



*Illustrasjon fra konseptrapport*



RAPPORT

KSK NYE UNN NARVIK

UTARBEIDET FOR UNIVERSITETSSYKEHUSET I NORD-NORGE HF

20. OKTOBER 2017

Ver.	Status	Dato	Kommentar til versjonen	Ansvarlig
1.0	Overlevert	20.10.2017	Oversendt til oppdragsgiver	N.H.Melby

## FORORD

Denne rapporten gjelder kvalitetssikring av Konseptrapport, benevnt KSK, for Nye UNN Narvik. Arbeidet er gjennomført i henhold til avtale av 15.8.2017 mellom Holte Consulting og Universitetssykehuset i Nord-Norge HF.

Oslo, 20. oktober 2017

Holte Consulting

Nina Høstvang Melby  
Oppdragsansvarlig

Kristian Mehus  
Faglig rådgiver

Peter Hareide  
Faglig rådgiver

Maiken V. Schatvet  
Analytiker

Borgar Lund  
Intern kvalitetssikrer



## HOVEDKONKLUSJONER OG ANBEFALINGER

I dette kapitlet beskriver vi våre hovedkonklusjoner og anbefalinger. Innholdet utdypes i de etterfølgende kapitlene.

### HOVEDKONKLUSJONER

Siden konseptrapporten ble ferdigstilt i 2010 har det vært en lang periode uten framdrift, endringer i forutsetninger og nye føringer for tidligfase i sykehusbyggprosjekter. Vi kan på nåværende tidspunkt ikke anbefale oppstart av forprosjektfasen uten at det gjennomføres kartlegging og konsekvensvurdering av endrede forutsetninger og revideringer i skisseprosjektet av foreløpig ukjent omfang.

- Endringer i forutsetninger og dimensjonering: Dimensjonering er i vesentlighet basert på underlag fra 2007-2009. Flere viktige forhold som næringsutvikling, befolkningsframskriving og samhandlingsreformen, ny bedret tilgjengelighet med Hålogalandsbrua og kommunesammenslåing fra 2020 har endret seg eller kommet til de siste årene. Dimensjonering som en avgjørende prosjektforutsetning i konseptfasen bør derfor gjennomgås på nytt. I saksfremlegg 16/2017 «Revidering av konseptfasen. Vedlegg med endrede forutsetninger» legger utbyggingssjef frem en oversikt til Styringsgruppen for Nye UNN Narvik over endrede forutsetninger som påvirker konseptrapporten fra 2010. Saksfremlegget får frem flere klare endringer i forutsetningene til prosjektet, men vi mener at omfanget og konsekvensene av disse endringene ikke må undervurderes. I tillegg bør man analysere endringer i primærhelsetjenesten siden 2010, og Nye Narvik kommunes fremtidige behov etter kommunesammenslåing i 2020.
- Skisseprosjektet med tilhørende kostnader: Endring i forutsetninger får konsekvenser med tanke på prosjekteringsunderlag og kostnader. Oppdatering og utarbeidelse av konsistente dokumenter bør utføres før prosjekteringsarbeidet i forprosjektfasen igangsettes.

Konseptrapporten for øvrig har følgende metodiske svakheter:

- Målene er upresise og lite prosjektspesifikke til å være operasjonelt nyttige
- Overordnede krav er lite tydelig fremstilt og ikke gitt noen innbyrdes prioritering. Flere av målformuleringene i konseptrapporten har preg av å være krav og bør inngå i en liste over overordnede krav.

Utgangspunktet for kvalitetssikringen er at skisseprosjekt 2 med en integrering av somatikk, psykisk helsevern og rus fra 2010 er valgt for Nye UNN Narvik. Siden det foreligger kun ett reelt alternativ som skal kvalitetssikres, er det vanskelig å kvalitetssikre underlaget etter samme mønster som i en ordinær kvalitetssikring av konseptvalgutredninger. Arbeidet har dermed bestått i å gjennomføre en etterkontroll av prosjektets status basert på valgt alternativ. Basert på samtaler og gjennomgått dokumentasjon, mener vi likevel at dette er et prosjekt med gode intensjoner og ambisjoner og god forankring i helseforetaket og i Narvik kommune. Vi anser det derfor som svært sannsynlig at riktig konsept er valgt.

## ANBEFALINGER

Før forprosjektfasen igangsettes bør følgende aktiviteter gjennomføres :

- Oppdatere styrende dokumentasjon som beskriver rammebetingelser og hvordan prosjektet er definert og avgrenset. Dette vil danne grunnlag for mandat for forprosjektfasen. Vi anbefaler derfor å:
  - Tydeliggjøre målene
  - Formulere overordnede krav
  - Forankre virksomhetsinnholdet
  - Oppdatere dimensjoneringsgrunnlaget
- Analysere om konsekvensene av endringer i forusetninger (funksjoner, pasientflyt og logistikk med fler) kan ivaretas innenfor rammene av eksisterende skisseprosjekt.
- Oppdatere prosjektkostnad (kalkyle), usikkerhetsanalyse, LCC-analyse, driftsøkonomisk analyse, finansieringsplan og økonomisk bæreevne (komplett ØLP-beregning). Dette vil gi konsistent styringsgrunnlag for prosjektet.
  - Drøfte potensialet for organisatoriske gevinster som følge av nytt bygg og tett samarbeid med primærhelsetjenesten og ta dette inn i en revidert vurdering av økonomisk bærekraft.
- Gevinstoversikt (spesifisert på minimum klinikknivå).
- Definere mandat for forprosjektfasen.

## INNHOLDSFORTEGNELSE

Forord.....	2
Hovedkonklusjoner og anbefalinger .....	3
1 Om prosjektet .....	6
2 Om oppdraget .....	7
3 Overordnede merknader .....	8
4 Vurdering av konseptrapporten.....	11
4.1 Samsvar mellom virksomhetsstrategisk grunnlag og konseptrapporten .....	11
4.2 Målhierarkiet .....	12
4.3 Vurdering av foretakets økonomiske og finansielle bæreevne .....	14
4.4 Vurdering av alternativene mot gevinster som ønskes realisert.....	18
4.5 Prosjektets plassering i forhold til helseforetakets totale tilbud.....	19
4.6 Ivaretagelse av krav til indre og ytre miljø.....	19
4.7 Pasientsikkerhet og uønskede hendelser .....	19
Vedlegg 1 Samtaleliste.....	21

## 1 OM PROSJEKTET

Forprosjektet «Nye UNN Narvik» skulle opprinnelig starte opp i 2011, men ble utsatt som en følge av økonomiske prioriteringer i Helse Nord RHF. UNN Narvik er nå inkludert i Helse Nord RHF sin investeringsplan, og forventes ferdigstilt i 2022. Det planlagte sykehuset baserer seg på en integrert sykehusmodell, der rusbehandling, psykiatri og somatikk er lokalisert på samme sted. Hensikten bak modellen er å oppnå økt samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten, og det forventes at løsningen vil føre til en mer effektiv utnyttelse av ressurser. Modellen likestiller også pasientgruppene og gir tilgang til tverrfaglig behandling ved behov. En slik modell byr også på utfordringer og i konseptrapporten trekkes det blant annet frem at det vil stilles spesielle krav til sikring og skjerming av ulike pasientgrupper. Foreløpig er det planlagt at sykehus, kommunalt helsehus og kommunalt sykehjem skal samlokaliseres på Furumoen i Narvik. Det kommunale sykehjemmet befinner seg allerede på Furumoen.

