

Styremøte

08:00 - 11:00, 16. februar 2018
Gardermoen

Agenda

SB-sak 10/2018 Godkjenne innkalling, agenda og protokoll fra 31.januar 2018	10 minutter
Innkalling og agenda godkjennes	Beslutning
Protokoll fra 31.januar 2018 godkjennes	Gunn Fredriksen
 utkast til Protokoll fra styremøte 31.jan.pdf	(3 sider)
 Årshjul for Styret 2018.pdf	(1 sider)
SB-sak 11/2018 OU-prosessen - implementering	30 minutter
Styret tar saken til orientering	Orientering
	Ann Elisabeth Wedø
 SB-sak 11-2018 - OU-prosessen implementering.pdf	(1 sider)
 SB-sak 49-2017 - OU-prosessen implementering.docx	(1 sider)
 SB-sak 49-2017 - Vedlegg 1 - Nytt organisasjonsdesign i Sykehusbygg HF_Final.docx	(22 sider)
SB-sak 12/2018 Orientering om Klassifikasjonssystemet	30 minutter
Styret tar saken til orientering.	Beslutning
	Endre Fjellestad
 SB-sak 12-2018 - Orientering om Klassifikasjonssystemet.pdf	(8 sider)
 SB-sak 12-2018 - vedlegg 1 - Nasjonal Oversikt_over_registrerte_data_i_ND_for_alle_RHF_pr_09.02.2018.pdf	(9 sider)
 SB-sak 12-2018 - vedlegg 2 - Rapport Ny driftsmodell for Klassifikasjonssytemet for sykehusareal_ver1.0.pdf	(17 sider)
	10 minutter
SB-sak 13/2018 Administrerende direktørs orientering til styret	10 minutter
Styret tar saken tas til orientering	Orientering
	Ann Elisabeth Wedø

 SB-sak 13-2018 - ADs orienteringer til styret.docx (3 sider)

 SB-sak 13-2018 - vedlegg 1 - Prosjektmandat finansieringsmodell Sykehusbygg HF.DOCX (4 sider)

 SB-sak 13-2018 - vedlegg 2 - Utkast til program_09 02 18.docx (1 sider)

SB-sak 14/2018 Rutiner for vurdering av habilitet i Sykehusbygg

20 minutter

Styret tar saken tas til orientering

Orientering

Wedø/Kvål

 SB-sak 14-2018 - Rutiner for vurdering av habilitet i Sykehusbygg HF.pdf (2 sider)

 SB-sak 14-2018 - vedlegg 1 - skjema for habilitetsvurdering MAL.pdf (1 sider)

SB-sak 15/2018 Regnskap og årsberetning

60 minutter

1. Styret godkjenner det fremlagte forslag til årsregnskap for 2017 som viser et overskudd på kr 573 410. Resultatet foreslås ført mot annen egenkapital.
2. Fremlagte forslag til årsberetning godkjennes.
3. Udisponert rammefinansiering som utgjør kr 17 519 433 ved utgangen av 2017 betales tilbake til de regionale helseforetakene i henhold til epost mottatt 20. desember 2017.
4. Årlig møte mellom styret og revisor uten at administrasjonen var til stede ble avholdt.

Beslutning

Jørn Rørmark

 SB-sak 15-2018 - Årsregnskap og årsberetning 2017.pdf (3 sider)

 SB-sak 15-2018 - Vedlegg 1.pdf (13 sider)

 SB-sak 15-2018 - Vedlegg 2.pdf (4 sider)

 SB-sak 15-2018 - Vedlegg 3.pdf (2 sider)

SB-sak 16/2018 Eventuelt

10 minutter

Gunn Fredriksen

Styremøte

31. januar 2018, 9:00 til 14:00

Gardermoen - Radisson Blu Airport Hotel



Deltakere

Til stede

Gunn Fredriksen (Fungerende styreleder) , Hilde Rolandsen (Styremedlem) , Ivar Eriksen (Styremedlem) , Arild Mathisen (Styremedlem) , Liv Haugen (Styremedlem)

Meldt forfall

Steinar Frydenlund (Styreleder)

Fra administrasjonen

Ann Elisabeth Wedø (Adm.dir. SB) , Jørn Rørmark (Leder administrasjon SB) , Hilde Elise Strand Konradsen (Utvalgssekretær)

Møteprotokoll

01/2018 Godkjenning av innkalling, agenda og protokoll fra 30.11.2017

Innkalling og agenda godkjennes. Protokoll fra 30.11.17 godkjennes.

Beslutning

Gunn Fredriksen

Sak 02/2018 Orientering om kultur- og medarbeiderundersøkelsen 2017

Styret tar status og redegjørelse fra kultur- og medarbeiderundersøkelsen 2017 til orientering.

Informasjon

Konradsen/Lone

03/2018 Budsjett 2018

1. Styret vedtar det framlagte budsjettet for 2018 inklusiv den foreslåtte prioriteringen av fellesoppgavene.
2. Styret ber om en tilbakemelding på hva som ligger inne i oppgaven med klassifikasjonssystemet, og ber om at det settes på agendaen på styremøtet 16.februar.
3. Styret ber administrasjonen om å sende en henvendelse om Sykehusbyggs likviditetssituasjon til eierstyringsgruppen.

Beslutning

Jørn Rørmark

04/2018 Justering av etiske retningslinjer

Styret vedtar de nye etiske retningslinjene som gjeldende for Sykehusbygg HF fra 1.februar 2018. Styret ber om en orientering om forankringsprosessen av de etiske retningslinjer på styremøtet i mars.

Beslutning

Hilde Elise Strand Konradsen

05/2018 Årlig melding

Styret godkjenner Årlig melding 2017 med de innspill som fremkom i styremøtet.

 Sykehusbygg_Årlig melding 2017 - endelig versjon.pdf

Beslutning

Jørn Rørmark

06/2018 ADs orientering til styret

Muntlig informasjon fra Adm.dir. til styret tas til orientering

Informasjon

Ann Elisabeth Wedø

07/2018 Møteplan 2018

Fremlagte forslag til møteplan for 2018 vedtas.

 Årshjul for Styret 2018.pdf

Diskusjon

Hilde Elise Strand Konradsen

08/2018 Eventuelt

Ingen saker meldt

09/2018 Oppfølging personalsak

Unntatt offentlighet jf. Offl §13 jfr Fvl § 13

Informasjon fra styreleder tas til orientering.

Informasjon

Gunn Fredriksen

Gunn Fredriksen
Fungerende styreleder
Til stede

Dato

Hilde Rolandsen
Styremedlem
Til stede

Dato

Ivar Eriksen
Styremedlem
Til stede

Dato

Arild Mathisen
Styremedlem
Til stede

Dato

Liv Haugen
Styremedlem
Til stede

Dato

	Januar	Februar	Mars	April	Mai	Juni	August	September	Oktober	November	Desember
Styremøter Sykehusbygg	31.	16.	23.			14.		13.-14. Styreseminar		29.	
Tidspunkt	09.00-14.00	08.00-11.00	Formiddag			Middag etterpå					
Møtested	Gardermoen	Gardermoen	Skype			Trondheim		Molde?		Gardermoen	
Utsendelse styresaker	24.01.18	09.02.18	16.03.18			07.06.18		06.09.18		22.11.18	
Innspill RHF-ene	Foreløpig regnskap	Årsregnskap og beretning Årlig melding		Økonomisk langtidsplan				Budsjett-innspill 2019	Innspill oppdrags-dok. 2019		
Strategi											
Økonomi	Årlig melding Foreløpig regnskap	Årsregnskap og beretning Revisor skal være tilstede	Økonomisk langtidsplan			Rapport 1. tertial		Rapport 2. tertial Budsjett-innspill 2019		Budsjett 2019	
Andre saker:			Plan for bemanning og kompetanse			Styrets evaluering					
Foretaksmøter		26. eller 27. Gardermoen Oppdrags-dokumentet		23. eller 24. Gardermoen Årlig melding, årsregnskap	??.						

Vedtatt av styret 31.01.2018

SB-SAK 11 / 2018 OU-prosessen - implementering**Forslag til vedtak:**

Saken tas til orientering

Oppsummering:

Administrerende direktør vil orientere om følgende saker:

1. Nytt organisasjonsdesign fra 1.1.2018
2. Status rekruttering lederstillinger
3. Status i implementeringsarbeidet

Saksutredning/bakgrunn:

Det vises til sak 49 / 2017 OU-prosessen – implementering.

Alle medarbeidere i Sykehusbygg ble innplassert i ny organisasjonsmodell i desember 2017. Lederstillinger som ikke er besatt utlyses eksternt. Dette gjelder avdelingssjef for Kunnskapsutvikling, avdelingssjef for Rådgivning og teamleder for Styringssystem, kunnskap og kvalitet. Det er i dag konstituerte ledere i disse rollene.

Arbeidet med faggrupper på tvers av organisasjonen har fortsatt i 2018 og vil endelig besluttes i løpet av februar 2018.

Sykehusbygg HF, 09.02.2018

Toril H. Wikmark
saksbehandler

Elektronisk godkjent uten signatur

SB-SAK 49/2017 OU-prosessen - implementering**Forslag til vedtak:**

Saken tas til orientering

Oppsummering:

Prosjektleder vil orientere om følgende saker:

1. Administrerende direktørs beslutning
2. Fremdriftsplan for implementering av ny organisasjonsmodell
3. Status i implementeringsarbeidet

Saksutredning/bakgrunn:

Administrerende direktør har fattet beslutning om nytt organisasjonsdesign. Dette er beskrevet i dokumentet «Nytt organisasjonsdesign i Sykehusbygg HF – Beslutningsnotat» (vedlegg 1). Arbeidet med implementering av ny organisasjonsmodell er organisert som et internt prosjekt. Prosjektet omfatter alle sider ved forberedelse for – og gjennomføring av implementeringen av ny organisasjonsmodell. Ledergruppen i Sykehusbygg er prosjektets styringsgruppe.

Prosjektplanen er inndelt etter arbeidspakkene HR, rolle- og myndighetsavklaring, intern organisering og forretningsutvikling. Det foregår nå kartlegginger og juridiske vurderinger som grunnlag for innplassering av medarbeidere i den nye organisasjonsmodellen. Alle medarbeidere skal være innplassert innen 20.12.2017. Ny organisasjonsmodell skal være i drift fra 1.1.2018. Se vedlegg 2 for prosjektplan.

Agenda Kaupang er engasjert også i denne fasen for å bistå med fasilitering og dokumentasjon i prosjektet.

Sykehusbygg HF, 22.11.2017

Toril H. Wikmark
saksbehandler

Elektronisk godkjent uten signatur

Vedlegg:

Vedlegg 1: Nytt organisasjonsdesign i Sykehusbygg HF - beslutningsnotat

Vedlegg 2: Prosjektplan for «Implementering av ny organisasjonsmodell»

Nytt organisasjonsdesign i Sykehusbygg HF – Beslutningsnotat

Trondheim, 03.10.2017

Innhold

Innledning.....	3
Sykehusbygg sitt formål	3
Sykehusbygg sine fire strategiske hovedmål:.....	3
Kunnskapsgrunnlaget – anbefalt framtidig organisasjonsdesign fra Agenda Kaupang.....	4
Styrker og svakheter ved dagens organisasjonsdesign	4
Designkriterier	4
Forslag til framtidig organisasjonsstruktur	5
Begrunnelse for modellen	5
Forutsetninger for at modellen skal fungere.....	6
Organisering	6
Ledelse og organisasjonskultur	6
Fagnettverk.....	7
Læringssløyfe.....	7
Kompetanse.....	7
Administrerende direktørs beslutning om framtidig organisasjonsdesign	8
Vurdering av oppgaver -og oppgavefordeling i «Avdeling for kunnskapsutvikling»	9
Forretningsutvikling.....	10
Utviklingsarbeid og innovasjon	10
Prosjektstyring.....	12
Prosjektstøtte (kvalitet).....	13
Sikkerhet og samfunnsansvar.....	14
Vurdering av oppgaver -og oppgavefordeling i «Avdeling Rådgiving».....	17
Forvaltningsoppgaver	17
Rådgivingsoppgaver	17
Vurdering.....	18
Organisasjonsstruktur	19
Administrasjon	19
«Kunnskapsutvikling».....	20
Rådgivning	20
Prosjektavdeling Nord, Midt og Nasjonale prosjekter og Prosjektavdeling Vest og Sør-Øst	20
Prosjektavdeling for prosjektene SUS 2023, Nye Drammen sykehus (NDS), prosjektene ved OUS (RSA, RAD, Aker/Gaustad) og prosjektet Nytt sykehus i Nordmøre og Romsdal (SNR)	21
Videre arbeid	21

Innledning

Sykehusbygg sitt organisasjonsdesign omhandler organisasjonsstrukturen, rollefordeling (fordeling av oppgaver, ansvar og myndighet) og samhandlings- og koordineringsmekanismer i -og mellom boksene på kartet.

Dette notatet tar utgangspunkt i nåsituasjonsanalysen og sluttrapporten fra Agenda Kaupang, samt innspill som har kommet underveis i prosessen.

Sykehusbygg sitt formål

Sykehusbygg HF skal være en internleverandør for de regionale helseforetakene og landets helseforetak, og skal legge til rette for og bidra til standardisering, erfaringsoverføring, god ressursutnyttelse og ressurstilgang innen prosjektering og bygging av sykehus, og sørge for at erfaring fra forvaltning og drift av sykehuseiendom tas hensyn til i nye prosjekter og kommer foretakenes eiendomsforvaltning til nytte. Byggeoppdrag eller bidrag til byggeoppdrag skal bare kunne leveres til de 4 RHFene og deres underliggende HF samt parter som inngår i et sameie med disse.

Sykehusbygg HF skal bidra til fremtidsrettet utvikling av sykehusbyggingen i Norge gjennom læring, innovasjon, erfarings- og kompetanseoverføring, og skal være en ressursleverandør for sykehuseiere og sektoren forøvrig.

Sykehusbygg HF skal utføre tjenester knyttet til utvikling, planlegging og gjennomføring av byggeprosjekter, og tjenester innen eiendomsområdet som det er gevinster ved å utføre felles for sektoren, herunder;

- utvikling og forvaltning av kunnskap, metoder og verktøy for bygg- og eiendomsrelatert sykehusplanlegging, samt gi tilgang på personell med spisskompetanse vedrørende alle faser i livsløpet til en sykehuseiendom,
- prosjektledelse og rådgivning til byggeprosjekter
- prosjekt og prosessledelse vedrørende tidligfaseplanlegging
- øvrige tjenester som naturlig hører inn under Sykehusbygg HFs formål

Sykehusbygg HF skal ha dokumenterte systemer som sikrer at aktiviteten planlegges, organiseres og utføres i samsvar med fastsatte krav i lovgivningen.

Styret må være bevisst sitt ansvar for å sikre bærekraftig utvikling og godt omdømme. Styret har ansvar for at en bredt anlagt forståelse av samfunnsansvar blir ivaretatt. «

Kilde: Oppdragsdokumentet 2015

Sykehusbygg sine fire strategiske hovedmål:

- Sykehusbygg HF skal oppleves som en verdiskapende partner og skal være kundenes naturlige valg ved planlegging, bygging og rehabilitering av sykehus.
- Sykehusbygg HF skal skape merverdi for kunden ved å utvikle, planlegge og gjennomføre byggeprosjekter til avtalt kvalitet og innenfor budsjett og tidsrammer. Prosesser og løsninger må være kostnadseffektive.

- Sykehusbygg skal bruke kunnskapsbaserte metoder og verktøy i sitt arbeid. Gjennom standardisering og bruk av innovative løsninger skal det bidra til en framtidsrettet utvikling av sykehusbyggingen.
- Sykehusbygg HF skal være det ledende fagmiljøet i landet for utvikling og gjennomføring av byggeprosjekter. Det skal kjennetegnes av et sterkt faglig engasjement og ha en kultur for læring og deling.

Kunnskapsgrunnlaget – anbefalt framtidig organisasjonsdesign fra Agenda Kaupang

Styrker og svakheter ved dagens organisasjonsdesign

Nåsituasjonsanalysen peker på styrker og svakheter ved dagens organisering, ledelse og samhandling i Sykehusbygg:

1.1 Oppsummering: Vesentlige kjennetegn ved dagens organisering, ledelse og samhandling i Sykehusbygg («Diagnose»)

Vesentlige styrker – må videreføres	Vesentlige svakheter – endringsbehov
▶ SBs samfunnsoppdrag politisk tungt forankret ▶ Gjennomgående fornøyde til svært fornøyde kunder ▶ Sterk sykehusbyggekompetanse fra A til A og sykehusfaglig spisskompetanse ▶ Et gjennomgående godt arbeidsmiljø ▶ Dedikerte medarbeidere («commitment»)	▶ Ulike forståelser av SBs formål - samfunnsoppdrag og rolle ▶ Kunnskapsbeinet og prosjektbeinet – «To bein som ikke alltid danser til samme musikk» ▶ Uklare roller, ansvar og myndighet i SB ▶ Organisasjonsstrukturen blander utvikling og operativ gjennomføring ▶ Kunnskapsutviklingen er løst knyttet til prosjektene ▶ Erfaringsdeling foregår usystematisk ▶ Ambisiøse og mange internprosjekt ▶ Arbeidsmiljø, særlig knyttet til: ▶ Samarbeidsklima på tvers ▶ Kompetanse ▶ Uklar fagansvarligrolle ▶ Prosjektstyring og ledelse i tidligfase

8 

Designkriterier

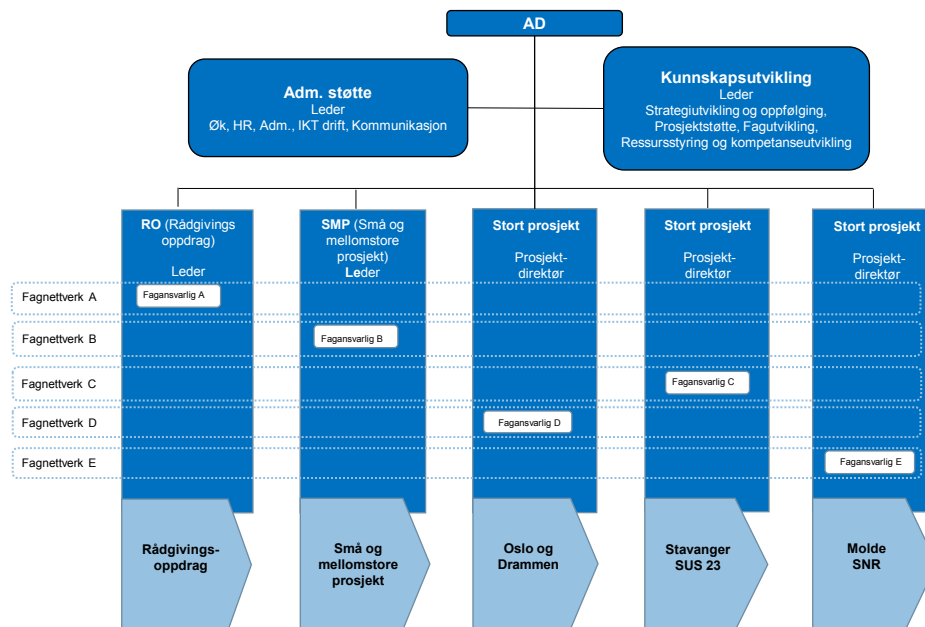
Med utgangspunkt i dette ble det utarbeidet 6 designkriterier som ligger til grunn for Agenda Kaupangs forslag til framtidig organisasjonsdesign:

1. Fremme beslutningsstyrke
2. Sikre samsvar mellom roller, ansvar og myndighet
3. Understøtte samhandling, læring og formidling av beste praksis
4. Effektiv organisering av stab/støttefunksjoner
5. Tydeliggjøre virksomhetens sentrale leveranser, både innad og utad
6. Styrke kundeoppfølgingen

Forslag til framtidig organisasjonsstruktur

Med utgangspunkt i ovennevnte har Agenda Kaupang foreslått følgende organisasjonsstruktur:

2.1 Forslag til nytt organisasjonskart for Sykehusbygg, med funksjoner i stab



15

Begrunnelse for modellen

- Klarere skille mellom strategisk ledelse og operativ ledelse; ledelsesansvar for Kunnskapsutvikling og forvaltning lagt til stab (KU) og gjennomføringsansvaret for eksterne prosjekt lagt til linjelederne (*Fremme beslutningsstyrke*)
 - Strategisk ledelse lagt til AD og toppledergruppen, med KU som saksforberedende/strategisk støttefunksjon (*Fremme beslutningsstyrke*)
 - Kunnskapsutvikling i stab understøtter ansvaret for og styrker «kunnskapsbeinet», med klarere forankring av utviklings-/fellesprosjekt i ledergruppen (*Understøtte læring og beste praksis*)
 - Mindre strukturell åpning for «maktkamp» om gjennomføringsansvar for internprosjekt (*Sikre samsvar mellom roller, ansvar og myndighet*)
 - Rådgiving synliggjort i egen operativ enhet, RO (*Sikre samsvar mellom roller, ansvar og myndighet*)
- En mer balansert ledergruppe i forhold til SB formål, med økt vekt på prosjekt (*Fremme beslutningsstyrke, Understøtte læring og beste praksis, Tydeliggjøre organisasjonens sentrale leveranser, både innad og utad*)

- En leder er ansvarlig for tidlig- og byggefase i små og mellomstore prosjekt/SMP (*Fremme beslutningsstyrke*)
 - Mer rendyrket organisering av leveranser til kunde, med utgangspunkt i små og mellomstore prosjekt (*Sikre samsvar mellom roller, ansvar og myndighet*)
 - Legger til rette for samhandling gjennom hele prosjektløpet og mellom prosjektene (*Understøtte læring og beste praksis*)
- Færre oppfølgingspunkt (kontrollspenn) for AD (*Fremme beslutningsstyrke*)
 - En leder for stab og bedret samordning av administrativ støtte for AD (*Effektiv organisering av stab/støtte*)
 - Åpner for økt kundeoppfølging; AD mer tid til «utenriksministerrollen» og kundeforum (*Styrke kundeoppfølgingen*)

Forutsetninger for at modellen skal fungere

De har videre lagt inn en rekke forutsetninger for at modellen skal fungere i praksis (SBs helhetlige organisasjonsdesign). Dette er inndelt i følgende områder:

1. Organisering
2. Ledelse og organisasjonskultur
3. Fagnettverk
4. Læringssløyfe
5. Kompetanse

Organisering

1. Grensen for hva som er et stort prosjekt til forskjell fra små og mellomstore prosjekter må avklares
2. Det må etableres klare fagområder i SB som tilordnes fagansvarlige med ansvar for respektive fagnettverk
3. Et effektivt og velfungerende ressursplanleggingsverktøy
4. Det må utarbeides kriterier for medarbeidernes innplassering i overganger mellom ulike organisatoriske enheter, særlig viktig mellom SMP og store prosjekter
5. Det må vurderes team/gruppeinndeling i SMP, herunder ansvar for medarbeideroppfølging
6. Avsatt tid til ledelse og fagansvarlige

Ledelse og organisasjonskultur

1. Fortsatt vektlegging av effektivitet og leveranser
2. Toppledelsen viktig for bedring av samarbeidet internt i og tverrgående mellom enhetene
3. Innovasjon og faglig utvikling versus effektivitet og leveranser
4. Den krevende kontrollen – hva er skal-krav og hva bør være er opp til eget skjønn ut fra oppgavens kontekst?
5. Toppledergruppen må være omforent om hensikten – hva toppledergruppen skal levere av merverdi for Sykehusbygg
6. Porteføljestyring bør legges til grunn, i første rekke for interne rammefinansierte prosjekt

Fagnettverk

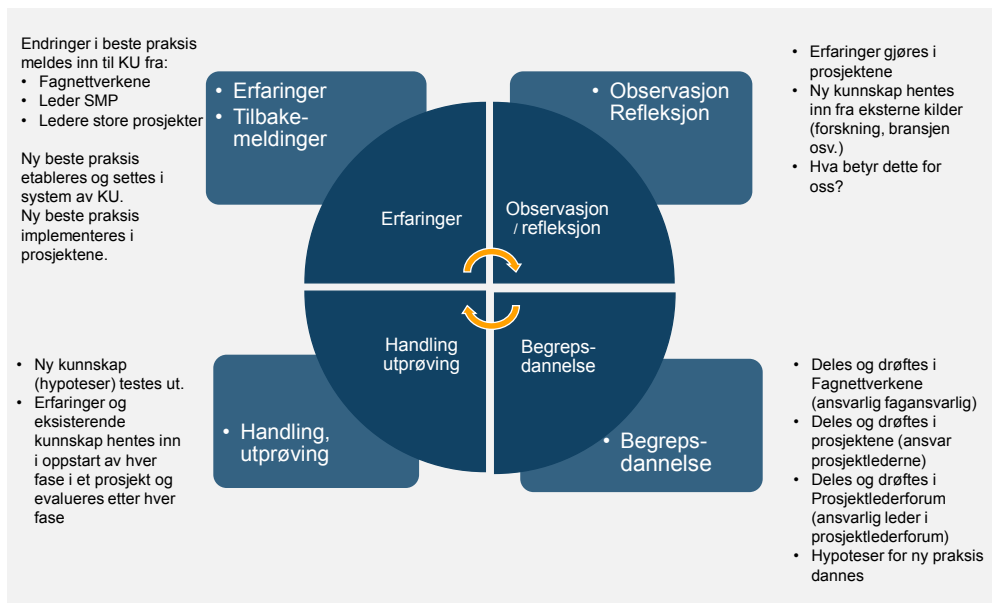
1. To hovedmål: Utvikle prosjektrelevant fag-kompetanse hos medarbeiderne og løfte frem «beste praksis»
2. Fagansvarlig i KU koordinerer fagnettverkene på tvers

Læringssløyfe

1. Lærende organisasjoner
2. Styringssystemet – kritisk viktig for erfaringsinnhenting og læring i Sykehusbygg
3. KU, fagansvarlige og prosjektledere sentrale i kunnskapsbeinet
4. Fora for erfaringsdeling og dokumentasjon
5. Sykehusbyggskolen kritisk viktig for læring og kompetanseutvikling
6. Kulturelle aspekter – refleksjonens betydning og muntlig tradisjon i organisasjoner

3.5 Læringssløyfe

Begrunnelser for foreslått modell



50

Kompetanse

1. Strategisk kompetansestyring
2. Videreutvikle Sykehusbyggskolen
3. Sykehusbyggs fremtidige kompetansesammensetning
4. Beholde og videreutvikle kritisk kompetanse i organisasjonen

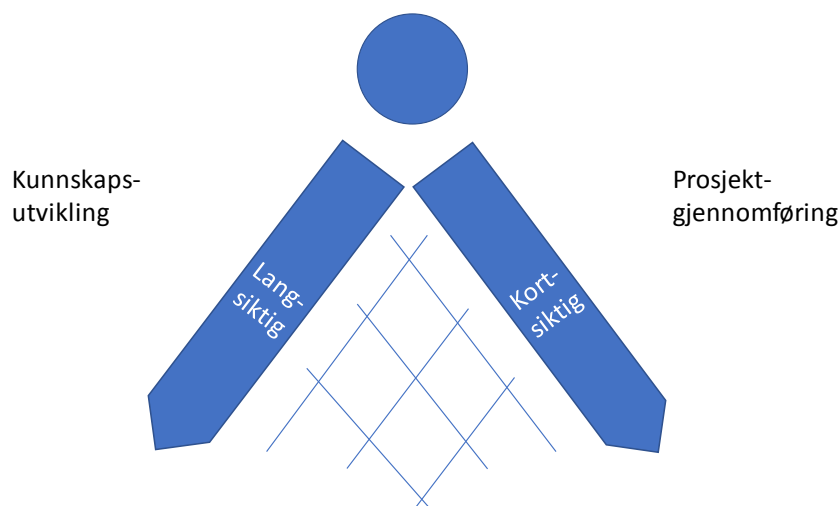
Administrerende direktørs beslutning om framtidig organisasjonsdesign

Jeg vil først takke alle for engasjementet dere har vist og for gode innspill underveis. Vi er en organisasjon med dyktige og dedikerte medarbeidere, og en kunnskapsorganisasjon i kontinuerlig utvikling. Selv om vi setter en ny organisasjonsstruktur nå, så innebærer det at vi må påregne å gjøre organisatoriske justeringer underveis etter hvert som virksomheten utvikler seg. Endring og omstilling må være en del av vår kultur.

