

Karen Camilla Eriksen Preus

Fremtidens kombinerte samhandlingshelsehus – hva skal dette inneholde av tjenester og tilbud?

Masteroppgave i Eiendomsutvikling og -forvaltning

Veileder: Anne Kathrine Larssen og Tore Haugen

Juli 2020

Sammendrag

Det utredes og etableres stadig flere helsehus i Norge, og byggene blir utviklet av både offentlige og private aktører. Denne masteroppgaven ser nærmere på hva som ligger bak en slik etablering, hvordan helsehusene fungerer og hva slike helsehus inneholder av tjenester og tilbud. Videre vil jeg se nærmere på hvordan man kommer frem til valgt konsept gjennom tidligfasevurderinger og mulighetsstudier.

Masteroppgavens problemstilling er som følger:

«Hva skal fremtidens kombinerte samhandlingshelsehus inneholde av tjenester og tilbud?».

Det er utarbeidet tre forskningsspørsmål for å besvare valgte problemstilling:

1. *Hvilke typer helsehus finnes i Norge i dag?*

Her vil det redegjøres for hvilke type helsehus det finnes i Norge i dag og hvordan disse er organisert mht. eierform, innhold, osv. Bakgrunnen for etableringen av slike hus vil bli belyst ut ifra de funn som gjøres i oppgaven.

2. *Hvordan fungerer samarbeidet mellom de ulike helseaktørene innenfor disse helsehusene? Og, finnes det et samarbeid?*

Her vil det redegjøres for om det finnes et samarbeid i dag og om hvordan dette samarbeidet fungerer. Videre vil det avklares om hvilke føringer som eventuelt ligger bak et slikt samarbeid.

3. *Hva er viktige faktorer ved etablering av nye kombinerte samhandlingshelsehus?*

Her vil det gås inn på hvilke faktorer som vil ligge til grunn for at det skal etableres nye kombinerte samhandlingshelsehus, og hvilke prosesser og tiltak som må gjennomføres før et slik bygg kan bli etablert.

Oppgavens resultater er innhentet ved bruk av ulike kvalitative metoder; så som litteratur- og dokument studie, sammenlignende casestudie og dybde- og fokusintervjuer. Det sammenlignende casestudie tar for seg 3 eksisterende kombinerte samhandlingshelsehus, og dybde- og fokusintervjuene (totalt 6 stykk) er gjennomført med aktører som utvikler helsehus og av leietakere i ulike helsehus i Norge.

Fremtidens kombinerte samhandlingshelsehus bør ha som intensjon at det skal kunne møte de utfordringer som vil møte helsevesenet i fremtiden som dagens primær- og spesialisthelsetjeneste ikke er rigget for. Vi vil oppleve befolkningsvekst og det vil skje en demografisk endring mot at det vil bli flere eldre og at man lever lengre. Fremtidens kombinerte samhandlingshelsebygg må tilpasses disse endringene, og tjenestene må tenke mer helhetlig og at pasienten settes i fokus – til enhver tid.

Abstact

Several health centre buildings are being thorough investigated and established in Norway, and the buildings are being developed by both public and private actors. This master's thesis will look more closely at what lies behind the establishment of such health centre buildings, how it works and what such health centre buildings contain of services to the public. Furthermore, I will look more closely at how to conclude to the chosen concept through early phase assessments and feasibility studies.

The purpose of this master thesis is to reveal: "What will the combined health centre building contain of services in the future?".

On the basis of the purpose of this thesis there has been developed three research questions which will be answered:

1. What kind of health centre buildings exist in Norway today?

In the master thesis it will be explained what kind of health centre buildings exist in Norway today and how these are organized with regards to health care, form of ownership, content, etc. The underlying cause of the establishment of such buildings will be elucidated from the findings made in the thesis.

2. How does the collaboration between the various health actors within these health centre buildings work? And, does it exist any collaboration?

There will be explained if there is a collaboration and how this collaboration works. Furthermore, it will be clarified about the guiding principles, if any, behind such cooperation.

3. What are important factors in establishing new combined interaction health care buildings?

The factors that will form the basis for the establishment of new combined health centre buildings will be discussed, and what processes and measures must be implemented before such buildings can be established.

The results of the master thesis are obtained using various qualitative methods; such as literature and document study, comparative case study and in-depth and focus interviews. The comparative case study deals with 3 existing combined interaction health centres, and the in-depth and focus interviews (a total of 6 pieces) were conducted with actors who develop health homes and tenants in different health centre buildings in Norway.

The future of the combined interaction health centre buildings should have the intention that it will be able to meet the challenges that will meet the healthcare system in the future for which today's primary and specialist health services are not rigged. We will experience population growth and there will be a demographic change towards the fact that there will be more elderly people and residents will live longer. The future combined

health centre building must be adapted to these changes, and the services must think more holistically and that the patients are always in focus.

Forord

Denne masteroppgaven er en avsluttende del av et erfaringsbasert masterstudie i Eiendomsutvikling og arealforvaltning ved Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, NTNU. Oppgaven utgjør 30 studiepoeng i emnet AAR6990 Masteroppgave Eiendomsutvikling og -forvaltning, og er utarbeidet høsten 2019 og våren 2020.

Oppgavens tema er blitt valgt ut ifra at jeg til daglig jobber med utleie, forvaltning og drift av ulike helsehus, og ønsket å se på bakgrunnen for hvorfor slike helsehus ble etablert, og hva som er viktig å tenke på i fremtiden ved utvikling og etablering av nye helsehus. Min arbeidsgiver, Linstow AS, eier i dag 2 såkalte kombinerte samhandlingshelsehus hvor både kommunale-, statlige-, fylkeskommunale- og private helseaktører er samlokalisert. Disse helsehusene danner et helseknutepunkt i sine områder, som gjør at helsetjenestene er lettere tilgjengelig for innbyggerne i kommunen eller regionen der det er lokalisert. I Linstow jobbes nå med å videreutvikle de eksisterende helsehusene, samtidig som det jobbes med nye prosjekter for kombinerte samhandlings helsehus. Vi er av den formening av at fremtidens helsehus skal være fleksible, inneholde mye teknologi og være spesialtilpasset helsevirksomhet for å kunne skape innovasjon og kunne fremme tjenesteeffektivitet.

Arbeidet med masteroppgaven har gitt meg økt kompetanse innenfor hvordan helse- og omsorgstjenester er organisert i Norge, i tillegg til at det har gitt fin innsikt i hvordan teorien om eiendomsutvikling, som er blitt tilegnet i det erfaringsbaserte studiet, er benyttet i praksis i de ulike utredninger jeg har vært igjennom i forbindelse med masteroppgaveskrivingen. Jeg har også tilegnet meg økt kompetanse innenfor en rekke andre fagområder som er fint å ta med seg videre i mitt arbeid.

Jeg vil rette en stor takk til mine kjære hjemme - Thomas, Fredrikke og Felix for stor tålmodighet gjennom hele studiet, og ikke minst for de siste månedene hvor masteroppgaven har tatt mye av min tid og fokus. En stor takk skal også rettes til min arbeidsgiver Linstow, som lot meg få denne muligheten og som har lagt ting til rette slik at studiet kunne gjennomføres. Og takk til veileder Anne Kathrine Larssen for nyttig veiledning og gode tilbakemeldinger.

Jeg vil også takke de som har gitt meg nyttige og gode svar i forbindelse med gjennomføring av dybde- og fokusintervjuer.

Høvik, 2. juli 2020

Camilla E. Preus

Innhold

Sammendrag	i
Abstact	ii
Forord	iv
Innhold	v
Figurer	viii
Tabeller	ix
1 Innledning	1
1.1 Bakgrunn	1
1.2 Formål	2
1.3 Problemstilling og forskningsspørsmål	2
1.4 Oppbygging og struktur på oppgaven	3
1.5 Avgrensninger	4
2 Teori	5
2.1 Eiendomsutvikling	5
2.2 Tidligfase	7
2.2.1 Behov	9
2.2.2 Mål	10
2.2.3 Målformulering	11
2.2.4 Tre ulike perspektiver	12
2.2.5 Effekt / krav	14
2.3 Mulighetsstudie	14
2.4 Konsept	15
2.5 Konseptutvikling	16
2.5.1 Konseptvurdering	19
2.6 Lokaliseringsteori	20
2.6.1 Nytt perspektiv innen lokaliseringsteori	20
2.7 Samarbeidsteori	20
2.7.1 Samhandling	21
2.8 Samhandlingsreformen	21
2.8.1 Brukeren i fokus	24
2.9 Offentlig styring og organisering	25
2.9.1 Offentlig administrasjon og organisering	25
2.9.2 New Public Management	25
2.9.3 New Public Governance	25
2.10 Partnerskap	27

2.11	Offentlig – privat samarbeid (OPS)	27
2.12	Tjenesteyting	28
2.13	Helsehus	30
2.14	Velferdsteknologi	31
3	Metode	33
3.1	Induktiv / deduktiv tilnærming	34
3.2	Undersøkellesdesign	35
3.3	Kvalitativ metode	35
3.4	Metodevalg	36
3.4.1	Litteratur- og dokumentstudie	36
3.4.2	Casestudie	38
3.4.3	Dybdeintervju	38
3.4.4	Fokuserte intervjuer	39
3.5	Datainnsamling	39
3.6	Utvalgsstrategi	39
3.7	Valg av intervjuobjekter	40
3.8	Intervju og intervjuguide	41
3.9	Forskningsetiske retningslinjer	41
3.10	Analyse av data	43
3.11	Evaluering av datakvalitet	43
3.11.1	Validitet	44
3.11.2	Reliabilitet	44
4	Presentasjon av funn	45
4.1	Funn i dokumentstudie	45
4.1.1	Samarbeid og samhandling helsetjenester	46
4.1.2	Konseptutvikling Helsehus / Helsebygg	52
4.1.3	Innhold og leietakersammensetning	59
4.1.4	Lokalisering	62
4.2	Funn i fra dybdeintervju	64
4.2.1	Eiersiden	65
4.2.2	Leietakersiden	69
4.3	Funn i fra sammenlignende casestudier	73
4.3.1	Kommunale helsehus	74
4.3.2	Samhandlingshelsehus	76
4.3.3	Private Helsehus	80
5	Drøftelse	81
5.1	Forsknings spørsmål nr. 1: «Hvilke type helsehus finnes i Norge i dag?»	81

5.2	Forskningsspørsmål nr. 2: «Hvordan fungerer samarbeidet mellom de ulike helseaktørene innenfor disse helsehusene? Og, finnes det et samarbeid?.....	84
5.2.1	Samarbeid helsehus	84
5.2.2	Offentlig samarbeid	85
5.2.3	Fremtidig samarbeid.....	86
5.2.4	Organisering og styring av samarbeid.....	86
5.2.5	Oppsummering	87
5.3	Forskningsspørsmål nr. 3: « «Hva er viktige faktorer ved etablering av nye kombinerte samhandlingshelsehus?»	88
6	Konklusjon	92
6.1	Konklusjon av problemstilling og forskningsspørsmål	92
6.2	Anbefaling til videre arbeider og studier	95
7	Referanser	96
8	Vedlegg	100
8.1	Vedlegg nr. 1 – Intervjuguide og intervjuoppsett.....	100
8.2	Vedlegg nr. 2 - Oversikt helsehus i Norge.....	104

Figurer

Figur 1: Oversikt faser i en eiendomsutviklingsprosess	5
Figur 2: "Iterativ fasemodell med tilbakekoblingsløyper"	7
Figur 3: Generisk prosjektmodell for byggherre	8
Figur 4: Prosjektmodell Tidligfasen	9
Figur 5: Samsvar behov, mål og krav/effekt	9
Figur 6: Målhierarki prosjekt	11
Figur 7: Prosjektets målhierarki med ulike perspektiver	13
Figur 8: Investeringstiltak (noe bearbeidet)	15
Figur 9: SWOT-analyse	17
Figur 10: Logisk rammeverk for forhåndsvurdering av prosjekter	17
Figur 11: Grov skissering - usikkerhetsvurdering	18
Figur 12: Strategisk ramme	19
Figur 13: Organisering av helsetjenester i Norge	23
Figur 14: Samhandling med pasienten i fokus	24
Figur 15: Eksempler på samstyring i Norsk lokalpolitikk	26
Figur 16: Empiriske uttrykk for samstyring i Norge	27
Figur 17: Faseoversikt - OPS avtale	28
Figur 18: Inndeling tjenestegrupper	29
Figur 19: Fordeling Helsenæring omsetning 2018	30
Figur 20: Faser i undersøkelsesprosessen	34
Figur 21: Utdrag gjeldende føringer for dagens helsepolitikk	46
Figur 22: Fordeling av oppgaver helseforetak	52
Figur 23: Gjennomføring av mulighetsstudiet "Nytt helsehus Bodø kommune"	54
Figur 24: Utdrag fra Bodø kommunes prosjektmodell for bygningers livsløp	54
Figur 25: Prosess og prosjektplan - Forprosjekt helsehus Nordhordaland	56
Figur 26: Modell for identifisering av mål, analyser og endelige resultater	56
Figur 27: Alternativanalysen sortert etter kravklassifisering	58
Figur 28: Interessentanalyse - kommunalt nivå, avtalespesialister og spesialisthelsetjenester	58
Figur 29: Helsehuset i Bodøs konseptuelle fokus	59
Figur 30: Innhold Bodø Helsehus	60
Figur 31: Modell for innhold - helsehuset Nordhordaland	61
Figur 32: Oversikt "andre interessenter" Nordhordaland Helsehus	62
Figur 33: Eksempler på samstyring i Norsk lokalpolitikk	87
Figur 34: Generisk prosjektmodell for byggherre	94

Tabeller

Tabell 1: Tabell tema- og søkeord	37
Tabell 2: Oversikt innhold helsehus i Norge	80
Tabell 3: Oversikt 10 største helsehus i Norge pr juni 2020	84

1 Innledning

1.1 Bakgrunn

Temaet for denne oppgaven er hvordan fremtidens kombinerte samhandlingshelsehus skal bli organisert, og hvordan innholdet i disse er med tanke på sammensetning av ulike tjenester og tilbud. I Norge blir vi stadig flere, vi blir eldre og lever lengre. Vi stiller samtidig høyere krav til, og forventer mer av de helse- og omsorgstjenester vi blir tilbudt og mottar i fra det offentlige. Å fortsette som før er ikke mulig, dette har ikke AS Norge råd til og det finnes ikke nok personell til å kunne fortsette i samme spor som før. Helse- og omsorgstjenestene i Norge må bli mer bærekraftige samtidig som de skal møte de krav og ønsker som innbyggerne setter til de, og innenfor de ressursene man har til rådighet. Dette fører til at man må se på nye og innovative løsninger å løse oppgavene på ved å utnytte de mulighetene teknologien gir oss.

Dagens regjering (Solberg) og tidligere regjeringer (Stoltenberg) har gitt ut en rekke stortingsmeldinger som omhandler hvordan helse- og omsorgstjenestene i Norge skal organiseres og utføres. Stortingsmelding nr. 47 (2008-2009) «Samhandlingsreformen – rett behandling – på rett sted – til rett tid» er den meldingen som ligger til grunn og som er førende for hvordan dagens helse- og omsorgstjenester er organisert og lokalisert. I Samhandlingsreformen står det blant annet at det er viktig for kommunene å vurdere om de skal samlokalisere de fremtidige helsetjenestetilbudene i et lokalmedisinsk senter. Et slikt lokalmedisinsk senter ble skissert som et eksempel på hvordan man praktisk kan løse samhandlingsutfordringene og for å møte fremtidige krav og utfordringer innenfor helsesektoren. Slike lokalmedisinske sentre var forløperen til det vi dag kan kalle helsehus eller helsebygg. Det finnes en rekke ulike helsehus i dag, og de er blitt etablert av både offentlige og private aktører.

I senere stortingsmeldinger i fra regjeringen Solberg (2013-) er det trukket frem at samlokalisering av ulike helsetjenester – både offentlige og private – er ønskelig for å få til de intensjonene som er satt opp i de ulike stortingemelingene i fra regjeringen. I Stortingsmelding nr. 26 (2014-2015) «Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet» tas det frem at det er utfordringer ved at det er mange brukere som tidligere opplevde at helsetjenestene var lite tilgjengelige og fragmenterte. Mange brukere av slike helsetjenester kunne fått et bedre liv, med færre innleggelser på sykehus, hvis dette tilbudet var bedre sammensatt. I meldingen er det tatt frem at det anses som et godt første steg å samlokalisere tjenester for å få til bedre samhandling og tverrfaglig samordning. Videre står det at regjeringen ønsker å stimulere for samlokalisering av både primær- og spesialisthelsetjenesten. De mener at samlokalisering vil prege hvordan selve tjenesten blir utført av kommunale og statlige aktører. Samlokalisering vil kunne bidra til at brukerne har «en dør» inn til tjenestene og at dette legger til rette for bedre samhandling mellom de ulike leverandørene av helsetjenester og deres ulike personellgrupper (Det Kongelige Helse- og omsorgsdepartement , 2015).

I april 2019 kom det en ny stortingsmelding som omhandlet bla. helse- og omsorgstjenestene i Norge – denne het «Stortingsmelding nr. 18 (2018-2019) Helsenæringen – sammen om verdiskaping og bedre tjenester». Formålet med denne stortingsmeldingen er å «bidra til økt konkurransekraft i den norske helsenæringen og

samtidig bidra til en mer bærekraftig helse- og omsorgstjeneste, i form av mer effektiv forebygging, behandling og omsorg.» (Det Kongelige Nærings- og fiskeridepartement , 2019, p. 9). I meldingen står det at de offentlige helse- og omsorgstjenestene kan ha god nytte av et bedre samarbeid med næringslivet, og kan dra nytte av innovasjonskraften, kompetansen og de ressursene som finnes her. Dette kan benyttes for å nå de helsepolitiske målene som er satt for å skape pasientenes helse- og omsorgstjeneste og bidra til god helse for alle.

Denne masteroppgaven tar for seg tidligfasen og prosessen som gjennomgås for utvikling av et konsept i et mulighetsstudie. Jeg har derfor i denne oppgaven konsentrert meg om teori knyttet til disse temaene. Dette er valgt for at det er i disse fasene man former selve prosjektet man senere skal sette i gang med, og det er i disse fasene hvor vurdering av ulike konsepter tas inn. For fremtidens kombinerte samhandlingshelsehus er dette viktige faser for å se hva selve prosjektet skal inneholde av ulike tjenester og andre tilbud.

En tidligfase er en forutgående og systematisk analyse og vurdering av problemet / behovet, samt vurdering av mulige strategier og ulike alternative konsepter før man setter i gang med selve prosjektering og bygging. En grundig gjennomgang av denne fasen bør gjennomføres for å minimere og avklare risikoen, og forhindre at det må gjennomføres større endringer underveis i et eiendomsutviklingsprosjekt.

Et mulighetsstudie er en strukturert prosess der man ser på alle ulike alternativer som kan dekke behovene som er identifisert. De behov, mål og krav som ble identifisert i forrige del av prosessen skal ivaretas i mulighetsstudiet, og skal definere et mulighetsrom for prosjektet (BA2015, 2016).

1.2 Formål

Formålet med oppgaven er å få kartlagt dagens utbredelse av helsehus i Norge og hvilke føringer som ligger bak etableringen av disse. Oppgaven vil også belyse hvilke prosesser som er viktige å gjennomgå før bygging og etablering av et helsehus finner sted.

1.3 Problemstilling og forskningsspørsmål

Det er satt følgende problemstilling og forskningsspørsmål for min masteroppgave:

Problemstilling:

«Hva skal fremtidens kombinerte samhandlingshelsehus inneholde av tjenester og tilbud?»

Forskningsspørsmål:

1. *Hvilke type helsehus finnes i Norge i dag?*

Her vil det redegjøres for hvilke type helsehus det finnes i Norge i dag og hvordan disse er organisert mht. eierform, innhold, osv. Her vil det redegjøres for hvilke type helsehus det finnes i Norge i dag og hvordan disse er organisert mht. eierform, innhold, osv. Bakgrunnen for etableringen av slike hus vil bli belyst ut ifra de funn som gjøres i oppgaven.

2. *Hvordan fungerer samarbeidet mellom de ulike helseaktørene innenfor disse helsehusene? Og, finnes det et samarbeid?*

Her vil det redegjøres for om det finnes et samarbeid i dag og om hvordan dette samarbeidet fungerer. Videre vil det avklares hvilke føringer som eventuelt ligger bak et slikt samarbeid.

3. *Hva er viktige faktorer ved etablering av nye kombinerte samhandlingshelsehus?*

Her vil det gås inn på hvilke faktorer som vil ligge til grunn for at det skal etableres nye kombinerte samhandlingshelsehus, og hvilke prosesser og tiltak som må gjennomføres før et slik bygg kan bli etablert.

1.4 Oppbygging og struktur på oppgaven

Min masteroppgave er delt inn i 6 kapitler i tillegg til referanseliste og vedlegg til oppgaven.

Kapittel 1 inneholder masteroppgavens innledning hvor oppgavens tema, bakgrunn og formål presenteres. I etterkant vil det bli redegjort for valg av problemstilling og de forskningsspørsmålene som er satt for oppgaven. Til slutt følger en presentasjon av de avgrensingene som er gjort i forbindelse med gjennomføring av oppgaven.

Kapittel 2 presenterer oppgavens teoretiske rammeverk og vil ta for seg relevant teori som dekker masteroppgavens valgte temaer. Jeg har valgt teori som jeg mener belyser de ulike temaer oppgaven vil komme nærmere inn på i selve forskningsprosessen.

Kapittel 3 gir en beskrivelse av selve forskningsprosessen og de ulike metodene som er benyttet. Her vil det bli gitt utdypende informasjon om de ulike metodene jeg har valgt å benytte, deres fordeler og ulemper, samt en evaluering av oppgavens datakvalitet. Det er også gjort en redegjørelse for de valg som er gjort for forskningsprosessen.

I kapittel 4 vil alle funn og resultater av de ulike undersøkelsesprosessene som er foretatt bli presentert. Det starter med oppgavens litteratur- og dokumentstudie, videre til funn i fra gjennomførte dybde- og fokusintervju, og avslutningsvis en gjennomgang av den gjennomførte sammenlignende casestudien.

Kapittel 5 inneholder drøfting av oppgavens resultater opp mot teorien som er gjennomgått og beskrevet i kapittel 2. Dette er videre knyttet opp mot oppgavens forskningsspørsmål og problemstilling.

I kapittel 6 er oppgavens konklusjon presentert, sammen med en anbefaling om videre arbeid og studier.

Oppsettet som er valgt for denne masteroppgaven er gjort i henhold til Nils Olssons bok «Praktisk rapportskrivning (2011) og de føringer som er gitt i fra NTNU i forbindelse med formatering og oppbygging av en masteroppgave.

1.5 Avgrensninger

Gjennom masteroppgavens problemstilling og forskningsspørsmål er det foretatt en avgrensning på hva det ønskes å få gjennomført en studie av. For ikke å favne for bredt har jeg avgrenset studiet til å gjelde kombinerte samhandlingshelsehus, og ikke alle helsehus og helsebygg som finnes i Norge. Inn under denne kategorien kommer også sykehusbygg, sykehjem, og andre omsorgsboliger. Dette hadde blitt et for bredt tema å gå igjennom for denne type oppgave. Det er også valgt å se på tidligfasen og mulighetsstudier av fremtidige helsebygg for å kunne finne ut hvilke faktorer som er viktige ved oppføring av slike bygg i fremtiden. Jeg har i min studie ikke sett på økonomi- og finansierings delen rundt etableringen av et helsehus og hvilken nytte dette gir til samfunnet. Det er heller ikke sett noe på hvor stort nedslagsfelt hvert helsehus har, dvs. hvor mange innbyggere og brukere hvert enkelt helsehus har, og om dette kan ha noen innvirkning på størrelsen på bygget. Det er heller ikke sett på om det finnes tilsvarende helsehus i utlandet.

Ellers vil jeg trekke frem tidsbegrensningen for min oppgave som en årsak til at ulike avgrensningen er foretatt. Denne oppgaven er gjort ved siden av full jobb, og som en del av et erfaringsbasert masterstudie på deltid.

Covid-19 situasjonen i Norge våren 2020 må jeg også trekke frem som en årsak til at enkelte av metodene ble noe avkortet og justert med tanke på gjennomføring. Selve forskningsprosessen måtte bli justert i forbindelse med denne situasjonen. En av mine valgte forskningsmetoder var å få gjennomført 12-15 dybdeintervjuer med ulike aktører innenfor helse, og dette viste seg vanskelig å få gjennomført da covid-situasjonen pågikk for fullt. Forskningsmetodene måtte derfor justeres i henhold til dette.

2 Teori

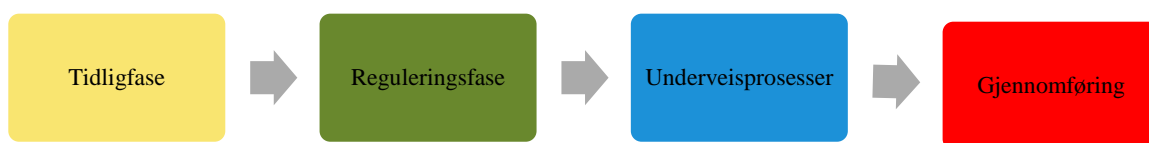
2.1 Eiendomsutvikling

Et eiendomsutviklingsprosjekt i privat sektor består av ulike faser der formålet er å investere i eiendom for å gi en økt markedsverdi for eiendommen. Verdiøkningen kommer som regel av at eiendommen leies ut eller selges, og dette skjer som oftest gjennom nye eiendomskonstruksjoner. Utvikling av eiendom for eget bruk betegnes også som eiendomsutvikling (Ø. R. Kristoffersen & A. E. Røsnes, 2014).

Eiendomsutvikling består av mange ulike og dynamiske prosesser, som består av en rekke gjøremål og oppgaver som utgjør følgende (Leikvam, 2017):

- Ide
- Tomtesøk
- Mulighetsstudier
- Kalkyler
- Strategisk planlegging
- Myndighetskontakt
- Rammeavklaring
- Forhandlinger/avtaleinngåelser
- Planlegging/regulering
- Prosjektering
- Markedsføring/salg
- Bygging
- Ferdigstillelse og forvaltning / drift

Disse ulike prosessene kan deles inn i ulike faser:



Figur 1: Oversikt faser i en eiendomsutviklingsprosess (Leikvam, 2017)

Innenfor de ulike fasene utføres det en rekke ulike prosesser som gjøres en gang eller opptil flere ganger i løpet av en eiendomsutviklingsprosess. Nedenfor har jeg vist hvilke prosesser som utføres innenfor hver enkelt fase:

Tidligfase

- Ide/konsept/likvider/tomt/mål/kompetanse
- Tomtesøk, akkvisisjon
- Mulighetsstudier, konsept
- Markedsanalyser

Reguleringsfase

- Myndighetskontakt
- Rammeavklaringer
- Forhandlinger/avtaleinngåelser
- Regulering

Underveisprosesser

- Kalkyler av eiendomsverdi, byggekostnader
- Strategisk planlegging, porteføljevurdering

Gjennomføring

- Prosjektering
- Markedsføring/salg
- Bygging
- Ferdigstillelse og forvaltning

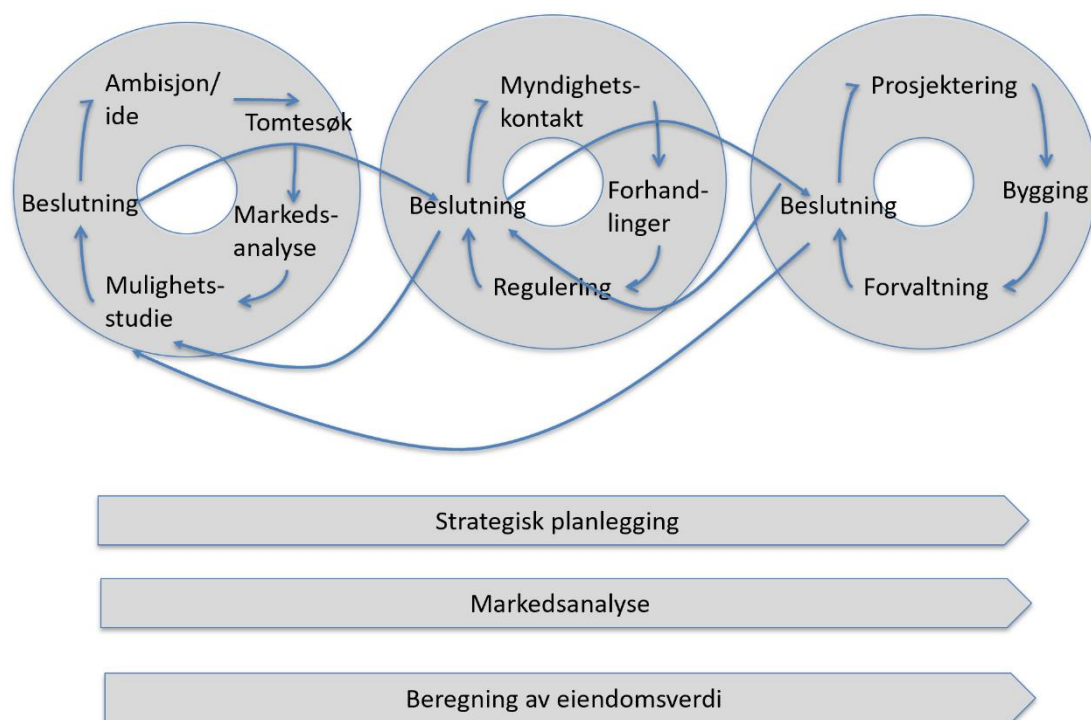
(Leikvam & Olsson, 2014)

I tillegg til de ulike arbeidsprosessene som er vist ovenfor må man i en eiendomsutviklingsprosess gjennomgå en rekke ulike analyser, og disse analysene må gjentas en rekke ganger gjennom hele prosessen. Disse mest sentrale analysene for en eiendomsutvikler er:

- Tomteanalyse
- Prosessanalyse
- Markedsanalyse
- Konseptvurderinger

(Leikvam & Olsson, 2014)

Ettersom en utviklingsprosess skrider frem må man gjenoppta sine analyser og justere disse ut ifra hva som avdekkes av informasjon og kunnskap underveis i prosessen. Fasene følger etter hverandre men dette er en dynamisk prosess hvor enkelte trinn må gjentas gjennom hele utviklingsprosessen og hvor de ulike fasene overlapper hverandre, og skaper derfor en «iterativ prosess» (Leikvam & Olsson, 2014). Med «iterativ» menes det at prosessene er repeterende og at man må tilpasse det man gjør hele tiden, og at man får ny lærdom hele veien.



Figur 2: "Iterativ fasemodell med tilbakekoblingsløyper" (Leikvam & Olsson, 2014)

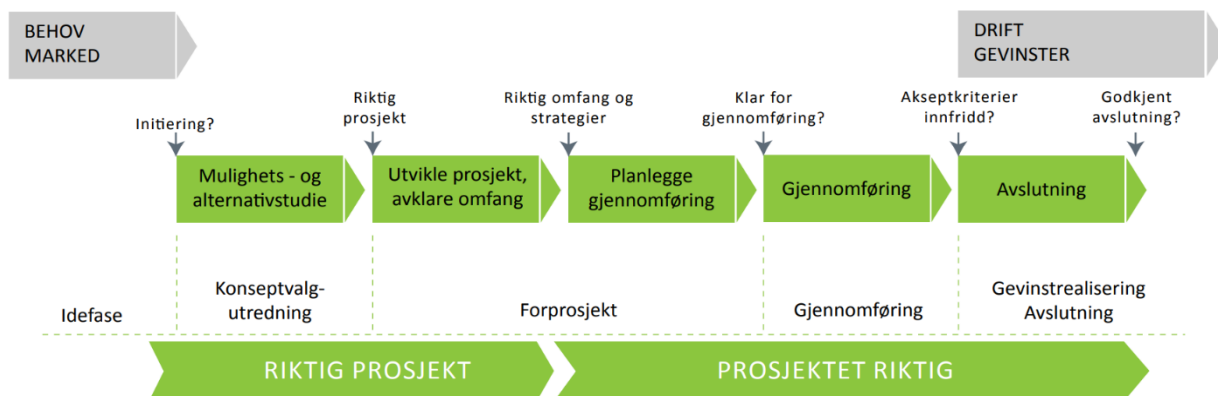
Denne masteroppgaven tar for seg tidligfasen og utvikling av konsept, og jeg har videre fremover konsentrert meg om teori knyttet til dette. Annen teori knyttet til eiendomsutviklingsprosessen vil kun bli belyst der det er vurdert relevant.

2.2 Tidligfase

En tidligfase er en forutgående og systematisk analyse og vurdering av problemet / behovet, samt vurdering av mulige strategier og ulike alternative konsepter før man setter i gang med selve prosjektering og bygging. En grundig gjennomgang av denne fasen bør gjennomføres for å minimere og avklare risikoen, og forhindre at det må gjennomføres større endringer underveis i et eiendomsutviklingsprosjekt.

Suksessen i et eiendomsutviklingsprosjekt ligger i å velge riktig prosjekt og sikre at gjennomføringen blir vellykket. Den overordnede målsettingen for et utviklingsprosjekt er å bygge det man behøver til riktig pris. Grunnlaget for et vellykket prosjekt legges i tidligfasen. Selv om gjennomføringen har vært vellykket, har mange prosjekter vist seg å være mislykket fordi selve konseptet var uhensiktsmessig eller feil, og at man har undervurdert viktigheten av arbeidet som legges i tidligfasen (Leikvam & Olsson, 2014).

I forbindelse med et eiendomsutviklingsprosjekt så består dette av ulike faser og prosesser, som nevnt ovenfor. Man er avhengig av at man følger den oppsatte rekkefølgen for en slik prosess, og disse kan bli satt inn i en generisk prosjektmodell, som vist nedenfor. Det finnes også flere slike tilsvarende modeller som er basert på samme hovedprinsipper, blant annet Bygg21 Fasenormen (Norsk Eiendom - Bransjeforening for ledende eiendomsaktører, 2015).



Figur 3: Generisk prosjektmodell for byggherre (BA2015, 2016)

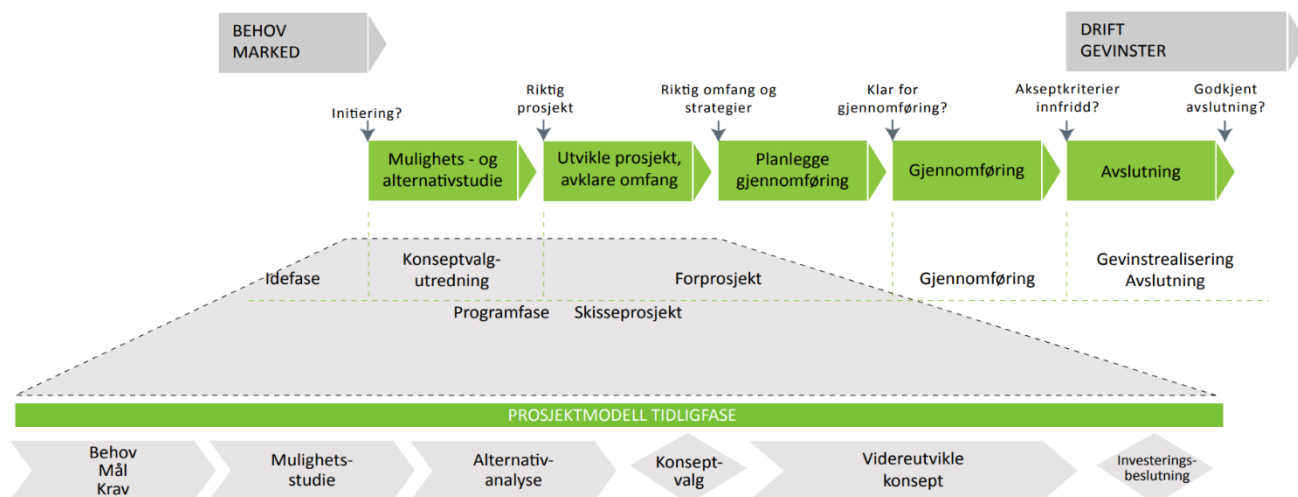
Modellen viser at det er et behov eller en idé som oppstår og som videre initierer til et prosjekt. Prosjektet drives frem gjennom de ulike fasene helt til en godkjent avslutning. Som figuren viser skal prosjektet gi gevinster etter at gjennomføringsfasen er avsluttet, dvs. når driften av prosjektets leveranser har startet opp. (BA2015, 2016)

Hensikten med en slik modell er å kunne styrke styringen av et byggeprosjekt, og få etablert felles retningslinjer og krav som skal følges i alle prosjekter. En slik prosjektmodell ansees å være viktig faktor for en virksomhets evne til å kunne gjennomføre og realisere gode prosjekter. Modellen skal sikre at de ulike aktivitetene gjennomføres i riktig rekkefølge og til riktig tid, på bakgrunn av riktig beslutningsgrunnlag. (BA2015, 2016) Videre kan man ved ett oppsatt beslutningspunkt avgjøre om prosjektet skal overføres til neste fase, settes på vent eller avvikles/revurderes. Modellen synliggjør hvilke krav som sette til hver enkelt fase og hva som må besluttes før man løfter prosjektet videre over til neste fase. Arbeidet som utføres i de ulike fasene vil bli vurdert og godkjent før det løftes over til neste fase.

For tidligfasen inngår det en rekke prosesser som skal utføres før man tar prosjektet videre til neste fase.

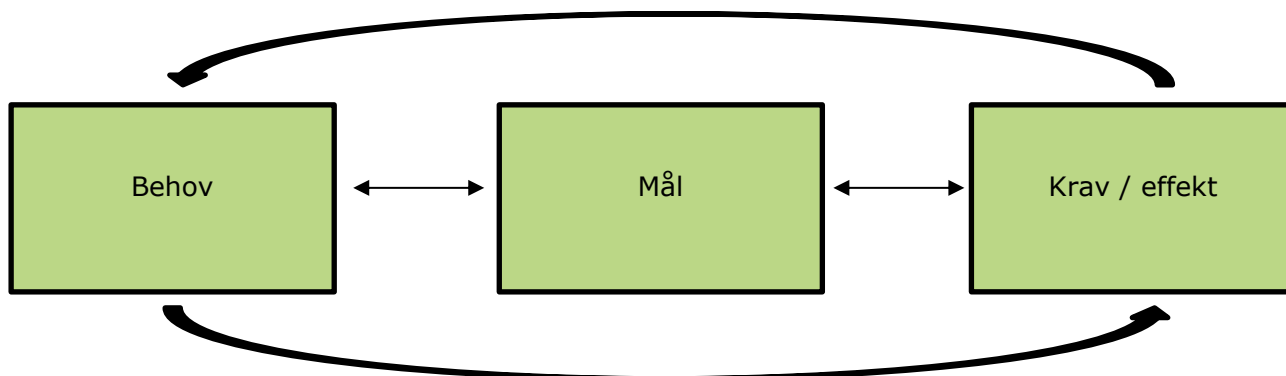
- Idefase
- Konseptvalgutredning
- Programfase
- Skisseprosjekt og mulighetsstudie
- Forprosjekt

I figuren nedenfor vises det hvordan tidligfasen kan deles inn i egne prosesser og faser.



Figur 4: Prosjektmodell Tidligfasen (BA2015, 2016)

Et prosjekt initieres som regel av at det oppstår et behov som ønskes tilfredsstilt eller at det skal løse et problem som er oppstått. Behov, mål og krav (effekt) henger sammen og det må være samsvar mellom disse for at et prosjekt skal bli vellykket (Samset, 2014).



Figur 5: Samsvar behov, mål og krav/effekt (Samset, 2014)

En analyse av behov, mål og krav/effekt skal gi en avklaring på om et prosjekt bør bli gjennomført og hvilken ønsket effekt prosjektet ønskes å oppnå. Disse tre henger sammen, og skal danne grunnlag for gjennomføring av prosjektets mulighetsstudie. For å kunne oppnå et ønsket krav / effekt, må behovet være reelt, og målet (tiltaket) må være avledet av behovet som er avdekket (Samset, 2014).

2.2.1 Behov

Et uttrykt behov danner grunnlag for en behovsanalyse. Formålet med en slik analyse er å kartlegge og definere et behov som er mest mulig objektivt for den som skal utføre prosjektet. Å kunne definere et mest mulig objektivt behov kan være en krevende øvelse, men dette skal danne grunnlag for selve prosjektet og det er viktig at man foretar en grundig analyse av de behov som måtte foreligge. Et prosjekt initieres som regel ut ifra et utløsende behov, men det vil alltid bli lagt til nye behov og ønsker som medfører at et prosjekt eskalerer. Dette kan skje både bevisst og ubevisst. Men det er viktig at man er klar over dette i forbindelse ved en slik analyse. Analysen bør kunne besvare hvorfor det aktuelle prosjektet skal gjennomføres (BA2015, 2016).

For et eiendomsprosjekt finnes det ulike behov til grunn:

- **Interessenters behov** – et gammelt og utdatert bygg som trenger oppgradering for å kunne tilpasse seg sine brukere og virksomheter. Gjennomføre en interessentanalyse for å kunne avdekke de ulike interessentene som er berørt av prosjektet. Dette kan være ulike grupper – kunder, brukere, naboer, ansatte, myndigheter, interesseorganisasjoner, m.m. De ulike interessentene vektet ut ifra hvilken relasjon de har til prosjektet. Fremtidige kunder og ansatte bør vektet høyere enn f. eks. naboer.
- **Etterspørselsbasert behov** – en virksomhet har behov for større plass, kan medføre utvikling av eksisterende eiendom i form av påbygg eller bygging av nytt, større bygg på ny lokalisering. Demografiske forhold kan spille inn, men også endring i antall ansatte og endring av kundemassen kan ha påvirkning på slike behov. Dette vil også påvirke dimensjoneringen av et fremtidig bygg, og tas inn i programmeringen av bygget.
- **Normative behov** – behov som oppstår etter at det blir gitt nye lover, forskrifter, offentlige vedtak, m.m. som medfører at dagens bygg og eiendommer ikke tilfredsstillende de nye krav som settes, eller at det ikke er nok plass til de nye kravene som har oppstått.

