



## SLUTTRAPPORT PILOTPROSJEKT INTERNLEIE

<b>Prosjektnummer:</b>	<b>Saksnummer:</b>	
<b>Behandlet dato:</b> 05.05.2018	<b>Behandlet av / Prosjekteier:</b> Bjørn Bech-Hansen	<b>Utarbeidet av:</b> Monica Skjellstad
<b>Beslutning:</b>  <b>Sluttrapporten sendes til Helse Nord</b>		
<b>Bemanning av neste fase</b> Prosjektleder: Monica Skjellstad		<b>Neste fase ferdig:</b> Des 2018
<b>Signatur (prosjekteier)</b>		

## Innhold

1. Prosjektmandat.....	3
1.1. Bakgrunn .....	3
1.2. Målsetting.....	3
1.3. Prosjektorganisering.....	4
1.4. Fremdrift.....	4
2. Fase 1 – Utredning .....	5
2.1. Informasjon og forankring.....	5
2.2. Erfaringer fra andre .....	6
2.3. Kostnadsmodell .....	6
2.4. Avtaleparter .....	8
2.5. Ansvarsmatrise .....	8
2.6. Kontrakt/avtale .....	9
2.7. Prosedyrer.....	9
3. Fase 2 – Implementering.....	10
3.1. Avtaleinngåelse .....	10
3.2. Økonomiske og regnskapsmessige forhold.....	10
3.3. Gjennomføring og drift .....	11
4. Konklusjoner.....	11
4.1. Erfaringer.....	11
4.2. ANBEFALING .....	13

# 1. PROSJEKTMANDAT

## 1.1. Bakgrunn

Foretaksgruppen har et stort etterslep av vedlikeholdsbehov. Samtidig som noe av dette løses gjennom investeringer, må vi sørge for finansiering av øvrig nødvendig vedlikehold samt at vi organiserer oss på en slik måte at vi får rammebetingelser for å drive løpende vedlikehold også av de nye byggene.

Kostnader til arealbruk er lite synlig for klinikkene som brukere eller leietakere av arealer i sykehusene våre. Det er derfor besluttet at Helgelandssykehuset HF skal gjennomføre et pilotprosjekt på innføring av internleie for å i større grad synliggjøre arealkostnadene for dermed å få:

- Forståelse for at areal koster penger
- Fokus på arealeffektivisering
- En sunn eiendomsforvaltning som har fokus på oppfølging av nøkkeltall, måling mot andre for å finne beste praksis, optimal organisering og bemanning og best mulig vedlikehold for å ivareta verdien av bygg og eiendom.

Sentrale elementer i pilotprosjektet vil være:

- Involvering og informasjon til berørte parter
- Definere kostnadsmodell – hvordan skal arealene prises.
- Definere avtaleparter – oppdeling av brukerenheter
- Lage avtaleverk (leieavtale, driftsavtaler, etc)
- Ansvarsmatrise – avklare ansvar for oppgaver og områder som berøres

## 1.2. Målsetting

Pilotprosjektet har følgende målsetting:

- Synliggjøre effektiviseringspotensialet
- Avdekke behovet for informasjon og forankring – hvordan skape forståelse for internleiemodellen
- Avklare kostnadsmodellen – arealoppdeling, bruk av nøkkeltall, eventuelle beregningsmodeller
- Avklare oppdeling/avtaleparter – hensiktsmessighet
- Etablere maler for aktuelle avtaler
- Beslutte ansvarsmatrisen
- Etablere prosess for avtaleinngåelse og reforhandling

*Prosjektgruppen skal beskrive gjennomføring og resultater av pilotprosjektet og basert på dette anbefale en modell som skal implementeres i hele Helse Nord med forslag til implementeringsplan.*

### 1.3. Prosjektorganisering

Prosjektet organiseres med en styringsgruppe og en prosjektgruppe.

