

Kartlegging av beslutningsprosessene knyttet til Nye Kirkenes og Nye Hammerfest sykehus

2022

LEGEFORENINGEN

AGENDA
KAUPANG

OPPDRAGSGIVER: Legeforeningen

RAPPORTNUMMER: R-1022029

RAPPORTENS TITTEL: Kartlegging av beslutningsprosessene knyttet til Nye Kirkenes og Nye Hammerfest sykehus

ANSVARLIG KONSULENT: Jonas Rusten Wang

KVALITETSSIKRET AV: Tom Markussen

DATO: 7. desember 2022

Sammen drag

Denne rapporten kartlegger beslutningsprosessene for Nye Kirkenes og Nye Hammerfest sykehus, og vurderer hvordan *RHF-enes modell for framskrivning av aktivitet og beregning av kapasitet* (heretter framskrivingsmodellen) har blitt brukt ved dimensjoneringen av disse sykehusene.

Nye Kirkenes sto ferdig i 2018, og både Sykehusbyggs evaluering og andre kilder viser til en rekke utfordringer, knyttet til blant annet kapasitet, ansattarealer og teknisk drift. Nye Kirkenes sykehus brukte ikke framskrivingsmodellen i sin nåværende form, men en forløper til denne. Det har vist seg at flere forhold som var forutsatt i modellen ikke lot seg gjennomføre i praksis. Dette gjaldt både overføring fra døgnopphold til dagbehandling/poliklinikk, og bruk av rom/senger på tvers av spesialiteter.

Prosjektet ble også preget av store kostnadsreduksjoner som ble gjennomført underveis, særlig i forprosjektfasen. Risikoen knyttet til disse kuttene var ikke tilstrekkelig utredet eller forstått, og dette fikk negative konsekvenser for bygget. Det var omfattende medvirkningsprosesser tidlig i prosjektet, men medvirkningen ble svekket når prosjektet måtte kutte kostnader.

Nye Hammerfest sykehus er planlagt ferdigstilt i 2025. Framskrivingsmodellen er brukt i dette prosjektet. Dersom ikke framskrivingsmodellens forutsetninger lar seg gjennomføre vil mangelen på sengeplasser bli stor. Det har vært store diskusjoner knyttet til visse typer rom, slik som kontorer og hvilerom. Dette er imidlertid utenfor det som modelleres av framskrivingsmodellen, og heller en lokal beslutning av prosjektet. Tillitsvalgte opplever at medvirkningen i liten grad er reell når det gjelder de store beslutningene, og at det er lite rom for kritiske innvendinger. De opplever også at beslutninger tas i andre fora enn de som tillitsvalgte har tilgang til.

Framskrivingsmodellen har store konsekvenser for dimensjoneringen av norske sykehus som bygges nå. Modellen har noen faste parametere og noen som prosjektet velger selv. Flere av de faste forutsetningene i modellen avviker fra det som gjøres i praksis, eksempelvis fleksibel bruk av rom på tvers av de fleste spesialiteter. Flere av forutsetningene er utdaterte, for eksempel at det legges til grunn høy grad av effektivisering på områder som allerede er effektivisert.

Avslutningsvis vil vi bemerke at informasjon om framskrivingsmodellen framstår som vanskelig tilgjengelig, og at det er lite transparens rundt selve tallgrunnlagene og beregningene. Vi vurderer at det hadde vært en fordel med mer medvirkning i utformingen av standardmodellen slik at forutsetningene i større grad kunne samsvart med erfaringer fra operativ drift.

Innhold

1	Innledning	4
1.1	<i>Mandat og mål</i>	4
1.2	<i>Metode og datagrunnlag</i>	4
1.3	<i>Avgrensning og forbehold</i>	6
1.4	<i>Leseveiledning</i>	6
2	Overordnet om planprosessen for sykehusbygg	6
3	Nye Kirkenes Sykehus	8
3.1	<i>Erfaringer med Nye Kirkenes</i>	8
3.2	<i>Tidligfaseplanlegging for Nye Kirkenes</i>	10
3.3	<i>Oppsummering av endringer</i>	16
3.4	<i>Våre vurderinger</i>	17
4	Nye Hammerfest Sykehus	19
4.1	<i>Tidligfaseplanlegging for Nye Hammerfest sykehus</i>	20
4.2	<i>Våre vurderinger</i>	28
5	Analyse om framskrivingsmodellen for aktivitet og behov	29
5.1	<i>Bakgrunn for modellen</i>	29
5.2	<i>Overordnet logikk i modellen</i>	30
5.3	<i>Forutsetning om effektivisering</i>	30
5.4	<i>Nærmere beskrivelse av omstillingsfaktorer</i>	32
5.5	<i>Bruk av framskrivingsmodellen i sykehusbyggprosjekter</i>	33
5.6	<i>Bruk av modellen ved Nye Kirkenes sykehus</i>	33
5.7	<i>Bruk av modellen ved Nye Hammerfest sykehus</i>	34
5.8	<i>Våre vurderinger</i>	34

1 Innledning

Dagens system for planlegging og finansiering av sykehusbygg har vært gjenstand for bred offentlig debatt. En sentral innvending er at sykehus generelt underdimensjoneres og at det velges uhensiktsmessige løsninger underveis i byggeprosessen. Denne rapporten kartlegger beslutningsprosessen til to nyere sykehus – Kirkenes og Hammerfest. Rapporten vurderer også hvordan et av de viktigste planleggingsdokumentene - *RHF-enes modell for framskrivning av aktivitet og beregning av kapasitet* – har blitt brukt i disse prosjektene.

1.1 Mandat og mål

Formålet med dette prosjektet er å kartlegge beslutningsprosessene for Nye Kirkenes og Nye Hammerfest sykehus. Dette innebærer å etablere en kronologisk oversikt over:

- Milepæler og sentrale beslutningsdokumenter
- Beslutninger gjort på ulike nivåer
- Gjeldende planer/konsepter til enhver tid, og eventuelle endringer i disse planene. I dette ligger også eventuelle endringer i dimensjonerende forutsetninger for byggene.
- Involvering og medvirkning fra sentrale interessenter (tillitsvalgte/ansatte, kommuner, andre)

I tillegg skal det gjøres en nærmere vurdering av hvordan *RHF-enes modell for framskrivning av aktivitet og beregning av kapasitet* (heretter framskrivingsmodellen) har blitt benyttet i disse prosjektene.

Målet med dette oppdraget er å få en bedre forståelse av beslutningsprosessen og valgene som ble gjort med tanke på dimensjonering av sykehusene. Formålet med dette er å trekke lærdommer for framtidige sykehusprosjekter.

1.2 Metode og datagrunnlag

Arbeidet har vært basert på gjennomgang av sentrale beslutningsdokumenter knyttet til de to prosessene, og annen relevant skriftlig dokumentasjon. I tillegg har vi gjennomført intervjuer med personer som har kjennskap til de aktuelle prosessene.

Det skriftlige datagrunnlaget inkluderer:

Type dokument	Beskrivelse
Møtedokumenter	<ul style="list-style-type: none"> - Styremøter med protokoll og sakspapirer ved Helse Nord RHF 2009-2022 - Styremøter med protokoll og sakspapirer ved Finnmarkssykehuset HF (tidl. Helse Finnmark HF)
Sentrale prosjekt-dokumenter Nye Kirkenes	<ul style="list-style-type: none"> - Konseptrapport Nye Kirkenes sykehus, Helse Finnmark, 12.11.2010 - Styringsdokument for forprosjekt 26.10.2011 - Kvalitetssikring av konseptfasen (KSK), Holte Consulting 30.3.2012 - Forprosjekt Nye Kirkenes sykehus, Helse Finnmark 27.6.2013 - Forprosjekt Nye Kirkenes sykehus, Addendum, Helse Finnmark 21.11.2013 - Evaluering av Nye Kirkenes sykehus, Del 1 Planleggings- og byggeprosessen. Sykehusbygg HF 4.5.2020 - Evaluering av Nye Kirkenes sykehus, Del 2 Erfaringer med bygget. Sykehusbygg HF 17.12.2021
Sentrale prosjekt-dokumenter Nye Hammerfest	<ul style="list-style-type: none"> - Idéfaserapport Nye Hammerfest sykehus. Finnmarkssykehuset HF 23.1.2017 - Konseptrapport Nye Hammerfest sykehus. Sykehusbygg HF 19.1.2018 - Kvalitetssikring av konseptfasen (KSK), Ernst and Young, vedlegg til styresak 28.2.2018 - Forprosjektrapport Nye Hammerfest sykehus, Sykehusbygg HF 3.9.2019 - Rapport: kontormangel Nye Hammerfest sykehus, skrevet av syv avdelingsledere/tillitsvalgte ved Hammerfest sykehus. 11.5.2020.
Veiledere	<ul style="list-style-type: none"> - Beskrivelse av RHF-enes modell for framskriving av aktivitet og beregning av kapasitet. Somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling av ruslidelser. Sykehusbygg HF 2020 - Veileder for tidligfasen i sykehusbyggprosjekter Sykehusbygg HF 2017
Annet	Andre dokumenter, saker i media mv.

Vi har etterspurt tallgrunnlag med utregninger brukt i planleggingen av sykehusene fra Sykehusbygg HF, men ikke fått tilgang til dette.

Vi har i tillegg intervjuet representanter for prosjektorganisasjon ved begge sykehus, Helse Nord RHF og Sykehusbygg HF sentralt. Vi har også intervjuet fire tillitsvalgte som var involvert i prosessen med planleggingen av sykehusene, samt to av kommunene i opptaksområdet til sykehusene.

1.3 Avgrensning og forbehold

Kartleggingen gir en overordnet beskrivelse av beslutningsprosessene for sykehusprosjektene i Hammerfest og Kirkenes. Vi gjør også noen egne vurderinger av prosessen avslutningsvis i hvert kapittel. Kartleggingen er først og fremst basert på dokumenter som er offentlig tilgjengelig eller blitt utlevert gjennom innsynsforespørslar. Beskrivelsen må sees på som en overordnet kartlegging, og ikke en helhetlig evaluering, med de begrensninger det gir.

Planleggingsdokumenter for sykehus er svært detaljerte, gjenstand for hyppige endringer og med begrepsbruk og kategorisering som kan gjøre det vanskelig å sammenligne endringer over tid (for eksempel knyttet til senger). Det tas forbehold om at enkeltfeil i gjengivelsen av tall kan forekomme.

1.4 Leseveiledning

Kapittel 2 gir først en overordnet beskrivelse av tidligfaseplanlegging av sykehusbygg, i stor grad basert på Sykehusbygg HFs veileder for dette.

Kapittel 3 inneholder vår kartlegging av Nye Kirkenes sykehus. Det gjengis noen funn fra Sykehusbyggs evalueringsrapport, før beslutningsprosessen gjennomgås kronologisk. Avslutningsvis gjør vi egne vurderinger.

Kapittel 4 omhandler Nye Hammerfest sykehus, og er bygget opp på tilsvarende måte. I og med at bygget ikke er ferdig eller evaluert, vises det kun til noen av diskusjonene som har vært knyttet til dimensjonering og antall rom ved sykehuset. Deretter gjennomgår vi beslutningsprosessen og gjør noen egne vurderinger.

Kapittel 5 forklarer mekanismene i framskrivingsmodellen, og diskuterer hvordan modellen (eller tilsvarende modell) har blitt brukt i de to sykehusprosjektene, før det gjøres noen avsluttende vurderinger knyttet til modellen.

2 Overordnet om planprosessen for sykehusbygg

Dette kapitlet beskriver kort tidligfaseprosessen for sykehusprosjekter slik den er beskrevet i Sykehusbygg HFs veileder fra 2017.¹ Formålet med kapitlet er å gi en kort bakgrunn for å forstå de påfølgende kapitlene. Merk at mye av planleggingen av Nye Kirkenes skjedde før Sykehusbygg HF ble opprettet i 2014 og med bakgrunn i en tidligere versjon av tidligfaseveilederen.

I henhold til Sykehusbygg HFs veileder for tidligfaseplanlegging skal de regionale helseforetakene skal innpasse prosjektene innenfor helhetlige, faglige og økonomiske rammer, slik at framtidige kostnader kan håndteres når investeringen er ferdigstilt. Investeringsprosjekter skal være forankret i utviklings- og økonomiske langtidsplaner. Det betyr at investeringer som foreslås skal fremme de mål og strategier som er gjeldende på nasjonalt, regionalt og foretaksnivå (Sykehusbygg HF, 2017).

¹ *Veileder for tidligfasen i sykehusbyggprosjekter (2017) Sykehusbygg HF.*



Figur 1: Illustrasjon av faser og beslutningspunkter fra nasjonale og regionale føringer til investeringsbeslutning. Kilde: Sykehusbygg HF

Oppstart av tidligfase gjøres på grunnlag av mandat fra prosjekteier. Godkjent mandat (beslutning B1) gir grunnlag for å starte arbeidet.

Fasen som heter prosjektinnramming innebærer å lage et styringsdokument som beskriver rammebetingelser og hvordan prosjektet er definert og avgrenset. I tidligere veiledere (f.eks. fra 2011) er denne fasen referert til som idéfasen, hvor det skal utarbeides mandat for utredningsarbeidet i konseptfasen. Både Kirkenes og Hammerfest viser til denne fasen som idéfase.

Styringsdokumentet besluttet (beslutning B2) og her skal blant annet lokalisering være avklart. Valg av tomt gjøres i neste fase. Både B1 og B2 følger beslutningsmekanismene i det regionale helseforetakets fullmaktstruktur (Sykehusbygg HF, 2017). Det har vært enkelte endringer i veilederen knyttet til når og hvordan lokaliseringsbeslutninger skal tas, men vi går ikke inn på dette i denne rapporten.

2.1.1 Konseptfase

Med utgangspunkt i styringsdokument og mandat for konseptfasen (prosjektinnramming) beskrives virksomhetsinnhold, dimensjoneringsgrunnlag, organisatoriske virkninger og overordnede funksjonelle og tekniske krav til bygg, utstyr og infrastruktur. Dette sammenfattes i et hovedprogram.

Basert på hovedprogrammet blir det utviklet og utredet alternativer, som sammenlignes i en alternativvurdering. Deretter godkjennes hovedprogram og hovedalternativ og utdypes videre gjennom detaljerte skisser med tilhørende kalkyler og utredninger.

