

A photograph of two women standing on a balcony. They are wearing dark clothing and hats. In front of them, two large pieces of laundry, one red and one purple, are hanging on a line. The background shows a light-colored building with a window.

I morgon vil eg byrja på
eit nytt og betre liv,
trur eg.

Tema: Relasjon mellom klinikk og teknikk !

Hva gjør Sørlandet sykehus ?

Tirsdag 28 april 2015

Helge Havåg,

Utgangspunktet for dette foredraget er erfaringer vi har gjort det 1 ½ året gjennom **Arealprosjekt SSHF.**

Foredraget vil fortelle om

- ✓ Selve prosjektet – metoder og fremgangsmåter
- ✓ Kunnskap i prosjektet
- ✓ Om erfaringer og hva vi har oppnådd

Om selve prosjektet

Prosjektgruppen



Helge Havåg Eiendomsavdelingen Sørlandet sykehus HF

Rolle i prosjektet:

- Forståelse av relasjon mellom klinikk og eiendom
- God prosessforståelse (master i ledelse)
- Kjenner organisasjonen



Gunnar Hall Skavoll Prosjektleder Sørlandet sykehus HF

Rolle i prosjektet:

- Over 15 års erfaring innen administrasjon i sykehus,
- Kjenner alle
- God på lovverk, personal i sykehus, relasjoner, er kreativ og suveren i presentasjonsteknikk, har troverdighet (teolog☺)



Randi Grimeland Sivilarkitekt Hospitalitet AS

Rolle i prosjektet:

- Faglig tyngde innen arkitektur, kreativ arkitekt som kan sykehus
- Opparbeide helhetsspektivet, forstå organisasjonen og ledelsen, hvor og hva er problemet?
- Ser nye løsninger og begrensninger
- Stiller kritiske spørsmål uten å bli oppfattet som «farlig»



Arendal



Flekkefjord

SSHF
ca 240.000 m²



Kristiansand

Forutsetninger for å lykkes med prosjektet er:

1. En klar vilje fra toppledelsen til å gå inn i problematikken med «nye øyne».
2. Viktig for prosjektet med lokal forankring på «grasrota»
3. Viktig med systemforståelser og kunnskap om sykehusdrift, eiendomsforvaltning og kreativ arealforståelse.
4. Målsettingen er å bidra til endringer som støtter den kliniske virksomheten
5. Kommunikasjon som redskap for endring og omstilling.

Prosjektet tar utgangspunkt i endringsbehov og "daglige" utfordringer

Hoveddelen av bygningsmessige endringer i sykehus er knyttet til små og mellomstore prosjekt.

Behovet for byggmessige endringer oppstår fordi klinikkene tar i bruk nye metoder og nytt utstyr.

Hvordan skal vi tilpasse bygningene til en slik virkelighet, når vi vet at det er et stort gap mellom

- ✓ investeringsbehov og økonomiske muligheter
- ✓ "stivbeinte" bygg og hurtige skifter i behandlingstilbud og behandlingsmetoder.

Hurtige skifter, og endrede krav til pasientbehandling krever fleksibilitet. Et fleksibelt bygg understøtter den kliniske virksomheten.

Eksempel:

- Estimert levetid for bygget = 60 år
- Teknisk levetid = 20 år
- MTU = 10 år
- Nye behandlingsmetoder og ny kunnskap = hele tiden



Eksempel:

- Røntgenledet behandling (angiografi, røntgenutstyr etc)
- Endoskopisk kirurgi
- Biomedisin (revmatologisk behandling)

Eksempel

Erkjenne faktum

Utgangspunkt 3

Arealprosjektet stod overfor følgende faktum:

- ✓ finn mer areal – hvis ikke må pasienter sendes hjem
- ✓ vi får ikke nytt hus!
- ✓ vi må bruke det vi har

Utfordre

For å kunne svare opp noen av disse utfordringen har vi måtte

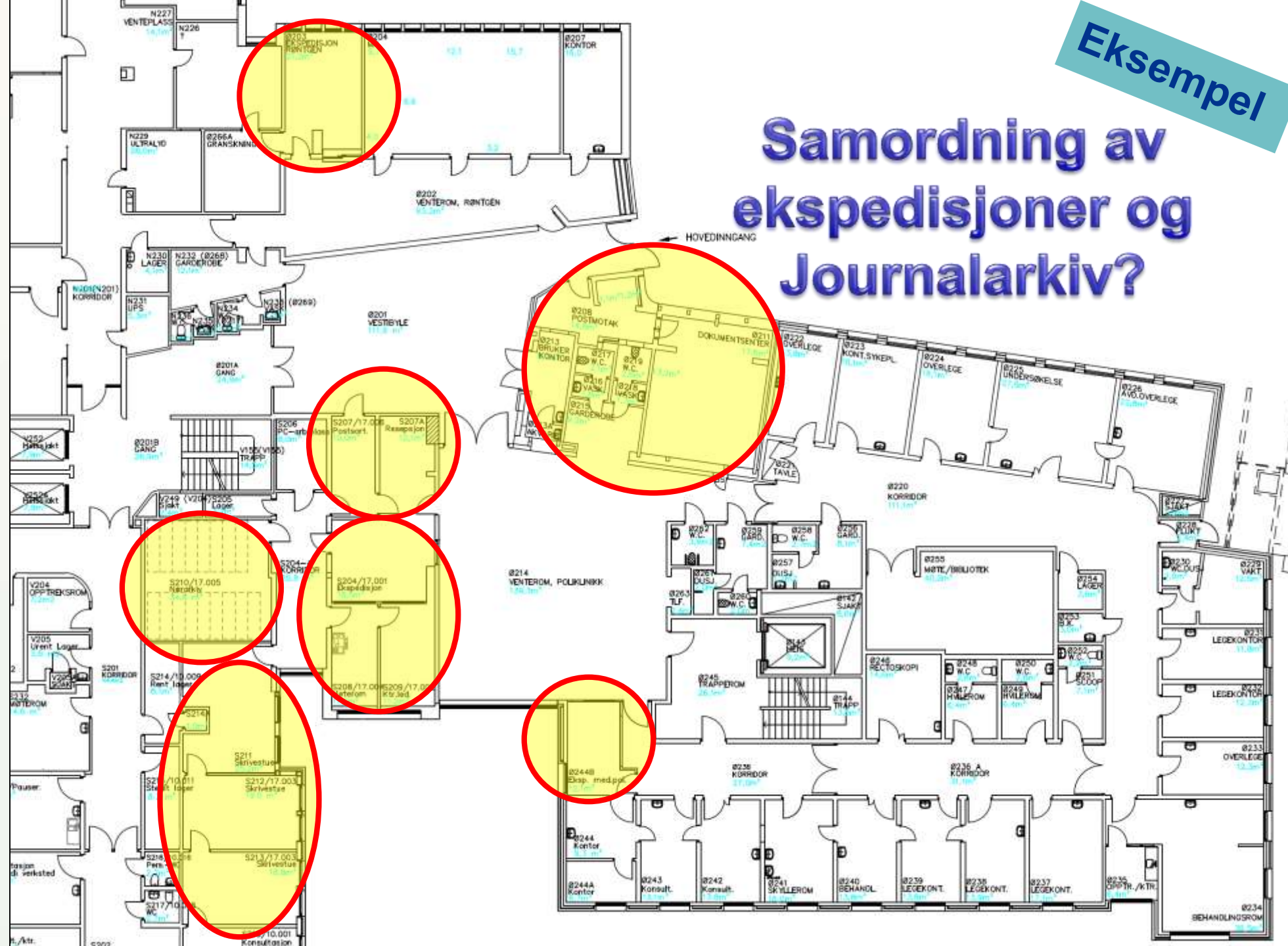
- ✓ utfordre klinikker og avdelinger på pasientforløp og organisering av behandlingstilbud
- ✓ utfordre organisering av personalforløpene
- ✓ øke bevisstheten på hvordan klinikker og avdelinger utnytter egne arealer mest mulig effektivt