Styringsgruppa består av:

Eiendomsforum i Helse Nord: Asbjørn Ivar Elde, Øyvinn Grongstad, Jan-Egil Blix, Gina Marie Johansen, Tor-Arne Hanssen, Skjalg Trældal, Bernt Toldnes, Terje Arthur Olsen, Otto Larsen, Bjørn Bech-Hanssen, Tor-Arne Haug, Ann Mari Jensen (KTV), Bengt-Ole Larsen

Arbeidsgruppa etableres av Helgelandssykehuset HF og har bestått av:

- Ledelsen (eier)
  - Geir Jensen, økonomi
- Forvalter
  - Monica Skjellstad (prosjektleder)
  - Odd Arve Horsdal, driftsleder Drift og Eiendom
  - Bjørn Kjærstad, avdelingsleder Medisinteknisk Avdeling (MTA)
- Brukere (leietaker)
  - Camilla Straum- Representant for sykehuset i Mosjøen
  - Bengt Endre Erlingsønn- Representant for sykehuset i Mo i Rana
  - Rose Rølvåg - Representant for sykehuset i Sandnessjøen
- Fagforeningene/verneombud
  - Hovedverneombud, Knut Solheim
  - Hovedtillitsvalgt, Rolf Petter Skogly
- Eksterne ressurser
  - Lars A. Mickelsen, Helse Nord RHF

### 1.4. Fremdrift

Arbeidet skal ferdigstilles og rapporteres innen 20. mai 2018. Det benyttes interne ressurser i prosjektgruppen, samt noe bistand fra RHF.

Milepæler som ble lagt:

- 1. jul 2017: Økonomimodell og arealoppdeling avklart
- 1. sep 2017: Avtaleverk inklusive ansvarsfordeling signert
- 1. okt 2017: Rolleforståelse – og «opplæring»
- 1. nov 2017: Iverksetting av avtaler
- 1. apr 2018: Evaluering av pilotperiode
- 1. mai 2018: Frist rapport etter pilot

Det ble lagt en stram prosjektplan da bestillingen fra Helse Nord var klar på at dette skulle evalueres tidlig i 2018. Vi har justert planen underveis, og iverksetting av avtalene ble lagt til 01.01.2018.

Den faktiske fremdriftsplanen hadde oppstart i juni 2017. Økonomimodell og ansvarsmatrisen ble jobbet med kontinuerlig hele høsten, og de ble endelig ferdig til årsskiftet. På første møte i foretaksledelsen etter årsskiftet ble det orientert om innføringen av internhusleie. Det var en del avklaringer/forandringer som ble spilt inn på dette møtet som ble tatt inn i avtaleverket. Alle sykehusene fikk også tilbud om en nærmere orientering av avtaleverket før årsskiftet.

## 2. FASE 1 – UTREDNING

### 2.1. Informasjon og forankring

Prosjektet ble lagt frem i Helse Nord styret i 2016, og direktør i HSYK ytret ønske om at HSYK skulle lede an dette pilotprosjektet. Prosjektet ble tatt inn i Oppdragsdokumentet for 2017: «Helgelandssykehuset skal etablere husleiemodell, og rapportere erfaringer innen 1. desember».

I mai 2017 orienterte Prosjektleder og rådgiver fra Helse Nord alle sykehusdirektørene ute på sine respektive sykehus om prosjektet. På denne informasjonsrunden ble bakgrunnen for pilotprosjektet og mandatet for prosjektet gjennomgått. For å få delaktighet i prosjektet fikk direktørene i oppgave å utpeke en representant fra hvert av sykehusene som skulle delta i prosjektgruppa. Denne organiseringen ble gjort for å knytte alle sykehusene bedre til oppgaven og prosjektet. Direktørene fikk under denne orienteringen også i oppgave å informere sine lederne om prosjektet på sykehusenes ledermøter.

Det var ønskelig fra prosjektledelsen å også ha en representant fra prehospitaltjenester og en fra psykiatri/Brønnøysund inn i prosjektgruppa, men de har ikke deltatt på noen møter og er derfor trukket ut av prosjektgruppa.

Oppstartsmøte ble holdt i juni 2017. På det første møtet ble det lagt en fremdriftsplan der vi forsøkte å få hele prosjektet gjennomført i løpet av høsten. Prosjektplanen var stram, og det var flere utfordringer som utpekte seg med tanke på informasjon og forankring. Det var svært viktig at hele prosjektgruppa arbeidet aktivt på sine sykehus for å få prosjektet implementert.

På andre prosjektmøte ble det bestemt at hver enkelt prosjektdeltaker skulle holde informasjonsmøte ute på sine sykehus/hos sine tillitsvalgte. Denne oppgaven ble fordelt slik for at prosjektdeltakerne skulle få eierskap til prosjektet, og for at sykehusenhetene fikk en av sine egne avdelingsledere til å informere utfra deres forståelse og vurderinger av prosjektet.