Konseptrapporten er gjenstand for ekstern kvalitetssikring (KSK) og disse dokumentene gir samlet føringer for forprosjektfasen, og er grunnlaget for eventuell lånesøknad til departementet.² Beslutning av konsept (beskrevet i konseptrapport og KSK) er beslutning B3 i Figur 1.

2.1.2 Ekstern kvalitetssikring

Ekstern kvalitetssikring (KSK) skal sikre at de utredninger som er gjennomført i konseptfasen på en tilfredsstillende måte har ivarettatt overordnede krav, og spesifikke krav til innhold og metode. Kvalitetssikringen utføres av ekstern rådgiver og i henhold til oppsatte kriterier (Sykehusbygg HF, 2017):

² *Veileder for tidligfasen i sykehusbyggprosjekter (2017) Sykehusbygg HF.*

1. Er det samsvar med det virksomhetsstrategiske grunnlaget for investeringen formulert i utviklingsplanen og den framlagte konseptrapporten?
2. Er målhierarkiet konsistent, avklart og ikke for komplisert eller generelt til å være operasjonelt?
3. Er alternativene vurdert opp mot det regionale foretakets økonomiske og finansielle bæreevne til gjennomføring?
4. Er alternativene vurdert opp mot gevinster som ønskes realisert?
5. Er prosjektets lokalisering vurdert i forhold til regionale helseforetakets totale tilbud?
6. Hvordan forholder prosjektet seg til overordnede krav til ivaretagelse av indre og ytre miljø?
7. Hvordan kan planlagte bygg og infrastruktur påvirke uønskede hendelser innenfor pasientsikkerhet?

2.1.3 Forprosjektfase

I henhold til Sykehusbygg HF's veileder er formålet med forprosjektfasen er å bearbeide konseptet slik at endelig beslutning om å iverksette bygging kan skje på riktig grunnlag. I forprosjektet blir konseptet bearbeidet og detaljert. Hovedprogrammet og løsningene kontrolleres for å sikre at prosjektet kan realiseres. Kostnadskalkylene detaljeres, kvalitetssikres og oppdateres underveis i fasen. I praksis kan dette bety at det oppdages nye kostnader i løpet av forprosjektfasen.

Forprosjektrapporten med vedlegg inneholder blant annet kostnadskalkyle med usikkerhetsanalyse, plan for gjennomføring fra til ferdigstilling og idriftsetting, og detaljerte beskrivelser av rom, utstyr mv. Forprosjektrapporten sammen med konseptrapporten gir grunnlag for å ta beslutning om å gjennomføre investeringsprosjektet, altså beslutning B4 i Figur 1.³

3 Nye Kirkenes Sykehus

Nye Kirkenes sykehus er et akutt sykehus på ca. 22.000 kvm. Sykehuset dekker Øst-Finnmark med kommunene Vardø, Vadsø, Lebesby, Gamvik, Berlevåg, Tana, Nesseby, Båtsfjord og Sør-Varanger. Kommunene har et samlet innbyggertall på 26 414 per 1.1.2022.⁴

Byggingen av sykehuset startet medio 2014 og sykehuset ble tatt i drift i november 2018. Det nye sykehuset har imidlertid vært gjenstand for kritikk, blant annet på grunn av mangel på en del romtyper i tillegg til tekniske feil (se kapittel 3.1 for eksempler).

3.1 Erfaringer med Nye Kirkenes

Det har vært en rekke reaksjoner fra ansatte etter at sykehuset åpnet, som følge av plassmangel og uhensiktsmessige løsninger. Sykehuset hadde ved åpning et stort antall dokumenterte feil og mangler, og flere av de nye enkeltrommene svært ofte brukes som dobbeltrom. Helseministeren sa ved åpning at det var mye å lære av feilene som ble gjort i byggingen.⁵ Ventilasjon og temperatur i bygget ser ut til å være forhold mange ansatte opplever som særlig negativ.⁶

I en kronikk i Overlegen trekker tillitsvalgt Tone Hagerup fram en rekke kapasitetsmangler ved det nye sykehuset.⁷

³ Veileder for tidligfasen i sykehusbyggprosjekter (2017) Sykehusbygg HF.

⁴ Kilde SSB

⁵ Sak på NRK.no 6. desember 2019: *Nær 1000 feil på nytt sykehus: – En varslet katastrofe.*

⁶ Sykehusbygg HF (2021) *Evaluering av Nye Kirkenes sykehus*, side 35

⁷ Innlegg i Overlegen 3-2019 av Tone Hagerup: *Nye Kirkenes sykehus – nytt, men for lite.*

«Kirurgisk 5-dagerstun har i praksis vært driftet som 7-dagerstun siden åpningen. [...] Ikke nok lagerrom i sengetunene, og ingen lagringsplass for ekstra senger, som dermed blir stående i korridoren. [...]

Sengetunene er bygget uten fellesarealer for pasienten, ingen sittegrupper, ingen samtalerom, ingen pauserom for personalet. [...]

Det er ingen pauserom/fellesareal for leger. Vi må booke oss inn på møterom for morgenmøte og lunsjpauser. Kantine er felles med pasienter, pårørende og andre besøkende, og er i samme rom som vestibyle uten vegger eller dører.»

Sykehusbyggs evaluering fra 2021⁸ inneholder en spørreundersøkelse til de ansatte. Samlet sett ligger gjennomsnittet av svarene litt under middelerdien (3, på en skala 1-5). Mange av svarene som har mest negative tilbakemeldinger er knyttet til tilgang på ulike typer rom og areal, hvor snittet er rundt 2.

Tabell 1: Utvalgte spørsmål fra Sykehusbyggs evaluering av Nye Kirkenes sykehus, spørreundersøkelse til ansatte.

Påstand	Vurdering (1-5, 5 best)
«Vi har tilstrekkelig antall rom»	2,0
«Vi har tilstrekkelig med samtalerom»	1,9
«Det er tilstrekkelig med plass til utstyr i vår enhet/avdeling»	2,2
«Det er tilstrekkelig med arbeidsplasser (for dokumentasjon) i vår enhet/avdeling»	2,2

Når det gjelder dimensjoneringen er det flere funn i evalueringsrapport som ser ut til å underbygge at denne er presset allerede nå, både for somatisk døgnområde:⁹

«Framskrivningen viser at med middels utnyttingsgrad blir det behov for 60 senger framover i tid, og 62 senger dersom planlagt utnyttingsgrad benyttes i beregningen. Dette viser at dersom disse 56 sengene videreføres framover i tid, vil det bli kapasitetsproblemer dersom ikke sengeantall eller utnyttingsgrader økes. Det understrekes at denne beregningen er gjort under forutsetning av at alle spesialiteter kan benytte alle senger. I praksis er det ikke slik ved sykehuset i dag [...]»

Og for poliklinikk:¹⁰

«For polikliniske konsultasjoner i somatisk sektor er kapasiteten på 19 rom allerede overskredet i 2019 dersom planlagt utnyttingsgrad benyttes. [...] Dette betyr at en videreføring av kapasitet på 19 rom ikke er bærekraftig uten at utnyttingsgraden økes.»

Videre pekes det på at det vil være behov for økt kapasitet til både dialyse og kjemoterapi /infusjoner for å møte framskrevet behov.

Vedlegg til kapittel 9 i rapporten sammenstiller antall planlagte kontor plasser med antall plasser i bruk. Samtlige fagområder har flere plasser i bruk enn det som er tegnet inn, altså mindre areal per person enn forutsatt. Avviket er størst for fagområdet «legekontor og andre fagområder» der 37 plasser på tegningen brukes som 65 plasser.¹¹

⁸ Se kildeinformasjon i kapittel 1.2

⁹ Sykehusbyggs evaluering av NKS, 2021, side 101.

¹⁰ Sykehusbyggs evaluering av NKS, 2021, side 102.

¹¹ Sykehusbyggs evaluering av NKS, 2021, side 322.

3.2 Tidligfaseplanlegging for Nye Kirkenes

Det gamle sykehuset i Kirkenes ble bygget i 1955, og senere påbygd flere ganger for å gi rom for mer aktivitet. Bygget hadde siden 1980-tallet hatt behov for omfattende vedlikehold og ombygging, grunnet både tilstandsmangler og lite effektiv logistikk¹².

Behovet for renovering av det gamle sykehuset la grunnlaget for en idéfase i 2008. Her kom nybygg opp som et alternativ, som det ble arbeidet videre med i konseptfasen i 2009-2010 og forprosjektet i 2012- 2013. Byggingen skjedde i perioden 2014-2018. De neste avsnittene beskriver kort de ulike fasene, med vekt på beslutningsprosessen og dimensjonering av sykehuset.

3.2.1 Idéfase 2008

Idéfasen ble gjennomført i 2008, og rapporten ble behandlet av styret i Helse Finnmark HF (styresak 67/2008).

I idéfasen ble det utarbeidet tre ulike hovedalternativer:

- ▶ Alternativ 0: Renovering av gammelt anlegg uten ombygging eller endringer i driften.
- ▶ Alternativ 1: Delvis renovering av gammelt bygg med noe riving og noe påbygg.
- ▶ Alternativ 2: Nybygg

Nullalternativet er estimert til å koste om lag 630 mill. kr. Ombyggingsalternativet (alt 1) består av et nybygg med samling av akutfunksjoner og nye sengeposter og ombygging i eksisterende bygg. Dette presenteres med en antatt kostnad på 640 mill. kr. Nybygg (alt. 2) er estimert til en kostnad i størrelsesorden 670 mill. kr.

Styret i Helse Nord RHF fattet vedtak (sak 45/2009 «Helse Finnmark Kirkenes – Plan for konseptfase») om at prosjektet skulle videreføres til idéfase:

- 1. Styret i Helse Nord RHF er tilfreds med det arbeidet som er lagt ned i idéfasen for renovering av sykehuset i Kirkenes og godkjenner med dette idéfaserapporten.*
- 2. Et nybyggalternativ går ut over den vedtatte investeringsplanen for Helse Nord hvor det er lagt til grunn en renovering av sykehuset i Kirkenes innenfor en ramme på 170 millioner kroner. Styret ber om at renoveringsalternativet oppdateres og at nybyggalternativet utredes i en konseptfase.*
- 3. Styret ber adm. direktør følge opp at idéfaserapporten, denne saken og styringsdokumentet for konseptfasen, inneholdende tidsplan, økonomisk ramme og organisering, legges til grunn for utredningsarbeidet i Kirkenes. 4. Styret ber om at konseptfaserapport for Helse Finnmark HF Kirkenes og anbefaling i forhold til videreføring i et forprosjekt tidlig i 2010, legges frem samtidig med tilsvarende sak for Universitetssykehuset Nord-Norge Narvik.*

Dimensjonering

Det vises til at det i prosjekt Nye Kirkenes Sykehus' idéfase ble gjort en grundig demografisk framskriving i regi av Sintef Helse. Framskrivningen beskrives som grundigere enn det som er vanlig i idéfaser og tilsvarer det som gjøres vanligvis gjøres i konseptfasen i slike prosjekter. Det ble derfor vurdert at å gjøre dette på nytt i konseptfasen ikke var nødvendig og at tidligfaseveiledernes intensjoner om analysenivå i konseptfasen var ivaretatt.

¹² Se blant annet omtale i styringsdokument – forprosjekt nybygg. Nye Kirkenes sykehus. 26.4.2011.

På bakgrunn av denne framskrivningen og det faktum at resultatene fra denne skulle kvalitetssikres i konseptfasen, gjorde Hospitalitet AS en vurdering av kapasitets- og arealbehovet for Kirkenes sykehus høsten 2009.

3.2.2 Konsept 2009-2010

Konseptfasen gjennomføres i 2009 og 2010, og konseptrapporten legges fram for styret i Helse Nord RHF 14. desember 2010 (styresak 131-2010).

Konseptarbeid tok utgangspunkt i idéfaserapporten og behandlingen av den. I april 2010 ber Helse Nord RHF helseforetak med store byggeprosjekter om å tillegge større vekt på virkningene av samhandlingsreformen og samarbeid med kommunene i opptaksområdet. I tillegg ble det bedt om at det gjennomføres en kapasitetsanalyse i form av en grundigere kartlegging av pasientforløp.

Prosjektkostnad beregnes til 1,05 mrd. kr. (2010-priser, p50), og med usikkerhetsavsetning på 1,2 mrd. kr (p85). Det vises til at prosjektet må gjennomføres innenfor p50 – og oppnå driftsinnsparinger på 24 mill. kr årlig for å ha økonomisk bæreevne.

Styret i Helse Nord RHF inviteres til å fatte følgende vedtak:

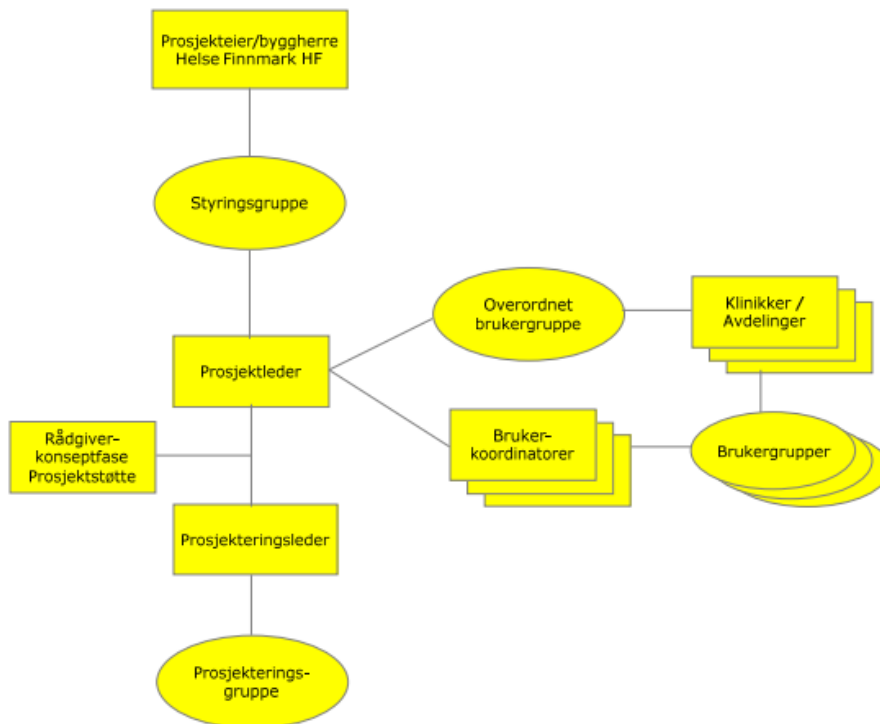
- 1. Styret viser til vedtak i styret i Helse Finnmark HF og godkjenner konseptrapporten slik det kommer frem av Styresak 76/2010 Konseptrapport Nye Kirkenes Sykehus med tilhørende rapport "Konseptrapport Kirkenes Sykehus", datert 02. november 2010.*
- 2. Nybygg alternativ 1 velges som grunnlag i et forprosjekt innenfor et netto funksjonsareal og bruttoareal for det samlede byggekompleks på henholdsvis 9.105 kvm og 17.800 kvm . Oppstart og gjennomføring av forprosjekt behandles i egen styresak om store investeringer i Helse Nord RHF i styremøte februar 2011.*
- 3. Kostnadsrammen for prosjektet basert på 85 % sannsynlighet for at kostnadsrammen overholdes og som skal ferdig utredes i forprosjektet, fastsettes til 1 203 mill kroner i kostnadsnivå pr. 15. august 2010, inkludert utstyr og byggelånsrenter.*
- 4. Styret ber om at adm. direktør legger fram endelig finansieringsplan for prosjektet etter behandling i Helse- og omsorgsdepartementet, før forprosjektet påbegynnes.*

Organisering og medvirkning

Medvirkningen er beskrevet i konseptrapporten. Det vises til at ansatte, pasienter og representanter for kommunehelsetjenesten har representert brukerinteressene i prosjektet. Ansatte har vært representert med tillitsvalgte og oppnevnte fagpersoner. Brukerrepresentanter ble oppnevnt av brukerutvalget, og representantene for kommunehelsetjenesten ble oppnevnt av styringsgruppa.

