

Kartlegging av beslutningsprosessen knyttet til nytt østfoldsykehus

2021

NORSK OVERLEGEFORENING

AGENDA
KAUPANG

OPPDRAGSGIVER: Norsk Overlegeforening

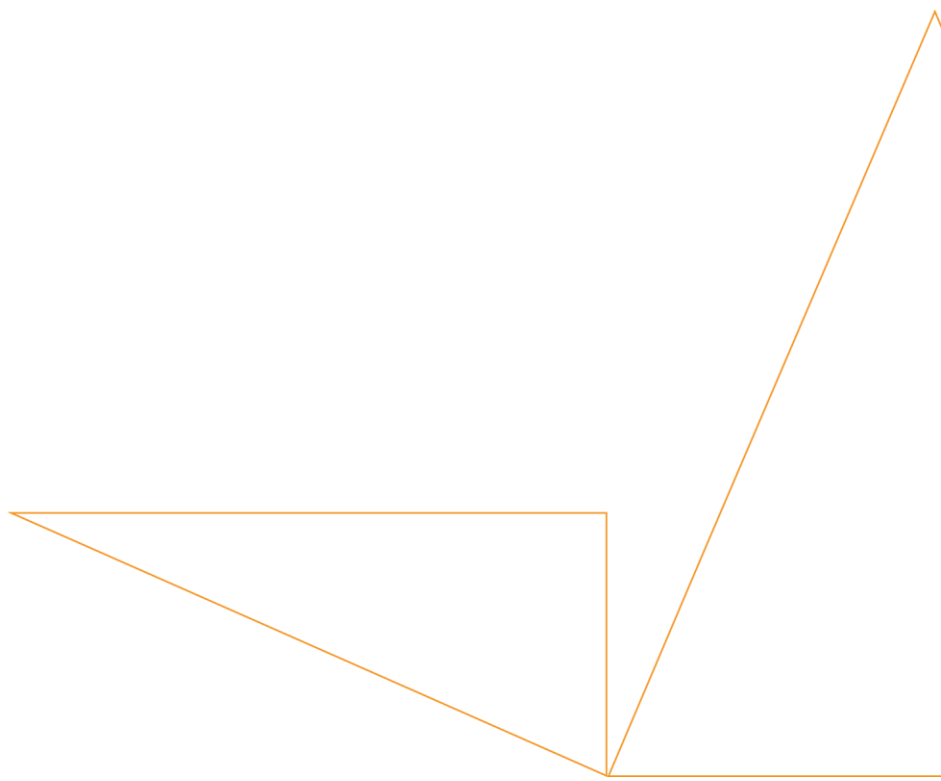
RAPPORT NR: R1021390

RAPPORTENS TITTEL: Kartlegging av beslutningsprosessen knyttet til nytt østfoldsykehus

ANSVARLIG KONSULENT: Jonas Rusten Wang

KVALITETSSIKRET AV: Tom Markussen

DATO: 16.09.2021



Innhold

Sammendrag	5
1 Innledning	7
1.1 Mandat og mål	7
1.2 Metode og datagrunnlag	7
1.3 Avgrensning og forbehold	9
2 Evalueringen av sykehusprosjektet	9
3 Beskrivelse av beslutningsprosessen	10
3.1 Overordnet om planprosessen for sykehusbygg	11
3.2 Tidslinje for beslutninger knyttet til sykehus Østfold 1997-2015.....	12
3.3 Opprinnelig konseptrapport 2007.....	14
3.4 Revidert konseptrapport 2008.....	15
3.5 Forprosjektrapport 2010.....	19
4 Våre vurderinger	22

Sammendrag

Sykehuset Østfold på Kalnes ble ferdigstilt og åpnet i 2015. Målet var et velfungerende, effektivt og moderne sykehus som møtte framtidens behov. En omfattende evaluering av det nye sykehuset som ble presentert i 2020, viser imidlertid at sykehuset har for liten kapasitet sammenlignet med behovet.

Denne kartleggingen har gått gjennom sentrale dokumenter i beslutningsprosessen for å undersøke valgene som ble tatt. Formålet med dette er å trekke lærdommer for framtidige sykehusprosjekter. Vi tar forbehold om at denne rapporten kun er basert på studier av sentrale dokumenter knyttet til prosessen, samt enkelte intervjuer. Rapporten må derfor ses på som en overordnet kartlegging, og ikke en helhetlig evaluering, med de begrensninger det gir.

Sykehuset blir i den første konseptrapporten i 2007 beskrevet som nøkternt dimensjonert, i den forstand at mange oppgaver skulle løses på liten plass. Det var allerede på dette tidspunktet høye forventninger til hvor fort pasienter kunne behandles, sammenlignet med andre sykehus.

I den videre prosessen ble imidlertid det planlagte sykehusarealet redusert, for at det skulle kunne realiseres innenfor helseforetakets økonomiske bæreevne. Det reviderte konseptet (2008) reduserer samlet bruttoareal fra 126 000 til 111 000 kvm, i tillegg til å dele sykehuset på to lokasjoner (Moss og Kalnes).

SINTEF gjennomfører en kvalitetssikring av det reviderte konseptet i 2009, og påpeker en rekke forhold der prosjektet opererer med optimistiske forutsetninger, som samlet utgjør en utfordring for framtidig drift. Dimensjoneringen ble ikke styrket for å imøtekomme risikoen som ble trukket fram i kvalitetssikringen.

I stedet settes det i gang et «optimaliseringsprosjekt» i 2010 som i praksis fjerner ytterligere over 4 000 kvm nettoareal, gjennom en lang rekke reduksjoner i romstørrelser, funksjoner mv. Bakgrunnen for dette var høyere kostnader enn forventet, samt nye krav til prosjektet, som kun én-sengsrom og flytting av øyeblikkelig hjelp til Kalnes.

Vår vurdering er at de økonomiske rammene har vært svært førende for prosjektet som til slutt ble gjennomført. Risikoen for at sykehuset skulle bli dimensjonert for lite kommer fram av både konseptrapporter og annet saksunderlag. Likevel har prosjektet operert med det som kan se ut som svært optimistiske forutsetninger, for å forsvare at sykehuset kunne gjennomføres innenfor de økonomiske rammene som ble gitt.

Mange endringer i sykehusprosjektet gjøres også på kort tid i siste fase før endelig beslutning tas i 2010. Vi stiller spørsmål til om reduksjonene som ble gjort i 2010 hadde nok medvirkning fra de ansatte, og i tilstrekkelig grad tok hensyn til organisasjonens mulighet til å oppfylle de høye ambisjonene for sykehuset. En del av ansattmedvirkningen i 2010 skjer etter at styret i Helse Sør-Øst har understreket at de ikke ønsker alternative vurderinger og omkamper.

Sammenlignet med andre statlige prosjekter (utenfor sykehussektoren) ser Sykehuset Østfold ut til å ha gått i motsatt retning når det gjelder både kostnader og areal. Der normalen i andre statlige prosjekter har vært økning i både omfang og kostnad fra konsept til forprosjekt, har omfanget ved Sykehuset Østfold blitt betydelig redusert underveis. I tillegg til de negative konsekvensene dette har for pasienter og ansatte, bør det være grunn til å spørre om det var den samfunnsøkonomisk beste løsningen som ble valgt. Hvis det blir nødvendig med en rekke tiltak for å kompensere for at kapasiteten er for lav, er det en risiko for at de langsiktige kostnadene blir høyere enn det som ble spart i investeringsfasen.

Avslutningsvis anbefaler vi at det vurderes større grad av uavhengighet når prosjektene skal evalueres i ettertid. Det er vanskelig forsvare at Sykehusbyggs evalueringsrapport skal avgrense mot å evaluere beslutningsprosessen. Årsaksforklaringer er en viktig kilde til læring, og innsikt i denne beslutningsprosessen er også viktig kunnskap i en større politisk diskusjon om statens organisering og styring av spesialisthelsetjenesten. Vi viser for eksempel til at staten har et velfungerende evalueringsregime gjennom Concept-programmet som også kunne vært benyttet for sykehusprosjekter, gjerne som et tillegg til evalueringer som helseforetakene og Sykehusbygg gjør selv.

Videre anbefaler vi et tydeligere system for dokumentasjon og utredning av endringer i forprosjektfasen, særlig for å kontrollere at ikke kutt i denne fasen reduserer den framtidige samfunnsnyttens av prosjektet.

1 Innledning

Sykehuset Østfold på Kalnes ble ferdigstilt og åpnet i 2015. Målet var et velfungerende, effektivt og moderne sykehus som møtte framtidens behov.

En omfattende evaluering av det nye sykehuset som ble presentert i 2020¹, viser blant annet til at sykehuset på flere områder har for liten kapasitet sammenlignet med behovet, og at det er en rekke ulemper ved hvordan lokalene understøtter arbeidet som skal gjøres. Rapporten peker blant annet på at mange ansatte (på tvers av de fleste funksjoner) i liten grad er fornøyde med lokalene og området de utfører eget arbeid. Selv om ikke evalueringsrapporten skriver direkte at sykehuset er for lite, er det flere av funnene som peker i retning av dette. Uttalelser fra ledende personer ved Sykehuset Østfold ser også ut til å underbygge at sykehuset er for trangt.²

Evalueringsrapporten gir en grundig beskrivelse av hva som fungerer og ikke ved dagens sykehus, og trekker fram tretten læringspunkter (jf. Vedlegg 1 til dette dokumentet).

Rapporten gir imidlertid ikke en beskrivelse av *hvorfor* beslutningene ble slik de ble. Rapporten avgrenser mot dette spørsmålet i kapittel 1.3 Evalueringsprosjektets mål:

«I løpet av evalueringsperioden er det kommet forslag til nye evalueringstemaer, slik som evaluering av plan- og byggeprosessen, medvirkning og organisasjonsutvikling knyttet til nytt sykehusbygg på Kalnes. Dette inngår ikke i prosjektplanen og er derfor ikke inkludert i denne evalueringsrapporten.»

1.1 Mandat og mål

Målet med dette oppdraget er å få en bedre forståelse av beslutningsprosessen som førte til at planleggingen og byggingen av sykehuset endte opp slik det gjorde. Formålet med dette er å trekke lærdommer for framtidige sykehusprosjekter.

Denne rapporten skal gi en overordnet deskriptiv beskrivelse av beslutningsprosessen, med kronologisk beskrivelse av:

- Milepæler og sentrale beslutningsdokumenter
- Beslutninger gjort på ulike nivåer
- Gjeldende planer/konsepter til enhver tid, og eventuelle endringer i disse planene
- Involvering og medvirkning fra sentrale interessenter
- Formell beslutningsprosess og eventuelt avvik fra denne

Avslutningsvis skal vi gjøre egne vurderinger basert på datamaterialet vi har analysert.