I idéfasen konkluderte man med at investeringskostnaden knyttet til å oppgradere eksisterende sykehus til et sykehus som kan møte fremtidige krav ville være i samme størrelsesorden som et nybygg. Det ble derfor besluttet å videreføre Nye UNN Narvik som et nybyggsalternativ, jfr styrets beslutning i sak 25/2008 «Universitetssykehuset Nord-Norge Narvik - beslutning om oppstart av Konseptfase». Det er foreslått to utbyggingsløsninger i konseptrapporten, skisseprosjekt 1 og skisseprosjekt 2. Skisseprosjekt 2 er en videreutvikling av skisseprosjekt 1. Skisseprosjektene bygger på samme program, men skisseprosjektene har ulike løsninger for blant annet lokalisering av funksjoner og tilrettelegging for samarbeid.

## 2 OM OPPDRAGET

Konseptrapporten som skal kvalitetssikres er et resultat av en idé- og konseptfase som ble gjennomført i perioden 2007-2010. Rapporten er gjennomført i henhold til «Veileder for tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter», utgitt av helsedirektoratet i 2009. UNN har selv gjennomført en intern gjennomgang og vurdering av endringer i premisser, vedtak, bestemmelser og føringer som lå til grunn for konseptet. Hovedkonklusjonen var at mindre arbeider må gjennomføres for å bli tatt med i oppstarten av forprosjektet, men at dette ikke ansees som kritisk for gjennomføringen av ekstern KSK.

I kvalitetssikringen av konseptfasen og konseptrapporten har vi tatt utgangspunkt i metodiske prinsipper gitt gjennom «Veileder til tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter», rammeavtalen for ekstern kvalitetssikring og tilhørende sjekklister, samt ulike prinsipper for alternativanalyse gitt blant annet gjennom veiledningsmateriell fra Concept-programmet og rundskriv 109/14 «Prinsipper og krav ved utarbeidelse av samfunnsøkonomiske analyser mv.» fra Finansdepartementet.

Krav til KSK iht. Veileder om tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter, vedlegg H:

*For prosjekter med en forventet kostnad på over 500 MNOK skal det gjennomføres en ekstern kvalitetssikring (KSK). Grunnlaget vil være de utredningene som er gjennomført i konseptfasen og som er dokumentert i konseptrapporten med underliggende delutredninger. (..) KSK skal sikre at de utredninger som er gjennomført i konseptfasen på en tilfredsstillende måte har ivaretatt overordnede krav (målhierarki, bredde i utredninger av alternativ, riktige prioriteringer og økonomisk bæreevne), men også spesifikke krav til metode og innhold i utredninger og analyser knyttet til gevinstrealisering, struktur og sammenheng i tjenestetilbudet, forholdet til samhandlingsreformen, beregning av fremtidig aktivitet og kapasitetsbehov, omstilling og effektivisering, miljøhensyn, pasientsikkerhet og befolkningens krav til tjenesten (..)*

### 3 OVERORDNEDE MERKNADER

Det at konseptrapporten er fra 2010 uten noen oppdateringer i forhold til endringer i forutsetninger og øvrige analyser, påfører prosjektet en del unødig usikkerhet. Det er ikke ønskelig at prosjektet tar med seg dette videre inn i en forprosjektfase med den risikoen dette innebærer. Dette kan unngås hvis prosjektet påbegynner arbeidet med oppdatering av styrende dokumentasjon og reviderer konseptfaserapporten, samt skisseprosjektet der det er hensiktsmessig. I dette kapittelet velger vi derfor å påpeke noen prinsipielle, overordnede problemstillinger med tilhørende oppgaver som vi mener bør utføres før forprosjektfasen påbegynnes.

#### ENDRINGER I FORUSETNINGER

I saksfremlegg 16/2017 «Revidering av konseptfasen. Vedlegg med endrede forutsetninger» legger utbyggingssjef frem en oversikt til Styringsgruppen for Nye UNN Narvik over endrede forutsetninger som påvirker konseptrapporten fra 2010. Saksfremlegget skal sammen med konseptrapporten legges til grunn for ekstern kvalitetssikring. Hovedkonklusjonen fra fremlegget er at konseptet fortsatt er gyldig, men ikke optimalisert med tanke på dagbehandling, god pasientflyt og gode pasientforløp. Det påpekes også at atrielløsninger som er beskrevet i skisseprosjektet må vurderes nærmere, herhunder krav til skjerming/innsyn og værmessige forhold. I saksfremlegget kommenteres også utviklingen innen e-helse og IKT, men det presiseres at denne utviklingen i liten grad vil påvirke dimensjoneringen av sykehuset.

Saksfremlegget får frem flere klare endringer i forutsetningene til prosjektet, men vi mener at omfanget og konsekvensene av disse endringene ikke må undervurderes. Som nevnt trekkes utviklingen innen e-helse og IKT frem, men økonomiske aspekter knyttet til dette diskuteres ikke. Flere av endringene som trekkes frem i saksfremlegget vil også ha en innvirkning på skisseprosjektet, blant annet endringer knyttet til arealbehov for døgn- og dagbehandling, logistikk, skjerming av pasientforløp og løsninger for digitale pasienttjenester. Saksfremlegget mangler en drøftelse vedrørende endringer i primærhelsetjenesten - for eksempel krav om kommunale akutte døgntjenester (KAD-plasser). Dette er momenter som må vurderes i en revidert konseptrapport.

Vi anbefaler at man reduserer usikkerheten knyttet til konsekvenser av endrede forutsetninger til et minimum før oppstart forprosjekt. Slik vi ser det, blir det nødvendig å revidere foreliggende skisseprosjekt. Det er imidlertid begrenset hvor store endringer som kan gjøres i vedtatt skisseprosjekt, før behovet oppstår for å begynne med et helt nytt skisseprosjekt. Det anbefales derfor i første omgang å analysere hvilke konsekvenser de endrede forutsetningene har på skisseprosjektet, da konsekvensene foreløpig ikke er kjent.

#### KVALITETSSIKRING AV UTVIKLINGSPLAN

I «Veileder for arbeidet med utviklingsplaner» (2016) står det at en utviklingsplan:

*(..) er en plan for hvordan et helseforetak vil utvikle sin virksomhet for å møte framtidig behov for helsetjenester. Den er en samlet plan som skal sørge for at underliggende planer støtter opp om et overordnet felles formål.*

*En utviklingsplan skal peke på ønsket utviklingsretning for sykehusene i helseforetaket og hvilke tiltak som er nødvendige for å møte framtidens utfordringer.*

*Formålet er å skape pasientens helsetjeneste gjennom riktig kompetanse, nye arbeidsformer og riktige bygg og utstyr.*

Utviklingsplan danner derfor et viktig grunnlag for mandatet, men har etter hva vi kjenner til, ikke vært gjenstand for ekstern kvalitetssikring.

