



Norges miljø- og
biovitenskapelige
universitet

Masteroppgave 2016 30 stp
Institutt for landskapsplanlegging

Sykehuslokaliseringen i Stavanger – et positivt bidrag til byutviklingen?

Hospital Localization in Stavanger – a Positive
Contribution to Urban Development?

Endre Vatsvåg
By- og regionplanlegging

Forord

Denne masteroppgaven markerer slutten på studiet for by- og regionplanlegging ved Norges miljø- og biovitenskapelige universitet (NMBU). Det har vært fem innholdsrike og lærerike år, både faglig og sosialt.

Oppgaven har gitt meg mye ny kunnskap om temaet lokaliseringsprosesser. Da jeg først skulle velge tema og problemstilling for oppgaven var målet mitt å finne noe interessant innenfor lokaliseringer og transport i forhold til bærekraftig byutvikling. Med bærekraftig byutvikling menes at man skal planlegge på en måte som imøtekommer dagens samfunnsbehov, uten å hindre at fremtidige generasjoner kan få dekket sine. Tidlig i arbeidsprosessen visste jeg ikke nøyaktig hvilken retning jeg ville gå innenfor dette, men som oppgavens tittel avslører endte jeg til slutt opp med å undersøke sykehuslokaliseringssaken i Stavanger.

Jeg vil rette en stor takk til min hovedveileder, Eirin Hongslo, for gode retningsgivende råd som var vesentlige for oppgavens fokus og utfall. Jeg vil også gi en stor takk til min biveileder, Kristine Lien Skog, for gode, konkrete og konstruktive faglige råd.

Videre vil jeg takke alle som har latt seg intervjuet til oppgaven.

Takk til venner og familie for hjelpende faglige og sosiale samtaler.

Takk til min mor og far for korrekturlesing og gode råd gjennom arbeidet med oppgaven.

Endre Vatsvåg

Ås, 12.05.2016

Sammendrag

For å oppnå mål om en bærekraftig byutvikling er lokaliseringer av store transportgenererende bygg av vesentlig betydning. I nasjonale forventninger til regional og kommunal planlegging (Kommunal- og moderniseringsdepartementet 2015b) og statlige planretningslinjer for samordnet bolig-, areal- og transportplanlegging (SPR-BATP 2014), legges det stor vekt på at transportgenererende bygg skal lokaliseres ut fra en regional helhetsvurdering og tilpasses eksisterende og planlagt kollektivstruktur. I følge flere forskningsteorier er dette også et av de viktigste grepene staten kan ta for å få flere til å bruke miljøvennlige transportmidler. Sykehus er ofte en regions største arbeidsplass, og svært viktige i denne sammenheng. Allikevel kan man stadig se at sykehus plasseres på steder som ikke samsvarer med disse overordnede føringene.

Temaet som denne masteroppgaven fokuserer på er derfor sykehuslokaliseringer. En vesentlig faktor i slike lokaliseringssaker er at prosessen styres av helsesektoren selv, og ikke av kommuner etter Plan- og bygningsloven. På bakgrunn av dette søker oppgaven å finne svar på følgende problemstilling: *Gir planleggingsprosessen i regi av helsesektoren gode grunnlag for opprettholdelse av nasjonale mål og retningslinjer om bærekraftig byutvikling?*

Forskningsmetoden benyttet i oppgaven for å besvare problemstillingen er et kvalitativt drevet casestudie. Caset som undersøkes er sykehuslokaliseringsprosessen i Stavanger, hvor resultatet var å flytte sykehuset fra dagens plassering på Våland til Ullandhaug. Noe som førte til flere diskusjoner i media om hvorvidt vedtaket bygger opp om bærekraftige byutviklingshensyn. I forskningsarbeidet ble data innhentet gjennom analyse av relevante saksdokumenter fra prosessen, og gjennom halvstrukturerte intervju med sentrale aktører i caset. Resultatene fra analysearbeidet i oppgaven blir drøftet opp mot teori om bærekraftige lokaliseringsvalg og sektorplanlegging, helsesektorens finansielle oppbygning og overordnede rammer for bærekraftig byutvikling.

Resultatet av forskningsarbeidet viser at helsesektoren bruker en veileder for tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter som legitimerer at helsesektorens egne mål og kriterier ved lokalisering er de viktigste. Veilederen er en følge av en regnskapsdrevet finansieringsmodell for investeringer i helsesektoren, som bidrar til neglisjering av statens egne mål om bærekraftig utvikling. Dette fører igjen til problemer på kommunale og regionale nivå i arbeidet mot å oppnå et godt samordnet areal- og transportsystem.

Abstract

To achieve the goal of sustainable urban development, localizations of large transport-generating buildings has a big impact. In national expectations for regional and municipal planning (Kommunal- og moderniseringsdepartementet 2015b) and government planning guidelines for coordinated housing-, land use- and transport planning (SPR-BATP 2014), great emphasis is placed on that transport-generating buildings are located on the basis of a regional comprehensive assessment and adapted to existing and planned collective structure. According to several research theories, this is also one of the main actions the state can take to get more people to use environmentally friendly means of transport. Hospitals are often a regions largest employer, and very important in this context. Yet one can still see hospital localizations that do not correspond to these overriding guidelines. The topic this thesis focuses on is therefore hospital locations. A significant factor in such localization matters is that the process is controlled by the health sector itself, and not by municipalities by The planning and building act. On this basis, the thesis seeks to find answers to the following question: *Does the planning process under the auspices of the health sector provide good basis for maintaining the national objectives and guidelines for sustainable urban development?*

The research method used in the task of resolving the problem is a qualitative driven case study. The case being investigated is the hospital localization process in Stavanger, where the result was to move the hospital from the current location on Våland to Ullandhaug. This led to several discussions in the media about whether the decision builds on sustainable urban development considerations. Research data was gathered through analysis of relevant documents from the process, and through semi-structured interviews with key activists in the case study. The results of the analysis in the thesis is discussed with theory of sustainable localizations and sector planning, the health sector's financial structure and national framework for sustainable urban development.

The result of the research shows that the health sector is using a guidance document for the early proses of hospital planning projects, that legitimizes that the health sector's own goals and criteria for localization is the most important. The guidance document is the result of an accounting driven financing for investments in the health sector, contributing to neglect of the government's own goal of sustainable development. This in turn causes problems at local and regional levels in working towards achieving a well integrated land use- and transportsystem.

Innholdsfortegnelse

Forord	I
Sammendrag.....	II
Abstract	III
Innholdsfortegnelse	IV
Figurliste.....	VI
1 Innledning.....	1
1.1 Aktualitet.....	2
1.2 Oppgavens case	2
1.3 Problemstilling	4
1.4 Bakgrunn	4
1.5 Begrepsavklaring.....	5
1.6 Oppgavens oppbygning.....	5
2 Metode.....	6
2.1 Hva er metode	6
2.2 Casestudie.....	6
2.3 Dokumentstudie	7
2.4 Intervju	7
2.5 Analyse av kvalitativ data	8
2.6 Etske avveininger	8
2.7 Validitet og reliabilitet.....	9
3 Overordnede rammer for bærekraftige utviklingshensyn i lokaliseringssaker	10
3.1 Statlige planretningslinjer for samordnet bolig-, areal- og transportplanlegging	10
3.2 Nasjonale forventninger til fylkeskommunal og kommunal planlegging.....	11
3.3 Videreføring i regional- og kommunal plan.....	13
4 Teori	15
4.1 Bærekraftig utvikling	15
4.2 ABC-prinsippet og knutepunktutvikling.....	16
4.3 Lokal styring og statlig planlegging.....	17
4.4 Mulige årsaker til manglende helhetlig planlegging i statlige vedtak.....	19

5	Empiri.....	21
5.1	Veileder for tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter.....	21
5.1.1	Formål, virkeområde og oppbygging.....	22
5.2	Tidligfaseprosessen.....	23
5.2.1	Utviklingsplanfasen.....	23
5.2.2	Idéfasen.....	24
5.2.3	Konseptfasen.....	29
5.2.4	Forprosjektfasen.....	31
5.2.5	Transportanalyse.....	31
5.2.6	Konsekvensutredning.....	34
5.2.7	Kvalitetssikring.....	35
5.3	Resultat fra intervjuer.....	35
5.3.1	Bærekraftig byutvikling.....	36
5.3.2	Samlokalisering på Ullandhaug.....	37
5.3.3	Helsesektoren.....	38
5.3.4	Lokaliseringsprosessen.....	39
6	Diskusjon.....	42
6.1	Lokaliseringen på Ullandhaug støtter i liten grad opp om bærekraftige byutviklingshensyn.....	42
6.2	Veilederen for tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter legitimerer at helsesektorens mål skal rage høyest i lokaliseringsvurderingen.....	44
6.3	En lukket sektorprosess.....	45
6.4	Dårlig kommunikasjon på statlig nivå fører til ignorering av egne mål.....	46
6.5	Har sektorplanleggingen tatt nok hensyn til det lokale selvstyret?.....	47
6.6	Helsesektoren planlegger og beslutter ut fra de rammene de er gitt.....	48
7	Konklusjon.....	50
	Kilder.....	52

Figurliste

Figur 1.1 Oversikt av dagens- og framtidig sykehuslokalisering (Ill. Endre Vatsvåg, satellitt google.no).....	3
Figur 3.1 Sykehuslokaliseringene i forhold til øvrige kollektivtraseer (Ill. av sykehuslokaliseringer Endre Vatsvåg. Stavanger kommune 2015, s. 81).....	14
Figur 4.1 Statlige aktørers fokus ved lokalisering og etablering (Miljøverndepartementet & Statsbygg 2009, s. 7)	20
Figur 5.1 Tidligfaseoversikt (Ill. Endre Vatsvåg. Inspirasjon hentet fra Kompetansenettverk for sykehusplanlegging 2011, s. 12).....	23
Figur 5.2 Forus og Ullandhaug kollektivoversikt (Ill. av tomtelokalisinger Endre Vatsvåg. Kart fra Rogaland Fylkeskommune 2015)	26
Figur 5.3 Oppsummering tomtealternativer (Ill. Endre Vatsvåg. Inspirasjon fra Helse Stavanger HF 2014, s. 13-21).....	28
Figur 5.4 Mulig transportmiddelfordeling (Asplan Viak 2015, s. 55)	34
Figur 5.5 Areal- og transporthensynsvurdering i KU (Ill. Endre Vatsvåg. Inspirasjon fra Stavanger kommune 2015b, s. 4)	34

1 Innledning

Det som fikk meg til å ville skrive om sykehuslokalisering som tema startet i hovedsak med interessen for lokaliseringen av det nye sykehuset i Østfold. Dette sykehusbygget ble plassert på Kalnes, langs E6, nesten helt for seg selv og langt unna annen bebyggelse eller kollektivsystem. I de nasjonale målene for regional og kommunal planlegging og de statlige planretningslinjene for samordnet bolig-, areal- og transportplanlegging fremstilles kompakt byutvikling som et viktig mål og virkemiddel for å redusere transportomfang og utslipp. Ser man lokaliseringen i forhold til dette kan det altså diskuteres hvorvidt det var en god og bærekraftig løsning eller ikke. Dette fikk meg til å tenke over hvorfor det i det hele tatt havnet der. Denne tanken har også fulgt meg gjennom hele arbeidsprosessen og forskningsarbeidet i oppgaven.

En annen tankevekker kom til da jeg så sykehuslokaliseringen på Østfold kontra St. Olavs Hospital i Trondheim. Dette sykehuset ble lokalisert på et sted som nesten kan sies å være det helt motsatte av resultatet i Østfold; godt integrert i det eksisterende by-vevet og i nærhet til hoved-kollektivsystemet i byen. Trondheim vant også Statens pris for attraktiv by i 2015 på grunn av sykehusets lokalisering, med den begrunnelse at det gjennom sitt bidrag til den bærekraftige byutviklingen var et forbilde for andre sykehus og lokaliseringssaker (Kommunal- og moderniseringsdepartementet 2015a). St. Olavs Hospital ble i tillegg vist som et prakt eksempell i en rapport utredet av Miljøverndepartementet og Statsbygg (Miljøverndepartementet & Statsbygg 2009). Hensikten med denne rapporten var å vise hvordan lokalisering av statlige funksjoner kan bidra til god by- og stedsutvikling, og dermed hvordan statlige aktører kan bidra med å forme samfunnet på en positiv måte. Dette fikk meg til å fundere over hva som allikevel forårsaker så vidt forskjellige lokaliseringssaker. Det er klart at planlegging av store institusjonelle bygg er svært situasjonsbasert, men det kan argumenteres for at en viss lokaliseringssammenligning burde vært mer synlig. Det er tilsynelatende ikke brukt samme mal for lokaliseringssaker i forhold til by- og samfunnsutvikling i disse to situasjonene, noe som i mine øyne er bekymringsverdig.

En vesentlig detalj som jeg raskt kom over i arbeidet med oppgaven var at planleggingsprosessen ved lokalisering av sykehus er ledet av foretakene i helsesektoren, og avgjørelsen tas på statlig nivå. Hvor sykehuset til slutt havner er altså ikke et resultat av kommunal planlegging etter Plan- og bygningsloven, som ved de fleste andre

lokaliseringsaker. Det er en statlig sektor som går inn og tar avgjørelsen. Dette er viktig bakgrunnsinformasjon for å forstå sammenhenger videre i oppgaven, særlig i teori- og empirikapitlene.

1.1 Aktualitet

Lokalisering av sykehus er en svært viktig del av samfunnsutviklingen i Norge. Tidligere leder i Stavanger arkitektforening beskrev blant annet sykehuslokaliseringer som et særdeles viktig byutviklingsgrep, og en sentral bidragsyter for å kunne oppnå en ønsket utviklingsstrategi i samfunnet (Algard 2015). I de faglige rådene om bærekraftig byutvikling fra regjeringen beskrives også sykehuslokaliseringer som viktige grep for å få til bærekraftige transportresultater og hindring av byspredning (Kommunal- og moderniseringsdepartementet 2013). Et sykehusbygg er som regel en av de største arbeidsplassene i regionen den tilhører, samtidig som det til enhver tid har en stor andel langtidsinnlagte pasienter, dagpasienter og besøkende. Dette gjør at det er et svært transportgenerende bygg, som vil si at transportvalgene de arbeidende og besøkende tar til og fra bygget har mye å si for klimagassutslippene og den bærekraftige utviklingen i samfunnet. I en kronikk fra 2015 skrev også dosent Jomar Lygre Langeland om ”kunsten å feil-lokalisere sykehus” (Langeland 2015), hvor han setter spørsmålsteget til helsesektorens kompetanse som prosessleder og beslutningstaker ved å vise til flere valg av usentrale sykehusomter.

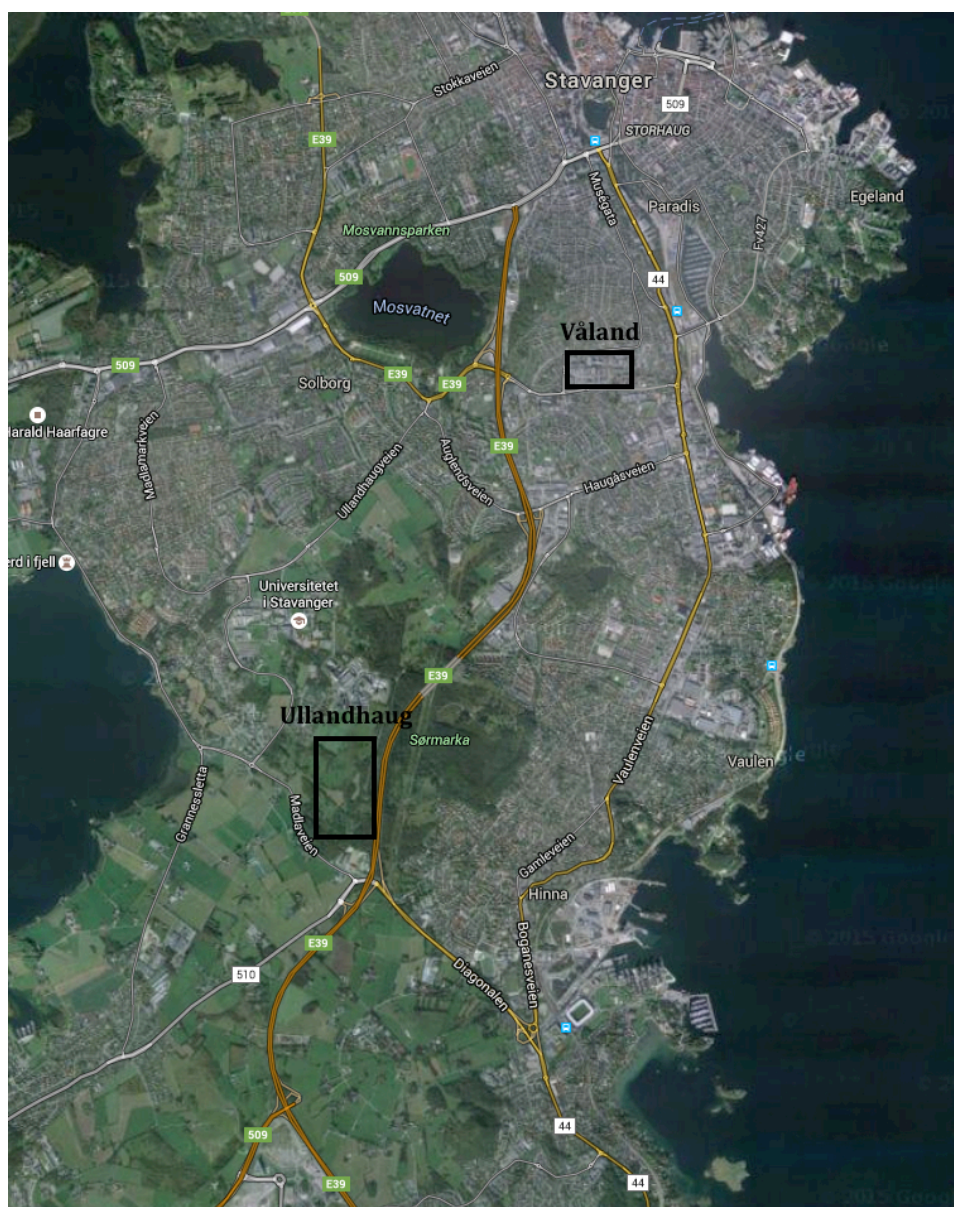
1.2 Oppgavens case

To vidt forskjellige sykehuslokaliseringer sett fra et byutviklingsperspektiv var altså det som fikk meg til å ville utforske sykehuslokaliseringer nærmere, og særlig prosessen som foregår i slike saker. I samtale med veilederne ble vi enige om at oppgaven burde analysere en relativt ny lokaliseringsprosess, slik at resultatet skal kunne være mest mulig relevant og overførbart. Da Bent Høie den 11. januar 2016 annonserte at et nytt sykehus i Stavanger-regionen skulle omplasseres til Ullandhaug, falt valget på denne saken.

Helse Stavanger HF fant det i 2010 nødvendig med nytt sykehus, eller eventuelt utbygging på eksisterende sykehusomt, for å kunne tilby de spesialhelsetjenester som kreves i regionen i fremtiden. Prosessen for vurdering av lokaliseringalternativ startet kort tid etter, og har vært en pågående prosess frem til vedtaket. Grunnen til at dette er en interessant sak er blant annet fordi den førte til mange opphetede diskusjoner i media angående byutviklingshensynene ved lokaliseringen, og særlig da det ble avgjort at det skulle flyttes fra dagens plassering. Tidligere

leder i arkitektforeningen uttalte herunder at det var et stort feilgrep å legge sykehuset på Ullandhaug, da det ikke bygger opp under miljøvennlige byutviklingsmålene i regionen (Algard 2015).

