

Hovudfunksjonsprogram - Sjukehuset Nordmøre og Romsdal (SNR)

Saksnr	Utvalnsnamn	Møtedato
2016/15	Styret for Helse Møre og Romsdal HF	09. mars 2016

Saksbehandlar: Helge Ristesund og Anne Strand Alfredsen Larsen
Arkivreferanse: 2016/670

Forslag til vedtak:

1. Styret i HMR sluttar seg til hovudfunksjonsprogrammet slik det no ligg føre.
2. Styret vedtek å legge framlegget til hovudfunksjonsprogram til grunn for vidare arbeid med skisseprosjekt og delfunksjonsprogram.

Ålesund, 02.mars 2016

Espen Remme
Adm. direktør

Vedlegg:

1. Hovudfunksjonsprogram Sjukehuset Nordmøre og Romsdal (SNR)
2. Overordnet teknisk program Sjukehuset Nordmøre og Romsdal (SNR)
3. Hovudprogram utstyr Sjukehuset i Nordmøre og Romsdal (SNR)

Saksutgreiing:

1. Bakgrunn

Etter vedtaket om idéfasen i 2014, gjekk prosjektet Sjukehuset Nordmøre og Romsdal (SNR) inn i konseptfasen. Konseptfasen for eit sjukehusprosjekt skal utgreie dei alternative løysingane frå idéfasen i detalj, med ein detaljeringsgrad som gir grunnlag for å velje eitt alternativ, og dokumentere konsekvensane av dette. Det er framleis viktig å presisere at SNR handlar om heile spesialisthelsetenestetilbodet i Nordmøre og Romsdal, og ikkje berre bygginga av akuttsjukehuset. Derfor er både sjukehuset på Hjelset, spesialisthelsetenestetilbodet i Kristiansund og samarbeidet med alle kommunane viktig i dette utviklingsprosjektet.

Første steg i konseptfasen er utarbeiding hovudfunksjonsprogram (HFP), hovudprogram utstyr (HPU) og overordna teknisk program (OTP).

Styringsdokumentet for konseptfasen skal gi oversikt over alle sentrale høve i prosjektet på ein måte som verkar retningsgivande og avklarande for alle involverte.



Figur1: Oversikt over innhald i ulike fasar i prosjekt SNR

HFP er ei delutgreiing som skal tene som grunnlag for skisseprosjektering og delfunksjonsprogrammering. HFP skal vise areal- og kapasitetsutrekningar i tillegg til å gi ei vurdering og eventuelle avgjersler av driftskonsept som prinsipp for organisering av dei ulike tenestene i prosjektet. Dei ulike programma i konseptfasen (sjå figuren over) utgjer den endelege konseptfaserapporten som vert lagt fram for styret august 2016. For SNR har skisseprosjektet gått delvis parallelt med HFP-arbeidet, tufta på ein mogelegheitsstudie som har drøfta og vurdert ulike alternativ av løysingar for funksjon, utnytting av tomt og ulike byggingformer. HFP skal vise korleis prosjektet er avstemt mot helseplanar på ulike nivå, både nasjonale, regionale og lokale, i tillegg til kommunale og fylkeskommunale planar.

1.1 SNR som del av Helse Møre og Romsdal sin utviklingsplan

Med Nasjonal helse- og sjukehusplan (NHSP) kjem krav om at helseføretaka skal ha ein overordna plan som grunnlag for å gjennomføre endringar og utviklingstiltak. Det heiter at ein ikkje kan gjennomføre vesentlege tiltak før dei er sette inn i ein utviklingsplan og vedtatt i tråd med gjeldande prosedyrar for avgjersle. NHSP skal formelt vedtakast på våren 2016, og den regionale utviklingsplanen, Strategi 2030, skal vedtakast etter planen i november.

HMR vedtok sin gjeldande utviklingsplan i 2012, og har no styrevedtak på ein revisjon av planen (2016/05). Dette skal naturlegvis gjerast i tråd med nasjonale og regionale planar og vedtak. I HMR startar ein revideringa med emne som er uavhengige av føringane frå planverka og som omhandlar fakta kring drift og ressursbruk i dag, i påvente av formelle vedtak. Ein vil så gå inn i arbeid som omhandlar ulike utviklingsmodellar med tilhøyrande analysar og konsekvensvurderingar.

Sjukehuset i Nordmøre og Romsdal er handsama som eit stort og viktig utviklings- og investeringsprosjekt i Helse Midt-Norge. Prosjektet har sin eigen prosjektorganisasjon og følgjer sitt eige prosjektstyringssystem, men ein understrekar at SNR er ein viktig del av både verksemds- og bygningsmessig utvikling i HMR, og må såleis takast med i revideringa av utviklingsplanen.

