

Samarbeid innen eiendomsvirksomheten ved de regionale helseforetakene

Utredning fra en interregional arbeidsgruppe

Prosjektinformasjon

Innsatsområde	Innsatsområde Bygg og eiendom
Prosjekt	Samarbeid innen eiendomsvirksomheten ved de regionale helseforetakene
Fase	Forprosjekt
Prosjekteier	
Prosjektleder	Steinar Frydenlund

Dokumentinformasjon

Versjon

Versjon	Dato	Utarbeidet av	Kommentarer
v.0.9	29.08.2012	Interregional arbeidsgruppe BE	Godkjent av arbeidsgruppen for overlevering (formatert og kontrollert versjon 0.8)

Godkjenning

Versjon	Dato	Godkjent av	Kommentarer

0 Sammendrag og konklusjoner

Rapporten er resultatet av et oppdrag gitt av det interregionale AD-møtet 24.11.2011, til en arbeidsgruppe bestående av de eiendomsansvarlige innenfor de regionale helseforetakene og representanter fra de konserntillitsvalgte.

Mandatet:

- *å utrede hvordan de fremlagte resultater og innsamlede data gjennom FoU-prosjektet og andre fellesprosjekt best kan nyttiggjøres og rulles ut i alle regionene.*
- *anbefale hvordan allerede opprettede databaser best kan driftes og vedlikeholdes, og gjøres tilgjengelige for samtlige helseforetak.*
- *belyse hva en koordinert oppfølging av FoU-prosjektets løsninger vil bety i kostnader, og anskueliggjøre hvilke økonomiske og kvalitative forbedringer som kan oppnås ved å ta i bruk nye metoder og verktøy.*
- *vise hvordan datamengdene og erfaringene fra de store prosjektene som er gjennomført og gjennomføres i regi av spesialisthelsetjenesten best ivaretas, lagres og overføres til nye prosjekt.*

Rapporten beskriver i første del eiendomsvirksomheten innen de fire regionale helseforetakene slik den drives i dag. Dernest gir den en beskrivelse av de områder som mandatet omfatter. Dette gjelder FoU-prosjektet Bygg og eiendom som strategisk virkemiddel for effektive helsetjenester.

I tillegg beskrives også prosjekter som det i dag er etablert arenaer hvor oppgaver løses og implementeres i fellesskap. Dette er miljø- og klimaarbeidet, Landsverneplanen for helse sektoren, framskrivningsmodell for sammenhengen mellom behandlingsbehov, kapasitet og arealer i spesialisthelsetjenesten, samt prosesser og dokumentasjon i tidligfasen av sykehusprosjekter. Energiområdet er beskrevet som et mulig fremtidig samarbeidsprosjekt.

Rapporten beskriver også de databaser som til dels er i bruk i dag, eller under utvikling. Dette gjelder databaser for

- klassifisering av sykehusarealer
- kostnader for sykehusbygging
- tilstands- og tilpasningsdyktighetsanalyser
- vernede bygg i forbindelse med landsverneplanarbeider
- BIM, bygningsinformasjonsmodellering,
- Romdatabase

I kapitlet «videreføring av prosesserfaringer og erfaringsdata i større prosjekter» beskrives områder innenfor kompetanse, verktøy og organisering som egner seg for strukturell erfaringsoverføring mellom prosjekter og mellom foretak.

Rapporten beskriver alternative måter for utrulling og implementering av resultater fra FoU-prosjektet, drifting av databaser og anvendelse av erfaring fra større utbyggingsprosjekter. Alternativene kan beskrives som måter å organisere arbeidet i fellesskap. Fem alternativer er beskrevet:

1. Workshop
2. Nettverk
3. Enkeltprosjekter
4. Forum (Permanent)
5. Juridisk enhet

Rapporten konkluderer med at det opprettes et felles interregionalt eiendomsforum i samarbeid mellom de fire regionale helseforetakene. Dette alternativet ansees som godt egnet til å løse felles utfordringer innenfor eiendomsvirksomheten og ta i bruk de nyvinninger som i fellesskap er utarbeidet gjennom forskning (forskningsprosjektet). Dette er også en god måte å kunne etablere og drifte felles databaser, og nyttiggjøre seg data fra disse databasene. For utnyttelse av nyvunnet erfaring ved gjennomføring av store byggeprosjekter, og kunne ivareta medarbeidernes kompetanse, er et permanent eiendomsforum også vurdert som et godt virkemiddel. Dette var også det alternativet som oppnådde full tilslutning i arbeidsgruppen.

Et slikt forum lett kan tilpasses behovet, og det kan opprettes med minimumsbemanning for så å opptrappes etter hvert og når erfaring vinnes.

Forumet må ha en fast leder, som rapporterer til en styringsgruppe oppnevnt av de administrerende direktørene i fellesskap, og som vil være eierne av forumet.

Det anbefales at minimum tre personer bør knyttes til forumet i startfasen. Kostnadene for dette og tilhørende kostnader, for eksempel innleie av rådgivningstjenester kan for oppstartsåret budsjetteres til 5 millioner kroner, eksklusiv eventuelle investeringskostnader. Det må opprettes en egen samarbeidsavtale mellom de fire regionale helseforetakene som regulerer mandat, styring, kostnadsfordeling, ressurstilførsel etc. Videre må det foreligge definert mandat og oppgavebeskrivelser for hvert enkelt oppdrag/område som forumet får ansvaret for.

Innføringen av et slikt forum ansees å kunne gi større besparelser i eiendomsvirksomheten. De enkleste gevinstene oppnås ved å bruke felles ressurser til samme oppgaver, altså en ren effektivisering av oppgaver som må utføres av alle regionene. Det er imidlertid på standardisering og metoder som det vil ligge størst innsparingspotensial. Erfarings- og kunnskapsoverføring som et slikt forum kan bistå med kan bidra til kompetanseutvikling og kan vise seg å gi store effektiviseringsgevinster også for kjernevirksomheten ved at byggene over tid optimaliseres og understøtter arbeidsprosesser på en god måte og at forvaltningen effektiviseres.

Innføringen av BIM vil være et meget godt hjelpemiddel for dette, både for selve eiendomsvirksomheten men også for kjernevirksomheten. Grunnen til dette er at BIM-modellen er en avansert database hvor all informasjon kan lagres og brukes, blant annet til simulering av byggets logistikk og pasientflyt, hvor utformingens innvirkning på behandlingsskapasitet i fremtiden kan utprøves og dokumenteres og visualiseres i en helt annen grad enn hva som er mulig med tradisjonell prosjektering.

Innholdsfortegnelse

0	Sammendrag og konklusjoner	3
1	Innledning	7
1.1	Formål med prosjektet	7
1.2	Omfang og avgrensninger	7
1.3	Prosjektgruppens sammensetning	8
1.4	Prosjektperioden og arbeidsform	8
2	Oversikt over oppgaver knyttet til bygg- og eiendomsvirksomheten	10
2.1	Utvikling	10
2.2	Planlegging	10
2.3	Bygging	10
2.4	Forvaltning, drift, vedlikehold, utvikling og service	10
3	Dagens BE-virksomhet innen spesialisthelsetjenesten	11
3.1	Helse Vest RHF	11
3.2	Helse Sør-Øst RHF	11
3.3	Helse Midt-Norge RHF	13
3.4	Helse Nord RHF	15
3.5	Dagens samhandlingsarenaer	16
4	Nyttiggjøring av resultater fra fellesprosjekter	18
4.1	FoU-prosjektet "Bygg og eiendom som strategisk virkemiddel for effektive helsetjenester" 18	
4.2	Miljø- og klimaarbeid	20
4.3	Landsverneplanen for helsesektoren	22
4.4	Fremskrivingsmodell	23
4.5	Prosesser og dokumentasjon i tidligfasen	24
4.6	Nye fellesprosjekter	25
4.6.1	Energi	25
5	Databaser	27
5.1	Klassifikasjon av sykehusarealer	27
5.2	Kostnadsdatabasen	28
5.3	Tilstands- og tilpasningsdyktighetsanalyser	29
5.4	Landsverneplanen	29
5.5	BIM	30
5.5.1	Generisk objektregister/-bibliotek	32
5.5.2	Funksjonelt objektregister/-bibliotek	32
5.5.3	Felles produktregister/-bibliotek	32
5.5.4	Felles krav til objektenes informasjonsinnhold i BIM	33
5.6	Romdatabase	33
6	Videreføring av prosesserfaringer og erfaringsdata i større prosjekter	35
7	Handlingsalternativer	37
7.1	Oppsummering av handlingsalternativer	38
7.1.1	Standardisering	38
7.1.2	Kompetanse	38
7.1.3	Oppsummering databaser	39
8	Vurderinger av samarbeidsformer og organisering	43
8.1	Kostnader, gevinster og risiko	45
8.1.1	Gevinster	45
8.1.2	Kostnader	46
8.1.3	Risiko	46
9	Sammenfattende anbefalinger av samarbeidsområder og organisering	48
10	Vedlegg	49

10.1.1	Drift.....	49
10.1.2	Byggeprosjekt.....	49
10.1.3	Utvikling.....	50

1 Innledning

1.1 Formål med prosjektet

Denne utredningen er en oppfølging av sak i RHFenes AD-møte 24.11.2011 om samarbeid innen eiendomsvirksomheten ved de regionale helseforetakene, der det ble trukket følgende konklusjoner:

- *AD-møtet ber om at det opprettes en arbeidsgruppe som gis mandat som gjengitt i denne saken.*
- *AD-møtet anser at vedlagte styresak, med de endringer som ble vedtatt i møtet, kan benyttes som felles styresak i RHF-styrene.*
- *Ny statusrapport leveres i AD-møtet i juni 2012*

I den felles styresaken i de regionale helseforetakene framkommer det bl.a.:

”Det er tre hovedgrunner til at denne saken fremmes som felles styresak for de fire regionale helseforetakene, ved siden av det generelle ansvaret spesialisthelsetjenesten har som den største eiendomsaktøren i landet, samlet sett:

1. *Kravet om gode og effektive sykehusbygg som kan drives til en lavest mulig kostnad*
2. *Presentasjon av resultater og konklusjoner fra et avsluttet FoU-prosjekt innen bygg og eiendom, som retter seg inn mot metoder og løsningsforslag under pkt 1. Deltagere i prosjektet var alle de regionale helseforetakene.*
3. *Pågående felles oppgaver innen miljø og klima, kvalitetssikring tidligfaseplanlegging, arealklassifisering og registrering, landsverneplaner med forvaltningsplaner etter oppdrag fra eier og myndigheter, herunder standardisering, databehandling og innføring av nye metoder og dataverktøy innen planlegging og prosjektering.*

Bygnings- og eiendomsmassen er en viktig strategisk innsatsfaktor og premissgiver for effektiv sykehusdrift. Et godt samarbeid mellom eiendomsvirksomheten og kjernevirksomheten, gode beslutningsunderlag som inkluderer bygningsmessige og tekniske muligheter/begrensninger og konsekvenser, samt en god beslutningsprosess er viktig for å oppnå gode, helhetlige og langsiktige løsninger.

Samtidig er det knapphet på kapital og investeringsmidler, og eiendomsvirksomheten tildeles midler etter nåværende praksis i konkurranse med all annen virksomhet og investeringer innen spesialisthelsetjenesten.

Det er også et faktum at en stor del av bygningsmassen i spesialisthelsetjenesten er preget av for dårlig vedlikehold. Tilstandsvurderinger og beregninger av investeringsbehov for å bringe alle sykehusbygg opp til en god standard (tilstandsklasse 1) viser at det er et investeringsbehov på over 25 mrd NOK for spesialisthelsetjenesten sett under ett.

1.2 Omfang og avgrensninger

I saken til AD-møtet 24.11.2011 er den interregionale arbeidsgruppen gitt følgende mandat:

- å utrede hvordan de fremlagte resultater og innsamlede data gjennom FoU-prosjektet og andre fellesprosjekt best kan nyttiggjøres og rulles ut i alle regionene.
- anbefale hvordan allerede opprettede databaser best kan driftes og vedlikeholdes, og gjøres tilgjengelige for samtlige helseforetak.
- belyse hva en koordinert oppfølging av FoU-prosjektets løsninger vil bety i kostnader, og anskueliggjøre hvilke økonomiske og kvalitative forbedringer som kan oppnås ved å ta i bruk nye metoder og verktøy.
- vise hvordan datamengdene og erfaringene fra de store prosjektene som er gjennomført og gjennomføres i regi av spesialisthelsetjenesten best ivaretas, lagres og overføres til nye prosjekt.

Ut over dette har prosjektgruppen også vurdert andre oppgaver hvor det kan være aktuelt å utvikle samarbeidet, men uten å utrede dette like detaljert.

1.3 Prosjektgruppens sammensetning

Prosjektgruppen er sammensatt med representanter med ansvar innen bygg- og eiendom i de ulike regionale helseforetakene:

Navn	RHF	Stilling
Ivar Eriksen	Helse Vest RHF	Eigardirektør
Nils Arne Bjordal	Helse Midt-Norge RHF	Eiendomssjef
Steinar Frydenlund	Helse Sør-Øst RHF	Direktør, bygg og eiendom
Birger Stamsø	Helse Sør-Øst RHF	Prosjektsjef, bygg og eiendom
Tor-Arne Haug	Helse Nord RHF	Direktør for forretningsutvikling
Svein Øverland	Helse Sør-Øst RHF	Konserntillitsvalgt, Fagforbundet
Ann-Mari Jenssen	Helse Nord RHF	Konserntillitsvalgt, YS
Henrik Lund Pedersen/ Guri Arnekleiv Mjåland	Deloitte AS	Prosesstøtte

1.4 Prosjektperioden og arbeidsform

Arbeidsgruppens arbeidsform har bestått av møter der aktuelle temaer og rapportdeler har blitt diskutert, og mellom møtene har deltagerne produsert kapitler til rapporten. Arbeidsgruppen har hatt 7 møter. Det har også vært avholdt en workshop om mulige samarbeidsområder innenfor byggeprosjekt, drift og utvikling. Flere fagpersoner utover arbeidsgruppen ble invitert til å delta i denne workshopen.

Dato	Tema	Lokasjon
19.12.11	Mulige samhandlingsområder - fellesprosjekter. Planlegging av workshop	Gardermoen
23.01.12	Mulige samhandlingsområder - databaser. Planlegging av workshop	Grev Wedels Plass
09.02.12	Erfaring ra større byggeprosjekt, dRofus	Grev Wedels Plass
21.03.12	Workshop, Store byggeprosjekter og drift (FDV)	Gardermoen
12.04.12	Andre samhandlingsområder (må/bør/kan).	Gardermoen
11.05.12	Samhandlingsområder og organisering	Grev Wedels Plass
15.06.12	Utrulling, vurderinger og anbefalinger	Gardermoen/virtuelt

Deltagere på workshop

Organisasjon	Navn	Tittel og HF	Tilstede
Helse Midt-Norge RHF	Bjørn Remen	Direktør, Helsebygg Midt-Norge	x
Helse Sør-Øst RHF	Dag Bøhler	Prosjektdirektør, Prosjekt nytt østfoldsykehus	x
Helse Nord RHF	Terje A. Olsen	Utbyggingssjef, Nordlandssykehuset HF	x
Helse Vest RHF	Geir Egil Pedersen	Avdelingssjef, Prosjektkontoret Helse Bergen HF	x
Konserntillitsvalgt	Ole Stokke	Konserntillitsvalgt Helse- Midt RHF	x
Helse Midt-Norge RHF	Åge Lien	Eiendomssjef, St Olav Eiendom – St Olavs Hospital HF	x
Helse Nord RHF	Bengt Toldnes	Drifts- og eiendomssjef, Nordlandssykehuset HF	x
Helse Vest RHF	Leif W Wee	Enhetsleder teknisk , Helse Fonna HF	x
Helse Sør-Øst RHF	Alf Jørgensen	Driftssjef, Akershus universitetssykehus	
Helse Sør-Øst RHF	Sigmund Stikbakke	Spesialrådgiver, Helse Sør-Øst RHF	x
Helse Sør-Øst RHF	Jon Hoff	Vestreviken HF	x
Helse Sør-Øst RHF	Birger Stamsø	Prosjektsjef, bygg og eiendom	x
Helse Nord RHF	Tor-Arne Haug	Direktør for forretningsutvikling	x
Konserntillitsvalgt	Svein Øverland	Konserntillitsvalgt Helse Sør-Øst RHF	x
Helse Midt-Norge RHF	Ragnhild Aslaksen	Sjefsarkitekt, Helsebygg	x
Helse Midt-Norge RHF	Nils Arne Bjordal	Eiendomssjef	x
Helse Sør-Øst RHF	Nina Kristiansen	Prosjektsjef samhandling og komm, PNØ	x
Helse Sør-Øst RHF	Steinar Frydenlund	Direktør, bygg og eiendom	x
Deloitte	Henrik Lund Pedersen	Prosesstøtte	x

2 Oversikt over oppgaver knyttet til bygg- og eiendomsvirksomheten

2.1 *Utvikling*

- Strategiske planer for arealbruk – vurdering av bygningsmassens sammensetning i forhold til behov
- Avklaring av byggebehov og finansiering
- Utarbeidelse av prosjektprogram/-beskrivelse
- Kontrahering av rådgivere

2.2 *Planlegging*

- Prosjektorganisering/Prosjektledelse
- Programmering
- Prosjektering
- Kontrahering av entreprenører

2.3 *Bygging*

- Prosjektledelse
- Byggeledelse
- Overlevering
- Nedbygging av byggherreorganisasjonen

2.4 *Forvaltning, drift, vedlikehold, utvikling og service*

- Forvaltning
 - Kjøp/salg/innleie/utleie
 - Forsikring
 - Brannvern
 - Forvaltningsplaner
- Drift
 - renhold
 - energibruk
 - tekniske anlegg
- Vedlikehold
 - Tilstandsanalyser
 - Vedlikeholdsstrategi og -planer
- Utvikling av eksisterende bygningsmasse
- Service

3 Dagens BE-virksomhet innen spesialisthelsetjenesten

3.1 Helse Vest RHF

Total bygningsmasse for Helse Vest er på ca 850 000 m² fordelt på fire helseforetak. Eieransvaret er tillagt helseforetakene og disse har også ansvar for gjennomføring av alle byggeprosjekt.

