

Styremøte

fre. 25. november 2022, 10.30 - 14.30

Teams

Agenda

10.30 - 10.35

5 min

52/2022

Godkjenne innkalling og agenda

Beslutning

Ivar Eriksen

Innkalling og agenda godkjennes

10.35 - 10.40

5 min

53/2022

Godkjenne protokoll fra styremøte 16. september

Beslutning

Ivar Eriksen

Protokoll fra møte 16. september godkjennes.

 Protokoll_Styremøte i Sykehusbygg HF_160922.pdf (2 sider)

10.40 - 11.00

20 min

54/2022

AD sin orientering til styret

Orientering

Terje Bygland Nikolaisen

Styret tok informasjon fra administrerende direktør til orientering.

 SB-SAK 54-22 - Administrerende direktør sin orientering til styret.pdf (1 sider)

11.00 - 11.15

15 min

55/2022

Endelig budsjett 2023

Beslutning

Berit Bye

Styret godkjenner forslag til budsjett for 2023 med de endringer som er fremlagt i denne sak.

 SB-SAK 55-22 Budsjett 2023.pdf (2 sider)

 SB SAK 47-22 Vedlegg Saksnotat budsjettutkast 2023.pdf (5 sider)

 Vedlegg 2 til sak 55-22 Ukast til budsjett fellesoppgaver 2023.pdf (2 sider)

11.15 - 11.45

30 min

56/2022

Strategi og handlingsplaner - oppfølging i Sykehusbygg HF

Diskusjon

Terje Bygland Nikolaisen

1. Styret tar til informasjon at styrene i de regionale helseforetakene har vedtatt målbilde og strategisk utviklingsretning for Sykehusbygg HF.
2. Styret gav innledende innspill til innretning på videre handlingsplanarbeid for Sykehusbygg HF.
3. Styret ba Administrasjonen komme tilbake med forslag til plan for videre arbeid

med handlingsplaner i et kommende styremøte.

 SB-SAK 56-22 - Målbilde og strategisk utvikling for Sykehusbygg HF.pdf (2 sider)

 SB-SAK 56-22 Vedlegg Målbilde og strategisk utvikling i Sykehusbygg HF.pdf (1 sider)

11.45 - 12.05 **57/2022**

20 min

Videreutvikling av eierstyringen – kartlegging av kundefora

Orientering

Terje Bygland Nikolaisen

Oppfølging av sak 49/22. Saken ettersendes mandag 21.11.

12.05 - 12.25 **58/2022**

20 min

Forvaltningsstrategi for veiledere og standarder

Beslutning

Terje Bygland Nikolaisen

Forslag til Forvaltningsstrategi for standarder og veiledere utarbeidet av Sykehusbygg HF, oversendes eierne som svar på oppdraget og for videre behandling.

 SB-SAK 58-22 Forslag forvaltningsstrategi standarder og veiledere.pdf (3 sider)

 SB-SAK 58-22 Vedlegg1 Forvaltningsstrategi standarder og veiledere 18112022.pdf (4 sider)

12.25 - 12.45 **59/2022**

20 min

Revisjon av veileder for tidligfasen i sykehusbyggprosjekter

Beslutning

Terje Bygland Nikolaisen

Forslag til revidert Veileder for tidligfasen i sykehusbyggprosjekter oversendes eierne som svar på oppdraget. Innspill fra høringen og kommentarer gitt av styret, innarbeides før oversendelse til eierne.

 SB-SAK 59-22 Revisjon av tidligfaseveilederen.pdf (6 sider)

 SB-SAK 59-22 Veileder for tidligfasen i sykehusbyggprosjekter - høringsversjon oktober 2022.pdf (48 sider)

 SB-SAK 59-22 Vedlegg Vesentligste endringsforslag i Veileder for tidligfasen etter høring.pdf (3 sider)

12.45 - 13.00 **60/2022**

15 min

Gjennomgang styrende dokumenter, årlig gjennomgang

Beslutning

Terje Bygland Nikolaisen

Styret fikk en kort gjennomgang av vurderinger av behov for revisjon. Styret slutter seg til den oppfølging som er foreslått.

 SB-SAK 60-22 - Styrende dokumenter årlig gjennomgang.pdf (2 sider)

 SB-SAK 60-22_Vedlegg 1 Fullmaktssstruktur i Sykehusbygg HF_2.0_rev1.pdf (6 sider)

 SB-SAK 60-22_Vedlegg Styreinstruks_v 2.0.pdf (4 sider)

 SB-SAK 60-22_Vedlegg 3 instruks til Administrerende direktør i Sykehusbygg HF.pdf (7 sider)

13.00 - 13.15 **61/2022**

15 min

Lønn og godtgjørelser til ledende personer i Sykehusbygg HF

Beslutning

Berit Bye

Utkast til retningslinjer for lønn og godtgjørelser til ledende personer godkjennes. Retningslinjene oversendes eierne for videre behandling i foretaksmøtet.

 SB-SAK 61-22_Lønn og godtgjørelse til ledende personell.pdf (5 sider)

13.15 - 13.35
20 min

62/2022

Implementering og etterlevelse av åpenhetsloven

Orientering

Styret tar informasjon om foretakets plan for implementering og etterlevelse av åpenhetsloven til orientering.

 SB-SAK 62-22 - Implementering og etterlevelse av åpenhetsloven.pdf (2 sider)

13.35 - 13.50
15 min

63/2022

Vedtakslogg for 2022

Beslutning

Terje Bygland Nikolaisen

Styret gjennomgikk logg over vedtak gjort i styremøter i 2022. Loggen viser at administrasjonen har fulgt opp i tråd med vedtak gjort av styret, og gir et bilde på administrasjonens oppfølging av styrevedtak for 2022.

 SB-SAK 63-22_Vedtakslogg 2022.pdf (4 sider)

13.50 - 14.00
10 min

64/2022

Plan for styret i 2023

Orientering

Ivar Eriksen

Møteplan for 2023 besluttet med de endringer som ble gjort i møtet.

 SB-SAK 64-22 årsplan for styret i 2023.pdf (1 sider)

 SB-SAK 64-2022 Vedlegg Årshjul felleseide HF 2023 vedtatt.pdf (9 sider)

 SB-SAK 64-22_Vedlegg_Møteplan for styret 2023.pdf (2 sider)

14.00 - 14.10
10 min

65/2022

Eventuelt

Orientering

Ivar Eriksen

Styrets egnevaluering

Styremøte i Sykehusbygg HF

fre 16 september 2022, 08:30 - 12:30

Trondheim (Sykehusbygg sine lokaler, Holtermanns veg 3)

Deltakere

Styremedlemmer

Ivar Eriksen (Styreleder), Lars Magnussen (Nestleder, styremedlem), Hilde Rolandsen (Styremedlem, Fraværende ved: 48/2022), Atle Brynstad (Styremedlem), Anne-Hilde Bråtebæk (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 Avdeling Rådgiving og tidligfase, SAK 48/22)

Møteprotokoll

41/2022

Godkjenne innkalling og agenda

Innkalling og agenda ble godkjent.

Beslutning

Ivar Eriksen

42/2022

Godkjenne protokoll fra styremøte 13. mai 2022

Protokoll fra styremøte 13. mai 2022 ble godkjent.

 Protokoll_Styremøte i Sykehusbygg HF_130522.pdf

Beslutning

Ivar Eriksen

43/2022

AD sin orientering til styret

Styret tok informasjon fra Administrerende direktør til orientering.

 SB-SAK 43-22 - Administrerende direktør sin orientering til styret.pdf

Orientering

Terje Bygland Nikolaisen

44/2022

Virksomhetsrapport, 2. tertial 2022

Styret godkjente Sykehusbygg sin virksomhetsrapport for 2. tertial 2022.

 SB-SAK 44-22 - Virksomhetsrapport 2. tertial 2022.pdf

 SB-SAK 44-22 - Vedlegg Virksomhetsrapport 2. tertial 2022_endeling.pdf

Beslutning

Terje Bygland Nikolaisen

45/2022

Resultater etter 2. tertial, rapportering

Styret godkjente rapporteringen av Sykehusbygg HF sitt resultat etter 2. tertial 2022. Endelig rapportering oversendes eierne ihht frist.

 SB SAK 45-22 Resultat etter 2. tertial, 2022.pdf

 SB SAK 45-22_Vedlegg Rapportering for Sykehusbyg HF T2 2022.pdf

Beslutning

Berit Bye

46/2022

Risikobilde for Sykehusbygg, oppdatering etter 1. halvår 2022

Oppdatert Risikobilde etter 1. halvår 2022 for Sykehusbygg HF ble gjennomgått. Styret tok fremlagte risikobilde til orientering.

 SB SAK 46-22 Risikobilde, oppdatering etter 1. halvår 2022.pdf

Orientering

Terje Bygland Nikolaisen

47/2022 Forslag til Budsjett for Sykehusbygg HF for 2023

Beslutning
Berit Bye

Styret godkjente forslag til budsjett for Sykehusbygg HF for 2023 for videre behandling hos eierne, herunder beslutning om størrelse på tilskuddsrammen for 2023.

-  SB SAK 47-22_Utkast til budsjett 2023.pdf
-  SB SAK 47-22 Vedlegg Saksnotat budsjettutkast 2023.pdf

48/2022 Innspill til Oppdragsdokument 2023

Diskusjon
Terje Bygland Nikolaisen

Styret ble orientert om administrasjonen sine forslag til nye oppdrag i Oppdragsdokument for 2023, og ba om at styret sine innspill innarbeides i oversendelsen til eierne.

-  SB-SAK 48-22 - Innspill til Oppdragsdokument 2023.pdf

49/2022 Videreutvikling av eierstyringen - kartlegging av kundefora

Orientering
Terje Bygland Nikolaisen

Styret ble informert om henvendelse fra eierstyringsgruppen vedr utvikling av eierstyringen og kartlegging av kundefora.

-  Kartlegging kundeforum felleseide.pdf
-  Felles styresak videreutvikling eierstyring felleseide.pdf
-  SB-SAK 49-22 Videreutvikling av eierstyringen - kartlegging av kundefora.pdf

50/2022 Saker til neste møte

Orientering
Terje Bygland Nikolaisen

Styret tok informasjon om saker på agendaen for kommende møte til orientering.

-  SB-SAK 50-22 Saker til neste styremøte.pdf

51/2022 Eventuelt

Orientering
Ivar Eriksen

Det var ingen saker til eventuelt.

LUNSJ

SB-SAK 54/2022 Administrerende direktør sin orientering til styret**Forslag til vedtak:**

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
- Økonomistatus pr. oktober
- Oppdragssituasjonen
- Sykehusbyggkonferansen

Det vil bli gitt en presentasjon i møtet.

Sykehusbygg HF, 18.11.2022

Terje Bygland Nikolaisen

Administrerende direktør Sykehusbygg

Elektronisk godkjent uten signatur

SB-SAK 55/2022 Endelig budsjett 2023**Forslag til vedtak:**

Styret godkjenner forslag til budsjett for 2023 med de endringer som er fremlagt i denne sak.

Oppsummering:

Foretaket har rapportert budsjettforslag til eiere innen fristen. Forslaget er behandlet i økonomidirektørmøte, og skal behandles i AD møte mandag 21. november. Foretaket har ikke mottatt noen tilbakemelding så langt som indikerer føringer fra eierne som endrer forutsetningene i budsjettutkastet.

Budsjettutkastet er justert noe med bakgrunn i oppdaterte behov fra foretakets avdelinger/prosjekt.

Det arbeides nå videre med planlegging av aktivitetene i Sykehusbygg HF for 2023 innen de rammer som ligger i budsjettet.

Saksutredning/bakgrunn:

Det vises til sak 57/2022 der styret behandlet utkast til budsjett for Sykehusbygg HF for 2023. Styret gjorde følgende beslutning om videre behandling:

«Styret godkjente forslag til budsjett for Sykehusbygg HF for 2023 for videre behandling hos eierne, herunder beslutning om størrelse på tilskuddsrammen for 2023.»

Oppfølging av saken etter styrebehandling i september:

Det har i perioden siden budsjettutkastet ble behandlet i styret, oppstått endringer i bemanningsbehov i enkelte prosjekt, som påvirker budsjettet noe. Endringene er i hovedsak knyttet til prosjektene i Oslo (OUS porteføljen), der en B4 beslutning fra Helse Sør-Øst i desember vil legge premissene for videre fremdrift i prosjektene.

Disse prosjektene har indikert økt behov for ressurser med 7 stillinger pt, som er prosjektledere innenfor ulike disipliner, prosjektcontrollere og fremdriftsplanlegger.

I tillegg er det mindre justeringer i noen andre avdelinger. Blant annet har en økt SUS prosjektet med 1 ressurs, og det er lagt opp til 1 ressurs i digitaliseringsavdelingen (prosjektleder digitalisering).

I hovedsak er disse nye stillingene knyttet til prosjekt som Sykehusbygg HF har avtale om månedsrate med. Forutsetninger knyttet til inntekter er:

- Det foreslås ikke endringer i timepriser fra tidligere budsjettutkast.
- Foretaket har lagt til grunn et totalt tilskuddsnivå på 44,6 mill.

- Det forventes at ny finansieringsmodell implementeres fra 2023. Endring i modell vil i hovedsak påvirke fordelingen mellom foretakets eiere.
- Foretaket har utarbeidet et foreløpig budsjett for fellesoppgavene i 2023. Dette er oversendt eierne, og er også vedlagt denne styresaken til informasjon.

Tall i 1000 NOK	B2022	ØLP2023	B2023v2	Δ B2023 vs ØLP2023		B2023v1	Δ B2023V1 vs B2023V2
Tilskudd fra RHF	43 688	43 042	44 649	1 607	1 %	44 649	-
Andre inntekter	313 750	318 251	365 824	47 573	15 %	354 628	11 196
Sum driftsinntekter	357 438	361 293	410 473	49 180	14 %	399 277	11 196
Varekostnad/-forbruk	77 220	54 000	104 720	50 720	94 %	104 720	-
Lønnskostnad	242 414	263 954	267 508	3 554	1 %	256 438	11 070
Ordinære avskrivninger	888	850	888	38	4 %	888	-
Andre driftskostnader	37 046	42 489	36 948	-5 541	-13 %	36 948	-0
Sum driftskostnader	357 568	361 293	410 064	48 771	13 %	398 994	11 069
Driftsresultat	-130	-	409	409	0 %	283	126
Finansinntekt (+)	150	-	200	200	0 %	200	-
Finanskostnad (-)	-6	-	-6	-6	0 %	-6	-
Sum finansposter	144	-	194	194	0 %	194	-
Resultat	14	-	603	603	0 %	477	126

Til info vedlegges opprinnelig budsjettutkast, behandlet i styre i september.

Saksbehandler: Berit Bye

Sykehusbygg HF, 18.11.2022

Terje Bygland Nikolaisen
administrerende direktør

Elektronisk godkjent uten signatur

Vedlegg:

Vedlegg 1: SB-SAK 47/22: Utkast til budsjett 2023

Vedlegg 2: Utkast til budsjett fellesoppgaver 2023

VEDLEGG TIL SB-SAK 47/2022
Budsjettutkast Sykehusbygg HF, 2023

Notatet gir en gjennomgang av sentrale forutsetninger for Sykehusbygg HF sitt utkast til budsjett for 2023. Notatet vil bli rapportert til eierne som grunnlag for videre behandling og beslutning om de økonomiske rammene for Sykehusbygg for 2023.

1. Oppsummering

Budsjettet for 2023 er som tidligere år bygd på forventningene i den enkelte avdeling i Sykehusbygg. Aktiviteten i avdelingene er i all hovedsak et resultat av aktiviteten hos våre eiere og oppdragsgivere.

Budsjettet er satt opp i 2022 kroner. Sammenligningene med ØLP gjøres med henvisning til ØLP for perioden 2023 – 2026, som ble rapportert i mars 2022.

<i>Tall i 1000 NOK</i>	B2022	ØLP2023	B2023	Δ B2023 vs ØLP2023	
Tilskudd fra RHF	43 688	43 042	44 649	1 607	1 %
Andre inntekter	313 750	318 251	354 628	36 377	11 %
Sum driftsinntekter	357 438	361 293	399 277	37 984	11 %
Varekostnad/-forbruk	77 220	54 000	104 720	50 720	94 %
Lønnskostnad	242 414	263 954	256 438	-7 516	-3 %
Ordinære avskrivninger	888	850	888	38	4 %
Andre driftskostnader	37 046	42 489	36 948	-5 541	-13 %
Sum driftskostnader	357 568	361 293	398 994	37 701	10 %
Driftsresultat	-130	-	283	283	0 %
Finansinntekt (+)	150	-	200	200	0 %
Finanskostnad (-)	-6	-	-6	-6	0 %
Sum finansposter	144	-	194	194	0 %
Resultat	14	-	477	477	0 %

2. Inntekter

Foretaket har 2 inntektskilder. Det er salg av timer i prosjekt, samt tilskudd fra våre eiere til dekning av deler av administrasjonskostnadene og øremerket tilskudd til eget arbeid med, og kjøp av eksterntjenester relatert til fellesoppgaver gitt av våre eiere.

Salg av timer er basert på forventet faktureringsgrad. Faktureringsgraden er bygget opp basert på forventninger til den enkelte ansatte. Avdelingene har på grunn av oppgavene de løser og prosjektenes art noe ulik faktureringsgrad. Prosjektavdelingen har som regel langsiktige prosjekt, mens rådgivingsavdelingen har flere korte prosjekt som påvirker mulighetene til å oppnå like høy

faktureringsgrad. Prosjektene i Oslo, Drammen og Nye SUS, som er organisert i egne avdelinger, tilbys månedsrater. Dette gir en forutsigbar fakturering og inntekt for foretaket, samtidig som det gir god forutsigbarhet på kostnadene i prosjektene. Disse prosjektene har i tillegg til dedikerte ressurser på månedsrater også noe bruk av ansatte fra andre avdelinger i foretaket som faktureres etter timerate.

For ressurser i øvrige avdelinger (i hovedsak Prosjektavdelingen og Avdeling rådgiving og tidligfase) som har leveranser inn i prosjekter, er det budsjettert med en faktureringsgrad på 77% (lederressurser er ikke inkludert), og tilsvarer forutsetning som tidligere år. Organisasjonsendring gjennomført i 2021 har medført at noe mer tid er avsatt til ledelse. Høsten 2022 gjennomføres en organisasjonstilpasning der seksjonene i prosjektavdelingen blir delt i henholdsvis en seksjon prosjektstyring og seksjon byggøkonomi.

Timepriser

Timeprismodellen ble i 2022 endret til en selvkostbasert modell, med 5 ulike prisnivå. Basert på gjennomgang av erfaringer i prosjektene med ny prismodell, foreslås en videreføring av dette i 2023. Det foreslås en utvidelse med ytterligere en priskategori. Den nye kategorien legges til grunn for bruk for ansatte som fortsetter å arbeide i foretaket etter å ha pensjonert seg. De fortsetter da på pensjonistlønn.

Modellen legger til grunn at det er ressursens selvkost som avgjør hvilken timepris som faktureres. Selvkost beregnes ut fra den ansattes lønn med tillegg av sosiale kostnader og en proratisk andel av felleskostnader. Evt endringer i budsjett som følge av videre behandling hos eierne kan påvirke timeprisen i det endelige budsjettet.

Prisene er regulert opp med 2,5% i forhold til prisene for 2022.

Nivå	Pris 2022	Pris 2023
Nivå 0		600
Nivå 1	940	964
Nivå 2	1090	1117
Nivå 3	1190	1220
Nivå 4	1335	1368
Nivå 5	1540	1579

Budsjetterte inntekter for 2023 sett opp mot siste ØLP viser et avvik på 37,9 mill i økte inntekter. Avviket skyldes i all hovedsak forventning om høyere eksterntkjøp i budsjett 2023.

Rammefinansieringen er lagt opp på samme nivå som inneværende år (2022). Det foreligger usikkerhet med hensyn til nivå på rammen for fellesoppgaver som må endelig avklares. Foretaket er kjent med prosessen med ny finansieringsmodell, og det forventes at denne innføres 100% fra 2023. Budsjettet er satt opp i henhold til

dagens finansieringsmodell, da endringen i modellen ikke medfører endringer som er vesentlige i vurderingen av budsjettet slik den er foreslått. Endelige rammer for, og innhold i, fellesoppgavene vil bli fastsatt i dialog med våre eiere på et senere tidspunkt. Det er forventet at foretaket allerede ved innsending av budsjettforslag den 9. september rapporterer en tentativ plan for fellesoppgaver i 2023. Foretaket har bedt om at denne kan ettersendes noe senere i september.

3. Kostnader

2.1 Varekostnad (direkte prosjektkostnader)

Dette er kostnader til prosjekt, som er kjøpt over våre rammeavtaler og viderefaktureres til prosjektene. I tillegg er det kostnader til fellesoppgaveprosjektene ved kjøp fra underleverandører. Det forventes vesentlig større avrop fra disse avtalene enn forutsatt i ØLP. Kostnadene til prosjektene viderefaktureres uten påslag fra Sykehusbygg.

2.2 Lønnskostnader

Bemannings	2022	2023
Budsjett	188	190
Forventet	174	
ØLP	188	202

Ressursbehovet for 2023 er estimert basert på avtalte og forventede oppgaver som skal løses for våre oppdragsgivere. Dette viser et behov for netto tilgang på 16 nye medarbeidere i foretaket i løpet av året. Lønnskostnad er i budsjettet periodisert basert på forventet oppstart for den enkelte. Avviket på personalkostnader fra ØLP forklares i hovedsak med tilpasning av situasjonen i foretakets prosjektportefølje, der det er knyttet større usikkerhet rundt fremdrift i flere prosjekt.

Avviket på antall ansatte mellom budsjett 2022 og ØLP på den ene siden, og forventet antall ansatte ved årsskifte, kommer av en lavere rekruttering enn planlagt. Behovene i prosjektene har vært noe lavere enn antatt. Begrunnelsen er den samme som beskrevet over.

