

Dokument nr. 3:7

(1999–2000)

**Riksrevisjonens undersøkelse av styring og oppfølging
av prosjektet Nytt Rikshospital**

Til Stortinget

Riksrevisjonen legger med dette fram Dokument nr. 3:7 (1999–2000) Riksrevisjonens undersøkelse av styring og oppfølging av Nytt Rikshospital.

Riksrevisjonen, 7. desember 1999.

For Riksrevisorkollegiet

Bjarne Mørk-Eidem
riksrevisor

Innhold

	Side
1 Innledning	1
2 Oppsummering av undersøkelsen	2
3 Arbeids- og administrasjonsdepartementets kommentarer	3
4 Riksrevisjonens bemerkninger	4
5 Arbeids- og administrasjonsdepartementets svar	5
6 Riksrevisjonens uttalelse	6
Vedlegg 1: Rapport	9
Vedlegg 2: Brev av 9. september 1999 med vedlegg fra Arbeids- og administrasjonsdepartementet til Riksrevisjonen	33

Arbeids- og administrasjonsdepartementet

Riksrevisjonens undersøkelse av styring og oppfølging av prosjektet Nytt Rikshospital

1 INNLEDNING

Byggingen av Nytt Rikshospital er et av de største og mest komplekse byggeprosjektene i Norge på 1990-tallet. Ved behandlingen av St.prp. nr. 87 (1991–92) Om nytt rikshospital. Bygging og drift, jf. Innst. S nr. 215 (1991–92), fattet Stortinget utbyggingsvedtak med en kostnadsramme på 2 820 mill. kroner og en arealramme på 109 000 m². Innflytting og ibruktakelse ble opprinnelig forutsatt gjennomført medio 1997. I innstillingen påpekte flertallet i sosialkomiteen at det blant annet var en hovedoppgave å sikre at utbyggingen skulle skje i overensstemmelse med planene og de økonomiske ramme-

ne. Riksrevisjonen har gjennomført en analyse av styringen og oppfølgingen av prosjektet. Formålet har vært å belyse Sosial- og helsedepartementets (SHD) og Arbeids- og administrasjonsdepartementets (AAD) overordnede tilsyn og oppfølging av prosjektgjennomføringen. Videre er det foretatt en gjennomgåelse av Statsbyggs administrative styring og oppfølging av prosjektet. Det er lagt særlig vekt på planlegging og oppfølging, håndtering av grensesnitt mellom bygg og utstyr samt Statsbyggs håndtering av endringer.

Ansvars- og myndighetsfordelingen ved statlige byggeprosjekter framgår av Dokument nr. 7 (1972–73) og en klargjøring fra Statsministerens kontor daterert 25. mai 1981. I byggesaker der Statsbygg står som byggherre på oppdrag fra andre vil det være et delt ansvar mellom flere departementer. Det overordnede prosjektansvaret for Nytt Rikshospital er delt mellom SHD som oppdragsgivende departement, og AAD som har etatsstyringsansvaret for Statsbygg. SHD har ansvaret for prioritering av byggeprosjektet, størrelse og kvalitativ utforming og forhold knyttet til departementets behandling av byggesaken. I tillegg har departementet ansvar for eventuelle kostnadsøkninger som skyldes at det endrer krav til standard, romvolum og andre brukerkrav. AAD er ansvarlig for eventuelle feil begått av Statsbygg i forbindelse med planleggingen og gjennomføringen av byggeoppdraget.

I henhold til økonomireglementet § 20 plikter AAD å etablere ordninger som gir kontroll med at

Statsbygg utfører sine oppgaver i overensstemmelse med de mål og retningslinjer som er angitt i tildelingsbrevet og i gjeldende lover og regler, og at økonomiforvaltningen blir organisert og utført på en betryggende måte i Statsbygg.

Ifølge utredningsinstruksen pkt. 2.1 skal det i nødvendig utstrekning inngå grundige og realistiske nytte-/kostnadsvurderinger i de saker som legges fram for Stortinget. Ansvaret for å kontrollere at vurderingene er forsvarlige, er ifølge instruksen lagt til det ansvarlige fagdepartementet.

Rikshospitalprosjektet stiller særlige krav til de administrative styrings- og kontrollsystemene som benyttes. Det bør være etablert et prosjektstyringssystem som sikrer at aktører i alle ledd til rett tid får tilstrekkelig, relevant og korrekt grunnlagsinformasjon for sine beslutninger. Det er også viktig at det foreligger et planverk som til enhver tid reflekterer det samlede arbeidsomfanget i prosjektet, og som viser hvilke oppgaver og ressurser som kreves for å fullføre prosjektet. Det er videre viktig at det er etablert klare ansvarsforhold for å godkjenne endringsforslag, og at det foreligger rutiner for systematisk undersøkelse av konsekvenser av avvik og endringer. I prosjektet Nytt Rikshospital er det i stor utstrekning nødvendig å foreta tilpasninger mellom bygg og medisinsk-teknisk utstyr. Ansvaret for å samordne dette grensesnittet bør være klart plassert i prosjektorganisasjonen.

Riksrevisjonen har fulgt prosjektet ved en løpende gjennomgåelse av kvartalsrapporter fra både Statsbygg og Prosjektsekretariatet samt relevant inn- og utgående korrespondanse hos Statsbygg. Riksrevisjonen har også gjennomgått en rekke stortingsdokumenter som ligger til grunn for vedtaket om bygging av Nytt Rikshospital og endringer underveis i prosjektet. For å få belyst departementenes oppfølging av prosjektet er møtereferater, prosjektnotater mv. fra styringsgruppen for Nytt Rikshospital og aktuelle råd og utvalg, blitt gjennomgått og analysert. Det er også blitt avholdt møter med SHD. Videre er tildelingsbrevene fra AAD til Statsbygg i perioden 1994–99 gjennomgått sammen med møtereferater fra etatsstyrings- og evalueringsmøter. Det er innhentet dokumentasjon fra Statsbygg om de prosjektadministrative rutinene og systemene i prosjektet. I

denne forbindelse er det dessuten sendt spørrelister til Statsbygg og arrangert møter med byggeledelsen på Gaustad og andre aktører i Statsbyggs prosjektorganisasjon. Videre er det avholdt møter med representanter for brukerne av sykehuset for blant annet å belyse deres rolle ved håndteringen av endringer i prosjektet.

Både revisjonskriteriene og faktadelen har blitt lagt fram for AAD, SHD og Statsbygg før den endelige rapporten ble utarbeidet. Merknader og faktiske feil ble tatt hensyn til før den endelige rapporten ble forelagt AAD som er konstitusjonelt ansvarlig for Statsbygg. Rapporten, som følger som trykt vedlegg, ble ved Riksrevisjonens brev av 18. august 1999 lagt fram for AAD. Departementet har i brev av 9. september 1999 avgitt uttalelse til de forholdene som er tatt opp i rapporten. Departementets merknader er nærmere behandlet i pkt. 3, og departementet har bedt om at brevet med vedlegg tas inn i rapporten (jf. vedlegg 2).

2 OPPSUMMERING AV UNDERSØKELSEN

I oppsummeringen som følger nedenfor, er også hovedkonklusjoner fra Riksrevisjonens to tidligere undersøkelser i forbindelse med prosjektet Nytt Rikshospital tatt med for å gi et mer helhetlig bilde, jf. Dokument nr. 3:10 (1996–97) og Dokument nr. 3:11 (1997–98).

SHDs og AADs oppfølging av prosjektet Nytt Rikshospital

Arealrammen for prosjektet Nytt Rikshospital er i løpet av byggeperioden økt med 25 prosent i forhold til opprinnelig plan, og antall ansatte er økt med 35 prosent. Kostnadsrammen er økt nominelt med 89 prosent, fra 2 820 mill. kroner i 1992 til 5 336 mill. kroner våren 1999. 1 656 mill. kroner er bevilget av Stortinget som følge av reelle utvidelser, mens 860 mill. kroner er bevilget i 1999 som følge av merkostnader på prosjektet. Ferdigstillingen av sykehuset har blitt utsatt en rekke ganger.

SHD har ivaretatt sitt overordnede prosjektansvar ved mottak av kvartalsrapporter fra Statsbygg og representasjon i styringsgruppen for nytt Rikshospital og dets arbeidsutvalg. Det framgår av undersøkelsen at departementets løpende oppfølging av prosjektet har blitt vanskeliggjort av at Statsbygg ikke har rapportert korrekt i forhold til økonomi og framdrift. For å overvåke og påvirke total kvaliteten i prosjektet har SHD opprettet et kvalitetsråd. Rådet har ikke hatt innsynsrett i Statsbyggs prosjektstyringssystemer, og har således etter SHDs vurdering hatt begrensede muligheter til å foreta egne undersøkelser. Så sent som i juni 1998 konkluderte kvalitetsrådet med at det var god styring i forhold til gjenstån-

ende arbeider, og at det ikke var vesentlig risiko for at prøvedrift og pasientbehandling ikke kunne starte på en forsvarlig måte på de på forhånd fastlagte tidspunktene.

Analysen avdekker betydelige svakheter ved Statsbyggs systemer for styring og oppfølging av prosjektet, og det kan i denne sammenheng stilles spørsmål om AAD har ivaretatt sitt kontrollansvar overfor Statsbygg godt nok. AADs løpende oppfølging av Statsbyggs gjennomføring av prosjektet har vært forholdsvis begrenset. Rikshospitalprosjektet er i liten grad omtalt i referater fra etatsstyringsmøtene mellom AAD og Statsbygg. Rutinene med egne evalueringsmøter i tilknytning til Statsbyggs rapportering ble først formalisert i 1997. Det er heller ikke gitt spesielle føringer for prosjektet i tildelingsbrev og annen korrespondanse til Statsbygg.

Riksrevisjonen avsluttet våren 1997 en gjennomgåelse av overordnet styring av prosjektet Nytt Rikshospital, jf. Dokument nr. 3:10 (1996–97). Gjennomgåelsen viste at SHD har utformet organiseringen av prosjektet Nytt Rikshospital uten å ta til følge merknadene fra et klart flertall i sosialkomiteen om at den overordnede organiseringen av prosjektet skulle skje gjennom et overordnet utbyggingsstyre, med et totalt prosjektansvar overfor departementet. Det ble videre klarlagt at mandatet for styringsgruppen for prosjektet ikke avspeilte de reelle myndighetsforholdene.

I SHDs kommentar til rapporten opplyste departementet at mandatet ville bli omformulert i overensstemmelse med gruppens reelle myndighet. Departementet ga videre uttrykt for at den valgte overordnede organiseringen var ett av midlene som var benyttet for blant annet å forebygge problemer i slutfasen av prosjektet. Det ble uttrykt at den overordnede organiseringen hadde funnet sin arbeidsform, og at den fungerte. Det ble videre understreket at en eventuell ny behandling av den overordnede organiseringen på det aktuelle tidspunkt ville være meget forstyrrende.

Riksrevisjonen uttrykte i sin bemerkning forståelse for at ny behandling av den overordnede organiseringen av prosjektet på det daværende tidspunktet kunne være uhensiktsmessig, og tok til etterretning departementets forsikringer om at organiseringen fungerte.

Riksrevisjonens rapport ble behandlet av Stortinget våren 1997. I Innst. S. nr. 218 (1996–97) uttrykker medlemmene av kontroll- og konstitusjonskomiteen at den har merket seg at Riksrevisjonens undersøkelse avdekker uklarheter hva gjelder ansvars- og myndighetsforhold i den overordnede organiseringen av prosjektet Nytt Rikshospital. Komiteen understreket også at Stortinget i det minste burde bli orientert om det dersom Regjeringen velger ikke å legge vekt på et komitéflertalls merknader.

Utvidelsene som ble vedtatt av Stortinget i 1996

Etter utvidelsene i 1994 og 1995 ga Statsbygg offentlig uttrykk for at ytterligere utvidelser av sykehuset kunne medføre store og uforutsette kostnadsøkninger. Kostnadene ved utvidelsen, som ble vedtatt i 1996, ble likevel betydelig undervurdert. Det kan stilles spørsmål ved om Statsbygg utviste tilstrekkelig godt skjønn ved utarbeidelsen av den nye kostnadsrammen, og om utredningsinstruksens krav om grundige og realistiske kostnadsvurderinger ble fulgt. Ved presentasjonen av forslaget til den nye kostnadsrammen tok Statsbygg forbehold om liten tid til disposisjon for å utrede kostnadene og kvaliteten på plangrunnlaget. Det kan derfor stilles spørsmål ved om SHD som ansvarlig fagdepartement for prosjektet Nytt Rikshospital burde ha lagt til rette for en grundigere kostnadsvurdering, og om departementet i tilstrekkelig grad oppfylte sitt ansvar for å vurdere om den nye kostnadsrammen, som ble lagt fram for Stortinget, var basert på en forsvarlig kostnadsvurdering.

Statsbygg har gitt uttrykk for at utvidelsene som ble vedtatt i 1996, har vært en vesentlig årsak til de store overskridelsene. Dette begrunnes særlig med at utvidelsene medførte store ombygginger av arealer som på det daværende tidspunktet langt på vei var ferdigbygd. Det vises i denne sammenheng til Dokument nr. 3:11 (1997–98) Riksrevisjonens undersøkelse av Sosial- og helsedepartementets oppfølging av de helsepolitiske forutsetningene for byggingen av nytt Rikshospital. Der konkluderer Riksrevisjonen blant annet med at SHD på et langt tidligere tidspunkt enn våren 1996 burde ha gjort seg kjent med hvorvidt fylkeskommunene i helseregion 2 hadde planlagt å øke sin sykehuskapasitet i tilstrekkelig grad og tilpasset Nytt Rikshospital. Riksrevisjonen stilte også spørsmål om de ressursene som SHD hadde satt av til oppfølgingen av prosjektet, var tilstrekkelige til å ivareta en effektiv oppfølging av de helsepolitiske forutsetningene for Nytt Rikshospital, sett i forhold til prosjektets størrelse og kompleksitet.

Statsbyggs administrative styring av prosjektet

Analysen har vist store svakheter ved Statsbyggs opplegg for prosjektstyring. De administrative systemene har ikke vært tilstrekkelig dimensjonert og fulgt opp. Statsbygg har ikke organisert planleggingsfunksjonen godt nok. Funksjonen har vært lavt bemannet sett i forhold til prosjektets størrelse og kompleksitet. Planleggernes ansvar og roller har ikke vært tilstrekkelig klargjort. Det har heller ikke vært etablert gode nok rutiner og systemer for å holde oversikt over framdriften og kostnadsutviklingen i prosjektet. Statsbygg har ikke foretatt løpende og systematiske utredninger av økonomiske, framdriftsmessige og funksjonelle konsekvenser av en-

dringsforslag før godkjenning. Dette har gjort det vanskelig for Statsbygg og brukerne å styre endringene innenfor kostnadsrammen, og det har bidratt til at Statsbygg ikke har hatt tilstrekkelig oversikt over samlet arbeidsomfang, total framdrift og gjenstående arbeid i de ulike fasene av prosjektgjennomføringen. Svakheter ved prosjektstyringen har medført at prosjektledelsen og ledere på ulike nivåer i prosjektorganisasjonen ikke har fått god nok informasjon til å styre og samordne prosjektarbeidet. Dette har bidratt til at det ikke tidlig nok har blitt framskaffet indikasjoner på trender og avvik, og at korrektive tiltak har blitt iverksatt for sent. For dårlig framdriftsmåling har også medført at Statsbygg over lengre tid har rapportert ukorrekt framdrift til ansvarlige myndigheter.

I undersøkelsen framheves det dessuten at Statsbygg heller ikke har gjort nok for å identifisere og forebygge kostnadsrisikoen i prosjektet. Det er tatt forbehold ved kostnadsanslagene en rekke ganger, men det har vært begrenset aktivitet for å avdekke risikoen. I januar 1998 ble det foretatt en analyse hvor det ble konkludert med at kostnadsrisikoen ved å fullføre prosjektet var liten. Det stilles spørsmål ved kvaliteten på Statsbyggs opplegg for risikohåndtering.

Analysen viser videre at Statsbygg har viet grensesnittet mellom bygget og medisinsk-teknisk utstyr for liten oppmerksomhet. Disse områdene har vært organisert som to atskilte enheter, uten at det har gått klart fram hvem som har ansvaret for å koordinere grensesnittet mellom dem. Det synes også å ha vanskeliggjort samordningen at byggeprosjektet og anskaffelsene av utstyr har vært håndtert i to atskilte planverk. Disse forholdene, sammen med forsinkede utstyrsavklaringer og dårlig styring av endringer, har vært en medvirkende årsak til at Statsbygg har måttet foreta vesentlige bygningsmessige modifikasjoner i slutfasen av prosjektgjennomføringen.

3 ARBEIDS- OG ADMINISTRASJONS- DEPARTEMENTETS KOMMENTARER

Arbeids- og administrasjonsdepartementet har i brev av 9. september 1999 avgitt uttalelse til rapporten. Departementet viser til en del temaer som ikke har vært gjenstand for nærmere vurdering i Riksrevisjonens rapport. Det blir gjort oppmerksom på at departementet selv vil søke å få analysert disse forholdene grundig i den gjennomgåelsen av prosjektet som departementet har varslet.