I Helse Vest RHF er det opprettet en stilling med følgende oppgaver knyttet til bygg og eiendom:

- Overordna styring, systemutvikling og strategi innenfor eiendomsområdet
- Utarbeiding av regional arealplan
- Koordinere og ivareta Helse Vest sin rolle knyttet til helseforetakene sine investeringsprosjekt
- Utviklingsarbeid innen drift, vedlikehold og forvaltning av bygningsmassen i samsvar med det regionale eiendomsprogrammet
- Lede regionalt eiendomsutvalg
- Delta i nasjonale og regionale prosjekt
- Saksbehandling av enkeltsaker innenfor eiendomsområde og utarbeiding av saker for styret

I regi av Helse Vest RHF ble det i perioden 2008 – 2010 gjort en total gjennomgang av status for eiendomsområdet og vedtatt en videre framdrift og ny organisering av eiendomsområdet basert på økt grad av regional samordning og koordinering. Følgende områder er prioritert i det videre arbeidet:

- Innføring av beste praksis
- Innføring av internavtaler (husleieavtale og forvaltningsavtale) i helseforetakene basert på et felles rammeverk for slike avtaler i Helse Vest
- Organisering av eiendomsområdet med funksjonene forvaltning, drift, vedlikehold og utvikling
- Organisasjonsutvikling av eiendomsområdet skal i større grad være basert på felles, regionale prosjekt
- Driftsmessig gjennomføring av oppgavene innen eiendomsforvaltning skal være i samsvar med de felles prinsipp og standarder (felles prosesser) som er vedtatt for Helse Vest.

3.2 Helse Sør-Øst RHF

Total bygningsmasse for Helse Sør-Øst er på ca 2,7 millioner kvm, fordelt på 9 helseforetak. Helse Sør-Øst RHF har en liten sentral strategisk stab innenfor bygg og eiendom, som betjener tre hovedområder:

- Det strategiske, med ansvar for bl.a. samsvar mellom kapasiteter og kapasitetsbehov, arealbruk og investeringsplaner. Tilrettelegging av strategiske prosesser og beslutninger innen FDVU (forvaltning, drift, vedlikehold og utvikling), organisering av eiendomsforvaltningen, FoU innen bygg- og eiendom.
- Prosjektområdet, med styring av prosjektporteføljen, ledelse og oppfølging av store enkeltprosjekter, samt opprettelse og vedlikehold av prosedyrer og rutiner for

gjennomføring av prosjekter fra tidligfase til gjennomføring og idriftsettelse (gevinstrealisering)

- Driftsområdet, med nødvendig koordinering av felles aktiviteter og prosesser innen foretaksgruppen, som FDVU-benchmarking og oppfølging av kostnader, enhetlig rapportering, energiledelse, opprettelse av rammeavtaler, kunnskapsoverføring, tilstandsvurderinger, oppfølging av vedlikeholdsplaner, etc.

Enheten har et ansvar for å planlegge, drifte og videreutvikle følgende faste oppgaver:

- Prioritering av prosjekter – Saksbehandling av søknader og fortløpende vurdering og prioritering av investeringsporteføljen innen eiendom. Knyttes til budsjettprosessen. Egen prosessbeskrivelse utarbeides
- Styring av prosjekter – Deltagelse i styringsgrupper på investeringsprosjekter som er over 500 MNOK, med mulighet til å delta i prosjekter ned til 100 MNOK.
- Forum for utvikling av bygg og eiendom (FUBE) – Drifte og utføre sekretariatsfunksjoner for forumet, eventuelt lede/koordinere prosjekter og prosesser i regi av FUBE
- Deltagelse i nasjonale nettverk
- Deltagelse i nasjonale FoU-prosjekter
- Oppfølging av oppgaver og styringssignaler gitt i oppdragsdokument og foretaksprotokoller for Helse Sør-Øst RHF.
- Bidrag til oppdragsdokumenter for helseforetakene.
- Kvalitetssikring og godkjenning av bygg- og eiendomsområdet i foretakenes Årlige meldinger.
- Leveranse av bygg- og eiendomsområdet del av Årlig melding fra HSØ RHF.
- Risikostyring for avdelingens ansvarsområde.
- Faglig og sosial utvikling av avdelingen

Enheten har 7 sentralt ansatte, foruten en nasjonal stilling for forvaltning og rådgivning knyttet til Landsverneplanen for helsesektoren.

Ut over dette har enheten 5 stillinger som er knyttet til ledelsen av Prosjektet nytt østfoldsykehus.

Helse Sør-Øst RHF har etablert Forum for utvikling av bygg og eiendom i Helse Sør-Øst (FUBE). Dette forumet er opprettet som et rådgivende organ som innstiller overfor administrerende direktør i Helse Sør-Øst RHF. FUBE skal gi råd både i strategiske spørsmål og i enkeltsaker som er knyttet til utviklingen av regionens bygg- og eiendomsmasse. FUBE skal også gi råd om og følge opp arbeidet med samordning innen eiendomsområdet. FUBE skal fungere som styringsgruppe for regionale fellesprosjekter besluttet av adm. direktør i HSØ. Alle fellesprosjekter innen bygg og eiendom skal forankres i FUBE.

De to årene organet har eksistert har det gjennomført utredninger/delprosjekter knyttet til:

- Etablering av strategi og delmål for eiendomsvirksomheten i Helse Sør-Øst
- Etablering av husleiemodell
- Innføring av felles kontoplan NS 3454
- Innføring av klassifikasjonssystem
- Etablering av en felles avhendingsstrategi

- Vedlikeholdsplaner og tilstandsvurderinger
- Prosjektledelse og prosjektstyring
- Strategi for implementering av BIM (BygningsInformasjonsModellering)
- Utnyttelse av samlet prosjektkompetansene og prosjektressurser.

I tillegg er det etablert prosjekter knyttet til:

- Porteføljestyring
- Prioritering av større investeringer.

Styret i Helse Sør-Øst RHF har dessuten vedtatt prioriteringskriterier for sykehusinvesteringer, og fullmaktsmatrise for beslutningskompetansen i investeringsprosjekter.

3.3 Helse Midt-Norge RHF

Total bygningsmasse for Helse Midt-Norge er på ca 700 000 kvm fordelt på fire helseforetak. Eieransvaret er tillagt helseforetakene og helseforetakene har i Helse Midt-Norge også ansvar for gjennomføring av alle byggeprosjekt med unntak av utbyggingen av St Olavs Hospital som (av historiske grunner) er tillagt det regionale helseforetaket ved en egen prosjektorganisasjon organisert som en avdeling i Helse Midt-Norge RHF.

Eiendomsenhetene i helseforetakene har i tillegg til gjennomføring av byggetiltak ansvaret for strategisk planlegging av egen virksomhet og gjennomføring av tiltak knyttet til forvaltning, drift og vedlikehold. Enheten er ulikt bemannet i de ulike helseforetakene både mht kompetanse og kapasitet.

Helse Midt-Norge RHF har én stilling knyttet til Eieravdelingen med oppgaver knyttet til bygg og eiendom herunder:

- Strategiske oppgaver knyttet til vurdering av kapasitet og kapasitetsbehov, arealbruk, investeringsplaner, forvaltning, drift og vedlikehold, organisering av eiendomsforvaltningen, FoU innen bygg- og eiendom.
- Medvirkning i/oppfølging av planprosessen i forbindelse med større tiltak og behandling av planer for tiltak større enn 10 mill kr. herunder også kjøp og salg av eiendom samt opprettelse og vedlikehold av prosedyrer og rutiner for gjennomføring av prosjekter fra tidligfase til gjennomføring og idriftsettelse og gjennomføring av kjøp/salg.
- Koordinering av felles aktiviteter og prosesser innen foretaksgruppen som enhetlig rapportering, energiledelse, opprettelse av rammeavtaler, kompetanseutvikling/kunnskapsoverføring, tilstandsvurderinger etc.

Dette innebærer bl.a. følgende oppgaver:

- Rådgivning i forbindelse med prioritering av prosjekter og godkjenning av planer – fortløpende og i tilknytning til budsjettprosessen
- Gjennomføring av bygg og eiendomstiltak tillagt Helse Midt-Norge RHF (p.t. leie av ambulansestasjoner, leie av lokaler for egen virksomhet)
- Ledelse av forum for tekniske ledere i helseregionen - teknisk lederforum
- Deltagelse i det regionale energinettverket
- Ledelse av det regionale miljø og klimanettverket
- Deltagelse i nasjonale nettverk

- Deltagelse i nasjonale FoU-prosjekter
- Oppfølging av oppgaver og styringssignaler gitt i oppdragsdokument og foretaksprotokoller for Helse Midt-Norge RHF.
- Bidrag til oppdragsdokumenter for helseforetakene.
- Kvalitetssikring og godkjenning av bygg- og eiendomsområdet i foretakenes Årlige meldinger.
- Leveranse av bygg- og eiendomsområdet del av Årlig melding fra Helse Midt-Norge RHF.

I tillegg til den ene stillingen som er øremerket disse oppgavene, deltar eierdirektøren som fast representant i styret for Helsebygg Midt-Norge. For øvrig har en bistand av den felles kulturminnefaglige kompetansen som er etablert med tilsetning i Helse Sør-Øst RHF og miljø- og klimafaglige kompetansen som er etablert med tilsetning i Helse Vest RHF.

Helsebygg Midt-Norge, som har ansvar for utbyggingen av St Olavs Hospital, hadde på det største ca 100 stillinger og er nå på ca 20 stillinger.

Det tekniske lederforumet er et informasjons- og konsultativt organ uten beslutningsmyndighet.

Ad hoc er det etablert egne arbeidsgrupper som bl.a. har arbeidet med

- Organisering av bygg og eiendomsvirksomheten i Helse Midt-Norge
- Etablering av husleiemodell
- "Grønn stat" – strategi for miljø- og klimatiltak innenfor områdene transport, innkjøp, energi og avfall
- Retningslinjer for utsmykking
- Energistrategi
- Innføring av klassifikasjonssystem

Styret i Helse Midt-Norge RHF har vedtatt reglement for behandling av bygge og eiendomssaker, reglement for omsetning av eiendom, reglement for behandling av kunst, reglement for universell tilgjengelighet og har vedtatt at en skal legge til grunn "tidligfaseveilederen" i forbindelse med planlegging av tiltak som forutsettes forelagt styret dvs. større enn 30 mill. kr.

Ad organisering:

Styret for Helse Midt-Norge vedtok i 2007 følgende:

1. *Styret for Helse Midt-Norge RHF vedtar at en innfører husleie i foretaksgruppen fra og med budsjettåret 2008.*
2. *Styret for Helse Midt-Norge RHF vedtar at en etablerer eiendomsenheter og drifts- og/eller vedlikeholdsenheter på helseforetaksnivå.*
3. *Styret forutsettes at det opprettes samarbeid mellom helseforetakene for å sikre enhetlige løsninger innen eiendomsforvaltningen og en best mulig utnyttning av de samlede ressursene.*
4. *Saken vil etter omstendighetene bli fulgt opp gjennom foretaksmøter.*
5. *Ordningen evalueres etter 3 år.*

Ordningen ble evaluert i 2011 og den eksterne rådgiver påpekte i sin vurdering at:

- Innføring av husleie hadde bidratt til å synliggjøre kostnadene ved areal og tilhørende tjenester og dermed til større bevissthet om at areal ikke er et gratis gode, men så langt i liten grad hadde hatt betydning for arealbruken/etterspørselen etter areal. Det påpekes at en bør vurdere et tydeligere incentivbruk med redusert arealbruk for øye.
- Etableringen av enheter for eiendom og drift og vedlikehold hadde bidratt til profesjonalisering, men tett kobling til kjernevirksomheten kombinert med budsjettunderskudd satte betydelige begrensinger for enhetenes muligheter for å være en profesjonell eiendomsforvalter.
- Det ble påpekt at foretakene hadde et velutviklet uformelt nettverk, men at det ikke var etablert forpliktende samarbeid som ga muligheter for å utnytte de samlede ressursene på en bedre måte.

3.4 Helse Nord RHF

Helse Nord RHF har en ansatt i 40 % stilling innenfor bygg og eiendom, som betjener tre hovedområder:

- Det strategiske, med ansvar for bl.a. samsvar mellom kapasiteter og kapasitetsbehov, arealbruk, investeringsplaner. Tilrettelegging av strategiske prosesser og beslutninger innen FDVU (forvaltning, drift, vedlikehold og utvikling), organisering og effektivisering av eiendomsforvaltningen, FoU innen bygg- og eiendom.
- Prosjektområdet, med rullering av investeringsplanen, styring av prosjektporteføljen og ledelse og oppfølging av store enkeltprosjekter sammen med prosjekteier (HF), følge opp finansiering av store prosjekter i RHF og overfor HOD, samt opprettelse og vedlikehold av prosedyrer og rutiner for gjennomføring av prosjekter fra tidligfase til gjennomføring og idriftsettelse (gevinstrealisering)
- Driftsområdet, med nødvendig koordinering av felles aktiviteter og prosesser innen foretaksgruppen, som FDVU-benchmarking og oppfølging av kostnader, enhetlig rapportering, energiledelse, opprettelse av rammeavtaler, kunnskapsoverføring, tilstandsvurderinger, oppfølging av vedlikeholdsplaner, etc.

Enheden har et ansvar for å planlegge, drifte og videreutvikle følgende faste oppgaver:

- Prioritering av prosjekter – Saksbehandling av søknader og fortløpende vurdering og prioritering av investeringsporteføljen innen eiendom. Knyttes til budsjettprosessen og til oppdatering og rullering av investeringsplanen.
- Styring av prosjekter – Deltagelse i styringsgrupper på investeringsprosjekter som er over 500 MNOK, med mulighet til å delta i prosjekter ned til 100 MNOK.
- Eiendomsforum – Drifte og utføre sekretariatsfunksjoner for forumet, eventuelt lede/koordinere prosjekter og prosesser i regi av Eiendomsforum
- Deltagelse i nasjonale nettverk
- Deltagelse i nasjonale FoU-prosjekter
- Oppfølging av oppgaver og styringssignaler gitt i oppdragsdokument og foretaksprotokoller for Helse Nord RHF
- Bidrag til oppdragsdokumenter for helseforetakene
- Kvalitetssikring og godkjenning av bygg- og eiendomsområdet i foretakenes Årlige meldinger

- Leveranse av bygg- og eiendomsområdet del av Årlig melding fra Helse Nord RHF
- Risikostyring for avdelingens ansvarsområde
- Faglig og sosial utvikling av nettverket mellom RHF og HF-ene

Enheten har én sentralt ansatt i 40 %, foruten innleid ressurs fra Økonomi til Eiendomsforum og til forvaltning og rådgivning knyttet til Landsverneplanen for helsesektoren.

I Eiendomsforum er drifts- og eiendomssjefene og utbyggingssjef (to foretak) fra HF-ene representert.

Eiendomsforum er opprettet som et rådgivende organ i strategiske spørsmål og i enkeltsaker som er knyttet til utviklingen av regionens bygg- og eiendomsmasse. Eiendomsforum skal også gi råd om og følge opp arbeidet med samordning innen eiendomsområdet.

