

Veileder for utvikling og forvaltning av bygg og eiendom

Formålet med denne veilederen er å øke effektivitet og kvalitet på arbeidet med utvikling av bygg og eiendom.

Veilederen tar utgangspunkt i *Veileder for arbeidet med utviklingsplaner*.

Veilederen skal være en hjelp til å utvikle et konsistent planverk for eiendomsvirksomheten i helseforetaket som omfatter hver enkelt lokasjon, eiendom og bygg.

DOKUMENTSTATUS			
Dato	Versjon	Organ	Status
08.06.2020	1,0	Adm.dir.	Godkjent
15.06.2020	1,0	Styret i Sykehusbygg HF	Tilsluttet for videre godkjenning hos eierne

Innhold

1. Denne veilederens hensikt, innhold og virkeområde	3
2. Samspillet mellom eiendomsvirksomheten og HF-ets øvrige virksomhet	5
2.1. <i>Helsetjenester, økonomi og innsatsfaktoren bygg og eiendom</i>	5
2.2. Optimal størrelse og utforming av arealer – ressurseffektivitet og flyteffektivitet	7
2.3. Arealoptimalisering i praksis	8
2.4. Samhandling mellom <i>eier, klinikk og forvalter</i> av eiendomsmassen	8
2.5. Nasjonale verktøy og databaser	9
2.6. Læring og forbedring på tvers av helseforetakene – Sykehusbyggs rolle	10
DEL 1 UTVIKLINGSPLAN, ØKONOMI OG EIENDOMSSTRATEGI	11
3. Utviklingsplanen – grunnlaget for utvikling og forvaltning av bygg og eiendom	11
4. Økonomisk langtidsplan – årlige budsjetter	12
5. Eiendomsstrategien – en utdyping av utviklingsplanen	12
5.1. Overordnet ambisjonsnivå – rammer for eiendomsforvaltningen i foretaket	13
5.2. Klinikkenes perspektiv: Arealbruk, arealenes egnethet og framtidige arealbehov	13
5.3. Det eiendomstekniske perspektivet: Nåsituasjon og tilpasningsmuligheter	13
5.4. Føringer for løsninger som skal legges til grunn i arbeidet med bygg- og eiendom	13
6. Regime for prioritering mellom ulike eiendomsmessige tiltak	14
6.1. Metode	14
DEL 2 PLANVERK FOR EIENDOMSVIRKSOMHETEN	15
7. Arealbruksplanen – en masterplan for arealbruk	15
7.1. Arealenes egnethet - eiendommenes levedyktighet	16
8. Mulighetsstudier og eiendomsmessige tiltak	17
8.1. Tiltakskategorier	17
8.2. Tiltakspakker for en lokasjon, en eiendom eller et bygg	21
8.3. Akutte eiendomsmessige behov	22
9. Gjennomføringsplaner for vedlikehold, prosjekter, kjøp/avhending og vern	22
VEDLEGG	23

1. Denne veilederens hensikt, innhold og virkeområde

Formålet med denne veilederen er å bidra til at bygg og eiendom støtter opp under utviklingsplanen – på en slik måte at det går en rød tråd fra helseforetakenes utviklingsplaner til konkrete tiltak for hver enkelt lokasjon, eiendom og bygg.

Denne veilederen tar utgangspunkt i *Utviklingsplanen*, jfr. *Veileder for arbeidet med utviklingsplaner*. Utviklingsplanen er helseforetakenes overordnede og samlede strategiske plan for hele helseforetakets virksomhet. Planen skal sørge for at underliggende planer støtter opp om et overordnet felles formål. Planen beskriver fem innsatsfaktorer som er nødvendige for å nå spesialisthelsetjenestens overordnede formål. Bygg og eiendom er en av disse innsatsfaktorene.

I *Veileder for arbeidet med utviklingsplaner* blir i hovedsak hele eiendomsmassen behandlet samlet (*porteføljeperspektiv*). Andre veiledere med relevans for bygg og eiendom, for eksempel *Veileder for tidligfasen i sykehusprosjekter*, har et perspektiv på *enkeltprosjekter* for en lokasjon, eiendom eller et bygg. *Prosjektprogrammer*, som er det prosjektfaglige bindeleddet mellom en prosjektportefølje og enkeltprosjekter er ikke beskrevet.

Denne veilederens hovedmål er å beskrive hvordan ulike utfordringer bør håndteres på veien fra et overordnet og strategisk porteføljeperspektiv til formålstjenlige enkelttiltak innenfor eiendomsområdet.

En utviklingsplan og videreføring av denne til enkelttiltak innenfor eiendom, krever kompetanse utover de tekniske bygg- og eiendomsfagene. For eksempel kreves det kompetanse både innenfor utvikling og drift av helseforetakets virksomhet og kompetanse innenfor endringsarbeid. Involvering av tilfredsstillende kompetanse i alle trinn beskrevet i denne veilederen oppfattes derfor som en kritisk suksessfaktor.

I innledende kapitler beskrives utfordringer og samspillet mellom helseforetakenes eiendomsvirksomhet og helseforetakenes øvrige virksomhet. Deretter er veilederen delt i to:

Del 1 er primært skrevet for saksbehandlere og beslutningstagere som har behov for en overordnet forståelse av samspillet mellom foretaksledelse, kjernevirksomheten og eiendomsvirksomheten i et helseforetak. Del 1 beskriver det overordnede planverket på helseforetaksnivå og hvordan arbeidet med dette bør gjennomføres for å legge til rette for en effektiv utvikling og forvaltning av bygg og eiendom.

Del 2 er primært skrevet for saksbehandlere og beslutningstagere på operasjonelt nivå innenfor eiendomsvirksomheten. Del 2 beskriver en metode for å utarbeide et samlet planverk for eiendomsvirksomheten.

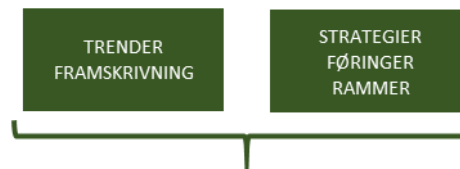
Det anbefales at alle helseforetakene benytter veilederen. Med mindre noe annet er besluttet i det enkelte tilfelle, skal Sykehusbygg legge veilederen til grunn i utførelsen av sine oppdrag.

I figuren på neste side vises en skjematisk oversikt over anbefalt arbeidsmetodikk for utvikling og forvaltning av bygg og eiendom. Figuren tar utgangspunkt i *Veileder for arbeidet med utviklingsplaner* og resulterer i konkrete gjennomføringsplaner, slik dette er beskrevet i denne veilederen:

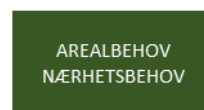
Hvem er vi i dag?



Hva må vi ta hensyn til?



Framtidig målbilde



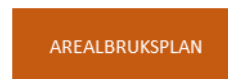
Gap



Hvilke muligheter har vi, hvordan velger vi og hva velger vi?



Overordnet plan



Tiltakskategorier



Tiltakspakker



Koordinerte gjennomføringsplaner



Strategi

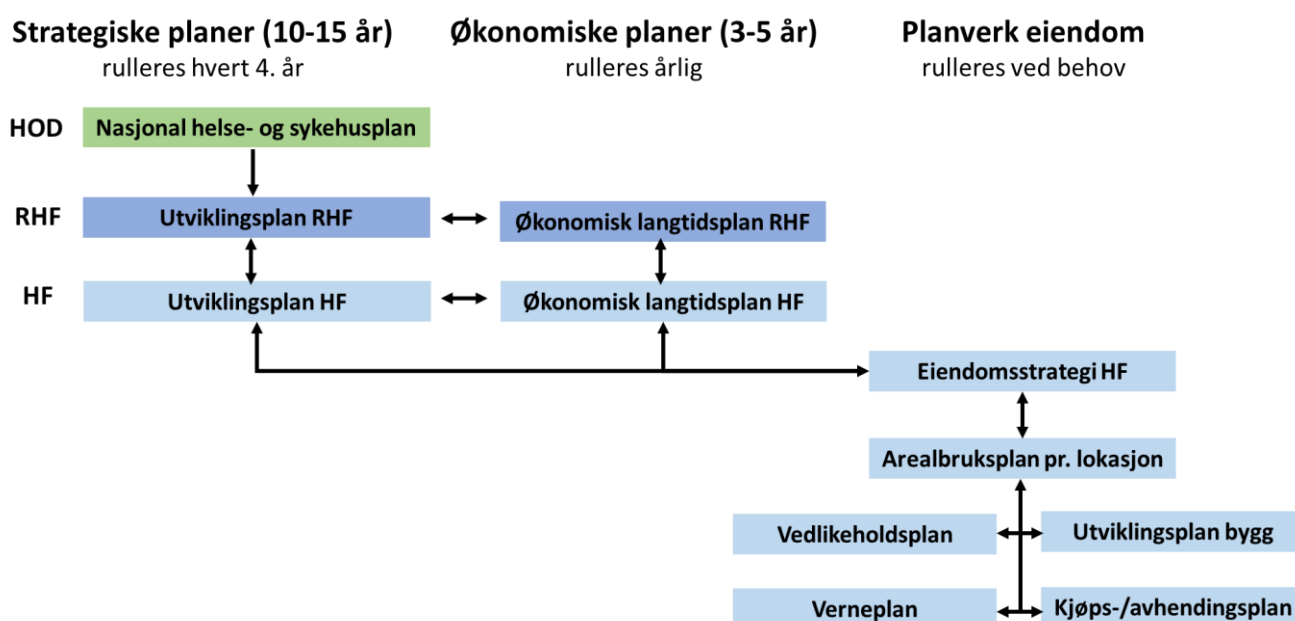
For definisjoner vises det til *Ord og uttrykk innen eiendomsforvaltning*:
<https://dibk.no/globalassets/eksisterende-bygg/publikasjoner/orduttrykkef.pdf>

2. Samspillet mellom eiendomsvirksomheten og HF-ets øvrige virksomhet

2.1. Helsetjenester, økonomi og innsatsfaktoren bygg og eiendom

Spesialisthelsetjenesten skal levere helsetjenester innenfor gitte økonomiske rammer. Innenfor disse rammene må det også skaffes til veie formålstjenlige bygninger og utstyr. Endres helsetjenestene eller de økonomiske rammene, vil dette kunne medføre endrede strategiske premisser for både eiendomsvirksomheten og øvrige innsatsfaktorer.

