

Distriktsmedisinsk senter Sør-Helgeland

Konseptrapport 31. mai 2016



Brønnøy



Vevelstad



Vega



Sømna



HELGELANDSSYKEHUSET
HELGELAANTEN SKIEMTJE-GÆTIE



Konseptrapport DMS Sør-Helgeland

UTARBEIDET AV	
Unni Dahl	Sykehusbygg HF
Kjell Solstad	Sykehusbygg HF
Hilde M. Tradin	Sykehusbygg HF

DOKUMENTSTATUS					
01	31.05.16				
02	17.06.16				
03	22.06.16				

Innhold

Innhold	3
Sammendrag	5
1 Bakgrunn	7
1.1 Organisering av arbeidet	8
2 Problemstilling og målsettinger	12
3 Helsepolitiske forutsetninger	13
3.1 Morgendagens pasienter	14
3.2 Samhandlingsreformen	15
3.3 Distriktsmedisinsk senter	16
4 Aktivitetsgrunnlaget	17
4.1 Forbruket i DMS-kommunene.....	17
4.2 Pasientgrupper som kan få et tilbud i poliklinikkene i DMS.....	17
5 Framtidig DMS aktivitet.....	19
5.1 Framskrivningsmodellen	19
5.2 Framskrevet aktivitetsgrunnlag og kapasitetsbehov DMS Sør-Helgeland	20
6 Funksjoner og arealbehov	21
6.1 Arealstandarder.....	21
6.2 Funksjoner	22
6.2.1 Spesialisthelsetjenester.....	22
6.2.2 Kommunale helsetjenester	23
6.3 Oppsummert arealbehov	23
7 Medisinsk teknisk utstyr (Brukerutstyr)	25
8 Dagens bygg og tomt.....	26
9 Løsningsalternativ	27
9.1 Skisseprosjekt	27
9.1.1 Funksjonsplassering.....	28
9.2 To hovedalternativ: Med og uten helikoptertjeneste.....	29
10 Kostnadskalkyle	35
11 Tekniske rammer og forutsetninger.....	37
12 Informasjons- og kommunikasjonsteknologi (IKT).....	38
13 Organisasjonsutvikling og samhandling	39
13.1 Samhandling og helhetlige pasientforløp	39
13.2 Kompetanseutvikling.....	41
13.3 Informasjons- og kommunikasjonsteknologi	41

13.4 Plan for organisasjonsutvikling.....	42
14 Videre framdrift.....	44
14.1 Neste fase.....	44
15 Dokumenter i konseptfasen	47
Vedlegg	

Sammendrag

Bakgrunnen for konseptrapporten for distriktsmedisinsk senter (DMS) Sør-Helgeland er en tidligere mulighetsstudie «Desentraliserte spesialisthelsetjenester/Lokalmedisinsk senter Brønnøysund», datert 19.12.2014 og utarbeidet av Hospitalitet.

Konseptfasen for DMS Sør-Helgeland er utført på oppdrag fra Helgelandssykehuset HF i samarbeid med kommunene på Sør-Helgeland. Prosjektstyret er satt sammen av representanter fra de involverte kommunene og Helgelandssykehuset. Det har vært en bred involvering av beslutningstakere, ansatte og brukere underveis. Sykehusbyggs veileder for tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter har vært benyttet, men noe modifisert på grunn av prosjektets størrelse og virksomhetsfokus.

Nærhet til helsetjenester har vært sentralt i norsk helsepolitikk i mange år og fremheves ofte med setningen: «Desentralisere det man kan og sentralisere det man må». Hensikten med et DMS lokalisert i Brønnøysund er å tilby tilgjengelige og godt koordinerte helsetilbud nærmere der befolkningen i Brønnøy, Sømna, Vega og Vevelstad¹ bor. I DMS-et kan spesialisthelsetjenesten og kommunene utvikle en samhandlings- og kompetansearena. Samarbeidet mellom partene er viktig for å optimalisere ressurser og fremme gode helhetlige pasientforløp.

Felles møteplasser og sambruk av areal og personell legger til rette for fordeler knyttet til samdrift og kompetanseutvikling. Et godt samarbeid vil bidra til å møte framtidens utfordringer med en stadig eldre befolkning og skape et attraktivt helsetjenestetilbud for befolkningen på Sør-Helgeland. Når DMS-et medfører kortere reisevei, legges det til rette for at flere av pasientene som er bosatt på Sør-Helgeland, velger det desentraliserte spesialisthelsetjenestetilbudet. I tillegg vil DMS-et bidra til å øke effektiviteten og kvaliteten bl.a. ved å hindre unødvendige innleggelser og reinnleggelser, redusere kostnader knyttet til transport i tillegg til kortere liggetid i sykehus.

Det planlegges for en utvidelse av spesialisthelsetjenestetilbudet for de fire kommunene i det eksisterende Helse- og omsorgssenteret i Brønnøysund. Dette krever både ombygging i helsesenteret og nybygg. Det nye DMS Sør-Helgeland omfatter derfor både eksisterende helsesenter og nybygg.

Det er generelt anslått at 80 prosent av de som behandles poliklinisk i dag i Helgelandssykehuset eller hos andre, kan få et tilbud i DMS Sør-Helgeland (med noen få unntak). Det er også planlagt at DMS skal inneholde konvensjonell røntgen, ultralyd og en CT, og at 80 prosent av kartlagt aktivitet knyttet til spesialisthelsetjenesten kan inngå i DMS-et².

Det er tilrettelagt for bo- og oppholdsfasiliteter for prehospitaltjenester i DMS Sør-Helgeland (bilambulans, fly- og helikoptertjeneste). I konseptfasen er det utredet to

¹ Bindal som også er en del av Sør-Helgeland, er ikke inkludert da befolkningen i kommunen i all hovedsak benytter Helse Nord-Trøndelag HF.

² Framtidig DMS-aktivitet er basert på Sykehusbyggmodellen for framskrivning. Modellen kombinerer demografisk framskrevne data fra Statistisk Sentralbyrå (SSB) og aktivitetsdata fra Norsk pasientregister (NPR).

virksomhetsalternativ: Ett alternativ med oppholdsfasiliteter for helikopter (alternativ A) og ett uten helikopter (alternativ B).

I forbindelse med konseptfasen er det utarbeidet et skisseprosjekt. Skisseprosjektet viser et nybygg plassert på tomten vest for dagens Helse- og omsorgssenter. I nybygget foreslås legevakt og bildediagnostikk samlokalisert med god tilgang utenfra for gående og ambulanse. Polikliniske konsultasjonsrom er lokalisert nært fastlegeområdet og laboratoriet i plan 2. Bruttoareal (ombygging og nybygg) er 3 618 kvadratmeter i alternativ A og 3 406 kvadratmeter i alternativ B.

I skisseprosjektet er det utarbeidet kalkyler for investeringskostnader som inkluderer blant annet utstyr og utomhusarbeider. Alternativet som inkluderer oppholdsfasiliteter for helikoptertjenesten (alternativ A), er estimert til en kostnad på 201,6 millioner kroner og alternativet uten helikopter (alternativ B) er estimert til en kostnad på 192,4 millioner kroner (inkl. MVA).

Brønnøy kommune vil være prosjekteier i neste fase, og vil eie bygget, med utleie av areal til Helgelandssykehuset. Innledningsvis i neste fase må det besluttes om man vil gå videre med alternativ A eller B.

Det anbefales at kommunene på Sør-Helgeland og Helgelandssykehuset videreutvikler samhandlingsarenaen under gjennomføringen av byggeprosjektet for å oppnå målene om gode pasientforløp optimalisert ressursbruk. Det bør så snart som mulig inngås en intensjonsavtale mellom Helgelandssykehuset og Brønnøy kommune som klargjør prosessen videre, herunder ansvar og tidsfrister.

1 Bakgrunn

I dette kapitlet beskrives kort prosjektets historikk og planprosess.

Helgelandssykehuset HF består av tre lokalsykehus, Sandnessjøen, Mosjøen og Mo i Rana, og betjener en befolkning på omlag 77 000. Kommunene på Sør-Helgeland (Brønnøy, Sømna, Vega og Vevelstad) inngår i befolkningsområdet til Helgelandssykehuset og utgjør i underkant av 12 000 innbyggere i 2014.

Befolkningen på Sør-Helgeland har en relativt lang/krevende transportvei til spesialisthelsetjenestene. Avstanden fra Brønnøysund til Sandnessjøen er 71,1 km (to ferger), til Mosjøen er avstanden 160 km og til Mo i Rana er avstanden 165 km med tre ferger (eventuelt 248 km via Mosjøen).

Nærhet til helsetjenester har vært sentralt i norsk helsepolitikk i mange år:

«Utredning og behandling av hyppig forekommende sykdommer og tilstander, skal desentraliseres når dette er mulig. Utredning og behandling av sjeldne sykdommer og tilstander, skal sentraliseres der det er nødvendig for å sikre god kvalitet og god ressursutnytting» Nasjonal helse- og omsorgsplan (2010-2015) s. 7

Hensikten med et distriktsmedisinsk senter (DMS) i Brønnøysund er å tilrettelegge for samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene og å etablere et tilgjengelig, utvidet og bedre koordinert helsetilbud nærmere der pasientene bor³.

I dag tilbys et poliklinisk spesialisthelsetjenestetilbud i Helse- og omsorgssenteret i Brønnøysund, men tilbudet er lite og lokalene er begrensende i forhold til den framtidige virksomheten. I tillegg har senteret en fødestue og et dialysetilbud. Det er et mål at bredden i det polikliniske tilbudet økes slik at det oppnås en bedre behovsdekning lokalt enn det som er tilfelle i dag. Samtidig er det viktig at tilbudet blir forutsigbart og at samhandlingen mellom nivåene utvikles. Under planleggingen av DMS Sør-Helgeland har det derfor vært nødvendig å definere hvilke pasientgrupper som kan tilbys spesialisthelser i DMS i tillegg å utvikle samhandlingstiltak. Dette krever et samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene på Sør-Helgeland.

De fire kommunene på Sør-Helgeland utgjør om lag 15 prosent av befolkningsgrunnlaget for bostedsområdet til Helgelandssykehuset. På denne måten utgjør dette en vesentlig andel av basisrammetilskuddet som sammen med de aktivitetsbaserte inntektene skal finansiere spesialisthelsetjenestetilbudet i bostedsområdet.

Det er utarbeidet en mulighetsstudie «Desentraliserte spesialisthelsetjenester/Lokalmedisinsk senter Brønnøysund», datert 19.12.2014. Studien viser at det er mulig å etablere et DMS i tilknytning til eksisterende bygningsmasse i Brønnøy Helse- og omsorgssenter.

Mulighetsstudien er behandlet i de berørte kommunene Vevelstad, Vega, Brønnøy og Sømna samt i Helgelandssykehuset. I sak 26/2015 (30.04.15) fattet styret i Helgelandssykehuset følgende vedtak: «Styret viser til rapporten ”Desentraliserte spesialisthelsetjenester / LMS

³ Nasjonal helse- og omsorgsplan (2010-2015): DMS/LMS (lokalmedisinsk senter) er kommunale helsetilbud der en eller flere kommuner samarbeider med spesialisthelsetjenesten om tjenester til pasienter før og etter, eller istedenfor innleggelse i sykehus.

Brønnøysund” datert 19.12.2014 og ber administrerende direktør legge til rette for en utvikling av desentraliserte spesialisthelsetjenester/LMS i Brønnøysund. Dette skal skje i tråd med rapporten, som beskriver en situasjon der eierskapet er kommunalt og spesialisthelsetjenesten er leietaker.» Videre godkjente Helse Nord RHF i styresak 136-2015 mandat for «Utredning idefaseprosjekt Helgelandssykehuset 2025». Dette mandatet forutsetter at utredningen blant annet skal baseres på «Utviklingsplan Helgelandssykehuset 2025» og rapporten «Desentraliserte spesialisthelsetjenester / LMS Brønnøysund» datert 19.12.2014.

Konseptfaserapporten utreder forslag til alternative virksomhetsmodeller og løsninger og oppsummerer delutredningene som er gjennomført i konseptfasen:

- Hovedfunksjonsprogram, delfunksjonsprogram, person- og vareflyt
- Hovedprogram utstyr
- Skisseprosjekt
- Kostnads kalkyler
- Overordnet teknisk program (OTP) inkludert Informasjons- og kommunikasjonsteknologi (IKT)

I tillegg omtaler konseptrapporten helsepolitiske forutsetninger for DMS og vektlegger organisasjonsutvikling og samhandling for å fremme gode og effektive pasientforløp i DMS-et.

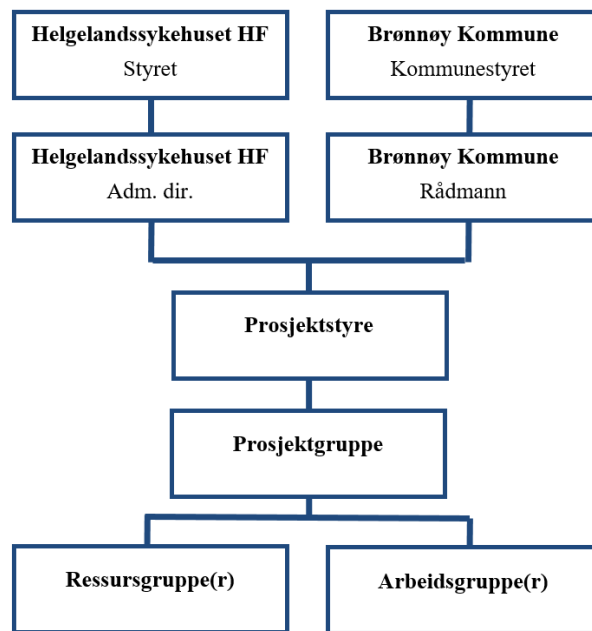
Målet med konseptfasen er å legge grunnlaget for å velge den beste løsningen og utvikle denne til et nivå slik at eieren med akseptabel sikkerhet kan treffe beslutninger om gjennomføring av prosjektet og om igangsetting av det videre programmerings- og prosjekteringsarbeidet.

Konseptfasen bygger vanligvis på en idéfaserapport. For DMS Sør-Helgeland er det ikke gjennomført en idéfase, men en mulighetsstudie («Desentraliserte spesialisthelsetjenester/Lokalmedisinsk senter Brønnøysund») er utgangspunkt for igangsetting av konseptfasen. Sykehusbyggs veileder for tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter har vært benyttet og tilpasset arbeidet med konseptfasen for DMS Sør-Helgeland. Det er ikke blitt gjennomført et kvalitetssikringsregime (kvalitetssikring konseptvalg, KSK). I følge veilederen er det ikke påkrevet å gjennomføre KSK for prosjekter med forventet prosjektkostnad på mindre enn 500 millioner kroner.

