

concept

Asmund Myrbostad, Tarald Rohde,
Pål Martinussen, Marte Lauvsnes

Regime for planlegging og beslutning i sykehus- prosjekter

Concept rapport Nr 25



© Concept-programmet 2010

Concept rapport nr. 25

Regime for planlegging og beslutning i sykehusprosjekter

Asmund Myrbostad, Tarald Rohde, Pål Martinussen, Marte Lauvsnes

ISSN: 0803-9763 (papirversjon)

ISSN: 0804-5585 (nettversjon)

ISBN: 978-82-92506-87-5 (papirversjon)

ISBN: 978-82-92506-88-2 (nettversjon)

Sammendrag: Denne rapporten handler om tidligfase planlegging i sykehusprosjekter i Norge i perioden fra 2005 til 2009. Prosjektene har alle gjennomført sine planprosesser i henhold til anbefalingene i Veileder for tidligfase planlegging i sykehusprosjekter som er utgitt av Helsedirektoratet. Studien bygger på kartlegging av 10 prosjekter og drøfter bakgrunnen for utvikling og innføring av et planleggings- og kvalitetssikringsregime i sykehussektoren. Rapporten beskriver oppbyggingen av veilederen, hvordan planprosessene er gjennomført og hvilken mulig effekt bruken av veilederen har hatt på plan- og beslutningsprosessen og kvaliteten i de beslutningsdokumenter som en produsert. Erfaringer med bruken av veilederen i prosjekter og bruk av suksessfaktorer er vektlagt. Det drøftes hvilke positive effekter man oppnår ved en systematisk tidligfase planlegging i store sykehusprosjekter og hvilke behov for utvikling og forbedring man ser både i planprosessen og veilederen. Det påvises ulikheter i anvendelse av veilederen og konsekvenser av dette på innhold og kvalitet i dokumentene. Formålet med studien er å kartlegge, dokumentere og drøfte effekter og å komme med anbefalinger til forbedringer. Rapporten gir konkrete anbefalinger til endringer i gjennomføringen av planprosessen og innholdet i veilederen.

Dato: 19.11.2010

Utgiver: Concept-programmet
Institutt for bygg, anlegg og transport
Norges teknisk- naturvitenskapelige universitet
Høgskoleringen 7A
7491 NTNU – Trondheim

Tel. 73594640

Fax. 73597021

<http://www.concept.ntnu.no>

Ansvar for informasjonen i rapportene som produseres på oppdrag fra Concept-programmet ligger hos oppdragstaker. Synspunkter og konklusjoner står for forfatterens regning og er ikke nødvendigvis sammenfallende med Concept-programmets syn.

Forord

Denne rapporten handler om tidligfase planlegging i sykehusprosjekter i Norge i perioden fra 2005 til 2009. Etter at Finansdepartementet opprettet sin ordning for kvalitetssikring av store offentlige investeringer i år 2000, viste Sosial- og Helsedepartementet spesielt stor interesse for tiltaket. Etter hvert ble det opprettet egne ordninger for planlegging og kvalitetssikring av sykehusprosjekter som bygger på prinsippene i KS1 og KS2 i 2004. Harald Myrseth, ekspedisjonssjef i departementet, var instrumentell i dette.

I 2008 ble det inngått avtale mellom Concept-programmet og Kompetansenettverk for sykehusplanlegging som utviklet Veilederen for tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter om å utrede bakgrunnen for at sektoren valgte å innføre et frivillig regime for kvalitetssikring, kartlegge status for innføring og erfaringene med praktisk bruk av veilederen. Concept-programmet står som oppdragsgiver og Sintef Helse som er sekretariat for Kompetansenettverket er utøvende.

Foreliggende rapport er utarbeidet av personer med omfattende erfaring fra gjennomføring av store planleggings- og utbyggingsprosjekter i sykehus i tillegg til rådgiving i forbindelse med strategisk og konkret tidligfaseplanlegging. Rapporten peker på behovet for å klargjøre overordnede strategier og mål og bedre dokumentasjon av kjernevirksomhetens innhold og krav til prosjektet. Den er også et innspill til diskusjon om gjennomføring av tidligfaseplanlegging i store offentlige investeringsprosjekter i andre sektorer enn helsesektoren.

Prosjektets referansegruppe har bestått av Birger Stamsø, Helse Sør-Øst, Bjørn Magne Eggen, Norsk Luftambulans, Liv Haugen og Ragnhild Aslaksen, Helsebygg Midt-Norge, Paul Hellandsvik, Helse Midt-Norge, Tore Haugen, NTNU og Ole Jonny Klakegg, Concept-programmet.

Trondheim, november 2010
Knut Samset, Professor, NTNU
Programansvarlig, Concept-programmet, NTNU

Innhold

Forord	1
Innhold.....	3
Sammendrag	7
Summary	11
1 Innledning	15
1.1 Hensikt.....	15
1.2 Leveranser.....	16
1.3 Organisering	17
2 Metode og datagrunnlag	19
2.1 Metode.....	19
2.2 Datagrunnlag	19
2.3 Valg av prosjekter	20
2.4 Valg av informanter.....	22
2.5 Dokumentgjennomgang	22
2.6 Oppbygging av rapporten.....	22
3 Bakgrunn for utvikling av veileder for tidligfase planlegging.....	25
3.1 New Public Management.....	25
3.2 Hvorfor eierskapsreformen?	27
3.3 Finansiering av investeringer før og etter sykehusreformen.....	29
3.4 Utvikling av styringsverktøyene.....	31
3.5 Hvor er vi nå (2010)?.....	33
4 Utvikling av Veileder for tidligfase planlegging i sykehusprosjekter....	35
4.1 Litt historikk	35
4.2 Generelt om tidligfase planlegging.....	37
4.3 Kompetansenettverk for sykehusplanlegging (KNS).....	39
4.4 Veilederens innhold og oppbygging	41
4.5 Oppbygging av veilederen	47
4.6 Viktige punkter i veilederen	48
4.7 Kvalitetssikring.....	51
4.8 Informasjon om veilederen, tilgjengelighet.....	52
4.9 Internasjonale referanser	52
5 Innføring av veileder i helseforetakene	57
5.1 Innføring av veilederen	57
5.2 Organisering og beslutningsansvar	58

6	Bruk av veilederen i gjennomførte prosjekter – intervju med prosjektdeltakere	65
6.1	Oppbygging av intervjuene.....	65
6.2	Oppsummering av funn.....	66
6.3	Forslag til endringer og forbedringer	72
7	Effekter av bruken av veilederen i prosjekter – analyse av plandokumenter	77
7.1	Metode	77
7.2	Plandokumenter	78
7.3	Plandokumenter og beslutningsprosess.....	81
7.4	Oppsummering av funn	81
8	Oppsummering av funn og anbefaling av tiltak	93
8.1	Bakgrunn for utvikling av veilederen for tidligfase planlegging	93
8.2	Etablering av veilederen og status for innføring.....	93
8.3	Erfaringer med bruk av veilederen	94
8.4	Spesielt om planprosessen og beslutningsprosessen	96
8.5	En alternativ modell?	101

Vedlegg

Vedlegg 1	Oppsummering fra arbeidsseminar om suksessfaktorer for god gjennomføring av investeringsprosjekter i sykehussektoren, november 2009
Vedlegg 2	Oppsummering fra arbeidsseminar om forbedringsmuligheter, februar 2009
Vedlegg 3	Definisjonskatalog
Vedlegg 4	Nyttårsbrevet

Tabelloversikt

Tabell 1	Utvalgte prosjekter for informasjonsinnsamling og kartlegging (kapittel 6 og 7)	21
Tabell 2	Øremerkete overføringer til kapitalformål i St.prp. nr. 1, Statsbudsjettet for årene etter eierskapsreformen.	31
Tabell 3	Oversikt over beløpsgrenser og beslutningsansvar for investeringsprosjekter.....	59
Tabell 4	Kartlagte prosjekter sortert på brutto arealramme, fag/funksjon og type prosjekt.	65
Tabell 5	Oversikt over plandokumenter	79
Tabell 6	Oversikt over beslutningsgrunnlag og beslutningsmyndighet.....	81
Tabell 7	Suksessfaktorer i 56 prosjekter, Concept rapport nr 15.....	114

Figuroversikt

Figur 1	Plan- og beslutningsprosess for tidligfasen i sykehusprosjekter	8
Figure 2	The model for Front-end Planning and Decisions	11
Figur 3	Programmering og prosjektering i sykehusprosjekter	36
Figur 4	Plan- og beslutningsprosess for tidligfasen i sykehusprosjekter	44
Figur 5	Plan- og beslutningsprosess for tidligfasen i sykehusprosjekter – detaljerte planleggingsaktiviteter	45
Figur 6	Utvikling av investeringstiltak fra idé til prosjekt.....	46
Figur 7	Modell for tidligfase planlegging for sykehus i Västra Götalandsregionen	53
Figur 8	Eksempel fra analyseskjema for gjennomgang av plandokumenter ..	78
Figur 9	Sammenhenger mellom beslutningskompetanse og beslutningspunkter	90
Figur 10	Plan- og beslutningsprosess for tidligfasen i sykehusprosjekter – detaljerte planleggingsaktiviteter	96
Figur 11	Utvikling av investeringstiltak fra idé til prosjekt.....	96
Figur 12	Modeller for organisering av tidligfasen	103
Figur 13	Faser og aktiviteter i tidligfasen, Veileder for .. Tidligfase planlegging for sykehusprosjekter, Helsedirektoratet	109
Figur 14	Utvikling av investeringstiltak fra idé til prosjekt, Veileder KS1, Finansdepartementet.....	110

Sammendrag

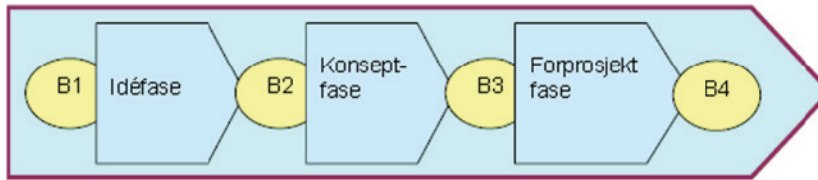
Denne rapporten oppsummerer de erfaringer som er høstet gjennom 5 år med tidligfase planlegging i sykehusprosjekter. Gjennom kartlegging av beslutningsdokumenter i prosjektene og intervjuer med informanter med ulike roller i plan- og beslutningsprosessen, har vi vist hvilke erfaringer som er høstet og effekter på dokumentasjonen. Bruk av suksessfaktorer er kartlagt spesielt i et arbeidsseminar, og det er innhentet forslag til forbedringer i planprosessen og veilederen gjennom intervjuer og arbeidsseminar.

Planprosessen i de utvalgte prosjektene har fulgt ”Veileder for tidligfase planlegging i sykehusprosjekter” som ble utgitt av Helsedirektoratet i april 2006. Veilederen bygger på ”Rapport – planprosess for tidligfasen” som er utarbeidet av Kompetansenettverk for sykehusplanlegging (KNS) i juni 2004. KNS eies av Helsedirektoratet og har ansvar for utvikling og revisjon av veilederen og andre systemer og verktøy for tidligfase planlegging i sykehus.

Behovet for å utvikle en veileder for tidligfase planlegging oppstod som en konsekvens av eierskapsreformen som organiserte sykehusene i helseforetak utenfor den øvrige forvaltningen. Erfaringer med endringer, overskridelser og forsinkelser i planleggingen av noen store sykehusprosjekter har bidratt til å rette fokuset mot beslutningsgrunnlaget for prosjektene. Det kvalitetssikringsregimet som Finansdepartementet hadde innført for den øvrige forvaltningen gjaldt ikke for helseforetakene. Gjennom nyttårsbrevet (vedlegg 4) påla Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) helseforetakene å etablere minst like gode ordninger for kvalitetssikring som Finansdepartementets regime.

Veilederen er en anbefaling av hvordan planprosessen for tidligfase planlegging best kan organiseres. Den er ikke et prosjektstyringsdokument, og det er opp til det enkelte regionale helseforetak å implementere veilederen og gi den status i forhold til andre regler og systemer for styring og kvalitetssikring.

Innholdet i rapporten bygger på innhenting av erfaringsmateriale gjennom intervjuer, to arbeidsseminarer og analyse av beslutningsdokumenter som er produsert i prosjektene. I tillegg gir rapporten en oversikt over bakgrunnen for etablering av veilederen, utviklingen av den og implementering i helseforetakene.



Figur 1 Plan- og beslutningsprosess for tidligfasen i sykehusprosjekter

Figuren viser planprosessen for tidligfasen inndelt i delfaser. Igangsetting av et investeringsprosjekt skal være forankret i registrert behov, mål og strategiske føringer. Gjennom beslutningen om igangsetting (B1) gis målene for prosjektet og mandatet for idéfasen.

I Idéfasen identifiseres og utvikles aktuelle løsningskonsepter (inkludert 0-alternativet) som er realistisk for detaljutredning. På grunnlag av idéfaserapporten gjøres beslutning om at prosjektet er ”liv laga” (B2), og oppstart av konseptfasen. I konseptfasen utredes og utvikles 2-3 alternativer (i tillegg til 0-alternativet) til et detaljeringsnivå som gir grunnlag for valg av den løsningen som i størst grad møter målene for prosjektet. Alle delutredninger konsolideres i en konseptrapport som, med unntak av et delfunksjonsprogram, omfatter all nødvendig informasjon for gjennomføring av et forprosjekt, og i praksis storparten av grunnlaget for å beslutte gjennomføringen av prosjektet (B3). På grunn av kravet om forprosjekt, tas endelig beslutning om igangsetting av detaljplanlegging og bygging (B4).

Veilederen er etablert som en de facto standard for plan- og beslutningsprosessen i sykehusprosjekter, og den har vært brukt i de fleste større nybyggings- og ombyggingsprosjekter. Gjennom veilederen er betydningen av tidligfasen i planprosessen løftet frem og forståelsen av sammenhengen mellom den kliniske virksomheten og de fysiske løsningene er styrket.

Den standardiseringen som en felles veileder gir grunnlag for, øker kvaliteten og kompetansen i planleggingen. Økt kvalitet i beslutningsgrunnlaget og en strukturert beslutningsprosess gir større forutsigbarhet og trygghet i beslutningene. En lik planprosess og et relativt likt innhold i beslutningsdokumentene, gir grunnlag for å sammenligne og utvikle erfaringsbaserte standarder. Beslutningstakere på regionalt og statlig nivå bruker veilederen som referanse når prosjekter vurderes. Effekten er trolig en økt faglig kvalitet i dokumentasjonen og underliggende analyser, men også en fare for at man ”skriver for et publikum med kjente forventninger” og som dermed hemmer utvikling av nye løsninger. Tidligfase planlegging slik veilederen beskriver det, har vært brukt i andre offentlige sektorer, men avviker fra reglene i Finansdepartementets KS-regime. En utvikling av erfaringer fra bruk av begge

planleggingsmodellene og KS-regimene kan trolig gi økt kvalitet i planleggingsarbeidet.

Kartlegging og erfaringsinnhenting utført i denne studien viser at det er behov for utvikling av planprosessen og veilederen på flere områder.

Identifisering av mål og beskrivelse av et målhierarki er uklart i mange prosjekter. Dette kan skyldes manglende forankring av prosjektets mål i de overordnede, strategiske målene for helseforetaket. Det kan også skyldes at mandatet for idéfasen og som skal fastlegge mål og rammer for prosjektet, utarbeides av helseforetaket (HF-et) og med til dels manglende involvering fra et overordnet beslutningsnivå.

I tidligfasen skal det utvikles alternative, konseptuelle løsninger for leveranse av helsetjenester. Dette omfatter mer enn løsninger for bygget. I tidligfasen skal relevante alternativer identifiseres og evalueres, og det optimale alternativet skal velges og utvikles til grunnlag for et vedtak om gjennomføring. Beslutning om igangsetting av planleggingen bygger ofte på sterke ønsker om nybygg som gjerne kan realiseres på ulike måter. De alternative forutsetningene for innholdet i bygget er i liten grad til stede i mål og mandat. Det kan hevdes at fokus på bygg reduserer oppmerksomheten for alternative modeller for å levere helsetjenestene. Det er behov for å presisere hva som forutsettes utredet for å beslutte hvilken konseptuell løsning som er å foretrekke, før man utreder ulike byggalternativ.

Inndelingen av planprosessen i faser innebærer grensesnitt mellom fasene som gir risiko for overlapp og uklar avgrensing. Mellom hver fase ligger et beslutningspunkt som gir mulighet til å stanse opp og endre forutsetningene. Det synes å være grunnlag for å presisere og i noen grad endre innholdet i fasene for å klargjøre grensesnittene og redusere usikkerhet. Det bør klargjøres hvordan utvelgelse av alternativer for videreføring fra idéfasen til konseptfasen skal skje, hvilke kriterier som skal gjelde og hvilket grunnlag som kreves. Det synes å være et betydelig overlapp i utredning og dokumentasjon mellom idéfasen og konseptfasen.

Det er behov for å etablere et beslutningspunkt i konseptfasen som avklarer hvilket alternativ som er det optimale og som skal utredes i detalj. Det bør også vurderes en oppgradering av innholdet i konseptfasen slik at konseptrapporten kan gi grunnlag for beslutning om gjennomføring av byggeprosjektet. Innføring av building information models (BIM) vil gi økt tilgang til informasjon om mulige løsninger på et tidlig tidspunkt i prosessen. Det kan gi muligheter for å manipulere med alternative byggeløsninger og hente ut informasjon med relativt stor sikkerhet med hensyn til løsninger og kostnader. Utvikling av krav-BIM og program-BIM vil bidra til å knytte utvikling, programmering og prosjektering sammen. Det vil ha

avgjørende betydning for hvordan planprosessen for tidligfasen vil se ut om noen år.

I tidligfase planleggingen har man en åpen planprosess og det er et stort antall interessenter som deltar i utvikling av planene og som er opptatt av hvordan prosessen gjennomføres og av sluttresultatet. Mange sykehusprosjekter får stor politisk oppmerksomhet med tilsvarende oppfølging fra media. Risiko for endringer og utsettelse er til stede gjennom hele prosessen, og identifisering av suksessfaktorer som kan påvirke styring og beslutningsprosess er viktig.

Uklarheter knyttet til forholdet mellom strategisk planlegging innenfor det regionale helseforetaket (RHF-et) og tidligfase planlegging innenfor et investeringsprosjekt, viser at det er behov for en presisering av hvem som har beslutningskompetanse vedrørende det strategiske innholdet i beslutningen. Rapporten viser en mulig utvikling av en strammere og bedre avgrenset planprosess som på noen punkter ligner mer på KS1 og KS2 regimet. I en slik modell legges det vekt på:

- RHF-et med ansvar for overordnede mål og strategier, definerer mål og rammer, gir mandat for planleggingen og beslutter oppstart av tidligfasen. Dette kan eventuelt skje etter en definert samordningsprosess med det aktuelle HF-et. Helse Sør-Øst RHF stiller krav om at prosjekter som HF-et ønsker igangsatt skal være innplassert i investeringsplanen og forankret i overordnede strategier.
- Tidligfasen er todelt og omfatter:
 - Identifisering og kvalifisering av konseptuelle løsningsalternativ og beslutning om et foretrukket alternativ. Kriterier for valg må være forankret i mål og rammer.
 - For det valgte alternativet gjennomføres utredninger tilsvarende dagens konseptfase, med tillegg for delfunksjonsprogram. Kravet er at den samlede dokumentasjonen skal være tilstrekkelig for beslutning om gjennomføring av prosjektet.

Forprosjektet, som etter denne modellen kun omfatter et tradisjonelt forprosjekt, blir den første aktiviteten i gjennomføringsfasen.

Med denne modellen vil man oppnå en klarere forankring av prosjektet i overordnede mål og rammer, et tydelig beslutningspunkt for valg av den optimale løsningen og et beslutningspunkt for gjennomføring som kombinerer tilstrekkelig kvalitet i beslutningsgrunnlaget med lave planleggingskostnader og få bindinger til en detaljert prosjektering.

Summary

The current report summarizes lessons learned from five years of planning during the front-end phase in Norwegian hospital projects. The 10 projects being analyzed in this report have all adopted “The Planning Guide for Front-end Planning in Hospital Projects” issued by the Norwegian Directorate of Health in April 2006. These guidelines were developed by The Competence Network for Hospital Planning, which is operated and financed by the Norwegian Directorate of Health in collaboration with four regional health authorities in Norway. The network has also developed other methodologies and tools for front-end planning in hospital projects and more information is available on www.sykehusplan.no

The current study is based on interviews, workshops and systematic review of documents from the planning and decision making process in the projects involved. The report also sums up the background for and driving forces behind the development and implementation of the guidelines in the regional hospital trust, the hospitals and the project organizations.

Figure 1 illustrates the phases involved in the front-end planning process used in Norwegian hospital building projects, and the decision points from the start of the project (B1) until the final decision is made to go ahead with detailed technical design and construction (B4). This marks the end of the front end planning process. During the three phased the following documents/reports are produced: During the first phase, several alternative strategic solutions should be developed based on identified needs and future demands. The analysis of alternatives should always include what is called the *zero option*, representing the continuation of the present solution with investments available only for essential upgrading of the buildings.

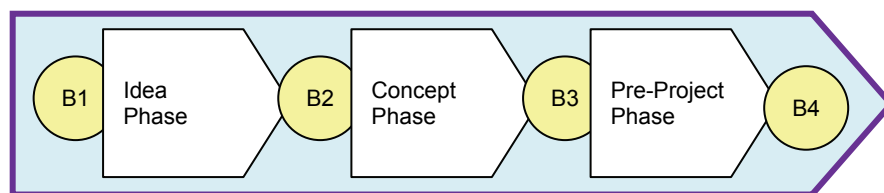


Figure 2 The model for Front-end Planning and Decisions in Hospital Projects.

The first phase provides the inputs for the development of a document during the second phase, which is similar to a business plan for the preferred alternative, designed to meet the goals and requirements for the investment project. The business plan will include a combined plan for functional content, future capacity needs, organization of the services delivery system, effects on the cost of running, and investment in infrastructure. The focus should be on consequences for health care service delivery and the financial situation for the hospital. Norway does not apply PPP or PFI financing systems for hospital projects.

The business plan forms the basis for the third phase, the pre-project phase. This phase involves detailed programming, pre-engineering, assessments and quality assurance of costs and plans for the building phase. The Department of Health demands a pre-project report before the projects are given a formal approval.

The introduction of guidelines for front-end planning is partly the result of a policy reform whereby the ownership of hospital facilities was transferred from the regional authorities to the central government in 2002. Hospitals were transformed to state owned companies and thus separated from the systems for public management applied in the public sector at large.

Even though each regional trust is free to develop their own local guidelines and planning and QA-tools, the guidelines developed by the Competence Network have developed into a de facto standard for front-end hospital planning, and it is used in practically all major hospital building projects. The guidelines have the focus on the delivery system of clinical services. The dependencies between the clinical organization and the building, has been strengthened.

Common guidelines shared between all projects, combined with openness and transparency between the project owners, have created a climate for learning and development of standards based on experience and communication. The result is reportedly higher competences in the process and better quality in the documentation.

The decision makers use the guidelines as a reference document on all levels where the results are evaluated and approval is given. Front-end planning as described in the guidelines is used also in other sectors, and a harmonization of the recommendations in the guidelines with other the QA-regulations will possibly increase quality in planning.

This study also reveals the need for changes and development of the planning process and of certain parts of the guidelines. Identification of strategic goals is weak in many projects. It is important that goals on all levels (strategic goals, operational goals and expected results) are clearly formulated and made operational. Lack of clear objectives arise partly from weak linkage between

strategic development goals and needs for change in the healthcare industry, and what the project owner is trying to achieve from the investment. Political involvement and lack of clarity from high level decision makers at the very start of the project can also be part of the explanation.

In many projects alternative conceptual solutions for the delivery of better health care services to the population are not described. In investment projects the focus is often restricted to alternatives in terms of new and better buildings and financial solutions rather than alternative approaches to the overall problem of an integrated service delivery system. One important quality of the front-end planning process is the idea of taking a broad and open approach to the strategic problem before the attention and the resources are locked to what appears to be the most common solution: the same as today but more and better.

A step by step planning process implies a risk for overlap between phases. The study shows a lack of clarity in the content of each phase and the criteria for selection of the preferred alternative. The decision point for the selection of a preferred solution should also be more explicitly specified.

The front-end planning process should bring adequate information as basis for final approval before too much money and prestige are invested in detailed planning and design. The present guidelines require a pre-project or a detailed technical design report to be produced before the final approval can be given. The informants emphasize that the business plan should be upgraded to serve as the basis for the final approval.

The introduction to Building Information Models (BIM) into hospital projects, including the front-end planning process, will produce essential information about the building at an early stage. The ability to develop information on alternative solutions early on will influence the front-end planning process.

The report advocates changes in some parts of the guidelines and planning process and presents an alternative model: This model for a revised front-end planning process has focus on identification of goals, clarification of the content of each phase and the interface between the phases and development of the business plan as the basis for final approval of the investment and the end of the front-end planning process. It emphasizes the Regional Hospital Trust as the party that should be responsible for laying down clear, strategic goals and mandate including financial restrictions before the planning process starts. The business plan should be extended to include all information necessary to form a solid basis for final approval.

1 Innledning

Tidligfase planlegging for investeringsprosjekter i sykehusbygg ble aktualisert i forbindelse med eierskapsreformen som ble gjennomført i 2002. I perioden fra 2002 til 2006 gjennomførte Kompetansenettverket for sykehusplanlegging (KNS) en utviklingsprosess som resulterte i Veileder for Tidligfase planlegging i sykehusprosjekter ¹.

De regionale helseforetakene (RHF) hadde gjennom formell posisjon i styringsgruppa for KNS, bidratt til utvikling av veilederen og i forarbeidet til den. Dette førte til at de sentrale prinsippene for tidligfase planlegging ble lagt til grunn for en rekke sykehusprosjekter allerede fra 2004/2005, men særlig fra 2006. Siden da har det absolutte flertallet av større utbyggingsprosjekter i spesialisthelsetjenesten fulgt veilederens anbefalinger.

Concept programmet som startet sitt arbeid i 2002, er finansiert av Finansdepartementet og er knyttet til institutt for bygg, anlegg og transport ved NTNU. Concept programmet er oppdragsgiver for prosjektet.

1.1 Hensikt

Målene med prosjektet er:

- Beskrive bakgrunnen for at sektoren valgte å utvikle og innføre et frivillig regime for kvalitetssikring (KS) i sykehusprosjekter
- Kartlegge status for innføring og erfaring med praktisk bruk av veilederen.
- Kartlegge planprosessen og beslutningsregimet for sykehusprosjekter som er gjennomført i henhold til Veileder for tidligfase planlegging
- Illustrere effekter av innføring av veilederen i konkret planlegging og i forhold til beslutningsprosessen for prosjektene
- Sammenstille suksessfaktorer for god planlegging.
- Foreslå tiltak for endring i veileder og praksis
- Spredning av resultater

¹ Veileder for tidligfase planlegging, Helsedirektoratet mai 2006

Målene for prosjektet peker på to hovedområder for kartlegging og analyse. Det første gjelder kvaliteten på veilederen. Viktige områder å kartlegge og analysere for å få svar på dette spørsmålet er:

- Har brukerne god kompetanse om veilederen og blir den fulgt?
- Hvilken status har veilederen i forhold til planprosessen og beslutningsprosessen?
- Oppfattes den å være anvendelig for prosjektene, og er den lett å forstå og bruke?
- Reflekterer plandokumentene at veilederens mål og intensjoner er forstått og har fått konsekvens, og tilfredsstiller de kravene i plan- og beslutningsprosessen?
- Gir kartleggingen grunnlag for å anbefale at veilederen endres for å øke forståelsen og bruken av veilederen?
- Gir veilederen en god og relevant beskrivelse av tidligfase planleggingen?

Det andre problemområdet som prosjektet har vurdert gjelder kvaliteten på planprosessen slik den gjennomføres i tidligfaseprosjekter. Ut over KS1² og KS2³ finnes det ikke retningslinjer for gjennomføring av tidligfase planlegging i forbindelse med store offentlige investeringsprosjekter.

1.2 Leveranser

Sluttleveranse omfatter sluttrapporten fra prosjektet, publisering i aktuelle tidsskrifter og presentasjon i arbeidsseminar og konferanser nasjonalt og internasjonale, herunder presentasjon på European Health Property Network sin årlige workshop.

Aktivitetene i prosjektet følger av målsettingene og det er lagt vekt på å kartlegge prosessen bak utvikling og innføring av veilederen, kartlegge planprosessen og beslutningsprosessen i et utvalg av sykehusprosjekter, avdekke effekter av veilederen ved gjennomgang av plandokumenter, sammenstille suksessfaktorer for sykehusprosjekter og gjennomgå funn og utvikle forslag til tiltak.

² Veileder nr 3 Felles begrepsapparat KS1, Finansdepartementet, 11.03.2008

³ Veileder nr 2 Felles begrepsapparat KS2, Finansdepartementet, 11.03.2008

1.3 Organisering

Styringsgruppen for Kompetansenettverk for sykehusplanlegging har hatt en sentral rolle bl.a. ved at representanter for de regionale helseforetakene og Helsedirektoratet effektivt har bistått med å skaffe tilgang til all tilgjengelig prosjektdokumentasjon. Det har også vært kontakt med representanter for administrasjonen og prosjektorganisasjoner i flere HF/RHF.

Prosjektet er gjennomført av SINTEF Helse og seniorrådgiver Asmund Myrbostad. SINTEF Helse, har vært prosjektleder. Seniorrådgiverne Marte Lauvsnes og Tarald Rohde har bistått i prosjektet med å gjennomføre intervjuer, lesing og analyse av plandokumenter og beslutningsdokumenter samt faglige diskusjoner. Tarald Rohde har vært forfatter av kapittel 4.3, med unntak av punkt 4.3.1 som er skrevet av seniorforsker Pål Martinussen ved SINTEF Helse.

Det er opprettet en referansegruppe med deltakelse fra RHF, HF og andre organisasjoner som har kompetanse på og erfaring fra planleggings- og beslutningsprosesser i sykehusprosjekter, tilsvarende prosjekter og fra forskning. Medlemmene av referansegruppen er prosjektleders rådgivere og har bidratt med innspill, kvalitetssikring, vurdering og anbefaling om godkjenning av sluttrapporten.

Referansegruppen har bestått av:

Paul Hellandsvik, Rådgiver, Helse Midt-Norge RHF
 Bjørn Magne Eggen, Medisinsk direktør, Norsk Luftambulans
 Tore Haugen, Professor, NTNU, Institutt for arkitektur og kunst
 Liv Haugen, Medisinsk sjef, Helsebygg Midt-Norge
 Birger Stamsø, Prosjektdirektør, Helse Sør-Øst RHF
 Ragnhild Aslaksen, Professor NTNU, Institutt for arkitektur og kunst
 Ole Jonny Klakegg, Forskningsssjef, forskningsprogrammet Concept
 Marte Lauvsnes, Seniorrådgiver, SINTEF Helse

Det har vært gjennomført fire møter i Referansegruppen i perioden august 2008 til juni 2010.

Det er gjennomført intervjuer med følgende:

- Ressurspersoner tilknyttet Helse og omsorgsdepartementet, Helsedirektoratet og andre institusjoner om innføring av

eierskapsreformen og andre forhold som danner grunnlaget for utvikling av veilederen (høst/vinter 2009).

- Eiendomsansvarlige ved de regionale helseforetakene om status for innføring og bruk av veilederen (vinter 2008).
- Prosjektledere, prosjekteiere, rådgivere og arkitekter om erfaringer med bruk av veilederen (høst/vinter 2009).

2 Metode og datagrunnlag

2.1 Metode

Metodisk oppfyller ikke prosjektet kravene til et evalueringsprosjekt. Det skyldes i hovedsak et begrenset datagrunnlag og manglende habilitet. Innsamling av informasjon for analyser og anbefalinger er basert på kvalitative metoder som semistrukturerte intervjuer på grunnlag av oppsatt intervjuguide, samtaler for innhenting av konkret informasjon, søk på nett etter dokumenter og strukturert gjennomgang og kartlegging av innholdet i dokumenter. Beskrivelse, drøftinger og analyser av funn er presentert for Referansegruppen og fremlagt i to arbeidsseminarer. Resultatet fra arbeidsseminarene er omtalt i vedlegg 1 og 2 og refereres til i teksten.

Kapittel 3 bygger på intervjuer med personer knyttet til fylkeskommunal og statlig forvaltning og innenfor offentlige og private helseforetak. Det innledende punktet om New Public Management bygger på forskningsrapporten "Fra eier til ombud – ny rolle for fylkespolitikkerne etter statlig overtakelse av sykehusene" Unimed Helsetjenesteforskning juni 2003, Pål Martinussen og Bård Paulsen.

2.2 Datagrunnlag

Kapittel 5 beskriver innføring av veilederen i RHF og HF som verktøy for tidligfase planleggingen. Informasjon om dette er hentet fra intervjuer med representanter for bygg- og eiendomsforvaltningen i de regionale helseforetakene, men bygger også på forfatterens egne erfaringer fra arbeidet i KNS og med sykehusprosjekter.

Kapittel 6 omhandler kunnskapen om og erfaringer med bruken av veilederen. Informasjon er innhentet gjennom intervjuer av 11 personer med ansvar for organisering og gjennomføring av planleggingsaktivitetene.

I kapittel 7 er målet å kartlegge "sporene" etter veilederen ved en strukturert gjennomgang av plan- og beslutningsdokumenter i 10 utvalgte prosjekter.

Begge tilnærmingmåtene (i kapittel 6 og 7) forutsetter tilgang til dokumenter og sentrale aktører i de aktuelle prosjektene. Vi har valgt å legge de samme prosjektene til grunn for begge kartleggingsoppgavene,

2.3 Valg av prosjekter

Utvalget av de 10 prosjektene som inngår i studien er gjort i samråd med representanter for prosjekteier (de 4 regionale helseforetakene). De 10 prosjektene har produsert til sammen 23 plan- og beslutningsdokumenter. De omfatter idéfaserapporter, konseptrapporter og forprosjektrapporter, se definisjonsliste i vedlegg 3. I noen tilfeller er andre dokumenter som dekker det samme innholdet brukt når de definerte dokumentene ikke finnes.

Målsettingen for denne studien avgrenser utvalget av prosjekter til de som helt eller delvis har gjennomført tidligfase planleggingen etter prinsippene i veilederen, og hvor dette har skjedd etter at rapporten om planprosess for tidligfasen 2004, og senere veilederen fra april i 2006, var tilgjengelig. I praksis betyr det prosjekter som har gjennomført hele eller deler av planprosessen etter 2004.

En avgrensning av utvalget til den formelle planprosessen, som starter med vedtak om oppstart idéfase (B1), fører til at kartlegging av prosessen fra behovet oppstår og til man beslutter å igangsette en målrettet planlegging, ikke er inkludert.⁴ Denne avgrensingen kan være problematisk etter som en rekke premisser da vil være lagt gjennom bl.a. gjennom diskusjon av behov på grunnlag av lokale problemstillinger.

Det finnes ingen prosjekter som både har gjennomført tidligfasen og som har bygget ferdig og tatt i bruk anlegget. Det er derfor ikke grunnlag for å vurdere prosjektenes oppfyllelse av mål i en driftssituasjon. Det er heller ikke mulig å si noe om sammenhengen mellom innholdet i og gjennomføringen av tidligfase planleggingen og måloppnåelsen.

For utvelgelse av prosjektene er følgende kriterier lagt til grunn:

- Omfatter nybygg eller omfattende ombygging av sykehus uavhengig av sykehusets størrelse
- Har gjennomført alle eller minimum to av planfasene i planprosessen:
 - har gjennomført hele tidligfasen eller
 - har gjennomført konseptfasen og forprosjektfasen eller
 - har gjennomført idéfasen og konseptfasen eller
 - har gjennomført idéfasen og forprosjektfasen

⁴ Med unntak av beslutningsgrunnlaget for beslutningen om å igangsette idéfaseplanleggingen (beslutningspunkt B1). Dette beslutningsgrunnlaget omfatter ofte alternative rapporter med betegnelsene utviklingsplan, generalplan, rammeplan og lignende. De er ofte knyttet til rullerende investeringsplaner og/eller faglige langtidsplaner for utvikling av sykehustjenesten.

De 10 prosjektene omfatter 8 prosjekter for somatiske sykehusbygg, 1 forskningsbygg og 1 bygg for psykisk helsevern. I psykiatrien er det i mindre grad mulige å beskrive sammenhenger mellom aktivitet, funksjonelt innhold og kapasitetsbehov, og de overordnede mål og rammer har i de siste årene vært styrt av opptrappingsplanen for psykiatrien.⁵ En etterprøving av hvordan veilederen påvirker planprosessen antas derfor å gi beste resultat anvendt på somatiske sykehusprosjekter.

Kun 2 prosjekter har gjennomført en samlet planprosess som inkluderer alle faser fra og med idéfase til og med forprosjektfase. Vi har derfor valgt å ta med prosjekter som har gjennomført 2 av 3 planfaser.

Tabell 1 viser de prosjektene som er valgt på grunnlag av kjente prosjekter som oppfyller kriteriene ovenfor.

Tabell 1 Utvalgte prosjekter for informasjonsinnsamling og kartlegging (kapittel 6 og 7)

Nr.	Helseforetak	Prosjekt	Idéfase rapport	Konsept rapport	Forprosjekt rapport
1	Nordlandssykehuset HF	Bodø sykehus, byggetrinn 2 - 5		x	x
2	Nordlandssykehuset HF	Vesterålen sykehus	x	x	x
3	Sykehuset Buskerud HF	Nytt sykehus Gullaug		x	
4	Nordmøre og Romsdal HF	Nye Molde sykehus	x	x	x
5	Sykehuset i Vestfold HF	Byggetrinn 7		x	x
6	Sykehuset Østfold HF	Nye Østfold sykehus	x	x	x
7	Helse Bergen	BUSP		x	x
8	Radiumhospitalet	Forskningsbygget		x	x
9	Helse Nord-Trøndelag	Sykehuset Namsos, samlokalisering psykiatri	x	x	x

⁵ St.prp. nr 63 (1997-1998) Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999- 2006. Endringer i statsbudsjettet for 1998

2.4 Valg av informanter

Informantene for kapittel 6 er utvalgt for å dekke flere sentrale faggrupper/roller i prosjektorganisasjonen, og som har hatt ansvar for å tilrettelegge og gjennomføre planleggingsoppgavene i henhold til veilederen. De totalt 11 informantene tilhører gruppene:

- Prosjektledere, prosjektdirektører
- Rådgivere, funksjonsplanleggere
- Arkitekter

Personer i disse posisjonene og gruppene er sentrale informanter om hvordan plan- og beslutningsprosessen i utbyggingsprosjektene har vært gjennomført og styrt.