Eiendomsforum har gjennomført utredninger/delprosjekter knyttet til:

- Innføring av felles kontoplan NS 3454 knyttet mot økonomisystemet
- Vedlikeholdsplaner og tilstandsvurderinger
- Innføring av klassifikasjonssystem
- Gjennomføring av mulighetsstudie for effektivisert eiendomsdrift (FDVU)
- Kartlegging av ENØK-potensial
- Kartlegging av områder for felles anskaffelser av driftsmateriell
- Etablering av felles avtale om energiforvaltning
- Etablering av klima og miljønettverk
- Gjennomgang av alle store investeringsprosjekter

Oppgaver for 2012

- Etablering av en felles avhendingsstrategi
- Etablering av husleiemodell
- Porteføljestyling og felles opplegg for rapportering i store byggeprosjekter
- Prioritering av større investeringer

Styret i Helse Nord RHF har dessuten vedtatt prioriteringskriterier for sykehusinvesteringer, og fullmaktsmatrise for beslutningskompetansen i investeringsprosjekter etter behandling i Eiendomsforum.

3.5 Dagens samhandlingsarenaer

Ut over helseforetakenes deltakelse i Helsedirektoratets kompetansenettverk for sykehusplanlegging er samhandlingsarenaene primært knyttet til konkrete fellesprosjekter og fagområder, som omtalt i kap. 4 og 5.

Helseregionene deltar imidlertid på en del eksterne fellesarenaer, hvorav buildingSMART kan nevnes særskilt, fordi arbeidet her er en svært viktig premissgiver for eiendomsområdet i årene framover. Helse Sør-Øst RHF, inkludert Sykehuset i Vestfold HF, og Helsebygg Midt-Norge og St. Olavs Hospital HF deltar pr. i dag aktivt i dette nettverket.

Det kan også nevnes at de fleste helseforetakene er med i Foreningen for sykehusenes tekniske ledelse, FSTL. Dette er et faglig nettverk for teknisk personell/driftsansvarlige i

sykehusene, som ble etablert under tidligere eierregime. Nettverket blir i noen grad oppfattet som kontroversielt, bl.a. i forhold til koblinger mot leverandørindustrien.

4 Nyttiggjøring av resultater fra fellesprosjekter

4.1 FoU-prosjektet “Bygg og eiendom som strategisk virkemiddel for effektive helsetjenester”

Formålet med fellesprosjektet

FoU-prosjektet “Bygg og eiendom som strategisk virkemiddel for effektive helsetjenester” har vært støttet av Norges Forskningsråd og er gjennomført i perioden 2006-2010.

Deltakere har vært de fire regionale helseforetak, Multiconsult (prosjektleder), Sintef Helse, samt en rekke helseforetak, sykehus og andre aktører som har vært involvert i prosjektets delprosjekter.

Hovedfokuset for prosjektet har vært å legge til rette for en forvaltning av bygningsmassen i spesialisthelsetjenesten som på en effektiv måte støtter opp under kjernevirksomheten, både for nye og eksisterende sykehus. Prosjektet har først og fremst vært et kunnskaps- og kompetanseprosjekt som skal styrke helseforetakenes rolle som strategisk bygg- og eiendomsforvalter. Hovedfokuset har følgelig vært bygg og eiendom, men samtidig som målsetting å oppnå en økt forståelse av virksomheten som premissgiver for riktig utforming av bygningsmassen.

Resultatet av fellesprosjektet

Prosjektet har vært delt opp i fem delprosjekter:

1. Rollen som strategisk bygg- og eiendomsforvalter
2. Behovsdimensjonering (pasientforløp)
3. Klassifikasjonssystemer (bl.a. som forutsetning for benchmarking)
4. Metoder og verktøy for strategisk planlegging og analyse av sykehusbygninger
5. Nettverksbygging, profilering og resultatspredning

Delprosjekt 1, Rollen som strategisk bygg- og eiendomsforvalter

I dette delprosjektet konkluderes det med et sett anbefalinger for hvordan bygg og eiendomsforvaltningen og samspillet med klinisk virksomhet kan utvikles for å bedre kunne løse de hovedutfordringene spesialisthelsetjenesten står overfor. Dette er av strategisk betydning for utviklingen av spesialisthelsetjenestetilbudet i Norge. Rapportens utgangspunkt er at bygg og eiendommer i spesialisthelsetjenestens eie har som formål å støtte opp under ønsket kvalitet og effektivitet for den kliniske virksomheten. Anbefalingene følger to hovedperspektiv:

1. Klinisk virksomhets behov for hensiktsmessige lokaler som støtter kvalitet og driftseffektivitet til enhver tid. Styrking av samarbeid, kompetanse og rolleforståelse mellom klinisk virksomhet og bygg og eiendomsenhet i arbeidet med å oppnå gode og hensiktsmessige lokaler.
2. Ivaretagelse av bygningsmassen og ressurseffektiv forvaltning.

Det blir bl.a. pekt på at en bør sentralisere bygge- og eiendomsvirksomheten, fortrinnsvis på nasjonalt nivå, bl.a. for å sikre at miljøene får tilstrekkelig tyngde slik at en oppnår den nødvendige kvalitet i forbindelse med håndtering av byggeoppgaver, og for å effektivisere/rasjonalisere forvaltningen/utnytte kompetanse og kapasitet best mulig.

I sammendraget til delrapporten gis bl.a. uttrykk for følgende:

"Helsesektoren er den samfunnssektor som utvikler seg til å bli den mest ressurskrevende. En betydelig andel av ressursene går til bygninger og forvaltningen av disse. Enda større betydning har det at utformingen av bygningene og bygningenes evne til å tilpasses endringer i kjernevirksomheten påvirker effektiviteten i helseproduksjonen direkte. For hver prosent effektivitetsøkning som tilpassede bygg og god eiendomsforvaltning kan bidra med betyr det i størrelsesorden 1 mrd NOK pr år for norsk sykehussektor....."

Videre konkluderer også rapporten med:

"En profesjonell, kontinuerlig byggherreorganisasjon for å ivareta de store prosjektene bør etableres på nasjonalt nivå, da de regionale helseforetakene ikke vil ha tilstrekkelig portefølje av de største prosjektene over tid til å kunne opprettholde kompetanse eller til å sikre systematisk erfaringsoverføring og læring fra prosjekt til prosjekt."

Delprosjekt 2. Behovsdimensjonering

I delprosjekt 2 utredes dimensjonering av ressursbehov i helsetjenesten med pasientforløp som utgangspunkt. Denne metoden er godt egnet for å beregne fremskriving, omstilling og endringer for pasientgrupper og ikke for organisatoriske enheter. Samhandlingsreformen, endring i oppgavefordeling mellom sykehus og mellom spesialist- og primærhelsetjeneste forutsetter en dialog som tar utgangspunkt i pasientforløp.

Metoden er testet ut på utbyggingsprosjektene i Molde og nytt østfoldsykehus, samt benyttet i planlegging av konseptfasen ved UNN HF. Disse viser at metode og verktøy er generaliserbare og kan tilpasses ulike nivå i helsesektoren. Metoden er vurdert som godt egnet til kontinuerlig virksomhetsplanlegging.

Det konkluderes videre med behov for å videreutvikle verktøy ved bruk av databaser med enkle brukergrensesnitt. I tillegg vil metodeutvikling for fremskrivingsmodeller være viktig for å få en sterk faglig forankring.

Delprosjekt 3 Klassifikasjonssystemer

Denne rapporten oppsummerer arbeidet som er gjennomført i Delprosjekt 3 Klassifikasjonssystemer. Rapporten omfatter en oversikt over sammenhengen mellom klassifikasjonssystemer, parametere, indikatorer og interessenter, samt anbefalinger til videreføring av arbeidet med implementering av klassifikasjonssystemer. Arbeidsgruppen har hatt størst fokus på klassifiseringen av FDVUS-kostnader (Forvaltning, Drift, Vedlikehold, Utvikling, Service).

Se også pkt. 5.1 for oppfølging og videreføring av dette arbeidet

Delprosjekt 4. Metoder og verktøy for strategisk analyse av sykehusbygninger

Dette delprosjektet har hatt fokus på å utvikle, verifisere og teste ut metoder og verktøy for fremskaffelse av riktig beslutningsunderlag ved videreutvikling av sykehusområder og sykehusbygninger. Dette har resultert i en samlet "verktøykasse" bestående av i alt 10 verktøy som kan benyttes ved bygningsanalyser, enten enkeltvis eller i sammenheng avhengig av formål og behov. Verktøyene består av registreringsskjemaer, veiledninger og sammenstillingsrapporter.

I sluttrapporten er det gitt en beskrivelse av en helhetlig analysemodell, hvor analysebehovene for bygningsmassen og bruk av de utviklede verktøyene ses i

sammenheng med virksomhetsbehovene og metoden for behovsdimensjoneringen som er utviklet i delprosjekt 2.

Sluttrapporten gir en beskrivelse av de ulike verktøyene, herunder kriterier og veiledningsmaterieil. Selve "verktøykassen" ligger som vedlegg.

Delprosjekt 5, Nettverksbygging, profilering og resultatspredning

Delprosjekt 5 har omhandlet formidlingen av resultater og det overordnede prosjektet. Det har blitt utarbeidet en egen hjemmeside for prosjektet, der sluttrapper og informasjon om prosjektet foreligger. Videre har det vært holdt en konferanse med presentasjon av resultater, og sluttrapper og resultater har vært benyttet på en rekke konferanser, nettverkssamlinger og i arbeidsgrupper.

Hvordan kan interregionalt samarbeid innen det pågjeldende området best gjennomføres

Videreføring av arbeid innen dette området er igangsatt igjennom interregional arbeidsgruppe, som utarbeider denne rapport.

Løsninger og anbefalinger fra prosjekt 2,3 og 5 er i høy grad implementert eller videreført i nye prosjekter.

Redskapene som er utviklet i prosjekt 4 (Metoder og verktøy for strategisk planlegging og analyser av sykehusbygninger) er i begrenset grad tatt i bruk på de regionale helseforetakene. Et eksempel på et implementert verktøy er imidlertid Multimap.

Årsaken til manglende ibruktaking av løsninger og anbefalinger er ofte begrenset kapasitet, og intern kompetanse i de regionale og lokale helseforetakene, slik at verktøybruken i stor grad er koblet til kjøp av eksterne tjenester.

Det vil være fordelaktig om man kan samordne seg med dem som allerede har tatt verktøy og løsninger i bruk. Dette vil spare ressurser på de regionale helseforetak som ikke er kommet så langt med implementering. Bred og systematisk bruk vil trolig forutsette at det etableres felles interregionale ressurser. Det må uansett defineres et klart eierskap med ressurser til sentrale løsninger og verktøy, som må ha oversikt over innhold, funksjonalitet og vedlikehold.

4.2 Miljø- og klimaarbeid

Formålet med fellesprosjektet

De regionale helseforetakene etablerte våren 2009 et nasjonalt samarbeidsprosjekt som fikk i oppgave å følge opp overordna styringskrav innenfor miljø- og klimaområdet.

Samarbeidsprosjektet leverte ved utgangen av 2010 sluttrapport for arbeidet. I tillegg leverte samarbeidsprosjektet tidligere samme år en egen delrapport som drøfter og kommer med anbefaling på spørsmålet om å etablere miljøstyring og miljøsertifisere helseforetakene. Delrapporten anbefaler at alle helseforetakene etablerer miljøstyringssystem som sertifiseres, og at dette gjennomføres innen utgangen av 2014.

Prosjektet ble ved behandling i direktørmøtet vinteren 2011 videreført til en fase 2 for perioden 2011 – 2014. I det videre arbeidet skal prosjektet legge til rette for og følge opp arbeidet med å etablere miljøstyringssystem i helseforetakene med påfølgende sertifisering. Øvrige anbefalte tiltak skal fases inn i prosjektet i forhold til den kapasitet man har og med

tanke på hvordan tiltakene naturlig kan bli tilpasset de prosesser som ellers pågår i prosjektet.

Resultatet av fellesprosjektet

I sluttrapporten fra 2010 sammen med 4 vedlagte delrapporter er en rekke miljøtiltak nærmere beskrevet, og det er gitt anbefalinger med hensyn til gjennomføring av disse. Tiltakene i sluttrapporten kan skjematisk inndeles i 2 hovedkategorier:

- Etablering av miljøledelse og miljøstyringssystem i alle helseforetakene som sertifiseres etter ISO14001-standarden innen utgangen av 2014.
- Gjennomføring av de øvrige tiltakene som er anbefalt i sluttrapporten med tilhørende delrapporter for områdene innkjøp, bygg og eiendom og transport

Innføring av miljøstyring og miljøsertifisering er en omfattende prosess. Det er innledningsvis i fase 2 utpekt fem helseforetak og ett regionalt helseforetak som har fått rolle som piloter. Gjennom dette grepet har prosjektet i løpet av 2011 vunnet verdifull erfaring før prosessen blir satt i gang i full bredde.

I forhold til denne del av prosjektet er arbeidet i det nasjonale prosjektet i det vesentligste knyttet opp mot utarbeiding og gjennomføring av ulike opplæringstiltak og utarbeiding av felles styrende prosedyrer. I tillegg er det under arbeid et nasjonalt e-læringsprogram som vil bli gjort tilgjengelig for alle helseforetak.

I regi av prosjektet ble det i 2009 etablert et Miljø- og klimaforum der hvert helseforetak er representert. Forumet har medvirket som premissgiver i prosjektet. Forumet er tiltenkt en sentral rolle i den kommende prosessen og skal virke som bindeledd mellom det nasjonale arbeidet og arbeidet i det enkelte helseforetak.

I tillegg er det blant annet levert på følgende mål:

- Opprette en hjemmeside og idébank for miljø- og klimatiltak i spesialisthelsetjenesten
- Planlegge- og gjennomføre en årlig miljø- og klimakonferanse for spesialisthelsetjenesten
- Utarbeide miljøkrav i forbindelse med innkjøp i helseforetakene

Miljø- og klimaprojektet har betydning for og innvirkning på den samlede virksomheten i helseforetakene. Utover miljøsertifiseringsdelen treffer imidlertid resultatene fra prosjektet særlig områdene innkjøp, bygg og eiendom og transport. Innenfor disse områdene er det satt i gang delprosjekt som gir konkrete anbefalinger som det i neste omgang vil være opp til helseforetakene å iverksette.

Formål med å etablere interregionalt samarbeid innen dette området

Utgangspunktet for prosjektet er felles styringskrav gitt av Helse- og omsorgsdepartementet i foretaksmøtet. Kravene til det enkelte regionale helseforetak/helseforetak er like, og det er hensiktsmessig å tilnærme seg arbeidet på en lik måte. Det er ressursbesparende for den enkelte region å utvikle felles kompetanse og systematikk.

Det er for øvrig lagt til grunn av Helse- og omsorgsdepartementet at regionene løser oppgaven i regi av et interregionalt fellesprosjekt.

Hvordan kan interregionalt samarbeid innen det pågjeldende området best gjennomføres

Organisering av arbeidet som et samarbeidsprosjekt mellom de regionale helseforetakene og med de administrerende direktørene som styringsgruppe er vurdert som en

hensiktsmessig organisering. Det er etablert et sekretariat i tilknytning til prosjektgruppen bestående av to fulltidsstillinger.

Sekretariatet er organisatorisk plassert i Helse Bergen HF, men rapporterer i forhold til oppgaver til prosjektorganisasjonen. Gjennom arbeidet i prosjektet blir det utviklet og bygd en kompetanse i prosjektsekretariatet som det må sikres at kan bli anvendt av den samlede spesialisthelsetjeneste også etter at prosjektet er avsluttet. En mulig måte å gjøre det på er å gi et helseforetak i oppgave å være interregionalt kompetansesenter innenfor miljø- og klimaområdet.

4.3 Landsverneplanen for helsesektoren

Formålet med fellesprosjektet

Formålet er å iverksette HODs landsverneplan for verneverdige eiendommer, med tillegg av Riksantikvarens (RA) bearbeiding av planen, samt oppfølgende fredningsvedtak. Videre skal fellesprosjektet sikre kompetanseutvikling for HFenes eiendomsforvaltere for god implementering av planen.

Resultat

Planutforming: HODs plan ligger tilgjengelig på www.lvph.no. Videre foreligger også tilgjengelig RAs høringsdokumenter (mars 2011) knyttet til verneklasse 1 på Riksantikvarens nettsider. Riksantikvaren har pr desember 2011 tilskrevet HFene om resultater av sin behandling.

Implementering

De regionale helseforetakene deler kostnader ved arbeidet etter avtalt fordelingsnøkkel (40% HSØ, 20% hver for HV, HMN og HN). Dette gjelder felleskostnader knyttet til landsdekkende nettverkssamlinger samt finansiering av nasjonal stilling (kulturminnefaglig kompetanse) som er opprettet for arbeidsområdet.

