

Styremøte i Sykehusbygg HF

tir. 23. mai 2023, 10.00 - 13.30

Gardermoen, Radisson Blu Airport Hotel



Agenda

10.00 - 10.05

5 min

27/2023

Innkalling og agenda

Beslutning

Ivar Eriksen

Innkalling og agenda godkjennes.

10.05 - 10.10

5 min

28/2023

Protokoll fra møte 28. mars

Beslutning

Ivar Eriksen

Protokoll fra møte 28. mars godkjennes.

Protokoll_Styremøte i Sykehusbygg HF_280323.pdf (2 sider)

10.10 - 10.40

30 min

29/2023

AD sin orientering til styret

Orientering

Terje Bygland Nikolaisen

Styret tar informasjonen fra administrerende direktør til orientering.

SB-SAK 29-23 - Administrerende direktør sin orientering til styret.pdf (1 sider)

10.40 - 11.00

20 min

30/2023

Resultat etter 1.tertial, 2023

Orientering

Terje Bygland Nikolaisen

Styret tar presentasjonen av Sykehusbygg HF sitt resultat etter 1. tertial 2023 til etterretning. Rapport med resultatene oversendes eierne ihht frist.

SB SAK 30-23 Resultat etter 1. tertial, 2023.pdf (1 sider)

SB SAK 30-23 Vedlegg_Rapportering for Sykehusbygg HF 1. tertial 2023.pdf (7 sider)

11.00 - 11.10

10 min

31/2023

Virksomhetsrapport for 1. tertial 20223

Beslutning

Terje Bygland Nikolaisen

Styret godkjenner virksomhetsrapporten for Sykehusbygg HF for 1. tertial 2023.

SB-SAK 31-23 - Virksomhetsrapport 1. tertial 2023.pdf (1 sider)

SB SAK 31-23 Vedlegg_Virksomhetsrapport Sykehusbygg, 1. tertial 2023.pdf (10 sider)

SB SAK 31-23 Virksomhetsrapport, Prosjektstatus pr. 30.04.2023.pdf (6 sider)

11.10 - 11.55 **Lunsj**
45 min

11.55 - 12.25 **32/2023**
30 min

Implementering av Åpenhetsloven i Sykehusbygg HF

Orientering *Terje Bygland Nikolaisen*

Styret informeres om status i arbeidet med retningslinjer for implementering av Åpenhetsloven i Sykehusbygg HF. Styret gir tilbakemelding på, og slutter seg til:

1. Forslag til rutiner for oppfølging i virksomheten og i prosjekter under bygging
2. Forslag til redegjørelse for aktsomhetsvurdering
3. Redegjørelsen signeres av administrerende direktør i Sykehusbygg HF og styretsleder
4. Redegjørelsene publiseres på Sykehusbygg HF sine hjemmesider

-  SB SAK 32-23 Åpenhetsloven, implementering i Sykehusbygg HF.pdf (2 sider)
-  SB SAK 32 23_Vedlegg Åpenhetsloven, implementering i Sykehusbygg HF.pdf (11 sider)
-  SB SAK 32 23_Vedlegg 1 Bilag D2.2 Sykehusbygg HF sine serøsitetskrav.pdf (8 sider)

12.25 - 12.40 **33/2023**
15 min

Kunnskapsbanken - status og oppfølging

Orientering *Terje Bygland Nikolaisen*

Styret tar status og plan for videre arbeid til orientering.

-  SB SAK 33 - 23 Kunnskapsbanken - status og oppfølging.pdf (3 sider)

12.40 - 13.00 **34/2023**
20 min

Revisjon av tidligfaseveilederen

Beslutning *Terje Bygland Nikolaisen*

Sykehusbygg HF oversender Veileder for tidligfasen i sykehusbyggprosjekter til eierne som svar på oppdrag gitt i oppdragsdokumentet for 2022.

-  SB SAK 34 - 23 Revisjon av Veileder for tidligfasen i sykehusbyggprosjekter.pdf (6 sider)
-  SB SAK 34-23 Vedlegg 1 Veileder for tidligfasen i sykehusbyggprosjekter.pdf (57 sider)
-  SB SAK 34-23 Vedlegg 2 Dokumentasjon.pdf (35 sider)

13.00 - 13.05 **35/2023**
5 min

Saker til neste møte

Orientering *Terje Bygland Nikolaisen*

Styret tar til orientering saker til neste møte.

-  SB SAK 35-23 Saker til neste styremøte.pdf (1 sider)
-  Møteplan for styret 2023.pdf (2 sider)

13.05 - 13.15 **36/2023**
10 min

Eventuelt

Orientering *Ivar Eriksen*

Styremøte i Sykehusbygg HF

tir 28 mars 2023, 12:00 - 15:00

Teams



Deltakere

Styremedlemmer

Ivar Eriksen (Styreleder), Lars Magnussen (Nestleder, styremedlem), Atle Brynestad (Styremedlem), Anne-Hilde Bråtebæk (Styremedlem), Hilde Rolandsen (Styremedlem), Harald Hasfjord (Ansattevalgt styremedlem), Mette Nagy Stovner (Ansattevalgt styremedlem)

Fra administrasjonen:

Terje Bygland Nikolaisen (Adm.dir, Sykehusbygg), Berit Bye (Leder Økonomi og virksomhetsstøtte), Marte Lauvsnes (Leder Rådgivning og tidligfase, sak 22/2023), Kenth Hårsaker (Sjef Digitalisering, sak 22/2023), Per Morten Brennhagen (Controller, sak 23/2023)

Møteprotokoll

18/2023

Innkalling og godkjenning av agenda

Innkalling og agenda ble godkjent.

Beslutning

Ivar Eriksen

19/2023

Protokoll fra møte 20. februar 2023

Protokoll fra styremøte 20. februar ble godkjent.

Utkast Protokoll_Styremøte i Sykehusbygg HF_200223.pdf

Beslutning

Ivar Eriksen

20/2023

AD sin orientering til styret

Styret tok informasjon fra administrerende direktør til orientering.

SB-SAK 20-23 - Administrerende direktør sin orientering til styret.pdf

Orientering

Terje Bygland Nikolaisen

21/2023

Økonomi-status pr februar 2023

Styret tok informasjon om status for foretakets økonomiske situasjon pr februar 2023 til orientering.

SB-SAK 21-23 - Økonomistatus pr februar 2023.pdf

Orientering

Terje Bygland Nikolaisen

22/2023

Plan fellesoppgaveporteføljen 2023

- Med henvisning til styresak 15/2023 og videre redegjørelse i styremøtet, sluttet styret seg til ambisjonsnivå og prioriteringer av aktivitetene for 2023.
- Rapportering av plan og fremdrift på samlet fellesoppgaveportefølje gjennomføres hvert tertial til styret og eierne.

SB SAK 22-23 Fellesoppgaveportefølje 2023.pdf

Vedlegg sak 22-23 Presentasjon i styremøte 200223.pdf

Statusrapport 1.0_21.03.23 - erfaring- og kunnskapsbank for sykehusbygg i spesialisthelsetjenesten.pdf

Beslutning

Terje Bygland Nikolaisen

23/2023

Forslag til Økonomiske langtidsplan (ØLP) for Sykehusbygg HF for perioden 2024-2027

Styret i Sykehusbygg HF godkjente forslag til økonomisk langtidsplan (ØLP) for Sykehusbygg HF for perioden 2024 – 2027. Styret ber administrasjonen oversende forslaget til de regionale helseforetakene i henhold til frist 4. april 2023.

Beslutning

Terje Bygland Nikolaisen

24/2023

Endringer i Arbeidsmiljølovens bestemmelser om innleie - konsekvenser og oppfølging i Sykehusbygg HF

Styret fikk en gjennomgang av foretakets oppfølging av endringer i Arbeidsmiljølovens bestemmelser om innleie, som trer i kraft fra 1. april 2023. Styret gav innspill til administrasjonens plan for oppfølging og etterlevelse av endringene. Administrasjonen kommer tilbake med status i implementeringen i kommende styremøte.

- 📎 SB SAK 24-23 Endringer i innleiebestemmelsene.pdf
- 📎 Prosjektorganisasjon og -roller.pdf
- 📎 SB SAK 24-23 Endring i innleie-bestemmelsene, konsekvenser for Sykehusbygg HF.pdf

Diskusjon

Terje Bygland Nikolaisen

25/2023

Saker til neste møte

Styret tok informasjon om saker til kommende styremøte til orientering.

- 📎 SB-SAK 25-23 Saker til neste styremøte.pdf

Orientering

Terje Bygland Nikolaisen

26/2023

Eventuelt

Sak om Sykehusbygg sin rolle i pågående høringer ble diskutert. Det er i dag ulik involvering av de felleseide HF i høringssaker. Et behov for en mer felles praksis ble uttrykt. Ulike synspunkter på involvering og oppfølging av høringer ble utvekslet. Styret tar saken til orientering.

Orientering

Ivar Eriksen

Styrets kvarter

SB-SAK 29/2023 Administrerende direktør sin orientering til styret**Forslag til beslutning**

Styret tar informasjonen fra Administrerende direktør til orientering.

Saksutredning/bakgrunn

Administrerende direktør vil orientere om vesentlige forhold i Sykehusbygg HF som han mener Styret skal være kjent med.

Orienteringen vil i hovedsak være konsentrert om følgende saker:

- Organisasjon og personal
- ForBedring 2023
- Lønnsoppgjøret 2023
- Oppdragssituasjonen

Det vil bli gitt en presentasjon i møtet.

Sykehusbygg HF, 16.05.2023

Terje Bygland Nikolaisen
Administrerende direktør Sykehusbygg

Elektronisk godkjent uten signatur

SB-SAK 30/2023 Resultater etter 1. tertial 2023**Forslag til vedtak**

Styret tar Sykehusbygg HF sine resultater etter 1. tertial 2023 til orientering.
Rapportering er oversendt eierne i henhold til frist.

Oppsummering av sak

Sykehusbygg HF rapporterer tertialvis status til eierne etter angitt mal på følgende områder;

- Økonomisk resultat hittil i år, med oppdatert årsprognose
- Virksomhetsspesifikke KPI
- Oppdrag gitt i Oppdragsbrevet, slik dette er beskrevet fra eierne.

Perioderesultatet er ferdigstilt og komplett rapporteringspakke er oversendt eierne ihht frist 15. mai.

Evt endringer i tertialrapporten etter styrets gjennomgang, ettersendes eierne så snart den er ferdigstilt.

Saksbehandler: Berit Bye

Sykehusbygg HF, 16.05.2023

Terje Bygland Nikolaisen
administrerende direktør

Elektronisk godkjent uten signatur

Vedlegg: Sykehusbygg HF, resultater 1. tertial 2023



Tertialrapport for Sykehusbygg HF per 1. tertial 2023

1. Rapportering på økonomi per 1. tertial 2023

Kommentar økonomisk utvikling/ risiko	Tekst/beskrivelse
<u>Hjelpetekst:</u> <i>Gjør kort rede for risiko og risikodempende tiltak. Beskriv årsaken til avvik mellom årsprognose og budsjett, herunder en beskrivelse av tiltak som er planlagt/iverksatt.</i>	Resultat pr 1. tertial Sykehusbygg HF har i 1. tertial høyere inntekter enn budsjettet. Aktivitet i form av solgte timer er imidlertid lavere enn forventet, og resultatet viser et underskudd på 1,8 millioner kroner. Resultatet etter 1. tertial er 3,7 millioner kroner dårligere enn budsjett. Negative resultatavvik: I hovedsak er de negative resultatavvikene å finne på følgende poster: Salgsinntekter • Lavere utfaktureringsgrad på ansatte med timefaktureringsgrad – 2,9 millioner kroner • Lavere timepris enn budsjettet – 0,3 millioner kroner • Færre ansatte enn budsjettet – effekt minus 0,8 millioner kroner Resultatet viser en noe lavere faktureringsgrad på personell som faktureres pr time i prosjekt. Noe av dette kommer av lavere aktivitet enn forventet i enkelte prosjekt, samt utsettelse i andre. Det iverksettes tiltak for å bedre utnyttelsen av tilgjengelige ressurser. Blant annet er det gjort en større informasjonsinnhenting i forbindelse med ØLP som vil danne grunnlag for å videreutvikle foretakets ressursstyring. Personalkostnader KLP har økt estimat for forventet reguleringspremie, og dette er innarbeidet i tertialresultatet med 1,0 millioner kroner. Det er signalisert fortsatt usikkerhet rundt estimatet fra KLP, og de utelukker ikke ytterligere økning. Andre driftskostnader Andre driftskostnader er i sum 0,5 millioner kroner høyere enn budsjettet. Det er enkeltposter som bidrag med større negative avvik. Det er:



	• kostnader med videreutvikling av styringssystemet • kostnader knyttet til lokaler, særlig nye lokaler i Hoffsvæien 4, samt avregning felleskostnader fra 2022. • drift og utvikling av prosjektstyringsverktøyet Omega365 <i>Vedr kostnader – nye lokaler:</i> For å dekke arealbehovene til OUS-prosjektene ifbm at Nye Aker og Nye Rikshospitalet går over i gjennomføringsfase, er det kontrahert et tilleggsareal i Hoffsvæien for medarbeidere som er tilknyttet andre avdelinger og prosjekter/oppgaver. Dette har i 1. tertial medført noe høyere husleiekostnader. Med en endret fordelingsnøkkelen forventes at merkostnadene i 1. tertial innhentes, og at budsjettet for året overholdes. Effekten som avregning av felleskostnader (husleie) for 2022 har hatt, hovedsakelig på grunn av høye strømpriser, bidro negativt til regnskapet i 1. tertial. Positive resultatavvik: Salgsinntekter Positivt bidrag fra innleie til prosjekt med avvikende vilkår, gir i 1. tertial 1,8 millioner kroner i forhold til budsjett for perioden. Driftskostnader Rekrutteringskostnader er lavere enn budsjettet, grunnet noe færre rekrutteringer enn planlagt, samt besparelse på grunn av at større del av rekrutteringsprosessen gjennomføres med egne ressurser. Kostnader til drift av IT og anskaffelse av IKT-utstyr er noe lavere enn budsjettet for perioden. Det er forventet at driften gjennom året holder et lavere kostnadsnivå, mens det er forventet et noe høyere kostnadsnivå på IKT-utstyr.
--	---



2. Rapportering på virksomhetsspesifikke KPI-er.

Rapportering på oppdragsdokument 2023	Tekst/beskrivelse
Rapportering på styringsbudskap fra de regionale helseforetakene. Rapportering på virksomhetsspesifikke oppdrag i oppdragsdokument 2023 <u>Hjelpetekst:</u> Kort beskrivelse av tiltak som er iverksatt for å oppfylle oppdragene, og i hvilken grad oppdragene er oppnådd. Hvis de ikke er oppnådd, hvorfor ikke?	Felles styringsbudskap til de felleseide helseforetakene – status: a) Styring og oppfølging av felleseide helseforetak Status; Oppfølging iverksatt ihht årshjul 2023. b) Innsyn og internrevisjon Status; Oppfølging ihht krav. c) Medvirkning fra konserntillitsvalgte og –verneombudene Status; Oppfølging iverksettes hvis/når aktuelt. d) Brukermedvirkning Status; Oppfølging påbegynt ihht Oppdragsdokument 2023. e) Synliggjøring av totale kostnader med prosjekter/prosesser Status; Oppfølging pågående, jf slik det er rapportert i årlig melding. f) Informasjonssikkerhet og personvern Status; Rutiner ihht NSMs prinsipper, og avklaring av roller og ansvar på området oppdateres i styringssystemet. g) IKT-anskaffelser Status; Det vises til Årlig melding 2022. Se for øvrig vedlagt rapport. h) Økonomisk langtidsplan Status; Fulgt opp ihht årshjul 2023. i) Klima og miljø Status; Oppfølging iverksatt, ihht årshjul 2023. j) Åpenhetsloven Status; Det foreligger et utkast til retningslinjer for oppfølging og etterlevelse av krav i Åpenhetsloven i Sykehusbygg HF som virksomhet.



	Sykehusbygg HF sin oppfølging av Åpenhetslovens krav på vegne av byggherrene i prosjektporteføljen er fulgt opp og ivaretatt særskilt, jf oppdrag 4 q om Åpenhetsloven (redegjort for). Sak om foretakets håndtering vil bli behandlet i styret, 23. mai, herunder utkast til Aktsomhetsvurderinger for 2022. k) Beredskap og sikkerhet Status; Oppfølging ikke påbegynt. l) Lønn og godtgjørelse til ledende personell Status; Iverksatt, nye retningslinjer besluttet og rapportering gjennomført ihht regnskapslovens krav for 2022. m) Kontaktpersoner for forebygging av voldsrisiko Status; Oppfølging ikke påbegynt. Virksomhetsspesifikke oppdrag til Sykehusbygg HF for 2023 – Status: n) Kunnskapsbygging og erfaringsoverføring I henhold til oppdragsbrev til Sykehusbygg HF 2022 er det iverksatt et prosjekt for å realisere en kunnskapsbank. Prosjektet har gjennomført en konseptfase og er i avslutning av planfasen per mai 23. I innrammingen av prosjektet for å etablere en kunnskapsbank, ble det gjennomført et grundig arbeid basert på gode hypoteser for begrunnelse og verdi av å etablere en kunnskapsbank. Med dette grunnlaget ble det i desember 2022 iverksatt en konseptfase med fokus på å avstemme prosjektinnramming med faktiske behov og utvikle et konseptgrunnlag som skulle lede frem til dialog med markedet og videre anskaffelse av en løsning. Konseptarbeidet har hatt fokus på behovskartlegging og innsiktsarbeid. Etter gjennomført konseptfase er det oppdatert planverk for gjennomføring av prosjektet. I henhold til plan ble det gjennomført en dialog med markedet april 23. Etter endt markedsdialog er det besluttet å utrede realisering av prosjektet ved bruk av eksisterende teknologi. I mai 23 er det derfor iverksatt to «proof of concept», som skal lede frem til en eller flere løsninger som kan benyttes.
--	--



o) Framskrivinger

Arbeidet med ny framskrivingsmodell ledes av Helse Sør-Øst, med deltakelse fra sektoren. Arbeidet er organisert med en faggruppe, bestående av flere representanter fra HF/RHF, KS, Helsedirektoratet, brukerrepresentant og tillitsvalgte. Det er denne gruppen som gir de faglige rådene for revisjon av modellen. Videre er det etablert en analysegruppe bestående av analysekapasiteter fra de regionale helseforetakene, pluss KS og Sykehusbygg HF. Analysegruppen deltar også på faggruppemøtene, som avholdes på Gardermoen en gang per måned.

Analysegruppen legger til rette data og analyser i forkant av møtene, og har en svært aktiv rolle i prosjektet. Det er foreløpig planlagt med ferdigstilling av arbeidet til sommeren. Helse Sør-Øst styrer dette.

p) Klimaregnskap

Arbeidet med å kvalitetssikre HF'enes klimaregnskap er gjennomført og det er utført rådgivning knyttet til beregning av energiforbruk (grad-dagskorrigering).

Det er utarbeidet en måltavle for å følge byggeprosjektenes klima- og miljøambisjoner og -prestasjoner underveis fra tidlig fase, slik som redusert klimafotavtrykk og energisparing. «Måltavle klima og miljø» skal programmeres og prøves ut i første halvdel av 2023 med ambisjon å ta den i bruk i alle prosjekter i løpet av 2023.

Sykehusbygg HF deltar i arbeidet med å komplettere sykehusenes klimaregnskap med «Scope 3 utslipp», som er indirekte utslipp knyttet til innkjøpte varer eller tjenester. Dette arbeidet ledes av Sykehusinnkjøp HF.

q) Åpenhetsloven

Åpenhetsloven tredder i kraft 1.juli 2022, og er en direkte oppfølging av FNs bærekraftsmål. Sykehusbygg HF er gitt i oppdrag å bistå helseforetakene med oppfølging og etterlevelse av lovens forpliktelser i pågående byggeprosjekter der Sykehusbygg HF bistår byggherren, jf Oppdragsdokument for 2023. Arbeidet er iverksatt med følgende oppgaver:

1. **Kontraktsbestemmelser** - revidere Sykehusbygg HF sine maler for kontraktsbestemmelser med hensyn på kontraktparts plikter i forhold til Åpenhetsloven og byggherre sitt påse-oppgaver. Status april 23: Oppdatert versjon foreligger.
2. **Prosedyre** - Prosedyre som beskrives hvilke oppgaver som skal utføres når og av hvem, herunder hvordan pliktene i Åpenhetsloven blir planlagt, gjennomført og



	dokumentert i anskaffelser og prosjektgjennomføring. Status april 23: Pågår 3. Verktøy og dokumentasjon - Etablere løsning for arkivering og oppbevaring av aktsomhetsvurderinger og annen dokumentasjon under prosjektgjennomføringen og en teknisk løsning for å ta vare på informasjonen (som allmenheten har rett til innsyn i) etter at bygg/prosjekt er overlevert. Status april 23: Pågår. 4. Rapportering - Etablere rutiner for rapportering og deling av informasjon, herunder årlig redegjørelse for aktsomhetsvurdering. Status april 23: Redegjørelse for 2022 foreligger.
Kvalitet/kunde(bruker)tilfredshet	Tekst/beskrivelse
Rapportering på KPI-er som gir status på kvalitet/kundetilfredshet i helseforetaket. <i>Hjelpetekst:</i> <i>Ta utgangspunkt i virksomhetsspesifikke KPI-er som dere benytter i egen virksomhetsstyring/styrerapportering. Her er vi ute etter rapportering på områder der det er risiko knyttet til måloppnåelse</i>	Kvalitet/kundetilfredshet Som tidligere redegjort for, jobber foretaket med implementering av strukturerte, interne gjennomganger (SIG) i byggeprosjektene. SIG belyser kvalitet og risiko på sentrale indikatorer i prosjektene ved større milepæler og faseoverganger for å forsterke erfaringsoverføring og kvalitetssikring. Det er også etablert «oppdragsdialog» mellom partene i den enkelte oppdragsavtale som Sykehusbygg HF inngår ifbm prosjekt-/utbyggingsoppdrag. Formålet med dialogen er å avstemme behov og forventninger til leveranser for slik å ytterligere tilrettelegge for gode leveranser på tid, kost og kvalitet.
HR/bemanning	Tekst/beskrivelse
Rapportering på KPI-er for status på bemanning, bemanningsutvikling og sykefravær/tilstedeværelse <i>Hjelpetekst:</i> <i>Her ønsker vi rapportering på områder der det er utfordringer/svak måloppnåelse.</i>	Ansatte, pr 30.04.2023 181 Fast ansatte 215 Innleide Rekruttering Rekruttert hittil i år 12 stk, hvorav 10 har startet Avgang/sluttet Avgang hittil i år 1, samt 4 i oppsigelse. Sykefravær: Sykehusbygg HF har et mål om en tilstedeværelse på minst 96 %. Pr 30.04 er nøkkeltallene som følger:



	Samlet sykefravær hittil i år pr 1. tertial: 5,6% Sykefravær, korttidsfravær april: 1,0 % Sykefravær, langtidsfravær april: 2,8 % Utviklingen er positiv. Lavt korttidsfravær og fallende trend på langtidsfravær.
Andre forhold	Tekst/beskrivelse
Aktuelle forhold foretaket vil rapportere til eierne	

SB - SAK 31/2023 Virksomhetsrapport 1. tertial 2023**Forslag til beslutning**

Styret godkjenner virksomhetsrapporten for Sykehusbygg HF for 1. tertial 2023.

Oppsummering av sak

Virksomhetsrapport for Sykehusbygg HF utarbeides hvert tertial og forelegges styret for godkjenning.

Vedlagt følger virksomhetsrapport for 1. tertial 2023. Som vedlegg til virksomhetsrapporten følger også en oversikt over status for prosjektporteføljen pr 30.04.

Saksbehandler: Berit Bye

Sykehusbygg HF, 16.05.2023

Terje Bygland Nikolaisen
Administrerende direktør Sykehusbygg

Elektronisk godkjent uten signatur

Vedlegg: Virksomhetsrapport: Sykehusbygg HF, 1. tertial 2023

Virksomhetsrapport:

Sykehusbygg HF

1. tertial 2023



Foto: Helse Møre og Romsdal HF

Innhold:

1 Oppsummering	3
2 Økonomi	4
2.1 Resultat pr 3. tertial 2022	4
2.2 Likviditetssituasjonen	4
3 Ressurser og bemanning	6
3.1 Bemanningsstatus og -utvikling	6
3.2 Rekruttering og avgang	6
4 Arbeidsmiljø, helse og trivsel.....	8
4.1 Engasjement, medarbeidertilfredshet og arbeidsmiljø	8
4.2 Sykefravær	8
4.3 «Turnover»	9
5 Sykehusbygg HF i nyhetsbildet og i sosiale medier	10
5.1 Erfaringsoverføring og kunnskapsdeling i sosiale medier	10
5.2 Sosiale medier	11

Vedlegg 1: Statusoppdatering fra prosjektene

1 Oppsummering

Rapporten oppsummerer status for Sykehusbygg HF etter 1. tertial 2023. Oppsummeringen beskriver status på sentrale forhold som økonomi, bemanning og personell, arbeidsmiljø, helse og trivsel, samt hvordan Sykehusbygg HF fremstår i nyhetsbildet og sosiale medier. En kort status over de største byggeprosjektene i de fire helseregionene følger som vedlegg til rapporten.

Hvor er Sykehusbygg HF etter 1. tertial 2023?

Aktiviteten ved byggeplassene følger stort sett de planer som er lagt. Det har vært og er fremdeles noe usikkerhet for endel prosjekter knyttet til helseforetakene sin økonomiske bæreevne, og hvilke økonomisk rammer for investering de gis som byggherrer. Ved utgangen av 1. tertial (30.04.) venter foretaket på avklaring om videreføring for flere prosjekter, særlig i tidlig fase. Det er tett dialog med oppdragsgiver om status, rammer og endringer i fremdrift i porteføljen.

Sykehusbygg HF sin oppgaveportefølje er i kontinuerlig utvikling. Oppstart av gjennomføringsfasen for henholdsvis Nye Aker og Nye Rikshospitalet er godt i gang. Med videreføringen av disse prosjektene er det iverksatt en betydelig rekrutteringsaktivitet for å fylle sentrale prosjektroller innen ledelse og fag. Konkurransen om de gode kandidatene er fremdeles hard, og det er tett oppfølging av dette arbeidet for å sikre god videreutvikling av organisasjonen.

Se ellers vedlegg 1 med en oppdatert prosjektstatus.

Sykehusbygg HF har et kontinuerlig søkelys på organisasjonsbehov og utvikling i egen bemanning. Som et ledd i oppdateringen av ØLP for perioden 2024–27, har foretaket sett nærmere på bemanningsbehovet fremover, og særlig hvilke roller som inngår i virksomhetens grunnbemanning. Innstrammingene i innleiebestemmelsene som er innført i 2023, stiller krav til virksomheten og det blir fulgt opp i bemanningsplanene som legges. ØLP viser stabilisering/avtagende behov, etter en periode med jevn vekst i bemanningen.

Medarbeiderundersøkelsen ForBedring ble besvart i løpet av mars/april. Resultatene viser at engasjementet i Sykehusbygg HF fortsatt er sterkt med 87% deltakelse i kartleggingen. Resultatene på virksomhetsnivå viser fremgang på alle områder i kartleggingen. Arbeid for oppfølging av resultater som skal bevares og forbedres er iverksatt. HR-partner er etablert som kontaktpunkt og ressurs/støtte for ledere, bistår ved behov i dette viktige oppfølgingsarbeidet.

Økonomisk status for Sykehusbygg HF pr 1. tertial viser at et resultat på -1,7 mill kroner. Dette er 3,7 millioner kroner bak budsjett for perioden. Tiltak for å sikre et årsresultat i balanse følges opp.

Sykehusbygg HF, 15. mai 2023

2 Økonomi

Dette kapitlet inneholder oppdatert status for foretakets økonomiske resultat etter 1. tertial, med forklaring til de vesentligste avvikene. Resultat og avvik mot budsjettet kommenteres, og det gis til slutt en oppdatert vurdering av likviditetssituasjonen.

2.1 Resultat pr 1. tertial 2023

Inntekter fra salg av timer har vært noe lavere enn budsjett, og skyldes noe lavere bemanning og utfaktureringsgrad enn forventet i perioden. Gjennomfaktureringsgrad av varer og tjenester er høyere enn budsjettet, og bidrar til at foretakets samlede salgsinntekter for perioden ender høyere enn budsjett. Gjennomfaktureringsgrad gjelder leveranser til prosjektene og gjøres uten påslag. Gjennomfaktureringsgrad har dermed ingen resultateffekt for Sykehusbygg HF.

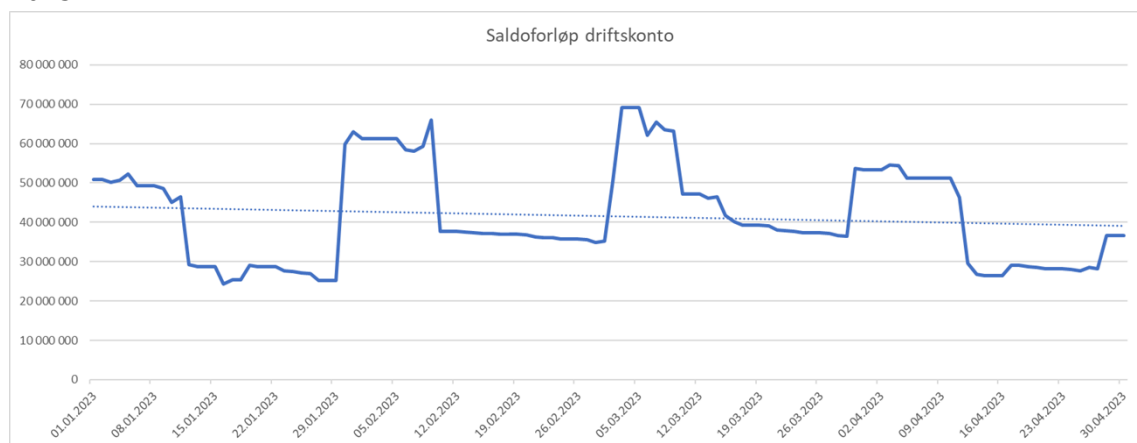
Kostnadene samlet sett ender opp høyere enn budsjett, grunnet høyere gjennomfaktureringsgrad. Personalkostnadene ligger noe lavere enn budsjett, og påvirkes blant annet av en noe lavere bemanning gjennom perioden. Hoveddriveren på kostnadssiden er endring i sats for reguleringspremie, som er høyere enn det som var signalisert fra KLP på budsjetterings-tidspunktet.

Foretakets driftskostnader ligger totalt sett svakt høyere enn budsjett med 0,5 millioner kroner. Regnskapet for 1. tertial viser et underskudd på 1,8 millioner kroner, mot et forventet overskudd på 1,9 millioner kroner.

<i>Tall i 1000 NOK</i>	Regnskap hittil	Budsjett hittil	Budsjettavvik hittil	
Tilskudd fra RHF	17 658	17 525	133	1 %
Andre inntekter	140 782	129 140	11 643	8 %
			-	0 %
Sum driftsinntekter	158 441	146 665	11 776	7 %
Varekostnad/-forbruk	56 615	39 740	16 875	30 %
Lønnskostnad	89 990	91 518	-1 528	-2 %
Ordinære avskrivninger	288	296	-8	-3 %
Nedskrivning			-	0 %
Andre driftskostnader	13 888	13 365	523	4 %
Sum driftskostnader	160 781	144 918	15 862	10 %
Driftsresultat	-2 340	1 746	-4 087	175 %
Finansinntekt (+)	501	120	381	76 %
Finanskostnad (-)	2	2	0	4 %
Sum finansposter	503	122	381	76 %
Resultat	-1 837	1 868	-3 706	202 %

2.2 Likviditetssituasjonen

Foretaket har gjennom 2022 og hittil i 2023 hatt en tilfredsstillende likviditet. Endringen i praksis som ble innført med at foretaket kan trekke på premiefond hos KLP for å dekke den likviditetsmessige effekten av foretakets pensjonskostnader, har vært med på å styrke likviditeten. Foretakets likviditetsprognose tilsier en fortsatt tilfredsstillende likviditet gjennom 2023.



3 Ressurser og bemanning

I dette kapitlet gis det en kortfattet status over bemanningssituasjonen og -utviklingen i Sykehusbygg HF.

3.1 Bemanningsstatus og -utvikling

Faste stillinger: 181 medarbeidere (73 kvinner og 98 menn)

Innleide: 215 medarbeidere

Sykehusbygg har en vekst i grunnbemanningen på 7% første tertial 2023.

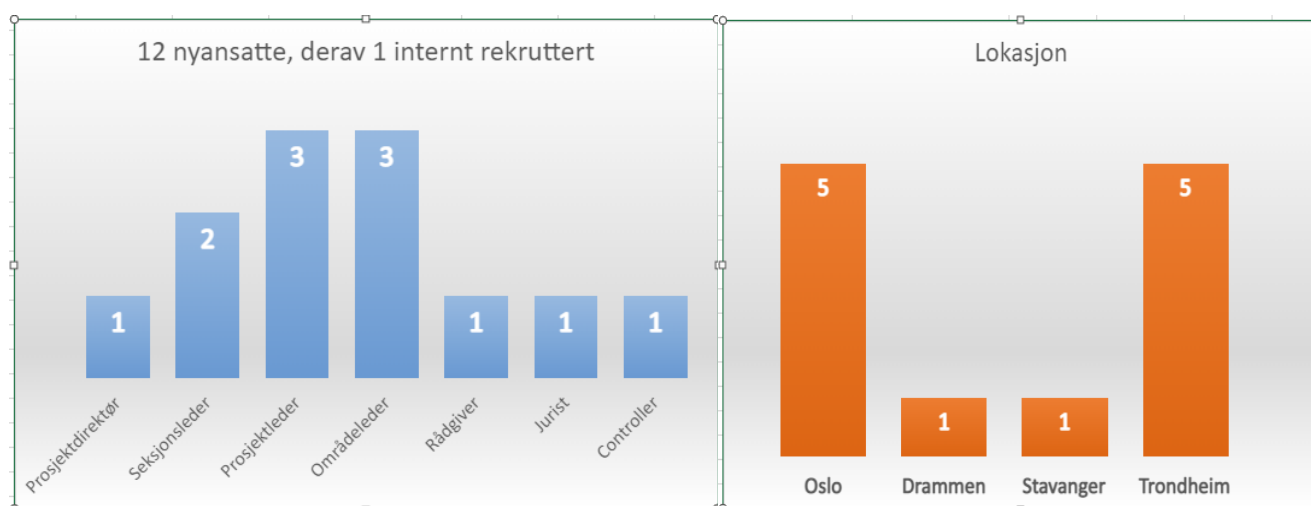
3.2 Rekruttering og avgang

Foretaket har følgende status for medarbeidere med oppstart og avgang i 1. tertial:

Rekruttert: 12 nyansatte medarbeidere hvorav 1 intern rekruttering

Sluttet: 1 medarbeider

Nye medarbeidere fordeler seg som følger på ulike roller og lokasjoner:



Sykehusbygg HF har implementert ny rekrutteringsprosess og verktøystøtte som innebærer at alt arbeid er flyttet "in house". Målet er gode og raske prosesser hvor kandidatene skal oppleve å bli ivaretatt i alle faser av prosessen. Det er primært HR-rådgivere som har tatt over arbeidet som tidligere ble håndtert av eksternt rekrutteringsbyrå.

Erfaringene med nytt verktøy – Webcruiter, oppleves å gi god støtte med oversikt, tettere kontaktflate mot kandidatene og en langt mer smidig og profesjonalisert rekrutteringsprosess. Erfaringer med ny prosess og verktøy blir samlet opp fortløpende for å utbedre prosessen sammen med rekrutterende ledere. Det tas høyde for noe utprøving fremover for å optimalisere rekrutteringsprosessene, inklusive gjøre forbedringer i Webcruiter-løsningen.

I tillegg til bedre kvalitet på tjenestene er det betydelige sparte kostnader til eksternt rekrutteringsbyrå som forventet. Egen promotering av ledige stillinger har gode "treff-tall", og Sykehusbygg HF har blitt mer synlig i markedet når vi nå i hovedsak rigger alt promoteringsarbeidet internt.

4 Arbeidsmiljø, helse og trivsel

I dette kapitlet redegjøres for status i sentrale indikatorer på helse, arbeidsmiljøforhold og trivsel. Dette er informasjon som Sykehusbygg HF overvåker for å ha kunnskap om status og forventninger blant egne medarbeidere om avgjørende forhold for å være en helsefremmende og attraktiv arbeidsplass for våre medarbeidere.

4.1 Engasjement, medarbeidertilfredshet og arbeidsmiljø

Sykehusbygg HF gjennomfører årlig en rekke kartlegginger og undersøkelser med formål om kontinuerlig forbedring av arbeidsmiljø. Medarbeiderundersøkelsen ForBedring er gjennomført i første tertial. Målet for deltakelse var satt til 85 % og oppnådd resultat ble 87% deltakelse. Det er gjennomgående forbedring av resultatene på organisasjonsnivå. Arbeidet med bevaring og forbedring iverksettes og status oppdateres ved neste rapportering.

Det er i tillegg gjennomført kartlegging av erfaringer med frivillig ordning med hjemmekontor. Ledergruppen, verneombud og avdelingene skal jobbe videre med resultatene av undersøkelsen, som vil legges sammen med oppfølgingsarbeidet etter ForBedring.

Det arrangeres samlinger for nyansatte 2 ganger i året, hvor nye medarbeidere møter hele ledergruppa for en god introduksjon av sykehusbygg. Første samling ble gjennomført i april for 11 av våre nye kollegaer. Evaluering etter samlingen viser gode tilbakemeldinger fra deltakerne om at dette er nyttig.

God samhandlingskompetanse er et fokusområde for Sykehusbygg HF. 39 medarbeidere har deltatt på kurs i prosessledelse og fasilitering i løpet av første tertial. Det gjennomføres webinarer med interne fagressurser som gjøres tilgjengelig på intranett.

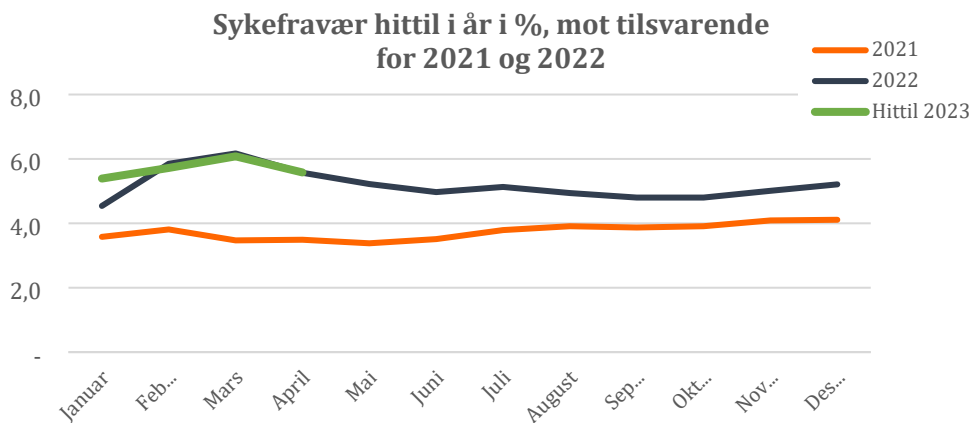
4.2 Sykefravær

Det samlede sykefraværet for 1. tertial 2023 i Sykehusbygg er på 5,6%. Tabellen viser detaljert hvordan kort- og langtidsfravær er fordelt:

Periode	Korttid 2023	Lang 2023	Totalt 2023	Totalt 2022	Totalt 2021
Januar	0,9%	4,5%	5,4%	4,5%	3,6%
Februar	0,8%	5,3%	5,3%	5,9%	3,8%
Mars	1,2%	5,6%	5,6%	6,2%	3,5%
April	1,0%	2,8%	5,6%	5,6%	3,5%

Sykefraværet i Sykehusbygg HF har i perioden hatt en økende trend, men er ved utgangen av terialet på vei ned igjen. Det er langtidsfraværet, legemeldtfravær over 16 dager, som generer det meste av fraværet. Det er personalleder som har ansvar for oppfølging av sykefravær blant sine medarbeidere ihht retningslinjer for dette. HR gir støtte. Ofte kan der forekomme sesongvariasjoner med topper på korttidsfravær. Det er likevel langtidsfraværet som har størst samlet påvirkning på fraværet i Sykehusbygg HF.

Figuren under viser status 2023 sammenlignet mot 2021 og 2022:



4.3 «Turnover»

Utviklingen i turnover følges nøye. All avgang fra foretaket følges opp med sluttsamtale som søker å kartlegge tilbakemeldinger og erfaringer som kan brukes i forbedringsarbeidet som Sykehusbygg HF som arbeidsgiver bør følger opp for å forhindre framtidig uønsket turnover.

Tallene for turnover i Sykehusbygg HF viser at den er en forholdsvis lav 1. tertial. Det er 1 medarbeider som har sluttet, 4 personer er i avgang. Turnover for 2021 og 2022 viser årlig avgang på 5,1% og 6,6%. På grunn av størrelse, advares mot for sterk fortolkning av disse tallene.

5 Sykehusbygg HF i nyhetsbildet og i sosiale medier

Sykehusbygg HF er jevnlig omtalt i media – gjerne i forbindelse med byggeprosjektene vi er en del av, men også i forbindelse med faglige vurderinger og evalueringsarbeid hvor vi har utarbeidet veiledere og rapporter. I de tradisjonelle mediene er det som regel henvendelser fra mediene selv som danner grunnlaget for en sak, men vi har også egeninitierte saker vi presenterer for media og fagblader.

5.1 Erfaringsoverføring og kunnskapsdeling i sosiale medier

Tilstedeværelse i sosiale medier (some) og digitale kanaler er viktig for Sykehusbygg HF når vi skal drive erfaringsoverføring og kunnskapsdeling. I disse kanalene formidler vi blant annet nyheter og fagstoff for lesere og følgerne våre, men også presentasjoner av byggeprosjekt og fagområder vi jobber med. Dette er for å vise fram mangfoldet av oppgaver Sykehusbygg HF er involvert i. Some er også en viktig arena når vi skal rekruttere nye medarbeidere.

Følgerne våre i sosiale medier er en blanding av bl. annet entreprenører, arkitekter, leverandører, helseforetak og regionale helseforetak og privatpersoner. De aller fleste av våre innlegg i some er organiske innlegg, men i forbindelse med rekruttering benytter vi oss også av sponsede og målrettede innlegg. Disse ovennevnte kanalene har gode analyseverktøy som gir god innsikt i antall personer/følger som er nådd, og om antall reaksjoner (klikk på stillingsannonser, kommentarer med mer).

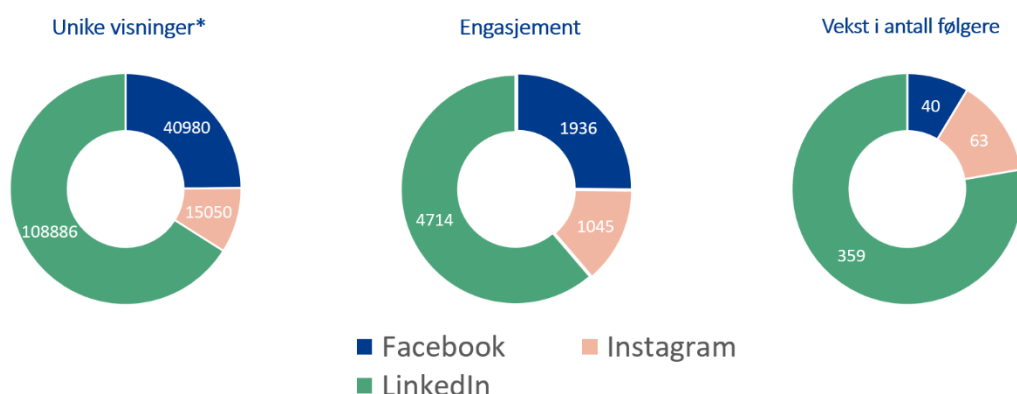
Nyheter og stillingsannonser publiseres på hjemmesiden vår www.sykehusbygg.no, og gjøres kjent ved innlegg i some.