I dette prosjektet har fokus vært på bakgrunnen for utvikling av veilederen (kapittel 3), utvikling og innføring av veilederen (kapittel 4 og 5) og erfaringer med bruk av veilederen (kapittel 6). For å samle opplysninger om disse problemstillingene har det vært gjennomført intervjuer med sentrale personer knyttet til statlige myndigheter, regionale helseforetak – prosjektledere og rådgivere. Intervjuene har vært semistrukturerte og basert på intervjuguider tilpasset det enkelte tema.

Intervjuene er gjennomført i to omganger: Samtaler med eiendomsansvarlige i de regionale foretakene skjedde i vinteren 2008. De øvrige intervjuene skjedde høst/vinter 2009.

2.5 Dokumentgjennomgang

Et mål for prosjektet har vært å kartlegge effekten av bruken av veilederen på innholdet i og kvaliteten på de plan- og beslutningsdokumentene som produseres. Dette er kartlagt ved en systematisk gjennomgang av de 23 dokumentene som er produsert i de 10 utvalgte prosjektene. Ref. kapittel 7.

Beskrivelse av metode er ellers knyttet til hvert kapittel hvor dette er relevant.

2.6 Oppbygging av rapporten

Rapporten følger malen for rapporter under Concept programmet. Rapporten har følgende struktur:

- Kapittel 1 inneholder en oppsummering av hovedpunktene i rapporten.
- Kapittel 2 omtaler datagrunnlag og metode.

- Kapittel 3 beskriver bakgrunnen for at tidligfase planlegging, og regimet for planlegging og kvalitetssikring av sykehusprosjekter, ble aktualisert.
- Kapittel 4 gir en oversikt over utviklingsprosessen for veilederen og veilederens oppbygging og innhold.
- Kapittel 5 beskriver hvordan og i noen grad hvorfor veilederen ble innført som en standard for plan- og beslutningsprosessen i sykehusprosjekter, basert på intervjuer med bygg- og eiendomsansvarlige i RHF-ene.
- Kapittel 6 gjennomgår erfaringer fra bruken av veilederen i prosjekter basert på intervjuer med sentrale aktører i prosjektene.
- Kapittel 7 oppsummerer effekten av veilederen på innholdet i og kvaliteten på planleggings- og beslutningsdokumenter, på grunnlag av gjennomgang og analyser av slike dokumenter.
- Kapittel 8 gir en oppsummering av forhold som kartleggingsarbeidet har avdekket, drøfting av årsaker og sammenhenger og forslag til tiltak for forbedring og utvikling. Det bygger på innholdet i kapitlene 5-7 og vedlegg 1 og 2.

Resultatene fra arbeidsseminarene er beskrevet i vedlegg 1 og 2, og i vedlegg 3 finnes en kort definisjonskatalog. Nyttårsbrevet, som inneholder viktige premisser for etablering av og innhold i veilederen, finnes i vedlegg 4.

Rapporten er strukturert i henhold til de aktiviteter som er avtalt i prosjektplanen. Resultatene er presentert i kapitlene 5, 6 og 7 i rapporten. Det er like problemstillinger som tas opp og beskrives i disse kapitlene og det vil derfor forekomme gjentakelser. Det er lagt vekt på å samle vurderinger, drøftinger og analyser i kapittel 8 med fare for at det ikke i en hver sammenheng kommer klart frem hvilke informasjonskilder som er grunnlaget.

3 Bakgrunn for utvikling av veileder for tidligfase planlegging

Til grunn for dette kapitlet ligger gjennomgang av dokumenter og intervjuer med personer som var sentrale i gjennomføringen av eierskapsreformen. Dette omfatter personer i fylkeskommune og seinere i helseforetak, Helse og omsorgsdepartementet, Helsedirektoratet, private sykehus og i politiske posisjoner. I tillegg bygger det på forfatterens erfaring fra arbeidet i Kompetansenettverket for sykehusplanlegging og erfaring som rådgivere i forbindelse med tidligfase planlegging i sykehusprosjekter.

Pkt 3.1 er forfattet av Pål Martinussen og er utdrag fra rapporten "Fra eier til ombud – ny rolle for fylkespolitikere etter statlig overtakelse av sykehusene" Unimed Helsetjenesteforskning juni 2003, Pål Martinussen og Bård Paulsen.

3.1 New Public Management

Utviklingen innen norsk helsetjeneste i retning av mer markedsorienterte modeller har pågått i mange år, og har gradvis lagt grunn for sykehusreformen. Pettersen (2001) mener å kunne fastslå at styringsperspektivet i sykehussektoren i større grad er blitt basert på etterspørselsmekanismer og markedsideologi, og at denne bedriftsorienteringen reflekteres godt i de organisasjonsformene som sykehusene tar i bruk, med begrep som divisjoner, senterstruktur og enhetlig ledelse. Denne utviklingen sammenfaller med styringsmodeller som vektlegger "målstyringskonseptet, konkrete resultatkrav og ny 'management'-orientert lederstil med vekt på resultatorientering, administrativ profesjonalisme og mindre politikerinnflytelse" (Pettersen, 2001: 2186-7).

Det er en økende tendens til å definere brukere som konsumenter og til å vektlegge frie valg, en utvikling som bl.a. gjenfinnes i de nye pasientrettighetslovene, der retten til fritt sykehusvalg er et nytt og sentralt element. Pettersens hovedpoeng er at det er innført en tilbyder-etterspørsel-logikk som styringsfilosofi i norske sykehus, der det er pasientens etterspørsel og ikke den politiske debatt som bestemmer budsjetttilgangen. Tilsvarende peker Vareide (2001) på at det har vært en utvikling i retning av New Public Management innen helsetjenesten i Norge, og trekker fram sentrale virkemidler som økt incentivbruk gjennom innsatsstyrt finansiering, større fokus på resultatmål og sammenlignbare data mellom sykehus, fritt sykehusvalg, større fokus på lederroller og lovbestemmelser om enhetlig

ledelse, og den nye helselovgivningen som knytter ansvar til ledelsesposisjoner framfor profesjonsutdannelse.

Sykehusreformen føyer seg slik inn i en trend av helsereformer som er tydelig inspirert av tankegods fra New Public Management (jfr. Pettersen, 2001; Vareide, 2001; Lian, 2003). Som allerede nevnt er reformen basert på to hovedelementer (jfr. Ot. prp. nr. 66, 2000-2001). Det første er at *staten overtar eierskapet* til de fylkeskommunale sykehusene og de øvrige virksomheter innenfor spesialisthelsetjenesten. Det viktigste argumentet for statlig eierskap er at staten får en helhetlig ansvarsposisjon for spesialisthelsetjenesten, ved at både sektoransvaret, finansieringsansvaret og eierskap samles på en hånd. For befolkningen og sektorens aktører vil det ikke lenger være noen tvil om at det er staten som har både det formelle og reelle ansvar for forholdene i sykehussektoren, noe som igjen vil kunne forebygge uverdige spillsituasjoner om hvem som har ansvaret.

Det andre hovedelementet i sykehusreformen er at *virksomhetene organiseres i foretak*. Storparten av statens virksomhet er som kjent organisert som forvaltningsorganer. Forvaltningsorganisering brukes for statlig virksomhet der politisk og konstitusjonelt ansvar utøves, og som derfor er underlagt mulighet for direkte styring og ledelse fra overordnet politisk hold når det gjelder den løpende driften. Innføringen av foretaksorganisering innebærer derfor et brudd med tidligere norske forvaltningstradisjoner, siden dette representerer en annen styringsfilosofi: organisering i foretak markerer nemlig et klart organisatorisk skille mellom virksomheten og overordnet politisk organ.

Som det framheves i lovforslaget til sykehusreformen, er ett av siktemålene og ”gi sykehusene og deres ledere en klarer ansvars- og fullmaktsposisjon slik at ledelsen får et mer helhetlig ansvar for den løpende drift” (Ot. prp. nr. 66, 2000-2001: 21). Grunnfilosofien i New Public Management om ’å la ledere lede’ skinner også klart igjennom i sykehusreformen: ”ved å skille ut sykehusene fra forvaltningen og gjøre dem til selvstendige foretak, legges forholdene bedre til rette for at sykehusledere skal kunne utøve lederskap og ta ansvar” (Ot. prp. nr. 66, 2000-2001: 29). Videre understrekes det at ansvar må presiseres og målrettes, og at myndighet og handlefrihet må koples til ansvaret.

Organiseringen av helseforetakene som egne rettssubjekter med eget styre skulle nettopp bidra til og ansvarlig- og myndiggjøre de enheter som står for selve produksjonen av sykehustjenester. Det framheves derfor i lovforslaget at ledelsen må få styring og ansvar for alle innsatsfaktorer, myndighet til å velge en organisatorisk struktur som fremmer virksomhetens formål, og et helhetlig ansvar for driften, uten innblanding i driftsspørsmål fra andre nivåer. Sykehusreformen kan derfor like mye ses som en ansvars- og ledelsesreform som en eierskapsreform. De sentrale stikkordene er altså de samme som ofte knyttes til New Public

Management-doktrinen: klare målsettinger, resultatkrav og ikke minst, profesjonell og reell ledelse.

3.2 Hvorfor eierskapsreformen?

Odelstingsproposisjon nr. 66 (2001-2002) Om lov om helseforetak mm begrunner nødvendigheten av sykehusreformen. Her framheves målet om å sette pasienten i sentrum. Reformen skal gi en kvalitativt bedre tjeneste for pasientene, ansvarslinjene skal bli klarere og ressursene skal utnyttes bedre. Svakheterne knyttet til tjenesteytingen skal det bli lettere å gjøre noe med. I proposisjonen skrives det:

Utgangspunktet for lovforslaget om overføring av eierskapet til staten må ikke tolkes som kritikk av fylkeskommunalt eierskap. Det er først og fremst en systemvurdering som ligger til grunn for reformen. Denne vurderingen tilsier at det vil være lettere å gjøre noe med svakheterne dersom de grunnleggende ansvarsforholdene er klare og enkle. I praksis er det bare staten, som allerede i realiteten har finansieringsansvaret for sykehusene, som kan påta seg et slikt samlet eieransvar. (side 8)

De to sentrale endringene var:

At staten overtar eierskapet til de fylkeskommunale sykehusene og øvrige virksomheter innenfor spesialisthelsetjenesten,

At virksomhetene organiseres i foretak. Dette innebærer at de blir organisert i egne rettssubjekter og således ikke er en integrert del av den statlige forvaltning. Overordnede helsepolitiske mål og rammer vil fastsettes av staten og vil ligge til grunn for styring av foretakene. (side 21)

Etablering av sykehusene som selvstendige rettssubjekt (foretak) ble for dette drøftet i Sørensen-utvalgets utredning "NOU 1999:15 "Hvor nært skal det være", men da som fylkeskommunale foretak.

Som foretak og selvstendige rettssubjekter fikk sykehusene en stor grad av selvstendighet som også krevde ansvarlighet overfor de helsepolitiske mål og de økonomiske rammene. Proposisjonen (Ot.prp. 66) drøftet hvordan foretakene skulle styres.

Ved forvaltningsorganisering er det lagt til rette for en sterk og direkte styring fra overordnet politisk organ. Organisering og tilrettelegging av den overordnede styringen er direkte forankret i det politiske ansvaret som eieren har.

Ved foretaksorganisering markeres et klart organisatorisk skille mellom virksomheten og overordnet politisk organ. Ett av siktemålene vil være å gi sykehusene og deres ledere en klarere ansvars- og fullmaktsposisjon slik at ledelsen får et mer helhetlig ansvar for den løpende drift.

Organisasjonsformen i seg selv begrenser (således) ikke eiers mulighet for styring og det ansvar som er knyttet til denne styringsposisjonen. En hyppig direkte inngripen i daglig drift, vil imidlertid undergrave daglig leders og styrets ansvar.

Valget av foretaksorganisering vil slik sett være en viktig forutsetning å oppnå en ønsket styringskultur mellom eier og virksomhetsledelse, og som en støtte for nødvendig ledelsesautoritet innad i virksomhetene. (side 23)

Allerede før vedtaket av eierskapsreformen i Stortinget, hadde Helse- og omsorgsdepartementet (HOD)⁶ anbefalt at de selv skulle være tilbakeholdne med for konkrete veiledninger og påvisninger av hvordan foretakene skulle disponere ressursene sine. Bestillerdokumentet fra departementet til de regionale helseforetakene beskrev hvilke tjenester man ventet regionene og foretakene skulle yte. Hvordan de valgte å gjøre det skulle regionene og det enkelte foretak selv kunne velge.

Kapital som innsatsfaktor og styring av investeringer

Tore Tønne var helseminister og drivkraft for å få gjennom eierskapsreformen. Han overbeviste departement og regjering om at det var nødvendig å få en bedre oversikt og styring med den store kapitalmengden som ble forvaltet av sykehusene. Det nye Rikshospitalet var nettopp ferdigstilt. St. Olav, AHUS og Radiumhospitalets strålebunkere og forskningsbygg var under planlegging. Med organisering i foretak ville de store kapitalverdiene bli presentert i regnskapene til foretakene, både som verdier i balansen og som utgifter til avskrivning i driftsregnskapet.

I proposisjonen er dette beskrevet slik:

*– Det er for lite bevissthet om innsatsfaktoren kapital i sykehus i dag.
Kontantprinsippet bidrar til denne lave bevisstheten. Dette gjelder både bygninger og utstyr. Foretaksorganisering gjør at kostnadene ved bruk av kapital må planlegges på en annen måte. En foretaksorganisering med bruk av prinsippene i regnskapsloven vil inspirere til langt mer bevisste holdninger om bruken av ressursen kapital. (side 26)*

Det er gjennomført en rekke evalueringer av sykehusreformen. Evalueringene⁷ har i all hovedsak konsentrert seg om hvor vidt det statlige eierskapet, organiseringen i regioner og etableringen av en tilnærmet bestiller- og leverandørmødel har gitt de

⁶ Navnet på Helse- og omsorgsdepartementet har vært endret flere ganger, men av praktiske årsaker benyttes her kun benevnelsen Helse- og omsorgsdepartementet og forkortelsen HOD.

⁷ Statlig eierskap og foretaksorganisering i spesialisthelsetjenesten 2002-2005, sluttrapport, Institutt for by- og regionforskning. Resultatevaluering av sykehusreformen, Tilgjengelighet, prioritering, effektivitet, brukervedvirkning og medbestemmelse, Norges forskningsråd, Belyse helseforetaksmodellens funksjonalitet. En evaluering av utvalgte sider ved helseforetaksmodellens virkemåte og effekter, begrensninger og potensialer, Agenda og Muusemann.

forventede resultater. De har i liten grad vurdert hvordan nye regnskapsmetoder har påvirket synet på og bruken av kapital som en innsatsfaktor i driften.

På slutten av 1990-tallet startet Finansdepartementet (FIN) et arbeid med å utvikle fastere prosedyrer for planlegging og gjennomføring av store statlige byggeprosjekt. Dette ble beskrevet på en overordnet måte i Gul bok fra og med 2000. Alle større prosjekt måtte vise at de hadde gjennomført en kvalitets sikring av prosjektet før det ble fattet vedtak i stortinget om at prosjektet kunne starte selve byggeprosessen. Hensikten var å tydeliggjøre målene med investeringen og klargjøre bedre om innsatsen var verdt det forventede resultatet og om alternative veier til målet var vurdert.

Da denne ordningen ble etablert for statlige investeringsprosjekt var de aller fleste sykehusene eid av fylkeskommunen, og dermed ikke underlagt dette regelverket. Med sykehusreformen per 1. januar 2002 ble alle offentlig eide sykehus statseide helseforetak, og fortsatt ikke underlagt FINs regelverk for styring.

I tillegg til at foretakene ikke var underlagt dette regelverket hadde de anledning til å ta opp lån. Låneopptakene var ikke inkludert i rammene for handlingsregelen for bruk av oljeinntekter. I reformens første år utgjorde dette et beløp på 2-3 milliarder årlig. FIN ønsket å endre dette, noe som ble gjort fra og med budsjettåret 2008. I St.prp. nr. 1 (2007-2008) Gul bok, kapittel 10.4 heter det:

”I 2008-budsjettet foreslås det at nye investeringslån til helseforetakene budsjetteres «over streken» på statsbudsjettet. Det innebærer at bevilgningene til investeringslån i helseforetakene også inngår i grunnlaget for vurderingen av flerårige budsjettkonsekvenser.”

3.3 Finansiering av investeringer før og etter sykehusreformen

Finansiering av investeringer før 2002

Det var de offentlige sykehusene som ble påvirket av nye regnskapsregler.

Bevilgningene til de offentlige sykehusene var delt i et budsjett for løpende driftsutgifter og en bevilgning til større innkjøp og investeringer i bygg. Driftsbudsjettet ble årlig korrigert for lønns- og prisendringer og endringer i de enkelte sykehus sine oppgaver. Bevilgningen til kapital ble ført på egen konto, tallfestet som 40-kontoene. Størrelsen på disse bevilgningene kunne variere kraftig fra år til år. Fikk et sykehus gjennomslag for et større byggeprosjekt ville sykehuset få store bevilgninger inntil alle utgifter knyttet til bygging og idriftsetting av det nye bygget var betalt. Etter det var det ikke lenger spor etter byggets og utstyrets verdi i sykehusets regnskap annet enn i de årlige utgiftene til forvaltning, drift og vedlikehold av bygget.

Verdien av bygningsmassen var i varierende grad synlig i de fylkeskommunale regnskapene.

Finansiering av investeringer etter 2002

Med reformen fikk foretakene alle pengene, hvert år. Dette skulle som tidligere gå til å dekke lønn og andre driftsutgifter. I tillegg skulle bevilgningen dekke de årlige avskrivningene av kapitalen. Valgte foretaket å fornye kapitalen ved kjøp av nytt utstyr og større ombygginger eller nybygg, ville kapitalens verdi og de årlige avskrivningene øke. Da ble det blir mindre ressurser til annen løpende drift. Valget som ble gjort ville påvirke driftsbudsjettet i hele kapitalens levetid. Da måtte det dokumenteres at kapitalinnsatsen ga en ekstra verdi til tjenesten som skulle ytes.

Investeringer måtte derfor planlegges innenfor denne årlige driftsøkonomiske rammen. Det kom ikke departementale midler på toppen av dette for å dekke en større investering. Ønsket helseregionen å satse spesielt på et større investeringsprosjekt, måtte midlene omfordeles internt i regionen.

Noen overgangsordninger for investeringer

Det var spesielt to forhold som kompliserte overgangen fra forvaltningsøkonomi til foretaksøkonomi og håndteringen av kapital i foretakene.

Det første gjaldt verdsettingen av sykehusenes eksisterende kapital, åpningsbalansen. Da arbeidet med å verdsette kapitalen til foretakene var gjennomført, viste det seg at den samlede verdien var langt høyere enn det beløpet som var lagt inn for å dekke årlige avskrivninger. Det ble derfor arbeidet mye og lenge med å vurdere avskrivningsregler som både tilfredsstilte kravene til god regnskapsskikk, og som var bedre tilpasset ressursene foretakene hadde fått tildelt. Man fant å kunne øke avskrivningstiden, spesielt for råbygg, mer enn opprinnelig forutsatt. Samtidig fikk foretakene anledning til å ta opp lån, forutsatt at de kunne dokumentere at de hadde mulighet for å betale dem tilbake.

Det andre gjaldt behandlingen av tre store prosjekt som var påbegynt under fylkeskommunalt styresett og som nå ble ført videre i foretakene. Disse tre prosjektene, forskningsbygg og stråleterapibunkere ved Radiumhospitalet, AHUS og St. Olav, fikk egne bevilgninger ut over overføringene til de regionale foretakene. I tillegg til disse var det andre prosjekt som var påbegynt under fylkeskommunen, men som ikke fikk en ekstra øremerket bevilgning.

Tabell 2 Øremerkete overføringer til kapitalformål i St.prp. nr. 1, Statsbudsjettet for årene etter eierskapsreformen.

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Til store byggeprosjekt	-	-	297	444	827	1417	1059	652	287
Lån til investeringsformål	-	2000	2000	3000	2750	3500	1720	1075	689
Renter	-	-	115	115	115	200	385	210	16

Foretakene opplevde at de ikke hadde tilstrekkelig med midler til å kunne handtere kapitalen sin slik eierskapsreformen forutsatte. Samtidig registrerte man at noen byggeprosjekt fikk tilført ekstra midler. Derfor har det i hele perioden eksistert et håp i foretaksledelsene om at de også ville få ekstra midler, bare prosjektet de fremmet hadde god nok administrativ og politisk støtte.

3.4 Utvikling av styringsverktøyene

Under fylkeskommunal ledelse var det enkelte sykehus underlagt sykehusdirektøren/ sykehussjefen i fylkeskommunen som hadde sitt administrative støtteapparat. Midler til drift ble overført fra staten til fylkeskommunene som en blanding av aktivitetsbaserte midler og rammebevilgning. Man søkte staten ved departementet om godkjenning av større byggeprosjekt. Ble de godkjent, ble prosjektet tilført statlige midler som tilsvarte om lag 1/3 av investeringene. Det var ingen faste og formaliserte styringsmøter mellom departement og fylkeskommune. Fylkeskommunene på sin side hadde formelle styringslinjer ned til det enkelte sykehus.

Etter eierskapsreformen ble midlene overført til de fem helseregionene, som etter sammenslåingen av Helse Øst RHF og Helse Sør RHF til Helse Sør-Øst RHF, nå er redusert til fire. Det ble utarbeidet et dokument som beskrev hvilke tjenester man forventet ble levert. Det ble først kalt styringsdokument, så bestillerdokument og nå heter det oppdragsdokument. Ved siden av dette dokumentet kan departementet styre ved myndighetsvedtak rettet mot spesielle områder av tjenesten. Oppfølgingen av hvordan oppdraget blir utført, skjer gjennom foretaksmøtet der det regionale helseforetaket møter staten som eier, representert ved helseministeren.

Det regionale helseforetaket styrer virksomheten i de enkelte foretak gjennom de styrer som er oppnevnt for det enkelte foretak. Det er ikke etablert noen felles mal eller retningslinje for hvordan denne styringen skal utføres i hver enkelt region.

Helsedirektoratet blir, som i den fylkeskommunale modellen, benyttet av departementet til å vurdere faglige problemstillinger når det er aktuelt. For byggeprosjekt innebærer det at direktoratet skal vurdere om prosjektets løsninger faglig sett lar seg forsvare og anbefales en myndighetsgodkjenning.

Fram mot nyttårsbrevet 31.12.2002⁸

Helt på tampen av det første driftsåret for helseforetakene kom ”Beslutning om og gjennomføring av investeringsprosjekter i de regionale helseforetakene”. Dette brevet er datert 31.12.2002 og er senere referert til som ”nyttårsbrevet”. Her gis en beskrivelse av hva som må kunne dokumenteres for store investeringsprosjekt, prosjekter som var budsjettet til å koste 500 millioner kroner eller mer. Det var ikke noen spesielle hendelser som ledet fram til dette brevet, men et ønske om å etablere et styringssystem for større investeringer tilsvarende det FIN hadde etablert for store statlige investeringsprosjekt.

Arbeidet etter nyttårsbrevet

I Helse- og omsorgsdepartementet

Etter utsendelsen av nyttårsbrevet ble det etter hvert startet et arbeid med et rundskriv for myndighetsgodkjenning av sykehus tilpasset eierskapsreformen. Dette rundskrivet forelå i mars 2004,⁹ og erstattet et rundskriv fra 1999. Rundskrivet slår fast at offentlige sykehus må ha en faglig godkjenning om kostnaden er vurdert å være 500 millioner kroner eller mer. Det gis anledning til en foreløpig myndighetsvurdering underveis i tidligfasen.

Ut over dette ble det ikke utarbeidet nye retningslinjer fra departementets side. Det har etter hvert blitt reduserte muligheter for å ta opp lån. Fra og med budsjettet for 2010 er alle større investeringsprosjekt løftet inn i Statsbudsjettet og helseforetakene har nå ikke anledning til å ta opp lån ut over den lånerammen som er gitt i Statsbudsjettet. Den økonomiske styringen er blitt tydelig skjerpet og foretakene er underlagt en større grad av detaljstyring enn hva som var de opprinnelige intensjonene med eierskapsreformen. Det er også gitt klare finansielle styringssignaler for å hindre andre investeringsløsninger som kan innebære finansiell leasing.

Den faglige myndighetsgodkjenningen i henhold til rundskrivet om myndighetsgodkjenning krever et hovedfunksjonsprogram og et ferdig forprosjekt. Et ferdig forprosjekt krever en betydelig ressursinnsats fra foretakenes side. Det var derfor noe diskusjon om å knytte myndighetsgodkjenningen noe nærmere til de

⁸ Brev til De regionale helseforetakene v/adm. direktør; Beslutning om gjennomføring av investeringsprosjekter i de regionale helseforetakene, ref. 02/06853, 31.12.2002.

⁹ Rundskriv I-4/2004 til De regionale helseforetak, Landets fylkesmenn, Helsetilsynet i fylkene, 02/00406 HTA HMR, 04.03.2004.

økonomiske vurderingene. Dette er ikke skjedd. Myndighetsgodkjenningen av offentlige sykehusprosjekt er derfor løsrevet fra en prioritetsvurdering hva gjelder bruken av ressurser og effekten av dette.

I de regionale helseforetakene/foretakene

Tidligere Helse Øst RHF var første regionale helseforetak som instruerte sine foretak til å benytte metoden beskrevet i Veileder for tidligfase planlegging når de planla et byggeprosjekt. Denne veilederen benyttes nå av de aller fleste byggeprosjekt innen foretaksområdet. De retningslinjer og anbefalinger som veilederen gir, følges nå i alle større sykehusprosjekter.

3.5 Hvor er vi nå (2010)?

Etablering av den nye eierskapsmodellen og begrunnelsen for den, faller godt innenfor grunnfilosofien for New Public Management. Reformen innebærer at det legges vekt på lederskap, ansvar og målretting av ressursbruken.

Foretaksmodellen etablerer et selvstendig, økonomisk ansvar hos helseforetakene som i prinsippet er uavhengig av forvaltningen. Ved å legge kapitalkostnadene inn i driftsbudsjettet er det opp til foretaket selv å bestemme hvordan inntektene skal disponeres, og man frigjøres fra godkjenning av enkeltsaker i Stortinget. Dette prinsippet har vært ønsket også for andre sektorer.

Prioritetsdiskusjonen foregår på foretaksplan og i de regionale foretak og omfatter både balansen mellom investeringer og drift, og hvor det skal investeres. Dette er ikke gjenstand for noen samlet vurdering på statlig nivå. Hvis de regionale foretakene vurderer at det er nødvendig å gjennomføre byggeprosjekt for å kunne oppfylle kravene i oppdragsdokumentet, vurderer departementet om regionen har evne til å bære prosjektet rent økonomisk. Direktoratet blir ikke benyttet til å gi en vurdering av hvordan ressursene samlet prioriteres, og departementet har heller ikke etablert noen interne retningslinjer for hvordan regionenes prioriteringer skal vurderes, annet enn i forhold til den eksisterende økonomiske rammen.

4 Utvikling av Veileder for tidligfase planlegging i sykehusprosjekter

4.1 Litt historikk

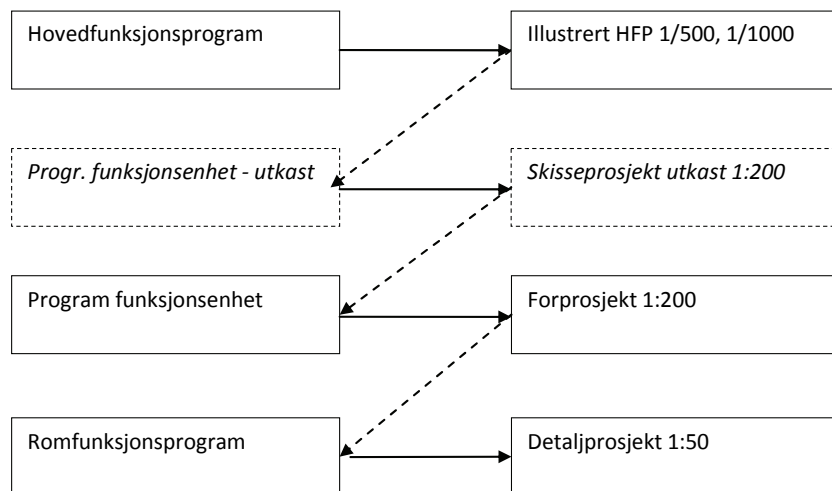
Sykehus bærer preg av de funksjoner de inneholder og den rådende oppfatning om organisering av funksjonene på det tidspunktet huset ble bygget. At sykehuset tradisjonelt har hatt stor betydningen for lokalsamfunnet reflekteres også i arkitektur og plassering. Selv om vi ikke kan snakke om organisert ”tidligfase planlegging” ved bygging av sykehus før i de siste 10 årene, har involvering av fagmiljøer (brukermedvirkning?) og andre interessenter i lang tid hatt stor betydning for både innhold og design.

Sykehus regnes blant de mest komplekse og krevende anleggene å planlegge og bygge. Det settes høye krav til tekniske løsninger, krav til integrasjon mellom bygg og utstyr og sterke avhengigheter mellom bygg, funksjon og drift. Kompetansen om de tekniske og funksjonelle kravene finnes i hovedsak blant sykehusets fagmiljøer, og arkitekter og rådgivere spesialiserer seg for å kunne arbeide med sykehus.

Prosjektering og bygging av sykehusbygg er, bortsett fra kompleksiteten, lik andre større byggeprosjekter. Ulikhetene ligger i utviklingen av funksjonsprogrammet som beskriver virksomheten, hvordan den vil utvikle seg og de krav dette stiller til bygg og infrastruktur. Allerede i 2000 ble det utviklet en Veileder for Hovedfunksjonsprogram (HFP) i regi av HOD.¹⁰ HFP beskriver virksomheten i det nye sykehuset på et overordnet nivå, og skal omfatte avklaring av fremtidig aktivitet, kapasitetsbehov, driftsmodell med nærhetskrav og arealbehov. Summen av innholdet i HFP og organiseringen av planprosessen slik den er vist i figur 3 frem til og med forprosjekt, er lik planprosessen for tidligfasen fra og med konseptfasen.

Figuren viser skjematisk hvordan programmering og prosjektering av sykehusprosjekter ble organisert før planprosessen for tidligfase planlegging ble utviklet.

¹⁰ Veileder hovedfunksjonsprogram – sykehusbygg, Helse og omsorgsdepartementet, februar 2000.



Figur 3 Programmering og prosjektering i sykehusprosjekter

Grunnlaget for HFP var i mange tilfeller behovskartlegging og tilstandsvurdering av bygg, i tillegg til utviklingsplaner, arealplaner, generalplaner eller andre strategidokumenter. Dette tilsvarer i stor grad de dokumentene som i dag ligger til grunn for oppstart idéfase. Disse dokumentene hadde hovedfokus på behovet for utvikling av nye og/eller større sykehus(bygg), men i varierende grad ble også spørsmål om funksjonsfordeling, endringer i opptaksområder, endringer i sykelighet og tjenestetilbud lagt inn som dimensjonerende grunnlag for beregning av kapasitetsbehov og størrelse på sykehuset.

I perioden fra 1980-tallet til 2010 har det vært planlagt og bygget fire store universitetssykehus i Norge (Universitetssykehuset i Nord-Norge, Rikshospitalet, St. Olavs Hospital og Akershus Universitetssykehus). Det tilsvarer ca. 600 000 m² bto sykehusbygg til en kostnad på over 30 mrd NOK. Et relativt lite, norsk fagmiljø har vært involvert i planleggingsarbeidet, og har høstet omfattende erfaring og kompetanse.

Det nye som ble introdusert med Finansdepartementets kvalitetsregime (KS1) og nyttårsbrevet, var fokus på idéfasen med søk etter alternative løsningskonsepter, tydelig avgrensning av ansvar og roller, krav til systematisk kvalitetssikring og økonomisk bærekraft. Når Veileder for tidligfase planlegging ble så raskt implementert og tatt i bruk, er det delvis et resultat av at det faglige grunnlaget var på plass og de formelle rollene var tydeliggjort gjennom det nye lovverket om helseforetakene.

4.2 Generelt om tidligfase planlegging

Det er ikke etablert en entydig definisjon eller avgrensing av hva begrepet ”tidligfasen” omfatter. Begrepet indikerer en planfase som er knyttet til gjennomføring av byggeprosjektet og som kommer før byggeprogrammet og prosjekteringen. Med et krav til utredning av alternative, konseptuelle løsninger, inklusiv 0-alternativet, utfordres grunnlaget for et ønsket utbyggingsprosjekt. Det forutsettes gjennomført reelle drøftinger om investering i nytt bygg er den beste løsningen. Endringer i funksjonsfordeling og oppgaver (ref. samhandlingsreformen), endringer i sykehusstruktur, og analyse av sykehusenes rolle i en fremtidig helhetlig helsetjeneste, kan avdekke at gjennomføringen av prosjektet ikke vil være den beste løsningen.

I Concept rapport nr. 3 om ”Beslutningsunderlag og beslutninger i store statlige investeringsprosjekter”¹¹ avgrenses tidligfasen i store offentlige prosjekter til perioden

”fra ideen lanseres til Stortinget vedtar finansieringen”.

Sluttpunktet synes klart, både når det gjelder innhold og beslutningsansvar, mens starten av tidligfasen knyttes til tidspunktet for når ideen lanseres. Det vil trolig være stor variasjon både når det gjelder grunnlag for og ansvarsroller involvert i en slik lansering.

Concept programmet utarbeidet i 2002 en litteraturstudie om tidligfasevurderinger av prosjekter.¹² Rapporten gir ikke en avgrensing av begrepet ”tidligfase”, men den konkluderer i sammendraget med at

”innen beslutningsteori og usikkerhetsanalyser finnes det mye litteratur, men oftest ikke direkte knyttet til tidligfasen i prosjekter”.

Tilsvarende finner man i Concept rapport nr. 15¹³, at kartlegging av risikofaktorer og suksessfaktorer i hovedsak er knyttet til gjennomføringsfasen.

HOD ga grunnlaget for et regime for tidligfase planlegging gjennom nyttårsbrevet. Her introduseres begrepet ”idéfasen” som den innledende fasen i en planprosess, og departementet vektlegger at de ”idésøk” som gjøres skal forankres i overordnede økonomiske og helsefaglige prioriteringer.

¹¹ Beslutningsunderlag og beslutninger i store statlige investeringsprosjekter, Sverre Haanæs, Eilif Holte og Stein Vegar Larsen, Concept rapport nr 3, 1. mai 2006.

¹² Litteraturstudie – Tidligfasevurderinger av prosjekter, Olav Torp, Concept rapport 01-10, 18. februar 2002.

¹³ Kostnadsusikkerhet i store statlige investeringsprosjekter, Concept rapport nr 15, 2006.

Opplegget i nyttårsbrevet synes å være i tråd med den engelske "Gateway review model" som vektlegger at det skal foreligge en forretningsstrategi og et forretningsmessig behov før man går videre i utviklingen av en forretningsplan (business case) for et konkret prosjekt. I Telenors prosjektmodell beskrives initiering av et prosjekt som et linjeansvar¹⁴, mye i tråd med den praksis man har i sykehusprosjekter, og trolig også i andre store offentlige prosjekter.

Finansdepartementets veileder nr. 3¹⁵ beskriver ikke hvordan et prosjekt initieres, men viser til at man i 1. planleggingsfase (konseptvalgfase) skal utarbeide en behovsanalyse, et mål- og strategidokument, et overordnet kravdokument og en alternativanalyse. Dette synes å være en presisering og utvikling fra det som i Concept rapport nr. 3 beskrives som behovsfase.

Veilederen for tidligfase planlegging ble revidert våren 2009. Kravet til forankring av prosjektet i foretakets investeringsplan og analyse av økonomisk bærekraft ble da understreket. Sammen med kravet om at alle investeringskostnader skal synliggjøres i driftsbudsjettene, forsterker dette kravet om en sunn, forretningsmessig drift av helseforetakene hvor også avskrivning av realkapitalen og finanskostnader ivaretas, noe som er i tråd med ideologien bak New Public Management.

I Veileder for tidligfase planlegging er det gjort følgende avgrensning av tidligfasen:

"de faser eller trinn et initiativ eller en idé må gjennom for å bli utviklet til et fullverdig prosjekt, som kan realiseres i en bygningsmessig prosjektgjennomføring. Tidligfase omfatter således alle aktiviteter før prosjektet godkjennes for bygningsmessig gjennomføring"

Beslutningsunderlaget for start av idéfasen (B1) er ikke klart spesifisert, men det presiseres at

"før det settes i gang en idéfaseutredning bør det foreligge et mandat fra foretakets ledelse basert på innstilling til utredningsprosjekt (B1) som inneholder bakgrunn og situasjonsbeskrivelse (nåsituasjon), hovedproblem og eventuell konkretisering i delproblemer, årsaker til behovet og en behovsdefinisjon med beskrivelse av ønsket slutttilstand (framtidstilstand i et definert tidsperspektiv) og alternative tiltak for å nå denne".

¹⁴ Beslutningsunderlag og beslutninger i store statlige investeringsprosjekter, Sverre Haanæs, Eilif Holte og Stein Vegar Larsen, Concept rapport nr 3, 1. mai 2006.

¹⁵ Veileder nr 3 Felles begrepsapparat KS1, Finansdepartementet 11.03.2009.