Arbeidsformen har vektlagt kompetanseutvikling for sektorens eiendomsforvaltere; heri både bestillerkompetanse og egenkompetanse innen kulturminnevern. Synspunkter, ønskemål og behov som er fremkommet gjennom evalueringer mottatt fra deltakerne ved de nasjonale nettverkssamlingene er søkt etterkommet, og oppfattes å være kvittert for.

Der er pr desember 2011 arrangert fire landsdekkende nettverkssamlinger (www.lvph.no), i tillegg til regionale nettverksmøter innen de enkelte RHF, samt møter/befaringer på HF-nivå. Arbeid med utforming av forvaltningsplaner pågår. Rammeavtaler foreligger for HFenes avrop/tjenestekjøp for innhenting av kompetanse/kapasitet i arbeidet med forvaltningsplaner.

Formål med å etablere interregionalt samarbeid

Formålet med å etablere interregionalt samarbeid er å sikre enhetlig forvaltning av helsesektorens kulturminneobjekter, slik dette kan oppnås med basis i RHFenes og HFenes ulike organiseringer og ulike størrelser/kompleksitet. HODs landsverneplan er ledd i en omfattende tverrsektoriell satsing (Statens Kulturhistoriske Eiendommer, SKE). I tillegg til utfordringer med hensyn til enhetlig forvaltning innen den enkelte statssektor, foreligger det dermed også utfordringer på tvers av sektorene. Riksantikvaren er vertskap for et intersektorielt forum for håndtering og utvikling av dette (SKE Forum).

Hvordan interregionalt samarbeid innen kulturminnevern best kan gjennomføres

Organisering: Helsesektorens håndtering av utfordringene søkes løst gjennom kompetanseutviklende nettverksarbeid – både interregionalt og på regionalt nivå. HFene

oppfordres i tillegg til etablering av lokale/stedlige grupper for å sikre integrering av kulturminnehensyn i HFenes ordinære eiendomsforvaltning.

Arbeidsform: Helsesektoren søker å praktisere 3 landsdekkende nettverkssamlinger årlig på dette fagområdet. I tillegg arbeides med å få etablert formelt kompetansegivende kurs (masternivå, i samarbeid med NTNU/UMB) for helhetlige kulturmiljøer (pilotkurs, høst 2012), som kan rettes spesifikt til sektorens eiendomsforvaltere. Slik utdanning kan ha interesse på tvers av statssektorene.

Omfang: De landsdekkende nettverkssamlingene aktiverer normalt 30-35 personer (eksternt inviterte ikke medregnet). Forum av denne størrelsen anses som egnet for faglig utviklingsarbeid, og støttes av arbeidsinnsats i mindre regionale grupper.

Etter en første fase med vektlegging på landsdekkende nettverksaktivitet søkes ytterligere vekt lagt på aktivitet regionalt For oppfølgende arbeid knyttet til verneklasse 2 (sektorens selvålagte vern) synes regionalt og lokalt engasjement – med tilhørende erfarings- og kunnskapsdeling – særlig viktig.

Ved siden av å sikre fokus på og eierskap for ”den enkelte vernesak” lokalt, er det påkrevet at sektorens dialog og samarbeidsform med riksantikvaren utvikles videre – dette gjelder både under prosessen med utarbeidelse av forvaltningsplaner, og de løpende saker der det vurderes konkrete tiltak som berører vernede bygg og anlegg.

4.4 Fremskrivingsmodell

Formålet med fellesprosjektet

I gjeldende nasjonal helseplan, er det bl.a. er foreslått følgende forbedringstiltak:

”– utvikle bedre metoder for framskrivning av behov, og utvikle modeller som knytter sammen data om behov, kapasitet og arealer som gjør det mulig å beregne konsekvenser av forventede endringer i behov og teknologi.”^[1]

Fra helsereformen ble innført har det stort sett blitt benyttet den såkalte SINTEF-modellen for framskrivning og beregning av kapasitetsbehov i spesialisthelsetjenesten.

Modellen ble utviklet på oppdrag fra tidligere Helse Øst RHF, etter at arbeidet startet i Helseregion Øst sist på 1990- tallet.

Kompetansenettverket for sykehusplanlegging tok allerede i 2007 initiativ for å revidere denne framskrivingsmodellen, og en forprosjektrapport forelå i endelig utgave 07.09.2011. Forprosjektrapporten pekte bl.a. ut 5 områder som representerer de viktigste driverne eller faktorene som påvirker aktiviteten innenfor helsetjenestene:

- Demografi
- Epidemiologi
- Samfunnsutvikling
- Organisering av tjenestene
- Teknologi og medisinsk faglig utvikling

^[1] Nasjonal helseplan 2007 2010, St.prp. nr 1 (2006-2007) kapittel 6

Med utgangspunkt i overnevnte forbedringstiltak fra nasjonal helseplan og denne forprosjektrapporten, konkluderte AD-møtet 12. september 2011 med å igangsette et prosjekt i regi av Kompetansenettverket for sykehusplanlegging.

Arbeidet med hovedprosjektet for revidering av fremskrivingsmodellen er planlagt fullført i november 2012.

Prosjektet eies av Helsedirektoratet, og representanter fra H-dir, HOD og alle RHF-ene utgjør styringsgruppen.

Resultatet av fellesprosjektet

Resultatet foreligger ikke, men det skal utarbeides en fullstendig metodikk og beregningsmodell for fremskriving av nødvendig aktivitetsnivå i spesialisthelsetjenesten.

Formål med å etablere interregionalt samarbeid

Det er et ønske om at alle aktivitetsberegninger og kapasitetsberegning for spesialisthelsetjenester, og dermed dimensjoneringen av sykehusbygg, utføres etter samme metode for å kunne sammenligne kapasiteter og fatte beslutninger på likt grunnlag. Det er også en effektivisering at denne modellen eies av de regionale helseforetakene i fellesskap, som har ansvar for å revidere og oppdatere modellen når det er behov.

Hvordan kan interregionalt samarbeid best gjennomføres

Forvaltning av utarbeidet fremskrivingsmodell må tillegges et dedikert miljø, med definerte ansvarlige. Det må også være tilstrekkelig kunnskap i miljøet til å kunne bruke modellen og forstå dens forutsetninger og virkemåte. Et alternativ er å legge dette ansvaret til et interregionalt eiendomsmiljø med kompetanse innen sykehusplanlegging. For oppdatering av modellen må det være tilknyttet personer med bred medisinfaglig bakgrunn.

4.5 Prosesser og dokumentasjon i tidligfasen

Kompetansenettverket for sykehusplanlegging, som eies av Helsedirektoratet, tok i 2004 initiativ til etablering av *Veileder for tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter*. Denne inneholder prosessbeskrivelser og overordnede dokumentasjonskrav til bruk i tidligfase i byggeprosjekter. Veilederen ble ferdigstilt i 2006, og har vært sentral som prosess- og dokumentasjonsveileder for sykehusprosjekter over hele landet. Veilederen har senere vært revidert i 2009, og med hovedrevisjon i 2011. Helse- og omsorgsdepartementet har i foretaksmøter i januar 2012 lagt til grunn at veilederen skal benyttes for alle større sykehusprosjekter (>500 MNOK).

Kompetansenettverket har overtatt ansvaret for den tidligere utviklede *Veileder for Hovedfunksjonsprogram i sykehusprosjekter*, og har, i tillegg til overnevnte veileder supplert med *Veileder for Hovedprogram utstyr*, *Veileder for Distriktpsikiatriske sentre*, *Veileder for følgeevaluering*, veileder for *Klassifikasjonssystem for helsebygg*, og en veileder for *Sykehusprosjekters økonomiske bæreevne*

Alle veilederne kan suppleres med prosedyrer, malverk og verktøy som sikrer en konsistent, enhetlig og effektiv bruk. Slike supplerende verktøy bør fortrinnsvis utvikles i fellesskap for spesialisthelsetjenesten.

Formål med å etablere interregionalt samarbeid

Kompetansenettverket eies av helsedirektoratet, og kan derfor ikke ta ansvar som ligger hos RHFene. Det er derfor viktig at det etableres en arena der praktisk bruk av veilederne, med supplerende malverk og verktøy kan skje.

Det er registrert et uttalt behov for veiledning mot foretakene knyttet til forståelse av prosess, innhold og dokumentasjon i de ulike prosjektfasene. For beslutningstakere, og andre som

skal forholde seg til rapporter og dokumentasjon fra de ulike prosjektene, er det ønskelig med et felles malverk, som sikrer en konsistent, relevant og enhetlig/gjenkjennbar informasjon.

Det er også reist spørsmål fra enkelte regionale helseforetak om det bør etableres en felles ressurs med kompetanse til å gjennomføre evaluering/kvalitetssikring av planer, særlig utviklingsplaner, men også større byggeoppgaver. Dette er spesielt viktig i forhold til kapasitetsberegninger, framskrivninger, trendutvikling og lignende.

Hvordan kan nasjonalt samarbeid best gjennomføres

En arena for utvikling og praktisk bruk av veiledere, med supplering av malverk etc., og ikke minst veiledning mot foretakene, forutsetter dedikerte ressurser med tilstrekkelig kompetanse. I den grad dette skal suppleres med en evaluerings-/kvalitetssikringsfunksjon, vil kravet til både kapasitet og kompetanse øke.

I dag foregår informasjon og kompetanseformidling gjennom kompetansenettverkets hjemmeside www.sykehusplan.no, som også driftes av SINTEF Helse på vegne av Helsedirektoratet. Det må vurderes om de regionale og lokale helseforetakene har behov for en mer tilpasset informasjonskanal, og hvilke konsekvenser dette vil ha for www.sykehusplan.no.

4.6 Nye fellesprosjekter

4.6.1 Energi

Beskrivelse av foreslått prosjekt

Helsebygg er av de mest energikrevende bygg. Dette er i hovedsak forårsaket av sykehusspesifikt utstyr, krav til inn klima og lange åpningstider. Det arbeides på mange områder med reduksjon av energiforbruk gjennom forskningsprosjekter, lov og forskrift(energimerking) og i enkeltstående prosjekter. ENOVA har vært bidragsyter faglig og finansielt i flere av prosjektene.

For å oppnå større effekter av dette arbeidet vil det være formålstjenlig å samarbeide på interregionalt plan.

Aktuelle områder

- Normer og krav på energibruk utstyr
- Best praksis prosjekter for erfaringsutveksling
- Inneklimanormer
- Spesialområder, operasjon, luftsmitte
- Sette målsettinger på kort og lang sikt.
- Miljø- bruk av ulike energibærere

Formål med å etablere interregionalt samarbeid innen dette området

Hovedmålsetning med energiarbeid er å redusere forbruk av energi for derigjennom å redusere vårt miljøfotspor. Dernest vil dette sannsynligvis gi bedre inn klima og reduserte driftskostnader.

Samarbeid som kjøp av energi vil sannsynligvis kunne gi bedre betingelser. Det er i dag nasjonalt innkjøp av olje og regionale innkjøp av elektrisk energi. Øvrige innkjøp gjøres av det enkelte HF. Interregionalt samarbeid vil samle større kompetanse innenfor hele energiområde og samlet vil vi være en av Norges største forbrukere av energi innenfor eiendom.

Hvordan kan interregionalt samarbeid innen det pågjeldende området best gjennomføres

For å oppnå målsetninger er det behov for ulik organisering av interregionalt arbeid, mest sannsynlig vil nettverksarbeid være mest aktuelt, men med faglig og administrativ støtte. Energiledelse er et vidt fagområde med behov for spesialisering som igjen krever god opplæring på flere nivåer i organisasjonen.

Aktuelle samhandlingsområder;

- Utvikling og drift av web opplæring
- Kurs /seminarer
- Erfaringsutveksling på drift/vedlikehold
- Erfaringsutveksling på ulike løsninger

5 Databaser

5.1 Klassifikasjon av sykehusarealer

Formålet med fellesprosjektet og databasen

Helsedirektoratets Kompetansenettverk for sykehusplanlegging har utviklet et klassifikasjonssystem og nomenklatur for funksjoner og arealer i sykehusbygg. Målsettingen med dette klassifikasjonssystemet er å oppnå mer effektiv arealbruk og bedre planlegging av funksjoner og arealer i sykehus.

Klassifikasjonssystemet er omtalt i foretaksprotokollen for alle de regionale helseforetakene (RHF) i 2010 pkt 4.3 investeringer og kapitalforvaltning: "Foretaksrådet ba Helse NN registrere sine sykehusbygg i tråd med klassifikasjonssystemet".

Helseforetakene i Norge har satt i gang et arbeid med å registrere all eiendom i spesialisthelsetjenesten etter dette klassifikasjonssystemet.

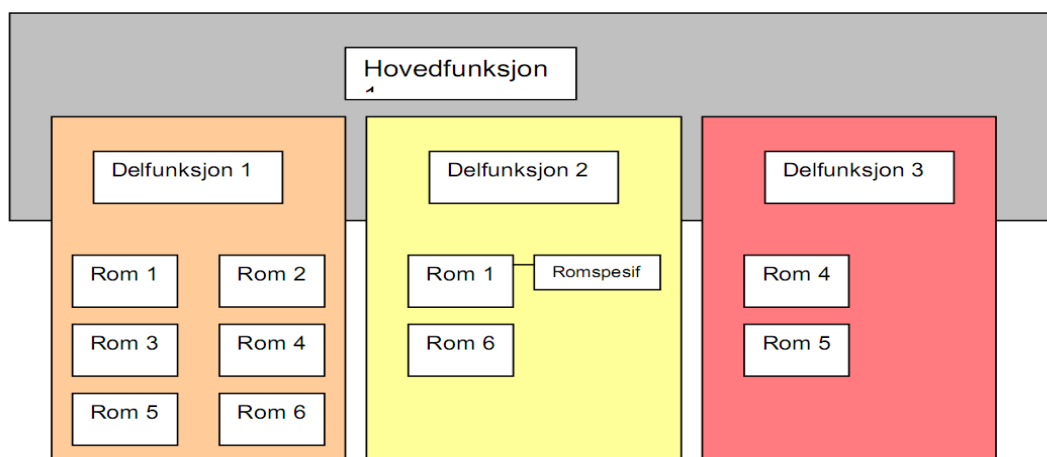
Om klassifikasjonssystemet

Klassifikasjonssystemet gir blant annet informasjon om hovedfunksjoner, delfunksjoner, rom, arealer og kapasiteter i sykehus knyttet til organisatoriske og geografiske nivåer og områder.

Ved å koble data om dagens og fremskrevet aktivitet med data om kapasitet og arealer, kan man analysere kapasitets- og arealutnyttelse. Ved å benytte erfaringsbaserte tall for kapasitetsutnyttelse og areal per rom kan det beregnes kapasitets- og arealbehov for spesifikke funksjoner og områder i bygget og sammenlignes med den faktiske kapasitetsutnyttelsen og arealbruken.

Klassifikasjonssystemet består i prinsipp av to deler:

- Et nomenklatur: felles benevnning av funksjoner og rom i sykehus - for sammenliknbarhet mellom sykehus, institusjoner og enheter
- En struktur: som knytter sammen rom og funksjoner



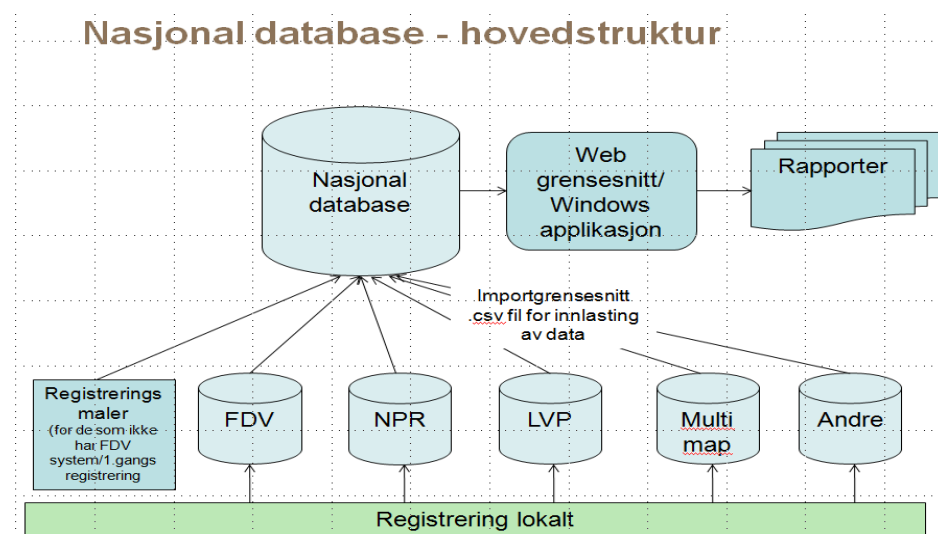
Nasjonal database (klassifikasjonssystem eiendommer) - Formål med å etablere interregionalt samarbeid innen dette området

Helseforetakene har i dag forskjellige databaser på ulike lokasjoner hvor de lagrer disse dataene – for så vel nybygg som eksisterende anlegg.