5.2 Sosiale medier

Oppsummert er digitale og sosiale kanaler effektive for Sykehusbygg HF for å formidle relevant info for mange i målgruppen vår - og det er en fin arena for å "tagge" samarbeidspartnere og relevante mottakere av informasjonen vi går ut med. I tillegg bidrar de gode analyseverktøyene for disse kanalene til å gjøre informasjonsarbeidet mer målrettet.

Et overblikk

- Sykehusbygg gjør det best på LinkedIn:



Nøkkeltall for 1. tertial 2023

*nytt i 2023 er at statistikken på visninger på LinkedIn kun måles etter unike visninger, og ikke visninger totalt slik det har vært tidligere. Derfor kan tallet på LinkedIn ikke sammenlignes direkte med tall fra I fjor. For å kunne sammenligne de ulike kanalene, er det også tatt utgangspunkt i unike visninger der.

LinkedIn



Vi har fått 389 nye følgere dette tertialet, og går soleklart frem som plattformen vi øker mest på følgere. Men utviklingen i antall følgere er gått ned fra forrige tertial.



Engasjementsfrekvens på over 2% er ansett som svært bra på LinkedIn. Selv om engasjement og engasjementsfrekvens har gått noe ned i tertiale, er det fortsatt svært høyt for plattformen.



T1 2023 har færre unike visninger enn T3 2022. Dette gjenspeiles også i lavere antall klikk, likes, kommentarer og delinger. Det er 6 færre poster i dette tertiale sammenlignet med forrige som bidrar noe, men også færre unike visninger pr. post.



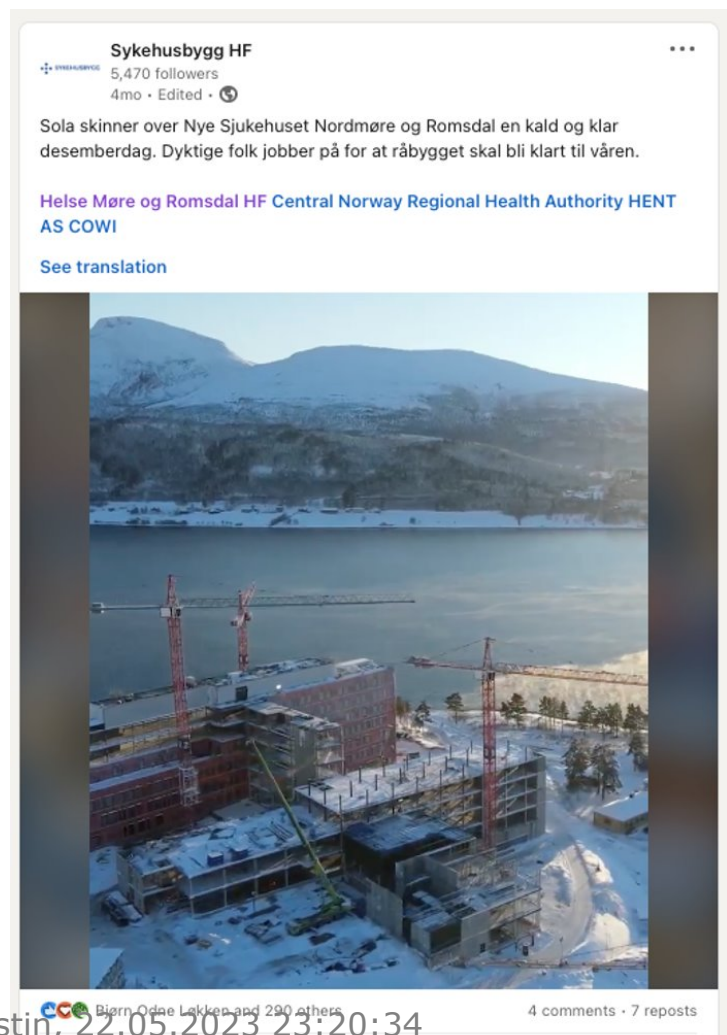
	Unike visninger	Engasjement	Utvikling i antall følgere	Engasjementsfrekvens*
T1	108 886	4 532	389	11,6 %
T1 2023 vs T3 2022	- 41,2 % ↓	-38,9 % ↓	-38,3 % ↓	-12,3 % ↓

* Engasjementsfrekvens er et tall som sier noe om andelen engasjement på en post i forhold til hvor mange ganger den er vist: (klikk+likes+kommentarer+delinger+følgere)/visninger

Som tallene viser, er LinkedIn den plattformen vi når ut til flest på, og er derfor den kanalen vi satser mest på i forbindelse med rekruttering.

Innlegget med flest visninger

1.tertial er en video fra Sjukehuset Nordmøre- og Romsdal (SNR) fra 16. januar, som er sett av 6 669 unike brukere – noe som har skapt godt engasjement i innlegget gjennom deling, kommentarer og likerklikk.



Vedlegg 1

Prosjektstatus pr. 30.04.2023



Nye Hammerfest sykehus



Byggherre: Finnmarkssykehuset HF
Areal: 33.163m²
Styringsramme, P50: 2.872 mrd.(okt21)

- Fullintegrert sykehusprosjekt UIT, SANO, HK og FIN HF
- Tett bygg juni 2022
- Fremdrift på byggeplass ligger 6 mnd. foran opprinnelig plan. Rapportert ferdigstilling 84% av byggekontrakt
- Helipad skisseprosjekt leveres innen 31/5
- Bygging av parkeringshus er startet
- Testing av tekniske anlegg er godt i gang. Ferdig testet nov 23
- Planlegger prøvedrift fra 15.01.24
- Planlagt innflytting 15.01.25

Nye UNN Narvik



Byggherre: Universitetssykehuset Nord-Norge HF
Areal: Sykehuset: 26.860 m²
Helsehuset: 6.860 m²
Styringsramme, P50: 2,7 mrd.

- Bygging pågår og følger styringsplan
- Råbygget er ferdig inkl. helsehuset, sykehuset har tett bygg og innredningsarbeider pågår for fullt
- Ambulansesetasje inkl. CBRNE og gymsal for RUS og PSYL. er besluttet å anskaffe. Det er Narvik bygg som er valgt som leverandør
- Reguleringsplan for flateparkering er godkjent, utlysning som TE er annonsert og frist for tilbud er mai 2023
- Planlagt innflytting er oktober 2024
- Rapportert ferdigstilling for sykehuset inkl. Helsehuset er 78%

Nye Helgelandssykehuset



Byggherre: Helgelandssykehuset HF
Areal: 60 000 m²
Foreløpig planleggingsramme; 3 mrd.

- Ny sykehusstruktur med ett sykehus på to lokasjoner i Sandnessjøen og Mo i Rana, i tillegg til poliklinisk somatikk-tilbud i Mosjøen. Videreutvikle eksisterende DPS-struktur
- Konseptrapport steg 1 ferdigstilt i henhold til plan august 2022
- Styret i HSYK vedtok å gå videre med alternativ med ombygging/tilbygg ved de tre eksisterende sykehusene som hovedalternativ for utredning i steg 2 (B3A) aug. 22
- Helse Nord har utsatt behandling B3A-beslutning. Videre prosess avhengig av resultat fra arbeidet med oppgave- og funksjonsfordeling i Helse Nord, gitt av HOD

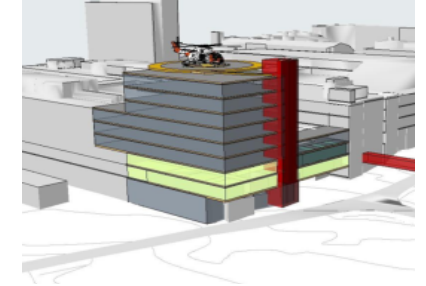
Nytt bygg for psykisk helse og rus for UNN i Tromsø



Byggherre: Universitetssykehuset Nord-Norge HF
Areal: 35.000 m²
Foreløpig prosjektramme: 2,3 mrd.

- Nybygg for Psykisk Helsevern, TSB (tverrfaglig rusbehandling) og FFU (Fag Forskning og Utvikling) for UNN Tromsø
- Konseptrapporten (B3) med Åsgård som hovedalternativ er behandlet i Helse Nord 14.12.2022
- Det foreslås å sende lånesøknad på 2 av 3 byggetrinn og prosjektet er skalert til UNN bæreevne på 2,3 mrd.
- Lånesøknad er utsatt til 2023

Utvidelse av C-fløy UNN Breivika



Byggherre: Universitetssykehuset Nord-Norge HF
Areal: Ca. 10.000 m²
Foreløpig prosjektramme: 1,2 mrd.

Primæromfang og utløst av:

- Nyfødtintensiv
- Helikopterlanding
- Rehabilitering døgnoperasjon

Prosjektet er stanset inntil videre etter beslutning i Helse Nord RHF

Helse Midt-Norge

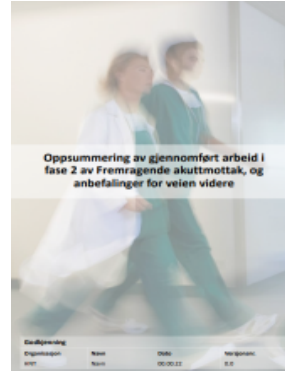
Senter for psykisk helse Øya (SPH)



Byggherre: St. Olavs hospital HF/NTNU
Areal: ca. 28.000 m² BTA
Estimert Kostnadsramme: 2,9 mrd.

- Skal inneholde arealer både for forskning, utdanning og klinisk virksomhet
- Konseptrapport ferdig: juni 2023
Nedskalering på 400 mnok er fullført
- Detaljregulering pågår
Første planutkast: mai 2023
- Utlysning av konkurranse for IPL rådgiver og IPL entreprenør: 2. kvartal 2023
- Estimert overlevering medio 2029

Fremeragende akuttmottak Helse Nord-Trøndelag (HNT)



Byggherre: Helse Nord Trøndelag HF
Areal: uavklart
Kostnadsramme: uavklart

- Prosjektinnramming for utvikling/utbygging av akuttmottak i Helse Nord- Trøndelag (Namsos og Levanger)
- Bygger på SB arbeid om funksjonell egnethet og rapport fra HNT
- Utredning med behovsavklaring pågår med frist Q3 2023

Nytt Sjukehus Nordmøre og Romsdal (SNR)



Byggherre: Helse Møre og Romsdal HF
Areal: ca. 63.000 m²
Kostnadsramme: 6,294 mrd.(2022-kr)

- Tilsagn om tilskudd fra GassROR IKS på 70 MNOK kommer i tillegg
- Overtakelse av teknisk sentral gjennomført
- Pågående råbyggsfase med elementmontasje, støping og fasadearbeider på somatikkbygget, arbeidet er på plan
- Innvendige arbeider og tekniske fag har startet opp i somatikk og teknisk sentral i august, arbeidet er på plan
- Råbyggsfase og oppstart innvendige arbeider for psykiatri- og habiliteringsbygg, arbeidet er på plan
- Avsluttet kontraheringsløp - kun 3 entrepriser som anskaffes senere gjenstår (utomhus, helipad, ombygging SNR Kristiansund)
- Har igangsatt optimalisert forprosjekt for SNR Kristiansund

Utbygging akutt, operasjon og intensiv Ålesund (AIO)



Byggherre: Helse Møre og Romsdal HF
Areal: Nybygg: 4000 m², Ombygg: 5000 m² + vesentlig oppgradering av uteareal
Kostnadsramme: (P85) 1,150 mrd. (des 2021-kr)

- Konsept vedtatt (B3) i styret Helse Midt Norge RHF 30. november 2021 (106/21)
- Nybygg med stor «sårflate» mot eksisterende bygg og vesentlig grad av ombygg i pasientintensive arealer gjør prosjektet utfordrende.
- Kontrakt for Totalentreprise med samspill er tildelt HENT. Samspill fase 1 pågår.
- Forprosjekt planlagt levert i Q3-2023.
- Byggevedtak (B4) for delprosjekt ny hovedadkomst og nytt inngangsparti ble gitt i HMN RHF styre 15.12.22.
- Kontrakt for hovedadkomst er signert
- Tildeling av kontrakt for TE, delprosjekt Nytt inngangsparti er gjennomført. Planlagt byggestart tidlig høst 2023.
- Tilbud er mottatt og evaluering pågår for etablering av P-hus.

Helse Vest og Helse Sør-Øst

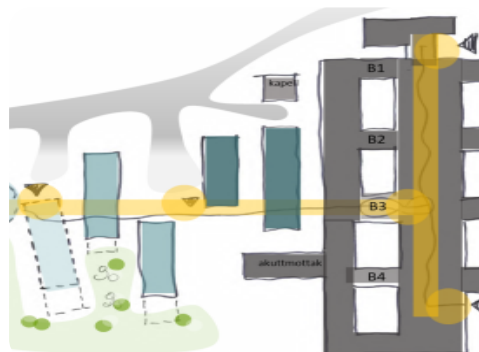
Nye Stavanger universitetssjukehus (Nye SUS)



Byggherre: Helse Stavanger HF
Areal: Byggetrinn 1 ca. 125 000 m²,
Kostnadsramme: ca. 11,2 mrd.

- Byggearbeidene følger stort sett fremdriftsplanen
- Delovertatt fasader på alle bygg så nær som bygg 11 (B) del 2, avventer til overtakelse av alle fasader i løpet av mai måned
- Utvidelsen av bygg 11 (B) er godt i gang, følger planen
- Råbygg-entreprenør ferdig, kun noe oppretningsarbeid pågår
- Rettsak Faber Bygg: Helse Stavanger frikjent og motpart må dekke saksomkostninger på 1,5 mill.
- Innvendige arbeider pågår i alle bygg
- Stor aktivitet rundt kontrahering av MTU – kritisk linje
- Masterplan for innflytting og ibruktaking under utarbeidelse
- Prisøkninger noe lavere enn forrige rapportering, prognose vesentlig høyere enn godkjent kostnadsramme

Kreft- og somatikkbygg, Ahus



Byggherre: Akershus universitetssykehus HF
Areal: 15-30.000 m² BTA

- Mandat gitt av AD Helse Sør-Øst RHF 29. desember 2021
- Virksomhetsomfang i nybygg fortsatt uklart grunnet usikkerhet knyttet til:
 - Tidspunkt for overføring av bydelene Grorud og Stovner til OUS
 - Mulig videre drift på Gardermoen
 - Universitetsarealer
 - ØLP og eiendomsstrategi
- B3 utsatt i styringsgruppens møte 17. april 2023, fra desember 2023 til ultimo 2024
- Det er ikke økonomisk bæreevne for å realisere hele 2040-behovet nå, og trinnvis utvikling er essensielt i planlegging.
- Masterkonsept (NYE VEST) som ivaretar utvikling av sykehuset på Nordbyhagen i et langsiktig perspektiv er vedtatt.
- Forventet byggestart 2027

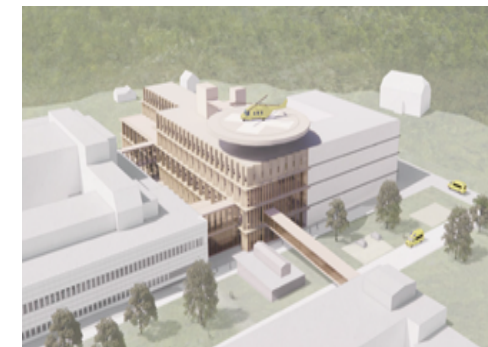
Videreutvikling av sykehuset Innlandet



Byggherre: Helse Sør-Øst
Kostnadsramme:
 Planleggingsrammen for etablering av nytt Mjøspsykehus er 8,65 mrd. (2018 kr)

- Styringsgruppen og sykehuset behandlet, og anbefalte å gå videre med, Mjøspsykehus-alternativet i august 2022
- I styremøte 22. September 2022 godkjente Helse Sør-Øst RHF at Mjøspsykehus-alternativet legges til grunn for den videre utviklingen av Sykehuset Innlandet. Saken ble oversendt til Helse- og omsorgsdepartementet for politisk behandling
- Som oppfølging til Helse Sør-Øst RHF sitt vedtak om videreutvikling av Sykehuset Innlandet HF har helse- og omsorgsminister Ingvild Kjerkehol i foretaksmøte 21. november 2022 bedt Helse Sør-Øst RHF om å belyse forhold som kan redusere risiko. Dette ble levert innen fristen 10. mars 2023. Avventer beslutning fra HOD. Beslutningen er tidskritisk i forhold til ferdigstillelse av konseptfasen i 2023.
- Opprinnelig planlagt B3 beslutning og lånesøknad i 2022 er utsatt til 2023

Akuttbygg Kristiansand

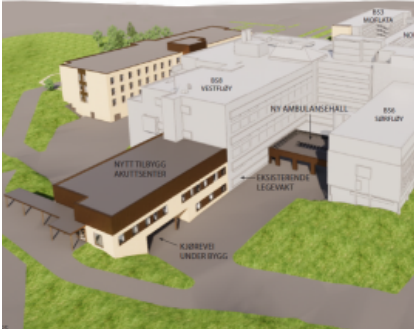


Byggherre: Sørlandet sykehus HF
Areal: Ca. 15 000 m²

- Opprinnelig planlagt B3 beslutning og lånesøknad i 2022 er utsatt til 2023
- HSØ vedtok 16. desember 2022 steg 1 av konseptfasen og oppstart av steg 2 med alternativ 3B og med et tett samarbeid og koordinering med Kristiansand kommune sin etablering av Helsehus på samme tomt.
- I prosjektet inngår intensiv, intermedier, akuttmottak, skade poliklinikk, operasjon, nyfødt intensiv og dialyse. Planleggingsramme på 1 mrd. «Design To Cost», prosjektet har levert til B3A med et estimat på 1,4 mrd. for alternativ 3B. Styret har tatt dette til etterretning og prosjektet vil fortsatt ha stort fokus på å få ned kostnader.
- Planlagt B3 beslutning i HSØ november 2023

Helse Sør-Øst

Utbygging somatikk Skien



Byggherre: Sykehuset Telemark HF
Areal: 18000 m²
Styringsramme: 1,3 mrd. (des 2023)

- Konseptrapporten ble godkjent 26.11.2020 i HSØ styret (B3)
- Ansvaret for prosjektet er vedtatt flyttet fra HSØ til foretaket
- Prosjektet er langt over styringsramme og har parallelt med ferdigstilling av forprosjekt utredet alternativ løsning for å ta ned kostnader. Usikkerhetsanalyser viser et anbefalt nivå P50 for basiskonsept på 2 mrd. kr og for alternativ løsning 1,8 mrd kr.
- Revidert kontraktsstrategi besluttet mars 2023
- Det arbeides med underlag for søknad om tilleggsbevilgning og vurdering av trinnvis utbygging
- B4-behandling i styret Sykehuset Telemark er utsatt til august 2023

Samling av sykehusbasert psykisk helsevern, Ahus



Byggherre: Akershus universitetssykehus HF
Areal: 14 000 m²
Styringsramme: 872 mill. (des 2022)

- Forprosjektrapporten behandlet og godkjent i HSØ 28 april 2023
- Ahus HF blir prosjekteier for gjennomføringsfasen
- Rammesøknad og igangsettingssøknad er gitt
- Mandat ferdigstilles i mai 23
- Mål om kontrakt med totalentreprenør i mai 23
- Byggestart i juni 23
- Overlevering 2025

Nytt sykehus i Drammen



Byggherre: Helse Sør-Øst
Areal: 122.000 m²
Styringsramme: 11.620 mrd. (des 2021)

- Begge råbyggsentrepriser overlevert
- Tett hus fullført i begge poliklinikker, servicebygg og behandlingsbygg. Sengebygg pågår
- Innvendige arbeider pågår i kjeller, poliklinikker, behandlingsbygg og servicebygg Oppstart innvendige arbeider sengebygg i slutten av mai
- Råbygg psykiatribygg 133 fullført. Råbygg psykiatribygg 131 og 132 pågår
- Råbygg adkomstbygg fullført
- Oppstart K7008 - parkanlegg etter påske
- En rekke utstyrsanskaffelser pågår
- Arbeider med teknisk infrastruktur i Helsegata pågår
- Kontrahert 7010- Kommunale veier Lier
- Gjennomført rettssak angående klage på kontrahering av analyseutstyr bakteriologi. HSØ fikk medhold.
- Rettssak pågår om reklamasjon på grunnarbeid.
- Overlevering mai til oktober 2025

Stråle- og somatikkbygg Kalnes



Byggherre: Sykehuset Østfold
Areal: Under arbeid
Styringsramme: Ikke fastsatt

- Formål:
Øke kapasiteten på somatikk slik at det samsvarer med det faktiske behovet i opptaksområdet.
Etablere et lokalt tilbud om strålebehandling i SØs opptaksområde.
- Prosjektinnramming avsluttet des 22.
- Styrevedtak i HSØ om oppstart konseptfasen mars 23
- Prosjektorganisasjon med prosjekteringsgruppe og KSK-rådgiver på plass. Arbeidet med hovedprogram, alternativutredning og økonomiske analyser pågår.
- Planlegger B3A-beslutning des 2023.
- Lånesøknad des 24

Videreutvikling av Oslo universitetssykehus HF

Nytt klinikk- og protonbygg Radiumhospitalet



Byggherre: Helse Sør-Øst RHF
Areal: 43.000 m²
Styringsramme: 5,2 mrd. (des.2020 kr)

- Ferdiggrad: ca. 60 %
- Tett hus markeres i mai
- Innredningsarbeider pågår
- Godt samarbeid med sykehus i drift vegg i vegg med byggeplassen
- Planlagt ferdigstillelse mai 2024

Nye Aker



Byggherre: Helse Sør-Øst RHF
Areal: 191.000 m²
Styringsramme: 20,655 mrd. (des. 2022)
hvorav 853 millioner O-IKT

- Forprosjekt godkjent 16.02.2022
- Statlig reguleringsplan godkjent 28.02.2023
- Pågår detaljprosjektering og forberedelser til byggestart
- Forberedende arbeider starter august 2022
- Byggestart primo 2024
- Planlagt full drift Q3 2031

Nye Rikshospitalet



Byggherre: Helse Sør-Øst RHF
Areal: 150.769 m²
Styringsramme: 17,3 mrd. (januar 2021)
783 millioner O-IKT

- Forprosjekt godkjent 16.02.2022
- Statlig reguleringsplan godkjent 28.02.2023
- Detaljprosjektering og forberedelser til byggestart pågår
- Forberedende arbeider starter sommeren 2022
- Byggestart primo 24
- Planlagt full drift Q3 2031

Ny sikkerhetspsykiatri



Byggherre: Helse Sør-Øst RHF
Areal: 15.000 m²
Styringsramme: B4 juni 2023

- NCC kontrahert som TA med samspill
- Forprosjektet ferdig, planlagt godkjent av styret i HSØ juni 2023
- Byggestart planlagt høsten 2023
- Bygget planlagt ferdig primo 2026, full drift fra ultimo 2026

Livsvitenskapsbygget



Byggherre: Statsbygg

- Tett hus pågår
- Hovedaktiviteten til HSØ PO er avklaring og anskaffelse av utstyr og IKT
- Ivaretar prosjektledelse vis a vis Statsbygg på vegne av HSØ
- Planlagt ferdig 2026

SAK 32/2023 Åpenhetsloven, implementering i Sykehusbygg HF**Forslag til beslutning**

Styret informeres om status i arbeidet med retningslinjer for implementering av Åpenhetsloven i Sykehusbygg HF. Styret gir tilbakemelding på, og slutter seg til:

1. Forslag til rutiner for oppfølging i virksomheten og i prosjekter under bygging
2. Forslag til redegjørelse for aktsomhetsvurdering
3. Redegjørelsen skal signeres av administrerende direktør i Sykehusbygg HF og styrets leder
4. Redegjørelsene publiseres på Sykehusbygg HF sine hjemmesider

Bakgrunn for saken

Åpenhetsloven trådte i kraft 1. juli 2022. Målet med loven er å fremme leverandørkjedens respekt for menneskerettigheter og anstendige arbeidsforhold. Loven skal bidra til at allmenheten sikres tilgang på informasjon om disse forholdene. Sykehusbygg HF som virksomhet er omfattet av, og skal følge opp de forventningene som gis i åpenhetsloven.

I Oppdragsdokumentet til Sykehusbygg HF for 2023 er det forutsatt og gjort oppmerksom på at Sykehusbygg HF innretter seg etter Åpenhetsloven, det gjøres som del av virksomhetsstyringen. Sykehusbygg HF er her i tillegg gitt et eget oppdrag å følge opp Åpenhetsloven der virksomheten ihht inngått oppdragsavtale ivaretar byggherreorganisasjonen og leder utbyggingsprosjekter for eierne. Det står følgende om Sykehusbygg HF sin rolle i dette oppfølgingsarbeidet;

«Åpenhetsloven vil gjelde for anskaffelser som Sykehusbygg gjennomfører for egen virksomhet. Åpenhetsloven vil også gjelde for anskaffelser i nybygg- og rehabiliteringsprosjekter som Sykehusbygg gjennomfører på vegne av helseforetakene. Årlig redegjørelse for aktsomhetsvurderinger for det enkelte byggeprosjekt skal utarbeides av Sykehusbygg inntil prosjektet er overlevert byggherre.

Sykehusbygg HF skal utarbeide og iverksette nødvendige rutiner/metoder og verktøy for å ivareta byggherres påseansvar i forhold til etterlevelse av åpenhetsloven ved anskaffelser i byggeprosjekter. Byggherres oppfølging etter åpenhetsloven skal inngå i prosjektenes seriøsitetsarbeid og må inneholde en løsning for å lagre og tilgjengeliggjøre opplysninger for å kunne svare på informasjonskrav løpende og også etter at prosjektet er ferdigstilt.

I tilfeller hvor anskaffelsene i byggeprosjekt gjøres direkte av byggherre eller via andre felleseide helseforetak (Sykehusinnkjøp, Sykehuspartner mfl.), vil oppfølging etter åpenhetsloven som hovedregel følge den part som setter betingelser for anskaffelsen.»

Arbeidet med å beskrive rutiner/metodikk og verktøy for å etterleve og følge opp Åpenhetsloven er gjort i samarbeid mellom seriøsitetskoordinator og rådgiver for anskaffelser i foretaket. Saken foreslås behandlet med sikte på en godkjenning av redegjørelse for aktsomhetsvurdering for 2022 (signeres). Godkjent redegjørelse for Sykehusbygg HF sine aktsomhetsvurderinger for året 2022 skal gjøres tilgjengelig på våre nettsider innen 30.06. i år.

Vurderinger og oppfølging

Det foreligger utkast til et dokument, «Åpenhetsloven i Sykehusbygg HF – Aktsomhetsvurdering i virksomhet og prosjektportefølje» som inkluderer et utkast til aktsomhetsvurderinger for 2022, jf vedlegg 1. I forslaget er det skilt mellom oppfølging som foretaket gjør av:

1. Virksomhetsinterne anskaffelser
2. Prosjektanskaffelser som Sykehusbygg HF ihht Oppdragsavtale har ansvar for på vegne av byggherre (pågående byggeprosjekter)

I vedlegg er det beskrevet hvilke rutiner som foreslås lagt til grunn, og mal for aktsomhets oppfølging. Det vises videre til rapportering pr 1. tertial, der det gis kort status for pågående tiltak for oppfølging og etterlevelse i prosjektene, jf Oppdragsdokumentet 2023 punkt 4 Q.

Kunngjøring

Redegjørelsen fra Sykehusbygg HF publiseres på Sykehusbygg HF sin nettside. I tillegg utarbeides en rapport som input til RHF`enes egen redegjørelse.

Vedlegg:

- Vedlegg 1: Åpenhetsloven i Sykehusbygg:
Aktsomhetsvurdering i virksomhet og prosjektportefølje 2022
- Vedlegg 2: Seriøsitetsbestemmelsene

Saksbehandler: Berit Bye

Sykehusbygg HF, 16.05.2023

Terje Bygland Nikolaisen
Administrerende direktør, Sykehusbygg HF

Åpenhetsloven i Sykehusbygg HF

- Aktsomhetsvurdering i virksomhet og prosjektportefølje

April 2023

Innhold

1	INNLEDNING	3
2	SYKEHUSBYGG HF	5
3	ÅPENHETSLOVEN	6
4	SYKEHUSBYGG HF SIN FORPLIKTELSE SOM VIRKSOMHET	6
	4.1 VIRKSOMHETSINTERNT	6
	4.2 I PROSJEKTPORTEFØLJEN	7
5	IMPLEMENTERING I VIRKSOMHETEN	8
	5.1 VIRKSOMHETSINTERNT	8
	5.2 I PROSJEKTPORTEFØLJEN	8
6	HVORDAN REDEGJØRE OG GI UT INFORMASJON	9
7	KOMMUNIKASJON – HÅNTERING AV NEGATIV PÅVIRKNING	10
	7.1 OPPSUMMERING	10
	VEDLEGG	12

1 Innledning

Hensikten med dette dokumentet er å synliggjøre Sykehusbygg HFs implementering av Åpenhetsloven ([Lov om virksomheters åpenhet og arbeid med grunnleggende menneskerettigheter og anstendige arbeidsforhold \(åpenhetsloven\) - Lovdata](#)), både virksomhetsinternt og i prosjektporteføljen som foretaket gjennomfører på oppdrag fra RHF/HF.

Lov om virksomheters åpenhet og arbeid med grunnleggende menneskerettigheter og anstendige arbeidsforhold, Åpenhetsloven, trådte i kraft 1.juli 2022, loven er en direkte oppfølging av FNs bærekraftsmål.

Loven skal fremme virksomheters respekt for grunnleggende menneskerettigheter og anstendige arbeidsforhold i forbindelse med produksjon av varer og levering av tjenester, og sikre allmennheten tilgang til informasjon om hvordan virksomheter håndterer negative konsekvenser for grunnleggende menneskerettigheter og anstendige arbeidsforhold.

Krav til Sykehusbygg HF sin håndtering av Åpenhetsloven er gitt i Oppdragsdokument for 2023:

“Åpenhetsloven vil gjelde for anskaffelser som Sykehusbygg gjennomfører for egen virksomhet. Åpenhetsloven vil også gjelde for anskaffelser i nybygg- og rehabiliteringsprosjekter som Sykehusbygg gjennomfører på vegne av helseforetakene. Årlig redegjørelse for aktsomhetsvurderinger for det enkelte byggeprosjekt skal utarbeides av Sykehusbygg inntil prosjektet er overlevert byggherre.

Sykehusbygg HF skal utarbeide og iverksette nødvendige rutiner/metoder og verktøy for å ivareta byggherres påseansvar i forhold til etterlevelse av åpenhetsloven ved anskaffelser i byggeprosjekter. Byggherres oppfølging etter åpenhetsloven skal inngå i prosjektenes seriøsitetsarbeid og må inneholde en løsning for å lagre og tilgjengeliggjøre opplysninger for å kunne svare på informasjonskrav løpende og også etter at prosjektet er ferdigstilt.

I tilfeller hvor anskaffelsene i byggeprosjekt gjøres direkte av byggherre eller via andre felleseide helseforetak (Sykehusinnkjøp, Sykehuspartner mfl.), vil oppfølging etter åpenhetsloven som hovedregel følge den part som setter betingelser for anskaffelsen.”

Sykehusbygg HF jobber systematisk for å redusere risiko for brudd på menneskerettigheter, i egen virksomhet og i leverandørkjedene, bl.a gjennom aktsomhetsvurderinger. Aktsomhetsvurderinger knyttes i denne sammenheng opp mot anskaffelser av bygg/entrepriser, varer og tjenester og er definert i lovens §4

Implementering av Åpenhetsloven begrenses på en slik måte at egne ansattes menneskerettigheter og anstendige arbeidsforhold anses ivaretatt i etterlevelse av rutiner og prosesser som Sykehusbygg HF som arbeidsgiver gjennomfører ved ansettelse og oppfølging av egne medarbeidere.

FNs bærekraftsmål



FNs generalforsamling vedtok 25. september 2015 resolusjonen *Transforming our world: The 2030 Agenda for Sustainable Development*. Alle FNs medlemsland er forplikta til å følge opp de [17 bærekraftsmålene](#) i agendaen.

Våren 2021 ble *Meld. St. 40 (2020–2021) Mål med mening — Norges handlingsplan for å nå bærekraftsmålene innen 2030* lagt frem. Stortingsmeldingen gjennomgår de 17 bærekraftsmålene og de 169 delmålene, beskriver utfordringene for Norge og forslag til politikk på disse områdene. Les mer om meldingen og regjeringens oppfølging av den her: [Bærekraftsmålene for Norge](#).

Aktsomhetsvurderinger er et viktig verktøy for å etterleve åpenhetsloven, både i byggeprosjektene og i virksomheten Sykehusbygg. OECD har utarbeidet en metode for aktsomhetsvurderinger som foretaket aktivt vil støtte seg på i oppfølgingen.



Det vises for øvrig til *Spesialisthelsetjenestens rammeverk for samfunnsoppdrag* som er vedtatt av eierne, de regionale helseforetakene. I dette rammeverket er menneskerettigheter og anstendige arbeidsforhold omtalt:

“Bekjempelse av arbeidslivskriminalitet (akrim) og sosial dumping er en viktig del av spesialisthelsetjenestens oppdrag for ivaretagelse av samfunnsansvaret. I et arbeidsmarked preget av å redusere kostnader til arbeidstakere, er risikoen stor for utnyttelse av sårbare arbeidstakere. I et mer globalisert og mobilt arbeidsmarked er det særlig migrantarbeidere som blir utnyttet. Ved å unnlate å stille krav og følge opp akrim og sosial dumping, kan man bidra til å undergrave velferdssystemet ved at kriminelle utnytter et tillitsbaserte system. Etisk handel er å fremme forsvarlige arbeids- og miljøforhold i globale leverandørkjeder. Spesialisthelsetjenesten skal bidra til ivaretagelse av menneskerettigheter og anstendige arbeidsforhold, i leverandørkjeden globalt og i alle aktiviteter lokalt.”

2 Sykehusbygg HF

Sykehusbygg HF er et nasjonalt helseforetak som eies av landets fire regionale helseforetak (RHF). Sykehusbygg HF er internleverandør til landets helseforetak og skal bidra til standardisering, erfaringsoverføring, god ressursutnyttelse og ressurstilgang innen prosjektering og bygging av sykehus. Videre skal Sykehusbygg HF sørge for at erfaring fra forvaltning og drift av sykehuseiendom tas hensyn til i nye prosjekter og kommer foretakenes eiendomsforvaltning til nytte. Det er vedtatt at Sykehusbygg skal benyttes i alle byggeprosjekter med investeringsramme over 500 millioner kroner.

Landets helseforetak har ansvar for en bygningsmasse på nesten 5 millioner kvadratmeter og for samlede investeringsplaner (nybygg og rehabilitering) på rundt 20 - 25 milliarder kroner årlig i de

nærmeste årene. Sykehusbygg HF's rolle er hovedsakelig å inneha prosjektledelsen i byggeprosjekt og utøver dette på vegne av byggherre (RHF/HF).

Sykehusbygg HF gjennomfører store anskaffelser i form av entrepriser og tjenstekontrakter (Arkitekter og Rådgivende ingeniører) til prosjektporteføljen på vegne av byggherre. I tillegg gjennomføres det anskaffelser av tjenstekontrakter til bruk virksomhetsinternt. Sykehusbygg HF benytter seg også av rammeavtaler etablert av Sykehusinnkjøp HF.

Sykehusbygg HF er organisert som en del av spesialisthelsetjenesten, og de overordnede politiske mål for spesialisthelsetjenesten gjelder for virksomheten.

3 Åpenhetsloven

Loven har som formål å fremme virksomheters respekt for **grunnleggende menneskerettigheter og anstendige arbeidsforhold** i forbindelse med produksjon av varer og levering av tjenester.

Virkemiddel for å nå målet er å gi tilgang til informasjon om hvordan virksomheten **håndterer negative konsekvenser** for grunnleggende menneskerettigheter og anstendige arbeidsforhold

Bl.a. gir loven følgende føringer:

- § 4 – plikt til å utføre aktsomhetsvurderinger
- § 5 – plikt til å redegjøre for aktsomhetsvurderinger
- § 6 – plikt til å gi ut informasjon til enhver

4 Sykehusbygg HF sin forpliktelse som virksomhet

Sykehusbygg HF har stor innkjøpsmakt gjennom sin rolle som byggherrens representant. Foretaket har inngått en samarbeidsavtale med Sykehusinnkjøp HF, for gjennomføring av utstyrsanskaffelser til byggeprosjektene. Sykehusbygg HF benytter også nasjonale rammeavtaler som etableres av Sykehusinnkjøp HF, både virksomhetsinternt og i prosjektporteføljen.

Implementering av Åpenhetsloven og gjennomføring av aktsomhetsvurdering, sees i sammenheng og som en del av Sykehusbygg HF's seriøsitetsarbeid. Aktiviteten i Sykehusbygg HF er todelt, hhv virksomheten i seg selv (bl.a som arbeidsgiver og selvstendig organisasjon) og prosjektgjennomføring på oppdrag fra og på vegne av byggherre/helseforetak.

4.1 Virksomhetsinternt

Virksomhetsinterne anskaffelser skal skje i regi av avdeling for Økonomi og virksomhetsstøtte (ØV).

Virksomhetsinterne anskaffelser består i all hovedsak av anskaffelser av:

- Tjenester, bl.a:
 - Konsulenttjenester
 - Juridiske tjenester
 - Kommunikasjonstjenester
 - Renholdstjenester

- IKT-systemer, bl.a:
 - HR-system
 - Rekrutteringssystem
 - Regnskaps- og lønssystem
 - Arkivsystem
 - KGV-system
- Varer, bl.a:
 - Arbeidstøy, byggeplass

Sykehusbygg HF benytter i tillegg nasjonale rammeavtaler etablert av Sykehusinnkjøp HF, der det er hensiktsmessig.

For anskaffelser som gjennomføres på egne vegne, tar Sykehusbygg HF ansvar for å følge opp Åpenhetsloven.

4.2 I prosjektporteføljen

Sykehusbygg HF har i hht oppdragsavtalene ansvar for alle bygge- og anleggsanskaffelser inkl. varer og tjenester i prosjektporteføljen, på vegne av byggherre. Ansvar for åpenhet og arbeid med grunnleggende menneskerettigheter og anstendige arbeidsforhold skjer i samarbeid med kontraherte rådgivere, entreprenører og byggherre.

Dette gjelder da fra og med anskaffelse av arkitekt/rådgivere, entreprenør og leverandører som inngår i byggeprosjekter fra tidligfase og til og med ferdigstillelse.

Hovedregelen for oppfølging er at det er prosjektorganisasjonen ved Seriøsitetsskordinator som utfører aktsomhetsvurdering i regi av prosjektet på vegne av byggherre/HF. Anskaffelser til prosjektet direkte av byggherre selv eller via andre HF (eksempelvis Sykehusinnkjøp HF) følges da opp av den som er ansvarlig for den aktuelle anskaffelsen.

Sykehusbygg HF innehar rollen som seriøsitetsskordinator i alle byggeprosjekter som Sykehusbygg HF har ansvar for på vegne av byggherre/helseforetak. Seriøsitetsskordinator skal bidra til forebygging av A-krim og sosial dumping i byggeprosjektet. Dette innebærer blant annet innhenting og vurdering av informasjon om virksomheter og mannskap, dialog med kontraktsparter om seriøsitetsskrav og etterlevelse av disse. Videre utføres kontrollaktiviteter mot enkeltvirksomheter og ansatte. I prosjektene benyttes felles verktøy HMSREG til oppfølging av seriøsitet. Sykehusbygg HF har en partneravtale med Skatteetaten som bistår byggeprosjektene i dette arbeidet.

5 Implementering i virksomheten

Under gis en redegjørelse for hvordan Sykehusbygg HF så langt har vurdert behov for retningslinjer med tanke på implementering av Åpenhetsloven.

5.1 I virksomheten

Forankring i virksomhetens retningslinjer

Etterlevelsen av Åpenhetsloven inngår i virksomhetsstyringen i Sykehusbygg HF. Implementering med rapportering på aktsomhetsvurderinger skal behandles av ledergruppa i foretaket.

Årlig redegjørelse skal behandles og signeres av styret.

Årlig redegjørelse skal offentliggjøres innen 30.juni hvert år.

Kartlegge og vurdere potensielle negative konsekvenser

For alle nye virksomhetsinterne anskaffelser skal det etableres en *Konkurransestrategi* hvor man bl.a skal kartlegge og vurdere eventuelle negative konsekvenser ved anskaffelsen.

Hvis anskaffelsen ansees som en risikoanskaffelse skal det iverksettes tiltak. Følgende tiltak skal vurderes:

- Bruk av egnede kvalifikasjonskrav
- Bruk av egnede kontraktsvilkår
- Følge opp kontraktsvilkår
- Kommunisere hvordan negative konsekvenser håndteres
- Ev. gjenopprette og erstatte ved behov

Basis for en god oppfølging av Åpenhetsloven er at alle virksomhetsinterne anskaffelser gjennomføres av avdeling for økonomi og virksomhetsstøtte (ØV). Slik har foretaket til enhver tid oversikt over hvilke virksomhetsinterne anskaffelser som er gjennomført (kartlegging).

5.2 I prosjektporteføljen

Krav om etterlevelse og oppfølging gjelder prosjekter i alle faser og der det er etablert oppdragsavtale mellom Sykehusbygg HF og byggherre. Etterlevelse i planlegging og prosjektering hvor arkitekt og rådgivere er engasjert, vil de samme rutinene som ved virksomhetsinterne anskaffelser legges til grunn. Tiltak for håndtering av risiko vil bli fortløpende vurdert.

I byggeprosjekt som er i gjennomføringsfase, etterleves Åpenhetsloven som oppfølgingsaktivitet fra seriøsitetsskordinator. Det er i pågående byggeprosjekt etablert kontraktskrav som krever etterlevelse av etiske krav (ikke behov for oppdatering). For nye prosjekter oppdateres sentrale kontraktsdokumenter og interne rutiner.

Det ble i 2022 foretatt en felles og generell risikovurdering for byggeprosjektene som er under bygging. I disse prosjektene ble undersøkelser prioritert innenfor følgende kategorier: VVS, Elektro og nye/ukjente produkter. Kategoriene knyttes opp mot anerkjente kilders analyse av risikoer i opprinnelsesland. Det vil bli foretatt nye vurderinger i kommende prosjekter før byggestart.

Anskaffelser i regi av Sykehusinnkjøp HF og andre HF holdes utenfor da de gjør vurderinger for sine egne anskaffelser.

I byggeprosjektene som er under bygging skjer oppfølgingen i to løp:

1. Byggherre-styrte anskaffelser
2. Entreprenør-styrte anskaffelser

I «Løp 1» har byggherrens prosjektorganisasjon via seriøsitetsskordinator direkte ansvar for aktsomhetsvurdering. I «Løp 2» har byggherren via seriøsitetsskordinator ansvar for å påse/følge opp at entreprenør har utført aktsomhetsvurdering og har kontroll på egen leverandørkjede.

I tillegg er «ordinær» seriøsitetsskoordinering, særlig på området for lønns- og arbeidsvilkår, en vesentlig del av oppfølgingen.

Sykehusbygg HF sin praksis i byggeprosjekter er formidlet til alle RHF'ene i egne møter i forbindelse med implementering av «*Spesialisthelsetjenestens rammeverk for samfunnsansvar*». Tilsvarende deltagelse fra Sykehusinnkjøp HF.

Det vil bli laget en egen detaljert beskrivelse av oppgavene i byggeprosjekt som ligger til seriøsitetsskoordinator, se vedlegg.

6 Hvordan redegjøre og gi ut informasjon

Redegjøre for årlige aktsomhetsvurdering legges lett tilgjengelig på Sykehusbygg HFs nettsider. Aktsomhetsvurdering vil inneholde redegjørelse både for virksomhetsinterne anskaffelser og anskaffelser som gjennomføres på vegne av byggherre i prosjektporteføljen.

For framtidige redegjørelser (for rapporteringsår 2023 og framover) er det forventning om at redegjørelsen ihht Åpenhetsloven inngår i redegjørelsen om samfunnsansvar etter regnskapsloven § 3-3c. Det skal framgå av Sykehusbygg HFs årsberetning hvor redegjørelser ligger tilgjengelig for offentligheten.

Det legges til grunn at årlig redegjørelse for aktsomhetsvurderinger for det enkelte byggeprosjekt skal utarbeides inntil prosjektet er overlevert byggherre.

Redegjørelse behandles i ledergruppa samt i styret til Sykehusbygg HF hvor den signeres av styrets medlemmer. Signert redegjørelse skal foreligge innen 30.juni. Redegjørelse gjøres kjent på Sykehusbygg HFs nettsider seinest 30.juni. For framtiden bør årlig redegjørelse ferdigstilles innen april påfølgende år.