Helse Sør-Øst RHF har konkretisert dette til et krav om at når den strategiske delen av planarbeidet er gjennomført skal resultatet av dette være førende for etablering av en utviklingsplan. Idéfasen kan gå i parallell, men man vil ikke behandle prosjekter før disse er satt inn i en virksomhetsstrategi. Veilederen inneholder ikke en slik presisering og de øvrige RHF-ene praktiserer ikke et slikt krav. Grunnlaget for B1 og B2 varierer i stor grad og det er grunn til å anta at dette har påvirket hvilke løsninger som inngår i det alternativet som legges til grunn for gjennomføring.

Ettersom hovedtyngden av dokumentene er utarbeidet før den reviderte veilederen forelå (august 2009) er veilederen fra april 2006 lagt til grunn i denne rapporten. Det vises i noen tilfeller til den reviderte veilederen fra 2009 for å illustrere hvordan svakheter i den første veilederen blir ivarettatt.

4.3 Kompetansenettverk for sykehusplanlegging (KNS)

Kompetansenettverk for sykehusplanlegging (KNS) har, på vegne av Helsedirektoratet og i samarbeid med regionale helseforetakene, stått for utviklingen av veilederen. Intervjuer som er gjennomført med representanter for RHF-ene, prosjektledere og rådgivere, dokumenterer langt på vei at administrativt og faglig engasjement fra direktoratet og foretakene har gitt veilederen en faglig og politisk tyngde som har bidratt til at veilederen raskt er etablert som akseptert standard for tidligfase planlegging i sykehus. Det er derfor naturlig å gi en kort presentasjon av KNS og dets organisering og oppgaver.

Etablering og organisering

Målet med KNS er å arbeide for at planlegging og utvikling av bygg og infrastruktur skal bidra til en kvalitetsmessig god og effektiv helsetjeneste med lave investerings- og driftskostnader.

KNS ble etablert i mai 1998 av spesialrådgiver Harald Myrseth i HOD. Han var departementets fagperson på planlegging og gjennomføring av Nye Rikshospitalet og representerte departementet i forhandlinger med fylkeskommunene om godkjenning og finansiering av sykehusprosjekter.

Etter eierskapsreformen ble KNS omorganisert og ansvaret overført til Helse-direktoratet, divisjon for spesialisthelsetjenester. I rapporten "Sykehusreformen i et eierperspektiv" utgitt av HOD i 2001, ble behovet for kompetanseutvikling innen planlegging og bygging av sykehus understreket, og dette ble bekreftet ved at avsetninger til KNS var nevnt i tildelingsbrevet fra HOD til direktoratet i forbindelse med Statsbudsjettet for 2003. Det helhetlige statlige eierskapet med

etablering av foretaksstrukturen gjorde det naturlig å trekke eieren, representert ved de regionale helseforetakene, inn i nettverket.

Det ble etablert en styringsgruppe bestående av direktoratet og de ansvarlige for bygg- og eiendom i de regionale helseforetakene. Senere er HOD representert med en observatør i styringsgruppa. Fra 2007 har helseforetakene bidratt til finansieringen av nettverket. Dermed fikk KNS en formell rolle som et organ som kunne handle på vegne av direktoratet, og hvor utvikling av felles kunnskap, modeller og verktøy knyttet til planlegging og bygging av sykehus, ble en sentral oppgave.

KNS disponerer et budsjett på ca. 2.2 MNOK, hvorav ca. 50 % går direkte til utviklingsprosjekter. Hovedoppgavene omfatter informasjonsspredning gjennom webportalen www.sykehusplan.no, kunnskapsinnhenting og -formidling ved årlige fagseminarer, bidrag i konferanser og nettverksarbeid nasjonalt og internasjonalt, forskning og utredninger samt utvikling av veiledere, verktøy og modeller for planlegging. Møtene i styringsgruppa fungerer som et faglig samarbeidsforum for eiendomsansvarlige i de regionale helseforetakene. I 2001 ble det inngått avtale med SINTEF om sekretariatsfunksjoner og drift av webportalen.

Kompetansenettverket og tidligfase planlegging

På grunnlag av Nyttårsbrevet ble det i 2003 gjennomført et arbeidsseminar om tidligfase planlegging i regi av KNS, som ga viktige innspill til det videre arbeidet.

På dette grunnlaget, og basert på erfaringer fra arbeidet med store utbyggingsprosjekter, ble det i 2003 nedsatt en arbeidsgruppe som i juni 2004 leverte en rapport om tidligfase planlegging i sykehusprosjekter¹⁶. Sammen med veiledere for hovedfunksjonsprogram (HFP)¹⁷ og hovedprogram utstyr (HPU)¹⁸, dannet denne rapporten grunnlaget for utarbeidelse av veilederen.

Direktoratet la frem rapporten om tidligfase planlegging i møte med HOD 19. okt. 2004. HOD konkluderte etter møtet med at

”rapporten om Planprosessen i tidligfasen tilfredsstiller de krav og forventninger departementet har formulert i tildelingsbrevets avsnitt om Kompetansenettverket. Endelig myndighetsgodkjenning skal fortsatt foretas på grunnlag av fremlagt forprosjekt.

¹⁶ Rapport – planprosess for tidligfasen, Kompetansenettverk for sykehusplanlegging, Asmund Myrbostad, 10. juni 2004.

¹⁷ Veileder for Hovedfunksjonsprogram i sykehusprosjekter mai 2007.

¹⁸ Veileder Hovedprogram utstyr i sykehusprosjekter – Konseptfasen, januar 2008.

Prinsippene i rapporten kunne nå legges til grunn for utvikling av en veiledning for tidligfase planlegging som kunne utgis i direktoratets navn. Styringsgruppen for KNS konkludert med at:

"Direktoratet vil i samarbeid med sekretariatet for Kompetansenettverket starte arbeidet med revisjon av veilederne for HFP og HPU, og samordne disse med en veileder for tidligfase planlegging."

Veileder for Tidligfase planlegging i sykehusprosjekter var ferdig i april 2006.

4.4 Veilederens innhold og oppbygging

Målsettingen med veilederen

Målet med veilederen er bedre og billigere sykehus gjennom bedre kvalitet i planlegging av sykehusprosjekter. Man har kunnskap og verktøy for å planlegge og bygge (syke)huset, men man mangler tilsvarende for avklaring av overordnede mål, krav og rammer, samt utvikling av dimensjonerende forutsetninger og beregning av kapasitets- og arealbehov. Det var også et mål å oppnå bedre kvalitetssikring ved innføring av usikkerhets- og følsomhetsanalyser og anbefaling om følge-evaluering.

I flere prosjekter viste det seg at når det oppstår problemer i prosjektgjennomføringen og senere i driften, skyltes det uklare mål, uavklarte økonomiske og politiske rammer, endringer i planforutsetninger og uavklarte roller for påvirkning, styring og beslutning. Dette kan illustreres ved:

- Rammene for bygging av nytt Universitetssykehuset i Nord-Norge ble redusert i flere omganger. Etter at sykehuset sto ferdig innenfor fastlagt tids- og kostnadsrammer i 1992, har det vært gjennomført omfattende påbygg og ombygginger.
- Det Nye Rikshospitalet ble forsinket og fordyret på grunn av endringer i kapasitet og funksjonalitet i byggeperioden.
- St. Olavs Hospital hadde ett års stans i planleggingsarbeidet etter at byggefase 1 var ferdig planlagt, for å utrede alternativ tomt.
- Nye Ahus fikk redusert kostnadsrammene etter at forprosjektet var ferdig. Dette ble delvis løst gjennom å øke utnyttelsesgraden for noen rom og funksjonsområder (poliklinikk, operasjon, radiologi) med mer enn 50% ut over praksis i andre prosjekter og ferdige sykehus.

Endringer som kommer seint i planprosessen (og spesielt i byggefasen) skaper forsinkelser og økte kostnader. Selv om prosjektet fremstår som godt gjennomført innenfor tid og kost, kan det i løsningen ligge skjulte kostnader og stor usikkerhet for driften som skyldes mangler i plangrunnlaget.

Helseforetakene er selvstendige foretak i henhold til Ot.prp. nr 66 Om lov om helseforetak mm. De kan selv bestemme hvilke administrative regler og retningslinjer som skal gjelde for utøvelsen av virksomheten. Bruken av veilederen er derfor frivillig. Den er ikke et obligatorisk regelverk som må følges, men er et supplement til foretakenes egne regler og styringsverktøy, og et hjelpemiddel for å oppnå bedre kvalitet i planleggingen. Som en konsekvens av at den er utgitt av Helsedirektoratet følges den i alle større utbyggingsprosjekter.

Referanser

Veilederens oppbygging og innhold bygger på følgende dokumenter:

1. **Brev av 31.12.2002 fra departementet til RHF-ene om "Beslutning om og gjennomføring av investeringsprosjekter i de regionale helseforetakene", det såkalte "nyttårsbrevet".**

Brevet omhandler rammebetingelser som gjelder for beslutninger om gjennomføring av investeringer i helseforetakene. Det avklarer hvilken beslutningskompetanse som ligger i RHF-ene, og klargjør hvilken styringsdialog det skal være med eier (Helse- og omsorgsdepartementet, eieravdelingen).

Som en premiss for at beslutningskompetanse legges til RHF-ene, forutsetter HOD at prosjektet er innarbeidet i RHF-enes overordnede planer og budsjetter, og at det dermed er bekreftet at prosjektet er vurdert og prioritert innenfor helhetlige, faglige og økonomiske rammer. Det fastlegges at for prosjekter med kostnadsramme over 500 MNOK, skal det etableres minst like gode KS-systemer som "gul bok" ordningen, senere Finansdepartementets KS-regime.

I nyttårsbrevet gis det følgende føringer for tidligfase planleggingen:

I *idéfasen* skal det legges vekt på idésøk for å identifisere mulige, alternative, konseptuelle løsninger på behovet som er avdekket. Selv om det ikke sies eksplisitt må dette tolkes som et samfunnsmessig behov for utvikling av helsetjenestene og ikke et isolert behov for et nytt sykehusbygg. Det understrekes at løsningene skal vurderes opp mot økonomiske rammer og at det inviteres til at man allerede i idéfasen åpner for myndighetsdialog. Dette understreker at departementet legger vekt på at investeringene skal bidra til gode, konseptuelle løsninger innenfor realistiske rammer.

Konseptfasen skal etablere et kvalifisert underlag for vedtak om oppstart forprosjekt. Vedtaket fattes av styret for det regionale helseforetaket. I denne fasen legger departementet vekt på at løsningen innpasses i det samlede tilbudet og det skal tas hensyn til funksjoner ved andre sykehus, annen lokalisering, effekter av samhandling med primærhelsetjenesten mv. Det skal tas hensyn til lønnsomhetsanalyser og øvrige økonomiske forutsetninger for realisering av prosjektet. Samfunnsøkonomiske konsekvensanalyser er ikke nevnt.

Forprosjektfasen skal gi grunnlag for endelig beslutning om eventuell gjennomføring i styret for RHF-et, og det kreves forprosjektrapport som grunnlag for myndighetsgodkjenning. Det betyr at endelig beslutning om realisering først kan skje etter at rapport fra forprosjektfasen foreligger. Forprosjektet skal fokusere på innretning i forhold til funksjons- og oppgavefordeling, dimensjonerende forutsetninger, funksjoner, driftsformer og organisering, aktivitets- og produksjonsdata. Det skal gjøres analyser av prosjektets økonomiske virkninger og av prosjektets betydning for foretakets økonomiske bæreevne. Det vil inkludere investeringsbehov, kapitalkostnader, effekter på driftsøkonomien og fremtidige FDVU-kostnader. Det skal gjennomføres usikkerhetsanalyse og kost/nytte vurderinger.

Med unntak av myndighetsgodkjenningen som utføres av HOD, Helsetjenesteavdelingen, er det ingen generell foreleggelsesplikt for RHF-ene til departementet for det enkelte prosjektet. En god styringsdialog tilsier at for prosjekter med en kostnadsramme på over 1 000 MNOK, skal forprosjektrapporten legges frem for departementet (Eieravdelingen).

2. Brev av 12.02.2004 fra departementet til RHF-ene om ”Styring og kvalitetssikring av investeringsprosjekter i de regionale helseforetakene”.

Brevet viser til ”Gul bok ordningen” og brev av 31.12.2002, og at det er behov for supplerende informasjon om styring og kvalitetssikring av investeringsprosjekter.

For kvalitetssikring frem til vedtak om igangsetting vektlegger departementet at en rekke vurderingstema blir ivaretatt.

I henhold til rundskriv om godkjenning av sykehus skal sykehusprosjekter med en estimert, samlet kostnad på over 500 MNOK legges frem for faglig godkjenning. Grunnlaget for godkjenningen skal minimum være rapport fra forprosjektfasen.

3. HOD Plan- og meldingssystemet i forhold til RHF-ene

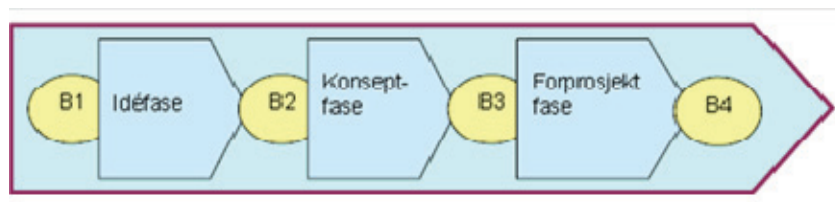
Dette omfatter det årlige Oppdragsdokumentet og protokoller fra foretaksmøtene. Oppdragsdokumentet beskriver grovt sett de midlene som stilles til disposisjon og

de pålagte oppgaver som det regionale foretaket skal utføre innenfor de mål, rammer og ressurser som gjelder. Tilskudd til store byggeprosjekter er vist i statsbudsjettet under kapittel 732 post 81 hvor også krav knyttet til tilskuddet er omtalt. I 2010 er det kun Helse Midt-Norge RHF og Helse Sør-Øst RHF som har tildelinger under dette kapitlet. Det gis normalt ikke tilskudd til investeringer. Alle kostnader knyttet til planlegging og bygging av sykehus skal inngå i den ordinære driften. Overføringer til dekning av avskrivninger og kapitalkostnader inngår i kapittel 732 post 73. Her vises det årlige tilskuddet til det enkelte regionale helseforetaket.

Protokollen fra foretaksmøtene gir både generelle styringssignaler for sektoren og spesifikke krav og meldinger til det enkelte regionale helseforetaket. Tildeling av låneramme for konkrete prosjekter vil være slike.

Sammenhengen mellom planprosess og beslutningsprosess

Veilederen følger nyttårsbrevets inndeling av tidligfasen i en idéfase, konseptfase og forprosjektfase. Innholdet i fasene viser en logisk utvikling av et prosjekt fra et identifisert behov som gir grunnlag for å starte planprosessen (B1), via en idéfase med beskrivelse av alternative løsningskonsept (B2), til en anbefalt løsning som er så detaljert og godt dokumentert at den med rimelig sikkerhet kan legges til grunn for gjennomføring av den detaljerte planleggingen av bygget (B3). Gjennom en etterprøving av de økonomiske forutsetningene og detaljering av løsningen i et forprosjekt, får man grunnlag for å beslutte igangsetting av byggeprosjektet (B4).



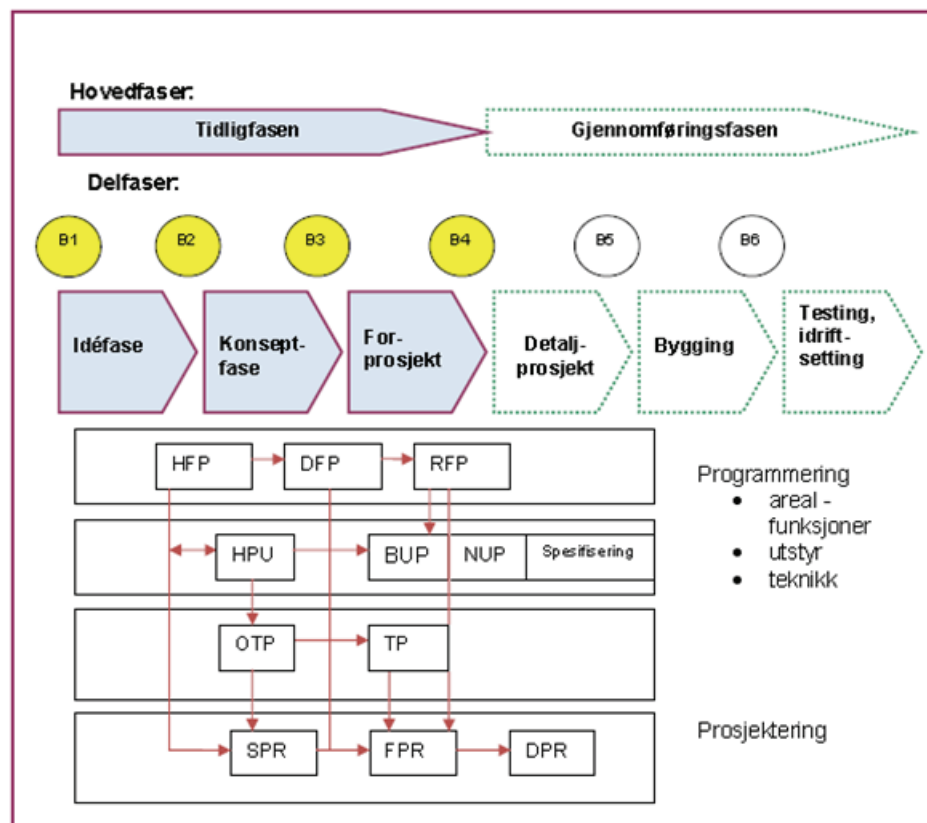
Figur 4 Plan- og beslutningsprosess for tidligfasen i sykehusprosjekter

Modellen forutsetter at hver fase produserer en rapport med et definert innhold, som er grunnlag for å beslutte oppstart av neste fase. Dette knytter planprosessen og beslutningsprosessen sammen, og bidrar til å sikre etterprøvbarhet i beslutningsprosessen. Figur 3 viser faseinndeling med beslutningspunkter, mens figur 4 viser den detaljerte oppbygging av innholdet i de enkelte fasene. I definisjonskatalogen i vedlegg 3 er forkortelsene beskrevet.

Hver delrapport, som er beslutningsgrunnlaget for overgang til neste fase, omfatter en rekke analyser og utredninger. Dette er gjengitt i figur 5. Tyngden av utrednings- og analysearbeidet er knyttet til konseptfasen og forprosjektfasen, men noen av boksene er plassert mellom fasene. Dette indikerer en usikkerhet om hva

Concept rapport nr. 25

som ligger innenfor hver fase, og som det vil vise seg fra kartleggingen, er dette et problem i gjennomføringen av plan- og beslutningsprosessen.



Figur 5 Plan- og beslutningsprosess for tidligfasen i sykehusprosjekter – detaljerte planleggingsaktiviteter

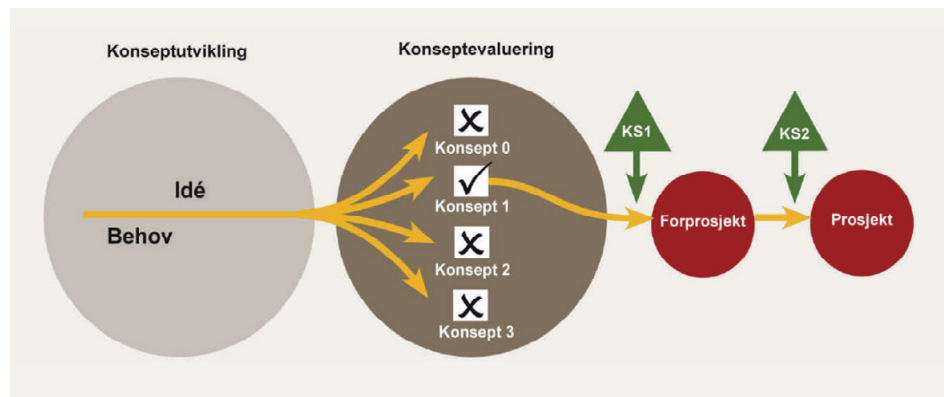
Veilederen viser til mulige beslutningsroller, men gir ikke klare anbefalinger knyttet til hvert beslutningspunkt. Dette er regulert av styringsregler i det enkelte RHF-et, og er som regel knyttet til type prosjekt og beløpsgrenser.

Sammenligning mellom Veileder for tidligfase planlegging og Finansdepartementets KS-regime

Figur 5 viser planprosessen for tidligfase planlegging i FINs veileder nr. 3, Felles begrepsapparat KS1, med angivelse av faser og beslutningspunkter. I veilederen

omtales de dokumenter som forutsettes utarbeidet som grunnlag for kvalitetssikring og beslutning som:

- Behovsanalyse
- Mål- og strategidokument
- Overordnet kravdokument
- Alternativanalyse



Figur 6 Utvikling av investeringstiltak fra idé til prosjekt¹⁹

En sammenligning mellom de to planleggingsregimene viser klare likheter i oppbygging, men det er noen vesentlige forskjeller.

KS1 i FINs regime bygger på to faser (konseptutvikling og konseptevaluering) før forprosjektet. Dette kan sammenlignes med planprosessen i direktoratets veileder som også forutsetter at det gjennomføres to planfaser (idéfase og konseptfase) før det besluttes oppstart forprosjekt.

De dokumenter som inngår i konseptevalueringen (benevnes også konseptvalg-utredningen) har overskrifter som avviker en del fra de delutredningene som inngår i konseptfasen og er vist i fig 6. Mens man som grunnlag for KS1 har fokus på mål, strategi og overordnede krav, er dokumentene i konseptfasen rettet mot et konkret planleggingsunderlag, og som omfatter analyser, beregninger og beskrivelser som inngår i programmering og prosjektering. I FINs modell forutsettes det at slik programmering og prosjektering gjennomføres i forprosjektfasen på grunnlag av et valgt alternativ i konseptevalueringen (KS1). I veilederen fremgår det ikke klart når man velger det alternativet som kan legges til grunn for B3, oppstart forprosjekt.

¹⁹ Veileder nr 3, Felles begrepsapparat KS1, 11.02.2008.

Modellen for KS1 og KS2 viser klart fagdepartementets strategiske rolle og ansvar. Det gir mandatet for utredningen fra starten og gir også direktiver for arbeidet med forprosjektet. Veilederen anbefaler at HF-et gir mandatet og dermed beslutter grunnlaget for oppstart av planprosessen (B1). Praksis viser også at dette skjer på HF-nivå uten tydelig involvering fra eier. Kartleggingen viser at dette er et av de problemene som er påvist ved bruken av veilederen.

4.5 Oppbygging av veilederen

Overordnet struktur

Foruten innledende kapitler om mål, bakgrunn og retningslinjer fra HOD, følger inndelingen i kapitler fasene i planprosessen. Hver fase er presentert med en innledning om mål og innhold. Organiseringen av det faglige innholdet som skal veilede i arbeidet er likt bygget opp for hver fase, men med varierende detaljeringsgrad og krav til faglige utredninger. For hvert kapittel er det 4 underpunkter som vist nedenfor. Rekkefølgen av underpunktene er valgt for å øke forståelsen for organiseringen av arbeidet og kravet til innholdet i beslutningsdokumentene.

1. **Grunnlaget for fasen.** Dette er en opplisting av den informasjon og dokumentasjon som bør være tilgjengelig ved oppstart av fasen. Hensikten er å sikre at vedtak om oppstart av hver fase bygger på likt grunnlag i ulike prosjekter. Dette muliggjør sammenligning.
2. **Beslutninger ved enden av fasen.** Dette punktet viser hvilke beslutninger som skal fattes og de aktivitetene som gjennomføres i fasen for å oppfylle krav til beslutningsgrunnlaget. Det gir en oversikt over hvilken saksbehandling som er hensiktsmessig i den aktuelle fasen og det gis eksempler på hvem som kan være beslutningsmyndighet.
3. **Utredninger og analyser** som skal gjennomføres i fasen. Her finner man en opplisting av utredninger, analyser og beregninger som skal gjennomføres for å få et godt beslutningsgrunnlag. Det gis også faglige råd og anbefalinger om datagrunnlag og metoder. For konseptfasen er det utarbeidet underpunkter for noen av hovedaktivitetene. Det samme gjelder forprosjektfasen.
4. **Innholdet i sluttrapporten fra fasen** gir en oversikt over hovedpunktene i rapporten. For konseptrapporten gis det en mer detaljert innholdsfortegnelse med anbefalinger om innhold under enkelte hovedpunkter. Det samme gjelder forprosjektrapporten.

Der det er relevant illustreres sammenhenger og arbeidsmåter med skjema og modeller.

4.6 Viktige punkter i veilederen

Mål og rammer

Kapittel 3 i veilederen beskriver mål og rammer for tidligfase planleggingen. Departementets føringer er sentrale og er forsterket i den reviderte versjonen av veilederen fra 2009. Det opplevde kravet om å følge veilederen, er forsterket etter at HOD i versjon fra 2009 presiserte kravene om at prosjektene og helseforetakene måtte vise økonomisk bæreevne etter at endringer som følger av realisering av prosjektet er innarbeidet i driftskostnadene.

Veilederens betydning for gjennomføringen av tidligfasen i prosjektene og godkjenningen av prosjektene, understrekes ved HODs brev til Helse Midt-Norge²⁰. Her henviser departementet til veilederen og peker på mangelfulle utredninger og avklaringer i den reviderte konseptrapporten for nye Molde sjukehus.

Begrepsbruk, definisjoner, avgrensinger

Veilederen inneholder en oversikt over forkortelser og begreper med presisering. Den økonomiske terminologien i veilederen er uklar, men er forbedret i den reviderte versjonen. Kartleggingen viser at det fremdeles er behov for å klargjøre hvilke driftsøkonomiske analyser som skal gjennomføres. Når veileder for analyser av økonomisk bærekraft foreligger må det skje en samordning av begrepsbruk med veileder for tidligfase planlegging.

Krav til analyse av alternativer

Analyse av alternativer er et sentralt punkt i nyttårsbrevet og veilederen krever at det gjøres alternativanalyser både i idéfasen og konseptfasen. I *idéfasen* legges det vekt på å utvikle flere konseptuelle løsningsforslag som også omfatter andre tiltak enn å gjennomføre investeringen (helt eller delvis). Dette kan omfatte endringer i funksjonsfordeling, eie/leie-løsninger, kjøp av tjenester eksternt, endringer i arbeidsdeling mellom spesialist- og primærhelsetjenesten og annet. Utredningene i idéfasen skal innpasses i RHF-ets overordnede, strategisk planer, og løsningen skal gjenspeile samfunns mål, faglige utviklingstrekk og politiske føringer. Det stilles ikke krav om et minimum antall alternativer, men veilederen viser til at ”bredde er

²⁰ Brev fra Helse- og omsorgsdepartementet til Helse Midt-Norge RHF om Konseptplaner – nye Molde sjukehus, 11.03.2010.

bedre enn dybde”. Analyser av 0-alternativet er obligatorisk. I den reviderte versjonen av veilederen fra 2009 anbefales det at man i idéfasen utreder et begrenset antall alternativer i tillegg til 0-alternativet.

I *konseptfasen* skal de utvalgte alternativene (minimum 2 alternativer i tillegg til 0-alternativet) utredes til et detaljeringsnivå som gjør det mulig å velge det optimale grunnlaget for forprosjektfasen og gjennomføringen av prosjektet. Veilederen spesifiserer kriterier for valg av alternativ.

HF-et eller RHF-et beslutter (det er ulik praksis i RHF-ene, bl.a. avhengig av prosjektets størrelse) hvilke alternativer som ansees som realistiske. Veilederen beskriver ikke prosedyre for valg av alternativ, men i løpet av konseptfasen skal ett anbefalt alternativ skilles ut og legges til grunn for beslutning om godkjenning av konseptrapporten og videreføring av prosjektet. Det skal redegjøres for hva som er grunnlaget for det valget som er gjort. I praksis viser det seg å være vanskelig å utrede alle alternativene til et sammenlignbart nivå, og det er i noen grad prosjektledelsen og prosjektets styringsgruppe som gjør valget.

Det er krav om utredning av et 0-alternativ, men det er uklart hva dette skal omfatte. Kravet i veilederen er at

”0-alternativet skal belyse hvordan behovet for helsetjenester kan tilfredsstilles uten å gjennomføre et større investeringsprosjekt. Konsekvenser må vurderes.”

Det stilles ikke spesifikt krav om at 0-alternativet skal gjøres sammenlignbart med de andre alternativene. I praksis kan 0-alternativet være en beskrivelse av dagens situasjon med nødvendig tiltak for at driften kan videreføres innenfor eksisterende bygningsmasse. Konsekvenser av overordnede mål og effektmål som bl.a. innebærer endringer i aktivitet og kapasitet, skal inngå i de alternativene løsningene. Hvis ikke tilsvarende krav og analyser legges til grunn for 0-alternativet, vil det kunne bety at ukjente, fremtidig investeringsbehov som man ikke kan unngå hvis målene skal oppfylles, ikke blir tatt hensyn til.

I veilederen er det ikke presisert hva som ligger i begrepet ”alternative, konseptuelle løsninger” og praksis viser at man i prosjektene ikke skiller mellom løsningskonsepter på et strategisk nivå (f.eks. alternative modeller for å løse sørgefor-ansvaret og alternative driftskonsepter) eller alternative utbyggingsløsninger.

I Finansdepartementets veileder nr. 3, Felles begrepsapparat KS²¹ er konsept definert som

²¹ Finansdepartementet Veiledere nr 3, Felles begrepsapparat KS 1, 11.03.2008.

"Prinsipplosning som ivaretar et sett av definerte behov og overordnede prioriteringer."

Modellen for KS1 (figur 5) viser at mandatet for konseptvalgutredningen gis av fagdepartementet som er øverste beslutningsmyndighet. I mange sykehusprosjekter er det administrasjonen eller styret for HF-et som gir dette mandatet. Innholdet i slike mandater er ikke kartlagt spesielt i denne studien, men erfaringer fra prosjekter viser at mandatene ikke gir grunnlag for å skille mellom type alternativer.

I beskrivelsen av alternativene i idéfaserapporter og konseptrapporter skilles det som regel ikke mellom overordnede, konseptuelle løsninger og alternative utbyggingsløsninger. Dette kan tyde på at begrepet "konsept" er mangelfullt avklart i veilederen og ikke forstått eller hensyntatt i prosjektene.

Krav til økonomiske beregninger og analyser

Prosjektets økonomiske bæreevne, og dermed prosjektets bidrag til foretakets økonomiske bæreevne, er et sentralt kriterium for valg av alternativ. Økonomisk bæreevne betyr i denne sammenhengen at gjennomføring av prosjektet ikke innebærer negativ driftsbalanse på kort eller lang sikt, når alle inntekter, overføringer og eventuelle lån er innkalkulert.

De økonomiske beregningene omfatter både driftsøkonomiske konsekvenser for bygget og virksomheten, endringer i avskrivingskostnadene og eventuelle finanskostnader. I idéfasen legges det større vekt på sammenligning mellom alternativene enn de absolutte kostnadene. Det skal gjøres usikkerhetsanalyser i forbindelse med konseptrapporten.

I den reviderte versjonen av veileder fra 2009 er det tatt inne et nytt kapittel som beskriver styringssignaler fra departementet. Her er sentrale krav til avklaringer av økonomiske forhold presisert og at dette utredes både for idéfasen og konseptfasen. Det presiseres også at investeringene som hovedregel ikke skal lånefinansieres.

Det legges vekt på analyse av de driftsøkonomiske konsekvensene av løsningen, og dette omfatter både driften av byggene og av kjernevirksomheten. Normalt vil ikke et større utbyggingsprosjekt kunne finansieres uten at det hentes ut betydelige driftsgevinster gjennom effektivisering som oppnås som en konsekvens av de investeringene som gjøres. Ulikt kravene i KS1 stilles det ikke krav om analyser av samfunnsøkonomiske konsekvenser av investeringene.

For å sikre felles begrepsforståelse og likt grunnlag for vurdering av prosjektene er det besluttet å utvikle en egen veileder for beregning av økonomisk bæreevne som vil gi oppdaterte begreper og beregningsmodeller. Arbeidet er påbegynt, men ikke avsluttet (august 2010).

Concept rapport nr. 25

Planprosess og beslutningsprosess

Veilederen dokumenterer en faseinndelt og samordnet plan- og beslutningsprosess. Hver fase skal ha et definert innhold som skal være tilstrekkelig som grunnlag for beslutning om å gå videre eller ikke. Beslutningene er ”porter” (gateways) som planleggingen må passere for å kunne igangsette neste fase. Dette samsvarer med Finansdepartementets regime for KS1 og KS2.

I veilederen er det lagt vekt på samsvar mellom krav til innhold og detaljeringsnivå i beslutningsdokumentene, og hvor forpliktende beslutningen er. Veilederen beskriver ikke beslutningsnivået, men gir eksempler på hvem som kan være besluttende myndighet.

Plan- og beslutningsprosessen følger et tenkt målhierarki. Den innledende fasen (idéfasen) skal orientere prosjektet i forhold til samfunns mål med tilhørende strategier som gjelder for sektoren og regionen.

Neste fase (konseptfasen) skal utrede, avklare og gi grunnlag for å velge den løsningen som oppfyller de oppsatte effektmålene. Dette krever detaljerte analyser og utredninger av effekter av prosjektet på kapasitet, innhold og kvalitet på tjenesteleveransene, og med tilhørende analyser av økonomiske og organisatoriske konsekvenser.

Veilederen inneholder et krav om at det gjennomføres en forprosjektfase før prosjektet kan endelig godkjennes. Begrepet ”endelig godkjenning” brukes ikke, og formelt har ikke RHF-et foreleggelsesplikt overfor departementet. I nyttårsbrevet er det imidlertid vist til at departementets økonomiske vurdering av prosjektet skal bygge på et forprosjekt. Prosjektene blir derfor ikke lagt frem for sluttbehandling i RHF og HOD før forprosjektrapporten foreligger.

4.7 Kvalitetssikring

Nyttårsbrevet forutsetter at planleggingen av store investeringsprosjekter i regi av helseforetakene, skal ha et minst like godt kvalitetssikringsregime som offentlige investeringsprosjekter som følger av FINs regime. Veilederen inneholder ikke en konkret sjekkliste som viser hvordan dette skal gjennomføres, og det overlates til det enkelte HF/prosjekt å tolke hva dette kravet innebærer.

Veilederen gir anbefalinger om hvordan helseforetakene som eiere skal utøve sin eierstyring. Den er ikke et prosjektstyringsdokument, men en anvisning på hvordan plan- og beslutningsprosessen kan organiseres og gjennomføres. Veilederen anbefaler at det gjennomføres følgeevaluering med eksterne rådgivere. Idéfasen skal omfatte en risiko- og sårbarhetsanalyse, og i konseptfasen skal det

gjennomføres en overordnet usikkerhetsanalyse. Konseptrapporten skal inneholde en plan for gjennomføringen av forprosjekt- og byggefase. Her anbefales det at det gjennomføres risikoanalyser, identifisering av prosjektets suksessfaktorer, utarbeides prinsipper for prosjekt- og risikostyring og opplegg for kvalitetssikring. Den trinnvise utviklingen av planene fra idéfasen via konseptfasen til forprosjektfasen innebærer en mulighet til utdyping, revidering og endring av planene ved hvert beslutningspunkt, noe som i seg selv gir anledning til å sikre sammenheng og konsistens mellom de mål og rammer som gis i innledningen til idéfasen og de løsninger som dokumenteres og velges i planprosessen.

4.8 Informasjon om veilederen, tilgjengelighet

Tilgjengelighet

Veileder inngår i og er i noen grad samordnet med styringssystemene for de regionale foretakene. I alle de regionale helseforetakene er det krav overfor foretakene, som normalt er prosjekteier, om at veilederen følges.

Veilederen kan lastes ned fra Kompetansenettverkets hjemmeside www.sykehusplan.no og er tilgjengelig på Helsedirektoratets hjemmesider.

Informasjon

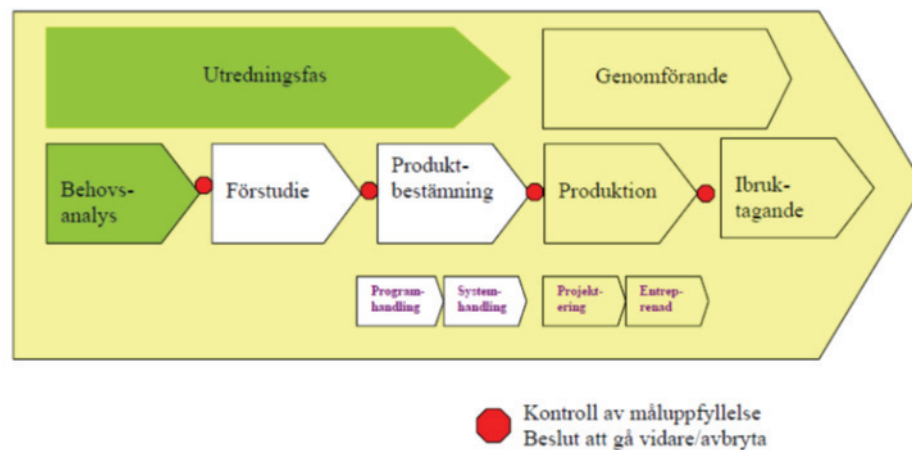
Som vist i kapittel 6 blir det i de fleste prosjekter informert om veilederen og bruken av den. Informasjon og opplæringen er som regel rettet mot medlemmer i prosjektgruppen, styringsgruppen og arbeidsgruppene, og kan inngå i oppstartsmøter og lignende. Veilederen har ikke anbefalinger om hvordan slik introduksjon kan eller bør gjennomføres. I noen tilfeller er det ved utlysninger av rådgivningstjenester referert til veilederen som en standard for gjennomføring av leveransen.