For å kunne avdekke om et behov er reelt og relevant, kan det i enkelte tilfeller være aktuelt å gjennomføre bruker- og/eller markedsundersøkelser. Ved bruk av slike undersøkelser får man mulighet til å kunne forankre prosjekter i reelle behov og problemstillinger for brukeren og markedet. Dette er viktig i mange prosjekter hvor brukermedvirkning i en tidlig fase kan avgjøre om et prosjekt blir vellykket eller ikke.

2.2.2 Mål

Et prosjekt vil være vellykket dersom det leverer effekter som går overens med målene, og som er i samsvar med de behovene som er identifisert. Det er viktig for et prosjekt at målene er godt formulert, blir formidlet på en riktig måte og at de følges opp på en god måte. Det finnes som regel en rekke ulike mål i større utviklingsprosjekter. Det er derfor viktig å sette opp et målhierarki for å kunne tydeliggjøre hvilken plass de ulike målene har i forhold til hverandre, og hvordan de sammen bygger opp mot felles hovedmål (Samset, 2014).

Ut ifra det definerte behovet for prosjektet må det bli satt overordnede mål for prosjektet. Slike overordnede mål skal angi de langsiktige effektene man ønsker at et prosjekt skal gi etter at prosjektet er blitt fullført. Slike mål kalles ofte for effektmål. Effektmålene skal beskrive hvilke virkninger som ønskes oppnådd etter et endt prosjekt. Dette kan være mål som er knyttet til arealforbruk pr. ansatt, ambisjoner for energi og miljø, teknisk standard, m.m. Det er normalt å sette flere ulike effektmål for et prosjekt. I disse har man mulighet til å sette opp ulike ambisjoner for et prosjekt, som prosjekteier kan velge mellom og prioritere ut ifra (BA2015, 2016).

Effektmål er en av i alt tre ulike målbegreper man benytter seg av innenfor prosjektfaget. De tre målbegrepene man kan komme til å benytte seg av er:

- Samfunns mål
- Effektmål
- Resultatmål

Samfunns mål er overordnede mål som settes tidlig i prosjektfasen, og blir satt ut ifra de behov som har meldt seg tidlig i et prosjekt. Dette målet kan justeres og tilpasses underveis i tidligfasen hvor man gjennomgår en behovsanalyse og ulike konseptalternativer. Et samfunns mål skal legge føringer for hva som blir satt som effekt- og resultatmål for prosjektet. Det er for det meste større, statlige og offentlige prosjekter som benytter seg av slike samfunns mål, for private aktører er strategiske mål for virksomheten sammenlignbart med samfunns mål (Rolstadås, et al., 2016). Dersom utviklingsprosjektet er knyttet opp mot en samfunnsutvikling, kan det være naturlig at samfunns mål også identifiseres.

Effektmål er mål satt ut ifra hva som er samfunns målet eller det strategiske målet, og skal angi hva man søker å oppnå med prosjektet. Effektmålet skal angi «hvorfor» man skal gjennomføre et prosjekt.

Resultatmål knyttes til leveransen til selve prosjektet. Her setter man mer konkrete og målbare mål som kan etterprøves i etterkant av prosjektet. Resultatmålene skal angi «hva» som skal leveres, «hvor mye» og «når». Disse målene skal være konkrete og etterprøvbare, samt at de skal være så tydelige at alle som er involvert i prosjektet skal kunne vite hva som skal leveres og til hvilket tidspunkt. Kostnadsrammen for prosjektet tas inn som et resultatmål (Rolstadås, et al., 2016).



Figur 6: Målhierarki prosjekt (BA2015, 2016)

2.2.3 Målformulering

Et prosjekt vil være vellykket dersom det leverer effekter som går overens med målene og som er i samsvar med de behovene som er identifisert. Det er viktig for et prosjekt at

målene er godt formulert, blir formidlet å en riktig måte og at de følges opp på en god måte (Samset, 2014).

Det finnes som regel en rekke mål i større utviklingsprosjekter. Det er derfor viktig å sette opp et målhierarki for å kunne tydeliggjøre hvilken plass de ulike målene har i forhold til hverandre, og hvordan de sammen bygger opp mot et felles hovedmål (Samset, 2014).

Formuleringen av et mål er viktig, og gjøres for å kunne tydeliggjøre hensikten med målet som er satt for prosjektet og hva man ønsker å oppnå. Man kan sette flere mål, men man må sette opp mål som ikke er i konflikt med hverandre. Dette vil skape uklarheter med hva som egentlig er hensikten med prosjektet som skal gjennomføres. I henhold til teori om mål og deres innhold og utforming har man følgende huskeregel for et mål:

SMART – som står for:

1. **S**pesifisert – ikke til å misforstå formålet som er gitt, og så langt som mulig kvantifiserbart
2. **M**ålbart – målemetoden skal angis, ved hjelp av indikatorer
3. **A**kseptert – av alle involverte parter, der det er mulig
4. **R**ealistisk – oppnåelig i forhold til de ressurser som inngår
5. **T**idsbegrenset – tidspunktet for måloppnåelse er avklart

(Samset, 2014)

Resultatmålene for et prosjekt skal beskrive og definere hva som skal oppnås i prosjektet, dette kan også gjøres ved å benytte seg av konkrete måltall. Videre kan hovedmål deles inn i delmål for å oppnå ønsket resultat. Delmål kan også defineres som en milepæl, som er en planlagt hendelse som er planlagt underveis i prosjektet og som er knyttet til en definert ferdigstilling eller resultat. Delmål, eller milepæler, kan også defineres som ulike etapper og aktiviteter man skal igjennom i et prosjekt for å komme frem til et ønsket sluttresultat, og for å komme seg videre til neste fase i et prosjekt (Rolstadås, et al., 2016).

2.2.4 Tre ulike perspektiver

For å kunne måle om et prosjekt er vellykket eller ikke holder det ikke alltid å kun se ut ifra om de fastsatte målene er oppnådd, men også se på prosjektet i fra ulike perspektiver for å kunne vurdere om prosjektet har oppnådd ønsket effekt eller ikke. Det er som oftest flere parter som blir berørt av et prosjekt og vurderingen om prosjektet er vellykket eller ikke må knyttes til de ulike interessentene et prosjekt berører (Samset, 2014).

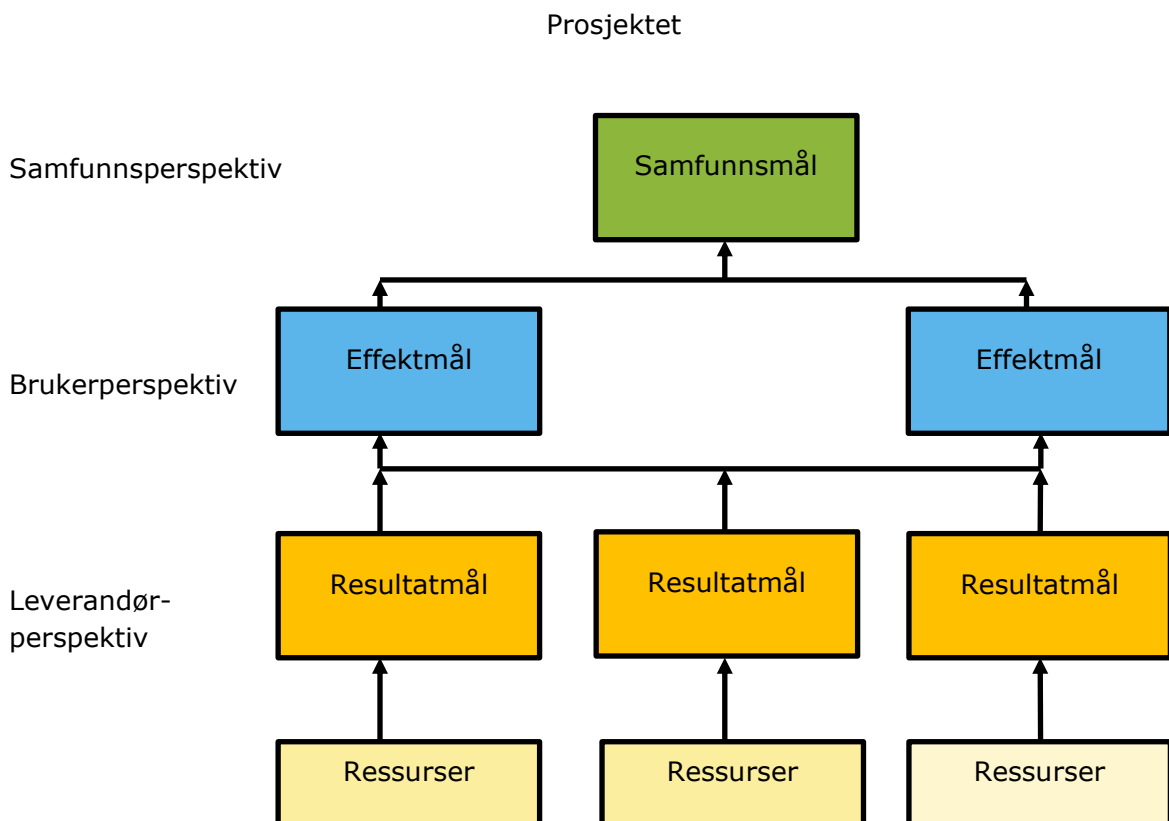
Man skiller mellom tre ulike perspektiver:

Samfunnsperspektivet – et overordnet perspektiv hvor man vurderer hvilken effekt prosjektet har på samfunnet over tid. Dette perspektivet blir også kalt for bestiller-

perspektivet. Perspektivet knyttes til de samfunns mål som er satt for et prosjekt. Det offentlige vil se på hvilke langsiktige effekter tiltaket har på samfunnet, mens de private vil som oftest se på hvilken effekt tiltaket har på verdiskapingen og/eller lønnsomheten for virksomheten.

Brukerperspektivet – er knyttet opp mot brukernes nytte av prosjektet. Brukernes nytte av et prosjekt er knyttet til de effektmål som er satt opp.

Leverandørperspektivet – er knyttet til selve prosjektet og levering av dette. Perspektivet ser på hva prosjektet skal levere og er knyttet til resultatmålene som er satt for prosjektet. Med dette perspektivet har man fokus på prosjektets resultater målt i tid, kostnad og kvalitet, og går på selve gjennomføringen av prosjektet.



Figur 7: Prosjektets målhierarki med ulike perspektiver (Rolstadås, et al., 2016)

Det er avgjørende for et prosjekt at det har klare mål, dette vil gi utslag i styring av prosjektet og dets suksess. De fastsatte målene angir hvilken strategi og planer man setter for prosjektet. Målene skal kunne kommuniseres innad og utad i prosjektet, både når det gjelder resultater og effekter. Dersom målene er uklare og kan føre til misforståelser og mistolkninger kan dette føre til at selve prosjektet feiler, og ikke leverer den ønskede effekten man ønsker (Rolstadås, et al., 2016).

Videre er det viktig for et vellykket prosjekt å kunne finne den rette balansen mellom de ulike perspektivene som er avdekket. Et for ensidig fokus på f. eks. leverandørperspektivet vil kunne gi et uheldig utfall for effekten prosjektet gir for de samfunns mål som evt. er satt for et prosjekt. Det er viktig å kunne se helheten for et prosjekt så tidlig som mulig slik at man kan få en hensiktsmessig balanse mellom de ulike målene som er satt, og at man har fått avdekket den usikkerheten som finnes i prosjektet i en tidlig fase.

2.2.5 Effekt / krav

Etter å ha fått avdekket behov og målene som finnes for et prosjekt i en tidligfase må man få kartlagt hvilke krav og effekter man ønsker med prosjektet. Man kan skille mellom to ulike krav:

Absolutte krav: Dette kan omfatte krav som er avledet i fra vedtatte reguleringsplaner eller lover og regler, f. eks. bygningslov og teknisk forskrift til byggverk. Disse skal benyttes for å avgjøre gyldigheten av de løsningsalternativene som er blitt identifiseres i tidligfasen. Eksempler på dette kan være stilte krav til sikkerhet, universell utforming, miljø, mm. Ulike krav i en vedtatt reguleringsplan kan være absolutte, selv om disse til tider blir utfordret og endret av utbyggere.

Viktige krav: Andre krav kan bli betegnet krav som er viktige for prosjektet og som settes ut ifra viktige behov, som det er viktig å få dekket av prosjektet. Disse avledes også av hva som er satt som effektmål. Slike krav kan benyttes som grunnlag for å kunne rangere ulike konseptalternativer som er satt opp. Eksempler på viktige krav for et prosjekt kan være krav til spesiell grad av sikkerhet, fleksibilitet, energikrav, nærhet til offentlig kommunikasjon, antall parkeringsplasser, m.m. (BA2015, 2016).

2.3 Mulighetsstudie

Et mulighetsstudie er en strukturert prosess der man ser på alle ulike alternativer som kan dekke behovene som er identifisert. De behov, mål og krav som ble identifisert i forrige del av prosessen skal ivaretas i mulighetsstudiet, og skal definere et mulighetsrom for prosjektet. Dette etterfølges av en innsnevring av antall løsningsmuligheter som man velger å arbeide videre med. Antall alternativer som taes med videre bør ikke være for mange da dette må være håndterbart i prosessen fremover. Hensikten med et mulighetsstudie er at det bør, med en objektiv tilnærming, forsøke å belyse alle alternativer som kan løse de behovene som er identifisert tidligere i tidligfasen (BA2015, 2016). Når man gjennomfører et mulighetsstudie skal man også undersøke den økonomiske siden ved de ulike alternativene. Det bør gjennomføres en grov lønnsomhetsvurdering av hvert alternativ før det blir besluttet om dette er noe man skal gå videre med eller ikke. En teknisk vurdering bør også foretas, for å se om det er teknisk mulig å gjennomføre alternativet som blir tatt opp til vurdering (Rolstadås, et al., 2016). En godt gjennomført mulighetsstudie kan føre til at man velger riktig prosjekt, og at man sikrer at innsatsen man legger i prosjektet ender opp i å være verdiskapende arbeid (BA2015, 2016).

Gjennom mulighetsstudiet bør man forsikre seg om at prosjektets mål er konsistente med oppsatte behov. Alternativene man kommer frem til kan realisere de oppsatte mål, samt at de absolutte krav som er satt til prosjektet blir tilfredsstilt (BA2015, 2016).

Ut ifra mulighetsstudiet bør det komme frem en liste over rangerte alternativer og/eller konsepter som man skal kunne vurdere opp mot oppsatte krav og effekter. Alternativene/konseptene kan også inneholde en nærmere beskrivelse og skisser som viser bl. a. volumer og utnyttelse av en tomt eller bygningsmasse.

Et mulighetsstudie kan også benyttes som en analyse av en tomt eller et bygg som man vurderer å anskaffe. Dette for å kunne få vurdert bygningsvolum og formål, og at man kan få kartlagt hvilke utfordringer som ligger i et prosjekt. Et mulighetsstudie gjøres da i

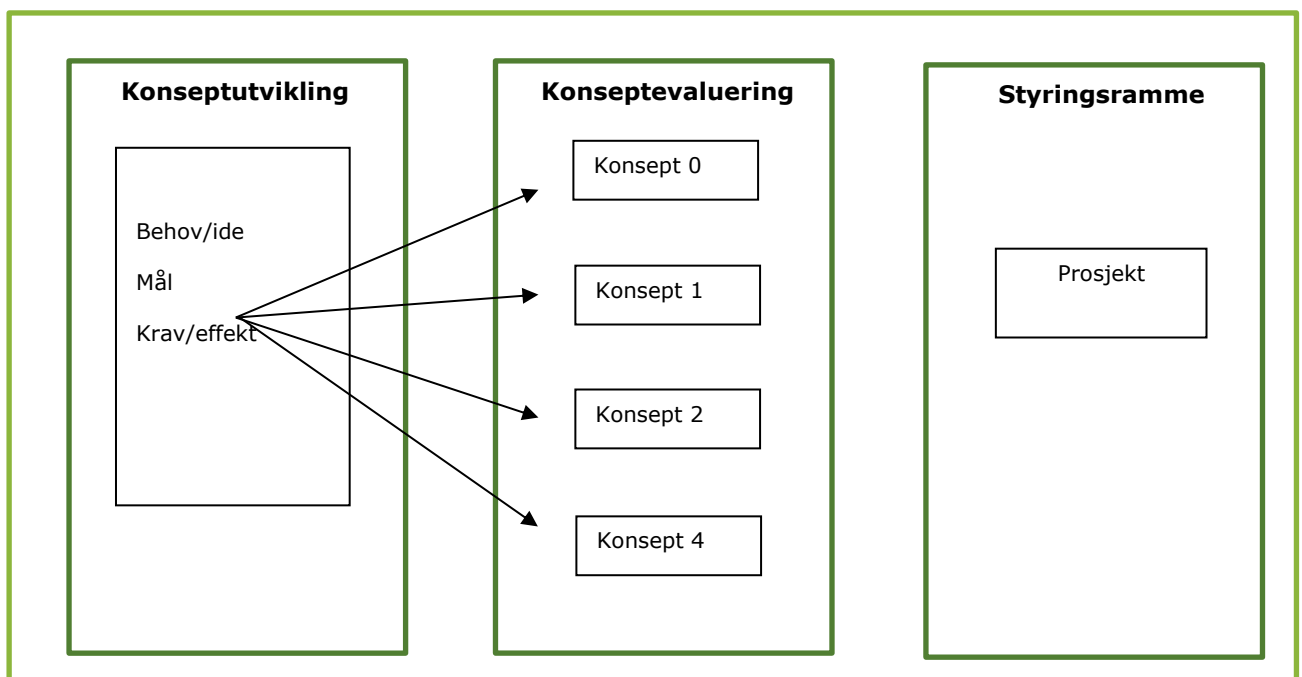
tillegg til andre analyser som benytter seg av ved kjøp av en tomt eller bygg, som f. eks. økonomiske beregninger, markedsanalyser, tekniske vurderinger, m.m.

2.4 Konsept

I henhold til (Samset, 2014, p. 119) er «Et konsept er en tankekonstruksjon som er ment å skulle bidra til å løse et problem eller tilfredsstillere et behov».

Ved å utvikle et konsept skal man legge til rette for at tiltaket blir vellykket ved å finne den beste løsningen på et problem, at gjennomføringen har et godt og gjennomtenkt grunnlag, og at man kan være i stand til å stanse et prosjekt dersom man ser at det ikke er godt nok (Leikvam & Olsson, 2014). I forbindelse med utarbeidelse av et konsept bør man sette opp flere ulike konseptalternativer som skal løse det samme problemet eller tilfredsstiller det samme behovet (Samset, 2014).

Etter å ha identifisert et behov eller flere, og har fastsatt mål og krav skal man sette i gang med arbeidet med å identifisere ett eller flere konsepter.



Figur 8: Investerings tiltak (noe bearbeidet) (Samset, 2014)

Det konseptet som tilfredsstiller behovet på best mulig måte vil bli valgt som utgangspunkt for selve prosjektet. Et nullalternativ bør tas inn som en del av konseptutredningen. Et slikt alternativ er at man fortsetter som før uten å foreta seg mye på dagens eksisterende løsning. Man kan eventuelt gjøre noen hensiktsmessige tilpasninger slik at behovet og målet blir dekket. Null-alternativet blir ofte ikke tatt med når man skal vurdere ulike konseptalternativer, eller det blir lagt mindre vekt på dette alternativet i selve utredningen (Samset, 2014). Dette kan være uheldig i enkelte sammenhenger. Av og til kan det å justere dagens løsning være likeså godt alternativ som det å bygge noe som er helt nytt.

Et annet problem er at det ikke gjennomgås en nøye utredning og vurdering av ulike alternativer før endelig valg av konsept. Årsaken til dette kan være så mangt, men ofte

er det allerede lansert en konkret en ide som legger føringer for et prosjekt, eller det kan være politiske føringer som overstyrer andre, og kanskje bedre konseptalternativer (Samset, 2014).

Fra år 2000 ble det satt krav til en ekstern kvalitetssikring av statlige investeringer som overstiger 500 millioner kroner. Dette for å kunne sikre at disse investeringene har gått igjennom de ulike utredningene og analysene i en tidligfase. Dette for å kunne oppnå bedre lønnsomhet og nytte av de ulike investeringene. Fra 2005 ble det også inntatt et krav om at konseptutredning skulle bli kvalitetssikret slik at man ble sikkert på at alternativet som ble valgt skulle dekke de problem og behov som var beskrevet (BA2015, 2016).

2.5 Konseptutvikling

I konseptutvikling er det tre ulike faser/trinn i prosessen ved valg av et konkret konsept. Valg av konsept må gjøres etter å ha gjennomgått systematiske og grundige analyser.

Disse tre fasene er (Samset, 2014):

- **Konseptdefinisjon**
- **Konseptutvikling**
 - o SWOT-analyse
 - o Strategianalyse
 - o Usikkerhetsvurdering
 - o Strategisk ramme
- **Konseptvurdering**
 - o Risikoanalyse
 - o Kostnads- og kontantstrømanalyser

Disse tre fasene fører videre frem til selve prosjektutformingen. En rekke analyser og metoder skal gjennomgås for å sette opp rammebetingelsene for prosjektet.

Konseptdefinisjon

Som tidligere definert er et konsept en mulig måte å gå frem på for å løse et problem eller tilfredsstille et behov, og skape en endring (Samset, 2014). Det finnes alltid forskjellige måter å nå et mål på, og disse ulike alternativene kan betegnes som konsepter. Det bør utredes minst tre alternative konsepter. Nullalternativet bør være en av disse tre. Hvert konseptalternativ bør være ulike og vise til forskjellige måter å skape den ønskede endringen på. Det blir derfor viktig å tenke bredt og finne ulike grep og virkemidler, f. eks. bruk av teknologi, kompetanse, m.m.

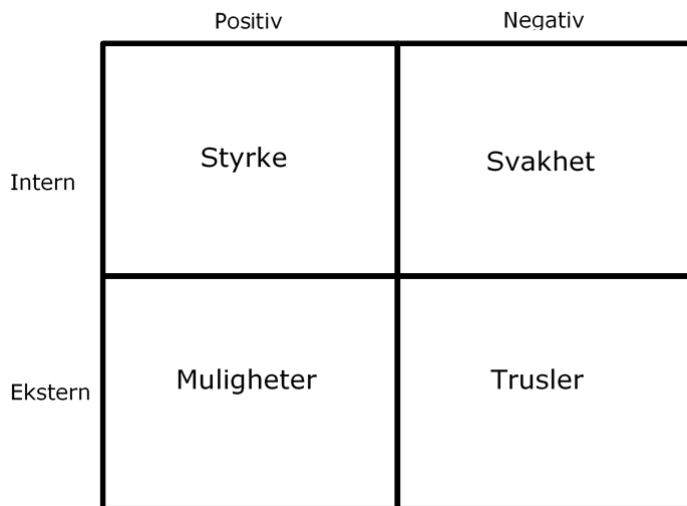
Konseptutvikling

Konseptutvikling handler om å identifisere og vurdere alternative konsepter opp mot hverandre og gjøre gode strategiske valg for prosjektet. Dette gjøres gjennom en rekke trinn som beskrives nedenfor:

SWOT-analyse: en beskrivelse av konseptets sterke og svake sider, trusler og muligheter. Og dette gjelder både interne og eksterne forhold knyttet til konseptalternativet. Det som kommer frem i en SWOT-analyse vil danne grunnlag for videre strategiske valg (Samset, 2014). Konseptalternativer som gjennomgår en SWOT-

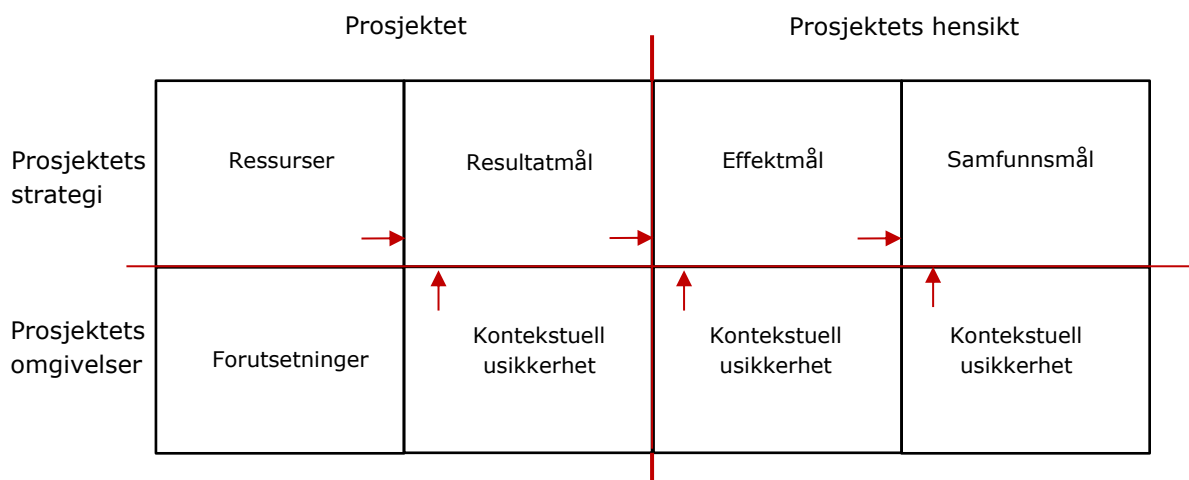
analyse kan også bli tatt ut av den videre utredningen av de ulike konseptene, på bakgrunn av hva som avdekkes i analysen.

En SWOT-analyse gir et metodisk rammeverk for analysen av de ulike alternativene, men gir ikke noen av elementene som er avdekket noe vektning, verdi eller prioritert, dette må således behandles videre i konseptutredningen (Samset, 2014).



Figur 9: SWOT-analyse (Samset, 2014)

Strategianalyse: er neste steg i en konseptutviklingsprosess. På bakgrunn av SWOT-analysen av de ulike konseptalternativene skal man på dette trinnet finne frem til hvilken strategi som er nødvendig for hver enkelt konseptalternativ for å kunne dekke de ulike oppsatte mål. Man analyserer og drøfter sannsynligheten for realisering av hvert enkelt konseptalternativ. I denne analysen kan man benytte seg av et logisk Rammeverk for å få beskrevet og vurdere de ulike konseptstrategiene, og å få identifisert de viktigste elementene i et konsept. Et logisk rammeverk er også et hjelpemiddel for å kunne identifisere ulike usikkerhetslementer som kan ha stor betydning for konseptalternativet, og som kan ha stor påvirkning på hvordan prosjektet blir gjennomført (Samset, 2014).



Figur 10: Logisk rammeverk for forhåndsvurdering av prosjekter (Samset, 2014)

Figur 10 viser hvordan rammeverket synliggjør sammenhengen mellom prosjektet på den ene siden, og prosjektets mål og hensikt på den andre siden. En viktig del av denne analysen er å kunne identifisere og vurdere de usikkerhetsfaktorene som kan påvirke selve prosjektet og dets hensikt, og dermed også tiltakets evne til å oppnå målene. Dersom usikkerhetsfaktorene truer muligheten til å nå målene i for stor grad, er dette et varsel om at strategien bør endres. Logisk rammeverk er en iterativ prosess (gjentakende) og kan derfor gjentas helt til man har funnet et konsept som er akseptabelt for prosjektet (Lædre, et al., 2012).

Matrisen er et hjelpemiddel og gir et rammeverk for strategisk analyse av konseptene, og gir mulighet til å kunne bearbeide konseptene innenfor de satte rammene, og legger grunnlaget for fremtidige valg (Samset, 2014). Logisk rammeverk er en velegnet metode å ta i bruk for å kunne vurdere levedyktighet til et investeringstiltak, når levedyktighet er definert som evnen til å kunne realisere effekt- og samfunns mål over en lengre sikt (Lædre, et al., 2012).

Usikkerhetsvurdering: følger etter strategianalysen, og her skal man foreta en vurdering av usikkerheten knyttet til realisering av strategien som er valgt. Formålet med en usikkerhetsanalyse er å fremheve de usikkerhetselementene som kan ha størst konsekvens for de funnene som er gjort tidligere i konseptvalgutredningen. Ved å belyse disse elementene kan man ta høyde for slik usikkerhet i senere faser av prosjektet.

Grovsortering av usikkerhet

Konsekvens	Vesentlig	Vesentlige muligheter	Reel risiko - overvåke - påvirke - rapportere	Fatal risiko
	Liten	Liten risiko	Liten risiko	Liten risiko
		Høy	Middels	Lav
		Sannsynlighet		

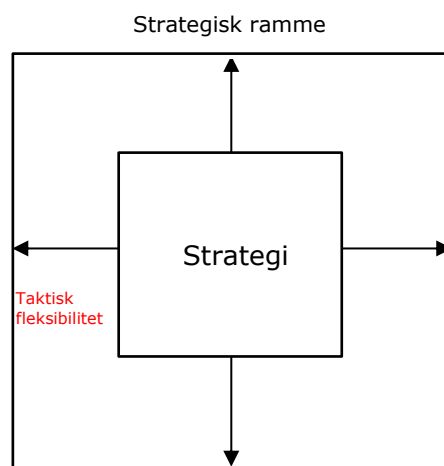
Figur 11: Grov skissering - usikkerhetsvurdering (Samset, 2014)

I en usikkerhetsanalyse skal man gjøre vurderinger omkring usikkerheten knyttet til tiltaket generelt og forutsetningene benyttet i analysene spesielt, samt vurdere hvilke konsekvenser usikkerheten vil ha for prosjektet. Siden man er i en tidlig fase av et prosjekt vil usikkerheten og konsekvensene av denne usikkerheten i stor grad måtte behandles på et overordnet nivå, og inndelingen av konsekvens og sannsynlighet er delt inn i kategorier som liten/vesentlig og høy/lav – en ganske grov kategorisering i første omgang (Samset, 2014). Vurderingene som blir gjort blir ofte basert på subjektive vurderinger mht. graden av sannsynlighet og konsekvens, men det har vist seg å være et nyttig verktøy for å kunne styre prosessen inn på et riktig spor i tidligfasen (Samset, 2014).

I denne fasen av et prosjekt så vil man kunne oppleve at man ender opp med et stort antall usikkerhetslementer, man må da ta for seg hver enkelt av disse usikkerhetslementene og eliminere de som anses å ha liten konsekvens og liten risiko

for konseptalternativet. Disse vil ligge til venstre i figuren ovenfor. De som ikke lar seg eliminere vil således være karakterisert som «vesentlige muligheter» hvor risikoen er lav, og vil kunne danne grunnlag for et endelig konseptvalg som blir gjort senere i prosessen. De usikkerhetselementene som ligger helt øverst og til høyre i figuren, og som vil gi en vesentlig konsekvens for konseptalternativet – i figuren angitt som «fatal risiko», kan være kritiske elementer for konseptalternativet og kan føre til man må endre strategien for å kunne redusere risikoen. Hvis dette ikke er mulig må dette alternativet elimineres i fra den videre prosessen. Feltet i midten, som er angitt som «reel risiko» er en gruppe med usikkerhetselementer som skal ansees som viktige og hvor det er gitt en middels sannsynlighet for at de vil finne sted. Disse elementene bør man ta hensyn til og overvåke fremover i prosjektutviklingsprosessen (Samset, 2014).

Strategisk ramme: neste trinn i konseptutviklingsfasen går ut på å sette noen strategiske rammebetingelser for prosjektet, dette for å kunne gi taktisk fleksibilitet i gjennomføringen og for å kunne unngå avvik i den strategiske retningen for prosjektet og for de som skal gjennomføre det. Eksempler på hva som kan inngå i strategiske rammebetingelser er: oppsatte mål, behovsbeskrivelser, tidsramme, kostnadsramme, kompetansekrav, kvalitetskrav og kvalitetskontroll (Samset, 2014). Nedenfor vises en illustrasjon av en strategisk ramme for et prosjekt.



Figur 12: Strategisk ramme (Samset, 2014)

Den taktiske fleksibiliteten viser hvilket spillerom prosjektet er gitt innenfor de fastsatte, strategiske rammene. De som skal stå for selve gjennomføringen av prosjektet må forholde seg til de gitte rammene, men hvordan de løser dette er opp til dem selv.

2.5.1 Konseptvurdering

I fasen hvor det skal foretas en konseptvurdering for prosjektet inngår det en rekke analyser og vurderinger som skal gjennomgås for de ulike alternativene som er igjen i denne fasen. Disse analysene og vurderingene er:

- Kostnadsanalyse
- Lønnsomhetsvurdering
- Risikoanalyse
- Fremdriftsanalyse

Da man fortsatt er i tidligfasen for prosjektet vil kvaliteten og omfanget av tilgjengelig informasjon kunne være begrenset og variere fra prosjekt til prosjekt, men etter hvert som prosessen i tidligfasen skrider frem vil man få tilgang til mer og bedre informasjon etter hvert. Man må også supplere med annen informasjon så som erfaringsdata, ekspertvurderinger, subjektive vurderinger, m.m. (Samset, 2014).

Etter endt konseptvurdering vil man ta et valg av konsept, og prosessen vil gå videre til prosjektutforming hvor man vil gå mer i detalj på videreutvikling av konsept, forstudier, forprosjektering, planlegging, investeringsbeslutning, og til slutt gjennomføring av prosjektet.

Ved valg av et konsept for et prosjekt vil prosjekteieren ta beslutning om prosjektet skal gå videre med det anbefalte konseptet i fra konseptvurderingen. For at beslutningen skal kunne tas på best mulig grunnlag bør følgende inngå i beslutningsgrunnlaget, som videre skal vurderes og godkjennes:

- Prosjektmandat
- Overordnede prosjektmål
- Beskrivelse av konseptutviklingsprosessen
- Rangering av konsepter og beskrivelse av anbefalt konsept med resultatmål som blir dekket
- Vurdering av måloppnåelse, fleksibilitet, usikkerheter og sensitivitet
- Strategiske rammebetingelser for valgte konsept

(BA2015, 2016)

2.6 Lokaliseringsteori

Den tradisjonelle lokaliseringsteorien til Weber handler om virksomheters valg av fysisk beliggenhet. Formålet til teorien er å forklare valg av lokaliseringssted, eller brukes til å analysere hvilken beliggenhet som er best ut fra noen gitte betingelser, og velge beliggenhet ut ifra resultater i fra denne analysen. I lokaliseringsteori blir det skilt mellom «tradisjonell lokaliseringsteori» (Weber); som brukes når man skal etablere en ny virksomhet eller filial, og «restruktureringsteser» (Doreen Massey) som brukes for å finne den mest optimale plasseringen for virksomhetens ulike avdelinger. F. eks. hovedkontoret på ett sted – som oftest sentralt i en by, og produksjonsenheten og lager et annet sted – nær råvarekilden og/eller transportårer (Store Norske Leksikon, 2019).

2.6.1 Nytt perspektiv innen lokaliseringsteori

I den senere tid har lokaliseringsteorier lagt mer vekt på betydningen av såkalte regionale næringsklynger, og at kompetanse fungerer som en sentral lokaliseringsfaktor. Dagens lokaliseringsmønster må forstås i et lengre historisk perspektiv, man kan se at lokaliseringsvalg i én periode skaper betingelser for etablering av næringsaktivitet i senere perioder (Store Norske Leksikon, 2019).

2.7 Samarbeidsteori

Samarbeid kan defineres som tilknytninger mellom personer, næringsaktører, organisasjoner og/eller institusjoner med det formål om å nå målsetninger som man ikke kan nå alene, og det dannes da et avhengighets-forhold mellom partene. Motivet bak samarbeidet kan være ulik fra part til part. Resultatet av samarbeidet blir ikke bedre enn

den innsatsen partene legger inn og det samspillet de skaper (Brøgger, 2007). Samarbeid mellom partene reguleres som oftest gjennom ulike former for kontrakter, både skriftlige og/eller muntlige, som definerer partenes ulike rettigheter og plikter. Slike samarbeidsavtaler kan gjelde både kortsiktig og langsiktig samarbeid (Haugland, 2004).

Samarbeid kan være så mangt og det benyttes mange ulike betegnelser for å beskrive forskjellige måter å samarbeide på; samhandling, strategiske allianser, nettverk og partnerskap. Dette er mer generelle betegnelser og går som oftest ut på det samme, nemlig det å samarbeide med en annen part for å kunne nå et felles mål.

2.7.1 Samhandling

Samarbeid og samhandling er begreper som svært ofte brukes om hverandre, og det går som oftest ut det samme; "og å arbeide sammen" eller «å handle sammen" for å oppnå et mål, gjøre et prosjekt sammen o.l. Samarbeidsbegrepet kan knyttes til det engelske ordet "cooperation» som stammer i fra det latinske ordet "cooperari», som betyr å arbeide sammen med. Samhandlingsbegrepet kan knyttes til det engelske ordet "collaboration", som stammer i fra de latinske ordene «col» (sammen) og «laborare» (arbeid). Så oversatt til Norsk betyr dette også å samarbeide sammen med. Selv om definisjonen er ganske like, begge handler om å arbeide sammen med, så har de allikevel ulike meninger. Det som skiller dem fra i hverandre er graden av forpliktelse og deltakelse mellom de ulike personene, deltakerne, avdelingene og tjenestene som samarbeider og samhandler. Samarbeid handler om å arbeide sammen for å løse en konkret oppgave, mens samhandling handler mer om den gjensidige deltakelsen og engasjementet i dialogen mellom partene som arbeider sammen for å oppnå et felles mål (Ness, 2014).

Videre kan man definere samhandling som noe som skjer når en aktør er avhengig av andre aktørers handlinger for å kunne realisere sine intensjoner, og at aktørene tar hensyn til denne avhengigheten når de beslutter seg for å gjennomføre en handling (Tjora & Melby, 2013).

I løpet av de siste 25 årene har ordet «samhandling» dukket opp stadig oftere i offentlige dokumenter fra den norske regjeringen, og særlig i dokumenter i fra Helse- og omsorgsdepartementet. Det er lagt vekt på samhandling for å kunne forstå og endre de Norske helse- og omsorgstjenestene. Dette vil bli tatt opp senere i denne oppgaven – under gjennomgang av gjennomført litteratursøk og dokumentstudie.

2.8 Samhandlingsreformen

I 2009 kom det en stortingsmelding (St.meld. nr. 47 (2008–2009)) som ble kalt *Samhandlingsreformen*. Denne reformen gikk ut på å få et mer helhetlig og koordinert helse- og omsorgstjenestetilbud i Norge. Bakgrunnene for reformen er at Norge og alle kommunene i Norge står ovenfor store utfordringer i årene fremover, med en stadig økende befolkning og at innbyggerne i landet blir stadig eldre og lever lengre. Reformens intensjoner var blant annet å:

- Forebygge folkehelse, fremfor å reparere
- Behandle tidlig i stedet for sent
- Bedre samarbeid mellom de ulike helsetjenester i samfunnet
- Få helsetjenestene nærmere der folk bor

- Overføring av flere helsetjenester til kommunene ifra de statlige helseforetakene, også overføring av penger
- Samling av spesialiserte fagmiljøer
- Sterkere brukermedvirkning, og pasienten i fokus. (Helse- og Omsorgsdepartement, 2009)

Selve reformen ble iverksatt 1. januar 2012, og er blitt beskrevet som en koordinerings- og retningsreform. Det overordnede målet for reformen er å fremme et helhetlig og smidig pasientforløp. Dette skal gjøres ved å benytte seg av økonomiske og faglige virkemidler (Grimsmo, et al., 2015).

Helsetjenestene som tilbys i Norge kan deles inn i to ulike grupperinger:

- Primærhelsetjeneste
- Spesialisthelsetjeneste

Primærhelsetjenestene er styrt av kommunene, og omfatter følgende:

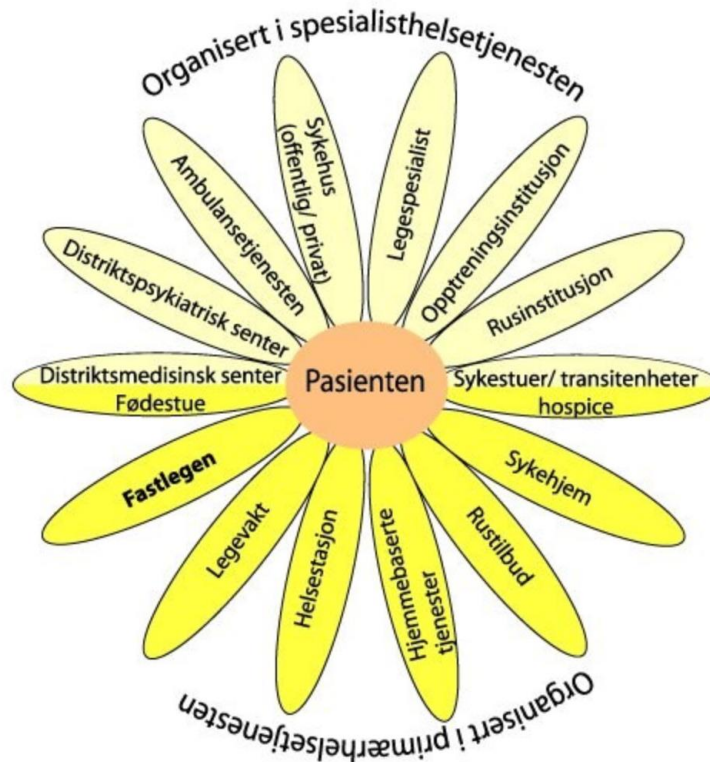
- Allmennlegetjeneste (fastlege)
- Legevakt og akuttmedisinske tjenester
- Forebyggende helsetjenester (fra fødsel og opp til 20 år) f. eks. helsestasjon for barn og unge
- Jordmortjenester
- Habiliterings- og rehabilitering
- Hjemmetjeneste og hjemmesykepleie
- Sykehjem (Regjeringen.no, 2014)

Spesialisthelsetjenesten er styrt av staten, og omfatter følgende:

- Somatiske og psykiatriske sykehus. Somatisk betyr «kroppslige/fysiske» (Wikipedia.org, 2017)
- Poliklinikker og behandlingssentre
- Opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjoner
- Institusjoner for tverrfaglig spesialisert behandling av rusmisbruk
- Prehospitale tjenester
- Privatpraktiserende spesialister
- Laboratorievirksomhet
- Røntgenvirksomhet (Regjeringen.no, 2014)

Noe nærmere beskrivelse av de ulike tjenestene vil jeg ikke komme inn på i denne oppgaven, da det er selve organiseringen og tilbudet av tjenestene jeg ønsker å se nærmere på.