Krav til KSK iht. Veileder for tidligfasen i sykehusbyggprosjekter, vedlegg H:

*«KSK skal sikre at alternativene som er vurdert i utviklingsplanen en tilstrekkelig bredde i forhold til mulighetsrommet slik at helseforetakets*

1. «sørge for»-ansvar



2. *framtidige behandlingsformer og prioriteringer*
3. *samhandling med primærhelsetjenesten og vertskommunene*
4. *eventuelle omstillinger og effektivisering av tjenestetilbudet*

*er ivare tatt?»*

For å kvalitetssikre konseptfasen har det vært viktig for oss å gjennomgå ovennevnte spørsmål, og vi vil her oppsummere våre overordnede observasjoner.

### **1. «Sørge for»-ansvar**

I henhold til spesialisthelsetjenesteloven<sup>1</sup> § 2-1 a har de regionale helseforetakene (RHF) ansvar for å sørge for at befolkningen i helseregionen blir tilbudt spesialisthelsetjeneste. Videre skal helsetjenester som tilbys eller ytes være forsvarlige, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-2.

«Sørge for»-ansvaret stiller krav om at RHFet må utøve en overordnet organisering og styring slik at helsetjenesten som tilbys og ytes er forsvarlig. Utviklingsplanen som foreligger gjenspeiler Helse Nord HF sitt samlede ansvar for spesialisthelsetjenester i regionen og understøtter «sørge for»-ansvaret.

Utviklingsplanen påpeker selv i dimensjoneringsforutsetninger at «Fremskrivningene er mer usikre når det gjelder behovet for vanlige lokalsykehussenger, og det er derfor lagt et mer dynamisk konsept til grunn der disse eventuelt kan reguleres opp ved behov». Utviklingsplanen henviser til en Sintef-rapport «Revidert dimensjoneringsgrunnlag UNN Troms 2011», og i saksframlegg henvises det til en rapport fra Sykehusbygg «Aktivitets- og kapasitetsberegning 2014-2040». Framskrivningen er utført for de behandlingsstedene som er i dag og den funksjonsdeling som er i området i dag. I tillegg ser de nevnte analyser på helseforetakets overordnet kapasitetsbehov. Det er flere mulige endringer i dimensjoneringsforutsetningene hva gjelder dette prosjektet:

- Nye krav til akuttberedskap?
- Demografisk utvikling er utført uten at den nye Hålogalandsbrua er inkludert. Kan dette føre til en endring i opptaksområdet for Nye UNN Narvik?
- Kommunesammenslåing?
- Endrede krav til primærhelsetjenesten?

Ved å planlegge for Nye UNN Narvik vil man legge til rette for bedre kapasitet og høy forsvarlighetsgrad i tjenesten i tråd med «sørge for»-ansvar, gitt at underlagsdokumentasjon oppdateres basert på endringer i forutsetninger fra 2010 i spesialist- og primærhelsetjenesten. Basert på ovennevnte merknader anbefaler vi at det gjennomføres en oppdatering knyttet til kapasitetsbehov og planlagt opptaksområde for å sikre riktig kapasitet og kvalitet i pasientbehandlingen.

### **2. Framtidige behandlingsformer og prioriteringer**

Det planlegges for tilpasningsdyktighet og bygget tilrettelegges for stor fleksibilitet. Vi forutsetter at dette videreføres i det kommende arbeidet.

### **3. Samhandling med primærhelsetjenesten og vertskommunene**

I dette konseptet er det viktig at primærhelsetjenestens og vertskommunenes påvirkning på forutsetningene for prosjektet oppdateres slik at det reflekterer dagens situasjon og kommunens virksomhetsstrategi. For Narvik kommune vurderer vi at det virksomhetsstrategiske grunnlaget for konseptfasen ikke er tilstrekkelig modent grunnet de endringene som har blitt innført i primærhelsetjenesten siden 2010. I tillegg er det viktig at man ser på Nye Narvik kommunes fremtidige behov, og hvordan vedtatt kommunesammenslåing fra 2020 påvirker prosjektet.

- Integrerte funksjoner inn i Nye UNN Narvik: Avklare omfang av funksjoner i

---

<sup>1</sup> Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven)  
[https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61#KAPITTEL\\_2](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61#KAPITTEL_2)

primærhelsetjenesten som skal integreres inn i sykehuset. Som et minimum bør man tilrettelegge for det omfanget man anser som mest sannsynlig.

- Helsehuset: Nye UNN Narvik kan gjennomføres uten at kommunen har avklart hvilke øvrige funksjoner som skal inn i helsehuset. Det må tilrettelegges for at Helsehuset kan dimensjoneres til kommunens behov og at dette innebærer at plassering av sykehuset legger til rette for senere utvidelse med helsehus i tråd med ambisjoner om samhandling mellom spesialist- og primærhelsetjenesten.

Vi anbefaler at man først reviderer og konkretiserer hvilke samhandlingsområder UNN og Narvik kommune skal etterstrebe integrert for dette prosjektet før oppstart forprosjekt.

#### **4. Eventuelle omstillinger og effektivisering av tjenestetilbudet**

Følgende endringer i faktorer påvirker fremtidig aktivitet og inngår i beregningene i konseptrapporten (Tabell 6 kap.4.2.3 og kap. 7.3.2):

- Oppgavefordeling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten
- Overføring til observasjonsenhet
- Overføring til pasienthotell
- Fra døgn- til dagopphold
- Til pasienthotell for dagopphold
- Generell reduksjon i liggetid
- Nye tilbud/overføring andre sykehus

I tillegg kommer den demografiske fremskrivingen og epidemiologiske endringer.

Vi vil påpeke følgende momenter som må vurderes før oppstart av forprosjekt:





- Elektive pasientforløp har ført til ytterligere dreining fra døgn- til dagbehandling
  - Analysere virksomhetens endringer i behov for flere døgnopphold og hvilket effektiviseringspotensiale dette innebærer.
- Samarbeidet mellom akuttmottak og legevakt
- Vurdering og stabilisering i akuttmottak
- Identifisere hvilke effekter etablering av Helsehus kan gi på pasientforløp mellom primær- og spesialisthelsetjenesten
- Behovet for kapasitetsbærende rom








Påpekte momenter bør sees i sammenheng med punkt 3 over om samhandling med primærhelsetjenesten.

## 4 VURDERING AV KONSEPTRAPPORTEN

Våre vurderinger tar utgangspunkt i krav til KSK iht. «Veileder for tidligfasen i sykehusbyggprosjekter» (2017). Spørsmålene til KSK er overført til en tabell, der hvert enkelt spørsmål er gitt poeng etter hvor godt konseptrapporten svarer opp spørsmålene i henhold til Tabell 1 nedenfor.