1.2 Metode og datagrunnlag

Arbeidet har vært gjennomført gjennom studier av sentrale dokumenter knyttet til prosessen. For å identifisere eventuelle endringer som har skjedd i perioden fra idéfaseutredningen i 2005 til byggingen startet i 2011 har vi sammenlignet tre dokumenter:

¹ Sykehusbygg HF (2020) Evaluering av nytt østfoldsykehus, Kalnes. Hovedrapport: https://sykehusbygg.no/Documents/Veiledere/Hovedrapport_%20Evaluering%20av%20nytt%20%C3%B8stfoldsykehus.pdf

² Innlegg i Dagsavisen 2.11.2020 av administrerende direktør ved Sykehuset Østfold Hege Gjessing og fagdirektør Helge Stene-Johansen: «det er ingen tvil om at Sykehuset Østfold er for trangt».

- Konseptrapport, juni 2007
- Revidert konseptrapport, november 2008, med tilhørende kvalitetssikringsrapporter våren 2009
- Revidert forprosjektrapport, desember 2010

Disse tre er valgt fordi det er mellom disse det skjer store reduksjoner i areal.

Tabellen under lister opp de mest sentrale dokumentene vi har studert med beskrivelse og begrunnelse.

Type dokumenter	Beskrivelse
Møtedokumenter	<p>Styremøter med protokoll og sakspapirer ved Sykehuset Østfold HF i perioden 2009-2012</p> <p>Styremøter med protokoll og sakspapirer i Helse Sør-Øst RHF i perioden 2008-2015</p> <p><i>Styredokumenter tidligere enn 2009 er ikke tilgjengelig digitalt. Vi har fått enkelte tidligere møtedokumenter gjennom innsynsforespørsler. Vi har ikke systematisk gjennomgått dokumentene etter 2012, siden de vesentlige beslutningene slik vi oppfatter det ble gjort før byggingen startet i 2011. Vi har imidlertid sett gjennom tertialrapportene som ble presentert for styret i Helse Sør-Øst. Så vidt vi kan se fra disse har det ikke skjedd vesentlige endringer i dimensjoneringen etter byggestart.</i></p>
Hovedfunksjonsprogrammer ³	<p>Revidert hovedfunksjonsprogram datert 11.11.2008 Versjon 8</p> <p>Revidert hovedfunksjonsprogram datert 15.04.2009 Versjon 9</p> <p>Revidert hovedfunksjonsprogram datert 25.04.2009 Versjon 10</p> <p>Revidert funksjonsprogram datert 8.6.2010</p> <p><i>Ingen av Hovedfunksjonsprogrammene er åpent tilgjengelig på nett, men vi har fått de overnevnte gjennom innsynsforespørsel. Vi har bedt om innsyn i alle versjoner, men har ikke mottatt svar på dette.</i></p>
Sentrale prosjektdokumenter	<p>Idéfaseutredningen datert 25.5.2005, HSØ</p> <p>Konseptrapport: Nytt Østfoldssykehus, datert 12.6.2007</p> <p>Revidert konseptrapport: Nytt Østfoldsykehus, datert 14.11.2008. Helse Sør-Øst</p> <p>Forprosjektet nytt Østfoldsykehus, HSØ/Sykehuset Østfold, 2010</p> <p><i>For en forklaring av hvilken rolle disse dokumentene har vises det til kapittel 3.1.</i></p>
Kvalitetssikringsrapporter	<p>Evaluering av dimensjoneringsgrunnlag for nytt østfoldsykehus, datert 01.04.2009 – SINTEF</p> <p>Vurdering av kostnadskalkyle, datert 13.05.2009 - Terramar</p> <p>Kvalitetssikring av arealberegninger Nytt østfoldsykehus, datert 17.04.2009 - Reinertsen</p>
Andre rapporter	<p>Evaluering av nytt østfoldsykehus, Kalnes. Sykehusbygg HF, 2020</p> <p>Evaluering av sykehusbyggprosjekter. Rapport fra Helse Midt-Norge, Helse Nord, Helse Sør-Øst og Helse Vest, 2018⁴</p>

³Hovedfunksjonsprogram: Overordnet programdokument som brukes spesielt i sykehusplanlegging. Viser kapasitet, funksjoner og romtyper med tilhørende arealbehov. Beskriver faglige, organisatoriske, fysiske, driftsøkonomiske, investeringsmessige og andre dimensjonerende forutsetninger for prosjektet, ref. Veileder for hovedfunksjonsprogram. (Concept, 2010)

⁴ Lenke: <https://sykehusbygg.no/Documents/Veiledere/Evaluering-sykehusbyggprosjekter.pdf>

	Concept rapport nr. 25 <i>Regime for planlegging og beslutning i sykehusprosjekter</i> . Myrbostad m.fl. november 2010.
Annet	Annen dokumentasjon, slik som presentasjoner, artikler i media osv.

I tillegg til dokumentgjennomgangen har vi gjennomført enkelte intervjuer:

- Gruppeintervju med fire representanter for prosjekteier Helse-Sør Øst, inkl. administrativ ledelse, prosjektstyre og prosjektledelse for Sykehuset Østfold
- To tidligere ansatte ved Sykehuset Østfold
- Fire fagpersoner innen hhv. sykehusplanlegging, sykehusproduktivitet, helsepolitiske reformer, og tidligfase-planlegging ved store byggeprosjekter i staten. Ingen av disse har imidlertid vært involvert i planleggingsprosessen for Sykehuset Østfold

Vi har kontaktet tre personer fra daværende og nåværende ledelse ved Sykehuset Østfold, men ingen av disse har stilt til intervju.⁵

1.3 Avgrensning og forbehold

Kartleggingen gir en overordnet beskrivelse av beslutningsprosessen for Sykehuset Østfold. Vi gjør også noen egne vurderinger av prosessen avslutningsvis. Kartleggingen er først og fremst basert på dokumenter som er offentlig tilgjengelig eller blitt utlevert gjennom innsynsforespørsler.

Dokumentet må sees på som en overordnet kartlegging, og ikke en helhetlig evaluering, med de begrensninger det gir. En fullstendig evaluering ville krevd et større prosjekt med et bredere utvalg informanter, fra ledelse, prosjektorganisasjon, innleide eksperter og ansatte ved sykehuset. Rekruttering av den fulle bredden med informanter ville etter vår vurdering vært avhengig av et aktivt ønske fra Sykehuset Østfold, Helse Sør-Øst eller departementet om å evaluere beslutningsprosessen. Kartleggingen er heller ikke omfattende nok til å plassere ansvar for valgene som ble tatt mellom Sykehuset Østfold, Helse Sør-Øst og departementet.

Kartleggingen er avgrenset til planleggingen av Sykehuset Østfold – i all hovedsak perioden 2007 til 2010. Vi har ikke vurdert hva som er likt og ulikt ved planlegging av sykehus i dag.

2 Evalueringen av sykehusprosjektet

Sykehusbygg HF gjennomførte en evaluering av sykehuset Kalnes som ble ferdigstilt 26. mars 2020. Det er en omfattende evaluering av de fleste sidene av sykehusprosjektet og med bruk av et bredt spekter av kvalitative og kvantitative metoder. Det er også publisert en sammendragsrapport til evalueringen.

Evalueringen går gjennom en lang rekke områder, herunder arkitektonisk kvalitet, dimensjonering/kapasitet, driftskonsepter og løsninger for ulike funksjoner, bygningsmessig og teknisk drift mv. Det er utenfor denne rapportens mandat å gjøre egne vurderinger av disse forholdene.

⁵ To har ikke besvart henvendelsen, én har henvist til HSØ som prosjekteier.

Det er flere forhold i evalueringsrapporten som peker på at sykehuset er dimensjonert for lite, selv om dette ikke skrives direkte i sammendraget. Under vises det til eksempler fra evalueringsrapporten som underbygger dette (ikke uttømmende).

Generelt

I spørreundersøkelsen til de ansatte «kom det fram at flere av de laveste scorene berører kapasitet. Figur 4.4. i hovedrapporten (kapittel 4) viser at 79 prosent av ansatte som deltok i undersøkelsen, mente at de har ikke de rommene de trenger, 71 prosent mente at de har ikke tilstrekkelig plass i arbeidsstasjonene og 68 prosent mente at det er ikke tilstrekkelig plass til utstyr og forbruksvarer. Dybdeevalueringen av driftskonsepter og løsninger (funksjonsområder) fant også at det er kapasitetsutfordringer og mangel på ulike typer rom, arealer og/eller arbeidsplasser (kapittel 5 til 13 i hovedrapporten).»⁶

Døgnområder somatikk

Videre står det at for døgnområder somatikk har «utnytningsgrad på 90 prosent som dimensjoneringsforutsetning for senger vært utfordrende og konsekvensen har blitt overbelegg, med bruk av korridorer og to pasienter i ensengsrom.»⁷

Poliklinikk

Flere funn i rapporten tyder på at forutsetninger om 10 timer brukstid 240 dager i året ikke har vært oppnådd: «Høy kapasitetsutnyttelse med 10 timer åpningstid 240 dager i året som dimensjoneringsgrunnlag for poliklinikk har ikke vært gjennomførbart. Beregninger viser at med middels kapasitetsutnyttelse har Sykehuset Østfold Kalnes behov for 76 generelle poliklinikkrom, noe som er 18 flere rom enn det som har vært tilgjengelig i 2019. Konsekvensen er at det er for liten kapasitet i poliklinikkområdet.»⁸

Akuttmottak

Når det gjelder akuttmottak står det at «tilbakemelding fra ansatte og aktivitetstall viser at det spesielt er behov for flere rom for akuttpoliklinikk. Det er for dårlig kapasitet på rom og personell spesielt innenfor en tidsperiode fra ca. kl. 12 til 20, og særlig for pasientgruppen med lav hastegrad. Dette medfører at pasienter og pårørende venter mange steder, også i korridor, og ansatte kan miste oversikten. Plassering av akutt bildediagnostikk medfører stor trafikk av pasienter gjennom akuttmottaket. Brudd på dimensjonerende forutsetninger og manglende gjennomføring av planlagte arbeidsprosesser har blant annet utløst behov for flere arbeidsplasser. Det var for eksempel ikke tatt hensyn til legenes arbeidsflyt i forhold til behov for kollegastøtte ved dokumentasjon. Det er få leger som i praksis dokumenterer på mottaksrommet.»⁹

3 Beskrivelse av beslutningsprosessen

Dette kapittelet beskriver først overordnet planprosessen for sykehusplanlegging som var gjeldende på tidspunktet Sykehuset Østfold ble planlagt, og de ulike dokumentenes rolle. Deretter presenterer vi kronologisk beskrivelse av beslutningsprosessen for Sykehuset Østfold fra 1997 til