Fordelingen av de ulike helsetjenestene i Norge kan illustreres på følgende måte:



Figur 13: Organisering av helsetjenester i Norge (Regjeringen.no, 2014)

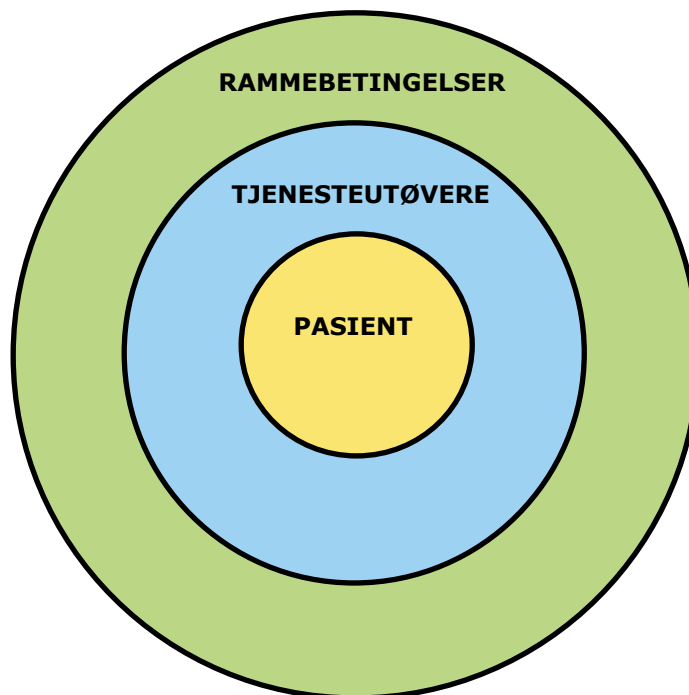
I helsesektoren har samhandling alltid vært et sentralt tema. Helseproblemer kan ofte være svært komplekse, og dette krevet at helsepersonell deler på kunnskap og at de samarbeider for å kunne behandle pasienter på riktig måte. Samarbeid og samhandling er ikke noe nytt tema innenfor helsesektoren, men det nye nå, etter lanseringen av Samhandlingsreformen, er fokuset og den enorme vekten samhandlingen er gitt i helsepolitikken som føres nå (Tjora & Melby, 2013).

Graden på spesialiseringen, innenfor de ulike yrkesgruppene i helsesektoren, er høy og det kreves en stor mengde med komplekse samarbeidssituasjoner der ulike profesjoner, systemer, målsetninger og ikke minst kulturer møtes. Et stort antall ulike aktører skal sammen sørge for at en pasient får best mulig utredning, behandling og pleie. Som tidligere nevnt er det mange ulike kulturer som preger det norske helsevesenet. De ulike kulturene kjennetegnes med at det er store forskjeller på hva som oppfattes som prioriterte oppgaver og aktiviteter, og hva som er målsetting for det som utføres. Sykehusleger har en mer akademisk – klinisk orientering, mens en primærlege/fastlege har en mer merkantil prioritering, da de som oftest er selvstendig næringsdrivende (Tjora & Melby, 2013).

Forutsetning og bakgrunnen for at samhandlingsreformen ble utarbeidet, og vedtatt, er at alle de ulike aktørene – med forskjellige systemer, kulturer og prioriteringer – skal kunne styres til å utføre bedre samhandling. Dette vil også kunne bedre effektiviteten, kvaliteten og sikkerheten på de helsetjenestene som blir utført (Tjora & Melby, 2013).

2.8.1 Brukeren i fokus

Samhandlingsreformen tar tak i pasientperspektivet og setter fokus på denne rolle i helsetjenesten. Det kommer tydelig frem av ulike utredninger og politiske dokumenter at det er et stort ønske om å bygge helsetjenestene rundt pasienten som skal behandles. Det legges opp til at pasienten blir stadig mer selvstendig og myndiggjort, og at denne skal bli oppfattet som en viktig samarbeidspartner i helsetjenestene (Tjora & Melby, 2013). Resultatet skal være at en pasient er sikret en bedre koordinert tjeneste, i tillegg til at det legges til rette for å møte de samfunnsøkonomiske utfordringene helse- og omsorgstjenestene i Norge står ovenfor i fremtiden. Samhandling og samarbeid skal vektlegges sterkt, og myndighetene forventer at alle helseaktørene skal se helheten og ikke bare egne interesser, ved utføring av de ulike tjenestene.



Figur 14: Samhandling med pasienten i fokus (NOU 2005:3, 2005)

Styring av norsk helsetjeneste er fordelt på 2 ulike nivåer; den kommunale helse- og omsorgstjenesten og de statlige, regionale helseforetakene – i alt 4 stykk; Helse Vest, Helse Midt-Norge, Helse Nord og Helse Sør-Øst. De offentlige sykehusene i Norge er eid av staten. Helse- og omsorgsdepartementet har det overordnede ansvaret for alle sykehusene i Norge og de er organisert inn under de regionale helseforetakene. Sykehusene skal tilby Norges befolkningen spesialisert behandling. I tillegg har de oppgaver innen forskning, utdanning og opplæring av pasienter og pårørende.

Hovedutfordringer helse- og omsorgstjenestene i Norge står ovenfor er:

- Pasientens behov for koordinerte tjenester besvares ikke godt nok.
- Tjenestene preges av for liten innsats for å begrense og forebygge sykdom.
- Demografisk utvikling og endring i sykdomsbildet gir utfordringer som vil kunne true samfunnets økonomiske bæreevne.
(Tjora & Melby, 2013)

2.9 Offentlig styring og organisering

Etterkrigstiden har vært preget av tre overlappende styringsregimer som alle har hatt ulikekonsekvenser for styringen av samfunnet og det offentlige: tradisjonell offentlig administrasjon (TOA), ny offentlig administrasjon (New Public Management) og ny offentlig samstyring (New Public Governance) (Osborne, 2010) (Røiseland & Vabo, 2016). De ulike kjennetegnene ved de tre styringsregimene gir en indikasjon på hvordan styringslogikken og den administrative lederrollen har endret seg over tid.

2.9.1 Offentlig administrasjon og organisering

Offentlig administrasjon og organisering representerer et styringsregime som har preget styringen av samfunnet i hele etterkrigstiden frem til omtrent 1980. I denne perioden var da den moderne velferdsstaten vokste frem, og troen på offentlig styring og de offentlige myndigheters mulighet til å løse de gjeldende samfunnsproblemer var sterk. Styringen skjedde gjennom lovgivning og byråkratiets utforming av regler og retningslinjer. Det offentlige ble sett på som en enhetlig aktør (Staten), og det var godt definerte grenser mellom det offentlige og private. Byråkratiet og offentlig administrasjon fikk en svært viktig posisjon i denne perioden (Osborne, 2010; Osborne, 2010) (Røiseland & Vabo, 2016).

2.9.2 New Public Management

Det begynte å vokse frem en høyrebølge i mange vestlige land på slutten av 1970-tallet. Dette var en tidlig start på det som senere ble kalt som «New Public Management», som var et styringsregime som gjorde seg sterkt bemerket på 1980- og 1990-tallet. Dette styringsregimet gjorde et oppbrudd fra det klassiske offentlige administrasjonsregimet som hadde preget den vestlige verden tidligere. Ideen bak «New Public Management» var at de offentlige virksomhetene hadde mye til felles med de private bedriftene. Det ble lagt en mer regulerende rolle for staten, som medførte til omfattende fristilling av offentlige etater hvor de overordnede målene ble satt av politikerne, mens de offentlige virksomhetene var ansvarlig for å disse målene innenfor noen gitte ressursrammer (Holmen, 2016).

Hovedideen til «New Public Management» var at den offentlige sektoren ikke skulle representere noe annerledes enn privatsektor. I hovedsak handlet «New Public Management» mest om import i fra privat til offentlig sektor, og at regimet har ført til en omfattende fristilling av offentlige etater (Holmen, 2016).

2.9.3 New Public Governance

«New Public Governance» eller samstyring har, ifølge S. P. Osborne, representert et nytt styringsregime i fra 1990-tallet. Dette regimet har ikke tatt over for de to andre, men har heller fungert som et supplement til de to regimene som har vært styrende i tidligere tid. Bakgrunnen for at samstyring har kommet opp som et nytt styringsregime er at det er en oppfatning av at produksjon av tjenester og iverksetting av offentlig politikk er blitt mer kompleks, og oppstykket og delt. Mulighetene for en enkelt organisasjon til å alene kunne utforme og iverksette effektive tiltak er redusert, nå er det nødvendig med interorganisatorisk samarbeid. Og det er behov for nye typer av styringsprosesser som skal sikre effektiviteten i samarbeidet (Holmen, 2016).

Samstyring handler i prinsippet om en ikke hierarkisk og målrettet aktivitet hvor de deltagende aktører er gjensidig avhengig av hverandre og at avgjørelsene som blir tatt er basert på enstemmighet etter en forutgående dialog og eventuelle forhandlinger. Samstyring skal være myntet på at ulike aktører samarbeider og at dette samarbeidet har betydning for den offentlige styringen. Det som er gjeldende for «New Public Governance» er at den offentlige politikken utvikles og fullbyrdes gjennom strukturer som er forskjellige enn de klassiske styringsregimene. Samstyring finner sted mellom likeverdige aktører som samhandler i forbindelse med en eller flere oppgaver (Røiseland & Vabo, 2016).

Empirisk sett er samstyring organiserte aktiviteter som fremstår som ulike former for organisert samhandling. Videre kan man skille mellom i hvilken grad samstyringen kun involverer offentlige aktører eller om også andre aktører (private) er involvert i samstyringen, og i hvilken grad samstyringen befinner seg på kun ett nivå eller om det utspiller seg på flere nivåer (Holmen, 2016).

Det er mulig å skille mellom i alt fire typer av samstyring, en oversikt over disse er satt opp i figuren nedenfor:

	Kun offentlig sektor	Flere sektorer
Kun ett nivå	Type 1 Interkommunalt samarbeid Interkommunale selskaper	Type 2 Prosjekter eller komiteer, evt. i planleggingsprosesser. Partnerskap, OPS eller aksjeselskap ved ivaretagelse av driftsoppgaver
Flere nivået	Type 3 Samarbeidsprosjekter knyttet til infrastruktur (f. eks. bil, bane, båt), NAV, samhandlingsreformen.	Type 4 Regionale utviklingsprogram i regi av fylkeskommunene.

Figur 15: Eksempler på samstyring i Norsk lokalpolitikk (Røiseland & Vabo, 2016)

Type 1 involverer kun offentlig sektor. Type 2 omfatter samarbeidsformer der en kommune går sammen med private markeds- eller sivilsamfunnsaktører innenfor egne grenser, eventuelt også i samarbeid med en nabokommune. Type 3 er typiske samarbeidsprosjekter om infrastruktur hvor kommuner er involvert sammen med fylkeskommunen og/eller statlige etater, eller i samarbeid mellom kommunale sosialtjenester og statlig velferdsforvaltning. Den fjerde typen av samstyring er det som er mest grenseoverskridende hvor det er ulike aktører i fra ulike nivåer og sektorer som samhandler om en oppgave (Holmen, 2016).

Samstyring kan også inndeles på en annen måte, hvor grupperingen skjer etter type formaliseringsgrad. Figuren nedenfor viser hvordan dette er tenkt:

Betegnelsen	Samarbeid	Prosjekter	Partnerskap	Råd og utvalg	Aksjeselskap
Formaliseringsgrad	Svært uformell	Uformell	Uformell / formell	Formell	Svært formell
Mulige organisasjonsformer	Nettverk Organisasjon	Nettverk Organisasjon	Nettverk Organisasjon	(Nettverk) Organisasjon	Organisasjon
Mulighet for autoritativ styring	Variierende	Variierende	Avhengig av avtale	Relativ stor	Avhengig av eierandel

Figur 16: Empiriske uttrykk for samstyring i Norge (Røiseland & Vabo, 2016)

Samstyringsprinsippet øker styringskompleksiteten. Kompleksiteten er synlig i variasjoner av organisering av tjenester, variasjoner i samarbeidspartnere og ikke minst sammensatte krav til leveranse.

2.10 Partnerskap

Partnerskap er et begrep som brukes på mange ulike måter for å beskrive en viss type samarbeid. Partnerskap kom for fullt inn som en arbeidsform på 1990-tallet. Å inngå et partnerskap handler om å få etablert en forpliktende koalisjon der man har de nødvendige ressursene til å løse kollektive problemer, som oftest er knyttet til den offentlige sektor. Dette gjelder gjerne oppgaver det offentlige tradisjonelt sett har tatt hånd om og styrt på «vanlig» politisk – administrativt organisert måte (Higdem, 2009). Når man tar i bruk et partnerskap som type arbeidsform betyr det at offentlig sektor trenger bistand i fra andre aktører – både andre offentlige aktører men også aktører i fra privat sektor og frivillige organisasjoner, for å få mobilisert tilstrekkelig med ressurser for å få løst en kollektiv problemstilling. Partnerskap mellom det offentlige, private og frivillige organisasjoner er en strategi i fra offentlige myndighetenes side i Norge for blant annet for å støtte og fremme kvalitetsutvikling i helsetjenesten (Higdem, 2009).

Det er fylkeskommunene som har det generelle ansvaret for å få etablert og lede regionale partnerskap i Norge. I St. meld. nr. 12 (2006-2007) står det bl.a. at det er fylkeskommunen som har ansvaret for å få etablert møteplasser og for å lede regionale partnerskap får sikre mer helhetlige løsninger innad i fylket (Difi - Direktoratet for forvaltning og ikt, 2018).

2.11 Offentlig – privat samarbeid (OPS)

Offentlig-privat samarbeid er en måte å organisere og finansiere store statlige utbyggingsprosjekter på. Ved bruk av OPS får et privat selskap ansvaret for å bygge, drifte, finansiere og vedlikeholde større prosjekter. Det private selskapet blir som oftest etablert for ett aktuelt prosjekt. Det offentlige er bestiller og skal bestemme kvalitet,

omfang og målsettinger for prosjektet. Det blir avtalt en leie som skal betales når prosjektet er ferdig og på plass (Stortinget.no, 2010).

Ulikt andre samarbeidsmodeller som finnes mellom det offentlige og private aktører, vil det i et offentlig – privat samarbeid ligge flere elementer og større ansvar hos den private aktøren. Bestillermyndigheten er i det fulle og det hele forankret politisk. Innenfor en OPS-modell har det offentlige ansvaret for det overordnede og strategiske med tjenesten, mens den private aktøren har ansvaret for den praktiske planleggingen, etableringen og gjennomføringen av prosjektet. Det offentlige skal bl.a. definere formålet, kvaliteten og tilgjengeligheten, samt pris og kostnad for prosjektet. Når det gjelder prosjektutforming kan det offentlige og den private aktøren samarbeide om dette. Ansvarsfordelingen kan variere og bestemmes nærmere i kontrakten som inngås mellom partene (Stortinget.no, 2010).



Figur 17: Faseoversikt - OPS avtale (Riegels, 2017)

Ettersom et OPS prosjekt gjerne innebærer en kontraktperiode på 20-30 år, i form av en leiekontrakt, er gjennomføringen av konkurransen i forkant av prosjektet svært viktig. Den offentlige aktøren må i denne fasen beskrive hvilken oppgave selve prosjektet skal løse. Dette gjøres med fastsatte funksjonskrav, samt at det stilles krav til standard og kvaliteter. Innenfor de krav og rammer det offentlige stiller gis den valgte leverandøren frihet og totalansvaret for utvikling, bygg, drift og vedlikehold. Leverandøren har også ansvar for gjennomføring av prosjektet. Ved valg av en slik modell får leverandøren ansvaret for hele livssyklusen til bygget/anlegget mens oppdragsgiver betaler en fast leie i hele kontraktperioden (Riegels, 2017).

2.12 Tjenesteyting

Med tjenesteyting menes det et enormt spekter av virksomhetstyper; fra helse- og velferdstjenester til renhold, fotballkamper, vakthold, hudpleie, sjelesorg, finansiell rådgivning, transport og telekommunikasjon. Det er et bredt mangfold av ulike tjenester som tilbys, og det er behov for å gå nærmere inn på en definisjon og kategorisering av de ulike tjenestene som blir tilbudt. En tjeneste er en aktivitet mens varer er en ting eller gjenstand. En vare er noe man har mens en tjeneste er noe man gjør. I utgangspunktet defineres gjerne en typisk tjeneste som en ikke konkret gode, noe immaterielt til forskjell fra en vare som altså er noe konkret. En vare består av et fysisk materiale. En tjeneste kan ikke transporteres, den kan ikke lagres og ikke eies. Den blir til og konsumeres samtidig, i en situasjon der både leverandøren og brukeren av tjenesten deltar – i et servicemøte – det såkalte «sannhetens øyeblikk» (Normann, 2000; Normann, 2000).

Et tjenestetilbud og en tjeneste er ikke helt det samme. De to uttrykkene blandes ofte sammen så det kan være greit å utdype forskjellen. Tjenestetilbudet, eller som det ofte kalles i litteraturen: tjenestefunksjonen, er produksjons-apparatet. Selve tjenesten er

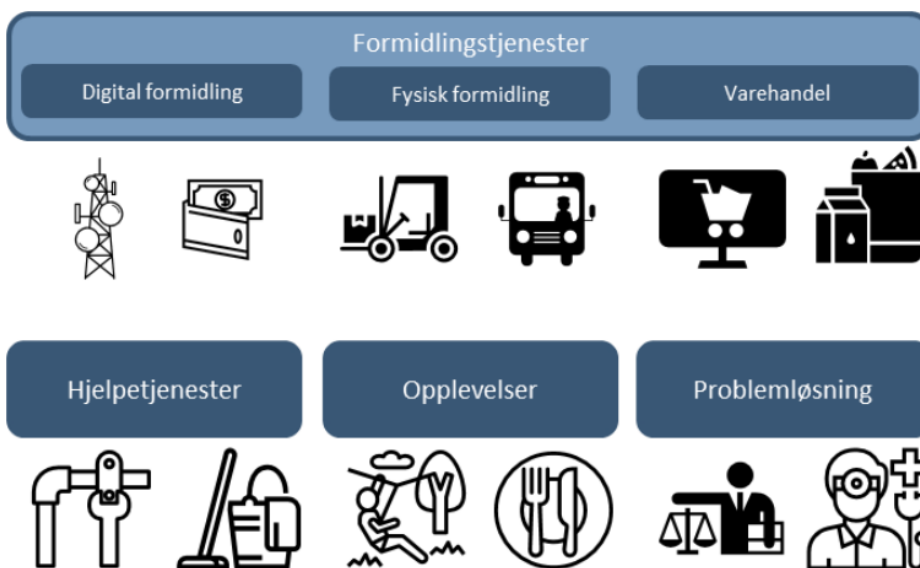
produktet av dette produksjonsapparatet. F. eks. dagligvarebutikken er et «tjenestetilbud», mens handelen du foretar der er en «tjeneste». Biblioteket er et «tjenestetilbud», mens boklånet er en «tjeneste» (Normann, 2000).

Definisjonsmessig finnes det gråsoner mellom varer og tjenester. Hvor mye fysisk materiale skal det for eksempel være bygd inn i et produkt før det kan defineres som en «vare» og ikke som en «tjeneste»? Eksempelvis defineres nå f. eks. bilverksteder i Norske statistikker som en tjenestebedrift. Og hva kan en tanntekniker betegnes som, og hva med en lokal håndverker? Produserer de noe fysisk eller skal de regnes som tjenesteprodusenter? Det finnes mange utallige definisjoner av *tjenester*, en av disse er: å yte noen en tjeneste er å bistå denne personen med noe hun eller han skal ha utrettet (Aasbrenn, 2004).

Det er ofte forretningsmodellene som kan skille en tjenesteleverandør i fra en vareleverandør. Jeg vil i denne masteroppgaven gå nærmere inn på teorien knyttet til både privat og offentlig tjenesteyting. Men først en del avklaringer.

Man kan dele inn de ulike tjenestenæringene i Norge inn i ulike former for tjenesteyting:

- Formidle varer, tjenester og personer mellom kunder og leverandører, for eksempel varetransport, logistikk, spedisjon, persontransport og alle typer meglervirksomhet.
- Analysere og finne løsninger på kundenes problemer, for eksempel leger, advokater og konsulenter.
- Levere standardiserte tjenester med høy effektivitet og kvalitet, for eksempel omsorgstjenester, hår- og hudpleie, bemanning eller sikkerhet.
- Gi kundene sanselige, emosjonelle og meningsfulle opplevelser, for eksempel restauranter, teaterscener, festivaler, spahoteller, skianlegg og idrettsarrangementer.



Figur 18: Inndeling tjenestegrupper (Menon Economics AS, 2020)

De ulike tjenestenæringene kan grupperes inn i seks ulike tjenestegrupper:

- Digital formidling
- Fysisk formidling
- Varehandel
- Hjelpetjeneste
- Opplevelser
- Problemløsning

Helse- og omsorgstjenester og lege inngår i de to grupperingene hjelpetjenester og problemløsning.

Tjenestenæringenes samlede omsetning utgjorde i 2018 nesten 4 000 milliarder kroner, verdiskapningen og bidrag til brutto nasjonal produkt (BNP) var 1 100 milliarder kroner samme år. I alt er det registrert 1,2 millioner ansatte i Norge innenfor tjenestenæringene, så disse bidro med litt under 1 million kroner per person til Norges BNP. Av de i alt 1,2 millioner ansatte innen tjenestenæringene i Norge, utgjør antall ansatte innen helse- og omsorgstjenesten ca. 573.100 personer i 2019 (Statistisk Sentralbyrå, 2019). Det er ca. halvparten som jobber med tjenesteyting i Norge i dag utfører dette innenfor helse- og omsorgstjenester av ulik art. Den private delen av helsenæringen står for i alt en omsetning på 148 milliarder kroner i 2019 (Menon Economics AS, 2020). Hvordan dette er fordelt innen helsenæringen er vist i figuren nedenfor.



Figur 19: Fordeling Helsenæring omsetning 2018 (Menon Economics AS, 2020)

2.13 Helsehus

Helsehus i Norge har oppstått etter at samhandlingsreformen ble lansert i 2009. Intensjonen bak etableringen av de ulike helsehusene som finnes i Norge er tværfaglighet og samhandling mellom tjenesten som er lokalisert i byggene. Det finnes ulike typer helsehus og disse kan deles inn i tre ulike typer helsehus; kommunale helsehus, samhandlingshelsehus og private helsehus (Raustøl, 2013). Mer om dette vil bli presentert i kapittelet rundt funn i fra casestudiet.

Et av de viktigste virkemidlene i samhandlingsreformen er etablering av en avdeling for kommunal øyeblikkelig hjelp for døgnopphold. Etter at samhandlingsreformen trådte i

kraft er kommunene pålagt et ansvar for å gi slik hjelp til sine innbyggere. En slik hjelp er tiltenkt de pasientene som ikke trenger å legges inn på sykehus, men hvor diagnoser og problemstillinger er utredet og avklart før innleggelse kan skje. Flere kommuner har etablert slike kommunale akutte døgnenheter i helsebygg og helsehus. Og flere kommuner har slått seg sammen i etableringen av en slik enhet, for å kunne samarbeide om å gi sine innbyggere best mulig kvalitet på de tjenestene som gis på en slik enhet.

I forbindelse med at det etableres flere og flere helsehus rundt om i Norge er det i ferd med å utvikles et nytt kunnskaps- og praksisfelt. Flere rapporter, analyser og ulike utredninger om ulike temaer i tilknytning til etablering av helsehus er utarbeidet. Ulike selskaps- og samarbeidsformer, kunnskapsutvikling, strategier, bygg alternativer og begrunnelser er blant temaene som er beskrevet og belyst i disse og man ser at dette arbeidet ikke er konfliktsløst. Det er komplekse interaksjoner og prosesser som skal på plass, hvor ulike meninger utveksles, diskuteres og forhandles (Raustøl, 2013).

2.14 Velferdsteknologi

Med velferdsteknologi menes det teknologisk assistanse som skal føre til økt trygghet, sosial deltakelse, mobilitet, sikkerhet, mobilitet, og fysisk og kulturell aktivitet. Teknologien skal bidra til å styrke den enkeltes evne til å greie seg selv i hverdagen selv om man har sliter med sykdom, eller sosial, fysisk eller psykisk nedsatt funksjonsevne. Teknologien kan også virke som støtte for pårørende, og bidra til å øke tilgjengelighet, ressursutnyttelse og tjenestetilbudets kvalitet. Velferdsteknologi kan også bidra til å forebygge behov for helse- og omsorgstjenester eller innleggelse på institusjon (NOU , 2011).

Velferdsteknologi er en felles betegnelse for alle de tekniske produktene som bidrar til økt selvstendighet og mestring av eget liv, sykdom og helse. Man kan skille mellom 4 ulike velferdsteknologiske kategorier (UNN HF, 2017):

1. Trygghets- og sikkerhetsteknologi
2. Kompensasjons- og velværeteknologi
3. Teknologi for sosial kontakt
4. Teknologi for behandling og pleie

Trygghets- og sikkerhetsteknologi er teknologi som er med på å skape trygge rammer omkring en enkelt persons liv og mestring av egen helse. Eksempler på dette kan være ulike alarmer tilknyttet ens egen bolig; adgangskontroll, alarm for brann, innbrudd og vannlekkasje, bevegelsesdetektorer og komfyrvakt. Dette kan også være teknologi som er knyttet til sensorer for å gi alarm ved f. eks. fall, negativ sykdomsutvikling og påkledning.

Kompensasjons- og velværeteknologi er teknologi som er skapt for å gjøre hverdagen enklere for brukeren. Dette kan være teknologi som går ut på å kompensere for tap av hørsel, tale eller syn, eller tekniske hjelpemidler for å kunne kompensere for fysiske funksjonshemninger. Det kan også være teknologier som hjelper til å bruke og kontrollere elektriske maskiner og installasjoner i bolig eller bygg – så som f. eks. klimakontroll, og fjernkontroll av vinduer og dører. Det er også teknologi som kan gjøre

det mulig med å være fysisk både ut og inne – f. eks. skritteller, GPS-sporing og måling, og spillteknologi, samt hjelpemidler som kan gi påminnelser om f. eks. medisiner, innkjøp, osv.

Teknologi for sosial kontakt er teknologi som fungerer som et verktøy for å skape sosial kontakt mellom mennesker, og behov for kontakt med helsevesenet. Dette kan være teknologi knyttet til videokommunikasjon, ulike nettsamfunn – f. eks. Facebook, Twitter - og robotteknologi.

Teknologi for behandling og pleie er verktøy som kan benyttes og bidra til at man på en bedre måte mestrer sin egen helse. Dette kan være teknologi som er knyttet til egen- og hjemmebehandling, som f. eks. pc- og webbasert kommunikasjon med helsepersonell, behandlingsutstyr i hjemmet og medisineringsautomat for dosering av riktige medisiner. Teknologi som går på egenregistrering og egenmålinger er også verktøy som finnes for å kunne bedre mestring av egen helse.

3 Metode

Å benytte seg av en metode betyr å følge en bestemt vei mot et fastsatt mål. Metode beskriver hvordan man tilnærmer seg og frembringer troverdig og gyldig kunnskap om virkeligheten. Videre kan man beskrives metode som strategien forskeren legger for å beskrive hvordan man skal gå frem (Jacobsen, 2018).

Samfunnsvitenskapelig metode kan defineres som fremgangsmåten for å få informasjon om den sosiale virkeligheten, og hvordan informasjonen skal analyseres, og hva den forteller om samfunnsmessige forhold og prosesser. Informasjon som hentes inn i fra virkeligheten kalles for empiri. Det er viktig at slik empiri samles inn på en måte som gjør informasjonen relevant og troverdig (Jacobsen, 2018). Metoden går ut på å samle inn, analysere og tolke data, dette er en sentral del av empirisk forskning. Viktige kjennetegn ved empirisk forskning er at den er systematisk, grundig og åpen.

Metoden man velger å benytte for å samle inn empiri og data om det man forsker på kan videre beskrives som et hjelpemiddel for å beskrive virkeligheten om temaet man skal undersøke (Jacobsen, 2018).

Valg av metode styres av den problemstillingen som jeg har satt for min oppgave:

«Hva skal fremtidens kombinerte samhandlings helsehus inneholde av tjenester og tilbud?»

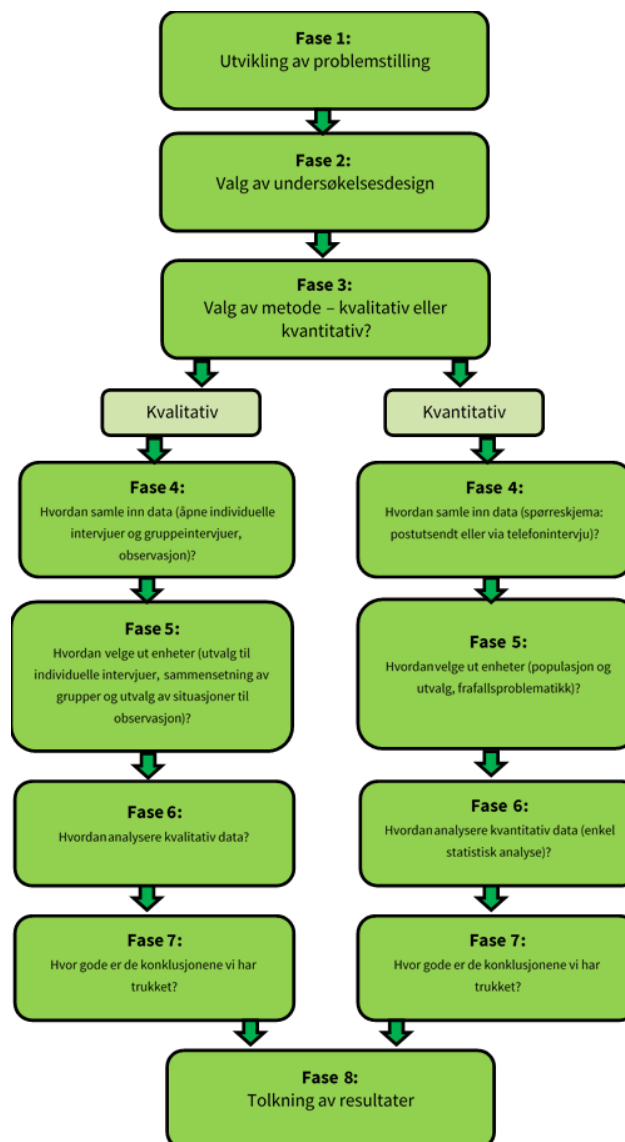
Jeg har utformet en del deskriptive forskningsspørsmål som jeg ønsker å få besvart gjennom min masteroppgave.

Disse er:

- 1. Hvilke type helsehus finnes i Norge i dag?*
- 2. Hvordan fungerer samarbeidet mellom de ulike helseaktørene innenfor disse helsehusene? Og, finnes det et samarbeid?*
- 3. Hva er viktige faktorer ved etablering av nye kombinerte samhandlingshelsehus?*

Det er viktig å være kritisk når man jobber med å avdekke virkeligheten, og å velge riktige metoder slik at de empiriske dataene blir avdekket. Det er først da man kan se sammenheng mellom virkelighet, empiri, data, informasjon og teori (Jacobsen, 2018). En undersøkelsesprosess består av ulike faser hvor man som forsker må foreta ulike valg i hver enkelt fase, og disse valgene vil få konsekvenser for utvikling av undersøkelsen og dens gyldighet og troverdighet. Metoden man benytter blir tilpasset problemstillingen som er satt for oppgaven. Det er derfor viktig av man først utvikler en problemstilling, og valg av undersøkelsesdesign før man foretar valg av metode.

I figuren nedenfor fremgår det hvilke ulike faser som inngår i en undersøkelsesprosess:



Figur 20: Faser i undersøkelsesprosessen (Jacobsen, 2018)

3.1 Induktiv / deduktiv tilnærming

Med en induktiv tilnærming observerer man en problemstilling for å komme frem til en teori om et fenomen – f. eks. hvorfor bilsalget går ned. Man lager teorier ut ifra studier eller empiri av et fenomen. I en induktiv undersøkelsesprosess kan man si at man går fra det spesifikke og konkrete til det generelle. På bakgrunn av et begrenset antall observasjoner lages det allmenngyldige prinsipper, regler og teorier om det fenomenet som blir studert, som man senere kan sjekke via en deduktiv fremgangsmåte. Denne fremgangsmåten med å komme frem til et resultat på kalles for induktiv generalisering. Ved at man prøver og feiler for å skaffe seg tilstrekkelig erfaring om et fenomen til man kan utvikle prinsipper, regler og teorier kjennetegner en induktiv studie (Jacobsen, 2018).

Ved en deduktiv tilnærming er utgangspunktet det motsatte av en induktiv tilnærming; her foreligger det en teori eller en hypotese om et fenomen i forkant som man ønsker å

teste holdbarheten og riktigheten av – f. eks. nedgangen i bilsalget gjelder miljøhensyn. Deduktive studier tester en teori mot empirien (virkeligheten). Valg av type tilnærming vil i stor grad avgjøre hvordan man utvikler en problemstilling og hvordan man går videre frem i undersøkelsesprosessen (Jacobsen, 2018).

I min masteroppgave har jeg valgt å legge meg på en induktiv tilnærming i min forskningsprosess. Prosessen vil gå ut på å forstå verden gjennom å utforske den og tilegne seg informasjon gjennom prosessen. Man skaffer seg ny kunnskap på områder hvor det finnes lite forhåndskunnskap, basert på observasjon av noen elementer i en kategori, hvor det trekkes slutninger for hva som gjelder for alle elementene i kategoriene og det kan utvikles generaliserte teorier (Olsson, 2019).

Informasjonene, eller empirien, man får kunnskap om får virkelighetskontakt eller empirisk innhold, men informasjonen vil alltid være noe usikkert da det ikke er basert på tallfestede fakta.

3.2 Undersøkelsesdesign

Etter å ha satt problemstillingen for oppgaven må man finne frem til det beste undersøkelsesdesignet som er best egnet for den aktuelle problemstillingen. Det finnes mange forskjellige typer undersøkelsesdesign og valget av type design vil ha innvirkning på undersøkelsen validitet (gyldighet) og reliabilitet (Jacobsen, 2018).

Dataen man samler inn og analyserer må tilfredstille to ulike krav:

1. Dataen må være gyldig og relevant
2. Dataen må være pålitelig og troverdig (reliabel)

Dataen som samles inn skal kunne gi svar på de spørsmålene som er stilt i oppgavens problemstilling og forskningsspørsmål. Videre må man også sørge for 2 ulike typer av gyldighet:

- Intern gyldighet: en må ha dekning for de konklusjonene man trekker ut i de dataene som er samlet inn.
- Ekstern gyldighet: knyttet til i hvor stor grad man kan generalisere de funn som er gjort i oppgaven til andre sammenhenger og områder.

3.3 Kvalitativ metode

Jeg har valgt å benytte meg av kvalitative metoder i min masteroppgave. Bakgrunnen for dette valget er mest på grunn av at tiden jeg har til rådighet, og at jeg er av den formening at det finnes for lite forskning og informasjon tilgjengelig for at jeg kunne fått utarbeidet en ordentlig kvantitativ undersøkelse som ville gitt meg svar på mine forskningsspørsmål. Ved bruk av kvalitative forskningsmetoder kan man få ny og uventet kunnskap. Som man ved oppstart av forskningsprosessen ikke var klar over fantes (Tjora, 2018).

Kvalitative forskningsmetoder brukes til å systematisere og gi økt innsikt i et område man har lite tilgjengelig kunnskap om i fra tidligere. Slike metoder går ut på å samle inn, bearbeide og analyse av data i fra samtale, observasjon eller skriftlig tekst (Tjora, 2018).

3.4 Metodevalg

For å besvare problemstillingen og forskningsspørsmålene er det valgt litteratur- og dokumentstudie, sammenlignende casestudie og dybdeintervjuer som forskningsdesign for denne oppgaven.

3.4.1 Litteratur- og dokumentstudie

En litteraturstudie går ut på å ha en systematisk gjennomgang av litteraturen rundt en valgt problemstilling. Det kan være nyttig å foreta systematiske litteratursøk i oppstarten av en forskningsprosess for å finne relevant informasjon og eksisterende forskning på området man ønsker å fordype seg i, samtidig som man kan få oversikt over hvilke metoder som tidligere er blitt benyttet i forskning innenfor samme tematikk (Johannessen, et al., 2016). Det er viktig å ha en kritisk gjennomgang av kunnskap fra ulike skriftlig kilder og en sammenfatning av denne sammen med en diskusjon.

I dokumentstudier – eller kvalitativ datagenerering – tar man i bruk dokumenter som er produsert av andre og til andre formål enn forskning (Tjora, 2018). I dokumentstudier samler man inn, behandler og tolker såkalt sekundær- og tilleggsdata. Dokumenter man henter informasjon i fra kan være offentlig informasjon i fra bedrifter eller offentlige etater og kommuner, eller politiske dokumenter som f. eks. utredninger, lover, forskrifter, o.l. Det kan også være informasjon hentet i fra ulike medier på internett, eller ulike forskningsdokumenter så som artikler, rapporter, bøker, osv. Det er viktig å notere seg at data som hentes inn i et dokumentstudie gir informasjon og empiri om ett saksforhold som er nedtegnet på ett spesielt tidspunkt og sted, og er ofte rettet mot en spesifikk leser. Det er derfor viktig å sette informasjonen i riktig kontekst – når er det skrevet, av hvem og hvem er det skrevet til? (Tjora, 2018)

Funn i fra litteratur- og dokumentstudier kan bli benyttet som bakgrunnsdata og kan også bli benyttet som tillegg til den data og informasjon man innhenter i fra andre metoder, som f. eks. dybdeintervjuer. Innhentet kunnskap kan danne grunnlaget for den videre forsknings-prosessen, men også av selve forståelsen av resultatet. Det er derfor viktig å redegjøre for hvorfor litteraturen som er tatt inn er valgt (Tjora, 2018).

Ved bruk av litteratur- og dokumentstudier er det viktig å ha et kritisk blikk på de ulike kildene man henter inn informasjon i fra. Er det mulig å stole på kildene? Det er viktig å se nærmere på hvem som har produsert informasjonen og til hvilket formål det er blitt laget til. Det er også viktig å merke seg om det er såkalt andrehåndskilder – kildene har gått igjennom et ekstra tolknings- og silingsledd, og mulig nyttig informasjon har gått tapt. De beste kildene er som oftest førsthåndskilder, slik at man har full oversikt over den dataen som er samlet inn, og kan foreta tolkning og eventuell siling av informasjonen selv (Olsson, 2019).

Før man starter med søk og innhenting av aktuell litteratur og dokumenter for videre analyse er det viktig å gjøre en del forberedelser i forkant slik at man sørger for at gjennomføringen av informasjonsinnhenting blir best mulig. Det finnes et «hav» av informasjon å ta av så det er viktig å ha fokus på hva man er på søk etter og gå

igjennom informasjonen man finner med et kritisk blikk, og vurdere fortløpende om det man finner er nyttig for oppgaven man er satt til å utføre. Nyttige «huskereglene» for søket er:

- Avklare fokus
- Hvilke temaer skal belyses
- Finne teksten
- Kildekritikk
- Kontekstuelle vurderinger
- Representativitet
- Mening

Litteratur og ulike dokumenter er basert på forskning som er skrevet av andre og kildekritikk er svært viktig ved utvelgelsen av aktuelle kilder. Ved vurdering av de ulike kildene har jeg vurdert kildene ut ifra følgende kvaliteter (Jacobsen, 2018):

- Hvem er avsender av informasjonen og innehar den nok kunnskap og kompetanse?
- Utleveres det offentlig eller privat informasjon?
- Hvilket opphav har kilden og er den troverdig?
- Hvilken hensikt har nettsiden og hva slags innhold har den?
- Hvilken kvalitet har nettsiden når det gjelder utforming, navn og domenesuffiks?

Litteratur og dokumentstudiet var første trinn i min forskningsmetode. Informasjonen og empirien som jeg fikk tilgang til her skulle danne grunnlag for de andre metodene som jeg valgte å benytte. I arbeidet med å finne relevant litteratur og dokumenter for å besvare oppgavens problemstilling så jeg det nødvendig å definere noen temaord som skulle være gjeldende for min oppgave. Og ut ifra disse temaordene tok jeg og etablerte en del søkeord innenfor hvert tema.

Tema	Søkeord
Helsehus	Helsehus, helsebygg, lokalmedisinsk senter
Samhandling	Samhandlingsreformen, offentlig – privat samarbeid, samhandling, offentlig organisering av helsetjenester
Konseptutvikling	Tidligfase, konseptutvikling, eiendomsutvikling, konseptutvikling helsehus/helsebygg
Lokalisering	Lokaliseringsteori, klyngetenkning, samlokalisering av tjenester næringsklynger,

Tabell 1: Tabell tema- og søkeord (egen utarbeidelse)

Underveis i forskningsprosessen er søkestrukturen blitt stadig spisset mot de ulike temaene og søkeordene. Det har vært en stadig og gjentakende vurdering av de ulike

datakildenes pålitelighet. I tillegg til ulike fagbøker innenfor de ulike temaene er det benyttet søkemotorer som Google, Google Scholar og Oria i søkeprosessen.

