

Alle eksisterande bygg innanfor området til sentralsjukehuset vil bli påverka av ein 1000-årsflaum. Det er ikkje registrert tilhøve som gjer det vanskeleg å satse på ei vidareutvikling av FSS, men kartlegging og risikovurdering av flaumtilhøva må inngå i det vidare arbeidet.

Det er gjennom signert avtale sikra tilgang til tomt vest for høgblokka, slik at framtidige planar for nybygg kan realiserast i dette området.

### Hovudutfordringar ved dagens løysing:

#### Psykisk helsevern:

Førde BUP får ikkje forlenga leigeavtalen og må ha nytt areal. Samlokalisering med ungdomsavdelinga i psykisk helse ved sentralsjukehuset er viktig for samhandling og bruk av tilsette på tvers og rekruttering .

Vaksenpsykiatrien har behov for 24 sengeplassar i distriktpsykiatrisk senter (DPS) med opptaksområdet for Sunnfjord og Ytre Sogn. I 2009 vart psykoseposten i Sunnfjord og Ytre Sogn lagt ned og flytta saman med den allmenne sengeposten i Førde i påvente av nybygg. Vi står difor i dag utan eit fullverdig tilbod til både psykosepasientar døgn - og allmenn sengepost DPS. Det er berre 14 sengeplassar i Førde og vi treng 24 sengeplassar for å kunne gje tilbodet som vi må gje i 2030. Eit nybygg vil gje oss høve til å samlokalisere psykisk helsevern for barn og unge, vaksne og somatikk. Nærleik og samarbeid med somatiske einingar er vesentleg for å få til heilskapleg pasientbehandling.

Små føretak som skal dekke ei breidde av spesialiserte behov, treng samlokalisering av fagressursar for å sikre kompetanse og utvikling.

Akuttposten på psykiatrisk klinikk har øyeblikkeleg hjelp-plikt og akuttinnleggingar frå heile Sogn og Fjordane/Helse Førde. Det er stor breidde i problemstilling/diagnose hos innlagde pasientar, og liggetida varierer med nokre timar til mange månader.

Posten er i dag ikkje tenleg for oppgåvene den skal løyse. Posten har 14 einerom/senger fordelte i ein lang korridor. Desse skal romme ulike pasientgrupper samtidig, t.d. eldre pasientar med demens, psykose, rus, maniar, alvorleg suicidalitet, sikkerheitsproblematikk og ungdom med sjølvskading. Dette er grupper som alle treng ro og trygge rammer rundt seg. Sengetalet i akuttposten må aukast frå 14 til 16 sengeplassar for å kunne ha kapasitet til å ta imot sikkerheitspasientar, og for å møte behovet i framtida. Helse Førde har det lågaste sengetalet for sjukehus for vaksne i landet med berre 14 sjukehusplassar i heile fylket. Det er av den grunn heilt nødvendig å styrke kapasiteten og funksjonsnivået på akuttposten med nybygg for å møte framtidige behov.

#### 1. Sikkerheit:

- Akutt døgn har ansvar for sikkerheitspasientar. Helse Førde har høve for gjesteplassar i Bergen, men det er og innleggingar i Førde, og i ein rehabiliteringsfase kan desse pasientane vere innlagde over tid. Lokala er ikkje tilpassa lengre opphald, då desse pasientane treng større areal. Med tanke på at vi skal ha ansvar for fleire sikkerheitspasientar, vil vi ikkje kunne gje behandling og rehabilitering i posten i dag utan eventuelt å stenge av delar av posten/ta ned sengetalet.
- Den lange korridoren med «krikar/krokar» er uoversiktleg og trang med tanke på å ha fleire pasientar med ustabile/utagerande problem innlagt.
- Posten har ØH-plikt som medfører innleggingar til alle døgnets tider, og med ulike problemstillingar. Pasientane og pårørande er ofte i ei krise. Det er ikkje alltid rom som passar for den enkelte pasient, og dei kjem for tett på kvarandre.
- Det er ikkje råd å skjerme pasientane over tid, slik sikkerheitspasientar og ein del andre pasientar treng. I dag blir dei skjerma på rom, men det er berre ei kortvarig løysing, og gjev meir uro og dårlegare behandling.
- Akuttposten har ikkje eigen inngang for akutt innlagte pasientar. Pasientane må først gjennom areal som både DPS og andre nyttar. Dette skapar uro hos dei andre pasientane. For pasientar i stor krise/akutt, er det også nedverdige å måtte gå forbi andre pasientar i ein krisesituasjon der dei kjem med t.d. politi eller ambulanse .
- Pasientar som må transporterast til somatikk, må i dag først gjennom fleire ventesonar (bl.a. psykiatrisk poliklinikk) for å komme til somatisk avdeling.

#### 2. Bygningmessige forhold

- Bygget treng rehabilitering. Glaskarmar, golv, dører og bad er utslitne/roteskada.
- Bada/romma er ikkje sikra etter dagens standard med tanke på pasientskade/suicidalitet.
- Det er trangt og uoversikteleg.
- Det er ikkje laga rom/dørpning med plass til standard sjukehusseng.
- Det er ikkje eigna rom/plass for belteseng.

- Romma er ikkje lydsikra. Pasientar med mykje lyd/uro vert lett høyrde i resten av posten, noko som fører til auka uro hos medpasientar og besøkande. Dette fører igjen til at dei ikkje alltid kan ta imot besøkande, eller må halde rom stengde for å skjerme noko for lyd.

«Møllerrapporten» har konkludert med at akuttposten ikkje fyller dagens krav.

#### Somatikk:

Poliklinikkane ligg i dag spreidde utover i plan 1, 2, og 3, samt i døgnpostar. Dei er kombinerte med kontorfunksjon, og har slik dårleg arealeffektivitet. Samtidig er behovet for polikliniske tenester venta å auke vesentleg framover. Ein ynskjer difor ei samling til ein felles, tverrfagleg poliklinikk der kontorfunksjonane blir plasserte ut i tilstøytande areal.

Operasjon har plassmangel og utfordringar knytt til tronge korridorar, urasjonelle forhold for depot/lager og mangelfulle garderobe/personalforhold. Storleiken på operasjonsstovene er vurdert for knappe, spesielt for ortopediske inngrep. Stovene imøtekjem ikkje føresetnadene om generalitet. Behovet for kontorarbeidsplassar er stort.

Intensivavsnittet handterer i dag intensiv- og overvåkningspasientar. Areal er ikkje tilpassa intensivverksemd, og mangler blant anna isolat og høve til skjerming for dei pasientgruppene som treng det. Det manglar og tenlege pasienttoalett.

Dagkirurgisk avdeling har det spesielt trangt, og har vanskelege inngangsforhold frå altangang i vestibule, utan universell tilkomst.

Sterilsentral har det trangt, og treng å oppgradere lokala mot vassinntrenging. For å kunne overta produksjon frå operasjonsavdelinga, vil areala måtte utvidast vesentleg.

Sengepostane manglar universell utforming på bad, og har få einsengsrom i dagens løysing. Det er og behov for meir lagerareal og arbeidsplassar, sidan det pågår mykje opplæring i postane.

Sengevask har i dag for lite areal og «fyller opp» 0-plan med reine og skitne senger. Dette er eit problem i høve til rømming og framkomst generelt.

#### Generelt

Utbygginga skal i særleg grad møte behova vi ser for å leggje til rette for behandling av fleire eldre og andre pasientar med samansette lidningar. Det skal også leggest til rette for betre samordning mellom somatikk og psykisk helsevern for alle pasientgrupper.

#### **Vernestatus**

I FSS-komplekset er delar av sentralsjukehuset og parkområdet verna etter kulturminnelova verneklasse 1 – det mest restriktive statlege vernet.

Vernestatus vil til ein viss grad styre utviklinga av eksisterande bygningsmasse. Det vil likevel ikkje ha avgjerande innverknad på framtidige planar, og i enkelte tilfelle vil dispensasjonssøknad vere aktuelt.

Vi viser vidare til «15.a Verneplan for Førde Sentralsjukehus, Riksantikvaren, 1999».



## Framskriving av aktivitet og kapasitetsbehov

### Somatikk

Framskriving av aktivitet byggjer på faktisk aktivitet i 2014. Framskrivinga skjer med grunnlag i ICD10-kodar som er brukt i verksemdsmessig utviklingsplan. Den er basert på framskriving av demografi. VMUP syner at ein vil kunne få tilleggsaktivitet som følgje av auka sjukdomsførekost ved at delen av eldre i befolkninga aukar. Utviklinga er usikker og vil mest sannsynleg ikkje følgje ei rein matematisk framskriving. I arbeid med VMUP har vi funne det vanskeleg å kvantifisere desse effektane, men har sett føre seg at ulike modererande effektar, som betra generell helsetilstand, betre behandlingsmetodar eller endra oppgåvefordeling, vil ha dempende effekt på venta auke. Det vil framover bli arbeidd med konkrete tiltak for å møte venta aktivitetsvekst. Tabellar med kvit bakgrunn for tala er reine framskrivingar utan korrigeringar. Når det er gjort korrigeringar i tala, så er bakgrunnen lys grå.

Framskrivinga gjev oss grunnlag for å vurdere på kva tenesteområde/fagområde/omsorgsnivå/region veksten vil komme.

### Framskriving av aktivitet totalt konsultasjonar utført i Helse Førde fordelt på tenesteområde.

Tjenesteområde	2014	2015	2020	2025	2030
10000 - Kirurgisk avdeling	12 242	12 399	13 218	14 100	15 048
11500 - Kjevekirurgisk avdeling	2 214	2 232	2 327	2 425	2 528
14000 - Ortopedisk avdeling	26 063	26 289	27 455	28 680	29 968
21000 - Øyre Nase Hals avdeling	14 112	14 284	15 184	16 150	17 188
22000 - Augeavdeling	9 257	9 402	10 167	11 002	11 915
24000 - Kvinneklubben	12 498	12 614	13 213	13 843	14 505
30000 - Medisinsk avdeling	31 747	32 227	34 763	37 544	40 599
36000 - Kreftavdeling	6 179	6 288	6 861	7 487	8 172
42000 - Hudpoliklinikk	17 037	17 203	18 060	18 961	19 910
43000 - Nevrologisk avdeling	5 587	5 654	6 007	6 386	6 796
44000 - Barneavdeling	6 452	6 512	6 823	7 151	7 498
45000 - Revmatologisk avdeling	6 297	6 364	6 711	7 077	7 464
52000 - Fysikalsk medisin og rehab	2 347	2 374	2 515	2 666	2 827
81000 - Avdeling for akuttmedisin	5 396	5 447	5 706	5 979	6 264
<b>Sum</b>	<b>157 428</b>	<b>159 291</b>	<b>169 010</b>	<b>179 452</b>	<b>190 683</b>

### Aktivitet fordelt på lokalitet:

#### Førde sentralsjukehus (FSS)

FSS	2014	2015	2020	2025	2030
10000 - Kirurgisk avdeling	10 840	10 977	11 695	12 466	13 295
11500 - Kjevekirurgisk avdeling	2 214	2 232	2 327	2 425	2 528
14000 - Ortopedisk avdeling	16 432	16 577	17 327	18 115	18 944
21000 - Øyre Nase Hals avdeling	13 468	13 632	14 490	15 411	16 400
22000 - Augeavdeling	9 257	9 402	10 167	11 002	11 915
24000 - Kvinneklubben	10 708	10 806	11 310	11 841	12 399
30000 - Medisinsk avdeling	17 115	17 369	18 707	20 166	21 761
36000 - Kreftavdeling	6 179	6 288	6 861	7 487	8 172
42000 - Hudpoliklinikk	7 596	7 671	8 060	8 469	8 901
43000 - Nevrologisk avdeling	5 343	5 408	5 748	6 114	6 510
44000 - Barneavdeling	5 321	5 371	5 628	5 900	6 188
45000 - Revmatologisk avdeling	6 171	6 237	6 576	6 935	7 314
52000 - Fysikalsk medisin og rehab	2 298	2 325	2 463	2 612	2 770
81000 - Avdeling for akuttmedisi	4 423	4 464	4 678	4 902	5 136
<b>Totalt FSS</b>	<b>117 365</b>	<b>118 760</b>	<b>126 037</b>	<b>133 846</b>	<b>142 232</b>

### Lærdal sjukehus (LSH)

LSH	2014	2015	2020	2025	2030
10000 - Kirurgisk avdeling	1 293	1 312	1 409	1 514	1 628
14000 - Ortopedisk avdeling	7 173	7 237	7 567	7 914	8 280
24000 - Kvinnekliviken	522	528	556	586	618
30000 - Medisinsk avdeling	5 783	5 882	6 405	6 984	7 626
42000 - Hudpoliklinikk	1 933	1 952	2 048	2 150	2 257
44000 - Barneavdeling	719	726	759	795	832
81000 - Avdeling for akuttmedisi	973	982	1 029	1 077	1 128
<b>Totalt LSH</b>	<b>18 396</b>	<b>18 617</b>	<b>19 773</b>	<b>21 020</b>	<b>22 369</b>

### Nordfjord sjukehus (NSH)

NSH	2014	2015	2020	2025	2030
10000 - Kirurgisk avdeling	109	110	115	120	125
14000 - Ortopedisk avdeling	2 458	2 475	2 561	2 651	2 744
21000 - Øyre Nase Hals avdeling	644	652	694	739	788
24000 - Kvinnekliviken	1 268	1 281	1 347	1 416	1 489
30000 - Medisinsk avdeling	7 990	8 107	8 726	9 407	10 158
42000 - Hudpoliklinikk	2 763	2 790	2 928	3 074	3 227
43000 - Nevrologisk avdeling	244	246	259	272	286
44000 - Barneavdeling	412	416	436	456	478
45000 - Revmatologisk avdeling	126	127	135	142	151
52000 - Fysikalsk medisin og reh:	49	49	52	54	57
<b>Totalt NSH</b>	<b>16 063</b>	<b>16 254</b>	<b>17 252</b>	<b>18 332</b>	<b>19 503</b>

### Florø

FLO	2014	2015	2020	2025	2030
30000 - Medisinsk avdeling	859	869	925	986	1 054
42000 - Hudpoliklinikk	2 692	2 718	2 851	2 991	3 139
<b>Totalt FLO</b>	<b>3 551</b>	<b>3 587</b>	<b>3 776</b>	<b>3 977</b>	<b>4 193</b>

### Sogndal

SO	2014	2015	2020	2025	2030
42000 - Hudpoliklinikk	2 053	2 072	2 172	2 277	2 387
<b>Totalt SO</b>	<b>2 053</b>	<b>2 072</b>	<b>2 172</b>	<b>2 277</b>	<b>2 387</b>

### Aktivitet fordelt på omsorgsnivå og behandlingsstadar

For å vurdere ressursbehovet ved dei ulike einingane, er den framskrivne aktiviteten fordelt på omsorgsnivå og behandlingsstadar. Utgangspunktet er fordelinga av aktivitet i 2014.

Døgn	2014	2015	2020	2025	2030
FSS	14 022	14 228	15 312	16 489	17 767
LSH	2 551	2 594	2 818	3 063	3 331
NSH	1 676	1 704	1 849	2 007	2 180
<b>SUM</b>	<b>18 249</b>	<b>18 525</b>	<b>19 979</b>	<b>21 559</b>	<b>23 278</b>

Dagkirurgi	2014	2015	2020	2025	2030
FSS	3 836	3 886	4 151	4 442	4 762
LSH	427	430	447	464	482
NSH	137	138	144	151	158
<b>SUM</b>	<b>4 403</b>	<b>4 458</b>	<b>4 745</b>	<b>5 060</b>	<b>5 405</b>

Dagkirurgi ved NSH legg opp til ca. 600 inngrep i året. I tabellen nedanfor er aktiviteten ved NSH teken opp med 450 frå 2015. Aktiviteten ved FSS er teken ned med 300 i same periode. Totalt er aktiviteten teken opp med 150, dette fordi vi reduserer ventelistene, gjer eigenbetalte inngrep (sterilisering) og ventar nokre gjestepasientar ved NSH.

Dagkirurgi	2014	2015	2020	2025	2030
FSS	3 836	3 736	3 851	4 142	4 462
LSH	427	430	447	464	482
NSH	137	438	594	601	608
<b>SUM</b>	<b>4 403</b>	<b>4 608</b>	<b>4 895</b>	<b>5 210</b>	<b>5 555</b>

Dagbehandling	2014	2015	2020	2025	2030
FSS	3 330	3 403	3 793	4 230	4 721
LSH	1 466	1 501	1 690	1 902	2 142
NSH	1 169	1 196	1 344	1 510	1 697
<b>SUM</b>	<b>5 965</b>	<b>6 100</b>	<b>6 826</b>	<b>7 642</b>	<b>8 560</b>

Poliklinikk	2014	2015	2020	2025	2030
FLO	3 549	3 585	3 774	3 975	4 190
FSS	96 177	97 243	102 782	108 685	114 982
LSH	13 952	14 092	14 818	15 591	16 414
NSH	13 081	13 215	13 915	14 664	15 469
SO	2 052	2 071	2 171	2 276	2 385
<b>SUM</b>	<b>128 811</b>	<b>130 207</b>	<b>137 460</b>	<b>145 191</b>	<b>153 440</b>

#### Poliklinisk behandling fordelt på tenesteområde

Poliklinikk for Helse Førde samla, fordelt på tenesteområde:

Poliklinisk aktivitet Helse Førde	2014	2015	2020	2025	2030
10000 - Kirurgisk avdeling	9 061	9 170	9 740	10 349	11 002
11500 - Kjevekirurgisk avdeling	2 178	2 196	2 289	2 386	2 486
14000 - Ortopedisk avdeling	21 461	21 633	22 514	23 436	24 399
21000 - Øyre Nase Hals avdeling	12 746	12 904	13 727	14 610	15 559
22000 - Augeavdeling	7 999	8 114	8 720	9 374	10 084
24000 - Kvinneklinikken	9 013	9 097	9 530	9 985	10 463
30000 - Medisinsk avdeling	19 823	20 060	21 303	22 645	24 100
36000 - Kreftavdeling	5 558	5 655	6 167	6 727	7 338
42000 - Hudpoliklinikk	17 017	17 183	18 038	18 938	19 886
43000 - Nevrologisk avdeling	4 322	4 369	4 615	4 877	5 158
44000 - Barneavdeling	5 720	5 770	6 029	6 300	6 586
45000 - Revmatologisk avdeling	6 240	6 306	6 648	7 008	7 389
52000 - Fysikalsk medisin og rehabilitering	2 277	2 302	2 435	2 576	2 726
81000 - Avdeling for akuttmedisin	5 396	5 447	5 706	5 979	6 264
<b>Totalsum</b>	<b>128 811</b>	<b>130 207</b>	<b>137 460</b>	<b>145 191</b>	<b>153 440</b>

Poliklinikk ved FSS fordelt på tenesteområde:

Poliklinisk aktivitet FSS	2014	2015	2020	2025	2030
10000 - Kirurgisk avdeling	7 920	8 013	8 499	9 019	9 575
11500 - Kjevekirurgisk avdeling	2 178	2 196	2 289	2 386	2 486
14000 - Ortopedisk avdeling	13 002	13 107	13 648	14 214	14 806
21000 - Øyre Nase Hals avdeling	12 106	12 256	13 037	13 876	14 776
22000 - Augeavdeling	7 999	8 114	8 720	9 374	10 084
24000 - Kvinneklinikken	7 751	7 823	8 196	8 588	9 000
30000 - Medisinsk avdeling	10 645	10 769	11 412	12 101	12 837
36000 - Kreftavdeling	5 558	5 655	6 167	6 727	7 338
42000 - Hudpoliklinikk	7 586	7 661	8 049	8 458	8 889
43000 - Nevrologisk avdeling	4 078	4 123	4 356	4 605	4 872
44000 - Barneavdeling	4 589	4 629	4 834	5 049	5 276
45000 - Revmatologisk avdeling	6 114	6 179	6 513	6 866	7 238
52000 - Fysikalsk medisin og rehabilitering	2 228	2 253	2 383	2 522	2 669
81000 - Avdeling for akuttmedisin	4 423	4 464	4 678	4 902	5 136
<b>Totalsum</b>	<b>96 177</b>	<b>97 243</b>	<b>102 782</b>	<b>108 685</b>	<b>114 982</b>

### Liggedøgn

Liggedøgn 2014 fordelt på tenesteområde og sjukehus.

Tenesteområde	FSS	LSH	NSH	Sum
10000 - Kirurgisk avdeling	7 864	202		8 066
14000 - Ortopedisk avdeling	11 330	4 800	13	16 143
21000 - Øyre Nase Hals avdeling	1 234			1 234
22000 - Augeavdeling	120			120
24000 - Kvinneklinikken	6 446	573	817	7 836
30000 - Medisinsk avdeling	13 832	3 582	5 513	22 927
36000 - Kreftavdeling	3 668			3 668
43000 - Nevrologisk avdeling	5 005			5 005
44000 - Barneavdeling	2 216			2 216
45000 - Revmatologisk avdeling	187			187
52000 - Fysikalsk medisin og rehabilitering	1 582			1 582
<b>Totalsum</b>	<b>53 484</b>	<b>9 157</b>	<b>6 343</b>	<b>68 984</b>

Fordeling av liggedøgn på stad, framskrive til 2030.

Sted	2014	2015	2020	2025	2030
FSS	53 484	54 309	58 650	63 377	68 528
LSH	9 157	9 304	10 080	10 923	11 841
NSH	6 343	6 451	7 022	7 647	8 330
<b>Sum</b>	<b>68 984</b>	<b>70 065</b>	<b>75 752</b>	<b>81 947</b>	<b>88 699</b>

Snitt vekst i perioden 2014 til 2030 er på 28,6 prosent. Det er framskriving på grunnlag av ICD10-koder VMU, vedlegg 1.

Tal senger

Sted	2014	2015	2020	2025	2030
FSS	185	185	185	191	191
LSH	36	36	36	36	36
NSH	22	22	22	25	26
<b>Sum</b>	<b>243</b>	<b>243</b>	<b>243</b>	<b>252</b>	<b>253</b>

Gult felt ved NSH viser at vi tek i bruk reservekapasitet ved sjukehuset. At vi brukar av reservekapasiteten kan gje behov for å endre noko på bemanninga.

Tal døgn det er pasient i sengene (snitt):

Sted	2014	2015	2020	2025	2030
FSS	289	294	317	332	359
LSH	254	258	280	303	329
NSH	288	293	319	306	320
<b>Sum</b>	<b>284</b>	<b>288</b>	<b>312</b>	<b>325</b>	<b>351</b>

Beleggsprosent gitt at vi kan bruke sengene 365 dagar i året utan å byggje nytt areal:

Sted	2014	2015	2020	2025	2030
FSS	79,2	80,4	86,9	90,9	98,3
LSH	69,7	70,8	76,7	83,1	90,1
NSH	79,0	80,3	87,4	83,8	87,8
<b>Sum</b>	<b>77,8</b>	<b>79,0</b>	<b>85,4</b>	<b>89,1</b>	<b>96,1</b>

Beleggsprosenten ved FSS er svært høg, spesielt i 2030, og tiltak må identifiserast.

### Fordeling av tal liggedøgn på pasientar som overnattar

Oversikten viser liggedøgn i kvar kategori. For eksempel vil ein pasient som ligg inne i fem dagar telje med fem i kolonna 2-7 dagar, og ein pasient som ligg inne i 20 dagar vil telje med 20 i kolonnen «over 14».

Fordeling av liggetider ved FSS 2014 fordelt på tenesteområde.

Tjenesteområde / Liggedager	1	2-7	8-14	over 14	Sum	Snitt
10000 - Kirurgisk avdeling	714	3 655	1 738	1 931	8 038	3,9
14000 - Ortopedisk avdeling	692	4 411	3 902	2 695	11 700	5,0
21000 - Øyre Nase Hals avdeling	723	423	47	40	1 233	1,4
22000 - Augeavdeling	32	68	20	-	120	2,2
24000 - Kvinneklinikken	550	5 365	385	136	6 436	2,9
30000 - Medisinsk avdeling	1 092	7 329	3 247	2 507	14 175	4,0
36000 - Kreftavdeling	100	1 397	1 044	1 323	3 864	6,3
43000 - Nevrologisk avdeling	291	2 768	1 202	798	5 059	4,2
44000 - Barneavdeling	325	752	495	726	2 298	3,7
45000 - Revmatologisk avdeling	22	89	76	14	201	3,8
52000 - Fysikalsk medisin og rehabilitering	-	39	108	1 449	1 596	22,8
<b>SUM</b>	<b>4 541</b>	<b>26 296</b>	<b>12 264</b>	<b>11 619</b>	<b>54 720</b>	<b>4,0</b>

Oppstillinga syner stor variasjon frå fagområde til fagområde. På lenger sikt bør det vere mogleg å redusere tal liggedøgn, om utgangspunktet er lik samansetjing av pasientane som i 2014. På den andre sida blir pasientane stadig eldre, noko som vil auke liggetida.

### Dialyse

Tal dialysar for 2014 er fordelt på kva sjukehus dei er behandla og kva region dei er busett.

2014	FSS	LSH	NSH	SUM
Gjest	16	4	1	21
Hordaland	77	1		78
Nordfjord	419		1 052	1 471
Sogn	36	1 352		1 388
Sunnfjord	2 054			2 054
ikkje spes	1			1
<b>SUM</b>	<b>2 603</b>	<b>1 357</b>	<b>1 053</b>	<b>5 013</b>

Oppstillinga syner at pasientane stort sett blir behandla i den regionen dei har registrert bustadadresse. Unntaket er at 28 prosent av «nordfjordpasientane» blir behandla i Førde.

### Framskriving dialyse fordelt på sjukehus.

Dialyse	2014	2015	2020	2025	2030
FSS	2 603	2 666	3 008	3 393	3 828
LSH	1 357	1 390	1 569	1 771	1 999
NSH	1 053	1 079	1 218	1 375	1 552
<b>Totalsum</b>	<b>5 013</b>	<b>5 136</b>	<b>5 795</b>	<b>6 539</b>	<b>7 379</b>

### Framskriving dialyse fordelt på region.

Dialyse	2014	2015	2020	2025	2030
Gjest	21	22	24	27	31
Hordaland	78	80	90	102	115
Nordfjord	1 471	1 507	1 699	1 915	2 160
Sogn	1 388	1 422	1 605	1 812	2 045
Sunnfjord	2 054	2 104	2 376	2 682	3 027
Ikkje spes	1	1	1	1	1
<b>Totalsum</b>	<b>5 013</b>	<b>5 136</b>	<b>5 795</b>	<b>6 539</b>	<b>7 379</b>

Veksten er på 47 prosent frå 2014 til 2030.

Tal dialysetolar er:

Tal stoler	2014	2015	2020	2025	2030
FSS	10	10	14	14	14
LSH	4	4	4	4	4
NSH	7	7	7	7	7
<b>Totalsum</b>	<b>21</b>	<b>21</b>	<b>25</b>	<b>25</b>	<b>25</b>

Tal behandlingar per stol (tal behandlingar / tal stolar)

Behandlinger/stol	2014	2015	2020	2025	2030
FSS	260	267	215	242	273
LSH	339	348	392	443	500
NSH	150	154	174	196	222
<b>Totalsum</b>	<b>239</b>	<b>245</b>	<b>232</b>	<b>262</b>	<b>295</b>

Tal behandlingar per stol per dag.

tal pr dag(312)	2014	2015	2020	2025	2030
FSS	0,83	0,85	0,69	0,78	0,88
LSH	1,09	1,11	1,26	1,42	1,60
NSH	0,48	0,49	0,56	0,63	0,71
<b>Totalsum</b>	<b>0,77</b>	<b>0,78</b>	<b>0,74</b>	<b>0,84</b>	<b>0,95</b>

Det er berekna 312 dagar per år, dvs. 52 veker multiplisert med 6 dagar.

Oppstillinga syner at FSS og NSH har under ei behandling per dag, medan LSH ligg over ei per dag for heile perioden. Avdelinga i Førde melder om venta auke i aktivitet som følgje av eldrebølgja, og eit samla behov på 15 plassar inklusive to isolat. Denne pasientgruppa brukar mykje av tida si på å gå i behandling, og lokale med mykje vindauge, lys og luft er difor vektlagt i arealplanen.

### Framskriving psykisk helsevern og rustenester

Aktivitetsdata for psykisk helsevern vert nasjonalt ikkje rapportert på same måte som for somatikken. Det har generelt vore endå meir utfordrande enn for somatikken å finne berekningsgrunnlag for framtidig utvikling innan dette området.

Psykisk helsevern i Helse Førde har det mest desentraliserte psykiske helsevernet i landet målt i prosent av opphaldsdøgn på DPS, med 74 prosent i 2013 mot 40 prosent som landsgjennomsnitt. Vi skal i den vidare utviklinga halde på den desentraliserte modellen.

Det skal i prosjektet leggst til grunn at følgjande behov må stettast: Erstatte kapasitet der det i dag er leigeavtale i eksterne lokale for poliklinikken Førde BUP (barn og unge)

- Betra funksjonalitet for DPS døgn i Førde

- Betra funksjonalitet for akutt døgn i Førde (inkludert areal for sikkerheitspasientar)
- DPS dag (poliklinikk og ambulante tenester) i Førde

Framskrivingsgrunnlag frå VMUP ligg som referanse for kapasitet, men er ikkje splitta på behandlingsstadar. Dette grunnlaget fungerer som ein referanse, og vi må i den kapasitetsmessige vurderinga leggje til grunn at psykiatrisk avdeling vurderer denne referansen saman med tankar rundt framtidig utvikling og driftsmodellar.

Kapasitetsvurderingar i psykiatrisk avdeling har konkludert med å oppretthalde kapasiteten som er i Førde i dag, og i tillegg inkludere areal for to tryggleikspasientar.

### Kvalitetssikring og risiko – analyse av uvisse

Det er i prosjektet ikkje gjennomført analyse av uvisse med omsyn til kostnadskalkylen, jamfør metodeskildring i kapittel 3.

Prosjektet si tilnærming for risikoreduserande tiltak i høve til kostnadsutvikling er knytt til den spesifikke arbeidsmetodikken som er vald:

- Identifisere funksjonar som er kostnadskrevjande å flytte – prøve å unngå å flytte desse
- Gjennomgang av tekniske installasjonar – identifisert oppgraderingsbehov - dette blir del av designramma
- Forslag til nye tekniske areal blir sett av før planarbeid for omdisponering startar opp
- DFP og SPR blir gjennomført som ein repetert prosess der ein prøver å utnytte eksisterande bygg på ein optimal måte
- Transparent og etterprøvbar kalkyle utarbeidd i dRofus

Grunnlag for neste fase, forprosjektfasen, er nedfelt i verktøya IM og dRofus slik at det blir ein målretta prosess vidare. Her kan ein byggje på arbeidet frå konseptfasen og identifisere risikoområde og veikskapar frå konseptfasen.

Utover dette ser vi nokre hovudutfordringar/ risikoar i prosjektet:

Gjennomføring av ombygging under drift. Arealmessig er dette søkt teke i vare ved å starte med nybygg, flytte ut funksjonar i nye areal og deretter byggje om i frigjevne areal. Det vil likevel bli utfordringar med støy, støv og logistikk inn og ut av ombyggingareal som må ivaretakast. Dette kan og i periodar komme til å påverke drifta ved sjukehuset, slik at vi må tilpasse produksjonen, eventuelt flytte pasientbehandling til lokalsjukehusa. God dialog mellom prosjektet og brukarane er sentralt for å få desse konsekvensane reduserte til eit minimum, og det vil bli laga eigen plan for kommunikasjon i forprosjektfase.

- Økonomiske konsekvensar for drifta som følgje av ombygging og kostnader til flytting. Dette er ikkje teke inn i dei økonomiske modellane, men inngår i usikkerheitsanalysen.
- Kapasitetsbehov kan bli annleis enn det som ligg inne i framskrivingar. Her er det ein fordel at prosjektet skal planleggast og gjennomførast over 9 år. Ein kan då gjere tilpassingar undervegs i høve til både kapasitet og ambisjonsnivå oppimot endra føresetnader.

Omfang og spesielle tilhøve elles er kommenterte i skisseprosjektet, som ligg til grunn for den kalkylen som er utarbeidd og kvalitetssikra av fleire aktørar. Grunnlagsdata for kalkyle er basis i relevante erfaringsdata og lokal marknadskunnskap innanfor dei ulike faga angitt som 2015 kroner.

## Del II: Utgreiing av alternativ

### Alternative verksemdsmodellar FSS

I samsvar med mandat frå idéfase skulle det utgreiast 3 alternativ:

- Alternativ 1: «Arealplan FSS»
- Alternativ 2: «0-alternativet» (vidareføre dagens bygningsstruktur)
- Alternativ 3: «Nytt sjukehus»

Vi ser alternativ 1 som det mest aktuelle alternativet, og vil utgreie dei to andre alternativa (0-alternativ og nybygg) opp mot dette. Hovudfunksjonsprogram (HFP), delfunksjonsprogram (DFP), overordna teknisk program (OTP), hovudprogram utstyr (HPR) og skisseprosjekt (SPR) blir dermed vurdert med fokus på endringar opp mot alternativ 1. Økonomisk analyse og vurdering blir derimot gjort sjølvstendig for kvart av alternativa.

### Alternativ 1 – «Arealplan FSS»

Alternativ 1 omfattar planmessig ombygging av FSS i hovudsak i samsvar med idéfasedokumentet «Arealplan – Utviklingsplan for Førde sentralsjukehus» (Møllerrapporten), utarbeidd i mai 2013. Desse planane er vidareutvikla i konseptfasen til skisseprosjekt med nye, reviderte arealplanar.

Berekningar av framtidig trong for kapasitet ved Førde Sentralsjukehus syner ein viss auke i behov for tal ordinære senger og ein auke i poliklinisk og ambulant aktivitet. Endringar i bygningsmassen må ta omsyn til denne omstillinga, men må også ivareta behovet for fleksibilitet i bygningsmassen slik at framtidige funksjonsendringar kan gjerast med minst mogeleg ombygging. Utover dette skal delar av bygningsmassen ved FSS oppgraderast for effektiv sjukehusdrift no og i framtida.

#### **Somatikk**

Utfordringane ved AAM og poliklinikkane har prioritet i arealplanen. For å kunne gjere tiltak i sentralblokka må vi ha avlastningsareal. Dette arealet er planlagt i to etasjar i Bygg aust, og nye kontorlokale i eksisterande psykiatribygg. Dette gjev høve til å omstrukturere AAM i 2. etasje og poliklinikkene i 1. etasje.

Operasjonsavdeling, sterilsentral, dagkirurgisk eining og intensivavdeling skal utvidast. Dette blir gjort ved å flytte kontor til nye lokale i ombygd psykiatribygg, tilbygg av to nye operasjons stover i 2. etasje og ei utviding for sterilsentralen under AMK-tilbygget. Desse bygningsmessige endringane medfører organisatoriske endringar i drifta av OP og sterilsentral.

Poliklinikkane blir i all hovudsak samla i 1. etasje med felles polikliniske rom og undersøkingsrom. Nye prinsipp for bruk av areal, kombinert med utvida opningstider fangar opp dagens kapasitetsutfordringar og aktivitetsvekst i framtida.

Sengepostane i høgblokka skal omorganisast til sengetun i ein felles sengepost og gjerast om til fleire einsengsrom kombinert med tresengsrom. Med den føreslegne inndelinga vil vi kunne etablere einsengsrom tilsvarande ca. 30 prosent av sengemassen, herunder også fleire kontaktsmitteisolat. Saman med 14 senger i ein nyetablert observasjonssengepost ved akuttmottaket, blir det totalt ca. 177 somatiske senger i framtida. Det er også planlagt 47 senger i reserve (på ein- og tresengsrom) til pårørande og eventuelt ekstra sengebehov.



Legevakt og framtidig utvida kommunalt tilbod med overgrepsmottak og observasjonssenger blir samla i eit lokalmedisinsk senter utanfor sjukehuset og i regi av kommunane.

Akuttmottaket er planlagt utvida og styrka med ny post for diagnostikk og observasjon. Saman med ein ny driftsmodell som styrkjer kompetansen i akuttmottak, vil dette avlaste sengepostane og gje betre tilbod til akutte pasientar.

### **Psykisk helsevern**

Styrking av psykisk helsevern er høgt prioritert. Arealplanen planlegg eit felles nybygg for psykisk helsevern for vaksne og barn/unge, som dermed får betre tilrettelagte og meir framtidretta lokale. Dagens bygg vil i framtida bli nytta til pasienthotell i kombinasjon med administrasjonsbygg. Dagens pasienthotell må ut av høgblokka, og administrasjonen blir samla ved sjukehuset i staden for i fjerntliggande leigeareal som i dag.

### Alternativ 2 – «0 –alternativet».

Alternativ 2 tilsvarar alternativ 1, men utan nybygg for psykisk helsevern. Sidan eksisterande bygg då framleis vil bli brukt til dagens formål, vil ein ikkje kunne byggje om desse til kontorareal og sjukehushotell. Sjukehushotellfunksjon og kontorbehov må då løysast med å leige hotellrom og kontorlokale. Ein får slik ikkje samlokalisert desse funksjonane med sjukehuset, og får ineffektiv drift med administrasjonen lokalisert 3 km frå sjukehuset.

Nybygg for psykisk helsevern for barn og unge er teke med, sidan leigeavtalen her går ut og ein må ha nye lokale. Desse må truleg byggast anten av Helse Førde eller annan utleigar i Førde. Ein reknar difor det som truleg at den beste økonomiske løysinga er å byggje sjølv, i tilknytning til Førde sentralsjukehus ved ungdomspsykiatrisk klinikk.

### Alternativ 3 – «Nytt sjukehus»

Idéfaserapporten definerer eit tredje alternativ som skal utgreiast i konseptfasen, heilt nytt sjukehus på ny tomt.

Idéfaserapporten utdjuvar nærare at «...alternativ 3 kan handsamast analytisk på overordna nivå utan konkretisering av romløysingar, dersom alternativa framstår som lite aktuelle.»

Alternativet framstår som lite aktuelt, og vi har i konseptfasen ikkje gjennomført fullstendig tankerekke i høve til driftsmodell. Med dei føringane som ligg inne på strukturval, kan vi ikkje sjå at det er mogeleg å effektivisere nok til å forsvare den store differansen i kostnad i høve til dei andre alternativa.

### Organisasjonsutvikling og vidareføring av prosess

I verksemdsmessig utviklingsplan er det gitt strategiske utviklingsområde for organisasjonen.

Det vil vere naudsynt å designe og gjennomføre organisatoriske utviklingsprosessar for å oppnå dei mål som er sett. Prosessane involverer personell, leing og tillitsvalde på alle nivå. Per i dag er det vanskeleg å seie nøyaktig korleis utviklingsarbeidet vil påverke organisasjonen. Det vil bli arbeidd med å endre og tilpasse oppgåveløysinga til dei krava ein ser kjem, med at vi skal skape pasientens helseteneste.

Samordning av inntaksfunksjonar, felles mottak av pasientar og fleirfagleg tilnærming i mottak, poliklinikk og sengepost krev nye arbeidsprosessar og opplæring av personell.

Ny organisering av pasientforløp og meir samordna behandling av fellespasientar mellom somatikk og psykisk helsevern.

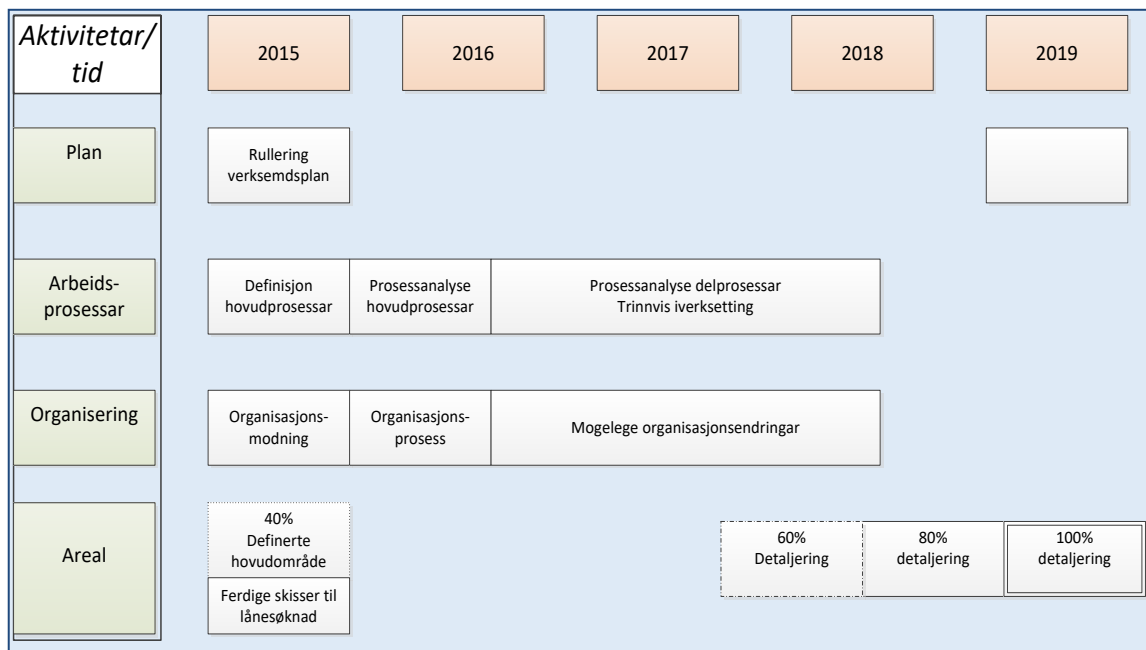
Betre samordning skal bidra til at færre pasientar med samansette lidingar må tilvisast fleire gonger, og føre til at ulike fagområde i fellesskap greier ut pasientar.

Det skal arbeidast aktivt med tenesteutvikling, tenesteinnovasjon og tenestedesign for å oppnå strategien og styrke kvaliteten på tenestene. Aktivitetsveksten skal møtast ved å oppnå kort ventetid og utgreiingstid, rett liggetid, styrka poliklinisk arbeid, og gjennom opplæring, undervisning og rådgjeving til kommunar og pasientar/pårørande.

Føremona med Førde sentralsjukehus er at både psykisk helsevern og somatiske tenester vil bli lokalisert på eit relativt lite område, med alle tenester fysisk tett på kvarandre. Framfor å byggje opp parallelle system, ser ein på løysingar som gjer at samla kapasitet og kompetanse kan nyttast best mogleg innan venta ramme.

Det er i dag uråd å skildre framtidige organisatoriske konsekvensar i detalj, av di dei ovannemnde prosessane vil ta tid og gje mange ulike endringar. Vi har skissert opp eit vegkart fram mot 2019 som inneheld både rullering av verksemdsmessig utviklingsplan, arbeid med hovudprosessar i organisasjonen og iverksetjing av desse, og det vi har kalla «organisasjonsmessig modning», det vil seie arbeid med å tilpasse dei organisatoriske strukturane, kompetansen og dei personellmessige ressursane til nye arbeidsmåtar.

Figur: Vegkart for realisering av utviklingsplan



## Alternativ 1 – «Arealplan FSS»

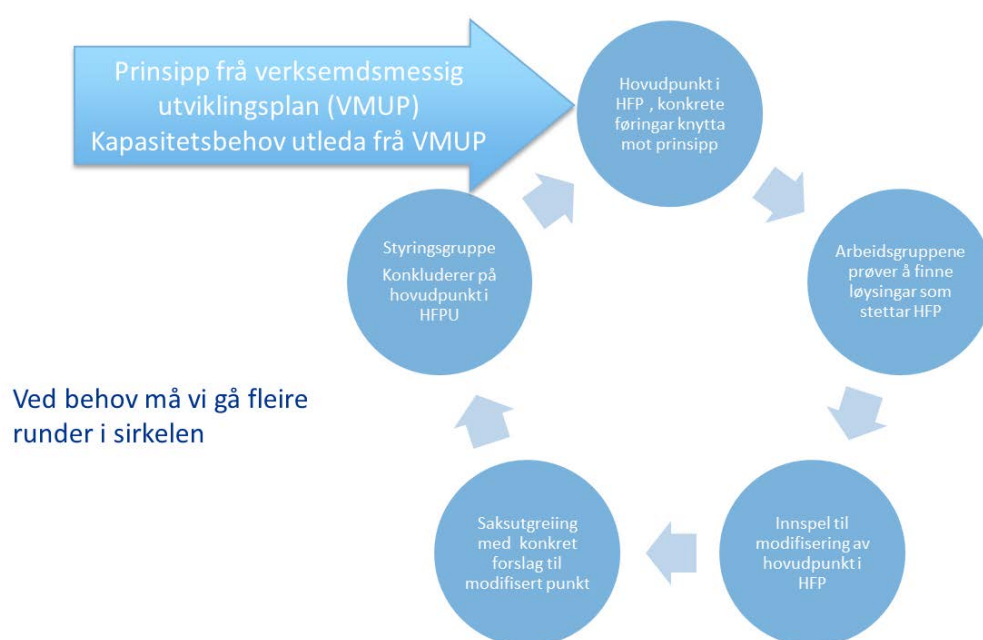
Alternativet er å rekne som eit «nullalternativ» for FSS med eit tillegg for nybygg vaksenpsykiatri.

## Hovudfunksjonsprogram (HFP)

### Strategisk retning

I VMUP 2015 er det peika kva retning føretaket skal gå i. Gjennom tilbakemeldingar frå dei ulike fagområda i prosessen med Konseptfase arealplan FSS ser vi eit felles ønskje om ny organisering innan delar av helsetilbodet som samsvarar med dette.

Arbeidet med utvikling av HFP har vore ein iterativ prosess som etter prinsipp som vist i figuren nedanfor:



I Idéfaseen vart det gjort ein grundig gjennomgang av framskrivingar av aktivitet på dei ulike fagområda og avdelingane ved sjukehuset. Vi har teke utgangspunkt i desse framskrivingane i det vidare arbeidet med arealplanen og kontrollert planlagde kapasitetar opp mot demografiske framskrivingar i 2015 for FSS, ref. kapittel 5 i arealplan, saman med føringar frå VMUP. Dersom det er vesentlege avvik i høve til tidlegare framskrivingar, er dette kommentert spesielt, elles samsvarer framskrivingane i all hovudsak med tala i Idéfase-rapporten.

### Sengekapasitet

Vi ønskjer å utvikle sengeavdelinga ved FSS i retning av større del einsengsrom og ombygging av bad, slik at sterkt pleietrengande kan hjelpast på ein god måte med tilrettelagde arbeidsforhold for pleiepersonell. Dette skal, så langt råd er, løysast innanfor den bygningsmassen som vi har i dag. Det vert skapt større kapasitet og fleksibilitet for senger i høgblokka ved å ta ut dag- og poliklinikk-aktivitetar. I forprosjektfasen må vi vurdere kor mange einsengsrom vi kan byggje og samstundes ha tilstrekkeleg kapasitet.

FSS skal utviklast i retning av felles sengepost som gjev grunnlag for høg utnyttingsgrad og effektiv utnytting av bemanning. Dette er eit organisasjonsprosjekt som må arbeidast vidare med i prosessen.

