

Anne Charlotte Moe

Fasilitetsstyring i fremtidens sykehus

Kråkerøy, 22. juni 2014

NTNU
Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for arkitekt og billedkunst
Institutt for byggekunst, prosjektering og forvaltning



Kilde: Nytt Østfoldsykehus, Helse Sør-Øst



Oppgavens tittel: Fasilitetsstyring i fremtidens sykehus	Dato: 22.06.2014		
	Antall sider (inkl. bilag): 130		
	Masteroppgave	x	Prosjektoppgave
Navn: Stud.techn. Anne Charlotte Moe			
Faglærer/veileder: Anne Kathrine Larssen			
Eventuelle eksterne faglige kontakter/veiledere: Nils Olsson			

Ekstrakt:
Hovedhensikten med denne oppgaven har vært å komme frem til en *Modell for fasilitetsstyring (FM) i fremtidens sykehusbygg i Norge*.

Opgavens tilnærming har benyttet både kvalitative og kvantitative forskningsmetoder, med hovedvekt på de kvalitative. Metodene som er benyttet er litteraturstudie, dokumentanalyse, spørreundersøkelse, intervju og delvis analyse av nøkkeltall.

Resultatene i denne oppgaven avdekker at andel servicetjenester utgjør 35-40 %. Omfanget og grad av utførelse av fasilitetstjenester varierer mellom helseforetakene. Flere FM tjenester utføres delvis av klinisk personell og resultatene viser at det gjennomsnittlig er ca. 8 % som utføres av klinisk personell. Det er ikke avdekket noen skarpe skiller mellom støtte- og kjernevirksomhet. Kartleggingen viser at det er et utviklings- og profesjonaliseringspotensiale for fremtidige FM organisasjoner gjennom å påta seg et større utføreransvar, særskilt innen servicetjenestene.

En samlet vurdering av alle resultater påviser at helseforetakene ikke er bærekraftige i dag da det ikke balanse i de bærekraftige aspektene. Gjennom intervjuene fremkommer det tydelige indikasjoner om at helseforetakene ikke er konkurransedyktige i dag. Det er unntaksvis enkelte fagområder som er konkurransedyktige. En samlet vurdering av alle funn antyder at helseforetakenes modenhet er moderat og lavere enn respondentene i helseforetakenes egen vurdering.

Hovedkonklusjonen er at modell for fasilitetsstyring i fremtidens sykehusbygg i Norge 2020-2030 antydes å være profesjonell og bærekraftig med et bredt sammensatt FM tjenestespekter innen FDVUSL. I modellen er det antatt at det nasjonale helseforetak innen eiendom er utviklet og etablert med et helhetlig ansvar for hele FM tjenestespekteret mot 2020-2030. Det er ikke drøftet eierstruktur, rolle- og ansvarsfordeling på nasjonalt, regionalt eller lokalt nivå. Modellen er beskrevet overordnet og det er antydnet en 5-trinns gjennomføringsmodell mot 2020-2030. Dagens FM organisasjoner er under modning og forventes å modnes trinnvis fremover. En etablering av det nasjonale helseforetak innen sykehusplanlegging i 2014, en eventuell fremtidig innføring av nøytral merverdiavgift og forventet økt konkurranse vil være katalysatorer i denne prosessen fremover.

Stikkord:

1. Fasilitetsstyring
2. Modenhetsmodeller
3. FM modenhet
4. Helseforetak

(sign.)



Saksbehandler
Ero

**MASTEROPPGAVE I STUDIEPROGRAMMET MASTER I EIENDOMSUTVIKLING OG
FORVALTNING**

for

Anne Charlotte Moe

Fagområde: Eiendomsutvikling og –forvaltning

Utleveringsdato: 1. september 2013

Innleveringsdato: 22. juni 2014

Tittel (Norsk): Fasilitetsstyring i fremtidens sykehus

Tittel (Engelsk): Facility management in future hospitals

Formål Beskrive hvordan fasilitetsstyring (FM) i sykehusbygg kan forbedre helseforetakets effektivitet - til beste for pasienten.

Følgende hovedpunkter skal behandles:

1. Kartlegge hvilke fasilitetstjenester som utføres i et helseforetak
2. Beskrive skillet mellom støtte- og kjernevirksomhet i et helseforetak
3. Drøfte om fasilitetsstyring i helseforetak er bærekraftig og konkurransedyktig
4. Drøfte modenhet i fasilitetssyring i helseforetak

Oslo 30.8.2013
.....
(sted)

.....
(dato)

Anne Krossen
.....
Veileder / Faglærer ved NTNU

Gunn Krossen
.....
Leder for studieprogrammet

FORORD

Denne masteroppgaven er avsluttende avhandling i erfaringsbasert eiendomsforvaltning og utvikling ved Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet i Trondheim. Oppgaven tilsvarer faget AAR6690 Eiendomsutvikling og forvaltning på 30 studiepoeng, og er utført ved Institutt for bygg, anlegg og transport, Fakultet for ingeniørvitenskap og teknologi.

Det har vært en stor inspirasjon gjennom hele studiet å ta med seg de beste og gjennomførbare idéene inn i nytt sykehus i Østfold. I studietiden har jeg hatt en unik mulighet til både å studere og være sentralt med i utformingen av den fremtidige FM organisasjonen hos min arbeidsgiver Sykehuset Østfold.

I forbindelse med arbeidet med masteroppgaven rettes det en takk til mine veiledere Anne Kathrine Larssen, Multiconsult og Nils Olsson, NTNU. Jeg retter også en stor takk til alle helseforetakene som gjennom intervju og spørreundersøkelse har satt av tid og delt sin dype kunnskap og forståelse for FM innenfor sykehusdrift. Det rettes en særskilt takk til Sykehuset Østfold, som god pådriver gjennom studiet samtidig som vi i sykehuset er på oppløpssiden på vei inn i nytt sykehus på Kalnes. Jeg retter også en takk kvalitets- og pasientsikkerhetsavdelingen i Sykehuset Østfold som hjalp meg med å gjennomføre den elektroniske spørreundersøkelsen.

I tillegg takker jeg for muligheten til å benytte anonymiserte nøkkeltall fra sykehusnettverket i Norsk Nettverk for Næringsseiendom og fra Helse Sør-Østs nøkkeltallsgruppe NS3454.

Winston Churchill har klokkelig sagt *«først former vi byggene, så former byggene oss»*. Slik er det med denne masteren – den har formet og inspirert meg til å bidra med å forme den fremtidige FM organisasjonen i Sykehuset Østfold.

Kråkerøy, 22. juni 2014



Anne Charlotte Moe

SAMMENDRAG

Spesialisthelsetjenesten i Norge er den største offentlige eiendomsaktøren i landet, med en bygningsmasse på ca. 4,9 mill kvm BTA. Bygningsmassen er kompleks, høyteknologisk og driftes døgkontinuerlig av interne FM organisasjoner i hvert helseforetak.

FM organisasjonene i helseforetakene utfordres på flere hold. Rask teknologisk- og medisinsk utvikling medfører at behandlingsmetodene og behov for lokaler og tjenester endres kontinuerlig samtidig som endringstakten øker. FM utfordres med høyere krav til profesjonalitet og effektivitet. FM tjenestene skal være konkurransedyktige og understøtte en trygg og effektiv pasientbehandling. Konkurransen i FM markedet skjerpes og økes, blant annet som følge av opphevelse av merverdifritaket¹. Internasjonale trender i FM markedet underbygger at flere fasilitetstjenester outsources i større grad enn tidligere. Samtidig har Helse- og omsorgsdepartementet vedtatt å etablere et nasjonalt helseforetak innen eiendom, som igjen vil legge klare føringer for FM organisasjonene fremover. For å møte alle disse fremtidige utfordringene er oppgavens ambisjon å komme frem til en:

Modell for fasilitetsstyring (FM) i fremtidens sykehusbygg i Norge.

For å kunne svare ut dette er følgende forskningsspørsmål stilt:

1. Hvilke fasilitetstjenester utføres i et helseforetak?
2. Hvor går skillet mellom støtte- og kjernevirksomhet i et helseforetak?
3. Er FM i helseforetak bærekraftig og konkurransedyktig?
4. Hvor moden er FM i helseforetakene?

I denne oppgaven har tilnærmingen til problemstillingen vært å benyttet både kvalitative og kvantitative forskningsmetoder, med hovedvekt på de kvalitative. Metodene som er benyttet er kombinert slik at problemstillingen er belyst med metodetriangulering. Metodene som er benyttet er litteraturstudie, dokumentanalyse, spørreundersøkelse, intervju og delvis nøkkeltall. Forskningsmetodene er redegjort for i kapittel 2.

Fasilitetstjenester i helseforetak og grensesnitt mot klinisk drift

En kartlegging av hvilke FM tjenester som utføres i helseforetakene viser at FM favner hele FDVUSL spekteret. Alle helseforetakene utfører FM i egen regi, enten i en samlet FM organisasjon eller delt over flere resultatenheter i helseforetaket. Andel servicetjenester utgjør 35 - 40 %, og vurderes som høyt sammenlignet med FM i andre sektorer.

Omfanget og grad av utførelse av fasilitetstjenester varierer mellom helseforetakene. Det er flere FM tjenester som delvis utføres av klinisk personell, og som utføres av FM personell i andre helseforetak. Resultatene viser at det er ca. 8 % som utføres av klinisk personell. Det er ikke avdekket noen skarpe skiller mellom støtte- og kjernevirksomhet. Kartleggingen viser at det er et utviklings- og profesjonaliseringspotensiale for fremtidige FM organisasjoner gjennom å påta seg et større utføreransvar, særskilt innen servicetjenestene.

Bærekraftig og konkurransedyktig FM

Bærekraftighet vurderes som viktig, men funnene avdekker at FM organisasjonene ikke har en aktiv tilnærming til bærekraftig utvikling. En samlet vurdering påviser at

¹ I dag har spesialisthelsetjenesten ikke fradragsrett for merverdiavgift på anskaffelser til bruk i egen virksomhet. Regjeringen har varslet innføring av nøytral merverdiavgift i løpet av regjeringensperiode.

helseforetakene ikke er bærekraftige i dag da det ikke balanse i de bærekraftige aspektene. Gjennom intervjuene fremkommer det tydelige indikasjoner fra respondentene om at helseforetakene ikke er konkurransedyktige. Det er unntaksvis enkelte fagområder som er konkurransedyktige. Som en konsekvens av en eventuell innføring av nøytral merverdiavgift forventes det sterkere konkurranse fra det private FM markedet.

Modenhet i helseforetakene og spesialisthelsetjenesten

Respondentene fra helseforetakene vurderer at de er moderat til godt modne innenfor alle kategoriene i modenhetsmodellene «Modenhetsniveau og initiativer i FM organisasjon» (Koch et al., 2008) og «Excellence maturity matrix». En samlet vurdering av alle funn antyder at helseforetakenes modenhet er moderat og lavere enn respondentenes i helseforetakenes egen vurdering. Tabell 1 under viser at helseforetakenes vurdering av egen modning er jevnt over høyere enn hva en samlet vurdering underbygger.

Nivå	Kategori	Modell 1 Modenhetsniveau og initiativer i FM organisasjonen				Nivå	Kategori	Modell 2 Excellence maturity matrix								
		1. FM kompetanse	2. Kobling FM/core business	3. Ledelses engasjement	4. bruk av IKT i oppgaveløsning			1. Strategi	2. Standarder og politikk	3. Planlegging og budsjettering	4. Service leveranse	5. Tilpasningsgrad	6. IKT støttesystemer	7. Utvikling av personell		
5	Integrert FM organisasjon					5	Nivå 5									
4	Styrt FM organisasjon	●	●	x		4	Nivå 4	●		●	●	●	●			
3	Veldefinert FM organisasjon	x	x		x	3	Nivå 3	x	x	x	x	x		●	●	
2	FM organisasjon under utvikling					2	Nivå 2								x	x
1	Uformell FM organisasjon					1	Nivå 1									
0	Ingen FM organisasjon					0	Nivå 0									

Resultater fra spørreundersøkelse dekker kriteriet godt
Resultater fra spørreundersøkelse dekker kriteriet delvis
● = Helseforetakenes vurdering, basert på spørreundersøkelse
 x = Vurdering basert på intervju, spørreundersøkelse og faktainnhenting

Tabell 1 Dagens modenhetsnivå i helseforetakene

Et annet sentralt resultat fra modenhetsvurderingen, sett opp mot kriterier for god bygg og eiendomsforvaltning (NOU 2004:22) og (Koch et al., 2008), viser at helseforetakene samlet sett er under modning og at videre modning underbygger et stort potensiale i ytterligere profesjonalisering av FM tjenestene i fremtiden. Figur 1 illustrerer helseforetakenes modning fra 2008 til i dag, samt antatt modning frem mot den fremtidige FM modellen 2020-2030. Det er en sannsynlig utvikling at dagens FM organisasjoner modnes trinnvis og får god drahjelp gjennom etablering av det nasjonale helseforetaket for sykehusplanlegging i 2014. Oppgaven beskriver en antatt implementering i 5 trinn mot 2020-2030. Det er sannsynlig at implementeringen vil ta opp til 10 år, blant annet som følge av at helseforetakene har en vurdert lav til moderat modning.

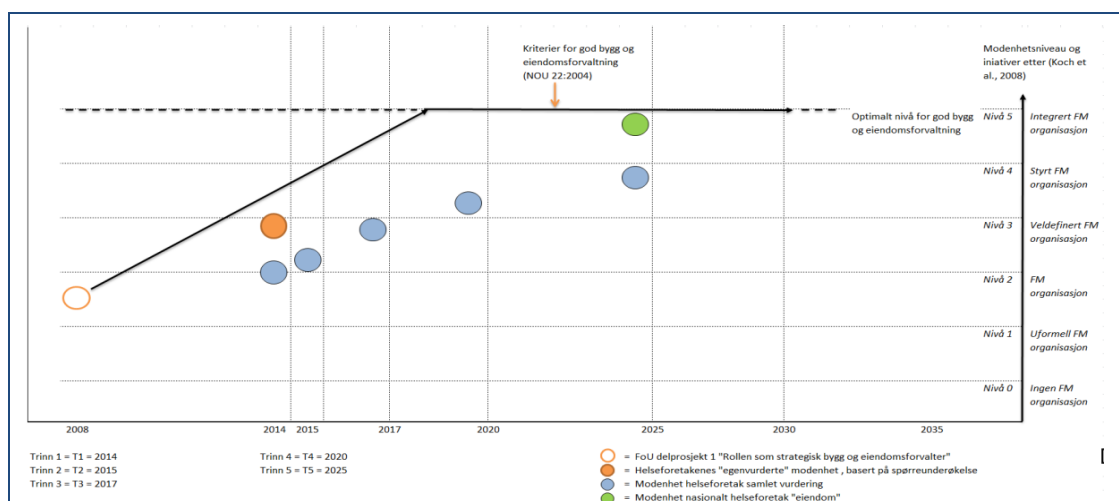
Fremtidig modell for fasilitetsstyring i spesialisthelsetjenesten 2020-2030

Oppgaven har ikke vurdert om FM organisasjonene skal være egne resultatenheter i helseforetaket eller i et fremtidig nasjonalt helseforetak innen eiendom. Det er ikke drøftet eierstruktur, rolle- og ansvarsfordeling på nasjonalt, regionalt eller lokalt nivå. I en fremtidig vurdering av FM modell er det to sentrale perspektiver som bør vektlegges. Det må veies opp mot hverandre behovet for å profesjonalisere og effektivisere FM organisasjonene og behovet for å være tett strategisk knyttet opp mot kjernevirksomheten, for å sikre at FM organisasjonen effektivt understøtter helseforetakenes verdiskapning. Den fremtidige FM modellen vil kreve forholdsvis omfattende endringer, og kan ikke

gjennomføres innenfor dagens struktur og rammebetingelser. Det er beskrevet 5 kriterier som legges til grunn for å lykkes med trinnvis iverksetting av fremtidig FM modell.

I oppgaven redegjøres det for anbefalt fremtidig modell for fasilitetssyring i fremtidens sykehusbygg 2020-2030 basert på utførte studier og drøftinger:

1. Ett nasjonalt helseforetak innen eiendom er trinnvis utviklet fra det nasjonale helseforetaket sykehusplanlegging og etablert. Helseforetaket antas å ha et overordnet ansvar for hele FM tjenestespekteret innen FDVUSL.
2. FM i helseforetakene er profesjonaliserte og standardiserte organisasjoner med bestilleransvaret for FDVUSL. FM er plassert i helseforetakenes sykehusledelse.
3. En stor andel av FM tjenesteporteføljen er antageligvis outsourced eller satt ut til eksterne leverandører.
4. Kompetanseprofilen for FM er vesentlig styrket på alle plan, både nasjonalt og lokalt. Kompetanse utveksles på tvers av regionene og tverrfaglige nettverk understøtter et nytt og vedvarende konkurransefortrinn for fremtidig FM.



Figur 1 Fremtidig FM modning i helseforetakene mot 2020 – 2030

Hovedkonklusjon

Modell for FM i fremtidens sykehusbygg i Norge antydes å være profesjonell, bærekraftig med et bredt sammensatt FM tjenestespekter innen FDVUSL. I modellen er det antatt at det blir ett nasjonalt helseforetak innen eiendom med et helhetlig ansvar for hele FM tjenestespekteret i fremtiden. Det antydes en 5-trinns gjennomføringsmodell mot 2020-2030. En etablering av det nasjonale helseforetak innen sykehusplanlegging i 2014, en eventuell fremtidig innføring av nøytral merverdiavgift og forventet økt konkurranse vil være katalysatorer i denne prosessen fremover.

Videre forskning og utvikling

Det er flere områder med behov for videre forskning og utvikling, som er nærmere redegjort for i kapittel 7. Kort oppsummert anbefales det at:

- det utvikles en modenhetsmodell for FM innenfor spesialisthelsetjenesten
- det utvikles FM nøkkelindikatorer for bærekraftig FM og pasientaktivitet (DRG)
- det kartlegges *delt beste praksis* innenfor FM i spesialisthelsetjenesten i prosesskart, sett opp mot pasientforløpene (kjernevirksomheten).
- det drøftes eierstruktur, rolle- og ansvarfordeling for fremtidig FM modell

INNHOLDSFORTEGNELSE

FORORD	1
SAMMENDRAG	3
1 INNLEDNING	11
1.1 Bakgrunn	11
1.2 Formål og problemstilling	13
1.3 Avgrensning.....	14
1.4 Oppgavens oppbygging	15
1.5 Definisjoner og forkortelser.....	16
2 METODE	17
2.1 Forskningsprosessen	17
2.2 Kvalitative og kvantitative metoder	17
2.3 Metodetriangulering	18
2.4 Reliabilitet og validitet	18
2.5 Metoder som benyttes i oppgaven	19
2.5.1 Litteraturgjennomgang	19
2.5.2 Innhenting av faktaopplysninger og nøkkeltall	20
2.5.3 Spørreundersøkelse	21
2.5.4 Intervju.....	23
3 TEORI OG LITTERATUR	25
3.1 Teoridel 1: Utvikling av FM i spesialisthelsetjenesten	25
3.1.1 Introduksjon til utvikling av FM	25
3.1.2 Kort om FM i Norden og internasjonalt	25
3.1.3 Utvikling- og omlegging av spesialisthelsetjenesten i Norge.....	25
3.1.4 Organisering av spesialisthelsetjenesten	26
3.1.5 Endret pasientgrunnlag og pasientfokus.....	27
3.1.6 Medisinsk- og teknologisk utvikling	28
3.1.7 Nasjonalt helseforetak for bygging og drift av helsebygg	28
3.1.8 Nasjonalt helseforetak for IKT.....	29
3.1.9 Fremtidens FM - nye samarbeidsmetoder innenfor FM	30
3.1.10 Oppgaveglidning og multitasking	30
3.1.11 Oppsummering.....	30
3.2 Teoridel 2: FM i sykehus	31
3.2.1 Introduksjon til FM i sykehus	31
3.2.2 Begreper og terminologi FM i sykehus	31
3.2.3 Modell for fasilitetsstyring	33
3.2.4 Organisering av FM, roller og ansvarsområder.....	34
3.2.5 FM hovedoppgaver	35
3.2.6 NS 3454:2013	35
3.2.7 Oppsummering.....	36
3.3 Teoridel 3: Bærekraftig og konkurransedyktig FM	37

3.3.1	Introduksjon til bærekraftig og konkurransedyktig FM	37
3.3.2	Bærekraft og bærekraftig utvikling	37
3.3.3	Modell bærekraftig utvikling	37
3.3.4	Bærekraftig FM.....	38
3.3.5	Konkurransedyktig FM	39
3.3.6	Standardisering, effektivisering og profesjonalisering	40
3.3.7	Benchmarking og beste praksis	40
3.3.8	Kunden i fokus – kunde KPI'er og andre nøkkelparametere.....	40
3.3.9	Markedsmekanismer og «klinikkmechanismer».....	41
3.3.10	Oppsummering.....	41
3.4	Teoridel 4: Modeller for FM modenhet i organisasjoner	42
3.4.1	Introduksjon FM modenhet.....	42
3.4.2	Begreper og terminologi FM modenhet	42
3.4.3	Modell 1 - Excellence maturity matrix.....	42
3.4.4	Modell 2 - Modenhetsniveau og initiativer i FM organisasjonen.....	44
3.4.5	Modell 3 - Property Asset Management Maturity Matrix (PAM)	46
3.4.6	Modell 4 - Prosjektmodenhetsmodell.....	46
3.4.7	Oppsummering FM modenhet	47
4	RESULTATER.....	49
4.1	Fakta om helseforetakene	49
4.2	Beskrivelse av utvalg	49
4.2.1	Organisasjonsstruktur i helseforetakene	50
4.3	Nøkkeltall basert på kjernevirksomhetens drift	51
4.3.1	Nøkkeltall FDVUS i helseforetakene.....	51
4.3.2	Produksjonskoeffisient.....	53
4.3.3	Kunde KPI'er og måling av kundetilfredshet	53
4.4	Resultater fra spørreundersøkelsen	53
4.4.1	Modul 1 Statistikk om helseforetakene	54
4.4.2	Modul 2 Kartlegging av FM tjenester og grensesnitt	54
4.4.3	Modul 3 FM modenhet i dag og forventet modenhet om 5-10 år (2025 - 2030).....	59
4.4.4	Modul 4 Fremtidens FM	62
4.5	Resultater fra intervju	67
4.5.1	Bærekraftig FM i sykehus i dag og i fremtiden 2020-2030.....	67
4.5.2	Konkurransedyktig FM i sykehus i dag og i fremtiden 2020-2030	67
4.5.3	FMs bidrag til høyere effektivitet for kjernevirksomheten.....	69
4.5.4	Utvidelse av FM tjenesteomgang	69
4.5.5	Fremtidens FM modell i sykehus 2020-2030	70
5	DISKUSJON	73
5.1	Diskusjon av metode.....	73
5.1.1	Litteraturstudie	73
5.1.2	Fakta innhenting og nøkkeltall	73
5.1.3	Spørreundersøkelse	74
5.1.4	Intervju.....	75

5.1.5	Oppsummering.....	76
5.2	Diskusjon av teori og datainnhenting.....	76
5.2.1	Forskningspørsmål 1: Hvilke fasilitetstjenester utføres i et helseforetak?	77
5.2.2	Forskningspørsmål 2: Hvor går skillet mellom støtte- og kjernevirksomhet i et helseforetak?	78
5.2.3	Forskningspørsmål 3: Er FM i helseforetak bærekraftig og konkurransedyktig?	79
5.2.4	Forskningspørsmål 4: Hvor moden er FM i helseforetakene?	83
5.2.5	FM modell i fremtidens sykehusbygg i Norge	88
6	KONKLUSJONER	95
7	ANBEFALINGER FOR VIDERE ARBEID	99
	REFERANSELISTE	101
	VEDLEGG	105

FIGURLISTE

Figur 1 Fremtidig FM modning i helseforetakene mot 2020 – 2030.....	5
Figur 2 Detaljering av fase 3 innsamling av data i forskningsprosessen etter Larsen (2010).....	17
Figur 3 Standardisert pasientforløp etter modell fra Sykehuset Østfold, 2013.....	32
Figur 4 Fasilitetstjenester understøtterstandardisert pasientforløp. Modell utviklet av Anne Charlotte Moe 2013.....	32
Figur 5 FM tjenester i et sykehus - eksempler på grensesnitt. Modell utviklet av Anne Charlotte Moe, 2013	33
Figur 6 Modell for fasilitetsstyring i helseforetak basert på NS-EN 15221-1	34
Figur 7 Bærekraftighet - miljømessige, økonomiske og sosiale aspekter etter ISO 15392:2008.	37
Figur 8 Elementer som påvirker konkurransekraften i dagens helseforetak.....	39
Figur 9 Modenhetsmodell Modenhetsnivå og initiativer i FM organisasjonen etter (Koch et al., 2008).....	45
Figur 10 Prosjektmodenhetsmodell etter Andersen (2005).....	47
Figur 11 Ansvarsmatrise - organisering av tjenester i FM organisasjonen, klinisk eller eksternt	50
Figur 12 FDV + Utvikling kr per kvm BTA 2012. Kilde NFN (2013).	51
Figur 13 Snittkostnader for eiendomstjenester i kr per kvm BTA 2010-2012. Kilde NFN (2013).	52
Figur 14 Rangering av servicekostnader i kr per pasient (gjennomsnitt). Kilde NFN (2013).	52
Figur 15 Antall kvm BTA per innbygger og pasient fordelt per helseforetak.	53
Figur 16 Fordeling av svar fra spørreundersøkelsen per helseforetak	54
Figur 17 Hovedprinsipp forsyningssløyfe logistikk for vareforsyning.....	56
Figur 18 Grensesnitt og fordeling av hvem som er ansvarlig for FM tjenestene i helseforetakene	58
Figur 19 Grensesnitt og fordeling av hvem som utfører FM tjenestene i helseforetakene	58
Figur 20 Gjennomsnittlig fordeling av alle FM tjenester i helseforetakene	58
Figur 21 Fordeling av FM organisasjonens svar innenfor hovedområdet strategier.....	59
Figur 22 Fordeling av FM organisasjonens svar innenfor hovedområdet standarder og serviceleveranser.....	60
Figur 23 Fordeling av FM organisasjonens svar innenfor hovedområdet IKT systemer og kunderelasjon.....	60
Figur 24 Fordeling av FM organisasjonens svar innenfor hovedområdet standardisering og effektivisering	60
Figur 25 Fordeling av FM organisasjonens svar innenfor hovedområdet kompetanse	61
Figur 26 Fordeling av respondentenes enighet i påstandene i dag og i fremtiden 2020-2025 per helseforetak.....	61
Figur 27 Fordeling gjennomsnittlig enighet i FM organisasjonen i dag og i fremtiden 2020-2025	62
Figur 28 Illustrasjon FM organisasjonens bærekraftighet fra 2014 til 2025.....	81
Figur 29 Fremtidig FM modning i helseforetakene mot 2020 – 2030.....	91

TABELLISTE

Tabell 1 Dagens modenhetsnivå i helseforetakene.....	4
Tabell 2 FM oppgaver i en større virksomhet (Jensen 2001)	35
Tabell 3 FM tjenester på to-siffernivå etter NS3454:2013 i Helse Sør-Øst og NFN.....	36
Tabell 4 Sammenstilling av modenhetsmodeller.....	48
Tabell 5 Oversikt over helseforetak med sykehusfunksjon i Norge	49
Tabell 6 Dagens modenhetsnivå i helseforetakene.....	87

1 INNLEDNING

Fasilitetsstyring (FM) er et forholdsvis ungt fagområde med sterk utvikling nasjonalt og internasjonalt. FM innenfor helsesektoren er enda yngre som profesjon, da det har hatt en lavere utviklingsgrad enn i markedet generelt. Økt profesjonalisering i markedet og økt fokus på rett tjeneste til rett pris og kvalitet de seneste 5 – 10 årene har bidratt til en utvikling mot intern profesjonalisering innenfor FM i helseforetakene.

Spesialisthelsetjenesten er den største offentlige eiendomsaktøren i landet, med total bygningsmasse på ca. 4,9 mill kvm BTA. Til sammenlikning har Forsvarsbygg ca. 4,4 og Statsbygg ca. 2,7 mill kvm BTA (HOD, 2013). Bygningsmassen er svært kompleks og det er viktig for den kliniske virksomheten at både bygg og FM bygger opp under en god, trygg og effektiv pasientbehandling. Samlet verdi på sykehusbygg og utstyr er 76,7 mrd (Prop. 1 S, 2013-2014)

Det er det enkelte helseforetak som er ansvarlig for å legge til rette for fremtidsrettede og kostnadseffektive bygninger som understøtter trygg og god pasientbehandling. Ansvar er normalt delegert fra administrerende direktør i helseforetakene til bygg- og eiendomsforvaltningen i hvert helseforetak. Bygg- og eiendomsforvaltning er i denne oppgaven omtalt som fasilitetsstyrings- (FM) organisasjonen.

FM tjenesteomfang i sykehusbygg er sammensatt og spesialisert. Organisasjonene er bygget opp for å ivareta et mangfold av kompliserte pasientsløyer og fagområder. Driften går kontinuerlig alle dager i året og krav til åpenhet og sikkerhet er høy. Produksjonen i sykehusbyggene er tuftet og spisset på kompetanse og behovet for fasiliteter i de ulike situasjonene stiller i en særklasse. Behovet for FM infrastruktur er høy og FM tjenestene må være spesialtilpasset og tilrettelagt den kliniske kjernevirksomhetens behov.

Denne oppgaven omhandler fasilitetsstyring (FM) i fremtidige sykehusbygg i Norge.

Det er en ambisjon at resultatene i masteroppgaven vil bidra til å styrke forståelsen av hva som er bærekraftig og konkurransedyktig FM i fremtidige sykehus. Modenhet innenfor FM er vurdert og oppgaven beskriver grensesnittet mellom FM tjenestene og kjernevirksomheten i nyere sykehusbygg.

1.1 Bakgrunn

Gode sykehusbygg er en svært viktig rammebetingelse for at man skal kunne drive god og effektiv pasientbehandling. Det er derfor viktig at forvaltning, drift, vedlikehold, utvikling og service av helseforetakene blir utført profesjonelt. Tjenestene utføres av FM organisasjoner som i dag har et ulikt omfang av FM tjenester i sin tjenesteportefølje.

I dag finnes det ikke en omforent modell eller beste praksis for FM i sykehusbygg. Med så stor bygningsportefølje i helse Norge, har det stor betydning for befolkningen at det er en gjennomgående og systematisk oppfølging – til beste for pasienten.

Spesialisthelsetjenesten i Norge har en svært sammensatt bygningsmasse som skal understøtte en ressurskrevende og kompleks kjernevirksomhet. Bygningene forvaltes i stor grad desentralisert og med ulike systemer og rutiner for forvaltning, drift, vedlikehold, utvikling og service. Servicetjenesteomfanget varierer mellom helseforetakene og det er også ulike modeller for oppfølging. Skillet mellom støttevirksomhet og kjernevirksomhet i et helseforetak er ikke entydig definert.

Fokus på fasilitetsstyring i sykehussektoren er økende i Norge og internasjonalt. FM i sykehussektoren har en felles målsetning om at tjenestene skal frigjøre kapital og bidra til verdiskapning for kjernevirksomheten – det kan også beskrives som at FM er bærekraftig og understøtter god, trygg og effektiv pasientbehandling.

Under masteroppgaveskrivingen har jeg vært sentralt involvert i hvordan FM organisasjonen i Sykehuset Østfold i 2015 skal utvikles, organiseres og implementeres. Dette arbeidet ble avsluttet tidlig våren 2014 og organisasjonsutviklingen er i god gang innenfor alle funksjons- og fagområder og er overført fra programmet til linjen. Ny fremtidig sykehusstruktur, funksjonalitet, teknologisk utvikling, nye logistikk-løsninger og nye kliniske arbeidsmetoder har vært premissgivende for utvikling av den fremtidig FM organisasjonen.

Denne masteroppgaven har gitt meg en unik mulighet til å forene faglig utvikling med organisasjonsutvikling av fremtidig FM i det nye sykehuset. Et stadig tilbakevendende tema i utviklingsarbeidet er hva er FM og hvordan og hvem utfører hvilke FM oppgaver? Hva er grensesnitt mellom fremtidig FM organisasjon og kjernevirksomheten i utførelsen av FM tjenester? De ulike helseforetakene har forskjellig tilnærming og hva er så den beste modellen for FM som er bærekraftig og understøtter god og effektiv pasientbehandling?

Profesjonalisering innenfor FM i spesialisthelsetjenesten er i startgropen. Det har de siste årene vært et økende fokus på FM som et fagområde i helseforetakene og de regionale helseforetakene. Det offentlige har over en lengre periode profesjonalisert tjenestene innenfor FM gjennom blant annet etablering av Forsvarsbygg og Statsbygg. De regionale helseforetakene har startet et forbedringsarbeid og profesjonaliserer sine tjenester i mindre skala. Forhenværende Helse- og omsorgsminister Jonas Gahr Støre ga de regionale helseforetakene i oppdrag å utrede et fremtidig nasjonalt helsebygg. Vår nye Helse- og omsorgsminister, Bent Høie, har dette i regjeringserklæringen og vektlegger i sykehustalen (Høie, 2014) at det skal etableres et nasjonalt eiendoms helseforetak i Trondheim. Det nasjonale helseforetaket skal etableres i 2014. Det er med andre ord en ”modning” i spesialisthelsetjenesten for å profesjonalisere FM tjenestene i fremtiden.

