

**Bardu kommune**

**Prosjektplan forprosjektfase - ITMS**

**Overordnet styringsdokument**

**08.10.2013**

## Dokumentkontroll

Revisjon:	Revisjonen gjelder:	Godkjent:	Dato:
3	Oppdatert etter ny info knyttet til budsjett		08.10.2013
2	Oppdatert etter gjennomgang i styringsgruppemøte		07.10.2013
1	Oppdatert etter gjennomgang i oppstartsmøte med prosjekteier		30.09.2013
	Arkivnr.:	Saksbeh.: FST	Kontroll: Dato: 26.03.2013
<b>Dokument tittel:</b> <b>Bardu kommune – prosjektplan forprosjektfase ITMS</b>			

## Innholdsfortegnelse

<b>1</b>	<b>Formålet med styringsdokumentet .....</b>	<b>4</b>
<b>2</b>	<b>Prosjekt, prosjekteier og prosjektledelse prosjektering.....</b>	<b>4</b>
<b>3</b>	<b>Overordnede rammer .....</b>	<b>4</b>
3.1	Bakgrunn .....	4
3.1	Planleggingsmodell .....	7
3.2	Hensikt, krav og hovedkonsept.....	10
3.3	Prosjekt mål for ITMS-prosjektet .....	12
3.4	Kritiske suksessfaktorer .....	14
3.5	Rammebetingelser .....	14
3.6	Grensesnitt .....	15
<b>4</b>	<b>Forprosjektets innhold – sluttdokument .....</b>	<b>15</b>
<b>5</b>	<b>Prosjektstrategi .....</b>	<b>15</b>
5.1	Oppgaver .....	15
5.2	Strategi for styring av usikkerhet/risiko .....	15
5.3	Gjennomføringsstrategi .....	16
5.4	Organisering og ansvarsdeling .....	16
5.4.1	Arbeidsgruppe helse mandat:.....	17
5.4.2	Avtaler og organisering, mandat:.....	17
5.4.3	Styringsgruppe .....	17
5.4.4	Daglig prosjektledelse forprosjekt (PLF).....	18
5.4.5	Medvirkning i forprosjektfasen.....	18
5.4.6	Ansvarsforhold .....	18
5.4.7	Fullmakter .....	18
5.5	Informasjon og kommunikasjon.....	19
<b>6</b>	<b>Prosjektstyringsbasis - forprosjekt.....</b>	<b>19</b>
6.1	Styrende dokumenter og arbeidsomfang .....	19
6.2	Prinsipper for prosjekt- og risikostyring.....	20
6.3	Styringsverktøy.....	20
6.4	Prosjektnedbrytingsstruktur .....	20
6.5	Prosjektkostnader.....	21
6.6	Tidsplan.....	23
6.7	Kvalitetssikring .....	24
6.8	Dokumenthåndtering/arkiv .....	25
6.9	Rapportering.....	25
6.10	Fakturering .....	25
<b>7</b>	<b>VEDLEGG 1, ORDLISTE .....</b>	<b>26</b>

## 1 Formålet med styringsdokumentet

Styringsdokumentet skal gi oversikt over de sentrale forhold i prosjektet på en måte som virker retningsgivende og avklarende for alle aktører i prosjektet.

For di det dreier seg om en forprosjektfase, vektlegges de forhold som er relevant for den-  
ne fasen i prosjektet, samt forberedelse til neste fase. Denne versjonen av styringsdoku-  
mentets tidsplan har dessuten særlig fokus på perioden før oppstart forprosjekt prosjekte-  
ring. Tidsplanens innhold mht. prosjektering skal derfor oppdateres og detaljeres mer før  
forprosjekt prosjektering startes. Styringsdokumentet skal revideres dersom det fram-  
kommer ny relevant styringsinformasjon som påvirker tid, kostnad eller kvalitet. Slik opp-  
datering skjer bare etter behandling og vedtak i styringsgruppa.

Foreliggende styringsdokument fastlegger rammevilkår og er retningsgivende for det vide-  
re arbeid fram til fullført forprosjekt. Dokumentet godkjennes av prosjektets styringsgrup-  
pe.

## 2 Prosjekt, prosjekteier og prosjektledelse prosjektering

Prosjektet benevnes til daglig "ITMS-prosjektet".

Et nytt ITMS-bygg er beregnet til å ha et bruttoareal på 5600 m<sup>2</sup>, og gir en investerings-  
kalkyle på 216 millioner kroner. Involverte parter i prosjektet stiller krav om at arealet re-  
duseres betydelig. Antatt bruttoareal er et sted mellom 4500 og 5000 m<sup>2</sup>.

Bardu kommune er prosjekteier og byggherre. Oppdragsgivers representant og prosjekt-  
ansvarlig er rådmann Hege Walør Fagertun.

Arbeidet deles inn i følgende områder:

1. Helsetjenestemodell
2. Avtaler og organisering
3. Programmering, arealbehov og utstyrsplanlegging
4. Bygg (forprosjekt prosjektering inkl. kalkyle konto 1-7)
5. Kostnader (samlet prosjektkostnad, usikkerhetsanalyse, forslag til kostnadsramme med styringsmål og avsetning for usikkerhet)
6. Finansiering
7. Plan for videre arbeid

Frida Strøm er Bardu kommunes prosjektleder (PL), og vil i samråd med ekstern prosjekt-  
ledelse (PLF) utarbeide det endelige forslaget til ansvarskart og samspill mellom kommu-  
nens prosjektleder og ekstern prosjektleder for disse områdene. Utgangspunktet er at  
ekstern prosjektleder ivaretar alle områdene, men det kan være aktuelt at kommunens  
prosjektleder ivaretar utvalgte deler basert på hvilken kompetanse en ekstern prosjektle-  
delse vil ha. Styringsdokumentet oppdateres når dette er avklart.

## 3 Overordnede rammer

### 3.1 Bakgrunn

FD, HOD, regionale og kommunale myndigheter skal avklare hvordan helsetilbudet som i  
dag ytes ved Troms militære sykehus (TMS) skal ivaretas i tråd med intensjonene i sam-  
handlingsreformen etter at TMS legges ned som militær avdeling. Prosjektet ITMS arbei-  
der med dette, og ledes av Bardu kommune i et samarbeid med Forsvaret, Universitets-  
sykehuset Nord-Norge (UNN HF), Helse Nord RHF, kommunene Målselv, Salangen og  
Lavangen, Troms fylkeskommune, og Universitetet i Tromsø (UiT).

Troms militære sykehus (TMS) ble etablert i 1954, for å dekke behovet for et militærpsyke-  
hus for befal og soldater i tilknytning til opprettelsen av brigaden i Nord-Norge.

Gjennom årene har det utviklet seg en arbeidsdeling mellom sivile helseinstitusjoner og  
TMS, og Universitetssykehuset i Nord-Norge (UNN) har gjennom flere tiår vært hoved-

samarbeidspartner. Samarbeidet er regulert gjennom en rammeavtale mellom Forsvarets sanitet (FSAN) og UNN:

*"Troms militære sykehus -TMS har som primæroppgave å behandle militært personell, gi utdanningsmuligheter for mannskaper ved Sanitetsbataljonen, støtte med fagpersonell til undervisning, samt inngå som militært beredskapssykehus. TMS har som sekundæroppgave å drive poliklinikk/dagkirurgi for sivile pasienter i samsvarende med gjeldende lovgivning og forskrifter, regler, retningslinjer fastsatt av de sentrale helsemyndigheter."*

Avtalen innebærer at Forsvaret til nå har hatt ansvar for driften, inkludert infrastruktur og fast tilsatt helsepersonell, mens UNN har hatt det medisinskfaglige ansvaret for poliklinisk/dagkirurgisk virksomhet og bemannet TMS med spesialister. TMS har i praksis fungert som et distriktsmedisinsk senter i over 20 år. I dag ambulerer spesialister fra UNN til TMS. Dette omfatter gastrokirurg, urolog, ortoped, kirurg, lungelege, hudlege, øre-nesehals-spesialist (ØNH), øyelege, gynekolog, nevrolog og revmatolog, samt hørselsterapeut som følger med ØNH-spesialisten. Pasientene til 77 prosent av konsultasjonene kom i 2011 fra kommunene Målselv, Bardu, Salangen, Lavangen, Sørreisa og Lenvik.

Den interkommunale legevakten er også lokalisert til TMS. 01.12.2012 startet legevakten drift av to øyeblikkelig-hjelp-senger. Befolkningen i de fire kommunene som samarbeider om legevakt (Bardu, Målselv, Salangen og Lavangen) består av til sammen 13 700 innbyggere med Målselv som størst med 6 600 innbyggere, og Lavangen som minst med 1000 innbyggere. Reiseavstand fra de fire kommunesentrene til nærmeste sykehus er i dag mellom 130 og 200 kilometer til UNN i Tromsø i nord, eller mellom 70 og 120 kilometer til UNN i Narvik i sør. Når Hålogalandsbrua blir ferdig (2016), forkortes reisen til Narvik med 18 kilometer.

Forsvarets garnisonshelsetjeneste/basehelsetjeneste/1.linjetjeneste på Setermoen er lokalisert i TMS-bygget. Garnisonshelsetjenester drives av FSAN.

TMS-bygget nærmer seg slutten av sin levetid, og byggets tilstand er vurdert av Forsvarsbygg som slik at det vil koste 250 millioner kroner å oppgradere det til et tilfredsstillende "ITMS". Beliggenheten er ikke optimal mht avstand til soldaters boligkvarter, til Setermoen sentrum, og fordi det ligger i Setermoen leir sitt nærøvingssområde.

Stortinget har vedtatt at TMS skal legges ned som militær avdeling. I Regjeringens langtidsplan for Forsvaret (Prop. 73 S (2011-2012) står følgende:

*"FD, HOD, regionale og kommunale myndigheter skal avklare hvordan helsetilbudet som i dag ytes ved Troms militære sykehus skal ivaretas i tråd med intensjonene i samhandlingsreformen etter nedleggelsen av Troms militære sykehus. Det legges til grunn at Forsvaret vil benytte, og dekke sine kostnader knyttet til, helsetilbudet som etableres etter at Troms militære sykehus er nedlagt. Den allerede igangsatte prosess med å samlokalisere Forsvarets ulike helsetjenester i Indre Troms, og samlokalisere disse i det nye senteret som skal etableres etter at Troms militære sykehus er nedlagt, videreføres."*

I Statsbudsjettet (Prop 1 S 2012-2013) står følgende:

*"Arbeidet med å samlokalisere Forsvarets ulike helsetjenester i Indre Troms videreføres. Dette gjøres i sammenheng med det pågående samarbeidet i regi av Bardu kommune mellom berørte aktører tilknyttet etablering av et nytt medisinsk senter i regionen etter at Troms militære sykehus er nedlagt, jf. Prop. 73 S (2011-2012). Det tas sikte på at så mye som mulig av Forsvarets basehelsetjenester i regionen legges inn i et slikt nytt senter. Forsvaret vil således bidra aktivt til at det etableres konstruktive og fremtidsrettede løsninger hvor det trekkes veksler på de positive synergier som kan skapes gjennom et godt samarbeid. Dette vil være til beste for både Forsvaret, regionale og kommunale myndigheter og ikke minst regionens innbyggere."*

Prosjekt "Indre Troms medisinske samhandlingssenter – ITMS" startet opp med Kick-off 21. mai 2012. 15. november ble konseptrapporten skrevet av Thomas Hansen i FAVEO prosjektledelse levert.

