

# Eierskap og forvaltning av sykehusbygg

Oppsummering av analyser og  
dokumentasjon vedrørende sykehusbygg

10.05.2016



Building a better  
working world

## Innhold

1	Forord.....	2
2	Sammendrag .....	3
3	Om rapporten .....	12
3.1	Bakgrunn og formål med vurderingen .....	12
3.2	Metode og begrensninger.....	13
4	Oppsummering av analyser.....	14
4.1	Vurderinger som er gjort av bygningsmessig standard på sykehusbygg, og utviklingen i denne de siste årene .....	14
4.2	Vurderinger som er gjort av systemet for utbygging og forvaltning av sykehusbygg i Norge .....	20
4.3	Vurderinger som er gjort av systemet for utbygging og forvaltning av andre offentlige bygg i Norge .....	39
4.4	Hvordan sykehusbygg forvaltes i andre nordiske land, og hvilke vurderinger som er gjort av løsninger der bygningene eies og forvaltes av egne selskaper. ....	47
5	Vurderinger .....	52
5.1	Forbedringsområder når det gjelder kostnadseffektiv og verdibevarende forvaltning av og videreutvikling av sykehusbygg .....	52
5.2	Fordeler og ulemper ved å skille ut eierskap til og forvaltning av sykehusbygg i et eget selskap.....	54
5.3	Avsluttende kommentarer.....	61
6	Referanseliste.....	63

10.05.2016

## 1 Forord

Dagens organisering av bygg- og eiendomsforvaltning i spesialisthelsetjenesten skal legges til rette for at drift og investeringer ses og prioriteres i sammenheng. Kvinnsland-utvalget har blant annet fått i oppgave å utrede alternative modeller for hvordan staten kan organisere eierskapet til sykehusene.

Helse- og Omsorgsdepartementet har på bakgrunn av Kvinnslands-utvalgets mandat bestilt en sammenfattende vurdering av om det ut fra den kunnskapen som foreligger, peker seg ut spesielle forbedringsområder når det gjelder kostnadseffektiv og verdibevarende forvaltning av, og videreutvikling av sykehusbygg.

Denne rapporten inneholder en oppsummering av ulike analyser som er gjort av bygningsmessig standard på sykehusbygg, selve systemet for utbygging og forvaltning av sykehusbygg og andre offentlige bygg i Norge, samt hvordan dette ivaretas i andre land. Videre presenteres mulige forbedringsområder når det gjelder kostnadseffektiv og verdibevarende forvaltning, og fordeler og ulemper ved å skille ut eierskap til og forvaltning av sykehusbygg i eget selskap.

EY ADVISORY

Oslo, 10. mai 2016



Willy Eidissen

Ansvarlig Partner

## 2 Sammendrag

Helse- og Omsorgsdepartementet har med utgangspunkt i Kvinnsland-utvalgets mandat bestilt en sammenfattende vurdering av om det, ut fra den kunnskapen som foreligger, peker seg ut spesielle forbedringsområder når det gjelder kostnadseffektiv og verdibevarende forvaltning av og videreutvikling av sykehusbygg. Formålet er blant annet å vurdere en løsning der det etableres et eget foretak/selskap som skal eie og forvalte bygningsmassen i spesialisthelsetjenesten, og drive utleie til helseforetakene. En slik løsning vil tilsvare en form for "Statsbygg-modell" med en husleieordning.

Denne rapporten inneholder en sammenstilling av foreliggende kunnskapsgrunnlag og en sammenfattende vurdering basert på dette. Det er ikke innhentet noen ny informasjon, og det er ikke gjennomført intervjuer, brukerundersøkelser eller egne analyser som grunnlag for denne rapporten. Det presiseres at deler av kunnskapsgrunnlaget som foreligger er relativt gammelt, det vil si utarbeidet for mer enn 7 år siden. Dette medfører at det ikke uten videre kan legges til grunn at situasjonsbildet presentert i kunnskapsgrunnlaget representerer dagens situasjon. Blant annet kan implementerte tiltak som et resultat av tidligere anbefalinger ha endret dagens situasjon.

Dette innebærer at det kun i begrenset grad kan trekkes konklusjoner om dagens status innen enkelte områder av eiendomsforvaltningen i de fire helseregionene. Før det trekkes endelige konklusjoner vedrørende disse områdene bør det gjennomføres en oppdatert kartlegging og vurdering av faktisk status i de ulike helseregionene.

### Tilstanden for dagens sykehusbygg

Helseforetakene overtok bygg og utstyr av varierende kvalitet da staten tok over sykehusene i 2002. I dag forvalter spesialisthelsetjenesten i Norge cirka 4,9 millioner kvm bygningsmasse og er landets største statlige eiendomsbesitter. Flere undersøkelser de siste årene viser at tilstanden for en del av sykehusbyggene i Norge i dag ikke er tilfredsstillende. Det er imidlertid betydelige variasjoner fra bygg til bygg og mellom helseregionene. Det er indikasjoner på at den samlede bygningsmessige tilstanden har forverret seg de siste årene, til tross for økte investeringer i sykehusbygg samlet sett i Norge de siste 3-4 årene. Det er usikkert hva som er årsaken til dette, herunder hvorvidt dette er en målefeil, eller en realitet. For enkelte helseregioner og helseforetak kan utviklingen være en konsekvens av at investerings- og vedlikeholdskostnadene holdes lave i påvente av utfasing av gamle bygg og igangsetting av bygging av nye sykehusbygg.

Sammenlignet med andre offentlige bygg, er forvaltningen av sykehusbygg mer kompleks på grunn av et høyt endringsbehov som følge av rask utvikling knyttet til behandlingsformer, utvikling av ny teknologi, organisasjonsprinsipper, demografisk- og epidemiologisk utvikling. Videre er krav og forventinger til helsetilbudet i befolkningen stadig økende, samtidig som kvalitet og kostnader kontinuerlig er under press. Sykehusene blir blant annet mer avhengige av teknologi, og kravene til komfort øker. Dette utløser

10.05.2016

hyppige og store behov for både ombygginger og endret planløsning, noe som kan påvirke vurderingen av byggene.

Bygningsmassens tekniske og bygningsmessige oppgraderingsbehov er i Nasjonal helse- og sykehusplan beregnet til 35-45 milliarder kroner. I dette estimatet er det imidlertid ikke tatt høyde for befolkningsvekst, utvikling og ombyggingsbehov for å bedre egnethet for bruk. Beregninger utført av Multiconsult og McKinsey hver for seg, indikerer et samlet investeringsbehov, inkludert funksjonell oppgradering, i størrelsesorden 55-85 milliarder kroner over de neste 10 årene fra rapporten var skrevet, gitt forutsetningene som ligger til grunn rundt befolkningsvekst, utvikling og ombyggingsbehov.

### Systemet for utbygging og forvaltning av sykehusbygg

Tidligere utredninger konkluderer med at det er behov for styrking og profesjonalisering av bygg og eiendomsforvaltningen innen spesialisthelsetjenesten i Norge, og at dette er av strategisk betydning for utviklingen av spesialisthelsetjenestetilbudet i Norge. Dette er et av områdene hvor kunnskapsgrunnlaget i hovedsak er utarbeidet for mer enn 7 år siden, noe som medfører at vi i begrenset grad kan konkludere om dette også tilsvarer dagens situasjon. Det må derfor tas høyde for at implementerte tiltak basert på tidligere anbefalinger kan ha endret situasjonsbildet

Eiendomsforvaltningen i Helse Midt-Norge ble evaluert i 2011. I den anledning ble det også gjennomført en vurdering av effekten av etablering av enheter for eiendom og drift/vedlikehold på helseforetaksnivå. Evalueringen konkluderte med at etablering av eiendomsenheter har medført at helseforetakene har utarbeidet strategier og handlingsplaner for forvaltning, drift, vedlikehold og utvikling i et kort- og langsiktig perspektiv. Egne enheter for eiendom og drift/vedlikehold bidro til bedre struktur og oversikt innen forvaltning, drift, vedlikehold og utvikling. Organiseringen bidro også til profesjonalisering av eiendomsforvaltningen, økt rolleforståelse, økt fokus på arealeffektivisering på overordnet nivå og høyere fokus på vedlikehold. Videre fremgår det at en har oppnådd en profesjonalisering av eiendomsforvaltningen gjennom reorganiseringen, men det påpekes at det gjenstår en formalisering av samarbeidet mellom foretakene, samt mellom foretakene og det regionale helseforetaket.

Den samme evalueringen vurderte også innføringen av husleie. Sentrale målsettinger med en slik innføring var å oppnå arealeffektivisering og bedre vedlikehold. Husleie ble innført i henhold til vedtatte prinsipper der husleien ble differensiert etter blant annet arealstandard, arealkategori, type bygg og bygningenes verdi. Evalueringen viste at husleien ikke hadde ført til arealreduksjon i to av helseforetakene, noe som kunne forklares med manglende insentiver. Videre viste evalueringen at husleien hadde større effekt i et helseforetak hvor avdelinger delvis fikk beholde tilskuddet ved redusert arealbruk. Effekten viste seg i form av redusert etterspørsel etter areal i enkelte klinikker. Dette helseforetaket hadde imidlertid betalt intern husleie i mange år og leietakerne synes å være mer bevisste på arealbruk.

10.05.2016

Fra eiers side er det i løpet av de siste årene tilrettelagt for bedre rammebetingelser for god eiendomsforvaltning. Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) har initiert flere tiltak som har bidratt til bedre rammebetingelser for spesialisthelsetjenesten på eiendomsområdet. Noen av disse beskrives nedenfor.

Gjennom St. prp. nr 1 (2007-2008) for budsjettåret 2008 ble det vedtatt en økning i årlige bevilgninger på nesten 1,7 mrd. kroner, som sammen med basisbevilgninger for gjenanskaffelse og vedlikehold skulle gi dekning for opprettholdelse av verdien av varige driftsmidler. I tillegg til basisbevilgningen, finansieres investeringene til de regionale helseforetakene gjennom investeringslån. I Statsbudsjettet for 2014 ble det også vedtatt en utvidelse av lånerammen fra 50 til 70 % av investeringen, i tillegg til at det ble åpnet for å forlenge avdragstiden på lånene fra 20 år til 25 år. Formålet var å bedre likviditeten til de regionale helseforetakene og sikre en større evne til raskere å kunne gjennomføre store og nødvendige investeringer i bygg, IKT og medisinskteknisk utstyr. Det stilles nå også krav om at tilstandsgraden for sykehusbygg kartlegges i 2016 og at denne oppdateres hvert fjerde år. I 2015 ble det også stilt krav rundt miljø- og klimatiltak.

Som en del av styringsdialogen med HOD skal de regionale helseforetakene for alle prosjekt over 500 mill. kroner, overlevere analyser og vurderinger etter endt konseptfase, dette inkluderer også ekstern kvalitetssikring, som vil danne grunnlaget for vurdering av et potensielt lån. Departementet vurderer i utgangspunktet ikke konseptplaner under 500 mill. kroner, men det er nå innført en ordning som tillater at helseforetakene kan splitte opp hovedprosjektet i ulike delfaser og igangsette forprosjektfasen for delprosjekter innenfor den totale konseptplanen.

Videre har Sykehusbygg HF blitt etablert som et nasjonalt kompetansemiljø for sykehusplanlegging og -bygging, og skal blant annet bidra til framtidsrettet utvikling av sykehusutbyggingen ved å ha ansvar for oppgaver innen analyse, systematisering, og formidling av kompetanse og erfaringer, samt rådgivning og byggherrefunksjoner med gjennomføring av investeringsprosjekter. De regionale helseforetakene skal også i regi av Sykehusbygg HF utarbeide utviklingsplaner i tråd med den nye veilederen for utviklingsplanarbeidet, som skal beskrive status for helseforetakets aktivitet og virksomhet. Første versjon av denne veilederen ble fremlagt i mai 2016.

Det er gjennomført flere sykehusutbygginger i løpet av de siste årene, og de fleste av disse har blitt evaluert som vellykkede prosjekt både med hensyn på tid, kvalitet og kostnad.

Fra 2002 til 2013 har Helsebygg Midt-Norge som byggherre ledet landets største sykehusutbygging på Øya i Trondheim. Utbyggingen har omfattet 226 000 kvadratmeter i en senterbasert modell. Alle byggene er ifølge Helsebygg Midt-Norge oppført med høy kvalitet, etter fastsatt tidsplan, uten fatale arbeidsulykker og rundt én milliard kroner under Stortingets øvre budsjettamme. Av andre store sykehusbyggprosjekt som har blitt gjennomført i senere tid, har også Sykehuset Østfold Kalnes utmerket seg som et vellykket prosjekt, da det ble levert før tiden og til lavere kostnad enn investeringsrammen skulle tilsi.

10.05.2016

Til tross for at nybyggene anses som vellykkede, har helseforetakene fått kritikk for å ha for lite fokus på gevinstrealisering rundt nybygg, gitt de forventningene som foreligger. God forankring blant ledere og medarbeidere vil bidra til å sikre en felles forståelse av beregningsgrunnlaget for gevinstuttaket, noe som igjen vil redusere sårbarheten og risiko for at målene ikke oppnås ved implementering. Dette er nødvendig for å kunne måle status og framdrift for gevinstrealiseringen, samt for å skille ut effekten av tiltakene med tanke på om de faktisk er implementert og fungerer etter intensjonen.

Børmer-utvalget, et regjeringsoppnevnt ekspertutvalg, la i 2015 frem sine vurderinger og anbefalinger om flerårige budsjetter og statlige prioriteringer for å sikre et bedre beslutningsgrunnlag og en effektiv bruk av offentlige midler. Dette utvalget trekker frem at erfaringene fra helseforetakene viser at det kun har vært uvesentlige økninger fra forventet kostnad i en tidligfase og utover i planleggingsfasen, men utvalget støtter opp om forbedringspotensialet rundt gevinstrealisering. Utvalget hevder at egne planer for gevinstrealisering kan medføre en tydeligere forpliktelse fra virksomheten, noe som videre kan resultere i at virksomheten jobber mer aktivt for å realisere de gevinster som foreligger.

## Systemet for utbygging og forvaltning av andre offentlige bygg

I løpet av de siste tiårene har det blitt stadig mer vanlig å skille ut eiendomsforvaltningen i egne resultatenheter eller selskaper, både i offentlig sektor og i større konsern i privat sektor. Eksempler innen offentlig sektor er f.eks. Statsbygg, Forsvarsbygg og diverse kommunale foretak.

Motivasjonen for etablering av separate enheter for bygg og eiendomsforvaltning i offentlig sektor kan være sammensatt, men det har som oftest vært for å få bukt med et omfattende vedlikeholdsetterslep og oppnå effektiviseringsgevinster gjennom stordriftsfordeler og profesjonalisering. For enkelte organisasjoner har håndtering av en stor og kontinuerlig portefølje av byggeprosjekter også vært et viktig element.

Flere evalueringer har vist at det å skille ut eiendomsforvaltningen har en positiv effekt på vedlikeholdsetterslepet, samt at det bidrar til å tydeliggjøre ansvarsforhold og roller. I tillegg viste noen evalueringer effekter i form av økt arealeffektivisering. Det har derimot vist seg at omstillingsperioden har vært krevende da det oppleves motstand for endring fra berørte parter. Forsvarsbygg har også fått kritikk for ikke å ha bedret tilstandsgraden samt for ikke å ha tilstrekkelige rutiner på plass. Dette kan også tyde på mangelfull implementering i en omstillingsfase, mer enn kun at modellen i seg selv kan klandres.

## Erfaringer fra andre land i Norden

Sverige har relativt lang erfaring med egne resultatenheter eller selskaper for bygg og eiendomsforvaltning i helsesektoren, og offentlig sektor for øvrig, og var tidlig ute med å profesjonalisere eiendomsforvaltningen. Sverige har en regional modell hvor kommuner og

10.05.2016

Landsting (fylker) selv kan velge hvordan de vil organisere sin eiendomsforvaltning. Dette har resultert i egne eiendomsselskap i hvert län. Både Västfastigheter og Locum AB ble opprettet allerede på 1990-tallet, og Sverige har derfor god erfaring med denne typen organisering. I tillegg har andre regioner som Skåne og Uppsala kommet etter. I Danmark eies og forvaltes sykehusbyggene av regionene og de har en relativt lik modell som den vi har i Norge. En av ulikhetene er at Danmark gjennom en stor nasjonal satsning opprettet et «Kvalitetsfond» som skal investere i en moderne sykehusstruktur. I Finland finnes det ulike modeller for eierskap til og forvaltning av sykehusbygg. Sykehusene har frihet til å velge den modellen de foretrekker, noe som medfører at noen eier og forvalter bygningsmassen selv, mens andre leier fra et eksternt selskap eller har inngått et samarbeid på regionalt nivå.

### Forbedringsområder for kostnadseffektiv og verdibevarende forvaltning og videreutvikling

Basert på det kunnskapsgrunnlaget som foreligger og de vurderingene som er gjennomført av ulike aktører peker det seg ut noen overordnede forbedrings-/utviklingsområder. Disse er kort oppsummert i tabellen nedenfor:

Forbedrings-/utviklingsområde	Beskrivelse	Konsekvens
Det er behov for å forbedre den bygningsmessige og tekniske standarden på en del sykehusbygg	Tilstandsgraden til den samlede bygningsmassen innen spesialist-helsetjenesten er for dårlig. Det synes å være et akkumulert vedlikeholdsetterslep i sektoren.	Det bør iverksettes tiltak for å sikre at det settes av tilstrekkelige midler til vedlikehold og oppgradering av bygningsmassen i helseforetak med vesentlig vedlikeholdsetterslep. Der dette ikke allerede foreligger bør vedlikeholdsplaner etableres/oppdateres basert på tilstandsvurderinger og virksomhetsplaner.
Det er behov for mer behovstilpassede arealer/lokaler	En betydelig andel av bygningsmassen er ikke egnet for dagens eller fremtidens sykehusdrift. Hyppige endringer, økte krav og nye behandlingsformer innebærer behov for fleksible bygg og hyppige bygningsmessige tilpasninger. Denne utviklingen forventes å øke fremover.	Det bør legges til rette for mer overordnet strategisk styring i takt med utviklingen og sikre tilstrekkelig langsiktighet i planleggingen. Da sykehusbygg er komplekse formålsbygg hvor det er behov for samspill med medisinsk teknisk utstyr, IKT infrastruktur og IKT systemer (som f.eks. journalsystemer), bør byggene være fleksible og godt tilpasset driften. Her vil f.eks. Sykehusbygg HF kunne ta et større ansvar fremover.
Det er behov for bedre mekanismer for arealeffektivisering	Forsøk på å innføre husleie som en mekanisme for arealeffektiviseringer har i flere tilfeller ikke gitt ønsket	Det bør vurderes etablert nye mekanismer og tiltak for å sikre løpende arealeffektivisering i tillegg til husleie. For at husleie skal virke areal-



	effekt. Vi har heller ikke identifisert øvrige tiltak/insentiver som har hatt en dokumentert arealeffektiviserende effekt.	effektiviserende bør modeller for dette gi sterke incentiver med en klar og tydelig konsekvens for leietakerne.
Det er behov for ytterligere standardisering, samordning og læring	Interregionale samarbeidsprosjekter og etablering av Sykehusbygg HF har bidratt til økt standardisering, bedre samordning og mer læring, men det kan være potensial for å forbedre dette ytterligere.	Det kan være aktuelt å vurdere om etablerte strukturer utnyttes fullt ut og optimalt, eller om de etablerte modellene i større grad må sikres gjennomført. Det kan vurderes å gi mer ansvar og større fullmakter til Sykehusbygg for å sikre gjennomføring av planlagte endringer.
Det er behov for økt fokus på gevinstrealisering i utbyggingsprosjekter	Det er krav til planer for gevinstrealisering i utbyggingsprosjekter, men disse synes i liten grad å bli fulgt opp.	Det kan settes ytterligere fokus på gode og realistiske gevinstrealiseringsplaner som en del av planverket for nye sykehusbygg. Oppfølging og måling av gevinstrealisering bør i større grad følges opp i perioden etter bygging.

I tillegg til disse overordnede forbedringsområdene er det ytterligere mindre forbedringsområder som det også kan settes fokus på.

Forbedringer bør kunne oppnås innenfor dagens organisering, samtidig som organisatoriske endringer i form av sterkere regionale enheter eller etablering av et nasjonalt eier- og forvaltningsselskap for sykehusbygg kan være alternativer. Det siste alternativet vurderes nærmere nedenfor.

## Fordeler og ulemper ved et eget eier- og forvaltningsselskap for sykehusbygg

Et eget selskap med ansvar for forvaltning, drift, vedlikehold og bygging stiller store krav til samarbeid og samordning mellom dette selskapet og helseforetakene. Dette skyldes at sykehusbygg er komplekse bygg, hvor det er viktig å håndtere investeringer i IKT, MTU og bygninger samordnet. Store bygningsmessige endringer parallelt med sykehusdrift stiller også store krav til samarbeid mellom kjernevirksomheten og bygningsforvalter underveis. Videre er god løpende sykehusdrift avhengig av at bygningsforvaltningen fungerer godt.

Nedenfor oppsummeres de mest fremtredende fordelene og ulempene ved å skille ut eierskap og forvaltning i et eget selskap basert på det foreliggende kunnskapsgrunnlaget. Spesielle forhold relatert til sykehusbygg/helsesektoren kommenteres særskilt.

Sentrale fordeler ved et eget eier- og forvaltningsselskap for sykehusbygg:

Fordeler	Beskrivelse	Kommentar
Profesjonalisering av eiendomsforvaltningen	Et mer enhetlig arbeid rundt mål, strategier, planer og løsninger vil sikre en profesjonalisering av forvaltningen.	En profesjonalisering vil kunne øke bygningsmessig teknisk standard på tvers av hele landet gjennom standardisering, samordning og læring.
Bedret totaloversikt og porteføljestyring	Vedlikeholdsbehovet på tvers blir mer oversiktlig, og det kan bli lettere å drive med porteføljeoptimalisering og bruke midlene hvor de gir best avkastning og hvor det er mest nødvendig.	Per i dag er det ingen som sitter med en totaloversikt over den faktiske tilstanden til alle sykehusbygg. Dette ville vært enklere å oppnå gjennom et eget selskap hvor vedlikeholdsbehovet blir synlig og reelle prioriteringer mulig.
Økt kostnadseffektivitet	Gjennom tydeligere føringer, og stordriftsfordeler vil man kunne oppnå høyere kostnadseffektivitet.	Det kan være potensielle stordriftsfordeler rundt ressurser, innkjøp, systemer, metoder og verktøy, samt tilrettelegging for benchmarking mellom helseforetakene på nasjonalt nivå som kan bidra til å drive kostnadene ned.
Sterkere kompetansemiljø og bedre læring på tvers	Mulighet for å skape et kompetansemiljø med muligheter for faglig utvikling, spesielt innen strategiske oppgaver.	Sykehusbygg HF er allerede et ledd i å sikre kompetanseutvikling når det gjelder nybygg og utbygging. Også på områder som utarbeidelse av arealplaner, porteføljestyring, porteføljeutvikling, kjøp og salg av eiendom og analyse kan det oppnås mer kompetanseutvikling og økt læring ved organisering i et eget selskap.
Økt fokus på kjernevirksomheten i helseforetakene	Et sterkere skille kan innebære at både kjernevirksomheten og eiendomsforvaltningen settes mer i fokus.	Om bygg- og eiendomsforvaltningen blir skilt ut vil dette innebære at helseforetakene får frigjort tid til å fokusere mer på kjernevirksomheten. Spesielt gjelder dette på ledernivå.
Større grad av arealeffektivisering	Kjernevirksomheten vil kunne få et mer bevisst forhold til arealbruk og arealeffektivisering gjennom en husleieordning med de riktige insentivene.	Husleieordninger som er riktig implementert og etablert med riktige insentiver vil kunne føre til at den enkelte leietaker innser at det er noe å hente på å optimalisere bruken av lokaler og kan bidra til å redusere skjevfordelingen og u hensiktsmessig bruk av areal.