Videre spesialiserer private aktører sine FM tjenester for at kunden skal kunne ta seg av sin kjernevirksomhet. Flere FM aktører tar over mer av den taktiske FM i en organisasjon gjennom outsourcing og gjennom Total Facility Management (TFM).

Temaet FM i fremtidige sykehusbygg er interessant da det er en tydelig endring og modning innenfor FM området. Det er både en modning i forståelsen for hva FM innebærer blant klinikerne, ledelsen i sykehusene og en modning og økende profesjonalisering innenfor FM organisasjonene.

Flere av FM tjenestene i et sykehus er spesialiserte og tilrettelagt for særskilte fagområder, som for eksempel operasjonsrenhold og aktiv forsyning av varer på nærlageret til operasjonsstuene. Det er min påstand at det er et noe utydelig grensesnitt mellom hva som er helsefaglige og ikke-helsefaglige FM oppgaver, samt at det antas at dette grensesnittet defineres forskjellig av de enkelte helseforetakene.

1.2 Formål og problemstilling

Hensikten med denne oppgaven er å undersøke om det finnes en generisk fremtidig modell for fasilitetsstyring i spesialisthelsetjenesten i Norge. En viktig del av oppgaven vil være å kartlegge hvilke FM tjenester som utføres i et helseforetak, samt om FM tjenestene utføres av både klinisk og ikke medisinsk støttepersonell, eller som rendyrkede FM tjenester. Det er derfor naturlig å kartlegge hvilke tjenester som er støttefunksjoner i dagens modell og hvilke som vil og bør inngå som støttefunksjon i en fremtidig FM modell.

Problemstillingen som søkes besvart i denne oppgaven er:

Problemstilling	Modell for fasilitetsstyring (FM) i fremtidens sykehusbygg i Norge
------------------------	--

Flere av FM tjenestene i et sykehusbygg er spesialiserte og tilrettelagt for særskilte fagområder, som for eksempel operasjonsrenhold og aktiv forsyning av varer på nærlageret på operasjonsstuene. Jeg antar at det er et noe utydelig i forhold til hvem som bør utføre ikke-helsefaglige oppgaver. Videre antas det at dette grensesnittet defineres noe forskjellig i de enkelte helseforetakene. FM servicetjenester er gjerne tjenester som utføres både av klinisk personell og av FM personell. I dette grensesnittet ligger det, etter min mening, et potensiale for støttetjenestene og ytterligere å understøtte kjernevirksomheten. Disse oppgavene, som ligger i «gråsonen», har derfor blitt kartlagt i en spørreundersøkelse. Forskningsspørsmålene er stilt slik at fasilitetstjenestene i et helseforetak kartlegges med henblikk på hvem som utfører fasilitetstjenestene, for så å fremstille hvor skillet mellom støtte- og kjernevirksomhet går.

For spesialisthelsetjenesten er fasilitetstjenestene i første rekke til for å understøtte verdiskapingen i kjernevirksomheten. Fasilitetsstyring er ledelsesoppgaver knyttet til å fremskaffe, koordinere og forvalte fasilitetstjenestene.

I dagens FM marked er det en økende profesjonalisering og økende konkurranse fra det private FM markedet. I spesialisthelsetjenesten er FM tjenestene nesten unntaksvis interne tjenester i Norge. Slik er det ikke i de nordiske eller internasjonale sykehusene. Der er det en større miks av outsourcing både helt og delvis av ulik grad.

I en bærekraftig virksomhet vektlegges det helhetlig perspektiv som ser på virksomhet, bygningsmasse, teknologi og støttefunksjoner i sammenheng. Derfor bør FM modellen også være bærekraftig, konkurransedyktig og understøtte den kliniske virksomhetens behov.

Det er derfor naturlig å stille spørsmålene: Hvordan kan da det norske interne FM markedet være konkurransedyktig og bærekraftig i fremtiden? Er FM organisasjonene modne og utviklet nok til å møte en eventuell konkurranseutsetting i fremtiden? Bistår FM til å forbedre effektiviteten for kjernevirksomheten i sykehusene?

Forskingsspørsmål om bærekraftighet, konkurransekraft og modenhet er derfor stilt, og vil bygge opp under, en drøfting og vurdering av problemstillingen - om det finnes en fremtidig FM modell i fremtidens sykehus i Norge.

For å få svar på problemstillingen er det utledet fire forskningsspørsmål, som jeg mener vil bidra til å belyse oppgavens problemstilling;

Forsknings- spørsmål	<ol style="list-style-type: none">1. Hvilke fasilitetstjenester utføres i et helseforetak?2. Hvor går skillet mellom støtte- og kjernevirksomhet i et helseforetak?3. Er FM i helseforetak bærekraftig og konkurransedyktig?4. Hvor moden er FM i helseforetakene?
---------------------------------	---

1.3 Avgrensning

Sykehus er svært teknisk kompliserte formålsbygg som driftes 24 timer i døgnet året rundt. Omfanget av FM tjenester er stort og tilpasses pasientenes behandlingslinjer og opphold. Oppgaven avgrenses til å omhandle hvordan FM organisasjonen er organisert og vil undersøke hvilket strategisk fokus FM har i det enkelte helseforetaket. Oppgaven vurderer ikke sammenhengen mellom bygning og kjernevirksomhetens effektivitet. Det innebærer blant annet at oppgaven vil ikke si noe om sykehusbyggene er tilpasningsdyktige, har riktig brukskvalitet eller er arealeffektive. Sykehusmassens infrastruktur og sammensetning blir således ikke analysert og drøftet.

Det er i en årrekke blitt påvist at det er et stort teknisk- og bygningsmessig oppgraderingsbehov. I tillegg er det et stort behov for å transformere bygningsmassen for å tilpasse arealene til fremtidig helsetilbud. Investeringsbehovet i spesialisthelsetjenesten er stort i fremtiden samtidig som de økonomiske rammene er begrenset. Til tross for at helseforetakene har bedret sin økonomiske bæreevne, og snudd store underskudd til balanse eller mindre samlet underskudd i Norge, avsettes det av den grunn lite investeringsmidler til utvikling og vedlikehold. Den tekniske tilstanden på sykehusmassen og den tilhørende tekniske infrastrukturens tilstands påvirkning på effektiv drift for kjernevirksomheten, er ikke vektlagt i denne oppgaven.

Denne oppgaven går ikke inn på strategi og målsetninger for bygningsmassen og bygg. Det er i hovedsak hele tjenestespekteret, der eiendomsforvaltningen er en del av helheten som beskrives.

Litteraturgjennomgang har vist seg svært omfattende og jeg har underveis i masteroppgaven vært nødt til å innskrenke litteraturdelen. Således er denne oppgaven ikke utfyllende innenfor de ulike temaene som beskrives i litteraturdelen.

Oppgaven vil fokusere på FM i sykehusbygg i Norge, og vil ikke bli vurdert opp mot nordisk eller internasjonale markeder. FM i sykehusbygg vurderes ikke uttømmende mot det private markedet eller mot nordiske eller internasjonale FM markeder. Enkelte opplysninger og trender blir lett kommentert, og således ikke drøftet i dybden.

Masteroppgaven beskriver overordnet fire modenhetsmodeller i kapittel 3. I enkelte tilfeller er det behov for en utdypning og mer detaljert forklaring på hva som skal til for å oppfylle de ulike kriteriene i modenhetsmodellene. Det er ikke beskrevet i denne masteroppgaven.

Jeg har valgt å tone ned nøkkeltallsfremstillingen av helseforetakene da tallgrunnet er anonymisert og at omfanget av analysen ville bli for omfattende å gjennomføre i denne oppgaven. Det innebærer blant annet av helseforetakenes konkurransekraft kun blir vurdert

på et overordnet nivå, og at det ikke vil foreligge en dypere statistisk analyse for å understøtte drøftingen av resultatene.

For å vurdere om en FM organisasjon er bærekraftig, hadde det vært naturlig å kartlegge og vurdere om leveransen av FM tjenestene er i tråd med kjernevirksomhetens uttalte målsetting og strategiutvikling på strategisk, taktisk og operativt nivå. Det er ikke gjennomført i denne oppgaven. Bærekraftig utvikling er vurdert ut i fra miljømessige-, sosiale- og økonomiske aspekter på et overordnet nivå.

Generelt er det flere interessante funn i den kvantitative delen av spørreundersøkelsen sett opp mot nøkkeltall per helseforetak. Det er dessverre ikke mulig å ivareta konfidensialitet dersom funnene presenteres, til tross for at resultatene er anonymisert i denne oppgaven. Interessante funn er derfor ikke analysert detaljert eller i dybden.

Det har også vært nødvendig å avgrense analysen av FM tjenesteområdene. Det innebærer at en detaljert analyse av tjenesteområdene ikke er gjennomført. FM tjenestene er analysert på et overordnet eller gruppert nivå.

Opgaven drøfter ikke ansvar- og roller i FM modellen for fremtidens sykehus. Således er heller ikke de regionale helseforetakenes ansvar- og roller blitt drøftet i denne oppgaven. Det nasjonale helseforetaket innen eiendom vil bli formelt etablert i løpet av 2014, og informasjon rundt denne prosessen har vært vanskelig tilgjengelig mht vedtak og prosesser. Opgaven har derfor gjort en hoved antakelse, om at den fremtidige FM modellen (2020-2030) på nasjonalt plan er ett helseforetak med ansvar for hele FM. FM organisasjonene i helseforetakene er desentrale modeller. Diskusjon om roller og ansvar er omfangsmessig en masteroppgave i seg selv. Antagelsene er gjort for å komme frem til en modell som kan videreutvikles. Denne oppgaven har ikke vurdert alle konsekvenser som følge av etableringen av det nasjonale helseforetaket innen eiendom.

1.4 Oppgavens oppbygging

Opgaven er delt inn i 7 kapitler. Første kapittel er en innledning med beskrivelse av bakgrunn og målsetning for masteroppgaven. I kapittel 2 er det redegjort for metoder og hvordan masteroppgaven er gjennomført.

Kapittel 3 omfatter teori og litteraturstudie. Kapitlet er delt i fire underkapitler, der første del beskriver historisk utvikling av FM generelt i spesialisthelsetjenesten. Andre delkapittel omhandler FM i sykehus og skillet mellom støtte- og kjernevirksomhet i et sykehus. Det tredje og fjerde delkapitlet omhandler henholdsvis bærekraftig og konkurransedyktig FM.

I kapittel 4 presenteres resultater fra datainnsamling, intervju og spørreundersøkelse. Funnene er delt opp i delkapitler ut fra hvordan funnene er fremkommet.

I kapittel 5 drøftes funnene som har fremkommet i oppgaven i delkapitler. Delkapitlene er bygget opp slik at de svarer ut forskningsspørsmålene. Relabilitet og validitet blir diskutert.

Ut fra drøfting av resultatene er konklusjonen på problemstillingen og forskningsspørsmålene presentert i kapittel 6. Avslutningsvis er kapittel 7 en kort redegjørelse for anbefalinger for videre arbeid.

Til slutt gis en oversikt over anvendte kilder samt kopi av relevante vedlegg for oppgaven.

1.5 Definisjoner og forkortelser

I oppgaven benyttes blant annet følgende begreper og forkortelser;

Benchlearning	Benchlearning er en prosess med kontinuerlig læring av egne forretningsprosesser mot tilsvarende prosesser i andre organisasjoner, gjerne opp mot beste praksis.
Benchmarking	Benchmarking er en prosess med kontinuerlig måling og sammenstilling av egne forretningsprosesser mot tilsvarende prosesser i andre ledende organisasjoner
BTA	Brutto areal
Fasilitetsstyring	Forkortes FM
FM	Fasilitetsstyring, jf. over.
FM tjeneste	Tjeneste som utføres av FM organisasjon
FDV	Forvaltning Drift Vedlikehold
FDV system	Overordnet IKT forvaltnings- drift og vedlikeholdssystem
FDVU	Forvaltning Drift Vedlikehold Utvikling
FDVUS	Forvaltning Drift Vedlikehold Utvikling Service
FDVUSL	Forvaltning Drift Vedlikehold Utvikling Service Logistikk
HF	Helseforetak
HOD	Helse- og omsorgsdepartementet
IKT	Informasjons- og kommunikasjonsteknologi
KPI	Nøkkelindikatorer
Kunde KPI'er	Nøkkelindikatorer for leveranse opp mot kunde (her: primært kjernevirksomheten avdelinger/enheter)
NFN	Norsk Nettverk for Næringseiendom
NFN sykehus	Norsk Nettverk for Næringseiendom, fagnettverk for ikke-kliniske sykehustjenester
Produksjonskoeffisient	Produksjonskoeffisienten vekter totalt pasientbehandling over ett år sykehuset. Produksjonskoeffisient = antall liggedøgn + 35 % av antall dagbehandlinger + 10 % av antall polikliniske behandlinger.
Produksjons KPI'er	Nøkkelindikatorer basert på produksjons- og/eller aktivitet
RHF	Regionalt helseforetak
SLA	Serviceleveranseavtale
TFM	Total Facility Management

2 METODE

I dette kapitlet beskrives den metodiske tilnærmingen som er benyttet for å belyse oppgavens problemstilling og besvare forskningsspørsmålene. Innledningsvis beskrives metoden generelt og metodevalgene er beskrevet i delkapitlene. I siste delkapittel er fordeler og ulemper ved tilnærmingen vurdert.

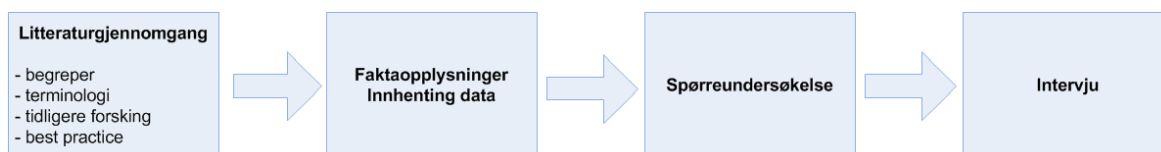
2.1 Forskningsprosessen

Metoden dreier seg om hvordan vi innhenter, organiserer og tolker informasjon (Larsen, 2010). Forskningsprosessen (Larsen, 2010) kan deles inn i faser som følger:

1. Valg og utforming av problemstilling
2. Utvelging av enheter og variabler
3. Innsamling av data
4. Behandling av data
5. Analyse av data
6. Tolkning av resultatene
7. Utarbeidelse av oppgaven

Fasene over er fulgt i denne masteroppgaven. I dette kapitlet er fasene 1-3 grunnlaget for valg av metoder. Selve innsamlingen av data (fase 3) er mer utfyllende beskrevet under.

Figur 2 under viser oppgavens rekkefølge og detaljering av fase 3, innhenting av data i forskningsprosessen (Larsen, 2010). Metodene som er benyttet i fase 3 er beskrevet i delkapittel 2.5.



Figur 2 Detaljering av fase 3 innsamling av data i forskningsprosessen etter Larsen (2010).

2.2 Kvalitative og kvantitative metoder

Det er vanlig å skille metodene i kvalitative og kvantitative metoder. Kvalitative metode er en metode som blir brukt for blant annet å undersøke hendelser og erfaringer. Kvalitative metoder er representativt for det utvalget som undersøkes. Utvalget gjelder ofte et begrenset utvalg. Metoden baseres ofte på intervjuer, deltagende observasjon og studier. I følge Larsen (2010) er det ofte at en jobber med flere av fasene samtidig i kvalitativ metode. Metodens mål er å oppnå forståelse for det som undersøkes, og at det som undersøkes har overførbarhet til andre tilsvarende utvalg. Funnene i undersøkelsen er subjektive.

En kvantitativ metode består ofte i å undersøke et antall forekomster fra et representativt utvalg. Informasjonsmengden ved datainnsamling kan avgrenses, noe som kan lette bearbeidelsen av dataene. En kvantitativ metode kan generalisere funnene fra

datainnsamlingen, forutsatt at utvalget er representativt. Funnene i undersøkelsen er da objektive. Arbeidsformen er mer strukturert enn ved kvalitativ metode. Metoden har lavere fleksibilitet ved innhenting av dataene. Undersøkelsen låses i det den er gjennomført, og det vil kreve vesentlig arbeidsinnsats å få gjort endringer i undersøkelsen.

2.3 Metodetriangulering

Metodetriangulering er å benytte ulike metoder i samme undersøkelse. Metodene vil kunne veie opp hverandres svakheter (Larsen, 2010). De ulike metodene har fordeler og ulemper. En metodetriangulering vil understøtte en problemstilling ulikt og derved bidra til å redusere usikkerheten i undersøkelsen. Eksempelvis kan kvantitative undersøkelser benyttes i en forundersøkelse, for deretter å gå i dybden i en kvalitativ studie for å skape en dypere forståelse av problemstillingen. I denne oppgaven gjennomføres det en kvantitativ overordnet nøkkeltalsammenstilling og spørreundersøkelse, som etterfølges av kvalitative intervjuer.

2.4 Reliabilitet og validitet

Innsamling av data må være relevante i forhold til problemstillingen. For å sikre høy validitet i kvalitative undersøkelser kan intervjuet korrigeres underveis dersom en oppdager nye eller andre momenter som er viktig for å få belyst problemstillingen (Larsen, 2010). Det er gjennomført en enkel pilotspørreundersøkelse og pilotintervju for å avdekke om det er momenter i undersøkelsene som bør endres før gjennomføring. Pilotene styrker validiteten og gir en mer presis spørreundersøkelse, samt at intervjumalen blir mer konsis (Halvorsen, 2012).

Validitet betyr at informasjonen er relevant eller gyldig (Larsen, 2010). Dataene som samles inn må være relevante for problemstillingen. Det innebærer at kravene til en kvantitativ undersøkelse er høye for at svarene skal være valide. I en kvalitativ undersøkelse er det rom for å justere og endre underveis, for å skape en helhetsforståelse (Halvorsen, 2012).

Sikring av høy reliabilitet i kvalitative undersøkelser er ikke like enkelt som for kvantitative undersøkelser (Halvorsen, 2012). I et intervju er det mange faktorer som påvirker den som blir intervjuet og den som intervjuer. Til tross for at det blir laget felles Intervjumal, og at dataene samles inn systematisk og informasjonen fra intervjuene behandles likt, vil sinnsstemning og situasjonen intervjuet gjennomføres i kunne redusere validiteten. For å opprettholde så høy validitet som mulig, er det blitt nedlagt mye tid på strukturering av hele intervjuprosessen med maler, sammenstilling av intervjudata. Det er avsatt tid til å systematisere all intervju- og observasjonsdata etter hvert intervju. Det er hensiktsmessig at to gjennomfører intervjuene, men det er ikke vært praktisk mulig å gjennomføre i denne oppgaven. Intervjuene er primært tatt opp på bånd (mobil), og er slettet etter at de er skrevet ned. Intervjuene er skrevet ned i sin helhet og oversendt til intervjuobjektet for informasjon, kvalitetssikring og godkjenning. En mulig lav reliabilitet må derfor tas hensyn til ved tolkning av dataene.

I intervjusituasjon har det dukket opp nye momenter, til tross for at det er gjennomført pilot. Da har jeg gitt rom for presiseringer og tatt med nye momenter. Spørsmålene i intervjumalen må da vurderes om de bør endres underveis for å oppnå mer valid informasjon. Det har ikke vært behov for å endre spørsmålene underveis i

gjennomføringen, slik at alle intervjuene er gjennomført etter samme intervjuet. Tilsvarende har spørreundersøkelsen blitt gjennomført med lik spørsmålstilling til alle.

Spørsmålene og påstandene er utformet på en slik måte at det skal være minst mulig rom for feiltolkning, men det kan likevel være slik at det kan være ulike tolkninger av spørsmålene. Det er lagt opp til at respondentene kan kontakte undertegnede for spørsmål i utfyllingen av spørreundersøkelsen. Eventuelle usikkerhetsmomenter kan da avklares slik at misforståelser unngås for å få høyere validitet på dataene.

2.5 Metoder som benyttes i oppgaven

Validitet og reliabilitet vil bli bedret ved å kombinere metoder (Larsen, 2010), og jeg har derfor valgt metodetriangulering for innhenting av dataene. Jeg har valgt å bruke en kombinasjon av kvalitative og kvantitative metoder, som er beskrevet i delkapitlene under.

2.5.1 Litteraturgjennomgang

Olsson (2011) påpeker at referanser av høy kvalitet er bedre enn mengden av referanser. Denne oppgaven har som ambisjon å prioritere faglig tunge referanser, som er bøker, vitenskapelige artikler, standarder med vider for å bygge opp under problemstillingen og forskningsspørsmålene.

Jeg har søkt opp nasjonal og internasjonal teori om begreper og terminologi innenfor fasilitetsstyring og fasilitetstjenester, modeller for fasilitetsstyring, bærekraftig FM, modenhetsteori og FM i sykehus.

Formålet med en litteraturgjennomgangen er å presentere tidligere forskning og teori innenfor FM i sykehusbygg. Tidligere forskning vil bli presentert, diskutert og lagt frem som konklusjoner og implikasjoner for eget prosjektarbeid (Halvorsen, 2012). Halvorsen (2012) påpeker at den valgte litteraturen som diskuteres i oppgaven må vurderes kritisk. Vurderingen av litteraturen vil bli oppsummert for eventuelle videre undersøkelser av andre.

Jeg har gjennomført en litteraturgjennomgang av eksisterende forskningslitteratur innenfor temaet FM i sykehusbygg. I følge Everett og Furseth (2012) er «*hensikten med litteraturgjennomgangen er å definere områder som andre forskere har oversett*».

I litteraturstudiet har jeg konsentrert meg om fire fagområder;

- FM generelt og FM definisjoner
- FM i sykehusbygg
- FM modenhetsteori
- FM bærekraftighet og konkurransedyktighet

Etter gjennomgang av litteratur innenfor fagområdene over, kom jeg fram til at teoriomfanget er svært omfattende. Jeg har derfor valgt å begrense oppgaven til å inkludere det vesentligste innenfor temaene over på et mer overordnet nivå. Temaene modenhet og til dels bærekraft diskuteres mer grundig. Begrepet konkurransekraft inngår i samme kapittel som bærekraftighet i denne oppgaven.

Vitenskapelige fagartikler innenfor temaene er søkt opp. Jeg har per dags dato ikke lyktes med å finne frem til oversiktsartikler som oppsummer forskningen innenfor ett område.

I hovedsak er relevant teori fra pensum i NTNUs erfaringsbaserte masterstudie lagt til grunn. Deretter er litteratursøket utvidet til internasjonal litteratur innenfor fagområdet. I litteraturstudiet er det søkt etter faglitteratur og artikler internasjonalt. Søket har vært gjort systematisk og har vært tidkrevende. Det er flere internasjonale hjemmesider som har vært gode utgangspunkt for videre søk etter fagartikler og litteratur.

Fagbøker og artikler i fagtidsskrifter er i hovedsak blitt søkt opp via NTNUs tilganger til BIBSYS og fagdatabaser samt Google Scholar. En systematisk gjennomgang av fagartikler og tidligere master- og dr. grads avhandlinger er benyttet for å få oversikt over aktuell litteratur innenfor de teoriområdene som oppgaven dekker. Eksempelvis har litteraturlisten til doktorgradsavhandlingen til Larsen (2010) vært et godt utgangspunkt for teorireferanser innenfor temaene FM, sykehusdrift og modenhetsteori. Teori og fagartikler innenfor konkurransedyktighet og bærekraft er søkt opp, men med mindre omfang. Hovedfokuset i denne oppgaven har vært modenhetsteori.

Litteraturgjennomgangen har løpende bidratt til å identifisere teorier og begreper som er aktuelle for problemstillingen. Jeg planla en systematisk gjennomgang av litteratur ved å søke opp primærlitteratur, og deretter søke sekundærkildene. Litteraturtilfanget er varierende innenfor de ulike fagområdene beskrevet i denne oppgaven. I praksis har litteraturgjennomgangen vært en prosess inntil leveranse av denne oppgaven, der litteratursøket fortløpende har bygget opp et helhetsbilde og forståelse av fagområdene.

Fagbøkene har gitt et overblikk over fagområdet i oppgaven. Artikler i fagtidsskrifter har gitt mer detaljer og dybdeinformasjon om utvalgte temaene. Bøker, tidsskrifter og avhandlinger har gitt nyttige litteraturhenvisninger til annen relevant litteratur.

Offentlige dokumenter og utredninger og rapporter, fra for eksempel Helse- og omsorgsdepartementet, er undersøkt og lagt til grunn dersom de belyser eller underbygger problemstillingen og forskningsspørsmålene.

2.5.2 Innhenting av faktaopplysninger og nøkkeltall

For å kunne besvare problemstillingen og forskningsspørsmålene har det vært nødvendig å få en god oversikt hvordan helseforetakene er organisert innenfor FM områdene. Opplysningene har gitt en overordnet oversikt over alle sykehusbygg i Norge. Det er gjennomført en systematisk gjennomgang av webportaler fra blant annet Helse- og omsorgsdepartementet, Helsedirektoratet, Statistisk sentralbyrå og fra de regionale helseforetakene. I tillegg er oppdragsdokumenter, årlige meldinger og strategidokumenter fra de regionale helseforetakene lagt til grunn. Opplysningene er vurdert, og de som har relevans for problemstillingen og forskningsspørsmålene er inkludert i denne oppgaven på et overordnet nivå. Det er primært rapporter for 2012 som er innhentet, da kostnadstallene i denne oppgaven er basert på regnskapsår 2012.

Et utvalg av helseforetak i Norge har etablert et sykehusnettverk (NFN sykehus), som utveksler erfaringer og aktivitets- og nøkkeltall innenfor egen FM drift. Jeg har hatt tilgang til anonymisert datagrunnlag fra nettverket i denne masteroppgaven (NFN, 2013). Helse Sør-Øst har nedsatt en nettverksgruppe innen NS3454 med erfaringsutveksling om beste praksis basert på nøkkeltallsammenstillinger. Nøkkeltall er innhentet på overordnet FDVUS nivå, og er anonymisert. Faktaopplysninger og nøkkeltall er benyttet for å få oversikt over hvilke områder som inngår i FM og kostnadsfordeling mellom disse på et overordnet nivå for perioden 2010-2012.

I drøfting og analyse i denne oppgaven er det avtalt at tallmaterialet skal presenteres anonymisert, slik at det enkelte helseforetak og tjenesteområde ikke kan spores. Drøftingen blir således på et overordnet nivå og sier noe om de større funnene på et generelt nivå. I tabellene som er inkludert i denne oppgaven er helseforetakene gruppert, og funn og eventuelle spenn i nøkkeltall beskrives på et overordnet og generelt nivå. Da tallmaterialet behandles konfidensielt, vil forskningsspørsmål om helseforetakene er bærekraftige og konkurransedyktig, delvis bli besvart i denne oppgaven.

2.5.3 Spørreundersøkelse

Det er gjennomført en spørreundersøkelse for å kartlegge dagens FM tjenesteomfang i den norske sykehussektoren med hensyn til hvem som er ansvarlig og hvem som er utfører for FM tjenestene. I tillegg vil undersøkelsen kartlegge flere områder som sier noe om dagens og eventuelt fremtidens modenhet av sykehusene. Samlet vurdering av resultatene fra spørreundersøkelsen vil også kunne si noe om sykehusene har en bærekraftig utvikling.

Spørreundersøkelsen har en enkel utforming og skal bidra til å kartlegge hvor skillet går mellom støtte- og kjernevirksomhet i et helseforetak. Spørreundersøkelsen forventes å svare på forskningsspørsmål nr 1 og 2.

Undersøkelsen er gjennomført elektronisk ved bruk av systemet QuestBack. Kvalitets- og pasientsikkerhetsavdelingen ved Sykehuset Østfold har bistått med gjennomføring av undersøkelsen.

Utvalg i spørreundersøkelsen

Spørreundersøkelsen er gjennomført blant FM ledere og sentrale fagpersoner i stab på strategisk og taktisk nivå i 8 helseforetak i Norge. Alle helseforetakene er medlem i Nettverk for Næringseiendom og deltar i fagnettverk for ikke-kliniske sykehustjenester (NFN sykehus nettverk).

NFN sykehus nettverk dekker ikke opp alle fagområder som noen av helseforetakene har i sin FM tjenesteportefølje. I de tilfeller har jeg kontaktet helseforetaket direkte, for å få representanter til disse fagområdene med i utvalget. Jeg har ikke valgt å ta med tilsvarende fagområder i andre helseforetak, for å holde utvalget innenfor ansvarsområdene til FM organisasjonene. Med det mener jeg at utvalget representerer alle FM fagområder som utvalget har ansvaret for.

Orientering og distribusjon

Under NFN samling for sykehustjenester i oktober 2013 ble FM direktører forespurt om å gjennomføre en spørreundersøkelse blant alle deltakerne som deltar i samlingen. I februar 2014 ble alle orientert om gjennomføring og utvalget ble kvalitetssikret slik at alle FM fagområder inngikk i utvalget. Denne henvendelsen gikk per e-post (vedlegg 1). Alle i utvalget mottok en e-post med link til undersøkelsen (vedlegg 2). Undersøkelsen (vedlegg 3) pågikk i tre uker inklusive tre planlagte purrerunder. Undersøkelsens svarprofil er gitt i kapittel 5.

Innhold og utforming

Spørreundersøkelsens utforming og innhold er drøftet med fagveileder og veileder. I tillegg har jeg kontaktet tidligere faglærer ved NTNU som nylig hadde gjennomført en undersøkelse med tilnærmet samme problematikk. Undersøkelsens opprinnelige form var for komplisert til å gjennomføres gjennom QuestBack. Presentasjonen av spørsmålene er ikke så intuitive som jeg hadde håpet da det er enkelte restriksjoner for hvordan spørreundersøkelser kan utformes i QuesBack. Tilbakemeldinger fra de som testet undersøkelsen medførte at kategoriseringen ble forenklet og at respondent kunne velge mer enn én kategori der det er aktuelt.

Da jeg er godt kjent med utvalget og har en overordnet kunnskap om tjenesteomfanget for de 8 helseforetakene, kunne spørreundersøkelsen forenkles. Fokuset har vært rettet mest mot servicetjenestene fordi grensesnittet mellom støtte- og kjernevirksomheten ikke er helt avklart med hensyn til hvem som utfører oppgavene.

Spørreundersøkelsen er delt i fire moduler for å få en tydelig skille mellom datainnhenting. Innledende modul er ren statistikk, modul 2 er kartlegging av tjenester og modul 3 kartlegger FM modenhet. Avsluttende modul er fritekst om FM i fremtiden.

I modul 2 kategoriseres tjenestene i 14 kategorier som er en sammenslåing av 31 tjenesteområder fra NFN sykehus nettverket. NS 3454:2013 ble også vurdert som kategorisering, men ville lett bli for detaljert for denne undersøkelsen. Etter et systematisk søk på alle helseforetakenes hjemmesider vurderte jeg de FM områdene som er kategorisert i spørreundersøkelsen, totalt 14, som de viktigste innenfor dagens FM områder. Spørsmålene er formulert slik at resultatene kan vise om det stemmer at helseforetakene har ulikt grensesnitt i forhold til hvem som utfører tjenesten – klinisk eller egen FM organisasjon?

Det er i tillegg flere tjenesteområder som er valgt holdt utenfor spørreundersøkelsen. Det er Bedriftshelsetjeneste og smittevern, barnehagedrift, trykkeri, forskningsstøtte, pasienthotell, museumsdrift, HR og regnskap. Halvparten av helseforetakene har barnehagedrift i egen regi, de øvrige helseforetakene har virksomhetsoverdratt driften. De øvrige tjenestene er særskilte for kun ett helseforetak og er av den grunn vurdert som ikke hensiktsmessig i denne undersøkelsen.

I modul 2 har jeg også bevisst satt opp spørsmålstillinger delvis overlappende for å tvinge respondenten til å ta stilling til spørsmålene med ulike perspektiver. Således har jeg lagt opp til at det kan være funn som viser at helseforetaket motsier seg selv.

Utsagnene er stilt primært for å kunne vurdere helseforetakenes modenhet. Respondentene må ta stilling til utsagnene i dagens organisasjon og om forventet nivå om 5-10 år. Spørsmålene er identiske for begge perioder.

I modul 3 har kartleggingen av modenhet tatt utgangspunkt i tidligere gjennomførte modenhetsundersøkelser, jf. kapittel 3.4. Spørsmålene i denne undersøkelsen er vesentlig forenklet og vil ikke dekke alle kategorier og kriterier like bredt som i modenhetsmodellene. Jeg har bevisst valgt denne fremgangsmåten for å sikre at omfanget av masteroppgaven i seg selv ikke blir for stor. Spørsmålene er forenklet, formet som påstander og er enkle å kategorisere.

Respondentene behøver ikke å ta stilling til alle spørsmålene for å gå videre til neste spørsmål. Bakgrunnen for dette er etter råd fra tidligere gjennomførte undersøkelser i

sykehuset samt at det i generell veiledning fra QuestBack sikrer at flere svarer. Etter gjennomføringen viste det seg at flere benyttet seg av denne muligheten.