**Tabell 1 Beskrivelse av fargeskala**

Vurdering	Fargeskala			
Negativ				
Noe positiv, men med vesentlige merknader				
Positiv, men med merknader				
Positiv, uten merknader				

Kvalitetssikring av konseptfase	Vår vurdering			
1. Er det samsvar med det virksomhetsstrategiske grunnlaget for investeringen formulert i utviklingsplanen og den framlagte konseptrapporten?				
2. Er målhierarkiet konsistent, avklart og ikke for komplisert eller generelt til å være operasjonelt?				
3. Er alternativene vurdert opp mot det regionale foretakets økonomiske og finansielle bæreevne til gjennomføring?				
4. Er alternativene vurdert opp mot gevinster som ønskes realisert?				
5. Er prosjektets lokalisering vurdert i forhold til det regionale helseforetakets totale tilbud?				
6. Hvordan forholder prosjektet seg til overordnede krav til ivaretagelse av indre og ytre miljø?				
7. Hvordan kan planlagte bygg og infrastruktur påvirke uønskede hendelser innenfor pasientsikkerhet?				

### 4.1 SAMSVAR MELLOM VIRKSOMHETSSTRATEGISK GRUNNLAG OG KONSEPTRAPPORTEN

Konseptrapporten imøtekommer Nasjonal helse- og sykehusplan hvor det er mål om at somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling skal integreres i framtidens spesialisthelsetjeneste slik at pasientens behov for sammensatte tjenester imøtekommes.

Det virksomhetsstrategiske grunnlaget for investeringen er gitt gjennom målbildet for videre utvikling av UNN HF. Konseptet er i tråd med overordnet strategi for UNN HF (11.08.2015, ver. 4.2, MS0014) hvor UNN skal være det norske universitetssykehuset for nordområdene der man skal sikre spesialiserte helsetjenester, lokalsykehusstilbud og beredskap på høyt internasjonalt nivå. Samt være pådriver for samhandling med kommunene, primærhelsetjenesten og andre sykehus, med sikte på optimal og likeverdig bruk av tilbudene ved UNN.

Strategisk utviklingsplan 2015-2025 (26.11.2015, ver. 1.4, MS0650) prioriterer regionsfunksjonene ved UNN Tromsø, mens deler av lokalsykehusfunksjonene for Tromsø og omegn blir lokalisert til UNN Narvik og UNN Harstad. I strategisk utviklingsplan ligger Nye Narvik inne som en del av videre dimensjoneringsforutsetninger.

Prosjektutløsende behov for investeringen er knyttet til dårlig funksjonalitet grunnet bygningsmessig vedlikeholdsetterslep på bygningsmassen. Behov for bygningsmessig og funksjonell effektivisering gjennom samling av funksjoner må også ses på som et virksomhetsstrategisk grunnlag.

Konseptet nye Narvik sykehus er forankret både i helseforetaket og i kommunen.

Konseptfaserapporten er i samsvar med det virksomhetsstrategiske grunnlaget, gitt at «sørge for»-ansvaret er ivaretatt (se merknader i kapittel 3).

## 4.2 MÅLHIERARKIET

Det er utarbeidet svært mange mål for prosjektet. Mange av disse kunne vært framstilt som overordnede krav til prosjektet, og flere av målene kunne også vært slått sammen. Dette hadde begrenset antall mål, og ville gjort styring og prioritering/vektlegging av målene enklere. Mange av målene er upresise og lite målbare, noe som gjør det vanskelig å vurdere grad av måloppnåelse underveis og i etterkant av prosjektet.

**Samfunnsmålene** er overordnede og relevante, men svært omfattende. Det er formulert relativt mange samfunnsmål, og flere av disse kunne vært framstilt som overordnede krav til prosjektet. Mål nr. 4 er ikke lenger aktuelt og må omformuleres. Det gis ingen informasjon om rangering av de ulike målsettingene.

**Tabell 2 Vurdering av samfunnsmål**

Nr.	Samfunnsmål	Vurdering
1	Ivareta overordnede nasjonale og regionale føringer for organisering og drift av lokalsykehus	Kunne vært et krav.
2	Oppfylle UNN HF's rolle som lokalsykehus for det definterte opptaksområdet	Mål nr 1 og 2 er svært like og kunne vært slått sammen til ett mål. Målsettingen kunne vært et krav.
3	Ivareta fremtidige kapasitetsbehov i UNN HF på en helhetlig måte. UNN Narviks kapasitet skal sees i sammenheng med tilgjengelig kapasitet ved UNN Harstad og UNN Tromsø.	Kunne vært et krav.
4	Ligge i forkant av samhandlingsreformen og utvikle nye modeller for samarbeid og arbeidsdelingen mellom primær- og spesialisthelsetjenesten i tråd med samhandlingsreformens intensjoner.	Ikke aktuelt å ligge i forkant av samhandlingsreformen lenger, men det kan likevel være nyttig å understreke betydningen av reformen.
5	Bidra til å utvikle en undervisnings- og forskningsarena som har fokus på undervisning, forskning og utvikling rettet inn mot samhandlingsreformen og konsekvenser av denne.	Ok. Får tydelig frem viktige fokusområder i prosjektet.
6	Utvikle Nye UNN Narvik til et fremtidsrettet lokalsykehus som i samarbeid med kommunene i opptaksområdet, fremmer løsninger som ivaretar helhetlige pasientforløp, kompetanseutvikling og faglig gode og driftseffektive løsninger.	Dette målet består av mange elementer, og flere av disse er dekket i målsettingene over. Å være et fremtidsrettet lokalsykehus dekkes under mål nr. 1 og 2, og kompetanseutvikling dekkes under mål nr. 5. Målet kunne vært omformulert til å kun omfatte driftsøkonomi.

**Effektmål.** Det legges frem mange effektmål i rapporten, og det fremkommer ingen rangering av disse. Flere av målene henger delvis sammen, og kunne for enkelhets skyld blitt slått sammen. Samtlige effektmål kunne vært fremstilt som krav. Direkte effekter for pasientene burde kommet tydeligere frem i målformuleringene.

Effektmålene skal representere brukerperspektivet, og reflektere effekten for brukerne ved oppnåelse av resultatmålene. I dette prosjektet bør det skilles mellom effektmål for pasienter og ansatte ved sykehuset. For å sikre gode effektmål bør SMARTE-kriteriene<sup>2</sup> benyttes. Effektmålene oppfyller ikke SMARTE-kriteriene slik de er formulert i konseptrapporten.