3.4.2 Casestudie

Casestudie er en undersøkende studie som baserer seg på empirisk materiale, dvs. dyptgående studie av en eller flere enheter (Jacobsen, 2018). En casestudie er definert av (Mehmetoglu, 2003, p. 42) som: «*en metode som studerer sosiale fenomener gjennom grundig analyse av en case. Casen kan være en person, en gruppe, en episode, en prosess, en kommune, et samfunn, eller en hvilken som helst enhet av sosialt liv*». En annen definisjon av et casestudie har (Yin, 2009, p. 18): «*en casestudie er en empirisk undersøkelse som studerer et aktuelt fenomen i dets virkelige kontekst fordi grensen mellom fenomenet og konteksten er uklare*». Kjennetegn for studier som passer til casestudier er der hvor forskningsspørsmålene er et «hvordan» eller «hvorfor» i forkant. Videre er det derfor vanlig å benytte seg av et casestudie der hvor det er ønskelig å beskrive og forklare et fenomen – såkalte *deskriptive konklusjoner*, men også for å skape forståelse og få en dypere innsikt i et komplisert problem – såkalte *kausale konklusjoner*.

Man kan velge å ta for seg ett case eller flere cases – såkalt sammenlignende casestudier (George & Bennett, 2005).

Casestudier er et fleksibelt forskningsdesign, det vil si at veien blir til mens man går frem. Det er også vanlig å kombinere et casestudie med andre forskningsdesign, både før og etter selve casestudiet, for å kunne innhente og analysere de dataene man trenger. Videre kan man si at et casestudiet er et fleksibelt forskningsdesign, da veien blir til mens man går. Man kombinerer derfor ulike forskningsdesign under hele prosessen for å innhente og analysere de dataene man trenger (Yin, 2009).

Jeg har valgt å foreta en sammenlignende casestudie i min forskning, for å kunne avdekke og sammenligne data og empiri som er samlet inn i tidligere fase i forskningsprosessen og for å kunne få en dypere innsikt og forklare «fenomenet» helsehus og dets utvikling i Norge.

3.4.3 Dybdeintervju

Den vanligste formen for innsamling av kvalitativ data og informasjon er ulike former for intervjuer; da særlig dybdeintervjuer eller semistrukturerte intervjuer (Tjora, 2018). Fokusgrupper er også blitt en mer vanlig metode å benytte seg av innenfor kvalitativ forskning. Her deltar flere personer i en gruppe for å diskutere ett eller flere temaer. Intervjuene går ut på at man som forsker har en samtale med en respondent, eller informant, og dataen som samles inn skjer i form av ord, setninger og/eller fortellinger (Jacobsen, 2018). Intervjuet kan skje via et møte ansikt til ansikt, via telefon, chat eller e-mail. Tradisjonelle dybdeintervjuer tar lang tid å gjennomføre – ca. 1 time eller mer er det som er «gjengs» i kvalitative forskningsprosesser (Tjora, 2018). Resultatet kan være en stor mengde informasjon som må behandles videre og analyseres. Dette kan være en tidkrevende oppgave. Men dette kan veies opp mot at man får tilgang til informasjon som kan gi dybde- og detaljforståelse for temaet man forsker på, som videre kan gi en mer helhetlig forståelse av det man undersøker (Jacobsen, 2018). Ved å foreta intervjuer av ulik art gis man også som forsker fleksibilitet i måten dataen blir samlet inn på. Man har mulighet til å justere spørsmål og tema underveis i prosessen, slik at man kan få tilpasset spørsmålene som blir stilt hver enkelt intervjudeltager.

3.4.4 Fokuserede intervjuer

Dette er en enklere og kortere versjon av dybdeintervjuer hvor temaet er snevret inn i forkant av selve intervjuet, og det kan derfor være tidsbesparende. Slike intervjuer kan benyttes hvis temaet for oppgaven er avgrenset og man i intervjuprosessen raskt greier å opparbeide seg nødvendig tillit til den som skal bli intervjuet. Dersom det ikke skal tas opp sensitive og/eller vanskelige temaer i intervjuer kan man benytte seg av en slik undersøkelsesmetode (Tjora, 2018). Med et visst antall kortere intervjuer kan man få samlet inn nok data for en gitt problemstilling og med et innsnevret fokustema som gjør at man ikke «sporer av» underveis i intervjuprosessen.

I denne oppgaven har jeg valgt å benytte meg av dybde- og fokuserede intervjuer som forskningsmetode for å innhente data slik at det kan trekkes generaliserende konklusjoner rundt mitt forskningstema. Ved å gjennomføre kvalitative intervjuer samles det inn data i fra relativt få kilder, men dataen som samles inn kan gi stor og god innsikt i et tema. Dette vil, sammen med litteratur- og dokumentstudie og sammenlignende casestudie kunne gi dybde og detaljforståelse for det som skal undersøkes.

3.5 Datainnsamling

I min forskningsprosess er jeg avhengig av ulike datakilder, så jeg har valgt å benytte meg av en rekke ulike kilder for å samle inn den informasjonen jeg trenger til min analyse og konklusjon, og for å kunne svare ut den problemstillingen og de forskningsspørsmålene som er satt for denne oppgaven. Jeg har valgt å benytte meg av en metodetriangulering hvor dataen er hentet inn fra så vel litteratur- og dokumentstudie, sammenlignende casestudier, dybdeintervjuer og fokuserede intervjuer for å se om informasjonen underbygger hverandre. Hvis dette er tilfelle kan vi se at dataene konvergerer (Jacobsen, 2018), og som kan bidra til å styrke studiens kvalitet. Første ledd i min prosess er å gjennomføre en litteratur- og dokumentstudie. Informasjon og empirien som fremskaffes i denne studien vil danne grunnlag for hva som skal undersøkes nærmere i det påfølgende casestudiet og de ulike type intervjuene. Litteratur- og dokumentstudiet vil også kunne besvare mitt første forskningsspørsmål: «Hvilke typer helsehus finnes det i Norge i dag?». Når dette er kartlagt vil jeg kunne få gjennomført en sammenlignende casestudie hvor jeg ser på likheter og ulikheter på et utvalg av helsehusene som finnes pr i dag. Etter casestudiet er neste steg å gjennomføre dybde- og fokusintervjuer med ulike aktører innenfor noen av de samme helsehusene som dannet grunnlag for casestudiet. Empirien og informasjon i fra de to foregående metodene vil danne grunnlag for intervjuguiden og spørsmålene som stilles de som blir valgt ut til å delta i dybde- og fokusintervjuene.

3.6 Utvalgsstrategi

Hensikten med å gjennomføre kvalitative studier er sjelden å fremskaffe generaliserbare funn, men heller at målet med selve studien er at den skal kunne gi kunnskap som kan benyttes av andre og at det skal ha en overføringsverdi for andre forskere. Selve utvalgsstrategien kan avgjøre i hvilken grad og hvilke områder kunnskapen kan bli overførbar. Ved utvalg av enheter til kvalitative undersøkelser må man skille mellom utvalget til de ulike metodene som skal benyttes. Hvis det er personer som skal intervjues må man finne frem til de riktige personene å intervju. Og ved casestudier må man velge ut sine ulike cases ut ifra fellestrekk eller ulikheter som kan sammenlignes. Ved dokumentstudier må man være kritisk til utvalget av hvilke kilder man velger å benytte i sin forskningsprosess (Jacobsen, 2018). Det er sjelden aktuelt å benytte et

tilfeldig utvalg i kvalitative studier, man ønsker som regel å komme nær på personer i den målgruppen man undersøker. Hensikten med kvalitative intervjuer er å fremskaffe mest mulig kunnskap om et fenomen eller tema, og ikke fremskaffe statistiske generaliseringer (Johannessen, et al., 2016). For å gjøre det mulig for forskeren å samle inn den nødvendige empirien må man definere en målgruppe, og informantene tas deretter i fra denne målgruppen. Dette kalles for strategisk utvelgelse av informanter i metodelitteraturen, og man fokuserer her på hensiktsmessighet fremfor representativitet (Johannessen, et al., 2016).

I første fase av forskningsprosessen ble det gjennomført et grundig litteratur- og dokumentsøk for å få avdekket omfanget av helsehus i Norge, og hva som ligger som bakgrunn for etablering av slike bygg. Dette vil også bidra til å finne sammenlignbare case som kunne tas videre inn i den sammenlignende casestudien. Gjennom den første fasen ble det avdekket at helsehus-navnet i Norge er svært utbredt, men at det er i realiteten er mange forskjellige typer helsehus som inngår i denne betegnelsen. Det er brukt mye tid på å skille de ulike type husene i fra hverandre, og jeg valgte derfor å foreta en avgrensning på å kun å fokusere på de såkalte kombinerte samhandlings-helsehusene i Norge i den påfølgende casestudien. Bakgrunnen for denne avgrensningen er det også tidligere gjort rede for, men det handler om begrenset med tid og tilgjengelige ressurser for min egen del. Ut ifra disse avgrensningene ble det tatt et valg om å sammenligne 3 ulike eksisterende kombinerte samhandlingshelsehus for å kunne finne likheter/ulikheter mellom disse.

For å få en dypere forståelse og mer detaljert informasjon om hvert av de helsehusene som ble tatt inn i casestudien var det ønskelig å få gjennomført 4-5 dybde- og fokusintervjuer av ulike aktører i hvert av disse helsehusene, det ville da utgjøre ca. 12-15 intervjuer totalt for denne oppgaven. Det var også ønskelig å intervju representanter i fra både eier/utviklingsiden og aktører i fra leietakersiden. Bakgrunnen for dette var å få avdekket mest mulig informasjon om hvordan det er å være i bygget, samt hvordan samarbeidet og samhandlingen i de ulike husene fungerer. Det var også ønskelig å få avdekket hvilke tanker og ideer som lå bak utviklingen av bygget, dette er noe eiere og utviklere av bygget kunne gi svar på. Intervjuprosessen var planlagt gjennomført i månedene februar og mars 2020. Covid-19-situasjonen i Norge på samme tidspunkt førte imidlertid til at mine planer måtte endres og justeres. I stedet for å få intervju med leietakere og eiere i fra 3 kombinerte samhandlingshelsehus, ble antallet på helsehus justert ned til å utgjøre 2 helsehus. Pga. covid-19 situasjonen ble det vanskelig å få kontakt med alle som jeg ønsket å intervjuer, men det ble gjennomført totalt 6 intervjuer; hhv. 3 dybdeintervjuer over telefon og 3 stk. fokusintervjuer pr. mail. Ulempen med å foreta intervju pr. e-mail er at det ofte gis mer kortfattede svar og at de lengre refleksjonene som ofte heller gis «ansikt-til-ansikt» uteblir (Tjora, 2018). Men, en fordel er at det forkorter transkriberingsprosessen siden svarene allerede er skrevet ned.

3.7 Valg av intervjuobjekter

Casestudiet inkluderte i utgangspunktet 3 kombinerte samhandlingshelsehus hvor det var ønskelig å intervjuer i alt 4-5 ulike aktører – både eier og leietakere i hvert helsehus. Utvalget av intervjuobjekter ble foretatt i samarbeid med eierne av de ulike helsebyggene som var inkludert i den sammenlignende casestudien. Det var ønskelig å komme i kontakt med og få intervjuet både private og offentlige aktører i hvert helsehus, så dette ble lagt som føring for den videre utvelgelsesprosessen. Kontaktperson hos eier

av hvert helsehus var behjelpelig med å formidle informasjon om min studie og opprette kontakt med 3-4 forskjellige leietakere for hvert bygg – og dette var både offentlige og private aktører. Det ble samtidig oversendt informasjon om hvem jeg er, tema for masteroppgaven, og hva jeg ønsket å undersøke og få svar på. De ble videre også informert om at undersøkelsen var anonym og at de kunne trekke seg fra undersøkelsen når som helst. I fra min side ønsket jeg å gjennomføre undersøkelsen anonymt, så ingen navn er lageret eller tatt inn i min masteroppgave. Det skal ikke la seg gjøre å identifisere de som har deltatt på mine intervjuer.

Det viste seg vanskelig å få kontakt med eier av ett av helsehusene, så intervjuobjektene ble justert ned til å utgjøre respondenter ifra 2 helsehus. Det ble også gjennomført intervju med eier av hvert enkelt helsehus.

3.8 Intervju og intervjuguide

På bakgrunn av problemstillingen for denne masteroppgaven valgt jeg å benytte meg av en-til-en intervjuer, mest ønskelig ansikt-til-ansikt men alternativt over telefon. Når man benytter en slik intervjumetode gis man mulighet til å få mer fyldigere og detaljerte beskrivelser i fra informantene når det gjelder deres erfaringer, refleksjoner og oppfatninger knyttet til et fenomen (Johannessen, et al., 2016). Slike kvalitative intervjuer kan være av en mer eller mindre strukturert karakter (Johannessen, et al., 2016). I denne masteroppgaven har jeg valgt en såkalt semistrukturert intervju, der strategien var å sette opp en intervjuguide men ulike spørsmål som jeg ønsket svar på. Rekkefølgen på spørsmålene kan variere og jeg som intervjuer har mulighet til å endre rekkefølgen underveis i intervjuet (Johannessen, et al., 2016). I min oppgave valgte jeg en variasjon av både delvis strukturert og strukturerte intervjuer. 3 av intervjuene ble gjort semistrukturert over telefon, hvor rekkefølgen av spørsmålene var variert og jeg opplevde at respondenten snakket fritt og utfyllende om det de ble spurt om. Disse intervjuene varte i ca. 35-45 minutter, og alle intervjuene ble tatt opp og transkribert i etterkant. De andre 3 intervjuene ble foretatt via e-post grunnet tidspress i fra respondenten sin side. Dokumentet med spørsmål ble da sendt over til respondenten, og deres svar ble da ført rett inn i dokumentet. (Strengt tatt kan man si at disse fokusintervjuene ble erstattet med en spørreundersøkelse). De aller fleste svarte da ganske kort på hvert spørsmål. Jeg ble gitt mulighet til å kunne sende over spørsmål til svarene i etterkant, men opplevde dette som tidkrevende da det gikk mye tid til å purre opp besvarelsene. Det må imidlertid noteres at intervjuene, både pr telefon og pr e-post, ble foretatt under covid-19 situasjonen som pågikk i Norge våren 2020, og det meste av helsepersonell hadde nok å stri med under denne perioden. Intervjuguidene og intervjueskjemaet som ble benyttet ligger vedlagt – vedlegg nr. 1.

3.9 Forskningsetiske retningslinjer

En forsker har plikt til å tenke igjennom hvordan det det blir forsket på blir oppfattet og brukt, samtidig som man skal være klar over og tenke igjennom hvordan forskningen kan påvirke de som det er gjenstand for forskningen. Som forsker skal man være klar over at samfunnsvitenskapelige forskningsmetoder gir konsekvenser, både for de som er delaktig i undersøkelsen men også samfunnet generelt (Jacobsen, 2018). Den nasjonale forskningsetiske komite for samfunnsvitenskap og humanoria (NESH 1999) har stilt et generelt krav til etikk i samfunnsforskning:

«Som hovedregel skal forskningsprosjekter som forutsetter aktiv deltakelse settes i gang bare etter deltakernes informerte og frie samtykke. Den samme regel gjelder forskning som innebærer en viss risiko for belastning på deltakerne. Informantene har til enhver tid rett til å avbryte sin deltakelse, uten at dette får negative konsekvenser for dem.»

All forskning som blir foretatt må underordne seg etiske prinsipper og retningslinjer (Johannessen, et al., 2016). Etikk handler om at en forsker må følge de prinsipper, retningslinjer og regler som er gjeldende for å kunne vurdere om ens handlinger er riktige eller gale. Det kan oppstå etiske problemstillinger når forskningen man foretar direkte berører mennesker, man må derfor trå varsomt fremt under forskningsintervjuer. Informantene må behandles med respekt, og det samme gjelder den informasjonen informantene gir fra seg. Man må samtidig sørge for at informantene ikke føler seg ukomfortabel og underlegen i intervju situasjonen. Det er viktig å passe på at informantene ikke blir utsatt for noe press og at de er komfortable med å svare på de spørsmålene som blir stilt. Man må også som forsker tenke over hvordan temaene man belyser i undersøkelsen kan besvares uten at det får etiske konsekvenser for informantene, eller for andre i samfunnet (Johannessen, et al., 2016).

Det er tre grunnleggende krav til forskningsetikken i dag som er knyttet til forholdet mellom forskeren og den som blir forsket på (Jacobsen, 2018):

1. Informert samtykke
2. Krav til privatliv
3. Krav til å bli korrekt gjengitt

Med *informert samtykke* mener man at det skal være frivillig å delta i forskningsundersøkelsen, og at den som er deltager blir informert om eventuelle farer og/eller gevinster deltakelse i undersøkelsen kan medføre. *Krav til privatliv* menes med at forskeren må være klar over og tenke på eventuelt hvor følsom informasjonen som samles inn er for den som blir undersøkt. Forskeren må se på hvor privat informasjonen som blir gitt er; er det informasjon om familieliv, hjemmet eller livet blant venner? Dette kan bli oppfattet som svært privat informasjon for den som er deltager i undersøkelsen. Informasjon knyttet til offentligheten eller på jobb kan bli betraktet som mindre privat informasjon for den som blir undersøkt. Identiteten til den som blir undersøkt er også noe man må ta hensyn til. Hvor stor sannsynlighet er det for å kunne identifisere den som er undersøkt i fra dataen som er samlet inn? Dersom man har et mindre utvalg å jobbe med er det best å anonymisere dataen slik at det er liten sjanse for utenforstående å kunne identifisere den som er deltager i forskningsundersøkelsen. Privatlivets fred står sterkt, og man må som forsker bør ha som utgangspunkt at de som undersøkes skal forbli anonyme og at identifisering av personer i etterkant skal være vanskelig (Jacobsen, 2018).

I forkant av arbeidet med å datainnsamling må det tas en vurdering og undersøkes om prosjektet blir underlagt meldeplikt og/eller konsesjonsplikt. Siden min masteroppgave er anonymisert og det er ikke mulig for utenforstående å identifisere de personene som er delaktig i denne undersøkelsen, hverken direkte eller indirekte, har det derfor ikke vært nødvendig å søke om konsesjon for denne oppgaven (Johannessen, et al., 2016).

I min masteroppgave har jeg fått rekruttert informanter til mine dybde- og fokusintervjuer. Både i forkant og underveis i intervjuet har informantene blitt informert om at de til enhver tid kan trekke seg i fra intervjuet og at deres besvarelse vil bli behandlet anonymt. Alle mine informanter har gitt sitt frivillige samtykke over e-post, og de har blitt oppfordret til å stille eventuelle spørsmål underveis i hele prosessen. Både i forkant pr. mail og før selve intervjusituasjonen er informantene blitt informert om oppgavens bakgrunn og formål, at navn og besvarelse vil bli behandlet anonymt gjennom hele prosessen, samt at det er spurt om samtykke til å ta opp intervjuet. Lagring av innhentet intervjumateriale er lagret på en sikker måte og på en måte som gjør at identifisering av de ulike besvarelsene ikke er mulig.

3.10 Analyse av data

Dataanalyse går ut på å analysere og tolke det innsamlede datamaterialet i den kvalitative forskningsprosessen som er blitt foretatt. Analyse av kvalitative datamateriale går ut på å bearbeide tekst (Johannessen, et al., 2016). Analysen har som mål om å gjøre det mulig for leseren av forskningen å få økt kunnskap om forskningstemaet, uten å måtte lese den innsamlede dataen som ligger til grunn for analysen (Tjora, 2018). Etter endt datainnsamlingsfase kan man sitte igjen med et «hav» av tekst som man skal kunne dra noen konklusjoner ut ifra. Man må benytte en teknikk til å kunne redusere kompleksiteten, og det må foretas forenklinger og opprettes en struktur på den innsamlede dataen for å få oversikt (Jacobsen, 2018). Det finnes en rekke ulike metoder å analysere tekst på; *diskursanalyse*, *tekstanalyse*, *konversasjonsanalyse*, *innholdsanalyse* og *prosessanalyse* (Jacobsen, 2018). For denne oppgaven har jeg valgt å benytte meg av en såkalt *innholdsanalyse*. En slik analyse går ut på å finne overordnede kategorier ut ifra hva informantene har sagt i intervjuprosessen, og fylle disse kategoriene med mening (Jacobsen, 2018). Når den innsamlede dataen er kategorisert går man videre og tilordner enheter til den enkelte kategori og så se på likheter og ulikheter mellom de enhetene som er knyttet til de definerte kategoriene. Jeg har også valgt å benytte innholdsanalyse av det innsamlede materiale i fra dokument- og litteraturstudiet, og benyttet de samme kategoriene for å kunne sammenligne det opp mot hva som kom frem i fra dybde- og fokusintervjuene. Kategoriene som ble satt var følgende: samarbeid og samhandling, konseptutvikling, lokalisering, konseptet helsehus – en suksess? og «Fremtidens helsehus». Intervjuene og spørsmålene i disse er også blitt satt ut ifra hva som kom frem i dokument- og litteratursøket i forkant, så mange av temaene/kategoriene som ble satt for selve analysedelen ble en videreføring av disse temaene.

3.11 Evaluering av datakvalitet

De metodene og valgene som er blitt tatt gjennom forskningsprosessen og ved innsamling av data kan ha konsekvenser for kvaliteten på forskningen (Johannessen, et al., 2016). De krav som settes til kvalitative og kvantitative undersøkelser handler om hvilken evne forskeren har til å kunne reflektere over samspillet mellom forskningen som er foretatt og dens resultater (Jacobsen, 2018). Troverdigheten til forskningen som er gjort avhenger av hvor åpen og reflektert forskeren er. Forskeren skal kunne klargjøre for hvilken rolle han/hun har i forskningssituasjonen (Jacobsen, 2018). Metodene som blir benyttet kan forme resultatet av forskningen, derfor er det viktig at forskeren beskriver hvilke metoder som er benyttet og reflekterer hvordan valg av metode kan være med på å påvirke resultatet av forskningen (Jacobsen, 2018).

Ved vurdering av kvaliteten på informasjonen som er samlet inn må det gjøres en vurdering på om empirien tilfredsstillende følger følgende krav:

- Dataen/empirien må være gyldig og relevant (valid)
- Dataen/empirien må være pålitelig og troverdig (reliabel)

3.11.1 Validitet

Det handler om i hvilken grad resultatene i fra en forskningsprosess er gyldige og relevante for oppgaven. Man kan skille mellom *intern validitet*, som går på i hvilken grad resultatene i fra forskningen er gyldige for det utvalget og fenomenet som er undersøkt. Og, *ekstern validitet* som går på om resultatene kan overføres til andre utvalg og situasjoner. Målet er å samle inn alt av relevant data for kunne svare på oppgavens problemstilling og inkludere data som er av betydning (Everett & Furseth, 2012).

I denne masteroppgaven har jeg hentet inn informasjon i fra ulike kilder med varierende roller og utgangspunkt. Intervjuene ble foretatt med ulike aktører som hadde forskjellige utgangspunkt for bruk av et helsehus, og det er i dokumentstudiet funnet rapporter og utredninger i fra ulike aktører og som belyser mitt tema i fra forskjellige utgangspunkt. Målet med studien er imidlertid ikke å kunne generalisere informasjon, men heller å finne frem og avdekke informasjon om fenomenet Helsehus.

3.11.2 Reliabilitet

Innsamlet data og informasjon må være pålitelig og troverdig. Forskningsoppgaven skal kunne etterprøves av andre, og man må igjennom hele forskningsprosessen vurdere den innsamlede dataens pålitelighet. Man kan skille mellom *indre reliabilitet*, som går på i hvilken grad utenforstående kan benytte seg av begrepsapparatet for analysen av data på samme måte som en selv. Og, *ytre reliabilitet*, som går ut på i hvilken grad andre forskere vil kunne oppdage de samme fenomenen, og generere samme begreper i andre lignende studier. Målet er å samle inn data som er så pålitelig som mulig, men det er vanskelig å kalkulere dette helt presist (Everett & Furseth, 2012).

De undersøkelsene som er gjort i denne masteroppgaven har bestått av dokument- og litteratursøk, sammenlignende casestudier, og dybde- og fokusintervjuer. For å få så nøyaktig informasjon og data som mulig ble det tidlig i prosessen utviklet en del forskningsspørsmål som beskrev hvilke temaer som skulle undersøkes nærmere. De samme søkeordene ble benyttet i dokumentstudiet, og under casestudiet ble de ulike casene kategorisert og satt inn i en tabell for å kunne få sammenlignet på best mulig måte. Intervjuene som ble gjennomført ble gjort ut ifra samme intervju mal men med noen tilpasninger til de ulike rollene til respondentene. Det at jeg har valgt å benytte meg av ulike metoder for å samle inn informasjon (metodetriangulering) har hjulpet til å kunne sammenligne dataen og kunne trekke konklusjoner som kan anses som troverdig og pålitelige.

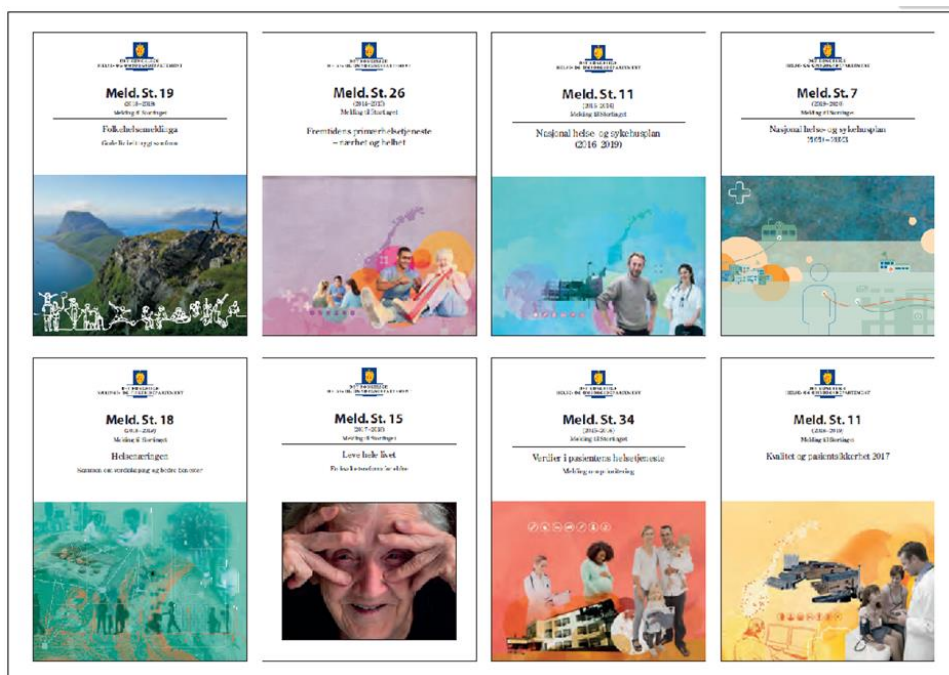
4 Presentasjon av funn

4.1 Funn i dokumentstudie

I forbindelse med min masteroppgave er det gjennomført et omfattende dokumentstudie gjennom hele forskningsprosessen. I oppstartsfasen av oppgaven ble det gjennomført et litteratur- og dokumentstudie for å kunne avdekke og samle inn informasjon som kunne danne et grunnlag for selv oppgaven. Det finnes lite publisert litteratur som kan være gjeldende for min problemstilling, men det er imidlertid en rekke offentlige utredninger og stortingsmeldinger, samt rapporter og noen tidligere masteroppgaver som omhandler deler av de temaene som er gjeldende for min oppgave. I forkant av dybde- og fokusintervjuene ble det gjennomført et dokumentstudie for å kunne fastsette de temaer som var ønskelig å gå mer i dybden på. De samme temaene som ble satt for intervjuene har jeg videreført i presentasjonen av funn i fra dokumentstudiet, da dette hjalp til å få laget en struktur og systematisering av søkekriteriene i et svært omfattende utvalg av offentlige rapporter og utredninger. Temaene det er søkt og innhentet informasjon om er:

- Samarbeid og samhandling helsetjenester
- Konseptutvikling Helsehus
- Innhold og leietakersammensetning
- Lokalisering

Et førende element for selve dokumentsøket var informasjonen det ble søkt etter omhandlet og/eller var knyttet til temaet helsehus, helsebygg, og helsetjenester for å få avgrenset mengden med informasjon som dukket opp. Det er benyttet søkeord som f. eks. «samhandling helsehus», «samlokalisering helsetjenester» og «konseptutvikling helsehus» for å kunne avgrense og finne frem til relevant informasjon til min oppgave. Nedenfor følger en oppsummering i fra gjennomført dokumentstudie hvor de ulike funnene er organisert inn under de ulike temaene som er angitt ovenfor. Den innsamlede informasjonen er i stor grad resultater og konklusjoner gitt av andre i utvalgte stortingsmeldinger, utredninger, rapporter, m.m.



Figur 21: Utdrag gjeldende føringer for dagens helsepolitikk

Ovenfor er det avbildet et knippe av ulike stortingsmeldinger som danner grunnlag for dagens helsepolitikk – som er satt av dagens regjering (Solberg 2020). Nasjonal helse- og sykehusplan, Folkehelsemeldingen (Meld. St. 19 (2018–2019)) og Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet (Meld. St. 26 (2014–2015)) trekker opp hovedretning og rammer for regjeringens samlede helse- og omsorgspolitik. Innenfor denne rammen peker Helsenæringsmeldingen (Meld. St. 18 (2018–2019)), eldrereformen Leve hele livet (Meld. St. 15 (2017–2018)) og den kommende handlingsplanen for allmennlegetjenesten på sentrale tiltak. Prioriteringsmeldingen (Verdier i pasientens helsetjeneste – Melding om prioritering (Meld. St. 34 (2015–2016))) avklarer verdigrunnlaget og prinsippene for prioritering. Legemiddelmeldingen (Meld. St. 28 (2014–2015)) gir en helhetlig gjennomgang av legemiddelpolitikken i Norge. En del av disse meldingene er tatt inn i mitt dokumentstudie for en gjennomgang av hva som danner grunnlag for dagens regjeringens helsepolitikk. De ulike meldingene utfyller hverandre på forskjellige måter. Jeg har også valgt å ta inn noen tidligere stortingsmeldinger i fra andre regjeringer (Stoltenberg) som ovennevnte stortingsmeldinger bygger videre på.

4.1.1 Samarbeid og samhandling helsetjenester

Stortingsmelding nr. 47 (2008–2009) «Samhandlingsreformen – Rett behandling – på rett sted – til rett tid» ble presentert av daværende Helse- og omsorgsminister Bjarne Håkon Hanssen (Stoltenberg regjering) den 19. juni 2009. Bakgrunnen for at reformen ble etablert var at det innen helse- og omsorgsarbeidet i Norge var en del utfordringer som ikke ble hensyntatt i den daværende organiseringen av hele- og omsorgsarbeidet i landet. Hovedutfordringene var knyttet til: (Det kongelige Helse og Omsorgsdepartement, 2009)

- Pasientenes behov for koordinerte tjenester besvares ikke godt nok
- Tjenestene preges av for liten innsats for å begrense og forebygge sykdom

- Demografisk utvikling og endring i sykdomsbildet gir utfordringer som vil kunne true samfunnets økonomiske bæreevne

Videre skrives det i stortingsmeldingen om at det den gang var mange helse- og omsorgsoppgaver som lå i grenselandet mellom den kommunale helsetjenesten og den statlige spesialisthelsetjenesten, og at det var ønskelig å finne nye måter å organisere disse på slik at de ble bedre håndtert, både når det gjaldt pasientrelaterede- og samfunnsmessige løsninger i kommunene. Det ble vist til at nye tilbud skulle utvikles, og at eksisterende oppgaver skulle bygges om og at statlige oppgaver skulle flyttes over til kommunene i Norge. I Samhandlingsreformen står det følgende:

«Det er en ambisjon at kommunene skal sørge for en helhetlig tenkning, med forebygging, tidlig intervensjon, tidlig diagnostikk, behandling og oppfølging, slik at helhetlig pasientforløp i størst mulig grad kan ivaretas innenfor beste effektive omsorgsnivå» (Det kongelige Helse og Omsorgsdepartement, 2009, p. 26).

Bedre samhandling mellom de ulike offentlige aktørene var et gjennomgående tema, og det ble tilrettelagt for dette gjennom ulike lovendringer og finansielle løsninger som sørget for å få gjennomført reformen.

Samhandlingsreformen var forløperen til en rekke andre stortingsmeldinger og utredninger som omhandlet organiseringen av Norges helse- og omsorgstjenester. I 2011 kom det en ny stortingsmelding – Stortingsmelding nr. 16 (2010-2011) «Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015) som videreførte det som var tatt opp i «Samhandlingsreformen». Der ble det lagt frem et organisatorisk virkemiddel for hvordan man skulle få til en mer hensiktsmessig organisering og oppgavefordeling mellom stat og kommune innenfor helse- og omsorgsfeltet. Her foreslås det at det må legges til rette for hensiktsmessige samhandlingsarenaer mellom de ulike helsetjenestene og forvaltningsnivåene kommune og stat. Et eksempel som trekkes frem er et lokalmedisinsk senter hvor spesialhelsetjenesten og kommunen er lokalisert sammen for å kunne tilby bedre helse- og omsorgstjenester. Ved å organisere tjenester i et lokalmedisinsk senter skapes det muligheter for tverrfaglig tilnærming og tilrettelegging for tilbud av tjenester i en planlagt og uavbrutt kjede (Det Kongelige Helse- og omsorgsdepartement , 2010/2011). Videre står det at:

«Regjeringen har i 2011 stilt krav om at de regionale helseforetakene sammen med kommuner, kartlegger muligheter for kostnadseffektive lokale samarbeidsprosjekter til erstatning for dagens behandling i sykehus. Lokale forhold vil avgjøre den enkelte kommunes behov og om det skal etableres samarbeidsprosjekter. Det er en fordel at etablerte avtaler kan videreføres og at samarbeidsmodellen vil bygge på fastsatte avtaler mellom aktørene. Helse- og omsorgsdepartementet understreker at kommunene bør ha stor frihet til å organisere sine tjenester. Departementet vil derfor ikke definere organisatoriske og strukturelle rammer for samarbeidet.» (Det Kongelige Helse- og omsorgsdepartement , 2010/2011, p. 36)

Det trekkes også frem her at daværende regjering ønsket å videreutvikle samhandlingen mellom offentlig-, frivillig og privat sektor for å kunne bidra til bedre velferd. Og at utdanningen innenfor helse i større grad skal vektlegge bl.a. samhandlingskompetansen hos de ansatte og de som utdanner seg innenfor helsefaget. Andre kompetanser som

skulle forsterkes var også forløpstenkning, brukermedvirkning, forebygging og folkehelsearbeid. (Det Kongelige Helse- og omsorgsdepartement , 2010/2011).

Det var altså Stortingsmelding nr. 47 (2009-2009) og nr. 16 (2010-2011) som dannet grunnlaget for hvordan dagens helse- og omsorgstjenester er utformet. I etterkant har det kommet en sluttrapport i fra «Nasjonalt nettverk for implementering av samhandlingsreformen» hvor det er gjennomgått intensjonene med «Samhandlingsreformen» og kommet med 10 konkrete råd for å nå målene med reformen. Noen av rådene går på selve samarbeidet og samhandlingen mellom aktørene som utfører helse- og omsorgstjenestene (Nasjonalt nettverk for implementering av samhandlingsreformen , 2015):

- «Spesialisthelsetjenesten må samarbeide tettere med kommunene å sikre rett pasient på rett sted til rett tid, ved å bygge opp desentraliserte og ambulante tjenester som støtter opp under kommunale tjenester».
- «Kommuner og spesialisthelsetjeneste bør samarbeide om brukermedvirkning for å bygge «pasientenes helsetjeneste» og ta i bruk brukerundersøkelser på tvers av nivåene».

I samme rapport tas det opp at myndighetene bør forenkle lovverket som er knyttet til samarbeidsavtalene mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene slik at skillet mellom en overordnet avtale og tjenesteavtaler blir mer differensiert og adskilt. Samtidig sliter det offentlige med at disse avtalene er for omfattende og at de er lite kjent for de ulike aktørene (Nasjonalt nettverk for implementering av samhandlingsreformen , 2015). I samme rapport tas det også opp at det er store kulturforskjeller mellom kommuner og spesialisthelsetjenestene, og at siloorganisering, både internt og eksternt i stat og kommune, vanskeliggjør koordinerte tjenester. Det foreslår derfor at det etableres en fellesarena for kommunale og statlige helsetjenester for å kunne gjennomføre årlige møter for strategisk planlegging. Det vises til at det er manglende samhandlingskompetanse både hos aktørene i stat og kommune, og det derfor må sikres at nødvendig fag- og samhandlingskompetanse blir gjort tilgjengelig for de ansatte.

I etterkant av denne sluttrapporten har det kommet en ny stortingsmelding som er kalt «Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet» - Stortingsmelding nr. 26 (2014-2015). I forbindelse med at «Samhandlingsreformen» trådte i kraft i 2012 har kommunene fått en viktigere rolle i arbeidet med å sørge for at innbyggerne får de nødvendige helse- og omsorgstjenester de har krav på. Regjeringen i 2015 mente da at for å kunne få til dette skulle det fokuseres på å gjøre kommunene i bedre stand til å levere helse- og omsorgstjenester av høy kvalitet i tråd med dagens og fremtidens behov, og at kommunene skulle gjøres i stand til å kunne oppfylle samhandlingsreformens intensjoner (Det Kongelige Helse- og omsorgsdepartement, 2015). I denne stortingsmeldingen ble det også varslet en endring av kommunestrukturen, de ønsket færre og større kommuner for å være i bedre stand til å takle fremtidens utfordringsbilde.

«Regjeringen vil gjennom kommunereformen bidra til større og mer robuste kommuner og styrket lokaldemokrati. Større og mer robuste kommuner er en forutsetning for å realisere samhandlingsreformens ambisjon om at mer av helse-

og omsorgstjenestene skal ytes i kommunene.» (Det Kongelige Helse- og omsorgsdepartement, 2015, p. 12)

Med denne stortingsmeldingen ønsket daværende regjering å legge mer til rette for å skape pasientenes helsetjeneste. De ønsker å utvikle de målsettinger som ble satt for «Samhandlingsreformen». De ønsker å legge til rette og stimulere for samlokalisering av helsetjenester, dette for å gi bedre samhandling og samordning på tvers av tjenestene. Mens «Samhandlingsreformen» fokuserte i stor grad på samhandlingen mellom de ulike aktørene innenfor stat og kommune, ønsker denne stortingsmeldingen å fokusere mer på helhet og tverrfaglighet innad i de kommunale tjenestene – primærhelsetjenestene. De ønsker å øke kompetansen og kvaliteten på tjenestene, og peker ut særlig pasienter og brukerne av helsetjenester for de med sammensatte behov og psykisk helse, rus og rehabilitering (Det Kongelige Helse- og omsorgsdepartement, 2015). Oppsummert ønsket regjeringen med denne stortingsmeldingen å skape helse- og omsorgstjenester hvor brukeren er i fokus og at ingen beslutninger skal tas om pasienten uten at det er i samarbeid med denne. I meldingen står det følgende:

«Fremtidens tjenester skal utvikles sammen med pasienter, brukere og deres pårørende. Brukerne skal få større innflytelse over egen hverdag, gjennom mer valgfrihet og et større mangfold av tilbud. Målet er å skape tjenester som bidrar til at hver enkelt tjenestemottaker får ivaretatt sine grunnleggende behov og mulighet til å leve et aktivt og godt liv i fellesskap med andre. Dette innebærer å ta i bruk brukernes ressurser på nye måter, med økt fokus på mestring og den enkeltes erfaringskompetanse som grunnlag for utvikling av tjenestene.» (Det Kongelige Helse- og omsorgsdepartement, 2015, p. 45)

Med tiltak som å bedre styring og ledelse i staten, enklere regelverk, økt valgfrihet, digitalisering og fjerning av tidstyver mener de å kunne gjøre fremtidens helse- og omsorgstjeneste bedre for brukeren.

I april 2019 kom det en ny stortingsmelding som omhandlet bla. helse- og omsorgstjenestene i Norge – denne het «Stortingsmelding nr. 18 (2018-2019) Helsenæringen – sammen om verdiskaping og bedre tjenester». Formålet med denne stortingsmeldingen er å «bidra til økt konkurransekraft i den norske helsenæringen og samtidig bidra til en mer bærekraftig helse- og omsorgstjeneste, i form av mer effektiv forebygging, behandling og omsorg.» (Det Kongelige Nærings- og fiskeridepartement, 2019, p. 9)

I meldingen står det at de offentlige helse- og omsorgstjenestene kan ha god nytte av et bedre samarbeid med næringslivet, og kan dra nytte av innovasjonskraften, kompetansen og de ressursene som finnes her. Dette kan benyttes for å nå de helsepolitiske målene som er satt for å skape pasientenes helse- og omsorgstjeneste og bidra til god helse for alle.

Regjeringen skriver at med et konstruktivt samarbeid mellom det offentlige og helsenæringen, både nasjonalt og internasjonalt, vil kunne danne grunnlag for vekst i helsenæringen, og også kunne gi mer effektive og bedre helse- og omsorgstjenester nasjonalt. Det private næringsliv kan bidra til å gi bedre løsninger og mer effektiv bruk av ressursene i helsesektoren. Det private kan også bistå det offentlige med å nå sine fastsatte mål. Regjeringen ønsker økt dialog og kontakt mellom offentlig- og privat

helsesektor, og mener at det offentlige skal være en krevende kunde og utviklingspartner for at utviklingen av fremtidens helsetjenester skal gå riktig vei. Det forventes videre at det allerede foreligger gode prinsipper og rutiner på hvordan slikt samarbeid med næringslivet skal foregå.

I stortingsmeldingen settes det opp ulike forslag til tiltak for å nå regjeringens mål, enkelte av tiltakene går på samarbeid og samhandling innen helsenæringen og det offentlige (Det Kongelige Nærings- og fiskeridepartement , 2019):

- Tydeliggjøre forventninger om samarbeid med næringslivet i oppdragsdokumentet til de regionale helseforetakene og i tildelingsbrevet til underliggende etater.
- Legge frem en ny nasjonal helse- og sykehusplan hvor samhandling, teknologi og kompetanse er sentrale temaer.
- Videreutvikle eksisterende samhandlingsarenaer for næringslivssamarbeid.
- Kartlegge potensialet for økt samhandling med helsenæringen i relevante deler av instituttsektoren (forskning og innovasjon).