Per i dag ligger sykehuset i Stavanger plassert på Våland. Dette er et område som ligger i bybåndet mellom Sandnes og Stavanger, langs hoved-aksen for kollektivtrafikk i regionen (Fv 44). Den fremtidige bestemte lokaliseringen på Ullandhaug ligger ikke like sentralt eller sentrumsnært som Våland. Dette området ligger i umiddelbar nærhet til Universitetet i Stavanger (UiS), langs motorvei E39 et stykke sør-øst for Stavanger sentrum. De omtrentlige beliggenhetene for den fremtidige og dagens sykehuslokalisering er illustrert nedenfor.



Figur 1.1 Oversikt av dagens- og framtidig sykehuslokalisering (Ill. Endre Vatsvåg, satellitt google.no)

1.3 Problemstilling

Med bakgrunn i sykehusets viktige samfunns- og byutviklingsrolle og tilsynelatende vidt forskjellige løsninger sett fra et byutviklingsståsted, vil jeg undersøke følgende hovedproblemstilling:

Gir planleggingsprosessen i regi av helsesektoren gode grunnlag for opprettholdelse av nasjonale mål og retningslinjer om bærekraftig byutvikling?

For å behjelpe hovedproblemstillingen vil jeg også undersøke følgende underproblemstillinger:

1. *I hvilken grad har bærekraftige byutviklingshensyn blitt ivaretatt og vektlagt i lokaliseringsprosessen i Stavanger?*
2. *Hvilke faktorer har vært utslagsgivende for at valget til slutt havnet på Ullandhaug?*

1.4 Bakgrunn

For å forstå hvordan lokalisering av et sykehus planlegges og finansieres er det viktig å ha kunnskap om hvordan helsesektoren strukturelt og finansielt er oppbygd. En vesentlig detalj her er Lov om helseforetak m.m. (helseforetaksloven), også kalt sykehusreformen, som trådte i kraft i 2002. Følgene av denne reformen var at eierskapet til helseforetakene ble overført fra fylkeskommunene (de regionale helseforetakene) til staten. Dette betyr at det er staten, gjennom Helse- og omsorgsdepartementet, som hovedsakelig står som eier og styrer av helseforetakene (Braut 2015). Tidligere, før reformen trådte i kraft, var sykehusene forvaltningsorganisasjoner og direkte underlagt politisk myndighet (Pettersen & Nyland 2008). En vesentlig detalj da sykehusene ble omdannet til foretak var at de nå måtte følge regnskapsprinsippet i stedet for kontantprinsippet.

Regnskapsprinsippet reguleres av regnskapsloven, jf. Helseforetaksloven (2002, § 43). Dette betyr at foretakene har et helhetlig ansvar, innenfor sine økonomiske rammer, for finansiering av både drift og investeringer. De får altså ikke øremerkede midler fra staten til å bygge et nytt sykehus, men de kan ta opp lån for å dekke utgifter. Kostnader knyttet til investeringer må dermed sees i forhold til foretakets totale driftssituasjon. De faste inntektene som mottas fra staten brukes dermed til å betale for konkrete investeringer i regnskapsåret, betale avdrag på lån fra tidligere investeringer eller settes i banken for fremtidige investeringer (Helse- og omsorgsdepartementet 2014). Da foretakene selv står ansvarlige for nedbetaling av alle renter

og avdrag på lån fra staten, skaper det selvfølgelig rammer for pengebruk og prioriteringer i investeringer. Derav er resultatkrav svært viktige for helseforetakene. De vil ha et resultat som gir positive økonomiske resultater hvis de i det hele tatt skal gå inn for å investere. Overskuddet som fremkommer av resultatet er nemlig vesentlig for å kunne nedbetale lånet. Hadde de brukt penger som er satt av til drift til å gjøre dette, ville det gått drastisk ut over helsetilbudet til pasientene. Da sykehusene som forvaltningsorgan tidligere brukte kontantprinsippet ble det ved store investeringer gitt særskilte investeringstilskudd fra staten, men dette har altså endret seg ved overgangen til regnskapsprinsippet. (Pettersen & Nyland 2008).

1.5 Begrepsavklaring

Det bærekraftig byutviklingsbegrepet fokuserer i denne oppgaven hovedsakelig på den bærekraftige og miljøvennlige areal- og transportplanleggingen i samfunnet. Elementer som planlegging for fysisk aktivitet og helse, jordvern og sosiale aspekter er i liten grad dekket i oppgaven.

Med rammer for bærekraftig byutvikling menes hovedsakelig de regler, retningslinjer og mål som er fastsatt av overordnede autoriteter.

1.6 Oppgavens oppbygning

I neste kapittel vil jeg presentere fremgangsmåtene jeg har brukt for å løse oppgavens problemstilling i et eget metodekapittel. Da oppgaven hovedsakelig fokuserer på byutviklingshensynene ved sykehuslokaliseringen, vil jeg i neste omgang gi en beskrivelse av hvilke rammer for bærekraftig byutvikling man skal forholde seg til ved viktige lokaliseringssaker. For å gjøre dette vil jeg gi en kort oppsummering av målene og retningslinjene som staten har lagt til grunn for å oppnå miljøvennlige og bærekraftige resultater. Dette er viktig å ha som grunnlag når jeg videre i oppgaven vil drøfte i hvilken grad disse hensynene har blitt ivarettatt og vektlagt i prosessen. Deretter viser jeg til teori og tidligere forskning gjort på temaet om lokaliseringer i forhold til bærekraftig utvikling og sektorplanlegging. Videre vil jeg presentere empirien, som med andre ord kan beskrives som resultater og funn fra oppgavens case-studie. Til slutt vil jeg drøfte de viktigste resultatene opp mot teorien, helsesektorens finansielle oppbygning og overordnede rammer for bærekraftig utvikling i lokaliseringssaker, og avslutningsvis komme med konklusjoner til oppgavens problemstillinger.

2 Metode

I dette kapittelet vil jeg redegjøre for valg av metode og forskningsdesign. Jeg vil i tillegg drøfte etikk, validitet og reliabilitet.

2.1 Hva er metode

Metode er i følge Knut Halvorsen (2003) fremgangsmåter og verktøy som benyttes for å samle inn informasjon. Denne informasjonen kalles gjerne for data, fakta eller empiri, og anskaffes gjennom systematisk undersøkelse av virkeligheten. Herunder skilles det mellom to ulike metoder (undersøkelsesteknikker), disse er kvalitativ- og kvantitativ metode.

Valg av metode avhenger av oppgavens problemstilling, da det er denne som danner grunnlaget for hva forskningsarbeidet forventes å gi svar på (Johannessen et al. 2011). Dette vil med andre ord si at det må velges en datainnsamlingsmetode og analysemetode som best mulig kan svare på problemstillingen. Til forskjell fra kvantitativ metode, som hovedsakelig omhandler målbare data, forklares kvalitativ metode av Askheim & Grennes (2008) som verktøy som produserer beskrivende data i forsøk på å finne meningsinnhold i materialet. Dette gjøres som regel gjennom observasjon, intervjuer eller analyser. Da jeg i denne oppgaven ønsker å produsere beskrivende data gjennom fortolkning og analyse, vil det empiriske grunnlaget være basert på intervjuer og dokumentanalyse. Videre vil oppgaven være av induktiv og eksplorerende karakter. Det vil si at jeg først har samlet inn empiri og deretter gjennom diskusjon forsøkt å forklare årsakssammenhenger basert på hva empirien viser, med formål om å lage ny teori.

2.2 Casestudie

Jeg har valgt casestudie som forskningsstrategi. Casestudie kjennetegnes ved å hente inn informasjon gjennom analyse av én eller få enheter, såkalte "cases" (Askheim & Grennes 2008). I denne oppgaven forsøker jeg hovedsakelig å få en bedre forståelse av hvordan sykehuslokaliseringer i regi av staten foregår, og hva som var bakgrunnen for at sykehuset havnet på Ullandhaug i Stavanger. På grunn av dette har jeg valgt å bruke casestudie som metodeverktøy. Styrkene ved denne typen undersøkelsesdesign er at man kan gå i dybden av den utvalgte enheten og produsere detaljerte beskrivelser av fenomenet. Selv om casestudier kun tar for seg så få antall enheter, brukes allikevel de detaljerte resultatene ofte til å gi en bedre forståelse av et sett av andre fenomener eller den gruppen fenomener den tilhører. En

svakhet sies herunder å være at det er vanskelig å produsere generelle betraktninger (representative fakta eller generaliserbarhet) på bakgrunn av studiet. Dette er fordi det ofte er flere fenomener som påvirker et utfall. I følge Yin (2009) utelukker et casestudie verken kvalitative eller kvantitative data, da det er et kontinuum mellom dem. Allikevel vil oppgaven fokusere på en kvalitativ form, da det jobbes med analyser av beskrivende data.

2.3 Dokumentstudie

Dokumentstudie vil si analyse av tekster og dokumenter som inneholder relevant informasjon om caset, temaet eller problemstillingen (Jacobsen 2015). Materialet brukt for analyse i denne oppgaven er knyttet til sakspapirer og utredninger fra lokaliseringssaken i Stavanger, samt offentlige dokumenter og lover som inngår, eller bør inngå, som grunnlag i saken. For å finne ut hvilke dokumenter som var relevante for oppgaven startet jeg først med å lese meg opp om saken i avisartikler på nett, og senere gjennom konseptrapporten som ble sendt ut til høring av Helse Stavanger HF. Ut fra konseptrapporten ble jeg kjent med tilleggsutredninger som var gjort tidligere i prosessen, og hvilke andre dokumenter som var lagt til grunn. For å velge ut de mest relevante i dokumentene var hele tiden fokuset på faktorene som var av betydning for at sykehuset til slutt havnet på Ullandhaug. Siden oppgaven ser på byutviklingsperspektivet av lokaliseringen fokuserte jeg også på hvilke mål, retningslinjer og regler for dette som er nedskrevet i offentlige dokumenter. Deler av analysen forsøker også å avdekke underliggende forutsetninger som et dokument bygger på, som i følge Halvorsen (2003) betegnes som kritisk dokumentanalyse.

2.4 Intervju

I kombinasjon med dokumentstudie har jeg altså foretatt intervjuer som del av datainnsamlingsmetoden. Det finnes flere ulike intervjumetoder, men i kvalitative metodetilnærminger er halvstrukturerte intervjuer en vanlig form om man ønsker å forstå meningsforhold bak fenomener. Denne typen intervjuer innebærer at man ikke er bundet av et spørreskjema med svaralternativer, men er heller en halvstrukturert samtale mellom intervjuer og respondent. Askheim & Grennes (2008) forklarer at det er vanlig å utarbeide en intervjuguide på forhånd i slike intervjuer, da det fungerer som en huskeliste for hvilke tema man vil avdekke i samtalen. Halvstrukturerte intervjuer med bruk av intervjuguide er metoden jeg har brukt i denne oppgaven. Alt i alt intervjuet jeg seks personer med ulik tilknytning til lokaliseringsprosessen i Stavanger. Utvalget ble gjort ut fra stillinger og

tilknytning til saken, hvor det var viktig med ulik erfaringsmessig bakgrunn, posisjoner og opposisjoner. Herunder ble personer med planleggerbakgrunn, aktør fra helsesektoren og politikere representert. Intervjuobjektene ble kontaktet gjennom email og telefon, og intervjuguiden la med åpne spørsmål grunnlag for ustrukturerte intervjuer hvor respondenten fikk snakke fritt ut fra egne erfaringer og personlige meninger.

2.5 Analyse av kvalitativ data

Dataanalyse kan defineres som en systematisk bearbeiding av innsamlet informasjon. Fremgangsmåten for dette er i følge Askheim & Grennes (2008) vanlig å gjøre gjennom noe som kalles en sirkulær prosess. At prosessen er sirkulær vil i hovedsak si at den ikke har definerbare start- eller sluttpunkter, og er med andre ord en kontinuerlig analyseprosess av de kvalitative dataene. Måten analysen blir gjort på er å beskrive, kategorisere og sammenbinde materialet.

Det første som gjøres er å beskrive fenomenet som studeres, og sammenhengen eller konteksten den inngår i. Neste steg innebærer kategorisering av funnene man har gjort. I dette steget var det første jeg gjorde å transkribere intervjuene, som vil si å gjøre lydspor om til skriftlig tekst. Deretter gikk jeg gjennom den transkriberte teksten sammen med teksten innhentet gjennom dokumentstudiet, og sorterte dem ut fra hvilke temaer innenfor problemstillingen de omhandlet. Dette gjorde jeg hovedsakelig ved å bruke forskjellige fargekoder og ordkoder for å innordne teksten i undertemaer. Dette var for å få en mer systematisk, strukturert og enklere tolkningsprosess. Videre bandt jeg sammen og tolket materialet ved å bruke en metode som i følge Askheim & Grennes (2008) kalles for aksial koding. Dette innebærer hovedsakelig i å sette den innsamlede informasjonen i en bredere sammenheng ved å se det i forhold til tidligere forskning (teori).

2.6 Ethiske avveininger

Etikk er læren om moral. I kvalitativ forskning, og særlig i intervjusammenheng, handler dette om hvordan man handler og fremstår når man er i direkte kontakt med mennesker. Her er det først og fremst viktig at man opptrer med åpenhet og ikke har en skjult agenda for undersøkelsen. Da intervjuobjektene i denne oppgaven ut fra sin arbeidsstilling kan stå overfor krysspress fra flere parter i lokaliseringssaken, var det viktig å på forhånd vurdere hvordan jeg skulle gå frem i undersøkelsen av deltakerne. Derfor var det blant annet viktig å informere deltakerne om nøyaktig hva de var med på. Da jeg sendte ut mail om

intervjuforespørsel presenterte jeg både meg selv, oppgavens tema og oppgavens formål. Jeg informerte videre om at det var frivillig å delta, og at man når som helst kunne trekke seg underveis i prosessen. Jeg spurte også samtlige på forhånd om det var greit at de ble beskrevet med arbeidsstilling eller om de ville være anonyme, og om de hadde noe i mot at intervjuet ble tatt opp ved bruk av lydopptaker. Ett av intervjuobjektene valgte først å være anonym, og i etterkant å trekke seg helt. Dette førte til noen utfordringer for meg i forhold til redigering av intervjuresultatteksten i empiridelen, spesielt siden det hendte få dager før innlevering av oppgaven. Informantene som ønsket ettersendelse av revidert tekst for sitatsjekk ble også gjort det. All sensitiv opplysning har gjennom prosessen og i oppgaven blitt behandlet med varsomhet, og er i tillegg innsendt til NSD for personvern.

2.7 Validitet og reliabilitet

Det er viktig at studien er både valid og reliabel for at den skal bli vurdert seriøst. Validiteten til en oppgaven kan defineres som relevans og gyldighet, mens reliabilitet vil si at den er troverdig og pålitelig (Jacobsen 2015). For å gjøre oppgaven og slutningene basert på undersøkelsen mest mulig valid, har jeg vært så saklig og åpen som mulig i innsamlingsprosessen og analysen av dataene. Dette gjelder også for prosessen hvor jeg forsøkte å luke ut mest mulig unødvendig informasjon. På dette punktet var det også viktig å yte dataene rettferdighet. Med dette mener jeg å tolke dataene ut fra den sammenheng de er gitt i, og ikke bruke dem til noe det ikke var ment som. For å gjøre datainnsamlingen i intervjuene mest mulig pålitelige og gyldige sørget jeg også for at intervjuguiden var godt tematisk og åpent strukturert. Dette vil si at resultatene og svarenes pålitelighet blir styrket gjennom deltakernes mulighet til å utdype egne meninger og svare fritt uten for mange ledende spørsmål eller avbrytelser. Den ytre validiteten, eller generaliserbarheten, som vil si hvorvidt man kan overføre funnene i undersøkelsen til andre forskningsområder (Yin 2009), vil som sagt være begrenset siden dette er et kvalitativ forskningsprosjekt med casestudie. Allikevel føler jeg at jeg har brukt et representativt utvalg av informanter, og at oppgavens funn og slutninger er både relevant og pålitelig for temaet om statlige lokaliseringsprosesser.

3 Overordnede rammer for bærekraftige utviklingshensyn i lokaliseringsaker

For å oppnå bærekraftig byutvikling er det viktig med klare overordnede mål og føringer for hvordan man skal planlegge utviklingen av samfunnet. I dette kapitlet vil jeg beskrive hvilke retningslinjer som er sentrale herunder, og som legger rammer for byutviklingshensyn i lokaliseringsaker.

Nasjonale mål og retningslinjer for lokaliseringer med hensyn til by- og stedsutvikling er oppført i en rekke statlige dokumenter, rundskriv, stortingsmeldinger og veiledere. Blant disse er nasjonale forventninger til regional og kommunal planlegging, og de statlige planretningslinjene for samordnet bolig-, areal- og transportplanlegging svært sentrale. Målene og retningslinjene nedfelt i disse dokumentene skal gjelde for kommune-, fylkeskommune- og statlig arealplanlegging.

3.1 Statlige planretningslinjer for samordnet bolig-, areal- og transportplanlegging

Den nyeste utgaven av de statlige planretningslinjene kom i september 2014 og erstattet dermed de rikspolitiske retningslinjene for samordnet areal- og transportplanlegging fra 1993. I pressemeldingen fra regjeringen i sammenheng med lanseringen av disse planretningslinjene uttalte blant annet kommunal- og moderniseringsminister, Jan Tore Sanner, følgende: ”Vi må utvikle kompakte byer og tettsteder med korte avstander mellom ulike gjøremål. Dette vil redusere arealforbruk og transportbehov og styrke grunnlaget for kollektivtransport, sykkel og gange” (Kommunal- og moderniseringsdepartementet 2014).

Hensikten og målet med de statlige planretningslinjene er å skape god samordning av bolig-, areal- og transportplanleggingen i Norge gjennom god kommunikasjon mellom kommuner, utbyggere og stat. Kommunal- og moderniseringsministeren la også vekt på at det lokale demokratiet skal veie tungt i planleggingen, og retningslinjene er derfor i tillegg ment å gi økt forutsigbarhet til kommunene (SPR-BATP 2014). De fleste retningslinjene som er opplistet i dokumentet kan ses på som relevante i sammenheng med oppgavens tema, men for å ikke bruke unødvendig mye plass og for mye gjentakelse har jeg valgt å plukke ut de retningslinjene jeg ser på som viktigst i oppgavens sammenheng. De lyder som følger :

- Utbyggingsmønster og transportsystem må samordnes for å oppnå effektive løsninger, slik at transportbehovet kan begrenses og det legges til rette for klima- og miljøvennlige transportformer (SPR-BATP 2014, s. 1).
- Det skal legges til rette for at handelsvirksomhet og andre publikumsrettede private og offentlige tjenestetilbud kan lokaliseres ut fra en regional helhetsvurdering tilpasset eksisterende og planlagt senterstruktur og kollektivknutepunkter. Dette gjelder også for besøks- og arbeidsplassintensive statlige virksomheter (SPR-BATP 2014, s. 2).
- Kommuner, fylkeskommuner og statlige myndigheter må samarbeide om planleggingen for å sikre samordning av utbyggingsmønster og transportsystem (SPR-BATP 2014, s. 3).
- Retningslinjene skal legges til grunn for lokalisering av kommunens, fylkeskommunens eller statens egne virksomheter (SPR-BATP 2014, s. 1).