2.3 Andre driftskostnader

Foretaket forventer for 2023 ingen vekst i andre driftskostnader totalt, sammenlignet med budsjett for 2022. Det er noen interne omfordelinger mellom kostnadsposter.

Kostnadene til drift er noe lavere enn prognosen som følger av ØLP. Dette skyldes i stor grad at kostnadsnivået for mange av driftskostnadene kan opprettholdes, selv om vi blir flere medarbeidere. I ØLP er flere av kostnadene beregnet flatt pr ansatt,

og med helårsvirkning. Dette er ikke tilfelle, og innebærer at kostnad til driften ifbm vekst utvikler seg lavere enn prognosert.

Husleiekostnadene forventes heller ikke å endre seg i 2023 utover normal indeksregulering. Dette selv om vi blir flere medarbeidere. Mot slutten av 2023 er det forventet et redusert behov for kontorlokaler i Oslo da flere prosjekt planlegger flytting til prosjektkontor på byggeplass. Dette er sammenfallende med utløp av leieavtale for kontorlokalene i Oslo, og prosess for å identifisere videre behov for kontorlokaler er igangsatt.

4. Risiko – usikkerhet

Foretaket har arbeidet med budsjettet på en slik måte at alle avdelingsledere og seksjonsledere har bidratt med innspill om og forventninger til driften av egen seksjon/avdeling i 2023. Ved å sørge for en tidlig involvering av ledere oppnår en forankring, og bedre oversikt over aktiviteten i organisasjonen. I arbeidet er det ikke avdekket risikoområder som ikke tidligere er kjent.

Hovedrisiko for foretaket er fortsatt knyttet til personalressursene, og dersom disse blir gående ledig over en periode uten å kunne fakturere prosjekt. Foretaket arbeider med å sikre god utnyttelse av den kapasitet som finnes i foretaket til enhver tid. Dette for å unngå lediggang og bidra til god medarbeidertilfredshet.

De siste månedene har det kommet signaler fra våre oppdragsgivere i flere prosjekter som gir grunnlag for å uttrykke noe høyere nivå på usikkerheten fremover, jf også oppdatert Risikobilde etter 1. halvår 2022. Flere prosjekt har blitt enten satt helt på pause, eller fått aktiviteten betydelig redusert (for en periode). Foretaket er ikke kjent med at det foreligger planer om endringer i bruk av Sykehusbygg, jf Oppdragsdokument for 2023 om dette fra HOD til Helse Vest og Helse Sør-Øst.

Foretaket arbeider kontinuerlig med å sikre rett ressurstilgang, og budsjettet for 2023 er lagt basert på situasjonen som foretaket har informasjon om ved rapporteringstidspunktet. Endringer som blir kjent utover høsten 2022, blir innarbeidet i revideringer av budsjettet frem mot behandling i november/desember 2022.

Saksbehandler: Berit Bye

Sykehusbygg HF, 09.09.2022

Terje Bygland Nikolaisen
administrerende direktør

Sykehusbygg HF, FO budsjett 2023

Første utkast, pr 1.11.2022

18.11.2022



Foreløpig plan for FO aktiviteter for 2023

- Tabellen til høyre viser et første utkast til budsjett for FO-aktiviteten for 2023.
- Det er ikke mottatt tilbakemelding på Sykehusbygg sine forslag til nye oppdrag for 2023.

Oppgave	Prosjektleder	Prosjektnr	Leveranse år	Budsjett 2023
Fremskrivning, videreutvikling	Øyvind Hope	900301310		500 000
Kunnskapsbanken, etablering	Kent Hårsaker	900101400		4 000 000
NY: COVID19 (forslag)				500 000
NY: Flexibilitet i bygg (forslag)				1 000 000
NY: Medvirkning/OU (forslag)				1 000 000
SUM Utviklingsprosjekter				7 000 000
Oppgave	Prosjektleder	Prosjektnr	Leveranse	Budsjett 2023
Framskrivning/dimensjonering, utførelse	Øyvind Hope	900301324		2 000 000
E BIM, implementering, koordinering og drift	Kent Hårsaker			1 000 000
Oppdatering Veiledere og Standarder	Trude Fagerli	900301325		750 000
Klassifikasjonssystemet	Gunn Håberget	900301326		500 000
Kunnskapsdeling	Berit Bye	900101403		1 000 000
Kunnskapsgrunnlag	Pål Ingdal	900301405		3 500 000
Erfaringstalldatabase	Helle Jensen	900401319		500 000
Kulturminnevern	Torstein Arisholm	900301327		4 500 000
Standardromkatalogen	Pål Ingdal	900301311		500 000
Klimaregnskap for RHF-ene	Jens Eirik Ramstad	900201397		300 000
Evalueringsmetodikk	Øyvind Hope	900301329		1 000 000
SUM Driftsoppgaver				15 550 000
Oppgave	Prosjektleder	Prosjektnr	Leveranse	Budsjett 2023
Kurs og konferanser	Eva Kvål	900101331		1 000 000
Myndighetskontakt og høringer	Berit Bye	900101333		200 000
Nettverk	Eva Kvål	900401332		750 000
Annet	Per Morten	900101334		500 000
SUM Administrative oppgaver				2 450 000
Sum				25 000 000

SB-SAK 56/2022**Målbilde og strategisk utvikling for Sykehusbygg HF****Forslag til vedtak:**

1. Styret tar til informasjon at styrene i de regionale helseforetakene har vedtatt målbilde og strategisk utviklingsretning for Sykehusbygg HF.
2. Styret gav innledende innspill til innretning på videre handlingsplanarbeid for Sykehusbygg HF.
3. Styret ba Administrasjonen komme tilbake med forslag til plan for videre arbeid med handlingsplaner i et kommende styremøte.

Saksutredning/bakgrunn:

Styrene i de regionale helseforetakene har behandlet likelydende saker som omhandler langsiktige målbilder og strategisk utvikling av de regionale helseforetakenes felleseide helseforetak. Målbildene skal inngå som en del av de regionale helseforetakenes utviklingsplaner.

Fra styresakene i de regionale helseforetakene heter det:

«Det er gjennomført en ny gjennomgang av de felleseide helseforetakene, herunder oppdatering av vedtekter, helseforetakenes formål/virksomhet, harmonisering av eierandeler, styresammensetning, faglig og operativ samhandling mellom HF, RHF og felleseide samt involvering av tillitsvalgte i oppfølgingen av disse helseforetakene. Gjennomgangen har vist at det er et behov for å etablere et felles målbilde og strategisk utviklingsretning som er omforent mellom de regionale helseforetakene. Felles målbilde og strategisk retning for de felleseide skal inngå som en del av de regionale helseforetakenes langsiktige utviklingsplaner. Bakgrunnen for dette er at de felleseide helseforetakene er virkemidler for å ivareta oppgaver innenfor en avgrenset del av RHF-enes ansvarsområde, og strategisk retning for de felleseide helseforetakene bør derfor følge av et felles målbilde for hele området og som settes av RHF-ene».

Regional utviklingsplan er det regionale helseforetakets overordnede strategi. Planen samler forventningen fra eier og innspill fra helseforetak og samarbeidspartnere. Den regionale utviklingsplanen har to tidsperspektiver; det langsiktige fram mot 2040 og et kortere fire års perspektiv. Videre skriver de administrerende direktørene at *«de felleseide foretakene utfører oppgaver som utgjør en viktig del av den samlede virksomheten i spesialisthelsetjenesten. Det er derfor viktig at målbildet for denne delen av tjenesten også inngår som en del av de regionale helseforetakenes regionale utviklingsplaner».*

Arbeidet med utforming av målbilde og strategisk retning tydeliggjør og forsterker også hvilket virkemiddel de felleseide foretakene er innenfor en avgrenset del av RHF-enes ansvarsområde. Gjennom dette arbeidet pekes det på at den strategiske

retning for de felleseide helseforetakene derfor bør følge av et felles målbilde for hele området og som settes av RHF-ene.

Målbilde og strategisk utvikling for Sykehusbygg HF

Styrene i de regionale helseforetakene har nå vedtatt målbilde og strategisk utvikling for alle de felleseide helseforetakene. Målbilde og strategisk utvikling for Sykehusbygg HF følger av vedlegg 1.

Det forventes videre at de felleseide helseforetakene utarbeider egne handlingsplaner som er i tråd med de strategiske målbildene.

Sykehusbygg HF sin strategi som ble vedtatt i styret i desember 2015 var utarbeidet for perioden 2016-2021.

Behandling i styremøtet

I styremøtet ønskes styrets innledende tilbakemeldinger på forventninger og føringer for det videre (strategi- og) handlingsplanarbeidet som skal utføres. Med bakgrunn i dette, og i dialog med styrets leder, vil Administrasjonen deretter komme tilbake med forslag til plan for videre arbeid i et kommende styremøte.

Sykehusbygg HF, 18.11.2022

Terje Bygland Nikolaisen
Administrerende direktør Sykehusbygg

Elektronisk godkjent uten signatur

Vedlegg 1: Målbilde og strategisk utvikling for Sykehusbygg HF

Målbilde og strategisk utvikling for Sykehusbygg HF

Gode sykehusbygg er en viktig rammebetingelse for god og effektiv pasientbehandling. Det er derfor viktig at planlegging og bygging/ombygging av sykehusbygg blir gjort på en god måte, og at byggene deretter blir forvaltet, driftet og videreutviklet profesjonelt.

Hovedhensikten med Sykehusbygg HF er å utvikle og forvalte relevant kompetanse på et nivå som det ikke er hensiktsmessig at alle helseforetak håndterer i egen regi. Ved å samle ressurser og kunnskap i ett helseforetak som kan samarbeide med flere helseforetak på tvers av regiongrenser, er det lettere å drive erfaringsoverføring mellom prosjekter, og mellom helseforetak/regioner. Med utgangspunkt i blant annet erfaringer fra prosjektene skal Sykehusbygg HF, i samarbeid med eierne, utvikle standarder der dette gir verdi.

Det er de enkelte helseforetakene som eier byggene, og som har det totale ansvaret for sine egne bygninger og eiendommer. Dette innebærer ansvar for prioritering og planlegging av investeringsprosjekter innenfor faglige og økonomiske rammer, samt forvaltning, drift, vedlikehold, utvikling og avhending av bygningsmassen. De regionale helseforetakene gir strategiske føringer for hvordan helseforetakene skal utøve dette ansvaret.

Mål for Sykehusbygg HF

Sykehusbygg HF skal bidra til framtidsrettet utvikling av sykehusutbyggingen i Norge gjennom læring, innovasjon og erfarings- og kompetanseoverføring.

De regionale helseforetakene vil at Sykehusbygg HF skal:

- Være en verdiskapende partner
- Skape merverdi ved bidra i utvikling og planlegging, samt gjennomføre byggeprosjekter til avtalt kvalitet og innenfor budsjett og tidsrammer. Prosesser og løsninger skal være kostnadseffektive
- Benytte kunnskapsbaserte metoder og verktøy. Gjennom standardisering og bruk av innovative løsninger skal dette bidra til en framtidsrettet utvikling av sykehusbyggingen
- Være det ledende fagmiljøet i landet for utvikling og gjennomføring av sykehusbyggeprosjekter. Helseforetaket skal kjennetegnes av et sterkt faglig engasjement og ha en kultur for læring og deling
- Sykehusbygg HF skal arbeide prosjektnært. Fokus skal være dynamisk kunnskaps- og erfaringsdeling med utgangspunkt i valgte løsninger og gjennomførte prosjekter, evalueringer og prosesser
- Utarbeide og forvalte standarder og veiledere der dette gir verdi, og ha fokus på deling og tilgjengeliggjøring av løsningsvalg som utvikles i prosjektene
- Være kunnskapsbanken for helseforetakene når det kommer til løsninger og konseptvalg for sykehusbygg. Kunnskapen og erfaringen skal deles når den oppstår, og gjøres lett tilgjengelig i digitalt, søkbart format

SB-SAK 58/2022 Forslag til forvaltningsstrategi for standarder og veiledere**Forslag til vedtak:**

Forslag til Forvaltningsstrategi for standarder og veiledere utarbeidet av Sykehusbygg HF, oversendes eierne som svar på oppdraget og for videre behandling.

Bakgrunn:

Sykehusbygg HF mottok gjennom oppdragsdokument for 2022 følgende oppdrag:

«Sykehusbygg HF bes om å utarbeide en forvaltningsstrategi for standarder og veiledere utarbeidet av helseforetaket. Strategien skal sikre at denne type dokument til enhver tid er oppdaterte og relevante for bruk i aktuelle prosjekt. Forslaget legges frem for eierens godkjenning innen 30. september 2022.»

Arbeidet er nå ferdigstilt og det foreligger et forslag til *Forvaltningsstrategi for standarder og veiledere utarbeidet av Sykehusbygg HF* (Vedlegg 1).

Prosjektet har vært gjennomført i samråd med Kundeforum. Sykehusbygg HFs ledergruppe har vært styringsgruppe for prosjektet. Prosjektgruppen har bestått av følgende deltakere oppnevnt av de regionale helseforetakene:

- Torbjørn Aass, Helse Sør Øst RHF
- Hans Kristian Stenby (erstatte Kjell Einar Bjørklund), Helse Vest RHF
- Tor-Arne Hanssen, Helse Nord RHF
- (Ingen representant oppnevnt for Helse Midt RHF og for HOD)

I tillegg har flere ressurser fra Sykehusbygg HF deltatt i arbeidet (i hovedsak kjernegruppen fra arbeidet med revisjon av tidligfaseveilederen).

I Kundeforum sin sak 13/2021 ble det påpekt at det må utarbeides rutiner for felleseide veiledere, i tillegg til rutinene Sykehusbygg HF har utarbeidet for sine interne veiledere.

Saken legges nå frem for styret i Sykehusbygg HF for behandling.

Vurdering

Oppdraget omfatter alle standarder og veiledere som er utarbeidet av Sykehusbygg HF, uavhengig av hvem som eier den enkelte standard eller veileder.

En forvaltningsstrategi forutsetter at man har en felles forståelse av hvilke veiledere og standarder som finnes og hvilket eierskap disse veilederne og standardene har.

Her ble det avdekket to veiledere der det er behov for avklaring av status;

- Veileder for utvikling og forvaltning av bygg og eiendom
- Avhendingsstrategi

Veileder for utvikling og forvaltning av bygg og eiendom er behandlet av styret i Sykehusbygg HF og oversendt eierne, men ikke behandlet i styrene i de regionale helseforetakene. Dersom veilederen ikke skal eies av RHF-ene, vil den dekkes av rutiner for Sykehusbygg HFs interne veiledere.

Avhendingsstrategi er ikke eid av RHF-ene, men det er behov for at RHF-ene vurderer behovet for å gi denne status som felleseid veileder. Dersom denne veilederen ikke skal eies av RHF-ene, vil den dekkes av rutiner for Sykehusbygg HFs interne veiledere.

I tillegg har de regionale helseforetakene eierskap til to veiledere;

- Veileder for parkering
- Veileder for arbeidet med utviklingsplaner.

Disse to veilederne dekkes ikke av rutinene som legges frem her.

For Sykehusbygg HFs egne standarder og veiledere, var det etablert en forvaltningsrutine før oppdragsbrevet for 2022 ble mottatt. Som en konsekvens av dette har arbeidsgruppen konsentrert seg om standarder og veiledere som er eid av de regionale helseforetakene i fellesskap.

Etter at arbeidsgruppen avsluttet sitt arbeid, er det internt i Sykehusbygg HF konkludert med at den nye rutinen med fordel kan omfatte også internt eide standarder og veiledere. Rutinen er derfor omskrevet til også å gjelde interne veiledere og standarder, men uten at innholdet for øvrig er endret. Den vedlagte rutinen skulle derved være godt forankret i arbeidsgruppen, selv om den nå omfatter flere standarder og veiledere enn det arbeidsgruppen la til grunn.

Nedenfor følger en oversikt over veiledere, der felleseide veiledere og standarder er markert med hvit bakgrunn:

Veileder	Eier	Publiseringsår
Felleseide veiledere, ikke forvaltet av sykehusbygg (ikke omfattet av revisjonsrutiner)		
Veileder for arbeidet med utviklingsplaner	RHF	2021
Veileder for parkering	RHF	2020
Felleseide veiledere (foreslått omfattet av revisjonsrutiner)		
Veileder for tidligfasen i sykehusbyggprosjekter	RHF	2017
Veileder for sikring av bygg og infrastruktur	RHF	2021
Standard for klima og miljø	RHF	2021
Nasjonal BIM-strategi	RHF	2021
Veileder for evaluering av sykehusbyggprosjekter	RHF	2019
Behov for avklaring av status (uavklart omfattet av revisjonsrutiner)		
Veileder for utvikling og forvaltning av bygg og eiendom	RHF?	2020
Ikke felleseid, men vurdere om det ønskes (ikke omfattet av revisjonsrutiner)		
Avhendingsstrategi	SB	2016
Veileder/standarder utarbeidet av Sykehusbygg, interne revisjonsrutiner etablert		
Veileder hovedprogram	SB	2019
Byggveileder smittevern	SB	2019
Standardromskatalog	SB	2018
Veileder IKT tidligfase	SB	2020
Veileder for informasjons- og datasikkerhet i Sykehusbygg	SB	2019
Manual for konseptprogram/kunnskapsoppsummeringer	SB	2020

For selve rutinebeskrivelsen vises det til vedlagte *Forvaltningsstrategi for standarder og veiledere utarbeidet av Sykehusbygg HF*.

Saksbehandler: Endre Fjellestad, Trude Fagerli

Sykehusbygg HF, 18.11.2022

Terje Bygland Nikolaisen
administrerende direktør

Elektronisk godkjent uten signatur

Vedlegg:

Vedlegg 1: Forvaltningsstrategi for standarder og veiledere utarbeidet av Sykehusbygg HF

Forvaltningsstrategi for standarder og veiledere utarbeidet av Sykehusbygg HF



RUTINE

UTARBEIDET AV		
Arbeidsgruppe oppnevnt av de Regionale helseforetakene og Sykehusbygg	Deltakere: Torbjørn Aass, Tor-Arne Hanssen, Hans Kristian Stenby, Aud Sivertsen, Vigdis Hartmann, Endre Fjellestad, Trude Fagerli	

DOKUMENTSTATUS					
Versjon	Dato	Versjonsbeskrivelse	Utarbeidet av	Kontrollert av	Godkjent av
0.9	29.09.2022	Forslag til forvaltningsstrategi standarder og veiledere	arbeidsgruppe	TF	ML
1.0	18.11.2022	Forvaltningsstrategi, samlet forvaltningsstrategi for alle veiledere (Interne rutiner slått sammen med rutiner for felleseide)	EF	TF	ML

BEHANDLINGSPROSEDYRE			
Oversendt for behandling	Forventet dato for behandling	Instans	Dato for behandling
10.11.2022	10.11.2022	Ledergruppen i Sykehusbygg (v0.9)	10.11.2022
10.11.2022	23.11.2022	Kundeforum (v0.9)	23.11.2022
18.11.2022	25.11.2022	Styret i Sykehusbygg (v1.3)	25.11.2022

1 Forvaltningsstrategi for standarder og veiledere utarbeidet av Sykehusbygg HF

1.1 Bakgrunn

Sykehusbygg HF forvalter en rekke standarder og veiledere. Noen av disse er utarbeidet av Sykehusbygg HF etter foretakets eget initiativ, mens noen er utarbeidet av Sykehusbygg HF etter oppdrag gitt gjennom oppdragsbrev. Følgelig har standarder og veiledere utarbeidet av Sykehusbygg HF ulike eiere.

Dette dokumentet beskriver et forslag til forvaltningsstrategi for alle disse i form av en rutinebeskrivelse.

1.2 Veiledere omfattet av rutinen

Forvaltningsstrategien omfatter bare standarder og veiledere som er godkjent av dokumentets eier. Disse veilederne er godkjent og omfattet av rutinen:

Veileder	Eier	Publiseringsår
Felleseide veiledere, ikke forvaltet av sykehusbygg (ikke omfattet av revisjonsrutiner)		
Veileder for arbeidet med utviklingsplaner	RHF	2021
Veileder for parkering	RHF	2020
Felleseide veiledere (foreslått omfattet av revisjonsrutiner)		
Veileder for tidligfasen i sykehusbyggprosjekter	RHF	2017
Veileder for sikring av bygg og infrastruktur	RHF	2021
Standard for klima og miljø	RHF	2021
Nasjonal BIM-strategi	RHF	2021
Veileder for evaluering av sykehusbyggprosjekter	RHF	2019
Behov for avklaring av status (uavklart omfattet av revisjonsrutiner)		
Veileder for utvikling og forvaltning av bygg og eiendom	RHF?	2020
Ikke felleseid, men vurdere om det ønskes (ikke omfattet av revisjonsrutiner)		
Avhendingsstrategi	SB	2016
Veiledere/standarder utarbeidet av Sykehusbygg, interne revisjonsrutiner etablert		
Veileder hovedprogram	SB	2019
Byggveileder smittevern	SB	2019
Standardromskatalog	SB	2018
Veileder IKT tidligfase	SB	2020
Veileder for informasjons- og datasikkerhet i Sykehusbygg	SB	2019
Manual for konseptprogram/kunnskapsoppsummeringer	SB	2020

Listen oppdateres når nye standarder og veiledere kommer til.

1.3 Revisjonsrutiner / revisjonsplan

Hver veileder skal ha en revisjonsplan.

Revisjonsplan skal inneholde:

- at veilederen skal opp til vurdering for revisjon hvert 2. år
- hvem som eier dokumentet og hvem som har myndighet til å gjennomføre og godkjenne revisjon

Håndtering av endringsønsker:

- Endringsønsker legges frem for Kundeforum
- Revisjon godkjennes av den revisjonsplanen viser til

Endringer samles opp i et addendum til veileder og skal være tilgjengelig, og vise hvor endringen gjelder. Addendum skal inneholde årsak til endring, forslag til endring og mulig konsekvens. Versjonshistorikk med dokumentasjon skal foreligge.

Det er dokumentansvarlig i Sykehusbygg HF som skal sikre at revisjonsrutinen gjennomføres.