Anonymisering

Resultatene fra spørreundersøkelsen blir anonymisert i drøfting og analyse i denne masteroppgaven. Det innebærer at resultatene som presenteres i denne masteroppgaven ikke skal kunne spores tilbake til det enkelte helseforetak. Rent praktisk vil det innebære at resultatene ikke sammenlignes helseforetakene i mellom, men at det sees på de større og mer generelle funnene som representerer hele utvalget. Dersom det er unntak eller andre funn av særskilt interesse, så vil det bli beskrevet på generelt grunnlag.

2.5.4 Intervju

Hensikten med intervjuene er å innhente data som ikke tidligere er beskrevet eller som kan innhentes via spørreundersøkelsen. Hver intervjusituasjon er unik. Intervjuobjektene har personlige meninger og synspunkter og tillegger de ulike spørsmålene forskjellig vekt. I intervjusituasjonen har jeg hatt mulighet til å vurdere den enkeltes engasjement og vektlegging av temaer som er kommet opp under intervjuet.

Metoden har vært svært tidkrevende. To av syv intervjuer er blitt tatt opp med lydopptak. Alle intervjuer er referert i sin helhet og oversendt til intervjuobjektene for godkjenning. To intervjuobjekter har korrigert intervjureferatene.

Antageligvis er intervjuobjektene blitt noe påvirket av meg som intervjuer, da jeg har et stort engasjement, og lett kan fylle på med supplerende informasjon underveis i intervjuet, i den hensikt å innhente dypere og mer detaljert informasjon om et spesifikt tema. Således har intervjuet utviklet seg til et samtaleintervju innenfor enkelte temaer. Jeg har bevisst holdt meg så nøytral som mulig, for ikke å påvirke intervjuobjektet.

I to av intervjusituasjonene er det fremkommet informasjon som er utenfor problemstillingen, og den informasjonen er nedskrevet, godkjent, men ikke tatt med i denne oppgaven da den faller utenfor oppgaven. Jeg har gjennomgående sørget for å følge disposisjonen og har vært nøye med *ikke* føre samtalen. I enkelte situasjoner har det oppstått «tenkepauser» - noe som har gitt god datafangst i intervjuene. I denne pausen har intervjuobjektene konsentrert seg ekstra for å svare ut spørsmålene. Alle intervjuobjektene møtte forberedt, hvilket betyr at oversendt informasjon er lest.

Intervjuene forventes å svare på alle forskningsspørsmålene, men fokus på forskningsspørsmål 2 og 3.

Utvalg intervjuobjekter

Intervjuene omfatter syv sentrale FM ledere på strategisk og taktisk nivå innenfor FM. I utvalget vil FM roller være tverrfaglig sammensatt slik at alle fagområder i FM organisasjonen er representert. Undersøkelsen bruker ikke-sannsynlighetsutvelging da det er basert på en skjønnsmessig utvelging (Larsen, 2010). Larsen (2010) beskriver skjønnsmessig utvelging ved at forskerne velger enhetene på en slik måte at enhetene er representative for undersøkelse og at enhetene skal sikre et variert utvalg. Det kan ikke

generaliseres ut fra en skjønnsmessig utvelgelsesmetode. Resultatene fra intervjuene skal presenteres som en anbefaling til fremtidig FM modell for fremtidige sykehus.

Intervjuene ble gjennomført med helseforetak som nylig har gjennomgått en større ombygging eller nybygging. I tillegg har jeg vektaktlagt å intervju de helseforetakene som har en bred FM tjenesteportefølje og som har tatt i bruk internfakturering og SLA.

Opprinnelig var planen å intervju 3 til 4 FM direktører. Underveis i kartleggingen ble det riktig å utvide intervjugrunnlaget til å omfatte avdelingsledere med ansvarsområder i hele bredden av FM, også innenfor innkjøp, HR og personal.

Vedlegg 7 gir en oversikt over intervjuobjektene.

Intervjumal

Alle intervjuene ble gjennomført med samme intervjueskjema med like spørsmål og lik rekkefølge. Det vil bidra til å gi et godt grunnlag for sammenstilling og sammenlikning av de innhentede dataene, redusere informasjonsmengden, samt å sikre at alle svarer på det samme.

FM direktørene, som har ansvar for hele FM tjenesteporteføljen, har svart på spørsmålene på et overordnet og strategisk nivå. I intervjusituasjon med taktiske ledere, har det vært naturlig å legge fokuset mot det tjenestespekteret som den enkelte lederen hadde ansvaret for. Således er både det strategiske og taktiske nivået innenfor flere fagområder blitt kartlagt.

Intervjuet ble gjennomført som et semistrukturert samtaleintervju. Samtale intervju, som er et dybdeintervju, har skapt en dypere forståelse for områdene som det er stilt spørsmål om.

Tidshorisont på intervju er 2025 - 2030 og 2020 - 2015 for spørreundersøkelsen. Tidsaksen er differensiert da jeg ønsker en strategisk tilnærming i intervjuene. De fleste av lederne som deltar i spørreundersøkelsen er ledere på taktisk nivå, og de har gjerne en kortere planleggings- og målhorisont enn på strategisk nivå.

3 TEORI OG LITTERATUR

Teorien i denne oppgaven er delt opp i fire delkapitler med ett tema i hvert delkapittel. Innledende delkapittel beskriver utviklingen av FM i spesialisthelsetjenesten frem til i dag. Delkapittel to gir en kort oversikt over FM begreper som er knyttet opp til FM i sykehus. I tredje delkapittel presenteres bærekraftighet og konkurransedyktig. Siste delkapittel presenterer fire modenhetsmodeller.

3.1 Teoridel 1: Utvikling av FM i spesialisthelsetjenesten

FM i spesialisthelsetjenesten vil i fremtiden møte en kjernevirksomhet i kontinuerlig endring. Den medisinske- og teknologiske utviklingen påvirker sykehusenes utforming og den virksomheten byggene skal understøtte. Sykdomsutviklingen påvirker pasientgrunnet, som også legger føringer for utvikling og drift av sykehusene. I dette delkapittelet beskrives kort forskjellige trender som påvirker FM som en følge av utviklingen i spesialisthelsetjenesten.

3.1.1 Introduksjon til utvikling av FM

FM er et forholdsvis nytt fagfelt i Norge og til dels internasjonalt. Frem til 1990 ble FM tjenestene primært utført som enkelt tjenester. Fra 1990 skjedde det en endring. Flere store private og offentlige etater så et økonomisk og organisatorisk potensiale for endringer og forbedringer. En del bedrifter valgte å konsentrere seg om egen kjernevirksomhet, og kjøpte isteden FM tjenestene direkte eller valgte å outsource tjenestene dersom de hadde dem i egen regi.

Innenfor sykehussektoren var den gang tilnærmet alle FM tjenestene i sykehusets regi, som for eksempel vaskeri og avfallsforbrenningsanlegg. Fra 1990 og frem til i dag har det gradvis vært en endring fra en ren teknisk drift av byggene til at FM understøtter og legger til rette for effektiv drift for kjernevirksomheten.

3.1.2 Kort om FM i Norden og internasjonalt

I henhold til Jensen (2001) er det flere forskjeller mellom FM i Norden og internasjonalt. I Norden er det offentlige en sentral aktør, mens FM internasjonalt, primært utvikles gjennom private aktører. Internasjonale standardiseringsprosesser er viktige for å profesjonalisere FM (Anker et al., 2008). Forskning og utvikling innenfor FM er moderat i Norden sammenlignet med utviklingen internasjonalt (Anker et al., 2008), men det har vært en økning de siste 5 til 10 årene.

Det er etablert flere FM nettverk nasjonalt og internasjonalt. Nettverkene satser systematisk på utvikling og forskning innenfor FM, og de er pådrivere for blant annet å tilrettelegge for utdanning innenfor fagfeltet FM.

3.1.3 Utvikling- og omlegging av spesialisthelsetjenesten i Norge

De siste tiårene har det vært en stor endring og vekst innenfor spesialisthelsetjenesten. I 1990 var utgiftene til sykehusene i underkant av 20 milliarder, mens det i 2006 var økt til 68 milliarder (Halvorsen, 2012). I 2014 er det bevilget 118,6 milliarder (St. prop. 1, 2013-

2014) til drift av spesialisthelsetjenesten. Lønnskostnader er den største kostnaden og utgjør cirka 65 % av de totale kostnadene.

De siste 30 årene har det vært en dobling av antall ansatte. Sykehusene hadde i 1980 ca. 41 000 ansatte, mens antallet i 2012 hadde steget til 88 000 ansatte (Halvorsen, 2012). Det var i overkant av 111 000 avtalte årsverk sysselsatt i spesialisthelsetjenesten i 2012. Det tilsvarer ca. 5 % av alle sysselsatte i Norge (Statistisk sentralbyrå, 2013).

De 10 -15 siste årene er det gjennomført flere store omlegginger i spesialisthelsetjenesten. Den fylkeskommunale forvaltningsmodellen ble avvirket i 2002. Det ble innført foretaksorganisering med statlig eierskap med fem regionale helseforetak. I 2007 ble de regionale helseforetakene redusert til fire. I 2012 ble Samhandlingsreformen iverksatt, for å bidra til bedre samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten.

Det er gjennomført funksjonsfordeling for å samle spesialistfunksjoner og det er innført nye styrings- og finansieringssystemer. Det er gitt føringer om høyere kvalitet, økt produktivitet og bedre styring.

Sørås (2007) hevder at den indre organiseringen av sykehusene fortsatt er basert fagområder og spesialiseringsretninger, til tross for at det er skjedd endringer i rammebetingelsene og organisering på overordnet plan. Sørås (2007) påpeker at sykehusene er dominert av profesjoner og profesjonstenkning, og at oppgavene er organisert rundt profesjonene. I dag er det et økende fokus på å samle alle nødvendige fagressurser, nødvendig teknologi opp mot pasienten for å jobbe helhetlig og effektivt med rett kompetanse til rett pasient til rett tid. Dette betyr at det i vesentlig grad ikke er profesjonene, teknologien eller sykdommen som er premissgivende. I dag planlegges alle funksjoner med pasienten og pasientforløpet i fokus.

3.1.4 Organisering av spesialisthelsetjenesten

Helse- og omsorgsdepartementet har det overordnede ansvar for alle sykehus i Norge. Staten er eier av de offentlige sykehusene. De offentlige sykehusene er i dag delt i fire regionale helseforetak (RHF). Hver av de fire regionale helseforetakene er delt opp i helseforetak (HF). I tillegg til den geografiske inndelingen er også sykehusapotekene organisert som et helseforetak innen hvert RHF. Enkelte private sykehus har avtaler med de regionale helseforetakene om behandlingstilbud.

Helseforetakenes virkeområde er regulert i Lov om helseforetak m.m. (Helseforetaksloven). Helseforetaksloven bestemmer ansvars- og oppgavefordeling mellom de regionale helseforetakene og helseforetakene.

De fire regionale helseforetakene skal *«legge til rette for spesialisthelsetjenester, forskning, undervisning og andre tjenester som står i naturlig sammenheng med dette eller er opplagt i lov»*, jf. Helseforetaksloven § 2, 2. ledd, 2. punktum.

Helseforetakslovens § 2, 3. ledd, 2. punktum bestemmer følgende:

«Helseforetak yter spesialisthelsetjenester, forskning og undervisning samt andre tjenester som står i naturlig sammenheng med dette, eller som er pålagt i lov eller avtalt med den kommunale helse- og omsorgstjenesten».

De regionale helseforetakene har ansvar for å sikre befolkningen i regionen tilgang til nødvendige spesialisthelsetjenester. Ansvarsfordelingen mellom de regionale helseforetakene og kommunene er i vesentlig grad knyttet til graden av spesialisering av tjenestene. Helseforetakene tilbyr befolkningen spesialisert behandling for sitt geografiske område. I tillegg har sykehusene oppgaver innen forskning, utdanning og opplæring av pasienter og pårørende.

Alle helseforetakene skal ivareta et godt lokalsykehusstilbud og en desentralisert spesialisthelsetjeneste skal også videreutvikles i eget opptaksområde i samarbeid med kommunene. Enkelte helseforetak har også sentralt behandlingstilbud for regionen innen ett eller flere fagområder.

Det er 6 universitetssykehus i Norge som er tilknyttet de medisinske fakultetene ved universitetene med oppgaver innenfor forskning og utdanning av leger.

3.1.5 Endret pasientgrunnlag og pasientfokus

Befolkningen blir eldre og livsstilssykdommer er økende. Sykehusene og kommunehelsetjenesten må møte disse utfordringene sammen. Roller og ansvar mellom det enkelte helseforetak og de regionale helseforetakene, vil også endres som en følge av endret pasientgrunnlag og et økt pasientfokus.

Den samlede helseomsorgen møter eldrebølgen, og er svært klar over det. En viktig grunn er at en framskriving helt fram til 2030 blir mer preget av den sterke veksten i antall personer over 80, år som vil komme etter 2020. Fram mot 2030 vil det bli en betydelig økning i behovet for helsepersonell i følge rapport fra Statistisk sentralbyrå (Statistisk sentralbyrå, 2013).

I utredningen (NOU 1997:2) heter det at «*pasienten kommer først*». De senere årene er det vært økende fokus på pasientens rettigheter og pasientens opplevelse av sykehusoppholdet. Pasientens rolle og rettigheter er styrket. En styrket oppmerksomhet rundt pasientens rettigheter, vises blant annet i mediene gjennom økt oppmerksomhet rundt pasientskadeerstatninger. Sykehusene har høyeste prioritet på pasientsikkerhet. Sykehusene har en lovpålagt plikt til å melde i fra om alvorlige hendelser. Dette gjelder både hendelser som har ført til, eller kunne ha ført til, betydelig personskade, og kalles 3-3 melding, etter § 3-3 som beskriver meldeplikten i Lov om spesialisthelsetjenesten. Meldingene offentliggjøres fortløpende da åpenhet om uønskede hendelser gir pasientene mulighet til å ha en realistisk forventning til hva helsetjenesten kan løse. Meldingene er et ledd i å overvåke, analysere og forbedre pasientbehandlingen.

Sykehusene planlegger i dag med pasienten i fokus. Tidligere lå pasienten som hovedregel på flersengsrom, nå er målet at alle skal ligge på ensengsrom med eget bad. Tidligere var det helsepersonellens arbeidsrutiner som var premissgivende for effektiv drift i flersengsrom. Det er i dag pasientens behov, taushetskrav og hygienekrav som settes i fokus. Behandlingsforløp i sykehusene planlegges rundt pasientbehandlingen for å effektivisere behandlinglinjene for pasienten. Pasienten har fritt sykehusvalg, som innebærer at de kan velge hvilket sykehus de vil bli behandlet på. Det medfører at spesialisthelsetjenesten må «konkurrere» om pasientene. Det er flere private sykehus som har inngått avtaler med det offentlige om leveranse av sykehustjenester.

Pasientenes rettigheter er som nevnt vesentlig styrket det seneste tiåret. Pasientombudene bistår pasientene. På nasjonalt plan er det utarbeidet kvalitetsindikatorer som gir informasjon om sykehusoppholdet for pasientene. Årlige pasientbrugerundersøkelser gjennomføres og evalueres for å øke pasienttilfredsheten. Det er ingen tvil om at det er pasienten som er kunden i sykehusene. Alle aktiviteter i verdikjeden trimmes med pasienten i fokus, enten det er den kliniske driften eller FM.

Flere sykehus øker sin tilgjengelighet innenfor planlagt aktivitet, med utvidede åpningstider innenfor poliklinikk og dagbehandling - til beste for pasienten.

Sykehusene legger stor vekt på samarbeid med brukerorganisasjonene og pasientombudet. I utviklingsprosjekter, med ny eller endret drift, er brukerorganisasjonene viktige rådgivere. «*En bedre og tryggere helsetjeneste der pasienten står i sentrum*» uttalte Helse- og omsorgsminister Bent Høie i Sykehustalen 7. januar 201, og det understreker at det er pasienten som står i fokus.

3.1.6 Medisinsk- og teknologisk utvikling

Den teknologiske utviklingen og medisinske forskning understøtter flere muligheter til å løse medisinske problemstillinger. Den medisinske utviklingen har gjort sykehusene stadig mer spesialiserte. Sjeldne tilstander og sykdommer behandles ved store og mer spesialiserte sykehus. De mindre sykehusene tilbyr mer generelle medisinske tjenester.

Den teknologiske utviklingen innenfor medisinskteknisk utstyr gir nye muligheter for behandling og bruken av medisinskteknisk utstyr er økende (Helsedirektoratet, 2013). Dette medfører nye arbeidsprosesser i klinisk drift. I tillegg blir byggene mer og mer høyteknologiske, noe som også påvirker arbeidsprosessene i bygget. Endringstakten som følge av den teknologiske utviklingen øker. Tilrettelegging av arealer med riktige funksjoner for å understøtte pasientbehandlingen endrer seg i mer eller mindre samme takt. FM må tilpasse seg disse endringene og tilrettelegge slik at den understøtter pasientbehandlingen.

Pasientforløpene i spesialisthelsetjenesten blir i økende grad støttet av IKT prosesser. En følge er blant annet at de regionale helseforetakene har økt sin ressursbruk innen IKT, gjennom å etablere sentrale IKT enheter (Sykehuspartner, Helse Vest IKT, Helse Nord IKT og HEMIT). De regionale helseforetakene har ansvaret for å harmonisere pasientforløpene med hensyn til IKT-støtte og metodikk (HOD, 2012).

Logistikk i sykehusene har fått et stort gjennombrudd de seneste årene. Lean tankegang, som innebærer å fjerne unødvendige og ikke verdiskapende arbeid, er en modell mange helseforetak har tatt i bruk i forskjellig grad (Grøndalen, 2013). Modellen bygger på metoder og prinsipper fra industriell logistikk. Eksempelvis har det over lang tid blitt oppnådd gode resultater i å effektivisere ulike typer varelogistikk og planlegging av pasientflyt i pasientforløp. Modellen fokuserer på reduksjon av ledetid, som innebærer at det ikke er ventetid mellom tjenesteutførelsene. Redusert ledetid gir bedre effektivitet og det blir lettere å tilpasse seg og kvaliteten blir bedre (Baker et al., 2009).

3.1.7 Nasjonalt helseforetak for bygging og drift av helsebygg

Helse- og omsorgsdepartementet vektlegger samordning på tvers av regionene. I proposisjon 1 S (2013-2014) til Stortinget, vises det til at de regionale helseforetakene har

blitt bedt om å utrede etablering av nasjonalt helseforetak for sykehusplanlegging. I Proposisjon 1 S til Stortinget er det anført:

«De regionale helseforetakene er bedt om å utrede etablering av et nasjonalt helseforetak for sykehusplanlegging. Utredningen skal bygge på eksisterende samarbeid innen eiendomsrådet og det er lagt til grunn at etablering av et nytt foretak ikke skal endre etablerte eier- og ansvarsforhold for forvaltning og utvikling av eiendommene i helseforetakene». (I følge St. Prop. 1 S, 2013-2014:91)

I foretaksmøte mellom Helse- og omsorgsdepartementet og de fire regionale helseforetakene 31. januar 2013 fikk de regionale helseforetakene i oppdrag å utrede etablering av et nasjonalt helseforetak for sykehusplanlegging (HSØ, 2013). Rapporten konkluderte med

«Det etableres et planleggingsforetak, organisert som et helseforetak (HF) i samsvar med helseforetaksloven, eid felles av de fire regionale helseforetakene, og med en desentral organisasjonsmodell». (I følge Utredning av etablering av et nasjonalt helseforetak for sykehusplanlegging, 2013:4).

I regjeringens politiske plattform datert 7. oktober 2013, ble det varslet at regjeringen vil opprette et eget selskap for bygging og drift av helsebygg:

«Men vi starter allerede nå med hvordan vi skal ha bedre samordning av eiendomsvirksomheten i spesialisthelsetjenesten - hvordan vi styrer utvikling, drift og bygging av sykehusene våre. Derfor etablerer vi nå et felles eid helseforetak som skal samordne eiendomsområdet i løpet av 2014. Administrasjonen er lagt til Trondheim». (I følge regjeringen.no, 2014).

Det nye foretaket skal i første omgang rette fokuset mot sykehusplanlegging, som innebærer planlegging og bygging/ombygging av sykehusbygg.

Det nye nasjonale helseforetaket roller og ansvarsområder er i skrivende stund ikke helt avklart, men forventes avklart og etablert innen utgangen av 2014. Det er en forventning om trinnvis etablering av det nye helseforetaket for å sikre at forankring i de regionale helseforetakene. Det er ikke drøftet eierstruktur, rolle- og ansvarsfordeling på nasjonalt, regionalt eller lokalt nivå. Jeg vurderer at det er en stor sannsynlighet for at det nye nasjonale helseforetaket er operativt i løpet av en 2-5 års periode. Tidligere etableringer, for eksempel Sykehuspartner i Helse Sør-Øst, viser at det kreves en lengre planleggingshorisont i slike omfattende prosesser.

3.1.8 Nasjonalt helseforetak for IKT

De regionale helseforetakene er også gitt i oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet å etablere et felles helseforetak, IKT HF for strategisk samarbeid på IKT området (HOD, 2014). Det understrekes i oppdragsdokumentene at det er viktig at spesialisthelsetjenesten søker å samordne sin innsats for bedre IKT-løsninger i fremtiden. Samordningen gjelder primært innen for spesialisthelsetjenesten i samhandling med øvrig helsetjeneste og i løsninger for digital kommunikasjon med innbyggerne. Nasjonalt IKT helseforetak skal lokaliseres i Bergen.

3.1.9 Fremtidens FM - nye samarbeidsmetoder innenfor FM

De siste 5 - 10 årene har det vært en stor endring i det samlede helseomsorgsmarkedet. Det er økende krav til kostnadseffektivisering og helseforetakene har gått fra underskudd til balanse og samlet sett et mindre overskudd. Dette fokuset vil nok vedvare i årene fremover. Det utfordrer organisasjonene og flere nye samarbeidsformer eller forretningsmodeller tvinger seg frem. Innenfor FM har fokuset endret seg til å outsource og outtaske oppgaver i større grad.

Det fremtidige FM markedet vil antageligvis vurdere alternative samarbeidsformer som for eksempel joint venture, strategiske allianser og partnerskap. Disse formene for samarbeid er ikke utbredt i Norge, men er voksende i utlandet.

Van Leijen og Van Straum (2010) påpeker at FM lederne må bestrebe seg på å søke etter nye samarbeidsformer. De beskriver at det innenfor nederlandsk helsetjeneste er inngått et partnerskapsamarbeid gjennom joint venture. Joint Venture kjennetegnes blant annet ved at partene deltar i styringen av samarbeidet i tillegg til den daglige driften. Denne oppgaven skal ikke beskrive hva joint venture innebærer, men påpeker at det er en mulig samarbeidsform.

3.1.10 Oppgaveglidning og multitasking

Det er varslet mangel på helsepersonell, noe som underbygges av de seneste statistikkene (Statistisk sentralbyrå, 2013). «*Det utdannes altfor få helsefagarbeidere, og det kan også bli mangel på sykepleiere, bioingeniører, fysioterapeuter, helsesøstre og jordmødre*» (Statistisk sentralbyrå, 2009). For å demme opp mot mangelen er det flere helseforetak som legger til rette for oppgaveglidning. En konsekvens oppgaveglidning er at en annen yrkesgruppe tar over oppgaver for en annen, for eksempel at FM personell utfører flere servicetjenester nærmere pasienten. Nye måter å organisere tjenestene på kan gi gevinster i form av fleksibilitet og bedre utnyttelse av de samlede ressursene.

Flere helseforetak vurderer multitasking i en mindre målestokk. Multitasking innebærer i denne sammenhengen at en funksjon utfører flere oppgaver innenfor flere profesjoner, for eksempel renhold og logistikk.

3.1.11 Oppsummering

Det er mange faktorer i dag og som i fremtiden vil påvirke spesialisthelsetjenesten. Den medisinske- og teknologiske utviklingen, befolkningsutvikling og endret markedsorientering med *pasienten i fokus*, påvirker sykehusbyggenes utforming og tjenestetilbud. Systematisk forbedringsarbeid i helseforetakene og gjennomføring av flere store reformer i spesialisthelsetjenesten er førende for hvordan spesialisthelsetjenesten leverer sine tjenester i dag og i tiden fremover. Ny sykehusstruktur og funksjonalitet, teknologisk utvikling, nye logistikk-løsninger og prinsipper og nye kliniske arbeidsmetoder er premissgivende og former FM tjenestene og påvirker grensesnittet mot kjernevirksomheten. En sentralisering og etablering av nasjonale helseforetak innen eiendom og IKT vil være viktige normgivere i utviklingen av fremtidens sykehus. Lean og logistikkprinsipper med kontinuerlig forbedring og standardisering er også viktige bidragsyttere for utvikling av FM i et langtidsperspektiv.

Samlet sett vil dette stille spesialisthelsetjenesten ovenfor mange store endringer fremover, noe som igjen påvirker og er førende for FM organisasjonene.

3.2 Teoridel 2: FM i sykehus

I dette delkapittelet beskrives begreper for FM, modell for FM og grenseoppgangen mellom støtte- og kjernevirksomhet i sykehusene beskrives særskilt.

3.2.1 Introduksjon til FM i sykehus

Sykehusbygningen har drift hele døgnet alle dager i året. Byggene understøtter en kompleks organisasjon med et sammensatt behov for arealer, som spenner fra enkle kontorer og polikliniske behandlingsrom til akuttsoner og operasjonsstuer med særskilte krav til funksjonalitet. Det er fragmentert behov i bygget både med hensyn til kontinuerlig drift, støttetjenester og spesielle og tilpassede behov. Til sammen krever dette en FM organisasjon som kjenner sykehusorganisasjonens behov og prioriteringer opp mot sikker, trygg og effektiv pasientbehandling.

I dag driftes de fleste sykehusene med en ren intern FM organisasjon, og oppgavene blir ofte beskrevet som eiendom, tekniske, sikkerhet og servicetjenester som resepsjon og telefoni. De senere 5 til 10 årene har helseforetakene innført kundesentre etter modell fra det private – *ett henvendelsepunkt* for alle FM tjenester. Kunden er i fokus og den økte konkurransen og forventningen om outsourcing har gjort at den interne FM organisasjonen har profesjonalisert seg gradvis. Økt bruk av IKT støtteverktøy og økt forståelse fra organisasjonen om at de interne FM tjenestene understøtter pasientbehandlingen er økende.

3.2.2 Begreper og terminologi FM i sykehus

Det er utarbeidet to overbyggende standarder innen fasilitetsstyring, basert på de europeiske standardene NS-EN 15221-1 Fasilitetsstyring Del 1: Termer og definisjoner (2007a) og NS-EN 15221-2 Fasilitetsstyring Del 2: Veileder for utarbeidelse av avtaler om fasilitetsstyring (2007b). Standardene bidrar til at FM markedet på sikt vil møte standardiserte kvalitetskrav og kravspesifikasjoner i det nasjonale og internasjonale markedet.

Begreperne facility management og facilities management er sidestilt i den europeiske standarden EN 15221-1 (Sæbøe og Blakstad, 2009). I Norsk litteratur er facilities management (FM) er oversatt til fasilitetsstyring og blir av NS-EN 15221-1 (2007a) definert som «*integrasjon av prosesser i en organisasjon for å opprettholde og utvikle avtalte tjenester som støtter og forbedrer effektiviteten til organisasjonens primære mål*».

Atkins og Brooks (2009) legger blant annet vekt på at FM på en helhetlig måte støtter opp under bedriftens forretningsmål. Jensen (2001) beskriver FM i relasjon til virksomhetens hovedelementer, som er medarbeidere, virksomhetens mål og arbeidsplassens fasiliteter.

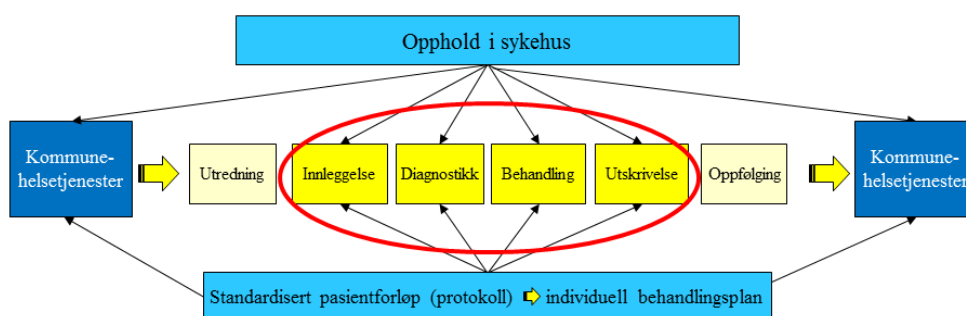
FM har tradisjonelt omfattet forvaltning, drift, vedlikehold, utvikling og service. Haugen (2008) beskriver FM som å støtte opp om kjernevirksomheten innenfor forvaltning, drift, vedlikehold, utvikling og service.

I henhold til Jensen (2009) skal *FM skape merverdi for virksomhetene og bidra til bæredyktighet – både økonomisk, sosialt og miljømessig*.

Real Estate Management (REM) og Corporate Real Estate Management (CREM) er de engelske begrepene som tilsvarer henholdsvis økonomisk forvaltning av fast eiendom og forvaltning av byggene som er verdiskapene for kjernevirksomheten.

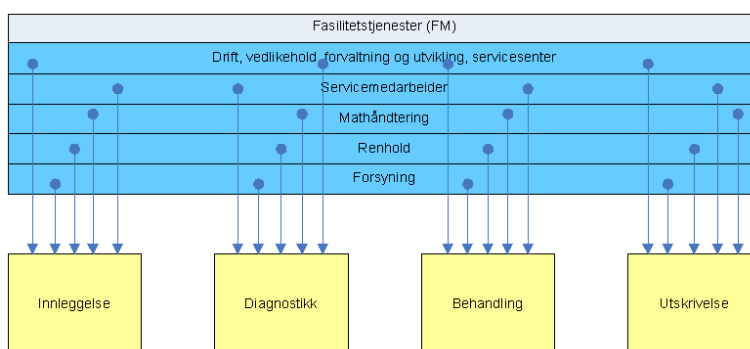
Haugen (2008) beskriver fasilitetsstyring som et overbyggende begrep for oppgaver og aktiviteter som er nødvendige for at en bygning skal «tilfredsstillende kravene til funksjonell, teknisk og etisk standard slik kravene er stilt fra bygningens brukere og eiere».

Figur 3 viser et forenklet standardisert pasientforløp i et sykehus med grensesnitt opp mot kommunehelsesektoren. Kjernen i et pasientforløp i et sykehus er svært forenklet beskrevet som; et opphold som starter med innleggelse, deretter diagnostikk og behandling og avsluttes med utskrivning. I figur 3 er pasientforløpet i sykehuset markert i den røde ringen. FM organisasjonens hovedkunde er den kliniske driften som utfører pasientbehandlingen i pasientforløpet. Den kliniske driften har pasienten som kunde. FM støtter opp under pasientbehandlingen fra innleggelse til utskrivning langs hele pasientforløpet.



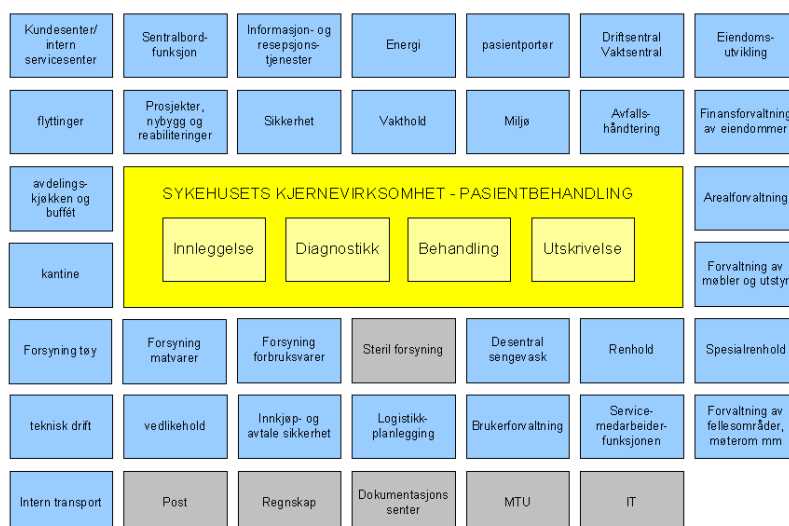
Figur 3 Standardisert pasientforløp etter modell fra Sykehuset Østfold, 2013.

Figur 4 visualiserer hvordan FM og tjenestene støtter *hele* pasientbehandlingen i spesialisthelsetjenesten. FM er til sammen forvaltning, drift, vedlikehold, utvikling og servicetjenester som skal til for å støtte opp under et pasientforløp i et sykehus.



Figur 4 Fasilitetstjenester understøtter standardisert pasientforløp. Modell utviklet av Anne Charlotte Moe 2013.

I figur 5 illustreres det at det er mange FM tjenester som støtter opp under sykehuset kjernevirksomhet, som er pasientbehandling. Tjenester som er markert grå i figuren, er tjenester som i denne organisasjonen ikke inngår i FM. Det er forskjellig vurdering mellom de ulike helseforetakene i forhold til hva som inngår som en FM tjeneste. Kapittel 4 og 5 beskriver dette grenseskillet, som primært omhandler de sykehusspesifikke tjenestene.