Innenfor de etablerte styringslinjene og styringsrammene i spesialisthelsetjenesten står helseforetakene fritt til å definere sine egne interne planstrukturer. Vedrørende bygg og eiendom vil følgende planhierarki være gjeldende i de fleste helseforetak:



En utviklingsplan er en samlet overordnet strategisk plan for et helseforetak og hele dets virksomhet. Beslutninger knyttet til en utviklingsplan vil derfor måtte gjøres under betydelig usikkerhet, og som regel basert på relativt grove og foreløpige analyser. Hensikten er å angi en strategisk utviklingsretning for foretaket som kan danne grunnlag for ytterligere analyser og mer detaljerte planer på et lavere nivå. Helseforetakenes utviklingsplaner rulleres hvert 4. år og vil typisk ha en planhorisont på 10-15 år.

En økonomisk langtidsplan er en samlet oversikt over helseforetakets økonomi og investeringsprogram. Arbeidet med økonomisk langtidsplan starter med en vurdering av virksomheten som vanligvis tar utgangspunkt i utviklingsplanen. Store og langsiktige investeringer vil vanligvis prioriteres i arbeidet med økonomisk langtidsplan. De økonomiske langtidsplanene rulleres årlig og har typisk en planhorisont på 3-5 år.

Et stort eiendomsprosjekt har gjerne en prosjekttid på mer enn 10 år, og en ny bygningskropp har en beregnet levetid på mer enn 60 år. Den eksisterende eiendommassen legger derfor premisser for helseforetakenes handlefrihet som går mye lenger fram i tid enn helseforetakenes planhorisont, jfr. utviklingsplaner og økonomiske langtidsplaner.

Eiendom, uavhengig av om dette er bygninger eller tekniske anlegg, endres av slit og elde. Dersom vedlikeholdet blir utsatt lenge nok i tid vil dette føre til manglende funksjonalitet og driftsavbrudd. Dette vil kunne sette helseforetaket i tvangssituasjoner som går utover både helsetjenestene og helseforetakenes økonomi.

Dersom utviklingen av eiendomsmassen ikke holder tritt med utviklingen i helseforetakets aktivitet, vil dette gjerne medføre at «reservekapasiteten» i bygningsmassen forsvinner og muligheten for innbyrdes endringer i arealbruken blir vanskeliggjort. Løsningen blir gjerne at det må bygges nye arealer for å håndtere flytteprosessene (rokadearealer). Også her kan helseforetaket komme i tvangssituasjoner.

Gjennom livsløpet til en sykehuseiendom¹ er det mange beslutninger som er vesentlige både for å unngå tvangssituasjoner som beskrevet ovenfor, og for å bidra til at eiendomsområdet kan støtte kjernevirksomhetene mest mulig effektivt. Noen av disse beslutningene er;

- hvilke virksomhetsmodeller (klinikkstrukturer) skal eiendomsmassen planlegges for?
- hvilke utviklingstrekk, trender og krav skal legges til grunn i planleggingen?
- skal det planlegges for nye funksjoner og/eller fjerning av funksjoner – eventuelt hvilke?
- hvilke bygningsmessige behov er det sannsynlig at klinikkene vil få i framtiden?
- hvilke av disse behovene skal stettes/prioriteres?
- hvem skal benytte de ulike arealene helseforetaket har til disposisjon – i hvilke tidsrom?
- hvordan og når skal det enkelte bygg vedlikeholdes og utvikles?
- hvordan skal innsatsfaktoren *bygg og eiendom* prioriteres i forhold til andre innsatsfaktorer?

Dette arbeidet er komplisert og krever innsikt/bidrag fra mange fagområder/beslutningsnivåer i organisasjonen. Arbeidet bør derfor gjennomføres metodisk, i samsvar med helseforetakets styringsstruktur, og munne ut i et samlet planverk som er koordinert mellom helseforetakets ulike innsatsfaktorer og organisatoriske enheter.

Det samlede planverket bør være koordinert i tid og konsistent i innhold, slik at det for eksempel kan unngås å benytte ressurser på å planlegge tiltak som det ikke finnes økonomiske rammer for å realisere. Denne veilederen skal, med utgangspunkt i *Veileder for arbeidet med utviklingsplaner*, være en hjelp i å utarbeide et slikt planverk – om ønskelig brutt ned til et konsistent planverk for det enkelte bygg.

Beslutninger på et strategisk nivå i et helseforetak er foretaksledelsens ansvar, jfr. *Lov om helseforetak og Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgssektoren*. På lik linje med helseforetakenes øvrige bidragsyttere til pasientens helsetjeneste, bør også eiendomsområdet bidra til at foretaksledelsen kan fatte strategiske beslutninger på et tilfredsstillende grunnlag. Det anbefales derfor at eiendomsrelaterte planer oppdateres jevnlig, minst hvert fjerde år, slik at relevante eiendomsdata er tilgjengelig for prosesser på strategisk nivå ved behov.

¹ *Sykehuseiendom* er brukt i betydningen av tomter, uteområder og bygninger som tilhører et helseforetak, herunder fastmontert bygningsteknisk utstyr.

2.2. Optimal størrelse og utforming av arealer – ressurseffektivitet og flyteffektivitet

Ressurseffektivitet er en generell samlebetegnelse på hvor effektivt en virksomhet utnytter ulike tilgjengelige ressurser. Innenfor eiendomsområdet er *arealeffektivitet* et sentralt mål på hvor effektivt arealene (og kapasiteten) er utnyttet. Den underliggende måleenheten er utnyttelsesgrad. Praktiske eksempler kan være antall konsultasjoner pr. rom, antall timer et rom er benyttet, arealbruk i forhold til sykehusets størrelse, forholdet mellom bruttoareal og nettoareal, med mer.

Hovedfokuset ved arealeffektivisering ligger med andre ord på selve arealene – ikke på formålet til virksomheten som bruker dem, og heller ikke på pasienten.

Det er ofte en konklusjon at jo høyere arealeffektiviteten er, jo bedre er det. Dette fordi det antas at større utnyttelsesgrad gir virksomheten lavere samlede enhetskostnader pr. produserte enhet. Da et mål på utnyttelsesgrad ikke tar hensyn til hvorvidt den aktuelle utnyttelsesgraden er hensiktsmessig for de som benytter arealene, er ikke den nevnte konklusjonen nødvendigvis korrekt. Dette fordi en for høy utnyttelsesgrad i mange tilfeller medfører ulemper som er større enn den nytten en høy utnyttelsesgrad gir.



I motsetning til *ressurseffektivitet* står *flyteffektivitet*²

Flyteffektivitet er et mål på hvor raskt noe «flyter gjennom et system». Måleenheten er graden av ventetid. Eksempler kan være andelen av (unødig) ventetid for en pasient gjennom et behandlingsløp eller en reisendes ventetid på en flyplass.

Hovedfokuset ved flyteffektivisering ligger med andre ord på at oppgaver skal gjennomføres så raskt som mulig – uavhengig av hvilke ressurser som går med på veien. Er den aktuelle oppgaven pasientbehandling, innebærer et flytterspektiv å, reelt sett, sette pasienten i sentrum.



Det er ofte en konklusjon at jo høyere flyteffektiviteten er, jo bedre er det. Dette fordi det antas at ventetid medfører sløsing i form av tidstap, ventearealer, lager og lignende. Da et mål på flyteffektivitet ikke tar hensyn til hvorvidt de medgåtte ressursene er akseptable for virksomheten, er heller ikke denne konklusjonen nødvendigvis korrekt. Dette fordi en for høy flyteffektivitet i mange tilfeller medfører behov for ledig kapasitet som er større enn den nytten en høy flyteffektivitet gir.

² Forskjellen på ressurseffektivitet og flyteffektivitet er eksemplifisert i vedlegg 1.

