



Hva er kravene til statlige utredninger, og er det gjort utredninger av alternative løsninger for sykehusstruktur i Finnmark som tilfredsstillende disse kravene?

Rapport utarbeidet av Oslo Economics på oppdrag fra Alta kommune, november 2017

Om Oslo Economics

Oslo Economics utreder økonomiske problemstillinger og gir råd til bedrifter, myndigheter og organisasjoner. Våre analyser kan være et beslutningsgrunnlag for myndighetene, et informasjonsgrunnlag i rettslige prosesser, eller et grunnlag for interesseorganisasjoner som ønsker å påvirke sine rammebetingelser. Vi forstår problemstillingene som oppstår i skjæringspunktet mellom marked og politikk.

Oslo Economics er et samfunnsøkonomisk rådgivningsmiljø med erfarne konsulenter med bakgrunn fra offentlig forvaltning og ulike forsknings- og analysemiljøer. Vi tilbyr innsikt og analyse basert på bransjeerfaring, sterk fagkompetanse og et omfattende nettverk av samarbeidspartnere.

Samfunnskonsekvenser av sykehusbygg

Oslo Economics tilbyr samfunnsøkonomisk utredning for departementer, direktorater, helseforetak og andre virksomheter. Vi har kompetanse på samfunnsøkonomiske analyser i henhold til Finansdepartementets rundskriv og veiledere. Vi utreder og kvalitetssikrer investeringstiltak i henhold til Statens prosjektmodell, herunder en rekke byggeprosjekter.

I helsesektoren evaluerer vi helsetiltak, utreder investeringsprosjekter, legemidler og medisinsk teknologi og gjennomfører samfunnsanalyser. Vi utreder og kvalitetssikrer utviklingsplaner og konseptrapporter i henhold til Sykehusbyggs retningslinjer.

Hva er kravene til statlige utredninger, og er det gjort utredninger av alternative løsninger for sykehusstruktur i Finnmark som tilfredsstiller disse kravene?/nummer

© Oslo Economics, 15. november 2017

Kontaktperson:

Finn Gjerull Rygh / Partner

fgr@osloeconomics.no, Tlf. 928 28 616

Innhold

Sammendrag og konklusjoner	4
1. Innledning	7
2. Oversikt over bestemmelser som regulerer krav til utredning i offentlig (statlig) sektor	8
2.1 Krav i instruks om utredning av statlige tiltak	10
2.2 Krav i statens prosjektmodell (KS-ordningen)	13
2.3 Krav i sektorspesifikke retningslinjer	16
3. Eksempler på anvendelse av bestemmelser og krav	19
3.1 Utredning av sykehusstruktur Nordmøre og Romsdal	19
3.2 Utredning av sykehusstruktur Helgeland	23
3.3 Utredning av sykehusstruktur Innlandet	27
4. Vurdering av utredningsgrunnlag i forbindelse med beslutning om lokalisering av nytt sykehus i Vest-Finnmark	32
4.1 Hvilke utredninger om sykehusstruktur i Finnmark er gjennomført av Helse Nord og Finnmarkssykehuset?	32
4.2 Vurdering av foreliggende utredninger	34
4.3 Mulighetsrommet for videre arbeid med sykehusstruktur i Vest-Finnmark, og forholdet til Nasjonal helse- og sykehusplan	38
4.4 Oppsummering: Tilfredsstillende helseforetakenes utredninger krav til statlige utredninger?	40

Sammendrag og konklusjoner

Oslo Economics har på oppdrag fra Alta kommune gjennomgått retningslinjene for statlige utredninger i Norge, og vurdert i hvilken grad ulike løsninger for sykehusstruktur i Finnmark er blitt utredet i henhold til disse retningslinjene.

Det er i hovedsak tre sett med retningslinjer som er relevante å vurdere i denne sammenheng:

- *Utredningsinstruksen, med tilhørende veileder fra Direktoratet for økonomistyring*
- *Veileder for utviklingsplaner og veileder for tidligfasen i sykehusbyggprosjekter, utarbeidet av Sykehusbygg HF*
- *Statens prosjektmodell for store investeringer over 750 millioner kroner, med tilhørende veiledere og forskning utarbeidet av Finansdepartementet og Concept ved NTNU*

Utredningsinstruksen er en forskrift som regulerer utredningsarbeidet som skal gjennomføres ved alle typer offentlige tiltak. Helseforetakene er i utgangspunktet unntatt, men når helseforetakene utreder for departementet, gjelder likevel instruksen. Instruksen stiller krav om at alle typer virkninger skal utredes for alle relevante alternativer, slik det fremgår av veilederen:

Alternative tiltak som er relevante, skal identifiseres, og forventede virkninger av tiltakene skal utredes og vurderes.

Utredningsinstruksens veileder tydeliggjør også at man skal utrede også dersom det foreligger politiske vedtak:

Kravene i utredningsinstruksen gjelder selv om det allerede er besluttet på politisk nivå å gjennomføre tiltak, også konkrete tiltak. Det følger av instruksens punkt 2-1 at det er viktig å avklare virkninger av mulige alternativer før man gjennomfører politisk vedtatte tiltak.

Når sykehussektoren skal gjennomføre store investeringsprosjekter, skal arbeidet følge veiledere som er utarbeidet av Sykehusbygg. Helse- og omsorgsdepartementets ambisjon er at investeringsprosjekter i helsesektoren skal oppfylle samme strenge krav som i andre sektorer:

Helse- og omsorgsdepartementet legger til grunn at helseforetakene skal ha minst like gode kvalitetssikringssystemer som andre statlige byggeprosjekter.

Sykehusbyggs veileder for tidligfasen stiller da også strenge krav å brette ut mulighetsrommet, og til hvilke typer virkninger som skal tas med i vurderingen:

Å velge riktig konsept, slik at man bygger det man behøver, krever at mulighetsrommet utforskes når det gjelder virksomhetsinnhold, samhandling og oppgavefordeling (struktur og organisasjonsmodeller), lokalisering, bygningsmessige løsninger (byggningskonsepter). Denne veilederen forutsetter at mulighetsrommet i form av

virksomhetsinnhold, struktur og samfunnseffekter er tilstrekkelig vurdert i arbeidet med helseforetakets utviklingsplan

Statens prosjektmodell gjelder i utgangspunktet ikke for helseforetakene, men er likevel et viktig referansepunkt fordi modellen viser hvilket beslutningsgrunnlag Finansdepartementet mener er nødvendig i store investeringsprosjekter. Statens prosjektmodell stiller strenge krav til utredning av behov, mål og krav, og utforskning av mulighetsrommet for å komme frem til alle relevante alternativ. Disse alternativene skal vurderes i en samfunnsøkonomisk analyse, der samtlige virkninger analyseres, og det gjøres rede for usikkerhet. På denne bakgrunn anbefales det ett alternativ for videre planlegging. Utredningen forelegges kvalitetssikring i to omganger; KS1 og KS2. Finansdepartementet beskriver ordninger slik på sine hjemmesider:

KS1 skal gi en anbefaling om hvilket konsept eller alternativ som bør velges. Det som er sentralt i en KS1 er å kartlegge hvilke framtidige behov samfunnet vil ha og hvilke prosjekialternativer som kan tilfredsstille dette behovet på best måte.

Oslo Economics har identifisert fire utredninger i regi av Finnmarkssykehuset HF og Helse Nord RHF som har relevant for vurdering av sykehusstrukturen i Finnmark. Disse fire er:

- Strategisk utviklingsplan Finnmarkssykehuset HF 2015-2030
 - En overbygning for byggeprosjekter i Kirkenes, Hammerfest, Alta og Karasjok
- Utredning av spesialisthelsetilbudet i Alta/Vest-Finnmark
 - En vurdering av styrking av konkrete funksjoner i Alta
- Nye Hammerfest sykehus Idefaserapport
 - Vurdering av ulike bygningsløsninger for nybygg/rehabilitering i Hammerfest
- Alternative løsninger for sykehusstrukturen i Finnmark
 - Notat fremlagt for Helse Nords styre der sykehusstruktur drøftes overordnet

Oslo Economics har gjennomgått hvilke alternativer som behandles i disse fire utredningene, og hvilke virkninger som er vurdert for å legge grunnlag for å velge mellom alternativene. Deretter har vi vurdert i hvilken grad disse utredningene gir et beslutningsgrunnlag for valg av sykehusstruktur i Finnmark, sett i lys av retningslinjene for statlige utredninger.

Vi finner at det bare er i notatet om alternative løsninger for sykehusstrukturen i Finnmark at sykehusstruktur i det hele tatt er et tema. I dette notatet er det i svært liten grad gjort noen analyser av virkninger, hverken for helseforetak, befolkning eller samfunn. Notatet gir derfor ikke grunnlag for å vurdere hvilken sykehusstruktur som er å foretrekke. I de øvrige tre utredningene er det gjennomført til dels omfattende analyser av ulike virkninger, men det er ikke vurdert hva som er hensiktsmessig sykehusstruktur.

Oslo Economics viser i denne rapporten til en rekke eksempler på helseforetak som har gjennomført grundige utredninger med sikte på å avklare hva som er hensiktsmessig sykehusstruktur. Helse Møre og Romsdal HF, Sykehuset Innlandet HF og Helgelandssykehuset HF er blant de mange helseforetak som har utarbeidet utviklingsplaner der alternative veivalg for virksomheten er

grundig utredet. Dette inkluderer blant annet at løsninger for sykehusstruktur er vurdert langs kriterier som sykdomsutvikling, reisetid, drifts- og investeringskostnader, rekrutteringsmuligheter og klimavirkninger. Det er vanskelig å se hvorfor Finnmarkssykehuset ikke har gjennomført tilsvarende utredninger, også sett i lys av at strukturen har vært diskutert lokalt over lengre tid.

Vi har avdekket at Finnmarkssykehusets Strategiske Utviklingsplan ikke er en utviklingsplan i ordets rette forstand. En utviklingsplan skal, ifølge helseforetakenes egen veileder, utrede alternative veivalg for virksomheten, herunder ulike løsninger for sykehusstruktur. Anbefalingene som gis for videre retning i utviklingsplanen, skal lede frem til konkrete tiltak som skal gjennomføres. Tiltak av bygningsmessig art skal så utredes gjennom tidligfaseplanlegging..

Finnmarkssykehusets utviklingsplan har den motsatte innfallsvinkel; planen tar utgangspunkt i fire konkrete byggeprosjekter, i stedet for å vurdere hvilke byggeprosjekter som er aktuelle.

Utviklingsplanen gjør intet forsøk på å vurdere ulike veivalg, og det stilles ingen spørsmål rundt hvorvidt de fire konkrete prosjektene bør gjennomføres.

Å begynne å planlegge et nytt sykehus i Hammerfest med en forventet kostnad i størrelsesorden 2 milliarder kroner, uten å først utrede hvorvidt et nytt sykehus i Hammerfest faktisk er hensiktsmessig for Helseforetaket og samfunnet, gir en betydelig risiko for feil bruk av fellesskapets midler.

Helse Nord synes å mene at det ikke har vært nødvendig å utrede alternative sykehusstrukturer i Finnmark, fordi helseministeren har uttalt at sykehuset i Vest-Finnmark skal være i Hammerfest. I følge utredningsinstruksen, er ikke dette noen gyldig begrunnelse. Også der det foreligger politiske vedtak (og da må også politiske uttalelser kunne omfattes) skal det gjennomføres utredning av alternativer. Hele målet med statlige retningslinjer for utredninger er å sikre at politiske beslutninger blir fattet på et godt faktagrunnlag.

Helse Nord og Finnmarkssykehuset trenger ikke se lenger enn til Helgelandssykehuset for å se hvordan det skal arbeides med utviklingsplaner; her gjennomføres det en grundig utredning av ulike løsninger for sykehusstruktur.

Stortingets flertall uttalte følgende i innstilling om Nasjonal helse- og sykehusplan:

Flertallet viser til at det påligger helseministeren og regjeringen et særskilt ansvar for aktivt å følge opp helseforetakene i den videre prosessen og påse at alle reelle alternativer drøftes og underlegges grundige analyser. Det er viktig at beslutningene kan begrunnes og at utfallet av diskusjonene ikke er avgjort på forhånd. I de lokale prosessene som skal gjennomføres er det særlig viktig at det legges vekt på reell reisevei for pasienter i alle deler av helseforetaket, de prehospitaltale ressursene og konsekvensene for disse, topografi, fly- og helikoptervær, utvikling og rekruttering til sykehuset m.m.

Det er ikke for sent for Helse Nord og Finnmarkssykehuset å følge opp Stortingets innstilling, i form av å utarbeide en faktisk utviklingsplan for Finnmarkssykehuset. Gjennom grundige analyser kan det konkluderes med hva som er den mest hensiktsmessige sykehusstrukturen i Finnmark, og dette kan legges til grunn for videre arbeid med konkrete byggeprosjekter. Det er viktig at pågående tidligfaseplanlegging av byggeprosjekter i helseforetaket stanses i mellomtiden.

1. Innledning

Oslo Economics har på oppdrag fra Alta kommune kartlagt hvilke føringer som gjelder for utredninger av statlige tiltak generelt, og tiltak i helsesektoren spesielt, og vurdert Helse Nords og Finnmarkssykehusets utredninger om sykehusstruktur i Vest-Finnmark opp mot disse føringene. I tillegg har vi gjennomgått hvilke utredninger som er gjennomført i andre sykehusutredninger i andre helseforetak, og benytter dette som et sammenligningsgrunnlag for arbeidet som er gjort i regi av Helse Nord og Finnmarkssykehuset.

Arbeidet er foranlediget av Dokument 8:12S (2017-2018), som er til behandling i Stortingets Helse- og omsorgskomite. Dokument 8:12S (2017-2018), som er lagt frem av fire stortingsrepresentanter, fremmer følgende forslag til stortingsvedtak:

1. Stortinget ber regjeringen iverksette nødvendige utredninger for en fremtidig sykehusstruktur i Vest-Finnmark som ivaretar pasientens beste.
2. Stortinget ber regjeringen utrede akuttsykehus i Hammerfest, akuttsykehus i Alta og akuttsykehus både i Alta og Hammerfest.
3. Stortinget ber regjeringen sørge for at utredningene om fremtidig sykehusstruktur i Vest-Finnmark vurderes særskilt opp mot andre geografiske områder med flere sykehus (på mindre areal, en mindre befolkning og med kortere avstander) enn det er i Vest-Finnmark, slik som Ofoten, Vesterålen, Lofoten, Hardanger, Voss osv.
4. Stortinget ber regjeringen fremme sak for Stortinget om fremtidig sykehusstruktur i Vest-Finnmark.

Grunnet tidsfristene for denne Stortingsbehandlingen, har Oslo Economics' arbeid måttet skje innenfor en knapp tidsramme; fra 30/10 til 14/11 2017.

Dette dokumentet har følgende innhold:

- I kapittel 2 gis en samlet oversikt over hvilke bestemmelser som regulerer krav til utredning ved investeringer i offentlig (statlig) sektor, samt hva kravene omfatter.
- I kapittel 3 gis eksempler på utredninger i helsesektoren – hvilke alternativer er vurdert, og hvilke vurderingskriterier er benyttet?
- I kapittel 4 gjøres det en vurdering av Helse Nords utredningsgrunnlag i forbindelse med beslutning om lokalisering av nytt sykehus i Vest-Finnmark.

Grunnlaget for denne rapporten har vært offentlig tilgjengelige utredninger gjennomført av ulike helseforetak, veiledere for utredning i statlig sektor utarbeidet av Direktoratet for økonomistyring, Finansdepartementet, Helsedirektoratet og Sykehusbygg, samt offentlig tilgjengelige referater og saksdokumenter fra styremøter i helseforetak, foretaksmøter mellom Helse- og omsorgsdepartementet og Helse Nord, og saksdokumenter fra Stortinget.

Oslo Economics har tidligere utredet samfunnsvirkninger av ulike løsninger for sykehusstruktur i Vest-Finnmark i rapporten *Samfunnsvirkninger av endret sykehusstruktur i Vest-Finnmark* og vi har også forfattet et memo der vi gjennomgår notat fremlagt for styret i Helse Nord 25/10 2017. Begge disse arbeidene har vært på oppdrag for Alta kommune.

2. Oversikt over bestemmelser som regulerer krav til utredning i offentlig (statlig) sektor

Det er i hovedsak tre bestemmelser som regulerer krav til utredning ved investeringer i offentlig (statlig) sektor generelt og spesialisthelsetjenesten spesielt. Dette er:

- Instruks om utredning av statlige tiltak (utredningsinstruksen)
- Statens prosjektmodell (Finansdepartementets ordning for ekstern kvalitetssikring av store investeringsprosjekter/KS-ordningen)
- Helsedirektoratets veileder Tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter

I Tabell 2-1 gir vi oversikt over disse tre bestemmelsene, deres formelle grunnlag, formål og virkeområde. I de etterfølgende delkapitlene gjør vi rede for kravene til utredning som gjelder i hver av disse bestemmelsene. I hovedsak kommenterer vi hvilke krav som stilles til; 1) utrednings- og beslutningsprosess og 2) dokumentasjon og innholdet i denne.

Tabell 2-1: Oversikt over bestemmelser som regulerer krav til utredning i offentlig sektor

Bestemmelse	Formelt grunnlag	Formål	Virkeområde
Instruks om utredning av statlige tiltak	Utredningsinstruksen ble første gang fastsatt ved kongelig resolusjon 18. februar 2000 og er revidert i 2005 og 2016. Den gjeldende instruksen ble fastsatt ved kongelig resolusjon 19. februar 2016, med virkning fra 1. mars 2016. Instruksen er å anse som en sentral forskrift som er hjemlet i instruksjonsmyndigheten.	Formålet med instruksen er å legge et godt grunnlag for beslutninger om statlige tiltak gjennom å: • Identifisere alternative tiltak • Utrede og vurdere virkningene av aktuelle tiltak • Involvere dem som er berørt av tiltaket, tidlig i utredningsprosessen • samordne berørte myndigheter.	Instruksen gjelder for utarbeiding av beslutningsgrunnlag for alle statlige tiltak som utføres i, eller på oppdrag for, statlige forvaltningsorganer. Helseforetakene er formelt unntatt fra utredningsinstruksen, men instruksen legger likevel til grunn at kravene som stilles til utredninger bør regnes som en standard for alle offentlige virksomheter.
Statens prosjektmodell	Statens prosjektmodell ble innført i år 2000 (KS2) og senere utvidet i 2005 (KS1). Modellen eies av Finansdepartementet.	Målet med modellen er å sørge for at mulighetsrommet er utforsket, at prosjektene er tilstrekkelig utredet og kvalitetssikret og at beslutningstakerne har all nødvendig informasjon når de skal fatte beslutninger om statlige investeringer.	Prosjektmodellen gjelder for statlige investeringsprosjekter med antatt kostnad over 750 MNOK. Helseforetakene er formelt unntatt fra utredningsinstruksen, men Helse- og omsorgsdepartementet legger til grunn at helseforetakene skal ha minst like gode kvalitetssikringssystemer som andre statlige byggeprosjekter
Veiledere for plan og utvikling i helseforetakene	Veileder for tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter ble utgitt av Helsedirektoratet første gang 15. april 2006, siste versjon er fra 2011. Denne veilederen er blitt erstattet av to veiledere fra Sykehusbygg HF; Veileder for tidligfasen i sykehusbyggprosjekter (2017) og Veileder for arbeidet med utviklingsplaner (2016)	Formålet med veilederne er bedre og mer effektive sykehustjenester gjennom bedre kvalitet i tidligfaseplanleggingen i sykehusprosjekter. Veilederne skal bidra til en effektiv og målrettet planprosess, og etablere en felles plattform for innhold og struktur i plandokumenter og beslutningsunderlag for sykehusprosjekter.	Veilederne kan og bør brukes for alle prosjekter uavhengig av størrelse, men omfanget av utredninger må tilpasses type tiltak og forventet størrelse på investeringene. Avgrensing av bruken vil være regulert av helseforetakets styringssystem. Alle helseforetak skal ha en utviklingsplan. Tidligfaseplanlegging av sykehusbygg skal være basert på en slik utviklingsplan. Fra 2011 skal det gjennomføres ekstern kvalitetssikring av konseptvalg (KSK) for investeringer med forventet kostnad over 500 MNOK.