1.1 Organisering av arbeidet

Organiseringen av konseptfasen har i hovedsak vært gjennomført i samsvar med prosjektorganiseringen som er skissert i figur 1.1 nedenfor. I denne oversikten vises Brønnøy kommune alene, men det har vært forutsatt at Brønnøy involverer de andre kommunene. Alle fire kommuner har vært representert i prosjektstyret.

Figur 1.1 Organisering



Prosjektstyre:

Bjørn Bech-Hanssen (Helgelandssykehuset HF) - Leder
Iren Ramsøy (samhandlingssjef HSH)
Sturla Ditlefsen (Leder, barne- og familiesentret Brønnøysund)
Tore Dahl (Kommuneoverlege Brønnøy)
Ann Helen Westerberg (Kommunalsjef oppvekst Sømna kommune)
Brit Skjevling (Rådmann Vega kommune)
Signar Kristoffersen (Rådmann Vevelstad kommune)

Prosjektgruppe:

Unni Dahl – Prosjektleder (Sykehusbygg)
Hilde Tradin (Sykehusbygg)
Kjell Solstad (Sykehusbygg)
Sturla Ditlefsen (Koordinator kommuner)
Iren Ramsøy (Koordinator Helgelandssykehuset HF)
Bjørn Haug (Enhetsdir. prehospitaltjenester)
Svein Jensen (brukerrepresentant)
Torleif Larsen (tillitsvalgt lege BSK)
May Edel Lund (Sykepleierforb, tillitsvalgt Helgelandssykehuset HF)

Intern arbeidsgruppe i Brønnøy:

Sturla Ditlefsen (Leder, barne- og familiesentret Brønnøysund)
Tove Karin Solli (Personalsjef)
Tore Dahl (Kommuneoverlege)
Gunvald Eilertsen (Teknisk sjef)
Arnt Ståle Sætre (Eiendomssjef)
Ole Inge Jenssen (Fagstabssjef helse og velferdssenter)

Intern arbeidsgruppe
Helgelandssykehuset HF:

Iren Ramsøy (Samhandlingssjef)
Arne Finseth (Prehospitale tjenester)
Martin Fjellsøy (Medisinsk lege)

Sykehusbygg HF har hatt ansvar for prosjektledelse for konseptfase DMS Sør-Helgeland. Prosjekteiere ved administrerende direktør Per Martin Knutsen, Helgelandssykehuset HF og rådmann Pål Trælvik, Brønnøy kommune har hatt møterett i prosjektstyret. Prosjektleder Unni Dahl, Sykehusbygg har vært sekretariatet for prosjektstyret.

Gruppene har blitt supplert med ressurspersoner etter behov, blant andre har Fred Mürer (Helgelandssykehuset HF) bidratt i arbeidet med framskrivning og kapasitetsvurderinger. I løpet av utviklingen av prosjektet i konseptfasen, har personer fra de interne arbeidsgruppene deltatt i felles møter (oppstartsmøte, to dagers workshop og i møter med arkitekt). I tillegg har koordinatorene for Brønnøy kommune og Helgelandssykehuset hatt interne møter, kommunisert med fagpersoner og hatt skypemøter med Sykehusbygg.

Prosjektstyret har hatt fire møter. De fleste har vært via skype og konferansetelefon. I tillegg har prosjektstyret deltatt i oppstartsmøte og workshop og prosjektstyret skal behandle konseptrapporten.

Medvirkningen fra kommuner, brukerrepresentant og Helgelandssykehuset startet med et oppstartsmøte i 19. november 2015. Det siste møtet med koordinatorene for kommunene og Helgelandssykehuset (via skype) ble avholdt 20. mai 2016 (Vedlegg 1 viser framdriftsplan).

Den første del av konseptfasen vektla gjennomgang av grunnlagsdokument og estimering av hvilke spesialisthelsetjenester (type og omfang) som skal inngå i DMS-et. Arbeidet foregikk i et nært samarbeid mellom Sykehusbygg og Helgelandssykehuset og ble i hovedsak avsluttet medio mars 2016. Sykehusbygg har foretatt framskrivningene og beregnet kapasitetsbehovet på bakgrunn av tilbakemeldinger fra Helgelandssykehuset (jf. vedlegg til *Hovedfunksjonsprogram, delfunksjonsprogram, person- og vareflyt* som oppsummerer arbeidet i perioden). I tillegg ble vurdering av tomt og tekniske arealer vektlagt i februar og mars 2016 i et samarbeid Brønnøy kommune og Sykehusbygg.

Utarbeidelsen av romprogram som startet i februar, har vært bakgrunnen for arkitektenes skisseprosjekt. Det har vært en systematisk medvirkning i prosjektet både fra kommuner og Helgelandssykehuset. Oppmerksomheten har vært rettet mot å utforme rom og arealer som legger til rette for samarbeid og gode pasientforløp.

Ratio arkitekter har utarbeidet skisseprosjektet for DMS Sør-Helgeland⁴ basert på følgende oppdrag:

«I innledende fase av oppdraget skal det lages studier av forskjellige bygningsmessige konsepter for utnyttelse av tomt, plassering og hovedorganisering. Overordnede trafikale, logistikkmessige og funksjonelle hensyn og tilknytning til eksisterende bygninger er viktige kriterier i tillegg til de kriteriene som er angitt i veilederen.

Innledende fase av oppdraget avsluttes ved at arkitekt i samarbeid med oppdragsgiver innstiller bygningsmessig konsept, ett tomtealternativ med to bygningsmessige konsepter; et med bo-/overnattingsfasiliteter for helikoptertjenesten og et uten, som legges til grunn for skisseprosjektet.»

⁴ Navnet på DMS-et har endret seg i løpet av planleggingsfasene. I mulighetsstudien ble navnet LMS Brønnøysund benyttet. I den første del av konseptfasen og i skisseprosjektet er navnet DMS Brønnøysund brukt, mens i siste del av konseptfasen er navnet endret til DMS Sør-Helgeland.

2 Problemstilling og målsettinger

Nedenfor presenteres prosjektets problemstillinger og målsettinger.

Problemstilling

Hvilke funksjoner og tjenester bør inngå i DMS Sør-Helgeland og hvordan kan dette løses arealmessig i Brønnøysund?

Samfunns mål

Nytt DMS Sør-Helgeland skal bidra til et tilgjengelig, effektivt og godt koordinert helsetjenestetilbud for befolkningen på Sør-Helgeland i samsvar med nasjonale helseplaner.

Effekt mål

Nytt DMS Sør-Helgeland skal legge til rette for et helhetlig og godt helsetjenestetilbud både kommunalt, interkommunalt, innen spesialisthelsetjenesten og mellom nivåene.

DMS Sør-Helgeland skal:

- Bidra til helsefremmende, koordinerte og effektive behandlingsforløp
- Vektlegge egenmestring, tidlig intervensjon og forebygge funksjonstap
- Bidra til bedre samhandling og tverrfaglige tilbud
- Tilby og tilrettelegge for forutsigbare spesialisthelsetjenester og interkommunale tilbud
- Øke andelen polikliniske tjenester (volum og type) i DMS-et i forhold til i dag
- Hindre unødvendige innleggelser/re-innleggelser
- Bidra til tidlig utskrivning fra sykehus
- Være en kompetansearena for spesialisthelsetjenesten og kommunene
- Redusere reisekostnader for befolkningen i Sør-Helgeland
- Være et kvalitativt godt og attraktivt helsetjenestetilbud
 - DMS-et vil føre til kortere reisevei, og legger til rette for at flere av pasientene som er bosatt på Sør-Helgeland, velger det desentraliserte spesialisthelsetjenestetilbudet
- Være en attraktiv arbeidsplass
- Være et fleksibelt bygg som kan utnyttes på tvers av fagområder

Resultat mål

Resultatet av å gjennomføre konseptfasen innenfor tids- og kostnadsrammer skal være:

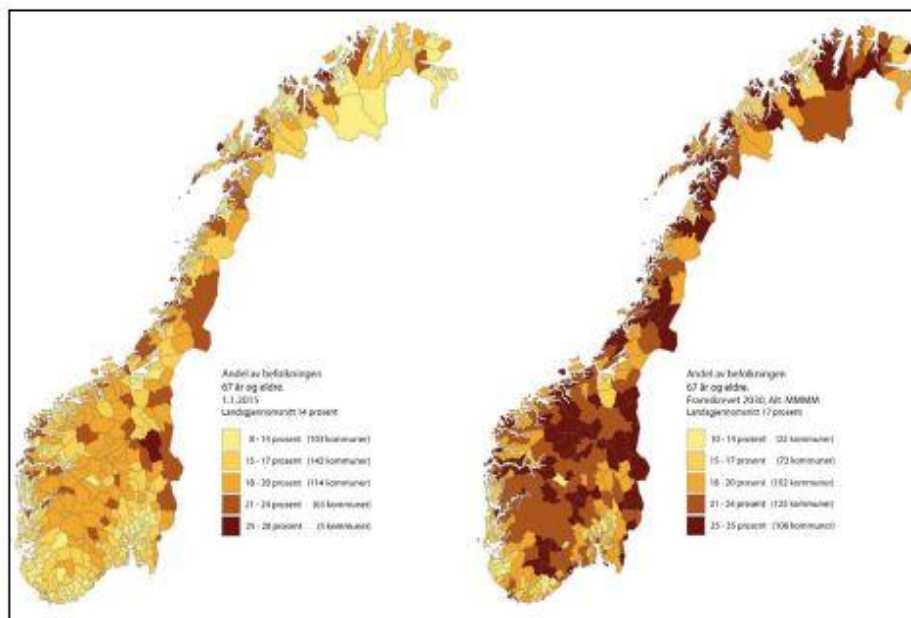
- Vurdere aktivitet, kapasitet og driftsmodell i et fremtidig DMS Sør-Helgeland.
- Sørge for at det blir utarbeidet et skisseprosjekt som viser hvordan man i praksis kan løse arealbehovet ved ombygging i eksisterende bygningsmasse og nybygg.
- Utarbeide en konseptrapport som skal være et beslutningsgrunnlag for forprosjekteringen.

3 Helsepolitiske forutsetninger

Dette kapitlet omtaler nasjonale føringer som ligger til grunn for planlegging av DMS Sør-Helgeland.

Andelen personer med kroniske sykdommer blir stadig mer dominerende. Ikke-smittsomme sykdommer som kreft, hjerte/karlidelser, KOLS og diabetes er en utfordring for den globale folkehelsen⁵. Levestandarden øker, vi får bedre helse og flere lever lengre med sammensatte sykdomsbilder. Andelen personer som har flere kroniske sykdommer øker med alder og blant de aller eldste finner man ofte personer med mange kroniske sykdommer samtidig. Men dette gjelder ikke bare de eldste pasientene, det er også mange middelaldrende som har mange kroniske sykdommer⁶.

Figur 3.1 Større andel eldre



Figur 4.3 Andel av befolkningen 67 år og eldre i 2015 og framskrevet til 2030

Kilde: Statistisk sentralbyrå

Framskrivninger tyder på at det vil både bli mange flere eldre og en større andel av eldre spesielt i distriktene⁷. Figur 3.1 er hentet fra Nasjonal helse- og sykehusplan. Kartet viser andel av befolkningen 67 år og eldre i 2015 (til venstre) og framskrivning til 2030 (til høyre): Jo mørkere farge, jo større andel av befolkningen er 67 år og eldre. I følge Nasjonal helse- og sykehusplan vil det fram til 2030 bli ca. 300 000 flere eldre over 70 år sammenlignet med i dag; en økning på over 50 prosent. Når det blir mange flere eldre, og når eldre har god nytte av nye, skånsomme behandlingsmetoder, antas det at behovet for spesialisthelsetjenester vil øke.

⁵ Samdata 2014.

⁶ Lancet 2012, Barnett et al.

⁷ Nasjonal helse- og sykehusplan. Meld. St. 11 2015–2016.

3.1 Morgendagens pasienter

Forenklet kan man si at morgendagens pasienter, er personer som trolig har flere diagnoser (multimorbiditet). Studier viser at personer med multimorbiditet ofte har redusert funksjon og livskvalitet og økt bruk av helsetjenester i og utenfor sykehus⁸. På grunn av at spesialisthelsetjenesten ofte har oppmerksomheten rette mot en diagnose, må personer som har flere diagnoser oppsøke ulike spesialister⁹. Og fordi uønskede hendelser (feil) ofte knyttes til situasjoner der mange spesialister og utstyr er involvert, øker behovet for samhandling og koordinering mellom fagpersonell og tjenester¹⁰.

Det er imidlertid ikke bare antallet eldre eller sykелighet som har betydning for morgendagens pasienter. Innbyggernes krav og forventninger til helsetjenesten har også stor betydning. Et utviklingstrekk, som vi trolig bare har sett starten på, er brukermedvirkning. I Norge er brukermedvirkning lovfestet i Pasient – og brukerrettighetsloven og i Helseforetaksloven, og med økte rettigheter vil det trolig komme økte krav fra pasientene.

Studier har vist at befolkningen ønsker en lege som lytter, viser omsorg og forklarer godt¹¹. Andre studier av brukernes forventninger, både innen somatikk og psykisk helsevern, viser at brukerne ønsker en fleksibel tjeneste tilpasset deres behov. De ønsker trygge, forutsigbare tjenester i perioder med sterke symptomer eller når de er veldig syke, mens de ønsker større grad av medbestemmelse og ansvar når de ikke føler seg så syke¹². Slike studier tyder på at morgendagens pasienter vil forvente en utvikling i helsetjenesten som er tilpasset deres individuelle behov.

I framtida vil sannsynligvis pasientene kommunisere mer digitalt med helsetjenesten¹³. Tilgang til egne opplysninger og selvbetjeningsløsninger skal gi brukerne en enklere hverdag og tilrettelegge for medvirkning og medbestemmelse i behandlingen. Det vil trolig også komme flere e-læringsprogram som vil bidra til at pasienten kan mestre egen helse bedre enn i dag.

Det forventes at enklere utstyr fører til at mange utredninger og behandlinger kan utføres nærmere pasienten. Kommuner er i dag i gang med å installere smartteknologi i hjemmet til personer som har økt risiko for å falle (fallsensorer via mobil) og i tillegg kan sensorer på kroppen overvåke personens tilstand.

Det er en forventning om at fremvekst av ny teknologi vil understøtte fjernkonsultasjoner/-diagnostisering, øke mulighetene for lokale behandlingstilbud og at flere kan bo hjemme. Ny teknologi vil gi større trygghet og mer selvstendighet for brukerne og bidra til at personell frigjøres til andre oppgaver.

⁸ Ageing Res Rev 2011, Marengoni et al.

⁹ Lancet 2012, Barnett et. al. NEJM 2014, Press.

¹⁰ Med Care 2014, Hempstead. BMJ Qual Saf. 2012, Groene et a. Ann Emerg Med 2009, Horwitz et al.

¹¹ Journal of participatory medicine 2015, Wen.

¹² International Journal of Social Psychiatry, 2014 Rise et al. Picker Institute Europe 2006, Patient-focused interventions, Coulter & Ellins.

