



## Innhold

Innleiing .....	2
Samandrag.....	2
1. Hovudutfordringar frå konseptfasen i 2015.....	4
2. Talgrunnlag og framskrivingar.....	4
3. Tilbakemelding frå tenesteutviklingsprosjekta .....	5
3.1. Døgntilboda .....	5
3.2. Poliklinikk og dagbehandling .....	6
3.3. Psykisk helsevern.....	6
3.4. Radiologi og laboratoriefag .....	7
3.5. Stab og støtte .....	8
3.6. Operasjon, intensiv og sterilsentral.....	8
4. Funksjons- og arealprogram.....	8
5. Behov for generalitet og fleksibilitet.....	9
6. Økonomisk ramme og kostnadsstyrt prioritering .....	10
7. Endringar i høve til konseptfasen.....	11
8. Framdrift og rokeringsbehov.....	11
9. Retning som forprosjektet styrer mot.....	11
9.1. Variant av alternativ 2 frå kreativ prosess, nybygg vestover. ....	12
9.2. Splitting av sengerdrift og poliklinikk.....	12
9.3. Målsetjing om utnyttingsgrad på seks timar for poliklinikk .....	12
9.4. Psykisk helsevern (PHV) i nytt bygg for alle behov.....	13
9.5. Nybygg plan 2 vestover .....	13
9.6. Samanknyting mot nybygg i vest.....	13
9.7. Ein sengeetasje i nybygg.....	13
9.8. Einerom i eksisterande høgblokk .....	14
9.9. Etablere pasienthotell i eksisterande høgblokk .....	14
9.10. Sjukehotell i eksisterande høgblokk + eksisterande bygg PHV .....	14
9.11. Overnatting for tilsette på vakt .....	14
9.12. Observasjonspost i mottaket blir redusert til tre senger og tre stolar .....	14
9.13. Planløyising i kjellar må vurderast på nytt .....	14
9.14. Eksisterande bygg PHV nytta til kontor. ....	14
9.15. Kontorbehov, undervisning og møterom.....	15
10. Organisering av brukarmedverking, involvering og beslutningsprosessar i forprosjektet .....	15
11. Vedlegg:.....	17

## 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. For å vere sikre på kontinuitet i arbeidet mot forprosjektet, skal det no vere ei veksling der forprosjektet sitt kontaktpunkt for vidare arbeid med utforming, blir desse seks arbeidsutvala for utforming:

1. Arbeidsutval for utforming av døgn
2. Arbeidsutval for utforming av poliklinikk
3. Arbeidsutval for utforming av radiologi og laboratoriefag
4. Arbeidsutval for utforming av operasjon og intensiv

5. Arbeidsutval for utforming av psykisk helsevern
6. Arbeidsutval for utforming av stab og støtte

Arbeidsutval for utforming er ikkje del av forprosjektet sin organisasjon, men rapporterer til driftslinja ved definert klinikkdirktør.

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 slutført i noverande prosjekt for døgn.

## 1. 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 uvisse som ligg i ein lang tidsakse på gjennomføring.
2. Plan 2 i eksisterande lågblokk for somatikken var for trongt 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.

## 2. 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.

### 3. 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 framskriving 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, nyfødte 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.

#### 3.1. 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 endringer 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.

### 3.2. 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.

1. **Samling av rom til invasive prosedyrer:** Prosjektgruppa tilrår at endoskopi (for rekto/kolo-, bronco, gastro og cystoskopi) og rom til kirurgiske prosedyrer vert samla på eit område med felles støtterom.
2. **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.
3. **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>
Poliklinikk 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>

### 3.3. 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 Framskrive til 2030	Revidert rom- funksjonsprogram	Forprosjektet si innstilling til styringsgruppa
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

### 3.4. 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 utgjør 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 tilknytting 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

### 3.5. 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.

### 3.6. 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 leggst 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

## 4. Funksjons- og arealprogram

Funksjons- og arealprogram er utarbeidd av Sykehusbygg på basis av dei innspela som er kome frå tenesteutviklingsprosjekta, og dei oppdaterte framskrivingane som no ligg føre.

Samanstilt kortversjon av funksjons- og arealprogram ligg som vedlegg til dette dokumentet.

## 5. 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 mogelege 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 framskrivingstal 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.

## 6. 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.

<b>Etapper/jobbpakker:</b>	<b>Måltal Forprosjekt</b>	<b>Konseptfase 2015</b>
<b>Komplett nytt bygg PHV inkl. utomhus</b>	348	405
<b>MTU lågblocka</b>	106	106
<b>Auke i reserve</b>	138	0
<b>UPS og redundant forsyning</b>	153	153
<b>Lågblocka:</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 sengevaskløyning.	52	70
Nybygg plan 0 og 1: Lager og varemottak	0	71
Flex for poliklinikk i gammalt PHV-bygg	0	0
Oppgradering av fasade lågblocka	33	33
<b>Høgblocka:</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 høgblocka	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>

## 7. 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 undersøkingsrom 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.