Erfaringen etter dette var at det tok lang tid før alle fikk mulighet til å holde informasjonen i ledermøtene. Prosjektet kom sent i gang, og budsjettarbeidet var i hovedfokus på alle tre enheter hele høsten.

I ettertid er det tydelig at informasjonsprosessen ikke ble gjort grundig nok. Det hersker fremdeles tvil ute i organisasjonen om internhusleien er den rette måten å organisere inntektene til drift og eiendom på. Det er uklart om det er omorganiseringen av Drift og eiendom eller internhusleiprojektet som er utfordringen ute på sykehusenhetene.

Etableringen av Drift og eiendom som foretaksovergripende enhet ble gjort i 2017. Denne måten å organisere teknisk drift på vil bidra til å få bedre struktur og oversikt innen forvaltning, drift og vedlikehold. En slik enhetsoverspennende organisering er innført for gi en profesjonalisering av eiendomsforvaltningen, en økt rolleforståelse og økt fokus på arealeffektivisering på overordnet nivå. Dette vil over tid gi en profesjonell eiendomsforvalter som skaper optimale vilkår for kjernevirksomheten, som igjen er hovedmålet for organiseringen og innføringen av husleie.

Denne omorganiseringen tar tid, og mye av kulturen fra tidligere måte å organisere denne servicetjenesten på har fortsatt fotfeste.

## 2.2. Erfaringer fra andre

I juni 2017 ble det gjennomført et møte med Helse Bergen for å høre hvordan internhusleie i deres helseforetak fungerer. Helse Bergen har hatt internleie i over 10 år, og er kanskje et av helseforetakene som har lengst erfaring med slik eiendomsdrift. På møtet deltok prosjektleder sammen med to representanter fra Helse Nord RHF.

I Helse Bergen fungerer internleiemodellen godt, det stilles ikke lenger spørsmål rundt hvorfor virksomheten er organisert rundt en internleiemodell, og man har generelt fått en god forståelse for at areal koster penger. Dette har gitt et større fokus rundt arealbruken og effektivisering av denne. Det er likevel ikke slik at det er problemfritt, og det må også der jobbes kontinuerlig med informasjon, optimalisering av driftsoppgavene og ikke minst gode og effektive avtaler, kommunikasjonskanaler og –løsninger.

Helse Bergen er et stort foretak og har organisert avtaleforvaltningen i en egen enhet adskilt fra driftsavdelingen. Dette ser ut til å gi en mer detaljert oppfølging på selve avtalene, og er en erfaring som er viktig å ta med seg videre i prosessen.

Det har også vært kontakt med St. Olav i Trondheim flere ganger da også de har hatt internleiemodell i mange år. St. Olav har i større grad fulgt Husleieloven med tanke på oppsett av avtaler og ansvarsmatrise, og har derfor definert alt innendørs til å være leietakers ansvar. Samtidig har de satt begrensninger på hvem som skal utføre vedlikeholdsarbeid på disse arealene gjennom at brukerne må bestille alt gjennom drift og eiendom.

Erfaringene ved St. Olav er jevnt over de samme som ved Helse Bergen. Helt konkret så sier de at halvparten av brukerne følger godt opp og har stort fokus på arealeffektivisering og økonomi, mens den andre halvparten er mer eller mindre likegyldig. Årsaken de peker på er at de ikke har fått til en økonomi- og budsjetteringsmodell som legger til rette godt nok for internleie.

Alle erfaringene fra Helse Bergen og St. Olav er tatt inn i dette prosjektet og blir vurdert med tanke på gjenbruk av metoder, skjematikk og tankegang.

