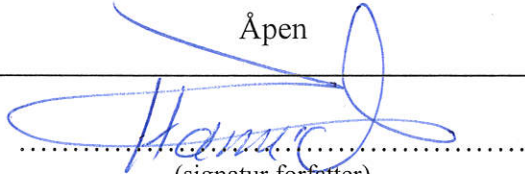




Universitetet  
i Stavanger

DET TEKNISK-NATURVITENSKAPELIGE FAKULTET

## MASTEROPPGAVE

Studieprogram/spesialisering: Master i Teknologi/Siv.ing - Byplanlegging	Vår, 2017  Åpen
Forfatter: Abd EL Hamid Ibrahim	 (signatur forfatter)
Fagansvarlig: Daniela Müller-Eie Veileder(e): Daniela Müller-Eie	
<b>Tittel på masteroppgaven:</b> Nullvekstmålet og lokalisering av publikumsrettede offentlige virksomheter: Relokalisering av Stavanger universitetssykehus  <b>Engelsk tittel:</b> The Zero Growth Target and Localization of Public-Intensive Building: Relocation of Stavanger University Hospital	
Studiepoeng: 30 studiepoeng	
Emneord: Nullvekstmålet, bærekraftig byutvikling, reisemiddelfordeling, lokalisering av publikumsrettede offentlige virksomheter, helhetlig planlegging, tverrsektorielle interesser, medvirkning, maktrelasjoner.	Sidetall: 81 + Forside  Stavanger, 24.06.2017 dato/år



## **Forord**

Denne masteroppgaven er skrevet i vårsemesteret 2017, og den markerer avslutningen på min toårige masterutdanning byplanlegging ved Universitet i Stavanger (UIS).

Det har vært en krevende og lærerik prosess å skrive denne oppgaven, som har gitt meg en dypere faglig forståelse for utfordringene knyttet til byplanlegging og samfunnsplanlegging.

Det er mange som fortjener takk for støtte og bidrag til motivasjon og fremdrift gjennom hele prosessen.

Takk til førsteamanuensis Daniela Müller-Eie ved Universitet i Stavanger for god veiledning og konstruktive tilbakemeldinger.

Takk til min arbeidsgiver Statens vegvesen og min seksjonsleder Franka Regina Haussler for uvurderlig bistand.

Takk til min gode venn Andreas Høy Knudsen for å ha tatt seg tid å lese korrektur.

Sist men ikke minst en stor takk til min kone Rawan og mine to barn Lorin og Miran som har måttet tåle en travel pappa gjennom hele våren.

Stavanger, Juni 2017

Abd EL Hamid Ibrahim

## Sammendrag

Som ledd i arbeidet med utvikling av miljøvennlig areal- og transportinfrastruktur, stilles det fra nasjonalt hold krav om at offentlige publikumsrettede virksomheter, eksempelvis sykehus, skal lokaliseres i områder som bidrar til å oppnå transportsektorens nullvekstmål. Nullvekstmålet går ut på at persontransportveksten i de store byområdene skal tas med kollektivtransport, gange og sykling. I denne masteroppgaven har dette vært valgt som tema. Oppgaven har tatt for seg konseptfasen for lokalisering av et nytt Stavanger universitetssykehus, med følgende problemstilling:

*Hvordan er nullvekstmålet ivaretatt ved valg av lokalisering for Stavanger universitetssykehus?*

Metodene som er brukt i oppgaven, er basert på kvalitative metoder, der det ble utført et casestudie basert på dokumentanalyse og et utvalg av journalistiske publikasjoner.

Evalueringen av konseptfasen i lys av nullvekstmålet er basert på rammer og føringer gitt i Nasjonal transportplan, statlige planretningslinjer for samordnet bolig-, areal- og transportplanlegging, Regionalplan for Jæren og byutviklingsstrategien for Stavanger. For å gi en helhetlig vurdering av lokaliseringsspørsmålet søker oppgaven i tillegg de mulige begrunnelsene for lokaliseringsvalget. Derfor har konseptfasen og planutfallet i tillegg vært vurdert i lys av det norske plansystemet og i lys av etablerte teorier innenfor samfunnsplanlegging, deriblant teorier om planlegging i møte med instrumentell rasjonalitet, kommunikativ rasjonalitet og maktens rasjonalitet.

Gjennomgangen og evalueringen av konseptfasen har vist at nullvekstmålet i liten grad har vært ivaretatt ved valg av sykehuslokalisering. Dokumentanalysen har vist at lokaliseringsvalget innebærer en relokalisering av dagens sentrumsnære sykehus på Våland til Ullandhaugområdet, som er preget av fragmentert utvikling med lav befolkningstetthet, har mindre gunstige forhold for kollektivreiser, gange og sykling, samt ligger utenfor senterstrukturen, noe som kan bidra til byspredning.

Bekgrunnen for lokaliseringsvalget kan oppsummeres med at de ulike involverte aktørene har manglet en felles forståelse for oppgaven. I tillegg er lokaliseringsvalget basert på uhensiktsmessige vurderingskriterier, der nullvekstmålet og byutviklingsinteresser kun har veid 10 prosent av den totale vurderingen. Det har videre vært mangel på optimal medvirkning og mangel på helhetlig planleggingstilnærming i konseptfasen. I tillegg har det faktum at konseptfasen har fulgt Helsedirektoratets planleggingsveileder «Tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter», bidratt til å fremme helsesektorens egne interesser på bekostning av andre hensyn. Dette har skjedd ved at beslutningsmakten i tråd med planleggingsveilederen ble overført til det regionale helseforetaket, som ikke er et folkevalgt organ. En slik praksis mangler forankring i det norske plansystemet, som er utformet for å styrke lokaldemokratiet.

# Innhold

<b>1 Innledning</b> .....	5
1.1 Introduksjon og tema .....	5
1.2 Problemstilling.....	7
1.3 Bakgrunn for oppgaven .....	7
1.4 Avgrensning.....	8
1.5 Oppbyggingen av oppgaven .....	9
<b>2 Metode</b> .....	10
2.1 Forskningsstrategi.....	10
2.2 Metodevalg .....	10
2.2.1 Casestudie .....	11
2.3 Innsamling av data.....	12
2.3.1 Dokumenter.....	13
2.3.2 Journalistiske publikasjoner .....	13
2.3.3 Kart .....	14
2.4 Vurdering av relabilitet og validitet.....	14
<b>3 Nullvekstmålet og sykehuslokalisering.</b> .....	15
3.1 Teoretisk perspektiv på nullvekstmålet .....	15
3.2 Nasjonale, regionale, og lokale føringer for lokalisering av sykehus. ....	17
3.2.1 Statlige planretningslinjer for samordnet bolig-, areal- og transportplanlegging.....	18
3.2.2 Regionalplan for Jæren 2013 - 2040.....	18
3.2.3 Byutviklingsstrategi for Stavanger kommune 2014 - 2029 .....	22
3.3 Hva bør sykehuslokaliseringen ideelt ta hensyn til? .....	23
<b>4 Konseptfasen for lokalisering av Stavanger universitetssykehus.</b> .....	25
4.1 Innledning .....	25
4.2 Prosjektutløsende faktorer for planarbeidet.....	26
4.3 Planens mål.....	29
4.4 Gjennomførte analyser og utredninger .....	32
4.4.1 Transportanalysen.....	32
4.4.2 Konsekvensvurdering av lokaliseringalternativene. ....	39
4.4.3 Samlokalisering med Universitet i Stavanger.....	46
4.4.4 Kostnader og økonomiske vurderinger. ....	48
4.5 Vurderingskriteriene for lokaliseringstilvalget. ....	50
4.6 Planmodell: Tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter.....	53

4.7 Planprosessen.....	58
4.7.1 Medvirkning, høring og aktørenes roller.....	58
4.7.2 Aktørenes standpunkt, interessekonflikter og maktrelasjoner .....	61
<b>5 Nullvekstmålet i konseptfasen: Hvorfor? .....</b>	<b>67</b>
5.1 Nullvekstmålet er i liten grad ivaretatt ved valg av løsning .....	67
5.2 Mulige begrunnelser for lokaliseringsvalget .....	69
5.2.1 Manglende fellesforståelse for oppgaven og uhensiktsmessige vurderingskriterier .....	69
5.2.2 Helsedirektoratets planleggingsveileder motvirker ivaretagelse av tverrsektorielle interesser.....	70
5.2.3 Ingen optimal medvirkning og mangel på helhetlig planprosess.....	71
5.2.4 Interessebeslutning og uhensiktsmessig maktbruk .....	72
<b>6 Konklusjon.....</b>	<b>75</b>
<b>7 Referanser .....</b>	<b>76</b>

# 1 Innledning

## 1.1 Introduksjon og tema

Lokaliseringen av et nytt Stavanger universitetssykehus har vært et viktig og samfunnsaktuelt tema for storbyområdet på Nord-Jæren de siste årene. Universitetssykehuset er et viktig regionalt målpunkt, og en viktig arbeids- og besøksintensiv virksomhet med stor påvirkningskraft på areal- og transportutvikling i regionen. Et viktig spørsmål som derfor har blitt stilt opp gjentatte ganger har vært hvordan et nytt sykehus kan imøtekomme klimamålsettinger og nullvekstmålet for personbiltrafikken.

Nullvekstmålet ble for første gang omtalt i transportetatens forslag til nasjonal transportplan (NTP 2014-2023), og er definert som (Statens vegvesen og Jernbanedirektoratet, 2017, s. 8):

*«Persontransportveksten i de store byområdene skal tas med kollektivtransport, sykling og gåing».*

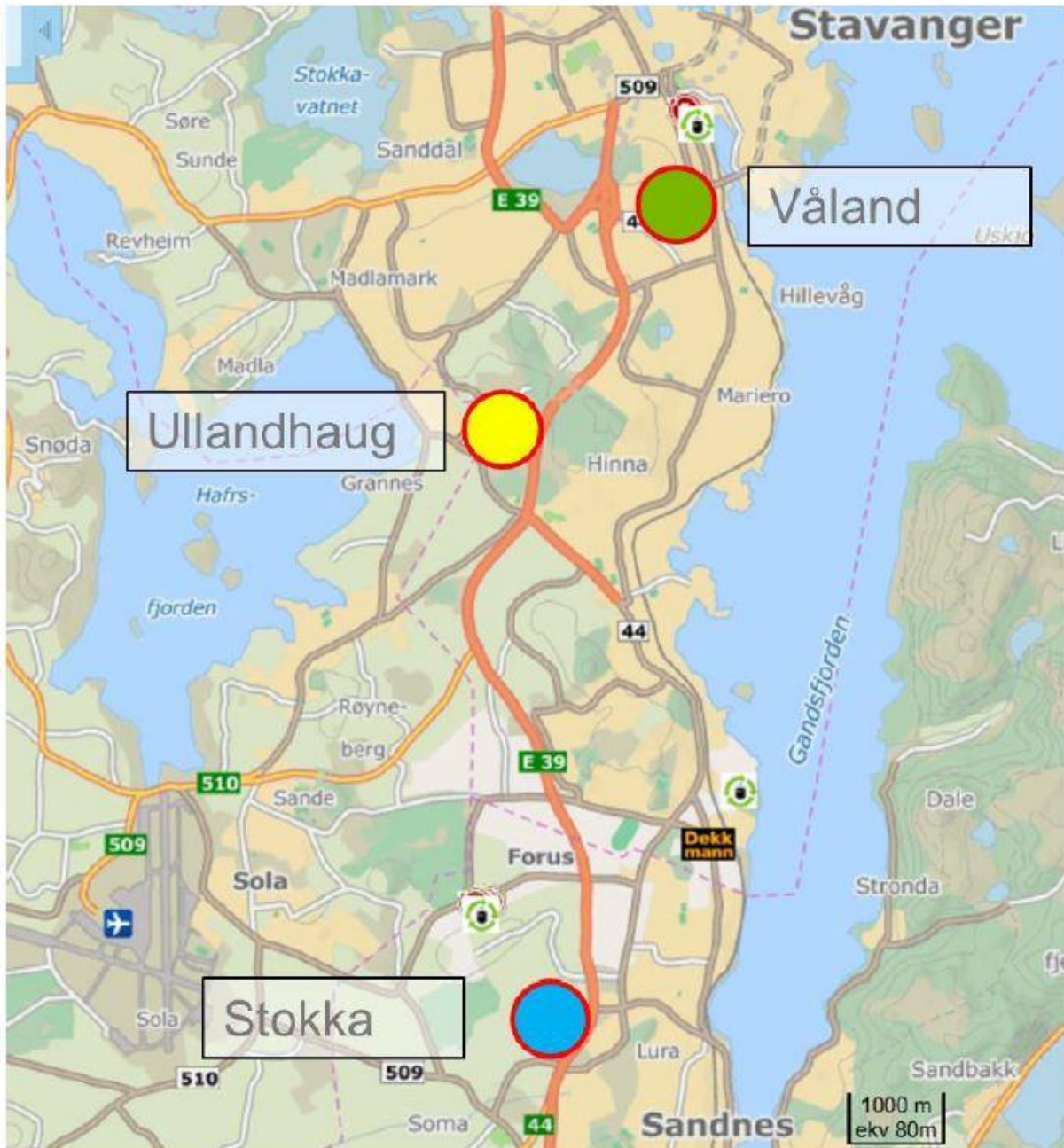
Målet om nullvekst i fremtidig personbiltransport, som representerer et relativt nytt trendbrudd i norsk transportplanlegging, er i realiteten et resultat av arbeidet med bærekraftig byutvikling og samordnet av areal- og transportplanleggingen. Nullvekstmålet er nå videreført og nedfelt i gjeldende nasjonal transportplan for perioden 2018-2029, som en overordna nasjonal føring for planlegging og utvikling av transportinfrastrukturen i de ni største byområdene i Norge, blant dem storbyområdet Stavanger. (Avinor, Jernbaneverket, Kystverket, Statens vegvesen, 2016).

I denne masteroppgaven vil jeg derfor ha en gjennomgang og evaluering av konseptfaseplanen for lokalisering av et nytt Stavanger universitetssykehus, med mål om å kartlegge og vurdere hvordan nullvekstmålet har vært ivaretatt ved valg av lokaliseringskonsept. Videre vil jeg forsøke å gjøre finne ut mulige begrunnelse for lokaliseringsbeslutningen basert på planlegging i et helhetlig samfunnsperspektiv.

Konseptfaseplanen ble gjennomført i regi av Helse Stavanger HF, der tre alternative lokaliseringer ble vurdert for Stavanger universitetssykehus (Helse Stavanger HF, 2015). To av lokaliseringskonseptene lå i Stavanger kommune på Våland og Ullandhaug, mens det tredje lå på Stokka i Sandnes kommune, som vist i figur 1 i neste side. Våland-alternativet skiller seg ut ved at konseptet bygger på oppgradering og videreutvikling av dagens eksisterende og sentrumsnære sykehus.

Lokaliseringskonseptene på Ullandhaug og Stokka omfatter derimot helt nye sykehusbygg, og innebærer en relokalisering av dagens sykehus. Konseptfasen for lokalisering av et nytt Stavanger universitetssykehus ble avsluttet, hvor Ullandhaugkonseptet ble valgt som endelig lokalisering, etter enstemmig vedtak fra styret i Helse Stavanger HF i november 2015 (Terjesen & Jåsund, 2015), og

styret i Helse Vest HF i desember 2015 (Gundersen, 2015b). Dette innebærer å flytte dagens sykehus fra Våland til Ullandhaug. Lokaliserings-konseptet på Ullandhaug fikk også støtte fra helse- og omsorgsminister under et møte på Sola den 11 januar 2016 (GUNDERSEN , 2016).



FIGUR 1: LOKALISERINGSALTERNATIVENES BELIGGENHET I BYOMRÅDET MELLOM STAVANGER OG SANDNES (ASPLAN VIAK AS, 2015, S.5).

Ved gjennomgangen og evalueringen av denne konseptfasen vil jeg prøve å sette fokus på både planinnholdet og planprosessen. Dette for å få en mest mulig helhetlig vurdering av lokaliseringsspørsmålet.

Planinnholdet vil bli evaluert i lys av overordna nasjonale, regionale og lokale føringer, som i tillegg til nullvekstmålet omfatter blant annet de statlige planretningslinjene for samordnet bolig-, areal- og



transportplanleggingen, Regionalplan for Jæren (2013-2040) og byutviklingsstrategien for Stavanger kommune (2014 – 2029). Sentrale elementer som vil bli gjennomgått og evaluert er planens utløsende faktorer, planens mål, gjennomførte utredninger og analyser under planarbeidet, samt vurderingskriteriene for lokaliseringsvalget. Målet er å finne ut i hvilken grad nullvekstmålet har vært en viktig forutsetning for valg av lokaliseringskonsept.

I tillegg til planinnholdet vil jeg forsøke å evaluere den valgte Helseledningsmodell, som oppdragsgiveren Helse Stavanger HF la til grunn for gjennomføring av planen. Planmodellen vil bli evaluert i lys av det norske plansystemet og planstrukturen. Målet er å finne ut hvilken betydning modellens rammebetingelser, struktur og styringssystemer har hatt for valg av lokaliseringskonseptet, og hvilke forutsetninger planarbeidet har vært underlagt for å sikre tverrsektorille samfunns mål, som blant annet omfatter nullvekstmålet.

Til slutt vil jeg gjennomgå planprosessen med særlig fokus på medvirkning, sentral-aktørens rolle, og eventuelle maktrelasjoner, hvor målet er å identifisere og gi beskrivelse av prosessrelaterte forhold som har påvirket beslutningen og valget av den «endelige» lokaliseringen for Stavanger universitetssykehus. Planprosessen vil bli evaluert i lys av den kommunikative planleggingstilnærmingen og teorier om planlegging i møte med maktens rasjonalitet.

## 1.2 Problemstilling

Målet med denne masteroppgaven er å evaluere hvordan nullvekstmålet har preget lokaliseringsvalget ved konseptfaseplanen til nye Stavanger universitetssykehus.

Den valgte problemstilling:

**Hvordan er nullvekstmålet ivaretatt ved valg av lokalisering for Stavanger universitetssykehuset?**

## 1.3 Bakgrunn for oppgaven

Denne oppgaven og problemstillingen er hovedsakelig valgt på grunn av faglig relevans. I løpet av masterprogrammet i byplanlegging ved universitetet i Stavanger, har jeg lært mye om ulike teorier og planleggingstilnæringer for utvikling av bærekraftige byer og bærekraftig transportinfrastruktur, som har til hensikt å takle klimautfordringene vi står overfor. Jeg har også lært mye om ulike teoretiske perspektiver på samfunnsplanlegging, og om hvilke effekter de ulike perspektivene har på beslutninger og planutfall. Denne masteroppgaven er en mulighet til å ta i bruk det jeg har lært på et konkret case, som her er konseptfasen for lokaliseringen av et nytt Stavanger Universitetssykehus.

Både nullvekstmålet og lokaliseringsspørsmål for offentlige publikumsintensive virksomheter (eksempelvis sykehus) er samfunnsaktuelle tema på den planfaglige og politiske dagsorden, og er relevante for mine arbeidsoppgaver som vegplanlegger og planprosessleder hos Statens vegvesen, hvor jeg har vært ansatt siden 2010.

I tillegg til faglig relevans er oppgaven også valgt av personlig interesse. Sykehusplanen har vært tett fulgt opp av lokalmedia, og den har gitt rom for utveksling av ulike faglige og personlige synspunkter. Jeg har i likhet med mange andre innbyggere i Stavanger og regionen for øvrig, fulgt denne planen i ulike sammenhenger. Sykehuslokaliseringen er en viktig del av utviklingen i Nord-Jæren, og berører og engasjerer mange, blant annet meg.

#### 1.4 Avgrensning

Denne masteroppgaven er tematisk avgrenset til å gjelde bærekrafts- og klimaføringer knyttet til nullvekstmålet for personbiltransporten, med hovedfokus på samordnet areal- og transportplanlegging.

Tidsmessig er oppgaven avgrenset til å gjelde kun konseptfaseplanen for lokaliseringen av et nytt Stavanger universitetssykehus, som startet i juni 2013, og ble avsluttet i desember 2015.

Denne tidsmessige avgrensningen skaper utfordringer ved evalueringsarbeidet, fordi nullvekstmålet ikke var blitt innført som en overordna føring, når konseptfasen startet. Nullvekstmålet ble først lansert i transportetatens forslag til NTP 2014-2023, mens konseptfasen for lokalisering av Stavanger universitetssykehus pågikk. Samtidig finner jeg behov for understreke at nullvekstmålet et resultat av et langvarig arbeid for reduksjon av transportsektorens klimagassutslipp, utvikling av bærekraftige byer, og samordning av areal- og transportplanleggingen. For å håndtere denne utfordringen vil derfor problemstillingen i denne oppgaven ble vurdert i lys av at nullvekstmålet er et resultat av målet om bærekraftig byutvikling.

Bakgrunnen for avgrensningen er at jeg finner det hensiktsmessig av hensyn til å ha et overkommelig evalueringsomfang innenfor den tilgjengelige tidsrammen (i underkant av fem måneder), som jeg har for gjennomføringen av masteroppgaven. Denne avgrensningen vil imidlertid kunne medføre at jeg går glipp av viktig og relevant informasjon for problemstillingen i denne oppgaven. Særlige fordi lokaliseringsspørsmålet for sykehuset har en lengre historie og et mer omfattende informasjonsgrunnlag enn det evaluering av konseptfasen alene vil gi mulighet til.

Videre vil jeg hovedsakelig under gjennomgangen og evalueringen av konseptfasen ha et planfaglig perspektiv på problemstillingen, mens beslutningstakere ideelt vil måtte ta hensyn til et langt mer

helhetlig og nyansert samfunnsperspektiv, som blant annet vil omfatte forhold og interesser knyttet til helsefag, samfunnsøkonomi, utvikling av næringslivet, politikk, osv. At evalueringen av sykehusplanen kun vil være basert på et planfaglig perspektiv, vil derfor representere en svakhet i oppgaven.

Denne masteroppgaven er også metodisk avgrenset til å være basert på innholdsanalyse av dokumenter i en casestudie, noe som vil kunne svekke validiteten i studiet.

### 1.5 Oppbyggingen av oppgaven

I tillegg til referanser og sammendrag består denne masteroppgaven av seks kapitler. I innledningskapittelet vil konseptfaseplanen, oppgavens tema, problemstilling, bakgrunn, avgrensning og oppbygging bli presentert. Kapittel to vil omhandle forskningsstrategien og metodene som er brukt for å besvare problemstillingen. I tredje kapittel presenteres nullvekstmålet i et teoretisk perspektiv. I tillegg til nullvekstmålet vil dette kapitlet omfatte en presentasjon av andre relevante forutsetninger og rammer for besvarelse av problemstillingen. Kapittel fire vil inneholde dokumentanalyse, gjennomgang og evaluering av konseptfasen. I dette kapittelet vil også relevant teori bli presentert, og puttet inn i teksten direkte der det er relevant. Dette er gjort i et forsøk på å oppnå bedre flyt og gjøre rapporten mer levende. I Kapittel fem vil resultatene fra dokumentanalysen og evalueringen bli drøftet og konkludert videre opp mot teorien som er brukt i oppgaven. Avslutningsvis vil konklusjonen bli presentert i kapittel seks.

I denne masteroppgaven vil Jeg-formen (første persons synvinkel) ikke bli brukt, unntatt i innledningskapittelet.

## 2 Metode

### 2.1 Forskningsstrategi

I samfunnsvitenskapen er det utviklet en rekke forskningsstrategier, som gir et sett av prosedyrer for å besvare et forskningsspørsmål (Blaikie, 2010). Blaikie definerer fire forskningsstrategier:

- Induktive.
- Deduktive.
- Retroduktive.
- Abduktive.

Denne oppgaven benytter den deduktive forskningsstrategien, da den er ansett som mest hensiktsmessig. Den deduktive forskningsstrategien bygger i større grad på arbeid gjort av andre forskere, og den er karakterisert ved at utledning av empiri og resultater er basert på støtte fra etablerte teorier (Almås, 1990).

Oppgaven forholder seg teorinært. Resultatene vil hovedsakelig vurderes i lys av etablerte teorier og rammebetingelser innenfor samfunnsplanlegging og bærekraftig byutvikling spisset mot målsettingen om nullvekst i all fremtidig personbiltransport.

Valget av den deduktive forskningsstrategien er i tillegg gjort ut fra at man som student uten erfaring fra forskningsarbeid reduserer sjansen for å gå seg vill i ulike muligheter for tolkning. Dette hensynet er også i tråd med Almås (1990) sin beskrivelse av strategien.

### 2.2 Metodevalg

Valg av forskningsmetode er avhengig av problemstillingen, som forskningen skal besvare. Begrepet metode er definert som:

*«En systematisk måte å undersøke virkeligheten på. .... Gjennom bruk av ulike metoder kan vi forbedre og skjerpe våre oppdagelsesevne slik at vi kan se årsakene bak hendelser, meninger bak handlinger.» (Halvorsen, 2002, s. 13).*

I denne oppgaven vil planen for lokalisering av et nytt Stavanger universitetssykehus bli gjennomgått og evaluert i lys av nullvekstmålet for personbiltransporten. Evalueringen vil i tillegg identifisere mulige begrunnelser for lokalisingsvalget basert på etablerte beslutningsmodeller innenfor samfunnsplanlegging. Almås (1990) definerer evaluering som en systematisk datainnsamling med den hensikt å analysere virkningen av et forsøk på å skape endring på et gitt område. Metodene som velges i denne oppgaven vil være basert på kvalitative metoder, hvor det vil bli utført en casestudie

basert på dokumentanalyse. Dokumentanalysen bygger videre på tidligere gruppearbeid utført sammen med andre studenter i løpet av masterprogrammet.

Kvalitative metoder er mye brukt innen både samfunnsvitenskapelig og naturvitenskapelig forskning, hvor metodene handler om å samle inn og bearbeide data med sikte på å få frem intensjoner og mønstre i sosiale sammenhenger (Almås, 1990, s. 57). Metodene har både styrker og svakheter, alt etter hva man ønsker å innhente kunnskap om. Det er derfor valg av metode må settes i sammenheng med hva man ønsker å oppnå med forskningen. Et kjennetegn ved kvalitativ metode er at man får mulighet til å innhente informasjon fra et begrenset utvalg av enheter, for så å gå dypere inn i disse, blant annet ved å analysere tekster.

Formålet med denne oppgaven er å studere lokaliseringsplanen for Stavanger universitetssykehus, med den hensikt å få et dypere innblikk i planen. I oppgaven vil det derfor bli brukt en kvalitativ tilnærming basert på dokumentanalyse for innsamling av empirisk materiale, noe som anses som hensiktsmessig for besvarelse av problemstilling.

### 2.2.1 Casestudie

Kvalitative forskningsmetoder gjør ofte bruk av casestudier, som kan defineres som følger:

*«En empirisk studie, som undersøker et fenomen innenfor dets virkelige og naturlige kontekst, når grenseflaten mellom fenomen og kontekst ikke er selvinnlysende klar, og hvor det brukes mange datakilder» (Yin gjengitt i Gotvassli, 1999, s. 15).*

Ved bruk av casestudier som forskningsstrategi går forskeren inn i dybden på et case for å hente inn mest mulig data. Essensen av casestudier er at de prøver å kaste lys over en beslutning eller et valg (Schramm gjengitt i Yin, 2014, s. 15). Dette er med andre ord i tråd med essensen i denne oppgaven, der hensikten er å belyse hvordan nullvekstmålet er ivaretatt ved valg av lokalisering for Stavanger Universitetssykehus. I tillegg vil casestudier blant annet (Yin, 2014):

- Gi mulighet til å bruke innsamlet data fra dokumenter, intervjuer, og observasjoner;
- Være ofte foretrukket ved studier av nåtidens fenomener;
- Være et foretrukket metoder, når det blant annet blir stilt «hvordan» spørsmål;
- Ha den fordelen at forskeren kan gå i dybden på enheten, for så å komme frem til en detaljert beskrivelser av et fenomen.

Sett i lys av problemstillingen og forskningsspørsmålet «hvordan» i denne oppgaven, hvor hensikten er gå i dybden på sykehusplanen for å beskrive og begrunne valget av sykehuslokaliseringen ut fra

gitte rammer og forutsetninger, er det derfor hensiktsmessig å velge casestudien som metode. Konseptfasen for lokalisering av et nytt Stavanger universitetssykehus foregikk over en lang periode. Prosessen har vært omfattende og kompleks, der tre lokaliseringalternativer ble utredet og vurdert. Underveis i planprosessen har mange aktører vært involvert. Aktørene har representert ulike interesser og hatt ulike ønsker og krav som det har vært utfordrende å håndtere. Planen har videre vært åpen og tilgjengelig for offentligheten, og den etterlater seg et omfattende dokumentgrunnlag, som det er mulig å gjennomgå og analysere. Når man skal analysere og evaluere en slik plan, vil det derfor være mange faktorer å forholde seg til. Dette er i overensstemmelse med Yin (2014) sin beskrivelse for valg av casestudier.

Svakheten med casestudier er knyttet til det generaliserbare, fordi det har vært en oppfatning av at man ikke kan generalisere ut fra en enkel case. Den konvensjonelle oppfatningen av casestudier ble utfordret av Flyvbjerg (2004), som i artikkelen «Five misunderstandings about case-study research» konkluderer:

*«Today, when student and colleagues present me with the conventional wisdom about case study research, for instance, that one cannot generalize on the basis of a single case, or that case studies are arbitrary or subjective – I know what to answer. By and large, the conventional wisdom is wrong or misleading. For the reason give above, the case study is a necessary and sufficient method for certain important research in the social sciences, and it is a method that holds up well when compared to other methods in the gamut of social science research methodology»* (Flyvbjerg, 2004, s. 432).

### 2.3 Innsamling av data

Ved casestudier finnes det mange ulike kilder til datainnsamling. Yin (2014) nevner seks ulike kilder til datainnsamling; dokumenter, arkivrapporter, intervju, direkte observasjon, deltakende observasjon og fysiske objekter (Yin, 2014). Hvor mange av disse som vil være relevante for forskningen er avhengig av forskningsspørsmålet.

I denne oppgaven vil datainnsamlingen hovedsakelig skje ved hjelp av dokumenter. Med dokumenter menes her saksdokumenter fra konseptfasen for lokalisering av et nytt Stavanger universitetssykehus, og andre offentlige dokumenter som er relevante for oppgaven.

Saksdokumentene vil blant annet bestå av konseptvalgrapporten, notater, høringsuttalelser, faglige rapporter, og andre skriftlige spor fra sykehusplanen. En annen datakilde som vil bli brukt, er journalistiske publikasjoner og avisinnlegg. Dette er for å få et bredere datagrunnlag og dermed en bredere forståelse av saken.

### 2.3.1 Dokumenter

Dokumentanalyser er den mest brukte metoden i samfunnsvitenskapelig forskning, og det er nesten umulig å forstille seg empiriske undersøkelser som ikke er basert på dokumenter. (Brinkmann & Tanggaard, 2010). Også Yin (2014) anser dokumenter som en av de aller viktigste kildene til informasjon når man utfører en casestudie (Yin, 2014).