Grunnlaget for vurderingene er nåsituasjonsanalysen og sluttrapporten fra Agenda Kaupang, innspill fra medarbeidere og styret, samt beregninger av ressurser knyttet til prosjektene i prosjektavdelingene. Sistnevnte for å kunne gjøre en kvalifisert vurdering av behov for ledere på flere nivåer knyttet til lederspenn og oppfølging av den enkelte medarbeider.

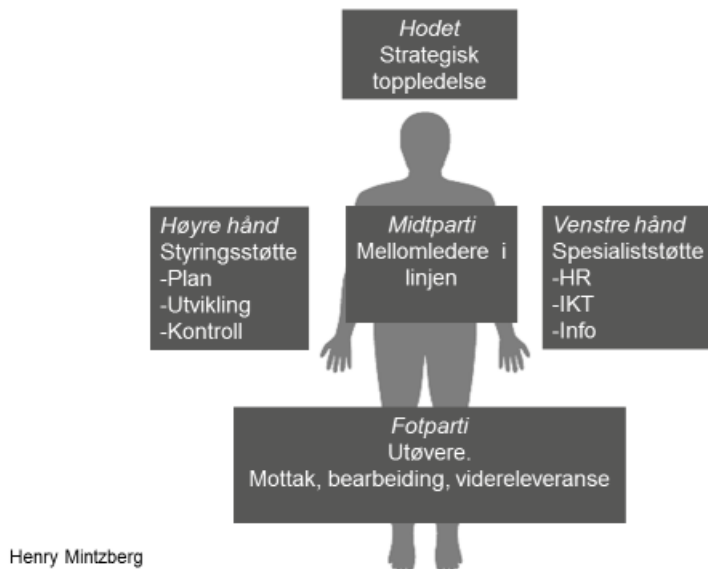
Anbefalingene fra Agenda Kaupang er i all hovedsak fulgt, med mindre justeringer. Jeg går derfor ikke inn i videre analyser nå hvorvidt de tilpasningene som gjøres møter kriteriene som ble fastsatt tidligere. Vi har gått bort fra terminologien små, mellomstore og store prosjekter da vi ikke finner det hensiktsmessig å dele inn prosjektene på denne måten.

I diskusjonene i ledergruppa, er det presentert en figur som på en god måte visualiserer formålet med Sykehusbygg, og at det i oppdraget vårt er oppgaver både av langsiktig karakter (kunnskapsutvikling og administrasjon) og av kortsiktig karakter (prosjektene). (Selv om prosjektene er både store og langvarige.) I interaksjonen mellom det kortsiktige og det langsiktige, utvikles det ny kunnskap som i neste runde kommer til anvendelse i prosjektene (rutenettet mellom det langsiktige og det kortsiktige).



Spørsmålet blir da hvordan dette best organiseres i Sykehusbygg. I Agenda Kaupang sine anbefalinger, er Mintzberg sin teori og modell lagt til grunn.

Organisasjonsstruktur – 5 deler



«Dette fremstiller forenklet organisasjonens viktigste struktur - maktstrukturen.

► Viser at:

- Ledere driver med strategi, samordning, kontroll mv.
- Staben driver med rådgivning, utvikling og planlegging
- De operative enhetene driver med produksjon.»

Dette danner også utgangspunktet for mine vurderinger som ligger til grunn for beslutningen.

I arbeidet har det vært viktig å ivareta både «selskapsfokuset», dvs å velge en modell som understøtter videre utvikling og drift av hele virksomheten. Og tilsvarende for kjernevirksomheten, dvs kunnskapsutviklingen og prosjekt- og rådgivningsoppdragene.

Vurdering av oppgaver -og oppgavefordeling i «Avdeling for kunnskapsutvikling»

Det er oppgavene og fordelingen av disse i «Avdeling for kunnskapsutvikling», oppgavene i «Rådgivningsavdelingen» og rollefordelingen mellom «Avdeling for kunnskapsutvikling» og «Rådgivningsavdelingen» jeg har brukt mest tid på å vurdere etter at forslaget fra Agenda Kaupang forelå.

I «Avdeling for kunnskapsutvikling», omfatter oppgavene slik de er skissert i forslaget fra Agenda både forretningsutvikling, kunnskapsutvikling, prosjektstøtte og intern kontroll, dvs både prosjektadministrative oppgaver og utviklingsoppgaver. Spørsmålet er om dette er oppgaver som det

er hensiktsmessig å håndtere i en og samme avdeling, og om prosjekt- og porteføljestyring, og kvalitet er tilstrekkelig ivarettatt i dette. I forslaget lå også at denne avdelingen skal ha ansvaret for å knytte sammen de ulike fagansvarlige i virksomheten.

Jeg ser behov for at avdelingen grupperes i ulike team;

- Forretningsutvikling
- Kunnskapsutvikling
- Prosjektstyring
- Prosjektstøtte og kvalitet
- Sikkerhet og samfunnsansvar

Forretningsutvikling

Våre eiere gir gjennom vedtektene for Sykehusbygg og det årlige oppdragsdokumentet, retning for selskapet og oppdrag til konkrete oppgaver. Det er likevel behov for, innenfor disse rammene, å utvikle mål og strategier som danner grunnlaget for våre interne prioriteringer. I følge strategilitteraturen, er det den daglige ledelsen sitt ansvar å utvikle og implementere strategien, mens styrets rolle er å fastsette strategien og føre tilsyn med at denne blir gjennomført. Styret fastsatte i desember 2015 Strategi 2021 som er under gjennomføring. I tillegg er det utviklet utkast til nasjonal BIM-strategi som styret i SB har vedtatt, og som er til videre behandling hos eierne. Høsten 2016 fastsatte styret SB sin miljøstrategi. Foran oss ligger det å utvikle en strategi for FoU og innovasjon og sourcingstrategi, for å nevne noe. Muligens også en vekststrategi. Det må også arbeides med forretningsutvikling for rådgivings- og forvaltningsoppgavene våre.

Vi kan imidlertid ikke påregne å få en økning i rammetilskuddet utover i langtidsperioden. Det innebærer at vi i større grad må finansiere aktivitetene gjennom salg av tjenester i «markedet». (Jeg skriver «markedet» i hermetegn siden dette er avgrenset til spesialisthelsetjenesten.) Samtidig ser vi at sykehusene etterspør bistand innenfor områder som Sykehusbygg i liten grad tilbyr tjenester innenfor i dag. Det er derfor behov for kontinuerlig å jobbe inn mot markedet for tjenesteutvikling knyttet til rådgivningsoppdrag. Både for å gi kvalitative bidrag inn i deres virksomhet, og samtidig utvikle egen kompetanse og lønnsomhet i Sykehusbygg.

I tillegg er det behov for å jobbe tett på kundene om nåværende og framtidige prosjekter og våre bidrag inn i disse. Det må utarbeides en sourcingstrategi som omhandler hvilke oppgaver i prosjektene vi som hovedregel vil håndtere selv, og hvilke vi kjøper i markedet.

Utviklingsarbeid og innovasjon

I formålet vårt står følgende: «Sykehusbygg HF skal bidra til fremtidsrettet utvikling av sykehusbyggingen i Norge gjennom læring, innovasjon, erfarings- og kompetanseoverføring, og skal være en ressursleverandør for sykehuseiere og sektoren forøvrig.»

Dette er det langsiktige beinet i modellen over. I dag pågår det mange initiativ for kunnskapsutvikling gjennom fagnettverk (internt og eksternt), fagseminar, Prosjekt Norge, NTNU-avtalen, Chalmers, TNO mv, samt interne utviklingsprosjekter gjennom FO og i prosjektene. I tillegg gjennomføres det evalueringer ved faseavslutninger i noen av prosjektene. Vi er dessuten engasjert av Nordlandssykehuset for å evaluere det nye sykehuset i Stokmarknes, og en tilsvarende evaluering av nye Kirkenes sykehus er meldt. Det er også ønsket fra oppdragsgiverne våre at vi innleder samarbeid

med Universitetet i Stavanger og Universitetet i Tromsø. I tillegg er logistikkmiljøet ved Høgskolen i Molde en interessant aktør.

En gjennomgang av rammetilskuddet til FO-området, som samlet er på 35,5 mnok, viser at fordelingen mellom kostnader som skal dekkes driftsoppgaver som Sykehusbygg ivaretar på vegne av fellesskapet (ikke til drift av selskapet Sykehusbygg) og frie midler til bruk på nye utviklingsprosjekter er:

Rammefinansierte fellesoppgaver	2017	2018	2019	2020	2021
Finansiell ramme til fellesprosjekter *	-41,9	-35,5	-35,5	-35,5	-35,5
Lån fra FO-16 for tilfakbetaling fra prosjektene	5,4	-2,7	-2,7		
Løpende drifts- og utviklingsoppgaver	15,8	18,5	19,5	20,5	21,5
Pågående og planlagte FO-prosjekter	20,7	15			
Mulighetsrom for nye FO-prosjekter - gitt foreløpige prioriteringer	0	0	14	10,3	9,3
Resultat til dekning av overheads, jfr ny budsjettmodell fra 2018	0	4,7	4,7	4,7	4,7

Dette innebærer at vi må søke andre finansieringskilder til kunnskapsutviklingsprosjektene. De mulighetene vi blant annet har, er gjennom utvikling/byggeprosjektene, forsknings- og utviklingsmidler i RHFene, Forskningsrådet, Innovasjon Norge, Prosjekt Norge og ideelle organisasjoner.

Det er behov for å utvikle ny kunnskap og innovative løsninger både i arbeidet med å utvikle innholdet i de framtidige sykehusene og i byggefasen. Sistnevnte handler mye om hvordan vi som byggherrens representant kan være en dyktig kravstiller, slik at vi også bidrar til at BA-næringen utvikles og greier å levere bygg av god kvalitet til riktig pris. Her er både gjennomføringsstrategier og kontraktsmodeller viktige virkemidler.

Teknologi og digitalisering, både i prosjektgjennomføringen og som løsninger i framtidige sykehus, må nevnes særskilt, noe vi som kunnskapsorganisasjon må være i forkant og drivende på.

Vi vil mye på én gang, og det tas mange initiativ! Det er flott! Samtidig er det en fare for at innsatsen blir for fragmentert og at vi sprer ressursene på for mange ting samtidig (både kompetanse, tid og penger). Vi ser også at i prioriteringen mellom bidrag inn i eksterne prosjekter vs kunnskapsutviklingsprosjekter, så prioriteres det første. Kunnskapsutviklingen må derfor skje i et helhetlig perspektiv, og styres mhp prioriteringer og ressursbruk, og følges opp for å sikre framdrift og leveranser. Prioritering og styring kan stå i motsvar til kreativitet, dette er en hårfin balanse som vi må få til (jf ønsket om en styrket innovasjonskultur.)

Denne enheten vil ha ansvaret for å utarbeide og implementere strategi og handlingsplan for FoU og innovasjon. I dette ligger å sørge for at kunnskap utvikles både gjennom evalueringer, erfaringsoverføring, interne og eksterne fagnettverk -og fagdager, forsknings- og utviklingsprosjekter i samarbeid med andre kunnskapsmiljø. Utviklingsprosjektene vil kunne fordeles i de ulike avdelingene i SB. I utviklingen av handlingsplanen, bør det derfor løftes inn diskusjoner om hvilke prosjekter som kan være aktuelle for hvilke utviklings- og innovasjonsprosjekter, slik at en får en helhetlig plan for dette. Og at kompetansen i organisasjonen kommer best til anvendelse, for å sikre både at fagutvikling skjer for den enkelte og for virksomheten som helhet.

I dag har Sykehusbygg flere fagansvarlige og det er etablert noen fagnettverk på tvers av prosjektene. For å kunne få til kunnskapsutvikling og læring på tvers, er nettopp fagnettverk på tvers av prosjektene et sentralt virkemiddel. Hvert fagnettverk bør ledes av en «fagansvarlig», som har som oppgave å utvikle fag og kompetanse innenfor sitt område. De må være med på det som skjer av nasjonal og internasjonal standardisering og utvikling, og drive innovasjon innenfor sitt område også

med hensyn til digitalisering og teknologi. «Fagansvarligrollen» må defineres i det videre arbeid, samt en vurdering av om dette er en hensiktsmessig benevnelse for rollen. I tillegg må det kjøres en prosess i SB som grunnlag for beslutning om hvilke interne fagnettverk vi bør ha.

Prosjektstyring

Dette omfatter blant annet prosjektstøtte, fremdriftsplanlegging, prosjektrekskap, ressursstyring, porteføljestyling og kontrakt.

I dagens modell, ligger dette delvis i Avdeling for prosjektering og bygging der de fleste av controllerne er ansatt, delvis i administrasjonen, og delvis i de store prosjektene. Ressursstyringen foregår i hver avdeling. Det er et nettverk bestående av prosjektstyringslederne i SB.

Dette er et område det er behov for å ha et godt samlet grep om. I den framtidige organisasjonsmodellen, løftes dette området fram og legges i stab. For prosjektene SUS 2023, NDS - og OUS-prosjektene og SNR, vil den daglige oppfølgingen fortsatt ligge der. Nettverket bør videreføres og videreutvikles på tvers av avdelinger og prosjekter.

Vi må igangsette og følge opp de interne prosjektene på samme måte som i de eksterne prosjektene. Det innebærer at den samlede porteføljen vil bestå av både eksterne og interne prosjekter.

Porteføljestylingen for Sykehusbygg sin totalportefølje vil ligge her, mens selve beslutning oppstart og prioritering av prosjekter ligger til ledergruppen å beslutte. Porteføljestylingen vil også ivareta sammenstilling av selskaps/prosjekt KPI'er, og øvrige styringsinfo fra Sykehusbygg sine prosjekter, og oversendte dette til administrasjonen som ivaretar eierdialogen.

De kontrakter og avtaledokument som Sykehusbygg har inngått, vil samlet ligge i Prosjektstyring, hvorav selve etablering og detaljeringen av kontrakt og avtaler ligger til prosjektene å utføre med bistand fra fagansvarlig kontrakt og anskaffelser sentralt. Kontraktskompetanse er noe som er belyst i OU prosessen som en ønskelig blir etablert. For å sikre god styring av prosjektene, er det viktig at Sykehusbygg etterstreber læring og standardisering der hvor dette er mulig i sine kontrakter mot entreprenører og kontraktører/ rådgivere. Kontraktskompetansen kan også ved behov brukes til skoling og bistand i prosjektene.

Personell fra Prosjektstyring vil bistå i oppstart av prosjekter, for best mulig sikre en omforent og god oppstart av prosjektene i Sykehusbygg sammen med oppdragsgiver. Dermed oppnår vi en rød tråd fra planlagt oppstart(porteføljestyling) til faktisk oppstart av prosjekter(kontrakt).

Det må videreutvikles modeller for standard roller i prosjektene, modeller for budsjettering og behov for ressurser og kompetanse.

Dette innebærer behov for et samlet grep om styring og utvikling av porteføljen, både prosjekter og rådgivningsoppdrag. Dette danner grunnlaget for strategisk bemanningsplanlegging og kompetanseutvikling. Vi må arbeide planmessig med hvilken kompetanse og kapasitet vi skal ha internt, og hva vi kjøper i markedet. Det omfatter også å utvikle karriereveier internt, opplæringstiltak mv.

Ressursstyring er et tema mange har vært opptatt av i OU-prosessen. Dette sammen med den helhetlige porteføljestylingen -og utviklingen er det viktig for SB å ha godt hånd om.

Personalansvaret for den enkelte medarbeider legges i linjeorganisasjonen. Alle ressursene ligger imidlertid i «ressursenheten». Det innebærer at ressursstyringen knyttet til bemanning av prosjekt

håndteres av ressursstyringsenheten, i tett dialog med linjeleder og den enkelte medarbeider. Det må inngås avtaler om disponering av ressursene, for å sikre forutsigbarhet for de impliserte. Dersom det er inngått avtale om at en medarbeider eksempelvis skal jobbe i 80% stilling i et prosjekt, disponerer ressursenheten de resterende 20%. De årlige medarbeidersamtalene holdes mellom den enkelte medarbeider og leder med personalansvaret. Det langsiktige perspektivet gjennom utviklingssamtaler og utvikling av karriereplaner skjer i et samarbeid mellom medarbeider, linjeleder og ressursstyringsenheten. Her har ressursstyringsenheten et oppfølgingsansvar.

Det vil bli utarbeidet bemanningsplaner som grunnlag for innplasseringen der dette tydelig framgår. I den grad en medarbeider kan innplasseres i flere avdelinger, vil en endelig avklaring skje i dialog med den enkelte. Også her må en påregne endringer etter hvert som prosjektporteføljen utvikles utover i langtidsperioden..

Det er behov for å arbeide videre med mandat for dette teamet sett opp imot den enkelte leders ansvar og myndighet. I tillegg vil det utarbeides mandat og kriterier som legges til grunn for ressursfordelingen. Dette for å sikre rolleklarhet og transparens internt.

Prosjektstøtte (kvalitet)

Dette omfatter styringssystemet, utvikling og forvaltning av prosjektstøtteverktøy, herunder helhetlig virksomhetsarkitektur og opplæring.

For at vi skal kunne være dyktige på prosjektgjennomføring -og leveranser, er det viktig å ha en velfungerende prosjektmodell og styringssystem, og oppfølging av disse. Nåsituasjonsanalysen peker på en opplevd frivillighetskultur i Sykehusbygg. Styringssystemet og Sykehusbyggskolen er virkemidler for å motvirke dette, og det er sentralt å skape et miljø for utvikling og forvaltning av Sykehusbyggs kompetanse innen prosjektfaget. Dette for å forvalte og videreutvikle beste praksis innen prosjektstyring og prosjektledelse gjennom bruk av styringssystemet.

Dette området favner mye, blant annet:

- Utvikle og forvalte standardiserte prosesser, rutiner, maler, dokumenter, kravspesifikasjoner og sjekklister som kommer til anvendelse i prosjektene og som bidrar til å sikre beste praksis og kvalitet i prosjektgjennomføringen.
- Tilby verktøy til støtte i prosjektgjennomføringen
- Sikre at beste praksis blir benyttet og kontinuerlig forbedret
- Drive kontinuerlig opplæring

I dag håndteres dette til dels gjennom ulike FO-prosjekter, og dels gjennom bidrag i linjeorganisasjonen. Det er behov for å ta et samlet grep om dette, slik at vi får etablert et samlet fagmiljø for prosjektstyring -og prosjektledelse.

Det er i tillegg behov for å samle arbeidet om videreutvikling og forvaltning av IKT-verktøy som støtter opp under forretningsprosessene. Både virksomhetsarkitektur, utvikling og forvaltning av ulike IKT-verktøy som brukes i prosjektene legges her. Her må grensesnittet mot BIM som ligger i «Rådgivning» avklares og beskrives.

Dette teamet skal bidra til å sikre:

1. Beste praksis innen prosjektarbeid - Forvalte beste praksis innen prosjekteierstyring og prosjektledelse gjennom bruk av styringssystemet

2. Kompetanse og erfaringsbygging

- Tilby kompetansebygging/kurs til ansatte og samarbeidspartnere gjennom Sykehusbyggskolen
- Høste og tilgjengeliggjøre erfaringer fra tidligere prosjekter, i nært samarbeid med «prosjektstyring» og «kunnskapsutvikling»
- Planlegge og gjennomføre fagsamlinger innen fagområdet
- Koordinere fagansvarlige innen sentrale områder innen prosjektstyringsfaget (roller i styringssystemet)

3. Sikre at beste praksis i Sykehusbygg blir benyttet og videreutvikles i prosjektene

4. Sørge for porteføljeoversikt og relevant og enhetlig rapportering av styringsinformasjon fra byggeprosjekter og interne forbedringsprosjekter. Grensesnittet må avklares med prosjektstyringsenheten.

HMS og risiko kan omfattes både i dette teamet og i teamet for området «sikkerhet og samfunnsansvar». Dette avklares nærmere.

Sikkerhet og samfunnsansvar

Dette er relativt lite berørt i foreliggende rapporter. Dette området omfatter blant annet:

- Samfunnsansvar, herunder ytre miljø og A-krim
- HMS
- ROS-analyser og risikostyring
- Sikkerhetsorganisasjon inkl. operasjonell informasjonssikkerhet
- Beredskap/krisehåndtering
- Kvalitetssikring
- Internrevisjon

Samfunnsansvar

I Oppdragsdokumentet for SB er følgende angitt om virksomhetens samfunnsansvar:

“Det fremgår av Meld. St. 27 (2013–2014) Et mangfoldig og verdiskapende eierskap at regjeringen forventer at selskaper med statlig eierandel arbeider systematisk med sitt samfunnsansvar, og er ledende på sine områder. Regjeringen har både generelle og mer spesifikke forventninger til selskapene på samfunnsansvarsområdet. De spesifikke forventningene er knyttet til fire tematiske kjerneområder: klima og miljø, menneskerettigheter, arbeidstakerrettigheter og antikorrupsjon.

Helseforetakets styre har ansvar for å vurdere hvordan forventningene fra staten som eier best kan følges opp, og for at disse operasjonaliseres på en hensiktsmessig måte. Gjennom krav stilt i tidligere oppdragsdokument har helseforetaket blitt bedt om å sikre en helhetlig tilnærming i sitt arbeid for å følge opp blant annet de nasjonale miljø- og klimamålene. Det er en målsetning at det øvrige arbeidet med samfunnsansvar også har en helhetlig tilnærming, og at man sikrer samordning og likhet i arbeid og rapportering, både på tvers av regioner og mellom de ulike felles eide foretakene.»

Med samfunnsansvar menes hvilket ansvar selskaper forventes å påta seg for mennesker, samfunn og miljø som påvirkes av virksomheten, dvs. hensyn ut over det som er pålagt ved lov. Foruten å prioritere det økonomiske aspektet av virksomheten, skal selskapene også fokusere på en sosial og en miljømessig bunnlinje. På den måten får man en tydeligere og mer realistisk vurdering av hvilke gevinster og kostnader som ligger bedriftens virksomhet. Samfunnsansvar bør være en integrert del av alle selskapers forretningsstrategi for å sikre at samfunnsansvar ivaretas i den daglige drift. (Kilde: regjeringen.no)

OECD har fastsatt Overordnede retningslinjer for næringslivets samfunnsansvar: «Selskaper forventes å opptre i tråd med lover og normer lokalt, samt å vurdere, forebygge og håndtere brudd på menneskerettigheter og arbeidsrettigheter, miljøskader og bestikkelser som følge av egen virksomhet, hos leverandører og andre forretningsforbindelser.»

Innovasjon Norge har på oppdrag fra regjeringen utviklet retningslinjer som bedriftene kan støtte seg på. Innovasjon Norge har valgt å fokusere på følgende tema:

- Arbeidsforhold (HMS)
- Korrupsjon
- Leverandørkjeder
- Lokalsamfunn
- Menneskerettigheter
- Miljø

Dette er tema som også er relevante for Sykehusbygg sin virksomhet, og som det arbeides med allerede. Det er fastsatt en HMS-policy som er førende for hvordan vi arbeider med dette i hele virksomheten. bør ligge innenfor vårt samlede samfunnsansvar. Det er igangsatt tiltak for å søke å hindre arbeidslivskriminalitet så langt det er mulig, og det er fastsatt en miljøstrategi som danner grunnlaget for arbeidet med ytre miljø.

Internkontroll, risikostyring, innsyn og internrevisjon

I Oppdragsdokumentene er følgende angitt om internkontroll, risikostyring, innsyn og internrevisjon:

«Helseforetakets ansvar og oppgaver er forankret i helseforetaksloven kapittel 7. Styret har det overordnede ansvar for helseforetakets forvaltning. Under styrets kontroll og ansvar ligger også oppfølging av helseforetakets økonomiske utvikling.

Det legges til grunn at styret skal:

- *sikre at driften skjer innenfor rammen av vedtektene, foretaksavtalen, helseforetaksloven og annen lovgivning.*
- *føre tilsyn med daglig leder og fastsette instruks for denne.*

Styrets kompetanse kan delegeres med de begrensninger som følger av helseforetaksloven § 37, 3. ledd.

Styret skal sikre at helseforetaket har god internkontroll og systemer for risikostyring for å forebygge, forhindre og avdekke avvik i tråd med ny forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten, som trer i kraft 1. januar 2017. Forskriften erstatter forskrift om internkontroll. Helseforetakets styringssystemer skal tilpasses risiko og vesentlighet i forhold til virksomhetens målsetninger, og ha nødvendig ledelsesforankring i organisasjonen.