Sentrale føringer

- HSØ legger til grunn en u-grad på 7 timer pr dag/240 dager pr år for poliklinisk areal
- Vår kartlegging viser en betydelig lavere u-grad, samtidig som klinikkene opplever at de har for dårlig plass.
- Helseforetakene må bli mer bevist på hva eksisterende kvadratmeter koster!

Eksempel

Samordning av ekspedisjoner og Journalarkiv?



Øye poliklinikk SSA	Aktivitet	Pr enhet	Dager pr år
Polikliniske konsultasjoner 2014	19 000		230,0
Arbeidsdager pr år	230	82,6	
Antall maksimum timer effektiv poliklinikk (teoretisk)	7,5		
Antall US-rom (2 operasjonsstuer ikke tatt med)	11	1 727,3	7,5

Arealutnyttelse

Øye poliklinikk SSA	Kun pol.areal
Poliklinisk aktivitet 2013	19 000
Poliklinikk pr arb.dag (230 arb.dag/år)	82,6
Poliklinikk pr undersøkelsesrom/år	1 727,3
Poliklinikk pr undersøkelsesrom/arb.dag (230 dager)	7,5
Snitt tid pr polikliniske konsultasjon (minutter)	45,0
Antall minutter bruk pr rom pr dag	337,9
Antall timer bruk pr rom pr dag	5,6
Faktisk utnyttelse av US-rom pr arbeidsdag	75,1 %

Øye poliklinikk SSK	Aktivitet	Pr enhet	Dager pr år
Polikliniske konsultasjoner 2013	5 781		230,0
Arbeidsdager pr år	230	25,1	
Antall maksimum timer effektiv poliklinikk (teoretisk)	7,5		
Antall US-rom	7	825,9	3,6

Øye poliklinikk SSK	Kun pol.areal
Poliklinisk aktivitet 2013	5 781
Poliklinikk pr arb.dag (230 arb.dag/år)	25,1
Poliklinikk pr undersøkelsesrom/år	825,9
Poliklinikk pr undersøkelsesrom/arb.dag (230 dager)	3,6
Snitt tid pr polikliniske konsultasjon (minutter)	45,0
Antall minutter bruk pr rom pr dag	161,6
Antall timer bruk pr rom pr dag	2,7
Faktisk utnyttelse av US-rom pr arbeidsdag	35,9 %

Kunnskap i prosjektet

Endring i sykehus – et spørsmål om ledelse

”En gjennomgang av studiene i forskningsprogrammet «IKT og endring» gir oss grunn til å mene at profesjonene i for liten grad blir inkludert når ny teknologi og nye styringsfilosofier skal innføres”.

”Administrative ledere har i for høy grad latt seg overbevise av mulighetene som ligger i ny teknologi og nye styringsfilosofier – uten å relatere dette til klinisk nytte. Vi foreslår å sette profesjonene tilbake i førersetet”.

Strategisk Eiendomsledelse peker på tre områder for strategisk FM (Then, 1999):

- ✓ å koble FM-beslutninger til kjernevirksomhetens strategi
 - ✓ proaktiv ledelse og styring av bygg og eiendommer som en ressurs for virksomheten
 - ✓ måle og evaluere bygningenes ytelse for å bedre forstå sammenhengene mellom organisasjon, arbeidsprosesser og fysiske omgivelser.
-
- Bygg og eiendom som ”den femte ressursen” (i tillegg til ansatte, kapital, teknologi og kunnskap) (Joroff et al., 1993)

Hva vet vi om kjernevirksomheten?

- *”Vi mangler kunnskap om kjernevirksomheten”*
- *”Vi mangler et felles språk”*
- *”Vi må kommunisere i brukernes, ledelsens og styrets valuta”*
- *”Hva er den praktiske konsekvensen for brukerne?”*

Det sentrale spørsmålet for virksomheten

Kan vi oppnå våre mål, drive effektivt og levere ønsket kapasitet og kvalitet i eksisterende lokaler, med tilfredsstillende forhold for de som oppholder seg i lokalene?

Metoder og fremgangsmåter

Målsetting:

- Stor effekt av tiltakene
- Begrensede kostnader
- Økt handlingsrom



Dialog og forankring



«Change by walking around»

En sannhet uten modifikasjoner

**Alt henger
sammen
med alt!**



Samtidig ser virkeligheten ofte slik ut:

**Alle tenker (kun)
på seg selv!**

**Sykehusledere er de største
«husokkupanter»**

Toppledelsen har ikke oversikt

**... men alle bekjenner seg til troen
om at: «Alt henger sammen med
alt!»**

Hypotese:

- ✓ Selv om alle har for liten plass (mangler areal), så er vi overbevist om at det arealet vi har til rådighet er for dårlig utnyttet.
- ✓ Når alle er «sin egen lykkes smed», og det ikke er en overordnet faglig sterk forvaltning av sykehusareal, så hindrer det forvaltning som støtter den kliniske virksomheten.