⁶ Sammendrag. *Evaluering av nytt østfoldsykehus, Kalnes. Sykehusbygg HF 2020. Side 10*

⁷ Sammendrag. *Evaluering av nytt østfoldsykehus, Kalnes. Sykehusbygg HF 2020. Side 24*

⁸ Sammendrag. *Evaluering av nytt østfoldsykehus, Kalnes. Sykehusbygg HF 2020. Side 37*

⁹ Sammendrag. *Evaluering av nytt østfoldsykehus, Kalnes. Sykehusbygg HF 2020. Side 18*

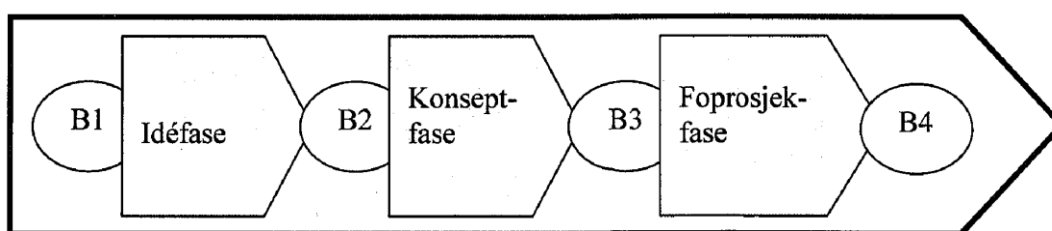
2015. De neste tre delkapitlene går nærmere inn i det vi oppfatter som de tre mest sentrale beslutningspunktene:

- Konseptrapport, juni 2007
- Revidert konseptrapport, november 2008, med tilhørende kvalitetssikringsrapporter våren 2009
- Revidert forprosjektrapport, desember 2010

Hvert delkapittel beskriver først sentrale forutsetninger (og endringer) for konseptet/prosjektet, før det går nærmere hvilke aktiviteter og beslutninger som ble tatt.

3.1 Overordnet om planprosessen for sykehusbygg

Planprosessen for Sykehuset Østfold sykehus er vist i Figur 4-1. Prosessen er basert på Helsedirektoratets Veileder for tidligfaseplanlegging av 2006.



Figur 4-1: Planprosess i tidligfase for sykehusprosjekter. Kilde: Konseptrapport 2007

B1-B4 viser til beslutningspunkter der leveransen fra forrige fase godkjennes og ny fase igangsettes. Under gis er kort beskrivelse av fasene:¹⁰

I idéfasen skal det legges vekt på idé søk for å identifisere mulige alternative konseptuelle løsninger på behovet. Man skal her se på samfunnmessige behovet for helsetjenester, og ikke bare isolert behov for nytt bygg. Løsningene skal også vurderes opp mot økonomiske rammer. Idéfaseutredningen for Sykehuset Østfold ble gjennomført i 2005.

Konseptfasen skal gi et kvalifisert underlag for å vedta oppstart av forprosjektet, og skal vedtaket skal fattes av det regionale helseforetaket. Løsningen skal ses i sammenheng med det samlede tilbudet og funksjoner ved andre sykehus. Det skal tas hensyn til lønnsomhetsanalyser og andre økonomiske forutsetninger for realisering av konseptet. Konseptfasen for Sykehuset Østfold startet i 2006, og i 2007 ble (første versjon av) konseptrapporten ferdigstilt. På grunn av endrede rammebetingelser ble det satt i gang arbeid med å revidere konseptrapporten, et arbeid som ble ferdigstilt og vedtatt i slutten av 2008 (B3).

Forprosjektfasen skal gi grunnlag for endelig beslutning om eventuell gjennomføring i styret for RHF-et. Forprosjektet skal «fokusere på innretning i forhold til funksjons- og oppgavefordeling, dimensjonerende forutsetninger, funksjoner, driftsformer og organisering, aktivitets- og produksjonsdata. Det skal gjøres analyser av prosjektets økonomiske virkninger og av prosjektets betydning for foretakets økonomiske bæreevne. Det vil inkludere investeringsbehov, kapitalkostnader, effekter på driftsøkonomien og fremtidige FDVU-kostnader. Det

¹⁰ Omtalen er basert på Concept-rapport nr. 25 Regime for planlegging og beslutning i sykehusprosjekter, side 42-43.

skal gjennomføres usikkerhetsanalyse og kost/nytte vurderinger»¹¹. Arbeidet med forprosjektet for Sykehuset Østfold startet opp høsten 2009, og resulterte i at forprosjektet ble vedtatt i desember 2010 (B4).

3.2 Tidslinje for beslutninger knyttet til sykehus Østfold 1997-2015

Tid/periode	Vedtak/aktivitet
Desember 1997	Østfold fylkeskommune (daværende eier) fatter vedtak om å opprette en prosjektorganisasjon for å utrede framtidig sykehusstruktur i Østfold.
Mai 1999	Fylkestinget beslutter en modell der nytt sykehus skal erstatte de seks sykehusene som var operative i Østfold da. Vedtak om plassering på Kalnes. Konsekvensutredning høsten 2001 kommer med samme konklusjon.
Høst 2000-mai 2001	Arbeid med Hovedfunksjonsprogram. Godkjennes i Østfold fylkesting og Helseregion Øst våren 2001.
Januar 2002	Overføring av ansvar for spesialisthelsetjenesten og prosjektet fra fylkeskommunen til Helse Øst RHF
2001-2002	Gjennomføring av designkonkurransen, kåring av vinner (Lyse utsikter)
2002	Prosjekt utsatt etter overføring til Helse Øst HF fordi de skulle vurderes i sammenheng med andre prosjekter og tilgjengelige rammer.
2005	Prosjekt startet opp igjen i regi av Sykehuset Østfold HF. Gjennomføring av idfaseutredning som konkluderte med at nytt sykehusbygg på Kalnes, kombinert med avvikling av driften i Fredrikstad og Veum, hadde best økonomisk bæreevne.
2006-2007	Gjennomføring av konseptfase i regi av Helse Øst HF. Pga. sammenslåing av RHF Øst og Sør var det behov for å vurdere rammebetingelser på nytt. Konseptrapporten er ferdig i juni 2007.
Desember 2007	Styremøte 18. desember 2007 vurderer kapasitet, opptaksområder og struktur/oppgavefordeling i regionen i forhold til behov for nye sykehusprosjekter. Styret i Helse Sør-Øst la til grunn at det var behov for nye sykehusbygg ved Sykehuset Østfold HF og Sykehuset Buskerud.
Februar 2008	Sykehuset Østfold HF får nytt mandat fra Helse Sør-Øst for utvikling av nytt sykehus, som la til grunn at Sykehuset Østfold HF skulle utarbeide en revidert konseptrapport. Hovedmålet med endringen var at mandatet skulle være i tråd med den nye strukturen i Helse Sør-Øst RHF.

¹¹ Concept-rapport nr. 25 Regime for planlegging og beslutning i sykehusprosjekter side 43

November 2008	Sykehuset Østfold vedtar i styremøte 24. november 2008 (sak 83-2008) revidert konseptrapport. Rapporten anbefaler alternativ 2, dvs. en to-struktur-modell som medfører utvikling av sykehusfunksjoner i Moss og en utbygging på Kalnes.
Desember 2008	Konseptrapporten for nytt østfoldsykehus ble behandlet i styret i Helse Sør-Øst RHF. Styret sluttet seg til anbefalingen fra Sykehuset Østfold HF og forutsatte ny behandling etter kvalitetssikring av rapporten.
Våren 2009	Konseptrapporten fra 2008 inkl. revidert hovedfunksjonsprogram, (versjon 08, 11.11.2008) ble kvalitetssikret på tre områder: <ul style="list-style-type: none"> - SINTEF evaluerte dimensjoneringsgrunnlaget - Terramar evaluerte kostnadskalkylene - Reinertsen evaluerte arealberegningene
Juni 2009	Kvalitetssikringsrapportene og konseptrapporten legges fram for styret i Helse Sør-Øst RHF på nytt 17. juni 2009. Styret godkjente og la til grunn føringer for videre arbeid, herunder at: <ul style="list-style-type: none"> - Eierskapet til utbyggingsprosjektet overføres fra Sykehuset Østfold HF til Helse Sør-Øst RHF fra og med forprosjektfasen - Sykehuset Østfold HF skal etablere et organisasjonsutviklingsprosjekt med helhetlig ansvar for ny organisasjon tilpasset bygget. - Det skal arbeides for å redusere usikkerhet i investeringskalkylen slik at opprinnelig estimat ikke overskrides. - Prosjektet skal ta opp i seg relevante føringer og forutsetninger og strategisk utvikling i Helse Sør-Øst RHF og samhandlingsreformen.
November 2009	Sykehuset Østfold HF slutfører arbeid med Delfunksjonsprogram.
Oktober 2009-mars 2010	Helse Sør-Øst RHF etablerer prosjektorganisasjon, som samlokaliseres med de prosjekterende mars 2010. Oppdatert skisseprosjekt forelå februar 2010 som basis for oppstart av forprosjekt.
Mars 2010	Styret i Sykehuset Østfold vedtar at all akuttvirksomhet innen somatikk samles i nytt sykehus på Kalnes fra 2015, og at Moss utvikles til en enhet for utredninger, planlagt behandling og rehabilitering. Revidert konseptrapport endres i tråd med dette. <p>Styret i Sykehuset Østfold anbefaler også at den videre planleggingen og byggingen av nytt østfoldsykehus legger til grunn én-sengsrom til alle pasienter ved sykehusinnleggelse. Saken sendes Helse Sør-Øst RHF for videre behandling.</p>
Mai 2010	Styret i Helse Sør-Øst informeres om den oppdaterte vurderingen av kostnadsnivå etter oppstart av forprosjektfasen. Den indikerer at kostnadsnivået kan ligge ca. 10 % / 500 mill. kr over det som ble estimert i konseptrapporten. Saksdokumentene drøfter ulike handlingsalternativer knyttet til økte kostnader eller reduksjon av areal. Styret forutsetter at det videre arbeid med forprosjektet legges opp slik at den tidligere estimerte prosjektkostnad og vedtatte kostnadsramme

	fortsatt er målet, selv om dette kan bety endringer i utarbeidet konsept. ¹²
September 2010	Styret i Helse Sør-Øst informeres om arbeidet som har blitt gjort siden mai 2010 med å redusere kostnadene i prosjektet. Konseptet presenteres med et netto funksjonsareal på 40.047 kvm, og et tilhørende bruttoareal på 80.870 kvm. Dette innebærer at bruttoarealet er redusert med 7.806 kvm i forhold til status per april 2010. Kostnadene er redusert med ca. 471 MNOK, dvs. i tråd med forutsatt styringsmål. ¹³
Desember 2010	Forprosjektrapport med anbefaling om videreføring til detaljprosjektering og bygging vedtas i styret i Helse Sør-Øst RHF.
September 2011	Markering av byggestart 5. september 2011. ¹⁴
2011-2015	Bygging av sykehuset. Tertialrapporter til styret i Helse Sør-Øst RHF tyder på at byggeprosjektet skred fram som planlagt uten vesentlige avvik eller uforutsette hendelser. Sykehuset åpnes for full drift 2. november 2015.