Etter departementets vurdering gir det et skjevt bilde av departementets håndtering av prosjektet når det i Riksrevisjonens rapport etter deres mening utelukkende fokuseres på de formelle etatsstyringsmøtene, og ikke tas hensyn til den løpende skriftlige og muntlige dialogen som også er en del av etatsoppfølgingen. Det forhold at prosjektet ikke har vært om-

talt i etatsstyringsmøtene i perioden 1995 til 1999, må ifølge departementet ses i lys av at det i 1996 ble innført egne rutiner med kvartalsvise rapporter. Departementet har i den forbindelse vedlagt en arbeidsliste over dokumenter som omhandler Nytt Rikshospital for perioden oktober 1994 til mars 1999. Ifølge departementet viser denne listen at departementets oppfølging av prosjektet har vært langt grundigere enn hva Riksrevisjonens rapport kan gi inntrykk av.

Arbeids- og administrasjonsdepartementet minner dessuten om at Sosial- og helsedepartementet er oppdragsgiver overfor Statsbygg for prosjektet Nytt Rikshospital, og at midler til prosjektet helt fram til 1998 ble bevilget over Sosial- og helsedepartementets budsjetter. Rapportene som Arbeids- og administrasjonsdepartementet mottok fra Statsbygg, styringsgruppen for prosjektet (hvor AAD ikke er medlem) og Kvalitetsrådet gjennom perioden, ga ifølge departementet ingen indikasjoner på avvik fra planer og programmer som skulle foranlediget aksjon fra departementets side.

Etter Arbeids- og administrasjonsdepartementets mening bygger Riksrevisjonens framstilling av Kvalitetsrådes oppgaver og innsynsmuligheter på en misforståelse av den faktiske situasjonen. Departementet peker på at Statsbyggs interne kvalitetssikring av egne oppgaver og egen intern organisasjon ikke vurderes og kontrolleres av Kvalitetsrådet. Statsbyggs organisasjon er statsråden i Arbeids- og administrasjonsdepartementet sitt ansvar og kan ifølge departementet ikke bli gjenstand for granskning av et utvalg nedsatt av et annet departement uten uttrykkelig fullmakt fra statsråden i Arbeids- og administrasjonsdepartementet. Det pekes også på at representanter for Kvalitetsrådet ikke har rettet noen formell henvendelse til departementet om innsyn i Statsbyggs interne styring og rutiner. Ifølge departementet viser referatene fra møtene i Kvalitetsrådet og fra prosjektets styringsgruppe at Veritas, med ett unntak i forbindelse med utstyrsprosjektet, ble gitt innsyn, deltok i alle relevante møter og fikk tilgang til ønsket informasjon.

I et vedlegg til brevet fra Arbeids- og administrasjonsdepartementet uttaler Statsbygg at det ikke er grunnlag for å hevde at innsyn skal ha blitt hindret. Det vil etter Statsbyggs mening være en feilslutning å konkludere med at prosjektet ville ha unngått overskridelser/forsinkelser eller at disse ville ha blitt avdekket tidligere dersom SHD/Veritas hadde mottatt langt mer omfattende og detaljert informasjon fra Statsbygg.

Departementet understreker at man på et tidlig stadium fant det riktig å foreta en spesiell oppfølging av dette prosjektet, blant annet ved å innføre egne rutiner med kvartalsvise rapporter. Rutinene ble introdusert for Statsbygg i tildelingsbrevet for 1996 fra departementet, og formalisert i et eget kontroll- og innsynsdokument i mars 1997. Departementet viser for øvrig til at kontroll- og innsynsrutinene ble lagt

opp i samsvar med prinsippene som er nedfelt i «Retningslinjer for styring og oppfølging av underliggende etater» (Administrasjonsdepartementet 1995). Ifølge disse skal departementet årlig klargjøre roller, rammebetingelser og overordnede mål og strategier slik at «Etagen sikres tilstrekkelig ro og mulighet til fleksibilitet i sitt arbeid, og at departementet sikres tilstrekkelig innsyn i og kontroll med at arbeidet skjer i samsvar med forutsetningene.»

AAD konkluderer med at departementet som etatstyrer innførte særskilte prosedyrer og rutiner for prosjektet Nytt Rikshospital for å kunne ha en tettere oppfølging enn hva som er vanlig i den enkelte byggesak. Det uttrykkes videre at departementets etatsstyring for øvrig er preget av styring på aggregert nivå og reaksjoner på avviksrapporter i forhold til de resultatkrav som er forankret i AADs St.prp. nr. 1 og etatenes tildelingsbrev.

Erfaringene fra prosjektet Nytt Rikshospital viser ifølge departementet at slike komplekse byggeprosjekter stiller store krav til alle involverte parter. AAD regner med at en fullstendig gjennomgåelse av prosjektet skal utføres i 1999 og 2000, vil avdekke forhold hvor etatsstyringen kan forbedres i forhold til gjennomføringen av større byggeprosjekter. Departementet opplyser at det allerede er i gang med å vurdere forbedringstiltak og vil ytterligere gjennomgå egen organisasjon når konklusjonene fra denne gjennomgåelsen foreligger.

Departementet peker også på at Statsbygg er under omorganisering, og at blant annet innretting og oppgaver for et «Nytt Statsbygg» vil bli nærmere fastlagt av Stortinget. I den forbindelse vil etaten kritisk vurdere metodikk etc. for håndtering av byggesaker, blant annet sett i forhold til erfaringene med håndteringen av prosjektet Nytt Rikshospital. AAD og Statsbygg vil i tillegg arbeide aktivt med implementeringen av de nye retningslinjene for kvalitetssikring av store statlige investeringsprosjekter. Retningslinjene innføres 1. januar 2000.

4 RIKSREVISJONENS BEMERKNINGER

Riksrevisjonens undersøkelse av Arbeids- og administrasjonsdepartementets (AAD) oppfølging av Statsbyggs rolle i prosjektet er basert på en samlet gjennomgåelse av departementets formelle skriftlige kommunikasjon med Statsbygg, inklusive referater fra etatsstyringsmøter mv. Departementets muntlige kommunikasjon med Statsbygg utover dette er ikke vurdert som etterprøvable dokumentasjon i denne undersøkelsen.

På bakgrunn av departementets brev av 9. september 1999 har Riksrevisjonen i sluttfasen funnet det nødvendig å foreta en gjennomgåelse av de dokumentene som er listet opp i brevet. Det dreier seg om til sammen 144 dokumenter – dels brev og dels interne notater. Gjennomgåelsen viste at 80 av doku-

mentene ikke var relevante i forhold til Riksrevisjonens undersøkelse, 26 dokumenter var kjent fra tidligere, mens de resterende 38 dokumentene omhandlet mer løpende saksbehandling vedrørende prosjektet Nytt Rikshospital (blant annet innspill til proposisjoner, spørsmål vedrørende trafikk løsninger, mediaoppslag mv.). Resultatet av gjennomgåelsen som etter Riksrevisjonens vurdering viser at departementet ikke har ytterligere relevant dokumentasjon utover det som framgår av undersøkelsen, ble presentert for departementet i et møte 5. oktober 1999. Departementet hadde ingen kommentarer til denne konklusjonen.

Etter Riksrevisjonens vurdering viser undersøkelsen at AAD ikke har gjort nok for å ivareta sitt kontrollansvar i forhold til Statsbyggs økonomiforvaltning og prosjektstyring av Nytt Rikshospital. Statsbygg rapporterte over en lang periode at økonomien og framdriften var stram, men under kontroll. Rapporteringsrutinene er basert på departementets eget kontroll- og innsynsdokument, og sikter nettopp mot «spørsmål som kan gi foranledning til (...) instruksjon» fra departementet overfor Statsbygg på et overordnet nivå. Systemet har åpenbart ikke funnet etter intensjonene, og departementets behandling av kvartalsrapportene fra Statsbygg har vært begrenset. Riksrevisjonen har ikke funnet spor etter aktiviteter på bakgrunn av behandlingen av kvartalsrapportene.

Kvalitetsrådet, der AAD har to representanter, skal ifølge sitt mandat blant annet «skape forsikring om at kvaliteten er tilfredsstillende og bidra til at det tas løpende initiativ for forbedrende tiltak, og at disse blir satt raskt ut i livet», jf. brev fra Sosial- og helsedepartementet (SHD) til Riksrevisjonen av 15. juni 1995. Etter Riksrevisjonens vurdering synes Kvalitetsrådet bare i begrenset grad å ha bidratt til å sikre «total kvaliteten i samsvar med Stortingets rammer og suksesskriterier for prosjektet». Fra SHD er det framhevet at Kvalitetsrådet har manglet innsynsmuligheter i Statsbyggs prosjektstyringssystemer, mens det fra AAD understrekes at ingen formell henvendelse om innsyn er mottatt. Etter Riksrevisjonens vurdering har resultatet uansett vært at ingen instanser (verken Styringsgruppen, Arbeidsutvalget, Kvalitetsrådet eller berørte departementer) på et tidlig nok tidspunkt og i tilstrekkelig grad har vektlagt behovet for å etterprøve den løpende rapporteringen fra Statsbygg. Riksrevisjonen vil for øvrig bemerke at når to departementer er involvert i et prosjekt som dette, må det kunne forventes at det finnes en løsning på slike spørsmål under prosjektgjennomføringen.

Undersøkelsen har videre vist at Statsbyggs administrative styring av prosjektet Nytt Rikshospital ikke har vært tilstrekkelig sett i forhold til prosjektets størrelse og kompleksitet. Ledelsen i Statsbygg har ikke lagt ned nok ressurser i organiseringen av planleggings- og oppfølgingsfunksjonen, og har ik-

ke utnyttet de metoder og verktøy innen prosjektstyring som er tilgjengelige. Statsbygg har heller ikke hatt gode nok rutiner og systemer for å håndtere endringer underveis i prosjektet. Disse forholdene har medvirket til at Statsbygg ikke har hatt tilstrekkelig oversikt over framdriften og kostnadene. Det vises dessuten til at Statsbyggs opplegg for risikohåndtering etter Riksrevisjonens vurdering har vært mangelfull. Det er derfor grunn til å stille spørsmål ved at ingen av de overordnede instansene på et tidligere stadium har iverksatt nødvendige kontrolltiltak.

Utvidelsen av prosjektet som ble vedtatt i 1996, var et meget viktig beslutningspunkt. Etter Riksrevisjonens oppfatning har verken SHD eller Statsbygg håndtert denne utvidelsen på en tilfredsstillende måte. Selv om det er tidspress, så fritar ikke dette for å legge fram et mest mulig realistisk kostnadsoverslag for Stortinget. I ettertid har det vist seg at den nye kostnadsrammen som ble lagt fram for Stortinget, har vært klart utilstrekkelig. I denne sammenheng har Riksrevisjonen merket seg at det i St.prp. nr. 1 (1999–2000) varsles nye betydelige merkostnader utover den godkjente kostnadsrammen som ble fastlagt gjennom Stortingets behandling av St.prp. nr. 67 (1998–99).

5 ARBEIDS- OG ADMINISTRASJONS- DEPARTEMENTETS SVAR

Saken har vært forelagt Arbeids- og administrasjonsdepartementet som i brev av 3. november 1999 har svart:

«Jeg viser til Riksrevisjonens brev av 20. oktober 1999 vedrørende ovennevnte sak, vedlagt utkast til dokument til Stortinget. Jeg viser også til tidligere korrespondanse om saken, herunder Arbeids- og administrasjonsdepartementets (AAD) brev til Riksrevisjonen av 13. august 1999 og 9. september 1999, med merknader til såvel sakens fakta som Riksrevisjonens metodiske tilnærming.

Til det foreliggende utkast til Dokument nr 3:7, vil jeg i tillegg få bemerke:

- *Som Riksrevisjonen selv peker på er prosjekt Nytt Rikshospital (NRH) et av de største og mest komplekse byggeprosjekter i Norge på 90-tallet. Det sier seg derfor selv at den grunnleggende prosjektorganisering og oppdragsgivers valg av styringsmodell i oppstartfasen (dvs i årene 1991–93), legger føringer som det kan være meget vanskelig, eller i praksis nærmest umulig, å endre ved avslutningen av prosjektet.*
- *Riksrevisjonen fremholder videre at Statsbygg over en lang periode rapporterte at økonomi og fremdrift var 'stram, men under kontroll'. Jeg vil i den anledning få minne om at kvartalsrapporteringen i henhold til Kontroll- og innsynsdokumentet i hovedsak skulle rapportere avvik. Det*

var videre en klar forutsetning i Statsbygg og AAD at rammen for prosjektet skulle holdes. Siden det heller ikke var avsatt reserver i prosjektet, vil en 'stram økonomi' være det normale. Den skulle i seg selv ikke betinge spesielle reaksjoner fra AAD. Prosedyren var dessuten slik at Kvartalsrapportene ble gjennomgått og behandlet i halvårlege evalueringsmøter mellom Statsbygg og AAD, og hvor det ble utarbeidet skriftlige referater med hensyn til status på økonomi og fremdrift. Riksrevisjonen gir uttrykk for at det 'ikke er funnet spor etter aktiviteter på bakgrunn av behandlingen i kvartalsrapportene'. Etter min oppfatning ga ikke de rapporter departementet mottok opp til september 1998, eller behandlingen av disse, noen foranledning til å sette i gang spesielle tiltak eller aktiviteter rettet mot prosjektstyringen og økonomiforvaltningen i Statsbygg.

- Jeg har også registrert Riksrevisjonens omtale og merknad når det gjelder Kvalitetsrådets manglende innsynsmuligheter i Statsbyggs interne rutiner og prosedyrer. Selv om denne saken ble drøftet flere ganger i Kvalitetsrådet, viser referatene fra møtene i Kvalitetsrådet og fra prosjektets Styringsgruppe at Veritas, med ett konkret unntak, fikk tilgang på ønsket informasjon. Det ene konkrete unntaket var i forbindelse med utstyrsprosjektet. Jeg konstaterer at saken ble løst på en rimelig og fornuftig måte. Det var derfor ikke behov for at noen av de involverte departementer skulle gripe inn.
- I ettertid ser jeg at det kan reises spørsmål ved alle aktørers håndtering av prosjektet Nytt Rikshospital. Riksrevisjonen har i sin behandling av de formelle sider ved prosjektstyringen, pekt på sentrale problemstillinger som departementet vil ta hensyn til i arbeidet med å videreutvikle en bedre metodikk for etatsstyring. På den annen side bør et departement, ut fra moderne internrevisjonsmetodikk, normalt ikke gå inn og korrigere eller kvalitetssikre etatens/bedriftens eget prosjektstyringsverktøy, selv om de skulle ha de faglige og ressursmessige forutsetninger for dette. Departementet skal, i et mål- og resultatorientert styringssystem, etter min mening primært stille krav og styre på grunnlag av avviksrapportering, mens forvaltningsbedriften for øvrig gis en betydelig grad av frihet i sin operative virksomhet. Jeg tror det er en riktig og klok fordeling av ansvar og oppgaver, der departementet spiller en strategisk og overordnet rolle.

Avslutningsvis vil jeg minne om den beslutning som Regjeringen nylig har truffet med hensyn til kvalitetssikring av store statlige investeringsprosjekter, og som jeg vil sørge for blir implementert innenfor mitt ansvarsområde. Som Riksrevisjonen kjenner til har jeg i tillegg tatt initiativ til en større evaluering

av NRH, som vil bli gjennomført så snart nødvendige bevilgninger foreligger.»

6 RIKSREVISJONENS UTTALELSE

I svaret fra Arbeids- og administrasjonsdepartementet (AAD) framheves det at den grunnleggende prosjektorganiseringen og oppdragsgivers valg av styringsmodell legger føringer som det kan være meget vanskelig, eller i praksis nærmest umulig, å endre ved avslutningen av prosjektet. Riksrevisjonen vil i denne sammenheng vise til at spørsmål vedrørende ansvars- og myndighetsforhold i prosjektet ble tatt opp av Riksrevisjonen tidlig i 1997, jf. Dokument nr. 3:10 (1996–97). I dokumentet ble det konkludert med at den styringsmodellen som var vedtatt av Stortinget, ikke innebar noe unntak i forhold til de ansvarsforhold som er vanlige ved statlige prosjekter hvor Statsbygg er byggherre. Dette innebærer blant annet at AAD har det konstitusjonelle ansvaret for de feil som blir begått av Statsbygg ved planlegging og gjennomføring av byggeoppdraget fra oppstart til avslutning av prosjektet. Riksrevisjonen viste også i dokumentet til at den modellen som var valgt, ga Sosial- og helsedepartementet (SHD) svakere styringsmuligheter enn hva flertallet i sosialkomiteen opprinnelig forutsatte, jf. Innst. S. nr. 215 (1991–92). Det ble den gang framhevet fra Riksrevisjonen at uklarerheter knyttet til ansvars- og myndighetsforhold i prosjektet Nytt Rikshospital kunne bidra til svak politisk styring og dårlig effektivitet. Fra SHD ble det imidlertid i den sammenheng gitt forsikringer til Riksrevisjonen om at organiseringen fungerte, og at departementet ved en eventuell irregulær utvikling i prosjektet hadde tilstrekkelige styringsmuligheter, blant annet gjennom arbeidet i Kvalitetsrådet.

