

Veileder for medvirkning i sykehusbyggprosjekter



Versjon		
Navn veileder	Dato	Status
Veileder for medvirkning i sykehusbyggprosjekter v 1.0	21.09.2026	Godkjent

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

Revisjonsplan
Veilederen skal vurderes for revisjon hvert 2. år. Revisjon godkjennes av de regionale helseforetakene.

Endringslogg
Dette er første versjon av veilederen

Behandlingsprosedyrer		
Versjon	Instans	Dato
Høringsversjon	Sendt til nasjonal samarbeidsgruppe for innspill	13.1.2026 29.06.2026
Til behandling i styret i Sykehusbygg HF	Styret	27.03.2026 21.09.2026
Oversendt RHF for behandling		24.09.2026

Innhold

1. Del 1 Om veileder for medvirkning	4
1.1. Bakgrunn	4
1.2. Formål og målgruppe	4
1.3. Nasjonale føringer og rammer	5
1.4. Medvirkning og medbestemmelse - roller, nivåer og ansvar	5
1.5. Prosjektforløp og medvirkning	7
1.6. Kunnskapsbasert planlegging	8
2. Del 2 – Samhandling og medvirkning.....	9
2.1. Ansvar og organisering	9
2.2. Samhandlingsstruktur	10
2.3. Medvirkning i prosjektet	13
2.3.1. Hovedløp for medvirkningsprosesser	13
2.3.2. Brukermedvirkning	13
2.3.3. Forberedelse og gjennomføring	14
2.3.4. Evaluering og læring	15
3. Del 3 – Medvirkning i prosjektets faser	16
3.1. Tidligfase	17
3.1.1. Prosjektinnramming	18
3.1.2. Konseptfase	19
3.1.3. Forprosjekt	22
3.2. Gjennomføringsfase	24
3.2.1. Forberede produksjon	24
3.2.2. Utfør produksjon (bygging)	27
3.2.3. Sluttfase	28
3.3. Ibruktakelse og drift	30
4. Avslutning	31
5. Etterord	32

1. Del 1 Om veileder for medvirkning

I 2025 fikk Sykehusbygg HF i oppdrag av eierne å beskrive hvordan medvirkning, forankring og forberedelse til ibruktakelse skal skje som en følge av det etter hvert omfattende grunnlagsarbeidet som ligger til grunn for sykehusbyggprosjektene. Sykehusbygg HF har løst dette oppdraget ved å lage en veileder for medvirkning. Arbeidet med veilederen er gjennomført av Sykehusbygg HF. En nasjonal samarbeidsgruppe bestående av representanter fra eiere, ledere, tillitsvalgte, verneombud og brukere har vært viktige bidragsyttere.

1.1. Bakgrunn

Utvikling av nye sykehusbygg er en kompleks prosess som krever tett samhandling mellom helseforetak, regionale helseforetak og prosjektorganisasjon. Nye sykehusbygg skal understøtte pasientsikkerhet, et godt arbeidsmiljø og effektiv ressursutnyttelse. Planlegging og gjennomføring av sykehusbyggprosjekter skal være kunnskapsbasert og forankret i tydelige roller, ansvar og beslutningslinjer. En systematisk struktur for medvirkning der innsikt og erfaringer fra ansatte, pasienter og pårørende blir integrert i arbeidet, er et viktig bidrag til utvikling av helhetlige og funksjonelle løsninger.

Veileder for tidligfasen i sykehusbyggprosjekter¹ (Tidligfaseveilederen) beskriver medvirkning som en rådgivende funksjon, og stiller krav til prosess, metode, dokumentasjon og rolleavklaring. Denne veilederen bygger videre på disse prinsippene, og konkretiserer hvordan medvirkning skal forankres, organiseres og gjennomføres i hele prosjektløpet.

Som del av sitt nasjonale mandat bidrar Sykehusbygg HF til kunnskapsutvikling, erfaringsdeling og metodestøtte på tvers av prosjekter og helseforetak. Planlagt og systematisk involvering av relevant kompetanse skal sikre medvirkning, og sørge for at erfaringer og faglig innsikt gjenspeiles både i bygningsutforming og de organisatoriske løsningene byggene skal understøtte. Utgangspunktet for medvirkning er økt kunnskap, standardisering og gjenbruk av løsninger. Dette har betydning for hvordan medvirkning planlegges og gjennomføres.

Veilederen er strukturert i tre deler som samlet utgjør et helhetlig rammeverk for medvirkning i sykehusbyggprosjekter. De overordnede prinsippene som er beskrevet i Del 1 danner grunnlaget for den praktiske gjennomføringen av medvirkning. Del 2 beskriver hvordan samhandling og medvirkning etableres og brukes i praksis mellom prosjektorganisasjonen og helseforetaket. Deretter går Del 3 dypere inn i hvordan medvirkning gjennomføres i hver prosjektfase. Samlet skal veilederen bidra til tydelig rammesetting, felles forståelse og forutsigbar gjennomføring av medvirkning gjennom hele prosjektløpet.

1.2. Formål og målgruppe

Formålet med veilederen er å sikre riktig ressursbruk og kvalitet i planlegging, gjennomføring og oppfølging av medvirkning i sykehusbyggprosjekter. Veilederen skal koble medvirkning til prosjektets faser, leveranser og beslutningspunkter.

¹ Veileder for tidligfasen i sykehusbyggprosjekter, Sykehusbygg 2024

Om begrepsbruk i veilederen:

- Skål: Krav og forventninger som er nødvendige for kvalitet, styring og sporbarhet
- Bør: Anbefalinger der det kan være faglig begrunnet rom for lokale tilpasninger
- Kan: Valgfri/alternativ løsning

Målgruppen er primært helseforetak og prosjektorganisasjoner som planlegger og gjennomfører sykehusbyggprosjekter. Veilederen kan også være et nyttig referansegrunnlag for rådgivere, arkitekter, pasienter og pårørendes organisasjoner, og andre aktører som deltar i planlegging og utvikling av sykehusbygg.

1.3. Nasjonale føringer og rammer

Medvirkning i sykehusbyggprosjekter er forankret i nasjonale føringer gjennom lovverk og styringsdokumenter som regulerer involvering av ansatte, pasienter og pårørende. Lovverket klargjør rettigheter og plikter, mens styringsdokumenter og nasjonale veiledere gir føringer for hvordan disse kan operasjonaliseres i byggeprosjekter.

Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv. (arbeidsmiljøloven) krever samarbeid mellom arbeidsgiver og arbeidstakere om helse-, miljø- og sikkerhetstiltak, inkludert tidlig involvering i byggeplanlegging. Lov om helseforetak m.m. (helseforetaksloven) og Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven)² regulerer pasienters og pårørendes rett til medvirkning på individ- og systemnivå i utvikling av helsetjenester. I sykehusbyggprosjekter ivaretas dette gjennom etablerte ordninger for brukermedvirkning, herunder brukerutvalg og representasjon i prosjektets medvirkningsstruktur.

Styringssignaler fra Helse- og omsorgsdepartementet konkretiseres i oppdragsdokumenter til de regionale helseforetakene. Disse omsettes videre til planer i helseforetakene, spesielt utviklingsplaner og arealbruksplaner, som sammen identifiserer behov, utfordringer, kapasitetskrav og prioriterte tiltak. Før et byggeprosjekt initieres, klargjør utviklingsplanen behov, mål og strategiske føringer. Når behovene er definert, benyttes Tidligfaseveilederen som ramme for videre utredning og avklaringer av hvordan utfordringer kan løses.

Veilederen beskriver anbefalt praksis for medvirkning i sykehusbyggprosjekter innenfor rammene av lovverk, styringssignaler og foretakenes ansvar. Det erstatter ikke lov- eller avtaleverk, men konkretiserer hvordan krav og forventninger kan ivaretas i prosjektgjennomføringen.

1.4. Medvirkning og medbestemmelse

Veilederen skiller mellom medvirkning og medbestemmelse i tråd med Tidligfaseveilederen.

- Medvirkning i byggeprosjekter er rådgivende og skjer i prosjektets samhandlingsstruktur
- Medbestemmelse er en formell partsprosess som følger lov- og avtaleverk og ivaretas i helseforetakets linjeorganisasjon.

² Arbeidsmiljøloven § 2-3 og §7-2, Lov om helseforetak m.m., § 35, Pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1

Medvirkning i prosjektet innebærer at ressurspersoner utnevnt av helseforetaket gir innspill og råd til prosjektet gjennom strukturerte og standardiserte prosesser. De regionale og lokale helseforetakene må sørge for at medarbeidere, vernetjenesten og tillitsvalgte involveres aktivt på alle nivåer, og at det legges til rette for reell medvirkning³. Dette innebærer at berørte aktører involveres tidlig og systematisk, at innspill behandles og dokumenteres, og at det gis tilbakemelding på hvordan innspillene er vurdert. Medvirkning i byggeprosjekter skal være sporbar, med tydelig kobling til beslutningsgrunnlag.

Medbestemmelse ivaretas blant annet ved at arbeidsmiljøutvalgene (AMU) og vernetjenesten (KTV og VT) følger opp at arbeidstakerperspektivet ivaretas gjennom helseforetakets linjeorganisasjon og medvirkningsstruktur. Rammer for den formelle medbestemmelsen avklares i virksomhetslinjen, og omtales ikke videre i denne prosjektveilederen.

Medvirkning er viktig fordi det understøtter både kvalitet og legitimitet i beslutninger, og har særlig betydning for:

- tilgang til kunnskap og erfaringer fra berørte aktører – ansatte, pasienter/pårørende og fagmiljøer
- forankring og eierskap til prosjektets mål og løsninger
- sikring av lovpålagt medvirkning og rettigheter

Medvirkning skal gi grunnlag for tidlig organisasjonsutvikling (OU) i helseforetaket og bidra til smidig overgang til drift i nytt bygg.

Helseforetaket skal utpeke ressurspersoner med et klart mandat og tilstrekkelig tid til medvirkning.

Medvirkning omfatter flere roller og organisatoriske nivåer i helseforetaket:

- ledere på ulike nivåer
- tillitsvalgte og vernetjeneste
- ansatte fra kliniske, ikke-kliniske og tekniske fagmiljøer

Medvirkning fra pasienter og pårørende skjer gjennom etablerte brukerutvalg og eventuelt deltakelse i styrings- eller medvirkningsgrupper. Denne deltakelsen bygger på de nasjonale rettighetene og rammene omtalt i kapittel 1.2. Helseforetaket har ansvar for å legge til rette for medvirkning både på individ- og systemnivå, og sørge for at pasient- og pårørendeperspektivet blir tatt hensyn til i prosjektutviklingen.