3.2 Nasjonale forventninger til fylkeskommunal og kommunal planlegging

Den 12. juni 2015 ble det vedtatt ved kongelig resolusjon at regjeringen hvert 4. år skal utarbeide nasjonale forventninger til regional og kommunal planlegging. Dette fremgår av §6-1 i Plan- og bygningsloven med det hovedmål å fremme bærekraftig utvikling. Fra og med vedtatt dato skal forventningene legges til grunn ved nytt arbeid innenfor kommunale og regionale planer og planstrategier (Kommunal- og moderniseringsdepartementet 2015b). Forventningene skal i tillegg legges til grunn ved statlig medvirkning i planlegging. Ved oppfølging av dette fra alle parter vil sammenhengen og kommunikasjonen mellom alle nivåene i planleggingen bedres, som igjen vil føre til en mer målrettet og forutsigbar utvikling. De nasjonale målene er en samling av interesser, mål og oppgaver som det forventes av regjeringen at kommuner og fylkeskommuner vektlegger tungt i planleggingen fremover (Kommunal- og moderniseringsdepartementet 2015b).

Hovedgrunnene bak vedtaket av de nasjonale forventningene er klimagassutslippene som fremkommer av dagens samfunnsaktiviteter. Byer og tettsteder holder i dag over 80 % av befolkningen i Norge, og det er her veksten ventes å være sterkest de kommende årene også. Sammen med den sterke veksten i disse områdene er det en vesentlig utfordring å få til en samordning av nærings-, bolig- og arbeidsplasslokalisering og transportsystem. Behovet for persontransporten øker, samtidig som klimagassutslippene må reduseres betydelig. Omstilling til et lavutslippssamfunn fremstilles derfor i dokumentet som en nødvendighet (Kommunal- og moderniseringsdepartementet 2015b).

For å hindre alvorlige klimaendringer må vi i årene som kommer forberede oss på en langsiktig omstilling til et lavutslippssamfunn. Dette krever at vi tar i bruk sterkere virkemidler enn vi har gjort til nå, og at vi sikrer effektiv ressursutnyttelse.

(Kommunal- og moderniseringsdepartementet 2015b, s. 13)

Menneskeskapt klimagassutslipp er hovedgrunnen til endringene i klimaet de siste 50 årene. De landbaserte klimagassutslippene hadde i 2014 en økning på 3,5 prosent fra 1990, hvor transport er den største kilden til dette etter olje- og gassutvinning og industri. Hele 31 % av utslippene i landet vårt i dag kommer av transport, hvorav veitransporten alene utgjør 19 %. I dialog om en felles avtale med EU vil Norge gå inn for å redusere nivået fra 1990 med minst 40 % innen 2030, og med ambisjoner om å bli et lavutslippssamfunn i 2050 (Kommunal- og moderniseringsdepartementet 2015b). Regional og kommunal planlegging er svært viktige verktøy for å redusere både energiforbruk og utslipp av klimagasser.

Lokaliseringsbeslutninger for boliger, næringsvirksomhet, tjenester og infrastruktur påvirker både utslipp og energiforbruk i lang tid fremover. På grunn av dette vektlegger forventningene en god samordning av arealbruk og transport, samt en effektiv arealbruk i samfunnet (Kommunal- og moderniseringsdepartementet 2015b). Herunder er blant annet effektive jernbaneforbindelser med høy arealutnyttelse rundt stasjonsområder viktig for å sikre regjeringens ambisjoner om et miljøvennlig transportsystem. På mer lokalt nivå, i byer og tettsteder, er det nødvendig med investeringer i sykkel, gange og kollektivtransport. Plan og bygningsloven beskrives som en viktig fellesarena for å imøtekomme klima- og miljøutfordringer, og skal være et ledende verktøy mot et vekstkraftig og klimavennlig samfunn for planmyndigheter og utviklingsaktører.

Det opplyses i dokumentet at beslutninger og planer skal være basert på gode og oppdaterte kunnskapsgrunnlag som ivaretar de regionale og nasjonale interessene. ”Det er viktig at eksisterende kunnskap om miljø og samfunn tas aktivt i bruk tidlig i planprosessen.” (Kommunal- og moderniseringsdepartementet 2015b, s. 7) Herunder er forpliktende og tidlig involvering av allmennheten, interesseorganisasjoner, parter og berørte myndigheter er sentralt for få til gode løsninger. Videre, for å løse interessekonflikter på et tidlig stadium, skal fylkesmannen sammen med fylkeskommunen og statlige myndigheter gjøre klart hva som er viktige regionale og nasjonale interesser i hver enkelt sak, og herfra være veileder for hvordan de skal ivaretas. Kommuner og fylkeskommuner rådes også til å aktivt bruke

planstrategier for å trekke frem de viktigste utfordringene for den lokale og regionale utviklingen.

Et annet retningsgivende dokument som er verdt å nevne er den nasjonale transportplanen (NTP). I dette dokumentet har staten satt opp mål om at all fremtidig vekst i persontransporten i storbyområdene skal tas med kollektivtransport, sykkel og gange. Dette omtales som nullvekstmålet i personbiltransport (Meld. St. 26 2012-2013).

3.3 Videreføring i regional- og kommunal plan

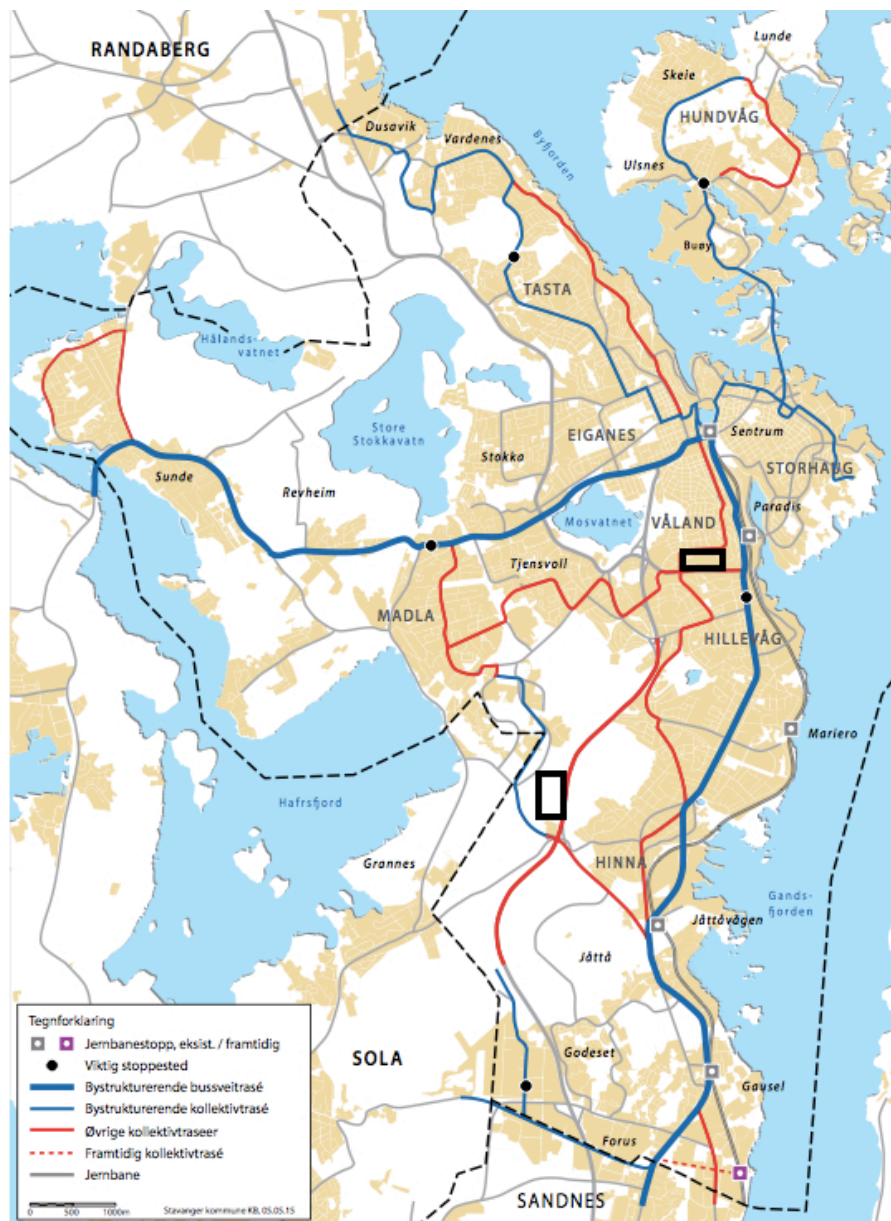
De overnevnte rammene som er fastsatt på nasjonalt nivå er videreført som mål og bestemmelser i den regionale planen for Jæren. For å få til en bærekraftig byutvikling er det listet opp flere underbyggende punkter for samordnet areal og transport. Disse kan oppsummeres slik (Rogaland Fylkeskommune 2013):

- Øke andel miljøvennlige reiser og redusere veksten i transportbehovet gjennom en samordning av arealbruken og transportsystemet.
- Lokalisere bolig, handel og arbeidsplasser strategisk for å redusere avstandene til daglige gjøremål og for å øke andelen syklende, gående og kollektivreisende.
- Det kommunale planarbeidet skal bidra til oppnåelse av ovennevnte mål
- Hvor regionalplanen i utgangspunktet er retningsgivende for kommuneplanleggingen legger den også forpliktelser på statlige etater for å følge opp planen i samarbeid med kommunen. Herunder gjelder også i fylkeskommunal- og statlig sektorplanlegging.

I dokumentet stilles det i tillegg krav til regionale næringslokaliseringer, med kategorisering av nødvendig sentralisering, arealutnyttelse og kollektivtilgjengelighet. Her nevnes Stavanger universitetssykehus eksplisitt som en institusjon innenfor kategorien for høy arealutnyttelse og høy andel kollektiv- og sykkelreisende.

I Stavanger kommuneplans arealdel er ovennevnte føringer i regionalplanen godt videreført. I retningslinjene for lokalisering av virksomheter er det fastsatt at regionale og kommunale virksomheter som er arbeids- og besøksintensive, og som dekker behov for hele befolkningen, skal ligge i Stavanger sentrum eller sentrumsnære områder med god kollektivdekning. For å ivareta kommunens overordnede mål om nullvekst i biltransport fastsetter kommuneplanens arealdel også at det ved alle etableringer med mer enn 50 ansatte skal utvikles en mobilitetsplan. Denne skal redegjøre for reisemiddelfordeling i tråd med nullvekstmålet og

beskrive tilbudet for kollektivtransport, syklende og gående (Stavanger kommune 2015a). I tillegg til retningslinjer om lokaliseringer og samordnet areal- og transportplanlegging vises kartlegging av kollektivsatsingen i regionen. Her kan man se hvor hovedtraseen for kollektivtrafikk i regionen skal gå (tykk blå strek) og hvor øvrige kollektivtraseer skal gå. Kartet vises nedenfor og er markert med svart rektangel for nåværende (Våland) og fremtidig (Ullandhaug) sykehuslokalisering.



Figur 3.1 Sykehuslokaliseringene i forhold til øvrige kollektivtraseer (Ill. av sykehuslokaliseringer Endre Vatsvåg. Stavanger kommune 2015, s. 81)

4 Teori

I dette kapittelet tar jeg for meg det faglige grunnlaget og tidligere forskningsarbeid gjort på oppgavens tema. Dette blir først presentert gjennom en forklaring av bærekraftbegrepet og hvordan lokaliseringer kan bidra til slik utvikling. Deretter vises det til teorier om statlig sektoriell planlegging og hva som kan være årsaker til at bærekraftige lokaliseringer ikke blir fulgt opp av ulike aktører.

4.1 Bærekraftig utvikling

Som forklart innledende i oppgaven handler bærekraftig utvikling om hvordan man dekker våre behov uten å ødelegge for fremtidige generasjoner. Bærekraftbegrepet har en bred definisjon som kan være vanskelig å konkretisere, men i følge Jens Kvorning (2012) kan det deles inn i tre ulike underpunkter; miljømessig, økonomisk og sosial bærekraftighet. Denne oppgaven omhandler altså det miljømessige bærekraftbegrepet, som hovedsakelig fokuserer på energiforbruk og klimagassutslipp. Utslipp av klimagasser bidrar i følge flere tidligere forskningsrapporter til at havnivået stiger, gjennomsnittstemperaturen øker, klimasoner forflytter seg, og vindsystemer og nedbørsmengder endrer seg. Derfor mener Kvorning (2012) at vi må planlegge samfunnet på en måte som bidrar til reduksjon i utslipp av klimagasser ved å få folk til å ta de riktige valgene i hverdagen.

For å få til dette er først og fremst oppfyllelse av de ovennevnte nasjonale målene og retningslinjene innenfor miljø og klima svært viktige faktorer, hvor den strukturelle utviklingen i de største byene og tettstedene er av særlig betydning. Selv om Plan- og bygningsloven (2008) legger til grunn at kommunene selv skal legge rammene for hvor utbygging skal skje, mener Petter Næss (2011) at infrastrukturen i et samfunn er resultat av beslutninger mellom ulike interessenter, private- og offentlige aktører. For å oppnå best mulig resultater uten for mye påvirkning fra ulike eksterne parter pekes det derfor på viktigheten av å fastlegge en overordnet struktur for utbygging i regionene og kommunene. En slik strukturramme vil være avgjørende for lokaliseringer av arbeidsplasser, bolig og transportsystem. Dette vil igjen kunne gjøre styringen mot en mer bærekraftig samfunnsutvikling lettere, hvorav lokaliseringer av store transportgenererende institusjoner er svært sentrale byutviklingsbeslutninger.

En sentral plassering av slike virksomheter med nærhet til boligområder og et godt kollektivtilbud, kan blant annet resultere i mindre transportomfang, flere gående, flere

syklende og flere brukere av kollektivtransport. Gjennom mange tiår har tynt befolkede bydeler og stor avstand mellom funksjoner ført til større behov for biltransport i hverdagen i Norge. Dette har gjort det vanskelig å utvikle effektive kollektivtilbud (Næss 2011). Flere næringsdrivende har også generelt ønsket seg store tomter på grunn av tilgjengelighet og ekspansjonsmuligheter, ofte utenfor trange sentrumsområder, som heller ikke har hjulpet på dette punktet. Derav har bilbruk lenge vært den primære formen for transport for svært mange byer og tettsteder (Næss 1997). Selv om slike områder er svært attraktive blant mange virksomheter, er det altså viktig at man i kommunene forholder seg til de fastsatte samfunnsmålene og ikke gir ut for mange dispensasjoner til ulike utbyggingsaktører. I følge Næss (1997) kan transportens energiforbruk og forurensning reduseres gjennom strategisk plassering av boliger og arbeidsplasser på to måter:

1. Kortere reiseavstander.
2. Tilrettelegging av et godt transportsystem som åpner for overgang fra bil til mer miljøvennlige transportmidler.

Disse reduksjonsmålene i transportsektoren er arealplanleggingens største bidrag til bærekraftig byutvikling. Ved å lokalisere boliger og arbeidsplasser strategisk kan man oppnå en høy befolkningstetthet. En høy befolkningstetthet er grunnlag for å kunne utvikle et godt kollektivsystem som dekker flest mulig innbyggere, da avstanden mellom folk og funksjoner minker. Ved å plassere de transportgenererende byggene på ledige arealer innenfor tettbygde strøk, fremfor å benytte seg av arealer utenfor disse grensene, vil dermed forutsetningene for dette være mye bedre (Kvorning 2012).

4.2 ABC-prinsippet og knutepunktutvikling

På 1990-tallet utviklet planleggingsmyndighetene i Nederland det såkalte ABC-prinsippet for arbeidsplasslokalisering (Aarsæther et al. 2012). Måten dette prinsippet fungerer på er at man klassifiserer eksisterende og potensielle næringsområder som A-, B-, eller C-områder ut fra hvordan tilgjengeligheten for gående, syklende, kollektivtransport og biltransport er. A-områder har god tilgjengelighet for kollektivtransport og godt tilrettelagt for gående og syklende, med lav biltilgjengelighet. C-områder er den rake motsetningen av dette. B-områder er dermed en mellomting av disse, med relativt god tilgjengelighet med både bil og kollektivtransport. Hensikten med prinsippet var å få en bedre forståelse av sammenhengen mellom arealbruk og transport, for igjen å kunne overføre det til den fysiske planleggingen (Næss 2011). I følge prinsippet vil man plassere virksomheter som tiltrekker seg mange

mennesker i A-klassifiserte områder, og virksomheter som verken har mange besøkende eller ansatte, men som er svært avhengig av biltilgjengelighet for godstransport, i C-områder. Virksomheter som har relativt mange besøkende og ansatte, som i tillegg er avhengig av en god del godstransport, vil dermed lokaliseres i B-områder.

Kollektivtilbud i nærheten av arbeidsplassen har vist seg å ha svært mye å si for hvordan folk velger å reise til og fra jobben. I de største byene hvor arbeidsplassene er plassert i sentrum, med dårlig parkeringsdekning, bilkøer og god kollektivtilgjengelighet, velger svært mange bort bilen som transportmiddel. Ved arbeidsplasser i periferien av byen reiser derimot nesten 90% med bil (Næss 2011). Dersom man velger fortetting i knutepunkter som grunnstrategi ved lokalisering av arbeidsplasser, er mulighetene også større for å koble seg på eksisterende infrastruktur og kollektivsystem. Dette er en såkalt kollektivknutepunktutvikling, som er en overordnet samfunnsmessig planstrategi i dag (Kvorning 2012). Men selv om man ofte antar at tettbebygde strøk automatisk gir kortere reiseavstander, så er det ikke alltid slik. Hadde man for eksempel valgt å plassere all handelsvirksomhet og arbeidsplasser utenfor bykjernen, ville en sentrumstett boligbebyggelse i liten grad bidra til lavere transportbehov og valg av mer miljøvennlige transportformer. Det som man derimot kan anta med absolutt sikkerhet er at folk ønsker å få gjort sine daglige gjøremål med minst mulig ulemper. Derfor er i følge Næss (1997) funksjonsblanding i byer så viktig, som vil si at transportgenerende institusjonsbygg blir plassert innenfor tettstedsgrensen sammen med boliger. En god funksjonsblanding vil kunne resultere i såkalte rasjonelle rekkevidder mellom gjøremål, med mindre ulemper, tidsbruk og kostnader for innbyggerne. "Kostnadene" som folk opplever i form av tidsbruk, økonomi og ulemper omtales som generaliserte reisekostnader, og har mye å si for hvordan vi velger å reise (Torp 1996).

4.3 Lokal styring og statlig planlegging

Byplanleggingen som drives i dag kan i følge Aarsæther et al (2012) defineres mer som en samfunnsplanlegging. Med dette mener de at man har gått fra å planlegge den fysiske byen da Plan- og bygningsloven først kom i 1965, til å planlegge mange flere aspekter av samfunnet. Flere oppgaver blir altså tillagt planleggingsfeltet, samtidig som flere av disse blir tillagt politisk folkevalgte organer. I tillegg blir den kommunale planleggingen og det lokale selvstyret sett på som svært viktige mekanismer for å løse betydningsfulle saker og prioriteringer på en demokratisk måte. Dette var i hovedsak etter innførelsen av kommunenes rett til å vedta egne planer kom i 1985 (Aarsæther et al. 2012). Kommunens rolle som fysisk

planlegger har derfor høy status i samfunnsutviklingen i Norge. Allikevel mener Næss (1997) at man i flere tilfeller kan diskutere om regionale og kommunale planer og strategier i det hele tatt blir fulgt, da beslutninger ikke matcher strategiene de har nedfelt. Under dette punktet kommer også spørsmålet om statens rolle som planaktør inn. For selv om det lokale demokratiet er sterkt forankret i Norge finnes likevel planspørsmål og saker som blir for store for å kunne vedtas på dette nivået. Ved slike saker, som for eksempel viktige lokaliseringsvedtak av veier eller statlige bygg, tas planleggingen til et høyere nivå. Her kan altså staten gå inn som aktivt handlende planaktør når det dreier seg om vesentlige endringer i samfunnet som helhet, eller vedtak som kan gi store samfunnskONSEKVENSER (Aarsæther et al. 2012).