Hva er kravene til statlige utredninger, og er det gjort utredninger av alternative løsninger for sykehusstruktur i Finnmark som tilfredsstiller disse kravene?

2.1 Krav i instruks om utredning av statlige tiltak

For statlige tiltak er det et krav at det skal utarbeides et beslutningsgrunnlag i henhold til instruks om utredning av statlige tiltak (utredningsinstruksen), som grunnlag for beslutning. Virkeområdet til instruksen er svært bredt og omfatter både små og store statlige tiltak.

Gjengivelsen av innholdet i utredningsinstruksen baserer seg på selve instruksen¹ og Direktoratet for Økonomistyrings Veileder til utredningsinstruksen²

Selv om instruksen gjelder for statlige forvaltningsorgan, og dermed ikke i utgangspunktet for helseforetakene, legger utredningsinstruksens veileder tydelig opp til at instruksen skal anses som en standard for alle virksomheter i offentlig sektor. Dette er tydeliggjort i veilederens kapittel *Instruksen bør i alle tilfeller sees på som en god standard for involvering i og utredning av tiltak*. I tillegg er det slik, at dersom helseforetakene utreder på oppdrag fra departementet, skal instruksen uansett følges. Særlig viktige saker, for eksempel saker som berører sykehusstruktur, skal i følge Helseforetaksloven behandles i Foretaksmøtet der Helse- og omsorgsdepartementet som eier møte regionhelseforetakene. Det kan derfor være en rimelig tolkning at saker som skal forelegges Foretaksmøtet bør være utredet i henhold til utredningsinstruksen.

I utgangspunktet er alle statlige tiltak som har virkninger utover egen virksomhet, omfattet av kravene i utredningsinstruksen. Instruksen gjelder både når nye statlige tiltak skal utredes, og når vesentlige endringer av eksisterende tiltak utredes. Kravene i utredningsinstruksen gjelder selv om det allerede er besluttet på politisk nivå å gjennomføre tiltak, også konkrete tiltak. Det følger av instruksens punkt 2-1 at det er viktig å avklare virkninger av mulige alternativer før man gjennomfører politisk vedtatte tiltak. Videre gjelder instruksen uavhengig av om tiltaket tenkes finansiert innenfor virksomhetens ordinære budsjetttramme eller gjennom at budsjettet øker.

Innholdskravene i utredningsinstruksen vil alltid gjelde, mens prosesskravene må vurderes fra sak til sak.

2.1.1 Krav til utrednings- og beslutningsprosess

Det framgår av instruksen at berørte departementer skal involveres så tidlig som mulig i utredningsprosessen. Andre som er berørt av tiltaket, skal involveres tidlig så langt dette er hensiktsmessig.

Tidlig involvering av dem som er berørt av tiltaket, vil bidra til at man i en tidlig utredningsfase får nyttige innspill som vil høyne kvaliteten på beslutningsgrunnlaget. Det er enklere å innarbeide innspill fra en høring på et tidlig tidspunkt enn ved en senere høring. Det forvaltningsorganet som er utredningsansvarlig, bør involvere berørte myndigheter via de respektive fagdepartementene. Med berørte myndigheter menes statlig, fylkeskommunal og kommunal forvaltning. Med andre som er berørt av tiltaket, menes enkeltpersoner eller grupper i samfunnet, privat og offentlig næringsvirksomhet, organisasjoner og andre berørte grupper som er identifisert. Tidlig involvering kan være nedfelt i lov og forskrift.

Frist for uttalelse bør være minst to uker når berørte departement blir involvert, med mindre annet er avtalt mellom departementene. Det samme gjelder når andre berørte blir involvert.

Når man involverer berørte, kan det være nyttig å legge fram en (grov) forhåndsvurdering av de seks spørsmålene som utgjør minimumskravet til enhver utredning (se under). Ved å involvere berørte tidlig i utredningsprosessen kan innspill fra disse gi bidrag til blant annet problembeskrivelsen, alternative løsninger og virkninger av tiltak. På den måten kan det skapes økt kvalitet og legitimitet i den videre prosessen og for tiltakene som man ender opp med å utrede. Det bør derfor tidlig vurdere hvilke myndigheter og andre berørte som bør involveres i utredningsarbeidet. For å sikre bred involvering bør det vurderes høringsformer som åpner for innspill fra alle som er interessert i å komme med innspill.

2.1.2 Krav til innhold og dokumentasjon

Utredningsinstruksens setter krav til innhold i beslutningsgrunnlaget. En utredning skal alltid besvare følgende seks spørsmål:

Spørsmål 1: Hva er problemet, og hva vil vi oppnå?

En god problembeskrivelse er avgjørende for at utredningen skal kunne ut i et godt beslutningsgrunnlag for valg av tiltak. Problembeskrivelsen gjør rede for hvilke uløste problemer som tilsier at det offentlige bør iverksette tiltak på området. Det er viktig å få fram problemets omfang, hvor alvorlig det er, og hvem som blir berørt

¹ <https://lovdata.no/dokument/INS/forskrift/2016-02-19-184>

² <https://dfo.no/Documents%2FFOA%2Fpublikasjoner%2Fveiledere%2FVeileder-til-utredningsinstruksen-v1.pdf>

av problemet. For å få et godt bilde av problemets omfang kan det være nyttig å gi noen grove anslag på sentrale forhold.

Neste steg i utredningen er å formulere mål, det vil si at man skal beskrive en ønsket framtidig tilstand som man ønsker å oppnå. Målene må innebære en løsning på de identifiserte problemene. Det bør formuleres mål både for samfunnet som helhet og for målgruppen(e) som man ønsker å endre situasjonen for. Det vil si mål som uttrykker 1) hva er ønsket situasjon for samfunnet og 2) hva er ønsket situasjon for målgruppen(e).

Klare og etterprøvbare mål er viktige både for å kunne evaluere tiltak i etterkant og for å utlede relevante tiltak.

Spørsmål 2: Hvilke tiltak er relevante?

Det skal utredes tiltak som vurderes som relevante for å oppnå målet og løse problemene som er identifisert. Ofte har man allerede tenkt på et bestemt tiltak som vil kunne løse problemene man står overfor. Det kan være at andre tiltak er bedre egnet til å løse problemene, gir større verdi for samfunnet eller foretrekkes av prinsipielle grunner. Det er derfor viktig ikke å binde seg til et tiltak for tidlig, men åpne opp for å tenke «utenfor boksen».

Det er bare nødvendig å ta med de tiltakene som vurderes som relevante for å kunne oppnå målene og løse identifiserte problemer, i videre utredning. Utredningen bør dokumentere årsaken til at eventuelle tiltak er silt ut. For eksempel kan årsaken være at tiltaket er i strid med internasjonale forpliktelser, eller det er problematisk ut fra en vurdering av prinsipper eller verdier (se neste spørsmål).

I noen situasjoner er det allerede fattet politiske vedtak om tiltak. For å overholde minimumskravene, må utredningen likevel besvare hvilke andre tiltak som også kan være relevante, i tillegg til de andre spørsmålene som gjenstår.

Tiltakene skal beskrives så detaljert at det blir mulig å identifisere og gi en beskrivelse av tiltakets forventede virkninger.

Spørsmål 3: Hvilke prinsipielle spørsmål reiser tiltakene?

Det skal vurderes om tiltakene som er relevante å utrede, vil reise prinsipielle spørsmål. Dette innebærer at de ikke kan vurderes ut ifra en enkel sammenstilling og avveining av nytte- og kostnadsvirkninger. En vurdering av prinsipielle spørsmål innebærer at man må utrede om det er absolutte begrensninger for tiltaksutforming som ikke må overskrides. En type prinsippsspørsmål er slike som gjelder den enkeltes personvern og integritet, samvittighets-/

livssynsspørsmål eller likestillings- og diskrimineringssspørsmål, eller tiltak som særskilt berører urfolk eller minoriteter.

Spørsmål 4: Hva er de positive og negative virkningene av tiltakene, hvor varige er de, og hvem blir berørt?

Utredningen skal beskrive forventede virkninger for alle som berøres. Dette omfatter tiltakenes nyttevirkninger og kostnadsvirkninger, det vil si både positive og negative virkninger, for enkeltpersoner, privat og offentlig næringsvirksomhet, statlig, fylkeskommunal og kommunal forvaltning og andre berørte.

For å finne fram til alle relevante virkninger ved tiltakene som utredes, bør man starte med å identifisere personer eller grupper i samfunnet som man forventer vil bli berørt som følge av disse. Både tilskattede og utilskattede virkninger skal tas med. Nyttevirkninger (gevinster, positive virkninger/effekter eller fordeler) av et tiltak er virkninger som de berørte opplever som en fordel. Kostnadsvirkninger er slike som de berørte opplever som en ulempe. Andre kostnadsvirkninger er budsjettmessige virkninger som følger av tiltaket.

Spørsmål 5: Hvilket tiltak anbefales, og hvorfor?

Det skal anbefales et tiltak og gis en begrunnelse for anbefalingen. Utredningen skal altså munne ut i en konklusjon om hvilket tiltak man anbefaler, eventuelt om man anbefaler at tiltak ikke iverksettes. I noen tilfeller kan det være relevant å anbefale kombinasjoner av ulike tiltak.

Dette innebærer at man for hvert tiltak vurderer tiltakets samlede nyttevirkninger opp mot tiltakets samlede kostnadsvirkninger. Alle virkningene skal tas med i denne vurderingen, uavhengig av om virkningene er vurdert kvalitativt eller kvantitativt. Som en hovedregel bør man anbefale det tiltaket som vurderes å gi størst samlet nytte i forhold til samlet kostnad for samfunnet. Hvis man vurderer at alle tiltakene som utredes, har en samlet nytte som er lavere enn samlet kostnad, bør anbefalingen være at ingen tiltak settes i verk. Prinsipielle hensyn kan påvirke vurderingene ved å gjøre enkelte tiltak uaktuelle. Videre kan måloppnåelsen variere mellom tiltakene, og/eller virkningene av tiltakene kan være svært usikre. Disse forholdene kan være avgjørende for om man bør anbefale et annet tiltak. Hvis tiltaket som anbefales gir betydelige negative virkninger for noen grupper, bør utredningen gi særskilt informasjon om dette.

Det følger av instruksen at det skal synliggjøres hva som ligger til grunn for anbefalingen og hvilke avveininger som er gjort. Alle forutsetningene som utredningen bygger på bør legges frem.

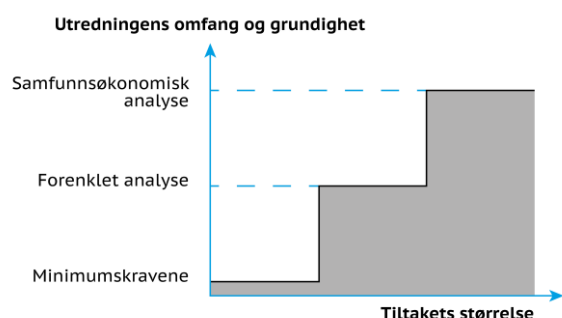
Spørsmål 6: Hva er forutsetningene for en vellykket gjennomføring?

Utredningen skal gjøre rede for viktige forutsetninger for å lykkes med tiltaket. Dette kan blant annet være forhold knyttet til styring, organisering og ansvarsforhold, informasjonsflyt og tekniske løsninger. De fleste tiltak vil ha noen sentrale forutsetninger for at nyttevirkningene (gevinstene) skal kunne realiseres.

2.1.3 Krav til omfang på utredning av de seks spørsmålene

De seks spørsmålene utgjør minimumskravene til enhver utredning. Dette kan gjøres svært enkelt, eller mer omfattende og grundig, avhengig av omfanget av tiltaket. Generelt gjelder at kravene til grundighet og omfang øker desto mer omfattende tiltaket er, jf. illustrasjon i Figur 2-1.

Figur 2-1: Krav til utredningens omfang



- Mindre tiltak er tiltak der man forventer at virkningene blir små for små grupper i samfunnet. For disse gjelder at de seks spørsmålene kan besvares svært enkelt og på en kortfattet måte.
- For større tiltak vil kravene til omfang og grundighet øke. Dette innebærer at de seks spørsmålene må besvares mer omfattende, og det vil være krav om enten en forenklet analyse eller en samfunnsøkonomisk analyse. Det er utarbeidet egne veiledere for denne typen analyser.

Utredningen skal være så omfattende og grundig som nødvendig. Denne vurderingen baseres på tre forhold; 1) om tiltaket reiser viktige prinsipielle spørsmål, 2) hvor vesentlige tiltakets virkninger forventes å bli og 3) den tiden som står til rådighet. Dersom tiltaket berører prinsipielle spørsmål, skal utredningen drøfte disse på en balansert, systematisk og helhetlig måte. Når det skal utredes tiltak som man forventer gir vesentlige nytte- eller kostnadsvirkninger, herunder vesentlige budsjettmessige virkninger for staten, skal det gjennomføres en analyse i samsvar med gjeldende rundskriv for samfunnsøkonomiske analyser. I slike analyser skal det være et nullalternativ. (Utredningsinstruksens punkt 2-2).

Det kan også være andre forhold som kan tilsi at utredningen bør være mer grundig og omfattende:

- Graden av kompleksiteten i problemet og tiltaket: Mer grundige analyser kan være nødvendige for å utrede komplekse problemer tilstrekkelig og for å vurdere hvilke tiltak som er mest egnet til å løse problemet.
- Investerings størrelse: Hvor grundig utredningen skal være, bør stå i et rimelig forhold til investerings størrelse. Tiltak som får budsjettmessige virkninger, skal forelegges Finansdepartementet. Investeringer over 750 MNOK omfattes av kvalitetssikringsordningen til Finansdepartementet (statens prosjektmodell, se kapittel 2.2).
- Graden av usikkerhet ved framtidige virkninger: Når det er stor grad av usikkerhet knyttet til tiltakets virkninger, kan det være nødvendig å bruke mer ressurser på å vurdere tiltakets usikkerhet, og for å vurdere hvilke risikoreduserende tiltak som kan iverksettes.
- Graden av irreversibilitet: Når et tiltak fører til irreversible virkninger, kan det være nødvendig å utrede virkningene grundigere. Med irreversible virkninger menes for eksempel naturinngrep som gjør skade på miljøet på en måte som ikke kan rettes opp i ettertid. Et annet eksempel er investeringer som ikke har en alternativ anvendelse.
- Tilgangen på relevante kunnskap: All tilgjengelig, relevant kunnskap bør tas i bruk i utredningen. Dette gjelder for eksempel data som gjør det mulig å tallfeste og verdsette virkninger av tiltaket. Ofte kan man også komme langt ved å bruke rimelighetsbetraktninger, beslektede datasett eller erfaringer fra andre land. I tilfeller der ny forskning er nødvendig for å samle inn relevant kunnskap, bør denne kun settes i gang dersom man antar at kostnaden står i et rimelig forhold til nytten.
- Hvilken fase i utredningsprosessen: Spørsmålene 1–6 skal besvares før eventuelle tiltak iverksettes. Jo senere man er i utredningsprosessen, desto grundigere bør utredningen være. Dette innebærer at man en i en tidlig utredningsfase, for eksempel i et forprosjekt, kan benytte

kunnskap og informasjon som er tilgjengelig. Mer utfyllende og presise data kan innhentes i en senere utredningsfase.

- Om tiltaket er kontroversielt og omstridt: Hvis man forventer at et tiltak er kontroversielt og det er delte oppfatninger om det i befolkningen, kan det være behov for en grundigere utredning.

2.2 Krav i statens prosjektmodell (KS-ordningen)

For statlige investeringsprosjekter med antatt kostnad over 750 MNOK er det et krav at det skal utarbeides et beslutningsgrunnlag i henhold til statens prosjektmodell før prosjektet eventuelt legges fram for Stortinget (KS-ordningen). Det er utarbeidet en rekke veiledere og rundskriv som beskriver krav til beslutningsgrunnlaget i statens prosjektmodell.

Beskrivelsen av statens prosjektmodell her er basert på informasjon om ordningen på regjeringens nettsted³ og Finansdepartementets veiledere om ordningen⁴.

Statens prosjektmodell gjelder ikke for helseforetakene, men Helse og omsorgsdepartementet legger til grunn at helseforetakene skal ha minst like

gode kvalitetssikringssystemer som andre statlige byggeprosjekter⁵. Slik sett kan kravene i statens prosjektmodell indirekte anses å gjelde også for helseforetakene.

Statens prosjektmodell gjelder ikke bare for byggeprosjekter, men også for eksempel for IKT-prosjekter.

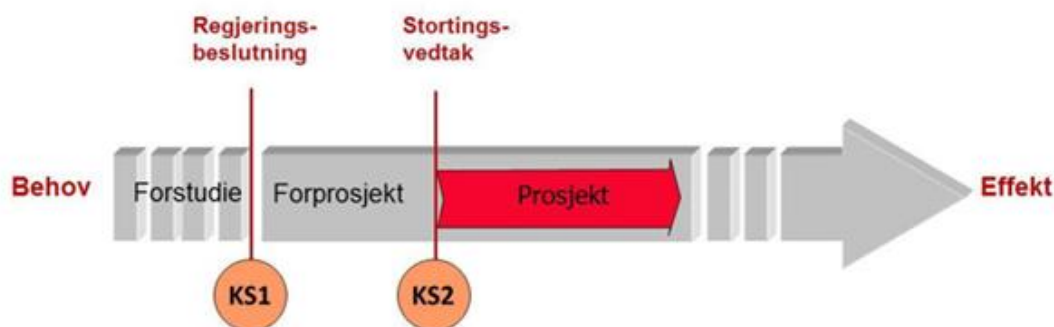
2.2.1 Krav til utrednings- og beslutningsprosess

Statens prosjektmodell er en faseinndelt modell med to kontrollpunkter i prosjektets tidlige fase. Fasene og kontrollpunktene er:

- Forstudiefase med utarbeidelse av konseptuelle løsninger for et definert samfunnsbehov.
- KS1 - Kvalitetssikring av konseptvalg før beslutning i regjeringen om å starte forprosjekt.
- Forprosjektfase hvor det anbefalte tiltaket detaljutredes.
- KS2 - Kvalitetssikring av styringsunderlag samt kostnadsoverslag for de aktuelle tiltaket før eventuell investeringsbeslutning i Stortinget.