Metodikk

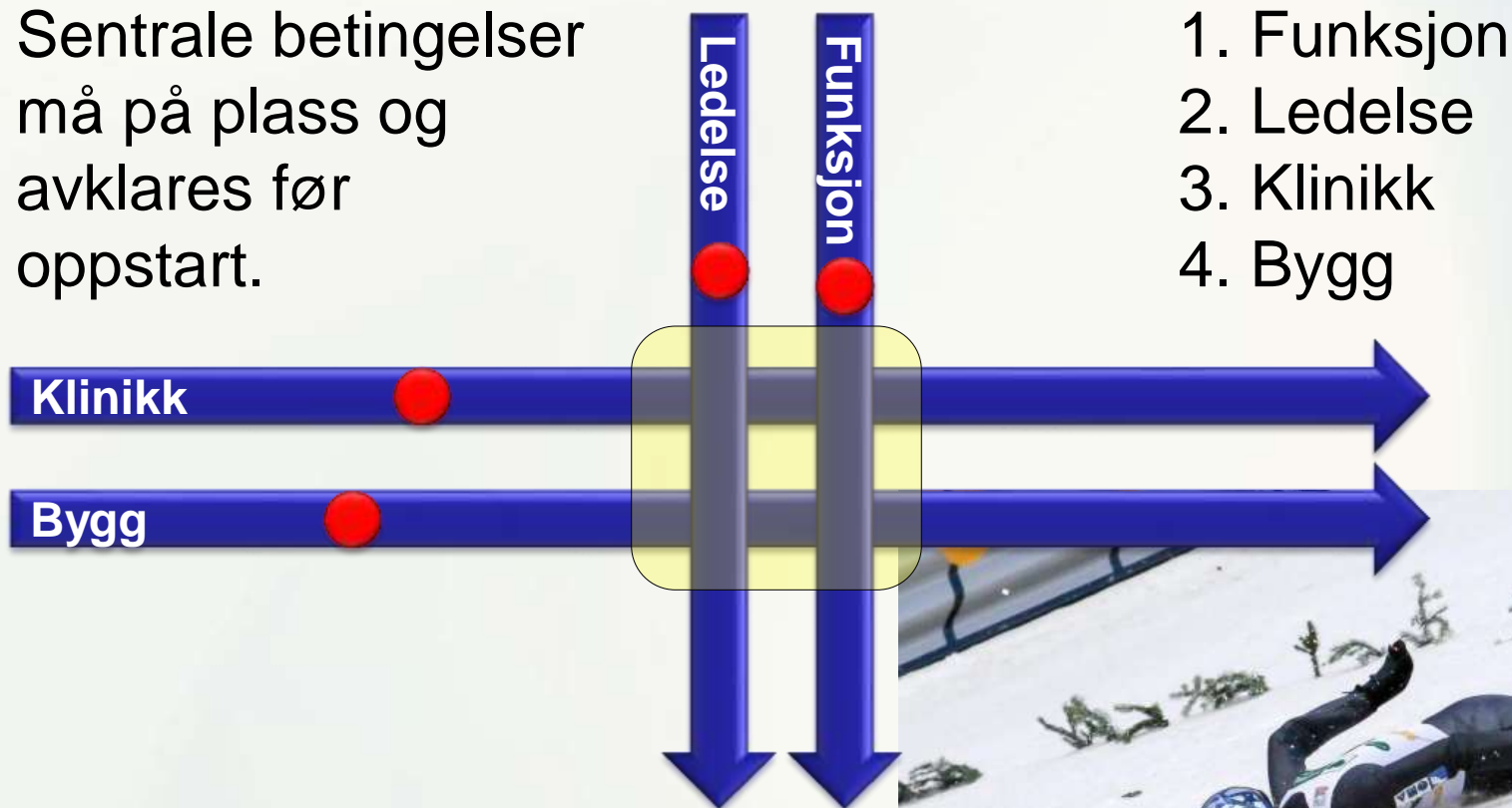
- ✓ Bottom – Up
- ✓ Eierskapet sitter i virksomhetene
- ✓ Tett dialog med klinikken – som blir «endringsagenter» og pressgruppe.
- ✓ Tverrfaglighet i prosjektgruppen



**I kunnskapsbedrifter som sykehus er,
har «faget» like stor makt som toppledelsen
– «Terrorbalanse»!**

Rammebetingelser - fire perspektiv

Sentrale betingelser må på plass og avklares før oppstart.



Hva får vi da?



Endringsperspektiver

Grunnleggende prinsipp:

1. Først klinikk
2. Så teknikk og bygg

Spørsmål å stille:

Nye areal
trenger ikke
å være
førstevalg?

Spørsmål å stille:

Bygg tilpasninger og nødvendige
endringer i pasient-og
personalforløp
er beste løsning

Gevinst for drift og klinikk
til lavest mulig kostnad

Endring i personal- og pasientforløp
gir arealgevinster

- og som gir plass til ny
aktivitet og nye pasientforløp

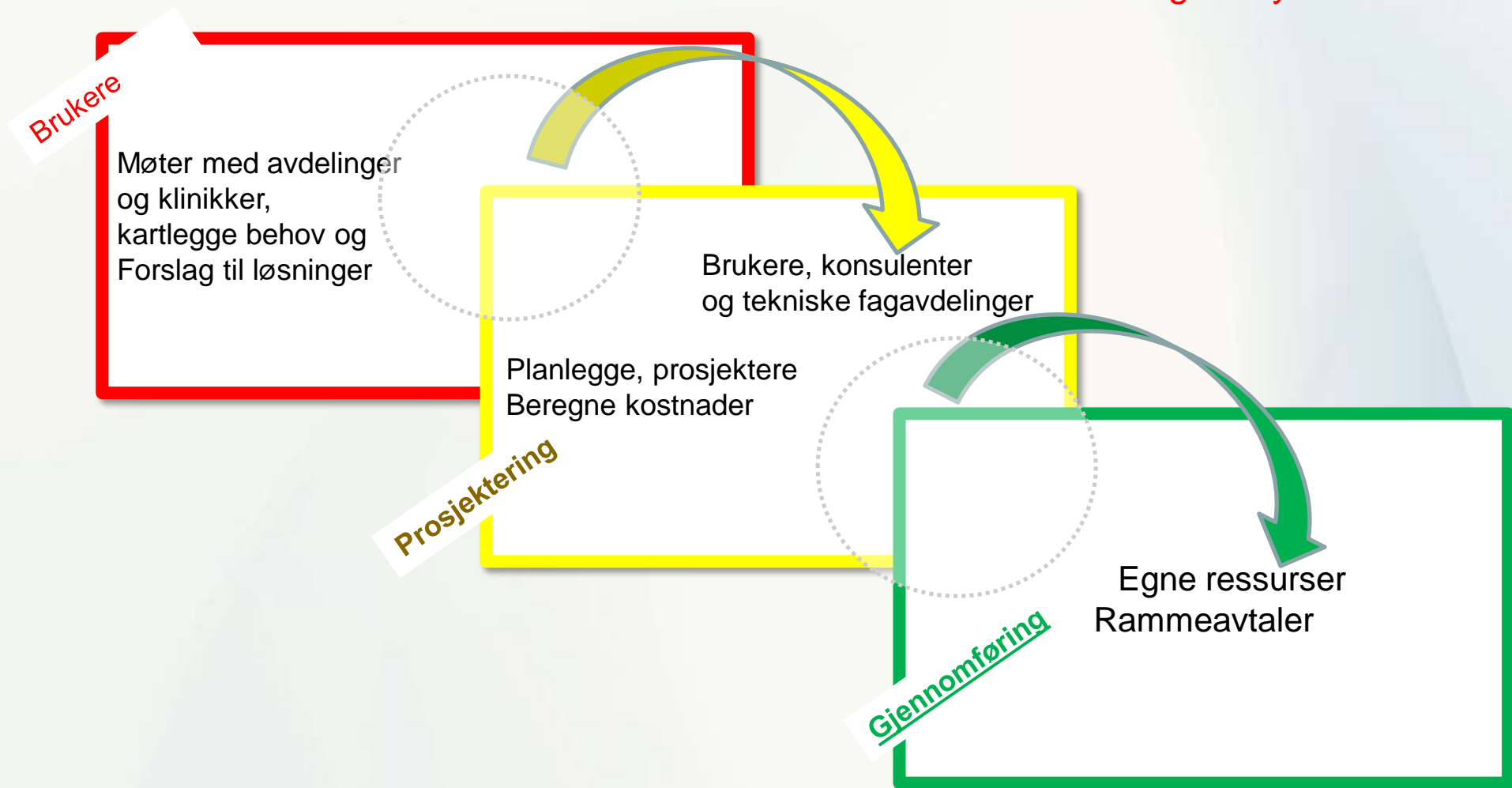
Økt produksjon innenfor samme
areal er også arealeffektivisering