3.3 Opprinnelig konseptrapport 2007

Konseptrapportens hensikt var å oppsummere utredningsarbeidet i konseptfasen slik at rapporten kunne brukes som beslutningsgrunnlag for igangsetting av planfase/forprosjekt. Konseptrapporten oppsummerte både idefasen og videre utredninger (hovedfunksjonsprogram, overordnet teknisk program, hovedprogram utstyr, skisseprosjekt og økonomiske analyser).

Konseptrapporten behandler tre konsepter fra idefasen:

1. *Samling av sykehusvirksomheten på Kalnes (Alternativ 1C fra idefasen)*
2. *Samling av sykehusvirksomheten i Moss og på Kalnes (Alternativ 1B+SØS fra idefasen)*
3. *0-alternativet*

Hovedvekten i dokumentet er på Alternativ 1 (1C), men med mulighet for gjennomføring i tre byggefaser. Dette er også konseptet som anbefales.

3.3.1 Konsept 2007 med nøkkeltall

Kostnadsskalkylen for konsept 1 (Kalnes) er 5 666 mill. kr., mens konsept 2 (Kalnes og Moss) er 4 909 mill. kr. Dette er noe høyere enn det som ble presentert i idefasen (hvv. 5 523 og 4 502 mill. kr). Dette er p-50-estimat, og inkluderer bygg og utstyr. Det inkluderer ikke byggelånsrente, usikkerhetsavsetning og tillegg for at prosjektet gjennomføres i tre trinn.

Konsept 1 (Kalnes) legger opp til at fullt utbygget sykehus vil ha et bruttoareal på ca. 126 000 kvm. 18 600 kvm av disse kommer i tredje byggetrinn, som da innebærer flytting av sykehuset i Moss til

¹² Saksframlegg til styret i Helse Sør-Øst RHF 6 mai 2010. Saknr 37-2010. Orienteringssak: nytt østfoldsykehus - status for forprosjektet.

¹³ Saksframlegg til styret i Helse Sør-Øst RHF 9. sept 2010. Saknr 67-2010. Orienteringssak: nytt østfoldsykehus - status for forprosjektet.

¹⁴ Tertialrapport 2. tertial 2011 – Prosjekt nytt Østfoldsykehus. Sak nr 66-2011

Kalnes.¹⁵ Det forutsettes brutto-netto faktor på 1,97, noe som skulle tilsi netto funksjonsareal på ca. 64 000 kvm.

Dimensjonerende forutsetninger for konseptene i 2007 er angitt i tabellen under:¹⁶

Forutsetning	Verdi
Pasientvolum i 2020	290 000
Antall avdelingsopphold	40 467
Antall liggedager	156 684
Gjennomsnittlig liggetid (ekskl. korttid og observasjon)	3,9 dager
Gjennomsnittlig liggetid (inkl. korttid og observasjon)	3,0 dager
Sengeplasser (somatisk + psykiatrisk)	674 (546+128)
Belegg på sengeplasser (ekskl. barn, obs/korttid, psykiatri)	90 %
Åpningstid (for de fleste funksjoner)	10 timer

Det bemerkes i konseptrapporten (side 18) at visse forhold peker i retning av at sykehuset er nøkternt dimensjonert, blant annet fordi det er anvendt 90 % belegg på sengene, egendekning ble beholdt på daværende lave nivå, og at medisinsk ferdigbehandlede pasienter ikke inngikk i beregningen. På den andre side ble det trukket fram at mer effektive behandlingsformer og bedre samspill med kommunehelsetjenesten kunne trekke i motsatt retning.

3.3.2 Arbeids- og beslutningsprosess

Konseptfasen ble startet opp april 2006. Den ble ledet av en styringsgruppe fra Helse Øst RHF, med prosjektledelse hos Sykehuset Østfold HF. Seks brukergrupper medvirket i arbeidet med hovedfunksjonsprogram mv., mens et rådgiverteam fra Hospitalitet AS dokumenterte utredningene. Samlet konseptrapport er datert 12. juni 2007. Styret i Sykehuset Østfold vedtok i styremøte 18. juni 2007 å slutte seg til utredningens anbefaling om å bygge Sykehuset Østfold som et helhetlig konsept på Kalnes, ev. som en trinnvis utbygging. Konseptrapporten ble oversendt til styringsgruppen i Helse Øst RHF.

Som beskrevet i neste kapittel ble ikke konseptet godkjent, så det måtte settes i gang et nytt arbeid med å revidere konseptet.

3.4 Revidert konseptrapport 2008

Den reviderte konseptrapporten tar utgangspunkt i konseptrapporten fra 2007, men gjør en rekke endringer hvor det har blitt tatt «vesentlig hensyn til de føringer som kommer i mandatet fra Helse Sør-Øst RHF og de begrensinger som følger av ytre forutsetninger, herunder de økonomiske

¹⁵ Vi har ikke funnet egne arealberegninger for konsept 2 (Kalnes + Moss) i denne rapporten.

¹⁶ Vi har ikke fått innsyn i Hovedfunksjonsprogrammet som lå til grunn for konseptrapporten fra 2007, og nøkkeltallene er derfor de overordnede tallene det refereres til i konseptrapporten.

rammebetingelser og føringer i hovedstadsprosessen». Revidert konseptrapport anbefaler derfor Alternativ 2 (Kalnes + Moss), i motsetning til konseptrapporten fra 2007 som anbefalte Kalnes.

Sykehuset Østfold vedtar i styremøte 24. november 2008 (sak 83-2008) revidert konseptrapport. Rapporten anbefaler en videreføring av alternativ 2, dvs. en to-struktur som medfører utvikling av sykehusfunksjonene i Moss og en utbygging på Kalnes.

3.4.1 Revidert konsept 2008 med nøkkeltall

Kostnadsskalkylen (p-50 estimat) for konsept 2 (Kalnes + Moss) er i revidert konsept 4 431 mill. kr. Dette er betydelig lavere enn det som ble presentert i 2007 (4 909 mill. kr). Byggelånsrente, usikkerhetsavsetning og prisstigning kommer i tillegg, og gjør differansen større.

Konsept 2 (Kalnes + Moss) legger opp til at fullt utbygget sykehus på Kalnes vil ha et bruttoareal på ca. 87 000 kvm. I tillegg legges det opp til at Moss vil ha areal på ca. 24 000 kvm. Det vil si ca. 111 000 kvm til sammen, altså vesentlig mindre enn det som ble foreslått i konseptrapporten av 2007 (ca. 126 000 kvm). Det anslås at netto funksjonsareal for begge lokasjoner er 54 830 kvm¹⁷, det vil si videreføring av brutto-netto faktor på 1,97.

Konseptrapporten fastslår at «arealet [er] redusert fra 126.000 kvm til knapt 110.000 kvm dersom man skulle samle virksomheten på Kalnes. Dette er oppnådd på tross av at folketallet forventes å bli 300.000 i stedet for 290.000. Dels er dette gjort ved noe økte utnyttelsesgrader og noen nedjusterte arealstandarder. Dels ved noe større overgang til dagbehandling og poliklinikk, og dels ved at liggetiden er forventet å bli kortere enn forutsatt i forrige HFP.»¹⁸

Dimensjonerende forutsetninger for konseptet i 2008 er angitt i tabellen under, med sammenligning mot konseptet fra 2007:¹⁹

Forutsetning	HFP 2008	HFP 2007
Pasientvolum i 2020	300 000	290 000
Antall avdelingsopphold	41 572	40 467
Antall liggedager	142 595	156 684
Gjennomsnittlig liggetid (ekskl. korttid og observasjon)	3,4 dager	3,9 dager
Gjennomsnittlig liggetid (inkl. korttid og observasjon)	2,5 dager	3,0 dager
Sengeplasser (somatisk + psykiatrisk)	617 (509+108)	674 (546+128)
Belegg på sengeplasser (ekskl. barn, obs/korttid, psykiatri)	90 %	90 %
Åpningstid (for de fleste funksjoner)	10 timer	10 timer

¹⁷ I SINTEFs kvalitetsikringsrapport av 2009 side 29 vises det til at netto funksjonsareal er beregnet til 56 130 kvm.

¹⁸ 2008 Revidert konseptrapport side 26

¹⁹ Basert på revidert konseptrapport og revidert hovedfunksjonsprogram datert 11.11.2008, versjon 8

I den reviderte konseptrapporten av 2008 forutsettes det drift 240 dager i året, og 10 timer per dag, for poliklinikk, billeddiagnostikk og operasjon. Antall minutter per undersøkelse/behandling er angitt i rapporten.²⁰ Tilsvarende gis det en oversikt over anvendte arealstandarder på ulike typer rom.²¹ Vi har ikke hatt tilgang til hovedfunksjonsprogram for 2007, og kan derfor ikke sammenligne detaljerte forutsetninger som er gjort med tanke på utnyttelsesgrader og arealstandarder. Det reviderte hovedfunksjonsprogrammet fastslår imidlertid at disse forutsetningene generelt gir en mer effektiv arealutnyttelse enn i hovedfunksjonsprogram for 2007.²²

I tillegg til forutsetningene vist i tabellen ovenfor gis det en oversikt over supplerende tiltak, som også effektiviserer arealbruken. Det gis en oversikt på 18 punkter innen kliniske og psykiatriske funksjoner, servicefunksjoner og administrasjon der areal enten utgår eller reduseres.²³ Enkelte av disse funksjonene forutsettes å løses utenfor nybygg, f.eks. i innleide lokaler.

3.4.2 Kvalitetssikring av revidert konseptrapport 2008

Våren 2009 ble konseptrapporten fra 2008 inkl. revidert hovedfunksjonsprogram, (versjon 08, 11.11.2008) kvalitetssikret på tre områder:

- SINTEF evaluerte dimensjoneringsgrunnlaget, det vil si forutsetningene som ligger grunn for konseptet (utvikling i befolkningsgrunnlag, utnyttelsesgrader mv.)
- Terramar AS evaluerte kostnadskalkylene, og gjennomførte egne usikkerhetsanalyser for å vurdere robusthet i kalkylen.
- Reinertsen AS evaluerte arealberegningene, i første rekke sykehusets brutto-netto faktor og hvorvidt denne var oppnåelig.