4.9 Internasjonale referanser

Sverige

I Sverige er Länstinget prosjekteier og har selvstendig beslutningsansvar i investeringsprosjekter. Man har ingen felles, formell organisasjon som stiller krav om standarder eller prosedyrer som skal følges, og det er ikke utviklet veiledere eller tilsvarende som beskriver plan- og beslutningsprosessen eller krav til kvalitetssikring. Som i Norge før eierskapsreformen, har det enkelte länsting utviklet sine egne regler og prosedyrer for planlegging og beslutning om store investeringsprosjekter, og vi er ikke kjent med at det finnes felles systemer tilsvarende Helsedirektoratets Veileder for tidligfase planlegging i sykehusprosjekter eller Finansdepartementets KS-regime.

Västra Götalandstregionen har utviklet mal for gjennomføring av ”utredningsfasen”²². Det er en kortfattet veileder med en hovedinndeling i en utredningsfase og gjennomføringsfase. Utredningsfasen inndeler planleggingen i behovsanalyse, forstudie og produktdefinisjon (program og system). Forstudiet inneholder flere elementer som likner innholdet i idéfasen og konseptfasen. Modellen i figur 7 viser oppbygging av analyser og beslutningspunkter i utredningsfasen, og den har mange likhetstrekk med den norske planprosessen.



Figur 7 Modell for tidligfase planlegging for sykehus i Västra Götalandsregionen

Danmark

Danske sykehus eies og drives av regionene som i Norge. Det foreligger en omfattende plan for utvikling av sykehusstruktur og sykehus i alle regionene med en ramme på ca. 40 mrd danske kroner. Regjeringen prioriterer hvilke prosjekter som skal tildeles midler basert på en samling av planer for hver region. En andel av kostnadene dekkes av staten mens resten må finansieres av regionene innenfor ordinære overføringer/inntekter.

Hver region har utviklet en helhetlig plan på et strategisk nivå som også viser hvilke sykehus som skal nybygges, utvikles/renoveres eller nedlegges. Det er ikke utviklet felles regelverk eller anbefalinger for planlegging, men et ekspertpanel oppnevnt av regjeringen har utarbeidet en rapport med anbefalinger for hvilke

²² Från idé till handling, Kortfattad handledning för utredningsfasen, Västra Götalandsregionen 25.04.2007.

prosjekter som bør gjennomføres, og en investeringsramme²³ som grunnlag for beregning av statlig tilskudd som er på 50% av denne rammen.

Det regjeringsoppnevnte ekspertpanelet, som består av uavhengige fageksperter fra Norge, Sverige og Danmark, har rådgivende status overfor regjeringen, men deres vurderinger tillegges avgjørende betydning. Panelet har gjennomgått og vurdert de regionale planene og gitt anbefalinger om hvilke prosjekter som bør få statlig finansiering.

Ekspertpanelet har utviklet et sett av kriterier (vurderingsprinsipper) som prosjektene vurderes i forhold til, og som gir grunnlaget for anbefalingene. Disse er på to nivå:

- Nivå en omfatter de samlede planene for en region, og det legges vekt på sykehusstruktur, oppfølging av strategiske mål og avgrensing mot andre regioner.
- Nivå to omfatter det enkelte prosjekts rolle i en samlet sykehusstruktur, alternative løsninger, behovsfremskriving, kapasitetsutnyttelse, arealbehov, økonomi og produktivitets- og driftsforbedringer.

Ekspertpanelet har også gitt føringer for dimensjonering av prosjektene som i prinsippet er svært lik de som benyttes i norske prosjekter og som er en del av konseptrapporten.

Selv om rapporten fra ekspertpanelet ikke oppfattes som en veileder for tidligfase planlegging, har den et innhold og en posisjon i beslutningssystemet, som kan innebære at planleggingen av de aktuelle sykehusprosjektene blir påvirket av de vurderingskriteriene som panelet legger vekt på. Etter som tildeling av midler forutsetter anbefaling fra ekspertpanelet, må man anta at prosjektene legger seg opp til den systematikken som er vist i rapporten.

England

I England skjer planlegging og utbygging av offentlige sykehus for en stor del i regi av private utbyggere og finansieringsselskap som leier ut det komplette anlegget med utstyr til helseforetaket (hospital trust). Anskaffelsene følger en PPP-modell (public-private-partnership) hvor det offentlige spesifiserer og kjøper et ferdig anlegg som bygges og drives av en privat utbygger mot årlig leie.

²³ Regionenes investerings- og sykehusplaner – screening og vurdering. Regjeringens ekspertpanel november 2008.

Basert på spesifikasjoner av hvilke tjenester som det ferdige sykehusbygget skal kunne supportere, gjennomføres anskaffelsen gjennom utlysning og konkurranse. Det er dermed leverandørens oppgave og gjennomføre den detaljerte planleggingen, prosjekteringen og utbyggingen. Helseforetaket har ansvar for å levere de planlagte tjenestene til befolkningen med utgangspunkt i det anlegget som de har spesifisert krav til, og som en utbygger har realisert.

Det er utviklet et omfattende Gateway review system som er felles for flere typer offentlige anskaffelser. Systemet er inndelt i 5 nivå som omfatter:

- Gateway review: 0 Strategic Assessment
- Gateway review: 1 Business Justification
- Gateway review: 2 Procurement strategy
- Gateway review: 3 Investment decision
- Gateway review: 4 Readiness for service
- Gateway review: 5 Operations review & benefits realisation

I tillegg til denne generelle modellen for kvalitetssikring av store offentlige anskaffelser (PPP-prosjekter), finner man veiledere eller maler tilsvarende tidligfase planlegging knyttet til prosjekter. Et slikt eksempel er Momentum prosjektet i North Tees and Hartpool i Nord-England. Momentum prosjektet er et utviklings- og utbyggingsprosjekt som bl.a. tar i bruk pasientforløp for å kartlegge behov og organisering av tjenester. Prosjektet har en planleggingsmodell som omfatter 5 faser med spesifiserte aktiviteter:

- Program Launch
- Service Development & Design, Service Redesign Projects
- Public Consultation
- Capital Planning, Development & Procurement
- Building

Skottland

I Skottland er finansieringen delt mellom offentlige investeringer og PPP-prosjekter, men tidligfase planleggingen følger i hovedsak samme modell som den engelske.

De har utviklet omfattende manualer med guidelines (veiledere). Det er en egen veileder for utvikling av business case som summerer opp de fasene som skal

gjennomføres. Et business case slik det beskrives omfatter de fleste aktiviteter fra en idéfase til konseptfasen, og en ferdig business case beskrivelse kan i struktur og oppbygging sammenlignes med en konseptrapport.

.

5 Innføring av veileder i helseforetakene

Innholdet i dette kapittelet bygger på intervjuer med bygg- og eiendomsansvarlige i de regionale foretakene.

5.1 Innføring av veilederen

Før prinsippene for tidligfase planlegging ble innført i RHF-ene fra 2004, hadde man innført styringssystemer for investeringer og prosjektgjennomføring, delvis basert på erfaringer fra fylkeskommunen. Disse var generell og ikke spesielt utviklet for utbyggingsprosjekter, men noen fylkeskommuner hadde utviklet egne styringsdokumenter for planlegging og gjennomføring av byggeprosjektene.

Foretakene har ikke evaluert egne erfaringer med veilederen eller gjennomført lokale utviklingstiltak i denne perioden, men behov for endringer i veilederen ble delvis fanget opp gjennom revisjonen som kom i 2009. Tidligere Helse Øst RHF har utarbeidet et eget malverk (porteføljestyingsverktøy) for bruken av veilederen og som i noen grad er tatt i bruk av andre RHF.

Det nye som kom med nyttårsbrevet i 2002 og senere veilederen var en systematisk inndeling av planleggingen i faser, forsterket fokus på overordnede mål og krav til kartlegging samt analyser av aktivitet og driftsforutsetninger. I dette lå det også en forventning fra eier om at planlegging og styring av store investeringsprosjekter skulle følge en definert prosedyre og et KS-regime, med referanse til Finansdepartementets KS-regime. Nyttårsbrevet oppfattes som ett av departementets styringsbrev.

Veilederen ble tatt i bruk i de aller fleste prosjektene (også prosjekter hvor planleggingen var igangsatt) og den skulle legges til grunn for utarbeidelsen av de beslutningsdokumentene som skulle utarbeides. Prosjekter som ikke fulgte veilederen ble i noen tilfeller sendt i retur fra RHF-et. Veilederens status kommer klart frem i uttalelsene fra intervjuobjektene (kapittel 6) og i gjennomgang av plandokumentene (kapittel 7). Beslutningsdokumentene har ofte innholdsfortegnelse som direkte reflekterer anbefalingene i veilederen, og planprosessen refereres til som en del av det metodiske grunnlaget for arbeidet i de enkelte fasene.

Informasjon om veilederen og bruken av den skjer i HF og RHF gjennom interne eiendomsforum, teknisk lederforum og eiendomsnettverk. Dokumenter er tilgjengelig på interne administrative informasjonssystemer. I de enkelte prosjektene inngår presentasjon av og opplæring i bruken av veilederen for sentrale aktører som prosjektgrupper og arbeidsgrupper. Det refereres som regel til veilederen i styringsdokumentet for prosjektet og den brukes som mal ved ekstern evaluering (følgeevaluering). Prosjektene har ofte egne hjemmesider for informasjon og distribusjon av dokumenter.

5.2 Organisering og beslutningsansvar

Organisering og styring

HF-et er som regel prosjekteier, men i ett RHF har man definert RHF-et som prosjekteier og HF-et som bestiller. Prosjektene er organisatorisk og styringsmessig underlagt HF-et, og omfatter prosjektleder, prosjektgruppe, styringsgruppe og arbeidsgrupper. I noen tilfeller brukes også referansegrupper. Arbeidsgruppene omfatter ansatte, brukere og i noen tilfeller andre interessenter (universitet, høyskole, kommuner). RHF-et er som regel representert i styringsgruppa for prosjektet. For noen større prosjekter er det etablert en egen prosjektorganisasjon under RHF-et med egen administrasjon og eget styre.

Mandatet for prosjektet kan være gitt administrativt, men er som regel gitt av HF-styret. Prosjektleder rapporterer til prosjektets styringsgruppe som i de fleste tilfeller ledes av HF-ets adm. direktør eller en stedfortreder

Hoveddokumentene i henhold til veilederen (idéfaserapport, konseptrapport, forprosjektrapport) behandles i styrene for HF og/eller RHF avhengig av størrelsen på prosjektene. I noen prosjekter behandles underliggende dokumenter (HFP, skisseprosjekt o.a.) av HF-styret. I de fleste prosjekter skjer godkjenning av underliggende dokumenter i styringsgruppa for prosjektet. Det gir en raskere og mer forutsigbar fremdrift. Prosjektinterne dokumenter behandles kun internt i prosjektene.

Prosjektene prioriteres av RHF-et i forhold til rullerende investeringsplaner, arealplaner eller utviklingsplaner. De fleste RHF-ene har utviklet overordnede strategiplaner, men disse har tidligere vært på et så generelt nivå at de ikke har gitt grunnlag for prioriteringer. Dette har endret seg over tid og man ser i dag strategiplaner som stiller krav til fremtidig sykehusstruktur, funksjonsfordeling og kapasitetsutvikling. Helse Sør-Øst RHF har innført krav om at alle prosjekter som fremlegges skal være innpasset i investeringsplanen og strategidokumentet.

Dialogen med HOD følger de etablerte kanalene (oppdragsdokumentet, foretaks-møtene), men det gjennomføres også dedikerte møter, delvis på høyt politisk nivå.

RHF-ene forholder seg i hovedsak til eieravdelingen. Underlag for faglig godkjenning sendes internt i HOD til spesialisthelsetjenesteavdelingen, men det er uklart praksis på dette området. I noen tilfeller gjennomføres myndighetsdialog. Helsedirektoratet gir faglige råd på forespørsel fra departementet, og direkte kontrakt fra RHF til direktorat forekommer i liten grad.

Beløpsgrenser

Alle RHF-ene har innført beløpsgrenser for beslutningsprosessen. De nedre beløpsgrensene varierer og dette påvirker styringskrav og beslutningskompetanse. Selv om det er like beslutningsgrenser kan det være ulikheter i hvor beslutningsansvaret ligger. Tabell 3 viser hvordan beløpsnivå og beslutningsansvar er fordelt (2010).

Tabell 3 Oversikt over beløpsgrenser og beslutningsansvar for investeringsprosjekter

Beløpsgrense	Beslutningsansvar i ulike regioner
Inntil 5 MNOK	• HF dir
Inntil 10 MNOK	• HF dir • HF-styret
Inntil 50 MNOK	• HF dir • HF-styret • RHF-styret • RHF dir
50-100 MNOK	• RHF dir • RHF-styret
Over 100 MNOK	• RHF-styret
Over 500 MNOK	• RHF-styret • Følger rundskriv om godkjenning av sykehus • Myndighetsdialog • Myndighetsvurdering
Over 1000 MNOK	• RHF-styret • Følger HODs prosedyrer

Erfaringer

RHF-enes representanter for eiendomsforvaltningen er representert i styringsgruppa for KNS og har deltatt i arbeidet med utvikling av veilederen. De har hatt ansvaret for innføring av veilederen og andre rutiner for planlegging og styring i store investeringsprosjekter. De har også ansvar for saksbehandling i forbindelse

med vurderinger og beslutninger knyttet til det enkelte prosjekt og noen av dem sitter i styringsgruppene for prosjektene. De har dermed et stort erfaringsgrunnlag som kommer til uttrykk i intervjuene.

Planprosessen

Overgangen mellom fasene er for uklart definert, spesielt gjelder dette overgangen fra konseptfasen til forprosjektfasen (B3). Det uttrykkes ønske om at prosjektet sluttbehandles og godkjennes på grunnlag av konseptrapporten. Den dokumenterer fremtidig aktivitetsnivå, funksjonelt innhold, kapasitetsbehov, arealbehov, kostnader og den økonomiske bæreevnen. Konseptrapporten bygger bl.a. på hovedfunksjonsprogrammet som beskriver driftsmodeller og andre forutsetninger for driftsøkonomiske endringer. Sammen med skisseprosjektet som viser investeringsbehov og investeringskostnader, gir dette et godt nok beslutningsgrunnlag for igangsetting av et prosjekt.

Den samlede arbeidsmengden i prosjektene synes å øke. Kravet til utredning og systematisk sammenligning av alternative løsningskonsepter øker både volumet og presisjonsnivået på utrednings- og analysearbeidet. Muligheter for sammenligning fører til skjerping av kvalitetskravene. Departementet og direktoratet bruker veilederen som mal ved vurdering av prosjektene, og prosjekter med mest ressurser og best kompetanse vil sette en standard.

Brukerinvolveringen blir ikke nevneverdig endret ved bruk av veilederen, men kommuner og andre interessenter trekkes mer systematisk inn i arbeidet. Samhandlingsreformen stiller nye krav til involvering av kommunal sektor. Det blir i økende grad en utfordring at beslutningsprosessen er vesentlig forskjellig i kommuner og helseforetak.

Godkjenningsprosessen tar erfaringsmessig lang tid og det kommer ofte krav om endringer i kostnads- og/eller arealrammer som i mange tilfeller bør innebære endringer i innhold og løsninger for prosjektet. Endring av grunnleggende forutsetninger for løsningen bør ideelt sett føre til analyse av alternative løsninger. I konseptfasen kan man revurdere løsningskonsept og legge inn endringer i funksjonsfordeling, pasientstrømmer og dimensjonerende grunnlag. Program og prosjekt kan endres i betydelig grad med relativt liten innsats. Hvis beslutningsgrunnlaget er et ferdig forprosjekt vil en omprosjektering være svært kostnadskrevende. En løsning med tilpassinger av prosjektet innenfor nye forutsetninger og rammer blir derfor ofte valgt.

Lengre stopp i et prosjekt som er inne i detaljprosjekteringen, kan medføre betydelige kostnader og en risiko for at viktige ressurser demobiliseres. Tilsvarende kommentarer kom i intervjuer med prosjektledere og rådgivere. I arbeidsseminaret om utvikling og forbedring av planprosessen og veilederen, se vedlegg 2, ble det

uttrykt ønsker om at beslutning om gjennomføring blir gitt på grunnlag av konseptrapporten.

Den strukturerte planprosessen med mange beslutningspunkter synes å øke planleggingstida og dermed kostnadene, men det er i større grad beslutningsprosessen enn selve planleggingsarbeidet som bidrar til økt tidsbruk. Tidsbruken synes å være avhengig av hvilke og hvor mange plandokumenter som går til styrebehandling i HF og RHF. I en kommentar pekes det på at en plan- og beslutningsprosess som er åpen og etterprøvbar motvirker innspill og krav til endringer som er basert på usikre eller ukjente forutsetninger. Dette kan gjelde usikkerhet knyttet til faglig innhold eller tjenestetilbudet.

Det er viktig å unngå overlapp mellom fasene og det legges vekt på at konseptrapporten må gi et tilstrekkelig underlag for beslutning. Det er uheldig at det må foreligge forprosjekt før endelig godkjenning kan gis. Dette øker arbeidsmengden og kostnadene, og fremdriften forsinkes.

Konsistens, etterprøvbarhet

Veilederen legger vekt på at datagrunnlag og beregningsmodeller skal være kjent og tilgjengelig. Beregning av aktivitet, kapasitets- og arealbehov, innhold og økonomi skal være basert på kjente forutsetninger, og resultatene kan endres ved endringer i disse forutsetningene. Konsistens og transparens i data og forutsetninger som inngår i beregningene gjør det mulig å etterprøve resultatene. Informantene legger vekt på at beslutningsgrunnlaget har blitt bedre og prosessen mer forutsigbar enn før man hadde veilederen. Plan- og beslutningsprosessen stiller høye krav til aktive beslutningstakere som i noen grad synes å mangle.

Kompetanse og læring

Modellen gir et økt kompetansebehov som ofte ikke kan skaffes internt i HF eller RHF. Dette gjelder både innsamling og bearbeiding av data, utredningskompetanse og prosjektledelse. Det etterlyses bedre verktøy og modeller for analyser og beregninger som er felles for RHF-ene. Tidligfase planleggingen setter krav til den sykehusfaglige kompetansen i prosjektene, noe som øker involveringen fra det kliniske fagmiljøet og bidrar til økt fokus på samfunns mål og effektmål i tillegg til resultatmål.

Planlegging og beslutning etter en felles mal gir et godt grunnlag for læring og kompetanseutvikling både innad i regionen og mellom prosjekter på nasjonalt nivå. En standardisering av dokumentasjonen gir grunnlag for utvikling av erfaringsbaserte standarder for funksjonelle løsninger og kapasitets- og arealberegning. Gjennom sammenligning på tvers av HF og RHF skjer det

kvalitetssikring av prosjektenes løsninger som blir aktivt brukt i plandokumenter og beslutningsgrunnlag.

Eksempel på dette er nye A-hus som har blitt et referanseprosjekt når det gjelder krav til driftstider for poliklinikkrom og operasjonsrom på 240 dager i året og 10 timer per dag, eller 2 400 t/år. I forhold til dagens kapasitetsutnyttelse som ofte ligger på ca. 1 600 t/år eller lavere, betyr dette en vesentlig økning i arealeffektiviteten. Dette stiller krav til kritisk vurdering av driftsmodellen ved det enkelte sykehuset og hvordan virksomheten er organisert.

Erfaringer med bruk av veilederen har også rettet oppmerksomheten mot den løpende drift og forvaltning av sykehusanleggene. Mulighetene for store investeringer i nybygg er begrenset, og det vil i tiden som kommer være behov for tilpassing av funksjoner, aktivitet og kapasitet innenfor eksisterende bygg for å effektivisere arealbruken, øke driftseffektiviteten og tilpasse byggene til fremtidige krav. De kartleggings-analysemetoder som brukes i prosjektene vil kunne benyttes som grunnlag for løpende forvaltning og beslutninger om endring og tilpassing. Det arbeides med klassifisering av sykehusarealene for å få oversikt over arealutnyttelsen.

Utviklingsbehov

Det ble pekt på utviklingsbehov på flere områder og flere tiltak er iverksatt.

Behov for bedre oversikt over rom og arealer i helseforetakene

HOD har gjennom protokoll ²⁴fra foretaksmøtene, pålagt helseforetakene å kartlegge kapasitet og areal i sykehusene. Kartleggingen skal skje etter en felles mal for klassifisering av sykehusbygg ²⁵. Slik kartlegging og klassifisering er gjennomført for alle sykehus i Helse Sør-Øst RHF og i flere sykehus i Helse Nord RHF og Helse Midt-Norge RHF.

Utvikle likt regelverk og modeller for alle RHF

Det er behov for å utvikle modeller og verktøy for tidligfase planlegging, som bygger på veilederen og som gir støtte til organisering og gjennomføring av arbeidet. Slike verktøy bør utvikles i fellesskap og være like mellom helseforetakene.

Bedre modellen for analyse av økonomiske bærekraft

I veilederen fra 2006 var økonomiske begreper og beskrivelse av økonomiske analyser upresise, men dette er forbedret i den reviderte veilederen fra 2009. Det

²⁴ Protokoll fra foretaksmøtene mellom Helse- og omsorgsdepartementet og det enkelte RHF, januar 2010.

²⁵ Klassifikasjonssystem for sykehusbygg, Helsedirektoratet, versjon 2.0, mai 2008.

arbeides med utvikling av en veileder for analyse av økonomisk bærekraft, herunder driftsøkonomiske konsekvensanalyser.

6 Bruk av veilederen i gjennomførte prosjekter – intervju med prosjektdeltakere

Dette kapitlet bygger på 11 intervjuer med personer som i hovedsak har vært knyttet til 8 av de 10 prosjektene som er valgt for studien, ref. kapittel 2, tabell 1.

Intervjuobjektene representerer følgende fagområder/roller.

- 4 arkitekter
- 3 prosjektledere
- 2 prosjektdirektører, ansvarlig på HF-nivå
- 2 rådgivere funksjonsplanlegging

Dette er en fordeling mellom fagområder og roller som gir et tverrsnitt av erfaringer og oppfatninger om kvaliteten på veilederen og bruken av den.

De utvalgte prosjektene varierer i størrelse og type prosjekt. Tabell 4 viser fordeling type fag/funksjon og type prosjekt (nybygg, påbygg, ombygging). Fordelingen gir et tverrsnitt av de prosjektene som er planlagt i perioden. Andelen psykiatriske institusjoner er underrepresentert, særlig DPS-er.

6.1 Oppbygging av intervjuene

I intervjuene ble følgende 5 hovedproblemstillinger gjennomgått:

- Hvordan avgrenser respondenten begrepet ”tidligfasen” og hvilken oppfatning har han av prosjekteiers motivasjon for å ta i bruk veilederen.
- Hvilken kunnskap har ulike deler av prosjektorganisasjonen og beslutningssystemet om innholdet i veilederen og om tidligfase planlegging. Hvor godt er veilederen forankret i de ulike leddene (prosjektledelse/prosjektgruppe, rådgivere, brukere, beslutningstakere).
- Hvordan har planprosessen vært gjennomført og hvordan har bruken av veilederen påvirket sentrale parameter (tid, kostnader, kvalitet, kompetansekrav og lignende).
- Hvilke tiltak kan bidra til en
 - bedre planprosess
 - bedre veileder for tidligfase planlegging

Tabell 4 Kartlagte prosjekter sortert på brutto arealramme, fag/funksjon og type prosjekt.

Helseforetak	Prosjekt	Plandokument	Fagområde	Nybygg/påbygg
Nordlandssykehuset HF	Bodø sykehus, byggetrinn 2-5	Konseptrapport Forprosjektrapport	Akutt somatikk	Nybygg og påbygg
Nordlandssykehuset HF	Vesterålen sykehus	Konseptrapport Forprosjektrapport	Akutt somatikk	Nybygg
Sykehuset Buskerud HF	Nytt sykehus Gullaug	Idéfaserapport Konsepttrapport	Akutt somatikk	Nybygg
Nordmøre og Romsdal HF	Nye Molde sykehus	Idéfaserapport Konsepttrapport Forprosjektrapport	Akutt somatikk	Nybygg
Sykehuset i Vestfold HF	Byggetrinn 7	Konseptrapport Forprosjektrapport	Akutt somatikk	Nybygg, ombygging og påbygg
Sykehuset Østfold HF	Nye Østfold sykehus	Idéfaserapport Konsepttrapport Forprosjektrapport	Akutt somatikk	Nybygg, ombygging
Radium og rikshospitalet	Nytt forskningsbygg	Idéfaserapport Forprosjektrapport	Forskning somatikk	Nybygg
Helse Bergen HF	BUSP	Konseptrapport Forprosjektrapport	Somatikk psykiatri	Nybygg
Sunnås sykehus HF	Nybygg og ombygging	Idéfaserapport Konsepttrapport	Rehab somatikk	Nybygg og ombygging
Helse Nord-Trøndelag HF	Namsos sykehus samlokalisering psykiatri	Konseptrapport Forprosjektrapport	Psykiatri	Nybygg og ombygging

6.2 Oppsummering av funn

Forståelse og motivasjon

De fleste viser en klar forståelse av oppbyggingen av planprosessen for tidligfasen. Grunnlaget for starten beskrives som et behov eller en idé som i varierende grad er forankret i strategier (utviklingsplaner, generalplaner, arealplaner). Slutten er et vedtak om gjennomføring etter et forprosjekt. Noen (funksjonsplanleggere, prosjektledere) anfører at det burde være en klarere, strategisk forankring av oppstart idéfasen, mens for eksempel arkitekter har større fokus på konseptfasen og forprosjektfasen hvor den fysiske planleggingen har en mer fremtredende rolle.

Hele 7 av 11 respondenter er av den oppfatning at beslutningen om gjennomføring burde fattes på grunnlag av konseptfaserapporten (B3) og ikke

forprosjektrapporten. Teksten i veilederen av april 2006 er uklar på dette punktet, spesielt formuleringen på side 14 hvor det heter

”Enden av konseptfasen er det viktigste tidspunktet for å ta standpunkt til realiseringen av prosjektet, da igangsettingen av forprosjekt medfører vesentlig mer ressursbruk enn de to foregående fasene.”

Blant flere av intervjuobjektene er det en oppfatning at konseptrapporten gir grunnlag for å beslutte gjennomføring av prosjektet, og den har det riktige grunnlaget for en faglig vurdering og godkjenning i departementet. Før tidligfase planlegging ble innført ble Hovedfunksjonsprogrammet (HFP) lagt til grunn for faglig godkjenning, som var det eneste kravet til statlig prøving.

Som motivasjonen for at prosjekteier har tatt i bruk veilederen, vises det først og fremst til behov for struktur, sammenlignbarhet og styring av prosessen, herunder økonomistyring og kontroll av forholdet drift og investeringer. Behov for standardisering, felles begrepsbruk og utvikling/opplæring vektlegges også. Som en negativ side av struktur og sammenlignbarhet anfører noen konformitet og manglende utvikling. Noen peker på behovet for å flytte fokus fra planlegging av bygget til oppfyllelse av samfunns mål og effektmål. Tilsvarende vektlegges fokus på innhold/funksjon fremfor bygg.

Oppfatningen av avgrensingen av planprosessen og motivasjon for å ta den i bruk, samsvarer godt med målet med å utvikle og implementere veileder for tidligfase planlegging.

Forankring/kunnskap

Veilederen er gjennomgående godt forankret i RHF-ene og prosjektorganisasjonene, og kunnskapen om innhold og bruk oppfattes å være god. I noen tilfeller oppleves bruk av veilederen som et pålegg fra RHF-et. Veilederens status i HF-ene er uklar og trolig avhengig av hvordan prosjektene er organisert og hvilken vekt RHF-et legger på bruken av veilederen.

Prosjektledere synes å bruke veilederen som en standard for planlegging. Det er trolig prosjektleders rolle og initiativ som påvirker hvordan forankring og kunnskap om veilederen er blant brukere/ansatte og beslutningstakere. I de fleste prosjekter blir veilederen lagt frem i introduksjonsmøter for rådgivere, bruker-grupper og i styreseminar. Ved fremlegging av planer og beslutningsdokumenter i styringsgruppe og styrer refereres det som regel til hvor i planprosessen man befinner seg.

De arkitekter og rådgivere som er involvert i tidligfase planlegging oppgir at de og deres kolleger er godt oppdatert på veilederen og at den brukes som mal for beskrivelse av leveranser. Den er som regel ikke kjent ut over miljøer som jobber med sykehusprosjekter, men en arkitekt opplyser å ha brukt veilederen med godt resultat i forbindelse med planlegging av et universitetsanlegg.

I noen tilfeller er det henvist til veilederen ved utlysning av oppdrag for arkitekter eller rådgivere.

Gjennomføring planprosess

Med ett unntak opplyses det at rekkefølge og innhold i delaktiviteter i planprosessen i hovedsak følges slik det er beskrevet i veilederen, men det gjøres i noen tilfeller tilpasninger til behovene i det enkelte prosjekt. I mindre prosjekter er det en tendens til forenkling av innholdet i idéfasen og i konseptfasen. Dette kan bl.a. skyldes at man i mindre grad bruker funksjonsplanleggere med spesialkompetanse på sammenhenger mellom aktivitet/drift, program og prosjekt. I slike tilfeller er det den sykehusfaglige, funksjonelle delen av prosjektet som blir svakere utredet.

Det oppgis at sammenhengen mellom fasene og delaktivitetene er uklare, spesielt gjelder dette overgangen mellom konseptfasen og forprosjektfasen. Koblingen mellom HFP og skisseprosjekt i konseptfasen kan være u hensiktsmessig fordi arbeidet med skisseprosjektet krever et større detaljeringsnivå enn man finner i HFP. Når delfunksjonsprogrammet foreligger, som er første aktivitet i en forprosjektfase, utløser dette ofte en revisjon av skisseprosjektet. Status for B3 blir uklar og det oppstår i noen prosjekter en mellomfase som ikke er vist i den skjematiske prosess for tidligfasen. Denne mellomfasen kan i noen prosjekter bli brukt til å redusere behovet for demobilisering av prosjektorganisasjonen i påvente av oppstart forprosjekt.

Det pekes også på uklare og uforutsigbare beslutningsprosesser i forbindelse med konseptfase og forprosjektfase. Uklare rammer fører til krav om tilpassinger (reduksjoner) og revisjoner, som innebærer endringer i planforutsetningene og dokumentasjonen.

Dette er sammenfallende med uttalelser i intervjuene med representanter fra RHF-ene (kapittel 5) og med konklusjoner i arbeidsseminaret om forbedringsmuligheter, ref. vedlegg 2.

Utredning av alternativer

Informantene har forskjellig oppfatning av hva et alternativ omfatter. Begrepet konseptløsning oppfattes å gjelde både ulike fysiske utbyggingsløsninger og ulike

løsninger for innholdet i tjenesten og hvordan tjenesten leveres (sørge-for-ansvaret).

Halvparten av prosjektene som inngår i studien har ikke gjennomført en idéfase i henhold til veilederen. I disse bygger B2 på andre plandokumenter og utredninger som i noen tilfeller ble utarbeidet mens fylkeskommunene var eier. I disse prosjektene er det lite fokus på overordnede mål og strategier og begrepet ”konseptuelle løsninger” er lite brukt. 0-alternativet fremstår i noen prosjekter som en dokumentasjon av at det gamle anlegget er for dårlig for videre drift, og at en ombygging/påbygging blir svært kostbart med dårlig faglig og driftsmessig effekt.

Prosjekter som har gjennomført idéfasen har utredet minimum 2 alternativ i tillegg til 0-alternativet og i noen tilfeller flere. I konseptfasen blir ett eller flere løsningskonsepter fra idéfasen videreført i et antall byggvarianter, i tillegg utredes 0-alternativet. I mange av prosjektene utredes bare ett alternativ for virksomhetsløsninger og det er fokus på byggløsninger og kostnader og i liten grad analyser av fremtidig drift.

I noen prosjekter er det brukt arkitektkonkurranse som gir alternative løsningskonsepter. Det er uklart hva som legges til grunn for konkurranseprogrammene og hvor i planprosessen resultatet fra konkurransen inngår.

Effekter av bruken av veilederen

Generelt

Det opplyses at veilederen generelt har en positiv effekt på gjennomføringen av planprosessen. Den gir godt struktur i arbeidet og en forutsigbar plan- og beslutningsprosess. Bruk av veilederen bidrar til å synliggjøre den kliniske virksomheten på et tidlig tidspunkt, men øker også oppmerksomheten omkring økonomisk bæreevne. Det pekes på at veilederen skaper grunnlag for sammenligning, utvikling og læring, og den beforder konkurranse mellom prosjektene om innhold og kvalitet i dokumentasjonen.

Gjennom en standardisering av dokumentasjonen som utarbeides blir kunnskap om andre prosjekter og om planprosessen mer tilgjengelig. Standarder, driftsmodeller og analysemodeller ”lånes” mellom prosjektene. I noen grad kan det bidra til utvikling av innovative løsninger for å profilere prosjektet, men det kan også føre til at man søker løsninger som er lik andres og som man tror øker sjansen for at prosjektet ”godkjennes”. Dette kan hemme utvikling og innovasjon.

Fremdrift

Bruken av veilederen gir forutsigbarhet og forutsigbarhet sikrer fremdrift. En godt strukturert planprosess gir i utgangspunktet ikke økt planleggingstid selv om den stiller krav til gjennomføringen. Noen mener at planprosessen har for mange faser og beslutningspunkter hvor det oppstår risiko for forsinkelser på grunn av en komplisert beslutningsprosess. Organisering av beslutningsprosessen synes å være viktigere enn fremdriften for planarbeidet. Avhengighetene mellom fasene og oppgavene øker fokus på KS-funksjonen, dette koster tid, men øker kvaliteten.

Kostnader

Den generelle oppfatningen er at gjennomføring av planprosessen i henhold til veilederen ikke gir økte kostnader, men problemer i beslutningsprosessen kan gi forsinkelser og dermed økte kostnader. Noen hevder at økt kvalitet gjennom innleid kompetanse og bedre kvalitetssikring øker kostnadene. Planprosessen kan, slik den praktiseres, gi økte interne kostnader i sykehuset gjennom økt involvering av administrasjon og ansatte i gruppearbeid. Hvordan en systematisk planprosess påvirker totalkostnadene for prosjektet er usikkert og det er ikke gjort systematiske sammenligninger.

Kvalitet

Det er en samstemt oppfatning at bruk av felles mal med krav til datagrunnlag, analyser og arbeidsmetodikk øker kvaliteten, og at bruk av veilederen fører til at planleggingen holder høyere kvalitet sammenlignet med før veilederen kom. Det pekes på en viss fare for "gjensalg" av gamle løsninger/modeller. Denne risikoen synes større uten en felles planprosess hvor sammenligning blir mye vanskeligere.

Prinsippene om tidligfase planlegging blir også i mange tilfeller innarbeidet i prosjektets styringsdokument og i plandokumenter som idéfaserapport, konseptrapport, hovedfunksjonsprogram og forprosjektrapport. Ved følgeevaluering og kvalitetssikring vil veileder for tidligfase planlegging som regel være en mal for hvordan arbeidet skulle ha vært gjennomført og den setter dermed en kvalitetsstandard for oppbygging og innhold. Det er utstrakt sammenligning med prosjekter som har "blitt godkjent" i departementet. Det vil være prosjektene med de beste ressursene som setter standarden og bidrar dermed til en kvalitetsheving. Mindre prosjekter kan i noen grad bli skadelidende ved at kravene settes for høyt i forhold til behov for kartlegging og analyser for gjennomføring av prosjektet.

Kompetanse

Behovet for kompetanse øker og de fleste prosjekter er avhengig av funksjonsplanleggere, arkitekter og byggrådgivere med spesialkompetanse. De må levere det som veilederen krever og muligheter for sammenligning øker kravet til kompetanse hos rådgiverne. Det ser man bl.a. på utvikling av erfaringsbaserte standarder for

kapasitetsutnyttelse og arealbehov hvor det skjer erfaringsoverføring mellom prosjektene.

Felles mal og sammenlignbarhet mellom prosjekt oppfordrer til å "låne" både løsninger, metoder og presentasjon fra andre prosjekter. På samme måte som for krav om kvalitet, fører sammenligning til at de løsninger og prosjekter som vinner frem setter standarden og øker fokus på kompetansen.

Beslutningsgrunnlag og beslutningsprosess

Beslutningsgrunnlaget er likt og felles for prosjektene og det er mulig å sammenligne beslutningsdokumenter og vurdere hvordan prosjektene når fram i beslutningsprosessen. Spesielt i forhold til konseptrapporten og forprosjektrapporten, som behandles i direktoratet og departementet, kan det være avgjørende at beslutningsgrunnlaget er godt nok.

Konseptrapporten trekkes frem som et sentralt dokument for hva som skal inngå i beslutningsgrunnlaget for tidligfase planleggingen, og mange oppfatter at man på dette grunnlaget bør avslutte tidligfasen med en beslutning om gjennomføring. Dermed flyttes forprosjektet til gjennomføringsfasen, noe som begrunnes med at det høye detaljeringsnivået og den omfattende ressursbruken binder løsningene og det blir vanskelig å gå tilbake å revidere grunnleggende forutsetninger for prosjektet.

Noen prosjekter opplever fremdriftsproblemer knyttet til beslutninger på RHF-nivå og manglede avklaringer mot departementet. Resultatet er revisjoner og omkamper med krav om endringer og nedskjæringer. Flere peker på at man må unngå at prosjektene stopper opp og demobiliseres i forprosjektfasen. Dette svekker kvaliteten og øker kostnadene.

Effekt

Et flertall av informantene mener at bruk av veilederen har ført til en bedre planprosess og høyere, faglig kvalitet på planleggingen. Det vises til mer fokus på det sykehusfaglige innholdet i beslutningsunderlaget, sammenligning med og læring fra andre prosjekter, større krav til kompetanse, mer bruk av kompetente rådgivere og et helhetlig og strukturert beslutningsunderlag. Kriteriene for valg av alternativer fører til en avveining mellom kjernevirksomheten og utbyggingsløsningen. Det vises til at den omfattende utredning og avklaring av aktivitet, kapasitet, innhold og driftsmodeller før man beskriver de fysiske løsningene, bidrar til å sikre at investeringene er målrettet i forhold til fremtidige behov.

Målet med å innføre veilederen er bedre og billigere sykehusbygg gjennom en bedre kvalitet i planleggingen. Det kan hevdes at ved å gjøre alt riktig så får man et riktig resultat. Planlegging innebærer å ta beslutning på usikkert grunnlag. Jo sikrere grunnlaget er, jo bedre blir beslutningene.

