

Utreddning av etablering av et nasjonalt helseforetak for sykehusplanlegging

Utarbeidet av de fire regionale helseforetakene,
på oppdrag gitt av Helse- og omsorgsdepartementet 31.1.2013

Innhold

0	Sammendrag og konklusjoner	2
1	Innledning	6
2	Nåsituasjonen innenfor bygg- og eiendomsområdet	8
2.1	Struktur, rollefordeling og samarbeidsmodeller	8
2.2	Prosjektfaser, årsverk og kostnader pr. prosjektfase	10
2.3	Utfordringer innen eiendomsområdet	12
2.4	Forventninger til et nasjonalt helseforetak for sykehusplanlegging	13
3	Formål, strategi, aktiviteter, tjenester, ansvar og prinsipper for finansiering	15
3.1	Formål og strategi for helseforetaket for sykehusplanlegging	15
3.2	Aktiviteter, tjenester og ansvarsområder	15
3.3	Prinsipper for finansiering	16
4	Aktiviteter for felles nytte i spesialisthelsetjenesten – obligatorisk og rammefinansiert	17
4.1	Aktiviteter	17
4.2	Ressursbehov vedrørende foretakets aktiviteter	17
5	Tjenester rettet mot enkeltprosjekter hos helseforetakene – prosjektfinansiert	19
5.1	Obligatoriske tjenester	19
5.2	Tjenester som bør være frivillige for helseforetakene å bruke	20
5.3	Ressursbehov vedrørende foretakets obligatoriske tjenester	21
6	Valg av organisasjonsform – to alternativer	22
6.1	Alternativ A: Helseforetak (HF)	22
6.2	Alternativ B: Prosjektprogram	23
7	Intern organisering og etableringsprosess for foretaket	25
7.1	Intern organisering	25
7.2	Kapasitet og rekruttering	25
7.3	Etableringsprosess - gitt organisasjonsform som et helseforetak (HF)	26
7.4	Etableringsprosess - gitt organisasjonsform som et prosjektprogram	26
8	Drøfting av dilemmaer, alternativ og risiko	27
8.1	Omfanget av foretakets aktiviteter	27
8.2	Grad av frivillighet vedrørende bruk av foretakets tjenester	28
8.3	Valg av organisasjonsform	28
8.4	Konsekvenser og risiko	30
9	Konklusjoner og anbefalinger	33
10	Avsluttende anføringer	34
Vedlegg	35	
1)	Kartlegging av kompetanse relatert til bygg og eiendom	35
2)	Oversikt over prosjekter	36
3)	Kartlegging av samarbeidsprosjekter innenfor eiendomsområdet	38

0 Sammendrag og konklusjoner

Denne rapporten har sitt utgangspunkt i foretaksmøtene mellom Helse- og omsorgsdepartementet og de fire regionale helseforetakene 31.1.2013, der de regionale helseforetakene fikk i oppdrag å utrede etablering av et nasjonalt helseforetak for sykehusplanlegging.

Gode sykehusbygg er en svært viktig rammebetingelse for at man skal kunne drive god og effektiv pasientbehandling. Det er derfor viktig at planlegging og bygging/ombygging av sykehusbygg blir gjort på en god måte, og at byggene deretter blir forvaltet, driftet og videreutviklet profesjonelt.

Hovedhensikten med å etablere et nasjonalt foretak for sykehusplanlegging er å utvikle og forvalte relevant kompetanse på et nivå som det hverken er hensiktsmessig eller mulig at alle helseforetak i landet håndterer i egen regi. Ved å samle ressurser og kunnskap i ett foretak som kan arbeide i flere helseforetak på tvers av regiongrenser, vil det være lettere å drive standardisering og erfaringsoverføring mellom prosjekter, og mellom helseforetak/regioner. Dette vil også optimalisere utnyttelsen av ressurser, og gi ansatte tilgang til interessante oppgaver og mulighet til karriereutvikling i et profesjonelt foretak. Dette vil også gi gode rekrutteringsmuligheter til foretaket.

Rapporten peker på disse områdene hvor det vil være fordelaktig å etablere et foretak for planlegging og utvikling av eiendommer:

- Aktiviteter som etablerer standarder, løsninger, systemer og hjelpemidler som alle helseforetak vil ha nytte av.
- Tjenester som bidrar til å effektivisere planleggings- og utviklingsarbeid, og som fremmer kvalitet og gjenbruk av løsninger.
- Tjenester som bidrar til at spisskompetanse utvikles og er disponibel for alle helseforetak.

Rapporten foreslår at etablering av et foretak skal skje på en slik måte at foretaket skal tilføres ressurser for å utføre en del generelle og felles aktiviteter innenfor standardisering, tilrettelegging for benchmarking, kunnskapsformidling etc. Dette gjelder både i planleggings- og driftsfasen av sykehusprosjekter.

Disse aktivitetene finansieres via en basisfinansiering, tilført av oppdragsgivere (foretakets eiere).

Videre skal foretaket kunne tilføre og innhente kunnskap til byggeprosjekter som helseforetakene gjennomfører, ved at foretaket har personell med spisskompetanse som deltar på forskjellige måter i prosjektene, avhengig av behovene. I rapporten foreslås at det i alle prosjekter over en viss størrelse skal benyttes personell fra foretaket, med et minimumsomfang som er tilstrekkelig for tilfredsstillende og toveis kunnskapsoverføring. Dette foreslås som obligatorisk, men prosjektfinansiert og gjeldende for alle faser i prosjektet.

Videre legges det opp til en frivillig bruk av personell fra helseforetaket for bemanning av prosjekter. Grunnen til dette er at helseforetakene i varierende grad har eget personell for gjennomføring av prosjekter. På denne måten vil foretaket være involvert i prosjekter i varierende omfang, fra den obligatoriske minimums-løsningen til at det kan bemanne og ta fullt ansvar for hele prosjektet dersom det er ønskelig (alle faser av prosjektet).

Den beste måten å overføre kunnskap (mellom prosjekter og foretak, samt fra prosjekt til prosjekt) er at planleggingsforetaket har personell med spisskompetanse som kan inngå operativt i de enkelte prosjektene. På denne måten vil disse spesialistene ikke bare skaffe seg førstehåndskunnskap, men de vil

også opparbeide seg realkompetanse gjennom å arbeide i prosjektene. Samtidig kan de dele denne kunnskapen både internt i foretaket og ut mot andre prosjekter senere. På denne måten blir det ikke bare kunnskap som kan overføres mellom prosjekter, men også operativ kompetanse. Det blir derfor anbefalt at det blir etablert et planleggingsforetak som i tillegg til å utvikle og forvalte relevant kunnskap, metoder og verktøy for alle faser i livsløpet til en eiendom, også tilbyr kompetent personell som kan arbeide direkte i enkeltprosjekter - i samsvar med det som er beskrevet i kapittel 5.2 i denne rapporten.

Det er gjort en vurdering av bemanning av foretaket. Konklusjonen er at der må være en viss grunnbemanning for å utføre basisaktivitetene i foretaket (rammefinansierte). Der må også være tilstrekkelig bemanning til at foretaket skal kunne følge de prosjektene som tilfredsstiller kravene til foretakets obligatoriske tilstedeværelse.

Siden det legges opp til frivillighet for helseforetakene å oppbemanne prosjekter utover den obligatoriske involveringen av planleggingsforetaket, vil antall ansatte i planleggingsforetaket knyttet til frivillige tjenester være behovsstyrt. Det må likevel være en kritisk mengde av tilsatte i planleggingsforetaket slik at bemanningen er i stand til å yte etter pålegg og forventninger.

I rapporten angis det en størrelse på bemanningen, men det foreslås også at oppbemanningen skjer suksessivt og i forhold til etterspørsel.

Som et utgangspunkt for bemanning forelås det i rapporten ca 25 personer for å kunne utføre obligatoriske basisaktiviteter. Bemanning som skal følge prosjekter på obligatorisk basis, kan stipuleres til 5 – 10 personer som et minimum. En videre oppbemanning kan skje etter helseforetakenes frivillige bruk av disse ressursene, og kan bli betydelig høyere dersom disse ressursene erstatter innleid personell.

Noen av aktivitetene tilsier at det rekrutteres spisskompetanse som i dag ikke er representert i helseforetakene eller i prosjektbemanning, men for en stor del er innleid. Disse er nå tenkt tilsatt. Videre er det forutsatt at personell som går over fra helseforetakene til det nye foretaket, skal gjøre dette på frivillig basis og etter planleggingsforetakets behov for kapasitet. Det kan også være at tilsatte i helseforetak får tilsettingsforhold i det nye foretaket, men likevel er geografisk tilknyttet det helseforetaket hvor vedkommende var tilsatt. Overføring av personell til planleggingsforetaket er ikke vurdert til å komme innenfor regelverket om virksomhetsoverdragelse.

En økning av antall tilsatte i forhold til dagens situasjon, vil måtte ses i sammenheng med en reduksjon i kjøpte eksterne tjenester.

Det er lagt til grunn at kostnadene ved et planleggingsforetak knyttet til generelle og felles aktiviteter, rammefinansieres fra eierne av foretaket. Alle prosjektrelaterte tjenester belastes prosjektene som i dag.

Gevinstene ved opprettelsen av helseforetakene vil i første rekke være relatert til gjenbruk av løsninger, standardisering, bruk av felles verktøy og systemer, unngåelse av dobbelt arbeid, reduksjon i kjøp av eksterne tjenester, eierskap til egne data og løsninger, lettere tilgang på beste praksis samt målrettede utviklings- og forskningsoppdrag.

I tillegg vil dette foretaket ha de beste forutsetninger for å planlegge og bygge effektive sykehusbygg, og bruke erfaringene fra de beste byggene for å tilrettelegge for en mer effektiv kjernevirksomhet.

Risikoen ved opprettelsen av et helseforetak vil i første rekke knytte seg til hvorvidt foretaket relativt raskt kan bemannes opp til en viss minimumskapasitet, og hvorvidt foretaket svarer opp etterspørsel både på basisoppgaver og tjenesteyting på forespørsel fra helseforetakene.

Det vil også knytte seg en risiko til om helseforetakene vil etterspørre tjenester fra planleggingsforetaket, utover det minimumskravet som er satt for å sikre gjensidig erfaringsoverføring.

De beskrevne risikoer kan minskes ved at de regionale helseforetakene tildeler planleggingsforetaket oppgaver, og at helseforetakene får pålegg om å etterspørre tjenester.

Det blir utredet konsekvenser av to ulike organisasjonsformer. Det ene alternativet er et helseforetak (HF), organisert etter tilsvarende modell som Helsetjenestens driftsorganisasjon (HDO) ble etablert etter våren 2013. Dette er et tradisjonelt foretak med eget styre, hvor ansattes medbestemmelse i varetas på vanlig måte og med ansattes representasjon i styret. Det forutsettes at man finner en god løsning på medbestemmelse og styrerepresentasjon. Det andre alternativet er et prosjektprogram, der summen av ulike enkeltprosjekter til sammen iverksetter en overordnet strategi. Dette vil i praksis innebære en videreføring av dagens samarbeid i Interregionalt Eiendomsforum. Alternativet med et prosjektprogram vil medføre utydelige styringsstrukturer og et unødig omfattende avtaleverk. Det er derfor ikke anbefalt av prosjektgruppen.

Konklusjon/anbefalinger

Rapportens overordnede konklusjon/anbefaling er at det etableres et planleggingsforetak, organisert som et helseforetak (HF) i samsvar med helseforetaksloven, eid i fellesskap av de fire regionale helseforetakene, og med en desentralisert organisasjonsmodell. Planleggingsforetaket skal ha et aktivitetsomfang og tjenestetilbud som beskrevet i kapitlene 4.1, 5.1 og 5.2 i denne rapporten.

Dissenser i prosjektgruppen.

Rapportens konklusjon/anbefalinger beskriver etablering av et helseforetak med et omfang på aktiviteter og tjenester som prosjektgruppen kunne enes om. Prosjektgruppen hadde imidlertid divergerende syn på hvorvidt foretakets tjenester skulle være obligatoriske å bruke, og hvor omfattende disse tjenestene skulle være. Prosjektgruppen var delt i synet på om man bør gå lenger i retning av en samordning innenfor eiendomsvirksomheten i spesialisthelsetjenesten enn det rapporten legger opp til.

Representantene fra Helse Midt-Norge og Helse Sør-Øst var av den oppfatning at dersom det skal etableres et helseforetak for planlegging av utvikling av sykehus, så bør alle prosjekter over en viss størrelse (eventuelt andre kriterier) bemannes fra dette foretaket, og foretaket må kunne ta fullt byggeherreansvar i gjennomføringsfasen av prosjekter.

Helse Vest og Helse Nord var ikke enige i dette, men støttet at foretaket må ha tilstrekkelig bemanning til å kunne utføre basisaktivitetene og kunnskapsoverføring mellom prosjekter, og med tilstrekkelig kapasitet til å kunne utføre obligatoriske oppgaver på en god måte.

Bemanning utover dette må være behovsstyrt inn mot de helseforetak som velger å benytte dette foretaket til sine prosjekter.

Vedrørende aktivitetsomfang, frivillighet og organisasjonsform, anfører konserntillitsvalgt Svein Øverland følgende syn på rapportens konklusjoner:

Planleggingsforetaket bør være et mindre miljø for analyse, systematisering og formidling av kompetanse og erfaringer samt rådgivning - uten byggherrefunksjonen. Oppgavene begrenses til oppgaver som man er enig om å gjøre felles og som rammefinansieres.

Vedrørende grad av frivillighet for bruk av foretakets tjenester anføres at spørsmålet om frivillighet ikke er relevant da det forutsettes at oppgavene begrenser seg til fellesoppgaver man er enige om; jfr. punktet over om aktivitetsomfang.

Vedrørende valg av organisasjonsform anføres at sykehusbygg er svært teknisk komplekse formålsbygg hvor både utvikling, vedlikehold og drift må skje i egenregi og må ligge under en helhetlig lokal ledelse og eierskap. I denne utredningen oppfattes at man overdriver gevinster ved en relativt stor organisasjon som egen juridisk enhet og overdriver ulemper ved prosjektprogram. Ad organisasjonsform:

Primært støttes prosjektprogram/ kompetansesenter i samarbeid mellom regionene jfr. enstemmig rapport fra 2012.

Sekundært støttes et HF med oppgaver innen analyse, systematisering og formidling av kompetanse og erfaringer samt rådgivning - ikke byggherrefunksjon, men med en betydelig mer nøktern bemanning enn skissert i utredningen.

1 Innledning

Denne rapporten har sitt utgangspunkt i foretaksmøtene mellom Helse- og omsorgsdepartementet og de fire regionale helseforetakene 31.1.2013, der de regionale helseforetakene fikk i oppdrag å utrede etablering av et nasjonalt helseforetak for sykehusplanlegging.