1.2 Rammer for hovudfunksjonsprogrammet

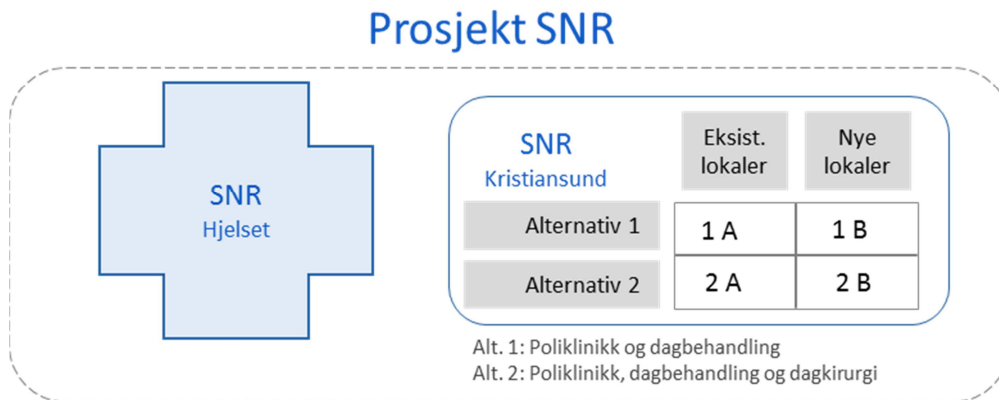
HFP er utarbeida etter rettleiaren frå Helsedirektoratet¹, og er tilpassa rammekrava i samband med vedtaket om idéfasen frå lokalt (styresak 2014/90) og regionalt helseforetak (styresak 14/83), og frå føretaksmøte 19.12.2014, i tillegg til styringsdokumentet for konseptfasen.

I arbeidet med idéfasen vart det gjort ein særskilt innsats for å handtere fordelinga av funksjonar mellom sjukehusa i nordfylket og Ålesund sjukehus. HFP legg til grunn føringane som er gitt i idéfasen.

Frå føretaksprotokollen av juni i 2011, der det heiter at:

“Tenester som treng mange tilleggfunksjonar og/ eller avansert teknisk infrastruktur, skal utførast ein stad i regionen og som hovudregel ved St.Olavs hospital HF. Tilsvarande om slike tenester skal utførast to stader i regionen, skal dette som hovudregel utførast ved St. Olavs hospital HF og Ålesund sjukehus”.

Rettleiaren seier at minst to alternativ skal utgreiast i tillegg til 0-alternativet (noverande modell), men seier ikkje noko om differensieringa i modellane som skal vurderast skal vere på funksjons- eller tomtenivå. For SNR vart tomtevalet tatt i samband med idéfase-vedtaket, og det vart sagt at alternativa til vidareføring i konseptfasen, skulle innehalde konsept med og utan poliklinisk tilbod i byen lengst frå plasseringa av sjukehuset.



Figur 2: Prosjekt SNR med ulike alternativ for SNR Kristiansund

I føretaksmøtet slo statsråden fast at det *skal* planleggast for eit godt poliklinisk tilbod/distriktsmedisinsk senter i Kristiansund. Dette gav ein ny og tydelegare føresetnad for utgreiinga i konseptfasen for SNR. Samstundes er ikkje eit godt poliklinisk tilbod/distriktsmedisinsk senter noko eintydig omgrep, noko som gjer at ein må avklare dette vidare i konseptfasen. I tillegg er det presisert at dei prehospitala tenestene skal vidareutviklast slik at ein sikrar ein forsvarleg akuttberedskap og at innbyggjarane med lengst reiseveg vert ivaretatt. Arbeidet med utvikling av det prehospitala er også ein naturleg del av utviklingsplanarbeidet i HMR som ein heilskap. Vidareutviklinga innanfor prehospitala tenester som del av SNR vert også prioritert i arbeidsgruppe for samhandling med kommunane, og sett i

¹ «Tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter»; IS-1369, Helsedirektoratet 2011

lys av dette og vidareført i arbeidet med delfunksjonsprogrammet, som er neste trinn i konseptfasen.

1.3 Samarbeid Helse Midt-Norge og HMR/prosjektorganisasjonen SNR

HMR har saman med Helse Midt-Norge etablert eit regionalt samarbeid om viktige element i SNR som til dømes IKT-utvikling, organisasjonsutvikling, matforsyning, prehospitale tenester med fleire. Områda representerer hovudmomenta som det må arbeidast med framover sett frå eit føretaks- og prosjektperspektiv.

2. Tema i HFP

2.1 Utvikling av konsept

Ved utvikling av tenestetilbodet i SNR har ein sett føre seg to hovudløp som grunnlag for oppbygging av verksemda:

- den udiagnostiserte pasienten
- pasienten med kronisk sjukdom som har behov for hyppig kontakt med helsetenesta.

Desse prinsippa vert lagde til grunn i fordelinga mellom Hjelset og Kristiansund.

2.2 Medverking

Mandatet for tilsette- og brukarmedverking ligg i botnen for alt arbeid av slik art i prosjektet. Føremålet med medverkinga er jfr. mandatet:

- *bidra til prosjektets funksjonalitet og andre bruksrelaterte kvaliteter*
- *bidra til at brukerperspektivet blir ivaretatt i planlegging og bygging*
- *bidra til relevant informasjonsflyt mellom driftsorganisasjon, brukerorganisasjoner og prosjekt*
- *Skape kunnskap om, motivasjon for og eierskap til prosjektet, kort sagt: å sikre et konstruktivt engasjement i fag- og brukermiljøene til fordel for prosjektet*

All medverking i prosjektet er rådgjevande og større avgjersler skal takast i tråd med fullmaktsmatrise i HMR.