Det vises videre til at tillitsvalgte hadde en formell rolle i henhold til lovverk og avtaler. Brukerrepresentantenes rolle omfattet faglig rådgiving og informasjon tilbake til de miljøer de tilhørte.

Under konseptfasen ble det opprettet grupper for å utarbeide konkrete forslag til driftskonsept for et framtidig nytt sykehus. Gruppene rapporterte til prosjektledelsen som så la fram organisatoriske spørsmål til en overordnet brukergruppe som har avholdt møter ved behov.



Figur 2: Prosjektorganisering i konseptfasen. Kilde: Konseptrapport Nye Kirkenes sykehus 2010, side 23

Dimensjonering

Det vises til den omfattende dimensjoneringsanalysen som ble gjort i idéfasen. Videre ble det utarbeidet en rapport av Sintef på oppdrag fra Helse Nord RHF i 2010 som ble fulgt opp i siste del av konseptfasen, bl.a. ved gjennomføring av en pasientforløpsanalyse og gjennomgang av prosjektets arealstandarder. Pasientforløpsanalysen ble gjennomført høsten 2010 i en prosess der en brukergruppe supplert med representanter fra Vadsø og Sør-Varanger kommuner deltok¹³. Som del av analysen skulle Helse Finnmark også lage en plan for raskere tilbakeføring av utskrivningsklare pasienter.

Ut fra slik det er beskrevet i konseptrapporten kan det se ut som dette reduserte antallet senger fra 68 til 64, samtidig som antall plasser på dagopphold ble økt fra 12 til 16.¹⁴

¹³ Konseptrapport vedlagt styresak i Helse Nord 131-2010, side 10

¹⁴ Konseptrapport vedlagt styresak i Helse Nord 131-2010, side 29

Tabell 2: Hovedtall fra dimensjonering i konseptet / hovedfunksjonsprogram 2010. Kilde: Styresak Helse Nord 131-2010, side 3 (vår utheving)

Område	Kapasitet
Normalsengeplasser	42
Rehabilitering – døgnplasser	9
Hotell	8
Tung overvåkning	5
Dagområde	16
Poliklinikk, konsultasjonsrom inkl. psykiatri	26
Fødestuer	2
Operasjonsstuer	3
Oppvåkingsplasser	5
Billediagnostiske laboratorier	5
Sum antall senger¹⁵	64

Hovedtallene for kapasiteter er presentert i Tabell 2. Samlet sett ga dette et planlagt bruttoareal på 17 800 kvm. Beregnet utnyttelse for normale senger ble satt til 82,5 %, samt 60 % på overvåkning og 75 % på hotell. Samlet ga dette et beregnet behov på 64 senger.

Det vises i dokumentet til at utviklingen knyttet til visumfri grensepassering fra Russland vil kunne gjøre at noen av de 40 000 innbyggerne på russisk side vil kunne etterspørre helsetjenester i Norge, og at dette ikke kan tas høyde for i planleggingen.¹⁶

3.2.3 Ekstern kvalitetssikring 2012

Holte Consulting gjennomførte ekstern kvalitetssikring av konseptfasen på oppdrag for Helse Finnmark. Rapporten ble levert 30. mars 2012.

De peker på at det har skjedd vesentlige endringer i dimensjoneringsgrunnlaget (som i konseptet var fra 2007-2009), og at dimensjoneringen derfor bør gjøres på nytt. Det pekes blant annet på faktorer som befolkningsutvikling, næringsutvikling (gruver), Samhandlingsreformen og grensetrafikk/grenseboerbevis, og at sannsynligheten for at disse faktorene vil endre behov og dimensjonering er høy. Det kommer imidlertid ikke tydelig fram hvorvidt kvalitetssikrer mener det dimensjoneres for mye er eller lite, kun at det er behov for justering og tydeliggjøring.

3.2.4 Forprosjekt 2011-2013

Styret i Helse Finnmark beslutter i styresak 69/2011 å iverksette forprosjektfase basert på foreliggende konsept. Valgt konsept er nybygg med full akuttberedskap i somatikk lokalisert ved Andrevann. Styret setter kostnadsramme (p85, 2010-kroner) på 1,2 mrd. kr, inkl. utstyr og byggelånsrenter. Det legges opp til brutto areal på 17 800 kvm.

I løpet av forprosjektfasen gjøres det endringer – særlig innarbeiding av døgnenhet for psykisk helse fra Tana – som øker areal til 19 900 kvm. Samtidig har forventet kostnad økt fra 1,048 mrd. kr i 2010, til 1,4 mrd. kr. i 2013. I forprosjektrapporten står det at antall normalsenger¹⁷ er redusert

¹⁵ Områder markert i fet skrift telles som senger i denne sammenheng.

¹⁶ Styresak i Helse Nord 131-2010

¹⁷ Slik vi forstår tallene inkluderer dette ikke det de 5 sengene som i konseptfasen betegnes som «tung overvåkning».

med 5 senger til 54 senger (inkludert 8 hotellsenger), samtidig som den polikliniske kapasiteten ble styrket.¹⁸

Forprosjektrapporten behandles av styringsgruppen for prosjektet 26. juni 2013.

Organisering og medvirkning

Forprosjektet fortsatte med en organisering av prosjektarbeidet som var relativt likt organiseringen fra konseptfasen (se Figur 2). Arbeidet var organisert i en overordnet tverrgående gruppe med seks underliggende medvirkningsgrupper.



Figur 3: Medvirkning i forprosjektfasen. Kilde: Forprosjekt Nye Kirkenes sykehus 2013, side 55

Forprosjektrapporten oppsummerer også den samlede brukermedvirkningen i hhv. konseptfasen, forprosjekt-prosjektering og forprosjekt-programmering. Det vises til at om lag 60 personer har vært involvert i hver av de tre delene, og at det har vært gjennomført et større antall møter, se Figur 4.

Grupper	Konseptfase	Forprosjektfase - programmering	Forprosjekt - prosjektering
MGV	7 grupper med 22 møter, hvor 54 personer har vært involvert i arbeidet. Oppstart og avslutningsmøte	6 grupper med 30 møter, hvor ca. 60 personer har vært involvert i arbeidet med programmering av rom og registrering av utstyr.	6 grupper med 24 møter, hvor ca. 60 personer har vært involvert i arbeidet.
OTG	2 møter, hvor lederne for MVG har vært medlem i OTG	9 møter, hvor lederne for MVG har vært medlem i OTG	7 møter, hvor lederne for MVG har vært medlem i OTG

Figur 4: Deltagelse fra brukere i medvirkningsgrupper. Kilde: Forprosjektrapport Nye Kirkenes sykehus 2013, side 56.

¹⁸ Forprosjekt Nye Kirkenes Sykehus, 2013. Side 48-49

Organisasjonsutviklingsprosjektet ble gjennomført som en integrert del av prosjektets tidligfase. I konseptfasen var dette en egen gruppe bestående av representanter fra overordnet brukergruppe, klinikkledelse, brukerrepresentant og verneombud. I forprosjektet ble det benyttet eksisterende medvirkningsgrupper (jf. Figur 3) også for organisasjonsutviklingen.

Organisasjonsutviklingsprosjektet legger til grunn en reduksjon på 34 årsverk, fordelt på sengetun (15), kontortjeneste (12) og andre områder (7).

Dimensjonering

Dimensjoneringen i forprosjektet tar utgangspunkt i det som var beskrevet i konseptfasen, med noen unntak:

- Endret kjøkkenfunksjon er gjort i samarbeid med Sør-Varanger kommune, har medført økning i kjøkkenareal med ca. 300 kvm brutto.
- Innarbeiding av døgnenheten for psykisk helse fra Tana (DPS) med ca. 10 døgnplasser med ca. 1500 kvm brutto.
- Konsekvenser av endrede krav til universell utforming i form av bl.a. har gitt større bad og andre enkeltrom.

Samlet brutto areal ble beregnet til ca. 17.800 kvm brutto i konseptfasen, er gjennom endringene i forprosjektet økt til 19.931 kvm. Sengekapasiteten ble redusert til 54 normalsenger (inkl. 8 hotellsenger), samtidig som den polikliniske kapasiteten ble styrket.¹⁹

Utnyttelsesgradene som var lagt til grunn for Nye Kirkenes var generelt litt lavere enn det som ellers er betegnet som Middels utnyttelsesgrad. Blant annet var det lagt til 82,5 % belegg på normalsenger. Effektiv brukstid på dagbehandling, poliklinikk og operasjon var beregnet til 6 timer per dag, 200/220 dager i året, mot 8 timer daglig 230 dager i året i det som kalles Middels utnyttelsesgrad (evalueringen side 73).

Reduksjoner i forprosjekt 2013

Forprosjektet er til behandling i styret i Helse Finnmark 29. august 2013 (sak 58/2013). Her pekes det på at ny estimert kostnadsramme på 1,799 mrd. kr. overstiger det som er bevilget ramme fra Helse Nord RHF på 1,4 mrd. kr.²⁰. Den reelle økningen i kostnadsestimatet skyldes blant annet prisvekst, flytting av psykisk helse og rus fra Tana, felleskjøkken, byggelånsrente og tilpasning til Tek 10. Det opplyses om at Nye Kirkenes sykehus og Helse Finnmark derfor har satt i gang et arbeid for å se på kostnadsreducerende tiltak.

Styresaken inneholder også en sammenligning med prosjektet i Vesterålen, som vurderes som sammenlignbart. Det oppsummeres med at Nye Kirkenes har 15 senger færre enn Vesterålen, men større kapasitet på dag- og behandlingsrom.

Det vises til ni ulike punkter som potensielt kan redusere prosjektkostnaden med opptil 370 mill. kr., men det understrekes at dette ikke er ferdig utarbeidede forslag. Styret beslutter at det skal arbeides med videre planlegging basert på de ni punktene.

På bakgrunn av behandlingen av det opprinnelige forprosjektet sommeren 2013 arbeides det gjennom høsten 2013 med et addendum til forprosjektrapporten som konkretiserer kostnadskuttene prosjektet må gjøre.

Addendumet viser til følgende reduksjoner:

¹⁹ Slik vi forstår tallene inkluderer dette ikke de 5 sengene som i konseptfasen betegnes som «tung overvåkning». Altså reduseres antall senger (eksklusiv tung overvåkning) fra 59 til 54.

²⁰ Rammen er den samme som i 2010 (1,2 mrd. kr 2010-kroner) som er oppjustert til løpende kroner.

- Psykiatrisk døgnenhet utgår
- Psykiatrisk poliklinikk, ART, HAB og kontorer for administrasjon planlegges som del av sykehusanlegget (i stedet for å flytte det ut i eget bygg)
- Lab. og blodbank flyttes til fløy 1 og A
- Psykiatrisk poliklinikk flyttes til plan 3 fløy D nord
- Fløy D syd utgår

I tillegg gjøres det en rekke tekniske forenklinger i bygget, mye hentet fra den opprinnelige kuttlisten. Det endres også til en enterprisemodell der deler av bygget utføres som fabrikkframstilte seksjonsbygg.

Beslutning

Styret i Helse Finnmark godkjenner i styremøte 5. og 6. desember 2013 (styresak 97/2013) forprosjektet inkludert de endringer som er tatt inn i addendumet. Det vises til at prosjektet har klart å komme ned på det forventede kostnadsnivået.

Styresaken viser under punktet 'risikovurdering' kort til at videreføring av prosjektet vil være i tråd med kjerneverdiene til sykehuset om kvalitet, trygg og respekt. Det skrives at «tilbakemeldingene fra medvirkningsgruppene er positive på de endringer som er foreslått i addendumet og prosjektet er tilfreds med å ha funnet både funksjonelle, arkitektonisk gode og økonomiske løsninger». Det vises videre til at saken i sin helhet ble drøftet på møte med tillitsvalgte 27. november og styringsgruppen 3. desember 2013.

3.2.5 Byggefase

I april 2015 ferdigstilles grunnarbeidene og byggingen starter i mai 2015. I 2016 ber styret i Finnmarkssykehuset HF (tidl. Helse Finnmark) om å øke den ytre rammen fra 1.460 til 1.514 mill. kr., med begrunnelse at det ikke var sannsynlig at prosjektet klarte å holde seg innenfor vedtatt ramme. Styret i Helse Nord vedtok at P85-reserven ble lagt til disposisjon for ferdigstilling av sykehus Kirkenes og gikk i dialog med Finnmarksykehuset vedrørende omprioritering av andre investeringer. Styret i Finnmarksykehuset HF vedtok i 2016 også å omdisponere 25 millioner kroner av ubenyttede investeringsmidler i 2016/2017 til reserve for nye Kirkenes sykehus. Det ga en ny totalramme for prosjektet på 1,485 mrd. kr.