Fasene og kontrollpunktene er illustrert i Figur 2-2.

Figur 2-2: Utrednings- og beslutningsprosess i store statlige investeringsprosjekter



Kilde: Finansdepartementet

Forstudien skal gi ulike konseptuelle løsninger for å dekke det relevante samfunnsbehovet. De konseptuelle løsningene skal utredes i en konseptvalgutredning (KVU). Statens prosjektmodell stiller krav til det ansvarlige fagdepartement om at det utarbeides en slik konseptvalgutredning.

Kvalitetssikring av konseptvalget (**KS1**) skal gjennomføres ved avslutning av forstudiefasen, før beslutning i regjeringen om eventuell igangsetting av forprosjekt for valgt konsept. KS1 skal gi en

anbefaling om hvilket konsept eller alternativ som bør velges for å tilfredsstille samfunnets behov på best måte. Hensikten med KS1 er å få et faglig og uavhengig grunnlag for den politiske beslutningen om et konseptvalg. KS1 skal gjennomføres før regjeringsbeslutning om tiltaket.

I forprosjektfasen utredes det valgte alternativet i detalj. **KS2** skal vurdere om planleggingen og kostnadene for det valgte alternativet er realistisk, før det tas en beslutning om tiltaket i Stortinget.

³ <https://www.regjeringen.no/no/tema/okonomi-og-budsjett/statlig-okonomistyring/ekstern-kvalitetssikring2/id2523818/>

⁴ <http://www.ntnu.no/web/concept/veiledere>

⁵ Ref Sykehusbyggs Veileder for tidligfasen i sykehusbyggprosjekter

2.2.2 Krav til innhold og dokumentasjon

Statens prosjektmodell stiller krav om utarbeidelse av KVV som beslutningsgrunnlag for regjeringens valg av hvilket konsept som eventuelt skal videreføres i forprosjektfasen. KVV-en er grunnlaget for kvalitetssikring før regjeringsbeslutning. KVV-en skal gi en grundig redegjørelse for hvilke alternativer som er aktuelle ved en eventuell beslutning om finansiering. Utredningen skal gjøres på et så tidlig tidspunkt at det finnes en reell mulighet til å velge mellom alternativer.

Finansdepartementets retningslinjer angir at konseptvalgutredningen skal inneholde følgende analyser som skal gjennomføres i følgende rekkefølge:

Behovsanalyse

Behovsanalysen skal kartlegge interesser/ aktører i en interessentanalyse, vurdere tiltakets relevans i forhold til samfunnets behov og definere det *prosjektutløsende behovet*. Det prosjektutløsende behovet er det samfunnsbehovet som utløser planlegging av tiltak til et bestemt tidspunkt. Behovsanalyser i den tidlige fasen av store statlige investeringsprosjekter må utføres på strategisk nivå, ikke på prosjektnivå. Det innebærer at analysen må fokusere på et høyere trinn i behovshierarkiet enn de mer snevert definerte behovene som knytter seg direkte til en bestemt type teknisk løsning.

I følge forskningsprogrammet Concept, som forsker på statens prosjektmodell på oppdrag fra Finansdepartementet, er det en fare for at behovsanalysen blir for smal, og at dette er til hinder for at de beste alternativene utredes. Følgende sitat er hentet fra Concept-rapport nr. 5⁶: Når behovsanalyser innsnevrer behovsidentifikasjonen til etterspørsel etter én konkret løsning, mens det bredere spekteret av samfunnsmessige behov som kunne begrunne eller bli berørt av et investeringsprosjekt i den aktuelle situasjonen overses, er det fare for at prosjektinitiativtakernes behov forveksles med samfunnets behov, og at særinteressers ønske om økonomisk gevinst, prestisje eller ideologisk foretrukne løsninger får forrang framfor overordnede politiske målsettinger og bredere samfunnsgruppers behov.

Strategikapittel

Det overordnede strategidokumentet skal med grunnlag i behovsanalysen definere mål for virkningene av tiltaket:

- Samfunns mål – beskriver hvilken samfunnsutvikling prosjektet skal bygge opp under og er knyttet til tiltakets virkninger for samfunnet

- Effektmål – beskriver hvilke virkninger som søkes oppnådd for brukerne av tiltaket
- Resultatmålene – spesifiserer leveransen og skal ikke være det primære fokus i konseptvalgutredninger

Målene angir tiltakets påtenkte virkning, og gir et uttrykk for ambisjonsnivå. Dersom samfunnsmålet formuleres på et for høyt nivå vil måloppnåelsen i for stor grad avhenge andre faktorer, for eksempel effekten av andre tiltak. Mål på for lavt nivå vil begrense mulighetsrommet i konseptutformingen.

Overordnede krav

Overordnede krav skal sammenfatte betingelsene som skal oppfylles ved gjennomføringen av tiltaket. Kravene kan enten utledes fra samfunns- og effektmålene, eller være ikke-prosjektspesifikke samfunns mål (rammebetingelser for tiltaket). Fokus skal være på effekter og funksjoner, ikke på tekniske løsninger og detaljer. De overordnede kravene representerer en presisering eller avgrensning av mulighetsrommet, som er gitt i form av politiske vedtak eller konkrete føringer.

Konseptene skal være *alternative løsninger* i betydningen at de representerer ulike måter å oppnå målene på, ikke *varianter* i betydningen ulike måter å oppnå omtrent det samme resultatmål. En ønsker å sikre at de beste konseptene kommer med i underlaget for beslutninger, og unngå at politiske eller andre føringer avgrenser mulighetsrommet i forkant slik at dette ikke kan skje. Spørsmålet om hvilke overordnede krav som gjelder er derfor meget sentralt.

Mulighetsstudie

Mulighetsrommet defineres implisitt av behovene, målene og kravene sett i sammenheng. Det er viktig at tilnærmingen til dette ikke blir for snever. Man står da i fare for at beste prosjektoalternativ ikke blir identifisert som mulighet, og at de alternativer som siden detaljeres ut i alternativanalysen alle representerer suboptimale løsninger.

Concepts forskningsrapport nr 34 viser at det er problematisk at mulighetsstudien ofte blir for snever, også i sykehusbyggprosjekter⁷:

Kravene som definerer handlingsrommet vil både være et uttrykk for det faglige, for eksempel i forhold til hva som er teknisk og rasjonelt mulig, men også det politiske, for eksempel de overordnede rammebetingelser som har med økonomi, samfunnsmessige forhold, miljø etc. å gjøre. Dersom en legger for sterke føringer på forhold som gjelder teknologi, funksjon, drift etc. vil

6

<https://www.ntnu.no/documents/1261860271/1262010703/Concept%205%20Behovsanalyser.pdf>

7

https://www.ntnu.no/documents/1261860271/1262010703/Concept_rapport_nr_34.pdf

handlingsrommet avgrenses sterkt til enkelte typer virkemidler eller konsepter. Dette er svært vanlig. Ikke minst ser vi dette når kravene er sektorspesifikke og utelukker alternativer som kunne vært vurdert, for eksempel vei versus jernbane. Det at alternativene organisatorisk forvaltes av adskilte etater sektorielt kan åpenbart gjøre det vanskeligere å velge inn konsepter som kunne eller burde ha vært vurdert. Det samme vil skje dersom en i for stor grad legger til grunn det antatt politisk mulige når man definerer krav. Politikken skaper ofte rammebetingelser som i veldig stor grad begrenser handlingsrommet. Dersom en ikke til en viss grad kan frigjøre seg fra det antatt politisk mulige blir mulighetsrommet ofte veldig snevert. Sykehussektoren er et eksempel. Rammevilkårene har tradisjonelt vært slik at sykehusene skal være offentlig eid og drevet, det skal være store enheter, og sentralisering står sterkt. De skal først og fremst arbeide med pasientbehandling, og innleggelse står sterkt. Dette gjør at mulighetsrommet ved planlegging av nye sykehus blir trangt. Om en skal sette det på spissen, kan man si at i en slik situasjon handler konseptvalget mer om takhøyde og korridorbredde i bygningene enn om hva en vil oppnå med sykehusene og hvordan. Det gis for eksempel ikke rom for å tenke privat/offentlig samarbeid. Forhold som kan få mer vidtrekkende konsekvenser for konseptvalget blir kanskje heller ikke tillagt vekt, som for eksempel større grad av sykdomsforebygging i befolkningen, grunnleggende endringer i medisinsk teknologi, miniatyrisering av teknisk utstyr og dermed desentralisering av spesialiserte funksjoner, større grad av poliklinisk virksomhet, etc. Den viktigste intensjonen med KS-ordningen er trolig å skape en kultur og praksis i det offentlige som i større grad utforsker det mulige for å finne frem til gode konsepter.

I rammeavtalen om kvalitetssikring av konseptvalg⁸ vektlegges også kvalitetssikrers ansvar for å sikre at ikke mulighetsrommet har vært for snevert definert: *Leverandøren skal vurdere prosessen og de anvendte metoder for kartlegging av mulighetsrommet, og spesielt gjøre en bedømmelse av hvorvidt den fulle bredden av muligheter er ivarettatt.*

Alternativanalyse

Utredningen skal identifisere og vurdere minst tre ulike alternative konsepter (nullalternativet og minst to andre konseptuelt ulike alternativer), det vil si konseptuelle løsninger man kan velge for å dekke et nærmere bestemt samfunnsbehov. Alternativanalysen skal behandle de mest interessante og realistiske konseptuelle løsninger for det identifiserte samfunnsbehovet innenfor mulighetsrommet. De konseptuelle løsningene skal kunne realisere mål og tilfredsstillende tiltaksspesifikke krav. Konseptene skal

kun detaljeres så langt det er nødvendig (men ikke lengre) for å ta stilling til grad av mål- og kravtilfredsstillelse, og for å gjennomføre en samfunnsøkonomisk analyse.

Viktig i arbeidet med å definere konseptuelle alternativer er blant annet å sikre:

- Gjensidig utelukkende konsepter (prinsipielt forskjellige definitive valg som er ment å løse det samme samfunnsbehovet).
- Kreativ («ut av boksen») tenkning, for eksempel løse behov uten å bygge/kjøre noe, eller bygge/kjøre noe helt annet.
- Å unngå forutinntatthet («bias»), fri seg fra interessenters/aktørers kjente løsningspreferanse
- At alternativer som allerede er silt ut faktisk er ugyldige.

Alternativanalysen skal være vurdert gjennom en samfunnsøkonomisk analyse, i henhold til Finansdepartementets rundskriv R-109/14. Det skal gis en anbefaling om rangering av alternativene, basert på prissatte og ikke-prissatte virkninger, alternativets beslutningsfleksibilitet samt finansieringsplan. I en slik samfunnsøkonomisk analyse vurderes alle typer virkninger tiltaket vil ha for alle interessenter.

Føringer for forprosjektfasen

I følge Statens prosjektmodell for store prosjekter skal en beslutning om videre utredning av et konsept (KS1) etterfølges av et forprosjekt og eventuell senere beslutning om oppstart (KS2). KVVU-en skal skissere gjennomføringsstrategi for det (de) anbefalte alternativ(er). Det skal gis tilråding om hvilke krav som bør stilles til prosjektorganisasjonens omfang og kvalitative nivå.

Krav i KS-1 rapport

KS1-rapporten skal gjennomgå den faglige kvaliteten på de underliggende dokumenter i beslutningsunderlaget (KVVU-en). Dette innebærer blant annet å dokumentere om de angitte alternativene er relevante og gyldige med tanke på behov, strategi, overordnede krav og utnyttelse av mulighetsrommet. Kvalitetssikringen skal gjennomføres i henhold til føringer som er gitt gjennom statens prosjektmodell og i rammeavtale mellom Finansdepartementet og ekstern kvalitetssikrer.

2.3 Krav i sektorspesifikke retningslinjer

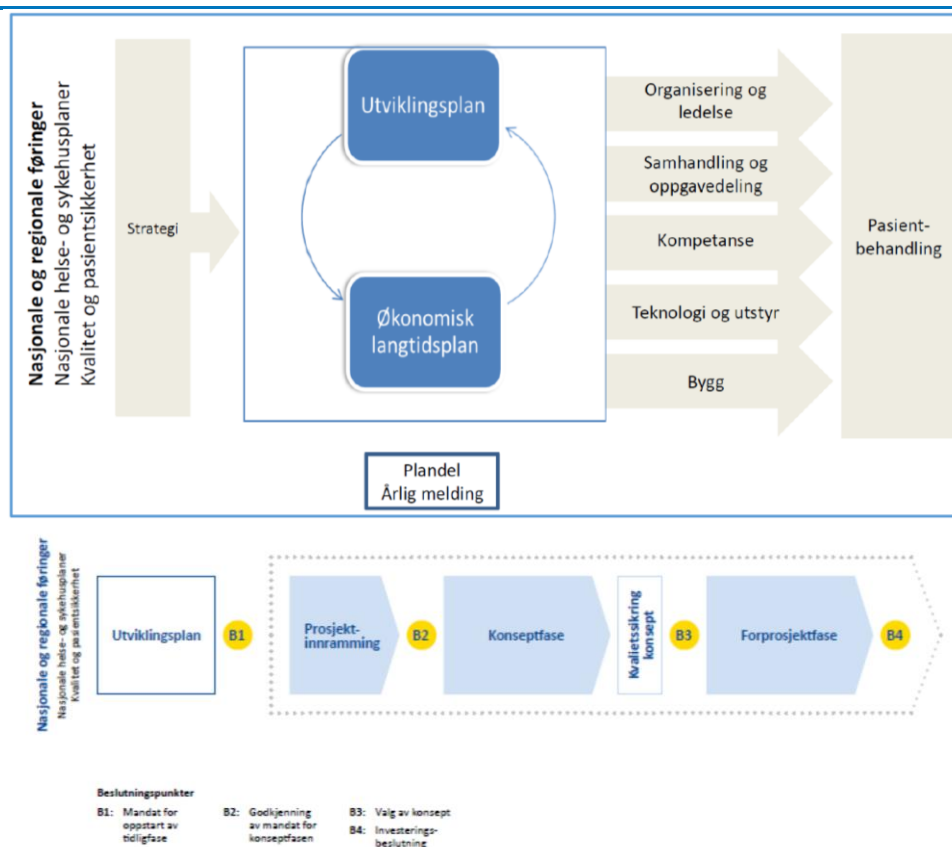
Statens prosjektmodell for statlige investeringer over 750 MNOK gjelder ikke for de regionale helseforetakene. I Veileder for tidligfasen i sykehusbyggprosjekter⁹, utarbeidet av Sykehusbygg HF i 2017, og vedtatt i styremøter i Helse Nord RHF, Helse Midt RHF, Helse Vest RHF og Helse Sør-Øst RHF, står det likevel følgende: KS1 og KS2-metoden som gjelder statlige investeringer over 750 MNOK, gjelder ikke for de regionale helseforetakene. Helse- og omsorgsdepartementet legger til grunn at helseforetakene skal ha minst like gode kvalitetssikringssystemer som andre statlige byggeprosjekter.

Slik sett bør utredningen i sykehusbyggprosjekter minst tilsvare kravene som stilles i statens prosjektmodell, slik disse er vist i kapittel 2.2. Sykehussektoren har likevel egne veiledere for utredninger, der særlig to er relevante i denne sammenheng: Veileder for tidligfasen i sykehusbyggprosjekt (Sykehusbygg, 2017; heretter også omtalt som veileder for tidligfase) og Veileder for arbeidet med utviklingsplaner¹⁰ (Sykehusbygg, 2016; heretter også omtalt som veileder for utviklingsplaner).

2.3.1 Krav til utrednings- og beslutningsprosess

Veilederne skisserer følgende utrednings- og beslutningsprosess for store investeringsprosjekter i helseforetakene, jf. Figur 2-3.

Figur 2-3: Utrednings- og beslutningsprosess i helseforetakene



Kilde: Sykehusbyggs veiledere

Alle helseforetak skal utarbeide utviklingsplaner. Utviklingsplanene sees i sammenheng med økonomisk langtidsplan, og sammen legger disse to planene rammene for helseforetakets arbeid med ulike tiltak. Blant disse tiltaket er tiltak knyttet til bygg. Prosessen for utredning av og beslutningsprosess for investeringer i bygg skal gjennom fire

beslutningspunkter, der det første er knyttet til at utviklingsplanen vedtas.

Veileder for utviklingsplaner legger også noen rammer for hvilke føringer helseforetaket skal forholde seg til i arbeidet med utviklingsplan: *Arbeidet med utviklingsplanen starter med en forberedende fase*

⁹ <http://sykehusbygg.no/wp-content/uploads/2016/09/Veileder-for-tidligfaseplanlegging-i-sykehusprosjekter.pdf>

¹⁰ <http://sykehusbygg.no/wp-content/uploads/2016/09/Veileder-for-tidligfaseplanlegging-i-sykehusprosjekter.pdf>

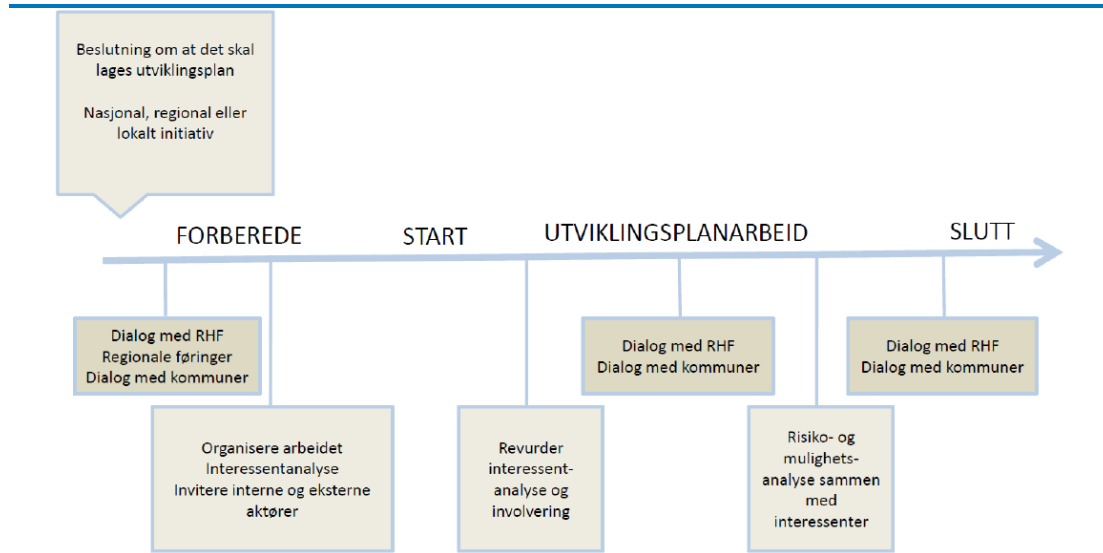
der man har en formalisert dialog med det regionale helseforetaket knyttet til premisser og føringer. Disse gis gjennom regional utviklingsplan eller andre styrende dokumenter.