I arbeidet med HFP har medverkinga vore organisert gjennom ei hovudgruppe, som er sett saman av leiarar, tilsette, tillitsvalde, verneteneste og representantar frå pasientorganisasjonar. Mandatet til gruppa:

- *Ha helhetsperspektivet på planlegging i Konseptfasen, kunne oppsummere og konkludere sammen med prosjektgruppa på problemstillinger som oppstår i planleggingsgruppene*
- *Utgjøre planleggingsgruppa i fasen med Mulighetsstudie*
- *Bidra til Konseptrapporten – skrive/ kvalitetssikre*

Hovudgruppa skal følgje konseptfasen heilt fram, og utgjer overbygginga for grupperingane i prosjektorganisasjonen.

Hovudgruppa skal ha fokus på overordna og strategisk nivå, og sikrar kontinuitet gjennom heile konseptfasen. Gruppa har hatt seks møter, der ein starta med eit kick-off seminar på Oppdal i

september 2015. I tillegg til hovudgruppa, er det sett ned grupper for hovudfunksjonsprogram for utstyr og overordna teknisk program med representasjon frå dei aktuelle fagfelt frå HMR.

Prosjektet er avhengig av eit godt samarbeid med kommunane. Ein har i samråd med dei ulike regions- og næringsråda i fylket i tillegg til Kommunenes Sentralforbund, kome fram til at kommunal medverking vil kunne løysast gjennom ei referansegruppe med representantar frå Romsdal regionråd og Nordmøre Regionråd.

2.3 Aktivitet og kapasitet

HFP gjer greie for dimensjoneringsgrunnlaget for SNR. Utrekningane er baserte på «Sykehusbygg»-modellen, for detaljar viser ein til metodekapittelet i HFP. For klinisk aktivitet har ein nytta 2014 som basisår og ein planleggingshorisont fram mot 2030, og har utfrå dette rekna ut kapasitetsbehovet både gjennom kvalitativ og kvantitativ framskrivning. Vidare har ein nytta arealstandardar og utnyttingsgrader som i hovudsak kan samanliknast med andre sjukehusprosjekt dei siste åra.

For andre funksjonar enn dei kliniske er det estimert behov, nytta erfaringstal og gjort samanlikningar mot andre prosjekt.

Endring- og omstillingsfaktorane omhandlar sjukdomsutvikling og medisinsk utvikling, overføring mellom tenestenivå og internt i spesialisthelsetenesta (t.d. frå døgn til dag) og intern effektivisering generelt.

For sengepostane i SNR er følgjande lagt til grunn:

Tabell1: Beleggsprosent, sengar

Sengar	Belegg, 365 dagar/år
Somatiske sengar	85%
Observasjonssengar	75%
Pasienthotell	75%
Psykiatri	85%

For undersøkings- og behandlingfunksjonar har ein nytta desse utnyttingsgradene:

Tabell 2: Utnyttingsgrader for undersøkings- og behandlingfunksjonar

Utnyttingsgrader behandlingfunksjonar	undersøkings-	og	Daga r per år	Tima r per dag	Minutt per undersøking / behandling
Dagplass			230	8	240
Poliklinikk somatikk, gjennomsnitt alle fag			230	8	45
Poliklinikk psykiatri			230	8	75
Biletdiagnostikk					
- Røntgen			230	10	15
- Ultralyd			230	8	25
- CT			230	8	25
- MR			230	10	30
Operasjon					

- kirurgi	230	8	120
- Tann/kjeve	230	8	90
- Gyn/obst	230	8	80
- ØNH	230	8	120
- Auge	230	8	60
- Dagkirurgi	230	8	90

Basert på framskriving, analysen av aktivitet og kapasitet, omstillingsfaktorar, utnyttingsgrader og arealstandardar, har ein nytta «Sykehusbygg-modellen» for å kome fram til følgjande behov i SNR:

Tabell 3: Behov i SNR

Funksjon	Tal, behov
Sengar	
-somatikk	170
-psykiatri	39
-pasienthotell	23
Poliklinikkrom	73+32
Plassar for	
-intensiv	8
-observasjon	14
-dagbehandling	30
Operasjonsstover	11
Laboratorium for biletdiagnostikk	16
Fødestover	3

Ein får eit nettofunksjonsareal på 27 850 m², som med ein brutto-/nettofaktor på 2 gir eit totalt arealbehov for SNR (SNR Hjelset + SNR Kristiansund) på 55 705 m².

2.4 Utvikling av spesialisthelsetenestetilbodet i SNR-Kristiansund

Det er det samla behovet for spesialisthelsetenester som er utgangspunktet for SNR, basert på aktivitet ved Molde og Kristiansund sjukehus i basisåret 2014. Jfr. styresak 2015/58 i HMR, «Presisering av utgreiingsalternativ Konseptfase SNR», skal det utgreiast to alternative verksemdsløysingar for tilbodet ved SNR Kristiansund, og begge desse skal vurderast inn i både dagens Kristiansund sjukehus og nye lokale. Dimensjoneringa av tilbodet i Kristiansund vil i noko grad påverke storleiken og innhaldet til desse funksjonane i sjukehuset på Hjelset. Utgreiing av aktiviteten som leggst til SNR Kristiansund vil i hovudsak gjerast i konseptfaserapporten.