- *Det forutsettes at styret har en samlet gjennomgang av tilstanden i helseforetaket minimum én gang per år med hensyn til risikovurdering, oppfølging av internkontrollen og tiltak for å følge opp avvik.*
- *Det forutsettes at det ved omstilling av virksomheten, herunder innføring av ny teknologi og organisasjonsendringer, må foreligge risikovurderinger for hvilke konsekvenser tiltaket vil ha, også for andre deler av virksomheten og det samlede tjenestetilbudet. Der det foreligger risiko for uønskede hendelser skal det etableres særlige overvåkingsrutiner og forebyggende tiltak for å redusere risiko.*
- *Det forutsettes at helseforetaket har en systematisk oppfølging av rapporter fra offentlige tilsynsmyndigheter, for å sikre at tiltak iverksettes og at organisasjonen kontinuerlig lærer av gjennomførte tilsyn.*
- *Det forutsettes at forespørsler fra offentlige tilsynsmyndigheter følges opp og besvares innenfor de fristene som er satt.»*

Dette er et område vi er i ferd med å utvikle i Sykehusbygg, og som må tas videre slik at det blir en del av vår daglige drift.

«Det er styrets ansvar at helseforetaket gjennomfører interne revisjoner. Internrevisjonen/konsernrevisjonen i de regionale helseforetakene kan, etter nærmere avtale, bistå styret og ledelsen med å utøve god virksomhetsstyring gjennom vurdering av risikohåndtering og intern kontroll. Dette kan også bidra til kontinuerlig kvalitetsforbedring av helseforetakets interne styrings- og kontrollsystemer.

I avtaler/kontrakter med leverandører/samarbeidspartnere skal, der dette er nødvendig, krav om revisjoner av systemer, rutiner, regnskaper og aktiviteter forbundet med tjenesten inngå.

Helseforetakets styre skal behandle alle internrevisjonsrapporter som beslutningssaker, og etablere handlingsplaner som angir tiltak, ansvar og frister. Handlingsplanene skal også behandles som beslutningssaker, og fremdrift og virkning av tiltakene skal følges opp av styret.

De regionale helseforetakene kan ved behov foreta internrevisjon av helseforetakets virksomhet. Helseforetaket skal bistå med å fremskaffe tilleggsinformasjon og analyser som er nødvendig.»

Dette er oppgaver som er gitt gjennom Oppdragsdokumentet, og i tillegg er det kommet til myndighetspålagte roller som må ivaretas i organisasjon. Dette er roller som informasjonssikkerhetsansvarlig, personvernansvarlig. I tillegg kommer antagelig en rolle som sikkerhetsansvarlig.

Vurdering av oppgaver -og oppgavefordeling i «Avdeling Rådgiving»

Denne avdelingen omfatter både forvaltningsoppgaver og rådgivningsoppdrag. Her legges også standardiseringsarbeidet (standardisering av rom og konsepter), som det er behov for å styrke i ny organisasjon. Avdelingens innhold må beskrives nærmere i det videre arbeidet.

Forvaltningsoppgaver

Dette omhandler blant annet:

- Kulturminnevern
- Ansvar for databasene:
 - Rom klassifisert etter klassifikasjonssystemet
 - Kulturminnevernregisteret
 - Tilstandsregistrering (Multimap)
- Klassifikasjonssystemet som system
- BIM-server

Rådgivningsoppgaver

Utover de områdene vi kjenner i dag (som innenfor framskrivinger, spesialrom, utstyr, logistikk, IKT, , BIM, avhending mv), er det behov for å utvikle en forretningsplan for avdelingen og se på ulike businesscase. Dette danner blant annet også grunnlaget for rekruttering -og kompetanseutvikling i Sykehusbygg.

I Kvinnslandutvalgets rapport, NOU 2016: 25 om «Organisering og styring av spesialisthelsetjenesten», pekes det på flere forbedringsområder som kan danne grunnlaget for nye tjenester i SB:

1. *«Å forbedre den bygningsmessige og tekniske standarden på en del sykehusbygg*
2. *Mer behovstilpassede arealer og lokaler*
3. *Bedre mekanismer for arealeffektivisering*
4. *Ytterligere standardisering, samordning og læring*
5. *Økt fokus på gevinstrealisering i utbyggingsprosjekter*

Gjennom utvikling av planverket for nye sykehusbygg kan det legges til rette for mer behovstilpassede arealer og lokaler og økt fokus på gode og realistiske gevinstrealiseringsplaner. Her vil Sykehusbygg HF kunne ta en viktig rolle. Det samme gjelder tiltak for ytterligere standardisering, samordning og læring.

Utvalget har ulike oppfatninger av hvordan eiendomsforvaltningen bør innrettes framover, og om hensynet til et verdibevarende vedlikehold og arealeffektivisering tilsier endringer (jf. forbedringspunktene 1 og 3 over).»

Det gjenstår å se hva dette evt. vil innebære for Sykehusbygg sine oppgaver framover, og en første avklaring kan kanskje forventes i Statsbudsjettet for 2018. Uansett viser også utredningen gjort i arbeidet med BIM-strategien, at det er behov for å støtte helseforetakene i utviklingen av den bygningsmessige driften, jf også forbedringspunktene over. Dette feltet kan innebære et betydelig potensiale for våre rådgivningsoppdrag.

I tillegg er vi kjent med at det etterspørres bistand om organisasjonsutvikling generelt sett i helseforetakene, og særlig i grensesnittet mot utvikling av enten eksisterende bygningsmasse eller ny.

Det anbefales å etablere team for å gruppere aktiviteten innenfor hhv rådgivning og forvaltning.

Det ligger fortsatt et stykke arbeid foran, som beskrives nærmere i «videre prosess».

Vurdering

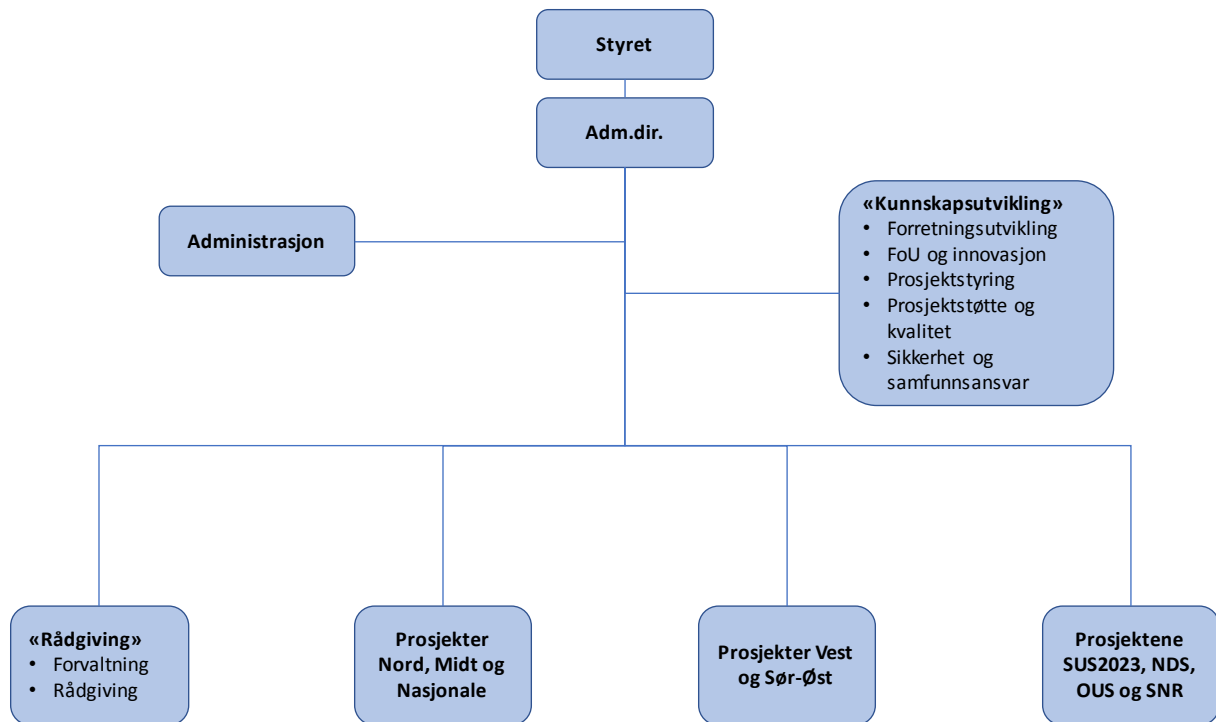
«Avdeling kunnskapsutvikling» rommer som tidligere beskrevet både stabsoppgaver og utviklingsoppgaver. Jeg har diskutert mye med mange forskjellige personer om det er hensiktsmessig å organisere disse oppgavene i en og samme avdeling (teamorganisering), eller om de bør etableres som egne avdelinger. Ved en gjennomgang av hvilke medarbeidere som ut i fra dagens oppgaver kan tenkes innplassert i avdelingen, ser en at det dreier seg om få hoder som ivaretar mange oppgaver på tvers. Selv om det er behov for å styrke noen områder, anses det derfor som hensiktsmessig å organisere dette i én samlet avdeling nå. Så får en etter hvert høste erfaringer og ut ifra det vurdere om det er behov for å gjøre justeringer. Området «Kontrakt og anskaffelser» må det ses nærmere på hvor legges i avdelingen, samt grensesnittet mot prosjektavdelingene og prosjektstyringsteamet.

Det har kommet flere innspill om å slå sammen «Kunnskapsutvikling og Rådgiving», særlig knyttet til den spesialiserte kunnskapsutviklingen innenfor sykehusplanlegging og bygging. Dette er kunnskap som utvikles gjennom FoU prosjekter og utbyggingsprosjekter, og som ligger både i «Rådgiving» og i de tre prosjektavdelingene. Argumentene mot å legge dette i stabsavdelingen «Kunnskapsutvikling», er slik jeg oppfatter det, at det blir for fjernt fra prosjektene og «rådgiving» med risiko for at dette prioriteres ned. Min anbefaling er at det er strategien for kunnskapsutvikling som ligger i stab. Denne må utvikles i tett samarbeid med prosjektavdelingene og «rådgiving», og gjennomføres i linjeorganisasjonen. Både for å sikre at kompetansen blir brukt, og at kunnskapen som utvikles kommer til anvendelse i prosjektene.

Det er også ytret betenkeligheter knyttet til at fagansvarlige knyttes opp mot «Kunnskapsutvikling» og ikke legges i «Rådgiving». Noe av kritikken handler om at Agenda Kaupang i sin rapport både har sagt at leder KU skal koordinere de fagansvarlige og at leder KU skal lede de fagansvarlige. Det legges også vekt på at dersom de fagansvarlige skal blomstre, må de ha et selvstendig ansvar for å utvikle fag og kompetanse innenfor sitt område, de må være med på det som skjer av nasjonal og internasjonal standardisering og utvikling. De må drive innovasjon innenfor sitt område også med hensyn til digitalisering og teknologi.

Det vil være fagansvarlige både i «Rådgiving», innen «Prosjektstøtte og Kvalitet (styringssystemet)», innen «prosjektstyring» og innen «sikkerhet og samfunnsansvar». Kanskje også i prosjektavdelingene. Jeg er enig i argumentene om at det må være en leder for fagansvarlige. Siden ansvaret for den helhetlige, strategiske kunnskapsutviklingen ligger innen «Kunnskapsutvikling», og at det vil være fagansvarlige i flere avdelinger i SB, mener jeg at det samlede lederansvaret for dette hører hjemme i «Kunnskapsutvikling». Jeg tror dette er viktig for at de fagansvarlige skal blomstre. Den som får ansvaret for dette, må sørge for at ny praksis tas i bruk etter hvert som det utvikles, og at læring skjer på tvers i organisasjonen.

Organisasjonsstruktur



Administrasjon

Forslaget fra AK støttes, noe som innebærer én felles administrasjonsavdeling under ledelse av en administrasjonssjef.

Opgaver i avdelingen er slik som i dag, som blant annet omfatter:

- Oppfølging inn mot eier
 - Økonomisk langtidsplan
 - Årlig melding
 - Tertialrapporter
 - Årsregnskap- og årsberetning
- Styreforberedelse- og oppfølging
- Forberedelse- og oppfølging av ledermøter
- Forberedelse og oppfølging av AMU
- Forberedelse- og oppfølging av møter mellom tillitsvalgte- og ledelsen (medvirkning i hht Hovedavtalen)
- HR
- Økonomi

- Kategorisering av timerater
- IKT drift
- Kommunikasjon

Det er grensesnitt, særlig mot «Avdeling for kunnskapsutvikling» som må beskrives og avklares. Dette omfatter blant annet rapportering og oppfølging av KPler, ressursstyring, langsiktige bemanningsplaner og rekruttering og opplæringstiltak.

«Kunnskapsutvikling»

Avdelingen omfatter områdene:

- Forretningsutvikling
- Kunnskapsutvikling, herunder lederansvar for fagansvarlige
- Prosjektstyring
- Prosjektstøtte og kvalitet
- Sikkerhet og samfunnsansvar

Grensesnitt mot oppgaver i hhv Administrasjon, Rådgiving og prosjektavdelingene må avklares og beskrives. Navn på avdelingen må bearbeides videre.

Rådgiving

Denne avdelingen omfatter både forvaltningsoppgaver og rådgivningsoppgaver. Det foreslås at aktiviteten grupperes i team. Nåværende områder må beskrives, samtidig som potensialet for nye områder utvikles. Navn på avdelingen må utvikles videre.

Prosjektavdeling Nord, Midt og Nasjonale prosjekter og Prosjektavdeling Vest og Sør-Øst

Forslaget fra Agenda Kaupang om prosjektavdeling som ivaretar hele livsløpsperspektivet til et byggeprosjekt, støttes. Det er imidlertid en klar premiss om at avdelingen ikke bør ha for mange ledernivå, slik at veien fra avdelingssjef til prosjektleder ikke blir for lang.

En gjennomgang av prosjektporteføljen viser at ressursene knyttet til de ulike prosjektene samlet blir for stor til at dette kan forsvares organisert i én avdeling. Agenda Kaupang sitt forslag om å dele inn etter geografi vurderes å være en god løsning. Dette ivaretar både god kunnskap om kundenes behov, og legger til rette for en god kundeoppfølging. Det innstilles derfor på å dele prosjektavdelingen i to. inndelingen blir én prosjektavdeling for Nord og Midt og inkluderer også nasjonale prosjekter, og én prosjektavdeling for Vest og Sør-Øst. Det er ikke sammenheng mellom lederansvaret for disse avdelingene og ansvaret for kontorstedene.

Prosjektavdeling for prosjektene SUS 2023, Nye Drammen sykehus (NDS), prosjektene ved OUS (RSA, RAD, Aker/Gaustad) og prosjektet Nytt sykehus i Nordmøre og Romsdal (SNR)

Agenda Kaupang foreslår at hver av de store prosjektene i hhv Stavanger, Nordmøre og Romsdal. Drammen og Oslo utgjør hver sin boks på kartet. Det støttes at prosjektdirektørene rapporterer direkte til AD som i dag, og deltar i utvidet ledermøte med en agenda som utarbeides i fellesskap. Disse slås imidlertid sammen i én felles organisatorisk enhet som rommer ovennevnte prosjekter. De tre prosjektdirektørene rapporterer til AD, og er likeverdige i denne enheten. Det vil ikke være én leder for avdelingen.

Videre arbeid

Det gjenstår mye arbeid før alle roller er avklart og beskrevet, og ulike grensesnitt tilsvarende. Dette danner grunnlaget for å utarbeide stillingsbeskrivelser og bemanningsplaner som grunnlag for innplassering i ny organisasjonsmodell.

Agenda Kaupang har i sin sluttrapport beskrevet forutsetninger for at modellen skal fungere i praksis (SBs helhetlige organisasjonsdesign). Dette er inndelt i følgende områder:

1. Organisering
2. Ledelse og organisasjonskultur
3. Fagnettverk
4. Læringssløyfe
5. Kompetanse

Jeg har ikke gått mye nærmere inn på dette i mitt notat, men dette er noe som må ivaretas i arbeidet med forberedelse for- og gjennomføring av implementeringen.

Det videre arbeidet organiseres som et internt prosjekt med ekstern bistand innenfor blant annet kommunikasjon, jus, fasilitering og dokumentasjon. Arbeidet forankres med tillitsvalgte underveis i prosessen.

Det skisseres følgende områder for videre arbeid:

- Detaljere ut ansvars- og myndighetsforhold i matrisen
- Utarbeide stillingsbeskrivelser
- Utarbeide bemanningsplan
- Gjennomføre innplasseringen i ny organisasjonsmodell
- Avklare og beskrive ulike grensesnitt i matrisen
- Definere områder for fagansvarlige og fagnettverk og mandat for disse inkludert møtefrekvens- og innhold i møtene
- Utarbeide sourcingstrategi som grunnlag for strategisk bemanningsplanlegging
- Utarbeide forretningsplan for «Avdeling rådgivning»
- Definere mandat for ressursstyring og avklare grensesnitt mot ledere med personalansvar
- Området «Kontrakt og anskaffelser» må det ses nærmere på hvor legges i avdelingen, samt grensesnittet mot prosjektavdelingene og prosjektstyringsteamet.

- Med utgangspunkt i nåsituasjonsanalysen, sluttrapporten, organisasjonskulturundersøkelsen og beslutningsnotatet, foreslå ønsket framtidig kultur og tiltak for å gjennomføre dette (organisering, mandat, framdrift og kostnad)
- Detaljere ut innholdet i Administrasjonsavdelingen
- Utarbeide fullmaktsmatrise og forslag til fordeling av budsjett disponeringsmyndighet
- Gjennomføre navnekonkurranse for å sette navn på de ulike avdelingene

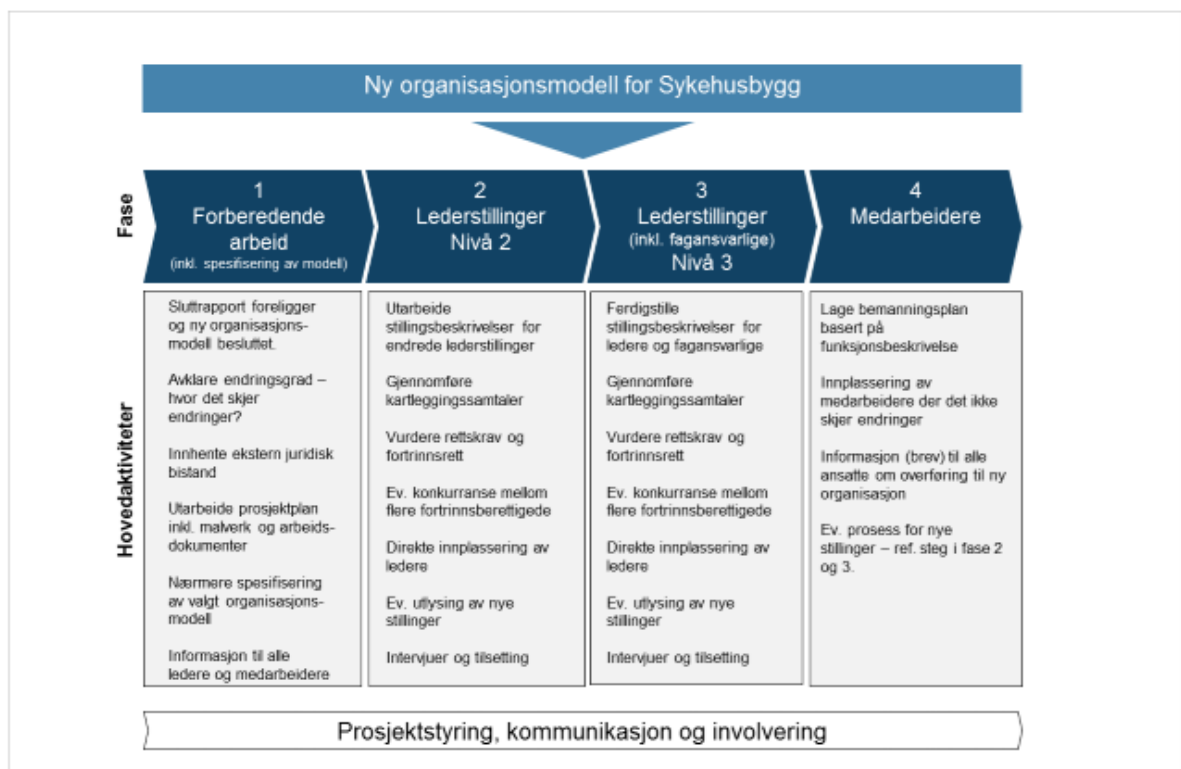
Prosjektleder bes om å utarbeide forslag til organisering og framdrift for arbeidet. Det må ivaretas god internkommunikasjon og medvirkning underveis.

Ny organisasjon settes med virkning fra 01.01.18.

Rollen som viseadministrerende direktør videreføres inntil videre.

4.2 Implementeringsplan

Hovedsteg i implementeringsprosessen



SB-SAK 12/2018 Orientering om Klassifikasjonssystemet

Forslag til vedtak:

Styret tar saken til orientering.

Oppsummering

Status om Klassifikasjonssystemet (KS) og Nasjonal Database (ND) for klassifisering av sykehusbygg og plan for videre utvikling og finansiering:

Klassifikasjonssystemet (KS) ble etablert for å kunne sammenligne areal og kapasiteter i sykehus gjennom en lik oppbygging og benevnelse av rom og funksjoner.

Nasjonal database (ND) er etablert for å samle informasjon fra klassifisert areal for alle helseforetak, slik at bl.a. variasjonen i effektivitet og kapasitetsutnyttelse mellom sykehus kan forklares og reduseres (jf oppdragsdokument til RHF i 2017).

Klassifisert areal og kapasiteter skal i tillegg til sammenligninger brukes sammen med data om kapasitetsbehov (dagens og framskrevet) for å analysere kapasitetsutnyttelse. Alle HF og RHF har i sine oppdragsdokument et overordnet styringsmål om å redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen. Informasjonen fra KS er en forutsetning for utviklingsplanarbeidet, i planlegging og omorganisering/ompakking av virksomhet i byggene for å oppnå god drift.

Foretakene og Helsedirektoratet (senere overført til Sykehusbygg, SB) har gjennom flere år brukt store ressurser på klassifisering, registrering, overføring av data og uttak av ulike rapporter. Andre datakilder som dRofus, BIM, Standardromkatalogen som bruker KS som basis, har en avhengighet til at KS og ND er oppdatert.

Finansiering

SB har ved etableringen fått overføring av utvikling og vedlikehold av KS fra HDir, og senere gjennom oppdragsdokumentene fått ansvar for å ivareta ND. Den samlede kostnaden er for 2018 beregnet til 3,7 MNOK.

Budsjettforslag Klassifikasjonssystemet og Nasjonal database

Standardiserte rom, konsepter og databaser/digitale verktøy		Budsjett 2018	Ny i 2018
Konseptprogram	U	1 500 000	
Standardromskatalogen	D	1 500 000	
Klassifikasjonssystem og database	D	2 400 000	
Klassifikasjonssystem og database	N-U	1 300 000	
BIM	U	250 000	
Sum standardiserte rom, konsepter og databaser/digitale verktøy		6 950 000	

Sykehusbygg har overtatt både databasen og supportansvaret overfor brukerne. De løpende kostnadene forbundet med dette er i størrelsesorden **2,4 MNOK** pr. år. I tillegg er det behov for kobling av klassifikasjonssystemet mot kartdata, og det er behov for et «innsalg» for å få helseforetakene til å benytte systemet slik de er pålagt. Det er budsjettert med **1,3 MNOK** til disse tiltakene. De løpende kostnadene

forutsettes finansiert av RHF/HF (etter samme modell som tidligere). Aktiviteter knyttet til videre utvikling søkes finansiert gjennom ekstra tilskudd.

I 2018 er det lagt til grunn fakturering av driftskostnader som tidligere, og ekstra tilskudd til videre utvikling. Utover i langtidsperioden bør en vurdere en ny finansieringsmodell.

Status

Status per februar 2018 er at

- Areal i sykehus er klassifisert i henhold til nomenklatur og struktur i KS
- Vedlagte nasjonale oversikt viser at 16 av 21 HF har registrert alt eller noe i ND. HF med store datamengder som St. Olavs Hospital, OUS og Helse Bergen mangler av grunner beskrevet i vedlegget. Høsten 2017 var det 60 brukere med tilgang til ND, 47 fra eiendomsavdelinger, 12 fra Sykehusbygg, en fra Hdir.
- ND kan bare ta imot korrekt klassifisert areal. Dette bidrar til å øke datakvaliteten.
- Det er ett felles sted www.klassifikasjonssystemet.no hvor det kan tas ut nasjonale data på
 - o Areal
 - o Funksjoner
 - o Antall rom
 - o Kapasiteter (kapasitetsbærende rom)
- FDV leverandørene bruker KS som et fundament i sitt system. Dette bidrar til at nesten alle HF har klassifisert sitt areal selv om de ikke har overført data til ND.
- KS ligger som et grunnlag/fundament i dRofus. dRofus benyttes som planleggingsverktøy i alle SBs prosjekter.
- KS ligger som et fundament i oppbygging av Standardromkatalogen.
- Areal som er lagt inn i BIM, er strukturert i tråd med KS
- Data fra ND brukes i analyser av dagens bygg. Dette er spesielt viktig i prosjekter som omfatter ombygging og ompakking.

Potensialer ved videreutvikling:

- HF og andre interesserte kan enkelt ta ut data som underlag for planlegging i prosjekter for ompakking, ombygging, nybygg etc.
- Gjennom Web-portalen til KS kan HF og RHF få tilgang til data som benyttes som underlag i utarbeidelse av Utviklingsplaner
- Oversikter nasjonalt, regionalt og lokalt av kapasitetsbærende rom (f.eks operasjonsstuer, poliklinikkrom, isolater mm) koblet mot kartdata for visuelle oversikter over kapasiteter, kapasitetsutnyttelse og også sammenkobling til BIM for fordeling av kapasiteter i bygg
- Kobling av andre datakilder mot KS kan gi et effektivt verktøy innenfor arealforvaltning
- Kobling mot Byggveiledere og Konseptprogram (under utarbeidelse av SB)
- Kobling av kapasiteter og areal opp mot organisasjon og bemanning kan avdekke f.eks. bemanningsforskjeller

Noen utfordringer:

Det er fortsatt 5 av 21 HF som ikke har registrert sine data i ND.

Det er i hovedsak eiendomsavdelingene som har kartlagt og registrert rom og areal og Multiconsult som har hatt hånd om databasen. Sykehusenes ledelse og det kliniske fagmiljøet har i liten grad vært involvert. Det betyr at de som utfører arbeidet (arealforvaltere) gjør en jobb som planleggere og andre har nytte av.

Erfaring fra ompakkingsprosjekter og analyser av dagens kapasitets- og arealutnyttelse, har økt interessen for bruk av KS som kartleggings- og planleggingsverktøy. Det er ofte ulike oppfatninger av antall senger, operasjonsstuer osv, men KS har en ens måte å registrere kapasiteter, noe som «nøytraliserer» slike diskusjoner. Det er derfor behov for videreutvikling av webportalen for på en enkel måte å kunne hente ut data gjennom tabeller og visuelle metoder.