Veilederen legger opp til at slike føringer skal behandles i utviklingsplanens kapittel 3, med følgende beskrivelse: *Det regionale helseforetaket vil gi forutsetninger for arbeidet og dette vil inkludere*

nasjonale helse- og sykehusplaner, krav fra foretaksmøtene og regionale prioriteringer og føringer. (...)

Samlet sett beskrives arbeidet med utviklingsplan med følgende figur:

Figur 2-4: Prosess for arbeid med utviklingsplan



Kilde: Sykehusbygg

2.3.2 Krav til innhold og dokumentasjon

Veileder for tidligfase og veileder for utviklingsplan stiller krav til innholdet i de enkelte utredningene.

Veileder for tidligfasen

Det legges i Sykehusbyggs veileder for tidligfasen i sykehusbyggprosjekter til grunn at utredning av sykehusstruktur skal skje i utviklingsplanen: Å velge riktig konsept, slik at man bygger det man behøver, krever at mulighetsrommet utforskes når det gjelder virksomhetsinnhold, samhandling og oppgavefordeling (struktur og organisasjonsmodeller), lokalisering, bygningsmessige løsninger (byggningskonsepter). Denne veilederen forutsetter at mulighetsrommet i form av virksomhetsinnhold, struktur og samfunnseffekter er tilstrekkelig vurdert i arbeidet med helseforetakets utviklingsplan. Videre står det: Lokalisering skal være avklart før oppstart av konseptfase.

I kapittel 6 Avklaring av lokalisering sier veilederen følgende: Konsekvensutredning anbefales utført før lokaliseringsvalg er gjort slik at det er mulig å vurdere konsekvenser av flere alternative lokaliseringer opp mot hverandre og sikre best mulig beslutningsunderlag. (...) I arbeidet med lokaliseringsanalysen involveres aktuelle

kommuner vedrørende lokaliseringalternativene. Lokaliseringsanalysen må være offentlig tilgjengelig eller sendes på høring.

Videre står det å lese følgende i veilederen: Følgende kriterier og underlag bør legges til grunn for valg av lokalisering:

- Reisetidsanalyser (reisetid og reisemengde)
- Tilgjengelighet
- Rekruttering
- Kostnadsanalyser og økonomiske effekter
- Reguleringsmessige forhold
- Vurdering i forhold til statlig arealpolitikk
- Risikovurderinger
- Miljø- og klimakonsekvenser av lokaliseringen
- Samfunnseffekter av vesentlig betydning ut over de som framkommer overfor.

Risikovurderinger bør brukes for å sammenligne ulike alternativer, herunder identifisere både trusler og potensielle muligheter (...).

I veilederen for tidligfase fremkommer det også tydelig at det bør gjennomføres en ekstern kvalitetssikring av lokaliseringsvalget dersom dette

valget gir vesentlige virkninger for miljø og samfunn. Lokalisering som følge av endret sykehusstruktur skal forelegges for Helse- og omsorgsdepartementet av RHF'ets styre.

Sykehusbyggs veileder for tidligfasen erstatter Helsedirektoratets Veileder for tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter¹¹, utarbeidet i 2011. Det er skjedd en del endringer fra Helsedirektoratets veileder til Sykehusbyggs veileder, men det som ligger fast er at utviklingsplanen legger grunnlaget for de enkelte prosjektene/tiltakene. Slik sett er det nødvendig med en fyllestgjørende utviklingsplan før utredninger av enkelttiltak kan påbegynnes: *Hvis det ikke foreligger en utviklingsplan, eller det er behov for omfattende oppdatering av planen, skal tidligfasen for tiltak settes på vent til utviklingsplanen foreligger og er oppdatert.*

Om innholdet i utviklingsplaner skriver Helsedirektoratets veileder blant annet følgende:

Det er viktig at den virksomhetsmessige utviklingsplanen viser mulige endringer innenfor:

- oppgavefordeling og sykehusstruktur
- fremtidig aktivitet
- kapasitetsbehov
- organisering, driftsøkonomi

Slik sett er det stor grad av sammenfall mellom gammel og ny veileder når det gjelder krav til utviklingsplanen.

Veileder for utviklingsplaner

Veileder for utviklingsplaner er relativt kort og overordnet. Sykehusstruktur og lokalisering behandles ikke inngående i denne veilederen, selv om altså veileder for tidligfase forutsetter at slike spørsmål skal adresseres i utviklingsplanen. Det står likevel mer overordnede føringer for hvilke tema som skal behandles i en utviklingsplan: *En utviklingsplan skal peke på ønsket utviklingsretning for sykehusene i helseforetaket og hvilke tiltak som er nødvendige for å møte framtidens utfordringer. (...) Dette er grunnlaget for å velge utviklingsretning for virksomheten, og for å prioritere nødvendige tiltak.*

Videre fremkommer følgende om innholdet i utviklingsplaner i kapittelet *Vesentlige endringer krever risiko- og mulighetsanalyse*:

Den største risikoen kan være at en ikke gjør endringer. Det betyr at analyse av både risiko og muligheter vil være viktige. (...) Det skal gjøres risiko- og mulighetsanalyser av alle vesentlige endringer i oppgaver. (...) Risiko- og mulighetsanalysen må

beskrive både dagens situasjon og de ulike alternative løsninger knyttet til akuttfunksjoner, og må dekke pasientenes, fastlegenes, kommunenes og helseforetakets perspektiv. (...) Risiko og mulighetsanalyse gjøres sammen med dem som endringene involverer og analysen skal dekke både foretakets og kommunenes perspektiv.

Veileder for utviklingsplaner har også tatt inn et kapittel der det gis veiledning til hvilke stikkord en utviklingsplans ulike kapitler bør inneholde. Her handler kapittel 5 blant annet om sykehusstruktur, der det anbefales følgende disposisjon:

5.1 Alternative veivalg for helseforetaket

Her beskrives de ulike alternativene vedrørende sykehusstruktur og overordnet oppgavedeling

5.2 Risiko- og mulighetsanalyser

De alternative veivalgene må vurderes for både risiko og mulighet før man velger

(...)

5.3 Kriterier for valg mellom alternativene

Her beskrives hvilke kriterier helseforetaket har valgt å vektlegge (her er det mulig å definere felles evalueringskriterier som skal gjelde virksomhetsalternativene)

5.4 Valgt hovedløsning

Sykehusstruktur og overordnet oppgavedeling

I saksgrunnlag til sak 75/2016 i styret i Helse Nord, står det følgende om utviklingsplaner: *Virksomhetsdelen av utviklingsplanen skal vise mulige endringer i oppgavefordeling og sykehusstruktur, aktivitet, kapasitetsbehov, organisering og driftsøkonomi, samt konsekvenser av endringer og alternative løsninger. Veilederen skal sikre forsvarlig utredning og gode lokale prosesser i utviklingsplanarbeidet. Vesentlige endringer skal ikke skje uten forsvarlig utredning av konsekvensene. Det vil også bli satt krav om at utviklingsplanene skal kvalitetssikres av eksterne fagmiljøer.*

¹¹ http://sjukehusbygg.no/wp-content/uploads/2015/11/endelig_versjon_tidligfaseveiled_er_des_2011.pdf

3. Eksempler på anvendelse av bestemmelser og krav

I dette kapitlet gjennomgår vi tre ulike prosesser med utredninger av ny sykehusstruktur, for å vise hvordan andre helseforetak har valgt å oppfylle føringene for utredninger. De tre prosessene vi har valgt ut, er å anse som tilfeldige eksempler; det finnes en rekke andre helseforetak som også har utredet ny sykehusstruktur, som Vestre Viken (Utviklingsplan fra 2012), Helse Nord-Trøndelag (Utviklingsplan fra 2014), Sørlandet sykehus (Utviklingsplan fra 2015), Oslo Universitetssykehus (Idefase 2016) og Sykehuset Telemark (Utviklingsplan fra 2016).

Vår gjennomgang viser hvordan mulighetsrommet er blitt definert, og dermed hvilke alternativer som er vurdert, samt hvilke dokumenter som har vært utarbeidet i de tre prosessene og hva som har vært innholdet i disse. De tre prosessene er:

- Utredning av sykehusstruktur Nordmøre og Romsdal
- Utredning av sykehusstruktur Helgeland
- Utredning av sykehusstruktur Innlandet

3.1 Utredning av sykehusstruktur Nordmøre og Romsdal

Styre i Helse Møre og Romsdal (HMR) vedtok i desember 2011 at det skulle utarbeides en samlet plan for utvikling og samarbeid mellom sykehusene for å sikre et framtidig bærekraftig (både økonomisk og faglig) sykehusstilbud for innbyggerne i Møre og Romsdal. Utviklingsplanen skulle bygge på overordnede mål og strategiske føringer fra overordnede myndigheter. I mandatet for denne planen var det også krav om forslag til sykehusstruktur i Møre og Romsdal. Det eksplisitte oppdraget med utviklingsplanen for det nyetablerte Helse Møre og Romsdal HF, ble gitt til Helse Midt-Norge RHF i foretaksmøtet (møtet mellom Helse- og omsorgsdepartementet og regionhelseforetaket) den 8. juni 2011;

«Foretaksmøtet la til grunn at Helse Midt-Norge RHF på vanlig måte gir det nyopprettede Helse Møre og Romsdal HF oppdrag med å utarbeide en helhetlig plan for utviklingen av sykehusene i det nye helseforetaket. Dette inkluderer samarbeid mellom sykehusene i det nye helseforetaket – og deretter en utviklingsplan for bygningsmassen, basert på føringer i Nasjonal helse- og omsorgsplan og Helse Midt-Norges eget strategiarbeid. Det tas sikte på at en slik plan bør foreligge i løpet av et års tid.»

3.1.1 Vurdering av mulighetsrom og alternativer

I foretaksmøtet 8. juni 2011 ble det også lagt føringer for hvilken sykehusstruktur man skulle utrede:

«Foretaksmøtet viste til at Nasjonal helse- og omsorgsplan slår fast at det skal være nærhet til akutt- og fødetilbud. Denne nærheten kan oppnås enten ved føde- og akutttilbud ved begge sjukehus i Nordmøre og Romsdal, eller ved ett felles sjukehus plassert mellom de nåværende sykehusene, men i tilstrekkelig nærhet til begge byer. Utviklingsplanen for bygningsmassen bør derfor inneholde disse to alternativene.

Byggetiltak må som i øvrige regioner planlegges innenfor regionens helhetlige faglige og økonomiske rammer.»

Utgangspunktet for utvikling av alternativer for sykehusstrukturen i Møre og Romsdal ble definert av nasjonale og regionale føringer, samt styret i HMR HF sine vedtak. Det ble i styresak 2012/62 *Alternative løysingsmodellar - Utviklingsplan for Helse Møre og Romsdal HF* blant annet referert til Nasjonal helse- og omsorgsplan der det het:

«Regjeringen vil ha en helsetjeneste som ligger i front medisinsk og teknologisk. Målet er et helhetlig og sammenhengende tjenestetilbud av god kvalitet, med høy pasientsikkerhet, kort ventetid og med størst mulig nærhet til, og tilpasset den enkelte bruker. Brukere og pårørende skal møtes med respekt og omsorg og ha innflytelse over utformingen av tjenestetilbudet.

(...)

Regjeringen ønsker å legge til rette for at en fremtidig sykehusstruktur skal bygge på bedre samarbeid og arbeidsdeling mellom sykehusene. Utgangspunktet skal være at befolkningen i helseforetakenes opptaksområde, gis et helhetlig og kvalitetsmessig godt spesialisthelsetjenestetilbud, der de enkelte sykehusene har avklart arbeidsfordeling, samarbeider tett og er i god dialog med kommunene. Målet bør være å samle funksjoner når det er nødvendig av hensyn til kvalitet, men samtidig desentralisere når det er mulig – for å gi pasientene et bredest mulig tilbud med god kvalitet i nærmiljøet. For å sikre god kompetanse og robusthet i alle ledd i tjenesten, er det nødvendig å etablere og tydeliggjøre en faglig nettverksfunksjon i helseforetakene. Det innebærer at alle enheter har felles faglig ansvar for det samlede tilbudet innenfor de enkelte fagområdene, og at fagressursene på de ulike områdene ses i sammenheng.

Styret i Helse Møre og Romsdal HF gav administrasjonen følgende prosjektmandat i styremøtet 20. desember 2011 i sak 2011-63:

Overordna mål

«Utarbeide ein samla plan for utvikling og samarbeid mellom sjukehusa for å sikre eit framtidig berekraftig (både økonomisk og fagleg) sjukehusstilbod for innbyggjarane i Møre og Romsdal. Dette skal byggje på overordna mål og strategiske føringar frå overordna mynde.

Arbeidet med målsetningane må sjåast i samanheng med føresetnadane og rammevilkår som er gitt for føretaket.»

Effekt mål

«Samla funksjons- og oppgåvefordeling

Gjennom ei samla vurdering av funksjons- og oppgåvedeling mellom sjukhusa i føretaket skal ein synleggjere potensiale for å optimalisere spesialisthelsetenesta i Møre og Romsdal.

Ein skal leggje til grunn og samordne arbeidet med Strategi 2020. Samla vurderingar må gjerast i samsvar med overordna føringar.»

Videre ble det i prosjektmandatet lag føringar for alternativer som skulle utredes. Sykehusene i Ålesund og Volda ble lagt til grunn å skulle opprettholdes i første omgang:

«Arbeidet skal leggje fram eit forslag til sjukehusstruktur i Møre og Romsdal. Det er tre alternative sjukehusstrukturar som skal vurderast:

- 4 sjukehus med opprusting av Lundavang
- 4 sjukehus med nytt sjukehus i Molde
- 3 sjukehus med felles sjukehus for Nordmøre og Romsdal plassert i tilstrekkeleg nærleik til Molde og Kristiansund.»

Med utgangspunkt i disse føringene ble det i forbindelse med utviklingsplanen vurdert syv ulike alternativer for fremtidig sykehusstruktur på Nordmøre som presentert i tabell under.

Tabell 3-1 Utredningsalternativer

Alternativ	Beskrivelse
0-alternativet	Fortsatt drift av Molde sjukehus, Kristiansund sjukehus og psykiatri som i dag, med samme funksjonsfordeling, på samme tomter, i samme bygninger, men med nødvendig oppgradering i henhold til bygningsmessig utviklingsplan og pålegg fra statlige tilsyn.
Alternativ 1a	Trinnvis utvikling av Molde sjukehus på eksisterende tomt til akuttsykehus (poliklinikk, dagbehandling, elektivt døgntilbud, akutttilbud og sykehuspsykiatri), trinnvis omlegging av Kristiansund sjukehus til dagbehandling og poliklinikk.
Alternativ 1b	Trinnvis utvikling av Kristiansund sjukehus på eksisterende tomt til akuttsykehus (poliklinikk, dagbehandling, elektivt døgntilbud, akutttilbud og sykehuspsykiatri), trinnvis omlegging av Molde sjukehus til dagbehandling og poliklinikk.
Alternativ 2a	Nytt akuttsykehus (poliklinikk, dagbehandling, elektivt døgntilbud, akutttilbud og sykehuspsykiatri) på ny tomt bynært i Molde (innen 20 minutter i bil fra bysentrum), omlegging av Kristiansund sjukehus til dagbehandling og poliklinikk.
Alternativ 2b	Nytt akuttsykehus (poliklinikk, dagbehandling, elektivt døgntilbud, akutttilbud og sykehuspsykiatri) på ny tomt bynært i Kristiansund (innen 20 minutter i bil fra bysentrum), omlegging av Molde sjukehus til dagbehandling og poliklinikk.
Alternativ 3a	Nytt akuttsykehus (poliklinikk, dagbehandling, elektivt døgntilbud, akutttilbud og sykehuspsykiatri) på ny tomt mellom byene (mer enn 20 minutter fra bysentrum i Molde og Kristiansund), omlegging av Molde og Kristiansund sjukehus til dagbehandling og poliklinikk.
Alternativ 3b	Nytt akuttsykehus (poliklinikk, dagbehandling, elektivt døgntilbud, akutttilbud og sykehuspsykiatri) på ny tomt mellom byene (mer enn 20 minutter fra bysentrum i Molde og Kristiansund), nedleggelse av Molde og Kristiansund sjukehus.

3.1.2 Vurderingskriterier og utredninger

Faglig kvalitet, likeverdige tjenester og ressursutnyttelse ble trukket fram av styret som de viktigste målene for utviklingsplanen. Disse hovedmålene ble i utviklingsplanen operasjonalisert i en rekke underpunkt, som deretter ble benyttet i en mer detaljert vurdering av alternative løsningsmodeller som beslutningsgrunnlag.

Tabell 3-2 Mål og vurderingskriterier

Hovedmål	Underpunkter
Sikre kvalitet på tenestetilbudet	Sikre prioritering av store pasientgrupper
	Gode pasientforløp
	Kunnskapsbasert pasientbehandling
Likeverdige tjenester	Rekruttering og robuste fagmiljø
	God infrastruktur (MTU/ bygg/ IKT)
	Samle funksjonar - men samtidig desentralisere
God ressursutnyttning	Adekvat kombinasjon av fag i sjukehus
	Kunne utføre lovpålagte oppgaver innan utdanning og forskning
	Samhandlingsreforma
Sikre kvalitet på tenestetilbudet	Avstand ved akutt sjukdom
	Avstand til behandling for sjukdom som ikkje hastar
	Komplette og stabile fagtilbud i sjukehus
Likeverdige tjenester	God informasjon om tenestetilbudet
	Nytte personale til aktiv behandling framfor passiv vakt
	Gode rutinar og system
God ressursutnyttning	Investeringskapasitet
	Driftsøkonomi

Alle deltemaene i tabellen ble vurdert i utviklingsplanen. Til grunn for flere av vurderingene lå også en rekke utredninger av deltemaer som vist i tabell under:

Tabell 3-3 Et utvalg av delutredninger utarbeidet i forbindelse med utviklingsplan Helse Møre og Romsdal

Delutredning	Utredner
Økonomiutgreiing	Helse Møre og Romsdal HF
Bereking av arealbehov i alternative løysingsmodellar	Hospitalitet
Bereking av investeringsbehov i alternative løysingsmodellar	Hospitalitet
Total økonomisk effekt og noverdi i alternative løysingsmodellar	Hospitalitet
Tilgjengelighetsanalyser – dagens transportnettverk og befolkning	Asplan Viak
Tilgjengelighetsanalyser – bilnettverk og befolkning (2030)	Asplan Viak
Tilgjengelighetsanalyser – dagens transportnettverk utrykking	Asplan Viak
Tilgjengelighetsanalyser – transportnettverk og utrykking (2030)	Asplan Viak
Scenarioanalyse	Deloitte
Mulighetsstudier	Narud Stokke Wiig Arkitekter
Utviklingsplan for Helse Møre og Romsdal HF - Medisinsk faglig ROS-vurdering	Norconsult
ROS-analyse interimfase før SNR – spesialisthelsetjenester i Nordmøre og Romsdal	Proactima
Samfunnskonsekvenser - ny sykehusstruktur i Helse Møre og Romsdal HF	Oslo Economics

3.1.3 Oppsummerende merknader til utredningsprosessen

I forbindelse med utredningen av ny sykehusstruktur i Møre og Romsdal er det gjort en bred og grundig vurdering av flere muligheter for lokalisering og funksjonsfordeling mellom sykehus. Det kan imidlertid innvendes mot utredningen at den i hovedsak har sett på lokaliseringsspørsmålet på Nordmøre og i Romsdal og ikke hele helseregionen under ett. Både Ålesund sykehus og Volda sykehus er imidlertid omtalt i planene. På Nordmøre og i Romsdal, som først og fremst er berørt av endring i sykehusstruktur, er mulighetsrommet bredt dekket. Syv prinsipielt ulike alternativer er vurdert med hensyn til flere temaer.