I denne oppgaven er det benyttet en kvalitativ dokumentanalyse. Hensikten har vært å systematisk innhente data og informasjon som er relevant for undersøkelsen. Dokumentene vil blant annet kunne gi informasjon om valgt plantype for sykehusplanen, målsettingen med planarbeidet, hvilke utredninger som er gjort for å oppnå målene, hvilke aktører som har vært involvert og hvilke maktrelasjoner som har eksistert.

Innholdsanalysen av dokumentene vil innebære at man aktivt tolker og reflekterer over det man leser. En generell utfordring med denne metoden er muligheten for å identifisere/verifisere graden av subjektivitet og eventuell modifisering av det skriftlige datamaterialet. Det er derfor metoden gjerne kombineres med andre metoder som dybdeintervjuer og observasjoner. Det har i denne oppgaven ikke vært mulig å gjennomføre dybdeintervjuer av sentrale aktører, noe som innebærer en begrensning i metodevalget som igjen kan representere en svakhet.

Dokumentanalysen vil likevel være et viktig bidrag til å forstå konteksten for lokalisingsvalget. Dokumentene gir mulighet til å belyse problemstillingen bedre, og dette bidrar til at undersøkelsen i større grad kan brukes til å beskrive forskningsspørsmålet.

### 2.3.2 Journalistiske publikasjoner

Sykehusprosjektet har vært fulgt opp av lokale medier i regionen. Et simpelt Google-søk gir en stor mengde treff på avisinnlegg, som blant annet inneholder intervjuer med plan- og helsefaglige eksperter, politikere og andre sentrale private og offentlige aktører.

Et utvalg av relevante avisartikler har vært brukt som en kilde til informasjon i denne oppgaven, med et formål å få en bredere forståelse av lokaliseringsspørsmålet. Avisartiklene er hovedsakelig hentet fra Stavanger Aftenblad, Rogalands Avis og NRK Rogaland.

Informasjonsverdien av journalistiske presentasjoner og fremstillinger er avhengig av kunnskapsnivået og kompetansen til den som skriver, ressursene avisen har, samt vinklingen i omtalen av saken, noe som er avhengig av blant annet den ideologiske plattformen til avisen og journalistens grunnsyn (Almås, 1990). Med bakgrunn i dette vil bruk av avisinnlegg og andre journalistiske fremstillinger som eneste kilde eller hovedkilde til informasjon, være lite

hensiktsmessig. I denne oppgaven vil derfor journalistiske fremstillingene brukes først og fremst som et supplerende bidrag til et helhetsbilde. Dette betyr at i de tilfeller hvor samme informasjon finnes to plasser, altså i både formelle offentlige saksdokumenter og i journalistiske publikasjoner, vil de formelle offentlige saksdokumentene bli brukt som kilde. I tillegg vil innsamling av data fra journalistiske publikasjoner hovedsakelig være basert på troverdige offentlige aktørers og fageksperters egne avisinnlegg eller intervjuer med lokalmedia. Datainnsamling basert på informasjon fra flere mediekkanaler (Stavanger Aftenblad, Rogalands Avis og NRK Rogaland), slik det er gjort i denne oppgaven, vil videre kunne bidra å redusere faren for at vinklingen er preget av en avis sin ideologiske plattform.

Samtidig som det er viktig å ta stilling til informasjonsverdien til journalistiske publikasjoner, er det i denne sammenhengen behov for å peke på pressens rolle i demokratiske og åpne samfunn, hvor pressen kan oppnå fordelaktig tilgang til informasjon om samfunnsviktige spørsmål. Derfor vil innsamling av data fra journalistiske publikasjoner være et verdifullt bidrag til evalueringsarbeidet i denne oppgaven.

### 2.3.3 Kart

I denne oppgaven vil et utvalg av kart fra planens saksdokumenter og andre offentlige dokumenter bli brukt som et supplerende bidrag. Målet er å øke forståelsen og lesbarheten i oppgaven.

## 2.4 Vurdering av relabilitet og validitet

Ved innsamling av data i form av ulike dokumenter og andre skriftlige kilder og materialer, er det viktig å vurdere reliabiliteten og validiteten til dataene. Dette vil kunne sikre et betryggende rammeverk for analysen av innsamlede data. Det er flere typer av data som kan samles inn (Blaikie, 2010):

- Primærdata som er laget av forskeren selv;
- Sekundærdata som er laget av andre forskere;
- Tertiære data som består av sekundære data, som er blitt samlet inn og analysert av noen andre.

I denne oppgaven er det hovedsakelig samlet inn mye sekundærdata, da disse er mest aktuelle. Det er vanskelig å sjekke validiteten til sekundærdata, nettopp fordi det ikke er forskeren selv som har laget dem. Dette er i tråd med Blaikie (2010) sin beskrivelse av sekundær data. Ved innsamling av sekundærdata må disse gjennomgås og analyseres på en slik måte at de bidrar til å for få frem det man prøver å få svar på i oppgaven.



## 3 Nullvekstmålet og sykehuslokalisering.

### 3.1 Teoretisk perspektiv på nullvekstmålet

Det er et økende fokus på bærekraftig areal- og transportplanlegging som ledd i arbeidet med omstilling til et mer grønt samfunn. Mobiliteten som transportsystemet tilbyr, er ansett som et fundamentalt gode for samfunnet. Utviklingen av den moderne by fra midten av det forrige århundre og frem til i dag har vært sterkt preget av transporttiltak for å øke bevegeligheten, hvor det å bevege seg raskt over lange avstander har blitt sett på som en forutsetning for deltakelse i det moderne samfunn (Lian, Gjerdåker, Hjorthol, Lerstang, & Mydske, 2007, s. 2). Veksten i motorisert mobilitet har for det meste blitt sett på som noe positivt, der det er blitt hevdet at:

*“The growth in motorized mobility has been mostly positive. It has facilitated and even stimulated just about everything regarded as progress. It has helped expand intellectual horizons and deter starvation. It has allowed efficient production and the ready distribution required for widespread consumption. Comfort in travel is now commonplace, as is access to the products of distant places” (Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD), 2002, s. 13).*

Fordelene og godene som transportsystemet har gitt samfunnet, har på den andre siden ikke vært helt uten negative konsekvenser, særlig i tilknytning til klima og miljø. Transportsystemet er energikrevende, det står for en tredjedel av energiforbruket i Norge og den vestlige verden, og det medfører både lokal og global forurensning (Ryeng, 2017a). I tillegg er transportsystemet arealkrevende i urbane omgivelser, og en viktig kilde til blant annet støy og trafikkulykker (ibid).

Transportsystemets negative konsekvenser har medført at myndighetene i en rekke land, har innført krav om en mer bærekraftig utvikling av infrastrukturen.

Bærekraftig utvikling ble for første gang definert av Brundtlandkommisjonen i 1987 med følgende formulering;

*«Bærekraftig utvikling: En utvikling som imøtekommer dagens behov uten å ødelegge mulighetene for at kommende generasjoner skal få dekket sine behov» (Kommunal- og regionaldepartementet, Miljøverndepartementet, 2013, s. 9).*

For Norge sin del har ønsket om en mer bærekraftig transportplanlegging blant annet resultert i det som omtales som nullvekstmålet. Nullvekstmålet for personbiltrafikken, som først ble først lansert i transportetatens forslag til NTP 2014-2023, er definert som:

*«Nullvekstmålet: Persontransportveksten i de store byområdene skal tas med kollektivtransport, sykling og gåing» (Statens vegvesen og Jernbanedirektoratet, 2017, s. 8).*

Nullvekstmålet gjelder for de ni byområdene i Norge, inkludert Nord-Jæren, som er aktuelle for

bymiljøavtaler. Hensikten med målet om er å oppnå reduksjon av både klimagassutslipp og lokal luftforurensning.

I grunnlagsdokumentet for Nasjonal transportplan (NTP 2018- 2029) fremheves nullvekstmålet som en viktig etappe på veien mot lavutslippssamfunnet innen 2050, der det forutsettes en gjensidig forpliktelse mellom de tre forvaltningsnivåene, som består av Staten, fylkeskommunene, og kommunene (Avinor, Jernbaneverket, Kystverket, Statens vegvesen, 2016, s. 42).

Det er faglig anerkjent at drivkreftene bak vekst i personbiltrafikken hovedsakelig har vært forårsaket av både befolkningsvekst og økonomisk vekst. I byplanleggingsammenheng blir i tillegg byspredning og regionforstørring sett på som viktige årsaker til vekst i personbiltrafikken.

I de største byområdene i Norge forventes en befolkningsvekst på rundt 45 prosent frem mot 2050 (Ryng, 2017b, s. 4). Da vil antall bilturer øke med rundt 45 prosent (ibid). For å nå nullvekstmålet må andelen reiser som bilfører ifølge reduseres med 45 prosent basert på enkel prosentregning. Dette innebærer en reduksjon fra dagens 55 prosent til 38 prosent (ibid). Regnestykket basert på enkel prosentregninger er som følger:  $[X + 0,45X = 55 \Rightarrow X = 55/1,45 = 38 \text{ prosent}]$ .

Fremtidsprognosene vil sannsynligvis bidra til å skape store utfordringer for muligheten til å nå nullvekstmålet. Disse utviklingstrekkene som Norge står overfor, påtvinger samfunnet et stadig økende behov for å ta i bruk virkemidler og etablere målrettede strategier for oppnåelsen av nullvekstmålet.

Sett i lys av dette foreslår Nasjonal transportplanen (NTP 2018 – 2029) en rekke strategier og tiltak for å oppnå målet om nullvekst personbiltrafikken. Nasjonale transportplanen understreker viktighet av en helhetlig virkemiddelbruk, som blant annet består av (ibid):

- Tilrettelegging for samordning av areal- og transportplanleggingen.
- Tilrettelegging for planlegging og utvikling av en smart, effektiv og enkel kollektivtransport.
- Tilrettelegging for innføring av restriktive tiltak, særlig knyttet til parkeringsforhold.
- Tilrettelegging for sikrere og mer effektive reiser til fots og på sykkel.
- Tilrettelegging for planlegging og utvikling av sammenhengende sykkelvegnett og ekspressykelveger.

Å stille krav til og legge føringer på samordning av areal- og transportplanleggingen er en viktig faktor for å oppnå nullvekstmålet. Dette er begrunnet ut ifra antagelsen om at befolkningens valg av reisemåte har en sterk sammenheng med bystrukturen (Avinor, Jernbaneverket, Kystverket, Statens vegvesen, 2016). Nasjonal transportplan foreslår derfor at utbyggingsmønsteret og transportsystemet må fremme utvikling av kompakte byer og tettsteder for å oppnå reduksjon av transportbehovet.

Til tross for at utvikling av kompakte byer er blitt en foretrukket modell, er det pågående diskusjoner blant fagmiljøene innad byplanlegging om hvorvidt kompakte byer imøtekommer ønsket om bærekraftig byutvikling. Denne diskusjonen er altfor omfattende til å kunne tas opp i denne masteroppgaven, men kritikken mot utvikling av kompakte byer går i korte trekk ut på at denne modellen kan medføre mer rushtrafikk i sentrale strøk, og dermed gi negative konsekvenser knyttet til miljø, bokvalitet, og helseproblemer. En annen konsekvens av den kompakte byen er at den gir innbyggere dyrere boliger av dårligere kvalitet på grunn av knapphet i byggbare områder (Echenique, Hargreaves, Mitchell, & Namdeo, 2012). Tilhengere av den kompakte byen mener på sin side at andre byutviklingsmodeller bidrar til byspredning, legger beslag på større grønne områder og vanskeliggjør etablering av en effektiv og miljøvennlig transportinfrastruktur. Uavhengig av denne diskusjonen er det i Norge utarbeidet et sett av retningslinjer og føringer på ulike forvaltningsnivåer, som stiller krav til utvikling av kompakte byer som en hovedstrategi for å samordne areal- og transportplanleggingen. Et utvalg av disse føringene vil danne rammene for vurdering og evaluering i denne oppgaven. I Nasjonal transportplanen stilles det blant annet krav om at:

*«Staten og annen offentlig virksomhet bør i større grad enn i dag praktisere en samordnet areal- og transportplanlegging ved lokalisering av publikumsrettet virksomhet og større arbeidsplasser, for eksempel sykehus, universiteter og høyskoler. Staten må være en aktiv deltaker i lokale og regionale myndigheters planarbeid, og bidra til forsterket regional, interkommunal og kommunal planlegging» (Avinor, Jernbaneverket, Kystverket, Statens vegvesen, 2016, ss. 43-44).*

### 3.2 Nasjonale, regionale, og lokale føringer for lokalisering av sykehus.

Lokalisering av sykehus som utgjør en arbeids- og besøksintensiv offentlig virksomhet, vil ofte legge beslag på store arealer og påvirke den regionale trafikksituasjonen. For å oppnå nullvekstmålet og bærekraftig byutvikling stilles det derfor fra nasjonalt holdt krav til lokalisering av slike virksomheter. Disse kravene er i tillegg til Nasjonal transportplanen nedfelt i de statlige planretningslinjer for samordnet bolig-, areal- og transportplanlegging. I tillegg videreføres disse kravene og føringene vanligvis i regionale og kommunale planer.

Ved gjennomgangen av sykehusplanen i denne oppgaven vil derfor de relevante føringene gitt i de statlige planretningslinjene for samordnet bolig-, areal- og transportplanlegging, Regionalplanen for Jæren (2013 – 2040) og byutviklingsstrategi for Stavanger kommune (2014 – 2029), danne viktige rammene for evalueringen av lokaliseringsvalget. Nedenfor beskrives disse i korte trekk.

### 3.2.1 Statlige planretningslinjer for samordnet bolig-, areal- og transportplanlegging.

Statlige planretningslinjer for samordnet bolig-, areal- og transportplanleggingen (SPR-BATP), som er utarbeidet av Kommunal- og Moderniseringsdepartementet, ble lansert i 2014, og bygger oppunder målene fra klimaforliket (Millstein, Orderud, Hanssen, & Stokstad, 2016). Hensikten med de statlige planretningslinjene, som erstatter de gamle rikspolitiske retningslinjene for samordna areal- og transportplanleggingen, er å oppnå effektive planprosesser og sikre bærekraftig steds- og byutvikling gjennom samordning av bolig-, areal- og transportplanleggingen (SPR-BATP, 2014).

I henhold til de nye retningslinjene er det stilt krav om at (SPR-BATP, 2014, ss. 1- 3):

- Planer bør avklare lokalisering av regionale servicefunksjoner og hovedtrekkene i transportsystemet, herunder knutepunkter for kollektivtrafikken.
- Det bør legges særlig stor vekt på høyarealutnyttelse, fortetting og transformasjon i byområder rundt kollektivknutepunkter.
- Det skal tilrettelegges for at publikumsrettede offentlige tjenestetilbud, besøk- og arbeidsintensive statlige virksomheter lokaliseres ut fra en regional helhetsvurdering.
- Kommuner, fylkeskommuner og statlige myndigheter må samordne sine arbeider med konseptvalgutredninger, og de må samarbeide om planleggingen for å sikre samordning av utbyggingsmønster og transportsystem.
- Statlige sektormyndigheter skal legge retningslinjene til grunn for lokalisering av egne virksomheter.
- Planer i strid med retningslinjene gir grunnlag for innsigelser. Ved innsigelse skal statlige og regionale myndigheter vektlegge lokaldemokratiet.

Målet med de statlige planretningslinjene for samordnet bolig-, areal- og transportplanleggingen er at planleggingen skal bidra til å utvikle bærekraftige byer og tettsteder, der utbyggingsmønsteret og transportsystem bør fremme utvikling av kompakte byer, redusere transportbehovet og legge til rette for å oppnå målet i klimaforliket om at vekst i persontransporten i storbyområdene tas med gange, sykkel og kollektivtransport (SPR-BATP, 2014, s. 1). Den kompakte byen er blitt en foretrukket byutviklingsstrategi i Norge og Europa, fordi den søker å oppnå en balanse mellom sosial og miljømessig utvikling (Hansen gjengitt i Millstein, Orderud, Hanssen, & Stokstad, 2016).

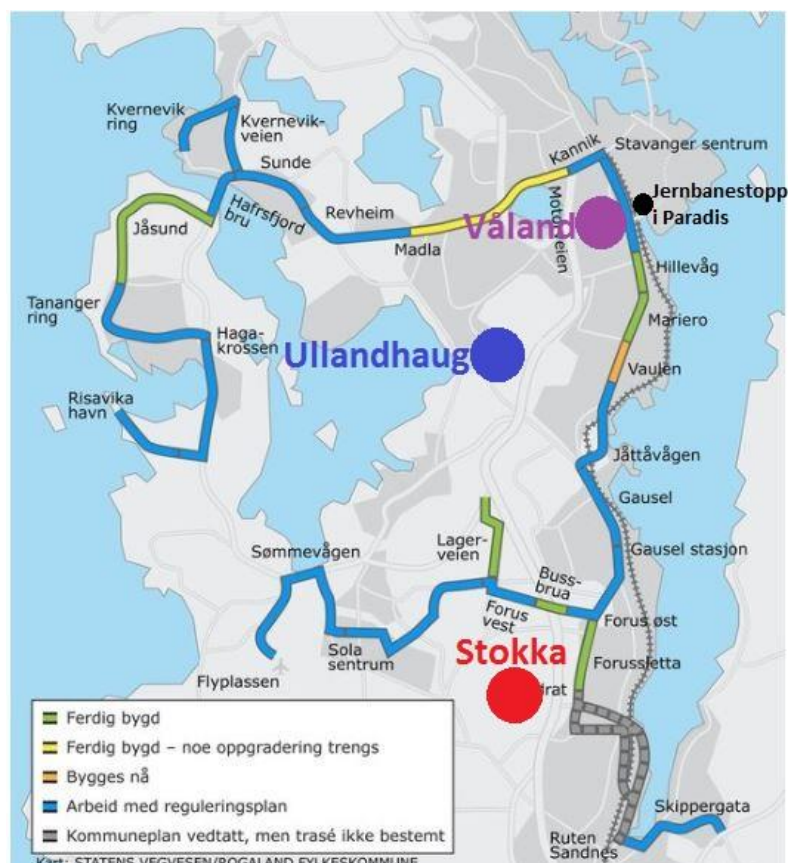
### 3.2.2 Regionalplan for Jæren 2013 - 2040.

Regionalplan for Jæren 2013 – 2040 ble vedtatt av fylkestinget 22.10.2013, og er blant annet bygget på føringene i (Rogaland Fylkeskommune, 2013):

- Nasjonal transportplan, NTP 2014 – 2023.
- Konseptvalgutredningen for transportsystem på Jæren (KVU, 10.10.2012).
- Nasjonale forventninger til regional planlegging (§ 6-1), som har som formål å fremme bærekraftig utvikling.
- Rikspolitiske retningslinjer for samordnet areal- og transportplanlegging fra 1993, som nå er erstattet med de nye statlige planretningslinjene for samordnet bolig-, areal- og transportplanleggingen, omtalt i forrige avsnitt.

Hovedmålet med regionalplanen er at regionen skal ha byutvikling bygget på regionale helhetsløsninger, som skal bidra til å effektivisere arealforbruket og transportarbeidet (Rogaland Fylkeskommune, 2013). Regionalplanen legger også overordna føringer for byutvikling, som er av stor betydning for fremtidig lokaliseringen av Stavanger universitetssykehus (Stavanger kommune, 2015a). Innenfor rammene for arealbruk gitt i fylkesdelplan for langsiktig byutvikling, legger regionalplanen til grunn prinsippet om konsentrert byutvikling med følgende hovedføringer for å utvikle transportsystemet (Rogaland Fylkeskommune, 2013, s. 26):

1. Utbyggingen av transportsystemet med høyverdige kollektivtraseer, samt forbedringer i det helhetlige buss og jernbanetilbudet. I konseptvalgutredningen for transportsystem på Jæren (2012), ble Busway-konseptet valgt, med mål om å få utviklet et sterkt forbedret, høyverdige og konkurransedyktig busstilbud for hele regionen (Rogaland Fylkeskommune, 2012).



FIGUR 2: LOKALISERINGSALTERNATIVENE SETT I FORHOLD TIL TRASEN FOR BUSSVEIEN. (BASERT PÅ ROGALAND FYLKESKOMMUNE, 2015)

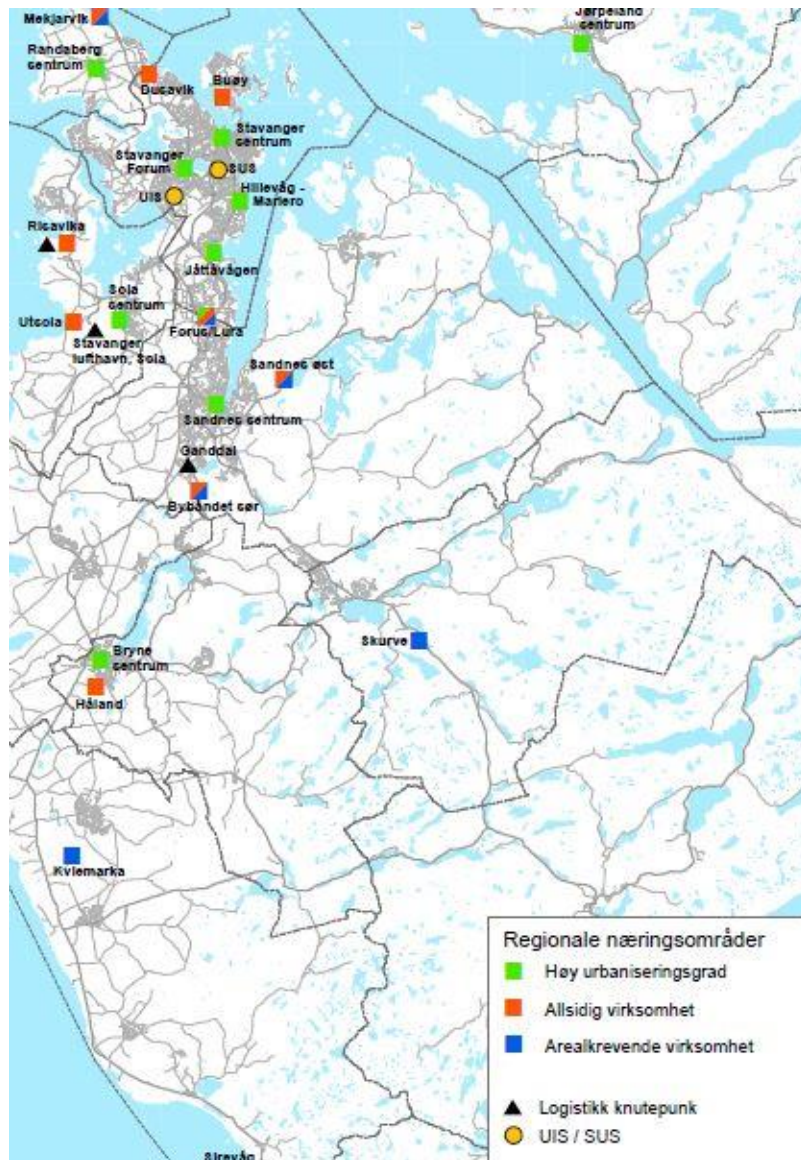
Figur 2 viser traseen for bussveien i forhold til de tre lokaliseringalternativene for Stavanger universitetssykehus.



2. Utbygging av et sammenhengende regionalt sykkelvegnett av høy standard.
3. Lokalisering av arbeidsplasser, handel, og boliger slik at avstandene mellom daglige gjøremål blir så kort som mulig, og slik at en høyest mulig andel blir tilgjengelig med gode kollektiv løsninger.

Regionalplanen fremmer også retningslinjer for regionale næringsområder, der det fremgår at regionale myndigheter og kommunene aktivt skal planlegge for at regionens behov for ulike kategorier næringsområder blir ivaretatt, jf. kartet under (Rogaland Fylkeskommune, 2013).

Både Stavanger sentrum og Hillevåg- Mariero, som ligger innenfor en gangavstand fra lokaliseringalternativet på Våland, inngår i kategorien for regionale næringsområder med høy urbaniseringsgrad. For disse områdene gjelder følgende retningslinjer: «*Områdene skal tilrettelegges for næringsbebyggelse med høy arbeidsplass- og/eller besøksintensitet med høy arealutnyttelse*» (Rogaland Fylkeskommune, 2013, s. 44). Regionalplanen omtaler også spesifikt både Stavanger universitetssykehus (SUS) på Våland og Universitetet i Stavanger (UIS) på Ullandhaug. Området der begge virksomhetene ligger, har i sykehusplanen vært



FIGUR 3: KART OVER REGIONALE NÆRINGSOMRÅDER. (ROGALAND FYLKESKOMMUNE, 2013, S. 43).

aktuelle lokaliseringalternativer for et fremtidig Stavanger universitetssykehus. For begge virksomhetene gjelder følgende retningslinjer: «*Utvikling av område for universitetet og*

*universitetssykehuset skal planlegges med høy arealutnyttelse og høy andel kollektiv- og sykkelreisende» (Rogaland Fylkeskommune, 2013, s. 45).*

For å styrke eksisterende by- og tettstedssentre, bidra til effektiv arealbruk og miljøvennlig transportvalg, og unngå en utvikling som bidrar til byspredning og bilavhengighet, fremmer regionalplanen i tillegg følgende retningslinjer og bestemmelser for utvikling av senterstrukturen (Rogaland Fylkeskommune, 2013, s. 37):

- Sentrale fellesfunksjoner i fylket bør lokaliseres i fylkessenteret. Stavanger er fylkessenteret for Rogaland.
- Regional handel og tjenesteyting for flere kommuner skal legges til hovedsenter. Stavanger og Sandnes sentrum er regionens hovedsentre for Jæren.
- Alle senterområder skal ha god kollektivdekning, være tilknyttet overordnet sykkelvegnett og ha et godt transportnett for gående.

Utvikling av senterstrukturen er et sentralt element i regionalplanen, som sykehuslokaliseringen bør vurderes i forhold til.

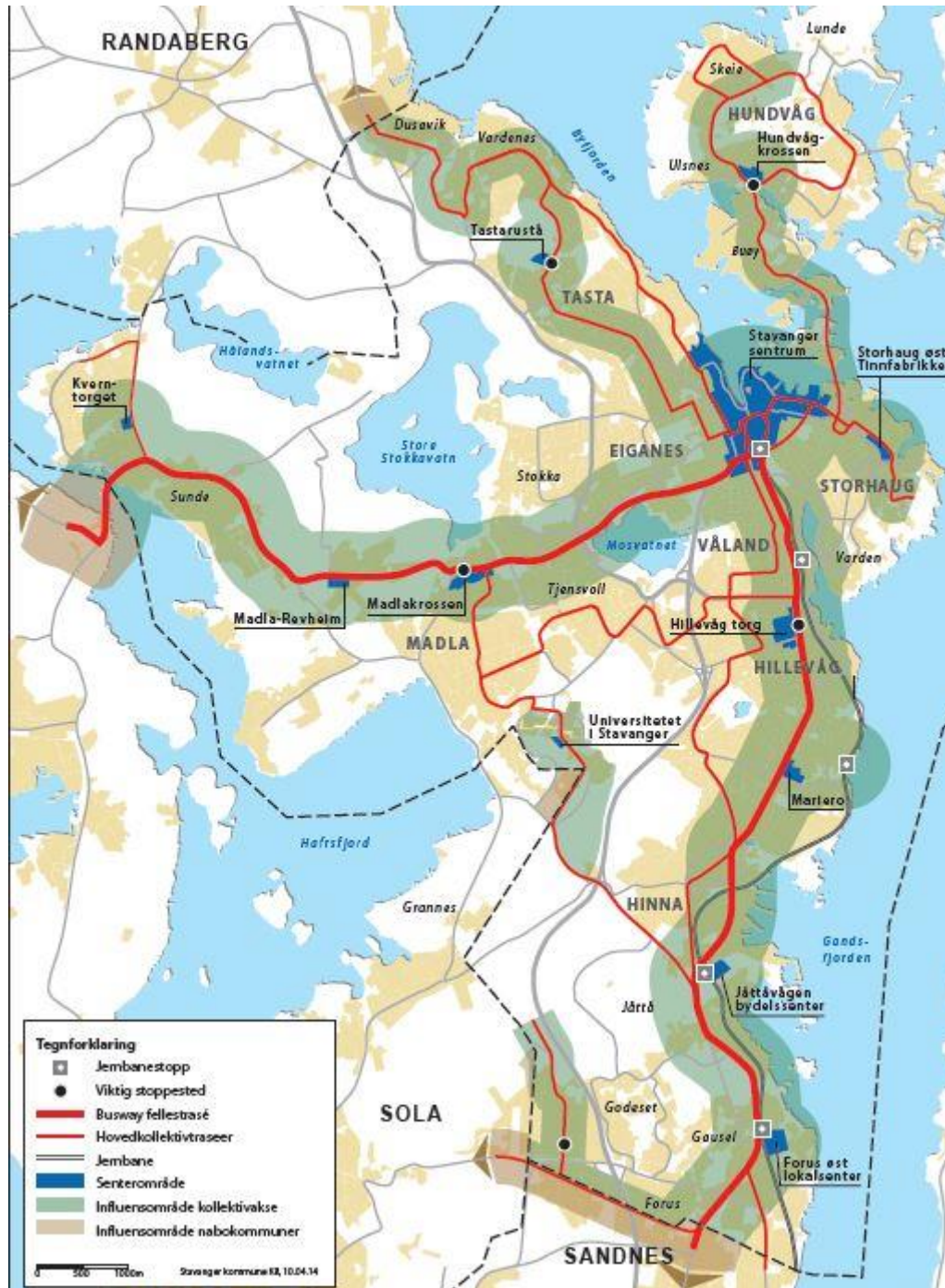


**FIGUR 4: LOKALISERINGSALTERNATIVENE FOR STAVANGER UNIVERSITETSSYKEHUS I FORHOLD TIL SENTERSTRUKTUREN I REGIONEN. (BASERT PÅ ROGALAND FYLKESKOMMUNE, 2013, s. 36)**



### 3.2.3 Byutviklingsstrategi for Stavanger kommune 2014 - 2029

Stavanger kommune har, i sin vedtatte kommuneplan for perioden 2014 – 2029, lagt til grunn en byutviklingsstrategi som skal styre arealbruken og bidra til å realisere den tette og urbane byen (Stavanger kommune, 2015b). Strategien er illustrert i figuren under.



FIGUR 5: STAVANGERS BYUTVIKLINGSSTRATEGI (STAVANGER KOMMUNE, 2015B, S.7).

Ifølge kommuneplanen for Stavanger (2014 – 2019) er strategien et grep for å håndtere befolkningsveksten og transportutfordringene i byen, og den representerer et uttrykk for hvor



kommunen ønsker at byutviklingen skal skje (ibid). Byutviklingsstrategien som er et verktøy for samordnet areal- og transportplanleggingen, fremhever viktighet av å bygge tett i de områdene, hvor tilbudet for kollektivreiser, gange- og sykkel er god. Strategien skal med andre ord bidra til konsentrasjon av byveksten langs de viktigste og best betjente kollektivområdene, særlig langs traseen for bussveien og i bybåndet mellom Stavanger og Sandnes.