¹³ Nasjonal helse- og sykehusplan (2016-2019).

3.2 Samhandlingsreformen

I mange land vektlegges bedre koordinering av helse og omsorgstjenester til personer med omfattende helsebehov¹⁴. I Norge ble Samhandlingsreformen innført 1. januar 2012¹⁵. Den peker ut en ny retning for helsetjenesten; en bærekraftig helsetjeneste med god kvalitet. Befolkningen skal sikres rett behandling til rett tid på rett sted, gjennom et helhetlig og koordinert helse- og omsorgstjenestetilbud. Dette skal blant annet nås ved at en større del av helsetjenestene ytes av kommunehelsetjenesten slik at veksten i bruk av sykehustjenester dempes og forebygging vektlegges framfor å reparere. God kvalitet i tjenestene skal oppnås ved å styrke ansattes kompetanse og øke samarbeidet mellom helsenivåene. Som en del av samhandlingsreformen ble ny helse- og omsorgstjenestelov vedtatt i 2011. Den skal sikre at pasienter og brukere får tidlig og god hjelp når de trenger det, nærmest mulig der de bor.

Nasjonal helse- og omsorgsplan (2010-2015) viser samme retning som Samhandlingsreformen og beskriver flere virkemidler: Økonomiske virkemidler (betaling for ventende utskrivningsklare pasienter), juridiske (folkehelseloven, helse- og omsorgstjenesteloven), organisatoriske (krav om samarbeidsavtaler mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten) og faglige virkemidler (retningslinjer, kvalitetsindikatorer, øyeblikkelig hjelp-døgntilbud i kommunene) for å fremme gode og helhetlige pasientforløp.

I dag igangsettes mange tiltak for å oppnå helhetlige pasientforløp. Likevel erfares det at samhandling er vanskelig og utfordrende. *Riksrevisjonens undersøkelse av ressursutnyttelse og kvalitet i helsetjenesten etter innføringen av samhandlingsreformen*¹⁶ undersøkte om sentrale forutsetninger for å nå målene i samhandlingsreformen er oppnådd. Det slås fast at kommunene har tatt over pasienter som tidligere lå ferdigbehandlet i sykehus og at man vet lite om kvaliteten på tjenestene til pasienter som skrives ut til kommunene. De fleste av kommunene opplever at pasientene er sykere når de overføres til kommunehelsetjenesten sammenlignet med før reformen. I følge helseforetak og kommuner er både for tidlig utskrivning og mangler ved det kommunale tjenestetilbudet årsaker til at flere pasienter blir re-innlagt i sykehus.

Kommunene har gjennom samhandlingsreformen fått et ansvar for å dempe økningen i antall innleggelser i spesialisthelsetjenesten. Den kommunale plikten til å tilby døgnopphold til pasienter med behov for øyeblikkelig hjelp (ØHD/KAD) fra 1. januar 2016, er ett av virkemidlene som skal bidra til å dempe økningen i antall innleggelser i spesialisthelsetjenesten. For å avlaste sykehusene, må pasienter som legges inn i ØHD/KAD i hovedsak være pasienter som ellers ville blitt lagt inn for behandling på sykehus. Riksrevisjonen finner at i mange kommuner brukes ikke ØHD/KAD på en måte som erstatter innleggelser i sykehus, og helseforetakene mener at mange pasienter som legges inn på sykehus, heller burde vært lagt inn på ØHD/KAD.

¹⁴ Int J Integr Care 2001, Grone og Garcia-Barbero.

¹⁵ Samhandlingsreformen, St.meld. nr 47, (2008-2009).

¹⁶ Dokument 3:5, 2015–2016.

Riksrevisjonen peker også på at samarbeidet om pasienter med behov for tjenester fra både primær- og spesialisthelsetjenesten ikke er godt nok. Mange helseforetak og kommuner mener at kvaliteten på informasjonen som utveksles om den enkelte pasient er for dårlig (om funksjonsnivå, medikamenter, forventet utvikling etter sykehusopphold) og informasjonen kommer sent.

I følge Riksrevisjonen er ikke tilbudet innenfor rus- og psykiatriområdet i kommunene styrket i takt med nedbyggingen av døgnplasser i spesialisthelsetjenesten. Mange kommuner mener samarbeidsavtalene ikke klargjør oppgave- og ansvarsfordelingen for pasienter innen psykisk helse og rus.

Riksrevisjonens undersøkelse viser til at kommunene i liten grad har økt kapasiteten og styrket kompetansen etter innføringen av samhandlingsreformen. Det er forventet at *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet*¹⁷ skal bidra til bedre samhandling og samordning på tvers av deltjenester. Blant annet skal samlokalisering av tjenester, økt og endret bruk av team sikre bedre tjenester til brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester. Slike team kan være læringsnettverk, kompetansetiltak og faglig veiledning.

3.3 Distriktsmedisinsk senter

Samhandlingsreformen peker ut en ny retning for helse- og omsorgstjenestene og et distriktsmedisinsk senter (DMS) er en oppfølging og konkretisering av samhandlingsreformen.

Et DMS er en samling av helse- og omsorgstjenester for å gi godt koordinerte og tilgjengelige tjenester til befolkningen, nært der de bor. Det er mange forskjellige DMS i landet. Innholdet er avhengig av lokale forhold, brukerne/pasientenes behov, og interkommunalt samarbeid og samarbeid mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten. DMS er også en sentral arena for kompetanseutvikling. Et DMS består vanligvis av kommunale tjenester (interkommunale), spesialisthelsetjenester og tjenester som tilbys i et samarbeid mellom nivåene (felles tjenester) til pasienter/brukere før og etter, eller istedenfor innleggelse i sykehus.

I dette dokumentet inkluderer DMS Sør-Helgeland både helsesenteret i Brønnøysund og et planlagt nybygg.

¹⁷ (Primærhelsemeldingen) Meld. St. 26 (2014-2015).

4 Aktivitetsgrunnlaget

Dimensjoneringsgrunnlaget for spesialisthelsetjenestene i DMS Sør-Helgeland er beskrevet i detalj i dokumentet *Hovedfunksjonsprogram, delfunksjonsprogram, person- og vareflyt*. I tillegg er det beskrevet hvordan de fire DMS-kommunene¹⁸ forbruker spesialisthelsetjenester i dag og hvem som behandler pasientene. Det er primært poliklinikkjenester og bildediagnostikk som er avgrenset og framskrevet som aktivitetsgrunnlag for DMS Sør-Helgeland. Her gjengis hovedpunktene.

4.1 Forbruket i DMS-kommunene

Forbruket av polikliniske tjenester inkludert medisinsk dagbehandling utover dialyse var for landet samlet 1466 konsultasjoner per 1000 innbyggere i 2014. Rogaland fylke hadde det laveste forbruket i landet (1188) mens Aust-Agder fylke hadde det høyeste forbruket (1675). Nordland fylke lå i underkant av landsgjennomsnittet med 1434 konsultasjoner per innbyggere. Helgelandssykehusets bostedsområde hadde i gjennomsnitt 1568 konsultasjoner per 1000 innbyggere og alle de fire DMS-kommunene lå lavere enn gjennomsnittet for bostedsområdet. Sømna, Brønnøy og Vevelstad hadde forbruksnivå på henholdsvis 1248, 1301 og 1278 konsultasjoner per 1000 innbyggere mens Vega lå svakt over landsgjennomsnittet med 1482. Det kan derfor oppsummeres med at DMS-kommunene har relativt lavt forbruk i bostedsområdet og tre av dem har lavere enn landsgjennomsnittet.

Pasientenes behandlingssted

Samlet sett hadde pasienter bosatt i de fire DMS-kommunene 15363 konsultasjoner i 2014. Helgelandssykehuset behandlet 54 prosent av disse mens private avtalespesialister behandlet i 19 prosent av konsultasjonene. En stor andel av konsultasjonene hos avtalespesialister var knyttet til avtalespesialist i Hommelstø. Nordlandssykehuset (NLSH) hadde 8 prosent og Helse Nord-Trøndelag (HNT) 7 prosent av konsultasjonene. De to universitetssykehusene UNN og St. Olavs Hospital hadde henholdsvis 3 og 5 prosent av konsultasjonene.

4.2 Pasientgrupper som kan få et tilbud i poliklinikkene i DMS

Med noen unntak antas at 80 prosent av de som i dag behandles i poliklinikk i Helgelandssykehuset eller hos andre, kan få et tilbud i DMS Sør-Helgeland. Av alle polikliniske endoskopier er det imidlertid bare ØNH-endoskopiene som kan gis tilbud i DMS. For kjemoterapi¹⁹, dialysebehandling og lysbehandling antas det at 100 prosent kan få et tilbud i DMS.

Det antas også at 50 prosent av de pasientene som behandles i poliklinikker i NLSH og 80 prosent av de samme i HNT kan gis et tilbud i DMS. Samlet sett gir dette et utgangspunkt på i underkant av 6800 konsultasjoner (eksklusive konsultasjoner hos avtalespesialister).

I tillegg til de polikliniske tilbudene vil det også gis tilbud om bildediagnostikk i DMS. Her er det planlagt med tre modaliteter; konvensjonell røntgen (RG), ultralyd (UL) og

¹⁸ De fire kommunene er Sømna, Brønnøy, Vega og Vevelstad. Bindal som også er en del av Sør-Helgeland er ikke inkludert da befolkningen i kommunen i all hovedsak benytter Helse Nord-Trøndelag HF.

¹⁹ Noen av disse kan ha behov for sykehusbehandling.

computertomografi (CT). Det antas også her at 80 prosent av aktiviteten knyttet til spesialisthelsetjenesten kan inngå i DMS. Dette utgjorde i 2015 om lag 3600 konsultasjoner for RG, 950 for CT og 700 for UL.

5 Framtidig DMS aktivitet

5.1 Framskrivningsmodellen

Med utgangspunkt i aktivitetsdata beskrevet i kapittel 4 over, framskrives aktiviteten fram til 2030 og kapasitetsbehovet fastsettes ut fra dette. I framskrivningen benyttes Sykehusbyggmodellen for framskrivning av aktivitet og kapasitetsbehov. Figur 5.1 gir en skisse av trinnene i modellen.

Figur 5.1 Prinsippene i Sykehusbyggmodellen for framskrivning av aktivitet og kapasitetsberegning



Trinn 1 i modellen er en ren demografisk framskrivning av aktiviteten basert på ettårig aldersgrupper og kjønn i pasientdata og i framskrivning av befolkningsdata utført av Statistisk sentralbyrå (SSB). Dette gir en framskrivning av dagens patientsammensetning kun med tanke på at volum og alderssammensetning endres i befolkningen. Den største kommunen og kommunen som vokser mest, er Brønnøy kommune. De tre andre kommunene har en svak eller ingen vekst i perioden.

I trinn 2 gjøres det skjønsmessige vurderinger utover demografi. Her ligger det endringsstandarder på flere faktorer i Sykehusbyggmodellen som er basert på en kombinasjon av trenddata og skjønn som fagfolk har utøvd. Disse faktorene kan være både sykkelighets- og tilbudsendringer, omstillingendringer i behandlingsnivå, noe overføring til kommunehelsetjenesten og effektiviseringstiltak.

I trinn 3 beregnes så kapasitetsbehovet ut fra den estimerte framtidige aktiviteten. Sykehusmodellen har standarder for åpningstider og behandlingstider for de aktuelle tilbudene. For detaljer omkring dette vises til HFP/DFP.

5.2 Framskrevet aktivitetsgrunnlag og kapasitetsbehov DMS Sør-Helgeland

Med de forutsetningen som er beskrevet over vil det i 2030 være om lag 11300 polikliniske konsultasjoner ved DMS Sør-Helgeland med de avgrensningene som er gjort i prosjektet. I dette tallet er det inkludert 2000 konsultasjoner innen øyefaget som i dag får et tilbud hos avtalespesialist. I tillegg kommer det om lag 450 konsultasjoner med kjemoterapi, i underkant av 300 dialysekonsultasjoner, om lag 350 lysbehandlinger og i underkant av 600 endoskopier innenfor ØNH-faget. Tabell 5.1 viser kapasitetsbehovet beregnet ut fra den polikliniske aktiviteten mens tabell 5.2 viser kapasitetsbehov for bildediagnostikken.

Tabell 5.1 Kapasitetsbehov 2030 for poliklinikk og dagmedisin ved DMS Sør-Helgeland²⁰

Poliklinikk rom	Kons. Framskr til 2030	Antall rom foreslått	Kommentar
Poliklinikkrom	11 888	7	Hvorav ett rom har utvidet areal for plass til ØNH-endoskopiutstyr
Lysbehandlingsrom	339	1	Rom med mye ledig kapasitet og kan ta betydelig aktivitetsvekst utover estimert aktivitet 2030
Plasser til kjemoterapi	454	2	Beregnet behov 0,99, men anbefaler 2 plasser for å ha fleksibilitet
Plasser til dialyse	275	4	Beregnet kapasitet 2 plasser, men viderefører 4 eksisterende. Gir god kapasitet for estimert aktivitet 2030

Tabell 5.2 Framskrevet aktivitet og kapasitetsbehov 2030 for bildediagnostikk etter modalitet

Modalitet	Antall konsultasjoner 2015	80 %	Framsk til 2030	Kapasitetsbehov rom	Avrundet oppover
RG	4 531	3 625	4 882	0,66	1
CT	1 190	950	1 279	0,29	1
UL	789	700	943	0,21	1

²⁰ Det teoretisk beregnede behovet for poliklinikkrom er 7. I tabell 6.1 i kapittel 6 om funksjoner og arealbehov er dette økt til 9 rom. Dette etter innspill fra Helgelandssykehuset i forhold til spesielle behov for kardiologiske pasienter samt planlagt framtidig øyetilbud.

6 Funksjoner og arealbehov

I dette kapittelet beskrives funksjoner og arealbehov i DMS Sør-Helgeland. De eksisterende funksjonene i dagens Helse- og omsorgssenter som ikke berøres av ombygging eller nybygg, omtales ikke nærmere.

6.1 Arealstandarder

I beregningen av arealbehov er det som hovedgrunnlag benyttet arealstandarder fra de siste sykehusprosjekter; bl.a. fra Nordlandssykehuset Vesterålen, Sykehuset i Nordmøre og Romsdal, Stavanger universitetssykehus og Nytt Østfoldsykehus. Arealstandarden (netto) inkluderer selve funksjonen, som for eksempel et poliklinikkrom med tilhørende støtterom.

I tabell 6.1 presenteres arealstandarder for poliklinikkrom og dagplasser sammenlignet med programmerte areal i DMS Sør-Helgeland.