Evalueringen av arealberegningene viste kun mindre avvik som var innenfor feilmargin. Evalueringen av kostnadskalkylene oppsummerte at kalkylene virket godt gjennomarbeidet og dokumentert, selv om kvalitetssikrer selv vurderte kostnader og usikkerhet som høyere enn i konseptrapporten.

SINTEFs evaluering av dimensjoneringsgrunnlaget påpeker imidlertid svakheter både i hvordan hovedfunksjonsprogrammet er dokumentert og selve kapasitetsberegningene. Når det gjelder det metodiske savnes det et beskrivende metodekapittel og dokumentasjon som gjør det mulig å se sammenhengen mellom framskrevet aktivitet, beregnet kapasitetsbehov og arealbehov.

SINTEF gir også uttrykk for at forutsetningene er ambisiøse og setter høye krav til omstilling, og at det utgjør en risiko mht. framtidig drift. SINTEF skriver i oppsummeringen at:

«kapasitet i antall heldøgnsplasser i det nye sykehuset vil bli sterkt presset gjennom den høye utnyttelsesgraden som brukes i beregningene. En utnyttelsesgrad på 90 % er høyere enn for alle andre nye sykehusprosjekt. Den sterke omstillingen med overgang til dagopphold og observasjonsenhet trekker i samme retning. Det gjør også reduksjonen i gjennomsnittlig liggetid, som er sterkere enn i andre prosjekt. Forutsetningen om 100 % overføring av ferdigbehandlede pasienter til primærhelsetjenesten er også krevende og representerer et høyere krav enn i andre prosjekter. Disse forutsetningene til sammen gir som resultat en gjennomsnittlig liggetid på 2,5 døgn, når pasienter i observasjons-/korttidspost medregnes. Dette utgjør en utfordring for framtidig drift som

²⁰ Revidert hovedfunksjonsprogram datert 11.11.2008 versjon 8, side 26

²¹ Revidert hovedfunksjonsprogram datert 11.11.2008 versjon 8, side 27

²² Revidert hovedfunksjonsprogram datert 11.11.2008 versjon 8, side 28

²³ Revidert hovedfunksjonsprogram datert 11.11.2008 versjon 8, side 28

ikke er drøftet i noen av dokumentene. Det er gjennomført en risiko- og sårbarhetsvurdering der dette heller ikke er drøftet spesielt.»

Videre påpekes det at forutsetningene om svært høy utnyttelsesgrad kan påvirkes av at det valgte konseptet er delt på to lokasjoner (Kalnes og Moss). SINTEF påpeker at det ikke er dokumentert hvordan delt drift påvirker arealbehovet sammenlignet med drift ett sted.

I den nærmere omtalen kan det se ut som at forutsatt gjennomsnittlig liggetid (2,5 dager inkl. observasjon/korttid) er en forutsetning som har stor innvirkning på beregning av sengebehov, og at denne ved nytt østfoldsykehus er satt svært lavt:²⁴

«En gjennomsnittlig liggetid på 2,5 døgn ved nytt østfoldsykehus kan synes svært lavt, selv om innleggelse i observasjons-/korttidspost er tatt med i beregningen. Til sammenligning har Ahus i HFP beregnet 4,7 døgn i gjennomsnitt inkl pasienter i observasjons-/korttidspost. Liggetiden slår voldsomt ut for beregning av sengebehov og – areal. Dersom man ikke klarer å holde en så lav gjennomsnittlig liggetid som 2,5, men kommer opp på for eksempel 3,5 (noe som ennå er godt under Ahus), vil nytt østfoldsykehus med det samme antall innleggelse ha behov for over 210 flere senger, gitt en utnyttelsesgrad på 90 %.»

3.4.3 Arbeids- og beslutningsprosess

Revidert konseptfase ble startet i april 2008 og fullført i november samme år. Prosessen ble ledet av en styringsgruppe nedsatt av Sykehuset Østfold, mens den løpende koordineringen av arbeidet foregikk gjennom en prosjektgruppe. En faglig referansegruppe medvirket i utarbeidingen av hovedfunksjonsprogram, hovedprogram utstyr og skisseprosjektet. Gruppen var sammensatt av fagfolk både fra Sykehuset Østfold, fra primærhelsetjenesten og fra pasientorganisasjonene. Det ble også gjennomført en bredt sammensatt dialogkonferanse med nærmere 100 deltakere fra ulike sektorer i Østfold, og gjennomført to møter i et bredt sammensatt prosjektpanel. Et rådgiverteam under ledelse av Hospitalitet AS dokumenterte utredningene.

I mandatet for arbeidet med revidert konseptrapport legges det til grunn at helseforetakets økonomiske bæreevne skal være førende for revidert konsept:²⁵

”SØ HF skal utrede hvilke tiltak som er nødvendige for at et nytt sykehus i Østfold kan realiseres innenfor helseforetakets egen bæreevne.

Struktur, oppgavefordeling etc. skal samordnes på regionalt nivå – ref. den pågående hovedstadsprosessen – og være forutsetninger for dimensjonering av pasientbehandlingen og valg av konsept.

Det skal framlegges alternative løsninger, som i større grad enn det framlagte konseptet tar hensyn til begrensningene i finansielt handlingsrom. Dette innebærer at også løsninger med vesentlig lavere investeringskostnader, og som også kan innebære fortsatt bruk av større deler av eksisterende bygningsmasse, må vurderes. Det skal videre vurderes hvordan kravene til egenfinansiering kan påvirke framdrift og etappedeling av utbyggingen.

Det skal illustreres hvordan en bygningsmessig fleksibilitet kan møte kravene i forhold til etappevis utbygging og usikkerhet i forhold framtidige rammebetingelser, og hvilke konsekvenser dette har.»

Etter kvalitetssikringen var gjennomført ble konseptrapporten lagt fram for styret i Helse Sør-Øst RHF på nytt 17. juni 2009 (Sak 54-2009), sammen med revidert hovedfunksjonsprogram datert 15.4.2009 (versjon 9). Ut ifra vår egen sammenligning av Hovedfunksjonsprogram versjon 8 (november 2008) og versjon 9 og 10 (april og mai 2009), kan det se ut som dokumentet har

²⁴ SINTEF kvalitetssikringsrapport 2009, side 16.

²⁵ Utdrag fra Revidert konseptrapport 2008, side 16

fyldigere beskrivelser (f.eks. av beregningsmetodikk), mens de dimensjonerende forutsetningene stort sett er de samme.

Styret godkjente og la til grunne føringer for videre arbeid, herunder at:

- Eierskapet til utbyggingsprosjektet overføres fra Sykehuset Østfold HF til Helse Sør-Øst RHF fra og med forprosjektfasen.
- Sykehuset Østfold HF skal etablere et organisasjonsutviklingsprosjekt med helhetlig ansvar for ny organisasjon tilpasset bygget. Prosjektet skal utvikle konkrete bemanningsplaner for nytt sykehus basert på de driftsøkonomiske beregningene som er utført, og at konkrete gevinstrealiseringsplaner foreligger sammen med forprosjektet.
- Det skal arbeides for å redusere usikkerhet i investeringskalkylen slik at opprinnelig estimat på 4,5 mrd. kr ikke overskrides.
- Prosjektet skal ta opp i seg relevante føringer og forutsetninger og strategisk utvikling i Helse Sør-Øst RHF og Samhandlingsreformen.

3.5 Forprosjektrapport 2010

Forprosjektrapporten vedtas i styremøte i Helse Sør-Øst 16. desember 2010 (Sak nr 90-2010), og legges dermed til grunn for gjennomføring av prosjektet. Det legges til grunn at fremdriftsplanen i forprosjektrapporten skal følges slik at drift i det nye sykehuset kan starte opp i løpet av 2015.

Forprosjektet tok utgangspunkt i det reviderte konseptet vedtatt i 2009 med sykehusvirksomhet på Kalnes og i Moss. Den endelige forprosjektrapporten inneholdt imidlertid flere endringer, herunder overgang til kun én-sengsrom og en rekke justeringer som følge av «optimaliseringsprosjektet». Forprosjektet tok bare ansvar for deler av det forutsatte arealet i Moss.

3.5.1 Revidert forprosjekt 2010

Investeringskalkylen (p-50) for konseptet (Kalnes + Moss) er i forprosjektet estimert til 5 090 mill. kr., hvorav 178 mill. kr. er knyttet til oppgraderinger i Moss. Justert for prisjustering tilsvarer dette om lag det som ble presentert i revidert konseptrapport.

Konseptet legger opp til at fullt utbygget sykehus på Kalnes vil ha et bruttoareal på ca. 82 500 kvm. I tillegg legges det opp til at ombygging, rehabilitering og nybygg av ca. 10 000 kvm i Moss.²⁶ Det vises til at netto funksjonsareal på Kalnes er redusert med 4 271 kvm til 40 293 kvm²⁷.

Arealet ble redusert gjennom å²⁸:

- Harmonisere arealstandarder, samt tilrettelegge for større sambruk av rom
- Tilpasse programmet til endret funksjonsdeling mellom Moss og Kalnes
- Ta ut enkelte behandlingsrom
- Ta ut funksjoner av programmet

I tillegg vises det til en rekke tekniske forenklinger som reduserte kostander med til sammen 159 mill. kr.

²⁶ Forprosjekt datert 15.11.2010 side 150. Det fremgår ikke av dokumentene hva som vil skje med øvrige arealer i Moss som ikke inngår i byggeprosjektet, men som likevel vil inngå i det nye sykehuset i Østfold.

²⁷ Forprosjekt datert 15.11.2010 side 149

²⁸ Forprosjekt datert 15.11.2010 side 151

Revidert funksjonsprogram datert 8. juni 2010²⁹ gir en oversikt over endringene som ble gjort i det reviderte konseptet. De mest sentrale endringene ser ut til å være implementering av én-sengsrom og samling av all øyeblikkelig hjelp på Kalnes.

Videre gis det i funksjonsprogrammet en opplisting av en lang rekke tiltak som medfører reduksjon i arealer fordelt på ulike områder/avdelinger. Tiltakene inkluderer blant annet:

- Møterom og arbeidsstasjoner erstattes med tverrfaglige arbeidsområder
- Reduksjon av arealer på kontor, lager, desinfeksjonsrom, kjøkken, møte- og pauserom
- Ambulansetjenesten tas ut av programmet (forblir i Sarpsborg)
- Fjerning av undersøkelsesrom, behandlingsrom, samtalerom og kontorer
- Flytting av rom og spesiallaboratorier til Moss

3.5.2 Arbeids- og beslutningsprosess

Oktober 2009 etableres det en prosjektorganisasjon i Helse Sør-Øst som starter arbeidet med forprosjektet. Sykehuset Østfold oppretter et organisasjonsutviklingsprosjekt som skal sørge for at organisasjonen er klar til å ta det nye bygget bruk slik det er forutsatt.