**Tabell 3 Vurdering av effektmål**

Nr.	Effektmål	Vurdering
1	Etablere et lokalsykehus som samlokaliserer og integrerer somatikk, psykiatri og tverrfaglig, spesialisert rusbehandling	Målet bygger opp under samfunns mål nr. 4. Tydelig formulert, men kunne vært et krav.
2	Lokalisere sykehuset slik at atkomsten fra Indre Troms (nordfra) blir god	Målet er konkret, og det er mulig å vurdere grad av måloppnåelse. Beslutning om lokaliseringen av Nye UNN ble derimot tatt før skriving av konseptrapporten, og dette effektmålet blir derfor irrelevant for rangering av konsepter.
3	Legge til rette for en fleksibilitet som bidrar til å sikre tilstrekkelig kapasitet for lokalsykehusfunksjoner innenfor UNN HF	Veldig generelt, noe som gjør det vanskelig å vurdere grad av måloppnåelse.
4	Legge til rette for etablering av samarbeidsløsninger og en effektiv samhandling med vertskommunen og øvrige kommuner i opptaksområdet	Mål nr. 4, 5 og 6 får frem viktige aspekter ved prosjektet, men disse kunne med fordel ha vært slått sammen til ett mål.
5	Sikre at muligheter for fysisk sammenknytning mellom det nye sykehusanlegget, sykehjemmet og mulige fremtidige bygg for primærhelsetjenester	Se mål nr 4.
6	Bidra til å sikre fremtidig integrasjon mellom funksjoner i sykehus og kommunehelsetjeneste gjennom plassering av funksjoner og utforming av bygget	Se mål nr. 4.
7	Legge til rette for en fleksibilitet som kan sikre tilstrekkelig kapasitet for lokalsykehusfunksjoner innenfor UNN HF og som kan fange forventede endringer som følge av endringer i arbeidsdeling mellom sykehus og i forhold til kommunehelsetjenesten.	Setningen er noe upresist formulert, og repeterer mål nr 3. Mål nr. 3 og 7. kan slås sammen.
8	Nye UNN Narvik skal ha MR	Krav.

**Resultatmålene** er en blanding av en arbeidsliste, kravliste, milepælsplan og suksessfaktorer. Hensikten med resultatmål er å vise hvordan prosjektet som helhet skal realisere effektmålene, gjerne i form av en prioritering (og begrunning) av tid, kostnad og kvalitet. Kan prosjektets fremdrift gå på bekostning av prosjektets kostnad eller kvalitet? Dersom prosjektet er kostnadsstyrt kan det eksempelvis være aktuelt å bruke noe mer tid på utredning før man gjennomfører. Vi mener disse momentene burde vært drøftet under resultatmål.

Vi anser målene som upresise og lite prosjektspesifikke til å være operasjonelt nyttige, og anbefaler en opprydding og omformulering.

<sup>2</sup> SMARTE-kriteriene: Spesifikk, Målbar, Akseptert, Realistisk, Tidsavgrenset, Enkel

## 4.3 VURDERING AV FORETAKETS ØKONOMISKE OG FINANSIELLE BÆREEVNE

Kapittel 12 i konseptrapporten viser kostnader og investeringsbehov fra 2010. Beregningene var basert på kvadratmeterpriser som er differensiert på type areal, hvor tunge sykehusfunksjoner er definert som mest kostnadsdrivende per kvadratmeter (se Tabell 4). I kalkylen var det i tillegg medtatt kostnader for etablering av adkomstvei, generelle kostnader (vurdert som 20 prosent av entreprisekostnad), tomteerverv og utstyr. Det er også gjort FDVU- og driftsøkonomiske analyser, samt vurdering av økonomisk bæreevne.

Slik investeringsbehovet foreligger i konseptrapporten er kostnadene utdaterte, og gir ikke et riktig kostnadsbilde. Prisstigning og uteglemte kostnadsposter er bidragsytende til dette. Som omtalt i foregående kapitler er det også flere usikkerhetsmomenter grunnet endrede forutsetninger, og det er usikkert hvordan foreliggende skisseprosjekt kan håndtere endringene.

Vi har likevel gjort en øvelse for å indikere investeringsbehov på foreliggende skisseprosjekt i dagens kroneverdi. Dette inkluderer både prisstigning fra 2010 til 2017, samt oppdaterte kostnader på enkeltposter. Kalkylen fra 2010 inneholdt ikke lønns- og prisstigning i byggeperioden, og heller ikke kostnader for byggelånsrenter, som begge nå legges til i kalkylen.

Forutsetninger for indikasjon av investeringsbehov gitt foreliggende skisseprosjekt:

- Statistisk sentralbyrå (SSB) *Byggjekostnadsindeks*, som viser årlig endring i pris gjennom hele perioden er benyttet som grunnlag for beregning av lønns- og prisstigning fra 2010 til Q4 2017. Total økning fra 2010 til Q4 2017 er på 21 prosent. Enkelte kostnadsposter har blitt gjennomført eller fått nye vurderinger i løpet av byggeperioden, og disse er særskilt kommentert.
- Siden det er estimert 4 års byggetid med oppstart tidligst 2020 er det også medtatt lønns- og prisstigning for byggeperioden. Det er benyttet tall fra SSB, med en forventet årlig prisstigning på 2,7 prosent gjennom byggeperioden. Vi forutsetter jevnt kostnadspådrag i byggeperioden.
- Prosjektet opplyser om at det skal tas opp byggelån for opptil 70 prosent av prosjektkostnadene, og at antatt byggelånsrente er 4 prosent per år gjennom byggeperioden.

Dette har ført til følgende kalkyle, som vist i Tabell 4 og Tabell 5.

Tabell 6 oppsummerer endringene. Merk at det ikke er innhentet nye enhetspriser for de ulike funksjonene, kun indeksjustering av nøkkeltallene fra 2010.

**Tabell 4 Areal og enhetspriser for arealfunksjoner**

Areal og enhetspriser	Areal (BTA, m <sup>2</sup> )	Enhetspriser fra 2010 (kr/m <sup>2</sup> )	Enhetspriser justert til 2017 (kr/m <sup>2</sup> )
Tunge sykehusfunksjoner	4 946	38 000	46 000
Lette sykehusfunksjoner	10 413	28 000	34 000
Psykatri og rus	3 700	25 000	30 000
Tverrgående trafikkareal	5 101	18 000	22 000
Tekniske arealer	3 599	14 000	17 000
<b>Samlet areal og enhetspris for huskostnad</b>	<b>27 759</b>	<b>25 729</b>	<b>31 196</b>