For å sikre et komplett beslutningsgrunnlag ble alternativene vurdert med hensyn til en rekke temaer. Temaene ble vurdert både i Utviklingsplanen og i en rekke underliggende delutredninger. Utredningene dekket temaer som ble definert som viktige for beslutningsprosessen. Alle kriterier som nevnes i Sykehusbyggs veileder for tidligfasen i sykehusbyggprosjekter ble dekket.

Kravene fra veilederen, samt temaer og sentrale utredningsdokumenter utover utviklingsplanen som dekket disse kravene er oppstilt i tabell nedenfor.

Tabell 3-4 : Krav til utredningstemaer fra veileder og gjennomførte utredninger

Krav fra veileder	Utredede temaer
Reisetidsanalyser	Analysér av reisetid for ø-hjelp pasienter, pasienter med sykdom som ikke haster, samt for pårørende Asplan Viak (2012): Tilgjengelighetsanalyser Utviklingsplan for Helse Møre og Romsdal
Tilgjengelighet	Samfunnsøkonomiske kostnader ved transportarbeidet Oslo Economics (2012): samfunnskonsekvenser - ny sykehusstruktur i Helse Møre og Romsdal HF Hvorvidt de alternative sykehusstrukturene legger til rette for hurtig og effektiv transport av pasienter og pårørende til sykehuset. I tillegg ble tilgjengelighet for ansatte vurdert Asplan Viak (2012): Tilgjengelighetsanalyser Utviklingsplan for Hvilken virkning alternativene ville ha med hensyn til samfunnsikkerhet og beredskap Oslo Economics (2012): samfunnskonsekvenser - ny sykehusstruktur i Helse Møre og Romsdal HF
Rekruttering	Fagmiljø og behandlingskvalitet Oslo Economics (2012): samfunnskonsekvenser - ny sykehusstruktur i Helse Møre og Romsdal HF Norconsult (2012): Utviklingsplan for Helse Møre og Romsdal HF - Medisinsk faglig ROS-vurdering
Kostnadsanalyser og økonomiske effekter	Investeringskostnader og konsekvenser for driftsøkonomi ble analysert Hospitalitet (2012): Utviklingsplan 2030 Total økonomisk effekt og overdi i alternative løysingsmodellar
Reguleringsmessige forhold	Noen vurderinger av tomteforhold NSWAP (2012): Mulighetsstudier Videre, grundigere vurdering i forbindelse med idfasen, i Norconsult (2014): Konsekvensutredning Sjukehuset Nordmøre og Romsdal
Vurdering i forhold til statlig arealpolitikk	Steds- by og regionutvikling Oslo Economics (2012): samfunnskonsekvenser - ny sykehusstruktur i Helse Møre og Romsdal HF
Risikovurderinger	To ulike ROS analyser ble gjennomført både medisinsk faglig og sårbarhet ved overgang til ny sykehusstruktur: Utviklingsplan for Helse Møre og Romsdal HF - Medisinsk faglig ROS-vurdering, Norconsult 2012 ROS-analyse interimfase før SNR – spesialisthelsetjenester i Nordmøre og Romsdal, Proactima 2014) Samfunnsikkerhet og beredskap Oslo Economics (2012): samfunnskonsekvenser - ny sykehusstruktur i Helse Møre og Romsdal HF
Miljø- og klimakonsekvenser av lokaliseringen	Muligheter for energieffektivitet Oslo Economics (2012): samfunnskonsekvenser - ny sykehusstruktur i Helse Møre og Romsdal HF Miljøinngrep Oslo Economics (2012): samfunnskonsekvenser - ny sykehusstruktur i Helse Møre og Romsdal HF
Samfunns effekter av vesentlig betydning ut over de som fremkommer ovenfor	Sysselsetting i vare- og tjenesteproduksjon Oslo Economics (2012): samfunnskonsekvenser - ny sykehusstruktur i Helse Møre og Romsdal HF Tilgang på arbeidskraft for annen virksomhet Oslo Economics (2012): samfunnskonsekvenser - ny sykehusstruktur i Helse Møre og Romsdal HF Likeverdighet i behandlingstilbud Oslo Economics (2012): samfunnskonsekvenser - ny sykehusstruktur i Helse Møre og Romsdal HF

Hva er kravene til statlige utredninger, og er det gjort utredninger av alternative løsninger for sykehusstruktur i Finnmark som tilfredsstillr disse kravene?

3.2 Utredning av sykehusstruktur Helgeland

Helse Nord ga i 2013 Helgelandssykehuset HF i oppdrag å konsekvensutrede hvordan helseforetaket vil påvirkes av de eksterne endringene som gjør seg gjeldende nå og framover. I Oppdragsdokument 2013 ble det spesifisert at: *Helgelandssykehuset HF skal videreutvikle et godt lokalsykehusstilbud og en desentralisert spesialisthelsetjeneste på Helgeland, i samarbeid med kommunene, samt styrke forskning, fagutvikling og utdanning.*

Helse Nord konkretiserte oppdraget gjennom eget mandat i styremøte 21. mars 2013 (styresak 37-2013/3). I mandatet ble Helgelandssykehuset bedt om å starte arbeidet med en utviklingsplan for Helgelandssykehuset. Mandatet er som følger:

Helse Nord RHF ber Helgelandssykehuset konsekvensutrede hvordan foretaket vil påvirkes av de eksterne endringene som gjør seg gjeldende nå og fremover. Arbeidet må gi et godt beslutningsgrunnlag for fremtidig utvikling og struktur av Helgelandssykehuset i tråd med:

- Befolkningens behov for spesialisthelsetjenester lokalisert til Helgeland
- Demografisk og epidemiologisk utvikling
- Faglig og teknologisk utvikling
- Samhandling med primærhelsetjenesten
- Samhandling med de andre helseforetakene i Helse Nord
- Helse Nord RHF's strategi om mest mulig behandling nært der pasienten bor
- Endringer i pasientrollen med særlig fokus på økt brukermedvirkning.

Utredningen bør utrede og beskrive minimum 3 ulike alternative modeller for organisering av spesialisthelsetjenester som ivaretar overnevnte kriterier:

- Fremskrive nåværende modell
- Utrede en modell med tre klinikker lokalisert til nåværende sykehus og et nytt «sengesykehus»
- Utrede en modell hvor man legger ned all somatisk aktivitet i nåværende sykehuslokalisasjoner og bygger et nytt sykehus

Utredningen må ha høyt fokus mot hvordan man bygger gode, solide fagmiljø i de neste 10-15 årene. Det må være et tett samarbeid med kommunehelsetjenesten, tillitsvalgte og vernetjenesten.

3.2.1 Vurdering av mulighetsrom og alternativer

Styret i Helgelandssykehuset besluttet 28. mai 2013 å sette i gang utredning av framtidig somatisk sykehusstruktur på Helgeland (jf. styresak 40/2013 Utredning av framtidig somatisk sykehusstruktur for Helgelandssykehuset HF). Ferdig utviklingsplan kom til behandling i styremøte 30. april 2015 (jf. styresak 26/2015 Utviklingsplan 2025). I utviklingsplanen ble følgende hovedalternativ vurdert:

- Alternativ 0: Fortsette som før
- Alternativ 1: Bygge ut de tre sykehusene
- Alternativ 2: Et sengesykehus for hele Helgeland og spesialisttilbud i inntil tre lokalmedisinske sentra (LMS) ved dagens sykehuslokalisasjoner.
- Alternativ 3: All sykehusvirksomhet på Helgeland samlet i ett sykehus.

Med utgangspunkt i utviklingsplanen ga Helse Nord i styresak 136/2015 mandat for idéfasen i Helgelandssykehuset 2025. I mandatet ber Helse Nord Helgelandssykehuset om å utrede videre alternativ 2 og 3 i Utviklingsplan 2025. Idéfasen skal avklare hvilke alternativer som er "liv laga".

Alternativene skal være:

- Relevant: Oppfylle de overordnede målene for helseforetaket.
- Gjennomførbart: Kunne gjennomføres innen foretakets finansielle handlingsrom.
- Levedyktig: Helseforetakets økonomiske bæreevne skal opprettholdes under hele prosjektets levetid

Som utgangspunkt for arbeidet med å vurdere ny sykehusstruktur ble det utarbeidet en sammenstilling av hvilke overordnede føringer og retningslinjer som finnes for lokalisering og tomt for sykehus.¹² Dokumentet omhandlet overordnede statlige, sykehusfaglige og regionale føringer og retningslinjer som dannet grunnlaget for vurdering av lokalisering og tomt. Dokumentet vurderte:

1. Statlige føringer og retningslinjer
2. Sykehusfaglige føringer, retningslinjer og erfaringer som er gjort i andre sykehusprosjekter
3. Regionale og lokale føringer og retningslinjer

Føringer og retningslinjer som ble sammenfattet var:

Statlige føringer og retningslinjer

- Plan- og bygningsloven
- 2014 Retningslinjer for lokalisering av statlige arbeidsplasser og statlig tjenesteproduksjon

¹² Sykehusbygg (2016) Overordnede føringer og retningslinjer til lokalisering og tomt - IDÉFASE HELGELANDSSYKEHUSET 2025

- 2014 Statlig planretningslinjer for samordnet bolig-, og transportplanlegging
- 2011 Statlige planretningslinjer for differensiert forvaltning av strandsonen langs sjøen
- 2016 Nasjonal transportplan 2018-2029 (forslag, Stortingsmelding våren 2017)
- Teknisk forskrift med veiledning (TEK10)
- Funksjonsfordeling innad i helseforetaket mellom foretakets lokasjoner
- Samarbeidsavtaler mellom Spesialisthelsetjenesten og kommunene
- Ambulanseplan
- Nasjonal føring på opprettelse av Kommunale Akutte Døgnseger fra 1.1.2016

Sykehusfaglige føringer, retningslinjer og erfaringer

- LOV-1999-07-02-61 Spesialisthelsetjenesteloven «plikt til å yte nødvendig helsehjelp»
- LOV-1999-07-02-64 Helsepersonelloven
- St.meld. 11 Nasjonal helse- og sykehusplan (2016 – 2019) med føringer fra behandling i Stortinget og presiseringer fra foretaksprotokoll i Helse Nord 04.05.2016.
 - Kap 12.14 Geografi og bosettingsmønster, avstand mellom sykehus, tilgjengelighet til bil-, båt- og luftambulansetjenester, værforhold og rekrutteringsmuligheter må tillegges stor vekt i utformingen av framtidens akuttsykehus
- NOU 2015:17 «Først og fremst»
- Akutforskriften (2015)
- St.meld. nr 43 (2008-2009) Om akuttmedisinsk beredskap
- St.meld. nr 47 (2008 – 2009) Samhandlingsreformen – rett behandling - på rett sted – til rett tid
- St.meld. nr 12 (2008-2009) En gledelig begivenhet. Om en sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg
- NOU 2014:12 Åpent og rettferdig – prioriteringer i helsetjenesten
- Traumesystem i Norge (2006) rapport – krav til sykehus med akutfunksjon som skal motta alvorlig skadde pasienter
- Oppdragsdokument fra det enkelte RHF
- Regionale føringer på fagspesifikke planer
- Regionale føringer på funksjonsfordeling innad mellom foretakene

Regionale og lokale føringer og retningslinjer (prosjektspesifikt)

- Fylkesplan for Nordland 2013-2025
- Regionalplan – Klimautfordringer i Nordland 2016-2020
- Regionalplan for by- og regionsenterpolitikk for Nordland (under arbeid)
- Transportplan Nordland 2013-2024 (under revisjon)
- Handlingsplan for folkehelsearbeid 2013-2016 (kap 11.2 aktiv transport)
- Diverse kommunedelplaner for kommunene på Helgeland, herunder:
 - Kommunedelplan for kollektivtrafikk 2015-2020. Planprogram høringsutkast. Mo i Rana
 - Vefsn kommune. Kommuneplanens langsiktige samfunnsdel 2009-2010
 - Brønnøy kommune. Kommuneplanens samfunnsdel 2013-2020.
 - Alstadhaug kommune. Kommuneplanens samfunnsdel for perioden 2012-2022

Basert på de ulike føringene og retningslinjene ble det utarbeidet forslag til sjekkliste for valg av lokalisering og tomt. Kriteriene skulle i første omgang sjekkes ut mot aktuelle lokaliseringer (sted). Etter en grovsortering for lokalisering (sted) gjøres en vurdering av aktuelle tomter innenfor aktuell lokalisering (sted). Sjekklisten som ble utarbeidet av Sykehusbygg er gjengitt nedenfor.

Tabell 3-5 Utredning av sykehusstruktur på Helgeland – sjekkliste for vurderingstemaer

Sjekkpunkt	Føringer og retningslinjer			Vekting av sjekkpunkter/kriterier			
	Statlig	Sykehus- faglig	Regional/ lokal	Må = absolutte	Bør = Innsigelse	Kan = kommentarer	Må også hensyntas
Byutvikling	X		X		X		
By- og tettstedsnært	X	X	X		X		
Klimatilpasning				X			
• Flomfare	X	X	X	X			
• Skredfare	X	X	X	X			
• Grunnforhold	X	X	X	X			
Kapasitet og stabilitet for overordnet infrastruktur		X		X			
Trafikk og tilgjengelighet	X	X	X	X	X		X
• Tilgjengelighet for ansatte, pasienter og pårørende (kollektivtilbud-knutepunkter)					X		
• Tilgjengelighet for akuttransport med bil, luft- og båtambulanse				X			
• Konsekvenser for beredskap som følge av avstand mellom sykehus							X
• Tilgjengelighet og nærhet til akuttfunksjoner for pasienter. Hvor langt er det til sykehuset?							X
• Responstid fra legevakt, ambulansestasjon, sykehjem og andre som kan yte akuttmedisinsk hjelp							X
• Nærhet til utrykning som politi, brann og redningstjeneste							X
• Stabile forhold for helikopterlandingsplass				X			
• Stabil infrastruktur				X			
Areal- og byplanmessig forankring. Reguleringsrisiko	X	X	X		X		
Miljø- og naturmangfold (grønt sykehus)	X	X	X		X		
Rekruttering/arbeidsplasser	X	X	X		X		
Mulighet for fremtidig utvidelse		X		X			
Opprettholde full og sikker drift i anleggs-, bygge- og flyttefasen		X		X			
Tomtekostnader		X		X			

Kilde: Sykehusbygg

Med utgangspunkt i disse føringene og sjekklisten ble det utarbeidet en egen rapport av Cowi og WSP: «Rapport Helgelandsykehuset 2025 – Anbefaling av utredningsalternativer». I rapporten vurderes ulike alternativer med hensyn til lokasjoner. Styret i Helse Nord fattet med utgangspunkt i dette arbeidet vedtak om hvilke alternative sykehusmodeller og lokaliseringer som skal utredes. Dette var:

- 0-alternativet – dagens situasjon med sykehus i Mosjøen, Sandnessjøen og Mo i Rana, samt vedtatt DMS i Brønnøysund
- Alternativ med ett stort akuttsykehus og inntil 3 distriktsmedisinske sentre, hvorav et DMS i Brønnøysund
- Alternativ med ett stort akuttsykehus, ett akuttsykehus og inntil 2 distriktsmedisinske sentre, hvorav et DMS i Brønnøysund

Styret vedtok videre at Mo i Rana, Mosjøen, Sandnessjøen og Brønnøysund, sammen med Leirfjord og Hemnes kommuner, skal utredes videre som aktuell lokalisering for nytt sykehus og DMS. Dette medførte totalt 6 ulike lokaliseringalternativer.

3.2.2 Vurderingskriterier og utredninger

Samfunnsmålet er i utviklingsplanen er definert som å sikre langsiktige løsninger for å oppnå et helsemessig godt og samfunnsøkonomisk effektivt sykehusstilbud for befolkningen på Helgeland.

Effektmålene er definert å være «at Helgelandssykehuset skal kunne betjene befolkningen med et tidsmessig spesialisthelsetjenestetilbud med vekt på rask diagnostikk, tilbud til pasientene på det nivået som de har behov for, god service, skille mellom øyeblikkelig hjelp og planlagt virksomhet, tett samarbeid med primærhelsetjenesten og rekruttere, utdanne og beholde fagpersoner.»

Proessen med valg av ny sykehusstruktur på Helgeland er ikke ferdigstilt og det er planlagt flere utredninger og beslutningspunkter fremover i ulike faser. Planprogrammet til idefasen har vært på høring, med høringsfrist 1. november 2017. I planprogrammet er det laget planer for utredninger på flere temaområder som dekker sjekklisten i Tabell 3-5:

- Helsefaglige utredninger
- KU1 – regionale konsekvenser
- KU2 – kommunale/lokale konsekvenser,
- ROS-analyse, alternativanalyse og mulighetsstudie

Konsekvensutredningen (KU) er planlagt gjennomført på 2 nivåer; KU1 – regionale tema og KU2 – lokale/kommunale tema, begge sett både i et helsefaglig perspektiv og et samfunnsperspektiv. Det

skal også utarbeides en risiko- og sårbarhetsanalyse (ROS-analyse), og en alternativanalyse. De helsefaglige utredningene skal vurdere om alternativene er relevante, gjennomførbare og levedyktige, jf. mandatet fra Helse Nord.

Når det gjelder fremdrift er det «lagt opp til styrebehandling av planprogrammet høsten 2017, styrebehandling av KU1 vinteren 2018 og styrebehandling av KU 2 høsten 2018. Arbeidet med ROS-analyse, mulighetsstudie og alternativanalyse skal pågå parallelt med og i siste del av KU 2. De helsefaglige utredningene er igangsatt og vil pågå fram til sommeren 2018. Sykehusbygg tar sikte på å ferdigstille og få styrebehandlet en idefaserapport i løpet av 2018.»

3.2.3 Oppsummerende merknader til utredningsprosessen

I utredningen av ny sykehusstruktur på Helgeland er det i konseptutviklingsfasen vurdert flere muligheter både med hensyn til lokalisering og funksjonsfordeling mellom sykehus. Prosessen i forbindelse med idefasen der ulike alternativer vurderes synes også å være grundig. Blant annet er det utarbeidet en sammenstilling av hvilke overordnede føringer og retningslinjer som finnes for lokalisering og tomt for sykehus. Disse er også benyttet for å etablere kriterier som mulige lokaliseringalternativer skal vurderes opp mot.