Tabell 6.1 Poliklinikk

Kliniske funksjoner	Ant rom	Areal- standard	Sum areal- standarder	Program. areal DMS
Poliklinikkrom	7	30	210	
Spesialrom	2	40	80	
Dagplass	6	22	132	
Sum poliklinikk			422	375

I framskrivningen av poliklinikk i DMS-et er det beregnet et behov for 7 undersøkelses- og behandlingsrom (UB-rom). I tillegg til disse er det lagt til 2 rom som spesialrom/fleksible UB-rom. Dette etter innspill fra Helgelandssykehuset i forhold til spesielle behov for kardiologiske pasienter samt planlagt framtidig øyetilbud.

Dagplassene inneholder 4 dialyseplasser og 2 dagplasser til kjemoterapi. Det er forutsatt at det sambrukes støtterom med poliklinikken, for eksempel desinfeksjonsrom, avfallsrom og venteplasser. Derav noe lavere areal i DMS Sør-Helgeland (375 kvm) sammenlignet med arealstandardene (422 kvm).

Romberegningen forutsetter at personalressursene styres slik at de blir noen lunde jevnt fordelt i løpet av arbeidsuken.

I tabell 6.2 presenteres arealstandard for bildediagnostikk sammenlignet med programmert areal i DMS Sør-Helgeland.

Tabell 6.2 Bildediagnostikk

Kliniske funksjoner	Ant rom	Areal- standard	Sum areal- standard	Program. areal DMS
Bilediagnostikk	3	90	270	117
Sum bildediagnostikk			270	117

Det er forutsatt at bildediagnostikk sambruker støtterom med legevakt. Derav noe lavere areal i DMS Sør-Helgeland (117 kvm) sammenlignet med arealstandardene (270 kvm).

6.2 Funksjoner

Helse- og omsorgssenteret i Brønnøysund har noe spesialisthelsetjenestetilbud i dag. Blant annet finnes et poliklinisk tilbud fra kardiolog og jordmor i tillegg til fødestue og dialyse.

6.2.1 Spesialisthelsetjenester

Målet er at dette DMS-tilbudet skal utvides til å omfatte flere spesialiteter for poliklinikk, noe medisinsk dagbehandling og bildediagnostikk. Fødetilbudet og dialysebehandling forutsettes videreført.

Utvidelsen av tilbudet har tatt utgangspunkt i framskrevet aktivitet og kapasitetsbehov i kapittel 5 (en utfyllende beskrivelse er gitt i dokumentet *Hovedfunksjonsprogram, delfunksjonsprogram, person- og vareflyt.*) Rombehovet er beregnet ut fra generelle forutsetninger, og hovedprinsippet er at det planlegges med generelle rom i poliklinikken som kan benyttes på tvers av fagområdene. I tillegg fremheves noen utvalgte spesialiteter som har særskilte rombehov:

- KOLS og kardiologiske pasienter
- ØNH med utstyr for endoskopier (skopiunit)
- Øye (oppbygging av tilbud)
- Gynekologi og obstetrikk med ultralyd
- Hudsykdommer med tilbud om lysbehandling
- Dialysebehandling og kjemoterapi (dagplasser)

I planleggingen av DMS-et er samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene vektlagt gjennom:

- Effektive behandlingsforløp og organisering rundt pasienten
- Sambruk av ressurser, kapasiteter, arealer og personell
- Innføring av nye arbeidsmåter og oppgavefordeling, økt tverrfaglig samarbeide
- Innføring av ny teknologi og nye behandlingsmåter
- Fokus på den nye pasientrollen («pasientens helsetjeneste»)
- Felles satsning på FoU og samarbeid om rekruttering

Bilediagnostikk

Det er planlagt for etablering av et konvensjonelt røntgenlaboratorium, ultralyd og en CT.

Prehospitale tjenester

Prehospitale tjenester skal i det fremtidige driftskonseptet i DMS-et ivareta prehospital akuttmedisinsk beredskap, behandling og transport (akutt-, haste- og vanlige oppdrag). Tjenesten skal sikre opplæring og utdanning av fagarbeidere.

Prehospitale tjenester inkluderer bilambulans, helikopter og fly. Det er utredet to alternativ for prehospitale tjenester: Ett med oppholdsfasiliteter for helikoptertjenesten (alternativ A) og ett uten helikoptertjenesten (alternativ B).

Det er programmert separate opphold og boenheter for de tre funksjonene. Møterom og trimrom vil være felles.

Poliklinikk, bildediagnostikk og prehospitale tjenester inngår i nybygg i DMS-et.

Servicefunksjoner

Det er planlagt 5 overnattingsrom som kan bestilles etter behov. Dette er en fellesressurs for spesialisthelsetjenesten. Det planlegges 1 møterom i poliklinikken i tilknytning til møterom for prehospitale tjenester som skal legge til rette for sambruk. Når det gjelder garderober så forutsettes det muligheter for sambruk med kommunehelsetjenesten.

6.2.2 Kommunale helsetjenester

De fleste kommunale tjenestene vil bli lokalisert i eksisterende bygg. Unntatt er legevakt som foreslås lagt til nybygg på plan 1 med god tilgang utenfra for publikum og nærhet til bildediagnostikk og bilambulanse.

Sykehjem og omsorgsboliger vil være lokalisert som i dag, dvs. tilknyttet DMS-et med broforbindelse. Disse områdene inngår ikke i utbyggingsprosjektet i DMS Sør-Helgeland.

Følgende kommunale helse- og omsorgstjenester er i DMS-et:

- Fastlegetjeneste (videreføres i eksisterende areal)
- Legevakt (flyttes til plan 1 i nybygg)
- Laboratoriefunksjoner (arealet utvides)
- Døgnplasser
 - 2 døgnplasser for øyeblikkelig hjelp døgnopphold (ØHD/KAD) – (planlegges interkommunalt)
 - 6 intermediære døgnplasser (planlegges som kommunal- og spesialisthelsetjeneste)
 - 2 korttidsplasser for kommunale døgnopphold (videreføring av eksisterende tilbud)
- Kliniske støttfunksjoner (videreføring av eksisterende tilbud)

6.3 Oppsummert arealbehov

Tabell 6.3 viser oppsummert areal for nybygget.

Tabell 6.3 Oppsummert areal nybygg

Oppsummert programmert areal nybygg	
Poliklinikk	375
Legevakt	157
Kantine/vestibyle	130
Bilediagnostikk	117
Prehospitale tjenester*	767
Totalsum	1546

* Helikoptertjenesten utgjør 143 kvadratmeter. DMS Sør-Helgeland uten helikopter utgjør 1403 kvadratmeter.

Funksjoner i eksisterende bygg vil i begrenset omfang bli en del av byggeprosjektet. På grunn av at det vil være en kobling mellom nytt og gammelt bygg, er det behov for noe ombygning.

Funksjonsarealene som gjennom skisseprosjektet er foreslått ombygd er som følger:

Plan 1: Resepsjon for DMS-et, felles møterom, felles garderober.

Plan 2: Felles ekspedisjon/arbeidsstasjon i venteområdet mellom nytt og eksisterende bygg, felles møterom ved sengeområdet, felles medisinrom, ombygging av arbeidsstasjon og et vaskerom i sengeområdet, laboratorium med prøvetaking og analysedel.

Plan 3: Fem «bookbare» overnattingsrom i sonen mellom nybygg og eksisterende bygg. Rommene skal være en felles ressurs for spesialisthelsetjenesten (f.eks. turnusleger, LIS, leger i poliklinikk, kurs for personalet knyttet til prehospitale tjenester og pårørende).

I HFP/DFP ble ombyggingen programmert til 440 kvm totalt fordelt på plan 1 (134), plan 2 (201) og plan 3 (105).

7 Medisinsk teknisk utstyr (Brukerutstyr)

I arbeidet med hovedprogram utstyr er kalkyler utført på grunnlag av spesifikke areal i prosjektet samt informasjon om hvilke utstyr som skal gjenbrukes og nyanskaffes. Slik er budsjettet for utstyret som skal anskaffes å betrakte som et nettobudsjett (utstyr som skal anskaffes). Det er bl.a. lagt inn i budsjettet anskaffelse av både røntgenlaboratorium, ultralyd og CT.

Grensesnitt bygg- brukerutstyr er skilt slik at deling på ansvar og budsjett for dette er tradisjonelt. Unntaket er utstyr på desinfeksjonsrom. Utstyret på desinfeksjonsrom er i dette prosjektet en del av utstyrs kalkylen.

Hovedprogram utstyr har lagt til grunn erfaringstall på tilsvarende arealer fra budsjettering i sykehuset Østfold og sykehuset Nordmøre og Romsdal.

Kostnadsoverslag samlet med helikopter, både kommune og spesialisthelsetjenesten (tall i kroner):

Totalsum brukerutstyr:	17 755 004
Administrasjon 15%:	2 663 251
MVA 25%:	5 104 564
Sum:	25 522 818

Av denne summen er utstyrs kostnader relatert til helikoptertjenesten kr 462 156

Av denne summen utgjør kommunehelsetjenesten kr 1 660 264

8 Dagens bygg og tomt

Brønnøy helse- og omsorgssenter ligger ca 1 km sør for sentrum med kort avstand til Brønnøy lufthavn. Figur 8.1 viser bygningene på tomta. Helsesenteret er sentralt beliggende, sykehjem og omsorgsboliger er plassert mot øst og distriktpsikiatrisk senter (DPS) med poliklinisk tilbud mot nord. DMS Sør-Helgeland skal samlokaliseres med helse- og omsorgssenteret.

Figur 8.1 Oversiktskart helsebygninger



9 Løsningsalternativ

0-alternativet (eksisterende bygg)

I et 0-alternativ forutsettes det at Helse- og omsorgssenteret i Brønnøysund skal utføre de samme oppgavene i fremtiden som i dag. Kommunene anslår at behovet for kommunale tjenester som bl.a. fastleger, legevakt og laboratorietjenester vil øke fram mot 2030. På bakgrunn av dette har ikke det eksisterende bygget kapasitet til å ivareta en utvidelse av spesialisthelsetjenester (poliklinikk, dagenhet, bildediagnostikk, prehospitaltjenester). Det er derfor behov for en utvidelse av Helse- og omsorgssenteret.

9.1 Skisseprosjekt

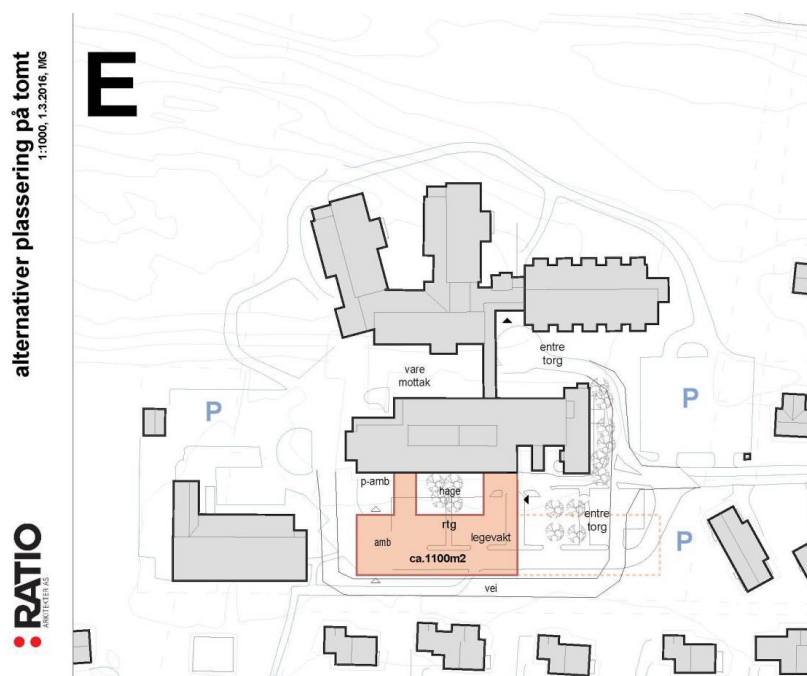
Skisseprosjektet bygger på romprogram. Romprogram for nybygg er vist i vedlegg 2. I skisseprosjektet er det utarbeidet to virksomhetsmodeller, alternativ A og B. I kostnadskalkylen er det også tatt med et alternativ C hvor det legges til rette for senere påbygg av helikoptertjeneste.

Plassering av nybygg på tomt

Skisseprosjektet er utarbeidet av Ratio arkitekter AS og er et av dokumentene som konseptrapporten bygger på.

Eksisterende tomt har potensial for utbygging vest og sør for Helse- og omsorgssenteret. I skisseprosjektet ble ulike alternative utbyggingsmuligheter på tomten belyst med ni alternativer som deretter ble oppsummert i tre hovedkategorier. Tomtealternativ 1 ble lagt til grunn for skisseprosjektet, figur 9.1. Nedenfor presenteres begrunnelsen for valg av alternativ 1.

Figur 9.1 Tomtealternativ 1: Nybygg vest for helsebygget



Plassering av nybygg vest for eksisterende helsesenter gir en oversiktlig adkomst med en ny hovedinngang mellom nytt og eksisterende bygg. Legevakt legges i front ved siden av

hovedinngang og ambulansemottak får inngang fra veitrasé i vest (med ambulansemottak i garasje med innkjøring fra nord). Dette alternativet legger til rette for nært samarbeid mellom spesialisthelsetjeneste i nybygg og kommunens fastlegetjeneste og øvrige funksjoner i eksisterende bygg. Framtidig utbygging er mulig sør for nybygget. Alternativ 1 krever omlegging av deler av rør for brønnpark og nedgravd trafoledning (ikke identifisert i mulighetsstudien 2014).

Alternativ 2 plasserte nybygg sør og sørvest for helsebygget med ambulansemottak i sør nær adkomstvei. Denne plasseringen av ambulansemottak ville medført utfordringer for adkomsten til sykehjem og omsorgsboliger. Videre ble nybygget koblet på enden av eksisterende bygg med en avstand til hovedinngang. Nybygget ville medført en gjennomgang i alle etasjer i helsesenterets sørlige del, noe som krever ombygging av funksjoner i området. Alternativ 2 krever omlegging av deler av rør for brønnpark og nedgravd trafoledning (ikke identifisert i mulighetsstudien 2014).

I alternativ 3 ble nybygget i sin helhet plassert sør i forlengelsen av eksisterende helsebygg uten å endre hovedinngangen. Ambulansen fikk adkomst i sør nær hovedinngang. Videre ble adkomsten til sykehjem og omsorgsboliger litt trang. I dette alternativet forutsettes det at endefløy i sør rives og store deler av søndre fløy bygges om. Alternativ 3 krever ikke omlegging av rør for brønnpark og antakelig ikke trafoledning.

Konklusjonen ble at alternativ 1 skiller seg ut fra de andre alternativene med en tydelig inngang. Det gir gode muligheter for samhandling mellom funksjoner i eksisterende bygg og nybygg. Broforbindelsen i nord vil gi en sirkulær flyt mellom funksjoner på plan 2 og 3 og korte avstander. Alternativ 2 og 3 ville medført større avstander mellom nye og eksisterende funksjoner.