Figur 5 FM tjenester i et sykehus - eksempler på grensesnitt. Modell utviklet av Anne Charlotte Moe, 2013

3.2.3 Modell for fasilitetsstyring

Modell for fasilitetsstyring for helseforetak i figur 6 under er basert på NS-EN 15221-1. Modellen er utviklet for sykehuset Østfold og beskriver hvordan fasilitetsstyring støtter opp under de primære aktivitetene i en organisasjon. Med primære aktiviteter menes kjernevirksomheten, som er de medisinske aktivitetene. Sykehusene (klient) kjøper fasilitetstjenester gjennom en avtale om fasilitetsstyring. Avdelingene (kunden) spesifiserer og bestiller levering av fasilitetstjenester innenfor vilkårene i en avtale om fasilitetsstyring. En sluttbruker er en person som mottar fasilitetstjenester.

Hovedindikator for ytelse (KPI) er et mål som gir relevant informasjon om ytelse når det gjelder levering av fasilitetstjenester. Serviceleveranse avtale (SLA) er en avtale mellom klienten/kunden og tjenesteleverandøren om ytelse, måling og vilkårene for levering av fasilitetstjenester. En vesentlig følge av bruk av standarden vil være at avtalene som inngås for tjenesteområdet får en lik oppbygging og struktur.

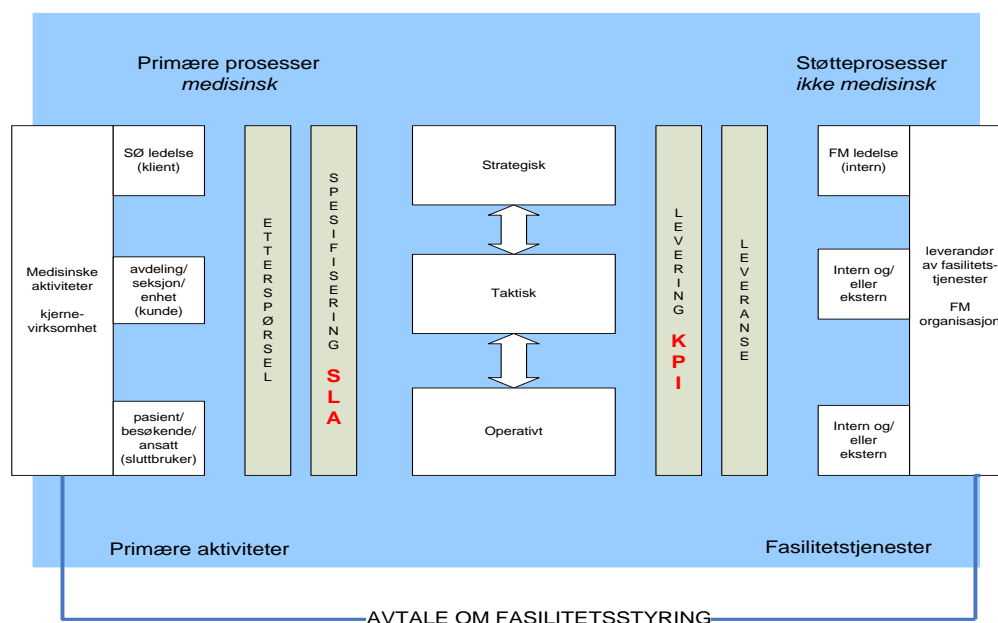
Modellen dekker forholdet mellom etterspørsel av støttetjenester og levering av støttetjenester. De forskjellige nivåene, strategisk, taktisk og operativt nivå, er nivåer for mulige samspill innenfor fasilitetsstyring. Ved bruk av modellen for fasilitetsstyring kan utøverne utvikle seg og forme fremtidens fasilitetsstyring.

Grensesnittet mellom kjernevirksomheten og fasilitetstjenester bestemmes av hver organisasjon. Modellen er et godt utgangspunkt for å kartlegge hva som er FM i et helseforetak og identifisere dette grensesnittet.

FM omfatter forvaltning av eiendomsverdiene, driftstjenester til eiere og brukere av eiendommene og støtte og service til brukerne av eiendommen, som er beskrevet som kjernevirksomheten (Haugen, 2008). FM foregår både på operativt, taktisk og strategisk nivå i en organisasjon. Leverandører av FM tjenestene kan være både interne og eksterne (Sæbøe og Blakstad, 2009).

Organisasjonens behov og leveranser av FM tjenester avstemmes på alle nivåer og tilpasses i forhold til endrede behov over tid. FM skal sikre denne avstemmingen og tilpasningen. Det er alltid behov for å ha en FM funksjon internt i et eller annet omfang. Det i hovedsak operasjonelle FM tjenester som eventuelt outsources eller outtases (Sæbøe og Blakstad, 2009).

Standarden gjelder hovedsakelig for avtaler om fasilitetssyring mellom en klient og eksternt leverandør. Standarden kan også brukes i en intern enhet i en større organisasjon, som for eksempel mellom en FM organisasjon og et helseforetak.



Figur 6 Modell for fasilitetsstyring i helseforetak basert på NS-EN 15221-1

3.2.4 Organisering av FM, roller og ansvarsområder

Intern organisering, outsourcing og outtasking

Det finnes mange modeller for organisering av FM. I litteraturen blir det gjerne presentert tre hovedmodeller (Haugen, 2008; Atkin og Brooks, 2007; Jensen, 2001) som er intern, outsourcing eller outtasking.

Intern organisering er hovedmodellen i FM i sykehus, hvor tjenestene primært utføres av egne ansatte. Outsourcing «omfatter bortsetting av både det taktiske og det operative nivået for bestemte servicetyper, dvs. at bare det strategiske nivået bibeholdes i organisasjonen» (Mørk et al., 2008:40). Outtasking gjelder enkeltvis FM tjenester og «omfatter bortsetting av det operative ledd, dvs. at taktiske nøkkelpersoner sitter igjen i egen organisasjon» (Mørk et al., 2008:40).

Roller og ansvarsområder

For at FM skal kunne drives effektivt må roller og ansvar være avklart. Det er vanlig å deledele aktørene inn i tre hovedroller som er eier, forvalter og bruker (Haugen, 2008; NOU 2004:22). Rollene kan knyttes opp mot det strategiske, taktiske og operative nivået i en organisasjon. Det er et samspill mellom rollene og deres ansvarsområder på de ulike nivåene i organisasjonen. Fordeling av ansvar og oppgaver kan fordeles på ulike aktører.

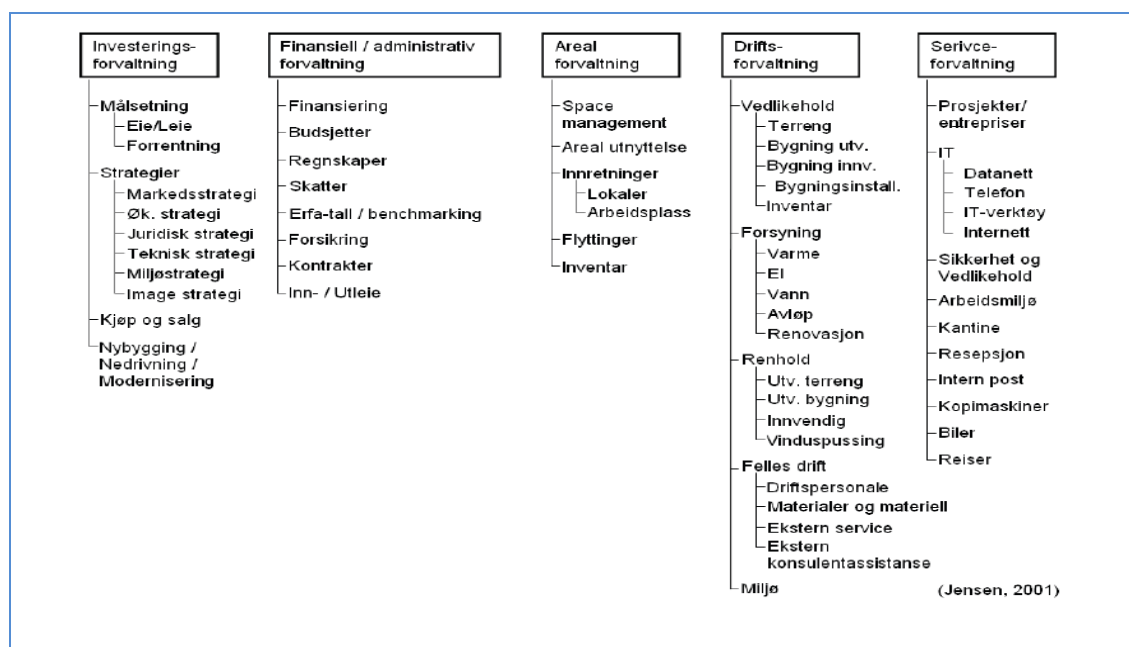
Oppgaven tar ikke for seg en detaljert beskrivelse av roller og ansvar. I følge Larssen (2011), er skillet mellom de ulike rollene uklart i helseforetakene.

3.2.5 FM hovedoppgaver

Jensen (2001) deler FM oppgaver i fem hovedkategorier; investeringsforvaltning, finansiell/administrativ forvaltning, arealforvaltning, driftsforvaltning og serviceforvaltning, hvor kategoriene er sammensatt av flere underpunkter. Hovedfokuset i denne oppgaven er de tjenester som går inn under drifts- og serviceforvaltning. Tabell 1 viser at Jensen (2001) har ikke med FM oppgaver som regnskap, innkjøp, logistikk eller særskilte sykehus tjenester som sterilsentral.

Det kan skilles mellom *hard FM* og *soft FM*. I denne oppgaven er hard FM primært tjenester som faller inn under forvaltning, drift, vedlikehold. Legges NS3454:2013 til grunn, vil kostnadspostene 1-6 samt 71 vakt og sikkerhet kategoriseres som hard FM. Soft FM er primært servicetjenestene og sykehusspesifikke kostnader, jf. kostnadspost 7 til 8 etter NS 3454:2013.

Innenfor hard FM områdene er tjenestoomfanget mer tradisjonelt og avstemt med hensyn til omfang og utførelse. Hard FM, som omfatter drift, vedlikehold og utvikling av bygningene har tradisjonelt vært organisert tilnærmet likt og med tilnærmet likt omfang. Det er helseforetakets karakter som bidrar til å bestemme hvilken strategi det enkelte foretaket skal ha med hensyn til valget mellom egne ansatte og kjøpt kompetanse. Eksempelvis vil et helseforetak som har lang avstand til Oslo, velge en desentralisert modell og bygge opp kompetanse på flere tekniske fag enn ett helseforetak som ligger sentralt plassert i Osloregionen og med kortere avstander til derved kostander til å kjøpe særskilt teknisk kompetanse. Størrelse på helseforetaket samt geografisk spredning er også avgjørende for om helseforetaket utfører i egen regi eller via eksterne leverandører, alternativt om tjenesten er outsourced.



Tabell 2 FM oppgaver i en større virksomhet (Jensen 2001)

3.2.6 NS 3454:2013

Den norske standarden NS3454:2000 Livssyklus kostnader for byggverk benyttes blant annet til å kategorisere kostnadene til FDVU i et helseforetak.

Helseforetakene bruker standarden NS 3454 for å kunne vurdere og analysere ulike gjennomføringsmodeller for nybygg og rehabiliteringsprosjekter, samt bygge opp erfaringstall for driftsfasen. Standardens bidrar til enhetlig forståelse av de ulike kostnadspostene. En klassifisering av kostnadene medfører at helseforetakene kategoriserer kostnadene likt, slik at de kan sammenligne kostnader og nøkkeltall i benchmarkings øyemed.

Helseforetakene har per dags dato forskjellig økonomisystemer med forskjellig funksjonalitet som medfører ulik mulighet til automatisk å kunne kategorisere kostnadene. I september 2013 ble NS3454:2000 erstattet av NS3454:2013. Innenfor det sykehusfaglige benchmarkingsnettverkene er det frem til og med 2012 blitt benyttet NS3454:2000. Malen er felles for helseforetakene i Helse Sør-Øst og NFN nettverket.

Den nye standarden er innenfor nettverkene blitt drøftet slik at det skal være en felles forståelse for hvilke kostnader som inngår i de ulike postene på tre-siffernivå. I tabell 3 under er det illustrert hvilke kategorier Helse Sør-Øst og NFN sykehusnettverket legger til grunn på to-siffer nivå.

Tabell1 kostnadsklassifikasjonstabell, NS 3454:2013						Tabell 1A: Tilleggsposter NS 3454:13 Service-/støttekostnader til kjernevirksomheten		
1 Anskaffelses- og restkostnader	2 Forvaltningskostnader	3 Drifts- og vedlikeholds-kostnader	4 Utskiftings- og utviklings-kostnader	5 Forsynings-kostnader	6 Renholds-kostnader	7 Service-/ støtte- og kostnader til kjernevirksomhet	8 Virksomhets-spesifikke kostnader	9 Verdier og inntekter
11 Tomt	21 Skatter og avgifter	31 Drift	41 Utskifting	51 Energi	61 Regelmessig renhold	71 Vakt og sikkerhet	81 Service brukerstyr	91 Verdier og inntekter
12 Nybygg	22 Forsikringer	32 Vedlikehold	42 Utvikling	52 Vann og avløp	62 Periodisk renhold	72 Sentralbord, resepsjonstjenester, kundesenter	82 Anskaffelse brukerstyr	92 Tomteverdi
13 Hovedombygging	23 Eiendomsledelse og administrasjon	33 Reparasjon av skader	43 Utvikling - offentlige krav og pålegg	53 Renovasjon	63 Ekstraordinært renhold	73 Kantine og kjøkken	83 Vaskeri/ tekstilkostnader	93 Restverdi
14 Restkostnad	24	34 Utendørs drift, vedlikehold, reparasjoner	44 Utendørs - utvikling og utskifting	54	64 Rengjøringsrelaterte oppgaver	74 Møbler og inventar *	84 Annen service/ pasientrelatert	94 Leieinntekt
15	25	35	45	55	65 Sykehus-spesifikt renhold	75 Flytting/rokking arbeidsplasser	85	95 Inntekter fra salg av tjenester
16	26	36	46	56	66	76 Tele- og IKT-tjenester	86	96 Leiekostnader
17	27	37	47	57	67	77 Post, Arkiv, Intern logistikk	87	97
18	28	38	48	58	68	78 Rekvista- og kopieringstjeneste	88	98
						79 Administrativ støtte	89 Andre tjenester	99

* Ikke i bruk i HSO og NFN nettverk. Flyttet til 81 og 82

Tabell 3 FM tjenester på to-siffernivå etter NS3454:2013 i Helse Sør-Øst og NFN

Den nye NS 3454:2013 standarden blir tatt i bruk fra og med regnskapsåret 2013. Nøkkeltallfremstilling i denne oppgaven er 2012 tall og er basert på NS3454:2000.

3.2.7 Oppsummering

FM i helsesektoren har et etablert rammeverk å ta utgangspunkt i gjennom nasjonale og internasjonale standarder. En tilrettelegging av standardene for helsesektoren er på vei til å utvikle seg gjennom samarbeid i nettverk og utvikling i det enkelte helseforetaket særskilt. Som det fremkommer av modellene i figur 4, 5 og 6 og tabell 3, er det iverksatt et utviklingsarbeid i helseforetakene. Eksempelvis har majoriteten av helseforetakene felles forståelse av kostandskontering iht NS 3454:2013 fra 2014.

3.3 Teoridel 3: Bærekraftig og konkurransedyktig FM

Dette delkapitlet er todelt og beskriver henholdsvis bærekraftig og konkurransedyktig FM.

3.3.1 Introduksjon til bærekraftig og konkurransedyktig FM

Det har ikke vært enkelt å finne litteratur som direkte tar for seg temaene bærekraftig og konkurransedyktig FM. Begrepene er populære og vi omgås med dem ofte uten at vi er klar over omfanget.

FM påvirkes av økende konkurranse i markedet. I spesialisthelsetjenesten har det over lang tid vært en drivkraft at alle tjenester skal være konkurransedyktig til lavest mulig pris og riktig kvalitet. Konkurransedyktighet forbindes oftest med den «kostnadmessige konkurranseevnen».

3.3.2 Bærekraft og bærekraftig utvikling

Bærekraft er et sentralt tema innenfor nasjonalt og europeisk FM forskning. Det skilles på bærekraft og bærekraftig utvikling. Bærekraft er en tilstand mens bærekraftig utvikling er en prosess som over tid fører mot en bærekraftig tilstand (Slette, 2012 (Parkin, 2000)).

Verdenskommisjonen for miljø og utvikling beskriver bærekraftig utvikling som «*en utvikling som ivaretar dagens behov uten å ødelegge mulighetene for kommende generasjoner til å dekke sine behov*» (Regjeringen, 2014).

Da Brundtlandrapporten «*Vår felles framtid*» ble publisert i 1987 skjedde det en endring i miljøpolitikken. I rapporten er bærekraftig utvikling er definert som «*en utvikling som imøtekommer behovene til dagens generasjon uten å redusere mulighetene for kommende generasjoner til å dekke sine behov*».

3.3.3 Modell bærekraftig utvikling

En bærekraftig utvikling bygger på en balanse mellom forbruk, befolkningsvekst og jordens økologiske kapasitet. Overført til en virksomhet vil det si at det skal være en balanse mellom miljømessige, økonomiske og sosiale aspekter (ISO, 2008). I litteraturen illustreres dette som et venndiagram der de ulike aspektene fletter seg i hverandre. En virksomhet er bærekraftig når alle tre aspekter er tilstede samtidig, som illustrert i senter av modellen i figur 7.



I flere land har bærekraftperspektivet vokst frem til å bli strategisk viktig for kjernevirksomheten og en forpliktelse både i offentlige og private virksomheter.

Bærekraft i FM legger vekt på den økende betydningen og utfordringen med klima og miljøspørsmål.

Figur 7 Bærekraftighet - miljømessige, økonomiske og sosiale aspekter etter ISO 15392:2008.

I dag er det en erkjennelse at det er et samspill mellom de tre aspektene. «*Kjernen i bærekraftig utvikling er nødvendigheten av å behandle tre grunnpilarer samtidig: samfunnet, økonomien og miljøet*» (OECD, 2008:2).

Det miljømessige aspekter er nok det de fleste forbinder med bærekraft. Helse- og omsorgsdepartementet har pålagt alle helseforetakene å miljøsertifisere seg etter ISO 14001-standarder innen utgangen av 2014. Det økonomiske aspektet er antageligvis det aspektet som vies mest oppmerksomhet gjennom fokus på fortjeneste, konkurranse og økonomisk balanse. Det sosiale aspektet, som er personell er like vesentlig som de øvrige aspektene. Gode arbeidsprosesser utføres av personellet for å få til gode og effektive pasientforløp.

3.3.4 Bærekraftig FM

En grunntanke er at virksomhetens ytelse måles og vurderes ut fra flere faktorer enn kun økonomi. Ytelsen måles fra flere perspektiver enn kun økonomiske mål. Tilleggsparametere kan være kundemålinger og egenvurderinger (interne prosesser).

Kjernen i FM filosofien er å tilpasse og integrere oppgaver og støttefunksjoner som til en hver tid støtter opp under kjernevirksomhetens behov (Sæbøe og Blakstad, 2009). FM kan beskrives som bærekraftig når leveranse av FM tjenester er i tråd med kjernevirksomhetens uttalte målsetting og strategiutvikling på strategisk, taktisk og operativt nivå.

Kun ett av fire regionale helseforetak har i overordnet strategidokument mot 2020 beskrevet bærekraft:

«Bærekraftig utvikling gjennom økt handlingsrom – Bærekraftig utvikling over tid forutsetter god ressurs- og kapasitetsutnyttelse, god økonomisk styring og effektive arbeidsprosesser i alle deler av helseforetaksgruppen» (HSØ, 2013:21).

Flere av de regionale helseforetakene vektlegger økonomisk bærekraft i enkeltsaker. Helse- og omsorgsminister Bent Høie påpeker at økonomien må være bærekraftig i sykehustalen (Høie, 2014).

Bærekraftige bygninger

Building Research Establishment Environmental Assessment Method (BREEAM) er et internasjonalt system for bærekraftsertifisering av bygninger, der Norge ble autorisert i 2012. BREEAM er et rammeverk for å vurdere hvilke problemstillinger og muligheter som påvirker et byggeprosjekts bærekraft, så tidlig som mulig i planleggingen. Metoden forbedrer og måler sentrale miljømessige, sosiale og økonomiske bærekraftsmål for større utbyggingsprosjekter.

BREEAM er primært utviklet for å omfatte kontorer, varehandel, utdanning og næringsliv. Det er ikke utarbeidet BREEAM metode for sykehusbygg. Metodikken har sitt utspring i miljø og bygg og har således ikke et like tungt fokus på alle perspektivene i bærekraftig utvikling. BREEAM benyttes ikke som modell i denne oppgaven.

«Gode bygg for eit betre samfunn» (St. meld. nr. 28, 2011-2012) beskriver kvaliteter i bygg og hvordan vi skal skape bærekraftige bygg fra det planlegges, er i drift til det saneres. Utredningen vektlegger også at regjeringen mener at bygninger spiller en rolle i bærekraftig utvikling. I tillegg beskrives det hvordan energibruk kan reduseres innenfor

dagens og fremtidig bygningsmasse. Sykehusbyggene er ikke vurdert innenfor bærekraftighet i denne oppgaven.

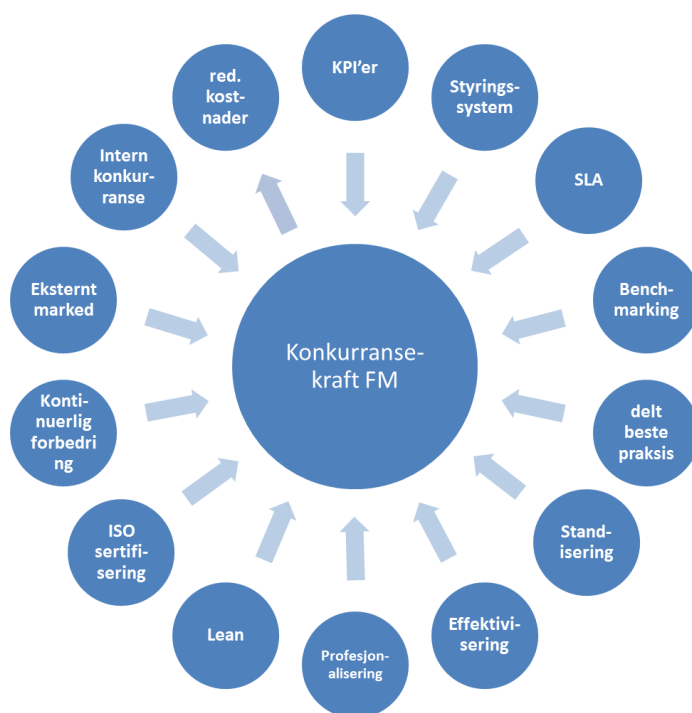
3.3.5 Konkurransedyktig FM

Det er mange faktorer som påvirker konkurransekraften. Dette delkapitlet gir en kort oversikt over faktorene som kan påvirke konkurransekraften til en FM organisasjon. Delkapitlet er ikke uttømmende. Figur 8 under illustrerer at det er mange faktorer som påvirker konkurransekraft i FM.

Det er ikke reell konkurranse slik FM organisasjonene er organisert i helseforetakene i dag. I en reel konkurransesituasjon må FM sørge for å ha en tjeneste som innfrir kundebehov bedre enn konkurrenten. Tjenesten må produseres mer effektivt og billigere enn konkurrerende tjenester. Uten denne mekanismen er det ikke mulig å skape konkurransekraft.

Til tross for at FM organisasjonene er interne og ikke reelt sett konkurranseutsatt, er det mulig å utvikle konkurransekraft til en viss grad. I denne oppgaven har jeg identifisert flere tiltak som er igangsatt og under utvikling. Tiltakene er gruppert som følger:

1. Standardisering, effektivisering og profesjonalisering
2. Benchmarking og best practice
3. Kunden i fokus, kunde KPI'er og andre nøkkelfaktorer
4. Markedsmekanismer og «klinikkmekanismer»



Figur 8 Elementer som påvirker konkurransekraften i dagens helseforetak

3.3.6 Standardisering, effektivisering og profesjonalisering

En optimalisering, effektivisering og fokusering på riktig tjenesteportefølje vil bidra til økt konkurransekraft. Leantankegang, som innebærer å fjerne alle unødvendige aktiviteter i en tjenesteproduksjon, innføres som prinsipp i flere sykehus. Sertifisering av virksomheten er også konkurransefremmende aktiviteter.

3.3.7 Benchmarking og beste praksis

Benchmarking er en prosess med kontinuerlig måling og sammenstilling av egne forretningsprosesser mot tilsvarende prosesser i andre ledende organisasjoner (Mørk et al., 2008). Prosessen kan gjennomføres som intern benchmarking mellom egne bygg, regioner, som konkurranse benchmarking, som funksjonell benchmarking, der en lærer av de andre rundt seg eller en generisk benchmarking der en sammenligner uavhengig av bransje. NFN sykehus nettverk har siden 2010 gjennomført en funksjonell benchmarking, med sammenligninger på prestasjoner (nøkkeltall) og prosesser (metoder og praksis). Helse Sør-Øst har siden 2013 igangsatt en benchmarking basert primært på nøkkeltall.

Beste praksis er ikke identifisert systematisk. I benchmarkingsprosessen NFN sykehus nettverk er lavest mulig kostnad det viktigste parameter for sammenlikning.

Konkurransekraft krever også et kontinuerlig fokus på kostnader og kostnadsoptimalisering av virksomheten er en kritisk suksessfaktor. Ved å kartlegge kostnadene som er med på å spise opp marginene, kan det vurderes om det er lønnsomt å sette inn tiltak for å gjøre noe med dem. Produktet, som er FM tjenesten og FM tjenesteporteføljen, er selve kjernen i konkurransekraften. Tjenesten skaper relasjonen mellom klinisk virksomhet (kunde) og FM (leverandør).

3.3.8 Kunden i fokus – kunde KPI'er og andre nøkkelparametere

For å ha konkurransekraft må virksomheten ha en høy kvalitetsbevissthet. Det innebærer fokus på kvalitet gjennom hele verdikjeden, spesielt innen kundens kvalitetsopplevelse. Kundens kvalitetsforventninger kan måles med KPI'er.

NFN sykehus nettverk har startet en prosess med å utvikle et felles rammeverk for KPI med kundefokus (kunde KPI) for og benchmarke servicenivåene. Kunde KPI'ene er viktig styringsparametere for FM, da de måler kjernevirksomhetens uttalte behov og forventninger til leveranse kvalitet. Kunde KPI'ene setter fokus på kundens forventning til tjenesten.

Det er viktig å endre fokus fra byggene til menneskene som bruker byggene. Kundefokus er nødvendig, men en må samtidig unngå «forventingstrappen» ved å bygge opp urealistiske forventninger fra kunden (Jensen et al., 2008). Samtidig må FM tilby tjenester som har merverdi for klinisk virksomhet. Konstant og kontinuerlig dialog med kjernevirksomheten er viktig. FM organisasjonen kan tilrettelegge og spisse tjenestene for kjernevirksomheten gjennom gode SLA avtaler med riktige kunde KPI'er kombinert med kundetilfredshetsundersøkelser.

DRG poeng knyttet til pasientforløp og FM kostnader per pasientforløp

I spesialisthelsetjenesten brukes antall Diagnose Relaterte Grupper (DRG) poeng for å måle aktiviteten ved sykehusene. Alle pasienter kan klassifiseres med DRG poeng. DRG

gir en oversiktlig beskrivelse av aktiviteten ved sykehusene. Systemet gjør det også mulig å sammenligne sykehus, selv om disse skulle behandle helt ulike pasienter.

Det er gjennomført og testet en metode som knytter kostnadene til pasientbehandlingen opp mot DRG poeng og FM kostnader (Rechel et al., 2009). Denne metoden knytter pasientforløpet til DRG og FM bygg og servicekostnader som påløper for det spesifikke pasientforløpet. Utfordringen er å fremskaffe data som kan koble den kliniske aktiviteten som genererer DRG opp mot de tjenester og bygg som benyttes i det spesifikke pasientforløpet. Metoden er ikke benyttet i denne oppgaven.

3.3.9 Markedsmekanismer og «klinikkmekanismer»

For å vurdere konkurransekraft må også FM organisasjonen kontinuerlig vurdere beste praksis innenfor for tjenesteporteføljen. Hva er kjernen i tjenesten, og leveres tjenesten i tråd med kjernevirksomhetens krav og forventninger? Kunde KPI'er som forhandles gjennom SLA avtaler er en god måleindikator, som kan kombineres med kundeundersøkelser og kundemøter med mer muntlige tilbakemeldinger.

En strategisk plassering av FM ledelsen, slik FM gjennomgående er organisert i dag, er en riktig plassering for å være i dialog med kunden om behov og tilby tilrettelagte tjenester. Denne organiseringen er et sterkt konkurransefortrinn, sammenlignet med den dialogen eksterne leverandører vil kunne oppnå.

Konkurransekraft krever velutviklede prosesser og systemer for kontinuerlig måling og målstyring. Gjennom tilbakemeldinger fra kundene vil bedriften kunne styre virksomheten og korrigere slik at de sikrer varig konkurransekraft.

Innføring av nøytral merverdiavgift

Spesialisthelsetjenesten har i dag ikke fradragsrett for merverdiavgift på anskaffelser til bruk i egen virksomhet. Regjeringen understreker at «*det motiverer til egenproduksjon av enkelte tjenester, og kan være til hinder for effektiv utnyttelse av samfunnets ressurser*» (St. prop. 1, 2013-2014)). Regjeringen har igangsatt tiltak for å innføre nøytral merverdiavgift i statlig sektor jf. punkt 8.1 i tilleggsproposisjonen til statsbudsjettet 2014. Tidspunkt for innføring av nøytral merverdiavgift er ikke fastsatt, men regjeringen har til hensikt å innføre i løpet av regjeringsperioden. Ut i fra egen vurdering og signaler i markedet forventes det at nøytral merverdiavgift innføres forholdsvis raskt, antageligvis 2015.

3.3.10 Oppsummering

Bærekraftighet og bærekraftig FM er begreper som ikke er godt etablert innen spesialisthelsetjenesten. En FM organisasjon er bærekraftig når de sosiale, miljømessige og økonomiske aspektene er tilstede samtidig.

Konkurransekraft er en del av det økonomiske perspektivet i bærekraftig utvikling og har en sentral rolle for fremtidig utvikling av FM organisasjoner. Innføring av nøytral merverdiavgift vil øke konkurransen for FM i helseforetakene. En grundig gjennomgang av tjenesteporteføljen for å vurdere hele verdikjeden marginer er vesentlig.

3.4 Teoridel 4: Modeller for FM modenhet i organisasjoner

3.4.1 Introduksjon FM modenhet

Det er utarbeidet som modenhetsmodeller for hvordan FM organisasjonens modenhet kan måles. Modellene er verktøy som kan måle organisasjonens modenhet ut fra fastsatte kriterier, og kan være et godt grunnlag for virksomhetenes vurdering av hvilket nivå de må være på for å kunne understøtte primærorganisasjonen på en effektiv måte i samsvar med kundens forventninger og krav. I henhold til Larssen (2011:83) vil

«modenhetsmatriser, fungere som en veileder for å vurdere eget nivå i forhold til ønsket praksis, og dermed fungere som en hjelp i utviklingen av FM-organisasjonen og dens forhold til sine kunder og leverandører».

Virksomheten kan definere sin målprofil for FM modenhet. Gapet mellom den kartlagte profilen og ønsket målprofilen kan nås gjennom kontinuerlig forbedringer i organisasjonen. Således kan modellene være grunnlag for egevaluering av virksomheten.

Larssen (2011) beskriver at det er utviklet modenhetsmatriser som kan vurdere en FM organisasjons modenhet. Larssen (2011) viser spesielt til tre modeller:

- Excellence maturity matrix, som er utviklet av Jozef Czerny
- Modenhetsniveau og initiativer i FM organisasjonen fra DTU (ikke publisert)
- Property Management Maturity Matrix (PAM), utviklet av OGC og universitetet i Leeds.

I tillegg beskrives en prosjektmodenhetsmodell (Andersen, 2005) som illustrerer modenhet innenfor en organisasjon med en annen vinkling. Modellen er tatt med i masteroppgaven for å vise bredden i modeller som er utviklet. Andersen (2005) beskriver at det er utviklet mer enn 30 modenhetsmodeller bare innenfor prosjektstyring. Både fagene prosjektstyring og FM er relativt nye fagområder, og har antageligvis sprunget ut fra den samme grunntanken.

3.4.2 Begreper og terminologi FM modenhet

Modenhet, det vil si *maturity*, kan defineres som en grad av modenhet eller nivå for utvikling eller grad av egenskaper (Manum, 2011). Jo høyere eller mer moden en er, jo høyere har en nådd en tilstand av maksimal utvikling. Høy modenhet tilsier at virksomheten er profesjonell og målrettet. Innenfor FM kan det innebære at en moden virksomhet er en profesjonell og integrert FM organisasjon.