I stortingsmelding nr. 19 (2018-2019) «Folkehelsemeldingen – Godt liv i eit trygt samfunn» presenterer regjeringen sine føringer til hvordan man skal fremme bedre folkehelse og god livskvalitet for hele befolkningen. Norge støtter FNs bærekrafts mål, hvor enkelte av målene relateres til folkehelsen til befolkningen. Dette kommer frem av bærekrafts mål nr. 3 – «Sikre god helse og fremme livskvalitet for alle, uansett alder» (Norad , 2016). Norge sin oppfølging av bærekrafts agendaen vil gi konsekvenser for folkehelsearbeidet, både lokalt, regionalt og nasjonalt. Samarbeid er nødvendig for at man skal kunne nå målene, og de er relevante for helsen og livskvaliteten til befolkningen. Det blir videre i meldingen lagt stor vekt på viktigheten av samarbeidet med den frivillige sektoren i Norge for å bedre folkehelsen, og at det ligger en potensiell bedring av folkehelsen ved å samarbeide med den private sektoren. Det er ønskelig å videreføre samarbeidet med det private næringsliv, og det tas sikte på å utvide dagens samarbeid mellom frivillig, offentlig og privat sektor.

Det finnes en «Frivillighetserklæring» i Norge, denne ble vedtatt i 2015, og som gir konkrete og praktiske føringer for samspeillet mellom det offentlige og frivillig sektor. Erklæringen erkjenner også at frivilligheten har en egen verdi og skal derfor være en selvstendig aktør. Frivillighetserklæringen omtaler hvilke intensjoner regjeringen har når det gjelder medvirkning, forenkling og samordning. Regjeringen varsler revidering av erklæringen, da i dialog med frivillige organisasjoner og kommunesektoren. Regjeringen oppfordrer kommunene om å ha et aktivt forhold til frivilligheten og legge til rette for et aktivt samarbeid med frivilligheten. Dette er i tråd med Folkehelselovens § 4, samt KS og Frivillighet Norge sin samarbeidsplattform om frivillighetspolitikk. Denne plattformen beskriver hvordan kommunene, gjennom økonomiske rammevilkår, skal kunne legge til rette for frivillig sektor i ulike samarbeidsfora og til medvirkning i ulike kommunale prosesser. Det er mange kommuner som allerede har en aktiv frivillighetspolitikk og som har utviklet egne strategier for slik samarbeid, disse kan lære dette videre til andre kommuner som ikke har kommet like langt (Det Kongelige Helse- og omsorgsdepartement , 2019).

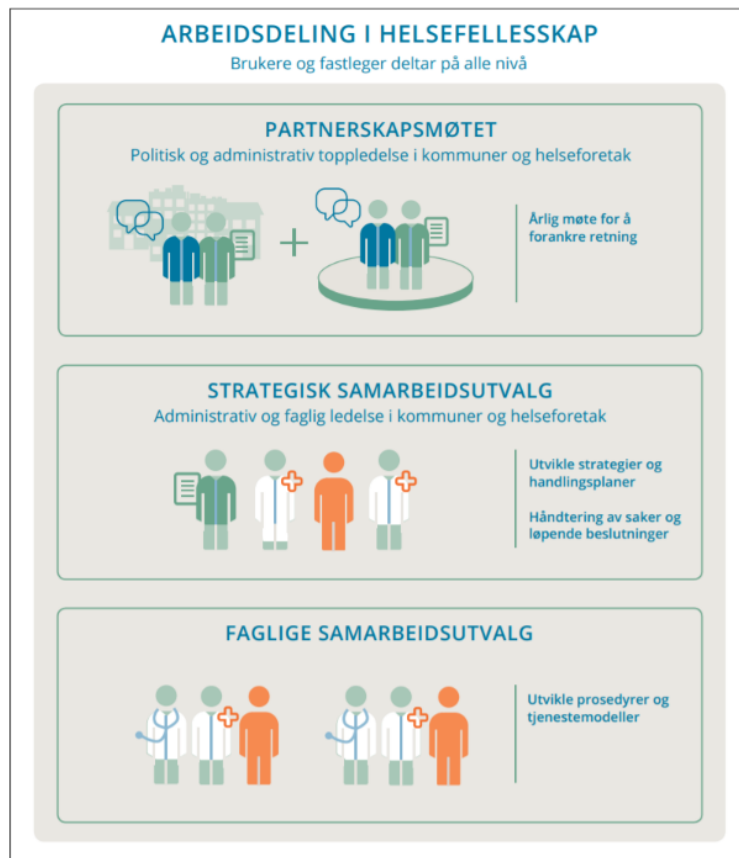
Den siste stortingsmeldingen som er gitt ut av dagens regjering, og som kan knyttes til dette teamet, er Stortingsmelding nr. 27 (2019-2020) «Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023. Formålet med planen er å gi rammer og retninger for utviklingen av den

offentlige helse- og omsorgstjenesten i perioden 2020-2023. Det overordnede målet for planen er å realisere pasientens helsetjeneste på en bærekraftig måte. Dette formuleres på følgende måte:

«En bærekraftig helsetjeneste må kunne realiseres innenfor de ressursrammene vi som samfunn har mulighet og vilje til å stille til rådighet – både i dag og i fremtiden. Det er særlig knapphet på arbeidskraft som vil sette begrensninger. En bærekraftig helsetjeneste forutsetter derfor at vi utnytter mulighetene teknologien gir, bruker kompetansen hos de ansatte best mulig og løser oppgavene så effektivt som mulig.» (Det Kongelige Helse- og omsorgsdepartement , 2019, p. 10)

Samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunale helse- og omsorgstjenester, psykisk helsevern, teknologi, digitalisering og kompetanse er hovedtemaene i stortingsmeldingen.

I meldingen kommer det frem at mye i helse- og omsorgstjenesten er blitt bedre etter at «Samhandlingsreformen» trådte i kraft i 2012, men at det fortsatt er rom for forbedringer. Det er foretatt evalueringer av de inngåtte samarbeidsavtalene som kom til etter at reformen trådte i kraft og det fremkommer at avtalene har vært viktig for å kunne tydeliggjøre fordeling av oppgaver og ansvar, men at fokuset mest er rettet mot deling av ansvar og håndtering av de økonomiske konsekvensene avtalene medfører. Partene oppleves mest som parter og ikke partnere i en felles utvikling av bedre helsetjenester. Dette ønsker regjeringen en endring på. Det er ønskelig å få til en likeverdighet i samarbeidet mellom kommunene og de ulike helseforetakene. Det foreslås at det finnes frem til et mer likeverdig partnerskap hvor fokuset rettes mot å utvikle bedre helse- og omsorgstjenester. Regjeringen lanserer med dette et ønske om å etablere såkalte helsefellesskap, i alt 19 stykk, mellom kommunene og sykehusene (som er styrt av helseforetakene). (Det Kongelige Helse- og omsorgsdepartement , 2019)



Figur 22: Fordeling av oppgaver helseforetak (Det Kongelige Helse- og omsorgsdepartement , 2019)

Tanken er at det i helsefelleskapene skal være representanter i fra helseforetak, kommuner, lokale fastleger og brukere for å planlegge og utvikle helsetjenestene sammen. Allerede inngåtte avtaler og samarbeids- og samhandlingsstrukturer skal videreføres og utvikles videre.

Det pekes på at en utfordring for samarbeidet i dag er at saker ikke alltid blir tatt opp og diskutert på rett nivå av personer med riktig kompetanse og myndighet. En årsak til dette kan være at de samarbeidsavtalene som finnes i dag omhandler både overordnede strategiske mål og konkrete prosedyrer. Det foreslås derfor å skille mellom dette og at det tydeliggjøres hva som er strategiske mål for toppledelsen i en kommune og et sykehus, og hva som omhandler utvikling av rutiner og prosedyrer for pasientbehandling for helsepersonell. Figuren ovenfor illustrerer et slikt skille. Det anbefales i fra regjeringen sin side at helsefelleskapene skal skape et tydeligere skille mellom overordnede prinsipielle, strategiske og faglige beslutninger (Det Kongelige Helse- og omsorgsdepartement , 2019).

4.1.2 Konseptutvikling Helsehus / Helsebygg

Ved å foreta søket «konseptutvikling helsehus / helsebygg» dukket det opp en del rapporter som omhandlet ulike typer helsehus og helsebygg i Norge. Jeg har valgt meg ut 2 ulike rapporter som omhandlet konseptutvikling av helsehus i Norge. En del rapporter falt ut pga. størrelsen på bygget var for lite og at rapporten var såpass gammel at den ikke var representabel for min oppgave.

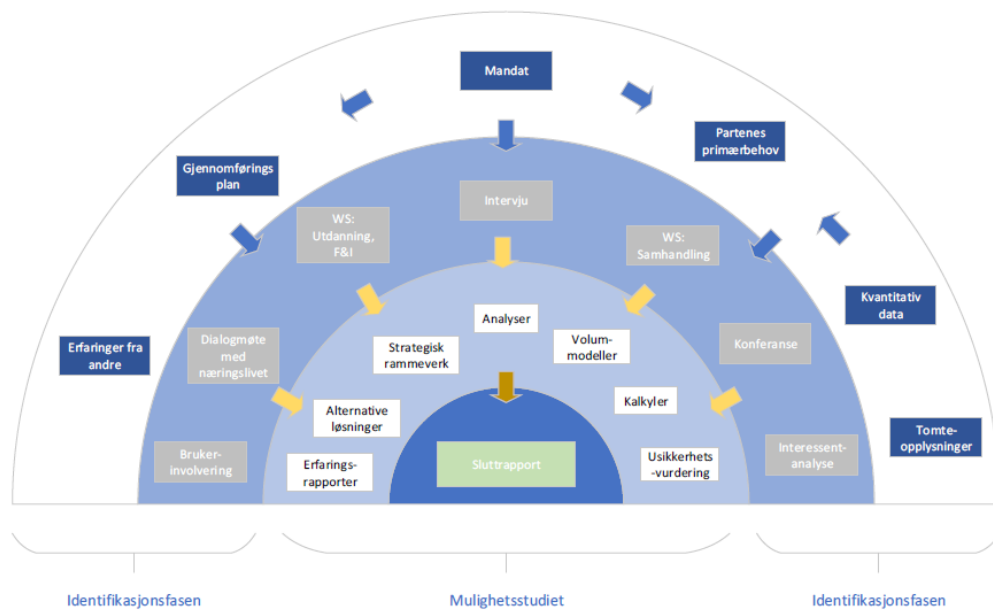
Den ene rapporten som jeg valgte ut er en sluttrapport i fra et mulighetsstudie i Bodø kommune «Nytt Helsehus i Bodø» av 03.07.2019. Rapporten er utført av representanter i fra Bodø kommune, Nordlandssykehuset, Nord Universitet og Nordland Fylkeskommune. Formålet til mulighetsstudiet var:

«Mulighetsstudiet for Nytt Helsehus i Bodø er gjennomført med formål å utforske muligheten for å etablere en arena for samhandling mellom aktørene, med mål om å effektivisere den enkeltes tjenesteyting, utdanning av helsefagarbeidere/fagskole, forskning og utvikling innen helsefaget. Et sentralt ønske er at innovasjon skal være et sentralt og samlende tema som alle aktører vil bidra til, samt å delta i, for å møte nye krav til norsk helsevesen i fremtiden. Samlet sett ønsker en at dette skal bli en arena for tjenesteutvikling og nye måter å tenke tjenesteløsninger på.» (Bodø kommune; Nordlandssykehuset; Nord Universitet; Nordland Fylkeskommune, 2019, p. 3).

I rapporten står det skrevet at prosjektgruppen har utarbeidet en oversikt over hvilke tjenester som skal inn i helsehuset, og at det under arbeidet er blitt vurdert i alt 6 ulike alternativer. Rapporten i fra mulighetsstudiet fremhever imidlertid kun 2 alternativer; det første alternativet er det som er beskrevet som hovedalternativet og som svaret på oppdraget som er gitt i prosjektgruppens mandat. De kaller dette alternativet for «Samhandling+». Det andre alternativet som er tatt inn i rapporten er et nullalternativ, og det alternativet som kan velges hvis de velger å ikke å realisere prosjekt helsehus i Bodø kommune.

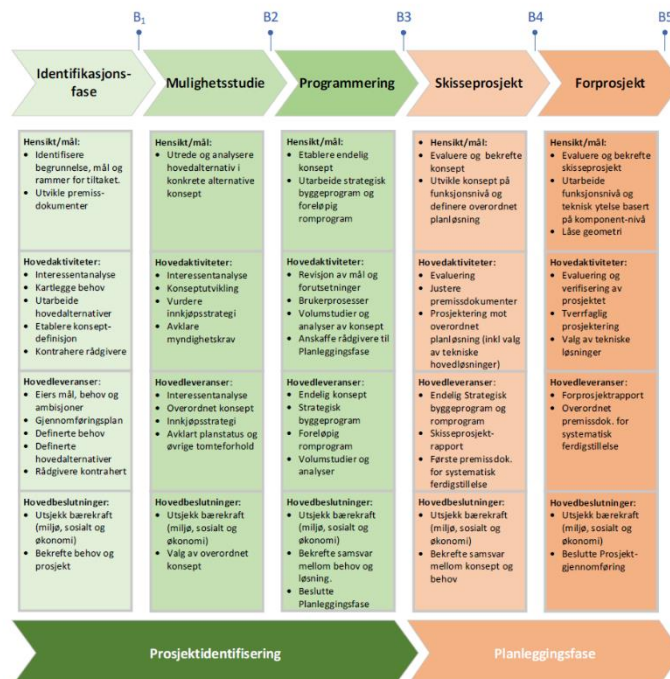
Det er gjennomført en flermålsanalyse av prosjektet i mulighetsstudiet – utført av både prosjektgruppen og de rådgiverne de har benyttet for å kvalitetssikre selve studiet. Det vises til at begge gruppenes analyser peker dithen at hovedalternativet vil tilfredsstille samfunnet og aktørenes behov sett over ut ifra de evalueringskriteriene som ble satt for prosjektet; totaløkonomi, helsetjenester etter behov, pasientsikkerhet, logistikk, samt fleksibilitet. Hovedalternativet blir presentert som den billigste løsningen over tid som vil gi mest nytte for de midlene som vil bli investert. Dette alternativet er også blitt testet av prosjektgruppen med hensyn til usikkerhet og robusthet, og er kommet best ut av disse.

Mulighetsstudien i Bodø for et helsehus er gjennomført i henhold til figuren nedenfor, som er en skjematisk fremstilling av selve prosessen. Hensikten med figuren er å vise hvordan alt arbeidet som er gjennomført leder frem til en konklusjon og en sluttrapport (Bodø kommune; Nordlandssykehuset; Nord Universitet; Nordland Fylkeskommune, 2019).



Figur 23: Gjennomføring av mulighetsstudiet "Nytt helsehus Bodø kommune" (Bodø kommune; Nordlandsykehuset; Nord Universitet; Nordland Fylkeskommune, 2019)

Rapporten gjennomgår den grundige jobben prosjektgruppen har foretatt i sitt arbeid med å finne frem til det beste alternativet for et helsehus i Bodø. Det er gjennomført en rekke analyser og vurderinger av de ulike alternativene som er satt opp. Prosjektgruppen har benyttet seg av Bodø kommunes prosjektmodell som er lik DIFIS's prosjektmodell og er sammenfallende med Prosjekt Norges «Neste steg» prosjektmodell. I prosessen gjennomført av Bodø kommune m.fl. er det de to første trinnene (B1 og B2) som er gjennomført i deres mulighetsstudie.



Figur 24: Utdrag fra Bodø kommunes prosjektmodell for bygningers livsløp (Almendingen, 2019)

En annen rapport/utredning om konseptutvikling for helsehus er en rapport i fra 2012 som omhandler en utredning for etablering av et samhandlingshelsehus for 9 kommuner i Nord Hordaland – «Rapport 2012 – Forprosjekt helsehus i Nordhordaland». Et samarbeidsprosjekt mellom 9 ulike kommuner; Austrheim-, Fedje-, Masfjorden-, Lindås-, Meland-, Osterøy-, Modalen-, Radøy- og Gulen kommune. Prosjektet ble etablert med utgangspunkt i at samhandlingsreformen skisserte mange og sammensatte utfordringer som krever samhandling og samarbeid mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten, hvor det ble lagt opp til at kommunene selv skulle finne frem til egnede samarbeidsformer for å sikre best mulig utnyttelse av ressurser og kompetanse. Det eksisterte allerede et interkommunalt samarbeid mellom enkelte av kommunene, og det ble etablert et prosjekt for å videreutvikle dette samarbeidet. Samarbeidet mellom de ulike kommunene ble forankret i hver enkelt kommune og det ble etablert et regionsråd som fikk i oppdrag å utarbeide et grunnlag for at det skulle etableres et felles helsehus i regionen. Resultatet av dette er beskrevet i den omtalte rapporten.

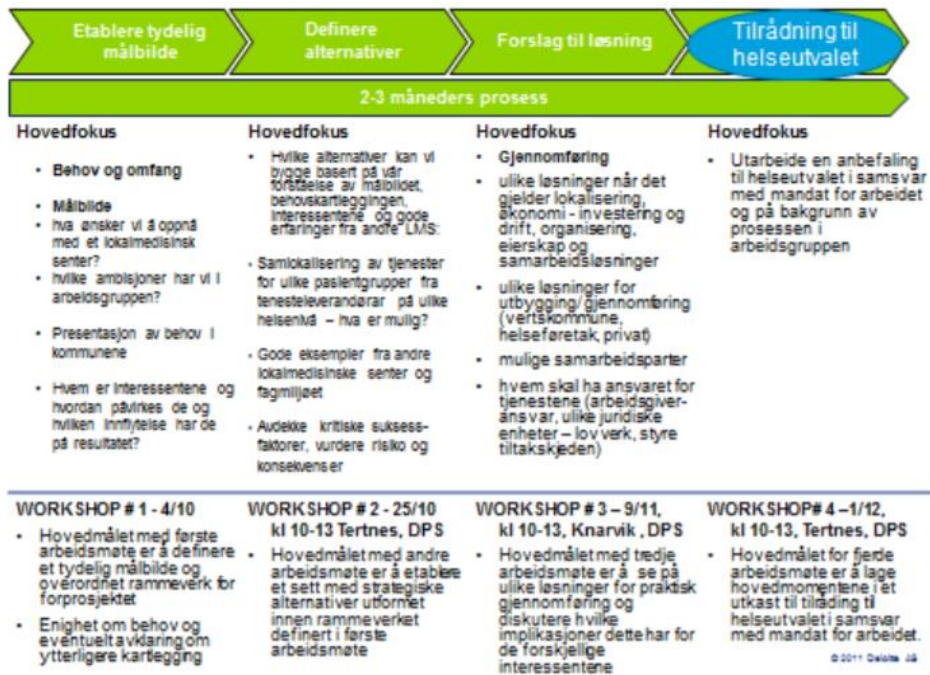
Målet og mandatet for arbeidsgruppa som utarbeidet rapporten er å (Deloitte, 2012, p. 5):

- *Vurdere realisering av et Lokalmedisinsk senter ut fra ulike modeller for organisering og nivå på helsetjenester.*
- *Vurdere muligheter for å samlokalisere spesialiserte helsetjenester og lærings- og mestringstilbud.*

Videre er det satt opp at arbeidsgruppa skal vurdere (Deloitte, 2012, p. 6):

- *Samlokalisering av tjenester for ulike pasientgrupper fra tjenesteleverandører på ulike helsenivå.*
- *Ulike løsninger når det gjelder lokalisering, økonomi – investering og drift, organisering, eierskap og samarbeidsløsninger.*
- *Ulike løsninger for utbygging/gjennomføring (vertskommune, helseforetak, privat).*
- *Bruk av ekstern kompetanse.*
- *Mulig samarbeidspartner.*

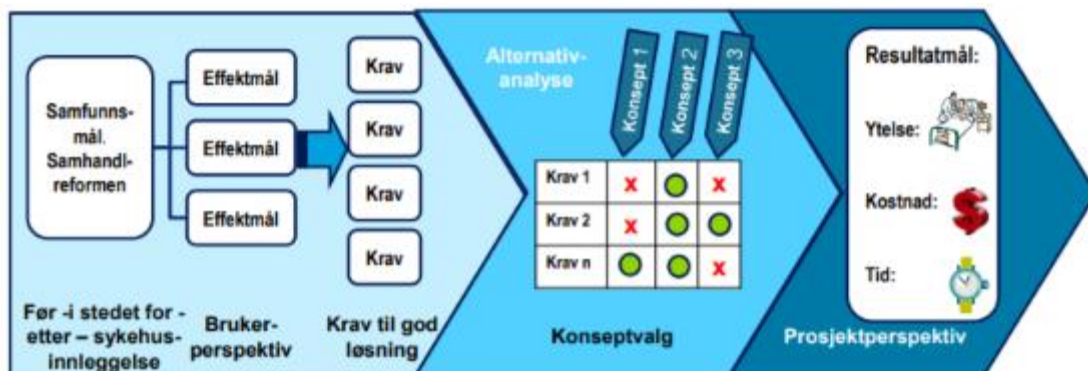
Proessen ble startet opp med å kartlegge detaljert hvem som var interessenter til et slikt bygg, hvilke behov disse interessentene hadde og i hvilken grad av samhandling av tjenester som var ønskelig for fremtiden – dette var i tråd med samhandlingsreformens intensjoner og økonomiske intensiver (Deloitte, 2012). Interessenter i denne rapporten er betegnelsen på eventuelle leietakere i bygget.



Figur 25: Prosess og prosjektplan - Forprosjekt helsehus Nordhordaland (Deloitte, 2012)

Det ble videre gjort en kartlegging av dagens situasjon i de ulike kommunene mht. befolkningssammensetning, forbruk av kommunale og statlige helsetjenester, og kostnadsbildet innenfor helse- og omsorgstjenester.

For å komme frem til et strategisk målbylde for et interkommunalt helsehus ble det benyttet en modell for å identifisere mål, analyser og endelige resultater for prosjektet. Denne modellen ble benyttet for å kunne beskrive tydelige krav til god løsning før de begynte å beskrive de alternative konseptene/løsningene i detalj. Dette skulle også hjelpe til å ikke låse seg for mye til ett av alternativene som kom frem i prosessen. Modellen beskriver hvilke samfunns mål, effektmål og resultatmål som prosjektet hadde. Ved bruk av denne modellen og metodikken fikk arbeidsgruppen et eierforhold til de ulike målene, ulike krav for å komme frem til en god løsning, konseptvalg og hvilke resultater som kunne oppnås med de ulike alternativene de kom frem til.



Figur 26: Modell for identifisering av mål, analyser og endelige resultater (Deloitte, 2012)

Samfunnsmålene ble satt til «den effekten det ønskes skal ha på samfunnet over tid med rett behandling på rett sted til rett tid med rett behandling på rett sted til rett tid med tjenester før – i stedetfor – etter sykehusinnleggelse» (Deloitte, 2012, p. 26).

Effektmålene skulle uttrykke «hvilken nytte og virkning tiltaket skal ha for brukerne over anskaffelsens levetid» (Deloitte, 2012, p. 26). Det vil si at man benyttet brukerperspektivet for å kunne fastsette disse. Effektmålene ble delt inn i 3 ulike effektmål relatert til selve kvaliteten på tjenestene og kostnadseffektivitet og reduksjon av kostnader.

Resultatmålene skulle bli satt ved et senere tidspunkt, når konseptet var satt etter å ha gjennomgått alternativanalysen.

Kravene til gode løsninger ble beskrevet med bakgrunn i de effektmålene som ble satt, og gjennom kartlegging og identifisering av ulike interessenter.

Prosjektet kom frem til 4 ulike alternativer som ble gjennomgått og analysert. Det ene alternativet var O-alternativet som var å fortsette som før. De andre tre alternativene ble beskrevet som følgende (Deloitte, 2012, p. 27):

Alternativ 1 = Helsehus med fokus på samlokaliserte tjenester mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten innen både somatikk og psykisk helsearbeid og rus.

Alternativ 2 = Intermediærenhet tilknyttet korttidsenhet i eksisterende sykehjem.

Alternativ 3 = Forsterket korttidsenhet samlokalisert med legevakten.

For å komme frem til beste alternativ som tilfredsstilte de krav som var satt av gruppen ble det foretatt en alternativanalyse hvor klassifiseringen ble inndelt i tre ulike score; oppfyller kravet i stor grad, oppfyller kravet delvis og oppfyller kravet i liten grad. Kravene til god løsning ble klassifisert som «absolutt krav», «bør-krav» og «fint å ha krav» til slutt. Alternativet «oppfyller kravet i liten grad» henviste til at alternativet ikke møtte fremtidens krav til en god løsning på lengre sikt. Nullalternativet kom dårligst ut, og Alternativ 1 best ut i den gjennomgått analysen. Begrunnelsen for de ulike scorene som ble gitt i analysen ble lagt til slik at de kunne vise til hva som lå bak de ulike scorene som ble gitt i analysen.

Krav – klassifisering	Krav til god løsning	0 –alternativ «fortsette som før»	Alternativ 1 Helsehus med samlokaliserte tjenester	Alternativ 2 Intermediær enhet tilknyttet korttidsenhet i eksisterende sykehjem	Alternativ 3 Forsterket korttidsenhet sam-lokalisert med legevakt
Absolutt-krav A	Legevakt lokalisert i nærheten	Red	Green	Green	Green
Absolutt-krav A	Sentral lokalisering i Nordhordland (= Knarvik eller Flatøy)	Red	Green	Yellow	Green
Absolutt-krav A	Faglig forsvarlig - kompetanse/ressurser/synergi-effekter	Red	Green	Yellow	Yellow
Absolutt-krav B	Gode offentlige transportmuligheter	Yellow	Green	Green	Green
Absolutt-krav B	2-bemannet legevakt	Yellow	Green	Yellow	Green
Absolutt-krav B	Forsvarlig driftøkonomi (døgnbemanning/kost per plass)	Yellow	Green	Green	Yellow
Absolutt-krav B	Finansiering ift samhandlingsreforma, Husbanken	Red	Green	Green	Yellow
Ber-krav A	Samlokalisering med legevakt	Red	Green	Yellow	Green
Ber-krav A	Flexibilitet i behandlingstilbud	Red	Green	Green	Yellow
Ber-krav B	Samlokalisering eksisterende korttidsavdeling	Red	Yellow	Green	Yellow
Ber-krav B	Rekruttering - attraktiv arbeidsplass	Red	Green	Yellow	Yellow
Ber-krav B	Framtidige utbyggingsmuligheter	Red	Green	Yellow	Yellow
Ber-krav B	Kapasitet på senger Framskriving av behov	Red	Green	Yellow	Yellow
Ber-krav C	Tilrettelagt telemedisin	Red	Green	Yellow	Yellow

Figur 27: Alternativanalysen sortert etter kravklassifisering (Deloitte, 2012)

Videre ble det gjennomført en interessentanalyse for helsehuset – både for kommunal del og spesialisthelsetjenesten.

Nivå	Innholdsinteressent	0 – alternativ «fortsette som før»	Alternativ 1 Helsehus med samlokaliserte tjenester	Alternativ 2 Intermediær enhet tilknyttet korttidsenhet i eksisterende sykehjem	Alternativ 3 Forsterket korttidsenhet samlokalisert med legevakt	
Inter-kommunalt	Legevakt	Yellow	Green	Yellow	Green	
	Døgnplasser for ØH, observasjon, utskrivningsklare pas.	Red	Green	Yellow	Yellow	
	Forsterket rehabilitering	Red	Green	Yellow	Yellow	
	Friskliv og mestringstjenester	Red	Green	Yellow	Yellow	
	Jordmørvakt/Jordmortj.	Green	Green	Red	Green	
	Koordinator kompetansebygging	Yellow	Green	Yellow	Yellow	
Kommunalt nivå	Korttidsavdelinger i kommunene	Red	Green	Yellow	Yellow	
	Avtale-spesialister	Hud	Yellow	Green	Red	Red
		Øye	Yellow	Green	Red	Red
	ØNH	Red	Green	Red	Red	
	Indremed (Hjerte, lunge)	Red	Green	Red	Red	
	Psykisk helsevern og rus - privatpraktiserende spesialister	Red	Green	Red	Red	
	Spesialist-helse-tjenesten	Psykisk helsevern og rus - Bjergvin DPS - døgn	Yellow	Green	Red	Yellow
		Psykisk helsevern og rus – poliklinikk	Yellow	Green	Red	Red
		Dialyse-satellitt	Red	Green	Yellow	Green
		Høresentral	Yellow	Green	Yellow	Yellow
Ambulansestasjon		Yellow	Green	Yellow	Yellow	
Lærings- og mestringssenter		Yellow	Green	Yellow	Yellow	
Ambulerende røntgen – lokal basestasjon		Yellow	Green	Red	Yellow	
Bufetat	Satellitt-spesialister (potensielle: hud, hjerte, ortoped, indremed-lunge)	Red	Green	Red	Red	
	Haraldsplass: Røntgensatellitt; enkelt stasjonært røntgen	Yellow	Green	Yellow	Yellow	
Hjelpemidd el-sentralen	Familievernkontor	Red	Green	Red	Red	
	Regionalt lager: Tekniske hjelpemidler, behandlingshjelpemidler	Yellow	Green	Yellow	Yellow	

Figur 28: Interessentanalyse - kommunalt nivå, avtalespesialister og spesialisthelsetjenester (Deloitte, 2012)

Ut ifra ovenstående analyser ble det tatt beslutning om å anbefale Alternativ 1, men Alternativ 3 ble også tatt med videre til vurdering da enkelte aktører var noe mer positive til dette alternativet i forhold til de andre. Prosjektgruppen anbefalte ikke å gå videre med alternativ 0 og 2.

4.1.3 Innhold og leietakersammensetning

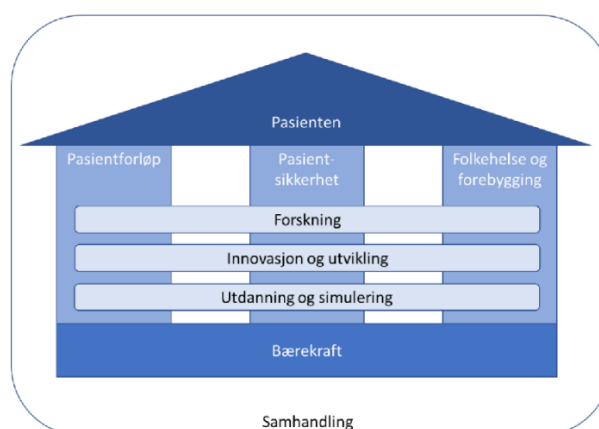
I rapporten «Sluttrapport – Nytt Helsehus i Bodø kommune» er det beskrevet at helsehuset skal ha som intensjon å møte de utfordringer som kommer i fremtiden mht. befolkningsvekst og med demografiske endringer som vil medføre at det blir flere eldre i kommunen. Behovet for offentlige omsorgstjenester vil endre seg på grunn av økende alder hos befolkningen. Videre vil utvikling av nye behandlingsmetoder, nye legemidler, og medisinsk utvikling og innovasjon medføre at behandlingen på sykehus vil bli mer spesialisert. Dette vil videre medføre at kommunen vil oppleve å bli pålagt flere oppgaver innen helse- og omsorgstjenestene. Slike endringer i oppgaver vil kreve økt behov for innovasjon og forskning, og nye måter å jobbe på. Det vil bli økt behov for spesialisert og tverrfaglig kompetanse i alle deler av helse-tjenestene (Bodø kommune; Nordlandsykehuset; Nord Universitet; Nordland Fylkeskommune, 2019).

Tilbudet av tjenester til pasientene, og kvaliteten på denne, er avhengig av hvordan aktørene samarbeider og samordner seg for å kunne fremme og utvikle riktig oppgavefordelinger seg imellom, god logistikk innenfor tjenestene, og fremtidige fleksible og økonomisk effektive helse- og omsorgstjenester.

Ut ifra mulighetsstudiet som er gjennomført er det blitt belyst «samhandlingsflater» som vil være viktige å mestre for å handtere fremtidens behov for helsetjenester. Disse er:

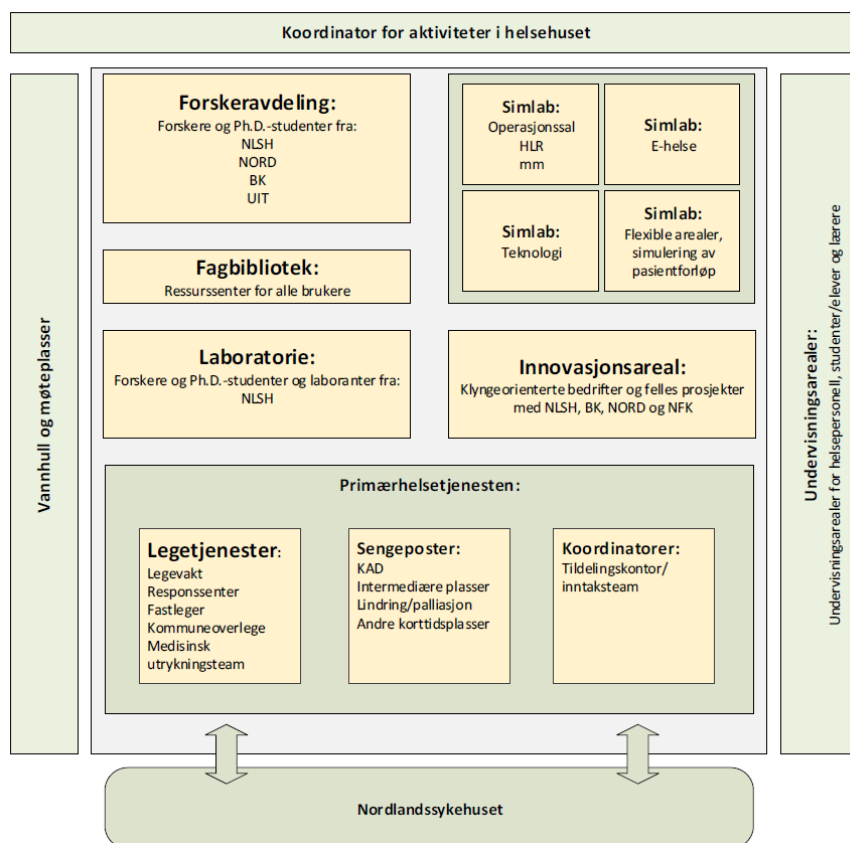
1. Det primære behov for helsetjenester
2. Samhandlingsbehovet
3. Forskningsbehovet
4. Innovasjonsbehovet
5. Utdanningsbehovet

I henhold til rapporten vil hovedalternativet som ble presentert kunne dekke disse ulike behovene, og man vil kunne tilfredsstillte tanken bak den konseptuelle modellen som er utviklet for helsehuset i Bodø (se figur nedenfor). Konseptet ansees å gi størst mulighet for å oppnå bedre samhandling mellom de ulike aktørene, for å oppnå effektivitet i den enkelte tjenesteyting, utdanning av helsefagarbeidere, effektivisere forskning og utdanning innen helsefaget, samt fremme innovasjon og være en arena for tjenesteutvikling. Konseptet er visualisert i figuren nedenfor.



Figur 29: Helsehuset i Bodøs konseptuelle fokus (Bodø kommune; Nordlandsykehuset; Nord Universitet; Nordland Fylkeskommune, 2019)

Figuren under viser en oversikt over hvilke tjenester som de skal ha inn i det fremtidige helsehuset. Huset defineres i rapporten som et *Samhandlingshelsehus*, og at det vil ha samlokalisert flere tjenester sammenlignet med andre offentlige helsehus i Norge. Det er lagt inn bl.a. areal til legevakt med observasjonssenger og medisinsk utrykningsteam, diverse ambulerende tjenester og inntaksteam, korttidsplasser og fastlegekontor. «Helsekontoret» med vaksinasjonskontor, kommunepsykolog og kommuneoverlegene. Helsehuset skal også ha en forsknings-, utviklings- og innovasjonsavdeling for studenter og forskere i fra Nordlandsykehuset, Nord Universitetet, Bodø kommune, Nordland Fylkeskommune og Universitetet i Tromsø. Studenter fra alle disse enhetene er tenkt å kunne benytte disse arealene til undervisning, veiledning, simulering og praksis. Det skal også etableres såkalte simuleringsarealer for å kunne trene helsefagarbeider og behandlende personell. Disse arealene skal også kunne nyttes i næringslivsprosjekt, samt uttesting og implementering av digitale tjenester i pasientens hjem (Bodø kommune; Nordlandsykehuset; Nord Universitet; Nordland Fylkeskommune, 2019).



Figur 30: Innhold Bodø Helsehus (Bodø kommune; Nordlandsykehuset; Nord Universitet; Nordland Fylkeskommune, 2019)

I rapporten er det satt at helsehuset skal ha fokusområder som vil ligge rundt pasientforløp, pasientsikkerhet samt folkehelse og forebygging. Det er beskrevet at det hele tiden skal fokuseres på bærekraftige løsninger i pasientbehandlingen, og at virkemidler for å effektivisere tjenestene vil ligge i og rundt forskning, innovasjon, utvikling, utdanning og simulering.

Private helsetjenesteaktører er ikke nevnt i rapporten i det hele tatt, men det private næringsliv er tatt inn som en mulig leietaker av avsatt innovasjonsareal, hvor det er tenkt utvikling av velferdsteknologi, osv.

I rapporten om helsehuset i Nordhordaland ble det gjennomført en interessant analyse tidlig i forprosjektet, dette for å se hvilke aktører som hadde interesse i et helsehus og om de kunne være en potensiell aktør i helsehuset. Alle de kommunale og enhetene innenfor spesialisthelsetjenesten i regionen ble gitt score ut ifra de forutsetninger prosjektgruppen kjente til i forhold til de 4 ulike konseptalternativene man hadde satt opp i denne fasen. Funnene i fra interessentanalysen ble summert opp pr. alternativ og rangert etter hvor høyt score det ulike alternativet fikk totalt sett. Prosjektgruppen behandlet de ulike interessentene som potensielle innholdsinteressenter til det fremtidige helsehuset – uavhengig av hvilket alternativ som ble valgt. Det ble ikke tatt inn private aktører som fremtidige leietakere i bygget. Det er kun ulike offentlige enheter som er tenkt som fremtidige aktører i bygget. Dette kommer frem av figuren som viser hvilke funksjoner som helsehuset skal inneholde:

Kommunalt samarbeid Før - i stedet for - etter	Spesialisthelsetjenesten/avtale- spesialister - somatisk Haraldsplass/Helse Bergen	Spesialisthelsetjenesten Psykisk helsevern og rus Helse Bergen HF	Andre interessenter	Vertskommune Før - i stedet for - etter
Legevakt Jordmorvakt	Ambulansesasjon	Samlokalisering av tjenester innen psykisk helsevern og rus - døgnplasser - poliklinikk - ambulant team - avtalespesialister mm	Andre mulige interessenter: - Apotek - Kafé - Treningscenter - Fysioterapi/kiropraktor - Omsorgsboliger - Familievernkontor - Legekontor	Korttidsplasser - utskrivningsklare pasienter - rehabilitering
Døgntilbud - ferbrukssenger - øyeblikkelig hjelp - observasjon - etterbehandling/rehab.	Satellitt-tjenester: - dialysebehandling - hørselsomsorg - røntgensatellitt (Haraldsplass)			Omsorgsboliger
Ambulante tjenester (f.eks. psykisk helse, rus, diabetes, geriatri, palliasjon, rehab)	Avtalespesialister: - Øye - Hud - ØNH - Indremedisin mm			Hjemmetjenester/ Ambulante tjenester
Lab., diagnostiske verktøy				Psykisk helse- og rusarbeid for barn og voksne
Folkehelsearbeid/ samfunnsmedisin				PP-tjenesten/Helsestasjon
Friskliv og mestringstjenester				
Rehabiliteringstilbud				

Figur 31: Modell for innhold - helsehuset Nordhordaland (Deloitte, 2012)

Modellen ovenfor viser hvilket innhold som er tenkt for et fremtidig helsehus i regionen Nordhordaland. Hovedtrekkene i modellen var utarbeidet i forkant av forprosjektet, men ble av prosjektgruppen komplettert og justert slik at den ga et mer helhetlig bilde på hvilket omfang og potensielle prosjektgruppen mente at et fremtidig helsehus kunne ha. I etterkant av endelig utarbeidelse av denne modellen ble hver enkelt aktør nevnt i modellen beskrevet og en kartlegging av de ulike aktørers arealbehov ble foretatt.

I rapporten er det avdekket og beskrevet en del eksterne interessenter til det kommunale helsehuset, men disse ble ikke nærmere utredet mht. antall kvm og antall i rapporten. Det er angitt noen fordeler med å ha eksterne leietakere i bygget mht. fleksibilitet og fremtidige endringer i kommunale aktørers behov for areale. Det er imidlertid gjort lite undersøkelser om omfanget av dette, og det vises til at dette kan utredes videre hvis dette er ønskelig senere i prosjektperioden. I rapporten er det oppgitt noen ulemper med å ha «eksterne leietakere i det kommunale helsehuset; *«Ulempa og risikoen med å inkludere disse aktørane, er at byggeprosjektet kan bli unødvendig stort og komplekst med veldig mange eksterne leigetakarar og større finansiell risiko»* (Deloitte, 2012, p. 23).



Figur 32: Oversikt "andre interessenter" Nordhordaland Helsehus (Deloitte, 2012)

Helsehuset endte opp med et areal på totalt ca. 16.800 kvm BTA, og er under bygging våren 2020. I etterkant av forprosjektet har det vært gjennomført andre grundige prosesser sammen med ulike brukergrupper, på tvers av fag og nivå, som har deltatt aktivt i programmering og utvikling av bygget, og sikret at det ligger et tverrfaglig perspektiv i arbeidet som ligger bak i prosjektering av bygget. Dette er tatt inn i romprogram og møbleringsplaner for bygget, brukervennlighet og universell utforming, samt det er sett på den interne logistikken i bygget og det er blitt vurdert og tatt inn løsninger som sikrer sambruk av arealer; som f. eks. felles kantine og garderobeanlegg.