Kommuneplanen for Stavanger (2014-2029) legger til grunn at byutviklingsaksene skal utvikles som blandingsområder med ulike funksjoner (ibid). Videre legger kommuneplanen, som er bygd opp under klimamålsettinger deriblant nullvekstmålet, føringer for byutvikling av betydning for lokalisering av publikumsintensive virksomheter, eksempelvis sykehus.

*«Det er et mål i kommuneplanens kapittel om offentlige arealer at offentlige tjenestetilbud skal medvirke til å realisere byutviklingsstrategien om en tett og urban by med høy tilgjengelighet og lavt transportbehov. Derfor er det en strategi at byutviklingen og tilgjengeligheten skal være styrende for lokalisering av kommunale, regionale og statlige tjenestetilbud. Og derfor er kommuneplanens hovedprinsipp lokalisering av offentlige tjenestetilbud i sentrumsområder og byutviklingsaksene» (Stavanger kommune , 2015a, s. 12).*

### 3.3 Hva bør sykehuslokaliseringen ideelt ta hensyn til?

Å ivareta nullvekstmålet ved lokalisering av publikumsintensive virksomheter, slik som Stavanger universitetssykehus, forutsetter hensyntaking av føringene gitt i Nasjonal transportplan, de statlige planretningslinjene for samordnet bolig- areal- og transportplanlegging, Regionalplan for Jæren og Stavangers byutviklingsstrategi. Dette innebærer at Stavanger universitetssykehus ideelt sett bør lokaliseres i den delen av Nord-Jæren som gir mest gunstige forhold for å oppnå en bærekraftig fremtidig reisemiddelfordeling. Det vil videre innebære en lokalisering i områder der sannsynligheten for en reduksjon av personbiltransporten er størst. Jmfør teorien beskrevet tidligere er bærekraftig reisemiddelfordeling mulig å oppnå dersom universitetssykehuset lokaliseres i områder som gir reduksjon i transportbehovet, og som fremmer samordnet areal-transportplanleggingen basert på idealet om kompakt byutvikling. Det vil med andre ord si en lokalisering i regionens demografiske tyngdepunkt, hvor tilgjengeligheten for kollektivreiser, gange og sykling er best, og der forholdene for bilkjøring er mest ugunstige. Denne områdekarakteristikken er vanligvis eksisterende i bykjerner og sentrumsnære bydeler.

Å ivareta hensynet til nullvekstmålet og bærekraftig areal- og transportutvikling vil i tillegg kreve gode planprosesser.

*«En bærekraftig byutvikling trenger gode og samordnede planprosesser både mellom ulike forvaltningsnivåer og mellom sektorinteresser. Fokuset på transport og arealbruk i avtaleverktøyet*

*som nå etableres, reflekterer en økende anerkjennelse av at bærekraftig byutvikling er avgjørende for å nå målene i klimaforliket om nullvekst i personbilbruk og reduksjon av CO2 utslipp» (Millstein, Orderud, Hanssen, & Stokstad, 2016, s. 18).*

Behovet for gode planprosesser gjør seg særlige gjeldende i planen for lokalisering av Stavanger universitetssykehus. Dette er fordi denne planen vil måtte ivareta andre viktige samfunnshensyn, blant annet helsesektorens egne ønsker, mål og føringer.

Et sentralt spørsmål ved evaluering av en slik plan vil derfor være å finne ut hvordan nullvekstmålet er veid opp mot de andre målene planen har forsøkt å imøtekomme. Hensynet til tversektorielle interesser forutsetter å legge til rette for en helhetlig planprosess, som sikrer at bestemte samfunnsproblemer løses gjennom dialog og konsensus mellom aktørene som deltar i planleggingen (Aven, Boyesen, Njå, Olsen, & Sandve, 2004). Gode planprosesser forutsetter videre å ta høyde for mulige interessekonflikter, og legge til rette for at planleggingssituasjonen ikke blir preget av maktens rasjonalitet. Dette er fordi maktens rasjonalitet ansees som en motsetning til planleggingens rasjonalitet (ibid).

Basert på dette ideelle perspektivet på planleggingen vil konseptfaseplanen for lokalisering av Stavanger universitetssykehus i neste kapittel bli gjennomgått og evaluert, med mål om å finne i hvilke grad nullvekstmålet er ivaretatt, samt hvilke mulige begrunnelser ligger bak lokalisingsvalget.

## 4 Konseptfasen for lokalisering av Stavanger universitetssykehus.

### 4.1 Innledning

Dette kapitlet vil omhandle resultatene og funnene fra konseptfaseplanen for lokalisering av Stavanger universitetssykehus. Gjennomgangen og evalueringen av konseptfasen vil omfatte planens kontekst, innhold og prosess, for å få en mest mulig helhetlig vurdering. Dette er fordi muligheten for å oppnå nullvekstmålet og bærekraftig byutvikling er avhengig av et godt planutfall og en planprosess som ivaretar totalsamfunnets interesser på tvers av den enkelte sektor.

Evalueringen vil skje i lys av føringene og virkemidlene gitt i Nasjonal Transportplan og de statlige planretningslinjene for samordnet bolig-, areal- og transportplanleggingen, Regionalplan for Jæren og Stavanger byutviklingsstrategi. Evalueringen vil videre være basert på etablerte faglige teorier innenfor by- og samfunnsplanlegging. Målet er å finne ut hvordan konseptfasen for lokalisering av Stavanger universitetssykehus er i samsvar med de ulike rammenes og teoriens ideelle perspektiv. Det vil med andre ord si å finne ut i hvilken grad lokaliseringsvalget har ivaretatt nullvekstmålet i forhold til intensjonen bak nullvekstmålet, samt hvilke mulige begrunnelser som ligger bak valget.

En av hovedutfordringene i denne oppgavene har vært å komme frem til en hensiktsmessig strukturering av funnene og resultatene for å besvare problemstillingen. Etter en krevende prosess foreslås i dette kapitlet oppbyggingsmønsteret nedenfor, som hovedsakelig er basert på en kronologisk rekkefølge. Planmodell og planprosess blir som foreslått behandlet i egne delkapitler.

1. Prosjektutløsende faktorer for planarbeidet
2. Planens mål
3. Gjennomførte analyser og utredninger
  - a. Transportanalysen
  - b. Konsekvensvurdering av lokaliseringalternativene
  - c. Samlokalisering med Universitetet i Stavanger
  - d. Kostnader og økonomiske vurderinger
4. Vurderingskriteriene for lokaliseringsvalget
5. Planmodell: Tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter
6. Planprosessen
  - a. Medvirkning, høring og aktørenes roller
  - b. Aktørenes standpunkt, interessekonflikter og maktrelasjoner

## 4.2 Prosjektutløsende faktorer for planarbeidet

Helse Stavanger HF, som ligger på Våland i Stavanger, er blant landets største sykehus med rundt 4800 årsverk fordelt på cirka 7000 ansatte (Stavanger kommune, 2015a). Nedslagsområdet for Helse Stavanger HF består av 18 kommuner i Sør-Rogaland med en samlet befolkning på cirka 351 000 innbyggere per 2014, jamfør tabell 1 nedenfor (Stavanger universitetssjukehus, Helse Stavanger HF, 2014). Av disse bor cirka 240 000 (68 prosent) i kjerneområdet (storbyområdet Stavanger), som består av kommunene Stavanger, Sandnes, Sola og Randaberg. Resten av befolkningen bor spredt over et stort geografisk område i de gjenværende 14 kommunene, der den største er Klepp kommune, som med sine 18 741 innbyggere utgjør bare rundt fem prosent av den totale befolkningsandelen i nedslagsfeltet.

**TABELL 1: BEFOLKNINGSTALL OG BEFOLKNINGSPROGNOSE PER KOMMUNE I NEDSLAGSFELTET FOR STAVANGER UNIVERSITETSSJUKEHUS. (BASERT PÅ STAVANGER UNIVERSITETSSJUKEHUS, HELSE STAVANGER HF, 2014).**

	Kommune	2014	Andel	2040	Andel
1	Stavanger	129 882		155 329	
2	Sandnes	71 040		99 491	
3	Sola	25 256		38 967	
4	Randaberg	10 608		13 576	
	<b>Kjerneområde</b>	<b>238 800</b>	<b>68 %</b>	<b>309 403</b>	<b>65 %</b>
5	Klepp	18 741		30 997	
6	Hå	18 052		28 171	
7	Time	17 384		24 577	
8	Eigersund	14 892		19 804	
9	Strand	11 898		14 999	
10	Gjesdal	11 314		16 499	
11	Rennesøy	4 750		9 119	
12	Sokndal	3 254		3 499	
13	Lund	3 235		4 101	
14	Finnøy	3 071		4 112	
15	Hjelmeland	2 848		3 197	
16	Bjerkreim	2 845		4 152	
17	Forsand	1 215		1 398	
18	Kvitsøy	524		513	
	<b>Totalsum</b>	<b>350 809</b>	<b>100 %</b>	<b>472 501</b>	<b>100 %</b>

Befolkningsprognosene for 2040 (SSB 2014 MMMM) viser en befolkningsutvikling til rundt 472 000 innbyggere, hvorav 309 000 (65 prosent) i storbyområdet Stavanger. Demografiske framskrivinger viser videre en økning av andelen innbyggere i aldersgruppen over 67 år fra dagens rundt ti prosent (37 000 innbyggere) til rundt 17 prosent (77 000 innbyggere) i 2040 i nedslagsfeltet for sykehuset

(Helse Stavanger HF, 2015). Prognosene viser med andre ord en vekst på rundt 70 prosent av andelen innbyggere i aldersgruppen over 67 år. Denne aldersgruppen representerer den delen av befolkningen med høyest forbruk av spesialisthelsetjenester (ibid).

En stadig aldrende befolkning i kombinasjon med fremtidig sykdomsutvikling har ifølge Helse Stavanger HF utløst et behov for fremtidig vekst på hovedfunksjonsområdene til sykehuset, som blant annet inkluderer døgnopphold, liggedager, dagbehandling, poliklinikk og operasjoner (ibid). Framtidsutsiktene har videre utløst behov for vurdering av et nytt Stavanger universitetssykehus, for å tilfredsstille kravene til å yte effektive og fullverdige spesialisthelsetjenester til befolkningen. Eksisterende sykehuslokaler på Våland er blitt for små, trange og ikke oppdaterte for å imøtekomme det fremtidige behovet (Stavanger kommune, 2015a). I vurderingen av behovet for et nytt universitetssykehus ble det beregnet et fremtidig arealbehov på 285 000 kvadratmeter bruttoareal avrundet, og et fremtidig bemanningsbehov på 6950 årsverk i 2040 (Helse Stavanger HF, 2015).

Med utgangspunkt i beskrivelsen av fremtidig situasjon ble det ifølge konseptvalgrapporten igangsatt et planarbeid høsten 2011 for å finne mulige lokaliseringstomter for et nytt universitetssykehus etter fullverdige og moderne kvalitetskrav for spesialisthelsetjenesten (ibid). Planarbeidet ble gjennomført i regi av Helse Stavanger HF etter prosessen beskrevet i Helsedirektoratets planleggingsveileder «Tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter». Tidligfaseplanlegging består av tre faser; en idefase, en konseptfase og en forprosjektfase (ibid). I denne oppgaven vil kun konseptfasen bli vurdert for å besvare problemstillingen. Av totalt åtte ulike lokaliseringalternativer som ble utredet i idefasen, ble Våland og Ullandhaug i Stavanger og Stokka i Sandnes, slik som vist i figur 1 i kapittel 1.1, besluttet vurdert og utredet videre i konseptfasen, som startet i juni 2013 (ibid). Konseptfasen ble avsluttet, hvor Ullandhaugkonseptet ble valgt etter enstemmig vedtak fra styret i Helse Stavanger HF i november 2015 (Terjesen & Jåsund, 2015), og styret i Helse Vest HF i desember 2015 (Gundersen, 2015b). I tillegg fikk Ullandhaugkonseptet også støtte fra helse- og omsorgsministeren under et møte på Sola den 11. januar 2016 (GUNDERSEN, 2016). Prosjektet ble etter vedtaket om lokaliseringkonseptet på Ullandhaug initiert videreført til forprosjektfasen, som er den siste planleggingsfasen etter Helsedirektoratets planleggingsveileder.

At Stavanger og Sandnes er valgt som mulige lokaliseringalternativer, kan sees i sammenheng med at de henholdsvis er regionens største og nest største kommuner, og således utgjør regionale demografiske tyngdepunkter. Befolkingstallene for 2014 fra tabell 1 viser at rundt 54 prosent av de 240 000 innbyggerne i kjerneområdet for sykehuset bor i Stavanger kommune, mens rundt 30 prosent bor i Sandnes kommune. Det er viktig at universitetssykehuset lokaliseres i et regionalt demografisk tyngdepunkt. Samtidig er det viktig å understreke at forskjellige regionale demografiske tyngdepunkter kan ha vesentlige forskjeller knyttet til muligheten for å oppnå nullvekstmålet. Dette

er fordi reduksjon i personbiltransport for sykehusets tre tomtealternativer vil, jamfør teorien og rammene beskrevet i kapittel 3, være avhengig av blant annet:

- De bilregulerende og bilrestriktive tiltakene i området.
- Graden av samordning mellom areal- og transportinfrastrukturen i området. Det vil blant annet si hvor godt området er tilrettelagt for å fremme kompaktbyutvikling med god funksjonsblanding.
- Tilgang til boliger og befolkningsgrunnlag i konkurranseflaten for fotgjengere og syklist, som kan bidra til å oppnå en tilfredsstillende økning av gange- og sykkelandelen.
- Tilgjengelig og konkurransedyktig infrastruktur for miljøvennlige reiser, som omfatter kollektive reiser, gange og sykling.

Basert på disse faktorene er det grunn til å anta at Våland vil ha større mulighet til å oppnå nullvekstmålet enn både Ullandhaug og Stokka, hovedsakelig på grunn av Vålunds sentrumsnære beliggenhet. Våland ligger i tillegg i en del av byen med høy befolkningstetthet og god funksjonsblanding. Videre ligger Våland langs regionens overordnende og viktigste kollektivakse (bussveien), og lokaliseringen gir god tilgang på gang- og sykkelinfrastruktur. Ullandhaug inngår på den andre siden verken som en del av senterstrukturen i regionen eller er lokalisert langs traseen for bussveien, se figurene 2 og 4 i kapittel 3.2.2. Lokaliseringsalternativenes betydning for nullvekstmålet og bærekraftig byutvikling vil bli nærmere redegjort for i avsnittene som omhandler transportanalysen og konsekvensvurderingen senere i kapitlet.

Sykehusets arealbehov, pasientgrunnlag, og bemanningsbehov bekrefter det faktum at sykehuset er og vil være et viktig regionalt målpunkt, med stor påvirkningskraft på areal- og transportutviklingen i hele regionen. I vurderingen av behovet for et nytt universitetssykehus burde man derfor ta høyde for konsekvensene som en fremtidig lokalisering vil gi for arbeidet med bærekraftig byutvikling og nullvekstmålet. Konseptfaseplanen viser ikke at det er gjennomført tilstrekkelige behovsanalyser for ivaretagelse av nullvekstmålet og bærekraftig byutvikling på det tidspunktet behovene ble formulert tidlig i planarbeidet, som ifølge konseptvalgrapporten startet i juni 2013. I vurderingen av behovet for et nytt universitetssykehus har de viktigste planutløsende faktorene hovedsakelig vært knyttet til fremtidige kapasitets- og kvalitetsutfordringer for spesialisthelsetjenesten, noe som har vært grundig beskrevet. Helse Stavanger HF har imidlertid gjort en del enkle betraktninger rundt trafikale forhold og andre samfunnsforhold, som blant annet inkluderer bærekraftig byutvikling. I vurderingen av disse forholdene fremgår det av konseptvalgrapporten at dagens sykehuslokalisering på Våland i Stavanger har dårlige transport- og logistikksystemer i tillegg til dårlige tomte- og områdeforhold (Helse Stavanger HF, 2015). Konseptvalgrapporten gir ikke en detaljert beskrivelse av

grunnlaget for denne konklusjonen, som tilsynelatende er et tegn på manglende datagrunnlag og utredninger. Dagens sykehuslokalisering på Våland ligger i tillegg til det som er beskrevet ovenfor, i direkte nærhet til overordna veginfrastruktur i regionen, blant annet E39 og fylkesveg 44 i bybåndet mellom Stavanger og Sandnes. I tillegg ligger Våland i gangavstand til knutepunktet i Paradis (jernbanestopp), og langs hovedaksen for fremtidig byutvikling i Stavanger, se 5 i kapittel 3.2.3. Det er med andre ord ikke så mange andre bydeler i regionen, som har bedre transport- og logistikksystemer enn Våland.

### 4.3 Planens mål.

Det er vanskelig å forestille seg evaluering av nullvekstmålet i konseptfasen for lokalisering av Stavanger universitetssykehus uten en gjennomgang av planens mål. Dette er fordi mål i et instrumentelt planleggingsperspektiv blir benyttet som et styrende og legitimerende element for planutfallet. I henhold til Banfield (1959) sin rasjonelle planleggingsmodell, som er ansett som det viktigste bidraget med fokus på planprodukt, er planleggingen definert som følger:

*«Planning is the process by which he selects a course of action (a set of means) for the attainment of his ends. It is “good” planning if these means are likely to attain the ends or maximize the chances of their attainment. It is by the process of rational choice that the best adaption of means to ends is likely to be achieved» (Banfield, 1959, sitert i Aven, Boyesen, Njå, Olsen, & Sandve, 2004, s 47).*

Planleggingen er i et instrumentelt perspektiv utløst av et behov, som videre danner rammer for fastsetting av mål. Denne mål- og konsekvensbaserte planleggingstilnærmingen, jamfør definisjonen ovenfor, handler om å skape prosesser der både eksperter og beslutningstakere bidrar til et best mulig utfall (ibid).

Mål er en intensjon om en ønsket fremtidig tilstand. Hvorvidt man ønsker at nullvekstmålet skal være en premiss for lokalisering av et nytt Stavanger universitetssykehus, vil derfor være avhengig av hvorvidt nullvekstmålet er representert ved fastsettingen av målene for konseptfasen. Derfor vil en gjennomgang av konseptfasens mål kunne si noe om hvorvidt nullvekstmålet er et styrende element for lokaliseringsvalget, hvorvidt man har forståelse for samfunnsoppgaven man står overfor, og hvorvidt man forstår konsekvensene av lokaliseringsvalget for muligheten til å oppnå et så viktig samfunns mål, som det nullvekstmålet representerer. Dette er særlig viktig fordi datagrunnlaget (arealbehov, pasientgrunnlag, bemanningsbehov) for de fremtidige behovene, beskrevet i forrige avsnitt, har vist at sykehuslokaliseringen vil ha en stor effekt på areal- og transportutviklingen i hele regionen. Dermed vil valg av sykehuslokalisering spille en viktig rolle for muligheten til å oppnå nullvekstmålet.

Basert på de utløsende faktorene og behovsanalysene ble det i konseptfasen for lokalisering av et nytt Stavanger universitetssykehus fastsatt en målstruktur på de tre nivåene gjennom samfunns mål, effektmål og resultatmål (Helse Stavanger HF, 2015). Konseptfasen har en relativ lang liste av mål som omhandler flere forhold knyttet til blant annet økonomisk bæreevne, kapasitet og kvalitet på bygget og helsetjenesten, gjennomføringsevne, samfunnsforhold og forskningsutvikling og rekruttering. Nedenfor presenteres en oppsummering av målene fra konseptfasen for lokalisering av Stavanger universitetssykehus. Oppsummeringen omfatter de målene som under konseptfasen er vektet etter definerte vurderingskriterier, som omtalt delkapitlet 4.5. Ifølge målene fra konseptvalgrapporten skal et nytt Stavanger universitetssykehus (ibid):

- Bidra til å oppnå spesialisthelsetjenestens hovedmål ved å tilby innbyggere i opptaksområdet helsetjenester av god kvalitet.
- Bidra til å oppnå et samfunnsøkonomisk effektivt helsetilbud.
- Ha en tilstrekkelig bygningsmasse som er brukertilpasset og tilrettelagt med god fleksibilitet og logistikk, og som har gode løsninger med tanke på opplæring, energikrav, inneklima og arbeidsmiljø.
- Være et positivt bidrag og et potensial for økt næringsutvikling og verdiskapning i samfunnet i en ellers vanskelig tid i oljesektoren.
- Tilrettelegges for økt tverrfaglig samhandling, undervisning, forskning, utdanning og rekruttering av helsepersonell.
- Bidra til å nå mål knyttet til reduksjon av CO2-utslipp.

For den siste målsettingen, som omhandler reduksjon av CO2-utslipp, peker konseptvalgrapporten på viktigheten av sykehusets samfunnsansvar utover det å sørge for god spesialisthelsetjeneste til befolkningen. Av rapporten fremgår det at et nytt universitetssykehus må bygges etter klimamålsettinger, som blant annet inkluderer nullvekstmålet (ibid). Videre fremgår at universitetssykehuset kan bidra til oppnå nullvekstmålet ved at det legges til rette for kollektivtilbud og gang- og sykkeltransport for ansatte (ibid). Det må anses på som en positiv intensjon at sykehusplanen peker på sykehusets samfunnsansvar, og at klimamålsettinger har fått plass i planens mål. Samtidig er det viktig å understreke at Helse Stavanger HF sin påstand «*nullvekstmålet kan oppnås ved at det legges til rette for kollektivtilbud og gang- og sykkelmuligheter for ansatte*», bærer preg av manglende forståelse for viktighet av en helhetlig virkemiddelbruk for å oppnå nullvekstmålet. Poenget er behovet for en mer nyansert og helhetlig tilnærming til både lokaliseringsspørsmålet og nullvekstmålet. Det vil si at sykehuslokaliseringen må, i tillegg det som er beskrevet i konseptvalgrapporten, ivareta en samordnet areal- og transportplanlegging gjennom å betrakte utvikling av universitetssykehuset som en del av byutviklingen og regionsutviklingen for



øvrige. Nullvekstmålet og bærekraftig byutvikling handler ikke om å utvikle områder til store arbeidsplasskonsentrasjoner med lite funksjonsblanding, som man kan reise kollektiv til og fra. Det vil være mulig å hevde at det siste denne regionen trenger i et byutviklingsperspektiv, er en sykehuslokalisering som bidrar til å realisere et nytt Forus. Forus er et område i skjæringspunktet mellom Stavanger, Sandnes og Sola. Det er Nord-Jærens største arbeidsplasskonsentrasjon, hovedsakelig bestående av nærings- og handelsareal. Forus blir ofte trukket frem som et negativt eksempel på bærekraftig byutvikling. Områder utviklet til store arbeidsplasskonsentrasjoner med lite funksjonsblanding og manglende synkronisering mellom de ulike funksjonene og den overordnede infrastrukturen for kollektive reiser, gange, og sykling, bidrar i liten grad til økning av andelen fotgjengere, syklistene og kollektivreisende. En helhetlig virkemiddelbruk er et viktig premiss for nullvekstmålet, jamfør føringene og rammene beskrevet i kapittel 3. Med bakgrunn i dette er det behov for å presisere at potensialet for å oppnå miljøvennlige reiser til Ullandhaug må anses som lavere enn ved lokalisering på Våland. Dette er i tråd med resultatene fra den gjennomførte transportanalysen og konsekvensvurderingen, som blir gjennomgått og evaluert i detalj i kommende to avsnitt.

Det at Helse Stavanger HF allerede ved behovsformulering, beskrevet i forrige avsnitt, antyder at Våland har dårlige transport- og logistikksystemer, og det at de ved fastsetting av målene for konseptfasen hevder at nullvekstmålet er mulig å oppnå ved at det legges til rette for kollektivtilbud for sykehusets ansatte uten å ha tilstrekkelig grunnlagsdata for dette, kan tyde på at helseforetaket i utgangspunktet ønsker seg et annet lokaliseringalternativ enn Våland. Det at lokaliseringsvalget har falt på Ullandhaug, til tross for transportanalysens og konsekvensvurderings anbefaling om Våland av hensyn til nullvekstmålet og bærekraftig byutvikling, bekrefter dette.

Utenom målet som omhandler reduksjon av CO<sub>2</sub>, har konseptfaseplanen, som vist ovenfor, flere andre mål som skal imøtekommes. Konseptvalgrapporten viser en tydelig overrepresentasjon av helsefaglige og økonomiske hensyn sammenlignet med klima- og transporthensyn. Alle disse målene er viktige fordi de representerer flere av samfunnets sektorer. Å oppnå alle disse målene i en og samme plan forutsetter derfor en balansert vektning av de ulike målene og en helhetlig planleggingstilnærming som fremmer tverrsektorille interesser. Derfor vil svaret på hvordan nullvekstmålet er ivaretatt ved konseptfasen blant annet være mulig å finne ut ved en gjennomgang av vurderingskriteriene som er lagt til grunn for lokaliseringsvalget.

## 4.4 Gjennomførte analyser og utredninger

I konseptfasen for lokalisering av et nytt Stavanger Universitetssykehus ble det gjennomført et omfattende utredningsarbeid for å identifisere konsekvensene av de tre lokaliseringalternativene sett i forhold til forutsetningene og målene for planen. For å besvare problemstillingen i denne oppgaven er det derfor hensiktsmessig å gjennomgå og evaluere analysene.

### 4.4.1 Transportanalysen

I transportanalysen som ble utført av konsulentfirma Asplan Viak på bestilling fra Helse Stavanger HF, skulle de transportmessige konsekvensene av lokaliseringalternativene til Stavanger universitetssykehus utredes (Asplan Viak AS, 2015). I tillegg skulle transportanalysen vurdere lokaliseringalternativenes mulighet for å oppnå miljøvennlige reiser til og fra sykehuset i fremtiden (ibid). Ifølge transportanalysen var det også et mål å få utredet en «ønsket, men realistisk» fremtidig reisemiddelfordeling, hvor ønsket var nullvekst i personbiltransporten. Bakgrunnen for at man ønsket en «realistisk» tilnærming til nullvekstmålet, innebar ifølge analysen en tilpasning av målet basert på følgende (Asplan Viak AS, 2015, s. 6):

- Tilgjengeligheten for kollektiv og gange/sykling vil variere i byområdet.
- Det må legges andre mål på pasientreisene enn på arbeidsreisene.
- Områdene med høyest bilandel må ta en større andel av reduksjonen enn områdene som allerede har lave bilandeler.

Det er vanskelig å ta stilling til den modifierende «realistiske» tilnærmingen til nullvekstmålet, som konsulenten har lagt til grunn i transportanalysen. Det anses som rimelig at tilgjengeligheten for kollektive reiser, gange og sykling vil variere i byområdet. Samtidig er nettopp på grunn av denne variasjonen at det stilles krav til at publikumsintensive virksomheter (eksempelvis sykehus) skal lokaliseres i områder, der tilgjengeligheten for de miljøvennlige reisene er tilfredsstillende ut fra nullvekstmålet. Bruken av begrepet «realistiske» kan gi indikasjon på at man anser nullvekstmålet som et urealistisk mål, noe som kan ha sammenheng med at man har opplevd en historisk vekst i personbiltransporten i regionen. Reisevanedata for perioden 1998 – 2012 viser at Nord Jæren har hatt en vekst i personbiltransporten på 28 prosent, og at Stavanger har hatt en vekst 19 prosent (Helgø, 2016). Uavhengig av de ulike mulige forklaringene bak den modifierende tilnærmingen til nullvekstmålet, er det behov å stille spørsmålet om hvorvidt konsulenten eller oppdragsgiveren i denne planen har mandat til å endre innholdet i nullvekstmålet, som er en overordna føring gjennom flere statlige dokumenter.

Poenget med denne refleksjonen er å peke på hvordan nullvekstmålet er blitt håndtert i en konkret plan, og hvilke hverdagsutfordringer kravet om nullvekst i personbiltransporten vil by på. Resultatene transportanalyser og transportmodeller gir, vil variere med forutsetningene for beregningen. Det er ikke uvanlig at det legges til grunn ulike forutsetninger fra plan til plan, noe som kan ha sammenheng med at det per dagsdato ikke er utviklet en omforent metodikk for å håndtere nullvekstmålet på enkeltplan- eller enkeltprosjektnivå. En av de kjente analysene som er gjort for håndtering av nullvekstmålet, har vært gjennomført av Urbanet analyse på et overordna nivå for å komme frem til en fremtidig reisemiddelfordeling gitt nullvekstmålet (Kjørstad, Ellis, Berg, Betanzo, & Norheim, 2014). Svakheten med denne analysen ut fra behovet på enkeltprosjektnivå er at den er gjennomført for hele byregioner som en samlet geografisk enhet, der beregningen er basert på eksisterende datamateriale fra regionale transportmodeller (RTM). Resultatene fra denne analysen, som har vist at Nord-Jæren bør ha en reisemiddelfordeling som vist i tabell 2 nedenfor, representerer med andre ord en gjennomsnittsbetraktning for hele byområdet. Dette vil ikke kunne fange opp lokale variasjoner, som det er behov for på enkeltprosjektnivå, særlig i relokaliseringsspørsmål av publikumsintensive virksomheter med flere lokaliseringalternativer.