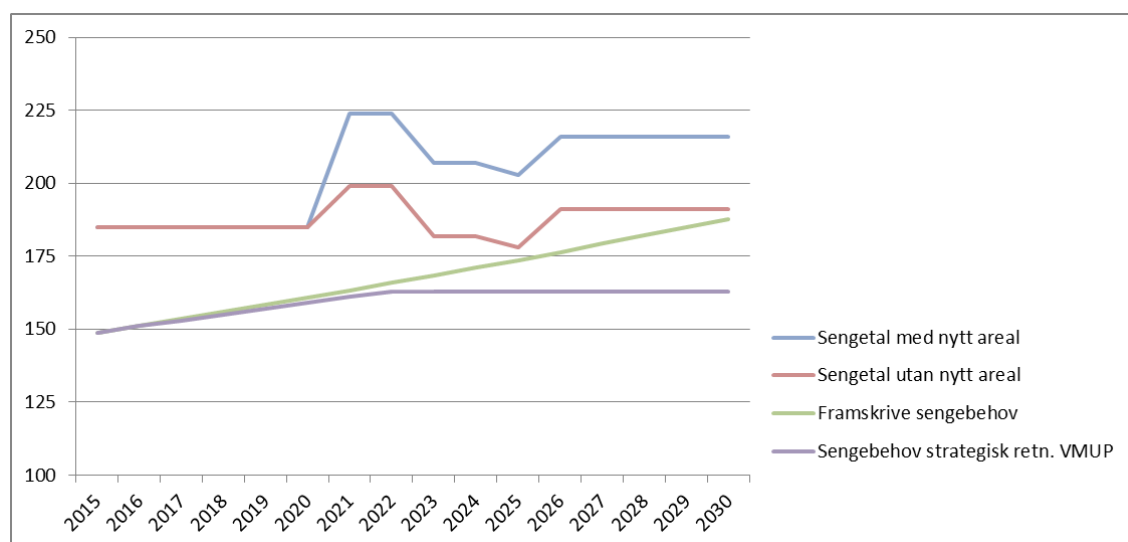
Talet senger i sengepost blir redusert frå 185 senger i dag til 177 etter ombygging. I tillegg kjem 14 senger i ny OBS-post, så totalt blir dette 191 senger i eksisterande areal ved FSS. Frå framskrivinga i kapittel 5 kan vi hente følgjande tabell:

Beleggsprosent gitt at ein kan nytte sengene 365 dagar i året utan å byggje nytt areal:

Sted	2014	2015	2020	2025	2030
FSS	79,2	80,4	86,9	90,9	98,3
LSH	69,7	70,8	76,7	83,1	90,1
NSH	79,0	80,3	87,4	83,8	87,8
<b>Sum</b>	<b>77,8</b>	<b>79,0</b>	<b>85,4</b>	<b>89,1</b>	<b>96,1</b>

Det vil vere tilstrekkeleg kapasitet dei næraste åra, men vi ser at beleggsprosenten er høg ved alle sjukehusa og spesielt ved FSS i 2030. Dette kan løysast ved at vi i prosessen vidare arbeider med strategisk retning og modererande faktorar frå VMUP, eller at vi aukar kapasiteten ved å bygg nytt areal.

Etablering av observasjonspost og ombyggingsarbeid i sengepostane vil påverke tilgjengeleg sengekapasitet i perioden, saman med tidspunkt for val om utbygging, og med ulike scenario kan vi få utvikling som vist grafisk:



Det er i framstillinga lagt til grunn at strategisk retning og modifierande faktorar frå VMUP skal kunne redusere det framskrive sengebehovet i 2030 frå 188 senger til 163 senger. Dette vil i tilfelle gje ein beleggsprosent i 2030 på 85 prosent utan utbygging av nytt sengeareal.

Dersom ein legg til grunn rein framskriving av sengebehov, vil ein i 2030 ha ein beleggprosent på 87 prosent når det nye arealet, ein etasje over BUP, er lagt inn med ein auka sengekapasitet med 25 senger, frå 191 til 216.

I slutfasen av konseptfasen har vi valt å leggje til grunn at auka sengekapasitet må takast inn i prosjektet no. Behov for sengekapasitet må verifiserast i prosessen vidare i høve til utvikling av beleggprosent og handlingsplanar som blir etablert på basis av VMUP.

Det nye sengearealet, i vedlegg omtalt som kontoretasje over BUP, skal kunne utviklast til 25 einsengsrom. Med ei slik utbygging vil graden av einsengsrom auke frå 30 prosent til 39 prosent.

Det er i tillegg ein buffer i ombygd sengepost der einsengsrom t.d. kan nyttast til tosengsrom i ein periode. Total fleksibilitet ved FSS, etter utbygging av ny sengeetasje, kan representere 59 +25 senger.

## Observasjonspost

Observasjonspost ved akuttmottaket er planlagt med 14 senger. Dette er eit praktisk tal i høve til kva vi har funne plass til, og er ei seng mindre enn framlegget i idéfasen.

## Poliklinikk

Vi skal ved FSS utvikle poliklinikken i retning av fleirfaglege poliklinikkar med effektive pasientforløp. Strategisk retning er generelle og felles behandlingsrom med høg utnyttingsgrad. Prosessen med å finne løysingar har vore forankra inn mot tenestemråde og at alle tenestemråde skulle sjå løysingar for sin avdeling.

Frå kapittel 5 kan vi hente følgjande oversikt:

Poliklinikk	2014	2015	2020	2025	2030
FLO	3 549	3 585	3 774	3 975	4 190
FSS	96 177	97 243	102 782	108 685	114 982
LSH	13 952	14 092	14 818	15 591	16 414
NSH	13 081	13 215	13 915	14 664	15 469
SO	2 052	2 071	2 171	2 276	2 385
<b>SUM</b>	<b>128 811</b>	<b>130 207</b>	<b>137 460</b>	<b>145 191</b>	<b>153 440</b>

Behandlingsrom i poliklinikk er ei blanding av spesialrom og generelle rom som kan nyttast av fleire tenestemråde. FSS er eit lite sjukehus med stor breidde i poliklinisk tenestetilbod, og mange praktiske tilhøve spelar inn ved vurdering av effektiv driftstid og utnytting av spesialrom. Definerings av tal rom innanfor dei ulike tenestemråda har difor vore gjennomført i ein prosess der dei ulike avdelingane har vore sterkt medverkande.

Tabellen nedanfor viser at kapasitetsframskrivinga til 2030 for FSS er godt ivareteke totalt slik løysingane no ligg inne i prosjektet. Revurdering og verifisering av effektiv driftstid, organisatoriske tiltak og tverrfagleg utnytting på generelle rom, samt bruk av spesialrom må inn som sentral aktivitet i den vidare prosessen med forprosjektet, og dette kan gi auka opningstid og reduksjon i tal behandlingsrom .

Aktivitet	Dagar pr år	Opningstid timar	Rom totalt	Spesialrom	Minutt pr kons.
114 982	235	4	135	41	46

Tabellen illustrerer kapasitetstilhøve utan å leggje til for dagbehandling eller trekke frå for behandlingar som skjer i spesialrom.

## Operasjon og postoperativ overvaking

Det er i dag svært tronge tilhøve ved operasjonsavdelinga. I tillegg viser berekningane aukande behov for stasjonære og dagkirurgiske operasjonar. For å kunne ivareta strategisk retning for dagkirurgi, har AAM gjeve frå seg areal til denne funksjonen, og samtidig fått utvida med to nye operasjonsstover.

Det er definert fire hovudtiltak:

Auka produksjon og lagring av sterilgods i sterilsentralen.

Betra opptaksområde for pasientar til dagkirurgi.

Utviding av operasjonsfløyen til i alt ni operasjonsstover for å få god logistikk og god utnytting av operatør, og få behandla fleire pasientar, derav fire til dagkirurgi. Dette er ein ytterlegare auke i høve til idéfaserapporten som følgje av auka framskrivingar i aktivitet på dagkirurgi.

Tilpassing av samla oppvåkingskapasitet/tal senger til 18 plassar. Vi bør arbeide for å auke dette noko i neste fase.

Operasjonsareal er svært dyre areal å byggje ut, og det er mange utfordringar knytt til utbygging av kapasitet når ein på same tid har drift på eksisterande areal.

Under arbeidet med konseptfasen er mange spørsmål ikkje blitt svara ut, og desse høyrer naturleg heime i neste fase. Med den kapasiteten og dei tiltaka som er definert inn i konseptfasen, har vi ei ramme for neste fase som gjer oss trygge på at vi skal kunne optimalisere løysingane for dette tenestområdet.

## **Dialyse**

Som grunnlag for kapasitetsvurdering nyttar vi 312 dagar per år, dvs. 52 veker multiplisert med seks dagar.

Det er i prosjektet lagt til grunn 14 stolar, og med ei behandling per dag per stol får vi i 2030 ei kapasitetsutnytting på 88 prosent.

## **Sjukehus hotell og administrasjon**

Eksisterande lokale for psykisk helsevern for vaksne, skal byggast om til sjukehus hotell og kontor for administrasjon.

Kapasitet for sjukehus hotellet er bestemt ut frå ei praktisk vurdering av kor mykje av arealet i eksisterande bygningsmasse ein vil prioritere inn mot dette området, og resterande kapasitet må leigast inn frå hotell i Førde sentrum. Vi får på denne måten stetta behovet for nærleik for delar av kapasitetsbehovet.

Etter vurdering av bygningsmessige alternativ i bygg 2 omfattar romprogrammet for sjukehotellet:

- 14 einerom med bad
- Ni dobbeltrom med universelt tilgjengeleg bad
- Opphaldsrom for gjester og pårørande
- Støtterom for reinhald, vask, reint lager/tøy, utstyrslager

Hovudmålet med å samle administrasjonen i bygg 2 er å redusere innleigd areal i helseføretaket og dermed driftsutgifter, samt redusere reisetider og effektivisere drifta. I tillegg er det eit mål å samle administrasjon og undervisningsaktivitetar i bygg 2 for å frigjere areal i sentralblokka til kliniske kjerneoppgåver.

Totalt er det definert inn behov for 199 kontorarbeidsplassar for eigne tilsette i Helse Førde, og 32 arbeidsplassar for utleigeareal. Behovet skal stettast med ein kombinasjon av cellekontor og felleskontor berekna ut frå dialog med arbeidsgrupper og utifrå praktiske alternativ i eksisterande bygg.

Det var i den innleiande fasen lagt inn svært høg ombyggingsgrad for å utnytte arealet maksimalt. I dei avsluttande vurderingar rundt økonomisk handlingsrom er det tilrådd at ombyggingsgraden skal reduserast. Overslag viser at ein får då plass til 170 arbeidsplassar, eit møtesenter med tre store møterom og sjukehotellet med kapasitet til 32 plassar ved at eksisterande pasientrom blir utnytta.

Delfunksjonsprogram og skisseprosjekt ligg inne med skildring utan endringa som er skissert ovanfor, og den vidare detaljeringa av dette må skje i neste fase. Konsekvensen kan bli framleis leige av noko kontorlokale. I samband med optimalisering av funksjonane i sjukehuset i forprosjektfasen, kan det likevel vere at vi finn løysingar for delar av manglande kontorkapasitet.

## **Psykisk helsevern**

Helse Førde skal arbeide målretta for å samordne tenester for somatikk og psykisk helsevern betre enn i dag. Dei nye areala for psykisk helsevern skal tilretteleggast slik at dei kjem tett på somatikken, og vi skal ha flyt mellom somatikk og psykisk helsevern under tak eller i lukka korridorar.

Kapasitetsvurderingar som gjeld i psykisk helsevern i Førde tilseier å oppretthalde den kapasiteten som er i Førde i dag, og i tillegg inkludere areal for to tryggleikspasientar.

### **Driftsmodell**

I samband med framskriving av kapasitet på tenestoområde, er det gjennomført drøftingar med dei ulike områda for å identifisere korleis dei planlagde endringane vil påverke drifta. Det er mange praktiske omsyn å ta, og målet med prosessen var at ein skulle identifisere kva produksjonsvolum som medfører auke i tal stillingar.

Den generelle statusen frå denne gjennomgangen er at organisasjonen vil kunne handtere veksten utan å auke bemanning/kostnadsnivå meir enn det som blir kompensert gjennom auka DRG-inntekt.

Vi må i prosessen vidare arbeide for å verifisere at vi drifts- og personalmessig kan handtere volumauken innanfor dei styrande inntektsrammene.

### **Overordna teknisk program (OTP)**

Vi har vald ein litt annan prosess enn rettleiaren legg opp til, sidan hovuddelen av prosjektet ikkje er eit nybygg, og ein må forhalde seg til eksisterande areal. Vi går difor direkte på dei spesifikke behova, og har avsett areal til tekniske installasjonar i eksisterande sjukehus før arkitekt startar opp sitt detaljarbeid.

15 års levetid på tekniske installasjonar er lagt til grunn for opprustingsarbeidet av eksisterande bygg, dette for at ein i større grad skal kunne ta ut restlevetid på eksisterande anlegg.

Tekniske installasjonar for psykiatribygget er vurdert ut frå arealmessige betraktningar og normer/referansar for denne typen bygg og vi har vurdert dette som tilstrekkeleg for denne fasen.

Nødstrømsanlegg, som tidlegare er utbygd med nye dieselaggregat, vert vidare utbygd med redundante UPS- anlegg (avbrottsfri strømforsyning) som tilfredsstillar dagens krav frå Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap (DSB). Dette er ein vesentleg del av opprusting innanfor elektro og var ikkje vurdert i samband med idéfasen.

### **Hovudprogram utstyr (HPU)**

Vi har valt ein litt annan prosess enn rettleiaren legg opp til, sidan hovuddelen av prosjektet ikkje er eit nybygg, og ein må forhalde seg til eksisterande areal med ombygging av enkelte funksjonar. Vi går difor direkte på dei spesifikke behova, og har vurdert gjenbruksgrad og behov for nykjøp av utstyr.

Det har i prosjektet vore etablert eit klart skilje mellom ulike typar utstyr, slik at desse er kome med i dei respektive kalkylane:

- MTU – Medisinteknisk utstyr som er definert og kalkulert av MTA ved FSS med koordinering mot øvrig budsjett for innkjøp av MTU utanfor prosjektet.
- GRU – Bygningsrelatert grunn utstyr/faste installasjon som er definert og kalkulert av arkitekt og tekniske rådgjevarar.
- INV – Laust inventar som er definert av arkitekt.

## Delfunksjonsprogram (DFP)

### For FSS Hovudblokk

Delfunksjonsprogrammet er omfattande og kan lesast i sin heilskap i vedlegg 2, men vi har i rapporten teke inn oversyn som viser funksjonsendringar i eksisterande bygg.

Plan 0 har følgjande avdelingar/funksjonar :

Funksjonsendrings - oversikt			
Før endring	Plan frå idéfase	Plan SPR	Endring
Lager/Arkiv	Lager/Arkiv	Forsyning Arkiv	Samlokalisering steril sentral Reduksjon i areal
Teknisk	Teknisk	Teknisk	Nye tekniske rom
Transport	Transport	Transport	Ingen
Sterilsentral	Sterilsentral	Sterilsentral	Funksjon / areal
Kapell	Kapell	Kapell	Ingen
Sentralgarderobe	Sentralgarderobe	Sentralgarderobe	Auka kapasitet
Sentralkjøkken	Sentralkjøkken	Sentralkjøkken	Kokkegarderobe
Sengevask	Desentralisert	Sentralisert	Areal
Obduksjon	Obduksjon	Obduksjon	Ingen
Drift	Drift	Drift	Ingen
Reinhold	Reinhold avfall	Reinhold avfall	Rokering Ingen
Barnehabilitering	Apotek – pakking	Apotek – pakking	Funksjon / areal
	Dialysesenter	Behandlinghjelpmid	Samlokalisering MTA
HVIKT	HVIKT	HVIKT	Rokeringer
Scan/undervisning	Scan/undervisning	Scanning	Delvis til Admin bygg
	Avlastingsbygg	Avlastingsbygg	Ca 700 m2 + baldakin

Plan 1 har følgjende avdelingar/funksjonar:

Funksjonsendrings - oversikt			
Før endring	Plan frå idéfase	Plan SPR	Endring
Medisinsk poliklin	Medisinsk poliklin	Medisinsk poliklin	Flere generelle rom
Røntgen avdeling	Røntgen avdeling	Røntgen	MR og gjennomlysing
Kirurgi/ortepedi	Kirurgi/ortepedi	Kirurgi/ortepedi	Ingen endring
Apotek	Obs post	Obs post	14 senger / triage



Servicesenter	Apotek	Apotek	Rokering
Øre-nese-hals	Øre-nese-hals	Nevro	Frå plan 4
Kjevekirurgi	Kjevekirurgi	Kjevekirurgi	Ingen endring
Barnepoliklinikk	Ønh/Service	Service/felleskontor	
FYS MED POL	FYS og barnehab	Fys, barnhab/pol	Areal I døgnpost
Augepoliklinikk	Augepoliklinikk	Auge	Rokering /tilleggsareal
Akutt mottak	Akutt mottak	Mottaksklinikk	Tilleggsareal

Plan 2 har følgende avdelingar/funksjonar:

Funksjonsendrings - oversikt			
Før endring	Plan frå idéfase	Plan SPR	Endring
	Anestesi IOP	Anestesi IOP	
Operasjonsavdeling	Operasjonsavdeling	Operasjonsavdeling	Utvidelser
Patologi	Patologi	Patologi	Ingen endring
Diverse Lab/	Diverse Lab/	Diverse Lab/	Mikro flyttet
Dagkirurgi	Dagkirurgi	Dagkirurgi	
Intensivavdeling	Intensivavdeling	Intensivavdeling	2 alternativ
Administrasjon	Administrasjon	Administrasjon	Ingen endring
Radiologi /	Radiologi /	Radiologi /	Ingen endring

Plan 3 har følgende avdelingar/funksjonar:

Funksjonsendrings - oversikt			
Før endring	Plan frå idéfase	Plan SPR	Endring
Hudpoliklinikk	Hudpoliklinikk	Hudpoliklinikk	Ingen endring
Brystklinikk	Brystklinikk	Brystklinikk	Ingen endring
Rauma poliklinikk	Rauma poliklinikk	Rauma poliklinikk	Rokering areal
Onko poliklinikk	Onko poliklinikk	Onko poliklinikk	Færre kontor
		Infusjonspoliklinikk	Ny
		Allergi poliklinikk	Ny
		ØNH poliklinikk	Nybygg aust
Vakt / sov/ kontor	Vakt/sov/kontor	Dialyse infusjon	Flyttet

Plan 4

Funksjonsendrings - oversikt			
Før endring	Plan frå idéfase	Plan SPR	Endring
Dialyse	Fysioterapi	Fysioterapi	Dialyse flyttet ut
Nevro seng/pol	Nevro seng/pol	Nevro senger	Poliklinikk flyttet ut
Revmatologi	Revmatologi	Senger	Ingen endring
Fys Med Reh Seng	Fys Med Reh Seng	Senger	Ingen endring

Plan 5 ( Freda etasje)

Funksjonsendrings - oversikt			
------------------------------	--	--	--

Før endring	Plan frå idéfase	Plan SPR	Endring
Føde / Barsel	Føde / Barsel	Føde / Barsel	Mindre endringer uu
Barneavdeling	Barneavdeling	Barneavdeling	Mindre endringer uu

#### Plan 6 (Freda etasje)

Funksjonsendrings - oversikt			
Før endring	Plan frå idéfase	Plan SPR	Endring
Gyn poliklinikk	Gyn poliklinikk	Føde/gyn poliklinikk	Samlokalisering
Føde Poliklinikk	Føde Poliklinikk	Sengetun	Rokering
Kirurgisk avd	Kirurgisk avd	Kirurgisk avd	Mindre endring uu
ØNH	Kirurgisk avd	Medisinsk avd	Søvn flyttet til nybygg

#### Plan 7

Funksjonsendrings - oversikt			
Før endring	Plan frå idéfase	Plan SPR	Endring
Pasienthotell	Fysioterapi (delvis)	Fysioterapi (delvis)	Mindre endring
Ortopedisk	Ortopedisk	Ortopedisk sengepost	Ingen endring
Øyre-nase-hals	Ortopedisk	Medisinsk sengepost	Mindre endring uu

#### Plan 8

Funksjonsendrings - oversikt			
Før endring	Plan frå idéfase	Plan SPR	Endring
Kreft Sengepost	Kreft Sengepost	Medisin sengepost	Flyttet
Medisinsk avdeling	Medisinsk avdeling	Medisin sengepost	Ingen endring

### For gammalt psykiatribygg – sjukehus hotell og administrasjon

#### Sjukehus hotell

Idéfasen og «Møllerplanen» definerer at dagens psykiatribygg (bygg 2) skal brukast til sjukehus hotell og administrasjonsbygg når nybygg for psykisk helsevern står ferdig. Det vart i idéfasen ikkje utgreidd nærare rundt behov for tal på hotellplassar, type hotellverksemd eller naudsynt tal arbeidsplassar i administrasjonen. Hovudoppgåva i gruppearbeidet A5 har difor vore å utgreie framtidig kapasitetsbehov og utnytte eksisterande bygningsmasse maksimalt for etablering av desse to funksjonsområda.

Etter vurdering av bygningsmessige alternativ i bygg 2 omfattar romprogrammet for sjukehus hotellet:

- 14 einerom med bad
- Ni dobbeltrom med universelt tilgjengeleg bad
- Opphaldsrom for gjester og pårørande
- Støtterom for reinhald, vask, reint lager/tøy, utstyrlager

## Administrasjon

Hovudmålet med å samle administrasjonen i bygg 2 er å redusere innleigd areal i helseføretaket og dermed driftsutgifter. I tillegg er det et mål å samle administrasjon og undervisningsaktivitetar i sentralblokka i bygg 2 for å frigjere sentralblokka til meir sentrale oppgåver.

I dag er over 100 arbeidsplassar i administrasjonen plassert i «Førdegården» i Førde sentrum. Både leigekostnad, fysisk avstand, køyrebehov og behov for nokre dublerde funksjonar vert opplevde som svært lite tenlege. I tillegg har andre sjukehusstilsette tilknytt administrasjonen innleigde kontor på sine arbeidsplassar, til dømes ved høgskulen i Førde.

Følgjande kapasitetsbehov i eit administrasjonsbygg er kartlagt:

### Hovudfunksjon 2 - Stab og støtte:

Nr	Skildring	AP
2.1	<b>Intern service</b>	
2.1.1	Servicesenteret (leiarar intern service og servicesenter). Servicesenteret vert plassert i sentralblokka.	2
2.1.3	Pasienthotell (Resepsjon og hotellsjef)	3
2.1.4	Pasientreiser	23
2.2	<b>Fag og utvikling</b>	
2.2.1	Utvikling og undervisning - inkludert scanningsenter/Helseatlas/Samhandlingsbarometer. - inkludert eit møte-/undervisningssenter med 4 store møterom. - biblioteket vert verande i sentralblokka plan 2 der det er i dag.	28
2.2.2	Senter for kliniske fagsystem	21
2.2.3	Seksjon for smittevern	5
2.2.4	FoU seksjonen, Senter for Helseforskning	20
2.3	<b>HR-avdeling</b>	
2.3.1	Bedriftshelseteneste (leiar, resterande plassar i sentralblokka)	1
2.3.2	Undervisning kartlagt ved Fag og utvikling	
2.3.3	Personal (inkl. dir., prest, tillitsvald og verneombud)	18
2.3.4	Løn	9
2.3.5	Ressurs	9
2.4	<b>Økonomi</b>	
2.4.1	Rekneskap	15
2.5	<b>Drift og eigedom (leiing og prosjektstillingar)</b>	<b>11</b>
2.6	<b>Stab og støtte VAD</b>	
2.6.1	Leiing inkl. klinikkleiarar	9
2.6.2	Interkontroll	16
2.6.3	Kommunikasjonsavdeling	5
2.6.4	IKT	4
	<b>Totalt arbeidsplassar for administrasjonen i dette alternativet:</b>	<b>199</b>
	Eventuelle utleigeareal vart definert slik:	
	· Helse Vest IKT	25
	· Felles innkjøpsavdeling	7

Det er lagt til grunn at tal administrative stillingar ikkje skal auke i perioden fram til 2030.

#### For psykisk helsevern, nybygg

Overordna logistikk tilseier at BUP, UPH og psykisk helsevern for vaksne med fordel kan sambruke rom, uteareal og personale. Dette er det lagt opp til ved utforming og plassering av denne modellen. På begge plan er det fysisk samanheng mellom BUP og vaksenpsykiatrien. I overgangsonene er det plassert hagar til felles bruk. På bakkeplan er BUP og vaksenpsykiatrien samla rundt felles uteareal, Hundvebakke, med kvar sin identitet.

Det nye bygget er bunde saman med to gangbruer mot dagens psykiatribygg og høgblokka. Denne koplinga er viktig for pasientar som treng somatisk pleie og omvendt. Løysinga er òg gunstig med tanke på framtidig fleksibilitet og sambruk av areal i dei tre bygga som på denne måten blir linka saman. Dette organiseringsprinsippet er forankra i VMUP.

Romprogrammet for psykiatrien er utarbeidd i dialog med driftsavdelingane for psykiatrien. Basis har vore å oppretthalde eksisterande funksjonar i Førde, og realisere arealmessige og driftsmessige vinstar vi kan få med den planlagde samlokaliseringa.

## Skisseprosjekt (SPR)

Det er ein relativt omfattande skisseprosjektskildring som er fullstendig omtala i vedlegg 3.

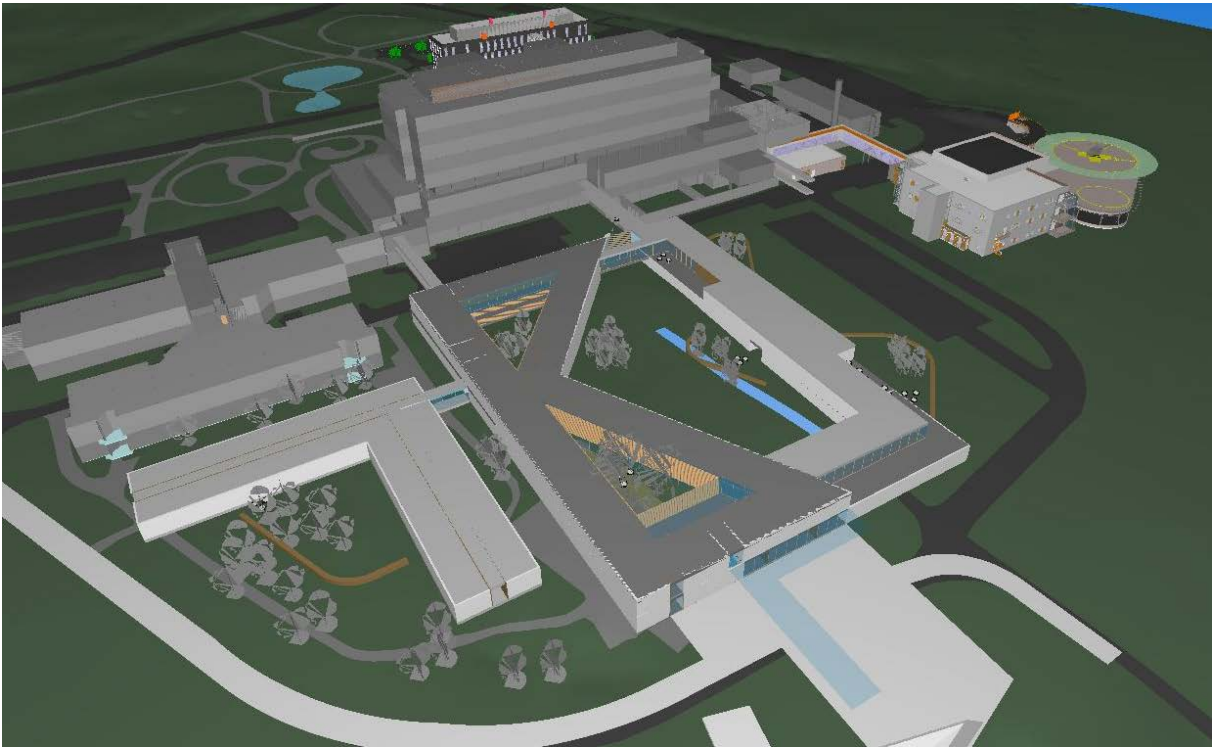
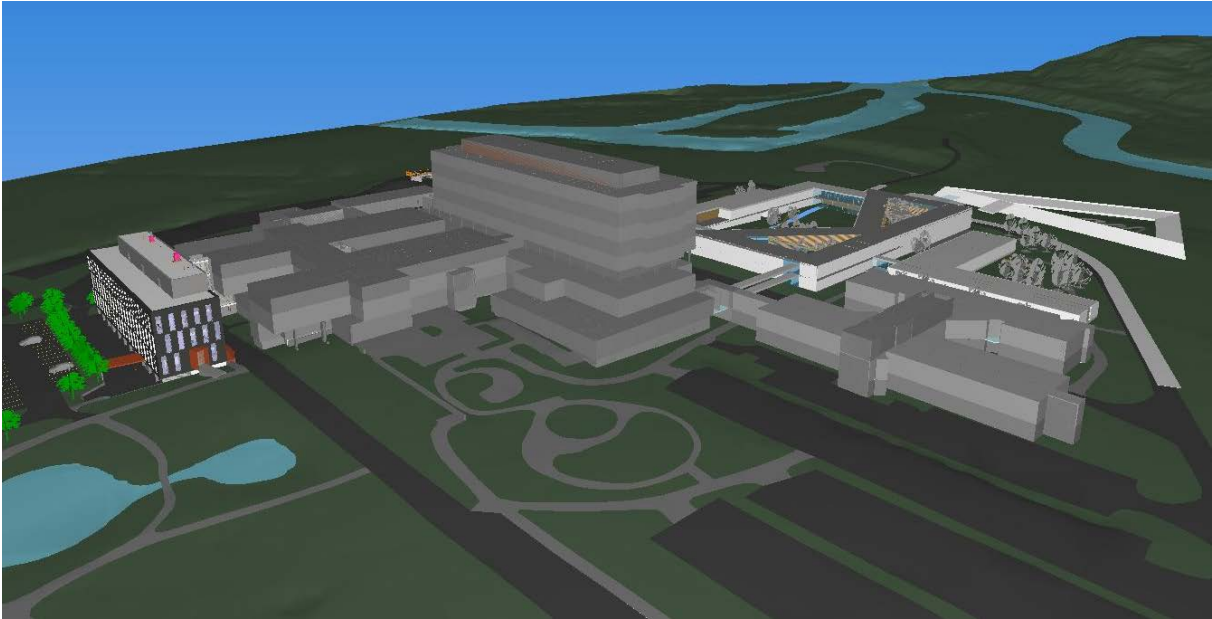
Skisseprosjektet er spesifikt i si tilnærming og utvikla i ein BIM (Bygnings Informasjons Modell) med kopling til ein romdatabase (dRofus). Helse Førde eig desse modellane, og det ligg godt til rette for at detaljar frå konseptfasen kan etterprøvast og kvalitetssikrast i neste fase.

Skisseprosjektet er definert og kalkulert i byggjeetappar/delprosjekt som vist nedanfor, gult viser planlegging og blått byggjeperiode:

Etappeplan Arealplan FSS	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Nybygg plan 0									
UPS og redundant forsyning									
Nybygg barne psykiatri									
Nybygg voksen psykiatri, dag og døgn									
Nybygg plan 3 over BUP, alt. ny sengepost									
Sjukehotell ombygd psykiatri									
Administrasjon ombygd psykiatri									
Fasade ombygd psykiatri									
Omstrukturering plan 0, garderober, MTA, BHJ, varemottak, sengevask, teknisk drift									
Omstruk 1.etg. Akutt, poliklinikkar, radiologi									
Tredje etasje med nye tekniske areal									
2 etg; dagkir, smertepol, kontor opr., lab.									
Operasjon nybygg									
Sengepost inkl. gynekologi- og fødepol									
Fasade Høgblokk									
Fasade lågblokk 1979									
Fasade påbygg 2000									
Tilpasning Bygg Aust									
Etappekostnadar og ekstra rigg									
Oppgradering av uteområde									
Opsjon - Ny Psykiatri-korridor/kobling UPH									

Konseptfaserapport (KFR) har eit noko større omfang på investeringar og etappegjennomføringar. Ein har teke inn å byggje om heile sengeposten, av dette også elektrofordeling/UPS for desse areala, samt alternativ med ny sengepost i eigen etasje over BUP. Ekstra sengepost over BUP er teke med for å sikre seg mot at demografisk framskriving slår til, og ein ikkje klarer å i redusere denne veksten med modererande faktorar.

Utsnitt frå BIM modellen:



Kalkulerte prosjektkostnader spesifisert på delprosjekt (kostnader eks. byggjelånsrente):

<b>Etappe nr.</b>	<b>Etappe- og delprosjektbeskrivelse</b>	<b>Investering inkl MTU</b>
1	Nybygg plan 0	71 186
2	UPS og redundant forsyning	152 895
3	Nybygg barne psykiatri	131 295
4	Nybygg voksen psykiatri, dag og døgn	265 848
5	Opsjon - Nybygg kontorareal over BUP (ligg inne som alt. sengepost, 25 einsengsrom)	67 205
6	Sykehotell ombygd psykiatri	7 067
7	Administrasjon ombygd psykiatri	13 759
8	Fasade ombygd psykiatri	16 724
9	Omstrukturering plan 0, garderober, varemottak, sengevask, teknisk drift	70 262
10	Omstrukturering 1.etg. Akutt, poliklinikk, radiologi	199 551
11	Tredje etasje	56 584
12	Andre etasje; dagkirurgi, smertepoliklinikk, kontor operasjon, laboratorie	131 010
13	Operasjon nybygg (skal dette inn i nullalternativet?)	70 896
14	Sengepost inkl. gynekologi- og føde-pliklinikk	187 291
15	Fasade Høgblokk	20 746
16	Fasade lågblokk 1979	32 870
17	Fasade påbygg 2000	392
18	Tilpasning Bygg Aust	5 229
19	Etappekostnader og ekstra rigg	8 610
20	Oppgradering av uteområde	8 151
21	Opsjon - Ny Psykiatri-kooridor og kobling UPH	4 328
	<b>SUM</b>	<b>1 521 899</b>

### Økonomisk analyse og vurdering

Helse Førde vil kunne bere den totale investeringa med føresetnadene som er lagt til grunn. I konseptfasen har det ikkje vore gjort direkte berekningar av kva effektar dei ulike elementa i hovudalternativet gjer på drifta. Det er gjennomført kvalitetssikring av føresetnadene som ligg i den rekneskapsmessige framskrivinga og det er gjort analyser på framskrivingstal. Det er og gjennomført intervju med avdelingsleiarar for å teste truverdet av føresetnadene som ligg til grunn for berekningane av den økonomiske berekrafta. Det sikrar og at det ikkje ligg store auka kostnader ved gjennomføring av byggjeprosjektet slik det er føreslått i konseptfaserapporten.

Den samla kostnaden for alternativ 1, inkludert byggjelånsrenter, er berekna til 1,63 milliardar kroner i perioden frå 2016 til 2025. Vert dei andre investeringane som i planen er venta i perioden frå 2016 til 2030 tekne med, vil Helse Førde ha ei restbereevne på 133,5 millionar kroner. På det noverande tidspunkt kan restbereevna vurderast til å vere ein buffer. Med dei føresetnadene som ligg i den rekneskapsmessige framskrivinga vil Helse Førde gå med overskot i resultatrekneskapan i heile perioden.

Tabellen under syner kva investeringar som er planlagt per år i perioden 2016-2030.

Investeringsplan 2016 - 2030 - Alternativ 1																		
Område	Investeringsområder	Tal i millionar kroner																Sum 15 år 16-30
		2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	
Nybygg/ ombygging	Brannsikring HF	1,00	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	15,0
	Bygg infrastruktur og funksjonsendring	9,50	12,8	7,7	7,1	7,1	7,1	7,1	7,1	7,1	7,1	7,1	7,1	7,1	7,1	7,1	7,1	112,7
	Bygg vedlikehald, etterslep		10,0	10,0	10,0	10,0	10,0	17,5	17,5	17,5	17,5	17,5	17,5	17,5	17,5	17,5	17,5	225,0
	Arealplan LSH	0,50			11,7	11,7	11,7											35,0
	<b>Arealplan FSS</b>																	
	Arealplan FSS somatikk	-																-
	Arealplan FSS - Bygg aust	20,00	70,0	52,0														122,0
Arealplan FSS	4,40	12,0	12,0	405,5	344,2	146,6	74,8	106,4	108,8	146,6	157,0						1 513,9	
Arealplan FSS - MTU				21,0	21,0	13,6	30,6	30,6									116,8	
Sum nybygg/ombyggingar	35,40	105,8	82,7	435,3	395,0	197,4	114,0	162,6	165,0	172,2	182,6	25,6	25,6	25,6	25,6	25,6	2 140,5	
Medisinsk teknisk utstyr	MTU	23,00	23,0	23,0	23,0	9,0	9,0	9,4	9,0	9,0	23,0	23,0	35,0	35,0	35,0	35,0	35,0	335,4
	MTU, dagkirurgi NSH	8,00																-
	SUM medisinsk teknisk utstyr	31,00	23,0	23,0	23,0	9,0	9,0	9,4	9,0	9,0	23,0	23,0	35,0	35,0	35,0	35,0	35,0	335,4
IKT- investeringar	IKT infrastruktur	1,20	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	18,0
	IKT utstyr	0,50	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	7,5
	SUM IKT-investeringar	1,70	1,7	1,7	1,7	1,7	1,7	1,7	1,7	1,7	1,7	1,7	1,7	1,7	1,7	1,7	1,7	25,5
Andre investeringar	Ambulansar	8,30	8,6	8,6	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0	147,2
	SUM andre investeringar	8,30	8,6	8,6	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0	147,2
Sum investeringar		76,40	139,1	116,0	470,0	415,7	218,1	135,1	183,3	185,7	206,9	217,3	72,3	72,3	72,3	72,3	72,3	2 648,6
<b>Finansiering</b>																		
Sum finansieringsbehov		76,40	139,1	116,0	470,0	415,7	218,1	135,1	183,3	185,7	206,9	217,3	72,3	72,3	72,3	72,3	72,3	2 648,6
Finansieringsgrunnlag, kontantstrøm frå drift		76,40	139,1	106,9	103,5	112,5	111,9	118,1	121,4	125,6	132,8	137,2	123,5	131,2	136,3	139,6	142,8	1 882,3
Lån Arealplan FSS 70%					283,9	255,6	117,3	61,9	95,9	97,6	102,6	109,9						1 124,7
Avdrag, annullert 25 år													45,0	45,0	45,0	45,0	45,0	224,9
Sum finansieringsvevne		76,40	139,1	106,9	387,4	368,1	229,3	180,0	217,3	223,1	235,5	247,1	78,5	86,2	91,3	94,6	97,8	2 782,1
Differanse (finansieringsvevne - finansieringsbehov)		-	0,0	-9,0	-82,6	-47,5	11,2	44,9	34,0	37,4	28,6	29,8	6,2	13,9	19,0	22,3	25,5	133,5
Saldo ufordelte investeringsmidlar		-	0,0	-9,0	-91,6	-139,2	-128,0	-83,1	-49,2	-11,7	16,8	46,6	52,8	66,7	85,8	108,0	133,5	

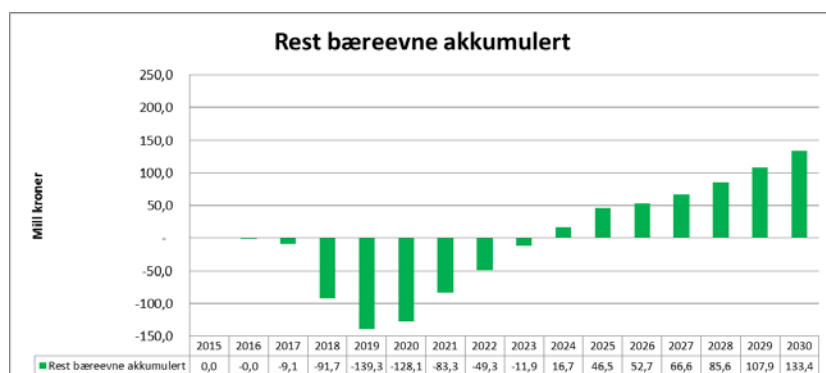
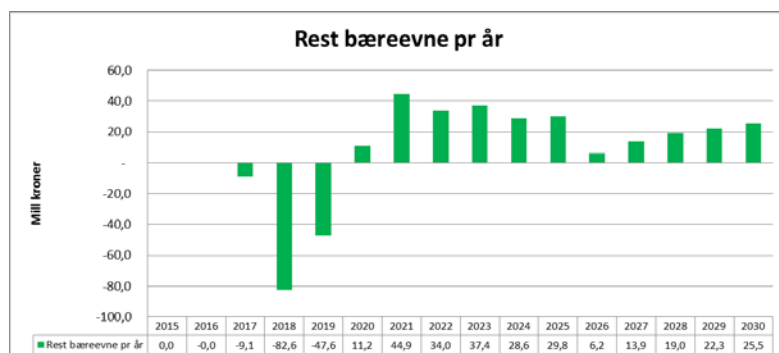
Totalt er det i 15-årsperioden planlagt investeringar for 2,64 milliardar. Samla vil Helse Førde til og med 2030 ha evne til å finansiere 133,5 millionar i investeringar utover dei investeringane som ligg i investeringsføresetnadene over. Denne restevna vil akkumulere etter 2020. Det er i planen lagt inn at avdrag på lånet skal betalast frå 2026. Evna til ytterlegare investeringar blir då lågare, men byggjer seg opp mot 2030. I åra 2017 og 2019 er det lagt opp til høgare investeringar enn finansieringsvevna tilseier. I planen legg Helse Førde til grunn at det gjennom dialog med Helse Vest RHF er mogleg å løyse denne utfordringa med eit likviditetslån, då summane er relativt låge i høve til dei samla investeringane som skal finansierast i føretaksgruppa. Det er behov for auka likviditet i form av eit kortsiktig lån fram til 2023, då vi igjen fåt positiv «saldo ufordelte investeringsmidlar». Positiv saldo frå og med året 2023 kan fordelast til investeringar eller til nedbetaling av lån, men ligg no inne i planen som ein buffer.

Dei økonomiske føresetnadene som ligg inne i den venta rekneskapsutviklinga, er avgjerande for Helse Førde si evne til å gjennomføre investeringane. 30 prosent av investeringane skal finansierast gjennom kontantstrømmen frå drifta. Føretaket skal ha evne til å bere renteutgifter og avdrag, samstundes som drifta er forsvarleg og ligg på rett nivå. Tabellen under syner at Helse Førde fram til og med 2030 vil ha positivt rekneskapsresultat. Rekneskapsresultata og avskrivningane vil samla gje ein kontantstrøm stor nok til å gje positiv finansieringsvevne for investeringsplanen med dei låneføresetnadene som er lagt til grunn i investeringsplanen. Tabellen syner venta rekneskapsutvikling kvart år i perioden.



Resultatbudsjett (beløp i heile tusen)	2015	2020	2025	2030
Basisramme	1 937 585	1 947 292	1 957 038	1 966 833
ISF egne pasientar (inkl. kostn.krev. legem. utenf.)	563 006	583 697	587 342	590 487
Gjestepasientar	21 319	21 319	21 319	21 319
Polikliniske inntekter	46 697	46 697	46 697	46 697
Øyremerka tilskott	35 674	35 674	35 674	35 674
Andre driftsinntekter	149 544	146 614	146 989	146 989
<b>Sum driftsinntekter</b>	<b>2 753 824</b>	<b>2 781 292</b>	<b>2 795 059</b>	<b>2 807 999</b>
Kjøp av helsetenester	149 988	142 488	142 488	142 488
Varekostnader knytta til aktiviteten i føretaksgruppa	236 591	233 281	233 281	233 281
Innleigd arbeidskraft - del av kto 458	16 806	11 306	11 306	11 306
Lønn til fast tilsette	1 242 609	1 238 284	1 238 284	1 238 284
Overtid og ekstrahjelp	89 747	88 497	88 497	88 497
Pensjon inkl arbeidsgiveravgift	346 182	346 182	346 182	346 182
Offentlige tilskudd og refusjonar vedr arbeidskraft	-55 949	-55 949	-55 949	-55 949
Annen lønn	199 020	198 950	198 950	198 950
Avskrivningar	102 029	84 288	91 299	136 830
Nedskrivning	0	0	0	0
Andre driftskostnader	415 697	443 002	435 502	435 502
<b>Sum driftskostnader</b>	<b>2 742 720</b>	<b>2 730 329</b>	<b>2 729 841</b>	<b>2 775 371</b>
<b>Driftsresultat</b>	<b>11 104</b>	<b>50 963</b>	<b>65 218</b>	<b>32 628</b>
Finansinntekter	1 400	1 400	1 400	1 400
Finanskostnader	7 503	14 350	13 341	26 075
<b>Finansresultat</b>	<b>-6 103</b>	<b>-12 950</b>	<b>-11 941</b>	<b>-24 675</b>
<b>Resultat til styrking av finansieringsgrunnlaget</b>	<b>5 001</b>	<b>38 013</b>	<b>53 277</b>	<b>7 953</b>

Gitt den venta resultatutviklinga og dei planlagde investeringane, blir rest bereevne som tabellane nedanfor. Rest bereevne er i snitt om lag 8,9 millionar per år for åra 2016 til og med 2030.



Føresetnadene som påverkar den venta driftsøkonomiske utviklinga er ikkje sikre. Gjennom arbeidet med konseptplanen er dei kvalitetssikra så godt det let seg gjere med den informasjonen som er tilgjengeleg på konseptfasestadiet. I vedlegg 10 vert det gjort greie for kva føresetnader som er lagt inn i dei rekneskapsmessige framskrivingane.

Samla syner tabellane at Helse Førde vil ha økonomisk bereevne for ei investering på 1,63 milliardar kroner, gjennomføre andre naudsynte prosjekt og i tillegg ha ein rest bereevne for eventuelt ytterligare investeringar på 133,4 millionar i perioden 2015 til og med 2030. Eit betre rekneskapsresultat enn berekna vil ytterligare forbetre evna til å investere i perioden.

#### Alternativ 2 – «0 –alternativet».

Alternativet 2 er samanfallande med alternativ 1 på dei fleste punkt, og i dette kapittelet fokuserer vi difor berre på endringar og skilnader på eit overordna nivå.

Endringane i høve alternativ 1 er opplista under:

- Alle tiltak i hovudblokk, lågblokk og høgblokk med mindre tilbygg (påbygg sterilsentral og operasjon) på hovudblokka skal gjennomførast i samsvar med alternativ 1
- Nybygg vaksenpsykiatri går ut
- Ruste opp eksisterande vaksenpsykiatri (kostnad grovt som estimert for endra bruk)
- Halde fram leige av kontorareal for administrasjon
- Finne nye leigealternativ for BUP eller byggje sjølv for samlokalisering med somatikk

Sjukehotellfunksjon blir løyst ved å leige hotellrom lokalt i Førde.

Følgjekonsekvensar omhandlar ny administrasjonsfløy og nytt sjukehotell, som ligg inne i alternativ 1. Administrasjonsfløy i ombygd psykiatri er meint brukt til kontor- og undervisningslokale etter funksjonar i utarbeidd romprogram. Desse areala vil framleis måtte brukast til vaksenpsykiatri i alternativ 2, og areal til nytt sjukehotell må framleis nyttast til sengerom for vaksenpsykiatri. Vi må då halde fram med å leige kontorlokale og sjukehotellsenger som ikkje er samlokaliserte med sjukehuset.