4.1.4 Lokalisering

I Stortingsmelding nr. 47 (2008-2009) «Samhandlingsreformen – Rett behandling – på rett sted – til rett tid», som er fundamentet på hvordan den offentlige helsetjenesten er organisering pr. i dag, stadfestes det at suksesskriteriene for at kommunalsektor skal bygge opp døgnplasser for observasjon, etterbehandling, lindrende behandling, samt rehabilitering og habilitering er samlokalisering av de ulike tjenestene. Videre står det at det derfor er viktig at det blir vurdert av kommunene om de skal samlokalisere de fremtidige tjenestetilbudene i et lokalmedisinsk senter. Det nevnes også i samme melding at lokaliseringen og avstanden til nærmeste sykehus er avgjørende for hvordan de kommunale helsetjenestene utformes og hvor lang tid de vil bli benyttet, mht. liggedøgn, osv.

I Stortingsmelding nr. 26 (2014-2015) «Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet» tas det frem at det er utfordringer ved at det er mange brukere som tidligere opplevde at helsetjenestene var lite tilgjengelige og fragmenterte. Mange brukere av slike helsetjenester kunne fått et bedre liv, med færre innleggelse på sykehus, hvis dette tilbudet var bedre sammensatt. I meldingen er det tatt frem at det anses som et godt første steg å samlokalisere tjenester for å få til bedre samhandling og tverrfaglig

samordning. Videre står det at regjeringen ønsker å stimulere for samlokalisering av både primær- og spesialisthelsetjenesten. De mener at samlokalisering vil prege hvordan selve tjenesten blir utført av kommunale og statlige aktører. Samlokalisering vil kunne bidra til at brukerne har «en dør» inn til tjenestene og at dette legger til rette for bedre samhandling mellom de ulike leverandørene av helsetjenester og deres ulike personellgrupper (Det Kongelige Helse- og omsorgsdepartement , 2015).

I Stortingsmelding nr. 18 (2018-2019) «Helsenæringene – Sammen om verdiskaping og bedre tjenester» trekkes det frem gode eksempler på hvordan samlokalisering kan bidra til å skape en gjensidig forståelse for kultur, rammebetingelser, behov, mål og virkemidler. Eksempler på dette er Oslo Cancer Cluster og Helseinnovasjonscenteret i Kristiansund (Det Kongelige Nærings- og fiskeridepartement , 2019). Det å skape gode samhandlingsarealer kan gi gjensidig læring og ideutveksling mellom aktørene som er samlokalisert. Videre trekkes det frem at det ved planlegging av nye sykehusbygg er det viktig å legge til rette for innovasjon og samhandling.

Oslo Cancer Cluster (OCC) er en forsknings- og industriklynge innenfor kreft som søker å sikre pasientene raskere tilgang til nye og innovative kreftbehandlinger og diagnostiske verktøy. I klyngen legges det til rette for et miljø for innovasjon og samarbeid, barrierene som ofte finnes mellom akademia og næringsliv byttes ned og gründerbedrifter tas inn og hjelpes på vei i oppstartsfasen. OCC arrangerer seminarer for deltagerne, bistår i innovasjonsprosesser, arrangerer møter med myndigheter, fungerer som koblingspunkt for de ulike aktørene og mot et internasjonalt nettverk (Det Kongelige Nærings- og fiskeridepartement , 2019).

Helseinnovasjonscenteret i Kristiansund er et senter som jobber for økt bruk av teknologi og tjenesteinnovasjon i helse- og omsorgssektoren i Norge. I tillegg arbeides det med å koordinere og videreutvikle interkommunalt samarbeid med bakgrunn i fagområdene forskning og innovasjon, helse som næring, velferdsteknologi og responstjenester. Styringsgruppen til senteret er besatt av ulike deltagere i fra kommuner, helseforetak, fylkeskommune, fagforbund og det private næringslivsorganisasjoner (Det Kongelige Nærings- og fiskeridepartement , 2019).

I Stortingsmelding nr. 19 (2018-2019) «Folkehelsemeldinga – Gode liv i eit trygt samfunn» trekkes det frem at frivillige organisasjoner og private aktører er viktige samarbeidspartnere når man skal skape gode nærmiljø som legger til rette møteplasser og etablere tilbud til ulike grupper og enkeltpersoner som trenger ekstra oppfølging. Det er ønskelig å få etablert lokale møteplasser hvor det er en samlokalisering av ulike kommunale tilbud og tjenester. Det er ønskelige at slike møteplasser legger til rette for generasjonsmøte, felles aktiviteter og sambruk av lokaler (Det Kongelige Helse- og omsorgsdepartement , 2019). Slike tiltak skal gi bedre folkehelse på lenger sikt.

I rapporten om Nytt Helsehus i Bodø bli lokalisering trukket frem i de ulike alternativene som gjennomgås for å finne frem til hvilket av alternativene som vil bidra til å skape en arena for samhandling hvor målet er å løse utfordringene i helsetjenestene på en bærekraftig måte. Det alternativet som anbefales i rapporten legger til rette for en sammenhengende lokalisering for både kommunale helse- og omsorgstjenester, og for spesialisthelsetjenestene. Det foretrukne alternativet vil kunne bidra til å effektivisere de ulike tjenestene og å dekke aktørenes primære behov for helsetjenester. Samlokaliseringen av tjenester bidrar med dette. Rapporten peker også på at det er en

intensjon hos aktørene at det skal dannes en felles arena for forskning, innovasjon og utvikling innen helsefaget i helsehuset. Målsettingen til helsehuset er at det skal utvikles til å bli en arena for målrettet helsefaglig forskning, kunnskapsformidling, utdanning, innovasjon og tjenesteutvikling. Det skal søkes å få etablert et konstruktivt samarbeid med andre offentlige aktører, lokalt, regionalt og nasjonalt næringsliv. Å velge et alternativ som bidrar til samlokalisering og samhandling er ønskelig da det antas at dette vil kunne «trigge» nye innovative forskningsprosjekter ut fra utfordringens mangfold i nærhet til praksisens utfordringer (Bodø kommune; Nordlandsykehuset; Nord Universitet; Nordland Fylkeskommune, 2019).

I rapporten om helsehuset i Nordhordaland ble det vurdert ulike lokaliseringalternativer for plassering av helsehuset og et av kravene var at det skulle kunne romme alle de tjenester som var besluttet å ha i samhandlingshelsehuset. Målet med helsehuset var å få til en samlokalisering av helsetjenester for regionen i et helsehus for å kunne tilby god og forsvarlig utredning og behandling før, i stedet for for og etter et sykehusopphold. Dette er i tråd med intensjonene til samhandlingsreformen og BEON-prinsippet (Beste Effektive OmsorgsNivå) (Deloitte, 2012).

I rapporten er det satt opp og gått igjennom hvilke synergieffekter en samlokalisering kan resultere i (Deloitte, 2012):

- Bedret behandlingstilbud til innbyggerne; økt beredskap, tilgjengelighet og bedre behandlingstilbud, flere døgnplasser, økt tverrfaglig kompetanse under samme tak, enkel reisevei, større mulighet for samhandling mellom de ulike behandlerne
- Ressurser; økt mulighet for bruk av felles bemanningsressurser til drift av heldøgntilbud, effektiv utnyttning av fellesarealer så som behandlingsrom, venterom, møterom og stordriftsfordeler mht. administrasjon, resepsjon, IKT, enkelte spesialrom og behandlerrom.
- Elektronisk samhandling; elektronisk dokumentasjon, informasjonsutvikling, telemedisinske tjenester
- Fagmiljø; felles fagdager, større trygghet, faglig rådgivning
- Regional utvikling; etablere flere arbeidsplasser innenfor spesialhelsetjenesten regionalt, attraktive lokaler og arbeidsplasser, sentrumsutvikling
- Samarbeid om diagnostisering og behandling
- Kommunalt samarbeid i regionen; i forhold til beredskap, effektiv bruk av legeressurser og lovpålagte oppgaver
- Mer effektiv drift
- Forsvarlig driftsøkonomi; de ulike kommunene kan dele på kostnader mht. leie av lokaler, antall årsverk – kan dele på ansatte og kostnader forbundet med dette.

Utgangspunktet for drøftingen av et felles helsehus for regionene var flere kriterier, men ett av dem var den fysiske lokaliseringen av helsehuset. Kravet var satt at det skulle være kort avstand til kollektivtilbud og at det var rasjonell og god tilkomstvei til E39 som var en sentral vei i regionen. Avstanden til offentlig kommunikasjon for de ulike tomtene ble satt opp med antall meter i vurderingen av lokasjon. Ingen endelig lokasjon for helsehuset ble valgt i denne omgang. Men 3 ulike alternativer ble gitt videre til de som skulle holde i selve prosjektet.

4.2 Funn i fra dybdeintervju

Her vil jeg presentere funnene som ble gjort i de ulike delene av den kvalitative forskningsprosessen. Funnene er basert på informasjonen som ble gitt i fra de

intervjuene – både dybde- og fokusintervjuene som er blitt gjennomført. Det ble i alt 6 stk. intervjuer; 3 stk. dybdeintervjuer og 3 stk. fokusintervjuer. 2 av 3 stk. dybdeintervjuer ble gjennomført med aktører i fra eiersiden og 1 stk. dybdeintervju ble gjennomført med en aktør i fra leietakersiden. Intervjuene ble gjennomført med en intervjuguide tilpasset om informantene var i fra eier eller leietakersiden. Alle fokusintervjuene ble foretatt pr mail til aktører i fra leietakersiden. Spørsmålene som ble stilt informantene gjaldt ulike temaer som var satt i forkant på bakgrunn av oppgavens forskningsspørsmål: konseptutvikling (eiersiden), samarbeid og samhandling, lokalisering, Konseptet Helsehus, innhold. Jeg har valgt å organisere svarene for hver enkel informant under de ulike temaene listet opp.

4.2.1 Eiersiden

Informant nr. 1

Er tidligere utvikler og eier av Helsehus nr. 1. De har solgt bygget, men har fortsatt forvaltning og drift av bygget på vegne av ny eier, dog ikke økonomisk forvaltning. Informanten sitter i ledelsen med direktørtittel. Intervjuet ble gjennomført som et dybdeintervju pr telefon i midten av februar.

Konseptutvikling

Byggets konsept og ide var bygget på Samhandlingsreformen (Stortingsmelding nr. 47 (2008/2009). En av dem som var med på å utvikle konseptet, i tidlig fasen, var også med på utarbeidelse av selve Samhandlingsreformen som ble lansert av daværende regjering i 2009. Bakgrunnen var at mye ansvar skulle overføres til kommunene i fra sykehusene i forbindelse med behandling og oppfølging av utskrivningsklare pasienter, og at man skulle komponere et komplett helsehus med å ha andre funksjoner som er direkte helserelatert eller i slektskap med dette. De startet prosessen med å få kommunen inn i bygget etter at samlingsreformen ble vedtatt i 2010. De jobbet samtidig med andre leietakere, både offentlige og private aktører innenfor helse. Selve konseptet var klart før byggingen startet opp. Bygget ble tilpasset de ulike virksomhetene som skulle inn. Ingen leietaker ble tilfeldig plassert i bygget, men fikk sin plassering ut ifra type virksomhet og funksjon. Bygget stod klart i 2013. De hadde planlagt i alt 3 byggetrinn for det bygget som står her i dag, men på grunn av stor pågang fra interessenter ble det besluttet å bygge alle byggetrinnene under ett. Har i etterkant tilføyd ett bygg til på tomten og består nå i alt ca. 31.000 kvm totalt inkl. parkering.

Bygget fungerer i henhold til vår visjon om å samle ulike helseaktører – både offentlige og private under ett tak. Det er imidlertid et kostbart bygg å være i. Både å bygge og å drifte, og leietakerkostnaden for leietakeren sin del er også relativt høy i forhold til vanlige kontorbygg i byen helsehuset er lokalisert i. Men, lokalene er tilpasset helsevirksomhet, noe som medfører høyere kostnader enn vanlige kontorbygg. Men vi opplever at leietakerne godtar en høyere leiepris siden lokalene er skreddersydd og tilpasset deres virksomhet.

Innhold og sammensetning av leietakere

Vi kjørte to løp for å få tak i leietakere; ett offentlig løp mot kommunale virksomheter som passet inn, og ett mot private aktører. Kommunen hadde behov for arealer til ulike avdelinger innenfor helse og omsorg, bl.a. sengepostavdeling (korttidsplasser) for pasienter som ble overført i fra det regionale sykehuset og som kommunen hadde fått ansvar for å behandle i henhold til hva som var vedtatt i Samhandlingsreformen. Vi fikk kontakt med en stor privat aktør som også representerte en annen større aktør. Disse to

samarbeidet om pasientbehandling, og var begge på jakt etter nye lokaler. Den ene ble det inngått avtale med, mens den andre måtte vente en stund (noen år) da de opplevde å miste sin avtale med det offentlige om behandling av pasienter. Etter noen år fikk de ny avtale på plass, men det ble endret på krav til behandlingsutstyret de skulle benytte i sin behandling, og da passet det med flytting inn i helt nye lokaler som var tilpasset den nye maskinparken de måtte anskaffe.

Vi mener det er bra å ha både private og offentlige aktører i bygget. Vi mangler imidlertid en del private, mindre aktører som det i begynnelsen ikke var plass til. Dette gjelder private aktører som er avtalespesialister og de som har kommunal driftsavtale; som f. eks. fysioterapeuter, psykologer, kiropraktor, m.m. Vi har fått frigjort noen arealer i forbindelse med intern flytting til andre, ledige lokaler på eiendommen. Men slike aktører på plass får vi et mer komplett helsebygg med ulike helsetjenester. Vi tilbyr lokaler imidlertid kun til aktører innenfor tradisjonell og godkjente behandlingstilbud. Aktørene vi ønsker inn i bygget skal også vise til avtale med det offentlige/kommune om behandling, dette er tryggest økonomisk sett.

Samarbeid og samhandling

Det var vår ambisjon med bygget at det kunne fungere på en slik måte at de ulike leietakerne – både offentlige og private, skulle samarbeide og samhandle til beste for brukerne av bygget. Det ble etablert sambruksarealer så som kantine, garderobeanlegg i kjeller og et eget møteroms-senter som alle leietakerne benytter seg av. De ulike sambruksarealene blir benyttet av alle, både offentlige og private leietakere, og alle betaler leie for bruk av disse lokalene – dette er et eget punkt om dette i leiekontrakten. Leien blir belastet uavhengig av bruken.

Ambisjonen om et bredt samarbeid om samhandling mellom de offentlige og private aktørene var høy i fra eiers side i fra starten. Tanken var at de ulike aktørene kunne sambruke ulike arealer; treningssaler for fysioterapi og operasjonssaler, samt at pasienter som hadde blitt operert av en privat aktør i bygget kunne benytte seg av kommunale sengeposter. Dette har ikke fungert noe særlig, det er kun treningssalene som har delvis blitt benyttet av ulike aktører. Egen sengepost ble etablert for den private aktøren etter hvert.

Vi trodde at man skulle få til et mer bredere samarbeid enn hva vi faktisk har gjort. Mye av samarbeidet er politisk styrt. Avtalefestet samarbeid fungerer imidlertid bra – så som røntgentjenester levert av en privat aktør til det offentlige. Dette styres imidlertid av staten via Helseforetaket Helse Sør-Øst.

Samarbeidet mellom de private aktørene fungerer imidlertid bedre. Det virker som de er mer motivert for samarbeid da dette kan blant annet kan medføre økt omsetning og tilgang til flere kunder.

Konseptet Helsehus – en suksess?

Bygget fungerer veldig bra, fått tilbakemeldinger om dette også i fra byggets leietakere. Har kun sin egen subjektive oppfatning av dette da det ikke er gjennomført kundeundersøkelser mot egne leietakere for å kunne måle dette. Vi kjenner til at bygget er en attraktiv arbeidsplass – både at det er nytt og at det ligger så sentralt i byen. Det er enkelt å komme dit, både med offentlig kommunikasjon og egen bil. Bygget fungerer også som et nærsykehus for byens innbyggere siden hovedsykehuset for regionen er

flyttet et stykke ut av byen. Vi har også hatt besøk av statsminister Erna Solberg i alt 4 ganger, så den borgerlige siden liker tydeligvis tanken bak bygget.

Mener at bygget er en suksess siden det er mye helsetjenester samlet på ett sted, men at det også er andre servicefunksjoner så som kaffebar og apotek lokalisert i bygget. NAV og andre kommunale tjenester så som: feltpleie, LAR for narkomane, tildelingskontoret, m.m. er også en del av bygget og dette bidrar til at det er mange ulike type mennesker som benytter seg av tjenestene i bygget. Har også et eget vekterselskap som leietaker i bygget, de utfører også vektertjenester i bygget og er behjelpelig med å dempe omfanget av eventuelle hendelser i bygget. Vi opplever at legevakten i bygget har en økning av utfordrende pasienter de siste årene og vi må derfor tenke sikkerhet på en mer skjerpet måte.

«Fremtidens Helsehus»

Tror vi kommer til å se en videreutvikling av det vi har her i dag. Det er ikke mange slike bygg pr. i dag, men vi har hatt mye besøk i fra kommuner, fylker, private utbyggere for å se hva vi har fått til her. Men det skal også matche i tid for at en kommune trenger så mye arealer som de gjorde her. Fått noen tilbakemeldinger om at det er dyrt å «bo» i bygget, men man ser også de synergieffektene det gir å ha så stor andel av kommunale enheter som driver med mye ulikt innenfor helseperspektivet på samme sted. Det skal sies at det var mange år med politisk påvirkning for å få de til å legge så stor del av kommunens helsevirksomhet til bygget. Det må også nevnes at det har vært både «rødt» og «blått» styre underveis i denne prosessen, og nå «krangler» de om hvem som kan ta æren for beslutningen om denne lokaliseringen – for det fungerer veldig bra, og kommunen og dens innbyggere er veldig fornøyde.

Informant nr. 2

Tidligere utvikler og eier av Helsehus nr. 2. Solgte bygget etter at det var ferdigstilt. Er ikke tilknyttet andre helsehus eller andre type eiendommer pr nå. Ikke typiske «eiendomsfolk», men samarbeidet med arkitekt og finansiell aktør i forbindelse med utvikling av bygget. Rollen i prosjektet var initiativtaker, utvikler og eier. Intervjuet ble gjennomført som et dybdeintervju pr. telefon i februar.

Konseptutvikling

Ideen om et helsehus kom tidlig, allerede i 1986 begynte han å tenke på hvordan man på best mulig måte kunne samordne helsevesenet. Prosjektet var tenkt som en samordning og rasjonalisering av eksisterende helsevesen. Ikke økt privatisering, men en foredling av allerede eksisterende helsetjenester. Det skulle være lett tilgjengelig for alle brukergrupper, noe som da tilsier at et slik prosjekt burde ligge tett inntil et kommunikasjonsknutepunkt. Arbeidet med realisering av selve prosjektet kom for alvor i gang i 2002 da de kom i kontakt med en lokal helseaktør (offentlige) som kom med innspill på hvordan det offentliges helsetjenester kunne organiserer på en bedre måte enn hva som var tilfellet den gang. Ideen ble da mer detaljert og man jobbet ut ifra følgende: «Hvordan kan og burde et helsehus fungere for at de ulike tjenestene i bygget skal kunne utfylle hverandre og dra faglig nytte av hverandre til det beste for pasienten?». Dette ble en ledetråd for den videre utviklingen av bygget.

Tanken bak bygget var å skape et bygg der man samler så mange som mulig av de helseprofesjoner som finnes i vår region og som ikke krever lengre tids heldøgnsbehandling. De ønsket å skape et bygg der publikum kan få tilbudt de fleste

helsetjenester som henger sammen med en helsetilstand. Visjonen var at man skal kunne slippe å forflytte seg fra institusjon til institusjon for å kunne konsultere lege, ta røntgenbilder, ordne trygdespørsmål osv.

Konseptet med bygget var klart før bygging. Utvikleren hadde ingen egne tomter, men satt opp 4 ulike tomter som kunne være aktuell beliggenhet for bygget. Disse alternativene ble vurdert og man satt igjen med 2 ulike lokasjoner som man jobbet videre med. Ett av alternativene var det mest foretrukne, og det ble denne tomten som ble valgt etter en prosess med kjøp av tomten i fra ulike offentlige aktører (kommune og fylkeskommune). Arkitektens oppdrag for prosjektet var å skape et arkitektonisk uttrykk som reflekterte byggets innhold og idé, bygget måtte ha en størrelse som ga mulighet for å kunne lokalisere et bredt spekter av tjenester, som allerede var definert i en tidligfase.

Innhold og sammensetning av leietakere

For å kunne realisere de tankene som man hadde skissert tidligere i prosessen så man på hvilke tjenester brukerne av bygget burde ha for at bygget skulle fungerer optimalt. Det var et ønske om et mest mulig «bredt» sammensetning, og det var viktig med fleksibilitet som ga rom for utvidelser og forandringer ut ifra behov i fremtiden. Man kom tidlig i dialog med kommunen om innplassering av ulike offentlige tjenester, bl. a. legevakt og helsestasjon. I tillegg var det kontakt med større private aktører som trengte nye lokaler og som ville etablere seg i bygget. De fleste leietakerne var på plass da bygget stod ferdig utviklet i årsskiftet 2009/2010. Fikk et bygg som fungerer i henhold til de visjonene og planen som var for bygget. Hele bygget er fylt med helsetjenester, både i fra offentlige og private aktører. I tillegg har det også i etterkant kommet til aktører som driver utdanning av helsepersonell i bygget. Slik som utviklingen er nå kunne man trengt mer plass for å få plass til enda flere tjenester. Det å samle helsetjenestene på ett sted blir godt mottatt av de som benytter seg av bygget.

Samarbeid og samhandling

Samarbeidet og samhandlingen mellom de offentlige aktørene (de ulike kommunale avdelingene) eksisterer og fungerer bra. Mens samarbeidet mellom de private og offentlige aktørene ikke er veldig utbredt. Det finnes et samarbeid mellom det private røntgeninstituttet og offentlig Legevakt og Kommunal Akutt Døgnetenhet (KAD). Det er også et samarbeid mellom apotek og den kommunale hjemmetjenesten. Det er også ulike private aktører som samarbeider om behandling av pasienter. De private aktørene er mer åpne for å se på ulike grader av samarbeid, og ser stor nytte av å samarbeide med andre for å få tilgang til flere pasienter.

Samarbeidet mellom de private og offentlige aktørene er styrt av avtaler inngått på overordnet nivå. Tilfeldig samarbeid er vanskelig å ha oversikt over. Men, som utvikler av bygget har vi sørget for at avstanden mellom de ulike aktørene er kort, dette kan medføre til økt samarbeid over tid.

Konseptet Helsehus – en suksess?

Det er og var en suksess i fra start. Kan kun snakke om perioden frem til de solgte bygget, men de ser jo at bygget fortsatt er fylt opp med offentlig og private helsetjenester. Det å ha tjenester som kan utfylle hverandre og at de er lett tilgjengelig er en av suksessfaktorene for bygget. Det var en forutsetning for å få lov til å bygge at hele bygget skulle fylles med helsevirksomhet, og det fikk de til. Nåværende eier har en jevn strøm med henvendelser i fra aktører som vil inn i bygget, så vet at de nå ser på

muligheter til å utvide bygget. Byggets beliggenhet i byen med kort avstand til offentlig kommunikasjon så som tog og buss, og at det er god parkeringsdekning er en av faktorene som spiller inn for byggets suksess.

«Fremtidens Helsehus»

Det er fortsatt en del virksomheter som mangler i bygget, men som det pr. i dag ikke er plass til. Men det jobbes med en utvidelse av bygget så da er det muligheter til å få enda flere helsetjenester samlokalisert i bygget. Samtidig har eieren varslet at de ønsker å knytte seg nærmere mot forskning og utdanning, innovasjon og helseindustrien som er leverandør for helseaktørene i bygget. Tror vi kommer til å se flere av slike kombinerte samhandlingshelsehus. Pasienten skal være i fokus og man bør legge til rette for at helsetjenestene er lett tilgjengelig for brukeren uten at man må sette av en hel dag for dette.

4.2.2 Leietakersiden

Informant nr. 1

Daglig leder hos en stor, privat leietaker i Helsehus nr. 1. Driver poliklinisk virksomhet og privat legevakt. Har vært i helsehuset i 5 år, men har vært lokalisert i byen i nesten 30 år totalt. Intervjuet ble gjennomført som et dybdeintervju i slutten av mars, midt i covid-19 situasjonen, så svarene ble noe avkortet og preget av at informanten hadde noe dårlig tid.

Samarbeid og samhandling

Samarbeider med andre private aktører på bygget. Pasientene våre går til en annen virksomhet og tar røntgen. Har en avtale med de betaler hos oss og får en rabatt hos røntgenaktøren. Og så sender vi pasientene våre videre til apoteket, men det foreligger ingen formell avtale her. Fint å ha samlokalisert tjenester som er relatert til hverandre i samme bygg. Dette har vi stor nytte av og det er veldig positivt for oss at både er mulighet for våre pasienter å ha røntgen og apotek i samme bygg. Samarbeidet fungerer veldig bra. Kjenner ikke til om dette samarbeidet eksisterte før man flyttet til helsehuset.

Lokasjon

Beliggenheten er viktig, viktig å ha lokaler som er lett tilgjengelig. Lett for kunden å komme hit. Infrastrukturen er viktig, og det er viktig hvilket område man etablerer seg i, her er det både kontoret og boliger, og at det kommer flere boliger rundt bygget er viktig for oss. Lett å komme seg hit; både med kollektivt og med bil. Og at det nok innbyggere i byen de er etablert i. Årsaken til at vi flyttet hit at de tidligere lokalene var gamle og slitne, og de trengte mer plass. Valget stod om å bruke mange penger på oppussing og utvidelse av de gamle lokalene eller å finne nye lokaler. Da passet det fint at Helsehus nr. 1 var under planlegging. Valgte helsehuset for det var nytt og fresht, og hadde tilgang til større lokaler.

Konseptet Helsehuset – en suksess?

Fungerer veldig bra. Selve innholdet i huset, lokalene i seg selv, moderne, beliggenheten på selve huset, og at det er tilfredsstillende ventilasjon, osv. kvaliteter på bygget.

Apotek er viktig. Veldig viktig for oss at det er et hyggelig bygg og at det finnes servicefunksjoner så som cafe i bygget. Har krav om at det skal være et fresh og innbydende bygg å komme til. Og at beliggenheten er sentral og at det er enkelt å

komme dit. Det er kort avstand til offentlig kommunikasjon og det er tilgang til parkeringsplasser på bygget.

«Fremtidens Helsehus»

Befolkningen kommer til å stille høyere krav til helsetjenestene. Det var forventet en økonomisk vekst, men dette blir det nok en endring på nå. Imidlertid har Norge en stadig økende eldre befolkning, en såkalt «eldrebølge», og en helsetjeneste hvor folk har råd og at det er mer akseptert å bruke penger på egen helse. Det forventes at vi får en kundeøkning, og at det stilles krav til oss, og at de kommer til å fortsette å gjøre det. Det er også forventet at det er flere som kommer til å benytte seg av private helsetjenester som vi tilbyr. Vi ønsker og forventer et større samarbeid/samhandling mellom det offentlige og private – håper på sikt at dette kommer til å skje. Dette kan medføre at helsekøene blir kortere, og da må man jobbe mer sammen. Vi håper at de offentlige utnytter mer av hva de private har å tilby. Dette for å kunne samarbeide for å kunne håndtere eldrebølgen som er forventet å komme. Det er skjedd noe, men det kan bli bedre.

Informant nr. 2

Seksjonsleder hos en offentlig leietaker i Helsehus nr. 1. Driver innenfor fagområdet transfusjonsmedisin-blodbank. Har vært i helsehuset i 5 år. Intervjuet ble gjennomført som et fokusintervju pr. mail i slutten av mars. Besvarelsen var kort og det har vært svært vanskelig å få fulgt opp den korte besvarelsen i etterkant. Besvarelsen ble foretatt midt i covid-19 situasjonen, så besvarelsen er nok påvirket av dette og preget av at informanten har hatt dårlig tid.

Samarbeid og samhandling

Informanten har besvart at de ikke samarbeider eller samhandler med noen andre aktører på bygget. De benytter seg imidlertid av de ulike samhandlingsarealene som befinner seg på bygget – kantine, garderobeanlegg og felles møteroms-senter.

Lokasjon

Begrunnelsen for at de befinner seg i bygget er at det ble etablert et nytt regionsykehus utenfor byen og at de ønsker å være lett tilgjengelig for brukerne de henvender seg til. Viktig å ha en sentral beliggenhet i byen, som er lett å komme til pr. offentlig transport og bil.

Konseptet Helsehuset – en suksess?

Synes at Helsehuset fungerer veldig bra. Veldig viktig og fint at det er kafe og kantine på bygget, dette er med på å skape sosiale relasjoner. Selve utformingen av bygget og hva som er der av tjenester er også viktig.

«Fremtidens Helsehus»

Tenker at et helsehus/helsebygg vil ha en minst like viktig funksjon i fremtiden for å kunne avlaste spesialisthelsetjenesten; det vil si sykehuset.

Informant nr. 3

Avdelingsleder hos en stor, privat leietaker i Helsehus nr. 2. Driver røntgeninstitutt med bl.a. MR, CT, røntgen, mammografi og ultralyd. Har avtale med helseforetaket Helse Sør Øst om radiologitjenester. Har vært i helsehuset i 8 år, men har vært lokalisert annet sted i byen før man flyttet inn. Intervjuet ble gjennomført som et fokusintervju pr mail i

midten av april, midt i covid-19 situasjonen, så svarene ble noe avkortet og er noe preget av situasjonen man var inne i.

Samarbeid og samhandling

Samarbeider med flere aktører på bygget, har et nært samarbeid med offentlig legevakt, KAD og privat hjertespesialist. Har også avtale med helseforetaket Helse Sør-Øst. Utover dette benytter også andre aktører på bygget seg av våre tjenester, bl.a. fastleger, kiropraktorer, andre spesialister. Samarbeidet fungerer veldig bra, men hadde vært fint med et fora hvor vi kunne møtes noen ganger i året for å utveksle erfaringer og bli bedre kjent.

De ulike samarbeidsavtalene oppstod enten da vi flyttet inn eller når andre aktører har kommet inn i bygget. Samarbeidet har oppstått da det har vært et behov for diverse ulike røntgentjenester. Det har også oppstått samarbeid underveis og litt tilfeldig. Samarbeidet med andre aktører har tatt seg naturlig opp ettersom de har oppdaget oss og hva vi kan tilby. Vi samarbeider både med offentlige og private aktører.

Samarbeidet med enkelte av aktørene før vi flyttet inn i helsehuset, men ikke KAD, Legevakt og hjertespesialist. Samarbeidet er blitt betydelig bedre etter at vi ble samlokalisert i samme bygg, men også fordi man kjenner hverandre bedre etter såpass lang tid. Samarbeidet med de offentlige aktørene har kun kommet til pga. samlokalisering i samme bygg.

Lokasjon

Valg av lokalisering skjedde før informantene startet å jobbe der, men de tidligere lokalene de hadde i byen var svært gamle, slitte og upraktiske. Han mener at det var en stor fordel å etablere seg i et helsehus med andre helseaktører. Nærhet til offentlig kommunikasjon er avgjørende ved en slik etablering. I et slikt bygg bør det være enkelt å finne frem – byggets interne logistikk bør være enkel da det er mange ulike brukere som benytter seg av bygget. De som driver et tett samarbeid bør ligge i nærheten av hverandre slik at det blir enkelt å finne frem, både for de som arbeider og benytter seg av de ulike tjenestene.

Konseptet Helsehus – en suksess?

Absolutt. Helsehuset fungerer veldig bra, og har gode eiere og driftspersonell. Plasseringen av lokalet vårt i bygget er også bra, da logistikken mellom oss og de andre vi samarbeider med fungerer veldig bra. Korte avstander og pasientheis gjør arbeidsdagen enklere for mange parter.

Bygget ligger bra til med kort vei til sentrum og offentligkommunikasjon. Det er også viktig med tilgang til parkering – helst gratis eller rimelig parkeringsavgift. God tilgang til HC-plasser.

Helsehuset vi er lokalisert i er et ganske komplett helsehus som burde fungere som en mal for andre tilsvarende helsehus.

«Fremtidens Helsehus»

Viser til ovennevnte svar vedrørende mal for andre helsehus. Litt usikker på om det kommer til å skje noe særlig endring, utenom at det muligens blir mer automatisering og at dette fører til at det blir færre som arbeider på helsehusene. Dvs. at f. eks.

pasientmottak og evt. andre ting blir automatisert og digitalisert. Men tjenestene blir det samme, eller kanskje muligens enda flere.

Informant nr. 4

Seksjonsleder hos en offentlig leietaker i Helsehus nr. 2. Driver innenfor fagområdet helsestasjon og skolehelsetjeneste for barn og ungdom. I tillegg driver de med fødselsforberedende kurs, migrasjonshelsetjeneste, m.m. Har vært i helsehuset i 11 år. Intervjuet ble gjennomført som et fokusintervju pr mail i begynnelsen av mai. Besvarelsen var noe kortfattet, men mulig påvirket av at besvarelsen ble oversendt og besvart under den pågående covid-19 situasjonen.

Samarbeid og samhandling

Har et samarbeid med NAV, apotek og legevakten som befinner seg på huset. Apotek og legevakt er en viktig samarbeidspartner. Har tidligere samarbeidet tett med en annen kommunal enhet som ble flyttet ut av huset tidligere i år i forbindelse med en intern rokkering av lokaler i kommunen. Noe av samarbeidet var allerede i gang før vi flyttet inn i bygget, og etter innflytting ble det etablert samarbeide med ytterligere aktører i samme bygg. Samarbeidet fungerer veldig bra, og må si at dette er blitt mye bedre etter at vi har samlokalisert med de andre aktørene. Samhandler kun med de aktørene som det er naturlig å samarbeide med i forhold til tjenesten. Noen andre, mer tilfeldige samarbeid har det ikke blitt.

Lokasjon

Årsaken til at helsehuset ble valgt var at vår enhet trengte større lokaler, og det falt naturlig å flytte inn i bygget som var under oppføring. Nær beliggenhet til offentlig kommunikasjon, godt med parkering og sentralt i bysentrum var viktige faktorer ved valg av lokalisering.

Store fordeler for vår drift er at det er to innganger med hvert sitt venterom i vårt lokale. Ansatte har mulighet til å samlokalisere seg ved bruk av felles funksjoner så som spiserom, laboratorium, konsultasjonsrom, grupperom etc. På denne måten kan vi holde åpent på dagtid og drifte både helsestasjon for ungdom og helsestasjon for gravide/barn. Gjør det også enklere for meg som leder og for de som arbeider begge steder å kunne dele opp arbeidsdagen på begge enhetene som er samlokalisert.

Konseptet helsehuset – en suksess?

Helsehuset har fungert veldig bra for vår tjeneste i forhold til at det ligger sentralt ved offentlig kommunikasjon og deltjenestene er samlokalisert. Også et positivt element at det er så mange tjenester som er samlokalisert i ett bygg, dog med så mange tjenester så kan bygget blir noe stort og uoversiktlig for enkelte brukere, og det kan være utfordrende å finne frem til riktig tjeneste. Logistikken internt i bygget kan bli vanskelig hvis det er mange innganger og oppganger.

«Fremtidens Helsebygg»

Et helsehus bør ikke bli for stort, for da kan det bli for uoversiktlig og vanskelig å finne frem, særlig for de eldre brukerne av bygget. Tenke også litt bredere, så på mulighet til å samlokalisere flere tjenester som samhandler i dag og som er naturlig ligger på samme sted. Og dra inn mer forskningsmiljøer.

4.3 Funn i fra sammenlignende casestudier

Det finnes mange ulike helsehus og helsebygg i Norge, og de fleste er blitt etablert etter at Samhandlingsreformen ble lansert i 2009, dog med noen unntak som jeg vil komme tilbake til senere i dette kapittelet. Ut ifra et omfattende søk på internett har jeg funnet informasjon om både eksisterende helsehus, og helsehus som er under utredning og planlegging ulike steder i Norge.

Helsehus og helsebygg er en samlebetegnelse på svært ulike kombinasjoner av helse- og omsorgstjenester. Pr i dag foreligger det ingen faste kriterier eller nasjonale retningslinjer for når begrepet helsehus eller helsebygg kan benyttes, og jeg har derfor valgt å videre fremover benytte meg av betegnelsen «helsehus». Dette også på grunn av at «helsebygg» også kan bli oppfattet som sykehus, noe denne oppgaven ikke omhandler. Det finnes også kommuner i Norge som har døpt om sine tradisjonelle sykehjem til helsehus i etterkant av at samhandlingsreformen trådte i kraft i 2012. Eksempler på dette er helsehus i Oslo, Skien, Trondheim og Tromsø. Disse er ikke en del av dette studiet og vil ikke bli omtalt noe videre her.

Enkelte steder er også helsehus kalt for «helsepark». Dette kan være helsehus som inngår som en del av en større næringsklynge med helsevirksomheter, som f. eks. i Drammen hvor det planlegges en storstilt utbygging som blir kalt «Drammen Helsepark» hvor et helsehus er en del av en større utbygging av en helt ny «helsebydel» i Drammen hvor også det nye sykehuset i Drammen skal lokaliseres (Drammen Helsepark, 2020). Dette blir kalt for en helse- og omsorgsklynge av eierne. Imidlertid viser mine undersøkelser at det også er enkelte eiere som har kalt sine helsehus for helsepark selv om det kun er ett bygg som befinner seg på eiendommen. Jeg har valgt å definere dette som et helsehus i mine analyser dersom størrelsen på bygget har falt inn under min utvalgsstørrelse. Det er kun eksisterende helsehus som er tatt inn i denne casestudien. Utredninger om enkelte helsehus under planlegging er tatt inn som en egen del av dokumentstudiet.

Helsehusene som finnes i Norge er av varierende størrelse – i fra ca. 2-5.000 kvm og opp til ca. 31.000 kvm. Jeg har valgt å se på et utvalg av helsehus med størrelse på ca. 10.000 kvm eller mer, og som er enten eid av det offentlige (kommuner) eller eid av private aktører. Videre har jeg foretatt en sammenlignende innholdsanalyse av 3 ulike samhandlingshelsehus i Norge; alle tre er eid av private aktører. Det ene helsehuset er imidlertid deleid av en kommune gjennom en aksjeandel i et privat aksjeselskap. Dette vil jeg komme innpå litt senere i oppgaven under det sammenlignende casestudiet.

Innledningsvis vil jeg redegjøre for noen av de ulike helsehusene og helsebyggene som finnes rundt om i Norges land, og har delt inn caseanalysen inn etter hvordan bygget er organisert; private-, offentlige- og kombinerte samhandlingshelsehus. Da jeg har valgt å sette en utvalgsgrense på min. 10.000 kvm utelukkes det en god del av helsehusene, men dette er for å kunne avgrense oppgavens omfang. Det er også, som nevnt tidligere, en del kommuner som omtaler sine sykehjem som helsehus, men disse har et helt annet formål enn hva denne oppgaven omhandler, og er derfor av naturlige årsaker utelukket i fra denne oppgaven.

4.3.1 Kommunale helsehus

Felles for de aller fleste helsehusene, uansett eierform, er at de har som hovedformål å tilby primærhelsetjenester til innbyggerne i den kommunen/regionen helsehuset befinner seg i. Innenfor primærhelsetjenesten inngår følgende helsetjenester:

- Allmennlegetjeneste (fastlege)
- Legevakt og akuttmedisinske tjenester
- Forebyggende helsetjenester (fra fødsel og opp til 20 år) f. eks. helsestasjon for barn og unge
- Jordmortjenester
- Habiliterings- og rehabilitering
- Hjemmetjeneste og hjemmesykepleie
- Sykehjem
(Regjeringen.no, 2014)

De helsehusene som inneholder kun slike tjenester er eid og driftes av kommunene helsehuset befinner seg i. Helsehuset kan også være et tilbud til innbyggerne i en eller flere kommuner, via et interkommunalt samarbeid eller andre typer avtaleformer kommunene seg imellom. For mindre kommuner kan slikt kommunalt samarbeid være løsningen på å kunne tilby sine innbyggere de helse- og omsorgstjenester de rettmessig har krav på.

Eksempler på slike kommunale helsehus er: Skien Helsehus, Helsehuset Stavanger og Bamble Helsehus. Det finnes en del tilsvarende helsehus rundt om i Norges kommuner, og det flere er under planlegging – se vedlegg nr. 2 for en mer utfyllende liste over helsehus i Norge.

Andre helsehus inneholder også en andel av spesialisthelsetjenester som ikke utøves på et sykehus. Spesialisthelsetjenesten er styrt av staten, og omfatter følgende helsetjenester:

- Somatiske og psykiatriske sykehus. Somatisk betyr «kroppslige/fysiske» (Wikipedia.org, 2017)
- Poliklinikker og behandlingssentre
- Opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjoner
- Institusjoner for tverrfaglig spesialisert behandling av rusmisbruk
- Prehospitale tjenester (ambulans-, luftambulans-, pasientreise- og syketransport, samt akuttmedisinsk kommunikasjonsentral AMK)
- Privatpraktiserende spesialister
- Laboratorievirksomhet
- Røntgenvirksomhet
(Regjeringen.no, 2014)

En del av helsehusene i Norge inkluderer også en del av ovennevnte tjenester, dog ikke alle, så som somatiske og psykiatriske sykehus, og institusjoner for behandling av rusmisbruk. Dette er som oftest løst i egne behandlingssenheter.

Privatpraktiserende spesialister (avtalespesialister) har avtale med de ulike helseforetakene om behandling innenfor poliklinisk virksomhet i de ulike regionene i Norge. Avtalespesialistene er spesialister innen psykologi og psykiatri, samt legespesialister. Legespesialistene jobber innen flere ulike fagområder så som; hud,

anestesiologi, barnesykdommer, fysikalskbehandling, øre-nese-hals, røntgen, gastroenterologi, indremedisin, kirurgi, lungemedisin, nevrologi, ortopedi, revmatologi, urologi, øye, røntgen og gynekologi (Helse Sør-Øst, 2020).

Det er en del av de kommunale helsehusene som har enkelte av slike helsetjenestene inkludert i sitt kommunale helsehus, så som f. eks. prehospitale tjenester; da gjerne samlokalisert med en legevakt og akuttmedisinske tjenester.