Det har vært mulig å overføre data via webservices fra høsten 2017. Dette vil forenkle og forbedre overføring av store datamengder. Ingen av FDV-leverandørene har ennå tilpasset sitt system for overføring av data via webservices. Det medfører at SB bistår HFene i denne overføring gjennom bruk av importmal. Dette er tids- og arbeidskrevende.

Det er uheldig for SBs omdømme om vedlikehold og videreutvikling av KS og drift av ND stopper opp. Det vil være en risiko for at mange parter mister et viktig verktøy for driftsdata, utvikling av eksisterende bygningsmasse og planlegging av nye bygg.

Saksutredning/bakgrunn:

KS er tidligere behandlet i SBs styre under sak 39 og 47/15, og sak 119/16. Rapporter er lagt frem for styringsgruppen for videreutvikling av KS i sak 119/16 den 24.08.16.

Bakgrunn:

I foretaksprotokollen av januar 2011 mellom Helse- og omsorgsdepartementet (HoD) og de regionale helseforetakene, er det tatt inn en forutsetning om at KS skal innføres og tas i bruk i alle helseforetak.

Historikk:

2007

KS ble utviklet av Kompetansenettverk for sykehusplanlegging i 2007. Formålet med Klassifikasjonssystemet er å etablere en felles standard for å benevne funksjoner, rom og kapasiteter i sykehus, i den hensikt å oppnå bedre planlegging av funksjoner og arealer i sykehus samt mer effektiv arealbruk.

2011

I foretaksprotokollen av januar 2011 mellom HoD og de regionale helseforetakene er det tatt inn en forutsetning om at KS skal innføres og tas i bruk i alle helseforetak. RHFene inngår avtale med Multiconsult og underleverandør Sima AS om support, drift og vedlikehold av KS. SINTEF står for faglig support og utvikling.

2013

ND etableres september 2013 av de regionale helseforetakene. Formålet med databasen er todelt:

1. Registrere data på en entydig måte. Original data skal ligge hos helseforetakene, fortrinnsvis i FDV-systemer. Data i ND skal kunne kobles opp mot data fra andre datakilder, som for eksempel Norsk Pasientregister (NPR), dRofus eller FDV systemer.
2. Det skal være enkelt å hente ut areal- og kapasitetsdata på helseforetaksnivå, regionalt og nasjonalt nivå for å få oversikt og sammenligningsgrunnlag.

Databasen driftes og vedlikeholdes av Multiconsult med underleverandør Sima AS.

2015

SB overtar det faglige ansvar for KS og ND. KS var en av oppgavene fra bl.a. Kompetansenettverket som HDir overførte til Sykehusbygg. I oppdragsdokumentet for RHFene sto det «Legge til rette for at alle HF er ferdig klassifisert og registrert første gang i nasjonal database og legge frem en samlet oversikt over klassifisert areal i løpet av 2015.»

SB setter i gang med prosjektet *Ny driftsmodell for klassifikasjonssystemet for sykehusareal* med målsetting

- sikre at Klassifikasjonssystemet implementeres og tas i bruk på en slik måte at det blir et grunnlag for styring og planlegging i helseforetakene (Fase 1 – 2015)
- at Klassifikasjonssystemet blir et effektivt verktøy for gjennomføring av tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter.
- få etablert en driftsmodell som sørger for kontinuerlig oppdatering og videreutvikling

2016

I oppdragsdokumentet til SB i 2016 står det: «*Sykehusbygg HF skal ivareta nasjonal database for sykehusarealer og utarbeide en samlet oversikt over klassifiserte sykehusarealer i løpet av 2016*»

Fase 2 av prosjektet *Ny driftsmodell for klassifikasjonssystemet for sykehusareal* gjennomføres:

Utarbeide forslag til driftsmodell for klassifikasjonssystemet, herunder

- *Avklare videre drift av database*
- *Lage en modell for drift og oppdatering av innhold som forankres hos den kliniske virksomheten og som bidrar til riktig informasjon om reell kapasitet og bruk av arealer og rom.*

Rapport *Ny driftsmodell for klassifikasjonssystemet for sykehusareal* ble levert styret september 2016.

Avtalen med Multiconsult om drift og vedlikehold av databasen ble forlenget til juli 2017.

2017

Implementering av ny driftsmodell for ND ble gjennomført fra februar til 1. oktober 2017 som et samhandlingsprosjekt mellom SB, Multiconsult (med underleverandør Sima AS) og Hemit. Endringer i databasen ble utført av Sima AS. Databasen, som eies av SB, ble fysisk flyttet fra en server hos Multiconsult til Hemit. Gjennomføringen var mer tidkrevende enn forventet, bl.a. som følge av utfordringer mht. sikkerhetsarkitektur, sertifikater og lisenser knyttet til driftsavtale med Hemit.

Avtalen med Multiconsult ble terminert fra 1.10.2017, og det ble tegnet egen avtale med Sima AS om midlertid teknisk support, opplæring og erfaringsoverføring om databasen i en overgangsperiode.

Gjennom ny driftsmodell ble det

- Tilrettelagt for rapporter med historiske data (for å kunne spore utvikling over tid)
- Tilrettelagt for overføring av data fra FDV-systemer til ND via web-services (forenkler og forbedrer overføring av data tids- og arbeidsmessig)
- Lagd ny webportal som skal forbedre og forenkle brukergrensesnitt
- Forbedret og videreutviklet rapporter fra ND
- Utarbeidet revidert veileder for Nasjonal Database
- Som et følgeresultat er det startet prosess for kobling av areal- og kapasitetsdata mot
 - aggregerte aktivitetsdata (behandlingsaktivitet, eksempelvis fra Norsk Pasientregister NPR)
 - befolkningstall og bo områder (SSB)
 - geografiske data – visning av lokasjoner for helseforetak nasjonalt
 - BIM – visualisering av bygg og rom
 - MultiMap – tilstandsregister over bygg

2018

Sykehusbygg tar ut årlig nasjonale rapporter som distribueres til RHFene. Rapporten fra februar 2018 viser at mengden registrert areal øker, men at det fortsatt mangler fra flere store HF, jf vedlegg 2-12/2018. Det pågår overføring av store datamengder for OUS og Sykehuset Innlandet i regi av Sykehusbygg og innleide Sima, som per i dag er alene om kompetansen på databasen. Sykehusbygg har ansatt en databaseutvikler som skal overta funksjonen til Sima AS. Opplæring og erfaringsoverføring er i gang, og planen er at bistanden fra Sima AS fases ut til påske.

Prosjektet *Visualisering av arealer og kapasiteter i sykehus ved bruk av kart* hadde oppstartsmøte med leverandør Asplan Viak januar 2018.

Asplan Viak skal gi Sykehusbygg bistand i

1. kobling av klassifikasjonssystemets kapasitetsdata og arealdata til kart
2. kobling av kartdata, kapasitetsdata og befolkningsdata
3. kobling av kartdata, framtidig (framskrevet) kapasitetsbehov og faktisk (dagens) kapasitet, framskrevet bemanningsbehov.
4. se på muligheten for kobling til andre datakilder som IFC/BIM, MultiMap (tilstandsgrad) med tanke på vurdering av byggenes egnethet og kvalitet, forvaltningssystemer

Prosjektet er delt inn i faser, og Sykehusbygg vurderer fortløpende mulige nytteverdier ut fra et kost/nytte perspektiv.

Første demonstrasjon av kobling av data var 8. februar med visualisering av data for et ompakkingsprosjekt, leveranse fase 1 er til påske, leveranse fase 2 medio juni.

Framtidig modell

Ambisjonen om kobling av areal- og kapasitetsdata i Klassifikasjonssystemet med andre data som aktivitetsdata (NPR) har vært tema i fra oppstart av Klassifikasjonssystemet i 2007. Gjennom Visualiseringsprosjektet ønsker Sykehusbygg å realisere denne visjonen på en kostnadseffektiv måte som raskt kan gi gevinster. Sykehusbygg forventer at koblingen mot andre datakilder kan bidra til å gjøre Klassifikasjonssystemet mer attraktivt for klinikere, planleggere, myndigheter, og i arealforvaltning.

Finansiering

Det har vært drøftet ulike forretningsmodeller for finansiering av support, drift og vedlikehold, samt videreutvikling av KS og ND.

Budsjettforslaget som foreligger fra Sykehusbygg for 2018:

Standardiserte rom, konsepter og databaser/digitale verktøy		Budsjett 2018	Ny i 2018
Konseptprogram	U	1 500 000	
Standardromskatalogen	D	1 500 000	
Klassifikasjonssystem og database	D	2 400 000	
Klassifikasjonssystem og database	N-U	1 300 000	
BIM	U	250 000	
Sum standardiserte rom, konsepter og databaser/digitale verktøy		6 950 000	

Sykehusbygg har overtatt både databasen og supportansvaret overfor brukerne. De løpende kostnadene forbundet med dette er i størrelsesorden 2,4 mill. pr. år. I tillegg er det behov for kobling av klassifikasjonssystemet mot kartdata, og det er behov for et «innsalg» for å få helseforetakene til å benytte systemet slik de er pålagt. Det er budsjettet med 1,3 MNOK til disse tiltakene. De løpende kostnadene forutsettes finansiert av RHF/HF (etter samme modell som tidligere). Aktiviteter knyttet til videre utvikling søkes finansiert gjennom ekstra tilskudd.

I 2018 er det lagt til grunn fakturering av driftskostnader som tidligere, og ekstra tilskudd til videre utvikling. Utover i langtidsperioden bør en vurdere en ny modell som eksempelvis kan...

Oppgaven som omfatter drift og support er en direkte tjeneste til HF'ene som bør finansieres ut over det tilskudd SB får til utviklingsoppgaver, som kan dekke revidering og utvikling av KS og der en viktig oppgave vil være presentasjon av resultater for HF/RHF.

Fordeling av kostnader til drift og support av Klassifikasjonssystemet

I 2011 ble det inngått avtale mellom Multiconsult AS og RHFene om support, drift og vedlikehold av Klassifikasjonssystemet. Følgende fordelingsnøkkel på kostnader ble vedtatt den gang:

RHF	Andel
Helse Nord RHF	10 %
Helse Midt-Norge RHF	14 %
Helse Vest RHF	21 %
Helse Sør-Øst RHF	56 %
Sum	100 %

SINTEF hadde på vegne av HDir/Kompetansenettverk for sykehusplanlegging ansvar for utvikling og revisjon av KS.

I tillegg hadde HFene mulighet til avrop på avtale med Multiconsult etter *nærmere avtale med leverandør*. Som eksempel på dette var «registreringer i lokale og nasjonal database time- og kostnadsføres, samt faktureres det regional helseforetak som eier helseforetaket det registreres for, eller direkte til HFet etter nærmere avtale med leverandør».

Fra 2016 overtok SB kontrakten med Multiconsult, og det ble gjort avrop på avtalen fra 2011 med et timetall på 400 per år til teknisk support, drift og vedlikehold. Bistand til registrering og overføring av data til ND, samt utvikling, har blitt finansiert i tillegg. Avtalen med Multiconsult er nå terminert.

Hemit har ansvar for drift og vedlikehold av server. De fakturerer en fast årlig kostnad for leie av serverplass og drift av databasen, samt variabel kostnad ved oppdrag.

Etterspørselen på support har økt etter at Sykehusbygg overtok. Dette vurderes positivt, og Sykehusbygg tilstreber å imøtekomme forespørsler og spørsmål så raskt som mulig. Enn så lenge er Sykehusbygg avhengig av Sima AS sin kompetanse, og denne kostnaden kommer i tillegg. Sykehusbygg tilstreber å være selvgående fra påske 2018, og derved terminere avtalen med Sima AS.

Disse aktivitetene faktureres helseforetakene.

Alternative finansieringsmodeller

I 2018 har SB lagt til grunn at 2,4 mill kr faktureres RHF/HF og at utviklingskostnadene på 1,3 mill kr finansieres gjennom et ekstra tilskudd.

Den videre finansieringen av kostnadene knyttet til drift av KS og ND kan løses på forskjellige måter:

1. Finansiering skjer etter en fordelingsnøkkel basert på antall kvm. byggareal i det enkelte HF.
2. RHFene finansierer etter en fordelingsnøkkel jf Magnussen-modellen
3. Hvert RHF og HF betaler for medgått tid til å svare på direktehenvendelser, opplæring, bistand til overføring av data, utarbeidelse av årlig rapport med aggregerte statistikker, årlig brukerseminar m.m.

Alternativ 1 og 2 medfører minst administrasjon og tidsspille, og kan bidra til lavere terskel for dialog og opplæring i bruk. Dette vil heve kvaliteten på innholdet i ND. Alternativ 3 gir større andel administrative kostnader, og kan redusere bruken av support m.m. Eventuelle merkostnader for Sykehusbygg for å håndtere den løsningen som velges, må inngå i Sykehusbygg sitt finansieringsbehov.

Dette bør tas med i arbeidet med ny finansieringsmodell for Sykehusbygg.

Saksbehandler: Gunn Håberget/Endre Fjellestad

Sykehusbygg HF, 9.02.2018

Ann Elisabeth Wedø
administrerende direktør

Elektronisk godkjent uten signatur

Vedlegg:

- Vedlegg 1-12/2018 Statusrapport per 8.2.2018 for registrering av sykehusareal i henhold til Klassifikasjonssystemet i NASJONAL DATABASE
- Vedlegg 2-12/2018 Rapporten *Ny driftsmodell for Klassifikasjonssystemet for sykehusareal* fra 2016

OVERSIKT OVER REGISTRERTE DATA I ND FOR HELSE SØR ØST RHF (1)

HF	Bygg,etg	Netto areal	Dagens Kapasitet	Org nivå 2,3
Akershus universitets sykehus HF	Ja	Registrert for HEC Lørenskog; Bn Behandlingsfløy, Barnesenter, Sn Sengefløy, FB Frontbygning GG Glassgate, KA Kapell, KS Kulvert, NN Nye Nord Øvrige lokasjoner mangler. - NN Nye Nord registrert i 2017	Registrert for HEC Lørenskog; Bn Behandlingsfløy, Barnesenter, Sn Sengefløy, FB Frontbygning GG Glassgate, KA Kapell, NN Nye Nord Øvrige lokasjoner mangler. - NN Nye Nord registrert i 2017. Finner ikke noe på KS Kulvert	Registrert for HEC Lørenskog; Bn Behandlingsfløy, Barnesenter, Sn Sengefløy, FB Frontbygning GG Glassgate, KA Kapell, KS Kulvert. Øvrige lokasjoner mangler. - NN Nye Nord registrert i 2017
Oslo universitets sykehus HF	Ja	Mangler for alle lokasjoner - Ingen endring i 2017. Areal klassifisert, data vil bli overført i nær framtid	Mangler for alle lokasjoner - Ingen endring i 2017. Areal klassifisert, data vil bli overført i nær framtid	Mangler for alle lokasjoner - Ingen endring i 2017. Areal klassifisert, data vil bli overført i nær framtid
Private sykehus	Ja	Ja	Ja	Ja
Sunnaas sykehus HF	Ja	Ja	Ja, men mangler kapasitet på Bygg C	Ja
Sykehuset i Vestfold HF	Ja	Registrert for 14 av 19 lokasjoner (Tønsberg (delvis), Larvik, Kysthospitalet, Granli, Larvik-Furubakken, Glenne, Skjerve (delvis), Linde (delvis), Sandefjord, Helsebygg, Preståsen, ambulansestasjon), Holmestrand ambulansestasjon , Tønsberg Fjordgaten 2 Solvang. Øvrige lokasjoner mangler - Fem (?) flere lokasjoner registrert i 2017	Registrert for 14 av 19 lokasjoner (Tønsberg (delvis), Larvik, Kysthospitalet, Granli, Larvik-Furubakken, Glenne, Skjerve (delvis), Linde (delvis), Sandefjord(Helsebygg, Preståsen, ambulansestasjon), Holmestrand ambulansestasjon , Tønsberg Fjordgaten 2, Solvang Øvrige lokasjoner mangler - Fem (?) flere lokasjoner registrert i 2017	Registrert for 14av 19 lokasjoner (Tønsberg (delvis), Larvik, Kysthospitalet, Granli, Larvik-Furubakken, Glenne, Skjerve (delvis), Linde (delvis), Sandefjord, (Helsebygg, Preståsen, ambulansestasjon), Holmestrand ambulansestasjon , Tønsberg Fjordgaten 2, Solvang Øvrige lokasjoner mangler - Fem (?) flere lokasjoner registrert i 2017

OVERSIKT OVER REGISTRERTE DATA I ND FOR HELSE SØR ØST RHF (2)

HF	Bygg,etg	Netto areal	Dagens Kapasitet	Org nivå 2,3
Sykehuset Innlandet HF	Ja	- Registrert alt på alle lokasjoner utenom reservelegebolig SI Tynset. Fylt ut en del i 2017.	- Registrert alt på alle lokasjoner utenom reservelegebolig SI Tynset. Fylt ut en del i 2017.	- Registrert alt på alle lokasjoner utenom reservelegebolig SI Tynset. Fylt ut en del i 2017.
Sykehuset Telemark HF	Ja	-Registrert alt i 2017 (med unntak av eks. pumpehus)	-Registrert alt i 2017 (med unntak av eks. pumpehus)	-Registrert alt i 2017 (med unntak av eks. pumpehus)
Sørlandet Sykehus HF	Ja	Registrert for Arendal, Flekkefjord, Kristiansand og Mandal - Komplett for Arendal i 2017	Registrert for Arendal, Flekkefjord, Kristiansand og Mandal - Komplett for Arendal i 2017	Registrert for Arendal, Flekkefjord, Kristiansand og Mandal - Komplett for Arendal i 2017
Sykehuset Østfold HF	Ja	Registrert for Kalnes, øvrige lokasjoner mangler - Ingen endring i 2017	Registrert for Kalnes, øvrige lokasjoner mangler - Ingen endring i 2017	Registrert for Kalnes, øvrige lokasjoner mangler - Ingen endring i 2017
Vestre Viken HF	ja	Registrert for Drammen (bygg 101-115,118), Bærum (Sykehus+ Fyrhuset), Ringerike sykehus, (bygg 101-103,105), Røysetoppen, Kongsberg sykehus (bygg 101-104) Øvrige lokasjoner mangler - Ingen endring i 2017	Registrert for Drammen (bygg 101-118), Bærum (Sykehus+ Fyrhuset), Ringerike sykehus, (bygg 101-103,105), Røysetoppen, Kongsberg sykehus (bygg 101-104) Øvrige lokasjoner mangler - Ingen endring i 2017	Registrert for Drammen (bygg 101-118), Bærum (Sykehus+ Fyrhuset), Ringerike sykehus, (bygg 101-103,105), Røysetoppen, Kongsberg sykehus (bygg 101-104) Øvrige lokasjoner mangler - Ingen endring i 2017

Helse Sør-Øst RHF:

- OUS
 - har ikke importert data tidligere pga flerbruksrom. Det er fra 2017 tilrettelagt for registrering av flerbruksrom, men kun via webservices. OUS sin FDV leverandør View Software (tidligere Lydia) har ikke tilrettelagt for overføring via webservices. View Software har informert oss om at dette ikke vil være mulig før i 2019. Av den grunn jobber SB med overføring av 1 mill. kvm og 300 bygg for OUS. Dette er tidkrevende, og SB er ikke ferdig til rapportuttak.
 - SB importerer data via excel. Dette innebærer at ca 10 000 kvm med flerbruksrom ikke vil bli importert i denne omgang. OUS er inneforstått med dette.
- Sørlandet Sykehus HF
 - Det er oppstått en feil i forbindelse med import av rom, slik at antallet kvm netto i ND er feil. Det jobbes med å rette opp feilen i samarbeid med SSHF.

OVERSIKT OVER REGISTRERTE DATA I ND FOR HELSE NORD RHF

HF	Bygg,etg	Netto areal	Dagens Kapasitet	Org nivå 2,3
Helgelandssykehuset HF	Ja	Registrert for Mo i Rana og Mosjøen. Delvis registrert for Sandnessjøen, hovedsakelig SSJ. Delvis registrert for Brønnøysund (411 Psykiatrisk senter) - Alle data klassifisert og registrert på ny i 2017	Registrert for Mo i Rana og Mosjøen. Delvis registrert for Sandnessjøen, hovedsakelig SSJ. Delvis registrert for Brønnøysund (411 Psykiatrisk senter) - Alle data klassifisert og registrert på ny i 2017	Ingen lokasjoner registrert - Ingen endring i 2017
Helse Finnmark HF	Ja	Ingen lokasjoner registrert - Ingen endring i 2017	Ingen lokasjoner registrert - Ingen endring i 2017	Ingen lokasjoner registrert - Ingen endring i 2017
Nordlandssykehuset HF	ja	Registrert for Rønvik (utenom fløy N og U i Kløveråsveien 1) og Sentrum (utenom fløy AE, AN, E, I, NR) i Bodø, Lofoten (delvis), Vesterålen (delvis). Øvrige lokasjoner mangler - Ingen endring i 2017	Registrert for Rønvik (utenom fløy N, P, U og V i Kløveråsveien 1) og Sentrum (utenom fløy AE, AN, E, I, NR, X) i Bodø, Lofoten (delvis), Vesterålen (delvis). Øvrige lokasjoner mangler. - Ingen endring i 2017	Registrert for Rønvik (utenom fløy N og U i Kløveråsveien 1) og Sentrum (utenom fløy AE, AN, E, I, NR) i Bodø, Lofoten (delvis), Vesterålen (delvis). Øvrige lokasjoner mangler - Ingen endring i 2017
Universitetssykehuset Nord-Norge HF	Ja	- Alle data klassifisert og registrert på ny. Importert februar 2018.	- Alle data klassifisert og registrert på ny. Importert februar 2018	Ingen lokasjoner registrert - Ingen endring i 2017

Helse Nord RHF:

- UNN HF
 - UNN leverte oppdaterte, klassifiserte data høsten 2017 til sin FDV leverandør Plania med tanke på import. Pga feil i data fra Plania til ND har overføringen tatt lang tid. Ferdig 8.februar 2018.
- Helgelandssykehuset HF har lagt ned et stor arbeid i klassifisering og registrering av alle sine areal. De har fått bistand og opplæring i import av sine data til ND. Ferdig januar 2018.
- Finnmarkssykehuset har ikke registrert noe i ND
- Nordlandssykehuset HF
 - Krevende oppgave med oppdateringer pga alle pågående byggeprosjekter

OVERSIKT OVER REGISTRERTE DATA I ND FOR HELSE MIDT-NORGE RHF

HF	Bygg,etg	Netto areal	Dagens Kapasitet	Org nivå 2,3
Helse Møre og Romsdal HF	Ja	Registrert for Kristiansund og Molde, Knausen. Delvis registrert for Volda (Mork Rehab, Volda BUP, Volda DPS og Volda Sjukehus) og Ålesund (14 av 19 lokasjoner registrert) - Ingen endring i 2017	Registrert for Kristiansund og Molde, Knausen. Delvis registrert for Volda (Mork Rehab, Volda BUP, Volda DPS og Volda Sjukehus) og Ålesund (14 av 19 lokasjoner registrert) - Ingen endring i 2017	Ingen lokasjoner registrert - Ingen endring i 2017
Helse Nord-Trøndelag HF	Ja	Endringer i 2017: Registrert på alle lokasjoner i Levanger. Noe registrert for Namsos (Bygg F).	Endringer i 2017: Registrert på alle lokasjoner i Levanger. Noe registrert for Namsos (Bygg F).	Ingen lokasjoner registrert - Ingen endring i 2017
St. Olavs Hospital HF	Ja	Ingen lokasjoner registrert - Ingen endring i 2017	Ingen lokasjoner registrert - Ingen endring i 2017	Ingen lokasjoner registrert - Ingen endring i 2017

Helse Midt-Norge RHF:

- St. Olavs Hospital HF har avventet import av data som følge av implementering av EBIM. Dette er nå ferdig implementert, og import burde være mulig.
- Helse Nord Trøndelag har klassifisert alt sitt areal. Det foreligger feil i mengden overført data, og det undersøkes hvorfor. Innføring av EBIM er gjort.
- Helse Møre og Romsdal oppdaterer klassifisering av sitt areal, men sitter på engammel versjon av Lydia. Innføring og implementering av EBIM + byggeprosjekter er en årsak til at de ikke er i havn.

OVERSIKT OVER REGISTRERTE DATA I ND FOR HELSE VEST RHF

HF	Bygg,etg	Netto areal	Dagens Kapasitet	Org nivå 2,3
Helse Bergen HF	Ja	Registrert for overlegebolig i HUS. Øvrige lokasjoner mangler - Ingen endring i 2017	Registrert for overlegebolig i HUS. Øvrige lokasjoner mangler - Ingen endring i 2017	Registrert for overlegebolig i HUS. Øvrige lokasjoner mangler - Ingen endring i 2017
Helse Fonna HF	Ja	Registrert delvis for Haugesund (G-blokk, Ø-blokk, S-blokk, M-blokk, V-blokk, Vaskeri, T-blokk, Psykiatrisk.) , delvis for Odda (Odda sjukehus), delvis for Stord (Stord sjukehus). - Delvis registrert for Valen i 2017	Registrert delvis for Haugesund (M-blokk, V-blokk,, Psykiatrisk.) , delvis for Odda (Odda sjukehus), delvis for Stord (Stord sjukehus). - Delvis registrert for Valen i 2017	Registrert delvis for Haugesund (G-blokk, Ø-blokk, S-blokk, M-blokk, V-blokk, Vaskeri, T-blokk, Psykiatrisk.) , delvis for Odda (Odda sjukehus), delvis for Stord (Stord sjukehus). - Delvis registrert for Valen i 2017
Helse Førde HF	Ja	Endring i 2017: Registrert Florø, delvis for FSS (AMK-tilbygget, Hovedbygget, Påbygg 2000) Øvrige lokasjoner mangler.	Endring i 2017: Registrert Florø, delvis for FSS (AMK-tilbygget, Hovedbygget, Påbygg 2000) Øvrige lokasjoner mangler.	Endring i 2017: Registrert Florø, delvis for FSS (AMK-tilbygget, Hovedbygget, Påbygg 2000) Øvrige lokasjoner mangler.
Helse Stavanger HF	Ja	Registrert delvis for Egersund (Dalane distr. Psyk senter, Eigersund Psyk. Polikl), Forus, Gausel, Hillevåg, delvis Klepp (Engelsvoll), Lassa, Randaberg, Sandnes, Sola, delvis Stavanger (Lagårdsveien, Stavanger DPS), Time, delvis Våland. Øvrige lokasjoner mangler. - Registrert mer i 2017	Registrert delvis for Egersund (Dalane distr. Psyk senter, Eigersund Psyk. Polikl), Forus, Gausel, Hillevåg, delvis Klepp (Engelsvoll), Lassa, Randaberg, Sandnes, Sola, delvis Stavanger (Lagårdsveien, Stavanger DPS), Time, delvis Våland Øvrige lokasjoner mangler. - Registrert mer i 2017	Registrert delvis for Egersund (Dalane distr. Psyk senter, Eigersund Psyk. Polikl), Forus, Gausel, Hillevåg, delvis Klepp (Engelsvoll), Lassa, Randaberg, Sandnes, Sola, delvis Stavanger (Lagårdsveien, Stavanger DPS), Time, delvis Våland Øvrige lokasjoner mangler. - Registrert mer i 2017

Helse Vest RHF:

- Helse Vest har innført et nytt FDV system i 2016/2017.
- Helse Bergen har klassifisert alt sitt areal, men ikke importert til ND pga utfordringen med flerbruksrom. Denne er nå løst. Import er ikke utført.
- De andre Hfene har registrert det meste av sine data.