Av foretaksprotokollen fremgår det at det skal utredes: "... etablering av et nasjonalt helseforetak for planlegging, utvikling og drift av sykehusbygg. Kunnskap om forvaltning og drift er en forutsetning for å kunne planlegge gode nye sykehusbygg. Et nytt nasjonalt foretak skal bistå i kunnskapsoverføring mellom helseforetak, i utvikling og forvaltning av eiendomsmassen og planlegging av byggeprosjekter. Foretaket skal videre ha ansvar for å utarbeide og vedlikeholde metoder og verktøy for strategisk analyse på området. Utredningen skal bygge på eksisterende samarbeid innen eiendomsområdet. Etablering av foretaket skal ikke endre etablerte eier- og ansvarsforhold for forvaltning og utvikling av eiendommene. Helse Sør-Øst RHF ble bedt om å lede arbeidet. Departementet skal delta som observatør. Utredningen skal være ferdigstilt innen 1. oktober 2013."

I innledende møter ble oppgavens tekst tolket og begrensninger drøftet. Etter ønske fra konserntillitsvalgt ble prosjektgruppen enig om også å vurdere en organisering som ikke innebærer en etablering av et helseforetak.

Det ble også etablert en forståelse i prosjektgruppen om at etableringen av et planleggingsforetak ikke skal innebære at drift av eiendommene skal legges til dette foretaket, men at driftskunnskaper må være tilstede i foretaket.

Mandatet til denne utredningen ble gitt av AD-møtet 18.3.2013, og inneholdt blant annet:

Prosjektets overordnede effektmål er å finne gode løsninger, faglig begrunnet, for hvordan et nasjonalt foretak som nevnt i foretaksprotokollen, og med senere presiseringer, best kan etableres.

De utredede alternativenes overordnede effektmål skal være en bedre samlet ressursutnyttelse, oppnådd blant annet gjennom samordning, og kunnskapsoverføring mellom de etablerte helseforetakene, og mellom helseforetakene og ulike myndighetsorganer. Utredningen skal være egnet som beslutningsunderlag for beslutning om den videre prosess.

Rapporten tar utgangspunkt i nåsituasjonen for bygg og eiendomsvirksomheten innenfor spesialisthelsetjenesten, slik denne er beskrevet blant annet i rapporten *Samarbeid innen eiendomsvirksomheten ved de regionale helseforetakene (2012)*.

Et nytt felles foretak for eiendomsvirksomheten innenfor spesialisthelsetjenesten, må stette noen behov som helseforetakene og ulike myndighetsorganer har for at foretaket skal være levedyktig over tid. Utfordringene og forventningene til et slikt planleggingsforetak er derfor belyst.

Det innholdsmessige omfanget i et planleggingsforetak, er beskrevet som:

- aktiviteter som har felles nytte for hele eiendomsvirksomheten i spesialisthelsetjenesten (4.1)
- tjenester som planleggingsforetaket skal yte inn mot prosjekter (5.1)
- tjenester som planleggingsforetaket kan yte inn mot de prosjektene som etterspør tjenester (5.2)

Omfanget av ansvar, aktiviteter og tjenester som blir lagt til planleggingsforetaket vil få konsekvenser for hva som blir den hensiktsmessige organiseringen internt i foretaket. Den interne organiseringen er adressert i kapittel 7.

Vedrørende valg av organisasjonsform for hele planleggingsforetaket, er det valgt å utrede to ulike alternativ; Et selvstendig Helseforetak (HF) og et prosjektprogram. I begge tilfeller er planleggingsforetaket anbefalt eid av de fire regionale helseforetakene i fellesskap. Begrunnelsen for å utrede et prosjektprogram er å belyse muligheten for å løse oppdraget innenfor allerede etablerte organisasjoner i spesialisthelsetjenesten, uten å måtte opprette en ny juridisk enhet. En vurdering av etableringsprosessen for de to organisatoriske alternativene, blir deretter presentert i kapittel 7.

Avslutningsvis blir dilemmaer, alternativer, konsekvenser og risiko vurdert, og det blir gitt en anbefaling.

Prosjektgruppen har vært sammensatt av representanter med ansvar innen bygg- og eiendom i de fire regionale helseforetakene, to helseforetak samt representanter for de konserntillitsvalgte:

Navn		Stilling
Steinar Frydenlund (leder)	Helse Sør-Øst RHF	Direktør, bygg og eiendom
Ivar Eriksen	Helse Vest RHF	Eigardirektør
Nils Arne Bjordal	Helse Midt-Norge RHF	Eiendomssjef
Tor-Arne Haug	Helse Nord RHF	Direktør for forretningsutvikling
Birger Stamsø	Helse Sør-Øst RHF	Prosjektsjef, bygg og eiendom
Svein Øverland	Helse Sør-Øst RHF	Konserntillitsvalgt
Askjell Utaker	Helse Bergen HF	Divisjonsdirektør, drift/teknisk
Bjørn Remen	Helsebygg Midt-Norge	Direktør
Ole Stokke	Helse Midt-Norge RHF	Konserntillitsvalgt
Eivind Solheim	Nordlandssykehuset HF	Avdelingsleder
Helga Daae (observatør)	Helse- og omsorgsdepartementet	Underdirektør, Eieravdelingen
Endre Fjellestad (prosesstøtte)	Helse Sør-Øst RHF	
Jan Willy Føreland (sekretær)	Faveo Prosjektledelse	

2 Nåsituasjonen innenfor bygg- og eiendomsområdet

I dette kapittelet legges det vekt på å beskrive struktur og ansvarsforholdene innen bygg og eiendomsområdet i spesialisthelsetjenesten, hvordan samarbeidet er lagt opp på ulike nivå i sektoren i dag, hvordan utfordringsbildet ser ut og hvilke forventninger som bør legges til grunn ved etablering av et nytt planleggingsforetak.

2.1 Struktur, rollefordeling og samarbeidsmodeller.

Helseforetakene er samlet sett den største offentlige eiendomsaktøren i landet, med et totalt bygningsareal på ca 4,9 mill. m². Til sammenlikning har Forsvarsbygg ca 4,4 og Statsbygg ca 2,7 mill. m². Både Forsvarsbygg og Statsbygg er byggeiere og har bygget opp sentrale enheter til planlegging og ledelse av prosjekter, mens den daglige driften er desentralisert.

Verdien av bygg og utstyr i spesialisthelsetjenesten er beregnet til ca 76 mrd. kroner, og det gjennomsnittlige investeringsnivået knyttet til bygg og eiendom har vært på omlag 7 mrd. kroner årlig de siste ti år.

I spesialisthelsetjenesten er det de enkelte helseforetakene som er byggeiere, og som derfor har det totale ansvaret for sine egne bygninger og eiendommer. Dette innebærer ansvar for prioritering og planlegging av investeringsprosjekter innenfor faglige og økonomiske rammer samt forvaltning, drift, vedlikehold, utvikling og avhending av bygningsmassen. De regionale helseforetakene gir strategiske føringer for hvordan helseforetakene skal utøve dette ansvaret, og de krever å få forelagt alle større investeringsprosjekter i henhold til den gjeldende fullmaktsstrukturen i regionen. For prosjekter over 500 mill skal analyser og vurderinger etter endt konseptfase, samt ekstern kvalitetssikring forelegges Helse- og omsorgsdepartementet, som også vurderer eventuelle lån.

Relatert til eiendomsområdet er det store forskjeller mellom de enkelte foretakene, både i forhold til størrelse, organisering, kompetanse og erfaring. For eksempel har det minste foretaket en bygningsmasse på 25 000 m² mens det største har nær 1 000 000 m². I de største foretakene blir det gjennomført en nærmest kontinuerlig ombygging og utbygging, noe som letter kompetanseoverføringen fra det ene prosjektet til det andre. De fleste foretakene vil ikke ha denne kontinuerlige tilgangen på store/kompliserte prosjekter og har derfor heller ikke muligheter til å holde kontinuitet i en organisasjon som har tilstrekkelig bred kompetanse til å håndtere den store kompleksiteten i eiendomsprosjekter.

RHF	Antall m2	Antall årsverk pr. RHF
Helse Vest	850.000	1
Helse Sør-Øst	2 700 000	7
Helse Midt-Norge	700.000	1
Helse Nord	550.000	1
Sum	4 800 000	10

Tabellen til venstre viser de fire regionale helseforetakenes bemanning innen bygge- og eiendomsområdet, og det arealet som disse årsverkene har et overordnet ansvar for.

* Helse Sør-Øst RHF har i tillegg 3 årsverk knyttet til et interregionalt samarbeidsforum for bygg- og eiendomsvirksomheten (Interregionalt Eiendomsforum), og 5 årsverk dedikert til prosjektet nytt Østfoldsykehus.

** Helse Midt-Norge RHF har i tillegg p.t. 22 ansatte i Helsebygg Midt-Norge, som nå er vedtatt videreført som en felles kompetanseenhet for foretaksgruppen.

På regionalt nivå er det innenfor alle de fire helseregionene etablert samarbeidsnettverk innen bygg og eiendom. Oversikten på neste side viser at det innbyrdes mellom regionene er noe forskjell i aktiviteten,

men at det i stor grad er de samme temaområdene det blir arbeidet med. Felles for alle regionene er at det gjennom nettverksarbeidet blir forsøkt å komme frem til enighet om anbefalinger, som så legges til grunn for arbeidet ved hvert helseforetak.

RHF	Nettverk	Status
Helse Vest	Regionalt eiendomsutvalg	Har gjennomført en total gjennomgang og anbefalt en strategi for større regional samordning. Prioriterer innføring av beste praksis, innføring av internleieavtaler, organisering av FDVU området. Organisasjonsutviklingen skal i større grad skje gjennom felles regionale prosjekter.
Helse Sør-Øst	Forum for utvikling av bygg og eiendom (FUBE)	Har gjennomført utredninger/prosjekter innen: • Strategi og delmål for eiendom • Etablering av husleiemodell • Innføring av felles kontoplan NS 3454 • Innføring av klassifikasjonssystem • Felles avhendingsstrategi • Vedlikeholdsplaner og tilstandsvurdering • Prosjektledelse og prosjektstyring • Strategi for implementering av BIM • Utnyttelse av samlet prosjektkompetanse
Helse Midt-Norge	Forum for tekniske ledere	Har gjennomført utredninger/prosjekter innen: • Organisering av bygg og eiendomsvirksomheten • Etablering av husleiemodell • «Grønn stat» • Retningslinjer for utsmykking • Energistrategi • Innføring av klassifikasjonssystem I tillegg til dette forumet benyttes ad hoc grupper på ulike tema.
Helse Nord	Eiendomsforum	Har gjennomført prosjekter/utredninger innen: • Felles kontoplan • Vedlikeholdsplaner og tilstandsvurdering • Innføring av klassifikasjonssystem • Mulighetsstudie for effektivisering av FDVU • Kartlegging av ENØK potensialet • Kartlegging av områder for felles anskaffelse av driftsmateriell • Felles avtale om energiforvaltning • Klima- og miljø • Alle store investeringsprosjekter

På interregionalt nivå konkluderte rapporten "Samarbeid innen eiendomsvirksomheten ved de regionale helseforetakene" (2012), at det var behov for et mer systematisk samarbeid på relativt mange områder.

Basert på rapportens anbefalinger, ble Interregionalt Eiendomsforum etablert ved årsskiftet 2012/2013. Forumet har sin forankring hos de administrerende direktørene ved de regionale helseforetakene (forkortet til AD-møtet). Forumets oppgaver skal være å løse felles utfordringer, formidle erfaringer fra store byggeprosjekter, ta i bruk nyvinninger som er utarbeidet gjennom forskningsprosjekt samt etablere og drifte felles databaser. Forumet vil bli bemannet på et minimumsnivå i løpet av 2013, med en stilling knyttet til IT og en stilling knyttet til landsvernplanen for helsebygg, i tillegg til en stilling til daglig ledelse.

Generelle erfaringer med slike fora peker i retning av at det er vanskelig å få gjennomført konkrete oppgaver med tilfredsstillende resultater, med mindre det blir tilført tilstrekkelig bemanning til ledelse, utredningsarbeid og ressurser til å iverksette vedtak.

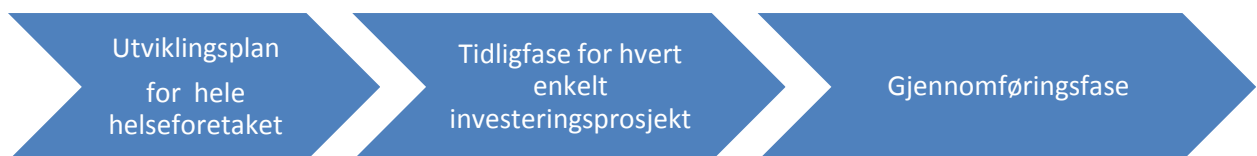
På nasjonalt nivå blir det gjennomført et utviklingsarbeid for veiledning knyttet til planlegging av de tidligste fasene i sykehusprosjekter. Dette arbeidet er organisert i Helsedirektoratets kompetansenettverk for sykehusplanlegging, der alle de regionale helseforetakene er representert. SINTEF Helse er sekretariat.

Kompetansenettverket for sykehusplanlegging utarbeider veiledere og verktøy; blant annet klassifikasjonssystem for funksjoner og arealer i sykehusbygg, modeller for fremskriving av kapasitetsbehov, og veileder for tidligfaseplanlegging. Helse- og omsorgsdepartementet har gjennom foretaksprotokollen stilt krav om bruk av veiledere som er utviklet for planlegging i nettverket. På denne måten er det innført felles verktøy som skal benyttes av alle helseforetakene.

2.2 Prosjektfaser, årsverk og kostnader pr. prosjektfase

Hvor godt det enkelte sykehusprosjekt blir, avhenger av hvor gode de prosessene som leder frem til sluttresultatet er. I dette kapitlet blir det gitt en oversikt over hovedprosessene som inngår før et sykehusbygg er klart til bruk, samt hvilken ressursinnsats som er forbundet med de viktigste prosjektaktivitetene. Hvordan planleggingsforetaket kan få inngrep i disse ulike fasene av prosjekter blir gjennomgått i kapittel 3, 4 og 5.

Helsedirektoratets veileder for tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter (2011), definerer disse hovedfasene før et nytt sykehusbygg står klar til bruk:



Veilederen setter bestemte krav til dokumentasjon og beslutninger før man kan ta et prosjekt fra den ene delfasen til den neste. Ved disse beslutningspunktene blir prosjektet også vurdert i forhold til interne krav og prioritert i forhold til andre prosjekter. Et prosjekt kan derfor bli stoppet underveis.

Helseforetakene er pålagt å utarbeide en utviklingsplan.

Utviklingsplanen skal bestå av:

1. en virksomhetsmessig utviklingsplan
2. en påfølgende bygningsmessig utviklingsplan

Hvert enkelt investeringsprosjekt skal gjennom en *tidligfase*, forankret i utviklingsplanen. Tidligfasen omfatter tre delfaser:

- idéfase
- konseptfase
- forprosjektfase

Deretter følger en *gjennomføringsfase* som inneholder:

- detaljprosjektering
- bygging fram til prosjektet blir overtatt av driftsorganisasjonen

Etter at gjennomføringsfasen er avsluttet, forvalter helseforetaket eiendommen innenfor gjeldende lover og regelverk.