Det er derfor ønske fra de regionale helseforetak om å få etablert en felles nasjonal database for alle helseforetak. Det er gitt i oppdrag fra HOD å etablere en slik database.

Prosjektets mål er å få etablert en Felles struktur og format for basisinformasjon iht klassifikasjonssystemets parametere. Registreringer gjøres i Lokale databaser og overføres til Nasjonal database.

Ved det enkelte helseforetak er informasjonen tenkt registrert i det enkelte helseforetaks egne systemer. I enkleste form kan dette være i excel, men det anbefales å implementere det i FDV (forvaltning, drift og vedlikeholdssystemet) eller tilsvarende. Arbeidet med å lage felles opplegg for hvordan dette skal registreres pågår. Fra de lokale databasene skal det lages grensesnitt mot en planlagt nasjonal database med samlet datafangst for alle helsebygg i hele Norge.



Hvordan kan interregionalt samarbeid innen det pågjeldende området best gjennomføres

I første omgang er det tenkt at det er data fra regneark og FDV system samt uttrekk av data fra NPR som legges inn i nasjonal database. På sikt kan være aktuelt å koble databasen med andre datakilder, som Landsverneplan, MultiMap etc

Multiconsult er tildelt oppdraget med å bistå helseforetakene i implementeringen av klassifikasjonssystemet, gjennom en rammeavtale med det enkelte regionale helseforetak - "Rammeavtale på kartlegging, implementering, og forvaltning av klassifikasjonssystem for sykehusbygg i Norge". Videre har Multiconsult opsjon på etablering av nasjonal database.:

5.2 Kostnadsdatabasen

Formål med å etablere interregionalt samarbeid innen dette området

Det ble i 2005-2006 etablert en kostnadsdatabase i regi av Kompetansenettverket for sykehusplanlegging (Helsedirektoratet). Denne inneholder innsamlede kostnadsdata fra et stort antall sykehusprosjekter fra 1990- og 2000-tallet. Hensikten med databasen var å kunne ha referansedata for kalkulering og beslutninger knyttet til etablering av nye investeringer.

Tidligere HolteProsjekt Innovation as (nå Holte Byggsafe) ble engasjert til å etablere og drifte databasen, og den ligger fortsatt på deres server. Tilgangen er åpen for alle aktuelle brukere, men tilgangen er passordbeskyttet.

Hvordan kan interregionalt samarbeid innen det pågjeldende området best gjennomføres

Databasen er i liten grad ajourført. Både kunnskapen om, og bruken av databasen hos aktuelle brukere er begrenset. Det bør bl.a. gjennomføres en brukerundersøkelse hos aktuelle brukere som et grunnlag for å vurdere videreføring av denne databasen.

5.3 Tilstands- og tilpasningsdyktighetsanalyser

Formålet med å etablere databasen MultiMap

MultiMap som metode (inkl. beregningsmodell) og verktøy er utviklet av Multiconsult siden 1997 og benyttes for å registrere byggenes tilstand etter Norsk Standard (NS 3424) delt inn i fire tilstandsklasser, hvor 0 er best (nytt) og 3 dårligst (ikke brukbart). Det er også utarbeidet en metode for å systematisere og beregne byggenes brukbarhet eller egnethet til spesifikke formål..

Status i dag er at 95 % av bygningsmassen i helseforetakene er kartlagt vha MultiMap..

I FOU-prosjektet ble kartleggingsmodulene tilpasset og videreutviklet til bruk på norske sykehus.

I ettertid har Multiconsult på eget initiativ utviklet en databaseløsning for å gjøre dataene fritt og lett tilgjengelige for nedlasting og oppdatering av helseforetakene. Her ligger også noen standardrapporter pr i dag. Løsningen er WEB-basert, og det enkelte helseforetak kan gå inn å oppdatere sine registreringer (adgangsstyrt)

Formål med å etablere interregionalt samarbeid

Siden så å si alle sykehusbyggene er registrert etter samme metode og dataene ligger i samme database, er det av stor interesse å ta vare på registreringene og oppdatere disse kontinuerlig. Det vil føre til at en har en ensartet oversikt over utviklingene av sektorens bygningsmasse, og kan foreta både strategiske og operative beslutninger ut fra dette. Helseforetakene kan benytte dataene i vedlikeholdsplanleggingen, begrunne planene ut i fra dokumenterte og standardiserte oversikter.

Hvordan kan interregionalt samarbeid best gjennomføres

Siden MultiMap er en ekstern database, er det viktig at sektoren opptrer samlet og er enige om hvordan en skal forholde seg til videre bruk av disse dataene, forvaltning av databasen og utvikling av MultiMap-verktøyet.

Det er etablert dialog med Multiconsult hvordan dette best kan gjøres, uten at allerede innlagte data går tapt, og at en må utvikle en helt ny metode.

5.4 Landsverneplanen

Status

Data foreligger i veletablert database, hittil forvaltet av Riksantikvaren. Den har vært benyttet som basis for statssektorenes arbeid med utforming av sektorielle landsverneplaner for kulturhistoriske eiendommer.

Ingen regulære vedlikeholdsprosedyrer av databasen pågår, men enkelte endringer har funnet sted siste år i forbindelse med Riksantikvarens arbeid med verneklasse 1 (vkl-1, dvs

fredning). Ansvar for kvalitetssikring og forvaltningen av databasen ligger hos Riksantikvaren – der også data er lagret.

Databasen har ved sin etablering vært rettet mot dokumentasjon (av registreringer), og dermed i mindre grad mot driftrettet anvendelse.

Etterspørsel etter data den senere tid fra SKE-basen har i hovedsak for helsesektorens del (HF-nivået) vært spørsmål om tilgang til billedmateriale.

Etablering av mulige framtidige vedlikeholdsrutiner på regionalt nivå (RHF) for denne basen bør vurderes samlet i forhold til andre baser/dataapplikasjoner som driftes på samme nivå.

Formål med å etablere interregionalt samarbeid

For at data som er lagret i denne databasen ikke skal gå tapt, er det avgjørende å få til et felles opplegg for videreføring og bruk av databasen. Det bør også vurderes om en skal legge inn forvaltningsplanene i databasen.

Hvordan nasjonalt samarbeid best kan gjennomføres

Arbeidet med å anvendeliggjøre denne databasen foregår innen det etablerte fellesarbeidet innen landvernplanen, med god koordinering mot arbeidet med de øvrige databasene for nyttiggjøring av felles ressurser og opplegg.

5.5 BIM

Byggebransjen er nå i en endringsfase hvor den tradisjonelle metoden å prosjektere bygg er i ferd med å bli endret. Oljeindustrien og maritim industri har i en årrekke benyttet 3D-modellering av sine utbyggingsprosjekter og erfart klare fordeler og besparelser. Innenfor den landbaserte byggevirksomheten har dette av ulike årsaker tatt lengre tid, men er nå i ferd med å bli etablert, ved bruk av BygningsInformasjonsModellering – BIM.

BIM er en samlebetegnelse for geometrisk planlegging i 3D, med kobling av geometri og egenskaper i en felles modell. «Åpen BIM» innebærer dessuten at all informasjon skal kunne utveksles i et åpent format, kalt IFC (Industry Foundation Classes).

Tunge aktører i byggenæringen, både byggherrer, rådgivere og entreprenører, har de siste årene hatt betydelig fokus på de fordeler dette gir, som i seg selv har ført til økt bruk av BIM i næringen. De viktigste fordelene er:

- Byggherrer:
 - Bedre beslutningsgrunnlag, bla. gjennom visualisering av løsninger, simuleringer, m.m.
 - Enklere gjenbruk av løsninger
 - Raskere byggeprosesser, kvalitetsforbedringer og kostnadsbesparelser
 - Færre byggefeil (bedre å gjøre feilene virtuelt enn å bygge dem!)
- Rådgivere:
 - Bedre prosjektmateriale, med færre byggefeil
 - Enklere å gjøre endringer
 - Enklere å koble ulike fag og løsninger
- Entreprenører
 - Raskere byggeprosesser.

- Bedre kontroll og sikkerhet i byggeprosessen.
- Sikrere prising av arbeider
- Bedret byggeogistikk.
- Bedre/jevnere kvalitet.
- Byggforvaltere
 - Enklere forvaltning gjennom kobling av geometri (byggenes og de tekniske anleggenes fysiske struktur), egenskaper (spesifikasjoner) og drift/ service.
 - Enklere å planlegge og gjennomføre endringer og ombygginger.

For å sikre maksimal effekt av BIM er det viktig at byggherrene samarbeider, og har så enhetlige holdninger som mulig, bl.a. i kravstilling overfor andre aktører, rettigheter, gjenbruk av løsninger, etc. Likeartede krav gir også større trygghet, forutsigbarhet og like prosedyrer overfor ulike aktører. Samarbeidet må først og fremst skje sektorielt, men også tverrsektorielt er det viktig at det fokuseres på dette. Sektorene ved de respektive departement har blitt mer målrettet på dette, og i en invitasjon til byggebransjens aktører om deltagelse i et forprosjekt om økt dataflyt mellom sektorer, initiert av Miljøverndepartementet i rapport datert 18.04-2012, heter det under avsnittet Bakgrunn i invitasjonsdokumentet:

«Bygge-, anleggs- og eiendomsnæringen er fragmentert med mange mindre spesialiserte aktører som har hver sine modelleringsteknologier og prosesser for å produsere, kommunisere og analysere konstruksjon og prosjektering. I dag finnes det ikke et felles digitalt rammeverk eller standarder som gir fri flyt for gjenbruk av data i den planleggingen som skjer på tvers av fag og mellom sektorer. Dette gjør at mye av den informasjon som man trenger for å utføre gode beslutninger i neste ledd enten er utilgjengelig, går tapt mellom prosesser eller drukner i for mye informasjon.»

Bygge-, anleggs- og eiendomsnæringen i Norge er kommet langt innenfor tradisjonell teknologi og metode, men har et stort uutnyttet potensial for industrialisering og innovasjon. Prosessbaserte løsninger med bruk av digitale modeller kan sannsynligvis også brukes til å få kontroll med livsløpskonsekvenser av beslutninger, skape transparens i varehandelen, industrialisere produksjonsmetoder og kostnadseffektivisere driften av byggverk. Det er et mål at miljøperspektivet i fremtiden blir langt bedre ivaretatt gjennom aktiv bruk av informasjon om det naturgitte miljø, bebygde miljø og transport, og at bruk av digitale analyseverktøy for å kartlegge miljøkonsekvenser og simulere effekter og tiltak blir mer integrert i alle sektorer.»

Status:

BIM er tatt i bruk ved flere store prosjekter innen helsesektoren. Det første var som prosjekteringsverktøy for frontbygget ved Nye Ahus, og deretter med utvidet funksjonalitet for Kunnskapssenteret ved St. Olav HF, og det største BIM-prosjektet er det pågående Prosjekt Nytt Østfoldssykehus. BIM er tatt i bruk også i andre foretak, og et foregangsforetak er Sykehuset i Vestfold HF, som ligger i forkant når det gjelder bruksområder og utnyttelse av muligheter. BIM er også benyttet i Helse Nord, blant annet i planleggingen av utbygging av UNNA-fløy i Tromsø og Nytt pasienthotell Tromsø. Tilsvarende gjennomføres nå i Nye Kirkenes Sykehus.

Helse Sør-Øst RHF har vedtatt en BIM-strategi. Viktige elementer i denne strategien er:

- Alle nye prosjekter forutsetter bruk av åpen BIM, basert på retningslinjer fra buildingSMART
- Krav til full bruk av åpen BIM fra 01.01.2014, med tilhørende krav til applikasjoner, import/eksport og datalagring
- Optimalisere bruken av åpen BIM i organisasjonen
- Sikre opphavs- og eiendomsrett knyttet til all informasjon generert i prosjektene

- Bruke åpen BIM i hele livssyklusen, fra initiell planlegging, via prosjektering og bygging, til forvaltning, drift, vedlikehold, til ombygginger, og til avvikling/riving.

I tillegg har strategien fokus på tilrettelegging for informasjonsutveksling, gjenbruk av informasjon og løsninger, og på industrialisering av byggeprosessen.

Helse Midt-Norge RHF v/ St. Olav HF har anskaffet en BIM-server for lagring av alle data, og Helse Sør-Øst RHF er i ferd med å starte anskaffelsesprosess.

Formål med å etablere nasjonalt samarbeid

Helseregionene ser fordeler ved at det etableres felles løsninger (bibliotek/register) knyttet til åpenBIM-funksjonalitet. Eksempler på dette er:

5.5.1 Generisk objektregister/-bibliotek

Felles database over generiske objekter som kan brukes ifbm sykehusplanlegging. Ved å kvalitetssikre hvilke objekter som legges inn skaffer man seg kontroll med hvilke "digitale byggeklosser" som skal eller kan benyttes ved sykehusplanlegging og utbygging. Objektene må være lagret på åpenBIM-format (IFC), og BIM-verktøyene som benyttes må kunne importere disse objektene.

Det må legges til rette for at dette objektbiblioteket kan deles med andre offentlige aktører.

5.5.2 Funksjonelt objektregister/-bibliotek

Felles database over funksjonelle og tekniske løsninger som er planlagt og brukt ved sykehusutbygginger. Dette kan være alt fra komplette funksjonelle rom som operasjonsstuer til komplette sengerom eller tekniske modulsystemer, og inkluderer alle informasjon knyttet til de aktuelle objektene (inkl FDV).

Objektene må være lagret på åpenBIM-format (IFC), og BIM-verktøyene bør kunne importere disse objektene.

Det bør legges til rette for at dette funksjonelle objektbiblioteket kan deles med andre offentlige aktører.

5.5.3 Felles produktregister/-bibliotek

Felles database over alle produkter som er benyttet i sykehusenes BIM-prosjekter, med alt fra større moduler til den minste enhet. All relevant FDV-dokumentasjon kobles til objektene i dette registeret.

Her kan man legge inn alle nye produkter som benyttes ved byggingen av nye BIM-prosjekter og ved en "BIMifisering" av eksisterende bebyggelse (As buildt).

Objektene må være lagret på åpenBIM-format (IFC), og BIM-verktøyene må kunne kommunisere med dette registeret. Det bør legges i tilknytning til en BIM-server, slik at tilgangshastigheten blir tilfredsstillende.

Produktregisteret må ha offentlig eierskap, slik at byggherren er sikker på at dataene ligger tilgjengelig om 60 år.

Det bør legges til rette for at andre offentlige aktører kan benytte dette produktregisteret.

5.5.4 Felles krav til objektenes informasjonsinnhold i BIM

Det bør etableres felles krav til objektenes informasjonsinnhold i BIM. Videreutvikling av databasen som SiV/HSØ har startet med, for å sikre at alle objekter som skal overleveres til driften har riktig nivå på informasjonsmengden. OpenBIM FDV / FMie.

Hvordan kan nasjonalt samarbeid best kan gjennomføres

Felles nasjonale løsninger forutsetter at de etablerte BIM-miljøene, som er sterkest i Helse Midt-Norge RHF og Helse Sør-Øst RHF knyttes tettere sammen, og at det etableres en fellesressurs som driver utviklingen med etablering av interregionale løsninger.

BIM-server:

Dersom helseregionene tar i bruk BIM, bør det etableres felles BIM-serverløsninger. Dette kan gi store fordeler for driften av bygningene og legge til rette for en kosteffektiv forvaltning av arealene. Dette vil også gjøre det vesentlig lettere å ta ut sammenlignbare data på tvers av helseforetakene.

Dataene må være lagret på åpenBIM-format (IFC), og BIM-serveren enkelt kunne kommunisere (lese, skrive, etc) ethvert innhold på BIM-serveren med omkringliggende verktøy (programmer, klassifikasjonssystemer, app'er, web-databaser, cloud, etc) basert på hva helseregionene anser hensiktsmessig. Dette for å sikre seg at BIM-serveren ikke blir uhenktsmessig komplisert.

FDV-Program:

Dersom helseregionene tar i bruk BIM, bør det søkes å etablere felles FDV-programmer basert på åpenBIM. Det bør gjøres en vurdering hvorvidt dette bør ligge som et separat system eller helt eller delvis integrert i en BIM-serverløsning.

Helse Midt-Norge RHF/St. Olavs Hospital HF har tatt initiativ til en OFU-søknad vedrørende bruk av BIM i FDVU "LifeCykle BIM". De øvrige helseregionene inviteres til å ta del i dette arbeidet.