Arbeidet med spesialisthelsetenestetilbodet i Kristiansund er organisert i ein stegvis prosess, der ein gjennom HFP søker å avklare kva tilbod ein skal gi ved SNR Kristiansund. For å systematisk kunne gjere vurderingar på innhaldet, har ein utforma følgjande kriterium som skal ligge til grunn i ulike alternativ:

- *Nærhet til pasientgrupper som trenger oss hyppig, og der reisevei og fravær fra heim/liv er belastende (behov for tilgjengelighet, nærhet og koordinerte tenester, for eksempel eldre og de med kroniske lidelser)*

- *Kvaliteten like god begge steder i SNR på det som gjøres begge steder*
- *Robust driftskonsept; drivverdig ilangt perspektiv, ikke enkeltpersonavhengig. Være forankret i solid klar HMR strategi.*
- *Velge modell/ arbeidsdeling som understøtter fremtidsrettede og moderne driftsformer*
- *Volumvurdering på tilbudet, samt ambisjoner om fleksible driftsformer*
- *Støtte opp under felles fagmiljø og felles kultur i fagmiljøet (spesialister og eventuelt andre faggrupper jobbe begge steder)*
- *Investeringskostnader og driftskostnader*

Grovt sett er alternativa som vert vurderte alternativ 1: poliklinikk og dagbehandling, og alternativ 2: poliklinikk, dagbehandling og dagkirurgi, enten i eksisterande bygg eller i nye lokale. Differensieringa i dagkirurgitilbodet må vidare utgreiast, i tillegg til avhengigheita mellom ulike funksjonar/fagområde.

For verksemdsalternativa har ein lagt inn eit basistilbod, som inneheld biletdiagnostikk og laboratorietenester.

Ei ytterlegare detaljering av spesialisthelsetenestetilbodet for SNR Kristiansund kjem i konseptrapporten som resultat av arbeidet med delfunksjonsprogrammet.

Førebelse utrekningar viser at behovet for areal ved nybygg vil vere mindre enn behovet ved bruk av eksisterande lokale, både om ein inkluderer eller ekskluderer dagkirurgi. Dette kjem av at ein ved å bygge nytt vil kunne effektivisere og optimalisere arealbehovet på ein heilt annan måte enn om ein skal gjere seg nytte av eksisterande bygg.

2.4.1 Mogelegheiter for samarbeid mellom SNR Kristiansund og kommunehelsetenestene

Nordmøre regionråd har utarbeida eit forprosjekt vedrørande utviklinga av eit regionalt senter for helseinnovasjon og samhandling, som ein ynskjer å avklare samarbeidet rundt i vidare arbeid med konseptfasen. Regionrådet ser føre seg ei samlokalisering av dette senteret og SNR Kristiansund. Eigarskapet til prosjektet ligg hos Nordmøre regionråd og kommunane. I vidareføringa deltar HMR med representantar frå føretaket og prosjektorganisasjonen inn i arbeidet.

2.5 Driftsmessige hovudkonklusjonar

2.5.1 Sengeområde

Det vert lagt opp til einerom. Sengeområda skal vere fleksible og generelt utforma, med minimum 24 sengar i eitt område, og sikre god kontakt mellom pasient og personale i oversiktlege miljø. Personell skal ha arbeidsplassar i nærleiken av området, samstundes skal det leggest opp til at samtalar om pasient skal gjerast med pasient, og at pårørande kan vere naturleg tilstade hjå pasienten.

2.5.2 Poliklinikkar

Poliklinikkane skal som hovudregel samlast i større einingar med felles støtterom og –funksjonar, og vere generelt utforma for kompakte og koordinerte utgreiingsforløp. Spesialrom skal fortrinnsvis plasserast saman med dei andre områda til aktuelt fagområde og samlokalisert med

andre spesialrom der det er føremålstenleg. Ein legg til grunn IKT-løysingar for effektivisering av drift, og ein vil tilrettelegge for videokonsultasjonar for oppfølging av kronikarar.

2.5.3 Dagbehandling

Ein skal skilje forløpa for dagkirurgiske og inneliggande pasientar. Pasientane som skal til dagbehandling vil ha behov for mottakssone, eigne ventareal og rom til omkledding, i tillegg til eit kvileområde før utskriving. Majoriteten av dei medisinske dagpasientane vil trenge overvaking, og ein ynskjer å samlokalisere kvileområda for kirurgiske pasientar som treng overvaking med desse.

2.5.4 Biletdiagnostikk

Alle modalitetar skal samlast og ha felles støttefunksjonar.

2.5.5 Operasjon

Dagkirurgi skal skiljast frå elektivt forløp, men ein skal legge opp til ei fleksibel løysing slik at dette kan endrast over tid. Støtterom- og funksjonar skal kunne delast mellom operasjonsområda, og pasientar som kjem til samdagkirurgi skal ha same inngang som dagkirurgiske pasientar eller frå pasienthotell.

2.5.6 Intensiv og overvaking

Intensiv, tung overvaking og postoperativ overvaking skal samlokalisert. Intensiv og tung overvaking skal ha ein rom, men ein skal også legge til rette for at observasjon og overvaking i stor grad kan handtere fleire pasientar samstundes. Ein skal planlegge for at pårørande kan vere tilstades hjå pasienten på rommet og også ha mogelegheit til å overnatte i nærleiken.