Oppdrag om forvaltningsansvar for revisjon av felleseide veiledere vil bli gitt i oppdragsdokument. Oppdrag om revisjon av felleseide veiledere utenom vedtatt revisjonsplan kan bli gitt i oppdragsdokument.

Alle veiledere skal ha dokumentkontroll som minimum inneholder veilederens navn, hvem som har godkjent veilederen, hvem som forvalter veilederen, versjonshistorikk. Den som forvalter en veileder, skal etter hver revisjon utarbeide en oversikt over endringer som er utført siden forrige revisjon. Oversikten skal ligge tilgjengelig.

Rollebeskrivelser:

RHF-ene: Eiere og oppdragsgivere til Sykehusbygg HF. Eiere av felleseide veiledere. Vedtar forvaltningsstrategi for felleseide veiledere. Vedtar hvilke veiledere som skal være felleseid. Vedtar revisjonsplan, inkludert beslutningsnivå for revisjon/hovedrevisjon for felleseide veiledere.

Sykehusbygg HF: Forvalter felleseide veiledere. Utarbeider forslag til revisjoner. Oppdaterer addendum til veileder mellom revisjoner. Beslutter revisjonsplan og endringer i interne veiledere.

Kundeforum: Gir løpende innspill til veiledere og forslag til endringer. Høringsinstans ved hovedrevisjoner av veiledere.

SAK 59/2022**Revisjon av *Veileder for tidligfasen i sykehusbyggprosjekter*****Forslag til vedtak:**

Forslag til revidert Veileder for tidligfasen i sykehusbyggprosjekter oversendes eierne som svar på oppdraget. Innspill fra høringen og kommentarer gitt av styret, innarbeides før oversendelse til eierne.

Bakgrunn for saken:

En veileder for tidligfasen i sykehusbyggprosjekter 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 HF høsten 2021 et erfaringsseminar for å avdekke i hvilken grad en revisjon er formålstjenlig. Deltagerne på seminaret var inviterte via de regionale helseforetakene og besto 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. I hovedsak bør veilederen derfor beholdes uten vesentlige endringer, selv om det oppfattes 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 en høringsversjon til revidert veileder (Vedlegg 1).

Prosjektet har vært gjennomført i samråd med Kundeforum. Sykehusbygg HFs ledergruppe har vært styringsgruppe for prosjektet, mens Kundeforum også har fylt rollen som referansegruppe. Prosjektgruppen har bestått av;

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 RHF:

Lars Magnussen	eiendomssjef - eierstyring
----------------	----------------------------

Fra Helse Sør-Øst RHF:

Tora Langseth	prosjektsjef
Atle Berg	senior finansanalytiker

Fra Helse Vest RHF:

Hans Kristian Stenby	plansjef
----------------------	----------

Fra Helse Nord:

Otto Larsen (NS HF)	avdelingsleder drift og eiendom
---------------------	---------------------------------

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 gjestående 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 høringsfristen ble satt til 17.11.2022.

Ved fristens utløp har det kommet inn hørings svar fra Helse Nord RHF og Helse Vest RHF, samt en tilbakemelding fra Helse Midt-Norge RHF. Sist nevnte skal ha en formell behandling av saken 21. november. Helse Sør-Øst RHF har fått utsatt høringsfristen til 05. desember.

Saken legges nå frem for styret i Sykehusbygg HF for klargjøring av videre prosess og sluttbehandling.

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 *Veileder for arbeidet med utviklingsplaner* ble revidert i 2021, og at det i denne revisjonen 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 HFs 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 fem nevnte innsatsfaktorene 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 er veileder for den nevnte prosessen; *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.) Ved 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 temaet *lokalisering* i sin helhet er foreslått 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*.

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:

- 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.

En mer omfattende oversikt over de endringene som er foreslått er vedlagt (Vedlegg 2).

Som tidligere nevnt har forslag til revidert veileder vært på høring. Overordnet inntrykk er at det gjennomgående blir gitt anerkjennelse til det arbeidet som arbeidsgruppen har nedlagt.

Helse Vest RHF anfører at "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.»

Nedenfor stående liste er en oppstilling av samtlige høringssvar som innebærer forslag om endringer. Flere av punktene er nevnt av flere regioner. Listen inkluderer ikke høringssvar fra Helse Sør-Øst RHF, som har fått utsatt frist til 5. desember. Den inkluderer heller ikke høringssvaret fra Helse Midt-Norge, men der er det bekreftet at det ikke kommer innspill som er vesentlig og negativt.

1. Samhandlingsnivåene bør justeres, jfr. figur i kapittel 9
2. Beskrivelsen av økonomisk bærekraft bør tydeliggjøres
3. Evaluering bør nedtones/målrettes, gjerne med involvering av eksterne
4. Det bør vurderes å gi Sykehusbygg et ansvar for evaluering
5. Forventningsavklaringer (kvalitet og omfang) på leveranser bør tydeliggjøres
6. Overordnet gevinstoversikt bør flyttes fra prosjektinnramming til konseptfasen
7. «Effektiv drift og god pasientbehandling» bør omtales tidligere enn i forprosjektet og prosessen bør eies av helseforetaket, ikke prosjektet
8. Samhandling, medvirkning og medbestemmelse er uklart forklart og indikerer en avstand mellom helseforetaket og prosjektet.
9. Aksjoner og beslutninger bør tydeliggjøres, blant annet forskjellene mellom steg 2 og forprosjektfasen
10. Beskrivelse av byggefasen burde vært tydeligere

11. Presisering av bæreevne (likviditet og regionnivå)

I tillegg er det et innspill fra Helse Nord RHF at tidspunktet for finansieringsbeslutningen bør komme så tett opp til prosjektstart som mulig. De skriver samtidig at «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.»

Arbeidsgruppens vurderinger av de høringssvarene som har kommet så langt, er at det ikke har kommet noe som burde bli problematisk å håndtere.

Den videre prosessen foreslås derfor lagt opp slik;

- Høringsuttalelsene ferdigbehandles i arbeidsgruppen, eventuelt etter en avsjekksrunde med regionene, hvor det loggføres hvordan hver enkelt uttalelse er foreslått håndtert.
- Endelig forslag til revidert veileder forelegges administrerende direktør, som beslutter hvorvidt det er formålstjenlig å legge endelig forslag til revidert veileder frem for styret på nytt, eller om veilederen kan sendes eierne som svar på oppdraget.

Saksbehandler: Endre Fjellestad

Sykehusbygg HF, 18.11.2022

Terje Bygland Nikolaisen
administrerende direktør

Elektronisk godkjent uten signatur

Vedlegg:

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

Vedlegg 2: Oversikt over de vesentligste forslagene til endringer fra gjeldende versjon

VEILEDER FOR TIDLIGFASEN I SYKEHUSBYGGPROSJEKTER

INNHALDSFORTEGNELSE

1. INTRODUKSJON.....	1	6. FORPROSJEKTFASE	21
1.1 TIDLIGFASEN I SYKEHUSBYGGPROSJEKTER.....	2	6.1 FORMÅL.....	22
1.2 FORMÅL MED VEILEDEREN	2	6.2 GRUNNLAG	22
1.3 PLANGRUNNLAG.....	2	6.3 LEVERANSER	22
1.4 UTVIKLING AV VIRKSOMHET OG BYGG I TIDLIGFASEN	3	6.4 ARBEIDSPROSESSER.....	22
1.5 MÅLGRUPPER OG BRUK AV VEILEDEREN	3	6.5 VERKTØY.....	24
2. OVERORDNEDE STYRINGSSIGNALER	4	6.6 GODKJENNE INVESTERING (B4)	24
3. TIDLIGFASEN – FASER OG BESLUTNINGSPUNKT	5	7. VIDERE ARBEID ETTER TIDLIGFASEN	25
4. PROSJEKTINNRAMMING.....	9	8. ØKONOMISKE BEREKNINGER	26
4.1 FORMÅL.....	9	8.1 FORMÅL.....	27
4.2 GRUNNLAG.....	9	8.2 GRUNNLAG	27
4.3 LEVERANSER.....	10	8.3 ØKONOMISK BÆREEVNE.....	27
4.4 ARBEIDSPROSESSER.....	10	8.4 ANALYSENIVÅER.....	28
4.5 VERKTØY	12	8.5 METODE	28
4.6 GODKJENNE PROSJEKTINNRAMMING (B2).....	12	9. SAMHANDLING OG MEDVIRKNING I UTVIKLINGEN AV VIRKSOMHET OG BYGG	29
5. KONSEPTFASEN	14	9.1 SAMHANDLING.....	30
5.1 FORMÅL	14	9.2 MEDVIRKNING.....	31
5.2 GRUNNLAG.....	14	9.3 ORGANISASJONSUTVIKLING	31
5.3 LEVERANSER.....	14	VEDLEGG.....	32
5.4 KONSEPTFASENS TO STEG	15	A – Beslutningspunkter og beslutningsgrunnlag.....	32
5.5 ARBEIDSPROSESSER STEG 1	16	B – Definisjoner av begreper og forkortelser.....	33
5.6 VALG AV KONSEPT FOR UTDYPING I STEG 2 (B3A) ..	17	C – Mandat (eiers bestilling)	37
5.7 ARBEIDSPROSESSER I STEG 2.....	18	D – Styringsdokument.....	39
5.8 VERKTØY	19	E – Hovedprogram	41
5.9 GODKJENNE VALG AV KONSEPT (B3).....	20	F – Konseptrapport	42
		G – Forprosjektrapport.....	43
		H – KSK-rapport	45
		I – Prosjektinnramming: utdyping.....	46



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 underfasene; prosjektinnramming, 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

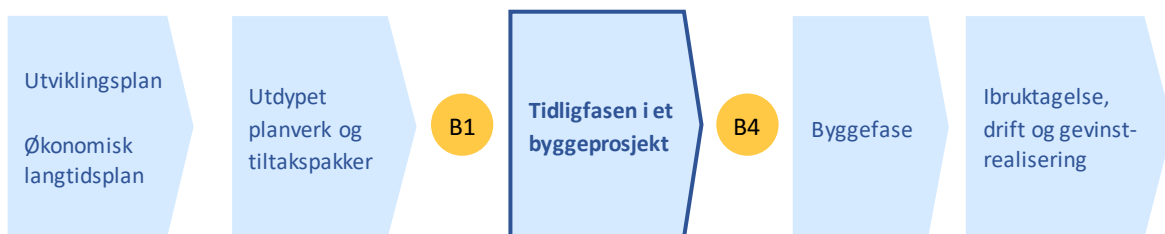
Formålet med veilederen er å sikre et best mulig beslutningsunderlag for mulige investeringsprosjekter. Veilederen skal blant annet bidra til:

- at et investeringsprosjekt støtter opp under overordnede mål og planer og blir vurdert som beste løsning for en konkret problemstilling
- 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. Planen skal også vise hvordan de fem viktigste innsatsfaktorene understøtter den ønskede utviklingsretningen for helseforetaket. Bygg er en av disse innsatsfaktorene.

Ifølge *Veileder for arbeidet med utviklingsplaner* skal helseforetakene utarbeide arealbruksplaner¹. Videre er det anbefalt at ulike typer 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*². 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

¹ 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.

² Sykehusbygg 2020

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 før et byggeprosjekt blir startet. Dette vil typisk omfatte rammer og utviklingsretninger som omhandler pasientstrømmer, logistikk-løsninger, IKT, med mer. Tidligfasen i et byggeprosjekt har således 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 virksomhet³, 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 vedrørende 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.

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 besluttes 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 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.

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

Det legges til grunn at vedleggene kan oppdateres uten at selve veilederen revideres. Øvrige veiledere er tilgjengelig på www.sykehusbygg.no, og på de regionale helseforetakenes egne nettsider.

³ 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/toppledelsen 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.

2. OVERORDNEDE STYRINGSSIGNALER

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.

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 MNOK.

Helseforetakene har ingen generell foreleggelsesplikt for de enkelte prosjektene. Som del av styringsdialogen skal det for store prosjekter (med forventet projektkostnad over 500 MNOK) foreligge en konseptrapport og KSK, som sammen med de regionale helseforetakenes vurderinger, legges fram for departementet. Dette danner grunnlag for en eventuell lånesøknad for prosjektet

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 ved alle større byggprosjekter (over 500 millioner kroner) i sykehus-Norge.

TIDLIGFASEN

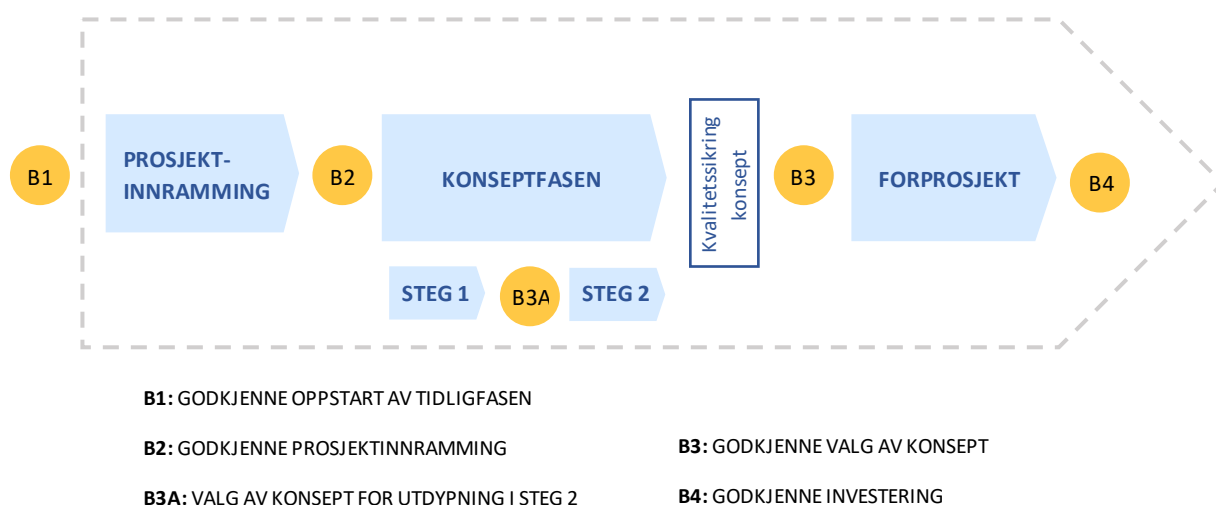


3. TIDLIGFASEN – Faser og beslutningspunkt

Tidligfasen omfatter de tre underfasene; prosjektinnramming, konseptfase og forprosjektfase, der konseptfasen gjennomføres i to steg. Mellom hver underfase, 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 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** Godkjenne oppstart av et tidligfaseprosjekt

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 essensielt at følgende premisser er avklart;

- Forankring av oppdraget
- Særlige prosjekttuløsende faktorer og målhierarki
- Grensesnitt mot andre tiltak
- Aktuell sykehusstruktur med funksjonsfordeling og lokalisering
- Økonomiske rammer basert på erfaringstall
- 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 essensielt at det blir satt av tid og ressurser til prosjektinnrammingen, 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 prosjekttinnrammingen skal det settes av midler til førevaluering og til evaluering av plan- og byggeprosessen. Helseforetaket skal også sette av midler til etter evaluering av byggeprosjektet.

Prosjektinnramming ➡ **B2** (Godkjenne prosjekttinnramming)

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 prosjekttinnrammingsfasen 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 prosjekttinnrammingen 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 2 i konseptfasen.

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

Konseptfasen steg 2 ➡ **B3** (Godkjenne valg av konsept)

I konseptfasens 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 mill. gjøres en ekstern vurdering 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** (Godkjenne investering)

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

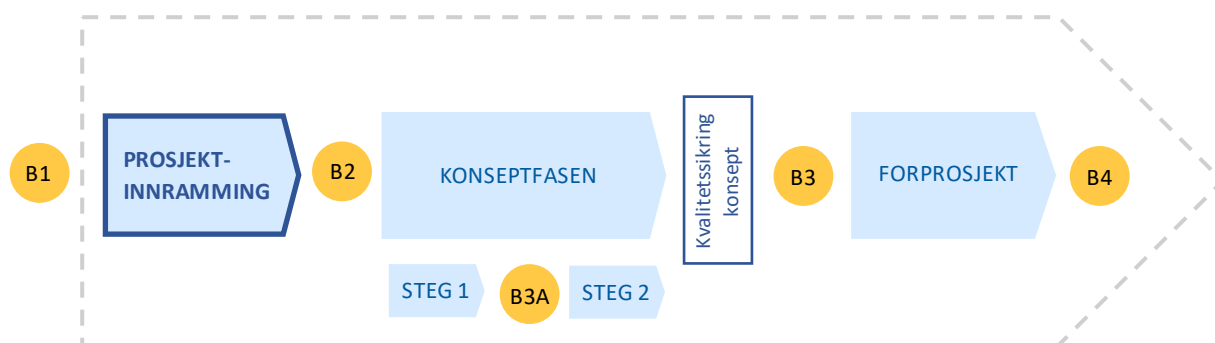
I B4-beslutningen fattes en endelig beslutning om å gjennomføre eller stoppe byggeprosjektet.

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 oppfølging 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:

1. Prosjektet må presiseres og avgrenses i forhold til andre tiltak, både når det gjelder innhold, økonomisk bæreevne og tid for gjennomføring
2. Prosjektet bør gis føringer og avgrensninger på hvilke alternativer som ønskes utredet i form av tomter, virksomhetsalternativer og bygg/løsningsalternativer
3. Det må avklares hva som eventuelt kreves av tilleggsarbeid/utredninger før konseptfasen kan starte
4. Prosjektet må utarbeide forslag til kriterier for hvordan de ulike alternativene skal rangeres innbyrdes
5. Det må utarbeides et styringsdokument, som skal sikre god eier-, ledelses- og prosjektstyring gjennom hele prosjektets levetid.
6. 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 etablering av et tidligfaseprosjekt (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

Dersom det ikke framgår av B1-beslutningen eller øvrig grunnlag for prosjektet, vil det potensielt være behov for en rekke avklaringer mellom helseforetaket og prosjektet. Noen av de avklaringene som kan vurderes er opplistet i Vedlegg I.

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 D)
- Forslag til kriterier for alternativvurdering av prioritering av løsningsalternativer
- Forslag til kriterier for valg av tomt dersom dette er aktuelt (jfr. vedlegg I)

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 fremkommet i prosjektinnrammingen, 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 uten overlapp.

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

4.4.2 Utarbeide kriterier for alternativvurdering

I arbeidet med prosjektinnrammingen 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 prosjektutløsende 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 som settes opp prioriteres i løpet av prosjektinnrammingen. Det anbefales derfor at prosjektet forslår en prosess for utarbeidelsen av kriteriene, prioriteringen og for gjennomføring av evalueringen. Det anbefales også at det blir tydeliggjort hvem som skal beslutte de nevnte premissene for evalueringen, hvem som skal delta i evalueringen, og eventuelt hvem som skal ta den endelige beslutningen om hvilket alternativ som skal anbefales.

4.4.3 Tomteanalyse, konsekvensutredning og regulering

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 lokalise ring 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 tomteanalysen evalueres tomtealternativene. Valg av metode, evalueringskriterier og prosess for nedvalg av aktuelle sykehusomter, krever samhandling med berørte kommuner og offentlige planmyndigheter og bør avklares senest i prosjekttinnramming. 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 sykehusomt.

Når tomt er valgt kan arbeidet med reguleringsplan starte opp.

4.4.4 Gjennomføre økonomiske analyser

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

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 prosjekttinnrammingen 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 utskiftninger/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.

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 evalueres⁴. Som en hovedregel skal alle større ombygginger og tilbygg, rehabilitering 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

⁴ Jf. Evaluering av sykehusbyggprosjekter rapport (2018) og Evaluering av sykehusbyggprosjekter veileder (2018).

(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.

4.5 VERKTØY

- Veiledende innholdsfortegnelse for mandat (vedlegg C)
- Veiledende innholdsfortegnelse for styringsdokument (Vedlegg D)
- 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. Framskrivinger anbefales utført i prosjektinnramming eller i steg 1 av konseptfasen. For mer informasjon se under delkapittel «Hovedprogram».

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

4.6 GODKJENNE PROSJEKTINNRAMMING

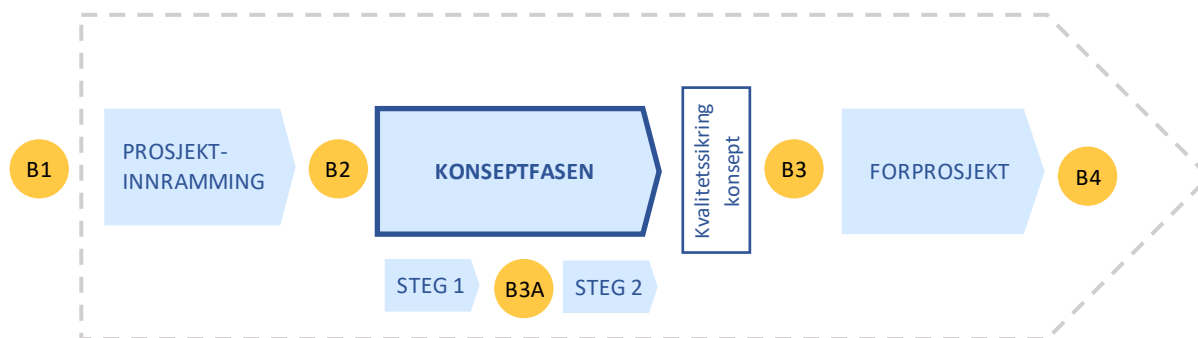
B2

Styringsdokumentet skal godkjennes av prosjekteier (det regionale helseforetaket eller av helseforetaket, avhengig av fullmakts struktur), vist som beslutningspunkt B2.

A woman with blonde hair, wearing a brown shirt, is looking up at a glass wall covered with colorful sticky notes. She is in a meeting room with modern lighting and a yellow sticky note is visible in the background.

KONSEPTFASEN

5. KONSEPTFASEN



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.»)