RAPPORT

Ny driftsmodell for Klassifikasjonssystemet for sykehusareal

DOKUMENTNUMMER: 00-000000000-00-00-00							
Prosjekt	Hovedfunksjon	Disiplin	Prosess	Dokumenttype	Løpenr.	Revisjon	Side
800201012				Rapport			

UTARBEIDET AV		
Gunn Håberget	Sykehusbygg HF	
Anne Kathrine Larssen	Multiconsult ASA	

DOKUMENTSTATUS					
	08.06.2016	Utkast 1 til rapport			
	08.08.2016	Utkast 2 til rapport			
	19.08.2016	Utkast 3 til rapport			
	23.08.2016	Versjon 0.9			
	24.08.2016	Versjon 1.0			

BEHANDLINGSPROSEDYRE			
Oversendt for behandling	Forventet dato for behandling	Instans	Dato for behandling
23.08.2016	24.08.2016	Ledergruppen Sykehusbygg	24.08.2016
24.08.2016	29.09.2016	Kundeforum Sykehusbygg	

Innhold

Sammendrag	4
1. Bakgrunn og gjennomføring.....	5
1.2 Målsetting og nytteverdi av klassifikasjon	5
1.3 Mandat	6
1.4 Organisering	7
2. Nåsituasjonen Nasjonal Database og Klassifikasjonssystemet	8
2.1 Implementering av Klassifikasjonssystemet i helseforetakene	8
2.2 Driftsmodell.....	8
2.3 Erfaringer og innspill til prosjektet	10
3. Prosjektgruppens vurderinger og anbefalinger	10
4. Plan for videre arbeid	17
5. Vedlegg	17

Sammendrag

Sykehusbygg er gjennom oppdragsdokumentet¹ fra de regionale helseforetakene (2015) tildelt ansvaret for Nasjonal Database (ND) for Klassifikasjonssystemet. Klassifikasjonssystemet ble utviklet av Kompetansenettverket i helsedirektoratet i 2007. Formålet med Klassifikasjonssystemet er å etablere en felles standard for å benevne funksjoner, rom og kapasiteter i sykehus, i den hensikt å oppnå bedre planlegging av funksjoner og arealer i sykehus samt mer effektiv arealbruk.

Sykehusbygg har som ett av sine satsningsområder definert utviklingsprosjektet «Ny driftsmodell for Klassifikasjonssystemet» som er inndelt i 3 faser. Denne rapporten omhandler Fase 2 av prosjektet: Planlegging av ny driftsmodell for Klassifikasjonssystemet.

Arealer, rom og utstyr er en viktig ressurs for helseforetakene. De har betydning for i hvilken grad helsetjenestene kan leveres effektivt, med tilstrekkelig kvalitet og akseptable forhold for de som benytter lokalene. Arealer representerer en betydelig verdi og kostnad, og effektiv utnyttelse av rom og kapasiteter blir viktig.

Prosjektgruppen anbefaler å videreutvikle rapporteringsmulighetene gjennom å legge til rette for å kunne registrere flere data i Nasjonal Database. Slike tiltak vil gi økt nytteverdi når Klassifikasjonssystemet skal benyttes. Videre anbefaler prosjektgruppen følgende:

Videreutvikling av Nasjonal Database (ND)

- Rapporttyper og -format vurderes nærmere ifm. utvikling av ND høsten 2016.
- ND beholder dagens formater, og ND kobles ikke opp til IFC. Denne utviklingen må følge utviklingen innenfor FDV verktøy.
- Det legges opp til automatisk eksport av data fra forvaltning, drift – og vedlikehold (FDVU-systemer) til ND.
- ND tilrettelegges for å ta imot data fra eksterne systemer ved hjelp av webservices i løpet av 1.kvartal 2017.
- Forbedring av brukergrensesnittet i ND gjennomgås som del av utviklingen av ND høsten 2016. Det må ses i sammenheng med utvikling av rapporter.
- Det vurderes nærmere hvordan data fra Norsk Pasientregister (NPR) på HF-nivå kan kobles mot ND data.
- Sykehusbygg utvikler en kravspesifikasjon for import av data til ND via webservices. Helseforetakene oppfordres til å benytte en slik kravspesifikasjon i sin kommunikasjon mot FDV-systemleverandørene.

Videreutvikling av veiledere og Klassifikasjonssystemet (KS)

- Veilederne til både Klassifikasjonssystemet og Nasjonal Database forbedres og gjøres mer brukervennlige.
- Veilederen for ND suppleres med tydeligere beskrivelse av mål med ND og av hvordan data vil bli benyttet / ikke benyttet, dette for å skape forutsigbarhet for helseforetakene og sikre mest mulig lik og omforent praksis ved registrering.
- Revisjon av KS startes etter at videreutviklingen av ND er klar, dvs. i 2017.

Rutiner for å sikre nytteverdi – registrering og rapportering

- Det tas ut nasjonal rapport årlig basert på oppdaterte data fra HFene på en gitt dato.

¹ Sak 17/2015 Styremøte Sykehusbygg 12.03.2015

Rapporten skal være tilgjengelig for alle og skal være en del av Sykehusbygg sin rapportering til RHFene i Årlig melding. I tillegg skal det være mulig å ta ut informasjon fra databasen ved behov til enhver tid for helseforetakene, regionene og departement.

- ND «fryses» årlig den 15. desember for at man skal kunne ta ut trendanalyser fra år til år.
- Sykehusbygg etablerer en koblingstabell mellom ny norsk standard for klassifisering av rom NS3457-4 og KS, som gjøres tilgjengelig via nettsiden til KS.

1. Bakgrunn og gjennomføring

Helsedirektoratets Kompetansenettverk² for sykehusplanlegging utviklet et klassifikasjonssystem og nomenklatur for funksjoner og arealer i sykehusbygg på bakgrunn av Nasjonal Helseplan, jfr. St. prp.nr.1 (2006-2007).

Sykehusbygg er gjennom oppdragsdokumentet fra de regionale helseforetakene (2015) tildelt ansvaret for Klassifikasjonssystemet for helsebygg (KS) og for Nasjonal Database (ND) for registrerte, klassifiserte sykehusareal. Helseforetakene er gjennom styringsdokumentene fra RHFene pålagt å kartlegge sine bygninger iht. Klassifikasjonssystemet.

Inntil 2015 hadde SINTEF³ ansvar for det faglige innholdet i KS på oppdrag fra Kompetansenettverket, og Multiconsult har vært engasjert for å utvikle ND. Fra 1. januar 2015 overtok Sykehusbygg Kompetansenettverket sine oppgaver, herunder forvaltningen av KS, da Kompetansenettverket ble avviklet.

Nasjonal Database ble lansert 1. september 2013. Formålet har vært todelt:

1. Registrere data på en entydig måte. Original data skal ligge hos helseforetakene, fortrinnsvis i FDV-systemer. Data i ND skal kunne kobles opp mot data fra andre datakilder, som for eksempel Norsk Pasientregister (NPR), dRofus eller FDV systemer.
2. Det skal være enkelt å hente ut areal- og kapasitetsdata på helseforetaksnivå, regionalt og nasjonalt nivå for å få oversikt og sammenligningsgrunnlag.

Det er identifisert en rekke forbedrings- og utviklingsbehov basert på erfaringer fra registrering og bruk av ND så langt, samt gjennom brukerforum som ble arrangert i januar 2016. Prosjektgruppen har basert sitt arbeid på dette underlaget.

1.2 Målsetting og nytteverdi av klassifikasjon

Arealer, rom og utstyr er en viktig ressurs for helseforetakene. De har betydning for i hvilken grad helsetjenestene kan leveres effektivt, med tilstrekkelig kvalitet og akseptable forhold for de som benytter lokalene. Arealer representerer en betydelig verdi og kostnad, og effektiv utnyttelse av rom og kapasiteter blir viktig.

Målsettingen⁴ med KS er å bidra til en god og aktiv forvaltning. God forvaltning gir grunnlag for å analysere hvordan ressursene benyttes og kan videreutvikles. Informasjonen fra KS vil dermed være viktig både for daglig styring og drift, men også som beslutningsgrunnlag for dimensjonering av

² Helsedirektoratets Kompetansenettverk ble avviklet i 2015

³ Sintef var sekretariat for Kompetansenettverk for sykehusplanlegging

⁴ Ref. Veilederen for Klassifikasjonssystemet for helsebygg, versjon 3.1.4. mars 2015

prosjekter, strategisk planlegging, forskning og innovativ utvikling, samt nasjonale oversikter.

Noen eksempler på nytte av Klassifikasjonssystemet kan være:

- Gir samme begrepsapparat mellom ulike fagfelt både internt i helseforetaket og med eksterne aktører
- Oversikt over antall og type rom og hva rommet benyttes til – gir grunnlag for sammenligning og behov for endring
- Bedre tilpassede lokaler til den driften klinikken har
- Grunnlag for planlegging og endring av bygg – riktig logistikk og riktig dimensjonering
- Grunnlag for analyser ved bruk av rom
- Grunnlag for analyser av pasientforløp og personalforløp
- Grunnlag for beslutning av endring i bruk av rom og areal (ompakking)
- Grunnlag for kostnadseffektivisering
- Forklarer virksomheten i rommet
- Forklarer forholdet mellom bruk av rommet og teknisk utrustning
- Lik begrepsbruk – gir samme beregningsgrunnlag for f.eks. husleie
- Kostnadsstyring – utnytte areal og kapasitet best mulig

1.3 Mandat

Sykehusbygg har som ett av sine satsningsområder definert utviklingsprosjektet «Ny driftsmodell for Klassifikasjonssystemet». Målet er å:

- sikre at Klassifikasjonssystemet implementeres og tas i bruk på en slik måte at det blir et grunnlag for styring og planlegging i helseforetakene
- at Klassifikasjonssystemet blir et effektivt verktøy for gjennomføring av tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter.
- få etablert en driftsmodell som sørger for kontinuerlig oppdatering og videreutvikling.

Leveransen er delt i tre faser hvor dette prosjektet omfatter leveranse i de to første

- Fase 1 – ferdigstilling av implementering august 2015 til desember 2015
- Fase 2 – planlegging av ny driftsmodell, august 2015 til juni 2016
- Fase 3 – planlegging av implementering og daglig drift august 2016

Denne rapporten tar for seg utviklingsprosjektets Fase 2. Som et ledd i dette arbeidet er det også vurdert utviklings- og forbedringsbehov av Nasjonal Database og Klassifikasjonssystemet.

Prosjektets mål

I prosjektets mandat er følgende mål konkretisert:

Fase 1) Legge til rette for at alle HF er ferdig klassifisert og registrert første gang i Nasjonal Database og legge frem en samlet oversikt⁵ over klassifisert areal i løpet av 2015.

Fase 2) Utarbeide forslag til driftsmodell for Klassifikasjonssystemet, herunder

- Avklare videre drift av database

⁵ Statusrapport for registrert sykehusareal i Nasjonal Database 2015

- Lage en modell for drift og oppdatering av innhold som forankres hos den kliniske virksomheten og som bidrar til riktig informasjon om reell kapasitet og bruk av arealer og rom.

Avgrensning av prosjektoppgave

Prosjektet avgrenses til å utarbeide forslag til driftsmodell. Planlegging av implementering og videre drift av ND vil være en løpende oppgave for Sykehusbygg etter at prosjektet avsluttes.

Fremdrift

Leveransen deles i 3 faser hvor dette prosjektet omfatter leveranse i de to første. Det er levert statusrapport⁶ på Fase 1. Fase 3 ligger under drift og er Sykehusbygg sitt ansvar.

Fase 1 – ferdigstillelse av implementering august 2015 til desember 2015

Fase 2 – planlegging av ny driftsmodell, august 2015 til juni 2016, ferdig rapport 1. september 2016

Fase 3 – planlegging av implementering og daglig drift august 2016 -

1.4 Organisering

Prosjektleder fra Sykehusbygg er Gunn Håberget.

Det er etablert en prosjektgruppe sammensatt med representanter fra helseforetakene:

- Gunn Håberget, Sykehusbygg HF, prosjektleder
- Marte Lauvsnes, Sykehusbygg HF
- Sigmund Stikbakke, Sykehusbygg HF
- Anne Kathrine Larssen, Multiconsult
- Helge Havååg, Sørlandet sykehus HF
- Gro Jofrid Aarli, Helse Bergen HF
- Per Martin Jakobsen, Nordlandssykehuset HF
- Solvår Nor Øien, Sykehuset Innlandet HF

Representanter fra St. Olav, Tor Åsmund Evjen og Brit Eli Pukstad, deltok i ett møte hver, men måtte fratre grunnet tidspress.

Prosjektgruppen har engasjert en arbeidsgruppe for database og IT-tekniske spørsmål, bestående av:

- Eirik Rogne, innleid av Multiconsult - gruppeleder
- Gunnar Kjestveit, Plania
- Thio Siebert, Lydia
- Jacky Chi Ho Lau, Sykehuspartner
- Anne Kathrine Larssen, Multiconsult
- Gunn Håberget, Sykehusbygg

Arbeidsgruppens mandat var å gi råd til prosjektgruppen om utvikling av databasen på teknisk nivå.

Prosjektgruppen ble etablert i desember 2015. Det er gjennomført 6 møter i prosjektgruppen og 2 i arbeidsgruppen. Møter med arbeidsgruppen har vært gjennomført i forkant av Prosjektgruppemøter, og leder for arbeidsgruppen har rapportert i PG møte. Det er utarbeidet referat fra møtene i arbeidsgruppen, men ikke en selvstendig rapport.

⁶ Statusrapport for registrert sykehusareal i Nasjonal Database 2015

2. Nåsituasjonen Nasjonal Database og Klassifikasjonssystemet

2.1 Implementering av Klassifikasjonssystemet i helseforetakene

Prosjektets fase 1 var å «fullføre implementeringen i alle HF (des. 2015)». Status pr. desember 2015 ble rapportert i egen rapport «*Statusrapport for registrert sykehusareal i Nasjonal Database*». Status pr. desember 2015 viste at 11 av 20 foretak helt eller delvis hadde registrert klassifisert areal i ND. Av de resterende 9 hadde de fleste klassifisert mye av sitt areal, men ikke overført til ND. Bakgrunnen for manglende overføring var blant annet mangelfull importfil fra FDV-systemleverandør og skifte av FDV systemleverandør. Ett annet eksempel er at ND ikke kan ta imot rom som deles av flere. Det har pågått et arbeid våren 2016 mellom Sykehusbygg og FDV-systemleverandører for å tilrettelegge for enklere import fra FDV-systemet til ND.

2.2 Driftsmodell

Prosjektets fase 2 er å utarbeide forslag til ny driftsmodell for Klassifikasjonssystemet, ref. mandatet beskrevet i kapittel 1. Som et ledd i dette arbeidet er det også vurdert utviklings- og forbedringsbehov av ND og KS.

Inntil ny driftsmodell er på plass, er Multiconsult engasjert for drift av ND, samt support.

KS har vært under revisjon og videreutvikling i 2012-2015. Det er gjort en ny versjonsendring (3.1.4) av KS i mars 2015, og siste publiserte veileder er versjon 3.1.4 fra mars 2015.

Versjon	1.0	2.0	3.0	3.1	3.1	3.1.2	3.1.3	3.1.4
Dato	16.08.2006	21.05.2009	16.03.2012	des.12	1.1.2013	2.12.2013	1.0.2014	17.03.2015

Se www.klassifikasjonssystemet.no for mer informasjon om Klassifikasjonssystemet.

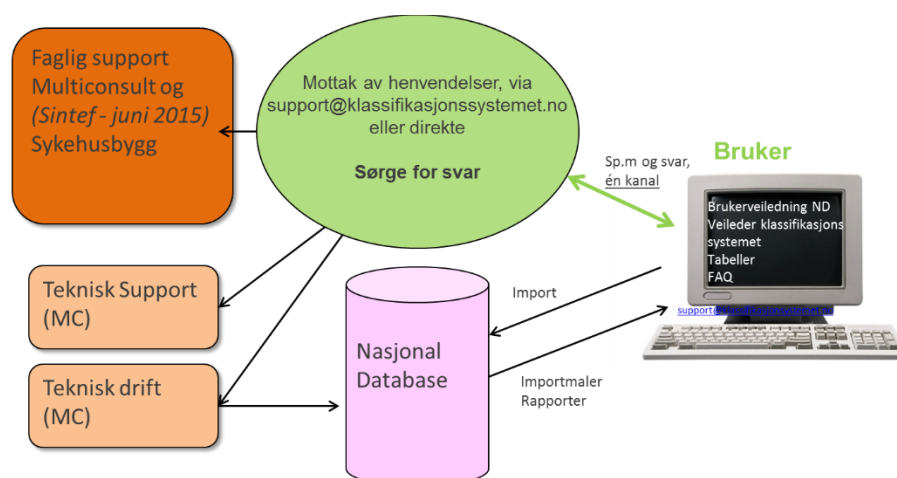
Nasjonal Database ble lansert i september 2013. Fram til 1. juni 2015 bisto SINTEF med faglig bistand gjennom sin sekretariatsfunksjon, dette er nå overtatt av Sykehusbygg HF. For helseforetakene som brukere av systemet er det lagt opp til en driftsmodell der all kommunikasjon og dataoverføring foregår via ett og samme web-grensesnitt (www.klassifikasjonssystemet.no).

Ny driftsmodell for Klassifikasjonssystemet for sykehusareal



Figur 1 Nettsiden til Nasjonal Database for klassifikasjonssystemet

Her ligger tilgjengelig informasjon om Klassifikasjonssystemet, veiledningsmaterieill, infoskriv m.m. Faglig og teknisk support gis via en support-mail funksjon. Import og eksport av data gjøres via en importfil som lastes opp pr bygning. Tilsvarende kan det hentes ut rapporter, noen standardrapporter samt en interaktiv rapportgenerator der man selv kan definere egne rapporter. Alt kan hentes ut i excelformat for videre bearbeiding i forhold til behov.



Figur 2 Nåværende driftsmodell for Nasjonal Database for klassifikasjonssystemet

Erfaringene fra bruk av databasen så langt har identifisert flere områder der det er behov for forbedring og utvikling.

2.3 Erfaringer og innspill til prosjektet

Brukerforum ble arrangert 26. januar 2016, der representanter fra en rekke helseforetak, FDV-systemleverandører m.fl., deltok. Formålet med arrangementet var å informere om status og pågående utviklingsarbeid, samt å få innspill fra brukerne av KS og ND til utviklingsarbeidet. Innspill fra gruppearbeidet som ble gjennomført i brukerforumet er oppsummert i et eget notat, og er distribuert deltakerne pr epost 10. februar 2016. Noen av momentene som framkom, var:

- Behov for å få frem nytteverdi. Det må jobbes aktivt med å motivere representanter fra det kliniske miljø til å stille i neste Brukerforum.
- Behov for å stille konkrete og felles koordinerte krav til FDV-leverandører
- En rekke innspill til forbedringer og konkretisering, bl.a.:
 - o Tydeliggjøring av målsetning med ND og forutsigbarhet mht. hvordan data vil bli brukt.
 - o Forbedring av veilederen
 - o Flere og bedre rapporter fra ND
 - o Flere innspill til utvikling av ND
- Brukerforum er nyttig og bør gjentas jevnlig.

Multiconsults erfaringer med KS og ND, inklusive utviklingsbehov, er tidligere beskrevet i en erfaringsrapport⁷ (mars 2015) og er også lagt til grunn for prosjektgruppens arbeid. Multiconsults erfaringsrapport (2015) har spesielt pekt på behov for utvikling innen følgende områder på kort sikt:

- Tilrettelegge for rapporter med historiske data (for å kunne spore utvikling over tid)
- Tilrettelegge for overføring av data fra FDV-systemer til ND (web-services)
- Forbedre og utvikle rapporter fra ND, samt kunne koble disse mot aggregerte aktivitetsdata (behandlingsaktivitet, eksempelvis fra Norsk Pasientregister NPR)
- Neste revisjon av KS må ses i sammenheng med ny Norsk Standard for klassifisering av rom som er utgitt våren 2016.
- Forankring hos kliniske miljøer og ledelsen i helseforetakene
- Synliggjøre nytteverdi av data
- Sikre aktiv bruk og jevnlig oppdatering

3. Prosjektgruppens vurderinger og anbefalinger

I det følgende beskrives prosjektgruppens vurderinger og grunnlag for anbefalinger i forhold til behovet for videreutvikling på kort og lengre sikt, og i forhold til ny driftsmodell.

Behovet for rapporter fra ND

I denne sammenhengen benyttes begrepet rapporter om informasjon i form av sammenstilte data som man kan få ut fra ND. De ulike interessentenes behov for informasjon vil definere hvilke data som skal registreres og hvilke sammenstillinger av dataene, dvs. rapporter, som er nødvendig.

⁷ Rapport fra Multiconsult med oppsummering av erfaringer fra Helse Sør-Øst prosjektet og andre registreringsprosjekt.

Generelt om rapporter

Rapporter må kunne gi sammenlignbare data for kapasitet og areal, og på kapasitetsutnyttelse.

Det skal være mulig å filtrere på RHF nivå, HF nivå og enkeltsykehus innenfor HFet. Filtrering på enkeltsykehus er ønskelig for å kunne sammenligne sykehus på samme nivå og størrelse. Dette er en nyttig funksjon for å analysere f.eks. lokalsykehusstruktur.

Dagens rapporter består av tabeller og kan eksporteres til excel. Det er ønskelig med grafisk framstilling av noen rapporter. Hvilke rapporter som skal framstilles grafisk må vurderes og spesifiseres nærmere høsten 2016.

Prosjektgruppen anbefaler at:

ND skal rapportere på

- Hovedfunksjon
- Delfunksjon
- Romtype
- Romspekifisering
- Eie og leie-
- kapasiteter
- på RHF nivå, HF nivå og enkeltsykehus innenfor HF'et

Rapporttyper og -format vurderes nærmere ifm. utvikling av ND høsten 2016. Dette innebærer også en spesifisering av hvilken informasjon som skal framstilles grafisk.

Historiske data

Behov for å kunne registrere opprinnelig «bygd som» - romnavn/kapasitet:

Gruppen har diskutert nødvendighet av «bygd som» informasjon.

Kunnskap om rommets opprinnelige infrastruktur kan ha betydning for senere endringer, omfang av endringer og beregning av kostnader. En slik kunnskap vil også kunne ha betydning for utnyttelse og fleksibel bruk av rommet. Kunnskap om hvordan rommet ble bygget og med opprinnelig teknisk infrastruktur, kan ha betydning for driften, ikke minst i fht. Endringer i behandlingsmetoder og innføring av ny behandlingsteknologi. Endringer i bruk av ulike rom over tid speiler endring i drift og omstilling, og vil være interessant som trendanalyse.

Prosjektgruppen vurderer at å registrere «bygd som» kan bli en utfordring, da det krever at arealforvalter har informasjon om opprinnelig bygd som og sørger for å registrere det i ND. Det anses ikke som realistisk gjennomførbart.

Informasjon om «bygd som» på enkeltromnivå er først og fremst informasjon som er nyttig lokalt i helseforetaket ifm. arealdisponering. Fra Nasjonal Database vil endringer i arealbruk over tid speiles gjennom utviklingen i aggregerte arealdata for hovedfunksjon, delfunksjon og romtyper, samt kapasiteter, som rapporteres i årlig nasjonal rapport. Data om opprinnelig «bygd som» vurderes derfor ikke nødvendig for formålet med ND.

Registrering av «bygd som» bør derfor i framtiden håndteres av FDV systemer da kunnskapen er mer viktig lokalt enn nasjonalt. På det nåværende tidspunkt er det ikke mulig å få ut historiske data ut av FDV systemene.

Prosjektgruppen anbefaler at:

Registrering av data «bygd som» ikke gjøres i ND.

Logging av endringer i registreringer i ND

I dag er det ikke mulig å få ut historiske data i rapporter fra ND. Behovet for å kunne logge historikk blir svært viktig å avklare nærmere, og kan først gjøres når de konkrete rapportene som ønskes ut av ND er definert høsten 2016. Dersom «alt» skal logges vil databasen fort kunne bli svært omfattende. Det er derfor viktig å legge seg på et riktig og «godt nok» nivå.

På det nåværende tidspunkt er det ikke mulig å få ut historiske data på areal ut av FDV systemene.

Kravspesifikasjon på trendanalyser vil bli bedre beskrevet høsten 2016 i fbm. videreutvikling av ND.

Prosjektgruppen anbefaler at:

Det skal være mulig å ta ut Trendrapporter, dvs. rapporter for å vise utvikling over tid. Innhold i trendrapportene kan f.eks. være kapasiteter, hovedfunksjon, delfunksjon. Nasjonal rapport tas ut (og fryses) en gang i året. Det gir mulighet for overordnet trendrapport, men ikke på romnivå (lokalt behov).

Organisasjonsnivå i ND

Organisasjonsstruktur i helseforetakene er ikke ensartet, og det benyttes heller ikke felles nomenklatur på tvers av helseforetak. Det vil derfor ikke være mulig å hente ut sammenliknbare rapporter basert på organisasjonsinformasjon. Organisasjonsdata er data som vil være gjenstand for hyppige endringer og er ressurskrevende å holde oppdatert.

I ND er det tilrettelagt for å registrere på 3 nivåer, men i praksis har mange valgt å begrense det til ett nivå.

Prosjektgruppen anbefaler at:

Det stilles krav til obligatorisk registrering kun på øverste organisasjonsnivå – helseforetak. Bruk av flere nivåer er frivillig.