Etappekostnader blir tilsvarande som for alternativ 1 med unntak av vaksenpsykiatrien, uteområde og kopling mot Ungdomsavdeling for psykisk helsevern (UPH) (kostnader eks. byggjelånsrente):

Etappe nr.	Etappe- og delprosjektbeskrivelse	Investering inkl MTU
1	Nybygg plan 0	71 186
2	UPS og redundant forsyning	152 895
3	Nybygg barne psykiatri	131 295
4	Nybygg voksen psykiatri, dag og døgn	
5	Opsjon - Nybygg kontorareal over BUP (ligg inne som alt. sengepost, 25 einsengsrom)	67 205
6	Sykehotell ombygd psykiatri	7 067
7	Administrasjon ombygd psykiatri	13 759
8	Fasade ombygd psykiatri	16 724
9	Omstrukturering plan 0, garderober, varemottak, sengevask, teknisk drift	70 262
10	Omstrukturering 1.etg. Akutt, poliklinikk, radiologi	199 551
11	Tredje etasje	56 584
12	Andre etasje; dagkirurgi, smertepoliklinikk, kontor operasjon, laboratorie	131 010
13	Operasjon nybygg (skal dette inn i nullalternativet?)	70 896
14	Sengepost inkl. gynekologi- og føde-pliklinikk	187 291
15	Fasade Høgblokk	20 746
16	Fasade lågblokk 1979	32 870
17	Fasade påbygg 2000	392
18	Tilpasning Bygg Aust	5 229
19	Etappekostnader og ekstra rigg	8 610
20	Oppgradering av uteområde	8 151
21	Opsjon - Ny Psykiatri-kooridor og kobling UPH	4 328
	<b>SUM</b>	<b>1 256 051</b>

### Økonomisk analyse og vurdering (punktnummer som vedlegg)

Ved vurderinga av alternativ 2 er effektane av ulikskapen i høve til alternativ 1 gjennomgått. Enkelte av elementa frå alternativ 1 er fjerna og investeringane blir dermed 279,2 millionar lågare enn hovudalternativet. Samstundes må Helse Førde ved dette alternativet ta høgde for effektar av at ikkje alle investeringane, som gjer den berekna økonomiske bereevna i kapittel 6, blir gjennomført. Det påverkar kontantstraumen frå verksemda.

#### Investeringsplan 2016 - 2030 - Alternativ 0

Område	Investeringsområder	Tal i millionar kroner															Sum 15 år 16-30	
		2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029		2030
Nybygg/ ombygging	Brannsikring HF	1,00	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	15,0
	Bygg infrastruktur og funksjonsend	9,50	12,8	7,7	7,1	7,1	7,1	7,1	7,1	7,1	7,1	7,1	7,1	7,1	7,1	7,1	7,1	112,7
	Bygg vedlikehald, etterslep		10,0	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0	17,5	17,5	17,5	17,5	17,5	17,5	17,5	17,5	17,5	225,0
	Arealplan LSH	0,50			11,7	11,7	11,7											35,0
	<b>Arealplan FSS</b>																	
	Arealplan FSS somatikk	-																
Arealplan FSS - Bygg aust	20,00	70,0	52,0														122,0	
Arealplan FSS	4,40	12,0	12,0	273,0	209,4	140,7	72,8	104,4	106,7	144,5	154,9						1 230,3	
Arealplan FSS - MTU					21,0	21,0	13,6	30,6	30,6								116,8	
Sum nybygg/ombyggingar	35,40	105,8	82,7	302,8	260,2	191,5	112,0	160,6	162,9	170,1	180,5	25,6	25,6	25,6	25,6	25,6	1 856,9	
Medisinsk teknisk utstyr	MTU	23,00	23,0	23,0	23,0	9,0	9,0	9,4	9,0	9,0	23,0	23,0	35,0	35,0	35,0	35,0	35,0	335,4
	MTU, dagkirugi NSH	8,00																-
	SUM medisinsk teknisk utstyr	31,00	23,0	23,0	23,0	9,0	9,0	9,4	9,0	9,0	23,0	23,0	35,0	35,0	35,0	35,0	35,0	335,4
IKT-investeringar	IKT infrastruktur	1,20	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	18,0
	IKT utstyr	0,50	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	7,5
	SUM IKT-investeringar	1,70	1,7	1,7	1,7	1,7	1,7	1,7	1,7	1,7	1,7	1,7	1,7	1,7	1,7	1,7	1,7	25,5
Andre investeringar	Ambulansar	8,30	8,6	8,6	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0	147,2
	SUM andre investeringar	8,30	8,6	8,6	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0	147,2
Sum investeringar		76,40	139,1	116,0	337,5	280,9	212,2	133,1	181,3	183,6	204,8	215,2	72,3	72,3	72,3	72,3	72,3	2 365,0
<b>Finansiering</b>																		
Sum finansieringsbehov		76,40	139,1	116,0	337,5	280,9	212,2	133,1	181,3	183,6	204,8	215,2	72,3	72,3	72,3	72,3	72,3	2 365,0
Finansieringsgrunnlag, kontantstraum frå drift		76,40	139,1	106,9	103,5	112,5	106,0	104,8	107,1	111,3	118,6	123,0	113,0	120,4	125,2	128,1	131,1	1 750,7
Sum sjølffinansiert		76,40	139,1	106,9	103,5	112,5	106,0	104,8	107,1	111,3	118,6	123,0	113,0	120,4	125,2	128,1	131,1	1 750,7
Investeringslån Hebe Vest																		-
Lån Arealplan FSS 70%					191,1	161,3	113,2	60,5	94,5	96,1	101,2	108,4						926,2
Avdrag, annulert 25 år												37,0	37,0	37,0	37,0	37,0		185,2
Sum finansieringsvevne		76,40	139,1	106,9	294,6	273,8	219,1	165,3	201,6	207,4	219,8	231,4	75,9	83,4	88,2	91,1	94,0	2 491,7
Differanse (finansieringsvevne - finansieringsbehov)		-	0,0	-9,0	-42,9	-7,1	7,0	32,2	20,3	23,8	15,0	16,2	3,6	11,1	15,9	18,8	21,7	126,7
Saldo ufordelte investeringsmidlar		-	0,0	-9,0	-51,9	-59,0	-52,0	-19,7	0,6	24,4	39,4	55,6	59,2	70,3	86,2	105,0	126,7	

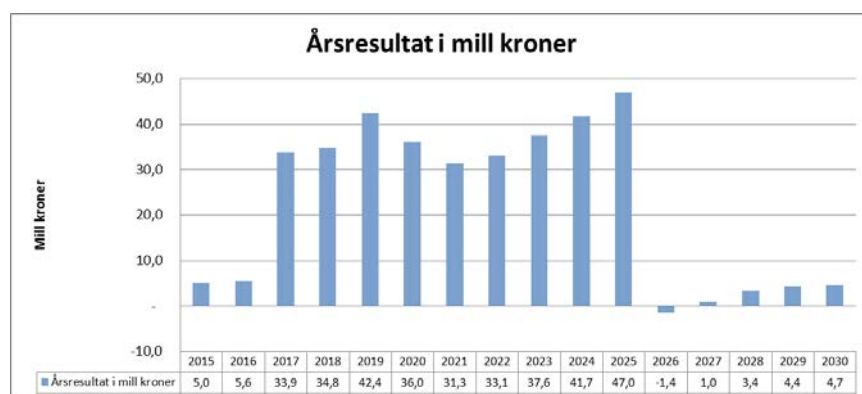
03.10.2015

Akkumulert vil restevna til å finansiere i 15-års perioden frå 2016 til og med 2030 vil vere 6,8 millionar dårlegare ved gjennomføring av alternativ 1. Det er planlagt investeringar for om lag 2,36 milliardar i perioden.

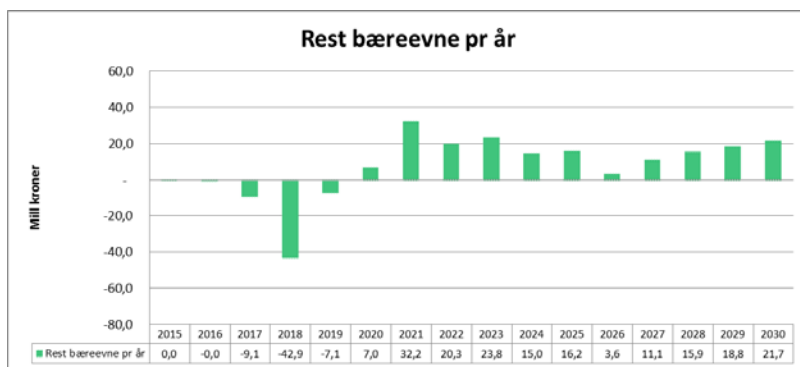
Tabellen under syner den venta resultatutvikling når dei driftsmessige endringane og gevinstane som ligg inne i planane i alternativ 2 er tekne inn.

Resultatbudsjett (beløp i heile tusen)	2015	2020	2025	2030
Basisramme	1 937 585	1 947 292	1 957 038	1 966 833
ISF egne pasientar (inkl. kostn.krev. legem. utenf.)	563 006	583 697	587 342	589 487
Gjestepasientar	21 319	21 319	21 319	21 319
Polikliniske inntekter	46 697	46 697	46 697	46 697
Øyremerka tilskott	35 674	35 674	35 674	35 674
Andre driftsinntekter	149 544	146 614	146 989	146 989
<b>Sum driftsinntekter</b>	<b>2 753 824</b>	<b>2 781 292</b>	<b>2 795 059</b>	<b>2 806 999</b>
Kjøp av helsetenester	149 988	157 488	157 488	157 488
Varekostnader knytta til aktiviteten i føretaksgruppa	236 591	233 281	233 281	233 281
Innleigd arbeidskraft - del av kto 458	16 806	11 306	11 306	11 306
Lønn til fast tilsette	1 242 609	1 236 009	1 236 009	1 236 009
Overtid og ekstrasjelp	89 747	87 247	87 247	87 247
Pensjon inkl arbeidsgiveravgift	346 182	346 182	346 182	346 182
Offentlige tilskudd og refusjonar vedr arbeidskraft	-55 949	-55 949	-55 949	-55 949
Annen lønn	199 020	199 020	199 020	199 020
Avskrivningar	102 029	80 329	83 361	128 310
Nedskrivning	0	0	0	0
Andre driftskostnader	415 697	440 502	441 002	441 002
<b>Sum driftskostnader</b>	<b>2 742 720</b>	<b>2 735 415</b>	<b>2 738 947</b>	<b>2 783 896</b>
<b>Driftsresultat</b>	<b>11 104</b>	<b>45 877</b>	<b>56 111</b>	<b>23 102</b>
Finansinntekter	1 400	1 400	1 400	1 400
Finanskostnader	7 503	11 260	10 531	19 756
<b>Finansresultat</b>	<b>-6 103</b>	<b>-9 860</b>	<b>-9 131</b>	<b>-18 356</b>
<b>Resultat til styrking av finansieringsgrunnlaget</b>	<b>5 001</b>	<b>36 017</b>	<b>46 980</b>	<b>4 746</b>

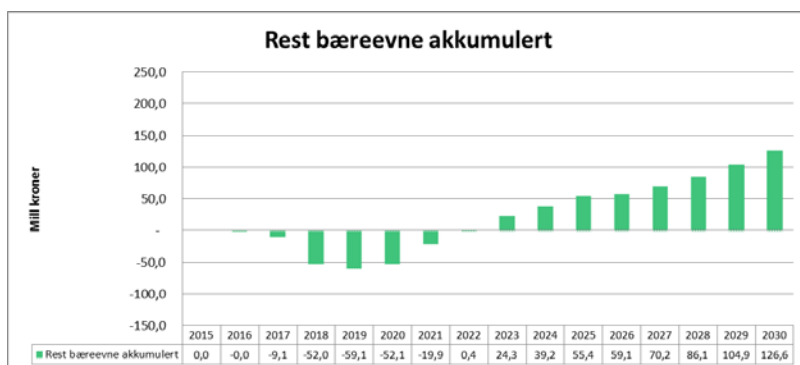
Gitt ei resultatutvikling som vist over og dei planlagde investeringane blir restbereevna i alternativ 2 som tabellane nedanfor. Restbereevna er i snitt om lag 8,4 millionar per år for åra 2016 til og med 2030. Det er 0,5 millionar mindre enn ved hovudalternativet. Skilnaden mellom alternativa 1 og 2 er vurdert til å vere låg. Særlig gitt storleiken på investeringane i perioden.



Også ved alternativ 2 får vi ei negativ bereevne som må løysast på same måte som skissert i kapittel 8.6.



Akkumulerte tal for åra 2016 - 2030



Risikoen ved å velje alternativ 2 er vurdert å vere høgare enn alternativ 1 ettersom dette alternativet i større grad baserar seg på kjøp av tenester innan psykisk helsevern. Prisane på desse tenestene er usikre og vurdert relativt lågt. Vidareføring av drift i mindre hensiktsmessige lokale gjev og ei større usikkerheit for om pasientar på sikt vil velje andre tilbod utanfor Helse Førde. Det er dels teke omsyn til usikkerheita i berekningane. Føresetnadene vil likevel vere hefta med noko meir usikkerheit. Kvalitetseffektane av den auka investeringa i alternativ 1 er ikkje tatt omsyn til i dei økonomiske vurderingane.

Samla vurdering er at det er små økonomiske skilnader mellom alterntiva 1 og 2.

### Alternativ 3 – «Nytt sjukehus»

Idéfaserapporten definerer et tredje alternativ som skal greiast ut i konseptfasen:, heilt nytt sjukehus på ny tomt.

Idéfaserapporten utdjuar nærare at «...alternativ 3 kan handsamast analytisk på overordna nivå utan konkretisering av romløyisingar, dersom alternativa framstår som lite aktuelle.»

Nybygg av sjukehus i Førde reiser fleire sentrale problemstillingar. I tillegg til dei openberre knytt til nytte, plassering og finansiering står særleg eitt spørsmål tilbake: Kva skal det gamle og freda sjukehuset nyttast til? Samfunnsøkonomisk bør eksisterande bygning nyttast til det føremålet det er bygd for, så lenge dette er fagleg forsvarleg. Eit nybygg krev ny tomt, vil ein få det i nærleiken? Spørsmålet om å dele opp funksjonane vil elles bli aktualisert på nytt.

Med omsyn til alt gjennomførte nyinvesteringar og investeringsvedtak rundt dagens sjukehus (ny helikopterbase/prehospitallt bygg, sentrale tekniske anlegg, Bygg aust osv.) framstår eit nybyggalternativ som svært lite tenleg.

Kapittelet omhandlar difor alternativet med eit nytt sjukehus på eit teoretisk og overordna nivå, utan å vise konkrete løysingar for eit nytt sjukehus i Førde. Målet med å greie ut alternativ 3 er å kunne setje alle alternativ i perspektiv til kvarandre, for å betre grunnlaget for å gjere det rette konseptvalget.

Med bakgrunn i programarbeidet gjennom idéfasen (Møllerplanen) og konseptfasen kan vi rekne ut eit teoretisk arealbehov for eit nytt sjukehus på hovudfunksjonsprogram-nivå. Grunnlag for dette er framskrive aktivitet/kapasitetsbehov og aktuelle arealnormer. Stipulert arealbehov blir oversett i prosjektkostnad ved å nytte aktuelle referansepriser frå norske sjukehusprosjekt. I tillegg kjem kostnadsoverslag for naudsynt infrastruktur.

Ved bygging av eit heilt nytt sjukehus vil det truleg vere enklare å optimalisere modellar for verksemd og drift enn i eit freda bygg med avgrensa høve til tilpassing. Samstundes syner arealoverslaget for den somatiske delen av sjukehuset at eit nytt sjukehus med nøktern, men aktuell arealstandard, truleg vil vere større enn den tilsvarande løysinga i alternativ 1. Effektiviseringsvinstar frå optimaliserte driftskonsept vil dermed stå mot auka vedlikehalds- og driftskostnader for bygg.

Basert på estimert arealbehov for somatikk og psykiatri og framlegg til snittpris for prosjektkostnad per kvadratmeter BTA kan det reknast prosjektkostnad for alternativ 3 med nytt sjukehus på ny tomt i Førde:

Alternativ 3 "nytt sykehus på ny tomt"	BTA	pris / m <sup>2</sup> BTA	prosjektkostnad
Bruttoareal somatikk i alt	53 116	kr 70 100	kr 3 723 431 600
Bruttoareal psykiatri i alt	7 362	kr 45 800	kr 337 179 600
<b>Total</b>	<b>60 478</b>	<i>kr 67 142</i>	<b>kr 4 060 611 200</b>

Estimatet konkluderer med ein prosjektkostnad på over 4 milliardar kroner for alternativ 3.

### Økonomisk analyse og vurdering (punktnummer som vedlegg)

Ved vurderinga av dette alternativet er det effektane av ulikskapen i høve alternativ 1 gjennomgått. Om lag same føresetnader er lagt inn, og det er storleiken på investeringa, avskrivningar og kapitalkostnader som er særleg ulike i dei to alternativa. Alternativet er basert på bygging av nytt sjukehus. Med bygg, medisinsk-teknisk utstyr og byggjelånsrenter er ivesteringa berekna til 5,2 milliardar kroner. Det er 3,57 milliardar meir enn alternativ 1. Føresetnadene som ligg inne i berekningane, er investeringar i medisinsk-teknisk utstyr på 50 millionar kroner kvart år i fem år, totalt 250 millionar kroner. Vidare er det ein føresetnad at Helse Førde får realisert bygningane til bokført verdi. Det er ikkje lagt inn kostnader i samband med å flytte ut av eksisterande bygg. Vidare blir driftsmessige konsekvensar like i alternativ 3 og alternativ 1, ettersom det er uklart om nye bygg gjev ei større effektiviseringsgevinst enn ombygging av eksisterande bygningsmasse.

### Investeringsplan 2016 - 2030 - Alternativ 3

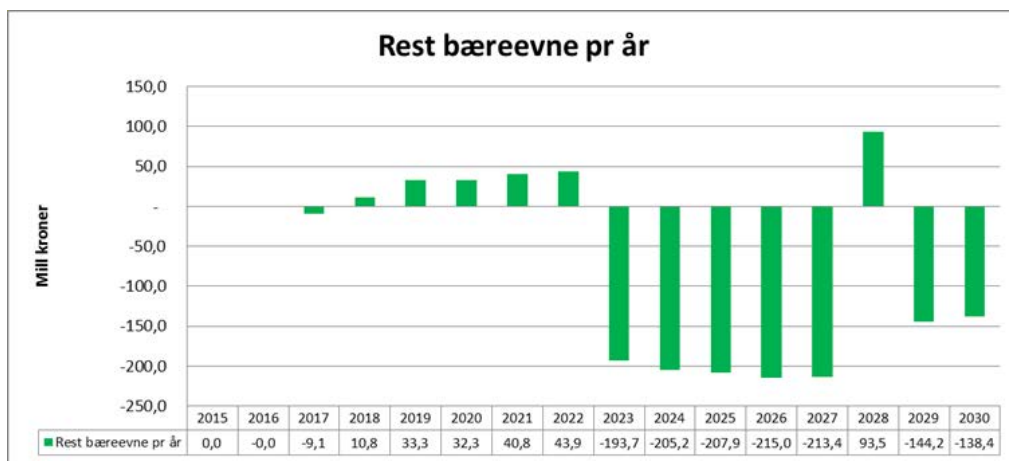
Område	Investeringsområder	Tal i millioner kroner															Sum 15 år 16-30	
		2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029		2030
Nybygg/ ombygging	Brannsikring HF	1,00	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	15,0
	Bygg infrastruktur og funksjonsend	9,50	12,8	7,7	7,1	7,1	7,1	7,1	7,1	7,1	7,1	7,1	7,1	7,1	7,1	7,1	7,1	112,7
	Bygg vedlikehold, etterslep		10,0	10,0	10,0	10,0	10,0	17,5	17,5	17,5	17,5	17,5	17,5	17,5	17,5	17,5	17,5	225,0
	Arealplan LSH	0,50			11,7	11,7	11,7											35,0
	<b>Arealplan FSS</b>																	
	Arealplan FSS somatikk	-																
	Arealplan FSS - Bygg aust	20,00	70,0	52,0														122,0
Arealplan FSS	4,40	12,0	12,0	94,2	95,8	97,6	99,3	101,0	857,0	873,0	889,3	905,9	922,8				4 959,9	
Arealplan FSS - MTU									50,0	50,0	50,0	50,0	50,0				250,0	
Sum nybygg/ombyggingar	35,40	105,8	82,7	123,9	125,6	127,3	124,9	126,6	932,6	948,6	964,9	981,5	998,4	25,6	25,6	25,6	5 719,7	
Medisinsk teknisk utstyr	MTU	23,00	23,0	23,0	23,0	9,0	9,0	9,4	9,0	9,0	23,0	23,0	35,0	35,0	35,0	35,0	35,0	335,4
	MTU, dagkirugi NSH	8,00																
	SUM medisinsk teknisk utstyr	31,00	23,0	23,0	23,0	9,0	9,0	9,4	9,0	9,0	23,0	23,0	35,0	35,0	35,0	35,0	35,0	
IKT- investeringar	IKT infrastruktur	1,20	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	18,0
	IKT utstyr	0,50	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	7,5
	SUM IKT-investeringar	1,70	1,7	1,7	1,7	1,7	1,7	1,7	1,7	1,7	1,7	1,7	1,7	1,7	1,7	1,7	1,7	25,5
Andre investeringar	Ambulansar	8,30	8,6	8,6	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0	147,2
	SUM andre investeringar	8,30	8,6	8,6	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0	147,2
Sum investeringar		76,40	139,1	116,0	158,6	146,3	148,0	146,0	147,3	953,3	983,3	999,6	1 028,2	1 045,1	72,3	72,3	72,3	6 227,8
<b>Finansiering</b>																		
Sum finansieringsbehov		76,40	139,1	116,0	158,6	146,3	148,0	146,0	147,3	953,3	983,3	999,6	1 028,2	1 045,1	72,3	72,3	72,3	6 227,8
Finansieringsgrunnlag, kontantstrøm frå drift		76,40	139,1	106,9	103,5	112,5	112,1	117,3	120,5	124,7	132,0	134,2	144,1	150,8	311,0	73,3	79,1	1 961,0
Lån Arealplan FSS 70%					65,9	67,0	68,3	69,5	70,7	634,9	646,1	657,5	669,1	681,0	0,0	0,0	0,0	3 630,1
Avdrag, annullert 25 år														145,2	145,2	145,2	435,6	
Sum finansieringsvevne		76,40	139,1	106,9	169,4	179,5	180,4	186,8	191,2	759,6	778,1	791,7	813,2	831,7	165,8	-71,9	-66,1	5 155,5
Differanse (finansieringsvevne - finansieringsbehov)		-	0,0	-9,0	10,8	33,3	32,4	40,8	43,9	-193,7	-205,2	-207,9	-215,0	-213,4	93,5	-144,2	-138,4	-1 072,2
Saldio ufordelte investeringsmidlar		-	0,0	-9,0	1,8	35,1	67,4	108,2	152,1	-41,6	-246,9	-454,8	-669,8	-883,1	-789,6	-933,8	-1 072,2	

Som dei andre alternativa ser vi føre oss å låne 70 prosent av investeringa. Resultatutviklinga vil bli som tala nedanfor viser:

Resultatbudsjett (beløp i heile tusen)	2015	2020	2025	2030
Basisramme	1 937 585	1 947 292	1 957 038	1 966 833
ISF egne pasientar (inkl. kostn.krev. legem. utenf. s	563 006	583 697	585 197	585 197
Gjestepasientar	21 319	21 319	21 319	21 319
Polikliniske inntekter	46 697	46 697	46 697	46 697
Øyremerka tilskott	35 674	35 674	35 674	35 674
Andre driftsinntekter	149 544	146 614	146 989	146 989
<b>Sum driftsinntekter</b>	<b>2 753 824</b>	<b>2 781 292</b>	<b>2 792 914</b>	<b>2 802 709</b>
Kjøp av helsetenester	149 988	142 488	142 488	142 488
Varekostnader knytta til aktiviteten i føretaksgruppa	236 591	233 281	233 281	233 281
Innleigd arbeidskraft - del av kto 458	16 806	11 306	11 306	11 306
Lønn til fast tilsette	1 242 609	1 238 284	1 238 284	1 238 284
Overtid og ekstrahjelp	89 747	88 497	88 497	88 497
Pensjon inkl arbeidsgjeveravgift	346 182	346 182	346 182	346 182
Offentlige tilskudd og refusjonar vedr arbeidskraft	-55 949	-55 949	-55 949	-55 949
Annen lønn	199 020	198 950	198 950	198 950
Avskrivningar	102 029	76 929	75 059	262 694
Nedskrivning	0	0	0	0
Andre driftskostnader	415 697	444 052	436 552	436 552
<b>Sum driftskostnader</b>	<b>2 742 720</b>	<b>2 724 020</b>	<b>2 714 650</b>	<b>2 902 285</b>
<b>Driftsresultat</b>	<b>11 104</b>	<b>57 272</b>	<b>78 263</b>	<b>-99 576</b>
Finansinntekter	1 400	1 400	1 400	1 400
Finanskostnader	7 503	13 118	13 172	83 444
<b>Finansresultat</b>	<b>-6 103</b>	<b>-11 718</b>	<b>-11 772</b>	<b>-82 044</b>
<b>Resultat til styrking av finansieringsgrunnlaget</b>	<b>5 001</b>	<b>45 555</b>	<b>66 492</b>	<b>-181 620</b>

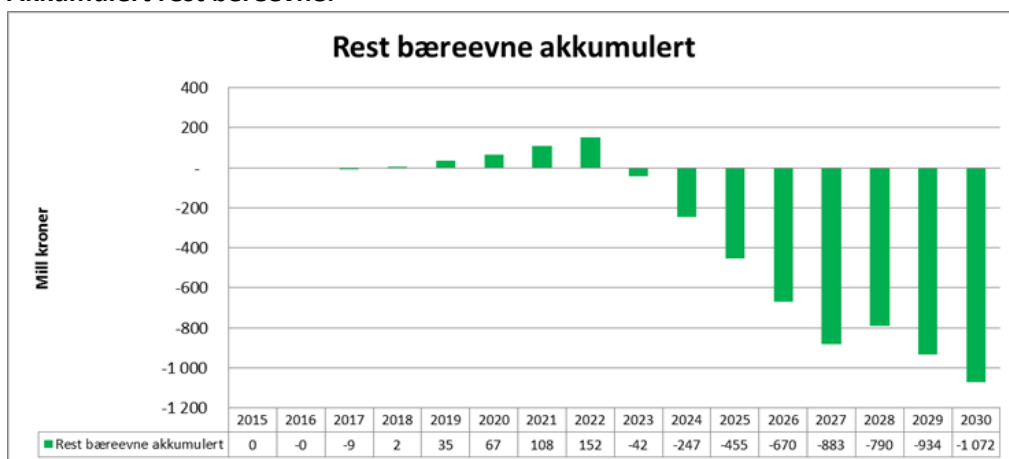
Det positive resultatet frå 2016 til 2027 skuldast at alle kostnader med nybygg blir aktivert. Helse Førde vil i denne perioden i svært liten grad bli påverka av byggjekostnadene. Frå 2028 får helseføretaket auka kostnader til både avskrivningar og renter i resultatrekneskapen. Det gjer at resultatet fell med om lag 267 millionar.

Restbereevne blir då som vist under.



Den negative bereevna etter 2023 må løysast ved at Helse Førde får tilført eit likviditetslån slik at restbereeavna blir 0. Helse Førde må i åra frå 2024 til og med 2027 låne om lag 170 millionar kvart år. I 2028 er det føresettt at Helse Førde får selt dei utflytta bygga til bokført verdi på 243 millionar. Føretaket sit då med positiv rest bereevne på 93,5 millionar. I åra 2029 og utover må Helse Førde låne over 100 millionar med den rekneskapsmessige framskrivinga som er lagt inn. Restinvesteringsevna må i så fall løysast med ein kombinasjon av meir effektiv drift, større eigenproduksjon og likviditetslån.

#### Akkumulert rest bereevne:



Oppstillinga viser at Helse Førde ved utgangen av 2030 har eit udekkta restbehov bereevne på over 1 milliard kroner. Det vil forverre seg i åra etter det. For å klare denne investeringa vil Helse Førde måtte forbetre driftsresultatet med om lag 180 millionar kroner fram mot 2028 – tilsvarande kring 6,5 prosent av driftsbudsjettet. Dette kjem i tillegg til dei effektane som er omtala i kapitel 5. Det mest nærliggjande er at forbetringa av driftsresultatet kjem gjennom auke i aktivitetsbaserte inntekter. ISF-systemet har aldri lagt opp til full kostnadsdekning. Det er difor svært vanskeleg å betre netto driftsresultat ved betydelig aktivitetsvekst, sjølv om det er noko potensial for effektivisering slik drifta er organisert i dag. Alternativet er kostnadskutt. Kostnader relatert til løn er den største posten i rekneskapen. Det er vanskeleg å sjå korleis lågare bemanning, med påfølgjande lågare aktivitets-baserte inntekter, vil kunne gje ønskt effekt. Helse Førdes pålagde oppgåver, og storleiken på befolkninga i opptaksområdet, talar mot at føretaket skal klare å ta ut så store effektiviseringsgevinstar som trengst sjølv om den verksemdsmessige utviklingsplanen syner at spurnaden etter spesialisthelsetenester veks framover. Alternativ 3 blir difor ikkje vurdert som realiserbart innanfor gjeldane rammer. Det er ikkje kome signal frå eigar om at basisramma vil vert auka som følgje av prosjektet.



## Del III: Samanstilling og evaluering av alternativ

### Kriterium for val av alternativ

Kriterium for val av alternativ er sett i samsvar med definerte mål i kapittel 1. I tillegg er det sett opp vurderingskriterium som er spesifikt henta frå rettleiar for tidlegfaseplanlegging av sjukehusprosjekt.

Vekting av kriteria er vald skjønnsmessig ut frå slik tilhøva er vurderte for Helse Førde.

Kriterium med vekting er vist i vurderingsmatrisa under kapittel 12.

### Evaluering og val av alternativ

Det er i evalueringa nytta karakterskala frå 1 til 5.

For punkt 19, 20 og 24 er vekt sett til 0 på grunn av at punkta er dekkja av øvrige vurderingspunkt.

	ID	Beskrivelse	Vekting	Score alt 1		Score alt 2		Score alt 3	
Effekt mål	2	Vi skal legge til rette for raskt å stille rett diagnose og utforme plan for behandling	3 %	3	1,8 %	2	1,2 %	5	3,0 %
	3	Vi skal etablere nye heilskåpelege behandlingforløp for eldre og multisjuka	3 %	4	2,4 %	3	1,8 %	5	3,0 %
	4	Vi skal ha mottaksfunksjon som ivaretek behovet for multidisiplinær og rask utgreiing og avklaring av rett behandlingnivå	3 %	4	2,4 %	2	1,2 %	5	3,0 %
	5	Vi skal utnytte eksisterande areal og spesialrom betre og tilpasse dette endra pasientbehov	3 %	4	2,4 %	3	1,8 %	5	3,0 %
	6	Vi skal modernisere døgntilboda og etablere nye rammer for fagleg samhandling	2 %	4	1,6 %	2	0,8 %	5	2,0 %
	7	Vi skal lage pasientsentrerte poliklinikkar	2 %	4	1,6 %	4	1,6 %	5	2,0 %
	8	Vi tek i bruk ny teknologi og utnyttar denne for å effektivisere tenestene	3 %	4	2,4 %	3	1,8 %	5	3,0 %
	9	Vi skal utnytte ressursane effektivt og samordne det vi kan	3 %	4	2,4 %	2	1,2 %	5	3,0 %
	10	Vi skal modernisere kirurgiske behandlingforløp, og unngå unødige innleggingar	3 %	4	2,4 %	4	2,4 %	5	3,0 %
	11	Vi skal gjere pasientopplevinga betre	2 %	4	1,6 %	2	0,8 %	5	2,0 %
	12	Vi skal ha funksjonelle lokale for medarbeidarkvalitet	3 %	3	1,8 %	1	0,6 %	5	3,0 %
	<b>Delsum effekt mål</b>			<b>30 %</b>		<b>22,8 %</b>		<b>15,2 %</b>	

	ID	Beskrivelse	Vekting	Score alt 1		Score alt 2		Score alt 3	
Resultatmål	13	Alternativet skal være realiserbart innan kjent økonomisk bæreevne.	30 %	5	30,0 %	5	30,0 %	0	0,0 %
	14	Alternativet skal være realiserbart utan å gå på bekostning av oppgradering og vedlikehald ved andre lokasjonar.	5 %	5	5,0 %	5	5,0 %	0	0,0 %
	15	Alternativet skal realiserast innanfor et budsjett med sikkerhetsmargin av 15 % av totale kostnader.	5 %	5	5,0 %	5	5,0 %	4	4,0 %
	16	Alternativet skal levere nye lokalar innan utløp av eksisterande leigekontraktar - BUP og administrasjon.	5 %	5	5,0 %	1	1,0 %	4	4,0 %
	17	Tiltaka i alternativet skal være realisert innan utgangen av 2025.	5 %	5	5,0 %	5	5,0 %	5	5,0 %
	18	Det er eit overordna mål for styret og administrerande direktør at prosjektet skal realisere en god, bærekraftig og langsiktig løysning for psykiatri.	5 %	5	5,0 %	2	2,0 %	5	5,0 %
	<b>Deslum resultatmål</b>			<b>50 %</b>	<b>50,0 %</b>	<b>46,0 %</b>	<b>13,0 %</b>		

	ID	Beskrivelse	Vekting	Score alt 1		Score alt 2		Score alt 3	
Eval fra veileder	19	Måloppnåelse, riktig prioritering i forhold til målhierarki	0 %	0	0,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %
	20	Økonomisk bæreevne og finansielt handlingsrom	0 %	0	0,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %
	21	Kapasitet og kvalitet, "sørge for ansvaret"	3 %	3	1,8 %	2	1,2 %	4	2,4 %
	22	Samhandling	2 %	4	1,6 %	2	0,8 %	5	2,0 %
	23	Effektiv drift, driftsøkonomiske gevinstar	2 %	4	1,6 %	2	0,8 %	5	2,0 %
	24	Pasientmiljø, arbeidsmiljø	0 %	0	0,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %
	25	Ytre miljø, energibehov, CO2 utslipp	3 %	3	1,8 %	2	1,2 %	4	2,4 %
	26	Pasientsikkerhet	3 %	4	2,4 %	2	1,2 %	5	3,0 %
	27	Rekruttering og fag- og kompetanseutvikling	3 %	4	2,4 %	2	1,2 %	5	3,0 %
	28	Byggets kvalitet, fleksibilitet	2 %	3	1,2 %	1	0,4 %	5	2,0 %
	29	Samfunnsforhold	2 %	3	1,2 %	3	1,2 %	3	1,2 %
	<b>Deslum eval fra veileder</b>			<b>20 %</b>	<b>28</b>	<b>14,0 %</b>	<b>16</b>	<b>8,0 %</b>	<b>36</b>
<b>Vektet sluttsum</b>			<b>100 %</b>		<b>86,8 %</b>		<b>69,2 %</b>		<b>61,0 %</b>

Alternativ 1 og 2 har ulik skår på mange av kriteria. Punkta som skiljer mest, og som peikar mot nybygg for psykisk helsevern og samlokalisering av administrasjon og sjukehotell, er følgjande:

Kriterie 4, 6, 9, 22 og 23 omhandlar samordning av mottak, behandling og felles bruk av ressursar, inkludert samhandling og effektivisering. Nybygg vaksenpsykiatri (alt. 1) samlokalisert med BUP og UPH og nært knytt opp mot hovudfunksjonane i somatikken, gjev ei langt betre løysing enn alternativet utan nybygg (alt. 2) for alle desse kriteria.

Kriterie 11, 12, 16, 26, 27 og 28 omhandlar pasientoppleving, funksjonelle lokale, medarbeidarkvalitet, høve til sikring, fleksibilitet, rekruttering og nye lokale for BUP og administrasjon. Dei seks første punkta er alle problemområde ved dagens psykiatribygg, og er vesentlege årsaker til at nybyggalternativet er fokusert som alt. 1 i arealplanen. Nye areal for BUP ligg

inne i begge alternativa, medan dagens lokale for administrasjon har lang avstand til sjukehuset. Dei er ikkje tidsmessige, og lite arealeffektive i høve til planlagt løysing i alt. 1.

Det er ingen kriterie der alternativ 2 scorar betre enn alternativ 1.

Alternativ 3: Prosjektet har vekta kriteriet om at investeringa må kunne realiserast innanfor kjent økonomisk bereevne, særleg høgt. Kriteriet utgjer 30 prosent av resultatmål, som igjen utgjer 50 prosent av total vekting. Investeringa for alternativ 3 blir så høg, at sjukehuset manglar bereevne for å kunne realisere det innanfor kjende rammevilkår.

Samla gjer dette at alternativ 1 får ein langt betre skår enn alternativ 2 og 3, og vert difor tilrådd vidareført til forprosjektfase.

Komplett oversyn og drøfting av evalueringspunkta er vist i vedlegg 4.

## Del IV: Plan for organisering og gjennomføring av forprosjektfasen

### Mandat for forprosjektfasen

Forprosjektet skal greie ut alternativ 1 i konseptfaserapporten.

#### **Mandat**

På basis av denne rapporten, gjennomført ekstern kvalitetssikring av konseptfaserapport, styrebehandling i Helse Førde, styrebehandling i Helse Vest og dialog med HOD gjennom lånesøknad skal det utarbeidast eit prosjektdirektiv med klart mandat.

I prosjektdirektivet skal følgjande definerast:

- Mål og suksesskriteria
- Føresetnader og rammer
- Grunnlag for avgjerd om gjennomføring (B4)

### Plan for forprosjektet og byggjefasen

#### **Hovedleveranse i forprosjektfase**

Som hovudleveranse i forprosjektet inngår eit forprosjektgrunnlag i samsvar med rettleiar for tidlegfaseplanlegging i sjukehusprosjekt. Forprosjektgrunnlaget skal vere kvalitetssikre konseptfasen med omsyn til kapasitet, driftsmessige tilhøve, tekniske løysingar, kostnader og økonomisk bereevne.

#### **Suksessfaktorer**

Som suksessfaktor skal ein spesielt ha fokus på:

- Pasienten i sentrum
- Involvering av organisasjon og brukarar ved gjennomføring av forprosjektet
- Etablere klare planar for konkretisering av strategisk retning og modererande faktorar frå verksemdsmessig utviklingsplan
- Innhente kompetanse frå Sykehusbygg HF i gjennomføringa.

#### **Særskilde utfordringar knytt til gjennomføring**

Særskilde utfordringar som skal ha fokus i gjennomføring av forprosjektet:

- Skape tryggleik for at framtidig sengekapasitet er tilstrekkeleg dekket med dei planane som ligg føre
- Operasjonskapasitet og funksjonalitet knytt til løysingane må evaluerast grundig
- Kapasitet og tal behandlingsrom for poliklinisk- og dagbehandling må evaluerast for å sjå om det er forsvarleg å redusere tal behandlingsrom.

#### **Organisasjons- og prosessutvikling**

Prosessar for utvikling av organisasjon må inkludert som ein del av arbeidet i forprosjektet. Dette bør vere del av eit breiare prosjekt for å utvikle organisasjonen i samsvar med styresignal i verksemdsmessig utviklingsplan. Eit slikt organisasjonsutviklingsprosjekt bør startast tidleg i 2016.

#### **Planprosess og organisering**

Den vidare prosessen med realisering av «Arealplan FSS» er planlagt gjennomført etter følgjande mønster.

- Forprosjekt «Arealplan FSS» skal gjennomførast som eit samla forprosjekt for alle definerte delprosjekta i konseptfasen
- Avgjerd og godkjenning for igangsetting, B4, skjer samla for alle delprosjekta

- Detaljprosjektering av dei enkelte delprosjekta skjer trinn for trinn i samsvar med ein framdriftsplan som blir utarbeidd i forprosjektfasen

### **Tidsplan**

Prosjektet er avhengig av godkjent finansiering over statsbudsjettet for 2017, og forprosjekt for arealplan FSS kan starte når denne godkjenninga ligg føre i november 2016.

Sidan store delar av prosjektet er eit 0-alternativ vil vi i 2016 arbeide med alternative planar som kan realiserast, dersom vi ikkje får finansiering. Dette arbeidet må organiserast slik at når finansiering ligg føre i november 2016, så kan arbeidet direkte vidareførast som forprosjekt arealplan FSS. Arbeidet med alternative planar må organiserast i løpet av våren 2016 og starte hausten 2016.

Forprosjekt arealplan FSS må vere klart til sommaren 2017. Detaljprosjektering for dei første byggeetappane må starte i august 2017.

Start fysiske byggjearbeid i 2018, detaljert plan må utarbeidast i forprosjektfasen.

### **Kontraksstrategi for kontrahering av tjenester**

Helse Førde har råderett over det prosjektmaterialet som er utarbeidd i konseptfasen og står fritt i val av rådgjevar for den neste fasen.

Kontrahering av arkitekt og rådgjevarar skal skje gjennom utlysing av konkurranse våren 2016. Det skal leggjast til grunn at tenesteleverandørar som blir tekne inn i forprosjektet skal vere med vidare for detaljprosjektering av arealplan for sentralsjukehuset i Førde.

### **Kvalitetssikring og prinsipp for prosjekt og risikostyring**

Prosjektdirektiv for forprosjekt skal utarbeidast våren 2016, og det vil der vere sentralt å definere prinsipp for prosjekt og risikostyring. Aktuelle malar og referansar i Helse Vest og Sykehusbygg HF skal sjekkast ut i samband med etablering av prosjektdirektiv.

### **Ressursbruk og kostnader for forprosjektfase**

Det er eit mål at forprosjektfasen skal kunne gjennomførast innanfor ei kostnadsramme på 20 millionar.

## Del V: Vedlegg og referanser

### Utrykte vedlegg og referansar

#### Vedlegg

11. Konseptfase Arealplan FSS – Sengevask – Val av løysing. 2015-06-12
12. Konseptfase Arealplan FSS – Energivurdering fasader, Cowi 2015
13. Konseptfase Arealplan FSS - Plan for utomhus, Norconsult 2015
14. Konseptfase Arealplan FSS - Standardrom - rapport frå oppsett i dRofus
15. Konseptfase Arealplan FSS - Rapport for risikovurdering og flaumsikring, Ivest Consult 2015
16. Konseptfase Arealplan FSS - Rapport for tiltak på fasadar og tak, Cowi 2015
17. Designbasis for prosess BMUP og Konseptfase Arealplan FSS 2015
18. Teikningsbok - Plan for ventilasjonsaggregat, hovudblokk
19. Teikningsbok hovudblokk Alternativ 1 - Funksjonsplanar
20. Teikningsbok hovudblokk Alternativ 1 – Konsept

#### Referanser

- a. Verneplan Førde sentralsjukehus, Riksantikvaren, 1999
- b. Styrevedtak Helse Vest - Energibruk i sykehusbygg, 2013
- c. Energibruk i Helse Førde - status per 2014, SFE mai 2015
- d. Mulitmap-rapport; Oppdatert kartlegging av bygningsmassen - Teknisk tilstand og teknisk oppgraderingsbehov, tilpasningsdyktighet og felles infrastruktur og områdeforhold, Multiconsult 2015
- e. Idéfaserapport til styret i Helse Førde HF – april 2015
- f. Arealplan FSS - Møllerrapport 2013
- g. Verksemdsmessig utviklingsplan, Høyringsutkast 2015, Helse Førde
- h. Verksemdsmessig utviklingsplan 2014, Helse Førde
- i. Bygningsmessig utviklingsplan, Helse Førde sept. 2015
- j. Designbasis for prosess Arealplan FSS, Helse Førde

### Trykte vedlegg og referansar

1. Føresetnader, metode og rammeverk
2. Overordna design for alternativ 1 – HFP, DFP, OTP og HPU
3. Skisseprosjekt for alternativ 1 – SPR
4. Alternativ vurdering med evaluering og val
5. Teikningsbok hovudblokk – alternativ 1 – A3
6. Teikningsbok administrasjon og hotell – alternativ 1 – A3
7. Teikningsbok psykiatri – alternativ 1 – A3
8. Basiskalkylar og kalkylegrunnlag
9. Kalkylar for prosjekt og utbyggingsetappar
10. Økonomiske vurderingar, analyse og tabellar

## KAPITTEL 2

# **Styrevedtak Helse Vest Konseptfase**

# Styresak

**GÅR TIL:** Styremedlemmer

**FØRETAK:** Helse Vest RHF

**DATO:** 22.11.2015

**SAKSHANDSAMAR:** Terje Arne Krokvik og Hans K. Stenby

**SAKA GJELD:** **Konseptrapport - utbyggingsplan for Førde sentralsjukehus**

**ARKIVSAK:** 2015/2345

**STYRESAK:** **120/15**

**STYREMØTE:** 10.12. 2015

---

## **FORSLAG TIL VEDTAK**

1. Styret i Helse Vest RHF godkjenner at alternativ 1 i konseptrapport «Arealplan FSS» blir videreført til forprosjekt.
2. Kostnadsramma blir sett til 1,52 milliardar kr (eksklusiv byggjelånsrente) og blir lagt til grunn for lånefinansiering.
3. Prosjektet kan videreførast til forprosjekt når finansiering er klar.
4. Helse Førde må fram mot forprosjekt og i forprosjektet svara opp manglar og vesentlege kommentarar frå ekstern kvalitetssikrar.



## Oppsummering

Helse Førde har over tid arbeidd med å utvikle og tilpasse tenestene i føretaket og skape eit betre finansielt grunnlag for å investere i utvikling av bygg og anna infrastruktur. I utviklingsplanen for føretaket er det gjort vurdering av framtidig behov for tenester, korleis tenestene bør ytast og kva føretaket må gjere for å legge til rette for auka behov for tenester. Det er også vurdert kva konsekvensar dette har for utvikling av bygningsmassen.

For Førde sentralsjukehus er det laga ein arealplan. I tråd med rettleiar for tidligfaseplanlegging av sjukehusbygg har dei vore gjennom ein idefase som er vidareført til konseptfase, og konseptrapporten ligg no føre.

I samsvar med mandat frå idéfase er det utgreidd tre alternativ:

- Alternativ 1: «Arealplan FSS»
- Alternativ 2: «0-alternativ»
- Alternativ 3: «Nytt sjukehus»

Alternativ 1 er tilrådd. Det inneber ein omfattande oppbygging/oppgradering av eksisterande sjukehusbygg med noko nybygg m.a. for psykisk helsevern.

I den eksterne kvalitetssikringa er også vurderinga at alternativ 1 er det beste og at føretaket har dokumentert økonomiske evne til å handtere ei slik utbygging.

Prosjektet er kostnadsrekna til 1,52 milliardar eks. byggjelånsrenter, og det er søkt om finansiering på grunnlag av denne kalkylen.

Lånefinansiering er naudsynt og det blir tilrådd at prosjektet blir vidareført til forprosjekt når finansiering er klar.