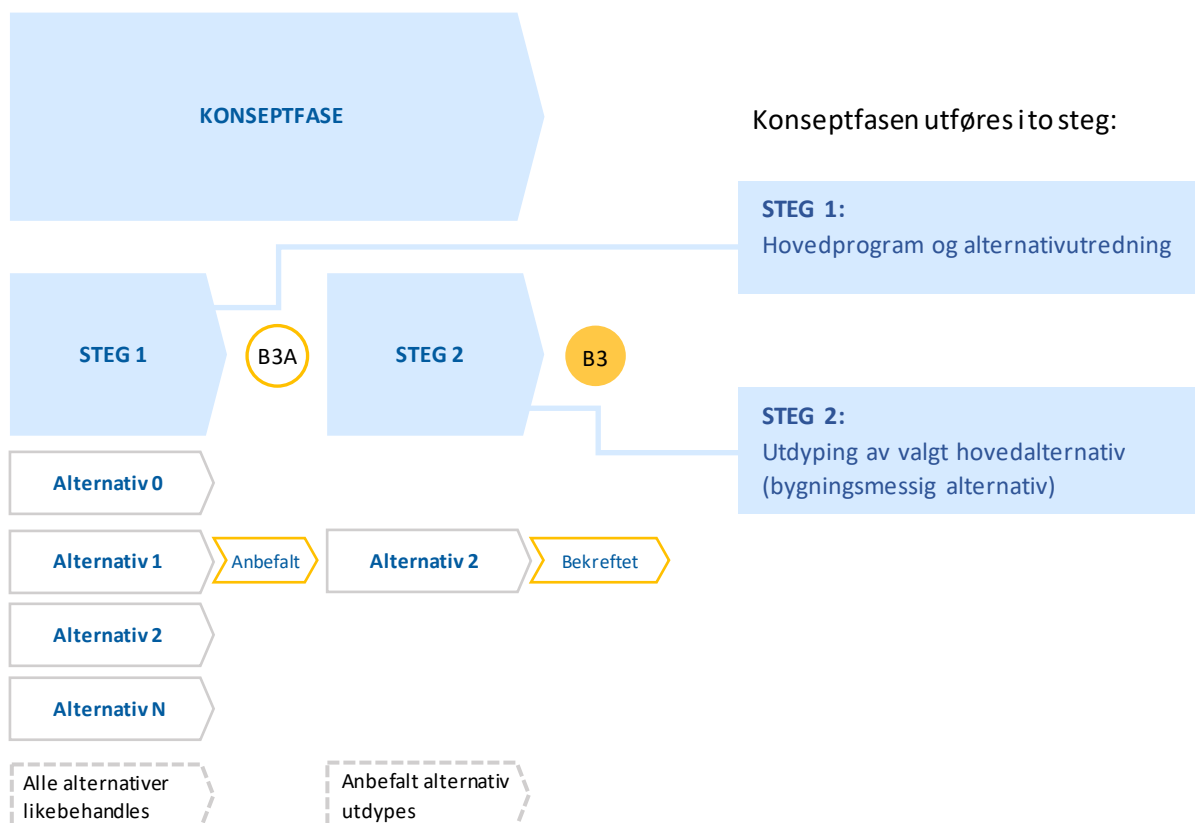
5.3 LEVERANSER

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 F - Mal konseptrapport. Malen 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.

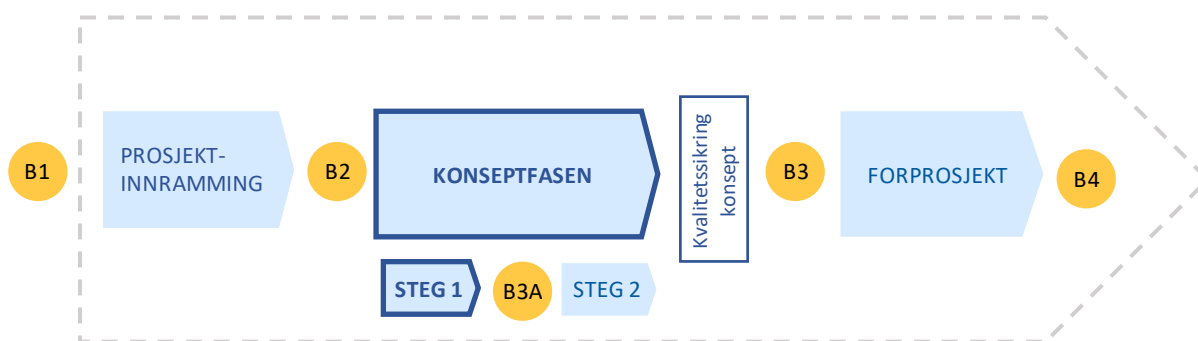
I konseptfasen steg 1 utredes minst to alternative bygningsmessige konsepter (muligheter) i tillegg til null-alternativet. Økonomiske beregninger oppdateres og prosjektets finansielle handlingsrom vurderes. Valg av hovedalternativ baserer seg på vedtatte evalueringskriterier besluttet i B2.

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

Ekstern kvalitetssikring gjennomføres før B3-beslutning og kan enten gjennomføres som en parallell kvalitetssikring gjennom prosessen eller som 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 standardromskatalogen, 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. Dersom det er mulig, bør beslutning om virksomhetsmodell bør derfor skje før gjennomføring av mulighetsstudien for ulike løsningsalternativer/utbyggingskonsepter i konseptfasen steg 1.

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 bygningsavsnitt 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 risikoreduserende 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 kostnadsoverslag, vurdering av driftsøkonomiske effekter og analyser av økonomisk bæreevne. Kostnadsoverslag bygger på erfaringstall og prosjektspesifikke vurderinger samt en følsomhetsvurdering av prosjektusikkerhet. Kostnadsoverslag, vurderingen av driftsøkonomiske effekter, inkludert gevinstberegninger og analyser av økonomisk bæreevne, må være tilstrekkelig detaljert for å kunne skille mellom alternativene som utredes. Finansierungsplanen 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. Gjennomslutlighet og etterprøvbarehet i evalueringen er viktig for å kunne vise grunnlaget for anbefalingen.

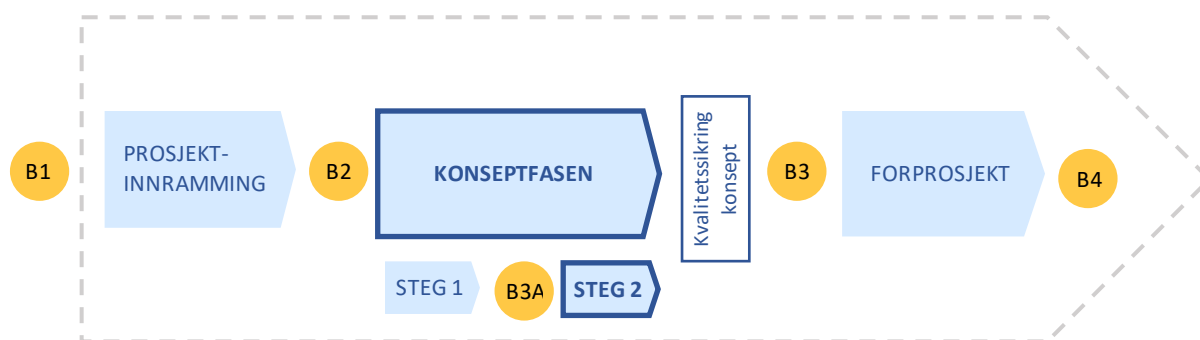
5.6 VALG AV KONSEPT FOR UTDYPING I STEG 2

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 bør gjøres av prosjekteier i tråd med foretakets fullmaktstruktur.

Utredningene i steg 1 sammenfattes i en Konseptrapport B3A. Et sammendrag av alternativvurderingene beholdes i den endelige Konseptrapporten B3

5.7 ARBEIDSPROSESSER I STEG 2



5.7.1 Utdype 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. 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 beskrivelser av organisasjon, kontraktstrategi, finansieringsstrategi, SHA og gevinstrealiseringsstrategi.

En kontraktstrategi er en helhetlig plan for hvordan prosjektet gjennomføres 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. 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.

5.7.3 Gjennomføre økonomiske analyser

I konseptfasens steg 2 utarbeides det en kalkyle på minimum 2-siffrernivå, som viser samlede prosjektkostnader. Kalkylen settes opp etter gjeldende standard for kontoplan i bygningsdelstabellen. Det gjennomføres en usikkerhetsanalyse med ekstern 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 livssykluskostnader (LCC) knyttet til enkeltkomponenter.

5.7.4 Ekstern kvalitetssikring konseptvalg (KSK)

For prosjekter med en forventet kostnad på over 500 MNOK 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.

Kvalitetssikringen kan enten skje parallelt gjennom konseptfasen, eller som en kvalitetssikring til slutt 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 H i denne veileder.

5.8 VERKTØY

- Veiledende disposisjon for Konseptfaserapport (Vedlegg F)
- Veiledende disposisjon for Hovedprogram (Vedlegg E)
- Kravspesifikasjon for KSK (Vedlegg H)
- 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 kunnskapgrunnlag, standardromskatalog mm.

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

5.9 GODKJENNE VALG AV KONSEPT B3

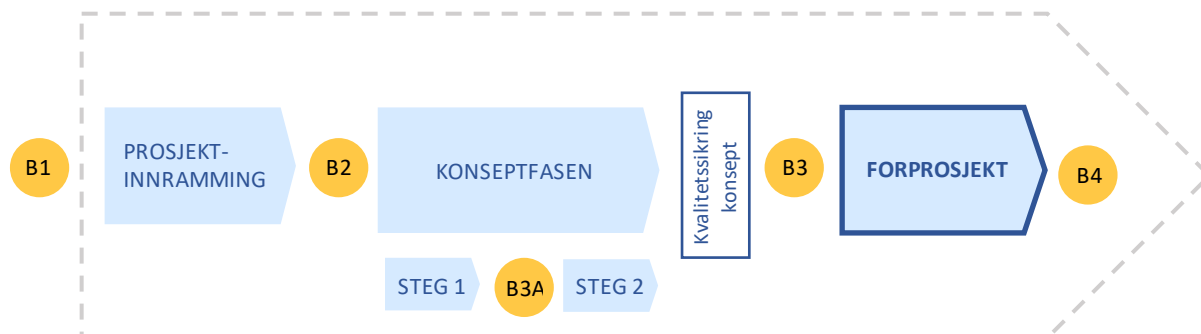
Ved beslutningspunkt B3 behandles konseptrapporten, og det tas et endelig valg for hvilket konsept som bearbeides videre i en forprosjektfase. For prosjekter over 500 MNOK som søker om statlig låneramme vil konseptfaserapporten og rapport fra ekstern kvalitetssikring (KSK) være grunnlaget for behandling.

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

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
- 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 G – 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 livssyklus kostnader (LCC). Kalkylene detaljeres og kvalitetssikres. Kostnadskalkyle verifiseres og det vurderes om usikkerhetsanalyse skal 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 utstyrprogram

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 utstyrprogram. Ustyrprogrammet viser alt utstyr som skal inn i rommet og eventuelle bygningsmessige krav som stilles til bygget (brutto utstyrprogram). Det utarbeides en oversikt over hvilket utstyr som skal anskaffes nytt og hvilket som kan gjenbrukes fra eventuelle eksisterende bygg (netto utstyrprogram). Programmering av rom og utstyr gjennomføres parallelt med utviklingen av forprosjektet, og bør i så stor grad som mulig skje på et standardisert og predefinert 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*». 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 «designer bort» mest mulig av denne risikoen. 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 vurderes om det skal gjennomføres en usikkerhetsanalyse i denne fasen. Det skal også utarbeides en kuttliste for prosjektet som grunnlag for eventuelle kostnadsreduksjoner i gjennomføringsfasen.

I forprosjektfasen foretas valg som får betydning for kostnader til forvaltning, drift, vedlikehold og utvikling av det ferdige bygget. Det utarbeides beregning av livssyklus kostnader (LCC), som viser økonomiske effekter for prosjektets levetid.

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 G: 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 i hht 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 GODKJENNE INVESTERING

B4

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

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. I gjennomføringsfasen videreutvikles og detaljeres forprosjektet gjennom et funksjonsprosjekt. I funksjonsprosjektet verifiseres rom- og utstysprogrammet og prosjektet utvikles på romnivå med innplassering av teknisk infrastruktur, medisinsk teknisk utstyr og møblering.

Funksjonsprosjektet innebærer funksjonell verifisering med en omfattende og avsluttende medvirkning på rom- og utstysnivå 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.

Basert på detaljprosjekt - funksjonsprosjekt, utvikles arbeidsunderlag for bygging. Byggeperioden varer ofte noen år før prosjektet ferdigstilles, testes og overleveres mottaksorganisasjonen for videre 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.

8.1 FORMÅL

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

- Dokumentere utbyggingsalternativene for å understøtte en helhetlig prioritering
- 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

- Kostnadsoverslag, 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.
- Estimat for ikke-byggnær IKT, samt eventuelle påvirkninger på IKT-området som følge av endrede driftskonsept. I forprosjektet skal det utarbeides budsjett for ikke-byggnær IKT.
- Økonomisk langtidsplan for helseforetaket, oppdatert med siste informasjon vedrørende 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.

8.3 ØKONOMISK BÆREEVNE

Det skal beregnes økonomisk bæreevne for alle byggeprosjekter på prosjekt- og helseforetaksnivå. 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 kostnadsoverslag/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 at det kan eksistere 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 likvidtetsstrømmer, 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



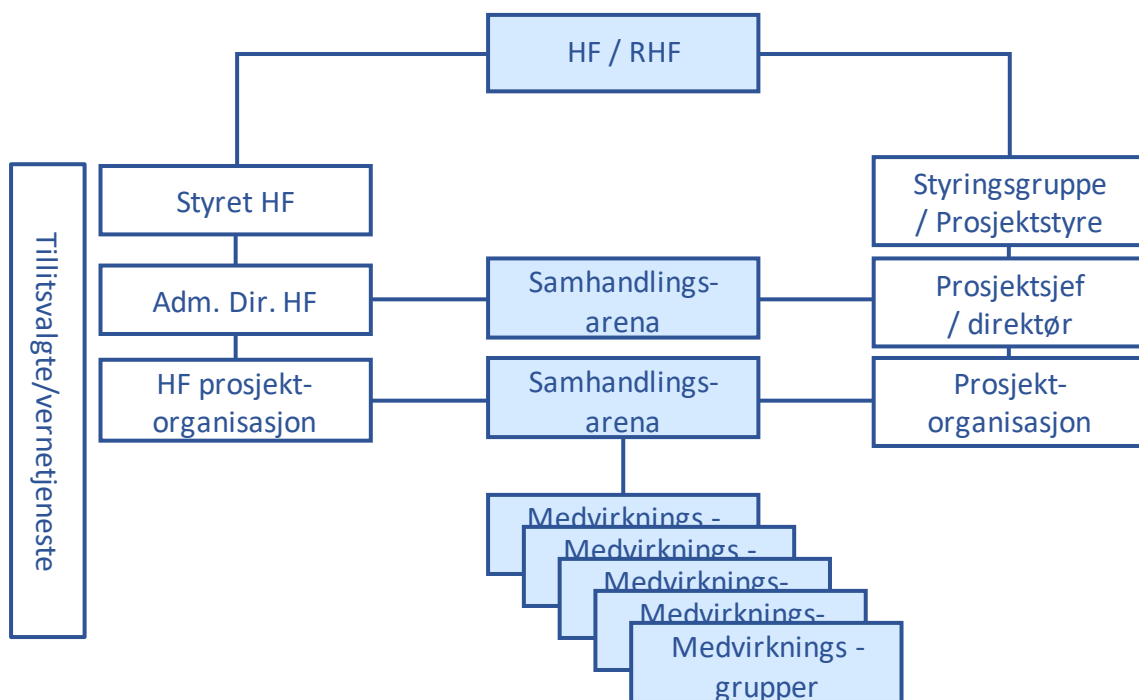
9. SAMHANDLING OG MEDVIRKNING I UTVIKLINGEN AV VIRKSOMHET OG BYGG

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 av 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.
- *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. Medbestemmelse ligger vanligvis utenfor prosjektets ansvar, og blir ikke omtalt i det videre.



9.1 SAMHANDLING

Samhandlingen skal ivareta medvirkning, 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

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 prosjektorganisasjonen 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 vil brukermedvirkning på systemnivå være et virkemiddel for å ivareta pasientperspektivet, og videreutviklingen av spesialisthelsetjenesten gjennom utforming av nye bygg. Brukerstemmene er viktige i planleggingen, 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: Sørge for at de riktige personene/funksjonene deltar, i et omfang tilpasset både prosjektet og virksomheten
- Sørger 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

A – Beslutningspunkter og beslutningsgrunnlag

Faser og steg	Mandat for oppstart av tidligfase	Prosjektnamming	Konseptfase steg 1	Konseptfase steg 2	Forprosjekt
	Klart 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	Mandat (oppdateres ved behov)	Foreløpig valg av hovedalternativ	Valg av Konsept	Godkjenning av investering
		Godkjenning av styringsdokument	Godkjenning av oppdatert styringsdokument	Godkjenning av oppdatert styringsdokument	Godkjenning av mandat for detaljprosjektering og gjennomføring
		Godkjenning av kriterier for valg av alternativ	Godkjenning av hovedprogram	Godkjenning av oppdatert hovedprogram (ved behov)	Godkjenning av oppdatert styringsdokument
		Godkjenning av kriterier for valg av tomt Nedvalg av tomter som utredes videre	Valg av tomt (ved behov senest ved B3A)		
Beslutningsunderlag:					
Sammendrag (maks 2-3 sider)		Forslag til kriterier for valg av alternativ	Sammendrag av alternativutredning	Sammendrag av konseptrapport	Sammendrag av forprosjektrapport
Mandat		Mandat oppdateres ved behov	Mandat oppdateres ved behov	Mandat oppdateres ved behov	Forslag til mandat for detaljprosjektering og gjennomføring
Styringsdokument		Forslag til Styringsdokument	Oppdatert Styringsdokument	Oppdatert Styringsdokument	Oppdatert Styringsdokument
Investeringsanalyser		Investeringsestimater	Oppdatert Investeringsestimater	Basiskalkyle med ekstern usikkerhetsanalyse	Oppdatert basiskalkyle og usikkerhetsanalyse
Analyse av økonomisk bæreevne		Analyse av økonomisk bæreevne på prosjekt og helseforetaksnivå etter vellederens metodikk	Oppdatert med siste informasjon	Oppdatert med siste informasjon	Oppdatert med siste informasjon
ØLP		Oppdatert økonomisk langtidsplan	Oppdatert økonomisk langtidsplan	Komplett ØLP-beregning med utvidet analyseperiode	Oppdatert med siste informasjon
Finansieringsplan		Oppdatert Finansieringsplan	Oppdatert Finansieringsplan	Oppdatert Finansieringsplan	Oppdatert Finansieringsplan
Dokumentasjon av gevinster		Oppdatert overordnet gevinstoversikt	Oppdatert overordnet gevinstoversikt	Gevinstoversikt, spesifisert på minimum klinikknivå (eller hensiktsmessig nivå basert på prosjektets omfang)	Komplett gevinstrealiseringsplan med nullpunktsmålinger og fordeling av internt ansvar for videre oppfølging
Andre trykte eller utrykte vedlegg					
		Tomteanalyse (ved behov)	Konseptrapport (underlag B3A) med hovedprogram som vedlegg	Komplett konseptrapport (underlag B3)	Forprosjektrapport med vedlegg Planprogram, konsekvensutredning (KU), regulering (der det er krav om det)
			KSK-notat ved parallell kvalitetssikring	KSK-rapport	KSF-rapport (ved behov)

B – 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
Bruttoareal	Også kalt BTA, tilsvarer bruksarealet, men med tillegg av tykkelsen på ytterveggene.
Brutto utstysprogram (BUP)	Det samlede utstysbehov i prosjektet definert på grunnlag av funksjoner og kapasitet/aktivitetsnivå.
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 utstysnivå med involvering av både klinisk og teknisk personell.
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 underfaser: Detaljprosjekt funksjonsprosjekt og detaljprosjekt produksjon.
Gevinstoversikt	En oversikt over sentrale, potensielle gevinster av et prosjekt og sentrale forutsetninger for at disse gevinstene skal kunne realiseres. Gevinstoversikten brukes først og fremst for at virksomhetsledelsen skal få en enkel oversikt over de gevinstene som tiltaket er forventet å gi, slik at virksomhetsledelsen lettere kan ta stilling til om tiltaket skal settes i gang.
Gevinstrealiseringsplan	En operativ handlingsplan for virksomhetsledelsen til bruk i oppfølgingen av prosjektet og dets resultater. Det hender at gevinstoversikten forveksles med gevinstrealiseringsplanen. Gevinstrealiseringsplanen er mer operativ, det vil si at den i tillegg gir informasjon om når og hvordan linjeorganisasjonen faktisk skal gjennomføre tiltak for å realisere gevinstene.
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 markeds- 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>
Live Cycle Assessment (LCA)	Metode for å vurdere den totale miljøpåvirkningen fra hele verdikjeden 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, fratrasket 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 ibruktagelsen 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)
Nettoareal	Netto areal, funksjonsareal. Arealet i et rom begrenset av vegger og søyler, ref. NS 3940. Omfatter funksjonsarealer for de programmerte rommene

Netto utstyrprogram (NUP)	Det (bruker)utstyret som prioriteres for nyanskaffelse når verdien av utstyr som kan gjenbrukes er trukket fra. NUP gir grunnlag for utstyrsbudsjettet.
Netto driftsgevinster	Forskjell mellom betalbare driftskostnader og -inntekter mellom nullalternativet og utredningsalternativet.
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 unøddig 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 (integrert 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/toppledelsen 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 (i sum for lån og egenfinansiering) Økonomisk bæreevne på helseforetaksnivå, vurderes som økonomisk utvikling for helseforetakets hele virksomhet, gitt at investeringsprosjektet gjennomføres. Dette vil med andre ord være en framskriving av totaløkonomien i helseforetaket, og inkluderer bl.a. bruk av egenfinansiering til investeringsprosjektet, øvrig investerings- og vedlikeholdsbehov og driftsøkonomi ellers.