Ingen av prosjektene som inngår i kartleggingen er slutført, og et sykehus må være i drift i flere år før man kan evaluere effektene av de løsningene som ble valgt. Formulering av mål og fastsetting av rammer har vært en svakhet i flere prosjekter. Dermed skapes det usikkerhet om de valg man har gjort er de riktige.

6.3 Forslag til endringer og forbedringer

Planprosessen

Ansvar og roller

Grunnlaget for oppstart av prosjektet (B1) er uklart og bør presiseres bedre. Det reiser også spørsmålet om hvem som har ansvaret for å utforme mandatet for prosjektet som er utgangspunktet for idéfasen. Ansvaret for B1 ligger i de fleste tilfeller hos HF-et som også gjennomfører behovsanalysen og utarbeider mandatet. RHF-et bør utvikle klare strategier som gir grunnlag for at det på HF-nivå utvikles konseptuelle løsninger som tar hensyn til overordnede samfunns mål, også når disse er i konflikt med lokale interesser.

Beslutningsprosess

Mål, forutsetninger og krav må gjøres tydeligere og målbare, og det må settes klarere rammer som prosjektet styres etter allerede i idéfasen. Forutsigbarheten i beslutningsprosessen må bli bedre og det må legges vekt på kontinuitet i fremdriften.

Struktur og sammenheng mellom fasene

Alle respondentene peker på behovet for å rydde i overgangen mellom fasene, spesielt mellom konseptfasen og forprosjekt. Det pekes generelt på behov for mer konkret beskrivelse av grensesnittene i veilederen fra 2006. Dette er ikke vesentlig endret i den reviderte versjonen fra 2009.

Det pekes på behov for en mellomfase etter at konseptfasen er avsluttet og før forprosjektet er startet.

Type prosjekter

Det er problematisk å holde seg strengt til planprosessen i ombyggings- og utbyggingsprosjekter. I en fasedelt ombygging/utbygging som går over mange år, vil det være behov for forutsigbarhet med hensyn til rammer og finansiering over

lengre tid. Det er også behov for fleksibilitet i programkrav og løsninger for å kunne fange opp rokader og endringer som oppstår og som ikke kan forutses tidlig i prosessen. En detaljplanlegging på forprosjektnivå av alle faser under ett er vanskelig på grunn av usikkerhet i grunnlaget og om fremtidige rammer. Samtidig er det behov for forutsigbare økonomiske rammer slik at man er trygg for at prosjektet kan gjennomføres.

En godkjenning av en overordnet finansieringsramme på grunnlag av konseptrapporten ville være mer fleksibelt og ikke binde midler i en detaljert plan som det viser seg må revideres. Slike prosjekter bør ha en fasedelt gjennomføringsplan som viser hvordan sykehuset kan drives hvis prosjektet må stanses. Dette bør inn som en del av veilederen.

BIM

Bruk av Building Information Model (BIM) sammen med internasjonale standarder for informasjonsutveksling (IFC), vil gjøre det mulig å ta vare på informasjon om grunnlaget for prosjektet og programkrav fra tidligfasen. Sammen med generelle løsningsmodeller eller et utviklet prosjekteringsmateriale kan dette brukes til å beregne konsekvenser av alternative løsninger for arealbehov og funksjonelle fysiske løsninger. Ved bruk av simuleringsverktøy og 3-D visualiseringsmetoder kan man på et tidlig tidspunkt i planprosessen vise hvordan et programkrav kan løses i et bygg.

Dette vil påvirke planprosessen på flere måter:

- Endrede krav til hvordan og når informasjon må være tilgjengelig
- Dynamisk og interaktiv utvikling av programkrav og løsning (bygg)
- Endrede roller og kompetansekrav for arkitekter, rådgivere og brukere
- Raskere tilgjengelig og bedre beslutningsgrunnlag
- Fleksible muligheter for å vise konsekvenser av alternative løsninger
- Gjennomgående og oppdatert informasjon i alle faser

Introduksjon av BIM i tidligfase planleggingen vil påvirke organisering, arbeidsmåte, plan- og beslutningsprosess.

Vurdering av veilederen

Innhold, språk

Språk og innhold oppfattes stort sett som godt selv om noen peker på at språket er tungt og innholdet noe uoversiktlig. Det er ulike ønsker om å utvikle innholdet. På den ene siden etterspørres mer maler og standarder for arealer, kapasitetsutnyttelse

ol, men på den andre siden ønsker man å unngå for sterk detaljering som binder kreativ tenking og utvikling.

Det etterspørres mer presis angivelse av hva det enkelte beslutningsdokumentet skal inneholde. Det er behov for en klarere struktur for rapporten/dokumentene og gjerne med forslag til innholdsfortegnelse. Samtidig er det noen som er redd for at veilederen blir en tvangstrøye. Veilederen bør inneholde et krav om at Klassifikasjonssystem for sykehusbygg²⁶ brukes av alle. I protokoll fra foretaksmøtene mellom HOD og RHF-ene i januar 2010 ber departementet om at RHF-ene tar i bruk klassifikasjonssystemet og gjennomfører kartlegging.

Veilederen kan virke komplisert og krevende å anvende i små ombyggings- og utbyggingsprosjekter. Deler av kartleggingen og analysene som beskrives oppfattes ikke som nødvendig eller relevant for slike prosjekter. Det er behov for en justering av innholdet både i bredden (hvilke kartlegginger og analyser som må gjennomføres) og i dybden (krav til datagrunnlag, analysemodeller og spesialkompetanse).

Struktur, beskrivelse av faser

Det er et gjennomgående behov for å presisere grunnlaget for oppstart idéfase (B1), grensesnittene mellom fasene (B2 og B3) og hvilke kartlegginger og analyser som hører hjemme i hvilke faser. Dette innebærer også en bedre tilpassing mellom veilederen og praksis.

Selv om veilederen ikke kan legge sterke føringer for beslutningsprosessen og beslutningskompetansen, er det behov for å gi generelle anbefalinger om gjennomførings- og beslutningstakten.

Det bør sies mer om roller og oppgaver i de forskjellige fasene og utviklingsprosessene, og hvordan arbeidsprosessene kan organiseres. Dette gjelder samarbeid mellom programmering og prosjektering og organisering av brukermedvirkningen. Ledelsens rolle når det gjelder informasjon om rammer og mål bør presiseres.

Styringssystemer og kvalitetssikring bør fremheves. Det omfatter systematisk risikovurdering og etablering av suksessfaktorer allerede i tidligfasen.

Sammenhengene mellom de andre veiledere (hovedfunksjonsprogram, hovedprogram utstyr og analyse av økonomisk bæreevne) og tidligfaseveilederen bør avklares, og det bør utvikles veiledere for alle viktige delutredninger. Det er behov for å presisere sammenhengene mellom programmering og prosjektering og

²⁶ Klassifikasjonssystem for sykehusbygg, Helsedirektoratet v 2.0, mai 2008

hvordan arbeidet kan organiseres. En bedre beskrivelse av de økonomiske størrelsene i prosjektet, inkludert samfunnsøkonomi, bør vurderes.

Faglig innhold

Veilederen sier for lite om hvordan det funksjonelle innholdet i et sykehus skal beskrives, og krav om bruk av klassifikasjonssystemet bør inn i veilederen. De viktigste driverne som påvirker fremtidig aktivitet og kapasitetsbehov bør nevnes, og det bør gis anbefalinger om datagrunnlag og metodikk i analyser og beregninger. Logistikk, nærhetsbehov, transport og forsyning er tema som påvirker og påvirkes av organisering og utforming av bygget. En mer systematisk oversikt over hvordan den kliniske driften stiller krav til utforming av bygget og teknikken i bygget er ønskelig. Dette har også betydning for evaluering av alternativene og det etterlyses bedre metoder og krav til empiri. Veilederen bør inneholde punkter om organisasjonsutvikling, driftsøkonomi og miljøkrav.

Arkitektens rolle oppfattes å være for lite vektlagt, særlig i idéfasen. Det må bli bedre dialog mellom arkitekter, rådgivere, funksjonsplanleggere og utstyrsplanleggere. At funksjonsplanleggere og arkitekter deltar i samme møter i delfunksjonsprogram og skisseprosjekt oppleves som positivt.

7 Effekter av bruken av veilederen i prosjekter – analyse av plandokumenter

7.1 Metode

Ved gjennomgang av de utvalgte plandokumentene har vi skjematisk registrert hvordan dokumentene oppfyller de krav som veilederen stiller. Veilederen fra april 2006 er i denne sammenhengen målestokken som prosjektene måles mot, og er en standard for hva som ville ha vært en ”riktig” planleggings- og beslutningsprosess for prosjektene. Analysen følger et skjema som er inndelt etter planfasene. For de sentrale kravene til innhold og format for dokumentene er det formulert spørsmål og identifisert sjekkpunkter. Ved å registrere om plandokumentet oppfyller kravene (spørsmålet besvares med ja/nei med muligheter for utdyping), kan man kartlegge og dokumentere om plandokumentet inneholder de opplysninger som veilederen anbefaler. Hensikten er å oppnå en deskriptiv registrering med et minimum behov for vurdering og tolking.

Målet har vært å få en oversikt over på hvilke punkter plandokumentene i stor grad møter kravene i veilederen, og på hvilke punkter de gjør det i liten grad eller ikke gjør det. Sammen med intervjuene, diskusjonene i arbeidsseminarene (vedlegg 1 og 2) og egne erfaringer, gir dette grunnlag for å vurdere effektene av bruken av veilederen på den foreliggende dokumentasjonen. I neste omgang gir dette oversikt over på hvilke områder veilederen og/eller planprosessen bør endres/utvikles.

I figur 8 er det vist et eksempel på det skjematiske underlaget for gjennomgang av konseptfasen. Skjemaet inneholder kun ledetekst og ikke data.

Konseptfasen (KF)				
Spørsmål	Sjekkpunkter		Ja/nei	Utdyping
Foreligger B2	Hvem besluttet	Styret HF		
		Styret RHF		
		Annet		
Hva er underlaget for KF		Eget mandat for KF		
		Styrevedtak		
		Andre dokumenter		
	Innholdet i underlaget	Idefaserapport (fra IF)		
		Mål og rammer		
		Beskrives hvilke alternativ som videreføres		
		Budsjett, finansiering KF		
		Omfang, avgrensning av KF		
		Innhold, leveranse		
		Plan for gjennomføring		
		KF bygger på IR	Er IR oppdatert/korrigert	
		Bygger ikke på IR	Er grunnlaget beskrevet	Hvilke dokumenter erstatter IR
Hvis B2 ikke foreligger, kommenter				
Alternativanalyse i underlaget for KF	0-alternativet	0-alternativet, videreføring av dagens tilbud, teknisk utbedring		
		0-alternativet, dagens tilbud + fremtidig behov, utvidelse		
		Annet		
		Alternativer (antall:)	Forskjellige konsepter, tilbud	
			Forskjellige utbyggingsløsninger	
		Begge deler		
Beskrives mål og rammer	Målformuleringer	For tjenesteproduksjonen		

Figur 8 Eksempel fra analyseskjema for gjennomgang av plandokumenter

7.2 Plandokumenter

I mange fylkeskommuner hadde man før eierskapsreformen og før veilederen var tatt i bruk, et planleggingsregime med identifiserte dokumenter, som i noen grad ivaretok behovet som veileder for tidligfase planlegging skal dekke. Flere av disse plandokumenter vil man finne igjen i veilederen eller i andre sammenhenger knyttet til tidligfase planlegging. I tillegg har man fått en rekke nye dokumenter som er en konsekvens av eierskapsreformen og som har blitt etablert gjennom utvikling av planprosessen for tidligfasen. De viktigste dokumentene er listet i tabell 5.

Concept rapport nr. 25

Tabell 5 Oversikt over plandokumenter

Dokument	Innhold, avhengighet
Strategi-dokumenter	Statlige og regionale rammeplaner og utredninger som beskriver langsiktige tiltak for å nå overordnede mål. Kan gjelde faglig utvikling, tilbud til spesielle pasientgrupper, utvikling av kompetanse, kapasitet og behandlingstilbud, sykehusstruktur og forhold til primærhelsetjenestene, bemanning o.a.
Generalplan	Strategisk overordnet plandokument gjerne på HF-nivå. Beskriver mål og rammer for utvikling for et område og tidsrom. Utarbeides ofte som grunnlag for oppstart idéfase (B1).
Investeringsplan	Rullerende planer for prioritering og styring av investeringstiltak i forhold til finansielle muligheter og behov. Utarbeides på RHF-nivå
Utviklingsplan	Kan omfatte et enkelt prosjekt eller HF. Bygger ofte på overordnede rammer (investeringsplaner, økonomiske rammer) og strategisk føringer. Ligner på en generalplan eller en forretningsplan og er ofte grunnlag for oppstart idéfase (B1).
Idéfaserapport	Sluttrapport fra idéfasen. Fokus på overordnede mål og strategier og konseptuelle løsninger. Viser på et overordnet nivå fremskrevet aktivitet, kapasitets- og arealbehov og gir vurdering av investeringsbehov og potensialet for driftsøkonomiske endringer. Skal gi grunnlag for å beslutte videreføring av prosjektet til neste fase (B2).
Konkurranse-program	Grunnlag for arkitektkonkurranse/idékonkurranse. Konkurransprogrammet kan omfatte programkrav, løsningsprinsipper, lokalisering, økonomiske rammer, strategiske føringer o.a. Kan erstatte idéfasen men har ingen avklart status i planprosessen.
Vinnerutkast konkurranse	Anbefalt løsning fra konkurransen, viser en av flere mulige løsninger ift programmet. Kan utvikles videre til et skisseprosjekt som er en del av konseptfasen. Har ingen avklart status i planprosessen.
Hoved-funksjons-program (HFP)	I henhold til veilederen inngår HFP i konseptfasen og bygger på bl.a. idéfaserapporten. Gir en overordnet beskrivelse av aktivitet, kapasitet, funksjoner, arealer og driftsmodell. Kan også omfatte analyser av investeringsbehov og driftsøkonomi. Ett av flere grunnlag for konseptrapporten.

Dokument	Innhold, avhengighet
Hovedprogram utstyr (HPU)	Bygger på HFP. Oversikt over brutto utstysbehov, utstyr som påvirker bygget og grensesnitt mellom brukerutstyr og byggutstyr. Utvikles til et netto utstysprogram etter at overførbart utstyr er trukket ut. Gir grunnlag for utstysbudsjett og organisering og gjennomføring av anskaffelser. Ett av flere grunnlag for konseptrapporten.
Skisseprosjekt (SPR)	Bygger på HFP eller tilsvarende programgrunnlag. Viser hovedgrep for byggets struktur, lokalisering, design, innplasserte funksjoner/arealer, arealbehov, fleksibilitet, utvidelsesmuligheter, krav til teknikk og tverrgående kommunikasjon, brutto arealbehov og investeringsbehov. Ett av flere grunnlag for konseptrapporten.
Overordnet teknisk program (OTP)	Beskriver overordnede krav til tekniske løsninger på systemnivå. Definerer det tekniske ambisjonsnivået og gir føringer for skisseprosjektet og teknisk drift. Krav på overordnet funksjonelt nivå og ikke spesifikke krav til løsninger. Ett av flere grunnlag for konseptrapporten.
Konseptrapport	Bygger på idéfaserapporten og ulike overordnede, strategiske dokumenter. Summerer opp og samordner resultatene fra utredninger og analyser i konseptfasen (HFP, SPR, HPU, OTP). Gir detaljert beskrivelse av den valgte løsningen sett i forhold til oppsatte mål, rammer og krav. Beskriver økonomisk bæreevne inkludert driftsøkonomiske konsekvenser og finansieringsplan. Beskriver valg av alternativ. Grunnlag for å beslutte igangsetting av forprosjektfasen og i praksis grunnlag for faglig godkjenning av prosjektet i RHF og HOD. Plan for gjennomføring av forprosjekt- og byggefase.
Delfunksjonsprogram (DFP)	Detaljert program på (del)funksjonsnivå. Beskriver det faglige innholdet i funksjonsområdet og de krav dette stiller til bygget. Beskriver nærhetsbehov, krav til rom og sammenhenger mellom rom, liste over alle rom og netto arealbehov på romnivå. Grunnlag for forprosjektet.
Forprosjekt-rapporten (FP)	Bygger på konseptrapporten og DFP. I tillegg til en detaljert beskrivelse av bygg og infrastruktur i henhold til arkitektnormen, omfatter FP en oppsummering og eventuelt oppdatering/revisjon av konseptrapporten. Omfatter detaljering av investeringsanalyser og driftskostnader for bygget, valg av entreprisemodell og plan for gjennomføring, ferdigstilling, overlevering og idriftsetting.

7.3 Plandokumenter og beslutningsprosess

Kartlegging av erfaringer fra bruken av veilederen viser at det ikke er tydelig samsvar mellom på den ene siden plandokumentene og den strategiske betydning av beslutningen, og på den andre siden det beslutningsnivået. Mens det i FINs KS-regime er fagdepartementet som gir mandatet for oppstart av planleggingsarbeidet, anbefales det i veilederen HF-et gir mandatet.

Tabell 6 Oversikt over beslutningsgrunnlag og beslutningsmyndighet

Beslutning punkt	Dokument, beslutningsunderlag	Beslutningsmyndighet
B1	Mandat, grunnlag for oppstart Idéfasen	Styret eller administrasjonen i HF-et
Alternative dok.	Strategidokument Behovsanalyser Tilstandsanalyser Generalplan Utviklingsplan	Styret RHF Adm eller styret HF Adm eller styret HF Styret HF Styret HF
B2	Idéfaserapport	Styret RHF
Alternative dok.	Investeringsplan Strategidokument Utviklingsplan Behovsanalyser Tilstandsanalyser Generalplan	Styret RHF Styret RHF Styret HF Adm eller styret HF Adm eller styret HF Styret HF
B3	Konseptrapport	Styret RHF
Bygger på	Hovedfunksjonsprogram Skisseprosjekt Hovedprogram utstyr Overordnet teknisk program Driftsøkonomiske analyser	Styringsgruppa, adm eller styre HF Styringsgruppa, adm eller styre HF Styringsgruppa Styringsgruppa Styringsgruppa, adm eller styre HF
B4	Forprosjektrapport	Styret RHF
Inklusiv	Delfunksjonsprogram Brutto utstyrsprogram Nettoprogram utstyr Revidert skisseprosjekt	Styret HF Styringsgruppa, adm eller styre HF Styringsgruppa, adm eller styre HF Styret HF

I kapittel 5, tabell 3 ble det vist hvordan beslutningsansvaret følger beløpsgrenser for prosjektkostnaden. Tabellen viser at for små prosjekter (opp til 50 MNOK) kan beslutningsansvaret variere fra administrasjon på HF-nivå til styret på RHF-nivå. I tillegg gjelder det i hovedsak følgende beslutningsroller i forhold til type dokumenter.

Oppsummering av funn

Et vesentlig mål med prosjektet er å kartlegge om planprosessen, slik den gjennomføres i prosjektene, er i samsvar med veilederens hensikt og anbefalinger. I gjennomgangen av plandokumentene har vi lagt vekt på de problemstillingene som er sentrale for å forstå effekten av veilederen på den praktiske planleggingen, og hvordan dette samsvarer med målet med etableringen av veilederen:

- Overordnede mål og rammer
- Alternative løsninger og valg av alternativ
- Utredninger, analyser og beregninger
- Kvalitetssikring og usikkerhetsanalyser
- Beslutningsprosess

Overordnede mål og rammer

Formuleringer i veilederen

Veilederen av april 2006 har ikke et punkt som presiserer hvordan målene for prosjektet skal utvikles og vedtas, og det vises ikke til behovet for et målhierarki. I beskrivelsen av utredninger og analyser i idéfasen²⁷ pekes det på at man skal ”avklare målsettinger og fremtidig ambisjonsnivå for prosjektet/ tiltaket”, og at man i denne fasen skal ”avstemme arbeidet mot overordnede planer og føringer”. Her nevnes overordnede mål og planer for HF/RHF, grensesnitt mot planer i andre HF/RHF og nasjonale helsepolitiske føringer/nasjonale retningslinjer.

Under punktet Idéfasens innhold²⁸ vises det til at idéfasen omfatter aktiviteter som ”gir grunnlag for å klargjøre behovet for helsetjenester, kapasitet og kostnader”. Utredningene skal dessuten ”avklare avvik mellom bygningsmessig status og ambisjonsnivå for fremtidig kapasitet og bygg”.

De første formuleringene peker på behovet for at det formuleres overordnede samfunns mål mens de andre peker på utvikling av effektmål og resultatmål. Veilederen beskriver ikke behov for målformuleringer og etablering av et målhierarki på et generelt grunnlag.

Økonomisk styring knyttes til en samlet vurdering av de planlagte investeringene, og man skal vise hvordan prosjektet kan realiseres innenfor tilgjengelige ressurser. I idéfasen skal det gjennomføres analyser av hvordan prosjektet kan ivareta behovsdekningen i fremtida og økonomisk bæreevne. Det er et gjennomgående krav om

²⁷ Veileder for tidligfase planlegging, Helsedirektoratet april 2006, pkt 4.4

²⁸ Veileder for tidligfase planlegging, Helsedirektoratet april 2006, pkt 4.1

analyser av driftsøkonomi og investeringsbehov i alle fasene, også i forprosjektfasen, og slike analyser er et viktig grunnlag for valg av alternativ.

For kvalitetssikring viser veilederen til Finansdepartementets veiledning²⁹ og det etablerte KS-regimet for prosjekter over 500 millioner kroner.

Behandling i dokumentene

Definerte samfunns mål og effektmål finner man dokumentert i under halvparten av prosjektene. Ser man på idéfasen isolert finner man i liten grad presisering av overordnede mål. Mål og rammer er bedre utviklet og presisert i konseptfasen enn i idéfasen, til tross for at det er i idéfasen at prosjektet skal forankres i de overordnede målene og strategiene. Det er 5 prosjekter som har gjennomført idéfase. De øvrige prosjektene har startet konseptfasen basert på andre plandokumenter som beslutningstakerne (som regel administrasjon og styre for HF-et) har akseptert som godt nok grunnlag for B2.

Overordnede krav til tjenesteproduksjonen er i liten grad formulert. Det synes å ha sammenheng med at prosjektene er uklart avgrenset i forhold til fremtidig virksomhet generelt, og spesielt når det gjelder andre sykehus, primærhelsetjenesten, spesielle pasientgrupper og omstilling og effektivisering av virksomheten. I forbindelse med beregning av fremtidig aktivitet og kapasitetsbehov gjøres det i noen prosjekter avgrensinger mot andre HF/RHF.

I et mindretall av prosjektene fremgår det at det er sammenheng mellom mål og løsninger når det gjelder tilbud på helsetjenester, driftsmodell og kapasitet. Et flertall beskriver hvordan prosjektet møter målet om fleksible løsninger, altså tilrettelegging av tomt og utvikling av bygg og infrastruktur.

De fleste prosjektene har definerte investeringsrammer og/eller arealrammer. Samlede økonomiske rammer knyttet til økonomisk bæreevne finner man i under halvparten av prosjektene. Overordnede krav til og beskrivelse av de fysiske løsningene finnes i alle prosjektene.

Et flertall av prosjektene har formulert resultatmål for investeringen. Dette er som regel knyttet til konseptfasen med krav om gjennomføringen av videre planlegging og bygging innenfor tid og kost. Slike krav kan også være tatt inn i mandatet for idéfasen.

Det stilles generelle krav om å hente ut driftsøkonomiske gevinster som vil inngå som en del av en finansieringsplan. Noen prosjekter opplever at beslutning om

²⁹ Veileder nr 2, Felles begrepsapparat KS2, Finansdepartementet 11.03.2008

videreføring av planleggingen i forprosjektfasen forsinkes eller utsettes fordi prosjektkostnadene overstiger investeringsrammene, eller fordi den samlede økonomiske bæreevnen for HF-et ikke holder når det tas hensyn til avskrivninger, finanskostnader og endringer i driftsøkonomien. Hvis det ikke gis endrede rammer må prosjektet gjennomføre nedskjæringer.

Alternative løsninger og valg av alternativ

Formuleringer i veilederen

I idéfasen legger veilederen vekt på å finne alternativene, og at man skal ha en bred vurdering av mulige alternativer i idéfaserapporten. Det sies ikke klart hva som skal til for å skille en alternativ løsning fra en annen, og det pekes ikke på forskjellen mellom alternative løsningskonsept for leveranse av helsetjenestene, og alternative tomteløsninger eller utbyggingsløsninger.

I konseptfasen konkretiseres anbefalingene til å omfatte 0-alternativet og et antall (2-3) andre løsninger. Veilederen angir kriterier for evaluering av alternativene. Ett av kriteriene er hvordan løsningene dekker de definerte behovene (for helsetjenester). Man kan ha alternativer med ulike løsninger på ”sørge-for-ansvaret” og alternative utbyggingsløsninger.

Behandling i dokumentene

De fleste prosjekter utarbeider et 0-alternativ og minimum 2 alternativer for utbygging. Det går et skille mellom prosjekter som har gjennomført en idéfase og de som startet planprosessen med konseptfasen. I idéfasen har de fleste prosjektene etablert flere alternative løsninger i tillegg til 0-alternativet, og de har i større grad fokus på konseptuelle løsninger for å levere helsetjenestene.

Med oppstart direkte på konseptfasen på grunnlag av ulike plandokumenter og utredninger, tas det ofte utgangspunkt i et valgt alternativ basert på en lang prosess med behovsanalyser og analyser av byggets tilstand, som i noen prosjekter startet under fylkeskommunens eierskap. Da er ofte 0-alternativet definert som uaktuelt og planene starter med forutsetninger om nybygg på en valgt tomt.

I disse tilfellene er alternativene knyttet til erstatning av eksisterende bygg. Dermed er diskusjonene i stor grad låst til bygningsmessige løsninger og det blir lite rom for nye konsepter for driften av og innholdet i den kliniske virksomheten. I flere av prosjektene er det utført planlegging og beslutning om gjennomføring uten avklaring av om det finnes alternative modeller for å løse foretakets sørge-for-ansvar. Dette er et viktig mål med gjennomføring av tidligfase planleggingen. Det avdekker også manglende konseptuell forståelse hos planleggere og

beslutningstakere, og det peker på behov for bedre presisering av hva som kan være et reelt alternativ.

Noen prosjekter utreder også alternative konseptuelle løsninger i konseptfasen, spesielt hvis det ikke er gjennomført en idéfase. Alternativene påvirker oppgaver, aktivitet, kapasitetsbehov, og driftsmodell for det nye sykehuset, og gir konkrete føringer for bygget og investeringsbehovet. Slike alternative løsninger for tjenesteproduksjonen inngår som regel som en del av analysene av fremtidig aktivitet og kapasitetsbehov.

0-alternativet er definisjonsmessig problematisk. To oppfatninger synes å råde:

- 0-alternativet omfatter dagens løsning og virksomhet uten investeringer ut over nødvendig vedlikehold
- 0-alternativet omfatter dagens løsning men med tillegg for nødvendige investeringer og driftsmessige tilpasninger for at 0-alternativet skal kunne fungere i fremtid og være sammenlignbart med de andre alternativene.

Veilederen forutsetter at det er kun ett alternativ som legges frem i beslutningsgrunnlaget for B3 (godkjenning av oppstart forprosjekt). Det innebærer at et antall alternativ som var etablert i idéfasen skal utredes og analyseres i konseptfasen til et nivå hvor man kan velge det som fremstår som den optimale løsningen. Veilederen anviser 5 kriterier for valg (behandlingstilbud, totaløkonomi, fleksibilitet, fag- og kompetanseutvikling, lokalisering). I de fleste prosjektene legges det vekt på:

- Økonomisk bæreevne, inkludert driftsøkonomiske effekter
- Investeringskostnader
- Krav til tjenesteproduksjon, kapasitetsbehov, arealbehov
- Kvalitet bygg, lokalisering, struktur, fleksibilitet

Det sentrale kriteriet er om prosjektet oppfyller de oppsatte målene innenfor de gitte rammene. De fleste prosjektene har uklare målformuleringer og i den grad de finnes, så er overordnede strategiske mål i liten grad hensyntatt. Mål om effektive og kvalitativt gode helsetjenester vil i mange tilfeller kunne bety endringer og omstillinger som direkte påvirker driften av sykehuset.

En gjennomgang av hvordan prosjektene ved de valgte løsninger oppfyller målene som er formulert, viser at det er vanskelig å finne klare sammenhenger i en del av prosjektene. Dette kan både skyldes uklart formulerte mål og at man tradisjonelt har fokus på utvikling av et bygg.

I dagens veileder er ikke valg av alternativ et beslutningspunkt, men forutsettes å skje som en del av de utredninger som gjennomføres i konseptfasen. I Finansdepartementets KS-regime ligger valg av alternativ som en del av KS1³⁰. Selv om det i konseptrapporten skal redegjøres for hva som var grunnlaget for valget, er det problematisk at dette valget og dermed evalueringen, ikke kommer tydelig frem i beslutningsprosessen.

Denne problemstilling ble inngående diskutert i Arbeidsseminar om forbedringsmuligheter, ref. vedlegg 2. Der vises det til at man bør ha et beslutningspunkt i løpet av konseptfasen som avgjør hvilket alternativ man detaljutterer. Alternativt kan valg av alternativ og beslutning om videreføring av prosjektet skje i B3, altså som grunnlag for oppstart forprosjekt.

Concept programmet har på vegne av Finansdepartementet utarbeidet et utkast til veileder for 0-alternativet³¹. Hensikten med 0-alternativet er at det skal underbygge kravet om at det alternativet som gir mest nytte for pengene blir valgt. 0-alternativet skal ta utgangspunkt i dagens konsept/løsning, og fremtidig behovstilfredsstillelse skal ikke bli dårligere enn på beslutningstidspunktet. Det skal inkludere ordinære kostnader til vedlikehold, korrigerende vedlikehold, forebyggende vedlikehold (periodisk vedlikehold) og utskiftninger/fornyelse for å kunne fungere i den tidsperioden som forutsettes i analysen.

Utredninger, analyser og beregninger

Aktivitet og kapasitetsbehov

Formuleringer i veilederen

I idéfasen skal man utrede fremtidig aktivitet og kapasitetsbehov på et overordnet nivå. Det skal legges vekt på bredde i problemstillinger og angrepsmåter på bekostning av dybde og detaljering.

For konseptfasen beskriver veilederen relativt detaljert hvilke utredninger som skal utføres for å kunne dokumentere aktivitet og andre dimensjonerende forutsetninger samt kapasitets- og arealbehov. Det vises også til andre utredninger som er nødvendig for å kunne vurdere alternativene i forhold til de kriteriene som er satt opp.

Behandling i dokumentene

³⁰ Veileder nr 3, Felles begrepsapparat KS1, Finansdepartementet 11.03.2008

³¹ Veileder 8, versjon 1, utkast datert 28.04.2010

Kun 5 av 10 prosjekter har gjennomført idéfasen, erfaringsgrunnlaget er derfor usikkert og kartleggingen viser at praksis er varierende. Noen prosjekter gjennomfører analyser og beregninger i idéfasen som er like omfattende som de som gjøres i konseptfasen, mens andre er mer prinsipielle med færre analyser og beregninger. Mens noen beregner fremtidig aktivitet og kapasitetsbehov som grunnlag for å anslå arealbehov og investeringsrammer, setter man i andre prosjekter opp erfaringsbaserte rammer som i liten grad er etterprøvbare.

I konseptfasen gjennomfører de fleste prosjektene de anbefalte analysene og beregningene. Lojalitet til veilederen, og et begrenset fagmiljø som arbeider med planlegging av sykehus, har ført til en faglig standardisering som muliggjør sammenligning mellom prosjektene. Hvis man ser bort fra to prosjekter som ikke har fulgt veilederen, benyttes stort sett samme begreper, metoder og beregningsmodeller i alle prosjekter som er analysert. Noen prosjekter skiller seg ut ved at de legger mer vekt på å drøfte og beregne konsekvenser av alternative scenario for endringer i de dimensjonerende forutsetningene (oppgavefordeling, samhandling, effektivisering/omstilling, kapasitetsutnyttelse o.a.).

Utredninger og analyser er knyttet til definerte dokumenter hvorav HFP og HPU har egne veiledere. Dette omfatter

- Hovedfunksjonsprogram (HFP)
- Hovedprogram utstyr (HPU)
- Skisseprosjekt (SPR)
- Overordnet teknisk program (OTP)
- Driftsøkonomiske analyser
- Transport og vareflyt
- Totaløkonomi (økonomisk bæreevne)

De fleste av disse delutredningene/rapportene er detaljert beskrevet i veilederen, og prosjektene oppfyller i hovedsak kravene til innhold og struktur selv om kvaliteten er varierende.

Veilederen peker innledningsvis på at det i utredningsarbeidet skal legges vekt på konsistens, transparens, og sporbarhet. Dette kan konkretiseres som sammenheng i tallgrunnlag, tydelige forutsetninger for beregningene, dokumenterte beregningsmodeller, henvisninger og åpenhet i dokumentasjon og sporbarhet i beregninger og konklusjoner/vedtak også mellom fasene. I de gjennomgåtte prosjektene er det varierende kvalitet på dokumentasjonen i forhold til disse kvalitetskriteriene.

Våre analyser bygger på beslutningsdokumenter som omfatter rapporter med flere underliggende dokumenter. Dette gjelder spesielt for konseptfaserapporten. Vi har ikke gått systematisk gjennom underliggende dokumenter, og manglende transparens og sporbarhet i beslutningsdokumentene kan skyldes at den detaljerte informasjonen som ligger i underliggende dokumenter ikke er tatt med videre. Dette kan styrke lesbarheten av overliggende/styrende dokumenter, men skjule viktig informasjon, og det innebærer at beslutningstakere ikke alltid er kjent med forutsetningene for resultater og konklusjoner som fremkommer.

Kvalitetssikring og kvalitet

Formuleringer i veilederen

Veilederen anbefaler bruk av følgeevaluering og det er krav om kvalitetssikring av beslutningsgrunnlaget i forbindelse med beslutningspunktene B2, B3 og B4. Ved slutten av idéfasen (B2) skal det gjøres en usikkerhets- og følsomhetsanalyse og ved avslutning av konseptfasen (B3) og forprosjektfasen (B4) gjøres det usikkerhetsanalyser. Planen for oppstart forprosjekt skal inneholde risikoanalyse og en analyse av suksessfaktorer.

Veilederen peker på muligheten for myndighetsdialog og foreløpig myndighetsvurdering ved avslutning av idéfasen.

Behandling i dokumentene

Kvalitet er ikke et entydig grunnlag for sammenligning, men vi har valgt å legge veilederens krav til innhold og oppbygging av beslutningsdokumentene til grunn.

Kun ett av prosjektene har gjennomført følgeevaluering og ytterligere 2 har hatt ekstern kvalitetssikring i ettertid. Usikkerhetsanalyser i forbindelse med konseptrapporten er gjennomført i alle prosjekter unntatt ett. Myndighetsdialog opplyses å ha vært gjennomført i 4 prosjekter og 3 har hatt foreløpig myndighetsvurdering fra Helsedirektoratet.

Risikoforhold og suksessfaktorer er beskrevet i 6 av prosjektene. Det er knyttet til planleggingen av gjennomføringsfasen og ikke til planprosessen for tidligfase.

Bruk av suksessfaktorer er omtalt i vedlegg 1, som er en oppsummering fra arbeidsseminaret om suksessfaktorer for god gjennomføring av investeringsprosjekter i sykehussektoren. Seminaret var sammensatt med deltakere fra mange sektorer og konklusjonen er at det i liten grad blir gjort risikovurderinger og identifisert suksessfaktorer i tidligfasen i store offentlige investeringsprosjekter.

Veilederen er ganske åpen i sine krav til innhold og oppbygging av idéfaserapporten. Kun i 5 av de 10 prosjektene som er vurdert er det gjennomført

idéfase, og disse har i varierende grad oppfylt veilederens krav til innhold og oppbygging. I flere prosjekter er ikke løsningene forankret i overordnede mål, strategier og rammer, og konsistens mellom målene med prosjektet og foreslåtte løsninger er uklar.

8 av 10 prosjekter har gjennomført konseptfasen. Man vil finne ulikheter i innhold og kvalitet, men prosjektene følger i hovedsak den strukturen som er anbefalt. 2 av de analyserte prosjektene faller i stor grad utenfor de normene og anbefalingene som veilederen anbefaler. Det synes å ha vært spesielle grunner til dette. Hvis disse holdes utenfor er det kun ett prosjekt som vurderes ikke å ha oppfylt kravene til en konseptfaseutredning. Hvis dette er representativt for kvaliteten på prosjektene, er det et godt resultat.

9 av de 10 prosjektene har kommet så langt i prosessen at det foreligger en forprosjektrapport, og av disse har 7 fulgt veilederens oppskrift.

I flere prosjekter foreligger det revisjoner av beslutningsdokumentene, spesielt konseptfaserapporten og underliggende dokumenter som hovedfunksjonsprogram og skisseprosjekt. Bakgrunnen er som regel endringer i rammer eller forsinkelser som innebærer behov for oppdatering. Det kan også skyldes uklarheter i grensesnittet mellom fasene.

Beslutningsgrunnlag og beslutningskompetanse

Formuleringer i veilederen

Veilederen viser til hvilket beslutningsgrunnlag som skal foreligge til hvert beslutningspunkt og den gir eksempler på hvilket beslutningsnivå som er naturlig.