Flerbruk av rom

I dag er det kun mulig å registrere én organisasjon/enhet som benytter hvert rom, og ett rom kan kun tilknyttes én kombinasjon av hovedfunksjon/delfunksjon/romnavn/romspesifikasjon. I praksis er flerbruk utbredt, og vil antagelig øke som ledd i fokuset på arealeffektivisering og effektivisering av driften. ND må derfor kunne vise flerbruk, både mht. flere brukere pr rom og mht. at rom kan huse ulike funksjoner/typer bruk.

Det kan også forekomme at rom benyttes av flere funksjoner (hoved-delfunksjoner), men dette er ikke like vanlig.

Prosjektgruppen anbefaler at:

Rom som benyttes av flere brukere skal avmerkes som flerbruksrom. Det vurderes videre muligheten for at rom kan registreres med flere funksjoner og bruk.

Kobling mot NPR (Norsk Pasientregister) data

Ett av formålene med Klassifikasjonssystemet er å kunne koble data om aktivitet med kapasiteter og arealer. Alle helseforetak rapporterer jevnlig inn aktivitetsdata til NPR. Det vil derfor være hensiktsmessig å kunne hente ut data fra NPR og koble disse til data fra ND. Noen eksempler på bruksområder:

- Effekt mht. sammenheng aktivitet og kapasitet, dvs. produksjon
- Sammenligne mellom sykehus/enheter – kan benyttes som underlag i forbindelse med vurdering og beregninger av fremtidig dimensjonering.
- Følge opp med måling av utnyttelse av kapasitet over tid.

Prosjektgruppen har diskutert hva koblingspunktet for data fra NPR og ND kan være. Hva som er tilgjengelig av data fra NPR vil være styrende. Pr i dag er det ikke mulig å gå ned på lokalisasjon i tallgrunnlaget for aktivitet fra NPR. Det betyr at HF-nivå vil være minste felles multiplum for data fra henholdsvis NPR og ND, og dermed koblingspunktet. På HF-nivå vil man få indikasjoner og kan følge utvikling over tid – som i seg selv er interessant. For mer detaljerte analyser må man gå ned i materialet lokalt. Dersom man skal presentere slike data på HF nivå, må det presiseres at dette er overordnede data, og at man må gå bak tallene for å utvikle kunnskap om tendensen man ser.

I følge Veileder for innlevering av data til NPR er det tertialvis rapportering som er gjeldende nå. Det jobbes imidlertid med daglig oppdatering av NPR. Gjestepasienter og ventelistedata rapporteres månedlig.

Prosjektgruppen anbefaler at:

Det vurderes nærmere hvordan NPR data på HF-nivå kan kobles mot ND data i praksis. Det må vurderes om NPR datasett skal legges inn i ND, eller om rapportene skal lages på siden av ND og i hvilket format de skal gjøres tilgjengelig. Disse vurderingene gjøres ifm. utvikling av ND høsten 2016.

Krav til format, IFC

Sykehusbygg, RHFene og helseforetakene vil i fremtiden stille krav til IFC-format på det meste av data. Det er derfor vurdert hvorvidt ND skal tilrettelegges med IFC.

ND er ikke originalkilde til data. Originaldata skal ligge i HF'enes egne systemer (som FDV-system). ND har som hensikt å samle data ett sted for at det skal kunne rapporteres på tvers av helseforetakene. Data skal derfor primært lastes inn i ND fra HF'enes systemer med originaldata (FDV-system, dRofus, BIM-modell), ikke motsatt. IFC format i ND vil derfor ikke ha nytteverdi for HF'ene.

Hovedfokus i videre utvikling må derfor være å forenkle overføring av data fra dagens systemer til ND – dvs. webservices, se neste punkt.

Prosjektgruppen anbefaler at:

ND opprettholdes med dagens formater, det legges ikke opp til IFC. Denne utviklingen må følge utviklingen innenfor FDV verktøy. Tas opp til revurdering ved behov.

Webservices – automatisk eksport av data fra FDV-systemene til ND

Det er et presserende behov for å få etablert en enkel løsning for import av data fra FDV-systemene til ND. Siden oppstarten av utviklingen av ND har det vært en forutsetning at originaldata skal ligge i HF'enes egne systemer (FDV-systemene) og at import må kunne skje automatisk.

Webservices er en slik løsning, og som vil lette arbeidsbyrden til HFene betydelig med import av data til ND. ND må samtidig kunne håndtere at excel vil være det formatet enkelte HF (få) vil ha og fortsette med. I dag er ND tilrettelagt med manuell import av excelfil pr bygg via web-løsningen. Dette er tungvint når det er snakk om mange bygninger, og løsning for å laste opp samlede datasett for en bygningsportefølje inn bakveien av ND må påregnes. I dag gjøres dette med bistand fra Multiconsult m/underleverandør (Sima).

Sykehusbygg skal utvikle en kravspesifikasjon for import av data til ND via webservices. Helseforetakene oppfordres til å benytte en slik kravspesifikasjon i sin kommunikasjon mot FDV-systemleverandørene. Ved dette tilbys HFene et bedre verktøy for overføring av data til ND. Alternativet for HFene vil være manuell overføring. Automatisert løsning vil være en arbeidsbesparelse for foretakene, og derved kostnadsbesparende.

Prosjektgruppen anbefaler at:

ND tilrettelegges for å ta imot data fra eksterne systemer ved hjelp av webservices høsten 2016. FDV-systemleverandørene må få krav om å tilrettelegge for å eksportere data til ND via webservices i henhold til kravspesifikasjon. Kravspesifikasjon formuleres og framsettes som et grunnleggende krav overfor FDV leverandører. HFene oppfordres til å benytte denne kravspesifikasjonen overfor FDV-systemleverandørene for å få dem til å utvikle sitt FDV system slik at det kan avlevere arealdata til ND. Kravspesifikasjon utarbeides i forbindelse med videreutvikling av ND høsten 2016.

Det er det enkelte helseforetak som inngår avtale med sin FDV leverandør, og som derved må gå i dialog med sin FDV-leverandør. Sykehusbygg sørger for at kravspesifikasjon blir tilgjengelig for helseforetakene.

Forbedring veiledere

Det er behov for å gjennomgå veilederen til KS slik at registreringen blir entydig på hvilke rom som er kapasitetsbærende innenfor delfunksjonene. Oversikten over kapasitetsbærende rom må kvalitetssikres med hensyn på om det er rett rom som er beskrevet som kapasitetsbærende, og om det er andre rom som burde være kapasitetsbærende. KS bør ligge mest mulig opp til ny Nasjonal Standard for klassifisering av rom NS3457-4 2015 der det er hensiktsmessig.

Brukergrensesnittet for web-løsningen til ND kan være krevende å forstå umiddelbart. Det er behov for å se på forbedringer. Forbedring av veilederen for web-sidene bør også gjennomgås.

Sykehusbygg har det redaksjonelle ansvar for veiledere. Prosjektgruppen anbefaler at det oppnevnes en arbeidsgruppe som settes sammen med kompetanse fra de som registrerer og bruker areal i HFene. Dette vil også være starten på videreutvikling og revisjon av Klassifikasjonssystemet på sikt.

Brukerforum skal rapportere inn forslag til forbedringer og endringer på KS, ND og veiledere til Sykehusbygg.

Prosjektgruppen anbefaler at:

Veileder til Klassifikasjonssystemet og Nasjonal Database må forbedres og gjøres mer brukervennlig. Det oppnevnes en arbeidsgruppe som settes sammen med kompetanse fra de som registrerer og bruker areal i HFene. Forbedring av brukergrensesnittet i ND gjennomgås som del av utviklingen av ND høsten 2016. Det må ses i sammenheng med utvikling av rapporter.

Revisjon av Klassifikasjonssystemet

Norsk Standard for klassifisering av rom

Det er våren 2016 vedtatt en ny Nasjonal Standard for klassifisering av rom NS3457-4 2015. NS3457-4 bygger på det danske systemet. Det er under utarbeidelse en internasjonal standard for klassifisering av rom. Foreløpig ser det ut til at den blir nesten identisk med den danske. Den norske versjonen vil derved være innenfor internasjonale standarder.

Prosjektgruppen har vurdert hvilken evt. konsekvens den nye norske standarden vil kunne ha for KS. NS3457-4 dekker ikke det detaljnivået som sykehus har. KS er en mer spesifikk standard for sykehusareal. Foreløpig vurdering tilsier at ny Norsk Standard ikke er i vesentlig konflikt med KS, og at KS derfor kan opprettholdes uten revisjon. Ved en senere revisjon av KS bør en evt. harmonisering mot NS NS3457-4 2015 vurderes nærmere. Denne standarden gjelder for alle typer bygninger, og vil implementeres i den norske BAE næringen. Eksterne aktører vil ha kjennskap til og benytte denne, og sykehusprosjekter da vil være et «unntak». Det bør etableres en koblingstabell mellom NS3457-4 og Klassifikasjonssystemet i Nasjonal Database.

Erfaringer med bruk av klassifiseringssystemet viser at det bør tilstrebes å kutte ned på antall rom, detaljeringsnivået oppleves av mange som for høyt. Dette bør vurderes ved en framtidig revisjon av KS. Se avsnitt om Hierarkisk struktur.

Prosjektgruppen anbefaler at:

Det etableres en koblingstabell mellom NS3457-4 og Klassifikasjonssystemet i Nasjonal Database.

Hierarkisk struktur:

Erfaringene med registreringsarbeidet i helseforetakene viser at den hierarkiske strukturen i KS oppleves rigid og gjør registreringsarbeidet ressurskrevende. Det forekommer at helseforetaket har romtyper som ikke er tillatt innen den delfunksjonen rommet er lokalisert i. Flere av versjonsendringene som er gjennomført de senere årene er også knyttet til stedvis oppmykning av hierarkiet (som å tillate flere rom i en delfunksjon). Noe av bakgrunnen for hierarkiet var å styre hva innholdet i delfunksjoner skal kunne være for å kunne sammenlikne arealer etc. Erfaringer fra tidligere var at det ofte ble sammenliknet epler og pærer.

Neste revisjon av KS kan ikke skje før etter at databasen er klar, dvs. i 2017. Da skal behovet for hierarkisk struktur og reduksjon av detaljeringsnivå behandles.

Prosjektgruppen anbefaler at:

Hierarkisk struktur hovedfunksjon-delfunksjon-romnavn-romspesifikasjon opprettholdes inntil videre, og vurderes etter at databasen er klar i 2017.

Utvikle regler og rutiner

Behov for tydeliggjøring av målsetning med ND og forutsigbarhet om hvordan data vil bli brukt ble påpekt av flere i Brukerforum januar 2016. Tydelighet på formål med dataene og hvordan de vil bli brukt og ikke brukt, vil kunne påvirke hvordan data registreres, særlig mht. kapasiteter som eksempelvis sengeantall.

Videre er det behov for å synliggjøre nytteverdi av data, både for å motivere til løpende og riktig registrering og bruk av data, og for å sikre god forankring i ledelsen og de kliniske miljøene i helseforetakene.

Det er behov for å utvikle regler og rutiner i helseforetakene for innhenting og lagring av nødvendig informasjon om virksomheten (klinisk aktivitet) som kan knyttes til organisasjon og bygg, og gi grunnlag for å beregne endringer i kapasitetsbehov og lokalisering.

Nasjonal helse- og sykehusplan¹ stiller krav til foretakene:

«Den bygningsmessige delen av utviklingsplanen skal bygge på virksomhetsdelen av planen, og være underordnet denne. Den bør dokumentere status for dagen bygg med hensyn til teknisk tilstand, egnethet og muligheter for begrensinger for framtidig bruk.

Planen bør vise hvordan bygningsmassen kan utvikles for å kunne bidra til effektiv drift, slik dette er beskrevet....

Planen bør vise krav til dimensjonering og beskrive kapasitetsbehov for viktige funksjonsområder.

HFene har svært ulik praksis på når og hvor ofte man registrerer i ND. Dette indikerer at data ikke er fersk vare, og at sammenligningsgrunnlaget blir kvalitativt dårlig. Endringer skjer kontinuerlig i FDV-systemet.

Så snart webservices er tilrettelagt for i ND og FDV systemene, kan data eksporteres fortløpende til ND for de som har FDV-systemer. Inntil dette er på plass, og for de som opererer i excel, bør det stilles krav til overføring til ND innen et fast tidspunkt hvert år, 1. desember. Når fristen er utløpt produseres en årlig rapport med data på nasjonalt nivå.

Prosjektgruppen anbefaler at:

Veilederen suppleres med tydeligere beskrivelse av mål med ND og av hvordan data vil bli benyttet / ikke benyttet, dette for å skape forutsigbarhet for helseforetakene og sikre mest mulig lik og omforent praksis ved registrering.

Det tas ut en nasjonal rapport en gang årlig på slutten av året, som gjøres tilgjengelig for alle. Det stilles krav til foretakene om oppdatering av data innen en fast dato, 1. desember. I tillegg skal det være mulig å ta ut informasjon av databasen ved behov til enhver tid for helseforetakene, regionene og departement.

Datasett fryses i ND en gang årlig, den 15. desember med tanke på å lage trendrapporter fra år til år, dvs. utvikling over tid.

Brukerforum arrangeres jevnlig, 2 ganger pr år. Brukerforum arrangeres på høsten før frist for oppdatert registrering, og på nyåret der resultater fra nasjonal rapport kan presenteres og diskuteres.

Brukere av systemet må motiveres til å være ambassadører inn mot den kliniske virksomheten gjennom økt forståelse av nytteverdi.

4. Plan for videre arbeid

Rapport behandles i Ledergruppen for Sykehusbygg 24. august 2016 og legges fram for Kundeforum 29. september 2016 til orientering. Når vedtak er fattet, utarbeides det en plan for gjennomføring av ordinær driftsfase.

Rapporttyper og -format vurderes nærmere ifm. utvikling av ND høsten 2016.
Databasen videreutvikles jfr framdriftsplan.

Det skal iverksettes arbeid med forbedring veiledere.

Gruppen anbefaler at det oppnevnes representanter fra de regionale helseforetakene som bistår Sykehusbygg i arbeidet med videreutvikling av ND.

5. Vedlegg

1. Statusrapport for registrert sykehusareal i Nasjonal Database 2015 (utarbeidet av Sykehusbygg)
 2. Rapport MC_125467_TVF-NOT-001 Oppsummering av overordnede erfaringer og innspill til veien videre
-

SB-SAK 13/2018 Administrerende direktørs orientering til styret**Forslag til vedtak:**

Saken tas til orientering

Oppsummering:

Administrerende direktør vil orientere om følgende saker:

1. Status i arbeidet med informasjonssikkerhet
2. Ny sikkerhetslov (trer i kraft 1.1.2019) og konsekvens for tidligfasen i sykehusprosjekter
3. Prosjektmandat finansieringsmodell Sykehusbygg
4. Uformelt miniseminar mellom HOD og Sykehusbygg

Saksutredning/bakgrunn:**1. Status i arbeidet med informasjonssikkerhet**

Sykehusbygg har kommet godt i gang med å etablere styringssystem/internkontroll for informasjonssikkerhet. Dette innbefatter at:

- Informasjonssikkerhetsansvarlig er utnevnt
- Arbeidsprosesser er definert og styrende dokumentasjon er under utarbeidelse (ref. EUREKA – Informasjonssikkerhet)
- Nødvendige risikoanalyse skal gjennomføres i 1. halvår av 2018 (input til styrende dokumentasjon)
- Oppfølging av leverandører/leverandørmøter/revisjoner (påse-ansvar); 3-årsplan vil bli utarbeidet og første leverandørmøte skal etter planen avholdes i februar.
- Informasjon til og opplæring av ansatte: Plan skal utarbeides

2. Ny sikkerhetslov (trer i kraft 1.1.2019) og konsekvens for tidligfasen i sykehusprosjekter

På oppfordring fra Helse Midt-Norge RHF og Sykehusbygg har HOD tatt initiativ til å etablere en arbeidsgruppe som skal se nærmere på hvilke konsekvenser ny Sikkerhetslov vil få for tidligfaseplanlegging.

Formålet med sikkerhetsloven er å trygge nasjonale sikkerhetsinteresser, herunder beskytte viktige samfunnsfunksjoner ved krig og kriser. Dette kan få innvirkning på sykehusprosjekter, men også for driften av sykehusenheter.

Første møte ble holdt hos HOD den 1. februar der representanter fra alle RHF'ene, Nasjonal Sikkerhetsmyndighet (NSM) og Sykehusbygg deltok.

Målet for arbeidsgruppen er å bli enig om en arbeidsprosess i sykehusprosjekter (verdi- og skadevurdering med oppfølging av avbøtende tiltak). Sykehusbygg presenterte krav og struktur i Tidligfaseveilederen, og det var enighet om at arbeidsgruppen skal forholde seg til «Veileder for Tidligfasen i sykehusprosjekter, rev. sept/okt 2017». Sykehusbygg vil delta aktivt i dette arbeidet og vil sørge for at

resultater så raskt som mulig implementeres i Sykehusbygg sitt styringssystem, og dermed kommer eksisterende prosjekter til gode.

3. Gjennomgang av finansieringsmodell – prosjektmandat

Det har tidligere blitt diskutert om dagens finansiering av fellesoppgavene er hensiktsmessig og om det finnes andre metoder som kan være aktuelle. Dette ble diskutert både i Kundeforum og i Sykehusbyggs styre høsten 2016. I oppdragsdokumentet for 2017 ble det fastslått at det skal gjennomføres en slik gjennomgang. Vi har nå mottatt mandatet for dette arbeidet fastsatt av økonomidirektørene i de regionale helseforetakene som også er styringsgruppe. Det er nedsatt en arbeidsgruppe bestående av controllergruppen fra de regionale helseforetakene og Jørn Rørmark fra Sykehusbygg. Tidsrammen er at arbeidet skal ferdigstilles innen juni 2018. Det er berammet et heldags oppstartsmøte i arbeidsgruppen 21. februar. Prosjektmandatet ligger vedlagt.

4. Uformelt miniseminar mellom HOD og Sykehusbygg

HOD har via administrerende direktør i Helse Sør-Øst anmodet om et uformelt miniseminar med Sykehusbygg. I seminaret belyses de 3-5 viktigste erfaringene SB har gjort, eventuelt gevinstene som er oppnådd, og som sier noe om hvordan fremtidens sykehus kan bli bedre for pasientene og billigere for byggherrene. Om det er noen erfaringer SB har høstet som kan være til nytte for kommunale byggherrer, er det også interessant. Programmet ligger vedlagt. Miniseminaret gjennomføres mandag 12. februar.

Sykehusbygg HF, 09.02.2018

Ann Elisabeth Wedø
administrerende direktør

Elektronisk godkjent uten signatur

Vedlegg:

Vedlegg 1: Prosjektmandat finansieringsmodell Sykehusbygg HF

Vedlegg 2: Program – uformelt miniseminar HOD og Sykehusbygg

Prosjektmandat for «Finansieringsmodell Sykehusbygg HF»

Prosjektnummer Agresso:	Saksnummer ePhorte:	Versjon:
Behandlet dato: 2.2.18	Behandlet av: Økonomidirektørmøtet	Utarbeidet av: Controllergruppen/Sykehusbygg HF
Beslutning: Mandat godkjent med <i>endringer i kursiv</i>		
Bemanning av neste fase Prosjekteier: Økonomidirektørmøtet v/Anne Marie Barane Marianne Bidtnes Støre Sykehusbygg HF v/ Jørn Rørmark Jan Erik Lorentzen Thor Gunnar Haug Anne Berit Sund		Neste fase: Prosjektfase Neste fase ferdig: XX 201X
Signatur (adm. dir/linjeleder/prosjekteier) 		

LOGG

Versjon	Dato	Mottaker
0.8	24.1.18	Arbeidsgruppen
1.0	2.2.18	Økonomidirektørmøtet

1. Bakgrunn/problemstilling

Sykehusbygg HF's virksomhet omfatter to hovedkategorier av oppgaver; fellesoppgaver og prosjektoppgaver. Fellesoppgaver er oppgaver som helseforetaket løpende ivaretar for de fire helseregionene, mens prosjektoppgaver leveres etter bestilling fra ett eller flere RHF/HF.

Fellesoppgavene består både av faglige fellesoppgaver og administrative fellesoppgaver.

Sykehusbygg HF har så langt lagt til grunn i at prosjektene faktureres for tilhørende projektkostnader samt et påslag for overhead (ledelse / administrasjon). Rammefinansieringen dekker kostnader knyttet til fellesoppgaver og en andel ledelse/administrasjon.

Rammefinansieringen av ledelse/administrasjon fordeles etter eierandel (25 % på hver av RHF-ene) mens rammefinansiering av fellesoppgavene fordeles etter Magnussen-fordelingen.

Prosjektet skal anbefale fremtidig finansieringsmodell for Sykehusbygg HF.

2. Styringsmessige og faglige føringer

I henhold til oppdragsdokument 2017 for Sykehusbygg skal de regionale helseforetakene i 2017 ta initiativ til en gjennomgang av finansieringsmodellen for Sykehusbygg HF. Sykehusbygg HF skal delta i dette arbeidet.

Nasjonalt økonomidirektørmøte vedtok i møte 9.6.17 at arbeidet med finansieringsmodell for Sykehusbygg HF må også settes i gang. Det skal utarbeides et tilsvarende mandat som for Sykehusinnkjøp HF. Det kan legges opp til en faseinndeling tilsvarende arbeidet med finansieringsmodell for Sykehusinnkjøp HF. Controllergruppen v/ Helse Midt-Norge får ansvar for å lage et utkast til mandat for dette arbeidet.

AD-møte vedtok i møte 07.10.2014 notat om prinsipper for finansiering av felleseide HF / felles aktiviteter mellom regionene ble vedtatt. Notatet skisserer ulike prinsipper og føringer for finansiering av felleseide HF, og skal legges til grunn i gjennomgangen av finansieringsmodellen for Sykehusbygg HF.

3. Tidsplan og ressursbehov

Prosjektet må utarbeide en detaljert fremdrifts- og milepælsplan.

Prosjektet tar sikte på å ferdigstille arbeidet med gjennomgangen av finansieringsmodellen for Sykehusbygg HF innen juni 2018, i godt tid før budsjett 2019 skal rapporteres. Sykehusbygg HF skal rapportere ØLP 3.april 2018, og det foreslås at de i utgangspunktet da legger dagens finansiering til grunn.

Første fase skal avsluttes i løpet av februar 2018:

Oppstartsmøte

- Plan for informasjon og forankring. Hvilke parter skal involveres.
- Kartlegging/vurdering av nåsituasjon – dagens finansiering

Andre fase – avsluttes innen juni 2018

- Prinsipper for fremtidig modell
- Plan for implementering av ny finansieringsmodell
- Endringer for 2019?

Hovedmilepæler:

- | | |
|-----------|--|
| 2. feb | Prosjektmandat behandles i nasjonalt økonomidirektørmøte |
| 23. april | Prinsipp og plan for implementering av fremtidig modell behandles i styringsgruppen- Nasjonalt økonomidirektørmøte (styringsgruppe) |
| 14.mai | Prinsipp og plan for implementering av fremtidig modell behandles i AD-møte |

Ressursbehov består av arbeidstid hos prosjektdeltakere og noe kostnader til reise- og møteaktivitet.

4. Organisering og ansvar

Prosjektgruppen består av:

Controllergruppen

Sykehusbygg v/ økonomidirektør Jørn Rørmark

Prosjektleder: Marianne Bidtnes Støre

Interregionalt økonomidirektørmøtet er styringsgruppe.

Interessenter:

De 4 RHFene og Sykehusbygg HF v/adm/ledelse. Sykehusbygg HF får ansvaret for å informere aktuelle enheter internt (evt. prosjektdirektører dersom endring av finansieringsform av byggeprosjektene)

Utkast til program for uformelt miniseminar hos Sykehusbygg HF

Mandag 12. februar 2018, kl 14.30 – 16.00 i Sykehusbygg sine lokaler i Hoffsveien 10 på Skøyen

Deltakere fra HOD:

Fra politisk ledelse:

Statssekretærene Anne Grethe Erlandsen, Maria Jahrmann Bjerke og Line Miriam Sandberg.
Politisk rådgiver Saliba Andreas Korkunc.

Fra Kommunikasjonsenheten:

Kommunikasjonssjef Arve Paulsen, Mona Sæverud Higræff og Cathrine Slaaen.

Fra Eieravdelingen:

Ekspedisjonssjef Målfrid Bjærum, Astri Knapstad, Frode Myrvold og Helga Daae

Deltaker fra Helse Sør-Øst:

Økonomidirektør Hanne Gaaserød

Deltakere Fra Sykehusbygg:

Fungerende styreleder Gunn Fredriksen

Adm. dir. Ann Elisabeth Wedø

Avdelingssjef for prosjektavdelingene, Marte Lauvsnes

Prosjektdirektør Dag Bøhler

Tid	Tema	Ansvar
14.30 – 14.40	Velkommen og presentasjonsrunde	Gunn
14.40 – 14.50	Kort om status i Sykehusbygg	Ann Elisabeth
14.50 – 15.20	Våre 3-5 viktigste erfaringer og oppnådde gevinster og hvordan fremtidens sykehus kan bli bedre for pasientene og billigere for byggherrene. Kort presentasjon og dialog	Marte og Dag
15.20 – 15.40	Noen tanker om hvordan nye sykehusbyggeprosjekter kan være en pådriver i utviklingen av fremtidens helsetjenester Kort presentasjon og dialog	Marte
15.40 – 15.55	Våre erfaringer så langt som kan være til nytte for kommunale byggherrer Kort presentasjon og dialog	Marte
15.55 – 16.00	Avslutning	HOD

SB-SAK 14/2018**Rutiner for vurdering av habilitet i Sykehusbygg HF****Forslag til vedtak:**

Saken tas til orientering

Oppsummering:

Tiltak for å forebygge og identifisere inhabilitet er dokumentert i styringssystemet EUREKA.

Det er prosjektleders ansvar at det gjøres en risikovurdering knyttet til habilitet før utforming av konkurransegrunnlag påstartes og at hver enkelt bidragsyter fyller ut skjema og vurderer sin habilitet i forhold til aktuelle tilbydere, og at dette blir dokumentert.

Saksutredning/bakgrunn:

Ved gjennomføring av en anskaffelse som er omfattet av regelverket om offentlige anskaffelser, gjelder reglene for habilitet i forvaltningsloven. Oppdragsgiveren plikter å treffe egnede tiltak for å forebygge, identifisere og avhjelpe eventuelle tilfeller av inhabilitet.

For Sykehusbygg HF gjelder dette anskaffelser av entrepriser, varer og tjenester enten på vegne av oppdragsgiver eller på egne vegne.