Tabell 5 Kostnadskalkyle etter KSK

Konto	Konseptrapport 2010	KSK 2017		
	Kostnad	Kostnad	Endring	Kommentar
Tunge sykehusfunksjoner	187 948 000	227 516 000	39 568 000	Prisstigning
Lette sykehusfunksjoner	291 564 000	354 042 000	62 478 000	Prisstigning
Psykatri og rus	92 500 000	111 000 000	18 500 000	Prisstigning
Tverrgående trafikkareal	91 818 000	112 222 000	20 404 000	Prisstigning
Tekniske arealer	50 386 000	61 183 000	10 797 000	Prisstigning
<b>Huskostnader</b>	<b>714 216 000</b>	<b>865 963 000</b>	<b>151 747 000</b>	
Utomhuskostnader	46 023 000	55 518 000	9 495 000	Prisstigning
Adkomstvei	40 200 000	78 803 453	38 603 453	Nytt estimat
<b>Entrepreniskostnader</b>	<b>800 439 000</b>	<b>1 000 284 453</b>	<b>199 845 453</b>	
Generelle kostnader (20 %)	160 087 800	200 056 891	39 969 091	Prisstigning
<b>Byggekostnader</b>	<b>960 526 800</b>	<b>1 200 341 344</b>	<b>239 814 544</b>	
Erverv tomt	3 100 000	10 000 000	6 900 000	Gjennomført
K. utsmykking	4 002 195	5 001 422	999 227	
<b>Grunnkalkyle eks mva</b>	<b>967 628 995</b>	<b>1 215 342 766</b>	<b>247 713 771</b>	
Merverdiavgift (MVA)	240 131 700	301 335 692	61 203 992	
<b>Grunnkalkyle ink mva</b>	<b>1 207 760 695</b>	<b>1 516 678 458</b>	<b>308 917 763</b>	
Utstyr	102 900 000	124 500 000	21 600 000	Prisstigning
MVA Utstyr	25 725 000	31 125 000	5 400 000	
<b>Prosjektkostnad</b>	<b>1 336 385 695<sup>3</sup></b>	<b>1 672 303 458</b>	<b>335 917 763</b>	
Prisstigning i byggeperioden (LPS)	0	198 411 707	198 411 707	4 års byggetid
Byggelånsrente (BLR)	0	112 690 005	112 690 005	70 % lånefinansieres
<b>Prosjektkostnad ink mva, LPS og BLR</b>	<b>1 336 385 695</b>	<b>1 983 405 170</b>	<b>647 019 475</b>	

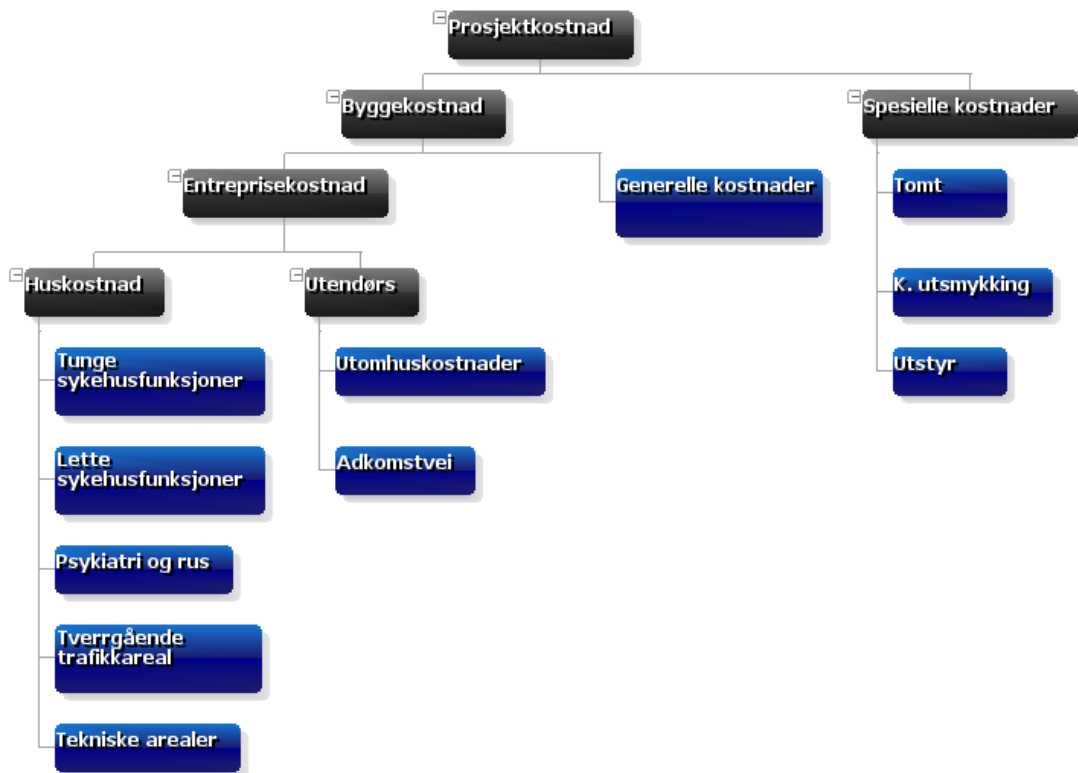
Tabell 6 Hovedendringer mellom kalkyle fra 2010 og 2017

Årsaker til endring i prosjektkostnad:	Økning
Kostnad for tomt er reell	6 900 000
Ny pris for adkomstvei (inkl. mva. og gen. kostnader)	58 200 000
Lagt til prisstigning for perioden 2010-2017	270 500 000
Lagt til prisstigning for byggeperioden	198 400 000
Lagt til Byggelånsrente for byggeperioden	113 000 000
<b>Sum økning</b>	<b>647 000 000</b>

<sup>3</sup> I kalkyle fra 2010 var det inkludert Marginer/reserver på 15 % av grunnkalkylen. Prosjektkostnadene skal ikke inneholde usikkerhet. Derfor er Marginer/reserve flyttet til forventet tillegg i usikkerhetsanalysen.

## USIKKERHETSANALYSE

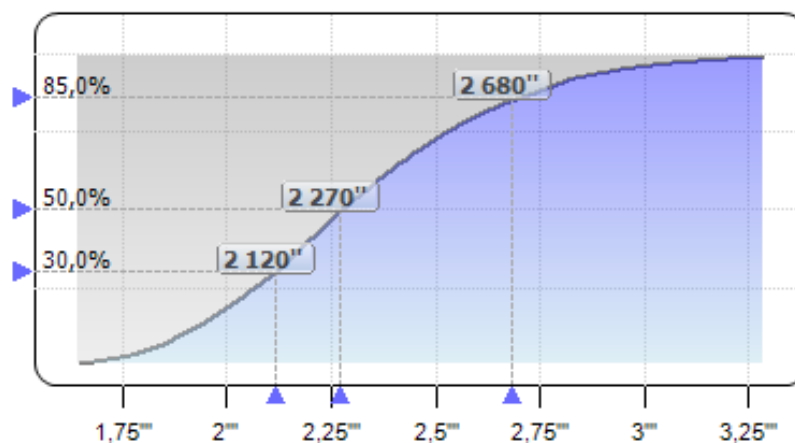
Det er gjennomført en forenklet usikkerhetsanalyse av prosjektet. Forutsetningen for usikkerhetsanalysen er at prosjektet har samme funksjoner og arealer som skisseprosjektet som kvalitetssikres. Figur 1 viser prosjektnedbrytningsstrukturen.



Figur 1 Prosjektnedbrytningsstruktur

### Resultat

Basert på innhentet informasjon er det beregnet en sannsynlighetskurve (S-kurve) for prosjektet slik det foreligger ved analysetidspunktet. Kurven beskriver hvilken akkumulert total kostnad (x-aksen) en kan regne med å gjennomføre prosjektet innen, for en gitt sannsynlighet (y-aksen). Kurven er et resultat av den gjennomførte analysen og vises i Figur 2.



Figur 2 Sannsynlighetskurve

Tabell 7 oppsummerer kostnadsbildet for prosjektet.

