

Styremøte

28. mars 2019, 15:00 til 19:00
Gardermoen - Hotell Radisson Blu

Agenda

10/2019

Godkjenning av innkalling og agenda

5 minutter

Beslutning

Innkalling og agenda godkjennes.

Ivar Eriksen

11/2019

Godkjenning av protokoll fra Styremøte 14.02.2019

5 minutter

Beslutning

Protokoll fra Styremøte 14.02.2019 godkjennes.

Ivar Eriksen

 utkast til protokoll fra styremøte 14.02.2019.pdf (2 sider)

12/2019

Administrerende direktørs orientering til Styret

40 minutter

Orientering

Styret tar informasjon fra Administrerende direktør til orientering.

Terje Bygland Nikolaisen

 SB-sak 12-2019 - Administrerende direktørs orientering til Styret - notat.pdf (1 sider)

13/2019

FO-026 Veileder for hovedprogram

25 minutter

Beslutning

Veileder for hovedprogram v 1.0 inngår som styrende dokument i styringssystemet for sykehusbyggprosjekter. Etter gjennomført konseptfase ved prosjektene Utbygging somatikk Skien og Nybygg psykisk helse Ahus, gjennomføres en evaluering og revisjon av veilederen til v 2.0 innen utgangen av 2019.

Marte Lauvsnes

-  SB-sak 13-2019 - FO-026 Veileder for hovedprogram - notat.pdf (3 sider)
-  SB-sak 13-2019 - vedlegg 1 - FO-026 Veileder for hovedprogram - utkast til veileder.pdf (25 sider)

14/2019

FO-043 Byggveileder smittevern

25 minutter

Beslutning

Liv Haugen

Styret til Sykehusbygg HF godkjenner at Byggveileder smittevern legges til grunn for planlegging og gjennomføring av byggeprosjekter i regi av Sykehusbygg, og at veilederen gjøres tilgjengelig via Sykehusbygg sine hjemmesider.

-  SB-sak 14-2019 - FO-043 Byggveileder smittevern - notat.pdf (3 sider)
-  SB-sak 14-2019 - vedlegg 2 - FO-043 Byggveileder smittevern - Prosjektgruppe og referansegruppe smittevern.pdf (1 sider)
-  SB-sak 14-2019 - vedlegg 1 - FO-043 Byggveileder smittevern - Mandat Veileder for smittevern i sykehusbygg.pdf (15 sider)

15/2019

Oppfølging av Oppdragsdokument 2019

25 minutter

Orientering

Terje Bygland Nikolaisen

Styret tar til orientering hvordan Sykehusbygg vil følge opp Oppdragsdokument 2019 og fremtidige Oppdragsdokument i sitt styringssystem EUREKA.

-  SB-sak 15-2019 - Oppfølging av oppdragsdokument 2019 - notat.pdf (1 sider)
-  SB-Sak 15-2019 - vedlegg 1 - Oppfølging av Oppdragsdokumentet 2019 - EUREKA Oppfølging av nye strategiske oppgaver.pdf (1 sider)
-  SB-sak 15-2019 - vedlegg 2 - Oppfølging av Oppdragsdokument 2019 - Strategiske tiltak med forslag til oppfølging.xlsx (10 sider)

16/2019

Økonomisk langtidsplan (ØLP)

30 minutter

Beslutning

Dokument ettersendes

Terje Bygland Nikolaisen

17/2019

Lønnsoppgjøret 2019

15 minutter

Beslutning

Terje Bygland Nikolaisen

Administrerende direktør utarbeider sin innstilling om ramme for årets lønnsoppgjør innen medio april. Innstillingen sendes styrets leder som vurderer behov for behandling i ekstraordinært styremøte.



SB-sak 17-2019 - Lønnsoppgjøret 2019 - notat.pdf

(1 sider)

18/2019

Eventuelt

10 minutter

Diskusjon

Ivar Eriksen

Styrets egnevaluering

45 minutter

Ivar Eriksen

Styremøte

torsdag 14. februar 2019, 10:00 til 15:00

Trondheim - Scandic Lerkendal, Klæbuveien 127



Deltakere

Styremedlemmer

Ivar Eriksen (Styreleder) , Nils Kvernmo (Nestleder, styremedlem) , Hilde Rolandsen (Styremedlem) , Liv Haugen (Styremedlem) , Ingrid Sæther (Ansattevalgt vara styremedlem) , Mona Stensby (Styremedlem) , Atle Brynstad (Styremedlem)

Ikke til stede

Pål Ingdal (Styremedlem)

Fra Sykehusbygg

Per Morten Brennhagen (Økonomi. Til stede på sak 4 og 5) , Terje Bygland Nikolaisen (Adm.dir, Sykehusbygg) , Kristin Gjøvåg (Kommunikasjon) , Hilde Elise Strand Konradsen (Utvalgssekretær)

Eksterne

Stein Erik Sæther (BDO AS, revisor. Til stede på sak 4) , Joachim Vorland (BDO AS. Til stede på sak 4)

Møteprotokoll

1/2019

Godkjenning av innkalling og agenda til Styremøte 14.02.2019

Innkalling og agenda til Styremøte 14.02.2019 godkjennes.
Ingen saker meldt til eventuelt.

Beslutning

Ivar Eriksen

2/2019

Godkjenning av protokoll fra Styremøte 29.11.2018

Protokoll fra Styremøte 29.11.2019 godkjennes.

Beslutning

Ivar Eriksen

3/2019

Administrerende direktørs orientering til Styret

Styret tar informasjon fra Administrerende direktør til orientering.

Orientering

Terje Bygland Nikolaisen

4/2019

Behandling av foretakets årsregnskap med noter og årsberetning for 2018

1. Styret godkjenner det fremlagte årsregnskap for 2018 med noter som viser et resultat på kr 0. Resultatet fra årets drift på kr 5 206 634 avsettes i sin helhet som gjeld til våre eiere, og skal tilbakebetales i 2019.
2. Fremlagte forslag til årsberetning godkjennes, med de forslag til endringer som fremkom i møtet.
3. Udisponert rammefinansiering som utgjør kr 1 084 799 ved utgangen av 2018 betales tilbake til de regionale helseforetakene.
4. Årlig møte mellom styret og revisor uten at administrasjonen var til stede ble avholdt.

Orientering

Per Morten Brennhagen

5/2019

Budsjett 2019

Styret godkjenner budsjettet for 2019

Beslutning

Per Morten Brennhagen

6/2019

Årlig melding 2018

Styret godkjenner Årlig melding 2018 med de endringer som fremkom i styremøtet 14.02.2019.

Beslutning

Terje Bygland Nikolaisen

Confidential, Konradsen, Hilde Elise Strand, 03/21/2019 14:30:01

7/2019
Eventuelt

Ingen saker meldt til eventuelt.

DRAFT

SB-SAK 12/2019**Administrerende direktørs orientering til Styret****Forslag til vedtak:**

Styret tar informasjon fra Administrerende direktør til orientering.

Saksutredning/bakgrunn:

Administrerende direktør vil orientere om vesentlige forhold i Sykehusbygg HF som han mener Styret skal være kjent med.

Orienteringen vil i hovedsak være konsenteret om følgende saker:

- Organisasjonsutvikling og reorganisering av avdeling Kunnskapsutvikling
- Status i prosjekt Sjukehuset Nordmøre og Romsdal (SNR)
- FO-oppgaver – status på restruktureringsarbeidet
- Status ferdigstillelse av styringssystemet
- Sykehusbygg HF i media
- Avtalte dialogmøter med AD for de 4 RHFene
- Prioriterte oppgaver fremover

Ingen dokumenter følger saken. Det vil bli gitt en presentasjon i møtet.

Sykehusbygg HF, 21.03.2019

Terje Bygland Nikolaisen

Administrerende direktør

SB-SAK 13/2019 Veileder for hovedprogram**Forslag til beslutning:**

Veileder for hovedprogram v 1.0 inngår som styrende dokument i styringssystemet for sykehusbyggprosjekter. Etter gjennomført konseptfase ved prosjektene Utbygging somatikk Skien og Nybygg psykisk helse Ahus, gjennomføres en evaluering og revisjon av veilederen til v 2.0 innen utgangen av 2019.

Bakgrunn for saken

Ved etableringen av Sykehusbygg sluttførte Helsedirektoratet sitt arbeid med tilknytning til Kompetansenettverket for sykehusplanlegging. I overføringsbrev til Sykehusbygg står det følgende: *Videre forvaltning og eierskap av byggveiledere, planleggingsverktøy og nettsted overføres til Sykehusbygg HF. Det vises til Helsedirektoratets brev datert 30.12.2014 som beskriver omfang og detaljer knyttet til overføringen. Det legges til grunn at Sykehusbygg HF ivaretar de oppgaver som er beskrevet.*

I oppdragsdokumentet for 2015 står det: *Sykehusbygg HF skal videreutvikle og vedlikeholde metodikk for framskrivninger, veiledere og evaluering av sykehusprosjekter og etablere nødvendig verktøy som viser tilstandsgrad ved norske sykehus.*

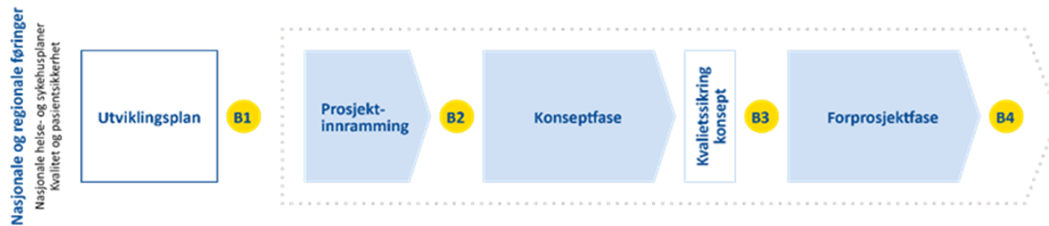
I 2016 ble en veileder for utviklingsplanarbeidet utarbeidet. Dette arbeidet ble ledet av Sykehusbygg i samarbeid med de regionale helseforetakene.

Foretaksmøtet ba 10.01.2017 «*de regionale helseforetakene om å:*

- «*revidere veileder for tidligfaseplanlegging slik at den blir samstemt med veileder for utviklingsplan*»

Sykehusbygg ledet i 2017 revidering av veileder for tidligfasen i sykehusbyggprosjekter. Den reviderte veilederen ble vedtatt av de fire RHFene i 2017. Sykehusbygg er ansvarlig for oppdatering og forvaltning av veilederen og den skal følges av alle prosjekter >500 MNOK. I praksis følges den av de aller fleste prosjekter uansett størrelse, og for ombyggingsprosjekter av en viss størrelse.

Tidligfasen består av følgende faser:



Endringen fra gammel til ny veileder er at idefasen er tatt ut, og erstattet av en prosjektinnramming. Aktiviteten som tidligere ble gjennomført i idefasen vil i hovedsak foregå i utviklingsplanen og konseptfasen, mens prosjektinnrammingen består av utarbeidelse av styringsdokument, mandat og kriterier for alternativvurderinger.

Konseptfasen består av to steg.



I steg 1 skal det utarbeides et hovedprogram og en alternativvurdering. Hovedprogrammet er nytt og erstatter tidligere veiledere, slik som for eksempel veiledere for hovedfunksjonsprogram (HFP), delfunksjonsprogram (DFP) hovedprogram utstyr (HPU).

En intern arbeidsgruppe i Sykehusbygg har stått for utvikling av veilederen. Prosjektleder har vært Rune Reinaas.

Prosjektet konseptfase OUS Aker-Gaustad har benyttet utkast til veileder i utarbeidelse av hovedprogram.

Ny veileder har for programdel teknikk en betydelig effektivisering av prosessen ved bruk av en brutto sjekklister i prosjektene.

Veilederen v 1.0 er lagt fram for ledergruppa i Sykehusbygg og for Kundeforum i mars 2019.

Det foreslås videre prosess:

Veileder for hovedprogram v 1.0 inngår som et styrende dokument i styringssystemet til Sykehusbygg.

I løpet av 2019 evalueres bruken av veilederen for prosjektene OUS Aker-Gaustad, Utbygging somatikk Skien og Nybygg psykisk helse Ahus. Dersom det er behov for endringer gjennomføres det en revisjon til v 2.0 i løpet av 2019.

Saksbehandler: Marte Lauvsnes

Terje Bygland Nikolaisen
Administrerende direktør

Vedlegg:

Vedlegg 1: Veileder for hovedprogram v 1.0



Veileder for hovedprogram

Veileder for hovedprogram

Prosjektnummer	
Prosjekt	Type rapport/ dokument
FO 26	Veileder

UTARBEIDET AV		
Rune Reinaas, Tore Indreråk, Finn Drangsholdt Thea Koren, Kjell Ivar Bakkmoen, Elisabeth Gudmundsen, Kjell Olav Lyngsmo, Marte Lauvsnes	Sykehusbygg HF	epostadresse

DOKUMENTSTATUS					
0.1	26.09.2017	Første utkast			
0.2	28.09.2017				
0.3	20.12.2017				
0.4	17.01.2019	Revisjon av delkapittel utstyr			
0.5	18.01.2019	Oversendt styringsgruppa ved Marte Lauvsnes			
0.9	10.03.2019	Oversendt Kundeforum			
1.0	21.03.2019	Oversendt Styret i Sykehusbygg			

BEHANDLINGSPROSEDYRE			
Oversendt for behandling	Forventet dato for behandling	Instans	Dato for behandling
10.03.2019	18.03.2019	Kundeforum Sykehusbygg	18.03.2019
10.03.2019	19.03.2019	Ledergruppa, Sykehusbygg HF	19.03.2019
21.03.2019	28.03. 2019	Styret Sykehusbygg	28.03.2019

Innhold

Introduksjon	3
1 Funksjon	5
1.1 Hva er dagens situasjon for virksomhet og bygg?	6
1.2 Hvilke funksjonsområder skal bygget inneholde?	6
1.3 Hvilken kapasitet skal funksjonene ha?	7
1.4 Hvordan skal funksjonene henge sammen?	7
1.5 Hvilke funksjonskrav har de ulike funksjonsområdene?	9
2 Teknikk	9
2.1 Hva er ambisjonsnivået for tekniske løsninger?	10
3 Utstyr	13
3.1 Byggutstyr og funksjonsutstyr	14
3.2 Målsetninger og overordnede føringer	14
3.3 Strategier for valg av utstyr	14
3.4 Teknologisk utvikling og utstyrskonsekvenser	15
3.5 Vurdering av gjenbruk	15
4 Overordnet IKT Konsept (O IKT Konsept)	16
4.1 Hvilke dokumenter skal etableres i konseptfasen?	16
4.2 Sentrale områder innenfor IKT i sykehusprosjekter	16
4.3 Innhold i overordnet IKT konsept	19
4.4 Teknikk, med tillegg for IKT	19
4.5 Leveranseoversikt som underlag for kalkyle	20
4.6 Planprosess	20
4.7 Overordnet IKT program etableres i forprosjektfasen	21
5 Rom og areal	22
5.1 Klassifikasjonssystemet for helsebygg	22
5.2 Standardromkatalog	22
5.3 Romdatabase og BIM	23
Vedlegg	24
A Definisjoner av begreper og forkortelser	24

Introduksjon

Ifølge *Veileder for tidligfasen i sykehusbyggprosjekter* (2017), skal det i forbindelse med konseptfasen utarbeides et hovedprogram. Hovedprogrammet skal klargjøre de forutsetninger som skal ligge til grunn for utbyggingen. Dette gjøres ved å beskrive hvilken virksomhet som skal inn i bygget, grunnlaget for dimensjoneringen, og overordnede funksjonelle og tekniske krav til bygg, utearealer, utstyr og infrastruktur. Forutsetningene skal baseres på utviklingsplanen og evt. andre føringer og behovsanalyser i tråd med den utviklingsretning helseforetaket har beskrevet.

