

## Beställning av lokalbehov

Bilaga till: [Fastighetsprocessen](#)

### Syfte med behovsbeskrivningen

Det finns ett antal frågor som måste besvaras tidigt i processen.

- Vad är behovet och varför önskar verksamheten en förändring?
- Vad ska uppnås med lokalförändringen?
- Hur ska lokalerna fungera?

Behovsbeskrivningen ska göras utifrån ett verksamhetsperspektiv. Utifrån verksamhetens behovsbeskrivning gör fastighetsavdelningen sedan en analys av behoven och ger åtgärdsförslag i interna eller externa lokaler.

Om behoven förändras, utökas eller skalas ned efterhand så ska även denna blankett revideras och lämnas in. Revideringar skrivs i rött och den reviderade blanketten märks nedan med version och löpnummer i ordningen samt med dagens datum.

<b>Förvaltningens ärendebenenämning</b>	Lunchrum Op mottagning HSH
<b>Ort</b>	Halmstad
<b>Byggnadsnummer*</b>	By 201
<b>Förvaltning/avd inkl dess ärendenr</b>	HSH Operationsavdelningen
<b>Utredning</b>	<input checked="" type="checkbox"/>
<b>Sökuppdrag</b>	<input type="checkbox"/>
<b>Faktureringsinfo ZZ nr.</b>	ZZYYY163
<b>Godkänd av:</b>	Verksamhetschef <input checked="" type="checkbox"/> Namn: Hanna Johansson Områdeschef <input checked="" type="checkbox"/> Namn: Malin Larsson Förvaltningschef <input checked="" type="checkbox"/> Namn: Carolina Samuelsson
<b>Kontaktuppgifter Avdelningschef</b>	Hanna Johansson 035 – 13 12 76

*Inlämnad beställning innebär att beställande verksamhet godkänner en utredningskostnad upp till 200 tkr. Vid genomförande av projekt övergår utredningskostnaden i redovisat kostnadsförslag. Vid ej genomfört projekt debiteras beställande verksamhet utredningskostnad innevarande år.*

Datum:230906 Version:1

*\*Byggnadsnummer kan hittas på utrymningsplan. Fylls ej i vid extern lokal/sökuppdrag.*

## Verksamhetens behovsbeskrivning

### 1. Verksamhet

*Översiktlig beskrivning av er verksamhet*

Mottagning för patienter inför planerade ingrepp på Operationsavdelningen HSH.

#### 1.1 Beskriv behovet (inga rumsnummer enbart behov)

*Hur ska lokalerna fungera? Hur många personer ska lokalerna/ rummen dimensioneras för? Vad ska uppnås med lokalbehovet? Ger det effekt på patienter, medarbetare eller verksamhet? Utrymmena ni har behov av, har de några särskilda samband till andra rum?*

Personalrum i anslutning till Op-mottagningen HSH, Rum 12052, är för litet för de 10-15 personer som äter lunch där dagligen vardagar.

Behov att utöka yta för Personalrum 12052 genom nedtagning av vägg till angränsande Datarum 12051.

#### 1.2 Utveckling

*Beskriv den utveckling verksamheten står inför. Hur ser behovet ut om 5 år? Visioner och tendenser!*

Gäller denna beställning flytt av verksamheten eller nybyggnation, fyll då även i punkt 1.3 och 1.4.

#### 1.3 Försörjning och annan service

*Vilka behov har verksamheten av transport av gods, tvätt, kost, post, avfall, städ, material, läkemedel, sterilgods etc.*

#### 1.4 Verksamhetens samband

*Verksamhetens sambandskrav. Samband med verksamheter utanför sjukhuset?  
Samband med verksamheter inom sjukhuset?*

Sammanfattning:

#### 1. Hur ska de nya lokalerna fungera?

Förutsättningar /krav	Beskriv kortfattat
Innebär det en förändring av lokalyta?	Nej
Önskemål om utemiljö	
Hur många	10-15 personer

<b>personer omfattas av lokalbehovet</b>
<b>Medicinsk klassning avseende elsäkerhet (fastställt i samråd med MTH)</b>
<b>Krav Medicinsk gas</b>
<b>Strålskyddskrav</b>
<b>Säkerhetskrav</b>
<b>Vårdhygieniska krav</b>

## 2. Konsekvenser

*Innebär behovet ytterligare konsekvenser för lokalanvändningen, och hur ombändertas detta? Till exempel ytterligare behov av stödutrymmen, förändrade patientflöden, godsflöden osv.*

Sammanfattning:

<b>Medför projektet ytterligare investeringsbehov?</b>	<b>Kommentar, Ja/Nej</b>
<b>Medicinteknisk utrustning</b>	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input checked="" type="checkbox"/> Kommentar:
<b>Verksamhetsutrustning, möbler</b>	Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Kommentar:
<b>IT</b>	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input checked="" type="checkbox"/> Kommentar:

## 3. Behovets ursprung

<b>Beskriv kortfattat</b>	
<b>Lagar &amp; Myndighetskrav</b> <i>(Ex det finns påpekanden från extern myndighet tex Arbetsmiljöverket)</i>	
<b>Kunden/Patienten</b> <i>(Ex integritet, komfort och värden, eller så kan inte säkerheten för patienter, elever eller deltagare garanteras i dagsläget,)</i>	
<b>Arbetsmiljö</b> <i>(Ex kan inte arbetsmiljökrav upprätthållas i dagsläget)</i>	Negativ påverkan på arbetsmiljön när personalrum inte har plats för medarbetare att äta sin lunch.
<b>Verksamhetsförändring</b> <i>(Ex. ny verksamhet, uppdrag, vårdmetod, utökad verksamhetsvolym)</i>	
<b>Effektivisering</b> <i>(Ex. förändrat arbetssätt)</i>	

<b>Vårdhygieniska krav</b>
<b>Medicinteknisk investering (typ av utrustning?)</b>
<b>Miljöpåverkan</b> <i>(Ex ska behovet resultera i minskad miljöpåverkan)</i>
<b>Annat</b>

#### 4. Alternativa lösningar

Lokalförändringar är kostnadsdrivande. I första hand ska alltid verksamhetslösningar utredas innan lokallösningar prövas.

*Vilka alternativa åtgärder har prövats. Möblering, organisationsförändring, flödesoptimering, produktionsplanering, schemaläggning, arbetsrutiner etc?*

#### 5. Facklig samverkan

*Har behovet samverkats med facket?*

Ja

Nej

Behövs ej

*Planerat datum:*

#### 6. Övriga upplysningar

*Finns det tidsaspekter att förhålla projektet till? Till exempel tider för upphandling av utrustning, senast datum för start verksamhet i ny lokal osv? Är Vårdhygien konsulterad?*

#### **Tänk på att:**

Varje förvaltning har sina egna rutiner för hur lokalärenden bereds inom förvaltningen. När ditt ärende har beretts i enlighet med dessa rutiner, så skickas den ifyllda blanketten via förvaltningens samordnare för lokalfrågor till Regionfastigheters funktionsbrevlåda: [regionfastigheter@regionhalland.se](mailto:regionfastigheter@regionhalland.se)

#### **Uppdaterat från föregående version**

Utökad mängd frågor kring lokalbehovet och samband/flöden