## Fakta

Helse Førde har over dei siste åra gjennomført fleire planprosessar for korleis verksemda kan utviklast for å møte framtidig behov for tenester på ein effektiv måte. Det er arbeidd med ein arealplan for Førde sentralsjukehus (FSS). Ein rapport frå firmaet CF Møller var klar i mai 2013 (Møllerrapporten). Innhaldet i Møllerrapporten blei vidareført som idefasen for ein ny arealplan for FSS og seinare grunnlag for oppstart av arbeidet med konseptfasen kalla «Arealplan FSS».

Styret i Helse Førde har no behandla konseptrapport for dette arbeidet. Styret behandla saka i møte 20.11.15, jf. sak 71/15. Styret fatta følgjande vedtak:

1. *Styret i Helse Førde godkjenner konseptrapport og start av forprosjekt.*
2. *Alternativ 1 «Arealplan FSS» skal leggest til grunn for vidare arbeid.*
3. *Prosjektet er kalkulert til 1,52 milliardar kroner. Vi legg til grunn eit styringsmål om å gjennomføre prosjektet innanfor ei kostnadsramme på 1,45 milliardar.*
4. *Styret legg til grunn at tilhøve som er påpeika i kvalitetssikringa av konseptfasen vert teke med i det vidare arbeidet.*
5. *Saka vert oversend Helse Vest for vidare handsaming.*

Helse Førde har også parallelt med arealplanarbeidet laga ein utviklingplan med ein verksemdsmessig og ein bygningsmessig del. Konseptrapporten bygger på dette planverket.

## **Kommentarar**

### **Alternativ**

Utviklingsplanen viser at det er behov for å gjere endringar for å auke kapasiteten på tenestene og måten pasientane blir møtt på. Bygningsmessig må det gjerast endringar for å oppfylle tekniske krav til bygningsmassen, også av omsyn til pasienttryggleik, energi og miljø.

Det er i konseptfasen utgreidd tre alternativ. Desse er:

- Alternativ 1: «Arealplan FSS»
- Alternativ 2: «0-alternativ»
- Alternativ 3: «Nytt sjukehus»

Alternativ 1 inneber ein omfattande rehabilitering av store delar av sjukehuset og nybygg for psykisk helsevern (omlag 48 000 kvadratmeter BTA rehabilitering og 13 000 kvadratmeter BTA nybygg).

Sengekapasiteten er føreslått oppjustert noko. Det blir fleire 1-sengsrom og ein observasjonspost. Det er også lagt inn ein ekstra reserve slik at framtidig sengekapasitet er tatt i vare. Det vil likevel fortsett vere mange fleirsengs rom. Kapasiteten på polikliniske tenester og operasjonskapasiteten blir auka.

Alternativet inneber også ein omfattande oppgradering av bygga for gjere dei meir funksjonelle og betre teknisk stand.

Alternativ 2 er eit nullalternativ men inneber at det meste av rehabiliteringa i alternativ 1 likevel skjer (omlag 44 000 kvadratmeter BTA rehabilitering og 7 000 kvadratmeter BTA nybygg).

Alternativ 3 inneber at heile sjukehuset blir erstatta med nybygg (omlag 60 000 kvadratmeter BTA).

Eit heilt nytt sjukehusbygg vil vere særskilt krevjande å realisere. Det vil ha ein høg kostnad og krevje store innsparingar i føretaket si drift. Samstundes har dagens sjukehusbygg kvalitetar som kan nyttast og vidareutviklast til sjukehusformål.

Konseptfaserapporten konkluderer med at alternativ 1 «Arealfase FSS» blir tilrådd vidareført i forprosjektfase. Rapporten frå kvalitetssikringa (KSK) støttar denne konklusjonen.

Prosjektet har auka i kostnader frå idéfasen. Dette kan tilskrivas følgjande hovudpunkt:

- Behov for oppgradering av tekniske anlegg
- Noko auka areal på psykiatri
- Vedlikehald på fasadar er inkludert
- Ekstra sengeetasje over BUP
- Generelt meir omfattande gjennomgang av kalkylar og innlegging av definerte reservar

Prosjektet har eit prosjektomfang på 1,68 milliardar kroner. Det er i etterkant konkludert med å tilrå eit prosjektomfang på 1,52 milliardar. Hovudgrepa for å redusere kostnadene, er å ta ned areal på nybygg for psykiatri og redusere ombyggingsomfang ved endringa av eksisterande psykiatribygg til sjukehushotell og administrasjon.

Alternativ 1 skal vidareførast til eit forprosjekt når finansiering er klar, men førebuande arbeid mot forprosjektet tek til i 2016.

Prosjektet er planlagt med byggjestart 2018 og ferdigstilling i 2025.

## **Kostnader og finansiering**

Samla kostnad for alternativ 1, inkludert byggjelånsrenter, er kalkulert til 1,63 milliardar kroner i perioden frå 2016 til 2025. Med dei framskrivingar Helse Førde har som inkluderer både arealplanen og andre kjente investeringar, vil føretaket kunne investere for ytterlegare 133,5 millionar kroner i perioden frå 2016 til 2030. For Helse Førde vil dette vere ein buffer for å møte utfordringar som i dag ikkje er kjente.

Prosjektet er kostnadsrekna til 1,52 milliardar eks. byggjelånsrenter, og det er søkt om finansiering på grunnlag av denne kalkylen. Helse Førde set seg likevel som mål å gjennomføre utbygginga noko billegare, og har laga eit styringsmål på 1,45 milliardar.

Alle kostnadstal og kalkylar er rekna i 2015 kroner, eksklusiv byggjelånsrenter.

## **Ekstern kvalitetssikring**

Det er gjennomført ekstern kvalitetssikring av konseptrapporten (KSK). I rapporten frå KSK blir val av alternativ 1 støtta og det blir stadfesta at Helse Førde har bereevne for denne investeringa.

Alternativ 1 og 2 skil seg m.a. når det gjeld nytt bygg for psykisk helse. Ekstern kvalitetssikrar meiner at det er godt underbygd at det er behov for nytt bygg og at det gamle bygget kan nyttast til kontor og pasienthotell.

Ekstern kvalitetssikrar meiner såleis at den dokumentasjon som ligg føre knytt til dei tre alternativa er tilstrekkeleg til å gjere eit val av alternativ. I KSK-rapporten er det likevel peika på mange manglar ved konseptrapporten og utgreiinga som må følgjast opp.

Kvalitetssikrar framhev særleg:

1. «Det bør tydeliggjøres hvilke tiltak som faktisk er ment å inngå i alternativ 1 (Endelig versjon av konseptfaserapport).
2. Det bør gjennomføres en usikkerhetsanalyse av investeringskostnaden. Dette er særlig viktig for ombyggingsarbeidene der nøkkeltall i mindre grad er tilgjengelig.
3. Det bør gjøres en oppdatert analyse av den økonomiske bærekraften i prosjektet.
4. Det bør utarbeides en mer detaljert plan for gjennomføringen av forprosjektet.»

Helse Førde vil følge opp punkt 1 og 4 i samband med detaljert prosjektplan for forprosjektet, og det er starta dialog med Sykehusbygg HF som skal bidra til å få til dette på ein god måte.

Ved analyse av økonomisk berekraft, jf. punkt 3 ovanfor, er det i konseptfasen gjennomført vurderingar som vil bli evaluert i prosessane vidare.

Når det gjeld punkt 2 om manglande uvisseanalyse er denne ferdigstilt parallelt med ferdigstilling av KSK.

I konseptfaserapporten er det rekna som 85 prosent sannsynleg at Helse Førde vil klare å gjennomføre utbygginga til ein pris som er lik eller mindre enn prosjektkalkylen på 1,52 milliardar. Usikkerheitsanalysen drøftar ulike modellar for å kalkulere sannsynlegheit, og resultatata er avhengige av modellen som vert brukt.

Ut frå gjennomgangen i analysen vel Helse Førde å halde fast ved sitt kalkylegrunnlag for finansiering.

Det skal likevel etablerast eit mål i prosjektet om gjennomføring inntil 1,45 milliardar.

I KSK-rapporten blir det også peika på område der dokumentasjonen frå konseptfasen er mangelfull. Det gjeld m.a. område som:

- «Virksomhetsmodeller og hvordan de fysiske løsningene påvirker virksomhetsmodellene, og dermed hvilket effektiviseringspotensial som kan hentes ut.
- Plan for hvordan byggeprosjektet skal gjennomføres for å minimere negative konsekvenser for sykehusdriften.
- Overordnet teknisk program og Hovedprogram utstyr; dokumentene må videreutvikles og detaljeres.
- Kostnadskalkyle nybygg psykiatri; det bør vurderes om de relativt lave kalkylene er realistiske.

- Plan for hvordan byggeprosjektet skal gjennomføres for å minimere negative konsekvenser for sykehusdriften.»

## Konklusjon

Helse Førde har over tid arbeidd med å utvikle og tilpasse tenestene i føretaket og skape eit betre finansielt grunnlag for å investere også i utvikling av bygg og anna infrastruktur. I utviklingsplanen for føretaket er det gjort vurdering av framtidig behov for tenester, korleis tenestene bør ytast og kva føretaket må gjere for å legge til rette for auka behov for tenester. Det er også vurdert kva konsekvensar dette har for utvikling av bygningsmassen.

For Førde sentralsjukehus er det laga ein arealplan. I tråd med rettleiar for tidligfaseplanlegging av sjukehusbygg har dei vore igjennom ein idefase som er vidareført til konseptfase og konseptrapporten ligg no føre.

Tre alternativ er utgreidd og alternativ 1 er tilrådd. Det inneber ein omfattande oppbygging/oppgradering av eksisterande sjukehusbygg med noko nybygg m.a. for psykisk helsevern.

I den eksterne kvalitetssikringa er også vurderinga at alternativ 1 er det beste og at føretaket har dokumentert økonomiske evne til å handtere ei slik utbygging. Det er likevel peika på mange svakheiter/manglar i konseptrapporten. Noko er handtert eller blir handtert i samband med planlegging av forprosjektet. Andre forhold må følgjast opp i vidare prosjektering.

Lånefinansiering er naudsynt og det blir tilrådd at prosjektet blir vidareført til forprosjekt når finansiering er klar.

I det vidare arbeidet må Helse Førde følgje opp og kvittere ut dei manglane som det er peika på i den eksterne kvalitetssikringa.

### Vedlegg:

1. Konseptfase Arealplan FSS
2. Økonomiske vurderingar analyse og tabellar
3. Ekstern kvalitetssikring
4. Usikkerheitsanalyse

## KAPITTEL 3

# Sluttrapport Faggruppe

Pasientens helseteneste Helse Førde 2030

## *- mål, innsatsområde og tiltak*

Juni 2016





\*\*\*

*«I pasientens helsetjeneste, blir pasienten en aktiv og likeverdig deltaker i utvikling av helsetjenester som bidrar til at pasienten kan leve et liv slik han definerer det gode liv. Det handler om å flytte makt.»*

\*\*\*

I sjukehuset i januar 2016 sette helseminister Bent Høie ord på noko av det mest sentrale i utviklinga av helsetenestene i åra framover.

Helse Førde skal sjå alle delar av tenestene i samanheng, og nytte samla ressursar for å gje pasientane det best moglege tilbod innan dei rammene vi har.

Dette dokumentet må sjåast i samanheng med utviklingsplan for Helse Førde frå 2015, som omhandlar heilskapen i tenestene. Føringane om trygge og nære helsetenester, å desentralisere det som er tenleg og sentralisere det vi må, er framleis gjeldande.

Her synleggjer vi dei viktigaste utviklingsområda for Helse Førde sitt arbeid med å skape pasientens helseteneste. Dokumentet gjeld alle einingar og tilsette i Helse Førde der ikkje anna er presisert. Samarbeidet mellom einingar og lokasjonar skal styrkast ytterlegare.

Vi har med oss signala frå statsråden. Likeeins nasjonal helse- og sjukehusplan, det regionale strategiarbeidet og vår eigen verksemdsplan. Alle desse føringane vil utvikle seg over tid, og denne kortversjonen av verksemdsplanen vil også vere eit levande dokument.

I dette dokumentet har vi gitt plass til dei 19 ulike innsatsområda. Dei femner om mange av dei viktigaste områda som vi skal arbeide særskilt med framover. Vi har freista å skissere utviklinga på kvar av dei, og ulike tiltak som vi må sette i gang. Dei 19 er ikkje ei uttømmande liste over det vi skal gjere, og vil bli supplert eller erstatta av andre over tid.

Det skal vere eit sentralt punkt å etterleve føringane om å avstå makt til brukarar og pasientar, og å organisere tenestene utifrå deira behov. Det betyr også at vi må legge vekt på å drive eit heilskapleg helsetilbod der tradisjonelle skiljelinjer mellom dei ulike spesialitetane blir endra. Truleg vil vi oppleve at kompetanse, personell og pengar blir knappare ressursar i framtida. Då må vi legge endå større vekt på å organisere oss slik at tilgjengelege ressursar blir nytta til pasientens beste. Folkehelseperspektivet vil få ein større plass i spesialisthelsetenesta enn i dag, og når vi blir fleire eldre må vi også vere i stand til å møte eit auka behov for helsetenester. Alt dette skal vi gjere med klokskap og med god kvalitet i prosess og resultat.

Pasientens helseteneste betyr å utvikle tenestene saman med brukarane for å gje betre pasientoppleving. Dette skal skje gjennom å utvikle leiarar og sikre nøgde medarbeidarar, utvikle kompetanse, ha rett utstyr og tilpassa lokale.

Ein del av det vi ser for oss kan vedtakast og gjennomførast. Men ikkje alt.

Først og fremst er kanskje pasientens helseteneste eit kulturarbeid. Vanar og tanke sett vil bli utfordra. Dagens praksis og løysingar vil bli endra over tid. Pasientane sine forventningar vil bli endra, vi må kan hende sjå behova og rettane deira på ein annan måte enn i dag.

I dei 19 innsatsområda har vi freista å skissere noko av det vi må gjere. Arbeidet med dei har skapt nye innspel, utfordra tidlegare planar og gjeve nye idear. Slik vil også dei komande månadane og åra bli. Prosessen med å skape det er også ein del av det kulturarbeidet vi skal gjere.

Førde 4. juni 2016

---

*Vi skal fremme helse og livskvalitet*

---

*Mål og delmål*

<i>Trygge og nære helsetenester</i>	<i>Heilskapleg behandling og effektiv ressursbruk</i>	<i>Ein framtidsretta kompetanseorganisasjon</i>
Pasienten skal	Vi skal	Vi skal
...få tilgang til helsetenester av god kvalitet på rett omsorgsnivå og når dei treng det	...gi ei samanhengande og koordinert pasientbehandling i lag med kommunane	...auke fokus på forskning og utdanning for å gjere tenestetilbodet vårt kvalitativt betre
...bli møtt av medarbeidarar med rett kompetanse og fokus på deira situasjon	...ha ein ansvarleg ressursforvaltning som understøttar kjerneverksemda	...ha ein attraktiv, utviklande og lærande arbeidsplass
...få god informasjon og opplæring, og vere aktive deltakarar i eiga behandling	...prioritere å fremje samhandling og tverrfagleg samarbeid	...legge vekt på kunnskapsbasert praksis som grunnlag for arbeidsmåtar og prosessar

## Strategiske satsingsområde

### *Pasienttryggleik*

Helse Førde skal byggje strukturar og kulturar som borgar for god kvalitet. Gjennom eit kontinuerleg arbeid for å betre pasienttryggleiken skal vi redusere tal skader.

### *Forsking og innovasjon*

Forsking og utvikling er ein av berebjelkane i spesialisthelsetenesta. Helse Førde har over tid bygd opp forskingsmiljøet, og skal halde fram med å satse på forsking og utvikling som gir betre helsetenester for brukarane.

### *Areal og utstyr*

For å yte gode tenester skal våre brukarar og tilsette ha moderne areal som er effektivt nytta. Det medisinsk-tekniske utstyret og anna materiell skal halde god kvalitet, og vi skal ha IKT-system som støttar opp under arbeidsprosessane.

### *Rett kompetanse*

Våre brukarar skal bli møtt av kompetente medarbeidarar, og føretaket skal halde fram med målrette kompetanseutvikling. Det betyr også at vi skal rekruttere profesjonelt, og at vi skal utvikle leiarskapet vidare.

### *Profesjonelle tenester*

Helse Førde skal vere ein profesjonell leverandør av helsetenester, og vere best på det som feilar folk flest. Våre brukarar skal få behandling av god kvalitet, og medverke i utviklinga av tilbodet. Vi skal samhandle på ein god måte både internt og eksternt.

### *Effektiv ressursbruk*

Fornyng av tenestetilbod, rett bruk av kompetanse, areal, utstyr og IKT-løysingar fordrar at føretaket har god kontroll over økonomien. Fylket har låg auke i folketalet, får stadig fleire eldre og har ein spreidd busetnad. Det set krav til at vi nyttar ressursane på ein effektiv måte.

## 19 innsatsområde

Dei følgjande sidene inneheld eigne ark kor mål/retning og tiltak for innsatsområda vert skildra. Desse emneark er skrivne med tanke på at dei skal vere pasient/brukarorienterte, vere overordna og gjelde alle einingar i Helse Førde der det ikkje er spesifikke fagområde som blir handsama.

- A. Vi skal gjere pasientopplevinga betre
- B. Samhandling
- C. Vi skal utnytte ressursane effektivt og samordne det vi kan
- D. Tenesteutvikling, tenesteinnovasjon og tenestedesign
- E. Ansvar for heile mennesket
- F. Vi skal ha funksjonelle lokale for medarbeidarkvalitet
- G. Tilpasse areal til endra pasientbehov og ha betre utnyttingsgrad
- H. Rett diagnose og behandlingsplan
- I. Mottak av pasientar
- J. Fremje folkehelse, førebygging og meistring av kroniske sjukdommar og lidingar
- K. Utvikle tilbodet til eldre med samansette lidingar
- L. Utvikle tilbod til barn og ungdom
- M. Etablere felles og fleirfagleg sengepost
- N. Fleirfagleg poliklinikk og diagnostisk senter
- O. Utvikle intensivbehandling og overvaking
- P. Utvikle dag og døgnekirurgisk aktivitet
- Q. Etablere dagpost ved Førde sentralsjukehus
- R. Radiologi
- S. Felles prøvemottak

## A. Vi skal gjere pasientopplevinga betre

Pasientane skal oppleve god kvalitet frå første kontakt, ved at dei får undersøkjing og behandling basert på beste praksis og god omsorg. System, service og samhandling skal sikre at pasientane slepp å fortelje historiene sine fleire gonger til mange personar. Dei skal oppleve respekt, likeverd, medverknad og openheit, og høflege, imøtekomande og serviceinnstilte tilsette. Pasientane skal så langt som råd ha mynde - reell innverknad på eiga behandling i alle fasar. Dei skal få ivareteke sine behov for integritet og verdigheit, og få høve til å ta eigne val basert på tilrettelagt informasjon om alternativ. Det skal vere lett å finne relevant og oppdatert informasjon på nettsida om kontaktinformasjon, opningstider, kvar ein skal møte, telefontider mv. Pasientane skal få høve til å registerere eigne opplysningar og ha kontakt med sjukehusa på internett. Bygga skal ha eintydig og lett tilgjengeleg informasjon/skilting.

Pasientane skal om mogleg sleppe å oppsøkje fleire avdelingar, behandlarar. Dei skal sleppe vente på undersøkjing og behandling. Tenestene skal vere føreseielege og planlagde. Pasientar som treng det, skal få tilrettelagt for heilskaplege tenester og koordinator som bistår dei gjennom pasientløypa. Undersøkingar og avtalar skal vere tilgjengelege og gjerast innan avtalt tid. Vi skal legge vekt på trivsel og tryggleik. Reinhold, mat, utstyr og fysiske tilhøve skal vere med på å gjere pasientopplevinga best mogleg. Innlagde pasientar skal som hovudregel ha opphald i einerom. Pårørande skal verte varetekne når dei er på besøk eller treng/søker informasjon. Nære pårørande skal få vere på besøk og opphalde seg saman med sine dersom det er mogleg. Pasientane skal i minst moglege grad oppleve praktiske hindringar/vanskar i overgangar mellom heim/kommune og mellom avdelingar. Tilbakemeldingar frå brukarane om kva som er god pasientoppleving skal nyttast systematisk for å utvikle tenestene ved ein aktivt lærande kultur i heile organisasjonen.

### Tiltak på kort sikt (1-3 år):

- Utarbeide tiltaksliste for korleis brukarmedverknad skal ivaretakast på individ og systemnivå (konkretisere kva vi skal legge vekt på ilag med brukarrepresentantane)
- Engasjerere brukarar som medarbeidarar
- Etablere tiltak for å vidareutvikle kultur for sørvis og ei pasientorientert tilnærming i alle ledd, mellom anna ved at leiarar set dette på dagsorden i møta, signalisere at alle medarbeidarar har ansvar for at dette kjem til uttrykk i alle delar av organisasjonen mv.
- Kurs i klinisk kommunikasjon for behandlarane
- Etablere samordna mottakssystem som ivaretek pasientar og pårørande sine individuelle behov
- Etablere felles enkel tilgjengeleg informasjon ved ankomst til sjukehusa, som elektroniske tavler, pasientvertar heller enn skranker og luker.
- Etablere tilbakemeldingssystem for pasientopplevd kvalitet, og vidareutvikle læringsløyfer på bakgrunn av tilbakemeldingar frå pasientar og pårørande. Kartlegge kva vi har, og planlegge for å ta slike verktøy i bruk i alle avdelingar
- Kartlegge behovet for å utvikle samarbeid mellom klinikkar, avdelingar, lokasjonar slik at pasientar får eit koordinert tilbod. Etablere arenaer for å utvikle det interne samarbeidet, samt med samarbeidspartane.
- Revidere gjeldande besøks- og samværsrutiner i alle avdelingar slik at desse vert i samsvar med intensjonen i dette dokumentet

- Kontinuerleg halde ventetidene kortast mogleg, og helst ikkje over gjennomsnittleg 30 dagar
- Sjukehusa skal ha oversiktleg og oppdatert skilting. Lokala skal vere ryddige, oversiktlege og lette å orientere seg i. Møblane skal vere gode å sitje i og sengene tilpassa behova.

**Tiltak på mellomlang sikt ():**

- Arealutvikling som ivaretek behovet for einerom er hovudregel, slik at pårørande kan få vere tilstade og på besøk
- Pasientar og pårørande skal alltid få sensitiv informasjon i skjerma lokale

**Tiltak på lang sikt ():**

- Pasientane skal ha eigen kontaktlege/koordinator som organiserer tilbodet og som er tilgjengeleg for dei
- Turnusordningar skal understøtte pasientane sine behov for kontinuitet så langt det er mogleg

## B. Samhandling

Pasientane skal møte ei helseteneste. Dei skal ikkje merke kven som eig, driftar og betalar, det skal systemet ta seg av. For å nå målet om ei helseteneste er det nødvendig å styrke samhandlinga med primærhelsetenesta, regionsjukehuset, avtalespesialistar og andre samarbeidspartar og mellom lokal- og sentralsjukehus. Gode avtalar om samhandling med eksisterande og nye samarbeidspartar skal sikre at pasientane møter ei heilskapleg teneste.

Pasientane skal få eit godt tilbod på rett nivå der dei bur. Vi skal spesialisere det som er nødvendig, og desentralisere det som er tenleg. Funksjonsfordelinga mellom sjukehus og avdelingar og ut mot kommunane skal kontinuerleg vurderast med tanke på å gje betre tilbod til pasientane.

Pasientane skal møte ei teneste som både utviklar bruken av elektronisk kommunikasjon, telemedisin, velferdsteknologi og deler kompetanse med samarbeidspartar for å gje eit nært og godt helsetilbod.

### Tiltak på kort sikt (1-3 år):

- Utvikle felles, positiv innstilling til samhandling i alle ledd, og sikre at alle medarbeidarar kjenner til samhandlingsavtalane med kommunane ved lett tilgjengeleg informasjon, informasjonsmøte og kurs (som e-læring).
- Etablere dialog med kommunane /primærlegane om tilvisingspraksis
- Samarbeide med kommunane om gode overgangar og etablere koordinatortenester
- Vurdere å prøve ut fellestenester, td. «1 ½-lineteneste» for t.d. best mogleg bruk av kommunale akuttsenger og obs-senger i spesialisthelsetenesta, ambulant team mv
- Gje kommunane høve til innspel om prioriteringar og korleis endring i framtidig oppgåvefordeling, sjå på oppgåvegliding
- Ivareta rettleiingsplikta for å medverke til at kommunane kan ta utvida ansvar på område det er gitt føringar på, t.d rehabilitering, psykisk helse og rus
- Vidareutvikle bruk av elektroniske løysingar, td telemedisin, kommunikasjon, velferdsteknologi, e-læring mm (organisasjon og utstyr tilpassa for enkel bruk) mellom sjukehusa og ut mot samarbeidspartar
- Utvikle program for å bygge kultur / kompetanse på samhandling og felles felles prosessmetode for endringsarbeid
- Samarbeide med kommunane om rekruttering, kompetanseutvikling og forskning
- Utarbeide plan for bruk av private aktørar/avtalespesialistar
- Vidareutvikle funksjonsfordelinga i føretaket, og samarbeidet med regionsjukehuset om heilskaplege pasientløyper

### Tiltak på mellomlang sikt ():

- Utvikle felles strategi for bemannings- og kompetansutfordringar
- Brukarundersøkingar for å måle grad av etterleving av planlagde samhandlingstiltak

### Tiltak på lang sikt ():

## C. Vi skal utnytte ressursane effektivt og samordne det vi kan

Pasientane skal få effektiv behandling på rett nivå. Innbyggerane skal oppleve at ressursane i Helse Førde vert nytta på best mogleg måte ved at vi har eit oversiktleg tenestetilbod som har god balanse i høve samla behov. Vi skal kontinuerleg vurdere kva som trengs og utvikle tenestene ved endra behov. Dette krev at medvit om korleis ressursane skal nyttast best mogleg. Utvikling av tenestene skal skje i nær dialog med kommunane, som får utvida oppgåver og ansvar. Fleire pasientar vil treng helsetenester i åra framover, utan at helsetenesta vil få auka rammer. Dette føreset ei økonomisk forsvarleg drift, eit kontinuerleg kritisk blick på organisering, at vi utfordrar tradisjonelle tenkjemåtar og roller.

Pasientar som treng det skal få standardiserte forløp, og det skal vere tett samarbeid mellom fagområde. Vi skal ha ei tydeleg oppgåvefordeling m.o.t kvar dei ulike aktivitetane skal lokalisert, utifrå kva som er tenleg og forsvarleg. Vi skal ta pasientane med på råd, pasientane sine behov skal vurderast før endringar, og vi skal så langt mogeleg ivareta behova deira. Vi skal styrke samarbeidet mellom einingane internt og ut mot kommunane. For å styrkje pasientar og pårørande sin påverknad på eige tilbod, skal tenestene gjerast enklare tilgjengeleg, t.d. gjennom auka bruk av videokonsultasjonar og annan ny teknologi.

### Tiltak på kort sikt (1-3 år):

- Synleggjere kva kunnskap tenestetilbodet bygger på ved publisering av resultat, forskning og eigen praksis
- Etablere meir profesjonelt analysearbeid (evalueringar/målingar) som grunnlag for endringar ved å setje av ressursar og hente inn kompetanse
- Gjennomføre risikovurdering og utarbeide plan for gevinsthausting før gjennomføring av alle større endringsprosessar
- Hente inn erfaringar frå effektiv organisering av pasientbehandling andre stader
- Bygge kompetanse på å kartlegge og gjennomføre meir effektive forbetringsprosessar av tenestene
- Vurdere betre transporttenester gjennom auka samarbeid mellom pasienttransport og klinikkane, og nytte pasient/sjukehotell målretta
- Etablere automatisert melde- og betalingsteneste
- Vurdere å nytte avtalespesialistar på betre måte (meir/mindre/annan oppgåvefordeling) for meir effektiv ressursbruk og betre tilgang på tenester.
- Vurdere om organisering av møte og visittar bør endrast og effektiviserast for å støtte behova til pasientane og involvere dei betre i informasjon og avgjerder. Vurdere å utvide opningstider.
- Tilpasse bemanning betre til skiftande behov ved betre oppgåveplanlegging, vurdere aktivitetsstyrt bemanning og utvida opningstid
- Nytte personell, areal og utstyr betre ved å vurdere meir effektiv bruk i helgar/lågsesong : meir systematisk "samanslåing" i helger / lågsesong,
- Raskare tilgang på behandling gjennom auka utnyttingsgrad, t.d. utvide opningstider på ettermiddag, og bookingteneste/koordinering av rom på poliklinikk.
- Optimalisere aktiv forsyning-
- Samordne organisering av behandlingshjelpemiddel-
- Kartlegge kva grupper som treng tverrfagleg tilnærming, og vurdere korleis organisasjonen kan tilpassast



- Organisere sengepostane slik at delar av personallet kan jobbe på tvers av tradisjonelle faggrensar, og utvikle kompetanse utifrå behovet
- Kartlegge moglegheiter for å standardisere pasientforløp (kva type pasientgrupper) og innføre desse
- Samordne stabs- og støttefunksjonar regionalt der dette er aktuelt og hente gevinstar av dette

**Tiltak på mellomlang sikt ():**

- Vurdere kva funksjonsfordeling som kan vere tenleg på lengre sikt, innanfor føretaket og regionalt
- Vurdere om det er mogleg å effektivisere ved automatisering av prosessar/investere i utstyr og dermed få lågare samla kostnader

**Tiltak på lang sikt ():**

## D. Tenesteutvikling, tenesteinnovasjon, tenestedesign

Helse Førde må i åra framover arbeide smartare og meir effektivt for å imøtekomme stadig høgare forventningar om kvalitet i oppleving og resultat. Pasientane vil forvente ei helseteneste som utviklar t.d. bruk av teknologi i takt med andre samfunnsområde. Dei vil også i større grad kunne velje kvar dei får behandling, slik at Helse Førde må vere på høgde med andre tilbod. Betre tilgjenge, kortare ventetider, høgare effektivitet, betre samhandling, kommunikasjon, koordinering er nokre utviklingsområde. Fleire pasientar vil trenge hjelp frå helsetenesta i åra framover, ettersom den eldre delen av befolkninga aukar. Men helsetenesta vil ikkje få ei større ressursauke i åra framover. Dette inneber behov for å tenkje nytt og arbeide smartare for å imøtekomme behova. Dette krev motiverte og engasjerte leiarar og medarbeidarar som tek initiativ til forbetring når dei ser behov.

Tenesteutviklinga må omfatte tettare samhandling mellom fagområde og sjukehus, og større grad av samutvikling mellom spesialisthelsetenesta og kommunane. Det vil vere behov for ein aktiv forbetnings- og innovasjonskultur. Teknologi vil verte stadig viktigare som verktøy for å betre tilgang til helsetenester, utvikle ny kunnskap og spreie kompetanse. Fleire kan i framtida få hjelp heime via telemedisin/velferdsteknologi, og slepp då å reise til sjukehus for t.d. rutinekontrollar. Især er det viktig for pasientar med livslange/langvarige behandlingsbehov å få hjelp i/nær heimen. Nye verktøy kan gje støtte til betre informasjonsdeling (t.d. ved interaktive tilvisingar), koordinering, og til standardiserte forløp som pakkeforløp. Oppdatert informasjon på internett/digitale kanalar og digital støtte, t.d. «app-ar» som som gjer det enklare å finne fram til og på sjukehuset er aktuelt. Felles undervisning via telemedisin vil kunne utbreiast for å utvikle kompetansenettverk i heile fylket, på tvers av sjukehus og mellom nivå.

### Tiltak på kort sikt ():

- Implementere regionale IKT-prosjekt som KULE, DMA og Dips Arena og Checkware
- Sikre at innføring av ny teknologi ivaretek pasientar utan samtykkekompetanse
- Gje opplæring til pasientar (og pårørande) som treng innføring i bruk av relevante teknologiske hjelpemiddel.
- Utvikle medarbeidarane sin kompetanse på bruk av nye IKT-/velferdsteknologiske hjelpemiddel.
- Greie ut kva behandling som det ligg til rette for å tilby i heim eller kommunen ved hjelp av teknologi, der pasientane i dag må reise til sjukehus.
- Ta i bruk teknologi for
  - betre arbeidsflyt og meir koordinert undersøking og behandling
  - meir einskapleg og effektiv handtering av alle typar henvendingar (telefon, post, web)
  - effektivisering av administrative rutinar, t.d. sjølvbetjeningsløysingar for registrering og betaling
- Breidde bruk av telemedisin i konsultasjon, undervisning og behandling med kommunar og heimar
- Oppmuntre til nyskaping, ta i bruk idemottaket, nytte belønningsordningar og samarbeide med næringslivet – dvs utvikle innovativ kultur gjennom

### Tiltak på mellomlang sikt (3-5 år):

- Utvikle og ta i bruk teknologi som støttar breiddetilnærming der dette krevst (t.d. skrøpelege, multisjuka eldre)
- Gje eit «heime-tilbod» i form av ulike typar velferdsteknologi til pasientar med kroniske lidingar/langvarig behandlingsbehov
- Redusere tal kontaktpunkt når pasientane henvender seg til spesialisthelsetenesta ved å ta i bruk internettkommunikasjon (kontaktlege, forløpskoordinator)
- Ta i bruk ny byggt teknologi som legg til rette for at brukarar får relevant informasjon, finn lett fram, finn seg til rette
- Knyte saman kommunar og helseføretak i felles undervisnings-/læringsnettverk ved hjelp av telemedisin/videokommunikasjon og nytte dette målretta i kompetanseutvikling

**Tiltak på lang sikt (7-10 år):**

- Understøtte betre heime – omsorg og behandling ved å etablere samarbeid med alle kommunar om implementering av velferdsteknologi
- Etablere mottakssystem for desentral pasientbehandling, samhandling og rådgjeving mot kommunar og «virtuell hjelp» heime, t.d. e-meistring, heime-registrator mv.

## E. Ansvar for heile mennesket

Pasientane til Helse Førde skal møte ei helseteneste som ser heile mennesket. Pasientar som har behov for tenester frå fleire fagområde, herunder på tvers av psykisk helsevern og somatikk, skal få koordinert hjelp.

Eldre pasientar med samansette lidningar og barn og unge skal få særskild merksemd. Helse Førde skal utvikle tenestene for menneske med psykisk sjukdom og/eller rusproblem. Denne pasientgruppa har i dag langt kortare levetid enn andre. Det skal vere særleg merksemd på at dei skal få god somatisk oppfølging.

Betre tverrfagleg samarbeid og integrerte fellestenester skal bidra til heilskapleg tilnærming. Pasientane skal møte fagpersonar med fagleg integritet, og som fangar opp behov utover eige fagområde, og som syter for rett hjelp. Det skal leggest til rette for trivsel under opphald, med fasilitetar/høve til å ta imot pårørande, god mat mv og høve til å ha med naudsynte personlege eigendelar. Pasientane skal føle seg trygge og vite at pårørande vert informert og ivaretekne.

Tiltak på kort sikt (1-3 år):

- Utreie behov for samorganiserte tenester og planlegge gjennomføring, t.d.
  - Eldre med samansette kognitive og somatiske behandlingsbehov
  - Barn og unge - samansette vanskar, premature barn mv
  - Pasientar med psykiske vanskar / rusproblem og omfattande somatiske behandlingsbehov
  - Pasientar med åtferdsvanskar av samansett karakter
- Etablere kultur og organisering som sikrar at vi tek ivaretek «heile mennesket» gjennom samarbeid
  - Etablere faste møter mellom alle kliniske avdelingar der samordna tenester vert drøfta
  - Etablere praktiske ordningar som lettar samarbeidet og betrar tilgjenge til tenester på tvers av avdelingar. Sikre at ein får raske vurderingar frå andre fagfelt.
  - Betre somatiske tenester til pasientar med psykisk sjukdom/rus.
  - Betre samhandling om pasientar med psykiske lidningar innlagde i somatiske avdelingar
  - Faste kontaktpersonar i somatikk for utvalde pasientgrupper i psykisk helsevern (t.d. ME og spiseforstyrningar) og motsett. Det må utgreiast nærare kva pasientgrupper dette bør gjelde.
- Implementere tiltaka i pasienttryggleiksprogrammet
- Utvikle rolla som pasientkoordinator og kontaktlege, t.d. sikre at personar med samansette og langvarige problem får koordinert behandling
- Vurdere behov for endringar i mottaksrutiner/handsaming av tilvisingar for å sikre at dei med samansette lidningar får den hjelpa dei treng
  - Innføre sjekklister ved mottak for å avklare samansette behov, slik at t.d. pasientar med samansette behov som er tilvist for psykisk lidning får den somatiske oppfølginga dei har behov for
- Heilskapleg anamneseopptak ved mottak, t.d. øyeblikkelig hjelp.
- Vurdere oppretting av «psykebil» i prehospital teneste
- Behandlarar skal ha tilgang på fullstendige journalopplysningar

Tiltak på mellomlang sikt (>):

- Etablere multidisiplinære team for pasientar med både somatiske og psykiatriske lidningar etter mønster frå m.a. eldremedisinsk poliklinikk. Liknande tilbod for rus- og

psykosepasientar (leveutsiktene er så sterkt reduserte at tidleg, fleirfagleg innsats er sterkt indisert), ev. muskel- og skjelettlidingar.

- Vurdere behovet for eigna pasientrom ved sjølvmoedsfare, åtferdsproblematikk og trong for skjerming, alvorlig smittefare, og for å ivareta teieplikta

Tiltak på lang sikt ():

- Etablere felles eldre medisinsk avdeling, m.a. med skjerma avdeling for særleg krevjande pasientar

## F. Funksjonelle lokale for medarbeidarkvalitet

Helse Førde sine lokale skal vere tilpassa føremålet og tilrettelagde slik at medarbeidarane kan trivast. Det skal leggast til rette for godt arbeidsmiljø. Det skal vere god utnytting og felles prinsipp for bruken av lokale/bygg i alle delar av organisasjonen, med tenlege lokale for kjerneoppgåvene; behandling, opplæring av pasientar og pårørande, utdanning av helsepersonell og forskning. Administrativ pasientarbeid må kunne utførast ilag med/nær pasienten, og kontorarbeid må kunne utførast i skjerma areal. Både kontor, møte- og undervisningsrom skal ha tilpassa utstyr for telemedisin og videokonferansar.

Det skal leggast til rette for effektiv arbeidsflyt og samarbeid. Arbeidsoppgåvene skal styre kontorløyisingar og tildelt areal, ikkje brukarens rolle eller posisjon. Alle kontorarbeidsplasser skal vere tilrettelagt for fleirbruk slik at dei kan nyttast av ulike medarbeidarar til ulike tider. Det skal definerast i kva omfang / aksept av kontorlandskap eller fleire som deler kontor. For funksjonar med mykje bruk av nettmøte og telemedisin skal det leggast til rette for enkeltkontor, alternativt god tilgang på stillerom. Arbeidsplassane må så langt råd vere basert på standardiserte utformingar og likskap for alle delar av organisasjonen. Utforming av arbeidslokale skal skje i nært samarbeid med tillitsvalde, verneteneste og bedriftshelseteneste.

**Tiltak på kort sikt (1-3 år)( tiltak kan vere konkrete løysingar, utgreiingsarbeid, samarbeidsprosessar, konsekvensutgreiingar, kartlegging m.m):**

- Kartlegge samla og ledig kapasitet, og vurdere korleis arealet skal fordelast mellom ulike funksjonar for å sikre best mogleg utnytting, sett opp mot behov for arealutvikling
- Utgreie korleis poliklinikken kan sikre både organspesifikke spesialrom, samstundes som ein aukar felles bruk av fleksible undersøkingsrom som er utrusta for dette i poliklinikk.
- Definere utnyttingsgrad av polikliniske behandlingsrom på lang og kort sikt. Evaluere føreslegen utnyttingsgrad i samband med konseptfasen ved Førde sentralsjukehus .
- Få på plass video/telemedisin-utstyr som gjer det enkelt for behandlar å kontakte kommunen / fastlege mv via telemedisin/video, t.d. medan pasienten er til konsultasjon på sjukehuset. Utstyret skal også kunne nyttast i kommunikasjon med pasienten i eigen heim, til møte og undervisning. Vurdere korleis dette kan verte standard utstyr på alle kontor, avdelingar og undersøkings/behandlingsrom.
- Innreie mottak slik at det ligg til rette for tverrfaglege vurderingar
- Planlegge for kontorarbeidsplassar, einerom, samtalerom og video/-møterom som sikrar ivaretaking av sensitiv informasjon og teieplikt i samtale med pasient og pårørande
- Greie ut arealstandard; kva grupper av personell som skal ha kva for kontorstorleik / behandlingsrom til dei ulike funksjonane

- Kartlegge om det er arbeidsplasser som er så belastende pga fysisk utforming eller gjev psykososiale problem som fører til auka sjukemeldingsfrekvens hos tilsette.
- Ved Førde sentralsjukehus skal bygg aust ha kapasitet for kontorareal med mange kontor med 12 m2. Det skal testast korleis dei fungerer med 2 på kvart kontor.

**Tiltak på mellomlang sikt ():**

- Kvalitetssikre og realisere utbyggingsplanar for Førde sentralsjukehus
- Implementere etablert standard for arealbruk til alle føremål i alle delar av Helse Førde sin aktivitet
- Komme inn i ein driftssituasjon utan bruk av brakker og midlertidige løysingar for tilsette
- Sikre nærleik/logistikk mellom spesialrom, behandlingsrom og kontorareal for å redusere tid brukt til å forflytte seg
- Legge plan for å fase ut brakker og midlertidige løysingar

**Tiltak på lang sikt ():**

- Funksjonelle arbeidsplasser som gir grunnlag for god/trygg pasientbehandling.
- Sikre fleksibilitet for å møte arealbehovet/rombehov ved nye krav til behandlingmetoder

## G. Tilpasse areal til endra pasientbehov og ha betre utnyttingsgrad

Helse Førde sine lokale skal vere i god stand, funksjonelle og gje grunnlag for god/trygg pasientbehandling. Dei skal ha omgjevnader og fasilitetar som pasientane kan trivast i. Pasientane skal takast imot i tenlege lokale og få god informasjon. Undersøking, behandling og opplæring skal utførast i skjerma og tilrettelagde samtale- og undersøkingsrom. Administrativt arbeid som registrering av journalopplysningar skal kunne gjerast under konsultasjon og i samarbeid med pasienten. Det skal vere tilrettelagt samtalar med pårørande og for å ta imot barn som pårørande, t.d. for samver med innlagde foreldre (leikerom mv). Pasientar med lengre dagbehandling/fleire polikliniske besøk same dag skal ha tilgang på fasilitetar som gir høve til å slappe av/legge seg nedpå. Sengeromma skal vere funksjonelle og ivareta behovet for privatliv, mellom anna ved at fleire får opphald i einerom.

Poliklinikkane skal i størst mogleg grad samlast for å legge til rette for samordna, tverrfagleg tilnærming rundt pasienten, der pasientane i minst mogleg grad må forflytte seg. Det skal etablerast og utrustast fleksible undersøkingsrom og spesialrom for å kunne behandle fleire pasientar med samansette behov på same areal.

### **Tiltak på kort sikt (1-3 år)( tiltak kan vere konkrete løysingar, utgreiingsarbeid, samarbeidsprosessar, konsekvensutgreiingar, kartlegging m.m):**

- Kartlegge pasientopplevd kvalitet i dei ulike lokala; mottak, ventesoner, behandlings-, samtalerom og sengepost, vurdere kva som bør forbetrast.
- Utgreie korleis pasientane sin integritet best mogleg kan ivaretakast ved utgreiingar, behandlingar og som sikrar ivaretaking av sensitiv informasjon og teieplikt i samtale med pasient og pårørande
- Planlegge effektiv og god utnytting av areal for å redusere ventetider og at pasientane slepp flytte mykje mellom «stasjonar» i sjukehuset
- Planlegge areal som legg til rette for tverrfaglege utgreiingar og samtalar
- Ha utstyr på behandlarkontora som gjer at pasienten lett kan komme i kontakt / få oppfølging også frå heimen ved hjelp av egne pc-ar eller mobilar.
- Innreie mottak og andre ventesoner slik at pasientane vert skjerma for innsyn frå andre utifrå behov, og frå smittefare. Legge til rette for pårørande, t.d. tilby høve for å slappe av, leikeområde for barn, tilgang til mat og drikke mv.
- Planlegge funksjonelle einerom og bad som gir høve for å ha pårørande tilstade
- Vurdere postkjøkken med pasientkafear i sengepostane ved Førde sentralsjukehus

### **Tiltak på mellomlang sikt ():**

- Enkel skilting, lett å finne fram og samle dei mest brukte funksjonane mest mogleg (poliklinikkar, radiologi, laboratorium) ved Førde sentralsjukehus
- Tilby smitterom og skjermingsrom ved særlege behov, til dømes for urolege, utagerande pasientar.

### **Tiltak på lang sikt ():**

- Planlegge for informasjons- og kaféfunksjonar ved inngangar/heisområda
- Tilby hovudsakleg einerom
- Planlegge slik at arealet er fleksibelt og kan tilpassast endre behov og nye krav til behandlingsmetodar

## H. Rett diagnose og behandlingsplan

Pasienten skal så raskt som mogleg få rett diagnose og ein systematisk plan for behandlinga. Dette krev gode tilvisingar, god informasjonsutveksling mellom pasient og behandlar, men også mellom dei ulike ledda i behandlingkjeda. Det skal vere rask avklaring av behov for kompetanse, og om pasienten skal behandlast av kommune/fastlege, lokalsjukehus/sentralsjukehus eller på regionalt nivå.

Telemedisin (t.d. teleslag og konsultasjonar via video) skal nyttast for rask diagnose, og sikre at pasienten kjem til rett stad i første omgang, og slik at fleire kan sleppe reise til sjukehus. Rask diagnose og behandling set også store krav til organisering av personell, areal og utstyr. Samordning mellom prehospitale tenester, sjukehus og fastlege og gode verktøy for overføring av informasjon vil bli stadig viktigare når ting hastar.

Pasientar med fleirfaglege behov skal så langt som råd er sleppe å flytte seg rundt i sjukehuset. Det betyr at fagpersonane møter pasienten der vedkomande er.

I tillegg til livstrugande tilstandar, skal det vere særskilt fokus på pasientar med lidingar som kreft, der det er kritisk å starte behandlinga tidleg, og pasientar som har omfattande behandlingsbehov på grunn av fleire diagnoser. Tidleg intervensjon (barn og unge, personar med psykoseutvikling) er andre viktige område.