Både gjennom tidligfasen og gjennomføringsfasen foregår det et utstrakt samarbeid mellom klinisk-, økonomisk og byggrettet virksomhet, der de kliniske interessene i hovedsak blir ivaretatt gjennom ulike brukergrupper.

Kostnader og årsverk vedrørende de ulike prosjektfasene

Innenfor bygg og eiendom investeres det årlig om lag 7 mrd. kroner i spesialisthelsetjenesten. De samlede kostnadene er fordelt omtrent slik på de ulike prosjektfasene:

Prosjektfase*	Kostnadsandel	Årlig kostnad
Tidligfase	5 %	350 mill.kr.
Gjennomføringsfase	95 %	6.650 mill.kr.
Sum for spesialisthelsetjenesten		7.000 mill.kr.

* Kostnader til det forutgående arbeidet med å etablere utviklingsplaner er holdt utenfor i denne tabellen, både fordi dette ikke er investeringskostnader, og fordi kostnadene er relativt lave - anslagsvis 5-10 mill for hvert helseforetak.

Tabellen viser de samlede kostnadene som gjelder hovedfasene i hvert enkelt prosjekt, men tabellen gjenspeiler ikke de ulike prosjektfasenes innbyrdes viktighet for å oppnå gode prosjekter. Det er i arbeidet med utviklingsplanen at sykehusstrukturen til det enkelte helseforetaket skal utformes, og det er i tidligfasen at enkeltprosjekter blir utformet og utvalgt/forkastet. Høy kompetanse i disse fasene er derfor av avgjørende betydning for å sikre at disse beslutningene blir fattet på en god måte. Deretter blir det opp til gjennomføringsorganisasjonen å få sykehuset bygd/ombygd på en effektiv måte. Arbeidet med utviklingsplaner og prosjektenes tidligfase er derfor svært mye viktigere, relativt sett, enn tabellen gir inntrykk av.

Nedenfor er det satt opp et eksempel over samlet antall og type årsverk som er knyttet til de ulike prosjektfasene, for hvert år den aktuelle prosjektfasen pågår. Tallene som er presentert er erfaringstall fra Prosjekt Nytt Østfoldsykehus (PNØ). PNØ er imidlertid et nytt og stort prosjekt, noe som vanligvis er mindre krevende enn å bygge nye arealer/bygge om, der det pågår sykehusdrift i umiddelbar nærhet.

Type årsverk \ Prosjektfase	Tidligfase (akkumulerte årsverk)			Gjennomføring (gjennomsnitt pr. år)	Sum
	Idéfase	Konseptfase	Forprosjekt		
Prosjektering og rådgivning	3	5	10	60	78
Ledelse*	1	1	1	30	33
Sum	4	6	11	90	111

* Ledelse er her definert som prosjektledelsen, inklusive administrative støttefunksjoner.

Prosjektering og rådgivning kjøpes i all hovedsak fra konsulentmiljøer. Ledelsesfunksjonen ivaretas dels av helseforetakenes egne ansatte, dels av innleide konsulenter.

Kjøp av tjenester til arbeidet med utviklingsplaner, og til dels idé- og konseptfasen av enkeltprosjekter, blir i hovedsak gjort fra noen få firma med spisskompetanse på planlegging av sykehusanlegg. Relativt mange firma over hele landet leverer tjenester innen prosjektering og bygging. Et begrenset antall av disse har kunnskap/erfaring om planlegging av sykehusanlegg herunder kompleksitet, funksjonskrav, styringsstrukturer og beslutningsprosesser. Bygging i eller i eller i tilknytning til eksisterende sykehus i løpende drift er særskilt utfordrende både mht planlegging og gjennomføring, og det er et fåtall firma som har egen erfaring/kjennskap til dette.

2.3 Utfordringer innen eiendomsområdet

I en rekke stortingsmeldinger har Regjeringen pekt på utfordringene framover, og hva det også vil bety for spesialisthelsetjenesten:

- I stortingsmelding 28 (2011-2012) «Gode bygg for eit betre samfunn» legger Regjeringen særlig vekt på de offentlige eiendomsaktørens rolle som pådriver for utvikling av byggsektoren og som en klok og krevende kunde overfor leverandørene. Staten skal gå foran ifht. innovasjon, leverandørutvikling, digitalisering og i arbeidet med evaluering og benchmarking.
- I stortingsmelding 29 (2012-2013) «Morgendagens omsorg» vises til samhandlingsreformen som grunnlag for å gi forbedringsarbeidet i helse- og omsorgstjenestene en ny retning. Det fokuseres på samhandling mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten, bruk av teknologi og nye arbeidsmetoder.
- I stortingsmelding 21 (2011-2012) «Norsk klimapolitikk» varsler Regjeringen en offensiv nasjonal klimapolitikk med mål om en langsiktig utvikling av Norge til et lavutslippssamfunn.
- I perspektivmeldingen (meld. St. 12 2012-2013) peker Regjeringen på utfordringen framover, bla med en større andel eldre i befolkningen og et stort press på de offentlige tjenestene.
- Riksrevisjonen påpeker i Dokument 3:11 problemene knyttet til vedlikeholdsetterslepet. De mener det blant annet er behov for mer benchmarking og nøkkeltall for vedlikeholdskostnader for å kunne sammenlikne kostnadsnivået og at kostnadene kan vurderes opp mot interne mål.

Samlet sett vil dette stille spesialisthelsetjenesten overfor store oppgaver framover. Dette gjelder blant annet i forhold til:

- nødvendig videreutvikling av bygningsmassen tilpasset nye funksjonskrav, endringer i sykdomsbildet og befolkningsendringer (befolkningsøkning og flere eldre)
- nødvendige bygningsmessige endringer som følger av endringer i oppgavefordelingen mellom sykehus og den øvrige helsetjenesten
- bygningsmessige konsekvenser av endringer i bruk av medisinsk teknologi
- håndtering av vedlikeholdsetterslepet

Det foreligger i liten grad felles interregionale retningslinjer eller anbefalinger som beskriver hvordan disse utfordringene, sammen med utfordringer knyttet til forvaltning, utvikling og drift, bør møtes. Dette vil derfor kreve betydelige ressurser og høy kompetanse samt et enda tettere samarbeid mellom klinisk og eiendomsrettet virksomhet, dersom disse utfordringene skal kunne løses på en tilfredsstillende måte. En sentral utfordring her er å finne innovative løsninger, som forener den best tilgjengelige kunnskapen fra både klinisk og byggteknisk side, i én felles strategi.

Som et ledd i arbeidet med denne rapporten er det gjennomført en kartlegging av den kompetansen helseforetakene for tiden rår over innen eiendomsområdet. Kartleggingen gir et svar på hvordan hver medarbeider vurderer sin egen kompetanse på områder en særlig ønsket kartlagt. Det er høy svarprosent, og undersøkelsen gir et godt bilde av dagens situasjon. En oppsummering fra kartleggingen følger som trykt vedlegg (Vedlegg 1). Hovedbildet innen eiendomsområdet er:

- I dag er det 1600-1700 personer som er tilsatt i spesialisthelsetjenesten med eiendomsrelaterte oppgaver. Av disse har ca 230 arbeidsoppgaver som er vurdert som relevante i forhold til et nytt nasjonalt planleggingsforetak., jfr. Vedlegg 1.

- Helseforetakene har gjennomgående god kompetanse på daglig drift og vedlikehold av bygningsmassen.
- Det er mange medarbeidere i foretakene med meget lang yrkeserfaring. Man står snart overfor et generasjonsskifte, noe som gir særlige utfordringer knyttet til omfattende nyrekruttering.
- Det er 66 personer som sier at de har spisskompetanse på minst ett av de aktuelle områdene som omfattes av utredningen om nasjonalt foretak for sykehusplanlegging. Av disse har 30 personer (45 %) mer enn 30 års yrkeserfaring. Dette viser at nærmere halvparten av de med spisskompetanse har relativt få år igjen av sin yrkeskarriere. Dette gir særlige utfordringer i forhold til å bevare den kunnskapen disse medarbeiderne har opparbeidet seg gjennom mange år.

På bakgrunn av kartleggingen synes det å være behov for mer kompetanse samlet sett, særlig på kompetansetunge områder som strategisk ledelse, entreprisestrategi, prosjekt- og prosessstyring, juridiske problemstillinger, prosjektevaluering og strategisk BIM-ledelse. Kartleggingen viser videre at det er få personer med kompetanse på tidligfaseplanlegging. Dette fører til at mange helseforetak er avhengige av kjøp av tjenester fra eksterne konsulenter.

Det er også en utfordring at den kompetansen spesialisthelsetjenesten rår over samlet sett ikke blir utnyttet i tilfredsstillende grad, da enkeltpersoner i svært liten grad blir overført mellom ulike helseforetak. Det typiske er heller at når et investeringsprosjekt er avsluttet, så går de internt ansatte tilbake til sine tidligere stillinger i helseforetaket. I enkelte foretak går personell fra investeringsprosjektet over i drift av det nye bygget. Bare i de største helseforetakene er investeringsnivået så høyt at disse ressurspersonene kan gå direkte videre til et nytt prosjekt.

En konsekvens av denne manglende koordineringen er at spesialisthelsetjenesten betaler for den samme kompetansen flere ganger. Dette fordi man først betaler private firmaer som opparbeider seg kompetanse gjennom prosjektene de er engasjerte i, deretter kjøper spesialisthelsetjenesten denne kompetansen tilbake - gjerne flere ganger.

Som et ledd i arbeidet med denne rapporten er det også kartlagt hvilke databasebaserte IT-systemer helseforetakene bruker innen eiendomsområdet. Databaser som er strategisk viktige i planleggingsfasen eies i stor grad av Kompetansenettverket for sykehusplanlegging, men driftes av eksterne konsulentmiljøer. Utover dette er det liten grad av standardisering mellom foretakene, og det enkelte helseforetak avgjør selv hvilke systemer de vil bruke. Kartleggingen viser at det er unødige mange ulike systemer i bruk (ca 250).

2.4 Forventninger til et nasjonalt helseforetak for sykehusplanlegging

Ut fra behovet for en mer effektiv ressursutnyttelse og en sterkere samordning, bør det forventes at et nasjonalt foretak kan bidra til en løsning på mange av de behovene som er knyttet mot kompetanse og kompetanseoverføring mellom helseforetakene. Særlig framheves:

- Et generelt behov for mer systematisk samarbeid og kompetanseutvikling i alle faser av et investeringsprosjekt. Det vises her til den tidligere omtalte rapporten "Samarbeid innen eiendomsvirksomheten ved de regionale helseforetakene"
- Et særlig behov for systematisk læring knyttet til utviklingsplan og tidligfaseprosjekter.
- I enkelte helseforetak et behov for en profesjonalisering av prosjektledelse og utøvelse av byggherrerollen i investeringsprosjekter.

- Behovet for bedre analyser som grunnlag for framtidige beslutninger.
- Behovet for standardisering for å få bedre oversikt, gjøre gode sammenlikninger, bedre prioriteringer, samt å understøtte standardiseringen av kliniske prosedyrer og pasientforløp.
- Behovet for systematisk innhenting av erfaringer og kontinuerlig tilegning av ny kunnskap innen bygg og eiendom.
- Utvikle metoder for et mer systematisk arbeid rundt vedlikehold av bygningsmassen, herunder synliggjøring av behov og planlegging av tiltak.

For oversikt over hvilke prosjekter som er mest aktuelle de nærmeste 4-5 årene vises det til Vedlegg 2.

De regionale helseforetakene har meldt tilbake at det kan være følgende behov for tjenester fra et planleggingsforetak:

- Helse Sør-Øst: Det er aktuelt med bidrag i tidligfase knyttet til planprosessene både i Vestre Viken, Oslo Universitetssykehus og etter hvert også Sykehuset Innlandet. Dersom planleggingsforetaket får et omfattende tjenestetilbud, bør sentrale byggherrefunksjoner bli ivaretatt der. Gjeldende fullmaktstruktur i Helse Sør-Øst tilsier at byggherreansvaret for disse store prosjektene skal ligge på regionalt nivå. Det samme gjelder for et eventuelt prosjekt ved Sykehuset i Vestfold. Det regionale helseforetakets operative involvering i Prosjekt Nytt Østfoldsykehus blir ansett som en god modell der et planleggingsforetak kunne ta HSØs rolle.
- Helse Vest: Viser til at det pågår tidligfaseplanlegging ved Helse Førde, Helse Fonna og Helse Stavanger. Her kan det være behov for støtte til tidligfaseplanlegging. Helse Bergen mener de i stor grad har tilstrekkelig kapasitet og kompetanse til å håndtere planlagte prosjekter. Noe bistand kan likevel være aktuelt.
- Helse Midt-Norge: Utviklingsplanarbeidet i helseforetakene er avsluttet/under avslutning. Det kan være aktuelt med bistand i forbindelse med planlegging av nytt sykehus i Nordmøre og Romsdal, ny sikkerhetsavdeling på Østmarka og psykiatrisenter på Øya, muligens også omfattende ombygging/rehabilitering av Ålesund sjukehus. Utviklingsplanen for Helse Nord-Trøndelag har likeledes avdekket et betydelig investeringsbehov. Det må avklares nærmere om dette medfører behov for bistand.
- Helse Nord: I Nordlandssykehuset HF er man i ferd med å bygge nytt i Bodø og Vesterålen. Sistnevnte ferdigstilles i 2014. Kompetanse fra foretakets utbyggingsavdeling vil kunne ha stor nytte i parallelle prosjekter. I Universitetssykehuset Nord-Norge bygges det nå i Tromsø – to bygg påbegynt og ett under planlegging, mens Helse Finnmark starter bygging i Kirkenes i 2014. Det planer om ombygging eller nybygg i Hammerfest. Både Helse Finnmark og Helgelandssykehuset utarbeider nå utviklingsplaner. Kompetanse fra disse prosjektene og kompetanse inn til disse prosjektene fra andre deler av landet, ville vært nyttig.

3 Formål, strategi, aktiviteter, tjenester, ansvar og prinsipper for finansiering

I spesialisthelsetjenesten er det etablert en ansvarsfordeling og styringsstruktur som går fra Helse- og omsorgsdepartementet, via de regionale helseforetakene, til de enkelte helseforetak. Det er lagt til grunn av helseforetaket for sykehusplanlegging skal være eid av de regionale helseforetakene, og at foretaket ikke skal tillegges en beslutningsmyndighet som kommer i konflikt med den etablerte styringsstrukturen.