Modenhet kan også illustreres som trappetrinn (Andresen, 2005), som gir et intuitiv bilde på utvikling av modenhet i en trinnvis økende utvikling fra et lavt til et høyere nivå.

3.4.3 Modell 1 - Excellence maturity matrix

Excellence maturity matrix er utviklet av Jozef Czerny. Modellen er primært utviklet for forskningsformål og kartlegger modenhet i europeiske FM organisasjoner. Modellen er basert på en spørreundersøkelse som kartlegger og måler virksomhetens modenhet. Ut fra spørsmålsstillingene vil virksomheten få opp en modenhetsprofil og en får et samlet bilde av organisasjonens modenhet og samlet effektivitet. Modellen kan benyttes av FM-

organisasjoner til egevaluering, egenutvikling og benchmarking av FM-området. Kartlegging med matrisen oppgis å inngå som del av europeisk *FM Excellence research* (Larssen, 2011).

Spørreundersøkelsen er bygget opp med en innledningsdel med statistiske data og deretter syv hovedkategorier:

1. Strategi (*strategy*)
2. Standarder og politikk (*standards and policies*)
3. Planlegging og budsjettering (*planning and budgeting*)
4. Serviceleveranse (*service provision*)
5. Tilpasningsgrad (*organisations fit-for purpose*)
6. IKT støttesystemer (*performance management (PM) and the management information systems (MIS)*)
7. Utvikling av personell

Hver hovedkategori har underspørsmål, til sammen 22 spørsmål, utover statistiske data. Alle spørsmålene blir vurdert etter en 5-trinns skala tilpasset det enkelte spørsmålet.

Strategi vurderes ut fra hvilken grad organisasjonens strategi er utformet i tråd med kjernevirksomhetens strategier og mål. Det vurderes i hvilken grad strategien er kommunisert i organisasjonen og hvilke prosesser organisasjonen har for dette.

Standarder og politikk vurderes ut i fra i hvilken grad det eksisterer standarder og i hvilken grad de er formalisert, avstemt og implementert opp mot kjernevirksomhetens målsetninger.

Planlegging og budsjettering omfatter i hvilken grad planlegging og budsjettering er koordinert mellom kjernevirksomheten og FM.

Serviceleveranse omfatter i hvilken grad organisasjonen leverer tjenester i henhold til kundens servicebehov. Det innebærer ledelse og kontroll av FM tjenestene, servicekultur og systematiske prosesser som identifiserer kundens behov, og som leverer i henhold til kundens behov.

Tilpasningsgrad omhandler om FM organisasjonen er hensiktsmessig organisert i forhold til kjernevirksomhetens behov.

IKT støttesystemer omhandler om FM organisasjonen har IKT systemer og prosesser for databaser for høsting av data om bygg- og FM tjenestene. Vurdering av kundetilfredshet og systemer for ivaretagelse og oppfølging av kundene blir også vurdert. Vurdering av om organisasjonen har systemer og prosesser for evaluering av bygningene og FM organisasjonens ytelse basert på kundens behov.

Utvikling av personell omhandler i hvilken grad organisasjonen har lagt planer for kompetanseutvikling av personellet kompetanse og utvikling, og i hvilken grad personellet selv kan påvirke dette.

Modellen *Excellence maturity matrix* er blitt henvist til av flere innenfor FM miljøet, og spørreskjema er testet av studenter ved NTNU². De beskriver modellen som kompleks og omfattende å gjennomføre da det var lav FM kunnskap i det utvalget som ble testet. Grafisk fremstilling av modellen har jeg dessverre ikke lyktes å finne.

² Norsk oversettelse av spørreskjema «High Level Assessment og European Facility Management Organizations».

Jeg har valgt å ta for meg temaer i modenhetsmodellen i spørreundersøkelsen for å svare ut forskningsspørsmål 4 hvor moden er FM i helseforetakene? Spørsmålene er spisset mot FM i spesialisthelsetjenesten.

Modellen er et enkelt verktøy som legger til rette for kontinuerlig forbedring, dersom organisasjonen iverksetter tiltak for å øke sin modenhet.

3.4.4 Modell 2 - Modenhetsnivå og initiativer i FM organisasjonen

Modellen *Modenhetsnivå og initiativer i FM organisasjonen* (Koch et al., 2008)³ er utviklet i forbindelse med et forskningsprosjekt ved Danmarks tekniske universitet, DTU, om IT-systemer til bruk i FM (Larssen, 2011).

Modellen kategoriserer FM modenhet i seks nivåer fra nivå 0, som er ingen FM organisasjon til nivå 5, som er en integrert FM organisasjon. Modellen omhandler fire hovedområder:

1. FM kompetanse
2. Kobling FM/core business
3. Ledelsesengasjement
4. Bruk av IKT i oppgaveløsning

FM kompetanse beskriver i hvilken grad virksomheten har en formalisert FM organisasjon. I hvilken grad gjennomfører organisasjonen systematiske målinger og vedlikehold av dokumentasjon, kompetanse og evalueringer. Deriblant nedskrevet politikk, retningslinjer og strategi for FM organisasjonen og i hvilken grad det er forankring i kjernevirksomheten.

Kobling FM/core business omfatter i hvilken grad planlegging, budsjettering og utførelse av FM er koordinert og utviklet i samarbeid med kjernevirksomheten og avstemt mot strategier, forretningsplaner, policy etc. slik at FM understøtter kjernevirksomheten.

Ledelsens engasjement (her fokuseres det på ledelsen i core business, det vil si det er underforstått at FM er en del av en virksomhet som har annen kjernevirksomhet).

IKT bruk i oppgaveløsning omfatter i hvilken grad IKT løsninger benyttes i FM organisasjonen.

Som det fremkommer av figur 9, under har modellen 6 nivåer som følger:

- Nivå 0, som er ingen FM organisasjon
- Nivå 1, uformell FM organisasjon
- Nivå 2, FM organisasjon under utvikling
- Nivå 3, veldefinert FM organisasjon
- Nivå 4, styrt FM organisasjon
- Nivå 5, integrert FM organisasjon.

På nivå 0 er det ingen etablert FM organisasjon. Organisasjonen har ingen FM kompetanse eller oppmerksomhet hverken knyttet til kjernevirksomheten, til ledelsesengasjement eller bruk av FM tilrettelagte IKT verktøy.

³ Mottatt av Anne Kathrine Larssen, seksjonsleder innen eiendomsledelse i Multiconsult.

På nivå 1 er det sporadisk innsats og enkelte nøkkelpersoner har ustrukturert FM kompetanse. Ledelsen har begrenset oppmerksomhet og kunnskap om FM og FM løses primært med begrensede IKT verktøy som er generelle.

I nivå 2 er det startet et systematisk arbeid med utarbeidelse av retningslinjer for deler av FM organisasjonen, og et mindretall nøkkelpersoner har igangsatt et utviklingsarbeid. Ledelsen har delvis FM kunnskap og ønsker å benytte den strategisk. Det er fortsatt mange små IKT systemer og det er ytre ønske om et samlet FDV verktøy.

I nivå 3 som er en veldefinert FM organisasjon, er det nedskrevet politikk, retningslinjer. FM tjenestene er klart definert og det blir formidlet til kjernevirksomheten. FM arbeidet støttes av ledelsen og FM på strategisk nivå sikrer en kobling mellom organisasjon, oppgaver og it verktøy. Organisasjonen bruker ett eller flere FM verktøy som primærverktøy.

I en styrt FM organisasjon, som er nivå 4, inngår FM i kulturen. Det er systematisk dokumentasjon av FM oppgaver og FM understøttes av kjernevirksomheten og er en fullverdig del av virksomhetsplanleggingen på strategisk nivå. Ledelsen er involvert i FM prosessene. FM organisasjonen styrer investeringer og godkjenner alle avhendinger. Det er integrasjon mellom FM systemet, økonomi- og logistikk, HR og eventuelt andre nødvendige systemer.

Høyeste nivå, som er nivå 5, er en integrert FM organisasjon. Det er systematisk vedlikehold av dokumentasjon og kompetanse. Kontinuerlig forbedring gjennom evaluering og målinger. Ledelsen styrer FM prosessene, måler verdiskaping og optimerer styringsprosessene. Det er et fullt ut integrert IKT FM system som løser alle oppgaver.

	FM kompetanse	Kobling FM/ core business	Ledelses engasjement	bruk av IKT i oppgaveløsning
Nivå 5 => Integriert FM organisasjon	N5: Systematisk vedlikehold av dokumentasjon og kompetanse. Løpende måling og evaluering	N5: Forretningsenhetene pårker FM oppgavene og utvikles gjennom løpende feedback.	N5: Ledelsen driver FM prosesser og måler utbyttet og optimerer styringsprosesser	N5: Fullt utbygget og integrert FM system som løser alle oppgaver
Nivå 4 => styrt FM organisasjon	N4: FM inngår i kulturen. Systematisk dokumentasjon av FM oppgaver.	N4: FM understøttes av corebusiness og er fullt ut en del av virksomhetsplanleggingen	N4: Ledelsen er fullt ut involvert i FM prosesser. Styrer investeringer og godkjenner alle salg	N4: Integrasjon mellom FM system og økonomi, HR etc. Flyt av oppgaver mellom systemene
Nivå 3 => veldefinert FM organisasjon	N3: Nedskrevet politikk og retningslinjer. Klarhet over arbeidsoppgaver, og formidling til org.	N3: FM inngår i deler av virksomhetens planlegging	N3: Ledelsen støtter FM arbeidet. Strategisk Kobling mellom organisasjons oppg. og IKT	N3: Et eller flere FM verktøy som primær verktøy
Nivå 2 => FM organisasjon under utvikling	N2: Systematisk arbeid etter retningslinjer. Deler av FM oppgavene er nedskrevet	N2: Det er kobling mellom forretningsstrategi. Nøkkelpersoner deltar i FM utviklingen	N2: Ledelsen har FM kunnskap og ønske om å bruke den strategisk	N2: Mange små systemer. Ønske om et samlet verktøy
Nivå 1 => uformell FM organisasjon	N1: Ad-hoc innsats	N1: Enkelt nøkkelpersoner har ustrukturert/bilfeldig FM kunnskap	N1: Begrenset oppmerksomhet og kunnskap	N1: Begrenset (Office pakke nivå)
Nivå 0 => ingen FM organisasjon	N0: Ingen fasilitets management arbeide. "Ikke relevant for oss"	N0: Ingen oppmerksomhet på kobling og understøttelse	N0: Ikke erkjent behov	N0: Ingen

Figur 9 Modenhetsmodell Modenhetsniveau og initiativer i FM organisasjonen etter (Koch et al., 2008)

3.4.5 Modell 3 - Property Asset Management Maturity Matrix (PAM)

*Property Asset Management Maturity Matrix*⁴ (PAM) (OGC, 2006) er utviklet i forbindelse med et forskningsprosjekt for porteføljeforvaltning av statlige eiendommer i Storbritannia. Formålet med modenhetsmodellen var blant annet å utrede tilstand og forbedringsmuligheter i den britiske eiendomsforvaltningen (Larssen, 2011).

PAM modellen er utviklet og spisset for porteføljeforvaltning av statlige eiendommer i Storbritannia. Modellen fokuserer på å få til en rasjonell porteføljeforvaltning av statlig bygningsmasse, og dekker således ikke hele FM området. Matrisen har fem nivåer for modenhet og omhandler ni temaer. Temaene er basert på kartlagt beste praksis og gir konkrete forslag til tiltak.

Matrisen har fem nivåer for modenhet:

- Eksellent (*exemplars for High Performing Property (Excellence)*)
- Kompetenthet (*competence*)
- Kunnskap (*knowledge*)
- Bevissthet (*awareness*)
- Ubevissthet (*unawareness*)

De ni temaene for porteføljeforvaltningen er:

- Porteføljeledelse, hvordan rettigheter og plikter er fordelt og ivaretatt.
- Organisasjonsstruktur, roller og ansvar
- Mål og strategier for porteføljeforvaltningen
- Informasjonssystemer og kommunikasjonsstrategi
- Planlegging og utvikling av porteføljeforvaltning
- Anskaffelse og avhending, styring og ledelse i tråd med virksomhetens mål, strategier og utviklingsplaner
- Ytelse i bruk, hvordan drift, vedlikehold og ytelse av eiendomsmassen håndteres
- Evaluering av ytelse, kontinuerlig forbedrings og evalueringsprosesser
- Revisjon av porteføljeforvaltningen

PAM modellen beskriver konkret ulike suksesskriterier for porteføljeforvaltningen, som Larssen (2012) påpeker vil være relevant for forvaltningen i spesialisthelsetjenesten. Det har vært vanskelig å få tak i mer informasjon om modellen. Modellen er ikke gjennomgått nærmere i denne masteroppgaven.

3.4.6 Modell 4 - Prosjektmodenhetsmodell

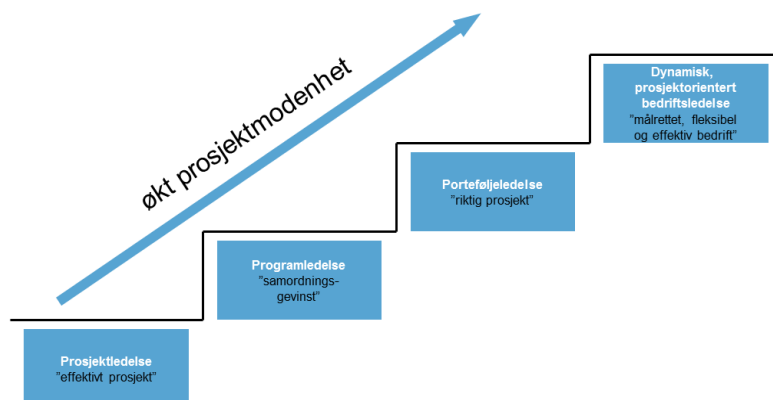
Andersen (2005) fremstiller prosjektmodenhet i fire nivåer, jf. figur 10. For hvert nivå opp i trappetrinnene øker prosjektmodenheten. Måling av prosjektmodenhet er basert på spørreskjema med skalerte svar. Lav score på spørreskjemaet gir lav modenhet. Modellens grunnprinsipp er at en bedrift bør gå alle trappetrinnene i modenhetsmodellen. For å lykkes med for eksempel porteføljeledelse, må virksomheten ha god prosjektledelse (laveste nivå) og god programledelse (trinn 2). Trinn 1 representerer det operative nivået i organisasjonen. Øverste trinn er strategisk nivå, og mellomtrinnene (trinn 2 og 3) tilsvarer i hovedsak det taktiske nivået i bedriften.

⁴ Mottatt av Anne Kathrine Larssen, seksjonsleder innen eiendomsledelse i Multiconsult.

Prosjektmodenhetsmodellen har fire nivåer for modenhet:

- prosjektledelse (*effektivt prosjekt*)
- programledelse (*samordningsgevinst*)
- porteføljeledelse (*valg av riktig prosjekt*)
- dynamisk prosjektorientert bedriftsledelse (*målrettet, fleksibel og effektiv bedrift*).

Prosjektmodenhetsmodellen (Andersen 2005) fremstiller alle trinnene intuitivt i figur 10.



Figur 10 Prosjektmodenhetsmodell etter Andersen (2005)

3.4.7 Oppsummering FM modenhet

Modenhetsmodellene kan gi FM organisasjonene en indikasjon på hva som er en moden og umoden FM organisasjon. Modellenes oppbygging og tematikk gir også en rangering av hva som ansees som god og mindre god FM innenfor flere aspekter, fra strategi til serviceleveranse avtaler. Modellene underbygger hva som ansees å være god FM.

Det er delvis utviklet modenhetsmodeller innenfor FM området. To av modellene er rettet mot FM, men ingen av modellene er etablerte modeller. Det er sporadisk henvist til *Excellence maturity matrix* i FM miljøet. Modell *Modenhetsnivå og initiativer i FM organisasjonen* er ikke offentligjort. Begge modeller er utarbeidet i forbindelse med et forskningsprogram. Tilsvarende er modell *Property management maturity matrix* en modenhetsmodell som er utviklet for et konkret segment.

Felles for modellene er at de beskriver modenhet i faser eller trapper. Jo høyere fase eller trappenivå, desto høyere modenhet og derved mer profesjonell er FM organisasjonen. Sett i lys av at FM er et relativt nytt fagområde, er det nok naturlig at modellene vil utvikles og «modnes» innenfor FM i årene fremover.

Modellene har forskjellige perspektiver som vektlegges. En overordnet sammenstilling av FM modenhetsmodellene og prosjektmodellen er oppsummert i tabell 4. Som det fremkommer i tabell 4 er det både likheter og ulikheter mellom modellene.

Tema / kategori	Modell 1 Excellence maturity matrix	Modell 2 Modenhetsnivå og initiativer i FM organisasjonen	Modell 3 PAM - Property management maturity matrix	Modell 4 Prosjekt- modenhets- modell
Type undersøkelse	Forskningsutviklet spørreundersøkelse tilrettelagt for FM Matrise Subjektiv, men spørsmålene er detaljert utformet slik at de oppleves som objektive	Forskningsutviklet matrisemodell tilrettelagt for FM i Nordiske land Matrise	Forskningsutviklet spisset for statlig forvaltning i Storbritannia Matrise	Etablert modell Trinnvis modell
Formål	FM	FM	Porteføljeforvaltning eiendommer	Porteføljeforvaltning prosjekter og programmer
Ulike ledelsesnivåer	Strategisk Taktisk Operativt	Strategisk Taktisk Operativt	Strategisk Taktisk	Strategisk (nivå 3) Taktisk (nivå 2/3) Operativt (nivå 1)
Skala for inndeling av FM modenhet (nivåer)	5 delt, beskriver hvert nivå unikt for hvert spørsmål	6 delt, beskriver hvert nivå unikt	5 delt	4 delt
Skala for måling av FM modenhet	7 emner, spørreundersøkelse med 22 detaljerte underspørsmål	4 emner, som også beskriver tiltak for å komme til neste nivå	9 emner, som beskriver konkret hvert nivå og anbefalt nivå	3 emner, spørreundersøkelse med 36 spørsmål

Tabell 4 Sammenstilling av modenhetsmodeller

Modenhetsmodellene omhandler mange av de samme temaene og er delvis likt bygget opp. Larssen (2011) har sammenstilt modellene og påpeker at det er fire sentrale hovedtema som vektlegges i modellene i forhold til god praksis for modne FM-organisasjoner:

1. Strategi og målsetninger
2. Planlegging og budsjettering
3. Systemer og rutiner for evaluering og styring
4. Organisasjonsstruktur.

Jeg har beskrevet fire modenhetsmodeller, og det finnes som nevnt flere. Flere modenhetsmodeller, deriblant PAM, gir en anbefaling til hvilket nivå en virksomhet minimum bør ha. I videre drøfting vil jeg drøfte resultatene opp mot modell 1 *Excellence maturity matrix* og modell 2 *Prosjektmodenhets modell*. I tillegg vil jeg søke å få til en intuitiv presentasjon av modellene oppdelt i trinn, som prosjektmodenhetsmodellen (Andresen, 2005).

4 RESULTATER

I dette kapitlet fremstilles resultatene fra fakta innhenting, spørreundersøkelsen og intervjuene. Kapitlet er delt i fem delkapitler. Første til tredje delkapittel omhandler faktaopplysninger og nøkkeltall om helseforetakene og utvalget. Fjerde og femte delkapittel presenterer resultatene fra henholdsvis spørreundersøkelsen og intervjuene.

Resultatene blir drøftet i kapittel 6.

4.1 Fakta om helseforetakene

Antall helseforetak er 25 fra 1. januar 2014 da Rusbehandling Midt-Norge HF opphører og integreres med sykehusene i Midt-Norge. Av totalt 25 helseforetak er det 20 sykehus, 4 sykehusapotek og ett helseforetak ambulanse i Helse Midt-Norge. Tabell 5 under oppsummerer antall helseforetak med sykehusfunksjon, størrelse og geografisk beliggenhet. I tillegg etableres det to ny helseforetak i 2014 innen IKT og innen eiendom.

Alle helseforetakene skal ivareta et godt lokalsykehus tilbud og en desentralisert spesialisthelsetjeneste skal også videreutvikles i eget opptaksområde i samarbeid med kommunene. Det er 6 universitetssykehus i Norge som ivaretar regionsfunksjonene. Enkelte sykehusene har både lokale-, fylkesdekkende- og landsdelsdekkende funksjoner.

Samlet bygningsmasse for helseforetakene utgjør ca. 4,9 mill kvm BTA bygningsareal. Verdien på sykehusenes bygg og utstyr er om lag 76,7 mrd (Prop. 1 S, 2013-2014).

RHF	Antall helseforetak	Universitets sykehus (U)	Antall BTA kvm ⁵	Antall ansatte 2013	Innbyggere	DRG poeng iht. sørger for ansvar 2012 ⁶
Helse Sør-Øst RHF	9	3	2 700 000	ca. 75 000	ca. 2,8 mill	758 186
Helse Vest RHF	4	1	850 000	ca. 26 000	ca. 1,0 mill	248 695
Helse Midt RHF	4	1	740 000	ca. 15 000	ca. 0,7 mill	195 137
Helse Nord RHF	4	1	570 000	ca. 13 000	ca. 0,5 mill	139 158
Totalt	20	6	4 860 000	ca. 104 000	5,0 mill	1 202 018

Tabell 5 Oversikt over helseforetak med sykehusfunksjon i Norge

4.2 Beskrivelse av utvalg

Utvalget i spørreundersøkelsen er 8 av 20 norske helseforetak. Samlet bygningsareal for utvalget er 2,8 mill kvm brutto areal (BTA) inklusive leide- og utleide arealer. Inn- og utleie arealer utgjør til sammen 230 000 kvm BTA (NFN, 2013). Bygningsarealet tilsvarer 61 % av samlet sykehus bygningsareal, og dekker 56 % av befolkningsgrunnet i Norge.

⁵ Kilde: Utredning etablering av et nasjonalt helseforetak og websider RHF

⁶ Kilde: Årsrapport/regnskap 2012 for alle regionale helseforetak

Alle de fire regionale helseforetak er representert, og utvalget omfatter lokalsykehus, regionale sykehus, universitetssykehus, nybygde og eldre sykehus. De utvalgte sykehusene varierer i størrelse og geografisk spredning.

Helseforetakene som inngår i utvalget er Sykehuset Telemark, Stavanger Universitetssykehus, Universitetssykehuset i Nord-Norge, Akershus Universitetssykehus, Sykehuset Østfold Helse Bergen, Oslo Universitetssykehus og St. Olavs Hospital⁷.

Dataene er anonymisert slik at det enkelte helseforetak ikke kan identifiseres i denne masteroppgaven.

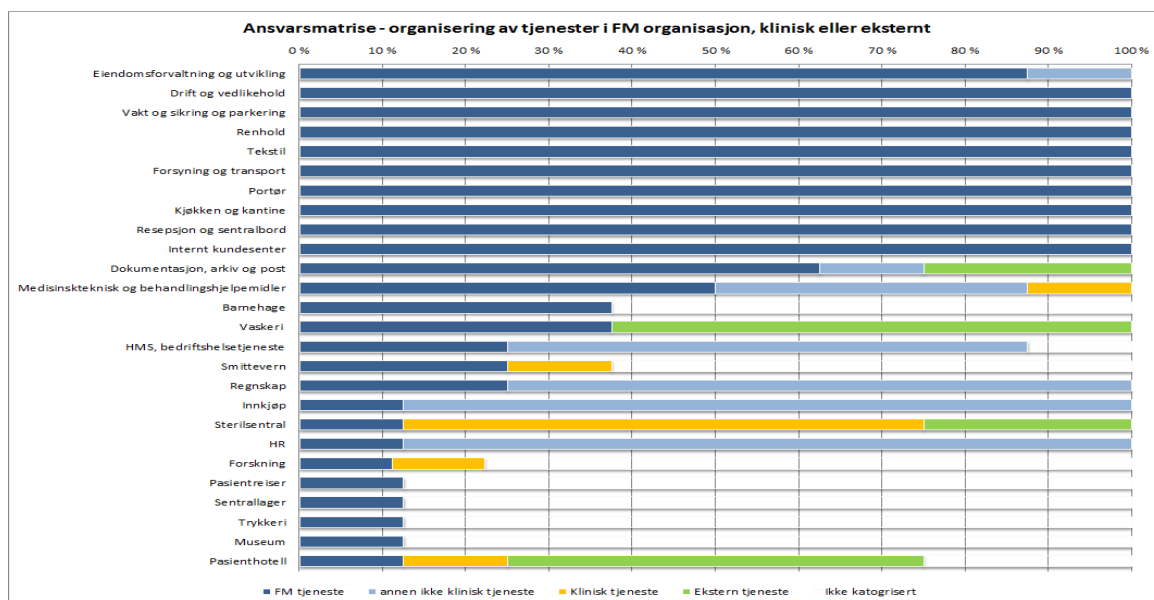
4.2.1 Organisasjonsstruktur i helseforetakene

Innledningsvis ble det gjennomført en kartlegging av FM organisasjonene i helseforetakene gjennom webportaler og faktainnhenting. Opplysningene er kvalitetssikret underveis i oppgaven.

I figur 11 har jeg oppsummert, basert på organisasjonsstruktur, hvilke ansvarsområder som ligger i FM organisasjonen. Det er et stort og til dels varierende spenn i hvilke oppgaver som ligger inn under FM organisasjonen.

Alle helseforetakene har tjenesteområdene eiendomsforvaltning, drift, vedlikehold og utvikling, som er primære oppgaver. Ett helseforetak har organisert eiendomsforvaltning i annen ikke-klinisk støttefunksjon, der de har en SLA avtale med eiendomsforvaltningen om leveranse av eiendomsforvaltningstjenestene til FM organisasjonen.

Ett av 8 helseforetak har steril forsyning i FM organisasjonen. Tilsvarende gjelder for HR, pasienthotell, museum, trykkeri, sentrallager, pasientreiser, forskningsstøtte. Over 60 % har dokumentasjonssenter, 50 % har medisinsktekniske tjenester og behandlingshjelpemidler i FM porteføljen. Tre helseforetak har barnehage og eget vaskeri. To helseforetak har smittevern og HMS bedriftshelsetjenesten i FM organisasjonen.



Figur 11 Ansvarsmatrise - organisering av tjenester i FM organisasjonen, klinisk eller eksternt

⁷ Opplistingen av helseforetak kan ikke sammenstilles med anonymiserte presentasjoner i denne masteroppgaven. Opplistingen er tilfeldig og har en annen rekkefølge.

4.3 Nøkkeltall basert på kjernevirksomhetens drift

I dette kapitlet er det redegjort for nøkkeltall for helseforetakene i utvalget. Nøkkeltall for helseforetakene i Helse Sør-Øst er angitt på overordnet FDVUS nivå. Nøkkeltallene er presentert på et overordnet nivå basert på regnskapsår 2012 fordelt etter NS 3454:2010.

4.3.1 Nøkkeltall FDVUS i helseforetakene

Nøkkeltallene under fremkommer fra NFN sykehus nettverk og Helse Sør-Øst. Tallene er som tidligere beskrevet anonymisert per helseforetak og presenteres overordnet.

Det er ulik praksis mellom helseforetakene for regnskapsføring av kostnader. I NFN nøkkeltallene er det kun kostnader som er ført i FM organisasjonen som er medtatt. Det forekommer at enkelte utgifter føres i den kliniske driften samt at flere helseforetak har vedlikeholdskostnader i investeringsregnskapet. Omfanget antas å være svært moderat og nøkkeltallene som er presentert er veiledende.

FDV kostnad = eiendomstjenester

FDVU kostnad = FDV kostnad + utvikling og ombygging

FDVUS kostnader = FDVU kostnad + servicekostnader.

Eiendomstjenester er angitt i kr per kvm BTA, kostnadsart 2, 3 og 4 iht NS3454:2000.

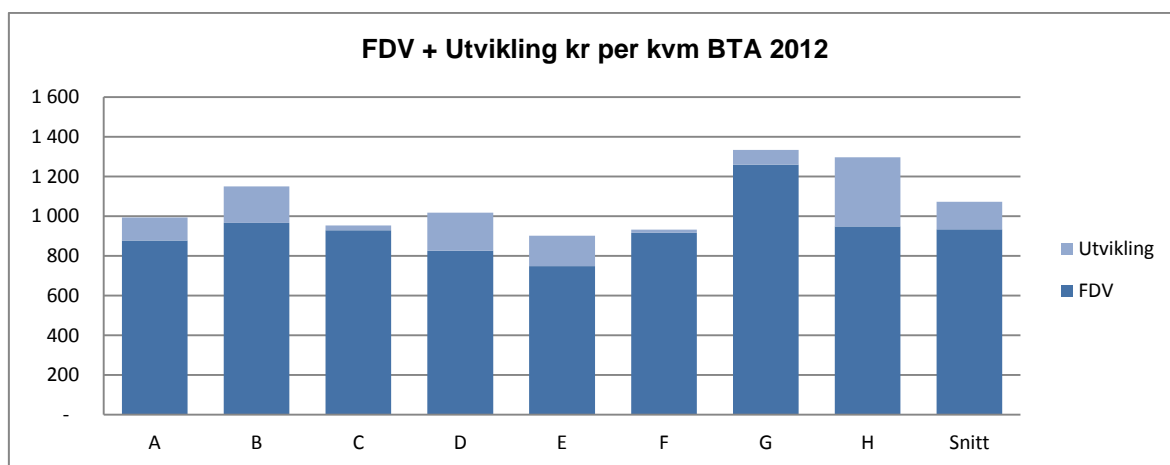
Servicekostnader er angitt i kr per pasient, kostnadsart 5 og 6 iht NS3454:2000.

Gjennomsnittlig FDVUS kostnader per kvm BTA kvm

FDV kostnad per helseforetak spenner fra kr 750 til kr 1250 per kvm BTA.

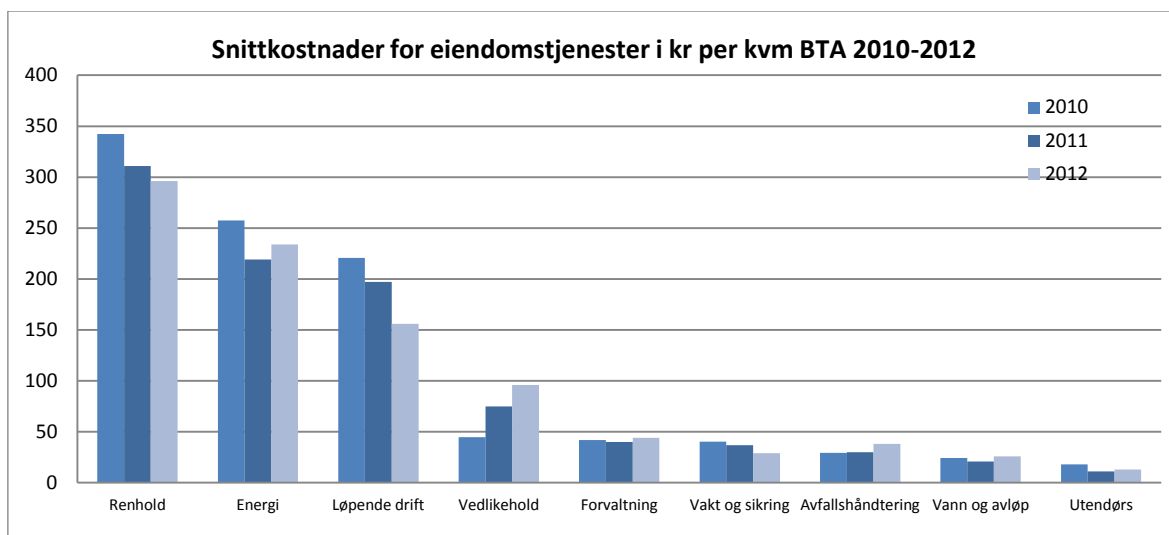
Gjennomsnittlig FDV kostnad er kr 930 per kvm BTA.

Gjennomsnittlig FDVU kostnad er kr 1100 per BTA kvm. Laveste FDVU kostnad er kr 900 og høyeste er kr 1330 per kvm BTA. Figur 12 gir en oversikt over spredningen mellom helseforetakene. Det er stor spredning i utviklingskostnader per helseforetak, da tiltakene varierer fra år til år for de ulike helseforetakene.



Figur 12 FDV + Utvikling kr per kvm BTA 2012. Kilde NFN (2013).