Statens rolle som planlegger har i nyere tid hovedsakelig vært knyttet til styring gjennom vedtak av overordnede rammer og retningslinjer, som underliggende regionale og kommunale organer må forholde seg til i sin planlegging. Denne rollen setter bl.a. Aarsæther et al (2012) spørsmålstegn ved, særlig i forhold til sektormålrettet styring og enkeltvedtak i statlig regi. Når staten trer ut av rollen som lovgivende og rammegivende organ, og inn i rollen som planaktør, mener de at sterke sektorinteresser og sektormål kan være svært utslagsgivende i store prosjekter. Gjennom plan- og bygningsloven og kravet om utarbeidelse av nasjonale forventninger er hovedformålet å være sektorovergripende og å samordne politiske interesser. Allikevel mener Aarsæther et al (2012) at disse statlige forsøkene på en samordnet planleggingsretning ikke har tydelige nok ambisjoner og mål for å kunne realisere det, som igjen kan gi enkeltsektorer større rom for påvirkning av beslutninger.

Statens rolle som planforvalter kontra planaktør, og forholdet mellom territoriell og sektoriell planlegging tas opp i en notatserie fra 2001 av Roar Amdam. Med territoriell planlegging menes i hovedsak en tverrfaglig planlegging rettet mot et geografisk område, som kommune- og regionalplanlegging utfører. Sektoriell planlegging er knyttet til et avgrenset saksfelt og drevet av en statlig sektor. Amdam (2001) forklarer territoriell metode som en nedenfra opp- og horisontal planlegging, mens den sektorielle metoden er en vertikal- ovenfra ned planlegging. Ovenfra ned planlegging forbindes ofte med byråkrati, mens nedenfra opp forbindes med lokal forankring, tverrsektoriell kommunikasjon og erfaringslæring (Amdam 2001).

Den territorielle planleggingen har en enten en region, kommune eller by som sitt objekt, og evner derfor å se sammenhenger mellom privat næringsliv, organisasjoner, offentlige

sektorer, friluftsliv og hverdagslivet. På grunn av dette mener også Aarsæther et al (2012) at planlegging av og for en offentlig sektor, som ikke har dette komplekse ansvaret eller fokuset, ikke er en optimal fremgangsmåte for best samfunnsmessig løsning. Amdam (2001) forklarer videre hvordan moderniseringen av samfunnet har ført til at ovenfra-ned planleggingen har blitt mer dominerende. Med dette mener han hvordan den moderne politikken fokuserer på effektivisering og nyvinning i teknisk og økonomisk forstand, som igjen fører til skyggelegging av hensyn som sosialitet, involvering og kommunikasjon. Denne moderniseringen kalles for instrumentell rasjonalitet.

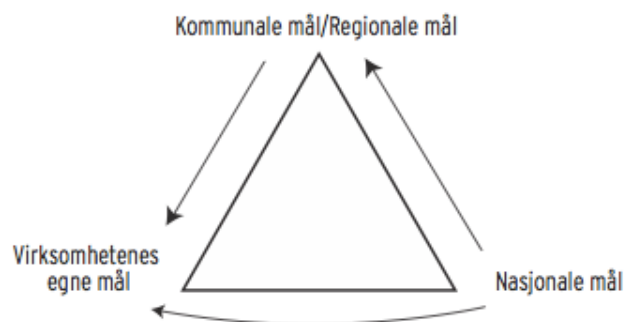
Planlegging i samfunnet kan i hovedsak deles i to rasjonalitetsformer; instrumentell rasjonalitet og kommunikativ rasjonalitet. Prosessen i den instrumentelle metoden beskrives av Terje Aven et al (2004) som et resultat av planleggerens kunnskapsbaserte utredninger og målformulering, mens den kommunikative metoden driver utvikling på grunnlag av gjensidig forståelse av aktører og berørte parter. Den instrumentelle metoden fokuserer med andre ord på å maksimere en gitt funksjon eller et mål, i stedet for å fokusere på kompleksiteten av interesser og behov.

I Webers & Østerbergs bok om makt og byråkrati (1971) beskrives en legitimitetsteori i forhold til maktstyring i planleggingen. I følge dem har den sektorielle samfunnsplanleggingen høy legitimitet fordi gjennomføringskraften blir sett på som svært effektiv, da det i hovedsak planlegges ut fra egne mål og egen motivasjon. På denne måten mener de at egne institusjons- og sektormål også legitimeres. Staten rettfærdiggjør altså i følge denne teorien sine instrumentelle valg gjennom å vise til en kostnads- og nyttevurdering, som igjen legitimerer denne ovenfra ned styringen. Problemet her er at det som synes å være best og mest effektivt for en sektor, ikke alltid er det beste sett fra et samfunnsmessig (territorielt) ståsted. Dette problemet mener Amdam (2001) kommer av en sterk vertikal struktur og en svak horisontal, hvor den vertikale legitimiteten dominerer over den horisontale. Hvor den territorielle planleggingen får sin legitimitet gjennom å vise til hvordan resultatet fremkom (med tanke på inkludering og demokrati), er det altså teknisk og økonomisk effektivitet som legitimerer den sektorielle planleggingen.

4.4 Mulige årsaker til manglende helhetlig planlegging i statlige vedtak

Innledende i oppgaven nevnte jeg en eksempelsamlingsrapport, utredet av Miljøverndepartementet og Statsbygg (2009). I denne rapporten fremkom det flere refleksjoner, ideer og problemstillinger til statlige lokaliseringer og forholdet til nasjonale mål

om byutvikling. Det fremmes i rapporten at forbindelsen mellom statlige virksomheters egne behov i planleggingen på den ene siden, og nasjonale retningslinjer på den andre siden, oppleves å være veldig svak. De beskriver at virksomhetenes egne behov er de sentrale vurderingskriteriene ved ny lokalisering, selv om de absolutt kjenner til de overordnede hovedprinsippene (Miljøverndepartementet & Statsbygg 2009). På grunn av etatens fokus på egne virksomhetsmål møter de som regel ikke de nasjonale målene før de blir presentert gjennom kommune- eller regionalplan. I denne sammenheng viser rapporten en figur som skal illustrere statlige aktørers fokus ved lokalisering og etablering:



Figur 4.1 Statlige aktørers fokus ved lokalisering og etablering (Miljøverndepartementet & Statsbygg 2009, s. 7)

I et forsøk på å belyse problemets opphav, med den hensikten å få statlige virksomheter til å støtte mer opp om de nasjonale målene og retningslinjene, vurderte de i rapporten virksomhetenes kultur, kompetanse og struktur. Kulturen omfattet virksomhetenes arbeid med retningslinjene og målene, og i hvilken grad de oppfattet overordnede mål som ”sine egne”. Kompetansen ble forklart som de ansatte i virksomheten sin faglige kunnskap knyttet til lokalisering og byutvikling, og strukturen var den interne og den overordnede styringen. For å nå overordnede mål er det viktig at både kultur, kompetanse og struktur er tilstrekkelig gode i virksomheten (Miljøverndepartementet & Statsbygg 2009). I vurderingen kom det frem at mangel på overordnet styring var et klart hovedproblem. Dette viste de også til gjennom tildelingsbrev og seminar som ble avholdt i sammenheng med undersøkelsen, hvor tilbakemeldingene fra virksomhetene i forhold til overordnede retningslinjer var at ”dette blir vi ikke målt på” (Miljøverndepartementet & Statsbygg 2009, s. 5).

Altså vil dette si at virksomhetene ikke føler ansvar for å bidra til at nasjonale retningslinjer og mål blir oppfylt. I rapporten presenteres også mulige tiltak for forbedring når det gjelder lokalisering av virksomheter. Her forklares det at en felles prosess- og utredningsmal kan

være en mulig løsning, da alle virksomhetene i utgangspunktet skal følge samme mål uansett. En stor utfordring sies å ligge i å gjøre etatene oppmerksomme på, og villige til å ivareta, de overordnede målene. En mal, eller en hjelpende ”startpakke” for ivaretagelse av nasjonale mål fremmes derfor i rapporten som en god løsning på problemene innenfor kultur, kompetanse og struktur (Miljøverndepartementet & Statsbygg 2009).

Dette problemet tas også opp i en rapport om bedre utforming av store offentlige investeringer fra 2004. Her beskriver Næss (2004) hvordan en åpen prosess er viktig i statlige prosjekter, og hvordan mangel på dette har vært en tendens, spesielt tidlig i prosessene. Det er som regel i den tidlige delen av fasen at man får mulighet til å påvirke prosjektets hovedfokus og utfall, da det er her kriteriene for det overordnede konseptvalget bestemmes. I den tidlige fasen forklarer han også at det ofte forekommer neglisjering av interesser og behov som ikke er direkte knyttet til institusjonen. Dette mener han kan være resultat av en lukket prosess, hvor prosjektstyrerne i liten grad er klar over parters interesser eller i stand til å ivareta dem. Derfor mener Næss (2004) at arbeidet med konseptløsninger i tidligfasen bør skje i tverrfaglig samarbeid, blant annet for å hindre konflikter mellom statlig sektor og lokaldemokratiet.

5 Empiri

I dette kapitlet vil jeg vise resultater og funn fra forskningsarbeidet. Dette gjøres ved å gå inn på selve lokaliseringsprosessen og beskrive resultater fra dokumentanalysen og intervjuer.

5.1 Veileder for tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter

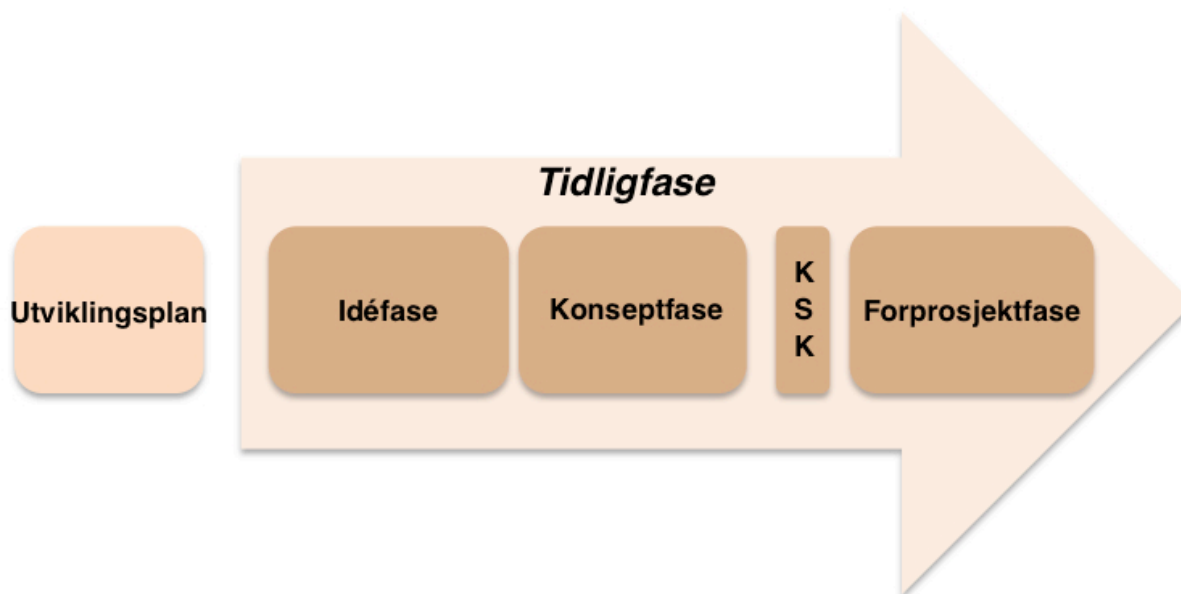
Ved bygging av sykehus brukes det ikke nøyaktig samme fremgangsmåte som ved andre store statlige prosjektinvesteringer. Dette er fordi finansieringen og styringen av investeringsprosjekter i helsesektoren ikke følger samme styresystem som vanlige statlige prosjekter gjør. Statlige investeringsprosjekter eies av fagdepartementene, fremmes av Regjeringen og vedtas i Stortinget. Når det bestemmes at staten skal finansiere et prosjekt som er estimert til å gå over 750 millioner kroner, skal det dermed foretas en konseptvalgutredning (KVU). En KVU utredes tidlig i prosjektfasen, før planlegging etter Plan- og bygningsloven (PBL) trer inn. Hensikten er å vurdere alternative måter å løse behov på, ved å utrede såkalte konsepter. Dette er i hovedsak en strategi for å kontrollere statens midler, for å sikre at landets ressurser blir brukt på en forsvarlig måte (Finansdepartementet 2014).

Siden helseforetakene har fullt ansvar for både ressursbruken og kvaliteten på helsetjenestene innenfor de økonomiske rammene, har spesialhelsetjenesten utviklet sin egen veileder for investeringsprosjekter; Tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter (Kompetansenettverk for sykehusplanlegging 2011). Dette dokumentet vil jeg videre i oppgaven henvide til som ”tidligfaseveilederen”. Denne tidligfaseveilederen skal i utgangspunktet være et tilsvarende alternativ til vanlig KVU, og er grunnlaget for analyser, dokumentasjoner, planlegging og beslutninger i investeringsprosjekter fremmet av spesialhelsetjenesten. Forskjellen er i hovedsak at det er helsesektoren selv som står for utredningen av innholdet, slik at deres prioriteringer og satsingsområder skal være mer tilpasset egne investeringsmuligheter. Både vanlig KVU og sykehusbygging etter tidligfaseveilederen skal kvalitetssikres av eksterne aktører, for å sikre at informasjonen og analysene som er brukt i utredningen er pålitelige som beslutningsgrunnlag. Siden tidligfaseveilederen er grunnlaget for prosessen i investeringsprosjektene er den også grunnlaget for den eksterne kvalitetssikringen (KSK) (Kompetansenettverk for sykehusplanlegging 2011).

5.1.1 Formål, virkeområde og oppbygging

Formålet med tidligfaseveilederen (2011) er å bidra til en målrettet og effektiv prosess med fokus på gode sykehustjenester gjennom bedre kvalitet i tidligfasen. Det oppgis at den kan og bør brukes uansett størrelse, i alle sykehusprosjekter, men at helseforetaket selv bestemmer avgrensning av bruken. Siden investeringsmidlene fra staten ikke er øremerket, og kun del av sektorens basisbevilgning, står altså helsesektorens rolle i utredningsarbeidet svært sterkt. Prosessen i tidligfaseplanleggingen starter først og fremst med at rammebetingelser blir avklart. Deretter søkes det etter alternative løsninger på det dokumenterte behovet eller problemet. Resultatet det endes opp med blir enten i form av planer for endring i virksomheten eller/og investering i bygg. Tidligfaseplanleggingen er sekvensielt oppbygd, og består av en idéfase, en konseptfase og en forprosjektfase. I alle fasene gjennomføres det delutredninger, og resultatet fra én fase gir grunnlag for neste (Kompetansenettverk for sykehusplanlegging 2011).

Veilederen ble for første gang utgitt i 2006, og har siden blitt videreutviklet. Utarbeidelse av en utviklingsplan før oppstart av tidligfaseplanleggingen (som vist i figuren under) er blant annet et krav som er innført i nyere tid.



Figur 5.1 Tidligfaseoversikt (III. Endre Vatsvåg. Inspirasjon hentet fra Kompetansenettverk for sykehusplanlegging 2011, s. 12)

5.2 Tidligfaseprosessen

I dette delkapittelet vil jeg forklare nærmere hvordan prosessen i tidligfaseplanleggingen foregår. Dette gjøres først ved å vise til hva tidligfaseveilederen sier om hovedfokus og utredningskrav i de ulike fasene, med etterfølgende beskrivelser av hvordan dette er videreført i case-området (Stavanger).

5.2.1 Utviklingsplanfasen

Når det er identifisert et behov eller problem som må løses i et helseforetak så må det utarbeides en utviklingsplan før man starter planleggingen i tidligfasen. Utviklingsplanen skal dokumentere behovet, status og plan for nødvendige løsningstiltak forankret i helsesektorens overordnede planer og strategier. Altså viser planen prioriteringer for tiltak som kan gjennomføres innenfor sektorens finansielle handlingsrom. Utredningsarbeidet i utviklingsplanen tas dermed inn i første steg av tidligfaseplanleggingen, idéfasen.

5.2.1.1 Utredning av utviklingsplan i case-området

I oppgavens case-område, Stavanger, var altså tilfellet i utviklingsplanen at de prioriterte nytt sykehusbygg. Utviklingsplanen for Helse Stavanger HF ble utredet i 2011. Den beskriver innledende hvorfor det er nødvendig med et nytt sykehus, og videre hvilke følger et nytt sykehusbygg vil kunne ha for fremtidige kostnader, bemanning og drift. I tillegg til

konsekvenser for den fremtidige virksomheten og arealbehovet, viser planen også ulike løsningsalternativer for nybygg på Våland, og for nybygg lokalisert utenfor Våland (uten definert tomtelokalisering). Her vises også en tilliggende utredning og vurdering av foretakets økonomiske bæreevne. Det opplyses at vurderingene gjort i utredningsarbeidet har fulgt anbefalingene fra tidligfaseveilederen, hvor følgende styrende dokumenter også er lagt til grunn (Helse Stavanger HF 2012):

- Nasjonale strategier og helseplaner
- Helse Vest RHF, Helse 2020
- Strategiplanen i Helse Stavanger HF
- Virksomhetsplanen i Helse Stavanger HF fra 2010
- Styrevedtak i Helse Stavanger HF
- Mandat for Prosjekt sykehusutbygging

5.2.2 Idéfasen

I idéfasen tas vurderingene og løsningsalternativene fra utviklingsplanen videre for idésøk. Dette vil si at det avgrenses og presiseres, ut fra bl.a. kapasitet, tids- og økonomiske forhold, hvilke alternative løsninger fra utviklingsplanen som skal tas inn i neste fase (konseptfasen) for videre vurdering. Det regionale helseforetakets styringssystem står for behandlingen av idéfaserapporten, og i vurderingen står det at det er viktig at de prioriterte alternativene er reelle og at det er et klart skille mellom dem. Beslutningen av hvilke alternativer som skal videre inn i konseptfasen baseres på hvilke av dem som er ”liv laga”. Dette defineres i tidligfaseveilederen (2011, s. 16) som løsninger som er:

- **Relevante:** oppfyller helseforetakenes overordnede mål
- **Gjennomførbare:** er gjennomførbare ut fra helseforetakets finansielle handlingsrom
- **Levedyktige:** gjennomførbart i henhold til helseforetakets økonomiske bæreevne gjennom hele prosjektets levetid.

5.2.2.1 Utredning av idéfaserapport i case-området

Når det kommer til idéfasen i case-området så er det i dette tilfellet laget to dokumenter. Her finnes selve idéfaserapporten (Helse Stavanger HF 2013), og et annet dokument som Helse Stavanger HF har valgt å kalle for Vurdering av ulike tomtealternativer (Helse Stavanger HF

2014). Hensikten med sistnevnte dokument er å gi en oppsummerende beskrivelse av hva som har blitt gjort i idéfaseprosessen, og hva som har blitt vektlagt i vurderingene. Dette dokumentet henviser jeg til videre i teksten som ”vurderingsdokumentet”, og er altså ikke selve idéfaserapporten fra 2013. I analysen av idéfasen har jeg derfor først sett over vurderingsdokumentet, og deretter sett på den ”originale idéfaserapporten” for å se om de stemmer overens.