I den grad foretaket for sykehusplanlegging kan ta på seg roller som innebærer beslutningsmyndighet, vil dette derfor måtte være etter avtale med det enkelte helseforetak/regionale helseforetak i hvert enkelt tilfelle - med mindre en instans i den etablerte styringsstrukturen på vanlig måte gir pålegg til underliggende foretak. Dette kan for eksempel være pålegg om å benytte planleggingsforetakets tjenester i større grad enn denne rapporten legger opp til. På denne måten er det bygget inn en fleksibilitet rundt helseforetaket for sykehusplanlegging som medfører at foretaket kan benyttes på ulike måter, i ulike helseregioner, helseforetak og enkeltprosjekter. Dette basert på vurderinger foretatt innenfor den allerede etablerte styringsstrukturen i spesialisthelsetjenesten.

3.1 Formål og strategi for helseforetaket for sykehusplanlegging

Formålet med et helseforetak for sykehusplanlegging skal være å utvikle og forvalte relevant kunnskap, metoder og verktøy for bygg- og eiendomsrelatert sykehusplanlegging, samt gi tilgang på personell med spisskompetanse, vedrørende alle faser i livsløpet til en sykehuseiendom - på et nivå som det ikke er hensiktsmessig/mulig for den enkelte sykehuseier å utvikle i egen regi. Foretaket skal også være en ressurs for, og et felles kontaktpunkt, mellom sykehuseiere og ulike myndighetsorganer i generelle og prinsipielle spørsmål, f. eks ved lovendringer, standardrevisjoner etc.

Strategien anbefales å være tilstede i prosjekter, samle inn, vedlikeholde, utvikle og videreformidle bygningsrelatert kunnskap og kompetanse. Foretaket anbefales også å utvikle verktøy og metoder, samt utvikle og drifte databaser og støttesystemer. Foretaket må kunne gi bistand vedrørende alle stadier i livsløpet til en sykehuseiendom, med særlig vekt på tidligfasen.

3.2 Aktiviteter, tjenester og ansvarsområder

Beskrivelsene av formål og den tilhørende strategien vil medføre **aktiviteter** som er rettet mot å oppnå felles nytte for hele spesialisthelsetjenesten. Disse overordnede føringene medfører også **tjenester** som er rettet mot å forbedre enkeltprosjekter i det enkelte helseforetak. Dette er kort beskrevet i det følgende, og utdypet i kapittel 4 og 5.

Planleggingsforetakets aktiviteter er tenkt å omfatte analyser av generell interesse knyttet til blant annet behov og løsninger med relevans for eiendom og eiendomsprosjekter, herunder prosjekteffektivitet. Den kunnskapen som blir utviklet, foreslås samlet i felles systemer, tilgjengeliggjøres og legges til grunn for forslag om standardisering. Aktiviteten må være rettet mot alle faser i sykehusprosjekter - fra nasjonale strategiske føring, gjennom utviklingsplaner, tidligfase, gjennomføringsfase, driftsfase og til en eiendom er avhendet. I kapittel 4 blir innholdet i de nevnte aktivitetene konkretisert.

Noen av de nevnte aktivitetene krever at foretaket for sykehusplanlegging er involvert i utvalgte prosjekter. Dette for å hente ut kunnskap til benyttelse i andre prosjekter. Det er lagt opp til at foretaket involveres i tidligfaseplanleggingen i utvalgte prosjekter, for å hente ut slik kunnskap. Hva dette innebærer og hvordan det bør gjøres, blir også utdypet i kapittel 4.

Alle de ovenfor nevnte aktivitetene vil gagne fellesskapet i det lange løp. Det blir derfor lagt til grunn som et prinsipp at helseforetakene skal bidra til at disse aktivitetene kan gjennomføres på en god måte.

Planleggingsforetakets tjenester vil være rettet direkte mot enkeltprosjekter hos helseforetakene, og vil bestå av tjenester som krever spisskompetanse, spesielt tjenester som krever spisskompetanse i forhold til prosjektenes tidligfase.

Sett fra de ulike helseforetakenes side vil de ha ulike behov for å få tilført spisskompetanse utenfra, både fordi helseforetakene har ulik spisskompetanse internt og fordi de enkelte prosjektene er ulike. Det antas at helseforetakene vil etterspørre den kompetansen fra et planleggingsforetak som de har størst behov for, og som planleggingsforetaket kan levere.

Sett fra fellesskapets side vil erfaringene fra helseforetakenes prosjekter ha varierende overføringsverdi til andre prosjekter, og derav ha ulik interesse sett fra planleggingsforetakets side.

Hvordan planleggingsforetaket skal involveres i de enkelte prosjektene er derfor ikke konkretisert utover at involveringen skal omfatte det som er nødvendig for å få til en tilfredsstillende og gjensidig erfaringsoverføring mellom planleggingsforetaket og den enkelte organisasjon/prosjekt.

Planleggingsforetakets tjenester rettet mot enkeltprosjekter hos de enkelte helseforetakene er utdypet i kapittel 5.

Planleggingsforetakets ansvarsområder er tenkt begrenset til de nevnte fellesaktivitetene, og til de tjenestene foretaket leverer til de enkelte helseforetakene. Dette innebærer at foretaket ikke skal ta på seg å utføre arbeid (på et operativt nivå) knyttet til forvaltning, drift, vedlikehold, utvikling og service på eiendommene.

3.3 Prinsipper for finansiering

Det forutsettes at fellesaktivitetene, som er konkretiserte i kapittel 4, blir rammefinansiert via de fire regionale helseforetakene, og at helseforetakene derfor ikke betaler for generell støtte i form av databaser, systemer, generelle analyser osv. Det legges til videre til grunn at de prosjekttrettede tjenestene som planleggingsforetaket leverer til det enkelte prosjekt, som er konkretiserte i kapittel 6, må finansieres fullt ut av bestiller. Dvs. helseforetakene - eventuelt de regionale helseforetakene.

4 Aktiviteter for felles nytte i spesialisthelsetjenesten – obligatorisk og rammefinansiert

4.1 Aktiviteter

Det er lagt opp til at planleggingsforetaket skal få sine oppgaver formidlet fra sine eiere gjennom et oppdragsdokument på samme måte som øvrige felles eide selskaper. Dette gjelder oppgaver i forhold til både eiere, samarbeidspartnere og ulike myndighetsorgan. Grunnlaget for helseforetakets virksomhet vil ytterligere konkretiseres i helseforetakets stiftelsesdokumenter, herunder vedtekter og foretaksavtale.

Det er videre lagt opp til at planleggingsforetaket skal ta seg av aktiviteter som er felles for de fire regionale helseforetakene vedrørende kompetanseforvaltning, involvere seg i enkeltprosjekter med tanke på erfaringsoverføring og tilby helseforetakene rådgivende tjenester i enkeltprosjekter.

Nedenforstående punkter er ikke knyttet mot arbeid i enkeltprosjekter i de enkelte helseforetakene, men vil likevel ha generell nytte. Det forutsettes derfor at de regionale helseforetakene deltar og bidrar til fellesskapet gjennom dette arbeidet.

1. Videreføring av det arbeidet som kompetansenettverket for sykehusplanlegging har gjort.
2. Utvikling og forvaltning av felles databaser, herunder ansvar for å fremskaffe data for analyse og benchmarking, på oppdrag fra helseforetakene og fra ulike myndighetsorganer.
3. Gjennomføring av utviklingsprosjekter med generell eller prinsipiell karakter, og på regionalt/nasjonalt nivå.
4. Gjennomføring av arbeid på ulike fagområder, for eksempel arbeid vedrørende miljø, energi, verneverdige eiendommer etc., i samarbeid med helseforetakene.
5. Kontakt og koordinert oppfølging på vegne av de fire regionale helseforetakene mot ulike myndighetsorganer, som for eksempel Riksantikvaren, i generelle og prinsipielle spørsmål som krever samordning utover den enkelte helseregion.
6. Utvikling av hensiktsmessige metoder og verktøy for helseforetakene, herunder arbeid med styrings- og kvalitetssystemer. Eksempel på dette er arbeid på generelt nivå i forhold til forvaltningsplaner, kulturminnevern, kjøp/salg/innleie/utleie, forsikring, energi, brannvern, vedlikeholdsplaner, BIM, programvare for FDV etc., samt felles anskaffelser innenfor disse områdene.
7. Arbeid med standardisering innenfor prosjekt- og driftsområdet, f. eks standardisering knyttet til BIM, miljø og energi.
8. Følgeevaluering av spesielle prosjekter og prosesser som det gir generell nytte å følge, jfr. initiativ i kompetansenettverket for sykehusplanlegging. Dette med tanke på at planleggingsforetaket også kan være sektorens tankesmie i eiendomsrelaterte spørsmål, og med tanke på at man kan drive forskning som ikke nødvendigvis er knyttet til gjennomføring av enkeltprosjekter.
9. Ettorevaluering av prosjekter for å lære fra disse etter at de er slutført, herunder evaluering av både selve prosjektgjennomføringen og evaluering av byggene i en ordinær driftssituasjon.

4.2 Ressursbehov vedrørende foretakets aktiviteter

Med referanse til aktivitetslisten i forrige kapittel er behovet for personalressurser vurdert i en korresponderende liste nedenfor. Det opplistede behovet er basert på estimer, og må også ses i sammenheng med at det er lagt til grunn en pragmatisk tilnærming til oppbyggingen av foretaket.

- 1) Det legges til grunn at arbeidet til Kompetansenettverket for sykehusplanlegging overføres til planleggingsforetaket, herunder ansvaret for nettportalen sykehusplan.no. Det legges til grunn at oppgavene med sekretariatsfunksjonen utgjør 1 årsverk, nettportalen 0,5 årsverk, og at dette med fordel kan håndteres internt i planleggingsforetaket fremfor at det blir kjøpt eksternt slik som i dag.
- 2) Etablering av felles databaser har vært et fokusområde, og arbeidet har i stor grad vært utført av eksterne konsulenter. Etter hvert går man nå over i en fase der videreutvikling, bruk, vedlikehold og ordinær drift av disse databasene får et større fokus. Denne typen arbeid er i kjerneområdet for planleggingsforetakets virksomhet, og bør derfor gjøres av planleggingsforetaket, fremfor å kjøpes fra eksterne konsulenter. Det er utlyst én slik stilling i Interregionalt Eiendomsforum. På sikt vurderes behovet til 4 årsverk.
- 3) Foretaket for sykehusplanlegging bør ta initiativ til og bistå med å gjennomføre utviklingsprosjekter innen eiendomsområdet som har generell eller prinsipiell interesse for alle helseforetakene. På denne måten kan en sikre faglig utvikling som kan gi bedre planprosesser og bedre beslutningsstøtte for helseforetakene knyttet til tidligfaseplanlegging, prosjektgjennomføring og eiendomsforvaltning. Denne utredningen her er også et eksempel på et slikt fellesprosjekt. På sikt vurderes behovet til 2 årsverk.
- 4) Arbeidet med utvikling på fagområder innen eiendom gjennomføres i dag både av innleide konsulenter og av internt ansatte, men uten at kunnskapen er samlet, koordinert og delt i særlig grad. For å få til dette, legges det til grunn at kompetansen på noen av planleggingsforetakets kjerneområder bør samles og vedlikeholdes i foretaket. Dette gjelder i første rekke følgende fagfelt, og med tilhørende ressursbehov:
 - BIM: 4 årsverk.
 - Energi: 1 årsverk.
 - Miljø: 2 årsverk.
 - Vedlikeholdsplanlegging: 1 årsverk.
 - Kulturminne: 2 årsverk.
- 5) Ulike myndighetsorganer ønsker å ha ett felles kontaktpunkt mot helseforetakene. Videre blir helseforetakene ofte utfordret til å delta i ulike prosjekterrelaterte oppgaver sammen med andre offentlige, og særlig statlige virksomheter. Disse funksjonene er tenkt ivarettatt av de ovenfor nevnte stillingene i det daglige, med forankring i spesialisthelsetjenestens ordinære beslutningsstruktur.
- 6) Kompetansenettverket for sykehusplanlegging gjennomfører i dag noe utviklingsarbeid knyttet til utvikling av metoder, verktøy og veiledere. Det legges til grunn at dette er oppgaver som bør sees i sammenheng med arbeidet på de ulike fagområdene nevnt i pkt 3 og 4. Behovet er anslått til 2 årsverk.
- 7) Arbeid med standardisering er også kjernevirksomhet, og bør derfor håndteres av planleggingsforetakets egne ansatte. Dette også fordi dette arbeidet krever en nærhet til fagstillingene nevnt i pkt 4. Det er tenkt 2 årsverk til arbeidet med standardisering.
- 8) Det vurderes et behov for 2 årsverk for å koordinere, systematisere og følge opp følgeevalueringer.
- 9) Ettorevaluering av prosjekter er forventet å kreve 1 årsverk.

Oppsummert viser gjennomgangen ovenfor at det på noe sikt er anslått et behov for kapasitet i størrelsesorden 25 årsverk, vedrørende de aktivitetene det er hensiktsmessig at planleggingsforetaket utfører for fellesskapet. I tillegg vil det være behov for administrative støttefunksjoner knyttet til ledelse/sekretariat, HR, økonomi, IT og kommunikasjon.

5 Tjenester rettet mot enkeltprosjekter hos helseforetakene – prosjektfinansiert

I dette kapittelet blir de aktivitetene som er rettet mot enkeltprosjekter hos de ulike helseforetakene gjennomgått. Det første underkapittelet omhandler hvordan planleggingsforetaket konkret skal involvere seg i enkeltprosjekter med tanke på erfaringsoverføring, og derfor anbefales å være obligatorisk for foretakene. Det andre underkapittelet omhandler hvilke bistand som foreslås at planleggingsforetaket skal kunne tilby de enkelte helseforetakene vedrørende enkeltprosjekter.

5.1 Obligatoriske tjenester

Bestillingen til denne utredningen omhandler forbedring av sykehusplanleggingen i enkeltprosjekter. Det nye planleggingsforetaket foreslås derfor involvert i helseforetakenes tidligfaseplanlegging (utviklingsplan, idéfase, konseptfase og forprosjekt), for å **hente ut** kunnskap som kan **overføres** til andre prosjekter.

Dersom man i praksis skal få til at et prosjekt gjør seg nytte av kunnskap generert i et annet prosjekt, vil følgende kritiske suksessfaktorer være gjeldende:

- Prosjekterfaringer hentes regelmessig ut fra prosjektet, og hele prosjektteamet må være forpliktet til å gi fra seg erfaringer som en del av prosjektleveransen.
- De innhentede erfaringene bearbeides av en ekstern og nøytral rådgiver.
- Erfaringene fremstilles og presenteres på en pedagogisk lett forståelig måte.
- Erfaringene evalueres i en interaktiv prosess mellom teammedlemmene.
- Kunnskapen videreformidles til aktuelle prosjekter.

Omfanget av planleggingsforetakets obligatoriske involvering i enkeltprosjekter er tenkt begrenset til punktene b-d i listen ovenfor, og å omfatte alle prosjekter over en viss størrelse. I tillegg anbefales det å legge opp til at planleggingsforetaket kan bli orientert om alle investeringsprosjekter som berører temaer av spesiell interesse eller som har spesiell vanskelighetsgrad.