Sentrale ulemper ved et eget eier- og forvaltningsselskap for sykehusbygg:

Ulemper	Beskrivelse	Kommentar
Økt byråkratisering	Sentralisering av myndighet vil kunne skape ytterligere byråkratisering enn det som er i dag.	Kjernevirksomheten kan oppfatte forvaltning som er skilt ut i et eget selskap som byråkratisk da avstanden mellom de som ser behovene og de som vurderer om dette skal prioriteres øker.
Dannelse av en monopolsituasjon	Det kan være en risiko for at et eget selskap kan opptre som en monopolist.	Ved en nasjonal modell bør helseforetakene kunne fristilles til å leie og kjøpe bygg- og eiendomsforvaltningstjenester fra andre aktører for å motvirke en monopolsituasjon.
Mindre kunnskap hos eiendomsforvalter om driften i sykehus og kjernevirksomheten	Ved å skille ut bygg og eiendomsforvaltningen vil man kunne risikere å miste noe av forståelsen og kunnskapen rundt den kliniske virksomheten og hvordan lokaler og tjenester best kan tilrettelegges for pasientbehandling.	Det forventes hyppige endringer, økte krav og nye behandlingsformer i sykehus, noe som innebærer behov for fleksible bygg og hyppige bygningsmessige tilpasninger. Dette stiller store krav til en bygg- og eiendomsforvalter.
Redusert påvirkning lokalt og økt ressursbruk til prioriterings-avklaringer	Ledere i RHF og HF vil oppleve å i mindre grad ha myndighet til å gjennomføre tilpasninger og gjøre prioriteringer de mener er nødvendig for å optimalisere driften, samtidig som de er ansvarlig for en effektiv og god drift.	Ledere kan oppfatte å ha ansvaret for sykehusdriften uten å ha tilstrekkelig myndighet over en sentral ressurs i form av bygningsmassen, og dermed oppleve at de har mindre forutsetninger for effektiv og god drift. Dette kan igjen innebære økt ressursbruk til forhandlinger om prioritering av bygningsmessige forhold.
Redusert bygg og eiendomsforvaltningskompetanse lokalt	Lokale ressurser i helseforetakene med kompetanse innen bygg- og eiendomsforvaltning vil bli omplassert til et nytt selskap eller de kan bli overtallige.	Dette vil innebære at det blir lavere kompetanse om bygg- og eiendomsforvaltning lokalt, samtidig som det vil måtte etableres bestillerfunksjoner og et mottaksapparat lokalt i helseforetakene.
Etablering av et nasjonalt selskap vil innebære en omfattende omstillingsprosess	Det å etablere et eget selskap og skille ut eierskap og forvaltning vil være en stor og omfattende omstillingsprosess som	En virksomhetsoverdragelse vil bety en stor omstilling for alle berørte parter og kreve både juridisk og operasjonell ekspertise. Slike endringsprosesser møter ofte stor motstand og det vil mest

10.05.2016

	inkluderer flere virksomhetsoverdragelser.	sannsynlig også ta lang tid før man kan se effektene av virksomhetsoverdragelsen. En slik omstilling bør også samordnes og ses i lys av andre pågående initiativ i HOD og i helseregionene.
--	--	---

Omorganisering er ikke et mål i seg selv, men det kan være et middel for å oppnå ønsket utvikling. Etablering av et eget eier- og forvaltningsselskap for sykehusbygg vil ikke automatisk innebære forbedringer eller løsninger på de identifiserte forbedringsområdene som er identifisert:

- Forbedring av bygningsmessig og teknisk standard
- Flere og bedre behovstilpassede lokaler
- Bedre mekanismer for arealeffektivisering
- Økt standardisering, samordning og læring
- Økt fokus på gevinstrealisering i utbyggingsprosjekter

Et hovedspørsmål er på hvilken måte det i størst mulig grad, uten for store omstillinger og omstillingskostnader, kan oppnås forbedringer? Etablering av et eget eier- og forvaltningsselskap for sykehusbygg innebærer en meget stor omstilling og det bør ut fra dette vurderes om det er mulig å få til vesentlige forbedringer ved å ytterligere legge til rette for utvikling innenfor dagens organisering, eventuelt med større grad av regionalisering av eiendomsfunksjonene.

## 3 Om rapporten

### 3.1 Bakgrunn og formål med vurderingen

Regjeringen oppnevnte 2. oktober 2015 et utvalg som skal utrede hvordan det statlige eierskapet til spesialisthelsetjenesten kan organiseres (Kvinnsland-utvalget). Utvalget skal herunder utrede alternative modeller for hvordan staten kan organisere eierskapet til sykehusene.

Helse- og omsorgsdepartementet har på bakgrunn av Kvinnsland-utvalgets mandat bestilt en sammenfattende vurdering av om det ut fra den kunnskapen som foreligger, peker seg ut spesielle forbedringsområder når det gjelder kostnadseffektiv og verdibevarende forvaltning av og videreutvikling av sykehusbygg. Formålet med sammenfattingen er blant annet å vurdere løsninger der det etableres et eget foretak/selskap som skal eie bygningsmassen i spesialisthelsetjenesten, forvalte denne og drive utleie til helseforetakene. En slik løsning vil tilsvare en form for "Statsbygg-modell" med en husleieordning.

Helse- og omsorgsdepartementet ønsker en oversikt over følgende:

- ▶ Vurderinger som er gjort av bygningsmessig standard på sykehusbygg, og utviklingen i denne de siste årene.
- ▶ Vurderinger som er gjort av systemet for utbygging og forvaltning av sykehusbygg i Norge, og eventuelle råd som er gitt om framtidig innretning av dette systemet.
- ▶ Vurderinger som er gjort av systemet for utbygging og forvaltning av andre offentlige bygg i Norge.
- ▶ Hvordan sykehusbygg forvaltes i andre nordiske land, og hvilke vurderinger som er gjort av løsninger der bygningene eies og forvaltes av egne selskaper.

Basert på dette ønskes:

- ▶ En sammenfattende vurdering av om det ut fra den kunnskapen som foreligger peker seg ut spesielle forbedringsområder når det gjelder kostnadseffektiv og verdibevarende forvaltning av og videreutvikling av sykehusbygg.
- ▶ Sammenfattende vurderinger av fordeler og ulemper ved å skille ut eierskap til og forvaltning av sykehusbygg i et eget selskap.

### 3.2 Metode og begrensninger

Rapporten er i hovedsak en dokumentanalyse og er basert på kunnskap som er samlet inn og beskrevet tidligere. Vi har tatt utgangspunkt i dokumenter og rapporter som omhandler bygg- og eiendomsforvaltning i spesialisthelsetjenesten og i andre offentlige virksomheter, jmfør referanselisten.

I tråd med prosjektets mandat og rammer er det ikke innhentet noen ny informasjon og vi har således ikke gjennomført intervjuer, brukerundersøkelser eller egne analyser som grunnlag for denne rapporten.

Rapporten inneholder analyser og vurderinger fra en del rapporter som er utarbeidet for mer enn 5 år siden. Blant annet gjelder dette:

- ▶ *Statusvurdering av bygg og eiendomsforvaltningen i helseforetakene og effekt av helsereformen. Anette Sletten Kampesæter, juni 2007.*
- ▶ *Rollen som strategisk bygg og eiendomsforvalter. Sluttrapport fra delprosjekt 1. Multiconsult, desember 2008.*
- ▶ *Riksrevisjonens undersøkelse av eiendomsforvaltningen i helseforetakene. Riksrevisjonen, 2010-2011.*
- ▶ *Bygg og eiendoms betydning for effektiv sykehusdrift. Doktoravhandling ved NTNU av Anne Kathrine Larssen, juni 2011.*

Det kan ikke uten videre legges til grunn at fakta og vurderinger som er gjengitt fra disse rapportene fortsatt gjelder. Blant annet kan implementerte tiltak som et resultat av anbefalinger i disse rapportene ha endret situasjonsbildet.

Dette innebærer at det i begrenset grad kan trekkes konklusjoner om dagens status innen enkelte områder av eiendomsforvaltningen i de fire helseregionene basert på disse rapportene. Før det trekkes konklusjoner vedrørende dette bør det gjennomføres en oppdatert kartlegging og vurdering av faktisk status i de ulike helseregionene.

## 4 Oppsummering av analyser

### 4.1 Vurderinger som er gjort av bygningsmessig standard på sykehusbygg, og utviklingen i denne de siste årene

I løpet av de siste årene har flere aktører gjennomført kartlegginger av den bygningsmessige standarden på sykehusbygg i Norge, samt vurderinger knyttet til oppgraderingsbehovet. Dette belyses i de to første underkapitlene nedenfor, mens det siste underkapitlet belyser gjennomførte investeringer og planer for å lukke disse gapene.

#### 4.1.1 Vurderinger av tilstandsgrad

Helseforetakene overtok bygg og utstyr av varierende kvalitet da staten tok over sykehusene i 2002. I dag forvalter spesialisthelsetjenesten i Norge cirka 4,9 millioner kvm bygningsmasse og er landets største statlige eiendomsbesitter<sup>1</sup>.

Helseforetakene har gjennom Multiconsult (2008)<sup>2</sup> registrert tilstandsgrad og oppgraderingsbehov for sine sykehusbygg. Registreringen av tilstand gjøres i henhold til Norsk Standard (NS 3424), som definerer tilstandsgrad som «tilstanden et byggverk eller en del/komponent har i forhold til referansenivået»<sup>3</sup>. Norsk Standard (NS 3424) opererer med 4 tilstandsgrader som er definert på en skala fra 0 til 3, der 0 er nybyggstandard og 1 er «godkjent», mens 2 og 3 tilsier behov for vedlikeholdstiltak. Målet for en tilfredsstillende bygningsmessig tilstandsgrad er mellom 1,0-1,2. Gjennomsnittet for helseforetakene er 1,5. Helse Midt-Norge har den beste tilstandsgraden på 1,4 og Helse Nord og Helse Vest den svakeste tilstandsgraden på 1,6. Beregningen inkluderer 90 % av bygningsmassen til sykehusene.

Regionale helseforetak	Samlet vurdert areal (m <sup>2</sup> )	Vektet tilstandsgrad
Helse Sør-Øst	2 532 185	1,5
Helse Vest	794 988	1,6
Helse Midt-Norge	702 218	1,4
Helse Nord	454 038	1,6
Samlet	4 483 429	1,5

Kilde: Multiconsult, gjengitt i Nasjonal helse og sykehusplan

Rådgivende Ingeniørers Forening (RIF)<sup>4</sup> utførte i 2010 og 2015 en tilsvarende vurdering av Spesialisthelsetjenestens bygningsmasse, der bygningsmassen ble rangert basert på de tre nivåene god, utilfredsstillende og svært dårlig. I 2015 fremstår 40 % av bygningene som utilfredsstillende med behov for korrigerende tiltak. I 2010 fremstod 30 % av

<sup>1</sup> Kommunal- og regionaldepartementet (2012). *Gode bygg for eit betre samfunn*. St. Meld. nr. 28 (2011-2012).

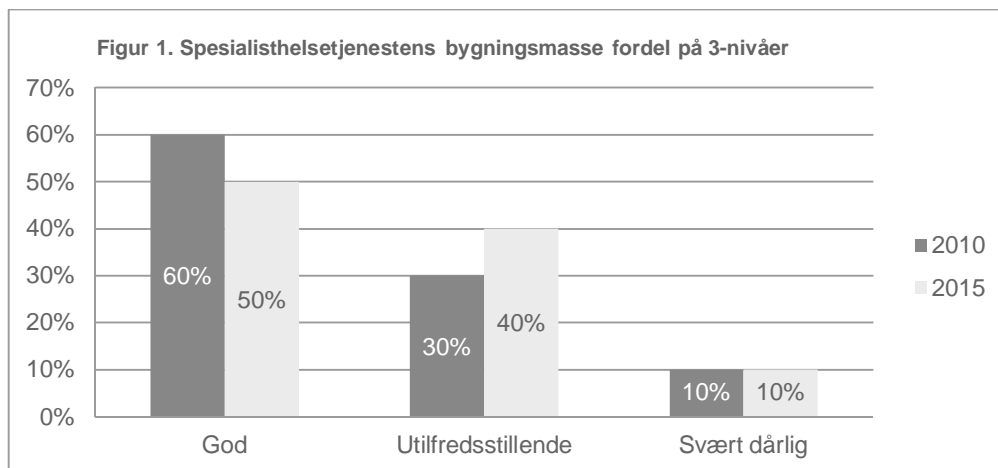
<sup>2</sup> Larssen A. K., Kvinge, K. B. (2008). *Rollen som strategisk bygg og eiendomsforvalter*. Multiconsult.

<sup>3</sup> Standard Norge (2013). *Teknisk tilstandsanalyse ved omsetning av bolig*. Norsk Standard, NS3600:2013.

<sup>4</sup> Rådgivende Ingeniørers Forening (2010). *Norges tilstand 2010 – The state of the Nation*.

10.05.2016

bygningssmassen som utilfredsstillende. Både i 2010 og 2015 fremstår 10 % som svært dårlig og med store tekniske oppgraderingsbehov. Tilstandsgraden slik de ble kartlagt av RIF er fremstilt i figur 1.



Kilde: Rådgivende Ingeniørers Forening, «State of the Nation», 2010 og 2015

I 2010 vurderte RIF 70 % av sykehusenes bygningsmasse, mens de i 2015 vurderte 90 % av sykehusenes bygningsmasse, og det er derfor ikke helt riktig å sammenligne disse direkte. Dersom det legges til grunn at variasjonen i kartlagt bygningsmasse ikke utelukkende skyldes ulikhet i vurdert omfang av bygningsmasse, indikerer sammenligningen mellom 2010 og 2015, at tilstandsgraden har blitt forverret de seneste årene og at oppgraderingsbehovet har økt til tross for økte investeringer.

RIF mener det er flere grunner til denne negative trenden. For det første har flere store helseforetak faktisk hatt en negativ utvikling i tilstanden på sine bygg de siste årene, men på den andre siden er nå en større andel av porteføljen kartlagt sammenlignet med 2010, og denne andelen har dårligere tilstand og trekker derfor den vektete tilstanden ned. Videre er deler av den nye andelen som er kartlagt bygninger som ligger i utfasingsplaner og helseforetakene har vedlikeholdt byggene minimalt fordi de skal utfases<sup>5</sup> og erstattes av nye sykehusbygg. Det er vanskelig å konkludere hvilke av disse årsakene som har hatt størst innvirkning på resultatet, men det at 50 % av bygningsmassen er «Utilfredsstillende» eller «Svært dårlig» innebærer uansett om en kritisk situasjon i 2015. RIF hevder at årlig vedlikeholdsnivå må økes for å hindre ytterligere forverring av etterslepet. I tillegg hevdes det at en stor andel av byggene per i dag er uegnet for moderne fremtidsrettet sykehusdrift, og at flere anlegg tilfredsstillende verken dagens krav eller har tilfredsstillende innemiljø.

En rapport utarbeidet av McKinsey i 2013 på oppdrag fra legeföreningen<sup>6</sup> viser også at 53 % av bygningsmassen i perioden 2011-2013 hadde en tilstand som ikke er tilfredsstillende og vil kreve tiltak straks eller på kort sikt, mens det tilsvarende tallet i 2007 var 40 %, hvilket også indikerer en tydelig forringing av bygningsmassen. I 2008 ble også

<sup>5</sup> Rådgivende Ingeniørers Forening (RIF) (2010). *Norges tilstand 2010 – The state of the Nation*.

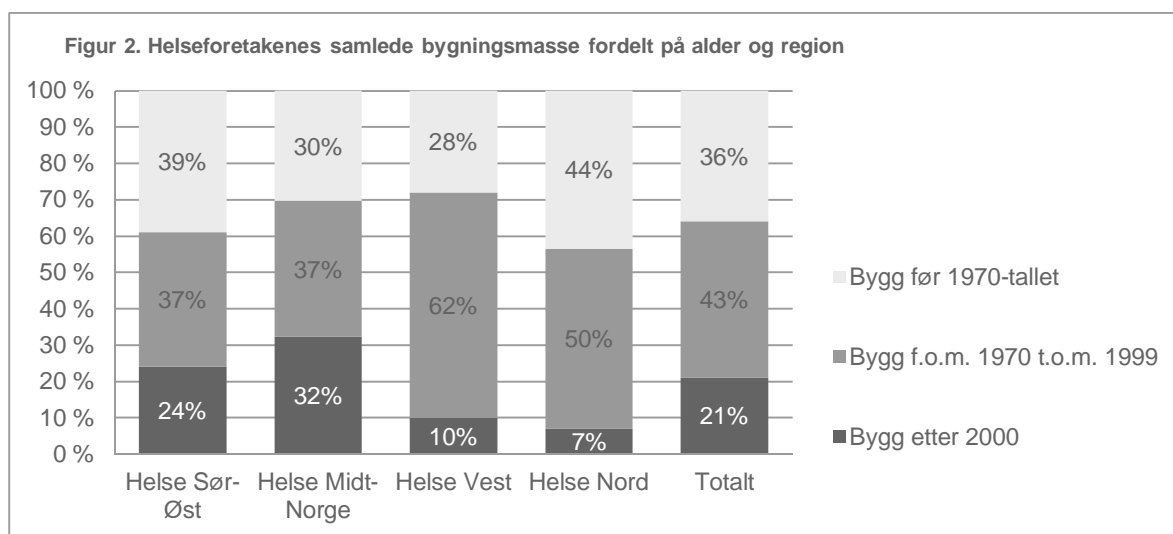
<sup>6</sup> McKinsey & Company (2013). *Investeringer i spesialisthelsetjenesten i Norge*.



10.05.2016

basisbevilgningen til avskrivninger økt fra 60 % til 100 %, noe som burde gitt en bedring eller i det minste en utflating i nedgangen i årene som fulgte, men som ikke har vært tilfelle.

I perioden 2010-2011 foretok Riksrevisjonen<sup>7</sup> en undersøkelse av eiendomsforvaltningen i helseforetakene. I rapporten er bygningsmassen til helseforetakene fordelt på alder og region, se figur 2. Opplysninger fra helseforetakene viser at hoveddelen av bygningsmassen er bygget mellom 1970 og 1999. Helseforetakene i Helse Nord har den største andelen av eldre bygningsmasse, med 44 % bygningsmasse som er bygget før 1970. Helseforetakene i Helse Midt-Norge har høyest andel bygningsmasse som er bygget etter 2000, med 32 %.



Kilde: Spørreundersøkelse til helseforetakene, Riksrevisjonen, 2010

Bygningsmassen består altså av en stor andel eldre bygninger, hvor bygningsstrukturen i liten grad er tilrettelagt for dagens bruk og vanskelig å gjøre tilpasninger på. I følge RIF er konsekvensen at kjernevirksomheten påføres unødige kostnader på grunn av lite effektiv logistikk og svak arealutnyttelse<sup>8</sup>. Deler av bygningsmassen består av verneverdige bygg som er en del av «Landsverneplanen for helsesektoren»<sup>9</sup>. Planen gir overordnede bestemmelser for hvordan kulturhistoriske bygg og eiendommer skal forvaltes slik at de kulturhistoriske og arkitektoniske kvalitetene blir tatt vare på og synliggjort. Hensikten med planen er å ha en bedre oversikt og en mer helhetlig forvaltning av de kulturhistoriske verdiene. Det at byggene er verneverdige stiller imidlertid store krav til helseforetakene som skal sikre en god nok tilstandsgrad og hensiktsmessig drift gitt begrensingene verneverdige bygg gir.

<sup>7</sup> Riksrevisjonen (2011). *Riksrevisjonens undersøkelse av eiendomsforvaltningen i helseforetakene*.

<sup>8</sup> Rådgivende Ingeniørs Forening (RIF) (2015). *Norges tilstand 2015 – The state of the Nation*.

<sup>9</sup> Hammer, E., Oftedal, M. (2012). *Rom for helse – hovedtrekk i spesialisthelsetjenestens bygningshistorie*. Helse- og omsorgsdepartementet.

#### 4.1.2 Vurderinger av oppgraderingsbehov

Ifølge Rådgivende Ingeniørers Forening (RIF)<sup>10</sup> har de statlig eide sykehusbyggene hatt et forfall over lang tid, noe som har ført til et stort vedlikeholdsetterslep. I tillegg, sammenlignet med andre offentlige bygg, er forvaltningen av sykehusbygg mer kompleks på grunn av et høyt endringsbehov gitt reformer knyttet til behandlingsformer, utvikling av ny teknologi, organisasjonsprinsipper, demografisk- og epidemiologisk utvikling. Videre er krav og forventinger til helsetilbudet i befolkningen stadig økende, samtidig som kvalitet og kostnader kontinuerlig er under press. Sykehusene blir blant annet mer avhengige av teknologi, og kravene til komfort øker. Dette utløser behov for både ombygginger og endrede planløsninger. Når nye sykehus planlegges, er det derfor kritisk å tenke langsiktig og legge til rette for en stor grad av tilpasningsdyktighet for å kunne tilpasse seg fremtidige endringer og behov<sup>11</sup>.

Bygningsmassens tekniske og bygningsmessige oppgraderingsbehov er i Nasjonal helse og sykehusplan beregnet til 35-45 milliarder kroner. I dette estimatet er det imidlertid ikke tatt høyde for befolkningsvekst, utvikling og ombyggingsbehov for å bedre egnethet for bruk. RIF hevder i sin oppsummering av helsebygg at dagens investeringsnivå ligger 20 % under det som faktisk kreves for å møte fremtidens behov, og at den negative tendensen uten kompetanseheving, utvikling av systemressurser og mer effektiv ressursutnyttelse i investeringsprosjekter, vil fortsette til tross for økte investeringer i vedlikehold.

I Holte FDV-nøkkel er årskostnad per kvadratmeter for vedlikehold i sykehus beregnet til 243 kr/m<sup>2</sup> ekskl. mva. Kostnaden inkluderer vedlikehold, reparasjon av skader og utskiftning, og denne årskostnaden er beregnet for et sykehus som driver på et middels servicenivå. Kostnaden gjelder kun for vedlikehold som er forventet hvert år, dvs. at eventuelt vedlikeholdsetterslep kommer i tillegg. Tar vi denne kostnaden i betraktning vil spesialisthelsetjenesten med et areal på 4,9 millioner kvadratmeter ha vedlikeholdskostnader på cirka 1,2 mrd. kroner årlig.

En beregning av investeringsbehovet som også inkluderer funksjonell oppgradering gjort av Multiconsult i 2008<sup>12</sup>, ligger på rundt 55-60 mrd. kroner. McKinsey gjennomførte en lignende analyse i 2013<sup>13</sup> med tre ulike beregningsmetoder som alle peker mot et investeringsbehov i bygg, inkludert nybygg og ombygging, på cirka 65 mrd. kroner i løpet av de påfølgende 10 årene, gitt forutsetningene som ligger til grunn. Metode 1 baserer seg på en tilsvarende metode som den Multiconsult benyttet seg av i 2008, en metode som tar utgangspunkt i arealets tekniske tilstand. McKinsey kommer frem til et noe høyere estimat enn Multiconsult, dette skyldes blant annet at de har videreutviklet metoden til å ta for seg flere elementer samt at antagelsene er justert til å reflektere 2013-byggekostnader. Et ekstra element McKinsey tar for seg er befolkningsvekst og at nybygg derfor må bygges. Videre er det tekniske oppgraderingsbehovet av bygningsmassen estimert til 35 mrd.

<sup>10</sup> Rådgivende Ingeniørers Forening (RIF) (2010). *Norges tilstand 2010 – The state of the Nation*.

<sup>11</sup> Rådgivende Ingeniørers Forening (RIF) (2015). *Norges tilstand 2015 – The state of the Nation*.

<sup>12</sup> Larssen A. K., Kvinge, K. B. (2008). *Rollen som strategisk bygg og eiendomsforvalter*. Multiconsult.

<sup>13</sup> McKinsey & Company (2013). *Investeringer i spesialisthelsetjenesten i Norge*.

10.05.2016

kroner, mens Multiconsult har vurdert det til 25 mrd. kroner. Dette innebærer at McKinsey har et estimat på 65-84 mrd. kroner.

Metode 2 er en kvalitativ vurdering av tilstandsgrad og kvalitets- og effektivitetseffekter av en ny struktur. Denne metoden gir et samlet estimat på investeringsnivå på 67-81 milliarder kroner i neste 10-års periode. Metode 3 ser på investeringer i forhold til avskrivningstid på 30-40 år og prisøkning på 4,7 % per år. Investeringsbehovet blir kalkulert ved å anta at areal er jevnt fordelt innenfor avskrivningstid med en historisk anskaffelseskostnad som øker med prisstigningen. Denne metoden gir et samlet estimat på investeringsnivå på 62-71 milliarder kroner i neste 10-års periode.

Utformingen av bygningene og bygningenes evne til å tilpasses endringer i kjernevirksomheten påvirker effektiviteten i helseproduksjonen direkte<sup>14</sup>. En utfordring i spesialisthelsetjenesten er at en stor andel av byggene er uegnet for moderne fremtidsrettet sykehusdrift, samtidig som de er lite tilpasningsdyktige. En erstatning i form av nybygg er i en del tilfeller mer hensiktsmessig. I tillegg til det tekniske og bygningsmessige oppgraderingsbehovet kommer dermed et omfattende behov for transformasjon av bygningsmassen for å tilpasse lokalene til et fremtidig helsetjenestetilbud. Transformasjonen innebærer både omdisponering av arealer, ombygging, rivning og nybygging i tilknytning til eksisterende sykehuslokasjoner. Omskiftningene i fremtiden og hastigheten på utvikling av behandlingsmetoder forutsetter i større og større grad fleksible bygg som kan tilpasses og endres over tid.

Spesialisthelsetjenesten står altså overfor et betydelig investeringsbehov, samtidig som de økonomiske rammebetingelsene er begrenset. RIF vurderer det derfor som nødvendig med investeringer i ekstraordinært vedlikehold av sykehusbyggene for å sikre tilfredsstillende opprettholdelse av drift<sup>15</sup>.