Eksterne samarbeidspartnere som sykehusapotek, universitet eller andre leietakere involveres dersom det planlegges arealer til deres virksomhet i nye eller ombygde arealer.

Eksterne interessenter som eksempelvis naboer, kommune/fylkeskommune, veimyndighet, vernemyndighet, lokalsamfunn eller andre kan involveres der det er hensiktsmessig. I forbindelse med krav til BREEAM-sertifisering, så skal prosjekter som påvirker nærmiljø

³ Oppdragsbrev fra Helse- og omsorgsdepartementet 2026 til de regionale helseforetakene, pkt 3.4.

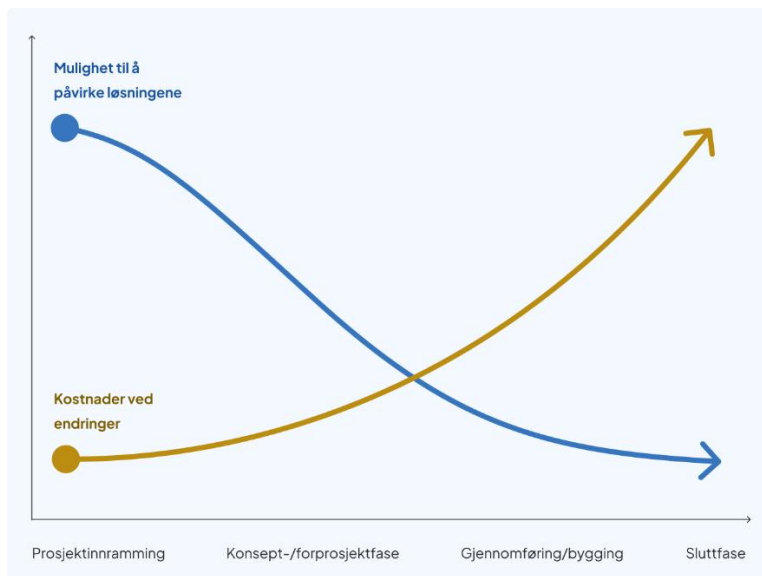
dokumentere og følge spesifisert metodeverk for medvirkning fra eksterne interessenter som naboer og lokalsamfunn⁴.

1.5. Prosjektforløp og medvirkning

Sykehusbyggprosjekter strekker seg over flere år og deles inn i tre hovedfaser: Tidligfase, gjennomføringsfase og ibruktakelse og driftsfase. Gjennomføringsfasen omfatter også slutfase fram til overtakelse av nytt bygg.

- **Tidligfase:** Medvirkning starter på strategisk ledernivå i prosjekttinnramming og blir gradvis mer detaljert i konsept- og forprosjektfasen. Dette skjer i takt med utvikling av virksomhetsinnhold, konsepter og løsninger frem mot investeringsbeslutning (B4). Medvirkningen i denne fasen er primært knyttet til utvikling og vurdering av behov, konsepter og overordnede løsninger.
- **Gjennomføringsfase:** Etter investeringsbeslutning videreutvikles og realiseres prosjektet gjennom prosjektering, bygging og slutfase fram til overtakelse. Medvirkningen er i denne fasen primært knyttet til verifisering og oppfølging av løsninger, samt mottak av bygg, utstyr og systemer. Fasen avsluttes med eierskifte (B5).
- **Ibruktakelse og driftsfase:** Etter eierskifte gjennomføres klinisk ibruktakelse, oppstart av drift og gevinstrealisering. Medvirkningen er knyttet til opplæring, utprøving, erfaringsoverføring og videre utvikling av virksomheten.

Denne progresjonen sikrer at medvirkning er relevant og målrettet i hver fase, og at innspill knyttes til prosjektets beslutningspunkter. Medvirkning skal støtte opp under prosjektets beslutningsprosesser og bidra til at faglige vurderinger inngår i beslutningsgrunnlaget ved overgang mellom faser og milepæler.



Figur 1 Påvirkningsmulighet og endringskostnader gjennom et sykehusbyggeprosjekt

⁴ BREAM MAN 01: <https://bream-nor.byggalliansen.no/v6/kategorier-og-emner/1-ledelse/1-1-baerekraftig-lederskap/involvering-av-eksterne-interessenter/>

Helseforetaket har størst påvirkningsmulighet på prosjektets løsninger i prosjektinnramming og tidlig i konseptfasen, når mål, rammer og overordnede funksjonelle og tekniske grep fastsettes. Etter hvert som prosjektet utvikles, blir endringsrommet gradvis mindre, og endringer får økt kostnad og større konsekvenser for kvalitet og fremdrift. Medvirkning skal derfor planlegges på riktig nivå og til riktig tidspunkt, med tydelig kobling til prosjektets beslutningspunkter.

I gjennomføring er endringsrommet mer begrenset, og målet er at det ikke skal gjøres endringer i de løsningene som ble vedtatt i forprosjektet. Eventuelle endringer skal behandles i prosjektets endringsprosedyre og løftes i samhandlingsstrukturen når de berører vedtatte rammer for program, kvalitet, tid eller kostnad, jf. kapittel 3.5–3.8. Dette er en formell prosess som skal sikre at prosjektet leverer innenfor avtalt styringsramme.

1.6. Kunnskapsbasert planlegging

Veilederen bygger på et omfattende kunnskapsgrunnlag for sykehusplanlegging som er utviklet over tid. Kunnskapsbasert planlegging innebærer at prosjektet tar utgangspunkt i et felles og dokumentert grunnlag for beslutninger. Prosjektene skal bygge på strukturerte prosesser, standardiserte løsninger og bruk av digitale verktøy. Hvordan dette organiseres, kan tilpasses prosjektets størrelse og kompleksitet. Tilnærmingen omfatter både hva som planlegges, og hvordan planleggingsprosessene gjennomføres.

Kunnskapsbasert planlegging tar utgangspunkt i tre hovedelementer:

- **Strukturerte arbeidsprosesser:** Medvirkning planlegges og gjennomføres etter en fast metodikk, med avklarte roller, krav til dokumentasjon og tydelige beslutningspunkter. Dette gir forutsigbarhet og sikrer at innspill behandles systematisk
- **Standardiserte løsninger og prinsipper:** Nasjonale veiledere som Tidligfaseveilederen, Standardromkatalogen og anbefalinger i Kunnskapsbanken til Sykehusbygg HF gir et felles utgangspunkt for funksjons- og romprogrammer og for utvikling av standardiserte løsninger
- **Digitale verktøy og prosessrammer:** Modellbasert samhandling (BIM), dokumentstyring og prosjektmodeller gir struktur og sammenheng i planlegging, medvirkning og oppfølging

Kunnskapsgrunnlaget påvirker medvirkningens form og omfang i de ulike prosjektfasene. Når standarder og prosessrammer ligger til grunn, vil medvirkning i større grad dreie seg om forankring, tilpasning, prioritering og kvalitetssikring enn utvikling av løsninger.

Konseptutvikling skjer innenfor etablerte prinsipper og standardiserte løsninger. Dette bidrar til målrettede medvirkningsprosesser, der innspill fra fagmiljøer og pasienter/pårørende konsentreres om lokale behov, driftsmessige forhold og prosjektspesifikke utfordringer.

2. Del 2 – Samhandling og medvirkning

Tidligfaseveilederen og mandatet fra prosjekteier legger vekt på strukturert og tett samhandling mellom helseforetaket (lokalt eller regionalt) og prosjektorganisasjonen for byggeprosjektet. Samhandlingen skal sikre medvirkning, involvering, koordinering og helhetstenkning, og bidra til at utviklingsmuligheter blir belyst og ivaretatt. Samhandlingen skal gjennomføres innenfor vedtatte rammer for økonomi og fremdrift. Den skal også legge grunnlaget for en god overgang fra prosjekt til ordinær drift. Medvirkning planlegges og gjennomføres som en integrert del av samhandlingsstrukturen.



Figur 2 Aktørbilde og samarbeid i et byggeprosjekt

En tydelig samhandlings- og medvirkningsstruktur er avgjørende for å sikre:

- felles forståelse av roller, ansvar og beslutningslinjer
- medvirkning tilpasset prosjektets faser, med klar kobling til mål og leveranser

2.1. Ansvar og organisering

Denne veilederen gir rammer og føringer for hvordan medvirkning skal innpasses i samhandlingsstrukturen mellom prosjektorganisasjonen og helseforetaket. Den bygger på overordnede styringsdokumenter og Tidligfaseveilederen, og konkretiserer prosjektspesifikke planer for samhandling og medvirkning.

Ved oppstart av et sykehusbyggeprosjekt etablerer prosjekteier vanligvis en styringsgruppe/et prosjektstyre og en oppdragsavtale med Sykehusbygg HF (prosjektorganisasjonen) for å lede prosjektgjennomføringen på vegne av prosjekteier/byggherre. Parallelt skal helseforetaket etablere en mottaksorganisasjon som koordinerer foretakets oppgaver i samhandlingen. Et tett samarbeid mellom disse to organisasjonene er avgjørende for helhet og fremdrift i prosjektet.

Prosjekteier er det lokale- eller regionale helseforetaket som har ansvaret for prosjektet i alle faser. Prosjekteier har ansvar for at prosjektet gjennomføres trygt og effektivt for å nå prosjektets effektmål.

Prosjekteier utarbeider mandat for hver prosjektfase som skal sikre:

- trygg og effektiv gjennomføring i tråd med rammebetingelsene
- etterlevelse av effektmål
- optimal verdiskaping ved best mulig forvaltning av prosjektmidler

Prosjektorganisasjonen skal planlegge, styre og gjennomføre prosjektet i henhold til mandat og styringsdokument frem til helseforetakets overtakelse av bygget.