Hovedprogrammet skal også beskrive prosjektets forutsetninger og forslag til arealbruk på et overordnet nivå, slik at forutsetninger og beregninger lett lar seg verifisere (gjennomsiktig og etterprøvbar).

Ved bruk av plan- og designkonkurranser mellom flere firma etter en prekvalifisering, vil hovedprogrammet inngå i konkurransegrunnlaget.

Hovedprogrammet bygger på *Veileder for tidligfasen i sykehusbyggprosjekter* (2017), og erstatter Hovedfunksjonsprogram (HFP), Delfunksjonsprogram (DFP), Hovedprogram utstyr (HPU), Overordnet teknisk program (OTP) og Prinsipper for person- og vareflyt (PPV).

Denne veilederen erstatter *Veileder for Hovedprogram* (2013) og *Veileder for Hovedprogram utstyr* (2013).

På grunnlag av et godkjent mandat fra eier for oppstart av konseptfasen (beslutning B2), starter arbeidet med å beskrive virksomhetsinnhold, dimensjonering, og overordnede funksjonelle og tekniske krav til bygg, utstyr og infrastruktur. Avklaringene sammenfattes i et hovedprogram. Basert på hovedprogrammet starter arbeidet med å utvikle og utrede alternative løsninger og konsepter.

Figur 1 viser faser og beslutningspunkter fra nasjonale og regionale føringer, via utviklingsplan, prosjektinnramming, konseptfase, forprosjektfase og fram til en investeringsbeslutning (beslutning B4).



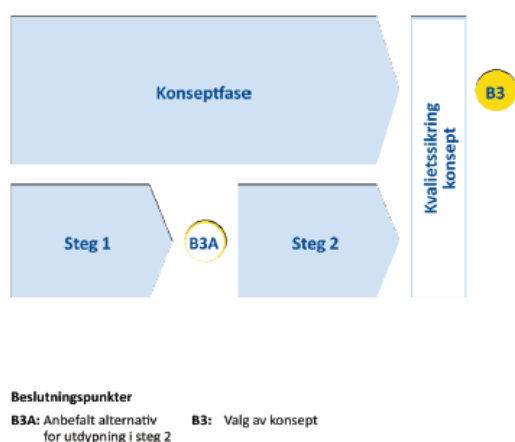
Figur 1 Faser og beslutningspunkter fra nasjonale og regionale føringer til investeringsbeslutning. Tidligfasen er markert innenfor stiple linje, mens beslutningspunktene er markert som gule sirkler.

Utarbeidelse av hovedprogram skjer i steg 1 av konseptfasen. I det første steget klargjøres premissene for innholdet i bygget i form av et hovedprogram, for deretter å identifisere, utvikle og utrede alternative konsepter (muligheter) for hvordan premissene (programmet) kan løses i form av fysiske løsninger. Hovedprogrammet skal altså klargjøre prosjektets forutsetninger for tiltaket.

Premissene skal baseres på utviklingsplanen og evt. andre føringer og behovsanalyser i tråd med den utviklingsretning helseforetaket har beskrevet.

I den grad det ikke er avklart hvilken virksomhet som skal inngå i prosjektet, omfanget av den eller hvordan den skal drives, må dette gjøres i steg 1 av konseptfasen og inngå i hovedprogrammet.

Etter en alternativvurdering i steg 1 av konseptfasen, godkjennes hovedprogram og hovedalternativ som grunnlag for videre utdyping i form av detaljerte skisser med tilhørende kalkyler og utredninger (beslutning B3A), slik vist i figur 2.



Figur 2: Prinsippskisse som viser hvordan konseptfasen utføres i to steg: Steg 1: Hovedprogram og alternativutredning. Steg 2: Valg av det alternativet som skal utdypes gjøres som regel av prosjektorganisasjonen i en beslutning benevnt B3A

Hovedprogrammet består av fem delprogram:

1. Funksjon
2. Teknikk
3. Utstyr
4. Overordnet IKT konsept
5. Rom og areal

Ca. 80 % av hovedprogrammet vil være klart i steg 1 av konseptfasen, mens programmet kompletteres parallelt med utarbeidelsen av skisse og kalkyler i steg 2. Hensikten med hovedprogrammet er å gi et godt grunnlag for den videre planlegging og prosjektering.

I arbeidet med hovedprogrammet må det sikres en god prosess med involvering fra brukere, ansatte, tillitsvalgte og vernetjenesten. Det må i forkant utarbeides en prosedyre for samhandling mellom prosjekteier, prosjektorganisasjon og helseforetaket (sykehus). Styrings- og samhandlingsstrukturen må godkjennes av prosjekteier.

1 Funksjon

Den første delen i hovedprogrammet omhandler funksjon. Et funksjonsprogram skal gi svar på fem spørsmål:

- 1 *Hva er dagens situasjon for virksomhet og bygg?*
- 2 *Hvilke funksjonsområder¹ skal det nye bygget inneholde?*
- 3 *Hvilken kapasitet skal funksjonene ha?*
- 4 *Hvordan skal funksjonene henge sammen?*
- 5 *Hvilke funksjonskrav har de ulike funksjonsområdene som skal inngå i bygget?*

Når de fire første spørsmålene er besvart starter arbeidet med å beskrive overordnede krav til de ulike funksjonsområdene. Denne type krav omtales her som funksjonskrav. Funksjonskrav kan defineres som en beskrivelse av hvilke funksjoner som en løsning skal tilfredsstille.

I motsetning til en spesifisering av detaljkrav vedrørende mål, materialbruk, utforming etc. vil funksjonskrav gi rådgivere og leverandører større mulighet til å benytte ferske erfaringer og kompetanse på en kostnadseffektiv måte.

1.1 Hva er dagens situasjon for virksomhet og bygg?

Funksjonsprogrammet bør innledningsvis ha en enkel (ikke omfattende) beskrivelse av dagens virksomhet. Denne kan kopieres fra utviklingsplanen og evt. oppdateres i dialog med helseforetaket. I beskrivelse av nå-situasjonen kan følgende punkter inngå:

- Pasientens helsetjeneste – kvalitet og brukertilfredshet
- Pasientbehandling – aktivitet og kapasitet
- Oppgavedeling, samhandling, organisering og ledelse
- Bemanning og kompetanse
- Forskning og innovasjon
- Økonomi
- Teknologi og utstyr
- Dagens bygg – tilstand og muligheter

I forbindelse med punktet «Dagens bygg -tilstand og muligheter» må det gjøres en kartlegging av verneomfang for å avklare handlingsrom i videre planlegging.

1.2 Hvilke funksjonsområder skal bygget inneholde?

I dette kapitlet beskrives hvilken virksomhet som inngår i prosjektet, og hvordan denne er tenkt organisert.

Oppstart av arbeidet med et hovedprogram forutsetter at mulighetsrommet i form av virksomhetsinnhold, struktur og samfunnseffekter av det tiltaket som planlegges er tilstrekkelig vurdert i arbeidet med helseforetakets utviklingsplan. Det betyr at hovedprogrammet kun skal

¹ Eksempel på et funksjonsområde kan være operasjon, billeddiagnostikk, poliklinikk etc.

understøtte en alternativvurdering av konsepter, tomtevalg og bygningsmessige løsninger.

I den grad virksomhetsinnhold og virksomhetsmodell likevel ikke er avklart i utviklingsplan eller i arbeidet med prosjektinnrammingen, må dette gjøres i arbeidet med hovedprogrammet og første del av konseptfasen.

I beskrivelse av fremtidsbildet kan de samme punktene i beskrivelsen av dagens situasjon benyttes:

- Pasientens helsetjeneste – kvalitet og brukertilfredshet
- Pasientbehandling – aktivitet og kapasitet
- Oppgavedeling, samhandling, organisering og ledelse
- Bemanning og kompetanse
- Forskning og innovasjon
- Økonomi
- Teknologi og utstyr

1.3 Hvilken kapasitet skal funksjonene ha?

De dimensjonerende forutsetningene for framtidig virksomhet i helseforetaket og konsekvensene av endringer, er beskrevet i utviklingsplanen. Utredningene som gjøres i forbindelse med byggeprosjektet skal i hovedsak bygge på disse. Det vil likevel være behov for en kvalitetssikring, avgrensing og evt. detaljering av den framskriving som er foretatt i arbeidet med utviklingsplanen.

Eksempler på dimensjonerende forutsetninger kan være:

- Utnyttelsesgrad av sengeplasser
(85% utnyttelsesgrad betyr f.eks. at hver seng er i bruk 310,25 dager pr. år)
- Antall dager åpent pr år
(Dette gjelder hovedsakelig poliklinikker som kan ha stengt i helger, høytidsdager og evt. på grunn av ferieavvikling)
- Åpningstider
(Dette gjelder hovedsakelig for poliklinikk og dagområder, og man regner den tiden virksomheten er åpen for pasienter, f.eks. 8 eller 10 timer åpningstid pr dag.)
- Utnyttelsestider
(Dette gjelder f.eks. operasjonsrom, billediagnostiske prosedyrer etc.)

Det anbefales at framskriving av aktivitet bygger på regionale analyser og utføres ved hjelp av Nasjonal modell for framskriving. Det må unngås at det må gjennomføres nye beregninger i hver planfase, med ulike metoder, aktivitetsgrunnlag og framskrivningshorisonter.

Nasjonal framskrivningsmodell er eid av de fire regionale helseforetakene og kan beregne et framtidig kapasitetsbehov ut fra framskrevet aktivitet. Framskrivningsmodellen inneholder et sett av standard kvalitative faktorer for endringer i framtidig aktivitet utover demografisk framskriving. Endringsfaktorene settes av prosjekteier. Modellen gjør det mulig å simulere ulike scenarier for åpningstider og utnyttingsgrader slik at endringer i disse forutsetningene kan synligjøres.

Nasjonal bemanningsmodell er utviklet for å identifisere det framtidige behovet for helsepersonell. Kompetansebehovet beregnes blant annet på grunnlag av framskrevet aktivitet.

1.4 Hvordan skal funksjonene henge sammen?

Et sykehus består av en rekke funksjonsområder som må henge sammen for å kunne bidra optimalt til gode behandlingslinjer og pasientflyt. For eksempel må akuttmottaket ha lett tilgang til nødvendig billeddiagnostikk, operasjonsrommene må henge sammen med oppvåkningen, ekspedisjonen må være tilgjengelig for de som skal benytte tjenestene, osv.

For å kunne planlegge fysiske løsninger som skal understøtte god pasientbehandling og effektiv drift, er det nødvendig å forstå behandlingslinjene for pasienter som skal benytte det nye bygget. Behandlingslinjen skal være forankret i faglig evidens og koblet til effektiv ressursutnyttelse og målbare resultater.² Behandlingslinjene skal gi grunnlag for å kunne illustrere hvordan den totale flyten av pasienter optimalt skal være innenfor sykehuset. Dette inkluderer alle bevegelser av pasienter, f.eks. til og fra ventemomenter, henvendelse til ekspedisjoner og selvregistreringsautomater, bevegelser i diagnostikk- og behandlingsarealer etc. Det kan være hensiktsmessig å skille på akutte og planlagte (elektive) forløp.

På grunnlag av pasientflyten skal det illustreres hvordan personellet må bevege seg for å understøtte behandlingslinjer og pasientflyt. Når den optimale personflyten er definert og illustrert vil det være klart for å planlegge hvordan flyten av varer må være for å understøtte pasientflyten og arbeidsprosessene.

God flyt av varer er et virkemiddel for å oppnå god funksjonalitet, fremme gode og effektive arbeidsprosesser samt å sikre en optimal driftsøkonomi. Overordnede logistikkprinsipper må ligge til grunn for plassering av både funksjons-, lager og transportarealer.

I arbeidet med hovedprogrammet skal det avklares hvilke prinsipper for person- og vareflyt som skal legges til grunn for den videre planleggingen.

Det finnes flere metoder for å beskrive og illustrere prinsipper for person- og vareflyt. Tjenestedesign, også kalt servicedesign, er en metodisk og kreativ tilnærming til å utvikle tjenester ved å sette brukeren i sentrum for utviklingsprosessen. På den måten kan tjenestedesignerne utvikle og organisere mer verdifulle, effektive og helhetlige tjenester, som svarer på reelle brukerbehov.

I arbeidet med å beskrive og illustrere funksjonssammenhenger inngår en analyse av behovet for nærhet mellom ulike funksjonsområder. For å kunne gjøre en slik analyse er det viktig å konkretisere hvordan man forstår begrepet nærhet. I noen tilfeller kan tilgjengelighet redusere behovet for en fysisk nærhet, i andre tilfeller vil det være avgjørende at funksjonene ligger vegg i vegg.

Om behovet for nærhet omfatter en fysisk nærhet, er det også ulike grader av dette: Innenfor samme rom, innenfor samme sone, vegg i vegg med dør imellom, innenfor samme bygg, innenfor

² <http://legeforeningen.no/Emner/Andre-emner/Kvalitet/Kvalitetsforbedring---hva-er-det-og-hvordan-gjores-det/Forbedringsmetoder--organisasjon-prosess-og-ledelse/Behandlingslinjer--en-systematiseringsmetode/>

samme helseforetak etc.

Moderne kommunikasjonsteknologi gjør at det i dag er mulig å etablere en opplevd nærhet som tidligere ikke var mulig. Dette vil også påvirke hvordan ulike funksjoner bør plasseres i forhold til behandlingslinjer og en optimal pasientflyt.

1.5 Hvilke funksjonskrav har de ulike funksjonsområdene?

Denne delen av hovedprogrammet skal beskrive de overordnede funksjonelle krav til bygg, utearealer, utstyr og infrastruktur. Dette gjøres for alle funksjonsområder.

2 Teknikk

Den andre delen i hovedprogrammet omhandler teknikk.³ Programdelen skal definere ambisjonsnivået for tekniske løsninger og bygningsdesign på et overordnet nivå. Programmet skal vise overordnede krav til bygningsutforming, teknisk infrastruktur, energieffektivitet, miljøbelastning, sikkerhet, transportløsninger og tekniske systemer. Programmet skal i tillegg definere hvilke delområder som skal risikovurderes (ROS), kostnadsvurderes (LCC) og livssyklusvurderes (LCA).

2.1 Hva er ambisjonsnivået for tekniske løsninger?

Formålet med programdel teknikk er å legge de overordnede føringer for eieres og brukeres funksjonskrav til bygnings- og installasjonstekniske løsninger for det aktuelle prosjektet. Dette skal være retningsgivende for den videre programmering og prosjektering.

Delprogram teknikk kan enten utformes som et tradisjonelt tekstdokument eller som en prosjektspesifikk kravliste som inkluderer ansvar og rollefordeling. Hensikten er for begge variantene at føringer som har betydning for kostnader og design blir fanget opp før utarbeidelse av skisser, kostnadskalkyler og usikkerhetsanalyser.

Fordelen med en brutto kravliste som tilpasses og utformes til en prosjektspesifikk kravliste gjør at metoden effektiviserer arbeidet med å utarbeide overordnede krav. En ulempe med slike kravlister kan være at løsninger låses og detaljeres for tidlig i planleggingen.

I det følgende vises et eksempel på bruk av en prosjektspesifikk kravliste som del av hovedprogrammet. Listen over teknisk krav er delt i følgende kategorier:

1. Tverrgående føringer / tverrfaglige prinsipper
2. Bygning
3. VVS
4. Elkraft
5. IKT, tele og automasjon
6. Andre installasjoner
7. Utendørs
8. Spesialrom

Spesifikk kravliste for det enkelte prosjekt utarbeides ved å krysse av for relevans. Hvert enkelt prosjekt kan generere tilleggskrav.