Til forskjell fra de fleste ressurser i en organisasjon, kan kunnskap vokse og utvikles når den blir delt. Det er derfor viktig at læreprosessen blir målrettet gjennom for eksempel opplæringsprogram, møteplasser, overlapp, mentorordninger, målrettet forskning, osv. Det legges til grunn at hensiktsmessige læreprosesser er en forutsetning for at læring av noe omfang skal kunne skje fra en (prosjekt)organisasjon til en annen. Det er derfor naturlig at planleggingsforetaket får ansvar for å utforme hensiktsmessige læreprosesser. Oppsummert kan prosessen med å generere kunnskap i ett prosjekt i en region og overføre denne kunnskapen til et annet prosjekt i en annen region, skjematisk fremstilles slik: (planleggingsforetakets rolle i rødt)



I tillegg til å overføre kunnskap fra ett prosjekt til et annet som vist i figuren på forrige side, vil planleggingsforetaket også kunne overføre den kunnskapen som genereres og samles gjennom arbeidet med de 9 generelle punktene omtalt i kapittel 4.1. Da dette også er kunnskap som bør være med i det kunnskapsgrunnlaget som et sykehusprosjekt blir tuftet på, blir det anbefalt at det skal være obligatorisk for helseforetakene å bruke spisskompetanse fra planleggingsforetaket i aktuelle prosjekter. Hvilken type spisskompetanse dette skal være er ikke definert, da det blir lagt til grunn at helseforetakene vil etterspørre den kompetansen de har størst behov for. Det foregår i dag kunnskapsutveksling mellom prosjekter ved at prosjektgruppen for et utbyggingsprosjekt besøker andre pågående eller nylig gjennomførte prosjekter, så vel innenlands som i andre land. Det er derfor i tillegg til systematisert kunnskapsformidling som foreslått i dette avsnittet, naturlig at prosjektgrupper fortsetter som nå med å besøke andre prosjekter på områder det er mulighet for å tilføre sitt prosjekt gode idéer fra andre prosjekter.

5.2 Tjenester som bør være frivillige for helseforetakene å bruke

For å svare på bestillingen fra Helse- og omsorgsdepartementet på en tilfredsstillende måte, må det nye planleggingsforetaket i tillegg til det som er beskrevet i kapittel 4.1 og 5.1 også kunne bistå det enkelte helseforetak i arbeidet med enkeltprosjekter. Det er lagt opp til at slike prosjekttrettede tjenester skal tilbys fra det nye planleggingsforetaket, men i motsetning til punktene 1-9 med generell karakter i Kap. 4.1, og punktene b-d i kapittel 5.1 som beskriver planleggingsforetakets pålagte involvering i enkeltprosjekter, må det enkelte helseforetak stå helt fritt overfor planleggingsforetaket i spørsmålet om helseforetaket skal benytte seg av planleggingsforetakets tjenester eller ikke. Konkret er det lagt opp til at planleggingsforetaket skal tilby disse tjenestene:

- a) Strategiske analyser og utredningsoppdrag, i hovedsak knyttet mot utviklingsplanen og tidligfasen.
- b) Bistand til utviklingsplanen og tidligfasen, herunder alle typer rådgivning.
- c) Bistand i gjennomføringsfasen av byggeprosjekter, herunder uttesting og overlevering.
- d) Arbeid vedrørende prosesser knyttet til forvaltning, drift og avhending. Eksempel på dette er bistand i forhold til forvaltningsplaner, kulturminnevern, kjøp/salg/innleie/utleie, forsikring, energi, brannvern, vedlikeholdsplaner, etc. Dette punktet tilsvarer pkt. 6 i kapittel 4.1, men er her rettet mot konkrete prosjekter hos helseforetakene og ikke mot generelle tiltak som i Kap. 4.1.
- e) Diverse utredningsoppdrag, etter bestilling fra de regionale helseforetakene.

Dette vil si at planleggingsforetaket kan delta med spisskompetanse eller avlastende kapasitet direkte inn i det enkelte prosjekt, etter avtale med det enkelte helseforetak. I første rekke blir det her tenkt på personell med kompetanse fra store og spesielt kompliserte prosjekt. Dette omfatter personer med omfattende kompetanse fra anskaffelsesprosesser, entreprisestrategi, spesialister på overgangen mellom prosjektavslutning og ordinær drift, samt tekniske spesialister innenfor sentrale fagområder, herunder IKT-spesialister og spesialister på medisinskteknisk utstyr.

Begrunnelsen for hvorfor et foretak for sykehusplanlegging også må kunne involvere seg operasjonelt i enkeltprosjekter, er at *kunnskap* bare er en del av det som trengs for å gjennomføre et prosjekt på en god måte. I tillegg trenger man *ferdigheter*, *evner*, *holdninger* og *vilje* – egenskaper som det er vanskelig å overføre gjennom rutiner, databaser og systemer. Disse egenskapene må derfor bygges opp på individ- og teamnivå. En konsekvens av ovenforstående er at dersom man legger til grunn at det er *kompetansen*

som skal overføres fra ett prosjekt til det neste, og ikke bare *kunnskapen*, så vil det innebære at man må flytte *individer* fra det ene prosjektet til det neste.

5.3 Ressursbehov vedrørende foretakets obligatoriske tjenester

I kapittel 2 ble det vist at spesialisthelsetjenestens samlede ressursbehov til prosjektering, rådgivning og prosjektledelse, utgjør i størrelsesorden 700 årsverk – gitt et samlet årlig investeringsnivå på 7 mrd. kroner. Av disse årsverkene er i størrelsesorden 200 knyttet til prosjekters tidligfase, og 500 til prosjekters gjennomføringsfase.

Det er lagt opp til at de tjenestene som er obligatoriske for helseforetakene å benytte seg av, er begrenset til det som er nødvendig for å få til en tilfredsstillende, og gjensidig erfaringsoverføring mellom planleggingsforetaket og enkeltprosjekter. Det er estimert et ressursbehov på 5-10 årsverk, avhengig av omfanget på den til enhver tids pågående prosjekter.

Ressursbehov fordelt på prosjektfaser og fagområder

I arbeidet med utviklingsplaner kjøpes det tjenester fra noen få konsulentmiljøer og tjenestene er i hovedsak knyttet til helsefaglig rådgiving, arealanalyser og prosjektledelse. Disse fagområdene er det tenkt at et planleggingsforetak bygger opp en hensiktsmessig kapasitet rundt.

I tidligfasen av prosjekter kjøpes tjenester fra relativt mange rådgivermiljøer (tekniske rådgivere, arkitekter, helsefaglig rådgiving og prosjektadministrative tjenester). Det er særlig funksjoner knyttet til helsefaglig rådgiving og prosjektadministrative tjenester som bør styrkes innenfor et planleggingsforetak. Basert på oversikten over planlagte prosjekter innen tidligfase, og med forventning om at noen nye utviklingsplaner også vil bli igangsatt, foreslås det at planleggingsforetaket bygger opp en kapasitet til helsefaglig og strategisk rådgiving. Det vurderes videre som nødvendig å styrke kompetansen særlig med personell som har helsefaglig bakgrunn, og som kan utfordre sykehusansatte i brukerprosesser knyttet til utviklingsplan og tidligfase.

I gjennomføringsfasen kjøpes prosjekteringsarbeid, utstyr og annet arbeid fra mange leverandører og entreprenører. Prosjekteringsarbeidet fra tekniske rådgivere og arkitekter, leveranser av utstyr og entreprenørtjenester ventes videreført uavhengig av om det etableres et planleggingsforetak. Også i denne fasen er det særlig helsefaglig rådgiving og prosjektadministrative tjenester det er tenkt å bygge opp og styrke innenfor et planleggingsforetak. Med prosjektadministrative tjenester menes prosjektledelse, prosjekteringsledelse, framdriftsstyring, økonomistyring, entreprisestyring, MTU-ledelse, samarbeidsledelse mot brukerne og eksterne, BIM- ledelse mv. En oppsummering av det samlede ressursbehovet, rekruttering og etablering, blir gjennomgått i kapittel 7.

6 Valg av organisasjonsform – to alternativer

Fra prosjektmandatet til utredningen fremgår det at det skal utredes to alternative foretaksformer.

- A. Et helseforetak (HF), som er eid av de fire regionale helseforetakene i fellesskap.
- B. En alternativ organisatorisk modell som har som formål å ivareta intensjonene i foretaksprotokollen.

I alternativ B er det forutsatt at dette ikke skal være en egen juridisk enhet, men at oppgavene skal løses innenfor den strukturen som allerede er etablert for eiendomsrelatert samarbeid mellom de fire helseregionene.

Avgiftsmessige konsekvenser

En nasjonal organisering og felles løsninger på tvers av regionene vil med gjeldende avgiftsregime kunne ha avgiftsmessige konsekvenser. Hvert enkelt regionalt helseforetak med underliggende helseforetak er i dag registrert som ett avgiftssubjekt, dvs. at det ikke beregnes merverdiavgift ved omsetning mellom foretak som er en del av det samme avgiftssubjektet. Ved organisering av en nasjonal virksomhet, vil det imidlertid som hovedregel måtte beregnes mva, forutsatt at de aktuelle tjenestene er mva-belagte, og forutsatt at merverdiavgiftlovens næringskrav for helseforetakets virksomhet faktisk er oppfylt. En foreløpig vurdering tilsier at tjenester særlig knyttet til operative roller i prosjekters gjennomføringsfase, som i dag produseres internt i regionene, sannsynligvis vil bli avgiftsbelagt ved en fellesorganisering. I så fall vil merverdiavgiften bli en ekstra kostnad som påløper etter etableringen av et planleggingsforetak.

Helsetjenestens driftsorganisasjon for nødnett HF, har nylig mottatt en bindende forhåndsavgjørelse fra Skatt Øst som innebærer at foretakets virksomhet er unntatt for beregning av merverdiavgift. Bakgrunnen for denne avgjørelsen er at foretakets driftstjenester innen nødmeldetjenesten (som er direkte forankret i spesialisthelsetjenesteloven med forskrift) er å anse som unntatte "helsetjenester" i merverdiavgiftslovens forstand. Tjenestene fra et nasjonalt eiendomsforetak er imidlertid av en annen karakter, og det er mindre trolig at resultatet vil bli det samme for eiendomsforetakets tjenester. Dersom det blir valgt å etablere planleggingsforetaket som en egen juridisk enhet, bør det tas initiativ til få en fullstendig gjennomgang av samtlige avgiftsmessige spørsmål.

6.1 Alternativ A: Helseforetak (HF)

I dette alternativet etableres et helseforetak (HF), tilsvarende de nylig opprettede felles eide helseforetakene Helsetjenestens driftsorganisasjon for nødnett HF (HDO). Dette for at etableringen skal innordne seg den etablerte, velprøvde og velfungerende foretaksstrukturen i spesialisthelsetjenesten.

Juridiske konsekvenser av å organisere foretaket som et Helseforetak (HF)

En etablering av et felles eid HF, i samsvar med Lov om helseforetak, innebærer at planleggingsforetaket blir underlagt samme rammevilkår og regelverk som den øvrige del av spesialisthelsetjenesten. De fire regionale helseforetakene får fulle retter og plikter som eiere av planleggingsforetaket, mens foretaket på sin side blir et eget rettssubjekt.

Etablering av et felles eid HF vil sikre gode rammer for videre utvikling av planleggingsforetaket, samt en hensiktsmessig og helhetlig eier- og styringsstruktur på tvers av de regionale helseforetakene.

Etableringen vil tydeliggjøre ansvarsforhold både i forhold til eierne og til organisasjonen, samt i større grad ivareta brukerinteresser. For øvrig vil felles eierskap bidra til å sikre interregionalt fokus og forankring.

Forholdet til anskaffelsesregelverket

Utgangspunktet er at regelverket om offentlige anskaffelser får anvendelse når to separate juridiske personer inngår en kontrakt om levering av tjenester. Som *utgangspunkt* vil dermed anskaffelsesregelverket gjelde for helseforetakenes kjøp av tjenester fra planleggingsforetaket. EU-domstolen har imidlertid utviklet en lære om egenregi, som oppstiller et unntak der det i realiteten ikke tildeles en kontrakt fordi tildelende organ utøver kontroll over utførende organ. Kjernen i denne læren er at det eller de organ som tildeler kontrakten må ha kontroll over det organ som blir tildelt oppgaven (kontrollvilkåret). I tillegg er det et vilkår at hoveddelen av omsetningen til det utførende organet må være for det kontrollerende organet, og kun en marginal del kan være for andre (omsetningsvilkåret). Etter vår vurdering aksepteres egenregitransaksjoner også mellom datterselskaper (her: helseforetakene og planleggingsforetaket) hvis det aktuelle leverandørforetaket er opprettet av morselskapet for å levere de aktuelle tjenestene til konsernet for øvrig.

Det forutsettes at planleggingsforetaket i det alt vesentligste leverer tjenester til sine fire eiere (RHF) med underliggende helseforetak. Dette innebærer at kravene til egenregi er oppfylt. Helseforetakenes tildeling av kontrakter til det felles eide helseforetaket (kjøp av tjenester fra planleggingsforetaket) vil dermed falle utenfor lov og forskrift om offentlige anskaffelser.

6.2 Alternativ B: Prosjektprogram

Alternativ B tar utgangspunkt i det eiendomsrelaterte samarbeidet mellom de fire helseregionene, slik dette blir gjennomført i dag gjennom Interregionalt Eiendomsforum. Det blir lagt til grunn at denne satsingen blir videreført, i større grad formalisert, utvidet med en egen strategi, og gjennomført som et prosjektprogram – supplert med fagnettverk innenfor ulike områder.

Et prosjektprogram kan på overordnet nivå styres av de fire regionale helseforetakene i fellesskap via en styringsgruppe. Den daglige ledelsen bør ivaretas av en leder av programmet. Styringsgruppen kan være den samme som styringsgruppen for Interregionalt Eiendomsforum i dag. Eier av prosjektprogrammet bør være de administrerende direktører ved de regionale helseforetakene (AD-møtet), og styringsgruppen kan rapportere til dette kollegiet.

Juridiske konsekvenser av å organisere foretaket som et prosjektprogram

Ved utøvelsen av det regionale prosjektprogrammets oppgaver og aktiviteter kan det bla. oppstå situasjoner som får utilsiktede (negative) konsekvenser for helseforetakene (kunden) og deres eiendom. Videre kan det oppstå tilsvarende situasjoner som berører tredjepart. Som følge av at prosjektprogrammet ikke vil være en egen juridisk virksomhet (eget rettssubjekt), vil det være uklart hvor eventuelt hvordan, ansvaret i slike tilfeller skal plasseres.

For de regionale helseforetakene kan uklare ansvarsforhold tenkes å få en uheldig innvirkning på selve samarbeidet, og sett fra helseforetakenes side (som kunder/bruker av tjenestene), samt eventuelle tredjeparter, vil faren for ansvarspulverisering være til stede.