### Tiltak på kort sikt (1-3 år)

- Greie ut korleis mottak og diagnostisering av pasientar skjer i dag og korleis arbeidet kan gjerast betre, herunder raskare vurdering i mottak ved Førde sentralsjukehus
- Ta i bruk telemedisin i/mot legevakt, fastlegar og andre kommunale tenester for tidlegare diagnose og behandlingsplanlegging.
- Setje i gang prosess for å drøfte og utvikle innhald og utforming av tilvisingane ilag med kommunane
- Greie ut behovet og etablere organisering av fleirfagleg vurdering av nokre typar tilvisingar
- Kartlegge behov for standardisering av pasientforløp på alle avdelingar
- Kartlegge kva grupper som treng fleir- og tverrfagleg tilnærming
- Pilotere koordinatorfunksjon for rom og personale på nokre poliklinikkar.
- Vurdere bruk av eksisterande areal fleire timar i døgnet.
- Utgreie og finne rett form for felles diagnostisk senter med bruk av poliklinikk/dagopphald og eventuelt senger i hotell, utgreiingspost og/eller observasjonspost.
- Vurdere nytte av felles bemanningssenter (sjukepleiarar) også for poliklinikkar.
- Ha turnuslegar som arbeider på tvers av avdelingar.
- Poliklinikkar som treng det har sine organspesifikke spesialrom, medan alle andre rom er til felles bruk.
- Etablere eit oversiktleg bookingsystem for bruk av romma i poliklinikk og mottak

### Tiltak på mellomlang sikt (3-7 år):



- Greie ut og pilotere organisering der ein person/eit team har ansvar for god utnytting av alle ressursar i poliklinikk.
- Etablere felles diagnostisk senter ved Førde sentralsjukehus
- Vurdere behovet for å etablere nye tverrfaglege polikliniske tilbod
- Planlegge for god utnytting av observasjonssengar (12 sengar) i mottak

**Tiltak på lang sikt (>7 år):**

## I. Mottak av pasientar

Pasientar skal takast i mot på ein profesjonell og ivaretakande måte uansett kvar og på kva måte dei kjem i kontakt med Helse Førde; prehospitalt, akuttmottak, poliklinikk, sengepost eller på annan måte. Fleire vil i framtida møte Helse Førde via videokommunikasjon eller møter oss kun via telefon. Ein viktig del av mottaket er dialogen mellom sjukehus og fastlege, som ofte går elektronisk gjennom tilvising og behandling av desse.

Innkallinga skal vere forståeleg, dei skal vite kvar dei skal møte, det skal vere lett å finne fram og dei skal få naudsynt hjelp. Videokommunikasjon skal takast i bruk for å gje eit best mogleg tilbod på tvers av lokasjonar, t.d. der det er behov for annan fagkompetanse i tillegg til den pasienten møter på eit av lokalsjukehusa.

Endringar skal overordna mål om betre ivaretaking av pasientane sine behov, fagleg og menneskeleg (omsorg). Mottak av både akutte og elektive pasientar på sjukehusa skal vere mest mogleg koordinert, samordna og profesjonelt på tvers av lokasjonar, avdelingar og fagområde (akuttmottak, poliklinikkar, dagbehandling og heildøgnsopphald). Det skal vere høg kompetanse i akuttmottak, for rask og brei triagering for rett behandlingnivå og stad. Personellet skal ha gode evner til klinisk kommunikasjon med pasient og samhandle med tilvisar og pårørande.

Dei pasientane som treng fagspesifikke avgrensa utgreiing/behandling skal få det. Pasientar med høg hastegrad pga. mistanke om alvorleg sjukdom og behov for fleirfagleg tilnærming skal få koordinert hjelp frå fleire fagområde (diagnostisk senter). Mottak via teknologi (videokonferanse) og ambulant verksemd skal utviklast. Behovet for samordna mottak mellom somatikk og psykiatri skal utgreiast for å identifisere korleis mottak bør organiserast. Samordna mottak er ikkje til hinder for at pasientar møter fysisk på ulike stader der dette er avtalt. Separat mottaksorganisering skal grunngjevast utifrå pasientgruppa sine behov. Mottak i brukarstyrte senger skal vere avklart på førehand.

**Tiltak på kort sikt (1-3 år):**

- Vidareutvikle akuttmottaket ved Førde sentralsjukehus. Forbetring og modernisering av drift, tilpassing av bemanning og kvalitetssikring av tenestene.
  - Sikre systematisk triage (systematisk hastegradsvurdering og prioritering) av pasientar, herunder vidareutvikle funksjonsfordelinga mellom sentral- og lokalsjukehus.
  - Etablere fungerande «kvardagskrise-planar» som sikrar kontroll ved pasientopphoping.
  - Utgreie overlegenærvær/meir spesialiserte legar i mottak opp mot total ressursbruk.
  - Utgreie areal for triage, smitterom, observasjonssenger m.m. i akuttmottak
  - Turnuslegar som arbeider på tvers av avdelingar i mottak.

- Arealutviklinga skal tilpassast endra drift.
- Vurdere samla mottaksfunksjonar og handsaming av tilvisingar i Helse Førde for å sikre at dei med samansette lidingar får den hjelpa dei treng.
  - Greie ut felles mottak av elektive pasientar til poliklinikk, dagbehandling og heildøgnsopphald for heile verksemda
  - Greie ut og etablere felles diagnostisk senter, kor ulike avdelingar mottar pasientar med høg hastegrad pga. mistanke om alvorleg sjukdom og behov for tverr- eller fleirfaglegheit. Bruk av poliklinikk/dagopphald og eventuelt senger i hotell, utgreiingspost og/eller observasjonspost.
- Vurdere samhandlingsprosjekt med kommunane om flyt ø.h. pasientar – evaluere moglege forbetringar for rett bruk av legevakt/KAD, lokalsjukehus og sentralsjukehus.
- Samhandle med kommunane om innhald og utforming av tilvisingar.
- Utvikle ein god kultur for møte mellom personell og pasient.
  - Utarbeide retningsliner for møte med pasient, arrangere kommunikasjonskurs mv
- Kartlegge moglege standardiserte pasientforløp i ulike avdelingar (gjeld både akutt og elektivt).
- Kartlegge kva grupper som treng fleir- og tverrfagleg tilnærming. Etablere fleirfagleg vurdering av nokre tilvisingar.
- Etablere system for videokonferanse med fastlege og pasient i poliklinikkar som ikkje har det i dag.

**Tiltak på mellomlang sikt (3-7 år):**

- Etablere felles diagnostisk senter samt vurdere/gjennomføre samordna mottak for ulike dagopphald/utgreiingar.
- Etablere observasjonsenger i samband med akuttmottak

**Tiltak på lang sikt (>7 år):**

- Nye endringsprosjekt etter behov.

## J.

# Fremje folkehelse, førebygging og meistring av kroniske sjukdommar og lidingar

Helse Førde skal utmerke seg som «folkehelseføretaket,» ved å arbeide for å fremje folkehelse ilag med kommunar, fylkeskommune og andre samarbeidspartar. Merksemda på førebygging, livsstil, ernæring, overvekt skal styrkast. Menneske med behov for langvarig og koordinert tenestetilbod (multisjuka) på grunn av fleire samtidige sjukdomar og/eller redusert funksjonsnivå skal få meir heilskaplege tenester/pasientforløp, og der ein i større grad ser behova deira som heile heile menneske i ulike livsarenaer. Dette gjeld til dømes tenester for pasientar med kroniske lidingar, og menneske med behov for habilitering og rehabilitering.

Aktuelle fagområde og støttefunksjonar skal samlast i ei eiga eining som skal arbeide med folkehelse, førebygging og kroniske sjukdommar/lidingar. Det skal vere ei heilskapleg tilnærming med vekt på funksjon og meistring, framfor medisinske diagnoser. Eininga vil m.a. kunne innehalde følgjande fagområde/funksjonar:

- Fysisk medisin/habilitering og rehabilitering i eit livsløpsperspektiv (born & vaksne) for pasientar i somatikk og psykisk helsevern
- Individuelle- og gruppebaserte-/ opplæringstilbod/læring og meistring/helsepedagogikk
- Migrasjons- og minoritetshelse
- Behandlingshjelpemiddel og velferdsteknologi
- Servicefunksjonar som til dømes fysioterapi, ergoterapi, sosionomtenester og forløpskoordinatorar
- Koordinering/samhandling
- Ulike multidisiplinære/tverrprofesjonelle team som arbeider ambulant/utadretta/desentralisert
- E-helse

### Tiltak på kort sikt (1-3 år):

- Skildre kva senteret skal drive med, og greie ut grenseoppgangar
- Samle og koordinere eksisterande ressursar
- Definere og utvikle Helse Førde HF si rolle på folkehelseområdet
- Etablere eiga Behandlingshjelpemiddeleinjing der ein aktivt nyttar telemedisin og velferdsteknologi

### Tiltak på mellomlang sikt ():

- Eininga
  - er etablert, og samla organisatorisk og fysisk/geografisk
  - fungerer som ressurscenter for folkehelse, førebygging & meistring av kroniske sjukdommar/lidingar i fylket
  - utviklar tilbodet gjennom evaluering/forskning i samarbeid med relevante forskningsmiljø
  - er ein samarbeidspartnar og samfunnsaktør i Sogn og Fjordane om førebygging

### Tiltak på lang sikt ():

## K.

### Utvikle tilbodet til eldre med samansette lidningar

Eldre pasientar med samansette lidningar skal få rett behandling på rett nivå. Eldre pasientar utgjer den største pasientgruppa i spesialisthelsetenesta, og denne gruppa er aukande. Fleire har samansette sjukdomsbilete, med somatiske sjukdomar, kognitiv svikt, sosiale og psykiske utfordringar, ernæringsvanskar, auka fallrisiko, og behandling med mange ulike medikament. Det skal vere eit nært samarbeid mellom Helse Førde og kommunane om vurdering, utgreiing og oppfølging. Pasientar som har behov for det, skal få eit tverrfagleg tilbod i mottak/obs-avdeling, ved eldre medisinske poliklinikkar, ambulant verksemd og tilpassa døgntilbod.

Vi skal samhandle med kommunane om utvikling av tenester som gjer til at menneske med samansette lidningar kan få bu så lenge som råd i eigen heim. Det skal nyttast velferdsteknologi og telemedisin for å gje nære tenester i samarbeid med kommunar og pårørande, t.d. for å avverge unødige reiser til sjukehus. Det skal utviklast felles kompetanse, felles vurderingar på tvers og rutiner for samarbeid.

Dei mest hjelpetrengande blir innlagde i sjukehus, og får i dag opphald ved lokalsjukehusa på medisinsk sengepost, eller ved Førde sentralsjukehus på ulike avdelingar. For å betre kvalitet skal det etablerast eit eige tverrfagleg samarbeid rundt pasientar med komplekse behandlingsbehov. Dette kan vere meir effektivt og kostnadssparande då dette ikkje er «nye pasientar», men menneske som elles ville blitt lagt inn ved andre avdelingar. Tverrfagleg tilnærming kan førebygge behovet for ny innlegging, sjølv om kvar innlegging i seg kan vare noko lenger pga at den breie tverrprofesjonell tilnærminga er tidkrevjande. Oppfølginga skal skje i koordinert og nært samarbeid med kommunane.

#### **Tiltak på kort sikt (1-3 år): Tverrprofesjonell tilnærming ved:**

- Vidareutvikle dei eldre medisinske poliklinikkar på Nordfjordeid og i Førde
- Etablere ei eiga sengeavdeling ved Førde Sentralsjukehus for tverrfagleg tilnærming; somatikk og psykiatri.
  - Kompetanse: tverrfagleg – breiddetilnærming, somatikk og psykisk helsevern
  - Avklare om etablering av sengeavdeling kan skje gjennom omdisponering av eksisterande døgnplassar
  - Areal: Vurdere om sengeavdelinga skal plasserast sentralt i sjukehuset grunna behov for tenester frå mange fagområde. Sikre tilrettelagt areal med rom for skjerming, og plass til pårørande/nærpersonar,
- Etablere samhandling mellom sentral- og lokalsjukehusa som sikrar felles tilnærming
- Greie ut samlokalisert mellom eldre medisinsk poliklinikk og tverrfagleg sengeavdeling ved Førde Sentralsjukehus og om tilboda bør samlokalisert med det spesialiserte rehabiliteringstilbodet
- Utvikle samarbeid med kommunane og andre aktuelle samarbeidspartar om tilbodet til pasientgruppa
  - Gjennomføre prosjekt funksjonsvurdering på tvers og storbrukarprosjektet,
  - Utvikle gode rutiner for vurdering, oppfølging lokalt, rettleiing/konsultasjon, undervisning via video.

**Tiltak på mellomlang sikt ():**

- Drive aktiv ambulant verksemd med fokus på tidleg intervensjon og førebygging saman med kommunane
- Tilby tverrprofesjonell veiledning og utredning lokalt for dei som har vore innlagt/utgreia poliklinisk.
- Utvikle eininga fungere som ressurscenter/ kompetansebasen for pleie- og omsorgstenestene og sjukeheimsmedisinen i fylket, herunder bruk av velferdsteknologi og telemedisin
- Utvikle tilbodet og kunnskap om gruppa gjennom kvalitetsutvikling, evaluering/forsking i samarbeid med relevante forskningsmiljø

**Tiltak på lang sikt ():**

## L.

### Utvikle tilbodet til born og ungdom

Tenestene skal utviklast slik at somatikk og psykisk helsevern gir meir samordna tenester\_og sikrar gode overgangar når det er behov for det for born og unge med samansette behov. Det skal utviklast eit nærare samarbeid med kommunane om oppgåve- og ansvarsdeling, m.a. utvikling av omforeint tilvisingspraksis. Tenestene skal utviklast for å tilby større grad av nærtener, framfor konsultasjonar og opphald ved sjukehus.

Ei særleg utsett gruppe er multisjuka born, og born i særleg utsette livssituasjonar på grunn av omsorgssvikt/mishandling. Born og unge med sjukdom i kombinasjon med ein vanskeleg omsorgssituasjon som rus, overgrep og liknande, skal få særskild merksemd frå Helse Førde – både når det gjeld å avdekke, undersøkje og følgje opp. Born som pårørande til alvorleg sjuke foreldre og søskjen skal følgjast opp ifl retningslinene. Born og unge med langvarige sjukdomar skal sikrast gode overgangar frå born til vaksen ved at det er samarbeid og retningslinjer på tvers av avdelingar, t.d. mellom borne- og vaksnehabilitering.

Tenester i sjukehus, inkludert døgnopphald:

- Der det er tenleg, skal tenestene til born og unge på sjukehus samlokalisert, men ulik lokalisering og organisering skal ikkje vere til hinder for samarbeid og samordning. T.d bør eininga for sjuke nyfødde framleis vere samlokalisert med kvinneklinikken.
- Ungdom med behov for tvangsbehandling i psykisk helsevern vert i dag behandla saman med vaksne. Dei skal i framtida få dette tilbodet i eigne skjerma lokale og med rett kompetanse.
- Innlagde born og unge skal få ha foreldre hos seg og andre pårørande på besøk

Born og unge skal sikrast brukarmedverknad på system og individnivå på lik linje med vaksne ved at det vert oppretta ungdomsråd.

#### Tiltak på kort sikt (1-3 år)

- Tilretteleggje slik at innlagde born får ha foreldre/pårørande hos seg i same rom under opphaldet.
- Endre aldersgrensa ved Barneavdelinga frå 16 til 18 år slik at denne blir lik poliklinikkane i psykisk helsevern for barn og unge.
- Opprette brukarrepresentasjon for born og unge (ungdomsråd)

#### Tiltak på mellomlang sikt ():

- Utreie korleis legge til rette for at ungdom til tvangsbehandling i psykisk helsevern ikkje skal vere saman med vaksne pasientar.
- Vidareutvikle kommunikasjon internt i Helse Førde og med dei kommunale tenestene. Dette for å tilby barn og unge skreddarsydd utgreiing og behandling.
- Sikre at Arealplanen ved Førde Sentralsjukehus inneheld tilrettelegging for praktisk samarbeid mellom avdelingane og klinikkane som har ansvar for helsetenesetene for barn og unge.

#### Tiltak på lang sikt ():

- Vidareutvikle heilskaplege tenester for barn og unge når arealplanen er gjennomført

## M. Etablere felles og fleirfagleg sengepost

Pasienten skal møte eit moderne døgntilbod som dekker behovet til innbyggerane i Sogn og Fjordane, og har rett kapasitet til dei ulike behova. Døgntilboda skal utviklast og samordnast for å møte pasientar sine fleir- og tverrfaglege behov på ein betre måte. Det skal skapast nye rammer for fagleg samhandling på tvers av fagområde og dagens organisering. Pasienten skal få tenester med god spesialkompetanse, samstundes som tenestene skal ha breiddekompetanse. Nokre sengepostar skal framleis vere diagnoseretta og fagspesifikke, mens andre skal vere felles eller tverrfaglege, både mellom fagområde i somatikken, og saman med psykisk helsevern.

Det skal utgreiast observasjonspost ved akuttmottak og eigne senger til skrøpelege eldre. Vi skal samarbeide med kommunane for å få ei heilskapleg og saumlaus helseteneste for pasientane. Organisering og kultur i sengepost skal understøtte fleksibel bruk av senger og pleieressursar. Det skal i tillegg vere arealmessig fleksibilitet for å sikre tilstrekkeleg sengekapasitet på sengerom ved toppbelastningar.

Dei eldre pasientane blir fleire og har meir komplekse sjukdomstilstandar. Forventa auke i behov vil føre til knappheit på helsepersonell og kompetanse i framtida. Dette gjer at ressursane må nyttast smartare slik at dei strekk til. God planlegging av kompetanseutvikling er viktig for å lukkast.

Pasientane skal i størst mogleg grad få tilbod om einerom. Dei skal få høve til å ha pårørande hos seg, især må born få ha foreldra hos seg.

Vi skal samordne/slå saman/samløkalisere/sambruke personale og lokale når mogleg og hensiktsmessig for å gje pasientane eit godt og effektivt tilbod. Storleiken på sengepostar skal kunne justerast opp og ned etter behov, og må byggast med generelle kvalitetar.

Alle endringsprosessar i sengepostane skal ivareta pasientane sine behov, både med omsyn til heilskapleg behandling og spesialkompetanse.

### Tiltak på kort sikt (1-3 år):

- Utgreie korleis det samla døgntilbodet skal utviklast
  - Kartlegge behov og avklare korleis døgntilboda skal utviklast og organiserast ved alle lokasjonar, Førde sentralsjukehus, lokalsjukehusa, psykisk helsevern (DPS – sentralsjukehusfunksjonar)
  - Vurdere korleis pasientar med psykiske og somatiske behandlingsbehov kan få eit integrert døgntilbod og tilrå modell
  - Greie ut korleis observasjonssengene knytt til mottak skal nyttast, kvar desse skal hentast frå, og korleis tilbodet skal organiserast
- Førde sentralsjukehus:
  - Etablere utgreiingspost utanom 8. etasje for medisinske pasientar i 2016, medisinsk avdeling låner senger i kirurgisk og ANRR-sengepost
  - Etablere felles bemanningssenter (sjukepleiarar) 2016.
  - «Rokade av sengepostar»-prosjekt startar haust 2016: Første steg mot samordning, samlokalisering og justering av størrelse på sengepostar på FSS.
  - Organisere tenestene slik at turnuslegar og sjukepleiarar som arbeider på tvers av avdelingar med plan for kompetansebygging.
  - Observasjonspost i akuttmottak (mogleg første steg med 4 senger): Utgreiast 2016. Her må samarbeid med kommunane utgreiast, der bruk av KAD-senger blir vurdert.
  - Elektronisk kurve - innføring frå hausten 2016: Sikre oppdatert kurve for alle (KULE-prosjekt).
  - Utvikle intensivtilbodet, sjå eige ark

### Tiltak på mellomlang sikt (3-7 år):

- Vidareutvikle døgntilboda, utvikle kompetanse og vidare utvikle kultur for samarbeid og breiddetilbod ved alle lokasjonar
- Syte for kontinuerleg utvikling utifrå framskriving av aktivitet og behov

- Psykisk helsevern: Utvikle arealet ved Førde sentralsjukehus for å understøtte planlagt døgntilbod.
- Lærdal sjukehus: utvikle arealet for å understøtte døgntilbodet
- Førde sentralsjukehus:
  - Utgreiingsposten innlemmar fleire pasientgrupper og nyttar ledige senger fleksibelt i høgblokka.
  - Etablere større observasjonspost i nærleiken av mottak og poliklinikkareal, eventuelt innlemme diagnostiske senger.
  - Etablere akutt-geriatrik (skrøpelege eldre) sengepost til felles bruk.
  - Yrkesgrupper som inngår i tverrfaglege team, skal i større grad organiserast i lag.
  - Utgreie moglegheit for felles infeksjonspost
  - Kirurgisk og ortopedisk sengepost ( og fleire andre!) er samlokaliserte og i tett samarbeid.
  - Ombygging/modernisering av sengepostane startar (einerom m.m.)

**Tiltak på lang sikt ():**

- Alle organspesifikke sengepostar i somatikken har færre senger. Det er etablert og organisert samordna felles døgntilbod som blir vidareutvikla
- Det er etablert felles tenester mellom psykisk helsevern og somatikk som vert vidareutvikla
- Organisasjonen ser behov for endringar og etablerer nye endringsprosjekt etter behov



## N. Fleirfagleg poliklinikk og diagnostisk senter

Dei fleste pasientane møter i poliklinikkar, på laboratorium eller for å få radiologiske tenester. Helse Førde skal ha eit samla breidt poliklinisk tilbod – med avklart funksjonsfordeling mellom lokal- og sentralsjukehus. Pasientane skal få eit kvalitativt godt tilbod der dei møter den spisskompetansen dei treng, og tverrfaglege team når dei har behov for det.

Personale, areal og utstyr skal vere organisert med utgangspunkt i pasienten sine behov, og for mest mogleg effektiv og fleksibel drift. Det tverrfaglege samarbeidet skal utviklast ved samlokalisering av poliklinikkane ved Førde sentralsjukehus, koordinering og auka sambruk av personale og areal.

Pasientane skal oppleve at det er lett å finne fram, at dei møter serviceinnstilte medarbeidarar, har kortast mogeleg ventetid og at tenestene er samordna slik at dei slepp mange reiser til og frå sjukehus. For å få det til må vi levere straumlinjeforma tenester med god logistikk og kvalitet i prosess og resultat.

Vi skal gjennomgå måten vi møter pasientane på i mottak, ekspedisjon og luker for å gjere det best mogleg for pasienten. Eigenregistrering og mobilt tilkallingssystem skal innførast ved frammøte. Vi skal ha drop-in-funksjonar der dette er tenleg. God planlegging, logistikk, telemedisin, velferdsteknologi og desentraliserte tenester skal også gje pasientane minst mogleg reisebelastning.

Arealet skal vere tilpassa ulike pasientgrupper og faggrupper. Det skal vere fleksible undersøkingsrom, samtalerom og arbeidsplassar i tillegg til spesialutstyrte rom. Det skal vere høve for samtalar og journalføring saman med pasienten. Dette vil krevje god koordinering, mellom anna system for booking av rom og utstyr. Det inneber at leing og organisering av poliklinikkar må vurderast. Det skal vere kontinuerleg kompetanseutvikling som tek opp i seg breiddetilnærming, og leiarar og medarbeidarar må kontinuerleg arbeide med samarbeidskulturen.

### Tiltak på kort sikt (1-3 år):

- Etablere felles kontaktsenter for henvendingar på telefon og internett
- Etablere elektroniske løysingar for melding av ankomst og betaling
- Etablere elektronisk system for booking av rom og utstyr Kartlegge moglege standardiserte pasientforløp.
- Kartlegge kva grupper som treng fleir- og tverrfagleg tilnærming og utarbeide framlegg til modell for organisering av framtidig teneste for desse
- Kartlegge og utgreie behov for betring i arbeidsflyten i poliklinikkane og mot radiologi og laboratorie
- Vurdere å slå saman fleire eller alle poliklinikkar på kvart sjukehus til ei organisatorisk eining.
- Pilotere koordinatorfunksjon som koordinerer både rom og personale på nokre poliklinikkar.
- Kartlegge bruk av rom og om vi kan nytte eksisterande areal fleire timar på døgnet.
- Utgreie og finne rett form for vårt felles diagnostiske senter med bruk av poliklinikk/dagopphald og eventuelt senger i hotell, utgreiingspost og/eller observasjonspost.
- Kartlegge kva tenester som bør ha drop-in funksjon
- Vurdere nytte av felles bemanningssenter (sjukepleiarar) også for poliklinikkar.
- Turnuslegar som arbeider på tvers av avdelingar/poliklinikkar
- Elektronisk kurve innføring frå hausten 2016: Sikrar oppdatert kurve for alle (KULE-prosjektet).
- Utvikle betre samhandling med kommunane med omsyn til innhald og utforming av tilvisingane.
- Etablere organisering av fleirfagleg vurdering av enkelte tilvisingar

**Tiltak på mellomlang sikt (3-7 år):**

- Ny organisering der ein person/eit team/ei eining har ansvar for god utnytting av ressursar i poliklinikk ved Førde sentralsjukehus.
- Etablere felles diagnostisk senter
- Vurdere om nye tverrfaglege polikliniske tilbod skal etablerast utifrå behov

**Tiltak på lang sikt (>7 år):**

- Alle poliklinikkar har sine organspesifikke spesialrom, mens alle andre rom er til felles bruk
- Det er etablert eit godt og oversiktleg bookingsystem
- Nye endringsprosjekt etter behov.

## O. Utvikle intensivbehandling og overvaking

Pasientar med akutte, livstruande tilstandar og behov for overvaking og intensivbehandling skal bli ivaretekne av personell med høg kompetanse. Behandlinga skal vere tverrfagleg organisert med pasienten i sentrum, og nødvendige fagfolk rundt. Det skal vere kapasitet til å ta imot venta auke i behov, særleg knytt til kreftbehandling og eldre pasientar og pasientar med psykisk lidning og/eller alvorleg reaksjon på rusmiddel som krev overvaking eller intensivbehandling.

Innbyggerane - pasientar og pårørande - skal vere trygge for at det vert gitt rett behandling på rett nivå, med rett *kvalitet* og kapasitet når behovet oppstår. Pasientane skal få behandling for sin kritiske sjukdom, og bevare så mykje som mogleg av si funksjonsevne etterpå. Helse Førde skal ta i bruk dokumenterte verktøy for å oppnå dette, som utover det medisinskfaglege og teknologiske mellom anna inkluderer dagslys og døgnrytme. Det skal vere høve for skjerming av pasientar med samansette lidningar, og isolering ved smittsame sjukdom.

Intensivbehandlinga skal ta omsyn til at ein slik situasjon er ei ekstrembelastning både for pasient og pårørande, og der spørsmål om liv og død kjem nært på. Informasjonsbehovet vil vere stort, og skal ivaretakast, ved at det skal leggest til rette for å involvere og ta i vare pårørande undervegs i behandlinga.

Behovet til innbyggerane tilseier at tenesta bør ivaretakast av ei felles intensiveining, og uendra funksjonsfordeling i føretaket. Det vil bli behov for auka spesialisering av personell innan anesthesiologi ved intensivseksjonen ved Førde sentralsjukehus. Dette vil krevje rekruttering og kan føre til auka kostnader. Pasientane skal få tilbod som er likeverdig med andre intensiveiningar i Noreg. Nasjonale normer for intensivverksemd set mål for kompetanse, beredskap, nivå på utstyr, areal og bemanning i høve intensivpasientar. Dette er mål som kan nyttast i utforming og drift av intensivtilbodet.

Pasientane skal framleis sikrast god transportteneste og det skal vere eit nært samarbeid med intensivavsnitt på regionsjukehuset (Haukeland universitetssjukehus) for naudsynt tilgjenge til den mest høgspesialiserte behandlinga.

Tiltak på kort sikt (1-3 år):

- Bygge på og styrke den kjeda av tenester for livstrugande skader/sjukdom som er bygd opp i føretaket.
- Planlegge framtidige intensivtenester før og under ombygging ved Førde sentralsjukehus:
  - Kvalitetssikre utgreiing av arealbehov/funksjonar som grunnlag for nybygging av sterilsentral- og operasjonsareal før planlegging av intensiv.
  - Planlegge framtidig felles eining for intensiv, intermedisær og postoperativ overvåking ved FSS
  - Dimensjonere utifrå vurdert kapasitetsbehov, førebels vurdert behov for 12 sengar, derav 6 intensivsenger. Intensivsenger på einerom inkludert eit luftsmittisolat.
  - Planlegge for beredskap, der oppvaking kan fungere som beredskapsareal og bør ligge nær felleseininga
  - Gjennomføre kompetansetiltak, herunder spesialisere to intensivistar og sikre bemanning med intensivsjukepleiarar.
  - Kunnskapsbasert utforming av areal og effektiv bruk av bemanning, jfr «Retningslinjer for intensivvirksomhet i Norge».

○ Planlegge og gjennomføre drift under utbygging
Tiltak på mellomlang sikt (): <ul style="list-style-type: none"><li>• Gjennomføre byggeprosess i sammenheng med sterilsentral og operasjonsavdeling / 2 etasje FSS og tilpasse tenestene utifrå plan</li></ul>
Tiltak på lang sikt (): <ul style="list-style-type: none"><li>• Drift. Kontinuerlege forbetningsprosessar</li></ul>

## P. Utvikle dag- og døgnekirurgisk aktivitet

Pasientane skal ha tilbod om kirurgisk behandling av høg verdi innan ulike fagområde, som ortopedi, auge, øyre-nase-hals, gastro mv. Tenestene skal utviklast utifrå kva type behov innbyggjarane har og kva kapasitet dei treng, samanhalde med kompetansen, ressursane i Helse Førde, og nasjonale/regionale føringar om funksjonsfordeling innan kirurgiske fag. Førde sentralsjukehus vil, med kirurgisk akuttberedskap og som traumesjukehus, ha ein sentral funksjon innan kirurgi for fleire fagområde. Så langt råd er (fagleg forsvarleg) skal pasientane få gjennomført operasjonar ved dagkirurgi ved sentral- og lokalsjukehusa.

For pasientane vil tilgangen på spesialisert fagpersonell innan kirurgi vere ein kritisk faktor. Personalet må organiserast slik at både effektive dagkirurgiske forløp og nødvendig vaktkompetanse blir teke i vare 24/7. God pasientstraum i avdelingane, nærleik til operatør i høve inn- og utskrivning og kortare byttetid mellom operasjonar vil gje gevinstar innan både dag- og døgnekirurgi.

Ressursane skal nyttast effektivt, mellom anna ved å nytte to operasjonsstover per operatør for inngrep med kort knivtid eller lang førebuingstid, er effektivt for å behandle fleire pasientar på kortare tid. Det same er å samle like inngrep. Slik organisering vil og kunne gje betre beredskap med tanke på større hendingar. Arealutviklinga skal støtte opp under behov for kapasitet og fasilitetar og styrka kvalitet og pasienttryggleik, gjennom betra fysiske tilhøve for pasientar og tilsette.

### Tiltak på kort sikt (1-3 år):

- Kartlegge aktivitet og planlegge framtidig kapasitet, drift for samla kirurgisk aktivitet i Helse Førde utifrå behova til innbyggjarane
- Gjennomgå moglege betringsområder i dagens drift i alle einingar
- Planlegge framtidig pasientflyt i alle einingar
- Avklare organisasjonsmodell i framtidig operasjonsavdeling ved alle einingar?
- Få avklart arealplan, sterilsentral/operasjonsavdeling/støtteområder ved Førde sentralsjukehus
  - Planlegge modernisering og utvikling av operasjonsarealet
  - Operasjonsstover og biareal skal vere utforma og utstyrt for effektiv og fleksibel drift. Omsynet til framtidige endringar på utstyrs- og/eller fagområde vil gjere det nødvendig med fleksible operasjonsstover.
  - Planlegge drift i byggeperioden

### Tiltak på mellomlang sikt :

- Planlegge og gjennomføre drift i ombygningsperiode ved Førde sentralsjukehus
- Implementere ny organisasjonsmodell og pasientflyt i Helse Førde

## Q. Etablere dagpost ved Førde sentralsjukehus

Fleire av dei pasientane som i dag blir innlagde ved Førde sentralsjukehus, kunne vore betre ivaretekne gjennom eit dagtilbod. Mange av desse pasienane har kroniske lidingar. Dette gjeld både medisinske og kirurgiske fag. For å gjere dette mogleg skal det opprettast ein samla dagpost ved Førde sentralsjukehus for pasientgrupper innanfor følgjande fagområde:

- Medisin/Kreft
- Hud
- Nevrologi
- Revmatologi
- Auge
- ØNH/Hud/Barn/Lunge – Allergologi (krev overvaking med omsyn til anafylaksi)
- Kirurgi

Ved dagposten vil pasientane få ulike typar infusjonsbehandling, allergibehandling mv. Ved å etablere ein samla dagpost skal det tilretteleggast for auka samarbeid på tvers av fagområde og betre kvalitet gjennom meir standardisering av pasientbehandlinga. Dette opnar for meir fleksibel bruk av areal, personale og utstyr. Tilbodet skal både gje betre kvalitet i pasientbehandlinga, og frigi ressursar til vidare utvikling av behandlingstilbodet.

Ved Lærdal sjukehus skal det også planleggast for betre samordning av dagtilboda. Ved Nordfjord sjukehus er det allereie etablert felles infusjonspoliklinikk samlokalisert med dialyse. Poliklinikkane er samla i første etasje, med unntak av gynekologisk poliklinikk som er lokalisert saman med «God start-eininga.»

### Tiltak på kort sikt (1-3 år):

- Starte prosjekt for utgreiing av organisering og personalbehov av felles infusjonspoliklinikk ved Førde sentralsjukehus. Prosjektet skal avklare naudsynte behov for allergologi-poliklinikk, og utgreie eventuelle nytteeffektar med omsyn til areal og personale ved ei samlokalisering mellom dialyse og infusjon. Tidsramme til bygg Aust er klar. Prosjektet skal planlegge for felles arealbruk, og kontorareal i 3. etg. kan frigjerast til dette, og det skal greiast ut eventuelle nytteeffektar i form av mindre arealbehov ved dagens fagspesifikke poliklinikkar.
- Setje i verk samla infusjonspoliklinikk ved Førde sentralsjukehus når bygg Aust står klart i 2017, og syte for gradvis innfasing av avdelingane som gjev infusjonsbehandling som dagbehandling med frigjeving av areal og personale

### Tiltak på mellomlang sikt (5-10 år):

- Ta ut fullt potensiale av samlokaliseringa ved Førde sentralsjukehus. Dersom samlokalisering med dialyse gir nytteeffektar, iverksetje prosjekt for slik samlokalisering

### Tiltak på lang sikt (10+ år):

## R. Radiologi

Pasientar som treng radiologiske undersøkingar for å få ei diagnose eller behandling skal få trygge og kunnskapsbaserte tenester, slik at dei så raskt som mogleg får stilt diagnose ved alvorleg sjukdom. Kapasiteten må tilpassast slik at den er tilstrekkeleg til å ta imot og handtere venta auka etterspurnad, og for å gjennomføre undersøkingar med kort eller ingen tidsfrist for pasientar frå spesialisthelsetenesta. Dette gjeld mellom anna når pasient har vore til spesialist og skal vidare til radiologi. Det er eit mål at slike pasientar får gjennomført radiologisk undersøking same dag. Dette skal auke kvaliteten, vere meir effektivt og føre til at pasienten slepp ekstra ventetid og fleire reiser til sjukehus.

Samstundes som radiologiske undersøkingar ikkje skal vere ein flaskehals med lange ventetider, skal det arbeidast med å sikre rett bruk av tenesta. Det er stor etterspurnad, men og ulemper i form av strålebelastning med skadepotensiale. Pasientane må ikkje utsetjast for stråling utover det som tener føremålet. For å få ein god balanse mellom kapasitet, volum og ressursbruk må sjukehuset ta ei aktiv rolle i rådgjeving ved val av undersøkingar. Det er viktig for folkehelsa å sikre optimal bruk av tenestene oppimot reelt behov i befolkninga. Det skal vere samhandling med kommunelegane (som står for halvparten av tilvisingane) om rett tilvisingspraksis utifrå tilgjengeleg kunnskap.

### **Tiltak på kort sikt (1-3 år)( tiltak kan vere konkrete løysingar, utgreiingsarbeid, samarbeidsprosessar, konsekvensutgreiingar, kartlegging m.m):**

- Kartlegge variasjonar i tilvisingar frå kommunar og egne avdelingar for å avdekke årsaker til flaskehalsar.
- Ta initiativ til samhandling med kommunelegar og andre avdelingar i Helse Førde for å vurdere rett bruk av radiologiske tenester – dvs nytte ressursar til å delta i fora der ein vil kunne påverke til ein betre tilvisingspraksis
- Sikre god arbeidsflyt og organisering som utnyttar ressursane i heile føretaket effektivt
- Implementere IHR- prosjektet (Interaktiv henvising og rekvisisjon)
- Kontinuerleg justering av timebøker og mengde ledige «drop in» timar
- Bidra til implementering av nytt journalsystem i Helse Vest
- Jobbe for å få løysing på «Sjølvbestemd time» for pasientane
- Implementere nye nasjonale føringar i etterkant av forvaltningsrevisjon (Riksrevisjonen)
- Gjere prinsipielle avklaringar og eventuelt redusere tenestetilbodet der ein vil ha netto vinst av dette
- Vurdera i kva grad ein skal la det stå ledige timar disponible trass auke i ventetider for å betre tilbodet til pasientar frå poliklinikkar og sengepostar og gjennomføre tidlegare prioritering av pasientar
- Tilby rådgjeving til kommunelegar/interne avdelingar før val av undersøkingar

### **Tiltak på mellomlang sikt ():**

- Gjennom nettverkssamarbeidet mellom dei radiologiske avdelingane i Helse Vest bidra aktivt til eit større regionalt samarbeid der ein i større grad nyttar ressursar på tvers av føretaka. Dette vil vere lettare å gjennomføre med nytt journalsystem/biletarkiv.
- Følgje med på ny kunnskap og justere praksis utifrå dette. Studiar peiker på eit overforbruk av radiologi/ strålebelastande undersøkingar i Norge jamfør andre land.

### **Tiltak på lang sikt ():**

- Ei enno meir tydeleg prioritering av pasientgrupper.

- Sørgje for ei minst mogeleg belastande behandling. Ein kan sjå føre seg at stadig meir moderne utstyr vil medføre ei redusert strålebelastning til den enkelte pasient og populasjon generelt. Fram til no har effekten i stor grad vore teken ut i betre kvalitet.
- Etablert omforent tilvisingspraksis/prioritering med primærhelsetenesta



## S. Laboratoretenester

Pasientar skal få gjennomført laboratorietenester på så effektiv, enkel og skånsom måte som mogleg. Tenesta skal vere trygg og av høg kvalitet. Prøver frå pasientar skal leverast på ein stad for kontroll av kvalitet og merking før dei blir sendt til vidare analysar. Der det er tenleg skal analysar av prøver i større grad vert gjort ute i nærleiken av pasienten for å betre pasientbehandlinga. Dette vil gje raskare analyseresultat, ferskare prøvemateriale og at ein i større grad kan ta omsyn til optimale prøvetidspunkt.

### Tiltak på kort sikt (1-3 år):

- Gjennomgå praksis ved alle lokasjonar og syte for at føringar i regional plan for laboratorietenester vert implementert
- Kartlegge kompetansebehov og lage plan for opplæring, hospitering, samhandling for best mogleg praksis ved alle einingar
- Utreie moglegheitsområde rundt pasientnære analysar
- Utreie korleis arbeidsflyt og organisering rundt pasientprøvar kan betrast med omsyn til:
  - Bestilling av prøvar, prøvetaking og transport
  - Val av utstyr og grad av automatisering
  - Bruk av andre laboratorium
  - Tilgjengeleggjing av resultat og vurdering

### Tiltak på mellomlang sikt ():

- Etablere felles prøvemottak for laboratoria på Førde sentralsjukehus
- Etablere pasientnære undersøkingar der det er tenleg.
- Auke graden av automatisering

### Tiltak på lang sikt ():

## KAPITTEL 4

# **Styrevedtak Helse Førde Forprosjekt**

# Styresak

**GÅR TIL:** Styremedlemmer

**FØRETAK:** Helse Førde HF

**DATO:** 07.10.2016

**SAKSHANDSAMAR:** Kjell Inge Solhaug

**SAKA GJELD:** Arealplan - oppstart forprosjekt «Nye Førde sjukehus»

**ARKIVSAK:** 2013/2929

**STYRESAK:** 058/2016

**STYREMØTE:** 28.10.2016

---

## FORSLAG TIL VEDTAK

1. Styret i Helse Førde godkjenner, med grunnlag i gjennomført konseptfase, oppstart av Arealplan «Nye Førde sjukehus».
2. Prosjektet skal kunne gjennomførast innanfor ei kostnadsramme på 1,62 milliardar, og i samsvar med godkjent finansieringsplan.
3. Arbeidet med tenesteutvikling skal samordnast og integrerast med planane for arealutvikling
4. Det skal etablerast rutinar for rapportering mot Helse Vest og styret skal haldast jamleg orientert om prosjektet.

## Oppsummering

Forprosjekt «Arealplan FSS» ligg inne med startløyving på 18 millionar i framlegget til statsbudsjett for 2017 og kan med positivt vedtak i Stortinget startast opp i januar 2017. Prosjektet skal utviklast vidare frå alternativ 1 i konseptfase frå styresak 071/2015.

Helse Vest har godkjent prosjektet i styresak 120/15. Vedtaket vart gjort med atterhald om finansiering. Det er såleis ikkje nødvendig med ny handsaming av styret i Helse Vest før vi kan gå i gang med forprosjektet.

Tenesteutviklinga i Helse Førde no organisert gjennom programmet «Pasientens helseteneste», og påverknader frå tenesteutviklinga skal takast inn i forprosjektet. Forprosjektet skal skape visse for at prosjektet kan gjennomførast innanfor det finansielle handlingsrommet som er etablert for prosjektet.

## Fakta

Saka er tidlegare handsama i styresak 071/2015 i Helse Førde med følgjande vedtak:

1. *Styret i Helse Førde godkjenner konseptfaserapport og start av forprosjekt, med atterhald om godkjenning i Helse Vest.*
2. *Alternativ 1 «Arealplan FSS» skal leggast til grunn for vidare arbeid.*
3. *Prosjektet er kalkulert til 1,52 milliardar kroner. Vi legg til grunn eit styringsmål om å gjennomføre prosjektet innanfor ei kostnadsramme på 1,45 milliardar.*
4. *Styret legg til grunn at tilhøve som er påpeika i kvalitetssikringa av konseptfasen vert teke med i det vidare arbeidet.*
5. *Saka skal oversendast Helse Vest for styrehandsaming og vidare dialog mot HOD med sikte på finansiering gjennom statsbudsjett 2017.*

Saka var oversend til Helse Vest og var handsama i styret i Helse Vest i sak 120/15 med følgjande vedtak:

1. *Styret i Helse Vest RHF godkjenner at alternativ 1 i konseptrapport «Arealplan FSS» blir vidareført til forprosjekt.*
2. *Kostnadsramma blir sett til 1,52 milliardar kr (eksklusiv byggjelånsrente) og blir lagt til grunn for lånefinansiering.*
3. *Prosjektet kan vidareførast til forprosjekt når finansiering er klar.*
4. *Helse Førde må fram mot forprosjekt og i forprosjektet svara opp manglar og vesentlege kommentarar frå ekstern kvalitetssikrar.*

Det er i styrevedtaka nytta ein totalsum på 1,52 milliardar for prosjektet. Denne summen omfattar dei totale kostnadene for bygningsmessige tiltak og utrustning, der også prosjektkostnader for 2015 og 2016 er med. Det økonomiske oversynet som ligg til grunn for vedtaka, og er oversendt som grunnlag i lånesøknaden, inneheld også spesifikke kostnader

for MTU. Samla prosjektkostnader for perioden 2017 til 2025 er summert til 1,62 milliardar. Lånefinansieringa i dei økonomiske oppstillingane utgjer 1,13 milliardar. Dette er 70 prosent av totalkostnadene. Det er i vedlegg til denne styresaka lagt ved dei siste oppdaterte tabellane for berekraft som låg til grunn for Helse Vests søknad til HOD (oversendt oppdatert i notat til Helse Vest den 29.01.2016).

I forslag til statsbudsjett ligg prosjektet inne med 18 millionar i 2017. Dette avvik noko frå tabellane våre som viser eit planlagt lånebehov på 43,4 millionar for 2017. Vi vil ta ned kostnadsnivået for 2017, og justere planane i høve framlegget til statsbudsjett. I det vidare arbeidet legg vi til grunn at statsbudsjettet blir vedteke slik det ligg føre.

Prosjektet skal gå over mange år. For å skape trygghet for at føretaket greier å gjennomføre prosjektet innanfor finansielt handlingsrom på 1,62 milliardar, etablerer vi eit lågare styringsmål. Frå styrevedtak 071/2015 ligg det inne eit styringsmål som er 5 prosent under kalkylen. Denne vurderinga blir vidareført med eit styringsmål på 1,54 milliardar.

Alle kostnadstal og kalkylar er rekna i 2015-kroner, eksklusiv byggjelånsrenter.

## Kommentarar

Sykehusbygg HF har vore kopla på prosjektet i konseptfasen, og starta våren 2016 opp med å førebu kjøp av arkitekt- og rådgjevartjenester. Det er gjennomført leverandørkonferanse saman med leverandørutviklingsprogrammet til NHO. Vi tenkjer langsiktig, og ønskjer å knyte til oss arkitekt og rådgjevarar som skal vere med oss heile vegen til ferdigstilling av utbygginga.

Runden med førespurnader vil bli gjennomført no i november 2016 med sikte på at prosjektet kan ta til i januar 2017. Organisering av prosjektet blir sluttført når rådgjevargruppa er klar.

Det var gjennomført ekstern kvalitetssikring (KSK) i konseptfasen. I KSK-rapporten blir det peika på ein del tiltak vi bør arbeide vidare med, og dette er tilhøve som må leggest inn i det vidare arbeidet. KSK-rapporten stadfestar at vi er på rett veg i konseptfasen, og hjelper oss til å sjå viktige område vi må arbeide med i forprosjektfasen.

Det er i KSK-rapporten peika på konkrete punkt som Helse Førde bør arbeide vidare med:

- 1. Det bør tydeliggjøres hvilke tiltak som faktisk er ment å inngå i alternativ 1 (endelig versjon av konseptfaserapport).*
- 2. Det bør gjennomføres en usikkerhetsanalyse av investeringskostnaden. Dette er særlig viktig for ombyggingsarbeidene der nøkkeltall i mindre grad er tilgjengelig.*
- 3. Det bør gjøres en oppdatert analyse av den økonomiske bærekraften i prosjektet.*
- 4. Det bør utarbeides en mer detaljert plan for gjennomføringen av forprosjektet.*

Punkt 1 og 4 vil vere fokus i arbeidet med å lage ein detaljert prosjektplan for forprosjektet. Vi har innleia dialog med Sykehusbygg HF som skal bidra til å få til dette på ein god måte. Analysen av bærekraft viser at vårt alternativ 1 er realistisk å gjennomføre. Desse vurderingane vil bli evaluerte i prosessane vidare.

Punkt 2 omfattar manglande usikkerheitsanalyse. Dette vart peika på i første møte med kvalitetssikrarane, og det vart då sett i verk arbeid med ein slik analyse. Denne er ferdigstilt parallelt med ferdigstilling av KSK.

I tillegg til dei tiltaka føretaket bør gjennomføre før forprosjektet startar, peikar KSK-rapporten på område vi må ha særleg fokus på i forprosjektet. Av punkt som blir særleg viktige for oss, nemner vi følgjande:

- *Virksomhetsmodeller og hvordan de fysiske løsningene påvirker virksomhetsmodellene, og dermed hvilket effektiviseringspotensial som kan hentes ut.*
- *Plan for hvordan byggeprosjektet skal gjennomføres for å minimere negative konsekvenser for sykehusdriften.*

Programmet «Pasientens helseteneste» er etablert for å ta i vare tenesteutvikling generelt, men også spesielt inn mot gjennomføringa av forprosjektet. Helse Førde er no i ferd med å etablere programmet med ei rekkje prosjekt under seg, og planar for samvirke mellom tenesteutvikling og forprosjekt er under utforming saman med Sykehusbygg HF.