Vesentlige brudd på seriøsitetskrav skal publiseres.

7 Kommunikasjon – håndtering av negativ påvirkning

7.1 Oppsummering

Forankring i virksomhetens retningslinjer

Implementering av Åpenhetsloven og gjennomføring av aktsomhetsvurdering sees i sammenheng med, og som en del av Sykehusbygg HFs seriøsitetsarbeid.

Kartlegge og vurdere potensielle negative konsekvenser

Alle anskaffelser skal vurderes opp mot risiko for brudd på menneskerettigheter. En slik aktsomhetsvurdering gjøres ved oppstart av en anskaffelsesprosess og skal dokumenteres i konkurransestrategien tilhørende anskaffelse.

Det er i entreprenør-styrte anskaffelser stilt krav om at aktsomhetsvurdering skal gjennomføres, her har Sykehusbygg HF et påansvar som Sykehusbygg HF utfører i dialog med kontraktspart.

Iverksette egnede tiltak

Hvis det i aktsomhetsvurderingen identifiseres risiko for brudd på menneskerettigheter, iverksettes tiltak. Dette kan bla være bruk av egnede kvalifikasjonskrav og kontrakts krav.

Videre vil følgende vurderes i aktuelle tilfeller

- Følge med på gjennomføring av tiltak
- Kommunisere hvordan negative konsekvenser håndteres
- Gjenoppretting og erstatning ved behov

Aktsomhetsvurdering virksomhetsinterne anskaffelser per 2022:

Anskaffelse, 2022	Aktsomhetsvurdering/generell risikovurdering	Tiltak	Oppfølging av tiltak
Anskaffelse av renholdstjenester til Hoffsvæien 4 Oslo.	Definert som en risikoanskaffelse. Det er forbudt å kjøpe renholdstjenester fra virksomhet som ikke er godkjent. - Lønns- og arbeidsvilkår - Godkjent arbeidskraft	Stille egnede kvalifikasjonskrav - Leverandør skal være godkjent av arbeidstilsynet Stille egnede kontraktskrav - Maksimalt to ledd i leverandørkjeden - Standardiserte krav til lønns- og arbeidsvilkår	Ev. kontroll
Anskaffelse av arbeidstøy	Definert som en risikoanskaffelse - Lønns- og arbeidsvilkår ved produksjon	Stille egnede kvalifikasjonskrav Stille egnede kontraktskrav	
Kjøp av Konsulenttjenester	Liten/ingen risiko	Stille egnede kvalifikasjonskrav Stille egnede kontraktskrav	
Anskaffelse av rekrutterings-verktøy	Liten/ingen risiko	Stille egnede kvalifikasjonskrav Stille egnede kontraktskrav	

Tilsvarende vil bli gjort for prosjekter i 2023.

Aktsomhetsvurdering og tiltak anskaffelser i prosjektporteføljen 2022:

Anskaffelse, 2022	Aktsomhetsvurdering/generell risikovurdering	Tiltak	Oppfølging av tiltak
PNSD	Noe forhøyet risiko LA, BH anskaffelser MTU (SI, HSØ, Andre). VVS, Elektro og nye/ukjente produkter er kategorier som undersøkes og kartlegges.	Kontraktskrav om etisk handel stilt	Løpende vurdering om behov for kontroll enten i regi av SB HF eller kontraktspart
PRAD	Noe forhøyet risiko LA, BH anskaffelser MTU (SI, HSØ, Andre). VVS, Elektro og nye/ukjente produkter er kategorier som undersøkes og kartlegges.	Kontraktskrav om etisk handel stilt	Løpende vurdering om behov for kontroll enten i regi av SB HF eller kontraktspart
SNR	Noe forhøyet risiko LA, BH anskaffelser MTU (SI, HMN, Andre). VVS, Elektro og nye/ukjente produkter er kategorier som undersøkes og kartlegges.	Kontraktskrav om etisk handel stilt	Løpende vurdering om behov for kontroll enten i regi av SB HF eller kontraktspart
NUN	Noe forhøyet risiko LA, BH anskaffelser MTU (SI, HN, Andre). VVS, Elektro og nye/ukjente produkter er kategorier som undersøkes og kartlegges.	Kontraktskrav om etisk handel stilt	Løpende vurdering om behov for kontroll enten i regi av SB HF eller kontraktspart
NHS	Noe forhøyet risiko LA, BH anskaffelser MTU (SI, HN, Andre).	Kontraktskrav om etisk handel stilt	Løpende vurdering om behov for kontroll

	VVS, Elektro og nye/ukjente produkter er kategorier som undersøkes og kartlegges.		enten i regi av SB HF eller kontraktspart
NPK (overlevert 2022)	Noe forhøyet risiko LA, BH anskaffelser MTU (SI, HSØ, Andre). VVS, Elektro og nye/ukjente produkter er kategorier som undersøkes og kartlegges.	Kontraktskrav om etisk handel stilt	Løpende vurdering om behov for kontroll enten i regi av SB HF eller kontraktspart

Tilsvarende vil bli gjort for prosjekter i 2023.

Resultat fra tiltak i prosjektporteføljen 2022, jf § 5 (1) c

Prosjekt	Ansvar for redegjørelse	Ansvarlig for tiltak	Negativ påvirkning/Funn	Leverandørledd for negativ tilstand	Tiltak/gjenoppretting
PNSD (2022)	Sykehusbygg HF	AF Gruppen Norge AS Se også af_aarsrapport_2022 (afgruppen.no) side 53	Ikke utbetalt lønn	Utviklings Solution AS	Tiltak er utført av AF Gruppen AS og BH – sak løst med solidaransvar og bortvisning av Utviklings Solution AS. Forholdet ble umiddelbart håndtert ved at AF betalte lønnen arbeidstakerne hadde krav på, og de berørte ansatte fikk tilbud om ansettelse i AF Gruppen.

Oversikten berikes fortløpende.

Vedlegg

1. Kontraktsbilag – Sykehusbygg HF sine seriøsitetskrav

Sykehusbygg HF sine seriøsitetskrav i anskaffelser og prosjekt (angir krav til oppfølging)

2. Prosedyre for etterlevelse av Åpenhetsloven i byggeprosjekt i Sykehusbygg HF

(under utarbeidelse, skal angi hvordan kravene følges opp bl.a ved bruk av prosjektverktøy)

Prosjekt:						
Tittel: Bilag D2.2 - Sykehusbygg HF sine seriøsitetskrav						
3.1	Oppdatering Åpenhetslov	04.05.2023	MEN			
03	Oppdatert, Revisjon 2022 KSS/prosjektavdelingen	24.01.2022	MEN	HL		
02	Oppdatert	30.04.2020	MEN			
01	Implementering	01.01.2019	MEN			JER
Rev.	Beskrivelse	Rev. Dato	Utarbeidet	Kontroll	Godkjent	
Kontraktor/leverandørs logo:		Bygg nr:	Etasje nr.:	Systemgr.:	Antall sider: 8	
Prosjekt:	Utgivernr:	Fag:	Dok.type:	Løpenr:	Rev.nr.:	Status:
XXX	0000	Z	EA	0000	03	

Sykehusbygg HF sine seriøsitetskrav bygger på de omforente bestemmelsene som er fremforhandlet i bransjen. Ved tildeling av oppdrag og i oppfølging av inngåtte kontrakter, skal Sykehusbygg sikre at deres kontraktspartnere med tilhørende entreprenører og leverandører følger seriøsitetskravene, og lover og regler.

Det enkelte byggeprosjekt må tilpasse bestemmelsene sitt prosjekt hva angår krav til andel fagarbeid og andel lærlinger. Det samme gjelder om eventuelle tillegg av andre fag skal telle med enn bygg- og anleggsgagene. Dette gjelder særlig ved delte entrepriser hvor det kan være stor variasjon på hva som er markedsmessig mulig å oppnå innen forskjellige typer av arbeider.

Vedlegg:

- Melding om UE («Bruk av kontraktsmedhjelper») og kontraktsparts vurdering av melding om UE
- MAL Fullmakt (Skatteetaten)
- DFØ/EHN Kontraktsvilkår Åpenhetslov
- Mal for kontroll lønns- og arbeidsvilkår (i HMSREG)
- Mal for egenrapportering Etske krav
- Rutiner og instruks for etterlevelse og dokumentasjon avtales med kontraktspart når rutiner er etablert i prosjektet. Eksempel «Rutine for adgangskontroll og besøk» og «Rutine for innregistrering i HMSREG før adgang gis til byggeplass»

Veiledning til prosjektleder:

1. Sett riktig nivå fagarbeider andel for prosjektet/entreprisen, se krav nr 4
2. Sett riktig nivå lærlingeandel for prosjektet/entreprisen, se krav nr 5
3. Etabler liste over vedlegg

1 Krav til videreføring av seriøsitetsskrav

Det er et generelt krav til kontraktspart om videreføring av innholdet i dette dokumentet til de avtaler som inngås med underleverandører og andre kontraktsmedhjelpere for oppfyllelse av kontraktsforpliktelsen.

Alle avtaler med underentreprenører/-leverandører under denne kontrakten skal inneholde tilsvarende bestemmelser.

2 HMS-kort

Alle arbeidstakere skal bære lett synlig et gyldig HMS-kort utstedt av Arbeidstilsynet.

Ordrebekreftelse, søknadsskjema ol aksepteres ikke som HMS-kort. Arbeidstakere som ikke har slikt fysisk HMS-kort, vil bli bortvist fra byggeplassen.

3 Pliktig medlemskap i leverandørregister

Kontraktspart skal ved kontraktsinngåelse oppgi StartBANK ID eller fremlegge kopi av registreringsbevis fra StartBANK eller tilsvarende leverandørregister som inneholder oppdatert og kontrollert leverandørinformasjon. Kontraktspart skal gi leverandørregisteret fullmakt til å innhente SKAV-info skatte- og avgiftsinformasjon i hele kontraktsperioden.

4 Faglærte håndverkere

Ved utførelsen av kontraktsarbeidet skal **minimum 40 %** av arbeidede timer innenfor bygg- og anleggsganene (de fag som omfattes av utdanningsprogrammet for bygg- og anleggsteknikk samt anleggsgartnerfaget) samlet utføres av personer med fagbrev, svennebrev eller dokumentert fagopplæring i henhold til nasjonal fagopplæringslovgivning eller likeverdig utenlandsk fagutdanning. Det skal være fagarbeidere i alle ovennevnte fag. Kravet kan også oppfylles ved at arbeidede timer er utført av personer som er under systematisk opplæring og er oppmeldt etter kravene i Praksiskandidatordningen, jf. opplæringsloven § 3-5, eller etter tilsvarende ordning i annet EU/EØS-land.

I enkeltpersonforetak uten ansatte gjelder ovenstående krav for innehaver.

I tillegg vil det i målkravet for prosentvis arbeidede timer være anledning til å benytte faglært håndverkere innen følgende lærefag: Elektrofag og Teknikk og industriell produksjon.

5 Læringer

Det er et krav at kontraktspart er tilknyttet en lærlingordning, og at en eller flere læringer deltar i arbeidet med å oppfylle kontrakten innenfor bygg- og anleggsganene, jf. forskrift om plikt til å stille krav om bruk av læringer i offentlige kontrakter.

For denne kontrakten gjelder i tillegg følgende:

Ved utførelsen av kontraktsarbeidet skal **minimum 10 %** av arbeidete timer innenfor bygg- og anleggsgagnene samlet (de fag som omfattes av utdanningsprogrammet for bygg- og anleggsteknikk, samt anleggsgartnerfaget) utføres av læringer, jf. opplæringsloven § 4-1.

I tillegg vil det i målkravet for prosentvis arbeidete timer være anledning til å benytte læringer innen følgende lærefag: Elektrofag og Teknikk og industriell produksjon.

Kravet kan delvis oppfylles ved at arbeidete timer er utført av personer som er under systematisk opplæring og er oppmeldt etter kravene i Praksiskandidatordningen, jf. opplæringsloven § 3-5.

Kravet kan oppfylles av kontraktspart inkludert alle hans underentreprenører.

Utenlandsk kontraktspart eller leverandører kan oppfylle kravet ved å benytte læringer fra en læringerordning i opprinnelseslandet. Dersom opprinnelseslandet ikke har en læringerordning, kan kravet oppfylles ved å benytte praksiselev fra en opplæringsordning i opprinnelseslandet.

6 Ansettelse

Ved utførelsen av kontraktsarbeidet skal arbeidet utføres av fast ansatte i minst 80 % stilling, uavhengig av om arbeidere er ansatt hos kontraktspart eller eventuelle underleverandører. For innleid arbeidskraft må innleier stille krav om at bemanningsbyråer praktiserer og kan dokumentere minimum 80% stillingsandel og forutsigbare arbeidsperioder.

7 Begrensning i adgang til å bruke innleid arbeidskraft

Bruk av innleid arbeidskraft fra produksjonsbedrift og bemanningsselskap skal varsles byggherren i rimelig tid før oppmøte på byggeplass. Byggherren kan nekte bruk der han har saklig grunn. Innleide arbeidstakere som ikke er varslet byggherren, vil bli bortvist fra byggeplassen.

Innleie fra bemanningsbyrå skal kun skje innenfor de vilkår og intensjoner som følger av arbeidsmiljøloven og de aktuelle tariffavtaler, herunder kravet om likebehandling i AML § 14-12a.

All omgåelse av regelverk skal forebygges.

Der det foreligger en lokal avtale om innleie, har innleie- og utleiebedriften en gjensidig plikt til å kunne dokumentere at innleiebedriften er bundet av tariffavtale inngått med fagforening med innstillingsrett og at avtalen om innleie er inngått med tillitsvalgt.

Øvrig innleie fra bemanningsforetak, er kun tillatt i samme utstrekning som midlertidig ansettelse og må oppfylle lovens strenge krav. Innleiebedriften må kunne begrunne og dokumentere grunnlaget.

Før innleie skjer, skal innleier stille krav om, og å få fremlagt dokumentasjon på, at innleid personell har gjennomgått grunnleggende opplæring i HMS.

Før oppstart og under prosjektgjennomføringen skal innleiebedriften vurdere, informere og ha dialog med utleiebedriften om generell og prosjektspesifikk risiko forbundet med det aktuelle arbeidet. Dokumentasjon skal kunne fremlegges til byggherren på forespørsel.

For å sikre et effektivt vern mot omgåelse av krav til dekning av utgifter til reise, kost og losji, skal innleiebedriften stille krav om at innleid arbeidskrafts bosted er definert i arbeidsavtalen. Ved arbeid

som krever overnatting utenfor definert hjemsted, skal det dokumenteres betaling for kostnader knyttet til reise, kost og losji.

8 Bruk av underentreprenører

Kontraktspart kan ikke ha flere enn to ledd underentreprenører i kjeden under seg, jf. anskaffelsesforskriften § 8-13 og § 19-3/ forsyningsforskriften § 7-8. Innleie regnes som et ledd. Kontraktspart skal varsle med rimelig frist dersom kontraktsarbeidene blir vesentlig vanskeliggjort innenfor rammen av to ledd.

9 Melding om kontraktsmedhjelper/underentreprenør

Kontraktspartner skal gi melding om kontraktsmedhjelpere i rimelig tid før oppstart på byggeplass. Meldingen skal inneholde utfylt skjema om «Bruk av kontraktsmedhjelper».

10 Innregistrering av virksomheter og mannskap i HMSREG

Kontraktspart plikter å følge de til enhver tid gjeldende rutiner og retningslinjer for innregistrering av virksomheter og mannskap. Det er et minstekrav at alle virksomheter og mannskap skal være ferdig innregistrert i HMSREG før adgang gis til byggeplassen.

Det samme gjelder for adgangskontroll for det enkelte mannskaps tilgang til byggeplassen.

11 Krav til lønns- og arbeidsvilkår

Kontraktspart er ansvarlig for at egne ansatte og ansatte hos underleverandører har lønns- og arbeidsvilkår i henhold til:

- Forskrift om allmenngjort tariffavtale.
- Forskrift om lønns- og arbeidsvilkår i offentlige kontrakter av 8. februar 2008 der denne kommer til anvendelse. På områder som ikke er dekket av denne forskriften, skal lønns- og arbeidsvilkårene være i henhold til landsomfattende tariffavtale for den aktuelle bransje. Med lønns- og arbeidsvilkår menes bestemmelser om arbeidstid, lønn, herunder overtidstillegg, skift- og turnustillegg og ulempetillegg, og dekning av utgifter til reise, kost og losji, i den grad slike bestemmelser følger av tariffavtalen.
- Lov om obligatorisk tjenestepensjon (OTP-loven) av 21.12.2005

Kontraktspart plikter på forespørsel å dokumentere lønns- og arbeidsvilkårene for egne arbeidstakere, og arbeidstakere hos underleverandører. Opplysningene skal dokumenteres med blant annet kopi av arbeidsavtale, lønnsslipp, timelister og arbeidsgiverens bankutskrift. Dokumentasjonen skal være på personnivå og det skal fremgå hvem den gjelder. Det skal også dokumenteres oppfyllelse av krav om dekning av reise, kost og losji.

Ved brudd på kravene til lønns- og arbeidsvilkår skal kontraktspart rette forholdet.

Byggherren har rett til å definere innhold og omfang av kontroll av lønns- og arbeidsvilkår hos kontraktspart sine kontraktsmedhjelpere.

12 Krav til yrkesskedeforsikring

Kontraktspart skal før oppstart på byggeplass dokumentere at egne ansatte og ansatte hos underleverandører som utfører arbeid på kontrakten, er dekket av lovpålagt yrkesskedeforsikring.

Byggherren kan bortvise arbeidstakere/foretak som det ikke er dokumentert yrkesskedeforsikring for.

13 Krav om betaling med elektronisk betalingsmiddel

Lønn og annen godtgjørelse til egne ansatte, ansatte hos underleverandører skal utbetales til konto i bank.

All annen betaling kontraktspart foretar i forbindelse med utførelsen av dette kontraktsarbeid skal også betales med elektronisk betalingsmiddel.

14 Rapporteringsplikt til Skatteetaten, Brukerdialog utland.

Kontrakt gitt til utenlandsk leverandør eller utenlandsk underleverandør, og alle arbeidstakere på slik kontrakt, skal rapporteres til Skatteetaten i henhold til lov om skatteforvaltning § 7-6.

Kontraktspart er ansvarlig for at slik rapportering skjer nedover i kontraktskjeden. Kontraktspart skal løpende dokumentere til byggherren at rapporteringsplikten er oppfylt ved kopi av innmeldingsskjema eller kvittering fra Altinn.

15 Tiltak mot svart arbeid – innrapporteringsplikter

Kontraktspart skal senest 10 arbeidsdager før oppstart levere fullmakt til Sykehusbygg HF for innhenting av opplysninger om skatte- og avgiftsforhold med videre, jf fullmaktsmal. Kontraktspart skal på samme måte levere slik fullmakt for sine underentreprenører senest 10 arbeidsdager før oppstart på byggeplass. Kontraktspart kan også levere slik fullmakt til byggherre som ledd i egen risikovurdering av mulige kontraktsmedhjelpere. For utenlandske virksomheter skal det leveres skatteattest som ikke er eldre enn en måned.

Byggherren kan ved skriftlig varsel med en rimelig frist kreve fremlagt ny skatteattest, kopi av månedlig a- melding innsendt fra kontraktspart og eventuelle underleverandører etter a-ordningen eller tilsvarende for utenlandsk kontraktspart.

16 Etiske krav

Kontraktspart skal respektere grunnleggende krav til menneskerettigheter, arbeidstakerrettigheter og miljø i egen virksomhet og i leverandørkjeden. Varer og tjenester som leveres skal være fremstilt under forhold som er forenlige med kravene angitt i sentrale FN-konvensjoner, ILO-konvensjoner

(forbud mot barnarbeid, -tvangsarbeid/slavearbeid, -diskriminering og retten til organisasjonsfrihet og kollektive forhandlinger) og nasjonal arbeidslovgivning på produksjonsstedet.

Kravene angir minimumsstandarder. Der hvor konvensjoner, nasjonal lover og reguleringer omhandler samme tema, skal den høyeste standarden alltid gjelde.

Det vises til Åpenhetsloven, og det er et ansvar for både Byggherre og kontraktspart til å samhandle for å etterleve krav etter loven, jf vedlegg Kontraktsvilkår for ivaretagelse av grunnleggende menneskerettigheter i leverandørkjeden, standarddokument fra DFØ siste versjon (nå versjon 01.02.2022).

Kontraktspart skal påse at ansattes rettigheter som fastsatt over, etterleves i egen virksomhet og hos den eller de underleverandører som medvirker til oppfyllelse av denne kontrakt. På oppfordring fra Byggherre skal dette dokumenteres ved:

- Egenrapportering og / eller
- Oppfølgingssamtaler og /eller
- En uavhengig parts kontroll av arbeidsforholdene og / eller
- 3.partssertifisering som SA8000 eller tilsvarende

Byggherre forbeholder seg retten til å gjennomføre annonserte eller uannonserte kontroller hos en eller flere aktører i leverandørkjeden i kontraktperioden. I tilfelle kontroll plikter kontraktspart å oppgi navn og kontaktopplysninger på underleverandør(er). Kontaktopplysninger behandles konfidensielt.

17 System for oppfølging av seriøsitetsskrav

Byggherrens dataverktøy, herunder HMSREG og Omega365, skal benyttes til registrering, saksbehandling og rapportering av seriøsitetsskravet.

18 Oppfølging underveis i byggefasen

Det er et felles ansvar for kontraktspart med leverandører og byggherre å følge opp etterlevelsen av seriøsitetsskravene underveis i byggeprosjektet. Arbeidsdeling og rutinemessig oppfølging avtales særskilt.

Kontraktspart skal ved oppstart, og månedlig under gjennomføringen av kontraktsarbeidet, dokumentere at kravene vil bli oppfylt.

19 Revisjon og kontroll

Byggherren, eller ekstern revisor engasjert av byggherren, kan gjennomføre revisjon og verifikasjon hos kontraktspart og alle firma som er engasjert for å oppfylle deler av denne kontrakten i perioden fra kontraktsinngåelse til slutt faktura er betalt for å undersøke om kontraktens krav blir oppfylt og/eller om lover og forskrifter er overholdt.

20 Mislighold

Brudd på seriøsitetskravene vil bli nedtegnet og kan få betydning i senere konkurranser, enten i kvalifikasjons- eller tildelingsomgangen i overensstemmelse med regelverket for offentlige anskaffelser.

Dersom ikke annet er angitt vil følgende gjelde ved brudd på seriøsitetskrav:

- Byggherre kan nekte å godkjenne innregistrering av virksomhet dersom etterlevelse av kravene ikke kan dokumenteres.
- Byggherre kan kreve utskifting av underentreprenør uten omkostninger for byggherre ved manglende etterlevelse av kravene varslet med rimelig frist for retting til kontraktspart.
- Byggherren kan holde tilbake inntil 5 promille av kontraktssummen dersom ovennevnte krav misligholdes, eller det er grunn til å tro at slikt mislighold vil inntreffe, og forholdet ikke blir rettet innen en rimelig frist gitt ved skriftlig varsel. Dersom kravet ikke er oppfylt ved overtakelsen avkortes vederlaget med inntil 5 promille av kontraktssummen.
- Ved vesentlig mislighold, eller dersom det er grunn til å tro at slikt mislighold vil inntreffe, kan byggherren stanse eller heve kontrakten dersom forholdet ikke blir rettet innen en rimelig frist gitt ved skriftlig varsel, med varsel om stansing eller heving om så ikke skjer.
- Eventuelt økonomisk ansvar ilagt byggherren som følge av at kontraktspart eller noen underlagt kontraktsparts kontroll ikke har overholdt sine forpliktelser er kontraktsparts ansvar og skal betales av ham.
- Brudd på punktene om ansattes rettigheter og oppfølging innebærer kontraktsbrudd. Ved kontraktsbrudd plikter kontraktspart å rette opp i de påpekte manglene innen den tidsfrist som Byggherre bestemmer, så lenge denne ikke er usaklig kort. Rettelsene skal dokumenteres skriftlig og på den måten Byggherren bestemmer. Manglende utbedring er å anse som et vesentlig mislighold.

SB SAK 33/2023 Kunnskapsbanken – status og oppfølging

Forslag til beslutning

Styret tar status og plan for videre arbeid til orientering.

Bakgrunn for saken

I henhold til oppdragsdokument til Sykehusbygg HF for 2022 og 2023, er det iverksatt et prosjekt for å realisere en kunnskapsbank. Prosjekteier er AD i Sykehusbygg og ledergruppen i Sykehusbygg HF utgjør styringsgruppen for prosjektet.

Status for arbeidet per 15. mai

Prosjektet har gjennomført en markedsdialog i henhold til plan.



Oppsummering fra markedsdialog

Markedsdialogen er gjennomført som en åpen dialogkonferanse og åtte påfølgende 1:1 møter med ulike leverandører av konsulenter og teknologi.

Tilbakemelding fra leverandørene stadfester at prosjektet er avhengig av ledelse og gjennomføringskraft fra noen som kjenner interessentene og prosjektbehovet svært godt. Dette leses, primært, ut av leverandørenes oppgaveforståelse og domenekunnskap. Ser man dette i kombinasjon med innsiktsarbeidet gjennomført i konseptfasen blir det å sette informasjon inn i riktig kontekst svært viktig. Prosjektet tar med dette inn i videre planarbeid. Samtidig bekrefter dette at Sykehusbygg HF må fortsette å prioritere egne ressurser til ledelse og operativ styring av prosjektet.

Kan løsningen realiseres med bruk av eksisterende teknologi?

Markedet er presentert eksisterende arkitektur, teknologi og plattform og utfordret særskilt på om dette kan nyttiggjøres ved realisering av Kunnskapsbanken. Om dette skulle være gjennomførbart vil prosjektet unngå nyinvesteringer og prosessid knyttet til anskaffelse.

Gjennom dialogen bekrefter markedet at det vil være mulig å realisere løsningen for Kunnskapsbanken med eksisterende teknologi. Det betyr ikke at behovet for teknologiutvikling uteblir, men at dette kan gjøres innenfor eksisterende arkitektur, teknologi og plattform som benyttes i Sykehusbygg HF i dag. En forutsetning for at et slikt

valg kan tas er at løsningene er tilgjengelig for medarbeidere i helseforetakene utenfor Sykehusbygg HF sin infrastruktur. Prosjektet tar dette med inn i videre planarbeid.

«Prototype - Proof of concept»

Med bakgrunn i gjennomført markedsdialog er det besluttet å iverksette to uavhengige prototyper, som gjennomføres med kort tidshorisont.

En prototype (PoC – Proof of Concept) benyttes for utprøving av hypoteser og teknologi. Prototypingen tilrettelegges for å ligge tett opp mot en pilot, som ikke settes i produksjon. Prototypene vil resultere i «skarpe» funksjonelle løsninger og arkitektur med reell informasjon.

Protoyp 1 gjennomføres i partnerskap med Microsoft Norge og skal lede frem til et mulig produkt og løsningsarkitektur.

Protoyp 2 gjennomføres i partnerskap med Omega 365 Solutions og skal lede frem til ulike mulige løsningskomponenter.

Prototypingen gjennomføres i mai og juni 2023.

Kompetanse og kapasitet for å realisere løsning

Basert på gjennomført markedsdialog gjennomføres det en anskaffelse for «rammeavtale for bistand til Kunnskapsbanken». Rammeavtalen skal inngås med en langsiktig partner, som kan bistå med kapasitet og ekspertkompetanse innenfor områder som brukerdesign, konfigurasjon, arkitektur og teknologiråd.

Arbeidet med anskaffelsen er iverksatt. Prosedyren for denne anskaffelsen tilsier at realistisk kontrahering er august 2023.

Videre plan

Basert på innsiktsarbeidet er ønsket innhold i Kunnskapsbanken et sammenstilt kunnskapsgrunnlag basert på informasjon fra eksempelvis «tema», «rom» og «evaluering».

I forbindelse med arbeidet med prototypene vil prosjektet benytte eksisterende materiale innenfor disse kategoriene som informasjonskilder. Hypotetisk er dette også en strategi som kan benyttes for utvikling av den første releasen av Kunnskapsbanken.

Gjennom planfasen arbeides det kontinuerlig med å avgrense omfang i forhold til prosjektets mål.

Med bakgrunn i markedsdialog og videre prototyping tilpasses omfanget i tre trinn:

1. Tilrettelegge prioritert informasjon og gjøre det tilgjengelig i et søkbart format.
2. Øke graden av mindre informasjonsobjekter, som sammenstilles til brukerens behov.
3. Utnytte informasjon tilrettelagt i trinn 1 og 2 i en datadrevet metode.

For å nå målet om “sammenstilt, søkbart og tilgjengelig” må prosjektet ta høyde for å etablere rutiner og teknologi som støtter styring og forvaltning av informasjonen som etableres i første versjon.

Sentralt i dette arbeidet er å etablere et «faglig kjerneteam», som skal sørge for drift og forvaltning av Kunnskapsbankens innhold.

For prosjektets forankring er det viktig at deler av dette teamet utpekes og onboardes innen september 2023.

Saksbehandler: Kenth Hårsaker, Sjef for digitalisering

Sykehusbygg HF, 16.05.2023

Terje Bygland Nikolaisen
Administrerende direktør Sykehusbygg HF

Elektronisk godkjent uten signatur

SAK 34/2023

Revisjon av *Veileder for tidligfasen i sykehusbyggprosjekter***Forslag til beslutning**

Sykehusbygg HF oversender *Veileder for tidligfasen i sykehusbyggprosjekter* til eierne som svar på oppdrag gitt i oppdragsdokumentet for 2022.

Bakgrunn for saken

En veileder for tidligfasen i sykehusprosjekter ble første gang utgitt av Helsedirektoratet i 2006. Etter den tid er veilederen revidert flere ganger, senest i 2017.

Etter innspill om behov for en ny revisjon, gjennomførte Sykehusbygg høsten 2021 et erfaringsseminar for å avdekke i hvilken grad en revisjon er formålstjenlig. Deltagerne på seminaret var inviterte via de regionale helseforetakene og bestod av beslutningstagere/spesialister på ulike deler av tidligfasen i sykehusbyggprosjekter. I tillegg deltok tilsvarende spesialister fra Sykehusbygg HF.

Den overordnede og samstemte vurderingen fra erfaringsseminaret var at *Veileder for tidligfasen i sykehusbyggprosjekter* er god som den er, også til bruk i mindre prosjekter. Det ble anbefalt at veilederen derfor burde beholdes uten vesentlige endringer, selv om det ble oppfattet som formålstjenlig å foreta noen korrigeringer.

Etter gjennomføringen av erfaringsseminaret ble saken fremlagt for Kundeforum, som gjorde følgende vedtak:

Kundeforum anbefaler at det gjøres mindre korrigeringer i *Veileder for tidligfasen i sykehusbyggprosjekter*. Korrigeringene bør skje innenfor følgende rammer;

1. Veilederen bør samstemmes med øvrige veiledere.
2. De ulike prosjektfasene og beslutningspunktene i tidligfasen bør ligge fast, men det bør vurderes om temaet *lokalisering* bør tas ut av veilederen og om *funksjonsprosjektet* bør innlemmes i forprosjektfasen.
3. Tematisk innhold kan utdypes/forbedres. Feil bør rettes.
4. Veilederens omfang og detaljeringsgrad bør ikke endres i særlig grad.

Sykehusbygg HF fikk gjennom oppdragsdokumentet for 2022 i oppdrag å revidere *Veileder for tidligfasen i sykehusbyggprosjekter*:

Revisjon av Veileder for tidligfasen i sykehusbyggprosjekter gjennomføres i 2022. Innføring av bl.a. ny standard for klima og miljø og veileder for sikring av bygg og infrastruktur krever en revidering av veilederen. Revisjon av Veileder for tidligfasen i sykehusbyggprosjekter gjennomføres i 2022, og forslag til revidert veileder legges frem for eierne innen utgangen av 2022.

Prosjektet er nå i en avsluttende fase, og det foreligger et forslag til revidert veileder (Vedlegg 1).

Prosjektet har vært gjennomført i samråd med Kundeforum. Sykehusbyggs ledergruppe har vært styringsgruppe for prosjektet, mens Kundeforum også har fylt rollen som referansegruppe. Disse har deltatt i prosjektgruppen;

Fra Sykehusbygg HF:

Endre Fjellestad	prosjektleder eiendom	(leder)
Trude Fagerli	koordinator tidligfase	
Vigdis Hartmann	prosjektsjef prosjektgjennomføring	
Aud Kamilla Sivertsen	prosjektleder	
Pål Ingdal	seksjonsleder rådgiving og tidligfase	

Fra Helse Midt-Norge:

Lars Magnussen (HM-RHF)	eiendomssjef - eierstyring
-------------------------	----------------------------

Fra Helse Sør-Øst RHF:

Tora Langseth (HSØ-RHF)	prosjektsjef
Atle Berg (HSØ-RHF)	senior finansanalytiker

Fra Helse Vest RHF:

Hans Kristian Stenby (HV-RHF)	plansjef
Gro Jofrid Aarli (HV-RHF)	bygg- og eiendomssjef
Helge Vidar Bergmann (HB)	leder prosjektkontoret
Margrethe Aven Storheim (HB)	prosjektleder

Fra Helse Nord:

Lars Alvar Mickelsen (HN-RHF)	avdelingsleder drift og eiendom
Otto Larsen (NS HF)	avdelingsleder drift og eiendom

Tillitsvalgte:

Christian Grimsgaard (HSØ)	konserntillitsvalgt
Tommy Johansen (HSØ)	konsernverneombud

Fra Helse- og omsorgsdept.

Helga Daae	underdirektør	(observatør)
Martin Sjuls	spesialrådgiver	(observatør)

I tillegg til de nevnte har prosjektet rådført seg med en rekke fagpersoner, i og utenfor Sykehusbygg HF.

Sykehusbygg HFs ledergruppe ble orientert om status i prosjektet 06.09.2022, og anbefalte da at;

- *høringsrunden gjennomføres i tråd med prosjektplanen og etter innspill fra Kundeforum*
- *endelig forslag til revidert veileder legges frem for Sykehusbygg HFs styre for videre behandling.*

14.09.2022 behandlet Kundeforum et utkast til revidert veileder og anbefalte da at;
forslag til «Revidert veileder for tidligfasen i sykehusbyggprosjekter», sendes på høring til de regionale helseforetakene, etter slutføring av gjenstående arbeid og hensyntatt de innspill som framkom i møtet.

Etter Kundeforums behandling ble arbeidsgruppens forslag til revidert veileder først sjekket av med en rekke fagpersoner internt i Sykehusbygg HF, før forslaget ble sendt på høring til de regionale helseforetakene. Det var en samlet arbeidsgruppe som stilte seg bak det utsendte forslaget.

Det ble bedt om ett høringssvar fra hver region, og det kom inn en omfattende mengde høringssvar. Høringssvarene fra flere regioner inneholdt videresending av innspill fra underliggende helseforetak som til dels innebar motstridende syn.

Samtlige høringssvar er vedlagt saken (Vedlegg 2), hvor innspillene er sortert på tema med referanse til avsender. I vedlegget er det også beskrevet hvordan hvert enkelt innspill er håndtert, og det er benyttet fargekoder for «imøtekommet», «delvis imøtekommet» og «avvist». I hvert enkelt tilfelle er det begrunnet hvorfor et innspill er avvist.

Det er konsensus i den interregionale arbeidsgruppen om forslaget til revidert veileder som nå blir lagt frem for styret, herunder konsensus om håndtering av hvert enkelt høringsinnspill. Den interregionale arbeidsgruppen oppfatter seg dermed ferdig med sitt arbeid. Det gjenstår korrekturlesing og design på noen figurer, men dette er overlatt til prosjektledelsen å fullføre.

Det vedlagte forslaget ble fremlagt for Kundeforum 15.05.2023, hvor det ble gjort følgende vedtak:

Den interregionale arbeidsgruppen har utført et godt arbeid med revisjon av Veileder for tidligfasen i sykehusbyggprosjekter.

Kundeforum anbefaler at veilederen ikke blir sendt på ny høring, men at den blir oversendt styret i Sykehusbygg HF for beslutning om videre prosess.

Saken legges nå frem for styret i Sykehusbygg HF, for beslutning om videre prosess.

Grensesnitt og forhold til andre veiledere

Oppdragsbrevet nevner *Veileder for tidligfasen i sykehusbyggprosjekter*, men er ikke eksplisitt vedrørende konteksten som veilederen skal fungere i. Her er det vesentlig at det i *Veileder for arbeidet med utviklingsplaner* som ble revidert i 2021, ble lagt tydeligere føringer for eiendomsforvaltningen i helseforetakene, og derigjennom også tydeligere føringer for hvilket grunnlag som bør være etablert før det blir startet et byggeprosjekt i tidligfase;

Vedrørende bygg, skal det utvikles arealbruksplaner. Videre bør ulike typer tiltak som blant annet vedlikehold, ombygging, nybygging og avhending settes sammen i koordinerte tiltakspakker. Gjennomføringen av større enkeltprosjekter skal følge Veileder for tidligfasen i sykehusbyggprosjekter som før. Tidspunkt for igangsetting av større prosjekter skal fremgå ved rullering av økonomisk langtidsplan.

Oppdragsbrevet er tolket i lys av teksten i den reviderte *Veileder for arbeidet med utviklingsplaner*. I Sykehusbygg HF's interne prosjektplan ble prosjektets effektmål derfor definert slik:

Prosjektet skal legge til rette for en bedre gjennomføring av tidligfasen i sykehusbyggprosjekter og bidra til et mer konsistent hierarki av veiledere.

Mellom *Veileder for arbeidet med utviklingsplaner* og *Veileder for tidligfasen i sykehusbyggprosjekter*, eller mellom overordnet virksomhetsstrategi og tiltaksporteføljer på den ene siden – og et enkeltstående tiltak innenfor en av de fem innsatsfaktorene nevnt i *Veileder for arbeidet med utviklingsplaner* på den andre, er det et omfattende gap. En stor del av dette gapet bør være avklart før et byggeprosjekt blir oppstartet, slik at prosjektet kan understøtte helseforetakets strategier og overordnede planverk på en effektiv måte.

Som et svar på oppdragsbrevet i 2018, utarbeidet Sykehusbygg HF en veileder for håndtering av det nevnte gapet; *Veileder for utvikling og forvaltning av bygg og eiendom*. Denne veilederen tetter det nevnte gapet og forklarer en mulig prosess fra utviklingsplan til byggeprosjekt, gjennom en arealbruksplan og koordinerte tiltakspakker.

Veileder for utvikling og forvaltning av bygg og eiendom ble, i samsvar med vedtak i styresak 30/2020, oversendt de regionale helseforetakene, ved sekretariatet for eierstyringsgruppen, «for videre godkjenning hos eierne» av helseforetakene. I oversendingsbrevet, datert 01.10.2020, ble det gjort oppmerksom på at;

Det foreligger nå et konsistent sett med veiledere for bygg- og eiendomsområdet. Dette konsistente settet med veiledere dekker også det tidligere nevnte gapet mellom *Veileder for arbeidet med utviklingsplaner* og *Veileder for tidligfasen i sykehusbyggprosjekter*.

Noen helseforetak og regioner benytter denne veilederen til en viss grad, selv om den ikke har fått en formell status som gjør at den kan henvises til i *Veileder for tidligfasen i sykehusbyggprosjekter*. Følgelig, og formelt sett, så eksisterer fortsatt det nevnte gapet mellom *Veileder for arbeidet med utviklingsplaner* og *Veileder for tidligfasen i sykehusbyggprosjekter*.

I arbeidet med oppstart av byggeprosjekter i tidligfase oppstår det ofte uklarheter rundt prosjektets fundament, som det ikke er naturlig å legge til et byggeprosjekt å avklare. Disse uklarhetene skaper ofte utfordringer for en effektiv gjennomføring av byggeprosjekter. (Eksempler på dette er temaer som gjelder valg av lokasjon og avklaring av strategier som gjelder for hele helseforetaket eller for regionen.) I arbeidet med utarbeidelsen av et forslag til revidert *Veileder for tidligfasen i sykehusbyggprosjekter*, har det vært utfordrende å adressere det nevnte gapet mellom de to veilederne, uten å kunne henviser til veilederen som binder dem sammen.

Vurdering

Som nevnt innledningsvis er det bred enighet om at *Veileder for tidligfasen i sykehusbyggprosjekter* er en god veileder, og at det følgelig ikke er behov for omfattende endringer i den revisjonen som nå gjøres.

I arbeidsgruppens forslag til revidert veileder er derfor alle gjeldende prosjektfaser og beslutningspunkter foreslått beholdt, da med et unntak for beslutningspunkt BL, Beslutning om Lokalisering. Dette fordi arbeidsgruppen mener at temaet *lokalisering* i sin helhet burde vært tatt ut av tidligfasen. Begrunnelsen for dette er todelt:

1. Lokalisering omfatter typisk tematikk som vil få konsekvenser for store deler av et helseforetaks virksomhet og den overordnede porteføljen av helseforetakets tiltak. Følgelig bør lokalisering være avklart som et premiss, og forankret i overordnet planverk, før et byggeprosjekt blir etablert.
2. Prosesser knyttet til lokalisering vil i de fleste tilfeller være i en politisk kontekst, og på et så høyt strategisk nivå i helseforetaket, at føringer i en veileder for enkeltprosjekter neppe er formålstjenlig. Eventuelt vil dette temaet høre hjemme i Veileder for arbeidet med utviklingsplaner.

Gjennom høringsrunden kom det frem ulike syn på hvorvidt lokalisering burde tas ut av veilederen eller ikke, der det sterkeste argumentet for å beholde temaet er at det ikke er adressert i andre veiledere. Løsningen som er foreslått er derfor å legge denne tematikken i et vedlegg til veilederen, på en slik måte at det er lett å ta det ut på et senere tidspunkt, etter at det er beskrevet i den veilederen det hører hjemme.

Arbeidsgruppen har også foreslått at den eksterne kvalitetssikringen av konseptrapporten, bør omfatte en vurdering av den foreslåtte økonomiske rammen for prosjektet. Begrunnelsen er at det i svært mange prosjekter blir stilt spørsmål ved godheten i kalkylen som blir presentert.

Videre er følgende temaer spesielt utdypet og tydeliggjort i arbeidsgruppens forslag til revisjon:

- Det er tydeliggjort hvilket grunnlag som bør foreligge før prosjekteier fatter en B1-beslutning og etablerer et byggeprosjekt.
- Prosjektinnrammingen er tydeliggjort som en avklaringsfase mellom helseforetakets linjeorganisasjon og byggeprosjektet.
- Samhandlingen om, og byggeprosjektets bidrag til virksomhetsutvikling, er tydeliggjort
- Forskjellene mellom helseforetakets OU-prosesser og byggeprosjektets medvirkningsprosesser er tydeliggjorte.
- Forprosjektfasen er mer omfattende beskrevet.
- Evaluering er mer omfattende beskrevet.
- Klima og miljø, samt sikkerhet, er tatt inn som nye tema.
- Det er gjennomført en generell opprydding i semantikk og begrepsbruk

I tillegg er kapittelstrukturen forenklet og en rekke enkeltforhold er presiserte.

Når det gjelder videre saksgang har det vært diskutert, både i den interregionale arbeidsgruppen og i Kundeforum, hvorvidt det er hensiktsmessig å sende veilederen på en ny høringsrunde eller ikke. Den omfattende mengden innspill taler for en ny høringsrunde, mens det er flere argumenter som taler mot:

- De fleste regionene fremhever enten omfattende involvering eller få innspill i den gjennomførte høringsrunden.
- Imøtekomne innspill oppfattes ikke å være kontroversielle eller å «ta parti» i problemstillinger der regionene har ulik praksis.
- Avviste høringsinnspill er i hovedsak begrunnet med at innspillet står i motstrid til interregionale vedtak, andre veiledere, eller at innspillet ligger utenfor arbeidsgruppens mandat å vurdere.

Kundeforums tilråding om å ikke gjennomføre en ny høringsrunde blir derfor videreført.