Bygget ferdigstilles i 2018, med innflytting i månedsskiftet november/desember. Prosjektets sluttkostnad rapporteres til 1,58 mrd. kr. i tertialrapport 3-2018.²¹

3.3 Oppsummering av endringer

Tabell 3 oppsummerer endringer i samlet bruttoareal og sengeplasser i konseptfase, forprosjekt og i det reviderte forprosjektet (beskrevet i addendum).

²¹ Sykehusbygg evaluering del 1, side 13

Tabell 3: Oversikt: areal og senger i ulike faser av prosjektet. Kilde: egen sammenstilling

Fase	Kvadratmeter (brutto)	Sengeplasser
Konseptfase	17.800	64 (+ 5 oppvåkingsplasser) + 8 hotellsenger
Forprosjekt	19.930	59 (+ 5 oppvåkingsplasser) + 8 hotellsenger
Revidert forprosjekt	18.970 ²²	59 (+ 5 oppvåkingsplasser) + 8 hotellsenger ²³

3.4 Våre vurderinger

Slik vi tolker Sykehusbyggs evalueringsrapporter (del 1 og 2), tilbakemeldinger i våre intervjuer og øvrig omtale i media mv. har sykehuset har kapasitetsutfordringer på flere områder, flere uhensiktsmessige løsninger, stor mangel på kontorarealer og utfordringer knyttet til teknisk drift av bygget. Dette avsnittet drøfter mulige årsaker til at resultatet ikke ble som forventet. Den første er at dimensjoneringen tok utgangspunkt forutsetninger som ikke lot seg oppnå. Den andre at det ble gjort omfattende kutt underveis for å redusere kostnader, og at risikoen ved disse kuttene var utilstrekkelig utredet og forstått. Den tredje årsaken vi peker på er at medvirkningen var for svak når det ble gjort store kutt i prosjektet.

3.4.1 Dimensjonering av antall senger

Informantene vi har snakket med trekker fram at dimensjoneringen av sykehuset i for liten grad tok innover seg særegne geografiske forhold for Øst-Finnmark. Dimensjoneringsarbeidet som ble gjennomført i forbindelse med idé- og konseptfase nedjusterte antall sengeplasser underveis, på bakgrunn av en forventning om at flere av pasientene kunne behandles poliklinisk. Forprosjektets sammenligning med sykehusprosjektet i Vesterålen illustrerer også at det for Kirkenes sin del var lagt til grunn færre senger enn det som var tilfelle i Vesterålen.

Informantene trekker fram at disse forutsetningene ikke var realistiske i Øst-Finnmark på grunn av store avstander, som gjør det mer krevende å behandle og skrive ut pasienter samme dag som de kommer inn.

Sykehusbyggs evaluering peker også mot andre forklaringer. Det skrives at «i somatisk sektor opplyses det at det var planlagt og bygd med 59 senger, men kun 56 senger ble tatt i bruk ved innflytting. Framskrivningen viser at med middels utnyttingsgrad blir det behov for 60 senger framover i tid, og 62 senger dersom planlagt utnyttingsgrad benyttes i beregningen.» Det pekes på at dersom disse 56 sengene videreføres vil det bli kapasitetsproblemer framover i tid.

Videre vises det til at beregningen er gjort under forutsetning av at alle spesialiteter kan bruke alle senger, men at det i praksis ikke er det som skjer. Eksempler som trekkes fram er 5 intensiv-

²² Styresak Helse Nord 142-2013, side 30.

²³ Vår antagelse. Så vidt vi kan se inneholder ikke addendum til forprosjekt reduksjon i antall senger sammenlignet med opprinnelig forprosjekt.

senger med lavt belegg, en 5-døgnspost forbeholdt kirurgiske og ortopediske pasienter, og at ledig kapasitet på FMR²⁴ og føde/gynekologi sjelden benyttes av andre pasienter. Sykehusbygg HF oppsummerer med at disse faktorene nok gjør at «man opplever kapasitetsutfordringer også idag».

Det er utenfor denne kartleggingen å vurdere hva som er realistiske forventninger knyttet til overføring av pasienter fra døgnopphold til dagopphold/poliklinikk, og hva som er realistisk med tanke på bruk av senger på tvers av spesialiteter. Det framstår imidlertid som logisk at det vil oppstå kapasitetsproblemer dersom forutsetningene som legges til grunn i dimensjoneringen ikke er det som skjer i praksis.

3.4.2 Kostnadsreduksjoner i forprosjektfasen

Som beskrevet i 3.2.4 ble det gjort omfattende kostnadsreduksjoner – fra 1,8 til 1,4 mrd. kr – i den avsluttende behandlingen av forprosjektet, altså de endringer som beskrevet i addendum til forprosjektrapporten. Kuttene gjaldt både arealreduksjon og tekniske forenklinger, samt endret enterprisemodell.

Informanter trekker fram at reduksjonene som skjedde ikke var godt nok fundert. Sykehusbygg HF påpeker i sin evalueringsrapport av planleggingsprosessen at forutsetningene som ble gjort addendumet ikke var gjenstand for risiko- og usikkerhetsanalyse, og at dette burde blitt gjort før det ble tatt en beslutning om gjennomføring. Både våre informanter og Sykehusbyggs evalueringsrapport (del 1) peker på en rekke problemer i byggefasen. Blant annet var det avvikende forståelse av kontrakter og funksjonsbeskrivelser og utfordringer knyttet til koordinering av de ulike leverandørene. En leverandør gikk også konkurs i løpet av byggeperioden.

3.4.3 Medvirkning som svekkes underveis

Som beskrevet i avsnitt 3.2 var det i sykehusprosjektets tidlige fase etablert flere strukturer for medvirkning av ansatte og tillitsvalgte. Disse deltok i styringsgruppe, overordnet brukergruppe og ulike medvirkningsgrupper, som av dokumentene ser ut til å ha hatt mye møtevirkning underveis. Kommuner hadde også tett dialog med sykehuset og inngikk i styringsgruppe.

Likevel peker både våre intervjuer og Sykehusbyggs evaluering på at det er en opplevelse blant mange av å ikke bli lyttet til i prosessen, og at det endelige resultatet avviker fra det de ansatte har spilt inn. De ansatte viser til et stort økonomisk press på ledelsen, en fokusgruppedeltager fra Sykehusbyggs evaluering uttrykker (2020, side 325):

Jeg føler at dette har vært et damplokomotiv, som har kjørt på: Ok, dette gikk ikke, dette hadde vi ikke penger til, men vi må få det ferdig fortrest mulig, og nå er vi forsinket enda mer. Kjør på, også stryker vi det som ikke passer, vi gjør det sånn, og så får det bli best mulig.

En informant i vår undersøkelse uttrykker at prosessen ble opplevd som rotete: det ble ikke ført ordentlig referat og alle satt med ulike tegninger. Videre at tegningene ikke stemte overens med hvordan det til sist ble bygget. Det trekkes også fram at flere leger var kritiske til dimensjoneringen av kapasitet, og mente det ikke ville være tilstrekkelig. Det gjaldt både forventningene knyttet til dagbehandling (gitt Kirkenes sin geografi) og at prosjektet opererte med gjennomsnittsverdier som ikke fanger opp reell variasjon i behov.

Sykehusbygg HF's evaluering (2020, side 325) peker på at graden av medvirkning endret seg i forbindelse med kuttprosessene i forprosjektet. Ansatte som deltok i Sykehusbyggs undersøkelse, fortalte om at medvirkningen fra både ansatte og ledelse var fraværende i denne fasen. Videre fortelles det om at de ikke ble informert hvilke endringer og kutt som var besluttet – og dermed

²⁴ Fysikalsk medisin og rehabilitering

heller ingen mulighet til å vurdere konsekvenser av endringene. En deltager i Sykehusbyggs evaluering sier (2020, side 325):

Ledelsen gjorde så godt de kunne [...] Og, så er det de som sitter med prosjektet som kanskje, som maser på at sånn og sånn, og penger og penger, og tid og tid. Og så har de ikke de riktige forutsetningene til å si hva som kanskje kan kuttes, hva som bør endres på, fordi de jobber fra toppen uten å ha innsyn i klinisk hverdag.

Også ledelsen ved sykehuset opplevde at de synes prosessen var krevende og at ikke resultatet ble slik de hadde forestilt seg (Sykehusbygg 2020, side 327):

Arkitektene og alle folkene i prosessen som hele tiden beroliget oss med at vi skulle ikke behøve å tenke på noe; på kvadratmeterne, kravene og den praktiske utformingen og sånt. Vi skulle bare bestille det vi ønsket oss, og så skulle de klare å finne smarte løsninger. Det er den største skuffelsen. Jeg føler meg skikkelig lurt i forhold til det gapet som viste seg mellom det de eksterne ekspertene sa de skulle ordne og det som kom tilbake som byggeklosser. Jeg synes det er kjempetrist. Jeg har hatt store problemer med å kunne nyte det som er bra. For det er mye bra med bygget, men det blir jo dempet ned i forhold til alle de tingene som skaper trøbbel.

Kontinuitet og tilstrekkelig tid for å delta i møter trekkes av mange fram som en utfordring. Noen trekker fram at enkelte fagområder – som klarte å følge prosessen hele veien – var mer fornøyd med resultatet.

4 Nye Hammerfest Sykehus

Hammerfest sykehus er lokalsykehus for befolkningen i Vest-Finnmark og tilbyr akuttmedisin, kirurgi, ortopedi, indremedisin, gynekologi/føde, øre-nese-hals, øye, barnemedisin og barnehabilitering. Sykehuset omfatter kommunene Hammerfest, Kautokeino, Alta, Loppa, Hasvik, Måsøy, Nordkapp, Porsanger, Karasjok og Gamvik. Det samlede innbyggertallet for disse kommunene var 48 772 per 1.1.2022.²⁵ Hammerfest sykehus har den eneste barneavdelingen i Finnmark, samt fylkesfunksjon for risikofødsler ned til uke 32, tykktarmkreft og for mye av tarmkirurgien.

Finnmarkssykehuset (tidl. Helse Finnmark) ble i 2013 pålagt i oppdragsbrev å ha en strategisk utviklingsplan, som skulle gi en framtidig plan for sykehusets utvikling av organisasjonen og bygningsmassen de neste 20-30 årene. Strategisk utviklingsplan ble vedtatt av styret i Finnmarkssykehuset i 2015, og denne slo fast at den somatiske sykehusstrukturen i Finnmark – altså med sykehus i Kirkenes og Hammerfest – skulle bestå.²⁶

Gamle Hammerfest sykehus ble ferdigstilt i 1956 og gjennomgikk flere runder med modernisering og utbygging fra 70- tallet og frem til i dag. Ombygging i flere faser har resultert i et sykehusbygg som ikke var spesielt godt egnet for moderne sykehusdrift, med dårlig intern logistikk og lite effektiv utnyttelse av arealer og personellressurser. Tilstandsgraden vurderes i 2015 til å være dårlig (2, på en skala fra 0 til 3).

²⁵ Kilde SSB. Merk at det også er klinikker i Alta og Karasjok.

²⁶ Vi er kjent med at det har vært mange diskusjoner rundt lokalisering og sykehusstruktur i Finnmark, men går ikke inn på dette i denne rapporten.

Med bakgrunn i strategisk utviklingsplan settes det i gang en idéfase i 2015. Prosjektet går videre til konseptfase i 2016, og forprosjektet pågår fra 2018 til 2020. I skrivende stund er Nye Hammerfest sykehus (NHS) under bygging, og er planlagt ferdigstilt januar 2025.

Dette avsnittet går først gjennom hvilke forventninger og diskusjoner som har vært rundt det nye sykehuset i Hammerfest. Deretter beskrives beslutningsprosessen fra idéfase til forprosjekt, før vi gjør våre egne vurderinger.

I og med at Nye Hammerfest verken er ferdig bygget eller evaluert, er det vanskelig å si noe om resultatet. Sykehuset har imidlertid vært gjenstand for diskusjoner rundt antall kontorer og andre romtyper slik som arbeidsstasjoner, pauserom, møterom, og hvilerom for klinikere i vakt.

4.1 Tidligfaseplanlegging for Nye Hammerfest sykehus

Nye Hammerfest sykehus ble utredet som en del av arbeidet med Strategisk utviklingsplan for Finnmarkssykehuset 2015-2030 (FIN HF styresak 30/2015), og det ble gjort vurderinger og mulighetsstudier for til sammen 5 (6) alternativer. Teknisk oppgradering av eksisterende bygningsmasse, teknisk oppgradering og nytt avlastningsbygg, full trinnvis utbygging på eksisterende tomt og to alternativer for nytt bygg på ny tomt. Som et sjette alternativ ble det lagt inn forslag om å fremskaffe en mer egnet tomt for formålet.²⁷ Den strategiske utviklingsplanen la til grunn at det ville være behov for ca. 30.000 kvm til et nytt bygg.²⁸

I dimensjoneringen av Nye Hammerfest sykehus ble det tatt høyde for mer areal til dagbehandling og poliklinikk, i tråd med overordnede føringer om mer dagbehandling og mer behandling i kommunene. Det planlegges også for observasjonsplasser med den hensikt å redusere unødvendig innleggelse og redusere liggetiden for pasienter.²⁹

Det ble gjennomført en idéfase i 2016, konseptfase i 2016-2017 og forprosjektet i 2018-2020. Byggestart var våren 2020 og sykehuset skal etter planen tas i drift fra 2025. De neste avsnittene beskriver kort de ulike fasene, med vekt på beslutningsprosessen og dimensjonering av sykehuset.

4.1.1 Idéfase 2016

Idéfasen ble gjennomført i 2016, og rapporten fra idéfasen ble behandlet av styret i Finnmarkssykehuset HF i februar 2017 (styresak 8/2017) styret i Helse Nord i april 2017 (styresak 44/2017). Idéfasen bygger på Strategisk utviklingsplan for Finnmarkssykehuset 2015-2030, og styrevedtak Finnmarkssykehuset HF og Helse Nord HF i tilknytning til dette.

Det ble vurdert til sammen fire tomtealternativer og til sammen syv løsningsalternativer:

- ▶ 0, 1A, 1B Fuglenes
- ▶ 2A, 2B Storsvingen sør og nord
- ▶ 3 Rossmolla
- ▶ 4 Strømnes

Dimensjonering

Det ble gjennomført ny framskrivning og kapasitetsberegning for kliniske hovedfunksjoner med utgangspunkt RHFenes modell for framskrivning av aktivitet og beregning av behov³⁰.

²⁷ Styresak 87/2015 Finnmarkssykehuset HF. Igangsetting av idéfase for Nye Hammerfest sykehus.