Krav i databasen skal ikke slettes, dvs. etter hvert som dette verktøyet blir tatt i bruk vil lista med krav utvides slik at andre prosjekt kan ta stilling til om kravet er relevant eller ikke. Rød tekst er overskrift fra Bygningsdelstabell - NS 3451. De er ment som sjekkliste over tema som kan være relevant. Disse overskriftene krysses ut når endelig liste utarbeides.

³ I ny Veileder for tidligfasen i sykehusbyggprosjekter (2017) utgår Overordnet teknisk program (OTP) som selvstendig dokument.

Formatet på tabellene er slik at de kan føres over i et word-dokument, og det er kun de hvite feltene som skal overføres til rapport. På sikt skal regnearket konverteres til en web-applikasjon. Det er utarbeidet dokumentmal med tekst som skal benyttes sammen med regnearket.

BYGNING									
NS3591	20	SPD ?	Relevant ?	Bygning, generelt	Eier av krav	Ansvar	Rapportering	Kontroll	Kommentar
	01	SPD	x	Det skal fokuseres på kompakt bygningsform, enkel geometri, minst mulig omhyllingsflate og minst mulig sprang i plan, snitt og fasader	BH	ARK	Beskrivelse arkitekt		
	02	SPD	x	Det skal fokuseres på arealeffektivitet (brutto/nettofaktor).					
	03	SPD	x	Det skal vurderes bruk av WPS (weather protection system) for å redusere fuktproblemer i hele bygget eller deler av det i					Mest aktuelt hvis massivtre
	04	SPD	x	Alle bygningsmessige og tekniske løsninger må ivaretas med lave LCC-kostnader					
	05	SPD	x	Det skal velges materialer som legger til rette for et godt innemiljøet					
	06	SPD	x	Rom og utstyr med strålefare må avklares					
	07	SPD	x	Materialer, overflater og overflatebehandling skal tilpasses aktuelt bruksområde					
	08	SPD	x	Det skal legges til rette for prefabrikkerte rom og repeterbare løsninger					

Figur 3 Utsnitt fra kravliste teknikk

I det følgende beskrives hvilke temaer som inngår under de ulike kategoriene av tekniske krav:

1. Tverrgående føringer / Tverrfaglige prinsipper

- Offentlige bestemmelser
- Generalitet, fleksibilitet og elastisitet (tilpasse nye funksjoner, endre arealer, utvide/nedskalere)
- Arkitektur
- Standardisering og industrialisering
- Teknisk infrastruktur
- Forvaltning, drift, vedlikehold og utvikling (FDVU)
- Logistikk, personflyt, vareflyt
- Sikkerhet og tilgjengelighet
- Brannstrategi
- Teknisk forsyning og forsyningsstrategi
- Reservekapasitet
- Tilpasning til eksisterende bygninger
- ROS-analyser
- LCC-analyser
- Energi
- Miljø

2. Bygning

- Bygning, generelt
- Grunn og fundamenter
- Bæresystemer
- Yttervegger
- Innervegger (inklusive kledning på innvendig side av yttervegg)
- Dekker
- Yttertak
- Fast inventar
- Trapper, balkonger m.m.
- Andre bygningsmessige deler

3. VVS-installasjoner

- Generelt vedr. VVS-installasjoner
- Sanitær

- Varme
- Brannsløkking
- Gass og trykkluft
- Prosesskjøling
- Luftbehandling
- Komforkjøling
- Vannbehandling
- Andre VVS-installasjoner

4. Elkraft

- Elkraft generelt
- Basisinstallasjon for elkraft
- Høyspent forsyning
- Lavspent forsyning
- Lys
- Elvarme
- Reservekraft
- Andre elkraftinstallasjoner

5. IKT, tele og automasjon

- IKT generelt
- Baseinstallasjon for IKT og automatisering
- Integreert infrastruktur
- Telefoni og kommunikasjon
- Lyd og bildesystemer
- Automatisering
- Instrumentering
- IKT Sykehusteknologi, andre installasjoner for tele og automatisering

6. Andre installasjoner

- Andre installasjoner, generelt
- Prefabrikkerte rom
- Person- og varetransport
- Transportanlegg for småvarer mv.
- Sceneteknisk utstyr
- Avfall og støvsuging
- Fastmontert spesialutrustning for virksomhet
- Løs spesialutrustning for virksomhet
- Andre tekniske installasjoner

7. Utendørs

- Utendørs, generelt
- Bearbeidet terreng
- Utendørs konstruksjoner
- Utendørs røranlegg
- Utendørs elkraft
- Utendørs tele og automatisering
- Veier og plasser
- Parker og hager
- Utendørs infrastruktur
- Andre utendørs anlegg

8. Spesialrom

- Generelt vedrørende spesialrom
- Operasjonsstuer
- Produksjon av sterile legemidler
- PCR-laboratorier (virologiske laboratorier)
- Håndtering av celler og vev
- Hotlab nukleærmedisin
- PET radiofarmaka
- Luftsmitteisolat/sputum/bronkoskopi
- Laboratorium inneslutningsnivå 3
- Laboratorier for håndtering av forsøksdyr

For planlegging av spesialrom, smittevern og logistikk vises det til egne veiledere for disse.

3 Utstyr

Den tredje delen i hovedprogrammet omhandler utstyr. Programmet skal gi overordnede føringer og retningslinjer for arbeid med utstyr i prosjektene. Programdelen erstatter «Veileder for hovedprogram utstyr i sykehusprosjekter» som ble utgitt av Helsedirektoratet i 2013. Utstyr er tett knyttet opp mot funksjon, og er i stor grad en følge av de funksjoner og kapasiteter som er lagt inn.

Utstyrsdelen av hovedprogrammet skal:

- definere begreper og avgrensninger
- avklare mål og overordnede føringer
- etablere overordnede strategier for valg av utstyr
- beskrive utviklingstrekk som påvirker areal, funksjon og valg av utstyr
- inneholde en kort beskrivelse av utstyrsforutsetninger for de enkelte funksjonsområdene
- avklare prinsipper for gjenbruk av utstyr

3.1 Byggutstyr og funksjonsutstyr

I større utbyggingsprosjekter skilles det som regel mellom utstyr som inngår som en del av byggets infrastruktur og som prosjekteres og kalkuleres som en del av innredningsentrepriser eller tekniske entrepriser, *byggutstyr*, og utstyr som er en følge av funksjonen som skal utføres i det enkelte rom, *funksjonsutstyr* (tidligere kalt *brukerutstyr*). Funksjonsutstyr omfatter alt medisinsk teknisk utstyr.⁴

Hovedprogram utstyr beskriver i hovedsak funksjonsutstyr. I hvert prosjekt må det tas stilling til hvilke utstyrs kategorier som skal behandles som funksjonsutstyr og hvilke avgrensninger som gjelder.

3.2 Målsetninger og overordnede føringer

I arbeidet med hovedprogrammet må det tas stilling til hvilke overordnede målsettinger og føringer som skal legges til grunn ved planlegging og anskaffelse av utstyr. Dette omfatter også en kvalitetssikring av at konsekvenser, overordnede valg og strategier innenfor andre deler av hovedprogrammet er ivare tatt også når det gjelder utstyr. Det må tas stilling til hvilket ambisjonsnivå prosjektet skal ligge på, både når det gjelder budsjettering og valg av utstyr.

3.3 Strategier for valg av utstyr

Her vil det være aktuelt å avklare grad av blant annet standardisering og sambruk som skal legges til grunn i utstyrsplanleggingen.

Standardiserte løsninger gjennom tverrgående systemvalg bidrar erfaringsmessig til måloppnåelse med hensyn til å overholde kostnader i et utstyrsprosjekt, men kan oppleves som mindre fleksibelt i brukermiljøene. Standardløsninger må ta hensyn til dokumenterte, fungerende løsninger og kan ikke lett tilpasses til «det siste» innen teknologi. Utstyrsprosjektet må tidlig ta stilling til hvordan

⁴ Dette omfatter også det som tidligere ble kalt "grunnutstyr" og inventar

standardløsninger skal vektes mot den nyeste teknologi.

Hovedprogrammet bør:

- Beskrive målsettinger for standardisering av utstyr og overordnede systemvalg. Dette gjelder både ordinært utstyr og informasjons- og kommunikasjonsutstyr
- Foreslå hvilket utstyr som evt. skal inngå i en utstyrspool eller standardiseres (eventuelt i et fåtall varianter)
- Oppmuntre sykehuset til å ha et bevisst forhold til bruk eller opprettelse av rammeavtaler og opsjoner med tanke på standardisering og forestående anskaffelser.

3.4 Teknologisk utvikling og utstyrskonsekvenser

Utstyrs- og teknologiutviklingen går raskt. Helt nye utstyrløsninger kan gi funksjonalitet som har konsekvenser for forutsetningene i hovedprogrammet. Ny teknologi som ikke er tilstrekkelig utprøvd kan innebære risiko for prosjektet, men det kan likevel være grunner til å åpne for dette innenfor enkelte områder. Dette må prosjektet ta stilling til.

Utstyrsplanleggingen må være tilstrekkelig fleksibel, slik at de prosjekterende får den nødvendige informasjon til riktig tid, men også sørge for at tidlige valg ikke låser senere muligheter som dukker opp underveis mot ferdigstilt sykehus.

I arbeidet med hovedprogrammet bør det gjøres en vurdering av teknologiutviklingen innen utstyrskategoriene og hvordan dette vil påvirke prosjektet. I dette inngår også en vurdering av grensesnitt, spesielt mot IKT-løsninger.

3.5 Vurdering av gjenbruk

I konseptfasen utarbeides det en kalkyle for funksjonsutstyr. En viktig del av dette arbeidet er å vurdere mulighet for gjenbruk eller flytting av utstyr fra eksisterende virksomhet til nytt sykehus. Utstyrsinvesteringer helseforetaket planlegger å gjøre og gjør i løpet av prosjektperioden inngår i denne vurderingen.

Programdel utstyr bør gi føringer for hvilke kriterier man vil legge til grunn for vurdering av gjenbruk. Det vises til nasjonale standarder vedrørende levetid for MTU. Dersom det er hensiktsmessig kan nåsituasjonen for helseforetaket beskrives kort

4 Overordnet IKT Konsept (O IKT Konsept)

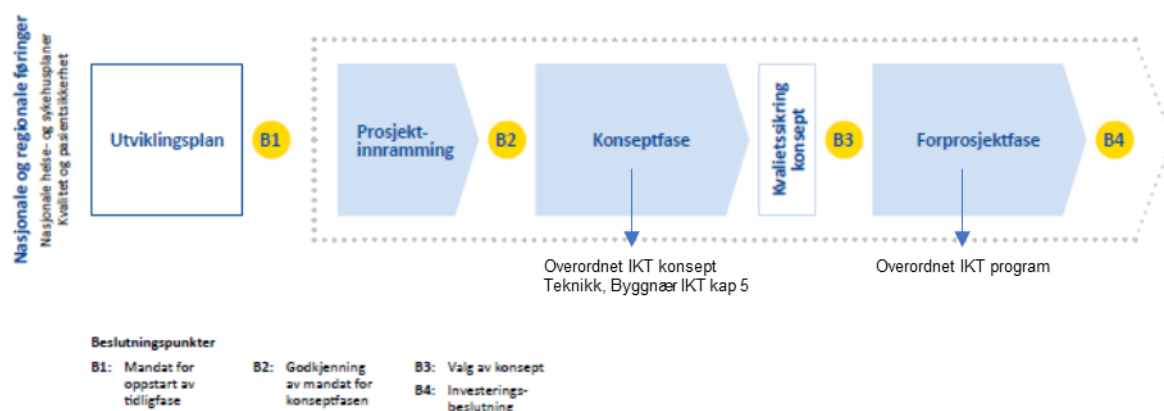
Den fjerde delen av hovedprogrammet omhandler IKT. IKT-leveranser og arbeider ivaretas av mange aktører gjennom regionale prosjekter eller løsninger, regionale IKT leverandører, helseforetaket eller byggeprosjektet.

For å sikre oppnåelse av definerte mål for det nye bygget og en kontrollert prosess med å ta det i bruk, er det nødvendig å gi en samlet oversikt over planer for IKT.

Norsk Standard for Bygningsdelstabellen, som brukes i planlegging av nye bygg, ivaretar ikke nødvendig og hensiktsmessig inndeling av IKT-løsninger i sykehusprosjekter. Det er derfor nødvendig å legge til elementer i kap. 5 og kap. 8 for også å ivareta IKT Sykehusteknologi samt prosjektgjennomføring og grensesnitt.

4.1 Hvilke dokumenter skal etableres i konseptfasen?

Figuren under viser at «Overordnet IKT konsept» inngår i konseptfasen, mens «Overordnet IKT Program» inngår i forprosjektfasen. Illustrasjonen viser at teknikk-delen av hovedprogrammet, kapittel 5 Telle og automatisering (IKT) må gjennomgå for å sikre at den er tilpasset IKT konseptet.



Figur 4: Tidligfase og IKT planlegging

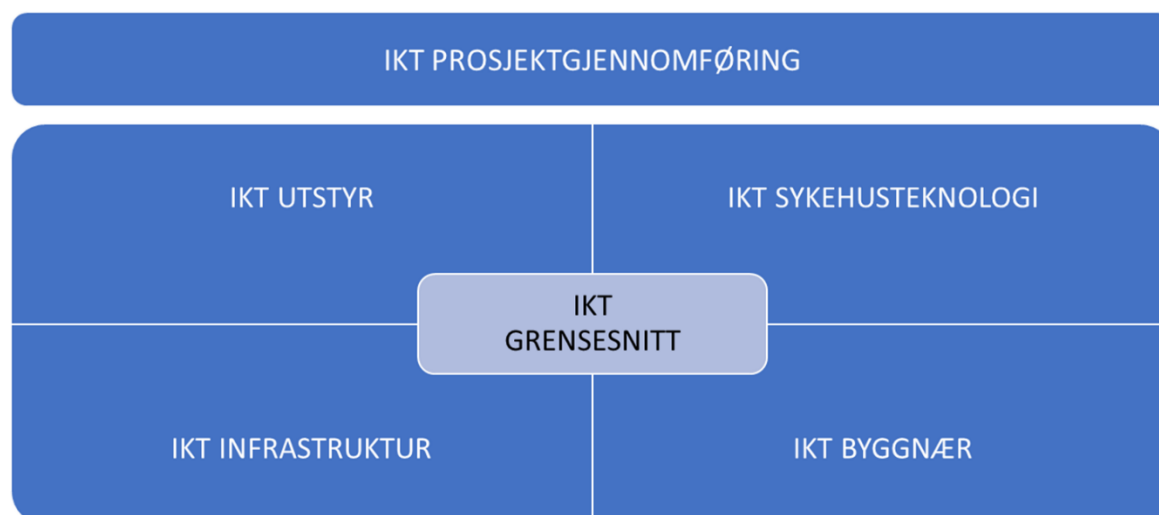
For nye byggeprosjekter skal det i konseptfasen utvikles følgende planverk for IKT:

- Et overordnet IKT konsept, som gir føringer for leveranser av teknologi og IKT i sykehusbyggeprosjektet, og som gir en overordnet beskrivelse av hvilke IKT-løsninger, integrasjoner og tilpasninger av disse som legges til grunn, for nytt sykehus.
- Et overordnet teknisk program som del av hovedprogrammet (del II) der kapittel 5 er tilpasset for å ivareta alle elementer innen IKT.
- En oversikt over leveranseomfanget for IKT som underlag for kalkyle/budsjett.