Etter Riksrevisjonens vurdering har Kvalitetsrådet under SHDs ledelse og med deltakelse fra blant annet AAD i begrenset grad gitt økt sikkerhet for at total kvaliteten i prosjektet har blitt i samsvar med Stortingets rammer. Det er vanskelig å finne dokumentasjon for at utvalget på et tidlig nok tidspunkt har tatt initiativ til forbedrende tiltak.

Når det gjelder spørsmål knyttet til prosjektstyring og økonomiforvaltning, peker AAD på at rapportene fra Statsbygg opp til september 1998 ikke foranlediget igangsetting av spesielle tiltak eller aktiviteter fra departementets side. Ifølge departementet vil «stram økonomi» være det normale også på grunn av manglende reserver i prosjektet. Riksrevisjonen vil i denne sammenheng vise til møte i styringsgruppen 12. juni 1997 der det fra SHDs representant gis uttrykk for bekymring for framdriften. Det ble vist til at pengeforbruket stadig var lavt, og at det hele tiden hadde ligget lavere enn planlagt. Tilsvarende spørsmål ble også tatt opp i Kvalitetsrådets rapport for 3. kvartal 1997. Etter Riksrevisjonens vurdering reiser dette spørsmål om AAD i til-

strekkelig grad faglig og ressursmessig har vektlagt behovet for kritisk gjennomgåelse og risikovurdering av Statsbyggs faktiske økonomirapportering, framdrift og gjenstående arbeid.

Undersøkelsen har vist at Statsbyggs administrative styring av prosjektet ikke har vært tilstrekkelig sett i forhold til prosjektets størrelse og kompleksitet. Statsbygg har derfor ikke hatt god nok oversikt over framdriften og kostnadene i prosjektet. Kontrollordninger som ville sikret at disse alvorlige svakhetene ved økonomiforvaltningen ble avdekket i tide, har manglet. I henhold til økonomireglementet har AAD som ansvarlig departement for Statsbygg, et ansvar for å påse at slike ordninger blir etablert. Samtidig har Statsbyggs ledelse og departementet i fellesskap et løpende ansvar for at systemene rap-

porterer rimelig pålitelige data om blant annet økonomi og framdrift. Dette er etter Riksrevisjonens vurdering en nødvendig forutsetning for god internkontroll.

Etter Riksrevisjonens vurdering kunne både AAD og SHD ha ivaretatt sitt ansvar for å følge opp prosjektet Nytt Rikshospital på en bedre måte. Riksrevisjonen har i denne sammenheng merket seg at AAD i ettertid gir uttrykk for at det kan stilles spørsmål ved alle aktørenes håndtering av prosjektet, og at departementet i arbeidet med å videreutvikle en bedre metodikk for etatsstyring vil ta hensyn til de forhold Riksrevisjonen har pekt på i forbindelse med prosjektstyringen i Statsbygg.

Saken sendes Stortinget.

Vedtatt i Riksrevisjonens møte 23. november 1999

Bjarne Mørk-Eidem

Tore Haugen

Helga Haugen

Brit Hoel

Therese Johnsen

Vedlegg 1

Rapport

Styring og oppfølging av prosjektet Nytt Rikshospital

Innhold

	Side
Sammendrag	11
1 Innledning	13
1.1 Bakgrunn	13
1.2 Mål og problemstillinger	13
1.3 Avgrensning	14
2 Metodisk tilnærming	15
3 Revisjonskriterier	16
3.1 Stortingets opprinnelige forutsetninger	16
3.2 Krav i økonomiregelverket og utredningsinstruksen	16
3.3 Statsbyggs bestemmelser og prosedyrer	16
3.4 Faglige krav til styringen av prosjektet Nytt Rikshospital	17
4 Faktadel	19
4.1 Kostnadsramme med etterfølgende tillegg	19
4.2 SHDs og AADs oppfølging av prosjektet	20
4.3 Statsbyggs økonomiske rapportering	22
4.4 Statsbyggs prosjektorganisering	23
4.5 Nærmere om Statsbyggs prosjektadministrasjon – bygg	23
4.5.1 Organisering av planleggingsfunksjonen	23
4.5.2 Plansystem for byggeprosjektet	23
4.5.3 Oppfølging av framdrift	24
4.6 Nærmere om Statsbyggs prosjektadministrasjon – utstyr	24
4.6.1 Organisering av innkjøpsplanleggingen	24
4.6.2 Gjennomføring av utstyrprosjektet	25
4.7 Grensesnittet mellom medisinsk-teknisk utstyr og bygget	25
4.7.1 Ansvar og koordinering	25
4.7.2 Problemer knyttet til grensesnittet mellom bygg og utstyr	26
4.7.3 Statsbyggs samordning av framdriftsplanene for bygg og utstyr	27
4.8 Statsbyggs opplegg for håndtering av endringer	27
4.8.1 Generelt	27
4.8.2 Endringer vedtatt av Stortinget	27
4.8.3 Endringer som oppstår i forbindelse med prosjektgjennomføringen	28
5 Vurderinger	30
Vedlegg – Dokumentoversikt	32

Sammendrag

Riksrevisjonen har gjennomført en analyse av styring og oppfølging av prosjektet Nytt Rikshospital. Målet har vært å belyse Sosial- og helsedepartementets (SHD) og Arbeids- og administrasjonsdepartementets (AAD) overordnede tilsyn med og oppfølging av prosjektgjennomføringen. Videre er det foretatt en gjennomgåelse av Statsbyggs administrative styring og oppfølging av prosjektet. Det er lagt særlig vekt på planlegging og oppfølging, håndtering av grensesnitt mellom bygg og utstyr samt Statsbyggs håndtering av endringer.

SHDs løpende oppfølging av prosjektet er blitt vanskeliggjort fordi Statsbyggs kostnads- og framdriftsrapportering ikke har vært i samvar med de faktiske forhold. Selv om SHD flere ganger har stilt spørsmål ved Statsbyggs framdriftsrapportering, har det på grunn av manglende innsyn vært vanskelig å avdekke avviket mellom rapportert og faktisk framdrift.

SHD opprettet i 1995 et kvalitetsråd som skulle overvåke og påvirke total kvaliteten i prosjektet. Det kan stilles spørsmål ved verdien av kvalitetsrådets arbeid. Rådet har ikke hatt innsynsrett i Statsbyggs prosjektstyringssystemer og har således hatt begrensede muligheter til å foreta egne undersøkelser. Så sent som i juni 1998 konkluderte kvalitetsrådet med at det var god styring i forhold til gjenstående arbeider, og at det ikke var vesentlig risiko for at prøve-drift og pasientbehandling ikke kunne starte på en forsvarlig måte på de oppgitte datoene.

AAD har ifølge økonomireglementet plikt til å etablere ordninger som gir kontroll med at underliggende virksomheter organiserer og utfører sin økonomiforvaltning på en betryggende måte. Analysen dokumenterer betydelige svakheter ved prosjektstyringssystemene i Statsbygg. Det kan stilles spørsmål om departementet i tilstrekkelig grad har ivaretatt sitt kontrollansvar overfor Statsbygg. Administrasjonsdepartementet uttalte i 1995 at prosjektets omfang og spesielle karakter tilsa at departementet ville ha en høyere beredskap enn hva som er vanlig i byggesaker, blant annet med hensyn til oppfølging av Statsbygg. Til tross for dette viser gjennomgåelsen av departementets løpende oppfølging av prosjektet forholdsvis begrenset aktivitet fra departementets side.

Statsbygg undervurderte i betydelig grad kostnadene ved utvidelsen som ble vedtatt i 1996. Etter Riksrevisjonens oppfatning har ikke Statsbygg opp-

fyllt utredningsinstruksens krav om grundige og realistiske kostnadsvurderinger som grunnlag for vedtaket om utvidelsen. Risikoanalysene har vært mangelfulle og av tvilsom kvalitet.

SHD, som ansvarlig fagdepartement for prosjektet Nytt Rikshospital, plikter i henhold til utredningsinstruksen å vurdere om det foreligger forsvarlige kostnadsvurderinger til grunn for iverksettelse av tiltak. Etter Riksrevisjonens oppfatning burde SHD lagt til rette for en mer forsvarlig kostnadsvurdering som grunnlag for vedtaket om utvidelsen som ble fattet i 1996.

Etter Riksrevisjonens oppfatning har ikke Statsbygg organisert planleggingsfunksjonen godt nok. Funksjonen har vært lavt bemannet sett i forhold til prosjektets størrelse og kompleksitet. Planleggenes ansvar og roller har ikke vært tilstrekkelig klargjort. Det har ikke vært etablert gode nok rutiner for å sikre at nødvendig informasjon for å følge opp framdriften og vedlikeholde planverket har kommet fram til planleggerne. Dette har blant annet ført til at endringer og avvik ikke er blitt løpende innarbeidet i planverket. Disse forholdene har bidratt til at det ikke har vært mulig å benytte planverket til å få oversikt over samlet arbeidsomfang, total framdrift og mengden av gjenstående arbeid i de ulike fasene av prosjektgjennomføringen. Svakheter ved prosjektstyringen har medført at prosjektledelsen og ledere på ulike nivåer i prosjektorganisasjonen ikke har fått god nok informasjon til å styre og samordne prosjektarbeidet. Dette har bidratt til at det ikke tidlig nok er blitt framskaffet indikasjoner på trender og avvik, slik at korrektive tiltak er blitt iverksatt for sent. Svakheter i framdriftsmålingen har også medført at Statsbygg over lengre tid har rapportert ukorrekt framdrift til ansvarlige myndigheter.

Analysen viser at Statsbygg ikke har foretatt løpende og systematiske utredninger av økonomiske, framdriftsmessige og funksjonelle konsekvenser av endringsønsker før godkjennelse. Godkjente endringer og ringvirkningene av dem er heller ikke blitt løpende innarbeidet i planverket etter hvert som de har oppstått. Dette har bidratt til at de involverte i prosjektet som direkte eller indirekte er blitt påvirket av endringene, ikke har fått tilstrekkelig informasjon. Svakheter ved endringshåndteringen har gjort det vanskelig for Statsbygg og brukerne å styre endringene innenfor kostnadsrammen.

Etter Riksrevisjonens oppfatning har Statsbygg

viet grensesnittet mellom bygget og medisinsk-teknisk utstyr for liten oppmerksomhet. Disse områdene har vært organisert som to atskilte enheter uten at det har gått klart fram hvem som har ansvaret for å koordinere grensesnittet mellom dem. Samordningen synes også å ha vært vanskeliggjort av at bygge-

prosjektet og anskaffelsene av utstyr har vært håndtert i to atskilte planverk. Disse forholdene, sammen med forsinkede utstyrsavklaringer og dårlig styring av endringer, har bidratt til at Statsbygg har måttet foreta vesentlige bygningsmessige modifikasjoner i slutfasen av prosjektgjennomføringen.

1 Innledning

1.1 BAKGRUNN

I St prp nr 87 (1991-92) la Sosial- og helsedepartementet (SHD) fram en tilråding om bygging, organisering og drift av Nytt Rikshospital. Ved behandlingen av proposisjonen sluttet Stortinget seg til planene for igangsetting av arbeidet, jf Innst S nr 215 (1991-92).

Hovedoppgavene for det nye rikshospitalet omfatter

- regionsykehus for helseregion 2
- lands- og flerregionale funksjoner
- visse sentral- og lokalsykehusfunksjoner for Akershus fylkeskommune
- viktige deler av Det medisinske fakultet ved Universitetet i Oslo

Hovedmålet med Riksrevisjonens løpende oppfølging av prosjektet Nytt Rikshospital er å framskaffe et grunnlag for å vurdere om Stortingets intensjoner vedrørende prosjektet blir nådd, både med hensyn til gjennomføringstid, kostnader, forutsetninger for sykehusdrift, rasjonalisering, effektivisering osv.

I byggesaker der Statsbygg står som byggherre på oppdrag fra andre fagdepartementer, vil det være et delt ansvar mellom flere departementer. Det overordnede prosjektansvaret for Nytt Rikshospital er delt mellom SHD som oppdragsgivende departement, og Arbeids- og administrasjonsdepartementet (AAD) som har etatsstyringsansvaret for Statsbygg.

Ansvars- og myndighetsfordelingen mellom SHD og AAD framgår av Dokument nr 7 (1972-73), og en klargjøring fra Statsministerens kontor datert 25. mai 1981. Der går det blant annet fram at SHD som oppdragsgivende departement har ansvaret for prioritering av byggeprosjektet, størrelse og kvalitativ utforming, feil og forsømmelser som kan tilbakeføres til fagdepartementets behandling av byggesaken, og kostnadsøkninger som skyldes at departementet endrer krav til standard, romvolum og andre brukerkrav. AAD er konstitusjonelt ansvarlig for eventuelle feil begått av Statsbygg i forbindelse med gjennomføringen av byggeoppdraget. Som byggherre er Statsbygg tillagt ansvaret for planlegging av det konkrete prosjektet, anbudsprosedyre, kontraktsinnmålinger, overholdelse av planer og fastsatte budsjetter samt styring og kontroll med prosjektet.

Denne gjennomgåelsen utgjør en av flere delrevisjoner. I tillegg har Riksrevisjonen gjennomgått de helsepolitiske sidene ved prosjektet Nytt Rikshospital (Dokument nr 3:11 (1997-98)). Det er tidligere også gitt en orientering til Stortinget vedrørende den overordnede organiseringen av prosjektet Nytt Rikshospital (Dokument nr 3:10 (1996-97) jf Innst S nr 218 (1996-97)).

1.2 MÅL OG PROBLEMSTILLINGER

Målet for denne analysen har vært å belyse SHD og AAD (tidligere AD/PSD) overordnede tilsyn med og oppfølging av prosjektgjennomføringen.

Det vil bli lagt vekt på de berørte departementenes opplegg for kvalitetskontroll av kostnader, framdrift og funksjonalitet. I den forbindelse vil det bli vurdert om AADs oppfølging av Statsbyggs økonomiforvaltning har vært tilfredsstillende.

I tillegg har Riksrevisjonen ønsket å gjennomgå utvalgte sider ved Statsbyggs administrative styring og oppfølging av prosjektet. Det er lagt særlig vekt på

- planlegging og oppfølging
- håndtering av grensesnitt mellom bygg og utstyr
- endringshåndtering

Planlegging og oppfølging:

Målet har vært å undersøke om Statsbygg har utviklet og implementert rutiner for plan- og framdriftsoppfølging som er av en slik kvalitet at prosjektledelsen og ledere på ulike nivåer i prosjektorganisasjonen får nok informasjon til at de kan

- på en tilfredsstillende måte planlegge og måle framdrift på riktig nivå
- få en tidlig indikasjon på trender og avvik slik at det er mulig å velge alternative strategier eller å foreta korrektive tiltak om nødvendig
- utrede konsekvensene av forsinkelser og endringer
- rapportere korrekt statusinformasjon til de ansvarlige myndighetene i rett tid

Håndtering av grensesnitt mellom bygg og utstyr:

Målet har vært å undersøke om Statsbygg har etablert tilstrekkelige administrative rutiner for å håndte-

re grensesnittet mellom medisinsk-teknisk utstyr og bygget. Det vil også bli vurdert om det er tilstrekkelig klare ansvarsforhold i forbindelse med koordineringen av grensesnittet.

Endringshåndtering:

Målet har vært å kontrollere at Statsbygg har hatt tilfredsstillende rutiner for å identifisere, godkjenne og innarbeide endringer i planer og budsjett. Det er lagt særlig vekt på

- mandater til å godkjenne forskjellige typer endringer
- rutiner for å analysere konsekvenser av endringer med hensyn til framdrift, kostnader og funksjonalitet
- rutiner for å innarbeide endringer og konsekvensene av dem i planer og budsjetter

- rutiner for å informere berørte aktører om endringer

1.3 AVGRENSNING

Forhold som tidligere er drøftet i Dokument nr 3:10 (1996-97) Riksrevisjonens gjennomgåelse av overordnet organisering av prosjektet Nytt Rikshospital, og Dokument nr 3:11 (1997-98) Riksrevisjonens undersøkelse av Sosial- og helsedepartementets oppfølging av de helsepolitiske forutsetningene for byggingen av nytt Rikshospital, blir ikke behandlet i denne rapporten.

I forbindelse med denne analysen er det ikke foretatt revisjon av utstyrsprosjektet i forhold til anskaffelsesregelverkets bestemmelser om blant annet valg av innkjøpsmetode og leverandør.

2 Metodisk tilnærming

Riksrevisjonen har løpende fulgt prosjektet ved å gjennomgå kvartalsrapporter fra både Statsbygg og prosjektsekretariatet, samt relevant inn- og utgående korrespondanse hos Statsbygg. Det er også foretatt dokumentanalyse av en rekke stortingsdokumenter som ligger til grunn for vedtaket om byggingen av Nytt Rikshospital, og av vedtakene om endringer i rammene som er gjort underveis i prosjektet.