5.6 Romdatabase

Nosyko AS har utviklet en database/applikasjon for arbeid med programmering og utstyrplanlegging, dRofus. Denne applikasjonen har sin opprinnelse i Rofus, som ble utviklet for sykehusplanleggingen av 6. byggetrinn ved Sykehuset i Vestfold, i tett samarbeid med sykehuset. Denne databasen er den mest avanserte og den mest brukte innen programmering og utstyrsplanlegging i Norge. dRofus kan benyttes i alle typer byggeprosjekter, og tilbys uavhengig av Nosyko's konsulentvirksomhet.

dRofus har en tilleggsapplikasjon, TIDA, som hjelper prosjektet med å kravspesifisere tekniske systemer og komponenter i bygg i tillegg til å være et hjelpemiddel for å gi en korrekt og konsistent nummerering med tverrfaglig merkesystem (TFM). Dette er et verktøy som kan benyttes i en overgangsfase men uten å legge til grunn forpliktelser for samarbeid mellom helseregionene knyttet til denne applikasjonen. Det finnes andre løsninger som bedre kan ivareta de regionale kravene til eierskap, til kontroll over data og til lagrings- og utvekslingsformater, som COBIE2 – som støttes av buildingSMART International.

Formålet med å etablere databasen

dRofus er et verktøy som sikrer prosjekter en helhetlig prosessstøtte fra programfase til ferdigstillelse. I dRofus kan en planlegge alle funksjoner, rom, utstyr, systemer og komponenter. Verktøyet benyttes i dag i et stort antall prosjekter i Norge, Sverige, Danmark,

Nederland og USA. Stadig flere byggherrer, entreprenører, arkitekt- og prosjekteringsfirmaer tar i bruk dRofus og TIDA. Programmene er i ferd med å etablere seg som standard i norsk byggebransje.

Ved innføring av BIM er nødvendigheten av riktig og tilgjengelig informasjon blitt enda viktigere. dRofus har støtte for å utveksle data gjennom IFC. Dermed kan programmet både gjøre sjekker av prosjektert modell opp mot programmerte krav, og berike IFC modellen med data, slik at kravdata er tilgjengelig i BIM. Alle data overføres over internett og lagres sentralt. Alle aktører har derfor tilgang til oppdatert data til enhver tid.

Nomenklaturet kan tilpasses Klassifikasjonssystemet.

En utfordring med dRofus er imidlertid at den ikke innebærer full kontroll over data, informasjonsbærere, lagrings- og utvekslingsformater.

Hvordan kan interregionalt samarbeid best kan gjennomføres

Frem til det er opprettet et rimelig komplett funksjonelt objektbibliotek (rom og tekniske løsninger) i BIM, kan det være et samarbeidsområde å få etablert et felles register for funksjonskrav til rom og utstyr på sykehus. Input til dette registeret vil komme fra de ulike sykehusprosjektene i Norge.

Tilsvarende kan dette registeret være et sentralt register som gjøres tilgjengelig for alle nye sykehusprosjekter, slik at medvirkergruppene slipper å "grave frem gullet" hver gang – men heller være med å polere det.

Dette vil gi en direkte erfaringsoverføring på romfunksjonsnivå, som vil bidra til lavere kostnader ved sykehusplanlegging.

Som en overgang bør det legges til rette for at alle i Helse-Norge har tilgang til data lagt inn i dRofus, for eksempel gjennom en felles avtale med Nosyko om bruk av dRofus, tilsvarende Statsbygg.

En mulig utfordring med en slik løsning vil være at det ikke er knyttet mot et spesifikt prosjekt, som Nosykos prismodell tilsier. Et alternativ kan være å koble dette opp mot et lite pågående prosjekt.

6 Videreføring av prosesserfaringer og erfaringsdata i større prosjekter

De fleste større sykehusutbyggingene som er gjennomført de siste 30-40 årene har etablert egne prosjektorganisasjoner, som har blitt bygget opp ved oppstart av det enkelte prosjekt og bygget ned igjen ved avslutningen. Erfaringer og dokumentasjon er i begrenset grad blitt strukturelt overført mellom prosjekter, og kompetansen har i liten grad blitt beholdt innen spesialisthelsetjenestens organisasjoner. Noe personell har riktignok blitt med inn i driftsorganisasjonene, men størstedelen har gått til etablering og styrking av rådgiverbedrifter. På denne måten har erfaringsoverføringen vært tilfeldig og for dårlig utnyttet. Det er imidlertid fortsatt noe gjenværende kompetanse innen spesialisthelsetjenesten, bl.a. knyttet til Helsebygg Midt-Norge, Prosjekt nytt Østfoldsykehus (fra nye Ahus) og ved Sykehuset i Vestfold. I Helse Bergen ivaretas kompetanseoverføringen i eget prosjektkontor med en fast stab. På denne måten sikres det kompetansebygging og at erfaringer fra de ulike prosjektene på en strukturert og dokumenterbar måte kan overføres og gjenbrukes innen Helse Bergen.

Viktige områder for strukturell erfaringsoverføringer, fordelt etter stikkordene kompetanse, verktøy og organisering, er bl.a.:

Kompetanse:

- Etablering av prosjektorganisasjoner. Det ligger mange utfordringer i å sette sammen en slik organisasjon (og senere avvikle den samme). Det må etableres en systematisk struktur og metodikk for egen organisasjon, og bygges en prosjektkultur fra dag 1. Det er viktig å ha fokus på å etablere en sterk byggherreorganisasjon, og det må påpekes at byggherrerollen har blitt stadig mer krevende, både i forhold til skjerpede lovkrav og stadig raskere prosessuelle og tekniske endringer. Dette understreker viktigheten av at kompetanse må kunne videreføres mellom prosjekter.
- I tidligfasen må det inngå utviklingskompetanse, med særlig kunnskap om programmering og klinisk drift, men også innenfor de tekniske områdene og energiområdet. Grad av innflytelse på kostnad skjer gjennom denne tidligfasen. Etablering av prosjekter, fra utviklingsplaner og program, via idefaser og til konsept og byggevedtak forutsetter kompetanse som må inngå hos byggherren, og overføres mellom prosjekter.
- Gjennomføringsmodeller, dvs. prosessene fra å kontrahere arkitekt og rådgivere, til å velge kontraktsstrategi og gjennomføringsmodell, er områder med stor overføringsmulighet og -verdi mellom interregionale og regionale prosjekt. I dette forutsettes også mye kunnskap om lover og regler. I dette ligger også mye «ferskvare» gjennom kompetansen til de som deltar i prosjektet. De valg som gjøres i denne fasen, er særdeles viktige for resultatet i sluttproduktet.
- Brukermedvirkning er også et område med mye overføringsverdi til andre prosjekter.
- Miljø- og energikrav vil ha særdeles stor oppmerksomhet i årene framover, og har stor overføringsverdi mellom prosjekter. Erfaringene fra St. Olav viser betydelige muligheter som er enklere å gjennomføre gjennom en samhandlingsprosess. Etablering av passivhusnivå på det siste senteret skjedde gjennom slike prosesser.

- Optimal bruk av verktøy er et område som krever kompetent miljøer, og som har svært stor overføringsverdi mellom prosjekter.
- Utnyttelse av de mulighetene som ligger i BIM krever også et sterkt og enhetlig fagmiljø, og forutsetter læring gjennom prosjekter, og systematisk kunnskapsoverføring. Det vises for øvrig til kap. 5.5

Verktøy

- Prosjektstyring, med styringsdokumenter, prosedyrer og veiledere, innenfor økonomi, KS, usikkerhetsstyring, HMS etc. er et opplagt område med vesentlig overføringsverdi mellom prosjektene.
- Verktøy og maler knyttet til brukermedvirkning er relevant som understøttelse av kompetansoverføring
- Fullføringsfasen, med etablering og implementering et tydelig test- og verifikasjonsregime er også et sentralt område, med stor overføringsverdi innen sykehussektoren.

Organisering

- I de ulike prosjekter utarbeides mange rapporter av faglig karakter, spesifikt for sykehussektoren, som i mye større grad må gjøres tilgjengelig i prosjektene. Vi må sammen sikre større åpenhet for bruk i helse-Norge, gjennom krav om dette i kontraheringsprosessene.

De overnevnte punktene er ikke uttømmende, men eksempler på områder hvor systematisk kompetanseoppbygging og erfaringsoverføring er viktige forutsetninger for resultatforbedringer, målt både på økonomi, kvalitet og sektorens evne til å levere optimale helsetjenester til enhver tid.

7 Handlingsalternativer

Alternativer for implementering av resultater fra FoU-prosjekt, andre fellesprosjekter, samt utvikling og drifting av felles databaser.

Ut i fra de drøftinger som er gjort i arbeidsgruppen, har det fremkommet fem alternative måter å drive interregionalt samarbeid på som kan bidra til å drifte og vedlikeholde databaser, ta i bruk nye metoder og anvende erfaring, kompetanse og metoder fra større utbyggingsprosjekter. Alternativene kan fungere alene eller flere sammen, avhengig av hvilke oppgaver som skal løses. I oppstillingen er det ikke skilt på om alternativene lar seg gjennomføre uten overordnede administrative eller politiske beslutninger.

1. Workshop og seminarer etc.
2. Nettverk (erfaringsutveksling, ikke besluttende)
3. Felles enkeltprosjekter (tidsavgrensede, resultatkrav, med mandat og en viss organisering)
4. Interregionalt permanent samarbeidsforum (definert arena, kontinuitet, med styringsstruktur)¹
5. Felleseid selskap (juridisk enhet (AS))

1. Workshop og seminarer

Arbeidet med for eksempel informasjonsspredning av resultater fra forskningsprosjektet eller andre tilrettelagte tiltak (beslutninger) organiseres med enkelte workshops og seminarer, uten en formell struktur eller kontinuitet. Workshop etableres ved behov, og kan brukes i flere sammenhenger og til flere formål, også informasjonsinnhenting og videreutvikling av løsninger.

2 Nettverk

Kompetansebygging, informasjonsspredning og kunnskapsdeling skjer i organiserte nettverk. Denne arbeidsformen er spesielt godt egnet til erfaringsutveksling og frivillige endringstiltak innenfor egne organisasjoner. Nettverkene har ikke besluttende myndighet, og forslag til beslutninger må eventuelt bringes inn i de besluttende fora (Linjeledelsen). Nettverk kan fremstå som mer eller mindre uforpliktende, og er en møtearena for faglig utvikling. Et nettverk som skal bestå over tid og som det knyttes måloppnåelse til må være organisert, ledes og ressursatt.

3 Felles enkeltprosjekter

Prosjekter opprettes for konkrete oppgaver med definert arbeidsomfang og krav til resultater i form av produkt eller måloppnåelse. Prosjektene kjennetegnes av å være tidsavgrensede, ha et mandat og med visse resultatkrav, og med en definert organisering. Prosjektet må også ha eier og overordnet styring, som regel styringsgruppe.

4 Interregionalt forum

Dette er vurdert som en permanent bemannet enhet som kan drive flere prosjekter (et program) innenfor ett fagområde eller på flere områder. Enheten kan tillegges prosjekter og oppgaver etter behov, og bemannes deretter. Enheten må styres av de fire regionale helseforetakene i fellesskap og ha en permanent ledelse/organisasjon. Enheten vil ikke være en egen juridisk enhet, men operere i navnet til ett eller flere av de regionale helseforetakene. Det finnes eksempler på dette i dag, som ved kontrahering av rådgivertjenester innen oppfølging av landsverneplanen.

¹ Et mindretall ønsker prosjektorganisering og prosjekt i navnet selv om det ikke er tidsbegrenset arbeid

For å gjøre dette samarbeidet forpliktende og godt styrt, bør det opprettes en eller flere samarbeidsavtaler som styrer aktivitetene og ressursene, innenfor definerte oppgaver og budsjetter.

5 Felleseid selskap

Interregionalt samarbeid innen eiendomsvirksomheten vil foregå innen eget selskap som egen juridisk enhet, eid av de fire regionale helseforetakene i fellesskap.

Selskapet kan da levere tjenester og utføre oppgaver for helseforetakene som det er store synergieffekter ved å gjennomføre på samme måte og bruke de samme ressursene i alle regionene.

7.1 Oppsummering av handlingsalternativer

Arbeidsgruppen har ved hjelp av en workshop hvor flere sentrale personer innen eiendom i helseforetakene deltok, analysert og funnet frem til en rekke tiltak som er relevante innenfor mandatet. Workshopen har også tatt med andre tiltak som det vil være fordelaktig å samarbeide om.

Arbeidsgruppen har sett det som fordelaktig å gruppere tiltakene, og har funnet at tre hovedområder dekker alle områder: *Standardisering, kompetanse og databaser.*

7.1.1 Standardisering

Det kan gi mange fordeler med interregionalt samarbeid innen standardisering. Dette kan for eksempel dreie seg om felles veiledere og prosedyrer, og lik arbeidspraksis. Eksempler på oppgaver som omhandler standardisering innen drift, byggeprosjekt og utvikling er forvaltning og vedlikeholdsplaner, programmeringsverktøy og bruk av dette og veiledere i sykehusbygging. Standardisering handler også om å benytte de samme standardene som er utarbeidet for bransjen, og stille like krav ovenfor leverandørene. Standardisering gjør også at det blir lettere å sammenligne både prosjekter og driftsresultater. Et eksempel på dette er bruk av samme standard for livsyklus kostnader for et bygg og bruk av samme kontoplan. En kontoplan må også følges opp med veiledere og tolkninger, og konteringen må kvalitetssjekkes skal dataene være troverdige.

Standardisering er et nøkkelområde for å dekke opp mandatets oppgave om ibruktagelse av FoU-prosjektets resultater. Dette gjelder særlig for delprosjekt 4, som nettopp anbefaler bruk av felles standarder, beskrivelser, kontoplaner etc. Implementering og bruk av felles standarder må følges opp fra ett sted, og det må være lojalitet rundt både innføring og bruk. For å lykkes med standardisering, må dette følges opp fra et kompetent miljø.

7.1.2 Kompetanse

Nyttiggjøring av forskningsresultater og deling av erfaring handler om kompetansebygging. Oppbygging av kompetanse og deling av felles kompetanse skjer best når miljøene er store, og når kompetanse bygging skjer strukturert og målrettet. Deling og overføring av erfaring og kompetanse bør samordnes på tvers av regionene, for lettere å kunne spre kunnskap. Dette vil bidra til rekruttering og gi muligheter for utvikling av spisskompetanseområder som sikrer ønsket kvalitet til en lavest mulig kostnad. Det er mange eksempler på oppgaver innen bygg og eiendom som egner seg for interregional samarbeid, som handler om kompetansedeling. Eksempelvis sykehusplanlegging, prosjektledelse innen bygging, BIM, forvaltning av verneverdige bygg – Landsverneplan helse, og miljø og klimaprojekt. (Energioptimalisering)

I kompetansedeling ligger det også kompetanseformidling, som i dag delvis gjøres via kompetansenettverkets hjemmeside, www.sykehusplanlegging.no, og ulike prosjekters

hjemmesider, som Multiconsults www.bedresykehus.no og Grønt sykehus sin hjemmeside <http://www.helse-vest.no/aktuelt/prosjekter/gront-sjukehus/Sider/om-oss.aspx>

En felles portal for slike hjemmesider, evt. med sammenslåing av beslektede hjemmesider, bør absolutt vurderes – evt. sammen med vurdering av sekretariatsfunksjonen for, og rollen til kompetansenettverket for sykehusplanlegging.

7.1.3 Oppsummering databaser

Arbeidsgruppen har hatt som mandat å

- *anbefale hvordan allerede opprettede databaser best kan driftes og vedlikeholdes, og gjøres tilgjengelige for samtlige helseforetak.*

I kapittel 4 er det redegjort for en rekke databaser, som enten er under utvikling eller tatt i bruk. Felles for alle er at de er etablert/etableres ved hjelp av eksterne leverandører, og det er til dels også eksterne brukere av de (rådgivermiljø).

Det må gjennomføres særskilte vurderinger dersom helseforetak skal bidra til utvikling av eksterne/private datasystemer. Det må imidlertid sikres eierskap og full bruksrett til alle data og all dokumentasjon som er utviklet av, eller på oppdrag fra, de regionale helseforetakene og deres underliggende foretak. Dette er nødvendig for at dataene skal kunne brukes på tvers, både i helseregionene og i eventuell annen offentlig forvaltning, til utvikling, forbedring og effektivisering av tjenestetilbudet. Dette gjelder uansett om disse er lagt inn på eksterne eller interne datasystemer.

Full kontroll over data, informasjonsbærere, samt lagrings- og utvekslingsformater, krever:

- Kontraktuelt eierskap, inklusive opphavsrettigheter, til bruk og gjenbruk av data.
- Lagring på åpne internasjonale formater, som er tilgjengelig og enkle å flytte til nye programmer – når det behovet oppstår.
- Egen administrasjon av databasenes innhold, men ikke nødvendigvis eierskap til servere.

Helseregionene bør ikke låse seg til enkeltleverandører, uten at det er svært viktige og tungtveiende argumenter for det.