4.2 Sentrale områder innenfor IKT i sykehusprosjekter

IKT i sykehusprosjekter kan deles opp i følgende seks sentrale områder:

1. IKT BYGGNÆR (*nært bygget, tradisjonelle anlegg*)
2. IKT INFRASTRUKTUR (*basis infrastruktur slik som datanettverk/telefoni*)
3. IKT SYKEHUSTEKNOLOGI (*spesiell IKT infrastruktur for sykehus*)
4. IKT UTSTYR (*brakerutstyr endeutstyr/periferiutstyr*)
5. IKT PROSJEKTGJENNOMFØRING
6. IKT INTEGRASJONER (*som skaper merverdi mellom leveranser*)



IKT områder i sykehusbyggprosjekter

1. IKT BYGGNÆR

IKT BYGGNÆR defineres som den mer tradisjonelle, grunnleggende delen av IKT og gjerne den del av teknologien er tett integrert med bygget. Det gjelder blant annet fysisk nettverk, kommunikasjonsrom, serverrom, TV og distribusjonsanlegg, pasientsignalanlegg, infrastruktur for mobilnett og nødnett, osv.

2. IKT INFRASTRUKTUR

IKT INFRASTRUKTUR er selve nervesystemet i et sykehus og er nødt til å være robust og stabilt med stor kapasitet. Det meste av teknikk og utstyr vil benytte infrastrukturen. Infrastruktur består av nettverksteknologi (trådbasert og trådløst, kommunikasjonsteknologi (trådbasert og mobil), meldingsinfrastruktur med mer. Infrastrukturen er virksomhetskritisk i et sykehus, og skal behandles særskilt i den videre planprosessen.

3. IKT SYKEHUSTEKNOLOGI

IKT SYKEHUSTEKNOLOGI er den del av IKT som gjerne er spesiell for sykehus og funksjoner i sykehus. Dette området omfatter infrastruktur kombinert med applikasjoner som yter kritisk IKT-støtte til pasientbehandling, drift og styring av virksomheten. Det gjelder IKT-støtte til funksjon og ytelse ved medisinsk teknologi og medisinsk utstyr, IKT støtte til arbeidsprosesser, kommunikasjon

og samhandling, klinisk beslutningsstøtte, styringsinformasjon, logistikk og ressursutnyttelse. Supplering av nødvendige IKT områder for moderne sykehusprosjekter.

Dette er et område i stadig utvikling og vanskelig å forutsi både valg av løsninger og investeringsbehov/kostnader, med dertil størst usikkerhet i kalkylesammenheng. Generelt er det store forventninger hos beslutningstakere til at innovative og gode digitale løsninger forbedrer kvalitet og effektivisering innen aktiviteten på sykehus.

4. IKT UTSTYR

Det vil være behov for et vidt spekter av nytt utstyr, det vil være alt fra datamaskiner, nettbrett, smarttelefoner, skjermer, skrivere, dikteringsutstyr med mer. Løst brukerstyr/periferiutstyr estimeres som del av hovedprogrammet, og samles senere som IKT utstyr. Servere og annet grunnutstyr for IKT håndteres innenfor IKT utstyr.

5. IKT PROSJEKTGJENNOMFØRING

Det er et betydelig antall timeverk som benyttes for å gjennomføre omfattende og komplekse IKT program med tilhørende porteføljer med prosjekter og leveranser fra både leverandører og interne avdelinger (regionale IKT leverandører). Typiske områder som skal ivaretas: Gjennomføring, koordinere leveranser/prosjekt, styring og risikostyring, arkitektur, migrering, implementering, testing, opplæring, endringsledelse, gevinstrealiseringsplaner, koordinering og håndtering av integrasjoner.

Behovet for prosjektstyring og koordinering øker proporsjonalt med prosjektets størrelse og kompleksitet. For et sykehusprosjekt på en viss størrelse må det påregnes å utføre et omfattende arbeid innenfor dette området. Fokus på dette arbeidet bør anses som en suksessfaktor for å kunne gjennomføre et vellykket prosjekt. Videre vil et betydelig arbeid gjennomføres for å håndtere grensesnitt og lage gode integrasjoner mellom IKT og byggteknikk samt medisinsk teknisk utstyr og andre teknologiske løsninger.

Sammenhengen mellom arbeidsprosesser, informasjon og teknologi bør også vektlegges i en tidlig fase av prosjektgjennomføringen. Dette vil kunne bidra til at det utvikles og implementeres løsninger som understøtter de arbeidsprosessene som etableres i det nye sykehuset på en god måte. Det er også viktig at det legges vekt på god opplæring og endringsledelse i forbindelse med innføringen av nye løsninger, spesielt innenfor området sykehusteknologi.

6. IKT INTEGRASJONER

En helhetlig IKT løsning er avhengig av en rekke grensesnitt og integrasjoner mellom nye og gamle systemer. Informasjonsutveksling i form av integrasjoner vil måtte etableres mellom flere av områdene innenfor f.eks. IKT BYGGNÆR, IKT SYKEHUSTEKNOLOGI, IKT UTSTYR.

Det er i tillegg både mulig, samt forventet, høy grad av automatikk og integrasjoner mellom IKT og byggteknikk, samt mellom IKT og Medisinsk teknisk utstyr.

4.3 Innhold i overordnet IKT konsept

Innholdet i overordnet IKT konsept vil variere ut fra prosjektets størrelse, ambisjon og kompleksitet.

Overordnet IKT konsept skal som del av hovedprogrammet danne grunnlag for å utarbeide skisseprosjekt samt redegjøre for kostnadskalkyle.

Overordnet IKT konsept utarbeides i konseptfasen i samarbeid med rådgivende ingeniører og regionale IKT leverandører samt gjennom medvirkning fra brukere og ansatte. Resultat fra arbeidet skal resultere i følgende dokumenter:

- Overordnet IKT konsept
- Hovedprogram Teknikk tilpasset med tillegg for IKT
- Leveranseoversikt som underlag for kalkyle

Hovedformålet med å utarbeide et overordnet IKT konsept, er å få en overordnet oversikt over hva som sannsynligvis skal leveres og hvor mye dette estimeres å koste av investeringer.

Omfanget på innholdet i et overordnet IKT konsept vil variere i forhold til byggeprosjektets størrelse. I mindre prosjekter vil man ha hovedfokus på den teknikk-delen av hovedprogrammet med et tillegg for IKT, samt en initial leveranseoversikt som underlag for kalkyle.

I større sykehusprosjekter vil omfanget i en overordnet IKT konsept-rapport kunne være langt mer omfattende, og følgende kapitteloverskrifter kan være aktuelle:

- Formål og organisering av arbeidet
- Nasjonale, regionale og lokale strategiske føringer for IKT
- Lokale strategiske føringer, ambisjonsnivå og risikobetraktninger
- Overordnede teknologiske målsetninger
- Sentrale interessenter og avhengigheter med andre prosjekter
- Overordnet struktur/inndeling i prosjektportefølje
- Overordnet teknologiføringer
- Overordnet tidslinje/plan
- Overordnet kalkyle/budsjett
- Overordnet styringsmodell
- Gevinstrealisering og organisasjonsutvikling
- Vedlegg: Leveranseoversikt med kalkyle
- Kort plan for å etablere Overordnet IKT program

4.4 Teknikk, med tillegg for IKT

Teknikk-delen av hovedprogrammet skal være et overordnet dokument i planleggingen av teknikk for sykehusprosjektet. Kapittel 5 i Norsk Standard for Bygningsdelstabellen, opprinnelig benevnt Tele og automatisering, ivaretar en del av IKT, hovedsakelig bygnær IKT og basis infrastruktur. Men standarden ivaretar ikke en tidsriktig oppdeling samt budsjettering av IKT-løsninger i sykehus.

For å få en bedre oversikt over IKT i et sykehusprosjekt, er det derfor viktig i konseptfasen å opprette tilleggselementer for å ivareta også mer moderne IKT og spesielle leveranser for sykehus, IKT Sykehus teknologi. Teknikk-delen i hovedprogrammet danner grunnlaget for kalkulasjon av nødvendige poster innen IKT i byggeprosjekter. Kapittel 5.9 tas i bruk for å ivareta IKT Sykehus teknologi på en bedre måte.

4.5 Leveranseoversikt som underlag for kalkyle

I konseptfasen skal det også utarbeides en oversikt over sannsynlig leveranseomfang for prosjektet som underlag for kalkyle. Dette gjøres helst i et regneark og på såkalt 2-siffer nivå. Basert på erfaringstall legges det inn kvadratmeterpris pr anlegg/leveranse. I dette arbeidet er det viktig å ta med budsjettposter for IKT prosjektgjennomføring samt for IKT grensesnitt. Kostnadspostene for IKT prosjektgjennomføring og IKT grensesnitt føres under kap. 8 i totalkalkylen for prosjektet.

4.6 Planprosess

Overordnet IKT konsept bør utarbeides parallelt med hovedprogrammet. Det anbefales at arbeidet koordineres gjennom en felles prosjektgruppe mellom prosjekteier, regional IKT leverandør og Sykehusbygg. Gjennom møter i denne prosjektgruppen sikres tilstrekkelig koordinering og informasjonsutveksling mellom de forskjellige prosessene som går parallelt i konseptfasen.

Gjennomføring av medvirkning i IKT konsept kan organiseres gjennom de samme arbeidsgruppene (noen steder kalt medvirkningsgrupper, andre steder kalt brukergrupper) som er opprettet for utarbeidelse av konseptfasen. Hovedfokus i medvirkningsarbeidet er innen IKT Sykehus teknologi (digital samhandling, tilkallingsløsninger, selvinnsjekkløsninger, informasjonstavler, sikkerhetsløsninger, telemedisin m.m.)

Arbeidet med Bygnær IKT gjøres i samarbeid med rådgivende ingeniører for prosjektet. Det er hensiktsmessig å avklare hvilke deler av Bygnær IKT som RIE vil håndtere videre i prosjektet for kalkyle samt hvilke områder de skal utarbeide underlag/funksjonsbeskrivelser for som del av en entreprenørs leveranser (typisk fysisk kabling som sprednett og stamnett/fiber, KR rom, føringsveier og montasjearbeider).

Arbeidet med IKT Infrastruktur (nettverksteknologi, meldingsinfrastruktur, telefoniteknologi fast og trådløs m.m.) skjer i samarbeid med regional IKT leverandør.

IKT utstyr (PCer, nettbrett, skrivere, skjermer, PACS arbeidsstasjoner, dikteringsutstyr, servere og

digital lagring m.m.) planlegges i forbindelse med hovedprogram for utstyr. Deler av IKT utstyret leases, men det er viktig at det avsettes midler til å håndtere merkostnader for leveranser av utstyret i byggeprosjektet, slik som utpakking, montasje, tilpasning og omfattende testing.

4.7 Overordnet IKT program etableres i forprosjektfasen

I etterfølgende forprosjektfase utarbeides et overordnet IKT program, som i skal gi en bedre oversikt over hva som skal leveres av IKT samt av hvem, hvordan dette skal anskaffes, samt når.

Følgende innhold kan være aktuelt for overordnet IKT program:

- Organisering
- Ansvarsområder og fordeling
- Avhengigheter og forutsetninger
- Tidslinje/Plan
- Programutarbeidelser/Prosjektporteføljer
- Struktur og system
- Anskaffelsesstrategi/Sourcingstrategi
- Overordnet arkitekturplan
- Funksjonsinndeling og –valg
- Overordnet teknisk løsningsvalg
- Innovasjonsplan og ambisjonsnivå
- Forbedret kalkyle budsjett/prioriteringer

5 Rom og areal

Den femte delen i hovedprogrammet omhandler rom og arealer. Her kan man velge å samle de arealtabeller og romlister som er grunnlag for hovedprogrammet.

Om arealtabeller inngår i funksjonsprogrammet (del I av hovedprogrammet) kan del 5 Rom og arealer utgå. For romlister kan det henvises til romdatabase (dRofus).

5.1 Klassifikasjonssystemet for helsebygg

Ved beskrivelse av funksjonsområdene skal nomenklaturet til «Nasjonal Database for klassifisering av helsebygg» benyttes. Klassifikasjonssystemet deler alle arealer i sykehusbygg inn i hovedfunksjoner, delfunksjoner og rom. Alle arealer inndeles i 12 hovedfunksjoner med tilhørende delfunksjoner.

Nærmere forklaringer til nomenklaturet i klassifikasjonssystemet og en beskrivelse hva funksjonene omfatter kan lastes ned fra <https://klassifikasjonssystemet.no/>.

Til hvert romnavn skal det knyttes et areal. Det angis som netto funksjonsareal (NTA) som tilsvarer arealet i rommet målt innenfor veggene. Sum arealer for en delfunksjon eller et område i et bygg vil i klassifikasjonssystemet avvike fra NTA ettersom transportarealer og tekniske rom er klassifisert under egne hoved- og delfunksjoner. Grunnlag for beregning av arealbruk for f.eks. alle sengerommene i delfunksjonen «Normalsengeområde» er dermed summen av netto funksjonsarealer for alle rom som er nødvendige for å utføre funksjonen, eksklusiv transportarealer og tekniske rom.

Innvendig arealer kan også angis som netto bruksarealer (NTB), som tilsvarer alt areal for et område målt innenfor yttervegger. For beregning av arealer viser det ellers til NS 3940 «Areal- og volumberegninger av bygninger».

5.2 Standardromkatalog

Det anbefales at det benyttes en høy grad av standardisering av nye sykehusbygg ved erfaringsoverføring og gjenbruk av planleggingsgrunnlag fra tidligere prosjekter. Det finnes i den sammenheng flere metoder og verktøy. En nasjonal database for sykehusarealer gir en samlet oversikt over klassifiserte sykehusarealer.

En felles standardkatalog for sykehusarealer skal bidra til å øke kvaliteten på løsninger, redusere usikkerhet og kostnader knyttet til planlegging og gjennomføring. Katalogen er digitalisert og tilknyttet en romdatabase, og viser en rekke vanlige rom i sykehus. Her vises areal, utforming av rommet, hvordan rommet er plassert i forhold til andre rom med nærhetsbehov, hvordan rommet kan utstyres, etc.

Ved utvikling av romprogram skal standardromkatalog benyttes. Det foreløpige romprogrammet skal så langt det er mulig også omfatte tekniske arealer.

5.3 Romdatabase og BIM

I konseptfasens første del skal modellen være en ren volummodell hvor rom, avdelinger og bygningsavsnitt kan stables og flyttes som volumer for enkelt å kunne gjøre reelle vurderinger av forskjellige konsepter. Dette gjøres på grunnlag av de første romlistene eller areallistene. Det forutsettes at det benyttes verktøy som tillater en dynamisk bearbeiding av modellen «live» i møter med brukere og byggherren. Rommene eller avdelingene skal ha unik koding i samsvar med romprogrammet. Det skal være enkelt å kategorisere arealene ut fra bruk eller funksjonalitet, og visualisere dette.

I konseptfasens andre del, skisseprosjekt, skal modellen berikes med bygningsdeler, systemer og tekniske installasjoner tilstrekkelig til å få et realistisk bilde av behov for kommunikasjonsarealer og tekniske arealer. BIM-modellen av det ferdige skisseprosjektet skal være konsistent med Hovedprogrammet i romdatabasen dRofus. BIM-modellen skal overleveres til Oppdragsgiver for bruk i de senere fasene av prosjektet.

BIM-modell og skisseprosjekttegninger skal være konsistent med Hovedprogrammet i romdatabasen dRofus.