²⁸ Strategisk utviklingsplan for Finnmarkssykehuset HF 2015-2030, 19. mai 2015, side 21

²⁹ [Styresak 37-2016 Finnmarkssykehuset Nye Hammerfest sykehus - idefase, mandat.pdf \(helse-nord.no\)](#)

³⁰ *Beskrivelse av RHFenes modell for framskrivning av aktivitet og beregning av kapasitet*. Veileder tilgjengelig på Sykehusbyggs nettsted.

Tidsperspektivet for framskrivningen er 2014-2030. Følgende kapasiteter er beregnet for Nye Hammerfest sykehus:³¹

Tabell 4: Kapasitetsbærende rom Nye Hammerfest sykehus. Kilde: Idéfase rapport Nye Hammerfest sykehus, side 10.

Funksjonsområder	Kapasitetsbehov 2030
Observasjonsplasser	5
Normalsenger, voksne og barn	69
Pasienthotell-/sykehotellplasser	14
Intensiv/tung overvåking	11
Poliklinikk inkl spesialrom	37
Dagplasser; dialyse, kjemoterapi, infusjonsbeh.	12
Operasjonsstuer, skiftestue kommer i tillegg	6
Oppvåkningsplasser	11
Dagplasser, dagkirurgi	6
Fødestuer	3
Bilddiagnostikk, modaliteter	9

I tråd med Strategisk utviklingsplan for Finnmarksykehuset 2015-2030 er det beregnet reduksjon i antall senger i forhold til befolkningsvekst. Dette er blant annet begrunnet med oppbygging av døgntilbud ved Alta nærsykehus. Nedgangen i antall senger er også i tråd med overordnede føringer om mer dagbehandling og mer behandling i kommunene. I dimensjoneringen av nye Hammerfest sykehus er det derfor tatt høyde for mer areal til dagbehandling og poliklinikk.

Bruttoareal for Nye Hammerfest sykehus i idéfaserapporten er 28 921 kvm, redusert med vel 1000 kvm fra det som ble estimert i Strategisk utviklingsplan.

Medvirkning

Det ble oppnevnt tre arbeidsgrupper for å ivareta ulike områder i planleggingen. Arbeidsgruppe 1: somatikk og psykiatri, Arbeidsgruppe 2: tilgjengelighet, tomt og bygg, og Arbeidsgruppe 3: forsyning og pasienthotell.

Idéfaserapporten skriver at prosjektet la opp til omfattende brukermedvirkning i idéfasen, og arbeidsgruppene utgjør kjernen i dette. Det ble avholdt 8 samlinger med arbeidsgruppene underveis i idéfasen, der deltakere drøftet relevante problemstillinger og kom med innspill og synspunkter innenfor sine områder. Arbeidsgruppene har også fått framlagt delutredninger og utkast og har gitt tilbakemelding på disse dokumentene.³²

4.1.2 Konseptfase 2016-2017

Styret Helse Nord RHF vedtar i april 2017 (styresak 44/2017) at tre (av syv alternative) konsepter for nytt sykehus skal utredes i konseptfasen:

- ▶ 0 alternativet (renovere og videreføre drift av sykehuset) på Fuglenes
- ▶ Dagens tomt med rokade bygging, Fuglenes (alt. 1B)
- ▶ Nytt sykehus på ny tomt på Rossmolla (alt. 3)

³¹ Finnmarksykehuset HF. Idéfaserapport Nye Hammerfest sykehus.

³² Idéfaserapport Nye Hammerfest sykehus, behandlet 23.2.2017 i Styret i FIN HF. Side 20.

Første del av konseptfasen (steg 1) utarbeidet hovedprogram for sykehuset og utredet om man skulle velge å bygge nytt på eksisterende tomt (Fuglenes) eller bygge nytt på ny tomt (Rossmolla). Styret Helse Nord vedtar i oktober 2017 (styresak 112/2017) tomtevalg for nytt sykehus, alternativ 3, Rossmolla.

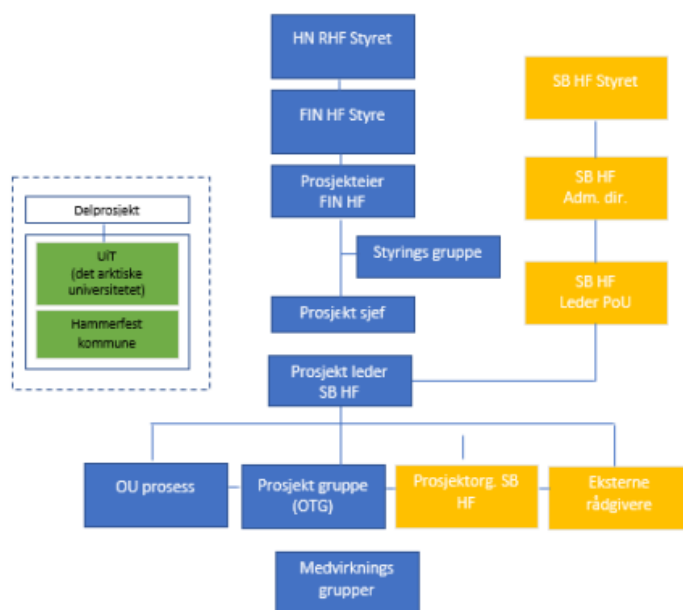
I andre del av konseptfasen (steg 2) ble det vurdert flere konsepter for et nybygg på Rossmolla.

Konseptfaserapporten dokumenterer at de økonomiske rammer og forutsetninger er anstrengt. Kostnadsrammen på kr 2.3 mrd. kr inkl. usikkerhetsavsetning, må bearbeides ytterligere før oppstart av forprosjekt. Det ble i idéfasen beregnet et arealbehov på om lag 29 000 kvm brutto. For å komme inn under kostnadsrammen satt for prosjektet, er arealrammen for nytt sykehus nå redusert til ca. 25 000 kvm brutto.³³ Vi er ikke kjent med utredninger av konsekvens eller risiko for behandlingstilbud eller ansattes arbeidsforhold som følge av arealreduksjonen.

Konseptrapporten godkjennes i styremøte i Helse Nord RHF 28. februar 2018 (styresak 19/2018), samtidig med mandat for forprosjektfasen.

Organisering og medvirkning

Konseptfaserapporten redegjør for organisering av medvirkningsprosessen. Det står at det ble opprettet 6 ulike medvirkningsgrupper, inndelt etter fagområder. Lederne for medvirkningsgruppene ble samlet i en overordnet tverrfaglig gruppe (OTG). Medvirkningsgruppene og OTG har deltatt i prosessen med vurdering av tomtealternativ, nærhetsdiagrammer og konsepter.



Figur 5: Prosjektorganisering Nye Hammerfest sykehus. Kilde: Konseptrapport NHS 2018, side 21

Én informant trekker fram at det i konseptfasen var positiv stemning blant de ansatte knyttet til byggeprosessen, og at det var tatt valg om lokalisering av sykehuset. Mange ansatte ønsket å være med i medvirkningsgrupper for å kunne påvirke resultatet, selv om det ble advart mot at man fort kunne ende opp som «gissel» for beslutninger man ikke kan stå inne for.

³³ Konseptrapport Nye Hammerfest sykehus 2018, side 12

Én informant viser til at selv om det var deltagelse i møter, så blir kommentarer og innsigelser ofte ikke korrekt gjengitt i referater, eller tatt til følge. Den reelle påvirkningen på dimensjoneringen oppleves derfor som fraværende.

Dimensjonering

Konseptrapporten redegjør for hvordan dimensjoneringen er gjort. Framskrivningen er gjort med utgangspunkt i reelle data fra 2015, og deretter framskrevet i tråd med metodikken i framskrivningsmodellen fram til 2035, som er året som ligger til grunn for alle kapasitetsberegninger.

Tabellen viser at den demografiske framskrivningen (trinn 1 i modellen) viser en økning fra 23 794 liggedager i 2015 til 36 682 liggedager i 2035. Selv om det ikke skrives direkte i rapporten er det rimelig å gå ut fra at dette skyldes et økende antall eldre innbyggere i opptaksområdet i årene framover.

Når det som kalles de «kvalitative omstillingsfaktorene» legges til endrer bildet seg betraktelig. Det forutsettes gjennom omstillingsfaktorene blant annet reduksjon av liggetider og økt overføring til dagbehandling (for en nærmere drøfting av logikken og mekanismene i framskrivningsmodellen, se neste kapittel). Etter at omstillingsfaktorene er inkludert i framskrivningen er resultatet at antallet liggedager er tilnærmet uendret fra 2015 til 2035, jf. Tabell 5. Eksempelet viser senger for voksne, men tilsvarende trend gjelder for barn/nyfødt.

Tabell 5: Framskrevet aktivitet (liggedager), omstilt, voksne over 18 år. Kilde: Konseptrapport NHS, side 30

Antall liggedager framskrevet demografisk og omstilt, Hammerfest sykehus, voksne 18+ år						
	2015	2020	2025	2030	2035	2040
Demografisk framskrivning, trinn 1	23 794	28 332	31 229	33 887	36 682	38 419
Omstilt, framskrivning trinn 2	23 794	25 609	25 503	24 918	24 242	22 750
Antall innbyggere 18+ år, opptaksområde for Hammerfest	34 421	36 065	37 207	38 245	40 842	41 556

Oversatt til antall senger legges det i konseptfasen til grunn 100 senger totalt, hvorav 63 er normalsenger. Framskrivningen legger egentlig til grunn færre senger (60) men konseptrapporten bruker beregningen for 2030 pga. usikkerhet framover i tid.

For aktiviteter som betegnes som medisinsk dagbehandling (poliklinikk, dagkirurgi og dialyse mv) er det generelt lagt til grunn en økning. For eksempel beregnes det 35 938 polikliniske konsultasjoner i 2035, mot 24 699 i 2015.

NHS legger i konseptrapporten til grunn tilnærmet det som ellers beskrives som middels utnyttelsesgrad når det gjelder belegg, åpningstider mv., jf. Tabell 6. Unntaket er psykisk helsevern (poliklinikk), hvor det legges til grunn høy utnyttelsesgrad, altså 8 timer per dag.

Tabell 6: Utnyttelsesgrader for somatikk og PHV/rusbehandling Hammerfest sykehus. Kilde: Konseptrapport NHS 2016, side 37

Basis utnyttelsesgrader for somatikk og psykiatri					
Kapasitetsbærende rom	utnyttelsesgrad	Drift dager/år	Drift timer/dag	Minutter per konsultasjon/operasjon	% andel dagtid
Somatikk					
Normalseng	85 %				
Observasjon	75 %				
Pasienthotell	75 %				
Dagplass (ekskl.dialyse)		230	8	240	100 %
Dialyse		260	5	300	100 %
Poliklinikkrom		230	8	45	95 %
Operasjon		230	6	90-180	90 %
Psykiatri, poliklinikk					
Psykiatrisk helsevern, voksne		230	8	75	
Psykiatrisk helsevern, barn og unge		230	8	75	
Rus/avhengighet		230	8	75	

Videre gjøres det en følsomhetsberegning framskrivningen, der det framskrivningen testes mot endringer i ulike faktorer. Følsomhetsberegningen viser at antatt beleggspersent i liten grad påvirker modellen: dersom sykehuset oppnår gjennomsnittlig belegg på kun 80 % (ikke 85 % som forutsatt) vil det være behov for 64 normalsenger i stedet for 60.

Omstillingsfaktorene vil derimot få langt større utslag enn utnyttelsesgradene, og utslaget øker jo lengre fram i tid framskrivningen gjøres. Dersom de forutsatte omstillingsfaktorene ikke slår til (og demografi er eneste endringsfaktor), vil det være behov for mellom 89 og 100 normalsenger, ikke 63 som forutsatt i konseptrapporten.³⁴

4.1.3 Ekstern kvalitetssikring 2018

Ernst & Young AS gjennomførte ekstern kvalitetssikring og leverte sin rapport i februar 2018. Kvalitetssikringen ble gjennomført som en følgeevaluering, det vil si at ekstern kvalitetssikrer (EKS) har fulgt prosessen med utarbeidelse av konseptrapport og kommet med innspill og vurderinger underveis.

De konkluderte med at konseptrapporten bør bearbeides videre før prosjektet går videre til forprosjektfasen. Spesielt skyldes dette modenhetsnivået på de økonomiske analysene og Finnmarkssykehuset HF sin manglende økonomiske bæreevne for prosjektet. De peker på at den økonomiske kalkylen for prosjektet i konseptrapporten ikke er god nok, og at det er uklart hvordan kostnadene for fellesfunksjoner med andre aktører skal fordeles. De anbefaler at Finnmarksykehuset ser på muligheter for reduksjoner av driftskostnader, utover gevinster knyttet til nye sykehusbygg, for å bedre helseforetakets bæreevne for investeringen.

Når det gjelder fremskrevet behov og dimensjonering peker EKS på at det i konseptrapporten legges til grunn åtte timers åpningstid for poliklinikk, men at dette er krevende å få til i praksis. EKS støtter denne vurderingen, men peker på at konsekvensene dette har for bemanning og driftskostnader ikke fremgår av konseptrapporten. EKS anbefaler at Finnmarksykehuset lager en plan for å realisere utvidet åpningstid i neste fase av prosjektet.

³⁴ Konseptrapport Nye Hammerfest sykehus 2018 side 38

EKS mener videre at det fremskrevne behovet for senger bør sammenlignes med dagens faktiske situasjon, for å gjøre det lettere å vurdere rimeligheten i framskrivningen opp mot dagens kapasitet.