Vedlegg:

Vedlegg 1: Forslag til revidert *Veileder for tidligfasen i sykehusbyggprosjekter*

Vedlegg 2: Dokumentasjon på håndtering av høringsuttalelsene

Saksbehandler: Endre Fjellestad

Sykehusbygg HF, 16.05.2023

Terje Bygland Nikolaisen

Administrerende direktør, Sykehusbygg HF

2023



VEILEDER FOR TIDLIGFASEN I SYKEHUSBYGGPROSJEKTER



Revidert 2023

HELSE  SØR-ØST

HELSE  VEST

HELSE  MIDT-NORGE

HELSE  NORD

Versjon		
Navn veileder	Dato	Status
Veileder for tidligfasen i sykehusbyggprosjekter	Sept. / Okt. 2017	Gyldig
Veileder for tidligfasen i sykehusbyggprosjekter	23.05.2023	Fremlagt for styret i Sykehusbygg HF

Bestiller / eier av veileder	
Eier av dokumentet	Myndighet til å gjennomføre og godkjenne revisjon
De regionale helseforetakene	De regionale helseforetakene

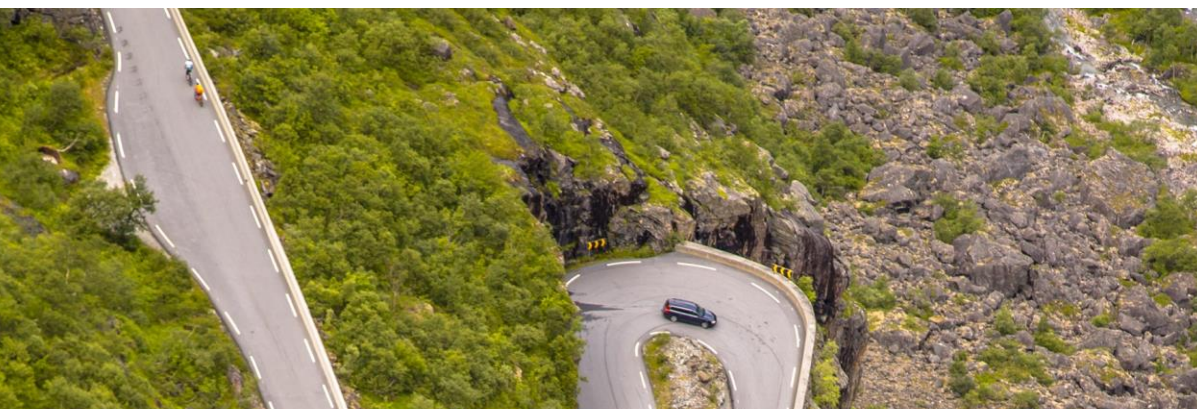
Revisjonsplan
Veileder skal, i samsvar med vedtatt forvaltningsstrategi, vurderes for revisjon hvert 2. år. Forslag til endringer vurderes av kundeforum. Revisjon godkjennes av de regionale helseforetakene.

Endringslogg
Endringer fra forrige versjon er tilgjengelig som eget dokument hos Sykehusbygg HF

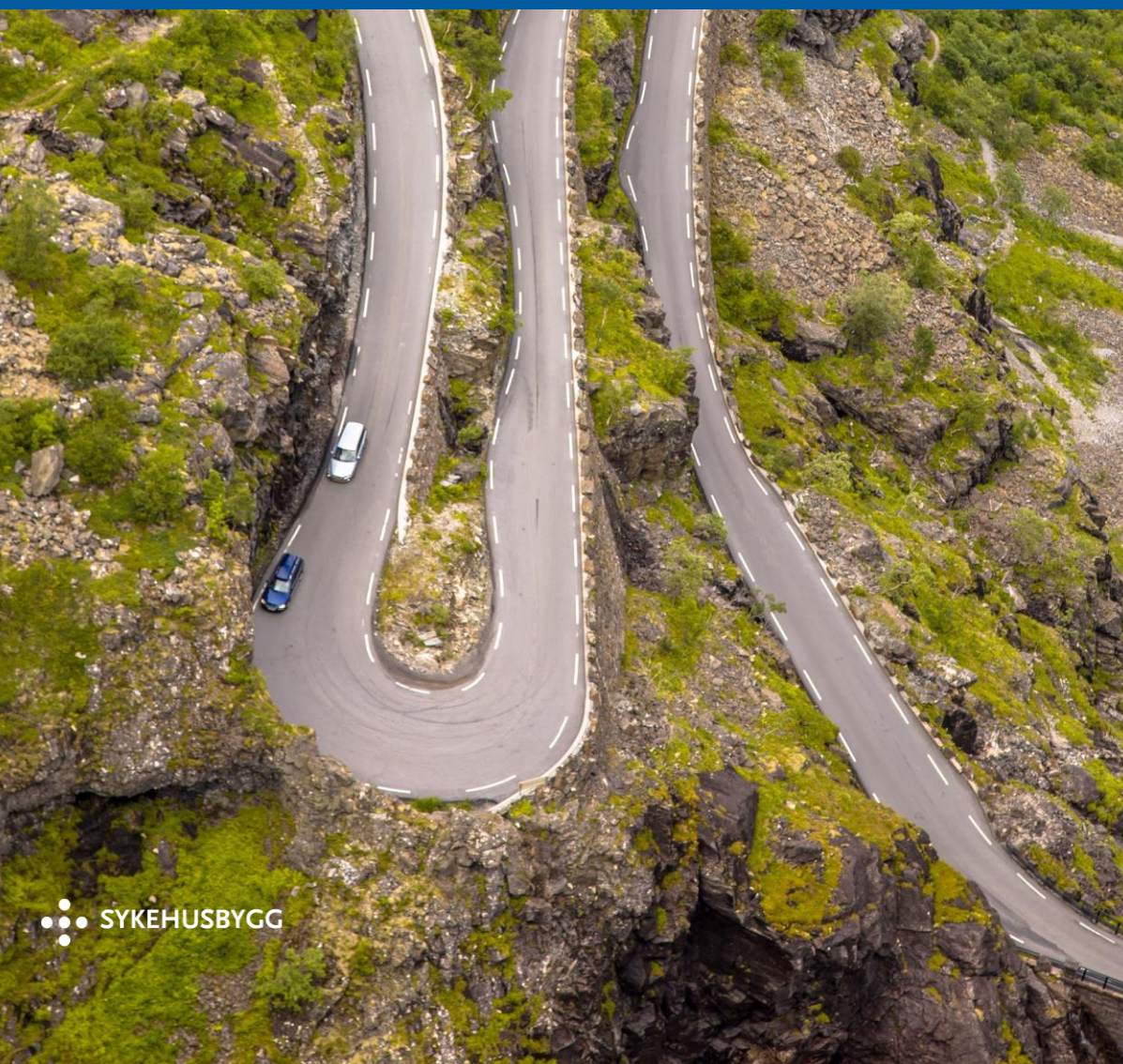
BEHANDLINGSPROSEDYRE REVIDERT VERSJON		
Versjon	Instans	Dato
Høringsversjon	Sendt de regionale helseforetakene for innspill	
Endelig versjon til behandling		

INNHOLDSFORTEGNELSE

1	INTRODUKSJON	5	6.3	LEVERANSER	26
1.1	TIDLIGFASEN I SYKEHUSBYGGPROSJEKTER	5	6.4	ARBEIDSPROSESSER	26
1.2	FORMÅL MED VEILEDEREN	5	6.5	VERKTØY	28
1.3	PLANGRUNNLAG	5	6.6	INVESTERINGSBESLUTNING	28
1.4	UTVIKLING AV VIRKSOMHET OG BYGG I TIDLIGFASEN	6	7	VIDERE ARBEID ETTER TIDLIGFASEN	30
1.5	MÅLGRUPPER OG BRUK AV VEILEDEREN	7	8	ØKONOMISKE BEREKNINGER	32
1.6	KRITISKE SUKSESSFaktorER	7	8.1	FORMÅL	32
2	OVERORDNET STYRING	8	8.2	GRUNNLAG	32
3	TIDLIGFASEN – Faser og beslutningspunkt	10	8.3	ØKONOMISK BÆREEVNE	33
4	PROSJEKTINNRAMMING	13	8.4	ANALYSENIVÅER	33
4.1	FORMÅL	13	8.5	METODE	33
4.2	GRUNNLAG	13	9	SAMHANDLING OG MEDVIRKNING I UTVIKLINGEN AV VIRKSOMHET OG BYGG	36
4.3	LEVERANSER	13	9.1	SAMHANDLING	37
4.4	ARBEIDSPROSESSER	14	9.2	MEDVIRKNING	37
4.5	VERKTØY	16	9.3	ORGANISASJONSUTVIKLING	37
4.6	OPPSTART AV KONSEPTFASE	16	VEDLEGG	39	
5	KONSEPTFASEN	18	9.4	A – Beslutningspunkter og beslutningsgrunnlag	39
5.1	FORMÅL	18	9.5	B – Mandat (eiers bestilling)	40
5.2	GRUNNLAG	18	9.6	C – Styringsdokument	42
5.3	LEVERANSER	18	9.7	D – Hovedprogram	44
5.4	KONSEPTFASENS TO STEG	19	9.8	E – Konseptrapport	45
5.5	ARBEIDSPROSESSER STEG 1	20	9.9	F – Forprosjektrapport	46
5.6	VALG AV KONSEPT FOR UTREDING I STEG 2	21	9.10	G – KSK-rapport	48
5.7	ARBEIDSPROSESSER I STEG 2	22	9.11	H – Prosjektinnramming: utdyping	49
5.8	VERKTØY	23	9.12	I – Avklaring lokalisering	50
5.9	VALG AV KONSEPT	24	9.13	J – Definisjoner av begreper og forkortelser	52
6	FORPROSJEKTFASE	26			
6.1	FORMÅL	26			
6.2	GRUNNLAG	26			



INTRODUKSJON



1 INTRODUKSJON

1.1 TIDLIGFASEN I SYKEHUSBYGGPROSJEKTER

Tidligfasen i et sykehusbyggprosjekt er en fellesbetegnelse på de fasene et byggeprosjekt må gjennom før det kan fattes en endelig investeringsbeslutning. Tidligfasen starter med eiers beslutning om oppstart av utredning av et mulig byggeprosjekt (B1-beslutning), og avsluttes (senest) med en investeringsbeslutning (B4-beslutning), der vedtak om gjennomføring av et byggeprosjekt eventuelt blir fattet. Tidligfasen omfatter de tre delfasene; prosjekttinnramming, konseptfase og forprosjektfase.

Spesialisthelsetjenesten har en styringsmodell og en prosjektmodell som avviker fra styringen av andre statlige foretak og prosjekter. Det er derfor utarbeidet en egen veileder for tidligfasen i sykehusbyggprosjekter.

1.2 FORMÅL MED VEILEDEREN

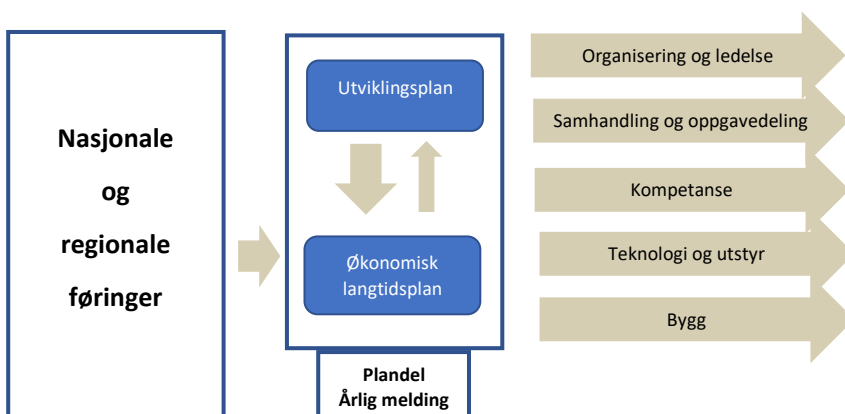
Formålet med veilederen er å sikre et best mulig underlag for prosjekteiers beslutninger og eierstyring¹.

Veilederen skal blant annet bidra til:

- at det konseptet som best støtter opp under helseforetakets strategi og overordnet planverk blir valgt
- en god prosess og et godt beslutningsunderlag i de ulike fasene i planlegging av et sykehusbyggprosjekt
- at prosjektet blir bærekraftig og gir forventet effekt på driften av sykehuset

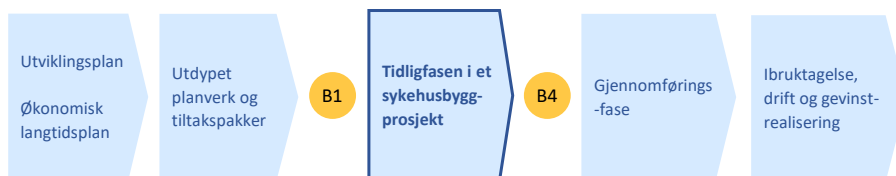
1.3 PLANGRUNNLAG

Helseforetakets utviklingsplan er helseforetakets øverste strategiske dokument, og øvrig planverk er en videreføring av denne. Utviklingsplanen baseres på nasjonale og regionale føringer og strategier, og sammen med økonomisk langtidsplan gir den en samlet utviklingsretning for helseforetaket. Utviklingsplanen skal også vise hvordan de viktigste innsatsfaktorene understøtter den ønskede utviklingsretningen for helseforetaket. Bygg er en av disse innsatsfaktorene:



¹ God eierstyring i sykehusbyggprosjekter innebærer evnen til å håndtere både virksomhetsperspektivet, brukerperspektivet og perspektivet for prosjektgjennomføring på en balansert måte. Se også definisjon på eierstyring i Vedlegg J.

Ifølge *Veileder for arbeidet med utviklingsplaner* skal helseforetakene utarbeide arealbruksplaner². Videre er det anbefalt at ulike typer bygningsmessige tiltak, som blant annet vedlikehold, ombygging, nybygging og avhending bør settes sammen i koordinerte tiltakspakker (prosjektprogram). Ett eksempel på hvordan dette kan gjøres er vist i *Veileder for utvikling og forvaltning av bygg og eiendom*³. Et byggeprosjekt som gjennomføres i tråd med *Veileder for tidligfasen i sykehusbyggprosjekter* bør ha sitt utspring i en slik tiltakspakke.



Dette betyr at veilederen legger til grunn at tiltaket/prosjektet er forankret i helseforetakets utviklingsplan og annet planverk/tiltakspakker, og at funksjonsfordeling, struktur og samfunnseffekter er tilstrekkelig vurdert i arbeidet med helseforetakets utviklingsplan. Det legges også til grunn at det foreligger en arealbruksplan og at overordnede føringer som er gjeldende for helseregionen, helseforetaket, eller for flere byggeprosjekter, er tydeliggjort av helseforetaket så tidlig som mulig, og senest før det fattes en B2-beslutning, jfr. kap. 3. Dette vil typisk omfatte rammer og utviklingsretninger som omhandler pasientstrømmer, logistikk-løsninger, IKT, med mer. Tidligfasen i et byggeprosjekt har dermed hovedvekt på å;

1. definere krav til bygg, teknikk og utstyr
2. utrede mulige alternative løsningskonsepter
3. velge den beste utbyggingsløsningen

Det er først når rammene rundt hvert enkelt byggeprosjekt er godt definerte at det enkelte prosjekt kan gjennomføres og også understøtte kjernevirksomheten på en effektiv måte. Derfor må det så tidlig som mulig avklares, helst før prosjektstart, om tiltaket/prosjektet er tilfredsstillende forankret i utviklingsplanen og annet overordnet planverk. Det må også avklares hvorvidt det skal gjennomføres tilleggsutredninger og hvorvidt det er behov for andre avklaringer.

1.4 UTVIKLING AV VIRKSOMHET OG BYGG I TIDLIGFASEN

Gjennomføring av en tidligfase i et byggeprosjekt vil gjerne medføre nye muligheter for utvikling av helseforetakets virksomhet⁴, og nye arealer vil gjerne få direkte konsekvenser for pasientforløp, arbeidsprosesser, organisering, eller andre deler av helseforetakets virksomhet. Det anbefales derfor at helseforetaket, så tidlig som mulig, etablerer et utviklingsprosjekt/mottaksprosjekt. Dette prosjektet bør gis et helhetlig ansvar for å utvikle de delene av virksomheten som blir berørt av de nye arealene, herunder organisasjonen. Virksomhetsutviklingen bør skje parallelt med, og i sammenheng med byggeprosjektet, til dels også gjennom medvirkningsprosessene. Helseforetaket må derfor ha beredskap for å kunne svare ut byggeprosjektets behov for avklaringer som gjelder virksomheten i takt med prosjektutviklingen. Det er en kritisk suksessfaktor at helseforetakets utviklingsprosjekt blir koordinert med byggeprosjektet og at grensesnittene er tydelige. Temaet er utdypet i kapittel 9.

² En arealbruksplan er en konkretisering av en utviklingsplan/eiendomsstrategi. Arealbruksplanen bør ta utgangspunkt i klinikkens bruk av dagens arealer og de enkelte klinikkens overordnede arealbehov, og gir en detaljert oversikt over de enkelte klinikkens nåværende og framtidige behov for arealer. Arealbruksplanen gir også en oversikt over de gjeldende arealdisposisjonene, herunder eventuelle planlagte endringer i arealbruk som følge av omdisponeringer, utbygginger eller avhendinger.

³ Sykehusbygg 2020

⁴ Virksomhetsutvikling er en bred betegnelse på de aktivitetene helseforetaket gjennomfører i den hensikt å forbedre virksomheten. Virksomhetsutvikling omfatter mange fagområder, også organisasjonsutvikling (OU), og foregår på alle nivå i organisasjonen. Styret/toppleddet har ansvar for det strategiske, mens mindre omfattende justeringer vil bli gjennomført på et lavere nivå i organisasjonen, utført enten gjennom helseforetakets styringslinje eller i enkeltprosjekter.

1.5 MÅLGRUPPER OG BRUK AV VEILEDEREN

Veilederen beskriver hvordan tidligfasen for byggeprosjekter i helseforetakene bør gjennomføres. Veilederen gir, på et overordnet nivå, retningslinjer for hva som bør inngå i de ulike fasene, hvilke analyser som bør gjennomføres, hvilke beslutningsdokumenter som skal utarbeides, og hva som skal besluttet ved de enkelte beslutningspunktene.

Veilederen er skrevet for alle som arbeider med tidligfasen. De tre innledende kapitlene er primært skrevet for beslutningstagere, mens øvrige kapitler er mer detaljerte og er skrevet primært for de som er utførende i prosjektene.

Veilederen gir anbefalinger og gir ikke en uttømmende liste over forhold som må ivaretas. Veilederen beskriver til dels omfang og kvalitetsnivå på de ulike utredninger og leveransene, men er ikke for detaljert på dette området. Forventningene til dette må avklares med prosjekteier i hvert enkelt tilfelle og tilnærming og omfang av utredninger bør i alle tilfeller tilpasses prosjektets egenart og kompleksitet.

Veilederen skal benyttes i sykehusbyggprosjekter med forventet kostnad over 500 millioner kroner. Den bør også brukes i mindre prosjekter.

Vedleggene kan bli oppdaterte uten at selve veilederen revideres. Øvrige veiledere er tilgjengelig på www.sykehusbygg.no, og på de regionale helseforetakenes egne nettsider.

1.6 KRITISKE SUKSESSFaktorER

Et sykehusbyggprosjekt i tidligfasen er et komplekst prosjekt med mange fallgruver og suksessfaktorer. Gjennom hele tidligfasen bør det derfor være et spesielt fokus på følgende punkter, som ikke er utfyllende:

- Prosjekteierstyring som tydeliggjør de store linjene i prosjektet
- Tydelig organisering og rollebeskrivelser, herunder tydelige grensesnitt mellom prosjektet og prosjektets interessenter
- Godt lederskap
- God kompetanse til rett tid i alle ledd

2 OVERORDNET STYRING

Helseforetaksmodellen legger til grunn at de regionale helseforetakene har et helhetlig ansvar for investeringer og drift i sykehusene, jf. §2A i Lov om helseforetak m.m. (helseforetaksloven).

De regionale helseforetakene har beslutningskompetanse til å prioritere og planlegge de ulike investeringsprosjektene i regionen, samt igangsette enkeltprosjekter (helseforetaksloven §2A) og kvalitetssikre disse.

En viktig forutsetning for å kunne plassere beslutningskompetanse i de regionale helseforetakene, er at de regionale helseforetakene innpasser prosjektene innenfor helhetlige, faglige og økonomiske rammer, slik at framtidige kostnader kan håndteres når investeringen er ferdigstilt (økonomisk bæreevne).

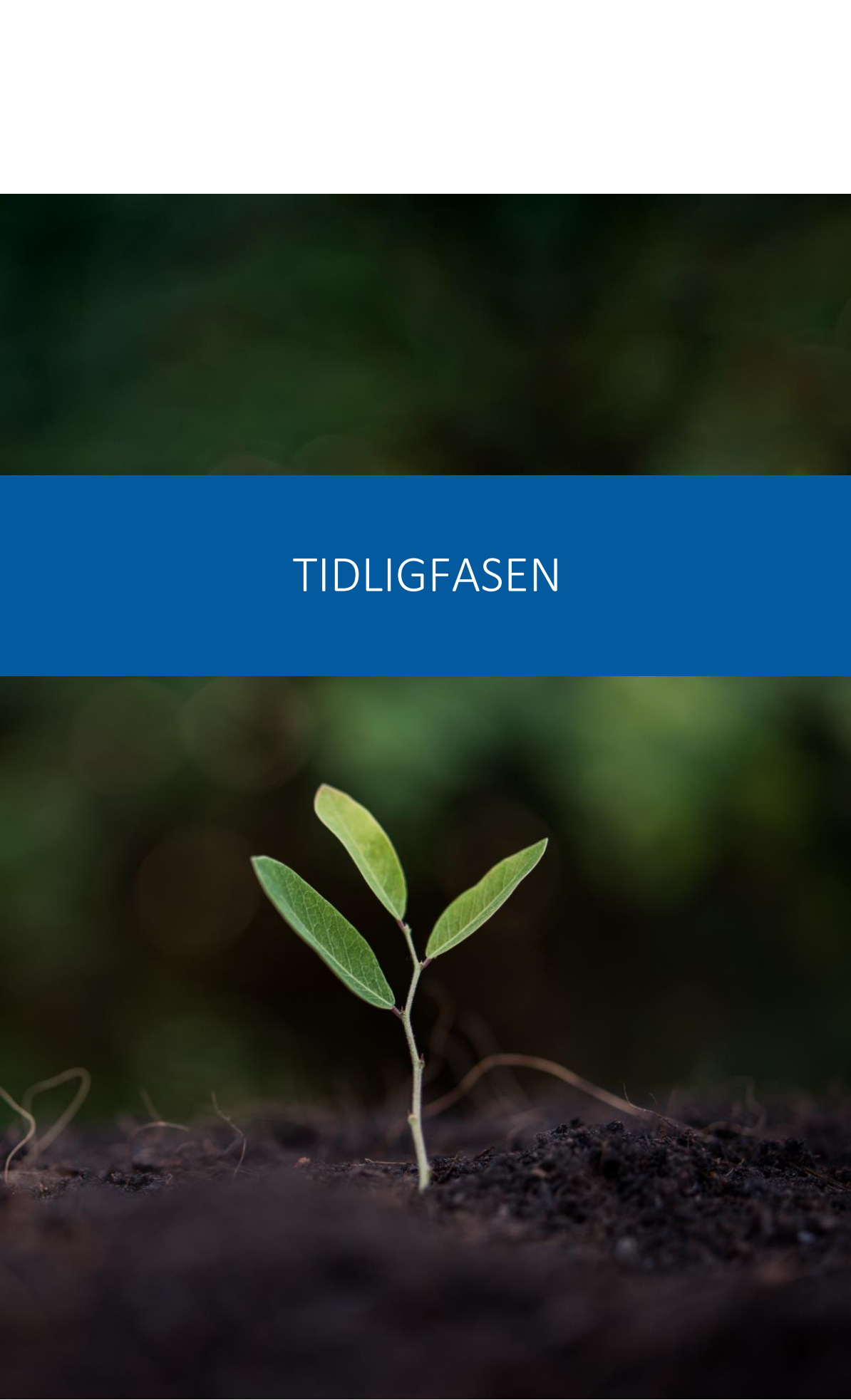
Investeringsprosjekter skal være forankret i utviklingsplaner og økonomiske langtidsplaner, dvs. at investeringer som foreslås skal fremme de mål og strategier som er gjeldende på nasjonalt, regionalt og lokalt (helseforetak) nivå.

De regionale helseforetakene/helseforetakene skal som prosjekteiere gjennomføre ekstern kvalitetssikring av konseptvalg (KSK) for investeringer med forventet kostnad over 500 millioner kroner.

Helseforetakene har ingen generell foreleggelsesplikt for de enkelte prosjektene. Som del av styringsdialogen skal det for store prosjekter (med forventet projektkostnad over 500 millioner kroner) foreligge en konseptrapport og KSK. Ved en eventuell lånesøknad for prosjektet, legges dette fram for departementet sammen med det regionale helseforetakets vurdering

Sykehusbygg HF ble stiftet i 2014 med de fire regionale helseforetakene som eier. Det felleseide foretaket sikrer erfaringsoverføring, standardisering, samordning og læring mellom ulike prosjekter og skal være et nasjonalt kompetansemiljø for sykehusplanlegging og -bygging på høyt internasjonalt nivå.

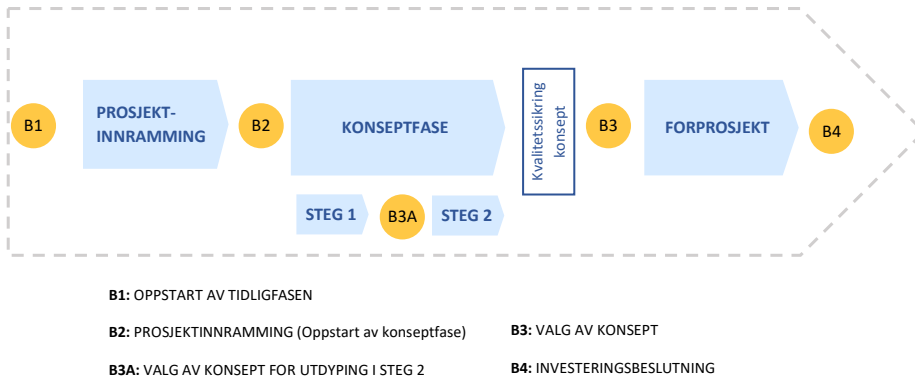
Sykehusbygg HF skal benyttes i alle større byggprosjekter (over 500 millioner kroner) hvor helseforetak eller regionalt helseforetak er prosjekteier.



TIDLIGFASEN

3 TIDLIGFASEN – Faser og beslutningspunkt

Tidligfasen omfatter de tre delfasene innenfor den stiplede linjen i figuren nedenfor; prosjekttinnramming, konseptfase og forprosjektfase, der konseptfasen gjennomføres i to steg. Mellom hver delfase, og mellom stegene i konseptfasen er der et beslutningspunkt.



Ved hvert beslutningspunkt tas det stilling til om prosjektet skal videreføres, og på hvilket grunnlag. Det vil da være naturlig å revurdere prosjektets styringsdokument, organisering mm. Det er prosjekteier som «eier» alle beslutningspunktene nevnt i denne veilederen. Prosjektet leverer et beslutningsgrunnlag.

Beslutningen om å videreføre prosjektet til neste fase, utsette eller stoppe prosjektet, skal tas i tråd med det regionale og lokale helseforetakets fullmaksstruktur. I en slik beslutning kan det bli stilt krav om å gjennomføre ytterligere arbeid før beslutningspunktet kan passeres og neste prosjektfase påbegynnes.

Beslutningspunkt **B1** Oppstart av tidligfasen

I tråd med overordnet planverk (utviklingsplan, økonomisk langtidsplan med flere) i helseforetaket, beslutter prosjekteier at det skal startes en tidligfaseutredning av et mulig byggeprosjekt. Dette vil ha form av et styrevedtak med et nærmere spesifisert oppdrag, eventuelt også omsatt i et mandat for arbeidet. Form og innhold på beslutningen vil variere fra prosjekt til prosjekt, men det er viktig at følgende premisser er avklart;

- Forankring av oppdraget
- Særlige prosjektutløsende faktorer og målhierarki
- Grensesnitt mot andre tiltak
- Aktuell sykehusstruktur med funksjonsfordeling og lokalisering
- Eventuelt andre rammer for prosjektet

Med bakgrunn i styrets beslutning om oppstart av tidligfaseplanlegging av et eventuelt byggeprosjekt, opprettes det en prosjektorganisasjon, eventuelt med et ytterligere presisert oppdrag.

Noen prosesser er tidkrevende når det gjelder utredninger/avklaringer. Eksempler på dette er tomteavklaringer som kan kreve egen planprosess med tilhørende utredninger, medvirkningsprosesser, avklaringer av virksomhetsinnhold og beslutningsprosesser. Det er derfor viktig at det blir satt av tid og ressurser til prosjekttinnrammingen, eventuelt konseptfasen, som står i forhold til det som skal gjøres av utredninger/avklaringer, jfr. også kap. 9.

I mindre og mellomstore prosjekter som har et godt prosjektfundament, kan det være naturlig å slå sammen oppstarten av prosjektet (B1) og innrammingen av prosjektet (B2).

I forbindelse med prosjektinnrammingen skal det settes av midler til førevaluering og til evaluering av prosjektgjennomføringen, både tidligfasen og gjennomføringsfasen. Helseforetaket skal også sette av midler til etter evaluering av byggeprosjektet.

Prosjektinnramming ➡ **B2** Oppstart av konseptfase

Etter at oppstart av en tidligfase for et mulig byggeprosjekt er besluttet, vil det være behov for at prosjektorganisasjonen dokumenterer sin forståelse av oppdraget i samarbeid med prosjekteier. I prosjektinnrammingsfasen påser derfor prosjektorganisasjonen at oppdraget er tilfredsstillende tydeliggjort, avgrenset i forhold til andre tiltak, avklart i forhold til hvilke alternativer som skal utredes/evalueres og hvordan disse prosessene planlegges gjennomført, samt foreslår eventuelle presiseringer. Leveransen for fasen er bl.a. forslag til et styringsdokument for prosjektgjennomføringen. Dette styringsdokumentet følger prosjektet og oppdateres ved hver faseovergang.

I en B2-beslutning vurderer prosjekteier prosjektets leveranser fra prosjektinnrammingen og beslutter hvorvidt det skal startes en konseptfase.

Konseptfasen steg 1 ➡ **B3A** Valg av konsept for utdyping i steg 2

I konseptfasen utarbeides forslag til hovedprogram. Hovedprogrammet klargjør de forutsetningene som ligger til grunn for planarbeidet, virksomhetsinnhold, dimensjonering, overordnede funksjonelle og tekniske krav osv. Mulige løsningsalternativer og tilhørende økonomiske analyser utredes og evalueres basert på gitte kriterier. Fasen skal sikre at eier får frem det beste alternativet innenfor de rammene som er gitt.

Beslutning om sykehustomt innenfor den lokaliseringen som er valgt, skal være avklart senest innen oppstart av steg to i konseptfasen.

I B3A-beslutningen velger prosjekteier hvilket konsept som eventuelt skal utredes videre og beslutter hva som skal detaljeres videre i prosjektet.

Konseptfasen steg 2 ➡ **B3** Valg av konsept

I konseptfasen steg 2 videreutvikles det valgte alternativet gjennom et skisseprosjekt med økonomiske analyser. Hovedprogrammet detaljeres. I tillegg skal det for prosjekter med forventet kostnad over 500 millioner kroner gjøres en ekstern kvalitetssikring av konseptrapporten (KSK).

I B3-beslutningen tar eier stilling til det utarbeidede konseptet og beslutter hvorvidt det skal startes en forprosjektfase basert på valgt konsept.

Forprosjektfasen ➡ **B4** Investeringsbeslutning

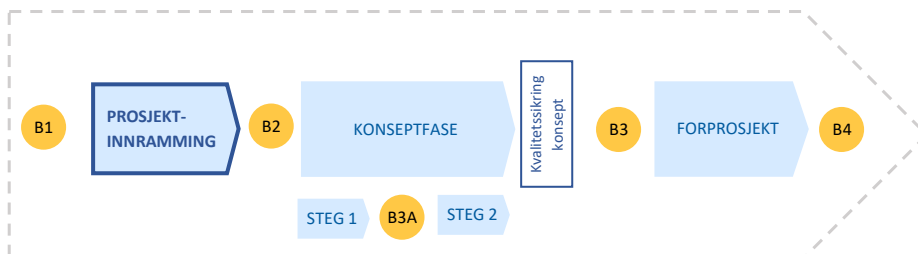
Gjennom forprosjektet bearbeides det valgte konseptet videre og det lages et beslutningsunderlag for investeringsbeslutningen.

I B4-beslutningen fattes en endelig beslutning om å gjennomføre eller stoppe byggeprosjektet.

Dersom det blir besluttet å gjennomføre byggeprosjektet, kan en ny fase med å realisere bygget starte.

PROSJEKTINNRAMMING

4 PROSJEKTINNRAMMING



4.1 FORMÅL

Formålet med prosjektinnrammingen er å avgrense og tydeliggjøre prosjektets innhold og gjennomføring. I dette ligger det å sikre at prosjektet blir en understøtting av overordnet planverk, at det blir koordinert med øvrige tiltak i helseforetaket, samt at det blir lagt et godt grunnlag for en effektiv prosjektgjennomføring. Det er også et formål å legge til rette for læring, både i prosjektperioden og etter at nye arealer er tatt i bruk.

Dette betyr at:

- Prosjektet må presiseres og avgrenses i forhold til andre tiltak, både når det gjelder innhold, økonomisk bæreevne og tid for gjennomføring
- Prosjektet bør gis føringer og avgrensninger på hvilke alternativer som ønskes utredet i form av tomter, virksomhetsalternativer og bygg/løsningsalternativer
- Det må avklares hva som eventuelt kreves av tilleggssarbeid/utredninger før konseptfasen kan starte
- Prosjektet må utarbeide forslag til kriterier for hvordan de ulike alternativene skal rangeres innbyrdes
- Det må utarbeides et styringsdokument, som skal sikre god eier- og prosjektstyring
- Evaluering må planlegges.

Uavklarte premisser og føringer for prosjektet vil gjerne påføre prosjektet større kostnader og mer tidsbruk jo senere i prosjektet de blir håndtert. På den andre siden vil utredninger påføre prosjektet kostnader. Det er derfor viktig at premisser blir avklart, og føringer blir gitt, så tidlig i prosjektløpet som praktisk mulig - herunder en tydeliggjøring av omfang og detaljgrad på utredninger.

4.2 GRUNNLAG

Fasen bygger på beslutning om oppstart av en tidligfase (B1-beslutning), hvor prosjektet blir gitt et mandat. Prosjektet skal i tillegg bygge på følgende grunnlag:

- Utviklingsplan, økonomisk langtidsplan og andre overordnede planer
- Arealbruksplan for arealer som blir berørte (direkte eller indirekte som følge av rokader e.l.)
- Krav til klima og miljø
- Eventuelle andre krav og føringer

I tillegg til det som framkommer gjennom B1-beslutningen, vil det potensielt være behov for en rekke avklaringer mellom helseforetaket og prosjektet. Noen av de avklaringene som man bør ha et bevisst forhold til er opplistet i Vedlegg H.

4.3 LEVERANSER

Prosjektinnrammingen skal resultere i følgende leveranser:

- Forslag til styringsdokument med særlig vekt på å avgrense og tydeliggjøre prosjektets innhold og gjennomføring (jfr. mal i vedlegg C)
- Forslag til kriterier for alternativvurdering av prioritering av løsningsalternativer
- Forslag til kriterier for valg av tomt dersom dette er aktuelt (jfr. vedlegg H)
- Forslag til oppdatert mandat dersom det er behov for dette.
- Investeringsestimater
- Finansieringsplan (om den ikke foreligger)
- Analyse av økonomisk bæreevne på prosjekt- og helseforetaksnivå
- Overordnet gevinstoversikt for hvert alternativ

4.4 ARBEIDSPROSESSER

4.4.1 Utarbeide styringsdokument

Hovedprosessen i utarbeidelse av styringsdokumentet vil være knyttet til å få avklart hvordan tidligfasen skal gjennomføres, hvem som kan/skal beslutte hva, når beslutninger skal fattes og hvilke rammer prosjektet skal forholde seg til. Gapet mellom det som er avklart og det som burde vært avklart før etablering av prosjektet, jfr. innholdet i Bilag C, vil gi en indikasjon på hvilke prosesser som bør etableres. Styringsdokumentet bygger på oppstarten av tidligfasen (B1- beslutningen), avklaringer kommet frem i prosjekttinnrammingen, og bør være et levende dokument som oppdateres ved inngangen til hver fase, helt fram til overlevering av bygget. Styringsdokumentet bør omfatte en beskrivelse av hvordan prosjektet er tenkt koordinert med helseforetakets utviklings/mottaksprosjekt, jfr. kapittel 1.4. Styringsdokumentets omfang kan ses i sammenheng med mandatets detaljgrad, og tilpasses, slik at dokumentene utfyller hverandre.

Oppbygging og forslag til innhold i styringsdokumentet er beskrevet i vedlegg C.

4.4.2 Utarbeide kriterier for alternativvurdering

I arbeidet med prosjekttinnrammingen utarbeides evalueringskriterier som skal gi grunnlag for å kunne skille de ulike alternativene opp imot hverandre.

Kriteriene skal sikre at man velger det alternativet som best løser effektmålene og de prosjekttuløsende faktorene for prosjektet.

Punktene under viser noen overordnede eksempler på aktuelle områder å utforme kriterier på:

- Målhierarki (ønsket utviklingsretning)
- Økonomiske effekter av prosjektet
- Byggets kvalitet, fleksibilitet og elastisitet
- Bærekraft i form av ytre miljø, energibehov, CO2 utslipp

Kriteriene for alternativvurdering besluttet av prosjekteier. Det anbefales at prosjektet, i løpet av prosjekttinnrammingen, forslår en prosess for utarbeidelsen av kriteriene, prioriteringen og for gjennomføring av evaluering for valg av alternativ inkludert nødvendig medvirkning og forankring. Endelig beslutning om valg av ett alternativ som skal utdypes i konseptfasens steg 2 (B3A-beslutning) utføres av prosjekteier, se kap. 5.6.

4.4.3 Tomteanalyse, konsekvensutredning og regulering

Det skilles mellom prosessene for å utrede og avklare lokalisering og tomt for sykehusbygg. Begrepet lokalisering benyttes her i de tilfeller der sykehusstruktur endres, og ulikt sted kan gi ulike betingelser for virksomheten og/eller konsekvenser for interessenter. Begrepet tomt benyttes om geografisk plassering innenfor en valgt lokasjon. Det forutsettes at lokalisering som følge av endret sykehusstruktur avklares i arbeidet med utviklingsplanen. Denne prosessen er beskrevet i vedlegg I.

Dersom valg av sykehustomt ikke er avklart bør styringsdokumentet omtale hvilken prosess som anbefales. Tomteprosessen er ofte todelt;

- Tomtesøk og nedvalg av tomter som legges til grunn for utredning av ulike løsningsalternativer i konseptfasen steg 1, bør være avklart før oppstart konseptfasen.

- Endelig beslutning om tomt sees i sammenheng med valgt hovedalternativ og bør senest være avklart innen oppstart av konseptfasen steg 2.

Begrepet tomt benyttes her om en geografisk plassering innenfor den lokalisering som er valgt. Det må innledningsvis avklares om tiltaket i seg selv er av en størrelse som kan gi vesentlige virkninger og konsekvenser for miljø og samfunn slik at tiltaket utløser krav om planprogram, konsekvensutredning (KU) og risiko- og sårbarhetsanalyser (jfr. plan- og bygningsloven § 4). Den offentlige planprosessen er tidkrevende med egen medvirknings- og beslutningsprosess som kan gi føringer for prosjektets øvrige ressurser og aktiviteter.

Gjennom tomtanalysen evalueres tomtealternativene. Valg av metode, evalueringskriterier og prosess for nedvalg av aktuelle sykehustomter, krever samhandling med berørte kommuner og offentlige planmyndigheter og bør avklares senest i prosjektinnramming. Evalueringskriteriene godkjennes av prosjekteier.

Forskrift om konsekvensutredning §21 og Standard for klima og miljø i sykehusprosjekter (2021) vil blant annet være førende for kriteriene på relevante områder. I tillegg må vurderingene baseres på overordnede statlige, regionale og sykehusfaglige føringer og retningslinjer som påvirker valg av sykehustomt.

Når tomt er valgt kan arbeidet med reguleringsplan starte opp.

4.4.4 Gjennomføre økonomiske analyser

Overordnede investeringsestimat og analyser av økonomisk bæreevne på prosjekt- og helseforetaksnivå skal oppdateres. Dersom økonomiske analyser ikke er utarbeidet tidligere, bør dette gjøres i prosjektinnrammingen. Det bør utarbeides en overordnet gevinstoversikt for hvert av alternativene, der formålet er å synliggjøre forskjeller mellom disse. Prosjektets finansierungsplan bør utarbeides.

4.4.5 Håndtering av nullalternativet

Et nullalternativ er en beskrivelse av det alternativet som blir gjeldende dersom prosjektet/tiltaket ikke blir gjennomført. Nullalternativet skal representere en forsvarlig videreføring av dagens situasjon. I prosjektinnrammingen må det tas stilling til hvordan nullalternativet skal håndteres i prosjektet. Det anbefales å benytte Finansdepartementets rundskriv R-109 som beskriver prinsipper for utarbeidelse av nullalternativ.

Det må skilles mellom et null-alternativ som et rent referansealternativ for investeringsprosjektene (utsettelsesalternativ) og et reelt nullalternativ der nullalternativet kan vise seg å gi mest nytte for pengene og av den grunn bli valgt. Dersom man benytter et nullalternativ som referansealternativ, bør dette uttrykkelig spesifiseres.

Nullalternativet utredes i konseptfasen steg 1. Nullalternativet tar utgangspunkt i dagens konsept/løsning og lokalisering, lovlig drift, framtidig behovs- tilfredsstillelse/dekningsgrad, og skal ikke bli dårligere enn på beslutningspunktet. Det vil si at ordinært, korrigerende og forebyggende vedlikehold skal inkluderes. Videre inngår utskiftinger/fornyelse (nødvendige reinvesteringer, oppgraderinger) for å kunne fungere i den tidsperioden som forutsettes i analysen, samt at det tas hensyn til andre vedtatte tiltak som er i gang eller har fått bevilgning. For investeringsprosjekter vil dette bety kostnader til det minimum av vedlikehold som er nødvendig for at alternativet er reelt. I dette ligger det ikke et krav om like lang levetid som for øvrige tiltak. I de tilfeller der null-alternativet brukes som baseline for gevinstrealisering, bør null-alternativ oppdateres fram til og med forprosjektfasen.

For utredning av driftsøkonomiske effekter utredes/oppdateres nullalternativet i prosjektinnramming og konseptfasen, enten som et referansealternativ eller som et reelt nullalternativ. I forprosjektfasen benyttes nullalternativet som en referanse for gevinstrealiseringsplanen.

4.4.6 Planlegge før- og etterevaluering

For at nye sykehusprosjekter skal kunne bidra til kunnskapsbasert og framtidsrettet utvikling av sykehus, er det nødvendig at prosjektene evalueres⁵. Som en hovedregel skal alle større ombygginger og tilbygg, rehabilitering

⁵ Jf. Evaluering av sykehusbyggprosjekter rapport (2018) og Evaluering av sykehusbyggprosjekter veileder (2018).

og nye sykehusbyggprosjekter evalueres. Evalueringen har tre hovedområder; førevaluering, evaluering av plan- og byggeprosessen, samt etterevaluering.

En plan for evalueringen påbegynnes i prosjekttinnrammingen og fullføres i konseptfasen.

Førevalueringen vil gi kunnskap om hvordan bygg og lokaler fungerer i dag, og vil være et utgangspunkt for sammenligning i etterevalueringen. Førevalueringen kan også gi kunnskap om prosjektutløsende faktorer, som videre benyttes til å utarbeide forslag til kriterier og eventuelt videre i arbeidet med gevinstplanen.

Evaluering av plan- og byggeprosessen undersøker hvor vellykket prosjektgjennomføringen har vært, hvilke faktorer som har bidratt til dette og hvilke utfordringer prosjektet har stått overfor. Evalueringen gjennomføres fra og med tidligfase, til sykehuset tas i bruk. Evalueringen kan gjennomføres som en løpende evaluering (måling) og gi prosjektet kunnskap underveis i prosessen, eller utføres etter at plan- og byggeprosessen er fullført (bakoverskuende).