Delfunksjonsprogrammet forelå i november 2009, og skisseprosjektet ble oppdatert på basis av dette, som grunnlag for oppstart av forprosjektet. Oppdatert skisseprosjekt forelå 15. februar 2010, og denne milepælen markerte også oppstart av selve forprosjektfasen med mobilisering av prosjekteringsgruppen og utbyggingsorganisasjonen. Gjennom delfunksjonsprogrammet ble det gjort enkelte endringer i programforutsetningene, sammenlignet med Hovedfunksjonsprogrammet og konseptrapporten. Dette ble lagt inn noen flere senger, flere poliklinikkrom og flere modaliteter på billediagnostikk. Dette økte bruttoarealet for nybygget på Kalnes totalt økt med ca. 500 kvm.

Prosjekt nytt østfoldsykehus (PNØ) avholder i forprosjektfasen månedlige samarbeidsmøter med sykehusledelsen, og ukentlige kontaktmøter med sykehusets OU-prosjekt. Prosjektledelsen deltar også på sykehusets dialogmøter med tillitsvalgte og vernetjeneste.

Ansattmedvirkningen i forprosjektet ble organisert gjennom 17 hovedgrupper for prosjektet på Kalnes, som gjennomfører fem møteserier med fokus på funksjonsløsninger funksjonsløsninger, utstyrslistor og romfunksjonsprogram. Det etableres 6 hovedgrupper for ombyggingen i Moss, som hver avholder fire møteserier høsten 2010. Før og etter hver møteserie gjennomføres det koordineringsmøter med deltagelse fra arkitekter, utstyrsrådgivere, Sykehuset Østfold HF og Prosjekt nytt østfoldsykehus.³⁰

Sykehuset Østfold HF beslutter i styremøte 26. april 2010 å fremme forslag til Helse Sør-Øst om to premissendringer i sykehusprosjektet:³¹

1. Samle all øyeblikkelig hjelp i nytt sykehus på Kalnes, det vil si at det ikke etableres øyeblikkelig-hjelp funksjon på Moss sykehus som forutsatt i konseptrapporten. Det ble forutsatt at dette ikke skulle medføre endringer i dimensjonering, kapasiteter eller løsningsvalg sammenlignet med konseptet for nytt sykehus på Kalnes. Forutsatt at dette opprettholdes skal denne endringer ikke ha påvirkning på investeringskostnaden for Kalnes eller forutsatt fremdrift for planlegging og prosjektering.³²

²⁹ Vi har etterspurt hovedfunksjonsprogram fra HSØ som inkluderer endringene som ble gjort våren 2010, men ikke fått svar på om slike dokumenter finnes.

³⁰ Forprosjekt datert 15.11.2010 side 17

³¹ Styremøte Helse Sør-Øst 6. mai 2010, sak nr 37-2010

³² En nærmere beskrivelse av tiltaket finnes i saksunderlaget til styremøte i Sykehuset Østfold 24. april 2010, sak 23-2010

2. Etablere kun én-sengsrom i nytt sykehus på Kalnes. Sykehuset Østfold HF har i brev til Helse Sør-Øst RHF datert 23.03.10 bedt om at det nye sykehuset etableres med kun én-sengsrom. Dette var en endring sammenlignet med konseptrapporten (2008), hvor det ble foreslått en kombinasjon av én- og to-sengsrom (henholdsvis fem én-sengsrom og to to-sengsrom pr. sengetun). Endringen begrunnes med forskning som viser at én-sengsrom kan ha fordeler knyttet til pasientsikkerhet, konfidensialitet, fleksibilitet, pasientmiljø og økonomi/utnyttelsesgrad.³³ Det ble gjort en vurdering av konsekvensene av å etablere det nye sykehuset med kun én-sengsrom i forbindelse med oppdatering av skisseprosjektet. Det blir vurdert at arealet vil øke med ca. 1 500 kvm for å implementere én-sengsrom i de aktuelle områdene, med en kostnadmessig konsekvens på ca. 75 mill. kr. Videre ble det vurdert at fotavtrykket til bygningene vil endres som en konsekvens av endringen, slik at det totale arealet i sengebyggene økte med ca. 5.200 kvm. Dette ville gjorde det nødvendig å omprosjekttere også andre arealer enn selve sengearealet.³⁴

Styret i Helse Sør-Øst orienteres i møte 6. mai 2010 (Sak nr. 37-2010) om status for forprosjektet. Styret presenteres for oppdaterte kostnadsvurderinger etter at forprosjektet har startet opp. Kostnadene beregnes til å ligge ca. 10 % over estimatene gjort i den reviderte konseptrapporten (fra 2008).

Det vises blant annet til at premissendringer knyttet til én-sengsrom har økt behovet for areal (med tilhørende kostnader). Det trekkes også fram at prosjektet allerede har vært gjennom flere revisjoner og endringer, og allerede i den reviderte konseptrapporten (2008) var blitt betydelig arealeffektivisert. Det vises også til at det er krevende å redusere antallet sengeplasser da disse er dimensjonert ut fra forutsetning om korte liggetider.

Styret forutsetter likevel 6. mai 2010 i sitt vedtak «at det videre arbeid med forprosjektet legges opp slik at den tidligere estimerte prosjektkostnad og vedtatte kostnadsramme fortsatt er målet, selv om dette kan bety endringer i utarbeidet konsept». Det legges til grunn i vurderingene til saksunderlaget at det skal legges opp til prosesser som sikrer medvirkning fra brukere og ansatte. Helse Sør-Øst viser til at de ikke hadde mulighet til å be Helse- og omsorgsdepartementet om økte midler eller lån utover det som var forutsatt i revidert konseptrapport av 2008.³⁵

På bakgrunn av beslutningen om å redusere kostnader igangsettes det som har blitt omtalt som «optimaliseringsprosjektet», som var en arbeidsgruppe som arbeidet med å identifisere kostnadsreducerende tiltak. En sentral representant for prosjektet uttalte følgende i artikkel på bygg.no:

«I løpet av to måneder ble konseptet omarbeidet av en liten gruppe bestående av nøkkelpersoner fra byggherreorganisasjonen, arkitekt, rådgivende ingeniører på prosjektet og sykehuset. – Vi så at vi måtte gjøre noe. I løpet av to måneder fikk vi ned arealet med 9.000 kvadratmeter, og flere tiltak ble implementert. Det viktigste var at vi fikk muligheten til å gå gjennom alle funksjonsløsninger på nytt og alle involverte var enige i at vi hadde et bedre prosjekt etter at vi hadde kuttet kostnadene»³⁶

Resultatet av dette prosjektet framgår av revidert funksjonsprogram fra 8. juni 2010 og 22. september 2010, se omtale av førstnevnte i forrige delkapittel.³⁷ Styret i Sykehuset Østfold blir

³³ Referanse til forskningen som begrunner én-sengsrom finnes i saksunderlaget til styremøte i Sykehuset Østfold 24. april 2010, sak 24-2010

³⁴ Styremøte Helse Sør-Øst 6. mai 2010, sak nr 37-2010, side 6

³⁵ Intervju med ledelse i Helse Sør-Øst 12. mai 2021

³⁶ Sykehuset Østfold Kalnes. Artikkel på bygg.no publisert 18.11.2015. Lenke: <http://www.bygg.no/article/1255583>

³⁷ Vi har ikke hatt tilgang til revidert funksjonsprogram datert 22. september 2010 i dette arbeidet. Vi har bedt Helse Sør-Øst om innsyn, men ikke mottatt dokumentet.

orientert om endringene som har blitt gjort i styremøte 30. juni 2010, og slutter seg til arbeidet som har blitt gjort.

Styret i Helse Sør-Øst RHF orienteres på nytt om saken i september 2010 (Sak nr 67-2010). Her informeres det om prosessen som har vært gjennomført i mai-juni 2010 med mål om å «optimalisere» prosjektet, det vil si redusere kostnadsnivået til det nivået som ble estimert i revidert konseptrapport av 2008. Det konstateres videre at implementering av én-sengsrom og all øyeblikkelig hjelp på Kalnes er innarbeidet i konseptet, og at samlet bruttoareal er redusert med 7 800 kvm. Videre er følgende endringer også lagt til grunn:

- Antall etasjer i psykiatribygget økes og bygget flyttes tettere på sengebygget. Antall etasjer avtrappes mot syd, fra fire til to etasjer.
- Laboratoriet etableres ikke i et eget bygg, men flyttes opp på behandlingsbygget og etableres som en egen etasje i dette.
- Sengebygget etableres med samme antall etasjer (4 etasjer + u.etg) fordelt med fire like piler.

Det legges til grunn at planlagt kapasitet på sykehuset er opprettholdt. Det vises også til at antall sentrale kapasiteter er på om lag samme nivå som i konseptrapporten.

Styret konkluderer med at det er mulig og ønskelig å få forprosjektet ferdig for styrebehandling i desember 2010. Det understrekes imidlertid at «dette vil innebære en meget stram fremdrift, med små muligheter for alternative vurderinger og ”omkamper”, og vil kreve at alle parter har full fokus på å få frem og konkludere løsninger.»³⁸

Forprosjekt for nytt østfoldsykehus datert 15. november 2010 godkjennes og legges til grunn for gjennomføring av prosjektet i styremøte i Helse Sør-Øst RHF 16. desember 2010 (saksnr 90-2010). Administrerende direktør i Helse Sør-Øst konkluderer og anbefaler i saksframlegget med at:

- Prosjekter er i tråd med føringer styret ga i styresak 037-2010
- Prosjektet gjennomføres med bare én-sengsrom, hvilket er en premissendring fra tidligere vedtatt konseptrapport.
- Det er gjennomført en rekke kostnadsreduserende tiltak som kompenserer for endringen med én-sengsrom
- At kostnadsnivået som ble presentert i styresak 037-2010 er redusert med nærmere 500 mill. kr
- Prosjektet har resultert i en P50-verdi for prosjektet pr 15.11.2009 på 5 090 mill. kr, som også anbefales som økonomisk styringsmål for prosjektet.

4 Våre vurderinger

Premisset for denne rapporten er at sykehuset er dimensjonert for lite. Dette premisset ser ut til å ha støtte blant annet i Sykehusbyggs evalueringsrapport fra 2020 (jf. kapittel 3).

I dette kapitlet vurderer vi hvorfor det ble tatt beslutninger som førte til at sykehuset etter alt å dømme ble for lite. Vi tar forbehold om at vi kun har gjort en begrenset studie, og at vurderingene derfor ikke nødvendigvis fanger opp alle aspekter, jf. omtale i avsnitt 2.3.