Ansatte i Sykehusbygg HF må ikke legge til rette for eller fatte avgjørelser i noen faser av en anskaffelsesprosess dersom den ansatte eller noen som står nær vedkommende har en egeninteresse for utfallet av saken, og at det er egnet til å svekke tilliten til hans upartiskhet..

Den ansatte har en selvstendig plikt til å vurdere sin habilitet.

Innen anskaffelsesretten hvor hensynet til likebehandling står sterkt, blir vurderingen av habilitet særlig viktig.

Også andre enn Sykehusbygg HFs egne ansatte kan omfattes av habilitetsreglene.

Det kan være ansatte i andre HF, RHF eller eksterne rådgivere som blir brukt i utformingen av konkurransegrunnlag (inkludert vedlegg) eller på annen måte bidra i anskaffelsen.

Den enkelte ansatts vurdering av habilitet i forbindelse med en anskaffelse gjøres i henhold til regelverket om offentlig anskaffelse. Den enkelte fyller ut skjema (vedlegg 1) for habilitetsvurdering før oppstart av kvalifisering/evaluering og før man får innsyn i søknader/tilbud. Skjema skal fylles ut, signeres og returneres evalueringsansvarlig/nærmeste overordnede. Habiliteten knyttes da opp mot den enkelte anskaffelse, og skal være en aktivitet i anskaffelsesprosessen i styringssystemet EUREKA.

I tillegg er det behov for at det også gjøres en risikovurdering av den enkelte prosjektdeltaker inklusiv prosjektleder i forhold til habilitet før arbeidet med

konkurransesgrunnlaget startes. Det knyttes også opp til anskaffelsen, og er en aktivitet som må gjennomføres før arbeidet med konkurransesgrunnlaget påstartes.

Aktivitetene knyttet til habilitetsvurderingen blir dokumentert og arkivert.

Før et prosjektstyringsverktøy er anskaffet og i bruk, gjøres dette manuelt.

Saksbehandler: Eva Kvål, Teamleder styringssystem, kunnskap og kvalitet

Sykehusbygg HF, 08.02.2018

Ann Elisabeth Wedø
administrerende direktør

Elektronisk godkjent uten signatur

Vedlegg:

Vedlegg 1: Skjema for habilitetsvurdering

SKJEMA FOR VURDERING AV EGEN HABILITET HOS DELTAKERE I EN ANSKAFFELSE

Info	Til utfylling
Anskaffelse:	
Arkiv-/saksnr:	
Frist søknad/tilbud:	
Jeg erklærer meg habil	JA _____ NEI _____

1 INNLEDNING

Ved gjennomføring av en anskaffelse som omfattes av regelverket for offentlige anskaffelser, gjelder reglene om habilitet i forvaltningsloven. Dette skjema skal benyttes i alle anskaffelser, før oppstart av kvalifisering/evaluering og før man får innsyn i søknader/tilbud. Skjema skal fylles ut, signeres og returneres evalueringsansvarlig/nærmeste overordnede (i linja).

2 FORMÅL

Formål med denne kartleggingen er å ev. avdekke forhold som tyder på at medlemmer av evalueringsgruppa el.l vil være inhabil i behandling/evaluering av aktuelle søknader/tilbud jf. anskaffelsesforskriften §7-5 / forvaltningslovens § 6 til § 10.

INHABILITETSGRUNNER		JA	Nei
1	Er du part ¹ i saken?		
2	Er noen i din familie/svigerfamilie ² el.l part i saken?		
3	Er du med i ledelse eller styre i selskap som er part i saken?		
4	Har du verv eller eierinteresser i selskap som er part i saken?		
5	Har du et vennskap og eller uvennskap med parter i saken, eller er det andre særegne forhold som kan være egnet til å svekke tilliten til din upartiskhet? ³		
6	Her er de plass til ev. kommentarer:		

Sted/dato
Signatur
Stilling
Arbeidssted

¹ "Part" er de som deltar i konkurransen, se liste over søkere/tilbydere. Medlemmer av evalueringsgruppa kan ikke inneha verv/ha eierinteresser som svekker tilliten til evalueringen.

² Man blir ikke inhabil ved ethvert familieforhold, men vurderinger kan knyttes til den skjønsmessige habilitetsbestemmelsen.

³ Dette kan eksempelvis være at avgjørelsen i saken kan være til særlig fordel eller ulempe for deg eller noen som du har nær personlig tilknytning til.

SB-SAK 15/2018 ÅRSREGNSKAP OG ÅRSBERETNING 2017**Forslag til vedtak:**

1. Styret godkjenner det fremlagte forslag til årsregnskap for 2017 som viser et overskudd på kr 573 410. Resultatet foreslås ført mot annen egenkapital.
2. Fremlagte forslag til årsberetning godkjennes.
3. Udisponert rammefinansiering som utgjør kr 17 519 433 ved utgangen av 2017 betales tilbake til de regionale helseforetakene i henhold til epost mottatt 20. desember 2017.
4. Årlig møte mellom styret og revisor uten at administrasjonen var til stede ble avholdt.

Oppsummering:

Vedlagt følger revidert årsregnskap og årsberetning. Revisor utsteder sin revisjonsberetning etter at årsregnskap og årsberetning er styrebehandlet og signert av styret. Revisor Stein Erik Sæter, BDO; vil være tilstede under behandlingen av årsregnskap og årsberetning.

Årsresultatet er pluss 573 410 kroner og foreslås ført mot annen egenkapital. Det foreslås at udisponert rammefinansiering ved utløpet av 2017 tilbakebetales i henhold til de regionale helseforetakenes beslutning.

Saksutredning/bakgrunn:

Sykehusbygg har tidligere år avlagt regnskap etter unntaksreglene for små foretak. På grunn av vekst i antall ansatte, omsetning og balansesum har vi ikke lenger anledning til å benytte disse unntaksreglene. Dette betyr først og fremst større krav til innholdet i årsberetningen, men også økte krav til noteopplysninger. I forbindelse med behandlingen av årsregnskapet avholdes det også årlig møte mellom styret og revisor uten at administrasjonen er til stede. Et slikt årlig møte er i henhold til revisorloven pålagt når Sykehusbygg ikke lenger kan avlegge regnskap etter unntaksreglene for små foretak.

I notene til årsregnskapet er erklæring om fastsettelse av lønn og godtgjørelser til ledende ansatte tatt inn som ny note 4. Innholdsmessig er erklæringen tilsvarende den som ble behandlet i styret i juni 2017.

Regnskapet viser et årsresultat på pluss kr 573 410. Årsresultatet er om lag i balanse noe som er i henhold til føringene i oppdragsdokument for 2017.

Tilskuddsfinansiert aktivitet omfatter i 2017 fellesoppgavene og ledelse/administrasjon og er inntektsført med 46,1 MNOK, jf. note 1. I tillegg er 0,7

MNOK av tilskuddene brukt til finansiering av aktiverbare eiendeler. Årets bevilgning for 2017 var 52,8 MNOK og i tillegg var 11,1 MNOK overført fra 2016. Udisponert tilskudd til administrasjon og fellesoppgaver utgjør 17,5 MNOK ved utløpet av 2017 og fremkommer som kortsiktig gjeld i balansen. I henhold til beslutning hos de regionale helseforetakene skal udisponert rammetilskudd betales tilbake.

Salgsinntekter knyttet til eksterne prosjektoppdrag var 117,7 MNOK i 2017 sammenlignet ned 76,4 MNOK forrige år. Fordelingen av salgsinntekter fra eksterne prosjektoppdrag mellom helseregionene fremgår av note 1. Differansen mellom salgsinntektene i resultatregnskapet og samlet fakturering til regionene skyldes i hovedsak fakturering til Justis- og beredskapsdepartementet knyttet til helikopterlandingsplassene samt viderefakturerte kostnader knyttet til prosjektene.

Foretakets største kostnader er personal- og administrasjonskostnader. Disse er spesifisert i note 3, 4 og 5. Som følge av veksten i aktivitet og antall ansatte er personalkostnadene økt med 33 % sammenlignet med foregående år. Administrasjonskostnadene har økt med om lag samme forhold som personalkostnadene.

Eiendelene i balansen består i hovedsak av kundefordringer og bankinnskudd. Gjeldssiden i balansen er dominert av kortsiktig gjeld, herav utgjør udisponert rammetilskudd fra de regionale helseforetakene 17,5 MNOK.

Foretakets arbeidskapital (dvs. omløpsmidler minus kortsiktig gjeld) er ca. 10 MNOK. Dette tilsvarer én måneds omsetning i den prosjektfinansierte delen av virksomheten. Som følge av at utfaktureringskjøret skjer etterskuddsvis og med 30 dagers betalingsfrist kan dette medføre likviditetsutfordringer, og dette vil ytterligere forsterkes som følge av forventet vekst i eksterne prosjektoppdrag i 2018. Det er dialog med foretakets eiere for å finne løsninger på disse utfordringene.

Årsberetningen er utformet ut fra kravene etter regnskapslovens bestemmelser.

Saksbehandler: Jørn Rørmark

Sykehusbygg HF, 9.2.2018

Ann Elisabeth Wedø
administrerende direktør

Elektronisk godkjent uten signatur

Vedlegg:

1. Årsregnskap 2017
2. Årsberetning 2017
3. Epost av 20. desember 2017 med beslutning om tilbakebetaling av udisponert rammetilskudd

Sykehusbygg HF

Resultatregnskap 2017

	Note	2017	2016
Salgsinntekter	1	117 687 084	76 387 967
Tilskudd	1	46 143 047	39 045 955
Sum driftsinntekter		163 830 131	115 433 922
Fremedytelser	2	35 918 927	19 861 340
Lønnskostnader	3, 4, 5	105 332 721	78 721 209
Avskrivning driftsmidler	7	481 263	325 250
Annen driftskostnad	3, 6	22 032 675	16 801 370
Sum driftskostnader		163 765 586	115 709 169
Driftsresultat		64 545	-275 247
Renteinntekter		516 559	528 661
Annen finansinntekt		69	3 920
Sum finansinntekter		516 628	532 581
Rentekostnader		5 692	3 861
Annen finanskostnad		2 071	1 121
Sum finanskostnader		7 763	4 982
Finansresultat		508 865	527 599
Årsresultat		573 410	252 352
Overføringer			
Avsatt til annen egenkapital		573 410	252 352
Sum		573 410	252 352

Sykehusbygg HF

Balanse 2017

EIENDELER	Note	2017	2016
Anleggsmidler			
Imatrielle eiendeler			
Programvare	7	915 176	962 000
Sum imatrielle eiendeler		915 176	962 000
Varige driftsmidler			
Inventar, kontormaskiner	7	1 879 946	1 614 513
Sum varige driftsmidler		1 879 946	1 614 513
Finansielle anleggsmidler			
Andre investeringer	8	98 209	24 892
Sum finansielle anleggsmidler		98 209	24 892
Sum anleggsmidler		2 893 331	2 601 405
Omløpsmidler			
Fordringer			
Kundefordringer	9	22 593 522	13 004 876
Andre fordringer		115 168	353 732
Sum fordringer		22 708 690	13 358 608
Bankinnskudd	10	45 360 168	25 606 748
Sum bankinnskudd		45 360 168	25 606 748
Sum omløpsmidler		68 068 858	38 965 356
Sum eiendeler		70 962 189	41 566 761

Sykehusbygg HF

Balanse 2017

EGENKAPITAL OG GJELD	Note	2017	2016
Egenkapital			
Innskutt egenkapital			
Foretakskapital	11	5 000 000	5 000 000
Sum innskutt egenkapital		5 000 000	5 000 000
Opptjent egenkapital			
Annen egenkapital	11	549 501	-23 909
Sum opptjent egenkapital		549 501	-23 909
Sum egenkapital		5 549 501	4 976 091
Gjeld			
Langsiktig gjeld			
Pensjonsforpliktelser	5	4 782 072	958 459
Andre avsetninger for forpliktelser	12	2 795 123	2 576 514
Sum langsiktig gjeld		7 577 195	3 534 973
Kortsiktig gjeld			
Leverandørgjeld	9	17 621 960	4 199 129
Skyldige offentlige avgifter	13	9 200 572	8 559 650
Annen kortsiktig gjeld	9, 14	31 012 961	20 296 918
Sum kortsiktig gjeld		57 835 493	33 055 697
Sum gjeld		65 412 688	36 590 670
Sum egenkapital og gjeld		70 962 189	41 566 761
Garantiforpliktelser	15		

Trondheim, 16.02.2018
I styret for Sykehusbygg HF

Steinar Frydenlund
Styrets leder

Gunn Fredriksen
Nestleder

Hilde Rolandsen
Styremedlem

Ivar Eriksen
Styremedlem

Liv Haugen
Styremedlem

Arild Mathisen
Styremedlem

Ann Elisabeth Wedø
Adm. direktør

Sykehusbygg HF

Indirekte kontantstrøm

	2017	2016
KONTANTSTRØM FRA OPERASJONELLE AKTIVITETER		
Årets resultat	573 410	252 354
+ Ordinære avskrivninger	481 263	325 250
+/- Endring i kundefordringer	-9 588 646	6 893 772
+/- Endring i leverandørgjeld	13 422 831	1 018 765
+/- Forskj. kostnadsført pensjon og inn-/utbet. i pensjonsordning	3 823 613	-289 611
+/- Endring i andre tidsavgrensningposter	11 814 138	3 965 760
= Netto kontanstrøm fra operasjonelle aktiviteter	20 526 609	12 166 290
KONTANTSTRØM FRA INVESTERINGSAKTIVITETER		
Utbetalinger ved investering i imatrielle eiendeler og varige		
- driftsmidler	-699 872	-1 638 552
- Utbetalinger ved investering i andeler i andre foretak	-73 317	-23 896
= Netto kontanstrøm fra investeringsaktiviteter	-773 189	-1 662 448
KONTANTSTRØM FRA FINANSIERINGSAKTIVITETER		
+ Innbetaling av egenkapital	0	0
= Netto kontanstrøm fra finansieringsaktiviteter	0	0
= Netto endring i kontanter og kontantekvivalenter	19 753 420	10 503 842
+ Beh. av kont. og kontantekvivalenter ved per. begynnelse	25 606 748	15 102 906
= Beh. av kont. og kontantekvivalenter ved per. slutt	45 360 168	25 606 748

Sykehusbygg HF

Regnskapsprinsipper

Årsregnskapet er satt opp i samsvar med regnskapsloven og god regnskapsskikk.

Bruk av estimater

Utarbeidelse av regnskap i samsvar med regnskapsloven krever bruk av estimater. Videre krever anvendelse av foretakets regnskapsprinsipper at ledelsen må utøve skjønn. Områder som i stor grad inneholder slike skjønnsmessige vurderinger, høy grad av kompleksitet, eller områder hvor forutsetninger og estimater er vesentlige for årsregnskapet, er beskrevet i notene.

Prinsipp for inntektsføring

Tilskudd inntektsføres i henhold til sammenstillingsprinsippet.

Tjenester inntektsføres i takt med utførelsen.

Klassifisering av balanseposter

Eiendeler bestemt til varig eie eller bruk klassifiseres som anleggsmidler. Eiendeler som er tilknyttet varekretsløpet klassifiseres som omløpsmidler. Fordringer for øvrig klassifiseres som omløpsmidler hvis de skal tilbakebetales innen ett år. For gjeld legges analoge kriterier til grunn.

Anskaffelseskost for eiendeler omfatter kjøpesummen, med fradrag for bonuser, rabatter og lignende, og med tillegg for kjøpsutgifter (frakt, toll, offentlige avgifter som ikke refunderes og andre direkte kjøpsutgifter). Ved kjøp i utenlandsk valuta balanseføres eiendelen til kursen på transaksjonstidspunktet.

Immaterielle driftsmidler balanseføres og avskrives lineært over dets forventede levetid. Utgifter til andre immaterielle eiendeler balanseføres i den utstrekning kriteriene for balanseføring er oppfylt. Dette innebærer at utgifter til andre immaterielle eiendeler er balanseført når det anses som sannsynlig at de fremtidig økonomisk fordelene knyttet til eiendelen vil tilflyte foretaket og man har kommet frem til en pålitelig måling av anskaffelseskost for eiendelen.

Andre varige driftsmidler balanseføres og avskrives lineært til restverdi over driftsmidlenes forventede utnyttbare levetid dersom de har en kostpris på over kr 100 000. Driftsmidlenes utnyttbare levetid, samt restverdi, vurderes på hver balansedag og endres hvis nødvendig. Vedlikehold av driftsmidler kostnadsføres løpende som driftskostnader. Påkostninger og forbedringer tillegges driftsmidlets kostpris og avskrives i takt med driftsmidlet. Skillet mellom vedlikehold og påkostning/forbedring regnes i forhold til driftsmidlets stand på anskaffelsestidspunktet.

Leide (leasede) driftsmidler balanseføres som driftsmidler hvis leiekontrakten anses som finansiell.

Anleggsmidler nedskrives til kr 0,- dersom de ikke lenger vil være i bruk.

Kundefordringer føres i balansen etter fradrag for avsetning til forventede tap. Avsetning til tap gjøres på grunnlag av individuell vurdering av fordringene.

Andre fordringer føres opp til det laveste av pålydende og virkelig verdi. Virkelig verdi er nåverdien av forventede framtidige innbetalinger. Avsetning til tap vurderes på samme måte som for kundefordringer.

Kortsiktig gjeld balanseføres til nominelt beløp på etableringstidspunktet.

Sykehusbygg HF

Pensjonsforpliktelser og pensjonskostnad

Regnskapsføring av pensjonskostnader skjer i samsvar med Norsk regnskapsstandard NRS6.

Foretaket har pensjonsordning som gir de ansatte rett til avtalte fremtidige pensjonsytelser, kalt ytelsesplaner. Pensjonsforpliktelsen beregnes etter lineær opptjening på basiss av forutsetninger om antall opptjeningsår, diskonteringsrente, fremtidig avkastning på pensjonsmidler, fremtidig regulering av lønn, pensjoner og ytelser fra folketrygden samt aktuarmessige forutsetninger om dødelighet, frivillig avgang osv. Pensjonsmidlene vurderes til virkelig verdi. Netto pensjonsforpliktelse består av brutto pensjonsforpliktelse fratrukket virkelig verdi av pensjonsmidler. Netto pensjonsforpliktelse på underfinansierte ordninger er balanseført som langstiktig rentefri gjeld, mens netto pensjonsmidler på overfinansierte ordninger er balanseført som langsiktig rentefri fordring dersom det er sannsynlig at overfinansieringen kan utnyttes.

Endringer i forpliktelsen som skyldes endringer i pensjonsplanene eller estimatavvik fordeles over antatt gjennomsnittlig gjenværende opptjeningstid hvis avvikene overstiger 10% av brutto pensjonsforpliktelse/pensjonsmidler.

Netto pensjonskostnad, som er brutto pensjonskostnad fratrukket estimert avkastning på pensjonsmidlene, korrigert for fordelt virkning av endringer i estimater og pensjonsplaner, klassifiseres som ordinær driftskostnad, og er presentert samme med lønn og andre ytelser.

Utenlandsk valuta

Fordringer og gjeld i utenlandsk valuta vurderes etter kursen ved regnskapsårets slutt.

Skatt

Sykehusbygg HF, som arbeider innen offentlig helsevirksomhet, er ikke skattepliktig foretak.

Kontantstrømoppstilling

Kontantstrømoppstillingen utarbeides etter den indirekte metoden. Kontanter og kontantekvivalenter omfatter kontanter, bankinnskudd and andre kortsiktige, likvide plasseringer som umiddelbart og med uvesentlig kursrisiko kan konverteres til kjente kontantbeløp og med gjenværende løpetid kortere enn tre måneder fra anskaffelsesdato.

Sykehusbygg HF

Note 1 Driftsinntekter

Foretakets inntekter består av salg av rådgivertjenester knyttet til planlegging og bygging av sykehus etter oppdrag hovedsakelig fra helesforetak og regionale helseforetak, samt tilskudd fra de regionale helseforetakene til kunnskaps- og metodeutvikling knyttet til planlegging og bygging av sykehus.

Sykehusbygg HF eies av de fire regionale helseforetakene. De regionale helseforetakene og underliggende helseforetak regnes som nærstående parter til Sykehusbygg. Jf. også note 9.

Salgsinntekter	2017	2016
Helse Nord RHF og underliggende helseforetak	14 082 965	11 042 383
Helse Midt-Norge RHF og underliggende helseforetak	32 308 278	22 037 375
Helse Vest RHF og underliggende helseforetak	9 983 773	3 045 959
Helse Sør-Øst RHF og underliggende helseforetak	37 535 861	24 810 752
Sum	93 910 877	60 936 469

Inntektsført tilskudd	2017	2016
Helse Nord RHF	7 394 254	6 614 129
Helse Midt-Norge RHF	7 739 379	6 876 409
Helse Vest RHF	9 465 008	8 187 809
Helse Sør-Øst RHF	21 544 406	17 367 609
Sum	46 143 047	39 045 955

Disponering av tilskudd	2017	2016
Overført fra foregående år	11 081 089	9 920 347
Årets bevilgning	52 800 000	51 900 000
Reduksjon pga innbetalt merverdiavgift	0	-10 380 000
Til disposisjon i året	63 881 089	51 440 347
Inntektsført i resultatregnskapet	-46 143 047	-39 045 955
Utsatt inntektføring pga aktivering i balansen	-699 872	-1 638 553
Tatt til inntekt av tidligere utsatt inntektføring i balansen	481 263	325 250
Overført til neste år	17 519 433	11 081 089

Fra og med 2017 oppnår de regionale helseforetakene kompensasjon for merverdiavgift på tilskudd til Sykehusbygg, og bevilget tilskudd faktureres med tillegg av merverdiavgift.

I henhold til beslutning hos de regionale helseforetakene skal ubenyttet tilskudd ved utløpet av 2017 betales tilbake til de regionale helseforetakene.

Note 2 Fremedytelse

Fremmedytelse er rådgivertjenester m.v. som er innkjøpt i forbindelse med prosjektoppdragene, og som blir viderefakturert til oppdragsgiverne samt tjenestekjøp og IKT-kostnader knyttet til rammefinansierte fellesoppgaver.

Sykehusbygg HF

Note 3 Lønnskostnader, antall årsverk, godtgjørelser mm.

Lønnskostnader	2017	2016
Lønninger	77 893 171	60 910 783
Arbeidsgiveravgift	11 937 470	9 603 275
Pensjonskostnader	11 003 910	5 139 234
Andre ytelser	4 498 170	3 067 917
Sum	105 332 721	78 721 209

Gjennomsnittlig antall årsverk	79	65
--------------------------------	----	----

Det er ikke gitt lån eller sikkerhetsstillelse til foretakets ansatte eller nærstående av disse.

Kostnadsført godtgjørelse til revisor (eks. mva)	2017	2016
Lovpålagt revisjon (inkl. teknisk bistand med årsregnskap)	124 500	100 000
Andre attestasjonstjenester	0	0
Skatterådgivning (inkl. teknisk bistand med ligningspapirer)	0	0
Annen bistand	0	8 700
Sum godtgjørelse til revisor	124 500	108 700

Note 4 Erklæring om fastsettelse av lønn og annen godtgjørelse til ledende ansatte

Sykehusbygg HF definerer personer i stillingene administrerende direktør, viseadministrerende direktør, sjef for fellesoppgaver, sjef for plan og utvikling, sjef for prosjektering og bygging, sjef for administrasjon og HR, økonomisjef og prosjektdirektører som ledende ansatte.

Erklæringen er utarbeidet i tråd med allmennaksjelovens § 6-16 a, regnskapslovens bestemmelser og retningslinjene for lønn og andre godtgjørelse til ledende ansatte foretak og selskaper med statlig eierandel av mars 2015.

For 2018 er lederlønnspolitikken basert på følgende retningslinjer:

Sykehusbygg HF legger til grunn en nøktern lederlønnspolitikk, samtidig som betingelsene må være konkurransedyktige totalt sett. Lønn og øvrig kompensasjon skal reflektere den enkelte medarbeiders ansvarsområde, erfaring og oppnådde resultater. Sykehusbygg HF skal ikke være lønnsledende, men inspirerende og meningsfylte oppgaver samt kompetanseutviklende miljøer skal være ledende motivasjonsfaktorer. Det benyttes ikke bonuser eller andre resultatavhengige lønnsplåsar.

I tillegg til fast lønn kan ledende ansatte ha naturalytelser som fri avis/tidsskrift, forsikringsordning, telefon- og bredbåndsordning. Så langt som mulig søkes det å legge naturalytelsene inn i den faste grunnlønnen.

Pensjonsordninger for ledende ansatte skal være på linje med ordninger for øvrige ansatte i foretaket. Pensjonsgrunnlaget skal ikke overstige 12 G (Folketrygdens grunnbeløp), og pensjonsytelsen skal ikke overstige 66 % av pensjonsgrunnlaget.

Normal oppsigelsestid er tre måneder. For administrerende direktør kan det avtales sluttvederlag tilsvarende fast lønn i inntil ni måneder etter utløpet av oppsigelsestiden når arbeidsforholdet avsluttes etter ønske fra styret. Sluttvederlaget reduseres forholdsvis ved ansettelse i ny stilling eller ved inntekt fra næringsvirksomhet etter utløpet av oppsigelsestiden

Styret fastsetter lønn og øvrige godtgjørelser for administrerende direktør. Administrerende direktør fastsetter lønn og øvrige godtgjørelser for ledende ansatte. Justering av fastlønn skjer årlig blant annet på bakgrunn av lønnsutviklingen i samfunnet generelt.

Sykehusbygg HF

Lederlønnspolitikken er i tråd med retningslinjene for lønn og andre godtgjørelse til ledende ansatte i foretak og selskaper med statlig eierandel av mars 2015. I 2017 har lederlønnspolitikken fulgt de samme retningslinjene som ligger til grunn for 2018. Lønnsjustering for ledende ansatte har i 2017 vært i samsvar med lønnsjustering for øvrige ansatte.

Ytelser til styret		Styre- honorar	Andre godt- gjørelser	Samlet godt- gjørelse	Samlet godt- gjørelse
		2017	2017	2017	2016
Styret					
Steinar Frydenlund	Styreleder	0	0	0	0
Jan Eirik Thoresen	Nestleder (til mai 2017)	0	0	0	0
Gunn Fredriksen	Nestleder (fra mai 2017)	0	0	0	0
Rigmor Helene Hansen	Styremedlem (til mai 2017)	40 700	0	40 700	80 000
Kristin Gustavsen	Styremedlem (til mai 2017)	40 700	0	40 700	80 000
Hilde Rolandsen	Styremedlem	0	0	0	0
Ivar Eriksen	Styremedlem	0	0	0	0
Kari Solem Aune	Ansattevalgt styremedlem	0	0	0	0
Samlede ytelser		81 400	0	81 400	160 000

Styremedlemmer ansatt i regionale helseforetak eller helseforetak mottar ikke styrehonorar. Ingen av styrets medlemmer har mottatt godtgjørelser utover styrehonorar. Ingen av styrets medlemmer har rett til særskilte vederlag ved avslutning av styrevervet. Det er ingen utlån eller garantistillelser fra foretaket til styrets medlemmer eller nærstående av disse.