#### 4.1.2.1 Vedlikeholdsetterslepets påvirkning på ansatte og pasienter

Vedlikeholdsetterslep er et av flere forhold som kan medføre dårligere inneklima for både ansatte og pasienter ved et sykehus. Statisk Sentralbyrå (SSB) har siden 2002 vist til at helsesektoren er blant arbeidsplassene med dårligst inneklima i Norge<sup>16</sup>. Dette kan virke ødeleggende for både helse og arbeidsmiljø, samt at det gir ubehag, redusert læring og lavere produktivitet. Dårlig drift og vedlikehold skader både inneklima, økonomi og helse<sup>17</sup>. Det er godt dokumentert i rapporten til Helsedirektoratet<sup>18</sup> at manglende vedlikehold av bygninger kan føre til økt sykefravær og tapte årsverk.

---

<sup>14</sup> Ernst & Young (2011). *Evaluering av eiendomsforvaltningen i Helse Midt-Norge*.

<sup>15</sup> Rådgivende Ingeniørs Forening (RIF) (2015). *Norges tilstand 2015 – The state of the Nation*.

<sup>16</sup> Bakke, J. V (2014). *Stopp sykdom og plager av dårlig inneklima*. Arbeidsvern nr.1. 2014.

<sup>17</sup> Bakke, J. V (2011). *Godt vedlikehold sikrer helsa*. Arbeidsvern nr. 2. 2011.

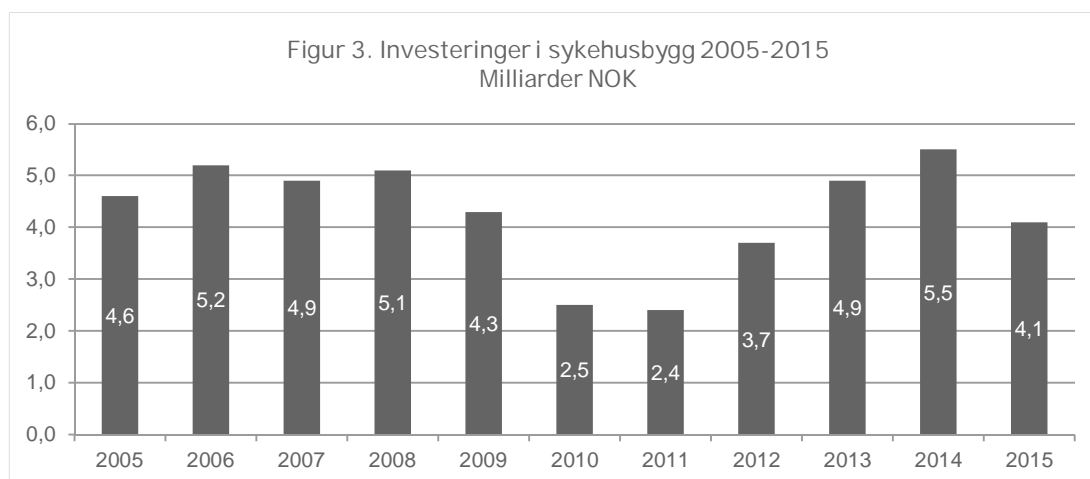
<sup>18</sup> Bakke, J. V. (2014). *Samfunnskostnader ved dårlig inneklima i Norge*. 22. årgang. Helsesrådet.

#### 4.1.3 Historiske investeringer og langtidsplaner

Bevilgningen til helseregionene overføres fra eier som samlede rammetilskudd, ikke som øremerkede tilskudd til investeringer og drift. De regionale helseforetakene har ansvar for å prioritere mellom ulike investeringsprosjekter i regionen, planlegge disse og beslutte igangsetting av enkeltprosjekter.

Figur 3 viser en oversikt over helseforetakenes årlige investeringer i bygg fra 2005 til 2015. Investeringene inkluderer det som i årsregnskapene blir angitt som «tilgang» innen tomter og boliger, bygninger, samt en 70 % andel av anlegg under utførelse. Vi har valgt å kun ta med 70 % av anlegg under utførelse ettersom dette som regel også inkluderer medisinskteknisk utstyr, IKT og annet.

Gitt denne utregningsmetoden har nivået av samlede investeringer falt fra cirka 5,2 milliarder i 2006 til cirka 2,4 milliarder kroner i 2011. Det ble i perioden ferdigstilt nybygg ved blant annet St. Olavs Hospital og Akershus universitetssykehus, og dette var før økte driftsresultater ga grunnlag for å øke investeringene igjen. Fra 2010 til 2014 har de samlede investeringene i helseforetakene økt. Dette kan skyldes at helseforetakene har hatt et positivt driftsoverskudd fra 2009, som har muliggjort økte investeringer<sup>19</sup>. I 2015 har investeringene igjen gått ned fra 5,5 til 4,1 mrd.



Kilde: RHF-enes årsrapporter<sup>20</sup>

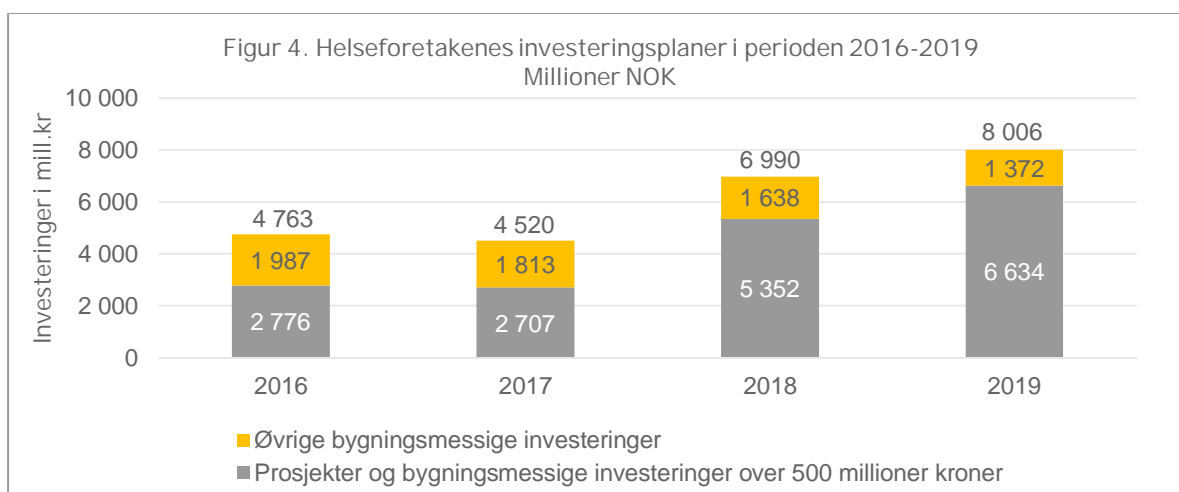
De regionale helseforetakene oppdaterer sine økonomisk langtidsplaner hvert år for kommende 4-5 årsperiode<sup>21</sup>. Langtidsplanene tar hensyn til hvordan befolkningsutvikling, sykdomsutvikling, utvikling i medisinsk teknologi og befolkningens forventninger til helsetjenestene vil påvirke behov og etterspørsel etter helsetjenester. Samlet for alle helseregionene planlegges det investeringer for nærmere 40 milliarder kroner i perioden

<sup>19</sup> McKinsey & Company (2013). *Investeringer i spesialisthelsetjenesten i Norge*.

<sup>20</sup> RHF-enes årsrapporter (2005-2015).

<sup>21</sup> Helse- og omsorgsdepartementet (2015). *Nasjonal helse- og sykehusplan (2016-2019)*. Meld. St. 11 (2015-2016).

2016–2019, hvor investeringer i bygg utgjør nærmere 25 milliarder kroner, illustrert i figur 4.



Kilde: Nasjonal helse- og sykehusplan (2016-2019)

## 4.2 Vurderinger som er gjort av systemet for utbygging og forvaltning av sykehusbygg i Norge

I dette kapittelet legges vurderinger som er gjort av systemet for utbygging og forvaltning av sykehusbygg i Norge frem. Dette struktureres basert på Eiendomsforvaltningsutvalgets ti kriterier for god bygg- og eiendomsforvaltning. Disse kriteriene er i utgangspunktet utarbeidet for norske kommuner og opprettet som krav til kommunal sektor, men vi mener at overføringsverdien til sykehusbygg er såpass stor, at vi velger å bygge diskusjonen rundt disse. Etter å ha gått gjennom hvert av kriteriene vil vi se på hva som er vurdert i forhold til hvordan dagens utfordringer for bygg- og eiendomsforvaltning i spesialisthelsetjenesten kan løses.

Systemet for utbygging og forvaltning av sykehusbygg, samt muligheter og virkemidler for forbedring av dette systemet, har vært vurdert i flere sammenhenger, både i regionale helseforetak og på nasjonalt nivå. Sentrale utredninger knyttet til bygg- og eiendomsvirksomheten i spesialisthelsetjenesten er FOU-prosjektet «Bygg og eiendom som strategisk virkemiddel for effektive helsetjenester - Rollen som strategisk bygg og eiendomsforvalter»<sup>22</sup> og doktoravhandlingen «Bygg og eiendoms betydning for effektiv sykehusdrift»<sup>23</sup>. Det må imidlertid presiseres at det er noen år siden disse utredningene er gjennomført slik at situasjonen i helseregionene kan være endret etter dette.

<sup>22</sup> Larssen A. K., Kvinge, K. B. (2008). *Rollen som strategisk bygg og eiendomsforvalter*. Multiconsult.

<sup>23</sup> Larssen, A. K. (2011). *Bygg og eiendoms betydning for effektiv sykehusdrift*. PhD avhandling. NTNU.

10.05.2016

Disse utredningene skiller seg fra andre ved at de ikke har hatt noen føringer for mandat og innhold fra de regionale helseforetakene, og således har vært mer fristilt. Flere anbefalinger i disse arbeidene favner dermed utover rammen for de regionale helseforetakene. Med utgangspunkt i en kartlegging av dagens situasjon og av utfordringene som spesialisthelsetjenesten står overfor, både med hensyn til bygningsmassen og endringsdriverne som påvirker selve kjernevirksomheten, anbefales en rekke forbedringstiltak. Begge utredningene konkluderer med at det er behov for styrking og profesjonalisering av bygg og eiendomsforvaltningen og dens rammebetingelser, og at dette er av strategisk betydning for utviklingen av spesialisthelsetjenestetilbudet i Norge. De konkluderer med at det er behov for reorganisering av bygg og eiendomsforvaltningen, og argumenterer for etablering av et nasjonalt selskap som får totalansvar for alle sykehusbygg, og der de enkelte helseforetak er leietakere.

#### 4.2.1 Vurderinger i forhold til kriterier for god bygg- og eiendomsforvaltning

I spesialisthelsetjenesten førte sykehusreformen<sup>24</sup> i 2002 på flere områder til en desentralisering av bygg- og eiendomsforvaltningen. Fra å være eid av 19 fylker ble eieransvar og eiendomsforvaltningen overført til 47 helseforetak som ble hjemmelshaver i 2002<sup>25</sup>. Antall foretak har siden gått ned, og sykehusene er i dag organisert i 20 helseforetak, som gjerne består av flere sykehus<sup>26</sup>. Som en del av sykehusreformen fikk de regionale helseforetakene (RHF) det overordnede ansvaret for eiendomsforvaltningen, derunder oppgaver knyttet til planlegging og utbygging av sykehus. Da sykehusreformen ble innført i 2002 ble det ikke gjennomført noen felles prosess for å etablere en enhetlig og profesjonell eiendomsforvaltning, noe som blant annet har resultert i at det i dag er store variasjoner mellom helseregioner og helseforetaks interne organisering av bygg- og eiendomsforvaltningsområdet.

Begrepet bygg- og eiendomsforvaltning er et relativt nytt fagområde og det finnes ulike definisjoner av området. I følge Senter for eiendomsfag<sup>27</sup> omfatter området bygg og eiendomsforvaltning (BEF) alle aktiviteter knyttet til forvaltning av en bygning med tilhørende eiendommer over total «livssyklus». Det vil si alt fra planleggings- og byggefase, bruksfase og utfasing i form av avhending, restaurering, eller rivning. BEF inkluderer også forvaltning av investerings- og kapitaldelen.

---

<sup>24</sup> Sosial- og helsedepartementet (2001). *Om lov om helseforetak m.m.* Ot.prp. nr. 66 (2000-2001). Helse- og omsorgsdepartementet.

<sup>25</sup> Geir Sverre Braut. *Helseforetak*. Store Medisinske Leksikon: <https://sml.snl.no/helseforetak>

<sup>26</sup> Helse- og omsorgsdepartementet (2015). *Nasjonalt helse- og sykehusplan (2016-2019)*. Meld. St. 11 (2015-2016).

<sup>27</sup> *Bygg- og eiendomsforvaltning (BEF)*. Senter for Eiendomsfag: <http://www.eiendomsfag.no/ord-og-uttrykk/bygg-og-eiendomsforvaltning-bef/>

Eiendomsforvaltningsutvalget<sup>28</sup> definerer god eiendomsforvaltning som det å gi brukere gode og effektive bygninger til lavest mulig kostnad. Videre skriver de at det eksisterer 10 kriterier for god bygg- og eiendomsforvaltning:

1. Det foreligger overordnede politiske bestemte mål for eiendomsforvaltningen
2. Det foreligger et rasjonelt system for planlegging og styring av eiendomsforvaltningen
3. Tilfredsstillende prioriterte brukerbehov
4. Effektiv arealutnyttelse
5. Godt verdibevarende vedlikehold
6. Kostnadseffektiv eiendomsforvaltning
7. Målrettet utvikling av eiendommenes kvaliteter
8. En hensiktsmessig organisering av eiendomsforvaltningen
9. Riktige økonomiske rammebetingelser tilpasset eiendomsforvaltningens langsiktige karakter
10. Lovpålagte krav overfor eier og bruker blir ivaretatt

Disse kriteriene legges til grunn for oppsummeringen av vurderinger av dagens system for utbygging og forvaltning av sykehusbygg i Norge. Ved fremleggelsen av kriteriene i de kommende underkapitlene er det tatt utgangspunkt i drøftingene som er gjort i rapporten «Roller som strategisk bygg og eiendomsforvalter i spesialisthelsetjenesten»<sup>29</sup>. I rapporten blir spørreundersøkelsen som Kampesæter<sup>30</sup> sendte ut til alle Helseforetakene i 2007 lagt til grunn for drøftingen, denne studien blir heretter omtalt som «Spørreundersøkelsen». Ettersom denne undersøkelsen er gjennomført for snart 9 år siden vil ikke alle funnene representere dagens situasjon. Disse funnene blir derfor sammenstilt med funn fra andre rapporter hvor dette er tilgjengelig. Kriteriet om brukerbehov er behandlet sammen med eiendommenes kvalitet, og kriteriet om verdibevarende vedlikehold er behandlet sammen med kostnadseffektiv eiendomsforvaltning.

#### 4.2.1.1 Overordnede politiske bestemte mål for eiendomsforvaltningen

I følge Eiendomsforvaltningsutvalget bør det foreligge «politiske bestemte mål, strategier og planer for eiendommene og den forvaltningen som skal ivareta disse» og de «bør utformes skriftlig og vedtas formelt for å gi grunnlaget for en god eiendomsforvaltning». Strategien og målsetningene til bygg- og eiendomsforvaltningen bør forankres i

---

<sup>28</sup> Norske offentlige utredninger (NOU) (2004/22). *Velholdte bygninger gir mer til alle – om eiendomsforvaltningen i kommunesektoren*

<sup>29</sup> Larssen A. K., Kvinge, K. B. (2008). *Roller som strategisk bygg og eiendomsforvalter*. Multiconsult.

<sup>30</sup> Kampesæter, A. (2007). *Statusvurdering av bygg- og eiendomsforvaltningen i helseforetakene og effect av helsereformen* [Masteroppgave]. NTNU

10.05.2016

virksomhetens øverste ledelse og utarbeides i samsvar med kjernevirksomhetens øvrige mål og strategier.

I følge respondentene av «Spørreundersøkelsen» er formulering av visjon, strategi og målsetninger for bygg- og eiendomsforvaltningen i spesialisthelsetjenesten svært varierende og det ingen tydelige mål og strategier på overordnet nivå. Tydelige mål er nødvendig for å kunne etablere et optimalt og langsiktig nivå for god bygg- og eiendomsforvaltning. Det er verdt å merke seg at mange eiendomsenheter i helseforetakene har formulert mål og strategier, men utfordringen er ifølge respondentene at disse sjeldent er godt forankret i helseforetakets ledelse. I tillegg er de i mindre grad integrert med helseforetakets øvrige mål, strategier og utviklingsplaner og kun i begrenset grad kommunisert ut i organisasjonen. Flere av helseforetakene har etterspurt tydeligere føringer fra Helse- og omsorgsdepartementet. Historisk har føringene fra HOD stort sett vært begrenset til investerings- og lånerammer. Rapportering på bygningenes tilstand, bygningenes egnethet, resultater eller andre nøkkelindikatorer har i liten grad vært etterspurt av ledelsen i helseforetakene, HOD eller andre politiske hold. En viktig presisering er at disse argumentene er basert på «Spørreundersøkelsen» fra 2007, og ikke nødvendigvis gjenspeiler dagens situasjon.

Siden «Spørreundersøkelsen» ble gjennomført har HOD initiert flere tiltak på eiersiden for å bedre eierstyringen av de regionale helseforetakene. Blant annet gjennom foretaksmøtene som setter rammer og mål for virksomheten i foretakene. I foretaksmøtene er viktigheten av at alle investeringsprosjekt er innarbeidet i de regionale helseforetakenes budsjetter og planer presisert og det er etablert kvalitetssikringssystemer for å påse at det er de riktige investeringsprosjektene som blir besluttet gjennomført. De regionale helseforetakene er nå også underlagt ekstern kvalitetssikring av konseptutredninger, som leder fram til konseptvalg<sup>31</sup>.

De regionale helseforetakene må nå i regi av Sykehusbygg HF (les mer om Sykehusbygg HF i 4.2.1.2) utarbeide en veileder for utviklingsplanarbeidet som skal beskrive status for helseforetakets aktivitet og virksomhet. Det stilles også krav om at tilstandsgraden for sykehusbygg kartlegges i 2016 og at denne oppdateres hvert fjerde år<sup>32</sup>. I 2015 ble det også stilt krav rundt miljø og klimatiltak<sup>33</sup>.

Tydeligere krav knyttet til strategi og målsetninger vil ikke løse problemet alene. Midlene som bevilges til vedlikehold og oppgradering av bygningsmassen må også være tilstrekkelig for at målene skal kunne nås. Spesialisthelsetjenesten står i dag overfor en

---

<sup>31</sup> Helse- og omsorgsdepartementet (2011). *Protokoll fra foretaksmøte Helse Sør-Øst RHF- Krav og rammer for 2011 mv.* Foretaksmøte 31.01.2011.

<sup>32</sup> Helse- og omsorgsdepartementet (2016). *Protokoll fra foretaksmøte Helse Sør-Øst RHF – Krav og rammer mv. for 2016.* Foretaksmøte 12.01.2016.

<sup>33</sup> Helse- og omsorgsdepartementet (2015). *Protokoll fra foretaksmøte Helse Sør-Øst RHF – Krav og rammer for mv. for 2015.* Foretaksmøte 07.01.2015.



10.05.2016

presset økonomi, og vedlikehold og investeringer i bygningsmassen kan i den årlige kampen om budsjettmidler tape mot mer kortsiktige prioriteringer<sup>34</sup>.

Som en del av regjeringens tiltakspakke for økt sysselsetting, tildeles det også et tilskudd til vedlikeholdstiltak til helseforetak i områder der arbeidsledigheten har økt mest, hvor vedlikeholdstiltakene skal komme i tillegg til andre planlagte vedlikeholdstiltak<sup>35</sup>.

#### 4.2.1.2 System for planlegging og styring av eiendomsforvaltningen

Dette kriteriet innebærer ifølge Eiendomsforvaltningsutvalget<sup>36</sup> at «... eiendomsforvalter planlegger sine aktiviteter og sin ressursbruk ut fra vedtatte mål og rapporterer tilstand, prosesser og resultater i forhold til målene». Praksis med hensyn til bruk av systemer for planlegging og styring innen og mellom helseforetak er svært varierende. Det er både stor variasjon i hvilke systemer som benyttes, og i hvilket omfang de benyttes, og det fremkommer et behov for mer standardisering på regionalt og nasjonalt nivå. Praksis i dag er at helseforetakene i hovedsak utarbeider informasjon i forbindelse med eventuelle behov for endringer og investeringer.

Det er Stortinget som fastsetter de overordnede økonomiske rammene for de regionale helseforetakene. Innenfor disse rammene har helseforetakene et ansvar for å prioritere investeringer i bl.a. bygg, utstyr, IKT og vedlikehold opp mot annen drift. Styringssystemet innebærer videre at regionale helseforetak har ansvar for å prioritere mellom ulike investeringsprosjekter i regionen og planlegging av dem. For å kunne foreta gode prioriteringer er det avgjørende at helseforetakene har god styring og kontroll på ressursbruken. Prioriteringen skjer i henhold til definert fullmaktsregime mellom de regionale helseforetakene og de underliggende helseforetakene. En viktig forutsetning for å kunne plassere beslutningskompetanse om investeringsprosjekter i de regionale helseforetakene, er at prosjektene er innarbeidet i de regionale helseforetakenes overordnede planer og budsjetter, og at prosjektene er vurdert og prioritert innenfor helhetlige faglige og økonomiske rammer, slik at framtidige kostnader kan håndteres når investeringen er gjennomført. Dette innebærer at helseforetakene i planleggingsfasen må vurdere bygging, drift og vedlikehold i sammenheng, og ta ansvar for at beslutningsprosessene foregår på en kvalitativt god måte og at de gjennomføres ut fra en vurdering av risiko og vesentlighet.

I Riksrevisjonens undersøkelse av eiendomsforvaltningen i helseforetakene<sup>37</sup> fremgår det av deres spørreundersøkelse at kun 3 av 23 helseforetak har utarbeidet en plan som omfatter langsiktige vedlikeholdstiltak, mens 19 av 23 helseforetak har utarbeidet en årlig

---

<sup>34</sup> Larssen A. K., Kvinge, K. B. (2008). *Rollen som strategisk bygg og eiendomsforvalter*. Multiconsult.

<sup>35</sup> Finansdepartementet (2015) For budsjettåret 2016 - *Statsbudsjettet*. Prop. 1 S (2015-2016).

<sup>36</sup> Norske offentlige utredninger (NOU) (2004). *Velholdte bygninger gir mer til alle – om eiendomsforvaltningen i kommunesektoren*.

<sup>37</sup> Riksrevisjonen (2011). *Riksrevisjonens undersøkelse av eiendomsforvaltningen i helseforetakene*

10.05.2016

plan for vedlikeholdsprosjektene i 2010. Videre fremkommer det at en rekke helseforetak ikke får gjennomført de planlagte tiltakene i vedlikeholdsplanen, til tross for at vedlikeholdsplanene for rundt halvparten av helseforetakene reflekterer det reelle vedlikeholdsbehovet. Dette kan indikere at helseforetakenes planer for vedlikehold ikke er gode nok og at de ikke følges opp i tilstrekkelig grad.

Nøkkeltall for bygg- og eiendomsforvaltningen kan gi grunnlag for å vurdere kostnadsnivået i forhold til interne mål eller opp mot andre helseforetak. Sammenligning av nøkkeltall mellom helseforetak forutsetter at denne typen kostnader føres på en standardisert måte. I Riksrevisjonens undersøkelse av eiendomsforvaltningen i helseforetakene<sup>38</sup> fremgår det at bare tre av tjuefire helseforetak har utarbeidet nøkkeltall for hele bygningsmassen, brukt nøkkeltallene som grunnlag for sammenligning med andre helseforetak, og basert registreringen av FDVU-kostnader (forvaltning, drift, vedlikehold og utvikling) på Norsk Standard 3454. Ytterligere seks helseforetak baserer FDVU-kostnader på en slik måte at sammenligning er mulig, mens tolv helseforetak baserer FDVU-kostnader på en slik måte at sammenligning ikke er mulig. Videre er det tre helseforetak som ikke har registrert FDVU-kostnader.

For investeringer i sykehusprosjekt er det utarbeidet en veileder for tidligfaseplanlegging som tar hensyn til overordnede styringskrav. Veilederen bygger på etablerte styringsmodeller og systemer for investeringer i helseforetakene, samt krav og styringssignaler gitt i foretaksmøter og i oppdragsdokumenter til de regionale helseforetakene. Dokumentet gir således veiledning om hele den organisatoriske og administrative gjennomføringen av utbyggingsprosjekter. Planleggingen er fasedelt, og det skal gjennomføres ekstern kvalitetssikring av prosjektet etter gjennomført konseptfase. Kvalitetssikringen i denne fasen omtales KSK og tilsvarer statlig KS1 på en del områder.