**TABELL 2: REISEMIDDELFORDELING (2030 & 2050) FOR NORD-JÆREN GITT NULLVEKSTMÅLET. (KJØRSTAD, ELLIS, BERG, BETANZO, & NORHEIM, 2014).**

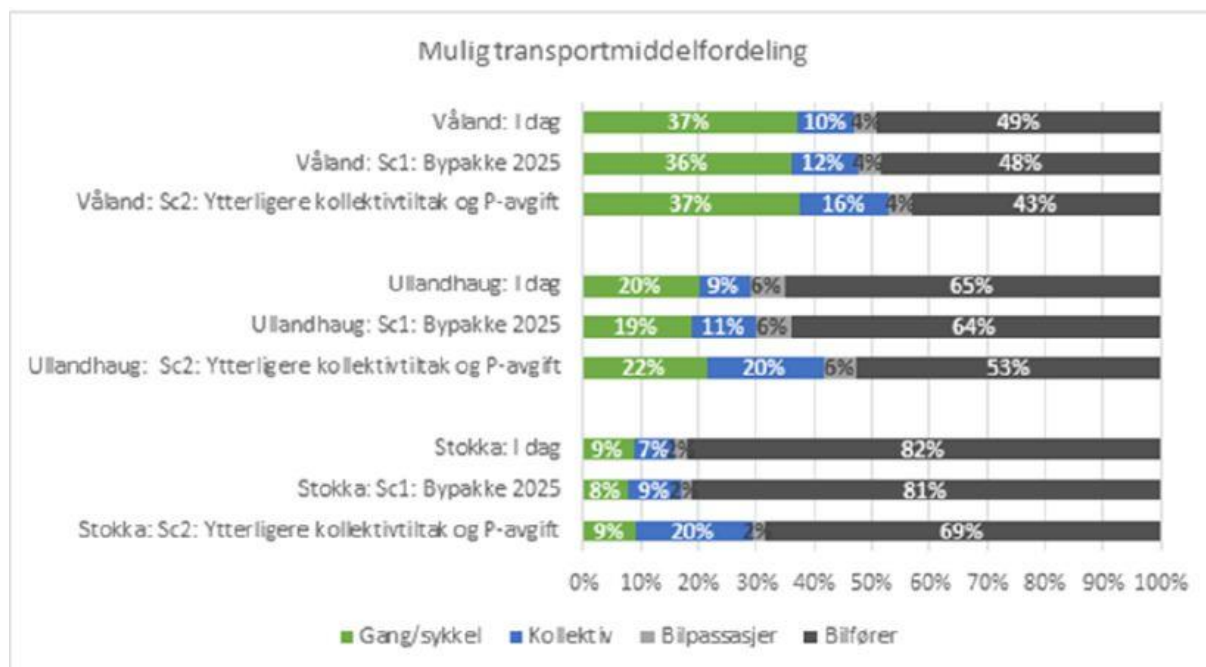
Reisemiddelfordeling	Bil	Kollektiv	Gange	Sykkel
2030	57%	13%	24%	6%
2050	49%	16%	27%	7%

Det kan være ulike grunner til at man savner en omforent metodikk på enkelt-prosjektnivå, da det er flere utfordringer knyttet til en slik metodikk. De tradisjonelle transportmodellene, som er og vil være viktige verktøy, har svakheter knyttet til å fange opp alle trafikale effekter av en så stor plan som sykehusplanen. Transporteffektene av en slik plan vil gå langt utover planens geografiske avgrensing. Videre er det en stor utfordring å finne reduksjonstall for personbiltransporten ved beregningen av nullvekst i byutviklingsområder langs kollektivakser, samtidig som det legges opp til kraftig vekst og utbygging i disse områdene. En annen utfordring kan være å ta stiling til nullvekstmålet i planer som omfatter relokalisering av en virksomhet som et sykehus, når etterbruk av dagens eksisterende sykehuslokaler ennå ikke er avklart, og dermed heller ikke alle mulige fremtidige transporteffekter. Uavhengig av disse utfordringene bør man ikke unnlate å håndtere nullvekstmålet, som er en styrende klimaføring i planlegging av areal- og transportinfrastruktur. Uansett hvilke metodiske tilnærminger transportanalyser i en plan baseres på, er det rimelig å anta at resultatene vil ha en viss verdi i seg med tanke på håndteringen av nullvekstmålet i planen.

I konseptfasen for lokalisering av Stavanger universitetssykehus valgte konsulentene en metodisk tilnærming, basert på følgende to forutsetninger for fremtidige bærekraftige reiser til sykehuset (Asplan Viak AS, 2015):

- ATP analyse: Vurdering av befolkningens og de ansattes reisetid til sykehuset ved bruk av ulike reisemåter.
- Etterspørselsanalyse: Vurdering av trafikantenes verdisetning av ulike kvaliteter ved transporttilbudet.

Basert på disse forutsetningene ga transportanalysen en mulig fremtidig reisemiddelfordeling for arbeidsreiser i 2025 som vist i figur 6 nedenfor, hvor alternativet Våland har mest gunstig bærekraftig reisemiddelfordeling.



FIGUR 6: MULIG FREMTIDIG REISEMIDDELFORDELING FOR DE TRE LOKALISERINGSALTERNATIVENE (ASPLAN VIAK AS, 2015, s. 11)

For arbeidsreiser i 2040 ga transportanalysen en mulig fremtidig reisemiddelfordeling som vist tabell 3 nedenfor.

TABELL 3: MULIG FREMTIDIG REISEMIDDELFORDELING (ARBEIDSREISER) FOR DE TRE LOKALISERINGSALTERNATIVENE I 2040 (ASPLAN VIAK AS, 2015, s. 58)

	G/S andel	Kollektivandel	Bilfører andel
Våland	38 %	16 %	43 %
Ullandhaug	22 %	20 %	53 %
Stokka	9 %	20 %	69 %

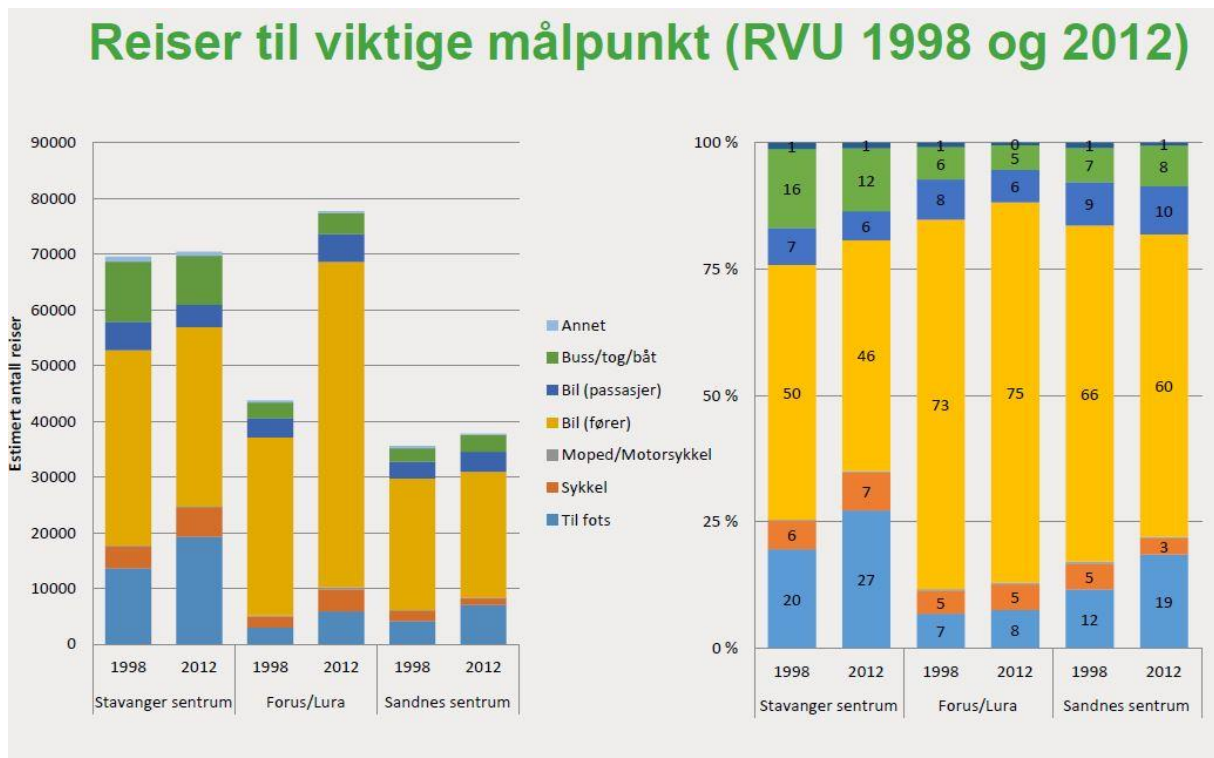
Bakgrunnen for at analysen har utredet framtidssituasjoner i både 2025 og 2040, er at sykehuset planlegges med to byggetrinn fordi finansieringen ikke åpner for å bygge et komplett sykehus i ett byggetrinn.

Resultatene fra transportanalysen (reisemiddelfordelingen) for fremtidig arbeidsreiser i 2040 er omtrent identiske med resultatene fra scenario 2 i 2025. Der er det forutsatt ytterligere kollektiv tiltak og parkeringsrestriksjoner utover scenario 1, som er basert på gjennomføring av by-pakken.

Nedenfor vil det bli redegjort for hvordan forutsetningene for beregningen har påvirket resultatene som vist i figur 6. Ved vurdering av behovet for et nytt universitetssykehus ble det beregnet et bemanningsbehov på 5700 årsverk i 2025, sammenlignet med dagens 4800 årsverk, som er fordelt på 7000 ansatte (Stavanger kommune, 2015a). Forholdet mellom antall ansatte og årsverk ved sykehuset i dag finner man ved å dele antall ansatte (7000) med årsverk (4800). Dette gir en multiplikasjonsfaktor på 1,46. En multiplisering av denne faktoren med det fremtidig bemanningsbehovet på 5700 årsverk, vil gi et rimelig anslag på cirka 8300 ansatte i 2025. Dette utgjør en bemanningsvekst på rundt 19 prosent i forhold til i dag. En bemanningsvekst på rundt 19 prosent frem til 2025, korresponderer med at bilførerandelen reduseres med 19 prosent for å nå nullvekstmålet. Dette er basert på enkel prosentregning som beskrevet i teorikapittel 3.1. Basert på denne regnemethoden burde dagens bilførerandel reduseres til henholdsvis 41%, 55%, og 69% for Våland, Ullandhaug, og Stokka i 2025. Figur 6 ovenfor viser derimot bilfører andeler i scenario 2 på henholdsvis 43%, 53%, og 69% for Våland, Ullandhaug, og Stokka i 2025. En sammenligning av resultatene fra transportanalysen og enkel prosentregning gir indikasjon på at transportanalysen favoriserer Ullandhaug i forhold til Våland som lokaliseringsalternativ. Det er grunn til å anta at resultatet henger sammen med forutsetningen som konsulenten la til grunn for transportanalysen, der det ble forutsatt at områdene med høyest bilandel måtte ta en større andel av reduksjonen enn områdene som allerede har lave bilandeler. Til tross for denne forutsetningen viser resultatene fra transportanalysen at Våland i motsetning til Stokka og Ullandhaug har langt mer gunstig reisemiddelfordeling både i dagens situasjon og en fremtidig situasjon. At Våland kommer best ut når det gjelder muligheten for å oppnå relative lave bilførerandeler, henger blant annet sammen med sentrumsnær beliggenhet i en del av byen med høy befolkningstetthet og god funksjonsblanding langs regionens viktigste busstrase. Dette vil bli ytterligere redegjort for ved hjelp av eksisterende reisevanedata.

Eksisterende reisevanedata fra regionen viser blant annet at Stavanger sentrum i perioden 1998 - 2012 har hatt en nedgang i bilførerandel fra 50 til 46 prosent, jamfør figur 7 i neste side (Berg, 2015). Til sammenligning ble det ovenfor vist at Stavanger kommune som en enhet har hatt en vekst i

personbiltransporten på 19 prosent i samme periode (Helgø, 2016). Figur 7 viser i tillegg en endring i bilførerandel for Forus/Lura området fra 73 til 75 prosent. Poenget her er at eksisterende reisevanedata bekrefter at mulighetene for å oppnå reduksjon i personbiltransporten og oppnåelse av nullvekstmålet er større i sentrumsnære områder. Dette vil også gjelde ved lokalisering av publikumsintensive virksomheter (eksempelvis sykehus) i sentrums- eller sentrumsnære områder. Dette stemmer overens med resultatene fra transportanalysen for konseptfasen, som viser at Våland har et fortrinn i forhold til nullvekstmålet sammenlignet med de andre lokaliseringalternativene.

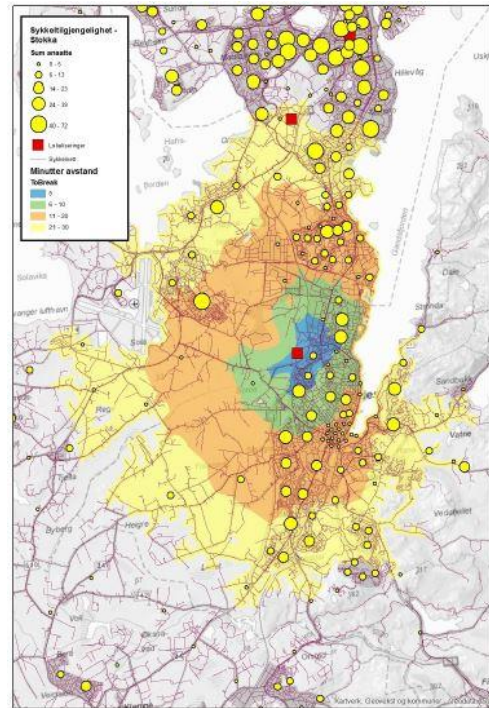


**FIGUR 7: REISEVANEDATA FOR STAVANGER SENTRUM. (BERG, 2015)**

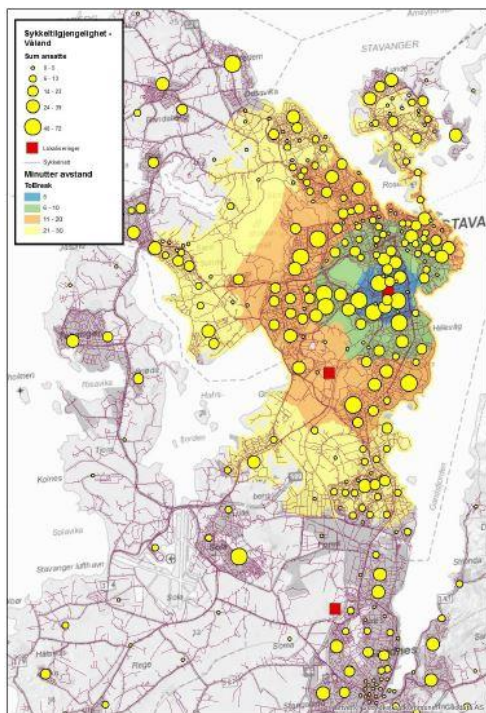
For Stokka-alternativet viser transportanalysen (figur 6) en gang- og sykkelandel på ni prosent som forblir uendret i fremtiden. Dette vil med andre ord si at tilbøyeligheten til å gå og sykle til Stokka, dersom det velges som sykehuslokalisering, er betydelig lavere enn de to andre alternativene. Ifølge analysen er dette forårsaket av at andelen bosatte innenfor 7,5 kilometers avstand er lavere i Stokka. Transportanalysen viser i tillegg at dagens gang- og sykkelandel for arbeidsreiser til sykehuset på Våland, som er på 37 prosent, også forblir omtrent uendret i fremtiden. Dette fordi dagens gang- og sykkelandel for arbeidsreiser ved Våland-alternativet allerede er veldig høye. Transportanalysen begrunner den høye gang- og sykkelandelen med at mange av de ansatte ved dagens sykehus har bosatt seg i Våland med en akseptabel gang- og sykkelavstand til arbeidsplassen. Det er vanskelig å konkludere med sikkerhet en enda høyere gang- og sykkelreiser dersom Våland hadde blitt valgt som fremtidig lokalisering. Det er likevel grunn til å anta at en fremtidig vekst ville finne sted, ut fra at Våland ligger langs byutviklingsaksen for Stavanger og har et stort transformasjonspotensial. Det er



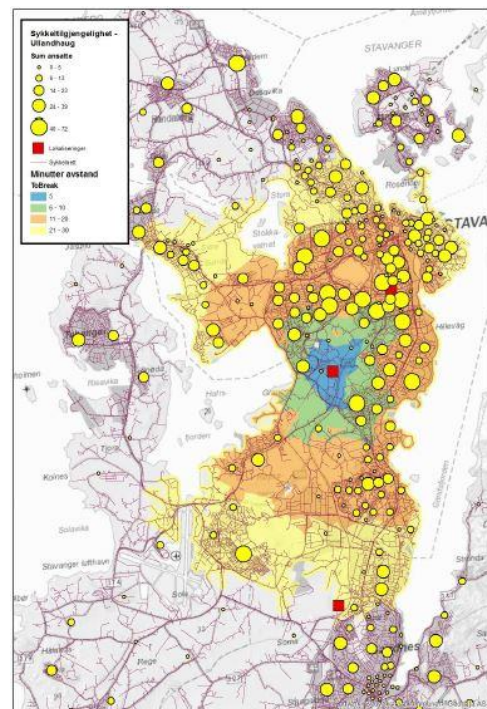
uansett positivt at Våland alternativet tilsier en høyere gang- og sykkelandel enn de andre alternativene, noe som er viktig premis for å oppnå nullvekstmålet. Figur 8, 9 og 10 viser rekkeviddekart for sykkel ved de tre lokaliseringalternativene, med tyngdepunkt for bosetting av dagens ansatte.



**FIGUR 8: REKKEVIDDEKART SYKKEL FOR STOKKA, MED TYNGDEPUNKT FOR BOSETTING AV DAGENS ANSATTE. (ASPLAN VIAK AS, 2015, s.35)**



**FIGUR 9: REKKEVIDDEKART SYKKEL FOR VÅLAND, MED TYNGDEPUNKT FOR BOSETTING AV DAGENS ANSATTE. (ASPLAN VIAK AS, 2015, s.33)**



**FIGUR 10: REKKEVIDDEKART SYKKEL FOR ULLANDHAUG, MED TYNGDEPUNKT FOR BOSETTING AV DAGENS ANSATTE (ASPLAN VIAK AS, 2015, s.34)**

Basert på resultatene fra den beregnede reisemiddelfordelingen ovenfor, og under forutsetningen om at lav parkeringsdekning skal gi lavere bilførerandeler, gjennomførte konsulenten beregninger med den hensikt å komme med et anslag på behov for fremtidig parkeringstilbud for ansatte ved sykehuset. Resultatene fra denne beregningen er vist i tabell 4 (Asplan Viak AS, 2015, s. 12).

**TABELL 4: OVERSIKT OVER PARKERINGSTILBUD FOR LOKALISERINGSALTERNATIVENE (ASPLAN VIAK AS, 2015, S.12).**

	Våland		Ullandhaug og Stokka 2040
	I dag	2040	
<b>Ansatte dag/kveld</b>	3500	5430	5430
<b>P-plasser ansatte</b>	1015	1358	1629
<b>Parkeringsdekning</b>	30%	25%	30%

I tillegg til beregning av fremtidig parkeringstilbud for de ansatte, gjennomførte konsulenten en tilsvarende beregning av fremtidig parkeringsbehov for besøksreiser. Denne beregningen viste et likt resultat på 718 parkeringsplasser i 2040 for de tre lokaliseringalternativene, sammenlignet med dagens parkeringskapasitet på Våland, som er på 463 plasser for besøkende (Asplan Viak AS, 2015).

Igjen gir resultatene fra tabellen indikasjon på manglende logisk sammenheng mellom fremtidig bemanningsvekst og reduksjon i parkeringstilbudet basert på enkel prosentregning, som beskrevet ovenfor. Resultatene viser at det legges opp til vekst i antall parkeringsplasser for alle de tre alternativene i forhold til dagens situasjon. Økt antall parkeringsplasser vil kunne gi flere bilturer til sykehuset. Flere bilturer vil videre, avhengig av lengden på bilreisen, mest sannsynlig gi mer klimagassutslipp, noe som strider mot intensjonen bak nullvekstmålet. Uavhengig av om beregningen inneholder svakheter eller ikke, viser resultatene at Våland-alternativet har mulighet til å oppnå nullvekstmålet med en lavere parkeringsdekning enn de to andre lokaliseringalternativene. Dette forholdet virker derimot mer logisk ut fra at Våland viste en mer gunstig fremtidig reisemiddelfordeling for de miljøvennlige transportmidlene.

Basert på resultatene fra transportanalysen og ut fra en samlet vurdering mente konsulenten at reduksjon av bilførerandelen på Våland ansees realistisk ved moderat økning av parkeringsrestriksjonene, samt noe hensyntagen til reisetid og konkurranseflater i kollektivtilbudet ved tildelingen av parkeringskort for ansatte (Asplan Viak AS, 2015, s. 6).

For de to andre lokaliseringalternativene Ullandhaug og Stokka mente konsulenten derimot at kraftige restriksjoner må innføres for ansatte som bor i områder med best kollektivtilbud.



For Ullandhaug anses de forutsatte bilførerandelene i 2025 som krevende å oppnå, men at det trolig vil bedre seg noe, i og med at man antar at bosettingsmønsteret til de ansatte vil tilpasse seg noe frem mot 2040 (Asplan Viak AS, 2015, s. 7). Analysen konkluderte også med at det er mer krevende å oppnå forutsetningene om lave bilandeler for Stokka i 2025 enn for Våland og Ullandhaug, men at også for Stokka vil situasjonen trolig bedre seg noe mot 2040.

Samtidig som det virker rimelig at bosettingsmønsteret til de ansatte ved eventuell lokalisering på Ullandhaug eller Stokka vil bedre seg noe over tiden, er det grunn til å stille seg kritisk til hvor mye forbedring man kan oppnå. Dette fordi begge disse lokaliseringene er preget av fragmentert utvikling med langt færre boliger i nærliggende omland, særlig i konkurranseflaten for gåing. Til tross for at sykehuslokalisering på Ullandhaug eller Stokka vil kunne gjøre det attraktivt med etablering av boliger og andre funksjoner i området, er det grunn til å anta at de neppe vil kunne måle seg med den gunstige lokaliseringen på Våland. Våland ligger i motsetning til Ullandhaug og Stokka i den delen av bystrukturen med høyest befolkningstetthet, langs jernbanelinjen og den viktigste kollektivaksen for buss på Nord Jæren. Det er også behov for å påpeke at Stavanger kommune i sin konsekvensvurdering har ment at potensialet for lokalisering av næring og boliger i sykehusets nære omland på Ullandhaug, vil begrenses av nærhet til kjerneområdet for landbruk og regional grønnstruktur (Stavanger kommune, 2015a). Dette gjelder også for Stokka alternativet. I tillegg vil en eventuell omfattende utbygging på Ullandhaug, som ikke er en del av senterstrukturen, være i konflikt med målet om å fremme utvikling av kompakte byer, jamfør føringene i Nasjonal transportplan, og de statlige planretningslinjene for samordnet bolig-, areal-, og transportplanleggingen.

Det faktum at Helse Stavanger HF og Helse Vest HF har valgt å gå for Ullandhaugkonseptet, til tross for at transportanalysen viser at Våland er best tilrettelagt for å imøtekomme nullvekstmålet, er en indikasjon på at nullvekstmålet i liten grad er ivarettatt ved lokaliseringsbeslutningen.

#### [4.4.2 Konsekvensvurdering av lokaliseringalternativene.](#)

Stavanger kommune igangsatte på eget initiativ et arbeid med vurdering av lokaliseringalternativenes konsekvenser for byutvikling. Konsekvensvurderingen ble gjennomført av kommuneplanavdelingen, Kultur og byutvikling (Stavanger kommune, 2015a). Denne vurderingen omfattet, ifølge den avsluttende rapporten fra juni 2015, kun de to alternativene (Våland og Ullandhaug) som lå i Stavanger (ibid). Konsekvensvurderingen har med ord ikke tatt hensyn til Stokka alternativet, som ligger i nabokommunen Sandnes.

Kommunens vurderingen av de to lokaliseringalternativenes konsekvenser for bærekraftig byutvikling ble gjennomført i lys av rammene gitt (ibid):

- Nasjonale føringer for byutvikling; blant annet:
  - Statlige planretningslinjer for samordnet bolig-, areal- og transportplanlegging.
  - Nasjonal Transportplan 2014 – 2029. Nullvekstmålet ble spesifikt nevnt i rapporten.
- Regional byutviklingsstrategi-føringer for lokslisering av sykehus.
- Byutviklingsstrategi for Stavanger.

Disse er i samsvar med rammene som er valgt for evalueringen i denne masteroppgaven. Derfor vil resultatene fra denne konsekvensvurderingen i tillegg til resultatene fra transportanalysen i forrige avsnitt, gi tilfredsstillende indikasjoner på hvilket alternativ som best oppnår nullvekstmålet og bærekraftig byutvikling. Dette vil videre være et verdifullt bidrag til besvarelse av problemstillingen i denne oppgaven.

Hensikten med konsekvensvurderingen var ifølge Stavanger kommune å sette fokus på sykehuslokaliseringen i et bredt byutviklingsperspektiv, der sykehuset kunne spille en rolle gjennom å bygge og utvikle byen, og ikke kun institusjonen (ibid).

For å belyse betydningen av lokaliseringen for byutviklingen valgte kommunen både næringsutvikling og samordnet areal- og transportplanlegging som de viktigste temaene for utredningen. For begge disse temaene ble det laget indikatorer som sykehuslokaliseringen skulle konsekvens-vurderes i forhold til. De avledede indikatorene var følgende (ibid):

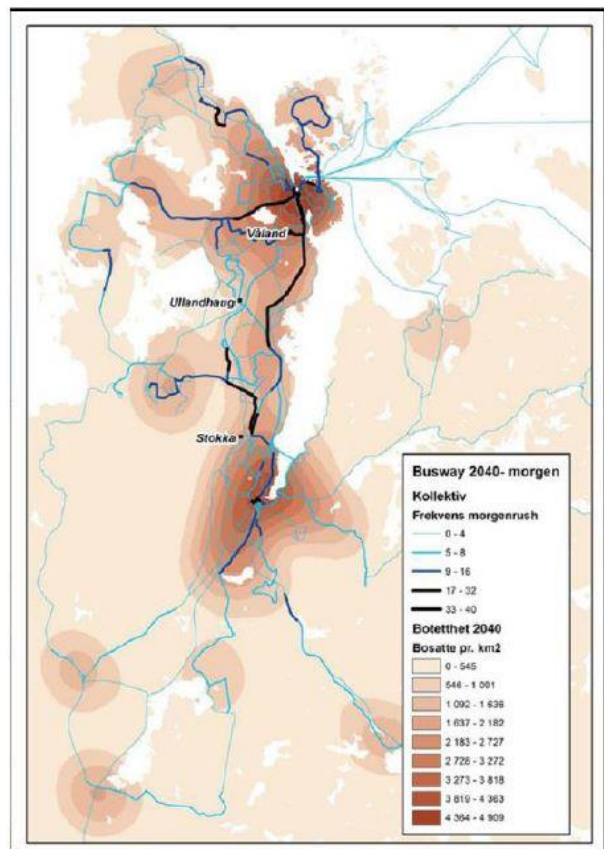
1. Lokaliseringens bidrag til fortetting/byomforming, husholdning av ikke-utbygde arealreserver.
2. Lokaliseringens bidrag til effektiv utnyttelse av etablert og planlagt offentlig infrastruktur.
3. Lokaliseringens bidrag til økt byliv og folkehelseforebyggende arbeid, målt i forgjenger og sykkelpotensial.
4. Lokaliseringens eksisterende og planlagt kollektiv tilgjengelighet.
5. Potensial for lokalisering av kunnskapsintensive næringer og FoU-virksomheter nær sykehuset.
6. Nærhet til Universitetet i Stavanger (UIS) og forskningsmiljøet på Ullandhaug.

Under presenteres resultatene fra kommunens konsekvensvurdering for hver av disse indikatorene.

**Indikator 1:** Lokaliseringens bidrag til fortetting/byomforming, husholdning av ikke-utbygde arealreserver: For denne indikatoren har Våland-alternativet, hvor sykehuset ligger i dag, ifølge

Stavanger kommune høyere måloppnåelse enn Ullandhaug-alternativet fordi (Stavanger kommune , 2015a, s. 20):

- Utbygging av Våland vil skje som en fortetting eller omforming, mens utbygging på Ullandhaug vil skje på områder som i dag ikke er utbygd. En eventuell sykehuslokalisering på Ullandhaug kan medføre uønsket utbygging og økt press på kjerneområde for landbruk, eksempelvis langs kollektivkorridoren Ullandhaug – Forus, noe som videre kan bidra til byspredning.
- Våland ligger i den delen av bystrukturen med høyest befolkningstetthet, mens Ullandhaug har lavbefolkningstetthet.
- Våland ligger langs hoved-aksen for fremtidig byutvikling på Nord Jæren som er regionalt forankret, og bidrar til en konsentrert byutvikling i tråd med regionale og kommunale føringer.
- En konsentrert byutvikling vil forsterke Våland-beliggenhetens sentrale plassering målt i omlandets befolkningstetthet, som vist i figur 11. Investering i dobbeltspor på Jærbanen markerer en tydelig statlig oppfølging av denne strategien. Denne strategien følges videre opp i bypakke Nord Jæren med etablering av bussveien 2020 i aksen, som er regionens hoved-kollektivsatsing.
- Å beholde sykehuset i bybåndet mellom Stavanger og Sandnes kan tiltrekke seg nye virksomheter i omlandet, og vil styrke drivkreftene for fortetting og omforming.