To arbeidsgrupper har samarbeidet gjennom konseptfasen: Arbeidsgruppe Helse og Arbeidsgruppe Bygg.

I tillegg til de tjenestene som ytes i TMS-bygget i dag, er det skissert at den offentlige tannhelsetjenesten som drives av Troms fylkeskommune, Bardu kommune sine helsetjenester, og ambulansestasjonen i Bardu lokaliseres i senteret.

Arbeidsgruppe Helse har i rapporten som er skrevet av professor i samfunnsmedisin og allmennmedisin, Toralf Hasvold, beskrevet en ny modell for et medisinsk senter med kommunale tjenester, interkommunale tjenester, fylkestannhelsetjenester, spesialisthelsetjenester, forsvarrets helsetjenester og universitetets behov for undervisnings- og praksisarena. Helsetjenestemodellen vil kunne realisere samhandlingsreformen, og utvikle en unik samhandling mellom sivil og militær helsetjeneste.

Modellen vil ha betydelig synergipotensiale både ved å utnytte felles funksjoner, areal og infrastruktur samt kompetanseoverføringer mellom tjenesteenhetene. Modellen er derfor ikke bare en annen bygningsmessig løsning, men en løsning som kan gi den totale helse-tjenesten et faglig og tjenestemessig løft. Som en ny modell med nye samhandlingsformer, vil modellen også være viktig som objekt for helsetjenesteforskning og evaluering<sup>1</sup>.

En samfunnsøkonomisk analyse utført av Norut Alta ved Birgit Abelsen og Margrethe Gaski, konkluderer med at ITMS-modellen er samfunnsøkonomisk lønnsom<sup>2</sup>.

Arbeidsgruppe bygg har utformet et nytt ITMS basert på innspill fra arbeidsgruppe helse. Nybygget for alternativ 1 tar utgangspunkt i et hovedfunksjonsprogram på ca. 5600 m<sup>2</sup> BTA og gir en investeringskalkyle på ca. 216 mill. kr<sup>3</sup>. Arealet kan reduseres ved at partene kritisk vurderer behovet. Økt samhandling og sambruk av areal vil kunne få ned det totale arealet, og dermed de totale kostnadene.

Utforming av bygg basert på innspill fra arbeidsgruppe helse, areal og fordeling av areal på partene danner utgangspunkt for en fordeling av roller, ansvar og kostnader, og et utgangspunkt for et nytt helhetlig avtaleverk.

Styringsgruppen i prosjekt ITMS anbefalte involverte parter om å videreføre prosjektet. Partene har svart at de ønsker det under visse forutsetninger: De er opptatt av å gjennomføre de aktiviteter som er nødvendige for å definere og dimensjonere bygget, og kvalitetssikre gjennomføringsstrategien og grunnlaget for implementering av ITMS-konseptet. Forprosjektet må utvikle og detaljere en finansieringsmodell slik at kostnadsbildet for den enkelte aktør fremstilles realistisk. Det skal gi et totaløkonomisk beslutningsgrunnlag, slik at endelig svar kan tas på et tilstrekkelig og helhetlig grunnlag. Det er en forventning om at bruttoarealet reduseres betydelig når hovedfunksjonsprogrammet blir samordnet i forprosjektfasen. Denne ambisjonen forutsetter at betydelig synergi kan realiseres ved å utnytte felles funksjoner, areal og infrastruktur, samt kompetanse- og tjenesteutveksling mellom tjenesteenhetene<sup>4</sup>.

I budsjettinnstillingen fra Utenriks- og forsvarskomiteen står følgende:

*"Komiteen er tidligere gjort kjent med at Troms militære sykehus (TMS) skal nedlegges som militært sykehus, og at Forsvaret i stedet skal bidra med sine ulike helsetjenester inn i et samarbeid med kommunene i Indre Troms, koordinert av Bardu kommune. Samarbeidet mellom Forsvaret og kommunene gjennom Indre Troms*

<sup>1</sup> "Fra bra til bedre", Toralf Hasvold, 10.2012

<sup>2</sup> "Samfunnsøkonomisk analyse av et fremtidig Indre Troms medisinske samhandlingssenter", Abelsen og Gaski, 11.2012

<sup>3</sup> "Indre Troms medisinske samhandlingssenter – ITMS", konseptrapport, FAVEO 11.2012, s 35

<sup>4</sup> Svarbrev fra partene

*medisinske samhandlingssenter (ITMS) vil komme til erstatning for samarbeidet som i dag eksisterer ved TMS.*

*Komiteen er kjent med at en prosjektrapport om etableringen av ITMS når er lagt fram, og at denne skal følges opp gjennom et forprosjekt om organisering av helse-tjenestene ved ITMS.*

*Komiteen forutsetter at Forsvaret vil følge opp sin deltakelse i ITMS og finansieringen av dette, i tråd med forutsetningene som lå til grunn ved behandlingen av langtidsplanen for forsvarssektoren tidligere i år, jf Innst. 388 S.”*

Prosjektet er hittil finansiert av Troms fylkeskommune og Bardu kommune. Det søkes om finansiering av prosjektet hos Helse- og omsorgsdepartementet, Forsvarsdepartementet og Troms fylkeskommune. Involverte parter bidrar med egeninnsats.

### 3.1 Planleggingsmodell

Planleggingsmodellen baserer seg på veileder for tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter<sup>5</sup>. Dette er en veileder som primært er laget med sikte på bruk i den spesialiserte helse-tjenesten, men som også legges til grunn i dette prosjektet, selv om dette er en «felles-arena» mellom begge nivåer og flere aktører i helsetjenesten.

Prosjektet skal i prinsippet nå gjennomføre en forprosjektfase, men det gjenstår en del oppfølging fra konseptfasen som bl.a. berører følgende områder:

- Innhente oversikt over hvilke funksjoner/ tjenester og antall konsultasjoner samarbeidspartnerne i ITMS hadde i 2012 og skal ha i fremtiden. Forenklet framskrivning (dvs. uten aldersgruppering) basert på befolkningsutvikling i det området som betjenes, og med tidsperspektiv 2025.
- Samlet arealbehov, dvs. en ny runde knyttet til arbeidet med hovedfunksjonsprogram (siktemålet her er å redusere arealbehovet)
- Utarbeide delfunksjonsprogram (DFP) (dette ble ikke gjort i konseptfasen)
- Utarbeiding av et hovedprogram utstyr (dette ble ikke gjort i konseptfasen).
- Utarbeiding av overordnet teknisk program (dette ble ikke gjort i konseptfasen)
- Kvalitetssikring av aktuelle elementer fra konseptfasen (jf veileder).

Når disse oppgavene er løst, gjenstår en «ordinær forprosjektfase» med følgende hovedelementer:

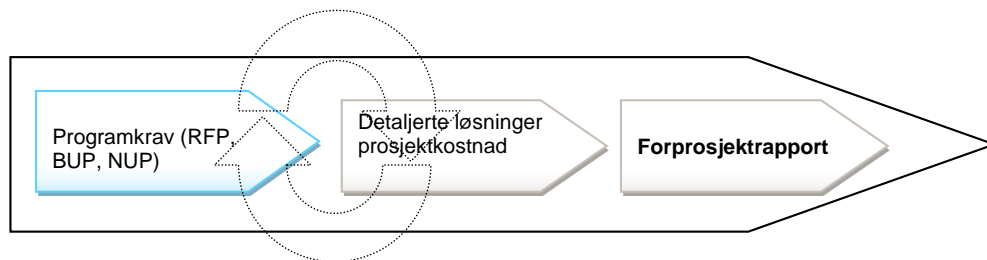
- Forprosjektfasen er siste delfase i planprosessen for tidligfasen og gir grunnlaget for å beslutte gjennomføring av det valgte alternativet.
- Forprosjektfasen bygger på konseptrapporten med underliggende delutredninger samt eventuelle tillegg og endringer.
- Forprosjektrapporten skal gi en oppdatert prosjektkostnad og ellers vise konsekvenser av nødvendige revisjoner av plangrunnlaget.
- Et forprosjekt er en spesifisering av en fysisk byggeløsning for et investeringsprosjekt.
- Ved oppstart av forprosjektfasen øker ressursbruken i prosjektet og det er viktig at mulige endringer er identifisert og avklart før oppstart.

Forprosjektfasen skal omfatte:

- Gjennomgang og eventuelt oppdatering av grunnlaget fra konseptfasen
- Kontrahering av PG (prosjekteringsgruppe)
- Romfunksjonsprogram (RFP)
- Tegninger på romnivå med lokalisering
- Brutto (BUP) og netto utstysprogram (NUP)
- Detaljering av bygningsmessige og tekniske løsninger
- Detaljering av prosjektkostnader og driftskostnader for bygget (årskostnader)
- Kostnadsramme og finansieringsplaner
- Usikkerhetsanalyse

<sup>5</sup> Veileder for tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter, Helsedirektoratet, desember 2011.

- Valg av entreprisemodell, gjennomføringsmodell.
- Plan for gjennomføring frem til ferdigstilling, overlevering og idriftsetting



#### *Romfunksjonsprogram (RFP)*

I RFP dokumenteres funksjoner i alle rom, samt funksjonelle og tekniske krav til rommene og bygget. RFP kan utarbeides samtidig med forprosjektet.

#### *Brutto og netto utstysprogram (BUP og NUP)*

Brutto utstysprogram (BUP) omfatter alt utstyr som funksjonene og aktiviteten krever. Netto utstysprogram (NUP) tilsvarer BUP men med fradrag for gjenbruk av eksisterende utstyr. NUP angir investeringsrammen for brukerutstyr. Rom- og utstyskrav vil påvirke hverandre gjensidig. RFP og BUP bør derfor samordnes i tid og gjerne gjennomføres i felles brukermøter.

#### *Utvikling av forprosjekt*

Forprosjektet er en utvikling og detaljering av de fysiske løsningene fra skisseprosjektet. Det skal bygge på mål og forutsetninger fra konseptrapporten med delutredninger (HFP/DFP, SPR, OTP, HPU), inklusiv prosjektets økonomiske rammer.

De tekniske utredningene som gjøres i forprosjektfasen må være tilstrekkelig detaljert og grundige til å utarbeide et budsjett som grunnlag for endelig beslutning om bygging. Forprosjektet er grunnlaget for detaljprosjekt.