I vurderingsdokumentet opplyses det at foretaket har vært i kontakt med fylkesmannen, fylkeskommunen, flere av kommunene i regionen og andre eksterne aktører i arbeidet med vurderingen av tomtene. Her peker de på viktigheten av en god dialog med eksterne parter i prosessen, blant annet fordi det er dem, og herunder spesielt kommunene, som har best innsikt i gode totemuligheter. Sykehusplasseringens forhold til regional politikk og bærekraftig utvikling opplyses som svært sentrale tema i disse samtalene, og som viktige grunnlag for den videre vurderingen av tomtealternativene (Helse Stavanger HF 2014).

Etter gjennomgang av den originale idéfaserapporten vil jeg nevne at disse ”sentrale” temaene allikevel ikke synes å være presentert i særlig grad, og kan derfor ikke tolkes som særlig utslagsgivende. For eksempel; når det kommer til areal- og transporthensyn har de i den originale idéfaserapporten tatt med *ett* punkt som beskriver analyser av dette. Dette er en relativt kort tolkning og videreføring trafikkanalyser utarbeidet i en separat rapport av Asplan Viak. Selv om en videreføring av transportanalyse er med i idéfaserapporten, oppfattes den altså som lite betydningsfull for valget av tomtealternativer.

I vurderingsdokumentet vises det til hvordan Regionalplan Jæren legger til grunn en konsentrert utbygging av boliger og kollektivsatsing i bybåndet Sandnes – Stavanger. Deretter beskrives det i teksten like etter hvordan man allikevel ser at en stor andel boligbygging skjer i områdene Sola/Tananger og Madla/Revheim (Helse Stavanger HF 2014). Videre forklares det hvordan en sykehuslokalisering på Ullandhaug vil kunne styrke aksene mellom universitetet og det høyteknologiske miljøet på Forus. Dette sier de at vil åpne mulighetene for å etablere en god kollektivakse mellom områdene, som enkelte av interessentene som foretaket har vært i kontakt med har pekt på som gunstig for regionen. ”En direkte kollektivakse mellom Forus og universitetet er ikke inkludert i de vedtatte planene, men dette vil måtte vurderes grundig dersom sykehuset etableres på Grannes (Ullandhaug)” (Helse Stavanger HF 2014, s. 7).

Under vises en oversikt over hovedkollektivaksen som satses på i regionen, samt hvor Forus og den fremtidige sykehustomten på Ullandhaug ligger i forhold til denne. Dette er for å gi et bilde av hvor en eventuell fremtidig direkte kollektivakse mellom disse områdene vil måtte gå. Dagens sykehustomt på Våland er også tatt med i kartet for sammenligningens skyld.



Figur 5.2 Forus og Ullandhaug kollektivoversikt (Ill. av tomte lokaliseringer Endre Vatsvåg. Kart fra Rogaland Fylkeskommune 2015)

Nasjonal transportplan og målet om nullvekst i biltrafikk nevnes også i vurderingsdokumentet som noe de ønsker å følge opp om. De klare trafikkmessige fordelene på Våland nevnes her, med den høye andelen kollektivreisende, gående og syklende blant de ansatte. Flytting av sykehuset sies å ville kunne medføre økt biltrafikk, men rapporten opplyser at helseforetaket aktivt vil bidra i arbeidet for å øke kollektiv-, gang- og sykkelandelen uavhengig av lokalisering. Dette etterfølges av et standpunkt om at det uansett er pasientenes helsetjeneste som er det viktigste hensynet.

Hovedkriteriene for valg av tomt forklares videre i vurderingsdokumentet å være vurdert ut fra helseforetakets ståsted, med kostnader, pasientforløp og fremtidige utviklingsmuligheter på topp. Under disse hensynene presenteres et likeverdig hensyn til tidsaspekt, akutt tilgjengelighet, samfunnsnytte og trafikal vekst. I den originale idéfaserapporten kan man derimot se at samlokalisering med universitetet i Stavanger (UiS) og andre forskningsbygg på Ullandhaug, er en faktor det har blitt fokusert mye på i prosessen. Det har blant annet blitt utredet en egen grundig rapport som underbygger de positive effektene ved dette.

I vurderingsdokumentet sies det at institusjoner kan få til et godt samarbeid seg imellom til tross for geografisk avstand, men at det gjennom ulike studier om samlokalisering er dokumentert at det resulterer i næringsklynger. Dette sier de at har vist seg å bidra til utvikling av nye og innovative institusjoner, og henviser til resultatet av oljeindustrien på Forus (Helse Stavanger HF 2014). Det pekes også på samlokaliseringens åpning for felles bruk av utstyr og lokaler mellom sykehus og universitet, samtidig som det vises til viktigheten av å utvikle alternativ virksomhet til oljeindustrien i Stavangerregionen.

I vurderingsdokumentet (2014) fremstilles de ulike tomtealternativene fra utviklingsfasen som ble videre vurdert i idéfasen. Konklusjonen etter vurdering opp mot de forhåndsdefinerte kriterier i tidligfaseveilederen (relevans, gjennomførbarhet og levedyktighet), var at tomtene på Våland, Ullandhaug og Stokka skulle videreføres som løsningsalternativer til konseptfasen. Vurderingsdokumentet viste til sammen 8 tomtealternativer som ble vurdert, hvor flere av dem hadde gode forutsetninger for god areal- og transportutvikling. Grunnen til at disse ikke ble videreført var hovedsakelig begrunnet med dårlige tidsaspekt for tomteanskaffelse/gjennomføring og kostnadsproblemer, eller at tomtens form generelt skapte problemer for drift.

På neste side har jeg listet opp en kort oppsummering av alternativene som ble videreført, med særlig fokus på hva som står av hensyn til areal og transport. Stokka-alternativet er ikke fokusert på i særlig grad videre i oppgaven. Dette er først og fremst fordi det ikke ble det endelige valget for lokalisering, og at det i tillegg var mest fokus på Våland og Ullandhaug gjennom lokaliseringsdebatten.

Tomtealternativ	Oppsummert kommentartekst
Stokka, Sandnes (forslag fra Sandnes kommune)	<p>Vil mest sannsynlig gi stor trafikkvekst. Kollektiv-, gang- og sykkelandel blir trolig blant de laveste av alle alternativene. Lav samfunnsnytte, og kan muligens gi problemer i anskaffelse av tomt. Usikkert hvorfor den allikevel ble tatt med videre inn i konseptfasen.</p>
Våland (utbygging på dagens sykehusareal)	<p>Er inngått intensjonsavtale med Stavanger kommune om at foretaket gis anledning å kjøpe tilleggsareal fra nærliggende områder (omtrent 50 daa til sammen). I tillegg må avtale om endring av bl.a. byggehøyde inngås med kommunen for å oppnå tilstrekkelig bruksareal. Området har et av distriktets høyeste antall gående og syklende, og er svært gunstige med hensyn til kollektivdekning og trafikkvekst. Under vurdering av samfunnsnytte beskrives det som ulempe at det ikke ligger i nærhet til universitet og kompetansemiljøer. Alternativet beskrives også som et krevende byggeprosjekt, med betydelige utfordringer for utnyttelses- og grøntareal, og den daglige driften i byggeperioden.</p>
Ullandhaug (også vurdert i 2006)	<p>Dagens kollektivtilbud beskrives som ikke optimalt, men sies at nytt sykehus på område vil kunne være et bidrag til å utbedre tilbudet. Boligbygging i umiddelbar nærhet beskrives også som begrenset på grunn av områdeformålene rundt (landbruk), og vil neppe kunne måle seg med gangandel på Våland. Samfunnsnyttan ble beskrevet som store muligheter for godt samarbeid med kompetansemiljøer og bedrifter.</p>

Figur 5.3 Oppsummering tomtealternativer (III. Endre Vatsvåg. Inspirasjon fra Helse Stavanger HF 2014, s. 13-21)

5.2.3 Konseptfasen

Konseptfasen bygger videre på utviklingsplanen og idéfaserapporten, og skal legge til rette for et faglig godt vurderings- og beslutningsgrunnlag (Kompetansenettverk for sykehusplanlegging 2011). De alternative løsningsforslagene som ble valgt ut i idéfasen skal her utredes i detalj, og videre vurderes i forhold til sektorens oppsatte mål og kriterier innenfor investeringsrammene. Her presiserer tidligfaseveilederen at det også er viktig med likeverdige utredninger for alle alternativene. Konseptfasen er altså en utredning av alternativene, hvor det ”beste” av dem anbefales som endelig investeringsprosjekt. Når denne beslutningen er tatt, og konseptrapporten er ferdigstilt, skal det gjennomføres en ekstern kvalitetssikring (KSK) av den.

I veilederen beskrives alle utredningene som er nødvendige i konseptfasen for å kunne fremstille detaljerte og realistiske konsepter. Herunder er et krav at det utarbeides skisseprosjekt, altså illustrasjoner som visuelt beskriver de ulike alternativene, sammen med de samlede kostnadene for hvert alternativ. Alternativene skal videre rangeres og vurderes etter følgende punkter, i vist rekkefølge (Kompetansenettverk for sykehusplanlegging 2011, s. 24):

- Måloppnåelse, riktig prioritering i forhold til målhierarki
- Økonomisk bæreevne og finansielt handlingsrom
- Kapasitet og kvalitet, ”sørge for ansvaret”
- Samhandling
- Effektiv drift, driftsøkonomiske gevinster
- Pasientmiljø, arbeidsmiljø
- Ytre miljø, byggets energibehov og CO2 utslipp
- Pasientsikkerhet
- Rekruttering og fag- og kompetanseutvikling
- Byggets kvalitet, fleksibilitet
- Samfunnsforhold

Sykehus er store og viktige samfunnsinstitusjoner. Hvordan de planlegges, lokaliseres, bygges og drives har betydning for hvordan allmenne samfunns mål kan realiseres. Dette kan gjelde transportbehov, energiforbruk, verneinteresser o.a. Dette vil i noen

tilfeller inngå i konsekvensutredninger og kommunale, reguleringsmessige krav.
(Kompetansenettverk for sykehusplanlegging 2011, s. 25)

Avsnittet over er tatt direkte ut fra tidligfaseveilederen, og er det eneste som eksplisitt nevner hvordan lokaliseringen kan påvirke allmenne samfunnsmål i forhold til transport og energiforbruk (herunder tolket som bærekraftig areal- og transportplanlegging). Som man ser sier det altså ingenting videre om hvordan tidligfasen skal ta hensyn til dette.

5.2.3.1 Utredning av konseptrapport i case-området

Konseptrapporten oppsummerer konseptfasen i sykehuslokaliseringsprosessen. Den ble lagt ut til høring i perioden 30. juni til 30. september 2015, og inneholder en grundig utredning av alternativene Våland, Ullandhaug og Stokka, samt null-alternativet (som vil si å fortsette med dagens løsning). Rapporten danner grunnlag for endelig valg av tomt. Utredningen inneholder en skisseforklaring, hvor blant annet forholdet til bærekraftige areal- og transporthensyn blir kort nevnt. Da disse er så å si helt likt presentert som i tidligere faser vil jeg ikke gå videre inn på dette. I 2015 laget Asplan Viak en andreutgave av transportanalysen som ble brukt i idéfasen for tomtealternativene (som presenteres i neste kapittel). Denne rapporten er ikke med som innhold i rapporten, men er lagt som vedlegg. Rapporten om samlokalisering med universitet og andre forskningsbygg blir derimot presentert i et eget kapittel for å underbygge viktigheten av dette. Helse Stavanger HF's posisjon som universitetssykehus, med fokus på forskning og utdanning, påpekes flere ganger i rapporten som et strategisk satsingsområde (Helse Stavanger HF 2015).

Helseforetakets økonomiske bærekraft opplyses i rapporten å ha blitt beregnet flere ganger siden oppstarten av prosjektet i 2011. De siste og endelige beregningene resulterte i en bæreevne på ca. 8 milliarder kroner, som betyr at ingen av alternativene kan realiseres i ett byggetrinn, da det vil være for dyrt. Byggingen av sykehuset vil derfor skje i 2 trinn, hvor dagvirksomheten vil bli værende på Våland gjennom byggeperiodene uavhengig av hvor sykehuset lokaliseres (Helse Stavanger HF 2015). På Ullandhaug vil dette tilsi at man må drifte sykehuset på både Våland og Ullandhaug etter byggetrinn 1, og frem til ferdigstillingen av byggetrinn 2. På Våland tilsier dette at man vil måtte drifte og bygge på samme tomt helt frem til ferdig byggetrinn 2. Byggetrinn 1 foregår frem til år 2025/2026 på Våland, frem til 2023 på Ullandhaug og frem til 2026 på Stokka. Når byggetrinn 1 er ferdig vil altså deler av bygget være klart for innflytting, men hele sykehuset er ikke ferdig før byggetrinn 2, som skal være ferdigstilt i 2040, er unnagjort. Skulle man bygget alt i ett byggetrinn ville det ha kostet

omtrent 16,6 milliarder på Våland, 16,3 milliarder på Ullandhaug og 16,9 milliarder på Stokka.

Som man ser av tekstboksen, vil den økonomiske bærekraften kunne gi 94.000 m² nytt sykehusbygg på ny tomt (Ullandhaug og Stokka) i trinn 1 . På Våland vil den økonomiske bærekraften begrenses til 67.000

m² nytt sykehusbygg. Altså får man 27.000 m² mer for pengene ved bygging på ny tomt (Ullandhaug). Dette er bl.a. på grunn av kostnader ved rivning av rundt 30.000 m² eksisterende bygningsmasse på Våland (Helse Stavanger HF 2015).

Kostnader og ferdigstilling av byggetrinn 1

- Våland byggetrinn 1:
 - Kostnad 7, 927 milliarder
 - Areal nybygg 67 000 m²
 - Ferdigstilt 2025/2026
- Ullandhaug byggetrinn 1:
 - Kostnad 7, 814 milliarder
 - Areal nybygg 94.000 m²
 - Ferdigstilt 2023
- Stokka byggetrinn 1:
 - Kostnad 8, 299 milliarder
 - Areal nybygg 94.000 m²
 - Ferdigstilt 2026

5.2.4 Forprosjektfasen

Forprosjektfasen er den siste delen av prosessen i tidligfaseplanleggingen, og skal gi grunnlag for gjennomføring av det utvalgte alternativet. Den bygger videre på konseptrapporten og de tidligere faseutredningene, sammen med eventuelle endringer eller tilleggsutredninger som har kommet opp. Forprosjektet er den fysiske løsningsbeskrivelsen for byggeprosjektet, som blant annet omfatter detaljering av tekniske og bygningsmessige løsninger, detaljering av prosjekterings- og driftskostnader, usikkerhetsanalyse, og plan for gjennomføring frem til ferdigstilt og driftsklart resultat (Kompetansenettverk for sykehusplanlegging 2011).

Sykehuset i Stavanger er nå inne i denne fasen, og har dermed ikke utarbeidet en forprosjektrapport med løsningsbeskrivelse for Ullandhaug.

5.2.5 Transportanalyse

I 2015 utredet Asplan Viak, på oppdrag fra Helse Stavanger HF, en rapport som omhandlet de transportmessige konsekvensene ved alternativ lokalisering av Stavanger universitetssykehus. Rapporten avdekker de tre alternativenes miljøvennlige trafikkpotensiale til og fra sykehuset, både for dagens- og ulike framtidssituasjoner. I rapporten opplyses det at Stavanger-området måtte øke antall gående med 56%, antall syklende med 71% og antall kollektivreisende med 110% innen 2030 for å oppnå det nasjonale målet om nullvekst i biltrafikken (Asplan Viak 2015, s. 19). For å få flere gående, syklende og kollektivreisende i regionen er det mange

ulike faktorer og gjennomføringstiltak som spiller en viktig rolle. I rapporten pekes det på viktigheten av sykehusbyggets rolle for å oppnå dette:

Det er viktig at lokalisering av sykehuset er med på å bidra til å nå dette målet. Med andre ord er det viktig med en lokalisering som bidrar til økt bruk av sykkel, gange og kollektivtransport framfor bil, og å bygge opp under en hensiktsmessig transportmiddelfordeling ved hjelp av en målrettet virkemiddelbruk. (Asplan Viak 2015, s. 20)

I rapporten har Asplan Viak gjort en svært grundig analyse av det som tolkes som de viktigste faktorene i arbeidet mot bærekraftige transportløsninger og nullvekstmålet. Da sykehusbyggingen vil foregå i flere faser tar rapporten for seg følgende scenarier (Asplan Viak 2015, s. 7):

- Dagens situasjon.
- Situasjonen i 2025, da sykehuset enten fortsatt vil være på Våland, og med noe høyere aktivitet. Eller i tilfelle flytting, at 50% av virksomheten vil være flyttet til ny tomt.
- Situasjonen i 2040, da sykehuset enten fortsatt vil være på Våland, og med ytterligere økt aktivitet. Eller i tilfellet flytting da det er nedlagt på Våland, og fullstendig etablert på ny tomt.

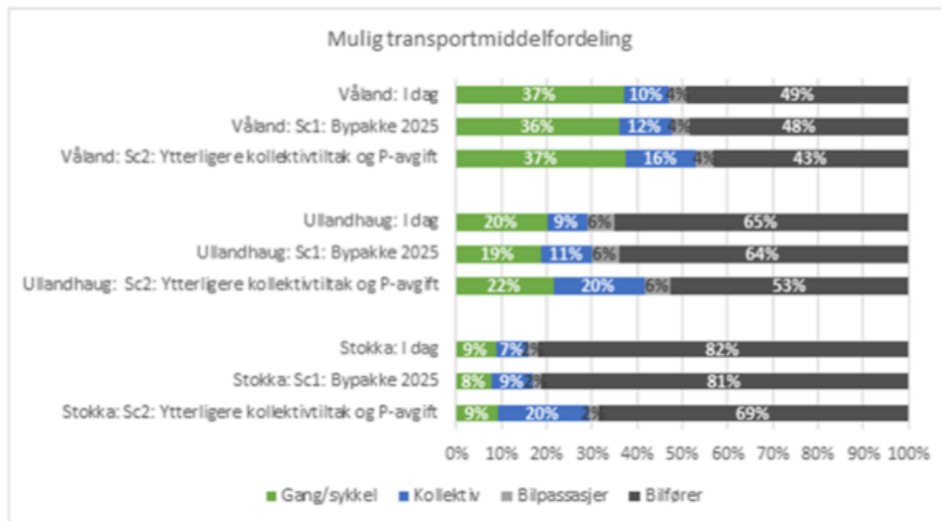
Rapporten understreker at et godt kollektivtilbud ikke kan gi nullvekst i biltrafikken alene. Restriktive tiltak i biltrafikken og tiltak for å gane sykkel og gange er også nødvendig. Her nevnes parkeringsdekningen på sykehuset som viktige restriktive tiltak, som de i rapporten relaterer til om målet om nullvekst i biltransporten kan oppnås eller ikke. For å gjøre dette sammenligner de andelen parkeringsplasser med antall ansatte på sykehuset. Altså; på Våland er det i dag en parkeringsdekning på 30%, som vil si at 30% av det maksimale antallet ansatte som er til stede kan parkere bilen sin der (Asplan Viak 2015). Dagens parkeringsdekning på 30% forklares som reduserbart til 25% innen 2025 på Våland. Oppnås dette så oppnås også nullvekstmålet. Dersom sykehuset flyttes til Ullandhaug eller Stokka vil 30% parkeringsdekning kunne tillates for å oppnå nullvekstmålet. Her opplyses det at det allikevel vil være svært krevende å realisere en parkeringsdekning på 30% innen 2025. Dette er fordi de beregnede generaliserte reisekostnadene for brukere av kollektivtransport på disse tomtene er så høye. Dette vil med andre ord si at det er urealistisk å kreve en så stor overgang til

kollektivtransport blant de ansatte. I 2040 antas det at det kan bli noe bedre forhold for å oppnå bedre resultater, da bosettingsmønsteret trolig vil tilpasses noe.