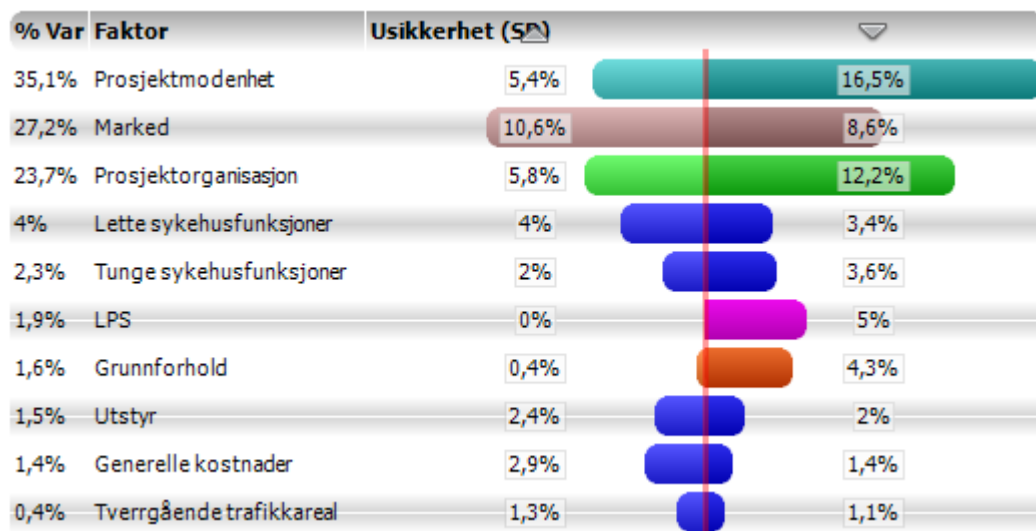


Tabell 7 Kostnadsbilde

Økonomisk størrelse	Kr/m2	MNOK	Prosentvis tillegg
<b>Prosjektkostnad ink MVA, LPS og BLR</b>	<b>71 451</b>	<b>1 980</b>	
Forventet tillegg fra prosj.kost. til P30		140	7 %
<b>P30</b>	<b>76 372</b>	<b>2 120</b>	
Forventet tillegg fra prosj.kost. til P50		290	14 %
<b>Forventningskostnad P50</b>	<b>81 775</b>	<b>2 270</b>	
Usikkerhetsavsetning		410	18 %
<b>P85</b>	<b>96 545</b>	<b>2 680</b>	

Endelig fastsettelse av styringsmål og kostnadsramme må besluttes av ledelsen i UNN etter oppdateringer av skisseprosjektet.

Figur 3 viser rangeringen av usikkerhetene i prosjektet. Mest bidragsytende til prosjektets relativt store usikkerhet er prosjektmodenhet, marked og prosjektorganisasjon.



Figur 3 Tornadodiagram

- Prosjektmodenheten vurderes å ha høy usikkerhet grunnet faktorer som dimensjoneringsgrunnlag, funksjonsinnhold, areal og utstyrsbehov. Det er heller ikke hentet inn oppdaterte kvadratmeterpriser på de ulike funksjonene.
- Marked er forventet å ha høy påvirkning på prosjektet både positivt og negativt ettersom dette vil være et stort prosjekt i regionen, og ikke minst tidsperspektivet med oppstart tidligst 2020 og fire års byggeperiode.
- Prosjektorganisasjonen har til nå hatt lite kontinuitet siden 2010, noe som bidrar til at det er forbundet høy usikkerhet til denne faktoren.

Grunnet stor usikkerhet i endrede forutsetninger, og hvorvidt anbefalt skisseprosjekt kan håndtere disse, anbefaler vi at det gjøres grundigere vurderinger av investeringsbehovet før kostnadsramme settes.

Vi anbefaler derfor å oppdatere prosjektkostnad (kalkyle), usikkerhetsanalyse, LCC-analyse, driftsøkonomisk analyse, finansieringsplan og økonomisk bæreevne (komplett ØLP-beregning). Dette vil gi konsistent styringsgrunnlag for prosjektet.

## 4.4 VURDERING AV ALTERNATIVENE MOT GEVINSTER SOM ØNSKES REALISERT

Nye UNN Narvik er besluttet lokalisert på Furumoen og vi mener at det er diskuterbart om det i realiteten eksisterer mer enn ett alternativ i tillegg til nullkonseptet. Dette skyldes at det på Furumoen er vurdert to ulike skisseprosjekt der det ene er en videreutvikling av det andre, og med samme prinsipp om integrering av ulike funksjoner som premiss. Vi mener at det dermed ikke er lett å se at det eksisterer to konseptuelt ulike byggeprosjekter selv om noen elementer er løst ulikt. Det ser i hovedsak ut som det er samme konseptidé som ligger til grunn for begge skisseprosjektene.

Nullalternativet er av en slik karakter at det nærmest kan defineres ut. Vi vurderer nullalternativet til å være et utsettelsesalternativ dersom realisering på Furumoen ikke lar seg gjennomføre innenfor den planlagte tidshorisonten, men da med en lav investeringskostnad.

Gevinstene som ønskes realisert, er knyttet til både kvalitet i pasientbehandlingen og til økonomi. Kvalitet i pasientbehandlingen kan knyttes til samhandling, integrering av funksjoner, moderne lokaler, tverrfaglighet i pasientbehandlingen med mer. Økonomiske gevinster vil være driftskostnader som følge av moderne, ressurseffektive bygg og driftsmessige gevinster som følge av en mer fleksibel og samhandlings-/samarbeidsorientert oppgaveorganisering muliggjort av et hensiktsmessig bygg.

### KVALITET OG KAPASITET I PASIENTBEHANDLINGEN

I konseptrapportens kapittel 5.9 er det gjennomført en vurdering av måloppnåelse for de to skisseprosjektene og for nullalternativet. Nybyggingsalternativene er i rapporten vurdert til å ha lik måloppnåelse på de aller fleste av målene, noe som underbygger vårt inntrykk av liten konseptuell ulikhet. Samlet sett kommer alternativ 2 best ut. Gitt målene slik de er formulert, har vi ikke spesielle merknader til vurderingene knyttet til måloppnåelse i konseptrapporten. Generelt mener vi det foretrukne alternativet er velegnet til å svare opp ambisjoner og intensjoner knyttet til kapasitet og kvalitet i pasientbehandlingen på et overordnet nivå.

Det har gått noe tid siden framtidig behov med utgangspunkt befolkningsframskrivninger ble beregnet. I tillegg har kommunereformen blitt vedtatt i Stortinget. Det må vurderes om kommunesammenslåinger og deling av kommuner har betydning for det naturlige opptaksområdet for UNN Narvik. Det er også observert en endring i forholdet dagbehandling/sengeposter. Vi mener derfor at det bør tas sikte på å gjennomføre oppdaterte behovsvurderinger for UNN Narvik, men der dette ses i lys av helseforetakets samlede aktivitet og intensjon om fleksibel kapasitetsutnyttelse ved de tre sykehusene i foretaket.