C – 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-byggnær IKT, MTU

Mål – Gode prosjektmål kjennetegnes ved at de er klare og retningsgivende.⁵

- 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/oppgraderete areal som understøtter virksomhetens behov, herunder samling av fagmiljø, effektiv drift og forsvarlig behandlings- og arbeidsmiljø
 - Kost – eksempel: forventet planleggingsramme (basiskost) mellom 500 – 1000 MNOK, erstattes av styringsramme når den er vedtatt.
 - Tid – forventet ibrustakelse 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

⁵ 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. Oversikten åpner for at regionale og lokale styringssignaler innarbeides i tillegg til nasjonale planer og lovverk.
- Erfaringer og annen identifisert dokumentasjon av relevans for den konkrete oppgaven, eks. fagnotat, sammenlignbare prosjekt.

D – 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 en konsis beskrivelse av:

- Beskrivelse av prosjektet
- Overordnede rammer
- Hensikt, krav og leveranser
- Målhierarki (samfunnsmål, effektmål og resultatmål)
- Kritiske suksessfaktorer
- Rammebetingelser
- Grensesnitt og avhengigheter til andre prosjekt

Prosjektstrategi

- Organisering og ansvarsdeling
- Strategi for styring av usikkerhet
- Gjennomføringsstrategi
- Kontraktstrategi
- Organisering og ansvarsdeling
- 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
- Kostnadsoverslag, 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 helseforetaket (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 MNOK skal forelegges Helse- og omsorgsdepartementet av styret i det regionale helseforetaket. 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.

E – 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
- 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

- Arealstandarder og utnyttelsesgrader
- Foreløpig rom- og funksjonsprogram
- Arealtabeller

F – 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
- Kostnadsoverslag (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

G – 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

- Bakgrunn for prosjektet (oppsummering fra konseptrapporten)
- Mandat, rammer for arbeidet (oppsummering fra konseptrapporten og behandling av denne)
- Mål, strategier og rammer (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)
- Oppdatering og endring av innholdet i program og løsning ved endringer i forutsetningene
- Organisering av arbeidet med forprosjekt, samhandling med driftsorganisasjonen og andre
- Metoder og arbeidsmåter, BIM

Del II PROSJEKTUTVIKLING OG UTREDNINGER

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

- Beskrivelse av offentlig planprosess
- Program og kapasiteter
 - 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)
- Økonomiske analyser
 - Kalkyler
 - Usikkerhetsanalyser
 - Kuttlistor
 - Livssyklusberegninger (LCC)
 - Driftsøkonomiske beregninger og gevinstrealiseringsplan
 - Oppdatert bæreevne, ØLP og finansierungsplan
- Digitalisering

Del III PLAN FOR DET VIDERE ARBEID

- Oppfølging av valgt gjennomføringsstrategi
- Beskrivelse av plan for videre prosjektutvikling gjennom funksjonsprosjekt, detaljprosjekt og gjennomføring
- Hoved fremdriftsplan

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. Prosjektkalkyle, livssyklusberegninger (LCC), driftsøkonomiske beregninger
- Usikkerhetsanalyse (UA)
- Tegninger (planer, snitt, fasader, utomhus, illustrasjoner)

H – KSK-rapport

For prosjekter med en forventet kostnad på over 500 MNOK 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 å gjennomføre kvalitetssikring av utviklingsplan (KSU) og kvalitetssikring av forprosjektfasen (KSF) for å redusere risiko. 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 ivarettatt 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 utviklingsplanen (KSU) skal ha gitt svar på følgende punkter:

I forbindelse med arbeidet med utviklingsplaner har prosjekteier mulighet å velge å gjennomføre en kvalitetssikring og dokumentkontroll (KSU). Hensikten med kvalitetssikring er å sikre at prosessen som beskrives i veilederen er fulgt og at det er sikret tilstrekkelige åpenhet og involvering, samt gjort tilstrekkelige risiko- og mulighetsanalyser.

Sikrer alternativene som er vurdert i utviklingsplanen en tilstrekkelig bredde i forhold til mulighetsrommet slik at helseforetakets

- «sørge for»-ansvar
- framtidige behandlingsformer og prioriteringer
- samhandling med primærhelsetjenesten og vertskommunene
- eventuelle omstillinger og effektivisering av tjenestetilbudet er ivarettatt?

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 ivarettelse av indre og ytre miljø?
8. Hvordan kan planlagte bygg og infrastruktur påvirke uønskede hendelser innenfor pasientsikkerhet?

I – Prosjektinnramming: utdyping

Utdypning av kapittel 4.2; Grunnlag

Nedenfor stående liste er en oversikt over spørsmål som bør være avklart før oppstart av konseptfase:

- Hva er prosjekttuløsende 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 langtidsplan?
- Hva er 0-alternativet, og foreligger det tiltaksplan og budsjett for dette?

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*
- *kultur-, landbruk-, natur-, miljø- og klimakonsekvenser*
- *tomtens funksjonelle egnethet for formålet*
- *risiko knyttet til aktsomhet, grunnforhold, regulering, kostnader og gjennomføring*

Forslag til revidert «*Veileder for tidligfasen i sykehusbyggprosjekter*» – oversikt over de vesentligste forslagene til endringer

1. Forslag til strukturelle endringer i veilederen

Det er foreslått mindre strukturelle endringer i oppbygging av veilederen.

Evalueringskapittel (kapittel 12) er foreslått tatt ut som eget kapittel, men temaet er i stedet tydeliggjort gjennom hele veilederen. Behovet for en tydeliggjøring er begrunnet med en egen veileder som stiller krav til evaluering.

Kapittel 3 «Tidligfasen» og kapittel 4 «Beslutningspunkter og grunnlag for beslutninger» fra original veileder, er foreslått samlet i ett kapittel, nå kapittel 3 i forslaget til revidert veileder med tittelen «Tidligfasen – Faser og beslutningspunkt».

Arbeidsgruppen mener at kapittel 3 og 4 i original var for detaljert. I revisjonen er kapitlene slått sammen for å gi en mer overordnet introduksjon/forklaring til selve tidligfasen med dens faser og beslutningspunkt.

En mer utfyllende beskrivelse står i fasenes egne kapitler. Fase-kapitlene er i hovedsak rettet mot utførende i prosjektet, mens kapittel 3 er mer rettet mot beslutningstagere.

Kapittel 10 «Framtidige drifts- og organisasjonsformer og konsekvenser for bygg» og kapittel 11 «Medvirkning fra brukere og ansatte» fra original veileder, er foreslått samlet i ett kapittel, nå kapittel 9, med tittelen; «Samhandling og medvirkning i utviklingen av virksomhet og bygg.»

For å oppnå et godt slutt-resultat, må organisasjon og prosjekt samarbeide og kommunisere på ulike nivå gjennom hele prosjektets levetid. Dette er forsøkt belyst, ved å omtale ulike samhandling mellom prosjekt og organisasjon, i ett kapittel.

Ett nytt kapittel er foreslått lagt til. Dette er kapittel 9: «Samhandling og medvirkning i utviklingen av virksomhet og bygg.»

Denne tematikken medfører erfaringsmessig mange uklarheter, og blir oppfattet som så viktig, at det er presisert, både innledningsvis i gjennomgangen av tidligfasens kontekst og i et eget kapittel.

Innholdet i kapitler som er foreslått tatt ut, er flyttet til mer hensiktsmessige steder i veilederen.

2. Faser og beslutningspunkt

Faser og beslutningspunkt er foreslått beholdt, med unntak av «lokalisering» som er tatt ut.

Avklaringer knyttet til «lokalisering» eies av foretaket eller regionen, og bør tas før oppstart av tidligfase investeringsprosjekt. Dette beslutningspunktet er tatt ut av tidligfasen, og spørsmålet om lokalisering løftes som et sjekkpunkt i prosjektinnrammingen, og bør være avklart før oppstart utredning.

"Avklaring tomt" er beholdt i veilederen, men ytterligere spesifisert.

3. Endringer i innledning/introduksjonskapittel

Det har vært behov for å se gjeldende veileder i sammenheng med øvrig plangrunnlag for veiledere, som ligger til grunn for beslutning om oppstart tidligfase.

Revisjonen fremhever hva som legges til grunn for oppstart av en tidligfase, og det vises til at investeringsprosjektet er en del av foretakets portefølje. Det har vært et ønske å fremme viktigheten av å se tiltakene i sammenheng, og tydeliggjøre at tidligfasen skal utrede alternativer som bygger på virksomhetsutviklingen.

4. Endringer knyttet til fasene

Gjeldende veileder har en noe ubalansert beskrivelse av de ulike fasene. Det var et ønske om å utdype både prosjektinnramming og forprosjekt, samt tydeliggjøre forskjellen på steg 1 og 2 i konseptfasen.

Fase: Prosjektinnramming

Arbeidsgruppen ønsket å fremheve viktigheten av prosjektinnrammingen, og belyse avhengighetene rundt et investeringsprosjekt. Det er lagt vekt på hvordan utviklingsplan legger grunnlaget for tidligfasen. Det er vist til innsatsfaktorer i utviklingsplan, samt ØLP, arealbruksplan, og øvrig planverk og føringer (i foretaket), som hensyntas ved innramming av prosjektet. Arbeidsgruppen ønsket å fremme mer kunnskap om hvilke avklaringer som bør fanges opp, før en tidligfase startes. Dette for å sikre at beslutninger tas på rett nivå, til rett tid, og sørger for et bedre utgangspunkt for investeringsprosjektet i å lykkes.

Fase: Konseptfasen

Denne fasen var godt beskrevet i den originale veilederen. Det er en omfattende fase, og det har i ettertid kommet andre veiledere og standarder som blir aktuelle i steg 1 og/eller steg 2.

Arbeidsgruppen har prøvd å tydeliggjøre hva som skal, og ikke skal utføres i fasen. En presisering av valg av tomt, og forklaring av 0-alternativet er lagt til tidligere fase. Videre er temaer gjeldende for konseptfasen samlet på en plass.

Hovedprogram har fått en egen veileder som kan vises til, og tidligfaseveileder omfatter nå mer tekst som forklarer hva et hovedprogram er, og hvorfor et program som utarbeides i fasen.

Det er forsøkt å gi tydeligere veiledning på nivå for utredninger, med større vekt på økonomiske analyser som har fått egne avsnitt under fasene.

Det er 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.

Fase: Forprosjektfasen

Her er det lagt til betraktelig mer innhold, for å tydeliggjøre prosesser, detaljnivå, grensesnitt, og ikke minst at prosjektet klargjør for neste fase, gjennomføring.

5. Prosesser på tvers av faser

Kapitlene i slutten av veilederen er utbedret.

Det foreligger p.t. ikke en felles veileder for økonomiske beregninger i tidligfasen. Kapittelet om temaet er forbedret og kvalitetssikret. Videre er tekst om økonomiske analyser inkludert under hvert fase-kapittel.

Temaet om virksomhetsutvikling og organisasjonsutvikling er tydeliggjort, og samlet i ett kapittel (9) sammen med temaet Medvirkning.

6. Nye standarder og føringer

Det har kommet til nye standarder, veiledere, og føringer siden original veileder ble utviklet. Revisjonen henviser til ny informasjon, og til sykehusbygg HF sine nettsider.

I revisjonen er det lagt til nye leveranser som fremkommer av «Standard for Klima og miljø i sykehusprosjekter», «Veileder for sikring av bygg og infrastruktur i sykehusprosjekter,» og «Veileder - Evaluering av sykehusbyggprosjekt.» Dette er beskrevet under fasene, og i vedleggene.

7. Vedlegg

Vedleggene er beholdt.

Vedlegg A er oppdatert i henhold til nye føringer og standarder. Grunnlag for beslutning (leveranser) som bør foreligge ved B3A (valg av hovedalternativ) er presisert. Kolonne om utviklingsplan er tatt ut.

Vedlegg B er utvidet med flere definisjoner.

Vedlegg C er tydeliggjort som eiers bestilling, mandat.

Vedlegg D er tydeliggjort som prosjektets styringsdokument.

Vedlegg H, KSK, har tydeliggjort KSU og mulighet for KSF. Videre er det lagt til et spm. Nr 3, som KSK skal gi svar på: «*Hvor god er den foreslåtte økonomiske rammen?*»

Vedlegg I er utdypning av prosjektinnrammingen.

Øvrige vedlegg har små korrigeringer.

SB-SAK 60/2022 Styrende dokumenter, årlig gjennomgang**Forslag til vedtak:**

Styret fikk en kort gjennomgang av vurderinger av behov for revisjon. Styret slutter seg til den oppfølging som er foreslått.

Bakgrunn og oppsummering av saken

Det vises til tidligere behandlinger av styrende dokumenter i Sykehusbygg HF.

Årlig gjennomgang av styrende dokumenter i styret fremmes for behandling i møte 25.11, og saken gir en gjennomgang av status og revisjonsbehov knyttet til gjeldende styrende dokumenter. Det er gjort vurderinger basert på kjent informasjon om endring som berører styrende dokumenter. Ledergruppen i Sykehusbygg HF er også konsultert.

Styrende dokumenter – gjennomgang av endrings-/revisjonsbehov

Sykehusbygg HF har følgende styrende dokumenter som revideres og beslattes av eier/styret:

- Vedtekter for Sykehusbygg HF (eierne)
- Styreinstruks for Sykehusbygg HF (styret)
- Instruks for administrerende direktør (styret)
- Fullmaktsstruktur for Sykehusbygg HF

Videre er det etablert styrende dokumenter som revideres og beslattes av administrerende direktør:

- Styring og kontroll i Sykehusbygg HF; retningslinjer for virksomhetsstyring
- Policy for HMS og internkontroll i Sykehusbygg HF
- Fullmaktsstruktur for Sykehusbygg HF (stillingsfullmakt og intern delegasjon)

I forkant av styrets behandling er behovet for endring i dokumentene som ligger til styret å beslutte, gjennomgått. Som underlag for endring er gjort følgende vurderinger:

Dokument:	Statusvurdering:
Vedtekter Sykehusbygg HF	Status: • Revisjon og forenkling / harmonisering av vedtekter for alle felleseide HF er gjennomført i 2022 av eierne. Endringsbehov: • Endringer i vedtektene medfører et krav til bl a retningslinjer for lønn og godtgjørelse for ledende personer. • Jf egen sak til styret SB-SAK 61/22.
Styreinstruks for Sykehusbygg HF	Status: • Ingen endringer initiert. Endringsbehov: • Evt endringer vurderes i gjennomgang i styremøte 25.11.

AD instruks	Status: • Ingen innspill til endring. Endringsbehov: • Evt endringer vurderes i gjennomgangen i styret.
Fullmaktsstruktur	Status: • Oppdatering av fullmakter ble gjennomført pr 01.02.2021 ifbm nytt nivå 3 i organisasjonen ble etablert. • En innarbeiding og presiseringer av fullmakt på nivå 3 er gjort. • Tydeliggjøring av fullmakt innen personalområdet er gjort. Endringsbehov: • Evt endringer på styrets fullmakt til AD vurderes i gjennomgang i styremøte 25.11.

Om endringer i vedtektene

I kjølvannet av vedtektsendringene for de felleseide HF, har administrasjonen initiert prosess og utarbeidet forslag til retningslinjer for lønn og kompensasjon for ledende personer i Sykehusbygg HF, jf egen sak om dette, SAK 62/22.

Endringer i Fullmaktsstrukturen følger med saken, til informasjon. De øvrige styrende dokumenter som ligger til styret å beslutte, ligger også vedlagt saken.

Saksbehandler: Berit Bye

Sykehusbygg HF, 18.11.2022

Terje Bygland Nikolaisen
Administrerende direktør Sykehusbygg

Elektronisk godkjent uten signatur

- Vedlegg 1:** *Fullmaktsstruktur i Sykehusbygg HF – forslag til endring*
Vedlegg 2: *Vedtekter for Sykehusbygg HF*
Vedlegg 3: *Styreinstruks for Sykehusbygg HF*
Vedlegg 4: *AD-instruks*

Fullmaktstruktur Sykehusbygg HF



Gjelder for:	Sykehusbygg HF	Type dokument:	INS - V
Prosessområde:	Ledelsesprosesser	Arbeidsprosess:	Oppdater styrende dokument
Dokumentnummer:		Dokumentversjon:	2.0
Dokumentansvarlig:	(avklares)	Dokumenteier:	Styret

1. Bakgrunn

For styring og ledelse av Sykehusbygg HF er det grunnleggende at det er klarhet i ansvar og myndighet til å ta beslutning på ulike nivå, både mellom styret og administrasjonen (AD), og innad i administrasjon av foretaket.

Dette dokumentet beskriver fullmakter som følger av myndighet tillagt ulike roller i foretaket, som grunnlag for beslutninger og disposisjoner som kan foretas av hhv styret og AD på vegne av foretaket. Dokumentet benevnes «fullmaktsstruktur i Sykehusbygg HF» og inngår som et styrende dokument i Sykehusbygg HF sitt styringssystem.

2. Myndighet og fullmakt

Styret og AD i foretaket har sin myndighet nedfelt i Lov om helseforetak. Denne myndighet er presisert i vedtekter og instruks. Etter Helseforetakslovens kap. 7 og 8 har styret ansvaret for forvaltning av foretaket mens AD har ansvaret for den daglige ledelse av dette. Loven beskriver ikke nærmere forholdet mellom forvaltning og daglig ledelse, men gir eksempler på disposisjoner som hører til styret eller administrerende direktør. AD skal blant annet følge de retningslinjer og pålegg som styret har gitt og at virksomheten er i samsvar med vedtektene og vedtak truffet av foretaksmøtet og styret.

Den daglige ledelse omfatter ikke saker som etter foretakets forhold er av uvanlig art eller av stor betydning. Slike saker skal alltid forelegges styret. Lovens §37 gir imidlertid AD en viss adgang til å treffe beslutninger i hastesaker. Daglig ledelse omfatter heller ikke pantsettelse eller avhending av eiendom, salg av sykehusvirksomhet, opptak av lån, saker etter lovens §30 eller vesentlige investeringer og vedlikehold som ikke går frem av budsjetter og planer.

3. Fullmaktsstruktur i Sykehusbygg - mål og omfang

For å tydeliggjøre det operasjonelle handlingsrommet som ligger til hhv styret, AD og andre nøkkelroller i foretaket, er fullmaktsstruktur med beskrivelse av rammene for myndighetsutøvelse nødvendig. Fullmaktsstrukturen skal sikre god operasjonell kontroll, og er kjennetegnet av:

Den gir forutsigbar beslutningsstruktur med tydelige kriterier for hvem som kan opptre på vegne av foretaket, og når en kan opptre på vegne av foretaket

- Den avskjærer mulighetene til å gjøre disposisjoner som utsetter foretaket og/eller medarbeidere for risiko som ikke er kjent eller kan håndteres
- Den støtter foretakets ledere i å ta beslutninger som bidrar til effektiv bruk av ressurser, i tråd med de formål foretaket er gitt fra eierne, og innen de rammer som stilles til rådighet for daglig drift

Fullmaktsstrukturen omfatter:

1. **Foretaksfullmakter** – disse beskriver rammene for delegasjon og fullmakter til å forplikte Sykehusbygg HF som foretak

2. **Prosjektfullmakter** – beskriver hvordan ~~fullmakter der~~ Sykehusbygg HF som foretak ~~har inngått gjennom~~ avtaler om prosjektleveranser (oppdragsavtalene) ~~forholder seg til~~ tiltrer fullmakter ~~som gjennom delegasjon til~~ foretakets nøkkelressurser ~~er delegert i~~ prosjektorganisasjonene. Disse fullmaktene er delegert på vegne av et prosjektstyre, en byggherre, evt RHF/HF direkte. Sykehusbygg sin rolle i denne sammenheng er å påse at forutsetninger for utøvelse av fullmakten er ivaretatt (kompetanse og compliance).

Foretaksfullmakter vedtas av styret. Prosjektfullmaktene ~~vedtas godkjennes~~ av ~~ledelsen, ved~~ AD i ~~foretaket~~forbindelse med signering av den enkelte oppdragsavtale.

4. Foretaksfullmakter - Sykehusbygg HF

Tabellen under viser hvordan fullmakt til ulike disposisjoner foretaket utfører fordeler seg mellom hhv styre og AD, samt en intern delegasjon av fullmakt

Endringer i matrisen; se vedlegg.

SYKEHUSBYGG HF FULLMAKTMATRISE – FORETAK ¹ vedtatt av styret den [23-03-2021]						
Fullmakt for disposisjon;	Styret	Styre- leder	Adm direktør	Leder øk/ virk støtte	Avdelings- leder	Merknad
Signere avtaler som forplikter Sykehusbygg HF	Ja	> 10 MNOK	< 10 MNOK	< 3 MNOK	< 3 MNOK	
Prokura	-	Ja	Ja	Ja	-	
Kjøpe/selge anlegg og utstyr	Ja	> 5 MNOK	< 5 MNOK	< 1 MNOK	-	
Etablere prosjekter	Ja		Ja	Innstille	Innstille	
Gjennomføre betaling	-	Signatur i fellesskap	Signatur i fellesskap	Signatur i fellesskap	-	Minimum to må signere
Godkjenne faktura	-	Ja	Ja	Ja	Ja	Minimum to må godkjenne
Opprette, endre, slette bankkonto	-	-	Ja	Ja	-	
Gi tilgang til betalingsfullmakt i bank	-	-	Ja	Ja	-	
Godkjenne regnskap	Ja	-	Innstille	-	-	
Budsjettdisposisjon, drift	-	-	Ja	Ja	Ja	Innen budsjett, eget ansv.omr.
Beslutte tilsettinger	Ja	-	Ja	Innstille (lønn)	Innstille	Innen budsjett eget ansv.omr.
Signere avtaler om innleie som forplikter Sykehusbygg HF som foretak og arbeidsgiver			Ja	Ja	Ja	

¹ Fullmaktsmatrisen for foretak gjelder Sykehusbygg sin alminnelige virksomhet og ordinære drift. Den gjelder ikke disposisjoner innen rammene av avtalte prosjektoppdrag utført i henhold til oppdragsavtaler med helseforetak som oppdragsgiver. Disse beskrives i egen matrise.