Eksempler på slike kommunale helsehus er: Alta Helsehus, Bergen Helsehus, Halden Helsehus, Øya helsehus i Trondheim og Helsehuset Sarpsborg. Felles for slike helsehus er at kommunen/kommunene som drifter og eier er slik hus har inngått et samarbeid med sine regionale helseforetak om å samlokalisere både kommunale- og statlige helsetjenester. Man kan kalle dette for et offentlig samhandlingshelsehus.

I Sarpsborg kommune har de opprettet Sarpsborg Helsehus hvor de har samlet en rekke helsetjenester under samme tak, i tillegg til tjenester som driftes av Sykehuset Østfold. Disse tjenestene er:

- Blodbank
- Blodprøvetaking
- Hjelpemiddelsentral / behandlingshjelpemidler

Dette er i tillegg til kommunens tjenester som er:

- Legevakt
 - Vaksinasjons og smittevernkontor
 - Poliklinikk diabetes
 - Korttidsavdeling
 - Samordna tjenester
 - Fysioterapeut og ergoterapi for voksne / eldre
 - Velferdsteknologi
 - Demensteam
- (Sarpsborg kommune , 2019)

I Trondheim har de valgt en litt annen løsninger. Her har de «Øya Helsehus», som ligger tett inntil St. Olavs Hospital, og er knyttet sammen med sykehuset med en broforbindelse mellom de to byggene. Følgende tjenester er lokalisert i helsehuset:

- Klinisk observasjon
 - Opptrening
 - Tverrfaglig vurdering
 - Funksjonsvurdering
 - Vurdering av videre tjenestebehov
 - Lindrende behandling
 - Kommunal akutt døgnenhet
 - Videreføring av igangsatt medisinsk behandling
 - Kommunal legevakt
 - Fastlegesenter
- (Trondheim Kommune, 2019)

I tillegg er NTNU's institutt for sykepleievitenskap og NTNU's institutt for samfunnsmedisin lokalisert i det samme bygg (Trondheim Kommune, 2019). Det er også

andre kommuner som har valgt å legge sine helsehus i tilknytning til region- eller lokalsykehus, dette gjelder også Moss sitt Peer Gynt Helsehus, og Bergen Helsehus.

4.3.2 Samhandlingshelsehus

Det finnes også helsehus som inneholder mange av de tjenestene som er nevnt ovenfor, men som også inkluderer andre tilknyttede tjenester så som NAV-kontor, andre private helsetjenesteleverandører og ulike servicefunksjoner så som apotek, kafévirksomhet, m.m. Disse byggene er som oftest eid av private eiendomsaktører som tilbyr lokaler til både offentlige og private aktører innen helse. Det er disse helsehusene jeg har valgt å kalle for kombinerte samhandlingshelsehus. Eksempler på slike helsehus er: Helsehuset Fredrikstad, Romerike Helsebygg, Sunnfjord Medisinske Senter og Gardemoen Campus; hvor både Helsehus for Øvre Romerike er lokalisert i tillegg til LHL-Sykehuset Gardemoen. I disse helsehusene er det en kombinasjon av både offentlige og private helseaktører som utfører primær- og spesialisthelsetjenester til innbyggerne i kommunen, og/eller regionen de befinner seg i. I tillegg har byggene leietakere som ikke driver med rene helsetjenester, men tjenester som er nært tilknyttet helse og omsorgsarbeid i kommunene. Dette kan være NAV kontorer som samarbeider nært med ulike kommunale og statlige helsetjenester og kommunal frisklivssentral.

Gardemoen Campus er et område som ligger rett ved Oslo Lufthavn på Gardemoen, og består av ulike bygg som har en fellesbetegnelse som «campus». Helsehuset i denne campusen er et relativt lite bygg som ikke vil bli tatt videre med i denne redegjørelsen.

Jeg har valgt å foreta en innholdsanalyse av de tre kombinerte samhandlingshelsehusene jeg har funnet frem til i Norge; Romerike Helsebygg, Helsehuset Fredrikstad og Sunnfjord Medisinske Senter. Men, først en kortfattet presentasjon av de tre helsehusene.

Romerike Helsebygg

Et helsehus som ligger sentralt plassert i Lillestrøm, rett ved offentlig kommunikasjon som tog og buss. Det er også godt med parkering i tilknytning til bygget. Helsehuset har en kombinasjon av både offentlige og private leietakere som alle driver med helsevirksomhet rettet mot innbyggerne i Lillestrøm kommune og området rundt. Bygget er på totalt ca. 31.000 kvm inkl. parkering (ca. 10.000 kvm) og er regnet som et av Norges største samhandlingshelsehus pr. i dag hvis man ser på antall aktører i bygget. Lillestrøm kommune er en stor leietaker i bygget, i tillegg er det andre statlige og private leietakere i bygget. Bygget stod ferdig i 2009/2010, og var et av de første helsehusene i Norge som var bygget opp med tanke på de føringer som ble gitt av regjeringen i Samhandlingsreformen. Selv om bygget stod ferdig før reformen trådte i kraft (2012) så var tankene bak bygget knyttet til samhandling og samarbeid for å kunne tilby alt av helsetjenester for innbyggerne under ett tak. Helsehuset er eid av en privat eiendomsaktør, Linstow AS, som kjøpte bygget i 2011 (Linstow AS , 2019).

Helsehuset Fredrikstad

Et helsehus som ligger sentralt plassert i Fredrikstad, med god tilgang til offentlig kommunikasjon som buss. Det er også godt med parkering i tilknytning til bygget. Helsehuset har en kombinasjon av både offentlige og private leietakere som driver med helsevirksomhet rettet mot innbyggerne i Fredrikstad kommune og området rundt. Bygget er på totalt ca. 31.700 kvm inkl. parkering (6.250 kvm) og stod ferdig bygget i 2013. Fredrikstad kommune er den største leietakeren i bygget, i tillegg er det andre

private leietakere i bygget som driver med helsevirksomhet. Bygget er bygget i henhold til de føringer som ble gitt i Samhandlingsreformen som trådte i kraft 1. januar 2012. Helsehuset ble bygget av en privat eiendomsaktør, Værste Eiendom AS. De har solgt eiendommen videre til et eiendomsfond, men forvalter fortsatt eiendommen på vegne av eiendomsfondet.

Sunnfjord Medisinske Senter

Et helsehus som ligger sentralt plassert i Florø sentrum, med god tilgang til offentlig transport (buss) og god tilgang til parkering i tilknytning til bygget. Helsehuset har en kombinasjon av både offentlige og private leietakere som driver med helsevirksomhet rettet mot innbyggerne i Flora kommune og området rundt. Bygget er på totalt ca. 6.200 kvm. Deler av bygget stod ferdig bygget i 2001, men har blitt utvidet i to omganger etter dette, byggetrinn 2 i 2012, og byggetrinn 3 i 2014. Selv om bygget egentlig er for lite til å havne i mitt utvalg har jeg valgt å ta inn dette i mine funn da helsehuset er ett av få kombinerte samhandlingshelsehus i Norge. I tillegg er Sunnfjord Medisinske Senter trukket frem av helseminister Bent Høie som modell for hvordan regjeringen (Solberg) tenker seg å organisere primær-helsetjenestene i kommunene i årene fremover (Det Kongelige Helse- og omsorgsdepartement , 2015). Helsehuset er eid av et privat aksjeselskap hvor det er en rekke eiere i bakkant. Flora kommune er blant en av aksjeeierne, i tillegg til en del andre aktører som også har virksomhet i bygget (purehelp.no, 2020).

Alle disse tre helsehusene støtter opp om myndighetenes ønsker om å samlokalisere helsetjenester og personell slik at de gjør tjenestene mer helhetlig for brukerne. En slik samlokalisering vil bidra til at brukerne av helsetjenester i kommuner kun får en dør eller ett sted å forholde seg til, og at det blir lagt til rette for en bedre samhandling mellom de ulike personellgruppene som befinner seg på bygget.

Sammenstilling av innhold – kombinerte samhandlingshelsehus

	Romerike Helsebygg	Helsehuset Fredrikstad	Sunnfjord Medisinske Senter
Tjenesteinnhold			
<u>Kommunale primærhelsetjenester</u>			
-Allmennlege / Fastlege	x		x
-Legevakt	x	x	
-Kommunal akutt døgnenhet (KAD)	x	x	
-Helsestasjon for barn og unge	x		x
-Jordmortjenester	x		x
-Habilitering og rehabilitering		x	x

-Hjemmetjeneste og hjemmesykepleie	x	x	
-Sykehjemsplasser			
- korttidsplasser			
- langtids plasser			
-Migrasjonshelsetjeneste	x		
-Frisklivssentral		x	
-Kreftkoordinator			x
-Demensteam			
-Tjenestetorg/Tildelingskontoret		x	
-Lindrende enhet			
-Feltpleie		x	
-Tiltakstjeneste - rus og omsorg			x
-Kommunepsykolog			x
<u>Spesialisthelsetjenester</u>			
-Poliklinikk og behandlingssentre			x
-Prehospitale tjenester		x	x
-Privatpraktiserende spesialister	x		
-Gynekolog	x		
-Røntgen virksomhet	x	x	x
-Psykolog	x		
-Laboratorievirksomhet		x	
-Blodbank	x	x	x
-Mammografi	x		
-Øre-Nese-hals spesialist	x		
-Hjertespesialist	x		
-Overgrepsmottak		x	

-Ortopediklinikk	x		
-Hudpoliklinikk			x
-Lærings- og mestringssenter			x
-Psykisk helsevern for barn og unge (BUP)			x
-Psykiatrisk poliklinikk			x
<u>Andre kommunale tjenester</u>			
NAV kontor	x	x	x
<u>Private helseaktører</u>			
-Øyelege	x		x
-Kiropraktor	x		x
-Fysioterapeut	x		
-Privatpraktiserende allmennlege	x		
-Tannlegesenter	x	x	
-Reguleringstannlege	x		
-Poliklinikk /Legesenter		x	
-Anorexi Senter /Spiseforstyrrelsesklinikk		x	
-Hørsel - og språk	x		x
-Rehabilitering - minne og språk			x
<u>Servicefunksjoner</u>			
Apotek	x	x	x
Kafè	x	x	
Kantine		x	
Frisør		x	
Synssenter	x		x

Vekter service		x	
<u>Andre tjenester/aktører/frivillighet</u>			
Offentlig tannhelsetjeneste	x		
Utdanningsinstitusjon - voksenopplæring/høyskole/universitet	x		
Blindeforbundet			x
Røde Kors	x		
Totalt antall tjenester	30	21	23

Tabell 2: Oversikt innhold helsehus i Norge (egen utarbeidelse)

I tillegg til de tre helsehusene som er gått igjennom ovenfor finnes det noen lignende helsehus som er under bygging, disse er: Sandnes Helsepark og Stord Helsepark. Og det er noen som er under planlegging; bl. a. i Drammen Helsepark og i Helsebyen Eg i Kristiansand. Her er det planlagt helsehus som en del av en mer omfattende heleklynge og/eller helsepark. En liste over ulike helsehusene som befinner seg i Norge ligger vedlagt denne oppgaven som vedlegg nr. 2.

4.3.3 Private Helsehus

Det finnes også en del private helsehus, disse er eid av private eiendomsaktører eller private helsetjenesteaktører. I disse husene er det ingen kommunale eller statlige aktører, kun private helsetilbydere som tilbyr sine tjenester både med og uten avtale med det offentlige (med og uten henvisning). Eksempler på slike helsehus er: Helsehuset Kongsberg, Sandefjord Helsepark, Lillengen Helsepark i Råde utenfor Moss og Bredsand Helsehus i Rygge utenfor Fredrikstad.

5 Drøftelse

Jeg vil i denne delen ta for meg de funnene som er kommet frem i oppgavens litteratur- og dokumentstudie, sammenlignende casestudie, og dybde- og fokusintervjuene, og analysere disse opp mot det teoretiske rammeverket som ligger til grunn for oppgaven. Drøftingen vil ta utgangspunkt i oppgavens problemstilling og forskningsspørsmål, som er følgende:

Problemstilling:

«Hva skal fremtidens kombinerte samhandlings helsehus inneholde av tjenester og tilbud?»

Forskningsspørsmål:

1. *Hvilke type helsehus finnes i Norge i dag?*
2. *Hvordan fungerer samarbeidet mellom de ulike helseaktørene innenfor disse helsehusene? Og, finnes det et samarbeid?*
3. *Hva er viktige faktorer ved etablering av nye kombinerte samhandlingshelsehus?*

Det vil videre bli tatt utgangspunkt i de ulike temaene som har vært førende for det empiriske materialet som er innhentet.

5.1 Forskningsspørsmål nr. 1: «Hvilke type helsehus finnes i Norge i dag?»

Bakgrunnen for at det har oppstått helsehus i Norge i dag er at det i 2009 ble lansert en reform av helse- og omsorgstjenesten i Norge (Samhandlingsreformen) hvor det kom frem at datidens helse- og omsorgstjenester burde bli organisert på en bedre og mer helhetlig måte for å kunne møte de store utfordringene Norge og kommunene står ovenfor i årene fremover med økt befolkningsvekst og stadig flere eldre innbyggere som lever lengre. Intensjonen bak helsehusene var å få til en mer tverrrfaglighet og samhandling mellom tjenestene som var lokalisert i slike bygg. Reformens intensjoner var blant annet å forebygge folkehelsen til befolkningen, bedre samarbeidet mellom de ulike helsetjenestene, sterkere brukermedvirkning og brukeren i fokus (Det kongelige Helse og Omsorgsdepartement, 2009).

Som det er redegjort for i oppgavens teorikapittel og det sammenlignende casestudie finnes det mange ulike former for helsehus i Norge. Disse kan grovt sett deles inn i tre ulike typer av helsehus; kommunale helsehus, samhandlingshelsehus og private helsehus.

Kommunale helsehus er et helsehus som er etablert av en eller flere kommuner i samarbeid for å forhindre innleggelse på sykehus, eller for at sykehusopphold blir kortest mulig (Raustøl, 2013). I tillegg til å inneholde ulike primærhelsetjenester kan slike

helsehus også inneholde korttids- og langtidsplasser for pasienter. Rehabiliterings- sengeplasser tilbys også i mange av de kommunale helsehusene. Som det kommer frem av det sammenlignende casestudiet er det også en del kommuner som har døpt om sine tradisjonelle sykehjem til helsehus i etterkant av at samhandlingsreformen trådte i kraft i 2012. Eksempler på dette er helsehus i Oslo, Skien, Trondheim og Tromsø.

Samhandlingshelsehus er et samlebegrep for de av helsehusene som er etablert for å realisere intensjonen med samhandlingsreformen. Disse helsehusene legger i stor grad vekt på samhandling og samarbeid mellom kommuner og sykehus, mellom primær og spesialisthelsetjenesten, og mellom kommuner. I casestudiet fremgår det forskjellen på de ulike tjenestene som tilbys fra det offentlige - kapittel 4.3.2. Samarbeidet og samhandlingen som gjøres i helsehuset skal gavne brukerne, de ansatte og de pårørende. Samhandlingshelsehus benyttes som et verktøy for å forebygge, behandle tidligere, og samhandle mer og bedre. Samhandlingen styres både mellom de ulike helseprofesjonene og mellom kommuner og sykehus. Det skal tilbys et mer helhetlig og koordinert tjenestetilbud (Raustøl, 2013). Her er det snakk om rett behandling, til rett tid, på rett sted. Samhandlingshelsehusene tilbyr helsetjenester til brukerne både før og etter sykehusbehandling, enkelte ganger kan tjenestene på et slik helsehus erstatte behandlingen på et sykehus. Som det fremkommer av det sammenlignende casestudiet kan samhandlingshelsehusene ha både offentlig og privat eierskap, og aktørene i bygget kan være både offentlige og private.

Ut ifra de redegjørelsene som er gjort i det sammenlignende casestudie er de samhandlingshelsehusene som er i offentlig eierskap som regel fylt med offentlige helseaktører – både i fra den kommunale primærhelsetjenesten og i fra den statlige spesialisthelsetjenesten. Enkelte av de offentlige samhandlingshelsehusene blir også kalt distrikts medisinske sentre eller lokalmedisinsk senter, men funksjonen til disse skal være det samme som et samhandlingshelsehus. Det finnes ikke innslag av private aktører i de kommunale samhandlingshelsehusene. Dette viser den gjennomgangen som er gjort av helsehus i Norge (se vedlegg nr. 2). I rapporten som er gjort i forbindelse med forprosjektet for helsehuset i regionen Nordhordaland er det imidlertid avdekket og beskrevet en del eksterne interessenter til det kommunale helsehuset, men disse er ikke nærmere utredet mht. antall kvm og antall (Deloitte, 2012).

I sluttrapporten for nytt helsehus i Bodø er det ikke tatt inn private aktører som fremtidige leietakere i bygget. Det er kun ulike offentlige enheter som er tenkt som fremtidige aktører i bygget – se figur nr. 30 i dokumentstudiet om innhold og leietakersammensetning. Figuren viser hvilke funksjoner som huset skal inneholde, og i selve rapporten er private helsetjenesteytere ikke nevnt i det hele tatt, kun det private næringsliv er tatt inn som en mulig leietaker av avsatt innovasjonsareal, hvor det er tenkt utvikling av velferdsteknologi, osv.

Det eneste samhandlingshelsehuset i Norge hvor det er både offentlige og private helseaktører, og som er delvis eid av en kommune er Sunnfjord Medisinske Senter. Dette helsehuset er eid av et privat aksjeselskap (AS) hvor Florø kommune står oppført som en av mange andre aksjeeiere (Brønnøysundregisteret, 2020).

I rapporten om helsehuset i region Nordhordaland er det tatt en kort vurdering på om regionen skal leie eller eie bygget hvor helsehuset skal etableres. Det ble tatt en vurdering på fordeler og ulemper ved å leie/eie selve bygget selv, og om bygging av

bygget skulle inngå som et offentlig-privat samarbeid (OPS). Det kommer frem lite informasjon om hvordan vurderingene på dette ble gjort, men de kom frem til at det ikke eksisterte et eksisterende bygg som kunne passe behovet regionen hadde og som de kunne leie uten større ombygginger. Dette kunne bli problematisk mht. lov om offentlige anskaffelser, så dette alternativet ble derfor lagt bort (Deloitte, 2012). Når det gjaldt et OPS-samarbeid om bygging av et nytt bygg, ble dette også diskutert og prosjektgruppen kom frem til at det var ønskelig å bygge selv. Vurderingene på hva som ligger bak denne beslutningen kommer ikke tydelig frem av rapporten.

I de samhandlingshelsebyggene som er eid av private aktører, er det et større innslag av private helsetjenestetilbydere i tillegg til offentlige aktørene – se vedlegg nr. 2. Årsaken til dette kan være for å kunne supplere det offentlige tilbud av tjenester, samt å kunne tilby noe mer utfyllende tjenester til brukerne. De private samhandlings helsehusene har et kommersielt perspektiv lagt til grunn, mens utviklingen og driften av dette er tilpasset lokale forhold og behov. Disse helsehusene har som regel både offentlig og private helseaktører som leietakere, med hovedtyngden av private aktører som tilbyr en rekke ulike helsetjenester (Raustøl, 2013).

Mitt sammenlignende casestudie viser også at det finnes en rekke private helsehus hvor kun private helseaktører er lokalisert. Dette fungerer som et supplement og som et privat alternativ til det offentlige helsetilbudet. Tilbydere i et slikt helsehus kan også være private avtalespesialister, som utfører helsetjenester på vegne av det offentlige.

På bakgrunn av innsamlet materiale i fra mitt dokument- og casestudie kan man si at det eksisterer et «hav» av ulike helsehus i Norge, men ved å gå nærmere i dybden på de ulike helsehusene og se på hva de tilbyr av tjenester danner det seg et mønster for en mulig inndeling av de ulike byggene. Dette mønsteret er noe jeg har prøvd å få frem i denne delen av studiet. Nedenfor har jeg satt opp en oversiktstabell som viser Norges 10 største helsehus som viser: navn, størrelse, type helsehus, eierforhold, innhold offentlig vs. private aktører, beliggenhet (kommune). Bygg som er kalt helsehus men som kun inneholder sykehjemsplasser er utelatt i fra oversikten. Tabellen er satt opp med bakgrunn i fra informasjon tatt i fra vedlegg nr. 2 til denne oppgave:

Navn på helsehuset	Antall kvm	Type helsehus	Eierforhold	Innhold Offentlig/privat/ kombinasjon av begge	Beliggenhet – by/sted og kommune
Helsehuset Fredrikstad	31.700 kvm inkl. park.	Samhandlings -helsehus	Privat eid	Kombinasjon av offentlig og private aktører	Fredrikstad by og kommune
Romerike Helsebygg	31.000 inkl. park.	Samhandlings - helsehus	Privat eid	Kombinasjon av offentlig og private aktører	Lillestrøm by og kommune

Nordhordaland Helsehus	16.800 kvm	Samhandlings helsehus	Kommunalt eid	Kommunale og statlige aktører	Knarvik i Florø kommune
Lillengen Helsepark	15.000 kvm	Privat helsehus	Privat eid	Private aktører	Moss by og kommune
Sandefjord Medisinske Senter	11.300 kvm	Samhandlings helsehus	Kommunalt eid	Kommunale og statlige aktører	Sandefjord by og kommune
Kjelle Helsepark	10.800 kvm	Samhandlings helsehus	Privat eid	Kombinasjon av offentlige og private aktører	Tønsberg by og kommune
Haugesund Medisinsk Senter	10.500 kvm	Privat helsehus	Privat eid	Private aktører	Haugesund by og kommune
Stjørdal helsehus	10.000 kvm	Samhandlings helsehus	Kommunalt eid	Kommunale og statlige aktører	Stjørdal kommune
Elverum Helsehus	9.500 kvm	Kommunalt helsehus	Kommunalt eid	Kommunale aktører	Elverum
Øygarden Lokalmedisinsk senter	9.200 kvm	Samhandlings helsehus	Kommunalt eid	Kommunale og statlige aktører	Fjell i Nye Øygarden kommune

Tabell 3: Oversikt 10 største helsehus i Norge pr juni 2020 (egen utarbeidelse)

Det å få et eksakt tall på hvor mange helsehus det finnes har vist seg umulig, da det finnes så mange ulike betegnelser på slike bygg i Norge, og å søke etter statistiske tall er vanskelig da helsehusene kan inngå i betegnelsen som både «helsebygning» og «kontor- og forretningsbygg» i tallgrunnlaget på antall bygninger i fra Statistisk Sentral Byrå (Statistisk Sentral Byrå, 2020).

5.2 Forskningsspørsmål nr. 2: «Hvordan fungerer samarbeidet mellom de ulike helseaktørene innenfor disse helsehusene? Og, finnes det et samarbeid?»

5.2.1 Samarbeid helsehus

Med utgangspunkt i de gjennomførte dybdeintervjuene som er foretatt med ulike aktører i helsehus kan man hevde at det finnes et samarbeid og at samarbeidet i byggene fungerer bra, så lenge man ser på det samarbeidet som foreligger der i dag. Ut ifra

svarene som er gitt kan man si at de kommunale og offentlige aktørene samhandler godt med seg selv og seg imellom. De kommunale aktørene samhandler og samarbeider med andre kommunale aktører, og det samme er gjeldende for de statlige aktørene. Dog med noen unntak – ref. svar informant nr. 4 Leietakersiden, som også samarbeider med et apotek som drives av en privat aktør. De private aktørene samhandler mest med de andre private aktørene, men også med det offentlige såfremt det foreligger en avtale om tjenesteutførelse på vegne av det offentlige (ref. svar informant nr. 3 Leietakersiden). Ut ifra svarene som er gitt får man et inntrykk av det eksisterer såkalt silotenkning hos enkelte offentlige aktører (tenker kun på seg og sitt) og lite på hvordan man med samhandling med andre aktører kan utføre sine tjenester på en annen og, mulig, bedre måte. (ref. svar informant nr. 2 Leietakersiden). Med utgangspunkt i fra de svarene som er gitt i fra utvikler og eiersiden i dybdeintervjuene som er gjennomført var tanken bak de ulike helsehusene at man skulle få til et bredt samarbeid mellom de ulike aktørene som befinner seg i helsehusene. Men i etterkant ser de at samhandling på tvers av fagområder og aktørene er vanskeligere å få til enn hva man trodde. Samhandling mellom offentlige og private helseaktører er styrt politisk og av myndighetene, og har vist seg vanskelig å få til uten formelle avtaler på plass (ref. svar informant nr. 1 Eiersiden). Noe samhandling finnes dog på tvers av fagområder i det ene helsehuset; her har man opprettet såkalte «samhandlingsarealer» som benyttes av alle aktører, uavhengig om de er private eller offentlige. Men dette er arealer som bærer preg av å være fellesarealer som alle på bygget har nytte av. De to helsehusene hvor aktørene befinner seg i er såkalte samhandlingshelsehus med kombinasjon av både offentlige og private aktører, så grunnlaget for samarbeid og samhandling burde ligge til stede.

5.2.2 Offentlig samarbeid

Dagens offentlige helse- og omsorgstjenester er preget av at det på 1990-tallet ble såkalt «New Public Governance» som var en styrende regimet for det offentliges styring og organisering av offentlige etater (Holmen, 2016). De ulike etatene (kommunene og offentlige foretak) er gjensidig avhengige av hverandre, og avgjørelser blir tatt av de ulike partene sammen etter en forutgående dialog og eventuelle forhandlinger. Såkalt «samstyring» finner sted når likeverdige aktører samhandler i forbindelse med utførelsen med en eller flere oppgaver (Røiseland & Vabo, 2016). Det offentlige samarbeidet mellom statlige og kommunale helsetjenesteaktører er styrt gjennom inngåtte avtaler om samarbeid – dette er styrt gjennom lover og forskrifter som er satt av myndighetene. I forbindelse med Samhandlingsreformen ble det vedtatt og etablert en helse- og omsorgstjenestelov (Kommunehelse-loven) som regulerer hva som skal tilbys innbyggerne i en kommune av helse- og omsorgstjenester (Lovdata, 2011). I tillegg finnes det avtaler mellom private spesialpraktiserende leger innenfor en rekke fagområder som har avtale med de regionale helseforetakene om å utøve helsetjenester til innbyggerne på vegne av det offentlige – ref. kap. 4 s. 73. Det vises imidlertid til i en rapport i fra Nasjonalt nettverk for implementering av samhandlingsreformen 2015 at lovverket som er knyttet opp mot samhandlingsreformen bør forenkles slik at skillet mellom de ulike nivåene mellom overordnede avtaler og tjenesteavtaler bør bli mer differensiert. Samtidig nevnes det at avtalene er for omfattende og for lite kjent for de ulike aktørene (Nasjonalt nettverk for implementering av samhandlingsreformen, 2015). Samme nettverk gir råd om at samarbeidet mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten må bli tettere for å sikre at intensjonene bak samhandlingsreformen blir utført – «rett pasient – på rett sted – til rett tid».

I en etterfølgende stortingsmelding til samhandlingsreformen (st.mld. nr. 47 2008-2009) «Nasjonal helse- og omsorgsplan 2011-2015, st. mld. nr. 16 (2010-201)» legges det opp til at daværende regjering ønsket å videreutvikle samhandlingen mellom offentlig-, frivillig og privat sektor for kunne bidra til bedre velferd, dvs. bedre helse. Ut ifra de undersøkelser som er gjort i denne oppgaven kan man hevde at det eksisterer lite samarbeid og samhandling mellom privat og offentlig sektor i de helsehusene som er gjennomgått (ref. intervjuer og dokumentstudier gjort i kap. 4).

5.2.3 Fremtidig samarbeid

Det kan imidlertid skje endringer på dette i tiden fremover. Det er i etterkant av den sistnevnte stortingsmeldingen kommet ytterligere stortingsmeldinger hvor det er trukket frem at man ønsker å skape «pasienten helsetjeneste» (Det Kongelige Helse- og omsorgsdepartement, 2015). Med dette mener de at innbyggerne skulle motta helse- og omsorgstjenester som var i tråd med dagens og fremtidens behov. Regjeringen ønsker å stimulere til bedre samlokalisering for å kunne få til bedre samhandling og samordning av tjenester. Pasienten skal også bli mer delaktig i de beslutninger som gjelder dem selv. Pasientene skal være i fokus, og ingen beslutninger skal tas uten at pasienten hadde vært involvert. Det ble i samme stortingsmelding gitt forslag til tiltak om bedre styring og ledelse i staten og at lovverket skulle forenkles.

De utredningene på helsehus som er tatt frem i dokumentstudiet – nytt helsehus i Bodø og i regionen Nordhordaland – kan man hevde at det er tatt hensyn til de siste stortingsmeldingene som har omhandlet helse- og omsorgstjenester. I begge helsehusene har man tatt inn flere aktører enn hva som er tatt inn i andre offentlig eide helsehus, men dog ingen private aktører (ref. modeller utforming helsehus Bodø og Nordhordaland). Årsakene til dette kan være mange – i den ene utredningen var begrunnelsen på dette at helsehuset da ble for stort og omfattende (Deloitte, 2012). På bakgrunn av dette kan man hevde at de planlagte helsehusene ikke treffer helt i det dagens regjering ønsker for samarbeid og samhandling, da de private aktørene innenfor helsetjenester holdes utenfor det konseptet som er valgt for det enkelte helsehus.

5.2.4 Organisering og styring av samarbeid

Hvis man tar et nærmere titt på hvordan de ulike helsehusene i Norge er organisert på eiersiden så kan man se at de fleste helsehusene i Norge er i offentlig eie, men at det også finnes en del helsehus i privat regi – ref. vedlegg nr. 2. Det er tidligere i studien gjort rede for forskjellen på innholdet i offentlige eide helsehus kontra private eide helsehus. I de privat eide helsehusene finnes det en kombinasjon av både offentlige og private aktører, mens i de offentlig eide helsehusene finnes det kun offentlige aktører. Slik det kommer frem i fra vedlagte liste over helsehus i Norge (vedlegg nr. 2) er det ingen av helsehusene som er bygget som et offentlig-privat samarbeid (OPS). Årsaken til dette er det ikke gått inn på i dette studiet. I sluttrapporten for nytt helsehus for Bodø av 2019 er dette temaet trukket frem som noe som skal vurderes nærmere videre inn i prosjektet.

I rapporten om helsehuset i region Nordhordaland er det tatt inn en kort vurdering på om regionen skal leie eller eie bygget der hvor helsehuset skal etableres. Det ble tatt en vurdering på fordeler og ulemper ved å leie/eie selve bygget selv, og om bygging av bygget skulle inngå som et offentlig-privat samarbeid (OPS). Det kommer frem lite informasjon om hvordan selve vurderingene av dette ble gjort, men de kom frem til at det ikke eksisterte et eksisterende bygg som kunne passe behovet regionen hadde og

som de kunne leie uten større ombygginger. Dette kunne bli problematisk mht. lov om offentlige anskaffelser, så dette alternativet ble derfor lagt bort (Deloitte, 2012). Når det gjaldt et OPS-samarbeid om bygging av et nytt bygg, ble dette også diskutert og prosjektgruppen kom frem til at det var ønskelig å bygge selv. Vurderingene på hva som ligger bak denne beslutningen kommer ikke tydelig frem av rapporten.

Både i Samhandlingsreformen (St.mld.nr. 47) og i de etterfølgende stortingsmeldinger som er lagt frem i denne oppgaven er samarbeid og samhandling sentrale temaer for å kunne bidra til å kunne levere best mulig helse- og omsorgstjenester til innbyggerne i fremtiden. Det finnes en rekke virkemidler for å få til dette på en god måte og som er innenfor gjeldende regelverk for samarbeid og partnerskap mellom ulike aktører – både offentlige og private. Det finnes ulike typer for samstyring hvor man har ulike typer innenfor ulike nivåer og hvor det tas hensyn til om det er kun offentlig eller flere sektorer involvert.

	Kun offentlig sektor	Flere sektorer
Kun ett nivå	Type 1 Interkommunalt samarbeid Interkommunale selskaper	Type 2 Prosjekter eller komiteer, evt. i planleggingsprosesser. Partnerskap, OPS eller aksjeselskap ved ivaretagelse av driftsoppgaver
Flere nivået	Type 3 Samarbeidsprosjekter knyttet til infrastruktur (f. eks. bil, bane, båt), NAV, samhandlingsreformen.	Type 4 Regionale utviklingsprogram i regi av fylkeskommunene.

Figur 33: Eksempler på samstyring i Norsk lokalpolitikk (Røiseland & Vabo, 2016)

Ovennevnte figur viser hvordan samstyring kan foregå på forskjellige måter hvor offentlig sektor og også privat sektor kan være involvert. I helsehuset som er etablert i Sunnfjord (Sunnfjord Medisinske senter) er et eksempel på samstyring type 2. Dette helsehuset er eid av et privat aksjeselskap, hvor Florø kommune er en av aksjeeierne i selskapet. Florø kommune har også vært aktivt inne i hvordan dagens bygg fremstår med tanke på innhold og leietakere. Dette helsehuset er også blitt presentert av dagens helseminister (Bent Høie) som et godt eksempel på hvordan samarbeid og samlokalisering av helsetjenester kan organiseres for å kunne møte morgendagens utfordringer (Det Kongelige Helse- og omsorgsdepartement , 2015).

5.2.5 Oppsummering

Ut ifra hva som er gått igjennom i forbindelse med drøftingen av dette forskningsspørsmålet kan man si at samarbeidet i helsehusene som er gjennomgått i dybdeintervjuene fungerer bra, men at det finnes et forbedringspotensial for å øke og bedre samarbeidet mellom de ulike offentlige og private aktørene. En forbedring og økning i samarbeidet mellom disse partene må imidlertid styres i fra myndighetene og regjeringen. Dette har dagens regjering (Solberg) foreslått å gjøre noe med i forbindelse

med at de lanserte ønsket om å få etablert 19 ulike helsefelleskap for kommuner og de ulike helseforetakene. Fellesskapet er blitt lansert som et tiltak for å få mer likeverdighet i samarbeidet, og hvor de ulike aktørene skal sees på som partnere i stedet for ulike parter i samarbeidet fremover. Partnerskapet skal ha fokus på å utvikle bedre helse- og omsorgstjenester (Det Kongelige Helse- og omsorgsdepartement, 2019). Dette tiltaket vil kunne bedre samarbeidet og samhandlingen mellom de ulike partene på sikt.

5.3 Forskningsspørsmål nr. 3: «Hva er viktige faktorer ved etablering av nye kombinerte samhandlingshelsehus?»

Under dette punktet vil jeg komme inn på hvilke faktorer som må ligge til grunn for at det skal etableres nye kombinerte samhandlingshelsehus, og hvilke prosesser og tiltak som må gjennomføres før et slikt bygg kan bli etablert. I tillegg vil det avklares hvilke faktorer som må være på plass før et slikt bygg kan etableres.

Med utgangspunkt i hva som står i samhandlingsreformen av 2009 (st. mld. nr. 47 (2008-2009) skal helsetjenesten som tilbys være bygd rundt pasienten som skal behandles. Pasienten skal videre bli tilbudt en bedre koordinert helsetjeneste i tillegg at det skal legges til rettes for at tjenestene møter de samfunnsøkonomiske utfordringene Norge står ovenfor i fremtiden. Samhandling og samarbeid skal vektlegges sterkt og myndighetene forventer at alle helseaktører skal se helheten og ikke bare sine egne interesser ved utføring av tjenestene. De hovedutfordringene som helse- og omsorgstjenestene i Norge står ovenfor er:

- Pasientenes behov for koordinerte tjenester besvares ikke godt nok.
- Tjenestene preges av for liten innsats for å begrense og forebygge sykdom
- Demografisk utvikling og endring i sykdomsbildet gir utfordringer som vil kunne true samfunnets økonomiske bæreevne.

(Tjora & Melby, 2013).

Dette er elementer som det må tas hensyn til ved planlegging og utforming av et kombinert samhandlingshelsehus.

I forbindelse med utredningen av et helsehus i Bodø kommune er dette tatt inn i formålet med selve utredningen: «Et sentralt ønske er at innovasjon skal være et sentralt og samlende tema som alle aktører vil bidra til, samt å delta i, for å møte nye krav til norsk helsevesen i fremtiden. Samlet sett ønsker en at dette skal bli en arena for tjenesteutvikling og nye måter å tenke tjenesteløsninger på.» (Bodø kommune; Nordlandsykehuset; Nord Universitet; Nordland Fylkeskommune, 2019). De har også valgt å ta inn innovasjon inn i formuleringen for å kunne finne nye måter å utføre tjenestene på. Da med hjelp av velferdsteknologi for å kunne yte bedre tjenester og for å kunne tilby tjenester på en annen måte.

I sluttrapporten i fra region Nordhordaland er formålet med rapporten å vurdere mulighetene til å realisere av et lokalmedisinsk senter, og se på muligheter til å samlokalisere spesialiserte helsetjenester og lærings- og mestringstilbud. Videre skal det vurderes løsninger som omhandler lokalisering, økonomi, organisering, eierskap og samarbeidsløsninger, gjennomføring av bygging, mulige samarbeidspartnere, m.m (Deloitte, 2012). Samhandlingsreformens intensjoner ble lagt til grunn, men ikke så tydeliggjort som i tilfellet som i Bodø kommune.

Det ble i begge tilfeller gjennomført grundige utredninger i tidligfasen hvor ide og ulike behov ble avdekket, det er blitt gjennomført identifisering av hhv samfunns mål, effektmål og resultatmål for begge utredninger. Det er også blitt satt opp ulike konseptalternativer som er gjennomgått grundige analyser opp mot fastsatte krav før de er blitt vurdert til å taes med videre i prosessen, eller blitt lagt bort siden de ikke oppfyller de krav som var satt tidligere i konseptutviklingsfasen. Nullalternativet; å la ting være som de er, er også tatt med i begge utredningen, men blir ikke anbefalt å videreføre da dette ikke vil dekke de krav som er satt av myndighetene i forbindelse med å møte morgendagens utfordringer innenfor helse- og omsorgsområdet.

For helsehuset i Bodø er deres mulighetsstudie gjennomført etter Bodø kommunes prosjektmodell, denne er i tråd med DIFIS's prosjektmodell og er også sammenfallende med Prosjekt Norges «Neste steg» prosjektmodell. Det ble benyttet en alternativ modell for mulighetsstudiet for Nordhordaland, modellen har hovedtrekkene til ovennevnte prosjektmodell til DIFI og Prosjekt Norge men ser ut til å være en noe forenklet versjon.

Begge utredningene sees ut som om de tilfredsstillende de krav som er satt av myndighetene om at det skal gjennomgås ulike konseptvalgutredninger og analyser i en tidligfase for å kunne få kvalitetssikre at alternativet som blir valgt dekker de behov, mål og krav som er beskrevet. For å kunne finne frem til og utvikle et konsept må man legge til rette for at tiltaket blir vellykket ved å finne den beste løsningen på et behov/problem. Gjennomføringen av denne prosessen må ha et godt og gjennomtenkt grunnlag og man må være i stand til å stanse et prosjekt hvis man ser at konseptet ikke er godt nok (Leikvam & Olsson, 2014). I forbindelse med utarbeidelse av et konsept bør man sette opp flere ulike konseptalternativer som skal løse det samme problemet eller tilfredsstillende det samme behovet (Samset, 2014). Ut ifra den gjennomgangen som er foretatt i dette studiet kan man se at det er vurdert en rekke ulike konseptalternativer før beslutningen er gjennomført.

Ut ifra hva som har fremkommet i fra intervjuene med eiersiden fra de helsehusene som inngikk i mine dybdeintervjuer, så virker prosessen for de private aktørene noe mer forenklet. Ideen og tanken bak begge byggene var å bygge videre på det som fremkom i samhandlingsreformen. Dog, det ene bygget stod ferdig da samhandlingsreformen ble lansert i 2009, men ideen til utvikleren var tilsvarende lik føringene som ble gitt av reformen. Samlokalisering av helsetjenester – både offentlige og private slik at det ble enklere for brukerne å få det de trengte på ett sted. Det som skiller dette i fra de offentlige utredningene som er gjennomført i Nordhordaland og Bodø er at det i disse private kombinerte samhandlingshelsehusene er at det i disse befinner seg også private aktører som tilbyr helsetjenester til innbyggerne. Dette er aktører som tilbyr tjenester på vegne av det offentlig (avtalefestet) eller som er privatpraktiserende helsetjenesteytere uten avtale. Eierne og utviklerne av disse helsehusene ser ut til å ha tenkt noe bredere enn hva de offentlige ser ut til å ha gjort, da de også har inkludert dette området av helsetjenesten for å kunne ha et bredest mulig tilbud til byggets brukere.

I stortingsmelding nr. 19 (2018-2019) «Folkehelsemeldingen – Godt liv i eit trygt samfunn» trekkes det bla frem at det i arbeidet med fornyelse og innovasjon innen helseområdet tar man sikte på å finne frem til nye og bærekraftige løsninger for fremtidens samlede og samhandlende helse- og omsorgstjenester. Det er et mål for dagens regjering å få realisert pasientens helsetjeneste på en bærekraftig måte, hvor pasientens stemme skal bli hørt. Dette skal være gjeldende både når pasienten blir behandlet men også i utviklingen av fremtidige helse- og omsorgstjenester. Pasienten

skal blitt tatt med i utviklingen av tjenestene som omhandler dens velferd og helse. Videre ønsker regjeringen at alle i Norge skal ha likeverdig tilgang til godt utviklede helsetjenester, uavhengig av hvor man bor i landet. Man skal som pasient og pårørende oppleve å ha forutsigbarhet, trygghet og kontinuitet, kort vei til trygg og profesjonell hjelp når dette trengs. Dette henger sammen med FNs bærekrafts mål nr. 3 – «Sikre god helse og fremme livskvalitet for alle, uansett alder» (Norad , 2016). Ved å utnytte de mulighetene teknologien gir, og bruker den kompetansen som finnes hos de ansatte på best mulig måte og løser oppgavene så effektivt som mulig er forutsetningen for en bærekraftig helsetjeneste til stede. Det er viktig at pasientene opplever at de tilbys en sammenhengende tjenester på tvers av det offentlige og private, og at samhandlingen dem imellom gjør at tjenesten blir utøvd på best mulig måte. Det er viktig å finne frem til digitale løsninger som gjør at aktørene kan planlegge og utvikle tjenestene sammen med brukerne for å gjøre både behandlingsforløpet enklere for brukeren, og arbeidsdagen lettere for den som yter tjenesten. Ved å samlokalisere ulike tjenester vil dette bidra til å få dette på plass, samtidig som at selve helsehuset får en lokasjon som gjør at det er enkelt å få og tilby en samhandlende helse- og omsorgstjenester.