Forprosjekt skal omfatte beskrivelser og tegninger som:

- Utforming, hovedidé (hentet fra skisseprosjektet)
- Bebyggelsens utforming, med etasjeplaner, snitt og fasader, samt systemtegninger og perspektivtegninger
- Utformingen av det enkelte funksjonsområde der alle rom skal være tegnet
- Hovedtrafikkårer
- Pasientmiljø og arbeidsmiljø
- Pasientsikkerhet
- Fremtidige utviklingsretninger
- Bebyggelsens endringsevne (generalitet, fleksibilitet og elastisitet)
- Tekniske anlegg
- Utomhusområder
- Helse, miljø og sikkerhetsforhold både under bygging og i ferdig anlegg
- Krav til og beskrivelse av energieffektive løsninger
- Miljøaspekter (CO<sub>2</sub>, gjenbruk, avløp/utslipp)
- Oppfyllelse av krav til universell utforming
- Økonomiske analyser, revidering av analyser gjennomført i konseptfasen ved behov
- Kunst og utsmykning

#### *Prosjektkostnad*

Det skal beregnes en prosjektkostnad for prosjektet totalt som omfatter bygninger og utstyr (netto utstysprogram). Kostnadene settes opp og fordeles i henhold til bygningsdelstabellen (ref NS 3451, konto 1-9).

Prosjektkostnaden skal baseres på den prosjekterte løsningen, kombinert med erfarings-tall fra sammenlignbare prosjekter. Beløpene skal angis i faste priser. Prosjektkostnaden omfatter ikke byggelånsrenter.



Det skal gjennomføres en usikkerhetsanalyse for å vurdere kalkylens presisjonsnivå og for å identifisere de elementene som bidrar mest til den økonomiske risikoen. Det skal angis en forventet projektkostnad basert på p50 og krav til margin ved et forhøyet sannsynlighetsnivå (p85). Styringsmålet for prosjektet kan settes lavere, f.eks. p30. Hvordan marginen skal håndteres i budsjettet og eventuelt utløses i prosjektet styres av partenes styrer.

Det skal identifiseres mulige risiko- og kostnadsreducerende tiltak, med en tidsplan for når i planleggings- eller utbyggingsfasen disse senest må iverksettes.

#### *Økonomisk bæreevne*

Beregninger av økonomisk bæreevne som ble gjort i konseptfasen skal revideres på grunnlag av eventuelle nye forutsetninger for kostnader og fremdrift. Nye analyser gjøres bare hvis det har oppstått endringer som påvirker driftsøkonomien, avskrivninger eller renteforhold.

#### *Finansiering*

Følgende elementer skal inngå i beskrivelsen av finansieringen:

- Hvordan investeringskostnaden er innpasset i Bardu kommunes investeringsplaner.
- Plan for hvordan prosjektet skal finansieres.
- I dette tilfellet: Avtalemessige forhold rundt finansiering (hvilke aktører er medeiere i objektet, og hvilke er det eventuelt ikke, men har avtale om tjenesteleveranser)

#### *Valg av entreprisemodell*

Det kan velges mange ulike løsninger. Her nevnes fem hovedveivalg:

- Delt entreprisemodell (delte, sidestilte entrepriser)
- Hovedentrepriser (én entreprenør koordinerer all bygging)
- Generalentrepriser (kun én entreprenør, prosjektering i egen kontrakt)
- Totalentreprise (både prosjektering og bygging samlet i én kontrakt)
- Samspillmodell (både for totalentreprise og andre entrepriseformer)

Valg av entreprisemodell skal beskrives. Ved valg av modell bør det tas hensyn til prosjektets egenart, markedsforhold og byggherrens evne og vilje til å håndtere risiko.

(Ved valg av samspillmodell (tidlig samspill) må kontrahering skje før oppstart forprosjekt, altså på grunnlag av konseptrapporten).

#### *Plan for gjennomføring av detaljprosjektering og bygging*

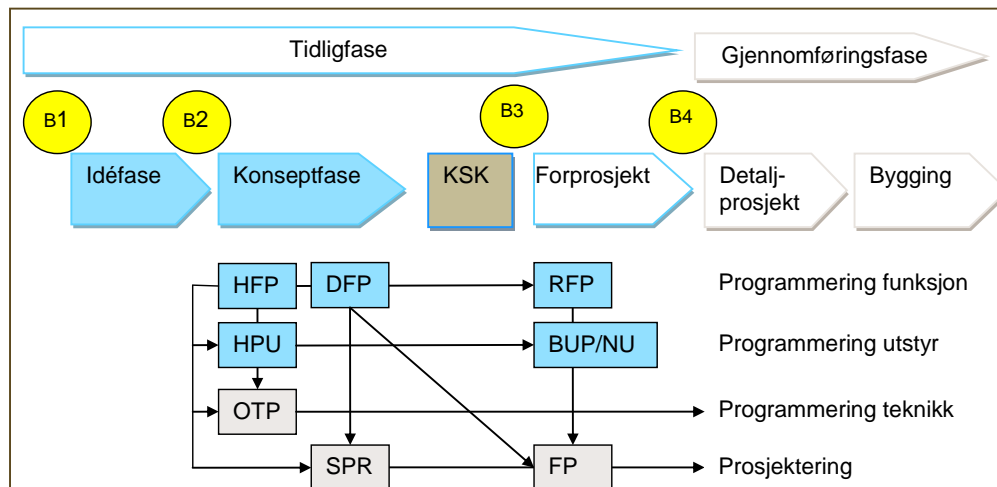
I forprosjektrapporten skal det utarbeides en plan som beskriver aktiviteter, fremdrift og organisering for det videre arbeidet med prosjektering og bygging.

#### *Beslutninger ved enden av forprosjektfasen (B4)*

Forprosjektrapporten skal gi grunnlag for å:

- Godkjenne eventuelle endringer i konseptrapporten og konsekvenser av disse.
- Beslutte gjennomføring av investeringsprosjektet hos involverte parter.
- Valg av entrepriseform.

Oppsummering av tidligfasen framgår av figuren nedenfor:



Forkortelse	Betydning	Forkortelse	Betydning
HFP	Hovedfunksjonsprogram	SPR	Skisseprosjekt
DFP	Delfunksjonsprogram	FP	Forprosjekt
RFP	Romsfunksjonsprogram	DPR	Detaljprosjekt
HPU	Hovedprogram utstyr	OTP	Overordnet teknisk program
BUP	Brutto utstysprogram	TP	Teknisk program
NUP	Netto utstysprogram	KSK	Kvalitetssikring konseptvalg
B1 – B4	Beslutningspunkt 1-4		

### 3.2 Hensikt, krav og hovedkonsept

#### Hensikt med ITMS:

- Gjennom et samarbeid mellom Forsvaret, kommunene, Troms fylkeskommune og Helse Nord/ UNN sikre forutsigbare og nødvendige<sup>6</sup> helsetjenester til forsvarets personell og befolkningen i Midt-Troms og deler av Sør-Troms-regionen. Tjenestene og organiseringen skal være fremtidsrettet, ha størst mulig grad av samhandling, og gjennomføres i tråd med intensjonene i samhandlingsreformen.

#### Hensikt med ITMS-utredningen:

- Utrede et felles medisinsk samhandlingscenter med Bardu kommune som vertskap.

#### Partenes ansvar/krav:

##### Parter i prosjektet:

- Forsvarets sanitet (FSAN) videreutvikler sanitets- og veterinærtjenesten i Forsvaret innenfor områdene militærmedisin, organisasjon, materiell, personell og prosedyrer. FSAN er organisert direkte under Forsvarssjefen. FSAN har ansvar for basehelsetjenesten/garnisonshelsetjenesten i Forsvaret;

<sup>6</sup>Kommunehelsetjenesteloven § 2-1 første ledd gir enhver som oppholder seg i kommunen «rett til nødvendig helsehjelp». Tilsvarende gir pasientrettighetsloven § 2-1 første ledd andre punktum pasienten «rett til nødvendig helsehjelp fra kommunehelsetjenesten».

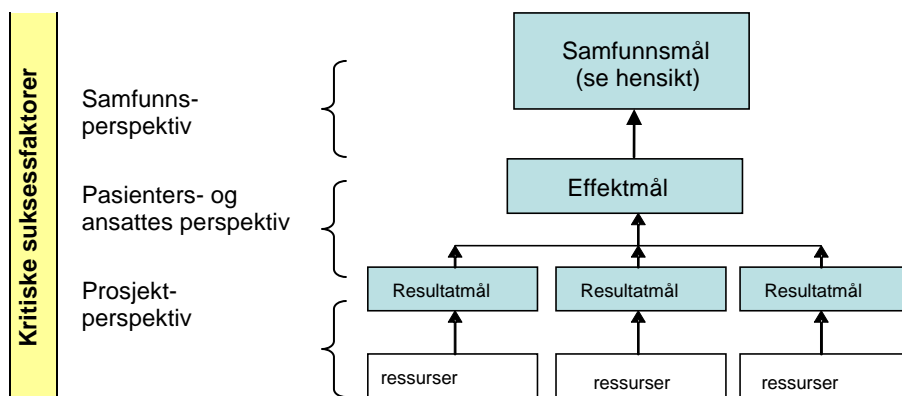
- Allmennhelsetjenester - herunder tannhelse, til personell inne til førstegangs-tjeneste, innrykksundersøkelse, attester og nødvendig medisinsk seleksjon iht "Bestemmelser for militær helsetjenester"
- Medisinsk seleksjon for personell til operasjoner i utlandet, til kurs/skoler ansettelse og sertifiseringer
- Nytt oppdrag ift veteraner: Somatikken dokumenterer hendelsesforløp og videreformidler til rette instans. Psykiatrien gir et års oppfølging. (er under utredning)
- Hæren: Flest forsvarsansatte i Indre Troms hører til under Hæren, totalt ca 4500 personer. Sanitetsbataljonen på Setermoen er organisert under Brigade Nord i Hæren. I prosjektet er Hærens rolle at de er kunde hos FSAN, der de benytter seg av basehelsetjenester.
- Bardu kommune er vertskommune og prosjekteier. Kommunen har det overordnende ansvar for helse og omsorgstjenester etter Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (helse – og omsorgstjenesteloven) § 3-1.
- Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN HF) har ansvar for spesialisthelsetjenester etter Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven) § 2-1a. UNN HF er organisert under Helse Nord RHF.
- Troms Fylkeskommune har ansvar for den fylkeskommunale tannhelsetjenesten etter Lov om tannhelsetjenesten (tannhelsetjenesteloven) § 1-1.
- Kommunene Målselv, Salangen, Lavangen og Bardu samarbeider om interkommunal legevakt etter Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (helse- og omsorgstjenesteloven) § 3-2.
  - Prosjekt «*Videreutvikling av kommunesamarbeid om felles helse- og omsorgstjenester*» ser på muligheter for å samarbeide om flere tjenester knyttet opp mot samhandlingsreformen, og er et prosjekt som eies av styringsgruppa ved den Interkommunale legevakten.
- Universitetet i Tromsø ser på ITMS som en svært interessant arena for undervisning for fremtidens helsepersonell. En slik modell vil kunne bidra til fremtidige praksiser for tverrfaglig samarbeid og vil være i front i Forsknings- og utviklingsarbeid knyttet til nye tjenester for befolkningen.

Involverte parter i ITMS har selvstendig, juridisk ansvar for å levere helsetjenester til sivilbefolkningen og militære. Ved TMS har partene hatt et gunstig samarbeid. Selv om TMS legges ned må tjenestene leveres. Partene ser derfor på muligheten for å gjøre dette i et samarbeid til beste for alle parter. Prosjekt ITMS sin målsetting er i tråd med intensjonene i samhandlingsreformen, Helse Nord RHF, UNN HF og UIT sine strategidokument, og regjeringens langtidsplan for Forsvaret.