Alternativ 2 og 3 plasserte ambulansemottak nær hovedadkomst. Ansatte- og brukervedvirkningen ga tilbakemelding om at dette gir en risiko for konflikt med øvrig trafikk/adkomst til sykehjem, omsorgsboliger og nytt DMS fordi det blir trangt ved adkomstpunktet. Alternativ 1 har ambulansemottak lenger inn på tomte og forutsetter at veien utvides for å unngå at ambulansen hindres av annen trafikk. Alternativstudiene konkluderte med at alternativ 1 anses som det beste grunnlaget for å realisere bygget i samsvar med prosjektets intensjoner.

9.1.1 Funksjonsplassering

Det er et mål at nytt DMS Sør-Helgeland skal dra fordeler av samlokalisering av spesialisthelsetjenester og kommunale helse- og omsorgstjenester for pasientbehandling og drift. I løpet av skisseprosjektet har ansatte- og brukervedvirkningen fokusert på sambruk og samarbeid mellom avdelinger og funksjoner. For å oppnå dette er funksjonenes plassering og avstander avgjørende.

Tidlig i skisseprosjektet ble grovalternativer for funksjonsplassering vurdert. Det ble laget to hovedalternativer: Det første alternativet samlet legevakt og fastleger og det andre skilte legevakt og fastleger.

Dagens legevakt på plan 2 er ikke optimal for mottak av pasienter i ambulanse. Under medvirkningsprosessen har det vært et uttalt ønske om å skille legevakt fra fastleger og andre funksjoner på plan 2. Ved å flytte legevakt til plan 1 i nybygg oppnås en samlokalisering med ambulansetjenesten og bildediagnostikk. I tillegg kan legevaktfunksjonen adskilles fra øvrig virksomhet, noe som er spesielt viktig på kveld, natt og helg.

Alternativ: Samling av legevakt og fastleger

Legevakt og fastleger samles i nybygg på plan 1 sammen med bildediagnostikk. Eksisterende fastlegeområde på plan 2 omdisponeres til fasiliteter for prehospitale tjenester. Poliklinikk og laboratorium plasseres i nybygg på plan 2. Medvirkningen ga tydelige tilbakemelding om at det ikke er hensiktsmessig for framtidig drift (inkludert sikkerhetsmessig) å samle fastlege og legevakt midt i DMS bygget.

Alternativ: Skille legevakt og fastleger

Fastlegeareal i eksisterende plan 2 beholdes. Poliklinikk plasseres i nybygg i plan 2 nært fastlegeområdet med felles venteområde. Legevakt flyttes til plan 1 i nybygg sammen med bildediagnostikk og ambulansmottak. Prehospitale tjenester (bil, fly og helikopter) får bo- og oppholdsfasiliteter i plan 2 og 3 med kort responstid ned til bil. Dette alternativet krever minst ombygging og ble lagt til grunn for videre arbeid.

9.2 To hovedalternativ: Med og uten helikoptertjeneste

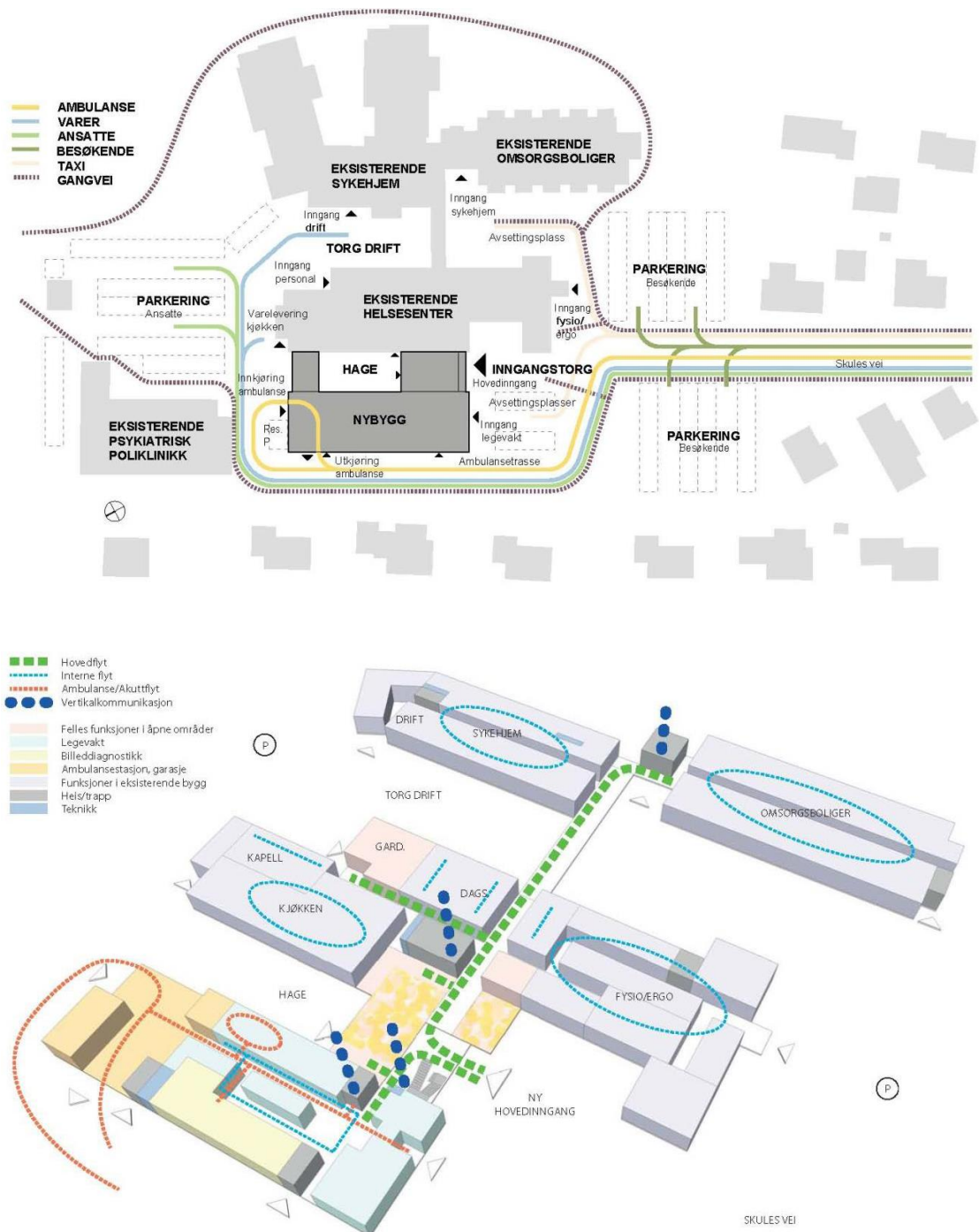
Alternativ A inneholder bo- og oppholdsfasiliteter for helikoptertjenesten (figur 9.5).

Alternativ B inneholder ikke bo- og oppholdsfasiliteter for helikoptertjenesten (figur 9.6).

Alternativ A har nybygg i tre fulle etasjer. Arealene for helikoptertjenesten ligger på plan 3 i nybygg mot nord. Alternativ B viser et volum som trappes ned til 2 etasjer mot nord.

I figur 9.2 presenteres logistikken i DMS Sør-Helgeland.

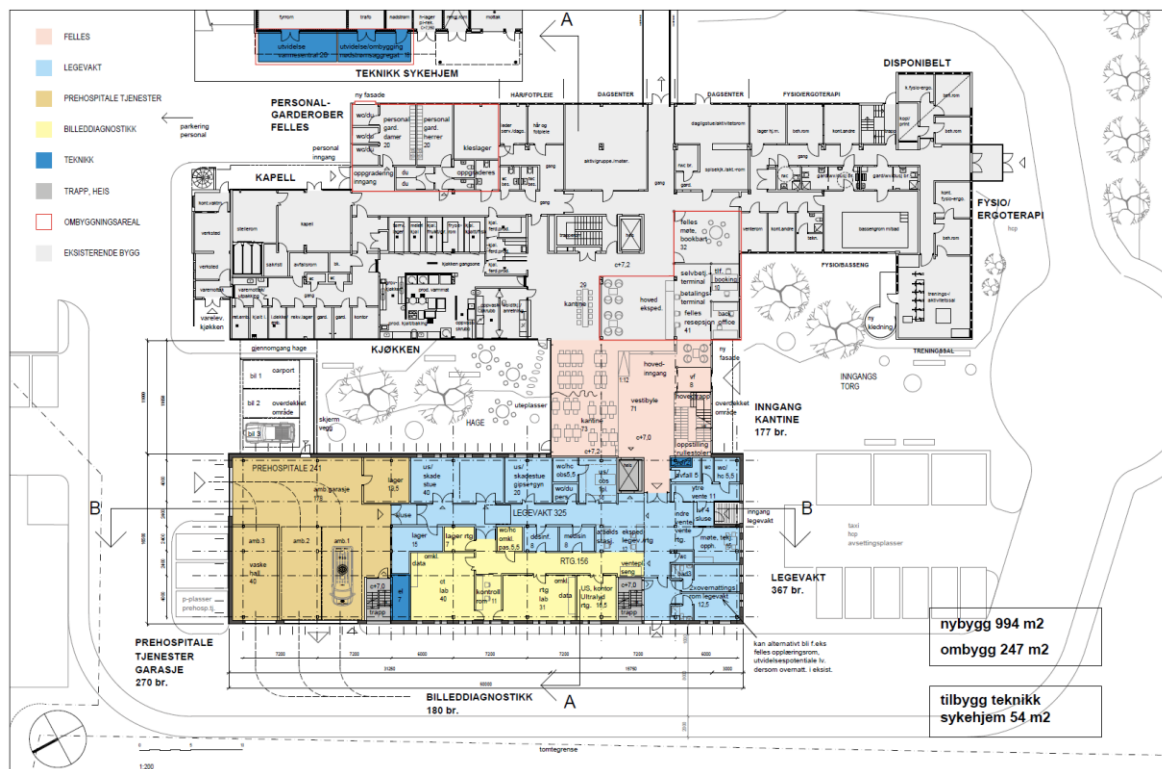
Figur 9.2 Ekstern logistikk, internflyt



Hovedinngangen til DMS-et ligger sentralt. Fra inngangstorget er inngangen til legevakt etablert; enten via hovedinngang eller sideinngang (utenom dagtid). Nær inngangen vises HC-parkerings plasser, taxi og avsetningsplasser. Adkomst for ambulanse er vist via trasé mot vest. Veien er utvidet for å unngå at ambulanse hindres av annen trafikk. Varelevering og avfallshenting skjer på samme sted som i dag via utvidet veitrasé. Det foreslås en rundkjøring ved adkomstpunkt i sør for å legge til rette for en tryggere trafikkavvikling. Det er ingen endring i adkomst til sykehjem og omsorgsboliger. I tillegg vises opparbeiding av gangvei.

I figur 9.3 vises en skisse av plan 1.

Figur 9.3 Plan 1



Nybygg for DMS-et inneholder hovedinngang, vestibyle og ny kantinedel i tillegg til ny heis og åpen trapp til nybyggets øvre etasjer. Ved vestibyle ligger hovedresepsjon for bygget (ombygningsareal). Et bookbart møterom legges i tilknytning til resepsjonen.

Et område på plan 1 bygges om til felles personalgarderober.

Legevakt legges i nybygg sammen med ambulansemottak og bildediagnostikk. To overnattingsrom som ble plassert i legevaktområdet i skisseprosjektet, kan eventuelt flyttes til et annet sted i bygget i neste fase. Dette arealet på plan 1 utgjør en fleksibilitet for en eventuell utvidelse av legevaktfunksjoner.

Ambulanseshall har oppstillingsplasser for tre biler og vaskehall.

I figur 9.4 presenteres en skisse over plan 2.

Figur 9.4 Plan 2



Ny poliklinikk og dagområde for dialyse og kjemoterapi ligger på plan 2 i nybygg.

Venteområde ligger mellom nytt og eksisterende bygg og er felles for poliklinikk, fastleger og laboratorium. En mindre felles ekspedisjon er lagt nært poliklinikken. Et stort felles møterom ligger i poliklinikken med en fleksibel vegg mot tilliggende møterom i område for ambulansetjenesten.

Det eksisterende området for laboratorietjenester beholdes og er i tillegg utvidet (ombygging).

Bo- og oppholdsfasiliteter for ambulanse er lagt på plan 2 i nybygg mot nord.

Sengeområde med 10 sengerom ligger på plan 2 i eksisterende bygg. Av disse er seks planlagt for intermediærplasser og to til KAD/ØHD. Det er planlagt en ombygging til åpen arbeidsstasjon, ett felles medisinsrom og felles møterom (telemedisin).

Fastlegeområdet beholdes som i dagens løsning og inngår ikke i skisseprosjektet.

I figurene 9.5 og 9.6 presenteres skisser over plan 3 i to alternativer.

Figur 9.5 Plan 3 prehospitala tjenester med helikopter: Alternativ A



Figur 9.6 Plan 3 prehospitala tjenester uten helikopter: Alternativ B



Figur 9.5 viser prehospitala tjenester med helikopter (alternativ A). Bo- og oppholdsfasiliteter for flytjenesten er lagt i plan 3 i nybygg mot sør og for helikoptertjenesten i plan 3 i nybygg mot nord. Felles trimrom er plassert i nybygg. Det er vist fem «bookbare» overnattingsrom på

plan 3 i sonen mellom nybygg og eksisterende bygg. Ekspedisjon og venteareal i eksisterende plan 3 ombygges som en konsekvens av nytt bygg. Figur 9.6 viser prehospitale tjenester uten helikopter (alternativ B).

Skisseprosjektet konkluderer med at:

- Nybygg plasseres på tomten vest for helse- og omsorgssenteret
- Legevakt, bildediagnostikk og adkomst for ambulanse samlokaliseres
- Fastlegeareal i eksisterende plan 2 beholdes og blir lokalisert nært poliklinikken

Når det gjelder alternativene med eller uten helikoptertjeneste, ble det ikke tatt en beslutning i løpet av konseptfasen og derfor presenteres begge alternativene.

10 Kostnadskalkyle

Kostnadskalen er utført av Bygganalyse og lagt med som et eget dokument til skisseprosjektet.

Alternativ A: Inkluderer bo- og overnattingsfasiliteter for helikoptertjeneste.

Alternativ B: Eksklusive bo- og overnattingsfasiliteter for helikoptertjeneste.

Alternativ C: Eksklusive bo- og overnattingsfasiliteter for helikoptertjeneste med mulighet for senere påbygg.

Tabell 10.1 viser totale kostnader i MNOK, kostnad per kvadratmeter bruttoareal og bruttoareal i de tre alternativene A, B og C. Bruttoareal inkluderer ombygging og nybygg.