2.5.7 Akuttmottak

Ein planlegg eit akuttmottak for alle somatiske augeblikkeleg hjelp-pasientar som krev høg akuttmedisinsk beredskap initielt eller som har uklar adresse. Ein planlegg for separat inngang for gåande og for ambulansetransport, slik at trafikklinjene ikkje kryssar. I tillegg planlegg ein særskilt for pasientar med smitte og for kontaminerte pasientar. Elektive pasientar skal gå utanom akuttmottak og direkte til sengepost eller behandlingsstad, augeblikkeleg hjelp-pasientar med klar diagnose skal som hovudregel gjennom akuttmottak. Det skal vere enkel og rask tilgang til bilettdiagnostikk og mogelegheit for enkle behandlingsprosedyrar. I tilslutning til akuttmottaket planlegg ein for ei korttidseining med liggetid inntil 48 timar. Ein vil etablere fasilitetar for undersøking og behandling av polikliniske augeblikkeleg hjelp-pasientar, desse vil få si behandling i fagspesifikke poliklinikkar på dagtid, på kveld og natt i akuttmottaket eller i korttidseininga. Ein bør ha ein skadepoliklinikk i tilslutning til akuttmottaket.

2.5.8 Psykiatri

Psykiatri skal vere integrert med somatikk på ein slik måte at sjukehuset står fram som eitt, og at ein legg til rette for tverrfagleg samhandling. Psykiatrien har større behov for å dempe institusjonspreg. Ein planlegg for eige mottak for psykiatriske pasientar med skjermingsbehov, og for å unngå transport mellom skjerma einingar og normalsengsområde, etablerer ein skjerming i dei einingane som har slikt behov. Fleire pasientgrupper har behov for skjerma uteområde. Poliklinisk verksemd innanfor sjukehuspsykiatrien skal samlokalisert med døgnbehandling.

2.5.9 Fødande

Føden skal ha nærleik til operasjonsområdet grunna hastegrad ved keisarsnitt. Kvinner som er friske og har friske born skal overførast til pasienthotellet etter fødsel viss det er føremålstenleg.

2.5.10 Laboratorietenester

Prøvetaking for inneliggande skal gjerast ved pasient, og prøvetakingseiningar skal vere lokaliserte ved poliklinikkområda. Prøver skal i all hovudsak transporterast til sentral analyseeining, som i stor grad skal vere automatisert. Blodgivingseining skal plasserast med enkel tilgang for publikum, og ein skal ha desentrale einingar for blodgiving i Kristiansund og Molde.

2.5.11 Medisinsk service

Funksjonar innanfor medisinsk service skal gi tilbod til inneliggande pasientar. Miljøa skal samlokalisert, og ein skal vurdere desentrale behandlingsrom i område med særskilde behov.

2.5.12 Ikkje-medisinsk service

Det er vedtak om regionalt hovudlager i regionen. SNR skal ha sentralt varemottak som mottar varer frå regionalt lager. Alle varer skal først direkte til avdlingslager. Alt avfall skal kjeldesortert og mellomagrast i eining. Alle funksjonar i samband med drift, vedlikehald og reinhald samlokalisert.

Løysingar for produksjonskjøkken er under utgreiing.

2.5.13 Kontorfunksjonar og administrasjon

Sentraladministrasjonen er lokalisert til Ålesund. Stabsfunksjonar er felles ressursar for HMR og skal framleis vere løyste i eksisterande areal utanfor nytt sjukehus. Kliniske kontorfunksjonar skal i størst mogeleg grad ligge i tilknytning til klinisk verksemd. Det skal skiljast mellom dei som treng arbeidsplass og dei som har behov for eige kontor eller fast kontorplass.

2.5.14 Undervising og forskning

Det skal planleggast for ei forskningseining i SNR, og det skal planleggast for eit større auditorium for å kunne samle store delar av organisasjonen samstundes. Tilsette og studentar skal kunne undervisast som ein del av klinisk verksemd på den måten at behandlingsrom vert dimensjonerte med tanke på at ein skal kunne gjennomføre undervising i dei. Det skal avsetjast areal nær klinisk verksemd for gruppeundervising og anna møteverksemd.

2.5.15 Personalservice

Ein skal dimensjonere personalgarderobar til alle som ikkje har eige kontor. Ein planlegg for felles kantine for tilsette, pasientar og pårørande. Tilsette som ikkje kan forlate arbeidsplassen sin skal kunne avvikle pause i eiga eining.

2.5.16 Pasientservice

Det skal leggast til rette for resepsjons- og informasjonstilbod, helseressursenter, utlegieareal (t.d. kiosk), areal til brukarorganisasjonar, presteteneste og multikulturelle tilbod.

2.5.17 Kjøkken/matproduksjon

Det er oppretta ei eiga arbeidsgruppe med representantar frå HMR og prosjektorganisasjonen med følgjande mandat:

Det skal gjøres en utredning for hvordan HMR skal organisere sin kjøkken- og matforsyningsfunksjon i fire alternativer;

- 1. Kjøkken på Hjelset for Hjelset og Knausen, enten i eksisterende bygg eller nye areal*
- 2. All produksjon for HMR til kjøkken på Hjelset*
- 3. All produksjon for HMR til kjøkken i Ålesund*

4. En «outsourcing» av kjøkkenfunksjonen for hele eller deler av HMR

2.5.18 Apotek og løysingar for legemiddelhandtering

Det vert oppretta ei eiga arbeidsgruppe med medlemmar frå Sykehusapotekene i Midt-Norge, helseføretaket og prosjektorganisasjonen. Grappa får i oppdrag å utgreie løysingar som skal sikre at legemiddelforsyning og legemiddelhandtering vert planlagt, organisert, utvikla og driven på ein fagleg og økonomisk god måte. Dette inneber vurdering av konsept for legemiddelproduksjon, legemiddelutlevering og apotekstyrte legemiddelager.