## 2.3. Kostnadsmodell

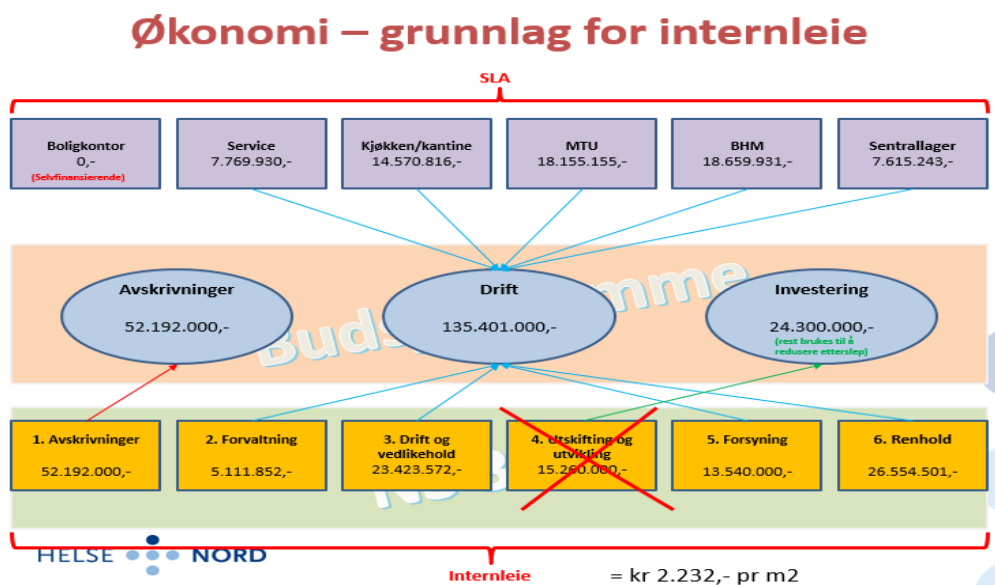
Historisk sett har kostnadene til drift, vedlikehold og utvikling (FDVU) lagt til hver enkel sykehusenhet som en del av basisrammen for somatikk og psykiatri. For 2017 ble avdelinger tilhørende internservice, samt økonomisk ramme, overført fra sykehusenhetene og til en ny felles Drift og Eiendomsenhet. For 2018 er disse rammeoverføringen endret til husleie på de kostnadene som er tilknyttet bygg og vedlikehold.

NS3454 legges til grunn for budsjettering, der det er splitt mellom drift og investeringer. Denne standarden fastlegger hovedposter for FDVU og klargjør forholdet mellom disse. Dette gir mulighet for registrering av erfaringstall og oppbygging av nøkkeltall slik at det blir mulig å sammenligne bygg (benchmarking).

NS 3454 omfatter også kalkulasjonsmetodikk og kostnadsoppstilling for kalkulasjon av livssyklus kostnader (LCC) for byggverk (både bygninger og anlegg) og bygningsdeler. Livssyklus kostnadene er summen av investeringskostnader og alle kostnadene til FDVU i bruksfasen av et bygg, fratrukket restverdi ved avhending. LCC skal benyttes på enhver investering, slik at den faktiske kostnaden blir tatt inn når en vurderer tiltak.

Bruker betaler for de arealer som benyttes, og sparer kostnader når de sier opp arealene. Hver kvadratmeter prises likt i første omgang, dette for å gjøre avtalene så enkle som mulige.

For Drift og Eiendom sitt budsjett (oppdelt etter NS 3454) for 2018 ser fordelingen slik ut:

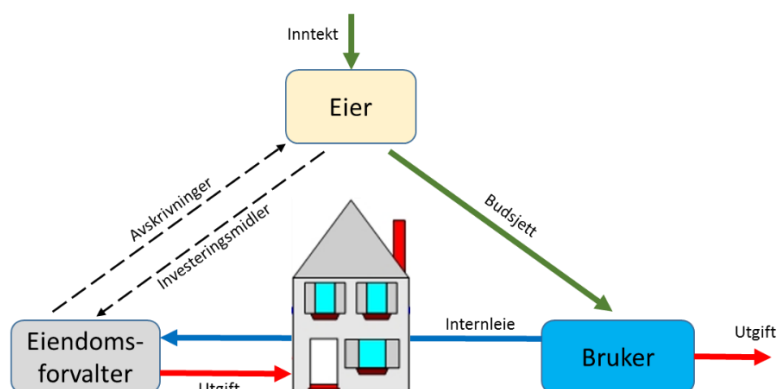


De øverste boksene er definert som SLA (Service og leveranseavtaler), og vil ikke omfattes av internhusleien. Dette begrunnes i at disse kostnadene ikke er naturlige å definere som kostnad pr kvm. Disse kostnadene er leveranser som Drift og Eiendom har med det enkelte sykehuset, og disse tjenestene blir finansiert direkte av rammeoverføringer slik det er i dag. Det er viktig å presisere at disse leveransene kan få en endring i kostnaden for det enkelte sykehus dersom leveransen endres (for eksempel utvidet middagstid, økt blodprøvekjøring etc). Disse SLA avtalene jobbes det med å få på plass, slik at det blir forutsigbart både for Drift og Eiendom og leietaker. Men dette er ikke en del av dette prosjektet.