Nærmere informasjon om Sykehusbygg HF's krav til BIM finnes på:

http://sjukehusbygg.no/wp-content/uploads/2014/10/SBHF_Kravspek_BIM_BygnInst.pdf

Vedlegg

A Definisjoner av begreper og forkortelser

BIM	Bygningsinformasjonsmodellering er en 3 dimensjonal virtuell representasjon av strukturert informasjon om en bygning i hele dens levetid og gjør det mulig å "bygge" to ganger: - Først som en virtuell, digital bygning som gir rom for analyse, forståelse, underlag for aksept og beslutning samt nødvendig underlag for realisering og forvaltning. - Deretter den faktiske fysiske gjennomføringen av bygningen
Brutto utstyrsprogram (BUP)	Det samlede utstyrsbehov i prosjektet definert på grunnlag av funksjoner og kapasitet/aktivitetsnivå.
FDVU	Forvaltning, drift, vedlikehold og utvikling av bygg
Gjennomføringsfase	Omfatter alle aktiviteter etter at beslutning om realisering er tatt (investeringsbeslutning B4), og til prosjektet er gjennomført. I denne veilederen viser det til alle aktiviteter etter forprosjektfasen.
Klassifikasjonssystemet for helsebygg	Nasjonal database for klassifisering av arealer i sykehusbygg. Klassifikasjonssystemet skal bidra til en god og aktiv forvaltning av sykehusbyggene ved at informasjon kan innhentes om arealbruk og kapasitetsutnyttelse for de ulike funksjoner og rom, og som gir grunnlag for å analysere hvordan ressursene kan videreutvikles. Informasjonen fra Klassifikasjonssystemet vil dermed være viktig ledelsesinformasjon, både for daglig styring og drift, men også som beslutningsgrunnlag for dimensjonering av prosjekter, strategisk planlegging og nasjonale oversikter. Se www.klassifikasjonssystemet.no
Konsept	Et konsept er en prinsipiell løsning på et problem. Ulike konsepter kan gi alternative løsninger for virksomhet og bygg. Løsninger for virksomhet omtales i veilederen for virksomhetsalternativ, mens fysiske løsninger omtales som byggalternativ.
KSK	Kvalitetssikring konseptfase. Ekstern kvalitetssikring basert på konsept-rapporten utført av ekstern rådgiver og i henhold til oppsatte kriterier. Det foreligger et eget kravdokument for gjennomføring av KSK, vist i vedlegg H
Livssyklus kostnader (LCC)	Livssyklus kostnader (LCC) er summen av investeringskostnad og alle kostnader til forvaltning, drift, vedlikehold og utvikling i bruksfasen av et bygg eller anlegg, fratrukket restverdi ved avhending.
Nettoareal	Netto areal, funksjonsareal. Arealet i et rom begrenset av vegger og søyler, ref. NS 3940. Omfatter funksjonsarealer for de programmerte rommene.
Netto utstyrsprogram (NUP)	Det (bruker)utstyret som prioriteres for nyanskaffelse når verdien av utstyr som kan gjenbrukes er trukket fra. NUP gir grunnlag for utstyrsbudsjettet.
Prosjekteier	Prosjekteier er prosjektets oppdragsgiver og brukes her om styret for det regionale helseforetaket eller styret i helseforetaket, i tråd med det regionale

helseforetakets fullmaktsstruktur.

P-verdi	P-verdier viser sannsynlighet i prosent for at kostnaden kan bli lavere enn en gitt verdi. For eksempel vil det for P85 være 85 prosent sannsynlighet at kostnaden vil være lavere enn hva som framkommer av P85-verdien. For P50 vil det være 50 prosent sannsynlighet for at kostnaden blir lavere, men også 50 prosent sannsynlighet for at den blir høyere.
Romfunksjonsprogram (RFP)	Detaljert programdokument som beskriver hvilke funksjoner som utføres i det enkelte rommet, og hvilke krav dette stiller til rommet, inklusiv teknisk infrastruktur.
Skisseprosjekt	Plandokument med skisser på et overordnet nivå som viser planer på etasjenivå og plassering av viktige funksjoner. Grunnlag for beregning av bruttoarealer og prosjektkostnad.
Tidligfase	Tidligfasen er en fellesbetegnelse på de faser som et behov definert i en utviklingsplan må gjennom for å bli utviklet til et byggeprosjekt. Tidligfasen avgrenses i denne veilederen som perioden fra og med godkjent mandat for oppstart av tidligfasen (beslutning B1) til og med investeringsbeslutningen (beslutning B4).
Usikkerhetsanalyser	Systematisk fremgangsmåte for å identifisere og beregne kostnader knyttet til usikkerhet. Usikkerhetsanalysen gir grunnlag for å sette kostnadsrammen.
Utviklingsplan	Utviklingsplanen baserer seg på nasjonale og regionale føringer og overordnet strategi. Den virker sammen med økonomisk langtidsplan og skal gi en samlet utviklingsretning for de viktigste innsatsfaktorene. Målet er god og framtidsrettet pasientbehandling.

SB-SAK 14/2019**FO-043 Byggveileder smittevern****Forslag til vedtak:**

Styret til Sykehusbygg HF godkjenner at Byggveileder smittevern legges til grunn for planlegging og gjennomføring av byggeprosjekter i regi av Sykehusbygg, og at veilederen gjøres tilgjengelig via Sykehusbygg sine hjemmesider.

Oppsummering:

Byggveileder smittevern er utviklet som en prosessveileder som følger Tidligfaseveilederen og fasene knyttet til gjennomføring og sluttkontroll/verifisering. Den er utviklet som en digital veileder, og har vært et utviklingsprosjekt både på innholdssiden, som prosessveileder og som pilot for digitalisering av veiledere.

Veilederen er utviklet i tett samarbeid med Kompetansesentrene for smittevern i de fire regionale helseforetakene og Folkehelseinstituttet.

Byggveileder smittevern er lagt fram for Kundeforum i mars 2019.

Saksutredning/bakgrunn:

Prosjektet ble etablert 3.kvt 2016, etter en avklarende runde med Helsedirektoratet, Folkehelseinstituttet og Kundeforum. Hdir valgte å bli holdt orientert. FHI oppnevnte et medlem til referansegruppa, men hadde ikke kapasitet til å gå tungt inn arbeidet. Det har gitt en begrensning med tanke på kildesøk og kvalitetskontroll.

Initiativet til å etablere en veileder for smittevern i sykehusprosjekter kom fra erfaringsseminar med ansatte i helseforetak som hadde erfaringer med utfordringer knyttet til å ivareta smittevern gjennom planlegging og gjennomføring av sykehusutbygging/- ombygging. Sykehusbygg sine planleggere satt med tilsvarende erfaringer, -diskusjoner i mange prosjekter, valg av ulike løsninger og manglende standarder i form av forskrifter og veiledere.

Prosjektet ble organisert med en prosjektgruppe med medlemmer fra Sykehusbygg, og som i starten hadde en representant fra smittevern faglig miljø i et HF. Denne representanten har senere trukket seg, og arbeidet er fullført med bare interne medlemmer i prosjektgruppa.

Referansegruppe i prosjektet har representert nasjonal smittevern faglig spisskompetanse, med representanter fra FHI og fra Regionale kompetansesentra for smittevern i alle 4 RHF, 3 fra Helse Nord, 3 fra Helse Midt-Norge, 2 fra Helse Vest og 2 fra Helse Sør-Øst. Representantene er oppnevnt via de regionale fagdirektørene. Utover de nevnte smittevernmiljøene har 3 sykehusplanleggere fra Sykehusbygg vært medlemmer av referansegruppen.

Byggveileder smittevern har vært et pilotprosjekt for digitalisering av veiledere i Sykehusbygg og vi har jobbet tett med vår interne rådgiver for implementering av

Eureka og med programvareleverandøren – som har vært en forutsetning for å etablere en veileder som primært skal leses og oppdateres digitalt, subsidiært kan skrives ut.

Versjon 0.9 ble publisert i september 2018 og versjon 1.0 medio februar 2019.

Beskrivelse

Veilederen er en prosessveileder og bygget opp i tråd med Veileder for tidligfasen i sykehusbyggprosjekter, med fokus på hvilke problemstillinger som må avklares i de ulike faser av et sykehusprosjekt. Veilederen beskriver krav som er nedfelt i forskrift og/eller veiledere. Den gir anbefalinger der det foreligger god forskningsdokumentasjon eller referansegruppen har vært entydig i sin anbefaling. For andre problemstillinger beskriver veilederen alternative løsninger, og gir en vurdering av disse med tanke på investeringsnivå, og konsekvenser for drift. Forut for større beslutninger på området smittevern, anbefaler veilederen at det gjøres ROS-analyser for å avklare hvilke problemstillinger bygg/teknikk kan løse og hva som gjenstår og må løses gjennom klinisk og teknisk drift og deres prosedyrer. Byggveilederen tar for seg i alt 26 relevante tema innenfor smittevern, som eksempel: Akuttmottak, renhold og intensivavdeling.

Målgruppe for veilederen er vurdert til primært å være:

- Prosjektorganisasjonen med prosjektledere og sykehusplanleggere
- Arkitekt og tekniske rådgivere som deltar i prosjektering
- Kliniske miljøer – gjennom brukergrupper - som involveres i planlegging
- Smittevern fagmiljø i HF/RHF
- Eiendomsforvaltning i HF/RHF
- Ledelse i HF/RHF

Vurderinger:**Effekt - gevinstrealisering**

Det er forventet at Byggveileder smittevern vil bidra til å:

- Effektivisere planleggingsprosessen
- Standardisering av metode
- Harmonisering av smitteverntiltak i planlegging og bygging
- Redusere sannsynlighet for endringsbehov som oppstår i gjennomføringsfasen, fordi riktige hensyn er ivaretatt på riktig tidspunkt
- Gi løsninger som legger til rette for ivaretagelse av smittevern i framtidige sykehusbygg.

Saksbehandler: Liv Haugen
Sykehusbygg HF 21.03.2019

Terje Bygland Nikolaisen
Administrerende direktør

Vedlegg:

Vedlegg 1: Prosjektmandat

Vedlegg 2: Medlemmer av prosjektgruppe og referansegruppe

Vedlegg 2 til sak 14/19 Byggveileder smittevern

Referansegruppe

Sylvi Eikrem	Helse Nord, UNN
Merete Lorentzen	Helse Nord, KORSN
Reidun Skinlo	Helse Nord, NLSH
May-Liss Ingebrigtsen	Helse Nord, UNN
Anita Wang Børseth	Helse Midt, KORSM
Ann Iren Kjønneøy	Helse Midt, HMR
Andreas Radtke	Helse Midt, St. Olav
Kristin Stenhaug Kilhus	Helse Vest, Helse Bergen
Jorunn Kari Kleiva	Helse Vest, Helse Bergen
Egil Lingaas	Helse S-Ø, OUS
Ylva Sandnes	Vestre Viken
Nina Sorknes	FHI

I tillegg

Anneli Tyvold, sykehusplanlegger Sykehusbygg
Hilde Tradin, sykehusplanlegger Sykehusbygg
Ole John Førland, sykehusplanlegger Sykehusbygg

Prosjektgruppe

Prosjektet er avsluttet med følgende prosjektgruppe:

Liv Haugen, seniorrådgiver medisin, prosjektleder
Vincent Maure, sykehusplanlegger, spesialrom
Kristin Ramberg, fagansvarlig spesialrom, strålefysiker

Prosjektgruppe ved oppstart:

Liv Haugen
Ole John Førland – utgått av PG på grunn av kapasitet, gått inn i referansegruppa
Kari Solem Aune, fagansvarlig spesialrom, ventilasjon, sluttet i SB 2.kvt 2018
Lars Varheim, smittevernsykepleier Sykehuset Østfold – trukket seg

«Byggveileder smittevern»

PROSJEKTMANDAT

FOR

FO 43 VEILEDER FOR SMITTEVERN I SYKEHUSBYGG

800201177

Versjon: 1.0	Navn	Rolle	Dato
Godkjent av	Styringsgruppe v/Ann Elisabeth Wedø	Styringsgruppeleder/ AD Sykehusbygg HF	dd.mm.åååå
Gjennomgått av	Marte Lauvsnes	Leder PU	dd.mm.åååå
Utarbeidet av	Liv Haugen	Prosjektleder	09.03.2017

DOKUMENTSTATUS: Denne fjernes når dokumentet har fått versjonsnummer 1.

Versjon	Dato	Produsent	Sendt til	Tilbakemelding gitt
1.1	23.02.17	Liv Haugen	Sigmund Stikbakke	24.02 EF
1.2	01.03.17	Liv Haugen	Sigmund Stikbakke	

Versjon	Dato	Kapittel	Endring	Produsent	Godkjent av

Innhold

1.	Prosjektopplysninger.....	4
2.	Bakgrunn og overordnede føringer.....	4
2.1	Avgrensning og grensesnitt.....	7
3.	Effektmål, resultatmål og suksesskriterier og suksessfaktorer	8
3.1	Effektmål	8
3.2	Resultatmål	8
3.3	Suksesskriterier for FO 43 Veileder for smittevern i sykehusplanlegging og bygging/ombygging.....	9
3.4	Suksessfaktorer	9
4.	Fremdriftsplan med milepæler, beslutningspunkt og aktiviteter	9
5.	Økonomi – overordnet.....	10
6.	Prosjektorganisasjon og ansvar.....	11
6.1	Ansvar.....	11
6.2	Rapportering	12
6.3	Endringshåndtering	12
6.4	Eksterne leveranser og reserver.....	12
7.	Risiko i prosjektet.....	13
7.1	Risikohåndtering	13
7.2	Oppnåelse av muligheter	14
8.	Interessenter	15
9.	Gevinstrealisering	15
	Vedlegg	15

1. Prosjektopplysninger

Behovsbestiller og styringsgruppeleder:	AD Ann Elisabeth Wedø
Styringsgruppe:	Ledergruppa
Prosjekteier:	Avd. sjef FO Sigmund Stikbakke
Prosjektleder:	Liv Haugen
Kvalitetssikring:	Marte Lauvsnes, Endre Fjellestad

2. Bakgrunn og overordnede føringer

Sykehusbygg skal utføre tjenester knyttet til utvikling, planlegging og gjennomføring av byggeprosjekter, og tjenester innenfor eiendomsområdet som det er gevinster å utføre felles for sektoren, herunder;

- Utvikling og forvaltning av kunnskap, metoder og verktøy for bygge- og eiendomsrelatert sykehusplanlegging, samt gi tilgang på personell med spisskompetanse vedrørende alle faser i livsløpet til en sykehuseiendom
- Prosjektledelse og rådgivning til byggeprosjekter
- Prosjekt- og prosessledelse vedrørende tidligfaseplanlegging
- Øvrige tjenester som hører inn under Sykehusbygg HF's formål

I oppdragsdokumentet for 2016 presiseres det at:

- Sykehusbygg HF skal sikre større del av standardisering av nye sykehusbygg ved erfaringsoverføring og gjenbruk av planleggingsgrunnlag fra tidligere prosjekter.
- Sykehusbygg HF skal videreutvikle og vedlikeholde metodikk for framskrivninger, veiledere og evaluering av sykehusprosjekter og etablere nødvendig verktøy som viser tilstandsgrad ved norske sykehus
- Sykehusbygg HF er gitt i oppgave å samle erfaringsdata og bidra til kunnskapsoverføring fra drift til planlegging av nye sykehus. Sykehusbygg må sørge for at det er kontakt med fagmiljøene og driftsorganisasjonene av helseforetakene. Det må opprettes kontakt med de eksisterende fagnettverkene i de fire regionale helseforetakene, og det må sees på muligheter for felles arenaer for læring og erfaringsoverføring.

Sykehusbygg HF er organisert som en del av spesialisthelsetjenesten, og de overordnede politiske mål for helsetjenesten skal gjelde for virksomheten.

I oppdragsdokumentet for 2016 framgår det at de regionale helseforetakene i 2016 skal innrette sin virksomhet med sikte på å nå følgende overordnede mål:

1. Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen
2. Prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling
3. **Bedre kvalitet og pasientsikkerhet**

Dette danner også grunnlaget for virksomheten i Sykehusbygg HF.

- **Pasientsikkerhet**
Pasientsikkerhet og kvalitet er et ansvar for ledere på alle nivåer. Styrene skal ha en aktiv rolle for å sikre at foretakenes samlede virksomhetsstyring omfatter bedre etterlevelse av faglige retningslinjer, standardisering på flere områder og erfaringsoverføring basert på beste praksis

Forebygging av sykehusinfeksjoner er ett viktig element i arbeidet med pasientsikkerhet.