Ombygginger sammen med
nye måter å jobbe på - men
innenfor samme areal

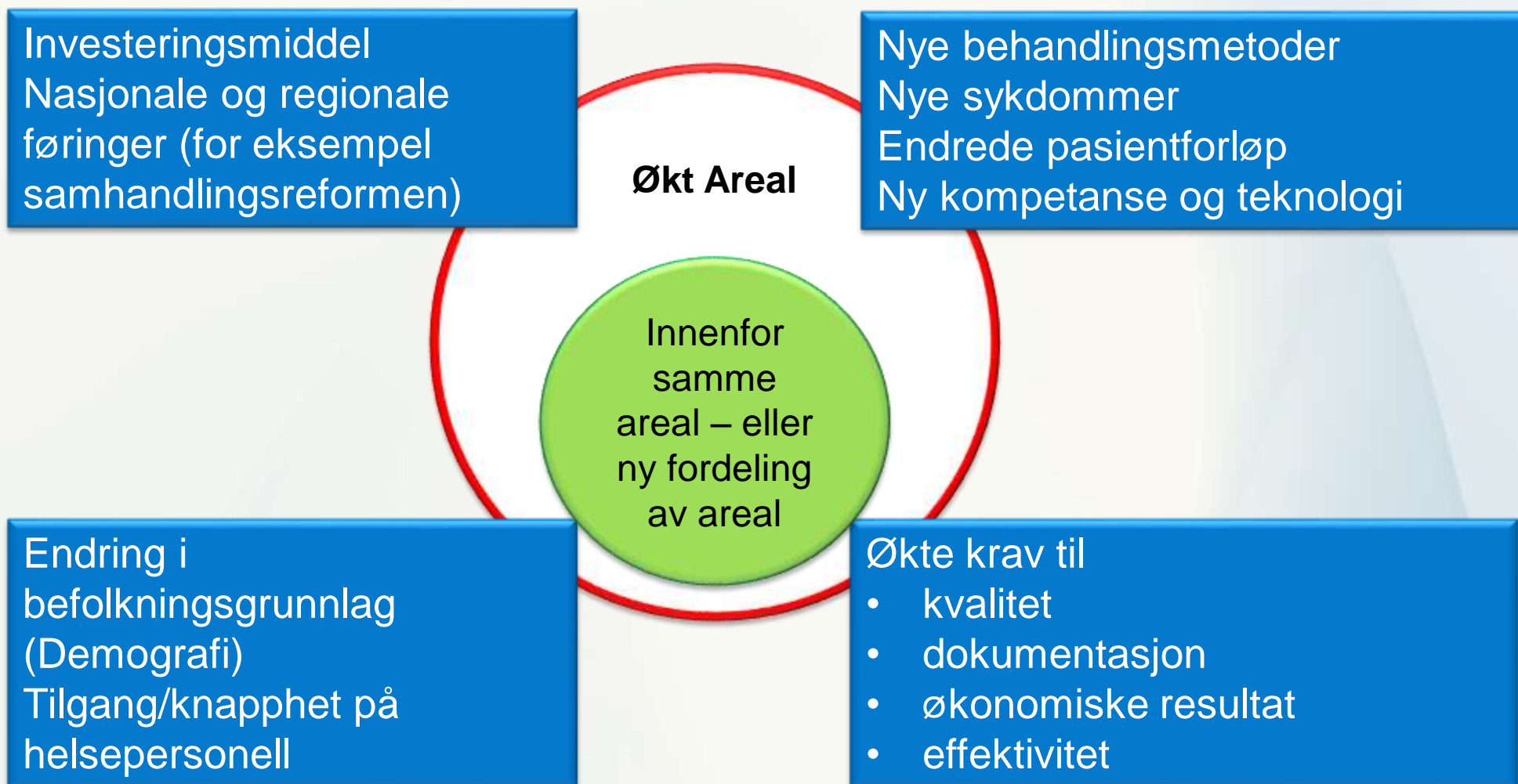
Organisasjonsend-
ringer uten å bygge

Fra analyse til handling

Skal arealforvaltning bli
oppfattet som troverdig, må
Arealprosjektet være i stand til å
oversette ide og analyser til resultat



Endringsdrivere



Resultat i prosjektet

HOVEDBYGGET

4. ETASJE, 2 834 m²

Sengeavdelinger:
Øye-avd. 15 senger
Neurologisk avd. 32 senger
Øre-nese-hals-avd. 15 senger
Kontorer

3. ETASJE, 4 797 m²

Sengeavdelinger:
Kirurgisk avd. 66 senger

Personalkantine, bibliotek, stue-entré, med tekn. avd., kontorer, rom for pårørende.

2. ETASJE, 11 902 m²

Sengeavdelinger:
Medisinsk post 31 senger
Medisinsk post 35 senger

Tekniske senger:
Postoperativt avsn. 15 senger
Kirurgisk intensiv 12 senger
Medisinsk intensiv 10 senger
Dialyseavsnitt 8 senger

Operasjonsavd. I og II
Anestesiavd. Kirurgisk/kjemisk
avd., m/blodbank/mikrobiologisk
lab., Mikrobiologisk avd., kontorer.

1. ETASJE, 12 305 m²

Sengeavdelinger:
Revmatologisk avd. 31 senger
Ortopedisk post 35 senger
Infeksjonsavsnitt 8 senger
Lungeseksjon 24 senger

Tekniske senger:
Akuttinnlegg 6 senger
Hovedinngang, kafeteria, post,
bank, apotek.

Poliklinikk: Kirurgi, medisin,
diagnostiserte/lungemedisin,
nevrologi, gynekologi, øye,
ØNH, revmatologi, helseessens-
sentr.

Røntgenavd., patologisk avd.,
kapell, skriveentré, kontorer.