De nederste boksene viser hva som ligger inne i husleien. 4. utskiftning og utvikling er tatt ut av kvadratmeterprisen (krysset ut) og lagt inn som investeringsramme i utskiftning- og utviklingsplanen.

## 2.4. Avtaleparter

For å få modellen til å fungere, må man ha en tredeling av rollene i henhold til figuren nedenfor.



I dette tilfellet vil administrerende direktør inneha eierrollen, sykehusene med sine enheter vil være bruker og Drift & eiendom vil inneha eiendomsforvalterrollen.

Helgelandssykehuset består av 3 enheter fordelt på Mo, Mosjøen og Sandnessjøen. I tillegg har Brønnøysund fødestue, dialyse og ei psykiatrisk avdeling som organisatorisk ligger under Sandnessjøen.

Prosjektgruppa vedtok tidlig at vi skulle ha avtale med hvert enkelt sykehus oppdelt i somatikk og psykiatri. Denne oppdelingen var mest praktisk og gav god oversikt for enhetene uten å gi for mye byråkrati. Hvert sykehus vil da representere brukerrollen og enhetsdirektøren vil være den som signerer leieavtalen

Husleieavtalen består av selve avtalen med ansvarsmatrise og tegninger som vedlegg.

Tegningene vil gi god oversikt over hvem som disponerer hvilke arealer, noe som over tid vil gi et økt fokus på effektiv arealbruk. Det er ønskelig at avdelingene ser på mulighetene for sambruk av fellesarealer på tvers av avdelinger (for eksempel møterom, noen kontorer, pauserom etc).

Arealfordeling bør også være et tema på avdelingsmøter med tanke på å få mest mulig effektiv bruk av de arealer man har til rådighet, og eventuelt avvikle arealer man ikke har behov for. Et viktig incentiv i denne sammenheng vil være at man beholder midlene når man reduserer areal. Dette er da midler som kan brukes på andre områder.

## 2.5. Ansvarsmatrise

Ansvarsmatrisen er en oversikt over hvem som har ansvaret for de ulike elementene i eiendomsdriften. Den beskriver hvilke oppgaver utleier har ansvar for (hva som inngår i husleia), og hva leietaker må gjøre og koste selv. Matrisen gir en god oversikt over de oppgaver som inngår i eiendomsdriften og ansvaret for disse.



Som utgangspunkt for ansvarsmatrisen ble Helse Bergen og St Olav sine versjoner av denne benyttet. Det var enighet om at modellen fra St Olav var for omfattende, og det ble derfor Helse Bergen sin versjon som vi la til grunn. Ansvarsmatrisen ble også sammenlignet med Statsbygg og Forsvarsbygg sine ansvarsmatriser.

Matrisen er blitt behandlet og gjennomgått på to prosjektmøter, og mange gode spørsmål og momenter er kommet frem. Forståelsen i prosjektgruppa for at dette er en rett måte å drifte byggene på har vært god.

Selv om ansvarsmatrisen er besluttet og gjelder for de inngåtte leieavtaler, vil man i driftsperioden sannsynligvis få endringer også på denne. Det kan derfor være hensiktsmessig å legge inn årlig gjennomgang av ansvarsmatrisen. Det er viktig å ha mulighet til å gi innspill på matrisen både fra Drift og Eiendom og fra leietakere, da den nye organiseringen og tydeliggjøring av ansvar vil gi nye spørsmål og utfordringer underveis. Noen tjenester er også ulike på de ulike lokasjonene, og det fokuseres på at tjenestene over tid skal bli lik på alle tre enhetene.

## **2.6. Kontrakt/avtale**

Avtalen er basert på en vanlig husleieavtale. Avtalen er gjort så enkel som mulig og detaljinformasjon er lagt ut i vedlegg. Vedleggene omfatter:

- Økonomisk oversikt
- Tegninger som viser leiearealer og fellesarealer
- Ansvarsmatrise

Avtalen etableres som en 5 års leieavtale inntil videre, da prosjekt Helgelandssykehuset 2025 vil berøre alle tre enhetene på en eller annen måte, som igjen vil påvirke avtalene.

## **2.7. Prosedyrer**

Prosedyreverktøyene til Helse Nord ligger i Docmap. Helgelandssykehuset har egne prosedyrer for ulike fag, og Docmap er også foretakets avvikssystem. Det skal opprettes prosedyre for gjennomgang av internleien i Docmap. Denne er ikke på plass i dag, men det skal jobbes med å få på plass så snart som mulig.