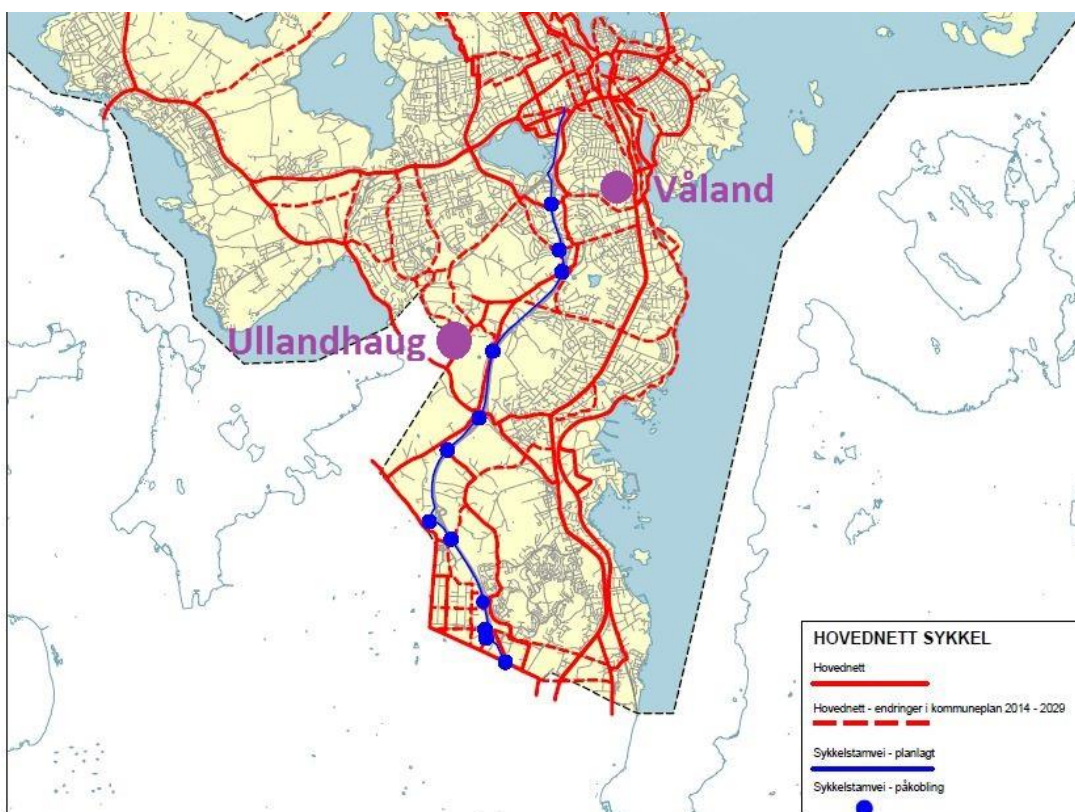


**FIGUR 11: BEFOLKNINGSTETTHET PÅ NORD JÆREN BEREGNET FOR 2040 FORUTSATT BOSETTING SOM I SCENARIET KONSENTRERT BYVEKST. TETTHETEN ER MÅLT I ANTALL INNBYGGERE PÅ KM<sup>2</sup>. MØRKEST FARGE LIGGER MELLOM CA. 4400 - 4900 INNBYGGERE PR KM<sup>2</sup>, LYSEST FARGE ER MELLOM 0-545 INNBYGGERE. (ASPLAN VIAK GJENGITT STAVANGER KOMMUNE , 2015c, s. 78)**

**Indikator 2:** Lokaliseringens bidrag til effektiv utnyttelse av etablert og planlagt offentlig infrastruktur: Også her vurderer kommunen at Våland-alternativet har høyere måloppnåelse for

bærekraftig byutvikling enn alternativet Ullandhaug. Vurderingen underbygges av følgende argumenter (Stavanger kommune , 2015a, s. 21):

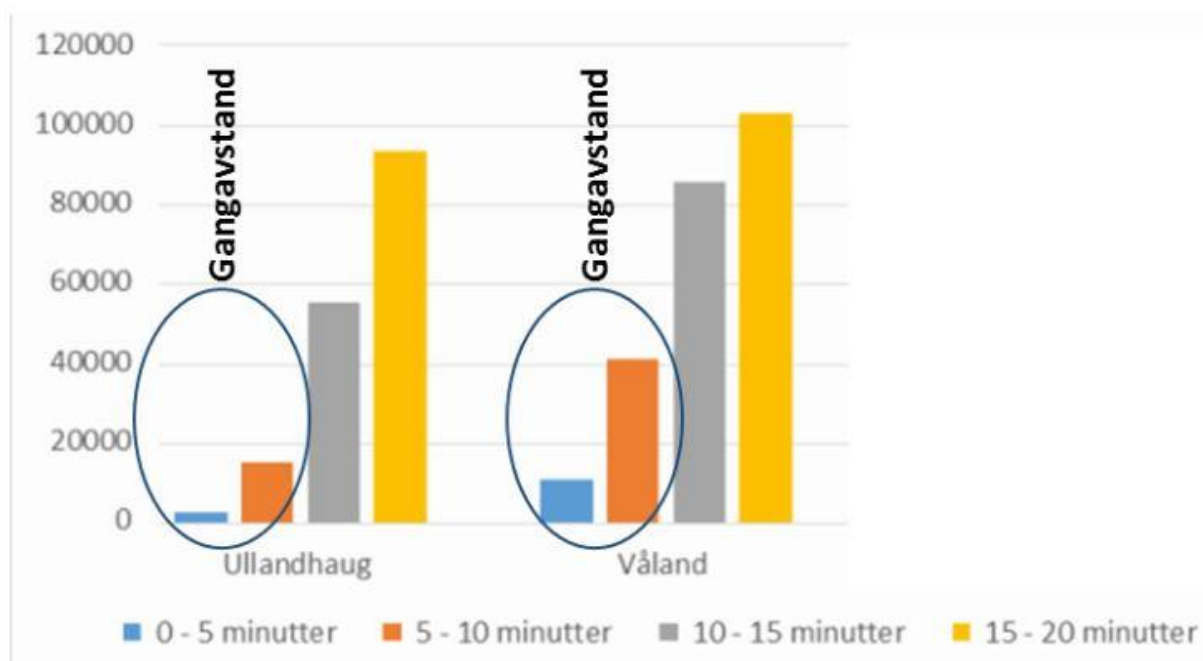
- Våland ligger i likhet med Ullandhaug nært E39. Begge alternativene har like muligheter til å effektivt kunne nyttiggjøre seg denne som hovedatkomst til sykehuset.
- Våland ligger langs bussveitrasen med gangavstand til jernbanestopp. Våland ligger også langs hoved-kollektivaksen mot Ullandhaug. Lokalisering på Ullandhaug betjenes i motsetning til Våland ikke av jernbanen, men den vil knyttes til hoved kollektivtrase fra Stavanger sentrum, via Madla til Ullandhaug, med videreføring til Forus trolig via kollektivfelt på E39. Det påpekes her for orden skyld at Ullandhaug ikke ligger langs bussveitraseen, som fører regionens viktigste busstilbud.
- Bypakke Nord-Jæren forutsetter forbedret atkomst fra dagens sykehus på Våland til både jernbanen og bussveitraseen.
- Våland har god kobling til hovednett for sykkel i Stavanger, til tross for at lokaliseringen har noe lengre avstand til sykkelstamveien. Se figur 12 under.



**FIGUR 12: LOKALISERINGSALTERNATIVENE PÅ VÅLAND OG ULLANDHAUG I FORHOLD TIL HOVEDNETT FOR SYKKEL I STAVANGER. BLÅ LINJE ER DEN PLANLAGTE SYKKELSTAMVEIEN (BASERT PÅ STAVANGER KOMMUNE, 2015B)**

**Indikator 3:** Lokaliseringens bidrag til økt byliv og folkehelseforebyggende arbeid, målt i forgjenger og sykkelpotensial: Stavanger kommune vurderer også her at Våland har høyere måloppnåelse enn Ullandhaug fordi (Stavanger kommune , 2015a, s. 22):

- Dagens lokalisering på Våland har en høy gang- og sykkelandel på 37 prosent, mens Ullandhaug har en andel på 20 prosent, basert på beregninger fra RVU.
- En betydelig andel av innbyggere er bosatt innenfor potensiell gangavstand fra Våland, mens Ullandhaug gir lavest andel bosatte innenfor gangavstand (se figur 13 under).
- 75 prosent av dagens ansatte ved sykehuset bor innenfor en sykkelavstand på 20 minutter fra Våland, mens 67 prosent er bosatt innenfor den samme avstanden fra Ullandhaug.
- Byutviklingsstrategien til Stavanger legger til rette for at andelen myke trafikanter innenfor sykkelavstanden økes på Våland.
- Utbygging av boliger i Stavanger sentrum, Hillevåg og Paradis vil legge til rette for økt andel bosatte i gangavstand til dagens sykehus på Våland.
- Våland ligger i den delen av bybåndet med høyest befolkningstetthet, noe som vil gi positiv effekt på besøksreiser til fots og med sykkel, noe som igjen vil gi positivt utslag på denne indikatoren.
- Fotgjengerpotensialet henger også sammen med oppnådd kollektivandel, da høye kollektivandeler gir flere fotgjengere.



**FIGUR 13: AKKUMULERT ANTALL INNBYGGERE I SYKKELAVSTAND FRA VÅLAND OG ULLANDHAUG. SYKKELAVSTAND PÅ OPPTIL 10 MINUTTER ER REGNET SOM POTENSIELL GANGAVSTAND (STAVANGER KOMMUNE , 2015A, S. 25)**

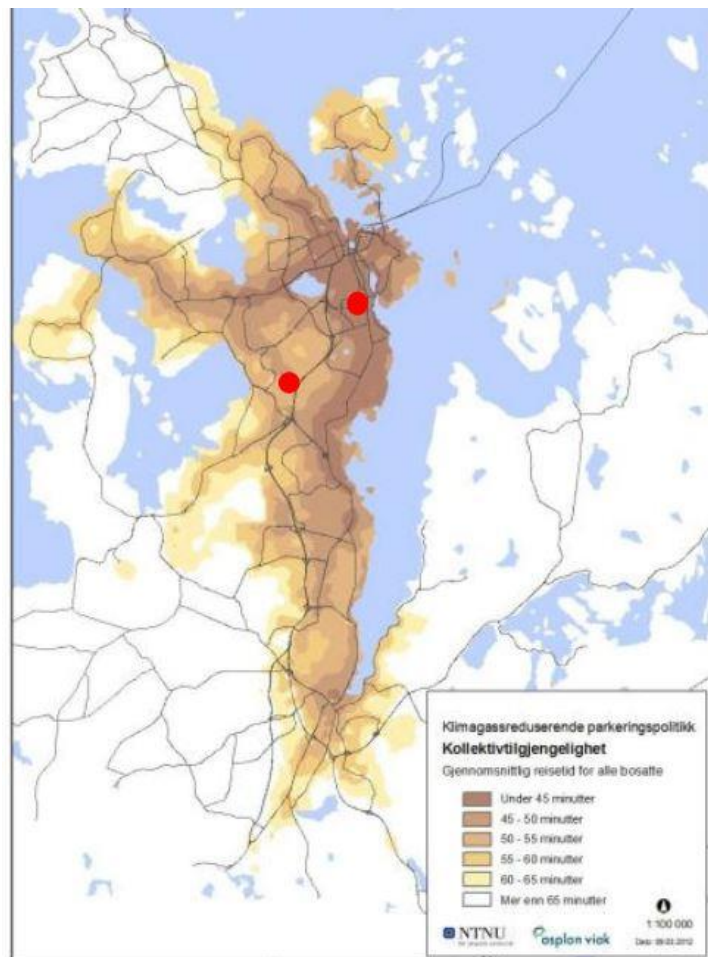


**Indikator 4:** Lokaliseringens eksisterende og planlagt kollektivtilgjengelighet: Våland-alternativet vil ifølge kommunen gi positivt utslag på denne indikatoren mer enn alternativet Ullandhaug. Våland vurderes dermed høyere enn Ullandhaug på denne indikatoren fordi (Stavanger kommune , 2015a, s. 25):

- For innbyggere i Stavanger og Sandnes ligger Våland i den delen av byområdet med best kollektivtilgjengelighet, mens Ullandhaug ligger i en del med middels kollektivtilgjengelighet, som vist i figur 14.

- Våland har i tillegg god kollektivtilgjengelighet for innbyggere i kommunene sør for Sandnes med jernbanen, mens Ullandhaug ikke vil bli betjent av jernbanen.

- Kollektivtilbudet på Våland vil forsterkes ytterligere som følge av bypakke Nord Jæren. Også for Ullandhaug vil kollektivtilbudet forsterkes ytterligere som følge av bypakken, men lokaliseringen vil ifølge kommunen fortsatt ikke oppnå den samme kollektiv-tilgjengeligheten som Våland. Dette henger blant annet sammen med at Ullandhaug ikke ligger langs bussveien og jernbanen.



**FIGUR 14: KOLLEKTIV TILGJENGELIGHET 2012 I STAVANGER OG SANDNES, GJENNOMSNITT FOR ALLE BOSATTE ( (STAVANGER KOMMUNE , 2015A, s. 26)**

- Reisetidsforholdet mellom bil og kollektivtrafikk er 1,3 i favør av biltrafikken for Våland, mens det for Ullandhaug er 1,6 i favør av biltrafikk. Det vil si at tidsbruken for en kollektivreise til Våland er 1,3 ganger høyere enn for en bilreise. Tilsvarende er tidsbruken for en kollektivreise til Ullandhaug 1,6 ganger høyere enn for en bilreise. Reisetidsforholdet er viktig fordi det sier noe om de bilrestriktive tiltakene i et område, noe som er et viktig premiss for å oppnå reduksjon i personbiltransporten, i henhold til føringene i Nasjonal Transportplan.

De to siste indikatorene (5 og 6) har ifølge Stavanger kommune som mål å vurdere lokaliseringalternativenes konsekvenser for næringsutvikling. For den femte indikatoren som gjelder potensialet for lokalisering av kunnskapsintensive næringer og FoU-virksomheter nær sykehuset, har kommunen vurdert at både Våland og Ullandhaug er likeverdige alternativer (ibid). For den sjettede indikatoren som gjelder nærhet til Universitetet i Stavanger (UIS) og forskningsmiljøet på Ullandhaug, har kommunen derimot ment at Ullandhaug-alternativet har en klar høyere måloppnåelse enn Våland. Dette fordi lokalisering på Ullandhaug tilsier naboskap til universitetet og det øvrige forskningsmiljøet (ibid).

En samlet vurdering av indikatorene gir et klart fortrinn til Våland-alternativet med tanke på oppnåelsen av føringene knyttet til nullvekstmålet og bærekraftig byutvikling. Dette stemmer overens med resultatene fra transportanalysen, beskrevet i forrige avsnitt, som også endte i en anbefaling av Våland. At Våland anses som det beste lokaliseringalternativet ut fra hensynet til nullvekstmålet og bærekraftig byutvikling, vurderes som rimelig ut fra at Våland ga mest gunstig fremtidig reisemiddelfordeling, lå i den delen av Stavanger med høyest befolkningstetthet og god funksjonsblanding i nærheten av Stavanger sentrum, hadde best kollektivtilgjengelighet, og hadde best gang- og sykkeltilgjengelighet. Disse forholdene er i samsvar med de ideelle forutsetningene og rammene fra kapittel tre, som ble lagt til grunn for denne oppgaven. Det endelige lokaliseringvalget truffet for Ullandhaugkonseptet virker derfor ikke å ha tatt hensyn til resultatene fra transportanalysen og konsekvensvurderingen. Dette er enda en indikasjon på at nullvekstmålet og bærekraftig byutvikling i liten grad har vært et viktig premiss for lokaliseringen.

Det er behov for å peke på at Stavanger kommune i denne rapporten ikke tok endelig stilling til lokaliseringvalget, til tross for at Våland kom best ut, og til tross for at det var kjent for offentligheten via lokalmedia at planfagmiljøet i kommunen foretrakk Våland av hensyn til byutvikling. Bakgrunnen var at kommunens konsekvensvurdering i liten grad omfattet helsefaglige hensyn, og at Stavanger kommune sin endelige anbefaling ville komme i forbindelse med Helse Stavanger HF sin høring av skisseprosjektet, der resultatene fra alle utredningene skulle legges til grunn for politisk behandling i kommunen (Stavanger kommune, 2015a). Den politiske behandlingen endte allikevel med et bystyrevedtak i favør av Våland-konseptet. Dette vil bli nærmere beskrevet i delkapitlet om omhandler planprosessen.

Helse Stavanger HFs egen utredning «Skisseprosjekt- Utredning av beskrivelse av alternativene», endte derimot med en anbefaling av Ullandhaug-alternativet (Stavanger Universitetssjukehus, Helse Stavanger HF, 2015). Anbefalingen fra denne utredningen, som ble gjennomført av konsulentfirma Nordic COWI på oppdrag fra Helse Stavanger HF, var blant annet begrunnet med at Ullandhaug var

best av hensyn til kvaliteten på pasientbehandling, kostnader, samt byggets fleksibilitet og kapasitet (ibid).

#### 4.4.3 Samlokalisering med Universitet i Stavanger.

Til tross for at utredninger knyttet til vurdering av synergieffekter av en eventuell samlokalisering med universitet på Ullandhaug, ikke omhandler nullvekstmålet direkte, vil likevel en gjennomgang av disse kunne gi mulige bidrag til beskrivelse av lokalisingsvalget. Dette er fordi samhandling med universitetet i konseptfaseplanen har vært trukket inn som et viktig premiss for lokaliseringen.

I den grad det er mulig, er det nødvendig av hensyn til et helhetlig planleggingsperspektiv at viktige samfunnsspørsmål, som det lokaliseringsplanen for Stavanger universitetssykehus skal besvare, ikke ensidig ivaretar interessene til en samfunnssektor på bekostning av en annen. Helhetlig planlegging krever helhetlig tilnærming til oppgaven planleggingen skal løse. Nullvekstmålet for personbiltransporten er en del av den totale vurderingen som sykehusplanen bør ta høyde for. Vurderinger og utredninger som skal danne grunnlag for en beslutning, må med andre ord inkludere andre momenter som må ivaretas i tillegg til målet om bærekraftig byutvikling og nullvekst i personbiltransporten. I konseptfasen for universitetssykehuset har et av disse momentene vært å lokalisere et fremtidig universitetssykehus i geografisk nærhet til Universitetet i Stavanger. Bakgrunnen for dette har vært å vurdere positive synergieffekter av en eventuell samlokalisering mellom sykehus og universitet. Av konseptvalgrapporten fremgår det at:

*«Å utvikle Helse Stavanger HF sin posisjon som universitetssykehus er et strategisk satsingsområde. Dette skjer i samarbeid med universitetene og i økende grad kommunehelsetjenesten for å fremme forskning og utdanning. I tillegg til forskning på høyt og internasjonalt nivå, skal Helse Stavanger HF bidra til å øke utdanningskapasitet både på bachelor- og masternivå hos de yrkesgruppene som sykehuset vil ha behov for i fremtiden» (Helse Stavanger HF, 2015, s. 128).*

Derfor ble det i henhold til mandatet for konseptfasen lagt til grunn at fordeler og ulemper ved en eventuell samlokalisering skulle utredes nærmere (ibid).

I tillegg til Helse Stavanger HFs egen vurdering av samlokaliseringens synergieffekter, ble tematikken også utredet av Oxford Research AS på oppdrag fra Universitetsfondet i Rogaland (Oxford Research, 2015). Også i denne utredningen var målet at det skulle legges vekt på synergieffekter av en eventuell samlokalisering, med fokus på muligheter og begrensninger knyttet blant annet til kompetansebygging, innovasjon og samspill med næringslivet (ibid). Bakgrunnen for denne bestillingen kan ses i sammenheng med at både Universitetet i Stavanger og forskningsvirksomheten IRIS, som begge er lokalisert på Ullandhaug, hadde et ønske om Ullandhaug som lokaliseringskonsept for et fremtidig Stavanger universitetssykehus.



Resultatet fra begge disse utredningene endte i en anbefaling av Ullandhaug, med følgende argumenter (Helse Stavanger HF, 2015, ss. 128 - 129):

- Erfaringer fra alle ledende medisinske forskningsmiljøer viser at store forskningsmiljøer med samling av humankapital er viktige faktorer for generering av gode forskningsbetingelser og forskningsprosjekter.
- Samlokaliseringen gir et betydelig samhandlingspotensial knyttet til sambruk av utstyr og teknologisamarbeid.
- Andre byer i Norge (Oslo, Bergen, Trondheim og Tromsø) har positive erfaringer med samlokalisering av universitetssykehus og akademiske medisinske institusjoner i samme bygningsmasse. Også i Danmark har man de samme erfaringene.
- Det finnes en rekke eksempler på felles medisinsk forskningsledelse, blant annet i Aalborg i Danmark. Dette vil også bli innført ved NTNU/ St. Olavs Hospital i Trondheim.
- Samlokalisering gir mulighet for samling og utnyttelse av laboratorie-ressurser, særlig knyttet til ressurskrevende fremtidig forskning og diagnostikk.
- Det er viktig å ha samhandlingsarenaer mellom næringsliv og sykehus dersom man ønsker å oppnå næringsutvikling, noe regjeringens strategi i HelseOmsorg1 legger opp til.
- Samlokalisering og etablering av et felles miljø er like viktig for innovasjon som for forskning.
- Samlokalisering bidrar til å fremheve Stavanger universitetssykehus som en attraktiv partner for næringsutvikling, forskning og undervisning.

For ordens skyld pekes det på at Stavanger kommunes konsekvensvurdering, omtalt i forrige avsnitt, også ga Ullandhaug høyere måloppnåelse enn Våland på indikatoren for samlokalisering med Universitetet i Stavanger. At alle disse utredningene gir Ullandhaugkonseptet et fortrinn i forhold til samhandlingsformålet, medfører at holdbarheten i argumentasjonen får et stødig og stabil grunnlag. Det hadde samtidig vært interessant å få sjekket dette grundig, noe det dessverre ikke har vært rom for i denne oppgaven. I det følgende vil en overordna planfaglig vurdering presenteres allikevel, med forbehold om at det er behov for en grundigere utredning for å gi mer sikre konklusjoner. Økt samhandling på tvers av institusjoner forutsetter at tilsatte ved de ulike institusjonene beveger seg mellom institusjonene, og da særlig til fots. Dette forutsetter videre at de ulike institusjonene ligger innenfor akseptable gangavstander. Avstanden mellom dagens universitetslokaler og den foreslåtte sykehuslokalisering på Ullandhaug vil i gjennomsnittet ligge på 700 – 800 meter. Tilsvarende er avstanden mellom universitet og dagens sykehus på Våland på cirka 2,5 – 3 kilometer. I følge Statens vegvesen (2012) sin Nasjonal gåstrategi er sannsynlighet for å gå størst på korte reiser. Av reiser under 500 meter er 80 prosent gangturer, mens turer mellom 1 og 1,4 kilometer markere en grense for om folk velger å gå eller kjøre bil (Statens vegvesen, 2012, s. 57). Med bakgrunn i dette er grunn

til å anta at terskelen for å gå fra sykehuset til universitetet og omvendt, vil være lavere dersom et fremtidig universitetssykehus lokaliseres på Ullandhaug.

#### 4.4.4 Kostnader og økonomiske vurderinger.

Kostnader knyttet til bygging av et nytt fremtidig Stavanger universitetssykehus har vært trukket frem som et viktig argument for valg av lokaliseringkonsept. I forbindelse med lokaliseringsbeslutning har blant annet Helse og omsorgsministeren sagt at Ullandhaugkonseptet gir mest sykehus for pengene (GUNDERSEN , 2016). På denne bakgrunn vil likevel en gjennomgang av kostnadsvurderingene fra konseptfasen, være et viktig bidrag til beskrivelse av lokaliseringsvalget.

På oppdrag fra Stavanger Helse HF gjennomførte konsulentfirma Nordic COWI kostnadsberegninger for de tre lokaliseringsalternativene, basert på arealoversikt og planer utarbeidet i skisseprosjektet (Helse Stavanger HF, 2015). Beregningen av investeringskostnadene var basert på kostnadsdata fra erfaringsprosjekter og konsulentens egne prisdatabaser (ibid).

På grunn av stor usikkerhet i kostnadskalkyler basert på et skisseprosjekt, gjennomførte konsulenten usikkerhetsanalyser for beregningen av forventet kostnad (P50-verdi) (ibid).

Resultatet fra beregningene av prosjektkostnad for de tre lokaliseringsalternativene er vist i tabellen under.

**TABELL 5: PROSJEKTKOSTNAD FOR DE TRE LOKALISERINGSALTERNATIVENE FOR HELT NYTT SYKEHUS I ET BYGGETRINN (HELSE STAVANGER HF, 2015, s. 99)**

Alle tall i millioner kroner (2014)	Våland BT1 + BT2	Ullandhaug BT1 + BT2	Stokka BT1 + BT2
Sum basisestimat BT1	6 996	7 118	7 440
Sum basisestimat BT2	7 464	7 721	7 826
Sum BT1 + BT2	14 460	14 839	15 266
Sum Faveo simulert BT1 og BT2	14 751	14 818	15 324
Indre/ytre	430	28	141
P50 Faveo	15 181	14 846	15 463
<b>P85 estimat BT1 + BT2</b>	<b>16 676</b>	<b>16 351</b>	<b>16 943</b>
Avsetning for usikkerhet	1 495	1 505	1 478

BT1 og BT2 representerer byggetrinn 1 og 2 da prosjektet er foreslått utført i to byggetrinn på grunn av helseforetakets manglende økonomiske bærekraft til å bygge et komplett sykehus i et byggetrinn (ibid).

For et komplett sykehus viser resultatene (P85 estimat) fra tabell 5 at det er marginale forskjeller mellom de tre ulike lokaliseringalternativene. I lys av den store summen på over 16 milliarder kroner for et komplett sykehus, utgjør kostnadsforskjellen en liten brøkdel. Ser man derimot på prosjektkostnaden for første byggetrinn, som jamfør tallene fra tabell 5 er på omtrent 8 milliarder kroner, er det faktisk Våland-alternativet som kommer marginalt best ut. Det er her behov for å peke på at konsulenten har lagt til grunn en langt mer grundig beregningsmetodikk for byggetrinn 1 enn for byggetrinn 2. I konseptvalgrapporten fremgår det at:

*«Konseptvalgrapporten beskriver byggetrinn 1 (BT1) i detalj, mens BT2 derfor ikke er utredet på samme grundig måte. Nordic COWI har imidlertid, ved å bruke samme beregningsmetode som for BT1, kalkulert prosjektkostnadene for BT2 og et komplett sykehus» (Helse Stavanger HF, 2015, s. 98).*

I lys av den marginale kostnadsforskjellen mellom alle de tre lokaliseringalternativene, og i lys av den store usikkerhet kalkylen innebærer særlig for byggetrinn 2 anses det som urimelig at prosjektkostnaden har blitt trukket frem som et viktig argument for lokaliseringsvalget av Ullandhaug.

I tillegg viser kalkylen flere svakheter i et samfunnsøkonomisk perspektiv, noe som antas å ha påvirket kostnaden for Ullandhaugkonseptet i positiv retning. Det fremgår blant annet av konseptvalgrapporten at enkelte kostnadselementer innenfor transportinfrastruktur, blant annet opparbeidelse av kollektivakse på Ullandhaug, forutsettes finansiert gjennom bypakken for Nord-Jæren (ibid). I tillegg tar ikke kalkylen høyde for at en eventuell sykehuslokalisering på Ullandhaug sannsynligvis vil utløse et behov for en vesentlig større oppgradering av miljøvennlig transportinfrastruktur enn det bypakke Nord-Jæren gir anledning til. Dette er fordi en eventuell sykehuslokalisering på Ullandhaug i naboskap med universitet og næringsvirksomhetene i randsonen, vil gjøre Ullandhaug til en av regionens største arbeidsplasskonsentrasjoner, som verken er betjent av jernbanen eller ligger langs bussveitrasen som regionens viktigste busstilbud. Et annet viktig moment som kostnadskalkylen heller ikke tar hensyn til, er den investeringen samfunnet har gjort for etablering av bussveien, jernbanen og dens siste oppgradering til dobbeltspor, noe en sykehuslokalisering på Våland ville dratt nytte av. Siste prisestimat for ferdigstillelse av bussveien er anslått til 10,8 milliarder kroner (Olsen, 2017). Siste oppgradering av jernbanen til dobbeltspor mellom Stavanger og Sandnes fra 2009 hadde en total kostnad beregnet til 2,3 milliarder kroner (Bane Nor, 2009). Det er derfor grunn til å anta basert på et samfunnsøkonomisk perspektiv at kostnadsbildet for de tre lokaliseringalternativene vil endres drastisk i favør Våland, dersom beregningen tar høyde for:

- Å inkludere de negative kostnadskonsekvensene av å flytte en stor offentlig arbeids- og publikumsintensiv virksomhet fra Våland, hvor samfunnet har investert betydelig summer i å etablere transportinfrastruktur.
- De ekstra kostnadselementene Ullandhaugkonseptet vil få som følge av behov for betydelig oppgradering av miljøvennlig transportinfrastruktur og annen teknisk infrastruktur.

Med bakgrunn i dette anses ikke argumentasjonen om at Ullandhaug gir mest sykehus for pengene, å ha et stødig grunnlag i et samfunnsøkonomisk perspektiv. Det er heller ikke rimelig å konkludere med at Ullandhaug gir mest sykehus for pengene ved å dytte kostnader for etablering av kollektivinfrastruktur over på andre sektormyndigheter. Uavhengig av hvilke offentlige sektorer som finansierer de ulike kostnadselementene i prosjektet, burde planen ta hensyn til den totale samfunnskostnaden til prosjektet. Kalkylens manglende samfunnsøkonomiske perspektiv og forutsetning om finansiering av kollektivakse på Ullandhaug gjennom bypakken, har videre skapt reaksjoner lokalt i Stavanger. I en kronikk i Rogaland Avis skrev Myrhol, medlem av kommunalstyret for byutvikling i Stavanger, følgende:

*«Om staten og Helse Vest ikke har budsjettet for de faktiske kostnadene ved en sykehusbygging på Ullandhaug og de rekkefølgekravene en slik utbygging vil medføre, er det eneste ansvarlige å gå for en løsning de faktisk kan finansiere. Ved en utbygging på Våland vil de ikke få disse utgiftene siden det meste av infrastrukturen allerede er på plass» (Myrhol, 2016, s. 4).*

I et annet kritisk avisinnlegg i Stavanger Aftenblad skrev den nåværende presidenten i Norske Arkitekters Landsforbund, Ålgård, følgende:

*«Mindre enn et år senere viser det seg at sykehusutbygging koster flekk, da utbygging av vei, vann og avløp til tomten på Ullandhaug er svært kostnadsdrivende. Hvor var denne overveielser da man kom frem til at man fikk mest sykehus for pengene på Ullandhaug? Hva slags regnestykker og utredninger opereres det med her? Et eget regnestykke for sykehuset, mens man overser den totale samfunnskostnaden? Og i tillegg overser man statlig, regionale og lokale retningslinjer for plassering av arbeidsplasser? Kan man forklare meg logikken? Hva slags bruk av offentlige midler er dette?» (Ålgård, 2016, s. 2).*

#### 4.5 Vurderingskriteriene for lokalisingsvalget.

Innenfor det instrumentelle rasjonelle planleggingsperspektivet skal planutfallet ende i valg av en løsning, som har de mest foretrukne konsekvensene for planens mål (Aven, Boyesen, Njå, Olsen, & Sandve, 2004). Dette ideelle mål- og konsekvensbaserte perspektivet på planleggingen har blant annet blitt kritisert for å ikke ta hensyn til prosessen planleggingen gjennomføres etter (ibid). Dette

er blant annet fordi planer ofte må ta hensyn til flere mål for ulike samfunnssektorer. For eksempel vil konseptfasen for lokalisering av Stavanger universitetssykehus, i tillegg til nullvekstmålet, blant annet måtte ta hensyn til de helsefaglige målene. Å ivareta slike tverrsektorille mål og interesser i planleggingen vil derfor krever gode og helhetlig planprosesser som sikrer en hensiktsmessig samordning av og en balansert vektning mellom de ulike interessene eller målene.

I konseptfasen for lokalisering av Stavanger universitetssykehus ble det av Helse Stavanger HF, ved prosjektets styringsgruppe, utarbeidet kriterier for vurdering og rangering av lokaliseringalternativene basert på prosjektets mål (Helse Stavanger HF, 2015). Prosjektets styringsgruppe som hovedsakelig besto av helseforetakets eget personell, har hatt tilsvarende funksjon for beslutningstaker/prosjekteier, som er administrerende direktør (ibid, s. 18). Konseptvalgrapporten gir ikke svar på om styringsgruppen inneholdt fagpersonell med blant annet areal- og transportfaglig kompetanse. Formålet med vurderingskriteriene, som ble utarbeidet etter forutsetningene i Helsedirektoratets veileder «Tidligfaseplanlegging for sykehusprosjekter», var å komme frem til det alternativet som gir best måloppnåelse til den laveste kostanden (ibid). I konseptvalgrapporten fremgår det at Helse Stavanger HF derfor har valgt å prioritere de helsefaglige og økonomiske vurderingskriteriene. I tillegg ble det argumentert med at vurderingskriteriene var basert på en finansieringsmodell som helse- og omsorgsdepartementet legger til grunn for sykehusutbygging (ibid). Vurderingskriteriene med vektig som ble lagt til grunn for lokaliseringsvalget er vist i tabell 6 under.