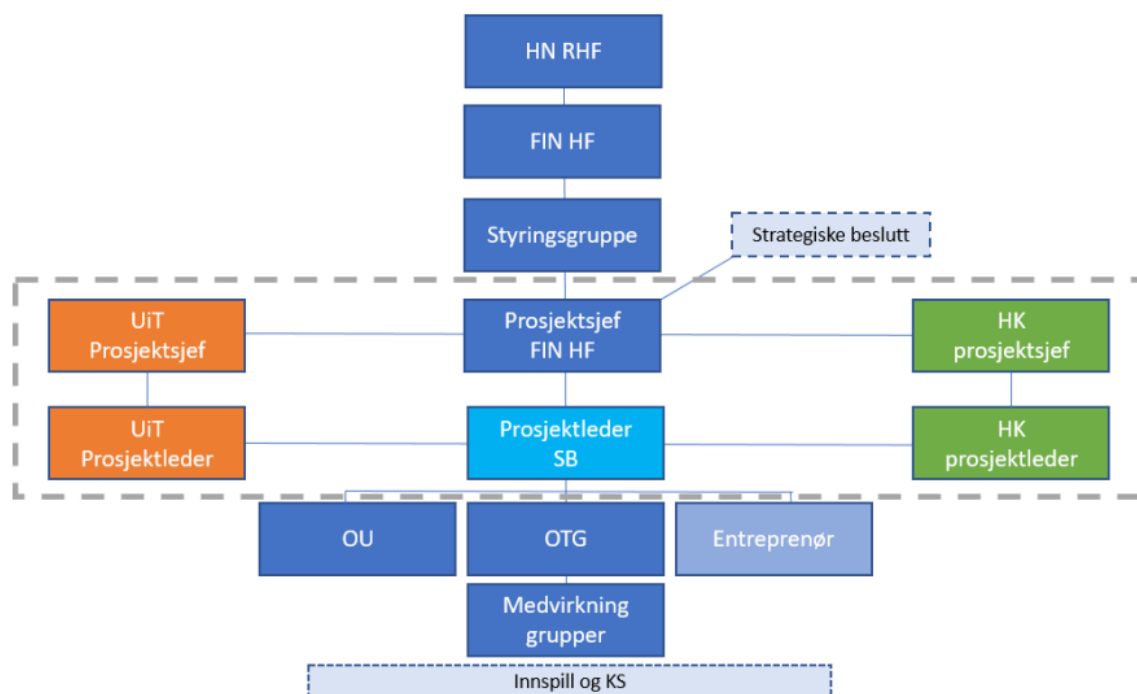
4.1.4 Forprosjekt 2018 – 2020

Arbeidet med forprosjektet ble igangsatt høsten 2018. I denne fasen skjer det blant annet reduksjon og fortetting av arealer, og reduksjon av den planlagte 4. etasjen i bygget.

Styret i Helse Nord RHF behandler saken 27. november 2019 (styresak 125-2019). Forprosjektet godkjennes, innenfor en ramme på 2,326 mrd. kr. inkl. prisstigning og byggelånsrenter fram til ferdigstillelse. Styret setter som forutsetning for byggestart at Finnmarkssykehuset HF legger fram en forpliktende plan for omstillingstiltak, og dette gjøres i styremøte 11. desember 2019 (styresak 139-2019). I juni 2020 starter byggingen av det nye sykehuset.

Organisering og medvirkning

Prosjektorganiseringen var ganske lik som i konseptfasen. Overordnet tverrfaglig gruppe (OTG) ble styrket med flere deltakere fra Hammerfest kommune, UiT og fra smittevern.



Figur 6: Organisering av utbyggingsorganisasjonen NHS. Kilde: forprosjektrapport, side 14

Forprosjektrapporten viser til at prosjektet har hatt 14 fagfordelte brukermedvirkningsgrupper hvor det er gjennomført 5-10 møter med hver gruppe.

Samhandling med kommunen mv.

Nye Hammerfest sykehus har samarbeidet med Hammerfest kommune og UiT om samlokalisering av egne og felles arealer samt felles drift. Samarbeidet ble formalisert i en intensjonsavtale som ble utarbeidet i konseptfasen. Det har blitt lagt vekt på at et integrert sykehus vil være et attraktivt sykehus og øke mulighetene for rekruttering. Videre at korte avstander og økt samarbeid mellom primær- og spesialisthelsetjenesten vil kunne gi pasienten rett behandling på rett plass.

Informanter fra både sykehuset og kommunen viser til at kommunens deltagelse har vært et godt grep for sykehuset, ved at det har gitt økt finansieringsgrunnlag og gir positive synergier for alle parter. Én informant fra kommunen viser f.eks. til at sykehuset i en beredskapssituasjon kan bruke kommunens lokaler.

Kontorplasser ved sykehuset

Forprosjektet har vært preget av diskusjoner om kontorplasser og andre rom. Tillitsvalgte viser til at det er svært få kontorplasser i 1., 2. og 3. etasje. Den fjerde etasjen i bygget, som skal disponeres av Finnmarksykehuset, er redusert til en firedel av det planlagte arealet.³⁵ Mangelen på kontorer/kontorplasser til klinisk personell (leger, sykepleiere, merkantilt ansatte m.fl.) har ført til en diskusjon om hvorvidt administrasjonen skal flytte sine kontorplasser (i fjerde etasje) til et annet bygg for å frigjøre nok plass.

Tillitsvalgte meldte i løpet av forprosjektet inn bekymring om knapphet på areal. Det ble nedsatt en intern ressursgruppe høsten 2019 (kontorgruppen) som hadde som mandat å se på fordeling av kontor til klinisk personell. Gruppen gikk gjennom planlagt areal og avdekket at det mangler kontorer. Bekymringen for plassmangel ved sykehuset ble diskutert i styret ved flere anledninger.

I *Rapport om kontormangel i Nye Hammerfest sykehus* – skrevet av kontorgruppen (men ikke signert av kontorgruppens leder, daværende klinikkisjef for Hammerfest sykehus) – ble det pekt på at det nye sykehuset ville mangle 89 rom. Rapporten inneholder en strukturert gjennomgang av alle avdelinger og funksjoner, med sammenligning av antall rom i tegningene opp mot det gruppen vurderte som nødvendig. Rapportens hovedanliggende er kontorer/kontorplasser, men omtaler også mangel på andre typer rom, f.eks. hvilerom, møterom, pårønderom og rom med arbeidsstasjoner for klinikere.

I styremøte i Helse Nord RHF (styresak 97/2020) konkluderes det med at «*gjennomgangen av kontorfordelingen ved (...) nye Hammerfest sykehus har vist at kontorsituasjonen er under god kontroll, i tråd med prinsipper for kontorfordeling som er behandlet av tillitsvalgte og verneombud, og at de ansatte får kontorforhold som er innenfor arbeidsmiljølovens krav*».³⁶

Helse- og omsorgsdepartementet mottok 1. august 2020 spørsmål fra Stortinget om arealplanene for NHS, etter at ansatte gjentatte ganger hadde meldt inn bekymring om for få rom i det nye sykehuset. De ansatte viste til erfaringene fra sykehusene i Østfold og Kirkenes og ba Helse- og omsorgsministeren gripe inn overfor Helse Nord RHF for å revurdere sykehusplanene. I sitt tilsvarende svar viste Helse- og omsorgsdepartementet til Helses Nord's vurdering om at de med bakgrunn i utredninger og ulike gjennomganger av prosjektet i Hammerfest, ikke hadde informasjon som tilsa behov for endringer i arealvurderingene.³⁷

Manglende opplevelse av medvirkning

Informanter vi har snakket oppgir at medvirkning ble svakere i forprosjektfasen. For eksempel ble viktige beslutninger, slik betydelige arealreduksjoner, kun informert om. Beslutningen om å fjerne en hel etasje ble presentert som en effektivisering, uten at det ble tydelig kommunisert at det handlet om økonomi. Det har ført til en grunnleggende mistillit som har preget mye av arbeidet.

Videre er det en opplevelse av at styringsgruppen i liten grad har styrt prosjektet: sjelden har informasjon blitt etterspurt eller kritiske spørsmål stilt. Deltagere har opplevd et press på å stå samlet bak hver beslutning, med klare forventninger om å ikke ta dissens selv om man er uenig.

³⁵ Dagens medisin 21. august 2021. *Ansatte: – Nye Hammerfest sykehus mangler 89 rom*

³⁶ [Styresak 97-2020-4 Nye Hammerfest sykehus - kvalitetssikring av areal, rapport.pdf \(helse-nord.no\)](#)

³⁷ [Styresak 109-2020-3 Spørsmål fra Stortinget, Nye Hammerfest sykehus.pdf \(helse-nord.no\)](#)

Dimensjonering

Selve kapasitetsberegningen er i hovedsak ikke endret som følge av forprosjektet, med noen unntak. Forprosjektrapporten viser til at det ble gjort reduksjoner for å komme ned på kostnadsrammen. Dette innebar blant annet at ny framskrivning resulterte i reduksjon av barnesenger og intensiv/tung overvåkning (TOV), en operasjonsstue ble tatt ut av prosjektet samt en reduksjon av to postoperative plasser. I forprosjektrapporten står det at dette skjedde gjennom medvirkning med de ansatte, noe tillitsvalgte ved sykehuset mener ikke stemmer.

Videre vises det til at forprosjektet har redusert arealer i opprinnelig 4. etasje, redusert korridorbredder og fortettet areal for flere funksjonsområder.

I forprosjektet kan det se ut som antall senger i sengeområdene er økt noe, til 76 sengeplasser totalt, gjennom at en del av rommene (8 generelle sengerom pluss kuvøse og barn) er designet for å kunne ta imot to pasienter ved spesielle behov.³⁸

I tillegg forberedes 14 hotellsengerom med utstyr for å kunne ta imot pasienter ved særlig stor belastning på sykehuset.

En opptelling av totale sengeplasser mv. gjort av tillitsvalgte sammenligner dagens sykehus med det som er planlagt. Sammenligningen viser en tydelig reduksjon av senger fra dagens sykehus.

Tabell 7: Sammenligning av dagens sykehus i Hammerfest med det som er planlagt. Kilde: opptelling gjennomført av tillitsvalgte ved Hammerfest sykehus

Type sengeplasser	Senger i Hammerfest sykehus i dag (Senger som er bemannet)	Senger i Nye Hammerfest Sykehus
Kirurgiske/ortopediske	26 (22)	57
Medisinske	35 (33)	
Intensivsenger	13	13
Barn	8	5
Kuvøser	3	2 rom med 2 kuvøser hver = 4
Gynekologi/føden	17 (14)	9
Dagkirurgen	8 senger fordelt på 2 rom	8 oppvåkingsstoler inne på 1 rom
Pasienthotell	14	14
Fødestuer	3	3
Samlet	113 (104) + 14 hotellsenger	89 senger + 8 oppvåkingsstoler + 14 hotellsenger

Oppsummerer man endringene som har vært siden strategisk utviklingsplan, ser man at sykehusprosjektet har blitt redusert i areal fra idé- til konseptfase. Antall senger har blitt redusert sammenlignet med dagens sykehus. Begge tallene er imidlertid krevende å sammenligne direkte.

³⁸ Forprosjektrapport Nye Hammerfest sykehus 2020, side 26.

Tabell 8: Oversikt: areal i ulike faser av prosjektet. Kilde: egen sammenstilling

Fase	Kvadratmeter (brutto)	Sengeplasser
Hammerfest sykehus (opprinnelig)	21 700	113 (104 som er bemannet) + 14 hotellsenger
Strategisk utviklingsplan	30 000	90 (+ observasjon) ³⁹
Idéfase	29 000	99
Konseptfase	25 000	100
Forprosjekt	Ikke sammenlignbar ⁴⁰	89 (+ 8 oppvåkningstoler) + 14 hotellsenger

4.2 Våre vurderinger

Det er vanskelig å si noe om hvordan resultatet for Nye Hammerfest sykehus blir, siden bygget ikke er ferdig. Vi vurderer likevel at det er en risiko for at resultatet ikke vil oppleves som optimalt for pasienter og ansatte.

Dette skyldes for det første at forutsetningene som er lagt til grunn i dimensjoneringen tar utgangspunkt i en høy grad av omstilling, og at konsekvensene er store dersom denne omstillingen ikke lar seg oppnå. Dimensjoneringen av sykehuset bygger i stor grad på den RHFenes framskrivingsmodell for framskrivning av aktivitet og beregning av kapasitet. Som vi går inn på i neste kapittel har denne modellen stor usikkerhet knyttet til seg, og baserer seg på forutsetninger som ifølge Sykehusbygg HF går langt tilbake i tid og «nok er moden for revidering». Omstillingsfaktorene i framskrivingsmodellen får store utslag dersom det skulle vise seg at premissene i modellen ikke er gjennomførbare i praksis.

Dersom omstillingsfaktorene ikke tas med – og man kun ser på demografien – vil det være behov for 89 til 100 normalsenger i 2035, sammenlignet med 63 normalsenger forutsatt i konseptrapporten.⁴¹ Det betyr at sykehuset fort kan oppleve kapasitetsutfordringer dersom forutsetningene i modellen ikke holder. Videre er det vår forståelse at det ligger en forsinkelse i dimensjoneringen. Tillitsvalgte peker på at Sykehusbygg HF har erkjent at man i planleggingen av NHS ikke har dimensjonert for krav om tjenestetilbud som har kommet etter 2017, det vil si syv år før bygget skal tas i bruk. For eksempel trekkes det fram at NHS ikke har dimensjonert nok polikliniske skopirom til å kunne effektivt gjennomføre nye krav om coloskopiscreening av alle 55-åringer.

For det andre kan det se ut som at det nye sykehuset på grunn av økonomiske rammebetingelser har måttet prioritere ned arealer som påvirker de ansattes trivsel og produktivitet. Særlig for

³⁹ Strategisk utviklingsplan for Finnmarkssykehuset HF 2015-2030, side 20-21. Anslått sengetall omtales kun overordnet, og inkluderer hotellsenger.

⁴⁰ Forprosjektrapporten legger til grunn et totalt bruttoareal på 33.160 kvm, og 17.700 kvm netto funksjonsareal. Lokalene deles mellom FIN HF (13.200 kvm), Hammerfest kommune (2.140 kvm), Universitet i Tromsø (2.170 kvm) og SANO (200 kvm). I tillegg er det en rekke fellesarealer som i forprosjektet ikke er fordelt mellom samarbeidspartene. Kilde: Forprosjekt Nye Hammerfest sykehus, side 12.

⁴¹ Vi har ikke funnet detaljerte tall på normalsenger i forprosjektrapporten. Ut fra slik vi tolker omtalen på side 26 i forprosjektrapporten er det dimensjonert med 58 normalsenger + 8 senger som kan brukes ved behov, altså 66 normalsenger.

kontorlokaler, hvilerom og pauserom har det vært påpekt store avvik mellom det som er tegnet inn og det som avdelingslederne og tillitsvalgte vurderer at er nødvendig.

For det tredje er det en risiko for at medvirkning ikke har vært god nok. Det har skjedd vesentlige reduksjoner underveis i prosjektet, og medvirkningen rundt disse reduksjonene oppleves ikke som reell. Selv om aktiviteten er høy i form av antall medvirkningsgrupper og -møter, oppleves det i praksis som lite rom for å stille kritiske spørsmål til og påvirke de større beslutningene i planleggingen av sykehuset.