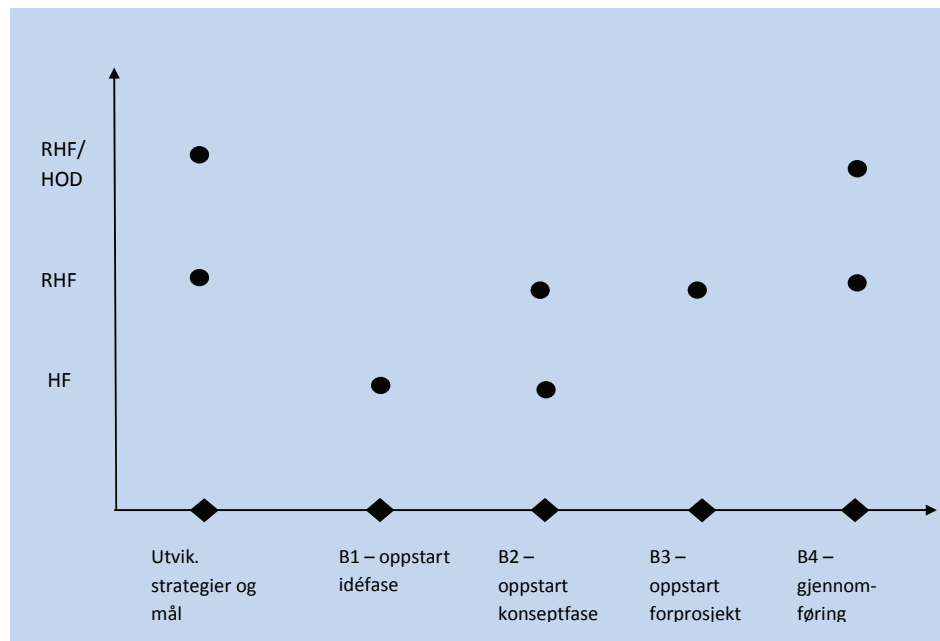
For oppstart idéfasen (B1) skal det foreligge et mandat gitt av foretaksledelsen som omfatter en beskrivelse av nåsituasjonen, problembeskrivelse, behov med årsak og plan for leveranser og gjennomføring.

Beslutning om oppstart konseptfase (B2) skal i henhold til veilederen bygge på idéfaserapporten. Prosjekter som ikke har gjennomført idéfasen bygger B2 på stort sett samme dokumentasjon som lå til grunn for oppstart idéfase (B1) i de øvrige prosjektene.

Behandling i dokumentene

Figur 9 viser hvordan beslutningsdokumenter og beslutningspunkter er knyttet til det organisatoriske beslutningsnivået (beslutningskompetansen) i helseforetaket. Som vist i tabell 3 differensieres det også på investeringsbeløp, men i denne

sammenhengen har alle prosjektene en totalkostnad som tilsier høyeste beslutningskompetanse.



Figur 9 Sammenhenger mellom beslutningskompetanse og beslutningspunkter

Figur 9 viser at B1 oppstart idéfase skjer på HF-nivå. Dette er anbefalt i veilederen og synes å gjelde alle prosjekter som er kartlagt. Helse Sør-Øst RHF krever i dag at det skal foreligge en utviklingsplan og at prosjektene inngår i en virksomhetsstrategi, før det fattes beslutning om oppstart planlegging (B1).

Praksis for godkjenning idéfaserapport/oppstart konseptfase (B2), er ulik. I de fleste prosjektene legges saken frem for styret i RHF-et, men i noen tilfeller skjer behandlingen på HF-nivå.

Godkjenning av konseptrapport og vedtak om oppstart forprosjektfase (B3), og beslutning om gjennomføring av investeringen (B4) skjer på RHF-nivå. Gjennom vurderinger av økonomisk bæreevne og godkjenning av lånefinansiering, er HOD i praksis involvert i beslutning om gjennomføring av de fleste større prosjekter.

B1 og B2 skal bygge på strategiske planer som omfatter både nasjonale og regionale strategier og føringer. Som vist i punkt 7.4.1 Overordnede mål og rammer, er grunnlaget for oppstart av planleggingen (B1 og B2), i liten grad knyttet konkret til strategiske planforutsetninger. Grunnlaget for oppstart av prosjektet er i Concept rapport nr. 25

stor grad styrt av behov, problemforståelse og ambisjoner hos HF-et, slik dette er beskrevet i veilederen.

For halvparten av prosjektene er det ikke gjennomført en idéfase, og idéfaserapport foreligger dermed ikke. Grunnlaget for B2 i disse prosjektene er ofte sammenlignbart med grunnlaget for B1. Flere prosjekter har en lang planleggingshistorie og det foreligger et stort antall utredninger og analyser når konseptfasen starter.

Noen RHF og HF har etablert strategiske, rullerende plandokumenter som utviklingsplan, arealplan, investeringsplan og lignende. Supplert med mål, mandat og rammer for det aktuelle prosjektet, gir dette beslutningsgrunnlaget.

8 Oppsummering av funn og anbefaling av tiltak

Kapittel 8 er en oppsummering av innholdet i rapporten og det er lagt vekt på å belyse og drøfte sentrale tema knyttet til tidligfase planlegging og de viktigste forholdene som studiet har avdekket. Basert på forslag fra informantene, drøftinger i arbeidsseminar, dokumentgjennomgang og forfatterens faglige vurderinger, presenteres til slutt noen ideer om hvordan planprosessen og veilederen kan endres og forbedres.

8.1 Bakgrunn for utvikling av veilederen for tidligfase planlegging

Det har vært en utvikling i retning av New Public Management innen helsetjenesten i Norge, bl.a. ved økt bruk av incentiver ved innsatsstyrt finansiering, større fokus på resultatmål og fritt sykehusvalg. Eierskapsreformen er en del av den samme trenden.

I styringsbrevet som HOD sendte til de regionale helseforetakene den 31.12.2002, det såkalte nyttårsbrevet, beskriver departementet hovedtrekkene i et planleggings- og kvalitetssikringsregime for tidligfase planlegging.

For at nye investeringer skal kunne forsvares må foretaket ha økonomisk bærekraft. Med begrenset mulighet til låneopptak må økte kapitalkostnader som ikke dekkes av tilskudd til avskrivninger og eventuelle andre inntekter, hentes fra innsparinger i driften. Dermed blir det viktig å sette investeringsprosjektene i sammenheng med helseforetakets strategier for å oppfylle sørge-for-ansvaret.

I planleggingen må kjernevirksomhetens krav til bygget vektlegges. Investeringene skal bidra til å effektivisere tjenesteproduksjonen, og effektene av investeringen skal gi reduksjoner i driftsutgiftene som kan bidra til sikre prosjektets og HF-ets økonomisk bærekraft.

8.2 Etablering av veilederen og status for innføring

Veilederen har en formell status som veileder utgitt av Helsedirektoratet og anvendes som et referansedokument for tidligfase planlegging i sykehusprosjekter. Den er også en sjekkliste ved behandling av beslutningsdokumenter i styrene i

RHF/HF, og det er eksempler på at HOD henviser til veilederen ved behandling av prosjekter.

Kartleggingen viser at veilederen i dag oppfattes som en standard for gjennomføring av tidligfasen for byggeprosjekter i sykehussektoren. Veilederen er ikke et prosjektstyringsdokument, men brukes som en styringsinstruks fra eier som anviser hvordan utredninger og planprosess skal gjennomføres fra prosjektet etableres til og med forprosjektfasen.

Med få unntak er anbefalingene i veilederen lagt til grunn for gjennomføring av tidligfasen i større prosjekter. Et fåtall prosjekter har gjennomført hele planprosessen (høsten 2009). Veilederen forutsetter en omfattende planprosess noe som har ført til at den fra starten har vært lite brukt i små prosjekter. Dette har endret seg de siste årene.

8.3 Erfaringer med bruk av veilederen

Den generelle oppfatningen er at planprosessen for tidligfase planlegging i sykehusprosjekter fungerer godt og slik veilederen anbefaler. Krav til innhold i og organisering av prosessen gir økt fokus på kjernevirksomheten og de sykehusfaglige spørsmålene, i tillegg til en oversiktlig og strukturert plan- og beslutningsprosess for hele prosjektet.

Likhet og åpenhet i bruken av verktøy, metoder, gjennomføring og dokumentasjon i mange prosjekter gir grunnlag for sammenligning, og det skjer læring og kompetanseoverføring både i rådgivermiljøene, i prosjektene og hos beslutningstakerne. Dette gir grunnlag for utvikling av erfaringsbaserte standarder. En del plandokumenter og rapporter er tilgjengelig på www.sykehusplan.no og på HF-enes eller prosjektenes hjemmesider. I tillegg er det omfattende informasjonsutveksling mellom prosjektene. Disse positive effektene kan forsterkes ved en bedre systematisering av innholdet i veilederen og mer systematisk spredning av informasjon om bruk og erfaringer.

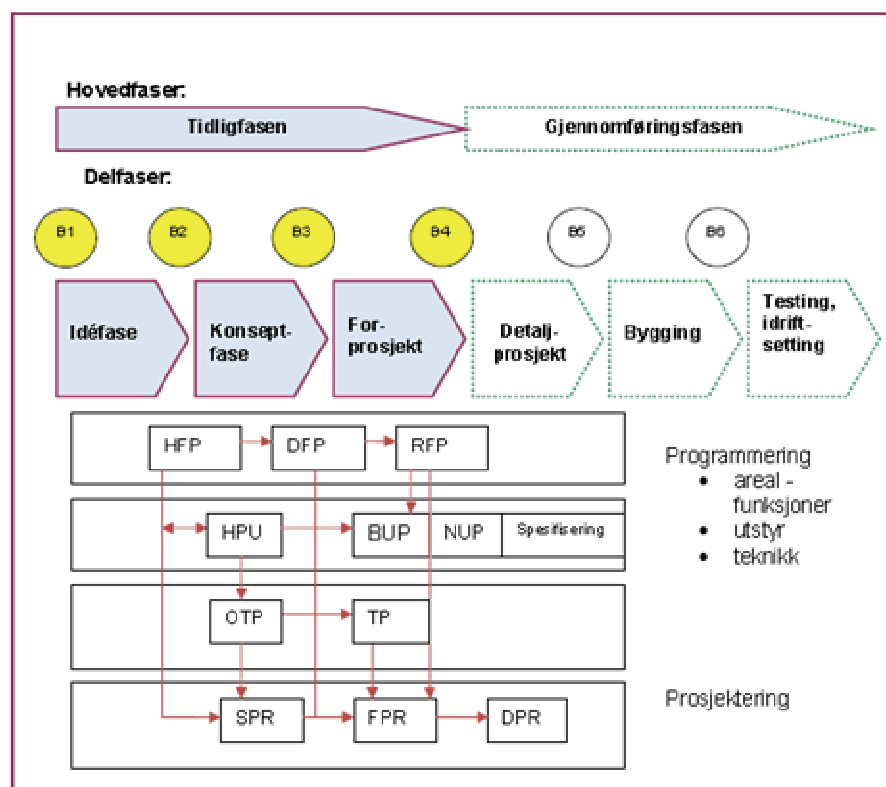
Sammenligning og etterprøving bidrar til kvalitetssikring, og i forbindelse med følgeevaluering som gjennomføres i noen prosjekter, brukes veilederen og de felles erfaringene som referanser. Likhet i planprosess og dokumentasjon bidrar til åpenhet og sporbarhet, og alle interessenter kan følge prosessen og hente ut informasjon.

Gjennomgang av dokumentasjonen viser at de fleste prosjektene følger inndelingen i faser og beslutningspunkter (B1-B4). Beslutningsgrunnlaget er stort sett likt bygget opp, men med ulikheter i kvalitet og vektlegging. Det er også ulikheter når det gjelder beslutningskompetansen for beslutningspunktene B1 og

B2. HOD og Helsedirektoratet bruker veilederen som referanse når de vurderer grunnlaget for faglig godkjenning og gjennomgang i forbindelse med eierdialogen.

Informantene i denne kartleggingen fremholder at den etablerte planprosessen i hovedsak ikke gir økte kostnader eller lengre planleggingstid. Det økte kravet til struktur og faglighet kan isolert sett gi økt ressurs- og tidsbruk, men kvaliteten i dokumentasjon og beslutningsunderlag bidrar til en mer forutsigbar beslutningsprosess som er den kritiske faktoren i fremdriften.

Planleggingsmodellen er åpen med stor deltakelse fra mange grupper interessenter. Den økte kompetansen i prosjektene og planleggingsmiljøet gir bedre kvalitet i beslutningsgrunnlaget. Dette stiller krav til engasjement og kunnskap hos beslutningstakerne.

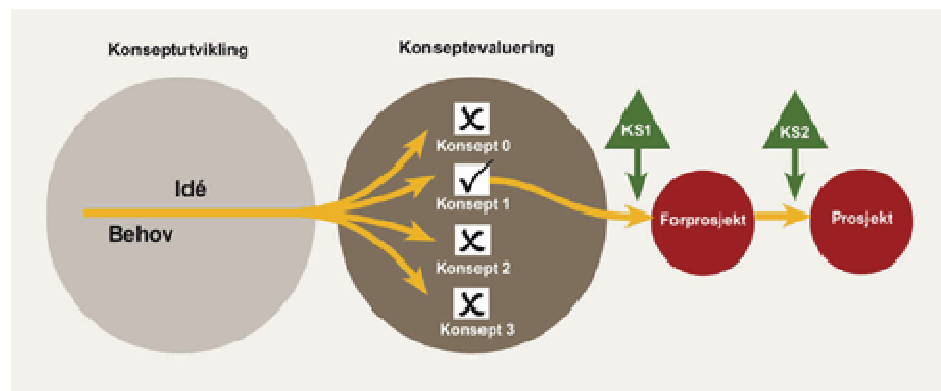


Figur 10 Plan- og beslutningsprosess for tidligfasen i sykehusprosjekter – detaljerte planleggingsaktiviteter

Veilederen ble revidert i august 2009. Utgangspunktet for revisjonen var behovet for å presisere kravene til økonomiske analyser, spesielt krav til realistiske kostnadsrammer og økonomisk bæreevne.

Spesielt om planprosessen og beslutningsprosessen

Figur 10 viser struktur og sammenheng mellom faser, beslutningspunkter og delutredninger. Tilsvarende viser figur 11 oppbygging av Finansdepartementets KS1 og KS2 regime. Helseforetakene er ikke pliktig til å følge dette regimet, men HOD forutsetter at det etableres like gode kvalitetssikringsregimer for investeringsprosjekter i regi av helseforetakene.



Figur 11 Utvikling av investeringstiltak fra idé til prosjekt

Det er betydelig likhet i oppbygging og struktur på plandokumenter og beslutningsgrunnlag i de plandokumenter som er analysert. Studiet har imidlertid avdekket ulikheter på noen viktige punkter. Uttalelser fra informantene peker på svakheter i prosessen og det foreslås tiltak for utvikling og forbedring.

Målformuleringer

I mange prosjekter finner man uklar begrepsbruk og sammenblanding mellom begreper som mål, mandat, krav, forutsetninger og rammer. Noen prosjekter startes opp uten beskrivelse av overordnede, strategiske samfunns mål og effektmål som kan knyttes til tjenesteproduksjon. Det er fokus på bygget (resultatet), og i mindre grad på den kliniske virksomheten eller samfunns målene. I grunnlaget for oppstart av prosjektet (f.eks. i mandatet for idéfasen), finner man i begrenset grad krav om at løsningen skal ses i forhold til effektmål og samfunns mål. Det samme gjelder kravet til økonomisk bærekraft som understrekes av departementet.

Det er i praksis uklart hvordan mål skal reflekteres i kriteriene for vurdering og valg av alternativer og dermed også i beslutningsunderlaget. Valg av et foretrukket

alternativ i konseptfasen har ikke et klart beslutningspunkt med en identifisert beslutningstaker. Begrunnelsen for det valgte alternativet inngår i konseptrapporten, men i mange tilfeller blir ikke alle alternativene utredet til samme detaljeringsnivå. Det ”beste” alternativet kan være basert på vurderinger i prosjektstyret eller i HF-et, og deretter utredet og dokumentert til et nivå som gir grunnlag for anbefaling i konseptrapporten og oppstart forprosjekt.

Denne praksisen skiller seg fra KS1 hvor det forutsettes at valg av alternativ skjer på et relativt overordnet nivå, med omfattende kvalitetssikring og med involvering fra eier/fagdepartement. I dette regimet skjer deretter utredning og detaljering av det valgte prosjektet for endelig godkjenning (KS2). Det kan antas at denne prosessen i større grad gir muligheter til å ivareta overordnede mål ved valg av alternativ, enn den prosessen som praktiseres i sykehusprosjektene. Denne studien har ikke kartlagt effekter av FINs KS-regime på gjennomføring av planprosessen, og hvordan dette forholder seg i praksis.

Faser og grensesnitt mellom fasene

Figur 10 viser oppbyggingen av planprosessen i faser og det er angitt beslutningspunkter mellom hver fase. Dokumentene i prosjektene viser at strukturen i prosessen følges på et overordnet nivå i de fleste prosjektene, men intervjuene og analysen av innholdet i beslutningsdokumentene, viser at det er ulik praksis for innholdet i de enkelte fasene og det er uklarheter i grensesnittet mellom fasene.

Idéfasen

Studiet av de 5 prosjektene som har gjennomført idéfasen viser store ulikheter i innholdet. Det er ulik forankring i mål og rammer (se ovenfor) og det er ulik praksis når det gjelder å beskrive de alternative løsningene som overordnede og konseptuelle eller som konkrete og byggrelaterte.

I et prosjekt kan det være innbygde motsetninger mellom lokale ønsker om prosjektets størrelse og innhold, og overordnede mål for utvikling av helsetjenestene i et område. Sterke, lokale politiske prosesser som støtter utbyggingsprosjekter i sykehus, begrenser mulighetsrommet for valg og utredninger av alternativer som er relevant i forhold til overordnede mål. Dette kommer til syne når man for eksempel lokalt i et sykehusprosjekt får som oppgave å vurdere om den utbyggingen man ønsker gjennomført er forenlig med krav om sentralisering og effektivisering av spesialisthelsetjenesten, og overføring av tjenester til primærhelsetjenesten.

Figur 11 viser at mandatet for konseptvalgutredningen i KS1 gis av fagdepartementet som er øverste beslutningsmyndighet. Det indikerer et sterkere fokus på overordnede mål og strategier.

Konseptfasen

Mangler i mandatet og dermed innhold i idéfasen påvirker innholdet i konseptfasen. Når idéfaserapporten (B2) hovedsaklig omfatter alternative løsninger for bygget, vil konseptfasen utvikle og detaljere disse alternativene uten at man får presentert konseptuelle løsninger for driften. I konseptrapporten inngår som regel analyser av kapasitetsgrunnlag og driftsmodeller som tar hensyn til overordnede mål og strategier. Dette behandles som forutsetninger om kapasitetsbehov for flere alternative utbyggingsløsninger, og ikke som en analyse av alternative konseptuelle løsninger for leveranse av tjenestene. Analyser av konsekvenser av funksjonsfordeling med andre sykehus, annen lokalisering, effekter av samhandling med primærhelsetjenesten mv. inngår som regel i aktivitetsgrunnlaget, men er ikke tydelig i målene eller kriteriene for valg av konsept.

Overgangen fra konseptfasen til forprosjektfasen (B3) er uklar. Konseptrapporten inneholder et skisseprosjekt som bygger på et HFP. Det er tvil om dette gir et tilstrekkelig grunnlag for å utvikle et skisseprosjekt, og at det oppstår behov for revisjoner når delfunksjonsprogrammet foreligger. Gitt at delfunksjonsprogrammet er det beste grunnlaget for å utvikle et skisseprosjekt, så burde det inngå i konseptfasen.

Kvalifisering av prosjektet og valg av ”beste” alternativ skjer i konseptfasen, og i de fleste prosjektene skjer det som valg mellom alternative utbyggingsløsninger. Et kvalifisert grunnlag for vurdering og valg bør omfatte analyser både av fremskrevet aktivitet og kapasitetsbehov og beregning av økonomisk bæreevne for alle alternativene, inklusiv 0-alternativet.

Konseptrapporten trekkes frem som et sentral, styrende dokument og mange oppfatter at man på dette grunnlaget bør avslutte tidligfasen med en beslutning om gjennomføring.

Forprosjektfasen

Forprosjektrapporten bygger på planene fra konseptfasen og omfatter delfunksjonsprogram, romfunksjonsprogram utstyrsplaner og forprosjektet. Det foreligger forprosjektrapporter fra 8 av de 10 prosjektene som er vurdert. Forprosjektrapportene beskriver løsninger for bygget og utstyr med tilhørende investeringskalkyler. Når det er behov for det, inneholder forprosjektrapporten oppdateringer av de utredningene som ble gjennomført i konseptfasen. Det skal gjennomføres usikkerhetsanalyse og kost/nytte vurderinger.

Hvis konseptrapporten legges til grunn for beslutning om gjennomføring vil forprosjektet inngå som en del av gjennomføringsfasen.

Beslutningsprosess

Det synes å være ubalanse mellom innholdet i beslutningsdokumentene for B1 og B2 og hvem som beslutter. Beslutningspunktene B1 og B2 oppfattes tradisjonelt som lite forpliktende. De krever små budsjetter og kan stoppes eller endres på kort varsel. I tråd med dette utføres utredningene ofte med lokale krefter og beslutningene tas på HF-nivå, i noen tilfeller administrativt. Det tas i liten grad hensyn til at B1 og i noen prosjekter B2, representerer oppstart av prosjektet. Her fastlegges mandat, mål og rammer som virker styrende på gjennomføring av tidligfasen og byggeprosjektet. I denne rapporten er det pekt på at beslutninger om oppstart knyttet til B1 eller B2 i noen prosjekter, burde vært forankret i RHF-styret.

I prinsippet står helseforetakene fritt til selv å beslutte å gjennomføre investeringer på det grunnlaget de velger. Krav om forprosjekt som beslutningsgrunnlag er gitt i nyttårsbrevet. Dette tilsvarer FINs KS-regime. Kostnadene for gjennomføring av et forprosjekt er som regel mye høyere (opptil 10 ganger) enn de planleggingskostnadene som er lagt ned til og med konseptfasen. I forhold til innholdet i konseptrapportene, vil forprosjektfasen tilføre økt kvalitet og sikkerhet knyttet til kontrahering og gjennomføring av detaljprosjektering og bygging.

Gjennom sin eierstyring har departementet gitt krav og rammer som følges opp bl.a. gjennom eierdialog og foretaksmøter. Departementet krever at denne dialogen bygger på en forprosjektrapport for å kunne godkjenne eventuelt låneopptak og avklare HF-ets økonomiske bæreevne. Den store usikkerheten som er knyttet til endringer i funksjonelle krav, organisering av driften, kapasitet og arealbehov, skal være avklart i konseptfasen. Det kan synes som man kjøper seg en relativt begrenset økt sikkerhet for en høy pris.

Planleggingen av sykehus styres både av en definert planprosess og politiske rammer og føringer. De politiske prosessene kan endre forutsetningene for planleggingen og flere prosjekter opplever dette. Begrunnelsen for at departementet stanset konseptrapporten for nye Molde sykehus var bl.a. krav om utredning av konsekvenser av at akutfunksjoner ved sykehuset i Kristiansund overføres til Molde. Problemstillingen var tatt opp tidligere, men slike utredninger var ikke innarbeidet i mandatet av politiske grunner. Det politiske handlingsrommet endret seg og åpnet for en utredning av oppgavefordeling med andre sykehus, som ut fra faglige og økonomiske premisser var viktig for en god løsning.

Vurdering og valg av alternativer

Et viktig mål med å gjennomføre en tidligfase er å kunne identifisere og utrede flere alternative løsninger.

Hovedregelen er at man utreder 0-alternativet og et antall utbyggingsalternativ. Begrepet ”konseptuelle løsninger” er lite brukt i prosjektene som inngår i denne studien, og i noen prosjekter brukes det uten å skille mellom alternative modeller for tjenesteleveranse eller alternative løsninger for bygg og tomt.

Denne uklarheten i begrepsbruk fører til usikker kvalitet på beslutningsdokumentene. Kriteriene for valg bør knyttes til målformuleringene og omfatte både krav til kapasitet og kvalitet på tjenestene, økonomisk bæreevne og gode fysiske løsninger. Det er behov for å klargjøre kriterier for vurdering av hvilke alternativer fra idéfasen som skal legges til grunn for utredninger og analyser i konseptfasen.

0-alternativet er definisjonsmessig problematisk. To oppfatninger synes å råde:

- 0-alternativet omfatter dagens løsning og virksomhet uten investeringer ut over nødvendig vedlikehold.
- 0-alternativet omfatter dagens løsning, men med tillegg for nødvendige investeringer og driftsmessige tilpassinger for at 0-alternativet skal kunne fungere i fremtid og være sammenlignbart med de andre alternativene.

Grunnlaget for de utbyggingsalternativene som utredes vil være fremtidige krav til kapasitet og funksjonalitet. Kriterier for valg av alternativ vil bl.a. være volum og kvalitet på tjenestene og økonomisk bærekraft, inkludert driftsøkonomiske konsekvenser av løsningene. Dimensjonering og organisering av den fremtidige virksomheten påvirker både investeringskostnadene og driftskostnadene.

Manglende muligheter til å møte fremtidige kapasitetsbehov, og å kunne optimalisere driften i et nytt anlegg, kan også ha kostnader f.eks. i form av gjestepasienter og fordyret drift i uhensiktsmessige lokaler. I en slik situasjon vil 0-alternativet måtte betraktes som et utsettelsesalternativ. Ved en reell sammenligning mellom alle alternativene, må det tas hensyn til både de økte driftskostnadene for videre drift i 0-alternativet, og eventuelt fremtidige investeringskostnader for 0-alternativet hvis ytterligere tiltak må gjennomføres.

Planlegging og gjennomføring av et sykehusprosjekt tar erfaringsvis 10-15 år, som er også planhorisonten for mange sykehusprosjekter. Helseforetaket er gjennom sørge-for-ansvaret pålagt å oppfylle leveranser av sykehustjenester. I et

lokalsykehus kan akuttpasienter utgjøre over 70 % av virksomheten. Dette er pasienter som sykehuset er lovpålagt å ta imot.

Suksessfaktorer

Identifisering og beskrivelse av suksessfaktorer som tar utgangspunkt i risikofaktorer og usikkerhet i tidligfasen skjer i liten grad. Med unntak av gjennomføring av usikkerhetsseminar og ekstern evaluering, har prosjektene i liten grad dokumentert risikovurdering eller suksessfaktorer. I arbeidsseminaret om suksessfaktorer (vedlegg 1) kom det frem at dette synes å gjelde offentlige byggeprosjekter også i andre sektorer.

Erfaringene viser at det er stor usikkerhet og høy risiko knyttet til endringer i innhold og volum i den kliniske virksomheten som får betydning for bygget. Praksis viser også høy risiko for forsinkelser på grunn av revisjon av kostnader i forhold til rammer. Slik risiko er til stede gjennom hele tidligfase planleggingen. I sykehusprosjekter er det komplekse sammenhenger mellom behov, kapasitet, organisering og ressursbehov. Dette skaper usikkerhet særlig i tidligfasen knyttet til faglige forhold, virksomhetens innhold og organisering og sammenhenger mellom driftsmodeller og bygg. I tillegg kan prosjektene være knyttet til en politisk prosess som er uforutsigbar.

8.4 En alternativ modell?

Det er påvist overlapp mellom idéfase og konseptfase. Det er også drøftet i rapporten at det kan være et misforhold mellom beslutningene om strategiske føringer som er grunnlaget for idéfasen, og at disse fattes på HF-nivå. Det bør vurderes om deler av idéfasen tilhører et løpende, strategisk utviklingsarbeid i regi av RHF-et.

Som det er vist krever Helse Sør-Øst RHF at det før oppstart idéfase skal foreligge en utviklingsplan, og at prosjektet skal inngå i en virksomhetsstrategi. Dette kan sammenlignes med Finansdepartementets KS-regime hvor det er fagdepartementet som gir mandatet for de utredninger som i noen grad tilsvarende konseptrapportens innhold.

Tilsvarende oppfattes konseptrapporten å inneholde den totale oversikten over prosjektet som gir det beste grunnlaget for beslutning om gjennomføring. Det kan være aktuelt å vurdere en alternativ modell for tidligfase planleggingen som har grunnlag for oppstart av prosjektet (B1) forankret i RHF-ets strategier. Grunnlaget for beslutning om gjennomføring vil være konseptrapporten, som må ha faglig godt nok grunnlag for beslutning, samtidig som man opprettholder lave planleggingskostnader og store frihetsgrader. En slik modell må også ha et definert

beslutningspunkt for valg av alternativ som deretter gjennomgår analyser og utredninger som er tilstrekkelig for beslutning om gjennomføring.

I FINs regime er det fagdepartementet som fra starten fastlegger mandatet for konseptutvikling og konseptvalg. Hvis RHF-et gir klarere føringer for hvilke konseptuelle løsninger som de ønsker utredet kan grunnlaget for oppstart av tidligfasen tydeliggjøres. Utvikling av dette grunnlaget kan bygge på avklaringer mellom RHF og HF. Målet med prosessen vil være å presisere og avgrense hvilke mål og rammer som skal gjelde for prosjektet.

Hvordan innholdet i konseptrapporten avgrenses mot forprosjektet må avklares, men det er trolig behov for å styrke kvaliteten på konseptrapporten som grunnlag for beslutning om gjennomføring, bl.a. når det gjelder beregning av investeringskostnadene. Hvis delfunksjonsprogrammet gjennomføres som en del av konseptfasen vil det styrke grunnlaget for skisseprosjektet. Det må avklares hvilke krav som må gjelde for innhold og kvalitet i konseptrapporten.

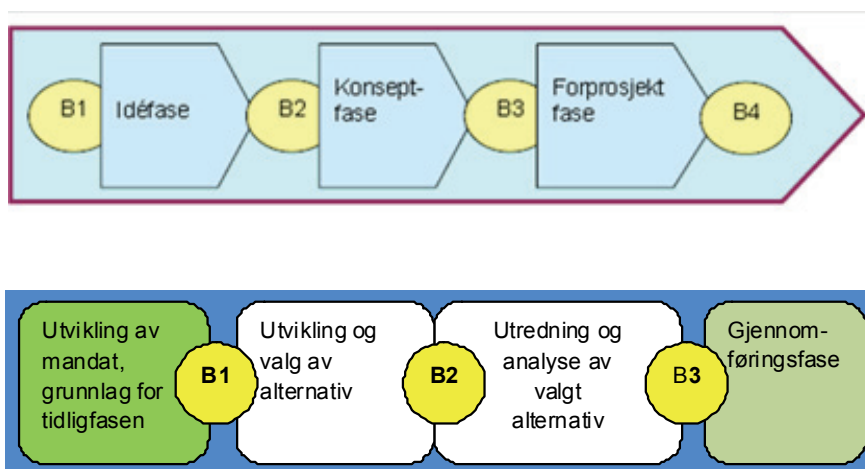
En slik løsning skyver forprosjektet fra tidligfasen til gjennomføringsfasen. Løsningen bryter med FINs regime hvor det kreves et forprosjekt som grunnlag for beslutning om gjennomføring. Forprosjektfasen i KS2-sammenheng omfatter både programmering og skisseprosjekt og er i praksis en blanding av konseptfasen og forprosjektfasen slik det er organisert i sykehusprosjektene.

Innføring av BIM vil få stor betydning også for tidligfase planleggingen. Hvilke konsekvenser det vil ha er usikkert, men det vil trolig øke mulighetene for å skaffe tilstrekkelig dokumentasjon for beslutning om gjennomføring på et tidlig tidspunkt.

En alternativ planprosess for tidligfasen kan omfatte en utvidet konseptfase som er todelt og som bygger på et omforent mandat mellom RHF og HF:

- I første del identifiseres, utvikles, og kvalifiseres alternativene til et nivå hvor det er faglig forsvarlig å velge det "beste" alternativet.
- I neste fase utredes det valgte alternativet i detalj til det gir tilstrekkelig sikkerhet for beslutning om igangsetting av prosjektet.

Figur 12 viser dagens organisering av tidligfasen og den alternative modellen.



Figur 12 Modeller for organisering av tidligfasen

Basert på avklaringer mellom RHF-et og HF-et utarbeides mandat for tidligfasen. B1 besluttet av RHF-et eller HF-et etter konsultasjoner med RHF-et. Det sentrale er å sikre forankring på strategisk nivå samtidig som man ivaretar det lokale behovet for å finne innovative løsninger på de utfordringer HF-et har.

Tidligfasen omfatter en todelt konseptfase hvor første del omfatter identifisering av alternative løsningskonsepter som ivaretar de strategiske målene som er nedfelt i mandatet for prosjektet. Alternativene må utredes til et nivå hvor det er mulig å velge det beste alternativet (som gir beste behovstilfredsstillelse i forhold til målsettingene). Kriteriene for valg må settes slik at alle aspekter ved løsningene blir belyst, også 0-alternativet.

B2, som er valg av ønsket alternativ, besluttet av RHF-et. Beslutningen gir nødvendige føringer for utredningen av det valgte alternativet til et nivå hvor man med rimelig sikkerhet kan beslutte å gjennomføre prosjektet (B3). Det må inkludere de delutredningene som i dag inngår i konseptfasen, med tillegg av delfunksjonsprogram og et kvalitetssikret skisseprosjekt. I tillegg bør det gjøres interessentanalyser og risikoanalyser, og suksessfaktorer må identifiseres. Det må legges vekt på grundige analyser av investeringskostnadene og økonomisk bærekraft.

Forprosjektet blir i denne modellen første fase i gjennomføringen, og bygger på den utvidede konseptrapporten. Hvis det skjer endringer på grunn av forsinkelser ol må forprosjektfasen innledes med en revisjon av konseptrapporten.

8.5 Behov for endringer i veilederen

Erfaringene med bruken av veilederen viser at det er behov for endringer på noen områder. De viktigste er listet opp nedenfor:

Mål

- Bedre presisering av samfunns mål, effektmål og resultatmål.
- Evalueringen av alternativene må knyttes tydelig til måloppnåelse.

Grensesnittene mellom fasene

- Presisere grunnlaget for oppstart idéfase
- Presisere grensesnittene mellom idéfasen og konseptfasen. Presisere hvilke delutredninger som tilhører hvilke faser
- Presisere overganger mellom konseptfasen og forprosjektfasen.
- Formalisere sammenhengen mellom delfunksjonsprogram og skisseprosjekt.
- Avklare beslutningspunktet i konseptfasen for valg av det optimale alternativet.
- Knytte beslutning om gjennomføring av prosjektet til behandling av konseptrapporten.

Identifisering og valg av alternativer

- Avklare krav til valg av alternativer i idéfasen som skal utredes i konseptfasen.
- Presisere kriterier for valg av ønsket alternativ i konseptfasen og krav til utredning av det valgte alternativet.
- Skille mellom alternative løsninger for utvikling av den kliniske virksomheten og alternative utbyggingsløsninger.
- Presisere innholdet i 0-alternativet.

Innhold, verktøy og metoder

- Felles referanser for datagrunnlag, beregningsmetoder og hvilke variable som inngår i beregningsmodellene.
- Forutsette at Klassifikasjonssystem for sykehusbygg brukes i alle prosjekter for å sikre muligheter for sammenligning av kapasitetsbehov og arealbehov mellom prosjekter og sykehus.
- Ta opp nye krav til miljøhensyn og hvordan sykehus kan møte krav til redusert energibruk.
- Presisere krav til dokumentasjonen av det funksjonelle innholdet i et sykehus.
- Beskrive anbefalinger til utredninger i ombyggingsprosjekter som går over mange år.

- Utarbeide en forenklet versjon som kan brukes i små ombyggingsprosjekter ol.
- Samordne veilederen for tidligfasen med andre veilederne som er utviklet (HFP, HPU, driftsøkonomi, økonomisk bærekraft).
- Presisere krav til risikoanalyser og identifisering av suksessfaktorer fra starten av tidligfasen.

Organisering

- Beskrive roller og oppgaver i de forskjellige utredningsoppgavene. Beslutningstakere, brukere, rådgivere.
- Beskrive krav til organisering av brukermedvirkningen.
- Beskrive lederes/beslutningstakers rolle som ansvarlig for å sette mål og rammer.
- Presisere sammenhengen mellom beslutningspunkt og beslutningskompetanse. Avklare eiers (RHF-ets) rolle i beslutningen om oppstart idéfase.

Forhold som er avdekket i dokumentene som er analysert, er også kommet frem i intervjuene. Dette gjelder positive erfaringer og behov for endringer/utvikling, og indikerer at veilederen har et godt potensiale for å kunne utvikles til en enda bedre veileder for tidligfase planlegging.

Vedlegg 1 Suksessfaktorer for god gjennomføring av investeringsprosjekter i sykehussektoren – arbeidsseminar november 2009.

I prosjektstyringslitteraturen er det stor oppmerksomhet knyttet til risikovurdering og suksessfaktorer³². Et felles trekk ved flere kartlegginger og analyser er at identifisering av suksessfaktorer og planer for tiltak for å redusere risiko, i hovedsak er knyttet til gjennomføringsfasen. Risikoforhold og suksessfaktorer er sentrale styringsparameter men de er ikke synlig i tidligfase planleggingen.

For å drøfte bruken av suksessfaktorer i tidligfasen for store sykehusprosjekter, og eventuelt komme opp med anbefalinger av hvilke faktorer som bør brukes, er det gjennomført et arbeidsseminar den 11. November 2009 i Oslo. Seminaret ble ledet av prosjektleder Asmund Myrbostad og ellers var det følgende inviterte deltakere:

- Knut E Nordby – Prosjektleder, rådgiver Advansia AS.
- Vigleif Næss – Prosjektleder, rådgiver PTL
- Svein Bjørberg – Direktør Multiconsult.
- Hilde Nordskogen – Byggherredirektør i Statsbygg.
- Lars Magnussen – Prosjektleder, rådgiver Helsebygg Midt-Norge
- Gunnar Stumo – Prosjektleder, rådgiver Hospitalitet.
- Marte Lauvsnes – Seniorrådgiver SINTEF Helse

1. Begrepsavklaring

Suksessfaktorer defineres som:

”En beskrivelse av hva prosjektet må lykkes med for å oppnå målene, ofte kvalitative forhold knyttet til styring, organisering, informasjonsflyt, ansvar og omgivelsene. Suksessfaktorene bør bygge på det overordnede usikkerhetsbildet sett i sammenheng med prosjektets mål og karakteristikk, i tillegg til analyse av interessenter og erfaring fra lignende prosjekter.”³³

Usikkerhet defineres som:

”Mangel på viten om fremtiden. Differansen mellom den nødvendige informasjon for å ta en sikker beslutning og den tilgjengelige informasjon på beslutningstidspunktet. Kan medføre gevinst eller tap i forhold til forventet resultat, medfører både risiko og muligheter.”³⁴

³² Litteraturstudie, tidligfasevurdering av prosjekter, Concept rapport 01-10, Olav Torp 18.02.2002.