**TABELL 6: VURDERINGSKRITERIENE MED VEKTING (BASERT PÅ HELSE STAVANGER HF, 2015, s. 142).**

<b>Kriterier</b>	<b>Vekting</b>
<b>Økonomisk bæreevne og finansielt handlingsrom</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prosjektkostnad, Langsiktig økonomi – driftsøkonomi og gevinster.</li> </ul>	<b>20 %</b>
<b>Kapasitet og kvalitet på helsetjenesten</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Helhetlig pasientforløp, pasientsikkerhet, pasientmiljø og arbeidsmiljø.</li> <li>• Samhandling med kommune helsetjenesten.</li> </ul>	<b>25 %</b>
<b>Byggets kvalitet, fleksibilitet og elastisitet</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Framtidsrettede områder for diagnostikk, behandling og FOU.</li> <li>• God logistikk, funksjonalitet og driftseffektivitet, mulighet for utvidelse.</li> </ul>	<b>20 %</b>
<b>Gjennomføringsmulighet og tidsaspekt</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ferdigstilling og sykehusdrift i en bygge fase på eksisterende tomt.</li> </ul>	<b>10 %</b>
<b>Samfunnsforhold</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Statlige planretningslinjer for samordnet bolig-, areal og transportplanlegging.</b></li> <li>• Forhold til regionalplan, kommuneplan, regulering.</li> <li>• <b>Atkomst, trafikk og kollektivtransport og</b> Teknisk infrastruktur</li> <li>• Miljøaspekter (ytre miljø, energibehov, <b>CO2 utslipp</b>).</li> <li>• Næringsutvikling, samfunnssikkerhet og beredskap.</li> </ul>	<b>10 %</b>
<b>FOU og rekruttering</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Universitetsfunksjon; forskning, innovasjon, undervisning og rekruttering</li> </ul>	<b>15 %</b>

Basert på denne vektleggingen la administrerende direktør i Helse Stavanger HF frem en anbefaling av Ullandhaugkonseptet som endelig lokalisering for et nytt Stavanger universitetssykehus. Anbefalingen ble tatt til følge med et enstemmig vedtak fra styret i Helse Stavanger HF, og senere enstemmig vedtak fra styret i Helse Vest HF. Anbefalingen som ble lagt fram for styrevedtaket, hadde følgende argumenter:

- Ullandhaugkonseptet gir lavest prosjektkostnad og best resultatutvikling i foretaket i perioden fram til 2030 (Helse Stavanger HF, 2015, s. 143).
- Ullandhaugkonseptet imøtekommer i størst grad kriteriene for kapasitet og kvalitet på helsetjenesten (ibid, s. 145).
- Både Ullandhaug og Stokka er de alternativene som best møter kriteriet for byggets kvalitet, fleksibilitet og elastisitet (ibid, s. 146).
- Ullandhaug møter kriteriet knyttet til gjennomføringsmulighet og tidsaspekt best (ibid, s. 146).
- Når det gjelder kriteriet for samfunnsforhold, som blant annet omfatter statlige planretningslinjer for samordnet bolig-, areal- og transportplanlegging, er det Våland-alternativet som kommer best ut, ifølge Helse Stavanger HF. Stokka er så konfliktfylt i forhold til regionalplan for Jæren at det vanskelig lar seg realisere (ibid, s. 147).
- Ullandhaugkonseptet tilfredsstillende også vurderingskriteriet for FoU og rekruttering best (ibid, s. 148).

Vurderingskriteriene som ble lagt til grunn for lokalisingsvalget, jamfør tabell 6, viser at forhold som angår nullvekstmålet og bærekraftig byutvikling (de statlige planretningslinjer for samordnet bolig-, areal og transportplanlegging, reduksjon av CO2 utslipp og kollektivtransport), har kun veid 10 prosent av den totale vurderingen. Disse hensynene inngår som deler av den kategorien som omfatter samfunnsforhold, som i tillegg omfatter andre forhold knyttet til blant annet teknisk infrastruktur, næringsutvikling, samfunnssikkerhet og beredskap. I realiteten betyr dette at nullvekstmålet og bærekraftig byutvikling har veid mindre enn 10 prosent. Vurderingskriteriene viser videre at hensynet til samhandling med universitetet og forskningsmiljøet på Ullandhaug, som er gitt en vektning på 15 prosent, har veid tyngre enn hensynet til nullvekstmålet og bærekraftig byutvikling. Enda viktigere viser vektleggingen av vurderingskriteriene at lokalisingsvalget først og fremst er et resultat av hensyn til de helsefaglig og økonomiske interessene, og at nullvekstmålet og samordnet areal- og transportplanlegging i liten grad har vært ivare tatt ved valg av løsning. Vurderingskriteriene viser med andre ord en tydelig mangel på balansert vektlegging av og hensiktsmessig samordning mellom de ulike tverrsektorielle målene og interessene. Dermed kan ikke planleggingen av sykehuslokalisering sees på som en samordnet og helhetlig handling, slik det ideelt sett burde vært.

Det som anses som interessant og som gjenstår ubesvart i denne sammenhengen, er hvordan utfallet hadde blitt dersom de økonomiske vurderingene av prosjektkostnaden hadde vist at Våland-alternativet var billigst å bygge, da det med rimelige grunner er antatt å være tilfelle, slik det ble redegjort for i avsnittet ovenfor som omhandler prosjektkostnaden. Ville da fortsatt forhold knyttet til kvalitet på helsetjenesten, byggets fleksibilitet og samhandling med universitetet, som til sammen utgjør 60 prosent av den totale vurderingen, ha pekt på Ullandhaug?

Uansett er det gode grunner til å anta at planutfallet er et resultat av at helseforetaket og helsemyndighetene først og fremst er opptatt av å imøtekomme helsefaglige hensyn, og at de ikke anser sykehusprosjektet som et byutviklingsprosjekt. Vektlegging av vurderingskriteriene bekrefter langt på vei dette. Dette synet kommer i tillegg tydelig frem av blant annet helse- og omsorgsministerens uttalelser til lokale medier, der han blant annet har uttalt at sykehuset bygges først og fremst for pasientene (Fossmo, 2016). I et annet leserinnlegg i Stavanger Aftenblad skrev leder av levekårsstyret i Stavanger følgende: «*La oss først gjøre en ting helt klart: Et sykehus er ikke først og fremst et byutviklingsprosjekt, og kan derfor ikke kun vurderes ut fra dette premisset*» (Reiten, 2016, s. 2). Vurderingskriteriene og de påfølgende uttalelsene er en indikasjon på en manglende forståelse for den samfunnsoppgaven sykehusplanen ideelt sett bør løse. Dette er altså en viktig begrunnelse for hvorfor nullvekstmålet og bærekraftig areal- og transportplanlegging i liten grad har vært ivare tatt ved valg av endelig sykehuslokalisering på Ullandhaug. I de to kommende delkapitlene vil både Helsedirektoratets planmodell «Tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter» og planprosessen bli gjennomgått og evaluert, med mål om finne flere begrunnelser for lokaliseringsvalget.

#### 4.6 Planmodell: Tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter

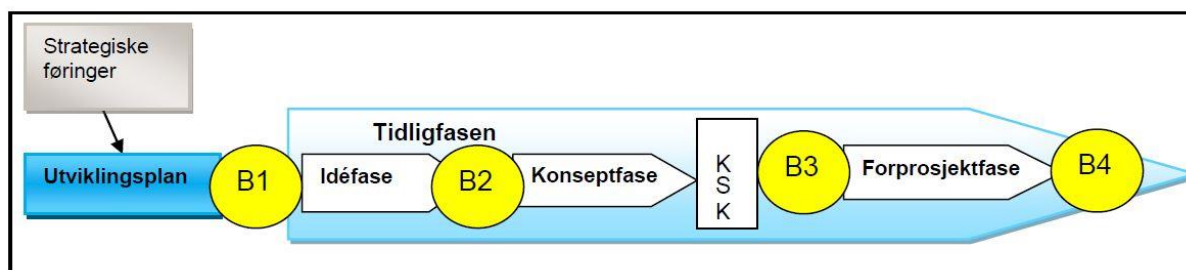
I Norge foregår planleggingen på tre ulike forvaltningsnivåer, som omfatter det statlige, regionale og kommunale nivået. Planlegging er basert på demokratiske prinsipper, der planvedtak blir fattet av folkevalgte organer. Demokratiseringen og politiseringen av planlegging i Norge har medført at synet på planen som produkt, ble supplert med et langt sterkere fokus på planleggingen som prosess (AARSÆTHER, FALLETH, NYSETH, & KRISTIANSEN, 2014). Planspørsmål som angår nullvekstmålet og bærekraftig areal- og transportplanlegging, som denne oppgaven omhandler, er hovedsakelig nedfelt i plan- og bygningsloven. I plan- og bygningsloven som er den viktigste kommunale planleggingsverktøyet, fremgår det av §1-1 at den nye plan- og bygningsloven skal fremme bærekraftig utvikling til beste for den enkelte, samfunnet, og fremtidige generasjoner (ibid, s. 18). Til tross for at loven åpner for at planvedtak også kan fattes av statlige planmyndigheter, er plan- og

bygningsloven i prinsippet bygget for lokaldemokratiet, noe som er tydelig reflektert ved at det store flertallet av planvedtak treffes av kommunene (Millstein, Orderud, Hanssen, & Stokstad, 2016).

Planleggingen i statlig regi foregår først og fremst på sektornivå, og er primært ikke regulert gjennom plan- og bygningsloven (Aarsæther & Buanes, 2014, s. 124). Likevel kan det kommunale planverket brukes for å avklare statlige planlegging. En sentral utfordring med sektorplanlegging i regi av sektordepartementene eller deres etater, er knyttet til samordningen av prioriteringene for de ulike sektorene, som forutsetter en helhetlig planleggingstilnærming.

*«Sektorplanleggingen har en sterk tendens til å sprike. Dette er fordi planleggingen skjer i regi av enkelte sektorer, som opplever å være i konkurranse med hverandre om prioriteringer. Planleggingen kan dermed ikke sees på som en helhetlig aktivitet fra staten sin side» (Aarsæther & Buanes, 2014, s. 125).*

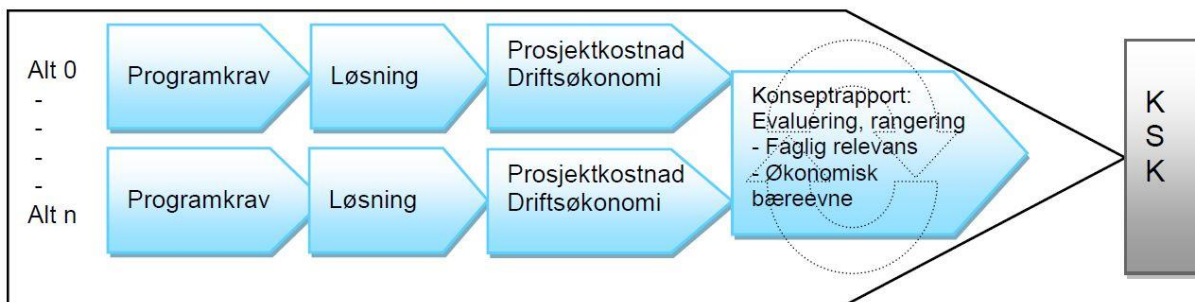
Helsedirektoratets planleggingsmodell «Tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter» er et eksempel på sektorplanlegging i regi av staten. Denne planmodellen ble benyttet i konseptfasen for lokalisering av Stavanger universitetssykehus. Tidligfaseplanlegging er en statlig planleggingsmodell for store investeringsprosjekter i helseforetakene, og den består av tre faser: idefase, konseptfase, og forprosjektfase, jmfør figur 15 nedenfor (Helsedirektoratet, 2011).



**FIGUR 15: ILLUSTRASJON AV FASER OG BESLUTNINGSPUNKTER I TIDLIGFASEN (HELSEDIREKTORATET, 2011, s. 12)**

Planleggingen etter veilederen «Tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter» er underlagt egne styringssystemer som er utarbeidet av Helsedirektoratet, og den foregår før plan- og bygningsloven anvendes. Hensikten med veilederen er at det gjennom bedre kvalitet i tidligfaseplanleggingen skal sikres bedre og mer effektive sykehustjenester (ibid). Modell for gjennomføringen av konseptfasen, som denne oppgaven gjennomgår, vil foregå etter mønsteret vist i figuren under.





**FIGUR 16: MODELL FOR GJENNOMFØRING AV KONSEPTFASEN ETTER TIDLIGFASEPLANLEGGINGEN. (HELSEDIREKTORATET, 2011, S. 19).**

Innholdet i konseptfasen skal ifølge veilederen omhandle utredninger og dokumentasjon av alternative løsninger som gir et sammenligningsgrunnlag, for valg av et konsept ut fra gitte vurderingskriterier. Kriteriene for vurderingen vil omfatte (Helsedirektoratet, 2011, s. 24):

- Måloppnåelse, riktig prioritering i forhold til målhierarki.
- Økonomisk bæreevne og finansielt handlingsrom.
- Kapasitet og kvalitet.
- Samhandling.
- Effektiv drift, driftsøkonomiske gevinster.
- Pasientmiljø, arbeidsmiljø.
- Ytre miljø, energibehov, CO2 utslipp.
- Pasientsikkerhet.
- Byggets kvalitet, fleksibilitet.
- Samfunnsforhold.

Disse vurderingskriteriene er i overensstemmelse med de som ble benyttet i konseptfasen for lokalisering av Stavanger universitetssykehus. Derfor gir Helsedirektoratets planleggingsveileder «Tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter» en forklaring på hvorfor helsefaglige hensyn har fått størst plass i konseptfasen for lokalisering av Stavanger universitetssykehus. Det vil med andre ord si at Helse Stavanger HF har handlet ut fra rammene gitt i Helsedirektoratets planleggingsveileder. Samtidig er det behov for å understreke at veilederen ikke stiller noen spesifikke krav til hvordan de ulike hensynene skal veies opp mot hverandre. Dette er tilsynelatende overlatt til kjønnen hos de regionale helseforetakene, som ifølge veilederen har både beslutningsmakt og hovedansvar for planarbeidet. Helsedirektoratets planleggingsveileder peker på at det viktig å ta hensyn til tversektorielle mål og samfunnsinteresser, eksempelvis klimamål, noe som i utgangspunktet er en positiv intensjon. Likevel må veilederen kritiseres for at det ikke er spesifisert hvordan disse interessene skal ivaretas i konkurranse med helsesektorens egne mål. Dette er spesielt viktig fordi planleggingsveilederens rammer og oppbygging tilsynelatende er designet ut fra helsesektorens egne

behov og interesser. Et tydelig tegn på dette kommer frem i veilederens del som omhandler rammene for ekstern kvalitetssikring, hvor det fremgår at det skal legges til grunn et målhierarki som i et samfunnsperspektiv skal bidra til at prosjektet oppfyller spesialisthelsetjenestelovens formål (ibid).

Denne planleggingsmodellen har videre et styringssystem og en oppbygging som ikke følger den samme metodikken som brukes i lignende store statlige prosjekter, eksempelvis konseptvalgutredninger (KVU). Konseptvalgutredningen er Finansdepartementets ordning for kvalitetssikring av store statlige investeringsprosjekter med en antatt kostand over 750 millioner kroner (Millstein, Orderud, Hanssen, & Stokstad, 2016).

Mens KVU-ordningen som blant annet brukes av Statens vegvesen for store samferdselsprosjekter, og som jamfør figur 17, inneholder to eksterne kvalitetssikringsfaser, gjelder ikke KS1 og KS2 for de regionale helseforetakene (ibid). Men Helsedirektoratets veileder stiller med virkning fra 2011 krav om gjennomføring av kvalitetssikring av konseptvalg (KSK) for investeringer med en forventet kostand over 500 millioner kroner (Helsedirektoratet, 2011).

I tillegg skal konseptfasen i henhold til mandatet for tidligfaseplanlegging avsluttes med en konseptvalgrapport, som videre skal danne grunnlag for et styrevedtak i det regionale helseforetaket, i dette tilfelle Helse Vest HF. Dette vedtaket (beslutningspunkt B3 i figur 15) vil blant annet gjelde å ta stilling til om prosjektet skal videreføres inn i forprosjektfasen med et valgt alternativ, eller om det eventuelt ikke foreligger en alternativløsning utover nullalternativet som gir grunnlag for dette (ibid).

Det må sees på som bemerkelsesverdig at planvedtak, slik Helsedirektoratets planleggingsveileder legger opp til, blir fattet av styret i det regionale helseforetaket, som er et teknokratisk og ikke folkevalgt organ. Dette strider mot de grunnleggende demokratiske prinsippene som det norske plansystemet er underlagt, og det åpner for et planutfall og en planprosess som utelukkende tar hensyn til helsesektorens egne interesser på bekostning av tverrsektorille samfunnshensyn, blant annet bærekraftig byutvikling og nullvekstmålet. Dette har vist seg å være tilfelle i konseptfasen for lokalisering av Stavanger universitetssykehus.



**FIGUR 17: SKJEMATISK FREMSTILLING AV PLANPROSESSER INKLUDERT KVU. (STATENS VEGVESEN, 2017)**

Stavanger kommune ved rådmannen har stilt seg kritisk til valget av denne planmodellen, og har ment at modellen ikke tar hensyn til et bredt bærekraftig byutviklingsperspektiv. I saksfremlegget for konseptvalg vurderingen skrev rådmannen følgende: «Det er viktig for kommunen å få belyst byutviklingsperspektivet for begge lokalitetene (Våland og Ullandhaug) i et bredere perspektiv enn det KVVU gir anledning til (Stavanger Kommune, 2014, s. 1). Rådmannen utdyper videre i saksfremlegget:

*«KVVU-instituttet har i sin form begrensinger som vanskeliggjør en god vurdering av de mer overordna byutviklingsspørsmålene på grunn av metodikkens vekt på samfunnsøkonomisk verdisetting og måloppnåelse for prosjekter isolert sett» (Stavanger Kommune, 2014, ss. 5-6).*

Rådmannens bruk av begrepet konseptvalgutredning for beskrivelse av konseptfasen etter Helsedirektoratets planleggingsveileder «Tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter» er en indikasjon på manglende kjennskap til denne planmodellen.

Stavanger kommune har også reagert på hvorfor valget av sykehuslokalisering ikke fattes av et folkevalgt organ. I et vedtak fra kommunalstyret for byutvikling, gjengitt i Stavanger Aftenblad, heter det blant annet:

*«Stavanger kommune vil påpeke at det er et paradoks dersom regionens største lokaliseringsdebatt, med størst innvirkning på samordna areal- og transportpolitikk og byutvikling, blir fattet uten avgjørende innvirknings fra folkevalgte beslutningsorganer lokalt» (Andersen, 2015, s. 2).*

På avisens forespørsel om hvorfor lokaliseringsbeslutningen ble fattet av et ikke folkevalgt organ, svarte statsviter Tuastad ved Universitetet i Stavanger at det handler om demokrati versus effektivitet, eller politisk styring versus økonomisk rasjonalitet (ibid).

Beslutningsstrukturen etter Helsedirektoratets tidligfaseplanlegging har også blitt kritisert av eksperter innad det planfaglige miljøet. I forskningsrapporten «Staten og bærekraftig byutvikling» blir Helsedirektoratets planleggingsveileder beskrevet som en strukturell mangel og utfordring i plansystemet som kan være hindrende for bærekraftig byutvikling, nettopp fordi denne typen statlig sektorplanlegging er undergitt særlige retningslinjer for statlige beslutningsprosesser som mangler forankring i plansystemet (Millstein, Orderud, Hanssen, & Stokstad, 2016).

Med bakgrunn i denne gjennomgangen anses Helsedirektoratets sektororienterte planleggingsveileder, som har gitt de helsefaglige hensyn størst plass i konseptfasen for lokalisering av Stavanger universitetssykehus, å ha hatt en sentral rolle for at nullvekstmålet og målet om bærekraftig byutvikling i liten grad har vært ivaretatt ved valg av sykehuslokalisering. At sektorplanleggingen har en sterk tendens til å sprike, jamfør det teoretiske perspektivet beskrevet

ovenfor, er et resultat av manglende hensiktsmessig samordning mellom tverrsektorielle interesser, noe planutfallet av konseptfasen for sykehuslokalisering bekrefter.

## 4.7 Planprosessen

I konseptfasen for lokalisering av Stavanger universitetssykehuset har mange aktører, både offentlige og private, vært involvert. Aktørene har blant annet representert ulike sektorinteresser, og de har hatt ulike behov og ønsker knyttet til lokaliseringsspørsmålet. For eksempel har Stavanger kommune og Fylkesmannen i Rogaland vært opptatt av at sykehuslokaliseringen må ta hensyn til bærekraftig byutvikling, nullvekstmålet, og samordnet areal- og transportplanlegging. På den andre siden har Helse Stavanger HF primært vært opptatt av å imøtekomme de helsefaglige hensyn ved valg av sykehuslokalisering. I en slik planleggingssituasjon vil ivaretagelse av tverrsektorielle interesser forutsette å legge til rette for en helhetlig planprosess, noe som ideelt sett skal sikre at de ulike interessene forsøkes imøtekommet gjennom dialog og konsensus mellom aktørene (Aven, Boyesen, Njå, Olsen, & Sandve, 2004). Derfor vil konseptfasen, basert på denne ideelle kommunikative tilnærmingen, bli gjennomgått og evaluert i dette delkapitlet. Målet er å finne mulige prosessrelaterte årsaker og begrunnelser for lokaliseringsvalget, som ledd i arbeidet med å besvare problemstillingen om hvordan nullvekstmålet er ivaretatt. Funnene presenteres i de to neste avsnittene, som starter med en presentasjon av relevant teori.

### 4.7.1 Medvirkning, høring og aktørenes roller

En forutsetning for en helhetlig planlegging er at planleggingen ikke ensidig kan hvile på Banfield sin instrumentelle rasjonalitet (Aven, Boyesen, Njå, Olsen, & Sandve, 2004). I åpne og demokratiske samfunn er planleggingen en arena hvor mange aktører med ulike interesser og behov er involvert. Derfor vil et godt planutfall, som ivaretar tverrsektorielle samfunnsinteresser, være avhengig av balansegraden mellom instrumentell og kommunikativ rasjonalitet. Ved planleggingen basert på kommunikativ rasjonalitet er det planprosessen som er i fokus (ibid). For at planen for lokalisering av Stavanger universitetssykehus skal ivareta hensynet til nullvekstmålet utover helsesektorens egne hensyn, er det i et kommunikativ perspektiv viktig at planprosessen legger opp til dette. De fleste forsøk som er gjort for å utvikle en slik kommunikativ tilnærming, er bygget på den tyske filosofen Jürgen Habermas og hans teorier om kommunikativ handling (ibid).

Styrken med den kommunikative planleggingstilnærmingen er at aktørene gjennom dialog og konsensus har fokus på at det gode argumentet skal vinne frem, mens svakhetene og kritikken er gitt ved den naive troen på at de deltakende aktørene vil spille ut alle kortene sine, at de vil opptre med helt åpne sinn, og at de vil være villige til å endre sitt synspunkt (ibid, s. 52).

I norsk sammenheng har det kommunikative planleggingsidealet fått plass, blant annet ved at den norske plan- og bygningsloven stiller krav til medvirkning. I henhold til plan- og bygningslovens kapittel 5 (§5-1) blant annet heter det blant annet at: «*Enhver som fremmer planforslag, skal legge til rette for medvirkning. Kommunen skal påse at dette er oppfylt i planprosessen som skal utføres av andre offentlige organer eller private*» (Plan- og bygningsloven, 2008).

Begrepet medvirkning blir ofte brukt som en fellesbetegnelse for ulike former for aktørdeltakelse (Sager, 1991, s. 147). Derfor mener Sager (1991) at en medvirkningsstige, jfr. figur 18 nedenfor, som gir ulike grader av innflytelse, kan være et nyttig verktøy for planleggingen. Videre hevdes det at en god medvirkning vil kunne bidra til ivaretagelse av flest mulig hensyn, til tross for at medvirkningen ikke nødvendigvis kan løse interessekonflikter (ibid).

5. beslutningsrett	
4. Medbestemmelse	Virkemidler: Arbeidsgrupper av berørte interesser samt virkemidlene for diskusjon og informasjon.
1. Diskusjon	Virkemidler: Sporadiske møter med berørte interesser, rådgivende grupper, folkemøter, avisdebatt, samtaler.
2. Informasjon	Virkemidler: Skriv, brosjyrer, avisartikler, radio, åpne møter, intervju-undersøkelser, kartlegging av forskjellige slag.
1. Offentlighet	Lovbestemmelse om offentlighet sikrer at planleggingen blir offentlig og ikke hemmelig. Ivaretar rettssikkerheten. Passiv i informasjonssammenheng.

**FIGUR 18: MEDVIRKNINGSNIVÅER ETTER GRAD AV INNFLYTELSE. BASERT PÅ SAGER 1991, OG ARNSTEIN 1969. (SAGER, 1991, s. 147).**

I konseptfasen for lokalisering av Stavanger universitetssykehuset, som ble gjennomført etter prosessen gitt i Helsedirektoratets veileder «Tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter», har Helse Stavanger HF/Helse Vest HF hatt hovedansvaret for planarbeidet, med en rolle som både oppdragsgiver, prosjekteier og beslutningstaker (Helse Stavanger HF, 2015). Helse Stavanger HF la i konseptfasen opp til en høringsprosess som ga mange offentlige og private høringsinstanser mulighet til å komme med sine synspunkter. Gjennomgangen av saksdokumentene viser at planarbeidet har vært organisert på en måte som har gitt de ulike aktørene ulik grad av innflytelse på lokalisingsvalget. I saksfremlegget for styrevedtak om lokaliseringsbeslutningen fremgår det at organiseringen av arbeidet har vært tilpasset de ulike delene av konseptfaseplanen, hvor det har vært involvering av ansatte i brukergrupper, tillitsvalgte og verneombud, samt pasient- og

pårørendeutvalg, styringsgruppe og ekstern referansegruppe bestående av de viktigste interessentene (Stavanger Universitetssjukehus, Helse Stavanger HF, 2015). Rollen til alle berørte aktører og høringsinstanser, utenom Helse Stavanger HF og Helse Vest HF, har ifølge sitatet nedenfor vært beskrevet som «rådgivende».

*«Mens referansegruppen har hatt en rådgivende funksjon for prosjektledelsen, har styringsgruppen hatt tilsvarende funksjon for beslutningstaker/prosjekteier som er administrerende direktør. Videre har Styret i Helse Stavanger HF hatt en rolle ift. viktige beslutningspunkt, og er holdt løpende orientert om prosessen. Det er også gjennomført jevnlig styringsdialoger med Helse Vest HF» (Stavanger Universitetssjukehus, Helse Stavanger HF, 2015, s. 7).*

Fra aktørenes perspektiv synes ikke rollene å ha vært tydelig avklart. Under planarbeidet har blant andre Stavanger kommune ved rådmannen gitt uttrykk for at kommunens rolle knyttet til lokaliseringsspørsmålet bør søkes nærmere avklart med Helse Stavanger HF. (Stavanger Kommune, 2014). Dette medførte at formannskapet i kommunen i et vedtak (2014) oppfordret Helse Stavanger HF til å legge til rette for en bred høring av konseptrapporten (Helse Stavanger HF, 2015).

Til tross for at Helse Stavanger HF fulgte formannskapets anmodning, viser planutfallet at effekten av høringsrunden har vært liten, primært på grunn av at alle lokaliseringsanbefalingene i strid med helseforetakets eget ønske «Ullandhaug», i liten grad har vært tatt hensyn til. Noe som kan ha sammenheng med at Helse Stavanger HF har hatt beslutningsmakt i denne planen, uten å være tvunget til politisk og demokratisk forankring av lokaliseringsvalget.

Hvordan rollene i konseptfasen har vært definert, særlig rollen knyttet til beslutningstaking, har vært gjenstand for massiv kritikk fra ulike hold. I delkapittel 4.6 ble det presentert et sitat fra vedtaket til kommunalstyret for byutvikling i Stavanger, vedrørende det faktum at planmyndighet i konseptfasen har ligget hos Helse Stavanger HF, som er et «ikke folkevalgt organ». I tillegg til kritikken fra Stavanger kommune har det også kommet frem i høringsuttalelsen til Klepp kommune at kommunen stiller seg undrende til at lokaliseringsspørsmålet avgjøres av et styre istedenfor et folkevalgt organ (Klepp Kommune, 2015).

Det er vanskelig å ta stilling til medvirkningen i denne planen. Samtidig som det er noen kritikkverdige forhold knyttet til blant annet rolleavklaringer eller beslutningsmyndighet, har prosessen vært åpen og tilgjengelig for innbyggerne og andre aktører. Den har videre vært rikelig dekket av lokalmedia. I tillegg til at planen har vært lagt ut på høring, har det underveis i planarbeidet vært opprettet ulike fellesarenaer (brukergrupper og referansegrupper) for utveksling

av informasjon og meninger. I saksfremlegget for styrevedtak om lokaliseringsbeslutningen fremgår det at:

*«Brukerutvalgene (pasient/pårørende) har vært involvert i hele prosessen. Prosjektet har videre arrangert allmøter og deltatt i avdelingsmøter og andre interne møter for å nå ut til flest mulig av medarbeiderne med dialog og informasjon. Videre har prosjektet hatt månedlige styringsgruppemøter internt i foretaket, månedlige referansegruppemøter med eksterne aktører i tillegg til gjennomgående dialogmøter med administrative og politiske representanter for kommuner og fylkeskommunen» (Stavanger Universitetssjukehus, Helse Stavanger HF, 2015, s. 5).*

Ut fra medvirkningsstigen beskrevet ovenfor synes planen å ligge på trinn tre (3), som er definert som diskusjonsnivået. Oppsummert kan det sies at medvirkningen har vært god, men ikke optimal, noe som i kombinasjon med tildelingen av beslutningstakerrollen til helseforetaket, kan betraktes som en annen mulig årsak til at nullvekstmålet i liten grad er tatt hensyn til ved lokaliseringsbeslutningen.

#### 4.7.2 Aktørenes standpunkt, interessekonflikter og maktrelasjoner

Samfunnsplanlegging kan betraktes som en arena for politikk med mange involverte aktører, som representerer ulike ønsker i saken. Hver enkelt aktør ønsker å tilfredsstille sine egne ønsker og behov, ofte uten særlig omtanke for de negative konsekvensene dette kan medføre for andre aktører (Aven, Boyesen, Njå, Olsen, & Sandve, 2004). Beslutninger og valg av løsninger blir betraktet som et resultat av forhandlinger mellom involverte aktører som handler ut fra egne relativt stabile interesser i det tidsrommet interessene studeres i (Roness, 1997). Interessekonflikter som oppstår underveis i planprosessen, kan ikke løses gjennom medvirkning (Sager, 1991). Dette henger trolig sammen med at interessekonflikter vil kunne forutsette en krevende forhandlingsprosess med behov for kompensasjon eller kompromisser. Konflikter kan heller ikke løses på en rasjonell og instrumentell måte innenfor forhandlingsperspektivet, ettersom prosessen forutsetter kompromisser for beslutningstakingen. Utfallet vil i realiteten ofte bli avhengig av den dominerende koalisjonens interesser og ressursene som hver av de deltakende aktørene kan stille bak interessen sin (Roness, 1997). Forsøk på å løse interessekonflikter gjennom uhensiktsmessig maktbruk vil svekke planleggingsrasjonaliteten. Dette er fordi planleggingen under stabile maktrelasjoner er en rasjonell måte å løse konflikter på, noe som videre gir beslutninger legitimitet (Flyvbjerg sitert i Aven, Boyesen, Njå, Olsen, & Sandve, 2004, s. 56).