«Veileder for tidligfaseplanlegging»<sup>39</sup> ble utgitt av Helsedirektoratet for første gang i 2006, og er et eksempel på et verktøy innenfor planlegging og styring som er tilgjengelig for alle helseforetakene. Her stilles det blant annet krav til beskrivelse av hvilke gevinster som ønskes realisert og eventuelle muligheter for omstilling og effektivisering av tjenestetilbudet. Ifølge Riksrevisjonen beskriver imidlertid ikke veilederen tilstrekkelig de kravene som bør stilles til en konseptrapport når det gjelder overordnet forankring, effekt- og resultatmål, samt rundt vurdering av alternative løsninger<sup>40</sup>. I «Spørreundersøkelsen» oppfattes veilederen derimot som en god støtte i forbindelse med planlegging og styring. Det er begrenset erfaring med gjennomføring av kvalitetssikring etter denne ordningen og de gjennomførte kvalitetssikringer av investeringsprosjekter har veldig ulike tilnærminger og innhold. Det vil derfor være viktig å videreutvikle ordningen slik at det blir en velfungerende og nyttig del av beslutningsgrunnlaget som kan skape større verdi i sykehusbyggeprosjekter, som sikrer at det legges til rette for at forutsatte gevinster av

---

<sup>38</sup> Riksrevisjonen (2011). *Riksrevisjonens undersøkelse av eiendomsforvaltningen i helseforetakene*.

<sup>39</sup> Helsedirektoratet (2009). *Tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter*.

<sup>40</sup> Riksrevisjonen (2011). *Riksrevisjonens undersøkelse av eiendomsforvaltningen i helseforetakene*

10.05.2016

utbyggingsprosjekter realiseres i driftsfasen. Siste versjon av Veileder for tidligfaseplanlegging er nå evaluert av Sykehusbygg HF og er i dag under utvikling<sup>41</sup>.

For å videreutvikle ordningen har Helsedirektoratet fått utarbeidet overordnede prinsippdokumenter som «Veileder for Hovedfunksjonsprogram i sykehusprosjekter» og «Klassifikasjonssystem for sykehusbygg». Respondentene uttrykker behov for flere slike retningslinjer, veiledere og verktøy som kan bidra til høyere kvalitet, en mer enhetlig praksis i helseforetakene og som ikke minst er ressursbesparende ved at man slipper å utvikle egne metoder i det enkelte helseforetak. I foretaksmøtene i mai 2016<sup>42</sup> ble også en første versjon av «Veileder for helseforetakenes utviklingsplan» fremlagt. Denne inneholder anbefalinger om prosess i forhold til ulike interessenter, samt risiko-, sårbarhets- og mulighetsanalyse, og det er forventet at alle helseforetak utarbeider sine utviklingsplaner i tråd med veilederen. Det presiseres at utviklingsplanene for helseforetakene må ses samlet og sikre det totale helsetilbudet i hver region, og dette innebærer at hver utviklingsplan må ha en tilknyttet kommunikasjonsplan.

## Vurdering av tidligere utbyggingsprosjekt i helsesektoren

Det er gjennomført flere sykehusutbygninger i Norge i løpet av de siste årene, og i hovedsak har disse totalt sett blitt evaluert som vellykkede prosjekt både med hensyn på tid, kvalitet og kostnad.

Fra 2002 til 2013 har Helsebygg Midt-Norge som byggherre ledet landets største sykehusutbygging på Øya i Trondheim. Utbyggingen omfatter 226 000 kvadratmeter i en senterbasert modell. Alle byggene er ifølge Helsebygg Midt-Norge selv oppført med høy kvalitet, etter fastsatt tidsplan, uten fatale arbeidsulykker og samlet sett rundt én milliard kroner under Stortingets øvre budsjetttramme<sup>43</sup>. Her baserer Helsebygg Midt-Norge seg på den siste tildelte budsjetttrammen og ikke opprinnelig budsjett.

Av andre store sykehusbyggprosjekt som har blitt gjennomført i senere tid, har også Sykehuset Østfold Kalnes utmerket seg som et vellykket prosjekt, da det ble levert før tiden og til lavere kostnad enn investeringsrammen skulle tilsi. I løpet av prosjektet var det på ingen tidspunkt mer en to prosents avvik fra fremdriftsplanen<sup>44</sup>. Sykehuset åpnet høsten 2015, og tiden vil vise om tiltakene som har blitt gjort faktisk ikke har resultert i kompromisser for å levere det på tid og kost.

I hele helse-Norge er det flere store sykehusutbygginger som skal gjennomføres de neste årene og også flere som allerede er igangsatt. Behovet for å dra lærdom fra suksessfulle

---

<sup>41</sup> Helse- og omsorgsdepartementet (2015). *Protokoll fra foretaksmøte Helse Sør-Øst RHF – Krav og rammer mv. for 2015*. Foretaksmøte 07.01.2015.

<sup>42</sup> Helse- og omsorgsdepartementet (2016). *Protokoll fra foretaksmøte i Helse Sør-Øst RHF – Krav og rammer mv. for 2016*. Foretaksmøte 12.01.2016.

<sup>43</sup> Helsebygg Midt-Norge (2015). *Evalueringer av St. Olav-prosjektet, med særlig vekt på Kunnskapssenteret*.

<sup>44</sup> Strand, S. S. *Sykehuset Østfold Kalnes*. Byggeindustrien: <http://www.bygg.no/article/1255583> (publisert 18. november 2015).

10.05.2016

prosjekter er utvilsomt stor, og disse erfaringene bør integreres og forankres i nye prosjekter for å sikre kostnadseffektivitet og suksessfulle prosjekter i fremtiden.

## Sykehusbygg HF

Som et ledd i det å styrke systemet for planlegging og styring av eiendomsforvaltningen ble Sykehusbygg HF stiftet 23. oktober 2014. Sykehusbygg HF har som formål å sikre et nasjonalt kompetansemiljø for sykehusplanlegging og -bygging. Tidligere har det ved hvert nytt sykehusprosjekt blitt brukt store ressurser på å etablere organisasjon og kompetanse for å gjennomføre nye bygg og oppgraderinger.

Da Departementet ba om at de regionale helseforetakene skulle opprette et felles eid helseforetak for samordning innenfor eiendomsområdet, presiserte de at dette foretaket skulle ha «ansvar for oppgaver innen analyse, systematisering, og formidling av kompetanse og erfaringer, samt rådgivning og byggherrefunksjoner med gjennomføring av investeringsprosjekter»<sup>45</sup>. I foretaksmøtet i januar 2015<sup>46</sup> presiserte departementet videre at de ønsket at de regionale helseforetakene trappet opp virksomheten i Sykehusbygg HF i tråd med intensjonene med etableringen. Dette innebar blant annet å sikre større grad av standardisering av nye sykehusbygg ved erfaringsoverføring og gjenbruk av planleggingsgrunnlag fra tidligere prosjekt. Samt å videreutvikle og vedlikeholde metodikk for framskrivninger, veiledere og evaluering av sykehusprosjekter, og etablere nødvendig verktøy som viser tilstandsgrad ved norske sykehus.

I styremøte som ble avholdt 17. mars 2016 skrev Sykehusbygg HF følgende om sitt formål<sup>47</sup>:

*«Sykehusbygg skal være et nasjonalt kompetansemiljø for sykehusplanlegging og -bygging på høyt internasjonalt nivå. Virksomheten skal bidra til framtidsrettet utvikling av sykehusbygging gjennom læring, innovasjon, erfarings- og kompetanseoverføring. For å oppnå dette skal Sykehusbygg legge til rette for og bidra til standardisering, erfaringsoverføring, god ressursutnyttelse og ressurstilgang innen planlegging, prosjektering og bygging av sykehus. Sykehusbygg skal sørge for at erfaring fra forvaltning og drift av sykehuseiendom tas hensyn til i nye prosjekter og kommer foretakenes eiendomsforvaltning til nytte. Oppdraget omfatter også utvikling og forvaltning av kunnskap, metoder og verktøy for bygg- og eiendomsrelatert sykehusplanlegging, samt å gi tilgang på personell med spisskompetanse vedrørende alle faser i livsløpet til en sykehuseiendom».*

---

<sup>45</sup> Helse- og omsorgsdepartementet (2014). *Protokoll fra foretaksmøte Helse Sør-Øst RHF – Krav og rammer mv. for 2014*. Foretaksmøte 07.01.2014.

<sup>46</sup> Helse- og omsorgsdepartementet (2015). *Protokoll fra foretaksmøte Helse Sør-Øst RHF – Krav og rammer for mv. for 2015*, Foretaksmøte 07.01.2015.

<sup>47</sup> Sykehusbygg (2016) *Innkalling til styremøte i Sykehusbygg HF*.

10.05.2016

Sykehusbygg HF skal støtte de regionale helseforetakene og være en internleverandør for de regionale helseforetakene og tilhørende HF gjennom alle faser av sykehusprosjekter. Det er estimert en betraktelig økning i personell de kommende årene, fra dagens 54 til 154 ansatte i 2019 for å imøtekomme den forventende etterspørselen. Sykehusbygg skal benyttes i alle større byggprosjekter over 500 mill. kr. I årsmeldingen<sup>48</sup> for 2015 vises det til totalt 55 eksterne prosjekter, hvorav; 11 i Helse Nord, 18 i Helse Midt, 21 i Helse Sør Øst, 3 i Helse Vest, og 2 nasjonale prosjekter. Sykehusbygg HF er finansiert med salg av timer i prosjektoppdrag i tillegg til rammetilskudd fra helseforetakene.

Sykehusbygg er blant annet ansvarlig for å standardisering, kompetanseoverføring og god ressursutnyttelse. Disse oppgavene kan løse noen av problemene som er henvist til tidligere i rapporten, men det er fremdeles kort tid siden Sykehusbygg ble etablert og det er foreløpig ikke gjort noen vurderinger på hvordan Sykehusbygg HF har fungert og hvilken direkte innvirkning dette har hatt på sykehusbyggene i dag. En eventuell opprettelse av et nytt foretak kan risikere å få overlappende oppgaver som Sykehusbygg HF innehar i dag. Sykehusbygg sin rolle bør vurderes ved eventuell opprettelse av et nytt foretak, og det kan vurderes om det vil være hensiktsmessig å legge noen av områdene drift, forvaltning og eierskap under Sykehusbygg HF.

#### *4.2.1.3 Tilfredsstillende prioriterte brukerbehov og målrettet utvikling av eiendommens kvaliteter*

I følge Eiendomsforvaltningsutvalget<sup>49</sup> er «tilfredsstillende av brukerbehovene den grunnleggende forutsetningen for de fleste kommunale bygninger». Her henviser Eiendomsforvaltningsutvalget hovedsakelig til kommunale bygninger, men brukerbehov er en såpass grunnleggende forutsetning for spesialisthelsetjenesten, at vi mener dette er overførbart og høyst relevant for sykehusbygg også. Å tilfredsstillende prioriterte brukerbehov og målrettet utvikling av eiendommene innebærer at det er samsvar mellom brukerbehov, lokaler og den service som ytes av bygg og eiendomsforvaltningen overfor bruker.

«Spørreundersøkelsen» utført av Kampesæter indikerte at svært få helseforetak kartla brukertilfredshet i 2007. Heller ikke vurdering av lokalenes egnethet ble kartlagt og evaluert i noen særlig grad. Det er mangelfull kunnskap i de fleste bygg- og eiendomsforvaltningsenheter om lokalenes egnethet, kjernevirksomheten og brukers behov. Avveining av brukers behov og lokalenes egnethet er i praksis en utfordring de fleste steder, blant annet som følge av at brukerne, det vil si klinikker og avdelinger i sykehusene, sjelden belastes arealkostnader eller kostnader for bygg- og vedlikehold.

Videre viser «Spørreundersøkelsen» at et annet tema respondentene er opptatt av er at manglende tilgang på investeringsmidler hindrer tilpasning til brukerbehovene, hvilket går utover kvalitet i helseproduksjonen. Tilgang på investeringsmidler styres spesielt av to

---

<sup>48</sup> Sykehusbygg (2016). *Årlig melding 2015 for Sykehusbygg HF*.

<sup>49</sup> Norske offentlige utredninger (NOU) (2004). *Velholdte bygninger gir mer til alle – om eiendomsforvaltningen i kommunesektoren*.

forhold; helseforetakenes bæreevne for eventuelle nye lånopptak og de regionale foretakenes investeringsrammer som blir satt av Helse- og omsorgsdepartementet.

#### 4.2.1.4 Effektiv arealutnyttelse

Effektiv arealutnyttelse innebærer blant annet å benytte så lite areal som mulig, uten at det går på bekostning av kvalitet og kostnadseffektivitet i kjernevirksomheten. I «Spørreundersøkelsen» kom det frem at det manglet en definert policy på areal i de fleste helseforetakene og at arealkostnadene de fleste steder ikke er synliggjort. Over tid har det utviklet seg en skjevfordeling av areal, der arealene noen steder er overdimensjonert og andre steder er underdimensjonert i forhold til aktiviteten i lokalene. U hensiktsmessig utforming og/eller u hensiktsmessig disponering av arealer bidrar også til at sykehusene opplever plassmangel, selv om antall kvadratmeter tilsvarer det andre liknende virksomheter har.

Det rapporteres også om manglende respekt fra brukere for kostnader knyttet til arealbruk, hvilket er naturlig så lenge brukere verken får informasjon om, eller belastes kostnadene knyttet til de arealer de benytter. De regionale helseforetakene har i løpet av de siste ti årene vurdert og videreutviklet eiendomsområdet, innenfor dagens rammebetingelser. I 2007 vedtok styret i Helse Midt-Norge RHF innføring av intern husleie, opprettelse av egne enheter for eiendom, drift og vedlikehold i hvert helseforetak, og etablering av et samarbeid mellom helseforetakene innen eiendomsforvaltning. Sentrale målsettinger med dette vedtaket var å oppnå arealeffektivisering og bedre vedlikehold. I samsvar med vedtaket ble det gjennomført en evaluering av ordningen i 2011<sup>50</sup>. Det fremgår av rapporten at effekten av husleieinnføringen er begrenset blant annet på grunn av manglende insentiver, og det foreslås at en bygger opp modeller med sterkere insentiver. Videre fremgår det at en har oppnådd en profesjonalisering av eiendomsforvaltningen gjennom reorganiseringen, men det påpekes at det gjenstår en formalisering av samarbeidet mellom foretakene, samt mellom foretakene og det regionale helseforetaket. Det foreslås at en vurderer nærmere etablering av eiendomsenheter som selvstendige resultatenheter på foretaksnivå, alternativt på regionalt eller nasjonalt nivå.

I evalueringen av eiendomsforvaltningen i Helse Midt-Norge ble de fire helseforetakene i Helse Midt-Norge sin effekt av innføring av intern husleie evaluert. Det ble innført en husleie i henhold til vedtatte prinsipper der husleien differensieres etter blant annet arealstandard, arealkategori, type bygg og bygningenes verdi. Alle helseforetakene har synliggjort husleien i avdelingenes regnskap, men i enkelte helseforetak er husleien et «nullsumspill», fordi avdelingene får tilført arealtilskudd lik husleien. Midlene som gis til husleie kan ikke brukes til å dekke andre utgifter, og dersom en avdeling reduserer sitt arealbruk vil tilskuddet reduseres tilsvarende. Avdelingen har dermed ingen reelle insentiver for arealreduksjon. Evalueringen viser at husleien ikke har ført til arealreduksjon i to av helseforetakene, noe som kan forklares av manglende insentiver. Videre viste

---

<sup>50</sup> Ernst & Young (2011). *Evaluering av eiendomsforvaltningen i Helse Midt-Norge*.

10.05.2016

evalueringen at husleien hadde større effekt i et helseforetak hvor avdelinger delvis fikk beholde tilskuddet ved redusert arealbruk. Effekten viste seg i form av redusert etterspørsel etter areal i enkelte klinikker. Dette helseforetaket hadde imidlertid hatt intern husleie i mange år og leietakerne synes å være mer kostnadsbevisste.

Kombinasjonen av funksjonalitet og tilpasningsdyktighet gir uttrykk for en bygnings utviklingspotensial. I Riksrevisjonens<sup>51</sup> undersøkelse anser helseforetakene 19% av den totale bygningsmassen som lite funksjonell, og vurderes til å ikke tilfredsstillende beholde behovene i kjernevirksomheten. Videre anses 28 % av arealene å ha dårlig tilpasningsdyktighet, hvor konsekvensen er at kjernevirksomheten vil kunne påføres unødige kostnader på grunn av dårlig effektivitet og arealutnyttelse. På lengre sikt vil det gi spesialisthelsetjenesten utfordringer med å imøtekomme endrede krav til behandlingstilbudet om dette ikke blir tatt tak i, men alle helseforetakene oppgir at de har gjennomført tre eller flere tiltak for arealeffektivisering.

#### *4.2.1.5 Godt verdibevarende vedlikehold og kostnadseffektiv eiendomsforvaltning*

Eiendomsforvaltningsutvalget sier følgende om kriteriet verdibevarende vedlikehold «dette er uttrykk for et optimalt vedlikehold, hvor arten og omfanget av vedlikeholdet vurderes i et langsiktig økonomisk perspektiv og i forhold til de politiske målene for eiendomsforvaltningen». Videre definerer de kostnadseffektiv eiendomsforvaltning som «kostnadene til forvaltning, drift, vedlikehold og utvikling (oppgradering) optimaliseres i et livsløpsperspektiv, slik at de fastsatte målene for eiendomsforvaltningen nås med lavest mulig samlet års kostnad». <sup>52</sup>

Oppsummeringen av vurderingene av den bygningsmessige standarden gjort i del 4.1, viser at den tekniske tilstanden er dårlig for en betydelig andel av bygningsmassen. En stor andel av bygningsmassen har utviklet seg til et punkt hvor reparasjoner og utbedringer koster mye mer enn om helseforetakene hadde foretatt vedlikehold på et tidligere tidspunkt. Det er med andre ord ikke utført godt nok verdibevarende vedlikehold og eiendomsforvaltningen er lite kostnadseffektiv<sup>53</sup>.

Evalueringen av eiendomsforvaltningen i Helse Midt-Norge i 2011<sup>54</sup> så blant annet på effekten av etableringen av enheter for eiendom og drift/vedlikehold på helseforetaksnivå. Evalueringen konkluderte med at etablering av eiendomsenheter har bidratt til å sette vedlikehold i større grad på agendaen. Ved St. Olav Hospital besluttet styret i 2007/2008 som følge av etablering av St. Olav Eiendom en langtidsstrategi der det årlige vedlikeholds nivået økes vesentlig. Dette er i stor grad fulgt opp.

---

<sup>51</sup> Riksrevisjonen (2011). *Riksrevisjonens undersøkelse av eiendomsforvaltningen i helseforetakene*.

<sup>52</sup> Norske offentlige utredninger (NOU) (2004). *Velholdte bygninger gir mer til alle – om eiendomsforvaltningen i kommunesektoren*.

<sup>53</sup> Rådgivende Ingeniørs Forening (RIF) (2010). *Norges tilstand 2010 – The state of the Nation*.

<sup>54</sup> Ernst & Young (2011). *Evaluering av eiendomsforvaltningen i Helse Midt-Norge*.

#### 4.2.1.6 En hensiktsmessig organisering av eiendomsforvaltningen

Eiendomsforvaltningsutvalget mener en hensiktsmessig organisering av eiendomsforvaltningen er «en organisering som legger til rette for god faglig kompetanse på alle nivåer, et godt samarbeid og en god gjensidig rolleforståelse med klare ansvarsforhold mellom eier, forvalter og bruker». Det ble i forbindelse med sykehusreformen i 2002 ikke gjort en gjennomgang av bygg og eiendomsforvaltningen eller lagt føringer for helseforetakenes håndtering av eiendomsområdet. Det er derfor store variasjoner i den interne organiseringen av eiendomsforvaltningen i de ulike helseregionene og helseforetakene, og ansvars- og rollefordeling er uklar mange steder<sup>55</sup>.

Eiendomsforvaltningen i Helse Midt-Norge ble evaluert i 2011<sup>56</sup>. I den anledning ble det også gjennomført en vurdering av effekten av etablering av enheter for eiendom og drift/vedlikehold på helseforetaksnivå. Evalueringen konkluderte med at etablering av eiendomsenheter har medført at helseforetakene har utarbeidet strategier og handlingsplaner for forvaltning, drift, vedlikehold og utvikling i et kort- og langsiktig perspektiv. Oppsummert har etablering av egne enheter for eiendom og drift/vedlikehold bidratt til bedre struktur og oversikt innen forvaltning, drift, vedlikehold og utvikling. Omorganiseringen bidro også til profesjonalisering av eiendomsforvaltningen, økt rolleforståelse, økt fokus på arealeffektivisering på overordnet nivå og høyere fokus på vedlikehold.

Helseforetaket som synes å ha gått lengst i forhold til å formalisere et skille mellom bestiller og utfører er St. Olavs Hospital HF der det er etablert en egen resultatenhet, St. Olav Eiendom, som skal utøve det strategiske og taktiske eierskapet av bygg og eiendommer ved helseforetaket. De inngår leieavtaler med helseforetakenes brukerenheter, og kjøper operative driftstjenester av blant annet St. Olav Drift. I følge Ernst & Youngs evaluering av eiendomsforvaltningen i Helse Midt-Norge<sup>57</sup> ga flere involverte fra eiendoms- og driftsenhetene uttrykk for at de savnet et større kompetansemiljø med muligheter for faglig utvikling. Dette er noe som kan økes med for eksempel samarbeid med andre regioner.

I rapporten står det videre at Helsebygg Midt-Norge har vært en fellesfunksjon som har bidratt med samhandling og kompetansedeling i regionen. Kompetanse og erfaring fra planlegging og bygging av det nye St. Olavs Hospital har for eksempel kommet til nytte ved gjennomføring av prosjektet ny barneavdeling i Ålesund, og i planleggingen av et nytt sykehus i Møre og Romsdal. Det er viktig å sikre kontinuitet og ta vare på den opparbeidede kompetansen i kommende prosjekt og utbygginger. Oppsummert har helseforetakene i regionen en god uformell dialog, og dette har medført positive effekter og erfaringsdeler. Mange av utfordringene som helseforetakene står ovenfor krever

---

<sup>55</sup> Larssen, A. K. (2011). *Bygg og eiendoms betydning for effektiv sykehusdrift*. PhD avhandling. NTNU.

<sup>56</sup> Ernst & Young (2011). *Evaluering av eiendomsforvaltningen i Helse Midt-Norge*.

<sup>57</sup> Ernst & Young (2011). *Evaluering av eiendomsforvaltningen i Helse Midt-Norge*.



10.05.2016

regionale eller nasjonale løsninger, og det er potensial for å utvikle mer enhetlige løsninger i regionen og for å utnytte de samlede ressursene bedre.

Hvordan de øvrige helseforetakene og regionale helseforetakene har organisert sin bygg og eiendomsforvaltning varierer. Stillingstitler og ansvarsområder er vanskelig sammenlignbare mellom de ulike helseforetakene, noe som også vanskeliggjør samarbeid og erfaringsutveksling. Videre er det også manglende samsvar mellom ansvar og myndighet, men utredning av organisering og omorganisering pågår mange steder<sup>58</sup>.

Multiconsult deler organiseringen av eiendomsforvaltningen inn i de tre områdene roller, ansvar og myndighet, og kompetanse. Nedenfor følger en oppsummering av disse områdene fra rapporten i 2008, men gitt de initiativene HOD har initiert de seneste årene (se 4.2.1.1), kan situasjonsbildet ha endret seg:

Roller:

«Spørreundersøkelsen» viser at departementets og de regionale helseforetakenes roller oppfattes som uklar for helseforetakene.

Ansvar og myndighet:

Helse- og omsorgsdepartementet er øverste eier av eiendommene i helsesektoren. De har koordineringsansvar og ansvar for rammebetingelser overfor regionale helseforetak. De regionale helseforetakene har et helhetlig ansvar for investeringer og drift innen de gitte rammebetingelsene. I dette ligger også ansvar for å forvalte kapital og andre materielle verdier. Helseforetakene har helhetlig ansvar for investeringer og drift innen sine fullmakter og rammer, og er den formelle eier av bygningene.

Kompetanse:

Helseforetakene besitter stort sett kompetanse knyttet til drift og vedlikehold av bygningsmassen, mens kompetanse knyttet til forvaltning og utvikling i større grad ble værende igjen i fylkeskommunene etter den nye sykehusreformen ble innført i 2002. Det er behov for utvikling av kompetanse, spesielt innen strategiske og taktiske oppgaver som for eksempel utarbeidelse av arealplaner, porteføljeutvikling, kjøp og salg av eiendom og analyse. Det er også behov for å styrke kompetanse og forståelse hos kjernevirksomheten om bygg- og eiendomsforvaltning og byggeprosjekter. Kompetansebehovet i spesialisthelsetjenesten er større enn tilgangen, og rekruttering og å holde på ansatte er en utfordring. De fleste enhetene er også for små til å bygge opp komplett kompetanse innenfor område bygg- og eiendomsforvaltning, selv om de trenger det.

Reorganisering av eiendomsforvaltningen er et aktuelt tema innen spesialisthelsetjenesten siden organiseringen i dag ikke oppfattes å være optimal. Det er behov for mer enhetlige strukturer på tvers av foretak og regioner og en klargjøring av rollene som eier, bruker og

---

<sup>58</sup> Larssen A. K., Kvinge, K. B. (2008). *Rollen som strategisk bygg og eiendomsforvalter*. Multiconsult.