Med det omfanget av aktiviteter det legges opp til, er det helt nødvendig å etablere et relativt omfattende avtaleverk for bla. å regulere ansvar, finansiering, deling av resultater, felles opptreden utad etc. Uten den trygghet som et selskapsrettslig grunnlag gir, vil det dermed bli behov for en relativt komplisert avtalestruktur.

En variant kan være å organisere prosjektprogrammet innenfor ett av de fire regionale helseforetakene, men med bidrag fra de øvrige foretakene i form av finansiering, premissleveranser og deltagelse i styringsgrupper etc. I så fall vil de regionale helseforetakene med underliggende helseforetak opparbeide rettigheter til felles utviklede løsninger. Fordelen med denne løsningen er at ansvar overfor ansatte, helseforetakene som kunder og tredjeparter er plassert i ett av de eksisterende regionale foretakene med en lovregulering som basis, mens samtlige foretak vil dra nytte av fellesløsninger. Også ved denne modellen vil det bli behov for å utarbeide et avtaleverk som ivaretar de ulike hensyn.

Dersom prosjektprogrammet blir lagt til ett av de regionale foretakene vil ansatte fra de andre regionale helseforetakene måtte "lånes ut" til prosjektprogrammet, men beholde sine opprinnelige ansettelsesavtaler. Dette vil i seg selv kreve både avtale- og oppgjørsstruktur.

Forholdet til anskaffelsesregelverket

Basert på erfaringene fra tilsvarende situasjoner legges det til grunn at et prosjektprogram faller utenfor "Lov om anskaffelser".

Foruten det tilfellet at vilkårene for det ulovfestede unntaket om egenregi (jf. ovenfor) er oppfylt, har utgangspunktet frem til nylig vært at offentlige organer må følge anskaffelsesregelverket når de skal anskaffe tjenester fra hverandre. Dette innebar at dersom to offentlige organer skulle samarbeide om noe, så måtte de etablere et felles eiet organ som kunne utføre oppgaven for dem begge.

Nyere EU-rettspraksis, forslag til nytt anskaffelsesdirektiv og en fortolkningsuttalelse fra EU-kommisjonen samt juridisk teori, åpner imidlertid for et større rom av offentlig-offentlig samarbeid uten begrensninger av regelverket for offentlige anskaffelser, også uten at samarbeidet organiseres innenfor vilkårene for egenregi. Bakgrunnen for at enkelte typer offentlig-offentlig (horisontale) samarbeid ikke omfattes av anskaffelsesreglene, er at slikt samarbeid er viktig for mange offentlige oppdragsgivere.

Anskaffelsesregelverket vil derfor ikke være noe hinder for å etablere et slikt samarbeid på den til enhver tid mest hensiktsmessige måten. De oppgavene som er rammefinansierte vurderes å kunne løses innenfor rammen av et såkalt offentlig – offentlig samarbeid. Det samme antas å gjelde de oppgavene/tjenestene som er prosjektfinansierte. Sistnevnte er imidlertid beheftet med usikkerhet (blant annet som følge av uavklart rettstilstand, samt at det finnes et kommersielt marked for tilsvarende tjenester).

7 Intern organisering og etableringsprosess for foretaket

7.1 Intern organisering

Planleggingsforetakets tjenester er rettet direkte mot enkeltprosjekter hos helseforetakene. Medarbeidere i planleggingsforetaket som har oppgaver knyttet til disse tjenestene, må derfor forvente større grad av lokal tilstedeværelse i det enkelte prosjekt, avhengig av hvor omfattende tjenester planleggingsforetaket skal levere. Det legges derfor til grunn at planleggingsforetaket organiseres etter en desentralisert modell. I praksis vil dette bety at medarbeidere som i dag er ansatt i et helseforetak, og som over tid har oppgaver der, fortsatt vil kunne utføre disse oppgavene selv om det skjer i regi av et planleggingsforetak. Dette vil si at det så langt som mulig blir lagt opp til at ansatte kan ha sitt hovedarbeidssted mest mulig stasjonært, eventuelt knyttet til foretaket eller til det området de rekrutteres fra. En felles ledelse koordinerer og samordner på ulike måter via felles systemer. Dette betyr at det ikke blir lagt opp til å bygge opp en større organisasjon som er samlet på ett sted.

For å sikre at behovene til de ulike interessentene blir ivaretatt, forutsettes det at det i hensiktsmessig grad etableres referanse-/styringsgrupper med hensiktsmessig representasjon. For gjennomgang og drøfting av organisatorisk form på foretaket, vises det til kapittel 8,3.

7.2 Kapasitet og rekruttering

Behovet for kapasitet til de obligatoriske fellesaktivitetene gjennomgått i kapittel 4.1 summerer seg til i størrelsesorden 25 årsverk på litt sikt. Sammen med de obligatoriske og prosjektrrettede tjenestene gjennomgått i kapittel 5.1, vil dette til sammen utgjøre om lag 35 årsverk.

I tillegg kommer kapasitet til planleggingsforetakets frivillige tjenester beskrevet i kapittel 5.2. Det er ikke anslått hvor stor kapasitet som trengs til dette, da dette i stor grad vil henge sammen med hvor attraktivt planleggingsforetaket blir, og derav hvor stor etterspørsel det blir etter foretakets tjenester.

Det foreslås derfor at foretaket etableres med en grunnbemanning og deretter oppbemannes gradvis og organisk, i takt med etterspørselen etter foretakets tjenester - inntil foretaket har funnet sin form og hensiktsmessige størrelse.

Som en konsekvens av varierende prosjektaktivitet i spesialisthelsetjenesten fra år til år, og usikkerhet knyttet til planleggingsforetakets involveringsgrad i disse prosjektene, vil omfanget av planleggingsforetakets leveranser kunne variere fra år til år. Planleggingshorisonten i disse prosjektene er i de fleste tilfeller likevel så lang, at det vurderes som sannsynlig at kapasiteten vil kunne justeres til etterspørselen.

I dag er det registrert 21 konsulentfirma og 27 arkitektfirma som arbeider med sykehusplanlegging. 3 av de firmaene som særlig arbeider med sykehusplanlegging og styring av helseprosjekter, har alene ca 60 ansatte på disse områdene. Av de som er tilsatt i spesialisthelsetjenesten har mer enn 200 personer spisskompetanse på områder som er relevant for et nytt planleggingsforetak.

Rekrutteringen til det nye planleggingsforetaket er tenkt rettet mot personer som allerede i dag har sin hovedbeskjeftigelse i spesialisthelsetjenesten – enten som internt ansatte eller som innleide konsulenter.

Det legges til grunn at det søkes åpent etter spesialister på ulike områder etter behov, og at det derfor ikke er naturlig at planleggingsforetaket overtar oppgaver og ansatte fra klart definerte, større eksterne

enheter. Etableringen av et planleggingsforetak vurderes derfor til ikke å være omfattet av regelverket for virksomhetsoverdragelse.

7.3 Etableringsprosess - gitt organisasjonsform som et helseforetak (HF)

Proessen for foretaksetableringen kan ivaretas ved at Interregionalt Eiendomsforum (IE) blir tildelt oppgaven med å legge til rette for opprettelse av det nye helseforetaket. Sentrale forhold som vedtekter, styresammensetning, finansieringsmodell, angivelse av det kapitalinnskudd stifterne skal tilføre ved stiftelsen m.v., må avklares og forankres i de fire regionene via interimsstyret i forkant av selve stiftelsesprosessen. Det anbefales at man viderefører de prinsippene for styrerepresentasjon som er gjeldende i de andre felleseide foretakene.

Helseforetaket foreslås stiftet så tidlig som mulig etter at de nødvendige nasjonale avklaringer og beslutninger i Helse- og omsorgsdepartementet om foretaksetablering er tatt. Selve stiftelsen må skje ved at styrene i de regionale helseforetakene har fått i oppdrag å fatte likelydende vedtak om å opprette foretaket i henhold til fremlagte stiftelsesdokument, herunder vedtekter, og for øvrig med det innhold som fremgår av helseforetaksloven § 9. Loven åpner ikke for at stiftelse av helseforetak kan delegeres til administrerende direktør. Dette innebærer at stiftelsesprosessen her blir noe annerledes enn den har vært ved stiftelsen av andre felleseide selskaper som ikke er organisert som helseforetak. Helseforetaket vil være stiftet per tidspunkt for siste styrevedtak. Opprettelsen av et felles eid helseforetak forutsetter videre at styrene inngår skriftlig selskapsavtale (foretaksavtale) som vedlegges styresaken. Selskapsavtalen vil regulere forhold som de regionale helseforetakenes eierandel, innskuddsforpliktelser, stemmereglene, betingelser for uttreden m.v.

Etter at daglig leder er ansatt er det naturlig at planleggingsforetaket først får overført og systematisert arbeidet med de oppgaver de skal overta fra andre. Det gjelder i forhold til Kompetansenettverket for sykehusplanlegging, arbeid med databaser og videreføring av de tiltakene som allerede er initiert. Deretter bør det etableres ressursmiljøer på prioriterte fellesområder, særlig knyttet til tidligfaseplanlegging, og i så stor grad at foretaket får en viss robusthet. Videre oppbemanning bør tilpasses etterspørselen etter foretakets tjenester.

Det er naturlig at det i forbindelse med etableringen av et nytt helseforetak for sykehusplanlegging blir utarbeidet en forretningsplan som omhandler alle vesentlige forhold ved foretaket.

7.4 Etableringsprosess - gitt organisasjonsform som et prosjektprogram

Dersom det blir valgt å etablere planleggingsforetaket innenfor rammene av et prosjektprogram, vil det ikke være behov for noen spesiell etableringsprosess, da dette kan gjøres som en videreutvikling av det allerede fungerende samarbeidet i Interregionalt Eiendomsforum.

Når det er tatt stilling til omfang av planleggingsforetaket og valgt foretaksform, må det utarbeides et mer detaljert prosjekt for gjennomføring, inklusiv en milepælsplan.

8 Drøfting av dilemmaer, alternativ og risiko

Målsettingen for planleggingsforetaket er kvalitativ gevinst og best mulig ressursutnyttelse, og det er gitt av oppdraget at det skal oppnås bla gjennom samordning og erfaringsoverføring. I dette kapitlet gis en nærmere vurdering av hvordan målsettingen nås. De to alternativene for organisatorisk form og spørsmålet om lokalisering er også vurdert.

8.1 Omfanget av foretakets aktiviteter

Samordning – grunnlaget for å hente ut kunnskap

Samordning og erfaringsoverføring er de to viktigste virkemidlene som er gitt av oppdraget for å oppnå optimal kvalitet og best mulig ressursutnyttelse i eiendomsprosjekter. Samordning innebærer blant annet å foredle personlige erfaringer fra enkeltprosjekter til allmenngyldig kunnskap, og utvikle felles verktøy og standarder basert på denne kunnskapen.

Et planleggingsforetak som har en omfattende aktivitet, vil ha en større nærhet til prosjekter og organisasjoner enn et planleggingsforetak med en minimumsaktivitet vil ha. Et planleggingsforetak med omfattende aktivitet vil derfor ha et bredere og dypere grunnlag å hente ut kunnskap fra, enn et foretak med minimumsaktivitet.

Kompetanse og kompetanseoverføring

Dersom foretaket blir omfattende i tjenester og kompetanse, vil enkeltpersoner kunne flyttes mellom enkeltprosjekter i mye større grad enn om foretaket begrenses til den obligatoriske aktiviteten og den obligatoriske involveringen i enkeltprosjekter. Da *kompetanse* er svært vanskelig å overføre gjennom rutiner og systemer, blir det lagt til grunn at jo mer omfattende et planleggingsforetak blir, jo større er muligheten for kompetanseoverføring.

Forvaltning av tilgjengelig kompetanse og kapasitet

Kompetanse må vedlikeholdes og utvikles for å bevare sin attraktivitet, og samordnes for at ressursene skal kunne bli best mulig utnyttet.

Kompetansen som vedrører den obligatoriske aktiviteten kan deles opp i kompetanse som vedrører støttesystemer (rutiner, verktøy, metoder, databaser osv) og kompetanse som vedrører kjerneprosessene i eiendomsvirksomheten. Den nevnte kompetansen vedrørende støttesystemer vil kunne vedlikeholdes, selv om planleggingsforetaket skulle bli begrenset til de aktiviteter/tjenester som er obligatoriske for helseforetakene å benytte seg av. Når det gjelder kompetanse som vedrører kjerneprosessene i eiendomsvirksomheten, vil et omfattende tjenestetilbud og et robust kompetansemiljø i planleggingsforetaket være en forutsetning for at kompetansen skal kunne vedlikeholdes og utvikles på en tilfredsstillende måte.

Etterspørselen etter foretakets tjenester vil variere fra år til år, blant annet som en konsekvens av det samlede prosjektvolumet i spesialisthelsetjenesten. Relativt sett vil likevel denne variasjonen være mindre for et planleggingsforetak enn den vil være for hvert enkelt helseforetak. En samordning av kompetanse og kapasitet vil derfor gi muligheter til å utnytte sektorens samlede ressurser på en mer optimal måte. Slik sett vil et planleggingsforetak med et omfattende tjenestetilbud, gi en større samordning og derav en større mulighet for ressursutnyttelse enn et foretak med et begrenset tjenestetilbud.

Gevinstpotensialet

Etablering av et planleggingsforetak i samsvar med denne rapporten vil medføre et betydelig gevinstpotensiale uavhengig av omfanget på foretakets frivillige tjenester. Dersom omfanget av foretakets frivillige tjenester blir omfattende, vil det forventede gevinstpotensialet øke ytterligere gjennom en forbedring i gjennomføringsfasen av byggeprosjekter. Dette som en følge av at den samlede kompetansen blir koordinert og tilpasset behovene i det enkelte prosjekt, noe som ikke vil være tilfelle dersom eiendomsselskapet blir begrenset til et minimum.

For spesialisthelsetjenesten samlet sett, vil det sannsynligvis ligge gevinster i at kompetanse blir samlet og utviklet i egen sektor, fremfor at det først blir brukt ressurser på å lære opp markedsaktører, for så å kjøpe tilbake tjenester fra disse – gjerne de samme løsningene flere ganger til ulike helseforetak.

Dersom det bygges opp et solid planleggingsforetak, er det grunn til å forvente at helseforetakene kan bruke mindre tid på oppfølging/kontroll av kjøpte tjenester. Videre er det grunn til å forvente økt kvalitet på arbeidet, større sikkerhet for at en gjør de riktige investeringene og at prosjektene ledes på en mer effektiv måte. De indirekte virkningene av kjøp av tjenestene kan derfor bli betydelige.

8.2 Grad av frivillighet vedrørende bruk av foretakets tjenester

Planleggingsforetakets attraktivitet for bestillere og ansatte

Planleggingsforetaket er avhengig av å fremstå som et attraktivt valg, spesielt for bestillere av foretakets tjenester og for ansatte. Det blir antatt at dette i høy grad vil avhenge av den samlede kompetansen som foretaket rår over på ulike fagområder. Jo høyere samlet kompetanse, jo større attraktivitet for bestiller, og jo høyere attraktivitet for ansatte - noe som også vil lette rekrutteringen.