Etterevalueringen gjennomføres rundt tre år etter at nye sykehus arealer er tatt i bruk, og evaluerer hvordan klinisk og teknisk drift fungerer. Dette kan vurderes opp mot effekt- og samfunns mål i prosjektet, og i hvilken grad målene for prosjektet har blitt realisert. Et sykehusprosjekt kan også ha andre effekter (virkninger) utover målene, som kan gi verdifull læring inn i nye sykehusbyggprosjekter.

4.4.7 Risikostyring

Det skal i oppstart av prosjektet kartlegges hva som kan true prosjektets suksess (prosjekt mål). Det skal jobbes systematisk med risikovurderinger av prosjektgjennomføringen gjennom hele tidligfasen for å kunne iverksette risikoreduserende tiltak. Det skal gjøres vurderinger av både muligheter og trusler.

4.5 VERKTØY

- Veiledende innholdsfortegnelse for mandat (vedlegg B)
- Veiledende innholdsfortegnelse for styringsdokument (Vedlegg C)
- Sykehusbygg sine hjemmesider www.sykehusbygg.no:
 - Standardisert metode for framskriving av aktivitetsdata
 - Standard for Klima og miljø i sykehusprosjekter
 - Veileder for sikring av bygg og infrastruktur i sykehusprosjekter

Veileder for arbeidet med utviklingsplaner anbefaler at framskriving av aktivitet skal bygge på regionale analyser og nasjonalt standardiserte metoder. Det må unngås at det må gjennomføres nye beregninger i hver planfase, med ulike metoder, aktivitetsgrunnlag og framskrivningshorisonter. Framskrivninger anbefales utført i prosjekttinnramming eller i steg 1 av konseptfasen. Eventuelle nye framskrivninger etter økonomisk ramme er satt, er å se på som premissendringer (og krav) fra prosjekteier, og behandles deretter. For mer informasjon se under delkapittel «Hovedprogram».

Oversikten over relevante verktøy er ikke komplett og må vurderes i hvert enkelt tilfelle.

4.6 OPPSTART AV KONSEPTFASE

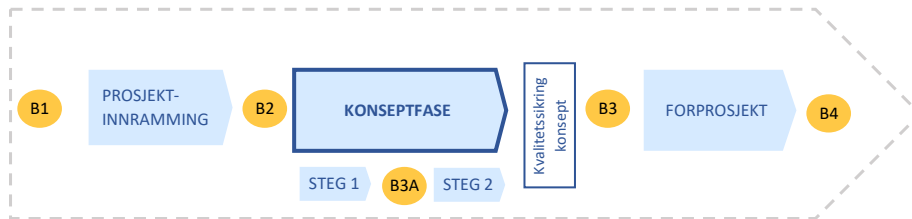
B2

I B2-beslutningen vurderer prosjekteier prosjektets leveranser fra prosjekttinnrammingen og beslutter hvorvidt det skal startes en konseptfase.

A woman with blonde hair, wearing a brown lab coat, is working on a glass wall. She is holding a yellow sticky note and has other sticky notes (green, blue, white) attached to the glass. The background is a modern office with large windows and pendant lights.

KONSEPTFASEN

5 KONSEPTFASEN



Konseptfasen gjennomføres i to steg og har et beslutningspunkt (B3A) mellom disse stegene.

5.1 FORMÅL

Formålet med konseptfasen er å utrede og framskaffe et faglig godt grunnlag som gir tilstrekkelig sikkerhet for valg av det alternativet som best oppfyller målene innenfor de rammer som er definert i styringsdokumentet.

5.2 GRUNNLAG

Fasen bygger på B2- beslutningen og leveransene fra prosjektinnrammingen:

- Mandat (eventuelt oppdatert for konseptfasen)
- Styringsdokument
- Kriterier for valg av alternativ
- Eventuelle oppdaterte framskrivninger
- Steg 2 bygger videre på hovedprogrammet fra steg 1, og utredningene av hovedalternativ som er valgt ved B3A

Det anbefales at det ved bygging av nye sykehus, benyttes standardiserte metoder, løsninger og erfaring fra tidligere prosjekter. Det finnes i den sammenheng flere rapporter, veiledere, metoder og verktøy som kan bidra til en kunnskapsbasert tilnærming til planleggingen på Sykehusbygg HF sine hjemmesider (se under «Verktøy.»)

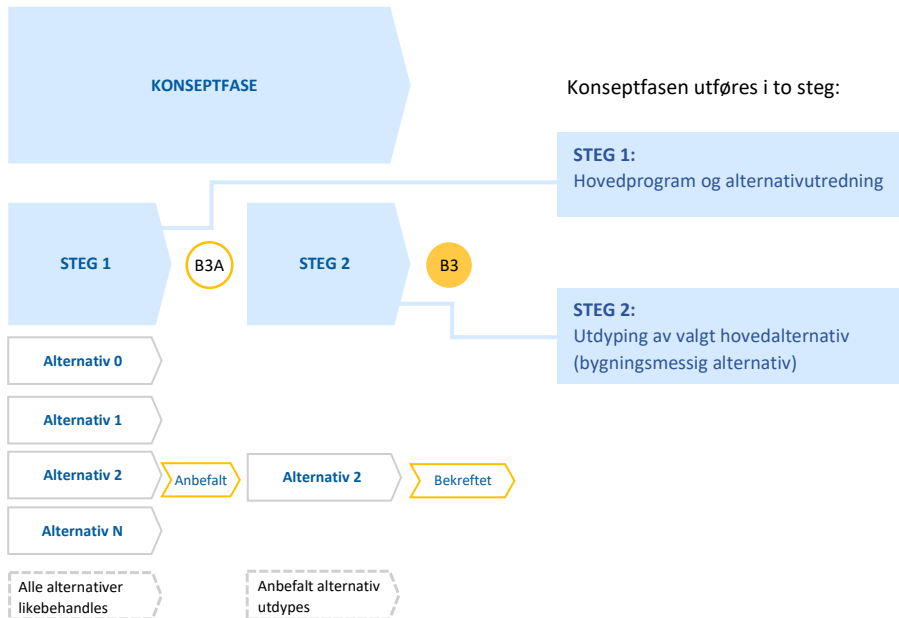
5.3 LEVERANSER

Konseptfasen skal resultere i:

- Samlet konseptrapport for steg 1 og 2 med følgende innhold:
 - Del 0 Sammendrag
 - Del I Bakgrunn (fra steg 1)
 - Del II Alternativvurdering (fra steg 1)
 - Del III Anbefalt hovedalternativ
 - Del IV Plan for videre arbeid
 - Vedlegg
 - Hovedprogram
 - Utredning av valgt hovedalternativ med skisser, tilhørende kalkyler mv.
 - Miljøprogram
 - Sikringskonsept
 - Økonomiske analyser
 - Oppdatert styringsdokument ved behov
 - Evt. andre vedlegg

For mer detaljert innhold henvises til vedlegg E – Konseptrapport og vedlegg D som beskriver krav til innhold i hovedprogrammet. Vedlegg A tydeliggjør hvilke deler av rapporten som ferdigstilles i forkant av B3A-beslutning og B3-beslutning.

5.4 KONSEPTFASENS TO STEG



I det første steget klargjøres premissene for innholdet i bygget i form av et hovedprogram. Deretter utredes og utvikles alternative bygningsmessige konsepter (muligheter) for hvordan hovedprogrammet kan løses i form av fysiske løsninger.

I den grad virksomhetsinnhold og virksomhetsmodell ikke er avklart i utviklingsplan, øvrig overordnet planverk, eller i arbeidet med prosjektinnrammingen, må dette gjøres i første del av konseptfasen. Det er viktig at det settes av tilstrekkelig med tid og ressurser til arbeidet, og at det vurderes om arbeidet kan påvirke prosjektplanen. Det samme forholdet gjelder eventuell avklaring av sykehustomt.

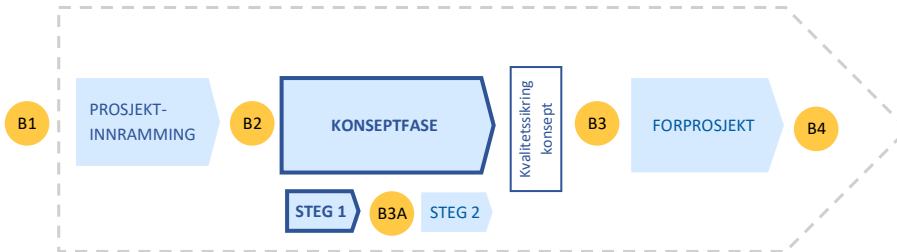
I konseptfasen steg 1 utredes minst to alternative bygningsmessige konsepter (muligheter) i tillegg til null-alternativet. Økonomiske beregninger oppdateres og prosjektets finansielle handlingsrom vurderes. Valg av hovedalternativ baserer seg på vedtatte evalueringskriterier besluttet i B2.

I det andre steget utdypes hovedalternativet i form av detaljerte skisser med tilhørende utredninger og økonomiske analyser.

Ekstern kvalitetssikring gjennomføres ved sluttleveranse i steg 2, før B3-beslutning. Som prosess kan KSK enten gjennomføres som en parallell kvalitetssikring gjennom prosessen med endelig sluttrapport ved sluttleveranse i steg 2, eller som en punktvis kvalitetssikring ved sluttleveranse i steg 2.

Utdredningene sammenfattes i en konseptrapport som danner grunnlag for å beslutte hvilket konsept som skal bearbeides videre i en forprosjektfase (B3-beslutning). Konseptrapporten sammen med rapporten fra ekstern kvalitetssikring konseptfase (KSK) gir grunnlag for søknad om statlig låneramme.

5.5 ARBEIDSPROSESSER STEG 1



5.5.1 Utarbeide hovedprogram

Hovedprogrammet klargjør de premissene som legges til grunn for utbyggingen. Dette gjøres ved å beskrive hvilken virksomhet som planlegges inn i bygget, overordnede funksjonelle og tekniske krav til bygg, utearealer, utstyr, IKT og infrastruktur. Forutsetningene baseres på den utviklingsretning helseforetaket har beskrevet og nedfelt i prosjektets mandat.

Hovedprogrammet består minimum av fem deler med krav til både bygg og uteområder:

- 1 Funksjon
- 2 Teknikk
- 3 Utstyr
- 4 IKT konsept
- 5 Rom og areal

I det første steget av konseptfasen avklares kapasitetsbehov, dimensjonering og overordnede føringer og konsepter for funksjoner, utstyr, IKT og teknikk. Herunder gjelder også hvilke prinsipper for person- og vareflyt (logistikk) som legges til grunn for den videre planleggingen.

De dimensjonerende forutsetningene for framtidig virksomhet i helseforetaket og konsekvensene av endringer, er beskrevet i utviklingsplanen eller i øvrig overordnet planverk. Utredningene bør i hovedsak bygge på disse, men detaljeringsnivået vil sjelden være tilstrekkelig. I de fleste tilfeller vil det derfor være behov for en oppdatert framskriving, der avgrensning og detaljering av prosjektet tas hensyn til. Dette bør bygge på tidligere framskriving, men med oppdaterte tall om dette foreligger.

Ved utvikling av romprogram (del 5) benyttes en standardromkatalog, og omfatter tekniske arealer så langt det er mulig. Foreløpig romprogram på delfunksjonsnivå bør foreligge som underlag for mulighetsstudier i konseptfasen steg 1.

Hovedprogrammet vil kunne inneholde programkrav for flere alternative virksomhetsmodeller. Dette kan være fordi alternativene inneholder ulike sammensetninger av funksjoner eller innhold og kapasiteter. Konseptfasen inneholder også utredning av to ulike bygningsmessige alternative konsepter i tillegg til null-alternativet, og da bør disse bygge på samme virksomhetsmodell og program. Dersom det er mulig, bør beslutning om virksomhetsmodell derfor skje før gjennomføring av mulighetsstudien for ulike løsningsalternativer/utbyggingskonsepter i konseptfasen steg 1. Som grunnlag for evaluering og beslutning om virksomhetsmodell bør prosjektets målhierarki legges til grunn.

5.5.2 Alternativutredning

Med bakgrunn i hovedprogrammet starter arbeidet med å identifisere og utvikle alternative muligheter for hvordan premissene (hovedprogrammet) kan løses i form av fysiske løsninger.

Alternativene som utredes skal være reelle og kunne skilles klart fra hverandre. Konseptene utredes, visualiseres og evalueres tilstrekkelig for å kunne gi grunnlag for å velge et hovedalternativ.

I brukermedvirkning og møter med eiere benyttes metoder og verktøy som gjør det mulig å visualisere konseptene. Modeller benyttes i dette steget som rene volummodeller, hvor funksjonsområder, avdelinger og

bygningssnitt kan stables og flyttes, og visuelt gjør det enklere å vurdere forskjellige konsepter og bygningsmessige alternativer.

I alternativvurderingen benyttes *Standard for klima og miljø*, og miljøprogrammet (miljøambisjon/miljømål) oppdateres. Utbyggingsalternativene klimavurderes.

Hvis det er vesentlige forskjeller i sikringsrisiko mellom alternativene, bør dette drøftes, og anbefalte risikoreducerende tiltak for fysisk sikring beskrives for valgt alternativ, jfr. *Veileder for sikring av bygg og infrastruktur i sykehusprosjekter*.

I utredningene vurderes konsekvenser av de ulike konseptene når det gjelder krav til bygg og utomhus (kvalitet, kapasitet, generalitet, fleksibilitet og elastisitet), og til drift av kjernevirksomheten (logistikk, nærhet, sambruk av arealer). Dette inkluderer en vurdering av hvordan ulike bygningsmessige alternativer påvirker sykehusets virksomhet og best møter prosjektets mål, strategier og rammer. Sammenhengen mellom valgt fysisk løsning og den tilhørende virksomheten skal synliggjøres for de ulike alternativene. Behov for riving og grad av gjenbruk av eksisterende bygningsmasse avklares. Kriterier for evaluering av alternativ som igjen bygger på prosjektets effektmål, legges til grunn for vurdering.

Det er en overordnet føring at det utredes tilstrekkelig, men heller ikke mer enn tilstrekkelig, for de valg som skal gjøres, og at dobbeltarbeid og repeterende utredninger fra fase til fase unngås.

5.5.3 Gjennomføre økonomiske analyser

De økonomiske analysene kvalitetssikres og oppdateres i steg 1 av konseptfasen. Dette gjelder investeringsestimater, vurdering av driftsøkonomiske effekter og analyser av økonomisk bæreevne. Investeringsestimater bygger på erfaringstall og prosjektspesifikke vurderinger samt vurdering av prosjektsikkerhet. Investeringsestimater, vurderingen av driftsøkonomiske effekter (inkludert gevinstberegninger) og analyser av økonomisk bæreevne, må være tilstrekkelig detaljert for å kunne skille mellom alternativene som utredes. Finansieringsplanen oppdateres.

I konseptfasen foretas valg som får betydning for kostnader til forvaltning, drift, vedlikehold og utvikling av det ferdige bygget. De driftsøkonomiske analysene påvirkes av kravene beskrevet i hovedprogrammet og miljøprogrammet. Det vil si prinsipper for person og vareflyt, organisering og bemanning, funksjonelle og tekniske krav for bygget. Det er viktig å få frem ulikhetene i forventet, framtidig driftsøkonomi mellom de alternative løsningene. Utredningen skal vise om alternativene kan innpasses i de foreløpige rammene, og hvilken effekt de har på helseforetakets økonomiske bæreevne.

5.5.4 Vurdere og rangere alternativene

Fra prosjekttinnrammingen skal det foreligge godkjente kriterier som gir grunnlag for evaluering og rangering av alternativene. Hovedprogrammet, miljøprogrammet, økonomiske analyser og enkle volumskisser av et antall løsningsalternativer (konsepter) gir grunnlag for evalueringen.

Alternativene vurderes og rangeres i forhold til oppsatte kriterier som eventuelt også er innbyrdes prioritert. Gjennomsiktighet og etterprøvnbarhet i evalueringen er viktig for å kunne vise grunnlaget for anbefalingen.

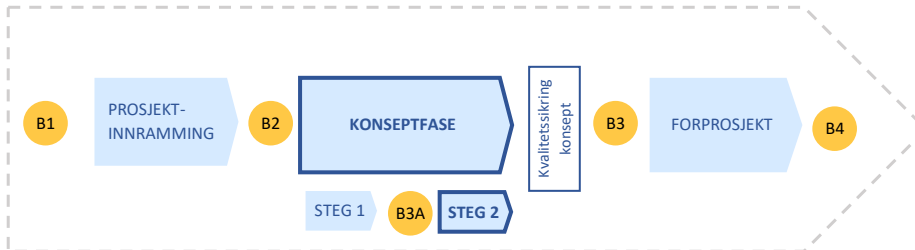
5.6 VALG AV KONSEPT FOR UTREDNING I STEG 2

B3A

I konseptfasen steg 1 velges et konsept som grunnlag for videre utdyping i konseptfasens steg 2. Beslutningen benevnt B3A gir sterke føringer for det endelige valg av konsept og skal gjøres av prosjekteier.

Utredningene i steg 1 sammenfattes i en Konseptrapport B3A. Et sammendrag av alternativvurderingene beholdes i den endelige Konseptrapporten.

5.7 ARBEIDSPROSESSER I STEG 2



5.7.1 Utrede valgt hovedalternativ

Ved hjelp av skisser, modeller, beskrivelser og kalkyler, utredes og detaljeres hovedalternativet (valgt ved B3A) til et nivå som gir grunnlag for beregning av bruttoareal, prosjekt- og driftskostnader. Øvrige forhold utredes tilstrekkelig for å sikre at prosjektet er gjennomførbart og for å redusere risiko, eksempelvis gjennom oppstart regulering og konsekvensutredning. Skisseprosjektet løfter de prosjekterte løsninger til et nivå der relevante alternative prinsippvalg og hovedsystemløsninger er omtalt med fordeler og ulemper. I ombyggingsprosjekter bør forhold til eksisterende bygningsstruktur, teknikk og teknisk infrastruktur avklares tilstrekkelig. Grunnlag og forutsetninger for prosjekteringen utarbeides, og behov for eventuell rivning og muligheter for gjenbruk bestemmes.

Hovedprogrammet kvalitetssikres og oppdateres i tråd med den virksomhetsmodellen og det løsningsalternativet som er valgt, og beskrivelse av delfunksjonene og romprogrammet ferdigstilles.

Miljøprogrammet med miljøambisjonene/miljømålene operasjonaliseres gjennom utredning om målene er realistiske eller ambisiøse nok, jfr. *Standard for klima og miljø*. Hovedgrepene for å nå målene kartlegges og de reviderte miljømålene beskrives i oppdatert miljøprogram med tiltak for å:

- Redusere prosjektets klimafotavtrykk
- Redusere energibehov og øke egenproduksjon av grønn energi
- Redusere mengden byggavfall og legge til rette for ombruk (sirkulær økonomi)
- Gi et positivt bidrag til lokalmiljø og biologisk mangfold

Det utarbeides en sikringsrisikovurdering og sikringskonsept for valgt konsept, jfr. *Veileder for sikring av bygg og infrastruktur i sykehusprosjekter*.

Arbeidet med å kartlegge risiko knyttet til sikkerhet, helse og arbeidsmiljø (SHA) bør starte i denne fasen. Formålet er å komme i gang tidlig med å redusere risiko som «byggherren bringer inn», slik som naturfare i forbindelse med tomtevalg, risiko for berørt infrastruktur og særskilte HMS-utfordringer ved grunnarbeid og bygging. Se også *Forskrift om sikkerhet, helse og arbeidsmiljø på bygge- eller anleggsplasser* (byggherreforskriften)

5.7.2 Utarbeide kontraktstrategi

Prosjektets gjennomføringsstrategi beskriver planen for å nå prosjektmålene. Den inneholder alle de sentrale strategiene for gjennomføring av prosjektet. Sentrale strategier i alle prosjekter er for eksempel beskrivelser av organisasjon, kontraktstrategi, finansieringsstrategi, SHA og gevinstrealiseringsstrategi.

En kontraktstrategi er en helhetlig plan for hvordan prosjektet gjennomfører og følger opp anskaffelse og kontrakt. Målet med en god kontraktstrategi er å identifisere den mest optimale måten å gjennomføre prosjektet på, samt sikre best mulig balanse mellom risiko og muligheter.

Det finnes en rekke ulike måter å organisere kontraktene i et prosjekt på, herunder ulike kombinasjoner av geografiske og faglige strukturer, entreprisemodeller og vederlagsformat. Å velge riktig modell for gjennomføring av prosjektet er en viktig avgjørelse både for prosjekteier, prosjekt- og driftsorganisasjon.

En innledende vurdering av kontraktstrategi bør gjøres i løpet av konseptfasen, og omfatte en strategi for hvordan både entreprenører, arkitekter og rådgivere involveres i prosjektets ulike faser. Konklusjonen av vurderingen innarbeides i oppdatert styringsdokument.

Detaljeringsgraden på vurderingen vil avhenge av hvilken kontraktstrategi som er valgt, hvor tidlig involvering av entreprenør forutsetter større detaljeringsnivå i konseptfase enn de øvrige modellene.

Metoden som benyttes ved utarbeidelse av kontraktstrategi består av tre prosess-trinn:

- Kartlegge premisser
- Utrede alternativer
- Beslutte kontraktstrategi

Sykehusbygg HF har definert tre ulike entreprisformer som sine prefererte:

- Byggherrestyrte entrepriser
- Totalentreprise
- Totalentreprise med prosjektutvikling

Innenfor kontrakt med samspill finnes det ulike samspillsmodeller: samhandling/integrert prosjektleveranse/insentivmodeller/innovative modeller/allianser/partnering etc. Gjennomføringen og samspillsorganisasjonens arbeidsmåte og tilnærming er preget av felles målsettinger, tillit, åpenhet, høy forretningsetikk og stor beslutningsevne.

Avhengig av prosjektets art og rammevilkår kan ulike innovative modeller vurderes, for eksempel innenfor kontrakt med samspill. Det anbefales at det da gjøres evaluering av dette i ettertid for å ta med seg erfaringer over til neste prosjekt (prosessevaluering av plan- og byggesak).

5.7.3 Gjennomføre økonomiske analyser

I konseptfasens steg 2 utarbeides det en kalkyle på minimum 2-siffernivå, som viser samlede prosjektkostnader. Kalkylen settes opp etter gjeldende standard for kontoplan i bygningsdelstabellen. Det gjennomføres en usikkerhetsanalyse med prosjektuavhengig fasilitator, som gir grunnlag for å beregne forventet kostnad (P50 og P85-estimat) for prosjektet. Forventet kostnad / P50 og P85-estimatet benyttes som grunnlag for videre økonomiske beregninger, lånesøknad og beslutning om styringsramme og kostnadsramme for prosjektet.

Analyser av økonomisk bæreevne på prosjektnivå og helseforetaksnivå gjennomføres basert på konseptfasens utredningsresultater, herunder en spesifisert gevinstoversikt og en komplett ØLP-beregning med utvidet analysehorisont (tilsvarende bygningstiltakets vektete levetid). Finansieringsplanen oppdateres.

I konseptfasen foretas valg som får betydning for kostnader til forvaltning, drift, vedlikehold og utvikling av bygget. I denne fasen vil man kunne sette mål for livssyklus-kostnader (LCC) knyttet til enkeltkomponenter.

5.7.4 Ekstern kvalitetssikring konseptvalg (KSK)

For prosjekter med en forventet kostnad på over 500 millioner kroner skal det gjennomføres en ekstern kvalitetssikring (KSK) av konseptfasen. Grunnlaget vil være de utredningene som er gjennomført i konseptfasen, og som er dokumentert i konseptrapporten med underliggende delutredninger.

Den eksterne kvalitetssikringen kan enten skje som ekstern parallell kvalitetssikring som følger prosjektet gjennom konseptfasen med en endelig sluttrapport etter valg av konsept (beslutning B3), eller som ekstern kvalitetssikring som kun utføres etter valg av konsept (beslutning B3).

KSK skal sikre at de utredninger som er gjennomført, er tilfredsstillende og har ivarettatt overordnede målsetning med prosjektet. Dette med mer utfyllende punkter framkommer i rammeavtale for KSK, og vedlegg G i denne veileder.

5.8 VERKTØY

- Veiledende disposisjon for Konseptfaserapport (Vedlegg E)

- Veiledende disposisjon for Hovedprogram (Vedlegg D)
- Kravspesifikasjon for KSK (Vedlegg G)
- Landsverneplan for helsesektoren (www.lvph.no)
- Sykehusbygg sine hjemmesider www.sykehusbygg.no, og f.eks.:
 - Veileder Hovedprogram
 - Standard for Klima og Miljø i sykehusprosjekter
 - Veileder for sikring av bygg og infrastruktur i sykehusprosjekter
 - Standardisert metode for framskrivning av aktivitetsdata
 - Øvrige standarder, veiledere, evalueringsrapporter og verktøy

Blant verktøyene finnes det en nasjonal database for helsebygg kalt *Klassifikasjonssystemet*. Den gir en samlet oversikt over klassifiserte sykehusarealer i eksisterende bygg, inndelt i hovedfunksjoner, delfunksjoner og rom. Databasen inneholder også arealenes kapasiteter.

Videre er det etablert en felles *standardromskatalog* for sykehusarealer, som bidrar til å øke kvaliteten på løsninger, redusere usikkerhet og kostnader knyttet til planlegging og gjennomføring. Katalogen er digitalisert og tilknyttet en romdatabase, og inneholder en rekke vanlige rom i sykehus med tilhørende areal- og programkrav.

Rapporter fra gjennomførte evalueringer i sykehusbyggprosjekter, både prosessevaluering og evaluering av sykehus i drift, ligger tilgjengelig på Sykehusbygg HF sin hjemmeside. Erfaring fra disse evalueringene innarbeides i kunnskapsgrunnlag, standardromskatalog mm.

Oversikten over relevante verktøy er ikke komplett og må vurderes i hvert enkelt tilfelle.

5.9 VALG AV KONSEPT

B3

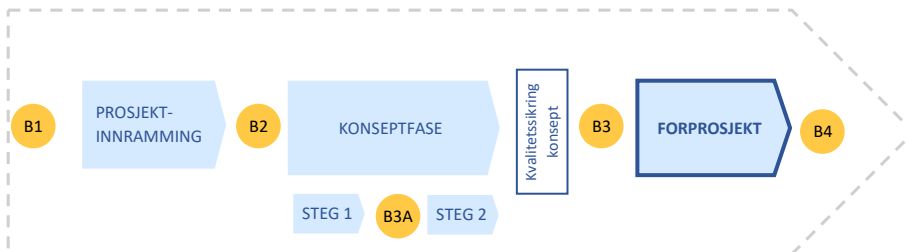
Ved beslutningspunkt B3 behandles konseptrapporten, og det tas et endelig valg for hvilket konsept som skal utredes videre i en forprosjektfase. For prosjekter over 500 millioner kroner som søker om statlig låneramme vil konseptfaserapporten og rapport fra ekstern kvalitetssikring (KSK) være grunnlaget for behandling.

Videre skal mandat og styringsdokument for kommende fase oppdateres og besluttet før oppstart forprosjekt i tråd med det regionale helseforetakets fullmaksstruktur.

The image is a composite of two photographs. The top photograph shows a person's forearm and hand, wearing a grey long-sleeved shirt, reaching down towards a document. The bottom photograph is a close-up of a hand with the index finger pointing at a specific area on a complex architectural floor plan. The plan features numerous rectangular rooms, corridors, and technical annotations. A blue horizontal band is superimposed over the middle of the image, containing the text 'FORPROSJEKTFASEN' in white, uppercase, sans-serif font.

FORPROSJEKTFASEN

6 FORPROSJEKTFASE



6.1 FORMÅL

Formålet med forprosjektfasen er å verifisere kalkylen og bearbeide det valgte konseptet til et nivå slik at endelig beslutning om investering kan fattes. Etter forprosjekt er prosjektet klart for videre prosjektutvikling gjennom detaljprosjektering og etter hvert bygging.

6.2 GRUNNLAG

Fasen bygger på:

- Prosjektets mandat (eventuelt oppdatert for forprosjektfasen)
- Oppdatert styringsdokument for forprosjektfasen
- Konseptrapport med underliggende delutredninger og eventuelle tillegg og endringer.

Hvis det etter fullført konseptrapport har skjedd endringer i forutsetningene og rammene for prosjektet, må dette verifiseres av prosjekteier, og om nødvendig må konsekvensene for prosjektet godkjennes før oppstart av forprosjektfasen.

6.3 LEVERANSER

Forprosjektet vil omfatte følgende leveranser som sammenfattes i en forprosjektrapport med følgende innhold:

- Romfunksjonsprogram (RFP)
- Brutto utstyrsprogram og ambisjonsnivå gjenbruksgrad
- Miljøprogram og Miljøoppfølgingsprogram (MOP)
- Sikringskonsept
- Beskrivelser, modeller og tegninger på romnivå, og detaljering av bygningsmessige og tekniske løsninger
- Økonomiske analyser
- Oppdatert styringsdokument for neste fase

For mer detaljert innhold henvises til vedlegg F – Mal forprosjektrapport.

6.4 ARBEIDSPROSESSER

I forprosjektfasen bearbeides og detaljeres det valgte konseptet (alternativet) fra konseptfasen til et nivå som gir tilstrekkelig grunnlag for beslutning om videre gjennomføring av et investeringsprosjekt (beslutning B4). Hovedprogram og løsninger kontrolleres for å sikre at prosjektet kan realiseres. Med utgangspunkt i hovedprogrammet videreutvikles et rom- og utstyrsprogram med krav til funksjon, teknikk, IKT og utstyr på romnivå. Konseptet detaljeres innenfor hver delfunksjon med planer på romnivå. Tekniske systemer og materialer utredes med tilhørende vurdering av konsekvenser for forvaltning, drift, vedlikehold og utvikling,

gjennom beregning av livssykluskostnader (LCC). Kalkylene detaljeres og kvalitetssikres. Kostnadskalkyle verifiseres og usikkerhetsanalyse gjennomføres for fasen.

Eventuell reguleringsprosess følges opp og rammesøknad med Arbeidstilsynets samtykke kan igangsettes og sees i sammenheng med prosjektets fremdrift og gjennomføringsstrategi.

Fasen avsluttes med en forprosjektrapport med vedlegg. Rapporten bør vise en plan for gjennomføring fram til idriftsetting av bygget. Plan for videre arbeid sees i sammenheng med valgt gjennomføringsstrategi.

I prosjekter med stor offentlig og politisk oppmerksomhet kan det vurderes å gjennomføre ekstern kvalitetssikring av forprosjektfasen (KSF) som et tiltak for å redusere risiko. Det bør i så fall utarbeides et eget mandat for en slik kvalitetssikring med fokus på utvalgte områder.

6.4.1 Utarbeide rom- og utstyrsprogram

Forprosjektet starter med romprogrammet fra konseptfasen, som kompletteres med en romliste over alle funksjonsrom. For hvert rom lages et romfunksjonsprogram som beskriver hva rommet er tenkt brukt til og hvilke funksjonelle og bygningsmessige krav dette utløser. Parallelt utvikles et utstyrsprogram. Utstyrsprogrammet viser alt utstyr som skal inn i rommet og eventuelle bygningsmessige krav som stilles til bygget (brutto utstyrsprogram). Det utarbeides en oversikt over hvilket utstyr som skal anskaffes nytt og hvilket som kan gjenbrukes fra eventuelle eksisterende bygg (netto utstyrsprogram). Programmering av rom og utstyr gjennomføres parallelt med utviklingen av forprosjektet, og bør i så stor grad som mulig skje på et standardisert grunnlag.

6.4.2 Utvikle og detaljere valgt konsept

I forprosjektet videreutvikles skisseprosjektet ved å plassere alle rom i forhold til hverandre i bygningsvolumer til ferdige planløsninger. Planløsningene skal ivareta intensjonene i det valgte konseptet og driftsmodellene beskrevet i Hovedprogrammet (B3 beslutning). I videre prosjektutvikling er det viktig å ivareta hensynet til effektiv drift og god pasientbehandling gjennom:

- nærhetsbehov mellom funksjoner og rom
- pasientforløp, person- og vareflyt og gangavstander
- siktlinjer
- gode lysforhold, dagslys
- organisatoriske sammenhenger og samarbeidsflater

I hvert rom plasseres dimensjonerende utstyr og møbler for å kvalitetssikre rommets størrelse og form. Tekniske rom og føringsveier for trafikk og teknikk utredes og prosjekteres. Form, funksjon og teknikk løses i en helhet, der tekniske systemer og materialer utredes og konsekvenser for forvaltning, drift, vedlikehold og utvikling vurderes.

Miljøprogrammet fullføres til endelig versjon, og det utarbeides miljøoppfølgingsprogram (MOP) med status på tiltak. Tiltakene skal ta utgangspunkt i «Standard for klima og miljø i Sykehusprosjekter» og tilpasses prosjektets rammebetingelser. I forprosjektet skal det utføres klimagassregnskap (LCA-analyser) i henhold til standarden. MOP inngår i kostnadskalkylen som grunnlag for investeringsbeslutning.

Sikringskonsept og sikringsanalyse videreutvikles.

Byggherrens SHA risikovurdering oppdateres og risikoreduserende tiltak beskrives. Målet er å innføre tiltak som forebygger uønskede hendelser i planlegging og prosjektering. SHA-planen beskriver prosjektets SHA-mål, -organisering og -risikobilde med tiltak. SHA-planen skal være etablert i denne fasen og oppdateres ved faseavslutning. SHA-plan skal inngå i anbudskonkurranser og HMS skal være et evalueringskriterium når entreprenør skal velges.

Forprosjektet utvikles gjennom medvirkning fra ansatte og brukere og andre interessenter med kunnskap om de ulike funksjonsområdene. Verktøy som tillater dynamisk utvikling og god visualisering bør benyttes.

6.4.3 Gjennomføre økonomiske analyser

I forprosjektet utarbeides en kalkyle på minimum 3-siffernivå. Det skal gjennomføres en usikkerhetsanalyse i denne fasen. Beregningene skal være på et nivå som gir tilstrekkelig grunnlag om gjennomføring av et investeringsprosjekt. Det skal også utarbeides en kuttliste for prosjektet som grunnlag for eventuelle kostnadsreduksjoner i gjennomføringsfasen.

I forprosjektfasen utredes bygningsmessige løsninger og tekniske systemer med tilhørende vurdering av konsekvenser for forvaltning, drift, vedlikehold og utvikling, gjennom beregning av livssyklus kostnader (LCC). K

I forprosjektet skal helseforetaket utarbeide en komplett gevinstrealiseringsplan. Analyser av økonomisk bæreevne på prosjekt- og helseforetaksnivå oppdateres.

6.4.4 Oppfølging av valgt kontraktstrategi

I forprosjektet skal den innledende vurderingen av kontraktstrategi detaljeres og ferdigstilles, da gjennomføring av forprosjektfasen vil være avhengig av hvilken entreprisemodell som er valgt.

Ved valg av tidlig involvering av entreprenør, vil partene i forprosjektet utvikle prosjektet i fellesskap. Leveranser fra denne fasen utgjør underlaget for kontrakt for gjennomføringsfasen.

Ved valg av totalentreprise(r), skal forprosjektet resultere i en detaljert funksjonsbeskrivelse som benyttes som underlag for anskaffelse av totalentreprenør.

Ved valg av utførelsesentreprise(r), vil underlaget for anskaffelse av entreprenør skje i løpet av detaljprosjektet i gjennomføringsfasen.

Alle entreprisemodeller kan kombineres med samspillsfaser, hvor partene i fellesskap blant annet kan utføre kvalitetssikring, optimalisering av løsninger, etablering av riktig pris m.m.

6.5 VERKTØY

- Vedlegg F: Mal Forprosjektrapport
- VDC (Virtuell planlegging og bygging)
- BIM (Bygningsinformasjonsmodellering)
- Sykehusbygg sine hjemmesider www.sykehusbygg.no, og f.eks.:
 - Standardromkatalog
 - Standard for Klima og Miljø i sykehusprosjekter, inkl. klimagassregnskap ihht NS 3720
 - Veileder for sikring av bygg og infrastruktur i sykehusprosjekter
 - Evalueringsrapporter og kunnskapsgrunnlag for funksjonsområder
 - Øvrige standarder, veiledere, evalueringsrapporter og verktøy
- Oversikten over relevante verktøy er ikke komplett og må vurderes i hvert enkelt tilfelle.

6.6 INVESTERINGSBESLUTNING

B4

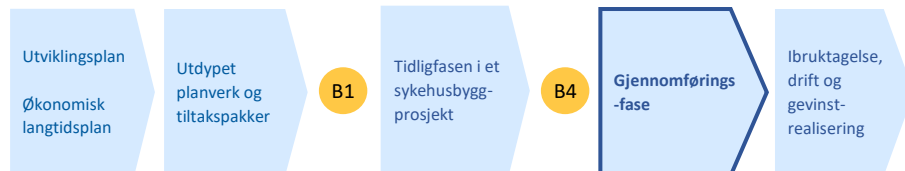
Forprosjektrapporten sammen med konseptrapporten gir grunnlag for beslutning og gjennomføring av Byggeprosjektet. Beslutning B4 er normalt siste mulige tidspunkt for å avlyse prosjektet



VIDERE ARBEID ETTER TIDLIGFASEN



7 VIDERE ARBEID ETTER TIDLIGFASEN



Etter beslutning om investering (B4-beslutning) går prosjektet over i en gjennomføringsfase. Før oppstart skal det foreligge et mandat og oppdatert styringsdokument for gjennomføringsfasen. I gjennomføringsfasen videreutvikles og detaljeres forprosjektet gjennom et funksjonsprosjekt, dette skjer uavhengig av entreprisform. I funksjonsprosjektet verifiseres rom- og utstyrsprogrammet og prosjektet utvikles på romnivå med innplassering av teknisk infrastruktur, medisinsk teknisk utstyr og møblering som underlag for produksjon.

Funksjonsprosjektet innebærer funksjonell verifisering med en omfattende og avsluttende medvirkning på rom- og utstyrsnivå med involvering av både klinisk og teknisk personell. Prosjektet videreutvikles basert på premisser gitt gjennom programmering og forutgående prosjektutvikling. Eventuelle avvik og endringer sees i sammenheng med prosjektets målhierarki og rammer, og behandles iht. prosjektets fullmaktstruktur og valgt kontrakts strategi.

Funksjonsprosjektet vil gi nødvendig input til arbeidsunderlag for produksjon. Produksjonsperioden varer ofte noen år før prosjektet ferdigstilles, testes og overleveres mottaksorganisasjonen for gevinstrealisering, forvaltning og drift, jfr. også kapittel 9.3.



ØKONOMISKE BEREGNINGER



8 ØKONOMISKE BEREGNINGER

Med økonomiske beregninger menes i dette kapittel analyser av økonomisk bæreevne på prosjekt- og helseforetaksnivå. Det er prosjekteier som er ansvarlig for å utføre økonomiske analyser knyttet til bæreevne, og helseforetaket som er ansvarlig for kartlegging av gevinster og driftsmessige forutsetninger. Investeringsestimater og kalkyler utføres av prosjektet.

8.1 FORMÅL

Gjennomføringen av et større investeringsprosjekt vil ha vesentlig påvirkning på helseforetakets økonomiske situasjon. Formålet med de økonomiske beregningene er å:

- Dokumentere overfor beslutningstakere hvorvidt helseforetaket kan bære de økonomiske konsekvensene i etterkant av tiltaket.
- Vise om og hvordan prosjektet kan finansieres i det planlagte tidsrommet

8.2 GRUNNLAG

- Investeringsestimater, basert på erfaringstall og prosjektets egenart, for prosjekttinnramming og konseptfasens steg 1
- Kalkyle og gjennomført usikkerhetsanalyse fra og med steg 2 av konseptfasen
- Planlagt finansieringsløsning, spesifisert pr år, på ekstern lånefinansiering, lån fra helseregion samt egenfinansiering fordelt på bankbeholdning, eiendomssalg, og eventuelle konsernfordringer
- Øvrige forutsetninger som framtidig renteutvikling, prosjektets analyseperiode og lignende
- Driftsøkonomiske konsekvenser av prosjektet, inkludert kjernedriftseffekter og endring i FDVU-kostnader m.m.
- Estimater for ikke-byggnær IKT, samt eventuelle påvirkninger på IKT-området som følge av endrede driftskonsept. I forprosjektet skal det utarbeides budsjett for ikke-byggnær IKT⁶.
- Økonomisk langtidsplan for helseforetaket, oppdatert med siste informasjon som gjelder kalkyle og driftsøkonomiske konsekvenser

Driftsøkonomiske konsekvenser er en sentral del av disse beregningene. Det er viktig å få fram ulikhetene i forventet, framtidig driftsøkonomi mellom de alternative løsningene.

Det skal legges til rette for at tiltaket beregnes i henhold til livssyklusøkonomi (LCC-beregninger). Til og med konseptfasen kan det benyttes nøkkeltall. Konkrete LCC-beregninger kan utføres fra og med forprosjektfasen.

Utarbeidelsen av kostnadsestimat bør utarbeides i tråd med fasene i sykehusplanlegging, og derved prosjektets modenhet. Etter hvert som prosjektet modner, vil informasjonsgrunnlaget for estimatet øke, og gi mulighet for mer detaljerte estimater. Denne modningen, som bør skje etter en iterativ prosess, har innvirkning på både forventet nøyaktighetsgrad og usikkerhet, samt ressursbruk og estimeringsmetodikk. Fra og med steg 2 av konseptfasen skal det utføres usikkerhetsanalyse mot slutten av en prosjektfase.

Usikkerhetsanalysen skal baseres på prosjektets basisestimater, og det er viktig å sikre at dette er komplett. Usikkerhetsanalysen estimerer det forventede tillegget og nødvendige usikkerhetsavsetninger for å oppnå en gitt sannsynlighet for prosjektets sluttkostnad (f.eks. en P85-verdi viser at det er 85% sannsynlighet for at sluttkostnaden blir lik eller lavere enn P85-verdien). Resultatene fra usikkerhet bør ligge til grunn for fastsettelse av styringsramme for utførende foretak og kostnadsramme som disponeres av prosjekteier.

⁶ I forprosjektet skal det utarbeides et budsjett for ikke-byggnær IKT for nytt sykehus for de IKT-løsninger som skal understøtte nye driftskonsepter, eller som er viktig for helseforetakets økonomiske bæreevne. Det skal også lages et budsjett for de IKT-løsninger som må innføres og tas i bruk, før innflytting i nytt sykehus

8.3 ØKONOMISK BÆREEVNE

Det skal beregnes økonomisk bæreevne for alle byggeprosjekter på prosjekt- og helseforetaksnivå, i tillegg vurderes også om dette skal utføres på regionnivå. Innenfor helsesektoren kan det være slik at et byggeprosjekt isolert sett ikke har tilstrekkelig økonomisk bæreevne. Derfor må også helseforetakets samlede økonomiske bæreevne tas med i vurderingene. Et prosjekt har økonomisk bæreevne over investeringsprosjektets levetid når:

- Prosjektets nåverdi er lik eller større enn null, og
- Likviditetsstrøm fra driften overstiger avdrag og renter av finansieringen, uavhengig av finansieringsform

Et helseforetak har økonomisk bæreevne når helseforetaket har evne til å håndtere sine økonomiske forpliktelser over investeringsprosjektets levetid. Det betyr i praksis at:

- Likviditetsstrøm fra driften overstiger samlede avdrags- og rentebetalinger
- Foretaket har likviditetsmessig evne til å opprettholde planlagt virksomhetsnivå, samt gjennomføre tilstrekkelige reinvesteringer og vedlikehold
- Foretaket realiserer et positivt akkumulert årsresultat over prosjektets levetid, slik at framtidig egenfinansieringsevne til investeringsprosjekter opprettholdes
- Et eventuelt behov for mellomfinansiering etter ferdigstilt prosjekt er innenfor helseforetakets bæreevne samt regionalt handlingsrom

8.4 ANALYSENIVÅER

Analyser av økonomisk bæreevne gjøres på prosjektnivå for å understøtte helhetlig prioritering av utbyggingsalternativene. Herunder må det gjøres en vurdering og framskriving av hvordan driftsøkonomien påvirkes samt utarbeides investeringsestimat/kalkyler for investeringskostnaden tilpasset de ulike fasene.

Det gjennomføres analyser av økonomisk bæreevne for helseforetaket for å vurdere investeringsprosjektets konsekvenser på helseforetakets totaløkonomi, med tilhørende finansieringsplan. Beregningene må ta hensyn til framtidige investeringsbehov som kommer i tillegg til selve investeringstiltaket, for eksempel reinvesteringsbehov i medisinsk utstyr.