³⁸ Styremøte Helse Sør-Øst 9. september 2010, sak nr 67-2010, side 4

Sterk prioritering av økonomiske rammer

Den mest åpenbare forklaringen til at sykehuset ble dimensjonert for lite ser ut til å være de sterke økonomiske føringene knyttet til investeringer i nytt sykehusbygg. Hensynet til investeringskostnaden og helseforetakenes finansielle bæreevne har vært et gjennomgående tema i det meste av saksdokumentasjonen knyttet til sykehusbygget. Det framgår både av mandatet for arbeidet med revisjon av opprinnelig konsept i 2008, og bakgrunnen for gjennomføringen av optimaliseringsprosjektet som ble gjennomført i 2010.

Mulig risiko for kapasitetsproblemer ser ut til å være godt dokumentert gjennom hele prosessen, inkludert i SINTEFs kvalitetssikring i 2009. Det er derfor grunn til å tro at denne risikoen var godt kjent for alle som var involvert i beslutningene.

I tradisjonell prosjektstyringsteori vises det ofte til at hvis tid, kostnad og produkt (omfang/kvalitet) endres underveis – enten gjennom bevisst styring eller oppstått avvik – må minst en av de andre parameterne justeres for at prosjektet skal være gjennomførbart. I dette tilfellet ble investeringskostnaden først redusert (fra 2007 til 2008), for å deretter å holdes fast i 2010 når konseptet viste seg å bli dyrere enn først antatt. Slik sett er det neppe overraskende at kvalitet/omfang ble nedprioritert i begge rundene.

Sykehuset Østfold hadde selv ansvar for å legge opp tilstrekkelig egenkapital gjennom effektivisering av driften på de gamle lokasjonene. Dette, kombinert med rammene gitt fra Helse Sør-Øst, ga ikke rom for å realisere prosjektet slik det opprinnelig var planlagt. Vi har ikke vurdert Helse Sør-Øst sine prioriteringer opp mot andre prosjekter. En informant har trukket fram at denne tidsperioden var krevende med tanke på store investeringer i helseregionen, blant annet på grunn av tidligere års underskudd og at det tok tid før åpningsbalansen for sammenslåtte Helse Sør-Øst ble satt.

Intervjuene gjort i denne kartleggingen viser til at situasjonen i Sykehuset Østfold før byggingen var preget av uro, siden det måtte gjøres store kostnadsbesparelser med gammel bygningsmasse på fem lokasjoner. Videre gir informantene inntrykk av en konkurransesituasjon der det var viktig å få en hurtig realisering av det nye sykehuset for å unngå at Østfold-prosjektet skulle legges på is eller at det nye sykehuset i Vestre Viken skulle komme «foran i køen». Det ville i så fall kunne bety at det nye sykehuset i Østfold, som hadde vært under planlegging siden årtusenskiftet, skulle trekke enda lenger ut i tid.

I et slik perspektiv er det forståelig at det var stor vilje hos ledelse (og ansatte) i Sykehuset Østfold til å finne løsninger som gjorde at sykehuset ble realisert, selv om det innebar en risiko for kapasitetsproblemer senere.

Flere runder med optimistiske forutsetninger

Beskrivelsen av beslutningsprosessen og de førende dokumentene tegner et bilde av et konsept som har vært gjennom flere runder med reduksjoner i areal og funksjoner før det ble besluttet. Allerede i den opprinnelige konseptrapport fra 2007 opereres det med dimensjonerende forutsetninger som på daværende tidspunkt beskrives som relativt ambisiøse, som 90 % belegg på senger og ingen utskrivningsklare pasienter.

Den reviderte konseptrapporten fra 2008 reduserer det totale arealet, fra 126 000 kvm på Kalnes til 111 000 fordelt på Kalnes og Moss, samtidig som befolkningsprognosen for opptaksområdet (2020) økte fra 290 000 til 300 000. SINTEF oppsummerer i kvalitetssikringen av denne rapporten at de samlede forutsetningene gir gjennomsnittlig liggetid på 2,5 døgn (inkl. observasjons-/korttidspost), og at dette representerer en utfordring for fremtidig drift som ikke er drøftet i konseptrapporten. Vi kan ikke se at det gjort noen styrking av dimensjoneringen i etterkant av SINTEFs kvalitetssikring, heller det motsatte.

Det er med utgangspunkt i et allerede ambisiøst konsept at optimaliseringsprosjektet gjennomføres i perioden april-juni 2010. Optimaliseringsprosjektet beholder formelt sett omtrent den samme kapasiteten (antall senger mv.), men kutter nesten 8 000 kvm bruttoareal gjennom en lang rekke tilpasninger og reduksjoner³⁹.

I tillegg viste brutto/netto-faktoren som lå til grunn for konseptene (1,97) også å være ambisiøs, og når denne viste seg å ikke være gjennomførbar måtte ytterligere programareal fjernes.

Det er naturlig og forventet at nye bygg planlegges for fremtiden med forutsetninger om økt effektivitet, teknologibruk og nye arbeidsformer. Slike forutsetninger er også gjort i 2007, og reduksjoner som følger etter 2007 er primært begrunnet ut ifra tilgjengelige rammer, heller enn store endringer i hva man kan forvente i produktivitet.

Det er naturligvis også krevende å vite med sikkerhet hvordan befolkning, sykdomsbyrde, arbeidsformer og teknologi vil påvirke sykehusbehovet langt fram i tid. Dersom de aller fleste forutsetningene tar utgangspunkt i det mest optimistiske scenarioet, er imidlertid sjansen stor for å ikke å treffe. Forutsetninger om full utnyttelse gir også lite fleksibilitet til å tilpasse løsninger når aktivitet endrer seg over tid.

Konsekvensen var at prosjektet opererte med forutsetninger som på mange områder viste seg å ikke være realistiske, noe som også underbygges av Sykehusbyggs evalueringsrapport fra 2020.

Tilpasninger i konseptet støtter ikke planlagt produktivitetsøkning

Det er rimelig å forvente at nye sykehus som bygges er mer effektive enn gamle. Det utvikles stadig kunnskap om nye arbeidsformer og ny teknologi, og det virker naturlig å gå ut fra at et sykehus kan drives mer effektivt dersom bygget er tilpasset moderne løsninger. Som nevnt i forrige avsnitt var økt bruk av ny teknologi, arbeidsformer, samt overføring av oppgaver til kommunene, brukt som en begrunnelse for hvordan konseptet fra 2007 skulle kunne realiseres.

Det ser imidlertid ikke ut som reduksjoner og tilpasninger som har skjedd etter 2007 i tilstrekkelig grad har vært vurdert opp mot evnen til å realisere økt produktivitet. Det tydeligste eksempelet påpekes av SINTEF i kvalitetssikringen fra 2009: Det er ikke problematisert hvorvidt funksjonsdelingen mellom Kalnes og Moss vil kunne påvirke målene knyttet til bedre arbeidsflyt.

Videre skjer det i forprosjektfasen og optimaliseringsprosjektet en rekke tilpasninger og reduksjoner, uten at disse så vidt vi kan se problematiseres ut fra muligheten til å arbeide effektivt. Optimaliseringsprosjektet innebærer mange kutt på kort tid, og kun med deltagelse fra det som kan se ut som en liten prosjektgruppe. Kuttene som ble foreslått var ifølge Helse Sør-Øst⁴⁰ gjenstand for medvirkningsprosesser hos Sykehuset Østfold. Det bør det likevel være grunn til å stille spørsmål ved om prosessene har hatt den medvirkningen fra ansatte og brukere som var nødvendig for å realisere de høye målene prosjektet hadde til effektive arbeidsprosesser. Blant annet fordi det er relativt store kutt (nesten 10 % av arealet) som reduseres i løpet av et par måneder.

Styremøtet i Helse Sør-Øst september 2010 slår fast at det er lite rom for alternative vurderinger og omkamper før ferdigstilling av forprosjektet. Mange av prosessene for ansattmedvirkning skjer så vidt vi forstår av forprosjektrapporten høsten 2010. Dermed kan det se ut som valgene i stor grad var tatt før medvirkningen startet.

³⁹ Jf. Styremøte Helse Sør-Øst 9. september 2010, sak nr 67-2010. Vi har ikke funnet tall på reduksjon av bruttoareal i endelig forprosjektrapport.

⁴⁰ Intervju med Helse Sør-Øst 12. mai 2021

Selv om kuttene hver for seg ikke nødvendigvis er så store, kan de likevel ha negative konsekvenser for de ansattes evne til å løse oppgavene på en god og effektiv måte. Flere av funnene i evalueringsrapporten fra 2020 tyder på nettopp dette.

Premisset om én-sengsrom kommer også sent inn i prosessen, da det behandles i styret i Helse Sør-Øst så sent som mai 2010. Ut ifra dokumentasjonen som legges fram ser det ut som det er gode erfaringer fra en slik løsning andre steder. Likevel forstår vi dette som en vesentlig premissendring, som kommer etter at kvalitetssikringen var gjort, og for sent til at det er mulighet for reell medvirkning. Det er derfor ikke sikkert at denne løsningen var godt nok tilpasset den situasjonen sykehusprosjektet sto i per 2010. Overgangen til én-sengsrom utgjorde også en utvidelse på 75 mill. kr / 1 500 kvm, i tillegg at det krevde omprosjektering av andre arealer også.⁴¹ Slik vi forstår det, førte denne endringen til at optimaliseringsprosjektet måtte redusere enda mer areal/funksjoner andre steder enn det de ellers ville ha gjort.

Overordnet sammenligning med andre statlige prosjekter

Det mest påfallende ved gjennomgangen av beslutningsprosessen ved Sykehuset Østfold er hvordan det skiller seg fra det som nærmest har vært normalen ved andre store infrastrukturprosjekter i staten (utenfor sykehussektoren). Andre statlige byggeprosjekter har ofte vokst betydelig både i omfang og kostnad fra ide/konsept til forprosjekt og byggefase. For eksempel viser en gjennomgang (Menon m.fl. i 2015) av fire norske statlige prosjekter at de hadde en kostnadsøkning på hhv. 138, 54, 30 og 46 prosent fra KS1 (etter konseptfase) til KS2 (etter forprosjekt). Dette skyldtes blant annet økning i byggenes areal, standard og arealkostnad underveis, samt økning i generelle byggekostnader.⁴²

I Sykehuset Østfold sitt tilfelle ser det ut til å ha gått motsatt retning, da både kostnad og areal ble redusert gjennom konseptfasen. Fra konsept til forprosjekt er kostnaden omtrent den samme, mens arealet reduseres ytterligere.