For å få belyst departementenes oppfølging av prosjektet er det videre foretatt dokumentanalyse av møtereferater fra både styringsgruppen for Nytt Rikshospital, gruppens arbeidsutvalg og kvalitetsrådet for Nytt Rikshospital. Det er også avholdt flere møter med SHD. Videre er tildelingsbrevene fra AAD til Statsbygg i perioden 1994-99 gjennomgått. Det samme er møtereferater fra etatsstyrings- og evalueringsmøter mellom AAD og Statsbygg.

De prosjektadministrative rutinene i prosjektet er kartlagt på grunnlag av en gjennomgåelse av Statsbyggs administrative rutiner og de prosjekthåndbøkene som er etablert spesielt for prosjektet. I denne forbindelse er det også sendt spørrelister til Statsbygg. Spørrelistene har blant annet tatt for seg Statsbyggs oppfølging av rutinene. Det er også avholdt møter med forskjellige aktører i Statsbyggs prosjektorganisasjon, blant annet med representanter for byggeledelsen på Gaustad og prosjekteringsgruppen.

Videre er det avholdt møter med lederne for spesialutvalget for utstyr, og leder for brukerstyret. Hensikten med disse møtene har blant annet vært å få belyst brukernes rolle ved håndteringen av endringer i prosjektet.

3 Revisjonskriterier

3.1 STORTINGETS OPPRINNELIGE FORUTSETNINGER

Ved behandlingen av Innst S nr 215 (1991-92), jf St prp nr 87 (1991-92) Om nytt rikshospital. Bygging og drift, fattet Stortinget utbyggingsvedtak med en kostnadsramme på 2 820 mill kroner og en arealramme på 109 000 m². Innflytting og ibruktakelse ble forutsatt gjennomført medio 1997.

I Generalplanen for Nytt Rikshospital som er vedlegg til St prp nr 87, går det fram at kostnadsrammen er det styringsmålet som gjelder for prosjektet, idet alle aktiviteter skal styres slik at forventet, endelig prosjektkostnad skal holdes innenfor rammen. Ved behandlingen av proposisjonen påpekte flertallet i sosialkomiteen at det er en hovedoppgave å sikre at det nye sykehuset skal fungere tilfredsstillende når det blir tatt i bruk, og at utbyggingen skjer i overensstemmelse med planene og de økonomiske rammene, jf Innst S nr 215 (1991-92).

I Generalplanen framheves det også at det vil måtte stilles store krav om evne til forandring både i organisasjonen og i bygningsmassen. Fleksibilitet på alle plan er avgjørende for sykehusets suksess. Blant annet følgende tiltak skal bidra til å en slik fleksibilitet:

- det er lagt vekt på at sengepostene skal kunne tilpasses ulike pleieprinsipper og organisasjonsformer uten store bygningsmessige endringer
- prosjektet har en konseptuell fleksibilitet som gjør at endringer i programmet kan innpasses uten at helheten går tapt
- det er tilstrebet en standardisering og generalitet i utformingen av enkeltrom og romgrupper som gjør at de kan brukes til ulike formål i ulike sammenhenger
- det benyttes tekniske mellometasjer (gangbare arealer mellom etasjene reservert for tekniske installasjoner) over deler av bygget

3.2 KRAV I ØKONOMIREGELVERKET OG UTREDNINGSSINSTRUKSEN

Ifølge økonomireglementet § 3 skal hvert departement innenfor sine ansvarsområder fastsette mål- og resultatkrav som skal realiseres innenfor rammen av vedtatte bevilgninger uten uhjemlede overskridelser,

samt å rapportere tilbake til Stortinget om oppnådde resultater. Dersom det inntreffer endringer i forhold til forutsetningene for et stortingsvedtak og endringene medfører at det i departementet oppstår betydelig tvil om vedtaket kan eller bør gjennomføres, må spørsmålet om å endre vedtaket eller fravike forutsetningene forelegges Stortinget, jf § 5. Fram til og med 1997 lå bevilgningsansvaret for Nytt Rikshospital under SHDs budsjett. Fra og med statsbudsjettet for 1998 ble alle byggebevilgninger samlet under AADs budsjett.

AADs etatsstyringsansvar innebærer at departementet gjennom profesjonell styring av virksomheten skal sikre at etatens ressurser blir benyttet på en best mulig måte og i samsvar med gitte politiske mål og prioriteringer. Ifølge økonomireglementet § 20 har Arbeids- og administrasjonsdepartementet plikt til å etablere ordninger som gir kontroll med at Statsbygg utfører sine oppgaver i overensstemmelse med de mål og retningslinjer som er angitt i tildelingsbrevet og i gjeldende lover og regler, og at de har organisert og utfører sin økonomiforvaltning på en tryggende måte. Tildelingsbrevet vil således være det viktigste styringsdokumentet i forholdet mellom et departement og en underliggende etat, jf kommentarene til økonomireglementet § 6. I § 21 er det samtidig presisert at leder for den underliggende virksomheten har et selvstendig ansvar for å etablere tilfredsstillende intern økonomikontroll og påse at den til enhver tid fungerer.

Utredningsinstruksen av 16. desember 1994 (avløste regelverksinstruksen av 30. august 1985) har i pkt 2.1 bestemmelser om at det ved iverksettelse av tiltak i nødvendig utstrekning skal inngå grundige og realistiske nytte-/kostnadsvurderinger. Fagdepartementet, i dette tilfellet SHD, i samråd med Finansdepartementet eller andre særlig berørte departementer, plikter ifølge pkt 2.4 å vurdere behovet for ytterligere konsekvensvurderinger, herunder om det foreligger forsvarlige kostnadsvurderinger.

3.3 STATSBYGGGS BESTEMMELSER OG PROSEDYRER

Statsbygg har utarbeidet egne administrative bestemmelser (AB-verket) som gjelder som instruks og håndbok for hele virksomheten. AB-verket er en

viktig del av kvalitetssystemet for prosjektet Nytt Rikshospital. I tillegg er det utarbeidet to separate prosjekthåndbøker (PA-bøkene), én for byggeprosjektet og én for utstyrsprosjektet, som bygger på de administrative bestemmelsene.

PA-bøkernes formål har vært å utvikle og dokumentere organisasjon, framgangsmåter, rutiner og hjelpemidler som skal ligge til grunn for planlegging og gjennomføring av prosjektet Nytt Rikshospital, slik at prosjektets mål kan nås innen de fastsatte rammene for kvalitet, framdrift og kostnader. Målgruppen for bøkene har vært samtlige som arbeider i prosjektet, uavhengig av formell tilknytning til prosjektet. Både PA-boka for byggeprosjektet og utstyrsprosjektet inneholder oversikt over plansystemet i prosjektet. Det er også utarbeidet en «framdriftsmappe» som i tillegg til plansystemet inneholder rutiner for styring av framdriften og rapporteringsrutiner. I framdriftsmappen er det inntatt en «modell for framdriftsstyring» hvor blant annet de forventede ytelsene fra plansystemet beskrives. Ifølge denne skal det være mulig å lese eksakt framdrift i forhold til planlagt for hver enkelt aktivitet, uten å måtte konferere med andre kilder. Det understrekes at «*planer det ikke jobbes etter er ikke styringsplaner*». Planen skal også gi mulighet for å kunne analysere konsekvenser av forsinkelser og vurdere behov for tiltak og konsekvenser som følge av iverksettelse av tiltakene.

Det er utarbeidet egne rutiner for håndtering av endringer i prosjektet. Disse er tatt inn i både PA-boka for utstyrsprosjektet og PA-boka for bygget. Rutinene skal benyttes ved forslag til endringer i prosjektet eller i grunnlaget for kontrakter. Formålet med rutinene er å gi byggherren nødvendig kontroll med konsekvensene av endringer både med hensyn til produktinnhold, framdrift og kostnader. Rutinene skal også gi oppdragstakere grunnlag for styring av kontraktsarbeidene. Konsekvenser av endringer skal, i henhold til rutinen, innarbeides i prosjektmateriale og kontrakter og skal tas hensyn til i framdrifts- og kostnadsstyringen.

Rutinebeskrivelsene inneholder et skjema som skal benyttes som grunnlag for behandling av endringer. Dette skal legges til grunn i behandlingen så langt det er praktisk og hensiktsmessig. Skjemaet skal gi de opplysningene som er nødvendige for å fatte en beslutning i saken, herunder

- hvilken avtale, aktivitet og prosjektavsnitt endringen omfatter
- beskrivelse av endringen
- eventuelle framdriftsmessige og kostnadsmessige konsekvenser av endringen

Det går også fram av prosedyren at byggherren skal foreta systematisk og fortløpende registrering av alle forslag til, og beslutninger om, endringer til bruk ved blant annet framdrifts- og kostnadsstyring.

Utgave 4 av PA-boka for byggeprosjektet ble

godkjent 3. juni 1998. Som vedlegg til denne er det utviklet en ny prosedyre for behandling av endringsforslag. Denne kom i tillegg til og til dels som erstatning for tidligere prosedyrer. Det går fram av prosedyren at en skal utrede konsekvenser av endringsforslag. Herunder at prosjektleder for prosjektstyringen eller hans representant skal redegjøre for eventuelle endringer som endringsforslaget medfører for kjøp av brukerutstyr.

Den 12. mai 1998 ble det godkjent en ny prosedyre for håndtering av grensesnittet mellom bygg og utstyr. Prosedyren ble innarbeidet i den nye PA-boka, og den inneholder blant annet et flytskjema og aktiviteter som viser koordineringen mellom bygg og utstyr. I henhold til prosedyren har Statsbygg blant annet ansvaret for å kontrollere at de tekniske spesifikasjonene i utstyrskontraktene tilfredsstiller utstyrsspesifikasjonene i anbudsgrunnlaget. Prosjekteringsgruppen skal se til at bygget er utformet som prosjektert med hensyn til grensesnittene mot utstyrsleveransene.

3.4 FAGLIGE KRAV TIL STYRINGEN AV PROSJEKTET NYTT RIKSHOSPITAL

Det finnes ingen «beste måte» å organisere byggeprosesser på. Basert på tidligere erfaringer kan en likevel trekke fram en del grunnleggende forhold som bør være på plass i et prosjekt med en størrelse og kompleksitet som Nytt Rikshospital.

Prosjektets størrelse, kompleksitet og dynamiske karakter stiller særlige krav til de styrings- og kontrollsystemene som benyttes. Et karakteristisk trekk ved prosjektet Nytt Rikshospital er at det gjennomføres i samarbeid med organisasjoner med ulike kulturer, (to fagdepartement, Rikshospitalet og Statsbygg). Videre er det i stor grad benyttet eksterne konsulenter. Dette er forhold som gjør det særlig viktig å fastsette felles retningslinjer for de som deltar i prosjektet, og at det bygges opp en mest mulig felles forståelse og aksept for de rutinene som skal følges.

En stor del av det medisinsk-tekniske utstyret som skal anskaffes, er byggpåvirkelig. Dette medfører at det oppstår områder i grensesnittet mellom bygg og utstyr hvor det kreves særlige tilpasninger. Det er derfor nødvendig at ansvaret for å følge opp dette grensesnittet er helt klart plassert i organisasjon.

Rikshospitalprosjektet kjennetegnes videre av rask teknologisk utvikling på det utstyret som skal anskaffes, og flere premissendringer som følge av nye vedtak i Stortinget. Dette er forhold som setter store krav til de prosjektstyringssystemene som benyttes. Systemene bør gi løpende oversikt over framdrift på alle nivåer i planverket. Videre bør det holdes oversikt over avvik og endringer samt konsekvenser av disse. Siden endrede forutsetninger kan

få store ringvirkninger, bør det også gå klart fram hvem som har fullmakt til å godkjenne endringer. Det bør også utarbeides klare retningslinjer for hvordan forslag til endringer skal behandles.

Det er dessuten viktig at det gjennomføres løpende kontroller for å forsikre seg om at de administrative og tekniske systemene som er etablert for å styre prosjektet, følges. Det bør videre være etablert informasjons- og kommunikasjonsrutiner som sikrer at aktører i alle ledd til rett tid får tilstrekkelig, relevant

og korrekt grunnlagsinformasjon for sine beslutninger. For å oppnå en forsvarlig oppfølging bør de enkelte organisasjonsleddene fra SHD, AAD, styringsgruppen, Statsbygg og videre nedover, ha utviklet og implementert tilstrekkelige tilsynsrutiner som kan fange opp eventuelle uheldige forhold så tidlig som mulig. Det bør videre være etablert systemer for å iverksette eventuelle korrektive tiltak til rett tid og på riktig nivå i organisasjonen.

4 Faktadel

4.1 KOSTNADSRAMME MED ETTERFØLGENDE TILLEGG

Opprinnelig kostnadsramme for byggingen av Nytt Rikshospital var som tidligere anført 2 820 mill kroner.

I forbindelse med behandlingen av St prp nr 47 (1993-94) fattet Stortinget vedtak om at det skulle bygges et sykehotell. Videre ble det vedtatt en økning i arealrammen og prosjektkostnadene for Nytt Rikshospital i forbindelse med tilleggsfunksjoner og samordning med Oslo-sykehusene. Til sammen utgjorde dette en påplussing i kostnadsrammen på 88,4 mill kroner, jf Innst S nr 193 (1993-94).

Stortinget vedtok i forbindelse med St prp nr 1 (1994-95) for Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet byggetrinn III for de prekliniske instituttene til 129 mill kroner, jf Budsjett-innst S nr 12 (1994-95). Dette prosjektet skulle gjennomføres som en integrert del av prosjektet Nytt Rikshospital, men bevilges over Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementets budsjett.

I forbindelse med behandlingen av St prp nr 55 (1994-95) og St prp nr 1 (1995-96) for Sosial- og helsedepartementet ble behandlingsskapiteten økt fra opprinnelig 27 000 til 30 000 innleggelser, jf Innst S nr 210 (1994-95) og Budsjett-innst S nr 11 (1995-96). Dette førte til at arealrammen igjen måtte økes. I tillegg ble det vedtatt å etablere et intervensjonssenter. Kostnadsrammen ble således økt med 105,1 mill kroner. Som følge av en vesentlig forlen-

gelse av prosjektets varighet på grunn av uenighet mellom staten og Oslo kommune i reguleringsaken, godkjente Finansdepartementet at kostnadsrammen for prosjektet ble økt med ytterligere 46,9 mill kroner.

I St prp nr 1 (1995-96) for Sosial- og helsedepartementet ble det slått fast at ferdigstillingen av bygget var utsatt til 2. halvår 1998.

I forbindelse med behandlingen av St prp nr 1 Tillegg nr 3 (1996-97) for Sosial- og helsedepartementet vedtok Stortinget å øke behandlingsskapiteten til 33 000 innleggelser, jf Budsjett-innst S nr 11 Tillegg nr 1 (1996-97). Videre ble det vedtatt å bygge nye kontorer og areal for nye funksjoner. Dette utgjorde en samlet økning av arealrammen i prosjektet på 11 200 m² og kom da i tillegg til tidligere arealutvidelser på 15 490 m². Kostnadsrammen ble på grunnlag av denne siste utvidelsen økt med 405 mill kroner, jf St prp nr 63 (1996-97) og Innst S nr 295 (1996-97). Med tillegg for prisjustering og merverdiavgiftskompensasjon på 882 mill kroner ble kostnadsrammen pr 15. oktober 1998 satt til 4 476 mill kroner, dvs 774 mill kroner eller 27 prosent utover opprinnelig ramme eksklusiv pris- og merverdiavgiftskompensasjonen.

Økningen i kostnadsrammen må ses i forhold til de betydelige endringene som har skjedd i byggeprosjektet siden utbyggingsvedtaket ble fattet i 1992. Tabellen nedenfor gir en samlet oppstilling over disse endringene.

	Brutto areal m ²	Antall ansatte ¹	Normerte senger	Innlagte pasienter pr år	Polikliniske pasienter pr år
Plan 1992	109 000	2 600	540	27 000	120 000
Innflytting ²	135 690	3 500	585	33 000 ³	130 000
Prosentvis økning	25	35	8	22	8

Kilde: St prp nr 37(1998-99) og SHD.

¹ Tallene for 1992 og ved innflytting inkluderer universitetsansatte.

² Ekskl sykehotell.

³ Ifølge Statsbygg vil faktisk antall ved innflytting ligge høyere.

Høsten 1998 ble ferdigstillingen ytterligere utsatt til 31. mars 1999.

I forbindelse med Stortingets behandling av St prp nr 37 (1998-99) Om utvidelse av kostnadsrammen for Nytt Rikshospital, jf Innst S nr 158 (1998-99), ble det fattet vedtak om ytterligere utvidelse av kostnadsrammen med 620 mill kroner. Inkludert prisjusteringer til prisnivå pr 1. juli 1999 ble da ny kostnadsramme 5 160 mill kroner. I tillegg ble det varslet behov for en ytterligere reserve på grunn av fortsatt usikkerhet rundt kalkylene for total sluttkostnad for prosjektet.

I brev av april 1999 fra AAD til Stortinget ble ferdigstillingsdatoen satt til 1. juni 1999. Denne utsettelsen hadde blant annet sammenheng med at det i slutten av februar 1999 inntraff en ulykke i det nye fyrhuset på Gaustad.