Et rent fokus på arealeffektivitet kan gi for små arealer, mens et rent fokus på kjernevirksomhetens flyteffektivitet kan medføre for store og uutnyttede arealer. I arbeidet med arealoptimalisering bør det derfor fokuseres både på flyteffektivitet og på arealeffektivitet - der fokuset på kjernevirksomhetens flyteffektivitet settes i høysetet.³

2.3. Arealoptimalisering i praksis

Følgende forhold kan bidra til å belyse kjernevirksomhetens flyteffektivitet og arealeffektivitet, og derigjennom belyse hvorvidt dagens lokaler tilrettelegger for en optimal tjenesteproduksjon:

1. **Tjenestelogistikk** - Hvordan vurderes lokalenes utforming og plassering (planløsning, romstørrelser, innredning etc.) i forhold til å utføre oppgavene på en god og effektiv måte? Finnes det flaskehals (køer og venting) som kan elimineres? (Hvem venter på hva/hvem og hvorfor?) Finnes det avstand mellom lokaler som med fordel kan kortes ned?
2. **Varelogistikk** – Hvordan vurderes lokalenes utforming (planløsning, romstørrelser, innredning etc.) i forhold til flyten av varer og utstyr? Finnes det flaskehals (køer og venting) som kan elimineres? (Hvem venter på hva/hvem og hvorfor?) Kan transportavstander kortes ned?
3. **Teknologi** – hvordan er teknologiske løsninger brukt og teknologisk utvikling hensyntatt? Hvilke teknologiske utviklingstrekk skal det planlegges for?
4. **Arealutnyttelse** – Hva er den faktiske utnyttelsesgraden, hva er reservekapasiteten og hva er framtidig kapasitetsbehov? Hvilke konsekvenser har en gitt utnyttelsesgrad for elektiv og akutt virksomhet? Er det mulig å benytte et areal i sambruk med andre?
5. **Lokalenes standard og tekniske infrastruktur** – Støtter lokalenes standard og tekniske infrastruktur opp under krav til bruk av utstyr og sikkerhet for pasienter og ansatte?
6. **Fysiske omgivelser** – Påvirker de fysiske omgivelsene (farger, dagslys, utsikt, estetiske forhold) klinikkens yteevne eller pasientenes helbred?

2.4. Samhandling mellom eier, klinikk⁴ og forvalter av eiendomsmassen

Det legges til grunn at eier, RHF-et eller HF-et, gir nødvendige strategiske føringer for forvaltning av eiendomsmassen i utviklingsplanen eller i eiendomsstrategien. Uavhengig av hvordan helseforetakene arbeider med eiendom, vil noen ha rollene som byggenes *eier, bruker (klinikken) og forvalter*.

I samsvar med Eiendomsforvaltningsutvalgets konklusjoner (NOU 2004:22) forutsettes det at;

Klinikken må kunne definere eget behov og kommunisere dette til den eiendomsansvarlige, samt fortløpende vurdere og følge opp eksisterende løsninger for å identifisere mulige forbedringer og for å sikre at behovet blir tilfredsstillende dekket gjennom de lokaler og tjenester man yter.

Forvalteren må ha evne til god kommunikasjon med klinikken og evne til å omstille klinikkens behov og krav til metoder og sluttprodukter i form av hensiktsmessige lokaler og

³ Jfr. Ahlstrom & Modig; This is lean – resolving the efficiency paradox (2012)

⁴ Med *klinikk* menes i denne sammenheng den part som er leietager, den som disponerer lokalene, eller den som har en legitim rett til å stille funksjonskrav til lokalenes utforming. I de fleste tilfeller vil dette være en klinikk.

støttetjenester. Forvalteren må ha kompetanse på juridiske, tekniske og økonomiske forhold som gjelder eiendomsforvaltningen og egen virksomhet.

Forvalterne, i samarbeid med den aktuelle klinikk, bør kartlegge hva som er klinikkens arealbehov fram i tid og foreslå løsninger på disse. I dette arbeidet er det vesentlig at både dagens arealeffektivitet og dagens flyteffektivitet, jfr. forrige kapittel, blir hensyntatt. Dette vil i mange helseforetak være krevende da *flyteffektivitet* typisk vil ligge utenfor både klinikkens og eiendomsforvaltningens kjernekompetanse. Prosessen vil derfor kreve endringskompetanse og endringsledelse i tillegg.

Prosessene for å avdekke klinikkens framtidige behov blir ofte ytterligere utfordrende fordi klinikkene typisk har et tidsperspektiv som er mye kortere enn det eiendomsvirksomheten trenger for å støtte behovet på en måte som er tjenlig for hele helseforetaket. Det anbefales derfor at det blir tydeliggjort at det er klinikkene som har ansvaret for å formidle sitt framtidige arealbehov tidlig nok.

For sin egen planlegging vil klinikken ha behov for forutsigbarhet og innsikt i forvalters planer for de benyttede arealene. Forvalter bør derfor redegjøre for hvordan de aktuelle arealene er planlagt vedlikeholdt og utviklet de nærmeste årene. Det bør forventes mer detaljer for kommende år, enn for årene lenger fram. I den grad det er etablert en husleieordning, bør forvalter også legge fram kostnadsoverslag som viser hvilke konsekvenser aktuelle tiltak vil få for husleien, slik at beslutningstager får et godt beslutningsgrunnlag.

I *Veileder for arbeidet med utviklingsplaner* er bygg og eiendom definert som en av de fem viktigste innsatsfaktorene i spesialisthelsetjenesten. I tillegg representerer eiendomsområdet den største innsatsfaktoren målt i investeringer og balanseførte verdier. Det oppfattes derfor som en kritisk suksessfaktor at eiendomsforvalter blir involvert i arbeidet med foretakets utviklingsplan og i arbeidet med økonomisk langtidsplan.

Det anbefales også at eiendomsforvalter tar initiativ til regelmessige statusmøter med eier og med klinikken som disponerer de enkelte arealene.

2.5. Nasjonale verktøy og databaser

Det er utviklet ulike verktøyer og databaser som kan benyttes i arbeidet med utvikling og forvaltning av bygg og eiendom. Noen av disse er;

- Klassifikasjonssystemet for helsebygg (Sykehusbygg HF)
 - Analyser og beslutninger vedrørende kapasitet, arealbruk og arealeffektivitet, må på et aggregert nivå ta utgangspunkt i en klassifisering av arealtyper. Klassifikasjonssystemet for helsebygg er etablert for dette formålet, og helseforetakene er pålagt å registrere arealene sine i dette systemet. Sammen med andre datakilder, gjerne systemintegreert, kan klassifikasjonssystemet gi viktig planleggingsinformasjon innen en rekke områder.
- Vedrørende kulturminner og verneverdige objekter finnes det fire sentrale datakilder;
 - Register over Riksantikvarens fredningsvedtak
 - Register over verneverdige objekter i verneklasse 2
 - Landsverneplan helse (LVPH)
 - Database over statens kulturhistoriske eiendommer (SKE-databasen)

- multiMap (Multiconsult)
multiMap er et verktøy for kartlegging av tekniske tilstand for eksisterende bygningsmasse og infrastruktur, samt hvorvidt bygningsmassen er egnet for ombygging. Helseforetakenes rapportering av byggenes tilstandsgrad er basert på multiMap.
- Norsk pasientregister (Helsedirektoratet)
Norsk pasientregister sin primære oppgave er å samle inn informasjon om alle pasienter som har vært eller venter på behandling innen spesialhelsetjenesten i Norge. Blant data NPR samler inn er opphold ved helseinstitusjon, diagnoser, alle helserelaterte prosedyrer som blir utført på pasienten. Registeret er sentralt i framskrivninger og vurderinger av framtidige kapasitetsbehov.
- Framskrivningsmodellen (Sykehusbygg HF)
Framskrivningsmodellen er et verktøy for å kunne gjøre beregninger av framtidig aktivitet i sykehus. Anslått, framtidig aktivitet kan brukes til å beregne framtidig kapasitetsbehov, ressursdisponering og planlegging av investeringsprosjekter. Estimerer for framtidig aktivitet og kapasitetsbehov er også viktig for å analysere og beregne behov for kompetanse og bemanning.
- Standardromskatalogen (Sykehusbygg HF)
Standardromskatalogen er en samling av standardiserte funksjonsbeskrivelser med bygningsmessige og tekniske krav til de vanligste rommene i et sykehus. Katalogen er basert på kunnskap erfart gjennom avsluttede og pågående prosjekter, og er et viktig hjelpemiddel til å øke standardiseringen og overføringsverdien mellom prosjekter.

Det vises for øvrig til Sykehusbyggs hjemmesider for en ajourført oversikt over konseptprogrammer og veiledere.

2.6. Læring og forbedring på tvers av helseforetakene – Sykehusbyggs rolle

De regionale helseforetakenes formål med etableringen av Sykehusbygg HF er blant annet at foretaket skal utvikle og forvalte kunnskap, metoder og verktøy for bygg- og eiendomsrelatert sykehusplanlegging – samt utføre tjenester innen eiendomsområdet som det er gevinster ved å utføre felles for sektoren.

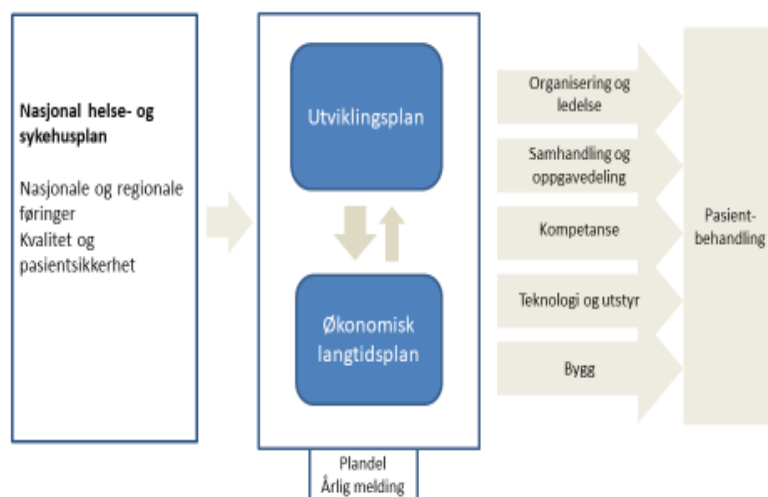
Sykehusbygg HF skal også gi helseforetakene tilgang på personell med spisskompetanse vedrørende alle faser i livsløpet til en sykehuseiendom, og bidra til læring, innovasjon og kompetanseoverføring.