*Hovedkonseptet er å samle partenes tjenester under samme tak og etablere former for samhandling som utnytter partenes felles ressurser og kommer brukerne av tjenestene til gode.*

*Det skal skapes et robust kompetansemiljø med attraktive arbeidsplasser som bidrar til å rekruttere og beholde fagpersonell både sivilt og militært.*

### 3.3 Prosjektmål for ITMS-prosjektet



Figur 1. Målstruktur

*Samfunnsmålet*<sup>7</sup> er å sikre langsiktige løsninger for å oppnå et helsemessig godt og samfunnsøkonomisk effektivt helsetilbud til befolkningen og militære i opptaksområdet samlet sett. Samfunnsmålet i denne fasen av prosjektet er å legge grunnlag for riktig vegvalg i løsning av nybygget for å oppnå den langsiktige samfunnsmessige målsettingen. Prosjektet skal basere løsninger på de føringer som fremkommer som følge av samhandlingsreformen, partenes strategidokument, det at Forsvaret fortsatt vil ha et tyngdepunkt i Indre Troms, samt politiske føringer fra departement, Stortinget, og utenriks- og forsvarskomiteén. De totale løsningene skal sikre at dimensjonering, driftskonsept samt oppgave og funksjonsfordelinger blir ivaretatt i dette fremtidige helseperspektivet.

*Effektmålene*<sup>8</sup> er knyttet til effekten av tiltaket for de ulike involverte partene, både brukerne og tjenesteyterne. Effektmålene i konseptfasen var formulert slik:

- At forsvarets ansatte, mannskaper og sivil befolkning i Midt-Troms og deler av Sør-Troms har tilgang til nødvendige helsetjenester raskt og effektivt
- At det er stor grad av samhandling sivilt, militært, over kommunegrenser og behandlingsnivå til beste for brukerne av tjenestene i tråd med samhandlingsreformen
- At infrastruktur, utstyr og kompetanse ligger til rette for raskt å kunne ivareta nødvendige helsetjenester ved kriser og katastrofer
- At oppfølging av pasienter skjer koordinert og sømløst
- At ITMS har et attraktivt kompetansemiljø som driver forskning og gir ny kunnskap
- At ITMS har en samhandlingsmodell som er attraktiv og viser et eksempel til etterfølgelse også utenfor vår region

For prosjekt ITMS gjelder følgende effektmål:

- Samhandling sivilt, militært, over kommunegrenser og behandlingsnivå til beste for brukerne av tjenestene, og i tråd med Intensjonene i samhandlingsreformen. Målt ved grad av samhandling.
- Færre sykehusinnleggelser som følge av god forebygging, ivaretagelse og ø-hjelp-senger. Trygghet for at de som trenger sykehusinnleggelse får det ved hjelp av klare seleksjonskriterier. Målt ved antall sykehusinnleggelser fra interkommunal legevakt sammenliknet med situasjonen før tiltakene ble etablert.

<sup>7</sup> **Samfunnsmål** skal ikke være mer generelle enn at realiseringen til en viss grad kan tilbakeføres til prosjektet. Samtidig skal det være tilstrekkelig overordnet til at det gir en god begrunnelse for tiltaket og rom for vurdering av alternative konsepter.

<sup>8</sup> **Effektmålene** skal være realistisk oppnåelige innen en angitt tidsramme. Effektmålene må være konsistente ved at de bygger opp under samfunnsmålet. Dersom effektmålene nås, bidrar dette også til at samfunnsmålet nås.

- Redusert reisetid til beste for pasientene i ITMS sitt nedslagsfelt, sparte utgifter for helseforetaket, samfunnsøkonomisk lønnsomhet. Målt ved kostnader og tidsbruk dersom tilbudet ikke fantes lokalt.
- Pasienten i fokus ved å kombinere 2. linjetjenestens avanserte tilbud og behandlingsfokus med 1. linjetjenestens oppfølging og omsorgstankegang. Viske ut skiller mellom 1. og 2. linjetjenesten. Målt ved helhetlige pasientforløp og brukerundersøkelser.
- Fleksibel bruk av personell på tvers av tradisjonelle skiller til brukernes beste. Målt ved (reduert) ventetid for konsultasjon.
- Pasienter som bedre håndterer sin tilstand selv, ved hjelp av undervisning, støtte og oppfølging av team (Chronic care modell, den kompetente pasienten). Målt ved færre reiser til konsultasjoner og færre innleggelseser.
- Rekruttere og beholde sivilt og militært personell. Målt ved mindre vikarbruk og lavere turn-over.
- Sykefravær likt med eller bedre enn landsgjennomsnittet for tilsvarende virksomhet.
- Faglig godt helsetilbud til soldater ved hjelp av samhandling mellom forsvarets sykestuer og interkommunal legevakt. Etablerte rutiner for faglig vurdering og veiledning i samarbeid mellom interkommunal legevakt og sykestuene fysisk eller via telemedisin.
- Tilstrekkelig tilgang på legeressurser til forsvarets sykestuer ved hjelp av sivil-militært samarbeid. Målt ved redusert ventetid til konsultasjon for syke soldater.
- Tilstrekkelig tilgang på tannleger til Forsvaret og den offentlige fylkeskommunale tannhelsetjenesten ved hjelp av sivil-militært samarbeid. Målt ved redusert ventetid på tannbehandling.

Prosjektets konkrete resultatmål<sup>9</sup> i forprosjektfasen er at det framkommer en *forprosjekt-rapport* som gir tilstrekkelig grunnlag for å beslutte om forprosjekt skal godkjennes, slik at styringsgruppa og de ulike partene kan ta stilling til igangsetting av neste fase, og dermed reelt beslutte byggestart.

Prosjektet skal føre til en ønsket slutttilstand for objektet (nybygget) som ivaretar følgende forhold:

- Moderne rom for pasientbehandling og opphold
- Optimal logistikk
- Moderne bygningsmessig fleksibilitet, elastisitet og generalitet (lettere å tilpasse arealene til nye funksjoner og ny metodikk)
- Mulighet til fleksible driftsformer og bedre utnyttelse av lokaler og utstyr
- Mulighet for moderne og brukertilpasset pasientbehandling og opplæring
- Gode løsninger med tanke på ytre miljø og energisparende tiltak
- Godt inneklima
- Godt arbeidsmiljø
- Mer rasjonell drift
- God tilgjengelighet for alle brukere.

Disse målene evalueres når bygget tas i bruk.

Mål for prosessen fram til ferdig bygg:

- Prosjektet er gjennomført uten alvorlige ulykker, skader eller tap på person, materiell eller miljø.
- Prosjektet er gjennomført innenfor rammen for kostnad, tid og kvalitet.

Resultatmål for forprosjektet er (suksesskriterier):

---

<sup>9</sup> **Resultatmål** angir de konkrete måltall og egenskaper som skal være oppnådd ved realiseringen av prosjektet. Resultatmål er alltid knyttet til kvalitet, kostnad og tid, eventuelt supplert med andre relevante parametere, eksempelvis omdømme og helse/miljø/ sikkerhet.

Forprosjektet skal gjennomføres innenfor de i styringsdokumentet med referanser sine definerte krav til:

1. Kvalitet
2. Tid
3. Kostnader

Resultatmål for driftsorganisasjonen:

1. En ny/tilpasset driftsorganisasjon med ansvars- og rapporteringslinjer, bemanning og prosedyrer forberedes slik at virksomhet i samsvar med effektmålene kan realiseres når bygget ferdigstilles, jf. utvikling av helsetjenestemodell og forberedelse til drift.

### 3.4 Kritiske suksessfaktorer

Kritiske suksessfaktorer som har innvirkning på måloppnåelsen i prosjektets forprosjekt-fase er:

- Rammebetingelsene og målsettingen for forprosjektet er avklarte og entydige, og forankret på øverste nivå hos de ulike partene.
- Åpen og transparent planleggings- og beslutningsprosess.
- Organisering: Rett kompetanse på rett plass til rett tid, klare ansvarsroller og tydelige mandater.
- Tilstrekkelige økonomiske rammer og god kostnadsstyring.
- Tilstrekkelig tid, ressurser og beslutningsmyndighet til nøkkelpersoner for å arbeide med prosjektet.
- Solid forankring av prosjektet i organisasjonene, interesse for å bidra aktivt, og aksept om egeninnsats.
- Kommunikasjonslinjer internt i organisasjonene slik at man lett får tilgang på grunnlagsdata, at innspill forankres, og at det raskt kan fattes beslutninger som har betydning for fremdriften i prosjektet.
- Avklaring av interessentbildet, oppfølging av kritiske aktører og miljøer; FSAN, kommunene, UNN, og Troms fylkeskommune mht samhandling om funksjoner og funksjonsfordeling.
- Samarbeid mellom Forsvaret og Bardu kommune om tomt og regulering.
- At tilbudene ved dagens TMS ikke legges ned før en alternativ løsning er etablert.
- At kostnadene for partene i ITMS ikke blir for høye.
- God brukermedvirkning fra pasientorganisasjoner, tillitsvalgte og vernetjenesten.
- Fokus på markedstilpasset entrepriseform.

### 3.5 Rammebetingelser

Forprosjektet gjennomføres innenfor de fastlagte rammer:

Ferdig objekt:

Kostnad ferdig bygg: Avklares i forprosjektet

Areal bygget: Avklares innledningsvis i forprosjektet

Tid: Innen 1. juli 2014.

Forprosjektfase:

Kostnadsramme forprosjekt: Jf. kapittel 6.5, prosjektkostnader.

Tid: Ferdig rapport, siste styringsgruppebehandling: Juni 2014, med umiddelbart påfølgende oppstart av detaljprosjektering.

Krav til HMS ved prosjektering av bygg og utstyr er ivarettatt i henhold til lov og forskrifter og kvalitetssikret mot brukermiljø og vernetjeneste. Det utarbeides egen HMS-plan for prosjektet i henhold til Byggherreforskriften. Videre skal forutsetningene for HMS i ferdig bygg ivaretas gjennom planleggingen.

Krav til universell utforming, klima og miljømål ivaretas.

### 3.6 Grensesnitt

Følgende områder utgjør viktige grensesnitt som vil være gjenstand for fortløpende observasjon for å sikre nødvendige avklaringer:

- Fordeling av ansvar og oppgaver mellom prosjekteier og prosjektorganisasjon.
- Fordeling av ansvar og oppgaver mellom de ulike deltakere i prosjektet, herunder mellom prosjekteier og innleid prosjektledelse og mellom programmering og prosjektering.