Generaliserte reisekostnader (GK) utredes i rapporten gjennom en etterspørselsanalyse. Denne analysen beregner trafikanters verdsetting av ulike kvaliteter ved reisene. Undersøkelsen omfatter både verdsetting for dagens- og fremtidige potensielle kollektivtrafikanter, hvor potensielle trafikantene forklares som dem som i dag bruker annen transportmåte enn kollektivtrafikk. GK defineres som alle kostnadene som oppstår ved en kollektivreise, som vil si billettprisen + reisetiden + reisetiden til holdeplass/stasjon + ventetiden mellom avganger + bytte av transportmiddel og verdsetting av tiden det tar + forsinkelser + ståplass versus sitteplass på reisen. Det er altså kort sagt den totale ”prisen” trafikantene må betale, både i tid, komfort og kroner (Asplan Viak 2015).

Ved å undersøke og kjenne til trafikanters verdsetting av fordeler og ulemper på reisen, analyseres potensialet for antall kollektivreisende på hvert av tomtealternativene i flere fremtidsscenarioer. Ut fra vedtatte kollektivsystem i regionen og ytterligere restriksjoner på reiser med bil, kom det frem at de generaliserte reisekostnadene på kollektivreiser ikke klarte å måle seg helt med bilreiser. Allikevel kunne man ut fra analysen se at etterspørselen på kollektivreiser økte vesentlig for samtlige tomtealternativer, hvor Våland kom betydelig bedre ut enn Ullandhaug og Stokka. Våland var i tillegg alternativet med billigste reisekostnader blant alle alternativene i alle de ulike scenarioene, og kom også ut som alternativet med de mest gunstige konkurranseforholdene kontra bil (Asplan Viak 2015). Selv om Ullandhaug hadde lavere kollektivkostnader enn Stokka, kom Ullandhaug ut som det minst gunstige konkurranseforhold kontra bil.

Konklusjonen som kom frem av transportanalysen (2015) var at slik situasjonen er i dag, skiller Våland-alternativet seg ut med vesentlig bedre reisemiddelfordeling enn de andre. I analysen av situasjonen i 2040 med ytterligere personbilreduserende tiltak, ble resultatet 43% bilførerandel på Våland, 53% på Ullandhaug og 69% på Stokka. Fra modellen nedenfor ser man at det i hovedsak er gange og sykkel som varierer mest mellom tomtealternativene. En stor del av grunnen til at tilbøyeligheten for å gå eller sykle er så mye høyere på Våland enn de andre alternativene, er bl.a. fordi det er betydelig mange flere som bor innenfor rapportens definisjon av optimal sykkelavstand (5-7 km). Dette er en følge av god funksjonsblandingen i området.



Figur 5.4 Mulig transportmiddelfordeling (Asplan Viak 2015, s. 55)

5.2.6 Konsekvensutredning

For å styrke det faglige grunnlaget for beslutning av tomtealternativ ytterligere, utredet Stavanger kommune en overordnet konsekvensutredning for alternativene Våland og Ullandhaug. Areal- og transporthensynene oppsummerte de slik (Stavanger kommune 2015b, s. 4):

Lokaliseringens bidrag til	Måloppnåelse Våland	Måloppnåelse Ullandhaug
fortetting og byomforming	Høy	Lav
effektiv utnyttelse av etablert og planlagt offentlig infrastruktur	Høy	Middels
fotgjenger- og sykkelpotensial	Høy	Lav
eksisterende og planlagt kollektivtilgjengelighet	Høy	Middels

Figur 5.5 Areal- og transporthensynsvurdering i KU (Ill. Endre Vatsvåg. Inspirasjon fra Stavanger kommune 2015b, s. 4)

5.2.7 Kvalitetssikring

Kvalitetssikringen (KSK) av konseptrapporten ble utarbeidet av selskapet Deloitte (2015) i henhold til krav fra rammeavtalen for KSK-ordningen. I denne rapporten kom det frem at de samfunnsmessige og eksterne effektene av prosjektet kun ble sett på som delvis dekket. Samlokalisering med næringsmiljøet og universitetet på Ullandhaug var den eneste eksterne effekten som ble fremstilt som et eget tema i eget kapittel i konseptrapporten. Trafikale hensyn og kollektivtilbud ble nevnt under skisseutredningene, men kvalitetssikreren (Deloitte) mente at de samfunnsmessige konsekvensene ved lokaliseringene burde vært drøftet grundigere. Altså tolket kvalitetssikreren ut fra et helhetlig syn at konseptrapporten ikke dekket areal- og transporthensyn godt nok.

Dette understreker KSK-rapporten ved å vise til en uttalelse fra Fylkesmannen, som har uttrykt misnøye til Stokka- og Ullandhaugalternativet, da det påstås at de ikke kan utvikles i samsvar med overordnede planer og retningslinjer for bærekraftig utvikling. En regionalplan på disse områdene vil altså ikke være i tråd med overordnede rammer for arealpolitikk.

Selv om kvalitetssikrer (Deloitte 2015) ser på dette som alvorlig, og setter spørsmålstegn til de regulatoriske problemstillingene, nevnes det allikevel at disse faktorene ikke er det som konseptrapporten vektlegger i prioriteringene. Derfor ser Deloitte på det som mer eller mindre uvesentlig for det relative forholdet mellom tomtealternativene og det endelige valget av konsept, dersom disse merknadene allikevel hensynstas.

5.3 Resultat fra intervjuer

For å få innsyn i hvordan faglige aktører og politikere har opplevd sykehuslokaliseringsprosessen og hvordan bærekraftige byutviklingshensyn er blitt ivaretatt, foretok jeg intervju med fem sentrale personer i lokaliseringdebatten. Av disse var følgende; Fylkesmiljøvernsjef (Fylkesmannen), politiker i Fremskrittspartiet i Stavanger, politiker i Arbeiderpartiet i Stavanger, Ordfører i Stavanger og administrerende direktør i Helse Stavanger. Under har jeg beskrevet min samlede tolkning av intervjuene og hvordan de forholdt seg til ulike temaer som kom opp i samtalene. Jeg har også tatt med enkelte sitater fra intervjuene som ses på som sentrale i diskusjonen.

5.3.1 Bærekraftig byutvikling

Flere av intervjuobjektene fremstilte bærekraftige areal- og transporthensyn som store utfordringer ved en sykehuslokalisering på Ullandhaug. Fylkesmiljøvernssjefen nevnte blant annet at plassering av sykehuset på Ullandhaug forutsetter at det skal bygges høyverdig kollektivtilbud til stedet, som er en stor tilleggskostnad. Når helseforetaket tok beslutningen så var det i følge henne ingenting som tilsa at det garanteres for at det blir satt av f.eks. halvannen milliard til dette. Hun var klar på at kollektivtilbudet til nye SUS må bli bygd ut og styrket, men da er det andre viktige kollektivsatsinger som havner lenger bak i køen. Det er jo ikke utømmelig med penger til kollektivutvikling, men ble altså sett på som en selvfølge at dette må prioriteres svært høyt da helsesektoren gjorde sitt lokaliseringsvalg, mente hun.

Kollektivtransport og statens krav til nullvekstmål var kriterier som flere av intervjuobjektene mente var underprioritert og nesten oversett. De så på nullvekstmålet i personbiltrafikken som så å si umulige å oppnå på Ullandhaug. På grunn av dette mente bl.a. politikeren i Frp at det vil bli spennende å se hvor mye dyrere Ullandhaug-alternativet til slutt vil bli da man må bruke flere milliarder i infrastrukturiltak som følger av det. Ullandhaug-alternativet fører også i følge politikeren i Ap til at man må snu på planer og styrke kollektivtilbudet i en retning og dimensjon som det ikke er tatt høyde for. Planer og planprosesser står derfor foran en kritisk gjennomgang for å komme opp med et godt nok resultat til det vedtaket som nå er gjort, og den situasjonen vi når er i, i forhold til klima og miljømål.

Det har gang på gang skjedd i Stavanger at vi legger planer og snakker om hva vi skal gjøre for fremtiden, og hver gang vi har en større konkret sak, så gjør vi noe annet. På den måten kan man si at mål og ambisjoner i byutviklingspolitikken vår, inklusiv klima og miljøspørsmål, ikke henger sammen med den praktiske politikken. Vi får et større og større gap som er vanskeligere og stadig mer krevende å dekke. (Politiker i Ap Stavanger 2016)

God tilgjengelighet til jernbane er en veldig viktig detalj for å kunne tilby et godt kollektivsystem, og er noe man mister helt om man flytter sykehuset vekk fra Våland. Dette ble av flere intervjuobjekter omtalt som svært kritisk i forhold til de bærekraftige transportløsningene. Å komme opp med alternative løsninger som skal gi tilsvarende behovsdekning som jernbanetilgjengeligheten ga, mente mange at ikke vil være mulig. Flere fremmet også at det å flytte sykehuset bort fra dagens plassering på Våland heller ikke bygger opp om eksisterende bystruktur i regionen. Fylkesmiljøvernssjefen beskrev Ullandhaug som en

satellitt utenfor hovedaksen for kollektivtransport og utbygging i regionen, som er strekningen Stavanger-Sandnes. Politikerer i Frp omtalte lokaliseringen som et kraftig tilbakeskritt for byutviklingen i Stavanger.

I tillegg til utfordringene ved kollektivtilbudet nevnte flere funksjonsblandingsutfordringer. Der Våland i dag har folk som sykler og går til sykehuset fordi de bor i nærheten, så vil en flytting til Ullandhaug føre til store utfordringer på dette punktet. Når det kom til utredningene som ble gjort i prosessen i forhold til gående og syklende til sykehuset, mente allikevel ordføreren at det i større grad kunne vist hvordan folk tilpasser seg arbeidsplassen sin. I tillegg mente hun at hvis man først har fått folk opp på sykkelsetet, så er det mulig å få dem til å sykle litt lenger. Deretter viste hun videre til mulighetene for å skape gode bussforbindelser til Ullandhaug i fremtiden, selv om det ikke er plassert i hovedkollektivaksen mellom Stavanger og Sandnes. Under dette diskusjonsemnet ble også St. Olavs hospital i Trondheim nevnt. Flere pekte på denne lokaliseringen som et praktisk eksempel i forhold til funksjonsblanding og gang-, sykkel- og kollektivtilbud. Her understreket allikevel administrerende direktør for Helse Stavanger at St. Olavs Hospital ble besluttet før foretaksreformen ble innført i 2002, og dermed finansiert ved statstilskudd. De fikk også midler til å bygge og til å ivareta byutviklingsperspektiver i forbindelse med prosjektet, som hun nevnte var en viktig faktor for at resultatet ble som det ble.

5.3.2 Samlokalisering på Ullandhaug

I intervjuene ble diskusjonene også rettet mot bærekraftige areal- og transporthensyn kontra samlokalisering, innovasjon og forskning. Når det kom til samlokalisering for forskning, miljø og innovasjon var det bred forståelse blant de fleste av intervjuobjektene for at sykehuset ønsker å styrke sitt miljø med universitetet. De var enige om at det kan ha positive forsknings- og næringsmessige konsekvenser, og kanskje også gjøre det lettere å få til et medisinsk fakultet og felles bruk av laboratorier o.l. Men om hensyn til dette går foran byutviklingshensyn, trafikkutvikling og sentralisering av arbeidsplasser i sentrum, var flere veldig klare på at det ikke gjør.

Under dette punktet nevnte blant annet Fylkesmiljøvernssjefen at det var litt gammeldags å påstå at man må være lokalisert ved siden av hverandre for å skape god samhandling. Dette ble underbygget av andre ved å vise til rådmannen i Stavanger sin vurdering om akkurat dette, som mente at sjansene for god næringsutvikling og et medisinsk fakultet var like store på Våland som en samlokalisering på Ullandhaug. Her viste også politikeren i Frp til

reguleringsformålet på Ullandhaugområdet, som er satt som universitetsformål, og hvordan dette strider mot en fremtidig lokalisering av andre private næringsbedrifter i området. På Våland er det derimot åpent for dette. At flere sentrale politikere i Stavanger ble opphengt i Ullandhaugs næringsargument var derfor uheldig, mente Frp politikeren.

Flere av intervjuobjektene påpekte at dersom man har lyst å samarbeide, så får man det til, selv om man ikke er direkte naboer. Politikeren i Ap viste også under dette punktet til et prosjekt kalt Pumps and pipes, som er en intensjonsavtale for kompetanseutvikling mellom blant andre sykehuset, universitetet i Stavanger og Houston. Hvis et hovedargument er at fysisk tilknytning er viktig for samhandling, så bryter dette med Stavangers påberopelse om å være den mest internasjonale byen i forhold til næringsutvikling, mente Ap politikeren. Selv om noen rangerte forskning, næringsutvikling og kompetanseregion som viktigere enn hensyn til byutvikling, er altså det samlede inntrykket av intervjuene at nabolokalisering for samarbeidets skyld ikke på noen måte er et godt nok argument alene for en så viktig lokalisering. I tillegg påpekte flere at synergieffektresultatene ved en samlokalisering fremdeles er svært usikre (og ikke dokumenterte).

5.3.3 Helsesektoren

For administrerende direktør i Helse Stavanger HF var det viktig at man hadde kunnskap om finansieringssystemet for sykehusbygging for å forstå prosessen og prioriteringene som ble gjort. Som forklart tidligere, så må altså foretaket sørge for både drift og investeringer innenfor de økonomiske rammene de er gitt. Dette er i motsetning til for eksempel skole- eller universitetsbygg, som får tilskuddsmidler av staten etter kontantprinsippet. På grunn av finansieringssystemet var derfor resultatkrav det viktigste kriteriet for helsesektoren; at man valgte det alternativet som ga mest sykehus for pengene, med best mulighet for gode helsetjenester til regionen.

På grunn av begrensningene som fremkommer av finansieringssystemet, og følgende prioriteringer av dette, betyr det i utgangspunktet at byutvikling ikke er en del av mandatet. Finansieringssystemet ble altså beskrevet som et betydelig rammeverk for planleggingen av sykehusbygget og lokaliseringen. Tilstrekkelig areal var selvfølgelig også vesentlig, da det skal planlegges for et 100års perspektiv. Videre påpekte adm. dir. i Helse Stavanger at helsesektoren ikke er ansvarlige for f.eks. kollektivtilbudet i regionen, men at det var veldig viktig for dem at fylkesutvalget i sin høringsuttalelse påsto at de kunne sikre et likeverdig kollektivtilbud uavhengig av om det ble på Våland eller Ullandhaug. Å ikke bidra til

unødvendige miljøbelastninger ble altså beskrevet som viktig for helsesektoren, selv om det i utgangspunktet ikke er deres ansvar å sikre. Herunder var Stavanger kommunes uttalelse også viktig for dem, som sa at selv om de anbefalte Våland så ville de legge forhold til rette for godt kollektivtilbud uavhengig av hvilket alternativ som ble valgt.

At de ulike sykehusbyggene og tjenestene innad har en logisk tilknytning til hverandre, som igjen bidrar til positive effekter for bl.a. driftskostnader, pasientforløp og arbeidsforhold, var også viktige kriterier i vurderingen. Derfor spilte tomtens struktur og størrelse en stor rolle, da det vil unngås å måtte plassere bygg og tjenester i ulogisk tilknytning på grunn av struktur og begrensninger på tomten. Er tomten f.eks. for smal, så ville det vært vanskeligere å samlokalisere tjenester og bygg som for driftens skyld burde ligge i nærhet til hverandre.

Videre forklarte administrerende direktør i Helse Stavanger at en stor ulempe på Våland var at drift og rivning samtidig ble sett på som en risiko. Dette pekte også ordføreren på, som mente at det var en fordel at man ikke trenger å ta hensyn til eksisterende bygningsmasse om man bygger på Ullandhaug. Politikerer i Frp mente at det uansett vil være vanskeligere å transformere enn å bygge på ny grunn, men at det er nødvendig om man vil fortsette å integrere bygg i bystrukturen. Samtidig var det av helsesektoren også sett på som en stor ulempe at Ullandhaug-alternativet må drifte på to tomter i mange år.

To-delingen og fraflytting fra Jærbanen var i følge administrerende direktør i Helse Stavanger det som talte imot Ullandhaug, men alle andre vurderingskriterier som ble lagt til grunn talte for Ullandhaug. Kompleksiteten ved det å bygge et sykehus hadde alle intervjuobjektene stor respekt for. Allikevel mente flere at det var stort rom for forbedring i å forene sykehusfaglige interesser og bærekraftige areal- og transportsystem. ”Når vi satt og snudde på hver eneste krone, så begynte det å tegne seg et klart bilde for hvilket alternativ vi ville gå for” (Administrerende direktør Helse Stavanger HF 2016).

5.3.4 Lokaliseringsprosessen

Prosessen i sykehuslokaliseringsaken var et kontroversielt tema i samtalene, og innenfor dette var sektorprosesser og –beslutninger, KVVU og den demokratiske planprosessen sentrale tema. Fylkesmiljøvernsjefen uttrykte blant annet undring over maktforskyvningen som har skjedd i prosessen. Med dette mente hun at det prinsipielt er kommunen som skal råde over egne arealer og bestemme hvor ting skal ligge, men i denne saken blir kommunen redusert til en høringsinstans for helsesektoren som sitter med avgjørelsesmakten. Det ble definert som

en uoverensstemmelse mellom den demokratiske grunntonen i arealpolitikken vår, og den statlige sektorstyrte planprosessen som her har vært gjeldende. Selv om Stavanger kommune med stemmeovervekt anbefalte Våland-alternativet i høringsrunden, må de her altså lage plan for noe de ikke tok avgjørelsen for. I en beslutnings- og planprosess innen en sektor vil det naturlig nok bli lagt vekt på egne sektormotiv, mente fylkesmiljøvernssjefen. Dette er til forskjell fra planer etter plan- og bygningsloven som vedtas av kommunestyrene, som har ansvar for samfunnet som helhet.

Sektorbeslutninger kontra plansystemet, som har mye større åpenhet med høringer, medvirkning, dialog osv., er svært forskjellige. Sektorbeslutninger som dette kan i følge fylkesmiljøvernssjefen bryte ned stortingets (lovgivers) intensjon med plan- og bygningsloven i forhold til arealpolitikk. Det essensielle med PBL er at den skal være sektorovergripende og skal avklare interessekonflikter og løse uenigheter mellom sektorer, men når en prosess går innad i en sektor så forsvinner PBLs intensjoner. I tillegg til å overkjøre hovedlinjene i PBL, arealplansystemet, det kommunale selvstyret og lokale demokratiet mente hun at den sektorisererte prosessen oppleves å ignorere nasjonale forventninger og retningslinjer, som hele regjeringen i utgangspunktet skal stå bak.

Måten konseptvalgutredninger fungerer på, som her tolkes som veilederen for tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter, mente fylkesmiljøvernssjefen var svært uheldig for denne planprosessens utgangspunkt. Med dette mente hun at den overstyrer hele prosessen med finansielle prinsipper som skal følges, men som egentlig ikke kan utredes tilstrekkelig på et så tidlig tidspunkt. Resultatet er svært avhengig av hvilke kostnader en trekker inn og hvordan influensområdet avgrenses. At KVVU-systemet ikke er samkjørt med planprosessen og konsekvensutredning etter Plan- og bygningsloven resulterer i dobbeltarbeid, og i teorien mulighet til å skape en arena for lobbyisme på tidlig stadium. Dette kan igjen være svært ødeleggende for planprosessene, mente fylkesmiljøvernssjefen. Hadde man fått KVVU inn i konsekvensutredningsprosessen knyttet til kommuneplan eller reguleringsplan, mener hun at man kunne fått mye bedre resultater i slike store samfunnsendrende utbygginger.