Det anbefales derfor at Sykehusbygg HF blir informert om arbeid med utviklingsplaner, eiendomsstrategier og arealbruksplaner.

DEL 1 UTVIKLINGSPLAN, ØKONOMI OG EIENDOMSSTRATEGI

3. Utviklingsplanen – grunnlaget for utvikling og forvaltning av bygg og eiendom

En utviklingsplan, jfr. *Veileder for arbeidet med utviklingsplaner*, er et helseforetaks øverste strategiske dokument, og er en plan for hvordan et helseforetak vil utvikle sin virksomhet for å møte framtidige behov for helsetjenester. En utviklingsplan skal peke på ønsket utviklingsretning for sykehusene i helseforetaket og hvilke tiltak som er nødvendige for å møte framtidens utfordringer. I dette ligger også utviklingsretning og tiltak innenfor bygg- og eiendomsområdet.



Dersom bygg og eiendom i et helseforetak skal forvaltes i tråd med helseforetakets overordnede formål og strategier, må forvaltningen reflektere utviklingsplanen.

Utvikling krever gjerne koordinerte tiltak på flere ulike områder, for eksempel innenfor bygg, IKT og organisasjonsutvikling. Innenfor disse områdene vil planleggingsprosessene og planleggingstidene være ulike, og når en samlet løsning blir implementert, vil de ulike tiltakene ha ulike levetider.

Dersom utviklingsplanen ikke er tydelig nok, vil dette gjerne medføre;

- vansker med å definere og ramme inn enkelttiltak innenfor eiendomsområdet, noe som typisk vil skape unødige problemer, tid og kostnader i byggeprosjektens konseptfase.
- vansker med å prioritere mellom ulike eiendomstiltak.
- unødig høyt omfang av akutte eiendommessige behov og ad hoc-løsninger der;
 - helhetsperspektivet mistes og det suboptimaliseres
 - løsninger får negative konsekvenser for logistikk og pasientforløp
 - muligheter for framtidig ombygging/utbygging begrenses
- unødig høye kostnader knyttet til manglende planmessig arbeid

Det er derfor viktig at helseforetakenes utviklingsplaner:

1. tydeliggjør helseforetakets langsiktige behov knyttet til bygg og eiendom
2. tydeliggjør forutsetninger og rammevilkår for utvikling og forvaltning av helseforetakets bygninger og eiendommer.
3. er konkrete vedrørende besluttede eiendomstiltak, og at tiltakene er realitetsvurderte i forhold til helseforetakets økonomiske bæreevne på kort og lang sikt.

4. Økonomisk langtidsplan – årlige budsjetter

Arbeidet med utviklingsplaner, økonomiske langtidsplaner og årlige budsjetter er omfattende og som regel gjennomført i egne prosesser som ikke er sammenfallende i tid. I teorien er der en rød tråd fra en utviklingsplan til en årlig revidert økonomisk langtidsplan og videre til foretakets og klinikkenes årlige budsjetter. I arbeidet med prioriteringer innenfor trange økonomiske rammer oppstår det imidlertid lett avvik mellom utviklingsplanen og de endelige årlige budsjettene. Det oppstår også lett avvik mellom utviklingsretning og tiltak definert i utviklingsplanen på den ene siden og det som faktisk blir gjennomført og realisert på den andre.

Eiendom er en innsatsfaktor som er langsiktig og som krever langsiktighet i budsjetter og planverk. Det langsiktige behovet for vedlikehold/reinvesteringer i eiendomsmassen blir imidlertid, i de fleste helseforetak sine årsregnskaper, ikke sammenstilt med avskrivningene som eiendommene genererer. Dette gir helseforetakene en økonomisk fleksibilitet som muliggjør at langsiktige tiltak må vike for tiltak som har en mer umiddelbar nytte.

Det betydelige oppgraderingsbehovet og vedlikeholdsetterslepet¹ i mange helseforetak er en synlig konsekvens av at eiendomsområdet har måttet vike for tiltak på andre områder, på tross av at det hadde vært økonomisk fordelaktig å prioritere annerledes, jfr. rapport fra MENON-Economics².

For å forhindre at situasjonen forverres ytterligere, anbefales det å;

- dokumentere vedlikeholdsetterslepet i økonomiske termer
- dokumentere eventuelle ytterligere verdiforringelser i bygningsmassen og oppgi disse i note til årsregnskapet
- etablere koblinger mellom avskrivninger på den ene siden og vedlikehold/reinvesteringer på den andre

5. Eiendomsstrategien – en utdyping av utviklingsplanen

En utviklingsplan bør gi et tilfredsstillende grunnlag for utvikling og forvaltning av bygg og eiendom. Dersom dette ikke er tilfelle, bør et tilfredsstillende grunnlag etableres på andre måter.

Noen helseforetak har en egen eiendomsstrategi i tillegg til utviklingsplanen – andre ikke. For å redusere kompleksiteten i planstrukturen, anbefales det at så mye som mulig av innholdet i en eiendomsstrategi løftes inn i utviklingsplanen. Dersom det velges å ha en eiendomsstrategi i tillegg til utviklingsplanen, er det en sterk anbefaling at disse to planene rulleres synkront.

Dersom helseforetakets utviklingsplan ikke omfatter kulepunktene på neste side, anbefales det å oppdatere utviklingsplanen, eller beskrive de punktene som er relevante for det enkelte helseforetak i en egen eiendomsstrategi.

¹ *Vedlikeholdsetterslep* er en tilstandsgrad som er lavere enn målsettingen, og der årsakene til dette er manglende vedlikehold. Det vises forøvrig til NS 3424; Tilstandsanalyse for byggverk.

² MENON-Economics: Bruker vi for mye på helse? (MENON – publikasjon 6/2017)

Kulepunktene på denne siden bør adresseres på et overordnet nivå enten i utviklingsplanen eller i en eiendomsstrategi, selv om datagrunnlaget til dels blir behandlet i ulike fagsystemer;

5.1. Overordnet ambisjonsnivå – rammer for eiendomsforvaltningen i foretaket

- overordnede mål og strategier for utvikling og forvaltning av eiendomsmassen, herunder:
 - tilstandsgrad, prinsipper for vedlikehold og håndtering av vedlikeholdsetterslep
 - klima og miljø, herunder miljøaspektet i vurderinger knyttet til lokalisering
 - kostnadsnivå og andre forhold som er relevante gjennom eiendommenes livsløp
 - prinsipper knyttet til å eie eller leie arealer
- besluttede investeringsprogrammer mm som er relevant for eiendomsforvaltningen
- beskrivelse av regime for prioritering mellom nye eiendomsmessige tiltak, jfr. Kap 6.
- ambisjonsnivå for digitalisering og bruk av BIM
- organisering av eiendomsforvaltningen
- finansiering og økonomiske rammebetingelser for eiendomsforvaltningen

5.2. Klinikkenes perspektiv: Arealbruk, arealenes egnethet og framtidige arealbehov

- Beskrivelse av klinikkene og deres nåværende arealbruk, herunder;
 - Kapasiteter, flaskehals, flyteffektivitet og eventuelt uutnyttet areal
- Arealenes egnethet for dagens og framtidig virksomhet
- Klinikkenes kostnader knyttet til eiendom
- Framtidige arealbehov

5.3. Det eiendomstekniske perspektivet: Nåsituasjon og tilpasningsmuligheter

- Lokasjonens kritiske infrastruktur
- Spesielle reguleringsmessige forhold
- Sikkerhet og beredskap
- Klassifikasjon av areal, jfr. Klassifikasjonssystemet for helsebygg
- Teknisk tilstandsgrad etter NS 3424
- Fredet/vernet areal
- Universell utforming
- Energi og ENØK
- Tilpasningsmuligheter og begrensninger
 - Generalitet (Kan et areal benyttes av ulike brukere som gjør ulike ting?)
 - Fleksibilitet (Kan et areal tilpasses til andre typer bruk?)
 - Elastisitet (Kan et areal bygges utover, oppover eller fjernes?)
- Kostnadsnivåer knyttet til forvaltning, drift, vedlikehold og utvikling
- Konsekvenser av framtidige arealbehov

5.4. Føringer for løsninger som skal legges til grunn i arbeidet med bygg- og eiendom

- Igangsatte prosjekter og prosjektprogrammer
- Krav til åpningstider, utnyttelsesgrader, sambruk med mer
- Føringer for overordnede logistikk-løsninger som f. eks. lager, kjøkken og sterilsentral
- Føringer for vedlikehold, miljø, LCC/LCA (Livssyklus-kostnader/analyser) med mer
- Beskrivelse av en eventuell husleiemodell

6. Regime for prioritering mellom ulike eiendomsmessige tiltak

Det vil være ulike årsaker til eiendomsmessige behov og tiltak. Disse behovene kan komme fra klinikkene, fra lovverk, fra økonomiske betraktninger osv. Det store spennet i både årsaker, tiltak og konsekvenser, gjør det vanskelig å prioritere ulike tiltak innbyrdes. Det anbefales derfor at det i utviklingsplanen, eller i eiendomsstrategien, blir besluttet et regime for hvordan ulike tiltak prinsipielt skal prioriteres, selve om bruken av et slikt regime bør foregå på et lavere plannivå. I det videre blir et slikt regime gjennomgått.