Tabell 10.1 Kostnader alternativ A,B og C

	Kr Totalt [MNOK]	Kr/BTA	BTA
Alternativ A	201,6	55 715	3 618
Alternativ B	192,4	56 474	3 406
Alternativ C	192,9	56 623	3 406

A: Med helikoptertjenesten

B: Uten helikoptertjenesten

C: Uten helikoptertjenesten med muligheter for senere påbygg

Utstyr, omlegging av rør i brønnpark, omlegging av høyspent, rivning av villa og MVA er inkludert i beregningen. Nedenfor presenteres mer detaljerte forutsetninger som ligger til grunn for kostnadskalkylene:

- Prisnivå april 2016
- Konto 2-Bygning er kalkulert på elementnivå ift. geometri og funksjon
- Tekniske fag er kalkulert med m2BTA-priser ift. funksjon (felles, garasje, legevakt, røntgen, poliklinikk, overnatting, tekniske rom)
- Kto 2-6 kalkulert etter tegning A112P99-001, A112P01-001, A112P02-001, A112P03-001 (og A112P03-002 for B og C), 30.04.16 fra Ratio
- Utomhus er kalkulert etter tabell og tegning A103P00-002A, 30.04.16 fra Ratio
- Ikke medtatt kostnader for tomtekjøp
- Ikke medtatt evt. prisstigning
- Løst inventar er inkludert i kalkyler for utstyr (beregnet av Sykehusbygg)
- Utstyr er kalkulert av Sykehusbygg og medtatt i kalkyle av Bygganalyse
- Medtatt full MVA
- Medtatt 15% til reserver og marginer
- Medtatt 0,3 MNOK til omlegging rør brønnpark
- Medtatt 0,5 MNOK (i påvente av tall Helgeland Kraft) for omlegging høyspent.
- Medtatt 0,25 MNOK for rivning villa
- Teknisk påbygg for varmesentral og nødstrøm medtatt som eget delprosjekt, i tillegg til delprosjekt for nybygg og ombygg.
- BTA oppgitt i kalkyler er målt på tegning. Alt. B 212 m2 mindre enn alt. A.

- Begrenset forskjell på alt B og C da kalkyle for alle 3 alternativ er basert på plasstøpte konstruksjoner t.o.m. dekke over plan 2 (mht. fleksibilitet for senere ombygging). Forskjellene mellom alt B og C blir hovedsakelig rimeligere på grunn av dekkekonstruksjoner og bæresystemer i alt. C vs. alt. B for taket over plan 2.

Det vises til den vedlagte kostnadskalkylen for mer utfyllende informasjon. Alternativ A, B og C er vist på 1-siffer nivå. (Alternativ A er også vist som detaljert versjon. Alternativ B og C er i prinsippet lik den detaljerte A-versjonen med mindre mengdevariasjoner).

Som en oppfølging av kostnadsberegninger i konseptrapporten skal bærekraftanalyser gjennomføres av Brønnøy kommune samt en beregning av spesialisthelsetjenestens leiekostnader. Brønnøy kommune vil sette i gang prosessen og drøftinger med Helgelandssykehuset umiddelbart etter at konseptrapporten er ferdigstilt. Deretter bør det inngås avtale mellom Helgelandssykehuset og Brønnøy kommune (inkl. leiepris).

11 Tekniske rammer og forutsetninger

Overordnet Teknisk Program (OTP) er et styrende dokument som gir føringer for hvordan prosjektet skal utredes, analyseres og prosjekteres i senere faser av planprosessen (vedlagt). Programmet som beskriver ambisjonsnivået for bygningstekniske og installasjonstekniske systemer og løsninger skal bidra til god investeringsøkonomi, god driftsøkonomi samt sørge for et sikkert og godt miljø for pasienter, pårørende og ansatte. Programmet skal i tillegg sørge for at vedtatte miljøkrav nedfelt i Grønt Sykehusbygg – prosjektrapport II blir realisert. Bygningen skal blant annet tilfredsstillende kravene til passivhus (NS3701). I tillegg skal bygget oppnå energikarakter A og grønt oppvarmingsmerke i henhold til energimerkeordningen.

Det stilles en rekke funksjonskrav til bygning og tekniske anlegg. Kravene skal sørge for at en oppnår riktig kvalitet, sikkerhet og kapasitet.

Andre områder som er vektlagt omfatter blant annet:

- Arkitektur
- Konstruksjonsmessige løsninger
- Materialvalg og konstruksjoner som i varetar krav til hygiene, miljøskadelige stoffer - klimagassutslipp og strålingsproblematikk relatert til behandlingsutstyr
- Lyd og vibrasjoner
- VVS-tekniske installasjoner, herunder sanitæranlegg, varmeanlegg, klimaanlegg, slukkesystemer, kjøleanlegg, gass/trykkluftanlegg og energiforsyning
- Elektroniske installasjoner inkludert strømforsyning, reservekraft og UPS, belysning, brannalarmanlegg, adgangskontrollanlegg, pasientsignalanlegg og bruk av lyd og bilde m.m.
- Tele, automatisering og IKT
- Transportløsninger (Heis, løfteutstyr, avfallshåndtering, AGV)
- Utendørsanlegg (veier, parkering beplantning, ledningsnett og installasjoner for spillvann/avløp, ladestasjoner og utendørsbelysning

12 Informasjons- og kommunikasjonsteknologi (IKT)

IKT regnes som en av de viktigste teknologiske driverne for endringer i samfunnet, så også i helsetjenesten. Informasjons- og kommunikasjonsteknologi (IKT) har de siste 15 årene utviklet seg i høyt tempo i helsetjenesten. IKT har gjort det mulig å etablere digitale journalsystemer og derved lagt grunnen for samarbeid om behandling av pasienten på tvers av tid og rom, også mellom ulike juridiske nivåer i helsesektoren. Moderne og fremtidsrettede IKT løsninger vil forbedre samhandlingen med pasienten, sykehus, prehospitale tjenester, DMS og kommunale helse- og omsorgstjenester.

IKT-løsninger for DMS skal understøtte den primære aktivitet og gi mulighet for effektiv kommunikasjon både mot Helgelandssykehuset, andre sykehus og mot helse- og omsorgstjenesten i kommunene på Sør-Helgeland. I videre forprosjekt skal plan for og vurderinger av IKT-løsninger for spesialisthelsetjenesten i DMS Sør-Helgeland være i tråd med strategiske føringer fra Helse Nord RHF og følge tekniske føringer fra Helse Nord IKT. IKT løsningene i den nye DMS Sør-Helgeland vil bli en naturlig del av Helse Nord RHF sitt IKT-landskap. DMS-et skal samspille og benytte samme IKT-løsninger som blant annet Helgelandssykehuset. En sentral basisforutsetning er etablering av datanettverk med rett kapasitet og tilgang til nødvendige tjenester innenfor gitte sikkerhetssoner. Løsningsskisse skal ivaretas i forprosjektet.

Forprosjektfasen bør videre ivareta avklaringer/grensesnitt/samarbeid mellom Helse Nord IKT og kommunal IT tjeneste i Brønnøy kommune. Avklaringer/samarbeid bør ses ut i fra at DMS Sør-Helgeland skal tilrettelegge for samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene.

DMS Sør-Helgeland er en konkretisering av Samhandlingsreformen med mål om et utvidet helsetilbud nærmere der pasientene bor og er et samarbeid mellom helsenivåene. I den anledning kan det forekomme behov for andre installasjoner for IKT enn det man tradisjonelt planlegger/leverer innenfor IKT. Dette tas med i vurderingen videre i forprosjektet.

13 Organisasjonsutvikling og samhandling

I DMS møtes spesialisthelsetjenesten og kommunene for å utvikle en samhandlings- og kompetansearena. Samarbeidet mellom partene er viktig for å optimalisere ressurser og fremme helhetlige pasientforløp.

Felles møteplasser, sambruk av areal og samarbeid mellom personell i kommuner og spesialisthelsetjenesten legger til rette for samdrift og kompetanseutvikling. Et godt samarbeid vil bidra til å møte framtidens utfordringer med en stadig eldre befolkning og skape et attraktivt helsetjenestetilbud for befolkningen på Sør-Helgeland. DMS-et vil føre til kortere reisevei og legger til rette for at flere av pasientene som er bosatt på Sør-Helgeland, velger det desentraliserte spesialisthelsetjenestetilbudet.

13.1 Samhandling og helhetlige pasientforløp

Litteraturen viser til mange faktorer som fremmer samarbeid mellom organisasjoner. Blant disse er utvikling av felles mål og perspektiv, enighet om prosesser og felles forståelse for roller og oppgaver²¹. En norsk studie har vist at samhandling mellom sykehus og intermediaærenhet (samarbeid spesialisthelsetjeneste og kommune) i et DMS fungerte godt fordi begge organisasjonene hadde utviklet et felles perspektiv og mål og en forståelse for hverandres roller. Blant annet bidro felles opplæring og møter, videokonferanser og samarbeid om prosedyrer til tillit og god samhandling²².

Det finnes imidlertid erfaringer fra intermediaæravdelinger både i Norge og England som viser at samhandling kan være vanskelig. Ulike kulturer i sykehus og intermediaærenhet og ulike forpliktelser, mål og oppgaver kan medføre samarbeidsproblemer og flaskehals i pasientforløpet²³. Tilsvarende fant en norsk studie at helsepersonells ulike perspektiv i sykehus og i kommuner bidro til utfordringer i utvikling av pasientforløp etter sykehusopphold²⁴. I prosessen konkluderte personalet i de kommunale helse- og omsorgstjenestene med at de ikke kunne benytte diagnoseperspektivet, slik som spesialisthelsetjenesten, pga. at multisyke pasienter krever et mer omfattende perspektiv som inkluderer pasientens funksjon, sosiale situasjon og preferanser. Figur 13.1 presenterer pasientforløpet som ble utviklet i løpet av studien. Modellen viser et diagnoseuavhengig forløp fra sykehusutskrivning og oppfølging i kommunen. Figuren er hentet fra referansen i fotnote 20.

²¹ J Nurs Manag 2008, Casey. J Contin Educ Health Prof 2011, Olson et al.

²² Int J Integr Care 2014, Dahl et al.

²³ Int J Integr Care 2013, Johannesen et al. J Interprof Care 2008, Glasby & Regen.

²⁴ BMC Health Services Research 2013, Røsstad et al.

Figur 13.1 Pasientforløp fra sykehusutskrivning til oppfølging i hjemmet

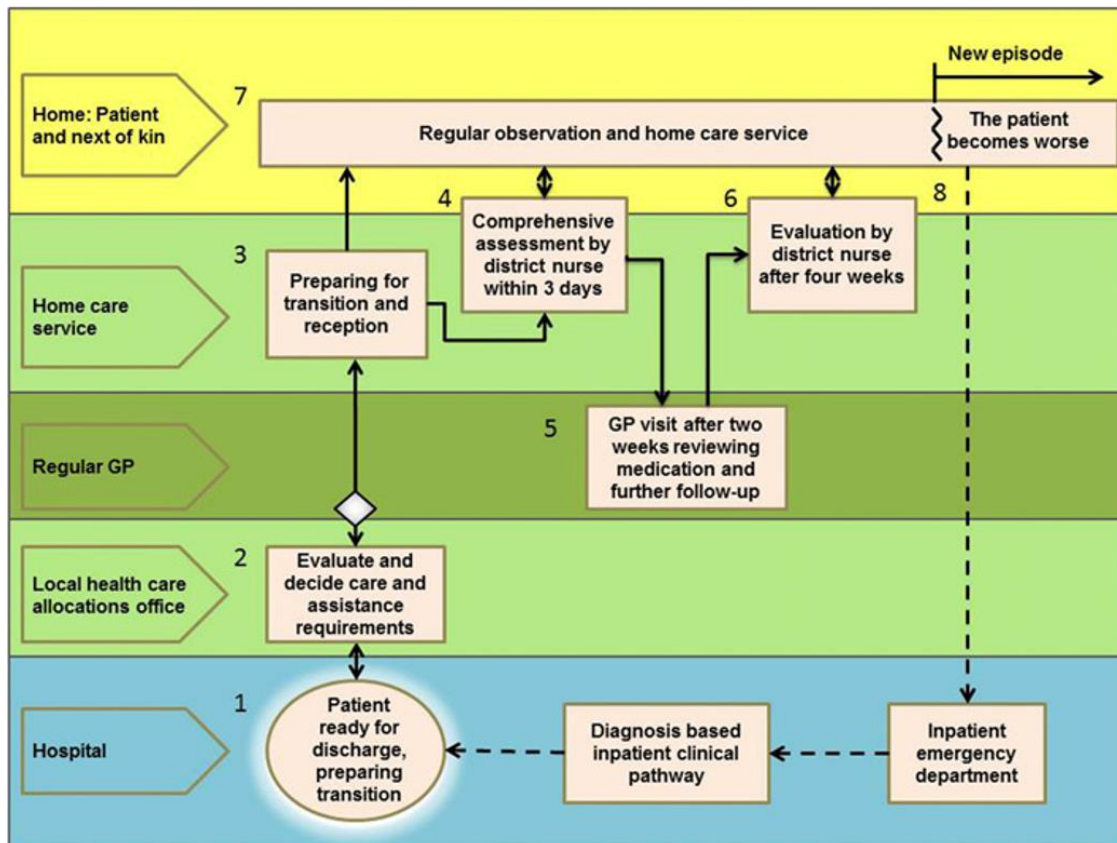


Figure 1 Common care pathway for transition from hospital and follow-up of home care recipients. The boxes represent procedures and checklists and the arrows the flow of information between involved parties. It starts with the patient being reported as ready for discharge and information is exchanged (1 and 2). Home care services are established (3), and within three days a district nurse performs a thorough and structured assessment (4). The patient has a consultation with the GP 14 days after discharge (5), and a nurse or aide performs an extended assessment during the first four weeks (6). A daily care plan is continuously updated (7), and if the patient's condition gets worse, the home care service has a routine for what to observe, whom to contact, and which information to pass on (8).

I konseptfasen for DMS Sør-Helgeland ble det utarbeidet tre pasientforløp fra «hjem til hjem»; for pasient med KOLS, den multisyke og for pasient med kreft. (jf. vedlegg 3). Det anbefales at spesialisthelsetjenesten og kommunene arbeider videre med helhetlige forløp for de store pasientgruppene, inkludert en tydeliggjøring av DMS funksjonen.

DMS-et som samhandlingsarena for å utvikle gode og effektive pasientforløp, kan konkretiseres ved å etablere intermediære senger/etterbehandlingssenger for pasienter (fra medisinske og kirurgiske avdelinger) som skrives ut tidlig fra sykehus. Andre fellestjenester kan etableres for områder der overganger mellom spesialisthelsetjenesten og kommunale helse- og omsorgstjenester er vanskelig, f. eks., innen psykisk helsevern, rehabilitering eller geriatri/demens. DMS-et kan være en kompetansearena som utvikler felles kompetanse i sykehus, DMS og kommuner for personer med kroniske sykdommer som trenger tjenester fra begge nivå (f. eks. kols, slag hjertesvikt). Når felles kompetanse blir utviklet i sykehus, DMS og kommuner, og når partene kjenner hverandres oppgaver, kan kanskje flere pasienter som tidligere hadde behov for DMS opphold, utskrives til kommunen.