Vurdering av utbyggingsetappar og påverknad på drift vil inngå som hovudoppgåver for tekniske rådgjevarar i startfasen av forprosjekt.

I konseptfasen var det gjennomført framskriving av økonomisk bereevne. I samband med prognose 2 for drifta no i september, er det vurdert at endringane er marginale og vi kan gå vidare med planane slik dei ligger føre. Det vil i arbeidet med forprosjektet bli jobba med oppdatering av desse framskrivingane, og dei vil inngå som ein vesentleg del av forprosjektrapporten.

#### Namneendring i prosjektet:

"Arealplan FSS" har vore ei grei nemning på prosjektet så langt, men framover går arbeidet over til å bli eit utbyggings- og ombyggingsprosjekt.

Det trengst eit namn som kan vere ein merkelapp for oss i Sogn og Fjordane, og samstundes kan fungere godt på nasjonalt nivå inn mot departement og regjering. Namnet må kunne brukast i teikningar, prosjektdokument og gjerne i ein logo. Difor må det vere så kortfatta som råd, eller late seg korte ned til bokstavar eller stavingar som kling bra. Nemninga må

vere såpass framtidretta at det kan leve med oss gjennom utbygginga i alle fall dei neste ti åra.

Det er gjennomført ein namnekonkurranse der det kom inn 57 framlegg. Det er no valt eit nytt namn på prosjektet: «Nye Førde sjukehus», som med denne styresaka er tatt i bruk for fyrste gong.

### Konklusjon

Alternativ 1 frå konseptfasen skal vidareutviklast til eit forprosjekt.

Det blir lagt til grunn at framlegget til statsbudsjett blir vedteke og forprosjektet starta opp på dette grunnlaget. Den økonomiske framskrivinga frå konseptfasen viser at Helse Førde vil ha behov for eit kortsiktig likviditetslån frå Helse Vest i utbyggingsperioden, og det må i forprosjektet etablerast dialog med Helse Vest om dette.

Forprosjektet blir i Helse Førde lagt inn under programmet «Pasientens helseteneste», og koordinert opp mot tenesteutviklingsprosjekta som inngår i programmet.

Rutinar for rapportering av forprosjektet inn mot Helse Vest skal etablerast i samråd med Helse Vest. Forprosjektet skal slutførast innan 30/4-2018.

## VEDLEGG

Framskriving av økonomi og berekraft

## KAPITTEL 5

# Mandat Forprosjekt



**Mandat**
**Forprosjekt «Nye Førde sjukehus»**

Versjon	Dato	Kapittel	Endring (kva og kor)	Endra av	Godkjent av
0.1	25.10.16	alle	Dokument oppretta	Ingelin Engen Skadal	
0.2	28.11.16	alle	Justert på bakgrunn av PH og Sykehusbygg	Kjell Inge Solhaug	
0.3	06.12.16		Prosjektdeltakarar	Kjell Inge Solhaug	
0.4	18.01.17	alle	Ferdigstilling til prosjektgruppemøte	Kjell Inge Solhaug	
0.5	19.01.17		Sluttreddigering etter Prosjektgruppemøte	Kjell Inge Solhaug	
0.6	15.02.17		Ferdigstilling til Programstyret	Ingelin Engen Skadal	
0.7	23.02.17		Justert samfunns mål, TV prosjektgruppe	Kjell Inge Solhaug	
0.8	14.03.17		Prosjektdeltakarar	Sofie Huus Folkestad	
0.9	10.07.17		Justert fristar og prosjektdeltakarar	Sofie Huus Folkestad	Styringsgruppa
1.0	21.02.17				Programstyret
1.0	05.10.17		Endra brukarrepresentant	Sofie Huus Folkestad	
1.1			Prosjektgruppe deltakar nr 8, 11, 12 og 14	Kjell Inge Solhaug	
1.2	16.02.18		Endring i deltakarar – prosjektgruppemøte	Kerima Alette Førde	

**KVIFOR skal prosjektet gjennomførast, KVA er bakgrunnen**

Program «Pasientens helseteneste – utviklingsplan 2030 har følgjande hovudmål:

Helse Førde skal etablere «pasientens helseteneste,» som er samordna og tilpassa pasientens behov, og der pasienten har så stor medverknad som mogleg. Pasienten skal vere likeverdig, og få trygge, samordna og effektive tenester av høg kvalitet.

Programmet er forankra i og skal realisere Helse Førde sin utviklingsplan, som vart vedteken hausten 2015.

Investeringsprosjektet «Nye Førde sjukehus» er ein av dei sentrale innsatsområda, og spesielt to hovudområde er peika ut i denne:

### **Tilpasse areal til endra pasientbehov og ha betre utnyttingsgrad**

Helse Førde sine lokale skal vere i god stand, funksjonelle og gje grunnlag for god/trygg pasientbehandling. Dei skal ha omgjevnader og fasilitetar som pasientane kan trivast i. Pasientane skal takast imot i tenlege lokale og få god informasjon. Undersøking, behandling og opplæring skal utførast i skjerma og tilrettelagde samtale- og undersøkingsrom. Administrativt arbeid som registrering av journalopplysningar skal kunne gjerast under konsultasjon og i samarbeid med pasienten. Det skal vere tilrettelagt samtalar med pårørande og for å ta imot barn som pårørande, t.d. for samvere med innlagde foreldre (leikerom mv). Pasientar med lengre dagbehandling/fleire polikliniske besøk same dag skal ha tilgang på fasilitetar som gir høve til å slappe av/legge seg nedpå. Sengeromma skal vere funksjonelle og ivareta behovet for privatliv, mellom anna ved at fleire får opphald i einerom.

Poliklinikkane skal i størst mogleg grad samlast for å legge til rette for samordna, tverrfagleg tilnærming rundt pasienten, der pasientane i minst mogleg grad må forflytte seg. Det skal etablerast og utrustast fleksible undersøkingsrom og spesialrom for å kunne behandle fleire pasientar med samansette behov på same areal.

### **Vi skal ha funksjonelle lokale for medarbeidarkvalitet**

Helse Førde sine lokale skal vere tilpassa føremålet og tilrettelagde slik at medarbeidarane kan trivast. Det skal leggjast til rette for godt arbeidsmiljø. Det skal vere god utnytting og felles prinsipp for bruken av lokale/bygg i alle delar av organisasjonen, med tenlege lokale for kjerneoppgåvene; behandling, opplæring av pasientar og pårørande, utdanning av helsepersonell og forskning. Administrativ pasientarbeid må kunne utførast ilag med/nær pasienten, og kontorarbeid må kunne utførast i skjerma areal. Både kontor, møte- og undervisningsrom skal ha tilpassa utstyr for telemedisin og videokonferansar.

Det skal leggjast til rette for effektiv arbeidsflyt og samarbeid. Arbeidsoppgåvene skal styre kontorløyisingar og tildelt areal, ikkje brukarens rolle eller posisjon. Alle kontorarbeidsplasser skal vere tilrettelagt for fleirbruk slik at dei kan nyttast av ulike medarbeidarar til ulike tider. Det skal definerast i kva omfang / aksept av kontorlandskap eller fleire som deler kontor. For funksjonar med mykje bruk av nettmøte og telemedisin skal det leggjast til rette for enkeltkontor, alternativt god tilgang på stillerom. Arbeidsplassane må så langt råd vere basert på standardiserte utformingar og likskap for alle delar av organisasjonen. Utforming av arbeidslokale skal skje i nært samarbeid med tillitsvalde, verneteneste og bedriftshelseteneste.

Prosjektet skal også ivareta opparbeidd etterslep på vedlikehald, og oppgradere bygningane med tekniske anlegg i tråd med gjeldande regelverk så langt det er økonomisk berekraftig. Behov for flaumsikring er identifisert og skal inngå i prosjektet.

## **Føringar for prosjektet**

### **Konseptfaserapport:**

Konseptfaserapporten er utgangspunkt og oppdragsgrunnlag for oppstart av forprosjekt. Formålet med konseptfasen var å finne kva hovudalternativ som skulle inn i forprosjekt, samt definere vårt økonomiske handlingsrom. Konseptfaserapporten viser ei aktuell løyising med tilhøyrande kostnader. Det er ei målsetning at

vi i forprosjektet skal søke etter betre løysingar, samt prioritere og optimalisere desse innanfor vårt finansielle handlingsrom.

#### **Styrevedtak Helse Vest:**

I styresak 120/2015 er det i Helse Vest gjort følgjande vedtak:

1. Styret i Helse Vest RHF godkjenner at alternativ 1 i konseptrapport «Arealplan FSS» blir vidareført til forprosjekt.
2. Kostnadsramma blir sett til 1,52 milliardar kr (eksklusiv byggjelånsrente) og blir lagt til grunn for lånefinansiering.
3. Prosjektet kan vidareførast til forprosjekt når finansiering er klar.
4. Helse Førde må fram mot forprosjekt og i forprosjektet svara opp manglar og vesentlege kommentarar frå ekstern kvalitetssikrar.

#### **Styrevedtak Helse Førde:**

I styresak 058/2016 er det i Helse Førde gjort følgjande vedtak:

1. Styret i Helse Førde godkjenner, med grunnlag i gjennomført konseptfase, oppstart av Arealplan «Nye Førde sjukehus».
2. Prosjektet skal kunne gjennomførast innafor ei kostnadsramme på 1,62 milliardar, og i samsvar med godkjent finansieringsplan.
3. Arbeidet med tenesteutvikling skal samordnast og integrerast med planane for arealutvikling
4. Det skal etablerast rutinar for rapportering mot Helse Vest og styret skal haldast jamleg orientert om prosjektet.

I styresaka var følgjande føringar lagt inn i saksutgreiinga:

For å skape trygghet for at føretaket greier å gjennomføre prosjektet innanfor finansielt handlingsrom på 1,62 milliardar, etablerer vi eit lågare styringsmål. Frå styrevedtak 071/2015 ligg det inne eit styringsmål som er 5 prosent under kalkylen. Denne vurderinga blir vidareført med eit styringsmål på 1,54 milliardar.

Alle kostnadstal og kalkylar er rekna i 2015-kroner, inklusiv byggjelånsrenter.

#### **Økonomisk styringsmål for prosjektet**

Det er for prosjektet hensiktsmessig å etablere eit styringsmål for prosjektkost eksklusiv byggjelånsrente, og for å presisere dette er det teke inn og definert eintydig i dette avsnittet.

Kalkyle i konseptfasen, i 2015 kroner eksklusiv byggjelånsrenter, var på kr 1,522 milliarder inklusiv MTU i prosjektet, og det er denne kostnadsråma som er vedteken av styret.

For å skape trygghet i gjennomføringa skal det leggest til grunn eit styringsmål for prosjektkost som er 5% lågare enn kalkylen, og vi får då eit styringsmål for prosjektet på 1,45 milliarder (2015 kroner, eksklusiv byggjelånsrente, inklusiv MVA, inklusiv MTU). Det skal vere ein sannsynlegheit på p85 for gjennomføring av prosjektet innanfor dette styringsmålet.

Prosjektgruppa arbeider mot styringsmål på 1,45 milliardar, medan styringsgruppe tek stilling til om margin opp mot kostnadsramme på 1,522 milliarder kan nyttast.

## Program for Pasientens helseteneste:

Utvikling av tenester og areal for «Nye Førde sjukehus» som er i samsvar med prinsippa for Pasientens Helseteneste:

- Pasientorientert
- Samordna
- Tverrfagleg utifrå behov

Prosjektet legg til grunn målbiletet som samlar måla for utviklingsarbeidet i Pasientens helseteneste:

Kvifor	Visjon og mål	Prinsipp	
<b>Føringar</b> Utvikling mot pasientens helseteneste	<b>Visjon Helse Førde</b> « Vi skal fremme helse og livskvalitet»	«Pasientorientert, Samordna Tverrfagleg ved behov»	
<b>Behov</b> Endringar i behov og etterspurnad etter helsetenester	<b>Hovedmål for Helse Førde</b> Trygge og nære helsetenester	<b>Programsmål</b>	
<b>Teknologi</b> Ny teknologi gir nye moglegheiter	Heilskapleg behandling og effektiv ressursbruk	Rett behandlingskompetanse og kapasitet på rett plass til rett tid	Samhandling om behandling og førebygging som bidreg til god eigenmeistring
<b>Økonomi</b> Endringar i økonomiske rammer/budsjett	Ein framtidretta kompetanse-organisasjon	Ein organisasjon som er utviklings- og kunnskapsorientert	Effektiv organisering som understøtter god pasientbehandling

## KVA er prosjektmåla

Førde sjukehus skal planleggast for å gje pasientane tidsriktige og brukartilpassa spesialisthelsetenester med god kvalitet, og gje gode rammer for eit kompetent utdannings og forskingsmiljø. Prosjektet skal utvikle eit forprosjekt for areala ved Nye Førde sjukehus som legg tilrette for framtidig drift av sjukehuset, der ein planlegg fleksible bygg som kan ivareta endringar i behandlingmetode og kapasitetsbehov. Vidare skal bygningane og uteområde oppgraderast slik at Nye Førde sjukehus blir eit velfungerande sjukehus der tekniske anlegg og bygningskropp har funksjonar som stettar dagens krav til sjukehusbygg innanfor definerte økonomiske rammer.

## KVA skal gjerast i prosjektet (leveranse)

Prosjektet skal utgreie og setje i verk leveransane som er beskrive i tabellen under.

Prosjektet opprettar delprosjekt/arbeidsgrupper for enkeltleveransar der det er tenleg.

Prosjektleiari har ansvar for avklaringar mot andre utviklingsprosjekt som «eig» areal ved Nye Førde sjukehus.

#### Prosjekt mål 1: Kvalitetssikre konseptfase mot tenesteutvikling

Leveranse	Aktivitet
Kvalitetssikre skisseprosjekt «Konseptfase Arealplan FSS» oppimot andre utviklingsprosjekt i programmet, der desse vil «eige» areal i sjukehuset.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gjennomføre dialog med tenesteutviklingsprosjekta for å identifisere korrektive endringsbehov i høve til konseptfaseløysingane. Aktuelle punkt frå arbeid i faggruppa skal takast inn i denne dialogen og det skal utarbeidast bestillingsdokument til dei ulike tenesteutviklingsprosjekta.</li> <li>• Vurdere om generalitet i løysingane er god nok for å kunne møte endringar i framtidige behov.</li> <li>• Vurdere løysingar og kapasitetar opp mot oppdaterte framskrivne behov.</li> <li>• Løysingar og dekningsgrad med einerom skal evaluerast. Avklare om det skal setjast krav til andel einerom i forprosjektet.</li> <li>• Evaluere løysingar og geometri ved ombygging til einerom. Er det idealkrav som kan fråvikast for å få til praktiske ombyggingsløysingar?</li> <li>• Vurdere om det er mogleg å effektivisere ved automatisering av prosessar/investere i utstyr og dermed få lågare samla kostnader</li> <li>• Vurdere kapasitet på behandlingsrom for poliklinikk og definere nivå for utnyttingsgrad/opningstid som skal leggjast til grunn i forprosjektet.</li> <li>• Vurdere om målsetningar knytt til samarbeid mellom somatikk og psykisk helsevern kan løysast innanfor det konseptet som er utarbeidd.</li> <li>• Vurdere løysingane for psykisk helsevern opp mot andre nye og pågåande prosjekt innanfor psykisk helsevern.</li> <li>• Evaluere behovet for kontor arbeidsplassar og aktuelle prinsipp for kontorløysingar, samt behov innan forskning og undervisning.</li> <li>• Evaluere behovet for tal operasjonsstover og organisering av drifta rundt desse.</li> <li>• Evaluere behovet for UPS dekning.</li> <li>• Utarbeide revidert skisseprosjekt eller korreksjonsnotat for områder som avvik vesentleg i høve til konseptfaseløysingar.</li> <li>• Evaluere kostnadsvurdering og prioritering opp mot identifiserte endringsbehov i høve til konseptfasen.</li> </ul>

#### Prosjekt mål 2: Evaluere etappeplan og bygging under drift

Leveranse	Aktivitet

Lage etappeplan og planlegge rocade for utbygging av «Nye Førde sjukehus»	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluere etappeplan, skal hovud rekkjefølgje endrast?</li> <li>• Planlegge utbyggingsetapper, rocadeareal og areal for drift i byggeperiode, herunder bruk av Bygg aust</li> <li>• Planlegge gjennomføring av arbeid knytt til sterilsentral og operasjonsavdeling / 2. etasje FSS, herunder klarlegge kva driftstilpassing av tenestene gjennomføringsplanen krev.</li> </ul>
---	---

### Prosjekt mål 3: Kartlegge notilstand og sikre rett prioritering

Leveranse	Aktivitet
<p>Kartlegge bygningar og tekniske anlegg med tanke på etterslep av vedlikehald, brannsikring, flaumsikring, sikker straumforsyning, omsyn til energi og miljø m.fl.</p> <p>Vurdere, foreslå og innarbeide løysingar i forprosjekt «Nye Førde sjukehus»</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Evaluere teknisk tilstand og behov for utskifting/oppgradering</li> <li>○ Utarbeide/verifisere prinsipp/konseptval <ul style="list-style-type: none"> <li>• brannsikring</li> <li>• flaumsikring</li> <li>• sikker straumforsyning</li> <li>• energi og miljø</li> <li>• utomhus</li> <li>• transport og logistikk med fleire</li> </ul> </li> </ul>

### Prosjekt mål 4: Halde prosjektet innanfor etablerte økonomiske rammer

Leveranse	Aktivitet
<p>Plan for realisering av «Nye Førde sjukehus» innanfor ei økonomisk ramme på 1,45 milliardar</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Etablere eit styringsmål for prosjektet på 1,45 milliardar med referanse i 2015 kroner eksklusiv byggelånsrente, inklusiv MTU og MVA.</li> <li>• Etablere ein styringsprosess der økonomiske konsekvensar inngår i alle endringsvurderingar i høve til løysingar frå konseptfasen.</li> <li>• Engasjere entreprenør inn i arbeidet med forprosjektet for å kvalitetssikre økonomi og føresetnadar.</li> <li>• Identifisere moglege områder for reduksjon i prosjektet</li> <li>• Utarbeide oversikter og planar for gevinstrealisering</li> </ul>

### Prosjekt mål 5: Detaljering og visualisering av løysingar

Leveranse	Aktivitet
-----------	-----------

<p>Innsynsmodellar skal nyttast som kommunikasjonsplattform for utvikling av drift, dialog med brukarar , tillitsvalte og verneteneste, og i prosjekteringsfasen for effektiv problemløsning.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sykehusbygg sin BIM krav spesifikasjon skal gjerast gjeldande i forprosjektet.</li> <li>• Informasjon frå BIM modell som er etablert i konseptfasen skal takast med inn i det vidare arbeidet og kunnskap om denne må etablerast i prosjekteringsgruppa.</li> <li>• Metodikk for sporing av endring i modell i høve til konseptfasen skal etablerast som ein del av BIM modellen.</li> <li>• Når detaljering i forprosjektet kjem igang hausten 2017 skal det etablerast samlokalisering av aktørar i «big room» der innsyn i modell inngår som ein arbeidsmetodikk.</li> </ul>
---	--

#### Prosjekt mål 6: Forankre løysingar under planlegginga

Leveranse	Aktivitet
<p>Organisasjonen, brukarane og våre samarbeidspartnara skal gjennom prosjektet utvikle eigarskap til løysingane og resultatane i forprosjektet</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Utarbeide kommunikasjonsplan der ein nyttar eksisterande møteplassar og strukturar i for dialog og informasjon</li> <li>• Utarbeide månadleg standard presentasjon som alle kan ha som referanse inn mot ulike fora og som kan nyttast av einingsleiarar med uttrekk av informasjon til personalmøter</li> <li>• Ta tillitsvalde, verneteneste og brukarar med i alle prosessar der dei ønskjer å vere representert</li> <li>• Etablere lagring av informasjon i prosjektet på ein plattform der organisasjonen har innsyn. Berre spesiell informasjon skal skjermast.</li> </ul>

#### Prosjekt mål 7: Utarbeide «Forprosjekt Nye Førde sjukehus»

Leveranse	Aktivitet
<p>Utarbeide dokument som kan understøtte beslutningspunkt B4 som investeringsvedtak. Dokumentleveransen skal utformast slik at den kan inngå i ein målretta prosess for</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Utarbeide forprosjekt som ei vidareføring av konseptfaserapport og i tråd med «Tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekt»</li> <li>• Detaljeringsgraden skal haldast nede på tiltak som ligg langt fram i tid og vere høg på det som kjem først i etappeplanen.</li> <li>• Dokumenta skal vere utforma med ein klar plan for vidareføring og det skal tilretteleggast for vidareføring som gir kontinuitet for dei partane som skal vere med vidare.</li> </ul>

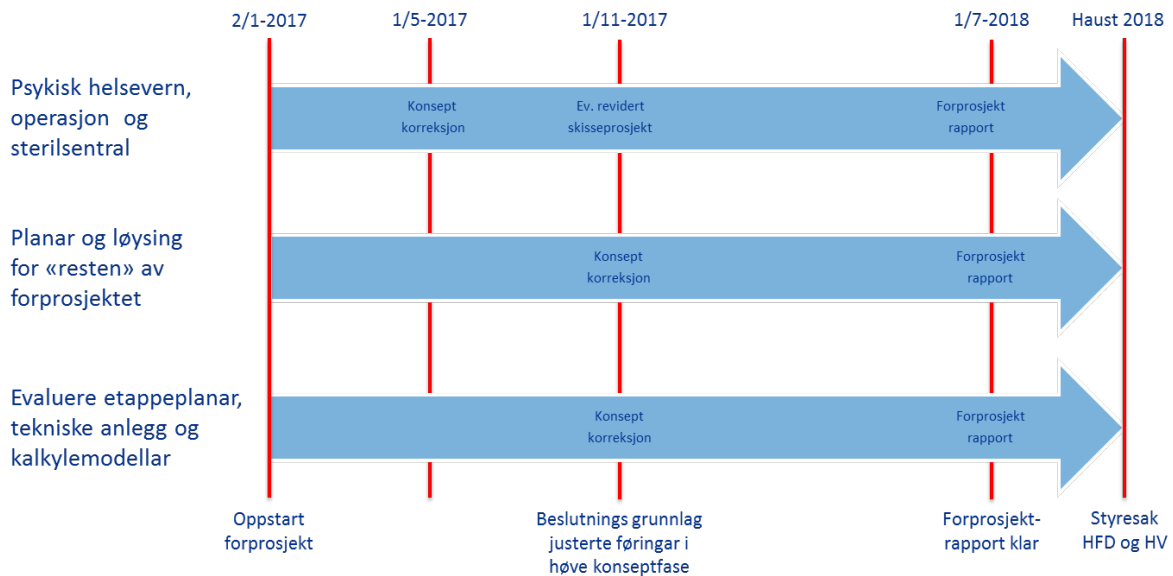
videreføring av prosjektet for realisering.

### KVEN gjeld prosjektet for? Fagområde/klinikkar/avdelingar

- Pasientar som vert innlagde / brukarrepresentantar
- Leiarar og tilsette ved Førde sentralsjukehus / Tillitsvalde
- Avdelingssjefar og behandlarar frå fagområda
- Medisinsk klinikk
- Kirurgisk klinikk
- Psykisk helsevern (samordning, liasonordning)
- Stab og støtte
- Vernetenesta

### KORLEIS skal prosjektet gjennomførast, planlagde hovudaktivitetar /tiltak i prosjektet per fase

Forprosjektet er delt i tre hovudstraumar med tilhøyrande milepelar:



Prosjektarbeidet er organisert i fasar, (som vert detaljert nærare i prosjektarbeidet):

#### Etableringsfase:

- Etablere prosjektorganisasjon og avklare kva møtearenaer som skal nyttast som drøftings- og forankringsfora i arbeidet.



- Utarbeide prosjektmandat, målbilete, nytteeffektar, leveransar og framdriftsplanar
- Lage interessentanalyse og kommunikasjonsplan som sikrar god involvering
- Utarbeide ROS-analyse
- Utarbeide møteplan
  - Etablerte arenaer kan nyttast som drøftings- og forankringsfora undervegs i arbeidet.
  - Behov for nye møtearenaer/arbeidsformer må vurderast
- Konkretisere det vidare arbeidet for neste fase (Skissere deloppgåver og organisere gjennomføring)

Grunna tidsløpet for byggetvillingsprosessen må tverrgåande prosessar som påverkar kapasitetsbehov og areal prioriterast i etableringsfasen og tidleg i gjennomføringsfasen.

#### Gjennomføringsfase: (reviderast etter val av rådgjevargruppe)

- Avklare roller, oppgåver og ansvar
- Kartlegging og analyse
  - Oppdatere deltakarane på vurderingar og løysingar som ligg i konseptfaserapport
  - Bestille innspel frå utviklingsprosjekta
  - Kartlegge no-situasjon
- Utforme løysingsforslag og plan for gjennomføring
  - Til dømes idedugnad og innhente erfaringar frå andre som grunnlag
  - Prioritere tiltak ut i frå kost-nytteeffekt
  - Peike på indikatorar som det er ynskjeleg å fylgje utvikling av
- Planlegge og gjennomføre pilotar
  - Tilrådde løysingar kan vere aktuelle å prøve ut i liten skala før endeleg val av løysing
- Utarbeide forprosjekt «Nye Førde sjukehus»
  - Utarbeide forprosjekt etter retningslinjer frå «Veileder for tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter»

#### Avslutningsfase:

- Ferdigstille leveransar og dokumentasjon
- Godkjenne eventuelle endringar i konseptfaserapporten og konsekvensar av desse
- Legge fram forprosjektet og val av entrepriseform som grunnlag for vedtak om gjennomføring av investeringsprosjektet i styra til Helse Førde HF og Helse Vest RHF

### **KVA er rammer og avgrensingar for prosjektet**

Prosjektet omhandlar Helse Førde sine bygningar i Førde.

Forprosjektet skal vidareutvikle skisseprosjektet frå konseptfasen. Prosjektet skal realiserast innan eit finansielt handlingsrom på 1,62 milliardar inklusiv MTU som ligg i prosjektet.. Prosjektet vil gå over mange år, og for å etablere tryggleik for gjennomføring innanfor finansielt handlingsrom, skal det for prosjektet etablerast eit styringsmål på 1,54 milliardar kroner. Prosjektet si framskriving av økonomisk berevne skal samordnast med Helse Førde sine gjeldane langtidsbudsjett. Økonomiske framskrivingar frå konseptfasen viser behov for likviditetslån frå Helse Vest. Storleiken og tidsaksen for dette må avklarast i forprosjektet.

## Nytteeffekt av prosjektet

Gevinstrealisering, kvalitativt og økonomisk skal vera ein integrert del av prosjektet.

Prosjektet skal gjerast innan dei til ei kvar tid gjeldande rammer.

Prosjektet skal planlegge for realisering av nytteeffekt . Planlegginga startar i etableringsfasen, ved at leveransar frå prosjektet vert beskrive med utfordringar dei skal løyse og forventa nytteeffekt.

Prosjektet skal kontinuerleg registrere endringar og konsekvensar for drift og investeringar i høve til dagens situasjon og planar som er etablerte i konseptfasen.

Sentrale føresetnader for å lukkast med å nå mål:

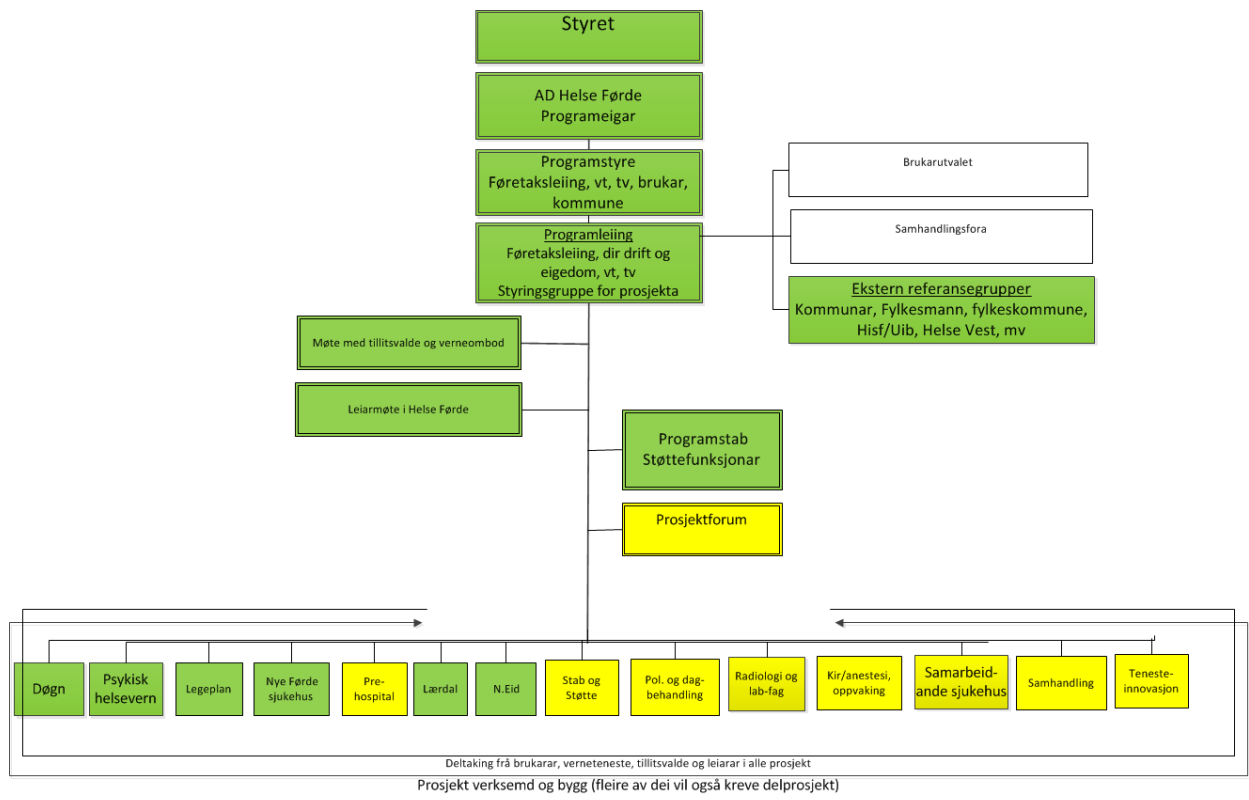
- Gode målformuleringar og grundig vurdering av nytteeffekt
- Gode planer for bruk av oppnådd nytteeffekt
- Identifisere tiltak i linja som er naudsynte for at nytte skal kunne realiserast (investeringar, opplæringstiltak osv.)
- Ha ein plan for når og korleis tiltaka skal gjennomførast, og kven som har ansvaret
- Gjenbruk/spreiing av beste praksis og oppfølging av mål via ordinær resultatoppfølging
- God handtering av prosjekt ved overgangen frå forprosjekt til gjennomføringsprosjekt og til linjeorganisasjon.

Planar for nytteeffektar og måloppnåing i forprosjektet skal evaluerast av styringsgruppe ved avslutning av forprosjekt.

## Prosjektorganisering

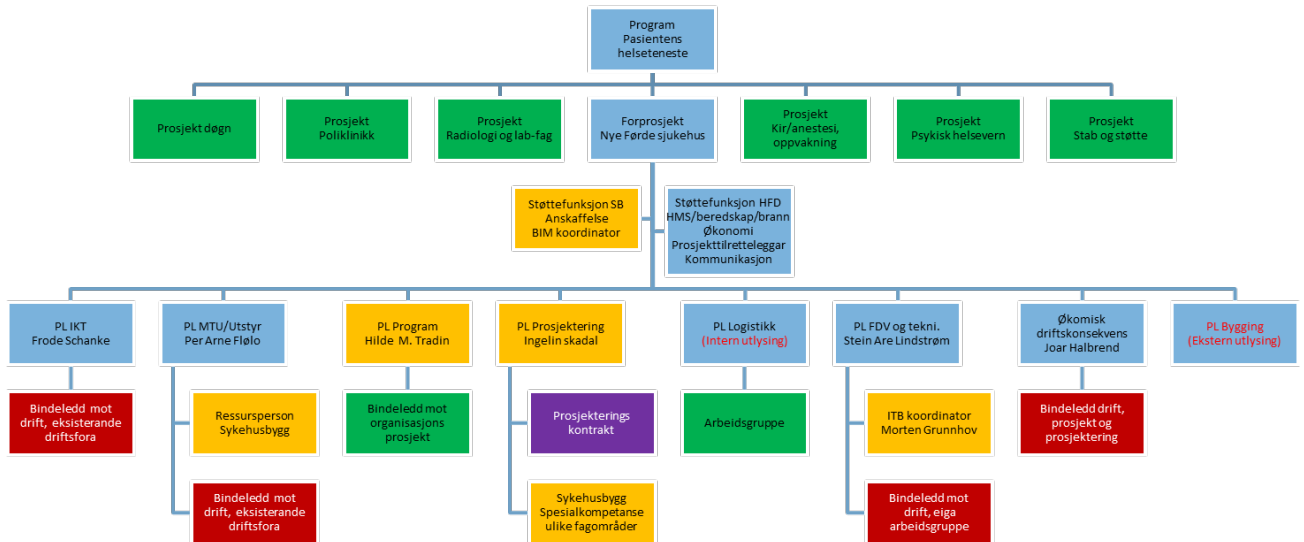
**Overordna programorganisering:**

## Pasientens helseteneste Helse Førde



## Prosjektorganisering:

Organisering og ansvarsområde i kartet under viser interne og eksterne ressursar som bidreg i forprosjektet, saman med dei tenesteutviklingsprosjekta som er kopla inn mot forprosjektet



Grøne boksar er utviklingsprosjekta i verksemda som «eig» areal i Førde sentralsjukehus

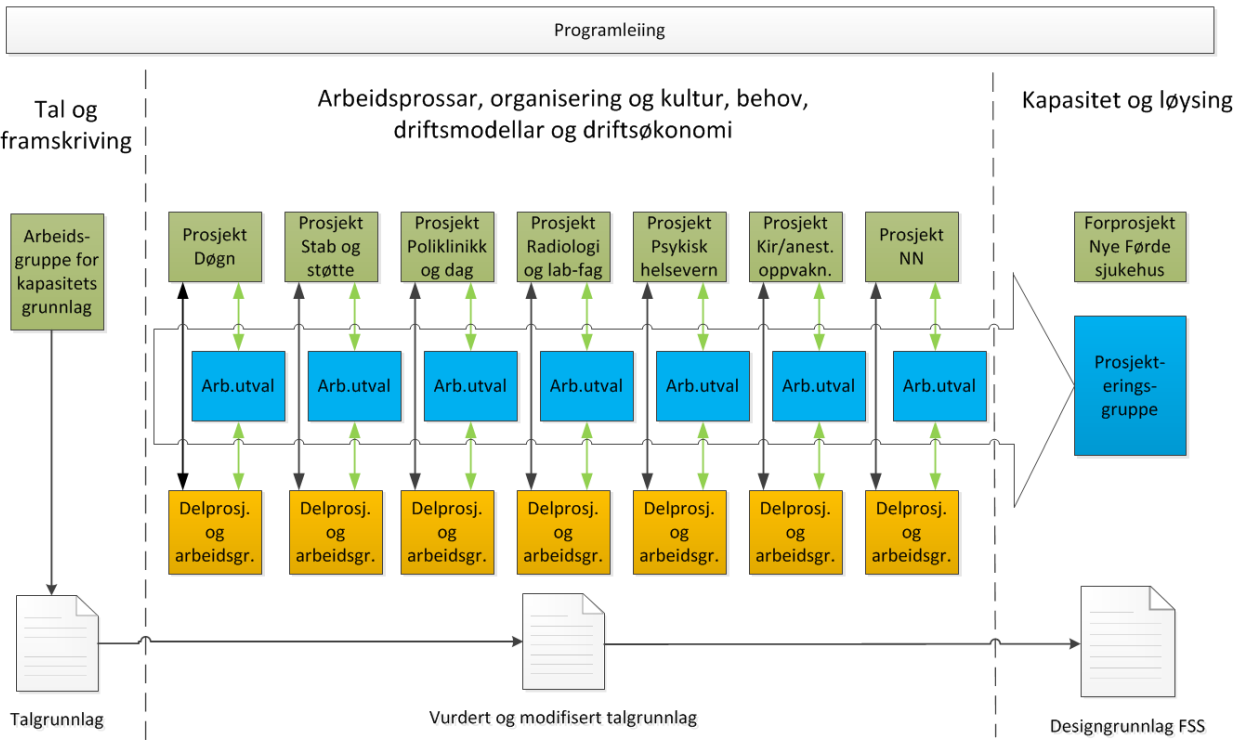
Blå boksar viser forprosjektet sine eigen prosjektersressursar

Gule boksar er innleigde ressursar frå Sjukehusbygg

Raude boksar viser bindeledd mot driftsorganisasjon

Lilla boks viser innkjøp av prosjekteringsgruppe

## Kommunikasjon og arbeidsflyt mellom tenesteutvikling og forprosjekt:



## Prosjekteigar

AD i Helse Førde

## Styringsgruppe

Programleiinga i Pasientens helseteneste er styringsgruppe for forprosjektet.

## Prosjektleder/prosjektdirektør

Prosjektet er delt inn i ansvarsområder som kvar har sine prosjektledarar, og prosjektleder for forprosjektet blir derfor definert som projektdirektør.

Kjell Inge Solhaug er projektdirektør for forprosjektet.

## Prosjektgruppe og arbeidsutval

### Prosjektgruppe:

	Namn	Rolle, prosjekt i programmet
1.	Kjell Inge Solhaug	Projektdirektør forprosjekt
2.	Anne Kristin Kleiven	Koordinator tenesteutvikling
3.	Signe Nordvik	Prosjektleder tenesteutvikling døgn
4.	Kari Anne Indrebø	Prosjektleder tenesteutvikling poliklinikk og dagbehandling
5.	Børge Stavland	Prosjektleder tenesteutvikling medisinsk radiologi og lab-fag
6.	Robert Brennersted	Prosjektleder tenesteutvikling medisinsk kir/anestesi/oppvakning
7.	Svein Ove Alisøy	Prosjektleder tenesteutvikling psykisk helsevern
8.	Helge Robert Midtbø	Prosjektleder tenesteutvikling stab og støtte
9.	Frode Schanke	Prosjektleder IKT
10.	Per Arne Flølo	Prosjektleder MTU/Utstyr
11.	Bjørnar Haveland	Prosjektleder

12.	Lena Haveland	Prosjektleder logistikk
13.	Torbjørn Hauken	Prosjektleder FDV og teknisk
14.	Joar Halbrend	Prosjektleder økonomisk driftskonsekvens
15.	Bjørnar Haveland	Prosjektleder Bygging
16.	Hilde Tradin	Prosjektleder program (Sykehusbygg)
17.	Ingelin Skadal	Prosjektleder prosjektering
18.	Kari Furevik	Smittevern
19.	Thomas Lindseth	Kommunikasjon
20.	Åshild Helleset	Brukarrepresentant FFO
21.	Gerd Torkildson	Brukarrepresentant Kreftforeningen
22.	Wenche Røkenes	Tillitsvald NSF
23.	Randi Aven	Tillitsvald Fagforbundet
24.	Elisabeth Andersen	Tillitsvald Delta
25.	Eivind Petter Standnes	Maskinistforbundet
26.	Berit Hornnes	Hovudverneombod
27.	Jan Myklebust (Vara)	Verneombod

**Arbeidsutval for prosjektgruppa:**

Namn	Rolle, eining
Kjell Inge Solhaug	Prosjektleder forprosjekt
Stein Are Lindstrøm	Prosjektleder FDV og teknisk
Sofie Huus Folkestad	Prosjekttilretteleggar
Hilde Tradin	Prosjektleder program (Sykehusbygg)
Ingelin Skadal	Prosjektleder prosjektering

Arbeidsutvalet skal legge til rette for arbeidet i prosjektgruppa og vil ha ulike arbeidsmøter der ulike aktuelle deltakarar blir tekne med alt etter kva saker som blir førebudd.

## Prosjekteringsgruppe BH

Prosjekteringsprosessen vil ha mange arbeidsmøter, gjerne med varierende innslag av deltaking frå Helse Førde og Sykehusbygg. Dette blir planlagt i samråd med dei prosjekterande.

Det skal gjennomførast månadlege formelle prosjekteringsmøter der prosjektgruppa deltek.

Til desse prosjekteringsmøta blir rådgjevarane kalla inn etter behov.

## Prosjektilretteleggar/støttefunksjonar

Nokre støttefunksjonar blir ivaretekne av Sykehusbygg og nokre av Helse Førde sine tilsette.

Støttefunksjonar frå Hele Førde som er definert inn med stort omfang:

- Prosjektilretteleggar: Sofie Huus Folkestad
- Økonomi : Sjur Olav Sandal
- Beredskap og brann ved ombygging: Wenche Eikevik
- Kommunikasjon: Thomas Lindseth

## Rapportering / målepunkt

Prosjektet skal rapportere månadleg til Programleiinga i Pasientens helseteneste og Helse Vest RHF.

Opplegg for rapportering skal utarbeidast som ein del av dialogen med Programleiinga og Helse Vest RHF

Ved utvikling av rapportering skal det vektleggast visualisering med fargar der identifisert gul og/eller raud status skal ha med utkast til tiltak eller beskrive kva tiltak som er igangsatt.

## Framdriftsmilepelar:

Forprosjekt startar opp 1/1-2017.

Forprosjektrapport skal vere ferdig frå rådgjevargruppa 01.07.2018 og lagt fram til styrevedtak etter sommaren 2018 i Helse Førde HF og Helse Vest RHF sine respektive styre.





## KAPITTEL 6

# Sluttrapport Tenesteutvikling

## Oppsummering

Utviklingsarbeidet «Pasientens helseteneste – Helse Førde 2030» har dette året arbeidd med mange tenesteutviklingsprosjekt samstundes. Hovudprioritet har vore å legge grunnlag for planlegging av framtidig drift og byggutvikling ved Førde sentralsjukehus. Arbeidet har danna grunnlag for å kvalitetssikre arealplanen frå konseptfasen som vart gjennomført i 2015.

Fleire av tenesteutviklingsprosjekta har levert sluttrapport:

- Framtidig operasjon og intensivverksemd
- Kartlegging plan for lege- og psykologtenestene
- Lærdal sjukehus fase 1 - kartlegging av tenester og behov
- Poliklinikk og dagbehandling
- Psykisk helsevern
- Radiologi og laboratoriefag
- Utvikle døgntilboda

I styresaka er det henta inn utdrag frå sluttrapportane som vart lagt fram for programleiinga i 21. november, og frå dei tidlegare avslutta prosjekta «Lærdal sjukehus fase 1» og «Radiologi og laboratoriefag».

Sidan det er relativt kort tid sidan sluttrapportane vart leverte, har det diverre vore litt for kort tid til å presentere saka godt og heilskapleg. Det vert vidare understreka at rapporteringa berre er ei løypemelding som har til mål om å gi styret eit innblikk i status for programmet.

Framover vil samla bilete bli vurdert, det vil bli utarbeidd ei tiltaksliste og sett på korleis tilrådingane frå prosjekta skal følgjast opp. Det vil og bli vurdert korleis prosjekt- og programarbeidet er gjennomført til no, for å vurdere mogelege forbetningsområde.

Forprosjektet «Nye Førde sjukehus» kjem til å auke aktivitetsnivået framover, og har henta inn eksterne arkitektar og rådgjevarar i arbeidet med å vidareutvikle arealplanen. For å sikre at framdrifta ikkje blir påverka av endringar i «Pasientens helseteneste», legg forprosjektet opp til ei organisering som sikrar input frå tenesteutvikling.

Det vert planlagt for same møtestruktur med programleiing- og styringsgruppemøte annakvar tysdag fram mot sommaren 2018. To halvårlege møte er programstyremøte der kommunane og brukarrepresentantar deltek.

Elles vil vi i stor grad nytte etablerte møtestrukturar for å redusere ressursbruken og oppnå ein tettare kopling til organisasjonen. Framover vil programmet mellom anna arbeide med:

- Driftsmodellar og framtidige arbeidsprosessar
- Lærdal sjukehus fase 2

- Nye Førde sjukehus
- Prehospitale tenester
- Samarbeidande sjukehus og stadleg leing
- Samhandling med kommunane

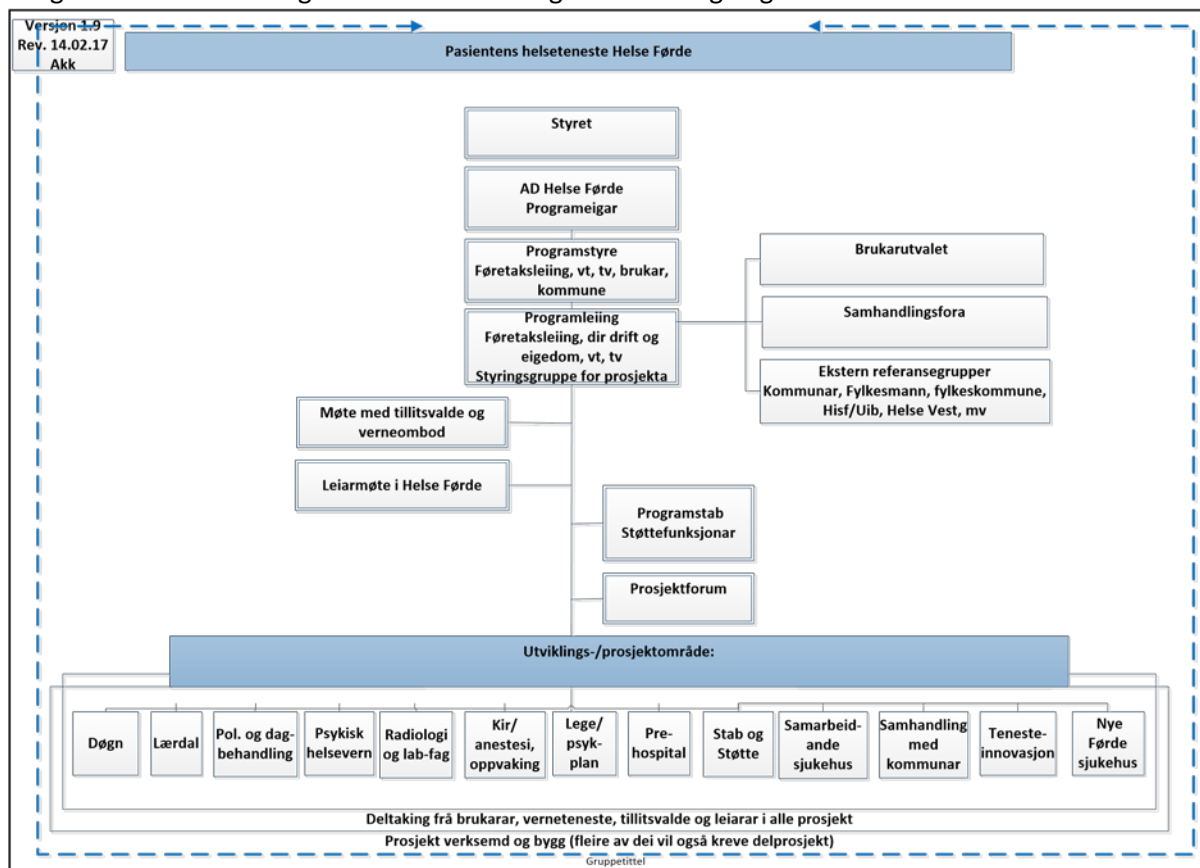
## Fakta

Programmet «Pasientens helseteneste» er forankra i og skal realisere den verksemdsmessige utviklingsplanen som vart vedteken av styret i Helse Førde hausten 2015. Planen omfattar tenesteutvikling, øvrig verksemdsutvikling og byggutvikling, inkludert nytt Førde sjukehus. Gjennomføringa av planen krev eit større utviklingsarbeid i alle delar av verksemda. I hovudmålet går det fram at programmet skal arbeide for tenester som er samordna, tilpassa behovet og gir pasienten så stor medverknad som råd.