Det gis ingen generell anbefaling til hvorvidt det enkelte helseforetak bør benytte en så metodisk tilnærming som her blir vist, da dette vil avhenge av helseforetakets utgangspunkt og modenhetsgrad.

I den grad den presenterte metoden blir benyttet presiseres det også at metoden bare er ment som en beslutningsstøtte i den endelige prioriteringen.

I Vedlegg 2 blir både bruken av metoden og måleparameterne eksemplifisert gjennom et praktisk og gjennomgående eksempel.

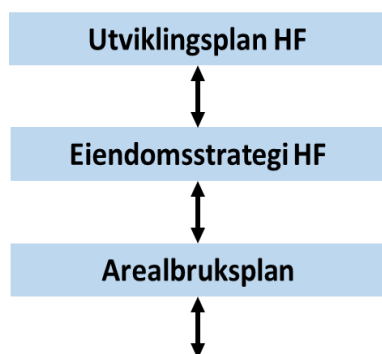
6.1. Metode

1. **Sett et mål på ambisjonsnivået** for eiendomsmassen samlet sett, slik at det blir etablert et referansenivå som den eksisterende eiendomsmassen kan vurderes opp mot. Ambisjonsnivået bør inneholde en langsiktig ambisjon vedrørende teknisk tilstandsgrad på eiendomsmassen.
2. **Beskriv konsekvensene av å ikke opprettholde ambisjonsnivået**
Helseforetaket bør beskrive hvilke konsekvenser manglende måloppnåelse kan medføre. Konsekvensene bør beskrives strukturert i de konsekvensområdene helseforetaket velger å prioritere, jfr. NS 3424 – Tilstandsanalyse av byggverk.
3. **Vurder alvorlighetsgraden av mulige konsekvenser**
Helseforetaket bør beskrive hvor alvorlige mulige konsekvenser kan bli gjennom angivelse av konsekvensgrader. Dette er et uttrykk for hvor alvorlige eller omfattende konsekvenser en observert tilstand dårligere enn ambisjonsnivået vil kunne medføre.
4. **Vurder sannsynligheten for at de beskrevne konsekvensene faktisk vil oppstå**
For hver enkelt konsekvens bør det vurderes hvor sannsynlig det er at den beskrevne konsekvensen vil oppstå. Det anbefales at dette beskrives gjennom sannsynlighetsgrader. Det anbefales også at det blir lagt til en tidsangivelse for vurderingen.
5. **Beregn risikoen knyttet til hvert enkelt forhold**
Risikoen knyttet til et forhold bør beregnes som *konsekvens fra pkt. 3 x sannsynlighet fra pkt. 4* for ulike perioder fram i tid.
6. **Sett opp prinsipper for prioritering, definer hva som ikke er akseptabelt – og priorité**
Tiltak bør prioriteres etter risiko og etter konsekvensområdene som helseforetaket velger å prioritere, jfr. pkt 2. Konsekvensområdene bør vektas innbyrdes. Prioriteringslisten dette gir bør skjønnsvurderes før det settes opp konkrete praktiske planer, innenfor tilgjengelige økonomiske rammer og i samsvar med arealbruksplanen, jfr. Del 2, kap 7.

DEL 2 PLANVERK FOR EIENDOMSVIRKSOMHETEN

7. Arealbruksplanen⁷ – en masterplan for arealbruk

En arealbruksplan er en videre foredling og konkretisering av en utviklingsplan/eiendomsstrategi.



Arealbruksplanen tar utgangspunkt i klinikkens bruk av dagens arealer og de enkelte klinikkens overordnede arealbehov, jfr. kapittel 5.2.

Den overordnede hensikten med arealbruksplanen er å gi en detaljert oversikt over de enkelte klinikkens nåværende og framtidige behov for arealer, samt gi en oversikt over de gjeldende arealdisposisjonene, herunder eventuelle planlagte endringer i arealbruk som følge av omdisponeringer, utbygginger eller avhendinger.

Arealbruksplanen bør også vise i hvilken grad dagens arealer oppfattes som egnede av klinikkene. Det bør avdekkes eventuelle;

- gap mellom dagens krav til arealer og dagens arealer
- gap mellom framtidige krav til arealer og dagens arealer

En arealbruksplan er gjerne et sentralt dokument i den overordnede dialogen mellom eier, klinikk og forvalter av eiendomsmassen. Planen bør vise hva som er framtidsplanene for hver enkelt lokasjon og bygg, og oppdateres løpende ved endringer. Den gjeldende arealbruksplanen bør også inngå i datagrunnlaget for arbeidet med utviklingsplaner og økonomiske langtidsplaner. Det anbefales at et konsentrat av arealbruksplanen blir vedlagt foretakets utviklingsplan, eiendomsstrategi og økonomiske langtidsplan.

En arealbruksplan vil i stor grad være en sammenstilling av data fra ulike systemer framfor en verbal plan. Den hensiktsmessige formen på arealbruksplanen vil følgelig være avhengig av det enkelte helseforetaks rutiner og IT-systemer.

Sammen med en detaljert oversikt over den tekniske siden av eiendomsmassen, jfr. kapittel 5.3, vil arealbruksplanen gi et grunnlag for å utvikle tiltakspakker for den enkelte eiendom/lokasjon som er konsistent med de overordnede målene i utviklingsplanen/eiendomsstrategien. Dette gjelder uavhengig om tiltakene består av vedlikehold, avhending, ombygging, nybygg, andre tiltak – eller kombinasjoner av disse. Tiltak og utvikling av tiltakspakker blir gjennomgått i kapittel 8.

⁷ Noen helseforetak benytter begrepet *Arealplan* for tematikken omhandlet i dette kapittelet. Denne bruken av begrepet frarådes, da *arealplan* er et begrep som er innarbeidet i plan og bygningsloven med en annen betydning.

7.1. Arealenes egnethet - eiendommenes levedyktighet

Det er vesentlig for helseforetakets ledelse å vite om sykehusets lokaler er effektive og om man kan levere ønsket kapasitet og kvalitet i eksisterende lokaler, nå og i framtiden. En forutsetning for en slik vurdering er å kjenne til lokalenes egnethet i forhold til klinikkens arbeidsprosesser.

Egnethet for klinikkene i denne sammenhengen handler i hovedsak om planløsning, rominndeling, rommenes praktiske utforming, rommenes helbredende egenskaper og funksjoners beliggenhet i forhold til hverandre - med tanke på at bygningene skal støtte opp under den aktiviteten som foregår i lokalene.

Egnethet sett fra helseforetakets side handler i tillegg om hvorvidt et bygg er av en slik beskaffenhet at det er mulig å bygge om til andre klinikkers behov eller til framtidige endringer i driftskonsepter og virksomhetsmodeller.

En kartlegging av eiendomsmassens egnethet gir viktig styringsinformasjon som grunnlag for et videre arbeid med langsiktig utvikling av sykehuset, foretaket og eiendommene.

En levedyktighetsmatrise, som vist nedenfor, der graden av arealenes egnethet sammenstilles med den aktuelle eiendommenes tilpasningsdyktighet, vil være et godt utgangspunkt for å vurdere hvorvidt gjeldende arealer vil kunne være egnet for framtidig bruk:

Grad av egnethet	God	<p>God egnethet, men dårlig tilpasningsdyktighet</p> <p>Ingen endringsbehov. Bygningens svake egenskaper for ombygging kan innebære redusert egnethet over tid. Eventuelle tekniske behov bør vurderes med tanke på langsiktighet i investering.</p> <p>Kandidat for: Eventuell teknisk oppgradering</p>	<p>God egnethet og god tilpasningsdyktighet</p> <p>Ingen behov for endringer. Bygningen har gode egenskaper for å kunne være egnet på lang sikt. Eventuelle tekniske behov kan gjennomføres separat og være langsiktige investeringer</p> <p>Kandidat for: Eventuell teknisk oppgradering</p>
	Svak	<p>Dårlig egnethet og dårlig tilpasningsdyktighet</p> <p>Bør vurderes nøye for framtidig bruk. Uegnet og vanskelig å tilpasse. Eventuelle tekniske behov bør vurderes med tanke på langsiktighet i investering.</p> <p>Kandidat for: Avhending / alternativ bruk</p>	<p>God tilpasningsdyktighet, men dårlig egnethet</p> <p>Behov for og gode muligheter for ombygging/tilpasning for å forbedre egnetheten. Eventuelle tekniske behov må ses i sammenheng og gjøres samtidig.</p> <p>Kandidat for: Ombygging og eventuelt teknisk oppgradering</p>
		Svak	God
		Grad av tilpasningsdyktighet	

Relevante konseptprogrammer, bygningsmessige standarder og veiledere bør tas med i den samlede vurderingen av levedyktighet. Det vises til Sykehusbyggs hjemmesider for en oppdatert oversikt.

En levedyktighetsmatrise vil angi hvorvidt et gitt areal er egnet for teknisk oppgradering, ombygging, alternativ bruk eller avhending. Følgelig vil en slik matrise også være til nytte i vurderinger av hvilket tidsperspektiv det kan være hensiktsmessig å legge til grunn for bruk og vedlikehold av hver enkelt eiendom.

8. Mulighetsstudier og eiendomsmessige tiltak

En *mulighetsstudie* (konseptvalgutredning) er en utredning som får fram potensialer i et eksisterende bygg eller i en eiendomsmasse. Omfanget kan variere fra relativt enkle vurderinger i dialogen mellom eiendomsvirksomheten og de ulike klinikkene, til omfattende utredninger med krav om ekstern kvalitetssikring av konseptvalg (KSK)⁸.