- **Deltakelse i utviklingsarbeid**

De regionale helseforetakene skal bidra i utviklingsarbeid i spesialisthelsetjenesten som er gitt i oppdrag til Helsedirektoratet, Direktoratet for e-helse og Folkehelseinstituttet. Det forutsettes at Sykehusbygg HF deltar i denne typen arbeider etter nærmere anvisning fra de regionale

Sykehusbygg har med bakgrunn i et erfaringsseminar for sengeområder med representanter fra flere helseforetak tatt initiativet til å utvikle en veileder for å ivareta hensyn til smittevern i planlegging, bygging og ombygging av sykehusbygg. Initiativet er drøftet med fagdirektørene i alle helseregioner, og det er avholdt et møte mellom Sykehusbygg, Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet. Saken er behandlet i Kundeforum før beslutning i Sykehusbyggs styringsgruppe i 2016.

Smittevern er et tema som har høy aktualitet med økende utbredelse av mikroorganismer med resistens mot antibiotika. Design, planlegging, bygging, oppussing, ombygginger og løpende vedlikehold av helseinstitusjon vil kunne gi både muligheter og begrensninger for forebygging og kontroll av sykehusinfeksjoner.

Forebygging og kontroll med infeksjoner i sykehus har følgende viktige elementer:

- Beskytte ansatte og medpasienter mot å bli påført smittsomme sykdommer
- Reduseres sannsynlighet for HAI av vanlig forekommende mikrober (pasientens egne eller overført fra andre) gjennom bygningsmessige/ tekniske tiltak og bevisst materialbruk
- Tilrettelegging for å eliminere mikroorganismer som har etablert seg i sykehuset

Nasjonale insidens- og prevalensmålinger viser at mellom 5–15 prosent av alle sykehuspasienter får en helsetjenesteassosiert infeksjon (HAI) ^{1,2}. Dette er blant de vanligste uønskede hendelser ved sykehus i Norge. Man antar at omtrent halvparten av infeksjonene kan forebygges.

Mikroorganismenes resistensutvikling overfor antimikrobielle midler er i dag et verdensomfattende og utfordrende helseproblem ⁽³⁾. Stor reisevirksomhet, i form av jobbreiser, turisme, immigrasjon og bruk av helsetjenester i utlandet øker sannsynligheten for importsmitte. Forsetter dagens utvikling med økende antibiotika resistens, kan vi komme i en situasjon der infeksjonsrisikoen ved å gjøre standardoperasjoner blir stadig større.³

Eksempler på utfordringer som vi allerede har og som vi i økende grad vil ha foran oss er:

- Clostridium difficile er en tarmbakterie som i utgangspunktet ikke er spesielt patogen. Bærefrekvensen er høy hos spedbarn (opptil 50%) og betydelig lavere hos voksne (2-3%). Immunsvekkede pasienter og pasienter med redusert allmenntilstand er spesielt utsatt for Clostridium difficile.⁴ Bakterien har vist et enormt potensiale for å utvikle resistens og det er registrert høy dødelighet i sykehus både i USA og Canada. (ref. Roger Ulrich) Hånddesinfeksjon er ikke tilstrekkelig ved Clostridium difficile, det er helt nødvendig med handvask med såpe og vann, og plassering av installasjoner som vask, toalett mm har stor betydning. Ifølge Roger Ulrich (Professor of Architecture at the Center for Healthcare Building Research at Chalmers University of Technology in Sweden) vokser Clostridium-bakterien i desinfeksjonsmidler som håndsprit.
- MRSA: Meticillin Resistente Staphylococcus Aureus er en bakterie som har utviklet resistens mot alle pencilliner. I de fleste land i Europa og i USA og Japan utgjør infeksjoner med MRSA i dag 30-60% av alle S. aureus-infeksjoner. I Nederland og de nordiske landene er imidlertid forekomsten fortsatt lav, vanligvis under 1%. En del av årsaken til høy forekomst av MRSA er at antibiotika ikke brukes

¹ <https://www.regjeringen.no/contentassets/915655269bc04a47928fce917e4b25f5/handlingsplan-antibiotikaresistens.pdf>

² Folkehelseinstituttet prevalens undersøkelse 2015. <http://www.fhi.no/dokumenter/eeab7b667e.pdf>

³ <http://www.journalofinfection.com/article/S0163-4453>

⁴ www.fhi.no/nettpub/smittevernveilederen/sykdommer-a-a/clostridium-difficile-infeksjon-

målrettet.⁵ I 2009 kom nye nasjonale retningslinjer for håndtering av MRSA⁶. Alle pasienter som har vært innlagt i sykehus utenfor Norden skal testes og isoleres ved sykehusopphold.⁷

Disse eksemplene viser behov for planlegging av isolasjonsfasiliteter, bevisst plassering av håndvasker, eventuelt behov for system for desinfeksjon av rom mm..

Både pasientforløp innenfor og mellom sykehus, og mellom sykehus og kommunehelsetjeneste, utforming av bygg, logistikk for pasient og personell, varer, utstyr og avfall, bygnings- og ventilasjonstekniske løsninger og materialvalg har betydning for forutsetningen for å gjennomføre godt smittevern i sykehus.

Det stilles krav i forskrifter og veiledere til utforming av noen typer areal (spesielle laboratorier, isolater). Utover dette tas det beslutninger i hvert enkelt prosjekt basert på den best tilgjengelige, ofte erfaringsbaserte kunnskap og skjønn i det aktuelle prosjektet. Sykehusbygg erfarer gjennom deltakelse i mange prosjekter at løsningene som velges kan være ganske forskjellige og ofte personavhengige ut fra lokale erfaringer og fagkompetanse i helseforetaket og i rådgivergruppen. Sykehusbygg skal bidra til større grad av standardisering og begrunnede alternative løsninger.

Følgende tema er ofte gjenstander for diskusjoner i sykehusprosjektene (listen viser et relevant utvalg)

- Ensengsrom/flersengsrom
- Plassering av funksjoner og avhengighet
- Infeksjonspost med eller uten direkte inngang fra bakkenivå
- Plassering av bad tilknyttet pasientrom
- Plassering av toalett og håndvask
- Spesielle hensyn i områder med sårbare pasienter (nyfødt intensiv, intensiv, kreftavd.)
- Antall, type og fordeling av isolater
- Sluser- funksjon, størrelse, forrigling mv.
- Rengjøring, desinfeksjon av sengerom
- Sengerengjøring, rengjøring av operasjonstopper, rullestoler, stoler, dagsenger
- Renhetsgrad og ventilasjon på operasjonsstuer
- Antall og utforming av desinfeksjonsrom i sengeområder, poliklinikker, operasjon mm
- Logistikk (pasienter, pårørende, ansatte, varer) – ren/uren transport
- Utforming av og utstyr i lager (forbruksvarer, sterilt lager, medisinerom, nisjer)
- Materialvalg og overflater- rengjøringsmetoder og drift (gulv, vegg, dører osv.)
- Inventar (møbler, utstyr)

Det finnes en god del sporadisk forskning og utvikling på området, men det foreligger det ingen systematisk oppsummering av sammenhengen mellom smittevern og utforming av bygg, materialvalg og ventilasjonsløsninger mm.

I utbyggingsprosjekter tas diskusjoner om smittevern ofte sent i planprosessen, og avklaringer tar svært lang tid. Dette fører til lange utredningstider, forsinkelser og i noen tilfeller endringsbehov under prosjektering og bygging.

Veilederen for smittevern i sykehusbygg skal bidra til at hensynet til smittevern kommer inn tidlig ved planlegging av nybygg eller ombygging, fra og med konsept- og forprosjektfase, for å unngå store kostnader og

⁵ <http://nhi.no/pasienthandboka/sykdommer/infeksjoner/mrsa-resistente-bakterier-8519.html>

⁶ MRSA-veilederen. Nasjonal veileder for å forebygge spredning av meticillinresistente Staphylococcus aureus (MRSA) i helseinstitusjoner. Nasjonalt folkehelseinstitutt og Helsedirektoratet. Juni 2009.

⁷ <http://her.sagepub.com/content/6/4/27>- Design for the Post-Antibiotic Era: Experience from a new building for infectious Diseases in Malmö SWED.

konsekvenser både for prosjektene og for framtidig drift fordi noe må rettes opp i etterkant. Veilederen skal bidra til at hensynet til smittevern har fokus i alle faser; gjennom projektering, gjennomføring og anskaffelser.

Det finnes veiledere for smittevern i tilknytning til sykehusbygg internasjonalt. Noen av de nyere referansene er Department of Health i England som har utarbeidet Health Building Notes, blant annet «*Infection Control in The built Environment*», og australske helsemyndigheter har nylig oppsummert forskning på dette området.

Nasjonale og regionale aktører

Folkehelseinstituttet (FHI) har koordineringsansvar for de **regionale kompetansesentrene for smittevern**.

Sykehusbygg har drøftet behovet med FHI og Helsedirektoratet for en veileder for smittevern ved planlegging og utvikling av sykehusbygg. FHI støtter et initiativ for utvikling av en veileder på dette område. Begge nivå er positive til utarbeidelse av en veileder og ønsker å bidra faglig i arbeidet gjennom deltakelse i referansegruppa.

Sykehusbygg HF har på bakgrunn av ovennevnte konkludert med at det er behov for å utvikle og implementere en veileder for smittevern ved planlegging og bygging.

2.1 Avgrensning og grensesnitt

Viktige grensesnitt til andre FO prosjekter:

- FO 2 Erfaringsoverføring og FO 3 Evaluering
- FO 6 Revisjon av tidligfaseveileder
- FO 16 Prosjektstyringssystem
- FO 22 Sykehuslogistikk
- FO 39 Formveileder
- FO 42 Standardisering av løsninger
- FO 41 Utarbeidelse og implementering av styringssystem

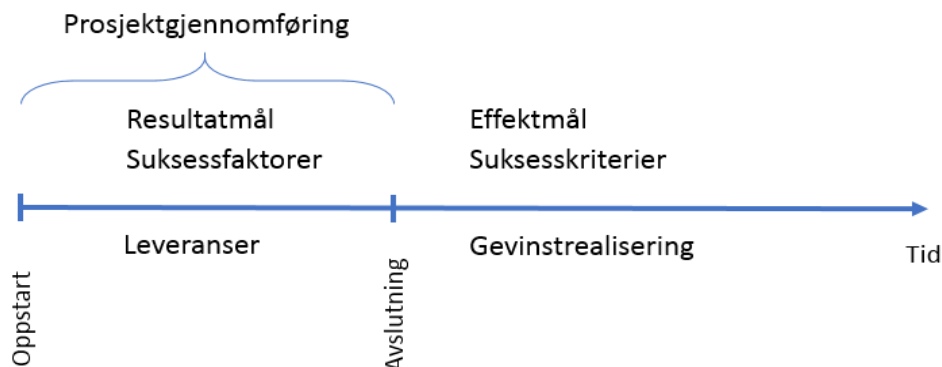
Grensesnitt til FO prosjekter som foreløpig ikke har fått FO- eller prosjektnummer

- Digitalisering av veiledere
- Hovedveileder (Hovedprogram) med FO 7 OTP, FO 27 HPU, FO 26 HFP, FO 40 IKT

Grensesnitt eksternt

- Alle pågående planleggings- og byggprosjekter for sykehus
- Lov, forskrift, regelverk, standarder og veiledere for smittevern, arbeidsmiljø etc.

3. Effektmål, resultatmål og suksesskriterier og suksessfaktorer



3.1 Effektmål

Effektmålet skal være en konkret utdypning av ønsket fremtidig situasjon (gjørne for helseforetaket) som skal oppnås når prosjektet er gjennomført. Målene skal tilfredsstille SMART-kriteriene ved at de skal være både Spesifikke, Målbare, Aksepterte, Realistiske og Tidsavgrensede.

- Veilederen for smittevern i sykehusbygg skal bidra til kunnskapsbasert planlegging og bygging/ombygging av sykehusbygg som er tilrettelagt for å redusere sannsynlighet for smittespredning.
- Veilederen skal bidra til at hensyn til smittevern vurderes på riktig tidspunkt gjennom alle faser; Program og konsept, Forprosjekt, Funksjons- og detaljprosjekt, gjennomføring og anskaffelser.
- Veilederen bidrar til å tydeliggjøre alternativer løsninger og konsekvens av valg, mhp. investeringskostnad og forutsetninger for organisering og drift – slik at prosjekteier kan ta beslutninger på best mulig grunnlag
- Veilederen skal bidra til standardisering av løsninger og mer effektive planleggingsprosesser for nybygg og renovering av eksisterende bygg

3.2 Resultatmål

Ved prosjektavslutning 2017 skal:

- Veilederen skal være etablert med struktur og innhold så langt det er mulig innenfor rammene gitt for inneværende år. Veilederen skal inneholde:
 - Kort innramming av nødvendigheten for veilederen
 - Analyse av hvilke problemstillinger som må avklares på hvilke tidspunkt i planlegging- og gjennomføringsprosessen, knyttet til tidligfaseveilederen, og til den videre prosessen - i den grad vi har beskrevet prosjekterings- og gjennomføring på tilsvarende måte
 - Beskrivelse av mulige løsningskonsept for identifiserte problemstillinger, herunder alternative løsninger med kostnadsoverslag, konsekvens for byggeprosessen og konsekvenser for framtidig klinisk- og bygg-teknisk drift
- Veilederen er lagt til rette for digitalisering og blir gjort tilgjengelig for interne og eksterne brukere når verktøyet foreligger
- Plan for gjenstående arbeid i 2018 beskrevet, og godkjent ved prosjektets avslutning
- Plan for implementering i styringssystemet være utarbeidet
- Plan for erfaringsinnhenting, vedlikehold og oppdatering som godkjennes ved prosjektets avslutning

3.3 Suksesskriterier for FO 43 Veileder for smittevern i sykehusplanlegging og bygging/ombygging

Utvikling av Veileder for smittevern i planlegging og bygging/ombygging av sykehus vil være vellykket når følgende kriterier i ettertid viser seg å være oppfylt:

- Veilederen har et format som gjør den tilgjengelig for interne og eksterne brukere.
- Verktøyet inngår i styringssystemet til Sykehusbygg.
- Veilederen benyttes gjennomgående for alle prosjekter, i planlegging, prosjektering og gjennomføring
- Veilederen har tilslutning fra nasjonale smittevernmiljøer

3.4 Suksessfaktorer

Suksessfaktorer er det som må tilføres for at et prosjekt blir vellykket. Kritiske suksessfaktorer vil øke prosjektets sannsynlighet for suksess hvis de følges opp. Dette vil være særdeles viktige innspill til resten av prosjektplanen.

Prosjektets suksessfaktorer:

- Prosjektledelse med kunnskap om prinsipper for smittevern
- Sikre god fagkompetanse i referansegruppen
- God prosjektledelse, kjennetegnet av god struktur, kommunikasjon, og samarbeid
- God metodikk for analyse og identifisering av risikoområder
- Håndtering av grensesnitt mot interne FO prosjekter
- God interessentanalyse, plan for informasjon, samarbeid og involvering
- God risikohåndtering

4. Fremdriftsplan med milepæler, beslutningspunkt og aktiviteter

Prosjektet ble påbegynt i 2016, med godkjenning av prosjektplan, internt forberedelsesarbeid og utsending av invitasjon til de regionale helseforetakene, Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet. Det har medgått 81 timeverk og kr. 74.168 til personalkostnader.