Dette innebærer å:

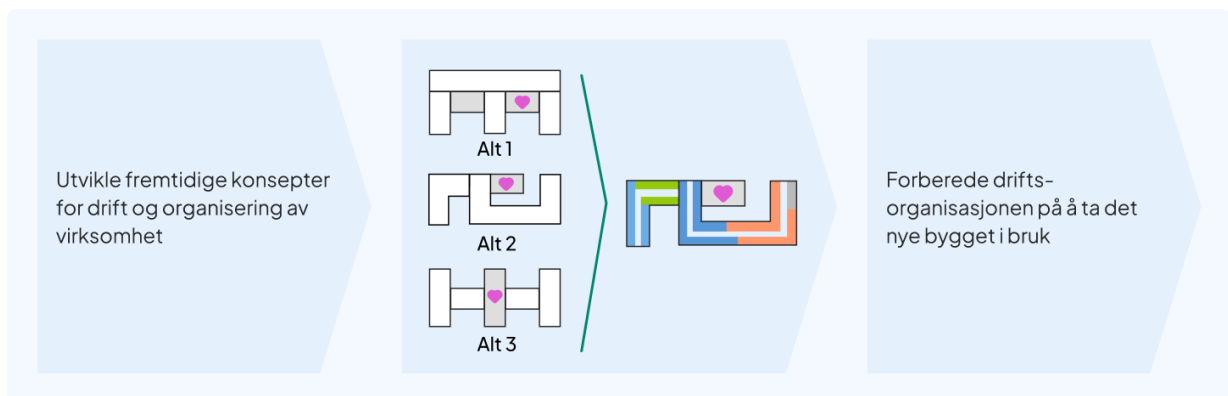
- ivareta forutsetninger for løsninger, kvalitet, fremdrift, entreprisplan og økonomiske rammer
- prioritere og styre innenfor disse rammene
- etablere en samhandlingsstruktur som sikrer involvering, medvirkning og forankring i helseforetaket

Medvirkningsprosesser skal planlegges slik at helseforetaket kan delta forutsigbart og samtidig ivareta ordinær drift.

Helseforetaket skal gi nødvendige avklaringer og beslutninger om virksomhetsinnhold, driftskonsepter, fagfordeling og behandlingsskapasitet i tråd med prosjektets fremdriftsplan.

Dette innebærer å:

- delta i samhandling og medvirkning med prosjektorganisasjonen i henhold til mål, leveranser og beslutninger i de ulike prosjektfasene
- gjennomføre organisasjonsutvikling i tidligfasen med utvikling av konsepter og i gjennomføringsfasen for å tilpasse organisasjonen til nytt bygg, samt forberedelse til ibruktakelse av nytt bygg, systemer, utstyr og IKT



Figur 3 Organisasjonsutvikling i tidligfase og gjennomføringsfase

Virksomhets- og organisasjonsutvikling i helseforetaket skjer parallelt og koordinert med prosjektorganisasjonen, blant annet gjennom medvirkningsprosesser. Tidligfaseveilederen anbefaler at mottaksorganisasjonen har koordinerende ansvar for helseforetakets prosesser.

2.2. Samhandlingsstruktur

Prosjektet skal etablere en struktur som sikrer effektiv samhandling mellom mottaksorganisasjonen og prosjektorganisasjonen gjennom hele prosjektperioden.

Samhandlingsstrukturen skal tilrettelegge for et strukturert samarbeid med faste arenaer for dialog og beslutninger på ulike nivåer. Samhandlingsarenaer på strategisk, ledelses- og operativt

nivå skal være tydelig definert. Den konkrete organiseringen kan tilpasses prosjektets størrelse og kompleksitet.

Tre hovedarenaer i samhandlingsstrukturen:

Samhandlingsarena 1 – Strategisk nivå⁵: Møtearena mellom prosjekteier, administrerende direktør (AD) i helseforetaket, leder i mottaksorganisasjonen og leder i prosjektorganisasjonen. Her behandles strategiske spørsmål og større avklaringer og avvik som endrer prosjektets retning eller omfang, samt korrigerende tiltak. Dette omfatter formell kommunikasjon av nye krav og behov som er innenfor konseptet.

Samhandlingsarena 2 – Ledelsesnivå: Arena der ledelse i prosjekt- og mottaksorganisasjon møtes. Arenaen koordinerer fremdrift, prioriteringer og tverrgående avklaringer, og sikrer at samhandlings- og medvirkningsprosesser planlegges og følges opp. Dette omfatter formell kommunikasjon av detaljering og videreutvikling av avklarte og dokumenterte krav innenfor valgt konsept. Saker som ikke kan løses her, løftes til nivå 1.

Samhandlingsarena 3 – Operativt nivå: Ulike arenaer for medvirkning hvor fagmiljøer, ulike grupper og enkeltpersoner bidrar til utvikling av konsept, løsninger og gir råd. Ledere fra både prosjekt- og mottaksorganisasjonen koordinerer, planlegger og gjennomfører medvirkningsprosesser.

Tillitsvalgte og vernetjeneste har gjennomgående representasjon i helseforetakets styringsstruktur og linjeorganisasjon. I prosjektets samhandlingsstruktur deltar de i styringsgruppen/prosjektstyret og i medvirkningsgrupper der det er hensiktsmessig. For enkelte prosjekter kan det være aktuelt å etablere eget prosjektverneombud eller prosjekttillitsvalgte som inngår i samhandlingsstrukturen på nivå 2.

Andre aktører som skal ha arealer i nytt bygg, for eksempel apotek, universitet eller kommune, involveres der det er relevant.

Prosjektet bør i tidligfasen gjennomføre en interessentanalyse, som omfatter vertskommune og regionale og lokale myndigheter, naboer og lokalsamfunn, offentlige organer og relevante interesseorganisasjoner. Prosjektet bør etablere hensiktsmessige arenaer for dialog med eksterne aktører. Aktivitetene skal støtte, men ikke erstatte, formelle plan- og reguleringsprosesser. Mandatet for prosjektet kan legge føringer for dette arbeidet.

Modeller for samhandlingsstruktur

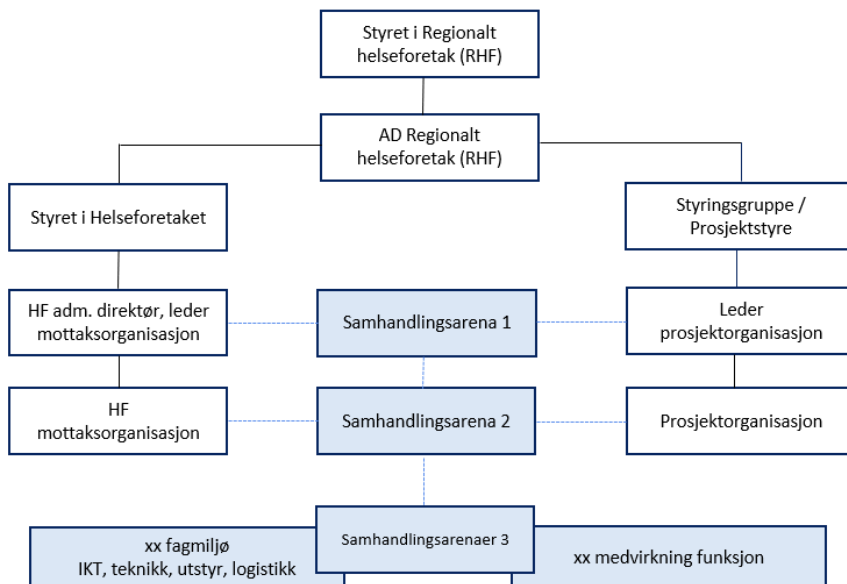
I en samhandlingsstruktur skal det være tydelig definerte kommunikasjonslinjer mellom helseforetaket/mottaksorganisasjonen og prosjektorganisasjonen, og regler for hvem som kan kommunisere og beslutte hva.

Figur 4 og 5 nedenfor viser eksempler på samhandlingsstruktur hvor mottaksorganisasjonen og prosjektorganisasjonen samarbeider gjennom felles samhandlingsarenaer og nivåer (blå

⁵ Inndelingen i strategisk, ledernivå og operativt nivå bygger på Sykehusbyggs etablerte samhandlingsstruktur, der «ledernivå» utfører funksjonen som i klassisk organisasjonslitteratur omtales som det taktiske nivået. Begrepet ledernivå benyttes her fordi det er bedre forankret i helseforetakenes praksis.

bokser). Blå stiplede linjer viser kommunikasjonslinjene i samhandlingsstrukturen, mens heltrukne linjer viser styringslinjene.

I figur 4 er prosjekteier det regionale helseforetaket, og i denne modellen leder AD i regionalt helseforetak styringsgruppen/prosjektstyret. Når regionalt helseforetak er prosjekteier, inngår AD i helseforetaket i nivå 1 i samhandlingsstrukturen.



Figur 4 Samhandlingsstruktur for prosjekter der regionalt helseforetak er prosjekteier

I figur 5 er prosjekteier helseforetaket, og i denne modellen leder AD i helseforetaket styringsgruppen/prosjektstyret. AD rapporterer på foretakets ansvar og oppgaver til både styringsgruppen og foretakets styre.



Figur 5 Samhandlingsstruktur for prosjekter der helseforetak er prosjekteier

Veilederen vil i det videre primært omhandle medvirkningsaktiviteter i samhandlingsarena 3.

2.3. Medvirkning i prosjektet

Prosjektorganisasjonen trenger dialog, medvirkning og avklaringer med helseforetaket i alle faser. Medvirkning fra helseforetaket skal tilpasses prosjektets fase, omfang og detaljeringsnivå.

Innspill fra medvirkningsgrupper kan kreve prioritering. Slike innspill vurderes i samhandlingsstrukturen, ut fra en helhetsvurdering innenfor prosjektets rammer. Beslutning og forankring skal sikres gjennom faste samhandlingsarenaer (nivå 1–3), eventuelt i prosjektstyret/styringsgruppen.

2.3.1. Hovedløp for medvirkningsprosesser

Medvirkning i sykehusbyggprosjekter skjer gjennom strukturerte prosesser som sikrer at faglig kompetanse, brukerperspektiv og driftsmessige behov integreres i prosjektutviklingen. Prosjektet skal beskrive hvilke medvirkningsløp som gjelder, og knytte dem til relevante leveranser pr fase.

Planleggingen skjer i samarbeid med mottaksorganisasjonen på samhandlingsarena nivå 2–3. Medvirkningsprosessene gjennomføres i samhandlingsarena 3, der grupper og enkeltpersoner fra ulike fagmiljøer bidrar med innspill til prosjektets leveranser.

Tre hovedløp for medvirkning:

- 1. Medvirkning funksjon.** Dette gjelder både kliniske funksjonsområder som eksempelvis sengeområder, poliklinikk og operasjon og ikke-kliniske funksjonsområder som eksempelvis garderober, kjøkken og renhold. Arbeidet tar utgangspunkt i standarder og kunnskapsgrunnlag, og omfatter ansatte, tillitsvalgte, verneombud og pasienter/pårørenderepresentanter. Denne medvirkningen skjer hovedsakelig i konseptfase steg 2, forprosjekt og funksjonsprosjekt. I gjennomføringsfasen er denne medvirkningen redusert og knyttet til arbeid med anskaffelser, for eksempel utstyr og IKT. I slutfasen vil deltakelse i befaringer og forberedelse til ibruktakelse ha størst fokus.
- 2. Medvirkning teknikk, IKT og utstyr** hvor representanter fra fagmiljøene deltar i ulike arenaer med arbeidsmøter og faglige fora sammen med prosjektorganisasjonen. Dette gjelder blant annet tekniske fagområder (VVS, elektro, bygg), IKT, medisinsk teknisk utstyr, logistikk, eiendom og innkjøp. Medvirkningen skjer gjennom hele prosjektet og har som mål å sikre at foretaket har kompetanse til å overta og drifte nytt bygg og nye systemer.
- 3. Medvirkning om tverrgående temaer, prinsipper og løsninger.** Denne medvirkningen foregår hovedsakelig i forprosjekt, funksjonsprosjekt og detaljprosjektering, og involverer både kliniske og ikke-kliniske fagmiljøer. Temaer er for eksempel knyttet til smittevern, brann, materialvalg, logistikk, forsyning og alarmplaner.