Selve lokaliseringen av bygget er trukket frem som et viktig punkt av informantene i de gjennomførte dybde- og fokusintervjuene som er gjennomført. Det er trukket frem avstand til offentlig kommunikasjon og kollektivknutepunkt som en viktig faktor for et helsehus. I tillegg til at det er god tilgang til parkering i tilknytning til bygget. Dette fører til lett tilgjengelighet for brukerne av helsetjenester i en kommune eller region, og at deler av bærekrafts mål nr. 3 blir dekket.

I sluttrapporten for et nytt helsehus i Bodø er det trukket frem at forskning, utvikling og utdanning skal være en del av det nye helsehuset. Dette for å kunne tilby utdanning av nytt helsepersonell samt videreutdanning av eksisterende helsepersonell for å kunne møte de krav som settes til fremtidens helse- og omsorgstjenester. Tjenestene som helsehuset fylles med kan også fungere som en nyttig og nødvendig læringsarena for fremtidens helsepersonell. Det å knytte de ulike aktørene sammen for å sammen kunne finne løsninger på fremtidens utfordringer sees på som viktig i Bodø kommune. Dette støtter opp om de føringene som er lagt i fra regjeringen i Nasjonal helse- og omsorgsplan 2020-2023 (St. mld. nr. 7 - 2019-2020) hvor det trekkes frem at sykehusene, kommunene og høyskolene bør samarbeide om gode modeller for utdanning av helsepersonell, og at modeller for fleksible utdanningsløp i distriktene ønskes ivaretatt. Videre ønskes det av regjeringen at alle helseforetakene i Norge skal bidra til å øke utdanningskapasiteten av helsefagpersonell for å kunne møte behovene som melder seg i hele helste- og omsorgstjenesten. Det skal kontinuerlig legges til rette for systematisk kompetanseutvikling sammen med de ulike sykehusene (Det Kongelige Helse- og omsorgsdepartement , 2019). Det er viktig at kommunene gir nødvendig kompetanseheving for sine ansatte helsearbeidere for å kunne møte morgensdagens utfordringer. Ved å la en utdanningsinstitusjoner være en del av et helsehus kan dette bidra til kompetanseutvikling for helsepersonellet som utfører sitt arbeide i helsehuset.

På bakgrunn av de funn som er gjort i denne oppgaven innenfor teori og de ulike kvalitative metodene som er gjennomført har jeg kommet frem til del ulike faktorer som jeg mener er viktige å hensynta ved etablering av et nytt kombinert samhandlingshelsehus:

- Behovet for å få samlokalisert helse- og omsorgstjenester må være til stede, det lar seg ikke gjøre å få etablert større kombinerte samhandlingshelsehus i mindre

kommuner og områder uten at det gjøres i samarbeid mellom flere kommuner, eller at det blir etablert for en region – ref. helsehuset for region Nordhordaland hvor i alt 9 kommuner har slått seg sammen om å få etablert et helsehus.

- Innhold av tjenester i bygget er en viktig faktor og må tilpasses lokale forhold.
- Samhandlingen og samarbeidet mellom de ulike aktørene må sees på slik at de sammen, på best mulig måte kan utøve tjenester som er tilpasset de fremtidige utfordringene som kommer.
- Viktig å ha en ordentlig prosess rundt mulighetsstudiet for å kunne avdekke riktige behov, mål og krav som helsehuset skal dekke.
- Finne frem til hva som er riktig strategi og sammensetning avhenger av vurdert behov og lokalt potensiale.
- Lokalisering av selve bygget er viktig – det skal være enkelt å kunne motta og tilby helsetjenester til innbyggerne.
- Samlokalisering med andre naturlige samhandlingsaktører som finnes i kommunen og/eller regionen – både offentlige og private aktører innenfor forskning, utvikling, utdanning og eventuelt også innen helseindustri.

6 Konklusjon

Min masteroppgave sin formål er å finne frem til hva fremtidens kombinerte samhandlingshelsehus skal inneholde av tjenester og tilbud. Med tre ulike forskningsspørsmål har jeg fått avdekket hvilke type helsehus som finnes i Norge i dag, hvordan samarbeidet i disse helsehusene fungerer, og om det finnes et samarbeid, og hvilke faktorer som er viktige ved etablering av nye kombinerte samhandlingshelsehus. Oppgavens problemstilling vil bli besvart ut ifra disse tre forskningsspørsmålene.

6.1 Konklusjon av problemstilling og forskningsspørsmål

Formålet med masteroppgaven var å kunne besvare problemstillingen:

«Hva skal fremtidens kombinerte samhandlings helsehus inneholde av tjenester og tilbud?»

Ut ifra oppgavens første forskningsspørsmål ønsket jeg i første omgang å få avdekket hvilke type helsehus som finnes i Norge i dag. Bakgrunnen for dette er at det finnes et stort utvalg av helsehus med ulikt innhold og formål, og jeg så nødvendigheten av å få systematisert og strukturert de ulike helsehusene ut ifra hvordan de var organisert på eiersiden og hva de hadde av innhold når det gjaldt helse- og omsorgstjenester. Det fremkommer at det finnes tre hovedtyper med helsehus, som igjen kan deles inn med underkategorier mht. eierforhold og sammensetning av aktører:

- **Kommunale helsehus:** kommunalt eide helsehus med kun kommunale aktører
- **Samhandlingshelsehus:** både kommunalt og privat eide helsehus, med offentlige og private aktører (dog kun i de privat eide – kommunalt eide helsehus har kun offentlige aktører)
- **Private helsehus:** privateide helsehus med kun private aktører.

I tillegg finnes det helsehus som blir kalt for noe annet enn helsehus, men som har mest sammenlignbart innhold som i de kommunale helsehusene. Disse blir kalt Lokalmedisinsk Senter (LMS) eller Distriktsmedisinsk Senter (DMS) og inneholder kun kommunale helsetjenester. På grunn av forskjellig bruk av navn på slike bygg er det vanskelig å få den totale oversikten på antall helsehus her i landet.

Bakgrunnen for at det ble etablert helsehus, eller at helse- og omsorgstjenestene er blitt samlokalisert er Samhandlingsreformen (st. mld. nr. 47 2008-2009) som ble lansert i 2009, og iverksatt 1. januar 2012. Denne reformen medførte til større endringer i hvordan helse- og omsorgstjenestene i Norge ble organisert, som resulterte i at kommunene ble gitt et større ansvar for å yte helse- og omsorgstjenesten til sine innbyggere. Endringene i reformen ble tydeliggjort gjennom ulike lov- og forskriftsendringer, samt at finansieringsordningen i forbindelse med pasientbehandling ble endret og flyttet over til kommunene. Samhandlingsreformen la opp til at samarbeid og samhandlingen innenfor helse- og omsorgstjenestene skulle bli bedre, og det ble satt i verk en rekke tiltak som skulle regulere dette samarbeidet og samhandlingen. Det å samlokalisere helsetjenester skulle bidra til at samarbeidet om behandling av ulike pasienter skulle bli bedre. Dette samarbeidet og graden av samarbeid er noe jeg har sett på i denne oppgaven, og har kommet frem til at samarbeidet og samhandlingen

funger både bra og mindre bra; samhandlingen mellom de ulike kommunale helsetjenestene fungerer bra, og har blitt bedre etter at samlokaliseringen har funnet sted. Samarbeidet mellom offentlige og private helseaktører eksisterer og fungerer bra, såfremt det ligger en overordnet avtale i bunn. Dersom en slik avtale ikke er til stede foreligger heller det ikke et grunnlag for samarbeid. Myndighetene har via ulike stortingsmeldinger som er knyttet til hvordan helse- og omsorgstjenestene skal organiseres og utføres, lagt til rette for og til at samhandlingen og samarbeidet mellom de ulike helseaktørene, både offentlige og private skal bli bedre. Men, de ser at det fortsatt er en vei å gå og ønsker derfor at dette utføres på en bedre måte for at brukerne av helsetjenestene skal oppleve å motta sammenhengende tjenester på tvers av spesialisthelsetjenesten og den kommunale helsetjenesten. Målet er å skape en bærekraftig helsetjeneste hvor både offentlige og private aktører bidrar for å kunne møte fremtidens utfordringer med en økende befolkning, større andel eldre og hvor vi lever enda lengre enn før.

På bakgrunn av de funn som er gjort i denne oppgaven innenfor teori og de ulike kvalitative metodene som er gjennomført har jeg kommet frem til del ulike faktorer som jeg mener er viktige å hensynta ved etablering av et nytt kombinert samhandlingshelsehus:

- Behovet for å få samlokalisert helse- og omsorgstjenester må være til stede, det lar seg ikke gjøre å få etablert større kombinerte samhandlingshelsehus i mindre kommuner og områder uten at det gjøres i samarbeid mellom flere kommuner, eller at det blir etablert for en region – ref. helsehuset for region Nordhordaland hvor i alt 9 kommuner har slått seg sammen om å få etablert et helsehus.
- Innhold av tjenester i bygget er en viktig faktor og må tilpasses lokale forhold.
- Samhandlingen og samarbeidet mellom de ulike aktørene må sees på slik at de sammen, på best mulig måte kan utøve tjenester som er tilpasset de fremtidige utfordringene som kommer.
- Viktig å ha en ordentlig prosess rundt mulighetsstudiet for å kunne avdekke riktige behov, mål og krav som helsehuset skal dekke.
- Finne frem til hva som er riktig strategi og sammensetning avhenger av vurdert behov og lokalt potensiale.
- Lokalisering av selve bygget er viktig – det skal være enkelt å kunne motta og tilby helsetjenester til innbyggerne.
- Samlokalisering med andre naturlige samhandlingsaktører som finnes i kommunen og/eller regionen – både offentlige og private aktører innenfor forskning, utvikling, utdanning og eventuelt også innen helseindustri.

Ut ifra de tre forskningsspørsmålene som er satt for denne oppgaven mener jeg at disse kan være med på å besvare ut oppgavens problemstilling:

Hva skal fremtidens kombinerte samhandlingshelsehus inneholde av tjenester og tilbud?

Fremtidens kombinerte samhandlingshelsehus bør ha som intensjon at det skal kunne møte de utfordringer som kommer for helsevesenet i fremtiden som dagens primær- og spesialisthelsetjeneste ikke er rigget for. Norge vil oppleve befolkningsvekst og det vil skje en demografisk endring mot at det vil bli flere eldre og man leve lengre. Det er de eldste i samfunnet som har størst behov for helsetjenester og som benytter disse mest.

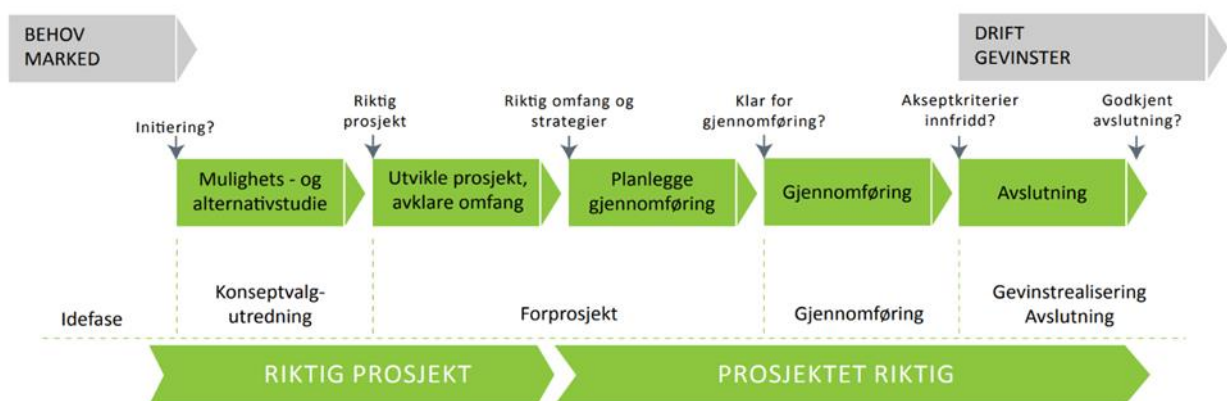
Fremtidens helsebygg på tilpasses disse endringene og tjenestene må tenke mer helhetlig og at pasienten settes i fokus – til enhver tid.

Helsehuset bør være en felles arena for samhandling mellom de ulike aktørene innen helse- og omsorgstjenester i Norge, både offentlige og private, med et felles mål om å kunne effektivisere den enkeltes tjenesteyting, utdanning av helsepersonell, skape rom for forskning og utvikling innen helsefaget. Bygget bør fylles med innovative løsninger og lette til rette for ny og utforskert innovasjon for å være rigget for de nye kravene som stilles til helsevesenet i fremtiden. Bygget bør også kunne være en arena hvor aktørene kan drive tjenesteutvikling og finne frem til nye måter å tenke tjensteløsninger på.

For å kunne møte de endringene som kommer vil man få et økt behov for innovasjon og forskning, for å kunne finne frem til nye måter å jobbe og behandle pasienter. Det vil bli behov for mer spesialisert og tverrfaglig helsekompetanse i alle ledd. Det vil derfor være viktig å knytte til seg aktører innenfor utdanning som kan bidra til å heve den nødvendige kompetansen for eksisterende og fremtidig helsepersonell.

Tjenestetilbudet til pasientene er avhengig av hvordan aktørene samhandler og samarbeider for å kunne utvikle og fremme en god oppgavefordeling mellom de ulike partene. Det vil være behov for at disse utfører tjenester med høy kvalitet, er fleksible og at de er økonomisk effektive. Videre er det viktig å sørge for god logistikk i bygget slik at man får korte avstander mellom de som samhandler.

For å kunne finne frem til riktig innhold av tjenester og tilbud i et fremtidig kombinert samhandlings helsehus anbefales det at det gjennomføres en grundig tidligfasevurdering og mulighetsstudie slik at helsehuset er tilpasset lokale forhold. Det anbefales å gjennomføre en prosess lik modellen nedenfor, eller tilsvarende, hvor ulike konseptalternativer gjennomgås før endelig beslutning om videre prosjektering gjennomføres.



Figur 34: Generisk prosjektmodell for byggherre (BA2015, 2016)

Suksessen i et eiendomsutviklingsprosjekt ligger i å velge riktig konsept og sikre at gjennomføringen av prosjektet blir vellykket. Den overordnede målsettingen for et utviklingsprosjekt er å bygge det man behøver til riktig pris. Grunnlaget for et vellykket prosjekt legges i tidligfasen og i mulighetsstudiet (Leikvam & Olsson, 2014).

Til slutt er det viktig å nevne at det er viktig å ta med brukeren av de ulike helsetjenestene med i utviklingen fremtidens kombinerte samhandlingshelsehus for å sikre at man bidrar til å skape et helsehus som er tilpasset pasientens helsetjeneste. Det er denne personens behov som skal være førende for utviklingen av fremtidens helse- og omsorgstjenester, og da er det viktig å få med de på lag når fremtiden helsehus skal utvikles.

6.2 Anbefaling til videre arbeider og studier

Kombinerte samhandlingshelsehus er et ganske nytt fagområde eller sjangre innenfor det totale helsebyggnings faget. Innenfor dette fagområde samles alt innen sykehusbygg, sykehjem, omsorgsboliger for ulike pasientgrupper, m.m. Det etableres stadige fler samhandlingshelsehus i Norge, og det kan anbefales å se nærmere på om de leverer i henhold til de planer og ideer som ligger bak. Jeg har i mitt studie ikke sett noe på økonomi- og finansierings delen rundt etableringen av et helsehus og hvilken nytte dette gir til samfunnet. Jeg har heller ikke sett noe på hvor stort nedslagsfelt hvert helsehus har, dvs. hvor mange innbyggere og brukere hvert enkelt helsehus skal nå ut til, og om dette har noen innvirkning på størrelsen på bygget. Dette er noe det kan sees nærmere på.

Det anbefales også at det ryddes opp i begrepet «helsehus». Det er mange ulike type bygg hvor helsehus navnet blir benyttet, og dette kan skape forvirring om hva bygget egentlig inneholder. Jeg har i min oppgave prøvd å «rydde» litt opp i begrepsbruken og har prøvd å få frem en kategorisering av de ulike helsehusene jeg har sett på. Denne kategorisering trenger nok noe mer bearbeiding for at det skal kunne vises til i videre forskning.

Videre, pga. avgrensingen og begrensing på tid, har jeg ikke sett på sammenlignende helsehus i utlandet. Det hadde vært interessant å finne ut om det finnes sammenlignbare helsehus i utlandet som er sammenlignbart med hva som er gjort i Norge.

7 Referanser

- Aasbrenn, K., 2004. *Tjenesteutvikling i offentlig sektor. Å nå alle med tjenestene – mer enn et*, Elverum : Høgskolen Hedmark .
- Almendingen, T., 2019. *Masteroppgave: Verdiskaping i tidligfase byggeprosjekter - En teori og case studie*. Trondheim: Terje almendingen.
- BA2015, 2016. *Veileder - Tidligfase i byggeprosjekter*. Oslo: BA2015.
- Bodø kommune; Nordlandssykehuset; Nord Universitet; Nordland Fylkeskommune, 2019. *Sluttrapport - Nytt helsehus i Bodø kommune 03.07.19 Versjon 1.01*, Bodø: Bodø kommune; Nordlandssykehuset; Nord Universitet; Nordland Fylkeskommune.
- Brøgger, B., 2007. *Å tjene på samarbeid. medvirkning, partssamarbeid, bedriftsutvikling*. 1. red. Oslo: Gyldendals akademisk.
- Brønnøysundregisteret, 2020. *Brønnøysundregisteret*. [Internett]
Available at: <https://www.brreg.no/>
[Funnet 4. April 2020].
- Bygg21, 2018. *10 kvalitetsprinsipper for bærekraftige bygg og områder*, Oslo: Bygg 21.
- Deloitte, 2012. *Forprosjekt Helsehus i Nordhordaland" - Arbeidsnotat i fra arbeidsgruppen*, Bergen: Regionrådet Nordhordaland.
- Det Kongelige Helse- og omsorgsdepartement , 2010/2011. *Stortingsmelding nr. 16 - Nasjonal helse- og omsorgsplan 2011-2015*. Oslo: Det Kongelige Helse- og omsorgsdepartement .
- Det Kongelige Helse- og omsorgsdepartement , 2015. *Stortingsmelding nr. 26 (2017-2015) Fremtidens primærhelsetjeneste - nærhet og helhet*, Oslo: Det Kongelige Helse- og omsorgsdepartement.
- Det Kongelige Helse- og omsorgsdepartement , 2019. *Stortingsmelding nr. 19 (2018-2019) Folkehelsemeldinga - Gode Liv i eit trygt samfunn*. Oslo: Det Kongelige Helse- og omsorgsdepartement .
- Det Kongelige Helse- og omsorgsdepartement , 2019. *Stortingsmelding nr. 7 (2019-2020) Nasjonal Helse og sykehusplan 2020-2023*. Oslo: Det Kongelige Helse- og omsorgsdepartement .
- Det kongelige Helse og Omsorgsdepartement, 2009. *Stortingsmelding nr 47 2008-2009 Samhandlingsreformen* , Oslo: Det kongelige Helse og Omsorgsdepartement.
- Det Kongelige Helse- og omsorgsdepartement, 2015. *Stortingsmelding nr. 26 (2014-2015) Fremtidens primærhelsetjeneste - nærhet og helhet*. Oslo: Det Kongelige Helse- og omsorgsdepartement .
- Det Kongelige Nærings- og fiskeridepartement , 2019. *Stortingsmelding nr. 18 - Helsenæringen - Sammen om verdiskaping og bedre tjenester*. Oslo: Det Kongelige Nærings- og fiskeridepartement .

Difi - Direktoratet for forvaltning og ikt, 2018. *Organisasjonsformer i offentlig sektor - er kartlegging*, Oslo: Kommunal- og moderniseringsdepartementet.

Drammen Helsepark, 2020. www.drammenhelsepark.no. [Internett].

Everett, E. L. & Furseth, I., 2012. *Masteroppgaven - Hvordan begynne - og fullføre*. 2. red. Oslo: Universitetsforlaget .

George, A. L. & Bennett, A., 2005. *Case Studies and Theory Development in the Social Sciences*. 1. red. Cambridge: MA:MIT Press.

Grimsmo, A., Kirchoff, R. & Aarseth, T., 2015. Samhandlingsreformen i Norge. *Nordiske Organisasjonsstudier*, Mars, pp. 3-12.

Haugland, S. A., 2004. *Samarbeid, allianser og nettverk*. 2. red. Oslo: Universitetsforlaget AS .

Helse- og Omsorgsdepartement, 2009. *Stortingsmelding nr. 47 (2008-2009)*. Oslo: Helse- og Omsorgsdepartement.

Helse Sør-Øst, 2020. *Avtalespesialister*. [Internett]
Available at: <https://www.helse-sorost.no/helsefaglig/samarbeid/avtaler-med-private/avtalespesialister>
[Funnet 18 Mai 2020].

Higdem, U., 2009. Governance og partnerskap i offentlig planlegging og forvaltning i Norge. *Kart og Plan* , 2, pp. 113-125.

Holmen, A. K. T., 2016. Endrede styringsregimer = endring i lederroller. *MAGMA - Econas Tidsskrift for økonomi og ledelse* , 2, pp. 34-39.

Jacobsen, D. I., 2018. *Hvordan gjennomføre undersøkelser? Innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. 3. red. Oslo: Cappelen Damm AS .

Johannessen, A., Tufte, P. A. & Christoffersen, L., 2016. *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. 4. red. New Jersey: John Wiley & Sons Inc..

Lædre, O., Volden, G. H. & Haavaldsen, T., 2012. *Concept rapport nr, 29 - Levedyktighet og investeringstiltak. Erfaringer fra kvalitetssikring av statlige investeringsprosjekter*, Trondheim: Concept-programmet v/NTNU.

Leikvam, G., 2017. *Undervisningsmaterieill*. Trondheim: NTNU.

Leikvam, G. & Olsson, N., 2014. *Eiendomsutvikling*. Bergen: Fagbokforlaget.

Linstow AS , 2019. *Presentasjon - Linstows helsesatsning*. Oslo(Oslo): Linstow AS .

Lomheim, K., 2020. *Oversikt over ferdigstilte / prosjekter under bygging*. Oslo: Linstow AS .

Lovdata , 2011. lovdata.no. [Internett]
Available at: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30?q=kommunehelseloven#KAPITTEL_1
[Funnet 15 Juni 2020].

Mehmetoglu, M., 2003. *Kvalitativ metode for merkantile fag*. 1 red. Bergen: Fagbokforlaget AS .

Menon Economics AS , 2019. *HELSENÆRINGENS VERDI 2019*, Oslo: Menon Economics AS .

Nasjonalt nettverk for implementering av samhandlingsreformen , 2015. *Råd for vegen videre - Sluttrapport*, Trondheim : Nasjonalt nettverk for implementering av samhandlingsreformen .

Ness, O., 2014. *NAPHA - Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid*. [Internett] Available at: <https://www.napha.no/content/14929/Samarbeid-eller-samhandling-Er-det-noen-forskjell> [Funnet 1 mars 2020].

Norad , 2016. *Dette er FNs bærekraftsmål*. [Internett] Available at: <https://norad.no/om-bistand/dette-er-fns-barekraftsmal/barekraftsmalene-hovedmal-og-delmal/> [Funnet 16. Mai 2020].

Normann, R., 2000. *Service Management*. 3. red. Oslo: Cappelen Akademiske forlag .

Norsk Eiendom - Bransjeforening for ledende eiendomsaktører, 2015. *bygg21.no*. [Internett] Available at: <https://www.bygg21.no/contentassets/32bef76f835c48fca3303376f63878db/veileder-for-stegstandard-ver-1.2-med-logoer-201116.pdf> [Funnet 4 Januar 2020].

NOU 2005:3, 2005. *Norges Offentlige Utredninger 2005:3 Fra stykkevis til helt. En sammenhengende helsetjeneste*, Oslo: Helse- og Omsorgsdepartementet.

NOU , 2011. *Innovasjon i omsorg*, Oslo: Departementenes servicesenter Informasjonsforvaltning.

Ø. R. Kristoffersen & A E. Røsnes, 2014. *Eiendomsutvikling i tidlig fase; erhverv, stiftelse og utnyttelse av bygging og utvikling*. Oslo: Senter for Eiendomsfag .

Olsson, N., 2019. *Forelesningsnotater*. s.l.:s.n.

Osborne, S. P., 2010. Introduction . I: S. P. Osborne, red. *The New Public Governance?* . London: Routledge.

purehelp.no, 2020. *Purehelp.no*. [Internett] Available at: <https://www.purehelp.no/m/company/details/firdavegen1as/980292533> [Funnet 1. juni 2020].

Raustøl, T., 2013. *Helsehus –Tre typer, ulike oppfatninger og begrunnelser*, Oslo: Raustøl Utvikling AS .

Regjeringen.no, 2014. *regjeringen.no/helse-og-omsorg*. [Internett] Available at: <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/vurderes/grunnstrukturen-i-helsetjenesten/id227440/> [Funnet 11 November 2019].

Regjeringen.no, 2014. *Slik er spesialisthelsetjenesten bygd opp*. [Internett] Available at: <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/innsikt/nokkeltall-og-fakta---ny/slik--er-spesialisthelsetjenesten-bygd->

[o/id528748/](#)

[Funnet 11 November 2019].

Riegels, H. A., 2017. *KS Bedrift*. [Internett]

Available at: <https://www.ksbedrift.no/aktuelt/advokattjenester/hva-er-ops-offentlig-privat-samarbeid/>

[Funnet 1 Mars 2020].

Røiseland, A. & Vabo, 2016. *Styring og samstyring. Governance på Norsk*. 2. red. Bergen: Fagbokforlaget.

Rolstadås, Olsson, Johansen & Langlo, 2016. *Praktisk prosjektledelse - Fra ide til gevinst*. 2 red. Bergen: Fagbokforlaget.

Samset, K., 2014. *Prosjekt i tidligfasen - Valg av konsept*. 2 red. Bergen: Fagbokforlaget

Sarpsborg kommune , 2019. *sarpsborg.com*. [Internett]

Available at: <https://www.sarpsborg.com/byen-og-kommunen/om-organisasjonen/helsehuset/>

Statistisk Sentral Byrå, 2020. *www.ssb.no*. [Internett]

Available at: <https://www.ssb.no/bygg-bolig-og-eiendom/statistikker/bygningsmasse>

[Funnet 15. Mai 2020].

Statistisk Sentralbyrå , 2019. *Fakta om arbeid*, Oslo: Statistisk Sentralbyrå.

Store Norske Leksikon, 2019. *Store Norske Leksikon*. [Internett]

[Funnet 26 februar 2020].

Stortinget.no, 2010. *Fordeler og ulemper ved offentlig-privat samarbeid*. [Internett]

Available at: <https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Publikasjoner/Representantforslag/2009-2010/dok8-200910-179/2/>

[Funnet 1 Mars 2020].

Tjora, A., 2018. *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. 3. red. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Tjora, A. & Melby, L., 2013. *Samhandling for Helse. Kunnskap, kommunikasjon og teknologi i helsetjenesten*. 1. red. Oslo: Gyldendal Akademisk .

Trondheim Kommune, 2019. *trondheim.kommune.no*. [Internett]

Available at: <https://www.trondheim.kommune.no/oya-helsehus/>

UNN HF, 2017. *helsekompetanse.no*. [Internett]

Available at: <http://kurs.helsekompetanse.no/hverdagsrehabilitering/42789>

[Funnet 30 Mai 2020].

Wikipedia.org, 2017. *Wikipedia.org*. [Internett]

Available at: <https://no.wikipedia.org/wiki/Somatikk>

[Funnet 11 November 2019].

Yin, R. K., 2009. *Case Study Research Design and Methods*. 4. red. Los Angeles: Sage Inc.

8 Vedlegg

8.1 Vedlegg nr. 1 – Intervjuguide og intervjuoppsett

Forespørsel om å delta i intervju i forbindelse med Masteroppgave ved NTNU

Jeg er masterstudent i Erfaringsbasert masterstudie ved Norges teknisk-naturvitenskapelige Universitet (NTNU) og holder nå på med den avsluttende masteroppgaven for studiet. Temaet for oppgaven er Fremtidens Helsebygg – og hva det skal inneholde av tjenester og tilbud. Jeg skal undersøke hvilket omfang det finnes av helsebygg/helsehus i Norge i dag, samarbeidet i disse byggene, samt hvilke suksessfaktorer som kan gjøres gjeldende for et slikt bygg. I min oppgave vil jeg ta utgangspunkt i etablerte helsebygg hvor det både finnes både private og offentlige aktører – et såkalt kombinasjonshelsebygg/helsehus.

Jeg ønsker å undersøke både eiers og leietakers opplevelser av et helsebygg/helsehus, om en samlokalisering i et slikt bygg bidrar til økt samarbeid mellom de ulike tjenestene som er lokalisert i bygget, og å finne ut hvilke faktorer som gjør et slikt bygg en suksess.

For å gjennomføre undersøkelsen ønsker jeg å intervju 1 representant i fra 4 leietakere hos 4 utvalgte helsebygg/helsehus i Norge, i tillegg til 1 ansatt hos hver enkelt eier av de samme helsebyggene/helsehusene. Spørsmålene handler om opplevelser og meninger om samarbeid, samlokalisering, og opplevelser av selve bygget. Jeg ønsker også å finne ut mer om tanken bak hvert enkelt bygg – finne ut om hvilken prosess som ble gjennomgått før byggingen av selve helsebygget/helsehuset startet opp.

I intervjuet vil jeg bruke en båndopptaker og ta notater mens vi snakker sammen. Det vil ta ca. en halv time og det er frivillig å delta, og du gis mulighet til å trekke deg når som helst underveis. Vi blir sammen enige om tid og sted for intervjuet. Alle opplysningene vil bli behandlet konfidensielt og alle opplysninger er anonymiserte i oppgaven. Opptakene vil slettes når oppgaven er ferdig. Dato for dette er 19.06.2020.

Min veileder er: Anne Kathrine Larssen, Oslo Undervisningsbygg

Intervjuguide – leietakere i Helsebygg/helsehus

- 1.1. Type virksomhet – offentlig / privat aktør
- 1.2. Hva driver du/dere med?
- 1.3. Rolle i virksomheten
- 1.4. Bakgrunn
- 1.5. Hvor lenge har du innehatt nåværende stilling?
- 1.6. Har din virksomhet vært lenge i xxx Helsebygg?
- 1.7. Samarbeider din virksomhet med andre virksomheter på bygget?
- 1.8. Hvordan fungerer dette samarbeidet?
- 1.9. Hvordan oppstod dette samarbeidet? – «pålagt» eller frivillig/tilfeldig?
- 1.10. Samarbeidet dere med disse før dere flyttet inn i bygget?
- 1.11. Har dette samarbeidet blitt bedre eller endret seg etter at dere ble samlokalisert i samme bygg?
- 1.12. Har lokaliseringen i samme bygg bidratt til samarbeid med andre, nye aktører i bygget?
- 1.13. Kjenner du til årsaken/begrunnelsen til at dere etablerte dere i helsebygget/helsehuset?
- 1.14. Hva var viktig ved valg av lokasjon for deres virksomhet?
- 1.15. Synes du helsebygget/helsehuset fungerer bra? Ideen bak bygget?
- 1.16. Hva mener du er viktige faktorer for et slikt helsebygg/helsehus?
 - Beliggenhet?
 - Utforming av bygget?
 - Parkeringsmuligheter?
 - Innhold av tjenester?
 - Avstand til offentlig kommunikasjon?
 - Servicetjenester – kafé, apotek, trening, andre ting?
- 1.17. Er det noe som mangler i bygget av tjenester/virksomheter?

1.18 Hvordan tror du fremtidens helsebygg/helsehus vil være om 10-20 år?

Takk for din tid.

Intervjuguide – eiere/utvikling av Helsebygg/helsehus

- 1.1 Type aktør:
- 1.2 Hva driver dere med? Utvikler og eier? Utvikling for salg? Forvaltning av eget bygg?
- 1.3 Hva er din rolle i virksomheten?
- 1.4 Var det dere som bygde helsebygget/helsehuset?
- 1.5 Hvordan ble ideen bak helsebygget/helsehuset ble etablert?
- 1.6. Hva var tanken/ideen bak bygget?
- 1.7 Var det en fase med konseptutvikling som lå til grunn?
- 1.8 Ble konseptet satt før bygging, eller etter at byggingen hadde startet?
- 1.9 Hvordan jobbet dere med sammensetningen av leietakere i bygget? (valgfritt spørsmål)
- 1.10 Fungerer bygget i henhold til de visjoner og planene som var for bygget? (hvis det forelå noe slikt)
- 1.11 Kjenner du til om det er et samarbeid mellom de private og offentlig aktørene i bygget?
- 1.12 Er det et planlagt eller mer tilfeldig samarbeid?
- 1.13 Er det et organisert samarbeid (med hjelp av dere) eller gjøres dette «frivillig» og av seg selv?
- 1.14 Hvordan fungerer samarbeidet mellom de ulike leietakerne?
- 1.15 Er det gjort noen undersøkelser i fra deres side som avdekker brukernes (pasienter/kunder) opplevelser /erfaringer med bygget?
- 1.16 Kan dere si at leietakerne er fornøyde med å være lokalisert i deres helsebygg/helsehus?
- 1.17 Er helsebygget/helsehuset en suksess? Og hvorfor? Kan du si hvilke faktorer spiller inn?

- 1.18 Er det noen tjenester / virksomheter som mangler i deres bygg og som dere nå i etterkant gjerne skulle hatt i bygget?
- 1.19 Synes du/dere det er bra å ha samlet både private og offentlige aktører i ett og samme bygg?
- 1.20 Hvordan tror du fremtidens helsebygg/helsehus vil være utformet om 10-20 år?

Takk for din tid.

8.2 Vedlegg nr. 2 - Oversikt helsehus i Norge

Oversikt over ferdigstilte / prosjekter under bygging

Eiendom	Prosjekttype	Byggeår	Areal	Eierskap	Største eiere	Kommune	Viktige tjenester / Løstetaker
Rauma Helsehus	Helsehus	2018	10,344	Kommunalt	Rauma kommune	Rauma	Sykehjem, øvrige kommunale tjenester
Peer Gynt Helsehus	Helsehus	2007	5,800	Kommunalt	Moss Kommune	Moss	KAD, sykehjem, legevakt, fysio/ergo
Sandefjord Medisinske Senter	Helsehus	2016 (rehabilitert)	11,300	Kommunalt	Sandefjord Kommune	Sandefjord	Legevakt, KAD, Blodbank, fysio/ergo, friskliv, rehabilitering
Sandefjord Helsepark	Helsehus	2011	7,000	Privat	Thore Liverød, Cosmic Bygge, Trovat/Sandefjord	Sandefjord	Private spesialister, fastleger, tannlege, terapeut, apotek etc.
Kjelle Helsepark	Helsehus	2018	10,800	Privat	Stamhuset Jarlsberg	Tonsberg	Legevakt, KAD, KAD, Apotek, Nenus, privat medisinsk klinikk etc.
Bergen Helsehus	Helsehus	2015	9,200	Privat	GC Rieber Eendom	Bergen	Legevakt, KAD, rusomsorg
Nordhordland Helsehus	Helsehus	2020	16,800	Kommunalt	Lindås, Osterøy + 7 kommuner	Lindås, Osterøy + 7 kommuner	Legevakt, KAD, ambulansse, fysio/ergo, dialyse, BUP etc.
Oygarden LMS	Helsehus	2018	9,200	Kommunalt	Fjell kommune	Nye Oygarden	Legevakt, KAD, fastlege, tannlege, fysio/ergo, dialyse, friskliv, rehabilitering etc.
Oya Helsehus	Helsehus	2008	7,000	Kommunalt	Trondheim kommune	Trondheim	KAD, lindrende + andre sengeposter
Elverum Helsehus	Helsehus	2019	9,500	Kommunalt	Elverum kommune	Elverum	Legevakt, KAD, kort- og langtidsplasser, barmevem, fysio/ergo, friskliv etc.
IdHelse - Crimstad	Forskning/Helsestet	2019	4,600	Privat	JB Uglund	Grimstad	UÅ, Crimstad kommune, diverse fagmiljøer
Staur Helsehus	Helsehus	2016	7,500	Kommunalt	Levaanger kommune	Levaanger	Demensavdeling, KAD
Lillehammer Helsehus	Helsehus/Sykehjem	1980/2013	Kommunalt	Lillehammer kommune	Lillehammer	KAD, korttidsplasser, langtidsplasser, dagsenter etc.	
Storhaugen Helsehus	Helsehus	2015	8,000	Kommunalt	Kristiansund kommune	Kristiansund	KAD, rehabilitering, korttidsplasser, friskliv, andre forebyggende tjenester
Horten Helsehus	Helsehus/Sykehjem	1958/1972/2015	Kommunalt	Horten kommune	Horten	Legevakt, KAD, rehabilitering, friskliv, ergo, andre forebyggende tjenester	
Sjørdal Helsehus	Helsehus	1995/2017	10,000	Kommunalt	Sjørdal kommune	Sjørdal	Legevakt, KAD, intermedier, poliklinikk, resposensenter, ambulansse, undervisn
Hurum Helsehus	Sykehjem	2021	11,000	Kommunalt	Hurum kommune	Hurum (Nye Asker fra 2020)	Boligfunksjoner, dagsenter, rom for behandling, administrasjon, spesialrom etc.
Narvik Helsehus	Helsehus	1992/2005	7,000	Kommunalt	Larvik kommune	Larvik	KAD, korttidsplasser, ambulansse etc.
Helsehuset Sarpsborg	Helsehus	ent / Ikke igangsatt	7,000	Kommunalt	Narvik kommune	Narvik	Legevakt, KAD, korttidsplasser, blodbank, fysio/ergo, legekontor etc.
Lyngdal Helsehus	Sykehjem	2020	12,500	Kommunalt	Lyngdal kommune	Sarpsborg	Kort- og langtidsplasser, omsorgsboliger
Askim Helsehus	Helsehus	021 (rehabilitert)	7,200	Kommunalt	Askim Rådhus	Lyngdal	Kort- og langtidsplasser, omsorgsboliger
Ringerike IK Legevakt og ambulansse	Helsehus	2020	2,000	Kommunalt	Vestre Viken HF	Askim (Indre Østfold kommune)	Legevakt, KAD, KAD, Sykehuset Østfold etc.
Strømmehaven	Sykehjem/Omsorgsbo	2020	6,200	Kommunalt	Kristiansand kommune	Ringerike	Legevakt, ambulansseentral, prestehospitale tjenester
Carpe Diem	Sykehjem/Omsorgsbo	2020	17,000	Kommunalt	Bærum kommune	Bærum	
Dronning Ingrid Høge	Helsehus	2022	16,700	Kommunalt	Oslo kommune	Oslo	
Sandnes Helsepark	Helsehus	2020	5,500	Privat	Base Property	Sandnes	
Stord Helsepark	Helsehus	2021	6,000	Privat	Thore Liverød & KA Finans	Stord	Allmenlege, spesialister, tannklinikk, fysioterapeut, kiropraktor, naprapat, kafe, 96 langtidsplasser, 36 korttidsplasser, aktivitets- og servicefunksjoner, produksjon
Verdal bo- og behandlingssenter	Sykehjem	2021	12,000	Kommunalt	Verdal kommune	Verdal	69 sengeplasser (KAD, rehab, rus og psykiatri) og medisinske tjenester (lege, tera
Re Helsehus	Sykehjem	1992/2005	16,000	Kommunalt	Tønsberg kommune	Tønsberg	64 sengeposter, hjemmehjelpen, legesenter etc.
Helsehuset Tromsø	Helsehus/Sykehjem	2017	6,500	Kommunalt	Tromsø kommune	Tromsø	22 sykehjemsplasser, 55 omsorgsboliger, administrative funksjoner, lege, fysio, ei
Helsehuset Stella Maris	Helsehus/Sykehjem	2021	9,200	Kommunalt	Vesnes kommune	Vesnes	24 sykehjemsplasser, 8 omsorgsboliger, dagsenter, legekontor, fysio, hjemmehjelp
Øverhagen bo-, helse-, og velferdssenter	Helsehus/omsorgsbo	2022	9,600	Kommunalt	Røros kommune	Røros	Legevakt, tannlegevakt
Grane Helsehus	Helsehus/sykehjem	2020	4,000	Kommunalt	Grane kommune	Grane	
Hamar Legevakt	Helsehus	2021/2022	Kommunalt	Hamar, Løten, Stange og Ringsaker	Stange		
Møvelv sykehjem	Sykehjem	2016	15,000	Privat	Ringsaker kommune	Ringsaker	Volvat, privatspesialister, Apotek etc.
Lilleeng Helsepark	Helsehus	2015	10,500	Privat	Enata Eendom AS	Moss	Private spesialister, fastlege, fysio, ergo etc.
Haugesund Medisinske Senter	Helsehus	2013	7,500	Kommunalt	Helsehuset Haugesund AS (flere inve	Haugesund	Korttidsplasser, rehabilitering, dagsenter, legesenter, frisklivssentral
Smidsrud Helsehus	Helsehus	2001	6,200	Privat	Færder kommune	Færder (Nøtterøy)	Apotek, privatspesialister, helsestasjon, kommunepsykolog, NAV, ambulansse, bk
Sunnfjord Medisinske Senter	Helsehus	2009	31,000	Privat	Mange aksjonærer	Florø	Legevakt, KAD, almenlege, Aleris Røntgen, NAV, Ortopediklinikk, helsestasjon
Romerike Helsehus	Helsehus				Linstow AS	Lillestrøm	