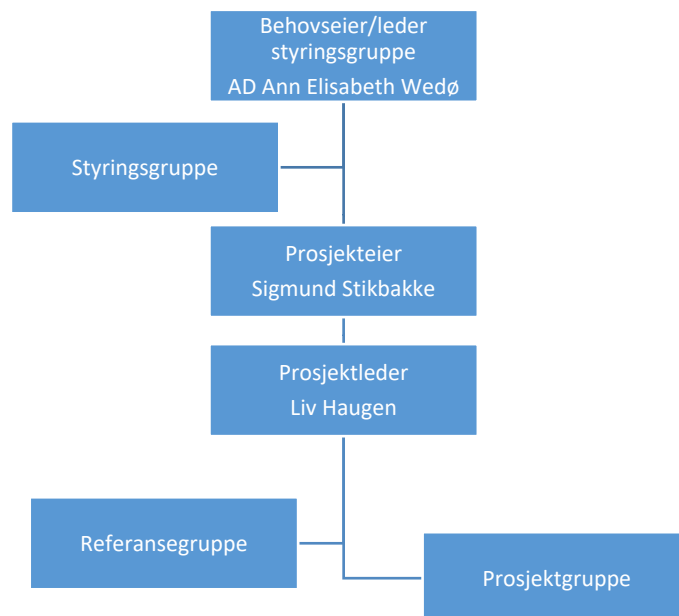
FO 43 prosjektnummer 800201177																
Fremdriftsplan Konseptprogram (veileder) Smittvern i sykehusbygg													2017		2018	
MP	BP	Dato	Aktivitet	jan	febr	mars	april	mai	juni	juli	aug	sept	okt	nov	des	jan
	1	28.02.17	Styringsgr. godkjenner prosjektplan		X											
			Interessentanalyse		x											
1		28.02.17	Oppnevning av prosjektgruppe- og styringsgruppede medlemmer		X											
			ROS analyse som metode i utarbeiding av veilederen	x	x	x										
			Planlegge forankringsprosess i HF og RHF				x	x	x	x						
			Analyse av kunnskapsgrunnlaget for smittevern i bygg		x	x	x	x	x							
			Systematisering av eksisterende og manglende kunnskap													
			Avklaring av involvering med nye utbyggingsprosjekter					x	x							
2		30.06.17	Kunnskapsgrunnlag systematisert						X							
			Prosjektgruppemøter, månedlig, Skype					x	x		x	x	x	x	x	
			Referansegruppemøter					02.05.				x		x		
	2		Møter styringsgruppe (LG)		28.2.	13.3.						X			X	
3		31.08.17	Utkast til struktur for veilederen					x	x	x						
4		20.11.17	Versjon 0.2 av veilederentil behandling									x	x	X	x	
5		20.11.17	Godkjenning av v 0.2 i prosjektgruppen og referansegruppen											X	X	
	3	30.11.17	Godkjenning av v 0.2 i styringsgruppen												X	
			Plan m/ budsjett for videre arbeid med veileder												x	x
			Planlegging av videre saksbehandling og implementering i RHF'ene										x	x	x	X
			Implementering i SBHF og prosjektene - hvis tilstrekkelig innhold			x	x	x	x	x	x	x	x	x		X
	4	innen 31.01	Behandling av mandat for 2018 i styringsgruppa													X

X : beslutningspunkt
X : milepæl
X : referansegruppe

5. Økonomi – overordnet

45/63

6. Prosjektorganisasjon og ansvar



6.1 Ansvar

Behovsbestiller/Styringsgruppeleder

Initierer behov og leder styringsgruppen

Styringsgruppen

Styringsgruppen er ledergruppen i Sykehusbygg HF. Godkjenner mandat, økonomi, fremdriftsplan og sluttrapport. Beslutningspunkter behandles av styringsgruppen.

Prosjekteier

Prosjekteieren har det overordnede ansvaret for prosjektet. Utarbeider mandatutkast sammen med prosjektleder. Samordner med andre FO prosjekter og legger frem saker for styringsgruppen. Følger opp prosjektets fremdrift og økonomi.

Prosjektleder

Prosjektlederen har myndigheten til å gjennomføre prosjektet, innenfor rammene gitt i det godkjente prosjektmandatet. Prosjektlederens hovedansvar er å sikre at prosjektet produserer de avtalte leveransene innenfor avtalt tid, kostnad, kvalitet og omfang. Rapporterer månedlig til prosjekteier og legger frem saker for referansegruppen. Prosjektlederen har totalansvar for prosjektet, inkludert sluttrapport.

Prosjektgruppe

Liv Haugen
Ole John Førland
Kari Solem Aune
Lars Varheim Sykehuset Østfold

Referansegruppe

Referansegruppen representerer relevant faglig spisskompetanse på smittevern i sykehus. Gruppen skal bidra med:

- Innspill på metode og innfallsvinkler
- faglige innspill og analyser
- kvalitetssikre den helsefaglige delen av rapporten.

Referansegruppe	
Sylvi Eikrem	Helse Nord, UNN
Merete Lorentzen	Helse Nord, KORSN
Reidun Skinlo	Helse Nord, NLSH
May-Liss Ingebrigtsen	Helse Nord, UNN
Anita Wang Børseth	Helse Midt, KORSM
Ann Iren Kjønneøy	Helse Midt, HMR
Andreas Radtke	Helse Midt, St. Olav
Kristin Stenhaug Kilhus	Helse Vest, Helse Bergen
Jorunn Kari Kleiva	Helse Vest, Helse Bergen
Egil Lingaas	Helse S-Ø, OUS
Ylva Sandnes	Vestre Viken
Nina Sorknes	FHI

Øvrige roller, utover prosjektgruppen

- Helsedirektoratet vil bli involvert, enten som medlem av referansegruppen, eller via direkte kontakt.
- Arbeidstilsynet kan være aktuelt å bringe inn for å kvalitetssikre at det regelverket de forvalter er korrekt ivaretatt.
- Internt i Sykehusbygg vil
 - Jens Eirik Ramstad være involvert med kompetanse på ROS-analyser og med tanke på implementering i styringssystemet
 - Kristin Ramberg deltar i innledende analyser som sidekompetanse til Kari Solem Aune
- Pågående prosjekter i regi av Sykehusbygg vil både kunne etterspørre og bli etterspurt med tanke på erfaringer, kompetanse og utfordringer i de enkelte prosjektene

6.2 Rapportering

Prosjektleder rapporter månedlig til prosjekteier i henhold til Sykehusbyggs rapporteringsmønster. Det avgis en kort status om fremdrift, kostnader og eventuelle avvik fra prosjektplan. Større avvik rapporteres så snart de er kjent. Prosjektet legges frem for styringsgruppa for saksbehandling ved alle beslutningspunkter.

6.3 Endringshåndtering

Endringshåndtering dreier seg om å etablere rutiner som sikrer kontroll over endringsforslag som vil komme i løpet av hvert prosjekt. Endringsforslag meldes i prosjektlinjen til prosjekteier og eventuelt til styringsgruppe.

6.4 Eksterne leveranser og reserver

Før bestilling av tjenester/leveranser over 50 000 kr avklares med prosjekteier. Bruk av reserver må godkjennes av prosjekteier.

7. Risiko i prosjektet

Hensikten med å identifisere usikkerheter i prosjektet er å kunne vurdere og håndtere risiko (nedsider) og muligheter (oppsider) slik av prosjektleder kan forbedre prosjektets sjanse for suksess.

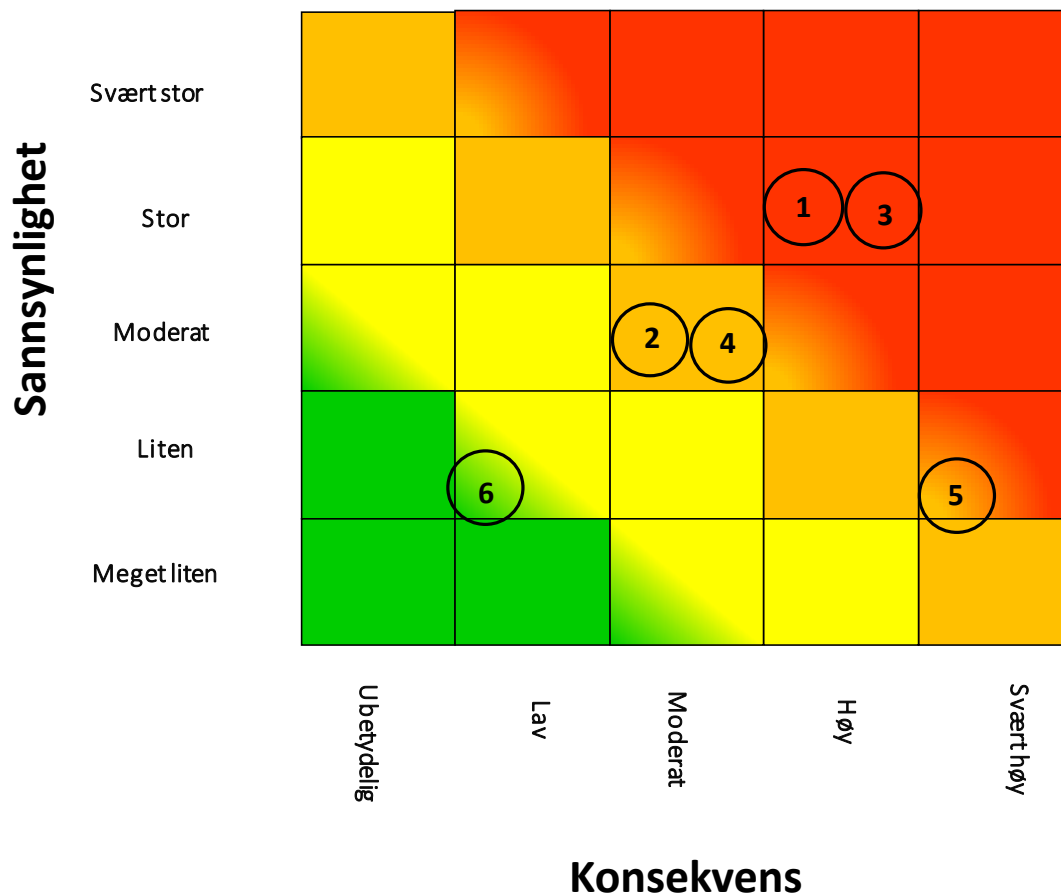
7.1 Risikohåndtering

Risiko benyttes for å beskrive en usikker hendelse som kan gi negativ konsekvens for måloppnåelsen dersom den inntreffer.

Risikohåndteringsdokumentet skal være levende gjennom hele prosjektperioden og skal oppdateres hver gang en ny risiko oppdages, eller når et tiltak er startet eller utført. Prosjektleder beskriver aktiviteter/tiltak som reduserer usikkerhet i prosjektet og er ansvarlig for at dokumentet er oppdatert.

Prosjekt:	FO 43 Smittevernveileder
Prosjektleder:	Liv Haugen
Dato:	28.02.2017

Nr.	Risiko	Beskrivelse	Risiko	Tiltak	Ansvarlig	Frist	Status
	Navn	Beskrivelse av risiko		Beskrivelse av hva som skal gjøres.	Ansvarlig person	dd.mm.åå	
1	Manglende avstemming av forventninger og ressursbruk, internt	Ambisjonsnivå (ferdig veileder 2017) er ikke i tråd med rammebetingelsene	Uakseptabelt	Justere forventninger i tråd med budsjett	Liv	28.2.2017	Åpen
2	Prosjektledelsen ikke god nok; arbeidsmetodene utilstrekkelige	Manglende struktur på prosessen og klarhet i involvering av den faglige spisskompetansen	Høy	God planlegging av prosessen, omforent med referansegruppa. God prosessledelse Etterspørre spisskompetanse på nødvendige og riktige punkter	Liv		Åpen
3	Involvert eksterne på sviktende grunnlag	Etablert en "tung" referansegruppe for faglig spisskompetanse - og vil trolig ikke ha ressurser til å fullføre i tråd med forventningene	Uakseptabelt	- informere om status og usikkerhet ved oppstart - Vurdere muligheten for økte rammet i løpet av året	- PL - Styringsgruppa		Ikke påbegynt
4	Manglende tilsutning RHF	RHF ønsker ikke å implementere veilederen	Høy	Avklare beslutningssløyfe og avstemme forventninger mellom SB og RHF	Sigmund		Ikke påbegynt
5	Manglende implemtering i prosjektene	Blir ikke benyttet i prosjektene når den er ferdig	Uakseptabelt	Legges i styringssystemet, og i kontraktokumentene	Ledelse SB - ledelse prosjektene		Ikke påbegynt
6	Mandatet blir ikke godkjent	Krav til endring av omfang, innhold, økonomi	Akseptabelt	Mandatet må justeres i tråd med styringsgruppas krav	Liv		Åpen

Risikomatrise (for plassering av risiko):


7.2 Oppnåelse av muligheter

Mulighet brukes for å beskrive en usikker hendelse som kan ha en positiv konsekvens for målene dersom den utnyttes. Identifisering av muligheter gjøres **etter** oppstart av prosjektet og gjennom hele prosjektperioden.

Muligheten til å få tilført ressurser for fullføring av veilederen utover budsjetttrammen for 2016 ligger i at sykehusprosjektene som pågår aksepterer å bidra til veilederen fordi den vil være til nytte for egne prosjekter.

8. Interessenter

En interessent er personer og grupper som blir positivt eller negativt berørt av prosjektet eller selv kan påvirke prosjektet. Interessentene kan ha ulike behov, forventninger og ønsker til prosjektet.

Utfylt tabell med interessenter ligger i vedlegg 3 Interessenter.

9. Gevinstrealisering

Sykehusbygg er etablert for å bidra til at det bygges nye sykehus bedre, raskere og billigere. Dette er en stor og omfattende oppgave der det vil være mulig å høste mindre gevinster på kort sikt, og større gevinster på noe lengre sikt. I de interne utviklingsprosjektene (fellesoppgavene) fokuserer vi både på hvilke effekter dette vil gi for kundene våre. Gevinstene vil som regel ikke være synlige før etter prosjektet er avsluttet og utgjør en positiv virkning av prosjektets leveranser og effektmål.

Gevinstrealisering er prosessen der man planlegger, organiserer og henter ut forventede og eventuelle ikke-forventede gevinster av prosjektet. Gevinstrealiseringen krever systematisk oppfølging gjennom prosjektets levetid. Dette muliggjøres med gode analyser i forkant og planer for oppfølgingen av gevinstene.

Gevinstrealiseringsprosessen består av tre trinn. Figuren under viser de tre trinnene med sentrale aktiviteter.



Tittel/Beskrivelse	Type gevinst	Gevinstansvarlig	Uttak av gevinst
Prosjektene har implementert innhold i Veileder Smittevern for sykehusbyggeri	Smittevern bedre ivaretatt i planlegging, prosjektering og bygging	HF/ RHF	Ved hvert prosjekt, nybygg eller ombygging
	Mindre planleggingsressurser medgått	HF/ RHF	Ved hvert prosjekt, nybygg eller ombygging
	Redusere/ fjerne behov for endring pga. bedre planlegging i tide	HF/ RHF	Ved hvert prosjekt, nybygg eller ombygging

Vedlegg

1. Vedlegg 1 Økonomi
2. Vedlegg 2 Risikodokument
3. Vedlegg 3 Interessenter

SB-SAK 15/2019 Oppfølging av Oppdragsdokument 2019**Forslag til vedtak:**

Styret tar til orientering hvordan Sykehusbygg vil følge opp Oppdragsdokument 2019 og fremtidige Oppdragsdokument i sitt styringssystem EUREKA.

Bakgrunn for saken:

Sykehusbygg mottar et nytt Oppdragsdokument hvert år fra våre eiere. Oppdragsdokumentet inneholder nye oppgaver som Sykehusbygg skal utføre (slik som FO-prosjekter) eller tiltak som skal iverksettes i administrasjon og drift. Totalt 11 slike oppgaver/bestillinger ble gitt i Oppdragsdokument 2019.