Konkrete fysiske tiltak i ett enkelt bygg eller i en eiendomsmasse, vil ofte bestå av kombinasjoner av ulike tiltak - gjerne satt sammen i tiltakspakker bestående av for eksempel noe vedlikehold, noe ombygging og noe oppgradering.

8.1. Tiltakskategorier

I dette kapittelet blir de ulike tiltakskategoriene kort gjennomgått, med tanke på å sette disse sammen i formålstjenlige tiltakspakker for hver enkelt lokasjon, eiendom eller bygg i kapittel 8.2. Innledningsvis berøres også vedlikehold for å gjøre komplettere oversikten over mulige tiltak.

8.1.1. Vedlikehold

Vedlikehold utføres i praksis som en konsekvens av naturlig nedbryting som følge av slitasje ved bruk, klimapåvirkning og aldring. Vedlikehold kan derfor ses på som en form for korleksjon for å motvirke nedbryting. Vedlikeholdsbegrepet refererer med andre ord til teknisk tilstand og teknisk funksjon – ikke til hvorvidt et bygg eller en eiendom er egnet for klinikkene.

Det er utarbeidet en Norsk Standard, NS 3424, for tilstandsanalyse av byggverk. Standarden beskriver i detalj hvordan en tilstandsanalyse av et bygg kan utføres og hvordan tilstandsgraden kan vurderes.

En *tilstandsgrad*, er en *måleenhet* som gir uttrykk for en *teknisk status* på et gitt tidspunkt, målt mot et definert *referansenivå*. Dette gjør en tilstandsgrad egnet til å si at *noe* bør gjøres, men ikke *hva*.

⁸ Vedrørende konseptvalgutredning i byggeprosjekter vises det til beskrivelse av konseptfasen i *Veileder for tidligfasen i sykehusbyggprosjekter*, der også KSK-ordningen er beskrevet.

En *tilstandsanalyse* er derimot en vurdering av en tilstand, og beskrevet i relevante faglige termer som forklarer *hvordan* tilstanden er. Derfor er en tilstandsanalyse et egnet utgangspunkt for detaljplanlegging av vedlikeholdstiltak på komponentnivå.

I NOU 2004:22 *Velholdte bygninger gir mer til alle*, defineres verdibevarende vedlikehold som et «(...) uttrykk for optimalt vedlikehold, hvor arten og omfanget av vedlikeholdet vurderes i et langsiktig økonomisk perspektiv og i forhold til de politiske målene for eiendomsforvaltningen».

Dette kan forstås som at standarden i et bygg opprettholdes på samme nivå som da bygget ble bygget, men med tillegg for oppgraderinger som følger av at komponenter som blir utskiftet har en høyere standard og funksjonalitet enn de komponentene som blir fjernet.

Et verdibevarende vedlikehold innebærer å ta vare på de verdiene man allerede har i form av bygningsdeler og eiendommer gjennom hele levetiden. Det innebærer imidlertid ikke å utvikle disse verdiene over tid gjennom å tilpasse bygningsdeler eller eiendommer til endret bruk.

Måten vedlikeholdstiltak gjennomføres på kan deles i tre kategorier:⁹

- **Periodisk vedlikehold** utføres regelmessig som konsekvens av tid, omfang i bruk, eller andre periodiske kriterier gitt av planleggere, entreprenører eller leverandører av de enkelte bygningsdelene. Omfanget av et periodisk vedlikeholdstiltak er definert av en instruks som gjelder for det periodiske kriteriet. Enkelte komponenter/bygningsdeler kan etter denne metoden bli vedlikeholdt/utskiftet før det er teknisk og økonomisk hensiktsmessig.
- **Tilstandsbasert vedlikehold** settes i verk basert på faktisk tilstand og tilstandsbasert vedlikeholdsplanlegging. Formålet er å iverksette hensiktsmessige tiltak til rett tid for å oppnå et optimalt vedlikehold. Dette kan gi økonomiske fordeler i forhold til periodisk vedlikehold, da enkeltkomponenter/bygningsdeler er ment å bli vedlikeholdt/utskiftet bare ved behov.
- **Minimumsvedlikehold** er basert på at bare akutte vedlikeholdstiltak og reparasjoner gjennomføres. Dette vil være det økonomisk mest fordelaktige på kort sikt, men en slik tilnærming kan senere medføre behov for en totalrehabilitering. For bygg som skal beholdes over lang tid vil dette derfor være en dårlig løsning med henblikk på byggets samlede kostnader over dets levetid.

I hovedsak er det tilstandsbasert vedlikehold som anbefales lagt til grunn, men de øvrige prinsippene kan også benyttes, avhengig av hensikt og rammer for vedlikeholdet. Eksempelvis kan periodisk vedlikehold være et krav fra en leverandør for å opprettholde en garanti, og minimumsvedlikehold kan i noen tilfeller være hensiktsmessig for bygg som skal avhendes.

Det anbefales å etablere et ambisjonsnivå for eiendommenes tilstandsgrad, og for hvilke prinsipper vedlikeholdet av de enkelte bygningene skal baseres på, tilpasset hvilke framtidsplaner som foreligger for det enkelte bygg.

⁹ Vedrørende bokføring vises det til *NS 3454; Livssyklus kostnader for byggverk – prinsipper og klassifikasjon*.

Vedlikeholdsetterslep er en tilstandsgrad som er lavere enn målsettingen, og der årsakene til dette er manglende vedlikehold. Et vedlikeholdsetterslep kan i prinsippet håndteres gjennom avhending, oppgradering eller gjennom et ekstraordinært omfang på vedlikehold.

Vedlikeholdsetterslep kan kvantifiseres i kostnader, men det bør ikke ses på som en isolert portefølje av vedlikeholdsprosjekter. Dette fordi større vedlikeholdstiltak bør koordineres med oppgraderinger, ombygginger og øvrige tiltak. En reduksjon av vedlikeholdsetterslep bør derfor planlegges og gjennomføres over mange år.

8.1.2. Oppgradering

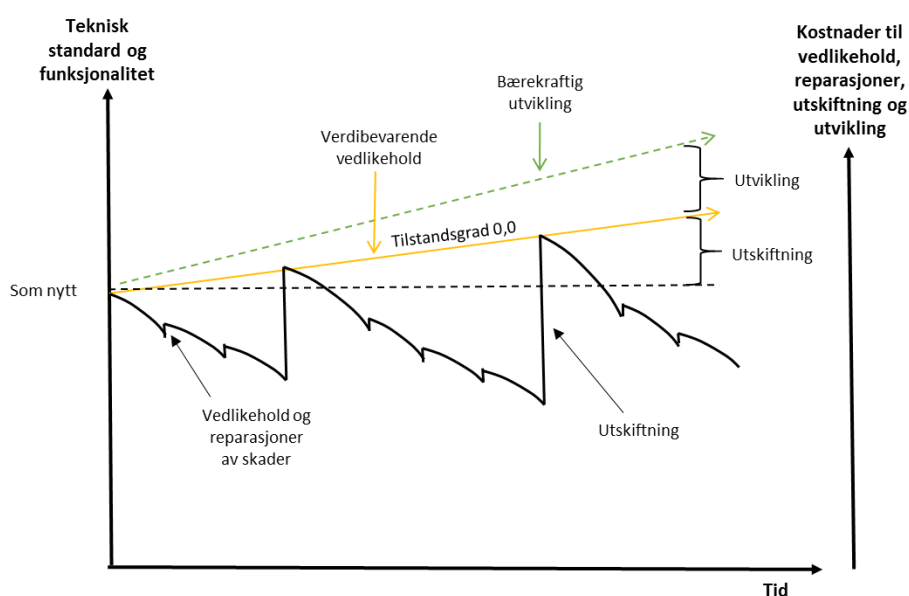
Hverken en tilstandsgrad eller et eventuelt vedlikeholdsetterslep sier noe om hvorvidt et bygg er egnet for klinikken som disponerer det, eller for dem som skal disponere det i framtiden.

Dersom bruken av et areal endres slik at det blir behov for å tilpasse arealet til den endrede bruken, eller det innføres nye lovkrav, medfører dette et *oppgraderingsbehov*.¹⁰

NS 3454 definerer oppgradering som «arbeider utført på et byggverk eller dets tekniske anlegg slik at byggverkets egenskaper oppfyller nye, strengere krav, eller at byggverkets areal og kapasiteten til de tekniske installasjonene økes».

Et bygg kan derfor ha et stort oppgraderingsbehov selv om det er godt vedlikeholdt og har en god tilstandsgrad.

Sammenhengene mellom en eiendoms tekniske standard og funksjonalitet, vedlikehold, verdibevarende vedlikehold, utskiftning, tilstandsgrad og bærekraftig utvikling er vist i figuren nedenfor. Med *bærekraftig utvikling*, menes i denne sammenheng en utvikling av et bygg på en slik måte at det oppgraderes i forhold til nye bruksområder og krav som måtte komme gjennom byggets levetid.



¹⁰ Ved *oppgraderingsbehov* av vernede objekter, må det gjøres spesielle vurderinger/avveininger for at oppgraderingen i størst mulig grad skal være i tråd med vernets formål.

Figuren på forrige side er hentet fra *NS 3454 Livssyklus kostnader for byggverk* og illustrerer utviklingen av standard og funksjonalitet over tid, samt hvordan vedlikehold, reparasjoner, utskiftninger og utvikling samlet sett bidrar til et bærekraftig bygg. Den svarte stiplede linjen viser standard og funksjonalitet på oppføringstidspunktet. I figuren er løpende vedlikehold og reparasjon av skader illustrert.