10.05.2016

forvalter. Videre må helseforetakene vurdere hvordan kompetansehøvet kan bli dekket gitt rekrutteringsutfordringene.

#### *4.2.1.7 Riktige økonomiske rammebetingelser tilpasset eiendomsforvaltningens langsiktige karakter*

I følge Eiendomsforvaltningsutvalget<sup>59</sup> innebærer dette kriteriet at «riktige økonomiske rammebetingelser skal legge til rette for rasjonelle beslutninger i et langsiktig perspektiv. Alle erfaringer viser at det er dårlig totaløkonomi å vedlikeholde eiendom dårlig».

En av hovedintensjonene med foretaksorganiseringen slik den er i dag, er å gi helseforetakene klarere ansvar og fullmakter. Staten har ansvar for å finansiere den offentlige spesialisthelsetjenesten og finansieringen er i hovedsak todelt, og består av basisbevilgning og aktivitetsbasert finansiering. Innenfor de tildelte økonomiske rammene skal virksomhetene ha selvstendighet og fleksibilitet for å sikre at ressursene utnyttes til samfunnets beste<sup>60</sup>.

Gjennom St. prp. nr 1 (2007-2008) for budsjettåret 2008 ble det vedtatt en økning i årlige bevilgninger på nesten 1,7 mrd. kroner, som sammen med basisbevilgninger for gjenanskaffelse og vedlikehold skulle gi dekning for opprettholdelse av verdien av varige driftsmidler<sup>61</sup>.

I tillegg til basisbevilgningen, finansieres investeringene til de regionale helseforetakene gjennom investeringslån. I Statsbudsjettet for 2014 ble det vedtatt en utvidelse på investeringslån fra 50 til 70% av investeringsrammene, i tillegg til at det ble åpnet for å forlenge avdragstiden på lånene fra 20 år til 25 år. Formålet var å bedre likviditeten til de regionale helseforetakene og sikre en større evne til raskere å kunne gjennomføre store og nødvendige investeringer i bygg, IKT og medisinskteknisk utstyr. Det er blant annet innvilget lån til nytt sykehus i Østfold, Helse Bergen, Universitetssykehuset Nord-Norge i Tromsø, og Helse Finnmark i Kirkenes. Prosjektene har fastsatte lånerammer, og utbetalingene varierer med prosjektenes framdrift<sup>62</sup>.

Som en del av styringsdialogen med HOD skal de regionale helseforetakene for alle prosjekt over 500 mill. kroner overlevere analyser og vurderinger etter endt konseptfase, dette inkluderer også ekstern kvalitetssikring, og vil danne grunnlaget for vurdering av et potensielt lån. Departementet vurderer ikke konseptplaner under 500 mill. kroner, men i et tilsvarende svar til «Forespørsel knyttet til vilkår for lånefinansiering» presiserer de at «*Dette er allikevel ikke til hinder for at helseforetakene splitter opp hovedprosjektet i ulike delfaser*

---

<sup>59</sup> Norske offentlige utredninger (NOU) (2004). *Velholdte bygninger gir mer til alle – om eiendomsforvaltningen i kommunesektoren*.

<sup>60</sup> Norske offentlige utredninger (NOU) (2015). *Bedre beslutningsgrunnlag, bedre styring. Budsjett og regnskap i staten*.

<sup>61</sup> Helse- og omsorgsdepartementet (2007). *For budsjettåret 2008* St.prp. nr. 1 (2007-2008).

<sup>62</sup> Finansdepartementet (2014) *Nasjonalt budsjett 2015*. Meld. St. 1.

10.05.2016

*og igangsetter forprosjektfasen for delprosjekter innenfor den totale konseptplan som er oversendt departementet»<sup>63</sup>.*

Utviklingen i rentenivå og utvidede rammebetingelser for låneopptak har endret de økonomiske rammebetingelsene for investeringer i positiv retning for helseforetakene. Det oppfattes likevel å være utfordrende økonomiske rammebetingelser for helseforetakene, og manglende langsiktighet ble oppgitt å være et problem i spesialisthelsetjenesten i 2011<sup>64</sup>. Det er ikke gjort noen vurderinger etter 2011 om hvorvidt de økonomiske rammebetingelsene er tilpasset eiendomsforvaltningenes langsiktige karakter i dag etter endringene rammer for investeringslån.

#### *4.2.1.8 Lovpålagte krav overfor eier og bruker ivaretas*

Eiendomsforvaltningsutvalget sier følgende om kriteriet om lovpålagte krav overfor eier og bruker ivaretas: «eiendomsforvaltningen skal ivareta de krav som lovgivningen stiller både til forvaltningsprosessene, til bygningen og til lokalene i forhold til den aktuelle bruken».

I «Spørreundersøkelsen» rettet mot de eiendomsansvarlige i helseforetakene svarte 80 % at det var lov og/eller forskriftskrav som ikke var oppfylt for bygningsmassen. Hvilke lov eller forskriftskrav det var snakk om ble ikke diskutert, slik at alvorlighetsgraden antakelig varierer stort mellom de ulike helseforetakene. Flere respondenter har imidlertid vist til konkrete eksempler på flere tilfeller som er såpass alvorlige at lokaler har blitt stengt eller står overfor trussel om stenging. Dette er dog 9 år siden og vi har ikke noen nye vurderinger som kan verifisere at dette fremdeles er tilfellet.

#### 4.2.2 Anbefalinger som er gitt vedrørende systemet for utbygging og forvaltning av sykehusbygg i Norge

De ulike utredningene som er gjort gir ulike anbefalinger og råd om den fremtidige innretningen av systemet for utbygging og forvaltning av sykehusbygg i Norge. Nedenfor oppsummeres de hovedanbefalingene rundt forvaltning som er gitt av Multiconsult gjennom Larssen og Kvinge, samt gjennom evaluering av eiendomsforvaltningen i Helse Midt-Norge, samt anbefalinger rundt nybygg og investeringer fra Riksrevisjonen og Børmer-utvalget.

Multiconsult<sup>65</sup> argumenterer for at utfordringene med dagens system for bygg- og eiendomsforvaltningen i spesialisthelsetjenesten kan løses ved å skaffe eiendomsforvaltningen større handlingsrom, både med hensyn til økonomi, kompetanse og

---

<sup>63</sup> Helse- og omsorgsdepartementet (2014). *Forespørsel knyttet til vilkår for lånefinansiering fra Helse- og omsorgsdepartementet*.

<sup>64</sup> Larssen, A. K. (2011). *Bygg og eiendoms betydning for effektiv sykehusdrift*. PhD avhandling. NTNU.

<sup>65</sup> Larssen A. K., Kvinge, K. B. (2008). *Rollen som strategisk bygg og eiendomsforvalter*. Multiconsult.

10.05.2016

personell. Handlingsrommet kan oppnås ved en bedre utnyttelse av de samlede ressursene enn den som er i dag. Dette kan gjøres ved å samle ansvaret for og midlene til eiendomsforvaltningen i større enheter enn helseforetakene, for eksempel på regionalt eller nasjonal nivå. Ved å samle eiendomsporteføljen i større enheter vil man oppnå stordriftsfordeler og ressurseffektivitet, økt økonomisk fleksibilitet og dermed økt rom for å foreta store investeringer.

Multiconsult trekker videre frem at de fleste helseforetakene er for små til å kunne bygge opp tilstrekkelig kompetanse innenfor bygg- og eiendomsforvaltning, og større eiendomsenheter er derfor nødvendig. Videre er rekruttering og kompetanse innen mange fagområder et problem i mange helseforetak i dag, og det er mangel på ressurser i Norge som besitter kompetanse innenfor bygg- og eiendomsforvaltning innen spesialisthelsetjenesten. Sannsynligvis vil større eiendomsforvaltningsenheter fremstå som mer faglig attraktive enn små enheter, noe som kan bidra til å tiltrekke riktig kompetanse og dermed forenkle rekrutteringsprosessen.

Helse Vest gjennomførte i perioden 2008-2010 et «Program Eiendom<sup>66</sup>» som så på de fleste sider ved både forvaltning, drift og organisering av eiendomsområdet i foretaksgruppen. I deres sluttrapport for prosjektfase 3 sammenligner de to ulike modeller for gjennomføring av forbedringstiltak. Modell 1 er en videreføring av dagens desentraliserte organisering, men med gjennomføring av forbedringstiltak. Modell 2 er en regional modell bestående av ett samlet forvaltningsselskap for Helse Vest. De trekker frem at en sentralisering av eiendomsforvaltning i et eget selskap på regionalt nivå, vil redusere HFenes rolle i å ivareta oppgaver knyttet til eiendomsområdet. Ledelseskapasitet vil dermed bli frigjort til å brukes direkte mot kjernevirksomheten. Videre trekkes det frem at en slik regional løsning vil være bedre egnet i forhold til å redusere kostnader, og samtidig øke graden av regional samhandling og byggstrategi. I tillegg legger det til rette for porteføljestyring for økt arealeffektivitet og -kvalitet. Prosjektgruppen i Helse Vest mener likevel at en slik modell kun vil være marginalt bedre enn en mer desentralisert modell, ettersom man ved en sentralisering også mister noe av forvalters lojalitet knyttet til driftssituasjon til det enkelte helseforetaket, ikke lenger i samme grad kan ivareta integrasjon mot øvrige sykehusfunksjoner, og at man mister lokal råderett over sykehusmidler.

I evalueringen av organiseringen av eiendomsforvaltningen i Helse Midt-Norge<sup>67</sup> ble det anbefalt at oppgaver som er identifisert som samhandlingsområder som måling, rapportering, kompetanse, systemer og langsiktig planlegging, samt standardsetting og forvaltning av felles prosesser og rutiner på eiendomsområdet, i fremtiden ivaretas av en felles regional enhet organisert som en egen juridisk enhet eid av helseforetakene i regionen eller av det regionale helseforetaket.

Flere anbefalinger peker således mot en regionalisering eller nasjonalisering av eiendomsforvaltningen, men det bør nevnes at det fortsatt er et stort potensiale i å

---

<sup>66</sup> Helse Vest RHF (2009) *Program Eiendom – Prosjekt Fase 3*.

<sup>67</sup> Ernst & Young (2011). *Evaluering av eiendomsforvaltningen i Helse Midt-Norge*.

10.05.2016

etablere mer felles strukturkapital i form av veiledninger, retningslinjer, maler og verktøy innen en rekke områder. Dette vil også kunne bidra til en bedre samlet ressursutnyttelse og høyere kvalitet.

Når det gjelder utbygging mener Riksrevisjonen<sup>68</sup> det er for lite fokus på gevinstrealisering i nybyggingsprosjekter, gitt de forventningene om realisering av gevinster som foreligger. De trekker frem at det bør kunne forventes en oversikt over hvilke sentrale nyttevirkninger og/eller kostnadsbesparelser virksomheten tar sikte på å oppnå med tiltaket. God forankring blant ledere og medarbeidere vil bidra til å sikre en felles forståelse av beregningsgrunnlaget for gevinstuttaket, som igjen vil redusere sårbarheten og risiko for at målene ikke oppnås ved implementering. Dette er nødvendig for å kunne måle status og framdrift for gevinstrealiseringen, samt for å skille ut effekten av tiltakene med tanke på om de faktisk er implementert og fungerer etter intensjonen. Det er også sentralt å følge opp gevinstrealisering både i planperioden og i drifts-/oppstartsfasen. Når gevinstrealisering er lagt som premiss for investeringen, vil manglende prioritering av gevinstrealisering ha konsekvenser for helseforetakets driftsøkonomiske balanse og evne til å håndtere merkostnader i ny driftsfase. Riksrevisjonen fastholder at det er viktig å kunne dokumentere og etterprøve gevinstrealiseringens bidrag i arbeidet med å oppnå økonomisk balanse.

Børmer-utvalget, et regjeringsoppnevnt ekspertutvalg, la i 2015 frem sine vurderinger og anbefalinger om flerårige budsjetter og statlige prioriteringer<sup>69</sup> for å sikre et bedre beslutningsgrunnlag og en effektiv bruk av offentlige midler. Erfaringene fra helseforetakene viste at det kun har vært uvesentlige økninger fra forventet kostnad i en tidligfase og utover i planleggingsfasen. Likevel mente utvalget at det bør legges mer vekt på bruk av livssyklusberegninger og planer for bruk av gevinstrealisering. Det kan være nyttig ved større investeringsprosjekter å jobbe systematisk med gevinstrealisering i prosjektets gjennomføringsfase og i årene etter driftsiverksettelse. En gevinstrealiseringsplan er mer operativ enn oversikten over potensielle gevinster fra en samfunnsøkonomiske analyse, og beskriver hvordan man bør gå fram for å hente ut gevinstpotensialet. Slike planer kan medføre en tydeligere forpliktelse til å realisere gevinstene, og kan bidra til at virksomhetene jobber mer aktivt med å hente ut gevinstene. Eksempler på gevinster kan være effektiviseringsgevinster som gir besparelser på budsjettene til virksomheter, eller gevinster som medfører økt kvalitet og gevinster for øvrige aktører, som kommuner eller privatpersoner. Deres anbefaling videre er å utarbeide et opplegg for kostnadsstyrt prosjektplanlegging i staten. Målet med et slikt system er å bygge opp under realistisk vurdering av kostnadene ved valg av løsning og rasjonell framdrift for investeringsprosjekter ved å gi bedre kostnadsstyring og omfangskontroll av statlige prosjekter.

---

<sup>68</sup> Riksrevisjonen (2011). *Riksrevisjonens undersøkelse av eiendomsforvaltningen i helseforetakene*.

<sup>69</sup> Norske offentlige utredninger (NOU) (2015). *Bedre beslutningsgrunnlag, bedre styring. Budsjett og regnskap i staten*.

#### 4.2.2.1 Alternative modeller for å oppnå forbedringer

I rapporten til Multiconsult<sup>70</sup> er det lagt frem følgende tre prinsipielle modeller for videreutvikling av bygg og eiendomsforvaltningen innen spesialisthelsetjenesten:

1. Desentralisert modell – profesjonalisering og styrkning av dagens modell
2. Regionalisert modell – etablering av eiendomsenhet i det enkelte RHF med operative enheter med helseforetak/lokasjon
3. Nasjonal modell – etablering av «Helsebygg»

Nedenfor beskrives og sammenlignes modellene slik dette er presentert av Multiconsult.

I den desentraliserte modellen vil det etableres en eiendomsenhet som en egen resultat enhet som rapporterer direkte til helseforetakets administrerende direktør. Leder av eiendomsenheten må inngå i helseforetakets ledergruppe for å sikre en toveis dialog og forståelse, samarbeid om strategisk planlegging og utvikling, og for å oppnå jevnlig gjensidig kunnskapsoverføring. Bygg- og eiendomsforvaltningskunnskapen i de regionale helseforetakene må styrkes. Eiendomsenheten vil ha ansvar for prosjekt og utvikling, forvaltning, drift og vedlikehold. Det vil opprettes servicesenter på de geografiske hoved lokasjonene som ivaretar de operative oppgavene.

Den desentraliserte modellen er den som er enklest å iverksette, og krever minst omstilling da den tar utgangspunkt i dagens desentraliserte organisering, men spørsmålet er hvor stor effekt disse sentraliseringsinitiativene vil ha. Noe kan nok gjøres ved å profesjonalisere og styrke dagens desentraliserte modell, men det vil da kreve veldig tydelige føringer fra departementet og mye vilje, gjennomføringskraft og evne i de enkelte eiendomsenhetene i en implementeringsfase.

Den desentraliserte modellens svakheter er at den ikke legger til rette for entydig og klart skille mellom eier og bruker, og eiendomsforvaltningen vil konkurrere med helsetjenestens midler til vedlikehold av bygningsmassen. Videre er det ikke mulig eller lønnsomt å bygge opp tilstrekkelige fagmiljøer, og den støtter heller ikke en langsiktig kapitalforvaltning.

I den regionaliserte modellen vil det etableres en egen eiendomsenhet med eget styre i hvert regionale helseforetak på linje med helseforetakene. Alternativt kan eiendomsenheten opprettes som en egen resultat enhet i de regionale helseforetakene som rapporterer direkte til det regionale helseforetakets administrerende direktør. I denne modellen vil leietakerne være det enkelte sykehus og utleier en er ekstern regional enhet utenfor eget helseforetak. Dette gjør at leieavtalen vil fremstå mer robust og bindende enn i dagens system.

Det som er positivt med en regional modell er at den sentraliserer bygg og eiendomsforvaltningen i større grad enn i dag og legger mer til rette for brede og kompetente fagmiljøer, systemer og rutiner. Videre bidrar de til noe større

---

<sup>70</sup> Larssen A. K., Kvinge, K. B. (2008). *Rollen som strategisk bygg og eiendomsforvalter*. Multiconsult.

10.05.2016

stordriftsfordeler rundt ressurser, innkjøp, systemer, metoder og verktøy, samt tilrettelegger for benchmarking mellom helseforetakene på et regionalt nivå.

I den nasjonale modellen vil det etableres et eget eiendomsselskap, for eksempel kalt «Helsebygg», som får totalansvar for alle bygg og eiendom som benyttes innenfor spesialisthelsetjenesten. Eiendomsenheten opprettes som en selvstendig organisasjon og rapporterer direkte til et av departementene, på samme måte som Statsbygg og Forsvarsbygg. De enkelte helseforetakene er leietakere, og bør kunne fristilles til å leie og kjøpe bygg- og eiendomsforvaltningstjenester fra andre aktører for å motvirke en monopolsituasjon.

Ved å dele på ressursene kan en oppnå en reduksjon i kostnader, i motsetning til dersom regionene etablerte enheter hver for seg. I tillegg vil det bli lettere å beregne gevinster ved bruk av benchmarking og sammenligninger nasjonalt. Ved å utarbeide felles metoder og en standard måte å drifte og vedlikeholde sykehusbygg på, kan en oppnå et stort innsparingspotensial. En god samordning innen eiendomsutviklingen og forvaltningen ved innføring av standardiserte og effektive løsninger, basert på beste praksis og læring, vil bidra til oppnåelse av mer effektiv drift av kjernevirksomheten. Doktoravhandlingen til Anne Kathrine Larssen underbygger disse effektene<sup>71</sup>.

I både den regionaliserte og nasjonale modellen skal alle ikke-kliniske oppgaver kunne tilbys av enheten som opprettes og det forventes et sterkt teknisk driftsmiljø i de enkelte helseforetakene for å ivareta den daglige driften. En nasjonal modell er den modellen som i størst grad bygger opp et bredt og kompetent fagmiljø, systemer og rutiner for dette. Modellen gir en profesjonalisering som kan bidra til kostnadseffektivisering og økt kvalitet. Videre bidrar denne til de største potensielle stordriftsfordeler rundt ressurser, innkjøp, systemer, metoder og verktøy, samt tilrettelegger for benchmarking mellom helseforetakene på nasjonalt nivå.

Multiconsult<sup>72</sup> oppsummer fordeler og ulemper med den regionaliserte og nasjonale modellen slik:

Område	Regionalisert modell	Nasjonale modell
Grensesnitt og rolleavklaring	Klare ansvarsgrenser og roller, forutsatt at det lages klare avtaler. De lokale kjernevirksomheters behov for løpende endringer må ivaretas uten byråkratiske omveier.	Klare ansvarsgrenser og roller, herunder kunde og leverandør. Modellen har likehetstrekk med det private utleiemarkedet
Personell og kompetanse	Stort sett som den nasjonale modellen, men vil ha begrensede muligheter for komplett fagmiljø og å holde på kompetanse knyttet til større investeringsprosjekter	Fagkompetanse flyttes sentralt til ny enhet. Modellen tilrettelegger for komplett fagmiljø, kompetanse og kapasitet. Også god mulighet for funksjon som profesjonell kontinuerlig byggherre.
Økonomi	Tilrettelegger for husleie, synliggjøring av FDVUS-kostnader og grunnlag for benchmarking	Husleie innføres og alle FDVUS-kostnader synliggjøres. Danner grunnlag for benchmarking.

<sup>71</sup> Larssen, A. K. (2011). *Bygg og eiendoms betydning for effektiv sykehusdrift*. PhD avhandling. NTNU.

<sup>72</sup> Larssen A. K., Kvinge, K. B. (2008). *Rollen som strategisk bygg og eiendomsforvalter*. Multiconsult.

10.05.2016

Langsiktig kapitalforvaltning	Tilrettelegger for mer langsiktig kapitalforvaltning gjennom større portefølje enn dagens løsning.	Tilrettelegger godt for aktiv langsiktig kapitalforvaltning.
Ressurseffektiv eiendomsforvaltning	Tilrettelegger for ressurseffektiv eiendomsforvaltning og stordriftsfordeler knyttet til innkjøp og utvikling av systemer, metoder og verktøy for styring og kontroll, dog mindre enn den nasjonale modellen	Tilrettelegger for ressurseffektiv eiendomsforvaltning og stordriftsfordeler knyttet til innkjøp og utvikling av systemer, metoder og verktøy for styring og kontroll.
Oppgradering og utvikling av bygningsmassens fremtidige behov	Effektiv for mindre tiltak. Støtter godt opp under tilpasning og utvikling i et regionalt perspektiv, forutsatt at tilstrekkelig kompetanse er etablert.	Litt mer krevende for mindre tiltak. Støtter godt opp under tilpasning og utvikling i et nasjonalt perspektiv. Gir gode rammebetingelser for å bygge
Samhandling med kjernevirksomhet om strategisk planlegging	Godt tilrettelagt, mulig å bygge opp og forberede god kompetanse og utvikle planprosesser som kan gjentas overfor samtlige HF i regionen	Krever mer formalisering av disse prosessene enn i dagens løsning, samt mer kompetanse hos spesialisthelsetjenesten på strategisk planlegging.
Behov for bestiller-kompetanse hos bruker	Behov for økt kompetanse enn i dagens modell for å ivareta et profesjonelt grensesnitt mellom bruker og forvalter	Krever oppbygging av bestiller-kompetanse
Arealutnyttelse	Husleie bidrar til bedre arealutnyttelse, og modellen er egnet for å ta ut gevinster ved å se på strukturelle endringer i et regionalt perspektiv	Husleie bidrar til bedre arealutnyttelse, men legger også til rette for å se på gevinster i et nasjonalt perspektiv.
Behov for omstilling	Medfører endringer, men kan tilpasses de enkelte HF. Innebærer virksomhetsoverdragelse	Medfører stor grad av omstilling. Innebærer virksomhetsoverdragelse

#### 4.3 Vurderinger som er gjort av systemet for utbygging og forvaltning av andre offentlige bygg i Norge

Innledningsvis i dette kapitlet legges trenden innen bygg- og eiendomsforvaltning de siste årene i offentlige bygg frem. Videre omtales de erfaringer kommunene, Statsbygg og Forsvarsbygg har med å skille ut eiendomsforvaltningen i egne enheter og innføring av intern husleie. Det foreligger få evalueringer av ordningene til Statsbygg og Forsvarsbygg de siste årene, og underlaget er fra perioden 2005-2013.

Stortingsmeldingen «Gode bygg for eit betre samfunn»<sup>73</sup> legger vekt på kompetanse- og utviklingsbehov i byggsektoren og fokuserer sterkt på bærekraftige byggverk. Stortingsmeldingen fremhever i den forbindelse det offentlige som pådriver og forbilde. Offentlige aktører, og ikke minst spesialisthelsetjenesten som landets største statlige eiendomsforvalter, tillegges altså et ansvar som pådriver og forbilde for byggenæringen i arbeidet med innovasjon, kompetanseutvikling og bærekraftig bygging. For å lykkes i en slik rolle kreves blant annet kompetente fagmiljøer, økonomisk robusthet og ledelsesforankring. I Norge har vi hatt tradisjon for å besitte egen eiendom som danner ramme rundt den virksomhet vi bedriver, spesielt i offentlig sektor. De siste tiårene har vi derimot sett en sterk trend der bygg- og eiendomsforvaltning skilles ut som egne resultatenheter, også blant offentlige virksomheter. Videre er det ikke uvanlig innen

<sup>73</sup> Kommunal- og regionaldepartementet (2012). *Gode bygg for eit betre samfunn*. St. Meld. nr. 28 (2011-2012).



10.05.2016

enkelte offentlige ansvarsområder (næringsbygg) at det har vært gjennomført såkalt salg og gjenleie der hensikten er å frigjøre kapital og oppnå økt fleksibilitet for kjernevirksomheten. Organisasjons- og tilknytningsformer varierer, fra avdelinger, etater og foretak til egne aksjeselskaper. Noen eier bygningene, andre forvalter, bygger, drifter og vedlikeholder på oppdrag fra eier.

Motivasjonen for etablering av separate enheter for bygg- og eiendomsforvaltning i offentlig sektor kan være sammensatt, men det har som oftest vært for å få bukt med et omfattende vedlikeholdsetterlep og oppnå effektiviseringsgevinster gjennom stordriftsfordeler og profesjonalisering. For enkelte organisasjoner har også håndtering av en stor og kontinuerlig portefølje av byggeprosjekter vært et viktig element, blant annet ved opprettelsen av Undervisningsbygg Oslo KF som gjennom en årrekke har vært en av landets største byggherreorganisasjoner.