Stortinget vedtok i juni 1999 å øke kostnadsrammen til 5 336 mill kroner, inkludert en reserve på 75 mill kroner, jf St prp nr 67 (1998-99) og Innst S nr 236 (1998-99).

4.2 SHDs OG AADs OPPFØLGING AV PROSJEKTET

Sosial- og helsedepartementet har ivaretatt sitt overordnede prosjektansvar ved mottak av kvartalsrapporter fra Statsbygg og representasjon i styringsgruppen for Nytt Rikshospital og gruppens arbeidsutvalg. I tillegg har SHD lederfunksjonen i kvalitetsrådet for Nytt Rikshospital. Departementets overordnede styring og kontroll med prosjektet skal ifølge SHD ivaretas i styringsgruppen. Styringsgruppen ledes av styreleder ved Rikshospitalet og er et samarbeidsforum mellom berørte departementer, brukerinstusjoner/-etater og byggherre. Gruppens oppgave har vært å sørge for koordinering og oppfølging av planleggings- og beslutningsprosessen for prosjektets utforming og framtidige bruk innenfor fastsatte rammer. Styringsgruppens arbeidsutvalg, som ledes av Statsbygg, har ivaretatt den løpende kommunikasjonen og samordningen mellom berørte departementer, brukeretater og byggherre.

Kvalitetsrådet, som ledes av SHD, har hatt som oppgave å overvåke og påvirke total kvaliteten i prosjektet. Rådet har fungert som en overbygning for den etablerte kvalitetssikringsfunksjonen. Det har vært lagt særlig vekt på å sikre samhandlingen mellom Rikshospitalets og Statsbyggs respektive ansvarsområder. Ifølge SHD har det imidlertid vært Statsbyggs eget ansvar å foreta den kvalitetssikringen som er nødvendig for å systematisk identifisere de tiltakene som må gjennomføres innenfor Statsbyggs eget ansvarsområde. Kvalitetsrådet har ifølge departementets brev av 10. februar 1997 til Riksrevisjonen gitt økt sikkerhet for at total kvaliteten blir i samsvar med Stortingets rammer.

AAD har ivaretatt sitt ansvar ved å være repre-

sentert i kvalitetsrådet og ved å motta kvartalsrapporter fra Statsbygg. Fra og med 1997 er det videre avholdt evalueringsmøter i tilknytning til Statsbyggs rapportering. I tillegg er det arrangert regelmessige etatsstyringsmøter mellom departementet og Statsbygg.

En gjennomgåelse av postjournalene fra Statsbygg, AAD og SHD viser at ingen av departementene har gitt skriftlige tilbakemeldinger på kvartalsrapportene fra Statsbygg. Det vises i den sammenheng til at rapportene rutinemessig omtaler både framdrifts- og kostnadsutviklingen på prosjektet.

Rikshospitalprosjektet er omtalt fire ganger siden 1994 i referater fra etatsstyringsmøtene mellom overordnet departement (AAD) og Statsbygg. I det første møtet i 1994 understreket Administrasjonsdepartementet viktigheten av at prosjektet fortsatt ble prioritert. I det andre møtet samme år ga departementet en orientering vedrørende utlysning av en stilling som var øremerket til oppfølgingen av Nytt Rikshospital. I det første møtet i 1995 ble det i forbindelse med kvalitetssikringen av prosjektet NRH vist til at et eget kontrolldokument med rapporteringsrutiner mellom departementet og Statsbygg var under utarbeidelse. Ifølge møtoreferatet ville Statsbygg i løpet av noen uker ha utarbeidet et revidert forslag til rapporteringsrutiner. Det framgår dessuten at prosjektets omfang og spesielle karakter tilsa at AD ville ha en høyere beredskap enn hva som var vanlig i andre byggesaker, blant annet med hensyn til oppfølgingen av Statsbygg. Som nevnt nedenfor ble disse rutinene først formalisert i 1997. Etter 1995 må en helt fram til det første møtet i 1999 før prosjektet igjen er omtalt i møtoreferatene. Det ble da gitt en orientering fra Statsbygg om status i byggeprosjektet.

I de årlige tildelingsbrevene fra ansvarlig departement til Statsbygg er det vist til egne rutiner for rapportering. Utover dette er det ikke nevnt eller gitt spesielle retningslinjer for prosjektet Nytt Rikshospital fra AADs side.

I januar 1995 engasjerte SHD Det norske Veritas A/S som konsulent og kvalitetsrevisor til å ivareta kvalitetsrådets oppgaver av utredende og utøvende art. På vegne av departementet skulle Veritas bidra til å sikre kvaliteten i samhandlingen mellom de enkelte delprosjektene og kvaliteten i disse, herunder overvåke og rapportere om prosjektets kvalitet var i samsvar med Stortingets forutsetninger. Ifølge SHD har kvalitetsrådet og Veritas fulgt prosjektet uten vesentlig innsyn i Statsbyggs interne styring og rutiner. Veritas og representanter i kvalitetsrådet har imidlertid ifølge departementet ved enkelte anledninger argumentert for en større tilgang på intern dokumentasjon fra Statsbygg. Veritas har i liten grad gjennomført egne undersøkelser i sitt arbeid for kvalitetsrådet.

I kvalitetsrådets rapport for 1. kvartal 1996 ble det konkludert med at rådets arbeid hadde gitt økt

sikkerhet for at kvaliteten i prosjektene og samhandlingen mellom dem var tilfredsstillende. Samtidig ble det framholdt at Veritas som sekretariat/konsulent ytterligere kunne forbedre sitt fokus på grense-snittsproblematikken.

Ifølge kontroll- og innsynsdokumentet av mars 1997 mellom det daværende Planleggings- og samordningsdepartementet (nå AAD) og Statsbygg, skal det avholdes evalueringsmøter to ganger i året på bakgrunn av kvartalsrapporter fra Statsbygg. Det ble avholdt to evalueringsmøter med Statsbygg i 1997, ett i 1998 og ett i 1999. I referatet fra evalueringsmøtet 20. februar 1997 framgår det at det ifølge Statsbygg «ikke var nødvendig å uroe seg for ferdigstillelsen» av den delen av prosjektet som skulle stå klar høsten 1998, dersom ikke noe svært uforutsett skulle hende. Dette til tross for at de utvidelsene som ble vedtatt i 1995 og 1996, krevde ombygginger på en del av bygningene. Det var på dette tidspunktet en forsinkelse på inntil fem måneder for noen av byggeområdene. Ifølge Statsbygg var det imidlertid tilstrekkelig tidsslakk i framdriftsplanen til at dette ikke ville få konsekvenser for ferdigstillellesdatoen. Forsinkelsene ville bare i begrenset grad forplante seg til andre deler av byggingen. Videre framgår det at Statsbygg mente å ha god kontroll på økonomien.

Kvalitetsrådet sluttet seg til Statsbyggs vurdering av framdriften. Av rapporten for 1. kvartal 1997 fra kvalitetsrådet framgår det at planleggingsarbeidene for utvidelser vedtatt høsten 1996 hadde fungert normalt i perioden. Det var ifølge rådet tatt hensyn til de behovene utvidelsen skulle dekke, og omprosjektering og ombygging av det eksisterende prosjektet var minimalisert. Sykehuset skulle derfor kunne tas i bruk som planlagt i oktober 1998.

I et møte i styringsgruppen 12. juni 1997 ga SHDs representant uttrykk for bekymring over framdriften i prosjektet. Han viste til at pengeforbruket stadig var lavt, og at det hele tiden hadde ligget lavere enn planlagt. I et ekstraordinært styremøte 30. september 1997 etterlyste representanten også en tiltaksplan for å ta igjen forsinkelser på utstyrsprosjektet.

I kvartalsrapporten fra Statsbygg for 3. kvartal 1997 ble det understreket at framdriften for byggeprosjektet var mer presset enn tidligere rapportert, og at omfanget av gjenstående arbeider var mer omfattende enn tidligere antatt. I kvalitetsrådets rapport for samme periode ble det vist til at Statsbygg hadde uttrykt bekymring på grunn av lave forbrukstall i juli og august. Kvalitetsrådet etterlyste en forklaring på dette forholdet. I kvartalsrapporten for 4. kvartal 1997 rapporterte Statsbygg at de hadde problemer med å holde framdriften i forhold til de detaljerte styringsplanene, men at dette ikke endret konklusjonen om å ta i bruk sykehuset 1. oktober 1998.

Den stramme framdriftssituasjonen og økonomien i prosjektet var også tema i PSDs evalueringsmøte med Statsbygg 10. oktober 1997. I referatet fra

møtet går det fram at tidsslakken nå var sterkt redusert, og at framdriften var presset i langt sterkere grad enn tidligere. Den stramme økonomien skyldtes dels kostnadskrevende ombygginger og endringer med påfølgende utsettelse. Statsbygg ga uttrykk for at de skulle klare å holde den økonomiske rammen selv om den var beheftet med usikkerhet. Departementet ba om å bli varslet så tidlig som mulig dersom man så at rammen kom til å sprekke. Ifølge referatet skulle Statsbygg også styrke sin prosjektstyring.

I referatet fra evalueringsmøtet mellom AAD og Statsbygg 3. mars 1998 framgår det at forventet sluttkostnad da var ca 19 mill kroner over budsjett-rammen for hovedprosjektet. Det ble imidlertid tatt forbehold om prisreguleringer.

Møtereferatene for 1. halvår 1998 viser at de involverte fortsatt antok at framdriften skulle holde, til tross for den økte bekymringen utover i 1997.

I et møte i styringsgruppen 5. februar 1998 informerte utbyggingsdirektøren i Statsbygg om at hovedprosjektet, med unntak av ombyggings-/utvidelsesområder, ville stå ferdig i oktober 1998. Han ga imidlertid uttrykk for at framdriften var presset, og at det ville forekomme overlapp mellom byggearbeider og montering av utstyr.

I kvartalsrapporten fra Statsbygg for 2. kvartal 1998 ble det gitt uttrykk for at økonomien i prosjektet var anstrengt, men at det var for tidlig å konkludere med at det ville oppstå kostnadsoverskridelser. Kvalitetsrådet konkluderte i sin rapport for samme periode med at framdriften var grundig gjennomgått, og at det var god styring i forhold til gjenstående arbeider. Etter kvalitetsrådets vurdering var det ikke vesentlig risiko for at prøvedrift og pasientbehandling ikke kunne starte på en forsvarlig måte på de oppsatte datoene.

Etter sommeren forandret virkelighetsbildet seg. I styringsgruppens arbeidsutvalg 5. august 1998 informerte Statsbygg om at framdriftsutviklingen de seneste ukene hadde ført til en strammere situasjon, blant annet som følge av komplikasjoner i tilpasningen mellom bygget og det medisinske-tekniske utstyret. Heller ikke produksjonen gjennom sommerferien hadde vært som forventet. Situasjonen primo august tilsa at det var nødvendig med en nøyere gjennomgåelse av situasjonen.

I en henvendelse til SHD og AAD av 7. september 1998 meddelte Statsbygg at hovedprosjektet, inkludert alle ombyggingsarbeider i sin helhet, ikke ville være ferdigstilt før 31. mars 1999. Statsbygg informerte så i notat av 30. november 1998 de samme departementene om at det var behov for å øke kostnadsrammen med 490 mill kroner. Kostnads-situasjonen og årsakene til kostnadsøkningen ble gjennomgått i notatet.

Styringsgruppen konstaterte i møte 2. desember 1998 at Statsbyggs rapportering av kostnader og prognoser for prosjektets total kostnader ikke hadde

stemt med de faktiske kostnadene. Samtidig ble det vist til at Statsbygg så sent som i september 1998 hadde opplyst at merkostnadene ville bli i størrelsesorden 100 mill kroner. Framdriftsrapporteringen hadde heller ikke vært i samsvar med den faktiske framdriften. På bakgrunn av at styringsgruppen ikke var kjent med de faktiske forholdene om økonomi, framdrift og omfang av gjenstående arbeider, ble det konkludert med at gruppen ikke hadde kunnet forholde seg til prosjektets faktiske utvikling. I rapporten fra kvalitetsrådet for 4. kvartal 1998 ble det fra Veritas side uttalt:

«Veritas finner ikke årsakene til forsinkelser og kostnadsoverskridelser tilfredsstillende analysert. Statsbygg har presentert en vurdering av bakgrunnen for den nødvendige økningen i kostnadsrammen, men analyserer ikke forhold knyttet til mangelfull styring f.eks knyttet til behandling av endringer/tillegg/varsler etc. Kostnadsøkningen som nå presenteres er ikke kun konsekvens av forsinkelsene, men dekker også tidligere manglende registreringer av tilleggsarbeider og uteglemte kontraktsarbeider. Tidligere vurderinger av forventet sluttkostnad er da gjort på feil grunnlag.»

I St prp nr 37 (1998-99) Om utvidelse av kostnadsrammen for Nytt Rikshospital, konstaterer AAD at kostnadsstyringen ikke har vært tilstrekkelig sett på bakgrunn av kompleksiteten i prosjektet.

I april 1999 ble overleveringsdatoen utsatt til 1. juni 1999. I et møte i styret for Rikshospitalet 28. mai 1999 ble det konstatert at ferdigstillingen av bygg og tekniske systemer ikke var som forutsatt, og at det fortsatt vil gjenstå vesentlige arbeider pr 1. juni 1999. Det ble i den forbindelse vurdert to alternative løsninger. Rikshospitalet kunne si nei til overlevering fordi Statsbygg ikke var ferdig, eller en kunne inngå en avtale med Statsbygg som gjorde det mulig å komme i gang med prøvedrift på de områdene der det var nødvendig samtidig som Statsbygg fullførte arbeidene på de andre områdene. Styret sluttet seg til den siste løsningen og ga administrerende direktør fullmakt til å inngå avtale med Statsbygg om prøvedrift. Ifølge utkast til en slik avtale skulle Statsbygg senest fullføre det arbeidet som gjensto 1. juni, slik at en kunne opprettholde opprinnelige frister for prøvedrift, opplæring og flytting.

4.3 STATSBYGG'S ØKONOMISKE RAPPORTERING

I januar 1998 arrangerte to rådgivere som var engasjert av Statsbygg, et dagsseminar hvor målet blant annet var å analysere kostnadsrisikoen ved å fullføre prosjektet Nytt Rikshospital. Deltakerne på seminaret var sentrale personer fra Statsbyggs prosjektledelse, prosjekteringsgruppen og byggeledelsen. Til sammen deltok ca 20 personer. I rapporten som fulg-

te, ble det konkludert med at daværende kostnads-kalkyle for fullføring av hovedprosjektet var svært sikker. Også usikkerheten knyttet til utvidelsene vedtatt i 1996 ble ansett som noe mindre enn forventet. Det ble imidlertid tilrådd at Statsbygg skulle følge opp analysen med en handlingsplan som inneholdt forebyggende tiltak for å redusere eller kontrollere usikkerheten. Rapporten, som var beregnet for intern bruk i Statsbygg, ble ikke lagt fram for styringsgruppen. Ifølge Statsbygg ble vurderingene og konklusjonene fra risikoanalysen tatt hensyn til i rapporteringen av kostnadssituasjonen i kvartals- og statusrapporter overfor styringsgruppen og andre.

TerraMar Prosjektledelse AS gjennomførte i januar 1999 på oppdrag fra Statsbygg en ny risikoanalyse for å avklare prosjektets usikkerhetsprofil med økonomiske konsekvenser. Det ble konkludert med at det fortsatt var stor usikkerhet knyttet til de avsluttende arbeidene i prosjektet. Rapporten ble drøftet i styringsgruppen.

Riksrevisjonen ba i brev av 7. mai 1999 til Statsbygg om en redegjørelse for de økonomisystemene som er benyttet til å følge opp prosjektet, og hvilke svakheter i systemene som er avdekket underveis. Riksrevisjonen ba videre om å få opplyst fra hvilket tidspunkt Statsbygg ikke lenger var i stand til å rapportere tilfredsstillende om økonomien i prosjektet, og hvilke problemer dette har medført for styringen av prosjektet.

Statsbygg har i brev av 20. mai 1999 uttalt at det ikke har vært svakheter i økonomisystemene som sådan som har medført mangelfull statusrapportering. Problemet har vært at andre forhold og aktiviteter i prosjektet som gir input til økonomisystemet, ikke har vært av god nok kvalitet (se for øvrig kap 44.5.3 og 4.8).

Ifølge Statsbygg er det ikke mulig å anslå nøyaktig tidspunkt for når statusrapporteringen ikke lenger var tilfredsstillende. Problemet har vært å ha god nok oversikt over prosjektets totale arbeidsomfang fram til brukernes aksept, og å forutsi tids- og kostnadsforbruk for dette. Som grunnlag for input til økonomisystemene har det ligget estimer og kalkyler fra de prosjekterende, byggeledelsen og Statsbygg, og det har vært gjennomført usikkerhets- og risikoanalyser i prosjektet for å øke kvaliteten og sikkerheten, særlig med hensyn til oversikt over gjenstående arbeider. Det har ifølge Statsbygg likevel ikke lyktes å oppnå tilfredsstillende kvalitet i rapporteringen av forventet sluttkostnad. Statsbygg mener det kan være grunnlag for å si at denne manglende oversikten har eksistert relativt lenge før det ble klart ut fra statusrapportene at kostnadsrammen ville bli overskredet.