UNDERETASJE, 8 778 m²

Ikke vist på tegningene:
Sentraltorngang, ventilasjons-
rom, personavganger/bi-
fuktrom, leysentré/vegg-
ringsentré, transportentré,
Fysioterapi, ergoterapi,
Underjordisk kulvertforbindelse
til Kvinne- og barnekliviken,
eksisterende sykehus, kjøkken,
ventilasjonsterrass.

Kvinne- og barnekliviken

1. ETASJE, 3 279 m²

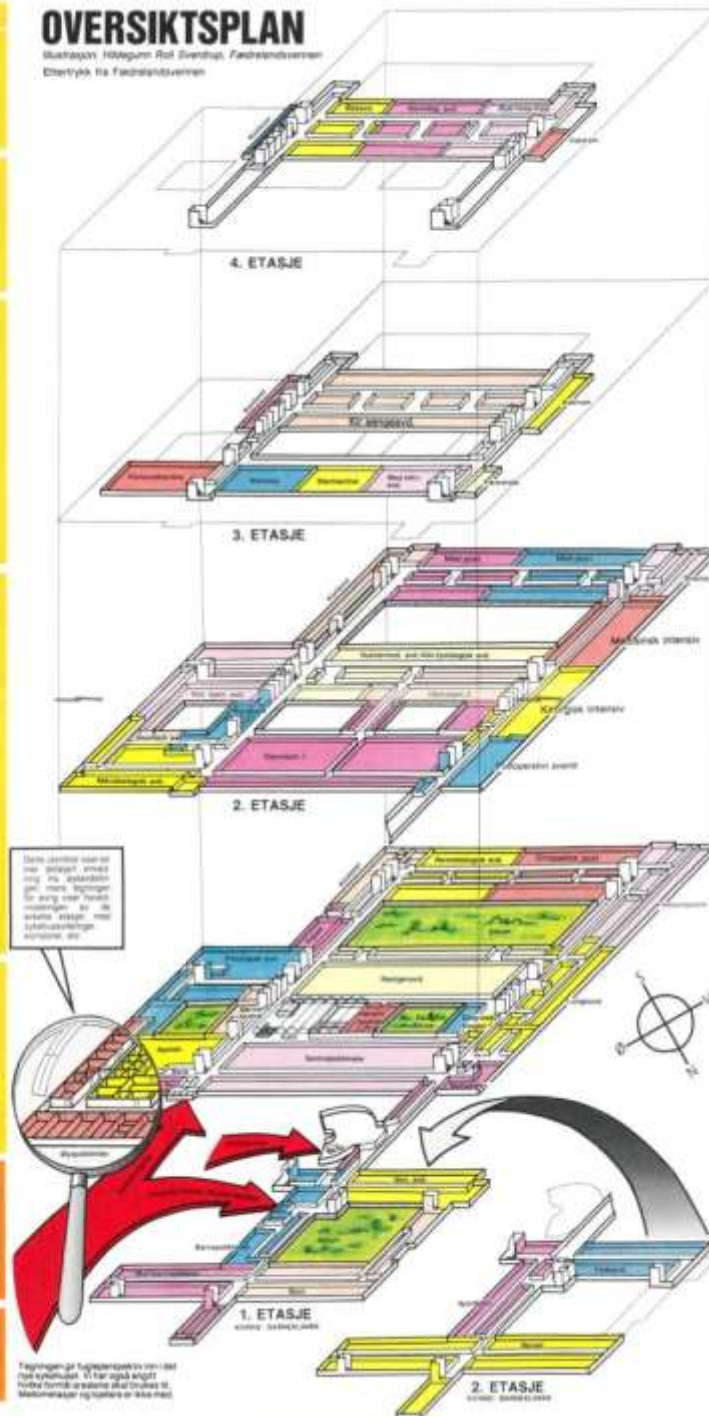
Barnepoliklinikk,
gynekologisk avd. 32 senger
Barnavsd. 24 senger
+ 6 senger isolat og 4 senger
for mor og barn

2. ETASJE, 3 940 m²

Fødsavd. m/barnavsd. 38 senger
Nyfødsavd. 5 senger
8-8 kuvøser, Kontorer

OVERSIKTSPLAN

Illustrasjon: Hålogaland Råd Evershup, Fæderingssenteret
Evershup fra Fæderingssenteret



Fra 1989-2014: Samme sykehus – store endringer.

Revmatologi (31) – 2 på Med avd

Nevrologi (32) – 20

Medisinsk avdeling (66) - 68

Øye (15) – 0

ØNH (15) – 3

Gynekologi (22) – 4

Øvrig kirurgi (96) – 69

Føde/barsel (38) -

Barn: (34) – 24 (derav 2 isolat)