Programmet har vorte delt inn i 13 prosjekt/utviklingsområde, og involverer heile føretaket. Det er stor grad av kompleksitet og gjensidig avhengigheit mellom dei ulike delane. Verneteneste, tillitsvalde, brukarrepresentantar og kommunerepresentantar deltek i programmet/prosjekta. Det vert informert jamleg om arbeidet i leiarmøte og møte med tillitsvalde, verneteneste, kommunar og andre eksterne, som Høgskulen på Vestlandet, Campus Førde.

## Organisering:

Programmet har vore organisert slik det framgår av teikninga og tabellen under:



## Roller i programmet:

	Kven	Rolle
<b>Styringsgruppe</b>	AD (leiar) Føretaksleiinga, prosjektdirektør NFS, tillitsvalde, verneteneste	Drøfte og ta stilling til saker av taktisk og operativ karakter . Sikre at prosjekta har rett fokus og framdrift. Sikre at aktivitetane oppfyller måla til prosjekt. Fylgje opp framdrift, resultat/nytteeffekt. Vurdere statusrapportering og ROSanalyser.
<b>Prosjektleiar</b>	Leiarar/personar med aktuell kompetanse. Vert utpeika av programleiing/AD, ev etter utlysing	Leie og sikre rett fokus og framdrift Ansvar for heilskapen og samhandlinga i prosjektet - koordinere delaktivitetar (delprosjekt, arbeidsgrupper, utgreiingar). Rapportere til styringsgruppe og evt. programstyret Bidra til heilskap og samhandling.
<b>Prosjektleiing (Arbeidsutval)</b>	Prosjektleiar og nøkkelpersonar	Planlegge aktiviteten i prosjektet. Førebu, bearbeide og løfte saker til prosjektgruppa. Følgje opp saker frå prosjektmøte. Førebu rapportering til programleiing og programstyre. Ha avsett mykje tid for å arbeide i prosjektet. Ha ein kontaktperson for arealprosjektet.
<b>Prosjektgruppe</b>	Prosjektleiar, prosjektmedarbeidarar (aktuelle leiarar og tilsette), brukerepresentantar, tillitsvalde og verneteneste	Bidra til rett fokus og framdrift for prosjektet. Drøfte sentrale problemstillingar Utarbeide mandat for delprosjekt og fremjar desse for programleiinga Vere rådgjevar for prosjektleiar. Sikre at mandatet er omforeina, forstått og vert arbeidd utifrå. Sikre at dei rette sakene vert handsama og vert godt nok utgreidde, bidra til avklaring og forankring
<b>Delprosjekt</b>	Leiar og deltakarar frå klinikkane/relevante avdelingar. Tillitsvalde/verneteneste får tilbod om å delta. Brukarrepresentantar og kommunar får invitasjon der dette er relevant.	Har ansvar for deloppgåver i prosjekt kor det er naudsynt å organisere dette i eit delprosjekt Sikre rett fokus og framdrift ift mandat og problemstillingar. Rapportere til prosjektleiar for hovudprosjektet
<b>Arbeidsgruppe</b>	Leiar og deltakarar frå klinikkane/relevante avdelingar. Tillitsvalde/verneteneste får tilbod om å delta. Brukarrepresentantar og kommunar får invitasjon når relevant.	Utføre dei spesifikke oppgåvene som er gitt i eige mandat Rapportere til prosjektleiar
<b>Prosjektstøtte /-tilrettelegging</b>	Støtte for prosjektleiar og arbeidsutval. I større delprosjekt/arbeidsgruppe-arbeid etter avtale. Møteinnkalling, utgreiing, saksnotat, kontakt	Støtte og fasilitere prosjektet Planlegge, kalle inn til møte, utarbeide utgreiingar, saksnotat, koordinere kontaktar Vere næraste medarbeider for prosjektleiar og arbeidsutval. Bidar i større delprosjekt/arbeidsgruppe-arbeid etter avtale
<b>Lokal støtteressurs</b>	Tilsette i føretakssekretariatet, evt andre som blir engasjert som støtteressurs	Same som over Vil variere og omfanget må avklarast frå prosjekt til prosjekt

## Status for programmet

Det er fram til no definert 13 prosjekt eller utviklingsområde som programmet skal arbeide med, og fleire av desse har store undertema. I tabellen nedanfor er ei oversikt over kva prosjekt som er avslutta, pågår og er under planlegging.

Prosjektnamn	Status
1. Utvikle døgntilboda	Har levert sluttrapport.
2. Lærdal sjukehus	Kartleggingsrapport levert. Oppstart fase 2 er planlagt igangsett i 2018.
3. Poliklinikk og dagtilbod	Har levert sluttrapport.
4. Utvikle psykisk helsevern	Har levert sluttrapport.
5. Radiologi og laboratoriefag	Har levert sluttrapport.
6. Framtidig operasjon- og intensivverksemd	Har levert sluttrapport.
7. Plan for lege- og psykologtenestene	Har levert sluttrapport.
8. Prehospitale tenester	Pågår.
9. Stab og støtte	Pågår.
10. Samarbeidande sjukehus	Plan for oppstart blir utarbeida i 2018.
11. Samhandling med kommunane	Plan for oppstart blir utarbeida i 2018.
12. Tenesteinnovasjon	Under avklaring.
13. Forprosjekt «Nye Førde sjukehus»	Pågår.

«Pasientens helseteneste» har fram til november i år vore inne i ein hektisk periode med mange samtidige tenesteutviklingsprosjekt. Hovudprioritet har vore å planleggje framtidig drift ved sjukehuset. Dette har danna grunnlag for å kvalitetssikre arealplanen frå konseptfasen i 2015 for Førde sentralsjukehus. Fleire av tenesteutviklingsprosjekta har levert sluttrapport:

I rapporteringa er det utdrag frå sluttrapportane som vart lagt fram for programleiinga 21. november. Det har vore eit omfattande arbeid med mange prosjekt, og det er for tidleg å seie noko om korleis det framtidige tenestetilbodet vil verte påverka.

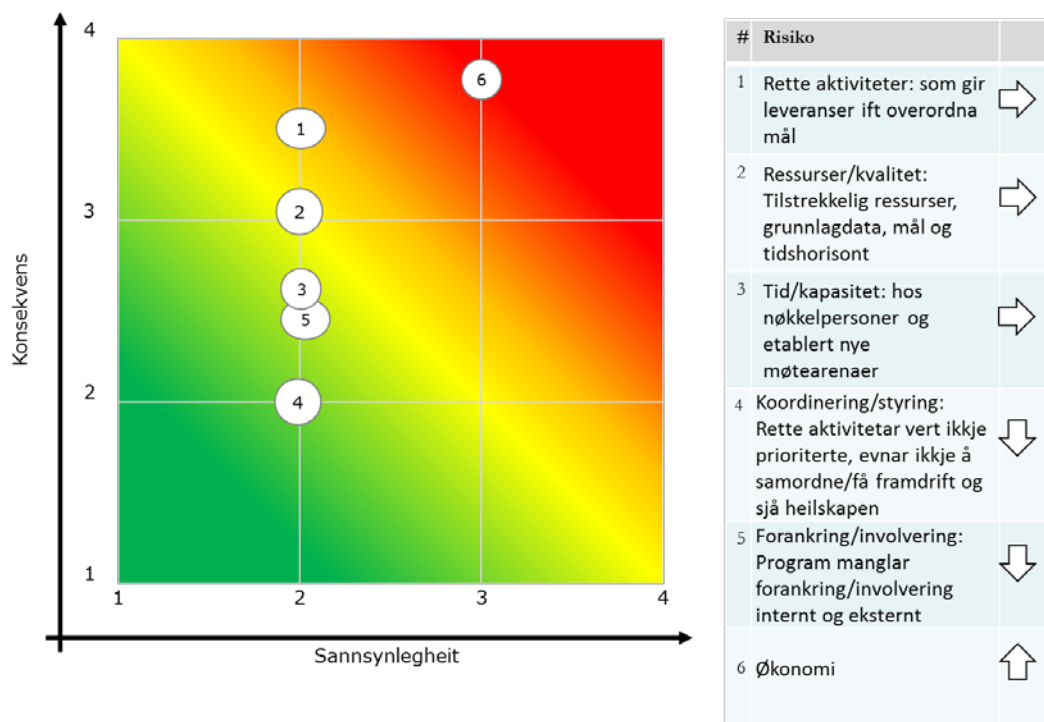
Sidan det er relativt kort tid sidan sluttrapportane vart leverte, har det diverre vore litt kort tid til å presentere innhaldet på ein god og samla måte i denne styresaka. Det vert understreka at rapporteringa berre er ei løypemelding, som har til mål om å gi styret eit innblikk i status for programmet.

Framover vil samla bilete bli vurdert, det vil bli utarbeidd ei tiltaksliste og sett på korleis tilrådingane frå prosjekta skal følgjast opp. Det vil og bli vurdert korleis prosjekt- og programarbeidet er gjennomført til no for å vurdere mogelege forbetningsområde.

I analysen er følgjande område vurderte:

- Målretting/rette aktivitar:
  - Kor vidt Helse Førde utviklar pasientens helseteneste med god kvalitet, brukarmedverknad og heilskaplege pasientforløp. Om det er etablert riktige aktivitetar, som bidreg til måloppnåing
- Ressursar/kvalitet:
  - Om det er tilgjengeleg tilstrekkeleg og rette ressursar (fagleg kompetanse, personell, metode/fasiliteringsressursar
- Tid/kapasitet:
  - Kor vidt programmet er mogleg å gjennomføre innan eksisterande rammer
- Koordinering/styring:
  - Kor vidt vi evnar å prioritere dei rette tinga, ta omsyn til dei mest relevante faktorane undervegs, samordne og sjå heilskapen. Kor vidt volum, kapasitetsbehov, teknologiske løysingar og tal tilsette for planperioden er detaljert nok til at forprosjekt ut-/ombygging FSS kan starte i 2017.
- Forankring/involvering:
  - Kor vidt «Pasientens helseteneste» er etablert, forankra i heile organisasjonen, og har fått rett bemanning og prioritet. Kor vidt vi evnar å involvere brukarar, fagfolk, nøkkelpersonar, eksterne samarbeidspartar. Brukarmedverknad er etablert med ein tydeleg funksjon i program for pasientens helsetjeneste
- Økonomi:
  - Kor vidt vi evnar å sjå og ta omsyn til driftsmessige konsekvensar av prosjekt/delprosjekt, og endra føresetnader i høve konseptfaserapporten. Kor vidt vi evnar å realisere gevinstar.

I figuren nedanfor er risikobiletet oppsummert per 29.09.2017



Emna i ROS-analysen har vore gjenstand for diskusjonar i alle foruma til programmet siste året. Tema har vore uro knytt til forankring, informasjon/kommunikasjon. Det har vore uttrykt uro for at ein går for fort fram, men og at prosjekta ikkje er nok nytenkjande, og at utviklingsarbeidet har gått for seint.

#### Gjennomførte tiltak for å redusere risiko:

- Forenkling av programorganisering
- Tydeleggjering av ansvar mellom linje og program
- Føringar for involvering, representasjon og samarbeid om prosjekt
- Betre internkommunikasjon (er i gong)
- Gjere ansvaret for og metodikken for gevinstrealisering tydelegare (er starta)

Gjennom tiltaka har vi greidd å redusere risikoane noko, men alle områda må arbeidast kontinuerleg med.



## Utdrag frå sluttrapportane til prosjekta

### Framtidig operasjon og intensivverksemd

#### **Hovedmål:**

Helse Førde har kirurgiske tjenester med støttefunksjoner som er tilpasset innbyggerne sine behov – innen foretaket sine rammer, føringer og kompetanse. Tjenestene er effektivt organisert ift ressursbruk, og mellom sjukehusene.

#### **Prosjektgjennomføring:**

Dette er eit av dei mest sentrale prosjekta for å avgjere hovudgrepa i utviklinga av arealplanen for Førde sentralsjukehus. Prosjektet kom diverre noko seint i gang og har vore inne i ein hektisk periode for å kvalitetssikre arealplanen frå konseptfasen fram til november.

Prosjektet har difor konsentrert seg om å levere grunnlag for dimensjonering til nytt Førde sjukehus og har ikkje hatt høve til å svare ut alt i mandatet.

Delfunksjon	Antall
Operasjonsstove	10
Spesialrom	1
Oppvåking	15
Dagplass dagkirurgi	8
Tung overvåkning	11
Intensiv	6
Sterilsentral	Ikke utarb.

Sjølv om prosjektet har levert sluttrapport må følgjande område arbeidast vidare med:

- Sterilsentral
- Arbeid med romprogram og utforming av areal
- Organisering av operasjonsaktiviteten ved FSS

## Kartlegging plan for lege- og psykologtenestene

### Hovudmål til prosjektet :

Å lage ein samla plan for lege- og psykologtenestene som bidreg til å utvikle tilbodet etter pasientane sine behov og Helse Førde sine økonomiske rammer

### Bestilling:

Gi grunnjevne tiltak og prioriteringar i åra fram til 2030 rundt følgjande tema:

- Kva fagområde Helse Førde skal prioritere framover
- Naudsynte endringar i lege- og psykologårsverk og fordeling av tenestene for å sikre eit forsvarleg og bærekraftig tilbod og fagmiljø
- Fordeling mellom overlegar, LIS og turnuslegar
- Forsking og kvalitetsarbeide
- Beredskap og vakt
- Fordeling av kompetanse og tenester mellom Eid, Førde og Lærdal
- Vidareutvikling av samarbeidet med Bergen om spesialistutdanning, hospitering, standardisering av pasientbehandling, vaktordningar, ambulering, funksjonsfordeling, bruk av telemedisinske konsultasjonar
- Korleis Helse Førde skal følgje opp ny utdanning for spesialistutdanning
- Samarbeid med avtalespesialistar
- Rekruttering

### Gjennomføring:

Prosjektet har hatt ei innleiande kartlegging der leiarane er bedt om å kommentere dagens situasjon og forventa utvikling framover rundt viktige område. Det er og undersøkt i kva grad tilrådingane i planen frå 2013 er følgt. I kartlegginga har fleire av einingane meldt eit behov for fleire ressursar framover, og ein del har store utfordringar særskilt knytt til rekruttering og vaktordningar.

### Vurdering

Det vurderast som mest tenleg å avslutte prosjektet i noværande form:

1. Tema som prosjektet skal arbeide med er kvar for seg veldig samansette. Somme tema vil og krevje grundigare prosessar enn det prosjektet er rigga for, som til dømes vaktordningar eller fordeling av legar og psykologar mellom Eid, Førde og Lærdal
2. Fleire av tema blir allereie arbeida med i andre prosjekt
  - I juni vart det gjennomført ei kartlegging av vaktordningar, kjøp av UTA, ekstraarbeid, lønsmodellar og lønstillegg for legar i Helse Førde, som er overlevert til einingane for vidare oppfølging
  - Innføringa av ny spesialistutdanning blir koordinert gjennom eit regionalt prosjekt i Helse Vest, og innunder dette skal føretaka ha eigne lokale innføringsprosjekt
  - Det er nyleg sett i gang eit arbeid som skal vurdere avtalespesialiststrukturen samla i Helse Vest, som og omfattar opptaksområdet til Helse Førde
3. Det er uklart kva status ein lege- og psykologplan skal ha i forhold til det øvrige budsjett- og planarbeidet i Helse Førde, og fleire av oppgåvene må løysast av linja over tid

### Hovudtilråding:

Prosjektet vert avslutta

## Lærdal sjukehus fase 1 - kartlegging av tenester og behov

Sentrale funn i kartlegginga viser at det er synkende tal inneliggande pasientar ved alle seksjonar. Det polikliniske tilbodet er relativt avgrensa og lite tilpassa den framtidige pasienten (eldre multisjuka, kronisk sjuk).

Fagmiljøet i sjukehuset er lite og sårbart og treng langsiktig fokus på rekruttering og stabilisering. Brukarane av sjukehuset er svært nøgde. Medisinsk seksjon har utfordring med varierende kontinuitet på legesida på nokre fagområde. Fastlegane har peika på trongen for kontinuitet og føreseielege legeressursar.

Ortopedisk seksjon har drift på rundt 100 prosent, stabil legedekning og nøgde brukarar. God starteininga har aukande bruk og stadig fleire kvinner nyttar seg av barselstilbodet. Det er viktig å arbeide proaktivt for å styrke denne utviklinga.

Skal sjukehuset utvikle seg til eit framtidsretta tilbod må alle som arbeider i sjukehuset tenkje samarbeid og samhandling. Skal vi få det til må det leggast vekt på leiing og nærleik til tilbodet som skal utviklast.

For dei tenestene som utgjer aktiviteten ved sjukehuset har prosjektet gjort følgande hovudfunn:

Område	Hovudfunn
Ortopedi	Alle kommunane har høg tillit til tilbodet.  40 prosent av dei elektive ortopediske pasientane er gjestepasientar utanfor Sogn og Fjordane.  Sommarstenging av skadepoliklinikken vert opplevd som ei utfordring i høve å ha føreseielege tilbod lokalt.
Medisin	Vel to tredeler av pasientane frå Sogn vert behandla i Lærdal.  Det er liten lekkasje av pasientar til Voss sjukehus.  62 prosent av indresogningane nyttar medisinsk poliklinikk ved LSH , mot 76 prosent av nordfjordingane på NSH.  Pasientar frå kommunane Årdal, Lærdal og Aurland nyttar tilbodet mest.
God start	Det er fleire kvinner som nyttar tilbodet enn kva det er planlagt for.  42 prosent av barselkvinnene i Sogn nyttar tilbodet – ein tredel av kvinnene frå kommunane på nordsida av Sognefjorden (unnateke Vik).  38 prosent av dei fødande frå Årdal og Lærdal nyttar følgetenesta.  Det er låg poliklinisk aktivitet, 14 prosent får gynekologi/føde tilbod ved LSH. Seksjonen har ikkje jordmor med ultralydkompetanse.

Medisinske støttetjenester	Laboratorie for medisinsk biokjemi og blodbank har gode tilbud for sjukehuset og kommunane rundt.  Radiologisk seksjon har tilpassa aktivitet med unnatak av MR, som det no er samla inn pengar til å realisere.
Samhandling på Lærdal sjukehus og med andre einingar i Helse Førde	Det er bygd opp gode fagelege nettverk i klinikkane.  Det er behov for at nokon fangar opp viktige problemstillingar som fell mellom klinikkane.  Dagens organisering er eit hinder for god samhandling på tvers av seksjonane lokalt.  Lang avstand mellom lokale leiarar og leiinga i Førde.
Rekruttering	Det er utfordrande å rekruttere til alle seksjonar på sjukehuset.

Ut frå kartlegging og analyse tilrår prosjektet ei inndeling av det vidare arbeidet etter desse hovudutfordringane:

- 1) Tilbod, organisering og drift i tråd med innbyggjarane sine behov
- 2) Kompetansebehov og rekruttering
- 3) Samhandling med kommunehelsetenesta og fastlegane
- 4) Samhandling internt i sjukehuset
- 5) Sjukehus i nettverk og fagleg kvalitet

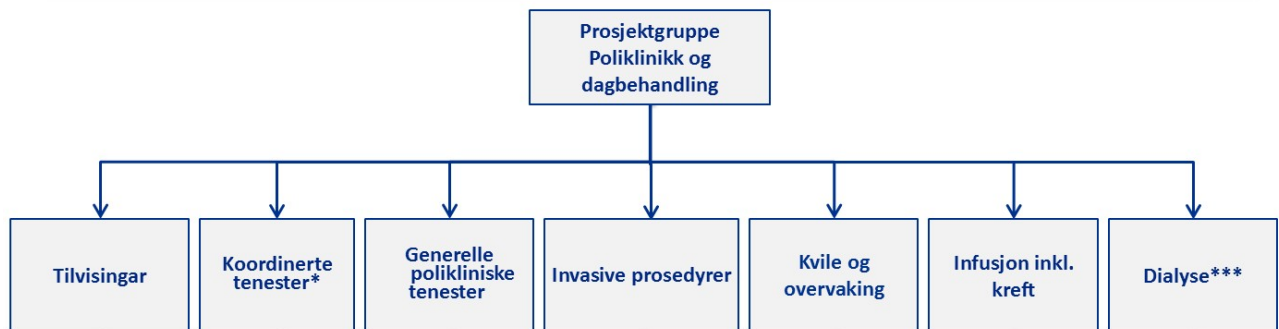
### Poliklinikk og dagbehandling

#### Organisering og føremål:

Føremålet med prosjektet er å utgreie korleis vi kan legge til rette for framtida si poliklinikk- og dagbehandling ved betra fysiske tilhøve og ein smartare arbeidsmåte. I dette prosjektet skal vi planlegge for:

- Å auke trivsel og kvalitet for pasientane i Helse Førde
- Å legge til rette for poliklinisk tilbod for fleire grupper – auke del dagbehandling
- Effektivt arealbruk
- Effektiv personalbruk

- Det har vore arbeid i 7 arbeidsgrupper. På nokre tema er det også arbeid på tvers av arbeidsgrupper og også med andre prosjekt
- Datainnhenting og kartlegging er delvis gjort på projektnivå og delvis i arbeidsgruppene
- Prosjektet har involvert alle einingar som er ein del av prosjektet i tillegg til kommunehelsetenesta og brukarar
- Vi har henta inspirasjon frå Workshop med Sykehusbygg og frå besøk på sjukehuset på Kalnes og Nordmøre og Romsdal



#### Oppsummering av forslag på tiltak og neste steg:

#### Overordna ber løysingane preg av eit ønskje om å:

- Arbeide og samhandle meir på tvers
- Dele meir på ressursane
- Ta i bruk moderne teknologi i pasientbehandlinga

### **Auke trivsel og kvalitet for dei polikliniske pasientane**

- Koordinere tenestene, betre samhandling eksternt og internt
- Desentral behandling og ambulering
- Kvile og overvakingssone
- Gode parkeringsmoglegheiter
- Skilting og andre vegvisingsverktøy

### **Auke polikliniske opphald: frå døgn til dag**

- Få fleire pasientar over til eit lågare omsorgsnivå
- Nytte sjukehotell meir
- Betre kvalitet på tilvisingar, nytte telemedisin
- Eigenerklæringsskjema, sjekklister

### **Betre bruk av personale**

- Auka tverrfagleg samhandling
- Nytte og utvikle kompetanse
- Spesialsjukepleiarar på poliklinikkane kan arbeide meir på tvers enn i dag
- Legge til rette for effektive dagar for behandlarane

### **Betre bruk av areal**

- Poliklinikkromma kan i stor grad være generelt utforma
- Samling av spesialrom og like tenester, til dømes infusjonspoliklinikkar
- Booking av rom
- Ei tilrådd auke i utnyttingsgrad frå 3,6 til 4 timar
- Dialyseavdelinga ved Lærdal
- Gymsal og varmebasseng kan nyttast av fleire

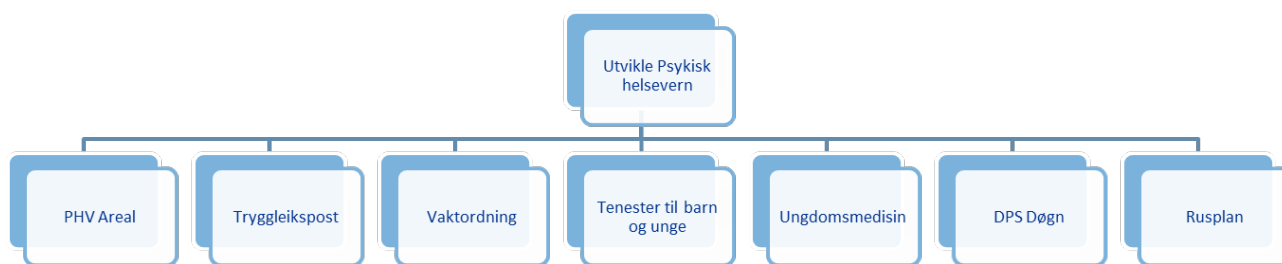
### **Neste steg**

- Samhandling inn mot Nye Førde sjukehus må halde fram
- Planlegge pilotar i poliklinikkane. Det må vurderast kor mange og kva for tiltak det er riktig å teste ut i same pilot samstundes
- Halde fram dialog med kommunehelsetenesta
- Starte ombygging og pilot på infusjonspoliklinikk
- Halde fram arbeid med endringskultur
- Gjere kartlegging av kompetanse og trivsel hos personalet

## Psykisk helsevern

### Organisering av arbeidet:

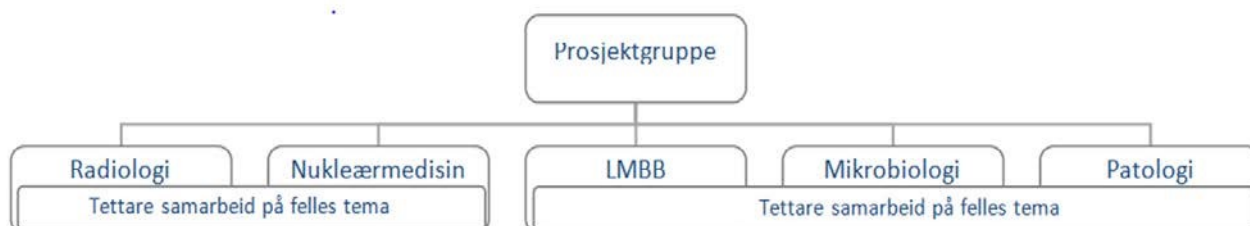
- Arbeidet har vore organisert i 8 arbeidstema/-grupper. For nokre av områda har det vore arbeidd på tvers av desse. Det har vore nytta ulike arbeidsformer: møter, intervju, besøk ved andre føretak, workshops, kreativ prosess mm. Undervegs har prosjektet delteke i ei rekkje fora og informert om arbeidet. Blant anna leiardialog, klinikkråd, leiargruppemøter.
- Prosjektet har hatt ei god involvering av tilsetteorganisasjonar og verneteneste, samt deltaking frå brukarrepresentant



### Oppsummering av forslag på tiltak og neste steg:

		Neste steg
<b>PHV/tenester</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Oppdatere verksemdmessig utviklingsplan vår 2018 - oppdatere Rusplan i dette arbeidet</li> <li>Tilrådd arealbehov i PHV romprogram. Arealbehov er redusert frå 8260 kvm i konseptfaserapporten til 6800.</li> <li>Tilrådd å tilrettelegge for samarbeid/sambruk av areal mellom Førde BUP/Barnehabilitering/barneavdeling</li> <li>Ferdigstille mandat for Ungdomsmedisin/avklare ansvar i linja</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Bistå NFS prosjekt via prosjekt Arbeidsutval</li> <li>Tilrettelegge lokaler i UPH for tvangsbehandling</li> </ul>
<b>Organisering</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Samle DPS Døgn for Sunnfjord og Ytre Sogn i HF</li> <li>Vedteke etablering av ein kombinert akutt-/tryggleikspost i NFS med 18 sengeplasser</li> <li>Ungdomsmedisin: Innføre endra aldersgrense v/barneavd. i linja</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Bistå i NFS prosjekt i arealutforming for DPS Døgn og Tryggleikspost via arbeidsutval</li> <li>Planlegge og innføre endra organisering av tenestene</li> <li>Planlegge for og implementere endra aldersgrense ved barneavdelinga i linja.</li> </ul>
<b>Kompetanse og bemanning</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Etablere felles vaktordning PSK og PBU(Førde)</li> <li>Ferdigstille samarbeidsprosjektet «Konsultasjonsteam» mellom barneavdelinga og UPH</li> <li>Tilrettelegge for framtidig tvangsbehandling i UPH</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Innføre felles vaktordning for PSK/PBU</li> <li>Ferdigstille samarbeidsprosjekt «Konsultasjonsteam».</li> <li>Videreutvikle kjennskap til kvarandre sine fagfelt for å auke fleksibelt samarbeid innan fagområder og i aktuelle saker.</li> </ul>
<b>Samhandling</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Polikliniske tenester skal styrkast. Det er sannsynlig at en del av konsultasjonene ved poliklinikkene vil foregå som e-konsultasjoner i en eller annen form i 2030</li> <li>Etablere Ungdomsråd i Helse Førde</li> <li>Etablere digital tilbakemelding fra pasienter i NORSE</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Arbeide vidare med dette arbeidstemaet i neste fase i revisjon av verksemdsmessig utviklingsplan. Koordinere arbeid med evt. Samhandlingsprosjekt i PH</li> <li>Ferdigstille forslag til modell for etablering av Ungdomsråd, som pågår ut 2017</li> <li>Arbeide vidare med detaljering av tekniske løysingar for Tilbakemeldingsprosjektet NORSE</li> </ul>

### Radiologi og laboratoriefag



Oppgåvene i mandatet til prosjektet kjem frå innsatsområda frå faggruppa, verksemdsmessig utviklingsplan og konkrete bestillingar frå «Nye Førde sjukehus»:

- Utreie arealbehovet for laboratoria og radiologi og kvalitetssikre konseptfaserapporten
- Kostnader i samband med innkjøp av medisinskteknisk utstyr - Identifiserte gevinstar

#### Oppsummering av hovudtilrådingane:

Tema	Tilråding
Generelt om areal	Føreslege berre mindre endringar i arbeidet med å kvalitetssikra konseptfase for Nye Førde sjukehus. Det har vore vanskar med å få fram tal for kvalitetssikring.
Areal mikrobiologi/ molekylærbiologi	Det er ei relativt stor avstand mellom skissert behovet og det som ligg i konseptfase (360kvm). Dette utgjer om lag 270kvm.
Prøvemottak	Det er skissert eit felles prøvemottak for laboratoria (mikrobiologi/patologi/LMBB). I høve areal, skil det samla behovet seg lite frå det som ligg i dag og konseptfase.
Felles organisering laboratoriefag	Det er usemje kring dette punktet, men prosjektleiar har lagt fram tilråding med forslag om å organisere laboratoriefaga som ei felles avdeling. Det blir gjort ein gjennomgang på grad av sambruk. Det vil vere fordelaktig om fagområda ligg nær til kvarandre.
Rørpost	Prosjektet har identifisert eit behov for rørpost, i form av system tilsvarande Tempus™. Dette vil ikkje være særskilt arealkrevjande, men må takast omsyn til.
Patologi	Det er ikkje skildra betydeleg endring av areal i høve det som er skissert i konseptfase. Auke kjem i samband med molekylærbiologi, sjå anna punkt for det.
LMBB	Arealbehov i all hovudsak uendra frå konseptfase. Ein reknar med at ein i vidare arbeid med RFP vil redusera arealet noko, men ikkje mykje jamfør konseptfasen.
Nukleærmedisin	Prosjektet har lagt fram tilråding om ei avvikling av nukleærmedisinsk seksjon i 2. etg. Det har vore usemje knytt til ei slik tilråding. Areal nytta til dette vil dermed frigivast andre behov. Total areal nytta til dette er per 2017 er ca 80kvm (har ikkje teikning med areal for dette området).
Radiologi	I konseptfasen vart i liten grad radiologisk avdeling sine areal vurdert. Ei nøktern vurdering er at behovet frametter vil vere omtrent som i dag, men med ei lita auke på om lag 90kvm. Behov for tilrettelagt ventesone.
Investeringsbehov	Det ligg i planperioden føre eit svært stort investeringsbehov på MTU. I hovudsak utskifting av eksisterande utstyr, men også nytt. For radiologi estimert til 190 mill, LMBB 51,5mill, mikrobiologen 29 mill. og patologi 13,5mill. Samla 284 mill.

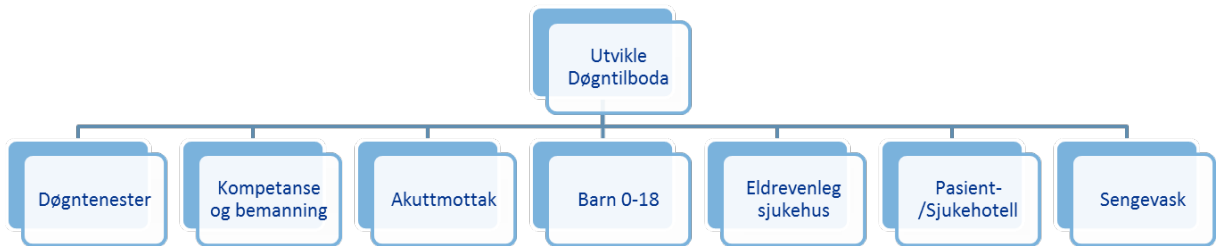
#### Utvikle døgntilboda

##### Hovudmål:

Etablere døgntilbod av høg kvalitet med god pasientoppleving som ivaretek behov for tverrfagleg tilnærming, gir behandling på rett nivå, har rett kompetanse og kapasitet, gir god ressursutnytting og tar høgde for store variasjonar i behov innanfor dei ulike fagområda.



## Organisering og gjennomføring:



- Utgreiing av mandatpunkta har vore organisert i sju arbeidsgrupper
- For nokre av områda har det vore arbeid på tvers av desse. Det har vore nytta ulike arbeidsformer: møter, intervju, besøk ved andre føretak, spørjeundersøkingar, workshops med meir.
- Undervegs har prosjektet delteke i ei rekkje fora og informert om arbeidet. Blant anna leiardialog, klinikkråd, og leiargruppemøter.
- Prosjektet har hatt ei god involvering av tilsetteorganisasjonar og verneteneste, samt deltaking frå brukarrepresentant. Det vore eit hektisk arbeid for dei involverte, både i arbeidsgruppene og i prosjektgruppa, med mange aktivitetar
- **Dette har det vore diskusjoner om:**
  - Bekymring knytt til framskrivinga, om eldrebølgja vil medføre behov for auka tal pasientrom
  - Bekymring for kapasitet i beredskap på Barn/Nyfødt – behov for å vidareutvikle samarbeid med Intensiv

## Oppsummering av forslag på tiltak og neste steg:

<b>Døgntenester</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sengepostar med einerom</li> <li>• Justert sengetal etter gjennomsnitt 80 – 85 % belegg og framskrive framtidig behov til 2030</li> <li>• Observasjonsplassar for akuttmottak- og poliklinikkpasienter</li> <li>• Auka bruk av Pasient og sjukehotell</li> <li>• Prøve ut samling av elektive pasienter i del av sengepost</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ferdigstille funksjons- og romprogram Barn og KK</li> <li>• Pilotere løysing for bad i nye einerom i 8.etg</li> <li>• Utarbeide mandat – pilotere observasjonsplassar</li> <li>• Vurdere registreringssystem/retningslinjer for pasient/sjukehotellet og auke bruken</li> <li>• Pilotere samling av elektive pas i samlokalisert ort/kir</li> </ul>
<b>Organisering</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Døgntilbod organisert i fagområder – ulike modeller vurdert</li> <li>• Geriatri og ortogeriatrici som døgntilbod</li> <li>• Samle og samlokalisere tenester til barn og unge</li> <li>• Tettare samarbeid somatikk og psykisk helsevern</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vurdere organisering av sengepostar og nivå 2/3 i HF</li> <li>• Opptappingsplan i medisinsk og ortopedisk sengepost</li> <li>• Beskrive samarbeid/beredskap Barn/intensiv</li> <li>• Felles retningslinjer for tilsyn og tilvisningsrutiner til psykisk helsevern og somatikk</li> </ul>
<b>Kompetanse og kapasitet</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Arbeide vidare med driftsmodell per sengepost</li> <li>• Videreutvikle aktivitetsstyrt bemanningsplanlegging</li> <li>• Auke andel sj.pleiarar/spes.sjukepleiarar – redusere deltid</li> <li>• Styrke kompetanse i sengeposter (eks geriatri)</li> <li>• Redusere overtid - auke bruk av bemanningssenter</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lage/pilotere drifts-/bemanningsmodell per sengepost inkludert tverrfagelegssamarbeid</li> <li>• Videreutvikle aktivitetsstyrt bemanningsplanlegging</li> <li>• Styrke kompetanse i døgntenester i samsvar med plan</li> <li>• Evaluere avtaler/faktisk bruk av vikarbyrå og kostnader – prøve ut fleksible avtaler ved ferieavvikling</li> </ul>
<b>Samhandling</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Auke samarbeid/oppgåvedeling med kommuner</li> <li>• Innføre nasjonale pasientforløp, regionale retningslinjer og utvikle tverrfaglege forløp i samarbeid m/kommuner</li> <li>• Auke samarbeid på tvers av sengeposter</li> <li>• Tettare samarbeid m/terapeuter i samsvar m/ pasientbehov</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pilotere/overføre blodtrans./antibiotikabeh → kommuner</li> <li>• Samhandlingsprosjekt med kommunane</li> <li>• Videreføre/utvikle samarbeid på tvers av sengeposter</li> <li>• Prøve ut bestilling frå sjukepleiar til terapeutar.</li> <li>• Legge til rette for at alle faggrupper kan dokumentere i sengepostar</li> </ul>

## Vidare arbeid med «Pasientens helseteneste»

Tenesteutviklingsprosjekta har fram til november i år arbeidd med å kvalitetssikre arealplanen frå 2015, og fleire av prosjekta har no levert sluttrapport. I samband med oppsummeringa og evaluering av arbeidet/programmet, vert det vurdert korleis programmet skal vidareførast i 2018, og korleis leveransane frå prosjekta skal følgjast opp framover. Ein viktig del av dette blir å vurdere kva ansvar som skal plasserast i linja, program og prosjekt.

Arbeidet med tenesteutviklinga vil halde fram, men programmet sitt fokus vil endre karakter i 2018. Verksemdsmessig utviklingsplan skal reviderast. Dette arbeidet vil skje i samarbeid med dei andre føretaka i region vest der ein siktar mot å få meir sams utforming av planane. I tillegg vil det bli arbeidd med å følgje opp tiltak som ikkje kan leggjast direkte til eit linjeansvar. Dette vil til dømes vere meir overordna, tverrgåande utviklingsarbeid og pilotering av løysingar. Det vert også naturleg å knytte arbeid med verksemdsmessig utvikling lokalt tett saman med større regionale prosjekt, som inneber større organisatoriske tilpassingar i tida framover. Dette gjeld til dømes programmet «Alle møter».

Forprosjektet «Nye Førde sjukehus» kjem til å auke aktivitetsnivået framover, og har henta inn eksterne arkitektar og rådgjevarar i arbeidet med å vidareutvikle arealplanen. Tenesteutviklingsprosjekta og byggjeprojektet har eit avhengigheitsforhold. Byggjeprojektet treng kontinuerlege innspel om utforming for å sikre eit bygg som er så godt tilpassa faglege og organisatoriske behov som råd. Dette prosjektet vil difor ha behov for tett samarbeid med fagmiljøa for å få innspel til utforming av bygget. For å sikre framdrifta vert dei som har leia tenesteutviklingsprosjekta i 2017 kopla tett på byggjeprosessen.

Det vert planlagt same møtestruktur med styringsgruppemøte annakvar tysdag fram mot sommaren 2018. To halvårlege møte er programstyremøte, kor kommunane og brukarrepresentantar deltek.

Elles vil ein i stor grad nytte etablerte møtestrukturar for å redusere ressursbruken og oppnå tettare kopling til organisasjonen. Framover vil programmet mellom anna arbeide med:

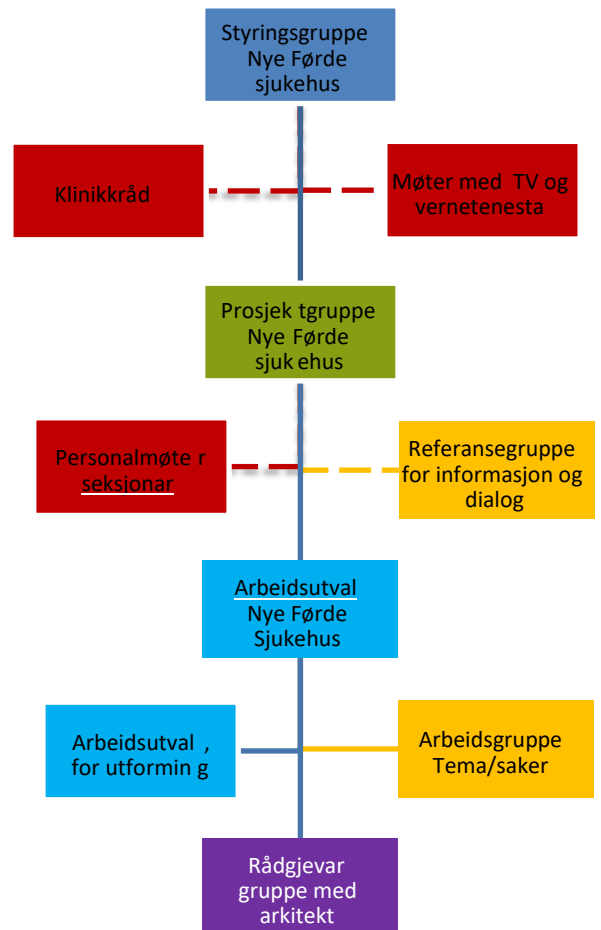
- Driftsmodellar og framtidige arbeidsprosessar
- Lærdal sjukehus fase 2
- Nye Førde sjukehus
- Prehospitale tenester
- Samarbeidande sjukehus og stadleg leiing
- Samhandling med kommunane
- Stab og støtte
- Tenesteinnovasjon

## Koplinga mellom forprosjektet «Nye Førde sjukehus» og tenesteutviklingsprosjekta

Forprosjektet «Nye Førde sjukehus» kjem til å auke aktivitetsnivået framover, og har henta inn eksterne arkitektar og rådgjevarar i arbeidet med å vidareutvikle arealplanen. For å sikre at framdrifta ikkje blir påverka av eventuelle endringar i Pasientens helseteneste, legg forprosjektet opp til ei organisering som eventuelt kan vidareførast i driftsorganisasjonen:

- «Nye Førde sjukehus» held fram som del av programmet «Pasientens helseteneste»
- Prosjektgruppa blir vidareført som i dag
- Det vert etablert «teknisk» arbeidsutval for «Nye Førde sjukehus» som skal ha møte ein gong i veka
- Det vert etablert eit arbeidsutval for utforming. Leiarane frå aktuelle tenesteutviklingsprosjekt er med i dette utvalet og sikrar med det kontinuitet
- Arbeidsutval for utforming skal ha ein eigar som deltek i styringsgruppa til «Pasientens helseteneste»
- Arbeidsgrupper for tema og saker blir etablert fortløpande i prosessen ved behov
- Det må og etablerast referansegrupper for informasjon og dialog, aktuelt for tema som går på tvers av fleire organisasjonseiningar og eventuelt med eksterne

Det er teikna ei tydeleg styringslinje der TV og VO er representert på alle nivå. Brukarrepresentant har møterett i møte som arbeidsutval for utforming og arbeidsgruppe for tema/saker har med arkitekt/rådgjevar.



## Vurdering

Det siste året har vore hektisk og mange har lagt ned ein stor innsats i programmet. Arbeidet har vore krevjande på fleire område. Særleg har det vore utfordrande å finne rett arbeidsform og sikre god involvering av leiarar og tilsette. Elles har føretaket fått store økonomiske problem i løpet av 2017, ein situasjon som har kravd mykje for organisasjonen å handtere. Dette har gått ein del utover kapasiteten til å drive langsiktig tenesteutvikling, i tillegg har programmet òg motteke tilleggsoppdrag i samband med budsjettoppfølginga.

Sjølv om det har tatt noko tid å etablere og finne rett form, har programmet og oppnådd mykje. Mellom anna har programorganiseringa vore avgjerande for ein del av løysingane for areal som «Nye Førde sjukehus» no arbeider vidare med. Alle prosjekt- og arbeidsgrupper har vore tverrfaglege, og viktige emne har vorte sett på dagsorden.

Helse Førde sit no på erfaringar med drift av eit stort utviklingsprogram, slik at det kan bli lettare å finne vegen vidare for korleis «Pasientens helseteneste» bør organiserast vidare.

## Konklusjon

Helse Førde har gjennomført eit omfattande arbeid med tenesteutvikling og kvalitetssikring av arealprosjektet for «Nye Førde sjukehus». Arbeidet har vore utfordrande, men samstundes har føretaket oppnådd mykje. Fleire prosjekt har levert sluttrapport. Vi vil no summere opp kva som har komme fram, og planlegge vidareføringa i 2018.

## **KAPITTEL 7**

# **Korreksjonsoppstilling til Konseptfasedokument**

# Nye Førde sjukehus

## Korreksjonsoppstilling til konseptfase

Versjon	Dato	Kapittel	Endring (kva og kor)	Endra av	Godkjent av
01	20/10-2017		Utkast for drøfting i prosjektgruppa	Kjell Inge Solhaug	
02	15/11-2017		Utkast for drøfting i prosjektgruppa	Kjell Inge Solhaug	
03	17/11-2017		Ferdigstilt til programstyremøte 21/11	Kjell Inge Solhaug	
04	21/11-2017		Sluttjustert etter styringsgruppemøte	Kjell Inge Solhaug	Styremøte
05	11/12-2017		Sluttjustert etter korrekturlesing	Kjell Inge Solhaug	

## Innleiing

Dette dokumentet skal saman med rapporten frå konseptfasen i 2015 inngå som styringsdokument for vidare arbeid med ferdigstilling av forprosjekt Nye Førde sjukehus.

## Samandrag

### Hovudutfordring frå konseptfasen i 2015

Då vi starta opp arbeidet med kvalitetssikring av konseptfasedokumenta frå 2015 hadde vi spesielt tre utfordringar vi måtte sjå nærare på:

1. Styringsmål for investeringskostnad i forprosjektet var redusert med fem prosent i høve til det arbeidsomfanget og kalkylen som var beskrive i konseptfasen. Dette var gjort for å sikre gjennomføring innanfor det finansieringstilseget som var gjeve, ein ekstra tryggleiksfaktor for å handtere uvisse som ligg i ein lang tidsakse på gjennomføring.
2. Plan 2 i eksisterande lågblokk for somatikken var for trongt, og vi fekk generelt for dårlege løysingar i konseptfasen.
3. Sengepostane i eksisterande høgblokk hadde få einerom, og låg inne i planane med 30 prosent einerom.

### Generalitet og fleksibilitet

Prosjektet Nye Førde sjukehus vil både no i forprosjektfasen, og undervegs fram til ferdigstilling, ha behov for generalitet og fleksibilitet. Vi må legge til grunn at vi kjem til å gjere feil både med omsyn på kapasitetsbehov og arbeidsmetodar/organisering når vi no prøver å sjå langt fram i tid. For å kunne møte dei utfordringane som dette gjev, må prosjektet tenkje generalitet og fleksibilitet i dei løysingar som blir etablerte.

I tillegg til den langsiktige fleksibiliteten, har vi behov for å skape eit fleksibelt forprosjekt som kan sluttprioriterast når vi kjenner kostnads- og utfordringsbiletet betre.