Ovennevnte forhold har ifølge Statsbygg medført problemer for styringen av prosjektet og sviktende grunnlag for å fatte riktige beslutninger, ikke minst om korrigerende tiltak på et tidlig nok tidspunkt.

4.4 STATSBYGGS PROSJEKT-ORGANISERING

Innenfor de gitte rammene som følger av oppdraget, jf St prp nr 87 (1991-92), har Statsbygg ansvaret for at bygget er ferdigstilt, og at sykehuset har nødvendig utstyr når det tas i bruk. Statsbygg skal også legge til rette for samarbeid mellom berørte instanser i prosjektorganisasjonen og bidra til at brukerorganisasjonen og virksomheten for øvrig kan delta med faglig rådgivning og i beslutningsprosessen.

Rikshospitalprosjektet er organisert som en egen seksjon (P5) i prosjektdivisjonen. Seksjonen ledes av en utbyggingdirektør. I stab under ham er det plassert en prosjektsjef. Det er videre opprettet egne stabfunksjoner for økonomistyring, logistikk, planlegging, HMS og informasjon. Disse funksjonene rapporterer direkte til utbyggingdirektøren. I linje under utbyggingdirektøren er det plassert fire hovedområder som utgjøres av prosjektering, bygg, utstyr og overlevering. Ifølge Statsbygg har P5 bestått av inntil 30 personer på det meste.

I et notat datert 30. november 1998 til AAD og SHD erkjenner Statsbygg at prosjektstyringssystemene og kapasiteten i prosjektorganisasjonen ikke har vært tilstrekkelig dimensjonert i forhold til gjennomføringen av et så stort prosjekt som Nytt Rikshospital. I brev til Riksrevisjonen av 20. mai 1999 har Statsbygg presisert at de med begrepet prosjektstyringssystemer har ment det samlede opplegget for styringen av prosjektet, dvs planleggings- og beslutningsprosessen, organisering/myndighet og systemer/rutiner for gjennomføringen av prosjektet. I brevet antydes det videre at planleggingsfunksjonen ikke har vært nok dimensjonert i forhold til oppgavens størrelse og kompleksitet, verken hos Statsbygg, rådgiverne eller entreprenørene.

Etter hva Riksrevisjonen har brakt på det rene har Statsbygg ikke etablert et opplegg for regelmessig kontroll av at rutinene i PA-bøkene er blitt fulgt. I et møte med blant annet representanter for byggeledelsen på Gaustad ble det opplyst at det har vært både svake punkter ved rutinehåndteringen og vanskelig å oppnå tilstrekkelig lojalitet innad i forhold til de etablerte rutinene. Det ble også opplyst at Statsbygg ikke har nødvendige maktmidler å sette i verk mot de prosjektdeltakerne (interne og eksterne) som bryter rutinene.

SHD har i møte med Riksrevisjonen gitt uttrykk for at den siste tids hendelser viser stor svikt i Statsbyggs rutiner for rapportering. Dette gjelder ifølge departementet også i forhold til de kravene som er stilt i PA-boken for prosjektet.

4.5 NÆRMERE OM STATSBYGGS PROSJEKTADMINISTRASJON – BYGG

4.5.1 Organisering av planleggingsfunksjonen

Statsbygg engasjerte i 1989 Erstad & Lekven AS som rådgiver til å utarbeide en metodikk for planlegging, planstruktur og rapporteringsopplegg mv. Erstad & Lekven AS har ifølge Statsbygg utarbeidet månedlige framdriftsrapporter basert på bidrag fra byggeledelsen, prosjekteringsgruppen, utstyrsrådgiveren og Rikshospitalet. Bidragene har i hovedsak vært basert på skjønnsmessige vurderinger av framdriften på de enkelte områdene. Det ble ikke lagt opp til en ressursbasert planlegging og oppfølging av framdriften. Oppdraget ble opprinnelig avtalt til å gjelde til og med 1998. Høsten 1997 besluttet imidlertid Statsbygg å trekke planleggeren hos Erstad & Lekven AS inn i Statsbyggs prosjektorganisasjon, som fra det tidspunkt overtok planleggingsfunksjonen. Det ble da opprettet en prosjektstyringsenhet med ansvar for framdriftsplanlegging og kostnadskontroll. Enheten bestod av seks personer, to på økonomi og fire på framdrift. To av planleggerne var ansatt hos firmaet som er ansvarlig for byggeledelsen. Enheten ble senere omorganisert fordi ansatte sluttet, og det var vanskelig å få tak i nytt kvalifisert personell. Det ble deretter engasjert to personer innen planlegging på byggsiden. I tillegg har det i en periode vært innleid en planlegger som har utarbeidet en overleveringsplan for det nye sykehuset. Det ble også opprettet en egen enhet for økonomistyring. Planleggingsfunksjonen er plassert i stab direkte under prosjektdirektøren og er stilt til disposisjon for hver enkelt avsnittsansvarlig byggeleder. Planleggerne er ikke blitt tildelt et formelt mandat som viser hvilket ansvar og hvilken myndighet de har.

I prosjektet Nytt Rikshospital er det benyttet en oppdelt entreprisemodell som medfører store krav til koordinering. I ettertid har Statsbygg konkludert med at planleggingsressursene hos byggelederen og Statsbygg ikke i tilstrekkelig grad har vært bygd opp til å møte de utfordringer som entreprisemodellen har lagt opp til.

4.5.2 Plansystem for byggeprosjektet

Plansystemet for byggeprosjektet er hierarkisk oppbygd og har bestått av følgende tre plannivåer:

- nivå 1, hovedframdriftsplan
- nivå 2, kontrollplaner og avsnittsvisе sammen- drag av disse
- nivå 3, styringsplaner

Hovedframdriftsplanen er et overordnet styringsdokument som viser prosjektets hovedfaser og hovedaktiviteter.

Ved utvidelsen i 1996 ble det utarbeidet en egen plan som ble lagt inn i hovedplanen. Statsbygg hadde imidlertid to kontrollplaner, én for hovedprosjek-

tet og én for utvidelsen. Disse planene ble ikke knyttet opp mot hverandre slik at det var mulig å se hvordan utvidelsen grep inn i hovedprosjektet. Hovedprosjektet var på det tidspunktet kommet så langt at det etter Statsbyggs vurdering ikke var hensiktsmessig å foreta en slik integrasjon. Våren 1997 var forsinkelsene i prosjektet blitt så store at det ikke var mulig å styre etter de opprinnelige planene. Det ble da foretatt en revisjon av alle nivåer i prosjektet. I november/desember 1997 ble også planene for U-96 brutt videre ned til nivå 3 med en tidshorison fram til sommeren 1998. Etter dette tidspunktet ble det ikke foretatt ytterligere revisjoner. Planene var da ifølge Statsbygg så mye ute av fase at det ikke lenger var hensiktsmessig å styre etter dem.

Til erstatning for ovennevnte planer ble det etablert et sett med styringsplaner/ kontraktsavslutningsplaner på alle avsnittsområder. Disse beskriver avslutningsfasen på alle fag, med gitte milepæler for gjenstående aktiviteter.

I slutten av 1997 ble det også etablert en egen prosjektavslutningsplan for blant annet å samordne framdriftsplanen for bygget i forhold til byggpåvirkelig utstyr. Denne ble imidlertid ikke tatt i bruk fordi den, ifølge Statsbygg, ikke hadde noen styringsmessig funksjon i den nye planstrukturen. Deler av planen har imidlertid blitt benyttet som grunnlag for andre planer.

Det ble også etablert en egen plan som viser planlagt dato for funksjonsoverlevering for hver avdeling eller del av avdeling fra Statsbygg til Rikshospitalet. Denne planen skulle danne grunnlaget for overlevering av prosjektet høsten 1998, og være grunnlaget for samordning mellom framdriftsplaner for Rikshospitalets flytting og Statsbyggs avslutningsplaner for prosjektet.

Med utgangspunkt i disse planene innså Statsbygg høsten 1998 at det ikke var mulig å ferdigstille bygget innen de fristene som var satt. Etter at det ble nødvendig å forskyve ferdigstillingen av prosjektet til 31. mars 1999, ble det foretatt en komplett gjennomgåelse av planene.

Det ble etablert en fasedelt ferdigstilling av prosjektet, og et nytt planhierarki ble etablert ut fra denne fasedelingen. Det er utarbeidet et eget rapport-skjema for utsjekking av gjenstående arbeider på bygget. Disse fylles ut og vedlikeholdes av byggeleder. Skjemane består av lister som er delt opp avsnittsvis og funksjonsvis, og som aggregeres opp til et samlet nivå pr avsnitt. Dette danner grunnlaget for styring og rapportering internt og eksternt.

4.5.3 Oppfølging av framdrift

I møte med utførende planlegger hos Statsbygg 9. februar 1999 ble det opplyst at det ble benyttet et prosjektstyringsverktøy fram til midten av 1997, hvor det var mulig å oppdatere planverket med oppnådd framdrift. Det var da mulig å se ringvirkningene

av forsinkelsene for resten av prosjektet. Blant annet så man hvordan den opprinnelige «slakken» som var lagt inn i planen, gradvis ble spist opp. Da Statsbygg opprettet en egen planleggingsfunksjon høsten 1997, ble det PC-baserte prosjektstyringsprogrammet «MS-project» tatt i bruk som planleggingsverktøy. Fordi Statsbygg ikke har benyttet programets funksjon for å registrere framdrift, ble framdriften beregnet manuelt og tegnet direkte på utskriften av planene.

Aktivitetene i planverket har ikke vært oppført med estimert ressursforbruk for ferdigstilling. Det er heller ikke etablert faste rutiner som sikrer at opplysninger om avvik og endringer i arbeidsomfang tilflytter planleggingsfunksjonen i prosjektet. Endringer og avvik er således ikke blitt løpende innarbeidet i planverket.

Framdriften måles på nivå tre i prosjekthierarkiet. Dette gir data for å styre prosjektet på operativt nivå. Aktivitetene i planene er imidlertid ikke blitt vektet i forhold til hverandre, og en har derfor ikke kunnet presentere framdriften for prosjektet som helhet.

På grunn av ovennevnte forhold har det ikke vært mulig å benytte planverket til å få oversikt over samlet arbeidsomfang, total framdrift og mengden av gjenstående arbeid i de ulike fasene av prosjektgjennomføringen. I brev til Riksrevisjonen av 20. mai 1999 har Statsbygg gitt uttrykk for at det er den manglende oversikten over prosjektets totale arbeidsomfang fram til brukernes aksept som er det avgjørende forhold i problemene med å styre kostnadene i prosjektet Nytt Rikshospital. Den manglende oversikten skyldes ifølge Statsbygg blant annet en stram tidsplan med parallellitet i prosjektering og bygging, samt de omfattende endringene som er vedtatt underveis i prosjektet.

4.6 NÆRMERE OM STATSBYGGS PROSJEKTADMINISTRASJON – UTSTYR

4.6.1 Organisering av innkjøpsplanleggingen

Statsbygg har engasjert en egen rådgiver for anskaffelsesprosessen. Denne har hatt ansvaret for å utarbeide anskaffelsesplanen som grunnlag for å planlegge og gjennomføre prosessen. Ifølge Statsbygg fungerte ikke rådgivers rapportering til avtaleansvarlig som forutsatt. Statsbygg besluttet derfor selv å detaljere planleggingen, og fra høsten 1998 har de styrket organisasjonen ved å benytte en innleid konsulent til å følge opp kontraheringsplanen. Denne personen inngår i Statsbyggs utstyrgruppe i seksjonen for Nytt Rikshospital og rapporterer til utstyrsjefen.

Det er også engasjert en egen planlegger som har ansvaret for å utarbeide og følge opp en leveringsplan for brukerutstyr. Brukerutstyr omfatter medi-

sinsk-teknisk utstyr, annen grunnutrustning samt inventar og møbler. Leveringsplanen omfatter mottak, kontroll, oppfølging og overlevering av utstyret. Denne planleggeren arbeider på byggeplassen og rapporterer til logistikksjefen som er plassert i stab under utbyggingsdirektøren.

4.6.2 Gjennomføring av utstyrsprosjektet

Arbeidet med Strategisk plan for utstyr ble avsluttet i henhold til plan våren 1994. Hovedformålet med planen har vært å gi retningslinjer for å sikre en riktig fordeling av utstyrsrammen. I korte trekk har arbeidet bestått i å fastlegge et overordnet program for utstyrsanskaffelser og å beskrive planprosessen og organiseringen av utstyrsprosjektet. Som en del av planen ble det blant annet vedtatt en strategi om at avansert utstyr som er gjenstand for rask teknologisk utvikling, skulle kunne anskaffes så sent som tilrådelig.

Denne fasen ble etterfulgt av forprosjektet for utstyr, som ble fullført noe forsinket i slutten av mars 1995. Formålet med forprosjektet var å utarbeide et samlet program for anskaffelse av nytt utstyr og overflytting av eksisterende utstyr. Tidlig i forprosjektet ble det satt opp lister over bygg- og installasjonspåvirkelig utstyr til bruk i detaljprosjektering av bygg.

Forsinkelsene i forprosjektet ble ifølge Statsbygg overført til detaljprosjektet for utstyr. Arbeidet som etter planen skulle være ferdig i januar 1996, ble først fullført april 1996.

I møte med gruppen som har ansvaret for prosjekteringen av det nye sykehuset, har Riksrevisjonen fått opplyst at forsinkelser i detaljprosjektet har medført at en har måttet programmere bygget uten tilstrekkelige utstyrsavklaringer, noe som har medført at en i større grad enn opprinnelig forutsatt har måttet tilpasse bygget etter at utstyret er levert.

Forsinkelsene har ytterligere forsterket seg i anskaffelsesfasen som har vært preget av store forsinkelser. Ifølge Statsbygg er hovedårsakene til disse forsinkelsene at kapasiteten hos utstyrsrådgiver ikke har vært tilstrekkelig, og at brukervedvirkningen har vært vanskelig å styre innenfor de planlagte tidsrammene. Videre har anbud som inngår i den opprinnelige anskaffelsesplanen, blitt utvidet for å kunne omfatte utstyrsleveransene til utvidelsen som ble vedtatt i 1996 og til prekliniske institutter, byggetrinn 3.

4.7 GRENSESNITTET MELLOM MEDISINSK-TEKNISK UTSTYR OG BYGGET

4.7.1 Ansvar og koordinering

Statsbyggs oppdrag omfatter bygging av nytt sykehus samt anskaffelse av medisinsk-teknisk utstyr.

Byggeprosjektet og utstyrsprosjektet har vært organisert som to separate delprosjekter med hver sin prosjektsjef som har vært underlagt felles ledelse i Statsbygg. Det er imidlertid stor grad av gjensidig avhengighet mellom bygg og medisinsk-teknisk utstyr. Dette gir et grensesnitt som krever særlig koordinering og oppfølging.

Riksrevisjonen har ikke lyktes i å bringe klarhet i hvem i Statsbyggs organisasjon som har hatt det operative ansvaret for å koordinere dette grensesnittet. Ifølge notat datert 14. november 1994 fra seksjon P5 til prosjektdirektøren var utstyrskonsulenten opprinnelig tiltenkt å ha en spesiell rolle med tanke på å overvåke grensesnittet mellom programmering, utstyrsplanlegging, prosjektering og bygging. I tilbud på ytelse i anskaffelsesprosessen datert 3. mai 1996 fra utstyrskonsulenten blir rollen beskrevet som følgende:

«I den grad det er ønskelig, inngår også, i vårt tilbud bidrag/innspill i grensesnittet mot andre prosjektaktører for å bidra til en helhetlig løsning for utstyrsprosjektet.»

Etter hva Riksrevisjonen har brakt på det rene, har heller ikke gruppen som har ansvaret for prosjekteringen av det nye sykehuset, hatt et overordnet ansvar for å koordinere grensesnittet mellom bygg og utstyr. Gruppen har kun ansvaret for å innarbeide den grensesnittsinformasjonen som tilflyter den i byggeunderlaget.

Statsbygg engasjerte høsten 1997 en ekstern konsulent som foretok en revisjon av utstyrsprosjektet. Rapporten som fulgte, konkluderte blant annet med at en burde forbedre informasjonsflyten til prosjektgruppen for å sikre at utstyrsspesifikasjoner ble reflektert i byggeunderlaget. For øvrig ble det blant annet pekt på følgende forhold:

- anskaffelsesplanen syntes ikke å ha vært koordinert med de ulike bidragsyterne
- ressursknapphet spesielt hos utstyrsrådgiverne
- mangler i romdatabasen og forsinkelser i utstyrsdatabasen

Som følge av rapporten ble det blant annet etablert nye prosedyrer for håndtering av grensnettproblematikken ved utarbeidelse av ny utgave av Prosjektadministrativ håndbok våren 1998. Det ble også opprettet en grensesnittgruppe. Samtidig ble ansvar og roller til Statsbygg-utstyr, Rikshospitalet-utstyr og i prosjekteringsgruppen presisert. Ifølge prosedyren har innkjøpsorganisasjonene Statsbygg og Rikshospitalet ansvaret for å kontrollere at de tekniske spesifikasjonene i de utstyrskontraktene de er ansvarlige for, er i overensstemmelse med anbudsgrunnlaget. Prosjekteringsgruppen har ansvaret for at bygget er prosjektert i henhold til funksjonsprogrammet. De skal også kontrollere at bygget er oppført som prosjektert med hensyn til grensesnittene

mot utstyrsleveransene. Det går også fram av prosedyren at Statsbygg-utstyr skal varsles dersom prosjekteringsgruppen ikke mottar teknisk informasjon i tide og framdriften blir truet slik at aksjon blir tatt overfor leverandøren.