5 Analyse om framskrivingsmodellen for aktivitet og behov

Dette kapitlet gjør en nærmere analyse av *RHF-enes modell for framskriving av aktivitet og beregning av kapasitet* (heretter: framskrivingsmodellen). Innledningsvis forklares bakgrunn for og logikken i modellen. Deretter følger en diskusjon om risiko ved bruk av modellen.

Alle nyere sykehusprosjekter legger til grunn betydelig effektivisering gjennom RHFenes framskrivingsmodell for aktivitet og kapasitet. Effektivisering i tråd med modellen er en forutsetning for at nye sykehus skal bli store nok, men det er usikkerhet om effektivitetsvurderingene er tilstrekkelig realistiske.

5.1 Bakgrunn for modellen

I Nasjonal helseplan (2007-2010) ble det foreslått at det skulle utvikles «*bedre metoder for framskriving av behov og utvikle modeller som knytter sammen data om behov, kapasitet og arealer, som gjør det mulig å beregne konsekvenser av forventede endringer i behov og teknologi*» (St.prop nr 1 (2006-2007)).

Dagens modell har blitt utviklet av Sykehusbygg HF, selv om den beskrives som RHFenes modell. Framskrivingsmodellen som etter vår forståelse brukes i dag er fra 2020 og dekker somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling av ruslidelser. Selv om Sykehusbygg HF ble opprettet først i 2014 – og da fikk ansvaret for å videreutvikle modellen – kan den beskrives som en videreføring av eksisterende modellverk. Det vil si at den bygger videre på det mange kjenner som SINTEF-modellen.

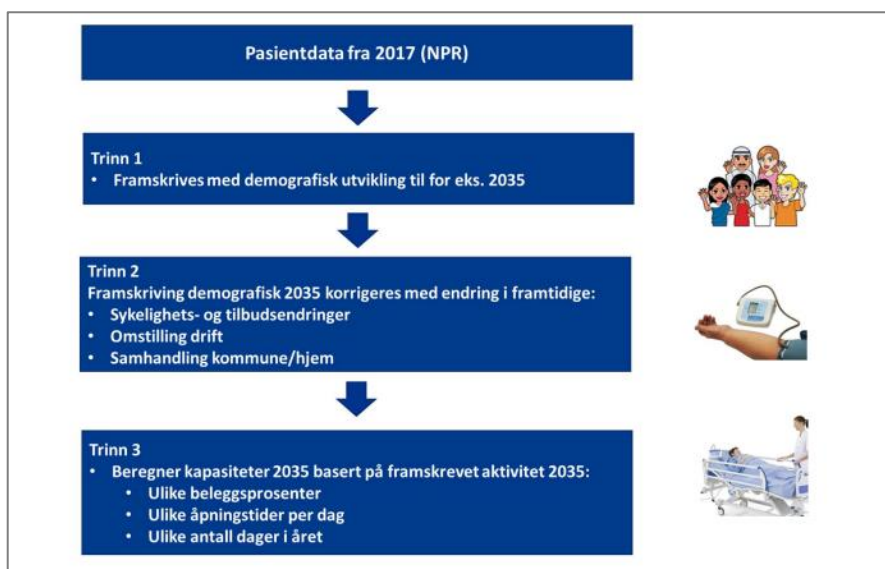
Opprinnelsen til modellen lå i det som ble kalt Kompetansenettverk for sykehusplanlegging (KNS) som var eid av de fire regionale helseforetakene, og hvor SINTEF hadde sekretariatsansvar. RHFene har brukt modellen for å gjøre framskrivinger, både knyttet til utviklingsplaner og til konkrete bygge- og ombyggingsprosjekter. Modellen har blitt videreutviklet underveis i samarbeid med RHFer, Statistisk sentralbyrå og Helsedirektoratet.

Sykehusbygg HF's veileder/beskrivelse av modellen peker på at Helse Sør-Øst framover skal lede et fagnettverk med de regionale helseforetakene for å utvikle modellen videre. Så vidt vi kan se la denne gruppen fram en rapport i 2021 med nye framskrivinger innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

Modellen er ment som et standardverktøy som kan brukes av samtlige helseforetak til både strategiske utviklingsplaner og byggeprosjekter.

5.2 Overordnet logikk i modellen

Modellen starter med utvalgte målbare parametere (liggedøgn, konsultasjoner, behandlinger mv.) i det siste relevante referanseåret, og bryter dette ned på demografiske parametere slik som alder, kjønn og bosted. I trinn 1 framskrives befolkningen (SSBs prognoser) fram ca. 20 år (til f.eks. 2040), og dette vektet mot dagens forbruksrater.



Figur 7: Trinnene i framskrivingsmodellen. Kilde: Sykehusbygg HF (2020)

I trinn 2 «korrigeres den demografiske framskrivningen med endringsfaktorer knyttet til utvikling i sykkelighet og medisinsk tilbud, samt diverse omstillinger i dagens drift som er skjønnsmessig fastsatt. Faktorene omtales som standardfaktorene i modellen og gir faste årlige prosentvise endringer over tid i en tidsperiode».⁴² Slik modellen er satt opp vil korrigeringer for sykkelighet og medisinsk tilbud trekke behovet litt opp, blant annet på grunn av at flere behandlinger blir tilgjengelig. Omstillingsfaktorene trekker på den annen side behovene betydelig ned.

Trinn 3 beregner det framtidige kapasitetsbehovet i sykehuset (eller sykehusområdet) basert på framskrevet behov. Helseforetaket velger her selv hvilken utnyttelsesgrad de mener er realistisk for eget sykehus (f.eks. åpningstider). Det er primært områder knyttet til utredning og behandling som er dekket – og dette gjør det mulig å beregne kapasitetsbehov for senger, ulike daghandlingsplasser og antall undersøkelses- og behandlingsrom for poliklinikk, samt operasjonsrom. Andre arealer i sykehuset må beregnes på andre måter, og ligger utenfor modellen.⁴³

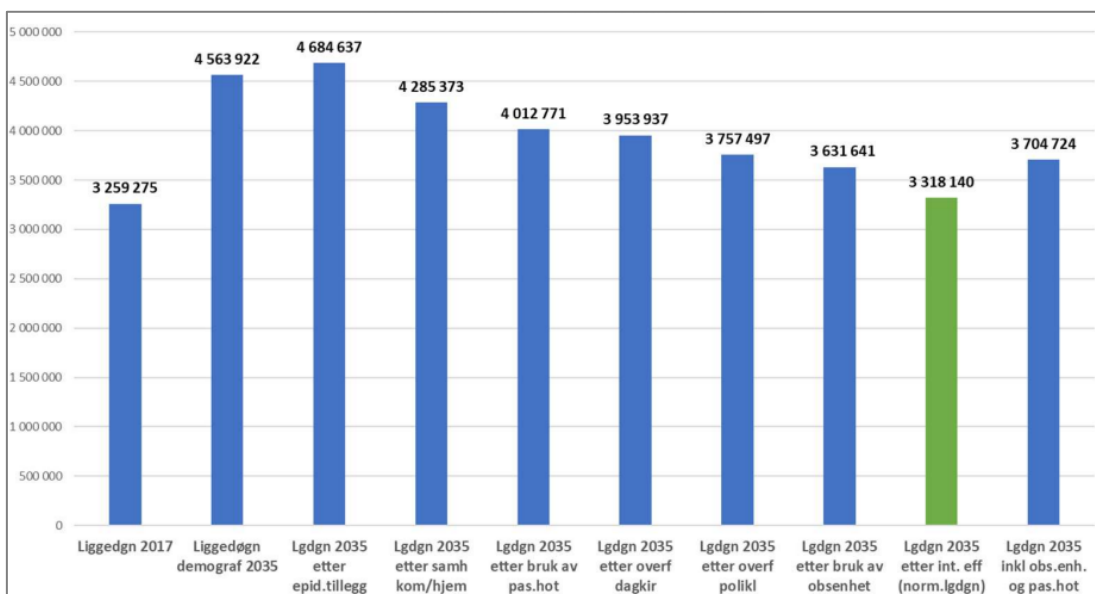
5.3 Forutsetning om effektivisering

Det er en sentral forutsetning i framskrivingsmodellen at demografiske endringer isolert sett vil øke behovet for spesialisthelsetjenester i årene framover. Figur 8 illustrerer effekten demografien har

⁴² Beskrivelse av RHF-enes modell for framskrivning av aktivitet og beregning av kapasitet. Sykehusbygg HF. 2020.

⁴³ Sykehusbygg HF opplyser i intervju om at det er om lag halvparten av sykehusets netto funksjonsareal som dekkes av framskrivningen.

på somatiske liggedøgn for hele Norge, med en økning fra ca. 3,3 mill. i 2017 til ca. 4,6 mill. i 2035 (første til andre søyle). Endringer i sykkelighet og medisinsk tilbud (f.eks. flere mulige behandlinger) trekker beregningen ytterligere opp (tredje søyle).



Figur 8: Trinnsvis framskriving av antall liggedøgn fra 2017 til 2035 somatisk sektor, hele befolkningen. Kilde: Sykehusbygg HF, 2020

Deretter legges det til grunn en rekke kvalitative endringsfaktorer som i praksis er ulike former for effektivisering (fjerde til niende søyle), som da reduserer det beregnede behovet (for senger, i dette eksempelet). Endringsfaktorene består av (for somatiske liggedøgn):

- ▶ Økt samhandling med kommune og hjem
- ▶ Bruk av pasienthotell
- ▶ Overføring av døgnopphold til dagbehandling og poliklinikk
- ▶ Bruk av observasjonsenhet
- ▶ Intern effektivisering

Når det gjelder dagbehandling og poliklinisk aktivitet ser bildet motsatt ut, og det beregnes en generell vekst. Dette er da kategorier som «mottar» pasienter fra døgnopphold. I tillegg er det lagt til grunn en generell årlig vekst i poliklinikk på 1 %.

I intervjuer vi har gjort er det ulike meninger om hvorvidt forutsetningene om framtidig effektivisering og overføring til dagbehandling er rimelige og realistiske. Sykehusbygg HF skriver i veilederen at endringsfaktorene i modellen ble fastsatt som del av en første versjon, og «nok er moden for revidering».⁴⁴

Det pekes i veilederen på et utviklingsprosjekt i regi av Helse Sør-Øst som skal vurdere disse faktorene på nytt. Så vidt vi kan se ble lagt fram en rapport fra en arbeidsgruppe (fra

⁴⁴ Beskrivelse av RHF-enes modell for framskriving av aktivitet og beregning av kapasitet. Somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling av ruslidelser. Sykehusbygg HF 2020. Side 10.

helseforetakene, kommuner mv) i 2021 som gjorde nye framskrivinger innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling.⁴⁵

Det som imidlertid framstår som klart at forutsetningene om effektivisering ligger til grunn i modellen (og dermed for alle nye sykehusprosjekter) vil ha stor betydning for alle moderne sykehus sin evne til å møte framtidig behov. Det vil si at kapasiteten til sykehusene som bygges i dag være for lav hvis forutsetningene som ligger til grunn i modellen ikke lar seg gjennomføre.

5.4 Nærmere beskrivelse av omstillingsfaktorer

Dette avsnittet går nærmere inn på de ulike omstillingsfaktorene, og hvordan disse er beskrevet i veilederen. For enkelhets skyld avgrenser vi til somatisk sektor.

I veileder til framskrivingsmodellen (2020, side 36) presenteres det endringer (utover de demografiske) fordelt på 34 ulike sykdommer/diagnoser (ICD10-grupper), jf. Tabell 9.

Tabell 9: Oversikt over ICD10-gruppene og årlige prosentvise endringer i kvalitative endringsfaktorer i framskrivingsmodellen døgnoophold og liggedøgn somatisk sektor. Kilde: Sykehusbygg 2020, side 36