Gi uttalelse til media	Ja		Ja	Ja	Ja	Innen eget område
Anlegge siviltt søksmål	Ja	-	-	-	-	-

Presiseringer knyttet til interne fullmakter i Sykehus

Som fullmaktsmatrisen viser, har ledere på avdelingsnivå anledning til å forplikte Sykehusbygg HF avgrenset til avtaler med kostnadsramme som ligger innenfor avdelingens budsjett. Kostnadsrammen inkluderer også eventuelle opsjoner. Til fullmakten ligger det en forutsetning om å handle i samsvar med regelverket om offentlige anskaffelser og i samsvar med budsjettforutsetninger.

Myndighet til å attestere og anwise utgifter følger av budsjettfullmakten. For å sikre sporbar og fullstendig kontrollfunksjon, skal myndigheten til å attestere ligge hos en annen enn den som anviser. Det utarbeides egen matrise for dette.

Myndighet til å utøve arbeidsgiverfunksjoner (styringsrett), herunder faglig ledelse og instruksjonsmyndighet overfor egne tilsatte i avdeling tilligger avdelingsleder og seksjonsleder. Nærmere spesifisering av omfanget av dette skal fremgå av den enkeltes rolle-/stillingsbeskrivelse.

Myndighet til etter skjønn å videre delegere egne fullmakter til andre innenfor avdeling, tilligger avdelingsleder. AD konsulteres og informeres før dette iverksettes.

Stedfortreder for AD trer inn når denne ikke er tilgjengelig. Stedfortreder har de samme fullmaktene som AD for oppgaver som ikke kan utstå til AD er tilgjengelig.

5. Etterlevelse av fullmakt

Dokumentet gjennomgås ved behov, og revideres minimum årlig som en del av Sykehusbygg HF sine styrende dokumenter.

Fullmaktsstrukturen gjøres kjent for alle ledere og andre med delegert myndighet i Sykehusbygg HF.

Fullmaktstruktur for Sykehusbygg HF

G = godkjenne

I = innstille for godkjennelse

SYKEHUSBYGG HF FULLMAKTMATRISE – FORETAK² vedtatt av styret den [23-03-2021]							
Fullmakt for disposisjon;	Styret	Styre- leder	Adm direktør	Leder øk/ virk støtte	Nivå 2-ledere Avdeling	Nivå 3-ledere Seksjon	Merknad:
1. Generelt							
Autorisasjonsgrense hvis ikke spesifisert	-	> 10 MNOK	< 10 MNOK	< 3 MNOK	< 3 MNOK	-	
Prokura	-	Ja	Ja	Ja	-		
2. Anskaffelser og avtaleinngåelser							
Inngå avtaler – innenfor budsjett	Ja	G	G	G	G	I	
Avrop på rammeavtaler, innen budsjett	-	-	G	G	G	I	
Kjøpe/selge anlegg og utstyr	Ja	> 5 MNOK	< 5 MNOK	< 1 MNOK	-		
Etablere oppdragsavtale for prosjekt med RHF/HF	Ja		G	I	I		
3. Betaling							
Gjennomføre betaling	-	Signatur i fellesskap	Signatur i fellesskap	Signatur i fellesskap	-		
Faktura	-	G	G	G	G		Etter fullmakt

² Fullmaktsmatrisen for foretak gjelder Sykehusbygg sin alminnelige virksomhet og ordinære drift. Den gjelder ikke disposisjoner innen rammene av avtalte prosjektoppdrag utført i henhold til oppdragsavtaler med helseforetak som oppdragsgiver. Disse beskrives i egen matrise.

Fullmaktstruktur for Sykehusbygg HF

4. Disponering av foretakets konti							
Opprette, endre, slette bankkonto	-	-	G	G	-		
Gi tilgang til betalingsfullmakt i bank	-	-	G	G	-		
Godkjenne utbetalinger	-	-	G	G			
Godkjenne regnskap	Ja	-	Innstill	-	-		
Budsjett Disposisjon, drift	-	-	G	G	G		
5. Ansettelse, oppsigelse og godtgjørelser							
Ansettelse/oppsigelse i ledergruppen	Ja	-	Ja	Innstill (lønn)	Innstill		
Ansettelse/oppsigelse utenfor ledergruppen			G	I	I	I	
Signere avtaler om innleie som forplikter Sykehusbygg HF som foretak og arbeidsgiver			G	G	G		
Lønn og godtgjørelser	G		G	G			Ihht lønnspolitikk
4. Juridisk og annet							
Gi uttalelse til media	Ja		G	G	G		
Anlegge sivilt søksmål	Ja	-	-	-	-		

Dokumenttype: Instruks	Dokumenteier: Styret	Godkjent av: Styret
Dokumentnavn: Instruks for styret	Versjon: 2.0	Godkjent dato: 30.03.2021

Styreinstruks for Sykehusbygg HF

1. Innledning

Instruksen for styret i Sykehusbygg HF er utarbeidet i samsvar med de prinsipper som gjelder for styrearbeid i selskaper, herunder i helseforetak. Formålet med styreinstruksen er å gi retningslinjer for styrets arbeidsform, styremøtenes innhold og gjennomføring samt å fungere som en rettesnor for styremedlemmene og daglig leder når det gjelder rolleforståelse, plikter og ansvar.

I tillegg til styreinstruksen er styret bundet av de regler som følger av lov, vedtekter, instruksjoner fra foretaksmøtet og foretakets etiske retningslinjer.

2. Styret

Styret i Sykehusbygg HF er virksomhetens øverste styrings- og ansvarsorgan.

Styret og dets medlemmer skal ivareta foretakets interesser. Styret er et kollegium og utfører sine oppgaver som et kollegium. Stemedlemmene representerer ikke noen interessegruppe.

3. Møteplan

Styret skal årlig utarbeide en møteplan, med oversikt over møtetidspunkter. Normalt gjennomføres 6-8 styremøter per år. Styrets leder skal sørge for at styret avholder møter så ofte det trengs.

4. Innkalling

Styrets leder er ansvarlig for å kalle sammen styret. Medlemmer av styret og adm. direktør kan kreve at styret sammenkalles. Innkalling til ordinære møter skal sendes styrets medlemmer og varamedlemmer senest 5 virkedager før møtet. For andre styremøter skal styret, så vidt mulig, ha innkallingen senest to virkedager før behandling finner sted.

5. Saksforberedelse m.m.

Adm. direktør, i samråd med styrets leder, saksforbereder og fastsetter saksliste til styremøtene. Saksliste, dokumentasjon med tilfredsstillende behandlingsgrunnlag for den enkelte sak og administrerende direktørs forslag til vedtak skal følge innkallingen. Saker skal være påført nummer, årstall og hjemmelsgrunnlag dersom saken ikke er offentlig.

I samarbeid med styreleder skal adm. direktør se til at de praktiske oppgavene rundt styrets arbeid ivaretas.

Dokumenttype: Instruks	Dokumenteier: Styret	Godkjent av: Styret
Dokumentnavn: Instruks for styret	Versjon: 2.0	Godkjent dato: 30.03.2021

6. Saker som skal styrebehandles

Styrets oppgaver og kompetanse reguleres bl. a. av helseforetaksloven, Sykehusbygg HFs vedtekter, oppdragsdokument, og øvrige styrende dokumenter utarbeidet for virksomheten.

Styret skal bl. a. behandle:

- Ansettelse og eventuelt fratreden av administrerende direktør
- Instruks og lønn for administrerende direktør
- Handlingsplaner og beslutninger knyttet til oppdrag som eier har gitt i oppdragsdokument
- Rammer for operative planer
- Budsjett
- Årsregnskap, årsberetning og årlig melding
- Saker som skal legges frem i foretaksmøte
- Oppdragsdokument
- Saker av uvanlig art eller av stor betydning
- Revisjonsrapporter

7. Kontrolloppgaver

Styret skal holde seg orientert om helseforetakets virksomhet og økonomiske stilling. Det skal føre tilsyn med at virksomheten drives i samsvar helseforetaksloven, vedtekter, vedtak truffet av foretaksmøtet og vedtatte planer og budsjetter.

Styret skal, sørge for internkontroll og risikostyring, og om nødvendig sørge for at korrigerende tiltak treffes. Styret skal herunder forvise seg om at krav som følger av lov og forskrift, etisk regelverk knyttet til anskaffelser, helse-, miljø- og sikkerhet, samt personvern og informasjonssikkerhet ivaretas av helseforetakets internkontroll og risikostyring.

Styret skal sørge for at helseforetaket er hensiktsmessig organisert og har adekvat ansvarsfordeling samt adekvate kommunikasjons- og rapporteringslinjer.

Styret skal føre tilsyn med adm. direktør og evaluere adm. direktørs arbeid.

Styret har plikt til å iverksette undersøkelser der styret finner det nødvendig. Slike undersøkelser skal vedtas av styret. Det enkelte styremedlem kan ikke iverksette egne undersøkelser.

Styret skal sørge for at bokføring og formuesforvaltning er gjenstand for betryggende kontroll.

8. Styremøter

Styremøter ledes av styreleder, eller i leders fravær, styrets nestleder. Er ingen av disse til stede velger styret selv en møteleder. Adm. direktør har rett og plikt til å være til stede og

Dokumenttype: Instruks	Dokumenteier: Styret	Godkjent av: Styret
Dokumentnavn: Instruks for styret	Versjon: 2.0	Godkjent dato: 30.03.2021

rett til å uttale seg, med mindre styret i den enkelte sak beslutter noe annet. Styresekretær deltar normalt i styremøtene.

Øvrige fra administrasjonen deltar etter behov. Representanter fra tilsynsorgan og lignende innkalles til styremøter etter behov.

Styrebehandling gjennomføres ordinært i møte. Finner styreleder det forsvarlig, kan møtet holdes som video- eller telefonmøte.

Saker som ikke er oppført på sakslisten kan styrebehandles, med mindre møteleder eller en tredjedel av tilstedeværende styremedlemmer motsetter seg behandling.

Styret er beslutningsdyktig når mer enn halvparten av samtlige styremedlemmer er til stede. Styret kan ikke treffe beslutninger med mindre alle medlemmer av styret så vidt mulig er gitt mulighet til å delta i behandlingen av saken. Styrets beslutninger treffes med alminnelig flertall. Mer enn en tredjedel av det totale antall styremedlemmer må stemme for et forslag for at det skal anses vedtatt. I tilfelle stemmelikhet har møteleder dobbeltstemme.

Styrets medlemmer har plikt til å avgi stemme i alle saker som behandles av styret.

9. Offentlighet og taushetsplikt

Virksomheten i Sykehusbygg HF er omfattet av bestemmelsene i offentleglova. Styremøter i Sykehusbygg HF skal holdes for åpne dører, hvis ikke annet følger av lovbestemt taushetsplikt eller vedtak etter helseforetaksloven § 26 a, annet ledd. Vedtar styret å lukke styremøtet, avgjør styrets flertall om og eventuelt hvem som kan/bør være til stede for å sikre forsvarlig saksbehandling.

Styrets møter skal alltid lukkes når saker omfattet av taushetsplikt behandles.

Styrets medlemmer og andre som deltar i styrets behandling har taushetsplikt om forhold som etter forvaltningslovens bestemmelser er taushetsbelagte. Styret, eller den som innkaller til møter, kan forøvrig pålegge taushetsplikt i saker der det er påkrevd ved lov.

10. Habilitet

Styremedlem som selv eller via nærstående har en fremtredende personlig eller økonomisk interesse i en sak, har plikt til å erklære seg inhabil. Habilitetsreglene er objektive krav til en tilstand, og spør ikke om den enkelte føler seg habil eller i stand til å ivareta hensynene bak bestemmelsene, og/eller faktisk gjør det. Styremedlem bør derfor spørre seg om sine posisjoner, eierskap, særlig sterke engasjement eller andre forhold kan gi grunnlag for *omverden* å reise tvil om styremedlemmets motivasjon for sitt standpunkt i en bestemt sak. Tilsvarende dersom andre særegneforhold kan være egnet til å svekke tilliten til styremedlemmets upartiskhet.

Et styremedlem kan ikke delta i behandlingen av, eller avgjørelse i, saker hvor vedkommende er inhabil, jf. også forvaltningsloven kap. II.

Dokumenttype: Instruks	Dokumenteier: Styret	Godkjent av: Styret
Dokumentnavn: Instruks for styret	Versjon: 2.0	Godkjent dato: 30.03.2021

Ved tvil skal styremedlemmet legge saken frem for styret, som avgjør spørsmålet. Styremedlemmet habilitetsspørsmålet gjelder, deltar ikke ved behandlingen. Dersom spørsmål om inhabilitet oppstår for flere medlemmer i samme sak, kan ingen av dem delta ved avgjørelsen av egen eller andres habilitet, med mindre styret ellers ikke vil være vedtaksført. I sistnevnte tilfelle skal alle møtende styremedlemmer delta.

11. Protokoll

Protokoll fra styrebehandlingen skal alltid utarbeides. Foreløpig protokoll utarbeides så snart som mulig etter styremøtet og publiseres på internett. Protokollen skal angi tid og sted for styrebehandlingen, om sakene er behandlet i møte eller på annen måte, deltakere og styrets beslutninger. Protokollen godkjennes endelig i påfølgende møte.

Protokollen skal signeres av styremedlemmene som deltok i behandlingen. Medlemmer som ikke deltok skal bekrefte å ha gjort seg kjent med protokollens innhold ved påtegning. Protokollen skal angi hvem som stemte for og imot et vedtak som ikke er enstemmig. Styremedlem eller adm. direktør som er uenig i styrets beslutning kan kreve sitt syn protokollført.

12. Informasjonshåndtering

Styrets leder uttaler seg på vegne av styret om ikke annet er særskilt avtalt.

13. Styremedlemmenes opplysningsplikt

Styremedlem som har styreverv og/eller ledende stilling i, eller eierandel i virksomhet som er, eller kan komme i et forretningsmessig forhold til Sykehusbygg HF, skal forelegge dette for styret

14. Godkjennelse og varighet

Instruks for styret i Sykehusbygg HF er godkjent i styremøte dd.mm. 2018. Instruksen gjelder inntil styret gjør nytt vedtak.

Instruks for administrerende direktør i Sykehusbygg HF



Gjelder for:	Sykehusbygg HF	Type dokument:	INS - V
Prosessområde:	Ledelsesprosesser	Arbeidsprosess:	Oppdater styrende dokument
Dokumentnummer:		Dokumentversjon:	1.0
Dokumentansvarlig:	Styret	Dokumenteier:	Styret

Innhold

1.Formål med instruksen	1
2.Overordnet rolleavklaring	1
3.Administrerende direktørs myndighet	1
4.Administrerende direktørs oppgaver	1
4.1 Budsjettering, kontroll og regnskap	2
4.2 Rapportering	2
4.3 Saksforberedelse – styremøter	3
4.4 Foretaksmøtet	3
4.5 Ledergruppe	3
4.6 Samarbeid med andre	3
4.7 Informasjon og samfunnskontakt	3
4.8 Helse, miljø og sikkerhet	4
4.9 Organisering og personalansvar	4
4.10 Fullmakter	4
5.Resultatkrav og evaluering av administrerende direktør	4

1. Formål med instruksen

Denne instruksen gir rammer for administrerende direktørs arbeid og beskriver ansvar, oppgaver, plikter og rettigheter. Instruksen bygger på bestemmelsene i Lov om helseforetak av 15. juni 2001 nr.93 (helseforetaksloven) og vedtektene for Sykehusbygg HF.

2. Overordnet rolleavklaring

Styret fastsetter strategier, rammer og retningslinjer for Sykehusbygg HF.

Administrerende direktørs rolle er å utvikle og iverksette strategier og handlingsplaner i samsvar med styrets beslutninger og instrukser, samt å følge opp disse, jf. helseforetaksloven § 37.

Administrerende direktør tilsettes av styret som også fastsetter administrerende direktørs lønn og andre ansettelsesvilkår. Styret skal gi instrukser og føre tilsyn med administrerende direktørs arbeid. Styret treffer vedtak om å si opp eller avskjedige administrerende direktør, jf. helseforetaksloven § 36.

Administrerende direktør møter i styret med tale- og forslagsrett, jf. helseforetaksloven § 26.

3. Administrerende direktørs myndighet

Administrerende direktør sørger for den daglige ledelsen av Sykehusbygg HF og skal følge de retningslinjer og pålegg som styret har gitt, og påse at virksomheten er i samsvar med Sykehusbygg HF sine vedtekter og vedtak truffet av foretaksmøtet og styret, jf. helseforetaksloven § 37, 1. og 2. ledd.

Administrerende direktør tildeles prokura.

Styret kan delegere administrerende direktør myndighet til å begjære offentlig påtale av straffbare forhold, jf. straffeloven av 22. mai 1902 nr. 10 § 79, 1. ledd.

Den daglige ledelsen omfatter ikke saker som etter foretakets forhold er av uvanlig art eller av stor betydning, jf. helseforetaksloven § 37, 3. ledd. Administrerende direktør plikter å forelegge saker av slik natur for styret.

Administrerende direktørs myndighet omfatter derfor ikke:

- Pantsettelse eller avhending av eiendom
- Opptak av lån uten styrets godkjennelse
- Saker hvor foretaket skal treffe vedtak etter helseforetaksloven § 30

- Investeringer (og vedlikehold) utover 5 millioner kroner
- Representasjon (prosesshandelsevne) i sivile saker uten etter fullmakt fra styret

Det vises for øvrig til bestemmelser i vedtektene og i fullmaktsmatrisen.

4. Administrerende direktørs oppgaver

Administrerende direktør skal arbeide for at Sykehusbygg HF utfører sine hovedoppgaver i samsvar med foretakets vedtekter og andre styrende dokumenter, samt innenfor de vedtatte budsjetter.

Administrerende direktør skal bidra aktivt til å sikre videreutvikling av faglig innhold og kvalitet i Sykehusbygg HF.

Administrerende direktør har ansvar for foretakets daglige drift og virksomhet slik at en på best mulig måte kan oppnå de målsettinger som er gitt, og skal utføre de oppgaver som kreves i den forbindelse. Nedenfor følger en nærmere beskrivelse av hovedoppgaver som inngår i ansvaret til administrerende direktør.

4.1 Budsjettering, kontroll og regnskap

Administrerende direktør skal sørge for at budsjettering i Sykehusbygg HF gjøres på en grundig og systematisk måte og innenfor de rammer som fastsettes av styret for Sykehusbygg HF.

Administrerende direktør skal sørge for at regnskapene for Sykehusbygg HF føres i samsvar med god regnskapsskikk og at den økonomiske internkontrollen er ordnet på en forsvarlig måte herunder at foretakets registrering og dokumentasjon av regskapsopplysninger er i samsvar med lov og forskrifter, og at formuesforvaltningen er ordnet på en betryggende måte, jf. helseforetakslovens § 37, siste ledd.

Med dette menes også at administrerende direktør for å etablere og følge opp at det foreligger et internt kontroll-rammeverk som sikrer at:

- Alle inntekter tilfaller rettmessig og rettidig foretaket
- Kun relevante utgifter og kostnader belastes og betales av foretaket
- Alle eiendeler er sikret og korrekt vurdert
- Investeringer prioriteres og vurderes opp mot foretakets mål
- Foretakets finansielle og likviditetsmessige styring søkes optimalisert

I dette ligger at administrerende direktør må etablere økonomirutiner og systemprosedyrer som gjenspeiler disse målene og er gjenstand for løpende evaluering.

4.2 Rapportering

4.2.1 Informasjon til styret

Administrerende direktør har plikt til å informere styret om foretakets virksomhet, stilling og resultatutvikling. Til hvert styremøte skal administrerende direktør gi styret skriftlig rapport om situasjonen i Sykehusbygg HF. Rapporten skal inneholde både økonomiske og ikke-økonomiske forhold, herunder spesielt fokus på kvalitet, innhold og aktivitet.

Hver 4. måned skal administrerende direktør gi styret skriftlig underretning om foretakets virksomhet i henhold til helseforetaksloven § 38. Det skal særlig redegjøres for foretakets stilling og utvikling i forhold til vedtatte planer og budsjetter.

Styret har til enhver tid rett til å kreve at administrerende direktør gir styret en redegjørelse både av generell art, og i saker av særskilt interesse.

Administrerende direktør har ansvar for å holde styret informert om vesentlige forhold internt og eksternt.

4.2.2 Årlig melding til eierne

Administrerende direktør skal utarbeide et forslag til årlig melding til eierne som styret i Sykehusbygg HF hvert år skal levere til Helse Sør-Øst RHF, Helse Vest RHF, Helse Midt-Norge RHF og Helse Nord RHF som eiere i henhold til Sykehusbygg HF sine vedtekter.

4.2.3 Årsberetning og årsregnskap

Administrerende direktør skal utarbeide forslag til årsberetning og årsregnskap til styret. Administrerende direktør har ansvaret for at årsberetning og årsregnskap innsendes til foretaksregisteret. Administrerende direktør skal underskrive årsberetningen og årsregnskapet.

4.3 Saksforberedelse – styremøter

Styrets leder har det formelle ansvaret for styrebehandling av styresaker.

Administrerende direktør forestår saksforberedelser til styremøtene i samråd med styrets leder. Alle saker skal forberedes og fremlegges på en slik måte at styret har et tilfredsstillende beslutningsgrunnlag. Administrerende direktør skal sørge for å holde styret informert om viktige beslutninger som gjøres av ledelsen innenfor daglig ledelse. Administrerende direktør skal rapportere til styret vedrørende fremdrift i planer og informere om eventuelle avvik. Administrerende direktør skal sørge for at alle styremedlemmer får den samme informasjon til samme tid. Administrerende direktør vil i samråd med styret leder foreta innkalling til styremøte.

Administrerende direktør kan kreve at styret sammenkalles.