Det blir lagt til grunn at et planleggingsforetak som har et omfattende tjenestetilbud, jfr. beskrivelsen i kapittel 5.2, av tjenester som det er tenkt at helseforetakene står fritt til å benytte, vil ha en kompetanse som gjør planleggingsforetaket mer attraktivt enn om foretaket blir pålagt sterke begrensninger i sitt tjenestetilbud.

Denne rapporten har lagt opp til at omfanget av planleggingsforetakets obligatoriske tjenester skal legges på et nivå som er nødvendig for å hente kunnskap ut fra enkeltprosjekter og viderebringe denne kunnskapen til andre organisasjoner/prosjekter. En økning i foretakets tjenester utover dette er tenkt etterspørselsdrevet.

Et alternativ til en etterspørselsdrevet tilnærming er å øke omfanget av obligatoriske tjenester. Fordelen med dette er at foretaket vil bli sikret attraktive oppgaver, noe som vil lette rekruttering og vedlikehold av kompetanse. Dette fordi foretakets personell vil være delaktige i prosjekter hos helseforetakene på en operativ måte, og derigjennom få førstehånds erfaringer gjennom sitt eget arbeid.

Ulempene med å øke omfanget av obligatoriske tjenester utover det som er beskrevet i denne rapporten, er først og fremst at en slik økning raskt vil gripe inn i den formelle styringsstrukturen i spesialisthelsetjenesten. Dette vil også påvirke de reelle maktstrukturene, og kan derfor bli krevende å få gjennomført i praksis.

8.3 Valg av organisasjonsform

Også de to alternativene for organisatorisk form på foretaket må vurderes opp mot målet om bedre ressursforvaltning samlet sett.

Jus og styringsstruktur

Aktivitetene knyttet til et planleggingsforetak slik det er beskrevet i denne rapporten vil være så omfattende i sitt innhold, at det er svært viktig at satsingen blir ivare tatt gjennom strukturer der ansvar og myndighet er tydelig definert. Dette er det lettere å få til gjennom en egen juridisk enhet som er definert gjennom et eget lovverk, enn det er gjennom et prosjektprogram.

Det er også viktig at man får etablert egne og hensiktsmessige styringsstrukturer og systemer, slik at fokuset på kjernevirksomheten knyttet til eiendom blir så tydelig som mulig. Et prosjektprogram vil ikke kunne eie sine egne systemer. Man vil derfor bli knyttet til slike systemer i moderorganisasjonen(e) til prosjektprogrammet. Systemer og strukturer i moderorganisasjonen(e) til prosjektprogrammet er typisk konstruerte med tanke på pasientbehandling og personsikkerhet, noe som påfører eiendomsaktiviteten unødige tunge, og mindre hensiktsmessige systemer. Dette løses lettest gjennom å opprette foretaket som en egen juridisk enhet.

En egen juridisk enhet kan i tillegg også, i større grad enn et prosjektprogram, fremstå som en felles høringsinstans og opptre som tverrsektoriell påvirker innenfor de fullmakter foretaket får fra sine eiere.

Opprettelsen av en egen juridisk enhet vil medføre kostnader til etablering. Disse kostnadene unngår man om man velger et prosjektprogram, men da får man på den andre siden kostnader i forbindelse med etableringen av et omfattende avtaleverk. Løpende kostnader relatert til styringsstrukturen blir vurdert til å være relativt like i omfang.

Det vises for øvrig til at andre større samarbeidsprosjekter mellom de fire regionale helseforetakene tidligere har blitt organisert som juridiske enheter, eller blitt endret til dette etter at man har sett at det har vært hensiktsmessig. Tidligere har det blitt benyttet ulike juridiske organisasjonsformer, men etter at Lov om helseforetak med mer (Helseforetaksloven) ble endret 1.1.2013, har det blitt enklere å velge helseforetak som juridisk organisasjonsform.

Personell

En kompetanseoppbygging forutsetter at en tilstrekkelig andel av personer med spisskompetanse innenfor de områdene der erfaringsoverføring er ønskelig, på en eller annen måte er knyttet til en sentral organisasjon. Det må dessuten være så attraktivt å være knyttet til denne sentrale organisasjonen, at attraktivt personell ikke velger å gå til andre organisasjoner, primært eksterne konsultentselskaper. Dersom man velger å organisere foretaket som et prosjektprogram, vil personalressursene fortsatt være ansatt i de lokale helseforetakene, men ha frigjort hele eller deler av arbeidstiden sin til arbeidet i prosjektprogrammet. Erfaring viser at det over tid er vanskelig å sikre at personell får mulighet til å beholde tilstrekkelig kapasitet og fokus på arbeidsoppgaver både i sin egen organisasjon og til et eksternt prosjekt samtidig. Det er derfor grunn til å anta at organisering som prosjektprogram over tid ikke gir det samme fokuset fra medarbeiderne som organisering i et helseforetak gir.

Organisasjoner kan ikke generere kunnskap basert på erfaringer uten at enkeltindivider deler sine erfaringer med andre individer og grupper. Det er en påvist og generell tendens i prosjektorganisasjoner i retning av at enkeltindivider vegrer seg for å dele sine erfaringer. Sett fra et organisasjonsperspektiv er det derfor en utfordring å få tilgang til kunnskap da denne som regel er beskyttet i større eller mindre grad. Det er også lett å tenke seg at fokuset/lojaliteten til den enkelte vil være rettet mot oppgavene i det helseforetaket man er ansatt i, i større grad enn mot oppgavene i et prosjektprogram man er utleid til. Det blir lagt til grunn at den enkelte medarbeiders fokus, lojalitet og vilje til å dele kunnskap, påvirkes lettere innenfor rammen av en juridisk enhet enn innenfor et prosjektprogram.

Dersom det blir opprettet et helseforetak, vil det likevel være naturlig at foretaket benytter både prosjektprogram, forum, fagnettverk og andre strukturer der dette er hensiktsmessig. Etablering av foretaket innenfor rammene av et helseforetak vil derfor ikke være til hinder for foretakets utvikling.

Lokalisering

En grunnleggende forutsetning for at et planleggingsforetak skal få til en best mulig kunnskapsoverføring fra prosjekt til prosjekt, og fra organisasjon til organisasjon, er at foretaket må ha en nærhet til prosjektene og organisasjonene det gjelder. Jo nærmere foretaket kommer, jo større blir mulighetene for å hente ut kunnskap. Dette peker i retning av en desentralisert organisasjon, noe som også bidrar til å øke muligheten for å rekruttere de beste hodene.

Desentralisert organisering har også utfordringer med å skape samhold og fellesskapsfølelse. Det er derfor viktig å legge vekt på relasjonsbygging i en oppbyggingsfase for at et desentralisert foretak skal bli et levende og selvstendig foretak. Vi har flere eksempler på at dette har vært vellykket i andre sammenhenger innenfor spesialisthelsetjenesten. Ved en etablering må slike erfaringer tas med.

De viktigste fordelene og ulempene ved organisasjonsform som henholdsvis prosjektprogram og helseforetak (HF) er vist i tabellen nedenfor:

	Fordeler	Ulemper
Prosjektprogram	• Bygger videre på eksisterende struktur (IE)	• Krevende avtaleverk • Mindre forpliktende – vanskeligere å realisere gevinster • Krevende å rekruttere "faste medarbeidere" til et prosjektprogram.
Helseforetak (HF)	• Ressursene settes inn i en klar og kjent struktur, definert i eget lovverk. • Mer forpliktende løsning som gjør at en kan satse systematisk på arbeid med bygg- og eiendomsspørsmål • Bedre egnet til rollen som høringsinstans og tverrsektoriell pådriver	• Styringsstrukturen krever ressurser

8.4 Konsekvenser og risiko

På tidspunktet for levering av denne rapporten, er de fleste av de 9 punktene i kapittel 4.1 tenkt ivaretatt av Interregionalt Eiendomsforum når dette blir fullt bemannet. Det er derfor naturlig at oppgavene til Interregionalt Eiendomsforum blir innlemmet i det nye planleggingsforetaket.

Aktivitetene som er omtalt i kapittel 4.1 inkluderer også de aktivitetene og oppgavene som Kompetansenettverket for sykehusplanlegging har i dag. En naturlig konsekvens av å etablere et nytt planleggingsforetak, er derfor at oppgavene til dette nettverket overføres til planleggingsforetaket, og at Helsedirektoratet fritas for eieransvaret for nettverket.

Konsekvenser for de som i dag har sitt arbeid i et helseforetak eller i ett av de regionale helseforetakene, er delvis avhengig av hvilken foretaksform som velges på planleggingsforetaket.

Risikoen vedrørende å etablere et planleggingsforetak med et aktivitetsomfang som beskrevet i kapittel 4.1, vurderes særlig å gjelde:

- å rekruttere og beholde tilstrekkelig kompetanse og kapasitet til at foretaket får et attraktivt fagmiljø
- å få personellet i planleggingsforetaket tilstrekkelig involvert i prosjektene til helseforetakene slik at de kan utvikle sin kompetanse, og dermed opprettholde planleggingsforetakets attraktivitet
- å få foretaket til å lykkes med en desentralisert lokalisering av tilsatte

For å håndtere dette er det avgjørende at planleggingsforetaket kommer godt i gang, oppleves som nyttig, og at etablering og videre arbeid skjer i tett samarbeid med helseforetakene.

Risikoen vedrørende planleggingsforetakets tjenester rettet mot enkeltprosjekter i helseforetakene, gjelder særlig:

- Villigheten ansatte har til å jobbe over lengre tid i prosjekter med varierende avstand til eget bosted
- At helseforetakene av ulike interne hensyn velger ikke å etterspørre planleggingsforetakets tjenester

I forhold til kulepunkt 1 handler mye om å gi de ansatte interessante arbeidsoppgaver. Hensynet til familie og hjemreise er også viktig. Ukependling til større prosjekter er imidlertid virkeligheten allerede i dag for mange, siden det er få steder de mest kvalifiserte har kontinuerlige oppdrag i nærheten av eget bosted. Dette gjelder også dagens større sykehusprosjekter, som for eksempel de pågående utbyggingene av Nordlandssykehuset og Prosjekt Nytt Østfoldsykehus. Der er det relativt store prosjektorganisasjoner som ikke kan forvente å få tilgang på tilsvarende nye prosjekter i de samme områdene. Det samme gjelder personell som har vært engasjert i byggingen av St. Olavs Hospital i Trondheim. Det er derfor en betydelig risiko for at de personene som er knyttet til disse prosjektene forsvinner ut av sektoren, og tar med seg verdifull kompetanse, dersom de ikke blir fanget opp av en organisasjon som har tilgang til interessante prosjekter.

For å bidra til at helseforetakene benytter seg av planleggingsforetakets tjenester er det særlig viktig at planleggingsforetaket bygger seg opp med en kapasitet og kompetanse som helseforetakene opplever som nyttig. Det er en klar forutsetning at en får tak i de "beste hodene" slik at det blir høy kvalitet på leveransene fra planleggingsforetaket. Den beste muligheten for å sikre seg denne kompetansen, er at planleggingsforetaket får mange spennende arbeidsoppgaver og at det utvikles et godt faglig miljø. Derfor blir oppdragsmengden fra helseforetakene den mest kritiske faktoren for å lykkes.

Det vises her til at planleggingsforetaket vil ha de samme eierne som brukerne av foretakets tjenester. Eierne av planleggingsforetaket vil derfor ha store muligheter til å påvirke i retning av at planleggingsforetaket blir involvert på hensiktsmessige måter og får en tilfredsstillende oppdragsmengde.

Dersom man velger minimumsløsninger blir den største risikoen vurdert til å være at sannsynligheten for at den kompetansen som i dag innehas av enkeltpersoner knyttet til operativt prosjektarbeid, enten vil forsvinne ut av sektoren eller gå av med pensjon, før kunnskapen som disse sitter på blir tatt vare på og videreformidlet.

9 Konklusjoner og anbefalinger

Det blir konkludert med at en grunnleggende forutsetning for at et planleggingsforetak skal få til en best mulig kunnskapsoverføring fra prosjekt til prosjekt, og fra organisasjon til organisasjon, er at foretaket må ha en nærhet til prosjektene og organisasjonene det gjelder. Jo nærmere foretaket kommer i inngrep med prosjekter og organisasjoner, jo større blir mulighetene for å hente ut kunnskap og overføre kompetanse.

Den beste måten å skaffe seg slik førstehånds kunnskap om prosjekter på, er at planleggingsforetaket har tilgang på spesialister som kan inngå operativt i de enkelte prosjektene. På denne måten vil disse spesialistene ikke bare skaffe seg førstehånds kunnskap, men de vil også opparbeide seg realkompetanse gjennom å arbeide i prosjektene. Samtidig kan de dele denne kunnskapen både internt i foretaket og ut mot andre prosjekter senere. På denne måten blir det ikke bare kunnskap som kan overføres mellom prosjekter, men også operativ kompetanse. Det blir derfor anbefalt at det blir etablert et planleggingsforetak som i tillegg til å utvikle og forvalte relevant kunnskap, metoder og verktøy for alle faser i livsløpet til en eiendom, også tilbyr kompetent personell som kan arbeide direkte i enkeltprosjekter - i samsvar med det som er beskrevet i kapittel 5.2 i denne rapporten.

Vedrørende valg av foretaksform anbefales det at foretaket blir organisert som et helseforetak (HF), da et prosjektprogram vil medføre utydelige styringsstrukturer og et unødig omfattende avtaleverk. Sett på bakgrunn av oppgavenes karakter og rekrutteringsbehov, anbefales det at det blir etablert en desentralisert organisasjon med ledelsesfunksjonen sentralt lokalisert.

Konklusjon/anbefalinger

Rapportens overordnede konklusjon/anbefaling er at det etableres et planleggingsforetak, organisert som et helseforetak (HF) i samsvar med helseforetaksloven, eid i fellesskap av de fire regionale helseforetakene, og med en desentralisert organisasjonsmodell. Planleggingsforetaket skal ha et aktivitetsomfang og tjenestetilbud som beskrevet i kapitlene 4.1, 5.1 og 5.2 i denne rapporten.

10 Avsluttende anføringer

Rapporten beskriver etablering av et helseforetak med et omfang på aktiviteter og tjenester som prosjektgruppen kunne enes om. Prosjektgruppen hadde imidlertid divergerende syn på hvorvidt foretakets tjenester skulle være obligatoriske å bruke, og hvor omfattende disse tjenestene skulle være.

Representantene fra Helse Midt-Norge og Helse Sør-Øst var av den oppfatning at dersom det først skal etableres et helseforetak for planlegging og utvikling av sykehus, bør alle prosjekter over en viss størrelse (eventuelt andre kriterier) bemannes fra dette foretaket, og foretaket må kunne ta fullt byggeherreansvar i gjennomføringsfasen av prosjekter.