Omfanget av medvirkning varierer med prosjektets størrelse og kompleksitet, og om det gjelder et nytt sykehus eller ombygging/påbygging av eksisterende bygg.

2.3.2. Brukermedvirkning

Brukermedvirkning skal sikre at pasienters og pårørendes erfaringer, behov og perspektiver inngår i både planlegging, utforming, realisering og evaluering av sykehusbyggprosjekter.

Brukermedvirkning ivaretas primært gjennom helseforetakets brukerutvalg og brukerrepresentanter oppnevnt av helseforetaket. Brukerrepresentanter kan rekrutteres gjennom brukerutvalg, brukerorganisasjoner eller andre etablerte ordninger for brukermedvirkning, og deltar i prosjektets ordinære medvirkningsarenaer sammen med øvrige medvirkere.

I prosjekter som berører tilbud til barn og unge, bør helseforetaket vurdere særskilte former for medvirkning tilpasset alder, modenhet og prosjektets problemstillinger. Dette kan omfatte involvering av barn, unge, foresatte, ungdomsråd, brukerrepresentanter og relevante organisasjoner. Formålet er å sikre at barn og unges erfaringer, behov og perspektiver inngår i prosjektutviklingen.

Brukerrepresentanter skal involveres gjennom hele prosjektforløpet, med omfang og tema tilpasset prosjektets fase og detaljeringsnivå.

Brukermedvirkningen kan særlig bidra til vurdering av:

- pasientforløp og sammenhenger mellom funksjoner
- pasient- og pårørendeopplevelse
- barn og unges behov og brukerperspektiver
- universell utforming og tilgjengelighet
- orienterbarhet og wayfinding
- privatliv, verdighet og trygghet
- venteområder og besøksfasiliteter
- prosjektspesifikke brukerbehov og lokale forhold

Innspill fra brukerrepresentanter skal dokumenteres på samme måte som øvrige medvirkningsinnspill. Det skal gis tilbakemelding på hvordan innspillene er vurdert og eventuelt innarbeidet i prosjektets leveranser.

2.3.3. Forberedelse og gjennomføring

Medvirkningsprosesser er viktig for å oppnå riktige løsninger innenfor styringsrammen og de føringene som konseptet setter. Prosjektorganisasjonen og mottaksorganisasjonen har både felles og eget ansvar for dette.

Ved oppstart av hver fase skal prosjektorganisasjonen og mottaksorganisasjonen utarbeide faseplan for medvirkning, med mål, omfang og tidsplan. Planene baseres på standardiserte dokumenter som beskriver både overordnede og detaljerte aktiviteter. Opplæring i prosjektforståelse og bruk av digitale verktøy inngår, sammen med tydeliggjøring av roller og forventninger.

Fasens leveranser, innhold og behov for avklaringer initieres og gjennomføres av prosjektorganisasjonen.

Helseforetaket har ansvar for å forberede sine medarbeidere. Den enkelte skal kjenne sin rolle, forstå forventningene og ha nødvendig fullmakt innenfor sitt område.

Oppstartsmøte: Prosjektorganisasjonen og mottaksorganisasjonen gjennomfører et felles oppstartsmøte ved hver ny fase.

Møtet skal være standardisert og inneholde:

- oppsummering fra forrige fase: Gruppens innspill, hva som ble hensyntatt og hva som ikke ble hensyntatt – «slik ble det»
- informasjon om ny fase: Leveranser, mål og rammer. Formålet med medvirkning, omfang, detaljeringsgrad og tidsplan skal være tydelig
- forventningsavklaring: Roller, ansvar og oppgaver for alle aktører. Hvordan råd og innspill dokumenteres, behandles og besluttet i et helhetsperspektiv, samt kommunikasjonslinjer mellom helseforetakets medvirkere og prosjektorganisasjonen

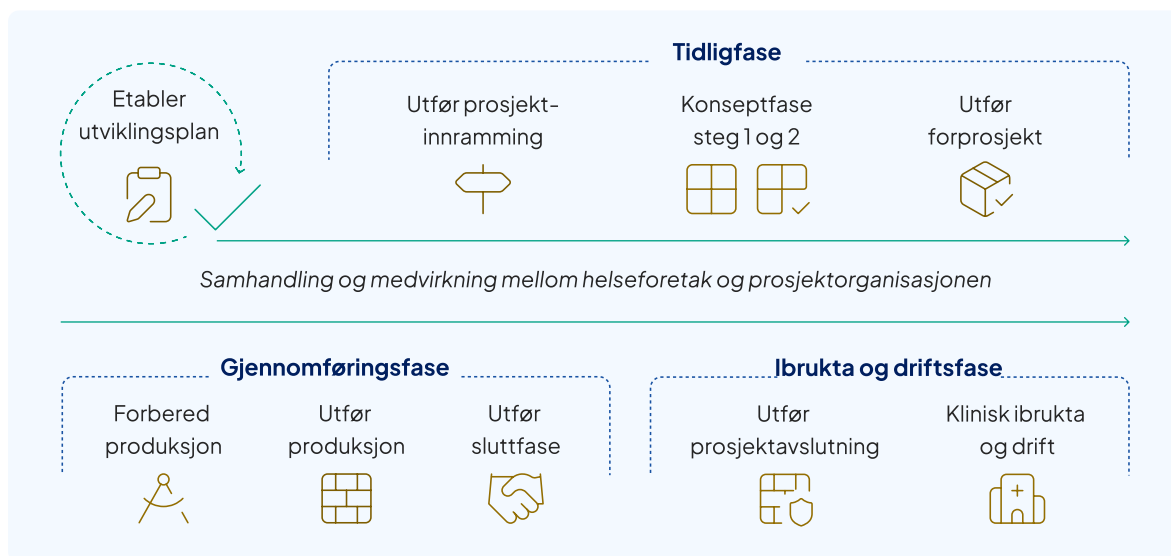
2.3.4. Evaluering og læring

Evaluering og læring er en integrert del av prosjektprosessen. Samhandlingsstruktur og medvirkningsprosesser skal evalueres etter hver fase. I tillegg bør erfaringer oppsummeres etter møteserier der det er hensiktsmessig.

Erfaringene brukes til å forberede neste fase og sikre at medvirkning bidrar til nødvendige avklaringer, riktige beslutninger og ønsket prosjektutvikling.

3.Del 3 – Medvirkning i prosjektets faser

Et sykehusbyggprosjekt strekker seg over flere år og består av tre hovedfaser: tidligfasen, gjennomføringsfasen og ibruktakelse og driftsfasen. Varigheten av prosjektet avhenger av prosjektets størrelse, innhold og kompleksitet, samt om det gjelder nytt sykehus, ombygging av eller påbygging på eksisterende bygg. Hver hovedfase har egne delfaser med beslutningspunkter, mål og leveranser. Beslutning om videreføring til neste fase tas i tråd med mandat og fullmakter fra helseforetak og regionalt helseforetak. Formelle beslutningspunkter B1–B4 i tidligfasen er beskrevet i vedlegg A til Tidligfaseveilederen.



Figur 6 Faser i et sykehusbyggprosjekt iht Sykehusbyggs planleggingsmodell

Dette kapittelet utdyper hvordan medvirkning gjennomføres i de ulike fasene, og hvordan den knyttes til prosjektets leveranser og beslutningspunkter.

I tidligfasen vil helseforetakets medvirkning, interne forankring og organisasjonsutvikling være knyttet til utvikling av nye driftskonsepter, funksjonelle løsninger og bygg, samt verifisering av romfunksjons- og utstysprogram inkludert IKT og tekniske spesifikasjoner. Medvirkningen bidrar til å utvikle, vurdere og forankre løsninger som danner grunnlag for beslutning om investering.

Videre skal prosjektet mot slutten av tidligfasen utarbeide «Samlet plan for slutfasen». Planen utgjør et felles rammeverk som beskriver aktiviteter i slutfasen og skal sikre en helhetlig, strukturert og forutsigbar overgang fra prosjekt til ordinær drift for de aktørene som skal ta i bruk nytt bygg. Arbeidet med denne planen foregår på samhandlingsarena 2.

Gjennomføringsfasen starter etter investeringsbeslutning (B4) og omfatter videreutvikling, detaljering og realisering av løsningene. Medvirkningen i denne fasen er i hovedsak knyttet til løpende avklaringer, verifisering og oppfølging, for å sikre at intensjonene fra konsept- og forprosjektet ivaretas i løsningene som utvikles og realiseres. Intern forankring og

organisasjonsutvikling i helseforetaket vil i denne fasen i stor grad handle om å tilpasse organisasjonen til vedtatte løsninger og forberede ibruktakelse og drift i nytt bygg.