De økonomiske analysene er gjennomgående for alle faser i tidligfasen, men presisjonsnivået øker fram mot beslutning om investering (B4).

Så snart helseforetaket har definert et større investeringstiltak, innarbeides dette i den årlige prosessen for økonomisk langtidsplan i helseregionen.

8.5 METODE

Metoden fokuserer på likviditetsstrømmer, og beregner låneopptak inkludert byggelånsrenter, som følge av utbyggingsplanen.

Det gjennomføres beregninger av økonomisk bæreevne for:

- Prosjektet alene (uavhengig av finansieringsform, i praksis benyttes 100 prosent lånefinansiering)
- Helseforetaket som helhet (her inkluderes også egenfinansiering)

Lånebeløpet danner grunnlag for en beregnet årlig belastning fra avdrag og rente etter ferdigstillelse av prosjektet. Dette sammenlignes med sum av årlige økonomiske nettogevinster fra prosjektet, per år og akkumulert. Det skal også beregnes rente på differansen mellom belastningen fra lånet og netto driftsgevinster.

På prosjektnivå skal kun økonomiske konsekvenser tilknyttet prosjektet inngå. Nåverdi av investeringsprosjektet skal beregnes. På foretaksnivå skal foretakets øvrige operasjonelle og finansielle situasjon sees sammen med prosjektet.

Denne metodikken benyttes i alle faser av tidligfaseutredningen, og gjennomføres for de forskjellige alternativene som utredes.

I tillegg skal prosjektet inn mot beslutningspunkt B3 (konseptvalgbeslutningen) innarbeide investeringstiltaket i en særskilt framskriving av helseforetakets økonomiske bæreevne, eksempelvis ved å benytte modell fra økonomisk langtidsplan. Dette gir grunnlag for en helhetlig vurdering av helseforetakets økonomiske situasjon før, under og etter investeringstiltaket. Analyseperioden utvides slik at den tilsvarer økonomisk levetid for investeringstiltaket. Denne beregningen viser også avskrivingskostnader, og prognostiserte framtidige regnskapsresultater.

Hvilke dokumenter som skal utarbeides til hvert av beslutningspunktene vises i Vedlegg A.

SAMHANDLING OG MEDVIRKNING

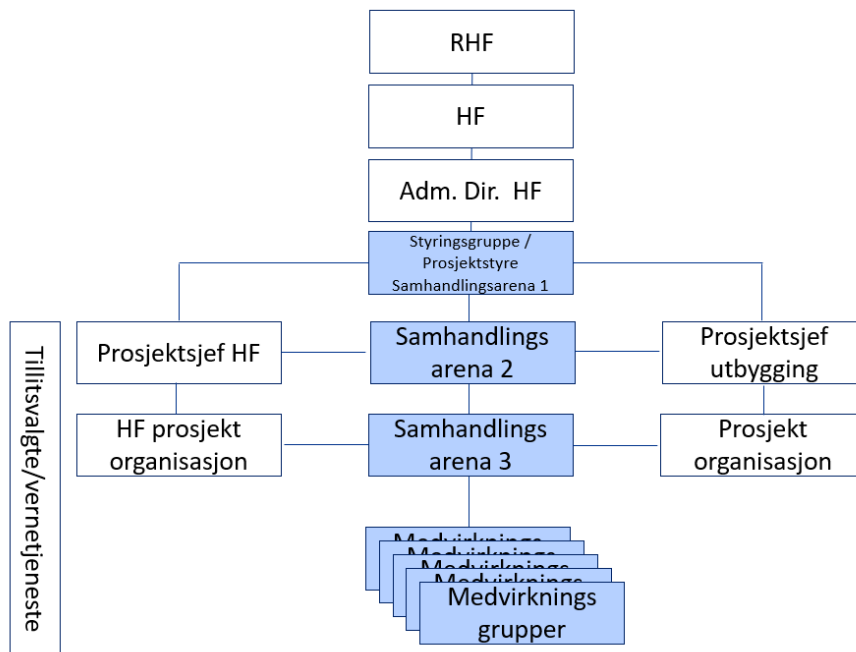
9 SAMHANDLING OG MEDVIRKNING I UTVIKLINGEN AV VIRKSOMHET OG BYGG

Byggeprosjekter i sykehus er komplekse, både i omfang og konsekvenser. Virksomheten setter premissene for nye arealer, men nye arealer vil også medføre muligheter og framtidige begrensninger for virksomheten. Det er derfor nødvendig med gode prosesser som sikrer at virksomhetsutviklingen, herunder organisasjonsutviklingen, går hånd i hånd med byggeprosjektet.

Det er helseforetaket som eier prosessen med utvikling av virksomheten, men det er naturlig at noe av dette gjennomføres som en del prosjektet, spesielt det som er direkte relevant for utformingen av arealer.

I utvikling av virksomhet og bygg skilles det mellom *samhandling*, *medvirkning* og *medbestemmelse*;

- **Samhandling** i denne sammenhengen er den formelle koordineringen mellom helseforetaket og prosjektet. Det bør opprettes samhandlingsarenaer på relevante organisatoriske nivå, jfr. et eksempel på dette i figuren nedenfor. (Eksempelet er et generisk eksempel hvor helseforetaket er prosjekteier.)
- **Medvirkning** er prosessene der ressurspersoner gir innspill og råd til prosjektet. Det bør opprettes medvirkningsgrupper på relevante områder.
- **Medbestemmelse** er prosessene knyttet til arbeidsgivers ansvar overfor ansatte, jfr. Lov om Arbeidsmiljø. Disse prosessene er knyttet til helseforetakets linjeorganisasjon og blir håndtert gjennom ulike fora mellom helseforetaket og de ansattes organisasjoner. Prosjektet skal legge til rette for medbestemmelser der Prosjekteier tillater og/eller beslutter dette.



9.1 SAMHANDLING

Samhandlingen skal ivareta involvering, koordinering og helhetstenkning på en slik måte at utvikling og muligheter mellom sykehus, klinikker og andre samarbeidsparter blir belyst og ivaretatt. Videre skal samhandlingen tilrettelegges og gjennomføres slik at vedtatte rammer for økonomi og fremdrift blir overholdt.

9.2 MEDVIRKNING

Medvirkningen i prosjektet er rådgivende. Medvirkningen har som formål å oppnå:

- at overordnede målsettinger og de ansattes arbeidsplass blir ivaretatt med funksjonsdyktige, pasientvennlige og driftsøkonomiske løsninger i sykehuset
- engasjement, forankring og eierskap i foretaket som skal bygge nytt, som grunnlag for god og vellykket organisasjonsutvikling og drift
- et godt arbeidsmiljø for sykehusets ansatte
- å innhente pasienters og andre brukeres erfaringer og synspunkter

Medvirkning skjer i alle faser i et byggeprosjekt, både i tidligfase og i gjennomføringsfasen. Omfang av involveringen må tilpasses den enkelte fase. I de forskjellige fasene vil prosjektet ha behov for ulike typer diskusjoner med, og avklaringer fra, helseforetaket. Medvirkningen må organiseres på en slik måte at dette blir ivaretatt.

I en tidlig fase av et byggeprosjekt vil det være viktig med medvirkning i utvikling av tverrgående prinsipper og i avklaring av driftskonsepter for funksjonene. Utover i prosjektet blir planleggingen og medvirkningen mer detaljert. For å belyse relevante problemstillinger for prosjektet, blir det dermed behov for medvirkning på ulike nivå;

- Overordnede strategier og føringer for hele sykehuset
- Overordnede planer for hver funksjon og sammenhenger mellom funksjoner
- Detaljerte planer over funksjonenes rom og utstyr

Det er det enkelte byggeprosjekt som oppretter og organiserer medvirkningsgruppene for å sikre kompetanse til prosjektet og eierskap til løsningene. Medvirkningen bør tilpasses prosjektets behov for avklaringer.

Pasienter og pårørende vil være brukere av de nye arealene. I planleggingen er brukermedvirkning på systemnivå et viktig virkemiddel for å ivareta pasientperspektivet, og videreutviklingen av spesialisthelsetjenesten gjennom utforming av nye bygg. Brukerrepresentantene tilfører kunnskap og erfaringer til prosjektorganisasjonen og brukerstemmene er derfor viktige i hele planleggingsprosessen, blant annet fordi deres perspektiv på hva som er et godt sykehus kan være forskjellig fra f.eks. ansattes eller planleggeres perspektiv. For å gjennomføre gode medvirkningsprosesser anbefales det at prosjektene:

- Tydeliggjør fordeling av ansvar og oppgaver mellom helseforetaket og prosjektorganisasjonen
- Spisser deltakelsen: Sørg for at de riktige personene/funksjonene deltar, i et omfang tilpasset både prosjektet og virksomheten
- Sørg for at de som skal medvirke forstår hvilken prosess de skal være med i og hva som skal skje når
- Beskriver trinnene: Hvordan gjennomføre selve medvirkningsprosessen

9.3 ORGANISASJONSUTVIKLING

Bygget må tilpasses til den framtidige organisasjonen, men organisasjonen må også forberedes på å ta i bruk nye arealer og løsninger. Organisasjonsutviklingen er en del av helseforetakets virksomhetsutvikling og bør som nevnt i kapittel 1.4 håndteres i et eget utviklings-/mottaksprosjekt. Dette prosjektet bør koordineres med byggeprosjektet gjennom samhandling og medvirkning. I de tidligste fasene av byggeprosjektet vil utviklings-

/mottaksprosjektet ha hovedfokus på utvikling av løsninger. Når byggeprosjektet går over i en gjennomføringsfase vil prosjektet få mer og mer karakter av et mottaksprosjekt som er innrettet mot å forberede driftsorganisasjonen på å ta de nye arealene i bruk.

VEDLEGG

9.4 A – Beslutningspunkter og beslutningsgrunnlag

Faser og steg	Oppstart av tidligfase	Prosjektinnramming	Konseptfase steg 1	Konseptfase steg 2	Forprosjekt
	Klar for oppstart av tidligfase?	Rammer og forutsetninger på plass?	Beste alternativ?	Riktig prosjekt?	Klar for gjennomføring?
Hva skal besluttes?	B1	B2	B3A	B3	B4
	Mandat for oppstart av tidligfase	Syringsdokument	Hovedprogram	Valg av konsept	Investering
		Kriterier for valg av alternativ	Foreløpig valg av hovedalternativ	Oppdatert syringsdokument	Mandat for detaljprosjektering og gjennomføring
		Kriterier for valg av tomt. Nedvalg av tomtersom utredes videre	Valg av tomt (senest ved B3A)	Oppdatert hovedprogram (ved behov)	Oppdatert syringsdokument
		Mandat (oppdateres ved behov)	Oppdatert syringsdokument		
Beslutningsunderlag:					
Ekstern kvalitetssikring			ISK-notat ved parallell kvalitetssikring	ISK-rapport (ved behov)	ISK-rapport (ved behov)
Sammen drag (maks 2-3 sider)		Forslag til kriterier for valg av alternativ	Sammen drag av alternativutredning	Sammen drag av konseptrapport	Sammen drag av forprosjektrapport
Mandat		Forslag til oppdatert mandat (ved behov)	Forslag til oppdatert mandat (ved behov)	Forslag til oppdatert mandat (ved behov)	Forslag til mandat for detaljprosjektering og gjennomføring
Syringsdokument		Forslag til Syringsdokument	Forslag til oppdatert Syringsdokument	Forslag til oppdatert Syringsdokument	Forslag til oppdatert Syringsdokument
Investeringanalyser		Investeringsestimat	Oppdatert investeringsestimat	Basiskalkyle med ekstern usikkerhetsanalyse	Oppdatert basiskalkyle og usikkerhetsanalyse
Analyse av økonomisk bæreevne		Analyse av økonomisk bæreevne på prosjekt og helseforetaksnivå etter veilederens metodikk	Oppdatert analyse av økonomisk bæreevne	Oppdatert analyse av økonomisk bæreevne	Oppdatert analyse av økonomisk bæreevne
ØLP		Oppdatert økonomisk langtidsplan	Gjeldende økonomisk langtidsplan	Komplett ØLP-beregning med utvidet analyseperiode	Oppdatert ØLP-beregning
Finansieringsplan		Oppdatert Finansieringsplan	Oppdatert Finansieringsplan	Oppdatert Finansieringsplan	Oppdatert Finansieringsplan
Dokumentasjon av gevinster		Oppdatert gevinstoversikt	Oppdatert overordnet gevinstoversikt	Gevinstoversikt, spesifisert på minimum klinikknivå eller hersktsmessig nivå basert på prosjektets omfang	Komplett gevinstrealiseringssplan med nullpunktanalyser og fordeling av internt ansvar for videre oppfølging
Andre trykte eller utrykte vedlegg		Tonnteanalyse (ved behov)	Konsepttrapport (underlag B3A) med hovedprogram som vedlegg	Komplett konseptrapport (underlag B3)	Forprosjektrapport med vedlegg

Kommentert [FT1]: @Fjellestad, Endre Foreslår å ta inn kommentarene fra Atle. Kan du gi beskjed om hvor originalen ligger eller endre selv?

Kommentar fra Atle:

1. Skriv Økonomisk langtidsplan (ikke ØLP) i kolonnen lengst til venstre.

a. Under prosjektinnramming – oppdateres i årlig prosess for økonomisk langtidsplan.

b. Under konsept steg 1 – oppdatert (ikke gjeldende) økonomisk langtidsplan.

2. Dokumentasjon av gevinster

a. Prosjektinnramming – overordnet gevinstoversikt

b. Konseptfase – i tekst står klinikknivå klinikknivå (to ganger etter hverandre).

9.5 B – Mandat (eiers bestilling)

Den overordnede hensikten med mandatet er å gi en tydelig beskrivelse av behovet eller idéen som skal utredes, og de rammebetingelsene som gjelder. Mandatet etableres av prosjekteier som en oppdragsbestilling til prosjektorganisasjonen. Mandatet etableres i forbindelse med behandling av beslutningspunkt B1 i prosjektmodellen. Målene utvikles og konkretiseres gjennom prosjektinnrammingen fram mot beslutningspunkt B2. Mandatet revideres ved behov ved hver faseovergang, eller ved vesentlige endring i forutsetningene knyttet til f.eks. virksomhetsinnhold, lokasjon og grensesnitt.

Prosjektopplysninger

Eksempel: Prosjektnavn, prosjekteier, helseforetak (virksomhet), prosjektmodell, fullmaktsstruktur, kort prosjektbeskrivelse

Hensikten med prosjektet

- Bakgrunn - kontekst
- Prosjektutløsende faktorer – hvilke behov skal dekkes? Beskriv hvilke behov eller uløste problemstilling prosjektet skal være rettet mot.
- Formål - Hvilke endringer skal skapes? Beskriv den endrede situasjonens om ønskes oppnådd etter at prosjektet er gjennomført
- Føringer – overordnede føringer og rammebetingelser
 - Relevante styrevedtak
 - Avgrensninger mot andre prosjekt eller virksomhetsområder (omfang virksomhetsinnhold)
 - Ikke-bygg nær IKT, MTU

Mål – Gode prosjektmål kjennetegnes ved at de er klare og retningsgivende.⁷

- Samfunns mål - konkretiseres med utgangspunkt i virksomhetsstrategi og utviklingsplan
- Effektmål – effektmålene er knyttet prosjektets virkning for brukerne (pasient, befolkning ansatte).
Eksempel: endret døgnseingskapasitet X i hht framskrevet behov Y i år yyyy.
- Resultatmål
 - Kvalitet – eksempel: nye/oppgraderte areal som understøtter virksomhetens behov, herunder samling av fagmiljø, effektiv drift og forsvarlig behandlings- og arbeidsmiljø
 - Kost – eksempel: forventet planleggingsramme (basiskost) mellom 500 – 1000 millioner kroner, erstattes av styringsramme når den er vedtatt.
 - Tid – forventet ibruktagelse år yyyy, med en forventet levetid YY.

Prosjektorganisering, roller, og ansvar

- Prosjekteier
- Styringsgruppe / prosjektstyre
- Prosjektorganisasjon
- Mottakende helseforetak

Resultatmål innværende fase(r)

- Budsjett og finansiering
- Aktiviteter og hovedleveranser
- Milepæler

⁷ SMARTE mål er: Spesifiserte, Målbare, Aksepterte, Realistiske, Tids- og kostnadsavgrenset, og Enkle

Vedlegg og henvisninger

- Grunnlagsdokumenter –referanser til styresaker og beslutningsunderlag fra tidligere faser
- Styrende dokumenter – henvisning til de mest relevante planer, strategier, standarder, retningslinjer, veiledere m.m. som prosjektet skal forholde seg til. Listen er ikke uttømmende.
- Erfaringer og annen identifisert dokumentasjon av relevans for den konkrete oppgaven, eks. fagnotat, sammenlignbare prosjekt.

9.6 C – Styringsdokument

Formålet med styringsdokumentet er å svare ut eiers mandat/bestilling og beskrive hvordan bestillingen skal løses. Styringsdokumentet peker ut retning og beskriver omfang av prosjektet og danner «kontrakten» mellom prosjektleder og prosjekteier.

Styringsdokumentet er et levende dokument, og punktene som følger er en anbefaling. Naturlig suppleres styringsdokumentet med flere punkter etter hvert som prosjektet modnes, og ved behov etter avtale mellom prosjekt og eier/styret. Det skal gjenspeile nåværende status, planer og kontrollmekanismer i prosjektet.

Styringsdokumentet skal inneholde en oppsummering, eventuelt også en tydeliggjøring av det målbildet som er beskrevet i mandatet.

De viktigste punktene i styringsdokumentet er beskrivelse av:

- Prosjektet
- Rammebetingelser
- Hensikt, krav og leveranser
- Målhierarki (samfunns mål, effektmål og resultatmål)
- Kritiske suksessfaktorer
- Grensesnitt og avhengigheter til andre prosjekt

Prosjektstrategi

- Organisering og ansvarsdeling
- Strategi for styring av usikkerhet
- Gjennomføringsstrategi
- Kontraktstrategi
- Avklare eventuell samhandling (primærhelsetjenesten, universitet o.l.)
- Plan og beskrivelse av prosesser og leveranser for kommende fase

Prosjektstyringsbasis

- Arbeidsomfang, inkludert rutiner for avvikshåndtering
- Prosjektplan inkludert hoved leveranser og milepæler
- Investeringsestimater, budsjett og gjennomføringsplan
- Tidsplan
- Kvalitetssikring
- Rapportering

Et godt styringsdokument må ha en balansert fremstilling av punktene, og tydeliggjøre årsakssammenhengen mellom prosjektets hensikt, mål, kritiske suksessfaktorer, strategier og styringsgrunnlag.

Øvrige tema som bør vurderes med tanke på utarbeidelse av styringsdokumentet:

- Evaluering: I prosjekttinnrammingen må det avklares hva som eventuelt er nødvendig av tilleggsutredninger for å få en tilfredsstillende førevaluering. Førevalueringen bør være sluttført før oppstart av konseptfasen. Det skal utarbeides en plan for evaluering av plan- og byggeprosessen, og arbeidet med en plan for etterevaluering skal påbegynnes.
- Saker av vesentlig betydning: Dersom tiltaket kan endre virksomhetens karakter, medføre vedtak om nedleggelse av sykehus, eller medføre omfattende endringer i sykehusstrukturen i helseregionen, skal saken forelegges Helse- og omsorgsdepartementet av styret i det

regionale helseforetak (jfr. Lov om helseforetak §30). Slike saker må tilpasses beslutningsprosessen i prosjektet.

- Valg og erverv av tomt, regulering og konsekvensutredning: Dersom valg av tomt ikke er avklart bør styringsdokumentet omtale hvilken prosess for tomtanalyse, regulering og erverv av tomt som anbefales.
- Verneinteresser: Mulige konflikter med vernehensyn må kartlegges for å avklare prosjektets handlingsrom.
- Avhending av bygg og eiendom: Saker som omfatter salg av bygg og eiendom for over 10 millioner kroner skal forelegges Helse- og omsorgsdepartementet av styret i det regionale helseforetak. Avhendingene må tilpasses beslutningsprosessen (jfr. Lov om helseforetak § 31), og ellers følge interregional avhendingsstrategi.
- Klima og miljø: Miljøprogram med prinsipper for miljøledelse etableres. Miljøprogrammet skal angi prosjektet miljømål. Hvis tomt skal avklares i denne fasen, må risiko for naturfare (ras og flom) vurderes.
- Sikring av bygg og infrastruktur: Det vurderes om prosjektet kategoriseres med en særskilt sikringsrisiko. Prosjektet bør etablere sin informasjonssikkerhetsplan i denne fasen.
- Revisjon/oppdatering av styringsdokument ved faseoverganger: Gjennom tidligfasen kan nye standarder, føringer, metoder og veiledere komme til, eller endres. Dette kan få konsekvenser for prosjektet. Det anbefales å presisere hvilke revisjoner av eksterne dokumenter som er benyttet, og eventuelt hvilke konsekvenser en endring av følgende kan ha for prosjektet.

9.7 D – Hovedprogram

Hovedprogram skal beskrive virksomhetsinnhold, dimensjoneringsgrunnlag, organisatoriske konsekvenser og overordnede funksjonelle og tekniske krav til bygg, utearealer, utstyr og infrastruktur. Hovedprogrammet erstatter Hovedfunksjonsprogram (HFP), Delfunksjonsprogram (DFP), Hovedprogram utstyr (HPU), Overordnet teknisk program (OTP) og Prinsipper for person- og vareflyt (PPV). Hovedprogrammet består av fem hoveddeler:

Del 0 INNLEDNING

- Bakgrunn, hensikt og prosess

Del I FUNKSJON

- Dagens situasjon for virksomhet og bygg
- Framtidig virksomhet med funksjoner og kapasitetsbehov
- Prinsipper for person og vareflyt
- Funksjonsområder og driftsprinsipper
- Krav til nærhet mellom funksjoner

Del II TEKNIKK

Programdelen teknikk definerer ambisjonsnivået for tekniske løsninger og bygningsdesign på et overordnet nivå. Programmet viser over- ordnede krav til bygningsutforming, teknisk infrastruktur, energieffektivitet, miljøbelastning, sikkerhet, transportløsninger og tekniske systemer. Programmet definerer i tillegg hvilke delområder som skal risikovurderes (ROS), kostnadsvurderes (LCC) og livssyklusvurderes (LCA).

Overordnede krav ivaretas av en prosjektspesifikk kravliste som inkluderer ansvar og rollefordeling. Hensikten er at føringer som har betydning for kostnader og design blir fanget opp før det utarbeides skisser, kostnadskalkyler og usikkerhetsanalyser.

Del III UTSTYR

- Overordnede føringer og forutsetninger
- Hvordan påvirkes utstyr av de funksjonelle målsettingene for sykehuset, og hvordan utstyr kan påvirke målsettingene
- Teknologiutvikling og hvilke muligheter og utfordringer (konsekvenser) dette innebærer
- Kalkyle inklusive forutsetninger om gjenbruksgrad
- Strategi for hvordan sykehuset og byggeprosjektet kan samordne anskaffelser av utstyr fram til innflytting

Del IV IKT KONSEPT

- Nasjonale, regionale og lokale strategiske føringer samt målsetninger for IKT i prosjektet
- Overordnede teknologiføringer samt overordnede leveranser og løsninger
- Organisering og styring av gjennomføring av IKT med sentrale aktører, interessenter og avhengigheter
- Kostnadskalkyler

Del V ROM OG AREAL

- Arealstandards og utnyttelsesgrader
- Foreløpig rom- og funksjonsprogram
- Arealtabeller

9.8 E – Konseptrapport

Konseptrapporten bygger på prosjektinnrammingen og vedtatt styringsdokument for tidligfasen, samt alle delutredninger. I konseptrapporten blir delutredningene oppsummert og man sammenstiller data, beregninger, analyser, beskrivelser og konklusjoner som finnes i disse utredningene.

Alle relevante alternativer skal inngå i konseptrapporten, og alternativvurderingene skal beskrives. Det skal framgå hvilket konsept (alternativ) som anbefales bearbeidet videre i en forprosjektfase, og begrunnelsen for anbefalingen. Rapportens oppbygging bør følges i alle prosjekter, men omfang og detaljering må tilpasses det aktuelle prosjektet.

Rapporten kan inndeles i fem deler, hvor del I og II gjelder steg 1 av konseptfasen, og del III og IV gjelder for steg 2 av konseptfasen:

Del 0 SAMMENDRAG

Maksimum 2-3 sider som framlegges beslutningstakerne

Del I BAKGRUNN

- Mandat for prosjektet (oppsummering fra godkjent mandat)
- Prosjektutløsende faktorer (oppsummering fra utviklingsplanen og styringsdokumentet)
- Mål, strategier og rammer nedfelt i utviklingsplanen
- Rammer og organisering av arbeidet med konseptfasen
- Status dagens virksomhet og bygg
- Beskrivelse av alternative utbyggings- og virksomhetsmodeller
- Framskrevet dimensjoneringsgrunnlag, inkludert metode og datagrunnlag
- Programkrav (hentes fra hovedprogrammet)

Del II ALTERNATIVVURDERING (steg 1)

Beskriver alternativene, inkl. et nullalternativ, som er utredet på en tilstrekkelig og sammenlignbar måte, og gir en sammenstilling og evaluering av alternativene i forhold til oppsatte kriterier.

- Løsninger, illustrasjoner, modeller fra mulighetsstudier
- Investeringsestimater (mindre omfattende beregninger)
- Driftsøkonomiske analyser (mindre omfattende beregninger)
- Kriterier for vurdering og valg av alternativ
- Rangering og vurdering av alternativene, anbefaling

Del III ANBEFALT HOVEDALTERNATIV (steg 2)

Hovedalternativet som ble valgt ved B3A-beslutningen.

- Skisseprosjekt
- Økonomiske beregninger (kalkyle, bæreevne på prosjekt og HF-nivå, driftsøkonomiske analyser, gevinstoversikt og oppdatert finansieringsplan)
- Usikkerhetsanalyse

Del IV PLAN FOR DET VIDERE ARBEID

Vedlegg (ikke utfyllende liste)

- Hovedprogram
- Utredning av valgt hovedalternativ med skisser, tilhørende kalkyler mv.
- Miljøprogram
- Sikringskonsept
- Økonomiske analyser
- Oppdatert styringsdokument ved behov
- Evt. andre vedlegg

Se vedlegg C: Mandat og vedlegg D: Styringsdokument

9.9 F – Forprosjektrapport

Grunnlaget for bearbeiding av valgt konsept er konseptrapporten, KSK og eventuelle oppdateringer som konsekvens av KSK. Konsept-bearbeidingen skal resultere i en forprosjektrapport. Rapportens oppbygging bør følges i alle prosjekter, men omfang og detaljering må tilpasses det aktuelle prosjektet.

Rapporten kan inndeles i fire deler:

Del 0 SAMMENDRAG

Maksimum 2-3 sider som framlegges beslutningstakerne

Del I BAKGRUNN, FORMÅL OG OVERORDNEDE FØRINGER

- Bakgrunn for prosjektet (oppsummering fra konseptrapporten)
- Prosjektutløsende faktorer og mål for prosjektet (oppsummering fra konseptrapporten)
- Mandat, strategier og rammer for arbeidet (oppsummering fra konseptrapporten og behandling av denne)
- Forutsetninger og grunnlag for forprosjektet (oppsummering av program/kapasiteter, valgt konsept med henvisning til hovedprogram og skisser/modell fra konseptfasen)
- Prosjektavgrensning og avhengigheter (oppsummert fra konseptrapport og mandat)
- Prosjektutvikling i forprosjektfasen (Oppdatering og endring av innholdet i program og løsning ved endringer i forutsetningene)
- Tomt, offentlig planprosess og andre myndighetsforhold
- Organisering av arbeidet med forprosjekt, samhandling med driftsorganisasjonen og andre

Del II PROSJEKTUTVIKLING OG UTREDNINGER

Beskrive oppsummering av de utredninger som er utført i forprosjektfasen. Nødvendig utdyping av utredningene legges ved som vedlegg.

- Virksomhetsinnhold, kapasiteter og program
 - Oppsummering program og kapasiteter, arealoppsett (programmert og prosjektert brutto-/nettoareal)
 - Overordnet beskrivelse av romfunksjons- og utstyrsprogram
- Forprosjekt med beskrivelser og tegninger
 - Konseptuell beskrivelse og tegninger (på overordnet nivå)
 - Funksjonell beskrivelse og tegninger (på delfunksjonsnivå)
 - Miljø og klima (Miljøprogram endelig og MOP)
 - Sikringskonsept (sikringskonsept og sikringsanalyse)
 - Bygningsmessig og teknisk beskrivelse (på 2-3 sifferet nivå)
 - Beskrivelse av utstyr
 - Beskrivelse av overordnet IKT
- Økonomiske analyser
 - Kalkyle (Styringsramme, basiskalkyle, ramme for overordnet IKT, utstyr, tomteknostnader)
 - Usikkerhetsanalyse
 - Kuttlist
 - Livssyklusberegninger (LCC)
 - Driftsøkonomiske beregninger og gevinstrealiseringsplan
 - Oppdatert bæreevne, ØLP og finansieringsplan
- Digitalisering og bygningsinformasjonstabell

Del III PLAN FOR DET VIDERE ARBEID

- Oppfølging av valgt gjennomføringsstrategi
- Organisering av gjennomføringsfasen
- Beskrivelse av plan for videre prosjektutvikling gjennom funksjonsprosjekt, detaljprosjekt og gjennomføring
- Myndighetsoppfølging
- Fremdrift og milepæler
- Systematisk ferdigstillelse
- Rigg, faseplaner og midlertidige bygg
- Informasjonssikkerhet
- Industrialisering
- Risikostyring
- Kommunikasjonsstrategi

Se vedlegg C: Mandat (oppdragsbrev/bestilling)

Se vedlegg D: Styringsdokument

Del IV VEDLEGG (ikke utfyllende liste)

- Arealoversikt
- Rom- og utstyrsprogram (digitalt)
- Grensesnittmatrise bygg- og funksjonsutstyr
- Overordnet beskrivelse av IKT program (dersom det ikke foreligger i konseptfasen)
- Overordnet beskrivelse av Logistikk og forsyningstjenester (dersom det ikke foreligger i konseptfasen)
- Bygningsmessige og tekniske utredninger (fagnotater)
- Miljøoppfølgingsprogram (MOP)
- Økonominotat inkl. Prosjektcalcule, livssyklusberegninger (LCC), driftsøkonomiske beregninger og gevinstnotat (utarbeides av HF)
- Usikkerhetsanalyse (UA)
- Tegninger (planer, snitt, fasader, utomhus, illustrasjoner)

9.10 G – KSK-rapport

For prosjekter med en forventet kostnad på over 500 millioner kroner skal det gjennomføres en ekstern kvalitetssikring av konseptfasen (KSK). Grunnlaget vil være de utredningene som er gjennomført i konseptfasen og som er dokumentert i konseptrapporten med underliggende delutredninger. Prosjekteier har i tillegg til KSK også mulighet til å gjennomføre kvalitetssikring av utviklingsplan (KSU) og kvalitetssikring av forprosjektfasen (KSF) for å redusere risiko. KSF kan vurderes i prosjekter med stor offentlig og politisk oppmerksomhet. Det bør i så fall utarbeides et eget mandat for en slik kvalitetssikring med fokus på utvalgte områder. KSK skal sikre at de utredninger som er gjennomført i konseptfasen på en tilfredsstillende måte har ivaretatt overordnede krav (målhierarki, bredde i utredninger av alternativ, riktige prioriteringer og økonomisk bæreevne), men også spesifikke krav til metode og innhold i utredninger og analyser knyttet til gevinstrealisering, struktur og sammenheng i tjenestetilbudet, samhandling med primærhelsetjenesten, beregning av framtidig aktivitet og kapasitetsbehov, omstilling og effektivisering, miljøhensyn, pasientsikkerhet og befolkningens krav til tjenesten.

Kvalitetssikring av konseptfasen skal gi svar på:

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

9.11 H – Prosjektinnramming: utdypning

Utdypning av kapittel 4.2; Grunnlag

Nedenfor stående liste er en oversikt over spørsmål man bør ha et bevisst forhold til før konseptfasen startes. Hva som bør være avklart før oppstart av konseptfasen, bør vurderes i hvert enkelt prosjekt:

- Hva er prosjektutløsende faktorer og målhierarki, og er dette utarbeidet på bakgrunn av en førevaluering?
- Er en eventuell førevaluering egnet som sammenligningsgrunnlag mot en etter-evaluering dersom byggeprosjektet blir gjennomført?
- Hvilke gevinster ønskes realisert?
- Er prosjektet en del av en tiltakspakke (prosjektprogram)? I så fall bør det være avklart hvilke avhengigheter det må tas hensyn til og hvordan dette skal gjøres.
- Foreligger avklaring av sykehusstruktur og lokalisering?
- Foreligger det føringer/beslutninger for valg av tomt innenfor valgt lokalisering?
- Vil tiltaket utløse krav til regulering med planprogram, konsekvensutredning og medvirkning?
- Dersom alternativene vil medføre store strukturelle og regionale endringer bør det vurderes om det skal gjennomføres samfunnsøkonomiske analyser.
- Foreligger det strategier for ikke-medisinske servicefunksjoner (f.eks. logistikk)?
- Foreligger det samarbeidsplaner for samhandling med kommunehelsetjeneste, utdanningsinstitusjoner etc.?
- Foreligger det funksjonell og teknisk tilstandsanalyse av eksisterende arealer?
- Er eventuelle bygningsmessige vern kartlagt?
- Foreligger det økonomiske rammebetingelser, og er tiltaket innarbeidet i økonomisk langtidspan?
- Hva er 0-alternativet, og foreligger det tiltaksplan og budsjett for dette?
- Er prosjektet av en slik art at det er behov for/vil være hensiktsmessig å bruke samfunnsøkonomisk analyse ihht Finansdepartementets rundskriv R-109?

Merk: Dette er ikke en komplett liste over alle avklaringer som bør foreligge, men en oversikt over noen av de temaene som bør løftes før prosjektet starter opp konseptfase. Avhengig av prosjektets størrelse og art, kan avklaringene ha ulike relevans for prosjektet.

Utdypning av kapittel 4.3; Leveranser

Evalueringskriteriene for valg av tomt bør blant annet omhandle tema som:

- transport og tilgjengelighet
- konsekvenser for kultur, landbruk, natur, miljø og klima
- tomtens funksjonelle egnethet for formålet
- risiko knyttet til aktsomhet, grunnforhold, regulering, kostnader og gjennomføring

9.12 I – Avklaring lokalisering

I de tilfeller endring av eksisterende sykehusstruktur innebærer valg av ny lokalisering, skal besluttende styre i det regionale helseforetaket forelegge dette for departementet (ref. Helseforetakslovens §30). Prosesser knyttet til endring av eksisterende sykehusstruktur og lokalisering er tunge politiske prosesser og omfatter mange interessenter.

Før tidligfasen kan starte må eventuelle endringer av sykehusstruktur og lokalisering være avklart. Begrepet lokalisering benyttes her i de tilfeller hvor ulikt sted kan gi ulike betingelser for driften av virksomheten og/eller ulike konsekvenser for interessenter. Begrepet tomt benyttes om geografisk plassering innenfor en valgt lokalisasjon.

Det forutsettes at lokalisering som følge av endret sykehusstruktur avklares i arbeidet med utviklingsplanen. Lokalisering skal være avklart før oppstart av konseptfase, mens tomt innenfor den lokalisasjon som er valgt, skal være avklart innen oppstart av steg 2 i konseptfasen. Prosessen for valg av tomt er beskrevet i kap. 4.4.3.

Det må innledningsvis avklares om tiltaket er av en størrelse som kan gi vesentlige virkninger og konsekvenser for miljø og samfunn og utløser krav om konsekvensutredning (KU) basert på plan- og bygningslovens § 4-2 med tilhørende forskrift:

«For regionale planer og kommuneplaner med retningslinjer eller rammer for framtidig utbygging og for reguleringsplaner som kan få vesentlige virkninger for miljø og samfunn, skal planbeskrivelsen gi en særskilt vurdering og beskrivelse - konsekvensutredning - av planens virkninger for miljø og samfunn.»

Det må avklares om det er behov for utarbeidelse av planprogram basert på plan- og bygningslovens § 4-1 som ledd i varsling av planoppstart. Det henvises her til Regjeringen.no og lovkommentar til plandelen av plan- og bygningsloven, kapittel 4 *Generelle utredningskrav* (2020). Dersom det ikke er behov for planprogram med tilhørende høring, anbefales at det uansett gjøres rede for formålet med planarbeidet, planprosessen med frister og deltakere, opplegget for medvirkning, spesielt i forhold til grupper som antas å bli særlig berørt, hvilke alternativer som vil bli vurdert og behovet for utredninger.

Planprogrammet for KU eies av planmyndigheten, som normalt er kommunen, og knyttes opp mot lokasjon og tomt for tiltaket. Siden planarbeidet først startes opp når man kjenner planmyndigheten, dvs. hvilken kommune tiltaket ligger i, og tomten man ønsker tiltaket på, vil dermed ikke KU kunne gjennomføres fullt før under og etter steg 2 i konseptfasen.

Siden flere temaer som vil inngå i planprogrammet for KU også vil kunne gjelde for valg av lokasjon, anbefales det at det utarbeides en skisse til et samlet planprogram som også fanger opp særlige forhold ved ulike alternative lokasjoner og tomter. Dette vil da være grunnlag for de utredningene som må gjøres for de valgene som må tas underveis, som for eksempel valg av lokalisering.

Dermed kan det allerede gjennomførte utredninger og behandlinger av disse inngå som slutførte prosesser i den endelige planprosessen etter §4-2. Det er imidlertid viktig å ha fokus på det som skiller de ulike alternativene, og om enkeltalternativ kan ha særskilte utfordringer i forhold til den endelige KU-prosessen. Det også viktig at allerede gjennomførte utredninger som har ført til valg, ikke skal gjentas i senere utredninger, og bidra til «merprosessering» eller omkamper. Utredning og valg av tomt skjer innenfor valgt lokalisering. Reguleringsprosessen starter basert på valg av tomt med slutføring av KU.

Når det gjelder temaer som kan inngå i ulike utredninger, vil disse endres over tid, ut fra ulike overordnede føringer, både internasjonalt, nasjonalt, regionalt og lokalt. Eksempler her er stadig økende klimafokus og endringer i innhold i andre ulike samfunnsanalyser, bl.a. ut fra politiske føringer, som transport- og bosettingsstruktur.

Konsekvensutredningen anbefales utredet med fokus på regionale konsekvenser før lokaliseringsvalget gjøres. Dette gir mulighet for å vurdere konsekvenser av flere alternative lokaliseringer opp mot hverandre og sikre best mulig beslutningsunderlag. I arbeidet med lokaliseringsanalysen involveres aktuelle kommuner og andre berørte parter. Lokaliseringsanalysen skal gjøres offentlig tilgjengelig og anbefales sendt på høring eller innspillrunde. Ved konsekvensutredning iht plan- og bygningsloven er det krav om at lokaliseringsanalysen

sendes på offentlig høring med de frister som loven angir. Lokaliseringsanalysen behandles i de besluttende organer og det gjøres vedtak om hvilken lokalisering man ønsker å gå videre med.

I de tilfeller det ikke foreligger krav om konsekvensutredning iht. plan- og bygningsloven, bør det uansett gjennomføres en vurdering av konsekvenser for samfunn og miljø. Vurderingen baseres på plan- og bygningsloven med tilhørende forskrift. I tillegg må vurderingen baseres på en evaluering og utsjekking av overordnede statlige, regionale og sykehusfaglige føringer og retningslinjer til lokalisering av sykehusbygg. Følgende kriterier og underlag bør legges til grunn for valg av lokalisering:

- Reisetidsanalyser (reisetid og reise mengde)
- Tilgjengelighet
- Rekruttering
- Kostnadsanalyser og økonomiske effekter
- Reguleringsmessige forhold
- Vurdering i forhold til statlig arealpolitikk
- Risikovurderinger
- Natur, miljø- og klimakonsekvenser av lokaliseringen
- Samfunnseffekter av vesentlig betydning ut over de som framkommer ovenfor

For valg av lokalisering kan også bruk av samfunnsøkonomisk analyse basert på prinsippene i Finansdepartementets rundskriv R-109 vurderes som hensiktsmessig verktøy.

Risikovurderinger bør brukes for å sammenligne ulike alternativer, herunder identifisere både trusler og potensielle muligheter, det vil si å ta utgangspunkt i et felles sett med trusler og muligheter/gevinster, og vurdere om det er vesentlige forskjeller i risikoprofil som kan ha betydning for valg.

For lokalisering av tiltak av en viss størrelse som kan gi vesentlige virkninger på sykehusstruktur og eller konsekvenser for miljø og samfunn bør det gjennomføres en ekstern kvalitetssikring (KSL). Valg av lokalisering besluttet av prosjekteier.

9.13 J – Definisjoner av begreper og forkortelser

BIM	Forkortelsen BIM benyttes både om prosessen BygningsInformasjonsModellering og resultatet, en BygningsInformasjonsModell. Sistnevnte er en 3-dimensjonal virtuell representasjon av strukturert informasjon om en bygning i hele dens levetid. BIM gjør det mulig å «bygge» to ganger: - Først som en virtuell, digital bygning som gir rom for analyse, forståelse, underlag for aksept og beslutning samt nødvendig underlag for realisering og forvaltning. - Deretter den faktiske fysiske gjennomføringen av bygningen
Brutto utstyrsprogram (BUP)	Det samlede utstyrsbehov i prosjektet definert på grunnlag av funksjoner og kapasitet/aktivitetsnivå.
Bruttoareal	Også kalt BTA, tilsvarer bruksarealet, men med tillegg av tykkelsen på ytterveggene.
Delfunksjon	Et funksjonsområde for en spesifikk funksjon som inngår i en hovedfunksjon, for eksempel delfunksjonen et normalsengeområde som del av hovedfunksjonen Opphold.
Detaljprosjekt	I detaljprosjektet utvikles og detaljeres prosjektet som underlag for innhenting av pris (ved utførelsesentrepriser) og videre som arbeidsunderlag produksjon. Detaljprosjektet har to faser: Detaljprosjekt funksjonsprosjekt og detaljprosjekt produksjon.
Driftsmodell	I planlegging av sykehus benyttes begrepene driftsmodell og løsningskonsepter. Med driftsmodell menes hvordan de ulike funksjoner som poliklinikker, sengeområder etc. skal organiseres og driftes. Den valgte driftsmodellen vil ha betydning for hvordan bygget bør utformes. Byggets utforming og de fysiske løsninger omtales som løsningskonsept.
Eierstyring	Eierstyring av prosjektet dekker aktivitetene og ansvarsområdet til prosjektstyret. Prosjektstyrets hovedoppgaver er: - å sikre at prosjektet er innrettet etter strategi/planverk/beslutninger fattet av helseforetaket (eller prosjektprogrammet som prosjektet er en del av) - beslutte premisser for prosjektet innenfor de overordnede rammene - føre kontroll med prosjektet og rapportere til helseforetaket - gi råd og veiledning til prosjektleder
FDVU	Forvaltning, drift, vedlikehold og utvikling av bygg. Forvaltning omfatter alle oppgaver knyttet til ledelse, planlegging og administrasjon av en eiendom. Drift omfatter alle oppgaver og rutiner som er nødvendige for at bygg og tekniske installasjoner skal fungere som planlagt, både funksjonelt, teknisk og økonomisk. Vedlikehold omfatter oppgaver knyttet til opprettholdelse av bygninger og tekniske installasjoner på et fastsatt kvalitetsnivå for å kunne bruke bygget til tiltenkt formål. Utvikling omfatter arbeid som fører til oppgradering eller utvikling av et bygg, det vil si at den øker sin verdi gjennom tilpasning til nye krav fra brukere og myndigheter.
Framskrivingsmodell	En modell for framskriving av aktivitet og beregning av framtidig kapasitetsbehov ved et sykehus, HF og RHF. Modellen tar utgangspunkt i pasientdata, Norsk pasientregister (NPR)
Funksjonsprosjekt	Detaljprosjekt – funksjonsprosjekt starter opp etter at B4-beslutningen foreligger. I funksjonsprosjektet detaljeres prosjektet på romnivå med innplassering av teknisk infrastruktur, medisinsk teknisk utstyr og møblering. Inkluderer overordnet systemnivå for å sikre tekniske og funksjonelle sammenhenger. Funksjonsprosjektet innebærer omfattende medvirkning på rom- og utstyrsnivå med involvering av både klinisk og teknisk personell.