8.1.3. Bygge nytt

Suksessen i et byggeprosjekt ligger først og fremst i å velge et riktig prosjektinnhold i forhold til foretakets strategi, og deretter sikre en god prosjektgjennomføring. Det å velge riktig prosjektinnhold krever at mulighetsrommet utforskes når det gjelder;

- Virksomhetsinnhold
- Samhandling og oppgavefordeling (struktur og organisasjonsmodeller)
- Lokalisering, herunder offentlige føringer og reguleringer
- Bygningsmessige løsninger (byggningskonsepter)

I *Veileder for tidligfasen i sykehusbyggprosjekter* forutsettes det at mulighetsrommet i form av virksomhetsinnhold, struktur og samfunnseffekter er tilstrekkelig vurdert i arbeidet med helseforetakets utviklingsplan. Dette betyr at veilederen primært omfatter en alternativvurdering av tomtevalg og bygningsmessige løsninger og konsepter.

8.1.4. Bevaring av vernede objekter

Alle statlige sektorer har ansvar for å utarbeide en landsverneplan for egne eiendommer og forvalte de kulturhistoriske eiendommene på en slik måte at de kulturhistoriske og arkitektoniske kvalitetene blir tatt vare og på synliggjort (jfr. Kongelig resolusjon 01.09.2006). *Landsverneplan for spesialisthelsetjenesten* forelå i 2012 og ble samme år fulgt opp med forskriftsfredninger av Riksantikvaren. I ettertid er det for hvert enkelt fredet/vernet objekt utarbeidet forvaltningsplaner som inneholder en faglig forankret omtale av hvordan vernede eiendommer skal forvaltes, driftes og vedlikeholdes for å ivareta verneverdiene.

Det anbefales at det enkelte helseforetak behandler vernede bygg og eiendommer innenfor det samme regimet og innenfor det samme samlede planverket som øvrige bygg og eiendommer, og at dette planverket også tilfredsstiller de krav som er satt av kulturmyndighetene.

8.1.5. Avhending

Helseforetakslovens § 31 regulerer avhending av helseforetakenes faste eiendommer.

Det vises også til *Avhendingsstrategi bygg og eiendom – iverksetting av et interregionalt avhendingsprosjekt* (Sykehusbygg 2016), og til spesielle krav knyttet til avhending av vernede objekter.

8.1.6. Ompakking, rokader og andre tiltak rettet mot arealbruk

De tidligere nevnte tiltakene retter seg inn mot endringer i bygg og eiendom, men det kan også være et alternativ å gjøre det motsatt; bruke eksisterende arealer på en annen måte. Dette kan gjerne skje gjennom å flytte de aktuelle aktivitetene til andre lokaler for å redusere det samlede behovet for bygningsmessige tilpasninger.

En slik ompakking medfører typisk relativt komplekse flyttestrukturer og krav om rokaideareal som kan brukes midlertidig som følge av at alle i en rokaide ikke kan flytte samtidig.

Tiltak rettet mot arealeffektivitet og flyteffektivitet, jfr. kap 2.2 vil også kunne være gode bidragsytere i arbeidet med optimale arealer for kjernevirksomheten.

8.2. Tiltakspakker for en lokasjon, en eiendom eller et bygg

De nevnte tiltakene i forrige kapittel kan benyttes hver for seg, men i praksis vil det i de fleste tilfeller være hensiktsmessig å koordinere flere tiltak. For eksempel er det ikke sikkert at et verdibevarende vedlikehold er hensiktsmessig for et bygg som skal avhendes, og en ompakking medfører gjerne en viss oppgradering for å tilpasse et gitt areal til en annen klinikk.

Hensikten med en tiltakspakke er å binde sammen de tiltakene som er relevante for hverandre, slik at disse kan utredes og gjennomføres på en koordinert måte - jfr. prosjektlitteratur om prosjektprogrammer. Tiltak som gjelder en lokasjon, en eiendom, eller et bygg, kan derfor med fordel samles i tiltakspakker.

Tiltak bør samles i tiltakspakker (prosjektprogrammer) i de tilfellene der:

- a. tiltakene/enkeltprosjektene har innbyrdes avhengighet og derfor bør utredes samlet, og/eller,
- b. tiltakene/enkeltprosjektene har samme formål og derfor bør utredes samlet

På et strategisk nivå er en tiltakspakke en videre foredling og konkretisering av utviklingsplanen (eller eiendomsstrategien) - men en tiltakspakke er ikke nødvendigvis en ferdig utredet og endelig plan for hver enkelt eiendom. Årsaken til dette er at det i noen tilfeller kreves ytterligere utredninger før endelig vedtak om gjennomføring kan fattes, jfr. *Veileder for tidligfasen i sykehusbyggprosjekter*. Det er derfor vesentlig at det framgår hva som skal iverksettes og hva som fortsatt er usikkert.

Eksempel på beslutning for en enkelteiendom:

Eiendom X er neppe levedyktig på lang sikt og må påregnes avhendet. Det skal startes en tidligfaseutredning for å utrede mulighetene for å erstatte arealene i henhold til klinikkens behov. I påvente av en avklaring skal det bare gjennomføres minimumsvedlikehold på eiendommen.

På et operativt nivå kan en tiltakspakke også være en videre foredling og konkretisering av helseforetakets samlede prioriteringsliste over eiendomstiltak, jfr. kapittel 6.1 pkt. 6. Også her vil tiltakspakkene gjerne bestå av ulike tiltak med ulik beslutningsstatus.

I noen tilfeller vil det kanskje også være aktuelt å vurdere om en tiltakspakke bør ses opp mot en prosess for arealoptimalisering, eventuelt også sett opp mot andre klinikker og arealer.

Et eksempel på en operativ tiltakspakke er vist avslutningsvis Vedlegg 2 (side 26)

En tiltakspakke for en eiendom vil typisk bestå av flere tiltakskategorier (f.eks. vedlikehold, oppgradering og en ompakking). En slik tiltakspakke må settes sammen før planene for vedlikehold, prosjekter m.v. blir utarbeidet. For eksempel må en tiltakspakke vedrørende en eiendom, der en oppgradering er ett av flere elementer, settes sammen før oppgraderingen blir definert som et prosjekt og går inn i prosjektplanen. Dersom denne rekkefølgen ikke følges, vil man miste den helhetlige tilnærmingen til den aktuelle eiendommen.

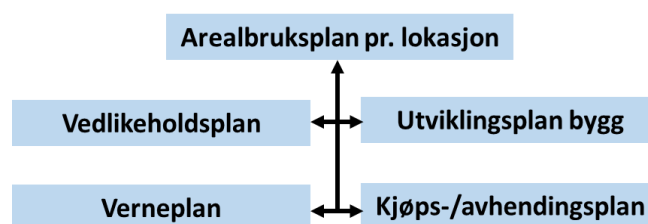
8.3. Akutte eiendomsmessige behov

Fra tid til annen oppstår det behov for arealer som ikke er oppfanget i arbeidene med utviklingsplanen, eiendomsstrategien eller arealbruksplanen. Slike behov vil måtte løses ad hoc, innenfor foretakets ordinære styringslinjer.

Utfordringene slike akutte behov medfører finnes det ikke veiledere for, men utfordringene løses lettest dersom det i utgangspunktet finnes et konsistent og oppdatert planverk med klare retningslinjer for prosess og prioritering. En moden forvaltning og utvikling av bygg og eiendomsområdet vil redusere omfanget av «ad hoc»-utfordringer.

9. Gjennomføringsplaner for vedlikehold, prosjekter, kjøp/avhending og vern

Når tiltakspakkene skal gjennomføres vil det være hensiktsmessig å fordele de enkelte tiltakene i planer som koordinert med arealbruksplanen og som er tilpasset til de ulike organisatoriske enhetene som skal gjennomføre og følge opp det praktiske arbeidet.



Dette vil typisk være;

- vedlikeholdsplan, fulgt opp gjennom foretakets FDV-system
- prosjektplaner, fulgt opp som prosjektprogrammer eller enkeltprosjekter
- kjøps-/avhendingsplan, fulgt opp som prosjektprogrammer eller enkeltprosjekter
- verneplan, fulgt opp gjennom foretakets driftsorganisasjon

Vedrørende den overordnede planen for prosjektporteføljen vil denne gjerne danne utgangspunkt for å starte innramming av enkeltprosjekter i tråd med *Veileder for tidligfasen i sykehusbyggprosjekter*.

VEDLEGG

Forskjellen mellom ressurseffektivitet og flyteeffektivitet - eksempel

En pasient har hatt et utredningsforløp på 50 dager inklusive ventetid på prøver og konsultasjoner. Innenfor denne perioden er den effektive tiden sykehuset har brukt, inklusive behandlingstid på prøver, 6 timer. Dette er representativt for den pasientgruppen pasienten tilhører.

I løpet av disse 50 dagene har pasienten vært til konsultasjon med en lege, innom til røntgen, innom for prøvetagning og innom legen igjen – men mesteparten av tiden, 1194 timer, har vært ventetid.

Sykehuset har konkludert med at hverken legen, røntgen eller prøvetagning har ledig kapasitet, og følgelig har disse en utnyttelsesgrad på 100%.

Pasienten tilhører en pasientgruppe som er svært bekymret for sin mulige tilstand. Det er derfor så mange som ringer Sykehuset, at det er ansatt en sekretær. Vedkommende har også fulle dager og 100% utnyttelsesgrad.