### ØKONOMISKE DRIFTSGEVINSTER

Når det gjelder de økonomiske gevinstene er det kun beregnet gevinster knyttet til selve bygget, med et mulig unntak for matdistribusjon og kjøkken. Med et nytt bygg mener vi det eksisterer et betydelig potensial for andre driftsmessige gevinster som følge av økt effektivitet og besparelser i pasientbehandlingen og blant personell. Med bakgrunn i den gjennomførte usikkerhetsanalysen, bør vurderingen av økonomisk bæreevne revideres og vi anbefaler at man også inkluderer alle de driftsøkonomiske gevinstene. Realisering av disse fordrer imidlertid at det gjennomføres gode prosesser med involvering fra arbeidsgiver- og arbeidstakersiden, og at det utarbeides konkrete, forpliktende planer som settes i verk ved innflytting i nytt bygg.

De siste årene har det vært en rask utvikling innenfor teknologi (eksempelvis robotteknologi) som man ikke så for seg for få år siden. Nye teknologiske løsninger kan gi store økonomiske gevinster, men disse kan være vanskelige å inkludere i beregningene av økonomisk bæreevne. Dersom det finnes generiske krav til bygg for å utnytte mulighetene ved ny teknologi, anbefaler vi at det gjennomføres en vurdering av hva som må til ved Nye UNN Narvik for at dette skal kunne tas i bruk i framtida.

## 4.5 PROSJEKTETS PLASSERING I FORHOLD TIL HELSEFORETAKETS TOTALE TILBUD

I den overordnede utviklingsplanen for helseforetaket vektlegges en tydelig ansvarsdeling mellom regionalt og lokalt behandlingsnivå. I UNN skal sykehusene i Narvik og Harstad i hovedsak ivareta lokalsykehusfunksjoner, mens sykehuset i Tromsø hovedsakelig ivaretar regionfunksjoner. Enkelte lokalsykehusfunksjoner vil likevel finnes i UNN Tromsø, og motsatt vil noen regionfunksjoner finnes i UNN Harstad eller Narvik. I utviklingsplanen påpekes det at det for lokalsykehusfunksjoner er særlig viktig å sikre et godt tjenestetilbud for pasienter med akutte sykdommer, kroniske lidelser og multimorbiditet. Videre presiseres det at lokalsykehusfunksjoner skal inneholde dagkirurgi og integrerte helsetilbud innen somatikk, rus- og avhengighetsmedisin og psykiatri. Sykehuset som beskrives i konseptrapporten ivaretar dette godt gjennom den integrerte sykehusløsningen, der samhandling mellom somatikk, rus og psykiatri står sentralt. Krav til dagkirurgi er også ivaretatt.

I konseptrapporten gjøres det ingen vurdering av alternative plasseringer av sykehuset. Dette skyldes at sykehusets plassering var bestemt før konseptrapporten ble ferdigstilt. Narvik kommune gjennomførte en lokaliseringsanalyse med ekstern bistand i 2009, der fire ulike alternativer ble vurdert. Grunnet trafikk- og vanntilførselsproblemer ble tre av alternativene forkastet, og bystyret fattet vedtak om lokalisering på Furumoen. UNN støttet kommunens vedtak. Lokaliseringen av sykehuset fremstår som godt forankret i både helseforetaket og i kommunen. Forslag til planprogram med merknadsbehandling for Detaljregulering med konsekvensutredning av Nye Narvik sykehus ble vedtatt i Narvik Bystyre den 15.12.2016, sak 020/16.

Basert på gjennomførte intervjuer og fremlagt dokumentasjon slår vi fast at det er gjort en grundig vurdering av hvor sykehuset bør plasseres, og hvilke konsekvenser plasseringen har. Sykehjemmet som omtales i konseptrapporten befinner seg allerede på Furumoen, og den valgte plasseringen av sykehuset tilrettelegger dermed for samhandling mellom sykehuset og sykehjemmet.

## 4.6 IVARETAKELSE AV KRAV TIL INDRE OG YTRE MILJØ

Overordnet teknisk program (OTP) stiller overordnede krav til bygningens tekniske ytelse. Vi mener OTP og Hovedfunksjonsprogrammet er godt og detaljert utarbeidet, men det er vanskelig å se hvilke programkrav som er «skal-krav» og hvilke som er «bør-krav». Dette kan med fordel trekkes fram dersom man senere i prosessen er nødt til å prioritere mellom løsninger eller ytelser av kostnads- eller tidsmessige hensyn.

Som allerede omtalt i foregående kapitler, er det usikkert hvordan foreliggende skisseprosjekt vil løse de endrede forutsetningene. Dette er også gjeldende for ivaretagelse av krav til indre og ytre miljø. Det bør vurderes om man skal benytte nåværende tekniske standarder (TEK17, passivhus, lavenergi, e.l.) i videre utforming av bygget, ettersom det har skjedd en stor utvikling på området siden 2010. Dette kan medføre endringer i arealer og plassering av funksjoner.

## 4.7 PASIENTSIKKERHET OG UØNSKEDE HENDELSER

I konseptrapporten anbefales en integrert sykehusmodell med blant annet felles hovedinngang, akuttmottak, kontorområder og støttefunksjoner for somatikk, psykiatri og rusbehandling. Det påpekes at en integrert modell vil stille spesielle krav til sikring og skjerming av enkelte pasientgrupper, men rapporten gir ingen detaljert beskrivelse av hvordan dette er tenkt løst. Det nevnes at det er planlagt 12 skjermingsplasser som kan benyttes for både rus og psykisk helsevern, men ikke hvordan disse arealene skal utformes for å ta hensyn til sikkerhets- og skjermingsbehovene som foreligger. Skjermingsplassene er plassert på bakkeplan, i tilknytning til ordinære sengeplasser for rus og psykiatri. Plasseringen er bestemt av hensyn til behov for nærhet til bakken og uteområder for disse pasientgruppene. Området er også adskilt fra somatiske sengeplasser, som befinner seg på plan 2. Plasseringen av skjermingsplassene virker fornuftig.

I løsningen som er beskrevet i konseptrapporten er det ikke lagt inn en kommunal akutt døgnetenhet (KAD-plasser). I UNN sin utviklingsplan kommenteres det at KAD-plasser kan inngå i det kommunale helsehuset, men krav til sikring og skjerming av ruspasienter kan gjøre dette problematisk. En alternativ løsning er å integrere disse plassene i psykiatri- og rusenheten i det planlagte sykehuset. Dette er en problemstilling som bør vurderes i en revidert konseptrapport.

## VEDLEGG 1 SAMTALELISTE

Person	Rolle	Organisasjon
Tor-Arne Haug	Direktør forretningsutvikling	HN RHF
Heidi Eriksen Laksaa	Kommunalsjef	Narvik kommune
Gina Marie Johansen	Drifts- og eiendomssjef	UNN HF
Tor-Arne Hanssen	Utbyggingssjef	UNN HF
Viggo B. Søderblom	Prosjektleder	UNN HF
Marthe Lauvsnes	Sjef for plan og utvikling	Sykehusbygg HF (tidligere Sintef)