Gevinstoversikt	En oversikt over sentrale gevinster i et prosjekt. Eksempler på innhold i en gevinstoversikt kan være effekter av planlagt driftsendring ved at man samler funksjoner ett sted, og derved endrer vaktlinjer. Andre eksempler er endret fdvu-kostnad som følge av endret areal.
Gevinstrealiseringsplan	En operasjonalisering av gevinstoversikten til bruk i oppfølgingen av prosjektet og dets resultater og effektmål. Gevinstrealiseringsplanen gir informasjon om når og hvordan linjeorganisasjonen skal gjennomføre tiltak for å realisere gevinstene, samt hvem som er ansvarlig for denne gjennomføringen.
Gjennomføringsfase	Omfatter alle aktiviteter etter at beslutning om realisering er tatt (investeringsbeslutning B4), og til prosjektet er gjennomført. I denne veilederen viser det til alle aktiviteter etter forprosjektfasen.
Gjennomføringsstrategi	Beskriver hvordan prosjektet skal gjennomføres for å oppnå hensikten og målene innenfor de definerte rammene. Gjennomføringsstrategien består av strategi for styring av usikkerhet, kontraktstrategi, organiserings- og bemanningsstrategi og kommunikasjonsstrategi.
Hovedfunksjon	Inndeling av et sykehus i funksjonelle områder iht sykehusets virksomhetsområder, for eksempel opphold, undersøkelse og behandling.
Hovedprogram	Beskriver prosjektets forutsetninger og forslag til arealbruk. Programmet skal klargjøre hva som skal ligge til grunn for utbyggingen, - som å beskrive hvilken virksomhet som skal inn i bygget, grunnlaget for dimensjoneringen, overordnede funksjonelle og tekniske krav til bygg, utearealer, utstyr og infrastruktur.
Klassifikasjonssystemet	Nasjonal database for klassifisering av arealer i sykehusbygg. Klassifikasjonssystemet skal bidra til en god og aktiv forvaltning av sykehusbyggene ved at informasjon kan innhentes om arealbruk og kapasitetsutnyttelse for de ulike funksjoner og rom, og som gir grunnlag for å analysere hvordan ressursene kan videreutvikles. Informasjonen fra Klassifikasjonssystemet vil dermed være viktig ledelsesinformasjon, både for daglig styring og drift, men også som beslutningsgrunnlag for dimensjonering av prosjekter, strategisk planlegging og nasjonale oversikter. Se www.klassifikasjonssystemet.no
Konsept	Et konsept er en beskrivelse av noe, fra ulike perspektiver, som samlet sett gir et bilde eller en forklaring på helheten. Ulike konsepter for virksomheten kan gi ulike løsninger for bygget og vice versa. Løsninger for virksomheten omtales i veilederen som virksomhetsalternativ, mens fysiske løsninger omtales som byggalternativer.
Kontraktstrategi	Strategi for anskaffelser. Strategien skal beskrive og begrunne valg av kontraktstruktur, kontraktstørrelser, entrepriseformater, prisformater / vederlagsmodeller og risikodeling. Valg av anskaffelsesprosedyrer sett opp mot marked- og konkurransesituasjonen, kapasiteter i egen organisasjon og ønsket risikoprofil skal begrunnes. Strategien bør også beskrive oppfølging og styring i gjennomføringsfasen, herunder hva som fordres av byggherreorganisasjonen og hvordan kontraktene utvikles for å understøtte behov for styring.
KSK	Kvalitetssikring konseptfase. Ekstern kvalitetssikring basert på konsept-rapporten utført av ekstern rådgiver og i henhold til oppsatte kriterier. Det foreligger et eget kravdokument for gjennomføring av KSK, vist i vedlegg H
KU	Konsekvensutredning (jfr. plan- og bygningslovens § 4), <i>Forskrift om konsekvensutredning §21</i>
Life Cycle Assessment (LCA)	Metode for å vurdere den totale miljøpåvirkningen gjennom livsløpet til et produkt / bygg.
Livssyklus kostnader (LCC)	Livssyklus kostnader (LCC) er nåverdien av investeringskostnad og alle kostnader til forvaltning, drift, vedlikehold og utvikling i bruksfasen av et bygg eller anlegg, fratrukket restverdi ved avhending.
Mandat	Et mandat er et oppdrag, verv eller fullmakt til å gjøre noe.
MOP	Miljøoppfølgingsplan som beskriver og detaljerer tiltak for å tilfredsstille miljøoppfølgingsprogrammet

Mottaksprosjekt	Et prosjekt med ansvar for å forberede og gjennomføre ibructagelsen av nye arealer med tilhørende systemer i alle relevante deler av helseforetaket.
Mulighetsstudie	Ulike bygningsmessige konsepter, bygningsmessige alternativer
Målhierarki	Et målhierarki for et prosjekt viser sammenhengene mellom de målene som er relevante for prosjektet. I offentlige prosjekter benyttes vanligvis følgende målhierarki: • Samfunns mål ◦ Effektmål (som prosjektet skal legge til rette for og HF-et skal realisere) ▪ Resultatmål (som prosjektet skal levere på)
Netto driftsgevinster	Forskjell mellom betalbare driftskostnader mellom nullalternativet og utredningsalternativet.
Netto utstyrsprogram (NUP)	Det (bruker)utstyret som prioriteres for nyanskaffelse når verdien av utstyr som kan gjenbrukes er trukket fra. NUP gir grunnlag for utstyrsbudsjettet.
Nettoareal	Netto areal, funksjonsareal. Arealet i et rom begrenset av vegger og søyler, ref. NS 3940. Omfatter funksjonsarealer for de programmerte rommene
Nåverdi	Nåverdi er verdien i dag av et fremtidig beløp eller fremtidige kontantstrømmer. For at inn- og utbetalinger på forskjellige tidspunkt skal være sammenlignbare, må alle beløp omregnes til dagens verdi. Å omregne fremtidige beløp til nåverdi kalles å diskontere. Nåverdiberegninger brukes for å beregne lønnsomheten av en investering. Beregningen må være positiv for at investeringen skal være lønnsom.
Organisasjonsutvikling (OU)	Organisasjonsutvikling - kontinuerlig arbeid som gjøres for å forbedre en organisasjons evne til å håndtere endring i og utenfor virksomheten, f.eks. det å forberede organisasjonen på å flytte inn i nye lokaler. Se også definisjon av <i>Virksomhetsutvikling</i> .
Pasientsikkerhet	Vern mot unødig skade som følge av helsetjenestens ytelser eller mangel på ytelser. Begrepet pasientsikkerhet er nært knyttet til begrepet kvalitet.
Prosjekteier	Prosjekteier er prosjektets oppdragsgiver og brukes her om styret for det regionale helseforetaket eller styret i helseforetaket, i tråd med det regionale helseforetakets fullmakts struktur.
Prosjektstyret	Prosjektstyret erstatter som oftest styringsgruppen etter konseptfasen (B3-beslutning.) Opprettes av prosjekteier og gjøres normalt i forbindelse med etablering av mandat for forprosjekt. Prosjektstyret vil i forprosjektet være rådgivende ovenfor prosjekteier inn mot B4-beslutning. I gjennomføringsfasen vil prosjektstyret normalt ha utvidede fullmakter som beslutningsorgan for gjennomføring, da innenfor det handlingsrommet som er gitt gjennom vedtatte rammer og fullmakter gitt i mandatet fra prosjekteier.
Prosjektutløsende faktorer	De behovene som bør løses gjennom et prosjekt (engangstiltak)
P-verdi	P-verdier (probability) for kostnadsestimater uttrykker sannsynlighet i prosent for at prosjektets sluttkostnad vil være innenfor denne verdien. P-verdiene er resultatene fra beregninger i usikkerhetsanalyser av investeringskostnader. P85 er verdien det er 85 prosent sannsynlighet for at prosjektet kan realiseres innenfor. Kostnadsrammen settes ofte lik P85, eventuelt fratrasket en kuttliste. Kostnadsestimat P50-verdi er den verdien det er 50 prosent sannsynlighet for at prosjektet kan realiseres innenfor. Styringsrammen i et prosjekt baseres gjerne på P50-estimatet. Forventet kostnad er som oftest tilnærmet lik P50-estimat og begrepene brukes ofte om hverandre.
Romfunksjonsprogram (RFP)	Detaljert programdokument som beskriver hvilke funksjoner som utføres i det enkelte rommet, og hvilke krav dette stiller til rommet, inklusiv teknisk infrastruktur.
Skisseprosjekt	Plandokument med skisser på et overordnet nivå som viser planer på etasjenivå og plassering av viktige funksjoner. Grunnlag for beregning av bruttoarealer og prosjektkostnad.
Standardromkatalog	En samling av standardiserte funksjonsbeskrivelser med bygningsmessige og tekniske krav til de vanligste rommene i et sykehusbygg. Standardromskatalogen gir anbefaling om programareal for rom, romfunksjonsprogram og utstyr i rom.

Styringsdokument	Et styringsdokument skal gi en oversikt over alle sentrale forhold i et prosjekt, på en måte som virker retningsgivende og avklarende for alle interne aktører, oppdragsgiver og relevante eksterne aktører.
Styringsgruppe	Styringsgruppen benyttes for å støtte prosjekteier og være rådgivende inn mot prosjekteiers beslutning. Etableres av prosjekteier gjennom et mandat og vil som oftest gjelde fra prosjektinnrammingsfasen og ut konseptfasen. I forprosjektfasen etableres som oftest et prosjektstyre. Ved mindre prosjekter kan prosjekteier velge å benytte styringsgruppen gjennom hele prosjektperioden.

Tidligfase	Tidligfasen er en fellesbetegnelse på de faser som et behov definert i en utviklingsplan må gjennom for å bli utviklet til et byggeprosjekt. Tidligfasen avgrenses i denne veilederen som perioden fra og med godkjent mandat for oppstart av tidligfasen (beslutning B1) til om med investeringsbeslutningen (B4).
Tiltak	Et tiltak er alle gjøremål som blir iverksatt for å oppnå et formål. Prosjekter, vedlikehold og omorganisering er alle eksempler på tiltak. I plan- og bygningsloven har begrepet en snevrere betydning. Der er et tiltak en fellesbetegnelse på alt arbeid (bygging, riving, bruksendring og anleggsarbeid). Her gjelder det tiltak knyttet til bygninger, konstruksjoner og anlegg, samt terrenginngrep og opprettelse og endring av eiendom.
Usikkerhetsanalyser	Systematisk fremgangsmåte for å identifisere og kvantifisere usikkerhet i et prosjekt. I usikkerhetsanalyser av investeringskostnad utarbeides et stokastisk kostnadsestimat. Resultatene, slik som P50- og P85-estimer for kostnad, benyttes gjerne som basis for å beslutte prosjektets styringsramme og kostnadsramme.
Utstyrprogram	Viser alt utstyr som skal inn i rommet og eventuelle bygningsmessige krav dette stiller.
Utviklingsplan	En utviklingsplan er en plan for hvordan et helseforetak vil utvikle sin virksomhet for å møte framtidige behov for spesialisthelsetjenester. Helseforetakenes utviklingsplaner er foretakenes øverste strategiske dokument, og må understøttes av mer detaljerte planer innen ulike fagområder.
VDC	Virtual Design and Construction (VDC), - Virtuell planlegging og bygging. Et rammeverk for å levere design og konstruksjonsprosjekter som inkluderer et fokus på riktig bruk av BIM (byggningsinformasjonsmodeller), ICE (integriert samtidig prosjektering) og PPM (produksjonsstyring) for å oppnå prosjektets og kundens mål. Et sentralt verktøy i prosessen er virtuelle modeller av produktet som skal bygges (BIM) slik at produktet og byggeprosessen kan optimaliseres.
Virksomhet	En virksomhet er en betegnelse på «det som foregår» i en organisatorisk enhet som f.eks. et helseforetak, en klinikk eller en seksjon.
Virksomhetsmodell	En virksomhetsmodell er en overordnet beskrivelse av hvorfor og hvordan virksomheten er tenkt å fungere, herunder beskrivelse av prosesser, organisering, samhandling med mer.
Virksomhetsutvikling	Virksomhetsutvikling er en bred betegnelse på de aktivitetene helseforetaket gjennomfører i den hensikt å forbedre eller tilpasse virksomheten til nye arbeidsmetoder, teknologisk utvikling, lovkrav med mer. Virksomhetsutvikling omfatter mange fagområder, også organisasjonsutvikling (OU), og foregår på alle nivå i organisasjonen. Styret/toppleidelsen har ansvar for det strategiske, mens mindre omfattende justeringer vil bli gjennomført på et lavere nivå i organisasjonen, utført enten gjennom helseforetakets styringslinje eller i enkeltprosjekter.
Økonomisk bæreevne	Økonomisk bæreevne på prosjektnivå oppnås når prosjektets nåverdi, sett over investeringsprosjektets levetid, er lik eller større enn null, og likviditetsstrøm fra driften overstiger finansieringskostnader og avdrag uavhengig av finansieringsform (i praksis benyttes 100 prosent lånefinansiering).

	Et helseforetak har økonomisk bæreevne når helseforetaket har evne til å håndtere sine økonomiske forpliktelser over investeringsprosjektets levetids. Se utdypende definisjon i kapittel 8.3. .
--	--

RHF	RHF løpenr.	HF / organ	Innspill	Forslag til respons på høringsuttalelsene
Generelle høringsuttalelser				
HN	1		Basert på de tilbakemeldinger som har kommet inn vurderes de endringene som er gjort som nødvendige, og veilederen fremstår derfor som en bedre versjon enn tidligere.	OK - ingen endringer foreslått
HV	1	Førde	De endringene som er gjort i den reviderte veilederen samstemmer godt med de erfaringene de har fra arbeidet med Nye Førde sjukehus. Justeringene og presiseringene framstår som formålstjenlige endringer. Utover dette har Helse Førde ingen merknader.	OK - ingen endringer foreslått
HV	12	SUS	Helse Stavanger har ingen merknader til høringsutkastet.	OK - ingen endringer foreslått
HSØ	69	VV	Veilederen er blitt et godt dokument for tidligfaser i sykehusprosjekter, og Vestre Viken HF har ikke noe merknader til høringen.	OK - ingen endringer foreslått
HSØ	71	SI	Sykehuset Innlandet HF har lagt vekt på at denne revisjonen legger til grunn at gjeldende versjonen av veilederen i all hovedsak er vurdert som god, og at det således ikke legges opp til å gjøre vesentlige endringer i veilederen. Blant annet er alle faser og beslutningspunkter foreslått beholdt slik de er nå. Sykehuset Innlandet HF legger også vekt på at det er en bredt sammensatt prosjektgruppe som har utarbeidet forslaget som foreligger.	OK - ingen endringer foreslått

HSØ	8	8) Kapittel 10 Framtidige drifts- og organisasjonsformer og konsekvenser for bygg og kapittel 11 Medvirkning fra brukere og ansatte, bør ikke slås sammen siden dette er to temaer som bør omhandles hver for seg.	Før disse kapitlene ble slått sammen, ble de forsøkt håndtert hver for seg. Arbeidsgruppen kom etter hvert frem til at den beste løsningen var å håndtere de samlet, for også å få frem grensesnittene mellom de ulike temaene på en god måte. I høringsuttalelsen kommer det ikke frem noen begrunnelse for innspillet. Arbeidsgruppen har derfor valgt å beholde temaene samlet i ett kapittel.
HSØ	12	Det bør være et eget kapittel om hvordan bygg- og utviklingsprosjektet skal tilpasse seg regionale løsninger, standarder og prosedyrer. Det er viktig at byggeprosjektet tilpasses regionale fellesskapsløsninger der de finnes og bidrar til å utvikle disse der det trengs. Dermed vil resten av regionen dra nytte av utviklingen og investeringene som skjer som følge av byggprosjektene.	I kapittel 1.3, er det redegjort for plangrunnlaget og premissene som et prosjekt i tidligfasen skal gjennomføres etter. Redegjørelsen er i samsvar med kravene i <i>Veileder for arbeidet med utviklingsplaner</i>. Tidligfasens omfang er, som i gjeldende versjon av veilederen, "<i>primært en alternativvurdering av tomtevalg og bygningsmessige løsninger og konsepter</i>" (Gjeldende veileder s.4). I den grad ett enkelt byggeprosjekt også skal bidra til utvikling av regionale løsninger, bør oppdraget derfor presiseres overfor prosjektet i hvert enkelt tilfelle, jfr. også <i>Vedlegg B Mandat (eiers bestilling)</i>
HSØ	17	11) Dokumentet må korrekturleses. I vedlegget er konkrete innspill gitt til tekstlige forbedringer	

HSØ 62

- Vedlegg B: Foreslår å ta ut noen av definisjonene som jeg mener er unødvendig ha. Dette gjelder: mandat s 34, organisasjonsutvikling s 35, pasientsikkerhet s 35, virksomhet s 36, virksomhetsmodell s 36 og virksomhetsutvikling s 36. Flytte vedlegget med definisjoner lengst bak? Fjerne andre avsnitt under Økonomisk bæreevne - Økonomisk bæreevne er definert tydelig i kapittel 8, og på helseforetaksnivå ligger det ikke inne en definisjon her.

HSØ 5

5) Bildene gjennom hele veilederen framstår som tilfeldige og lite relevante. Bildene bør enten bygge opp under innholdet, eller utgå. Billedbruken i dokumentet bør relateres til prosjektplanlegging og gjennomføring og forhold som er viktige i de ulike fasene.

HSØ 16

10) Rydde i figurer og omtale også gjennomføringsfase overordnet.

Vedlegget med definisjoner er flyttet, slik at dette nå kommer til slutt. Noen av definisjonene som er nevnt i høringsuttalelsen ble det eksplisitt bedt om definisjoner av i forbindelse med oppstart av prosjektet. Dette er også definisjoner av ord og uttrykk som tillegges sterkt varierende meningsinnhold. Alle definisjoner er derfor beholdt.

Høringsuttalelser vedrørende veilederens formål

HSØ 20

- Pkt. 1.2, s 2: Foreslår å stryke kulepunkt 1 og 3. Alternative formuleringer med fokus på å løse behov og realisere verdi, og med det sikre at prosjektet understøtter og leverer gevinster i forhold til opplyste forutsetninger og prioriteringer. Fra forrige versjon: *Suksessen i et byggeprosjekt ligger i å velge riktig prosjekt og sikre en vellykket gjennomføring. Formålet med veilederen er å bidra til at det riktige prosjektet velges i tråd med helseforetakets strategi, og i tillegg gi et godt fundament for oppstart av detaljprosjektering og bygging. Målet er god og framtidsrettet pasientbehandling.*

Formålet med veilederen er tydeliggjort i samsvar med høringsuttalelsen, men med kortere formuleringer.

HSØ 84 SV I all hovedsak er vi opptatt av at *formålet* med veilederen tydeliggjøres, spesifikt ved å løfte frem temaene 1) Eierstyring, roller og ansvar og 2) Kostnadsestimering.

Formålet med veilederen er tydeliggjort, og prosjekteierrollen er tydeliggjort. Kostnadsestimering er ikke fremhevet, da dette ville medført behov for å fremheve mange andre temaer også.

HSØ 85 SV *Foreslår følgende endring i pkt. 1,2 Formål: Formålet med veilederen er å sikre et best mulig beslutningsunderlag for mulige investeringsprosjekter **prosjekteier**. Veilederen skal blant annet bidra til:*
*at et investeringsprosjekt støtter opp under **prosjekteiers** overordnede mål og planer og blir vurdert som beste løsning for en konkret problemstilling **virksomhetens langsiktige behov***

Formålet med veilederen er tydeliggjort i samsvar med høringsuttalelsen, men med kortere formuleringer.

HSØ 28 · Pkt. 4, s 9: Formålet [...] er å sikre god eierstyring og å [...].
Foreslår å erstatte «... blir en oppfølging av overordnet planverk ...» med «... understøtter overordnet planverk ...» i 1. avsnitt.

Formålet med veilederen er tydeliggjort i samsvar med høringsuttalelsen.

Høringsuttalelser vedrørende målgrupper og bruk av veilederen

HV 2 HB Veilederen bærer fortsatt preg av at det først og fremst er tilpasset større nye byggeprosjekter og i noe mindre grad tilpasset det som etter vårt skjønn blir det mest vanlige fremover, nemlig relativt sett mindre byggeprosjekter rundt og i eksisterende bygningsmasse. Vi tror det blir mindre aktuelt med mange nye store byggeprosjektene på nye tomter i tiden fremover. Med det som bakteppe kan veilederen oppfattes som i overkant omfattende i alle fall dersom en skal følge den bokstavelig. Det er derfor positivt at det legges opp til bruk av skjønn på hvordan den skal praktiseres. Samtidig er veilederen systematisk bygd opp og beskriver, men et par unntak, hva som bør være hovedfokus i de ulike fasene. Den fungerer godt som en sjekkliste/innholdsfortegnelse på hva som må svares ut før en kan ta en beslutning om prosjektet.

OK - ingen endringer foreslått

HSØ	18	Innledning – få fram variasjon i prosjektene - mulig å fravike ved behandling for små prosjekter (dokumenteres), slik at helseforetakene kan benytte tidligfaseveilederen, men med forenklet metodikk dersom om prosjektene er mindre omfattende, samtidig som prosess og begrepsbruk opprettholdes.		Dette er ivaretatt i kapittel 1.5
HSØ	6	6) Dokumentet kan også benyttes av mindre prosjekter (< 500 millioner kroner), og det bør beskrives hva som da må vektlegges eller foreslås utgå ved en tilpasset anvendelse av veilederen.		Bruk av veilederen og tilpasning til prosjektenes egenart og kompleksitet er omtalt i kapittel 1.5. Prinsippet i gjeldende veileder om at det er opp til prosjekteier å tilpasse bruken av veilederen til hvert enkelt prosjekt, ønskes videreført av andre som har avgitt høringsuttalelser. Arbeidsgruppen støtter dette synet.
HSØ	1	1) Veilederen er primært for beslutningstakere, og innhold og beslutningspunkter må gjenspeile det. Målgruppen er først og fremst bestillere og prosjekteiere, som skal sette premisser for prosjektgjennomføringen. Veilederen er ikke prosedyre og rutinebeskrivelse for de utførende, det er underordnet og ivaretas gjennom kvalitetssystem til utførende. Veilederen er først og fremst ment som et faglig grunnlag og oppslagsverk for ulike roller i sykehusbyggeprosjekter. I tillegg til hovedmålgruppen bestillere og prosjekteiere er den relevant for kvalitetssikrere, rådgivere, leder for brukerutvalg og ansattorganisasjoner og for prosjektledere som skal avstemme forventninger med sine prosjekteiere. Beslutningspunktene kan ikke fravikes. Veilederen skal bidra til å konkretisere omfanget av arbeid i hver fase, og ikke forskuttere prosjekteringsarbeid før formelle konseptvalg er fattet.		Det er mange ulike grupper som benytter den gjeldende veilederen aktivt. Veilederens målgruppe(r) er tidligere ikke definert. Dersom veilederens primære målgruppe er beslutningstagere, ville dette medført en betydelig innsnevring i veilederens nedslagsfelt, og ville etterlatt seg et vakuum. Arbeidsgruppen har også vurdert dette til en så gjennomgripende endring at det ligger utenfor prosjektets mandat å foreslå. Høringsuttalelsen er derfor ikke imøtekommet.

HSØ	22		Veilederen må være entydig og skrives for beslutningstaker (prosjekteier) først og fremst. Målgruppen er først og fremst bestillere og prosjekteiere, som skal sette premisser for prosjektgjennomføringen. Veilederen er ikke prosedyre og rutinebeskrivelse for de utførende, det er underordnet og ivaretas gjennom kvalitetssystem til utførende. Veilederen er først og fremst ment som et faglig grunnlag og oppslagsverk for ulike eierroller i sykehusbyggeprosjekter. I tillegg til hovedmålgruppen bestillere og prosjekteiere er den relevant for kvalitetssikrere, rådgivere, leder for brukerutvalg og ansattorganisasjoner og for prosjektledere som skal avstemme forventninger med sine prosjekteiere.		Det er mange ulike grupper som benytter den gjeldende veilederen aktivt. Veilederens målgruppe(r) er tidligere ikke definert. Dersom veilederens primære målgruppe er beslutningstagere, ville dette medført en betydelig innsnevring i veilederens nedslagsfelt, og ville etterlatt seg et vakuum. Høringsuttalelsen er derfor ikke imøtekommet.
HSØ	93	SV	Det bør fremgå klarere hva tidligfaseveilederen er til for, og hvem den skal rette seg mot. Vi mener det er viktig å løfte eierstyring tydeligere frem og gjennom dette gi veilederen større grad av «top-down»-perspektiv som er avgjørende for verdioptimalisering i tidligfase.		Eierstyring er tydeliggjort gjennom presisering av veilederens formål.
Høringsuttalelser vedrørende plangrunnlaget for tidligfasen					
HMN	1		Tidligfaseveilederens forankring i utviklingsplanen er bra.		OK - ingen endringer foreslått

HSØ 23

· Pkt. 1.3, s 3: Siste avsnitt- å definere rammene er en del av prosjektet, gjennom prosjektinnrammingen og valg av konsept. Det er *ikke* en forutsetning som må være på plass før oppstart av tidligfasen og prosjektet. Tilleggsutredninger og behov utredninger for andre avklaringer kan bestilles som en del av prosjektet. Figuren skal vise tidligfasen i et sykehusbygg(e)prosjekt, ikke et hvilket som helt byggeprosjekt. «De fem viktigste innsatsfaktorene» kommer løsrevet inn i dette avsnittet. Disse fem er ikke beskrevet noe sted. Beskrivelsene av hva som skal være på plass av premisser i forkant av et byggeprosjekt legger etter vår mening for stor vekt på at veldig mye skal være forhåndsbestemt og ikke utvikles parallelt med eller som en del av byggeprosjektet.

"Byggeprosjekt" er endret til "sykehusbyggprosjekt". Henvisningen til de fem innsatsfaktorene, omtalt i veileder for utviklingsplaner, er tydeliggjort gjennom en gjengivelse av figur fra *Veileder for arbeidet med utviklingsplaner*. Siste avsnitt i kapittel 1.3 er ikke endret, da dette ville bryte med prinsippet om styring gjennom planer, ovenfra og ned. Dette står ikke i veien for å kjøre parallele prosesser slik det oppfordres til i kapittel 1.4.

HSØ	4		4) Vedrørende den overordnede innretningen av tidligfaseveilederen: I utkastet til oppdatert veileder presenteres en generell endring som forutsetter at mange strategisk vesentlige beslutninger er tatt før oppstart tidligfase. Dette inkluderer struktur, funksjoner, omfang, samfunnseffekter mm. Tidligfasen er dermed, slik vi leser det, redusert til å finne det bygningsmessige beste konseptet innenfor samme konseptuelle løsning for alt av de vesentlige forutsetningene. Kritikken mot utredningene har historisk vært at beslutninger tas for tidlig og de konseptuelle løsningene for pasientbehandlingen låses for tidlig, ikke for sent. Denne oppdateringen og forslaget om endring innebærer at utviklingen går i motsatt retning. Det kan være strategiske argumenter for dette, men disse er helt fraværende i oversendelsesbrevet mm. I oversendelsesbrevet med vedlegg som oppsummerer vesentlige endringer, er dette heller ikke en endring som er vektlagt eller drøftet. Faglig sett vil innebære at de vesentlige beslutningene blir tatt på et mindre modent og gjennomarbeidet grunnlag. Dette er ikke en hensiktsmessig endring av veilederen. Behovet for iterative prosesser som forsterker virksomhetsavklaringer og samhandling mellom virksomhet og prosjektet, er en av hovedårsaken til at det er behov for en egen veileder for tidligfasen av sykehusbyggprosjekter, som går ut over ordinær prosjektstyringsbasis.		Den gjeldende veilederen "omfatter primært en alternativvurdering av tomtevalg og bygningsmessige løsninger og konsepter". (Gjeldende veileder Kap. 1.1, 3. avsnitt). Høringsinnspillet vurderes til å gå utover revisjonsgruppens mandat, da dette er begrenset i forhold til grunnleggende endringer i veilederen. En endring som foreslått ville også ha vært i motstrid til "Veileder for arbeidet med utviklingsplaner". Høringsuttalelsen er derfor ikke imøtekommet.
HSØ	77	Ahus	Vedrørende forutsetning om at det foreligger en arealbruksplan etc. mener Ahus det ville være nyttig å klargjøre betydningen av «før et byggeprosjekt startet». Skal dette tolkes som «før prosjektinnramming kan påbegynnes»?		"Før et byggeprosjekt startes" er presisert til "så tidlig som mulig, og senest før det fattes en B2-beslutning, jfr. kap.3.

HV	7	HB	Helse Bergen har lang tradisjon for å utvikle og revidere arealbruksplaner, i vår sammenheng omtalt som arealdelplan. Grunnen til denne benevnelsen er at den representerer en delplan (av flere) under og i forlengelsen av Helse Bergen sin Utviklingsplan. Arealdelplanen er den bygningsmessige responsen på de mål og strategier som legges i Utviklingsplanen. Helse Bergen sin arealdelplan er relativt konkret, prioriterer hvilke tiltak som en tar sikte på å realisere, faser de inn i tid og setter en økonomisk ramme basert på erfaringstall. Denne tas inn som en del av den økonomiske langtidsplanen for foretaket på investeringssiden. Ved å hente ut de prosjektspesifikke momentene fra arealdelplanen, knytte de til utviklingsplanen og sette dette inn i et prosjektdirektiv, oppfatter vi at Innrammingsfasen i hovedsak er ivaretatt.	OK - ingen endringer foreslått
----	---	----	---	--------------------------------

Høringsuttalelser vedrørende lokalisering

HSØ	7		7) Lokalisering bør beholdes i dokumentet på et nivå som gjelder beslutningstakere. Helse Sør-Øst RHF er bekymret for at all omtale vedørende avklaring av lokalisering er foreslått fjernet fra veilederen, uten at innholdet ivaretas gjennom andre styrende dokumenter. I de prosjektene hvor ny lokalisering er aktuelt, så krever prosessen at prosjektorganisasjonen bistår med å fremskaffe beslutningsunderlag, og det er derfor naturlig at lokalisering omtales som en del av tidligfasearbeidet. Omtalen av lokaliseringsprosessen kan eventuelt flyttes eller beskrives mer uavhengig av prosjektmodellen, men ikke strykes og fjernes helt fra veilederen.	Temaet «lokasjon» er lagt inn igjen som et vedlegg til veilederen. Dette som en tilrettelegging for å flytte innholdet til «Veileder for arbeidet med utviklingsplaner» når denne revideres neste gang.
HSØ	72	SI	Temaet lokalisering tas ut av denne veilederen. Sykehuset Innlandet HF stiller seg bak den begrunnelsen som er beskrevet i høringsbrevet.	OK - ingen endringer foreslått

Høringsuttalelser vedrørende eierstyring

HSØ	86	SV	Beskrivelsen og definisjonen av eierstyring fremstår som en vesentlig mangel i veilederen. God eierstyring er helt avgjørende for å maksimere kost/nytte-verdi slik at virksomhetens midler forvaltes på best mulig måte. Vi anbefaler at dette løftes frem i veilederen. Det er spesielt viktig at; 1) Prosjekteierskapet må ha riktig kompetanse, som innebærer evnen til å håndtere forretningsperspektivet, brukerperspektivet og prosjektperspektivet. 2) Prosjekteier må ha tilstrekkelig autoritet og fullmakt, og ikke minst kapasitet til å ivareta rollen 3) Prosjekteier fastsetter mål og føringer og fattet alle sentrale beslutninger		Definisjon på eierstyring er tatt inn i <i>Vedlegg J - definisjoner</i> . De tre perspektivene er videre omtalt i fotnote i kapittel 1. Temaet er også omtalt i kapittel 1.6 <i>Kritiske suksessfaktorer</i> .
HSØ	87	SV	Videre kan det, enten som vedlegg til veilederen eller i et eget avsnitt, gis en nærmere beskrivelse av de konkrete oppgavene som prosjekteierskapet bør ivareta. Se veilederen <i>Verdistyrt prosjektutvikling 2.0</i> vedlagt dette notatet for input på temaet. HSØ har også egne retningslinjer for prosjekteierstyring. Dersom tilsvarende retningslinjer utarbeides i de øvrige RHF kan man med fordel henvise til disse.		Definisjon på eierstyring er tatt inn i <i>Vedlegg J - definisjoner</i> . Denne dekker også prosjektstyrets hovedoppgaver, jfr. Prince2. Det er ikke henvist videre til regionale notater/veiledere, da praksisen er ulik regionene imellom.
HSØ	88	SV	Generelt virker rolle- og ansvarsfordeling uklar mellom HF, RHF og Sykehusbygg med hensyn til gevinstrealisering. Det er viktig at det etableres en ansvarsmatrise mellom byggeprosjekt og mottaksprosjekt som bidrar til at alle beslutninger veier investeringskostnader mot gevinster. En god eierstyringsmodell for sykehusprosjekter vil bidra til en tydeliggjøring av roller, ansvar og myndighet i et eierperspektiv.		Ansaret for gevinstrealisering er tydeliggjort i kapittel 6.4.3 og 7.

HV 5 HB Effektiv drift og god pasientbehandling» er først tatt inn som et moment i Forprosjektet. Dette mener vi er feil. Etter vår vurdering er mål for pasientbehandlingen, virksomhetsmodell, organisatorisk og økonomisk driftsmodell for tiltaket, de viktigste elementene i konseptfasen. I dette ligger det at valg på disse områdene bør legge premisser for byggeprosjektet. Dette er problemstillinger hvor eksterne aktører bør ha en mer perifer rolle, og som må eies av det faglige og administrative lederskapet i virksomheten. Bygg skal tilpasses og understøtte driftsambisjoner og klinisk virksomhet og ikke omvendt.

Effektiv drift og god pasientbehandling er presisert i formålet for konseptfasen.

Høringsuttalelser vedrørende ledelse, organisering og prosjektstyring

HSØ 94 SV Ledelse, organisering og prosjektstyring er også områder vi mener kunne vært grundigere behandlet, jf. veileder for Verdistyrt prosjektutvikling. Vi har likevel lagt hovedvekt på svakhetene knyttet til områdene Eierstyring, roller og ansvar og Kostnadsestimering.

Dette høringsinnspillet er ivaretatt gjennom kapittel 1.6, *Kritiske suksessfaktorer*, samt i beskrivelser av mandat og styringsdokument.

Høringsuttalelser vedrørende prosjektfaser og beslutningspunkt

HSØ 19 · Pkt. 1.1, s 2: Foreslår å stryke 2. avsnitt. Begrepet «underfase» er ikke benyttet i tidligfaseveilederen tidligere, og selv om det er definert i teksten, så framstår det som dårlig språkbruk. Savner bilde/figur med alle faser - og dette definerer vi som tidligfasen. (den stiplede linjen på side 6 er ikke definert)

Kapittel 1 omhandler tidligfasen som helhet og tidligfasens formål, omfang, kontekst og plangrunnlag. I beskrivelsen er "underfase" nå erstattet med "delfase". Alle delfaser er vist i figur side 6. Stiplet linje i denne figuren er nå definert.

HSØ 21

- Figur, s. 2: Det er fint med en figur som viser alle faser. Men fasen i 2. boks har aldri vært definert som fase. Gjennomføringsfasen omtales her som byggefase, og er ikke konsistens med øvrig begrepsbruk. Figur i eksisterende veileder er mer beskrivende.

HSØ 2

2) Vedrørende definisjon av beslutningspunkter: I utkast til revidert veileder omtales beslutningspunktene som en godkjenning av forrige fase. Men beslutningstaker ved B2 og B3 godkjenner ikke nødvendigvis alt som ligger til grunn i hhv. prosjektinnrammingen og konseptfasen. Beslutningstaker godkjenner at beslutningsgrunnlaget er tilstrekkelig for at prosjektet videreføres til neste fase, basert på dette grunnlaget. For B3 så foretas det en beslutning om konsept, som innebærer valg av konseptuell løsning. Her er det en nyanse som bør komme klarere fram. Teksten i avsnittet under beslutningspunktene er Ok, men «navn» på beslutningspunkt er for upresist. B4 er tilsvarende en investeringsbeslutning (ofte med forbehold om finansiering for store prosjekter). (B-en i punktene står for beslutning, ikke godkjenning). Etter hver fase fatter prosjekteier beslutning om videreføring eller ikke, samt gir prosjektledelsen mandat for neste fase.

Alle fasene i tidligfasen er vist i kapittel 3. Figurene i kapittel 1.3 er ment å vise tidligfasen i kontekst, gjennom å vise hierarkiet av planer som bør være etablert før det fattes en B1-beslutning og de utførende fasene etter B4. Fremstillingen av planhierarkiet er i samsvar med *Veileder for arbeidet med utviklingsplaner*, hvor det er et krav at det skal utarbeides arealbruksplaner. Utarbeiding av de nevnte planene er, så langt denne veilederen angår, ikke definerte som faser. Innspillet om å endre "Byggefase" til "Gjennomføring" er imøtekommet.

Navn på beslutningspunkt er endret til: B1 - Oppstart av en tidligfase, B2 - oppstart av konseptfase, B3 - Valg av konsept for utredning i steg 2, B3 - Valg av konsept, B4 - investeringsbeslutning. Beslutninger som er gjeldende for alle faseoverganger er omtalte innledningsvis i kapittel 3.

HSØ	3		3) Det er ønskelig at beslutningspunkt B3A løftes opp på samme nivå som øvrige beslutningspunkter, både i visuell framstilling og generell omtale.		Dersom Beslutningspunkt 3A skal løftes til 3, vil dette medføre en forskyvning i godt innarbeidet begrepsbruk. Arbeidsgruppen har vurdert dette til en så gjennomgripende endring at det ligger utenfor prosjektets mandat å foreslå.
HSØ	79	Ahus	Vedrørende hvor beslutninger skal fattes innenfor B3A, B3 og B4. Teksten kan med fordel være tydeligere om beslutningsmyndighet. Dette gjelder også i utdypingen av fasene.		Innledningsvis i kapittel 3 er det presisert at "Beslutningen om å videreføre prosjektet til neste fase, utsette eller stoppe prosjektet, skal tas i tråd med det regionale og lokale helseforetakete fullmaktsstruktur.
HSØ	95	Br.u	Med bakgrunn i styrets beslutning om oppstart av tidligfaseplanlegging av et eventuelt byggeprosjekt, opprettes det en prosjektorganisasjon, eventuelt med et ytterligere presisert oppdrag. Det er viktig med tidlig medvirkning fra brukerrepresentanter, allerede i tidligfaseplanleggingen.		Viktigheten av brukerrepresentantenes medvirkning er presisert i kapittel 9.2

HSØ 25

· Pkt. 3, s 6: I 1. og 3. avsnitt nedenfra brukes ordet essensielt. Foreslås erstattet med viktig. Vurdere å ta ut 5. kulepunkt 3. avsnitt nedenfra. Opprettelse av prosjektorganisasjonen omtales særskilt, men det er vel så viktig for tidligfaseplanleggingen av at mottakerorganisasjonen defineres, med medvirkning av ansatte, brukere m.fl. Tidligfaseprosjekt er det ikke noe som heter, og det benyttes ikke i eksisterende veileder eller andre steder. Det er oppstart av tidligfasen av et sykehusbyggprosjekt. I punktlisten vedr beslutningspunkt B1 står Økonomiske rammer basert på erfaringstall. Dette bør ikke inngå som et premiss. Vi setter ikke økonomisk styringsramme før etter B3. Det at vi for noen (få) prosjekter tidlig har introdusert en økonomisk planleggingsramme, betyr ikke at vi ønsker det som obligatorisk for alle prosjekter. Sist under B1 står det om at det skal settes av midler til førevaluering og evaluering av plan- og byggeprosessen. Denne typen evaluering, før prosjektet er ferdigstilt, kolliderer vel i stor grad med KSK og eventuell KSF? Vi ser at det står i veilederen for evaluering, men vet ikke om grensesnittet er tydelig nok. Det blir uansett veldig spesifikt å nevne dette i denne veilederen for tidligfase.

HV Fonna

Mye av veilederen er kjent stoff fra tidligere veiledere. Største endring oppfattes å være en større inndeling i ulike steg og beslutningspunkt knyttet til konseptfasen. Det fremstår noe uklart hva som ligger av ulike aksjoner og beslutninger til B2, steg 1, B3A, steg 2 og B3. Det kunne også vært klarere forskjell på steg 2 og forprosjektfasen, da begge faser skal utdype og detaljere det valgte alternativ. Erfaringsmessig må en gå nokså langt med alle alternativ for å kunne gjøre en grundig nok evaluering og valg av alternativ. Faren da er at en ikke utreder nok i steg 1 før valg, eller at en gjør jobben to ganger i hhv steg 2 konseptfase og forprosjektfasen.

"Essensielt" er erstattet med "viktig".
"Tidligfaseprosjekt" er erstattet med "tidligfase". Kulepunkt "Økonomiske rammer basert på erfaringstall" er slettet. Beskrivelsen av evaluering er ikke endret, da denne er i samsvar med *Veileder for evaluering* som er vedtatt av RHF-ene.

Alle steg og beslutningspunkt er uendret fra gjeldende veileder. Forskjellene på skisseprosjekt og forprosjekt er tydeliggjort i revidert veileder. Det er i tillegg innarbeidet en kommentar at det i ombyggingsprosjekter og skisseprosjekt er behov for kartlegging av eksisterende bygningsmasse.

Høringsuttalelser vedrørende samhandling og medvirkning

HSØ	60		· <u>Pkt. 9, s 30:</u> I 2. avsnitt står det «eier». Må fjerne anførselstegnene. Foreslår å fjerne figuren. Foreslår videre å ta ut overskriftene 9.1, 9.2 og 9.3 og lage en kort tekst som utdyper rundt samhandling og medvirkning. Avsnittet om samhandling nederst på s 30 kan stå, men medvirkning i første setning må strykes. Omtale av «Medbestemmelse» bør styrkes. Selv om ansvaret ikke ligger i prosjektorganisasjonen, så er det likevel viktig at prosjektet legger til rette for medbestemmelse og medvirkning. Dersom deltar både brukerrepresentanter, vernetjenesten og ansattevalgte representanter på flere nivå i prosjektgjennomføringen, både i prosjekteierstyringen og i samhandling og medvirkningsprosesser direkte knyttet til prosjektgjennomføringen.	Anførselstegn "eier" er fjernet. Ordet medvirkning i første setning er strøket. Kulepunkt om medbestemmelse er endres til: Prosjektet skal legge til rette for medbestemmelse der Prosjekteier tillater og/eller beslutter dette. Figur endres til hvor prosjekteier er HF. Arbeidsgruppen oppfatter at det er store variasjoner i forståelsen av disse begrepene. Da begrepene oså henger tett sammen, er det valgt å presentere sammenhengen innledningsvis, for deretter å behandle hvert enkelt begrep i et eget underkapittel. Arbeidsgruppen mener derfor at gjeldende kapittelinndeling bør beholdes.
HSØ	83	Ahus	Vedrørende medvirknings- og medbestemmelsesprosesser. I HSØs Prosjekteierstyring (april 2022) side 2, beskrives det at representanter for ansatte skal inngå i prosjektstyret, ref styresak 032-2021 i HSØ, pkt. 17. I stedet for veilederens «Medbestemmelse ligger vanligvis utenfor prosjektets ansvar, og blir ikke omtalt i det videre», kunne den med fordel henvist til Prosjekteierstyringen og hvordan medvirkning er definert der.	Dette er omskrevet, jfr. forrige punkt
HSØ	74	SI	Sykehuset Innlandet HF ser at forskjellene mellom helseforetakets OU-prosesser og byggeprosjektets medvirkningsprosesser er tydeliggjorte. Det er videre positivt at samhandlingen om virksomhetsutviklingen og byggeprosjektets bidrag er bedre beskrevet enn i tidligere veileder.	Ok - ingen endringsforslag

HN	2		I figur på side 30, kapittel 9 – er det ikke sammenheng mellom tekst og figur, og samhandlingsnivåene er ikke riktig beskrevet i henhold til prosjektene i Helse Nord. Følgende figur gir en bedre oversikt over samhandlingen i Helse Nord. En tilpasning av denne vil sannsynligvis gi et bedre bilde samlet for alle regionene.	Figuren er endret til en generisk modell hvor det er HF-et som er prosjekteier, da dette er den mest brukte varianten
HV	6	HB	I kapittel 9 sies det at det må skilles mellom Samhandling, Medvirkning og Medbestemmelse. Videre beskrives «Samhandling» som å ivareta blant annet medvirkning. Dette blir uklart. Under «Medvirkning» står det at prosjektorganisasjonen vil ha behov for ulike typer diskusjoner med og avklaringer fra helseforetaket. Dette indikerer avstand mellom prosjektorganisasjonen og helseforetaket. I vår sammenheng er det tett kobling mellom prosjektorganisasjonen og helseforetaket. De kliniske miljøene er og må være involvert i hele prosessen (en del av prosjektorganisasjonen) fra tidlig planlegging til, realisering og planlegge innflytting. Omfanget av deltakelse vil selvsagt variere i hele prosjektperioden, med størst deltakelse i tidligfasen og i avslutning når innflytting og det å ta bygget i bruk skal planlegges. Samtidig vil byggeprosjekter som realiseres over så lang tid også ha behov og nytte av brukeravklaringer underveis i realiseringsfasen.	Ordet medvirkning i første setning er strøket (ref også linje 52). Prosjektorganisasjon er endret til prosjektet har behov for....
HV	11	Fonna	Fokus på samhandling og medvirkning er bra, men om det er nødvendig å skille mellom samhandling og medvirkning bør vurderes. Senere i dokumentet er likevel dette knyttet sammen ved at «samhandlingen skal ivareta medvirkning, involvering, koordinering og helhetstenking....»	Ok - ingen endringsforslag. Se også innspill nr. 60 fra HSØ.
HSØ	70	VV	Vi vil foreslå at veilederens kapitel 9, Samhandling og medvirkning i utviklingen av virksomhet og bygg, vurderes oppdatert etter en evaluering av de prosesser som har foregått i forbindelse med byggingen av Nytt sykehus i Drammen.	Evalueringen det refereres til foreligger ikke, og kan derfor ikke tas inn i denne revisjonen.