Flyvbjerg (1991) hevder videre at planleggingsrasjonaliteten ved en åpen konfrontasjon viker for maktens rasjonalitet, og han mener at dersom interessene til aktører med mye makt utfordres og

trues, viker saklighet og objektivitet for maktens rasjonalitet. Det vil med andre ord si jo mer maktens rasjonalitet, desto mindre saklig rasjonalitet.

Med makt menes det i denne sammenhengen makten til å få en aktør til å gjøre noe vedkommende ellers ikke ville gjort. Dette er i tråd med Dahl (1957) sin definisjon av makt (Dahl sitert i Aven, Boyesen, Njå, Olsen, & Sandve, 2004, s. 54). I en rasjonell planleggingsammenheng deles makt i ulike kategorier, der det blir lagt til grunn at den som har ansvaret for planleggingen, vil kunne ha makt til å (Amdam, 2014, s. 276):

- Sette et problem på den politiske dagsorden;
- bestemme innholdet/regien av planleggingen;
- gjøre et vedtak;
- gjennomføre vedtaket.

Basert på disse teoretiske perspektivene er det derfor nødvendig å gjennomgå og redegjøre for standpunktet (ønskene og interessene) til de ulike aktørene som har deltatt i sykehusplanen, hvilke argumenter som har ligget til grunn for deres standpunkt, samt hvordan maktrelasjonene mellom aktørene har vært. Dette vil igjen kunne bidra til å finne mulige begrunnelser for lokalisingsvalget.

En oversikt over de tre lokalisingsalternativene for sykehuset med utgangspunkt i disse forholdene er presentert nedenfor.

### **Lokalisingsalternativet på Våland**

Våland-alternativet som ligger i Stavanger kommune har vært fremmet som et foretrukket alternativ av blant andre:

- Fylkesrådmannen i Rogaland fylkeskommune. Innstillingen til fylkesrådmannen ble ikke tatt til følge av fylkesutvalget, som gikk inn for Ullandhaug (Gundersen , 2015).
- Regionalplanavdeling /fylkesplansjef i Rogaland fylkeskommune (Hetland, 2015).
- Rådmannen og kommuneplanavdelingen i Stavanger kommune (Helse Stavanger HF, 2015).
- Stavanger bystyre gjennom et vedtak fra september 2015, som endte med anbefaling av Våland med en stemmes overvekt, 34 mot 33(ibid).
- Fylkesmannen i Rogaland (ibid).
- Statens vegvesen: Både Ullandhaug og Stokka vil være i strid med statlige planretningslinjer (ibid).
- BULL «Nettverk for byutvikling lange linjer» (Gundersen , 2015).

De viktigste argumentene som ble lagt til grunn for anbefalingen av Våland var blant andre:



- Hensynet til statlige planretningslinjer for samordnet bolig-, areal- og transportplanlegging.
- Hensynet til nasjonale mål for lokalisering av statlige virksomheter.
- Hensynet til regionalplan for Jæren.
- Hensynet til klimamålsettinger, nullvekstmålet og bærekraftig byutvikling.
- Hensynet til trafikkmessige forhold, der Statens vegvesen påpekte behovet for å belyse lokaliseringens konsekvenser for E39 dersom Våland ikke ble valgt.

Sykehusplanen har vært offentlig og åpen for allmennheten i regionen, med enorm interesse fra lokalmedia. Lokaliseringsspørsmålet har skapt store diskusjoner blant eksperter, ulike fagmiljøer og politikere, som har stilt opp i ulike avisintervjuer eller fremmet sine synspunkter via innlegg i ulike mediekkanaler. Gjennom denne mediedekningen har det vært mulig å få innblikk i den enorme støtten Våland-konseptet har fått fra byplanleggingsmiljøet i regionen og Norge for øvrig.

Eksempelvis har Våland, som synes best å imøtekomme hensynet til nullvekstmålet, fått støtte fra blant andre professor Tor Medalen ved institutt for byforming og planlegging ved NTNU. I et intervju med Stavanger Aftenblad understreket Medalen at Våland er det beste alternativet av de tre, fordi konseptet har gode kollektivmuligheter, kort vei til sentrum, gangavstand til jernbane og nærhet til folk (TOLLAKSEN, 2015). Denne beskrivelsen er i samsvar med resultater fra transportanalysen og konsekvensvurderinger beskrevet tidligere i kapitlet. I et annet felles avisinnlegg «*Skal ikke planer følges?*» har Våland også fått støtte fra sivilarkitektene Bjerved, Grimnes og Jacobsen, som er pensjonert dosent ved Institutt for industriell økonomi, risikostyring og planlegging ved UIS (Bjerved, Grimnes, & Jacobsen, 2016). Ekspertene stiller seg spørrende til om regionalplanen gjelder for offentlige tiltakshavere.

### **Lokaliseringalternativet på Stokka**

Stokka-alternativet i Sandnes har, i et vedtak fra Sandnes kommunes formannskap den 29.09.2015, vært fremmet som et foretrukket alternativ for sykehuslokaliseringen (Helse Stavanger HF, 2015). De viktigste argumentene Sandnes la til grunn for anbefalingen, var at Stokka-området har tilstrekkelig arealer for et nytt sykehusbygg og ligger i nærhet til motorveien, bussveien og sykkelstamveien (ibid). Det har vært relativt liten tro på Stokka som et lokaliseringskonsept sammenlignet med de to andre. I høringsuttalelsen til Fylkesmannen i Rogaland blir Stokka blant annet frarådet fordi (Fylkesmannen i Rogaland, 2015):

- Stokka er i konflikt med regionalplan for Jæren, som definerer stedet som LNF område.
- Stokka er i vesentlig konflikt med statlige planretningslinjer for samordnet bolig-, areal- og transportplanlegging.

- Stokka ligger sammen med Ullandhaug utenfor sentrumsstrukturen, og er dermed i konflikt med hovedgrepet i regionalplanen.

I tillegg til fylkesmannen har også Avinor frarådet Stokka-alternativet. Avinor hevder at et sykehus på Stokka vil være i veien for innflygning til Stavanger lufthavn (Gundersen , 2015). Også Statens vegvesen har i sin høringsuttalelse pekt på at Stokka er i konflikt med statlige planretningslinjer (Helse Stavanger HF, 2015).

Utenom Sandnes kommune er det Bjerkreim kommune som ser ut til å foretrekke dette alternativet. Kommunen argumenterer for at Stokka ligger i et demografisk tyngdepunkt i Rogaland, og at lokaliseringen vil være en fordel for samhandling med kommunene fra Sandnes og sørover (Bjerkreim Kkommune, 2015). Det pekes for ordens skyld på at alle de tre lokaliseringalternativene ligger i regionale demografiske tyngdepunkter. Transportanalysen som er omtalt i delkapittel 4.4.1, har vist at Våland er det alternativet som best imøtekommer hensynet til nullvekstmålet og bærekraftig areal- og transportplanlegging, blant annet på grunn av Våland sin beliggenhet i et regional demografisk tyngdepunkt.

### **Lokaliseringalternativet på Ullandhaug**

Ullandhaugkonseptet i Stavanger kommune har vært fremmet som et foretrukket alternativ av blant andre;

- Administrerende direktør i Helse Stavanger HF (Helse Stavanger HF, 2015).
- Helse Stavanger HF med enstemmig styrevedtak fra november 2015 (Terjesen & Jåsund, 2015).
- Helse Vest HF med enstemmig styrevedtak fra desember 2015 (Gundersen, 2015b)
- Helse- og omsorgsministeren under et møte på Sola i januar 2016 (GUNDERSEN , 2016).
- Vedtak i fylkesutvalget i Rogaland fylkeskommune fra september 2015 (ibid).
- Pasient- og brukerorganisasjoner (ibid).
- Fagforbundet (ibid).
- Sola kommune gjennom enstemmig vedtak i kommuneplanutvalget i tråd med rådmannens innstilling (Sola kommune, 2015).
- Gjesdal og Time kommuner (Gundersen , 2015).
- Næringsforeningen (ibid).
- Eldrerådet i Rogaland fylkeskommune (ibid).
- Universitetsfondet for Rogaland AS (Universitetsfondet for Rogaland AS, 2015).

- IRIS "International Research Institute of Stavanger" (International Research Institute of Stavanger, 2015)

De viktigste argumentene som ble lagt til grunn for anbefalingen av Ullandhaug:

- Best forhold for pasienter og ansatte med tanke på behandling, diagnostikk, drift og HMS.
- Samhandling mellom sykehuset, universitetet og forskningsmiljøet på Ullandhaug.
- Fremdrift og god økonomi.
- Byggets fleksibilitet, kapasitet og beliggenhet (mindre støy, gode uterom).
- Beliggenhetens store potensial for næringsutvikling og arbeidsplasser.

I tillegg til disse tre lokaliseringalternativene har det blant annet kommet andre synspunkter under høringsrunden. I høringsuttalelsen til Klepp kommune har det kommet frem at kommunen ønsker at Nortura-tomten på Forus blir utredet som lokaliseringalternativ (Gundersen, 2015). I tillegg har Hå kommune i sin høringsuttalelse ikke gitt tilslutning til noen av de tre lokaliseringalternativene (ibid). Funnene som er gjort så langt, kan beskrives med at det har vært en tydelig interessekonflikt her. Interessekonflikten henger sammen med at de ulike aktørene har hatt ulike synspunkter knyttet til hva planutfallet burde ta hensyn til, noe som videre er indikasjon på manglende fellesforståelse for planens mål i et ideelt og helhetlig samfunnsperspektiv. Helseetatene som har hatt beslutningsmakt i konseptfasen, hadde et ønske om sykehuslokalisering på Ullandhaug av hensyn til sine helsefaglige interesser, noe som også gikk frem av vurderingskriteriene som ble lagt til grunn. Ullandhaug hadde i tillegg støtte fra et bredt utvalg av sentrale aktører, blant andre pasient- og brukerutvalg, næringsforeningen, universitet og forskningsmiljøet på Ullandhaug, som tilsynelatende også handler ut fra egen interesse i saken. I et avisinnlegg fra Stavanger Aftenblad hevdet politisk kommentator Tom Hetland at en mektig allianse i regionen, bestående av sykehuset, universitetet, næringslivet, tillitsvalgte på sykehuset og viktige brukergrupper, sto bak valget av Ullandhaug (Hetland, 2015). Hetland hevdet videre at valget ble tatt på et interessentmøte allerede i 2014 mellom disse aktørene. Videre fremgikk det av artikkelen at den eneste som da snakket varmt om Våland var fylkesplansjefen.

Stavanger kommune, fylkesmannen, Statens vegvesen og fagetatene i fylkeskommunen har alle et ansvar knyttet til utviklingen av areal- og transportinfrastrukturen i regionen, og Våland synes derfor å være et naturlig valg ut fra hensynet til nullvekstmålet og samordnet bolig-, areal- og transportplanlegging, som er en del av deres kjerneoppgavene. Stavanger kommune har vist liten interesse for å vurdere Stokka-alternativet i sin egen konsekvensvurdering, noe som er en indikasjon på de har interesse av at universitetssykehuset forblir i Stavanger. På den andre siden synes ikke den enorme støtten til Våland-alternativet fra areal- og transportplanleggingsmiljøet å bety så mye for

Sandnes kommune, som valgte å gå for Stokka-konseptet innenfor kommunens egne grenser. Denne beskrivelsen synes å være rimelig i overensstemmelse med de teoretisk synspunktene knyttet til at hver enkelt aktør som deltar i planleggingen, handler ut fra egen interesse og behov uten særlig omtanke for de negative konsekvensene dette vil innebære for andre berørte aktører.

Lokaliseringsbeslutningen kan dermed karakteriseres som en interessebeslutning, gitt at planutfallet først og fremst er et resultatet av at helsefaglige interesser i størst mulig grad er ivaretatt på bekostning av interessene knyttet til byutvikling og nullvekstmålet.

Det er helseetatene som har fått tildelt rollen som beslutningstaker i konseptfasen, og dette er en viktig årsak til at utfallet er blitt slik det er blitt. Planutfallet mangler nødvendig forankring i et helhetlig og tverrsektorielt planleggingsperspektiv. Her har planleggingsrasjonalitet viket for uhensiktsmessig maktbruk utført av Staten representert ved helse Stavanger HF og Helse vest HF, som har hatt makt til å bestemme både regien og innholdet av planleggingen, noe som er i tråd med Amdam (2014) sin beskrivelse av makt i en rasjonell planleggingslogikk. Vurderingskriteriene som ble lagt til grunn for beslutningen, der nullvekstmålet, samordnet areal- og transportplanlegging i tillegg til andre samfunnsforhold, kun utgjorde 10 prosent av den totale vurderingen, er et tydelig tegn på dette. Samtidig har helseforetaket, med støtte fra Helsedirektoratets veileder «Tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter», hatt makt til å fatte vedtaket, uten å ha hatt behov for politisk forankring i et folkevalgt organ. Utfallet er med andre ord et resultat av ubalanserte maktrelasjoner til fordel for den dominerende koalisjonens interesser.

## 5 Nullvekstmålet i konseptfasen: Hvorfor?

### 5.1 Nullvekstmålet er i liten grad ivaretatt ved valg av løsning

I dette kapitlet vil resultatene og funnene fra kapittel fire bli drøftet og konkludert videre, som ledd i prosessen med å besvare problemstillingen. Målet med denne oppgaven har vært å finne ut hvordan nullvekstmålet har vært ivaretatt ved valg av lokalisering av et nytt Stavanger universitetssykehus, samt finne mulige begrunnelser for lokalisingsvalget. Gjennomgangen og evalueringen av konseptfasen har gitt noen interessante funn, i den forstand at funnene gir indikasjoner som danner grunnlag for en relativ grei besvarelse av oppgaven. Med relativ grei besvarelse menes det her at funnene antageligvis er ikke frie for faktorer som svekker validiteten i oppgaven, hovedsakelig på grunn av den tidsmessige og metodiske avgrensningen som besvarelsen er basert på.

Basert på resultatene og funnene fra dokumentanalysen i forrige kapittel virker sykehusplanen å ha hatt lite fokus på nullvekstmålet for personbiltransport, som er en viktig klimamålsetting. Valget av Ullandhaugkonseptet som endelig lokalisering for Stavanger universitetssykehuset tar med andre ord i liten grad hensyn til føringene gitt i Nasjonal transportplan, de statlige planretningslinjene for samordnet bolig-, areal- og transportplanlegging, Regionalplan for Jæren og Stavanger byutviklingsstrategi, som til sammen har dannet rammene for evalueringen av konseptfasen.

I kapittel 3.3 ble det, basert på rammene for oppgaven, lagt til grunn at Stavanger universitetssykehus ideelt sett burde lokaliseres i den delen av Nord-Jæren som ga mest gunstige forhold for å oppnå en bærekraftig fremtidig reisemiddelfordeling, noe som innebar en lokalisering i områder som ga reduksjon i transportbehovet. I tillegg ble det lagt til grunn at bærekraftig reisemiddelfordeling er mulig å oppnå dersom universitetssykehuset ble lokalisert i områder som ga bedre muligheter for å fremme samordnet areal- transportplanlegging basert på idealet om kompakt byutvikling. Dette innebærer videre en lokalisering i sentrumsnære områder, hvor tilgjengeligheten for kollektivreiser, gange og sykling er best, og der forholdene for bilkjøring er mest ugunstige.

Resultatene fra transportanalysen, behandlet i kapittel 4.4.1, viste at Våland-alternativet hadde mest gunstig reisemiddelfordeling og var best tilrettelagt for å imøtekomme nullvekstmålet og bærekraftig byutvikling. Til tross for at forutsetningene som ble lagt til grunn i transportanalysen, tilsynelatende favoriserte Ullandhaugkonseptet, slik som beskrevet i kapittel 4.4.1, viste beregningen at Våland vil ha en bilførerandel på 43 prosent, en gang- og sykkelandel på 38 prosent og en kollektivandel på 16 prosent i 2040. For Ullandhaug viste beregningen derimot en bilførerandel på 53 prosent, en gang- og sykkelandel på 22 prosent og en kollektivandel på 20 prosent i 2040. Det ble konkludert med at kraftige restriksjoner må innføres for ansatte som bor i områder med best kollektivtilbud for å oppnå

denne reisemiddelfordelingen, dersom Ullandhaug skulle bli valgt. At Ullandhaugkonseptet har mindre gunstig reisemiddelfordeling enn Våland, henger sammen med at Ullandhaug ligger utenfor sentrumsstrukturen i Stavanger kommune. I tillegg er Ullandhaugområdet preget av fragmentert utvikling med lav befolkningstetthet sammenlignet med Våland, som er lokalisert i den delen av bystrukturen med høyest befolkningstetthet og god funksjonsblanding. Videre er Ullandhaug verken lokalisert langs traseen for bussveien, som er regionens viktigste kollektivsatsing, eller vil bli betjent av jernbanen. Dette i motsetning til Våland, som er lokalisert langs bussveitraseen i en gangavstand fra knutepunktet/jernbanestoppet på Paradis. Lokaliseringsbeslutningen om Ullandhaug tar med andre ikke hensyn til de statlige planretningslinjene for samordnet bolig-, areal- og transportplanlegging. Disse sier at det skal tilrettelegges for at publikumsrettede statlige virksomheter lokaliseres ut fra en regional helhetsvurdering, hvor lokaliseringsplanen bør avklare hovedtrekkene i transportsystemet, herunder knutepunkter for kollektivtrafikken. Lokaliseringsbeslutningen er i tillegg i strid med retningslinjene som sier at planer bør legge særlig stor vekt på høyareal-utnyttelse, fortetting og transformasjon i byområder rundt kollektivknutepunkter. Dette er fordi utbyggingen på Våland, jamfør Stavanger byutviklingsstrategi, hovedsakelig vil skje som fortetting og transformasjon, mens utbygging på Ullandhaug vil skje på ikke utbygde arealer. Lokaliseringsvalget om Ullandhaug bidrar heller ikke til å fremme en kompakt byutvikling, men åpner derimot opp for byspredning, i tråd med resultatene fra Stavanger kommune sin vurdering av lokaliseringalternativenes konsekvenser for byutvikling, omtalt i kapittel 4.4.2.

Det faktum at lokaliseringsvalget ikke tar hensyn til konklusjonen fra denne konsekvensvurderingen og anbefalingen fra den gjennomførte transportanalysen, som tilsa at Våland er det beste alternativet i forhold til nullvekstmålet og bærekraftig byutvikling, er en klar og tydelig indikasjon på at nullvekstmålet i liten grad er hensyntatt i konseptfasen for lokalisering av Stavanger universitetssykehus. Lokaliseringsvalget innebærer å flytte dages sentrumsnære sykehuslokalisering på Våland, hvor tilgjengelighet for kollektivreiser, gange og sykling er best, til Ullandhaugområdet som har en middels god tilgjengelighet for de miljøvennlige reisene.

At Våland er det beste alternativet ut fra hensynet til nullvekstmålet og bærekraftig byutvikling, er i tillegg forsterket av det faktum at Våland har vært trukket frem som et ønsket alternativ fra sentrale offentlige aktører, deriblant Stavangers kommuneplanavdeling, fylkesplansjefen i Rogaland fylkeskommune, Fylkesmannen i Rogaland og Statens vegvesen, som alle har et ansvar for å følge opp de overordna føringene og kravene knyttet til nullvekstmålet, bærekraftig byutvikling og samordnet bolig-, areal- og transportplanlegging. Konklusjonen om at Våland er best tilrettelagt for å imøtekomme nullvekstmålet og bærekraftig byutvikling, er ytterligere forsterket av det faktum at Våland jamfør funnene i kapittel 4.7.2, har hatt støtte fra et bredt utvalg av byplanfaglige eksperter,

deriblant professor Tor Medalen ved institutt for byforming og planlegging ved NTNU, og sivilarkitektene Bjerved, Grimnes og Jacobsen som er pensjonert dosent ved Institutt for industriell økonomi, risikostyring og planlegging ved UIS.

## 5.2 Mulige begrunnelser for lokalisingsvalget

### 5.2.1 Manglende fellesforståelse for oppgaven og uhensiktsmessige vurderingskriterier

Lokalisingsvalget og dets manglende hensyn til nullvekstmålet kan anses på som et resultat av manglende felles forståelse for oppgaven, som planleggingen i et samfunnsperspektiv ideelt sett burde løse. Hensyntaking av nullvekstmålet i en plan som i tillegg skal ivareta andre samfunns mål, forutsetter en balansert samordning mellom de ulike sektormålene. Dette forutsetter videre at aktørene som deltar i planleggingen, har en felles forståelse for samfunnsoppgaven de står overfor, noe som tilsynelatende ikke har vært tilfelle i konseptfasen for lokalisering av Stavanger universitetssykehus. Den manglende felles forståelsen for oppgaven har bidratt til å gjøre utgangspunktet for vurderingen av måloppnåelsen meget krevende. Funnene har vist at de ulike aktørene, som har representert ulike interesser i planen, har hatt en helt ulik forståelse av oppgaven og målene. Evalueringen har blant annet vist at mens rådmannen og kommuneplanplanavdelingen i Stavanger og Fylkesmannen i Rogaland først og fremst har ansett sykehusplanen som et byutviklingsprosjekt med stor påvirkningskraft for areal- og transportutvikling i regionen, har helsemyndighetene på den andre siden vært av den oppfatningen at planens mål først og fremst er å tilby kvalitativ god pasientbehandling med sunn driftsøkonomi. De ulike uttalelsene som har kommet frem gjennom lokalmedia, hvor blant annet helse- og omsorgsministeren har sagt at Ullandhaug gir mest sykehus for pengene, og hvor leder i levekårsstyret i Stavanger har sagt at et sykehus er ikke et byutviklingsprosjekt, bekrefter langt på vei dette. Det pekes for ordens skyld på at funnene, som er gjort i avsnittet som omhandler kostnader og økonomiske vurderinger, har gitt tydelige indikasjoner på at Våland mest sannsynlig er det alternativet som er mest gunstig i et samfunnsøkonomisk perspektiv.

Den manglende felles forståelsen for oppgaven kan med andre ord sees i sammenheng med at lokaliseringsspørsmålet for kommuneplanplanavdelingen i Stavanger har vært sett på som en mulighet til å imøtekomme overordna føringer knyttet til nullvekstmålet og samordnet bolig-, areal- og transportplanlegging, mens det for Helse Stavanger HF har handlet om et nytt bygg som i størst mulig grad tilfredsstillende helsefaglige krav. At kommuneplanplanavdelingens konsekvensvurdering hovedsakelig har hatt fokus på bærekraftig byutvikling, og at Helse Stavanger HF har valgt å prioritere helsefaglig hensyn på bekostning av andre samfunnshensyn, er en tydelig indikasjon på dette.



Det faktum at funnene ikke viser reelle forsøk på å oppnå en felles forståelse for oppgaven eller enighet om målene, i tillegg til det faktum at beslutningsmakten har ligget hos Helse Stavanger HF og Helse Vest HF, har gjort sitt til at helseforetakene kunne vedta en sykehuslokalisering uten å ta hensyn til nullvekstmålet og samordnet areal- og transportplanlegging. Funnene som er gjort i forrige kapittel, har vist en tydelig mangel på en helhetlig og balansert samordning av de ulike tverrsektorielle målene for planen. Dette har videre lagt grunnlaget for en uhensiktsmessig vektlegging av vurderingskriteriene for lokaliseringsbeslutningen. Dokumentanalysen har vist at nullvekstmålet og samordnet areal- og transportplanlegging i tillegg til andre samfunnsforhold, deriblant næringsutvikling og samfunnsikkerhet, bare har veid 10 prosent av den totale vurderingen. I tillegg har dokumentanalysen vist at hensyn knyttet til kvalitet på spesialisthelsetjenesten, fleksibilitet på sykehusbygget og samlokalisering med universitetet på den andre siden har veid 60 prosent av den totale vurderingen. I et så skeivt avveinings- og vektingsforhold, som så tydelig favoriserer de helsefaglige behovene, og som så tydelig mangler en balansert samordning mellom de tverrsektorielle interessene, er utfallet derfor gitt.

Det at forhold knyttet til reduksjon av transportsektorens klimagassutslipp og samordnet areal- og transportplanlegging har vært representert ved fastsetting av planens mål, har vist seg å ikke være tilstrekkelig i denne sammenhengen. Dette nettopp fordi det har vært en klar mangel på en balansert samordning mellom de ulike målene, noe som må anses som en forutsetning for et godt planutfall i et helhetlig samfunnsperspektiv.

Dermed anses mangelen på felles forståelse for oppgaven, i tillegg til uhensiktsmessige vurderingskriterier, å være viktige årsaker til at lokalisingsvalget har gitt de helsefaglige hensynene størst plass, og i liten grad har tatt hensyn til nullvekstmålet og bærekraftig byutvikling.

### 5.2.2 Helsedirektoratets planleggingsveileder motvirker ivaretagelse av tverrsektorielle interesser

En annen viktig begrunnelse for lokaliseringsbeslutningen og for hvorfor nullvekstmålet i liten grad har vært ivaretatt, er knyttet til det faktum at konseptfasen har vært gjennomført etter prosessen beskrevet i Helsedirektoratets planleggingsveileder «Tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter». Helsedirektoratets planleggingsmodell har i stor grad bidratt til å fremme helsesektorens egne interesser på bekostning av helhetlige og tverrsektorielle samfunnsinteresser. Denne planleggingsmodellen som foregår i statlige regi på sektornivå, mangler forankring i det norske plansystemet, hvor hensynet til nullvekstmålet, bærekraftig byutvikling og samordnet bolig-, areal- og transportplanlegging først og fremst er ivaretatt. Planmodellens oppbygging, styringssystemer og

beslutningsstruktur har bidratt til å skape store utfordringer for en nødvendig samordning mellom de ulike sektorprioriteringene. Det at Stavanger kommune ved rådmannen har stilt seg kritisk til valg av denne planmodellen, jamfør funnene i kapittel 4.6, og det at forskningsrapporten «Staten og bærekraftig byutvikling» peker på at denne planleggingsveilederen representerer en strukturell mangel i det norske plansystemet som hindrer bærekraftig byutvikling, bekrefter langt på vei denne konklusjonen.

Det anses som oppsiktsvekkende at Helsedirektoratets planleggingsveileder legger opp til at et så viktig samfunnsspørsmål som lokaliseringen av Stavanger universitetssykehus, blir avgjort av et ikke folkevalgt organ, i dette tilfellet Helse Stavanger HF og Helse Vest HF. Dette er i strid med grunnleggende demokratiske prinsipper som ligger til grunn for norsk planlegging, hvor målet blant annet er at de ulike samfunnsinteressene skal belyses av planen og hensyntas ved beslutning av samfunnets folkevalgte organer.

I konseptfasen for lokalisering av Stavanger universitetssykehus har Helse Stavanger HF og Helse Vest HF hatt stor frihet i lokaliseringsspørsmålet, først og fremst ved at de er tildelt beslutningsmakt uten behov for politisk forankring av planutfallet. Dette har tilsynelatende vært en viktig årsak til at helseetatene ikke har følt seg presset til å imøtekomme Stavanger kommunes, fylkesmannens og andre aktørers ønske om en tydeligere og mer hensiktsmessig vurdering av de statlige planretningslinjene for samordnet bolig-, areal- og transportplanlegging og de andre nasjonale og regionale føringene knyttet til nullvekstmålet og bærekraftig byutvikling.

### 5.2.3 Ingen optimal medvirkning og mangel på helhetlig planprosess

Mangel på optimal medvirkning og mangel på helhetlig planleggingstilnærming til lokaliseringsspørsmålet har også vært viktige faktorer som har bidratt til at planutfallet er blitt slik det er blitt. Resultatene fra gjennomgangen av konseptfasen har vist en del svakheter og mangler knyttet til medvirkningen, til tross for at Helse Stavanger HF tilsynelatende har hatt en ryddig planprosess, basert på rammene gitt i Helsedirektoratets planleggingsveileder. I konseptfasen for lokalisering av Stavanger universitetssykehus har mange berørte aktører hatt mulighet til å fremme sine synspunkter gjennom høringsrunden. I tillegg har prosessen vært åpen for allmennheten, og den har vært rikelig dekket av lokalmedia. Medvirkningen virker sett i forhold til medvirkningsstigen beskrevet i forrige kapittel, som om den befinner seg omtrent i midten, altså på det tredje trinnet som er diskusjonstrinnet. Resultatene og planutfallet har derimot vist at effekten av høringsrunden har vært liten. Dette er fordi alle synspunkter i strid med helseforetakets eget ønske om Ullandhaugkonseptet i liten grad har vært tatt hensyn til. Noe som trolig henger sammen med at

planarbeidet har vært organisert på en måte som i liten grad har gitt de offentlige aktørene med ansvar for å følge føringene knyttet til nullvekstmålet og samordnet areal- og transportplanlegging, noen innflytelse på lokalisingsvalget. Dette er videre et resultat av at planmyndigheten i konseptfasen har ligget hos Helse Stavanger HF og Helse Vest HF, som er ikke folkevalgte organer, noe som forøvrig er i strid med intensjonen bak medvirkning gjennom en demokratisk prosess.

Når beslutningstakere viser et manglende helhetlig planleggingsperspektiv, jamfør funnene i forrige kapittel, og når utfallet av konseptfasen har endt med å ignorere flere viktige tverrsektorielle samfunnsinteresser som nullvekstmålet og bærekraftig byutvikling, kan det konkluderes med at medvirkningen i konseptfasen har virket mot sin hensikt. Samtidig er det behov for å understreke, basert på det faktum at funnene har gitt indikasjoner på interessekonflikter mellom de ulike aktørene, at optimal medvirkning alene ikke kan forventes å gi det optimale planutfallet i et helhetlig samfunnsperspektiv. Dette er fordi forsøk på å løse interessekonflikter forutsetter en prosess med forhandlinger og konsensus, jamfør det kommunikative planleggingsidealet.

I konseptfasen for lokalisering av Stavanger universitetssykehus kan ikke lokalisingsvalget anses som et resultat av gjensidig dialog og forhandlinger som har endt opp med konsensus eller kompromisser. Funnene har blant annet vist at beslutningen er fattet av helseforetakene uten å ta hensyn til de ulike aktørenes bekymring for konsekvensene sykehuslokaliseringen gir for nullvekstmålet, bærekraftig byutvikling og de statlige planretningslinjene for samordnet bolig-, areal- og transportplanlegging. Beslutningen om Ullandhaugkonseptet har først og fremst tilfredsstillt helseforetakets eget ønske, der helsefaglige interesser har fått størst plass i vurderingen. Derfor konkluderes det med at konseptfasen er preget av mangel på helhetlig planleggingstilnærming. Videre konkluderes det med at mangel på helhetlig planleggingstilnærming i et samfunnsperspektiv er en viktig årsak til at nullvekstmålet i liten grad er ivaretatt.