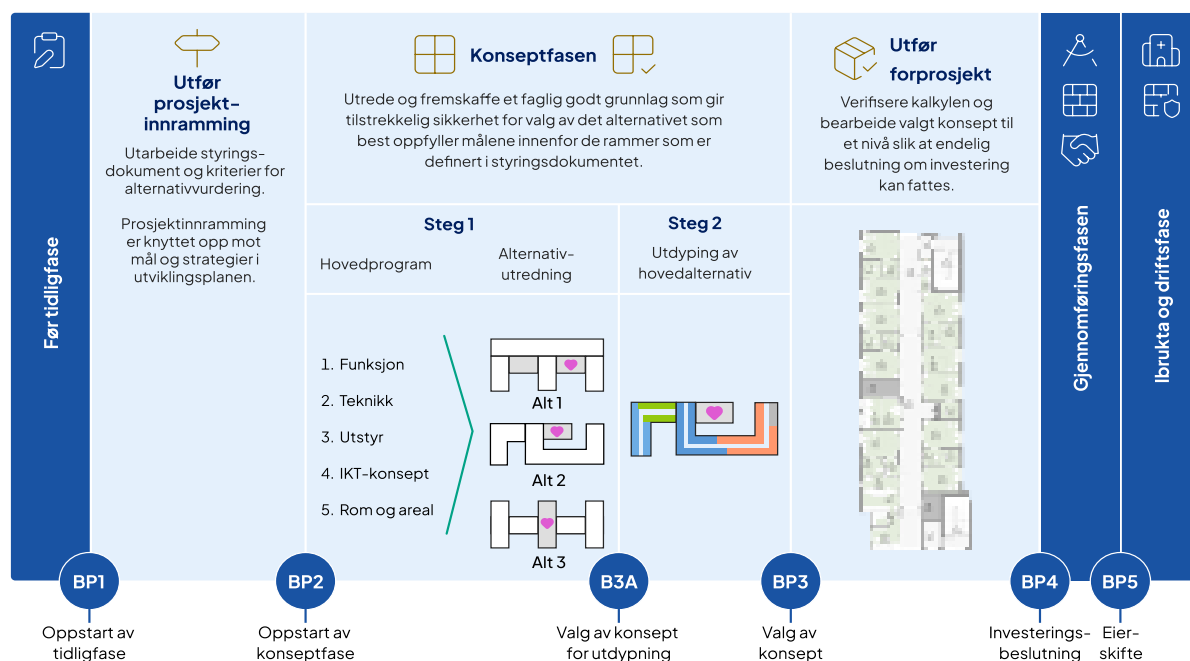
Mot slutten av gjennomføringsfasen gjennomføres slutfasen med testing, prøvedrift og forberedelse til eierskifte og ibruktakelse. Slutfasen starter ved godkjent milepæl for mekanisk ferdigstilling, det vil si når bygget er ferdigstilt for test og prøvedrift, og varer frem til overtakelse/eierskifte og oppstart av ordinær drift. Medvirkningen er knyttet til oppfølging av feil og mangler, utprøving av løsninger og tilpasning av drift. Helseforetaket iverksetter sin «Plan for ibruktakelse».

Eierskifte (B5-beslutning) markerer overgangen fra prosjekt til ordinær drift (ibruktakelse og drift). Dette kan skje trinnvis, der bygget tas i bruk per bygningsdel eller funksjonsområde, eller samlet for hele prosjektet. Hensikten med beslutningspunktet er å bekrefte at prosjektet er utført og overlevert til oppdragsgiver i henhold til mandat og plan for ferdigstilling, og at bygget kan tas i bruk til ordinær virksomhet.

3.1. Tidligfase

Tidligfasen omfatter fasene et prosjekt gjennomgår fram til beslutning om investering (B4) og vedtak om bygging. Tidligfasen inkluderer prosjektinnramming, konseptfase steg 1 og 2 samt forprosjektfase. I denne fasen utvikles og forankres overordnede funksjonelle og tekniske krav til bygg, teknologi, utstyr og systemer. Dette danner grunnlag for det som senere realiseres i gjennomføringsfasen.

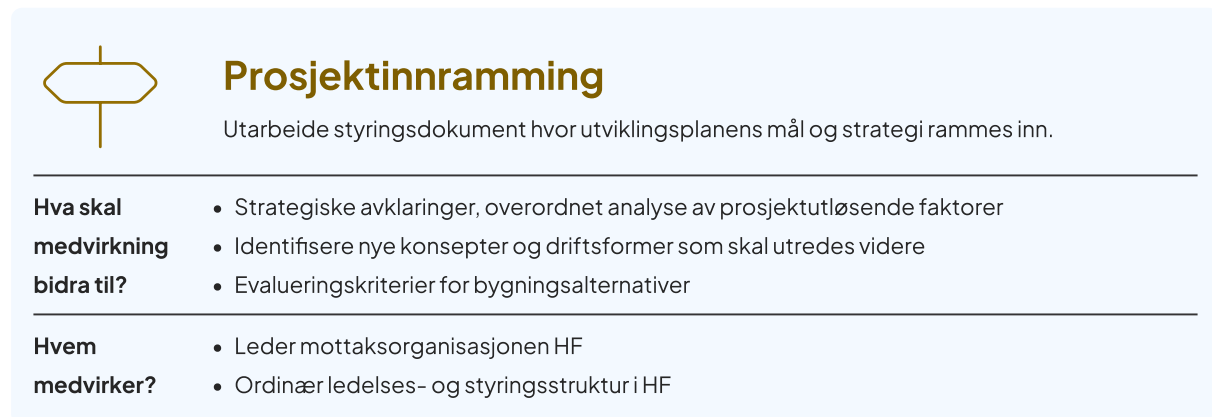
De sentrale leveransene er styringsdokument i prosjektinnramming, hovedprogram og konseptrapport i konseptfasen, samt forprosjektrapport i forprosjektfasen. Dette kapitlet beskriver hvordan medvirkning bidrar til disse leveransene, og til beslutningsgrunnlaget i de ulike fasene.



Figur 7 Tidligfasen med beslutningspunkter

3.1.1. Prosjektinnramming

Prosjektinnramming markerer oppstart av tidligfasen. Utviklingsplan, økonomisk langtidsplan, arealbruksplan og eventuelle andre overordnede planer ligger til grunn. I denne fasen fastsettes mål, rammer og forutsetninger som gir grunnlag for videre utredning og beslutninger. Det er viktig å avklare premisser og føringer så tidlig som mulig i prosjektforløpet, inkludert omfang og detaljeringsgrad på nødvendige utredninger. Dette bidrar til å redusere risiko for at uavklarte forhold må håndteres i senere prosjektfaser. I prosjektinnramming identifiseres konsepter og nye driftsformer som skal utredes i konseptfasen.



Figur 8 Aktiviteter og medvirkning i prosjektinnramming

Sentrale aktiviteter i fasen

- Etablere mandat for konseptfase
- Utvikle styringsdokument som beskriver prosjektets hensikt, omfang, ansvar, samfunns-, effekt- og resultatmål, samt plan for evaluering og risikovurderinger
- Analysere fremtidig kapasitets- og arealbehov jf. utviklingsplan og arealbruksplan
- Analysere prosjektutløsende faktorer
- Definere og operasjonalisere effektmål
- Gjennomføre økonomiske analyser av bæreevne, inkludert driftsøkonomi med gevinstområder og bæreevne på prosjekt- og helseforetaksnivå. I tillegg skal det utarbeides en finansieringsplan.
- Gjennomføre strategiske avklaringer for driftskonsepter og nullalternativ
- Utvikle evalueringskriterier for vurdering av bygningsalternativer i konseptfasen
- Vurdere konsekvenser ved valg av lokalisering, med tomteanalyse (ved behov)

Medvirkning i prosjektinnramming

I denne fasen etableres samhandlingsstrukturen til prosjektet, jf. del 2. Videre fastsettes overordnede føringer for det videre arbeidet. Behovet for roller og ressurser er begrenset.

I denne fasen skal medvirkning skje på overordnet ledernivå, med involvering av tillitsvalgte, vernetjeneste og brukerrepresentanter på tilsvarende nivå.

Det gjøres avklaringer med eksterne samarbeidspartnere som planlegges med arealer i nytt bygg, for eksempel apotek, universitet eller kommune.

Det gjennomføres ikke øvrige medvirkningsprosesser i denne fasen.

Forankring internt i helseforetaket - prosjektinnramming

Mottaksorganisasjonen koordinerer helseforetakets medvirkning. Beslutninger som legger grunnlaget for prosjektet, skal forankres i relevante fagmiljøer. Linjeledere som deltar i prosjektet, skal involvere egne fagmiljøer i spørsmål om funksjonelt innhold. Hvordan dette organiseres kan tilpasses foretakets struktur.

Formell beslutning om videreføring til neste fase

Mandat sammen med styringsdokumentet danner grunnlag for B2-beslutning om oppstart av konseptfasen. Styret i helseforetaket godkjenner prosjektinnrammingen og gir anbefaling til regionalt helseforetak, som fatter vedtak i beslutningspunkt B2.

3.1.2. Konseptfase

Konseptfasen skal gi et helhetlig og kunnskapsbasert grunnlag for å velge det bygningskonseptet som best oppfyller prosjektets mål innenfor de gitte rammene. I denne fasen videreutvikles virksomhetsinnhold og driftsmodeller fra prosjektinnramming og utviklingsplanen. Prosjektet tar grunnleggende valg og beslutninger om innhold, struktur og prinsipper for nytt bygg med utgangspunkt i referanseprosjekter, forskning og evalueringsresultater.

Konseptfasen deles i to steg:

Steg 1: Utarbeide hovedprogram og gjennomføre alternativsutredning (mulighetsstudie)

Steg 2: Ferdigstille hovedprogram, utdype valgt hovedalternativ og gjennomføre skisseprosjekt hvor alle funksjoner plasseres i bygget.

Konseptfase steg 1 – hovedprogram og alternativsutredning

I steg 1 klargjøres premissene for innhold i nytt bygg gjennom utarbeidelse av et hovedprogram med virksomhetsinnhold, kapasitet, arealbehov og overordnede funksjonelle og tekniske beskrivelser. Samtidig skal flere mulige bygningskonsepter utredes og vurderes opp mot definerte kriterier, slik at ett hovedalternativ kan anbefales for videre bearbeiding i konseptfase steg 2.

	Konseptfase – steg 1
	Utarbeide hovedprogram, gjennomføre mulighetsstudie og alternativsutredning.
Hva skal medvirkning bidra til?	• Beskrive funksjoner i nytt bygg • Aktivitetsframskriving, beregning av kapasiteter og areal • Utrede nye konsepter og driftsformer • Evaluere alternative bygningsmessige løsningsforslag
Hvem medvirker?	• Hovedmedvirkningsgruppe • Fagmiljøer for teknikk, IKT og utstyr

Figur 9 Aktiviteter og medvirkning i konseptfase steg 1

Sentrale aktiviteter i fasen

- Utvikle hovedprogram som beskriver funksjoner, aktivitetsframskriving, kapasitet, arealbehov og overordnede konsepter for teknikk, IKT, utstyr og logistikk
- Utvikle og evaluere alternative bygningsmessige løsninger og konsepter
- Oppdatere estimer for investeringskostnad koblet til valgte kapasitets- og arealforutsetninger samt oppdatere økonomiske analyser, inkludert bæreevne, på prosjekt- og helseforetaksnivå.

Medvirkning i konseptfase steg 1

I steg 1 skjer medvirkning på overordnet ledelsesnivå. Helseforetaket etablerer en hovedmedvirkningsgruppe med ledere fra relevante klinikk-, avdelings- og seksjonsnivåer, samt tillitsvalgte, vernetjeneste, og brukerrepresentasjon via helseforetakets brukerutvalg.