Sykehusbygg har etablert et system for effektivt å følge opp «bestillingene» og dokumenterer framdrift på disse. Denne oppfølgingen blir en viktig del av Sykehusbygg sin virksomhetsstyring og inngår i EUREKA, Sykehusbygg sitt Styringssystem.

Vurdering:

I EUREKA under «Virksomhetsstyring», finnes arbeidsprosessen for hvordan nye strategiske tiltak skal følges opp (Vedlegg 1).

Prosessen beskriver at ledergruppen skal ta stilling til hvordan bl.a. oppgaver i Oppdragsdokument skal håndteres.

Formålet med denne saken er å informere Styret om hvordan Sykehusbygg beslutter hvordan nye oppgaver/bestillinger fra våre eiere skal følges opp, herunder hvilke tilgrensende aktiviteter/oppgaver som pågår, om det er behov for nye strategiske tiltak, hvem som skal være ansvarlig, frister osv.

Merk at listen over «Strategiske tiltak» inneholder en kolonne helt til høyre der status på oppgaven skal angis. Vi foreslår at det i forbindelse med tertialrapportering til eierne innhentes status på pågående arbeid.

Vedlagt finnes også utkast til nye strategiske tiltak med forslag til oppfølging (Vedlegg 2).

Saksbehandler: Jens Eirik Ramstad
Sykehusbygg HF, 20.03.2019

Terje Bygland Nikolaisen
administrerende direktør

Vedlegg

- 1: EUREKA Oppfølging av nye strategiske oppgaver
- 2: Strategiske tiltak med forslag til oppfølging

SHB-Håndter strategiske tiltak

Utfør handlinge

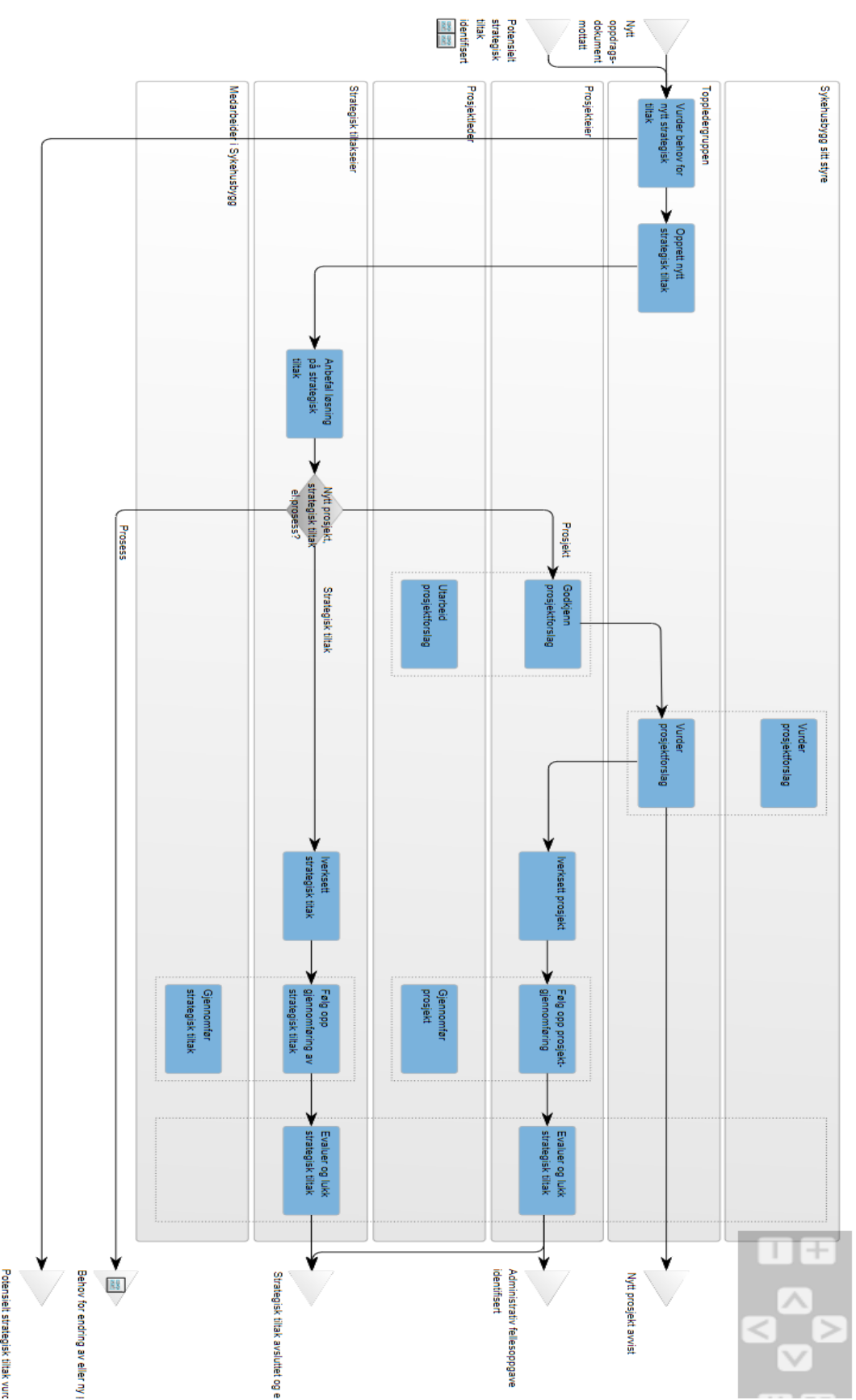
Diagram

Beskrivelse

Forbedringsforslag

Endringsbeskrivelse

Endringshistorikk



Vedlegg 1: EUREKA Oppfølginga av nye strategiske oppgaver

Saksnavn	Sakseier
Utarbeid forslag til nasjonal BIM-strategi	Kjell Ivar Bakkmoen
Synliggjøre totale kostnader ved deltakelse i prosjekter og prosesser	Jørn Refsnes
Legge økt vekt på klima og miljø ved innkjøp, bygge- og vedlikeholdsprosjekter	Jens Eirik Ramstad
Utarbeid rutine for oppfølging av årshjul for styring og oppfølging av felleseide foretak	Hilde Konradsen
Utarbeide forslag til veileder for sikringstiltak og sikkerhetsstyring	Jens Eirik Ramstad
Påvise forbedret produktivitet og effektivitet på samme måte som ordinære helseforetak	Per Morten Brennhagen

Delta i å utarbeide veileder for verdibevarende vedlikehold og internhusleieordning	Endre Fjellestad
Etablere en standard for miljøkrav i utbygging- og rehabiliteringsprosjekter	Jens Eirik Ramstad
Etabler register for ansattes biverv	Berit Valstad-Aalmo
Fellesoppgaveportefølje	Jørn Refsnes
Sikre kjennskap og opplæring i internkontroll og riskostyring	Hilde Konradsen

Beskrivelse	Kilde
Sykehusbygg HF skal utarbeide forslag til en felles strategi vedrørende bruk av BIM og digital samhandling i drift, forvaltning og bygging av sykehusene. De regionale helseforetakene skal involveres i arbeidet. Arbeidet skal være sluttført innen 01.11.2019.	Oppdragsdokument 2019
Helseforetakets aktivitet omfatter i visse sammenhenger oppstart og gjennomføring av prosjekter som involverer ansatte i helseforetakene eller de regionale helseforetakene. Ved fremlegg av planer og prosjektbeskrivelser skal kostnader ved bruk av slike ressurser synliggjøres i beslutningsunderlaget på lik linje med bruk av eksterne konsulenter. Frikjøp, eller bruk av personellressurser i andre helseforetak, skal avtales med arbeidsgiver i det enkelte tilfelle.	Oppdragsdokument 2018 Oppdragsdokument 2019
De regionale helseforetakene er bedt om å legge økt vekt på klima og miljø ved bygge- og vedlikeholdsprosjekter. Sykehusbygg HF skal bistå i dette arbeidet.	Oppdragsdokument 2019
De administrerende direktørene i de regionale helseforetakene har vedtatt årshjul for styring og oppfølging av de regionale helseforetakenes felleseide helseforetak for 2019. Det forutsettes at helseforetaket følger opp de aktiviteter og milepæler som årshjulet legger opp til. Det er utarbeidet en revidert mal for styreinstruks for de felleseide helseforetakene, og styrene bes om å gjennomgå denne og gjøre eventuelle endringer i egen styreinstruks.	Oppdragsdokument 2019
Sykehusbygg HF skal i samarbeid med de regionale helseforetakene utarbeide forslag til veileder som legger grunnlaget for enhetlig arbeidsprosess og hensiktsmessig dimensjonering av sikringstiltak og sikkerhetsstyring i sykehusprosjekter, herunder nybyggprosjekter og ved oppgradering av eksisterende bygg. Arbeidet skal være sluttført innen utgangen av 2019.	Oppdragsdokument 2019
Helseforetaket skal dokumentere gevinster og gevinstrealisering som oppnås: Internt i helseforetaket I de fire helseforetaksgruppene som følge av aktiviteten i helseforetaket	Oppdragsdokument 2019

De regionale helseforetakene skal under ledelse av Helse Vest RHF i 2019 arbeide videre med å legge til rette for en felles husleieordning for å sikre arealoptimalisering og verdibevaring, herunder utarbeide en veileder for felles prinsipper for ordningen. Sykehusbygg skal delta i dette arbeidet.	Oppdragsdokument 2019
I regi av det nasjonale miljø- og klimaprojektet ble det i 2012 utarbeidet en rapport om miljø- og klimatiltak innen bygg og eiendomsforvaltningen i spesialisthelsetjenesten, Miljø- og klimatiltak innen bygg og eiendomsforvaltning i spesialisthelsetjenesten. Rapporten ble i 2013 behandlet i styrene i de regionale helseforetakene. Rapporten gir føringer for miljø- og klimatiltak i bygg- og vedlikeholdsprosjekt. Sykehusbygg HF skal i 2019 gjennomgå og revidere rapporten med sikte på å etablere en standard for miljøkrav i utbygging- og rehabiliteringsprosjekt. Resultatet skal forelegges eierne til beslutning.	Oppdragsdokument 2019
Oversikt over de ansattes bierverv er avgjørende for å sikre at Sykehusbygg har tillit, og utøver sitt arbeid i samsvar med den nasjonale helsetjenestens samlede normer for faglighet, forsvarlighet og nøytralitet.	Oppdragsdokument 2019
Helseforetakene skal ha en løpende oversikt over pågående og planlagte utviklingsprosjekt. Prosjektene skal baseres på behovene i alle regionene/utbyggingsprosjektene. Prioritering og beslutning om igangsetting av nye prosjekter skal skje i nært samarbeid med regionene i fellesskap. Helseforetaket skal rapportere på status i fellesoppgaveprosjekt gjennom tertialrapporteringen til eierne.	Oppdragsdokument 2019
Helseforetaket må sikre at: Styret er kjent med sitt ansvar Styremedlemmene får nødvendig opplæring i internkontroll og risikostyring I henhold til Forskrift for ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten §6. Det vises til Dokument 3:2 (2018-2019) Riksrevisjonens kontroll med forvaltningen av statlige selskaper i 2017.	Oppdragsdokument 2019

Relatert til Strategisk mål	Relaterte tiltak og prosjekter
Bruke åpen BIM	FO 024: Digitalisering og BIM
Ha god kunnskap om kostnadsdrivere og risiko, og anvende dette i prosjektene for å høste gevinster både i planlegging, bygging og drift	
Sikre at det blir stilt relevante miljøkrav i alle prosjekter	FO 012: ISO-sertifisering av kontordrift FO 110: Klima og miljøstandard
Sykehusbygg skal bruke kunnskapsbaserte metoder og verktøy i sitt arbeid. Gjennom standardisering og bruk av innovative løsninger skal vi bidra til en framtidsrettet utvikling av sykehusbyggingen	
Ha kunnskap om og fokus på sikkerhet, helse og arbeidsmiljø på byggeplass og hindre sosial dumping	FO 109: Personvernansvarlig, sikkerhetsansvarlig og informasjonsansvarlig FO 111: Implementering av ny sikkerhetslov
Etablere arbeidsmetodikk og systemer som muliggjør produktive og kostnadseffektive prosesser på tvers av prosjekter	

Legge hele livsløpet i et bygg til grunn i planlegging og bygging av sykehus	FO 115: Verdibevarende vedlikehold og internhusleie
Sikre at det blir stilt relevante miljøkrav i alle prosjekter	Etablere klima og miljøstandard Etablere miljøledelse og miljøstyringssystem Legge økt vekt på klima og miljø ved innkjøp, bygge- og vedlikeholdsprosjekter Grønt Sykehus FO 104: Grønt sykehus FO 110: Klima og miljøstandard
Utvikle veiledere, standarder, metoder og kunnskapsgrunnlag som gjøres digitalt tilgjengelige	
Sykehusbygg skal bruke kunnskapsbaserte metoder og verktøy i sitt arbeid. Gjennom standardisering og bruk av innovative løsninger skal vi bidra til en framtidsrettet utvikling av sykehusbyggingen	Fellesoppgaver administrasjon FO 900: Administrasjon FO-prosjekt Porteføljestyling av FO-prosjekter Administrasjon FO-prosjekter
Ha god kunnskap om kostnadsdrivere og risiko, og anvende dette i prosjektene for å høste gevinster både i planlegging, bygging og drift	

Anbefalt løsning
Vurdere allerede pågående arbeid.
Oppdatering av maler.
Dekkes av pågående arbeid
Revidering av styreinstruks

Ferdigstille pågående FO-prosjekt

Utvidelse av ekstirende FO-prosjekt; FO110.

Beskrive prosess.

Tilby opplæring.

Status på tiltak	Årlig melding

SB-SAK 17/2019 Lønnsoppgjøret 2019**Forslag til vedtak:**

Administrerende direktør utarbeider sin innstilling om ramme for årets lønnsoppgjør innen medio april. Innstillingen sendes styrets leder som vurderer behov for behandling i ekstraordinært styremøte.

Oppsummering:

Det vises til vedtak i styresak 53/2018 hvor styret ønsker en årlig sak om rammer for lønnsoppgjør.

Administrerende direktør utarbeider sin innstilling om ramme for årets lønnsoppgjør innen medio april. Innstillingen sendes styrets leder som vurderer behov for behandling i ekstraordinært styremøte.

Bakgrunn:

Det avholdes informasjonsmøte i Spekter 2.april 2019 i forbindelse med årets mellomoppgjør for medlemmene i Spekterområdene der innledende forhandlinger, framdrift med frister for lokale forhandlinger og beregning av rammen for frontfaget blir presentert.

Erfaringsvis er det stramme tidsfrister fram til begynnelsen av mai hvor fristen for å be om eventuelt bistand fra Spekter sentralt settes.

Sykehusbygg HF har overenskomster med TEKNA og NITO. Det er en målsetting om å gjennomføre separate forhandlinger med forbundene innenfor tidsfristene som blir satt fra Spekter sentralt. Det forutsetter at administrerende direktør forelegger rammen for lønnsoppgjøret i det innledende møtet med partene. Neste ordinære styremøte er 07.06.2019 og finner da sannsynligvis sted etter at forhandlingene skal være gjennomført.

Det innstilles derfor på at så snart rammen for årets lønnsoppgjør fra Spekter foreligger i begynnelsen av april, vil administrerende direktør utarbeide sin innstilling om ramme for årets lønnsoppgjør. Innstillingen sendes styrets leder som vurderer behov for behandling i ekstraordinært styremøte innen forhandlinger med TEKNA og NITO lokalt startes opp.

Saksbehandler: Berit Valstad-Aalmo

Sykehusbygg HF, 20.03.2019

Terje Bygland Nikolaisen
Administrerende direktør