## 4 Forprosjektets innhold – sluttdokument

Forprosjektrapporten vil inneholde følgende deler:

1. Hovedkonklusjoner
2. Sammendrag
3. Prosjektets bakgrunn og formål, mål og rammer
4. Metode og arbeidsprosess (bl.a. bruk av BIM)
5. Verifisering av behov i forhold til aktiviteter og kapasiteter, herunder i forhold til Samhandlingsreformen og Langtidsplan for Forsvaret, strategidokumenter (bare i den grad dette ikke forelå i tilstrekkelig format og med tilstrekkelig oppdatert grunnlag fra foregående fase)
6. Programunderlag, kravspesifikasjoner: Delfunksjonsprogram, romfunksjonsprogram, utstysprogram, program tekniske rom, logistikk og forsyning.
7. Prosjektbeskrivelse etter bygningsdelstabellen. Detaljering av funksjonelle og tekniske løsninger.
  - Bygning
  - VVS
  - Elkraft
  - Tele og automasjon
  - Andre installasjoner
  - UtomhusMiljøhensyn og konsekvenser.  
Illustrasjoner
8. Kalkyle for investering, dvs. prosjektkostnad iht NS 3451 (inkl usikkerhetsanalyse og kuttlist), beregning byggelånsrenter. Driftsøkonomiske konsekvenser. Bærekraft. Finansieringsplan.
9. Organisasjonsutvikling/helsetjenestemodell, avtaler og plan for gevinstrealisering.
10. Plan for videre arbeid med vekt på neste fase og kontraheringsstrategi.

## 5 Prosjektstrategi

### 5.1 Oppgaver

- Etablering av prosjekt med et omforent styringsdokument
- Mobilisering og forberedelse
- Oppdateringer fra konseptfasen, stadfeste aktivitet
- Gjennomføring av programmering, spesialutredninger,
- prosjektering og
- økonomiske analyser
- Plan for neste fase
- Ferdigstilling av forprosjektrapport.

### 5.2 Strategi for styring av usikkerhet/risiko

Det benyttes i forprosjektfase flere virkemidler til å styre usikkerhet:

- Dette styringsdokumentet
- Månedlig rapportering mot plan
- Usikkerhetsanalyse knyttet til kalkyle
- Tredjepartskontroll knyttet til enkeltområder.

### 5.3 Gjennomføringsstrategi

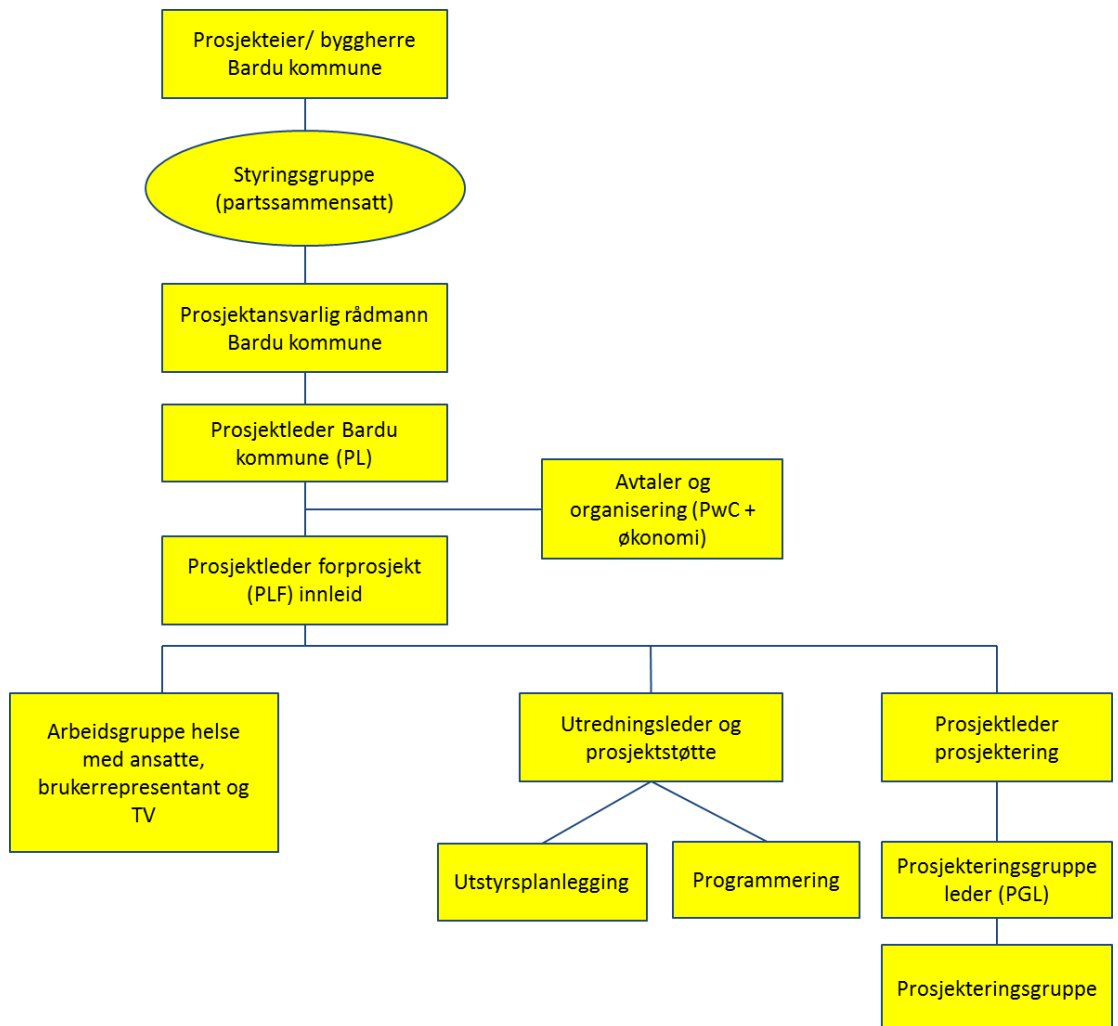
Gjennomføring av forprosjekt skjer i hovedsak ved bruk av eksterne leverandører. Dette gjelder både ved prosjektledelse prosjektering, prosjektering og spesialutredninger.

- Entrepriseform for byggeprosjektet vurderes og besluttes i løpet av forprosjektfasen.

### 5.4 Organisering og ansvarsdeling

Prosjektorganisasjonen skal være tilpasset tre forhold:

1. Sikre tilstrekkelig kontinuitet fra tidligere faser.
2. Være riktig dimensjonert i mengde, kompetanse og struktur for å gjennomføre forprosjektfasen på en god måte men med nøktern ressursbruk.
3. Danne et godt grunnlag for videreføring (realisering av prosjektet)



Figur 4. Organisasjonskart



#### 5.4.1 Arbeidsgruppe helse mandat:

Videreutvikle helsetjenestemodellen beskrevet i rapporten "Fra bra til bedre" av leder av helsegruppa i konseptfasen, Toralf Hasvold.

- Beskrive hvilke tjenester partene skal levere ved ITMS.
- Beskrive måter å samhandle om helsetjenester sivilt og militært, på tvers av behandlingsnivå og over kommunegrenser i tråd med intensjonene i samhandlingsreformen.
- Ta høyde for utvikling av – og behov for - helsetjenester over tid. Modellen skal være fremtidsrettet.
- Modellen skal baseres på pasientforløpene, og ikke på tradisjonelle organisatoriske og faglige skillelinjer i medisin.
- Modellen skal baseres på at telemedisinske og andre teknologiske løsninger som kan understøtte at samhandling tas i bruk fullt ut.
- Modellen bør integrere ambisjonen om å utvikle en undervisnings- og forskningsarena for samhandling og helsetjenesteforskning.
- Modellen skal utvikle en ny og kostnadseffektiv organisasjon tilpasset driftskonseptet. Den skal beskrive partenes juridiske ansvar og partenes ansvar innenfor modellen, og beskrive hvordan tjenestene kan leveres ved mest mulig sambruk av areal og effektiv arealutnyttelse.

Konklusjonene til arbeidsgruppa har betydning for byggets størrelse. Arbeidsgruppa rapporterer til prosjektleder forprosjekt (PLF).

Gruppa definerer hvilke funksjoner og hvilket omfang av tjenester ITMS skal ha, så kan arealet etter dette beregnes som en oppfølging av HFP fra konseptfasen.

Gruppa består av fagpersonell, minimum 1 representant for hver part, samt prosjektleder (PL), brukerrepresentant og tillitsvalgt.

#### 5.4.2 Avtaler og organisering, mandat:

Gjennomføre prosess for å etablere et nytt, helhetlig avtaleverk som beskrevet i rapport fra advokat Trond Olsen 26.09.12. Arbeide med å finne mulige tilskudd og finansieringsordninger som kan gjøre etableringen av ITMS så kostnadmessig gunstig som mulig for partene. Sammenlikne kostnader som beregnes i forprosjektet med kostnader dersom tjenestene skal leveres uten et samarbeid mellom partene i ITMS, *jamfør alternativ 2* i konseptrapporten. Det må være et tett samarbeid med gruppa som arbeider med helse-tjenestemodellen. Gruppa ledes av prosjektleder (PL).

Tidligere arbeidsgruppe bygg videreføres ikke, da denne kompetansen er representert i styringsgruppen og med det ivaretas i styringsgruppen.

#### 5.4.3 Styringsgruppe

Styringsgruppa har følgende sammensetning:

- Leder: Arne Nysted, Ordfører, Bardu kommune
- Hege Walør Fagertun, Rådmann, Bardu kommune
- Rune Haaverstad, Oberst, Forsvarets sanitet (FSAN)
- Jørn-Erik Berntsen, Oberst, Hæren
- Gina M. Johansen, Drifts- og eiendomssjef, UNN HF
- Jens Munch-Ellingsen, Klinikksjef nevro-ortoklinikken, UNN HF
- Tor-Arne Haug, Direktør for forretningsutvikling, eieravdelingen, Helse Nord RHF
- Pia Svensgaard, Fylkesrådsleder, Troms fylkeskommune
- Rita Johnsen, Rådmann i Målselv, representant for kommunesamarbeidet rundt interkommunal legevakt
- Toril Dybdal, Hovedverneombud, Bardu kommune
- Frida Strøm, prosjektleder, sekretær i styringsgruppa

Styringsgruppa er opprettet for å gi øverste leder hos partene råd innenfor fastsatte retningslinjer og rammer, tilgjengelige ressurser og midler. Styringsgruppa skal bidra til at

prosjektet får administrativ avklaring og forankring av prosjektet på riktig administrativt nivå hos involverte parter.

Styringsgruppas medlemmer er oppnevnt av øverste leder i den organisasjonen de representerer.

Styringsgruppa har regelmessige møter 1 gang hver 4. til 8. uke (eller ved behov) gjennom hele prosjektperioden.

Bardu kommunes prosjektleder, Frida Strøm, (PL) er den eksterne prosjektleders daglige kontaktperson. Prosjektleder forprosjekt (PLF) fremmer saker for styringsgruppa i samråd med oppdragsgivers representant.

#### *5.4.4 Daglig prosjektledelse forprosjekt (PLF)*

Daglig prosjektledelse forprosjekt ivaretas av Hospitalitet as med Berit Haugan som prosjektleder. *Prosjektleder forprosjekt (PLF)* har det overordnede ansvaret for å planlegge, organisere og gjennomføre prosjektarbeidet. PLF rapporterer til Bardu kommunes prosjektleder (PL).

*Prosjektleder prosjektering (PLP)* har det overordnede ansvaret for å planlegge, organisere og gjennomføre prosjekteringsarbeidet. PLP rapporterer til PLF.

*Prosjekteringsgruppeleder (PGL)* har det operative ansvaret for å planlegge, organisere og gjennomføre prosjekteringsarbeidet. PGL rapporterer til PLF.