Diagnosegruppe	Endring epidemiologi og medisinsk utvikling %	Endring epidemiologi og medisinsk utvikling %	Sam-handling kommuner/hjem %	Sam-handling kommuner/hjem %	Overføring pasienthotell %	Overføring pasienthotell %	Overføring til dag/polikl %	Overføring til observasjonsenhet %	Intern effektivisering %
	Døgnoophold	Liggedager	Døgnoophold	Liggedager	Døgnoophold	Liggedager	Døgnoophold	Døgnoophold	Liggedager
1 A00-B99 Visse infeksjonssykdommer og parasittsykdommer	0,3 %	0,3 %	0,3 %	0,8 %	0,0 %	0,0 %	0,3 %	1,1 %	0,4 %
2 C00-C99 Ondartede svulster	0,6 %	0,6 %	0,0 %	0,3 %	0,0 %	0,3 %	0,3 %	0,0 %	0,4 %
3 D00-D48 Godartede svulster eller med usikre malignitetspotensial	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,8 %	0,0 %	0,0 %	0,3 %	0,3 %	0,4 %
4 D50-D89 Sykdommer i blod og bloddannende organer og visse tilstander som angår immunsystemet	0,3 %	0,3 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,6 %	0,6 %	0,0 %	0,4 %
5 E00-E90,Z49,N00-N19 Endokrine sykdommer, ernæringsykdommer og metabolske forstyrrelser, inkl. diabetes	0,3 %	0,3 %	0,0 %	0,3 %	0,0 %	0,0 %	0,3 %	0,3 %	0,4 %
6 F00-F99 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser	0,0 %	0,0 %	1,1 %	1,1 %	0,0 %	0,0 %	0,8 %	0,6 %	0,4 %
7 G00-G99 eksklusive G45.9 Sykdommer i nervesystemet ekskl TIA	0,3 %	0,3 %	0,3 %	0,3 %	0,0 %	0,6 %	0,6 %	1,1 %	0,4 %
8 H00-H59 Sykdommer i øyet og øyets omgivelser	0,3 %	0,3 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,6 %	1,1 %	0,0 %	0,8 %
9 H60-H95 Sykdommer i øre og ørebensknute (processus mastoideus)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,3 %	0,0 %	1,1 %	1,1 %	0,0 %	0,8 %
10 I60-I69 og G459 Hjernekar sykdommer (hjerneslag) inkl TIA	0,3 %	0,3 %	0,0 %	0,8 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,3 %	0,4 %
11 I20-I25 Iskemiske hjertesykdommer	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,3 %	0,0 %	0,0 %	0,3 %	0,8 %	0,4 %
12 Rest i Sykdommer i sirkulasjonssystemet, arytmier, hjertesvikt mm	0,4 %	0,4 %	0,3 %	0,3 %	0,0 %	0,3 %	0,1 %	0,3 %	0,4 %
13 J40-J99 Kronisk og akutt obstruktiv lungelidelse, astma	0,0 %	0,0 %	1,1 %	1,1 %	0,6 %	0,6 %	0,3 %	0,6 %	0,4 %
14 J00-J39 Sykdommer i åndedrettssystemet, øvre luftveislidelser, influensa, pneumoni	0,0 %	0,0 %	1,1 %	1,1 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	1,1 %	0,4 %
15 K00-K99 Sykdommer i fordøyelsessystemet	0,0 %	0,0 %	0,6 %	0,6 %	0,0 %	0,6 %	0,3 %	0,6 %	0,4 %
16 L00-L99 Sykdommer i hud og underhud	0,0 %	0,0 %	0,3 %	0,3 %	0,0 %	0,6 %	1,1 %	0,0 %	0,4 %
17 M00-M14 Infeksjose og inflammatoriske leddsykdommer	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,8 %	0,0 %	0,3 %	0,8 %	0,0 %	0,4 %
18 M15-M99 Rest sykdommer i muskel- og skjelettsystemet	0,0 %	0,0 %	0,3 %	0,3 %	0,0 %	0,3 %	0,3 %	0,3 %	0,8 %
19 N20-N51 Sykdommer i urinveier og mannlige kjønnsorganer	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,3 %	0,0 %	1,1 %	2,8 %	0,0 %	0,8 %
20 N60-N99 Sykdommer i kvinnelige kjønnsorganer	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	1,1 %	2,8 %	0,0 %	0,8 %
21 O00-O99 Svangerskap, fødsel og barsel, inkl resultat av fødsel	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	2,2 %	0,0 %	0,0 %	0,8 %
22 P00-P99 Visse tilstander som oppstår i perinatalperioden	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,4 %
23 Q00-Q99 Medfødte misdannelser, deformiteter og kromosomavvik	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,6 %	1,1 %	0,0 %	0,4 %
24 R00-R99 Symptomer, tegn, unormale kliniske funn og laboratoriefunn, ikke klassifisert annet sted	0,0 %	0,0 %	0,3 %	0,3 %	0,0 %	0,0 %	2,8 %	1,4 %	0,4 %
25 S00-S09 Hodeskader (commotio mm)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	1,1 %	0,4 %
26 S10-S69 Skader i ekstremiteter og buk (eksl hofte/lår/underkstr)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,3 %	0,0 %	0,0 %	0,3 %	1,1 %	0,4 %
27 S70-S99 Skade i hofte og lår, underkstrimiteter	0,0 %	0,0 %	0,3 %	0,3 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,3 %	0,6 %
28 T40-T65 Intox	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	2,8 %	0,4 %
29 T00-T39, T66-T99 Skader, forgiftninger og visse andre konsekvenser av ytre årsak	0,0 %	0,0 %	0,3 %	0,3 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	1,1 %	0,4 %
30 Z50 Rehabilitering	0,0 %	0,0 %	1,1 %	1,1 %	0,0 %	0,6 %	1,1 %	0,0 %	0,4 %
31 Rest Z Faktorer som har betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten	0,0 %	0,0 %	1,1 %	1,1 %	0,0 %	0,0 %	0,6 %	1,1 %	0,4 %
32 Z511,Z512 Kjemoterapi	0,6 %	0,6 %	0,0 %	0,3 %	0,0 %	0,3 %	0,6 %	0,6 %	0,4 %
33 Stråleterapi	0,6 %	0,6 %	0,0 %	0,3 %	0,0 %	0,3 %	0,6 %	0,0 %	0,4 %
34 Dialyse dagbehandling	0,3 %	0,3 %	0,0 %	0,3 %	0,0 %	0,0 %	0,3 %	0,3 %	0,4 %
Mangler kode	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %

Tabellen angir årlige forventede prosentvise endringer for de ulike diagnosegruppene. For første kolonne (epidemiologi og medisinsk utvikling) er endringen positiv, altså at det beregnes en vekst i behovet. For øvrige faktorer legges det til grunn negativt fortegn, det vil si at det her beregnes en årlig prosentvis reduksjon i antall liggedager. Faktorene framskrives lineært, og dette trekkes fram som en metodisk svakhet ved modellen og dens evne til å framskrive langt fram i tid. Det vil si at for eksempel urologi (gruppe 19) som er forutsatt 2,8 % årlig overføring fra døgn til dagbehandling (grønn søyle), vil det forutsettes at antall døgnoophold vil reduseres med 56 % over 20 år.⁴⁶ For hver overføring til dagkirurgi antas det at det spares 2,5 liggedøgn, og at halvparten av oppholdene

⁴⁵ Ny modell for framskrivinger i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. (2021) Rapport til Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet 16.11.2022 på:

<https://www.regjeringen.no/contentassets/1db8fe4d5b9a46c29673ef5e88f1b834/ny-modell-for-framskrivninger-i-psykisk-helsevern-og-tverrfaglig-spesialisert-behandling-for-ruslidelser.pdf>

⁴⁶ Basert på vår tolkning av veilederen. Vi har ikke fått tilgang til selve utregningsarkene i vårt arbeid.

resulterer i 1 natt på pasienthotell. Dette kommer i tillegg til annen effektivisering (samhandling, intern effektivisering) innen samme fagområde.

I intervju med Sykehusbygg HF vises det til at fordelingen på diagnosegruppe og deres respektive effektiviseringspotensial er mange år gammel, og at det ikke er gjort store endringer i modellen siden 2012. Det kan derfor ikke utelukkes at effektiviseringspotensialet allerede er tatt ut.

Sykehusbygg HF presiserer at framskrivingene ikke kan brukes ned på hver enkelt diagnosegruppe, men heller som et mål på nødvendig totalkapasitet. I beregningene legges det til grunn at de fleste sengene kan brukes på tvers av spesialiteter, med noen unntak (f.eks. senger til barn).

5.5 Bruk av framskrivingsmodellen i sykehusbyggprosjekter

Den nasjonale framskrivingsmodellen skal i prinsippet brukes likt på tvers av regioner og prosjekter. Den baserer seg på lokale grunnlagsdata, og enkelte valg som tas av prosjektet selv.

Utgangspunktet for beregningene er reelle aktivitetstall fra det respektive sykehuset/sykehusområdet, som framskrives basert på befolkningsframskrivinger (fra SSB) for det relevante området (trinn 1).

Noen sykehus velger å legge inn noen flere rom enn det framskrivingsmodellen tilsier. Dette kan for eksempel være fordi det er et lite sykehus, som er mer utsatt for svingninger i behov.

Sykehusprosjektet velger selv om de skal ha pasienthotell eller ikke, og dette har konsekvenser for modellen. Sykehusprosjektet velger selv hvilken utnyttelsesgrad de skal legge til grunn i modellen, altså beleggsprosent, åpningstider mv. (trinn 3).

Framskrivingsmodellen beregner ifølge anslag fra Sykehusbygg HF kun om lag halvparten av sykehusets nettoareal. Den er utformet for å beregne kliniske kapasiteter slik som senger, poliklinikkrom og operasjonsstuer. Med andre ord er tilgangen til kontorer, støtterom, pauserom osv. ikke dekket av framskrivingsmodellen. Dette er avgjørelser som tas av hvert enkelt prosjekt/helseforetak.

5.6 Bruk av modellen ved Nye Kirkenes sykehus

Nye Kirkenes sykehus ble planlagt før framskrivingsmodellen i sin nåværende form ble innført, og før opprettelsen av Sykehusbygg HF. Kirkenes brukte imidlertid en modell som kan betegnes som en forløper til dagens modell, med den samme overordnede logikken.

Vi har i dette arbeidet ikke hatt tilgang til de reelle tallene som ble brukt for å beregne kapasitet for sykehuset i Kirkenes.

Flere informanter har imidlertid pekt på at forutsetningene om overføring fra døgnopphold til dagbehandling/poliklinikk ikke har vært mulig å anvende for Kirkenes sitt tilfelle. Det vises til at mange av pasientene må reise langt for å komme til sykehuset, og at det da blir vanskelig å ta dem inn og sende dem hjem igjen samme dag.

Sykehusbygg HF skriver i sin evaluering av Nye Kirkenes⁴⁷ at kapasitetsproblemer i dagens situasjon kan skyldes at 8 av sengene benyttes som 5-døgnspost for kirurgiske og ortopediske pasienter, og at andre pasienter normalt ikke bruker ledig kapasitet på fysikalsk medisin og rehabiliteringsenhet (FMR) eller føde- og gynekologisk enhet. Sykehusbygg HF skriver videre at

⁴⁷ Sykehusbyggs evaluering av NKS, 2021, side 91

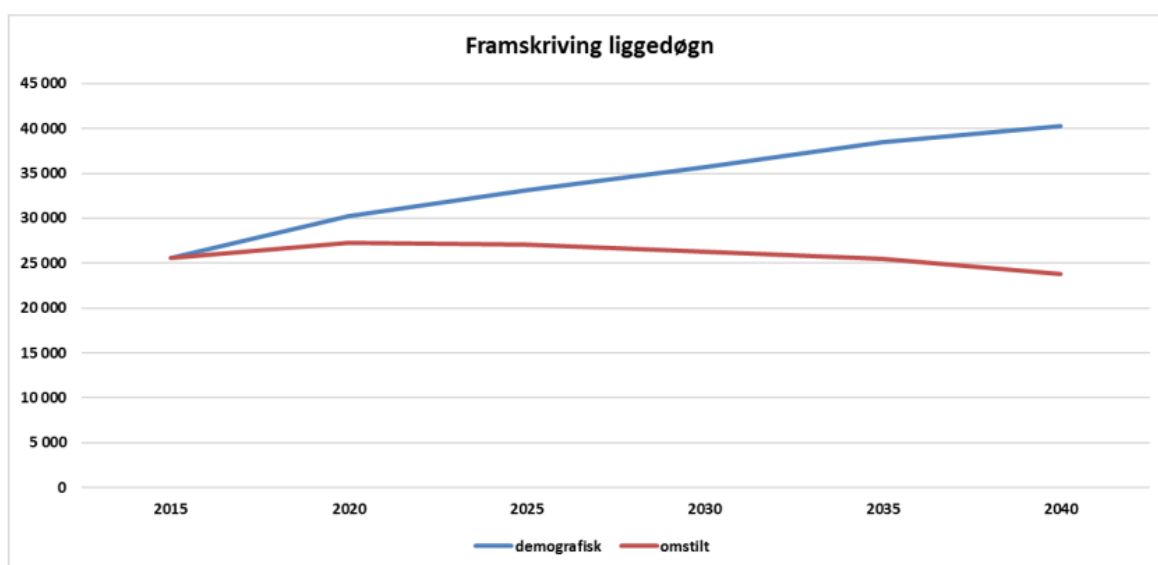
dagens kapasitet på 56 senger ikke vil være nok i framtiden, med mindre sykehuset øker beleggsprosenten eller reduserer liggetiden i forhold til dagens nivå.

5.7 Bruk av modellen ved Nye Hammerfest sykehus

Nye Hammerfest sykehus har brukt framskrivingsmodellen i planleggingen av sykehuset, og dette redegjøres for i konseptrapporten. Framskrivningen i modellen tar utgangspunkt i at behovet for liggedøgn vil være omtrent uendret i 2035 (eller faktisk synke dersom modellen brukes til 2040), på tross av at det demografisk framskrevne behovet er økende også i Hammerfest. Dette oppsummeres i Figur 9 som viser avviket mellom det demografisk framskrevne behovet og behovet etter omstilling.

I konseptrapporten (2018, side 31) skrives det at på grunn av usikkerheten i framskrivningen framover i tid beholdes 63 normalsenger (mot 60 som er framskrevet i 2035). Det trekkes fram fra Sykehusbygg sin side at de ekstra sengene skjedde delvis med bakgrunn i dialog med fagmiljøer.

Konseptrapporten peker også på at uten den omstillingen som er forutsatt i framskrivingsmodellen vil behovet for normalsenger være mellom 89 og 100 (avhengig av beleggsprosent).



Figur 9: Framskrevet antall liggedøgn, demografisk og med alle omstillingsfaktorer, Hammerfest sykehus. Kilde: Konseptrapport NHS

5.8 Våre vurderinger

RHF-enes modell for framskrivning av aktivitet og beregning av kapasitet brukes aktivt i planleggingen av norske sykehus og har utvilsomt stor betydning for dimensjoneringen. I dette avsnittet gjør vi noen overordnede vurderinger knyttet til bruk av modellen.

På grunn av tiden det tar fra modellen brukes i dimensjonering (idé/konseptfase) til sykehuset står ferdig og brukes, er det for tidlig å vurdere modellen i sin nåværende form. Det framstår likevel som en risiko at modellen baserer seg på forutsetninger som er utdaterte. Det betyr at et gitt fagområde kan ha vært gjennom en omfattende effektivisering/omstilling det siste tiåret, uten at modellen hensyntar at effektiviseringsgevinstene er tatt ut.

Det ligger også andre forutsetninger i modellen som ikke ser ut til å være realistiske å gjennomføre i praksis. Blant annet forutsettes det fleksibel bruk av senger på tvers av (de fleste) spesialiteter.

Dette ser ikke ut til å bli gjennomført i den utstrekning modellen legger opp til, for eksempel fordi det krever andre vakrutiner og annen kompetanse, eller gir u hensiktsmessig flyt i oppfølgingen i pasientene.

I og med at den nasjonale modellen får store konsekvenser for dimensjoneringen av nye sykehus (og utviklingsplaner) burde den vært bygget på en sterkere involvering av relevante fagmiljøer. Dette gjelder blant annet kliniske fagmiljøer som vil kunne kvalitetssikre om forutsetningene er oppdaterte og tilpasset operativ drift.

Avslutningsvis framstår informasjonen rundt framskrivingsmodellen vanskelig tilgjengelig. Sykehusbyggs veileder peker på et pågående utviklingsarbeid i regi av Helse Sør-Øst, men det framgår ikke hvordan konklusjonene fra dette arbeidet har blitt inkludert i en eventuell ny standardmodell, og hvor denne finnes beskrevet. Tallgrunnlag og utregninger i modellen (for Kirkenes og Hammerfest) har blitt forespurt som del av dette arbeidet, men ikke blitt utlevert. For å legge til rette for økt medvirkning og en bredere faglig diskusjon burde disse tallgrunnlagene være åpent tilgjengelig både nasjonalt og for hvert prosjekt.