Som en følge av en rekke kostnadsoverskridelser i statlige prosjekter og nybygg<sup>74</sup>, opprettet staten og finansdepartementet sin egen prosjektmodell for store og kostbare prosjekter finansiert av staten. Hensikten med modellen er å kvalitetssikre informasjonen og analysene i prosjektet. Denne skal bidra til at riktig prosjekt blir valgt og at gjennomføringen blir riktig. Modellen er faseinndelt med to kontrollpunkter i prosjektets tidlige fase som kalles KS1 og KS2. KS står for «kvalitetssikring» og består av analyser fra eksterne konsulenter.

#### 4.3.1 Erfaringer fra norske kommuner

Norske kommuner benytter seg både av husleie og internleie, hvor husleie benyttes i kommuner hvor eier og forvalter er organisert i et AS eller KF, og internleie benyttes der eier, forvalter og leietaker er i samme organisasjon. Kommunene har også ulike måter å beregne leie på. Kostandsdekkende leie på formålsbygg er vanskeligere å finne enn å operere med markedsleie for kontorbygg.

En kartlegging av eiendomsforvaltning basert på 6-10 norske kommuner<sup>75</sup> konkluderer med at kommuner som har profesjonalisert eiendomsforvaltningen har lyktes med synliggjøring av kostnader og oppnådd økt rolleforståelse, mens det ser ut til at forbedret vedlikehold og arealeffektivitet krever lengre tid å gjennomføre, og krever ytterligere grep utover kun innføring av intern husleie.

Rapporten anbefaler å opprette klare avtalemodeller mellom eier, forvalter og leietaker med en tydelig ansvarsfordeling basert på likeverdighet og en solid organisasjonsform. Det er nødvendig med en aksept fra politikerne på at vedlikeholdsmidler skal være tilstrekkelig til systematisk vedlikehold, være skjermet og oppdateres jevnlig for å representere prisstigning. Videre må man legge til rette for at eiendomsforvaltningen blir sin egen

---

<sup>74</sup> *Hva er KS-ordningen?* Regjeringen.no: <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/Hva-er-KS-ordningen/id2001422/> (publisert 24. september 2014).

<sup>75</sup> Næspe, B. (2007). *Kartlegging av beste praksis for interne husleieordninger*.

10.05.2016

«kjernevirksomhet» og la forvalter overta mest mulig bygningsrelatert ansvar, og lage gode planer for vedlikehold som er grundig kommunisert til leietakerne. Man må også være bevisst i forhold til å etablere en bedriftskultur basert på rolleforståelse og samhandling, gjennom opplæring, forståelse, forventinger og oppfølging av ledere. Først da vil man lykkes med en husleieordning.

Etablering av egne foretak for eiendomsforvaltning ser ut til å fungere bra ifølge denne rapporten.

#### 4.3.1.1 Erfaringer fra Undervisningsbygg

Som et kommunalt initiativ ble Undervisningsbygg Oslo KF etablert i 2002<sup>76</sup> og er Oslo kommunes største eiendomsforvalter med cirka 1,4 millioner kvadratmeter fordelt på 177 skoler og cirka 750 bygninger. Disse bygningene leies av Utdanningsetaten.

Undervisningsbygg har i oppgave å utvikle, bygge, drifte og forvalte skolene i Oslo. Årlig bygger Undervisningsbygg for over to mrd. kroner, og investeringene gjelder både nybygg og rehabilitering av eksisterende bygningsmasse. Kommunerevisjonen utførte i 2008 en undersøkelse av ansvarsdelingen mellom Utdanningsetaten og Undervisningsbygg<sup>77</sup>.

Hovedmomentene fra denne rapporten gjengis under.

#### Samarbeid om planer og utveksling av informasjon

Utdanningsetaten og Undervisningsbygg har to planprosesser som ligger til grunn for arbeidet med skolebyggene; skolebehovsplanen og en liste over prioriterte prosjekter for å ta igjen vedlikeholdsetterslepet. Skolebehovsplanen lages annet hvert år av Utdanningsetaten med innspill fra Undervisningsbygg og en rekke andre instanser. Planen inneholder en vurdering av behov for antall og typer elevplasser og nye skoler. Den andre planprosessen er en liste over prioriterte rehabiliteringstiltak og akutttiltak som omfatter skolebygg som skal bli utbedret det påfølgende året. Kommunerevisjonen fant ut at både Utdanningsetaten og Undervisningsbygg var fornøyde med begge prosessene i 2008. Den eneste utfordringen ledelsen i Undervisningsbygg så, var at prosessen tok lang tid og at det var ønskelig at Utdanningsetaten kunne velge prosjekter raskere.

Utdanningsetaten og Undervisningsbygg skrev begge under på en prinsippavtale om full åpenhet. Til tross for denne prinsippavtalen viste Kommunerevisjonens undersøkelse at det er kommunikasjonssvikt i forhold til deling av informasjon og fordelingen av risiko mellom Undervisningsbygg og Utdanningsetaten. Samarbeid om planer og utveksling av informasjon er en utfordring. Dette gjelder spesielt i situasjoner hvor kostnadene økte mer enn beregnet etter at budsjettet var godkjent.

---

<sup>76</sup> Om Undervisningsbygg Oslo KF. Oslo Kommune: <https://www.oslo.kommune.no/politikk-og-administrasjon/etater-og-foretak/undervisningsbygg-oslo-kf/>

<sup>77</sup> Kommunerevisjonen (2008). *Ansvarsdelingen mellom Utdanningsetaten og Undervisningsbygg Oslo KF.*

10.05.2016

## Bestillerfunksjon og kostnadseffektivitet

I 2005 ble Avdeling for skoleanlegg (ASA) opprettet. ASA er ansvarlig for skolebehovsplanlegging, rehabilitering og nybygg. Etter opprettelsen av ASA mente Utdanningsetaten og byrådsavdelingene at rollen som bestiller var styrket og at kompetansen innenfor området var økt. Undervisningsbygg mente det fremdeles var behov for forbedring, siden Utdanningsetaten ofte ga korte, urealistiske og noen ganger upresise tidsfrister.

I følge Kommunerevisjonen ga både Byrådsavdelingen for kultur og utdanning og Utdanningsetaten uttrykk for at Undervisningsbygg ikke hadde synliggjort at de driver kostnadseffektivt til tross for at en synliggjøring var etterspurt. Undervisningsbygg skal måles mot andre aktører i bransjen gjennom nøkkeltallsvurderinger, slik at det er mulig å se om de er kostnadseffektive. Dette har ikke blitt gjort i tilstrekkelig grad. Undervisningsbygg mener det er vanskelig å få tak i relevante nøkkeltall, i og med at slike tall er konkurransesensitive.

## Undervisningsbygg og skolens delte vedlikeholdsansvar

Etter opprettelsen av Undervisningsbygg i 2002 fikk skolene og Undervisningsbygg et delt ansvar for vedlikeholdet av skolebyggene. Under denne ordningen ble ikke midlene skolene fikk per kvadratmeter øremerket vedlikeholdsarbeid og skoleledelsen kunne prioritere å bruke pengene på annet enn vedlikehold. Skolene mente de hadde for lite midler til å forvalte det som er skolens ansvar og Undervisningsbygg var redde for at det vil bli et nytt etterslep på det indre vedlikeholdet. Ordningen viser at noen av skolene får mye ut av sine budsjetterte midler til vedlikehold, mens andre får mindre. Den største forskjellen skyldes her at det koster mindre å vedlikeholde nye bygg enn gamle. I følge Utdanningsetaten var det både forekomst av at skolene brukte mer og mindre enn midlene de fikk til vedlikehold.

Til tross for en tettere oppfølging av skolens vedlikehold og en opplevd klarere ansvarsfordeling mellom Undervisningsbygg og Utdanningsetaten, er det grunn til å sette spørsmålstegn ved om skolene har ivaretatt sitt ansvar for det indre vedlikeholdet. Undervisningsbygg fortalte videre at ikke alle skolene var flinke til å utarbeide og levere planer for sitt vedlikehold, i tillegg tenkte de heller ikke langsiktig nok i forhold til det innvendige vedlikeholdet. Undervisningsbygg *kan* utføre vedlikeholdet på skolens regning hvis skolene ikke oppfyller sitt vedlikeholdsansvar, men dette har enda ikke blitt gjort.

### 4.3.2 Erfaringer fra Statsbygg

Statsbygg ble opprettet 1. januar 1993 og fungerer i dag som en statlig forvaltningsbedrift under Kommunal- og moderniseringsdepartementet. De forvalter en total eiendomsmasse på 2,8 millioner kvadratmeter<sup>78</sup> og er statens største byggherre. Dette innebærer at de

---

<sup>78</sup> *Nøkkeltall*. Statsbygg: <http://www.statsbygg.no/Om-Statsbygg/Statsbygg-i-2014/Nokkeltall/>

10.05.2016

organiserer, planlegger og gjennomfører byggeprosjekter på vegne av staten med et formål om å levere prosjektene innenfor gitte rammer for kvalitet, økonomi og tid.

Som selskap blir Statsbygg målt på flere indikatorer som driftsresultat, inklusive kapitalkostnad, i forhold til budsjett, utviklingen av byggekostnadene og energiforbruk. I tillegg utføres mer kvalitative vurderinger knyttet til miljø, arkitektur og universell utforming<sup>79</sup>.

Statlig intern husleie ble innført da Statsbygg ble opprettet med en såkalt husleieordning. De som leier eiendommen, må betale husleie til staten. Husleien skal synliggjøre kostnadene som leietaker har ved bruk av lokaler og eiendom, og inkluderer blant annet tomtekostnaden, investeringskostnad, kostnader til forvaltning, drift og vedlikehold samt kapitalkostnader i leieperioden<sup>80</sup>.

Moderniseringdepartementet nedsatte i 2004 et interdepartementalt utvalg som skulle vurdere og anbefale løsninger for den fremtidige statlige bygge- og eiendomsforvaltningen, i denne forbindelse ba utvalgets leder Carlo Thomsen, Dr.ing. Per Eikeland om å utarbeide et notat til utvalget om teoretiske betraktninger som ligger til grunn for leiebetalingsordninger og undersøkelser som dokumenterer erfaringer med slike områder<sup>81</sup>. Gjennom dette arbeidet vurderte Eikeland erfaringer fra Statsbygg-modellen gjennom intervjuer med representanter fra Statsbygg, samt analyse av tilgjengelige data for vedlikeholds tilstanden. Gjennom denne utredningen fremkom det at husleieordningen fungerer som forutsatt i forhold til at mange brukere søker å kvitte seg med arealer når de får anledning til dette ved fornyelse av husleieavtaler. Videre har Statsbygg, ifølge tilstandsdataen i rapporten, nådd sitt tilstandsmål i 2005, og husleieordningen har bidratt til å sikre et bedre og mer stabilt økonomisk grunnlag for vedlikeholdet. Intervjuene tydet også på at når forvalter har styringsretten over vedlikeholdsmidlene, er det større sjanse for at forebyggende tiltak av teknisk karakter blir prioritert foran tiltak av estetisk eller funksjonell karakter, som brukerne gjerne prioriterer. Gjennom intervjuene ble det imidlertid antydnet at brukere med god nærhet til regionskontorene, som ivaretar vedlikeholdet, lettere kunne få gjennomslag for sine prioriteringer, enn brukere med lengre avstand. Videre gjennomfører Statsbygg hvert år standardiserte spørreundersøkelser hos alle sine leietakere, hvor svarene gir et nyansert bilde av brukernes tilfredshet med eiendomsforvaltningen, noe som gjør det mulig å sammenligne på tvers med andre profesjonelle eiendomsforvaltere. Helhetsinntrykket her er at Statsbygg kommer meget godt ut med en brukertilfredshet som ligger høyt på alle områder. Resultatene er ifølge Eikeland imidlertid nyanserte og gir et godt grunnlag for også å arbeide videre for forbedringer på flere områder.

---

<sup>79</sup> Statsbygg (2016) *Årsrapport 2015*.

<sup>80</sup> Statsbygg (2016) *Kunde i Statsbygg – Statens husleieordning*.

<sup>81</sup> Eikeland, Per T. (2005). *Husleieordninger i statlig eiendomsforvaltning - Teoretisk grunnlag og praktiske erfaringer*.

10.05.2016

Riksrevisjonen<sup>82</sup> sammenligner forvaltningen av eiendomsmassen i universitets- og høyskolebygg som eies av Statsbygg med selvforvaltende institusjoner. Rapporten viser at av bygningsmassen til de selvstendig forvaltende universitetene og høyskolene har henholdsvis 40 prosent og 74 prosent middels kraftige og kraftige symptomer på dårlig teknisk tilstand, stilsvarende er kun 19 prosent av Statsbyggs eiendomsmasse i dårlig teknisk tilstand. Videre viser den at investeringene målt i kvadratmeter har vært noe større for Statsbygg enn for de selvforvaltende utdanningsinstitusjonene. For Statsbygg har investeringene vært høyere enn avskrivningene i perioden 2007-2011, mens investeringene i de selvforvaltende institusjonene har vært lavere enn avskrivningen. Med andre ord har de selvforvaltende institusjonene hatt negative netto investeringer i perioden. Flere av lederne i de selvforvaltende institusjonene har gitt uttrykk for at det ikke investeres tilstrekkelig for å opprettholde bygningenes verdi.

God eiendomsforvaltning innebærer at det bør gjennomføres tilstandsanalyser/kartlegginger av bygningsmassens tekniske tilstand med jevne mellomrom. Intervjuene riksrevisjonen har hatt med foretakene viser at de selvforvaltende utdanningsinstitusjonene har kartlagt om lag 70 % av bygningsmassen tekniske tilstand i perioden 2006-2010. Statsbygg har kun kartlagt i underkant av 40 prosent av bygningsmassen i sektoren i perioden 2003-2010.

De selvforvaltende utdanningsinstitusjonene har en mer krevende bygningsmasse å forvalte enn det Statsbygg har, siden bygningsmassens gjennomsnittsalder er høyere og en større andel av arealet er vernet. Undersøkelsen Riksrevisjonen utførte viser imidlertid at den eldre bygningsmassen til Statsbygg gjennomgående har en bedre teknisk tilstand enn de selvforvaltende institusjonenes bygningsmasse fra samme byggeperiode. Med andre ord kan ikke årsakene til den dårlige tekniske tilstanden utelukkende tilskrives bygningsmassens alder og vern. Sammenligning av de selvforvaltende institusjonenes bygningsmasse og Statsbyggs bygningsmasse kan indikere at forvaltningen blir bedre ved å skille ut forvaltningsansvaret i et eget foretak.

Rådgivende Ingeniørs Forening (RIF)<sup>83</sup> utførte en vurdering av Statsbygg i perioden 2010-2014. I følge RIF har Statsbyggs portefølje eksklusiv fengsler som helhet en god tilstand. Det er ikke noe vedlikeholdsetterslep, kun normalt vedlikeholdsbehov. Rapporten bekrefter Riksrevisjonens undersøkelse om at de universitetene og høyskolene som er underlagt Statsbygg har en betydelig bedre tilstand enn de selvforvaltende universitetene og høyskolene. Bygninger som er utenfor husleieordningen til Statsbygg er i dårlig i stand, og vedlikeholdsbehovet er stort. Disse bygningene vil kreve ekstraordinære investeringer for å ta igjen etterslepet. Det bør nevnes at denne andelen utgjør en liten andel av den samlede bygningsmassen. Fengslene som forvaltes av Statsbygg har derimot betydelig vedlikeholdsetterslep og en dårlig stand.

---

<sup>82</sup> Riksrevisjonen (2012-2013). *Riksrevisjonens undersøkelse om statens forvaltning av eiendomsmasse i universitets- og høyskolesektoren*. Dokument 3:4

<sup>83</sup> Rådgivende Ingeniørs Forening (2015). *Norges tilstand 2015 – The state of the Nation*

10.05.2016

Menon Business Economics<sup>84</sup> evaluerte i 2015 kostnadsutviklingen i byggeprosjekter i fire av Statsbygg i sine bygg. De fire investeringsprosjektene som ble evaluert var flytting av Norges Veterinærhøgskole og Veterinærinstituttet fra Adamstuen til Ås (Campus Ås), samlokalisering og rehabilitering av Folkehelseinstituttet (FHI), Arkivverkets sentraldepot og Norsk helsearkiv (Arkivverket), samt nytt Nasjonalmuseum for kunst, arkitektur og design på Vestbanen i Oslo (Nasjonalmuseet). Statens prosjektmodell har som sagt to milepæler for ekstern kvalitetssikring, KS1 og KS2. KS1 er kvalitetssikring av konseptvalg før beslutning i regjeringen om eventuelt å starte forprosjekt. Det vil si at det ikke er et konkret prosjekt som kvalitetssikres, men konseptuelle løsninger. Som underlag for denne kvalitetssikringen skal det foreligge en Konseptvalgutredning (KVU). KS2 er kvalitetssikring av styringsunderlag samt kostnadsoverslag før eventuelt vedtak om bevilgning i Stortinget.

Rapporten viser at det er økning i kostnadsanslagene innen alle de fire prosjektene fra KS1 til KS2. Det er ulike bakenforliggende og direkte årsaker som gjør at kostnadsanslagene øker. For eksempel for Arkivverket kan en god del av økningene forklares i at bruttoarealet på bygget har økt med 30 prosent fra KS1 til KS2. For Nasjonalmuseet skyldes endringen at byggets standard har blitt endret fra en nøktern standard til et signalbygg basert på en internasjonal plan- og designkonkurranse. For Campus Ås kom det ekstrakostnader knyttet til tomtevalget og for Folkehelseinstituttet økt andelen kostbare laboratoriearealer. Menon kategoriserer tre hovedårsaker til at kostnadsanslagene øker. Det første er at estimatene i alle prosjektene er for lave i forhold til de forutsetningene en kunne ta på gjeldende tidspunkt, det andre er endring i behov og løsninger på en måte som en ikke kunne forutse i tidlig fase, og det tredje er begrenset fokus på å holde investeringskostnaden på linje med KVU/KS1-estimatene.

I rapporten ble også kvalitetssikringsordningen evaluert. Tidsbruken fra KVU- til KS2 estimatene foreligger kan være alt fra tre til syv år. I denne tidsperioden kan brukernes behov endres. For eksempel kan bruker bli pålagt flere oppgaver eller det kan være behov for annen funksjonalitet. Usikkerhetsanalyser gjort i de første fasene skal reflektere potensielle endringer, men det er mye som på et tidlig tidspunkt ikke er mulig å forutse.

#### 4.3.3 Erfaringer fra Forsvarsbygg

Forsvarsbygg ble etablert i 1. januar 2002, og har i dag ansvar for en total eiendomsmasse på 4,1 millioner kvadratmeter fordelt på over 12 000 bygg og anlegg<sup>85</sup>. Dette inkluderer også nasjonale historiske og verneverdige festningsverk. Forsvarsbygg overtok eier og forvaltningsansvaret for alle Forsvarets eiendommer, som tidligere ble forvaltet av Forsvarets Militære Organisasjon (FMO). Husleie ble innført på samme tidspunkt, men omfattet da ikke kapitalkostnader. Senere inkluderte Forsvarsbygg et kapitalelement i tillegg til husleien, som ble beregnet ut fra årlig avskrivning for å synliggjøre at også

---

<sup>84</sup> Hardersen, R., Løken, et al. (2015). *Kostnadsutvikling mellom KS1 og KS2 i byggeprosjekter*. Menon

<sup>85</sup> Om oss. Forsvarsbygg: <http://www.forsvarsbygg.no/Om-oss/>

10.05.2016

kapitalvare forbrukes over tid. Kapitalelementet kom opprinnelig med innføring av husleiemodellen i 2002, men gjaldt ikke eiendommer, bygg og anlegg før i 2009. Kapitalelementet skal brukes til å finansiere fornyelse av eksisterende bygninger og investering i nye eiendommer som Forsvaret har behov for<sup>86</sup>. Forsvarsbygg har monopol på utleie av lokaler til FMO, men er konkurransutsatt på leveranse av tilleggstenester, som for eksempel renhold. Forsvarsbygg har også kunder fra andre offentlige virksomheter.

I sin rapport til Moderniseringsdepartementet gjengir Eikeland<sup>87</sup> erfaringer fra intervjuer med representanter fra Forsvarsbygg. Her gjengis det blant annet at husleien har gitt et godt insitament til å frigjøre lokaler og eiendommer til salg. Muligheten for å spare inn husleie som kan disponeres til andre formål har vært en drivkraft for å holde tempo i avhendingsprosessen. Det har vært en nedbemanning på 300 årsverk, som er mer enn proporsjonalt i forhold til reduksjon av arealer, dette indikerer at personalproduktiviteten har økt. Skillet mellom bruker og forvalter har også medført en riktigere prioritering av bruken av vedlikeholds- og utviklingsmidler, som styres på grunnlag av vedlikeholdsplanen. Eikeland peker også på at forvaltersiden, herunder Forsvarsbygg, syntes omstillingen har vært krevende og at det har vært motstand mot endringene. Bruker, som hovedsakelig er FMO, har fått de positive effektene som har vært forventet. De har fått synliggjort kostnadene, kan bruke mindre tid på eiendomsforvaltning og de har fått mer fokus på arealutnyttelse fordi de kan disponere innspart leie.

Econ<sup>88</sup> så gjennom sin rapport, vedrørende ulike modeller for organiseringer av eiendommer i Helse Sør-Øst, på systemet for forvaltning og eierskap av bygg, og da også med eksempler fra Forsvarsbygg. De fant blant annet at Forsvarsdepartementet gir virksomhetene direkte midler til husleie, noe som etter Forsvarsbyggs oppfatning bidrar til å ødelegge dynamikken for å oppnå kostnadseffektiv drift. Dynamikken ødelegges på grunn av at brukerne i et slikt system ikke får beholde gevinsten av redusert ressursbruk og dermed mister incentivet til å redusere ressursbruket. Likevel har effekten på av innføring av husleie medført en arealreduksjon på omtrent 10 %. På grunn av betydelig strukturendringer i Forsvarets totale virksomhet er det vanskelig å isolere effekten av intern husleie fullstendig. Videre opplyses det om at resultatene etter innføring av Forsvarsbygg har skapt økt rom for valgfrihet i Forsvarets anvendelse av ressursene, økt synliggjøring av kostnader og dermed økt kostnadsbevissthet og reduksjon i arealbruk.

Riksrevisjonen<sup>89</sup> fant det kritikkverdig at Forsvarsbygg i 2010 ikke i tilstrekkelig grad ivaretok sitt forvaltningsansvar for forsvarssektorens eiendom, bygg og anlegg og at det i perioden 2004-2010 var en negativ utvikling i tilstanden og et økende vedlikeholdsetterlep. Riksrevisjonen avdekket også at Forsvarsbygg har brukt midler til brukerdefinert utvikling på investeringer i eksisterende eiendom, bygg og anlegg og

---

<sup>86</sup> Forsvarsbygg (2012) *Norges mest aktive kvadratmetre*

<sup>87</sup> Eikeland, Per T. (2005). *Husleieordninger i statlig eiendomsforvaltning - Teoretisk grunnlag og praktiske erfaringer*.

<sup>88</sup> Econ Pöyry (2008). *Modeller for organisering av eiendommer i Helse Sør-Øst RHF*.

<sup>89</sup> Riksrevisjonen (2011-2012). *Riksrevisjonens rapport om den årlige revisjonen og kontroll for budsjettåret 2010*.

10.05.2016

oppføring av nybygg. Med andre ord ble driftsmidler benyttet til investeringsformål, noe som er i strid med Stortingets budsjettvedtak. Vi er ikke kjent med at Forsvarsbygg har fått tilsvarende merknader fra Riksrevisjonen etter 2010, og dette kan dermed tyde på at disse forholdene er blitt utbedret.

Rådgivende Ingeniørs Forening (RIF)<sup>90</sup> oppsummerer og evaluerer en kartlegging av Forsvarsbygg i perioden 2010-2014, gjennomført av Forsvarsbygg selv. De peker først og fremst på at Forsvarsbygg, sammen med Statsbygg, lenge har vært et forbilde innen bygg og eiendomsforvaltning i offentlig sektor, særlig med tanke på initiativer som har løftet byggenæringen og bidratt til kompetanseutvikling. Kartleggingen, som er delt inn i Forsvarsbygg Utleie og Nasjonale Festningsverk, viser at den vernede andelen av porteføljen er i dårligere stand enn snittet. Siden kartleggingen begynte i 2008 viser utviklingen i registrert tilstand for den samlede porteføljen under Forsvarsbygg Utleie en noe negativ tendens og for Nasjonale Festningsverk har store deler av bygningsmassen en dårlig tilstand.

Til tross for den negative trenden viser kartleggingen videre at dersom man opprettholder dagens vedlikehold i de kommende årene vil man kunne opprettholde dagens tilstandsnivå. Slike systematiske kartlegginger og tilstandsvurderinger sikrer at Forsvarsbygg har en god prioritering av vedlikeholds og utviklingstiltak i tråd med sin strategi om verdibevarende og tilstandsbasert vedlikehold. utfordringer med bygningsmassen er eksempelvis arealeffektivisering og stimulering til miljøriktig forvaltning, drift og vedlikehold (FDVU), og dette vil derfor være satsningsområder fremover.