Prosedyren må inneholde plan for gjennomgang av hele avtalen med vedleggene. Det er viktig at gjennomgang av arealer, ansvarsmatrisen og utskifting- og utviklingsplanen revideres årlig.

Samspillet mellom bruker og leverandør er viktig for at en slik avtale skal bli implementert og fulgt i hele foretaket, derfor må dette systematiseres.

## **3. FASE 2 – IMPLEMENTERING**

### **3.1. Avtaleinngåelse**

Det ble fattet endelig vedtak i mars om avtaleinngåelsen. Det ble orientert i januar om hvordan disse avtalene skulle håndteres.

### **3.2. Økonomiske og regnskapsmessige forhold**

Vi har hatt mange møter med økonomiavdelingen for å avklare måten vi skal finansiere drift og eiendom på. Det ble tidlig fastsatt at kapitalkostnadene måtte inn i budsjettet da de er en naturlig del av husleien. Dette blant annet fordi skillet mellom vedlikehold som kostnadsføring og der dette blir investering vil kunne slå forskjellig ut mellom byggene. Mens de totale kostnadene på lang sikt vil være mer lik. De ulike byggene har noe ulik standard og på enkelte områder er etterslepet stort.

Det er ønskelig med lik kvadratmeterpris på alle tre sykehusenhetene. Dette fordi kostnaden på lang sikt ikke bør være forskjellig på de ulike byggene med samme funksjon. På sikt kan det vurderes om kvadratmeterprisen skal være forskjellig basert på funksjon. Regnskapsføring av leiekostnaden fordeles i starten ut til de ulike enhetene basert på funksjon som somatikk, psykisk helse og ambulanse. Dette for at en mere detaljert kostnadsføring vil kreve svært detaljerte oppsett på areal og mye oppfølging. På sikt er det mulig å kostnadsføre husleien på et mer detaljert nivå som avdeling.

Den tekniske statusen er noe ulik på enhetene, men det er et overordnet mål om at teknisk status og drift skal være lik uansett sted. Det jobbes kontinuerlig med å få alle byggene opp på et bedre teknisk nivå.

De totale driftskostnadene til bygg er beregnet og delt på totalt antall kvadratmeter for så å finne kvadratmeterpris. I disse kostnadene ligger i hovedsak FDVU. Andre tjenester som enheten Drift og Eiendom skal utføre, blir kostnader regulert gjennom egne SLA (service og leveranse avtaler) avtaler. Disse er brukerstyrte kostnader (se økonomi kapittel).

Husleie blir bokført som en internkostnad, da dette er en kostnad/inntekt som gjelder fordeling internt i foretaket og denne skal ikke påvirke regnskapet på foretaket. Det vil si at for Drift og Eiendom er det leieinntekt, mens for sykehusenhetene er dette en leiekostnad. På foretaksnivå er dette trigget bort. Dette gjør at kostnaden på funksjon (blant annet rapportering til SSB) må ha rett på funksjon der den oppstår.

En av forutsetningene for innføring av internhusleie var at det ikke skulle gi noen økonomiske konsekvenser for sykehusenhetene det første driftsåret. Dette fordi innføringen skjer etter at budsjettet og planer er lagt. Til nå har Drift og Eiendom vært finansiert gjennom basisramme trukket fra sykehusenhetene. Basisramme tilsvarende husleie for hver enkelt enhet blir tilbakeført til sykehusenhetene for så å bli kostnadsført som intern husleie.

Resten av basisrammen som ble overført Drift og Eiendom tilhører SLA tjenester og denne kostnaden/rammen må behandles særskilt. Foretaket har også en del ekstern leie, men dette inngår ikke i denne husleietjenesten.

### 3.3. Gjennomføring og drift

Vi startet med internhusleie 010118. Ansvarsmatrisen er tatt i bruk og vi har fått en del tilbakemeldinger på denne. I hovedsak har det løst seg med kommunikasjon og litt smidighet.

Utskiftning- og utviklingsplanen ble godkjent i foretaksledelsen i november 2017. Denne jobbes det med, og vi er godt i gang med et 10-talls prosjekter som vil bidra til bedre teknisk standard på sykehusene.

Vi har fått bedre kontroll på økonomioppfølgingen på de driftsrelaterte utgiftene, og er startet med benchmarking på noen områder.