*Programmerings- utstys- og utredningsleder (PUU)* har det operative ansvaret for å planlegge, organisere og gjennomføre programmeringsarbeidet, utstysplanlegging og de "helsefaglige" spesialutredninger som blir avropt. PUU arbeidet ivaretas i praksis av PLF (samme person).

*Prosjektmøter* gjennomføres etter behov, og består normalt sett av det som er aktive leverandører i prosjektet i den enkelte delfase. Dvs. prosjektleder og oppdragsgivers representant, prosjekteringsgruppeleder, utredningsleder og eventuelle andre personer som er ansvarlig for leveranser til på det enkelte tidspunkt. Prosjektmøte inngår ikke som en formalisert del av organisasjonskartet, men er en arena prosjektleder kan benytte for koordinering av leveranser.

#### *5.4.5 Medvirkning i forprosjektfasen*

Brukerrepresentant og ansattrepresentanter – en for sivile og en for forsvarsansatte, samt representanter for de mest aktuelle fagområdene er representert i arbeidsgruppe Helse.

Hovedverneombud for Bardu kommune er representert i styringsgruppa.

#### *5.4.6 Ansvarsforhold*

Byggeprosjektet har ansvar for prosjektets resultatmål jf. avsnitt 3.3 prosjektmål.

Ansvaret for etablering av en forberedt driftsorganisasjon inklusiv avtaler tilligger prosjekt-eier (Bardu kommune, ved prosjektleder PL).

Ansvaret for at prosjektet som helhet får godt omdømme tilligger hele prosjektorganisasjonen.

#### *5.4.7 Fullmakter*

Fullmaktene er knyttet til budsjett og kontrakter. Innen prosjektets kostnadsramme er det utarbeidet budsjett for prosjektet inndelt etter prosjekt- og kontraktsstruktur. Myndighet til å fastlegge kostnadsramme og budsjett på ulike nivåer fordeles slik:

- Styringsgruppen fastlegger prosjektets kostnadsramme og avsetning for usikkerhet innenfor rammene gitt av Bardu kommune som prosjekt-eier.
- Prosjektleder fastlegger budsjett for den enkelte leveranse i forprosjektfasen.
- Prosjektleder disponerer budsjett innen prosjektets styringsmål.

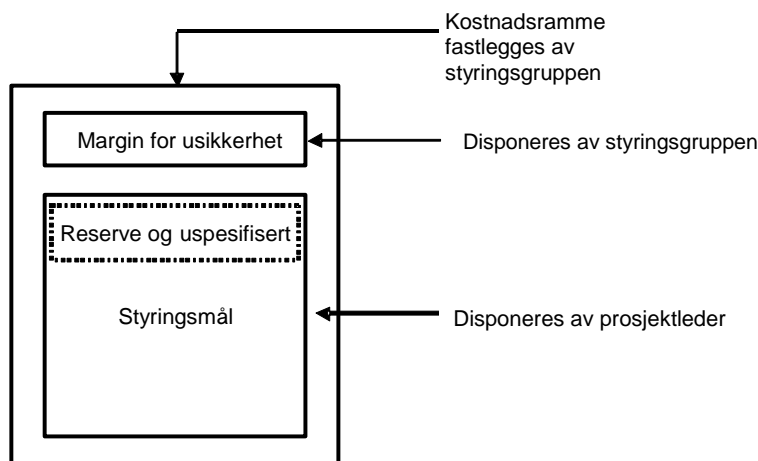
Bilagshåndtering skal skje iht. Bardu kommune sine prosedyrer for regnskapsføring, og ansvaret fordeles slik:

- Prosjektleder attesterer alle bilag for utgifter som posteres knyttet til de kontrakter som er inngått for å gjennomføre forprosjektet.
- Prosjektansvarlig i Bardu kommune attesterer for utbetaling alle fakturaer for utgifter som posteres i prosjektet.
- Anvisning skjer etter vanlig prosedyre i Bardu kommune.

Myndighet til å bruke av prosjektets reserver og marginer fastlegges slik:

- Styringsgruppa disponerer marginen mellom prosjektets styringsmål og kostnadsrammen.
- Prosjektleder disponerer reserver som blir definert innenfor prosjektets styringsmål.

Status for bruk av reserve og margin skal inngå i den regelmessige rapportering på alle nivåer i prosjektet.



## 5.5 Informasjon og kommunikasjon

Informasjon og kommunikasjon er sentrale virkemidler i vellykkede prosjekter. Bardu kommunes prosjektleder sørger for at det utarbeides en overordnet informasjons- og kommunikasjonsplan tilpasset behovet og ut fra de interessenter som berøres av forprosjektarbeidet og den videre realisering av prosjektet. Leder av styringsgruppa uttaler seg utad om prosjektet.

Offentlige dokumenter vedr. prosjektet legges ut på Bardu kommune sin hjemmeside, <http://www.bardu.kommune.no/indre-troms-medisinske-samhandlingssenter-itms-prosjektet.5181539-1198.html>

## 6 Prosjektstyringsbasis - forprosjekt

### 6.1 Styrende dokumenter og arbeidsomfang

Forprosjektets arbeidsomfang ble opprinnelig overordnet definert gjennom en budsjett-ramme. For øvrig foreligger grunnlaget for arbeidet gjennom:

- Dette styringsdokumentet
- Konseptrapport av 15.11.2012 med vedlegg og delrapporter
- Svarbrev fra involverte parter.
- Tekst i statsbudsjett og andre politiske dokumenter
- Brev fra Forsvarsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet

Byggeprosjektets omfang kan etter dette oppsummeres slik:

ITMS sitt brutto areal i konseptfaseutredningen ble beregnet til ca. 5546 kvm brutto. Dette ga en beregnet prosjektkostnad på ca. 211 mill. kr. Dette arealet må reduseres i et nytt hovedfunksjonsprogram (HFP).

## 6.2 Prinsipper for prosjekt- og risikostyring

Prosjektet styres ut fra to hoveddimensjoner:

1. Styring basert på definerte krav til:
  - Kostnad og ressursbruk
  - Tid
  - Kvalitet i planlegging (og senere bygging)
2. Styring basert på en prosjektnedbrytingsstruktur (PNS).

Styringen gjennomføres i samsvar med veileder for tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter som definerer hvilke aktiviteter fasen bør inneholde og hvilken dokumentasjon som skal framkomme ved utløpet av fasen og legge grunnlaget for beslutningspunkt B4. Risikostyring håndteres gjennom en fast struktur for månedlig rapportering. I tillegg gjennomføres bl.a. usikkerhetsanalyse ved slutten av forprosjektfasen.

Det gjennomføres system for kostnadsstyrt prosjektering i prosessen med utarbeidelse av forprosjektet. Det skal prioriteres kostnadseffektive løsninger både med hensyn til investering og drift. Ved behov utredes alternative løsninger med angivelse av fordeler og ulemper, slik at det fremkommer et komplett beslutningsunderlag før de endelige valg treffes. Det skal til enhver tid foreligge oppdaterte forslag til kostnadsreducerende tiltak. Ambisjonsnivå på løsninger, omfang og materialer skal være basert på kost-/nyttevurderinger og skal tilpasses styringsrammen for prosjektet.

Kvalitetssikring gjennomføres på flere nivåer:

- Et overordnet styringsdokument for forprosjektfasen som grunnlag for oppfølging.
- Krav til kvalitetssystem hos leverandørene
- System for rapportering og kontrollplaner
- Usikkerhetsanalyse av kostnadskalkylen.

Endringer i prosjektet kan skape økt usikkerhet mht. kostnader og framdrift. Det legges derfor sterke restriksjoner på muligheten for endringer og det etableres prosedyrer som skaper god styring og kontroll med endringer.

## 6.3 Styringsverktøy

Månedrapportering med prosyre for behandling av denne utgjør prosjektets viktigste styringsverktøy i forprosjektfasen, jf senere kapittel om rapportering.

## 6.4 Prosjektnedbrytingsstruktur

Prosjektnedbrytingsstrukturen er følgende:

Oppgave	Hvem utreder	Styringsgruppe (PL fremmer saker)
Anskaffelse tjenester (prosjektledelse inkl utredning, prosjektering)	BK's prosjektleder (PL)	
Mobilisering	BK's prosjektleder (PL)	
Helsetjenestemodell, avtaler og organisering	BK's prosjektleder (PL)	Ja
Oppdatering fra konseptfase	Innleid prosjektledelse og utredningsstøtte (PLF)	Ja
Programarbeid, bygg	Innleid prosjektledelse og utred-	Ja

	ningsstøtte (PLF)	
Programarbeid, utstyr	Innleid prosjektledelse og utredningsstøtte (PLF)	Ja
Programrelaterte spesialutredninger (hvis aktuelt)	Innleid prosjektledelse og utredningsstøtte (PLF)	Vurderes
Forprosjekt prosjektering – arkitekt og RI	PG	Ja
Kalkyle (konto 1-7 samt bistand til vurdering av konto 8)	PG	Ja
Usikkerhetsanalyse	Innleid prosjektledelse, utredningsstøtte (PLF) og PG	Ja
Økonomiske analyser (ut over kalkyle samt konto 8 og 9 i kalkyle)	Innleid prosjektledelse, utredningsstøtte (PLF og PLP)	Ja
Samlet forprosjekt prosjektering	PGL	Ja
Forprosjektrapport, samlet dokumentasjon til styringsgruppa	Innleid prosjektledelse sammen men BK's prosjektleder (PLF og PL)	Ja
Månedlig rapportering til oppdragsgiver	Innleid prosjektledelse sammen men BK's prosjektleder (PLF og PL)	Ja

### 6.5 Prosjektkostnader

Det skal fastsettes rammer på følgende nivåer (tallene som er satt opp gjelder forprosjektfasen, og er prismessig oppdatert til januar 2013, så langt basert på søknad, må eventuelt korrigeres når svar foreligger):

Begreper	Rammer (mill kr inkl. mva)	Forklaring
Styringsmål	<b>10 143 780</b>	Den ramme som prosjektet søkes realisert innenfor og som legges til grunn for budsjett.
+ Avsetning for usikkerhet	<b>1 152 250</b>	Tillegg som det kan bli nødvendig å finansiere når uforutsette forhold inntreffer eller inntreffer i uventet grad, og som ikke lar seg løse innenfor styringsmålet. Kan bare disponeres etter vedtak i styringsgruppa.
= Kostnadsramme	<b>11 296 030</b>	Den ramme som prosjektet under ingen omstendighet skal overskride.

Det skal føres fortløpende logg for disponering både av reserver og for disponering av margin, og loggen skal inngå i prosjektets rapportering.