Dersom sykehuset også hadde fulgt opp flyteeffektivitet, ville konklusjonen i dette eksempelet blitt en flyteeffektivitet på 0,005, (6 effektive timer / 50 dager á 24 timer) - noe som må sies å være svært lavt.

I tillegg ville man konkludert med at dersom man hadde fokusert bare på flyteeffektivitet, og gjennomført hele behandlingen på 6 timer, ville behovet for å svare på bekymrede henvendelser blitt eliminert. **Med et flyt-perspektiv ville ansettelsen av sekretæren, inklusive kontorlokaler og utstyr til vedkommende, derfor blitt vurdert som 100% sløsing i stedet for 100% ressurseffektivt.**

VEDLEGG 2:

Eksempel på regime for prioritering mellom ulike eiendomsmessige tiltak

Med referanse til kapittel 6.1 vises det her et generelt og konstruert eksempel på et prioriteringsregime. I eksempelet er denne veilederens anbefaling vist i **svart tekst**.

Et Helseforetaks besluttede prioriteringsregime er vist i **grønn tekst**.

Den praktiske bruken av prioriteringsregimet er vist i **oransje tekst**.

- 1. Sett et mål på ambisjonsnivået** for eiendomsmassen samlet sett, slik at det blir etablert et referansenivå som den eksisterende eiendomsmassen kan vurderes opp mot. Ambisjonsnivået bør inneholde en langsiktig ambisjon vedrørende teknisk tilstandsgrad på eiendomsmassen.

Helseforetakets langsiktige ambisjonsnivå er at

- Helseforetaket skal ha arealer som er godt egnet til sin virksomhet
- eiendomsporteføljens tilstandsgrad skal ikke være dårligere enn 1,2, der ingen enkeltkomponenter eller bygningsdeler har TG 3.

- 2. Beskriv konsekvensene av å ikke opprettholde ambisjonsnivået**

Helseforetaket bør beskrive hvilke konsekvenser manglende måloppnåelse kan medføre. Konsekvensene bør beskrives strukturert i de konsekvensområdene helseforetaket velger å prioritere, jfr. NS 3424 – Tilstandsanalyse av byggverk.

Konsekvenser av å ikke oppnå/opprettholde ambisjonsnivået skal vurderes for følgende konsekvensområder:

- Bruksverdi for virksomheten (f.eks. arealenes egnethet, følger av forstyrrelser og avbrudd)
- Økonomi (f.eks. verdiforringelse, direktekostnader og følgekostnader)
- Sikkerhet (f.eks. sikkerhet mot personskade, brannskader, innbrudd, etc.)
- Helse (f.eks. mulige helseskader som følge av dårlig inneklima, stråling, mugg, sopp, etc.)
- Ytre miljø (f.eks. miljøbelastning i form av utslipp av skadelige stoffer etc.)
- Estetikk (f.eks. overflater)
- Energibruk
- Kulturminner
- Lover og forskrifter

Følgende forhold er funnet – alle vedrørende «Bygg P»;

- Areal X TG 2, oppgraderingsbehov
- Areal X Klinikken har arealbehov
- Areal Y TG 3
- Areal Z Svært dårlig inneklima
- Bygg P Pålegg fra EI-tilsynet

Konsekvensområder
Bruksverdi forringes
Bruksverdi redusert
Tap av kulturminne
Helseplager
Sikkerhetsrisiko

3. Vurder alvorlighetsgraden av mulige konsekvenser

Helseforetaket bør beskrive hvor alvorlige mulige konsekvenser kan bli gjennom angivelse av konsekvensgrader. Dette er et uttrykk for hvor alvorlige eller omfattende konsekvenser en observert tilstand dårligere enn referansenivået vil kunne medføre.

Konsekvensene skal vurderes i følgende konsekvensgrader:

KG 0	Ingen konsekvenser
KG 1	Små og middels konsekvenser
KG 2	Vesentlige konsekvenser
KG 3	Store og alvorlige konsekvenser

			<u>Konsekvensgrad</u>
a. Areal X	TG 2, oppgraderingsbehov	Bruksverdi forringes	KG 1
b. Areal X	Klinikken har arealbehov	Bruksverdi redusert	KG 1
c. Areal Y	TG 3	Tap av kulturminne	KG 1
d. Areal Z	Svært dårlig inneklima	Helseplager	KG 2
e. Bygg P	Pålegg fra EI-tilsynet	Sikkerhetsrisiko	KG 3

4. Vurder sannsynligheten for at de beskrevne konsekvensene faktisk vil oppstå

For hver enkelt konsekvens bør det vurderes hvor sannsynlig det er at den beskrevne konsekvensen vil oppstå. Det anbefales at dette beskrives gjennom sannsynlighetsgrader. Det anbefales også at det blir lagt til en tidsangivelse for vurderingen.

Konsekvensene skal vurderes i følgende sannsynlighetsgrader:

SG 0	Svært lite sannsynlig
SG 1	Litt sannsynlig
SG 2	Sannsynlig
SG 3	Svært sannsynlig

Konsekvensene skal vurderes for tidsperiodene

Kort sikt - skal korrespondere med tidshorisont for økonomisk langtidsplan
Lang sikt – skal korrespondere med tidshorisont for utviklingsplanen

			<u>Kort sikt</u>	<u>Lang sikt</u>
a. Areal X	TG 2, oppgraderingsbehov	Bruksverdi forringes	SG 1	SG 3
b. Areal X	Klinikken har arealbehov	Bruksverdi redusert	SG 2	SG 2
c. Areal Y	TG 3	Tap av kulturminne	SG 0	SG 3
d. Areal Z	Svært dårlig inneklima	Helseplager	SG 1	SG 2
e. Bygg P	Pålegg fra EI-tilsynet	Sikkerhetsrisiko	SG 1	SG 1

5. Beregn risikoen knyttet til hvert enkelt forhold

Risikoen knyttet til et forhold bør beregnes som *konsekvens fra pkt. 3 x sannsynlighet fra pkt. 4* for ulike perioder fram i tid.

Risikoen knyttet til hvert enkelt observerte forhold skal beregnes slik, for hver definerte tidsperiode;

Konsekvensgrad x Sannsynlighetsgrad

			<u>Risiko kort</u>	<u>Risiko lang</u>	
a.	Areal X	TG 2, oppgraderingsbehov	Bruksverdi forringes	1	3
b.	Areal X	Klinikken har arealbehov	Bruksverdi redusert	2	2
c.	Areal Y	TG 3	Tap av kulturminne	0	3
d.	Areal Z	Svært dårlig inneklime	Helseplager	2	4
e.	Bygg P	Pålegg fra EI-tilsynet	Sikkerhetsrisiko	3	3

6. Sett opp prinsipper for prioritering, definer hva som ikke er akseptabelt – og prioriter

Tiltak bør prioriteres etter risiko og etter konsekvensområdene som helseforetaket velger å prioritere, jfr. pkt 2. Konsekvensområdene bør vektet innbyrdes. Prioriteringslisten dette gir bør skjønnsvurderes før det settes opp konkrete praktiske planer, innenfor tilgjengelige økonomiske rammer og i samsvar med arealbruksplanen, jfr. Del 2, kap 7.

Følgende prinsipper for prioritering skal legges til grunn

Tiltak skal prioriteres etter risiko. Konsekvensområdene *lovpålegg, økonomi, helse, bruksverdi og vern* vektet likt. (Ved lik prioritering, legges nevnte rekkefølge til grunn.) Øvrige konsekvensområder prioriteres ikke i første omgang, men hensyntas skjønnsmessig i den endelige prioriteringen.

Dette defineres som den absolutte grensen for hva som kan aksepteres:

- Avbrudd på grunn av bygningsmessige forhold skal ikke forekomme
- Antikvarisk verdi skal ikke gå varig tapt
- Tilstandsgrad 3 skal ikke forekomme på bygningsdelsnivå.
- Kombinasjonen av TG 2 og KG 3 knyttet til bruksverdi skal ikke forekomme.
- Lover, forskrifter og pålegg skal ikke brytes.

			<u>Foreløpig prioritering kort sikt</u>	
e.	Bygg P	Pålegg fra EI-tilsynet	Sikkerhetsrisiko	1
d.	Areal Z	Svært dårlig inneklime	Helseplager	2
b.	Areal X	Klinikken har arealbehov	Bruksverdi redusert	3
a.	Areal X	TG 2, oppgraderingsbehov	Bruksverdi forringes	4
c.	Areal Y	TG 3	Tap av kulturminne	5

Eksempel på en tiltakspakke for «Bygg P», jfr. kapittel 8.2 – basert på eksempelet ovenfor

				Foreløpig prioritering
				<u>kort sikt</u>
e. Bygg P	Pålegg fra EI-tilsynet	Sikkerhetsrisiko	KG 3	1
d. Areal Z	Svært dårlig innelima	Helseplager	KG 2	2
b. Areal X	Klinikken har arealbehov	Bruksverdi redusert	KG 1	3
a. Areal X	TG 2, oppgraderingsbehov	Bruksverdi forringes	KG 1	4
c. Areal Y	TG 3	Tap av kulturminne	KG 1	5

Kommentar:

Konsekvengraden av alle observasjoner ligger utenfor den absolutte grensen av hva som skal aksepteres. Alle potensielle tiltak skal derfor settes i verk. Både tiltak b. og tiltak a. gjelder det samme arealet (X), og disse bør vurderes samlet når de endelige planene settes opp. Det bør i samarbeid med klinikken vurderes en prosess for arealoptimalisering, eventuelt også sett opp mot andre klinikker og arealer.