Man har vært i drift for kort tid til å kunne innhente så mange erfaringer, men dette vil følges opp kontinuerlig.

## 4. KONKLUSJONER

Eiendomsforvaltningen ved sykehuset er en støttefunksjon for den kjernevirksomhet som sykehusene skal drive. For at kjernevirksomheten skal få effektive og gode arealer må en drifte på en økonomisk og sikker måte. Innføring av internhusleie er en god måte å få på plass effektiv og profesjonell eiendomsdrift. Et av hovedpoengene er å få synliggjort at arealet koster, slik at en må vurdere utbygging opp mot andre alternativer. Internhusleie er enkel å administrere, og gir god kontroll på de enkelte utgiftsposter.

### 4.1. Erfaringer

#### Erfaringer fra prosjektmedarbeiderne:

Prosjektmedarbeiderne synes prosjektet har vært bra, og ser nytten av å sette eiendomsdriften i et bedre system. Men de sier også at:

- Lite tid til å evaluere underveis
- Vanskelig å få innpass for å informere
- Lite fokus i ledelsen
- Skepsis til at det blir «rettferdig» fordeling av ressurser, hvem bestemmer?
- Det er usikkerhet om dette vil ta ekstra tid hos avdelingslederne
- Vanskelig å kunne svare på alle spørsmålene på orienteringsmøtene
- Fått satt av for liten tid til prosjektarbeidet

#### Erfaringer fra Drift og Eiendom

2017 var det første driftsåret for Drift og eiendom, og det ble preget av omorganiseringsarbeid. Avdelingsledere for teknisk, kjøkken/kantine og renhold ble ikke rekruttert pga manglende økonomi, og i mai 2017 ble det derfor iverksatt en midlertid organisering på område drift. Avdelingsledere ble konstituert på alle lokasjoner og fagområder, med unntak av MTA (denne avdelingslederen kom på

plass tidlig). Dette gjør at organisasjonen ikke helt er satt, og det er en del utfordringer med kommunikasjonslinjer og rutiner.

Samtidig som etablering av et foretaksovergripende område Drift og Eiendom ble utført, var det også bestemt at vi skulle kjøre et pilotprosjekt på internhusleie.

Resultatet av pilotprosjektet har bidratt til at vi nå drifter etter ansvarsmatrisen, og enkelte oppgaver som tidligere ble utført av internservice blir nå nedprioriterte. Ansvarsmatrisen setter klare begrensninger i hvilke serviceoppgaver som skal utføres, og hva som er leietakers sitt eget ansvar.

Driftspersonellet føler at de ofte må si nei, og dette synes de er vanskelig (sannhetens øyeblikk). De opplever ikke at de får gitt like god service og like gode tjenester som tidligere – men samtidig mener de at de får bedre tid til eiendomsfaglige oppgaver slik som vedlikehold og internkontroll.

Tidligere ble oppgaver på internservice (nå Drift og Eiendom) i hovedsak prioritert av sykehusdirektørene, og utskiftninger på tekniske anlegg ble ofte utført etter «ad hoc prinsippet» pga dårlig økonomi. Teknisk utstyr som hadde passert sin levetid ble kun skiftet når det var brekkasje, og prioriteringer på bygg og anlegg ble satt opp mot andre prioriteringer på sykehuset. Realverdien på byggene ble svekket, og vedlikeholdsetterslepet har økt drastisk.

Det har over år vært mindre fokus på internkontroll. Prosedyrer på de tekniske avdelingene preges av at de er laget primært for å lukke avvik, og de er ikke implementerte godt nok inn i organisasjonen. Nå benyttes Lydia og Jonathan (FDV program for teknisk og renhold) og dette gir den kontrollen som lovverk pålegger oss. Teknisk drift har vært, og er gode på drift, men dårligere på dokumentasjon. De ansatte får nå bedre tid til å fokusere på disse arbeidsoppgavene.

### Erfaringer fra brukerne

Den nye organiseringen oppleves byråkratisk og det går for sakte i forhold til tidligere praksis. Avstanden fra sykehusenhetene til Drift og Eiendom synes lengre enn tidligere, og sykehusdirektørene har ikke lenger råderett på internservice –det er en annen prioritering av tiltak.

Det store etterslepet på vedlikehold er i fokus, og tiltakene ønskes utført så raskt som mulig. Sykehusene mener de får for lite informasjon om vedlikeholdstiltakene, og det er en forventning om at alt skal skje samtidig.