Videre kan fastleger og spesialister samarbeide om forbedring av henvisinger og oppfølging av pasienter, f. eks. for personer med diabetes, fedme, demens og innen psykisk helsevern.

Teamarbeid og samhandling er også viktig i akutte situasjoner. Pasienter med uavklarte tilstander som blir kjørt i ambulanse til legevakten i DMS, vil ha nytte av rask tilgang på bildediagnostikk og/eller KAD/ØHD for observasjon og vurdering av videre forløp. I tillegg kan et tilbud i en akutt-poliklinikk i DMS bidra til at pasienten ikke trenger å reise til sykehus.

13.2 Kompetanseutvikling

I sengeområder i DMS har vanligvis sykepleiere og annet helsepersonell spesial kompetanse og/eller bred erfaring fra arbeid i sykehus og kommune. I tillegg jobber personalet fleksibelt. For eksempel kan de samme sykepleierne ha ansvar for intermediær-pasienter, kommunal øyeblikkelig hjelp og pasienter/brukere i kommunale korttidssenger i et felles sengeområde. Personalet kan også jobbe fleksibelt mellom funksjoner - som sengeområde, dialyse eller poliklinikk. Eksempelvis har flere sykepleiere i Værenesregionen DMS en hovedstilling i kommunen og en deltidsstilling i helseforetaket. Videre har en av fysioterapeutene en stillingsandel både i DMS og kommune, og DMS-legene har også en fastlegestilling.

Helse Midt-Norge har gjennom flere år hatt et prosjekt som tilbyr allmennleger i spesialisering (LIS-leger) en fordypning i fedme og diabetes. En evaluering ved St. Olavs hospital viste at både fastleger og sykehusansatte fikk økt kompetanse, at prosjektet styrket samhandlingen og forbedret pasientforløpene mellom sykehus og kommune. Slike prosjekt kan overføres til andre fagområder og er spesielt egnet for de store pasientgruppene. I DMS Sør-Helgeland er det lagt spesielt godt til rette for et slikt samarbeid og kompetanseutveksling: Blant annet har fastleger, legespesialister og annet helsepersonell arbeidsplasser i samme etasje. Prehospitaltjenester og legevakt er i samme bygg. Videre er det lagt til rette for felles møteplasser, tverrfaglig samarbeid og telemedisin.

13.3 Informasjons- og kommunikasjonsteknologi

Det er knyttet store forventninger til at nye teknologiske løsninger skal forbedre og effektivisere helsetjenestene. Ny teknologi medfører imidlertid ofte komplekse endringsprosesser på flere nivå; for helsepersonell, pasienter og for hele organisasjonen både før og under implementering²⁵.

En norsk studie har vist hvordan dagens telemedisinske løsning kan legge til rette for en «treparts konsultasjon» mellom pasient, fastlege og legespesialist²⁶, og at konsultasjonen endrer henvisingspraksis mellom fastlegen og spesialisten. Figur 13.2 illustrerer den tradisjonelle informasjonsutvekslingen mellom helsetjenestenivåene basert på brev eller elektroniske meldinger mellom helsepersonell. Den skriftlige kommunikasjonen kan imidlertid være både mangelfull og skape misforståelser. Studien viste at under telemedisinkonsultasjoner oppnås samtidig kommunikasjon og visuell kontakt. Dette legger til rette for en felles forståelse fordi deltakerne umiddelbart kan respondere på informasjonen

²⁵ Bull World Health Organ 2012, Mair et al.

²⁶ Pers Ubiquit Comput 2015, Osmundsen et al.

som utveksles. Pasienten tilbys dermed et tilpasset behandlingsopplegg og en mer effektiv konsultasjon. Figuren er hentet fra referansen i fotnote 22.

Figur 13.2 Tradisjonell arbeidsflyt vs. telemedisinkonsultasjon

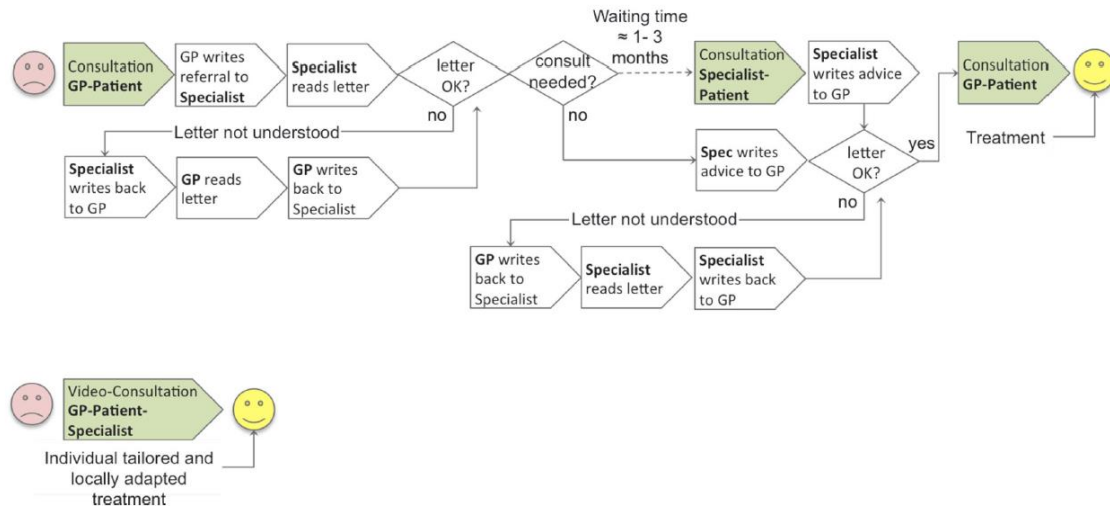


Fig. 1 Workflow in traditional versus telemedicine consultations

Telemedisin og annen velferds-/helseteknologi virker desentraliserende og tilrettelegger for monitorering, behandling og oppfølging i DMS og i hjemmet. Dette krever god koordinering og et godt samarbeid mellom helsepersonell i kommuner, DMS og i spesialisthelsetjenesten. Potensialet for en mer effektiv og kvalitetsmessig bedre helsetjeneste ved bruk av denne typen teknologi, bør utvikles videre i framtida.

13.4 Plan for organisasjonsutvikling

Når det gjelder videre organisasjonsutvikling anbefales følgende:

- Helgelandssykehuset HF og kommunene på Sør-Helgeland utarbeider en plan for organisasjonsutvikling parallelt med byggeprosjektet DMS Sør-Helgeland.
- For å støtte opp under integreringen av DMS i pasientforløpet, anbefales en overordnet prosess med en klar definisjon av roller, oppgaver og grensesnitt mellom personell i spesialisthelsetjenesten, DMS og i kommunehelsetjenesten. Det anbefales å vektlegge utvikling av et felles perspektiv, mål og å oppnå enighet om i hvilke situasjoner det er nødvendig å samarbeide.
- Utvikle helhetlige pasientforløp for de store gruppene, inkludert tverrfaglig samarbeid og samarbeid mellom nivåene, god informasjonsoverføring og sikker medikamenthåndtering.
- Sette i gang prosjekt for å prøve ut nye teknologiske løsninger mellom kommune, DMS og spesialisthelsetjenesten.

- Sette i gang felles prosjekt; f. eks. prosjekt-senger inkl. telemedisin (f. eks. for pasienter med flere kroniske lidelser) for å hindre unødvendige innleggelser/reinnleggelser
- Samhandlingstiltak inkluderes i avtalene mellom Helgelandssykehuset og kommuner.

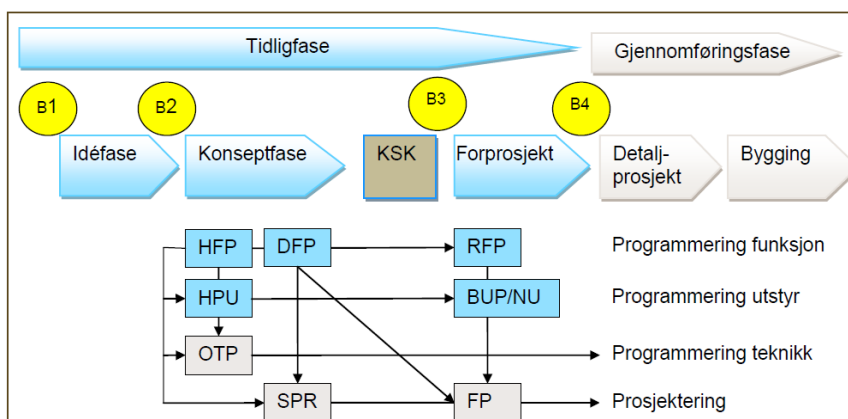
14 Videre framdrift

14.1 Neste fase

I Sykehusbyggs veileder for tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter etterfølges konseptfasen av forprosjektfasen²⁷. Forprosjektfasen skal gi grunnlag for revisjon av planforutsetninger og kostnader og godkjenning for bygging. Forprosjektet for DMS Sør-Helgeland omfatter nybygg og noe ombygging av eksisterende bygg.

Sykehusbyggs veileder for tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter definerer hovedelementene i et samlet prosjektførløp som vist i figur 14.1

Figur 14.1 Hovedelementer i et samlet prosjektførløp



Overordnede mål for forprosjektfasen

Målet for forprosjektfasen er å videreutvikle prosjektet fram til et komplett grunnlag for gjennomføringsfasen, og at dette blir gjennomført i samsvar med godkjent konseptrapport, innenfor tilhørende kostnadsramme og tidsplan med lavest mulig levetids- og driftskostnad.

Målformuleringer

Forprosjektet skal gjennomføres i samsvar med rammene i konseptrapporten, eventuelt verifisere endringer som anses nødvendig som følge av prosjektutviklingen.

Gjennom forprosjektet skal prosjektet utvikles slik at det blir et gjennomarbeidet og komplett grunnlag for detaljprosjektering i gjennomføringsfasen. Dette ved detaljering av:

- Funksjonelle og tekniske løsninger
- Budsjett og investeringsanalyser
- Studier av levetid- og driftskostnader for bygget
- Entreprisemodell og framdriftsplanlegging

Forprosjektet skal identifisere og behandle prosjektets utfordringer og muligheter slik at usikkerhet reduseres.

²⁷ Kommunen overtar som prosjekteier etter konseptfasen. Kommunen må vurdere i hvor stor grad videre framdrift skal tilpasses til veilederen.

Gjennom forprosjektet skal prosjektets miljøprofil utvikles og tydeliggjøres.

Suksessfaktorer

For at neste fase/forprosjektet for nytt DMS Sør-Helgeland skal kunne gjennomføres med et best mulig resultat innenfor en optimal tidsramme, er følgende forhold viktige:

- Ved oppstart av neste fase/forprosjektet holdes et oppstartseminar med deltakelse fra alle aktører (kommuner og helseforetak) hvor grunnlaget fra konseptrapporten og de gitte føringene gjennomgås
- Brønnøy kommune oppnevner styringsgruppe og utarbeider mandat
- Prosjektledelsen blir utvidet med en egen prosjektleder for prosjektering med kunnskap om sykehus- og/eller DMS planlegging
- Prosjekteringsgruppen organiseres slik at den kan gi optimale råd knyttet til materialvalg og tekniske løsninger, inkl. vektlegging av levetids- og driftskostnader
- Opprettholde den gode interne prosessen fra konseptfasen og sikre medvirkning fra ansatte og brukere i forbindelse med prioritering og mål
- HMS-mål og miljømål synliggjøres og vektlegges
- Samhandling mellom kommuner og helseforetak i hele prosessen

Særskilte utfordringer knyttet til gjennomføring av neste fase/forprosjektet

Av særskilte utfordringer knyttet til gjennomføring av neste fase/forprosjektet framheves:

- Brønnøy kommune gjennomfører bærekraftanalyser, beregning og drøfting av leiepris per kvadratmeter før ev. innledningsvis i neste fase/forprosjektfasen
- Før neste fase/forprosjekt: Avgjøre om bo- og oppholdsfasiliteter for helikoptertjenesten skal etableres i DMS
- Usikkerhetsanalyse gjennomføres innledningsvis/tidlig i neste fase/forprosjekt
- Medisinsk teknisk utstyr:

Det anbefales en ansvarlig prosjektleder for utstyrsanskaffelser som har ansvar for å planlegge og koordinere anskaffelsene og sørge for nødvendig informasjonsflyt i byggeprosjektet. Selve anskaffelsene bør kunne utføres av etablerte organisasjoner i helseregionen, og ev. kan utstyr anskaffes gjennom allerede etablerte avtaler.

- Etablere overordnet IKT program:

Planlegging og realisering av IKT må i stor grad gjøres av ulike fagfolk innen IKT og sikre god sammenheng mellom organisasjon, prosess og teknologi for å skape gode tjenester og løsninger. Helse Nord IKT bør delta i både planlegging og gjennomføring av IKT-leveranser til DMS Sør-Helgeland, herunder detaljplanlegging og leveranser av IKT til spesialisthelsetjenestene i DMS samt gjennomføre samhandling/grensesnittavklaringer med IKT i kommunale helse- og omsorgstjenesten i forprosjektfasen.

Detaljerte beslutninger i neste fase/forprosjektfase

I konseptfasen har prosjektgruppen diskutert noen detaljerte oppgaver som må løses i neste fase/forprosjektet; av disse framheves:

- Drøfte hvordan psykisk helse og rustilbud skal inkluderes i poliklinikken
- Beslutte hvor tilberedning av cytostatika skal foregå i tillegg til avfallshåndtering fra dagplasser

- Kvalitetssikre hvilket utstyr som kreves for ØNH-skopi, spesielt i desinfeksjonsrom (vask og tørk av utstyr)
- Kvalitetssikre CT tilbudet og fødetilbudet (personellsituasjonen)
- Beslutte hvilken type intermediært tilbud som skal etableres i DMS (evt. etterbehandlingstilbud, «prosjekt-senger»)
- Beslutte type alarmsystemer som skal installeres i poliklinikken
- Beslutte registrering og om det skal være betalingsautomat i resepsjon/ekspedisjon
- Dersom helikoptertjenesten ikke skal inn i DMS, vurdere om noen av de «bookbare» rommene skal utgå

Organisering av de neste fasene

Konseptfasen har vært gjennomført på oppdrag fra Helgelandssykehuset HF i samarbeid med kommunene på Sør-Helgeland. I neste fase overtar Brønnøy kommune som prosjekteier. Det bør så snart som mulig inngås en intensjonsavtale mellom Helgelandssykehuset og Brønnøy kommune som klargjør prosessen videre, herunder ansvar og tidsfrister.

Det anbefales å utarbeide en organisasjonsplan som sikrer medvirkning fra spesialisthelsetjenesten, de øvrige kommunene på Sør-Helgeland og brukere, og at det utarbeides et mandat.