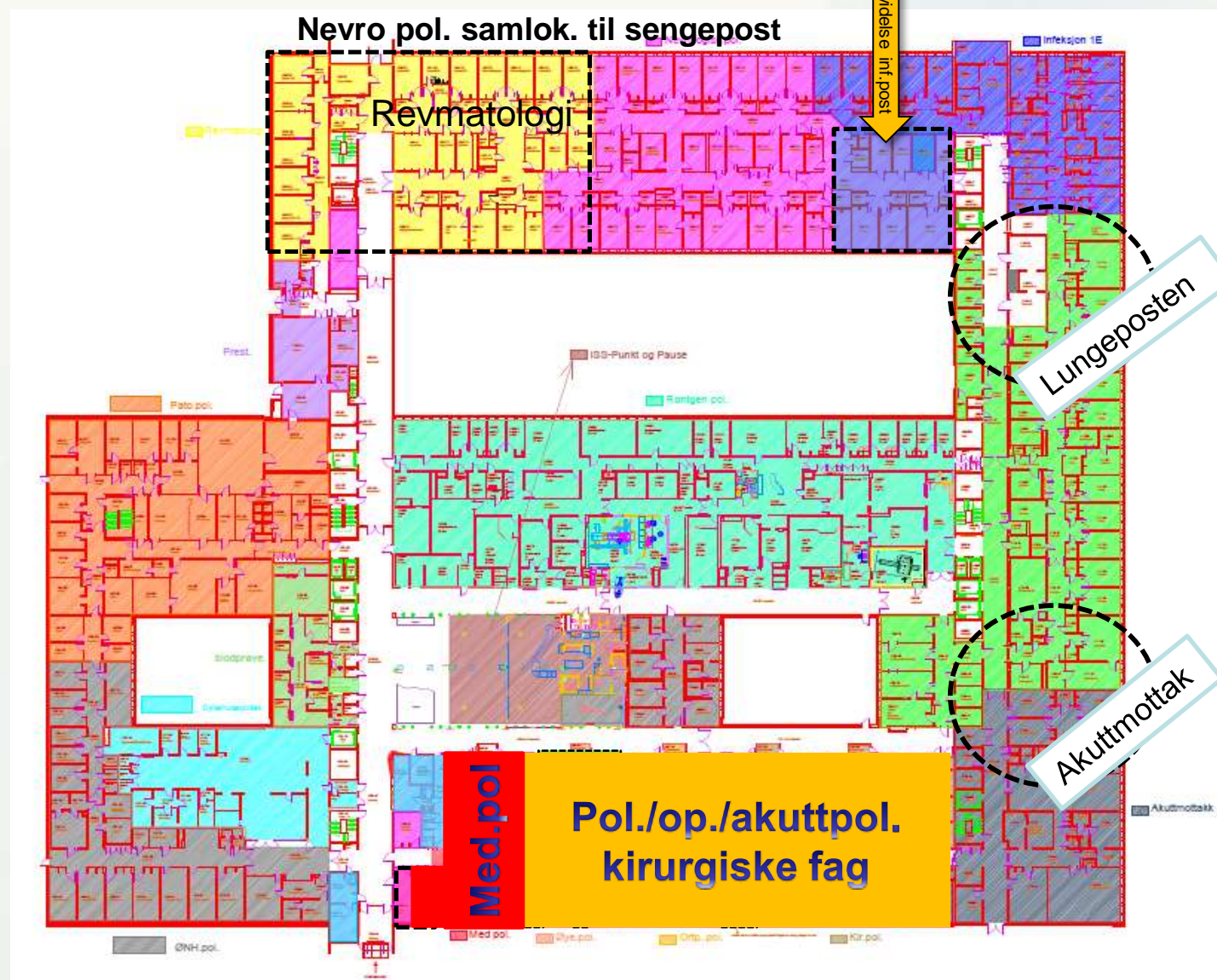
Nyfødt: (6 – 8 kuvøser) – 13 plasser

Pasienthotell 27 senger (var ikke i 1989)

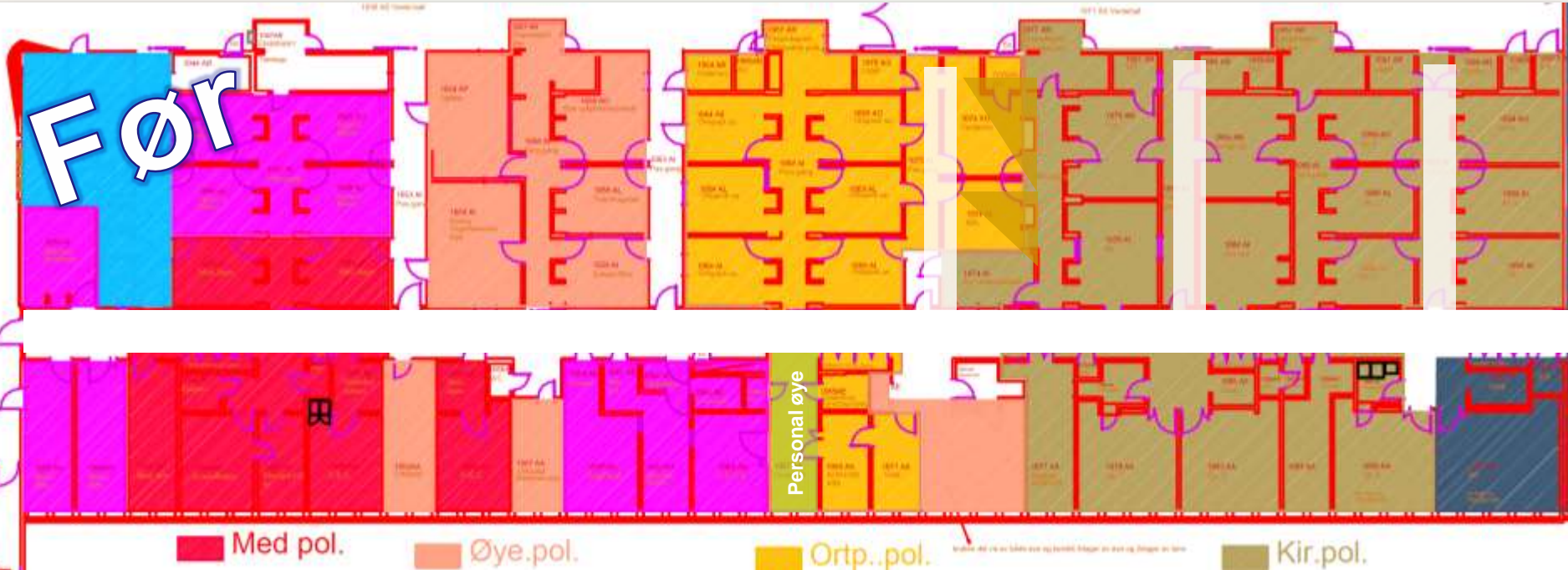
Laboratorievirksomheten mangedoblet.

Billeddiagnostikk en helt ny verden.