Som leder av grensesnittgruppen er det engasjert en konsulent som har som oppdrag å kvalitetssikre grensesnittet mellom bygg og utstyr. Konsulenten rapporterer til Statsbygg-utstyr. Grensesnittgruppen har som mandat å se til og bidra til at utvekslingen av informasjon mellom prosjekteringsgruppen og leverandører skjer som planlagt.

Det er også etablert et modifikasjonsteam for hvert enkelt bygningsavsnitt, bestående av avsnittsansvarlig prosjektleder, modifikasjonsleder, teknisk fagbyggeledelse, representanter fra arkitekt, elektro, VVS og husentreprenører.

Ifølge mandatet til modifikasjonsteamet skal avsnittsansvarlig ta overordnede beslutninger med hensyn til om bygningsmessige modifikasjoner skal gjennomføres. Han skal også sørge for at det til enhver tid er definert én person som er den totale «eier» av et nytt spesifikt grensesnittproblem. Han skal videre lede og organisere befaringer for å få en endelig avklaring med hensyn til hvordan modifikasjonene skal utføres, og sørge for å gi tilbakemelding til Byggeleder-utstyr når modifikasjonene er utført.

Statsbygg har også styrket den samlede prosjektorganisasjonen ved å etablere en tverrfaglig organisasjon for hvert bygningsavsnitt. Ifølge Statsbygg ble dette gjort blant annet for å gi tettere forbindelser mellom Statsbygg og utstyrsplanleggerne.

4.7.2 Problemer knyttet til grensesnittet mellom bygg og utstyr

Representanter for byggeledelsen på Gaustad har i møte med Riksrevisjonen uttalt at det ganske tidlig ble oppdaget at håndteringen av grensesnittet var for dårlig. Byggelederne har måttet bruke mye tid på å løpe rundt på byggeplassen for å sjekke de bygningsmessige arbeidene. Det skal ha oppstått en rekke overraskelser i forbindelse med at lokaler som er rapportert ferdigstilt, ikke har vært fullført fordi det ikke har vært god nok kontroll/oversikt over underlaget for bygget. Ifølge Statsbygg har det også vært et problem at utstyrsleverandørene ofte ikke har vært godt nok forberedt til møter. Det har derfor hendt at spesifikasjonene på utstyret og kunnskapen om spesifikasjonene har vært mangelfulle. De som sitter ute på prosjektet, har også hatt begrenset kunnskap om spesifikasjonene på utstyret. Dette har ført til mye ekstraarbeid, og til at mange bygningsmessige tilpasninger er blitt gjort i etterkant. Planlegging og installering av røntgenutstyr er eksempler på dette. Slike endrings- og ombyggingsarbeider skal ifølge Statsbygg ha krevd mer ressurser enn det en var klar over på forhånd, og har således «spist» både tid og

marginer. Ifølge Statsbygg har ombygging av arealer også påvirket det utstyrsmessige og tekniske i mye større utstrekning enn forventet. Det anslås at ombygginger på 2000-3000 m² har påvirket infrastrukturen på det tekniske anlegget tilsvarende et dobbelt så stort areal.

I et møte i styringsgruppen 9. juni 1998, ble det opplyst at det har skapt framdriftsproblemer at detaljerte avklaringer om grensesnittene bygg-utstyr kom svært sent, delvis som følge av at utstyrsbestillingene skjedde senere enn planlagt. Det konkluderes imidlertid med at det så langt ser ut til at de oppståtte problemene kan løses. To måneder senere orienteres styringsgruppa om at framdriftsutviklingen de senere ukene har ført til en strammere situasjon blant annet som følge av komplikasjoner i tilpasningen mellom bygget og det medisinsk-teknisk utstyret.

I brev til Riksrevisjonen datert 17. november 1998 har Statsbygg utdypet problemene med grensesnittet mellom bygg og utstyr. Ifølge Statsbygg har det vært store enkeltproblemer knyttet til røntgen og operasjon. Det understrekes at tilsvarende problemer også oppstår for annet utstyr. Disse problemene er enkeltvis mindre enn for operasjon og røntgen, men antallet er større. Når det gjelder problemene knyttet til røntgen og operasjon, har Statsbygg gitt følgende redegjørelse:

«Sen bestilling

Med dagens raske teknologiske utvikling er det et naturlig ønske fra brukernes side å få siste utstyrsmodell. De bygningsmessige arbeidene ble derfor utført langt før utstyret ble bestilt og grensesnittet avklart. Dette førte til relativt omfattende ombygningsarbeider. Beslutningen om å ferdigstille bygget så langt som mulig selv om utstyrsinformasjonen ikke var tilgjengelig, var tatt av hensyn til prosjektets totale fremdrift.

Romstørrelser

Både i røntgenlaboratorier og operasjonsstuer er arealer og volumer så begrenset at rommene burde vært «skreddersydd» for det aktuelle utstyret. Marginale endringer av utstyret, layout og funksjon, har derfor fått store bygningsmessige konsekvenser – som riving av himlinger, flytting av uttak for tekniske installasjoner etc.

Nye utstyrskrav

Det medisinske utstyret har stilt nye krav til de bygningsmessige løsningene, for eksempel har krav til lydisolasjon av teknisk utstyr medført ekstra krav til kjøling.

Funksjonsavklaring

Spesielt innenfor de begrensede arealer som er til disposisjon har det vært vanskelig for brukerne å be-

stemme layout, krav til plassering av utstyr etc. før utstyret er bestilt og nøyaktig spesifisert.

Vi viser for eksempel til at endelig layout for en del røntgenarealer først ble fastlagt i juni 1998.

Kompleksitet

Spesielt i operasjon er det mange systemer med forskjellige leverandører. Dette har skapt grensesnittsproblemer ikke bare mot bygget, men også mellom systemene og leverandørene.

Kommunikasjon

Ansvar for planlegging og anskaffelse av utstyr er delt mellom hovedpartene RH som bruker, Statsbygg (m/utstyrsrådgiver) som innkjøper, og prosjekteringsgruppa. Problemene med å få frem fullstendig informasjon og den tiden det tar å få supplert teknisk informasjon samt å få brukergodkjenning av endrede løsninger, har vært undervurdert.

De involverte partene har ikke tilstrekkelig kunnskap til på et tidlig nok tidspunkt å kunne sette seg inn i hvilken komplett informasjon de øvrige partene har behov for, eller hvilken informasjon de skal be om. Dette har ført til en skrittvis og tidkrevende tilnærming av grensesnittproblemene.»

4.7.3 Statsbyggs samordning av framdriftsplanene for bygg og utstyr

Det omfattende grensesnittet mellom bygg og utstyr bidrar til at det oppstår gjensidig avhengighet mellom planene for bygging av sykehuset og anskaffelse av medisinsk-teknisk utstyr. Riksrevisjonen ba derfor Statsbygg i et brev datert 8. juli 1997, om en redegjørelse for hvordan byggpåvirkelig utstyr blir tilpasset framdriftsplanen for byggeprosjektet. Statsbygg opplyste i sitt svar at de hadde engasjert en konsulent til å utarbeide en prosjektavslutningsplan innen 1. oktober 1997. Planen skulle omfatte alle funksjoner innenfor de enkelte prosjektavsnittene. Riksrevisjonen har ved flere anledninger etterlyst denne planen. Først i møte med utførende planlegger hos Statsbygg på Gaustad 9. februar 1999 ble det gitt informasjon om at planen var utarbeidet, men ikke tatt i bruk (se kap 4.5.2).

I 1998 ble det igjen forsøkt å etablere en kontrollplan for å samordne funksjonsområdene innen ferdigstilling av bygg og utstyr. Ifølge Statsbygg ble dette arbeidet gitt opp på grunn av omprioriteringer og for lite ressurser på planleggingssiden.

På grunn av ovennevnte forhold har Statsbygg ikke hatt detaljerte planer for prosjektet som helhet der ferdigstilling av lokaler og levering av medisinsk-teknisk utstyr er blitt samordnet.

4.8 STATSBYGGS OPPLEGG FOR HÅNDTERING AV ENDRINGER

4.8.1 Generelt

Prosjektet Nytt Rikshospital er særlig utsatt for endringer som påvirker prosjektgjennomføringen. Dette skyldes blant annet at fagmiljøene i helseregion 2 har ønsket en mer omfattende bruk av Rikshospitalets tjenester enn opprinnelig forutsatt, jf Dokument nr 3:11 (1997-98). Også det forhold at en ønsker å kjøpe deler av det medisinsk-tekniske utstyret så sent som mulig (se kap 4.6.2), er med på å generere endringer som får konsekvenser for bygget. I St prp nr 37 (1998-99) Om utvidelser av kostnadsrammen for Nytt Rikshospital, framheves det videre at det siden prosjektet startet opp i 1992 har vært nødvendig å ta hensyn til utviklingen innen medisinsk forskning, metodeutvikling, diagnostikk og behandling. Prosjektet har også måttet forholde seg til en rekke nye forskrifter og standardkrav samt nye krav til laboratorier og andre arbeidslokaler.

I et møte med Riksrevisjonen 7. april 1995 understreket daværende utbyggingsdirektør i Statsbygg at det ble lagt særlig vekt på at de administrative rutinene skulle sikre at en hadde oversikt over konsekvensene av endringer med hensyn til både kostnader, framdrift og kvalitet. Endringene kan deles inn i følgende hovedkategorier:

- endringer vedtatt av Stortinget
- endringer som oppstår i forbindelse med prosjektgjennomføringen

4.8.2 Endringer vedtatt av Stortinget

Statens bygge- og eiendomsdirektorat la fram forslag til opprinnelig kostnadsramme for prosjektet Nytt Rikshospital for Finansdepartementet i brev av 5. mai 1992. I brevet ble det blant annet opplyst at eventuelle tillegg utover de opprinnelig planlagte 109 000 m² på det nye Rikshospitalet, ville få kostnadsmessige konsekvenser for arealer som da var inkludert i funksjonsprogrammet. Årsaken var at de berørte arealene i tilfelle måtte omprosjekteres og eventuelt ombygges. Det ble videre understreket at størrelsen på denne typen merkostnader vil øke progressivt jo senere en slik beslutning ble fattet.

Stortinget vedtok utvidelser til prosjektet i 1994 og 1995 (se kap 4.1). Ifølge Statsbygg kunne disse utvidelsene gjennomføres med liten omprosjektering og mindre grad av ombygginger. Statsbygg uttalte imidlertid til bladet Kapital i juni 1995 at disse utvidelsene utnyttet infrastrukturen (varme, kjøling, heiser, kjøkken, parkering etc.) på det nye Rikshospitalet 100 prosent. Ved ytterligere utvidelser risikerte man at sykehuset måtte revideres fra grunnen. Ifølge Statsbygg ville da store og uforutsigbare kostnadsøkninger komme.

Høsten 1996 vedtok Stortinget nye utvidelser (U-96) som omfattet 11 200 m² nybygg, 3000 m²

ombygging, utvidelse av parkeringskapasiteten og ekstra brukerutstyr til nybygget. Som følge av utvidelsen ble kostnadsrammen for prosjektet økt med 405 mill kroner. Statsbygg la fram forslaget til den nye kostnadsrammen for Finansdepartementet i brev av 21. mars 1997. I brevet gikk det fram at Statsbygg hadde fått liten tid til å vurdere kostnadene for utvidelsen fordi de var bundet opp av tidsfrister for stortingsproposisjonen. Planleggingen var derfor ikke kommet særlig langt, og mye var på det tidspunktet uavklart med hensyn til utformingen av nybyggene og omfanget av ombyggingen. Det forelå heller ikke byggeprogram eller skisseprosjekt som en kunne legge til grunn for kalkylen. Ifølge Statsbygg var det derfor nødvendig å foreta en overordnet kostnadsvurdering basert på tidligere erfaringer med prosjektet.

Utvidelsen fikk vesentlige konsekvenser for hovedprosjektet i form av omprogrammering, omprosjektering, ombygging og modifikasjoner for øvrig. Først i et notat fra Statsbygg til AAD og SHD, datert 30. november 1998, konkluderes det med at så vidt store utvidelser som U-96 ikke burde vært tatt inn i et prosjekt som langt på vei var ferdig bygd. Statsbygg slo også fast at de totale konsekvensene av endringer i allerede ferdig bygde områder hadde vært betydelig undervurdert, og at kostnadsrammen var satt alt for lavt.

4.8.3 Endringer som oppstår i forbindelse med prosjektgjennomføringen

Statsbygg har utarbeidet rutiner for håndtering av endringer i prosjektet, jf kap 3.3. Fra Statsbygg er det framholdt at disse rutinene i hovedsak har blitt fulgt. Det blir imidlertid gitt uttrykk for at rutinene må benyttes med en viss grad av skjønn i det løpende prosjektarbeidet, og at tilpasning av rutinene skjer gjennom praktisk erfaring. Statsbygg understreket at det er en krevende oppgave å implementere og følge opp slike rutiner, særlig i et stort og komplekst prosjekt under sterkt tidspress og med mange involverte, og med forholdsvis stor personellutskifting og ny rekruttering.

De nye prosedyrene som ble utarbeidet i forbindelse med «prosjektoverlevering» og implementert i april 1998, bidro ifølge Statsbygg til en detaljert styring av alle endringsønskene. I henhold til de nye prosedyrene ble det etablert formell kontakt mellom prosjekteringsgruppen og brukerorganisasjonen på Rikshospitalet. Dette innebar blant annet at prosjekteringsmaterialet ble gjennomgått i regelmessige møter. Ifølge Statsbygg kan det her ha forekommet at det har oppstått endringer i funksjonsprogrammet uten formell behandling. Det understrekes imidlertid at det for et komplisert sykehusprosjekt vil være en gråson mellom hva som er endringer, og hva som er nødvendige funksjonelle tilpasninger som skjer

gjennom detaljprosjekteringen. Statsbygg er imidlertid av den oppfatning at større endringer har fulgt rutinene for endringshåndtering. Som resultat av «prosjektoverlevering» ble det videre iverksatt en prosess med systematisk gjennomgåelse av sykehushets funksjonsområder for blant annet å få kontroll med brukerinitierte endringer. I den forbindelse skal prosjekteringsgruppen i de fleste tilfellene ha utredet konsekvensene av endringene før de ble iverksatt.

For å teste ut rutinene for endringshåndtering ble Statsbygg, i et møte 19. november 1998, bedt om å utarbeide materiale som dokumenterte saksgangen i en endringssak som berørte grensesnittet mellom bygg og utstyr. Statsbygg ble gitt anledning til selv å velge ut et område hvor man hadde fulgt de oppsatte prosedyrene. Det ble valgt ut et representativt røntgenlaboratorium hvor en skulle dokumentere initiering, saksbehandlingsflyt og revisjon av tegninger. Etter flere purringer fikk Riksrevisjonen oversendt utkast til et svar med en generell gjennomgåelse av hvordan endringer ble behandlet. Statsbygg ble da gjort oppmerksom på at Riksrevisjonen ønsket et konkret eksempel på en endringssak som var dokumentert på en slik måte at den kunne etterprøves ved revisjon. Det formelle svaret fra Statsbygg datert 11. februar 1999 inneholdt likevel kun en generell gjennomgåelse. I svaret ble det gjort oppmerksom på at tilpasningen mellom bygg og utstyr både er en tidkrevende og kostbar prosess som består i å ferdigstille og komplettere prosjektering og bygg. Alle deler av endringsprosedyrene blir ifølge Statsbygg derfor ikke fulgt.

I forbindelse med verifikasjonen av faktadelen til denne analysen, vedla Statsbygg i brev av 11. august 1999 eksempler på en del endringsforslag som var håndtert i henhold til forslag til en enkel prosedyre for «endringer i funksjonsprosjekt» datert 20. november 1995. Ifølge Statsbygg ble prosedyren benyttet fram til 30. januar 1997. Forslaget til den nevnte prosedyren har ikke vært innarbeidet i PA-boken for bygget.

Riksrevisjonen har også bedt om å få tilsendt en oversikt som viser godkjente endringer i prosjektet, og hvem som har fullmakt til å godkjenne endringer. Statsbygg har ikke kunnet framlegge den typen oversikter. Fra Statsbygg er det vist til at rutiner for endringsbehandling og fullmaktstildeling er beskrevet i PA-bøkene, og det gjenspeiler at fullmaktene varierer blant annet med hvilken fase i prosjektet man er. En samlet fullmaktsmatrise var ikke utarbeidet.