For å sikre et komplett beslutningsgrunnlag legger planprogrammet opp til utredninger av en rekke temaer. Det synes som om alle relevante vurderinger vil bli gjennomført i arbeidet. Kravene fra veilederen, samt planlagte utredninger som vil dekke disse kravene er oppstilt i tabell nedenfor.

Tabell 3-6 Krav til utredningstemaer fra veileder og planlagte utredninger

Krav i veileder	Utredes
Reisetidsanalyser	Reisetider for pasienter, ansatte og pårørende beregnes for alle alternativer CowI WSP (2017): Rapport Helgelandssykehuset 2025 - anbefaling av utredningsalternativer
Tilgjengelighet	Tilgjengelighet for akuttransport med bil og tilgjengelighet ift hvor langt det er til akuttssykehuset vurderes for alle alternativer CowI WSP (2017): Rapport Helgelandssykehuset 2025 - anbefaling av utredningsalternativer
Rekruttering	Hvordan de ulike alternativene vil påvirke Helgelandssykehusets evne til å rekruttere og opprettholde stabile og sterke fagmiljøer WSP (2017): Helgelandssykehuset Planprogram for idéfasen
Kostnadsanalyser og økonomiske effekter	Alternativenes økonomiske bærekraft («liv laga») for Helgelandssykehuset WSP (2017): Helgelandssykehuset Planprogram for idéfasen
Reguleringsmessige forhold	Areal- og byplanmessig forankring samt reguleringsrisiko skal utredes i KU2 WSP (2017): Helgelandssykehuset Planprogram for idéfasen
Vurdering i forhold til statlig arealpolitikk	Alternativenes evne til å hensynta/oppfylle ønsket statlig og regional utvikling WSP (2017): Helgelandssykehuset Planprogram for idéfasen
Risikovurderinger	For å få et godt grunnlag for valg av struktur og lokasjon, skal det utarbeides en risiko- og sårbarhetsanalyse (ROS-analyse), WSP (2017): Helgelandssykehuset Planprogram for idéfasen
Miljø- og klima-konsekvenser av lokaliseringen	Hvilke regionale konsekvenser de ulike alternativene for Helgelandssykehuset vil ha for samfunn, miljø og omgivelser, samt alternativenes påvirkning på klima/grønt sykehus WSP (2017): Helgelandssykehuset Planprogram for idéfasen
Samfunnseffekter av vesentlig betydning ut over de som fremkommer ovenfor	Alternativenes evne til å sikre Helgelandssykehuset tilgang til offentlig infrastruktur WSP (2017): Helgelandssykehuset Planprogram for idéfasen Alternativenes evne til å sikre Helgelandssykehuset tilgang til sosial infrastruktur (barnehager, skoler, utdanningsmuligheter, kommunal helsetjeneste o.l.), offentlig/privat tjenesteyting (idrettslag, fritidsaktiviteter, kino, teater o.l.) og næringslivets evne til å betjene sykehuset WSP (2017): Helgelandssykehuset Planprogram for idéfasen Alternativenes evne til sikre Helgelandssykehusets behov for og virkning av transport, trafikk og akuttttransport WSP (2017): Helgelandssykehuset Planprogram for idéfasen Alternativenes evne til å opprettholde og utvikle god samhandling med primærhelsetjenesten WSP (2017): Helgelandssykehuset Planprogram for idéfasen

Kilde: Sykehusbygg og Helgelandssykehuset HF

3.3 Utredning av sykehusstruktur Innlandet

<https://sykehuset-innlandet.no/fremtidig-sykehusstruktur> (hovedside med lenke til alle dokumenter)

Tidligfaseplanleggingen for Sykehuset Innlandets fremtidige sykehusstruktur startet i 2010. Da startet arbeidet som ledet frem til en helhetlig utviklingsplan.

Helse Sør-Øst RHF (Helse Sør-Øst, HSØ RHF) ga i 2013 Sykehuset Innlandet i oppdrag å utarbeide en helhetlig utviklingsplan med utgangspunkt i tre tidligere dokumenter utarbeidet av Sykehuset Innlandet:

- Premisser, mål og utfordringer (2010)
- Strategisk fokus 2025 (2012)
- Delplaner (2013)

I styresak 057-2013 orienterte administrerende direktør i Sykehuset Innlandet om utviklingsplanen for foretaket og fremmet forslag til videre prosess for tidligfaseplanleggingen.

Sykehuset Innlandets styresak 047-2014, med tilpasninger i styresak 066-2015, 082-2015 og 037-2016, beskriver mandatet for idéfasen i Sykehuset Innlandet. Idéfasearbeidet har startet våren 2015 med utgangspunkt i Utviklingsplanen (2014).

Mandatet for Idéfasen var å identifisere mulige, alternative prinsipielle løsninger for behovet for utvikling av helsetjenester i tråd med den vedtatte Utviklingsplanen. I idéfasen skulle det utredes og avklares hvilke alternativer for fremtidig sykehusstruktur som er «liv laga» – både faglig og økonomisk. At et prosjekt (eller en løsning) er «liv laga» innebærer ifølge veilederen at det er:

- Relevant. Oppfyller de overordnede målene som gjelder for helseforetaket.
- Gjennomførbart. Kan gjennomføres innenfor helseforetakets finansielle handlingsrom.
- Levedyktig. Helseforetakets økonomiske bæreevne kan opprettholdes gjennom prosjektets levetid.

3.3.1 Vurdering av mulighetsrom og alternativer

I Sykehuset innlandet HF's styresak nr 066-2015 Strategi for videre utvikling ble det besluttet at Sykehuset Innlandet skal utrede og beslutte fremtidig sykehusstruktur i idéfasen.¹³ Med utgangspunkt i arbeidet med utviklingsplanen, og tidligere utredninger ble det besluttet at følgende alternative løsningsmodeller skulle utredes i idéfasen:

1. Fremtidig modell med nytt hovedsykehus ved Mjøsbrua
2. Fremtidig modell med 2 store akuttisykehus i Mjøsregionen
3. Fremtidig modell med 3 store akuttisykehus i Mjøsregionen
4. Fremtidig modell med 4 akuttisykehus i Mjøsregionen (nullalternativet, videreføring av dagens modell)

Innenfor hver av de fire modellene ble det i idéfasen vurdert flere ulike alternativer til sykehusstruktur. I arbeidet ble det til sammen laget 17 ulike strukturelle løsningsmodeller, i tillegg til nullalternativet. Disse 17 alternativene representerte bredden i mulige fremtidige sykehusstrukturer.

Det er fem alternativer som representerer fremtidig strukturell løsningsmodell med et nytt hovedsykehus ved Mjøsbrua, seks alternativer som representerer

fremtidig modell med to store akuttisykehus i Mjøsregionen, fem alternativer med tre store akuttisykehus i Mjøsregionen og ett alternativ med fire akuttisykehus i Mjøsregionen, i tillegg til nullalternativet.

Alternativene ble utarbeidet med utgangspunkt i forutsetninger fra Utviklingsplanen til Sykehuset Innlandet og i henhold til føringer fra Nasjonal helse- og sykehusplan om typer sykehus. Videre ble alternativene forankret og kvalitetssikret av fagmiljøene og ulike ledergrupper i Sykehuset Innlandet.

3.3.2 Vurderingskriterier og utredninger

Effektmål og vurderingskriterier for utredningsarbeidet ble gjennomarbeidet av organisasjonen og ble vedtatt i styresak 057-2015. Med utgangspunkt i strategiske mål, visjon og verdiplattform ble det utledet fire effektmål i utredningen av strategisk retning:

1. Trygge og gode tilbud
2. God tilgjengelighet
3. Organisering som underbygger gode pasientforløp
4. God ressursutnyttelse

Til hvert effektmål er det i idéfaserapporten knyttet et sett med vurderingskriterier som vist under:

Effektmål 1 – Trygge og gode tilbud

Strukturen skal bidra til å realisere:

- a) Moderne og brukertilpasset pasientbehandling og opplæring.
- b) Tilgang på relevant og riktig kompetanse på det stedet pasienten tas imot.
- c) At den akutte pasient møtes av personale med kompetanse på høyeste kompetansenivå hele døgnet.
- d) Områdefunksjoner av høy kvalitet og et pasientvolum som sikrer god kvalitet i behandlingen.
- e) At ressurser frigjøres til moderne pasientbehandling i tråd med medisinsk- og teknologisk utvikling.
- f) Sykehusstilbud for 80-90 % av befolkningen innenfor eget opptaksområde.
- g) God rekrutteringsevne.
- h) Robuste fagmiljø, herunder fagmiljø og vaktordninger som ikke er avhengige av kontinuerlig innleie.
- i) Mulighet til å ivareta lovpålagte oppgaver innen utdanning og forskning, inkludert samarbeid med universitet og høyskoler.

¹³ Sykehuset innlandet HF, Sak nr 066-2015 Strategi for videre utvikling

- j) At Sykehuset Innlandet i størst mulig grad kan tilby utdanningsløpene i egen regi.
- k) At forskning og utdanning blir en del av den kliniske hverdag.

Effektmål 2 – God tilgjengelighet

Strukturen skal bidra til å realisere:

- a) Gode sammenhengende behandlingsskjeder for akutt og planlagt behandling.
- b) Forsvarlig reiseavstand ved akutt sykdom, definert etter medisinske kriterier.
- c) Prehospitale tjenester av høy faglig kvalitet og med riktig tilgjengelighet.
- d) God tilgjengelighet for alle brukergrupper.
- e) God logistikk internt i bygningsmassen.
- f) En ytre logistikk tilrettelagt for alle transportbehov, inkludert kollektivtransport.
- g) Oppdaterte digitale løsninger, herunder pasientnær mobil teknologi for at sikre fleksibilitet og hurtig utredning.
- h) Tilgang til moderne og fremtidsrettet medisinsk-teknisk og annet teknisk utstyr.
- i) Moderne og hensiktsmessige behandlingsfasiliteter (bygg) og en tilstrekkelig fleksibel bygningsmasse, herunder enerom for pasientene.
- j) Hensiktsmessig beliggenhet, egenskaper og utvidelsesmuligheter ved eksisterende og eventuelle nye tomter.
- k) Tilpasningsdyktig bygningsmasse ved katastrofesituasjoner.
- l) Mulighet for sykehusdrift i en byggeperiode.

Effektmål 3 – Organisering som underbygger gode pasientforløp

Strukturen skal bidra til å realisere:

- a) En sterk vektlegging av desentraliserte tjenester nær der pasienten bor, og gi muligheter for å videreutvikle denne i tråd med faglig
- b) og teknologisk utvikling.
- c) At pasienten kan ferdigbehandles på det stedet han/hun tas imot og at flytting av pasienter mellom enheter unngås.
- d) Nødvendig samhandling mellom fagområdene psykisk helsevern, tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB), habilitering,
- e) rehabilitering og somatikk.
- f) Godt samarbeid med primær- / kommunehelsetjenesten.
- g) Tydelig organisering for henviser og pasient.

Effektmål 4 – God ressursutnyttelse

Strukturen skal bidra til å realisere:

- a) Optimal bruk av ressurser ved at personell kan brukes til aktiv pasientbehandling fremfor passiv vaktberedskap.
- b) Tilgjengelige personellressurser for desentraliserte tjenester.
- c) Mulighet for kostnadseffektiv organisering og rasjonell bruk av bygg, driftsmidler og lønnsmidler.
- d) Mulighet for høy utnyttelsesgrad av medisinsk-teknisk utstyr.
- e) Mulighet for anskaffelse av oppdatert medisinsk-teknisk utstyr og annen aktuell teknologi.
- f) Mulighet til å utnytte potensialet i fremtidige digitale løsninger, deriblant telemedisin.
- g) Gode løsninger med tanke på ytre miljø og energisparende tiltak.
- h) Ressurser til nødvendige investeringer, bygningsmessig utvikling og vedlikehold.

Alle de alternative løsningsmodellene ble vurdert opp mot disse kriteriene. Skik det er beskrevet i idéfaserapporten ble det i idéfaserapporten ble det også gjennomført en rekke utredninger for å kunne vurdere alternativene. Noen sentrale utredninger er listet opp nedenfor:

- Utredningen i delrapport «Tilstands- og egnethetsanalysen» vurderer kliniske og logistiske forhold i sykehusbyggene i Sykehuset Innlandet
- Utredningen i delrapportene «Aktivitets- og kapasitetsanalyse mot år 2040, somatikk, del 1» og «Aktivitets- og kapasitetsanalyse mot år 2040, psykiatri, del 2» inneholder fremskrevet pasientbehandling for somatikk og psykisk helsevern og rus for Sykehuset Innlandet
- Utredningen i delrapport «Strukturelle løsningsmodeller» inneholder vurdering av investeringskostnader, realiseringsmuligheter og oppfyllelse av effektmål
- Utredningen i delrapport «Faglige utviklingstrekk mot 2040» inneholder faglige, tekniske og samfunnsmessige innspill til ny sykehusstruktur. Til dette arbeidet er det innhentet delarbeider for desentraliserte tjenester, psykisk helsevern, habilitering/rehabilitering og prehospitale tjenester
- Utredningen i delrapport «Økonomiske analyser» inneholder vurdering av driftseffektivitet og økonomisk bærekraft
- Utredningen i delrapport «Investeringsbehov for nullalternativet» (dvs. videreføring av dagens modell) inneholder vurdering av investeringskostnader ved fortsettelse av dagens sykehusstruktur

- En analyse av de samfunnsmessige konsekvensene ved en fremtidig sykehusstruktur ble lagt frem i 2017.

I tillegg baserer utredningen i idéfasen seg på tidligere gjennomførte analyser og utredninger gjennomført i forbindelse med utarbeidelse av Utviklingsplanen til Sykehuset Innlandet fra 2014. Dette gjelder for eksempel kartleggingen av eiendomsporteføljen, hvor det blant annet er vurdert tekniske forhold på de geografiske stedene hvor Sykehuset Innlandet har virksomhet.

3.3.3 Oppsummerende merknader til utredningsprosessen

I utredningen av ny sykehusstruktur for innlandet er det i konseptutviklingsfasen vurdert flere muligheter både

med hensyn til lokalisering og funksjonsfordeling mellom sykehus. Prosessen i forbindelse med idéfasen er grundig og omfattende, med totalt 17 ulike alternativer som er vurdert.

Med hensyn til beslutningsgrunnlag er det i idéfasen utredet en rekke temaer. Med hensyn til de oppstilte kravene til utredning i veileder for tidligfase i sykehusbyggtemaer vil alle kriteriene være dekket. Kravene fra veilederen, samt utredninger som dekker disse kravene er oppstilt i tabell nedenfor.

Tabell 3-7 Krav til utredningstemaer fra veileder og planlagte utredninger

Krav fra veileder for tidligfase i sykehusbyggprosjekter	Utredes
Reisetidsanalyser	Totalt transportarbeid for både arbeidsreiser og pasient- og pårørendereiser er vurdert for alternativene. Sykehuset Innlandet – idéfase: Samfunnsanalyse ved fremtidig sykehusstruktur. Asplan Viak (2017)
Tilgjengelighet	Transportarbeid og tilgjengelighet ved nye sykehusklokasjoner utredes. Idéfaserapport – Fremtidig sykehusstruktur. Sykehuset Innlandet HF (2016)
Rekruttering	Alternativenes virkning mht rekrutteringsmuligheter er vurdert. Sykehuset Innlandet – idéfase: Samfunnsanalyse ved fremtidig sykehusstruktur. Asplan Viak (2017)
Kostnadsanalyser og økonomiske effekter	Investeringskostnader og økonomisk bæreevne er vurdert for alternativene Idéfaserapport – Fremtidig sykehusstruktur. Sykehuset Innlandet HF (2016)
Reguleringsmessige forhold	Arealplanstatus og eventuelle behov for omregulering må utredes nærmere Idéfaserapport – Fremtidig sykehusstruktur. Sykehuset Innlandet HF (2016)
Vurdering i forhold til statlig arealpolitikk	Virkninger for både regional utvikling og by- og regionutvikling er vurdert Sykehuset Innlandet – idéfase: Samfunnsanalyse ved fremtidig sykehusstruktur. Asplan Viak (2017)
Risikovurderinger	ROS – analyse er under utarbeidelse jf styresak nr 037 – 2016 videreføring av tidligfasearbeidet i sykehuset innlandet – mulighet for ytterligere fremskynding av vedtak i idéfase
Miljø- og klimakonsekvenser av lokaliseringen	Det er utarbeidet klimaregnskap for transport og også gjort overordnede vurderinger av mulig energibruk i bygg i ulike alternativer. Sykehuset Innlandet – idéfase: Samfunnsanalyse ved fremtidig sykehusstruktur. Asplan Viak (2017)
Samfunnseffekter av vesentlig betydning ut over de som fremkommer ovenfor	Ulike kriterier som underbygger gode pasientforløp er vurdert Sykehuset Innlandet – idéfase: Samfunnsanalyse ved fremtidig sykehusstruktur. Asplan Viak (2017)

4. Vurdering av utredningsgrunnlag i forbindelse med beslutning om lokalisering av nytt sykehus i Vest-Finnmark

4.1 Hvilke utredninger om sykehusstruktur i Finnmark er gjennomført av Helse Nord og Finnmarkssykehuset?

Vi har identifisert følgende utredninger utarbeidet av Finnmarkssykehuset og/eller Helse Nord som har relevans for sykehusstruktur i Vest-Finnmark:

- Strategisk utviklingsplan Finnmarkssykehuset HF 2015-2030 (datert 19/5 2015)
- Utredning av spesialisthelsetilbudet i Alta/Vest-Finnmark (datert mars 2014)
- Nye Hammerfest sykehus Idefaserapport (datert 23/1 2017)
- Alternative løsninger for sykehusstrukturen i Finnmark (datert 13/10 2017)

Vi vil i det følgende gjennomgå hvert av disse dokumentene, samt dokumentasjon fremlagt i forbindelse med styrebehandling av dokumentene, med sikte på å redegjøre kort for innholdet.

Strategisk utviklingsplan Finnmarkssykehuset HF

Utviklingsplanarbeidet ble igangsatt sommeren 2013. Utgangspunktet for arbeidet var å skape en felles overbygning (overordnet samkjøring) for fire allerede pågående tidligfaseutredninger/prosjekter:

- Nye Kirkenes sykehus (forprosjekt forelå i juni 2013)
- Videreutvikling og organisering av psykisk helsevern og rus, inkludert Samisk Helsepark (idefase ennå ikke igangsatt i 2013)
- Videreutvikling av Alta-modellen (Alta nærsykehus) (utredning gjennomført i 2014)
- Nye Hammerfest sykehus (idefase ennå ikke igangsatt i 2013)

Utviklingsplanen ramser opp en rekke dokumenter som rammebetingelser for arbeidet, uten å spesifisere hvilke elementer i disse dokumentene som gir hvilke føringer for arbeidet. Blant rammebetingelsene som rammes opp er Mandatet for utredningen om spesialisthelsetilbudet i Alta (sak 147/2012 for styret i Helse Nord) og de vedtatt prinsippene for organisering og dimensjonering av psykisk helsevern og rus (styresak 98/2013 for styret i Finnmarkssykehuset).