Ytelser til ledende ansatte		Lønn	Andre godt- gjørelser	Samlet godt- gjørelse	Samlet godt- gjørelse
		2017	2017	2017	2016
Ledende ansatte					
Ann Elisabeth Wedø	Adm. direktør	1 535 308	5 122	1 540 430	1 419 761
Bjørn Remen	Viseadm. Direktør	1 341 761	5 122	1 346 883	1 335 145
Sigmund Stikbakke	Sjef fellesoppgaver (til mar. 2017)	561 165	2 349	563 514	1 022 152
Endre Fjellestad	Kst. sjef fellesoppgaver (fra mar. 2017)	1 096 864	5 122	1 101 986	1 078 380
Marte Lauvsnes	Sjef plan og utvikling	1 143 545	5 122	1 148 667	1 064 518
Edel Stokholm	Sjef prosjektering og bygging (i permisjon fra aug. 2017)	869 717	4 024	873 741	1 152 933
Lars Abrahamsen	Kst. sjef prosjektering og bygging (fra aug. 2017)	1 268 587	5 290	1 273 877	1 493 349
Berit Valstad-Aalmo	Sjef administrasjon og HR	968 046	5 122	973 168	977 873
Jørn Rørmark	Økonomisjef	932 489	4 390	936 879	1 022 958
Dag Bøhler	Prosjektdirektør	1 470 928	5 122	1 476 050	1 297 029
Kari Gro Johanson	Prosjektdirektør (fra aug. 2016)	1 225 799	5 122	1 230 921	549 680
Helle Jensen	Prosjektdirektør (fra okt. 2016)	1 228 481	5 122	1 233 603	326 238
Samlede ytelser		13 642 690	57 029	13 699 719	12 740 016

Pensjonskostnad for ledende ansatte		2017	2016
Ann Elisabeth Wedø	Adm. direktør	316 432	269 412
Bjørn Remen	Viseadm. Direktør	237 451	221 931
Sigmund Stikbakke	Sjef fellesoppgaver (til mar. 2017)	69 192	268 537
Endre Fjellestad	Kst. sjef fellesoppgaver (fra mar. 2017)	281 452	274 753
Marte Lauvsnes	Sjef plan og utvikling	388 966	295 405
Edel Stokholm	Sjef prosjektering og bygging (i permisjon fra aug. 2017)	168 065	232 412
Lars Abrahamsen	Kst. sjef prosjektering og bygging (fra aug. 2017)	320 290	316 704
Berit Valstad-Aalmo	Sjef administrasjon og HR	302 354	279 239
Jørn Rørmark	Økonomisjef	267 991	175 416
Dag Bøhler	Prosjektdirektør	353 149	323 149
Kari Gro Johanson	Prosjektdirektør (fra aug. 2016)	393 318	143 115
Helle Jensen	Prosjektdirektør (fra okt. 2016)	435 933	96 483
Sum pensjonskostnader		3 534 593	2 896 556

Det er ingen utlån eller garantier fra foretaket til administrerende direktør, øvrige ledende ansatte eller nærstående av disse.

Sykehusbygg HF

Ann Elisabeth Wedø, administrerende direktør:

Administrerende direktør har fast lønn. Det er ikke etablert bonusordninger eller andre former for resultatavhengig godtgjørelse.

Gjensidig oppsigelsestid er 3 måneder. Dersom avslutning av arbeidsforholdet skjer etter ønske fra styret har adm. direktør rett på etterlønn inntil 6 måneder fra fratredelsesdato. Eventuell lønn fra ny stilling kommer til fradrag i etterlønn. Bestemmelsene om etterlønn kommer ikke til anvendelse dersom det foreligger saklig grunnlag for oppsigelse eller avskjed.

I tillegg til fast lønn har adm. direktør også telefonordning, fri avis og forsikringsordning.

Pensjonsordningen er i henhold til reglene for offentlige pensjonsordninger og inkluderer AFP ordning fra fylte 62 år. Pensjonsgrunnlaget er oppad begrenset til 12 G. Pensjonsalder er 67 år med en pensjonsytelse på 66 % forutsatt full opptjeningsstid på 30 år. Pensjonsytelsen blir levealderjustert i henhold til ordinære regler.

Øvrige ledende ansatte:

Øvrige ledende ansatte har fast lønn. Det er ikke etablert bonusordninger eller andre former for resultatavhengig godtgjørelse. Gjensidig oppsigelsestid er 3 måneder, og det er ikke inngått etterlønnssavtaler.

I tillegg til fast lønn har øvrige ledende ansatte også telefonordning og forsikringsordning.

Pensjonsordningen er i henhold til reglene for offentlige pensjonsordninger og inkluderer AFP ordning fra fylte 62 år. Pensjonsgrunnlaget er oppad begrenset til 12 G. Pensjonsalder er 67 år med en pensjonsytelse på 66 % forutsatt full opptjeningsstid på 30 år. Pensjonsytelsen blir levealderjustert i henhold til ordinære regler.

Note 5 Pensjoner

Foretaket har pensjonsordning som omfatter samtlige ansatte. Ordningen gir rett til definerte fremtidige ytelser. Disse er i hovedsak bestemt av antall opptjeningsår, lønnsnivå ved oppnådd pensjonsalder og størrelsen på ytelsene fra folketrygden. Pensjonsgrunnlaget er oppad begrenset til 12 G. Den kollektive pensjonsavtalen er organisert i et forsikringsselskap. Foretaket har også en avtalefestet førtidspensjonsordning (AFP).

Foretakets pensjonsordning tilfredsstiller kravene i lov om obligatorisk tjenestepensjon.

Pensjonskostnader inkl. AGA	2017	2016
Nåverdi av årets pensjonsopptjening	11 026 218	5 706 757
Rentekostnad av pensjonsforpliktelsen	998 001	349 616
Brutto pensjonskostnad	12 024 219	6 056 373
Avkastning på pensjonsmidler	-829 477	-254 110
Administrasjonskostnad/Rentegaranti	468 970	338 633
Netto pensjonskostnad inkl. adm.kostnader	11 663 712	6 140 896
Arbeidsgiveravgift av netto pensjonskostnad inkl. adm.kost.	1 644 583	865 866
Resultatført aktuarielt tap (gevinst)	405 060	64 728
Resultatført aga av aktuarielt tap (gevinst)	79 104	14 584
Resultatførte planendringer	0	18 727
Resultatført pensjonskostnad	13 792 459	7 104 801

Sykehusbygg HF

Pensjonsforpliktelse	2017	2016
Brutto påløpt pensjonsforpliktelse	45 407 667	27 554 328
Pensjonsmidler	31 033 945	19 102 945
Netto forpliktelse før arbeidsgiveravgift	14 373 722	8 451 383
Arbeidsgiveravgift	2 026 695	1 191 645
Brutto påløpt pensjonsforpliktelse inkl aga	47 434 362	28 745 973
Netto forpliktelse inkl. arbeidsgiveravgift	16 400 417	9 643 028
Ikke resultatført aktuarielt gevinst(tap) ekskl. aga	-10 206 654	-7 616 149
Ikke resultatført aktuarielt gevinst(tap) aga	-1 411 691	-1 068 420
Ikke resultatførte planendringer	0	0
Balanseført netto forpliktelse/(midler) etter aga	4 782 072	958 459
Herav balanseført aga	615 004	123 225
Antall aktive	82	72
Antall oppsatte	8	2
Antall pensjoner	10	9

Økonomiske forutsetninger	2017	2016
Diskonteringsrente	2,40 %	2,60 %
Lønnsvekst	2,50 %	2,50 %
G-regulering	2,25 %	2,25 %
Pensjonsregulering	1,48 %	1,48 %
Forventet avkastning	4,10 %	3,60 %
Sats for arbeidsgiveravgift	14,10 %	14,10 %
Amortiseringstid	12 år	12 år
Korridorstørrelse	10 %	10 %

Som aktuariemessige forutsetningene for demografiske faktorer og frivillig avgang er lag til grunn vanlig benyttede forutsetninger innen forsikring.

Note 6 Andre driftskostnader

	2017	2016
Kostnader lokaler	5 961 643	3 567 361
Leie maskiner, inventar o.l.	100 877	14 355
Kostnadsførte anskaffelser	1 202 944	1 022 750
Datakostnader	3 861 496	3 363 485
Tjenestekjøp	8 202 814	6 212 124
Kontorkostnader	1 218 810	1 058 747
Reisekostnader	1 263 972	1 462 726
Andre kostnader	220 119	99 821
Sum andre driftskostnader	22 032 675	16 801 369

Sykehusbygg HF

Note 7 Imatrielle eiendeler og varige driftsmidler

	Programvare	Inventar	Maskiner	Sum
Anskaffelseskost 01.01.	1 110 000	1 543 348	297 637	2 950 985
Tilgang	210 000	0	489 872	699 872
Avgang	0	0	0	0
Anskaffelseskost 31.12.	1 320 000	1 543 348	787 509	3 650 857
Akkumulerte avskrivninger 31.12.	404 824	358 416	92 495	855 735
Balanseført verdi 31.12.	915 176	1 184 932	695 014	2 795 122
Årets avskrivninger	256 824	156 747	67 692	481 263
Forventet økonomisk levetid	5 år	10 år	5 år	
Avskrivningsplan	Lineær	Lineær	Lineær	

Leiekostnad ikke balanseførte driftsmidler

<i>Driftsmiddel</i>	Leiekostnad
Kontormaskiner, inventar	100 877
Kontorlokaler	5 039 049

Note 8 Andre langsiktige aksjer og andeler

	Balanseført verdi
Egenkapitalinnskudd i Kommunal Landspensjonskasse (KLP)	98 209
Balanseført verdi 31.12.	98 209

Note 9 Mellomværende med nærstående parter

Sykehusbygg HF eies av de fire regionale helseforetakene. De regionale helseforetakene og underliggende helseforetak regnes som nærstående parter til Sykehusbygg. Jf. også note 1.

	Kundefordringer		Andre fordringer	
	2017	2016	2017	2016
Helse Nord RHF og underliggende HF	4 237 291	4 094 170	0	0
Helse Midt-Norge RHF og underliggende HF	8 970 230	3 789 049	0	0
Helse Vest RHF og underliggende HF	2 504 550	1 270 787	0	0
Helse Sør-Øst RHF og underliggende HF	6 243 482	3 376 232	0	0
Sum	21 955 553	12 530 238	0	0

	Leverandørgjeld		Annen kortsiktig gjeld	
	2017	2016	2017	2016
Helse Nord RHF og underliggende HF	13 520	0	3 307 232	1 829 947
Helse Midt-Norge RHF og underliggende HF	1 271 773	755 606	3 396 617	1 908 307
Helse Vest RHF og underliggende HF	106 954	0	3 843 545	2 300 110
Helse Sør-Øst RHF og underliggende HF	0	0	6 972 039	5 042 725
Sum	1 392 247	755 606	17 519 433	11 081 089

Annen kortsiktig gjeld til de regionale helseforetakene består av ikke benyttet tilskudd. I henhold til beslutning hos de regionale helseforetakene skal ikke benyttet tilskudd ved utløpet av 2017 betales tilbake til de regionale helseforetakene.

Sykehusbygg HF

Note 10 Bundne bankinnskudd

	2017	2016
Skattetrekksmidler	4 198 912	3 688 549

Note 11 Egenkapital

Periodens endring i egenkapital	Foretaks- kapital	Annen egenkapital	Sum
Egenkapital 31.12.2016	5 000 000	-23 909	4 976 091
Periodens resultat	0	573 410	573 410
Egenkapital 31.12.2017	5 000 000	549 501	5 549 501

Foretakets eiere:

Eierandel

Helse Nord RHF	25 %
Helse Midt-Norge RHF	25 %
Helse Vest RHF	25 %
Helse Sør-Øst RHF	25 %

Stemmeandel i foretaksmøte samsvarer med eierandel.

Note 12 Andre avsetninger for forpliktelser

Avsetningen gjelder tilskudd som er benyttet til finansiering av immaterielle eiendeler, inventar og kontormaskiner som er aktivert. Avsetningen inntektsføres i takt med avskrivningen på de tilhørende investeringene. Se også disponering av tilskudd i note 1.

Note 13 Skyldig offentlige avgifter

	2017	2016
Forskuddstrekk skatt	4 119 082	3 688 549
Merverdiavgift	1 706 137	2 047 612
Arbeidsgiveravgift	3 375 353	2 823 489
Sum skyldig offentlige avgifter	9 200 572	8 559 650

Note 14 Annen kortsiktig gjeld

	2017	2016
Skyldig feriepengar	8 329 995	6 865 552
Påløpte kostnader	426 253	715 025
Ikke benyttet tilskudd	17 519 433	11 081 089
Øvrig kortsiktig gjeld	4 737 280	1 635 252
Sum annen kortsiktig gjeld	31 012 961	20 296 918

Note 15 Garantiforpliktelser

Foretaket har ikke avgitt garantier.

Årsberetning for 2017

Formål og eierskap.

Sykehusbygg HF ble stiftet 23. oktober 2014, og er et nasjonalt helseforetak eid av de fire regionale helseforetakene med 25 % hver. Foretaket er en internleverandør for de regionale helseforetakene og landets helseforetak. Sykehusbygg har hovedkontor i Trondheim, og i tillegg er det etablert kontor i Oslo og prosjektkontorer i tilknytning til utbyggingsprosjekter i Molde, Stavanger og Kristiansand.

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 sykehusenes 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.

Sykehusbygg skal utføre tjenester knyttet til utvikling, planlegging og gjennomføring av byggeprosjekter. Dette omfatter blant annet prosjekt- og prosessledelse vedrørende tidligfaseplanlegging samt prosjektledelse og rådgivning ved utbygging av sykehus.

Foretaket er organisert som en del av spesialisthelsetjenesten, og de overordnede politiske målsettingene for helsetjenestene gjelder for virksomheten. Sykehusbygg skal utføre sine oppgaver og gjennomføre styringskravene innenfor de rammer og mål som er gitt og de ressurser som blir stilt til rådighet.

Ansatte, arbeidsmiljø og likestilling.

Foretaket er under oppbygging, og det var i gjennomsnitt 79 årsverk ansatt i 2017. Ved årets slutt hadde Sykehusbygg 85 ansatte sammenlignet med 76 ansatte ved foregående årsskifte.

Sykefraværet var 3,4 % i 2017 mot 6,8 % forrige år. Det har ikke vært rapportert om skader eller ulykker på arbeidsplassen. Arbeidsmiljøet betraktes som godt. Sykehusbygg har signert IA-avtale og har et mål om en nærværsfaktor på 96 %. Etter et en periode med for høyt sykefravær har iverksatte tiltak gitt resultater slik at sykefraværet ligger innenfor mål i 2017.

Organiseringen av Sykehusbygg ble bestemt allerede før aktiviteten i foretaket startet opp i 2015. Basert på erfaringer med denne organiseringen ble det våren 2017 satt i gang en organisasjonsutviklingsprosess. Formålet var å skape tydeligere ansvars- og oppgavefordeling og rolleforståelse i virksomheten, og å legge til rette for bedre samhandling og koordinering mellom de ulike ansvarsområdene på organisasjonskartet. Det har vært bred medvirkning fra ansatte i prosessen. Ny organisasjonsmodell ble besluttet høsten 2017 og innført med virkning fra 1. januar 2018.

Som en del av organisasjonsutviklingsprosessen ble det gjennomført en medarbeiderundersøkelse våren 2017. Resultatene viser gjennomgående et godt arbeidsmiljø, der opplevd lederstøtte,

utviklingsmuligheter, indre motivasjon og autonomi er faktorer som bidrar positivt. Investering i medarbeiderutvikling, arbeidsbelastning og informasjon fikk lavest skåre. Undersøkelsen var godt forankret i organisasjonen og er fulgt opp avdelingsvis i etterkant. Organisasjonsutviklingsprosjektet håndterer flere av forbedringspunktene, blant annet etablering av en ressursstyrer og tydeliggjøring av de ulike rollene i organisasjonen. Teamtilhørighet framstår som viktig for trivselen, og arbeides med i implementeringen av nytt organisasjonsdesign. Felles møteplasser videreføres som et virkemiddel. Dette blir fulgt opp med en ny arbeidsmiljøundersøkelse i 2018.

Av foretakets 85 ansatte ved utløpet av 2017 er 34 kvinner og 51 menn. Foretakets ledergruppe besto i 2017 av tre kvinner og fire menn. Det er ansatt tre prosjektdirektører for ledelse av store utbyggingsprosjekter. Av disse er to kvinner og en mann. Foretakets styre besto av tre kvinner og to menn.

Sykehusbygg arbeider aktivt for å fremme likestilling, sikre like muligheter og rettigheter og hindre diskriminering. Foretaket ansetter de best kvalifiserte søkere til stillinger uavhengig av kjønn, etnisk bakgrunn mv.

Ytre miljø.

Virksomheten forurensar ikke det ytre miljø. Sykehusbyggs hovedkontor i Trondheim ligger i et bygg med passivhus-standard med energiklasse A. Kontoravfallet kildesorteres, og foretaket fokuserer på bruk av video- og telefonmøter for å redusere reiseaktiviteten.

Arbeid med miljøsertifisering av virksomheten etter NS-EN ISO 14001 pågår og sertifisering av ekstern part planlegges gjennomført i løpet av 1. halvår 2018. Miljøledelse er implementert i virksomheten.

Sykehusbygg er bevist på potensialet for å redusere miljøpåvirkningene både i bygge- og driftsfasen for nye bygg, og dette inngår som en viktig del av planleggingen. Sykehusbygg deltar i helseforetakenes nasjonale samarbeidsutvalg for miljø og klima samt i helseforetakenes miljø- og klimaforum.

Aktivitet og framtidsutsikter.

Foretakets virksomhet består av eksterne prosjektoppdrag knyttet til planlegging og bygging av sykehus som faktureres helseforetak og regionale helseforetak i henhold til medgått tid samt fellesoppgaver knyttet til kunnskaps- og metodeutvikling, standardisering o.l. til nytte for alle helseforetakene. Fellesoppgavene finansieres med rammetilskudd fra de regionale helseforetakene. Rammetilskuddet gir også delvis dekning for kostnadene til ledelse og administrasjon.

Virksomheten er fremdeles under oppbygging. I 2017 har det vært prioritert å arbeide videre med å utvikle kunnskapsgrunnlaget, metodeverk og verktøy, for å sette virksomheten best mulig i stand til å bistå oppdragsgiverne med god kvalitet og effektivitet i planlegging og bygging av sykehus. Sykehusbygg bistår i mange av de pågående utviklings- og byggeprosjektene. For å kunne levere best mulig i prosjektene, hver gang, har utvikling av standardromskatalogen, styringssystemet, prosjektstyringsverktøy (inkludert BIM) samt veiledere vært prioritert i 2017. Dette arbeidet begynner nå å gi resultater, og utviklingsarbeidet fortsetter i 2018.

Med utgangspunkt i oppdragsdokumentene arbeider Sykehusbygg med en rekke fellesoppgaveprosjekter for fremtidsrettet sykehusbygging i Norge. Disse oppgavene omfatter en rekke FOU-aktiviteter. Blant annet utvikles det metoder for evaluering av sykehusprosjekter. Det er

etablert samarbeidsavtale med NTNU om forskningssamarbeid og samarbeid med SINTEF om forskning på brannspredning i ventilasjonskanaler. Alle fellesoppgaveprosjekter har klart definerte effektmål og mål for gevinstrealisering.

Sykehusbygg har identifisert fire konkrete områder hvor vi øver påtrykk for nye løsninger for å kunne bygge billigere og mer effektivt. De må realiseres i samvirke med alle aktørene i byggeprosjektene, både reguleringsmyndigheter, prosjekterende, arkitekter, utførende og utstyrsleverandørene. De fire områdene er digitalisering/BIM, standardisering, industrialisering og samhandling. Sykehusbygg legger stor vekt på aktiv dialog med både prosjekterende, utførende og leverandører for å stimulere innovasjon og effektivisering innen bygge- og anleggsbransjen.

Som følge av de regionale helseforetakenes investeringsplaner knyttet til nye og eksisterende sykehusbygg forventes det fortsatt vekst i foretakets aktivitet i årene som kommer. Dette vil medføre økning i bemanningsbehov og dermed fortsatt rekruttering av nye medarbeidere.

Redegjørelse for årsregnskapet og resultatdisposisjon.

Etter styrets oppfatning gir fremlagte resultatregnskap og balanse med noter uttrykk for foretakets resultat i 2017 og den økonomiske stillingen ved årsskiftet. Det er ikke inntrådt forhold etter regnskapsårets slutt som er av betydning for bedømmelsen av regnskapet.

Årsresultatet som viser et overskudd på kr 573 410 foreslås ført mot annen egenkapital. Resultatet er tilnærmet i balanse i henhold til føringer i oppdragsbrev for 2017.

De totale inntektene var 163,8 millioner kroner i 2017 sammenlignet med 115,4 millioner kroner foregående år. Av dette kom 117,7 millioner kroner fra tjenesteleveranser til helseforetak og de regionale helseforetakene knyttet til planlegging og gjennomføring av byggeprosjekter mens 46,1 millioner kroner var rammetilskudd fra de regionale helseforetakene til standardisering, metode- og kunnskapsutvikling knyttet til sykehusbygg. Veksten i inntekter kommer hovedsakelig som følge av økning i oppdrag for helseforetak og regionale helseforetak knyttet til planlegging og bygging av sykehus. Foretakets kostnader består i hovedsak av personal- og administrasjonskostnader.

Foretakets netto kontantstrøm fra operasjonelle aktiviteter viser en positiv likviditetsendring på 20,5 millioner kroner mens årets driftsresultat er kroner 64 545. Differansen skyldes endring i pensjonsforpliktelse, endringer i kundefordringer, leverandørgjeld og andre tidsavgrensingsposter. Ved utløpet av 2017 har foretaket en likviditetsbeholdning på 45,4 millioner kroner. Av dette er 4,2 millioner kroner bundne skattetrekksmidler og 17,5 millioner kroner ubenyttet rammetilskudd fra de regionale helseforetakene som skal tilbakebetales i 2018.

Ingen del av foretaket gjeld er rentebærende. Kortsiktig gjeld består i hovedsak av leverandørgjeld, offentlige avgifter, opptjente feriepengar og ubenyttet rammetilskudd. Omløpsmidlene består i hovedsak av kundefordringer mot helseforetak og regionale helseforetak samt bankinnskudd med flytende rente i norske banker.

Foretakskapitalen er 5 millioner kroner, og det er vedtektsfestet at foretaket ikke kan låne fra andre enn sine eiere. Som følge av veksten i oppdragene for helseforetak og regionale helseforetak knyttet til planlegging og bygging av sykehus øker kapitalbindingen i kundefordringer. Dette medfører utfordringer for foretakets arbeidskapital. Det er dialog med foretakets eiere for å finne løsninger på disse utfordringene.

I samsvar med regnskapsloven § 3-3 bekreftes det at forutsetningen om fortsatt drift er til stede og at dette er lagt til grunn ved utarbeidelsen av årsregnskapet.

Trondheim, 16. februar 2018

Steinar Frydenlund
Styrets leder

Gunn Fredriksen
Nestleder

Hilde Rolandsen
Styremedlem

Ivar Eriksen
Styremedlem

Liv Haugen
Styremedlem

Arild Mathisen
Styremedlem

Ann Elisabeth Wedø
Adm. direktør

Rørmark, Jørn

Fra: Karlsen, Per <per.karlsen@helse-vest.no>
Sendt: onsdag 20. desember 2017 13.56
Til: Rørmark, Jørn
Kopi: Steinar Frydenlund; Wedø, Ann Elisabeth; Eriksen, Ivar; Hanne Gaaserød; Hansen Erik Arne; Barane, Anne-Marie
Emne: SV: Sykehusbygg HF - søknad om overføring av udisponert rammefinansiering til 2018

Hei,
Økonomidirektørene hadde saken til behandling sist mandag.
Her er foreløpig referat fra behandlingen av saken:

137-17	Sykehusbygg HF – søknad om overføring av udisponert ramme-finansiering	Sykehusbygg HF har sendt søknad om overføring av udisponert rammefinansiering fra 2017 til 2018. Vedlegg: 1. Søknad overføring av rammefinansiering 2. Søknad overføring av rammefinansiering-vedlegg Oppsummering: • Sykehusbygg ber om at udisponert rammefinansiering ved utgangen av 2017 kan overføres til nytt år slik at dette kommer i tillegg til årets bevilgning av rammefinansiering for 2018. Dette innvilges ikke. Ubrukt rammefinansiering i 2017 skal tilbakeføres til eier. • Overskudd fra den timebaserte prosjektvirksomheten skal overføres til de prosjektene hvor det er et positivt avvik. • Dersom det er aktiviteter Sykehusbygg HF ønsker å gjennomføre som går ut over tildelt ramme i 2018 må dette søkes om til eier. • Sykehusbygg ber om at overføring av eventuelt udisponert rammefinansiering innføres som en løpende ordning. Dette innvilges ikke. • Helse Vest gir tilbakemelding til Sykehusbygg HF.	PK
--------	---	--	----

I og med at eventuelle økte bevilgninger i 2018 er en budsjettsak så må en eventuell søknad også vedtas i HFets styre.

Vennleg helsing

Per Karlsen
Økonomi- og finansdirektør
51963806 / 41533806
Helse Vest RHF
www.helse-vest.no



Fra: Rørmark, Jørn [mailto:Jorn.Rormark@sykehusbygg.no]
Sendt: 13. desember 2017 10:42
Til: Karlsen, Per <per.karlsen@helse-vest.no>

Kopi: Steinar Frydenlund <Steinar.Frydenlund@helse-sorost.no>; Wedø, Ann Elisabeth
<Ann.Elisabeth.Wedo@sykehusbygg.no>

Emne: Sykehusbygg HF - søknad om overføring av udisponert rammefinansiering til 2018

Hei,

Vennligst finn vedlagte saknad om overføring av udisponert rammefinansiering med vedlegg.

Om det er noe som er uklart så ikke nøl med å ta kontakt.

Vennlig hilsen

Jørn Rørmark

Økonomisjef | Sykehusbygg HF



Telefon +47 951 62 488

E-post Jorn.Rormark@sykehusbygg.no

Skype Jorn.Rormark@sykehusbygg.no

Web www.sykehusbygg.no