#### 4.4 Hvordan sykehusbygg forvaltes i andre nordiske land, og hvilke vurderinger som er gjort av løsninger der bygningene eies og forvaltes av egne selskaper.

##### 4.4.1 Sverige

Sverige har relativt lang erfaring med egne resultatenheter eller selskaper for bygg og eiendomsforvaltning i helsesektoren (og offentlig sektor for øvrig). De har vært, sammenlignet med Norge, tidlig ute med å profesjonalisere eiendomsforvaltningen i offentlig sektor, og har derfor lengre erfaring med ulike organiseringsmodeller og husleieordninger. Når det gjelder organiseringen velger kommuner og fylker (kalt Landsting) selv hvordan de vil organisere sin eiendomsforvaltning. Også her har langt flere enn i Norge innført bestiller-utfører prinsipp, der virksomhetene leier lokaler av en eiendomsenhet som finansieres gjennom internhusleie<sup>91</sup>.

Svenske sykehus hører inn under landstingene, og forvaltningsregimet for disse varierer altså fra landsting til landsting. Dette har ført til at Sverige har en slags regional modell

---

<sup>90</sup> Rådgivende Ingeniørs Forening (2015). *Norges tilstand 2015 – The state of the Nation*.

<sup>91</sup> Larssen, A. K. (2011). *Bygg og eiendoms betydning for effektiv sykehusdrift* [Doktoravhandling]. NTNU.



10.05.2016

hvor hvert län har sine egne ordninger. Et eksempel på dette er aksjeselskapet Locum AB som eies av Stockholms läns landsting og ble opprettet allerede på 1990-tallet<sup>92</sup>. Locum AB er en av Sveriges største eiendomsforvaltere med 2,2 millioner kvadratmeter og forvalter eiendommene som Stockholms läns landsting eier. Den offentlige helsetjenesten, inkludert sykehusene, i länet er bruker/leietaker. Her har man altså valgt en modell der eiendomsselskapet ikke eier bygningene, men er byggherre og forvalter bygningsmassen på vegne av eieren.

Locum tilbyr lokaler til både offentlige og private helsevirksomheter, men blant leietakerne i länet dominerer helsetjenesten, inklusive sykehusene. Hensikten med opprettelsen av Locum var å skape et helhetlig syn på eiendommenes bruk og underlag for en rasjonell og effektiv håndtering av eiendomsspørsmål i landstinget, samtidig som at husleie skulle gi leietakeren et insentiv til effektiv arealbruk. Eiendommene er samlet i en egen resultatenheter i landstinget der eiendommenes inntekter, kostnader og resultat synliggjøres. Locum tilbyr lokaler både til offentlige og private helsevirksomheter. Landstingets helsevirksomheter er leietakere og kan velge å leie av andre enn Locum, selv om lokaler som Landstinget eier først og fremst bør velges. Locum har ansvar for forvaltning og utvikling, kjøp, salg, drift og vedlikehold av bygningene. I tillegg tilbyr de en rekke service- og støttetjenester, slik at leietakerne kan konsentrere seg om sin kjernevirksomhet. Leiens andel av helsetjenestens kostnader gikk fra ca. 12 % i 1992, til 7-8 % i 2007<sup>93</sup>. Årsaken til denne reduksjonen er sammensatt, og det er vanskelig å isolere effekten av profesjonalisering alene. I samme periode ble også arealet redusert fra 3,3 til 2,2 millioner m<sup>2</sup>.

Locum AB og resultatene av etableringen er vurdert i Econ<sup>94</sup> sin rapport som er utarbeidet på vegne av Helse Sør-Øst. Av denne rapporten fremgår det at det faktum at läneide leietakere står fritt til å leie hos andre enn Locum førte til økt forretningsmessig fokus der konkurranse er en viktig drivkraft. Dokumentasjon viser at det har skjedd en betydelig arealeffektivisering og kostnadsreduksjon innen eiendomsforvaltningen. Omleggingen har blant annet medført en reduksjon på 30 % av driftskostnadene og en reduksjon på 10 % av kostnader knyttet til varme.

Västfastigheter ble også opprettet på 1990-tallet og er Väst Götalands hovedleverandør av næringslokaler, som forvalter 1,7 mill kvadratmeter og da hovedsakelig til helsesektoren i Götalandsregionen. Västfastigheter forvalter sykehus og andre helseinstitusjoner<sup>95</sup>. Västra Götaland har i tillegg en Fastighetsnämnd som innehar det politiske ansvaret for å sikre regionens virksomheter med hensiktsmessige lokaler. Nämnden fungerer dermed som eier og svarer for forvaltning samt planlegging og gjennomføring av ny-, om- og tilbygg av regionens bygninger. Også spørsmål om kjøp og salg tilknyttet eiendomsmassen behandles av Fastighetsnämnden. Västfastigheter opplyste at de i 2007 fortsatt hadde noe

---

<sup>92</sup> Om Locum. Locum: <http://www.locum.se/Om-Locum/>

<sup>93</sup> Larssen A. K., Kvinge, K. B. (2008). *Rollen som strategisk bygg og eiendomsforvalter*. Multiconsult.

<sup>94</sup> Econ Pöyry (2008). *Modeller for organisering av eiendommer i Helse Sør-Øst RHF*

<sup>95</sup> Västfastigheter (2016) <http://vastfast.vgregion.se/sv/Vastfastigheter/>

vedlikeholdsetterslep, men at tilstanden hadde blitt vesentlig forbedret siden opprettelsen, og at de aktivt jobbet med å ta igjen etterslepet<sup>90</sup>.

I Skåne området er det Regionservice som leverer forvaltning og serviceløsninger til helsesektoren. De har en omsetning på 4 milliarder kroner og består av 1800 medarbeidere. Hvert år planlegges og gjennomføres ca. 600 byggeprosjekt, både store nybygg i milliardklassen og mindre ombygginger og renoveringer. Av de store milliardprosjektene er sykehusområdene i Helsingborg, Malmø og Lund de største byggeprosjektene i Sverige<sup>96</sup>.

I Uppsala län har Landstingsservice ansvar for eiendomsforvaltningen på samme måte som Locum i Stockholm. De omsetter for over en milliard SEK og har 700 000 kvadratmeter bygningsmasse. Deres oppgave er å leie ut lokaler, bygge om, bygge nye og sikre drift og vedlikehold av Uppsala läns bygg og eiendom. I tillegg tilbyr de servicetjenester som blant annet rengjøring, posthåndtering, vaktmestertjenester og mat for både pasienter, besøkende og ansatte. Mesteparten av deres kunder er i helsesektoren, og Akademiska Sjukhuset er per i dag deres største kunde<sup>97</sup>.

Evalueringer viser at disse eiendomsselskapene benytter seg av systemer for målstyring, har etablerte resultatrapporteringsrutiner, i tillegg til at det jevnlig gjennomføres brukertilfredshetsundersøkelser. De har et sterkt kundefokus og ser ut til å ha et aktiv forhold til utvikling og tilpasning av lokalene til kundenes behov<sup>98</sup>.

#### 4.4.2 Danmark

I Danmark eies og forvaltes sykehusbyggene av de fem regionene; Syddanmark, Midtjylland, Nordjylland, Sjælland og København. På nåværende tidspunkt er mulighetene for alternative modeller for eierskap- og forvaltning ikke undersøkt nærmere av Sundhedsministeriet. Det er ingen rapporter eller analyser som har undersøkt andre modeller enn den eksisterende, da det vurderes fra Sundhedsministeriet at det er den nåværende modellen som per i dag skaper beste synergi. I kontekst av pleiehjem er det på kommunalt plan forsøkt med offentlig-privat samarbeid (OPS), hvor private selskaper står for drift av bygninger og pleiehjemservice. Det pågår også et forskningsprosjekt<sup>99</sup> i regi av Region Syddanmark for å undersøke fordeler og ulemper ved offentlig-privat samarbeid (OPS), men dette prosjektet planlegges ferdigstilt i juni 2018.

---

<sup>96</sup> *Regionservice*. Region Skåne: <http://www.skane.se/organisation-politik/Organisation/regionservice/>

<sup>97</sup> *Landstingsservice*. Landstinget i Uppsala län: <http://www.lul.se/landstingsservice>

<sup>98</sup> Larssen, A. K. (2011). *Bygg og eiendoms betydning for effektiv sykehusdrift* [Doktoravhandling]. NTNU.

<sup>99</sup> *Prosjekter i gang*. KORA: <http://www.kora.dk/projekter-i-gang/projekt/i8312/Effekt-af-offentlig-privat-samarbejde-om-nyt-sygehust>

10.05.2016

I Danmark er det gjennom en stor nasjonal satsning opprettet et «Kvalitetsfond» som skal investere i en moderne sykehusstruktur<sup>100</sup>. Sundheds- og Ældreministeriet har ansvar for administrasjon og tilskuddsforvaltning av de statlige kvalitetsfondsmidlene, og har avsatt 25mrd DKK til statlige tilskudd til sykehusbygg. Ved utbetaling fra kvalitetsfondet er den involverte region forpliktet til å utføre kvartalsvis statusrapportering. Rapporteringen skal være i samsvar med en standard konsept som Sundhedsministerieriet og regionene har utarbeidet sammen. Den innsendte rapportering danner grunnlaget for den løpende utbetaling av midler fra kvalitetsfondet. Det er blant annet et krav om at en viss andel av den totale rammen er reservert for IT, utstyr, apparater, etc. Departementet fører tilsyn til at denne andelen er opprettholdt i hvert prosjekt.

Det er utført en evaluering av byggestyringsprinsippene for de 16 kvalitetsfondprosjektene<sup>101</sup> (KF-prosjekter) i perioden 2014-2015. I rapporten anbefales det en byggherre som sikrer konstant fokus på det totale prosjektet – altså utbygging og fremtidig drift under ett. Det bør derfor være et organ som sikrer konstant fokus på KF-prosjektets samlede interesser, fra første spadetak til behandlingen av pasienter mange år frem i tiden. Et slikt organ bør være eksternt og uavhengig, og ta på seg en rolle som en uavhengig «vakthund» som tar ansvar for risikostyring, tid, kvalitet og økonomi.

Riksrevisjonen i Danmark gjorde i desember 2011<sup>102</sup> og oktober 2013<sup>103</sup> en vurdering av blant annet eierskap og forvaltning av sykehusbyggene. Det er Sundhedsministeriet som har ansvaret for å gi tilskudd og føre tilsyn til sykehusbyggene. Regionene er byggherrer og har ansvaret for å planlegge og styre byggingene, slik at de gjennomføres innenfor de gitte rammene. I rapporten fra 2011 fremkommer det at Sundhedsministeriet og regionene ikke har utarbeidet byggene tilfredsstillende. Tilsvarende står det i 2013-rapporten at Riksrevisjonen finner at Sundhedsministeriet og regionene i de tidligere faser av sykehusbyggingen ikke har hatt tilstrekkelig fokus på å sikre at driften av de nye målene innfrir målene om effektivisering.

#### 4.4.3 Finland

I Finland finnes det ulike modeller for eierskap til og forvaltning av sykehusbygg. Sykehusene har frihet til å velge den modellen de foretrekker – noen eier og forvalter bygningsmassen selv, andre leier fra et eksternt selskap eller har inngått et samarbeid på regionalt nivå.

---

<sup>100</sup> Sundheds- og Ældreministeriet (2015) *Administrationsgrundlag vedr. Sundheds- og Ældreministeriets kvalitetsfondsmidler til sykehusinvesteringer*.

<sup>101</sup> Ernst & Young (2015). *Evaluering af byggestyringsprinsipperne for de 16 kvalitetsfondprosjekter*.

<sup>102</sup> Rigsrevisionen (2011). *Beretning til Statsrevisorene om sykehusbyggerier*.

<sup>103</sup> Rigsrevisionen (2013). *Beretning til Statsrevisorene om sykehusbyggerier II*.

10.05.2016

Finland planlegger en reform av helsesektoren som også vil påvirke eierskap til og forvaltning av sykehusbygg. Det eksisterer lite offentlig informasjon om bygg- og eiendomsforvaltning i Finland.

## 5 Vurderinger

### 5.1 Forbedringsområder når det gjelder kostnadseffektiv og verdibevarende forvaltning av og videreutvikling av sykehusbygg

Som det fremkommer av kunnskapsgrunnlaget ovenfor har ulike aktører igjennom de siste årene trukket frem en rekke mulige forbedringsområder innen bygg- og eiendomsforvaltning i spesialisthelsetjenesten. I og med at en vesentlig del av kunnskapsgrunnlaget er utarbeidet for noen år siden vil en del av de forbedringsområdene som er identifisert allerede være forbedret. Vi har trukket frem en del tiltak som er gjennomført fra eiersiden (initiert av HOD), men også internt i de enkelte helseregionene er det nok gjennomført en del tiltak. En del av de identifiserte forbedringsområdene støttes av erfaringene fra Statsbygg, Forsvarsbygg og andre lignende organisasjoner, både i Norge og Norden for øvrig.

Nedenfor trekker vi frem og beskriver sentrale forbedringsområder som fortsatt virker å være aktuelle å jobbe videre med innen spesialisthelsetjenesten.

#### Bygningsmessige forbedringsbehov

De statlig eide helsebyggene har over lengre tid hatt et forfall og det synes ikke å være investert tilstrekkelig i verdibevarende vedlikehold. Dette kan begrunnes med at vedlikehold ofte taper i budsjetttrundene i kampen om midler da helseforetakene opererer under stramme økonomiske rammebetingelser hvor det er behov for prioritering mellom ulike tiltak. Det store tekniske og funksjonelle oppgraderingsbehovet bør settes høyt på agendaen, men det vil kreve mye av både investeringsmidler og kompetanse innen bygg- og eiendomsforvaltning.

Utformingen av sykehusbygningene, deres tekniske tilstand, og muligheten til å tilpasse bygningene for å legge til rette for nødvendige endringer i kjernevirksomheten vil direkte påvirke effektiviteten i spesialisthelsetjenesten. Bygningsmassen må være tilpasset driften, og utformet slik at de ansatte kan utøve helsehjelp på en mest mulig effektiv måte, godt tilrettelagt for pasienten. Sykehusbygg er komplekse formålsbygg hvor det er behov for samspill med medisinsk teknisk utstyr, IKT infrastruktur og IKT systemer (som f.eks. journalsystemer). Endringsbehovet innenfor spesialisthelsetjenesten er også økende som følge av endringer i funksjonsfordeling, behandlingstilbud/metoder, organisering av tjenestene, samt ved økende forventninger og økte krav til standard og service generelt i befolkningen. Det er derfor viktig at sykehusene har fleksible og tilpasningsdyktige bygg, og til enhver tid optimaliserer bruken av lokalene slik at disse er godt tilrettelagt for driften for å sikre god pasientflyt. Det bør også legges til rette for mer overordnet strategisk styring i takt med utviklingen og sikre tilstrekkelig langsiktighet i planleggingen. Her vil for eksempel Sykehusbygg HF kunne ta et større ansvar fremover.

10.05.2016

Det blir vanskelig for spesialisthelsetjenesten å utøve helsehjelp på en effektiv måte når deler av bygningsmassen verken er tilpasset dagens eller fremtidens behov. Dette gir igjen begrensninger rundt mulighetene for effektiv sykehusdrift, og for innføring av nye behandlingsmetoder og driftsmodeller. Det kan også føre til at de ansatte bruker mer tid på ikke-verdiskapende arbeid som kunne vært brukt på pasientene. Det bør derfor iverksettes tiltak for å sikre at det settes av tilstrekkelige midler til vedlikehold og oppgradering av bygningsmassen i helseforetak med vesentlig vedlikeholdsetterslep.

Ettersom de økonomiske rammebetingelser på nasjonalt, regionalt og lokalt nivå er begrenset, og mest sannsynlig vil fortsette å være det fremover, innebærer dette at det er behov for å frigjøre kapital til reinvesteringer samtidig som rasjonalisering og prioritering av ressurser blir svært viktig, dette inkluderer riktig balanse mellom ressurser til nybygg, vedlikehold og utskiftninger på den ene siden, og kjernevirksomheten på den andre siden.

### Behov for økt fokus på arealeffektivisering

Enkelte helseregioner har innført internhusleie bl.a. med sikte på å oppnå arealeffektivisering. Dette har i liten grad hatt den ønskede effekten, og arealbehovet har i liten grad blitt redusert. Innføring av husleie for leietakere/brukere av andre offentlige bygg i Norge synes å ha gitt en viss arealeffektiviserende effekt. For at husleie skal virke areal-effektiviserende bør modeller for dette gi sterke insentiver med en klar og tydelig konsekvens for leietakerne. Det synes også å være nødvendig å vurdere nye mekanismer og tiltak for løpende arealeffektivisering i tillegg til kun husleie.

### Behov for tilpasninger av rammebetingelser, styring og videre samordning

Som eier er HOD avhengig av god faglig kompetanse på alle nivå og et godt samarbeid mellom alle interessenter, samt en god gjensidig rolleforståelse med klare ansvarsforhold mellom eier, forvalter og bruker. Alt dette krever god eierstyring for å kunne bringe kjernevirksomheten og bygg- og eiendomsforvaltningen i riktig retning. Fra eiers side har Helse- og omsorgsdepartementet det i løpet av de siste årene allerede tilrettelagt for bedre rammebetingelser for god eiendomsforvaltning.

Interregionale samarbeidsprosjekter og etablering av Sykehusbygg HF skal bidra til økt standardisering, bedre samordning og mer læring, men det kan være potensial for å forbedre dette ytterligere. Det kan være aktuelt å se på om de opprinnelige målsetningene HOD definerte for etableringen av Sykehusbygg er oppfylt og om strukturen slik den er i dag utnyttes fullt ut og optimalt. Det kan også vurderes å gi mer ansvar og større fullmakter til Sykehusbygg for å sikre gjennomføring av planlagte endringer.

10.05.2016

## Behov for økt fokus på gevinstrealisering i utbyggingsprosjekter

Det er gjennomført flere nybyggprosjekter av sykehus de siste årene, og en rekke andre er under planlegging. Til tross for at de nybyggene som står ferdig anses som vellykkede, har helseforetakene mottatt kritikk i etterkant for å ha for lite fokus på gevinstrealisering i prosjektene, gitt de forventningene om realisering av gevinster som foreligger.

Det er krav til planer for gevinstrealisering i utbyggingsprosjekter, men disse synes i liten grad å bli fulgt opp. God planlegging samt tett og god oppfølging er nødvendig for å sikre et godt nok beslutningsgrunnlag i utbyggingsprosjekter og for å sikre at gevinstene faktisk blir realisert. Det kan settes ytterligere fokus på gode og realistiske gevinstrealiseringsplaner som en del av planverket for nye sykehusbygg. Oppfølging og måling av gevinstrealisering bør i større grad følges opp i perioden etter bygging.

Innarbeiding av gevinster i planlegging og handlingsplaner, samt god forankring blant ledere og medarbeidere vil også bidra til å sikre en felles forståelse av beregningsgrunnlaget for gevinstuttaket, noe som igjen vil redusere sårbarheten og risiko for at målene ikke oppnås ved implementering.

## Avsluttende kommentarer - forbedringsområder

Oppsummert vurderer vi følgende av de forbedringsområdene som er beskrevet ovenfor som de mest sentrale:

- Forbedring av bygningsmessig teknisk standard
- Flere og bedre behovstilpassede lokaler
- Bedre mekanismer for arealeffektivisering
- Økt standardisering, samordning og læring
- Økt fokus på gevinstrealisering i utbyggingsprosjekter

Forbedringer bør kunne oppnås innenfor dagens organisering, samtidig som organisatoriske endringer i form av sterkere regionale enheter eller etablering av et nasjonalt eier- og forvaltningsselskap for sykehusbygg kan være alternativer. Det siste alternativet vurderes nærmere nedenfor.

## 5.2 Fordeler og ulemper ved å skille ut eierskap til og forvaltning av sykehusbygg i et eget selskap

Et eget selskap med ansvar for forvaltning, drift, vedlikehold og bygging stiller store krav til samarbeid og samordning mellom dette selskapet og helseforetakene. Dette skyldes for det første at sykehusbygg er komplekse bygg, der det er viktig å håndtere investeringer i IKT, MTU og bygninger samordnet. Store bygningsmessige endringer parallelt med sykehusdrift stiller også store krav til samarbeid mellom kjernevirksomheten og

10.05.2016

byggningsforvalter underveis. Videre er god løpende sykehusdrift avhengig av at byggningsforvaltningen fungerer godt.

Nedenfor oppsummeres de mest fremtredende fordelene og ulempene ved å skille ut eierskap og forvaltning i et eget selskap basert på det foreliggende kunnskapsgrunnlaget. Spesielle forhold relatert til sykehusbygg/helsesektoren kommenteres særskilt.

### 5.2.1 Oppsummering av fordeler ved å skille ut eierskap og forvaltningsansvar

Nedenfor oppsummeres identifiserte hovedfordeler ved å skille ut eierskap og forvaltningsansvar i et eget selskap.

#### Profesjonalisering av eiendomsforvaltningen

Et behov for mer profesjonalisering av eierskap og forvaltning har vist seg å være et tilbakevendende punkt i bakgrunns materialet. Tydeligere føringer og krav, enhetlig arbeid rundt mål, strategi og handlingsplaner på kort og lang sikt, samt oppfølgingen av disse, vil i en eller annen form være mulig å implementere i både dagens desentraliserte- og i en mer sentralisert modell. Det er likevel rimelig å anta at dette vil være enklere å gjennomføre om eierskapet til- og forvaltningen, blir skilt ut i et eget selskap. Dette på grunn av bedre beslutningsmakt og større slagkraft til å få gjennomført ønskede tiltak.

For bygg- og eiendomsforvaltningen som sådan fremstår det som attraktivt å skille ut forvaltningen til eget selskap, da en sentralisering vil kunne profesjonalisere driften og legge til rette for å implementere et godt system, bygd på beste praksis og hvor mål og strategier står sentralt. Bedre målstyring, strategier og planer konsentrert rundt selve eiendomsforvaltningen, vil gjennom riktig styringsinformasjon også muliggjøre tettere oppfølging fra HOD sin side, hvor nøkkeltall kan bli brukt til benchmarking på tvers. Dette forutsetter gode verktøy og ressurser til å fremskaffe nødvendig styringsinformasjon. En slik profesjonalisering vil igjen kunne bidra til høyere bygningsmessig teknisk standard i hele landet gjennom standardisering, samordning og læring.

En utskillelse av forvaltningen vil tydeliggjøre skillet mellom eier, bruker og forvalter, og ansvarfordelingen kan bidra til å sikre at de ulike rollene ivaretas av ressurser som innehar riktig kompetanse til å løse oppgavene på en hensiktsmessig måte. Dette vil kunne bidra til økt kompetanse hos både bruker og forvalter, men det fordrer tydelige avtaler og at de samarbeider godt for å sikre et godt samspill og effektiv drift.

#### Bedret totaloversikt, sterkere porteføljestyring og økt kostnadseffektivitet

Ved en sentralisert modell vil vedlikeholdsetterslepet og -behovet på tvers blir mer oversiktlig, og det vil lettere kunne oppnås porteføljeoptimalisering, slik at midlene



10.05.2016

kanaliseres dit hvor de gir best avkastning og hvor det er mest nødvendig. At vedlikeholdsbehovet i større grad blir synliggjort vil også kunne skape et mer strategisk og langsiktig fokus og gjøre reelle prioriteringer mulig.

En nasjonal modell tilrettelegger for en mer aktivt og langsiktig kapitalforvaltning. Gjennom et eget selskap vil drift og vedlikehold skjermes, noe som også kan bidra til et bedre og mer stabilt økonomisk grunnlag for vedlikehold. I tillegg kan det være potensielle stordriftsfordeler rundt ressurser, innkjøp, systemer, metoder og verktøy, samt at et eget foretak kan legge til rette for benchmarking mellom helseforetakene på nasjonalt nivå, som kan bidra til å drive kostnadene ned.

### Sterkere kompetansemiljø og bedre læring på tvers

I et eget selskap vil det i større grad kunne bygges opp et større kompetanse- og fagmiljø med nødvendig bygg- og eiendomsfaglig ekspertise, enn det som er mulig i de enkelte helseforetakene (spesielt gjelder dette de mindre helseforetakene). Det kan i en slik modell etableres et sterkt nasjonalt fagmiljø med betydelig spisskompetanse med store muligheter for faglig utvikling, spesielt innen strategiske oppgaver. Sykehusbygg HF er allerede et ledd i å sikre kompetanseutvikling når det gjelder nybygg og utbygging. Også på områder som utarbeidelse av arealplaner, porteføljestyring, porteføljeutvikling, kjøp og salg av eiendom og analyse, kan det oppnås mer kompetanseutvikling og økt læring ved organisering i et eget selskap.