Virksomhetsbeskrivelsen nå og fremtiden fyller syv sider i planen. Det er i liten eller ingen grad gjort

vurdering av bosettingsmønsteret i Finnmark, og dermed heller ikke vurdert reisetider og tilgjengelighet.

Det er vist fem strategiske satsninger mot 2030. Disse fremkommer uten at det er gjort noen vurdering av alternative muligheter, og derfor heller ingen vurdering av disse strategiske satsningene opp mot alternativer. Satsningene er pasientfokus, samhandling, oppgavedeling, rekruttering og stabilisering og prioriterte tjenestetilbud.

I kapitlet om oppgavedeling er det konkrete tiltaket knyttet til intern oppgavedeling i foretaket følgende: *Finnmarkssykehuset skal se til erfaringer og prosjekter i andre helseforetak og dra nytte av andres erfaringer med oppgavedeling.*

I kapitlet om prioriterte tjenestetilbud fremkommer følgende: *Finnmarkssykehuset skal ha to lokalsykehus, i Hammerfest og Kirkenes, med akuttfunksjon både innen indremedisin, kirurgi og gynekologi, med tilpassede radiologiske enheter og gode servicefunksjoner. I klinikk Hammerfest skal barneavdelingen utvikles slik at den tilpasses framtidens behov. (...) Finnmarkssykehuset vil bygge opp en sengerhet i Alta, som styrker spesialisthelsetilbudet i Vest-Finnmark spesielt for eldre pasienter med kroniske sykdommer og kreftpasienter. Det polikliniske tilbudet, røntgentilbudet og dagbehandlingen skal også styrkes. Det fremkommer ingen argumentasjon for hvorfor denne sykehusstrukturen skal være gjeldende.*

I utviklingsplanens bygningsdel, som strekker seg over fem sider, behandles byggeprosjektene Nye Kirkenes sykehus, Nye Hammerfest sykehus, Alta Nærsykehus og Samisk helsepark.

Omtalen om nye Hammerfest sykehus viser at det har skjedd en utredning med dette som tema som en del av arbeidet med strategisk utviklingsplan. Det vises til at det er vurdert seks alternativer i dette arbeidet:

- Teknisk oppgradering av eksisterende bygningsmasse
- Teknisk oppgradering og nytt avlastningsbygg
- Full trinnvis utbygning på eksisterende tomt
- Bygg på ny tomt Jansvannet 1
- Bygg på ny tomt Jansvannet 2
- Bygg på annen mer egnet tomt

Alle alternativene er alternativer for bygging i Hammerfest, og det er ingen sted i utviklingsplanen gjort vurderinger av om sykehuset burde vært lokalisert annet sted i Vest-Finnmark.

For de seks tomtalternativer er det gjort vurderinger av forhold ved tomten og bygningsmessige forhold, og det er estimert investeringskostnader.

Utredning av spesialisthelsetilbudet i Alta/Vest-Finnmark:

Arbeidet er gjennomført innenfor et mandat vedtatt i styremøte i Helse Nord i sak 147/2012. I dette mandatet fremgår det blant annet at *Arbeidet skal bidra til å konsolidere og videreutvikle det distriktsmedisinske senteret i Alta*. Etter høringsinnspill fra Finnmarkssykehuset ble det også inntatt følgende setning i mandatet:

Det slås fast at Helse Nord RFH ikke har noe mandat fra sin eier om å utrede sykehusstrukturen i Finnmark, i betydningen å vurdere lokalisering/omlokalisering av sykehus.

Dette punktet i mandatet lå ikke inne i forslag til mandat som ble sendt på høring til Finnmarkssykehuset og Alta kommune, men kom inn basert på høringsuttalelsen fra Finnmarkssykehuset.

I innledningen for utredningen sies det at utredningen kan forstås som en idedefaseutredning, slik dette var definert i den gamle veileder for tidligfaseplanlegging. Utredningen er tydelig på at det burde ha foreligget en utviklingsplan som la grunnlaget for idefase-arbeidet, og skriver at det i dette tilfellet vil være slik at idefasen legger premissene for utviklingsplanen, ikke omvendt. Dette underbygges av følgende setning i mandatet: *De tiltak som utredes i dette prosjektet forutsettes å bli premissgivende for de deler av overordnet utviklingsplan for Finnmarkssykehuset HF som angår tilbudet for befolkningen i Alta.*

Utredningen er tydelig på at rammebetingelsene for arbeidet er fremkommet i form av mandatet gitt av styret i Helse Nord.

Det har vært arbeidet i åtte arbeidsgrupper, som har vurdert poliklinikk, sykestue, billeddiagnostikk, fødestue, telemedisin, akuttmedisin, laboratorie og bygg. Arbeidet er dokumentert i en fylldig sluttrapport.

Utredningen gjennomgår på en relativt grundig måte behandlingstilbudet og pasientstrømmene i Vest-Finnmark, og foreslår konkret oppskalering av ulike tilbud i Alta. Deretter redegjøres det for to alternative bygningsutforminger som kan dekke behovet som oppstår dersom den foreslåtte oppskalering legges til grunn.

For de to bygningsmessige løsningene gjøres det vurdering av driftsøkonomi, rentekostnader og avskrivninger. Det er også gjort noen refleksjoner rundt risiko særlig knyttet til økonomi og personell.

Til sist gjøres det en overordnet vurdering av organiseringen av virksomheten ved Alta helsesenter, der det foreslås noen endringer, uten omfattende argumentasjon for dette.

Nye Hammerfest sykehus Idefaserapport

Mandatet for arbeidet med idefase for Nye Hammerfest sykehus er tydelig på at arbeidet som er gjort med Nye Hammerfest sykehus i strategisk utviklingsplan skal ligge til grunn. Det er også eksplisitt slått fast at sykehusstrukturen i Vest-Finnmark ligger fast: *Hammerfest sykehus skal være lokalsykehus for befolkningen i Vest-Finnmark.*

Innenfor dette mandatet er det gjort et relativt grundig arbeid med å fremskrive behandlingstilbudet som skal ytes på sykehuset, og tilhørende arealbehov. Det er deretter vurdert bygningsmessige løsninger i ulike alternativer. Mandatet tilsa at det skulle vurderes syv alternativer; de seks alternativene som ble vurdert i strategisk utviklingsplan, i tillegg til et syvende alternativ som ser på andre muligheter på eksisterende tomt. I idefaserapporten vurderes følgende fem alternativer:

- Nullalternativet: utsettelse av beslutning om lokalisering
- 1a: Arealutvidelse og gradvis ombygging på eksisterende tomt
- 1b: Gradvis ombygging og nybygg på eksisterende tomt
- 2a: Nytt sykehus Storsvingen 1
- 2b: Nytt sykehus Storsvingen 2
- 3: Nytt sykehus Rosmolla
- 4: Nytt sykehus Strømsnes.

Det vurderes altså to alternativer på eksisterende tomt, med ombygging og nybygg, og ellers fire andre nybyggprosjekter på tre ulike tomter. Dessuten vurderes nullalternativet, som utsetter beslutningen.

Det gjøres deretter en vurdering av de fire ulike tomtene, ved å se på kriteriene tilgjengelighet, tomtas funksjonelle egnethet, planstatus, økonomi og gjennomføring, miljømessige og tekniske forhold og andre samfunnsmessige konsekvenser. Dagens tomt og Rosmolla kommer best ut av denne vurderingen, og disse tomtene videreføres til konseptfasen.

Det gjøres ingen eksplisitt vurdering av nullalternativet, unntatt i et kapittel om sakfunnsøkonomiske vurderinger. I dette kapitlet gjøres det faktisk en vurdering av sykehusstrukturen i Vest-Finnmark. Det vises til at valg av nullalternativet (utsatt bygging av sykehus i Hammerfest) vil kunne åpne opp for en politisk diskusjon om sykehusstruktur. Dette trekkes frem som negativt, og dermed som et argument mot å velge nullalternativet. Idefaserapportens argumentasjon er som følger:

Nullalternativet, som i praksis innebærer en utsettelse av byggeperioden på opptil 8-10 år, kan potensielt oppildne til diskusjon blant lokalpolitikere utenfor kommunen om hvorvidt Finnmarkssykehuset HF evner å opprettholde et fullverdig sykehusstilbud i Hammerfest. En slik diskusjon vil kunne finne gehør blant noen av fylkets innbyggere, uavhengig av hvor reelt det er å kunne flytte sykehuset ut.

Nullalternativet og alternativ 1A vil i mindre grad enn de andre alternativene, bidra til å bekrefte den fremtidige sykehusstrukturen i Finnmarkssykehuset HF. En eventuell usikkerhet knyttet til hvorvidt det også i fremtiden skal ligge et sykehus i Hammerfest, vil være til stor skade for byens rykte og attraktivitet, uten at det nødvendigvis veies opp av tilsvarende positive effekter andre steder.

Alternative løsninger for sykehusstrukturen i Finnmark

Notatet fremlagt for styret i Helse Nord på styremøte 25/10 2017 i sak 112-2007 redegjør først for dagens sykehusstruktur i Finnmark. Deretter vises det til Stortingets spørretime for å dokumentere at flere helseministre har vært tydelige på at dagens struktur i fylket ligger fast. Det vises også til at utviklingsplanen for Finnmarkssykehuset ligger til grunn for arbeidet med utvikling av tilbudet i Vest-Finnmark (Hammerfest, Alta og Karasjok).

Neste del av notatet kommenterer utredningen Oslo Economics har gjennomført for Alta kommune, der samfunnsvirkninger ved ulike løsninger for sykehusstruktur i Vest-Finnmark er analysert (*Samfunnsvirkninger av endret sykehusstruktur i Vest-Finnmark*). I denne delen har helseforetaket selv gjennomført en reisetidsanalyse, på grunnlag av befolkningsstatistikk for 2017, men det er ellers ikke gjennomført noen analyser som kan styrke eller svekke innholdet i Oslo Economics' rapport.

Til sist i notatet, i kapitlet *interne vurderinger i Helse Nord RHF og Finnmarkssykehuset HF*, drøftes fordeler og ulemper med en flytting av sykehuset fra Hammerfest til Alta, og en utvidelse til to akuttstusykehus i Vest-Finnmark, på et svært overordnet nivå. Notatet benytter to sider til å peke på argumentasjon knyttet til avstander, reisetider og transportkostnader, helsetilstand, styrke på fagmiljø, robusthet i vaktordninger, rekruttering og utdanning, pasientgrunnlag og pasientlekkasje, drifts- og investeringskostnader. Notatet berører således en lang rekke viktige sider som må vurderes ved en vurdering av sykehusstruktur i Vest-Finnmark, men notatet går ikke inn og gjør analyser som gir økt kunnskap om disse forhold.

4.2 Vurdering av foreliggende utredninger

I det følgende vurderer vi i hvilken grad de fire identifiserte utredningene tilfredsstiller de krav som stilles i retningslinjene for statlige utredninger, og i hvilken grad de holder et tilsvarende nivå som eksempel-utredningene andre helseforetak har gjennomført.

4.2.1 Vurdering av mulighetsrom og alternativer i de fire Helse Nord-utredningene

Det er avgjørende for verdien av en utredning at mulighetsrommet er definert hensiktsmessig, slik at alternativene som utredes faktisk er relevante og reelle. Et for snevert mulighetsrom vil medføre at viktige alternative veivalg ikke blir vurdert, mens et for omfattende mulighetsrom gjør at det brukes unødige ressurser på å utrede irrelevante alternativer.

Følgende alternativer er vurdert i de fire utredningene vi har gjennomgått:

Tabell 4-1: Vurdering av de fire utredningene som er gjennomført - mulighetsrom

Hvilke alternativer er vurdert?	Strategisk Utviklingsplan (2015)	Spesialisthelsetilbudet Alta (2014)	Idefase Nye Hammerfest sykehus (2017)	Alternative løsninger sykehusstruktur (2017)
Alternativer som er vurdert	Tre alternative tomter for nytt sykehus i Hammerfest Nybygg eller ombygging på eksisterende tomt	Ulik dimensjonering av distrikts-medisinsk senter i Alta (poliklinikk, sykestue, billediagnostikk, fødestue, telemedisin, akuttmedisin, laboratorie) To ulike bygningsløsninger i Alta	Fire alternative tomter for nytt sykehus i Hammerfest Nybygg eller ombygging Nullalternativet (utsettelse av beslutning om nytt sykehus i Hammerfest)	Fortsatt sykehus i Hammerfest, flytting av sykehus til Alta eller to akuttsykehus i Vest-Finnmark

Som vi ser er det ikke vurdert ulike løsninger for sykehusstruktur i Utviklingsplanen, og heller ikke i særlig grad andre veivalg for virksomheten. Som en del av arbeidet med utviklingsplanen ble det behandlet ulike alternativer for Hammerfest sykehus, men da bare i form av ulike bygningsløsninger på ulike tomter i Hammerfest.

I det videre arbeid med idefase for Hammerfest sykehus bygges det videre på alternativene fra utviklingsplanen.

I arbeidet med spesialisthelsetilbudet i Alta ble det vurdert endringer i oppgavefordelingen mellom Finnmarkssykehusets virksomhet i Hammerfest og Alta. Alternativene som behandles her er likevel begrenset til enkelte funksjoner, og omhandler skaleringen av virksomhetene i Alta. Det er heller ikke her gjort vurderinger av å flytte hele funksjoner fra Hammerfest til Alta eller av sykehusstrukturen totalt sett.

I notat som ble behandlet i Helse Nord-styret i oktober 2017, var temaet alternative løsninger for sykehusstruktur i Vest-Finnmark, med alternativene ett sykehus i Hammerfest, ett sykehus i Alta, eller to

sykehus i Hammerfest og Alta. I dette notatet er således alternativene som vurderes på linje med hva man ville forvente i en utviklingsplan, men som vi skal se i neste kapittel, er det i dette notatet ikke gjort noen utredning av ulike vurderingskriterier, slik at det heller ikke gis noe grunnlag for å vurdere hvilket alternativ som er å foretrekke.

4.2.2 Vurdering av vurderingskriterier og utredninger i de fire Helse Nord-utredningene

Dersom de riktige alternativene er identifisert, er det avgjørende for å få et godt beslutningsgrunnlag at disse alternativene vurderes opp mot hverandre langs en rekke vurderingskriterier. Målet må være at listen over kriterier skal være komplett, slik at alle forhold er hensyntatt i vurderingen.

Som vist tidligere er det i veileder for tidligfasen angitt noen vurderingskriterier som bør benyttes ved utredning av sykehusstruktur/lokalisering. I tabellen nedenfor viser vi hvilke av disse kriteriene som er vurdert gjennom analyser i de fire utredningene vi har gjennomgått.

Tabell 4-2: Vurdering av de fire utredningene som er gjennomført - vurderingskriterier

Hvilke kriterier i veileder er utredet?	Strategisk Utviklingsplan (2015)	Spesialisthelse-tilbudet Alta (2014)	Idefase Nye Hammerfest sykehus (2017)	Alternative løsninger sykehus-struktur (2017)
Reisetidsanalyser	Nei	Nei	Nei	Delvis reisetids-analyse
Tilgjengelighet	Nei	Pasientstrømmer og behandlingstilbud	Tilgjengelighet	Nei
Rekruttering	Nei	Nei	Nei	Nei
Kostnadsanalyser og økonomiske effekter	Investerings-kostnader	Investerings-kostnader og driftsøkonomi	Økonomi og gjennomføring	Nei
Reguleringsmessige forhold	Bygnings- og tomtemessige forhold	Bygnings- og tomtemessige forhold	Bygnings- og tomtemessige forhold	Nei
Vurdering i forhold til statlig areal-politikk	Nei	Nei	Nei	Nei
Risikovurderinger	Nei	Risiko og sårbarhet	Nei	Nei
Miljø- og klima-konsekvenser av lokaliseringen	Nei	Nei	Miljømessige forhold	Nei
Samfunnseffekter av vesentlig betydning ut over de som fremkommer ovenfor	Nei	Nei	Andre samfunnskonsekvenser	Nei

Som vi ser er det gjennomført et begrenset antall vurderinger i de fire utredningene. Så er da heller ikke alle kriteriene like relevante når alternativene som vurderes er ulike bygningstekniske løsninger.

I notatet utarbeidet for styret i Helse Nord om alternative løsninger for sykehusstruktur, er det gjennomført én selvstendig analyse. Dette er analyse av reisetider til Alta og Finnmark. Utover dette er det kun vist til hvilke kriterier som vil være viktige i en vurdering av ulike alternativer for sykehusstruktur. Slik sett gir ikke dette notatet noe grunnlag for å fatte beslutninger om en fremtidig struktur.

4.2.3 Vurdering opp mot sektorspesifikke veiledere

Det er i Finnmarkssykehusets utviklingsplan man ville forventet å finne en grundig gjennomgang av sykehusstrukturen i Finnmark, med utredning av ulike alternativer for struktur. Den strukturen som fremkommer som den mest gunstige, ville så ligget til

grunn for det videre arbeid med tiltak knyttet til virksomhets- og byggetutvikling.

Finnmarkssykehusets utviklingsplan har ikke gjennomført en slik utredning. Utviklingsplanen bærer preg av å være et resultat av beslutninger som allerede er tatt, i stedet for et grunnlag for beslutninger. Arbeidet med Alta nærsykehus og Nye Hammerfest sykehus synes å være et grunnlag for utviklingsplanen, i stedet for motsatt. Dette tydeliggjøres også i innledningen til utredningen om spesialisthelsetilbudet i Alta/Vest-Finnmark: *Imidlertid er det i Alta/Vest-Finnmarkutredningen gjort en tilpasning til de skisserte fasene i utbyggingsprosjekter som veilederen beskriver. Alta/Vest-Finnmarkutredningen kan forstås som en utredning i idéfasen. Tidligfaseveilederen stiller krav om utarbeidelse av en utviklingsplan for helseforetaket som grunnlag for idéfasen i et konkret utbyggingsprosjekt. Teoretisk sett skulle det derfor ligge til grunn en*

utviklingsplan for Finnmarkssykehuset HF før det gjøres en mer detaljert utredning som Alta/Vest-Finnmarkutredningen. Arbeidet med utviklingsplanen ble initiert omtrent samtidig, men først igangsatt flere måneder etter at Alta/Vest-Finnmarkutredningen var i gang. I mandatet for Alta/Vest-Finnmarkutredningen er det pekt på at «De tiltak som utredes i dette prosjektet forutsettes å bli premissgivende for de deler av overordnet utviklingsplan for Finnmarkssykehuset HF som angår tilbudet for befolkningen i Alta.» I figuren under [viser til tilsvarende figur som vist i Figur 2-3] skulle derfor idéfasen vært plassert til venstre for utviklingsplanen, hvis figuren skulle gitt en korrekt beskrivelse av fasene slik de reelt sett er plassert.