Prosjektbudsjett:

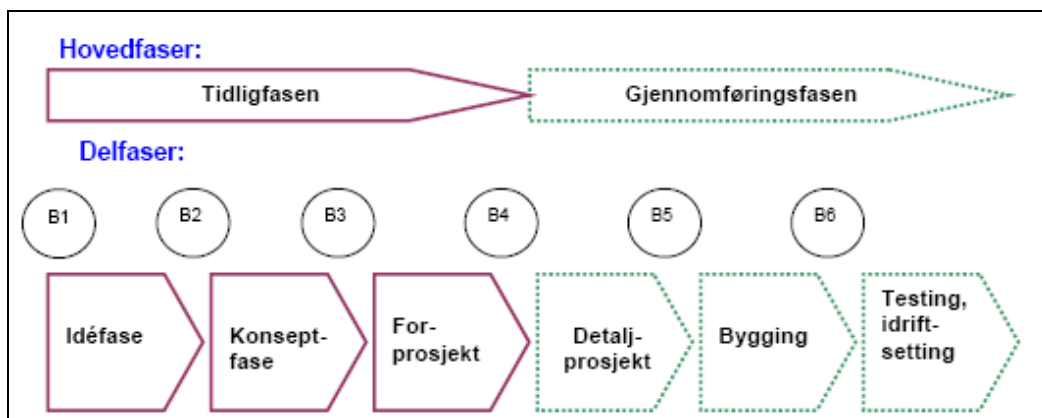
Aktivitet	Ca timer	Sum eks. mva.	SUM inkl. mva
Prosjektledelse , PL	700	805 000	1 006 250
Prosjekteringsleder (inkl kontrahering PG)	250	262 500	328 125
Prosjektstøtte	50	52 500	65 625
Reiser ( ca 2. hver uke)		160 000	160 000
Reserve prosjektledelse (5%)	50	52 500	65 625
<i>Sum prosjektledelse</i>	<i>1 050</i>	<i>1 332 500</i>	<i>1 625 625</i>
Programmering og utredning, HFP-oppdatering, HPU og OTP	360	378 000	472 500
DFP	300	315 000	393 750
RFP og utstyr	400	420 000	525 000
Usikkerhetsanalyse	80	84 000	105 000
Ulike økonomiske analyser	80	84 000	105 000
Reiser		60 000	60 000
Reserve programmering og utredning (5%)	61	64 050	80 063
<i>Sum programmering og utredning</i>	<i>1 281</i>	<i>1 405 050</i>	<i>1 741 313</i>
Prosjekteringsgruppeledelse (PGL)	200	190 000	237 500
Arkitekt og tekniske rådgivere, oppdatering skisseprosj	300	285 000	356 250
Arkitekt og tekniske rådgivere, forprosjekt	2 000	1 900 000	2 375 000
Konsekvensutredning og regulering	100	95 000	118 750
Reiser PG		60 000	60 000
Reserve prosjektering (5%)	130	110 630	138 288
<i>Sum prosjektering</i>	<i>2 730</i>	<i>2 640 630</i>	<i>3 285 788</i>
Adm utgifter, trykking og felleskostnader, reiser, leie dRofus etc		100 000	100 000
Beverting		75 000	75 000
Egeninnsats involverte parter		1 566 055	1 566 055
Lønn kommunens PL og arbeidsgruppeleder (helse)		1 000 000	1 000 000
Innleid innkjøp-, juridisk- og økonomisk bistand		480 000	600 000
Annet (reiser styringsgruppe, andre..)		150 000	150 000
<i>Sum før avsetning for usikkerhet</i>	<i>5 061</i>	<i>8 749 235</i>	<i>10 143 780</i>
Avsetning for usikkerhet		921 800	1 152 250
<b>SUM kostnadsramme</b>	<b>5 061</b>	<b>9 671 035</b>	<b>11 296 030</b>
Finansielt grunnlag fra HOD og FD			9 730 000
Egeninnsats involverte parter			1 566 055
<b>SUM finansiell ramme</b>			<b>11 296 055</b>

Det er søkt fylkeskommunen om kr 1 000 000 som det ikke er kommet svar på. Potensiell bevilgning på kr 500 000 fra Bardu kommune er ikke lagt inn i budsjett og må avklares.<sup>10</sup>

<sup>10</sup> Hvis prosjektet bevilges disse pengene vil de gå til avsetning for usikkerhet med mindre det er konkrete forhold som taler for noe annet. Budsjettet vil behandles på nytt i lys av dette.

## 6.6 Tidsplan

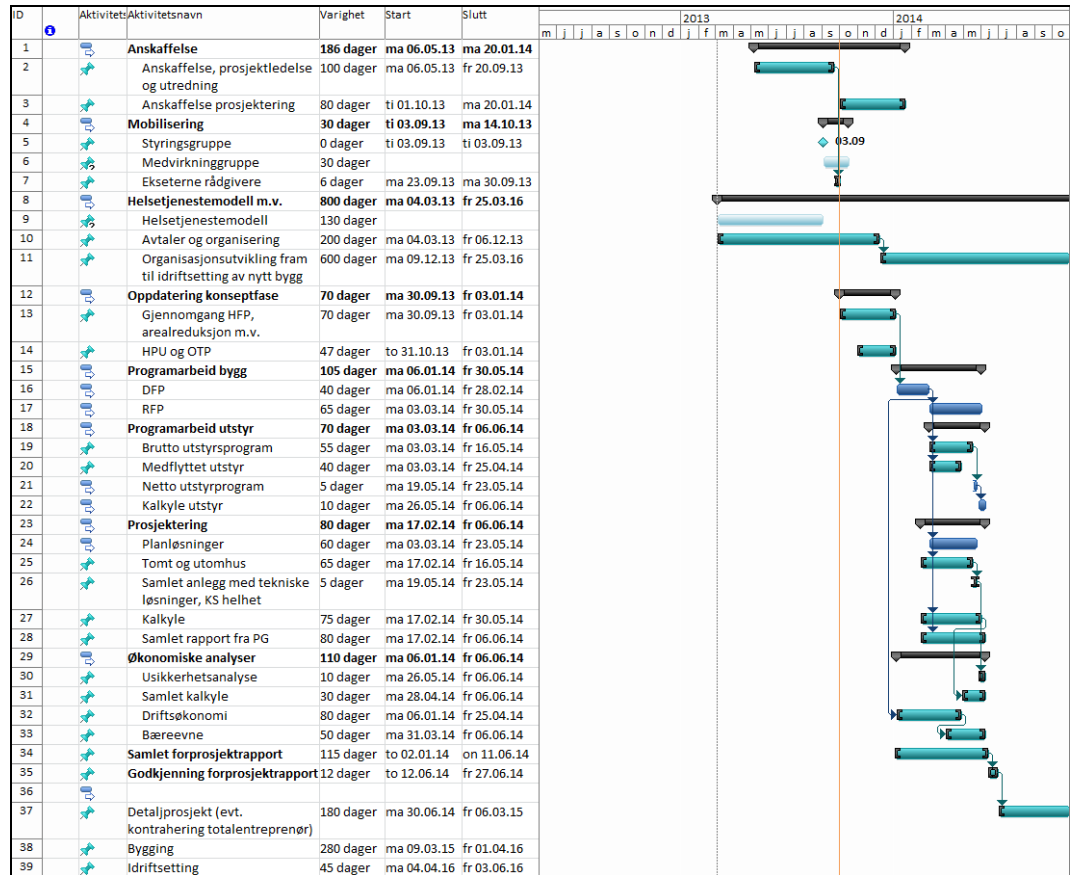
Prosjektet er i **forprosjektfasen**. Figuren nedenfor viser hvor det er i den samlede prosessen:



Hovedtidsplanen for fullføring av nybygget var i konseptrapporten av november 2012 satt opp slik:

- Vedtak i kommunestyret i Bardu om å gå videre til forprosjektfase: 12.12.12
- Vedtak hos øvrige parter om å gå videre til forprosjektfase: Desember 2012
- Arbeid med finansieringsmodell og fordeling av leiekostnader: Januar – mars 2013
- Utlysning på Doffin om konkurranse av forprosjekt for prosjekteringsgruppe: Januar - mars 2013
- Anbudskonkurranse for prosjektleder: Januar - februar 2013
- Kontrahering av prosjektgruppe: April 2013
- Oppstart forprosjekt: April 2013
- Detaljprosjektering: (6 mnd.) sept. 2013 - april 2014
- Kontrahering av entrepriser: 1 mnd. Mai 2014
- Oppstart byggarbeider (byggetid 18 mnd.): Mai 2014
- Ferdigstillelse av ferdig bygg: Januar 2016

Ny tidsplan for forprosjektfasen og videre planlegging og bygging basert på informasjon per september 2013 ser slik ut:



Dette er en foreløpig tidsplan som må bearbeides videre i forprosjektfasen. Hovedelementene så langt er en forprosjektperiode fram til sommeren 2014, deretter, avhengig av valgt entreprisstruktur, ca. 2 år fram til ferdig bygg.

## 6.7 Kvalitetssikring

Kvalitetsstyring består av de prosedyrene som framgår av dette dokumentet med henvisninger til supplerende dokumenter.

Med KS forstås vi *kvalitetssikring* av det produkt, det objekt, som prosjektet skal frembringe, både bygg og utstyr innenfor de rammer som gjelder. I dette inngår HMS i det ferdige produkt og at det er ivaretatt iht. prosjektets krav (Plan- og bygningsloven, Arbeidsmiljøloven, en rekke spesiallover samt eiers og brukers "legitime krav").

KS handler derfor om aktiviteter som har som mål å frembringe riktig kvalitet, altså kvalitetssikring av programmering, prosjektering, bygging, utstyrsplanlegging. Kvalitetssikring av prosjektstyringen inngår også.

I byggeprosjektet skal det legges vesentlig vekt på hensyn til helse, miljø og sikkerhet. Dette gjelder på følgende områder i selve bygget med dets utstyr og installasjoner:

- Pasientsikkerhet og oppholdsmiljø for pasienter
- besøksmiljø for pårørende og publikum
- Arbeidsmiljø for ansatte
- miljøkonsekvenser for omgivelsene (materialbruk, energi, avfall, utslipp, trafikk osv.)
- Universell utforming (god tilgjengelighet for alle brukere).



I tillegg vil det bli lagt vesentlig vekt på HMS i selve byggefasen, både for de som arbeider på byggeplassen og for omgivelsene.

Dessuten må HMS også ivaretas i alt arbeid med planlegging av selve virksomheten.

Ved planlegging av bygg og utstyr, har hele planleggingsprosessen som formål å ivareta HMS, og dette skjer i alle faser. Først legges de overordnede HMS-krav i *Overordnet teknisk program* og i *hovedfunksjonsprogrammet*. Deretter detaljeres kravene ytterligere i *delfunksjonsprogram* og i *romfunksjonsprogram*, der HMS-krav i hvert enkelt rom blir fastlagt. Alle programfasene følges opp med *prosjektering*, der kravene til HMS finner sin løsning i den konkrete og detaljerte utforming av bygget og dets installasjoner.

På tilsvarende måte blir HMS-krav fulgt opp i spesifikasjoner for brukerutstyr.

I byggefasen følges HMS-kravene opp gjennom fortløpende kontroll av at de løsninger som er beskrevet, faktisk blir levert og utført. I tillegg gjennomføres et strengt regime for *rent og tørt bygg*, slik at ikke potensielle forurensninger bygges inn i bygget.

I all planlegging blir ansatte involvert som brukere av bygg og utstyr, bl.a. for å ivareta relevante krav til HMS. Verneombud vil bli tatt med i denne brukerprosessen. Hovedverneombud i Bardu kommune vil være representert i styringsgruppa.