KVVU er et ekstra økonomisk kvalitetssikringskrav som har blitt altfor avgjørende på alle andre ting enn kostnader, spesielt i forhold til lokalisering. (Fylkesmiljøvernssjef 2016)

Tidligfaseveilederen og prosessen med valg av alternativer til konseptutredning, ble også nevnt i flere av intervjuene. Politikerer i arbeiderpartiet mente at tidligfasen i prosessen har

inneholdt god informasjon, men ikke god kommunikasjon. I lokaliseringssaker etter Plan- og bygningsloven skal saksdokumenter og alle stadiene av prosessen til politisk behandling og høring, men slik er det ikke i denne saken. På grunn av dette mente flere av intervjuobjektene at man ved en slik lukket prosess ikke får noen reell innflytelse på hvilke tomtealternativer som er best ut fra et helhetlig syn. Videre pekte politikeren i Ap på at kriteriene som legges til grunn i tidligfaseveilederen ikke samsvarer med retningslinjer som for eksempel er gitt i den statlige føringen for lokalisering av store bygg. At man ikke har med det brede samfunnsperspektivet i vurderingen, og kun vurderingskriterier ut fra helsesektorens interesser, mente Ap politikeren beviser at planverktøyene ikke samsvarer.

Her mente Ordføreren allikevel at det har vært et godt samarbeid mellom Helse Stavanger og Stavanger kommune, hvor det har vært flere lokaliseringsmøter sammen med ordførere i kommunene rundt og fylkeskommunen for å informere og forebygge eventuelle konflikter. I tillegg nevnte hun Asplan Viaks utredelse av transportanalysen for å bidra til bredere perspektiv og kunnskapsgrunnlag, som var en anbefaling fra Stavanger kommune. Utredningen om synergieffekter ved samlokalisering på oppdrag fra universitetet ble også nevnt som en rapport som fremkom av god kommunikasjon.

Videre nevnte ordføreren at det alltid er vanskelig med lokaliseringsdebatter, da planreguleringene kommer etterpå. Hun oppfattet allikevel hele prosessen som grundig, profesjonell og god, selv om bærekraftige miljøhensyn i dette tilfellet ble nedprioritert av helsesektoren. At den endelige avgjørelsen ligger hos helsesektoren var det flere som var enige i at er greit, men kriteriene som valget ble basert på (fra tidligfaseveilederen) var altså et svært kontroversielt tema i intervjuene. Politikeren i Arbeiderpartiet mente blant annet at det viktigste ikke ligger til hvem som treffer det endelige vedtaket, men kriteriene som legges til grunn for vedtaket. Derfor mente Ap politikeren at vedtaket alltid vil være mangelfullt, da byutvikling, klima- og miljøhensyn, transport årer o.l. ikke er vesentlige kriterier.

At det er så få som til slutt tar beslutningen for lokaliseringsvalget ble allikevel betraktet som en ulempe i følge fylkesmiljøvernssjefen. I tillegg til dette mente hun at det kan være uheldig at det ligger som underliggende mål at statlige store utbygginger skal gjøres prosjektmessig billigst og fortest mulig. Det kan ha samfunnsmessige omkostninger og sidevirkninger som blir dyre for stat, fylke og kommune i lengden. Ingen av intervjuobjektene kritiserte på noen måte hvordan sektoren er styrt på, men hvis en beslutning strider med andre hensyn så var det klart at andre sektorer må tre inn. Herunder uttalte blant annet politikeren i Frp at det er

overraskende dersom det ikke fremmes innsigelse til områdeplanen som nå vil bli utredet for Ullandhaugområdet. Selv om en minister, som eier og ikke som planlegger, tar en beslutning, så er det ikke sagt at man bare skal godta det, mente Frp politikerne. Derfor var det viktig at plan- og bygningsmyndigheter oppfølger sine forpliktelser i forhold til overordnede føringer.

Lokaliseringen av sykehuset er vår tids største byutviklingssak. Allikevel har det vært en dårlig prosess, hvor man først har bestemt seg for fasiten og deretter forsøkt å komme opp med ting for å underbygge det. (Politikeren i Frp 2016)

I intervjuet med fylkesmiljøvern sjefen kom det også frem at den vedtatte beslutningen om lokalisering på Ullandhaug nå blir lagt inn i pågående reguleringsplan for universitetsområdet for å spare tid. Dette er en reguleringsplan som har vært under arbeid i to års tid, og vil si at det ikke ble tatt tilstrekkelig høyde for konsekvensutredning (KU) i planprogram og varsel om oppstart. Dette er i følge fylkesmiljøvern sjefen uheldig, da så store lokaliseringer krever at det er en del av områderegulering fra ”scratch” for å få best mulig resultater. En avklaring i planer på regionalt og kommunalt nivå om hvor store institusjonelle bygg skal ligge, kunne i følge henne ført til bedre løsninger, da man på denne måten kunne fått overordnede KU-er for områdene. Hun opplyste at det må legges større vekt på å klarere godt lokaliserte utviklingsområder for offentlige bygg i både regionalplaner og kommuneplaner fremover, også i byer.

6 Diskusjon

I dette kapittelet vil jeg diskutere resultater og funn fra forskningsarbeidet (empirien) opp mot teorien, helsesektorens finansielle oppbygning og de overordnede rammene for bærekraftige byutviklingshensyn. Dette vil gjøres ved å drøfte et og et delkapittel, som er oppdelt etter funn fra forskningsarbeidet.

6.1 Lokaliseringen på Ullandhaug støtter i liten grad opp om bærekraftige byutviklingshensyn

I de overordnede rammene for bærekraftige byutviklingshensyn så man hvordan de statlige planretningslinjene for samordnet bolig-, areal- og transportplanlegging, og de nasjonale forventninger til fylkeskommunal og kommunal planlegging vektla kompakte byer med korte avstander mellom ulike gjøremål. Dette er for å bidra til en miljøvennlig areal- og

transportutvikling, med ambisjoner om å bli et lavutslippssamfunn. For å få til dette mente blant annet Næss (1997) at strategiske lokaliseringer med fokus på funksjonsblanding og regional knutepunktutvikling var arealplanleggingens største bidrag på dette punktet. I følge det nederlandske ABC-prinsippet ble det også vist hvordan besøks- og arbeidsintensive virksomheter bør legges i områder med god tilgang på kollektive tilbud.

Resultatene fra dokumentanalysen tilsier at Ullandhaug ikke bygger opp om disse hensynene om samordnet areal- og transportplanlegging. I transportanalysen utredet av Asplan Viak så man hvordan Ullandhaug hadde store vanskeligheter med å oppfylle målene om nullvekst. I følge kvalitetssikringen uttalte også Fylkesmannen at det ikke vil være mulig å lage en reguleringsplan for Ullandhaug som samsvarer med de overordnede rammene for arealpolitikk. I intervjuene ble det i tillegg pekt på hvordan Ullandhaug ligger som en satellitt utenfor hovedaksen for kollektivtransport og utbygging i regionen, og at det er en stor ulempe å flytte sykehuset fra sin nære beliggenhet til jernbanestasjonen på Våland.

Funksjonsblanding vil heller ikke være mulig å få til like bra på Ullandhaug som på Våland, hovedsakelig fordi det ligger ved områder regulert til landbruk. Våland kom best ut på alle punktene og i alle scenarioene i transportanalysen, som med andre ord vil si at Våland er et klart bedre alternativ når det kommer til ivaretagelse av byutviklingshensyn. Dette ble også vist til gjennom den overordnede konsekvensutredningen fra Stavanger kommune.

I vurderingsdokumentet fra idéfasen ble det på den annen side sagt at en plassering på Ullandhaug vil være et insentiv for å legge til rette for et høyverdig kollektivtilbud til området, og særlig mellom Fours og Ullandhaug. Dette fremkom av intervjuresultatene at man ikke kunne forvente, da det ikke automatisk er satt at staten vil setta av midler til dette. I tillegg ble det her nevnt at det var en ulempe at man må planlegge kollektivtilbudet i en retning som det ikke er tatt høyde for. For min del virker det som om rapportene i tidligfasen forsøker å fremstille Ullandhaug som et godt valg i henhold til bærekraftige byutviklingshensyn, selv om Våland ut fra alle utredninger som ble gjort kom mye bedre ut. Idéfaserapporten, vurderingsdokumentet og konseptrapporten viser kort til de trafikale fordelene ved Våland, men kommer som regel med en etterfølgende kommentar om at disse hensynene ikke er viktigst eller at Ullandhaug kan oppnå lignende resultater.

Et godt eksempel på dette er hvor jeg i vurderingsdokumentet fra idéfasen viste til et argument om at en stor del boligbygging skjer i områdene Sola/Tananger og Madla/Revheim, selv om regionalplan og kommuneplan legger til grunn en konsentrert utbygging av boliger

og kollektivsatsing i bybåndet Sandnes – Stavanger. Dette argumentet tolkes nesten som en unnskyldning for å legitimere at ytterligere utbygging på steder som ikke er målsatt i regionalplanen er greit. Et annet eksempel fra vurderingsdokumentet er følgende argument: ”En direkte kollektivakse mellom Forus og universitetet er ikke inkludert i de vedtatte planene, men dette vil måtte vurderes grundig dersom sykehuset etableres på Grannes (Ullandhaug)” (Helse Stavanger HF 2014, s. 7). Her legges det igjen inn en tolket legitimering for å satse på kollektivutbygging andre steder enn det som er hovedmålet i regionalplanen.

6.2 Veilederen for tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter legitimerer at helsesektorens mål skal rage høyest i lokaliseringsvurderingen

Grunnen til at byutviklingshensyn ikke var den vinnende faktoren i dette tilfellet kan etter min mening vises i dokumentene og kravene som ble lagt til grunn. Her snakker jeg spesielt om tidligfaseveilederen. Kravene som stilles av tidligfaseveilederen for vurdering av lokaliseringalternativer er at de skal være ”liv laga”. Dette definerer de som alternativer som er relevante, gjennomførbare og levedyktige ut fra helsesektorens mål og økonomiske bæreevne, og omhandler altså ingen areal- og transporthensyn. På grunn av dette blir det eksplisitt sagt at bærekraftige byutviklingshensyn ikke er blant de viktigste kriteriene i de ulike utredningene i tidligfasen. I utviklingsplanen som ble utredet på forhånd av idéfasen ble det også vist hvilke overordnede dokumenter som ble lagt til grunn for tomtevalg. Her kunne man se at det bare var dokumenter som omhandlet helsesektoren som hadde blitt lagt til grunn. Dette er også en følge av at man kun fokuserer på definisjonen av hva som er liv laga. Flere av intervjuobjektene pekte også på dette som et problem, og syntes det var en stor feil at ingen byutviklingshensyn blir lagt til grunn for tomtevalg.

I følge tidligere forskningsarbeid gjort på dette punktet er det ikke uvanlig at statlige sektors egne mål legitimeres som de viktigste i lokaliseringssaker. I eksempelsamlingen på gode lokaliseringer av statlige bygg (Miljøverndepartementet & Statsbygg 2009) kom det frem at dette ofte er tilfellet når staten selv står som planlegger av lokaliseringen. Herunder viste de til uttalelser om at virksomhetene ikke så på de overordnede byutviklingsmålene som sine egne (jf. kapittel 4.4; ”dette blir vi ikke målt på”), som igjen ble forklart som følge av mangel på overordnet styring. I følge Webers og Østbergs legitimitetsteori ble den sektorielle planleggingens legitimitet forklart å komme fra dens tekniske og økonomiske effektivitet. Mens Amdam (2001) understrekte at det var moderniseringen og den instrumentelle

rasjonaliteten som førte til denne ovenfra og ned styringen, gjennom fokus på maksimering av en gitt funksjon eller mål. Ser man på tilfellet i denne lokaliseringsprosessen så stemmer disse teoriene godt. Ved å se til de opplistede kriteriene og vektleggingen av disse i tidligfaseutredningene, kan man se at helsesektoren fokuserer på å maksimere egne mål. At Ullandhaug var det sykehuset som ga mest for pengene og ble tidligst ferdig, ble også fremmet i utredningsdokumentene og i intervjuene som veldig viktige faktorer for at sykehuset havnet her.

6.3 En lukket sektorprosess

I formålet til tidligfaseveilederen sies det at den skal bidra til en målrettet og effektiv prosess gjennom god kvalitet i tidligfasen. I vurderingsdokumentet fra idéfasen ble det opplyst at god kommunikasjon med eksterne aktører hadde vært en viktig del av tomte vurderingene i prosessen. Her ble samtaler med kommunene, fylkeskommunen, fylkesmannen og andre eksterne aktører nevnt som sentrale aktører de hadde vært i kontakt med. I følge resultatene fra intervjuene ble kvaliteten på prosessen i tidligfasen opplevd som både god og dårlig. På den ene siden ble det nevnt at det hadde vært god kommunikasjon mellom helsesektoren og kommunene, mens andre opplevde tidligfasen som en lukket prosess med lite involvering, og at den kommunikasjonen som har fremkommet kun har vært en enveissamtale. Flere av intervjuobjektene kritiserte også her at det ikke foreligger noen formelle krav om involvering av parter i det hele tatt.

I følge Næss' rapport om bedre utforming av store offentlige investeringer (2004) har mangel på involvering tidlig i prosessen vært en tendens i flere statlige prosjekter. Dette ble også forklart i eksempelsamlingen for gode statlige lokaliseringer (Miljøverndepartementet & Statsbygg 2009), gjennom at etatene f.eks. ikke møter de nasjonale målene før de blir presentert gjennom kommune- eller regionalplan. Dette mener jeg har vært tilfellet i denne prosessen også. Selv om det var uenighet om hvorvidt det har vært god involvering eller ikke blant intervjuobjektene, så vil det etter min mening uansett være definert som en lukket prosess. Dette er fordi det verken er krav til, eller blitt gjort en utredning på eget initiativ av en høringsprosess eller bred involvering av interessenter i fasene før konseptrapporten ble ferdigstilt. I intervjusamtalene nevnte flere at det er mye som kan ha gått galt før man kommer til slutten av konseptfasen. Dette ble også omtalt av Næss (2004), som mente at lukkede tidligfaser er et problem siden det er da man har mulighet til å påvirke prosjektets hovedfokus og utfall.

I de overordnede rammene for byutviklingshensyn står det at planer skal være basert på gode kunnskapsgrunnlag som ivaretar de regionale og nasjonale interessene. For å gjøre dette pekes det til viktigheten av at kunnskap om miljø og samfunn tas aktivt i bruk tidlig i prosessen. Det står også at fylkesmannen, fylkeskommunen og de statlige myndighetene skal gjøre det klart hva som er viktige interessehensyn i hver enkelt sak. Disse er opplyst at har blitt involvert i prosessen, men jeg tolket likevel, etter en gjennomgang av idéfaserapporten, de ”sentrale” temaene i som fremkom av disse samtalene som mindre viktige for valget av tomtealternativ. Dette ble også bekreftet gjennom kvalitetssikringen, som konkluderte med at de samfunnsmessige konsekvenser kun hadde blitt delvis dekket.

Det kan allikevel diskuteres hvorvidt det er nødvendig med en god involvering i prosessen i det hele tatt, da det ganske grundig står i tidligfaseveilederen at tomtealternativ skal vurderes ut fra helsesektorens mål. Med andre ord vil det *i teorien* ikke ha noe å si hvor mye man involverer ulike interessenter, den offentlige befolkningen eller faglige byplanleggere, da de legitimerede kriteriene for det endelige valget uansett primært vil være ut fra helsesektorens egne mål. Dette kan også ses igjen i kvalitetssikringsrapporten, som faktisk forklarte at en oppretting av merknadene til samfunnskonsekvenser ikke ble sett på som vesentlig, da det ikke er dette som vektlegges mest av vurderingskriteriene allikevel.

6.4 Dårlig kommunikasjon på statlig nivå fører til ignorering av egne mål

En lukket prosess med hovedfokus på egne mål går også ut over kommunikasjonen på statlig nivå. Som det fremkommer av oppgaven har man altså ikke endt opp med alternativet som best bygger opp om overordnet byutvikling. I resultatet fra intervjuene kom det frem at areal- og transportverktøyene ikke samsvarer. Staten setter opp mål og retningslinjer om nullvekst i personbiltransporten mens de samtidig legger sykehuset til en tomt hvor dette ikke er mulig. I følge Næss (2004) kan en lukket prosess føre til neglisjering av interesser som ikke er direkte tilknyttet virksomheten. I dette tilfellet kan man se at dette også gjelder neglisjering av statens egne interesser. I eksempelsamlingen på gode lokaliseringer av statlige bygg (Miljøverndepartementet & Statsbygg 2009) ble det også sagt at forbindelsen mellom egne sektormål og overordnede nasjonale mål i mange saker opplevdes som veldig svak, noe som igjen understreker dette.

De nasjonale forventningene og planretningslinjene skal i utgangspunktet skal være sektorovergripende og tilrettelegge for samordnet areal- og transportplanlegging gjennom god kommunikasjon. I tillegg er det nedfelt at de statlige planretningslinjene skal legges til grunn

ved lokalisering av statlige virksomheter. At kun tidligfaseveilederen med andre tilliggende helserelevante dokumenter, og ikke statens mål om byutviklingshensyn er en del av grunnlaget for tomtevalg, viser i hovedsak at staten ikke følger opp om egne mål. Herunder mente også Aarsæther et al (2012) at forsøkene på å samordne sektorinteresser ikke var tydelige nok for å kunne oppnå en samlet målrettet planlegging, noe som igjen kan vises til en dårlig overordnet styring fra statens side. Dette mener jeg også fører til problemet om at statlige etater ikke møter de nasjonale målene før de blir presentert gjennom kommune- eller regionalplan.

6.5 Har sektorplanleggingen tatt nok hensyn til det lokale selvstyret?

I overføringen av statlige retningslinjer og mål i regional- og kommuneplan så man hvordan det har blitt utviklet en strategi for kollektivsatsing. I tillegg ble sykehuset eksplisitt nevnt som en virksomhet som skal lokaliseres ut fra god byutviklingsstrategi for å bidra til dette. Disse strategiene kan så å si tolkes som oversett, da lokaliseringen på Ullandhaug ikke bygger opp om dette i det hele tatt. Dette åpnet i intervjuene blant annet til diskusjon om hvorvidt sektorplanleggingen har overkjørt det lokale selvstyret. I følge Aarsæther et al (2012), og som det også ble fremmet i flere av intervjusamtalene, blir den kommunale planleggingen og det lokale selvstyret sett på som svært viktig for å løse saker på en demokratisk måte. Dette er hovedsakelig på grunn av det helhetlige samfunnssynet med fokus på involvering av parter som er utgangspunktet i slik territoriell planlegging, men som ikke forekommer i sektorplanlegging. Næss (1997) mente at det ofte kan diskuteres hvorvidt regionale og kommunale planstrategier i det hele tatt blir fulgt i statlige vedtak, selv om de overordnede rammene for byutvikling også skal vektlegge det lokale demokratiet tungt i planleggingen.

Argumentet fra intervjuene om at sektorplanleggingen har overkjørt det lokale selvstyret synes jeg ikke det er noen tvil om. Med dette mener jeg at vedtaket ikke er tatt på lokalt nivå, og dermed er det etter min mening en overkjøring av selvstyret uansett hvordan man vrir og vender på det. Derfor blir spørsmålet heller hvorvidt sektorprosessen har tatt hensyn til det lokale selvstyret. For å svare på dette vil jeg si at det kunne blitt tatt mer hensyn til det. Dette er fordi lokaliseringen på Ullandhaug ikke bygger opp om de kommunale målene og strategiene for bærekraftig areal- og transportutvikling, og at Stavanger kommune nå må planlegge for noe de verken anbefalte eller vedtok. Dette skaper igjen problemer for kollektivtrafikkutbyggingen, da vedtaket forutsetter store investeringer som fylkeskommunen nødvendigvis ikke har budsjettet for.