4.4 Foretaksmøtet

Administrerende direktør plikter å være til stede i foretaksmøtet og har rett til å uttale seg i foretaksmøtet, jf. helseforetakslovens § 17. Administrerende direktør har ansvar for Sykehusbygg HF's saksforberedelse til foretaksmøtet.

4.5 Ledergruppe

Administrerende direktør har ansvar for at det etableres ledergruppe for samarbeid og utvikling innen helseforetaket. Administrerende direktør har et overordnet ansvar for at det drives gode lederutviklingsprosesser innen helseforetaket.

4.6 Samarbeid med andre

Sykehusbygg HF skal være en internleverandør for de regionale helseforetakene og landets helseforetak, og skal legge til rette for og bidra til standardisering, erfaringsoverføring, god ressursutnyttelse og ressurstilgang innen prosjektering og bygging av sykehus, og sørge for at erfaring fra forvaltning og drift av sykehuseiendom tas hensyn til i nye prosjekter og kommer hele sektorens eiendomsforvaltning til nytte.

Sykehusbygg HF skal bidra til fremtidsrettet utvikling av sykehusbyggingen i Norge gjennom læring, innovasjon, erfarings- og kompetanseoverføring, og skal være en ressursleverandør for sykehuseiere og sektoren for øvrig.

Administrerende direktør skal aktivt tilrettelegge for et åpent og konstruktivt samarbeid med de regionale helseforetakene og helseforetakene om disse oppgavene.

4.7 Informasjon og samfunnskontakt

Administrerende direktør representerer foretaket utad i saker som inngår i den daglige ledelse.

Administrerende direktør har ansvar for at det utvikles systemer, rutiner og holdninger for kontakt med eksterne aktører som media, lokale- og regionale myndigheter som sikrer offentlig innsyn i de aktiviteter foretaket har ansvaret for.

Mediesaker av uvanlig art eller stor betydning skal løftes til styrets leder for å avklare respons.

4.8 Helse, miljø og sikkerhet

Administrerende direktør har ansvar for at det utvikles systemer, rutiner og holdninger som ivaretar helse, miljø og sikkerhet i foretaket.

4.9 Organisering og personalansvar

Administrerende direktør har ansvar for at Sykehusbygg HF er riktig organisert og rår over den kompetansen som til enhver tid er nødvendig for at Sykehusbygg HF skal nå sine mål. Administrerende direktør skal foreta nødvendige ansettelser eller på annen måte skaffe til veie de ressurser som er nødvendige. Administrerende direktør skal fastsette lønn og ansettelsesvilkår innenfor gjeldende lover og de rammer som fastsettes av styret for Sykehusbygg HF.

Administrerende direktør har personalansvaret for de ansatte i Sykehusbygg HF. Dette kan delegeres til lavere nivåer i henhold til fullmaktsmatrisen.

4.10 Fullmakter

Administrerende direktør kan forplikte Sykehusbygg HF innenfor de fullmakter som til enhver tid fastsettes. I saker som er av en slik karakter eller størrelse at de går ut over direktøren sin fullmakt, skal sakene fremlegges styret for Sykehusbygg HF.

Administrerende direktør har ansvar for at det utvikles systemer, rutiner og holdninger som sikrer at utøvelse av fullmakter, herunder delegering av disse, ikke overtreddes. Administrerende direktør er den eneste som kan gi fullmakter, men dette kan også delegeres av administrerende direktør til ledere etter avtale eller i henhold til fullmaktsmatrisen.

Direktøren har anvisningsmyndighet for Sykehusbygg HF.

5. Resultatkrav og evaluering av administrerende direktør

Styret i Sykehusbygg HF etablerer årlige resultatkrav til administrerende direktør. Administrerende direktør vil bli evaluert i forhold til disse ved utløpet av hver periode.

SB-SAK 61/2022 Retningslinjer for lønn og annen godtgjørelse til ledende personer i Sykehusbygg HF**Forslag til beslutning**

Utkast til retningslinjer for lønn og godtgjørelser til ledende personer godkjennes. Retningslinjene oversendes eierne for videre behandling i foretaksmøtet.

Bakgrunn for sak

I forbindelse med revisjon av vedtektene til de felleseide helseforetakene har eierne innført et krav om at det skal foreligge skriftlige retningslinjer og rapportering av lønn og annen godtgjørelse til ledende personer i foretaket. Kravet er harmonisert med tilsvarende krav i allmennaksjeloven.

Det gis i denne saken en redegjørelse for kravene. Videre gis vurderinger av behov for oppfølging og det legges frem et forslag til utforming av slike retningslinjer ihht kravet. Saken har vært lederbehandlet i Sykehusbygg HF.

Retningslinjer for lønn og annen godtgjørelse til ledende personer – krav til oppfølging

De reviderte vedtektene for Sykehusbygg fastslår i §9 et krav til skriftlige retningslinjer og rapportering av lønn og godtgjørelser for ledende personer i foretaket, og lyder:

«§9 Retningslinjer og rapport om lønn og annen godtgjørelse til ledende personer. Sykehusbygg HF skal følge allmennaksjelovens §§6-16 a Retningslinjer om fastsettelse av lønn og annen godtgjørelse til ledende personer i noterte selskaper, 6-16b Rapport om lønn og annen godtgjørelse til ledende personer i noterte selskaper og Forskrift om retningslinjer og rapport om godtgjørelse for ledende personer. Retningslinjer i samsvar med asal §6-16a og forskriften skal legges frem for godkjenning i første foretaksmøte i 2023. Lønnsrapport i samsvar med asal §6-16b og forskriften skal senest legges frem for ordinært foretaksmøte fra og med 2023.»

Som det fremgår er kravet direkte knyttet til allmennaksjelovens krav, slik dette er formulert i § 6 – 16 a og b samt Forskrift. I vedlegg 2 er gjengitt asal §6-16a og b.

Kravet er eksplisitt på at foretaket skal nedfelle egne retningslinjer som gjelder lønn og annen godtgjørelse til ledende personer i foretaket.

Hvem er ledende personer i foretaket?

Dette spørsmålet er tidligere vurdert og avklart ifbm at det gis rapportering i årsregnskapet om lønn og godtgjørelser for denne gruppen. I tillegg til styret, anses administrerende direktør (nivå 1) og ledergruppen (nivå 2) som ledende personer i foretaket. Denne definisjonen er gjennomgått og anerkjent av revisor for å være ihht kravet.

Behov for retningslinjer for lønn og kompensasjon til ledende personer

Sykehusbygg HF har i egen *Lokal lønnspolitikk* nedfelt retningslinjer for hvordan lønn og godtgjørelse vurderes og endres. Denne er gjort gjeldende for alle medarbeidere, inkludert ledende personer. Lønnspolitikken i Sykehusbygg HF er i liten grad rollespesifikk, og gir ikke eksplisitte retningslinjer for ledende personer. Dette gjenspeiler også foretakets praksis med bruk av samme lønnspolitikk som ramme for vurderinger av lønn til ledende personer som for øvrig personell.

Det er administrasjonens vurdering og anbefaling at gjeldende praksis for lønn og godtgjørelse for ledende personer bør videreføres slik den er praktisert i foretaket. Det er imidlertid behov for å nedfelle denne praksisen skriftlig slik at det er tydeliggjort hva som gjelder for ledende personer, egnet for oppfølging av krav i vedtektene.

Det er utarbeidet et dokument om Retningslinjer for lønn og annen godtgjørelse til ledende personer i Sykehusbygg HF som gjenspeiler Lokal lønnspolitikk i Sykehusbygg HF. I vedlegg 1 følger et utkast til slikt dokument og som også vil være å anse som en tilføyelse/vedlegg til Lokal lønnspolitikk.

Vedr. dokumentasjon av lønn og godtgjørelse til ledende personer

Sykehusbygg HF har fått informasjon om at eierne vil utarbeide en felles mal til bruk i forbindelse med årlig rapportering av lønn og kompensasjon til ledende personer. Det er forventet at slik mal for oppfølging er i samsvar med det som skal rapporteres i note til årsregnskapet, videre at mal foreligger i god tid slik at rapportering kan gjøres tilfredsstillende til foretaksmøtet i 2023.

Saksbehandler: Berit Bye

Sykehusbygg, 17.11.2022

Terje Bygland Nikolaisen
Administrerende direktør Sykehusbygg

Elektronisk godkjent uten signatur

Vedlegg 1: Utkast til retningslinjer for lønn og godtgjørelse til ledende personer

Vedlegg 2: Allmennaksjeloven §§6-16a og b

Vedlegg 1:

Utkast til retningslinjer for lønn og annen godtgjørelse til ledende personer i Sykehusbygg HF

Sykehusbygg HF sine retningslinjer for lønn og annen godtgjørelse til ledende personer er i henhold til foretakets vedtekter §9, allmennaksjeloven §6-16a og b, samt forskrift for retningslinjer og rapport om godtgjørelse for ledende personer.

Retningslinjene gjelder for ledende personer i Sykehusbygg HF som definert i allmennaksjeloven §6-16a. I Sykehusbygg HF er dette definert til å gjelde ledergruppen (nivå 1 og 2) og foretakets styre.

Godtgjørelse til andre ansatte enn ledergruppen, omfattes ikke av disse retningslinjene.

Grunnlaget for lønn til ledende personer; Forretningsstrategi, langsiktig interesse og økonomisk bæreevne

Som kunnskapsbedrift er Sykehusbygg HF's fremste aktiva medarbeidernes kompetanse. For å tiltrekke og beholde dyktige og kompetente medarbeidere er foretaket opptatt av å tilby konkurransedyktige vilkår, uten å være lønnsledende. Dette gjelder for alle ansatte uavhengig av organisatorisk nivå.

Avlønning av ledende personer skal som for øvrige medarbeidere fastsettes etter individuell vurdering. Lønnsnivået skal bygge på en saklig vurdering av stillingsinnhold og personlige forhold ut fra en vurdering av:

- Arbeids- og ansvarsområde
- Initiativ, effektivitet og gjennomføringsevne
- Relasjoner og samarbeidsforhold
- Utdanning og erfaring
- Arbeidsmarkedsforhold

Det skal ikke introduseres systematiske lønnsforskjeller i forbindelse med nyrekruttering.

Struktur for fastsetting av lønn og godtgjørelse for ledere

Lønn og annen godtgjørelse til ledende personer i Sykehusbygg HF består av tre deler:

1. Ordinær lønn (fastlønn)
2. Annen godtgjørelse
 - Forsikringer (gruppeliv, reise og ulykke)
 - Elektronisk kommunikasjon (telefon og bredbånd)
 - (Evt annen skattefri godtgjørelse som fri avis)
3. Pensjon

Ledende personer skal ha samme vilkår for godtgjørelser og pensjon som øvrige ansatte i foretaket. Det er ingen variable lønnselementer eller insentiv-ordninger i belønningskonseptet.

Dagens pensjonsordning i KLP gjelder for alle ledere, er innskuddsbasert og basert på pensjonsalder på 67 år og at samlet kompensasjonsgrad ikke skal overstige 66 %, oppad begrenset til 12G. Alle ansatte i foretaket har rett til AFP fra fylte 62 år.

Sykehusbygg HF skal ikke inngå avtaler om etterlønn, bonuser eller aksjer og opsjoner. Det er ikke inngått avtaler om sluttvederlag. Oppsigelsestid er tre måneder. Det kan avtales sluttvederlag for administrerende direktør inntil 6 mnd etter oppsigelsestiden hvis arbeidsforholdet avsluttes etter ønske fra styret.

En oversikt over ledende personers godtgjørelse skal fremgå av årsregnskapet.

Fastsettelse av retningslinjer og rapportering

Styret skal påse at retningslinjer og tilhørende rapportering er i henhold til foretakets vedtekter §9, allmennaksjeloven §6-16a og b, samt forskrift for retningslinjer og rapport om godtgjørelse for ledende personer.

Det er styret som er ansvarlig for utarbeidelse retningslinjer og som fremmer disse overfor Foretaksmøtet. Styret har mulighet for å gi ansvaret for utarbeidelse av retningslinjer til et annet organ. Foretaksmøtet skal behandle og godkjenne retningslinjene ved enhver vesentlig endring og minst hvert fjerde år.

For hvert regnskapsår er styret ansvarlig for at det utarbeides en lønnsrapport som gir en samlet oversikt over utbetalt og inntestående lønn og godtgjørelse som omfattes av retningslinjene. Revisor skal før rapporten behandles i Foretaksmøtet kontrollere at rapporten inneholder opplysninger som kreves etter denne bestemmelsen og forskrift gitt i medhold av bestemmelsen.

Retningslinjer og rapporten skal uten opphold offentliggjøres på selskapets nettside etter at ordinær Foretaksmøte er avholdt.

Vedlegg 2:

Allmennaksjeloven § 6-16 a og b

§ 6-16 a. Retningslinjer om fastsettelse av lønn og annen godtgjørelse til ledende personer i noterte selskaper

- 1) Bestemmelsene i denne paragrafen gjelder for selskaper med aksjer tatt opp til handel på regulert marked. Departementet kan i forskrift fastsette at bestemmelsene også skal gjelde for selskaper med aksjer tatt opp til handel på tilsvarende marked utenfor EØS eller på andre typer handelsplasser.
- 2) Styret skal utarbeide retningslinjer om fastsettelse av lønn og annen godtgjørelse til daglig leder, andre ledende personer, og ansatte som er medlem av styret og bedriftsforsamlingen. I vedtektene kan det fastsettes at retningslinjene skal utarbeides av et annet organ.
- 3) Retningslinjene skal være tydelige og forståelige, og bidra til selskapets forretningsstrategi, langsiktige interesser og økonomiske bæreevne.
- 4) Styret kan under særlige omstendigheter midlertidig fravike retningslinjene, forutsatt at retningslinjene angir de prosessuelle betingelsene for å fravike retningslinjene og hvilke deler av retningslinjene det er adgang til å fravike.
- 5) Retningslinjene skal behandles og godkjennes av generalforsamlingen ved enhver vesentlig endring og minst hvert fjerde år. Dersom generalforsamlingen ikke godkjenner retningslinjene, skal ytelse utbetales i samsvar med gjeldende godkjente retningslinjer, eller om slike ikke finnes, i samsvar med selskapets praksis. Styret skal senest ved neste generalforsamling fremme forslag til retningslinjer.
- 6) Retningslinjer som er godkjent av generalforsamlingen og resultatet av avstemningen samt dato, skal uten opphold offentliggjøres på selskapets nettside. Gjeldende retningslinjer skal være gratis og offentlig tilgjengelig.
- 7) Departementet kan i forskrift gi nærmere regler om innholdet i retningslinjene.

§ 6-16 b. Rapport om lønn og annen godtgjørelse til ledende personer i noterte selskaper

- 1) Bestemmelsene i denne paragrafen gjelder for selskaper med aksjer tatt opp til handel på regulert marked. Departementet kan i forskrift fastsette at bestemmelsene også skal gjelde for selskaper med aksjer tatt opp til handel på tilsvarende marked utenfor EØS eller på andre typer handelsplasser.
- 2) Styret skal for hvert regnskapsår sørge for at det utarbeides en rapport som gir en samlet oversikt over utbetalt og inntæktende lønn og godtgjørelse som omfattes av retningslinjene i § 6-16 a. Generalforsamlingen skal avholde en rådgivende avstemning over rapporten.
- 3) Styret skal i rapporten for det etterfølgende regnskapsår forklare hvordan resultatet fra generalforsamlingens avstemning etter § 5-6 fjerde ledd er hensyntatt.
- 4) Revisor skal før rapporten behandles i generalforsamlingen kontrollere at rapporten inneholder opplysninger som kreves etter denne bestemmelsen og forskrift gitt i medhold av bestemmelsen.
- 5) Rapporten skal uten opphold offentliggjøres på selskapets nettside etter at ordinær generalforsamling er avholdt. Rapporten skal forbli offentlig tilgjengelig og gratis i en periode på ti år. Dersom selskapet velger å la rapporten være offentlig tilgjengelig ut over dette, skal personopplysninger tas ut av rapporten.
- 6) Departementet kan i forskrift gi nærmere regler om innholdet i rapporten etter annet ledd. tilsvarende, asal

SB-SAK 62/2022 Implementering og etterlevelse av åpenhetsloven**Forslag til vedtak:**

Styret tar informasjon om foretakets plan for implementering og etterlevelse av åpenhetsloven til orientering.

Bakgrunn:

Den norske 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. Det er klart at Sykehusbygg HF med sin virksomhet er omfattet av, og skal følge opp de forventningene som gis i åpenhetsloven.

I denne saken gis en status for arbeidet med å etablere retningslinjer og rutiner for å sikre etterlevelse av åpenhetsloven i Sykehusbygg HF.

Etterlevelse av Åpenhetsloven i Sykehusbygg HF – krav

Åpenhetsloven er en informasjonslov som gir alle adgang til å kreve informasjon fra virksomhetene om hvordan de håndterer faktiske og potensielle negative konsekvenser som er vurdert i form av aktsomhetsvurderinger. 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

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

Implementering i Sykehusbygg HF – status

Sykehusbygg har iverksatt arbeid for å avklare krav nærmere, samt detaljere retningslinjer og oppfølgingsbehov som underlag for etterlevelse av kravene. Følgende arbeid pågår:

- **Virksomhetsinternt**

Sykehusbygg benytter bl.a Sykehusinnkjøp HF sine rammeavtaler og i forbindelse med produksjon av varer og levering av tjenester på disse rammeavtalene lener Sykehusbygg seg på Sykehusinnkjøp sine rutiner for åpenhet og arbeid med grunnleggende menneskerettigheter og anstendige arbeidsforhold.

Anskaffelser som gjennomføres på egne vegne – her tar Sykehusbygg ansvar for å følge opp åpenhetsloven. System for gjennomføring og oppfølging av aktsomhetsvurderinger utarbeides. Rapportering / dokumentasjon eksternt og internt tenkes på foretakets nettsider og i virksomhetsrapporten.

- **I prosjektporteføljen**

Sykehusbygg arbeider med å klargjøre hvilke krav og forventninger som stilles til HF/RHF som byggherre (våre oppdragsgivere) ifbm gjennomføring av utbyggingsprosjekter. Byggherrene vil ha et «påse-ansvar» for at slikt som moduler/prefab, utstyr og materialer som kontraktspart kjøper inn er produsert under forhold som ivaretar menneskerettighetene (etisk handel).

Det er to forhold som påvirker risikoen for alvorlige avvik på disse bestemmelsene i byggeprosjektene:

- Type produkt/materiale/leveranse
- Hvor det er produsert

Det er inngått en samarbeidsavtale mellom Sykehusbygg HF og Sykehusinnkjøp HF hvor Sykehusinnkjøp HF skal bistå Sykehusbygg HF i prosjektporteføljen med anskaffelse av løst utstyr til byggeprosjektene. I tillegg kan prosjektporteføljen under visse forutsetninger benytte rammeavtaler Sykehusinnkjøp HF har inngått. I forbindelse med produksjon av varer og levering av tjenester på disse avtalene lener Sykehusbygg HF seg på Sykehusinnkjøp HF sine rutiner for åpenhet og arbeid med grunnleggende menneskerettigheter og anstendige arbeidsforhold.

I bygge- og anleggsanskaffelser i prosjektporteføljen og der Sykehusbygg HF utfører anskaffelser etter fullmakt fra byggherre, tar Sykehusbygg HF ansvar for åpenhet og arbeid med grunnleggende menneskerettigheter og anstendige arbeidsforhold i samarbeid med kontraherte entreprenører og byggherre. Det pågår pt et arbeid for å klargjøre kravene til oppfølging, der disse går lengre enn det som fanges opp gjennom innsatsen for seriøsitet og AKRIM håndterer. Det er tett samarbeid med eierne i dette arbeidet.

Gjennomgang i møtet

I møtet vil det gis en nærmere presentasjon av status i arbeidet med å implementere åpenhetsloven i Sykehusbygg HF.

Sykehusbygg HF, 18.11.2022

Terje Bygland Nikolaisen
Administrerende direktør Sykehusbygg

Elektronisk godkjent uten signatur

SB-SAK 63/2022 Vedtakslogg for 2022**Forslag til vedtak**

Styret gjennomgikk logg over vedtak gjort i styremøter i 2022. Loggen viser at administrasjonen har fulgt opp i tråd med vedtak gjort av styret, og gir et bilde på administrasjonens oppfølging av styrevedtak for 2022.

Bakgrunn for saken

I henhold til styreinstruks og styrets egenkontroll har det de siste årene vært tilrettelagt for en samlet gjennomgang av styresaker som har vært behandlet gjennom året. Vedtakslogg for 2022 legges frem for styret.

Vurderinger

Det vises til vedlagte vedtakslogg med oversikt over alle saker som styret har hatt til behandling i 2022.

Styret for Sykehusbygg har gjennomført 6 møter i 2022, inkludert gjeldende møte. Det har vært 65 saker til behandling på styrets agenda. Ser man bort fra saker om godkjenning av innkalling og agenda, godkjenning av protokoll, eventuelt, samt overlappende saker pga utsatte saker i møte 21.02., har det vært behandlet totalt 44 saker.

Disse 44 saker har vært fordelt på følgende sakstyper:

- 19 saker til beslutning
- 5 saker til diskusjon
- 20 saker til orientering

Vedlagt følger oversikt over sakene og vedtakene styret har gjort. Administrasjonen har gjennomgått alle vedtak og funnet at alle er fulgt opp i tråd med styrets beslutning.