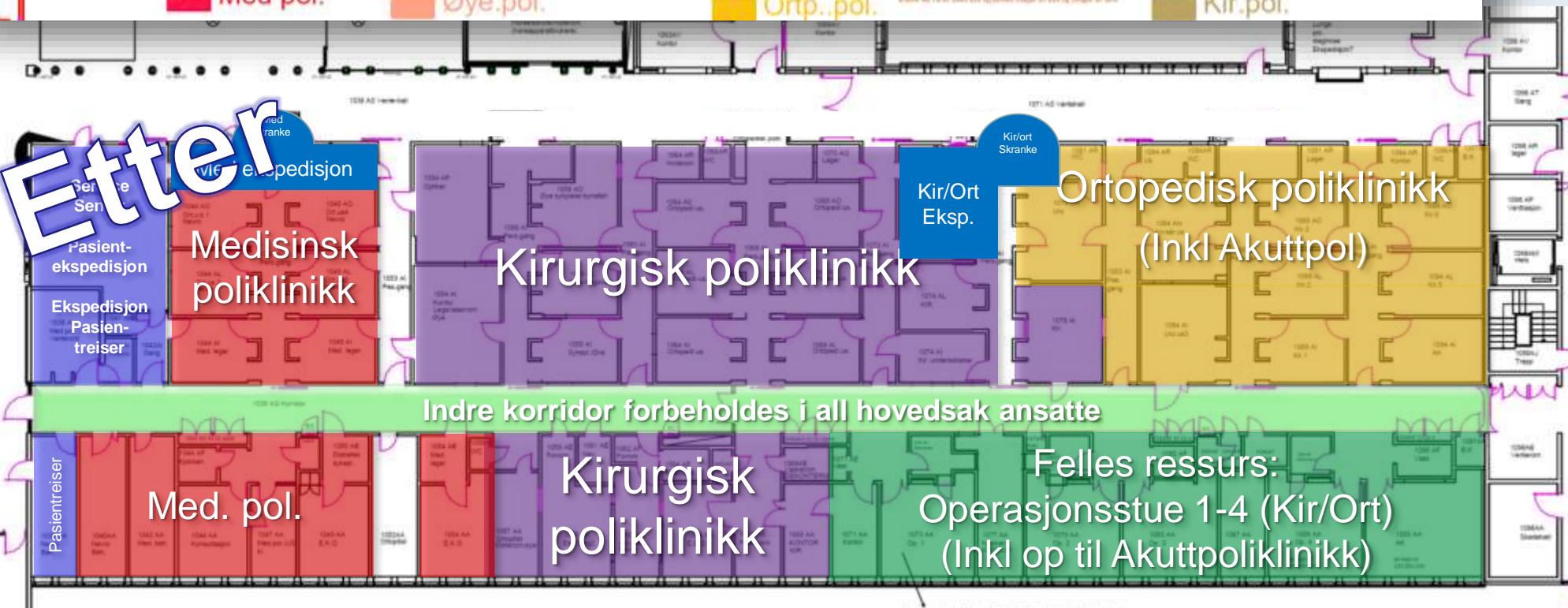
Infeksjonsposten



Før



Etter

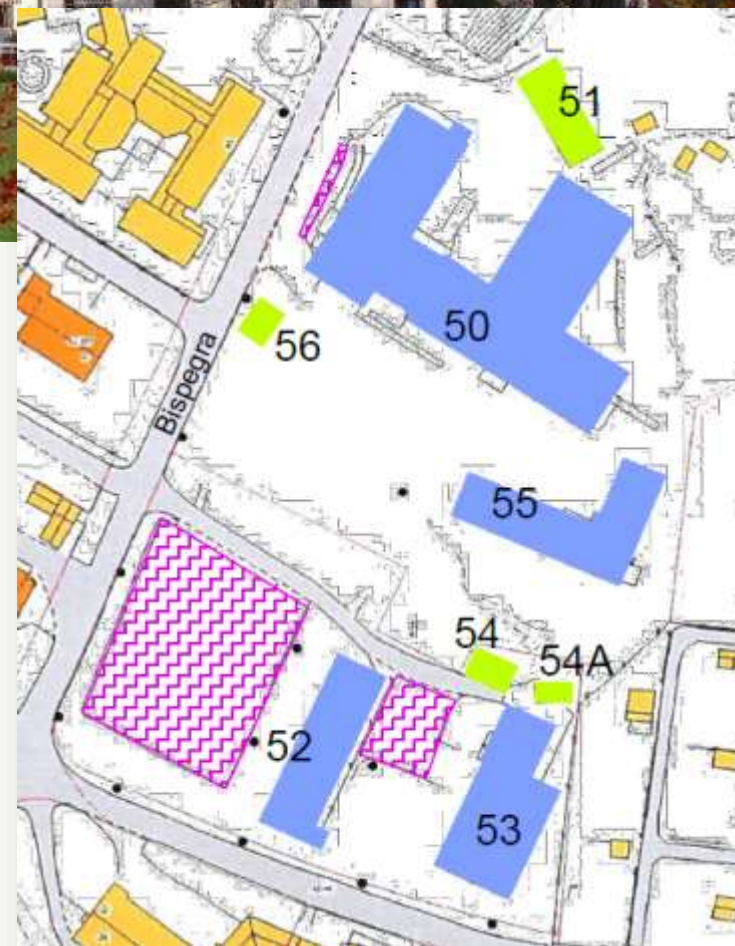


Prosjekt Kongsgård sykehus



Prosess og resultat:

Fra 100 mill kroner på Eg
til ca 3 mill på Kongsgård!

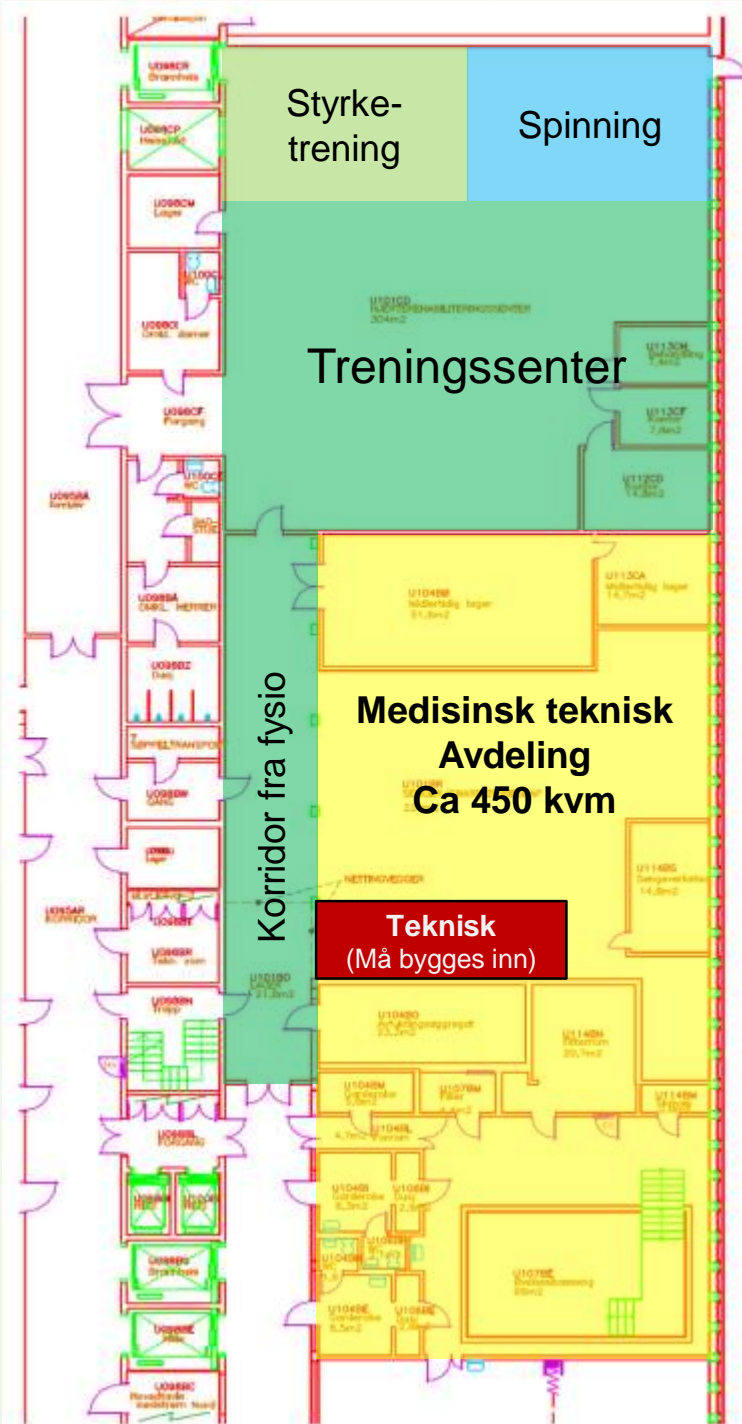


Prosjekt U-etg bygg 10

Utredning av områdene som ble skadet i flommen, og som i denne sammenheng omfatter treningssenter, sengesentral (rom for trykktank) og basseng.