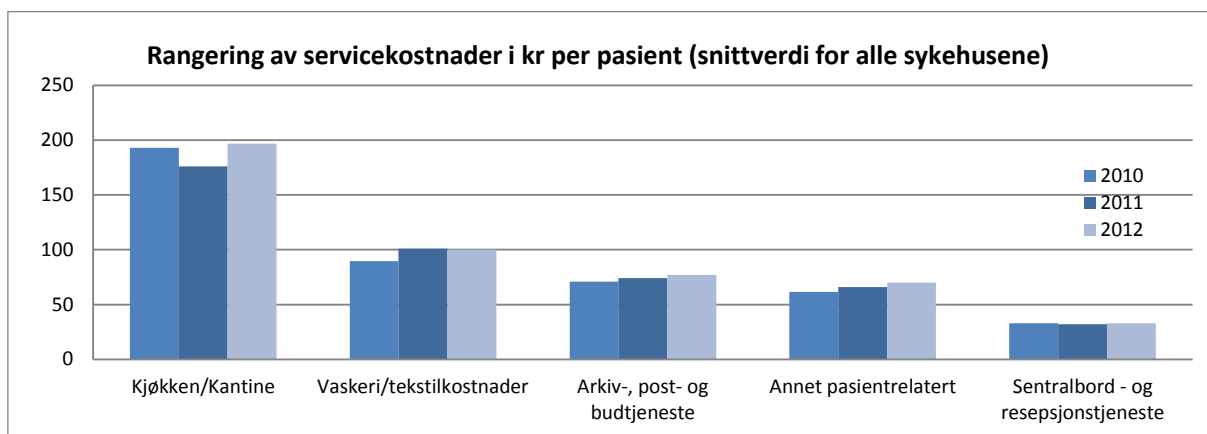
Gjennomsnittlige FDV kostnader i kr per kvm BTA fordelt per tjeneste, fremkommer i figur 13 under. Den største kostnadsdriver er renhold, som utgjør gjennomsnittlig ca. kr 300 per kvm BTA. Energikostnaden, er den nest største kostnadsdriveren, og utgjør gjennomsnittlig kr 230 per kvm BTA. Samlet utgjør kostnadspostene henholdsvis 57 % av FDV og 49 % av FDVU.



Figur 13 Snittkostnader for eiendomstjenester i kr per kvm BTA 2010-2012. Kilde NFN (2013).

I tabell 14 er servicekostnader per pasient angitt.

I underlag fra Helse Sør-Øst (2012) spenner FDVUS kostnaden per helseforetak fra kr 900 til 1940 kr per kvm BTA. Servicekostnadene varierer mellom kr 880 og kr 60 per kvm BTA. Spennvidden er svært høy grunnet store forskjeller i FM tjenesteporteføljen til de enkelte helseforetakene.



Figur 14 Rangering av servicekostnader i kr per pasient (gjennomsnitt). Kilde NFN (2013).

Samlet sett utgjør soft FM kostnaden ca. 35 – 45 % av total kostnaden (FDVUS), og hard FM utgjør ca. 60 – 65 %.

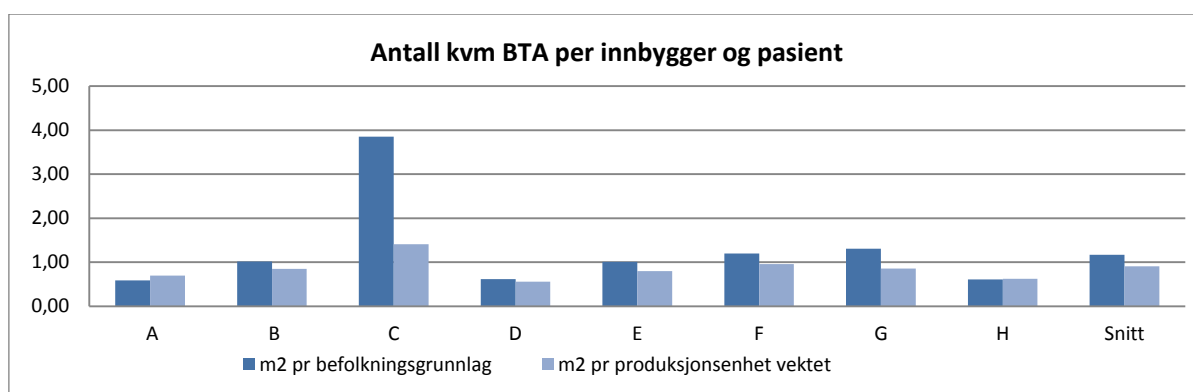
4.3.2 Produksjonskoeffisient

NFN sykehus nettverket har utviklet nøkkelindikator på pasientopphold i sykehus, som kalles produksjonskoeffisient. Produksjonskoeffisient beregner og vektet de ulike pasientoppholdene i sykehuset. Koeffisienten beregner kostnaden for et pasientopphold opp mot servicetjenestene for et pasientopphold i sykehuset. En poliklinisk undersøkelse er beregnet, etter erfaring, til ca. 10 % av et døgnopphold, tilsvarende for døgnbehandling som tilsvarer 35 % av et døgnopphold.

Produksjonskoeffisienten beregnes som følger:

Produksjonskoeffisient = antall liggedøgn + 35 % av antall dagbehandlinger + 10 % av antall polikliniske behandlinger.

Produksjonskoeffisienten benyttes som kostnadsdriver for servicetjenestene. I tabell 15 fremkommer antall kvm BTA per innbygger og per pasient (produksjonskoeffisient). Oversikten viser at det gjennomsnittlig er 1,1 kvm BTA per innbygger i utvalget og 0,9 kvm BTA per pasient. Oversikten at tre helseforetak utpeker seg med lav gjennomsnittlig kvm BTA per innbygger og pasient med tilnærmet 0,6 kvm BTA.



Figur 15 Antall kvm BTA per innbygger og pasient fordelt per helseforetak.

4.3.3 Kunde KPI'er og måling av kundetilfredshet

Det er igangsatt et samarbeid om utvikling av kunde KPI'er i NFN sykehus nettverk. Kartlegging i helseforetakene er i en startfase, og denne oppgaven har ikke måling av kundeperspektivet inkludert.

Flere sykehus har løpende kundekontakt med klinikken satt i system, og gjennomfører kundetilfredshetsundersøkelser jevnlig. Både kundetilfredshetsundersøkelser og KPI'er er gode styringsverktøy for FM ledelsen.

4.4 Resultater fra spørreundersøkelsen

Spørreundersøkelsen var strukturert i fire moduler som følger:

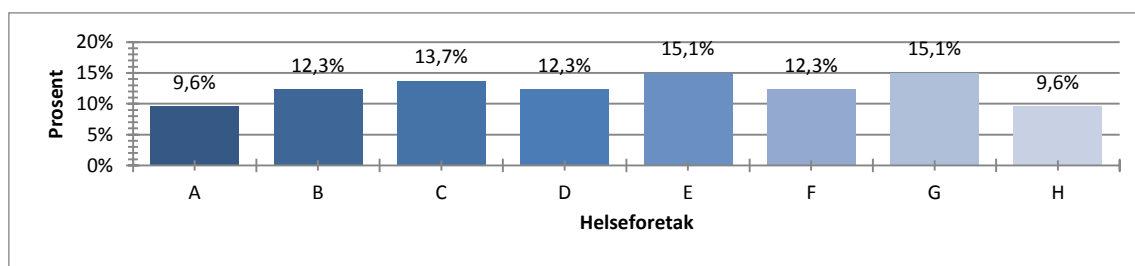
1. Statistikk om respondentens bakgrunn
2. Kartlegging av FM tjenester og grensesnitt
3. FM modenhet i dag (2014) og antatt modenhet om 5-10 år (2020 - 2025)
4. FM i fremtiden med tilbakemelding i kort fritext

Spørreundersøkelsen er i vedlegg 3 og resultatene presenteres i delkapittel 4.4.1 til 4.4.4.

4.4.1 Modul 1 Statistikk om helseforetakene

Modul 1 i spørreundersøkelsen er ren statistikk som identifiserer hvilket helseforetak og eventuelt hvilke tjenesteområder den forespurte er ansvarlig for.

Som det fremkommer av figur 16 er alle helseforetakene representert med tilnærmet lik svarprosent. I undersøkelsen er det skilt på 14 organisatoriske tilhørigheter, som alle er representert i utvalget. Utvalget er $N = 75$ av 125 som tilsvarer en svarprosent på 60 %. Svarprosent fra det enkelte helseforetak spenner fra 47 % til 65 %.



Figur 16 Fordeling av svar fra spørreundersøkelsen per helseforetak

4.4.2 Modul 2 Kartlegging av FM tjenester og grensesnitt

Modul 2 i spørreundersøkelsen omfatter 14 FM tjenesteområder som helt eller delvis inngår i FM organisasjonene i helseforetak.

I modul 2 svarer respondenten på spørsmål ut i fra hvilket tjenesteområde de har ansvar for. Alle spørsmål i modul 2 er lik bygget opp med spørsmål om hvem som har *ansvaret for tjenesten* og hvem som *utfører tjenesten*. Alle valgmuligheter er like uansett hvilken tjeneste respondenten svarer på. Det er derimot ulikt, som tidligere nevnt, hvor dypt respondenten svarer ut for det enkelte tjenesteområdet. De sykehusspesifikke servicetjenestene er tette på den kliniske driften, og det er dette grensesnittet som er forsøkt kartlagt i denne oppgaven.

Under er det kort redegjort for oppdelingen av tjenestene i 14 kategorier. Servicetjenestene merket *, og er utredet noe mer detaljert enn hard FM tjenestene.

For å forenkle fremstillingen av resultatene under, har jeg valgt å legge sammen «i egen regi» og «støttefunksjon (ikke-kliniske)», med benevnelsen FM. Resultatene er beskrevet per tjeneste, og grensesnittet mellom FM og klinisk er grafisk fremstilt i vedlegg 4.

1. Eiendomsforvaltning og utvikling

Resultatene fra spørreundersøkelsen viser at ansvar og utførelse av eiendomsforvaltning og utvikling er i FM organisasjonens regi, men unntak av utviklingen av bygg og eiendommer hvor i iverkant 20 % utføres av eksterne eller RHF'et.

2. Drift og vedlikehold

Spørreundersøkelsen viser at FM har ansvaret for alle drifts- og vedlikeholdsoppgaver. Utførelsen av drift, vedlikehold og gartner tjenester utføres av eksterne leverandører eller er outsourced i størrelsesorden ca. 18 %, 32 % og 32 %. I overkant av 15 % av gartner tjenestene er outsourced eller outtasket. Vaktmestertjenestene utføres 100 % i egen regi.

3. Vakt, sikring og parkering

Resultatene viser at alle FM organisasjonene har ansvaret for tjenestene vakt og sikring. I overkant av 30 % har outsourced eller satt bort vakt- og sikkerhetstjenesten til ekstern leverandør.

Ansvaret for parkering ligger 80 % i FM organisasjon, og 20 % er lagt til eksterne leverandører. Halvparten av helseforetakene har satt bort utførelsen av parkeringstjenestene til ekstern leverandør eller via outsourcing.

*4. Renhold **

Spørreundersøkelsen har ikke kartlagt ordinært renhold, da fokuset i kartleggingen har vært mot spesial renholds- og oppgaver tilknyttet renhold. Eksempelvis smitterenhold, operasjonsrenhold, føderenhold, sengevask, assistentoppgaver (for eksempel instrumentvask), byggrenhold og renhold utomhus.

Undersøkelsen viser at det er bred spredning i fordelingen av ansvar og utførerrollen mellom FM organisasjonen og klinisk. I overkant av 12 % av føderenholdet har klinisk, mens de utfører hele 20 % av føderenholdet. Resterende ansvar (88 %) og utførelse (80 %) av føderenhold ligger i FM.

Klinisk har ansvaret for 30 % av smitterenhold, utfører 20 % av smitterenholdet. FM har ansvar og utfører resterende 70 og 80 % av smitterenholdet. Ansvar for operasjonsrenhold og utførelsen er 90 % i FM, øvrig e 10 % utføres av klinisk personell.

Klinisk personell har ansvaret for mer enn 50 % av assistentoppgavene, og utfører opp mot 50 % av oppgavene.

FM har tilnærmet ansvar for og utfører 70 % av sengevask- og opprednings tjenester. Klinisk har det resterende ansvar og utførelse (30 %). Klinisk har ansvaret for 10 % av sengevask og oppredning, resterende ansvar ligger i FM og all sengevask- og oppredning utføres av FM.

Resultatene viser videre at FM har 100 % ansvar for hovedrenhold, men at over 40 % utføres av eksterne leverandører. Ansvar for byggrenhold er delt mellom FM (78 %) og eksterne leverandører, og utføres av FM (62 %) og eksterne (38 %). Ansvar for utvendig renhold deles av FM (62 %) og eksterne leverandører (38 %). Utomhus- og utvendig vindusvask er den renholdstjenesten som i høyest grad utføres av ekstern leverandører, hele 54 %.

*5. Tekstil- og vaskertjenester **

I spørreundersøkelsen er det konkret skilt mellom forsyning av tekstiler til pasienter, operasjon og ansatte. Alle forsyningsoppgaver er FM organisasjonens ansvar. Utførelse av

forsyning utføres primært av FM (81 %), resterende utføres av eksterne leverandører (10 %). I tillegg forsyner klinisk tekstiler til pasienter og operasjon (10 %).

Resultatene viser at ansvaret for de fleste tekstil- og vaskeritjenestene ligger i FM, og tilsvarende utføres av FM. Unntaket er vaskeritjenester. FM har opp mot 80 % ansvar for vaskeritjenestene, men majoriteten utføres av eksterne leverandører (40 %) eller er outsourced (20 %). Undersøkelsen viser også at vask av puter, dyner, spesialtøy og renholdsutstyr er i hovedsak FM organisasjonens ansvar (70 – 90 %), og at resterende utføres av eksterne eller er outsourced (10 – 30 %).

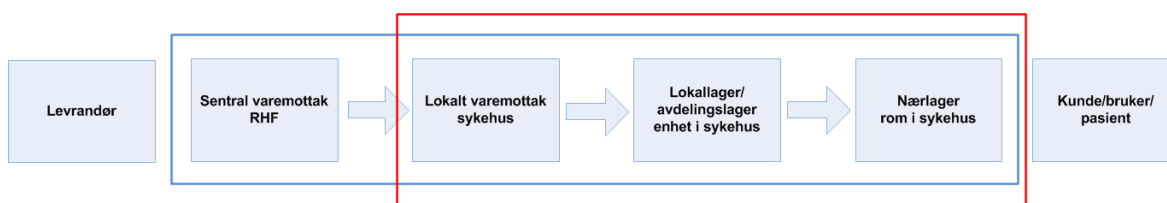
6. Forsyning og transport *

I spørreundersøkelsen er det antatt at alle helseforetakene har *aktiv forsyning* av varer og tekstiler. Dette ansvaret er delt mellom to organisasjonsheter i flere helseforetak.

Hovedprinsipp for forsyningsløyfen frem til nærlager er illustrert i figur 17 under. Den røde markeringen er forsyning i sykehuset. Forsyningsløyfen starter hos leverandør sentralt varelager og avsluttes på nærlager, som er siste lager før forbruk.

Det fremkommer at forsyningsoppgavene i sykehusene ikke utføres av klinisk personell. Klinisk personell har derimot noe av ansvaret for varesortiment (30 %) og for bestilling (62 %) av varer. Utførelse av intern transport og utføres av FM (85 %), hvor det er en lite andel som utføres av klinisk (8 %) og eksternt leverandør (10 %).

Resultatene viser at kun 8 % av FM har ansvaret for vareforsyning fra leverandør til sentrallager. 100 % utføres av eksternt leverandør, RHF eller er outsourced. Ansvaret for forsyning fra sentrallager til sykehusets varemottak er hhv 30 % FM og utføres av 40 % av eksterne. 20 % av helseforetakene utfører ikke denne delen av logistikken. Resterende forsyningsansvar ligger i FM og utføres av FM. Selve utførelsen av avfallshåndtering og retur av avfall er delt mellom FM (90 %) og klinisk (10 %).



Figur 17 Hovedprinsipp forsyningsløyfe logistikk for vareforsyning

7. Portør *

Resultatene viser at FM har hovedansvaret for og utfører transport av pasient fra akutt til sengepost og internt i sykehuset til enheter som røntgen, MR og blodprøvetagning. En liten andel av disse oppgavene utføres av klinisk (12 %). Ansvaret for transport av pasient til operasjon er delt mellom FM (62 %) og klinisk (25 %). Vet ikke andel er 12 %, og indikerer at respondentene er usikre på grensesnittet. En mindre andel av klinisk utfører transporten (10 %).

Transport av pasient ved er primært klinisk ansvar (68 %) og utføres primært av klinisk (50 %). Andelen *vet ikke* og *utføres ikke* (til sammen 25 %) er høy og indikerer at det er usikkerhet blant disse respondentene.

*8. Kjøkken og kantine **

Matforsyning er i dag ivaretatt primært internt (egne produksjonskjøkken). Ett av helseforetakene har ekstern leveranse. Enkelte kjøkken produserer også for kantine og noen få for eksternt salg. Det er ulike konsepter for tilberedning og servering av varm mat. Det er dels buffetsservering med postverter på avdelinger og fremdeles sykehus som har brettservering (ferdig utporsjonert på sentralkjøkken). Det er flere sykehus i dag som har kok/kjøll matforsyningskonseptet og kostvertbasert servering som tilpasses hver lokasjon.

Undersøkelsen viser at FM har hele ansvaret og utførelsen for servering av mat fra buffet. Ansvaret for servering frem til pasientenes rom og på rommet til pasienten, overtas ikke overraskende av klinisk personell. Klinisk personell har hele ansvaret for servering av mat på pasientens rom. Kantinetjenester er primært et FM ansvar (80 %), hvorav 20 % av ansvaret og utførelsen er av ekstern leverandør.

9. Resepsjon, sentralbord og internt servicesenter

Resultatene viser at resepsjon, sentralbord og internt servicesenter er FM tjenester. Det er en deling mellom FM og klinisk innenfor resepsjonstjenester der FM har ansvaret for 75 % av resepsjonstjenestene, og utfører 68 %. Øvrig ansvar og utførelse av resepsjonstjenester er klinisk personell.

10. Dokumentasjon, journal, sakarkiv og post

Resultatene viser at FM har hovedansvaret for journalarkiv, saksarkiv, skanning og skrivetjenester. En mindre andel utføres av klinisk personell i størrelsesorden 10 % - 25 %, hvor skrivetjenesten er den tjenesten som klinisk utfører mest (35 %), hvorav 10 % av skrivetjenesten er outsourcet. Klinisk har også ansvar for og utfører 25 % av skanning tjenestene, øvrig utføres av FM.

FM har ansvaret for all post og utførelse av post tjenester i denne undersøkelsen.

11. Sterilsentral

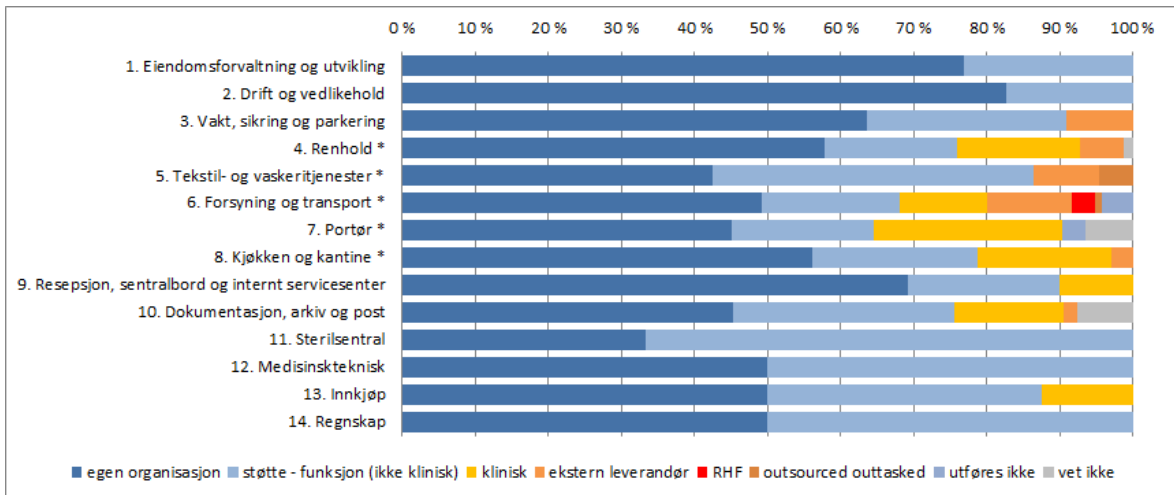
Sterilsentral er organisert i FM organisasjonen i ett helseforetak, og ansvar og utførelse ligger i FM.

12 - 14. Medisinskteknisk, innkjøp og regnskap

I denne undersøkelsen er medisinskteknisk tjenester, innkjøp og regnskap organisert i FM. Undersøkelsen understøtter at ansvaret for oppgavene og utførelsen ligger i FM. Det er et lite unntak i undersøkelsen. Klinisk har ansvar og utfører 10 % av innkjøpene.

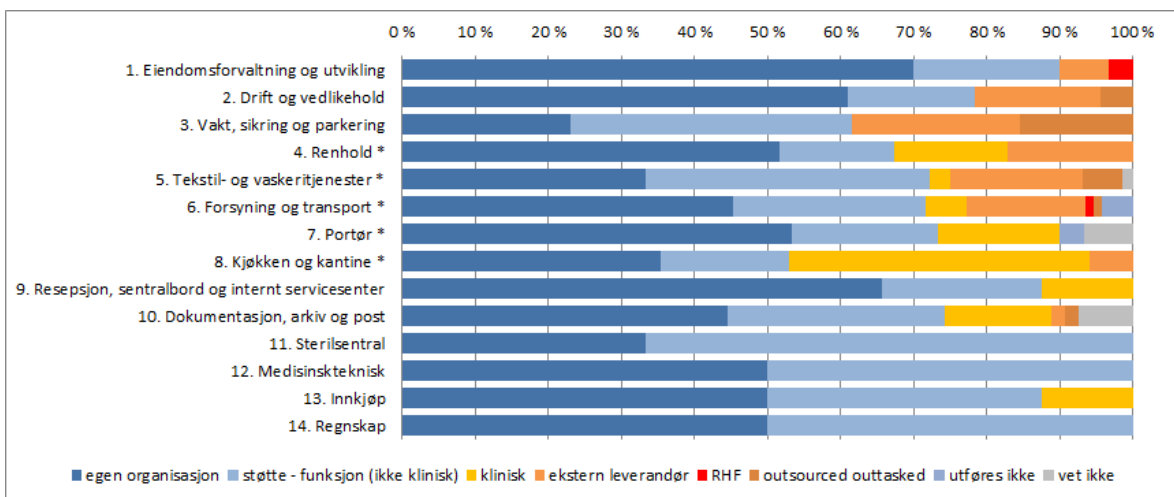
Deloppsummering

I figur 18 og 19 fremkommer grensesnitt og fordeling for hvem som er ansvarlig for og utfører de ulike FM tjenester som er kartlagt i spørreundersøkelsen. Tilnærmet alle hard FM oppgavene utføres av FM eller annen ikke-klinisk støttefunksjon. Figur 18 viser samlet vektet gjennomsnittlig fordeling av ansvar og utførelse av alle FM tjenestene. Opp mot 90 % er av FM tjenestene eies og utføres av ikke en helsefaglig organisasjon, hvorav FM utgjør mellom 54 % og 47 %. Klinisk har ansvar for og utfører ca. 8 % av FM oppgavene.

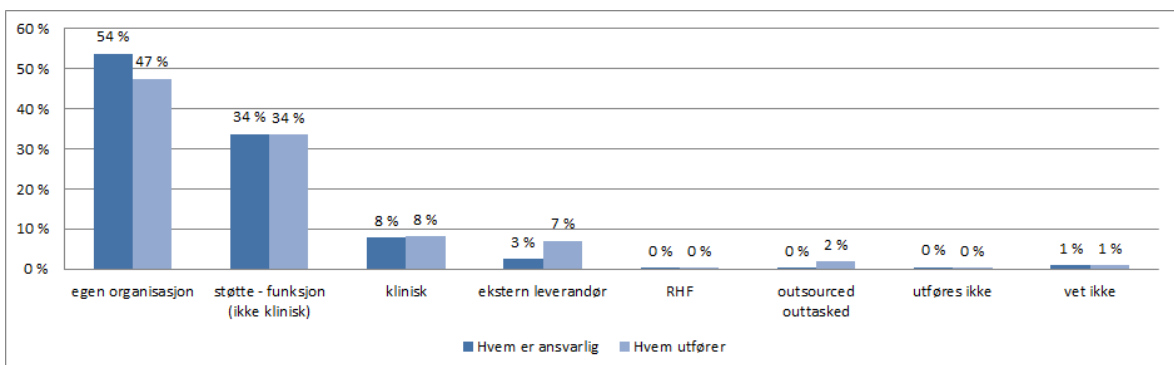


Figur 18 Grensesnitt og fordeling av hvem som er ansvarlig for FM tjenestene i helseforetakene

I figur 19 og 20 fremkommer det at de FM tjenestene som ikke utføres i egen organisasjon, utføres av klinisk personell (ca. 8 %), eksterne leverandører (ca. 7 %) eller er outtasked eller outsourced (ca. 2 %).



Figur 19 Grensesnitt og fordeling av hvem som utfører FM tjenestene i helseforetakene



Figur 20 Gjennomsnittlig fordeling av alle FM tjenester i helseforetakene

4.4.3 Modul 3 FM modenhet i dag og forventet modenhet om 5-10 år (2025 - 2030)

I modul 3 er alle spørsmål stilt som utsagn som respondenten skal ta stilling til på en skala fra 0 – 4, 0=*helt uenig*, 1=*delvis uenig*, 2=*delvis enig* og 3=*helt enig*. I tillegg er det et vet ikke alternativ. Det er bevisst valgt at respondenten må ta stilling til om de er enig eller uenig. Svarer respondenten 0 eller 1 så er de i varierende grad uenig i utsagnet. Dersom respondenten svarte 2 eller 3, så er de i varierende grad enig.

Spørsmålene er kategorisert i fem hovedområder. Jeg har valgt å gruppere svarene i fem hovedområder for å kunne underlette drøftingen opp mot FM organisasjonens modenhet og bærekraft i påfølgende diskusjons kapittel.

Det er respondentenes subjektive vurdering i FM organisasjonene som fremkommer i påfølgende tabeller. De fem hovedområdene er:

1. Strategi
2. Standarder og serviceleveranse
3. IKT systemer
4. Kunderelasjon
5. Standardisering og effektivisering
6. Kompetanse

I det påfølgende er resultater fra hovedområdene presentert i figur 22 til 26. Respondentene har svart på hvordan de oppfatter situasjonen i dag og hva de forventer i 2020-2025.

1. Strategi

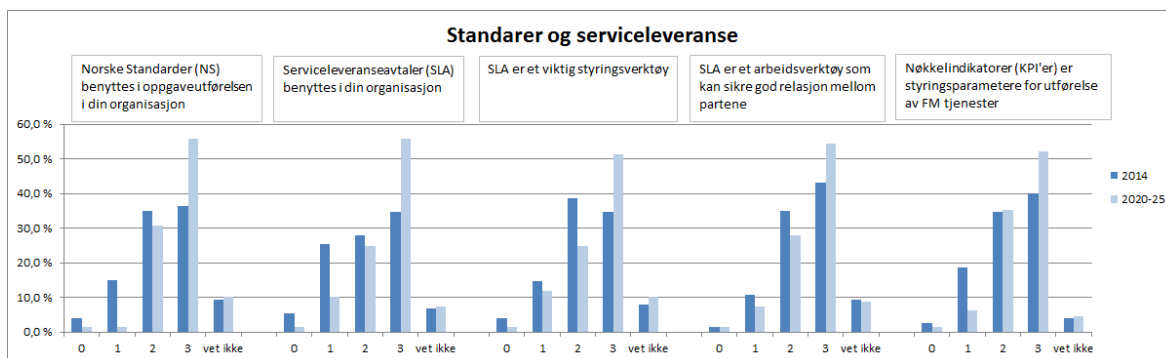
Besvarelsene viser at det er gjennomgående en forventning at FM organisasjonens strategier styrkes i fremtiden som del av sykehusets strategier og med en høyere forankring enn i dag. Det er forventet en økt deltagelse i virksomhetsutvilingen i sykehuset i 2020-2025 enn i dag. Videre forventer toppledelsens engasjement i FM vil øke, men i lavere grad enn forankring i strategier og mål. Resultater er er presentert i figur 21.



Figur 21 Fordeling av FM organisasjonens svar innenfor hovedområdet strategier

2. Standarder og serviceleveranse

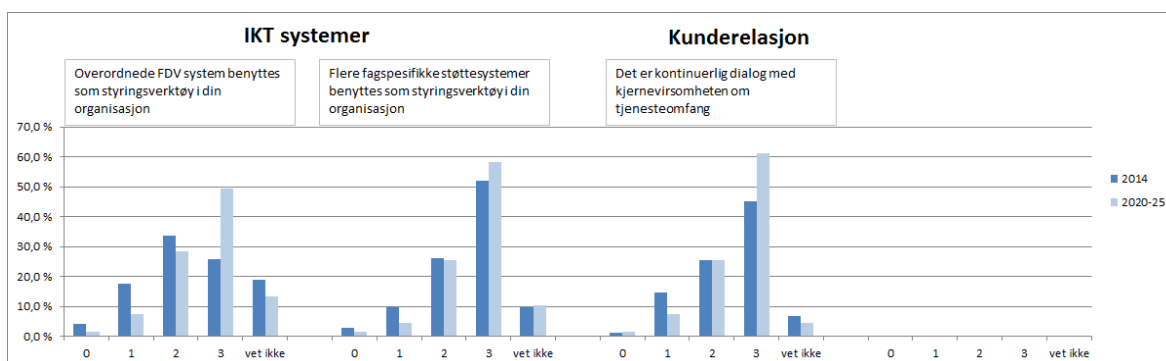
Besvarelsene viser at det gjennomgående at respondentene har en høy forventning til at norske standarder, serviceleveranse avtaler vil benyttes i fremtidig FM organisasjon sett opp mot dagens praksis. Det er bred enighet om at serviceleveranseavtaler er viktig styringsverktøy og at avtalen kan sikre god relasjon mellom partene. Respondentene mener at KPI'er vil være mer brukt som styringsparametre i 2020-2025 enn per i dag. Resultater er presentert i figur 22.



Figur 22 Fordeling av FM organisasjonens svar innenfor hovedområdet standarder og serviceleveranser

3 og 4. IKT systemer og kunderelasjon

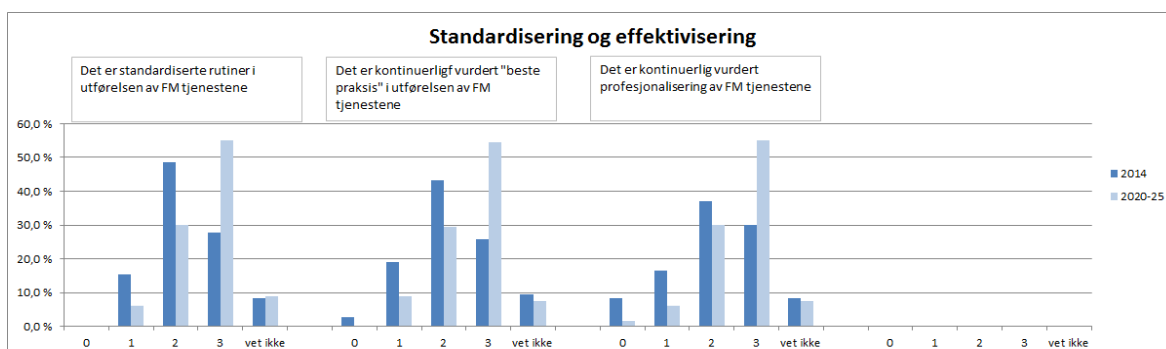
Svarene fra respondentene viser at overordnede FDV systemer forventes benyttet om styringsverktøy i 2020-2025 i vesentlig høyere grad enn i dag. Fremtidig bruk av fagspesifikke systemer er forventet å ha tilnærmet lik bruk som i dag. Respondentene har en økt forventning til at kontinuerlig dialog med kjernevirksomheten om tjenesteomfang vil øke mot 2020-2025. Resultatene viser også at kundekontakt er høyt vektet med over 60 %. Resultater er presentert i figur 23.



Figur 23 Fordeling av FM organisasjonens svar innenfor hovedområdet IKT systemer og kunderelasjon

5. Standardisering og effektivisering

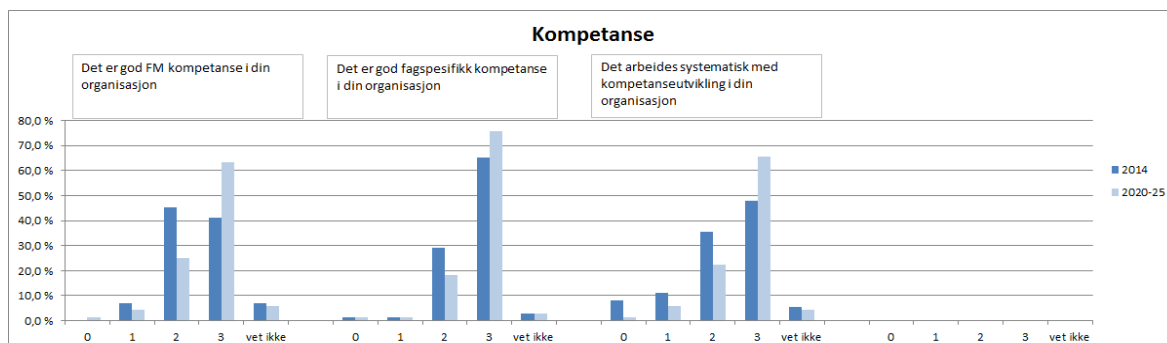
Standardisering og effektivisering er to områder som det er størst forventning til endring sett opp mot dagens praksis. Standardiserte rutiner, kontinuerlig vurdering av beste praksis og profesjonalisering er områder som vektlegges høyt. Resultater er presentert i figur 24.