Utskiftning og utviklingsplan 2017 – 2021 er vedtatt i foretaksledelsen før årsskiftet, men noen er fortsatt skeptiske til om denne planen er rettferdig. Planen skal revideres årlig, og ny plan vil foreligge etter sommerferien 2018. Planen skal godkjennes i ledergruppa.

Uklart hvor man skal henvende seg for innkjøp av inventar etc. da dette ikke ble satt av på budsjettet til avdelingene. Tidligere lå disse utgiftene på teknisk drift.

Informasjonsbehovet er stort innen området, og rutiner er foreløpig ikke gode nok. Dette jobbes det med, og det skal etableres løsninger som forbedrer informasjonen ut til avdelinger/enheter (for eksempel intranett).

## 4.2. ANBEFALING

Under er listet opp alle de tiltakene som er viktige å få med seg i de forskjellige prosjektfasene.

### FASE 1 - UTREDNING

- Forankring i ledelsen
  - Ledelsen (administrerende direktør) må beslutte at leiemodellen skal implementeres og må sammen med ledergruppa stå fullt og helt bak prosessen
  - Viktig å få jevnlig deltakelse i ledermøte for å informere og oppdatere status
- Økonomiavdelingen og økonomisjef må være med fra starten
  - Forståelse og forankring, snakke samme språk
  - Budsjetttilpasning – fordeling etter NS 3454, kontroll med avskrivninger, beskrivelse av komponentene som inngår i husleia, beregning av m2-pris –
  - sammenstilling av nøkkeltall og faktiske forbrukstall (legitimering av våre tall – sammenlignet med andre sykehus)
- Tidsplan
  - Det må settes av tilstrekkelig tid til utredning (1 år +), samtidig er det viktig at utredningen ikke går over for lang tid da dette kan være uheldig
- Brukerrepresentanter og tillitsvalgte må være med
  - De må inngå i arbeidsgruppa og være med i utredningsarbeidet fra oppstart
  - Viktig å ha med representanter som kjenner de daglige utfordringene ute på klinikkene
- Arealoppdeling, avtaler og avtaleparter
  - Viktig å finne rett avtalenivå slik at effekten av tiltak blir synlig så langt ned i organisasjonen som mulig uten at det blir for mange avtaler og for mye byråkrati
  - Lag enkle avtaledokumenter som er forståelige
  - Bruk tid på ansvarsmatrisen slik at den er dekkende (fanger opp alle oppgaver) og er omforent. Denne må brukes tid på å få forståelse for ute på avdelingene.
  - Bruk tegninger for å illustrere leieareal (enkelt å forstå, lett og korrigere)

- Økonomi
  - Bruk nøkkeltall/erfaringstall så langt som mulig for å finne pris pr m2 (viktig å bruke med forsiktighet, da det kan ligge ulike tjenester inne i regnskapene)
  - Fordelingsnøkkel på fellesarealer (% av eksklusive leiearealer)
  - Samme m2-pris på alle typer arealer (denne kan diskuteres, men i første omgang er dette enkelt) faren med å vente er om man ikke gjør dette nå, er det vanskelig å innføre senere?
  - Forbruksavhengige kostnader beregnes ut fra tidligere års forbruk (pris/m2)

## **FASE 2 - IMPLEMENTERING**

- Avtaleinngåelse
  - Forankring tidlig i prosessen er avgjørende for å få avtalene på plass
  - Avtalepartene må ha kunnskap og forståelse for leiemodellen
- Økonomiske og regnskapsmessige forhold
  - Husleien og de økonomiske rammene må være avklart tidlig slik at prosessen rundt budsjett, regnskap og overføringer er definert og tydelig (minst mulig byråkrati)

## **FASE 3 - DRIFT**

- Driftsorganisasjonen
  - Det er et betydelig behov for «opplæring» av driftsorganisasjonen med tanke på arbeidsprosesser, kommunikasjon, leveranser, tilbakemelding, osv.
- Samspillet «kunde-leverandør»
  - Det må gå minimum ett år før man kan si noe om hvordan modellen fungerer i drift (sannsynligvis mer enn ett år)
  - Viktig å få på plass samarbeidsfora slik at utfordringer og erfaringer underveis blir kommunisert mellom bruker og leverandør. Dette fora bør ha møter jevnlig for å kunne avklare misforståelser så tidlig som mulig