De fleste databasene som er redegjort for er nødvendige for å kunne drive en moderne forvaltning av sykehusbygg. Med forvaltning menes her både utvikling, bygging, drift og vedlikehold. Databasene inneholder store mengder av verdifulle data registrert og erfart gjennom flere års arbeid og utvikling. Arbeidsgruppen mener at en får større nytte av databasene, registreringene og måten dataene benyttes på dersom dette gjøres likt av alle helseforetakene, og at det gis ensartede manualer, brukerveiledninger og oppfølging.

Det er nødvendig at koordinering av dette skjer ett sted, og at antallet databaser reduseres. Dette vil i tillegg til å redusere kostnader også sikre kvaliteten på dataene, og gjøre forbedringer og utvikling lettere. Det vil også være lettere å utvikle bestillerkompetanse og påvirke leverandørene i den retning som helseforetakene ønsker, samt sikre felles eierskap til dataene.

Det mest naturlige vil være å legge denne oppfølgingen til et miljø som etableres i fellesskap av de regionale helseforetakene, med bistand fra de miljøene som i dag eksisterer, enten i pågående prosjekt eller driftsmiljøer. Miljøet bør i første rekke besitte eiendomskompetanse, men det må etableres integrert kontakt med IKT-miljø.

Dette kommer tydeligst frem ved ibrugging av BIM i større skala. Som redegjort for i kap 5.5 er dette et hjelpemiddel innenfor prosjektering og drift som har en rask utvikling. I prinsipp er dette en stor database (lagringsenhet) som kan synliggjøre innlagte data og beregninger i en tredimensjonal modell, og som i fremtiden kan romme alle andre databaser og programmer, enten via applikasjoner eller lagt rett inn i modellen. I teorien kan alle sykehusbygg i Norge ligge på en server, og alle nødvendige data både for prosjektering og drift hentes herfra, alltid oppdatert (sann tid).

For at dette skal kunne skje, er en avhengig av at det arbeides med ett felles dataspråk, og at det er utarbeidet tilstrekkelig malverk og kravspesifikasjoner til de som skal legge inn data slik at de kan hentes og brukes på en ensartet måte.

Dette kan bare skje innenfor ett enhetlig opprettet miljø, som må styres av de regionale helseforetakene i fellesskap, med bred brukerdeltagelse.

7.2 Oversikt over tiltak og gruppering innen samarbeidsområder

Tabellen nedenfor viser hvordan arbeidsgruppen har sammenstilt de ulike tiltakene som er kommet frem gjennom dette arbeidet, inklusiv workshop med utvidet deltagelse fra helseforetakene. Tabellen viser også hvordan hvert av samarbeidsområdene egner seg til interregionalt samarbeid, hvordan dette samarbeidet i tilfelle best kan organiseres, og hvorvidt dette arbeidet dreier seg om standardisering, kompetanse og/eller databaser.

Tabell 1 sammenstilling av samarbeidsområder, fordeler ved interregionalt samarbeid og mulig organisering.

Samhandlingsområder		Detaljert beskrivelse	Få/Noen/ Mange fordeler v/nasjonalt samarbeid	Mest aktuell modell					Kommentarer
				1	2	3	4	5	
Drift	Oppfølging av miljø- og klimaprojektet – miljøsertifisering	Viktig og samarbeide med Pilotforetakene for å dra nytte av allerede definerte og gjennomførte aktiviteter. - Kartlegging av miljøspekter - Kommunikasjon - Fremdriftsplaner - Forankring	M					X	Pågår i egen relasjon - må diskuteres videre løp innen eiendomsområdet. Standardisering/Kompetanse
Drift	Organisering av eiendomsforvaltning/utvikling/ drift	Diskutere organisering av eiendomsorganisering innen eiendomsområdet Se på likheter/ulikheter rundt prinsipper rundt eiendomsorganisering. Strategier som fungerer/ikke fungerer.							Ikke relevant
Drift	Forvaltnings- og vedlikeholdsplaner	Skissere metodikk og retningslinjer for prinsipper	M			X			Standardisering
Drift	Husleie	Drøfte hvilke organiseringsmodeller som understøtter ønsket effekt av husleie							Ikke relevant
Drift	Beste praksis/benchmarking/ kostnadsdatabase	Drøfte prinsipper for NS-kodeføring og kostnadsfordeling. Sikre likhet i datagrunnlaget	M		X		X*		Standardisering/Database/Kompetanse. NS 3454 *database
Drift	BIM/FDV	Beskrivelse funksjonalitet for FDV brukt i BIM	M			X			Standardisering/Kompetanse. Forklar i tekst
Drift	Energi og Enøk	Sykehus er en av de mest energikrevende bygg. Økt Kostnader og fokus på miljøpåvirkning gjør at det er viktig å lykkes med energisparende tiltak, samt omlegging til miljøvennlig energikilder.	N		X				Standardisering/Kompetanse
Drift	Nasjonale databaser	Drøfte målsetning med å opprette en nasjonal database med eiendomsdata. Det er besluttet database for klassifikasjonssystemet. Hvilke andre data har vi i databaser i dag for og hvilke data er formålstjenlig å samle i nasjonal database	M				X		Foreslå hvordan databaser skal driftes. Både eksisterende og nye. Databaser
Byggeprosjekt	Utstyr	- Anskaffelser - Mottak	M			X			Standardisering
Byggeprosjekt	Idriftsettelsesfasen	Utveksle erfaringer med bruk av ulike modeller, prosedyrer mv. i overgangen mellom utbygging og drift	M		X				Standardisering
Byggeprosjekt	Rammeavtaler	Felles rammeavtaler for utvalgte områder (spesialfunksjoner)	F				X		Standardisering
Byggeprosjekt	Verktøy og redskap	Programmeringsverktøy (utvikle eget eller anskaffe i fellesskap) Samle erfaringer med bruk av ulike verktøy	M				X		Standardisering
Byggeprosjekt	BIM	Utvikle felles standarder og krav til bruk av BIM Manualer mv Dele modellelementer (objektbibliotek) Dele erfaringer	M				X		Standardisering/Database/Kompetanse
Byggeprosjekt	Utbyggingsprosjekter_ Sykehus i drift		N	X					Kompetanse
Byggeprosjekt	Strukturering av ansattmedvirkning	Modeller, maler, prosedyrer og rutiner for å sikre gode prosesser med ansattmedvirkning Riktig rollefordeling prosjekt/sykehus og riktig fokus i de ulike faser	M				X		Standardisering/Kompetanse, Se utvikling
Byggeprosjekt	Byggherrefora for offentlige byggherrer	1. Etablere samarbeidsfora for byggherrer i «Helse-Norge» 2. Etablere kontakt med andre offentlige byggherrer 3. Kontakt med entreprenør bransjen	M		X*				Standardisering (koordinering). Kan også representeres ved interreg.eiendomsenhet
Byggeprosjekt	Organisering av sykehusprosjekter	Ajourholdt oversikt over hvordan ulike sykehusprosjekter er / har vært organisert og hvilke erfaringer er her med de ulike modellene. Både innen store og små prosjekter. Entreprenøremodeller	M		X				Kompetanse
Byggeprosjekt	Energi og miljøkrav	Felles enhetlige kravdokumenter (jf også «prosjekthåndbok») For byggefasen: Felles krav energi	M				X		Standardisering
Byggeprosjekt	Standard prosjekthåndbok	Basis: FP godkjent. Fokus: Utbygging / gjennomføring Prosedyreverk: Komplette prosedyrer som omfatter alle deler av prosjektet. Inklusiv kontrakts bilag. Prosjektstyring: Støtte i form av kompetanse og erfaringsutveksling	M				X		Standardisering

Område	Navn på mulig samarbeidsområde	Detaljert beskrivelse	Få/Noen/ Mange Fordeler v/nasjonalt samarbeid	Mest aktuell modell					Kommentarer	
				1	2	3	4	5		
Utvikling	Sykehusplanlegging - kompetanse-oppbygging og -formidling	<ul style="list-style-type: none"> • Følge med på løsninger, endringer som følge av behandlingsmetodikk og pasientforløp, etc. • Samle kunnskap og informasjon fra tidligere og pågående prosjekter • Utvikle veiledere • Utvikle retningslinjer og standarder for sykehusbygg. • Utvikle KS-premisser (Kvalitetssikring av utviklingsplaner – KSU – og konseptvalg – KSK). • Utvikle retningslinjer for planlegging, eiendomsforvaltning, herunder evt. husleiemodell og kjøp og salg. • Utvikle organiserings- og medvirkningsmodeller for bruk i sykehusprosjekter • Organisere fagseminarer og arbeidsseminarer. • Utvikle og drifte kunnskapsbasen / hjemmesiden www.sykehusplan.no • Overta Sintef Helses rolle som sekretariat for KNS 	M		X			X		Standardisering/Kompetanse.
Utvikling	Sykehusplanlegging - Rådgiving tidligfase	<ul style="list-style-type: none"> • Være rådgiver overfor HFene i forbindelse med utviklingsplaner (erstatte deler av dagens tjenestekjøp fra eksterne rådgivere) • Sykehusprogrammering (erstatte deler av dagens tjenestekjøp fra eksterne rådgivere) • Rådgivning i forbindelse med kost-/nyttevurderinger 	M					X		Kompetanse
Utvikling	Sykehusplanlegging - rådgiving organisering og prosess	<ul style="list-style-type: none"> • Bistå ved opp- og nedbygging av byggherreorganisasjoner. • Kontrahering av rådgivere (felles rammeavtaler innenfor utviklings- og tidligfasen, og spesialkompetanse innenfor alle faser). • Bistå med kontrahering av rådgivere lokalt 	N					X		Kompetanse
Utvikling	Sykehusplanlegging - Kvalitetssikring	Gjennomføre KS (KSU og KSK).	N					X		Kompetanse
Utvikling	Juridisk	<ul style="list-style-type: none"> • Samle og ajourholde relevante lover, forskrifter og standarder (planleggings- og byggeprosess, drift, avhending, etc.) • Rådgiving overfor RHF og HF • Kurs/opplæring og informasjon 	N					X		Kompetanse. Juridisk hører hjemme under alle områder.
Utvikling	Databaser	<ul style="list-style-type: none"> • Utvikling og drift av databaser • Stille krav til hvilken informasjon som skal være tilgjengelig • Sammenligning / benchmarking • Krav til formater og felt • Krav til sammenkoblinger og eksport/import • Ta ut rapporter • Gjennomføre analyser • Administrere objektbiblioteker 	M					X		Databaser/Standardisering
Utvikling	Kunst i sykehus	<ul style="list-style-type: none"> • Felles prosedyrer og retningslinjer for integrert kunst (omfang, bruk, registrering, etc.) • Akkumulering og kunnskapsspredning om effekt av utsmykning • Rådgiving overfor HF og enkeltprosjekter 	N		X	X				Standardisering/Kompetanse.

8 Vurderinger av samarbeidsformer og organisering

Det er i rapporten vurdert fem alternative samarbeidsformer eller organiseringer for å utnytte resultatene av gjennomførte prosjekter og for å kunne ta i bruk nye felles databaser og ny teknologi.

1. Workshop og seminarer etc.
2. Nettverk (erfaringsutveksling, ikke besluttede)
3. Felles enkeltprosjekter (tidsavgrensede, resultatkrav, med mandat og en viss organisering)
4. Interregional eiendomsenhet (definert arena, kontinuitet, med styringsstruktur)²
5. Felleseid selskap (juridisk enhet (AS, ANS, HF))

Av disse alternativene, er de tre første i en viss grad kjent og prøvd innenfor eiendomsområdet. De to siste alternativene, hvor det beskrives en felles enhet som driver flere prosjekter, eller det opprettes et felles selskap for eiendomsforvaltning er det lite erfaring med innenfor eiendomsområdet.

Siden det siste alternativet om felleseid selskap krever beslutninger og videre bearbeiding av design og gjennomføring, er dette alternativet ikke vurdert nærmere ut over at flere i arbeidsgruppen mener alternativet er praktisk anvendbart for alle de oppgaver og hovedområder som arbeidsgruppen har definert. Siden det var delte meninger om organisering i et eget selskap for å løse fellesoppgaver kom heller ikke dette alternativet opp som best egnet for å løse de oppgavene som ble gjennomgått av arbeidsgruppen.

Nettverk og workshops

Selv om det i dag drives noe interregionalt nettverksarbeid, og i enkelte tilfeller er benyttet workshops for informasjonsdeling/innhenting, vurderes dette som sporadisk og lite strukturert. Unntakene er miljøprosjektet som omfatter hele virksomheten, landsverneplanarbeidet og utarbeidelsen av veiledere (for tidligfaseplanlegging for sykehusbygging m.fl. (kompetansenettverket for sykehusplanlegging)). Felles for disse prosjektene/nettverkene er at de har hatt definert ledelse/styring, har hatt mandater og delvis resultatkrav. Likeledes er det budsjetterte midler og dedikerte ressurser til disse prosjektene.

Arbeidsgruppen vurderer nettverk som gode supplement for å drive kompetanseheving, benchmarking og i noen sammenhenger utrulling av felles løsninger. I et slikt arbeid kan også workshops benyttes. Imidlertid har gruppen kommet frem til at dette også må styres/administreres. Skal det oppnås resultater må det etableres mandater, resultatkrav og oppfølging. Dermed er dette mer hjelpemidler for å oppnå resultater enn en organisering for gjennomføring. Frivillige nettverk kan lett bli uoversiktlige og være forstyrrende i linjeledelsen. Det kan også fort oppstå kapasitetsunderskudd i slike prosjekter, idet slikt arbeid kan bli nedprioritert innenfor et område hvor det generelt er mangel på kapasitet.

Eiendomsforum

Arbeidsgruppen har derfor vurdert å samle alle fellesoppgaver/nettverk inn under en samlet enhet, her kalt eiendomsforum, med en felles ledelse. Dette i erkjennelsen av at dersom resultater skal oppnås og konkrete krav/planer på tvers av regionene skal iverksettes, må dette ledes og struktureres.

² Et mindretall ønsker prosjektorganisering og prosjekt i navnet selv om det ikke er tidsbegrenset arbeid

Arbeidsgruppen mener dette best kan gjøres ved å ha en fast grunnbemanning som sørger for samordning, oversikt og best mulig ressursutnyttelse. Dette gjelder i særlig grad for utnyttelse og opplegg for felles databaser, hvor ansvaret og oppfølging må ligge ett sted, som innehar nødvendig spisskompetanse. Dette vil også være nødvendig ved opprettelsen av den pålagte databasen innen klassifikasjon (klassifisering av sykehusarealer). Også tilstandsregistrering av bygg bør være ensartet og tilligge et miljø som har den overordnede oversikten.

Når det gjelder innføring av BIM, bygningsinformasjonsmodellering, er dette et nytt område, som krever både sektormessig samordning, men også en samordning mellom sektorer. Det er store utfordringer som ligger i innføringen av BIM, men samtidig er det godtgjort så store gevinster og kvalitetsforbedringer at det er en bred bransjemessig enighet om å nyttiggjøre seg dette hjelpemidlet. Alle statlige sektorer er nå i ferd med å ta dette i bruk. Innføring av BIM krever felles policy og strategi, felles manualer og bruk av det felles dataspråket IFC (Dette betyr åpne formater som kan nyttiggjøres og kommuniseres av alle). BIM benyttes i dag i det vesentligste i sykehusbygging, men har kapasitet og anvendelighet langt utover dette, både i tidligfaseplanlegging av sykehusbygg og i driftsfasen. Det vil her være mulig å utvikle dagens FDVU-systemer til å være mer kontinuitetsbærende og informasjonsgivende. I en optimal bruk av BIM vil det være mulig å gjenbruke layout og produktdata på en ny og effektiv måte.

Det vurderes som nær sagt umulig å innføre og få full nytte av et slikt system innenfor spesialisthelsetjenesten uten å planlegge å styre dette samlet. Dersom dette tillates utviklet lokalt og sporadisk, vil en til slutt få så fragmenterte og individuelle løsninger at en vil være tilnærmet dagens løsning, bare med mer avansert verktøy og høyere kostnader.

Det foreslåtte eiendomsforumet som arbeidsgruppen vurderer som best egnet flest ganger for å løse fellesoppgaver, vil være sentral for standardisering, kompetanseoppbygging og drift av databaser.. Også oppgaver som defineres som tidsavgrensede oppgaver (prosjekt) kan legges til et slikt forum, som har oppfølgings- og resultatansvar.

Spesifikt i kompetanseoppbygging/ivaretagelse av kunnskap er hvordan prosjektpersonell kan tilbys relevante og interessante oppgaver som kommer til nytte på tvers av foretaksgruppene. Helseforetakenes ansatte i større prosjekter vil neppe ha oppgaver innenfor samme helseforetak over lang tid. Faren er derfor stor for at oppnådd erfaring og kunnskap går tapt for spesialisthelsetjenesten, eller kunnskapen forvitrer.