Generalitet og fleksibilitet i prosjektet skal skapast ved at ein prøver å finne moglege løysingar for vekst innanfor alle hovudfunksjonsområde. Kontorbehov for administrativt personell er den funksjonen som gradvis må trekkast vekk frå sjukehuset dersom det oppstår vekst innanfor hovudfunksjonane, og vi får problem med tilgang på areal. Når slike tankar ligg i botnen, slepp vi å «sikre oss overkapasitet» innanfor dei ulike hovudfunksjonsområda.

### Vidare arbeid skal rettast inn mot den økonomiske ramma som er etablert for investeringa.

Ut frå kalkylen frå konseptfasen og dei drøftingane som er gjennomførte i fasen med kvalitetssikring av konseptfasen, så er det sett opp ei kostnadsstyrt prioritering. I dette ligg at vi skal søkje vidare løysingar ved å prioritere innanfor dei kostnadsrammene som er på dei utvalde prosjektområda. Den kostnadsstyrte prioriteringa skal takast vidare med i ei kostnadsstyrt prosjektering.

Foreløpige gjennomgangar syner at rammene er knappe for det omfanget som er lagt inn. Dette må følgjast opp i det vidare arbeidet med forprosjektet.

### Framdrift og rokeringsbehov.

Det er ikkje gjennomført fornya vurdering av framdrift og rokeringsbehov ved byggearbeid, men dette vil bli detaljert i det vidare forprosjektarbeidet.

Forprosjektet er planlagt ferdigstilt med avgjerd på investering hausten 2018, og dette er ca. eit år etter planen slik den var sett opp i konseptfasedokumenta frå 2015.

Rokeringsbehov og plass for mellombelse driftssituasjonar er særleg utfordrande for byggeprosjektet. Endring med nybygg vestover for intensiv, tung overvåking, to operasjonsstover og steril produksjon vil gi ein betre situasjon for ombyggingsfasen enn det som låg i planen frå 2015.

#### Pilot for bad/einerom i eksisterande høgblokk

Vi treng meir tryggleik for løysingar og konsekvensar ved ombygging av eksisterande høgblokk til einerom før dette kan sikkert konkluderast.

Vi skal derfor gjennomføre ein pilot på ombygging av eit bad på eit eksisterande einerom i høgblokka, og dette skal gi oss tryggleik for at denne løysinga kan nyttast.

Vi har derfor etablert ei retning i forprosjektet som gjer det mogeleg å endre løysing for sengeavdeling frå eksisterande sengeetasje til nytt sengebygg, eller gå tilbake til planen frå konseptfasen med fleirsengsrom etter at pilot for bad/einerom er gjennomført.

#### Hovudpunkt som viser endringar frå konseptfasen

På basis av det arbeidet som er gjennomført i tenesteutviklingsprosjekta og i forprosjektet skal konseptfasen frå 2015 korrigerast med følgjande punkt:

1. Ny løysing for PHV med mindre areal enn planar frå 2015
2. Einerom med ny løysing for bad i eksisterande høgblokk (det skal køyrast ein pilot for å verifisere løysinga)
3. Det skal etablerast pasienthotell i tillegg til sjukehotell
4. Skilje all poliklinikkdrift frå sengepost
5. Auka utnyttingstid på generelle undersøkingsrom i poliklinikkar til seks timar
6. Intensiv, tung overvåking, to operasjonsstover og steril produksjon på plan 2 i tilbygg vestover.
7. Løysingar og kapasitetar skal justerast for oppdaterte pasientbehov

Forprosjektet skal elles detaljere og optimalisere planar som låg i konseptfasen.

#### Organisering av arbeidet vidare i forprosjektet:

Som del av kvalitetssikring av konseptet frå 2015 har det vore gjennomført omfattande arbeid i mange tenesteutviklingsprosjekt (TU-prosjekt). Prosjektgruppene for desse TU-prosjekta er relativt store, og i den fasen som forprosjektet no skal inn i, er ein avhengig av å ha nokre mindre grupper som kan setje av tid til å få svart ut spørsmål og delta i dialog mot arkitekt og rådgjevar. Dette er tenkt løyst ved at det blir etablert arbeidsutval for utforming, eit for kvart av dei TU-prosjekta som no har levert styringsinformasjon inn mot forprosjekt Nye Førde sjukehus.

Pasientens helseteneste er under evaluering for å ta stilling til korleis dette arbeidet skal vidareførast.

Sjølv om prosjektgruppa er stor, er det mange kliniske område som ikkje er representerte, og vi må prøve å finne arbeidsmetodar der vi har større klinisk breidde/driftskunnskap inn mot utforming av løysingane, samstundes som vi greier å vidareføre kunnskap frå den tenesteutviklingsprosessen som er gjennomført i 2017. For å løyse dette skal det etablerast eit arbeidsutval for utforming som skal vere koplå på løpande avklaringsbehov mot arkitekt og rådgjevarar, samt at det blir oppretta arbeidsgrupper/referansegrupper for meir spesifikke område og spissa avklaringar.



Arbeidsutval for utforming er ikkje del av forprosjektet sin organisasjon, men blir styrt av og rapporterer til driftslinja/føretaksleiinga.

For nokre TU-prosjekt stod det att litt evaluerings- og forankringsarbeid i høve til styringsinformasjon for Nye Førde sjukehus.. Dette arbeidet skal generelt vidareførast av arbeidsutval for utforming innanfor tilhøyrande område. Arbeidet med kvalitetssikring og forankring av talgrunnlag innanfor barn 0-18 år er eit unntak til dette, og blir sluttført i noverande prosjekt for døgnet.

### Hovudutfordringar frå konseptfasen i 2015

Då vi starta opp arbeidet med kvalitetssikring av konseptfasedokumenta frå 2015, hadde vi spesielt tre utfordringar vi måtte sjå nærare på:

1. Styringsmål for investeringskostnad i forprosjektet var redusert med fem prosent i høve til det arbeidsomfanget og kalkylen som var i konseptfasen. Dette var gjort for å sikre gjennomføring innanfor det finansieringstilsegnet som var gjeve, ein ekstra tryggleiksfaktor for å handtere uvissa som ligg i ein lang tidsakse på gjennomføring.
2. Plan 2 i eksisterande lågblokk for somatikken var for trangt og ein fekk generelt for dårlege løysingar i konseptfasen.
3. Sengepostane i eksisterande høgblokk hadde få einerom og låg inne i planane med 30 prosent einerom.

For å løyse desse utfordringane, vart arbeidet med kvalitetssikring av konseptfasedokumenta styrt av nokre strategiske retningar som vart valde ut:

- Skisseprosjektet for psykisk helsevern skulle pakkast saman til meir arealeffektive løysingar, og dette skulle svare ut reduksjon i investeringskostnadar på 70 millionar, eit arealnedtak på ca. 1400 m<sup>2</sup>.
- For å løyse plan 2 inne i eksisterande lågblokk, skal intensiv og tung overvaking flyttast ut i nybygg på vestsida.
- Arkitekt vart utfordra på å lage ei løysing med berre einerom i høgblokka, kor mange kunne vi finne plass til på ein etasje i eksisterande høgblokk.

### Talgrunnlag og framskrivingar

Talgrunnlag for dimensjonering vil vere noko som er i kontinuerleg endring gjennom prosjektet. Oppdatering av dette grunnlaget vil inngå som ein del av arbeidet med den årlege rulleringa av verksemdsmessig utviklingsplan og Nye Førde sjukehus må løpande ta til seg dei endringane som dukkar opp innanfor framskriving av behov.

I arbeidet med kvalitetssikring av talgrunnlag er det identifisert ein del manglande registreringar i datagrunnlaget, og det har vore jobba godt i TU-prosjekta for å forstå og kvalitetssikre talgrunnlaget.

Av spesielle tilhøve kan talgrunnlaget for operasjon nemnast. Aktiviteten for operasjon kan foregå heile døgnet året rundt, medan modellane for Sykehusbygg tek utgangspunkt i 230 dagar og 8 timar, og samlar all aktivitet 24/7 inn i dette definerte tidsrommet. Den operative avdelinga seier at praktisk utnyttingstid av kjernetid på dagtid er 210 dagar og 6,5 timar, men det som foregår av ØH utanom denne kjernetida tida, kjem i tillegg. Dei gjennomgangane som er gjort viser at desse to tilnærmingane gir tilnærma likt krav til tal operasjonsstover. Konklusjonen er derfor at Sykehusbygg

sin framskrivingsmodell og utrekning av tal stover med 230 dagar og 8 timar er dekkande for Helse Førde sin situasjon.

Oppsummering av aktivitet og kapasitet er lagt som vedlegg til dette dokumentet.

### Tilbakemelding frå tenesteutviklingsprosjekta

Konseptfasen for Nye Førde sjukehus vart slutført hausten 2015. Som ein del av kvalitetssikringa av denne, har ulike prosjektgrupper frå tenesteutviklingsprogrammet «Pasientens helseteneste» svart ut eigne bestillingsdokument frå «Forprosjekt Nye Førde sjukehus». Dette gjeld mellom anna å kvalitetssikre framskrivning av aktivitet og tilrå framtidige kapasitetar basert på dette. Gruppene har og vurdert framtidig organisering av tenester, samt endringar i driftsmodellar som vil påverke arealbehov og løysingar. Prosjektgruppene har vidare delteke i utarbeiding av romfunksjonsprogram for Nye Førde sjukehus i samarbeid med Sykehusbygg, som er innleigd til dette. Her definerer ein rombehov med funksjonar og nærleiksbehov. Dette dannar vidare grunnlag for arkitekt si utvikling av skisser og løysingar.

Avsnitta i dette kapitlet er ei samanstilling av tilbakemeldingane frå tenesteutviklingsprosjekta relatert til areal og funksjonar i Nye Førde sjukehus. Tabellane viser utvikling i kapasitetar frå dagens løysing, via konseptfase, med kvalitetssikringsprosess, og fram til innstilling frå prosjektgruppa Forprosjekt Nye Førde sjukehus.

Talgrunnlaget for føde, barsel og barn, nyfødt er ikkje ferdig gjennomgått. Dette gjeld og kapasitet i akuttmottak, samt plan 0 og sterilsentral. Det blir arbeidd vidare med å slutføre desse områda parallelt med vidare arbeid i forprosjektet.

### Døgntilboda

Prosjektgruppa for døgntilboda har ansvar for kvalitetssikring av kapasitet og løysing for sengepostane, akuttmottak, obs-post med fleire. Tilrådinga frå gruppa er samanstillt i punkta under:

1. **Einerom som hovudmodell:** Ja, tilrådd som hovudmodell .
2. **Revidere tal sengar på sengepostane ved FSS:** Framskrive sengetall 135 senger ved 80 prosent belegg.
3. **Felles akuttmottak ved FSS:** Nei, ikkje tilrådd ut frå lågt pasientvolum PHV dagleg. Tilrådd videreføring av akuttmottak i PHV i tillegg til felles akuttmottak ved FSS.
4. **Observasjonspost:** Nei, ikkje tilrådd organisert som eigen sengepost, men som teneste som del av akuttmottak, dekkja av bemanning i akuttmottak. Observasjon er framskrive med behov for fem senger/stolar. Poliklinikkprosjekt tilrår i tillegg etablering av kvile- og observasjonssone i poliklinikkareal for poliklinikkpasientar, dekkja av ressursar i poliklinikk.
5. **Barn 0-18 og KK:** Samle og samlokalisere tenester til barn og unge/sengeposter og KK, Barnehabilitering med PBU (BUP/UPH).
6. **Pasienthotell og Sjukehotell:** Ja, tilrådd bruk av Pasienthotell med 27 senger og Sjukehotell med 23 senger, samlokalisert og nært sengepostar.

Oppsummerte endringar på dimensjoneringsgrunnlag/ kapasitetsbehov framgår i tabellen under.

Senger	Dagens kapasitet	Tal i konseptfase Framskrive til 2030	Korrigerte tal frå prosjektet Framskrive til 2040	Forprosjektet si innstilling til styringsgruppa
Normalsenger*	167	202	135	130
Pasienthotell	21	0	27	27
Sjukehotell	0	23	23	23
Obs-senger	0	14	5	5

\* Barn, nyfødd og føde, barsel inngår med totalt 16 senger i innstillinga. Dette blir sluttjustert når talgrunnlag og framskrivingar er gjennomgått og kvalitetssikra i eiga arbeidsgruppe.

### Poliklinikk og dagbehandling

Prosjektgruppa tilrår å lage romprogram basert på fire timar utnyttingsgrad i poliklinikk, medan styringsgruppa legg til grunn seks timar som målsetjing. Kapasitetar for dei ulike romfunksjonane framgår i tabell under. Tal dagplassar og spesialrom er baserte på behov framkomme under gjennomgang med dei ulike poliklinikkane.

- Samling av rom til invasive prosedyrer:** Prosjektgruppa tilrår at endoskopi (for rektokolo-, bronco, gastro og cystoskopi) og rom til kirurgiske prosedyrer vert samla på eit område med felles støtterom.
- Observasjonsareal:** Det er behov for eit observasjonsareal til ulike pasientgrupper som er til poliklinikk og dag- behandling, samt for nokre inneliggande pasientar. Prosjektet tilrår ti kvile- og overvåkingsplassar.
- Felles infusjonspoliklinikk:** Prosjektgruppa tilrår samling av infusjonsbehandling frå hud- revmatologisk- nevrologisk- og medisinsk poliklinikk.

Dagplassar/ undersøkelserom	Dagens kapasitet	Tal i konseptfase Framskrive til 2030	Korrigerte tal frå prosjektet Framskrive til 2040	Forprosjektet si innstilling til styringsgruppa
Dialyse	10	14	14	14
Kjemoterapi	11	20	15	15
Infusjonar	10	10	10	10
Lysbehandling	4	4	4	4
Prøvetakingspoliklinikk	2		4	4
Overvaking poliklinikk	0	0	10	10
<b>Sum dagplassar</b>	<b>37</b>	<b>48</b>	<b>57</b>	<b>57</b>
<b>Poliklinikk</b>				
Utnyttingsgrad 210 dagar	3,6 timar	4 timar	4 timar	6 timar
Poliklinikk gen. US-rom	106	94	134	89
Spesialrom skopi	5		7	7
Spesialrom operasjon	5		6	6
Andre spesialrom	23	41	27	27
<b>Sum poliklinikkrom</b>	<b>139</b>	<b>135</b>	<b>174</b>	<b>129</b>

### Psykisk helsevern

Prosjektgruppa har utarbeidd revidert romfunksjonsprogram i samarbeid med Sykehusbygg. Korrigeringar frå konseptfase går fram av tabell under. Tal sikringsplassar er auka frå to til fire. DPS i

Førde blir og planlagt for å dekke behovet som Tronvik DPS i varetek i dag. Arealet er, trass i auka tal sikringsplassar, redusert med 18 prosent frå konseptfasen. Samstundes blir det lagt til grunn ein sambruk av rom mellom BUP, barnehabilitering og barnepoliklinikk som gir auka utnytting av arealet.

Psykisk helsevern	Dagens kapasitet	Tal i konseptfase		Forprosjektet si innstilling til styringsgruppa
		Framskrive til 2030	Revidert rom-funksjonsprogram	
Behandlarkontor Førde	74	71	74	74
Behandlarkontor Tronvik	3			
Sengerom Førde	28	40	42	42
Sengerom Tronvik eks. rus	11			
Brutto areal Førde	5 962	8 286	6 800	6 800

### Radiologi og laboratoriefag

Prosjektgruppa har vurdert romprogrammet frå konseptfasen, og tilrådd endringar i areal slik tabellen med netto areal nedanfor viser.

I grove trekk er det kome fram berre mindre endringar, bortsett frå areal til mikrobiologen/ molekylærbiologen. Prosjektet stadfestar at areal til laboratoriefaga kan løysast i eksisterande areal føresett at ein kan legge kontor- og møte-funksjonar ut i bygg Aust.

**Mikrobiologi/molekylærbiologi:** Differansen mellom disponibelt areal i konseptfase og skissert behov i prosjektet utgjer om lag **270 kvm**.

**Prøvemottak:** Det er skissert eit felles prøvemottak for laboratoria (mikrobiologi/patologi/LMBB). I høve areal, skil det samla behovet seg lite frå det som ligg i dag og konseptfase.

**LMBB:** Arealbehov i all hovudsak uendra frå konseptfase, men med ein liten **reduksjon på om lag 80 kvm** i høve konseptfase. Elles er det i prosjektet skissert behov for analysehall med nær tilknytning til felles prøvemottak.

**Nukleærmedisin:** Prosjektet har lagt fram tilråding om ei avvikling.

### Tilråding/resultat:

Ein vurderer at det er naudsynt å utvide areal for laboratorieverksemd, og ny planløsning for laboratorieareal må tilpassast framtidig automasjon. Mange rom kan sambrukast, og dette vil redusere arealbehovet i tabellen under.

Laboratorie og radiologi	Dagens kapasitet m2	Tal i konseptfase Framskrive til 2030	Korrigerte tal frå prosjektet Framskrive til 2040	Forprosjektet si innstilling til styringsgruppa
Patologi	866	866	858	858
LMBB	603	953	992	992
Mikrobiolog	514	393	631	631
Radiologi	1350	1 350	1 374	1 374
Sum areal	3 333	3 562	3 855	3 693

## Stab og støtte

Prosjektgruppa har ansvar for at stab og støtte sine arealbehov blir i varetekne, samtidig som prosjektet også skal sikre planlegginga av fellesfunksjonar og logistikk i sjukehuset. Gruppa har førebels tilrådd kapasitet på kontorfunksjonar, garderobekapasitet samt apotek-tenester. Avklaringar rundt logistikk, varemottak, lager med fleire står att, og vil bli slutførte i vidare detaljering av prosjektet. Samla behov for kontorarbeidsplassar med støtteareal og møterom framgår i tabell nedanfor.

Stab og støtte	Dagens kapasitet*	Tal i konseptfase Framskrive til 2030 **	Korrigerte tal frå prosjektet Framskrive til 2040	Forprosjektet si innstilling til styringsgruppa ***
Kontorplassar felles	316	185	316	316

\* Tal basert på tal tilsette i i 2017, og ikkje vurdert utover dette.

\*\* Konseptfase: Beregna teoretisk med 20 m2 BTA/arb.plass inkl. møterom.

\*\*\* Samla behov løysast i eigne lokale, event. ved leige av areal.

## Operasjon, intensiv og sterilsentral

Prosjektet tilrår kapasitet på ti operasjonsstuer og eitt spesialrom /behandlingsrom i sentraloperasjon FSS. Denne kapasiteten vil dekke dag, døgn og øyeblikkeleg hjelp for alle fagområde utanom augeavdelinga. Dersom det skal leggest til rette for å samle aktivitet for FSS og LSH ved FSS, må tal stover aukast med ei.

Operasjonsaktiviteten (unntatt auge) ved FSS bør samast i sentraloperasjon. Sentraloperasjon bør vere tilrettelagt for effektive forløp for dagkirurgi, samedags-kirurgi og inneliggande pasientar.

Prosjektet tilrår vidare at augeavdelinga blir i noverande lokasjon i FSS med kapasitet på tre operasjonsstover.

Det bør byggast ei operasjonsstove eigna for robotkirurgi.

Oppsummerte endringar på dimensjoneringsgrunnlag/ kapasitetsbehov framgår i tabellen under:

Operasjon/intensiv	Dagens kapasitet	Tal i konseptfase Framskrive til 2030	Korrigerte tal frå prosjektet Framskrive til 2040	Forprosjektet si innstilling til styringsgruppa
Operasjonsstover	7	9	10	8
Spesialrom	2		1	3
Intensiv	7	6	6	6
Tung overvåking/ intermediær	6	8	11	11
Pre/postop. plasser	9	12	23	24

## Funksjons- og arealprogram

Funksjons- og arealprogram er utarbeidd av Sykehusbygg på basis av dei innspela som er kome frå tenesteutviklingsprosjekta, og dei oppdaterte framskrivningane som no ligg føre.

Samanstilt kortversjon av funksjons- og arealprogram ligg som vedlegg til dette dokumentet.

### Behov for generalitet og fleksibilitet i prosjektet

Prosjektet Nye Førde sjukehus vil både no i forprosjektfasen, og undervegs fram til ferdigstilling, ha behov for generalitet og fleksibilitet. Vi må legge til grunn at vi kjem til å gjere feil både med omsyn på kapasitetsbehov og arbeidsmetodar/organisering når vi no prøver å sjå langt fram i tid. For å kunne møte dei utfordringane som dette gjev, må prosjektet tenkje generalitet og fleksibilitet i dei løysingar som blir etablerte.

Det er trong for å skape eit fleksibelt forprosjekt som kan sluttprioriterast når vi kjenner kostnads- og utfordringsbiletet betre.

- Vi treng meir tryggleik for løysingar og konsekvensar ved ombygging av eksisterande høgblokk til einerom før dette kan sikkert konkluderast.
- Tryggleik for å kunne korrigere om vi finn stor, uføresett kostnadsauke seinare i forprosjektet.

Løysinga i forprosjektet blir derfor vidareutvikla med basis i nokre viktige nøkkelpunkt:

- Gjennomføre pilot på ombygging av eit bad på einerom i høgblokka for å få tryggleik for at denne løysinga kan nyttast.
- Etablere ei retning i forprosjektet som gjer det mogeleg å endre løysing for sengeavdeling frå eksisterande sengeetasje til nytt sengebygg eller gå tilbake til planen frå konseptfasen med fleirsengsrom etter at pilot for bad/einerom er gjennomført.

Det må skapast fleksibilitet i prosjektet ved at ein prøver å finne mogeleg løysingar for vekst innanfor alle hovudfunksjonsområde. Kontorbehov for administrativt personell er den funksjonen som gradvis må trekkast vekk frå sjukehuset dersom det oppstår vekst innanfor hovudfunksjonane, og ein får problem med tilgang på areal. Når slike tankar ligg i botnen, slepp vi å «sikre oss overkapasitet» innanfor dei ulike hovudfunksjonsområda.

- **Poliklinikk:** Dersom vi ikkje når ei utnyttingsgrad på seks timar, bommar på framskrivningstal eller ikkje finn gode nok løysingar, vil eksisterande bygg for PHV vere reserveareal for poliklinikk saman med område i administrasjonsgangen i plan 2.
- **Sengepost somatikk:** Sengepost kan vekse inn i pasienthotell og sjukehotell. Hotell i sentrum vil vere reserve dersom kapasiteten for sjukehotell blir for liten
- **Operasjon:** Lage fleksibilitet på storleik av «grøn sone» ved at tilgrensande rom for avansert dagbehandling kan inkluderast i grøn sone om kapasiteten blir for liten.
- **Poliklinikk for psykisk helsevern:** Reserve areal for vekst her vil vere eksisterande bygg for psykisk helsevern.
- **Laboratorie og mikrobiologi:** Ein søker løysingar fortrinnsvis på plan 2 i eksisterande hovudbygg, og plan 2 i Bygg aust vil vere mogleg ekspansjonsareal.
- **Radiologi:** Løysingar ligg inne mykje slik som i dag, og framtidig vekst må tenkjast ved at tilgrensande poliklinikkområde må omdisponerast til radiologi dersom det oppstår framtidige behov
- **Akuttmottak/observasjonspost:** Om kapasiteten i framtida blir for liten, må ein her tenkje utbygg sørover.
- **Tekniske areal i kjellaren:** Det var i konseptfasen sett av areal for utskifting av mange ventilasjonsaggregat mm. Sjølv om vi i forprosjektet finn å kunne utsetje nokon av desse

tiltaka, så må det setjast av areal som kan nyttast til aggregatplassering for seinare oppgraderingsbehov.

- **Andre område:** I det vidare arbeidet må vi søkje å generelt tenkje på å skape rom for for lokal vekst. Eit grep kan vere at kontorarbeidsplassar blir spreidde i grupperingar slik at desse kan flyttast vekk for å gje plass til pasientretta eller driftsmessige behov.

Når prosjektet blir rigga med ei slik fleksibel tilnærming, kan vi, ved behov, drøfte framtidige kostnadsreduksjonar i forprosjektet ved å ta behovsdefineringa i romprogrammet opp til evaluering.

Løysingar kan bli praktisk retta i høve til kva som naturleg kan skapast på ein kostnadseffektiv måte, og vi har høve til å korrigere prosjektet når evt. kapasitetsbehov endrar seg undervegs i gjennomføringa av byggeprosjektet. Verksemdmessig utviklingsplan vil bli underlagt rullering i åra som kjem, og vi må løpande tilpasse vårt prosjekt til kapasitetar og endringar som kan identifiserast i høve til utviklingsplanen.

### Økonomisk ramme og kostnadsstyrt prioritering

Ut frå kalkylen frå konseptfasen og dei drøftingane som er gjennomført i fasen med kvalitetssikring av konseptfasen, så er det sett opp ei kostnadsstyrt prioritering. I dette ligg det at vi skal søkje vidare løysingar på dei ulike behova ved å prioritere innanfor dei kostnadsrammene som er på dei ulike etappene. Den kostnadsstyrte prioriteringa skal takast vidare med ei kostnadsstyrt prosjektering.

Etapper/jobbpakker:	Måltal Forprosjekt	Konseptfase 2015
<b>Komplett nytt bygg PHV inkl. utomhus</b>	348	405
<b>MTU lågblokka</b>	106	106
<b>Auke i reserve</b>	138	0
<b>UPS og redundant forsyning</b>	153	153
<b>Lågblokka:</b>		
Plan 3.etg	42	42
<i>Plan 2 nybygg intensiv og tung overv. + 2 op.stover og sterilsentral</i>	86	82
Ombygging 2.etg. Lab og operasjon	81	81
<i>Ein sengeetasje i 2.etg. i nytt bygg barn og kk</i>	100	67
Plan 1 - samling av spesialrom til poliklinikk og obspost/kvileområde	30	157
Plan 1, ombygging poliklinikk og mottak	50	0
Plan 0 uten sterilsentral og oppdatert for lager- og sengevaskløysing.	52	70
Nybygg plan 0 og 1: Lager og varemottak	0	71
Flex for poliklinikk i gammalt PHV-bygg	0	0
Oppgradering av fasade lågblokka	33	33
<b>Høgblokka:</b>		
Ombygg høgblock til einerom 3 etg a 38 senger	150	187
Pasienthotell i ein etasje i eks. høgblock	4	0
4.etg i høgblock, delvis utnytting som i dag	8	0
Oppgradering av fasade høgblokka	21	21
<b>Eksisterande psykiatribygg:</b>		
Brukast som rokade for sengerom, poliklinikk og kontor	10	13
Varig løysing som sjukehotell og kontor eller poliklinikk (flex)	21	21
Oppgradering av fasade	17	17
<b>Bygg aust:</b>		
Kontor generelt event. Labkontor i 2.etg.	0	5

<b>Alternative planar for kontor/undervisning/møte som kan gje ekstra rokadeareal</b>	0	0
<b>Sum kostnadsramme</b>	<b>1450</b>	<b>1531</b>

### Endringar i høve til konseptfasen

På basis av det arbeidet som er gjennomført i tenesteutviklingsprosjekta og i forprosjektet, skal konseptfasen frå 2015 korrigerast med følgjande punkt:

1. Ny løysing for PHV med mindre areal enn planar frå 2015
2. Einerom med ny løysing for bad i eksisterande høgblokk (det skal køyrast ein pilot for å verifisere løysinga)
3. Det skal etablerast pasienthotell i tillegg til sjukehotell
4. Skilje all poliklinikkdrift frå sengepost
5. Auka utnyttingstid på generelle undersøkingssrom i poliklinikkar til seks timar
6. Intensiv, tung overvaking, to operasjonsstover og steril produksjon på plan 2 i tilbygg vestover.
7. Løysingar og kapasitetar skal justerast for oppdaterte pasientbehov

Forprosjektet skal elles detaljere og optimalisere desse punkta saman med planar som låg i konseptfasen.

### Framdrift og rokeringsbehov

Det er ikkje gjennomført fornya vurdering av framdrift og rokeringsbehov ved byggearbeid, men dette vil bli detaljert i det vidare forprosjektarbeidet.

Forprosjektet er planlagt ferdigstilt med investeringsbeslutning hausten 2018, og dette er ca. eit år etter planen, slik den var sett opp i konseptfasedokumenta frå 2015.

Rokeringsbehov og plass for mellombels driftssituasjonar er særleg utfordrande for byggeprosjektet. Endring med nybygg vestover for intensiv, tung overvaking, to operasjonsstover og steril produksjon vil gi ein betre situasjon for ombyggingsfasen enn det som låg i planen frå 2015.

Det må i forprosjektet vurderast om flytting av kontorarbeidsplassar frå sentrum til sjukehuset skal utsetjast til det meste av byggearbeida er ferdigstilte. Dette vil skape rokeringsareal som kan vere ei god forsikring for at prosjektet blir gjennomført utan store driftsforstyrrelsar med belastning på tilsette og nedsett produksjonskapasitet.



## Retning som forprosjektet styrer mot

Fram til vi har fått på plass evaluering av pilot for einerom i eksisterande høgblokk, skal forprosjektet styre mot ei aktuelle løysing som gjer det mogeleg å endre løysing ut frå erfaringar piloten gir. Det skal derfor leggest inn følgjande føringar i arbeidet vidare.

1. Løysing i forprosjektet skal styrast mot ein variant av alternativ 2 frå kreativ prosess, nybygg vestover med funksjonar for PHV og somatikk.
2. Prinsipp om splitting av sengedrift og poliklinikk skal gjelde alle avdelingar
3. Det skal etablerast ei målsetjing om utnyttingsgrad på 6 timar for generelle behandlingsrom i poliklinikk for somatikk.
4. Psykisk helsevern blir planlagt inn i nytt bygg for alle behov.
5. Intensiv, tung overvaking, to nye operasjonsstover og steril produksjon blir lagt ut i nytt bygg på plan 2.
6. Samanknytning mot nybygg i vest med kopling ut frå sentralt heisområde på plan 0, 1 og 2.
7. Ein sengeetasje i nybygg, og nybygget tilrettelagt for bygging av fleire sengeetasjar.
8. Bygge om 3 etasjar i eksisterande høgblokk til 38x3 einerom
9. Etablere pasienthotell i ein etasje i eksisterande høgblokk med eit minimum av ombygging
10. Ein halv etasje med sjukehotell i eksisterande høgblokk pluss eksisterande sengerom i eksisterande bygg for PHV
11. Overnatting for tilsette i vakt skal fortrinnsvis styrast inn mot sjukehotellet.
12. Observasjonspost i mottaket blir redusert til tre senger og tre stolar.
13. Planløysing i kjellar må vurderast på nytt, nye føresetnadar.
14. Eksisterande bygg PHV nytta som i konseptfasen, til kontor, men inngår som reserveareal for løysing av poliklinikk dersom dette ikkje let seg løyse i lågblokka.
15. Kontorbehov og undervisning må vi finne totalløysingar for når øvrige behov er løyst. Vi har underdekning frå konseptfasen, og denne kan bli forverra av rombehov knytt til poliklinikk.

Skildring av dei ulike punkta følgjer nedanfor:

### Variant av alternativ 2 frå kreativ prosess, nybygg vestover.

Arbeidet startar opp med å sikte seg inn mot ein variant av alternativ 2 frå kreativ prosess. Dette er utfrå dagens kunnskap vurdert som den mest trulege løysinga. Arbeidet skal leggest opp slik at det er mogleg å konkludere med alternativ 3 når ein har evaluert pilot for baderomsløysing på einerom i eksisterande høgblokk.

Vi må no setje fart på mange prosessar, og det vil vere uheldig og ikkje økonomisk optimalt dersom vi skal ta høgde for alle endringar vi må gjere ved beslutning om å flytte all sengedrift ut i nytt bygg. Men vi vil etablere eit grunnkonsept som er mogeleg å endre i den retning utan å endre alt.

### Splitting av sengedrift og poliklinikk

Prinsipp om splitting av sengedrift og poliklinikk skal gjelde alle avdelingar i somatikken. Dette gir størst framtidig fleksibilitet om/når vi ikkje treff på framskriving pr. avdeling og aukar utnyttingsgrad på rom og utstyr. Det skal etablerast generelle poliklinikkrom som kan nyttast som ein felles ressurs for alle avdelingar, men det vil i planane bli drøfta kjerneområde for dei ulike avdelingane. For dei avdelingane som har størst nærleiksbehov til sengeområda, skal vi søkje å finne løysingar der kjerneområde i poliklinikken ligg så tett opp til aktuelt sengområdet som mogeleg.

Splitting av sengedrift og poliklinikk er ei retning som forprosjektet skal utviklast i. Undervegs i arbeidet med å utvikle og optimalisere areala for poliklinikk, må ein vurdere om plassomsyn og utnytting av eksisterande areal tilseier at ein bør avvike frå dette prinsippet.

### Målsetjing om utnyttingsgrad på seks timar for poliklinikk

Det skal etablerast ei målsetjing om utnyttingsgrad på seks timar for generelle behandlingsrom i poliklinikk for somatikk.

Tenesteutviklingsprosjektet til poliklinikk har ikkje tilrådd denne utnyttingsgraden, og ei slik målsetning krev endringsprosessar. Det er derfor lagt til grunn at forprosjektet må planlegge kva som er løysinga dersom ein ikkje når målet med desse endringsprosessane.

Vidare planlegging startar derfor opp etter følgjande punkt:

- Det blir utvikla romprogram for seks timars utnyttingsgrad av generelle behandlingsrom
- Det er med seks timars utnyttingsgrad truleg mogleg å finne løysingar innanfor dei areala som var tenkt nytta i konseptfasen
- Dersom ein ikkje når ei utnyttingsgrad på seks timar, bommar på framskrivingstal eller ikkje finn gode nok løysingar, vil eksisterande bygg for PHV vere reserve areal for poliklinikk saman med område i administrasjonsgangen i plan 2.

### Psykisk helsevern (PHV) i nytt bygg for alle behov.

Den mest trulege løysinga er at vi ikkje skal bygge nytt sengebygg, og med denne konklusjonen vil vi truleg ha knapt med areal til poliklinikk og kontor. Med dette som utgangspunkt bør vi bygge nytt til PHV slik at løysingane for PHV blir optimale.

Det er mogeleg å tenkje at eksisterande bygg for PHV delvis kan nyttast for delar av PHV sitt behov, men dette er vurdert som aktuelt berre dersom vi finn at eksisterande høgblokk ikkje kan nyttast som sengeetasje eller at ein kostnadmessig ser at ein må vurdere dette som eit tiltak.

PHV har under utgreiing driftsmodell der omfang av vidare drift på Tronvik inngår. Dette vil kunne påverke tal senger i PHV sitt nybygg og konklusjonar frå dette arbeidet må takast inn i forprosjektet. Flytting av senger frå Tronvik til Førde ligg inne i planlagt romprogram og teke med slik løysingane blir planlagt no.

### Nybygg plan 2 vestover

Konseptfasen hadde ikkje løyst plan 2 godt nok. Det var arealunderskot i konseptfasen for å få til gode løysingar, og denne situasjonen har forverra seg gjennom dei oppdaterte framskrivingstala som no ligg føre.

Vi søker løysingar ved å flytte intensiv, tung overvaking, to nye operasjonsstover og steril produksjon ut i nytt bygg på plan 2. Dette gir oss muligheit til å løyse dei arealmessige utfordringane på plan 2, samstundes som funksjonane kan etablerast i nybygget utan å påverke eksisterande drift i særleg grad. Det blir sikker drift på kritiske funksjonar i byggefasen, og vi kan rokere på ein god måte i gjennomføringa.

### Samanknyting mot nybygg i vest

Det er lagt føringar mot arkitekt på at vi skal søkje å plassere nye bygg så nær som mogeleg eksisterande høgblokk og eksisterande bygg for PHV. På denne måten vil vi auke framtidig muligheit

for fleksibel bruk av bygningane ved at desse kan knytast saman. Ein kan slik plassere funksjonar som bør ha nærleik til kvarandre i ulike bygg, og likevel få ein viss nærleik.

For å få dette praktisk og funksjonelt, må ein etablere ein kopling ut frå sentralt heisområde i eksisterande høgblokk og vestover mot nybygg på plan 0, 1 og 2.

Det vil vere nødvendig å finne gode logistikk-løysingar for vareforsyning. Dette skal prioriterast i det vidare arbeidet, men forprosjektet trur at trafikk-mønster og avstandar for pasientar og klinisk personale må ha fortrinn framfor varelevering.

### Ein sengeetasje i nybygg

Det totale sengebehovet må løysast med ein sengetasje utanfor eksisterande høgblokk. Dette var og planen frå konseptfasen. Foreløpige vurderingar syner at det er sengeavdeling for barn, nyfødt og føde, barsel som bør leggest ut i nybygget, og det skal arbeidast vidare etter desse planane. Nybygget i vest skal vere tilrettelagt for bygging av fleire nye sengeetasjar, slik at vi slepp å endre hovudkonsept dersom det, etter piloten for baderom, viser seg at vi ikkje kan nytte eksisterande høgblokk som sengerom.

Slik planane no ligg føre, blir det truleg ein sengetasje på plan 1 som blir løysinga.

### Einerom i eksisterande høgblokk

Forprosjektet arbeider mot ei løysing med einerom i eksisterande høgblokk, der vi tenkjer å bygge om tre etasjar i eksisterande høgblokk til 38 gonger tre einerom.

Piloten er planlagt gjennomført og evaluert før styremøte den 23. februar 2018.

- Vi skal sjå på om dette kan gjennomførast utan å meisle (heving av golv generelt framfor nedmeisling av bad).
- Føremål med pilot:
  - Evaluere driftsforstyrning og belastning som byggeprosessen kan påføre tilsette og pasientar
  - Evaluere funksjonalitet i baderomsløysing
  - Evaluere tekniske utfordringar, sjansar for prefabrikering og kostnader.

### Etablere pasienthotell i eksisterande høgblokk

Etablere pasienthotell i ein etasje i eksisterande høgblokk med eit minimum av ombygging. God start eining for barsel blir lagt inn som ein del av denne etasjen.

### Sjukehotell i eksisterande høgblokk + eksisterande bygg PHV

Det skal leggest inn ein halv etasje med sengehotell i høgblokka.

Arealet i høgblokka vil utgjere eit reserveareal for sengepost dersom vi ikkje treff på framskriving og vurdering av framtidige kapasitetsbehov. I tillegg eksisterer det i dag 28 senger i eksisterande bygg for PHV som ein kan disponere til sjukehotell. Dersom det oppstår arealmengel eller kostnasproblemer i prosjektet vil det vere aktuelt å flytte delar av sjukehotellfunksjonen over på hotell i sentrum av Førde.

### Overnatting for tilsette på vakt

Det er registrert 11 personar i vakt som overnattar på sjukehuset og denne overnattinga bør fortrinnsvis samlast inn i området med sjukehotellet.

### Observasjonspost i mottaket blir redusert til tre senger og tre stolar

Dette er ein kraftig reduksjon frå konseptfasen der det låg inne 14 observasjonssenger, og ein skal søkje å finne løysingar i akuttmottaket utan å bygge ut nytt areal.

### Planløysing i kjellar må vurderast på nytt

Planløysinga i kjellar må vurderast på nytt med utgangspunkt i nye føresetnadar:

- Steril produksjon er flytta til plan 2
- Føresetnadar i varelevering er endra og ein må sjå på alternative løysingar.

### Eksisterande bygg PHV nytta til kontor.

Dette var og slik i konseptfasen. Arealet inngår som reserveareal for løysing av poliklinikk dersom dette ikkje let seg løyse i lågblokka, eller det er nærleiksbehov mellom somatiske poliklinikkar og PHV som ein ser bør prioriterast inn.

### Kontorbehov, undervisning og møterom.

Dette må vi finne totalløysingar for når øvrige behov er løyst. Vi har underdekning på kontor frå konseptfasen, og denne kan bli forverra av rombehov knytt til poliklinikk.

### Organisering av brukarmedverking, involvering og beslutningsprosessar i forprosjektet

Programmet pasientens helseteneste er under evaluering i høve til korleis arbeidet med tenesteutviklinga skal vidareførast. Forprosjekt Nye Førde sjukehus er ein del av programmet Pasientens helseteneste. Forprosjektet skal vidareførast og trappast opp i omfang no fram mot jul, og vi har ei målsetjing om ferdigstilling fram mot sommaren 2018. Med dette som bakteppe er det naturleg å foreslå ei løysing der vi i størst mogeleg grad koplar forprosjekt Nye Førde Sjukehus opp mot den driftslinja vi har i Førde. Vi må likevel ha i tankane at dei arbeidsutvala, arbeidsgruppene eller temagruppene vi etablerer, eventuelt kan vidareførast under programmet Pasientens helseteneste når konklusjonar om vidareføring av dette arbeidet blir klar på eit seinare tidspunkt.

Det er viktig å sikre god informasjonsflyt frå forprosjektet til heile organisasjonen i Helse Førde, og her må prosjektet vektlegge å nytte etablerte møtefora i driftslinja. Dette vil også vere fora som kan nyttast som høyringsfora for ulike tema, og det skaper ei breidde i høve til å gi signal tilbake til forprosjektet.

Prosjektgruppa er stor, og vi må prøve å avgrense møteaktivitet med så store gruppe. Samstundes må vi vere trygge på at vi fortløpande kan ta opp aktuelle saker. Det må derfor etablerast eit operativt arbeidsutval som kan handtere og administrere den løpande drifta i prosjektet.

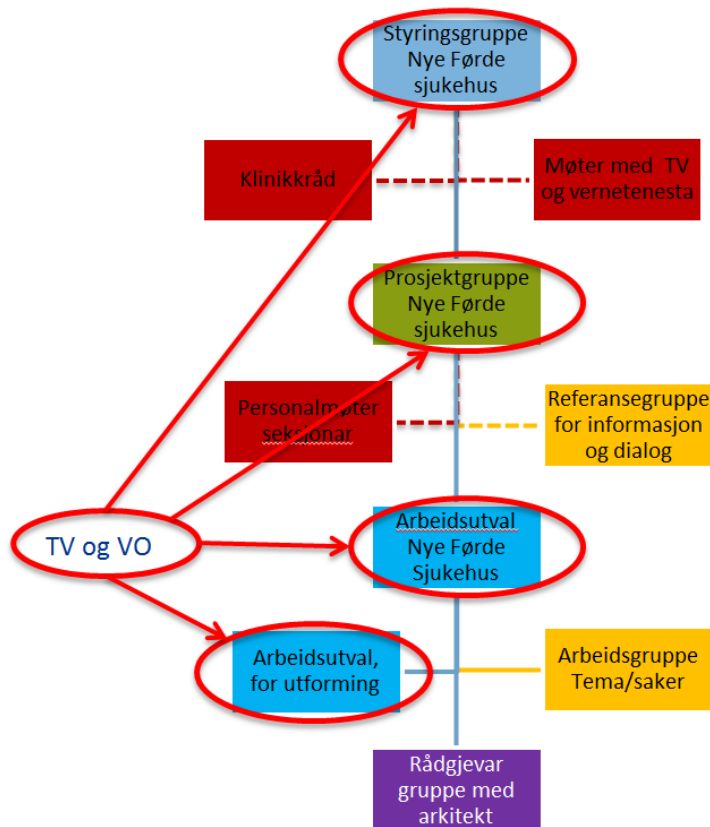
Det skal etablerast

Sjølv om prosjektgruppa er stor, er det mange kliniske område som ikkje er representerte, og vi må prøve å finne arbeidsmetodar der vi har større klinisk breidde/driftskunnskap inn mot utforming av løysingane, samstundes som vi greier å vidareføre kunnskap frå den tenesteutviklingsprosessen som er gjennomført i 2017. For å løyse dette skal det etablerast eit arbeidsutval for utforming som skal vere kopla på løpande avklaringsbehov mot arkitekt og rådgjevarar, samt at det blir oppretta arbeidsgrupper/referansegrupper for meir spesifikke område og spissa avklaringsar.

Forprosjektet skal vidare organiserast etter følgjande hovudpunkt:

1. Styringsgruppe og prosjektgruppe for forprosjekt Nye Førde sjukehus blir vidareført slik den er. Naturleg utskifting av personell av ulike omstende vil måtte påreknast.
2. Vidare prosess i forprosjektet må organisere seg med utgangspunkt i driftslinja til Helse Førde for å skape kontinuitet for prosessen framover.
3. Det skal i forprosjektet etablerast eit arbeidsutval med representantar frå prosjektgruppa. Arbeidsutvalet får namnet: Arbeidsutval Nye Førde sjukehus
4. Det skal etablerast eit arbeidsutval for utforming av spesifikke løysingar
5. Arbeidsutval for utforming tek stafettpinen vidare i høve til den prosessen som har blitt køyrt i tenesteutviklingsprosjekt for dialogar mot forprosjektet.

Organisasjonskart som spelar inn mot driftslinja blir teikna med ei klar vertikal linje for styring, og beslutning der representantar for TV og VO er med på alle nivå:



Det er i organisasjonskartet skilt klart mellom kva som er den vertikale beslutningslinja, og kva som er støttefunksjonar for prosess eller informasjon. Det er den vertikale ansvarslinja som driv prosessen i forprosjektet og har framdrifts-, beslutnings- og leveranseansvar. Dersom tilbakemeldingar frå støtteprosessar manglar, må beslutningslinja etablerast foreløpige konklusjonar basert på beste kunnskap.

Arbeidsutval for utforming blir kopla på for direkte dialog med arkitekt og rådgjevar. I den grad dette arbeidsutvalet finn det formålstenleg, kan utvalet opprette eller peike ut arbeidsgrupper som skal arbeide med spesielle tema eller saker inn mot arkitekt/rådgjevar og arbeidsutval Nye Førde sjukehus. I tillegg vil forprosjektet kunne adressere nødvendige avklaringspunkt, lage bestillingar og ha direkte dialog og samarbeid med arbeidsutval for utforming for å løyse ulike spørsmål.

Prosjektgruppe Nye Førde sjukehus kan ved behov etablere Referansegruppe for informasjon og dialog. Dette er spesielt aktuelt dersom det er relativt smale område som treff fleire punkt i linjeorganiseringa til Helse Førde.

Brukarrepresentantar er med i prosjektgruppa til Nye Førde sjukehus. Det vil bli svært omfattande dersom det skal vere brukarrepresentant inne i alle grupper og prosessar, og det skal derfor vere ein løpande dialog mellom leiarane i arbeidsutvala og brukarrepresentantane i prosjektgruppa om kva tema og saker det er aktuelt å trekke representantar inn i prosessane utover deltaking i prosjektgruppa. Brukarrepresentantane i prosjektgruppa har generell møterett, men ikkje møteplikt på dei arbeidsmøta som blir sette opp mot arkitekt og rådgjevar.

TV og VO representant i forprosjektet har møterett, men ikkje møteplikt i dei seks arbeidsutvala for utforming. Leiar i arbeidsutval for utforming skal ha dialog med TV og VO slik at dei har reell medverknad i saker dei ønskjer å delta på.

For nokre TU-prosjekt stod det att litt evaluering og forankringsarbeid i høve til styringsinformasjon for Nye Førde sjukehus. Dette arbeidet skal generelt overtakast og vidareførast av arbeidsutval for utforming, bortsett frå arbeidet med kvalitetssikring og forankring av talgrunnlag innanfor barn 0-18 år.

#### Vedlegg

- Oppsummering funksjons- og romprogram
- Oppsummering oppdatert talgrunnlag