## 6.8 Dokumenthåndtering/arkiv

Alle møter skal ha skriftlige referater. Prosjektdokumentasjon skal arkiveres i tråd med Bardu kommunes kvalitetssystem for prosjektdokumentasjon i byggeprosjekter.

## 6.9 Rapportering

### Månedsrapport

Prosjektet v/prosjektleder<sup>11</sup> utarbeider en kortfattet månedsrapport som sendes til styringsgruppa, via PL, med følgende hovedpunkter:

- Sammendrag og samlet vurdering
- Mål og planlagte oppgaver hittil
- Status framdrift og kvalitet i forhold til plan
- Status budsjett, regnskap, ressursbruk
- Avvik og korrigerende tiltak inkl. læring

Månedsrapporten skal ferdigstilles senest 7 arbeidsdager ut i påfølgende måned.

## 6.10 Fakturering

Jf. kontrakter med de kontraherte (når disse er inngått)

### Vedlegg:

Ordliste

---

<sup>11</sup> Dersom Bardu kommunes prosjektleder har egne aktiviteter som vedkommende har ansvar for utredning av avtales det hvordan ekstern prosjektleder og kommunens egen prosjektleder håndterer dette slik at det lages en månedsrapport som gir et samlet bilde av situasjonen ved hvert månedsskifte.

## 7 VEDLEGG 1, ORDLISTE<sup>12</sup>

<b>Bygningsmessig utviklingsplan</b>	Plan for utvikling av helseforetakets bygg og infrastruktur. Planen baseres på den virksomhetsmessige utviklingsplanen, FDVU-kostnader, analyser av byggenes tekniske tilstand og egnethet.
<b>Bruttoareal</b>	Byggets totale arealer inklusiv funksjonsarealer, trafikkarealer, tekniske arealer og veggykkelser. Kan beregnes på grunnlag av nettoarealer med et påslag, såkalt brutto/netto faktor (B/N-faktor). Bruttoarealene må være sammenlignbare mellom sykehusprosjekter, ref. Veileder for Hovedfunksjonsprogram i sykehusprosjekter, januar 2008, <a href="http://www.sykehusplan.no">www.sykehusplan.no</a>
<b>Brutto utstyrprogram (BUP)</b>	Det samlede utstyrbehov i prosjektet definert på grunnlag av funksjoner og kapasitet/aktivitetsnivå.
<b>Bygningsdelstabellen</b>	Bygningsdelstabellen (NS 3451) er en standard for inndeling av bygninger i fysiske deler: Del 2 Bygg, del 3 VVS, del 4 Elektro, del 5 Tele og automatisering, del 6 Andre installasjoner, del 7 Utendørs. Den viser også oppbygging av kostnadskalkylen i konto 1-9 frem til prosjektkostnaden.
<b>Delfunksjonsprogram (DFP)</b>	Programdokument for funksjonsheter i sykehuset (deler av sykehuset), med tilhørende rom, arealbehov, nærhetsbehov mv.
<b>Detaljprosjekt (DPR), anbudsprosjekt</b>	Plandokument med detaljløsninger, mengder og anbudsunderlag. I noen tilfeller deles dette i detaljprosjekt og anbudsprosjekt.
<b>Driftsøkonomi</b>	Balansen mellom foretakets inntekter og utgifter i driften. Inkluderer avskrivninger og finansielle kostnader.
<b>Styringsdialog</b>	Styringsdialog mellom departementet og det regionale helseforetaket. Del av departementets styringssystem.
<b>FDVU</b>	Forvaltning, drift, vedlikehold og utvikling av bygg.
<b>Finansielt handlingsrom</b>	Den mulighet helseforetaket har for å skaffe, disponere og eventuelt omdisponere penger til et prosjekt/formål. Gjelder for både HF og RHF.
<b>Fleksibilitet</b>	Bygningens evne til å møte vekslende funksjonelle, kapasitetsmessige og tekniske krav. Deles som regel i fleksibilitet (tilpassingsevne), generalitet og elastisitet.
<b>Forprosjekt (FP)</b>	En prosjekteringsaktivitet som resulterer i en beskrivelse av alle dimensjonerende, tekniske forutsetninger for bygget og gjennomføringsstrategi for utbyggingen.
<b>Forprosjektfasen</b>	De aktiviteter som er nødvendig for å definere og dimensjonere bygget, og kvalitetssikre gjennomføringsstrategien og grunnlaget for gjennomføringen. Denne fasen kalles også hovedstudie, blant annet i industriprosjekter.
<b>Gjennomføringsfasen</b>	Omfatter alle aktiviteter etter at beslutning om realisering er tatt og til prosjektet er gjennomført. I denne veilederen viser det til alle aktiviteter etter forprosjektfasen.
<b>Hovedfunksjonsprogram (HFP)</b>	Overordnet programdokument som viser aktivitet, kapasitet, funksjoner, viktige rom og driftsmodell. Beregning av netto og brutto arealbehov. Ref. Veileder for hovedfunksjonsprogram.
<b>Hovedprogram (bruker)utstyr (HPU)</b>	Overordnet programdokument/plan for dimensjonering og anskaffelse av brukerutstyr, knyttet til funksjonsområdene i HFP. Oppstilling av utstyrskalkyle. Ref. Veileder for hovedprogram utstyr.
<b>Idéfasen</b>	Bygger på utviklingsplanen og omfatter idésøk og

<sup>12</sup> Hentet fra "veileder for tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter", Helsedirektoratet, desember 2011

	<p>”vurdering av alternative løsninger, avklaring av hvilke alternativer som skal utredes i konseptfasen (er ”liv laga”). Beslutning om start idéfase forutsetter at behov for tiltaket er innarbeidet i utviklingsplan og investeringsplan. Denne fasen kalles også idéstudie, blant annet i industriprosjekter.</p>
<b>Investeringsplan</b>	Rullerende plan på RHF-nivå eller HF-nivå som viser hvilke investeringsprosjekter det er rom for innenfor foretakets samlede økonomiske rammer.
<b>Klassifikasjonssystem for sykehusbygg</b>	Organisering av kapasitet og rom i sykehusbygg i forhold til hvilke funksjoner og oppgaver rommene benyttes til. Nomenklatur for benevning av hovedfunksjoner, delfunksjoner og rom. Grunnlag for kartlegging av kapasitet og arealer og fordeling av disse på funksjoner, organisasjonsenheter og bygg.
<b>Konseptfasen</b>	Omfatter alle aktiviteter som kreves for å etablere et felles grunnlag for å vurdere og sammenligne alternativene, og anbefale hvilket alternativ som skal utredes videre i forprosjektet. Denne fasen kalles også forstudie, blant annet i industriprosjekter.
<b>Konseptrapport</b>	En helhetlig fremstilling av alle alternativene som omfatter rammebetingelser, mål, forutsetninger, løsninger samt investeringsmessige og driftsøkonomiske konsekvenser. Omfatter også kriterier for valg og evaluering og anbefaling av løsning. Grunnlag for KSK. Gir grunnlag for å beslutte gjennomføring det anbefalte alternativet.
<b>KSK</b>	Ekstern Kvalitets Sikring Konseptfasen. Kvalitetssikring basert på konseptrapporten utført av ekstern rådgiver og i henhold til oppsatte kriterier. Det foreligger et eget kravdokument for gjennomføring av KSK.
<b>Konsept, konseptuell løsning</b>	Et konsept er en prinsipiell løsning på et problem. Ulike konsepter kan gi alternative løsninger for virksomhet og bygg. Effekten på kjernevirksomheten er det sentrale ved et konsept, ikke den tekniske løsningen.
<b>Foreløpig myndighetsvurdering</b>	Et tilbud fra departementet om gjennomgang og drøfting av prosjektet før tidligfaseplanleggingen er avsluttet.
<b>Nettoarealer</b>	Netto areal, funksjonsareal. Arealet i et rom begrenset av vegger og søyler, ref NS 3940. Omfatter funksjonsarealer for de programmerte rommene.
<b>Netto utstyrprogram (NUP)</b>	Det (bruker)utstyret som prioriteres for nyanskaffelse når verdien av utstyr som kan gjenbrukes er trukket fra. NUP gir grunnlag for utstyrbudsjettet.
<b>Nullalternativet</b>	<p>Nullalternativet skal vise konsekvenser av å opprettholde akseptabel ytelse for virksomheten og bygget over byggets resterende levetid, med minst mulig kostnader. Dette er den aktuelle og relevante løsningen hvis investeringsprosjektet ikke kan gjennomføres. Kalles også et referansealternativ eller et utsettelsesalternativ.</p> <p>Nullalternativet skal fremstilles sammenlignbart med de øvrige alternativene når det gjelder planhorisont og hvilke konsekvenser det har for investeringer og drift. Det vises også til veileder nr. 8 Nullalternativet, datert 28.04.2010 utgitt av Finansdepartementet.</p> <p><a href="http://www.concept.ntnu.no/ks-ordningen/veiledere">http://www.concept.ntnu.no/ks-ordningen/veiledere</a></p>
<b>Overordnet teknisk program (OTP)</b>	Programdokument som definerer ambisjonsnivået for tekniske løsninger på et overordnet nivå.
<b>Romfunksjonsprogram (RFP)</b>	Detaljert programdokument som beskriver hvilke funksjoner som utføres i det enkelte rommet, og hvilke

	krav dette stiller til rommet, inklusiv teknisk infrastruktur.
<b>Prosjektkostnad</b>	Totale kostnader for prosjektet iht. <b>Bygningsdelstabellen</b> , eks byggelånsrente, ref. NS 3451.
<b>Skisseprosjekt (SPR)</b>	Plandokument på overordnet nivå. Viser planer på etasjenivå og plassering av viktige funksjoner. Grunnlag for beregning av bruttoarealer og prosjektkostnad.
<b>Suksessfaktorer</b>	Kritiske faktorer for en vellykket gjennomføring av prosjektet. Motsatsen er fallgruver.
<b>Suksesskriterier</b>	Kriterier for hva som ansees som vellykket gjennomføring. HOD, RHF, HF og utførende kan ha ulike suksesskriterier. Gode suksesskriterier er målbare og entydige.
<b>Tidligfasen</b>	Omfatter perioden fra beslutning om at det skal startes en planprosess for et prosjekt som er prioritert i utviklingsplanen og investeringsplanen, til det er besluttet at prosjektet skal gjennomføres (eller ikke).
<b>Usikkerhetsanalyser</b>	Systematisk fremgangsmåte for å identifisere og beregne kostnader knyttet til usikkerhet. Usikkerhetsanalysen gir grunnlag for å sette kostnadsrammen.
<b>Utviklingsplan</b>	Sammenstilling av en virksomhetsmessig utviklingsplan og en bygningsmessig utviklingsplan på HF-nivå, som viser sammenhengene mellom forventet virksomhetsutvikling og krav til endringer og tilpassinger av byggene.
<b>Virksomhetsmessig utviklingsplan</b>	Plan for utvikling av helseforetakets primære virksomhetsområder basert på fagplaner og overordnede, strategiske planer og føringer. Planen skal være konkret og operasjonaliserbar.
<b>Økonomisk bæreevne</b>	Et uttrykk for i hvilken grad HF og RHF kan håndtere sine økonomiske forpliktelser når bygget står ferdig og i byggets levetid.