Løsning for MTA på lengre sikt: Flytte hele MTA til u-etg – trinn 3

- Denne løsningen forutsetter at bassenget saneres.
- Hele MTA samlokaliseres og flytter til U-etg bygg 10.
- Nåværende areal i 3. etg. frigjøres til klinisk virksomhet. (ca. 200 kvm)
- Nytt areal MTA: 450 kvm.



Kapasitetsutnyttelse for bygg og klinikk

.

Aktivitet og kapasitet innen SSHF 2014							
Lokalisering	Post	Totalt	Fødsler pr dag	Liggetid	Senger	Belegg	Beleggsprosent* *
Arendal	4C-A - Sengepost 4C, SSA	1000	2,7	2,6	18	7,1	38%
Flekkefjord	FS-F - Føde sengepost, SSF	380	1,0	3	7	3,1	38%
Kristiansand	FØ-K - Føden, SSK	2000	5,5	2,5	29*	13,7	47%
Totalsum	Totalt antall fødsler i SSHF	3400	9,3	2,55	54*	23,9	44%

*) Inkl. 6 rom / 9 plasser i bygg 5, sydfløy (dagens situasjon). **) Beleggsprosent er utregnet med samme snitt liggetid på 2,55 døgn. Kapasitet er satt til faktisk maksimal kapasitet. I praksis vil flere 2-mannsrom benyttes til en pasient.

Beleggsprosent i 2014 med 3400 fødsler var på 44%.

50% belegg tilsvarer 3860 fødsler pr år med snitt liggetid på 2,55 døgn

60% belegg tilsvarer 4640 fødsler pr år med snitt liggetid på 2,55 døgn

Oppsummering: SSHF har svært god kapasitet samlet sett!

Kapasitet 2014

Faktisk kapasitet 50% belegg:

ca 4400 fødsler

Dagens aktivitet:

ca 3400 fødsler

SSA - Kapasitet

- 18 barselsenger
- **Bemanning (dagens): 1200**
- Faktisk aktivitet: 1000
- Mulig kapasitet med økt bemanning innenfor dagens areal: ca 1300 med 50% belegg.

SSK - Kapasitet

- 29 barselsenger (inkl gynpost)
- **Bemanning (dagens): 2100**
- Faktisk aktivitet: 2000
- Mulig kapasitet med økt bemanning innenfor dagens areal: ca 2130 med 50% belegg

SSF - Kapasitet

- 7 barselsenger
- **Bemanning (dagens): 500**
- Faktisk aktivitet: ca 380
- Mulig kapasitet med økt bemanning innenfor dagens areal: ca 500 med 50% belegg

Modell A: Fortsette å øke aktivitet ved SSK og beholde ubenyttet kapasitet ved SSA og SSF.

Modell B: Utnytte kapasiteten i SSF ved noe mer styring av pasientstrøm. (10%).

Hva har vi lært så langt

**Det er sjelden eller
aldri ledige rom i et sykehus.**

**”Alle” mener at de har det verre enn
alle andre.**

**”Vi kan ikke gi fra oss noe – vi har for
lite fra før !”**

**Små endringer skaper store
konsekvenser – internt i klikkene og
mellom klinikkene**



Bygg og teknikk taper i kampen om pengene

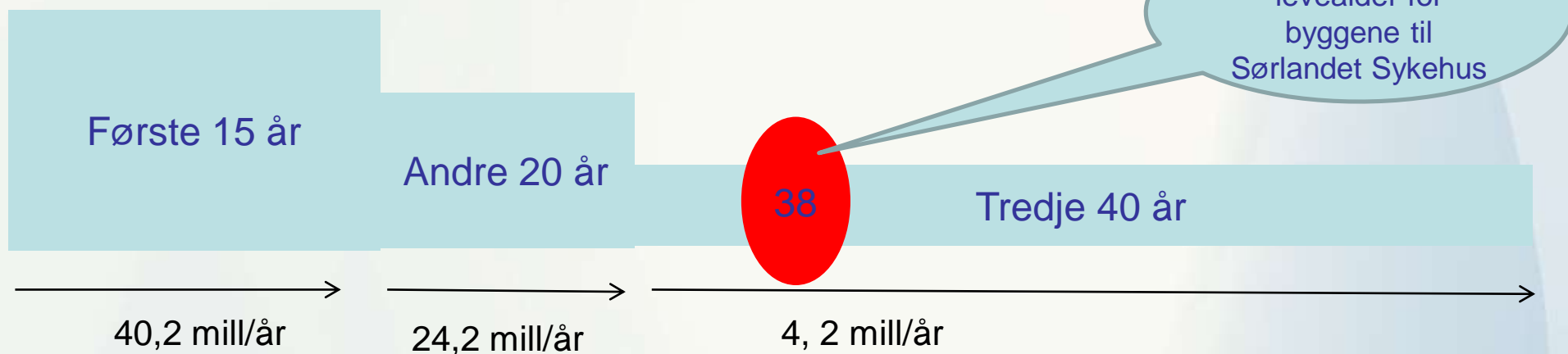
Manglende oppgradering av tekniske anlegg til dagens standard er et direkte hinder for klinikkens muligheter

Reduserte muligheter for bygningsmessige tilpasninger reduserer behandlingstilbudet



Eksempel

Investering	1 milliard	Årlig avskrivning
Bygg 60 år	250`	$250/60 = 4,2/\text{år}$
VVS 20 år	200	$400/20 = 20 \text{ mill}/\text{år}$
EL 20 år	200	
Tele/auto 15 år	250	$250/15 = 16 \text{ mill}/\text{år}$
Utomhus -	100	



Vi må styrke relasjonen mellom "klinikk og teknikk" og mellom planlegging og utførelse



Og det er håp

Nødstrøm og nytt akuttbygg



11.02.15

Styre i SSHF besluttet at nytt Hovedsykehus på Agder skal ligge i Kristiansand og har bedt AD søke HSØ om å få starte idefase for nytt akuttbygg☺

5. etg: Kontoretasje / adm. funksjoner
(Ekspansjonsområde for klinikk)

4. etg: Laboratorieetasje (Patologi, mikrobiologi, molekylærlaboratorium mv)

3. etg: Ny Kvinne- og barneklinikk

2. etg: Intensivavdeling (intermediær i gamle intensiv) + nyfødt intensiv.

1. etg: Akuttmottak med CT/MR/radiologi

Uetg: Teknikk & infrastruktur som forsyner bygg 10 og evt. psykiatribygg



Ja, i morgon skal eg byrja på den gode veg
som sagt..... trur eg

.....men i dag lyt det få vera,
for eg er so spøkje tyrst, at eg må ha eit ølkrus
til å leska meg på fyrst..... trur eg

Jakob Sande