Framdriftsplan for neste fase/forprosjektet

Det anslås ca. seks måneder til gjennomføring av et forprosjekt, dvs. fra oppstart med rådgivergruppe.

15 Dokumenter i konseptfasen

Konseptrapporten for DMS Sør-Helgeland oppsummerer dokumentene som er utarbeidet i konseptfasen. Disse er:

- Hovedfunksjonsprogram, delfunksjonsprogram, person- og vareflyt
- Romprogram
- Hovedprogram utstyr
- Skisseprosjekt
- Kostnadskalkyler
- Overordnet teknisk program (OTP) og IKT

Vi gjør oppmerksom på at plan for organisasjonsutvikling inngår i kapittel 13 i konseptrapporten.

Vedlegg 1: Framdriftsplan

Detaljplan Konseptfase DMS Brønnøysund										
	Dato	Ansvar	Oktober	November	Desember	Januar	Februar	Mars	April	Mai
Prosjektetablering, prosjektledelse		SB								
Gjennomgang av grunnlagsdok		SB								
Verifisering dimensjoneringsrunnlag		SB								
- Oversendelse av data til HF	22.02.16	SB								
- Skypemøte med HF	25.02.16	SB og HF								
- Tilbakemelding til SB (jf. arb. notat, møte 25.2)	11.03.16	HF								
- Framskrivning, beregne areal sykehus	16.03.16	SB								
- Ny tomt	22.02.16	Brønnøy								
- Tegninger eksisterende bygg	22.02.16	Brønnøy								
- Teknisk beskrivelse	22.02.16	Brønnøy								
- Romprogram eksisterende bygg, 1. utkast	22.02.16	SB								
Utarbeidelse HFP/DFP/person-vareflyt/HPU		SB								
Befaring eksisterende bygg										
OU, samhandlingsplan		SB								
OTP/IKT		SB								
Skisseprosjekt		SB, Ratio								
- møte med arkitekt, Brønnøy	07.03.16	HF, Brønnøy,SB								
- møte med arkitekt, Oslo	15.03.16	HF, Brønnøy,SB								
- møte med arkitekt, Brønnøy	06.04.16	HF, Brønnøy,SB								
- møte med arkitekt, Oslo	20.04.16	HF, Brønnøy,SB								
Kostnadskalkyler										
- input fra OTP, skisseprosjekt, HPU	30.04.16	SB, Ratio								
Skrive konseptrapport		SB								31.mai
Oppstartsmøte				19.11.15						
Møte prosjektstyret		SB		x		18.01.16		04.03.16	01.04.16	04.05.16
- Behandle konseptrapport*		SB								31.05.16
Møter prosjektgruppe/utvidet prosjektgruppe inkl workshop 1 (15-16. febr)		SB		x	18.12.16		15-16.02.16	07.03.16	06.04.16	20.05.16
Workshop nr 2**									05.04.16	

HF=Helgelandssykehuset

SB=Sykehusbygg

* Konseptrapport ferdigstilles.

Behandling utsatt til 7.6.16

** Avlyst av Brønnøy og HF

Vedlegg 2: Romprogram nybygg DMS Sør-Helgeland

Navn	Romnavn	Romspekifikasjon	Antall	Per rom/plass	Sum			
Undersøkelse og behandling, somatikk					Nybygg	Eksist bygg	Ombygg	Leies HF
Poliklinikk								
Poliklinikk	Venteplass		1	20	20			Sambruk
Poliklinikk	Ekspedisjon		1	20	20			Sambruk
Poliklinikk	WCHC/dusj	Pasienter	1	5	5			x
Poliklinikk	WCHC	Pasienter	1	5	5			x
Poliklinikk	WC	Personal	2	2	4			x
Poliklinikk	WCHC		1	5	5			x
Poliklinikk	Undersøkelse	Gyn, ultralyd	1	20	20			x
Poliklinikk	Undersøkelse	AEKG	1	20	20			x
Poliklinikk	Undersøkelse	Ultralyd hjerte/ekko	1	20	20			
Poliklinikk	Undersøkelse		2	16	32			x
Poliklinikk	Undersøkelse		3	16	48			x
Poliklinikk	Undersøkelse	ØNH	1	20	20			x
Poliklinikk	Desinfeksjon		1	20	20			x
	Avfallsrom		1	5	5			x
Poliklinikk	DPS	Akutt amb team	0	0	0			Sambruk
Poliklinikk	Behandling	Lysbehandling	1	0	0			x
Poliklinikk	Lager		1	5	5			x
Poliklinikk	Lager		1	16	16			x
Poliklinikk	Dagplass	Dialyse	4	12	48			x
Poliklinikk	Lager	Dialyse	1	10	10			x
Poliklinikk	Dagplass	Kjemoterapi	2	10	20			x
Poliklinikk	Møterom	Undervisning	1	30	30			x
Poliklinikk	Desinfeksjon		1	2	2			x
	SUM poliklinikk				375			
Legevakt	Legevakt							
Legevakt	Medisin		1	10	10			Sambruk
Legevakt	Venteplass		1	10	10			
Legevakt	Ekspedisjon		1	15	15			
Legevakt	Undersøkelse		1	16	16			
Legevakt	WCHC	Pasienter	1	5	5			
Legevakt	WCHC/dusj	Personal	1	5	5			
Legevakt	WCHC	Pasienter	1	5	5			
Legevakt	Skadesstue		1	20	20			
Legevakt	Skadesstue		1	40	40			
Legevakt	Desinfeksjonsrom	Skyllerom	1	7	7			
Legevakt	Avfallsrom		1	3	3			
Legevakt	Lager		1	5	5			
Legevakt	Opphold	Personal	1	16	16			
	SUM legevakt				157			
Ikke medisinsk service								
Ikke medisinsk service	Veststue		1		70			Sambruk
Ikke medisinsk service	Kantine		1		60			Sambruk
	SUM service				130			

Romprogram nybygg DMS Sør-Helgeland forts.

Navn	Rombenevnelse		Areal					
	Romnavn	Romspesifikasjon	Antall	Per rom/plass	Sum			
Undersøkelse og behandling, somatikk					Nybygg	Eksist bygg	Ombygg	Leies HF
Billediagnostikk								
	Venteplass		1	0	0			Sambruk
Billediagnostikk	Laboratorium	konvensjonell	1	30	30			x
Billediagnostikk	Laboratorium	CT	1	40	40			x
Billediagnostikk	Kontrollrom	CT	1	10	10			x
Billediagnostikk	Datarom	CT	1	6	6			x
Billediagnostikk	Omkledding		1	0	0			x
	WCHC		1	5	5			x
Billediagnostikk	Undersøkelse	Ultral lyd	1	16	16			x
Billediagnostikk	Lager		1	10	10			x
	SUM billediagnostikk				117			
Øvrige								
	Læring og mestring	Grupperom	1	0	0			
Psyk.poliklinikk	Grupperom	DPS	1	0	0			
	SUM øvrige				0			
Ambulanse								
	Garasje		3	36	108			x
	Lager		1	20	20			x
	Vaskehall		1	40	40			x
	Oppstillingsplass	Carport	3		0			x
	SUM ambulanse				168			
Prehospitall								
Ambulansestasjon	Overnatting		5	10	50			x
Ambulansestasjon	WC/dusj		5	3	15			x
Ambulansestasjon	Garderobe		2	20	40			x
Ambulansestasjon	Kontor		2	12	24			x
Ambulansestasjon	Opphold		1	35	35			x
Ambulansestasjon	Kjøkken		1	5	5			x
Ambulansestasjon	Møterom		1	30	30			x
Ambulansestasjon	Vaskerom		1	10	10			x
Ambulansestasjon	Lager	Forbruksmateriell	1	10	10			x
Ambulansestasjon	Trimrom		1	20	20			x
Ambulansestasjon	WCHC		1	5	5			x
Ambulansestasjon	Renhold	Bøttekott	2	2	4			x
	SUM ambulansestasjon				248			x
Fly	Overnatting		10	10	100			x
Fly	WC/dusj		10	3	30			x
Helikopter	Overnatting		5	10	50			x
Helikopter	WC/dusj		5	3	15			x
Helikopter	OBS		1	20	20			x
Helikopter	Kontor		2	9	18			x
Fly	OBS		1	20	20			x
Fly	Kontor		1	9	9			x
Fly	Kontor		1	9	9			x
Fly	Opphold		1	35	35			x
Fly	Kjøkken		1	5	5			x
Helikopter	Opphold		1	35	35			x
Helikopter	Kjøkken		1	5	5			x
Luftambulanse	Møterom		1	0	0			x
Luftambulanse	Trimrom		1	0	0			x
	SUM luftambulanse				351			
	Delsum prehospitall				767			
Totalsum					1546			

Vedlegg 3: Tre pasientforløp

I workshop 16. februar ble beskrevet deltakerne fremtidens pasientforløp fra hjem til hjem med vekt på DMS-funksjonen. Nedenfor presenteres noen av casene som var utgangspunkt for gruppens beskrivelse av pasientforløpene.

KOLS

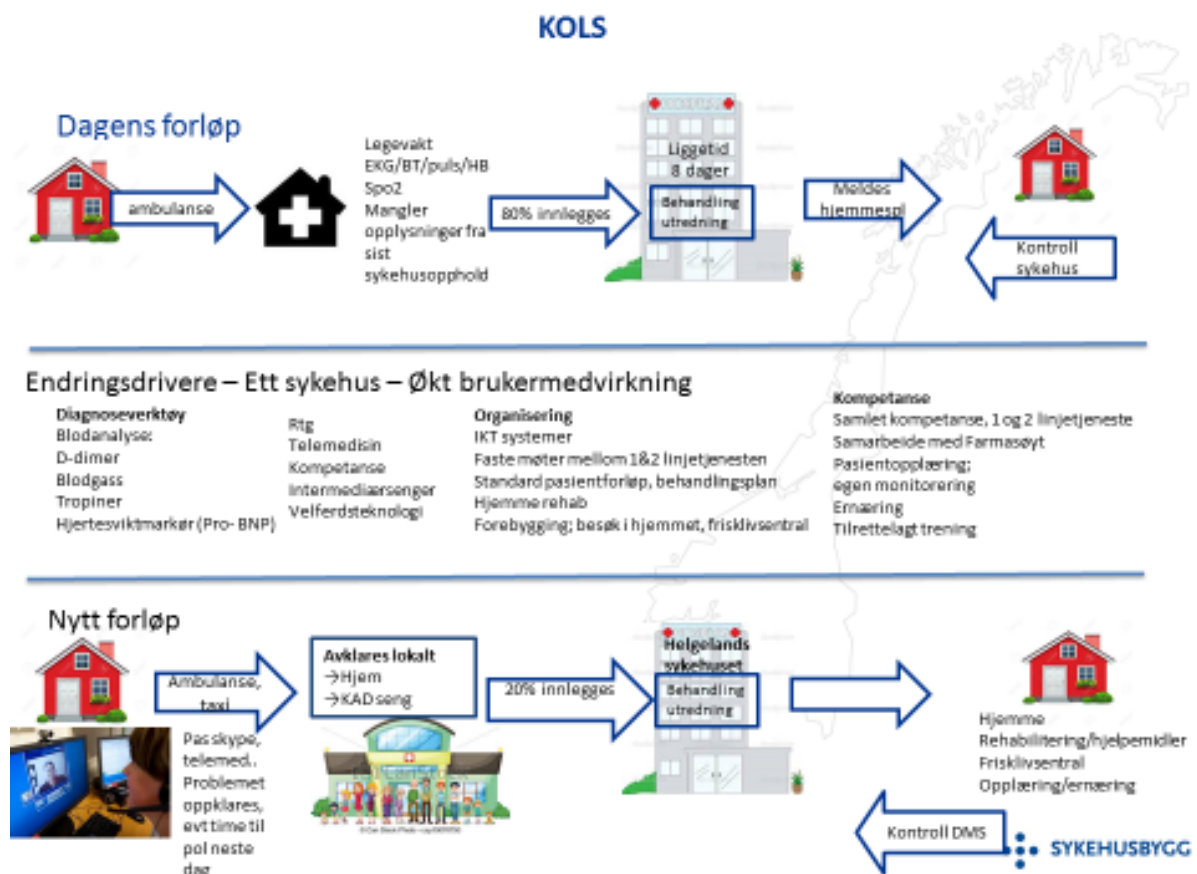
Hans Hansen er en 80 år gammel enkemann med KOLS som er nylig utskrevet fra Helgelandssykehuset. Han er godt kjent på sykehuset da han har hyppige akuttinnleggelses. Han har tilsyn av hjemmesykepleien en gang i døgnet og får levert mat hjemme. Et par dager etter utskrivning, før leggetid, ringer han hjemmesykepleien, han har pusteproblemer og smerter i brystet og vil legges inn igjen på sykehuset.

Hoftebrudd

En kvinne på 90 år med flere kroniske lidelser blir tidlig utskrevet fra sykehuset etter hoftebrudd. Hun trenger mer tid til å komme seg og opptrening (ADL) før hun kan reise hjem til sin egen bolig.

Kreft

Nora er 38 år, bor sammen med sin ektefelle og deres 3 barn i alderen 7, 9 og 15 år. Nora fikk for to år siden påvist brystkreft. Hun gjennomgikk brystbevarende operasjon, cellegift- og strålebehandling. Hun har de to siste mndr. følt seg i dårlig form. Plages med svimmelhet, tretthet og hodepine. Ubehaget relaterer hun til stress ifht. jobb og oppfølging av barna på skolen og i fritiden. Nora bestemmer seg for å gå til sin fastlege.



Ester 80 år, multisyk, hjerte svikt, KOLS. Faller hjemme, ringer hjemmespl



Endringsdrivere – Ett sykehus – Økt brukermedvirkning

Diagnose verktøy:
Tidlig diagnostikk
Rtg
Lab
Telemedisin
Velferdsteknologi

Organisering
Samhandling
Standard pasientforløp, med helhetlig behandlingsplan
Hjemme rehab
Personalet ambulerer
Forebyggende, besøk i hjemmet
Samarbeid med farmasøyt

Kompetanse
Tverrfaglig samarbeid med farmasøyt
1&2 linjetjeneste;
Leger, sykepl, fysio, psyk,
biokjemiker mfl
Ambulering av personell

Nytt forløp



Nora 38 år, gift, 3 barn. Brystkreft for 2 år siden. Brystbevarende opr.,cellegift-strålebeh. Siste 2 mnd svimmelhet, tretthet og hodepine. ↑Stress



Endringsdrivere – Ett sykehus – Økt brukermedvirkning

Diagnose verktøy:
Rtg
Lab
Telemedisin
Velferdsteknologi

Organisering
Samhandling
Standard pasientforløp, med helhetlig behandlingsplan
Fysioterapi
Møteplass/treffpunkt for barna og familien
Hjemmehjelp/vaskhjelp

Kompetanse
Tverrfaglig samarbeid med 1 & 2 linjetjeneste
Palliativ team

Nytt forløp



Konseptraffort DMS Sør-Helgeland