Figur 24 Fordeling av FM organisasjonens svar innenfor hovedområdet standardisering og effektivisering

6. Kompetanse

Resultatene viser at det er høy forventning til god FM kompetanse i FM organisasjonen. Den fagspesifikke kompetansen er det området som har høyest score både i dagens og i fremtidens organisasjon. Over 75 % har vektet den fagspesifikke kompetansen i 2015-2020 som høy. Resultater er presentert i figur 25.

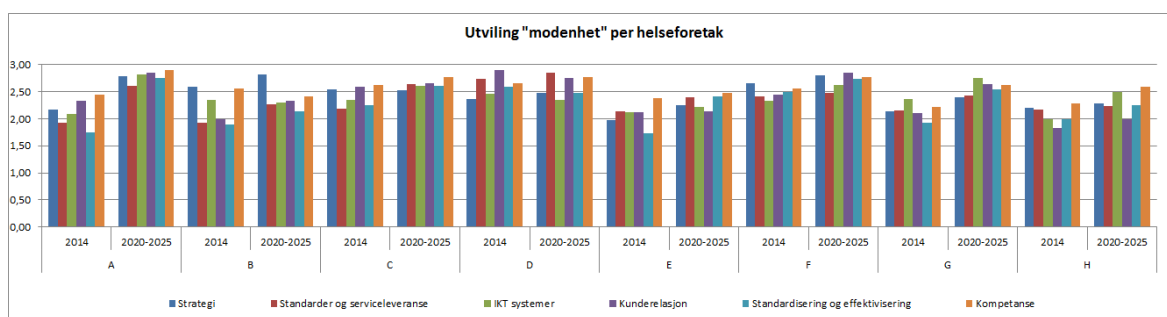


Figur 25 Fordeling av FM organisasjonens svar innenfor hovedområdet kompetanse

Fordeling i helseforetakene – er det forskjeller?

Figur 26 under viser grad av enighet per hovedområde fordelt per helseforetak. Fordelingen mellom helseforetakene viser forskjellig vektig. Det er gjennomsnittlig en forventet økning av nivå i fremtiden, men enkelte helseforetak markerer også en forventet nedgang. Forventet kunderelasjon har en nedgang i ett av helseforetakene, som også viser en mindre nedgang innenfor flere områder.

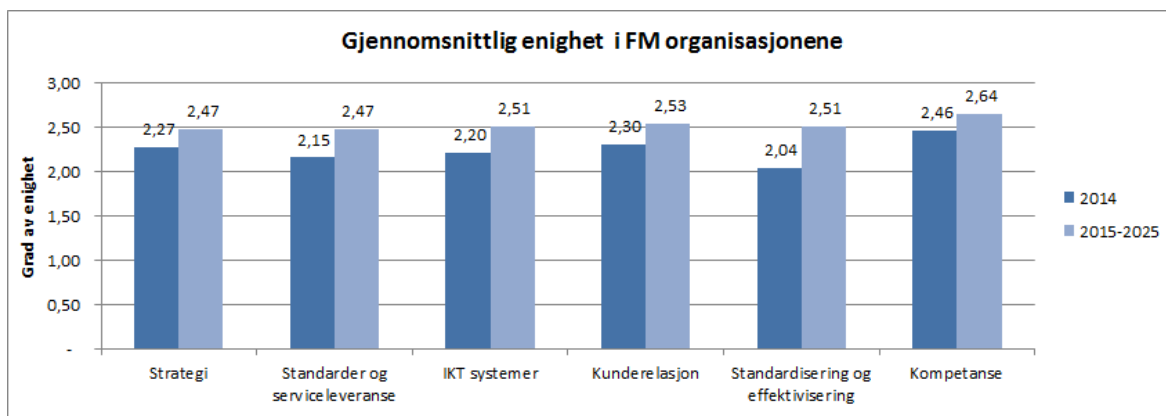
Ett helseforetak skiller seg markant ut ved å ha en vesentlig, og den største, økningen innenfor de fleste områdene i forhold til resten av utvalget. Profilene per helseforetak er vedlagt i vedlegg 5.



Figur 26 Fordeling av respondentenes enighet i påstandene i dag og i fremtiden 2020-2025 per helseforetak

I figur 27 under er gjennomsittlig grad av enighet per hovedområde oppsummert. I grad av enighet inngår ikke respondenter *vet ikke* i utvalget. Det er utregnet et vektet gjennomsnitt blant de respondenter har svart.

Det er forskjell i dagens og fremtidig vurdering helseforetakene i mellom, men det er en gjennomgående trend at alle hovedområder gjennomsnittlig vil styrkes mot 2025. FM kompetanse i organisasjonen er vektet høyest, og er forventet å øke ytterligere i fremtiden. Standardisering og effektivisering er i dag vektet lavest, og er forventet å øke mest.



Figur 27 Fordeling gjennomsnittlig enighet i FM organisasjonen i dag og i fremtiden 2020-2025

4.4.4 Modul 4 Fremtidens FM

Hensikten med denne modulen er å kartlegge om lederne i helseforetakene har planer for fremtidig FM i sitt helseforetak. Spørsmålene er åpne som fritekst. Populasjon varierer mellom N = 54 og N = 40 for de fem delspørsmålene som er stilt. Det tilsvarer en svarprosent innenfor de som har svart på mellom 72 % og 53 %.

I behandlingen av dataene har det vært hensiktsmessig å gruppere svarene i kategorier. Ett svar kan dekke flere kategorier. Den prosentvise fordeling for hver kategori er angitt i parentes.

Delspørsmål 1: *Hvordan kan din enhet bidra til høyere effektivitet/verdiskapning for kjernevirksomheten?*

Totalt 72 % (54) av respondentene har svart på delspørsmål 1. Alle (100 %) har svart på hvordan enheten kan bidra til høyere effektivitet og verdiskapning for kjernevirksomheten.

Respondentene angir at profesjonalisering av FM organisasjonen (26 %), kundedialog (16 %) og FDV og IKT støttesystemer (8 %) og riktig kompetanse (6 %) som bidrag til å øke effektivitet og verdiskapning for kjernevirksomheten.

Profesjonalisering av FM organisasjonen

Det er mange aktiviteter som foreslås for å profesjonalisere FM organisasjonen. Systematisk og kontinuerlig forbedring (6 %), benchmarking (3 %), standardisering (3 %) og effektivisering (5 %). Konkrete forslag er: optimalisering av tjenesten ved årlig gjennomgang, evaluere tjenestene opp mot best praksis, korrigere organisasjonen i forhold til etterspørsel og type tjenester og omfang av disse. Høyere fokus på bruk av standardiseringer, tjenestebeskrivelser og systematisk måle og evaluere leveransene.

Kundedialog

Flere av respondentene (16 %) beskriver at tettere samarbeid og systematisk kundedialog vil bidra til økt effektivitet og verdiskapning for kjernevirksomheten. Økt kundefokus som avdekker kundens behov og en forventningsavklaring på servicenivå er sentralt. Et annet aspekt er at FM organisasjonen må ha kunnskap om hvilke planer den kliniske organisasjonen har for å kunne planlegge egen drift til beste for kunden.

En av respondentene i spørreundersøkelsen skriver:

«FM må være en aktiv samarbeidspartner i utvikling av sykehusets tilbud og tilrettelegge for effektiv drift i alle ledd. Vi må sikre god kontroll på tjenesteutøvelse og inneha kompetanse i alle ledd i alle støttetjenester for kjernevirksomheten».

FDV og IKT støttesystemer

Det foreslås (8 %) en bedre utnyttelse av dagens FDV systemer. Det foreslås også å utvikle gode og velfungerende system- og planleggingsverktøy innen FDV og logistikk fremover. Det blir også foreslått (2 %) en felles oppgradering og samkjøring av ett felles FDV system for alle helseforetak i Norge.

Kompetanse

Det foreslås (5 %) å satse mer på fagkompetanse på strategisk nivå. Det påpekes også at riktig kompetanse vil kunne gi en stabil arbeidsstokk. I tillegg er det vektlagt at riktig kompetanse i alle ledd i FM vil understøtte kjernevirksomheten.

Ledelsesforankring

Totalt 5 % påpeker at toppledelsen må bli engasjert i FM. Samtidig påpekes det at FM må tilegne seg kunnskap om kjernevirksomheten og dens prosesser og hva som effektiviserer disse. En gjensidig forankring av FM strategier mot sykehuset ledelse kan oppnås ved deltakelse på relevante arenaer på strategisk og taktisk nivå i helseforetaket.

Hensiktsmessig bygningsmasse

Det påpekes (4 %) at leveranse av hensiktsmessige bygg og effektiv arealbruk bidrar til effektiv pasientbehandling. FM bør bli mer profesjonelle i håndtering av driftskritiske systemer.

Delspørsmål 2: *Hva hindrer eventuelt din enhet i å bidra til høyere effektivitet/ verdiskapning for kjernevirksomheten?*

Totalt 64 % (48) av respondentene har svart på delspørsmål 3. Av 48 respondenter svarte 94 % (45) på hva som er hindre i enheten for å bidra til høyere effektivitet/ verdiskapning for kjernevirksomheten. Totalt 3 respondenter, eller 6 %, svarte at det ikke er noen hindringer.

Respondentene angir økonomi (26 %) og egnede lokaler (18 %) som de største hindre for at egen organisasjon til å bidra til høyere effektivitet/verdiskapning for kjernevirksomheten. I tillegg beskrives manglende teknologi og IKT styringssystemer (10 %), mangel på fagkompetanse og rekruttering (10 %) og manglende informasjon og kommunikasjon fra kjernevirksomheten (10 %) som hindre.

Økonomi

Respondentene nevner at den økonomiske modellen og utfordringene rundt budsjetteringsmodellen er en vesentlig hindring. Den økonomiske knytningen til kjernevirksomheten vanskeliggjør den økonomiske langsiktighet FM organisasjonen har

for å planlegge eiendoms- og bygningsmessig utvikling. Budsjetteringsprosessen er kortsiktig og det er manglende muligheter for investeringsmidler. FM organisasjonens prioriteringer «konkurrerer med pasientbehandlingen». Flere påpeker at det er manglende muligheter for investeringsmidler til maskiner, utstyr og bygningsvedlikehold.

Besparelser på FM-driftsbudsjett utover forsvarlig nivå vil redusere effektiviteten i pasientbehandlingen. Det er et sterkt fokus på spesifikke kostnadsutt uten at toppledelsen i sykehuset ser det i en helhetlig ramme. Det påpekes at kjernevirksomheten ikke har kunnskap til å forstå at FM organisasjonen kan bidra til økt effektivitet i kjernevirksomheten. Toppledelsen har fokus på klinisk drift.

Egnede lokaler

Prosessene for byggprosjekter beskrives som ikke tilfredsstillende, og det i seg selv ofte resulterer til at alle behov ikke er ivaretatt. Det medfører redusert leveranse kvalitet både for produktet og for økonomien. Enkelte helseforetak har mange små enheter spredt over ulike lokasjoner hvor støttefunksjonene blir uforholdsmessig kostnadskrevene. I tillegg er det tung og gammel bygningsmasse med manglende vedlikehold. Flere helseforetak peker på mangel på arealer. Det påpekes at det er manglende forståelse i klinisk virksomhet for kostnadene ved bruk av areal.

Organisering

Respondentene påpeker at det er behov for tydeligere ansvars beskrivelser mellom de ulike FM funksjonene. Plassering i organisasjonen, som en støttetjeneste, gir begrenset påvirkningskraft. Det er ikke optimalt samarbeid på tvers i FM og det er mange endringer og omorganiseringer samtidig i helseforetakene.

Det blir i tillegg påpekt at det er mange interessenter som påvirker effektiviteten, HINAS, Sykehuspartner og RHF; Det er mye urolighet omkring i organisasjonene.

Delspørsmål 3: *Er det områder din enhet kan utføre større deler av FM tjenesten/oppgavene enn i dag?*

Totalt 59 % (44) av respondentene har svart på delspørsmål 3. Av 44 respondenter svarte 88 % (37) positivt på at det er oppgaver deres enhet kan utføre større deler av FM oppgaver eller tjenester enn i dag. Totalt 7 respondenter, eller 12 %, svarte nei eller vet ikke.

Det er størst enighet (30 %) om at det er oppgaver som dag ivaretas av FM som kan videreutvikles. Eksempler på oppgaver som kan utvides er for eksempel at renholdstjenesten kan ta utvides og inkludere: skylleromsarbeid, renhold av anestesi utstyr, renhold og oppredning av seng ved pasientutreise. Aktiv forsyning kan utvide omfanget av varer til spesialvarer til akutte funksjoner.

Det er også beskrevet at ikke medisinske oppgaver som utføres av helsefaglig personell kan overføres til FM organisasjonen (10 %). Det blir påpekt at det pågår en kontinuerlig endring av oppgavefordeling mellom helsepersonell og støttepersonell. Spesifikt blir det beskrevet at dokumentasjonssenteret kan utføre oppgaver innenfor pasientdokumentasjon,

som i dag fortsatt utføres av helsepersonell i klinikkene. Andre områder kan være å øke sentraliseringen av forsyningstjenester og ta et helhetsansvar for hele logistikkjeden.

Nye fagområder som foreslås overført til FM organisasjonen er sterilsentral, enkel ekstern pasienttransport, samordning av resepsjonstjenester for poliklinikker, samt koordinere intern transport for ansatte og ambulante team.

Delspørsmål 4: *Hvordan kan din enhet bidra til høyere effektivitet/verdiskapning for kjernevirksomheten?*

Totalt 57 % (42) av respondentene har svart på delspørsmål 4. Av 44 respondenter svarte 96 % (40) på hvordan enheten kan bidra til høyere effektivitet/verdiskapning for kjernevirksomheten. To respondenter, eller 4 %, svarte nei eller vet ikke.

Respondentene angir organisering (43 %), økonomi og ressurser (21 %), mangel på rett kompetanse (11 %), manglende forankring i toppledelsen (9 %) og manglende modenhet i organisasjonen (9 %) som hoved hindre for å bidra til høyere effektivitet og verdiskapning for kjernevirksomheten. En respondent konstaterer at FM organisasjonen ikke kan overføre oppgaver fra andre enheter i helseforetaket, da en oppgave- og ansvarsfordeling må godkjennes av toppledelsen. En respondent antyder at det det motsatte er på agendaen nå, det vil si «*hva bør FM eventuelt ikke utføre*»? En annen respondent påpeker også at de frigjorte ressursene lett omfordeles til kvalitetsøkning.

Organisering

Overføring av oppgaver fra avdelingene og klinikkene er en tung prosess å gjennomføre. Det er delvis også redusert kapasitet ved egen FM organisasjon innenfor seksjoner og avdelinger. Den interne oppgave- og ansvarsfordeling i foretaket oppleves av mange (10 %) som en tung endringsprosess. Dagens organisasjon har et stort lederspenn for linjeledere på operativt nivå i FM organisasjonen.

Organisering av tjenesteområdene er store og det er vanskelig å få til en effektiv koordinering på tvers i helseforetaket. Kliniske ledere har høyere gjennomslagskraft og det kan medføre til sub-optimaliseringer. Flere påpeker at det er vanskelig å komme frem til en god ressursfordelingsmodell. Det er påpekt (8 %) at det må en trinnvis modning i organisasjonen med kontinuerlig forbedring og realisering av gevinstpotensialer. Det må være oppnådd et felles målbilde i helseforetaket på tvers av klinisk og støttefunksjoner.

Profesjonsmotstand og konservative tillitsvalgte bidrar ikke til effektive endringsprosesser. Videre nevnes sentrale føringer og strategier fra regionen som ikke alltid er like hensiktsmessige innenfor alle fagfelt.

Økonomi og ressursmangel

Reduserte økonomiske og bemanningsressurser nevnes i stikkordsform av respondentene.

Kompetanse

Det er behov for tilgang til rett kompetanse (rekruttering) samt at kompetansen bør økes, særskilt innenfor ingeniørfagene.

Ledelsesforankring

Manglende klar overordnet styring samt at endringer ikke er forankret i klinikkledelsen.

Modenhhet

Manglende modenhet i FM organisasjonen og den kliniske virksomheten beskrives som hindre for å ha et felles målbilde.

Delspørsmål 5: *Hva er effekten for kjernevirksomheten hvis din enhet utfører større del av oppgavene?*

Totalt 53 % (40) av respondentene har svart på delspørsmål 5. Av 40 respondenter svarte 94 % (37) positivt på hva som er effekten for kjernevirksomheten dersom enheten utfører større del av oppgavene. Til sammen tre respondenter, som tilsvarer 6 %, er kategorisert som vet ikke.

Respondentene angir frigjøring av ressurser til klinisk drift (36 %), reduserte kostnader (18 %), økt kvalitet (16 %), fokus på FM kjernedrift (16 %) og økt effektivitet (8 %) som hovedgrunner.

Frigitte ressurser til klinisk drift

Frigjøring av ressurser ute på avdelingene/klinikkene som medfører frigjøring av ressurser til klinisk drift. Redusert bruk av kliniske ressurser vil kunne demme opp for dagens og fremtidig sykepleiermangel. Pleietjenesten gis noe økt mulighet til å fokusere på eget kjerneområde, som er pasientbehandling og oppfølging av pårørende.

Reduserte kostnader

Det blir påpekt at det ut fra dagens kostnadsbilde vil det være mulig å redusere FM kostnader. Eksempel som nevnes er: mulig besparende effekt ved bruk av egne ansatte fremfor bruk av eksterne firmaer. Det er også beskrevet at det er betydelig potensiale for gevinstrealisering som følge av kontroll over alle innkjøp i organisasjonen. I dette ligger mulighet for standardisering og reduksjon av sortiment.

Fokus på FM kjernedrift

Styrket fokus på FM kjernedrift vil gi bedre fagkompetanse i FM organisasjonen. Kompetansen vil kunne utnyttes bedre slik at det frigis ressurser til klinisk drift.

Økt kvalitet og effektivitet

Flere respondenter påpeker at som en konsekvens av at FM organisasjonen utfører større deler av oppgavene, vil det bli en økning i kvaliteten på tjenestene.

4.5 Resultater fra intervju

Beskrivelsen i dette kapitlet er basert på intervju med FM direktører og avdelingsledere fra Akershus universitetssykehus, St. Olav Hospital universitetssykehus og Oslo universitetssykehus. Det er gjennomført syv intervjuer hvorav tre med FM direktører og fire med avdelingsledere.

Delkapitlene under beskriver hovedresultatene, som er nærmere redegjort i diskusjon i kapittel 6.

4.5.1 Bærekraftig FM i sykehus i dag og i fremtiden 2020-2030

Alle som er intervjuet konstaterer at begrepet bærekraftig ikke benyttes i FM organisasjonen. En av direktørene mener at: *«En bærekraftig organisasjon har kompetanse og kunnskap som gjør at den er i stand til å gjennomføre de oppgaver den skal utføre. En annen direktør mener at bærekraft handler om at organisasjonen evner å tilpasse seg den situasjonen den er i».*

En avdelingssjef påpeker at bærekraft, sett ut fra levetidsbetraktninger, innebærer at organisasjonen klarer å holde sykehuset i stabil drift.

Bærekraftighet, er en tjeneste eller et ansvarsområde som har livets rett, og at organisasjonen utfører oppgaven sikkert og robust. FM organisasjonen må kunne se dagens tjenestebehov og vurdere fremtidens tjenestebehov for den organisasjonen som understøttes - kjernevirksomheten. FM tjenestebehovet spenner fra eiendoms- til servicefunksjoner. Den kontinuerlige prosessen dette innebærer, er fundamentet for en god og robust FM organisasjon over tid, vektlegger en av direktørene.

Det nasjonale klima- og miljøprosjektet pågår i alle helseforetakene og blir nevnt av alle som ett bidrag til at organisasjonen er bærekraftig innen miljø. Miljøledelsessystemet er et redskap som skal hjelpe foretakene til å systematisere arbeidet med kontinuerlig miljøforbedring.

I alle intervjuene er det økonomiske aspektet vektlagt, og det blir beskrevet mange tiltak for å sikre konkurransekraft i organisasjonen. De er tydelige på at FM organisasjonen må tilpasse sykehusdriften for å oppnå de økonomiske målene og for å finansiere økte investeringer i samsvar med sykehusets økonomiske langtidsplan. Dersom helseforetaket går med underskudd, må alle klinikker bidra for å løfte organisasjonen til økonomisk balanse.

Det sosiale aspekteret omfatter ressursen medarbeidere i en organisasjon. I FM organisasjonen er sykefraværet gjennomsnittlig høyere enn i den kliniske organisasjonen. Det påpekes av særskilt av en av direktørene, at et høyt sykefravær på sikt, vil medføre at FM organisasjonen ikke vil være levedyktig fordi konkurransekraften svekkes. Ett av helseforetakene vektlegger verdien av å utdanne lederne som tydelige formidlere for å nå sykehusets mål.

4.5.2 Konkurransedyktig FM i sykehus i dag og i fremtiden 2020-2030

I intervjuene fremkommer det enighet om at deres FM organisasjon samlet sett ikke er konkurransedyktig, men at det er enkelte tjenesteområder som er konkurransedyktige.

I prosessen med å vurdere in- og eller outsourcing av tjenester vil organisasjonene oppleve at prosessen med å spesifisere og detaljert beskrive egne tjenester som omfattende, fordi de fleste ikke har virksomhetsbeskrevet tjenestene. En direktør beskriver at dagens FM organisasjon har mange oppgaver som ikke er beskrevet og legger til at «*det er for mye olje i maskineriet*». Han påpeker videre nettopp oljen også vil være et konkurransefortrinn i starten av prosessen, da det er en kompleks og sammensatt organisasjon med mange gråsoner og tilleggsoppgaver, spesielt innenfor servicetjenestene.

Det er en rimelig klar politikk for helseforetakene at tjenester skal outsources dersom det finnes et marked i samfunnet rundt organisasjonen som kan levere tjenesten. Ett av helseforetakene presiserer at tjenesten de leverer skal alltid være det beste alternativet til lavest kostnad for sykehuset. I det ligger det konkurransekraft, gjennom at FM organisasjonen ikke bruker mer ressurser enn nødvendig og at de hele tiden sikrer at de er best. Kontinuerlig benchmarking bidrar til at organisasjonen har et bilde av hvilket nivå de ligger på.

Ett av helseforetakene har gjennomført en benchmarking mot private renholdaktører. Resultatene viser at helseforetaket ikke er konkurransedyktig, til tross for at tjenestene er korrigert for merverdiavgift. På den andre siden har ett av helseforetakene vunnet en konkurranseutsetting av kantinedrift.

Innenfor tekniske driftsområder, som for eksempel håndverkstjenester, er helseforetakene ikke konkurransedyktig. Av den grunn blir tjenesten som hovedregel kjøpt eksternt. Flere helseforetak har outsourced deler av sin virksomhet. Omfang og hvilke tjenester som er outsourced varierer i de forskjellige helseforetakene. Tjenester som nevnes er: outsourcing av vaskeritjenester, renholdstjenester på lokasjoner som er spredt utenfor sykehuskjernen og kantinedrift.

FM direktørene vektlegger at helseforetakene må jobbe målrettet med effektivisering, vurdere tjenesteomfang, standardisere og kvalitetsutvikle virksomheten slik at den kliniske driften kan understøtte effektiv behandling.

Ett helseforetak har innført en forretningsmodell som kontinuerlig tester organisasjonens konkurransedyktighet. Den kliniske organisasjonen, som er kjøper, kan velge andre tjenesteleverandører enn den interne FM leverandøren. I modellen ligger det også at det er FM organisasjonen som bestiller den eksterne leverandøren, uten påslag for å formidle tjenesten, på vegne av klinisk organisasjon. Dette for å sikre styring og kontroll på den eksterne leverandøren, og samle alle FM tjenester i en organisasjon med ett bestillingspunkt.

Oppheving av moms fritaket vil være en utfordring for helseforetakene. Det innebærer at organisasjonen blir dyrere i det øyeblikket den innføres. En direktør forventer ikke umiddelbare store endringer som følge av opphevelsen av moms fritaket, men ser for seg en trinnvis prosess. Det er en forventning om at det private FM markedet vil jobbe hardt for å ta markedsandeler i sykehussektoren. Flere viser til erfaringer fra Sverige, som har helt- eller delvis outsourced FM tjenestene. Leverandørmarkedet har forberedt seg deretter. Økt konkurranse vil medføre økt inntreden av private som igjen medfører økt profesjonalisering, spår en av direktørene.

Alle direktører påpeker at opphøring av merverdifritaket vil kunne medføre til at FM konkurranseutsettes. Det private markedet antas å gå hardt inn i prosessen fremover for å tilby sine tjenester til en vesentlig lavere kostnad. Det er forventet at flere helseforetak vil benytte muligheten til å outsource deler av sin virksomhet. Den prosessen vil være starten på en bevegelse i det samlede FM markedet. I gjennomføringen av outsourcingen vil

organisasjonen kunne oppleve at det er en omfattende jobb å beskrive virksomheten. I dag har organisasjonen ikke beskrevet sin tjenesteleveranse i det omfang som kreves ved en konkurranseutsetting, hevder en av direktørene.

4.5.3 FMs bidrag til høyere effektivitet for kjernevirksomheten

Flere påpeker at det er tjenester som kan effektiviseres. Det blir foreslått at det på sykehusnivå vil være tjenlig med en kontinuerlig gjennomgang av hvilke tjenester som må gjennomføres av medisinsk- og pleiepersonell. Initiativ bør også komme fra den kliniske virksomheten for å vurdere om det er andre i organisasjonen som kan utføre tjenestene.

Rett kompetanse til lavest mulig pris, er en målsetning for flere og jobbglidning nevnes som aktuelt innenfor flere tjenesteområder. Jobbglidning vil på lang sikt kunne bidra til servicetjenestene øker. Det innebærer at oppgaver som tidligere ble utført av en bestemt yrkesgruppe kan overføres til andre, som kan utføre jobben like godt som før. Flere av avdelingssjefene nevner eksempler på jobbglidning som å overta servering av mat til pasienter på sengerom, utførelse av særskilte renholdoppgaver på spesialenheter som for eksempel instrumentvask og aktiv forsyning til nærlagre på operasjon og spesialenheter.

Ett av helseforetakene har sertifisert tilnærmet hele organisasjonen, og mener at det er et godt virkemiddel for å sikre årlige planlagte gjennomganger av hele virksomheten. Gjennomgangene sikrer at *«de får orden i eget hus, og det bidrar til at organisasjonen gradvis profesjonaliserer og derved effektiviserer sin drift»*, vektlegger en av direktørene.

Internfakturerer er et virkemiddel for å unngå overkonsumering av FM tjenester. Flere forventer at internfakturerer blir innført som en følge av at FM i fremtiden vil være mer profesjonalisert.

Ett av helseforetakene vektlegger at de vil fortsette profesjonaliseringsprosessen som de er godt i gang med. Eksempelvis innføring av kunde KPI'er for alle kjerneleveranser.

Multiskilling blir trukket frem som et eksempel på god utnyttelse av ressurser. Det er allerede innført enkelte stillinger som utfører flere funksjoner i løpet av en arbeidsøkt.

4.5.4 Utvidelse av FM tjenesteomgang

Flere av avdelingssjefene har konkrete eksempler på FM tjenesteområder som FM kan utføre større deler av enn i dag. Alle nevner at det fortsatt er til del ulik intern utførelse av enkelte tjenester. Det er flere årsaker til det, blant annet geografisk spredning, ulik klinikk kultur, ulikt behov hos klinikken og så videre. Til tross for at FM organisasjonene har en ambisjon om å standardisere tjenestene, er de avhengig av å møte en «standardisert» klinisk virksomhet for å få størst mulig effekt.

Flere har en ambisjon om å påta seg et utvidet ansvar for tjenesten de utfører. Ett gjengående eksempel er aktiv forsyning. I ett av helseforetakene er det flere sykehus med forskjellige kliniske modeller for utførelse. Forsyningskjeden kan også utvides til å ta for seg flere varer og gå dypere inn i til nærlagrene. Forsyning av mat til pasienter nevnes også som et eksempel, der det er et potensiale til å utføre større deler av forsyning av mat til pasient. Renholdstjenester kan også utføres i større grad innenfor de spesialiserte behandlingseenhetene. Det er forskjellig praksis mellom de ulike helseforetakene samt innad i egen organisasjon i hvor stor grad tilleggsoppgaver utføres av renhold eller annet FM personell. Det er fortsatt fler ikke helsefaglige oppgaver som utføres av helsefaglig

personell, som kan utføres av FM understreker flere. Det påpekes også av flere, at det allerede er gjennomført flere overføringer av oppgaver fra helse til FM. Utfordringene for å gjennomføre slike endringer, ligger i de modellene som sykehuset benytter til omfordeling, hevder så godt som alle avdelingssjefene. Omfordeling av ressurser er derfor tids- og ressurskrevende for sykehuset å gjennomføre.

4.5.5 Fremtidens FM modell i sykehus 2020-2030

Det er ikke fullstendig enighet om hva den fremtidige FM modellen i sykehus vil omfatte. En av direktørene vektlegger at det er hele FDVUS vil omfattes av FM organisasjonen, der L betyr logistiktjenester. Ett av helseforetakene også ansvaret for regnskap, personal og HR tjenester i sin FM tjenesteportefølje. FM direktøren forventer at FM organisasjonen vil fortsette med tilsvarende bredde i fremtiden. En annen direktør, påpeker at deres FM organisasjonen har et bredt tjenestespekter i dag, og at det nok er enkelte tjenester som ikke hører inn under en rendyrket FM organisasjon i fremtiden. Samtidig blir det påpekt at organisasjonen er velfungerende i dag.

Tjenester som regnskap, HR og delvis innkjøp, er tjenester som blir kategorisert som «*ikke nær pasienten*», «*transaksjonsbasert*» og «*ikke stedlig avhengighet*» av intervjuobjektene. En avdelingssjef hevder at FM-paraplyen, som skal samle tjenestene, kan bli for bred, og at det kan bli lang avstand mellom tjenestene.

Det er enighet blant respondentene om at steril forsyning og logistikk er FM tjenester. En av direktørene forventer at IKT og medisinsktekniske tjenester vil være egne organisasjoner på lik linje som transaksjonsbaserte tjenester, som for eksempel HR og regnskap.

Det er bred enighet om at den fremtidige FM organisasjonen vil være mer profesjonalisert. Tjenestene vil i vesentlig grad være helt eller delvis outsourced eller outtasket, avhengig av valgt organisasjonsmodell. Det er enighet om at bestiller kompetansen skal være intern og sitte i FM organisasjonen. Respondentene forventer ikke at FM organisasjonen vil utføre alle tjenester, men en fortsatt kombinasjon av private og egenproduksjon slik som i dag. Dersom det blir en delt løsning, det vil si at deler av FM settes ut, vil kjernerollen i FM for helseforetakene være å ha rett bestillerkompetanse.

Det er ulike forventninger til det nasjonale helseforetaket. Det er skapt en usikkerhet fordi de politiske signalene, i følge en av direktørene, har endret seg underveis. Opprinnelig skulle det nasjonale helseforetaket favne alle FM tjenester. Utredningen som ligger til grunn omhandler primært å bygge opp en planorganisasjon med ansvaret for alle store byggeprosjekter i spesialisthelsetjenesten. Per i dag er det altså ikke endelig avklart hvilke oppgaver og hvilket ansvar det nye helseforetaket skal ha.

En av direktørene er rimelig sikker på at det nasjonale helseforetaket på sikt vil bygge opp en helt ny modell, som hverken bygger på Forsvarsbygg eller Statsbygg modellene. Flere av direktørene antar at det blir en trinnvis implementering, slik at modellen kan forankres i de regionale helseforetakene.

Det vises også til at det ligger en mulighet for at helse Norge kan dele på kompetanse innenfor driftskritiske og spesialfagområder. Fagområder som nevnes spesielt er AGV, rørpost, avanserte tekniske anlegg og delvis elektro. Det bør legges til rette for en koordinering på tvers av regioner og helseforetak. Det nasjonale helseforetaket kan være et bidrag, forutsatt at det kommer i gang og at omfanget dekker driftstjenester.

En av direktørene vektlegger særskilt at IKT støttesystemer vil ha en styrende rolle i fremtiden, og ikke «et nødvendig onde», som det oppleves som i dag. Det påpekes at fremtidige IKT system må være tilrettelagt slik at brukerterskelen ikke er for høy slik at fagfolkene kan bruke dem.

Alle direktørene antar at det blir innført internfakturering i en eller annen form.

Det fremkommer av intervjuene at alle helseforetakene påpeker viktigheten av at FM er posisjonert direkte i sykehusledelsen. Det sikrer at FM har kunnskap om behovene til kjernevirksomheten, og at det bidrar til at FM klarer å gjøre de riktige grepene for å understøtte virksomheten. Flere påpeker at det er stadig endringer i sykehusorganisasjonen, som følge av blant annet politiske føringer, befolknings-, medisinsk- og teknologisk utvikling. Det er mange endringsparametere som hver for seg er vanskelig å spå – en sentral plassering i ledelsen er derfor viktig for FM organisasjonen. En overordnet styringsmodell for ett av helseforetakene er at strategiske beslutninger fattes av administrerende direktørs stab/direktører. De strategiske beslutningene gjennomføres i klinikkene. En av direktørene og hans ledere, foreslår at den fremtidige FM modellen kan bygge på samme styringsprinsipp, som innebærer at FM utfører de strategiske beslutningene vedtatt av administrerende direktørs stab.