## 8. 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.

## 9. 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:

### 9.1. 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.

### 9.2. 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.

### 9.3. 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.

#### 9.4. 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.

#### 9.5. 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.

#### 9.6. Samanknytting 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 logistikkløysingar for vareforsyning. Dette skal prioriterast i det vidare arbeidet, men forprosjektet trur at trafikkmønster og avstandar for pasientar og klinisk personale må ha fortrinn framfor varelevering.

### 9.7. 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 leggst 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 badarom, 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.

### 9.8. 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 badaromsløysing
  - Evaluere tekniske utfordringar, sjansar for prefabrikering og kostnader.

### 9.9. 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.

### 9.10. Sjukehotell i eksisterande høgblokk + eksisterande bygg PHV

Det skal leggst 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.

### 9.11. 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.

### 9.12. 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.

### 9.13. 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.

#### 9.14. 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.

#### 9.15. 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.

## 10. 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.

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. Ved å etablere fleire arbeidsutval for utforming med kliniske representantar, kan vi sikre breiare fagleg kunnskap inn i dialogen mot arkitekt.

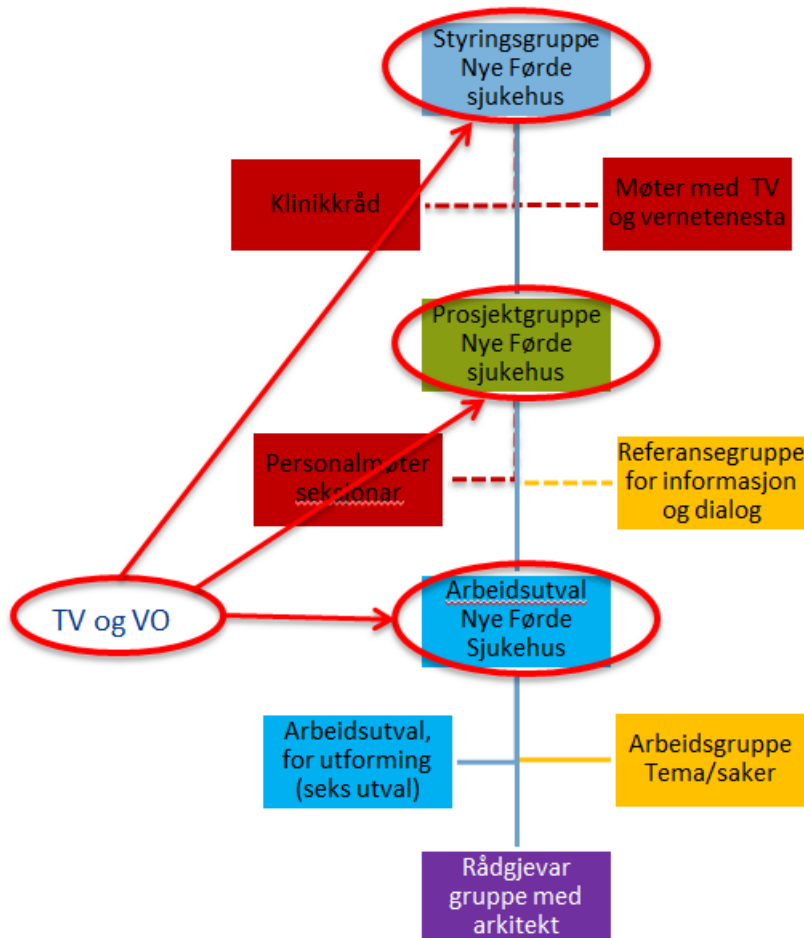
Forprosjektet skal vidareorganiserast etter følgjande hovudpunkt:

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 seks arbeidsutval for utforming av spesifikke løysingar og desse får følgjande namn:
  1. Arbeidsutval for utforming av døgn
  2. Arbeidsutval for utforming av poliklinikk



3. Arbeidsutval for utforming av radiologi og laboratoriefag
4. Arbeidsutval for utforming av operasjon og intensiv
5. Arbeidsutval for utforming av psykisk helsevern
6. Arbeidsutval for utforming av stab og støtte
5. Arbeidsutval for utforming xxx tek stafettpinnen vidare i høve til den prosessen som har blitt køyrt i tenesteutviklingsprosjekt xxx 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 ansvarlinja 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 vidareførast av arbeidsutval for utforming innanfor tilhøyrande område, bortsett frå arbeidet med kvalitetssikring og forankring av talgrunnlag innanfor barn 0-18 år.

## 11. Vedlegg:

- Oppsummering funksjons- og romprogram
- Oppsummering oppdatert talgrunnlag