Vurdert etter helseforetakenes egen veileder for tidligfase i sykehusbyggprosjekter, er det klart at utredningene som er gjennomført om sykehusstruktur i Vest-Finnmark ikke er dekkende: Denne veilederen forutsetter at mulighetsrommet i form av virksomhetsinnhold, struktur og samfunnseffekter er tilstrekkelig vurdert i arbeidet med helseforetakets utviklingsplan. Som vi har vist, er det ikke gjort noe forsøk på å utrede ulike løsninger for sykehusstruktur i Strategisk Utviklingsplan for Finnmarkssykehuset. Riktignok er gjeldende veileder for tidligfase utarbeidet etter at arbeidet med Strategisk Utviklingsplan var ferdigstilt. Men også Veileder for tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter fra 2011 er tydelig på at Utviklingsplanen skal vurdere sykehusstruktur: Det er viktig at den virksomhetsmessige utviklingsplanen viser mulige endringer innenfor:

- oppgavefordeling og sykehusstruktur
- fremtidig aktivitet
- kapasitetsbehov
- organisering, driftsøkonomi

Når Finnmarkssykehusets Strategiske Utviklingsplan er mangelfull på dette området, betyr det at også de videre utredninger av konkrete byggeprosjekter hviler på et mangelfullt grunnlag.

Utredningene som er gjort i forbindelse med utredning av spesialisthelsetilbudet i Alta og idéfase for Nye Hammerfest sykehus er relevante og gode, men mandatet for disse utredningene har vært at sykehusstrukturen skal ligge fast. Dette mandatet fremkom først etter et vedtak i styret i Helse Nord i 2012, da mandatet for utredningen av spesialisthelsetilbudet i Alta ble behandlet. Mandatet som da ble foreslått for og vedtatt av styret, inneholdt formuleringen *Det slås fast at Helse Nord RFH ikke har noe mandat fra sin eier om å utrede sykehusstrukturen i Finnmark, i betydningen å vurdere lokalisering/omlokalisering av sykehus.* Denne formuleringen lå ikke inne i mandatet som ble sendt på høring til Alta kommune og Finnmarkssykehuset, men synes å være et resultat av at Finnmarkssykehuset

i sin styrebehandling av denne høringen foreslo at setningen *Lokalsykehuset for befolkningen i Vest-Finnmark skal ligge i Hammerfest* skulle tas inn i mandatet.

Strategisk utviklingsplan viser igjen til styresaken i Helse Nord der dette mandatet ble vedtatt, som en rammebetingelse for arbeidet med utviklingsplan. Det foreligger således ingen utviklingsplan for Finnmarkssykehuset, i forståelsen av at de konkrete prosjektene om utvikling av bygg i Alta og Hammerfest, ikke er basert på en forutgående utredning som vurderer ulike muligheter for virksomheten i tiden fremover.

Det kan ikke være slik at årsaken til en manglende eller mangelfull utviklingsplan er manglende mandat fra Helse- og omsorgsdepartementet, slik det vises til i mandat for utredningen av spesialisthelsetilbudet i Alta/Hammerfest. Helse Nord og Finnmarkssykehuset trenger ikke et slikt eksplisitt mandat fra departementet. Det er Helse Nord sitt ansvar å gjennomføre nødvendige utredninger for å sikre for at «sørge for-ansvaret» oppfylles på best mulig måte, uten at foretakets eier først må gi mandat for slike utredninger. Det er riktig at en endring av sykehusstrukturen vil kreve behandling i Helse- og omsorgsdepartementet, men det er altså ikke slik at departementet skal gi sitt tilsagn til oppstart av utredninger i helseforetakene. Vi har ikke klart å finne, hverken i Helse Nords oppdragsdokument eller referater fra foretaksmøter, at Helse Nords eier har gitt signaler om at Helse Nord ikke står fritt til å utrede alternative løsninger for sykehusstruktur i Finnmark.

Når denne setningen om manglende mandat da likevel har medført at det ikke er blitt utredet alternative løsninger for sykehusstruktur i Vest-Finnmark, medfører det at det nå gjennomføres betydelige investeringer på et mangelfullt grunnlag. Det er riktig som det fremkommer i notatet for alternative løsninger for sykehusstruktur i Finnmark at det finnes argumenter både for og i mot en flytting av sykehuset fra Hammerfest til Alta, og for og i mot to akuttstusykehus i Vest-Finnmark. Da er det beklagelig at det ikke er gjennomført noe arbeid der mandatet faktisk har vært å utrede alle disse argumentene, med en grundighet som gjør det mulig for styret i Finnmarkssykehuset, styret i Helse Nord og helseministeren å fatte en beslutning om sykehusstrukturen i Vest-Finnmark på et godt faglig grunnlag.

4.2.4 Vurdering opp mot utredningsinstruksen

Selv om utredningsinstruksen ikke formelt sett gjelder for helseforetakene, vil prinsippene i instruksen kunne legges til grunn også for helseforetakenes arbeid, slik det fremgår av veileder til Utredningsinstruksen:

Instruksen bør i alle tilfeller sees på som en god standard for involvering i og utredning av tiltak. For saker som skal behandles i Foretaksrådet, bør uansett instruksen følges, fordi det kan tolkes som at utredningen er gjort på oppdrag fra departementet.

Veileder til utredningsinstruksen slår tydelig fast viktigheten av gode utredninger når det skal gjennomføres statlige tiltak: Formålet med utredningsinstruksen er å framskaffe et godt grunnlag for beslutninger om statlige tiltak. Det er viktig at statlige tiltak er velbegrunnede og gjennomtenkte. Dette innebærer at man skal utarbeide gode beslutningsgrunnlag før eventuelle tiltak iverksettes. (...) Alternative tiltak som er relevante, skal identifiseres, og forventede virkninger av tiltakene skal utredes og vurderes.

Det er heller ikke slik at politiske signaler, eller for den saks skyld politiske beslutninger, unntar fra kravet om utredninger. Veileder til utredningsinstruksen sier følgende: Kravene i utredningsinstruksen gjelder selv om det allerede er besluttet på politisk nivå å gjennomføre tiltak, også konkrete tiltak. Det følger av instruksens punkt 2-1 at det er viktig å avklare virkninger av mulige alternativer før man gjennomfører politisk vedtatte tiltak.

Det synes klart at utredningene som er gjennomført om sykehusstruktur i Vest-Finnmark ikke lever opp til intensjonene med Utredningsinstruksen.

4.2.5 Vurdering opp mot statens prosjektmodell

Det er klart at de fire utredningene totalt sett ikke oppfyller sentrale krav i statens prosjektmodell. Dette knytter seg til mangelfull gjengivelse av behov, mål og krav, alt for snevert mulighetsrom, og manglende vurdering av en rekke viktige virkninger.

Når dette er sagt, er det nok slik at idefaserapporten for Nye Hammerfest sykehus i seg selv oppfyller de fleste krav statens prosjektmodell stiller knyttet til utredning av byggløsninger. Men i og med at dette arbeidet mangler underbygning, og det ikke er vurdert andre alternativer enn et nytt sykehus i Hammerfest, blir totaliteten likevel mangelfull.

4.2.6 Vurdering opp mot utredninger i andre helseforetak

Som vist i kapittel 3 er det mange helseforetak som har utarbeidet grundige utviklingsplaner der ulike løsninger for sykehusstruktur er vurdert, med til dels grundige utredninger både i utviklingsplanfasen og i senere faser. Dette gir et godt beslutningsgrunnlag for viktige veivalg i disse helseforetakene, og representerer en lojal oppfølging av føringene som ligger i utredningsinstruksen og veiledere for utredninger i helsesektoren.

I og med at Finnmarkssykehuset ikke har gjort noen utredning av ulike løsninger for sykehusstruktur, skiller Finnmarkssykehuset seg dermed fra andre helseforetak som Helse Møre og Romsdal, Sykehuset Innlandet, Helgelandssykehuset, Vestre Vike, Sørlandet sykehus, Sykehuset Telemark, Oslo Universitetssykehus og Helse Nord-Trøndelag.

Det finnes også eksempler på helseforetak som i likhet med Finnmarkssykehuset ikke har utarbeidet utviklingsplaner som vurderer ulike løsninger for sykehusstruktur, men dette vil gjerne være helseforetak der strukturen heller ikke har vært diskutert i befolkningen. Veileder til utredningsinstruksen peker på at det er særlig viktig med grundige utredninger i saker hvor man forventer at et tiltak er kontroversielt og det er delte oppfatninger om det i befolkningen. Dette skulle tilsi at behovet for en grundig utviklingsplan er større i Finnmark enn mange andre steder i Norge.

4.3 Mulighetsrommet for videre arbeid med sykehusstruktur i Vest-Finnmark, og forholdet til Nasjonal helse- og sykehusplan

Nasjonal helse- og sykehusplan 2016-2019 ble vedtatt av Stortinget 17/3 2016. Planen er ment å legge føringer blant annet for sykehusstrukturen i årene fremover. I planens kapittel 12.14 er det tatt inn to scenarier, der det vurderes hvilke sykehus som skal bestå som akuttssykehus. Her fremgår det at Hammerfest skal bestå som akuttssykehus i begge scenariene. Dokumentet er likevel tydelig på at dette ikke skal leses som en endelig definert sykehusstruktur: Scenariene viser muligheter og begrensninger basert på et sett av forutsetninger som er beskrevet under. De endelige beslutningene om akutttilbudet ved de enkelte sykehusene skal tas etter at det er laget utviklingsplaner i helseforetakene og de regionale helseforetakene, jf kap 6.2. Gode lokale prosesser er en viktig premisse i arbeidet med utviklingsplanene.

I innstillingen fra Stortingets helse- og omsorgskomite fremgår følgende i kapittel 2.7.1.2: De videre lokale prosessene og eventuelle lokale tilpasningene må, etter flertallets syn, ha som mål å trygge, utvikle og styrke aktiviteten ved akuttssykehusene.

Flertallet viser til at det påligger helseministeren og regjeringen et særskilt ansvar for aktivt å følge opp helseforetakene i den videre prosessen og påse at alle reelle alternativer drøftes og underlegges grundige analyser. Det er viktig at beslutningene kan begrunnes og at utfallet av diskusjonene ikke er avgjort på forhånd. I de lokale prosessene som skal gjennomføres er det særlig viktig at det legges vekt på reell reisevei

for pasienter i alle deler av helseforetaket, de prehospitalte ressursene og konsekvensene for disse, topografi, fly- og helikoptervær, utvikling og rekruttering til sykehuset m.m.

Basert på innstillingen fra komiteen, fattet Stortinget blant annet følgende vedtak (vedtak 544): Stortinget ber regjeringen om at scenarioene som er beskrevet i Nasjonal helse- og sykehusplan, ikke skal være førende for de lokale og regionale utviklingsprosessene som skal gjennomføres etter at Stortinget har behandlet planen.

Dette er videre fulgt opp i Foretaksmøtet mellom Helse- og omsorgsdepartementet og Helse Nord 24/4 2016, der det er referatført følgende: Som oppfølging av Stortingets vedtak ved behandlingen av Nasjonal helse- og sykehusplan presiserte foretaksmøtet følgende føringer for arbeidet med utviklingsplanene: Konklusjonene i scenariene beskrevet i Nasjonal helse- og sykehusplan skal ikke være førende for lokale og regionale utviklingsprosesser.

Styret i Helse Nord følger opp dette i sitt styremøte 18-19. mai 2016, i styresak 60/2016. Der fastslås det at Alle helseforetak skal utarbeide utviklingsplaner i tråd med veileder for utviklingsplaner.

For Finnmarkssykehusets del, er følgende uttrykt i saksdokumentene fra styremøtet:

På grunn av lange avstander og andre forhold som påvirker tilgjengelighet og mulighet for transport av pasienter skal det være kirurgisk akuttberedskap både ved Finnmarkssykehuset Kirkenes og Finnmarkssykehuset Hammerfest.

Innholdet i beredskapen skal basere seg på gjeldende arbeidsfordeling som bl. a. omfatter nivå på intensivtilbudet, ortopedi, traumeorganisering og kreftkirurgi. Finnmarkssykehuset vil derfor ikke ha noe spesielt utredningsoppdrag knyttet til endringer i det akuttkirurgiske tilbudet, men de skal likevel beskrive fremtidig organisering av akuttkirurgisk beredskap, og utrede behov for kompetansestøtte fra Universitetssykehuset Nord-Norge HF på fagområdene akutt kirurgi og gynekologi/obstetrikk.

Dette må leses som at styret i Helse Nord mener det ikke er behov for å utrede endret sykehusstruktur i Finnmark.

Helse Nords oppfølging av Nasjonal helse- og sykehusplan har igjen ligget til grunn for Foretaksmøtet 24/4 2017 mellom Helse- og omsorgsdepartementet og Helse Nord, der temaet var Oppfølging av Nasjonal helse- og sykehusplan – avklaring av akutfunksjoner. I dette møtet behandles konkret akutttilbudet i Lofoten og Narvik, og det opplyses om pågående prosess på Helgeland. Akutfunksjoner i Finnmark omtales ikke konkret. I

protokollen fra foretaksmøtet fremkommer følgende avsnitt:

Som oppfølging av Nasjonal helse- og sykehusplan skal alle helseforetak utarbeide utviklingsplaner. Oppdraget ble gitt i foretaksmøte 4. mai 2016. Det ble gitt føringer for dette arbeidet i tråd med Stortingets behandling av planen. Avklaring av akutfunksjoner skulle skje innen 1. april 2017. Det er senere gitt noe utvidet frist.

Foretaksmøtet viste til at arbeidet med avklaring av akutfunksjoner har vært krevende. Foretaksmøtet la vekt på at akutfunksjonene nå blir avklart, for å sikre forutsigbarhet og ro rundt det videre arbeid med utviklingsplanene som skal ferdigstilles i 2018.

Foretaksmøtet la til grunn at utviklingsplanene skal utarbeides med utgangspunkt i dagens akutttilbud, med de endringer som blir vedtatt i dette foretaksmøtet. I helseforetak med pågående prosesser knyttet til struktur/utbygging av nye sykehus, som Helgelandssykehuset HF og Sykehuset Innlandet HF, vil det likevel kunne skje endringer. Endringer vil også måtte vurderes løpende ut fra hensynet til pasientsikkerhet og kvalitet.

Det videre arbeid med utviklingsplanene skal skje med hovedvekt på å styrke samarbeidet internt i helseforetakene.

Disse formuleringene kan tolkes som at sykehusstrukturen i Finnmark skal ligge fast, og at dette skal være et premiss også for arbeidet med ny utviklingsplan for Finnmarkssykehuset. Det er uklart hvilket grunnlag en slik beslutning bygger på, da det ikke noe sted foreligger noen helhetlig utredning av sykehusstrukturen i Finnmark, heller ikke i Finnmarkssykehusets utviklingsplan fra 2015. Det er vanskelig å se at denne behandlingen i Helse Nord svarer på Stortingets innstilling om å påse at alle reelle alternativer drøftes og underlegges grundige analyser. Det er viktig at beslutningene kan begrunnes og at utfallet av diskusjonene ikke er avgjort på forhånd.

Selv om ønsket om å skape ro rundt det videre arbeidet er legitimt, er det ikke opplagt at dette ønsket kan være viktigere enn Stortingets ønske om brede og grundige analyser. Dersom nå Nasjonal helse- og utviklingsplan sementerer sykehusstrukturen i Finnmark i overskuelig fremtid, vil dette være basert på mangelfullt grunnlag.

Det må derfor fortsatt være rom for at helseforetaket utarbeider en utviklingsplan som er i samsvar med kravene til en slik plan, det vil si at den inkluderer en grundig vurdering av ulike løsninger for sykehusstruktur i Finnmark. Mens dette arbeidet pågår, bør øvrige tidligfaseutredninger settes på vent, for å unngå risikoen for feilinvesteringer. Når

utviklingsplanen foreligger med en anbefalt sykehusstruktur, er grunnlaget lagt for fremtidige byggeprosjekter i Finnmarkssykehuset.

4.4 Oppsummering: Tilfredsstill helseforetakenes utredninger krav til statlige utredninger?

Vi har avdekket at Finnmarkssykehusets Strategiske Utviklingsplan ikke er en utviklingsplan i ordets rette forstand. En utviklingsplan skal, ifølge helseforetakenes egen veileder, utrede alternative veivalg for virksomheten, herunder ulike løsninger for sykehusstruktur. Anbefalingene som gis for videre retning i utviklingsplanen, skal lede frem til konkrete tiltak som skal gjennomføres. Tiltak av bygningsmessig art skal så videreføres gjennom tidligfaseplanlegging, der utviklingsplanen ligger til grunn.

Finnmarkssykehusets utviklingsplan har den motsatte innfallsvinkel; planen tar utgangspunkt i fire konkrete byggeprosjekter, i stedet for å vurdere hvilke byggeprosjekter som er aktuelle. Utviklingsplanen gjør intet forsøk på å vurdere ulike veivalg, og det stilles ingen spørsmål rundt hvorvidt de fire konkrete prosjektene bør gjennomføres.

Å begynne å planlegge et nytt sykehus i Hammerfest med en forventet kostnad i størrelsesorden 2 milliarder kroner, uten å først utrede hvorvidt et nytt sykehus i Hammerfest faktisk er hensiktsmessig for helseforetaket og samfunnet, gir en betydelig risiko for feil bruk av fellesskapets midler, og også en potensiell risiko for liv og helse.

Helse Nord synes å mene at det ikke har vært nødvendig å utrede alternative sykehusstrukturer i Finnmark, fordi helseministeren har uttalt at sykehuset i Vest-Finnmark skal være i Hammerfest. I følge utredningsinstruksen, er ikke dette noen gyldig unnskyldning. Også der det foreligger politiske vedtak (og da må også politiske uttalelser kunne omfattes) skal det gjennomføres utredning av alternativer. Hele målet med statlige retningslinjer for utredninger er å sikre at politiske beslutninger blir tatt på et godt faktagrunnlag.

Helse Nord og Finnmarkssykehuset trenger ikke se lenger enn til Helgelandssykehuset for å se hvordan det skal arbeides med utviklingsplaner; her gjennomføres det en grundig utredning av ulike løsninger for sykehusstruktur.

Stortingets flertall uttalte følgende i innstilling om Nasjonal helse- og sykehusplan:

Flertallet viser til at det påligger helseministeren og regjeringen et særskilt ansvar for aktivt å følge opp helseforetakene i den videre prosessen og påse at alle

reelle alternativer drøftes og underlegges grundige analyser. Det er viktig at beslutningene kan begrunnes og at utfallet av diskusjonene ikke er avgjort på forhånd. I de lokale prosessene som skal gjennomføres er det særlig viktig at det legges vekt på reell reisevei for pasienter i alle deler av helseforetaket, de prehospitale ressursene og konsekvensene for disse, topografi, fly- og helikoptervær, utvikling og rekruttering til sykehuset m.m.

Det er ikke for sent for Helse Nord og Finnmarkssykehuset å følge opp Stortingets innstilling, i form av å utarbeide en faktisk utviklingsplan for Finnmarkssykehuset. Gjennom grundige analyser kan det konkluderes med hva som er den mest hensiktsmessige sykehusstrukturen i Finnmark, og dette kan legges til grunn for videre arbeid med konkrete byggeprosjekter.

osloeconomics

www.osloeconomics.no

post@osloeconomics.no
Tel: +47 21 99 28 00
Fax: +47 96 63 00 90

Besøksadresse:
Kronprinsesse Märthas plass 1
0160 Oslo

Postadresse:
Postboks 1562 Vika
0118 Oslo