2.6 Økonomi

HMR skal saman med Helse Midt-Norge gjere økonomisk simulering og berekraftanalysar både på føretak og prosjekt vha. ekstern bistand. Ein forventar at dette arbeidet er ferdig rundt medio mai. Resultatet frå arbeidet skal gå inn i økonomisk langstidsplan som skal handsamast i juni 2016.

Investeringa knytt til SNR må skje til ein prosjektkostnad som Helse Midt Norge og Helse Møre og Romsdal har bereevne til å realisere. Berekningane av den økonomiske bereevna skal vise kva for effekt prosjektet har på helseføretaket sin samla økonomi når bygget vert teke i bruk og over bygget si levetid. Analysar på bereevne skal vise investeringa si effekt på både driftsøkonomi, avskrivingskostnadar og rentekostnadar. Vidare skal det skisserast korleis investeringa er tenkt finansiert.

HMR skal i samarbeid med Helse Midt Norge gjere desse berekningane både på prosjektnivå og føretaksnivå ved hjelp av ekstern bistand. Arbeidet er starta opp og følgjer tidsplanen for arbeidet med langtidsbudsjett 2017-2022 for HMR og for HMN. Det vil vere dei same føresetnadane som ligg til grunn i berekningane knytt til SNR som i langtidsbudsjettet. Helse Møre og Romsdal skal levere første utkast til langtidsbudsjett til HMN i slutten av april. Vidare er saka om langtidsbudsjett HMR tenkt lagt fram for styret 1. juni. Styret i Helse Midt Norge vil handsame langtidsbudsjettet i sitt styremøte 17. juni. Vedtak og endelege føresetnader som blir gjort i samband med langtidsbudsjettet vil bli innarbeidd i dei økonomiske berekningane som blir lagt fram i konseptrapporten for SNR.

2.7 IKT

IKT er ein sær viktig premissleverandør for utviklinga og utforminga av SNR, både internt i sjukehus og føretak, og ikkje minst mot kommunane. Utviklinga skal også følgje regional strategi og planar.

Arbeidet med IKT for prosjektet er i oppstarten, og det er av stor tyding å kome raskt og godt i gang med arbeidet. Det vil verte utforma ei overordna plan- og konseptskisse for IKT i tillegg eit eige strategi- og måldokument. Føremålet med dette er å utgreie moglege løysingar og ivareta samhandlinga med sentrale aktørar for IKT-utviklinga på alle nivå.

Parallelliteten i tid for prosjektet og arbeidet med Helseplattformen gir gode moglegheiter for samkøyring og utvikling. Det er retta forslag til Helse Midt-Norge om å nytte SNR som ein utviklingsarena for Helseplattformen.

Ein ynskjer at arbeidsgrupper for IKT må setjast saman av ulike partar som er naudsynnte for denne delen av planlegginga av prosjektet, noko som inkluderer å få må vere breitt sette saman av

representantar frå føretaket, HEMIT, regionalt helseføretak (Helseplattformen), kommunar og prosjektorganisasjonen.

IKT må også sjåast i nær samanheng med medisinsk teknisk utstyr (sjå kapittel om HPU).

2.8 Organisasjonsutvikling (OU) SNR

OU i SNR skal bidra til HMR si utvikling av «ei helseteneste for pasienten», og må sjåast i samanheng med det overordna organisasjonsutviklingsarbeidet HMR no er inne i. Jfr. NHSP må helsetenesta endre kultur, haldningar, organisering og leiing for å få dette til. SNR representerer ei unik moelegheit til å utvikle eit framtidsretta og moderne spesialisthelsetenestetilbod. Endringar i lokale, ny teknologi, nytt utstyr og fagleg utvikling gir store fridomsgrader for nyskaping og nytenking når det kjem til organisering og arbeidsmåtar.

Formaliseringa av OU i prosjektet har ikkje vore tydeleg. I dei ulike medverkingsprosessane skjer det likevel verdifulle bidrag til utviklinga av både prosjekt og organisasjon. Tilsette, leiarar, brukarar, rådgjevarar og arkitektar samhandlar tett om utviklinga av nye driftsmodellar, arbeidsprosessar og bygg. I arbeidet med delfunksjonsprogrammet, som nyleg er starta opp, ser ein allereie no at det finst stort utviklingspotensiale som kan gi stor verdi dersom ein klarer å omstille og utnytte dette. I grupperingane som er involverte sit det representantar frå alle sjukehusa i føretaket, og det er viktig at dei gode døma og framtidsretta løysingane ein kjem fram til for SNR kan vidareførast til heile organisasjonen.

Det vert vurdert å opprette ei arbeidsgruppe som skal ha overordna ansvar for organisasjonsutviklinga for SNR. Grupperinga tenkast sett saman av representantar frå føretaket, regionalt helseføretak og evt. eksterne.