De øvrige regionene var ikke enige i dette, men støttet at foretaket måtte ha tilstrekkelig bemanning til at de kunne utføre basisaktivitetene og kunnskapsoverføring mellom prosjekter på en god måte, og ha tilstrekkelig kapasitet til å kunne utføre de obligatoriske oppgavene på en god måte.

Bemanning utover dette må være behovsstyrt inn mot de helseforetak som velger å benytte dette foretaket til sine prosjekter.

Vedrørende aktivitetsomfang, frivillighet og organisasjonsform, anfører konserntillitsvalgt Svein Øverland følgende:

Planleggingsforetaket bør være et mindre miljø for analyse, systematisering og formidling av kompetanse og erfaringer samt rådgivning - uten byggherrefunksjonen. Oppgavene begrenses til oppgaver som man er enig om å gjøre felles og som rammefinansieres.

Vedrørende grad av frivillighet for bruk av foretakets tjenester anføres at spørsmålet om frivillighet ikke er relevant da det forutsettes at oppgavene begrenser seg til fellesoppgaver man er enige om; jfr. punktet over om aktivitetsomfang.

Vedrørende valg av organisasjonsform anføres at sykehusbygg er svært teknisk komplekse formålsbygg hvor både utvikling, vedlikehold og drift må skje i egenregi og må ligge under en helhetlig lokal ledelse og eierskap. I denne utredningen oppfattes at man overdriver gevinster ved en relativt stor organisasjon som egen juridisk enhet og overdriver ulemper ved prosjektprogram. Ad organisasjonsform:

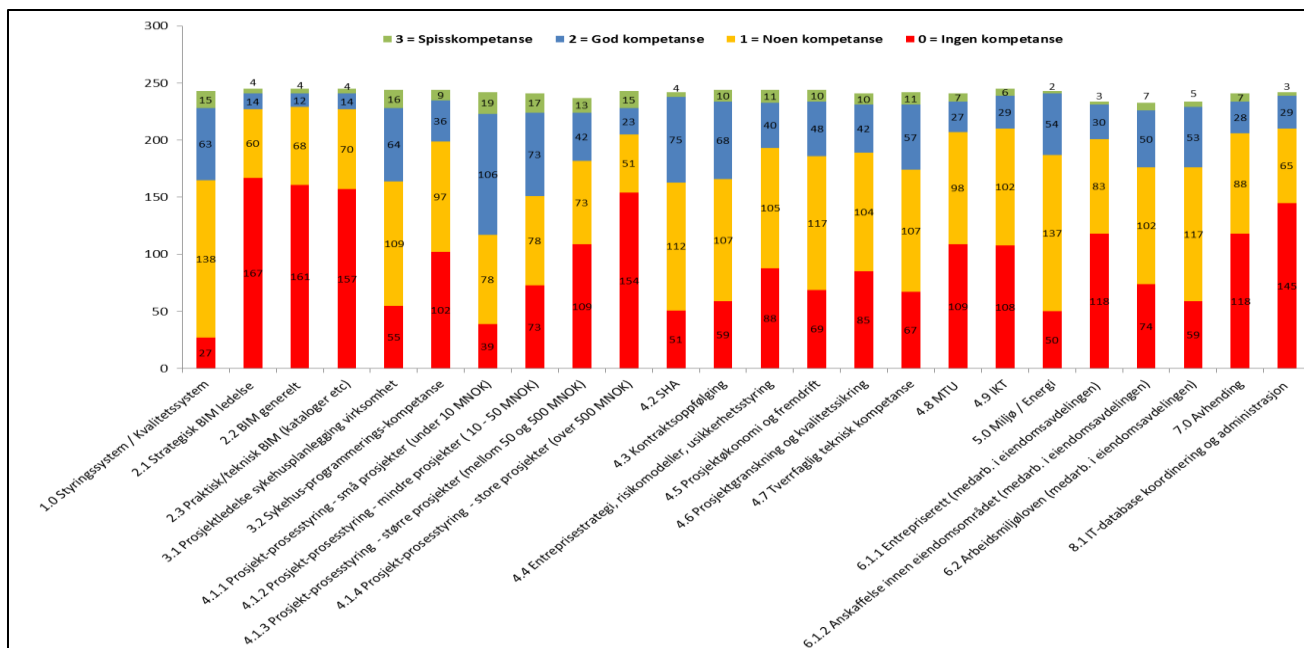
Primært støttes prosjektprogram/ kompetansesenter i samarbeid mellom regionene jfr. enstemmig rapport fra 2012.

Sekundært støttes et HF med oppgaver innen analyse, systematisering og formidling av kompetanse og erfaringer samt rådgivning - ikke byggherrefunksjon, men med en betydelig mer nøktern bemanning enn skissert i utredningen.

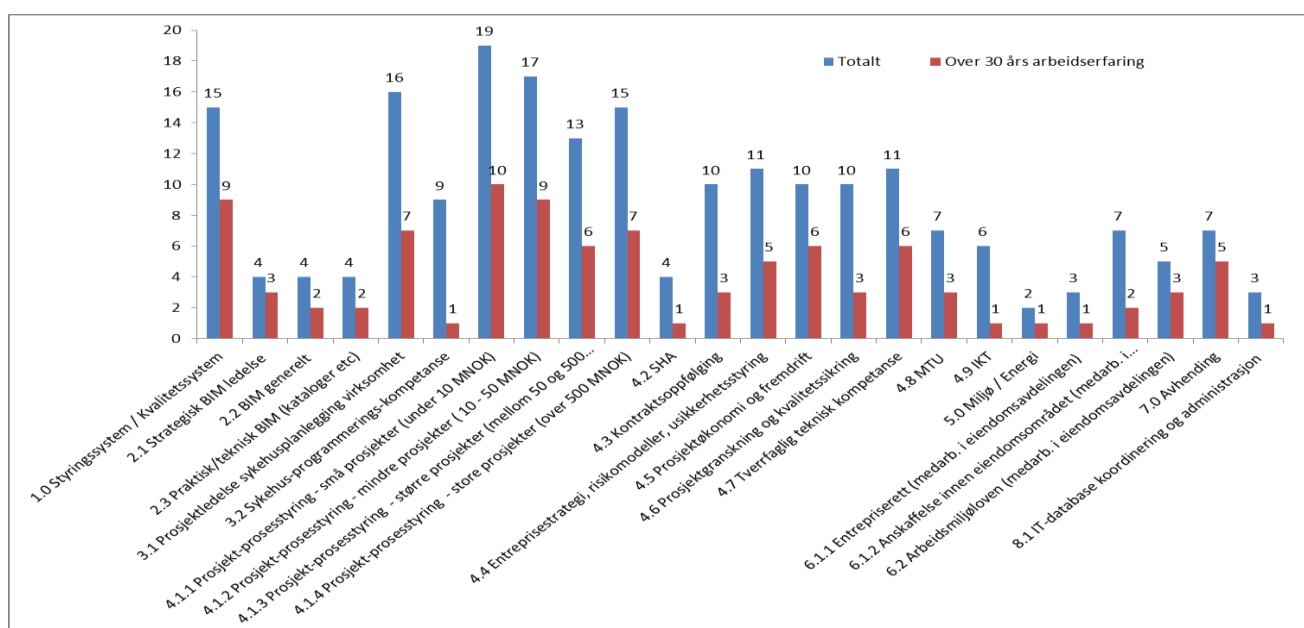
Vedlegg

1) Kartlegging av kompetanse relatert til bygg og eiendom

I forbindelse med utredning av et nytt foretak for sykehusplanlegging er det foretatt en kartlegging av kompetansen i spesialisthelsetjenesten, blant de som har arbeidsoppgaver som er vurdert som relevante i forhold til et nytt planleggingsforetak. Samlet sett utgjør dette 231 personer av de 1600 - 1700 personene som er tilsatt i til eiendomsrelaterte oppgaver. Figuren nedenfor viser en oversikt over kompetanse fordelt på ulike fagområder.



Av de 231 kartlagte personene, opplyser 212 at de har spisskompetanse på ett eller flere områder. Av disse har 97 (46 %) mer enn 30 års arbeidserfaring, og må derfor forventes å forsvinne ut av sektoren i løpet av de kommende 10 årene. Figuren nedenfor viser hvordan spisskompetansen fordeler seg på ulike fagområder og hvor stor andelen av medarbeidere med over 30 års yrkeserfaring utgjør.



2) Oversikt over prosjekter

RHF	HF	Prosjekt	Tidligfase	Gjennomfø ringsfase	Kostnad (estimat)	Framdrift	Kommentar
Helse Sør- Øst	Sørlandet	PSA	Konsept- studie pågår		530 MNOK	Skal legges fram for RHF for godkjenning	
	Telemark	Ombygging sengefløy	Idéfase lagt fram		400 MNOK		Kan gå videre til konseptfase forutsatt finansiering innenfor egne rammer
	Vestfold	Byggetrinn 7	Konsept- studie pågår		1.950 MNOK		Realitets- behandling ØLP 2015- 2018
	Vestre Viken	Nytt sykehus	Idéfase		10 mrd NOK	Konseptfase starter medio 2014. Mulig byggstart ultimo 2016	
	Oslo	Ny helhetlig løsning	Startet opp samlet idéfase		17 – 30 mrd. NOK	Idéfase enkeltprose kter kan starte 2014/15	Idéfase for hvert prosjekt skal legges fram for RHF
	Akershus	Psykiatri Nordby- hagen	Idéfase lagt fram		450 MNOK		Ikke godkjent av RHF
	Sunnaas	Ny tverrfløy		Utbygging godkjent – oppstart 2013	230 MNOK		
	Østfold	Nytt sykehus		Utbygging pågår	5,2 mrd NOK	Skal være ferdig i 2016	Styres av RHF
		Nytt adm. bygg	Utarbeidet idéfase		230 MNOK	Til behandling nå i RHF	
	Innlandet	Nytt sykehus	Utviklings- plan snart ferdig			Neppe aktuelt med byggstart før 2020	Videre arbeid med tidligfase må tilpasses denne framdriften

RHF	HF	Prosjekt	Tidligfase	Gjennomfø ringsfase	Kostnad (estimat)	Framdrift	Kommentar
Vest	Bergen	Barne- og ungdoms-senter, fase 1		Pågår	1.400 MNOK	Ferdigstilles 2015	
		Ombygging mottaks-klinikk		Oppstart 2013	290 MNOK		
		Nytt sengebygg		Pågår	375 MNOK	Ferdigstilles 2016	
		Barne- og ungdoms-senter, fase 2	Konsept-studie pågår			Ønske om byggestart 2015/16	
Midt	Møre og Romsdal	Nytt sykehus Nordmøre/Romsdal			3500-4000 MNOK		
		Utviklingsplan Ålesund/Volda			800-1000 MNOK		
	St. Olav	Div prosjekt			1250 MNOK		
	Helse Nord-Trøndelag	Rehab. Fysikalsk medisin			65 MNOK		
Nord	Nordlands-sykehuset	Nytt sykehus Vesterålen		Pågår		Ferdigstilles 2014	
		Nybygg og renovering Bodø				Ferdigstilles 2018	
	UNN	Ny A-fløy		Pågår			
		Nytt pasient-hotell		Pågår			
		PET-senter	I konseptfase				
		Nybygg Narvik	Ferdig forprosjekt			Byggetart 2019	
	Finnmark	Nybygg Kirkenes		Byggestart 2014			
		Ambulanse-helikopter Sør-Troms nordre Nordland		Ferdig høsten 2014			
		Spesialist-senter Karasjok		Byggestart 2014			
		Nybygg Hammerfest					Avklares i 2015
		Psykisk helse og med.tek. Alta				Oppstart 2016/17	
	Helgeland	Utviklingsplan					Påbegynt

3) Kartlegging av samarbeidsprosjekter innenfor eiendomsområdet

I forbindelse med utredning av et nytt foretak for sykehusplanlegging er det foretatt en kartlegging av eksisterende samarbeid innenfor eiendomsområdet i spesialisthelsetjenesten. Det er kartlagt 40 ulike samarbeidsprosjekter. Disse kan fordeles på 4 geografiske kategorier:

- Nasjonale prosjekt: 8
- Prosjekt innen ett RHF (der de fleste er i HSØ): 14
- Samarbeidsprosjekt på tvers av HF-ene: 2
- Andre typer prosjekt / forslag til fremtidige samarbeidsprosjekt: 16

- Prosjektene kan oppdeles innen forskjellige faglige områder (antall prosjekter):

Avhending	1	ISO sertifisering	4
Benchmarking	2	Klassifikasjon	1
BIM	2	Kostnadsføring	1
Diverse	2	Kvalitet	1
Drift og vedlikehold	1	Leie / Husleie	1
Energi	3	Miljø	1
Felles klinikk / funksjon	2	Ny teknologi	5
Felles prosess / metode	7	Porteføljestyling	1
Framskrivningsmodell	1	Verneplan	1
Innkjøp	3		

- Det er stor forskjell på antall samarbeidsprosjekter i regionene
 - Helse Sør-Øst har flest samarbeidsprosjekt. Arbeidet her er organisert gjennom FUBE (Forum for utvikling av bygg og eiendom) og inkluderer prosjekter som porteføljestyling, kvalitetsnettverk, BIM (blant annet etablering av felles serverløsning), leiekontrakter etc.
 - I de andre regioner er kun identifisert et begrenset antall samarbeidsprosjekter:
 - Helse Nord: Anskaffelse felles IKT-system for MTU/BHM
 - Helse Førde: ISO sertifisering - Erfaringsutveksling med Helse Bergen.
 - Helse Vest RHF: Nytt felles FDVU system (Prosjektleder Helse Bergen)
 - Helse Finmark: ISO sertifisering (14001)
 - Helse Midt-Norge RHF: ENØK-tiltak, FDVU, ny kontoplan / del av økonomimodell
- Det er også igangsatt enkelte nasjonale prosjekt:
 - Landsverneplan - Forvaltningsplaner skal utarbeides for alle verneverdige bygningsobjekt som er registrert i foretakene
 - Energimerking
 - Klima og miljø sertifisering. Sykehuset i Vestfold er utvalgt til å være pilot sammen med St. Olav, Helse Fonna, Helse Bergen og Helgelandssykehuset
 - Samarbeid omkring innkjøp (organisert gjennom HINAS)
 - Klassifikasjon av sykehusareal
 - Miljø og klima
- Utover dette har en rekke helseforetak etablert et samarbeid om benchmarking
 - Dette er et samarbeidsprosjekt mellom Norsk nettverk for næringsseiendom (Nfn) og de 8 deltakende HF. OUS, Østfold, Telemark, Ahus; Helse Bergen, Stavanger, St. Olav, UNN. Ahus administrerer blant annet årlig fellessamling med 12 faggrupper
- Begrenset antall samarbeidsprosjekter mellom HF-ene
 - Samarbeidsprosjekt mellom Sykehuset Innlandet HF og Vestre Viken HF innen eiendomskostnader og benchmarking
 - Erfaringsutvekslingsprosjekt mellom Helse Bergen HF og Helse Førde HF innen ISO sertifisering