³³ Veileder nr 1, Det sentrale styringsdokumentet, 11.03.2008.

³⁴ Veileder nr 2, Felles begrepsapparat KS2, 11.03.2008.

1.1 Suksessfaktorer og tidligfase planlegging

I dette prosjektet er det fokus på tidligfase planlegging i sykehusprosjekter, og bruk av suksessfaktorer vurderes derfor som en del av behovet for styring og kvalitetssikring i det tidlige planarbeidet. Bruken av suksessfaktorer sees derfor i lys av anbefalinger i Helsedirektoratets Veileder for tidligfase planlegging og hvordan praksis synes å ha vært i prosjekter.³⁵

Som referanse vises det til hvordan krav til bruk av suksessfaktorer er beskrevet i Finansdepartementets veiledere for kvalitetssikring av store offentlige prosjekter, Veileder nr. 3, Felles begrepsapparat KS1 og Veileder nr. 2, Felles begrepsapparat KS2 samt Veileder nr. 1 Det sentrale styringsdokumentet.

Det vises også til Concept rapport nr. 15³⁶ som har kartlagt og beskrevet usikkerhetslementer og suksessfaktorer i 56 statlige investeringsprosjekter. Gjennomgangen i rapporten viste at usikkerhetsstyring og suksessfaktorer er tradisjonelt knyttet til gjennomføringsfasen i byggeprosjekter. Dette kan forklares med at de planleggingsaktivitetene som gjennomføres i tidligfasen tradisjonelt har vært lite påaktet og at det er først i de siste 8-10 årene tidligfase planlegging har fått en så sentral rolle i prosjektene.

I arbeidsseminaret ble mulige forklaringer diskutert og flere argumenter tyder på at mindre oppmerksomhet på suksessfaktorer i tidligfasen skyldes vanetenking og en kulturelt betinget oppfatning av at de sentrale problemene er knyttet til selve byggeriet. I gjennomføringsfasen forutsetter man at de overordnede målene, rammene og føringene er ivaretatt gjennom det beslutningsgrunnlaget som har vært behandlet i tidligfasen. Når man har definert og vedtatt et byggeprosjekt, noe som er avgrenset og kvantifiserbart, er det enklere å identifisere suksessfaktorer. Tidligfasen er et vidt begrep, det er vanskelig å sette kvantifiserbare rammer for innholdet i planarbeidet, og det er dermed vanskelig å avgrense usikkerhet og suksessfaktorer.

Det oppfattes å være tradisjon for at eventuelle mangler ved et prosjekt skyldes forhold ved gjennomføringsfasen og at man sjelden ansvarliggjør de som sitter i de strategiske nivåene, og som har hatt ansvaret for den tidlige planleggingen. Det var enighet om at det må være definerte suksessfaktorer i tidligfasen, men de skiller seg fra suksessfaktorene gjennomføringsfasen.

³⁵ Veileder for tidligfase planlegging i sykehusprosjekter, Helsedirektoratet, april 2006.

³⁶ Kostnadsusikkerhet i store statlige investeringsprosjekter, Concept rapport nr 15, 2006

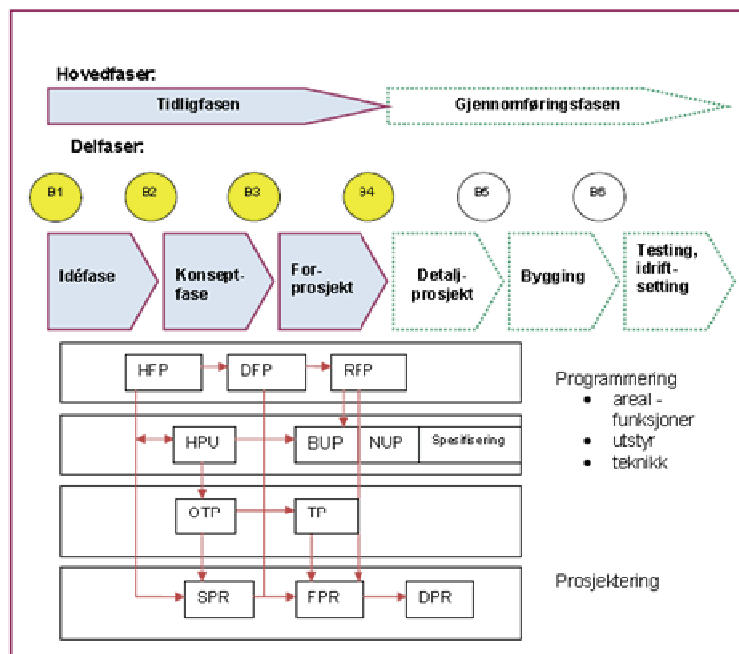
1.2 Bruk av suksessfaktorer i tidligfasen – ulikheter og uklarheter i planprosessene

To modeller for tidligfase planlegging

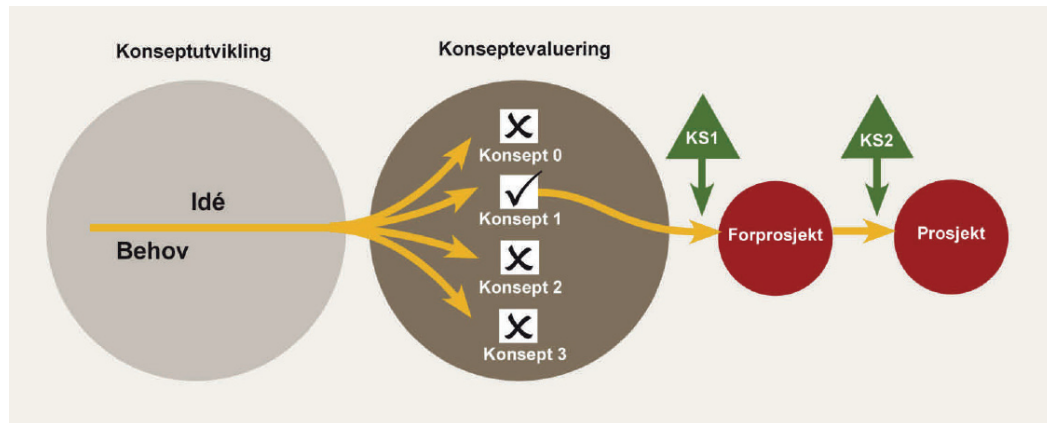
Modeller for tidligfase planlegging er vist i figur 13 og 14 nedenfor. Veileder for tidligfase planlegging i sykehusprosjekter beskriver aktiviteter og beslutningspunkter som avgrenser tidligfasen i forhold til gjennomføringsfasen.

Tilsvarende finner man i Finansdepartementets veiledere en avgrensing og presisering av begrep og planprosess. Figur 13 viser utviklingen av prosjektet fra idé til prosjekt via konseptutvikling, inkludert kvalitetssikringsregimer beskrevet som KS1 og KS2. I denne sammenhengen omfatter tidligfasen konseptutvikling og konseptevaluering fram til og med KS2.

Både grafisk fremstilt og begrepsmessig synes modellene å være like, men når man går inn på innholdet i planfasene og grunnlaget for beslutningspunktene vil man se at det er prinsipielle og praktiske ulikheter.



Figur 13 Faser og aktiviteter i tidligfasen, Veileder for Tidligfase planlegging for sykehusprosjekter, Helsedirektoratet



Figur 14 Utvikling av investeringstiltak fra idé til prosjekt, Veileder KS1, Finansdepartementet

1.3 Veileder for tidligfase planlegging

I Helsedirektoratets veileder omfatter tidligfasen idéfasen, konseptfasen og forprosjektfasen (fra B1 til og med B4). I idéfasen gjennomføres usikkerhets og følsomhetsanalyse og det er fokus på grunnlaget for sammenligning mellom alternativene. Suksessfaktorer nevnes ikke i veilederen og er vanligvis ikke omtalt i idéfaserapporter.

I konseptfasen avklares valg av alternativ og konseptrapporten skal gi grunnlag for oppstart forprosjekt. Det forutsettes gjennomført en overordnet usikkerhetsanalyse for å øke prosjektets økonomisk robusthet. Usikkerhetsanalysen omfatter som regel identifisering av risikoelementer og forslag til risikoreducerende tiltak, men dette gjelder aktivitetene som inngår i forprosjektfasen og ikke konseptfasen. Forprosjektfasen avslutter tidligfasen og forprosjektrapporten er grunnlaget for beslutning om gjennomføring av prosjektet. I forprosjektrapporten skal det også inngå usikkerhetsanalyse som grunnlag for å fastsette kostnadsrammen og etablere et økonomisk styringsgrunnlag. I planen for forprosjektet og den videre gjennomføringsfasen skal suksessfaktorer omtales. Disse blir i varierende grad omtalt i selve forprosjektrapporten men inngår i det styringsdokumentet som skal utarbeides.

Veilederen forutsetter altså ikke eksplisitt at vurdering av risikoelementer og suksessfaktorer skal inngå i planleggingen og styringen av prosjektet i idéfasen og konseptfasen. Suksessfaktorene forutsettes inkludert i styringsdokumentet for forprosjektfasen og inngår dermed strengt tatt ikke i de aktiviteter som utgjør tidligfase planleggingen. Suksessfaktorene knyttes dermed til gjennomføringen av prosjektet og ikke til hovedinnholdet i tidligfasen.

1.4 Finansdepartementets veiledere

Veileder for KS1 har ikke en definert idéfase og et beslutningspunkt tilsvarende B2. KS1 representerer avslutningen på prosessen med utvikling og valg av alternative løsninger (konsepter) og har fokus på mål, rammer, effekter og konsekvenser, tilsvarende B2 i tidligfaseveilederen. Veileder for begrepsapparat i KS1 inneholder ikke begrepene usikkerhetsanalyse/ usikkerhetsstyring eller suksesskriterier/ suksessfaktorer. Disse var definert i tidligere i veilederen for KS2.

KS2 representerer avslutningen på tidligfasen. Den gjennomføres ved ferdig forprosjekt og representerer oppstarten av gjennomføringsfasen. KS2 har fokus på mål og usikkerhet, på hvordan usikkerhet styres og hvordan de økonomiske rammene for prosjektet sikres. Suksesskriterier og suksessfaktorer er sentrale begreper og knyttes til resultatmålet for prosjektet. Det er krav til gjennomføring av usikkerhetsanalyser og usikkerhetsstyring for å håndtere usikkerhet i forhold til måloppnåelse og økonomi/fremdrift.

På samme måte som i veilederen for tidligfasen er det ikke etablert krav om at det i tidligfasen gjøres analyser av risikoelementer med tilhørende suksessfaktorer. Dette kommer først på plass som en del av KS2, som når det gjelder faglig fokus og innhold er nærmere gjennomføringsfasen enn tidligfasen.

1.5 Faser, mål og eierskap

Mens tidligfasen forutsetter strategisk og langsiktig planlegging, er det i praksis lokale og ofte kortsiktige hensyn som vektlegges i de utredninger som gjennomføres som grunnlag for oppstart av tidligfasen (B1). Det innebærer at eier som har ansvaret for tjenesteleveransene og finansieringen, i liten grad påvirker hvilke alternativer som utredes som grunnlag for å starte planprosessen mot en valgt løsning. Den usikkerheten som eier eksponeres for i forhold til krav om måloppnåelse, oppleves kanskje ikke på det lokale nivået. På den andre siden vil prosjekter med uklare rammer og dårlig forankring hos eier kunne oppleve forsinkelser og omkamper som utgjør en stor usikkerhet for både overordnet måloppnåelse og resultatmål, når man ser planlegging og gjennomføringen under ett.

Praksis viser at i mange prosjekter er de overordnede, strategiske mål, rammer og føringer for lite synlig, og de alternativer som drøftes i for stor grad er varianter av hvor og hvordan man kan realisere et nytt bygg som alternativ til dagens gamle bygg. Løsninger på endrede kapasitetsbehov som innebærer endringer i organisering, oppgavefordeling eller opptaksområde blir i liten grad vist. Dette er kanskje de tiltak som må til for å oppnå bedre måloppnåelse for eier av "sørge-for-ansvaret", men som kan gi et mindre ambisiøst prosjekt for den lokale prosjekteieren. Forklaringen ligger som regel i politiske bindinger. Både i forhold til

innholdet i og gjennomføringen av tidligfasen representerer dette en stor usikkerhet. Noen suksessfaktorer ligger i å stille krav til og påvirke forhold som man ikke kan (eller vil) håndtere i prosjektet eller hos de lokale interessentene.

I KS2 (beslutning om gjennomføring) er suksessfaktorer et sentralt begrep. I det overordnede styringsdokumentet for Finansdepartementets KS-regime, vises det til eksempler på suksessfaktorer fra et prosjekt i veisektoren. Suksessfaktorene er knyttet til samfunns mål, effektmål og resultatmål for et veiprosjekt, og hvor kritiske suksessfaktorer kan være:

- Etablere en godkjennelsesprosess for introduksjon av oppdragsendringer, der konsekvenser mht. tid og kostnad skal dokumenteres før endringen besluttet.
- Etablere en «godt nok» holdning i prosjektteamet, hos leverandører og viktigste interessenter.
- Sterk og proaktiv styring av omfang, fremdrift og kostnader
- Effektiv håndtering av trafikkomlegging i anleggsperioden
- Håndtering av grunnervvervsprosessen
- Regelmessig og forpliktende kommunikasjon med kommunen og grunneiere
- Lokalisering av prosjektkontoret i lokalmiljøet

Innholdet i disse suksessfaktorene viser at fokus er på gjennomføring og i mindre grad på tidligfase planlegging. De to første kulepunktene som kan sies å representere usikkerhetsområder i tidligfasen, er upresise og lite kvantifiserbare.

Både Veileder for tidligfase planlegging og Finansdepartementets regime for kvalitetssikring, forutsetter at det gjennomføres usikkerhetsanalyser før det fattes vedtak om igangsetting. I tidligfaseveilederen forutsettes det også at det gjøres en risiko- og følsomhetsanalyse før B2, altså før oppstart konseptfasen. I forbindelse med KS1 er ikke slike begreper brukt.

Selv om det overordnede styringsdokumentet viser til tidligfasen og overordnede mål vektlegges, så synes suksessfaktorene i hovedsak å være knyttet til gjennomføringen, ref. eksemplet fra veisektoren. Når denne uklarheten kommer frem både i veileder for tidligfasen i sykehusprosjekter og i Finansdepartementets regime, kan dette skyldes uklarheter i forståelsen av innholdet i tidligfasen, og at planleggerne og eierne har fokus på gjennomføringen.

I diskusjonen i arbeidsgruppen ble det pekt på at det er glidende overganger mellom programmering (tidligfase) og prosjektering. Når forprosjekt defineres som en del av tidligfasen vil risiko ved gjennomføringen gjenspeiles i defineringen av suksessfaktorene.

Prosessbeskrivelsen i tidligfaseveilederen for sykehusprosjekter harmonerer ikke med KS1/KS2 i Finansdepartementets regime. Representanter for Statsbygg fremholdt at tidligfase planlegging (frem til KS1) er innledende og på et helt overordnet nivå, og bidrag fra arkitekter og ingeniører inngår ikke. At man gjennomfører et skisseprosjekt før og uavhengig av forprosjektfasen synes å være en spesiell løsning for sykehusprosjekter.

Både i veilederen for sykehusprosjekter og Finansdepartementets veiledere for KS1 og KS2 avsluttes tidligfasen med forprosjektet. Oppbyggingen og innholdet i delfasene er ulikt og innholdet i KS1 blir dermed ulikt i forhold til konseptrapporten (B3). Grunnlaget for vedtak om oppstart forprosjekt i sykehusprosjekter (konseptrapporten) omfatter både et omfattende programarbeid og et skisseprosjekt. KS1, som gir grunnlag for gjennomføring av forprosjektet, har analyser på et overordnet strategisk nivå for valg av alternativ, mens programmering og skisseprosjekt gjennomføres i forprosjektfasen. Avgrensingen av tidligfasen er uklar. Det oppfattes som uheldig at forprosjektet inngår i tidligfasen. I sykehusprosjekter legges det vekt på kontinuitet og involvering fra bl.a. fagmiljøene både i innledende, strategiske avklaringer (KS1 og idéfasen) og i den mer detaljerte planleggingen. En sammenstilling av dimensjonerende planforutsetninger i HFP og skisser til løsninger gir grunnlag for å gjøre analyser av driftsforutsetninger, logistikk, driftsøkonomiske konsekvenser og samlede kostnader. Det valgte alternativet kan kvalifiseres bedre og man får et robust grunnlag for å gjennomføre en relativt ressurskrevende forprosjektering.

1.6 Suksessfaktorer i tidligfasen

Concept rapport nr. 15³⁷, oppsummerer bruk av suksessfaktorer i 56 statlige prosjekter. Prosjektene er gjennomført til og med KS2. De 303 suksessfaktorer som er funnet er oppsummert i generiske kategorier og det inngår mer spesifikke suksessfaktorer i hver kategori.

³⁷ Kostnadsusikkerhet i store statlige investeringsprosjekter, Concept rapport nr 15, 2006.

Tabell 7 Suksessfaktorer i 56 prosjekter, Concept rapport nr 15

Kategori	Antall	Prosent
Kunde/brukere	11	3,6
Overgang til drift	10	3,3
Organisasjon	46	15,2
Prosjektledelse	32	10,6
Rammebetingelser	29	9,6
Tekniske forhold	15	5,0
Kontraktstrategi og innkjøp	41	13,5
Prosjektstyring	48	15,8
Grensesnitt	6	2,0
Interessenter/omgivelser	10	3,3
Natur	5	1,7
HMS/miljø	5	1,7
Marked	14	4,6
Styring av omfang	31	10,2
Totalt	303	100

Knytter man kategoriene til planfaser kan man anta at dette fordeler seg som følger:

- Suksessfaktorene kunde/brukere, rammebetingelser og interessenter/omgivelser vil kunne være relevant for tidligfasen
- Disse kategoriene representerer 50 av 303 eller 17 % av de suksessfaktorene som er omtalt i de 56 prosjektene
- De resterende 253 eller 83 % representerer forhold knyttet til prosjektets organisering, ledelse og styring og gjelder i hovedsak gjennomføringsfasen.
- Inndelingen i kategorier og fordeling av disse viser at fokus for drøfting av suksessfaktorer er på gjennomføringsfasen

1.7 Eksempler fra to prosjekter

Styringsdokumentet for planleggingen av ny A-fløy for UNN Tromsø og for nytt østfoldsykehus viser eksempler på bruk av suksessfaktorer i tidligfase planlegging i Concept rapport nr. 25

sykehus. Begge styringsdokumentene gjelder for gjennomføring av konseptfasen og fanger dermed opp oppfatninger om usikkerhet og krav til måloppnåelse i denne planfasen.

Styringsdokument konseptfasen UNN A-fløy

Følgende suksessfaktorer er listet opp i styringsdokumentet som er vedtatt av styringsgruppa for prosjektet.

- Stabilitet og forutsigbarhet mht. krav/rammebetingelser i forhold til offentlige myndigheter
- Avklart hvilke overordnede føringer nasjonalt og regionalt som gjelder og hvordan disse påvirker prosjektet
- Åpenhet omkring fremdrift og prioriteringer
- Klare mål for prosjektet og felles målforståelse
- Klare rammer og forutsetninger
- Lojalitet til rammene og de styrende dokumentene.
- Interessenter er kartlagt og kommunikasjonsplan utarbeidet
- Avklart oppgavefordelingen i UNN HF
- Avklart oppgaver i A-fløya og resten av sykehuset
- Klare og rettidige beslutninger samt tydelig rollefordeling
- Brukermedvirkning på rett nivå i forhold til oppgaven og kompetansebehovet
- Åpent og respektfullt samarbeid med kommunene, felles avklaring av fremtidige oppgaver
- Oppdatert og kvalitetssikret datagrunnlag
- Transparente beregningsmodeller, tydelige forutsetninger og variable
- Positive holdninger til prosjektet fra media og alle relevante interessenter
- Samordning av delaktiviteter, oppfølging og avklaring av grensesnittproblemer

Styringsdokument nytt Østfoldsykehus

Følgende suksessfaktorer er listet opp i styringsdokumentet som er vedtatt av styringsgruppa for prosjektet.

- Prosjektdeltakerne har felles målforståelse

- Organisering, ledelse og styring av prosjektet, effektiv planprosess, kvalitet i planleggingen
- Effektiv brukermedvirkning
- Nytenking og fremtidsrettede løsninger preger prosessen og prosjektet. Fremtidsrettet teknologi og muligheter er tatt med.
- Etablert eierskap til prosjektet i sykehusorganisasjonen og pasientorganisasjonene, kommuner/fastleger og utdanningsinstitusjoner
- Lojalitet til styrende dokumenter
- Beslutninger er klare og fattet til rett tid
- Organisering og rollefordeling er tydelig avklart
- God kommunikasjon eksternt
- Systematisk dokumentkontroll
- Kontroll av kvalitet i alle former for leveranser
- Forholdet til plan- og bygningsmyndigheter
- Prosessen opplevd som relevant

Oversiktene viser stort sammenfall i tema og innhold men det er ulikhet i fokus. Suksessfaktorene for A-fløya har større fokus på objektet/resultatet, mens oversikten for nye østfoldsykehuset viser større fokus på prosess og prosjektledelse.

Prosjektene er ulike. A-fløya er et begrenset påbyggings-/ombyggingsprosjekt (ca. 700 MNOK) mens nye østfoldsykehuset er et omfattende nybygg (3-4mrd NOK). Oppbygging av prosjektorganisasjonen er ulik og kravet til styring er større i et stort prosjekt. Dette kan forklare noe av forskjellen i fokus.

Arbeidsseminaret prøvde å skille mellom suksessfaktorer i tidligfasen og i gjennomføringsfasen. Som listene viser er det noen likheter og overlapp.

1.8 Eksempler på suksessfaktorer i tidligfasen i sykehusprosjekter

Interessenter

- Avklare interessentenes rolle og hvordan de kan påvirke prosjektet positivt og negativt.
- Organisering av brukermedvirkning

- Samsvar mellom den som bestiller prosjektet (i betydningen spesifiserer krav til innhold i løsningen) og den som finansierer det. Dersom bestiller og betaler er forskjellige aktører gir det usikkerhet.
- Medvirkning fra ansatte og andre viktige interessenter (pasienter, kommune, undervisningsinstitusjoner)
- Formidling av plangrunnlaget/beslutningsgrunnlaget til eier og beslutningstakere. God kommunikasjon.
- God kommunikasjon mellom brukerne (med sine funksjonelle interesser og krav) og planleggerne/rådgivere (med sine fysiske løsninger).
- Strategisk forankring av prosjektet og prosessen, avklart med eier, avklart med markedet og andre interessenter (for eksempel kommunen).

Konflikter, endringer

- Avklare målkonflikter og prioriteringer.
- Risiko for endringer. Klar plan og effektiv fremdrift fra forprosjekt til byggebeslutning
- Åpenhet og transparens. Avklare skjulte prosesser.
- Åpenhet kan skape uro politisk, i forhold til roller og interesser.

Prosess

- Riktige tidsbruk, bruk tid når tid er billig. Tidligfasen omfatter prosesser med mange interessenter og det er behov for modning og forankring på forskjellig nivå (politisk, administrativt, faglig).
- Arbeide med løsningsprinsipper og modeller, unngå detaljer, både når det gjelder prosess og objekt/løsning.
- Effektiv formidling av innholdet i prosessen og løsningen til beslutningstakerne
- Avstemme innholdet i og gjennomføringen av planprosessen i forhold prosjektets størrelse og kompleksitet, store ulikheter mellom store og små prosjekter.
- Forskjellige usikkerhetslementer og suksessfaktorer for små ombyggingsprosjekter og store nybyggingsprosjekter.
- Avklare suksesskriterier med eier (oppdragsgiver).

- Dokumentert og omforent plan- og beslutningsprosess. En trinnvis prosess med klare mål visjoner.
- Samarbeid mellom funksjonsplanleggere og arkitekter, dynamisk utvikling av løsninger

Organisering, kompetanse

- God og relevant kompetanse i prosjektorganisasjonen og hos eier. Tidligfasen krever breddekompetanse.
- Sikre god kompetanse i beslutningssystemet
- Valg av riktige personer som deltakere i utviklingsprosessene, kompetanse, interesser, egenskaper (analytisk evne).

1.9 Eksempler på suksessfaktorer i gjennomføringsfasen i sykehusprosjekter

Diskusjonen tok utgangspunkt i oversikten fra Concept rapport nr. 15, se tabell 1. Det kom ingen kommentarer til denne oversikten, men andre viktige forhold kom frem:

Organisering, kompetanse

- Organisering av overgangen til drift er en kritisk faktor. For store prosjekter bør det være en trinnvis idriftsettelse.
- Integrert prosess for planlegging, innkjøp og igangsetting. Tilpassing av bygg og utstyr.
- Organisering av brukermedvirkning i gjennomføringsfasen er omfattende og krever god planlegging, organisering og styring..
- Myndighetsforhold, godkjenninger, lover og forskrifter.
- Avklarte roller for vedlikehold og kvalitetssikring av systemer, verktøy og rutiner for dokumentasjon og oppfølging. Krav til organisering og beslutningsroller.
- Sikre åpenhet, tverrfaglighet og ansvarsroller for å redusere feil og usikkerhet.
- Krav til flerfaglighet, integratørrollen.

Løsning

- Valg av fremtidsrettede løsninger, krav til kvalitetssikring, referanser
- Fleksibilitet/tilpasningsdyktighet i forhold til å ta imot utstyr i plan-, bygge- og driftsfasen.

- Systemintegrasjon. Bygg og infrastruktur integreres med utstyr og kommunikasjonsløsninger. Krav til IKT-plattform.
- Avklare grensesnittet mellom det aktuelle prosjektet og tilgrensende prosjekter.
- Krav til effektivisering øker kravet til integrasjon og kommunikasjon.
- Nye krav til energibruk

Prosess

- Styling av utstyrsplanlegging og anskaffelse, kontroll av grensesnitt bygg og utstyr i budsjetter og i løsninger
- Kontinuitet, oppdatering og sammenheng i dokumentasjon av krav og løsninger (program og prosjekt).
- Motvirke sterk lojalitet til tidligere beslutninger og plangrunnlag.
- Krav til organisering/tilgjengelighet av sluttdokumentasjon. Viktig for opplæring, testing.
- Kommunikasjon og synliggjøring av usikkerhet og suksessfaktorer i prosjektet og hos interessentene. Krav til hvordan og når slik informasjon skal kommuniseres.
- Forankring av styringsdokumentet i prosjektorganisasjonen, hos brukerne og andre interessenter.
- Fokus på de viktige suksessfaktorene og kommuniser disse ut.

Gjennomføring

- Endringer i teknologi, bygg og utstyr i plan- og byggeperioden. Krav til fleksibilitet og endringsstyring.
- Krav til beslutningsprosessen.
- Integrerte planer for avslutning prosjekt og oppstart drift.
- Motivere til overtakelse. Sikre driftsorganisasjonens kompetanse, evne, vilje til å drifte nye løsninger.
- Finansiering av opplæring, og idriftsettelse, dobbel drift, andre driftsulemper.
- Motivasjon og kompetanse til å iverksette omstillingsprosesser og organisasjonsutvikling i kjernevirksomheten.

- Planlegging og organisering av overtakelsen, beredskapsplan for overtakelse.

2. Oppsummering

Identifisering og beskrivelse av suksessfaktorer som tar utgangspunkt i risikofaktorer og usikkerhet i tidligfasen skjer i liten grad i sykehusprosjekter. Som en del av konseptfaserapporten skal det utarbeides en plan for gjennomføring av neste fase og her anbefales det å utarbeide suksessfaktorer. Disse vil da gjelde for forprosjektfasen og gjennomføringsfasen.

Sammen med en tradisjonell oppfatning av at usikkerhet og suksessfaktorer knyttes til gjennomføringen av byggeriene, fører dette til at det har vært liten fokus på suksessfaktorer i tidligfasen i sykehusprosjekter, noe som synes å gjelde også for statlige prosjekter som omfattes av Finansdepartementets regime.

Med utgangspunkt i to prosjekteksempler som har identifisert suksessfaktorer som en del av styringsdokumentet for konseptfasen, er det identifisert en rekke områder i tidligfasen som gir grunnlag for usikkerhet og som det bør knyttes suksessfaktorer til, for å identifisere tiltak som reduserer usikkerhetene.

Det er ikke prinsipielt noen forskjell i usikkerhetsfaktorer i sykehusprosjekter og andre offentlige byggeprosjekter. I sykehusprosjekter synes sammenhenger mellom behov, kapasitet, organisering og ressursbehov å være mer enn i andre offentlige investeringsprosjekter f.eks. veisektoren.

Det er spesielle forhold ved sykehusprosjekter som det må tas hensyn til. Dette gjelder de faglige og politiske rammene, virksomhetens innhold og organisering og sammenhenger mellom driftsmodeller og bygg.

Styringsdokumentet for prosjektet vil som regel beskrive krav til styring og kvalitetssikring av prosjektet. For å øke fokus på risikovurdering og bruk av suksessfaktorer fra de første fasene i tidligfasen, bør det utarbeides et styringsdokument for prosjektet som kan bygges ut ettersom prosjektet utvikles. Dette bør presiseres i veilederen som bør være tydeligere på krav til kvalitetssikring i prosjektene.

Vedlegg 2 Arbeidsseminar om forbedringsmuligheter

Som en aktivitet i prosjektet ”Regime for planlegging og beslutning i sykehusprosjekter” er det gjennomført et arbeidsseminar for å drøfte potensialet for utvikling og forbedring av planprosessen for tidligfase planlegging og Veilederen for tidligfase planlegging i sykehusprosjekter utgitt av Helsedirektoratet. Seminaret hadde inviterte deltakere som var valgt på bakgrunn av sin erfaring som forskere, planleggere, beslutningstakere og rådgivere i sykehusprosjekter. Helsedirektoratet, som ansvarlig for veilederen var også representert:

Seminaret ble avviklet i Oslo den 5. februar 2010 med følgende deltakere:

Navn	Organisasjon
Torleif Eriksen	PTL
Christina Østgaard	Hospitalitet
Nils Arne Bjordal	Helse Midt-Norge
Terje Artur Olssen	Nordlandssykehuset Bodø HF
Birger Stamsø	Helse Sør-Øst
Bente Hatling	Helsedirektoratet
Arvid Ottar	MEDPLAN AS
Tarald Rohde	SINTEF
Marte Lauvsnes	SINTEF
Ole Jonny Klakegg	NTNU
Nils Olsson	NTNU

Målsettingen med seminaret var å komme frem til forslag til utvikling og forbedring

- av veilederen som praktisk verktøy for i planarbeider og
- av planprosessen som modell for god tidligfase planlegging i sykehus

1. Bakgrunns materialet

Grunnlaget for diskusjonene var erfaringer fra intervjuer og informasjon fra dokumentgjennomgang som er presentert i prosjektet, kombinert med deltakernes erfaringer og kunnskap. Erfaringer med bruken av veilederen er oppsummert i kapittel 6 i rapporten, mens kapittel 7 i rapporten omhandler resultatene fra dokumentgjennomgangen.

Diskusjonen omfattet både kvaliteten på veilederen som verktøy for å gjennomføre planlegging av tidligfasen i sykehusprosjekter, og de erfaringer man har bygget opp om kvaliteten i planprosessen slik den er beskrevet bl.a. i ”nyttårsbrevet” og i de veiledere som er utgitt av Finansdepartementet. Disse veilederne og prosjekter som følger dem har ikke vært analysert i dette prosjektet, men i HODs brev til de

regionale helseforetakene, og i arbeidet med utvikling av veilederen for tidligfase planlegging i sykehusprosjekter, har Finansdepartementets KS- regime vært en referanse.

Prosjektleder la rammene for diskusjonen gjennom en presentasjon som ble gjennomgått. Følgende problemstillinger ble diskutert:

2. Utviklingsbehov veilederen

2.1 Innhold, oppbygging, kvalitet

Veilederen oppfattes som et praktisk verktøy og det fremheves som positivt at den er kort og konsis. Det ble etterlyst flere maler og standardiserte prosedyrer, men på den andre siden er den et overordnet rammeverk som ikke bør utbroderes for mye.

Veilederen bærer preg av å være utviklet for store byggeprosjekter og man bør få frem det som skiller store og små prosjekter. Differensieringen mellom store og små ligger i bruk av ressurser og omfanget av analyser og dokumentasjon, mens beslutningspunktene er de samme. Veilederen bidrar til at man tidlig i planleggingen stiller de riktige spørsmålene og dette er like viktig i små som store prosjekter. Beslutningsprosessene er like for alle prosjekter, alt fra byggeprosjekter til IKT prosjekter.

Forutsetninger for beslutningene er viktig og det må være sporbarhet slik at forutsetninger kan knyttes sammen med analyseresultatene og forslag til konkrete løsninger.

Strukturen i veilederen er i hovedsak bra men overgangen mellom fasene er uklar. I praksis kan det bli en sammensmelting mellom idéfase og konseptfase og i noen grad også mellom konseptfase og forprosjektfase. Dette gjelder spesielt forholdet mellom HFP/SPR og DFP/FP. Det bør fremgå tydeligere hva det er som skiller fasene.

Selv om det er mange deler av veilederen som kan forbedres så må man ta hensyn til hvordan dette påvirker bruken av den. Nye løsninger som BIM vil påvirke planprosessen men tidshorisonten er usikker. Man ser også at veilederen begynner å påvirke prosjekter utenfor sykehus.

Bygging av et nytt sykehus vil som regel kreve at det gjennomføres en konsekvensutredning i henhold til Plan- og bygningsloven. Dette er i dagens veileder nevnt under konseptfasen, men det er usikkert om det hører hjemme i idé- eller konseptfasen.

2.2 Målformuleringer

Beskrivelse av krav til mål er for lite strukturert i veilederen og det er ikke etablert et målhierarki. Det formuleres samfunns mål men det blir i liten grad vist til dette i gjennomføring av prosjektet og i forslag til løsninger. Gode målformuleringer er spesielt viktig i tidligfasen. Når tidligfase planleggingen er ferdig må godkjenningen relateres til de målene som prosjektet bygger på. Det som svikter mest er den logiske sammenheng mellom samfunns mål og det man faktisk bygger. Gode målformuleringer kan få mer preg av retorikk enn praktisk løsninger.

Det ble vist til at Riksrevisjonen er spesielt interessert i og har gitt merknader på formulering av mål i prosjekter.

Målene er knyttet til mandatet for prosjektet som skal vedtas ved oppstart for idéfasen (B1). Hva mandatet skal inneholde er uklart men det skal gi styringssignal fra eieren og er grunnlaget for det arbeidet som skal gjennomføres. Mandat er en bestilling av en idéfase som skal gjennomføres for å møte definerte mål. Man ser i praksis sammenblanding mellom mandat og mål, eller at det i mandatene formuleres bestillinger på hva som skal gjøres som i praksis er målformuleringer.

2.3 Styring og beslutning

Veilederen beskriver i liten grad organisering og roller. Det er i dag mange aktører (politikere, beslutningstakere, ansatte, rådgivere og andre interessenter) og det er viktig at alle har et felles utgangspunkt. Veilederen er ikke et styringsdokument som fastlegger roller og prosedyrer, men det bør vurderes om det på en prinsipiell måte kan beskrives hvem (hvilke roller) som inngår i aktivitetene og beslutningsprosessen. Også brukermedvirkningen bør beskrives bedre.

Sammenhengen mellom innholdet i fasene og beslutningspunktene bør tydeliggjøres og kanskje endres. En sammenligning med Finansdepartementets veiledere for KS1 og KS2 viser tydelige forskjeller. I Finansdepartementets regime gjøres et valg av det optimale konseptet i forbindelse med KS1. I veilederen gjøres valg av løsning som en del av konseptfasen, og i B3 besluttes det å gå videre med den valgte løsningen. Det riktige vil være å ha beslutningspunkt i løpet av konseptfasen som gir beslutningstakerne muligheter til å velge ønsket løsning. Gjennomføring av evaluering av alternativene bør omtales spesielt i veilederen. Den valgte løsningen kan deretter detaljeres til et nivå som gir grunnlag for beslutning om gjennomføring (B3). I Finansdepartementets regime gjøres dette i forprosjektfasen.

I flere prosjekter etableres styringsdokument som ivaretar det som mangler i veilederen når det gjelder organisering, roller, beslutningsmodeller og krav til styring og rapportering. Styringsdokumentet kan etableres fra starten (idéfasen) og

oppdateres i løpet av prosjektperioden. Dokumentet må favne bredt og få med for eksempel krav til kompetanse i de forskjellige fasene.

Styringsdokumentets rolle i forhold til veilederen må avklares. Veilederen skal være generell mens styringsdokumentet forplikter i det spesifikke prosjektet. Det bør være føringer i veilederen på hvordan styringsdokumentene skal utformes.

Helse Sør-Øst RHF har et styringsdokument som opprettes tidlig i forprosjektfasen. I denne fasen øker mengden av personer og eksterne firma kommer inn og tar beslutninger på vegne av prosjektet. Frem til forprosjektfasen trenger man ikke et styringsdokument, da er veilederen nok. Ved en slik løsning mangler man et prosjektspesifikt styringsdokument.

Myndighetsdialog er viktig for å knytte prosjektet til departementets behandling og til budsjettet (statlige låneopptak). Det bør beskrives mer i veilederen om hvordan myndighetsdialogen kan gjennomføres.

2.4 Økonomiske analyser

Det råder ulike oppfatninger om hvilke analyser som skal gjøres og hvordan disse skal gjennomføres. Veilederen (april 2006) er upresis på begrepsbruk og innhold når det gjelder økonomiske analyser og bruken av dem, og det arbeides med en egen veileder for dette området. Den reviderte veilederen (august 2009) er mer presis når det gjelder krav til økonomiske analyser.