### Økt fokus på kjernevirksomheten i helseforetakene

Fordelen med utskillelsen er tydeliger rollefordeling, enklere styringsforhold og en mer fokusert organisasjon, både for eiendomsforvaltning og spesialisthelsetjenestens kjernevirksomhet. En utskillelse av bygg- og eiendomsforvaltningen kan innebære at helseforetakene får frigjort tid og ressurser til å fokusere mer på kjernevirksomheten.

### Større grad av arealeffektivisering ved innføring av en hensiktsmessig husleiemodell

Potensialet for arealutvikling og effektiv arealutnyttelse avhenger blant annet av bygningsmassens funksjonalitet i forhold til dagens drift, samt tilpasningsdyktighet ved endringer i kjernevirksomheten på lengre sikt. Kjernevirksomheten vil kunne få et mer bevisst forhold til arealbruk og arealeffektivisering gjennom en husleieordning med de riktige insentivene. Statsbygg<sup>104</sup> har for eksempel «vi bidrar til effektiv arealbruk i staten» som et av sine fire strategiske hovedmål for perioden 2016-2020. Rådgivningsfunksjonen til Statsbygg har i oppgave å bidra til at kunden får god oversikt over alternative måter å

---

<sup>104</sup> Statsbygg (2016) Årsrapport 2015

10.05.2016

løse lokalbehov på og deres innspill skal bidra til å sikre at staten etterspør de beste løsningene, og således effektivisere hele statens arealbruk. For å sikre arealeffektive løsninger i staten, vil Statsbygg også være aktiv i rådgivning om arealstrategier og effektiv arealbruk på sektor- og departementsnivå i 2016.

Evalueringer av Forsvarsbygg tilsier også at innføring av husleie har gitt et godt insitament til å frigjøre lokaler og eiendommer til salg. Muligheten for å spare inn husleie som kan disponeres til andre formål har vært en drivkraft for å holde tempo i avhendingsprosessen. Videre viser erfaringer fra norske kommuner at arealeffektivitet krever lengre tid å gjennomføre, og krever ytterligere grep utover kun innføring av intern husleie. Husleieordninger som er riktig implementert og etablert med riktige insentiver vil altså kunne gi den enkelte leietaker et insentiv til å optimalisere bruken av lokaler og kan bidra til å redusere skjevfordeling og uhensiktsmessig bruk av areal.

### 5.2.2 Oppsummering av ulemper ved å skille ut eierskap og forvaltningsansvar

Nedenfor oppsummeres identifiserte hoved-ulemper ved å skille ut eierskap og forvaltningsansvar i et eget selskap.

#### Økt byråkratisering og risiko for monopolisering

Etablering av et eget selskap kan komme til å innebære økt byråkratisering hvor helseforetakene mister handlingsrommet med å eie og drifte byggene selv, og hvor avstandene mellom de som ser vedlikeholds- og investeringsbehovene, og de som faktisk tar beslutningene, øker. Det er også en fare for at et eget selskap kan opptre som monopolist, og ved en slik modell kan det bli nødvendig å tillate helseforetakene å leie bygg og kjøpe bygg og eiendomsforvaltningstjenester fra andre aktører for å motvirke denne monopolsituasjonen. Helseforetakene vil også kunne hevde at en sentralisering betyr dårligere forvaltning lokalt, ettersom sykehusbyggene er spesielt komplekse formålsbygg og derfor krever en helt egen ekspertise og tett dialog med kjernevirksomheten lokalt. Det kan hevdes at det derfor blir vanskelig for noen som sitter utenfor helseforetakene å sikre gode driftsløsninger og optimale bygg.

#### Mindre kunnskap hos eiendomsforvalter om driften i sykehus og kjernevirksomheten

Spesialisthelsetjenesten ønsker å fokusere mest mulig på kjernevirksomheten, samtidig som de ønsker optimale bygg i henhold til deres spesifikasjoner og pasientenes krav. Hva som er optimale bygg kan diskuteres, og helseforetakene vil kunne hevde at bygg og eiendomsforvaltningen risikerer å miste noe av forståelsen og kunnskapen rundt den kliniske virksomheten og hvordan lokaler og tjenester best kan tilrettelegges, om dette

10.05.2016

skilles ut. Videre forventes det hyppige endringer, økte krav og nye behandlingsformer i sykehus, noe som innebærer enda større behov for fleksible bygg og hyppige bygningsmessige tilpasninger som igjen stiller store krav til en bygg- og eiendomsforvalter.

### Redusert påvirkning lokalt og økt ressursbruk til prioriterings-avklaringer

Blir helseforetakene fratatt ansvaret for forvaltningen, vil ledere i RHF og HF kunne oppfatte å ha ansvaret for sykehusdriften uten å ha tilstrekkelig myndighet over en sentral ressurs i form av bygningsmassen, og dermed oppleve at de har mindre forutsetninger for effektiv og god drift. Dette kan igjen innebære økt ressursbruk til forhandlinger om prioritering av bygningsmessige forhold.

### Redusert bygg og eiendomsforvaltnings-kompetanse lokalt

Dersom bygg og eiendomsforvaltningen blir sentralisert i en nasjonal modell, vil lokale ressurser i helseforetakene med kompetanse innen bygg- og eiendomsforvaltning kunne bli omplassert til et nytt selskap, eller bli overtallig på grunn av sentralisering og økt personalproduktivitet. Dette vil innebære at det blir lavere kompetanse rundt bygg- og eiendomsforvaltning lokalt, samtidig som det vil måtte etableres bestillerfunksjoner og et eget mottaksapparat lokalt i helseforetakene.

### Etablering av et nasjonalt selskap vil innebære en omfattende omstillingsprosess

En sentralisering vil innebære en betydelig omstilling for alle involverte parter, og det vil spesielt kreve mye av HOD som tydelig eier. Det å etablere et eget selskap og skille ut eierskap og forvaltning vil være en stor og omfattende endringsprosess som inkluderer flere virksomhetsoverdragelser. En virksomhetsoverdragelse vil bety en stor endring for alle berørte parter og kreve både juridisk og operasjonell ekspertise. Slike endringsprosesser møter ofte stor motstand og det vil mest sannsynlig også ta lang tid før HOD kan se effektene av virksomhetsoverdragelsen. En slik omstilling bør også samordnes og ses i lys av andre pågående initiativ i HOD og i helseregionene.

#### 5.2.3 Samarbeid og samordning mellom kjernevirksomheten og bygningsforvaltningen

Etablering av et eget selskap med ansvar for forvaltning, drift, vedlikehold og bygging vil stille store krav til samarbeid og samordning mellom dette selskapet og helseforetakene. Dette skyldes for det første at sykehusbygg er komplekse bygg, der det er viktig å håndtere

10.05.2016

investeringer i IKT, MTU og bygninger samordnet. Store bygningsmessige endringer parallelt med sykehusdrift stiller store krav til samarbeidet mellom kjernevirksomheten og bygningsforvalter underveis. Videre er god løpende sykehusdrift avhengig av at bygningsforvaltningen fungerer godt.

For å kunne oppnå ønsket effekt og realisere fordelene ved et utskilt eierskap, vil et meget godt samarbeid således være en forutsetning. En god samhandlingsmodell vil også være en forutsetning for å kunne redusere risikoen for at de mulige ulempene ved en slik organisering inntreffer.

En velfungerende samhandling som skaper verdi for kjernevirksomheten forutsetter tydelig definerte roller og grensesnitt, som igjen stiller krav til begge parter. En nasjonal modell krever mer formalisering av disse prosessene enn i dagens løsning, samt mer kompetanse hos spesialisthelsetjenesten på strategisk planlegging. Eiendomsselskapet, på sin side, bør aldri miste fokus på kjernevirksomheten og samfunnsnyttene, og bør jobbe systematisk med kontinuerlig forbedringsarbeid. Dette bør følges opp gjennom god styringsinformasjon, nøkkeltall og brukertilfredshetsundersøkelser. Videre vil HOD som eier også ha et viktig ansvar i å gi tydelige mandater, definere tydelige ansvarsområder og stille klare krav, samt å følge opp samordningen mellom de to.

Etablering av et nasjonalt selskap vil innebære mange grensesnitt mot det ansvar og de oppgaver Sykehusbygg HF har i dag. Disse grensesnittene vil måtte gjennomgå slik at det ikke oppstår uklarheter i roller og ansvar mellom de ulike aktørene. Det bør også vurderes om Sykehusbygg HF kunne gis et utvidet ansvar for å knytte kjernekompetansen og bygningsforvaltningen tettere sammen.

#### 5.2.4 Vurdering av drift og investeringer i sammenheng og entydig plassering av ansvaret for kapitalkostnadene

Prioritering av drift og investeringer i sammenheng, og bevissthet rundt kostnadene ved bruk av kapital er viktige problemstillinger å belyse når en alternativ modell for eierskap til og forvaltning av sykehusbygg skal vurderes. I en nasjonal modell vil kapitalkostnadene være entydig plassert og hindre kamp om midler lokalt, samtidig som handlingsrommet lokalt da blir mindre.

En av intensjonene med dagens foretaksorganisering er å gi sykehusledelsene en tydelig ansvars- og fullmakts posisjon. Innenfor de økonomiske rammene skal ledelsene ved foretakene ha selvstendighet og fleksibilitet, slik at de kan sørge for at ressursene utnyttes til samfunnets beste. Dagens finansieringsmodell innebærer at helseforetakene har ansvar for å prioritere investeringer i bygg, utstyr, vedlikehold og bygningsdrift opp mot annen drift. I denne modellen ligger en forventning om at helseforetakene over tid skaper et overskudd i driften som gir grunnlag for finansiering av nødvendige nye investeringer. Et underskudd i driften vil derimot redusere handlingsrommet for investeringer.

10.05.2016

Begrenset økonomisk handlingsrom og prioritering av finansiering av daglig drift og «akutte behov», kan føre til at ledelsen i helseforetak ikke har tilstrekkelige midler til nødvendig vedlikehold og langsiktige investeringer. Dette er ikke i tråd med prinsippene for verdibevarende vedlikehold, og på sikt vil dette medføre en betydelig verdiforringelse av eiendommene, noe som over tid vil kunne få alvorlige konsekvenser også for kjernevirksomheten. Dessuten øker de totale kostnadene knyttet til eiendommene når forebyggende vedlikehold ikke gjennomføres, på grunn av følgeskader og redusert levetid, noe som ikke alltid er like enkelt å synliggjøre.

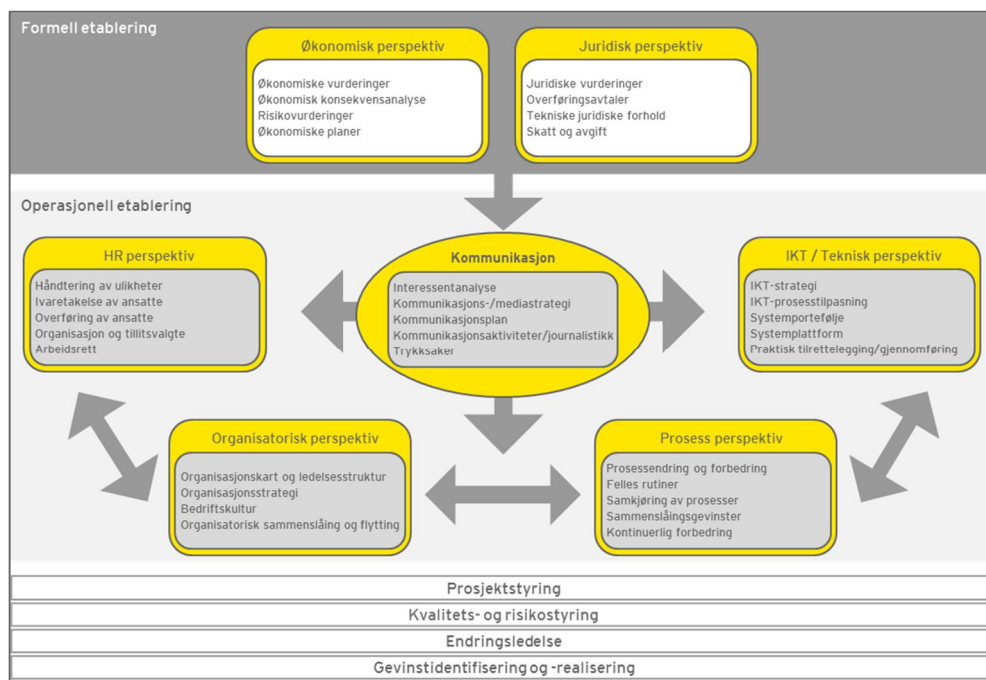
Begrensede økonomiske midler og et kortsiktig økonomisk fokus i helseforetakene kan også føre til at lønnsomme utviklingsprosjekter, for eksempel tiltak for arealeffektivisering, holdes tilbake til tross for positiv nåverdi. Dette henger sammen med husleieordningen, og erfaringer fra andre offentlige eiendomsselskap vil være viktige å se på.

En nasjonal modell vil legge til rette for aktiv langsiktig kapitalforvaltning. Ved å skille ut bygg og eiendomsforvaltningen til et eget selskap kan kapitalkostnadene også bli entydig plassert, og da gjerne hos leietaker. Statsbygg og Undervisningsbygg har kapitalkostnader som inkluderer både renter på investeringer og kapitalslit i form av avskrivninger, for bygninger og tomt, inkludert i husleien. Forsvarsbygg har innført dette som en del av kapitalelementet i beregning av husleien siden 2009. Kapitalelementet betraktes her som en sparing som i sin helhet bidrar til å dekke framtidige behov for bygninger og anlegg.

Tilgang på investeringsmidler styres som sagt av helseforetakenes bæreevne for eventuelle nye lånopptak og de regionale foretakenes investeringsrammer satt av Helse- og omsorgsdepartementet. Gitt den renteutviklingen som har vært de siste årene, muliggjør dette større investeringer enn tidligere, da både bæreevnen og investeringsrammene gir helseforetakene et større handlingsrom. Den lave renten vil også tilsi at kapitalkostnadene reduseres.

#### 5.2.5 Muligheter og utfordringer i en omstillingsfase

Etablering av et nasjonalt eier- og forvaltningsselskap for sykehusbygg innebærer en meget stor omstilling. Dette vil blant annet innebære flere virksomhetsoverdragelser med konsekvenser for et stort antall ansatte. Følgende rammeverk gir en indikasjon på kompleksiteten ved en slik etablering:



En virksomhetsoverdragelse vil inkludere en formell etablering og en operasjonell etablering, og vil medføre en omfattende og kompleks omstilling som må ivaretas på en god måte dersom det skal oppnås en vellykket implementering.

Eksempler på sentrale formelle forhold som må vurderes og ivaretas er:

- Arbeidsrettslige spørsmål og utfordringer knyttet til omorganisering, herunder vurderinger av nødvendige tiltak og prosesser i forbindelse med virksomhetsoverdragelse, ivaretagelse av ansattes interesser og overføring av ansatte.
- Spørsmål knyttet til overdragelse av fast eiendom, herunder utforming av tilpasset kontrakts rammeverk og transaksjonsrelaterte dokumenter, registreringer mv.
- Kontraksrettslige spørsmål og utfordringer knyttet til omorganisering av eierskap og forvaltningen av sykehusbygg, herunder overdragelse av eiendeler, rettigheter og forpliktelser (fast eiendom, kontrakter, gjeld mv).
- Avgiftsmessige problemstillinger særlig knyttet til merverdiavgift og dokumentavgift

En sentralisering vil også påvirke mer operasjonelle elementer som HR/personal, organisasjonsstruktur, prosess og IKT/tekniske forhold.

### 5.3 Avsluttende kommentarer

Omorganisering er ikke et mål i seg selv, men det kan være et middel for å oppnå ønsket utvikling. Etablering av et eget eier- og forvaltningsselskap for sykehusbygg vil ikke automatisk innebære forbedringer eller løsninger på de forbedringsområdene som er identifisert:

10.05.2016

- Forbedring av bygningsmessig og teknisk standard
- Flere og bedre behovstilpassede lokaler
- Bedre mekanismer for arealeffektivisering
- Økt standardisering, samordning og læring
- Økt fokus på gevinstrealisering i utbyggingsprosjekter

Et hovedspørsmål er på hvilken måte det i størst mulig grad, uten for store omstillinger og omstillingskostnader, kan oppnås forbedringer? Etablering av et eget eier- og forvaltningsselskap for sykehusbygg innebærer en meget stor omstilling og det bør ut fra dette vurderes om det er mulig å få til vesentlige forbedringer ved å ytterligere legge til rette for utvikling innenfor dagens organisering, eventuelt med større grad av regionalisering av eiendomsfunksjonene.

## 6 Referanseliste

- Bakke, J. V (2011). *Godt vedlikehold sikrer helse*. Arbeidsvern nr. 2. 2011. Oslo: Arbeidstilsynet.
- Bakke, J. V. (2014). *Samfunnskostnader ved dårlig inneklima i Norge*. 22. årgang. Oslo: Helsesrådet.
- Bakke, J. V (2014). *Stopp sykdom og plager av dårlig inneklima*. Arbeidsvern nr. 1. 2014. Oslo: Arbeidstilsynet.
- Econ Pöyry (2008). *Modeller for organisering av eiendommer i Helse Sør-Øst RHF*. Rapport 2008-011. Prosjekt nr. 56060. Oslo: Econ Pöyry AS.
- Eikeland, Per T. (2005). *Husleieordninger i statlig eiendomsforvaltning - Teoretisk grunnlag og praktiske erfaringer*. Rapport til Moderniseringsdepartementet. Oslo: Dr.Ing. Per T. Eikeland.
- Ernst & Young (2011). *Evaluering av eiendomsforvaltningen i Helse Midt-Norge*. Trondheim: Ernst & Young AS.
- Ernst & Young (2015). *Evaluering af byggestyringsprinsipperne for de 16 kvalitetsfondsprojekter*. København: Ernst & Young AS.
- Finansdepartementet (2014) *Nasjonalbudsjettet 2015*. Meld. St. 1. Oslo: Finansdepartementet.
- Finansdepartementet (2015) *For budsjettåret 2016 - Statsbudsjettet*. Prop. 1 S (2015-2016). Oslo: Finansdepartementet.
- Forsvarsbygg (2012). *m<sup>2</sup>, Norges mest aktive kvadratmetre*. En kort brief om husleiemodellen – og hvorfor den er en ressurs for forsvaret. Oslo: Forsvarsbygg.
- Hammer, E., Oftedal, M. (2012). *Rom for helse – hovedtrekk i spesialisthelsetjenestens bygningshistorie*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Hardersen, R., Løken, A. M., Ulstein, Heidi og Wifstad, K. (2015). *Kostnadsutvikling mellom KS1 og KS2 i byggeprosjekter*. Menon publikasjon Nr. 38/2015. Oslo: Menon Business Economics AS.
- Helse Vest RHF (2009). *Program Eiendom – Prosjekt Fase 3. Sluttrapport*. Stavanger: Helse Vest RHF.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2007). *For budsjettåret 2008*. St.prp. nr. 1 (2007-2008). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2011). *Foretaksprotokoll Helse Sør-Øst RHF – Krav og rammer for 2011 mv*. Foretaksmøte 31.01.2011. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.



10.05.2016

Helse- og omsorgsdepartementet (2014). *Protokoll fra foretaksmøte Helse Sør-Øst RHF – Krav og rammer mv. for 2014*. Foretaksmøte 07.01.2014. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Helse- og omsorgsdepartementet (2014). *Forespørsel knyttet til vilkår for lånefinansiering fra Helse- og omsorgsdepartementet*. Inngående eksternt produsert, 12/01348-5. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Helse- og omsorgsdepartementet (2015). *Protokoll fra foretaksmøte Helse Sør-Øst RHF – Krav og rammer mv. for 2015*. Foretaksmøte 07.01.2015. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Helse- og omsorgsdepartementet (2015). *Meld. St. 11 (2015-2016). Nasjonal helse- og sykehusplan (2016-2019)*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Helse- og omsorgsdepartementet (2016). *Protokoll fra foretaksmøte i Helse Sør-Øst RHF – Krav og rammer mv. for 2016*. Foretaksmøte 12.01.2016. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Helse- og omsorgsdepartementet (2016). *Protokoll fra foretaksmøte i Helse Sør-Øst RHF – Behandling av årlig melding 2015, godkjenning av årsregnskap og årsberetning 2015, oppfølging av Nasjonal helse- og sykehusplan m.m.* Foretaksmøte 04.05.2016. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Helsebygg Midt-Norge (2015). *Evalueringer av St. Olav-prosjektet, med særlig vekt på Kunnskapssenteret*. Evalueringsrapport. Trondheim: Helsebygg Midt-Norge.

Helsedirektoratet (2009). *Tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter*. Veileder utgitt av Helsedirektoratet. Bestillingsnummer 15-0256 08/2009. Oslo: Helsedirektoratet.

Holte (2014). *FDV-Nøkkelen – Håndbok for bygningsforvaltning. 24. Utgave – 23. årgang 2014*. Drammen: Holte.

Interregional arbeidsgruppe (2012). *Samarbeid innen eiendomsvirksomheten ved de regionale helseforetakene*. Oslo: Helse Vest RHF, Helse Midt-Norge RHF, Helse Sør-Øst RHF og Helse Nord RHF.

Kampesæter, A. (2007). *Statusvurdering av bygg- og eiendomsforvaltningen i helseforetakene og effekt av helsereformene*. Masteroppgave. Trondheim: Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU).

Kommunerevisjonen (2008). *Ansvarsdelingen mellom Utdanningsetaten og Undervisningsbygg Oslo KF*. Rapport 17/2008. Oslo: Oslo Kommune.

Larsen, A. K. (2011). *Bygg og eiendoms betydning for effektiv sykehusdrift*. PhD avhandling. Trondheim: Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU).

Larsen A. K., Kvinge, K. B. (2008). *Rollen som strategisk bygg og eiendomsforvalter*. Sluttrapport fra Delprosjekt 1. Oslo: Multiconsult.

10.05.2016

McKinsey & Company (2013). *Investeringer i spesialisthelsetjenesten i Norge*. Rapport utarbeidet på oppdrag fra Den norske legeforening. Oslo: McKinsey & Company

Norges offentlige utredninger (NOU) (2004:22). *Velholdte bygninger gir mer til alle – om eiendomsforvaltningen i kommunesektoren*. Oslo: Statens forvaltningstjeneste Informasjonsforvaltning.

Norges offentlige utredninger (NOU) (2015:14). *Bedre beslutningsgrunnlag, bedre styring. Budsjett og regnskap i staten*. Oslo: Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon og Informasjonsforvaltning.

Næspe, B. (2007). *Kartlegging av beste praksis for interne husleieordninger*. Versjon 1.0. Utarbeidet for Norsk kommunalteknisk forening og Forum for offentlige bygg og Eiendommer. Oslo: Statens bygningstekniske etat.

Rådgivende Ingeniørs Forening (RIF) (2010). *Norges tilstand 2010 – The state of the Nation*. Oslo: Rådgivende Ingeniørers Forening (RIF).

Rådgivende Ingeniørs Forening (RIF) (2015). *Norges tilstand 2015 – The state of the Nation*. Oslo: Rådgivende Ingeniørers Forening (RIF).

Rigsrevisionen (2011). *Beretning til Statsrevisorene om sykehusbyggerier*. København: Rigsrevisjonen.

Rigsrevisionen (2013). *Beretning til Statsrevisorene om sykehusbyggerier II*. København: Rigsrevisjonen.

Riksrevisjonen (2011). *Riksrevisjonens undersøkelse av eiendomsforvaltningen i helseforetakene*. Dokument 3:11 (2010-2011). Oslo: Riksrevisjonen.

Riksrevisjonen (2011). *Riksrevisjonens rapport om den årlige revisjonen og kontroll for budsjettåret 2010*. Dokument 1 (2011-2012). Oslo: Riksrevisjonen.

Riksrevisjonen (2012). *Riksrevisjonens undersøkelse om statens forvaltning av eiendoms masse i universitets- og høyskolesektoren*. Dokument 3:4. Oslo: Riksrevisjonen

Sosial- og helsedepartementet (2001). *Om lov om helseforetak m.m.* Ot.prp. nr. 66 (2000-2001). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Standard Norge (2013). *Teknisk tilstandsanalyse ved omsetning av bolig*. Norsk Standard, NS3600:2013. Oslo: Standard Norge.

Statsbygg (2016). *Årsrapport for Statsbygg 2015*. Oslo: Statsbygg.

Statsbygg (2016) *Kunde i Statsbygg – Statens husleieordning*. Oslo: Statsbygg.

Kommunal- og regionaldepartementet (2012). *Gode bygg for eit betre samfunn* Meld. St. 28 (2011-2012). Oslo: Kommunal- og moderniseringsdepartementet.

Sundheds- og Ældreministeriet (2015). *Administrationsgrundlag vedr. Sundheds- og Ældreministeriets kvalitetsfondsmidler til sygehusinvesteringer*. Dok. Nr.: 1818173. København: Sundheds- og Ældreministeriet

Eierskap og forvaltning av sykehusbygg

10.05.2016

Sykehusbygg (2016). *Innkalling til styremøte i Sykehusbygg HF*. Trondheim: Sykehusbygg.

Sykehusbygg (2016). *Årlig melding 2015 for Sykehusbygg HF*. Trondheim: Sykehusbygg.