Hovedmedvirkningsgruppen deltar i medvirkningsmøter for:

- overordnet utarbeidelse av hovedprogrammet
- alternativsutredning, evaluering og anbefaling av alternative planskisser og bygningsmessige løsninger til steg 2

Fagmiljøene for teknikk, IKT og utstyr medvirker i utarbeidelse av delprogrammer for sine fagområder.

Forankring internt i helseforetaket – konseptfase steg 1

Helseforetaket må vurdere hvordan prosjektinnrammingen svarer ut utviklingsplanen, og hvordan dette danner grunnlag for videre interne utredninger av virksomhetsinnhold, nye driftsformer og konseptuelle løsninger.

Helseforetaket skal etablere en intern informasjonsstruktur som sikrer:

- informasjon til og fra hovedmedvirkningsgruppen
- organisering av grupper for funksjonsområdene
- arenaer for faglige diskusjoner om hovedprogrammet

Strukturen kan tilpasses foretakets størrelse og kompleksitet.

Faglige diskusjoner skal omfatte både enkeltfunksjoner og tverrgående temaer som forsyning og logistikk. De gir grunnlag for overordnede beskrivelser i hovedprogrammet og sikrer et godt beslutningsgrunnlag for valg av virksomhetsinnhold.

Strukturen skal sikre god informasjonsflyt mellom interne møter og møter med prosjektorganisasjonen. Arbeidet skal gi innspill til funksjonsplassering og fysiske løsninger, og danne grunnlag for videre detaljering i skisseprosjektet (steg 2).

I steg 1 gir dette arbeidet medarbeiderne innsikt i prosesser og forbereder dem på neste fase, samtidig som helseforetaket kan utrede, vurdere og prioritere konsepter og fatte styrende beslutninger for prosjektets videre utvikling.

Formell beslutning om videreføring til neste fase

Styret i helseforetaket godkjenner foreløpig hovedprogram og konseptrapport, og gir anbefaling til regionalt helseforetak om videreføring av prosjektet til konseptfasen steg 2.

Regionalt helseforetak fatter vedtak i beslutningspunkt B3A med rammer og konsept for videre utredning. Avklaringer om valgt tomt skal foreligge i forkant av steg 2, jf. Tidligfaseveilederen (2024).

Konseptfase steg 2 – skisseprosjekt og utdyping av hovedalternativ

I konseptfase steg 2 videreutvikles det vedtatte alternativet gjennom et skisseprosjekt og økonomiske analyser. Hovedprogrammet ferdigstilles med beskrivelser for alle funksjoner. Skisseprosjektet skal vise bygningsstruktur, funksjonsfordeling og -plassering, logistikkprinsipper og tekniske hovedgrep på et nivå som gir grunnlag for forprosjekt.

		Konseptfase – steg 2
		Ferdigstille hovedprogram og videreutvikle valgt konsept gjennom skisseprosjekt og økonomiske analyser.
Hva skal medvirkning bidra til?	• Utforming av skisseprosjekt (struktur, plassering, logistikk og tekniske hovedgrep) · • Ferdigstille beskrivelser for fag- og funksjonsområder til hovedprogram • Avklare funksjonsplassering og driftsbehov	
Hvem medvirker?	• Hovedmedvirkningsgruppe • Kliniske og ikke-kliniske fagmiljøer • Fagmiljøer for teknikk, IKT, utstyr og logistikk	

Figur 10 Aktiviteter og medvirkning i konseptfase steg 2

Sentrale aktiviteter i fasen

- Ferdigstille hovedprogram med delprogrammer for funksjon, areal, teknikk, IKT og utstyr
- Utforme skisseprosjekt som viser bygningsstruktur, funksjonsfordeling og -plassering som ivaretar nærhetsprinsipper, samt hovedprinsipper for logistikk
- Utarbeide basiskalkyle, gjennomføre usikkerhetsanalyse, samt foreslå en styrings- og kostnadsramme for prosjektet. Økonomiske analyser skal oppdateres (gevinstplaner, bæreevne og finansierungsplan).

Medvirkning i konseptfase steg 2

Medvirkning viderefører strukturen fra steg 1 og utvides med de funksjonsområdene som prosjektet omfatter, både kliniske og ikke-kliniske funksjonsområder (f.eks. poliklinikk, sengeområder, operasjon, laboratorier, logistikk/forsyning, renhold). De som medvirker skal bidra til ferdigstillelse av hovedprogrammet og plassering av egne funksjonsområder i bygget. Fagmiljøene for teknikk/IKT/utstyr medvirker for å ferdigstille delprogrammer innenfor sine fagområder.

Hovedmedvirkningsgruppen, inkludert brukerrepresentasjon, medvirker i konseptutvikling og utvikling av skisseprosjektet.

Forankring internt i helseforetaket - konseptfase steg 2

Helseforetaket beslutter eventuelle nye driftskonsepter og starter arbeidet med gevinstrealiseringsplanen. Valg og prioriteringer er retningsgivende for videre utvikling av både bygg og organisasjon. Foretaket skal koordinere interne prosesser mellom medvirkningsmøter, sikre forankring av resultater, og iverksette organisasjonsutvikling som følger av nye driftskonsepter.

Mottaksorganisasjonen og representanter i hovedmedvirkningsgruppen skal jevnlig orientere i lederfora for å forankre prioriteringer. Den interne strukturen må støtte informasjonsflyt, faglige avklaringer og forberedelse til medvirkningsmøter, slik at representanter har med seg linjens vurderinger. Hørings- og informasjonsprosesser skal være gjennomført og dokumentert før saker løftes til samhandlingsarena 1 og 2.

Beslutning om videreføring til neste fase

Konseptrapport og hovedprogram ferdigstilles som grunnlag for B3-beslutning om oppstart av forprosjektfasen. Styret i helseforetaket godkjenner dokumentene og anbefaler videreføring til regionalt helseforetak, som fatter vedtak i beslutningspunkt B3.

For større sykehusbyggprosjekter er det mulig å søke om statlig låneramme. I den gjeldende låneordningen er det mulig å søke om lånefinansiering av 90% av prosjektets foreslåtte styringsramme (P50). Resterende finansiering må dekkes gjennom egenfinansiering. Grunnlaget for lånesøknaden skal være det regionale helseforetakets styrebehandling av konseptfasen, med tilhørende konseptfaserapport og rapport fra ekstern kvalitetssikring av konseptfasen (KSK).

Styringsramme fastsettes i forbindelse med investeringsbeslutning og behandling i eierlinjen, og legges til grunn for gjennomføringsfasen.

3.1.3. Forprosjekt

I forprosjekt skal det valgte konseptet bearbeides og detaljeres til et nivå som gir grunnlag for investeringsbeslutning og byggestart. Fasen skal resultere i en forprosjektrapport som underlag for beslutning om oppstart av gjennomføringsfasen. Helseforetakets gevinstrealiseringsplan inngår i forprosjektet.



Forprosjekt

Bearbeide og detaljere valgt konsept frem til beslutningsgrunnlag for investering og byggestart, ferdigstille gevinstrealiseringsplan. Prosjektet låses.

Hva skal medvirkning bidra til?

- Avklare og standardisere løsninger, logistikk og grensesnitt
- Bekrefte romfunksjons- og utstysprogram og innplassering av alle rom
- Sikre at driftsmodeller og hovedprinsipper ligger til grunn for løsningene

Hvem medvirker?

- Kliniske og ikke-kliniske fagmiljøer
- Fagmiljøer for teknikk, IKT, utstyr og logistikk
- Tverrgående temaer (eks. smittevern, sikkerhet/beredskap og universell utforming)

Figur 11 Aktiviteter og medvirkning i forprosjektfasen

Sentrale aktiviteter i fasen

Hovedprogram og løsninger skal kontrolleres for å sikre at prosjektet kan realiseres. Med utgangspunkt i hovedprogrammet videreutvikles et rom- og utstysprogram med krav til funksjon, teknikk, IKT og utstyr på romnivå. Konseptet detaljeres innenfor hver delfunksjon med planer på romnivå.

I forprosjektet skal grunnkonsept (fotavtrykk, overordnet funksjonalitet, teknikk og forutsetninger for videre gjennomføring) fryses. Dette innebærer å:

- verifisere sammenheng mellom funksjon og teknikk opp mot programkrav
- avklare grad av gjenbruk og standardisering av funksjon, løsning og teknikk
- verifisere romfunksjons- og utstysprogram
- beskrive tekniske funksjonstester, inkludert integrerte tester
- verifisere arkitektmodell med innplassering av hvert rom

Medvirkning i forprosjekt

Forprosjektet innebærer økt detaljeringsgrad og flere temaer som skal gjennomgås og verifiseres enn tidligere faser. Strukturen fra konseptfasen videreføres med medvirkningsprosesser for funksjon, teknikk, IKT, utstyr og logistikk. Medvirkningen skal verifisere at foreslåtte løsninger og standarder ivaretar funksjonalitet, logistikk og grensesnitt mellom bygg, utstyr og digitale systemer mm.

Brukerrepresentanter viderefører sin deltakelse i relevante medvirkningsprosesser for funksjon, universell utforming og øvrige brukerrelaterte tema.

Tverrgående temaer behandles i egne prosesser for å sikre helhetlige løsninger, eksempelvis smittevern, sikkerhet og beredskap, arbeidsmiljø og universell utforming.

Medvirkningen skal bidra til at forprosjektet bygger på helseforetakets prioriteringer, og at hovedprinsipper og vedtatte driftsmodeller er innarbeidet i løsningene. Innplassering av alle rom og verifisering av rom- og utstysprogram med tekniske løsninger danner grunnlag for

ytterligere detaljering i funksjonsprosjektet, som normalt kommer etter forprosjekt. Medvirkning med betydning for valg av løsninger skal være ferdigstilt innen B4-beslutning.

Forankring internt i helseforetaket - forprosjekt

Økt detaljeringsgrad med avklaring og verifisering for å låse layout og løsninger krever økt intern koordinering, forankring og informasjon. Beskrivelsene i forprosjektrapporten og hovedprogrammet er foretakets viktigste underlag for organisasjonsutvikling og forberedelse til ibruktakelse av nytt bygg.

Helseforetaket skal i forprosjektet utarbeide en gevinstrealiseringsplan, inkludert oppdaterte analyser av økonomisk bæreevne på prosjekt- og foretaksnivå. Innspill fra linjen i helseforetaket skal være dokumentert før oversendelse til regionalt helseforetak.