Varierende kompetanse om den kliniske virksomheten fører til at beskrivelse av fremtidig driftsmodell blir ufullstendig og i for liten grad ligger dette til grunn for valg av alternativer. Det påvirker kvaliteten på beregning av de driftsøkonomiske konsekvensene av det nye tiltaket, og det er blandet erfaring med de estimater som gis. Det er for lite systematisert kunnskap om hvordan virksomhetsmodeller påvirker driftsøkonomi. Hvordan ulike utnyttelsesgrader for senger og rom virker inn på drift og kostnader er et eksempel på det. Den nye veilederen om økonomisk bæreevne vil øke kvaliteten og gi grunnlag for sammenligning mellom prosjektene, men det vil fremdeles være vanskelig å skille ut effekten av investeringen og effekter av andre endringer som påvirker driftskostnadene.

Ekstern krav som krav til energibruk, CO2 utslipp og andre miljøkrav har økonomiske konsekvenser. Hvordan slike krav skal behandles bør tas inn i veilederen.

2.5 Alternativer

Det må fremgå tydeligere hvilke type alternativer løsningskonsept som inngår i idéfasen. Det må skilles mellom alternative tomter og bygg og alternative formål og

funksjon. Man kan analysere flere antall alternativene i idéfasen. Alternativene skal være signifikant forskjellige slik at de skiller godt i forhold til måloppnåelse. Kriterier for valg av alternativer må skille mellom forskjellige måter å løse tjenesteproduksjonen på, og ikke ha fokus på ulike utbyggingsløsninger.

Detaljering og beskrivelse av alternativene må skje i konseptfasen. Hva som skal inngå i et 0-alternativ må beskrives bedre og det må defineres hva et 0-alternativ er. Det bør presiseres i veilederen at 0-alternativet skal vise hvordan sykehuset kan opprettholde sin evne til å levere helsetjenestene, eventuelt anviser hva som er alternativet og hvilke konsekvenser det vil kunne ha.

3. Utviklingsbehov planprosessen – flytte fokus mot venstre

I tidligfasen kan man bruke tid for da er tid billig. Søk etter og vurdering av alternative løsningskonsept kan gjøres med relativt liten innsats. Avklaring av aktuelle løsninger kan skje relativt raskt og det er lite penger og prestisje investert. Ved å bruke tid i tidligfasen økes muligheten for at man identifiserer den beste løsningen som det skal investeres i, best i betydningen det alternativet som gir best måloppnåelse (samfunnsmål og effektmål).

I planprosessen inngår to prosesser: en byggeprosess og virksomhetsprosess. Disse kan ikke skilles men de krever forskjellig tilnærming og kompetanse. Det er ønskelig at man har en mer standardiserte måte å beskrive virksomheten på som kan gi føringer på hvordan sykehus skal organiseres fysisk. Dette kan omfatte funksjonelle sammenhenger, aktivitets- og kapasitetsberegninger og krav til organisering og nærhet. Risikoen er at det kan fremstå som en fasit som påvirker løsningene for det konkrete sykehuset på en negativ måte. En sterkere påpeking av hvilke forhold som skal tas med og hvilken kompetanse dette krever, vil kunne bidra til større sammenlignbarhet mellom prosjektene.

I nyttårsbrevet ligger det en motsetning: Det uttrykkes at man må unngå å bruke penger på planlegging av prosjekter som ikke kan gjennomføres, samtidig som det understrekes at en beslutning om at forprosjektet skal gjennomføres, ikke skal oppfattes som en endelig beslutning om bygging. Dette til tross for at man har innført en mellomfase "konseptfasen" mellom idéfasen og forprosjektfasen som skal, med rimelig sikkerhet, gi grunnlag for å identifisere den optimale løsningen. Det kan være riktig å løfte fram konseptfasen som er tydeligere beslutningspunkt som avslutter tidligfasen.

3.1 Avgrensning av begrepet tidligfase og grensesnittet mellom idéfasen og konseptfasen

Diskusjonen viser at begrepet tidligfase er uklart og krever presisering. Det samme gjelder inndelingen i faser. Det er overlapp både mellom idé- og konseptfasen og mellom konsept- og forprosjektfase. Hvis man skulle følge KS1 og KS2 så skulle skisseprosjektet inngå i forprosjektfasen. Det er først når man har valgt alternativ at man kan starte skisseprosjektet. Det kan like gjerne reises spørsmål om prosjektet starter ved oppstart konseptfase (B2) og at idéfase og konseptfase smelter sammen.

3.2 Grunnlaget for idéfasen, strategisk forankring

En avgrensning til den formelle planprosessen innebærer at (den ofte lange) prosessen fra behovet oppstår og til man beslutter å igangsette en målrettet planlegging ikke er inkludert.³⁸ Denne avgrensingen kan være problematisk etter som en rekke premisser da kan være lagt. Man kan i utgangspunktet ha avgrenset alternativene og utviklingsmulighetene i prosjektet til det som oppfattes som det sentrale behovet for utbygging eller erstatning av eksisterende anlegg. Prosessen kan være styrt av lokale politiske og faglige aktører, uten en samlet diskusjon om prioriteringen innenfor rammer og strategiske mål.

Grunnlaget for oppstart idéfase er uklart og det bør presiseres hvordan dette grunnlaget etableres. Det er viktig at løsningskonseptene er forankret i overordnede strategier og det må vurderes hvilke formelle krav som skal gjelde for initiering av idéfasen. Helse Sør-Øst RHF har krav om at det foreligger en utviklingsplan som grunnlag for oppstart av tidligfasen, og man vil ikke behandle prosjekter før de er satt inn i en virksomhetsstrategi.

Erfaringene viser at planleggingen har to løp, et prosessuelt løp og et politisk løp, og politiske løpet kan kortslutte planprosessen ved at beslutninger uteblir eller forutsetninger endres. Planlegging er ideelt sett en rasjonell prosess som er systematisk og kontrollerbar, og gitt kjente forutsetninger tilstrekkelig informasjon vil løsningene være riktige i forhold til målene. I virkeligheten kan det handlingsrommet som er gitt politisk endre seg underveis.

Mye av arbeidet i en tidligfase handler om innsalg av prosjekter. Planene må til en viss grad tilpasses det politiske mulighetsrommet. Man må ha politisk backing for

³⁸ Med unntak av beslutningsgrunnlaget for beslutningen om å igangsette idéfaseplanleggingen (beslutningspunkt B1). Dette beslutningsgrunnlaget omfatter som regel en konkret utredning og rapport med betegnelsen utviklingsplan, generalplan, rammeplan og lignende som ofte er knyttet til rullerende investeringsplaner og/eller faglige langtidsplaner for utvikling av sykehustjenesten.

det alternativet man vil ha gjennomført. Når et prosjekt er kommet så langt at det skal styres av reglene i veilederen, er det etablert som en del av en politisk prosess.

3.3 Grensesnittet mellom konseptfasen og forprosjektfasen

Sammenholdt med Finansdepartementets KS-regime har man sykehusprosjekter lagt andre problemstillinger og analyser i konseptfasen. Spesielt gjelder dette skisseprosjektet som i Finansdepartementets regime er en del av forprosjektfasen. I konseptfasen skal hovedsakelig på grunnlag av overordnet program (HFP) og skisseprosjekt, velge ett alternativ og utvikle dette til beslutning om gjennomføring av forprosjektet, mens målet med forprosjektfasen er å beskrive og detaljere løsningen i form av forprosjekt. KS1 som tilsvarer avsluttet konseptfase, omfatter ikke skisseprosjekt og programutredningene er på et strategisk, overordnet nivå.

På den andre siden kan det hevdes at det er billigere å ha skisseprosjektet i konseptfasen, utvikle alternativene i konseptfasen og legger fram valgt alternativ som grunnlag for beslutning om videre planlegging i et forprosjekt. Det er ikke faglig kontinuitet fra konsept- til forprosjektfasen. Oppgavene er vesentlig forskjellig og krever ulik kompetanse.

Dagens inndeling oppfattes som god men det krever at alternativvalgene blir synliggjort som eget beslutningspunkt.

”Nyttårsbrevet” forutsetter at det foreligger et forprosjekt som grunnlag for fremleggelse for eieravdelingen og en eventuell aksept for de økonomiske forpliktelsene prosjektet innebærer. Forprosjektet er en del av gjennomføringen og ikke tidligfase planleggingen. Kostnadene for gjennomføring av et delfunksjonsprogram og forprosjekt i henhold til arkitektnormen er gjerne 10 ganger høyere enn kostnadene for idéfasen og konseptfasen samlet.

I et sykehusprosjekt er det relativt stor usikkerhet knyttet til fremtidig kapasitet og organisering av virksomheten. Dette har stor innflytelse på bygget. Et eksempel er overgang fra operasjoner på innlagte pasienter til dagkirurgi. Mens det i dag er 30-40% som utføres som dagkirurgi forventes det å øke til 70-80% i løpet av 10-15 år. Det tar 10-15 år å planlegge og bygge et større sykehus. Fokus på fremtidig kapasitet og drift vil trolig ha større risikoreduserende virkning enn å gjennomføre et forprosjekt som stort sett gir økt sikkerhet for kostnadene for selve byggeriet.

Det bør vurderes om beslutning om gjennomføring av prosjektet bør skje på grunnlag av godkjent konseptrapport. Konsekvensen vil være at forprosjektet (slik arkitektnormen definerer det) blir en del av gjennomføringsfasen. Det vil øke fokuset på de sykehusfaglige aspektene ved planen og redusere risikoen for revidering og endring av en detaljert og kostbar forprosjektrapport.

Begrepet forprosjekt er tvetydig. I byggsammenheng er det en betegnelse på en planleggingsaktivitet med et vel definert innhold (arkitektnormen). I mange andre sammenhenger betyr det en forstudie som skal gjennomføres for å avklare om det er riktig å gå videre med et gjennomføringsprosjekt og hva dette eventuelt vil kreve. Det må presiseres hva det betyr i denne sammenhengen og om forprosjektrapporten skal inneholde noe mer enn arkitektnormens krav, forutsatt at alle andre forhold er avklart i konseptrapporten.

For å unngå sammenblanding anbefales det å bruke begrepet ”utviklingsplan” for forprosjektrapport.

3.4 Mellomfasen, revisjon av skisseprosjekt pga DFP

Sammenhengene mellom HFP, DFP og skisseprosjekt er uklare. Skisseprosjekt bygger på HFP men DFP gir ofte grunnlag for revidering av skisseprosjektet. Dette kan skje som del av oppstart forprosjekt, men usikkerhet omkring beslutning om videreføring av prosjektet til forprosjektfasen fører til at DFP gjennomføres etter konseptfasen, og det oppstår en mellomfase som består av DFP og revisjon av skisseprosjekt. Det må ryddes og avklares hvilken fase DFP tilhører. Gjennomføring av DFP i konseptfasen vil øke kvaliteten på skisseprosjektet og konseptrapporten, og vil kvalifisere konseptrapporten som grunnlag for beslutning om gjennomføring av prosjektet. Gjennomføring av DFP som en del av forprosjektfasen opprettholder behovet for en revidering av skisseprosjektet i forbindelse med oppstart forprosjekt. Dette kan føre til behov for endringer i organisering og kapasitet, noe som burde vært avklart i konseptrapporten.

4. Oppsummering av funn og anbefalinger

Beskrivelse av krav til målformuleringer er for lite strukturert i veilederen og det er ikke etablert et målhierarki. Unngå sammenblanding mellom mandat og mål.

Kriterier for valg av alternativer må skille mellom forskjellige måter å løse tjenesteproduksjonen på og ikke mellom forskjellig måter å bygge på. Gjennomføring av evaluering av alternativene bør omtales spesielt i veilederen.

Man må ha politisk backing for å kunne brette ut mulighetsalternativene. Når et prosjekt er kommet så langt at det skal styres av reglene i veilederen skal det være etablert som en del av en politisk prosess.

Detaljering og beskrivelse av alternativene må skje i konseptfasen. 0-alternativet må beskrives bedre og det må defineres hva et 0-alternativ er. Det bør presiseres i veilederen at 0-alternativet skal vise hvordan sykehuset kan opprettholde sin evne til å levere helsetjenestene, eventuelt an vise hva som er alternativet og hvilke konsekvenser det vil kunne ha.

Styringsdokumentets rolle i forhold til veilederen må avklares. Det bør være føringer i veilederen om hvordan styringsdokumentene skal utformes. Det bør beskrives mer i veilederen om hvordan myndighetsdialogen kan gjennomføres.

Oppstart idéfase er i dag uklart og det bør formaliseres hva som er grunnlaget for idefasen. Det er viktig at ideene kommer fra overordnede strategier og det må vurderes hvilke formelle krav som skal gjelde for initiering av idefasen.

Begrepet tidligfase bør presiseres og avgrenses. Det samme gjelder inndelingen i faser. Det er overlapp både mellom idé- og konseptfasen og mellom konsept- og forprosjektfase. Det bør vurderes om prosjektet starter ved B2 og at idéfase og konseptfase smelter sammen. Det bør vurderes om man skal løfte fram godkjenning av konseptrapporten som det beslutningspunktet som avslutter tidligfasen.

Det er behov for en klarere avgrensning av innholdet i forprosjektfasen i forhold til konseptfasen. Dette gjelder også i forhold til beslutningsprosessen. Forprosjektet er en del av gjennomføringen og ikke tidligfase planleggingen.

Differensiere bedre mellom store og små prosjekter. Veilederen bidrar til at man tidlig i planleggingen stiller de riktige spørsmålene og dette er like viktig i små som store prosjekter. Beslutningsprosessene er like for alle prosjekter.

Eksterne krav til energibruk, CO2 utslipp og andre miljøkrav har økonomiske konsekvenser som må presiseres.

Bygging av et nytt sykehus vil som regel kreve at det gjennomføres en konsekvensutredning i henhold til Plan- og bygningsloven. Dette er i dagens veileder nevnt under konseptfasen, men det er usikkert om det hører hjemme i idé- eller konseptfasen.

Vedlegg 3 Definisjonskatalog

Brutto utstyrsprogram - (BUP)

Det samlede utstyrsbehov i prosjektet definert på grunnlag av funksjoner og kapasitet/aktivitetsnivå.

Delfunksjonsprogram - (DFP)

Programdokument for funksjonsenheter i sykehuset (deler av sykehuset), med tilhørende rom, arealbehov, nærhetsbehov mv.

Detaljprosjekt - (DPR)

Plandokument med detaljløsninger, mengder og anbudsunderlag. I noen tilfeller deles dette i detaljprosjekt og anbudsprosjekt.

Eierdialog

Styringsdialog med eier.

Fleksibilitet

Med fleksibilitet menes evnen som bygningen har til å møte vekslende funksjonelle krav ved å forandre egenskap, f.eks. igjennom ny bruk.

Forprosjekt - (FRP)

En prosjekteringsaktivitet som resulterer i en beskrivelse av alle dimensjonerende tekniske forutsetninger for bygget og gjennomføringsstrategi for utbyggingen.

Forprosjektfasen

Omfatter de aktiviteter som er nødvendig for å definere og dimensjonere bygget, og kvalitetssikre gjennomføringsstrategien og grunnlaget for gjennomføringen. Denne fasen kalles også hovedstudie, blant annet i industriprosjekter.

Gjennomføringsfasen

Omfatter alle aktiviteter etter at beslutning om realisering er tatt og til prosjektet er gjennomført. I denne veilederen viser det til alle aktiviteter etter forprosjektfasen.

Hovedfunksjonsprogram - (HFP)

Overordnet programdokument som brukes spesielt i sykehusplanlegging. Viser kapasitet, funksjoner og romtyper med tilhørende arealbehov. Beskriver faglige, organisatoriske, fysiske, driftsøkonomiske, investeringsmessige og andre dimensjonerende forutsetninger for prosjektet, ref. Veileder for hovedfunksjonsprogram.

Hovedprogram (bruker)utstyr - (HPU)

Overordnet strategisk plan for anskaffelse av brukerutstyr, knyttet til funksjonsområdene i HFP.

Idéfasen

Omfatter alle aktiviteter fra prosjektstart til det foreligger et overordnet styringsdokument som gir grunnlag for å avgrense behov, kapasitet og kostnader, og beslutte om rammen gir grunnlag for å arbeide videre med planleggingen. Denne fasen kalles også idéstudie, blant annet i industriprosjekter.

Konseptbeskrivelse

En helhetlig beskrivelse av prosjektet, dets rammebetingelser, mål, forutsetninger, løsninger samt investeringsmessige og driftsøkonomiske konsekvenser.

Konseptfasen

Omfatter alle aktiviteter som kreves for å velge det mest hensiktsmessige konseptet, og utvikle dette til et nivå hvor eieren med en akseptabel sikkerhet kan treffe beslutninger om gjennomføringen. Denne fasen kalles også forstudie, blant annet i industriprosjekter.

Myndighetsgodkjenning

Ref. Rundskriv I-4/2004

Foreløpig myndighetsvurdering

Et tilbud fra departementet og/eller direktoratet om gjennomgang og drøfting av prosjektet før tidligfase planleggingen er avsluttet. Ref. Rundskriv I-4/2004

Vedlegg 4 Nyttårsbrevet

De regionale helseforetakene
v/adm. direktør

Deres ref

Vår ref
02/06853

Dato
31.12.2002

Beslutning om og gjennomføring av investeringsprosjekter i de regionale helseforetakene

1. Innledning

I dette brevet gjennomgås de systemmessige rammebetingelser som fra 2003 skal gjelde for beslutning om og gjennomføring av investeringer i foretakene. I samsvar med foretaksmodellen er brevet stilet til de regionale helseforetakene. Innenfor de rammebetingelser som her trekkes opp og innenfor de ansvars- og fullmaktsrammer som helseforetaksloven har etablert, tillegges det de regionale helseforetakene å følge dette opp overfor helseforetakene.

Sentrale elementer i dette brevet er:

- Å klargjøre hvilken beslutningskompetanse som fra 2003 vil ligge i de regionale helseforetakene.
- Å klargjøre hvilken styringsdialog som skal være med eier (Helsedepartementet), herunder hvilke beslutninger som er tillagt eier.

Det er en viktig forutsetning for å kunne plassere beslutningskompetanse i de regionale helseforetakene at prosjektene er innarbeidet i de regionale helseforetakenes overordnede planer og budsjetter, og at det på denne måten bekreftes og dokumenteres at prosjektene er vurdert og prioritert innenfor helhetlige faglige og økonomiske rammer. Siden informasjonen som gis i dette brevet er en sentral premiss for å kunne gjennomføre en slik plan- og budsjettprosess fullt ut inn mot 2003, vil det for dette året bli gjennomført noen supplerende styringstiltak (se informasjon om dette i pkt. 5).

Dette brevet omhandler de regionale helseforetakenes/helseforetakenes egne investeringsprosjekter. Det omfatter ikke spørsmål knyttet til de regionale helseforetakenes "sørge for"-ansvar og håndteringen av private aktører. Det vises i denne sammenheng til Helsedepartementets brev av 18. oktober 2002.

Det understrekes videre at brevet ikke behandler spørsmål knyttet til den godkjenningsordning som er etablert med hjemmel i spesialisthelsetjenestelovens § 4-1, med tilknyttede forskrifter. De regionale helseforetakene må påse at man oppfyller de foreleggelsesplikter som følger av dette regelverket.

2. Om overordnede økonomiske rammebetingelser, styring og kontroll

Helsedepartementet forventer at de regionale helseforetakene utvikler systemer for styring og kontroll som reflekterer betydning og risiko ved investeringsprosjekter. Tilsvarende forventes det at de regionale helseforetakene arbeider med vedlikehold og utvikling av kompetanse og holdninger som er nødvendig for en kvalifisert håndtering av investeringsprosjekter. For at de regionale helseforetakene og departementet skal fungere som et samlet lærings- og utviklingssystem, vil det i juni 2003 bli gjennomført et felles seminaropplegg med fokus på erfaringsoverføring, læring og utvikling når det gjelder investeringsprosjekter.

Nedenfor omtales hovedelementene i beslutnings- og styringssystemet som vil gjelde fra 2003.

- *Hovedregelen er at de regionale helseforetakene har fullmakt til å beslutte og gjennomføre investeringsprosjekter.* Det forutsettes da at det regionale helseforetaket har vurdert at det gjennom egen økonomi og tilgjengelige lånerammer er likviditet til å gjennomføre prosjektet. Det forutsettes videre at det regionale helseforetaket har vurdert at det er en tilfredsstillende økonomi i investeringsprosjektet.
- *I det årlige plan- og meldingsdokumentet (ref. helseforetakslovens § 34) skal det presenteres en samlet vurdering av planlagte investeringer i de kommende årene, inklusiv at det behøves hvordan prosjektene er planlagt realisert innenfor tilgjengelige ressurser.* Helsedepartementet vil, basert på regjeringens og Stortingets behandling, i det årlige styringsdokumentet gi de nødvendige tilbakemeldinger om overordnede rammer og forutsetninger.
- *Det forutsettes at det regionale helseforetaket ut fra de generelle styringskravene som følger av helseforetakslov, regnskapslov, vedtekter og styringsdokument har nødvendig kvalitet på beslutningsprosesser og gjennomføring av prosjektene.* Helsedepartementet legger vekt på at store investeringsprosjekter gjennomføres med kvalitet og sikkerhet i alle faser av prosjektet, og da ikke minst at risikoelementer blir identifisert og fulgt opp.
- Når det gjelder prosjekter over 500 mill. kroner er det som kjent i statlig forvaltning etablert en særskilt ordning med supplerende og ekstern kvalitetssikring før beslutning treffes (beskrevet i St.prp. nr. 1 (1999 – 2000) ("gul bok")). Denne ordningen gjelder ikke for de regionale helseforetakene. Både av innholdsmessige og legitimitetsmessige grunner legger Helsedepartementet vekt på at de regionale helseforetakene skal framstå med

minst like godt kvalitetssikringssystem som statlige byggeprosjekter. Men Helsedepartementet har ikke funnet det riktig å pålegge at det må brukes samme teknikker (ekstern kvalitetssikring) som for de statlige byggeprosjektene. Som et alternativ til "gul bok"-metoden står således de regionale helseforetakene fritt til å bruke kvalitetssikringsteknikker som er mer integrert i plan- og prosjekteringsarbeidet for prosjektet.

Med dette som bakgrunn bes det om at det for alle prosjekter med en samlet kostnadsramme over 500 mill. kroner skal være et særskilt vedtakspunkt i det regionale helseforetakets vedtak om igangsetting av prosjektet som bekrefter at det er gjennomført kvalitetssikringstiltak som gir minst like god effekt for sikkerhet i forhold til økonomiske rammer som "gul bok"-ordningen.

Helsedepartementet ber om innen 1. mars 2003 å bli orientert om det kvalitetssikringsopplegg som det enkelte regionale helseforetak bruker for prosjekter over 500 mill. kroner. Dette skal også gjelde for prosjekter som blir oppdelt i faser, men som utgjør en helhet, og der samlede utgifter overstiger 500 mill. kroner. I samme brev bes departementet også om å bli orientert om de regionale helseforetakenes samlede kvalitets- og styringsopplegg for byggeprosjekter. Helsedepartementet vil gi tilbakemelding på det mottatte materialet i tilknytning til det seminar som er beskrevet ovenfor.

3. Organisering av beslutningsprosesser

Helsedepartementet vil be om at de regionale helseforetakene har særlig årvåkenhet omkring organiseringen av prosessene for store byggeprosjekter, herunder følgende forhold:

- Det må unngås at det for de store prosjektene settes i gang omfattende prosesser/planleggingsarbeider som det senere av økonomiske eller helsefaglige grunner viser seg urealistisk eller ikke ønskelig å gjennomføre. Samtidig er det viktig at det i tidlige faser er rom for "idesøk", skissering av alternative utviklingsløp for investeringer mv. Det vil her kunne variere mellom prosjektene i hvor stor grad det må gjennomføres konkretiserende planarbeid for å få et bilde av om prosjektet kan være "liv laga". Det må være et krav at arbeidet med denne type initielle søk må organiseres på en slik måte at ideer/muligheter kan avblåses og uten at det da er etablert forventninger om realisering av prosjektet som mer eller mindre overtar den faktiske styringen av prosjektet. Særlig er det viktig at aktuelle ideer raskt vurderes opp mot realistiske økonomiske rammer (vurdering av om prosjektet lar seg forsvare økonomisk) og at det ikke arbeides med urealistiske prosjekter. Dersom det framstår ideer som ikke lar seg realisere innenfor gitte økonomiske rammer, er det særlig viktig at problemstillingen bringes fram for eier før det er igangsatt planleggingsarbeid av noe omfang. I denne fasen bør det også tilstrebes dialog

Concept rapport nr. 25

med faglige godkjennings- og tilsynsmyndigheter for å sikre seg at man har god oversikt over krav eventuelt vil bli stilt fra disse instansene.

- Det er viktig at det heller ikke for store prosjekter som ”passerer” vurderingene i den første idefasen blir igangsatt store plan- og prosjekterings tiltak som skal ende opp med ferdig forprosjekt. Dette kan føre til at man da lett kan komme i en situasjon der kombinasjonen av prosjektets egenkraft (og allerede brukte ressurser) og omgivelsenes forventninger gjør at den faktiske valgfriheten begrenses. Det bør derfor normalt være en utredningsmessig mellomfase som kan kalles *konseptfasen*. Hensikten med utredningsarbeidet i denne fasen er å få et kvalifisert beslutningsunderlag for å gå videre med prosjektet inn mot ferdig forprosjekt.

Arbeidet i en slik konseptfase må organiseres og formidles utad slik at det er fullt mulig å terminere arbeidet, eventuelt føre det videre under helt nye forutsetninger, dersom dette framstår som mest rasjonelt. Elementer som vil inngå i et slikt konseptarbeid er:

- prosjektets ”plassering” i forhold til det regionale helseforetakets totale tilbud, inklusiv avgrensning til andre sykehus, spesialiteter og funksjoner
- vurdering av alternative investeringer, med begrunnelse for valgt alternativ, lokalisering, lønnsomhetsanalyse inklusiv økonomiske konsekvenser
- økonomiske forutsetninger for realisering av prosjektet
- plan for forprosjektet (tidsplan, kostnadsramme, organisering mv)

Beslutningen som skal komme ut av dette arbeidet er om arbeidet skal videreføres fram til ferdig forprosjekt (med rammer og retningslinjer knyttet til dette), om prosjektet skal stoppes eller legges på is, eventuelt om prosjektet skal ”sendes tilbake” for konseptuell bearbeiding. Departementet antar at det beskrevne arbeidet i konseptfasen bør kunne gjennomføres innenfor en periode på 3 – 6 måneder.

- Det er viktig at beslutning om at *forprosjekt* skal gjennomføres ikke oppfattes som endelig beslutning om at prosjektet skal realiseres, ref. at det er forprosjektet som skal etablere det endelige grunnlaget for å avgjøre om prosjektet skal realiseres.

Forprosjektet må inneholde detaljert informasjon om prosjektet slik som:

- innretning/plassering i forhold til regionens totale funksjons- og oppgavefordeling
- dimensjonerende forutsetninger, funksjoner, driftsformer og organisering, aktivitets- og produksjonsdata
- oppdaterte/reviderte lønnsomhetsanalyser inkludert analyse av alle kostnadselementer som inngår i prosjektet, herunder investeringskalkyle

(kapitalkostnader) inkludert usikkerhetsanalyse, framtidige FDVU kostnader, driftsanalyser knyttet blant annet til pasientbehandling, herunder kost/nytte vurderinger og organisatoriske konsekvenser.

- økonomiske forutsetninger (reviderte) for realisering av prosjektet.

Det må også beskrive foreslått gjennomføringsplan for prosjektet.

Helsedepartementet antar at gjennomføringen av et slikt forprosjekt normalt vil ta 8 – 12 måneder.

Hovedregelen er at det regionale helseforetaket har kompetanse til å beslutte at prosjektet skal gjennomføres og deretter ansvar for at prosjektet gjennomføres i samsvar med beslutningens forutsetninger. I så henseende vises det til neste punkt der det omtales hva som skal legges fram for eier.

4. Hva skal legges fram for Helsedepartementet

Helsedepartementet vil ved egne brev redegjøre for hvordan investeringsområdet skal omtales i plan- og meldingssystemet (ref. helseforetakslovens § 34) og i tilknytning til de regionale helseforetakenes framlegg av materiale i det enkelte års budsjettarbeid. Dette vil bl.a. omfatte omtale av forutsetninger for å vurdere investeringsprosjekter som helsedepartementet forutsetter er like mellom de fem regionale helseforetakene. Disse forholdene omtales derfor ikke nærmere her. De regionale helseforetakene pålegges *ikke noen generell foreleggelsesplikt* for enkeltstående prosjekter. Men av hensyn til en god og åpen styringsdialog har departementet funnet det hensiktsmessig at *når det for store prosjekter er gjennomført konseptfase skal resultatene og det regionale helseforetakets vurderinger legges fram for departementet. Beløpsgrense settes til 1.000 mill. kroner.* Dette gir mulighet for at departement og regionalt helseforetak i fellesskap kan vurdere om det er egenskaper ved prosjektet som tilsier at prosjektet i fortsettelsen bør inngå i styringsdialogen med departementet, og eventuelt på hvilken måte dette skal skje. Det gir også mulighet til å klargjøre hvordan prosjektet eventuelt bør håndteres i forhold til plan- og meldingssystemet, herunder om prosjektet bør inngå i den planpresentasjon som vil bli lagt fram for Stortinget som en del av det årlige budsjettframlegget. Helsedepartementet er innstilt på å vurdere om denne særskilte prosedyren bør opphøre når plan- og meldingssystemet har blitt bedre etablert.

5. Særskilte forhold i 2003

Det framgår ovenfor at den overordnede styringen primært ikke skal skje mot enkeltstående prosjekter, men gjennom den overordnede styringsdialog som skjer gjennom budsjettprosesser og håndtering av plan- og meldingssystemet. Disse elementene har ikke vært etablert inn mot 2003 og dette krever at styringsdialogen mellom Helsedepartementet og de regionale helseforetakene må skje på annen måte for dette året.

Helsedepartementet vil i månedsskiftet januar/februar 2003 gjennomføre separate møter med hvert av de fem regionale helseforetakene der foreliggende planer vil bli

gjennomgått. Fra departementets side vil det i disse gjennomgangene være særlig viktig å få sikkerhet for at de aktuelle prosjektene lar seg gjennomføre innenfor realistiske økonomiske rammer i de kommende årene, og at det er realistisk at prosjektene kan realiseres innenfor kommende års rammer. Dette gir også mulighet for å vurdere om det eventuelt skulle være forhold av overordnet helsepolitiske karakter (f. eks. at prosjektene bør ta opp i seg større grad av samordning mellom de regionale helseforetakene) som bør ivaretas.

Helsedepartementet vil understreke at det ved de gjennomgangene som skal gjennomføres vil bli lagt vekt på å understøtte de roller og ansvarsposisjoner som man nå ønsker at skal utvikle seg.

Dersom ovenstående håndtering vil kunne føre til forsinkelser for enkeltstående prosjekter er Helsedepartementet innforstått med at disse kan tas opp enkeltvis med departementet. Dette gjelder ikke for prosjektene Nye St. Olavs, Nye A-hus og forskningsbygg på Radiumhospitalet. For disse prosjektene er det med utgangspunkt i omtalen i statsbudsjettforslaget for 2003 allerede etablert særskilte prosedyrer for styringsdialogen med de regionale helseforetakene.

6. Rapportering

Helsedepartementet legger vekt på at rapporteringsordningene på investeringsområdet skal inngå som en del av det samlede og helhetlige rapporteringsopplegget som de regionale helseforetakene pålegges gjennom det årlige styringsdokumentet. I en overgangsfase har en dog funnet det riktig at det skal etableres særskilte oppfølgings- og rapporteringsopplegg for de store prosjektene, slik det nå er gjort for Nye St. Olavs, ref. Helsedepartementets brev til Helse Midt-Norge av 1. oktober 2002.

Med hilsen

Vidar Oma Steine e.f.
ekspedisjonssjef

Atle Brynstad
direktør

Concept rapportserie

Papirtrykk: ISSN 0803-9763

Elektronisk utgave på internett: ISSN 0804-5585

Lastes ned fra: www.concept.ntnu.no/publikasjoner/rapportserie

Rapport	Tittel	Forfatter
Nr. 1	Styring av prosjektporteføljer i staten. Usikkerhetsavsetning på porteføljenivå <i>Project Portfolio Management. Estimating Provisions for Uncertainty at Portfolio Level.</i>	Stein Berntsen og Thorleif Sunde
Nr. 2	Statlig styring av prosjektleidelse. Empiri og økonomiske prinsipper. <i>Economic Incentives in Public Project Management</i>	Dag Morten Dalen, Ola Lædre og Christian Riis
Nr. 3	Beslutningsunderlag og beslutninger i store statlige investeringsprosjekt <i>Decisions and the Basis for Decisions in Major Public Investment Projects</i>	Stein V. Larsen, Eilif Holte og Sverre Haanæs
Nr. 4	Konseptutvikling og evaluering i store statlige investeringsprosjekt <i>Concept Development and Evaluation in Major Public Investment Projects</i>	Hege Gry Solheim, Erik Dammen, Håvard O. Skaldebø, Eystein Myking, Elisabeth K. Svendsen og Paul Torgersen
Nr. 5	Bedre behovsanalyser. Erfaringer og anbefalinger om behovsanalyser i store offentlige investeringsprosjekt <i>Needs Analysis in Major Public Investment Projects. Lessons and Recommendations</i>	Petter Næss
Nr. 6	Målformulering i store statlige investeringsprosjekt <i>Alignment of Objectives in Major Public Investment Projects</i>	Ole Jonny Klakegg
Nr. 7	Hvordan tror vi at det blir? Effektvurderinger av store offentlige prosjekt <i>Up-front Conjecture of Anticipated Effects of Major Public Investment Projects</i>	Nils Olsson
Nr. 8	Realopsjoner og fleksibilitet i store offentlige investeringsprosjekt <i>Real Options and Flexibility in Major Public Investment Projects</i>	Kjell Arne Brekke
Nr. 9	Bedre utforming av store offentlige investeringsprosjekter. Vurdering av behov, mål og effekt i tidligfasen <i>Improved Design of Public Investment Projects. Up-front Appraisal of Needs, Objectives and Effects</i>	Petter Næss med bidrag fra Kjell Arne Brekke, Nils Olsson og Ole Jonny Klakegg
Nr. 10	Usikkerhetsanalyse – Kontekst og grunnlag <i>Uncertainty Analysis – Context and Foundations</i>	Kjell Austeng, Olav Torp, Jon Terje Midtbø, Ingemund Jordanger, og Ole Morten Magnussen
Nr. 11	Usikkerhetsanalyse – Modellering, estimering og beregning <i>Uncertainty Analysis – Modeling, Estimation and Calculation</i>	Frode Drevland, Kjell Austeng og Olav Torp
Nr. 12	Metoder for usikkerhetsanalyse <i>Uncertainty Analysis – Methodology</i>	Kjell Austeng, Jon Terje Midtbø, Vidar Helland, Olav Torp og Ingemund Jordanger

Concept rapportserie

Papirtrykk: ISSN 0803-9763

Elektronisk utgave på internett: ISSN 0804-5585

Lastes ned fra: www.concept.ntnu.no/publikasjoner/rapportserie

Rapport	Tittel	Forfatter
Nr. 13	Usikkerhetsanalyse – Feilkilder i metode og beregning <i>Uncertainty Analysis – Methodological Errors in Data and Analysis</i>	Kjell Austeng, Vibeke Binz og Frode Drevland
Nr. 14	Positiv usikkerhet og økt verdiskaping <i>Positive Uncertainty and Increasing Return on Investments</i>	Ingemund Jordanger
Nr. 15	Kostnadsusikkerhet i store statlige investeringsprosjekter; Empiriske studier basert på KS2 <i>Cost Uncertainty in Large Public Investment Projects. Empirical Studies</i>	Olav Torp (red.), Ole Morten Magnussen, Nils Olsson og Ole Jonny Klakegg
Nr. 16	Kontrahering i prosjektets tidligfase. Forsvarets anskaffelser. <i>Procurement in a Project's Early Phases. Defense Aquisitions</i>	Erik N. Warberg
Nr. 17	Beslutninger på svakt informasjonsgrunnlag. Tilnærminger og utfordringer i prosjekters tidlige fase <i>Decisions Based on Scant Information. Challenges and Tools During the Front-end Phases of Projects</i>	Kjell Sunnevåg (red.)
Nr. 18	Flermålsanalyser i store statlige investeringsprosjekt <i>Multi-Criteria Decision Analysis In Major Public Investment Projects</i>	Ingemund Jordanger, Stein Malerud, Harald Minken, Arvid Strand
Nr. 19	Effektvurdering av store statlige investeringsprosjekter <i>Impact Assessment of Major Public Investment Projects</i>	Bjørn Andersen, Svein Bråthen, Tom Fagerhaug, Ola Nafstad, Petter Næss og Nils Olsson
Nr. 20	Investorers vurdering av prosjekters godhet <i>Investors' Appraisal of Project Feasibility</i>	Nils Olsson, Stein Frydenberg, Erik W. Jakobsen, Svein Arne Jessen, Roger Sørheim og Lillian Waagø
Nr. 21	Logisk minimalisme, rasjonalitet - og de avgjørende valg <i>Major Projects: Logical Minimalism, Rationality and Grand Choices</i>	Knut Samset, Arvid Strand og Vincent F. Hendricks
Nr. 22	Miljøøkonomi og samfunnsøkonomisk lønnsomhet <i>Environmental Economics and Economic Viability</i>	Kåre P. Hagen
Nr. 23	The Norwegian Front-End Governance Regime of Major Public Projects – A Theoretically Based Analysis and Evaluation	Tom Christensen
Nr. 24	Markedsorienterte styringsmetoder i miljøpolitikken <i>Market oriented approaches to environmental policy</i>	Kåre P. Hagen
Nr. 25	Regime for planlegging og beslutning i sykehusprosjekter <i>Planning and Decision Making in Hospital Projects. Lessons with the Norwegian Governance Scheme.</i>	Asmund Myrbostad, Tarald Rohde, Pål Martinussen og Marte Lauvsnes