HSØ	61		· <u>Side 31:</u> Foreslår å stryke 3. avsnitt inkl kulepunktene i omtalen av medvirkning. Foreslår å stryke hele punkt 9.3. Fra brukerutvalget: formål - etablering av systemer for innhenting av pasienters og andre brukeres erfaringer og synspunkter. Pasienter og pårørende vil være brukere av de nye arealene. I planleggingen er brukermedvirkning på systemnivå være et viktig virkemiddel for å ivareta pasientperspektivet, og videreutviklingen av spesialisthelsetjenesten gjennom utforming av nye bygg. Brukerrepresentantene tilfører kunnskap og erfaringer til prosjektorganisasjonen og brukerstemmene er derfor viktige i hele planleggingsprosessen, blant annet fordi deres perspektiv på hva som er et godt sykehus kan være forskjellig fra f.eks. ansattes eller planleggeres perspektiv. Organisasjonskartet bør ikke inngå. Det blir for spesifikt, og veilederen bør ikke gi en slik føring.	I kapittel 9.2, under formål med medvirkning, legges følgende punkt til i punktlisten: "å innhente pasienters og andre brukeres erfaringer og synspunkter". Arbeidsgruppen oppfatter det slik at temaene omtalt i kapittel 9.2, 3. avsnitt, og i kapittel 9.3, er temaer som det er stor usikkerhet rundt i prosjektene. Revisjonsprosjektet er også eksplisitt bedt om å utdype disse, og innholdet er derfor beholdt. Det er tydeliggjort at figuren bare er et eksempel. Viktigheten av brukermedvirkning er tydeliggjort i kapittel 9.2.
HSØ	96	Br.u	Forslag til nytt første kulepunkt 9.2, avsnitt 1: Medvirkningen i prosjektet er rådgivende. Medvirkningen har som formål å oppnå: · at brukerrepresentantenes stemme blir ivaretatt gjennom etablering av systemer for innhenting av pasienters og andre brukeres erfaringer og synspunkter	Endret ihht innspill, jfr. forrige punkt
HSØ	97	Br.u	Forslag til endringer i 9.2, avsnitt 5: Pasienter og pårørende vil være brukere av de nye arealene. I planleggingen er brukermedvirkning på systemnivå være et viktig virkemiddel for å ivareta pasientperspektivet, og videreutviklingen av spesialisthelsetjenesten gjennom utforming av nye bygg. Brukerrepresentantene tilfører kunnskap og erfaringer til prosjektorganisasjonen og brukerstemmene er derfor viktige i hele planleggingsprosessen, blant annet fordi deres perspektiv på hva som er et godt sykehus kan være forskjellig fra f.eks. ansattes eller planleggeres perspektiv.	Setningene er endret ihht til innspill

Høringsuttalelser vedrørende usikkerhet

HSØ	75	SI	Risikovurderinger. I mange prosjekter som faller inn under denne veilederen vil det være hensiktsmessig å gjennomføre risikovurderinger til selve prosjektgjennomføringen. Sykehuset Innlandet HF foreslår at det vurderes innarbeidet, og med presisering av hvem som skal gjennomføre denne og hva som skal være gjenstand for risikovurdering.		Det er innarbeidet et nytt kap. 4.4.7 om risikostyring.
HSØ	49		Pkt. 5.8, s 19: Risikovurderinger. I mange prosjekter som faller inn under denne veilederen vil det være hensiktsmessig å gjennomføre risikovurderinger til selve prosjektgjennomføringen. Riskovurderinger er fjernet som verktøy i veilederen, og kan med fordel legges inn: Risikovurderinger bør brukes for å sammenligne ulike alternativer, herunder identifisere både trusler og potensielle muligheter, det vil si å ta utgangspunkt i et felles sett med trusler og muligheter/gevinster, og vurdere om det er vesentlige forskjeller i risikoprofil som kan ha betydning for valg.		Det er innarbeidet et nytt kap. 4.4.7 om risikostyring.
HSØ	51		Pkt. 6.4, s 23: I første avsnitt står at det vurderes om usikkerhetsanalyse skal gjennomføres. Det skal gjennomføres en ekstern usikkerhetsanalyse i forprosjektet. Siste avsnitt før pkt. 6.4.1 må strykes. Usikkerhetsanalyse skal gjennomføres. Det skal ikke bare vurderes.		Teksten om usikkerhetsanalyse er endret fra "bør" til "skal". Arbeidsgruppen har ønsket å ha med tekst om mulighet for å gjennomføre kvalitetssikring forprosjektfase i store prosjektet for å redusere risiko. Innspill med ønske om å slette avsnitt tas ikke til følge.
Høringsuttalelser vedrørende økonomi					
HSØ	33		Pkt. 4.4.4., s. 11: Henvise til eget avsnitt om prosess for kostnadsestimering. Investeringsestimater, ikke kostnadsoverslag. Endre fra bør til skal.		Kostnadsoverslag er endret til investeringsestimater. "Bør" er ikke endret til "skal" da regionene ikke gjør dette i samme fase. (Kapittelnummer er endret til 4.4.5.)
HSØ	73	SI	Endringene knyttet til en mer tydelig veiledning på utredningene med større vekt på de økonomiske analysene støttes. Sykehuset Innlandet HF foreslår at ordet <u>bør</u> endres til <u>skal</u> i nest siste setning i kapittel 4.4.4 Gjennomføre økonomiske analyser.		Samme som forrige punkt

HV	3	HB	Under prosjektinnrammingen står det at «Det bør utarbeides en overordnet gevinstoversikt for hvert av alternativene, der formålet er å synliggjøre forskjeller mellom disse». Dette er vi uenig i. Vurdering av alternativer mener vi bør gjøres i konseptfasen. Det er ikke grunnlaget for å gjøre dette tidligere.		Opprettholde kommentar om gevinstoversikt, benytte "bør" og ikke "skal" i denne sammenheng da flere RHF har krav om gevinstoversikt i prosjektinnramming
HSØ	34		Pkt. 4.4.5, s 11: Nullalternativet utredes / oppdateres i alle faser. Per def. må dette gjøres for å ha en baseline for driftsgevinster.		Nullalternativet er ikke lenger et relevant alternativ etter at B3A-beslutningen er fattet og et annet alternativ er valgt.
HSØ	43		Pkt. 5.5.3 s17: Tidlig i prosjekt benytte investeringsestimater. Kostnadsoverslagene utarbeides senere. Det er tilstrekkelig at det utføres vurderinger av prosjektusikkerhet, ikke følsomhetsvurderinger. Vurdering av usikkerhet er implisitt dekket av prosjektspesifikke vurderinger. Komma etter gevinstberegninger; analyser av økonomisk bæreevne bygger bl.a. på driftsøkonomiske effekter. Er ikke del av driftsøkonomiske effekter.		Kostnadsoverslag er endret til investeringsestimater. Erstattet "..følsomhetsvurdering" med ".....vurdering av prosjektusikkerhet". Satt "gevinstberegninger" i parantes, for å skille fra økonomisk bæreevne.
HSØ	81	Ahus	Det fremkommer flere steder at fremtidig driftsøkonomi skal vektas inn i alternativanalyser og utredes mm. Vi kan ikke se at det fremkommer om det vil kunne påvirke den totale investeringsrammen. Dvs. kan det tenkes at man kan øke investeringsrammen om et tiltak gir lavere kostnad i levetiden mot noe økt investering? Dette kan med fordel klargjøres.		Ikke endret i teksten. Dette reguleres av det enkelte RHF.
HSØ	54		Pkt. 6.4.3 s. 24: Dette er grunnleggende – må endres. Et hovedpoeng fra et eierstyringsperspektiv med forprosjektfasen er å bekrefte kalkyle og styringsramme / kostnadsramme fra konseptfasen. Det skal gjennomføres en ekstern usikkerhetsanalyse i forprosjektet. Det som står her nå er ikke konsistent med kapittel 8. I tillegg til kuttliste, så kan det være aktuelt med en tilleggsliste.		Endret tekst til "skal" gjennomføre usikkerhetsanalyse, sikret konsistens med kapittel 8.

HSØ 56

- Pkt. 8, s 27: Foreslår at det innledningsvis tas inn en formulering om hvem som har ansvaret for de ulike økonomiske analysene, planverkene (f.eks. ØLP) og premisene for analysene (f.eks. renteforutsetninger). Mye av det som det vises til er enten RHF-enes ansvar eller et HF-ansvar. Samlet sett skal dette punktet gi en oversikt over hvilke analyser som skal foreligge. Der hvor det er hensiktsmessig kan man vise til at det bør være en felles tilnærming, men en veileder fra Sykehusbygg kan ikke overstyre det som er et RHF/HF-ansvar.

Korrigert siste setning i første avsnitt kap. 8, men ikke ansvar for ulike økonomiske analyser. Ansvar for hvem som gjør ulike analyser er ulikt håndtert i de ulike RHF.

HN 3

Ved tradisjonell byggherrestyrt gjennomføring, detaljprosjekteres alt i forprosjekt/detaljprosjekt og legges ut på anbud. Ved samspillmodeller kommer entreprenør med i prosjektet fra utforming av forprosjekt og i noen tilfeller tidligere. De forskjellige gjennomføringsmodellene utfordrer tidspunkt for beslutning av kostnadsramme, som i noen tilfeller bør være tidlig og i andre tilfeller kan/bør være senere. Kalkyle og usikkerhetsanalyse av prosjektet ligger i konseptfase, med dertil endelig fastsettelse av projektramme på P50 og P85 nivå. Dette viser seg nesten alltid å være utfordrende, da det er basert på volumer og ikke detaljprosjektering. Tiden fra konsept til bygging er også en faktor som gir økonomisk glidning. Ideelt sett bør finansieringsbeslutning ligge så tett opptil prosjektstart som mulig. Dette er et større spørsmål som berører hele finansieringsmodellen for sykehusbyggprosjekter, og kan derfor ikke uten videre endres i en veileder, men problemstillingen er relevant og det er grunnlag for å ta denne diskusjonen på aktuelle nivå da det berører alle pågående og kommende prosjekter.

Innspillet inneholder ingen endringsforslag, men reiser et større spørsmål som det ligger utenfor revisjonsprosjektets mandat å ta stilling til.

HN	4		Det som må presiseres tydeligere i veilederen er foretakets avklaring av økonomisk bærekraft, slik at det tidlig legges en ramme for resten av prosjektgjennomføringen. Dette gir et tydelig bilde på hva man har råd til å bygge for, og dermed også klare føringer for prosjektets videre utforming.		Dette vil være ulikt for de ulike RHF. De fleste legger rammen og vurderer lånesøknad etter konseptfasen og/eller setter ramme tidlig og justerer omfang av prosjekt for å tilpasse.
HV	13		Det bør i vurderingen av bæreevne presiseres at det er likviditet i form av bankbeholdning fremover i tid som er styrende for om foretaket har bærekraft. Hvis likviditeten blir negativ må dette i så fall være knyttet opp mot at det er avtalt en driftskredittramme/lån fra regionalt helseforetak som foretaket kan trekke på.		Ikke tatt til følge. Håndteres noe ulikt i de ulike RHF. Vil være avhengig av om man ser på bæreevne på prosjekt-, HF- eller RHF-nivå.
HV	14		For store byggeprosjekter bør det også ligge en vurdering av bærekraft på regionnivå. Dette for å sikre at det faktisk er likviditet tilgjengelig i regionen på ethvert tidspunkt. Det kan også være flere parallelle prosjekter som øker risikoen og som følge av dette kan ha innvirkning på likviditeten totalt i regionen. Det er viktig å vurdere og kjøre scenarios med ulike risikovurderinger å stressteste den samlede bærekraften.		Teksten er justert innledningsvis i kapittel 8.3 om økonomisk bæreevne
HSØ	89	SV	Kostnadsestimering er et tema vi mener ikke er tilstrekkelig omhandlet i veilederen. Det er avgjørende for prosjektets suksess at bestiller har et beslutningsgrunnlag hvor estimatet som ligger til grunn for anbefalt kostnadsramme er mest mulig i tråd med prosjektets ambisjonsnivå, omfang, tidsplan og usikkerhet. For å vite at man er på riktig nivå, må prosjekteier også etterlyse benchmarking (sammenligning) mot tilsvarende prosjekter. Dette er spesielt viktig i tidligfase.		Det er tatt inn et nytt avsnitt om kostnadsestimat i kapittel 8.2

HSØ	90	SV	Et viktig premiss for et gjennomarbeidet estimat er at det er i tråd med prosjektets gjeldende modenhetsnivå. Utarbeidelsen av estimatet bør styres i faser etter en definert estimeringsprosess i tråd med virksomhetens prosjektmodell. Etterhvert som prosjektet modner, vil informasjonsgrunnlaget for estimatet øke, og gi mulighet for mer og mer detaljerte estimater. Denne modningen som bør skje etter en iterativ prosess, har innvirkning på både forventet nøyaktighetsgrad og usikkerhet, samt ressursbruk og estimeringsmetodikk.		Det er tatt inn et nytt avsnitt om kostnadsestimat i kapittel 8.3
HSØ	91	SV	Prosjektets basisestimat skal være komplett kostnad for prosjektets omfang og på et sannsynlighetsnivå det kan styres mot. Basisestimatet er utgangspunktet for usikkerhetsanalyse underveis i eller mot slutten av en prosjektfase. Usikkerhetsanalysen estimerer det forventede tillegget og nødvendige usikkerhetsavsetninger for å oppnå en gitt sannsynlighet for prosjektets sluttkostnad (<i>f.eks. en P85-verdi viser en sluttkostnad som kan oppnås med 85% sannsynlighet</i>). Resultatene fra usikkerhet bør ligge til grunn for fastsettelse av styringsramme for utførende foretak og kostnadsramme som disponeres av prosjekteier. Eier må fastsette kostnadsramme og styringsramme basert på ønsket risikovillighet (sannsynlighet for at sluttkostnad treffer innenfor kostnadsrammen).		Det er tatt inn et nytt avsnitt om usikkerhetsanalyse i kapittel 8.3

HSØ	92	SV	Det må etableres klare retningslinjer for hvordan prosjektet skal styre kostnad og omfang i både forprosjekt- og gjennomføringsfase med referanse til gjeldende rammer. Viktige suksessfaktorer er: • Etablering av en definert estimeringsprosess som gjennomføres iterativt og i tråd med virksomhetens prosjektmodell • Estimeringsprosessen bør koordineres med prosjektets økende modenhet med definerte leveranser per fase for definering av estimatklasse • Estimeringsfunksjonen bør integreres tett med prosjektledelsen og prosjekteringsfunksjonen • Etabler en funksjonsbasert nedbrytning av estimatet for å sikre sammenliknbarhet • Aktiv bruk av kutt- og plusslister for omfangsoptimalisering og -styring • Fokuser kostnadsoptimaliseringen på de største kostnads- og usikkerhetsdriverne		Arbeidsgruppen mener at dette er for spesifikt og har ikke tatt det inn av omfangshensyn. Dette bør heller inngå i en utvidet veileder i økonomi.
HSØ	57		· <u>Pkt. 8.1, s 27</u>: Først kulepunkt - Hva betyr dette? Forslag: Rangere prosjekialternativene for å understøtte helhetlig prioritering av investeringsprosjekter.		Første kulepunkt er fjernet. Innspill fra arbeidsgruppen at punktet kan misforståes som om kun økonomi benyttes for å rangere prosjekter og / eller alternativer mot hverandre.

HSØ	58	· <u>Pkt. 8.2, s. 27</u>: Kulepunkt - "Kostnadsoverslag" har for oss mindre substans enn et "investeringsestimat" (som er begrepet vi ønsker oss). Kulepunkt 6 - Ønsker at denne setningen oppdateres med: I forprosjektet skal det utarbeides et budsjett for ikke-byggnær IKT for nytt sykehus (Fase 2) for de IKT-løsninger som skal understøtte nye driftskonsepter, eller som er viktig for sykehusets bærekraft. Det skal også lages et budsjett for de IKT-løsninger som må innføres og tas i bruk, før innflytting i nytt sykehus (Fase 1). Vedrørende LCC - Det fremkommer flere steder at fremtidig driftsøkonomi skal vektes inn i alternativanalyser og utredes mm. Disse vurderingene vil kunne påvirke den totale investeringsrammen, og må synliggjøres. Dvs. at investeringsrammen økes som et tiltak som gir lavere kostnad i levetiden. Både LCC og miljø vurderes i alle faser	Kostnadsoverslag er endret til investeringsestimat. Lagt til fotnote om ikke-byggnær IKT (vurdere bruk av O-IKT). Ikke lagt til bytte mellom lavere driftsøkonomi / høyere investeringsramme. Dette er opp til det enkelte RH. Som for flere punkter over, bør det vurderes om det skal utarbeides en egen veileder for økonomi (i regi av de regionale helseforetakene).
HSØ	66	· <u>Vedlegg F</u>: Kostnadsoverslag erstattes med investeringsestimat. Under Del IV – tilføye og gevinstnotat (som er HFs ansvar) i tillegg til økonomiske analyser. Under Del IV vedlegg - komplett gevinstrealiseringsplan er det vesentlige. Erstatt driftsøkonomiske beregninger med gevinstrealiseringsplan.	Kommentar tatt til følge, gode presiseringer. Erstattet kostnadsoverslag med investeringsestimat. Gevinstrealiseringsplan beskrevet i tekst.
Høringsuttalelser vedrørende samfunnsøkonomiske analyser			
HSØ	53	· <u>Pkt. 6.4.2, s 23</u>: Ta inn i 3. avsnitt referanse til statens veileder for samfunnsøkonomiske analyser. Det står at målet er å «designer bort» risiko. Det blir et for muntlig uttrykk.	Tekst er justert ihht innspill

HSØ	55	· <u>Pkt. 6.5, s 24</u>: Ta inn referanse til Finansdepartementets rundskriv R-109 Prinsipper og krav ved utarbeidelse av samfunnsøkonomiske analyser i kulepunkt 4, underpunkt 2.	VH: Tekst er ikke justert. Eventuelle nye krav til beregning av klimagassutslipp innarbeides i revisjon av RHFenes Standard for klima og miljø. Bruk av samfunnsøkonomisk analyse som verktøy der dette er hensiktsmessig kan vurderes innarbeidet som tekst, gjelder spesielt ifm lokalisering og spesielle utredningsprosjekter. Anbefales bestilt særskilt. Lagt inn som et utsjekkingspunkt i vedlegg H Prosjektinnramming - utdyping og vedlegg I - Avklaring av lokalisering. Bruk av samfunnsøkonomisk analyse beskrives her som et verktøy som kan vurderes benyttet hvis hensiktsmessig..
HSØ	32	· <u>Pkt. 4.4.3, s 11</u>: I 3. avsnitt foreslås følgende setning satt inn som setning nr 2: «Statens veileder for samfunnsøkonomiske analyser skal legges til grunn for å sikre gode kost-nytte vurderinger av klima- og miljøtiltak.»	Tekst er ikke justert. Eventuelle nye krav til beregning av klimagassutslipp bør innarbeides i revisjon av RHFenes Standard for klima og miljø.
HSØ	42	· <u>Pkt. 5.5.2, s 17</u>: I 1. avsnitt legges følgende setning til: «Statens veileder for samfunnsøkonomiske analyser skal benyttes for å sikre gode kost-nytte vurderinger av klima- og miljøtiltak.»	Tekst er ikke justert. Eventuelle nye krav til beregning av klimagassutslipp bør innarbeides i revisjon av RHFenes Standard for klima og miljø.
Høringsuttalelser vedrørende IKT			
HSØ	9	9) IKT bør omhandles slik at beslutningstakerne ser hvilke sammenhenger som gjelder for nasjonale, regionale og prosjekterrelaterte IKT-prosjekter, og hvilket handlingsrom de gis.	Disse innspillene er indirekte ivaretatt gjennom hovedprogrammet i konseptfasen og gjennom henvisninger til relevante verktøy. De regionale

HSØ	10	Bygg, IKT og medisinsk teknisk utstyr er virkemidler for både å oppnå og utvikle et godt helsetilbud. IKT og medisinsk teknisk utstyr generelt lite omtalt i veilederen. Det er store forventninger til effekter som følge av innføring av ny teknologi i helsevesenet. IKT bør knyttes tettere mot utvikling av helseforetakets virksomhet, og bygningsmessige utforming bør i større grad gjenspeile ønskede endringer i virksomheten.		IKT-føringene er ivaretatt på lik linje med øvrige regionale føringer. Høringsinnspillene er gode, men på et detaljnivå som vurderes bedre ivaretatt utenfor denne veilederen.
HSØ	13	Det bør være et krav at de tekniske løsningene som planlegges i forbindelse med nybyggprosjekter bidrar i arbeidet med å oppnå og er i samsvar med de regionale malbildene for IT- og virksomhetsarkitektur. Dette bør stå eksplisitt. Videre bør gjenbruk av teknologiske komponenter i regionen være et prinsipp.		
HSØ	14	Når det gjelder fysisk infrastruktur bør den legges opp i tråd med behovene til IKT og MTU ved utarbeidelse av romprogram.		
HSØ	15	Veilederen bør definere hva som ligger i begrepet «ikke-byggnær IKT». Hva som inngår i begrepet er ikke tydelig i utkastet til veileder.		
HSØ	11	Kravene til IKT bør tydeliggjøres for eksempel ved å detaljere E – Hovedprogram, Del IV IKT Konsept. Her må de store nye teknologiske endringene synliggjøres.		

Høringsuttalelser vedrørende framskriving

HSØ	36	Pkt 4.5, s 12: Aktivitetsframskriving gjøres / oppdateres i alle faser, ikke bare i prosjekttinnramming/steg 1. Dette som et vesentlig premiss for dimensjonering. Når kontrollen av framskrivningen foretas avhenger av når, hvilket utgangs år og horisont som er benyttet for den første framskrivningen. Spesielt viktig i store prosjekter hvor det kan gå lang tid mellom hver fase. Det må fremgå at framskrivninger må oppdateres/kvalitetssikres etter hvert som prosjektet går igjennom de ulike fasene.		Dette er utdypet slik: Eventuelle nye framskrivninger etter økonomisk ramme er satt, er å se på som premissendringer (og krav) fra prosjekteier, og behandles deretter.

Høringsuttalelser vedrørende leveranser fra prosjektet

HN 6A Kap. 1.5: Det er viktig at forventningsavklaringer gjenspeiles som et tydelig leveransepunkt i veilederen slik at man får en omforent forståelse for kvalitetsnivå og ressursbruk. Kvalitet og omfang i de ulike prosesser/oppgaver som inngår i tidligfase og forprosjekt må beskrives slik at det både er mulig å produsere de ulike selv, eller vurdere kostnadsnivå fra leverandør (f.eks Sykehusbygg).

Veilederen gir anbefalinger og gir ikke en uttømmende liste over forhold som må ivaretas. Veilederen er heller ikke entydig på hvilket omfang og kvalitetsnivå de ulike utredningene skal ha, da forventningene til dette må avklares med prosjekteier i hvert enkelt tilfelle. Tilnærming og omfang av utredninger bør i alle tilfeller tilpasses prosjektets egenart og kompleksitet.

HSØ 50 · Pkt. 6.3, s. 22: Brutto- og netto utstyrprogram, forutsetning om (eks. %vis) gjenbruksgrad utstyr

Endret til "Brutto utstyrprogram og ambisjonsnivå gjenbruksgrad"

Høringsuttalelser vedrørende hovedprogrammet

HSØ 41 · Pkt. 5.5.1, s 16: Tverrgående program som følge av prinsipper for person- og vareflyt (logistikk) sikres innarbeidet i romprogram på delfunksjonsnivå eller senest i overgangen fra konseptfase til forprosjekt. I nest siste avsnitt bør det tas inn «der det er hensiktsmessig» etter standardromskatalogen».

"standardromskatalogen" er endret til "benyttes en standardromkatalog"

HSØ 65 · Vedlegg E: Bør medflyttingsgrad tas inn eksplisitt kulepunktlisten under utstyr?

Kulepunkt Kalkyle er endret til "Kalkyle inklusive forutsetninger om gjennbruksgrad"

Høringsuttalelser vedrørende innovasjon

HSØ 82 Ahus Vedrørende kontraktstrategi og valg av entreprisemodell med mer, mener Ahus at prosjektene bør utfordres på å se etter nye innovative muligheter. Noen ord om innovasjon bør inngå i veilederen.

Teksten i kap. 5.7.2 er supplert ihht innspill.

Høringsuttalelser vedrørende evaluering

HSØ	35	· <u>Pkt. 4.4.6, s 11</u>: Usikker på verdien av å gjennomføre førevaluering og evaluering av plan- og byggeprosessen. Bør vurderes strøket. Det er etter vår mening tatt inn for mye om evaluering her. Det må beskrives <u>hva</u> som skal evalueres i det enkelte prosjekt i tidligfasen, det vil si hva som er spesielle eller unike ved det enkelte prosjekt. Det har ingen hensikt å evaluere hele prosjektet, og bruke mye ressurser på noe som ikke gir læring. For hvert prosjekt må det vurderes om det er teknologivalg, logistikk, byggemetode, organisering av funksjoner/nye romtyper, gjennomføringsprosess etc, eller kombinasjoner av disse som er det spesielle og som må evalueres.
HN	5	Det må vurderes om ansvar for gjennomføring av evaluering bør legges direkte til Sykehusbygg med tilhørende finansiering, og ikke til byggeprosjektet. Dette kan gi andre og bedre drivkrefter og en bedre evalueringsprosess.

Disse innspillene er ikke i tråd med gjeldende *Veileder for evaluering*, som regionene har vedtatt. Følgelig er innspillene ikke imøtekommet.

HV	8	Tidligfaseveilederen løfter frem evaluering som et område det vil bli større fokus på fremover. Begrunnelsen er å hente ut læringseffekten og få bedre sykehusbygg. Vi støtter denne intensjonen og tenker samtidig at vi har hatt en lang og god tradisjon i Helse Norge med deling på tvers av sykehusene. Nye digitale verktøy i byggeprosessen kan bidra til å få frem gode data knyttet til gjennomføringen av prosjektet. Dette bør utnyttes i større grad. Igangsetting av ekstern evaluering bør skje etter en kost/nytte vurdering. Vi har ikke tradisjon for å kalkulere evalueringskostnader i prosjektene, og generelt bør vi være forsiktig med å inflatere prosjektene. Prosjektkontoret i Helse Bergen løser alt fra store omfattende byggeprosjekter til ombygning i enkeltrom. Siden vi er en integrert del av Helse Bergen, blir vi evaluert hver dag av våre kollegaer både når det gjelder gjennomføringen av prosjektene og hvorvidt vi treffer på løsningene vi har utviklet sammen med våre kollegaer. Vi mener likevel det kan være nyttig å igangsette formelle evalueringsprosesser, gjerne med ekstern miljøer. Disse bør målrettes på konkrete problemstillinger som har potensielt stor læringsverdi og helst aktuelt for flere sykehus	Innspillet har ikke direkte forslag til endringer, og det er ikke gjort endringer, jfr. forrige punkt.
----	---	---	--

Høringsuttalelser vedrørende benyttelse av Sykehusbygg HF

HN	6B	En åpning for å benytte andre rådgivere på alle områder må også vurderes da det forhindrer monopol og oppbygging av kompetanse på områder hvor det ikke er nødvendig. Sykehusbygg bør uansett være et kvalitetssjekkpunkt.	Hvilken rolle Sykehusbygg HF skal ha i spesialisthelsetjenesten, og hvordan foretaket skal benyttes, er regulert i henholdsvis foretakets vedtekter og i overordnede styringssignaler. Det ligger utenfor prosjektets mandat å mene noe om dette.
----	----	---	--

HSØ 78 Ahus

Vedrørende «Sykehusbygg HF skal benyttes ved alle større byggprosjekter (over 500 millioner kroner) i sykehus - Norge.» Teksten bør harmoniseres med teksten i Prosjekteierstyingsdokumentet (april 2022), hvor det står «For byggeprosjekter over 500 millioner kroner skal Sykehusbygg HF engasjeres i prosjektorganisasjonen.»

Veilederen er justert til Sykehusbygg sitt oppdragsdokument for 2015. Dette er ikke endret siden, og følgelig fortsatt styrende for benyttelse av Sykehusbygg: Sykehusbygg HF skal benyttes i alle byggeprosjekter over 500 mill. kroner.

Høringsuttalelser vedrørende KSK

HSØ 76 SI

Prosjektgruppen har også foreslått at den eksterne kvalitetssikringen av konseptrapporten også bør omfatte en vurdering av den foreslåtte økonomiske rammen for prosjektet. Sykehuset Innlandet HF støtter en slik utvidelse av den eksterne kvalitetssikringen som en naturlig del av en ekstern evaluering av konseptrapporten.

HSØ 48

· Pkt. 5.7.4, s 19: I 2. avsnitt omtales «parallell kvalitetssikring». KSK bør gjennomføres etter valg av konsept. Uansett er hensikten å sikre kvalitet og «nye øyne» på prosjektet, slik at det bør utføres uavhengig kvalitetssikring av beslutningsunderlaget. Viktigst er KSK, KSF er i forslaget kun omtalt i vedlegg.

Den eksterne kvalitetssikringen kan enten skje som esktern parallell kvalitetssikring som følger prosjektet gjennom konseptfasen med en endelig sluttrapport etter valg av konsept (beslutning B3), eller som ekstern kvalitetssikring som kun utføres etter valg av konsept (beslutning B3).

Høringsuttalelser vedrørende semantikk og presiseringer

HSØ	24	Pkt. 1.4, s 3: Foreslår å ta bort fotnote 3. Siste setning – «Sykehus-Norge» erstattes med «hvor helseforetak eller regionalt helseforetak er prosjekteier», evt også «Sykehusbygg HF engasjeres i prosjektorganisasjonen for byggeprosjekter over 500 [...] fra og med konseptfasen». Dette avsnittet står i motstrid til avsnitt 1.3 i og med at det beskriver en mer kontinuerlig utvikling av virksomheten, av betydning for byggeprosjektet. Avsnitt 1.3 bør endres slik at dette henger sammen. Pkt. 2, s 4: Foreslår å ta bort 3. avsnitt. Tredje avsnitt om beslutningskompetanse til de regionale helseforetakene bør slettes. Det står nok om dette i første og andre avsnitt. I sjette avsnitt står det at konseptrapport etc legges fram for departementet, og at dette danner grunnlag for en eventuell lånesøknad for prosjektet. Det stemmer ikke. Det er lånesøknad som fremmes for departementet. Dersom det ikke søkes om lån, fremmes det ikke noen sak for departementet.	Dette oppfattes å gjelde kapittel 2, ikke 1.4. «Sykehus-Norge» er erstattet med «hvor helseforetak eller regionalt helseforetak er prosjekteier». Beskrivelsen av når Sykehusbygg skal benyttes er i samsvar med gjeldende vedtak og er ikke endret. Lånesøknad er presisert. I avsnitt 3 er det presisert at det er økonomiske bæreevne som er ment.
HSØ	26	Pkt. 3, s 7: Foreslår å styrke første setning i andre avsnitt. Hvem som er prosjekteier og beslutningstaker ved faseovergangene reguleres i tråd med fullmaksstrukturen for det enkelte regionale helseforetak. Under B3A – utrede, ikke utdyping.	"Utdyping" er erstattet med "utredning".
HSØ	27	Under B3, s 7: For store prosjekter: oppstart forprosjekt under forbehold av godkjent investeringslån på statsbudsjettet, så en referanse til lånesøknad osv. bør inn her. Under B3 bør det nevnes usikkerhetsanalyse og at B3 er grunnlaget for lånesøknad.	Referanse til lånesøknad er omtalt i kapittel 5, Konseptfasen.
HSØ	29	Pkt. 4.1, s 9: Første avsnitt. Det bør stå <u>understøtter overordnet planverk, heller enn oppfølging av overordnet planverk</u>. Foreslår å erstatte kulepunkt 5 med «... styringsdokument, som skal bidra til god eier- og prosjektstyring.». Punkt 5 i punktlisten: Det bør framgå at styringsdokumentet skal oppdateres, minst ved faseoverganger.	Endret som foreslått. Revurderinger ved faseoverganger er presisert i avsnitt 2, kapittel 3.

HSØ	30		· <u>Pkt. 4.3 s. 10:</u> [...] styringsdokument med særlig vekt (eier)styring og på å avgrense [...]. Kulepunktene samstemmer ikke med oversikt over leveranser som angitt i vedlegg A. Kulepunktene 2 og 3 bør kunne fanges opp av krav til styringsdokumentets innhold.	
HSØ	31		· <u>Pkt. 4.4.2, s. 10:</u> Det er bestiller som definerer hva som gir verdi ved prosjektet i kraft av at det er derfra investeringen kommer. Normalt sett knyttes verdi til oppfyllelse av strategiske mål, økonomisk avkastning og effektiv kjernevirksomhet i et langsiktig perspektiv. Bærekraft og bæreevne omfatter økonomiske aspekter, men også miljømessige og sosiale forhold som skal ivaretas. Det bør ikke være uklart hvem den «hvem» er i forslag til endring av veilederen. Hvem som er prosjekteier og beslutningstaker ved faseovergangene reguleres i tråd med fullmaksstrukturen for det enkelte regionale helseforetak.	Det er tydeliggjort at det er prosjekteier som beslutter kriteriene for alternativvurderinger i tråd med gjeldende fullmaktsstruktur.
HSØ	39		· <u>Pkt. 5.2, s 14:</u> Innlede med å stadfeste at konseptfasen gjennomføres med to steg og to beslutningspunkter (Steg 1 og 2). Det vil gjøre teksten mer lesbar.	Konseptfasen gjennomføres i to steg og har et beslutningspunkt (B3A) mellom disse stegene.
HSØ	80	Ahus	Grunnlag, kan med fordel ha med en setning om at B3 har to faser (Steg 1 og 2). Det vil gjøre teksten mer lesbar.	Dette er presisert som innledning til konseptfasen, jfr. forrige punkt.
HSØ	40		· <u>Pkt. 5.4, s 15:</u> I 2. avsnitt nedenfra omtales «parallelle kvalitetssikring». KSK bør være knyttet opp til sluttleveranse i steg 2. I figur og tekst – utrede, ikke utdypes	Tekst er korrigert og presisert. "Utredning" er benyttet i hele veilederen. Unntaket er "utdyping" av ett alternativ i steg to, da i betydning "en mer omfattende utredning". Dette er tilsvarende gjeldende veileder. Figuren er derfor ikke endret.

HSØ	38		· <u>Pkt. 5.5.1:</u> Siste avsnitt. Første setning om programkrav for flere alternative virksomhetsmodeller er vanskelig tilgjengelig. Hva menes?
HSØ	37		· <u>Pkt. 5.5.1:</u> Det står prinsipper for person- og vareflyt. Menes prinsipper for pasientflyt og logistikk-/vareflyt?
HSØ	44		· <u>Pkt. 5.6, s 17:</u> I 1. avsnitt, 2. setning foreslås at bør erstattes med skal, og at teksten etter prosjekteier strykes. Utrede, ikke utdyping
HSØ	45		· <u>Pkt. 5.7.1, s. 18:</u> Utrede, ikke utdype. · <u>Pkt. 5.7.2, s 19:</u> I 1. avsnitt, 2. setning står det at vurderingen av kontraktsstrategi innarbeides i styringsdokumentet; -
HSØ	46		Vurderingen dokumenteres i eget dokument, konklusjon legges inn i styringsdokumentet. · <u>Pkt. 5.7.3, s 19:</u> Det står i 1. avsnitt at usikkerhetsanalyse skal gjennomføres med ekstern fasilitator. Foreslår å stryke ekstern fasilitator. Og erstatte med prosjektuavhengig. Her kan det sies litt mer om kostnadsestimeringsmetode.
HSØ	47		· <u>Pkt. 6.4.1, s 23:</u> Stryk predefinert i siste setning. Siste setning bør avsluttes med «standardisert grunnlag der det er hensiktsmessig».
HSØ	52		Beskrivelsen av byggefasen om at en da skal gjennom et funksjonsprosjekt og detaljene i dette vil variere ifht hvilken
HV	10	Fonna	entrepriisestrategi en har valgt for gjennomføring. Denne variasjonen burde i større grad ha kommet til uttrykk under dette kapitelet.

Tekst er utdypet der det skilles mellom virksomhetsmodeller nedfelt i et romprogram og bygningsmessige konsepter som svar på programmet. Det anbefales at programmet er likt for de ulike bygningsmessige alternative konseptene. Virksomhetsmodell anbefales derfor avklart før igangsetting av mulighetsstudien.

Personflyt omfatter flyt av både pasienter, ansatte og besøkende. Vareflyt omfatter all annen flyt. Logistikk er et samlebegrep for begge deler.

Endret til: Beslutningen benevnt B3A gir sterke føringer for det endelige valg av konsept og skal gjøres av prosjekteier.

Endret til "utrede"

Tekst er supplert.

"Ekstern fasilitator" er erstattet med "prosjektuavhengig fasilitator"

Endret ihht innspill.

Det er behov for å detaljere prosjektet gjennom et funksjonsprosjekt uavhengig entreprisreform. Teksten er presisert i forhold til dette.

HSØ	59		· <u>Pkt. 8.4</u>: Andre avsnitt- fjern «i at det kan eksistere» - det vil alltid finnes øvrige investeringsbehov.		"det kan eksistere" er slettet.
HSØ	63		· <u>Vedlegg C, s 38</u>: I kulepunkt 2 vises det til regionale og lokale styringssignaler. Hva er det? Vi styres ikke av signaler. Dette må strykes.		I de foregående versjonene av veilederen har begrepet "Overordnede styringssignaler" blitt brukt, blant annet som hovedoverskrift. Setningen det refereres til i Vedlegg C er strøket. Overskriften i kapittel 2 er endret til "Overordnet styring".
HSØ	64		· <u>Vedlegg D, s 39</u>: I overskriften om de viktigste punktene foreslås konsis strøket. I kulepunkt 1 må beskrivelse av strykes. Presisere hva forskjellen er på kulepunkt 2 og 6. Under prosjektstrategi står organisering og ansvarsdeling (listet to ggr). Er det strategi? Er de to siste kulepunktene strategi? Under øvrige tema er evaluering omtalt, jf tidligere merknader om dette. Orgnaisering og ansvarsdeling står to ganger under prosjektstrategi		Dette er det ryddet opp i ihht innspill
HV	4	HB	Det er i vedlegg D beskrevet at Kontraktstrategien skal inngå i Prosjektinnrammingen. Etter vår vurdering er dette for tidlig.		VH: Kontraktstrategi for anskaffelse AR/RI inngår fra prosjektinnramming. Bør bli stående.
HSØ	67		· <u>Vedlegg H: 2. og 4. avsnitt</u> står i kursiv. Betyr det at det er sitater? Dersom ja, må det angis kilde. Kulepunkt nr 3 i siste avsnitt må enten utgå eller omformuleres dersom det menes kvaliteten på kalkyler. KSF - vurdere å inkludere tekstlig i kapittel om forprosjekt.		

HSØ 68

- Vedlegg I: Det legges i for stor opp til at det skal være gjort avklaringer før prosjektinnramming, jf kulepunktene 5, 6 og 7. Vedr kulepunkt 2, se tidligere merknader vedr evalueringer. Det nest siste kulepunktet må gjøres mer presist. Hva er bakgrunnen for at dette ligger i vedlegg? Kan ikke dette innarbeides i kap. 4? Utrede – ikke utdyping

Kulepunktlisten er ikke ment som en liste over arbeid og avklaringer som bør være slutførte før oppstart av en konseptfase. Listen er ment som en liste over spørsmål som man bør ha et bevisst forhold til. Hva som bør være avklart før konseptfasen startes, og hva som kan avklares senere, bør vurderes i hvert enkelt tilfelle. Dette er også begrunnelsen for at det er lagt inn som et "vedlegg til inspirasjon". Dette er presisert i innledende tekst i vedlegget.

SB-SAK 35/2023 Saker til neste styremøte**Forslag til beslutning**

Styret tar til orientering de saker som er til behandling i kommende styremøte.

Saksutredning/bakgrunn

Følgende saker er på plan for behandling i kommende møte i styret;

- AD sin orientering til styret
- 2.tertialrapport
- Virksomhetsrapport, 2. tertial
- Risikobilde, oppdatert etter 1. halvår
- Forslag til Budsjett for 2024
- Innspill til Oppdragsdokument 2024

Sykehusbygg HF, 16.05.2023

Terje Bygland Nikolaisen
administrerende direktør

Elektronisk godkjent uten signatur

	Januar	Februar	Mars	April	Mai	Juni	FERIE (Juli / august)
Dato¹	25. januar	20. februar	28. mars		23. mai		
Klokkeslett	10.00-14.00	10.00-14.00	12.00-16.00		(hel dag)		
Møtested	avklares	avklares	avklares		avklares		
Styrepapirer ut	(1 uke før)	(1 uke før)	(1 uke før)		(1 uke før)		
Saker til styremøte	• Estimert årsresultat • Årlig melding • Endelig budsjett 2023 • Årsplan for styret 2023	• Regnskap/ årsrapport • Revisjonsberetning • Virksomhetsrapport 3. tertial	• Innspill ØLP 23-26 • Lønnsforhandlinger		• 1.tertialrapport, 2023 • Virksomhetsrapport 1. tertial • FO – status og oppfølging		
Sykehusbygg frister til RHF	13.1. – Estimert årsres. 31.1. – årlig meld. 2022	1.2. – foreløpig innspill ØLP 24.2. – endelig regnskap 2022		5.4. – innspill til ØLP	15.5. 1-tert. rapp.		
Oppfølgingsmøte					22.5.		
Foretaksmøte							

1) Hensyntatt behov for å rekke frister jf innspill/ rapportering / andre relevante saker til RHF

	September	Oktober	November	Desember
Dato¹	22. september		24. november	
Klokkeslett	10.00-14.00		10.00-14.00	
Møtested	avklares		avklares	
Styrepapirer ut	(1 uke før)		(1 uke før)	
Saker til styremøte	• 2.tertialrapport • Virksomhetsrapport, 2. tertial • Risikobilde, oppdatert etter 1. halvår • Forslag til Budsjett for 2024 • Innspill til Oppdragsdokument 2024 • Konsekvenser forslag til statsbudsjett		• Budsjett 2024, endelig • Strategi / handlingsplan • Vedtakslogg for 2023 • Gjennomgang styrende dokumenter, årlig gjennomgang • Styre- og AD-evaluering	
Sykehusbygg frister til RHF	15.9. – forslag budsjett 2024 15.9. 2.tertialrapport 29.9. – innspill til oppdragsdokument			
Oppfølgingsmøte		23.10.		
Foretaksmøte				