Formell beslutning om videreføring til neste fase

For enkelte prosjekter er det ønskelig at prosjektets risiko reduseres gjennom økt prosjektutvikling i forprosjekt. Da kan hele eller deler av funksjonsprosjektet gjennomføres før B4-beslutning. Detaljeringsnivået og graden av ferdigstilling i funksjonsprosjektet medfører at prosjektkalkylen utvikles til et nivå som gir et bedre beslutningsgrunnlag for prosjektets styringsramme i gjennomføringsfasen. Ved en sammenslåing av disse fasene vil forprosjektets og funksjonsprosjektets leveranser ligge til grunn for realisering av byggeprosjektet og helseforetakets interne OU-prosesser.

Forprosjektrapporten med vedlegg, hovedprogram, konseptrapport og ekstern kvalitetssikring (KSF), danner grunnlag for investeringsbeslutning (B4). Styret i helseforetaket godkjenner forprosjektrapporten og anbefaler B4-beslutning til regionalt helseforetak. Mandat for gjennomføringsfasen behandles som egen beslutning som en del av forprosjektleveransen.

3.2. Gjennomføringsfase

I gjennomføringsfasen videreutvikles og detaljeres forprosjektet frem mot realisering. Arbeidet skjer i tett samspill mellom prosjektorganisasjonen og helseforetaket, der løsninger beskrives, avklares og verifiseres.

Mottaksorganisasjonen har en sentral rolle og samarbeider med prosjektorganisasjonen om oppfølging av funksjonskrav og vurdering av endringer. Fagmiljøer fra teknikk, IKT og utstyr deltar i relevante møtearenaer, samt i befaringer, leveranse-mottak og verifikasjon av løsninger.

3.2.1. Forberede produksjon

Første del av gjennomføringsfasen handler om forberedelse til bygging. I denne perioden gjennomføres funksjonsprosjekt og detaljprosjektering. Her verifiseres rom- og utstyrsprogram, og bygningsmodellen (BIM) utvikles på romnivå med innplassering av teknisk infrastruktur, medisinsk teknisk utstyr og møblering. Parallelt utvikles prinsipper for tverrgående temaer.

Funksjonsprosjekt

Funksjonsprosjektet sikrer detaljering av funksjon, utstyr og møblering i det enkelte rom og funksjonsområde som grunnlag for detaljprosjektering, utstyrsanskaffelse og bygging. Dette gir grunnlag for en samlet kvalitetssikring av løsning på romnivå opp mot krav og funksjonsbeskrivelser. En stor del av funksjonsprosjektet omhandler verifisering av endelig innplassering, tilpasning til utstyr og interiør, og fagvise temaplaner for f.eks. dører, himling, materialvalg mm. Parallelt verifiseres prinsipper og løsninger for tverrgående temaer.

Fasen avsluttes med låst layout og teknikk på romnivå, som grunnlag for detaljprosjektering.

	Funksjonsprosjekt
	Detaljere funksjon, utstyr og møblering, verifisere endelig innplassering og sikre kvalitet opp mot krav og funksjonsbeskrivelser.
Hva skal medvirkning bidra til?	• Ferdigstille rom- og utstyrsprogram • Verifisere teknikk, funksjon og temaplaner på romnivå • Sikre helhetlige løsninger på tvers av funksjoner og tverrgående temaer
Hvem medvirker?	• Kliniske og ikke-kliniske fagmiljøer • Fagmiljøer for teknikk, IKT, utstyr og logistikk • Tverrgående temaer (eks. smittevern, sikkerhet/beredskap og universell utforming)

Figur 12 Aktiviteter og medvirkning i funksjonsprosjektet

Sentrale aktiviteter

- Kvalitetssikre og verifisere rom- og utstyrsprogram slik at dette ferdigstilles som underlag til anskaffelsesprosesser og bygging
- Verifisere fagvise temaplaner
- Verifisere teknikk versus funksjon på romnivå

Medvirkning i perioden

Medvirkningen detaljerer utstyr, løst inventar og teknikk på romnivå som underlag for detaljprosjektering.

Fagmiljøer fra teknikk, IKT, logistikk og utstyr omsetter funksjonelle behov til tekniske krav og spesifikasjoner, og bidrar i arbeidet med kravspesifikasjoner for kommende anskaffelser. Tverrgående tema behandles i egne prosesser for å sikre helhet på tvers av funksjoner.

Brukerrepresentanter kan delta ved verifisering av funksjonelle løsninger med betydning for pasient- og pårørendeopplevelse, tilgjengelighet og universell utforming.

Forankring internt i helseforetaket

Mottaksorganisasjonen sikrer forankring mellom funksjonsbeskrivelser og tekniske spesifikasjoner. Tekniske og driftsansvarlige fagmiljøer må sikre at kravspesifikasjoner er gjennomgått og akseptert internt.

Leveransene fra fasen danner grunnlag for helseforetakets videre planlegging av drift og organisering i nytt bygg. Fokuset flyttes fra «hva vi skal bygge» til «hvordan skal vi ta i bruk det vi bygger». Detaljerte planer konkretiserer arbeidsprosesser, logistikk og rutiner og gir grunnlag for planlegging av drift. Senest i denne fasen skal foretaket ha utarbeidet konkrete planer for organisasjonsendringer (roller, rutiner og arbeidsbeskrivelser) tilpasset de vedtatte planene for nytt bygg. Linjeledere har ansvar for å forankre arbeidsprosesser og bemanningsmodeller i lokale fora.

Utarbeidelse av plan for helseforetakets slutfaseaktiviteter skal beskrives i «Plan for ibruktakelse» og skal være i henhold til prosjektets «Samlet plan for slutfasen».

Detaljprosjektering

I detaljprosjekteringen skal prosjektet detaljeres slik at man kan starte byggingen. BIM-modell detaljeres til komplette tekniske og bygningsmessige underlag for anskaffelser og bygging. Her fastsettes detaljerte tegninger, spesifikasjoner, tekniske beskrivelser og grensesnitt mellom bygg, utstyr og IKT, med utgangspunkt i gjeldende standarder og erfaringer fra tidligere prosjekter. Endringsrommet er mindre enn i konsept- og forprosjektfasen, og konsekvensene av endringer kan være store.

	Detaljprosjektering	Utarbeide endelige tegninger, spesifikasjoner og tekniske beskrivelser som grunnlag for bygging og anskaffelser.
Hva skal medvirkning bidra til?	• Verifisere funksjon, teknikk, utstyr og IKT mot programkrav • Utarbeide og evaluere tilbudsgrunnlag for utstyr, IKT og inventar • Avklare grensesnitt mellom bygg, tekniske systemer, utstyr og logistikk • Bekrefte funksjonelle krav der kliniske avklaringer fortsatt trengs	
Hvem medvirker?	• Fagmiljøer for teknikk, IKT, utstyr og logistikk • Kliniske fagmiljøer ved behov for funksjonelle avklaringer	

Figur 13 Aktiviteter og medvirkning i detaljprosjekteringsfasen

Sentrale aktiviteter

- Kravspesifikasjoner for utstyr og inventar
- Avklarte grensesnitt mellom bygg, IKT, MTU, logistikk og drift
- Endelige plantegninger og snitt for bygg og tekniske føringsveier
- Oppdaterte tegninger, modeller og tekniske beskrivelser som ivaretar drifts- og funksjonskrav
- Detaljerte planer og underlag til anskaffelser og produksjon
- Risikovurderinger med tilhørende tiltak innen funksjonelle og driftsmessige områder

Medvirkning i perioden

Det er begrenset medvirkning på funksjonsområder i denne fasen. Medvirkningen vil være knyttet til utarbeidelse av tilbudsgrunnlag og evaluering av tilbud på funksjonsutstyr, IKT-utstyr, grunnutstyr, møbler og inventar.

Tekniske og driftsrettede fagmiljøer deltar i avklaringer av grensesnitt mellom bygg, tekniske systemer, utstyr og logistikk, og bidrar til å sikre at tekniske løsninger understøtter planlagt drift. Kliniske miljøer bør delta der det er behov for å avklare / tydeliggjøre funksjonelle krav.

Forankring internt i helseforetaket

Mottaksorganisasjonen koordinerer interne ressurser slik at helseforetaket deltar med riktig kompetanse. Innspill og tilbakemeldinger på dokumenter og produksjonsunderlag gis samlet til prosjektorganisasjonen. Dette sikrer at informasjon og løsninger fra prosjektutviklingen bringes tilbake til interne OU-prosesser. Arbeidet med OU-prosesser og tilpasning av organisasjonen til nye arealer pågår i linjen.

Helseforetaket ferdigstiller «Plan for ibruktakelse», som skal svare ut helseforetakets aktiviteter i «Samlet plan for slutfasen». Det involverer hele linjeorganisasjonen og omfatter detaljerte beskrivelser for blant annet virksomhetstester, flytteplaner, opplæringsplaner og beredskapsplaner. «Plan for ibruktakelse» skal godkjennes i helseforetakets styringslinje.

3.2.2. Utfør produksjon (bygging)

Etter funksjonsprosjekt og detaljprosjektering starter selve byggeprosessen. Arbeidet omfatter bygging, installasjoner og leveranser på byggeplass basert på godkjent produksjonsunderlag. Denne perioden kan starte parallelt med avslutningen av detaljprosjekteringen, og omfatter bygging, produksjon, installasjoner og leveranser på byggeplass. BIM-modellen oppdateres med nødvendig informasjon og FDVU-dokumentasjon. Offentlige tillatelser følges opp. Testregimet for å verifisere leveranser starter opp.

Endringer fra forprosjektet (B4-beslutning) skal håndteres i henhold til prosjektets gjeldende endringsprosedyre.

Mot slutten av perioden iverksettes «Samlet plan for slutfasen». Prosjektorganisasjonen koordinerer aktiviteter for de involverte aktørene. Nødvendige forberedelser skal være gjennomført i henhold til prosjektets fremdriftsplan.

	Produksjon	Realisere prosjekterte løsninger på byggeplass i henhold til prosjektmålene. Systematisk ferdigstilling og overgang til slutfasen.
Hva skal medvirkning bidra til?	• Avklare endringer som påvirker funksjon, drift og logistikk • Delta i installasjon, testing og mottak av tekniske systemer og utstyr • Forberede fagmiljøer på overtakelse, opplæring og kommende ibruktakelse	
Hvem medvirker?	• Fagmiljøer for teknikk, IKT, utstyr og logistikk • Kliniske og ikke-kliniske fagmiljøer ved befaringer og områdevis gjennomgang	

Figur 14 Aktiviteter og medvirkning i byggefasen

Sentrale aktiviteter i fasen

- Opplæring og forberedelse til overtakelse. Gjelder særlig helseforetakets representanter i fagmiljøene for teknikk, IKT, utstyr og eventuelt logistikk
- Behandling av endringer på byggeplass som har betydning for kliniske og ikke-kliniske funksjoner skal koordineres med mottaksorganisasjonen. Funksjonsgrupper involveres dersom vesentlige forhold berøres.