Allikevel fremkom det også av intervjuene at fylkesutvalget i sin høringsuttalelse hevdet at de kunne sikre et høyverdig kollektivtilbud uavhengig av om det ble på Våland eller Ullandhaug. I tillegg hadde Stavanger kommune sagt at de ville legge til rette for godt kollektivtilbud uavhengig av tomtevalg, selv om de anbefalte Våland. Dette ser jeg på som ganske spesielt med tanke på at både transportanalyser og kvalitetssikringen kom frem til at regionalplan ikke kan utvikles i henhold til overordnede byutviklingsmål på Ullandhaug. Uttalelsen fra Fylkesmannen og konsekvensutredningen fra Stavanger bygger også opp under dette. Det er altså uenigheter om dette på regionalt og kommunalt nivå. I teorien vil jeg si det er mulig for en statlig virksomhet å overkjøre det lokale selvstyret helt i prosesser som denne på grunn av legitimeringen av fokus på egne mål. Men jeg kan ikke påstå at det har vært tilfellet i denne saken da det virker som om sentrale og lokale aktører har gitt klarsignal for å velge Ullandhaug.

6.6 Helsesektoren planlegger og beslutter ut fra de rammene de er gitt

Måten investeringene for nybygg er satt opp i helsesektoren har ført til at de må ta enda mer hensyn til pengebruken enn tidligere, da de ikke lenger får særskilte investeringstilskudd fra staten til dette. Overgangen fra kontantprinsippet til regnskapsprinsippet, og den påfølgende tidligfaseveilederen, er altså hovedgrunnen til at helsesektoren har lagt så stor vekt på hvilket alternativ som gir best resultat for pengene. Som det fremkom av intervjuene og kommunens vedtatte kollektivstruktur, så fører flyttingen av sykehuset til at man må legge til rette for en kollektivutvikling som det ikke er tatt høyde for i regionen. Dette kan føre til at det må brukes veldig mye mer penger enn det som i utgangspunktet var satt av til kollektivutvikling.

En avsluttende tanke her er at det kanskje burde blitt brukt mer penger på stadiet hvor man planlegger og bygger selve sykehuset. Altså; hvis staten hadde hjulpet mer til med å finansiere sykehusbygget og kostnadene ved å planlegge det, så kunne man muligens endt opp med et bedre resultat. Et eksempel blir da at sykehuset i Stavanger hadde endt opp på Våland, selv om det koster mer og gir mindre sykehusbygg for pengene i første omgang. Hadde dette vært tilfellet hadde det mest sannsynlig blitt mye billigere å jobbe mot å oppnå nullvekstmålet i biltrafikk i neste omgang. Da hadde man altså endt opp med et samfunnsmessig bedre og billigere resultat til slutt, selv om man brukte mer penger på selve bygget og utredningsprosessen tidligere i fasen. Samfunnskostnadene kan derfor i dette tilfellet tolkes å bare bli flyttet fra et sted til et annet, og i tillegg ha store innvirkninger på miljøet og den videre samfunnsutviklingen.

Både driften av sykehus og byggingen av nye sykehusbygg skal betales for av helsesektoren selv. Dette gjør at foretakene er nødt å beregne hva de har råd til innenfor sine økonomiske rammer, som igjen selvfølgelig fører til at de må planlegge ut fra hva de selv ser på som best og hvilke faktorer som er viktige for å kunne tilby de helsetjenestene de er satt til å gjøre. De planlegger altså kun ut fra de rammene og ressursene de er gitt, med fokus på hvordan de skal klare å drifte og bygge samtidig. Naturlig nok blir derfor byutviklingshensyn nedprioritert, da de verken er satt til å ivareta dette eller kanskje ikke har råd til å følge opp om disse hensynene dersom de skal oppnå et positivt helsemessig resultat. Allikevel er det staten som er ansvarlig eier av helsesektoren, og som ved innføringen av reformen i 2002 bestemte at det var slik investeringer i sektoren skal finansieres. Tidligfaseveilederen som ble laget som en følge av dette, og som ikke har noe nevneverdig fokus på bærekraftig utvikling ved lokaliseringssaker, kan derfor tyde på en mangelfull overordnet statlig styring som fører til neglisjering av egne statlige mål om bærekraftig byutvikling.

7 Konklusjon

Underproblemstillinger:

1. *I hvilken grad har bærekraftige byutviklingshensyn blitt ivaretatt og vektlagt i lokaliseringsprosessen i Stavanger?*

Som svar på dette spørsmålet vil jeg konkludere med at bærekraftige byutviklingshensyn i relativt liten grad har blitt ivaretatt. Dette viser jeg til ved dårlig samordning av areal- og transporthensyn på det vedtatte tomtevalget Ullandhaug, ut fra utredningene gjort om dette i tidligfasen. I faserapportene fra prosessen kan man også se at prioriteringen av disse hensynene er relativt lite vektlagt, som følge av kriterier fra tidligfaseveilederen.

2. *Hvilke faktorer har vært utslagsgivende for at valget til slutt havnet på Ullandhaug?*

Tidligfaseveilederen er etter min mening den avgjørende faktoren for at valget til slutt havnet på Ullandhaug. Dette er fordi den legitimerer at helsesektorens egne mål skal være de viktigste i lokaliseringsvalget, med definisjonen på hva som er ”liv laga”. I teorien har det derfor ikke noe å si hvor mye man involverer ulike interessenter, den offentlige befolkningen eller faglige byplanleggere, da de legitimerede kriteriene for det endelige valget primært vil være ut fra helsesektorens egne mål.

Hovedproblemstilling:

Gir planleggingsprosessen i regi av helsesektoren gode grunnlag for opprettholdelse av nasjonale mål og retningslinjer om bærekraftig byutvikling?

Nei. Dette er fordi økonomiske faktorer og tidligfaseveilederen overstyrer prosessen. Det er tidligfaseveilederen jeg tolker som hovedfaktoren for at sykehuset ble lokalisert til Ullandhaug, og denne er igjen et resultat av helsesektorens finansieringsmodell og mangel på overordnet statlig styring mot en samordnet areal- og transportplanlegging. Jeg vil påpeke at det til slutt ikke handler om hvem som fatter det endelige vedtaket, men hvilke kriterier som legges til grunn for vedtaket. Planleggingsprosessen i regi av helsesektoren, hvor disse overliggende faktorene og kriteriene er så gjeldende for utfallet, ses derfor i dette caset på som et hinder for bærekraftig utvikling.

For å oppnå nullvekstmålet og målet om å bli et lavutslippssamfunn sier de nasjonale forventningene at det ”krever at vi tar i bruk sterkere virkemidler enn vi har gjort til nå”

(Kommunal- og moderniseringsdepartementet 2015b, s. 13). St. Olavs Hospital i Trondheim var et slikt virkemiddel. Nå har staten mulighetene til å gjøre nesten nøyaktig det samme i Stavanger, men velger altså å ikke gå for samme oppskrift som dette ”forbildet”. Spørsmålet som reiser seg herfra blir da:

Hvis man ikke klarer å lokalisere et av de viktigste samfunnspåvirkende byggene i regionen på riktig sted ut fra mål om bærekraftig areal- og transportutvikling, når skal vi da gjøre det? Skal man nå nullvekst- og lavutslippssamfunns målet må det etter min mening først starte med at staten klarer å oppfylle egne mål.

Kilder

- Algard, A. (2015). *Sykehus på Ullandhaug en tabbe*: Aftenblandet. Tilgjengelig fra: <http://www.aftenbladet.no/meninger/debatt/Sykehus-pa-Ullandhaug-en-tabbe-3774789.html> (lest 14.01.2016).
- Amdam, R. (2001). *Territoriell og sektoriell samfunnsplanlegging - mot ei todeling?*: Høgskulen i Volda og Møreforskning Volda. Tilgjengelig fra: http://www.hivolda.no/neted/upload/attachment/site/group24/Notat_5_2001.pdf (lest 15.04.2016).
- Askheim, O. G. A. & Grenness, T. (2008). *Kvalitative metoder for markedsføring og organisasjonsfag*. Oslo: Universitetsforl.
- Asplan Viak. (2015). *Transportanalyse, alternativ lokalisering av Stavanger universitetssykehus*. Stavanger: Helse Stavanger HF. Tilgjengelig fra: http://www.helse-stavanger.no/no/OmOss/sykehusutbygging/Documents/Horingsrapporten/Vedlegg/Tra nsportanalyse alternativ lokalisering av Stavanger univeritetssykehus_sluttrapport_02.pdf (lest 06.04.2016).
- Aven, T., Njå, O., Boyesen, M., Olsen, K. H. & Sandve, K. (2004). *Samfunnssikkerhet*: Universitetsforlaget. 304 s.
- Braut, G. S. (2015). *helseforetak*: Store norske leksikon. Tilgjengelig fra: <https://sml.snl.no/helseforetak> (lest 07.03.2016).
- Deloitte. (2015). *Kvalitetssikringsrapport*. Tilgjengelig fra: http://www.helse-vest.no/no/OmOss/Styret/Styresaker/Documents/2015/22.12.2015/Sak_12815_Vedlegg_3_-_KSK-rapport.pdf (lest 29.04.2016).
- Finansdepartementet. (2014). *Hva er KS-ordningen?* Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/Hva-er-KS-ordningen/id2001422/> (lest 25.02.2016).
- Halvorsen, K. (2003). *Å forske på samfunnet : en innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. 4. utg. Oslo: Cappelen akademisk forl.
- Helse Stavanger HF. (2012). *Utviklingsplan for Helse Stavanger HF*. Tilgjengelig fra: http://www.helse-stavanger.no/no/OmOss/styret/Documents/2012/2012-09-26/Styresak_081_12_B_-_Utviklingsplan_for_Helse_Stavanger_HF.pdf (lest 04.04.2016).
- Helse Stavanger HF. (2013). *Idéfaserapport*. Tilgjengelig fra: http://www.helse-vest.no/no/OmOss/Styret/Styresaker/Documents/2013/02.10.2013/Sak_10013_B_Vedlegg_1_-_Idefaserapport_Projekt_sjukehusutbygging,_Helse_Stavanger_HF.pdf (lest 27.03.2016).
- Helse Stavanger HF. (2014). *Vurdering av ulike tomtealternativer*. Tilgjengelig fra: http://www.helse-stavanger.no/no/OmOss/sykehusutbygging/Documents/Areal_og_vurdering_av_tomtealternativer.pdf (lest 27.03.2016).
- Helse Stavanger HF. (2015). *Sykehusutbygging Helse Stavanger HF. Konseptrapport til høring*. Tilgjengelig fra: http://www.helse-stavanger.no/no/OmOss/sykehusutbygging/Documents/Horingsrapporten/Konseptrapport_h%C3%B8ring_Helse_Stavanger.pdf (lest 21.02.2016).
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2014). *Ofte stilte spørsmål*. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/innsikt/nokkeltall-og-fakta---ny/ofte-stilte-sporsmal/id534086/> (lest 07.03.2016).
- Helseforetaksloven. (2002). *Lov om helseforetak m.m. (helseforetaksloven)*: Helse- og omsorgsdepartementet.

- Jacobsen, D. I. (2015). *Hvordan gjennomføre undersøkelser? : innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. 3. utg. Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Johannessen, A., Christoffersen, L. & Tuft, P. A. (2011). *Forskningsmetode for økonomisk-administrative fag*. 3. utg. Oslo: Abstrakt forl.
- Kommunal- og moderniseringsdepartementet. (2013). *Faglig råd for bærekraftig utvikling*. Tilgjengelig fra: https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/md/2013/sluttrapport_byradet.pdf?id=2203514 (lest 19.03.2016).
- Kommunal- og moderniseringsdepartementet. (2014). *Nye retningslinjer for bolig-, areal- og transportplanlegging*. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/Nye-retningslinjer-for-bolig--areal--og-transportplanlegging/id2001851/> (lest 27.02.2016).
- Kommunal- og moderniseringsdepartementet. (2015a). *Juryvurdering av attraktiv by 2015*. Tilgjengelig fra: https://www.regjeringen.no/no/tema/kommuner-og-regioner/attraktiv_by/juryvurdering-av-prisen-for-attraktiv-by-2015/id2414908/ (lest 01.04.2016).
- Kommunal- og moderniseringsdepartementet. (2015b). *Nasjonale forventninger til regional og kommunal planlegging*. Tilgjengelig fra: https://www.regjeringen.no/contentassets/2f826bdf1ef342d5a917699e8432ca11/nasjonale_forventninger_bm_ny.pdf (lest 27.02.2016).
- Kompetansenettverk for sykehusplanlegging. (2011). *Tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter*. Oslo: Helsedirektoratet. 55 s.
- Kvorning, J. (2012). *Bæredygtige forstæder*: Forstædernes tænketank. 152 s.
- Langeland, J. L. (2015, 03.01). *Kunsten å feil-lokalisere sykehus*. *Adresseavisen*. Meld. St. 26. (2012-2013). *Nasjonal transportplan 2014-2023*. Oslo: Samferdselsdepartementet.
- Miljøverndepartementet & Statsbygg. (2009). *Statlig lokalisering og god by- og stedsutvikling. Gode eksempler*. Tilgjengelig fra: https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/md/vedlegg/rapporter/statlig_lokalisering_0809.pdf (lest 27.03.2016).
- Næss, P. (1997). *Fysisk planlegging og energibruk*. Oslo: Tano Aschehoug. 284 s.
- Næss, P. (2004). *Bedre utforming av store offentlige investeringsprosjekter*. Trondheim: NTNU. Tilgjengelig fra: https://www.ntnu.no/documents/1261860271/1262010703/Concept_9_Bedre_utforming.pdf (lest 24.04.2016).
- Næss, P. (2011). *Lokalisering av arbeidsplasser og bolig*: Universitetet i Aalborg. Tilgjengelig fra: [http://www.tiltakskatalog.no/a-1-2.htm - top](http://www.tiltakskatalog.no/a-1-2.htm-top) (lest 18.01.2016).
- Pettersen, I. J. & Nyland, K. (2008). *Mellom politikk og marked - om styringsutfordringer i statlige helseforetak*: MAGMA. Tilgjengelig fra: <https://www.magma.no/mellom-politikk-og-marked-om-styringsutfordringer-i-statlige-helseforetak> (lest 07.03.2014).
- Plan- og bygningsloven. (2008). *Lov 27 juni 2008 nr. 71 om planlegging og byggesaksbehandling (plan- og bygningsloven)*: Kommunal- og moderniseringsdepartementet.
- Rogaland Fylkeskommune. (2013). *Regionalplan for Jæren 2013-2040*: Rogaland fylkeskommune. 70 s.
- Rogaland Fylkeskommune. (2015). *Bussveien*. Tilgjengelig fra: <http://www.rogfk.no/Vaare-tjenester/Samferdsel/Bypakke-Nord-Jaeren/Hva-faar-du/Bussveien> (lest 25.04.2016).
- SPR-BATP. (2014). *Statlige planretningslinjer for samordnet bolig-, areal- og transportplanlegging*. Oslo: Kommunal- og moderniseringsdepartementet. 3 s.

- Stavanger kommune. (2015a). *Kommuneplan for Stavanger 2014-2029*: Stavanger kommune. Tilgjengelig fra: http://www.stavanger.kommune.no/Documents/Kommuneplan/Kommuneplan_14-29/Godkjent_plan/Kommuneplan_2014-29_lavoppl%C3%B8selig.pdf (lest 03.02.2016).
- Stavanger kommune. (2015b). *Nytt sykehus på Nord-Jæren. Vurdering av lokaliseringalternativenes konsekvenser for byutviklingen*. Tilgjengelig fra: http://www.helse-stavanger.no/no/OmOss/sykehusutbygging/Documents/Horingsrapporten/Konsekvens_vurdering_Stavanger_kommune.pdf (lest 29.03.2016).
- Torp, C. (1996). *Fører økt framkommelighet i byer til trafikkvekst?* Oslo: Naturvernforbundet. Tilgjengelig fra: http://naturvernforbundet.no/getfile.php/Dokumenter/Rapporter_og_faktaark/2000-1992/1996-06_f%C3%B8rer_%C3%B8kt_framkommelighet_i_byer_til_trafikkvekst.pdf (lest 02.04.2016).
- Weber, M. & Østerberg, D. (1971). *Makt og byråkrati : essays om politikk og klasse, samfunnsforskning og verdier*. Studiefakkell, b. S30. Oslo: Gyldendal.
- Yin, R. K. (2009). *Case study research: design and methods*. 4. utg. Thousand Oaks, California: Sage.
- Aarsæther, N., Falleth, E., Nyseth, T. & Kristiansen, R. (2012). *Utfordringer for norsk planlegging*. Kristiansand: Cappelen Damm Høyskoleforlaget. 336 s.

Vedlegg: intervjuguide

Spørsmål:

Oppgaven min handler som jeg sa i mailen om lokaliseringsvalget sett i forhold til byutviklingshensyn (med fokus på areal- og transportplanlegging), samt prosessen frem til beslutningen og hvordan ulike faktorer blir vektlagt og ivaretatt. Ut fra dette ønsker jeg først og fremst å spørre deg om:

- Hva synes du om valget av sykehuslokaliseringen, er du fornøyd?
- Hva synes du er det beste/verste med at det plasseres her?

Nullvekst i biltrafikk er et nasjonalt mål som vektlegges tungt, og Stavanger har i dag en stor andel privatbilførere. Ut fra transportanalysen som ble utredet av Asplan Viak kom det frem at Våland var det lokaliseringsvalget som kom best ut med tanke på dette. Dette var bl.a. på grunn av plasseringen i regionen og nærheten til hoved-kollektivtraseer. Ullandhaug (og Stokka) kom vesentlig dårligere ut i transportanalysen.

- Med dette lurer jeg på om du synes at bærekraftige miljøhensyn (med tanke på areal- og transportutvikling) kunne blitt/ eller burde blitt vektlagt tyngre i prosessen?
- Hvordan ville du rangert bærekraftig areal- og transportutvikling versus synergieffekter, forskning og innovasjon innenfor helse- og omsorg? Hvilke hensyn er viktigst i valget av lokalisering?

Prosessten i dette prosjektet har vært både lang, omfattende og foregått i ulike nivåer i samfunnet, hvor helsesektoren har stått for det endelige valget av lokalisering:

- Kan du kort fortelle meg hvordan du synes samarbeidet mellom sektorene har vært (hvordan du opplever at det har fungert) i dette konkrete prosjektet? Har for eksempel helse-, miljø- og finanssektoren hatt god kommunikasjon, og har det oppstått noen nevneverdige interessekonflikter i prosessen?
- Det endelige valget av lokalisering ligger altså til helsesektoren. Med tanke på at sykehuset vil ha en stor effekt på samfunnet; er du enig i at beslutninger bør ligge til én sektor?
- Er det en mulighet at Ullandhaugalternativet har vært en favoritt (i helsesektoren) fra starten av?
- Hvilke hensyn tror du har blitt vektlagt mest (hva som var det gjennomslående argumentet for valget), og hvordan har det blitt sørget for at nasjonale mål og rikspolitiske retningslinjer (for samordna bolig-, areal- og transportplanlegging) blir ivaretatt?



Norges miljø- og biovitenskapelig universitet
Noregs miljø- og biovitenskapelige universitet
Norwegian University of Life Sciences

Postboks 5003
NO-1432 Ås
Norway