De negative konsekvensene av denne tilnærmingen for pasienter og ansatte synes å være godt dokumentert i Sykehusbyggs evalueringsrapport. Det bør i tillegg være grunn til å spørre om det var den samfunnsøkonomisk mest lønnsomme løsningen som ble valgt for Sykehuset Østfold. Hvis det blir nødvendig med en rekke tiltak for å kompensere for at kapasiteten er for lav, er det en risiko for at de langsiktige kostnadene blir høyere enn det som ble spart i investeringsfasen

Forslag til supplerende læringspunkter og forbedringer

I styrebehandlingen til HSØ (sak 064-2020) av evalueringsrapporten til Sykehusbygg trekkes fram tretten læringspunkter. Disse er gjengitt i Vedlegg 1. Ettersom evalueringsrapporten til Sykehusbygg er avgrenset mot å analysere beslutningsprosessen tillater vi oss å gjøre noen supplerende anbefalinger basert på funn og vurderinger i denne kartleggingen, som kan vurderes av Helse Sør-Øst og Helse- og omsorgsdepartementet.⁴³

1. Uavhengig evaluering

Det er positivt at Helse Sør-Øst gjennom Sykehusbygg har valgt å evaluere Sykehuset Østfold, og lagt betydelige ressurser i en grundig og omfattende rapport. Vi registrerer likevel at det avgrenses mot å evaluere årsaksforklaringensom blant annet ligger i beslutningsprosessen. Dette er viktig læring som det i en evaluering ville vært naturlig å ha med. Helseforetakenes felles metoderapport

⁴¹ Styremøte Helse Sør-Øst 6. mai 2010, sak nr 37-2010

⁴² Menon Business Economics, DNV GL og ÅF-gruppen, 2015. *Kostnadsutvikling mellom KS1 og KS2 i byggeprosjekter.*

⁴³ Vi tar forbehold om at vi ikke har studert andre sykehusprosjekter, og at forslagene under derfor potensielt allerede er innført.

om evaluering av sykehusprosjekt legger også til grunn at dette er en naturlig del av en evaluering.⁴⁴ Selv om det sikkert er gjort mange nyttige erfaringer innad i helseforetakene som ikke er uttrykt i evalueringsrapporten, ville denne læringen også hatt en verdi for andre. Ikke minst er forståelse av denne beslutningsprosessen nyttig i en større politisk diskusjon om statens organisering og styring av spesialisthelsetjenesten.

Det er samtidig forståelig at det krevende å gjøre en slik evaluering av prosesser som er såpass nært knyttet til egen organisasjon. Som det begrunnes helseforetakenes metoderapport, kan «en ekstern evaluator sikre mer uavhengighet og en nøytral evaluering. En ekstern evaluator kan også ha andre perspektiver enn virksomheten selv, gi nødvendig distanse, bidra til legitimitet og ha kompetanse og kapasitet til å gjennomføre evalueringen».

Til sammenligning blir ferdigstilte prosjekter ellers i staten ofte evaluert gjennom Concept-programmet ved NTNU. Vi er kjent med at styringen og organiseringen av helseforetakene er annerledes enn i resten av staten. Likevel tror vi at store offentlige finansierte prosjekter i helsesektoren også ville vært tjent med å gjennomføres med den samme kritiske distansen som er vurdert som viktig andre på andre sektorområder. Gerne som et tillegg til evalueringer som helseforetakene og Sykehusbygg gjennomfører selv.

2. Tydeligere endringsbeskrivelser i forprosjekt

Prosjektdokumentene dokumenterer at det ble gjennomført en rekke prosesser med mål om å få innspill fra de ansatte ved sykehuset, gjennom arbeidsgrupper og lignende. Vi stiller likevel spørsmål ved om de ansatte har vært tilstrekkelig involvert når det gjelder de viktigste forutsetningene for sykehusbygget, for eksempel tilgjengelig areal og målene om produktivitet (liggetider mv). Mange av dokumentene som har vært brukt i denne analysen har ikke vært offentlige tilgjengelig uten å be om innsyn, og uten noen sentral oversikt over hvilke dokumenter som faktisk finnes. Dokumentene er også tidkrevende å sette seg inn i og sammenligne over tid, f.eks. for ansattrepresentanter i styrene og andre som inngår i medvirkningsprosesser.

Det skjer mange store endringer og reduksjoner i 2010. Vi finner imidlertid lite dokumentasjon om endringene bortsett fra det som er referert i styremøtene og listet opp i delfunksjonsprogrammet. Vi anbefaler derfor et tydeligere system for dokumentasjon og utredning av endringer i forprosjektfasen, særlig for å kontrollere at ikke kutt i denne fasen reduserer den framtidige samfunnsnytt av prosjektet.

Andre statlige byggherrer (Statsbygg, Statens vegvesen mv) har for eksempel startet å innføre endringslogg. I endringslogg skal det framkomme vesentlige endringer i føringer for og avgrensinger av prosjektet som er grunnlag for den videre styringen. Her kan det være informasjon om standard som er lagt til grunn, dimensjonering for antall brukere, avgrensning mot andre prosjekter eller lignende. Foreløpig evaluering av bruk av endringslogg viser blant annet til bedre styring (av kostnader og omfang), økt transparens, økt ansvarliggjøring og økt mulighet for involvering av ulike aktører både i organisasjonen og eksternt.⁴⁵

⁴⁴ 2018 Evaluering av sykehusbyggprosjekter. Helseforetakene.
<https://sykehusbygg.no/Documents/Veiledere/Evaluering-sykehusbyggprosjekter.pdf>

⁴⁵ Concept Arbeidsrapport 2020-2. Tidlige erfaringer med innføring av endringslogg i statlige prosjekter.

Vedlegg 1: Læringspunkter fra evalueringen i 2020 (gjengitt fra styresak HSØ 64-2020, side 12-13)

«Evalueringen har identifisert flere læringspunkter. Det er i sluttrapporten trukket frem 13 sentrale punkter som gir kunnskap til bruk i fremtidige planleggings- og byggeprosjekter.

1. Evaluering av beregninger av kapasitetsbehov gir læring for å videreutvikle dagens framskrivningsmodell

Læringspunktet viser til at systematisk kunnskap om hvordan beregning av kapasitetsbehov er sammenlignet med faktisk utvikling, er nyttig læring for å kunne utvikle framskrivnings-modellen videre.

2. Hvordan byggene blir utformet påvirker hvor funksjonelle områdene i sykehuset blir

Under dette punktet poengteres det at beslutninger knyttet til byggets fotavtrykk og bygningsvolumer, hvilket gjøres tidlig i en planprosess, i stor grad påvirker hvordan funksjonsområdene i et sykehus blir utformet og hvor effektive de blir.

3. Arkitektoniske virkemidler og god merking er viktig for at pasienter og pårørende skal finne fram i sykehuset

Læringspunktet gir en anbefaling om at byggeprosjektene må benytte spesialkompetanse innenfor fagfeltet «veifinning» for å kunne utforme de fysiske omgivelsene tydeligere og mer lesbare for både ansatte, pasienter og andre besøkende.

4. Ensengsrom bør fortsatt være standard

Erfaringene fra å ha kun ensengsrom er ikke entydige. I en avveining mellom fordeler og ulemper anbefales det likevel at ensengsrom med eget bad bør være hovedprinsippet også i kommende sykehusbyggprosjekter. Det forutsettes her at læringspunktene 4 og 5 sees i sammenheng, slik at man finner løsninger for å kunne tilpasse seg ulike driftssituasjoner.

5. Det må utvikles og planlegges løsninger som kan gi økt fleksibilitet i perioder med høyt belegg

Læringspunktet viser til erfaringer fra Kalnes om at ensengsrom gir manglende fleksibilitet til å tilpasse seg ulike driftssituasjoner, som f.eks. i perioder med høyt belegg. Det må i nye sykehusbyggprosjekter utvikles og planlegges supplerende løsninger, f.eks. ved at enkelte rom bygges større slik at de ved overbelegg kan brukes av to pasienter eller et større rom per døgnenhet som kan fungere som en buffer.

6. Ansatte trenger arbeidsplasser nær der behandlingen foregår for å kunne samarbeide om pasienten og ha et sted å dokumentere

Læringspunktet peker på at et konsept som den «mobile medarbeider» hvor flere arbeidsprosesser skal gjøres på blant annet pasientrommene, forutsetter at de kliniske IKT-løsningene er tilstrekkelig utviklet og er tilgjengelig på nettbrett og smarttelefoner.

7. Knappe areal til støttefunksjoner kan gi dårligere effektivitet

I en nødvendig prioritering innenfor en begrenset areal- og kostnadsramme, er det en fare for at areal til støttefunksjoner kan bli redusert slik at det påvirker arbeidsprosesser og effektivitet.

8. Integrering mellom psykisk helsevern og somatikk gir faglige synergier

Læringspunktet retter oppmerksomheten mot særlige krav til utforming av bygg for psykisk helsevern, som blant annet betyr enkel tilgang til trygge og tilgjengelige uteområder, riktige materialvalg og robuste løsninger og romslige oppholdsarealer.

9. Akuttmottak stiller høye krav til fleksibilitet og mulighet for senere utvidelse

Evalueringen har vist at de prehospitale tjenestene, akutfunksjonene i sykehuset og i kommunehelsetjenesten, påvirker dimensjonering og utforming av akuttmottaket og stiller svært høye krav til fleksibilitet og mulighet for senere utvidelser. Det anbefales at simuleringsverktøy benyttes i planlegging av akuttmottak og andre kliniske funksjoner med høye krav til effektiv pasientflyt og vareflyt.

10. Poliklinikker må kunne endres raskt og være tilrettelagt for å møte pasienter ved hjelp av digitale konsultasjoner

Læringspunktet omhandler behovet for at poliklinikkområder utformes på en måte som i større grad gir fleksible løsninger og mulighet for utvidelser, samt kan understøtte brukerstyring og bruk av ny teknologi.

11. Prosjektorganisasjonen og organisasjonsutviklingsprosjektet må være tilgjengelig inntil ett år etter at bygget er ferdigstilt

Det anbefales at ressurser fra prosjektorganisasjonen og helseforetakets organisasjonsutviklingsprosjekt må være tilgjengelig for helseforetaket en tid etter ferdigstillelse.

12. Valg av materialer må baseres på en vurdering ut fra hva som er den totalt beste løsningen gjennom livsløpet til bygget

Læringspunktet peker på at valg av materialer og løsninger må vurderes ut fra hva som er den totalt beste løsningen gjennom livsløpet til bygget.

13. Planer for realisering av gevinster ved nytt sykehus må justeres underveis

Nye sykehusbygg medfører betydelige omstillingskostnader og mye tid til opplæring og tilvenning til nye arbeidsprosesser og systemer. Læringspunktet viser til viktigheten av at planer for realisering av driftsgevinster justeres etter hvert som rammebetingelser og forutsetninger om drift og finansiering endrer seg.»