Medvirkning i perioden

Medvirkning er i hovedsak knyttet til oppfølging, verifikasjon og mottak av leveranser.

Fagmiljøene for teknikk, IKT, utstyr og eventuelt logistikk deltar i installasjon, testing og mottak av tekniske systemer og utstyr, som også fungerer som opplæring frem mot overtakelse. Kliniske og ikke-kliniske fagmiljøer deltar i befaringer av egne funksjonsområder, som del av forberedelser til OU-prosesser og flytting. Aktivitetene kobles tett mot «Samlet plan for slutfasen».

Forankring internt i helseforetaket

Ressurser fra helseforetaket som medvirker i byggeperioden skal ha et klart mandat for sin rolle. Det vil det være behov for løpende avklaringer knyttet til produksjonsunderlag og løsninger samt til aktivitet og ulike forhold på byggeplass. Helseforetakets interne struktur må derfor sikre god informasjonsflyt og forankring til linjeorganisasjonen. Dette gjelder særlig saker som trenger intern behandling, eller som kan påvirke OU-prosesser og forberedelse til ibruktakelse.

Parallelt ferdigstilles organisatoriske tilpasninger og opplæring knyttet til nye arealer og løsninger. Opplæringsplaner iverksettes for å sikre at driftspersonell er tilgjengelig for testing, innregulering og prøvedrift av tekniske systemer.

Helseforetaket skal senest i denne perioden slutføre, vedta og forankre «Plan for ibruktakelse» i styringsstrukturen. Planen skal omfatte virksomhetstester, opplæring av alt personell, bemanning, flytting, beredskap, klinisk ibruktakelse og overgang til ordinær drift.

3.2.3. Slutfase

Perioden starter når bygget er definert som mekanisk ferdigstilt og varer fram til eierskifte med helseforetaket. I slutfasen ferdigstilles, testes og verifiseres tekniske systemer og funksjonsområder frem mot overtakelse. Mottak, installering og testing av funksjonsutstyr og IKT foregår hovedsakelig i slutfasen, og kan påvirke ferdigstillelse av rom og områder. Avslutningsvis testes om samspillet mellom bygg, teknologi, utstyr og organisasjon fungerer etter intensjon.

Ved eierskifte overføres bygg og anlegg fra prosjektorganisasjonen til helseforetaket. Prosjektorganisasjonen har ansvar for planlegging og gjennomføring av slutfasen frem til dette punktet. Ved eierskifte overtar helseforetaket kontrakts-, drifts- og disposisjonsansvar. Eierskifte kan skje samlet eller trinnvis, avhengig av prosjektets størrelse og kompleksitet.

Etter eierskifte iverksetter helseforetaket siste del av «Plan for ibruktakelse».

 Slutfase Slutføre byggeprosjektet med overgang fra prosjekt til ordinær drift. Eierskifte hvor helseforetaket overtar ansvaret.	
Hva skal medvirkning bidra til?	• Delta i tester, prøvedrift og igangkjøring av systemer • Befaringer og funksjonsgjennomganger i nye arealer • Mottak og verifisering av utstyr og systemer • Identifisere og håndtere risikoforhold ved oppstart i nytt bygg
Hvem medvirker?	• Kliniske, tekniske og administrative fagmiljøer • Fagmiljøer for teknikk, IKT, utstyr og logistikk

Figur 15 Aktiviteter og medvirkning i slutfasen

Sentrale aktiviteter i perioden

- Vurdering av alle slutfaseaktiviteter både i prosjektorganisasjonen og helseforetaket opp mot fremdriftsplan og risikovurderinger
- Mottak, installering og testing av funksjonsutstyr skjer som oftest i slutfasen og så tett opp til eierskifte som mulig
- Gjennomføring av tester i henhold til prosjektets testregime
- Gjennomføring av eierskifte med overgangen til fasen «ibruktakelse og drift»

Iverksettelse av Samlet plan for slutfasen

Plandokumentet «Samlet plan for slutfasen» skal sikre en helhetlig, strukturert og forutsigbar overgang fra slutfasen til eierskifte og videre til klinisk ibruktakelse og drift. Plandokumentet beskriver hvordan slutfasen skal gjennomføres, hvilke aktiviteter som skal utføres, når de skal utføres, og hvem som har ansvar for de enkelte aktivitetene. Planen skal ha særlig fokus på samhandlingen mellom prosjektorganisasjon og helseforetaket. Andre aktører involveres etter behov. Arbeidet med planen ledes av prosjektorganisasjonen og begynner i forprosjektfasen. Planen skal vedtas i henhold til prosjektmandatet og iverksettes i overgangen mellom byggeperioden og slutfasen.

Helseforetaket har ansvar for eget plandokument, «Plan for ibruktakelse», som beskriver detaljerte planer for helseforetakets egne aktiviteter både før og etter eierskifte. Dette omfatter blant annet virksomhetstester, opplæring, flytting og ibruktakelse med ordinær drift.

Medvirkning i perioden

Medvirkning i slutfasen omfatter bred involvering på tvers av tekniske, kliniske og administrative miljøer og krever omfattende samarbeid og koordinering. Arbeidet handler om å sikre trygg og kontrollert overgang til ibruktakelse og ordinær drift.

Helseforetaket skal delta i følgende aktiviteter:

- tester, prøvedrift og igangkjøring
- eierskiftebefaringer
- funksjonsgjennomganger i nye arealer
- mottak og verifisering av utstyr og systemer

Det legges særlig vekt på å identifisere og håndtere risikoforhold som kan påvirke pasientbehandling og drift ved oppstart i nytt bygg.

Brukerrepresentanter bør bidra til å verifisere at løsningene ivaretar pasient- og pårørendeperspektivet. De bør delta i funksjonsgjennomganger av relevante områder og bidra til å identifisere forhold som kan påvirke pasientopplevelse, tilgjengelighet og orienterbarhet ved oppstart.

Forankring i helseforetaket - slutfase

Helseforetaket forbereder flytting og ibruktakelse i tråd med «Plan for ibruktakelse». Dette inkluderer å gjennomføre vedtatte planer for:

- opplæring av alle ansatte
- virksomhetstester
- beredskapsøvelser
- flytting av gods, personell og pasienter
- flytting, igangkjøring og verifisering av utstyr og inventar som skal gjenbrukes i nytt bygg

Etter eierskifte tar helseforetaket nytt bygg med utstyr, infrastruktur og ny teknologi i bruk.

I henhold til «Plan for ibruktakelse» gjennomføres forberedelser, øvelser, flytteprosessen iverksettes og avsluttes med at helseforetaket har ordinær drift i nytt bygg.

Prosjektorganisasjonen skal ved behov delta i helseforetakets beredskapsgruppe i perioden for flytting og oppstart av ordinær drift.

3.3. Ibruktakelse og drift

Gjennomføringsfasen avsluttes med eierskifte (B5-beslutning) og overgangen til fasen hvor nytt bygg er klar for klinisk ibruktakelse og ordinær drift.

Helseforetaket overtar ansvar for bygget, og klinisk ibruktakelse, drift og gevinstrealisering gjennomføres.

Prosjektorganisasjonen avslutter samtidig byggeprosjektet og gjennomfører prosjektavslutning i henhold til etablerte rutiner.

Prosjektorganisasjonen kan, etter avtale, bistå helseforetaket med oppfølging av gjenstående feil, mangler, reklamasjoner og ett års garantibefaring. Prosjektavvikling innebærer å:

- sikre at nødvendig dokumentasjon foreligger og er arkivert
- avslutte prosjektrengskapet
- sørge for at nødvendige avtaler for eventuell videre oppfølging er på plass

Helseforetakets ledelse, mottaksorganisasjonen, brukerrepresentanter og andre nøkkelressurser deltar i evaluering av slutfasen og hele prosjektforløpet. Evalueringen bør inkludere erfaringer knyttet til pasient- og pårørendeopplevelse og hvordan bygget understøtter brukernes behov. Det kan være aktuelt med deltakelse i øvrige oppsummeringer og sluttrapporter der dette er avtalt.

4. Avslutning

Medvirkning skal bidra til at sykehusbygg utvikles på grunnlag av kunnskap, erfaring og dokumenterte behov. Gjennom tydelige roller, systematiske prosesser og god forankring skal medvirkningen understøtte beslutninger og bidra til løsninger som fungerer for pasienter, pårørende, ansatte og virksomheten som helhet.

Medvirkning omfatter både utvikling av fysiske løsninger og vurderinger av organisering, arbeidsprosesser og drift. Gjennom deltakelse fra relevante fagmiljøer, brukere og ledere skal medvirkningen bidra til et bredest mulig beslutningsgrunnlag og til å skape forståelse for endringene som følger av nye bygg, teknologi og arbeidsformer.

5. Etterord

Sykehusbygg HF har ledet arbeidet med veilederen og ført den i pennen. En samarbeidsgruppe bestående av representanter fra eiere, ledere, tillitsvalgte, verneombud og brukere fra alle fire helseregioner har vært viktige bidragsyttere. Deltakere i denne gruppen er listet opp i oversikten nedenfor:

Navn og stilling/funksjon	Foretak/region
Guri Albriktsen, klinisk rådgiver	Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) / Helse Nord
Tore Karlsen, prosjektleder, teknikk og innflytting	Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) / Helse Nord
Ketil Gaupset, prosjektsjef	Sjukehuset Nordmøre og Romsdal HF (SNR) / Helse Midt-Norge
Tora Langseth, prosjektsjef, bygg og eiendom	Helse Sør-Øst RHF
Anette Siebenherz, prosjektsjef, nytt stråle- og somatikkbygg	Sykehuset Østfold HF / Helse Sør-Øst
Sigrid Rannem, avdelingsleder, avdeling for organisasjonsutvikling, programleder Nye Aker, stab utvikling	Oslo universitetssykehus HF (OUS) / Helse Sør-Øst
Gunnar Lasse Husebye, fagleder, eiendomsavdelingen	Helse Stavanger HF (SUS) / Helse Vest
Oddvin Næsse, konserntillitsvalgt (KTV), YS	Helse Vest
Bård Martinsen, konserntillitsvalgt (KTV), SAN	Helse Nord
Christian Grimsgaard, konserntillitsvalgt (KTV), Akademikerne	Helse Sør-Øst
Wenche Røkenes, konserntillitsvalgt (KTV), Unio	Helse Vest
Martin Øien Jenssen, konserntillitsvalgt (KTV), Akademikerne	Helse Nord
Steinar Mørken, konsernhovedverneombud (KVO)	Helse Sør-Øst
Tove Nakken, brukerutvalget, Sykehusbygg HF	Felles