Saksbehandler: Berit Bye

Sykehusbygg, 18.11.2022

Terje Bygland Nikolaisen
Administrerende direktør Sykehusbygg

Elektronisk godkjent uten signatur

Vedlegg: Vedtakslogg for 2022

Vedlegg: Vedtakslogg styret i Sykehusbygg 2022

Møte	Sak #	Navn på sak	Vedtak
02.12.2021 ekstraordinært	64/2021	Justering av AD lønn for 2021	Beslutning

Møte	Sak #	Navn på sak	Vedtak
26.01.2022	1/2022	Innkalling og agenda	Beslutning
	2/2022	Protokoll fra styremøte 22. november 2021 og 2. desember 2021 (e.o)	Beslutning
	3/2022	Endelig budsjett for Sykehusbygg HF for 2021	Beslutning
	4/2022	Utkast til årlig melding 2021 for Sykehusbygg HF	Beslutning
	5/2022	Foreløpig årsresultat 2021	Diskusjon
	6/2022	Styrets årsplan 2022	Beslutning
	7/2022	Saker til neste styremøte	Orientering
	8/2022	Eventuelt	Orientering

Møte	Sak #	Navn på sak	Vedtak
21.02.2022	9/2022	Innkalling og agenda	Beslutning
	10/2022	Protokoll fra styremøte 26. januar 2022	Beslutning
	11/2022*	AD sin orientering til styret	Orientering
	12/2022*	Virksomhetsrapport, 3.tertial 2021	Orientering
	13/2022	Regnskap og årsberetning for Sykehusbygg HF 2021	Beslutning
	14/2022*	Oppdragsdokument for Sykehusbygg 2022, oppfølging	Orientering
	15/2022*	Prioritering av utviklingsprosjekter og fellesoppgaver for 2022	Beslutning
	16/2022	Oppdatert risikobilde for Sykehusbygg HF, 3. tertial 2021	Orientering
	17/2022*	Styrende dokumenter	Beslutning
	18/2022*	IKT-anskaffelser	Orientering
	19/2022	Saker til neste møte	Orientering
	20/2022	Eventuelt	Orientering

* Sak utgikk fra behandling i dette møtet, og overført til «ny» sak i møte 30.03.

Møte	Sak #	Navn på sak	Vedtak
30.03.2022	21/2022	Innkalling og agenda	Beslutning
	22/2022	Protokoll fra styremøte 21. februar	Beslutning
	23/2022	AD sin orientering til styret	Orientering
	24/2022	Oppdragsdokument 2022 (ref 14/22)	Orientering
	25/2022	Prioritering Fellesoppgaveportefølje 2022 (ref 15/22)	Beslutning
	26/2022	Oppdatering styrende dokumenter (ref 17/22)	Beslutning
	27/2022	IKT-anskaffelser	Orientering
	28/2022	ØLP for perioden 2022-2025	Beslutning
	29/2022	Lønnsoppgjøret i Sykehusbygg HF 2022	Diskusjon
	30/2022	Strategiarbeid i felleseide selskap	Diskusjon
	31/2022	Saker til neste møte	Orientering
	32/2022	Eventuelt	Orientering

Møte	Sak #	Navn på sak	Vedtak
13.05.2022	33/2022	Innkalling og agenda	Beslutning
	34/2022	Protokoll fra styremøte 30. mars	Beslutning
	35/2022	AD sin orientering til styret	Orientering
	36/2022	Resultater etter 1.tertial 2022	Orientering
	37/2022	Virksomhetsrapport, 1.tertial 2022	Beslutning
	38/2022	Oppdragsavtale mellom Sykehusbygg HF og Helse Sør-Øst RHF	Orientering
	39/2022	Saker til neste møte	Orientering
	40/2022	Eventuelt	Orientering

Møte	Sak #	Navn på sak	Vedtak
16.09.2021	41/2022	Innkalling og agenda	Beslutning

	42/2022	Protokoll fra styremøte 13. mai	Beslutning
	43/2022	Administrerende direktørs orientering til styret	Orientering
	44/2022	Virksomhetsrapport, 2. tertial 2021	Beslutning
	45/2022	Resultater etter 2. tertial 2021, rapportering	Orientering
	46/2022	Risikobilde for Sykehusbygg, oppdatering etter 1. halvår 2022	Orientering
	47/2022	Forslag til budsjett for Sykehusbygg HF, 2022	Beslutning
	48/2022	Innspill til Oppdragsdokument 2023	Diskusjon
	49/2022	Videreutvikling av eierstyringen – kartlegging av kundefora	Orientering
	50/2022	Saker til neste møte	Orientering
	51/2022	Eventuelt	Orientering

Møte	Sak #	Navn på sak	Vedtak
25.11.2022	52/2022	Innkalling og agenda	Beslutning
	53/2022	Godkjenning av protokoll fra møte 16. september	Beslutning
	54/2022	Administrerende direktørs orientering til styret	Orientering
	55/2022	Budsjett 2023 for Sykehusbygg HF	Beslutning
	56/2022	Strategi og handlingsplaner – oppfølging i Sykehusbygg HF	Diskusjon
	57/2022	Videreutvikling av eierstyringen – kartlegging av kundefora	Orientering
	58/2022	Forvaltningsstrategi for veiledere og standarder	Beslutning
	59/2022	Revisjon av veileder for tidligfasen i sykehusbyggprosjekter	Beslutning
	60/2022	Gjennomgang styrende dokumenter, årlig gjennomgang	Beslutning
	61/2022	Lønn og godtgjørelser til ledende personell	Beslutning
	62/2022	Implementering og etterlevelse av åpenhetsloven	Orientering
	63/2022	Vedtakslogg for 2022	Beslutning
	64/2022	Årsplan for styret 2023	Beslutning
	65/2022	Eventuelt	Orientering

SB-SAK 64/2022 Årsplan for styret for 2023**Forslag til vedtak**

Møteplan for 2023 besluttet med de endringer som ble gjort i møtet.

Saksutredning/bakgrunn

Det vises til vedlegg 1 Årshjul for styring og oppfølging av de felleseide foretakene for 2023. Med utgangspunkt i årshjulet er det foreslått en møteplan for styret for 2023, se vedlegg 2.

Møtedatoer fastlegges innen styremøtet, og søkes så lang mulig hensyntatt de frister som er satt for aktivitet og leveranser i Årshjulet for felleseide foretak. Det vil bli en gjennomgang av saker på plan i møtet.

Saksbehandler: Berit Bye

Sykehusbygg HF, 18.11.2022

Terje Bygland Nikolaisen
administrerende direktør

Elektronisk godkjent uten signatur

Vedlegg 1: Årshjul for styring og oppfølging av de felleseide foretakene for 2023

Vedlegg 2: Utkast til møteplan for styret i Sykehusbygg for 2023

Årshjul for styring og oppfølging av de regionale helseforetakenes felleseide helseforetak - 2023

Bakgrunn: Felles RHF-styresak behandlet i november/desember 2015. Foretakenes vedtekter/oppdragsdokumenter.

Ansvar: Det er administrerende direktør som har ansvar for eierstyring og oppfølging av de felleseide helseforetakene. Dette skjer primært i foretaksmøter der helseforetakenes oppdrag og rammer fastsettes, og hvor resultater, årsresultater og årlig melding gjennomgås og godkjennes. Øvrige aktiviteter understøtter dette, herunder en formalisert oppfølging og rapportering bl.a. overfor RHF-styrene. Det legges opp til styreseminar hvert annet år. Praktisk tilrettelegging ivaretas av de regionale helseforetakenes eierdirektører og økonomidirektører¹.

Del 1 – Foretaksmøter i felleseide helseforetakene

Møte/tid	Tema	Forberedelse	Ansvarlig
Møte nr. 1 - 13.2.23 I tilknytning til AD-møtet avholdes foretaksmøter i de felleseide helseforetakene. I etterkant av foretaksmøtet holdes det et kort dialogmøte mellom eierne og HF-et.	- Oppdragsdokument for året - Dialog med eierne etter at det formelle delen av foretaksmøtet er over (AD + leder av eierstyringsgruppen)	- Oppdragsdokumentene utarbeides på bakgrunn innspill fra helseforetakene, interne prosesser i de fire RHF-ene samt oppdragsdokument og foretaksmøteprotokoll fra HOD. - Innkalling til foretaksmøte sendes ut senest en uke før møtet. - HF-et sender inn tema de ønsker å drøfte med eierne senest 2 uker før dato for foretaksmøtet.	Eierstyringsgruppen Eierstyringsgruppen Eierstyringsgruppen
Møte nr. 2 – 24.4.23 I tilknytning til AD-møtet avholdes foretaksmøter i de felleseide helseforetakene. I etterkant av foretaksmøtet holdes det et kort dialogmøte mellom eierne og HF-et.	- Årlig melding - Oppnevning av styrer - Årsrapport og årsregnskap - Evt. vedtektsendringer og andre saker som er nødvendig - Dialog med eierne etter at det formelle delen av foretaksmøtet er over (AD + leder av eierstyringsgruppen)	- Årlig melding skal være styrebehandlet når den oversendes RHF-ene: Gjennomgås i RHF-ene. Behov for tilleggsspørsmål avklares. Protokolltekst forelegges AD-møtet 20. mars. - Styreoppnevning: Behov for utskiftinger sett fra eiernes side vurderes. - Årsrapport og årsregnskap: Estimert årsresultat skal oversendes innen 13.1. og endelig årsregnskap skal oversendes innen 24.2. Årsregnskap skal være styrebehandlet i HF-et før foretaksmøtet. Revisjonsberetning skal følge med forsendelsen. - Behov for vedtektsendringer mv. avklares - Innkalling til foretaksmøte sendes ut senest en uke før møtet. - HF-et sender inn tema de ønsker å drøfte med eierne senest 2 uker før dato for foretaksmøtet.	Eierstyringsgruppen Eierstyringsgruppen Økonomidirektørmøtet Eierstyringsgruppen Eierstyringsgruppen Eierstyringsgruppen

¹ Milepælene i årshjulet utarbeides i samarbeid med økonomidirektørene i RHF-ene og forankres i oppdragsdokumentene.

Del 2 – Helseforetak vs. RHF

Faste møter: Det gjennomføres årlig to faste møter med helseforetakene. Tema for disse møtene fanger opp alle oppfølgings- og styringsaktiviteter.

Ansvar: Det er administrerende direktør som har ansvar for eierstyring og oppfølging av de felleseide helseforetakene. Praktisk tilrettelegging ivaretas av de regionale helseforetakenes eierdirektører og økonomidirektører.

Møte/tid	Tema	Forberedelse/frist – helseforetak ²	Forberedelse/frist - RHF	Foretaksmøter
Møte nr. 1 Uke 21 (22. mai)	- Årlig melding (<u>dersom</u> det foreligger oppfølgingsaktiviteter knyttet til denne) - Årsresultat/årsrapport (se kommentar over) - Rapport hittil i år – KPI, oppdragsdokument, økonomi, risiko - Forslag til ØLP - Saker eierne ønsker å ta opp med de felleseide HF-ene - Saker de felleseide HF-ene ønsker å ta opp med eierne - Presentasjon basert på tilsendt mal fra eierstyringsgruppen sendes eierstyringsgruppen senest 1 uke før oppfølgingsmøtet	13.1 – Estimert årsresultat ³ 31.1 – årlig melding 2022 1.2 – foreløpig innspill ØLP ⁴ 24.2 – endelig regnskap/årsrapport 5.4 – innspill til ØLP	1.12.22 – mal for årlig melding 17.1 – oppdragsdokument for kommentar 1.2 – mal for innspill ØLP 23.6 – tilbakemelding ØLP	13.2 – (OD, retningslinjer lederlønn) 24.4 – (årlig melding, årsrapport/regnskap, vedtekter, styresammensetning)
Møte nr. 2 Uke 43 (23. oktober)	- Helseforetakets forslag til årsbudsjett kommende år - Innspill til oppdragsdokument kommende år	15.9 – forslag til årsbudsjett 29.9 – innspill til oppdragsdokument	3.11 – foreløpig tilbakemelding på forslag til årsbudsjett	

² Dokumenter sendes postmottak i de fire regionale helseforetakene, samt sekretariatene for hhv. eierstyringsgruppen og økonomidirektørmøtet.

³ Foreløpig og endelig regnskap sendes også i kopi til regnskapssjefene i de fire RHF-ene.

⁴ Foreløpig innspill til vesentlige endringer i helseforetakets virksomhet, investeringer og drift.

	• Konsekvenser av forslag til statsbudsjett • Rapport hittil i år – KPI, oppdragsdokument, økonomi, risiko • Saker eierne ønsker å ta opp med de felleseide HF-ene • Saker de felleseide HF-ene ønsker å ta opp med eierne Presentasjon basert på tilsendt mal fra eierstyringsgruppen sendes eierstyringsgruppen senest 1 uke før oppfølgingsmøtet		8.12 – tilbakemelding på årsbudsjett etter behandling i AD-møte 20.november	
Rapportering RHF-styrer	• Definerte KPI-er • Status måloppnåelse/evt. risiko	Tertialrapportering/frister: 15.5 kl. 1200 – oversendelse til RHF-ene og drøftes i oppfølgingsmøte nr. 1 - 22. mai 15.9 – oversendelse til RHF-ene og drøftes i oppfølgingsmøte nr. 2 - 23. oktober	Mal for tertialrapport oversendes HF-et i god tid før tertialrapporteringen	

Del 3 – Eierdirektører/økonomidirektører vs. AD-møtet

Møte/(skrive- frist)	Tema	Ansvarlig
AD-møte 23.1 (13.1)	<u>Oppdragsdokument</u> - Utarbeides på bakgrunn av innspill fra de felleseide helseforetakene, interne prosesser i de fire RHF-ene samt oppdragsdokument og foretaksmøteprotokoll fra HOD. Eierstyringsgruppen inviterer de konserntillitsvalgte til å gi innspill i prosessen. - Eierstyringsgruppens forslag til oppdragsdokumenter oversendes for behandling i AD-møtet 23.1. så snart som mulig etter foretaksmøtet for RHF-ene den 17. januar 2023. Samtidig oversendes dokumentene til helseforetakenes styreledere/daglig leder for kommentar (merk kort svarfrist). Leder av eierstyringsgruppen deltar i AD-møtet for å orientere om prosess og evt. kommentarer. - Etter AD-møtet oversendes oppdragsdokumentene til helseforetakene til orientering.	Eierstyringsgruppen
AD-møte 13.-14.2 (3.2)	I tilknytning til AD-møtet den 13.-14.2. avholdes foretaksmøter i de felleseide helseforetakene innenfor en samlet tidsramme på 3 timer. Se omtale ovenfor. - Innkalling til foretaksmøte sendes ut senest en uke før møtet. <u>Saksfremlegg AD-møtet - prosess for oppnevning av styrer i felleseide foretak</u> - Eierstyringsgruppen legger frem sak til AD-møtet om prosess for oppnevning av styrer i felleseide foretak. - AD-møtet klargjør eventuelle endringsbehov som skal vurderes av eierstyringsgruppen.	Eierstyringsgruppen
AD-møte 20.3 (10.3)	<u>Saksfremlegg AD-møtet - protokolltekst vedørende årlig melding fra de felleseide helseforetakene</u> - Helseforetakene skal oversende årlig melding til eierne innen 31. januar. - Eierstyringsgruppen forestår gjennomgangen av meldingene og involverer økonomidirektørene og andre relevante miljøer internt i RHF-ene. Behov for evt. tilleggsspørsmål avklares. - Etter eierstyringsgruppens gjennomgang av årlig melding legges forslag til protokolltekst frem for AD-møtet. <u>Saksfremlegg AD-møtet – valg av styrer i felleseide helseforetak</u> - Eierstyringsgruppen har dialog med styreledere ang. styreevaluering og vurdering av styresammensetning. - Eierstyringsgruppen legger frem anbefaling i AD-møtet.	Eierstyringsgruppen

AD-møte 24.-25.4 (14.4)	I tilknytning til AD-møtet den 24.-25.4. avholdes foretaksmøter innenfor en samlet tidsramme på 3 timer med følgende saker forberedt av hhv. eierstyringsgruppen og økonomidirektørmøtet: <u>Årlig melding</u> • Protokolltekst behandlet i AD-møtet 20.3. Se omtale ovenfor. (evt. dialog mellom HF og AD-er etter at foretaksmøtets formelle del er over) <u>Oppnevning av styrer for felleseide helseforetak</u> • Endelig forslag fra eierstyringsgruppen til styresammensetning, basert på behandling i AD-møtet 20.3. oversendes AD-ene i forkant av møtet. <u>Årsrapport og årsregnskap</u> • Helseforetakene skal oversende årsrapport og årsregnskap til eierne innen 24.2. • Økonomidirektørmøtet forestår gjennomgangen av dokumentene og involverer andre relevante miljøer internt i RHF-ene. • I tillegg til ovennevnte saker behandles evt. vedtektsendringer og andre saker som er nødvendig. • Innkalling til foretaksmøte sendes ut senest en uke før møtet.	Eierstyringsgruppen Eierstyringsgruppen Økonomidirektørmøtet Eierstyringsgruppen Eierstyringsgruppen
AD-møte 22.5. (12.5.)	(AD-møtet forbeholdt møte i styrets underutvalg Spekter Helse)	
AD-møte 19.6 (9.6)	<u>Saksfremlegg til AD-møtet om status etter oppfølgingsmøter med helseforetakene</u> • Samlet status for de felleseide helseforetakene etter 1. tertialrapportering og oppfølgingsmøter i uke 21 forelegges AD-møtet. <u>Saksfremlegg til AD-møtet vedrørende helseforetakenes forslag til økonomisk langtidsplan (ØLP)</u> • Helseforetakene skal oversende forslag til ØLP etter oppsett fastsatt av økonomidirektørene innen 5.4. • Økonomidirektørene vurderer forslagene og avstemmer i forhold til samlet ØLP i RHF-ene. • Helseforetakene gis tilbakemelding på forslag til ØLP innen utgangen av juni, etter at RHF-enes ØLP er styrebehandlet.	Eierstyringsgruppen Økonomidirektørmøtet
AD-møte 28.8	AD-møte	

(18.8.)		
AD-møte 25.9 (15.9)	AD-møte	
AD-møte 23.-24.10. (13.10.)	Sak AD-møte om årshjul 2024 for styring og oppfølging av de regionale helseforetakenes felleseide helseforetak.	Eierstyringsgruppen
AD-møte 20.11. (10.11.)	(AD-møtet forbeholdt møte i styrets underutvalg Spekter Helse) <u>Saksframlegg til AD-møtet vedrørende helseforetakenes årsbudsjetter:</u> - Årsbudsjett utarbeides på bakgrunn av Statsbudsjett, forslag til årsbudsjett fra de felleseide helseforetakene og interne prosesser i de fire RHF-ene (må eventuelt justeres i tråd med oppdrag fra HOD som treffer de felleseide helseforetakene, og som vil gi budsjettmessige konsekvenser) - Helseforetakene oversender til eierne forslag til årsbudsjett innen 15.9. - Økonomidirektørenes forslag til årsbudsjett oversendes for behandling i AD-møtet 20.11. Leder av økonomidirektørmøtet deltar i AD-møtet for å orientere om prosess og evt. kommentarer. - Etter AD-møtet oversendes tilbakemelding på årsbudsjett til de felleseide helseforetakene innen 8.12.	Økonomidirektørmøtet
AD-møte 11.12 (1.12)	Sak til AD-møte - oppsummering av de felleseide HF-enes 2.tertialrapportering, samt oppsummering av oppfølgingsmøte nr. 2	Eierstyringsgruppen

AD-møteplan 2023

AD-møtene i februar, april og oktober går over to dager.

Mandag 23. januar

Mandag 13. februar og tirsdag 14. februar

Mandag 20. mars

Mandag 24. april og tirsdag 25. april

Mandag 22. mai

Mandag 19. juni

Mandag 28. august

Mandag 25. september

Mandag 23. oktober og tirsdag 24. oktober

Mandag 20. november

Mandag 11. desember

Fellesmøter styreledere og AD-er i RHF-ene:

24. april 2023 (HSØ)

23. oktober 2023 (HMN)

Nasjonale direktørsamlinger:

19.-20. juni 2023 (HN)

20.-21. november 2023 (HV – samlingen starter i etterkant av AD-møtet 20.11 og avholdes på Gardermoen)

Oversikt kontaktpunkter eierstyringsgruppen og økonomidirektørmøtet m/sekretariat, samt e-postadresser til de regionale helseforetakene

Sekretariatsfunksjon for eierstyringsgruppen og økonomidirektørmøtet i 2022 ivaretas av hhv Helse Nord RHF og Helse Sør-Øst RHF.

Funksjon	Navn	e-post	Tlf
Eierstyringsgruppen i de regionale helseforetakene - leder	Hilde Rolandsen	Hilde.rolandsen@helse-nord.no	915 68 738
Sekretariat eierstyringsgruppen	Marianne Løkkebakken	Marianne.lokkebakken@helse-nord.no	926 15 415
Økonomidirektørmøtet i de regionale helseforetakene - leder	Anne-Marie Barane	Anne-marie.barane@helse-midt.no	
Sekretariat økonomidirektørmøtet	Anna Kvål	Anna.margrete.kval@helse-midt.no	92865464

Oversikt over controllergruppen i de regionale helseforetakene og kontakt for felleseide HF (leder for controllergruppen: Thor Gunnar Haug, HSØ)

Foretak	Region	Kontaktperson	Tlf
Sykehusinnkjøp HF	Helse Nord RHF	Erling.Kristian.Bang@helse-nord.no	911 33 373
Luftambulansetjenesten HF	Helse Nord RHF	Erling.Kristian.Bang@helse-nord.no	911 33 373
Sykehusbygg HF	Helse Midt-Norge RHF	Marianne.Bidtnes.Store@helse-midt.no	473 06 440
HDO HF	Helse Sør-Øst RHF	Thor.Gunnar.Haug@helse-sorost.no	468 92 894
Pasientreiser HF	Helse Sør-Øst RHF	Thor.Gunnar.Haug@helse-sorost.no	468 92 894

E-postadresser til postmottakene i de regionale helseforetakene:

Regionalt helseforetak	E-postadresse
Helse Vest RHF	helse@helse-vest.no
Helse Nord RHF	postmottak@helse-nord.no
Helse Midt-Norge RHF	postmottak@helse-midt.no
Helse Sør-Øst RHF	postmottak@helse-sorost.no

	Januar	Februar	Mars	April	Mai	Juni	FERIE (Juli / august)
Dato¹	 januar	... februar	... mars		... mai		
Klokkeslett	10.00-14.00	10.00-14.00	10.00-14.00		10.00-14.00		
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	 september		 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				