Debatten som ennå pågår i ulike fagmiljøer, og som kommer frem gjennom lokale medier til tross for at valget er «endelig avgjort», forsterker inntrykket av at lokalisingsvalget ikke er basert på konsensus eller enighet mellom de ulike aktørene og deres ulike interesser i konseptfasen. Videre åpner denne pågående debatten for å spørre om lokalisingsvalget faktisk er endelig avgjort. En eventuell revurdering av «det endelige lokalisingsvalget» antas i denne sammenhengen å være avhengig av blant annet den lokale planmyndighetens vilje til å ta opp kampen med staten.

#### 5.2.4 Interessebeslutning og uhensiktsmessig maktbruk

Enda en viktig begrunnelse for hvorfor nullvekstmålet og de statlige planretningslinjene for samordnet bolig-, areal- og transportplanlegging i liten grad har vært ivaretatt, er at planutfallet er et

resultat av beslutningstakernes forsøk på å fremme egne interesser gjennom uhensiktsmessig bruk av beslutningsmakt. Å bruke makt for å få gjennomslag for sine egne sektorinteresser på bekostning av tverrsektorielle samfunnsinteresser, slik det har vært gjort i konseptfasen for lokalisering av Stavanger universitetssykehus, er ifølge planleggingsteorien et eksempel på planlegging der maktens rasjonalitet har rådet på bekostning av planleggingens rasjonalitet. Poenget her er at helseforetakene, som i denne planen har hatt beslutningsmakt, i størst mulig grad har valgt å vektlegge de vurderingene og anbefalingene som først og fremst gir det ønskede resultatet i et helsefaglig perspektiv. Vektleggingen av vurderingskriteriene for byutvikling og nullvekstmålet, i tillegg til andre samfunnsforhold, har bare veid 10 prosent av den totale vurderingen, noe som er en tydelig indikasjon på dette. Lokaliseringsbeslutningen anses i tillegg som en interessebeslutning ut fra det faktum at Helse Stavanger HF hovedsakelig har vært opptatt av å ivareta sin egen interesse gjennom ensidig fokus på å tilfredsstille sin primære samfunnsoppgave, som er å tilby kvalitativt gode helsetjenester til innbyggerne i regionen. Beslutningen kan videre betraktes som et naturlig resultat ut fra mandatet og rammene som Helse Stavanger HF har jobbet etter. Planlegging etter veilederen «Tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter» er en type planmodell som legger forholdene til rette for å fremme helsesektorens egne interesser. Den gir de regionale helseforetakene stor frihet og makt til å kunne treffe et vedtak i planspørsmålet, og makt til å kunne bestemme både innholdet og regien av planleggingen. I konseptfasen for lokaliseringen av Stavanger universitetssykehus har både planens mål, forutsetningene for utredningsarbeidet, vurderingskriteriene, definisjonen av de berørte aktørenes rolle og innflytelsesgrad hovedsakelig vært kartlagt, definert og bestemt av Helse Stavanger HF. I den planleggingssituasjonen som Helse Stavanger HF har rådet over, har alle mulighetene ligget til rette for bruk av makt til egen fordel uten hensyn til andre aktørenes bekymringer for blant annet nullvekstmålet, som i helseforetakets tilfelle fremstår som et sekundært mål som andre sektormyndigheter må ta seg av. Helse Stavanger HF sin forutsetning om at kollektivakse på Ullandhaug må finansieres gjennom bypakken for Nord-Jæren, er en indikasjon på dette.

Det er videre behov for å understreke at kartleggingen og gjennomgangen av de andre aktørenes standpunkt og tilnærming, også ga tydelige tegn på at de handlet ut fra egen interesse i lokaliseringsspørsmålet. Funnene har blant annet vist at Universitet i Stavanger og forskningsmiljøet på Ullandhaug hadde et ønske om Ullandhaugkonseptet, tilsynelatende ut fra antagelsen om at samlokaliseringen vil kunne gi gjensidige gevinster gjennom blant annet fellesbruk av fasiliteter og laboratorie- og forskningsutstyr. Videre er det faktum at kommuneplanavdelingen i Stavanger sin konsekvensvurdering bare utreder de to alternativene som ligger innenfor kommunens egne grenser, noe som antyder en tilnærming for å fremme egen interesse. Dette gjelder også for Sandnes

kommune, som ensidig har ansett Stokka-alternativet som det beste. Dette henger trolig sammen med at kommunen vil kunne dra nytte av en eventuell sykehuslokalisering i Sandnes. De ulike aktørenes tilnærming med den hensikt å fremme egen interesse, har tilsynelatende vært viktige faktorer for interessekonflikten som har oppstått underveis. I mangel av kompromisser under planarbeidet og ved beslutningstaking, vil derfor lokalisingsvalget ifølge teorien til Roness (1997), være avhengig av den dominerende koalisjonens interesser og ressursene som hver av de konkurrerende aktørene kan stille bak interessen sin. Konseptfasen bekrefter i tillegg dette teoretiske standpunktet.

## 6 Konklusjon

Svaret på problemstillingen i denne oppgaven er at nullvekstmålet i liten grad har vært ivaretatt ved valg av lokalisering for Stavanger universitetssykehus. Sykehusplanen har med andre ord i liten grad tatt hensyn til føringene gitt i Nasjonal transportplan, de statlige planretningslinjene for bolig-, areal- og transportplanlegging, Regionalplan for Jæren og byutviklingsstrategi for Stavanger, som til sammen har dannet rammene for evalueringen av nullvekstmålet i sykehusplanen. Valget av Ullandhaug som lokaliseringkonsept innebærer en relokalisering av dagens sentrumsnære sykehus på Våland, som hadde den mest bærekraftige transportmiddelfordelingen ifølge resultatet fra transportanalysen. Dette innebærer med andre ord at sykehuset flyttes til et område som har mindre gunstige forhold for kollektivreiser, gange og sykling, noe som blant annet henger sammen med at Ullandhaug verken er betjent av jernbanen eller er lokalisert langs traseen for bussveien, som er regionens viktigste kollektivsatsing. Relokalisering av sykehuset til Ullandhaug betyr videre at sykehuset flyttes til den delen av byen som ligger utenfor den regionale senterstrukturen, og som har lavere befolkningstetthet enn Våland. Relokaliseringen bidrar med andre ikke til å fremme samordnet areal- og transportplanlegging basert på idealet om kompakt byutvikling. Lokaliseringsvalget kan tvert imot bidra til byspredning, særlig langs kollektivaksen i diagonalen mot Forus, igjen ifølge funnene i dokumentanalysen.

Bakgrunnen for at nullvekstmålet i liten grad har vært ivaretatt er blant annet at de ulike aktørene i konseptfasen har manglet en felles forståelse for oppgaven. Dokumentanalysen har også vist at nullvekstmålet og byutviklingsinteresser i tillegg til blant annet samfunnsikkerhet kun har veid 10 prosent av den totale vurderingen bak lokaliseringsvalget. Disse uhensiktsmessige vurderingskriteriene er et resultat av at Helse Stavanger HF hovedsakelig har valgt å prioritere helsefaglige hensyn på bekostning av en balansert samordning mellom de ulike tverrsektorielle målene, slik det ideelt sett burde vært i et helhetlig planleggingsperspektiv. Mangelen på samordning mellom ulike sektorinteresser er videre et resultat av at konseptfasen har fulgt prosessbeskrivelsen i Helsedirektoratets planleggingsveileder «Tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter», som har vist seg å motvirke en slik helhetlig planleggingstilnærming. Dokumentanalysen har i tillegg vist at effekten av medvirkning og høringsrunden har vært liten. Styringssystemer og beslutningsstrukturen til Helsedirektoratets planleggingsveileder har bidratt til å gi Helse Stavanger HF stor frihet til å fremme helsesektorens egne interesser, gjennom en beslutning som anses som en interessebeslutning. Lokaliseringsvalget er også et resultat av helseforetakets uhensiktsmessige bruk av beslutningsmakt, noe som gir enda en mulig begrunnelse for hvorfor at nullvekstmålet i liten grad har vært ivaretatt.

## 7 Referanser

- Aarsæther, N., & Buanes, A. (2014). Staten - frå planaktør til planforvalter? I N. Aarsæther, E. Falleth, T. Nyseth, & R. Kristiansen (RED), *UTFORDRINGER FOR NORSK PLANLEGGING, KUNNSKAP. BÆREKRAFT. DEMOKRATI* (ss. 121 - 143). Kristiansand: Cappelen Damm Høyskoleforlaget.
- AARSÆTHER, N., FALLETH, E., NYSETH, T., & KRISTIANSEN, R. (2014). Utfordringer for norsk planlegging. I N. AARSÆTHER, E. FALLETH, T. NYSETH, & R. KRISTIANSEN (RED), *UTFORDRINGER FOR NORSK PLANLEGGING. KUNNSKAP, BÆREKRAFT, DEMOKRATI*. (ss. 15 - 24). KRISTIANSEND: Cappelen Damm Høyskoleforlaget.
- Algard, A. (2016, November 16). *Følger vi føringene vi selv har lagt? Arbeider vi konsekvent mot de målene vi er blitt enige om?. Kronikk i Stavanger Aftenblad*. Hentet fra Stavanger Aftenblad: <http://www.aftenbladet.no/meninger/kommentar/Alexandria-Algard-Folger-vi-foringene-vi-selv-har-lagt-Arbeider-vi-konsekvent-mot>
- Almås, R. (1990). *Evaluering på norsk*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Amdam, R. (2014). Fokus på prosess: Kommunikativ og samarbeidende planlegging. I N. Aarsæther, E. Falleth, T. Nyseth, & R. Kristiansen (RED), *UTFORDRINGER FOR NORSK PLANLEGGING. KUNNSKAP. BÆREKRAFT. DEMOKRATI*. (ss. 273 - 290). Kristiansand: Cappelen Damm Høyskoleforlaget.
- Andersen, A. (2015, November 11). De som avgjør hvor sykehuset skal bygges er ikke folkevalgte. hentet fra: <http://www.aftenbladet.no/lokalt/De-som-avgjor-hvor-SUS-skal-bygges-er-ikke-folkevalgt-25365b.html>. *Stavanger Aftenblad*.
- Asplan Viak AS. (2015). *Transportanalyse, alternativ lokalisering av Stavanger universitetssykehus. Laget for Helse Stavanger HF. Utgave 2. Dato 26.05.2015*. Hentet fra: <https://helse-stavanger.no/seksjon/sykehusutbygging/Documents/H%C3%B8ringsrapporten/Vedlegg/Transportanalyse%20>. Asplan Viak AS.
- Aven, T., Boyesen, M., Njå, O., Olsen, K., & Sandve, K. (2004). *Samfunnssikkerhet*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Avinor, Jernbaneverket, Kystverket, Statens vegvesen. (2016). *Nasjonal Transportplan 2018 - 2029. Grunnlagsdokumentet*. hentet fra: [http://www.ntp.dep.no/Nasjonale+transportplaner/2018-2029/Plangrunnlag/\\_attachment/1215451/binary/1108802?\\_ts=154a51c1a38](http://www.ntp.dep.no/Nasjonale+transportplaner/2018-2029/Plangrunnlag/_attachment/1215451/binary/1108802?_ts=154a51c1a38). Oslo: Avinor, Jernbaneverket, Kystverket, Statens vegvesen.
- Bane Nor. (2009, August 20). *Ny jernbane snart ferdig Sandnes – Stavanger, pressemelding*. Hentet fra Bane Nor: <http://www.banenor.no/Nyheter/Pressemeldinger/2009/Ny-jernbane-snart-ferdig-Sandnes--Stavanger/>
- Berg, C. (2015). *Bærekraftig mobilitetsplanlegging, Konferanseforedrag Oslo 09.04.2015*. Hentet fra: . Oslo: Stavanger kommune.
- Bjerkreim Kkommune. (2015, September 21). *Høyrings svar til konsept rapport om nytt sjukehus*. Hentet fra <https://helse-stavanger.no/seksjon/sykehusutbygging/Documents/Høringskommentarer/Offentlige/20150>

922%20-%20Høring%20-%20Prosjekt%20sykehusutbygging%20-%20Konseptrapport%20-%20svar%20fra%20Bjerkreim%20kommune.pdf

Bjerved, L., Grimnes, P., & Jacobsen, N. (2016, Juni 14). *Skal ikke planer følges?* Hentet fra Stavanger Aftenblad: <http://www.aftenbladet.no/meninger/debatt/Skal-ikke-planer-folges-25351b.html>

Blaikie, N. (2010). *DESIGNING SOCIAL RESEARCH. 2nd Edition*. USA: Polity Press .

Brinkmann, S., & Tanggaard, L. (2010). *KVALITATIVE METODER, EN GRUNNBOG*. København : Hans Reitzels Forlag.

Brodersen, R. B., Bråten, F. J., Reiersgaard, A., Slethei, K., & Ågotnes, K. (2007). *Tekstens autoritet, tekst analyse og skriving i academia*. Universitetsforlaget.

Echenique, M., Hargreaves, A., Mitchell, G., & Namdeo, A. (2012). *Growing Cities Sustainably, Journal of the American Planning Association. Research article by Echenique (University of Cambridge), Hargreaves (University of Cambridge), Mitchell (University of Leeds) and Namdeo (University of Newcastle)*.

Eftestøl, I., & Grimen, B. (2015, September 22). *Dragkamp om hvor det nye sykehuset skal ligge*. Hentet fra [www.nrk.no](http://www.nrk.no): <https://www.nrk.no/rogaland/nytt-sykehus-pa-valand-eller-ullandhaug-1.12565155>

FAVEO prosjektledelse. (2015). *Prosjekt sykehusutbygging, Stavanger. ROS-analyse alternative konsepter. Laget for Helse Stavanger HF*. FAVEO prosjektledelse, avdeling Plan og Eiendom.

Flyvbjerg, B. (2004). *Five Misunderstanding about Case Study reserach*.

Fossmo, S. (2016, Januar 11). *Vi bygger først og fremst for patientene*. *Avispublikasjon fra nettet. Rogalands Avis*. Hentet fra RA Dagsavisen.: <http://www.dagsavisen.no/rogalandsavis/vi-bygger-forst-og-fremst-for-pasientene-1.672801>

Fylkesmannen i Rogaland. (2015, September 28). *Fråsegn til konseptrapport for planlegging av nytt universitetssykehus*. Hentet fra <https://helse-stavanger.no/seksjon/sykehusutbygging/Documents/Høringskommentarer/Offentlige/20150928%20-%20Høring%20-%20Prosjekt%20sykehusutbygging%20-%20Konseptrapport%20-%20svar%20fra%20Fylkesmannen.pdf>

Gotvassli, K.-Å. (1999). *Case studier - bakgrunn og gjennomføring*. Steinkjer: Høgskolen i Nord-Trøndelag.

Gundersen , I. (2015, Oktober 3). *Fullt kaos om nytt sykehus*. Hentet fra Stavanger Aftenblad: <http://www.aftenbladet.no/lokalt/Fullt-kaos-om-nytt-sykehus-24871b.html>

GUNDERSEN , I. (2016, Januar 11). *Høie har bestemt seg: SUS til Ullandhaug*. Hentet fra STAVANGER AFTENBLAD: <http://www.aftenbladet.no/lokalt/Hoie-har-bestemt-seg-SUS-til-Ullandhaug-16098b.html>

Gundersen, I. (2015b, Desember 22). *Nytt sykehus legges til Ullandhaug*. . Hentet fra Stavanger Aftenblad: <http://www.aftenbladet.no/lokalt/Nytt-sykehus-legges-til-Ullandhaug-17644b.html>

Halvorsen, K. (2002). *FORSKNINGSMETODER FOR helse- og sosialfag - EN INNFORING I SAMFUNNSVITENSKAPELIG METODE*. OSLO: Cappelen Akademisk Forlag.



- Helgø, C. (2016). *Vårt felles samferdsels-og byutviklingsløft, Bypakke Nord-Jæren. Foredrag av Stavanger ordfører Christine Sagen Helgø. Hentet fra: [www.rogfk.no/content/download/59150/1354314/.../Bypakke+nord-Jæren+CSH.pdf](http://www.rogfk.no/content/download/59150/1354314/.../Bypakke+nord-Jæren+CSH.pdf). Stavanger: Stavanger kommune.*
- Helse Stavanger HF. (2015). *Sykehusutbygging Helse Stavanger HF. Konseptvalgrapport. Prosjekt Sykehusutbygging 2015. version 1.1. Hentet fra <https://helse-stavanger.no/seksjon/Styret/Documents/2015/27.11.2015/Styresak%20101-15%20Vedlegg%201%20Konseptvalgrapport.pdf>. Stavanger: Helse Stavanger HF.*
- Helsedirektoratet. (2011). *Veileder i Tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter. Hentet fra [http://sjukehusbygg.no/wp-content/uploads/2015/11/endelig\\_versjon\\_tidligfaseveileder\\_des\\_2011.pdf](http://sjukehusbygg.no/wp-content/uploads/2015/11/endelig_versjon_tidligfaseveileder_des_2011.pdf). Oslo: Helsedirektoratet.*
- Hetland, T. (2015, November 24). *Mektig allianse for Ullandhaug. Hentet fra Stavanger Aftenblad: <http://www.aftenbladet.no/meninger/Mektig-allianse-for-Ullandhaug-20246b.html>*
- International Research Institute of Stavanger. (2015, September 8). *Konseptrapport Helse Stavanger HF, prosjekt sykehusutbygging. Høringsuttalelse fra International Research Institute of Stavanger AS. Hentet fra Helse Stavanger: <https://helse-stavanger.no/seksjon/sykehusutbygging/Documents/Høringskommentarer/Annet/20150907%20-%20Høring%20-%20Prosjekt%20sykehusutbygging%20-%20Konseptrapport%20-%20Svar%20fra%20Iris.pdf>*
- Kjørstad, K., Ellis, I., Berg, M., Betanzo, M., & Norheim, B. (2014). *Nullvekstmålet: Hvoran kan den forventede transportveksten fordeles mellom kollektivtransport, sykkel, og gange. Hentet fra: [http://1f4d6970592b53df998f-b41c63890e2fed1e20530ac7ebc616a1.r17.cf3.rackcdn.com/Filer-Dokumenter/UARapport\\_50\\_2014\\_Nullvekstmåle](http://1f4d6970592b53df998f-b41c63890e2fed1e20530ac7ebc616a1.r17.cf3.rackcdn.com/Filer-Dokumenter/UARapport_50_2014_Nullvekstmåle). Oslo: Urbanet Analyse.*
- Klepp Kommune. (2015, September 7). *HØYRINGSSVAR - PROSJEKT SJUKEHUSUTBYGGING. FELLES UTTALE FRÅ GJESDAL, KLEPP OG TIME KOMMUNAR. Behandlet i kommunestyret. . Hentet fra <https://helse-stavanger.no/seksjon/sykehusutbygging/Documents/Høringskommentarer/Offentlige/20150917%20-%20Høring%20-%20Prosjekt%20sykehusutbygging%20-%20Konseptrapport%20-%20svar%20fra%20Klepp%20kommune.pdf>*
- Kommunal- og regionaldepartementet, Miljøverndepartementet. (2013). *FAGLIGE RÅD FOR BÆREKRAFTIG BYUTVIKLING. RAPPORT. hentet fra: [https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/MD/2013/Sluttrapport\\_byradet.pdf](https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/MD/2013/Sluttrapport_byradet.pdf). Kommunal- og regionaldepartementet, Miljøverndepartementet.*
- Lian, J., Gjerdåker, A., Hjorthol, R., Lerstang, T., & Mydske, P. (2007). *Scenarier for bærekraftig byutvikling - Sluttrapport. Hentet fra: <https://www.toi.no/getfile.php?mmfileid=6390>. Oslo: TØJ; Transportøkonomisk institutt, Stiftelsen Norsk senter for samferdselsforskning.*
- Medalen, T., & Leknes, E. (2010). *Byplanlegging og governance. I Farsund, A, A., og Lekenes E., (red): Norske byregioner. UTVIKLINGSTREKK OG STYRINGSUTFORDRINGER. Kristiansand: Høyskoleforlaget.*

- Millstein, M., Orderud, G., Hanssen, G., & Stokstad, S. (2016). *Staten og bærekraftig byutvikling. En kartlegging av statens ansvar og roller i byutviklingsavtaler. Prosjektrapport fra NIBR, KS-FoU (program for storbyrettet forskning), og Høgskolen i Oslo og Akershus*. Oslo: NIBR publuksjon.
- Myrhol, F. (2016, Juli 5). *Kronikk: «Hva er å ta ansvar?»*. Hentet fra RA Dagsavisen: <http://www.dagsavisen.no/rogalandsavis/kronikk-hva-er-a-ta-ansvar-1.748976>
- Olsen, J. (2017, Mai 30). *Bussveien blir foreløpig 600 mill. kr. dyrere*. Hentet fra Stavanger Aftenblad: <http://www.aftenbladet.no/lokalt/Bussveien-bli-forelopig-600-mill-kr-dyrere-544501b.html>
- Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). (2002). *ENVIRONMENTALLY SUSTAINABLE TRANSPORT (EST): FUTURES, STRATEGIES AND BEST PRACTICE. Konferanserapport*. Hentet fra: [http://www.oecd.org/officialdocuments/publicdisplaydocumentpdf/?doclanguage=en&cote=env/epoc/wpnep/t\(2001\)8/final](http://www.oecd.org/officialdocuments/publicdisplaydocumentpdf/?doclanguage=en&cote=env/epoc/wpnep/t(2001)8/final). Vienna: OECD.
- Oxford Research. (2015). *Utredning av synergieffekter ved Samlokalisering av Universitetet i Stavanger og Stavanger Universitetssjukehus. Oppdragsgiver: Universitetsfondet Rogaland*. Oxford Research.
- Plan- og bygningsloven. (2008). Lov om planlegging og byggesaksbehandling (Plan- og bygningsloven). Kapittel 5; Medvikrning i planlegging. Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-27-71>.
- Reiten, K. (2016, Desember 6). *Nytt sykehus på Ullandhaug er visjonært!. Leserinnlegg i Stavanger Aftenblad*. Hentet fra Stavanger Aftenblad: <http://www.aftenbladet.no/meninger/debatt/Nytt-sykehus-pa-Ullandhaug-er-visjonart-535056b.html>
- Rogaland Fylkeskommune. (2012). *KVU Transportsystemet på Jæren. Revidert busstilbud for systemoptimaliseringskonsept og 3A-konsept. Rapport versjon 30.05.2012*. Hentet fra: [http://www.vegvesen.no/\\_attachment/571344/binary/918300?fast\\_title=Revidert+KVU+Konsept+1+og+3A+bussveg.pdf](http://www.vegvesen.no/_attachment/571344/binary/918300?fast_title=Revidert+KVU+Konsept+1+og+3A+bussveg.pdf). Rogaland Fylkeskommune ved samferdselssekjonen med bidrag fra Asplan Viak, SINTEF, Statens vegvesen og IRIS.
- Rogaland Fylkeskommune. (2013). *Regionalplan for Jæren 2013 - 2040. Vedtatt i fylkestinget 22.10.2013*. Stavanger: Rogaland Fylkeskommune.
- Rogaland Fylkeskommune. (2015, desember 1). *Følg Bussveien og andre veiprojekter på Facebook*. Hentet fra [www.rogfk.no](http://www.rogfk.no): <http://www.rogfk.no/Aktuelt/Nyhetsarkiv-2015/Foelg-Bussveien-og-andre-veiprojekt-paa-Facebook>
- Roness, P. (1997). *Organisasjonsendringar, Teoriar og strategiar for studiar av endringsprosesser*. . Bergen: Fagbokforlaget.
- Ryeng, E. (2017a). *Bærekraftig transport - Metoder og strategier. Foredrag av Eirin Ryeng ved NTNU. Dato: 19. januar.2017*. Trondheim.
- Ryeng, E. (2017b). *Valg av Reisemiddel - Logitmodeller. Foredrag av Eirin Ryeng ved NTNU. Dato 06.02.2017*. Trondheim.
- Sager, T. (1991). *PLANLEGGING MED SAMFUNNSPERSPEKTIV. Analysemetode*. TAPIR FORLAG.

- Sola kommune. (2015, August 31). *MELDING OM POLITISK VEDTAK - HØRING - KONSEPTRAPPORT HELSE STAVANGER HF - PROSJEKT SYKEHUSUTBYGGING*. Hentet fra Helse Stavanger : <https://helse-stavanger.no/seksjon/sykehusutbygging/Documents/Høringskommentarer/Offentlige/20150831%20-%20Høring%20-%20Prosjekt%20sykehusutbygging%20-%20Konseptrapport%20-%20politisk%20vedtak%20fra%20Sola%20kommune.pdf>
- SPR-BATP. (2014). *Statlige planretningslinjer for samordnet bolig-, areal- og transportplanleggingen*. Oslo: Kommunal- og Moderniseringsdepartementet. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/689bae9d728e48e8a633b024dcd6b34c/sprbatp.pdf>.
- Statens vegvesen. (2012). *Nasjonal gåstrategi. Strategi for å fremme gåing som transportform og hverdagsaktivitet. Statens vegvesen rapport*. Hentet fra: [https://www.vegvesen.no/\\_attachment/528926/binary/851213?fast\\_title=Nasjonal+g%C3%A5strategi.pdf](https://www.vegvesen.no/_attachment/528926/binary/851213?fast_title=Nasjonal+g%C3%A5strategi.pdf). Vegdirektoratet; Trafikksikkerhet, miljø- og teknologiavdelingen.
- Statens vegvesen og Jernbanedirektoratet. (2017). *Retningslinjer for metodebruk og analyser i byutredningene. Rapport. Versjon 1-16. januar 2017*. Statens vegvesen og Jernbanedirektoratet.
- Statens vegvesen og Jernbanedirektoratet. (Versjon 1 - 16 januar 2015). *Retningslinjer for metodebruk og analyser i byutredningene*. Statens vegvesen og Jernbanedirektoratet.
- Statens vegvesen. (2017, Mars 27). *Konseptvalgutredning (KVU) og (KS1)*. . Hentet fra Statens vegvesen: <http://www.vegvesen.no/fag/veg+og+gate/planlegging/Konseptvalgutredninger+%28KVU%29+og+%28KS1%29>
- Stavanger kommune . (2015a). *Vurdering av lokaliseringalternativenes konsekvenser for byutvikling. Rapport: juni 2015*. Stavanger: Stavanger kommune.
- Stavanger kommune . (2015c). *Transportutredning Universitetsområdet. Rapport*. Hentet fra: [http://kart.sola.kommune.no/planarkiv/1124/0532/Dokumenter/Transportutredning\\_Universitetsomr%C3%A5det\\_mforside.pdf](http://kart.sola.kommune.no/planarkiv/1124/0532/Dokumenter/Transportutredning_Universitetsomr%C3%A5det_mforside.pdf). Stavanger: Stavanger kommune.
- Stavanger Kommune. (2014, juni 10). *Saksfremlegg, Prosjekt sykehusutbygging - konseptvalgutredning*. Hentet fra [www.stavanger.kommune.no](http://www.stavanger.kommune.no): [www3.stavanger.kommune.no/Stavanger%20for-mannskap%20\(AU\)/2014.08.19/170-14%20PROSJEKT%20SYKEHUS-UTBYGGING%20-%20KONSEPTVALGUTREDNING/1\)%20PROSJEKT%20SYKEHUSUTBYGGING%20-%20KONSEPTVALGUTREDNING.pdf](http://www3.stavanger.kommune.no/Stavanger%20for-mannskap%20(AU)/2014.08.19/170-14%20PROSJEKT%20SYKEHUS-UTBYGGING%20-%20KONSEPTVALGUTREDNING/1)%20PROSJEKT%20SYKEHUSUTBYGGING%20-%20KONSEPTVALGUTREDNING.pdf).
- Stavanger kommune. (2015b). *Kommuneplan for Stavanger 2014 - 2029. Vedtatt 15. juni 2015*. Hentet fra: <http://www.stavanger.kommune.no/Documents/Kommuneplan/Kommuneplan%2014-29/Godkjent%20plan/Kommuneplan%202014-29%20lavoppl%C3%B8selig.pdf>. Stavanger: Stavanger kommune.
- Stavanger universitetssjukehus, Helse Stavanger HF. (2014). *Prosjekt Sykehusutbygging - Helse Stavanger HF. Vurderinger av ulike tomtealternativer. Rapport ajourført per desember 2014*. Helse Stavanger HF.

- Stavanger Universitetssjukehus, Helse Stavanger HF. (2015, November 27). Saksfremlegg for Styrevedtak. Styresak 101/15 Prosjekt sykehusutbygging. Hentet fra: <https://helse-stavanger.no/seksjon/sykehusutbygging/Documents/Aktuelle%20styresaker/2015/Styresak%20101-15%20Prosjekt%20sykehusutbygging.pdf>. Stavanger: Helse Stavanger HF.
- Terjesen, M., & Jåsund, C. (2015, Noevember 27). *Enstemmig ja til nytt sykehus på Ullandhaug*. Hentet fra NRK Rogaland: <https://www.nrk.no/rogaland/helse-stavanger-vil-til-ullandhaug-1.12675561>
- TOLLAKSEN, T. (2015, September 12). *Nytt sykehus: Krangler om Ullandhaug*. Hentet fra Stavanger Aftenblad: [http://www.aftenbladet.no/lokalt/Nytt-sykehus-Krangler-om-Ullandhaug-26536b.html?spid\\_rel=2](http://www.aftenbladet.no/lokalt/Nytt-sykehus-Krangler-om-Ullandhaug-26536b.html?spid_rel=2)
- Universitetsforndet for Rogaland AS. (2015, September 29). *Høringsuttalelse - Konseptrapport for nytt universitetssykehus*. . Hentet fra Helse Stavanger: <https://helse-stavanger.no/seksjon/sykehusutbygging/Documents/Høringskommentarer/Annet/20150929%20-%20Høring%20-%20Prosjekt%20sykehusutbygging%20-%20Konseptrapport%20-%20svar%20fra%20Universitetsfondet.pdf>
- Yin, R. K. (2014). *Case Study Research, Design and Methods (5 edition)*. United States og America: SAGE Publications, Inc.
- Zogaj, D., & Ibrahim, A. (2016). *Universitetssykehuset på Ullandhaug; Levende, grønn og smart; Gruppeoppgave i emne Bærekraftige byregioner*. Stavanger: Zogaj Diamanta og Ibrahim Abd EL Hamid.
- Zogaj, D., Zaki, J., Ibrahim, A., & Sotani, A. (2016). *Bærekraftig byutvikling i beslutningsprosessn rundt lokalisering av SUS på Ullandhaug; Gruppeoppgave i emne Infrastruktur og sårbarhet ved Universitet i Stavanger*. Stavanger.