3. Hovudfunksjonsprogram utstyr (HPU)

HPU skildrar utstyrskategoriar og peikar på utstyrstypar som i særskilt grad påverkar bygg- og installasjonar, i tillegg til å skildre bygningsmessige «minimumskrav» for utstyr og installasjonar. HPU skildrar også utstyrskonsekvensar av funksjonelle målsetjingar frå HFP, utviklingsplan og idéfase og viser til nokre av utviklingstrekkane innanfor medisinsk teknologi.

Det er kritiske avhengigheiter mellom prosjektering og bygging på eine sida og planlegging av utstyr på den andre, slik at det er essensielt at prosjektet sin planprosess er koordinert på ein slik måte at desse avhengigheitene vert handterte.

Medisinsk teknisk utstyr (MTU) og medisinske serviceapplikasjonar vil i større grad integrerast, noko som påverkar infrastrukturen mellom MTU og IKT. Ein forventar at ein følgjer regional IKT-arkitektur som grunnlag med evt. lokale tilpassingar. I dette ligg det monalege utfordringar som kan komast i møte ved å etablere eit samarbeid mellom IKT- og utstyrprosjekt så tidleg som mogeleg.

Vidare må organiseringar av utstyrprosjektet understøtte følgjande:

- *Planleggingen og anskaffelsen skal gjennomføres innenfor definerte tids- og kostnadsrammer*
- *Planleggingen og anskaffelsen må involvere brukerne av utstyret på en hensiktsmessig måte*
- *Utstyrprosjektet må sikres tilstrekkelig kompetanse og ressurser til gjennomføringen*
- *Utstyrprosjektet må ha en klart definert ledelse som ivaretar rapportering og informasjonsutveksling med andre deler av byggeprosjektet.*

For å få mest mogeleg kostnadseffektivitet i prosjektet, bør ein standardisere utstyr som nyttast i fleire delfunksjonar, og freiste å kjøpe dette samstundes. Ei stor samling av likt utstyr gjer det lettare å få til ei kostnadseffektiv samla styring av «alb» utstyr i driftssituasjonen.

Det er lagt til grunn at 25% av eksisterande utstyr skal overflyttast til nytt bygg, men det er viktig å understreke at dette må følgjast opp i vidare planlegging og samordning av innkjøp siste åra før innflytting. Dette krev ein tidleg strategi for innkjøp og eit investeringsnivå som samsvarer med føresetnaden om mogelegheit for overflytting.

I kalkylene er der sett på einingskostnader på særskilt kostbart utstyr og kostander knytte til areal frå funksjonsområde basert på erfaringstal frå andre sjukehusprosjekt dei seinare åra. Til samanlikning har administrasjonskostnadene auka frå 8% til 15% grunna m.a. arbeid i slutfase og integrasjon mellom MTU og IKT. Ut frå HFP sine ulike utrekningar, funksjonsskilddingar og føresetnader i HPU, vil det totale kostnadsoverslaget for utstyrt til SNR liggje på ca. 500 millionar kroner inklusive mva.

4. Overordna teknisk program (OTP)

Overordna teknisk program (OTP) skal yte til å skape ei overordna felles teknisk referanse for ulike grupper og aktørar gjennom planleggingsprosessen. Arbeidet med OTP er styrt av prosjektorganisasjonen i omfattande samarbeid med HMR og COWI.

Ein har lagt vekt på å stille krav på eit overordna nivå både til tekniske system og kapasitetar, men også til måten ein vidarefører prosjekteringa på. OTP stiller krav til korleis ein kan gjere ulike val, kva som skal leggjast vekt på og korleis dette skal dokumenterast.

For å halde totalkostnaden nede må ein legge til rette for å standardisere bygningsmessige og tekniske løysingar og produkt, slik at ein har mogelegheit til å «industrialisere» og prefabrikkere enkelte delar/område i byggeprosessen. Life Cycle Cost (LCC)-utrekningar leggjast til grunn for å kunne ta dei rette avgjerslene.

Det er krav til at sjukehuset og dei tekniske systema skal utformast slik at generalitet, fleksibilitet, iljø, klima og elastisitet vert tatt vare på og balansert mot tilgjengeleg kostnadsramme. Miljøoppfølgingsprogrammet skal koordinerast mot føretaket sitt arbeid innan miljøleing, og relevante høve i dokumentet «Grønt sjukehus» skal ivaretakast.

5. Vidare arbeid i konseptfasen

Målet med konseptfasen, jfr. rettleiaren for tidlegfaseplanlegging av sjukehusprosjekt, er å:

«...utvikle et faglig godt grunnlag som gir tilstrekkelig sikkerhet for valg av det alternativet som best oppfyller målene innenfor definerte rammer.»

Fleire delutgreiingar skal munne ut i ein konseptrapport, der eitt alternativ blir tilrådd. Rapporten skal gjennom ei ekstern kvalitetssikring (KSK), før ein kan gjere vedtak om å gå inn i neste fase som er forprosjektet.

Tidsplanen for prosjektet er gitt att i det følgjande.