Det foreslåtte eiendomsforumet kan være en arena hvor kunnskap ivaretas på en langsiktig og god måte. I de gjennomførte prosjektene ved Ahus og St.Olavs hospital, er det mye erfaringsmateriale som allerede nå til dels er i ferd med å gå tapt, selv om det har vært overføringsgevinster til prosjekt nytt østfoldsykehus og nye prosjekter i Helse Midt-Norge.

Eiendomsforumet kan bygges ut suksessivt. Det vil være nyttig å vinne erfaring og starte med de mest opplagte oppgavene som kan gjennomføres med lav bemanning og eksisterende ressurser i regionene og helseforetakene.

De fire helseregionene må opprette forumet som en definert bemannet "enhet" som styres i fellesskap via en styringsgruppe. Styringsgruppen kan bestå av lederne for eiendomsvirksomheten i de fire regionale helseforetakene, forsterket med regionale tillitsvalgte³ og eventuell representant for økonomi/finans. Eier av forumet bør være administrerende direktører ved de regionale helseforetakene, og prosjektstyret rapporterer til dette kollegiet. Siden forumet ikke er en juridisk enhet, må det foreligge forpliktende samarbeidsavtale for forumet, eventuelt supplert med flere avtaler innenfor forskjellige

³ For å sikre medbestemmelse jfr Hovedavtalen.

områder/prosjekt som opprettes. Forumet kan for eksempel delegeres innkjøpsoppgaver, som må foregå i navnet til ett av de regionale helseforetakene. Slike oppgaver kan fordeles og tillegges der hvor det er kapasitet eller spisskompetanse. Dette betyr at forumets dedikerte ressurser har sine ansettelsesforhold i sine respektive HF/RHF.

8.1 Kostnader, gevinster og risiko

Bygg og eiendom innenfor de fire regionale helseforetakene representerer store verdier og et areal på ca fem millioner kvadratmeter. Årlig investeres det minimum fire milliarder kroner innenfor nybygg og ombygging. Det er vanskelig å skaffe seg oversikt over driftskostnadene, men eksklusiv kapitalkostnader antas det at disse er i størrelsesorden tre til fire milliarder, inklusiv energikostnader.

8.1.1 Gevinster

Det er vurdert som svært usikkert å beregne et innsparingspotensial innenfor eiendomsvirksomheten som et resultat av samordning og fellesprosjekter, uten å gå konkret og dypt inn i materien.

Tydeligst vil gevinstene fremstå som reduksjon i kostnader når fire regioner kan dele på en eller flere ressurser som betjener alle regionene, mot at regionene etablerte slike ressurser hver for seg. Dernest vil det bli lettere å beregne gevinster ved bruk av benchmarking og sammenligninger.

Det er imidlertid på standardisering og metoder som det vil ligge størst innsparingspotensial. Erfarings- og kunnskapsoverføring som et slikt forum kan bistå med kan bidra til kompetanseutvikling og vise seg å gi store effektiviseringsgevinster også for kjernevirksomheten ved at byggene over tid optimaliseres og understøtter arbeidsprosesser på en god måte og til effektivisering av forvaltningen.

Innføringen av BIM vil være et meget godt hjelpemiddel for selve eiendomsvirksomheten men også for kjernevirksomheten. Grunnen til dette er at BIM-modellen er en avansert database hvor all informasjon kan lagres og brukes, blant annet til simulering av byggets logistikk og pasientflyt, hvor utformingens innflytelse på behandlingkapasitet kan dokumenteres.

I prosjektet «Måling af økonomiske gevinster ved Det Digitale Byggeri Prosjekt», gjennomført i regi av Danmarks Tekniske Universitet i perioden 2009-2011

(http://www.buildingsmart.no/sites/default/files/08_openbimisprofitable_peterhauch_0.pdf), påpekes det en rekke gevinster ved implementering av BIM i gjennomførte prosjekter.

Forskerne bak rapporten påpeker at det i disse var ca. 15 % besparelse i byggekostnader, og ca. 10 % besparelse av de samlede prosjektkostnadene. Dette tilsvarer en besparelse i størrelsesorden 400 MNOK/år i investeringskostnader i helseforetakene. Det påpekes imidlertid i rapporten at potensialet for besparelser er vesentlig større, knyttet til bl.a. produktivitetsforbedringer, bedre prosjektmateriale og færre byggefeil, samt besparelser til senere forvaltning og endringer i bygningsmassen.

I tillegg kommer potensial for besparelser knyttet til endrede gjennomførings-, samhandlings- og entreprisemodeller i byggebransjen, hvor BIM i stor grad er en forutsetning for slike endringer. Dette forutsetter imidlertid et faglig sterkt og innovativt prosjektmiljø.

Helse Nord er det gjennomført en mulighetsstudie for effektivisering av forvaltningsområder.

Studien viste at en hadde et potensial på om lag 120 millioner kroner innenfor eiendomsdrift, renhold, vaskeritjenester, matforsyning, sentralbord, post og resepsjonstjenester. ENØK-potensialet lå på ca 25.- 30 millioner kroner årlig. Tiltakene som allerede er i verksatt har ført til en årlig besparelse på 85 millioner kroner i forhold til en målsetting på 50 millioner kroner. Samordning og læring av slike prosesser bør kunne foretas interregionalt, og kompetanseoverføring kan skje systematisk og målrettet gjennom et felles eiendomsforum.

Et av hovedmålene med samordning og utnyttelse av forskningsresultater og beste praksis, er å få bedre og mer effektive bygg for kjernevirksomheten. En god samordning innen eiendomsutviklingen og forvaltningen, (bygging og drift) ved innføring av standardiserte og effektive løsninger, basert på beste praksis og læring, vil bidra til oppnåelse av mer effektiv drift av kjernevirksomheten. Dette er dokumentert gjennom en rekke publikasjoner, og blant annet behandlet i

PhD - avhandling "Bygg og eiendoms betydning for effektiv sykehusdrift" av Anne Kathrine Larssen, Effektivisering av kjernevirksomheten kan blant annet skje ved optimalisering av logistikk og behandlingslinjer, som til dels er sterkt avhengig av bygningsutforming og arealmessig layout. Effektiviseringsgraden vil selvsagt variere, men bare ved 1 % effektivisering vil dette medføre en kostnadsbesparelse på en milliard kroner årlig for spesialisthelsetjenesten.

Her vil et felles eiendomsforum hvor slike erfaringer kan systematiseres og bringes videre både i prosjekteringsfasen og driftsfasen ha stor nyttegrad.

8.1.2 Kostnader

Samordning av prosjekter i et interregionalt eiendomsforum betyr at det må dedikeres personell til et slikt forum. Disse må ansettes eller frikjøpes fra helseforetakene.

I første rekke er det, prosjektleder og eventuelt prosjektsekretær det er behov for, som må knytte til seg spisskompetanse.

Det vil være naturlig å se på sammenlignbare organiseringer i fellesprosjekter, slik som for eksempel miljøprosjektet. Dette prosjektet drifter flere delprosjekt ved hjelp av prosjektleder og prosjektsekretariat. Kostnadene ved en slik løsning avhenger av dimensjoneringen, antall prosjekter og vanskelighetsgrad. En minimumsstørrelse vil bestå av tre personer på heltid, som genererer kostnader på ca 3 til 4 millioner kroner årlig. Det må også antas behov for noen kjøpte tjenester, og i tillegg kommer kostnader til investering og drift av database(r) Alle disse kostnadene måtte hver region i større eller mindre grad ha påtatt seg innenfor egen organisasjon, slik at dette i stor grad vil være omdisponering av midler.

Foreløpig settes et slikt budsjett for oppstartsår til om lag 5 millioner kroner, eksklusiv investeringskostnader⁴.

I den grad forumets sekretariat også skal ha oppgaver knyttet til informasjons- og kompetanseformidling, bl.a. drifting og ajourføring av felles informasjonsportaler, og evt. oppgaver knyttet opp mot kompetansenettverket for sykehusplanlegging, kommer dette i tillegg.

8.1.3 Risiko

Alle de alternativene som vurderes som mest aktuelle for utnyttelse av forskningsresultater, data og databaser, er lavrisikoområder. Sett i den store sammenhengen er alternativene forbundet med lave kostnader som er kontinuerlig påvirkbare. Det vil heller ikke være juridisk risiko, da de ikke innebærer tiltak som kommer i konflikt med helseforetakslov eller

⁴ Investeringskostnader kan eksempelvis dreie seg om kommunikasjonsutstyr, servere, utvikling av programvare etc.

forvaltningslovverk. Opprettelsen av et eiendomsforum vil heller ikke være berørt av aksjelov eller andre økonomiske lovverk, for eksempel merverdiavgiftreglementet. Alternativet innebærer ikke virksomhetsoverdragelse/nedlegging. I noen tilfelle ved bruk av interne ressurser kan det bli behov for geografisk forflytning.

9 Sammenfattende anbefalinger av samarbeidsområder og organisering

Arbeidsgruppen foreslår at det opprettes et felles interregionalt eiendomsforum i samarbeid mellom de fire regionale helseforetakene. Dette alternativet er best egnet til å løse felles utfordringer innenfor eiendomsvirksomheten og ta i bruk de nyvinninger som i fellesskap er utarbeidet gjennom forskning (forskningsprosjektet). Dette er også en god måte å kunne etablere og drifte felles databaser, og nyttiggjøre seg data fra disse databasene. For utnyttelse av nyvunnet erfaring ved gjennomføring av store byggeprosjekter, og kunne ivareta medarbeidernes kompetanse, er et permanent eiendomsforum vurdert som et godt virkemiddel. Dette var også det alternativet som ga størst tilslutning i arbeidsgruppen.

Det anses også at et slikt forum lett kan tilpasses behovet, og at det kan opprettes med minimumsbemanning for så eventuelt å kunne opptrappes etter hvert når erfaring vinnes. Forumet må ha en fast leder, helst i heltidsstilling, og som bør rapportere til en styringsgruppe oppnevnt av de administrerende direktørene i fellesskap, og som vil være eierne av forumet. Styringsgruppen kan bestå av lederne for eiendomsvirksomheten i de fire regionale helseforetakene, forsterket med regionale tillitsvalgte og eventuell representant for økonomi/finans.

I startfasen bør minimum tre personer knyttes til forumet. Kostnadene for dette og tilhørende kostnader, for eksempel innleie av rådgivningstjenester kan for oppstartsåret budsjetteres til 5 millioner kroner., eksklusive eventuelle investeringskostnader.

Det må opprettes egne samarbeidsavtaler mellom de fire regionale helseforetakene som regulerer kostnadsfordeling, ressurstilførsel etc. Videre må det foreligge definert mandat og oppgavebeskrivelser for hvert enkelt oppdrag/område som forumet får ansvaret for.

10 Vedlegg

Resultat av workshop med arbeidsgruppens bearbeiding.

10.1.1 Drift

Samarbeidsområder innen drift med mange fordeler ved interregionalt samarbeid

Oppfølging av miljø- og klimaprojektet – miljøsertifisering

Viktig og samarbeide med Pilotforetakene for å dra nytte av allerede definerte og gjennomførte aktiviteter.

- Kartlegging av miljøaspekter
- Kommunikasjon
- Fremdriftsplaner
- Forankring

Forvaltnings- og vedlikeholdsplaner

Skissere metodikk og retningslinjer for prinsipper

Beste praksis/benchmarking/ kostnadsdatabase

Drøfte prinsipper for NS-kodeføring og kostnadsfordeling. Sikre likhet i datagrunnlaget

BIM/FDV

Beskrivelse funksjonalitet for FDV brukt i BIM

Nasjonale databaser

Drøfte målsetning med å opprette en nasjonal database med eiendomsdata. Det er besluttet database for klassifikasjonssystemet. Hvilke andre data har vi i databaser i dag for og hvilke data er formålstjenlig å samle i nasjonal database

Samarbeidsområder innen drift med noen fordeler ved interregionalt samarbeid

Energi og Enøk

Sykehus er en av de mest energikrevende bygg. Økte kostnader og fokus på miljøpåvirkning gjør at det er viktig å lykkes med energisparende tiltak, samt omlegging til miljøvennlig energikilder.

10.1.2 Byggeprosjekt

Samarbeidsområder innen byggeprosjekt med mange fordeler ved interregionalt samarbeid

Idriftssettelsesfasen

Utveksle erfaringer med bruk av ulike modeller, prosedyrer mv. i overgangen mellom utbygging og drift

Verktøy og redskap

- Programmeringsverktøy (utvikle eget eller anskaffe i fellesskap)
- Samle erfaringer med bruk av ulike verktøy

BIM

- Utvikle felles standarder og krav til bruk av BIM
- Manualer mv
- Dele modellelementer (objektbibliotek)
- Dele erfaringer

Strukturering av ansattmedvirkning

- Modeller, maler, prosedyrer og rutiner for å sikre gode prosesser med ansattmedvirkning
- Riktig rollefordeling prosjekt/sykehus og riktig fokus i de ulike faser

Byggherrefora for offentlige byggherrer

- Etablere samarbeidsfora for byggherrer i «Helse-Norge»
- Etablere kontakt med andre offentlige byggherrer
- Kontakt med entreprenør bransjen

Organisering av sykehusprosjekter

- Ajourholdt oversikt over hvordan ulike sykehusprosjekter er / har vært organisert og hvilke erfaringer er her med de ulike modellene. Både innen store og små prosjekter.
- Entreprisemodeller

Energi og miljøkrav

- Felles enhetlige kravdokumenter (jf også «prosjekthåndbok»)
- For byggefasen: Felles krav energi

Standard prosjekthåndbok

- Basis: FP godkjent. Fokus: Utbygging / gjennomføring
- Prosedyreverk: Komplette prosedyrer som omfatter alle deler av prosjektet. Inklusiv kontrakts bilag.
- Prosjektstyring: Støtte i form av kompetanse og erfaringsutveksling

Samarbeidsområder innen byggeprosjekt med noen fordeler ved interregionalt samarbeid

Utbyggingsprosjekter - Sykehus i drift

10.1.3 Utvikling

Samarbeidsområder innen utvikling med mange fordeler ved interregionalt samarbeid

Sykehusplanlegging - kompetanse-oppbygging og –formidling

- Følge med på løsninger, endringer som følge av behandlingsmetodikk og pasientforløp, etc.
- Samle kunnskap og informasjon fra tidligere og pågående prosjekter
- Utvikle veiledere
- Utvikle retningslinjer og standarder for sykehusbygg.
- Utvikle KS-premisser (Kvalitetssikring av utviklingsplaner – KSU – og konseptvalg – KSK).
- Utvikle retningslinjer for planlegging, eiendomsforvaltning, herunder evt. husleiemodell og kjøp og salg.
- Utvikle organiserings- og medvirkningsmodeller for bruk i sykehusprosjekter
- Organisere fagseminarer og arbeidsseminarer.
- Utvikle og drifte kunnskapsbasen / hjemmesiden www.sykehusplan.no
- Overta Sintef Helses rolle som sekretariat for KNS

Sykehusplanlegging - Rådgiving tidligfase

- Være rådgiver overfor HFene i forbindelse med utviklingsplaner (erstatte deler av dagens tjenestekjøp fra eksterne rådgivere)
- Sykehusprogrammering (erstatte deler av dagens tjenestekjøp fra eksterne rådgivere)
- Rådgiving i forbindelse med kost-/nyttevurderinger

Databaser

- Utvikling og drift av databaser
- Stille krav til hvilken informasjon som skal være tilgjengelig
- Sammenligning / benchmarking
- Krav til formater og felt
- Krav til sammenkoblinger og eksport/import
- Ta ut rapporter
- Gjennomføre analyser
- Administrere objektbiblioteker

Samarbeidsområder innen utvikling med noen fordeler ved interregionalt samarbeid

Sykehusplanlegging - rådgiving organisering og prosess

- Bistå ved opp- og nedbygging av byggherreorganisasjoner.
- Kontrahering av rådgivere (felles rammeavtaler innenfor utviklings- og tidligfasen, og spesialkompetanse innenfor alle faser).
- Bistå med kontrahering av rådgivere lokalt

Sykehusplanlegging – Kvalitetssikring

Gjennomføre KS (KSU og KSK).

Juridsk

- Samle og ajourholde relevante lover, forskrifter og standarder (planleggings- og byggeprosess, drift, avhending, etc.)
- Rådgiving overfor RHF og HF
- Kurs/opplæring og informasjon

Kunst i sykehus

- Felles prosedyrer og retningslinjer for integrert kunst (omfang, bruk, registrering, etc.)
- Akkumulering og kunnskapsspredning om effekt av utsmykning
- Rådgiving overfor HF og enkeltprosjekter