Ifølge skjemaene for endringsbehandling som er inntatt i de forskjellige utgavene av PA-boken, skal en oppgi eventuelle framdriftsmessige konsekvenser av endringsforslag i forbindelse med behandling og godkjenning. I møte med prosjekteringsgruppen har imidlertid Riksrevisjonen fått opplyst at flere endringer er bestemt uten konsekvensvurderinger på grunn av kravet til framdrift. Fram til 1998 har det ikke

vært etablert formelle rutiner som sikret konsekvensutredninger fra prosjekteringsgruppens side ved behandling av forslag til endringer på medisinsk-teknisk utstyr. Heller ikke planleggerne på byggeplassen har hatt noe formelt pålegg om, eller er blitt benyttet planmessig til å utrede framdriftsmessige konsekvenser ved godkjenning av endringsforslag. Endringsarbeider har således blitt godkjent uten at konsekvenser for framdriften har blitt løpende og systematisk utredet i forhold til prosjektet som helhet.

Spesialutvalget for utstyr, som er brukerorganisasjonens hovedledd i brukervedvirkningen i utstyrsprosjektet, har blant annet som oppgave å utarbeide innstillinger på endringer på medisinsk-teknisk utstyr. Utvalget foretar i den forbindelse en medisinsk faglig vurdering, men uten at eventuelle konsekvenser for framdriften eller grensesnittet mellom bygg og utstyr blir vurdert. Utvalget har oversikt over godkjente endringer på utstyr. De har imidlertid ingen oversikt over eventuelle bygningsmessige virkninger av endringene. Rikshospitalet har ifølge spesialutvalgets leder ikke fått systematiske tilbakemeldinger fra Statsbygg om konsekvensene av endringer med hensyn til kostnader, framdrift eller konsekvenser for grensesnittet mellom bygg og utstyr. I ettertid gir lederen uttrykk for at denne typen tilbakemelding burde ha vært gitt.

Utstyrssjefen i Statsbygg er spesialutvalgets kontaktperson ved endringsforslag som gjelder utstyr. Det har ifølge lederen for spesialutvalget vært få konflikter mellom utvalget og Statsbygg om godkjenning av endringsforslag og konsekvenser av dis-

se. Endringsforslag fra brukerne skal i hovedsak ha vært omdisponeringer innenfor økonomiske rammer. Ønsker om nye rammer og funksjonalitet har vært behandlet i utvalget i forhold til reserver og marginer som Statsbygg har oppgitt i sine økonomirapporter. Ifølge leder av spesialutvalget har Statsbygg godkjent nesten samtlige endringsforslag fra brukerne uten innvendinger eller krav om ytterligere utvidede rammer.

I møte med Riksrevisjonen 7. oktober 1998 uttalte en representant for Statsbygg at

«Rikshospitalet har fått en ytelse utover det de kunne forvente, og Statsbygg har vært litt for 'snille' til å påta seg nye oppgaver innenfor gjeldende tid- og kostnadsramme.»

Det ble også gitt uttrykk for at

«SHD burde vært mer aktive og klare i styringsformen og at styringen i større grad burde ha gått via styringsgruppen og ikke direkte via brukerne»

SHD uttalte i møte med Riksrevisjonen 5. januar 1999 at departementet på et tidlig tidspunkt tok opp et krav om et system for endringsbehandling med arbeidsutvalget for styringsgruppen. Det ble da utarbeidet en endringsplan som også skulle fange opp forholdet mellom endringer i organisasjonen og nytt medisinsk-teknisk utstyr, som igjen medfører endringer i areal og installasjoner. Ifølge departementet tyder alt på at systemet for endringsbehandling ikke har vært godt nok fulgt opp fra Statsbyggs side.

5 Vurderinger

SHDs og AADs oppfølging av prosjektet Nytt Rikshospital

SHD har hatt løpende oppfølging av prosjektet ved gjennomgåelse av statusrapporter fra Statsbygg og representasjon i styringsgruppen for Nytt Rikshospital og gruppens arbeidsutvalg. SHDs representant stilte allerede i juni 1997 spørsmål ved Statsbyggs rapportering av framdriften, men det ble fra Statsbyggs side hevdet at framdriften var tilfredsstillende. I ettertid har det imidlertid vist seg at rapporteringen ikke har vært i samsvar med de faktiske forhold, uten at det har vært mulig å slå fast når avviket oppstod.

SHD har opprettet et kvalitetsråd som skulle overvåke og påvirke total kvaliteten i prosjektet. Ansvar for kvalitetssikringen ble imidlertid lagt til de utøvende organisasjonene. Det kan stilles spørsmål ved verdien av kvalitetsrådets arbeid. Rådet har ikke hatt innsynsrett i Statsbyggs prosjektstyringssystemer og har således hatt begrensede muligheter til å foreta egne undersøkelser. Så sent som i juni 1998 konkluderte kvalitetsrådet med at det var god styring i forhold til gjenstående arbeider, og at det ikke var vesentlig risiko for at prøvedrift og pasientbehandling ikke kunne starte på en forsvarlig måte på de oppgitte datoene.

AAD har ifølge økonomireglementet plikt til å etablere ordninger som gir kontroll med at underliggende virksomheter organiserer og utfører sin økonomiforvaltning på en betryggende måte. Som det framgår av analysen er det avdekket betydelige svakheter ved prosjektstyringssystemene i Statsbygg. Det kan stilles spørsmål om departementet i tilstrekkelig grad har ivaretatt sitt kontrollansvar overfor Statsbygg. Administrasjonsdepartementet uttalte i 1995 at prosjektets omfang og spesielle karakter tilsa at departementet ville ha en høyere beredskap enn hva som er vanlig i byggesaker, blant annet med hensyn til oppfølging av Statsbygg. Til tross for dette viser gjennomgåelsen av departementets løpende oppfølging av prosjektet forholdsvis begrenset aktivitet fra departementets side.

Utvidelsene som ble vedtatt av Stortinget i 1996

Statsbygg advarte allerede våren 1992 om at merkostnadene ved utvidelser av prosjektet ville øke

progressivt jo senere en eventuell beslutning ble fattet. Etter utvidelsene i 1994 og 1995 ga Statsbygg også offentlig uttrykk for at en ved ytterligere utvidelser risikerte at hele sykehuset måtte revideres fra grunnen, og at dette kunne medføre store og uforutsette kostnadsøkninger. Til tross for dette undervurderte Statsbygg i betydelig grad kostnadene ved utvidelsen som ble vedtatt i 1996. Det kan stilles spørsmål om Statsbygg som faglig ansvarlig instans har utvist tilstrekkelig godt skjønning ved disse beregningene.

Statsbygg ble gitt liten tid til å utarbeide forslag til kostnadsrammen på grunn av SHDs tidsfrist for framlegg av St prp nr 1 Tillegg nr 3 (1996-97). Samtidig har det vært viktig å gjennomføre utvidelsene så raskt som mulig for blant annet å redusere omfanget av ombyggingsarbeidene. Disse forholdene gir imidlertid ikke Statsbygg anledning til å fravike utredningsinstruksens krav om grundige og realistiske kostnadsvurderinger.

SHD, som ansvarlig fagdepartement for prosjektet Nytt Rikshospital, plikter videre jf utredningsinstruksen, å vurdere om det foreligger forsvarlige kostnadsvurderinger til grunn for iverksettelse av tiltak. Da Statsbygg la fram forslaget til ny kostnadsramme, som følge av utvidelsen i 1996, tok de forbehold både om at det var gitt liten tid til disposisjon for å utrede kostnadene, og om mangler ved det plangrunnlaget som da var tilgjengelig. Etter Riksrevisjonens oppfatning burde SHD lagt til rette for en mer forsvarlig kostnadsvurdering som grunnlag for vedtaket om utvidelsen som ble fattet i 1996.

Prosjektstyring

Analysen viser at Statsbygg ikke har dimensjonert de prosjektadministrative systemene for prosjektet Nytt Rikshospital tilstrekkelig i forhold til prosjektets størrelse og kompleksitet. Det er verken lagt tilstrekkelig vekt på utarbeidelse og oppfølging av administrative rutiner, eller på etablering og vedlikehold av systemer for prosjektplanlegging og oppfølging. Undersøkelsen viser at det også er gjort for lite for å kvalitetssikre at de administrative rutineene er blitt fulgt. Statsbygg har heller ikke utnyttet de mulighetene til samordning og oppfølging som moderne prosjektstyringssystemer gir.

Analysen viser videre at Statsbygg ikke har organisert planleggingsfunksjonen på en tilstrekkelig bevisst måte. Det er ikke utarbeidet stillingsbeskrivelser som klargjør planleggenes ansvar og roller. Det har ikke vært etablert gode nok rutiner for å sikre at den nødvendige informasjonen for å vedlikeholde planverket og følge opp framdriften i prosjektet tilflyter planleggerne. Planleggingsfunksjonen har også hatt liten bemanning sett i forhold til prosjektets størrelse og kompleksitet.

I Statsbyggs «modell for fremdriftsstyring», inntatt i framdriftsappen for prosjektet Nytt Rikshospital er det presisert hvilke krav som stilles til et moderne prosjektstyringssystem. Det slås blant annet fast at det skal være mulig å lese eksakt framdrift i forhold til planlagt framdrift for hver enkelt aktivitet uten å måtte konferere med andre kilder. I tillegg skal planen gi mulighet for å kunne analysere konsekvenser av forsinkelser, vurdere behov for korrigerende tiltak og konsekvenser som følge av iverksettelse av slike. Statsbyggs prosjektstyringssystem tilfredsstillende ikke disse kravene. Statsbygg har benyttet et standard PC-basert prosjektstyringsprogram, som er beregnet til å følge opp mindre prosjekter. Programmet er ikke er dimensjonert for å håndtere et prosjekt på størrelse med Nytt Rikshospital. Statsbygg har heller ikke tatt i bruk systemets muligheter for å registrere framdrift. De funksjonene programmet har for å analysere konsekvensene av forsinkelser, har således ikke blitt utnyttet. Programmet har heller ikke vært tilpasset for å beregne totalframdriften for hele prosjektet eller vært oppdatert for å gjenspeile det totale arbeidsomfanget. Det har derfor hatt begrenset verdi for oppfølgingen av prosjektet.

En forutsetning for å opprettholde kontrollen i et så stort prosjekt som Nytt Rikshospital, er at ledelsen har et system for å holde oversikt over de endringene som oppstår underveis i prosjektgjennomføringen. Undersøkelsen viser at Statsbygg ikke har hatt gode nok rutiner for håndtering av endringsarbeider. Det er ikke blitt foretatt løpende systematiske utredninger av økonomiske, framdriftsmessige og funksjonelle konsekvenser av endringsønsker før godkjenning. Godkjente endringer og ringvirkningene av dem, har heller ikke blitt løpende innarbeidet i planverket etter hvert som de har oppstått. Dette er sammen med manglende framdriftsregistrering og det forhold at planverket ikke har vist estimert ressursforbruk, en medvirkende årsak til at Statsbygg ikke har maktet å holde oversikt over gjenstående arbeid på prosjektet. Det har også bidratt til at de involverte i prosjektet som direkte eller indirekte har blitt påvirket av endringene, ikke har fått tilstrekkelig informasjon.

Brukermedvirkningen skal bidra til en optimal allokering av midlene innenfor kostnadsrammen som er vedtatt av Stortinget, og ikke til at kostnads-

rammen overskrides. Det forhold at Statsbygg ikke har hatt gode nok rutiner for å holde oversikten over de økonomiske og bygningsmessige konsekvensene av endringsforslagene har gjort det vanskelig for både Statsbygg og brukerne å styre endringene innenfor kostnadsrammen.

Svak prosjektstyring synes å ha vært et generelt problem for hele prosjektet, og har blant annet medført at prosjektledelsen og ledere på ulike nivåer i prosjektorganisasjonen ikke har fått god nok informasjon til å styre og samordne prosjektarbeidet. Dette har bidratt til at det ikke har kommet fram tidlig nok indikasjoner på trender og avvik, slik at korrektive tiltak har blitt iverksatt for sent. Svakheter ved framdriftsoppfølgingen har også resultert i at Statsbygg over lengre tid har rapportert ukorrekt framdrift til ansvarlige myndigheter.

Statsbygg har erkjent at planleggingssystemene og ressursene ikke har vært tilstrekkelig dimensjonert i forhold til et så stort og komplisert prosjekt som Nytt Rikshospital. Ifølge Statsbygg bidro utvidelsene i 1996 til å gjøre dette enda mer merkbart.

Det vises også til St prp nr 84 (1998-99) Om ny strategi for Statsbygg og etablering av Statens utleiebygg AS, der det framgår at det i enkelte tilfeller den senere tid har vist seg at prosjektstyringen i Statsbygg ikke har vært tilfredsstillende. Det pekes også på at uklare ansvarslinjer internt i Statsbygg har ført til redusert effektivitet i prosjektgjennomføringen.

Etter Riksrevisjonens vurdering har ikke Statsbygg gjort nok for å identifisere og forebygge kostnadsrisikoen i prosjektet. Det er tatt forbehold ved kostnadsanslagene en rekke ganger, men det har vært begrenset aktivitet for å avdekke risikoen. Dagsseminaret som ble avholdt i januar 1998, der det ble konkludert med at kostnadskalkylen for å fullføre prosjektet var svært sikker, er ikke et tilstrekkelig tiltak i forhold til prosjektets kompleksitet og potensielle risiko. Riksrevisjonen stiller spørsmål ved kvaliteten av et slikt opplegg.

Statsbyggs samordning av grensesnittet mellom bygget og medisinsk-teknisk utstyr

Undersøkelsen viser at Statsbygg har viet grensesnittet mellom bygget og medisinsk-teknisk utstyr for liten oppmerksomhet. Disse områdene har vært organisert som to adskilte enheter uten at det har gått klart fram hvem som har ansvaret for å koordinere grensesnittet mellom dem. Det synes også å ha vanskeliggjort samordningen at byggeprosjektet og anskaffelsen av utstyr har vært håndtert i to adskilte planverk. Disse forholdene sammen med forsinkede utstyrsavklaringer og dårlig styring av endringer, har bidratt til at Statsbygg har måttet foreta vesentlige bygningsmessige modifikasjoner i sluttfasen av prosjektgjennomføringen.

Vedlegg – Dokumentoversikt

En oversikt over de dokumentene som er gjennomgått i forbindelse med Riksrevisjonens analyse:

Stortingsdokumenter

- Innst S nr 308 (1987-88) Innstilling fra sosialkomiteen om nytt rikshospital. jf St meld nr 38 (1987-88).
- Innst S nr 215 (1991-92) Innstilling fra sosialkomiteen om nytt rikshospital. Bygging og drift, jf St prp nr 87 (1991-92).
- Innst O nr 15 (1994-95) Innstilling fra sosialkomiteen om medisinsk utstyr, jf Ot prp nr 76 (1993-94).
- Innst S nr 158 (1998-99) jf St prp nr 37 (1998-99) Om utvidelse av kostnadsrammen for Nytt Rikshospital.
- Innst S nr 236 (1998-99) jf St prp nr 67 (1998-99) Omprioriteringer og tilleggsbevilgninger på statsbudsjettet 1999.
- Notat av 30. november 1998 fra Statsbygg til AAD og SHD vedrørende utvidelse av kostnadsrammen
- Brev av 12. januar 1999 fra Statsbygg til Riksrevisjonen
- Brev av 20. mai 1999 fra Statsbygg til Riksrevisjonen
- Planleggings- og samordningsdepartementets kontroll og innsynsdokument for Statsbyggs oppdrag om bygging av Nytt Rikshospital datert 17. mars 1997
- Administrative bestemmelser i Statsbygg.
- Administrative bestemmelser for Statens bygge- og eiendomsdirektorat.
- Prosjektadministrativ håndbok for brukerutstyr, Nytt Rikshospital, utgave 1 og 2.
- Prosjektadministrativ håndbok Nytt Rikshospital, utgave 2, 3 og 4.
- Planer og rutiner inntatt i fremdriftsmappen for Nytt Rikshospital
- Veiledning for statlige virksomheter som trenger lokaler – utgitt av Statsbygg.
- Referater fra møter i styringsgruppen og styringsgruppens arbeidsutvalg
- Referater fra utstyrmøtet
- Kvartalsrapporter fra utbyggingsdirektør i Statsbygg til Styringsgruppen, SHD og Arbeids- og administrasjonsdepartementet
- Kvartalsrapporter fra prosjektsekretariatet for nytt rikshospital til Styringsgruppen
- Rapport vedrørende analyse av gjenstående investeringskostnad for NRH datert 6. januar 1998
- Sluttrapport for styringsgruppen for prosjektet for styring av statlige investeringer, avgitt 10. februar 1999.

Andre dokumenter

- Brev av 2. juni 1997 fra Rikshospitalet til Riksrevisjonen.
- Brev av 30. juli 1997 fra Statsbygg til Riksrevisjonen
- Brev av 1. oktober 1997 fra Rikshospitalet til Riksrevisjonen
- Notat av 7. november 1997 fra Statsbygg om utstyrsprosjektet
- Brev av 17. november 1998 fra Statsbygg til Riksrevisjonen