2016	Aktivitet
Mars	Styremøte i Helse Møre og Romsdal: hovudfunksjonsprogram til behandling
Aug	Styremøte HMR: konseptfaserapport til behandling før utsending på høyring
Sep-okt	Høyring, konseptfaserapport
Nov	-Styremøte i Helse Møre og Romsdal: handsaming konseptrapport
Des	-Styremøte Helse Midt-Norge

6. Endringar i areal mellom idéfasen og hovudfunksjonsprogrammet

Frå idéfasen er totalt areal for prosjektet utrekna til mellom 77 000 og 80 400 m², fordelt på ca. 70 000 m² somatikk, 6 224 m² psykiatri og mellom 4 250- 5 120 m² poliklinikk og dagbehandling. I dette arbeidet tok ein utgangspunkt i 2011 som basisår. Desse utrekningane var hefta med ei stor grad av uvisse og må sjåast på som eit første grovt estimat.

Gjennom arbeidet med HFP har ein gjort utrekningane på nytt med basisår 2014 og nye omstillingsfaktorar m.m. I tillegg har ein brukt dei nyaste erfaringstala frå andre tilsvarande prosjekt i landet. «Sykehusbygg»-modellen er nytta for å gjere ei framskrivning og for å rekne ut kapasitetsbehovet. Modellen har vore nytta over tid, og er etterprøvd på ein meir tilfredsstillande og sikrere måte enn tidlegare nytta utrekningmodell.

Arealet frå HFP skriv seg til mellom 55-56 000 m², noko som er monaleg lågare enn idéfasen. Innhaldet er imidlertid ikkje endra i høve til det som tidlegare er utgreidd.

Ein har arbeidd aktivt med å skildre behovet for areal, og freista å optimalisere dette. Korleis fordelinga vert mellom SNR Hjelset og SNR Kristiansund er ikkje heilt klart, då dette kjem an på omfanget og plasseringa av tilbodet i Kristiansund.

Kostnaden for eit areal av storleiken frå idéfasen vart utrekna til mellom 5.5-5.8 mrd kroner. Dette er monaleg høgare enn midlane som er sett av til prosjektet i tråd med vedtatt finansiering frå HMN. Prosjektet er i sin heilskap finansiert av regionale lånemidlar. I HMN sin økonomiske langtidsplan er det budsjettert med ei total investering på 4.2 mrd kroner i tråd med ei risikovurdering på nivå P50. Regionen har tatt høgde for at prosjektet kan nå P85, dvs. 4.8 mrd kroner. Alle summar er oppgitte i 2014-kroner.

7. Administrerande direktør sine vurderingar

Framlegget til Nasjonal helse- og sykehusplan har kome med klare føringar for utviklinga av spesialisthelsetenesta. Planen vert vedtatt rundt påsketider 2016. Regional utviklingsplan «Strategi 2030» skal etter planen vedtakast i november 2016. Helse Møre og Romsdal si revidering av utviklingsplanen må vise overordna utvikling av spesialisthelsetenestetilbodet i Møre og Romsdal. Ein tydelegare struktur på Sunnmøre og avklaring av høve knytte til struktur og funksjonar mellom SNR-perspektivet og helseføretaksperspektivet vert sentrale element.

SNR er samansett av både av akuttsjukehuset på Hjelset og eit godt poliklinisk/DMS-tilbod i Kristiansund. HFP omhandlar begge desse elementa og legg til grunn vedtatt idéfaserapport frå 2014.

I arbeidet med HFP er det gjort nye oppdaterte analysar av aktivitet, kapasitet og vurderingar av arealbehov. Dei driftsmessige vurderingane har i stor grad tatt utgangspunkt i pasientforløp, gode arbeidsprosessar og logistikk. Krav om funksjonalitet og fleksibilitet som følgje av framtidige endringar i innhald og aktivitet er vurderte. Konsept og driftsmodellar slik desse går fram av HFP, skal støtte helseføretaket sitt langsiktige arbeid med fagleg og økonomisk bereevne. Dei verksemdsrelaterte driftsmodellane, særskilt for SNR Kristiansund, er det gjort greie for på overordna nivå. Utviklinga av desse modellane vil skje i arbeidet med delfunksjonsprogrammet.

Det er utarbeidd to eigne delprogram som vert lagt til grunn for det vidare planleggingsarbeidet. Dette gjeld overordna teknisk program og hovudfunksjonsprogram utstyr.

Det er gjort eit omfattande og grundig arbeid i utarbeidinga av HFP, og prosessen og engasjementet i hovudgruppa, som har følgd opp arbeidet, har vore god. HFP er ei delutgreiing i konseptfasen, og er grunnlaget for skisseprosjektet og delfunksjonsprogrammet. HFP gjer på ein god måte greie for dei dimensjonerande og driftsmessige føresetnadene for vidare planlegging av SNR. HFP vil såleis saman med revideringa av helseføretaket sin utviklingsplan danne eit godt grunnlag for å skape framtida sin spesialisthelseteneste både i Nordmøre og Romsdal og i heile helseføretaket.

Ut frå ei vurdering av framlegget til HFP, bør arbeidet med konseptfaserapporten ha ekstra fokus på organisasjonsutvikling, framtidige driftsmodell, bemanning og økonomiske konsekvensar og bereevne.

Med bakgrunn i dei ovannemnde vurderingane, rår adm. direktør til at HMR legg framlegget til hovudfunksjonsprogram til grunn for det vidare arbeidet med skisseprosjekt og delfunksjonsprogram.