Flere respondenter påpeker at det eksterne leverandørmarkedet for enkelt tekniske systemer, som sykehusene vurderer som driftskritiske for pasientsikkerheten, er smalt og at de tilnærmet har monopol. Helseforetakene har derfor bygget opp intern kompetanse for å drifte flere av de pasientkritiske tekniske systemene. Fagmiljøene er svært små og sårbare i det enkelte helseforetaket og har fortsatt til dels stor avhengighet til de eksterne leverandørene. Flere av respondentene foreslår at oppbygging av kompetanse innenfor pasientkritiske systemer (for eksempel rørpost, AGV systemer, SD anlegg, overvåkningssystemer mv) bør i fremtiden legges til et nasjonalt helseforetak for eiendom. En av respondentene påpeker at dette arbeidet kan igangsettes allerede i dag ved å etablere tverrfaglige faggrupper, som kan understøtte alle helseforetak på tvers av regionene, forutsatt at det avklares en økonomisk modell som alle helseforetak kan stille seg bak.

Direktørene påpeker at de vil forholde seg til den modellen som blir gjeldende i fremtiden.

5 DISKUSJON

Oppgavens målsetning er å komme frem til en modell for fasilitetsstyring (FM) i fremtidens sykehusbygg i Norge. I dette kapitlet drøftes resultatene opp mot metodevalget, resultatene av datainnhenting og teorien opp mot forskningsspørsmålene og problemstillingen.

Kapitlet er delt i tre delkapitler. Første delkapittel diskuterer valg av metode. Andre delkapittel diskuterer resultatene fra spørreundersøkelsen, intervjuene og datainnhenting generelt. Delkapittel tre er en oppsummering med en anbefalt FM modell for fremtidens sykehusbygg i Norge.

5.1 Diskusjon av metode

I dette kapitlet drøftes reliabilitet og validitet for de ulike metodene som er benyttet i oppgaven. Svakheter og styrker ved metodene blir diskutert og vurdert.

5.1.1 Litteraturstudie

Opprinnelig plan var å sammenstille all teori og gjennomføre en grundig analyse av litteraturdefinisjoner av fasilitetsstyring. Litteraturstudiet skulle primært gjennomføres før spørreundersøkelsen og intervjuene. Denne tilnærmingen ble ikke gjennomført, men det har vært en kontinuerlig prosess inntil oppgaven ble ferdigstilt. Dype litteraturdykk er underveis i prosessen fått mindre vekt enn opprinnelig planlagt. I stedet er resultatdelen prioritert og er blitt vesentlig mer omfattende enn opprinnelig planlagt.

Jeg har ikke lyktes med å komme over sammenstilte artikler om FM organisasjoner og tjenesteomfang og grensesnitt for sykehus. Da jeg har en god oversikt over fagfeltet, har jeg en forventning om at det ikke i vesentlig grad har redusert kvaliteten på oppgaven.

Teorigrunnlaget har vist seg å være bredt og omfattende og innen modenhet, konkurransedyktighet og bærekraftighet noe vanskelig tilgjengelig. Flere av modellene som legges til grunn er utviklet for egen forskning og er ikke fullstendig forklart i artikler eller faglitteratur. Tilgangen har vært gjennom sekundærkilder, og det er en fare for at jeg fremstiller teorien med noe feilmargin.

5.1.2 Fakta innhenting og nøkkeltall

Forskningsarbeidet har tatt utgangspunkt i 8 helseforetak i NFN sykehus. Det er avtalt at helseforetakene skal være anonymisert og detaljert nøkkeltallsinformasjon er av den grunn ikke presentert i denne masteroppgaven. Trender og overordnet informasjon er kort diskutert under forskningsspørsmål 3 i dette kapitlet.

Det er innhentet organisasjonsbeskrivelser og organisasjonskart for alle helseforetakene som er med i utvalgte fra helseforetakenes hjemmesider. Internettsidene er ikke nødvendigvis oppdatert, og kvaliteten på informasjonen er svært varierende. Enkelte helseforetak har helt oppdatert informasjon på funksjons – og tjenesteområde. Andre helseforetak har ikke lagt ut informasjon og flere har ikke oppdatert informasjon. Av tidsmessige årsaker har jeg ikke etterspurt det enkelte helseforetak om oppdaterte organisasjonskart eller faktaopplysninger. Det har vært en erkjennelse at organisasjonene

er i stadig utvikling og at en detaljert kartlegging i vesentlig grad gir et øyeblikksbilde. Jeg har derfor valgt å ha en overordnet tilnærming som beskriver de generelle linjene.

Det er knyttet usikkerhet til nøkkeltall som BTA da det er ulike beregningsgrunnlag i helseforetakene. I enkelte oversikter er innleide og utleide arealer inkludert. Jeg har dessverre ikke lyktes med å innhente en fullstendig oversikt for alle helseforetak i Norge. Jeg har lagt ned en del arbeid med å innhente korrekte arealoversikter, og har i den prosessen vurdert at tallmaterialet ikke er 100 % konsistent med hensyn til hvilken type areal som er medtatt i oversiktene. I denne oppgaven er det ikke kritisk at arealtallene er 100 % korrekte, da de blir drøftet på et overordnet nivå, og vil således ikke påvirke drøftingen av problemstillingen.

Det påpekes at det er nedlagt mye tid på å få tak i omforente arealoversikter. Alle rapporter jeg har kommet over viser ulike beregninger og fremstillinger av samlet bygningsmasse blant helseforetakene.

Det har i tillegg vært noe uoversiktlig og til dels kronglete å fremskaffe annen faktainformasjon av helseforetakene. Det er ulik rapportering mellom de regionale helseforetakene, i det mener jeg fakta som er tilgjengelig i offentlige rapporter, på hjemmesider, årlige rapporter etc. Rapportering via Statistisk sentralbyrå, har andre formater enn helseforetakene presenterer i utad etc. Det er altså en redusert konsistens i nøkkeltallene, som medfører usikkerhet i tallgrunnlaget. Eksempelvis kan nevnes rapporter som er utarbeidet på oppdrag av Helse- og omsorgsdepartementet (HOD, 2012). I denne rapporten er det også der innhentet faktaopplysninger fra mange og forskjellige kilder og årstall. Det jeg på svært overordnet nivå ønsket å presentere i denne rapporten, er etter min mening, styringsinformasjon for eierne av helseforetakene. Jeg har notert at de regionale helseforetakene og helseforetakene ikke har konsistent styringsinformasjon.

Oppsummert er fakta- og nøkkeltallgrunnlaget ikke helt konsistent, men det er ikke kritisk for problemstillingen i denne oppgaven. Fakta- og nøkkeltallsinformasjon er valide og har god nok reliabilitet for den overordnede drøftingen og problemstillingen i denne oppgaven.

5.1.3 Spørreundersøkelse

Utvalg

Jeg har tilstrebet å få til et representativt utvalg. Helseforetakene utgjør godt over halvparten av den samlede bygningsmassen i Norge og alle typer helseforetak er representert, fra små lokale sykehus med spredt geografisk lokalisering til større spesialiserte universitets- og forskningsintensive sykehus. Alle FM fag- og tjenesteområder som respektive helseforetak har ansvaret for, er med i utvalget.

Utvalget i spørreundersøkelsen er ledere på strategisk og taktisk nivå. Utvalget representerer ikke det operative ledernivået. Undersøkelsen hadde hatt større validitet dersom alle ledernivåer i FM organisasjonen hadde vært representert. Jeg har valgt utvalget i NFN sykehus nettverket av flere grunner. Det er god tilgang til respondentene da Sykehuset Østfold, som er min arbeidsgiver, er medlem i NFN. Utvalget har ansvaret for FM tjenesteområdene og ansvarlig leder eller som fagperson for respektive fagområde. Utvalget er engasjert i utvikling av tjenestene gjennom nettverket som legger til rette for en systematisk sammenligning av nøkkeltall og erfaringsutveksling helseforetak og fagområder imellom. Utvalget kjenner FM begreper og terminologien godt. Resultatene i spørreundersøkelsene må tolkes deretter.

Jeg hadde forventet en vesentlig høyere svarprosent enn 60 %. Svarprosenten varierer fra 47 % - 65 % fra det enkelte helseforetak. Fordeling av svar på fagområder er relativt jevnt og er følgelig representative for utvalget og for helseforetakene i Norge.

Det har vært rom for å stille spørsmål direkte til undertegnede i spørreundersøkelsen. Jeg har mottatt fire henvendelser om forskjellen mellom to kategorier. I analysen av dataene har jeg derfor vurdert skillet mer overordnet, slik at eventuell usikkerhet elimineres, og resultatene vurderes derfor som reliable.

Spørreundersøkelsen ble styrt av forskningsavdelingen ved Sykehuset i Østfold, og jeg hadde av den grunn ikke tett oppfølging av hvilke respondenter som ikke svarte. Opprinnelig var planen å sende en informasjon til all FM lederne om det respektive helseforetakets samlede svarprosent og be om bistand fra FM leder til å purre sine ledere. Jeg valgte ikke å belaste organisasjonene ytterligere, slik at purringen gikk som standard e-post påminnelser.

Spørreundersøkelsen har lav andel *vet ikke* svar. En respondent av ukjent med begrepet FM. Spørsmålene i undersøkelsen har derfor god relevans for utvalget. Det er også gjennomgående høy svarprosent igjennom hele spørreundersøkelsen. Lavest svarprosent er oppnådd i fritekst modulen med inntil 65 % svar fra respondentene, noe som ansees som en tilfredsstillende svarprosent.

Utforming av spørsmålene

Spørsmålene i modul 3 er satt opp to ganger for å svare ut de samme påstandene i 2014 og for 2015-2020. Svakheten ved å stille opp spørsmålene to ganger er at respondenten kan bli usikker på om de har svart på spørsmålet tidligere, eller at de svarer likt på begge spørsmålene. For å unngå denne misforståelsen, blir alle respondenter innledningsvis, og under utførelsen av denne modulen, gjort oppmerksom på den doble spørsmålstillingen. Dersom respondenten er rask til å svare og ikke leser ledeteksten nøye nok, vil det redusere reliabiliteten. Svarprofilen viser at det er stor spredning for de ulike tidsaksene, og svarene vurderes derfor som reliable.

Resultatene fra spørsmålene har en høy grad av positive tilbakemeldinger i vurdering av organisasjonenes FM profesjonalitet. Spørsmålene i modul 3 om modenhet, er med hensikt stilt som påstander, og kan nok til en viss grad oppleves som ledende. For at datafangsten skal ha høy reliabilitet må spørsmålene være nøyaktige og pålitelige (Larsen, 2010). Jeg har derfor vurdert svarenes reliabilitet som noe redusert. Spørsmålene anser jeg som relevante og for å svare ut problemstillingen og ansees å ha god validitet.

5.1.4 Intervju

Utvalg

Personene som deltar i intervjuene vil ikke nødvendigvis være representative for alle nye sykehusbygg i Norge. Hovedvekten er lagt på strategisk og taktisk nivå, da det operative nivået er en følge av de overordnede strategiske og taktiske føringene. Valgte intervjuobjekter er bevisst valgt slik at problemstillingen blir belyst hensiktsmessig og at hele bredden i fagområdet FM blir dekket. Utvalget er satt sammen slik at de har mange

felles kjennetegn for å finne frem til felles utvikling innenfor et definerte FM fagområder i nye sykehusbygg.

I utvalget vurderte jeg om Helse Bergen burde vært med i utvalget da de har en bred FM tjenesteportefølje og er ett av to helseforetak som har innført intern fakturering. Tjenesteporteføljen til Helse Bergen er tilnærmet lik de helseforetakene som er med i intervjuutvalget. Jeg har derfor vurdert at datafangsten i intervjuene som tilfredsstillende.

Intervjugjennomføring

Gjennomføringen av alle intervjuene hadde lik metodikk, og er blitt enhetlig behandlet i etterkant av intervjuet. Det er nedlagt mye arbeid i å sikre observasjonsdata, sikre riktig gjengivelse av intervjuene og sikre intervjuobjektene godkjennelse. Dataene er kodet og deretter sortert i kategorier. Det er derved søkt å holde en høy reliabilitet i behandlingen av dataene som mulig. De intervjuene som ikke ble tatt opp på bånd ble raskt skrevet ned og behandlet lik som øvrige intervjuer.

Fordypning basert på funn fra spørreundersøkelsen

Spørreundersøkelsen ble utført først slik at eventuelle funn som hadde behov for oppfølgende spørsmål kunne følges opp i intervjuene. Spørreundersøkelsen dekker 14 tjenesteområder, og det var ikke hensiktsmessig å etterspørre FM direktører om detaljert informasjon innenfor tjenesteområdene. Utvalget av avdelingsledere dekket heller ikke alle tjenesteområdene, slik at muligheten for å avklare eventuelle funn innenfor alle tjenesteområder ikke har vært mulig gjennom utvalget i oppgaven.

5.1.5 Oppsummering

Det er benyttet metodetriangulering for å veie opp svakhetene ved metodene som er benyttet i oppgaven. Hovedtyngden av metodene er kvalitativ, da omfanget av intervjuene og resultatene fra fritekst i spørreundersøkelsen i har størst omfang. Resultater fra spørreundersøkelsen og fakta innsamlingen er analysert på et overordnet nivå og er gitt noe mindre vekt i denne oppgaven.

For å oppnå god reliabilitet må måleparameterne og målemetodene være entydige (Olsson, 2011). Intervjuene er sikret god validitet systematisk behandling av funn og observasjonene.

5.2 Diskusjon av teori og datainnhenting

I dette delkapitlet drøftes resultatene fra spørreundersøkelsen og intervjuene opp mot teorien for å besvare forskningsspørsmålene og problemstillingen for oppgaven.

Det er benyttet kvantitativ og kvalitative metoder. Det er også gjennomført spørreundersøkelse for alle ledere med ansvar for FM tjenestene på strategisk og taktisk nivå i utvalget. I tillegg er det utført intervju med sentrale ledere som nylig har gjennomgått vesentlige ombygginger og som har en større FM tjenesteportefølje for å kunne vurdere helseforetakenes modenhet og fremtidig bærekraft og konkurransekraft.

Validiteten til resultatene er sikret gjennom analyse av nøkkeltall fra alle helseforetakene samt grundig gjennomgang av tjenestoomfang. Helseforetakene som er med i utvalget representerer mer enn 61 % av samlet sykehus bygningsmasse. Alle regionale helseregioner med hele spekteret av sykehus fra mindre lokalsykehus til store universitetssykehus er representert, med god geografisk spredning. Utvikling av spørreundersøkelse og intervjuguide og sammensetning av utvalg er grundig vurdert, for å oppnå høy validitet. Funnene kan således til en viss grad generaliseres for sykehusbygg i Norge.

Det er gjennomført litteraturstudie innenfor fagfeltene fasilitetsstyring og fasilitetstjenester, modeller for fasilitetsstyring, bærekraftig FM, modenhetsteorier og FM i sykehus både nasjonalt og internasjonalt. Litteraturfunnene gir en god oversikt på fagområdene, som igjen danner et godt grunnlag for kartlegging av grensesnittet mellom støtte- og kjernevirksomhet i helseforetakene. En gjennomgang av litteratur viser at fagområdet fasilitetsstyring er godt dekket både nasjonalt og internasjonalt, det vil si at det er ganske entydig i hva som ligger som definisjoner av fasilitetsstyring. Faglitteratur om modenhetsteori og bærekraftig FM har vært vanskelig å fremskaffe, og er således beskrevet ganske overordnet i denne masteroppgaven.

Det er gjennomført litterastudie og innhenting av faktaopplysninger om helseforetakene. Kvantitative data, som i denne oppgaven er fakta fra offentlige utredninger, rapporter og nøkkeltallutredninger, er innhentet og beskriver hvilke fasilitetstjenester utføres i et helseforetak. Tjenestespekteret er bredt sammensatt og er ulikt organisert i helseforetakene. Felles for alle helseforetakene er at tjenestene utføres i egen regi, enten av en samlet FM organisasjon eller delt over flere resultatenheter i helseforetaket. De ulike helseforetakene tilbyr ulik FM tjenesteportefølje og er ulikt organisert. Få har outsourcet tjenestene, tilnærmet halvparten har virksomhetsoverdratt fagområder som ikke ansees som FM tjenester, eksempelvis barnehagedrift.

5.2.1 Forskningsspørsmål 1: Hvilke fasilitetstjenester utføres i et helseforetak?

I dette delkapitlet drøftes og besvares forskningsspørsmål 1:

Forskingsspørsmål 1	Hvilke fasilitetstjenester utføres i et helseforetak?
---------------------	---

Resultater fra spørreundersøkelsen og intervjuene, samt innhenting av faktaopplysninger danner grunnlaget for å besvare forskningsspørsmål 1.

Fasilitetstjenester som utføres i et helseforetak er primært ikke helsefaglige tjenester.

I figur 11 er det kartlagt hvilke tjenester som utføres i utvalget. I spørreundersøkelsen er 14 hovedtjenesteområder kartlagt. Det er i tillegg inntil 11 tjenesteområder som inngår i dagens FM organisasjoner. Tjenestoomfanget spenner fra rene FM tjenester, beskrevet i NS 3454:2013, til mer transaksjonsbaserte tjenester (HR, personal, lønn etc.).

Kartlegging av FM tjenestoomfang viser at dagen ansvars- og utførelsesomfang varierer mellom helseforetakene. Tjenestoomfang varierer avhengig av type helseforetak og geografisk lokasjon. I utvalget er fire av seks universitetssykehus representert og fire mindre lokalsykehus.

Gjennom datainnhenting, intervjuer og spørreundersøkelsen er det klare indikasjoner på at respondentene er omforent om hvilke oppgaver som er en FM tjeneste. Det er selvsagt ulik organisering, men omfanget kan beskrives som godt forankret i helseforetakene.

FM tjenesteomfanget i spesialisthelsetjenesten skiller seg fra det tradisjonelle FM markedet. Totalt utgjør 35 – 40 % av FM tjenestene spesialiserte servicetjenester, som er særskilt tilrettelagt i helseforetaket. En tradisjonell FM tjeneste er gjennomgående mer sammensatt og differensiert, enn i markedet generelt. I tillegg er tradisjonelle driftsoppgaver mer spesialiserte og tilrettelagt i et sykehus. Denne særskiltheten kombinert med kompleksiteten av bygget (teknisk infrastruktur) og driften (døgkontinuerlig) underbygger at spennvidden i FM tjenesteomfang som bred, sammensatt og avhengig av en tverrfaglig sammensetning.

Intervjuene og resultatene fra spørreundersøkelsen underbygger at det primært er FDVUSL oppgaver som utføres i helseforetakene (stedbundne). Spennvidden på FM tjenester dekker også transaksjonsbaserte tjenester, som for eksempel HR og regnskap. Den fremtidige FM modellen vil antageligvis primært dekke FM tjenester som er stedbundne. Steril forsyning er en FM tjenesten som kan kategoriseres som en logistikk- og forsyningstjeneste. Til tross for at det kun er ett helseforetak som har steril forsyning i FM organisasjonen, underbygges det i intervjuene at steril forsyning er et tjenesteområde som naturlig faller inn under en bred FM tjenesteportefølje i fremtiden. Tjenesten skiller seg likevel ut da det er behov for noe helsefaglig kompetanse for utførelse.

Det fremtidige FM tjenesteomfanget vil antageligvis være dagens kartlagte FM tjenester med noen FM tjenester i tillegg. Steril forsyning vil med høy sannsynlighet inngå og antageligvis medisinsktekniske tjenester. IKT er tradisjonelt en overbyggende organisasjon som understøtter hele helseforetaket og vil blant nok blant annet av den grunn, ikke inngå i en fremtidig FM organisasjon. Transaksjonsbaserte og ikke stedbundne tjenester vil som hovedregel ikke inngå i FM organisasjonens tjenesteportefølje.

Hver enkelt FM tjeneste vil i større grad rendyrkes, profesjonaliseres og standardiseres i fremtiden. Kjernen i FM tjenesten rendyrkes, på lik linje som i de kliniske tjenestene. Det innebærer at gråsoner tjenester, som ofte betegnes som assistentoppgaver ikke inngår som egne FM oppgaver i fremtiden. Oppgavene vil bli utført, men da som en spesifisert og avtalt tjeneste i tråd med en SLA mellom FM og kjernevirksomheten. Ofte er gråsoner oppgavene primært en ikke helsefaglig tjeneste som utføres av klinisk personell. Oppgaveglidning mellom alle yrkesgrupper i et helseforetak, som følge av helsefaglig mangel (Statistisk sentralbyrå, 2009), vil forsterke behovet for FM tjenester. Kartlegging av dagens FM tjenester avdekker at dagens (2014) FM portefølje, kan utvides med inntil 8 %, som i dag utføres av klinisk personell.

5.2.2 Forskningsspørsmål 2: Hvor går skillet mellom støtte- og kjernevirksomhet i et helseforetak?

I dette delkapitlet drøftes og besvares forskningsspørsmål 2:

Forskingsspørsmål 2	Hvor går skillet mellom støtte- og kjernevirksomhet i et helseforetak?
---------------------	--

For å kunne besvare forskningsspørsmål 2, er det gjennomført en spørreundersøkelse, som har kartlagt hvem som utfører og hvem som har ansvar for 14 FM tjenesteområder i

helseforetakene. På grunnlag av resultatene i spørreundersøkelsen, har det vært mulig å utype enkelte grensesnitt i intervjuene.

Det er tilnærmet lik organisering i helseforetakene, men grad av utførelse varierer. Det er flere FM tjenester som delvis utføres av klinisk personell, og som utføres av FM personell i andre helseforetak.

Gjennom resultater fra kartlegging og intervjuene fremkommer det at det er forskjellig praksis i helseforetakene med hensyn til utførelse av mange serviceoppgaver, som for eksempel aktiv forsyning til operasjon og servering av mat til pasienter fra buffet. I denne utredningen har det det ikke vært mulig å gå dypere inn i grensesnittene, da tjenestene kartlegges på et overordnet nivå. Indikasjonene er likevel så mange og resultatene viser at det er forskjellig praksis mellom helseforetakene, slik at det underbygger at skillet mellom støtte- og klinisk ikke er skarpt.

I dag utføres alle tjenestene av interne FM organisasjoner. FM organisasjonen og annen ikke klinisk organisasjon utfører i overkant av 81 % av alle FM tjenestene hvorav 8 % utføres av klinisk drift, 7 % av eksterne leverandører og 2 % er outsourced. Fordelingen indikerer at det ikke er en rendyrking av FM tjenester i helseforetakene, og at det er et potensiale for å legge flere tjenester inn under en overbyggende FM organisasjon. Spørreundersøkelsen understøtter også at grensen mellom støttetjenester og klinisk ikke har et klart skille. Det er variasjoner mellom helseforetakene, og da antageligvis ut i fra hvordan de er organisert.

I intervjuene fremkommer det at jobbglidning og multitasking kan være virkemidler for å kunne bidra til at FM organisasjonen har rett kompetanse til rett oppgave på rett sted. Kjernen i flere av FM oppgavene er å rendyrke tjenestene, men også tilrettelegge i de gråsonene som er mellom ulike profesjoner og organisasjoner.

Kartleggingen underbygger at det er et utviklings- og profesjonaliseringspotensiale for fremtidige FM organisasjoner til å påta seg et større utføreransvar særskilt innen servicetjenestene.

Oppsummert er det ikke avdekket noen skarpe skiller mellom støtte- og kjernevirksomhet.

5.2.3 Forskningsspørsmål 3: Er FM i helseforetak bærekraftig og konkurransedyktig?

I dette delkapitlet drøftes og besvares forskningsspørsmål 3:

Forskingsspørsmål 3	Er FM i helseforetak bærekraftig og konkurransedyktig?
---------------------	--

Forskingsspørsmål 3 er todelt og bærekraftig FM og konkurransedyktig FM blir i det følgende svart ut hver for seg.

1. Bærekraftig FM i helseforetak

I en bærekraftig organisasjon må det miljømessige-, sosiale- og økonomiske aspektet være tilstede samtidig. Gjennom intervjuene og spørreundersøkelsen er det avdekket det at det er høyest fokus på det økonomiske aspektet, som illustrert i figur 28. For å komme i balanse

må alle de tre perspektivene styrkes med størst fokus på det miljømessige- og det sosiale aspektet.

Spørreundersøkelsen understøtter at det er et vekstpotensial innenfor kompetanse. Respondentene forventer at FM kompetansen vil øke i fremtiden. I intervjuene fremkommer det at det er behov for vesentlig styrking av den fagspesifikke kompetansen, og at det arbeides systematisk med kompetanseutvikling. Det *sosiale aspektet* kan på denne måten utvikles. I henhold til Larssen (2011) er den faglige samlede kompetansen i helseforetakene moderat som en følge av oppsplitting og fragmentering av fagmiljøene gjennom sykehusreformen i 2002. Eieransvaret ble overført fra 19 fylkeskommuner til det enkelte helseforetak, og det var i den forbindelse ingen prosess for enhetlig og profesjonell eiendomsforvaltning i følge Larssen (2011). Det innebar at mye av kompetansen ble værende igjen i fylkeskommunene etter at reformen var gjennomført (Larssen, 2011). Nøkkeltallene viser stor spredning i samlede FDVUS kostnader, som igjen kan gjenspeile at det til dels er stor variasjon i den interne FM organisasjonen.

Helseforetakene er IA-bedrifter og har et samfunnsansvar for å ivareta alle medarbeidere. Det er god oppfølging og ivaretagelse av personellet i helseforetakene, og flere av respondentene vektlegger at det høye sykefraværet er en økonomisk belastning for FM organisasjonene. Det er forventet økt konkurranse i fremtiden, og det høye sykefraværet vil være konkurransehennende for FM organisasjonen.

Pågående prosesser med nettverksbygging, benchmarking og benchlearning på regionalt og til dels nasjonalt plan understøtter at det er behov for en økt satsing på rett kompetanse innen FM. En etablering av et nasjonalt helseforetak innen eiendom understøtter dette ytterligere på nasjonalt plan.

Det *miljømessige* aspektet er delvis ivaretatt gjennom miljøsertifiseringsprosessen, som alle helseforetak er pålagt av Helse- og omsorgsdepartementet å gjennomføre innen 2014. Helseforetakene innfører et varig system for miljøstyring etter ISO 14001 standarden. Helseforetakene tar det ytre miljø og klima på alvor, og vil kontinuerlig evaluere og forbedre sin virksomhet innen det ytre miljø. Alle foretak har utarbeidet miljøpolitikk og tar et bevisst samfunnsansvar for en bærekraftig utvikling - *for vår folkehelse og livsvilkårene for våre etterkommere.*

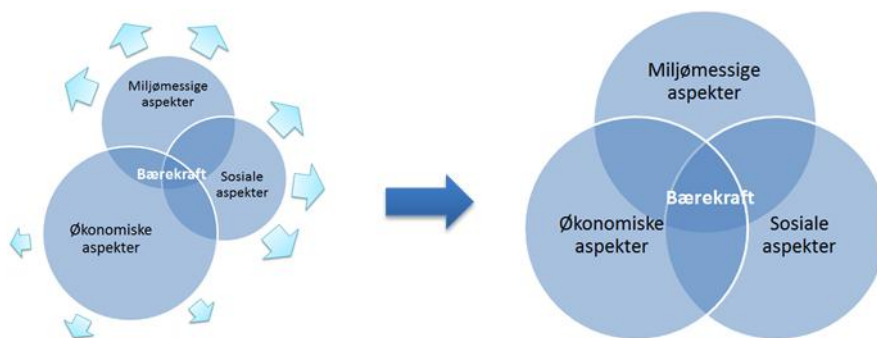
Denne prosessen vil kunne gi konkrete ringvirkninger for det spesifikke helseforetaket. Økt og systematisk satsing på miljøtiltak som for eksempel energi reduserende tiltak og økt avfallsfraksjonering vil også gi økonomiske gevinster. I tillegg har helseforetakene et særskilt ansvar for oppfølging av farlige stoffer, gasser og farlig avfall, som også bidrar til å redusere CO2 fotavtrykket for helseforetakene.

Resultatene i denne oppgaven underbygger, som tidligere nevnt, at det *økonomiske aspektet* har størst fokus i FM organisasjonene. De økonomiske rammene har vært en salderingspost i en årrekke, og har medført at tilstandsgraden på den samlede bygningsmassen i Norge er redusert (Riksrevisjonen, 2011). FM organisasjonene har fokus på at tjenestene skal rett tjeneste til rett pris og (god nok) kvalitet. Merverdifritak har nok vært en «sovepute» for helseforetakene. Antageligvis vil ikke konkurransekraften være god, til tross for mulighet til å forberede organisasjonen i en årrekke. Det har ikke vært kultur for en omfattende effektiviserings- og fornyelses prosess i sykehussektoren.

FM organisasjonene må også konkurrere om midler til pasientene, som er helseforetakenes kjernevirksomhet.

FM har startet en profesjonalisering av hele virksomheten og tjenestene, som vil ha et kontinuerlig fokus i følge de strategiske lederne. Det ligger store økonomiske gevinster i standardisering, effektivisering, strømlinjeforme og *ta ut mest mulig helse* i hver krone.

I det økonomiske aspektet ligger det at FM bør være konkurransedyktig, som drøftes mer inngående i delkapitlet under.



Figur 28 Illustrasjon FM organisasjonens bærekraftighet fra 2014 til 2025

Kjernen i FM filosofien er å tilpasse og integrere oppgaver og støttefunksjoner som til en hver tid understøtter en effektiv klinisk drift. Dersom en legger til grunn at FM organisasjonen er bærekraftig når leveranse av FM tjenester er i tråd med kjernevirksomhetens uttalte målsetting og strategiutvikling på strategisk, taktisk og operativt nivå, er de til en viss grad bærekraftige. Kjernen i alle helseforetak er å tilrettelegge støttefunksjonene for klinisk drift til en hver tid. Denne tilnærmingen til bærekraftig FM er som tidligere nevnt, ikke drøftet mer i detalj i denne oppgaven.

Intervjuene avdekker at begrepet bærekraftighet ikke er forankret i egen organisasjon, og enkelte respondenter er usikre på hvilke aspekter som må være tilstede og hvordan de må samspille for at en virksomhet skal være bærekraftig.

Oppsummert har helseforetakene, kanskje uten at de helt er bevisste på det, en oppmerksomhet på bærekraftig utvikling gjennom innført miljøsertifisering, som langt på vei vil bidra til å styrke det miljømessige aspektet fremover. Samlet sett er ikke helseforetakene bærekraftige per i dag da det ikke balanse i de bærekraftige aspektene. Resultatene i denne undersøkelsen avdekker også at helseforetakene ikke har en aktiv tilnærming til bærekraftig utvikling.

2. Konkurransedyktig FM i helseforetak

I en årrekke har helseforetakene hatt visjoner og målsetninger om at de skal være best og billigst på pris og kvalitet. Det er i seg selv en ambisiøs målsetting, men realiteten har vært at tjenesten har vært insourced og ikke konkurransesatt. Alle helseforetakene har i dag interne FM organisasjoner.

Helsetjenester er per i dag unntatt merverdiavgiftsplikt, og unntaket har nok gitt helseforetakene motiv til å produsere støttetjenester med egne ansatte fremfor å kjøpe tjenesten med merverdiavgift fra private leverandører. Det bidrar til at FM har en unik kompetanse om alle FM tjenester i et helseforetak. Helseforetakene ligger et lite hestehode foran de private aktørene i en periode. De private vil komme sterkere på banen med å tilby

sine tjenester i det merverdiavgiften opphører, antydes tydelig av en av FM direktørene. Merverdifritaket har således redusert helseforetakenes konkurransekraft.

Helseforetakene er en IA bedrift med gjennomsnittlig høyt sykefravær i FM organisasjonen. Sykefraværet bidrar til å redusere konkurransekraften. Det signaliseres at tjenester med høy sykefravær vil outsources først. «*Vi svekker vår konkurransekraft med å tilrettelegge i en så stor grad som vi gjør, men vi har på den andre siden et samfunns ansvar som en stor og offentlig aktør*», anfører en av FM direktørene.

Intervjuene understøtter gjennomgående at helseforetakene ikke er konkurransedyktige. Det er unntaksvis en og annen tjeneste som er konkurransedyktig. Direktørene understreker at det er sunt med konkurranse, og at de outsourcing kontinuerlig blir vurdert.

Konkurransesutsettingen antydes av flere å bli en trinnvismodell. De oppgavene som ligger nærmest pasienten, og som krever innsikt i sykehusdrift, vil ikke outsources i første omgang.

Gjennom NFN sykehus nettverket blir erfaringer fra helseforetakene delt med respektive fagområde. Data og nøkkeltall er godt tilgjengelig, men det er ulik praksis i de enkelte helseforetakene til å følge opp funnene fra nøkkeltallsammenstillingene. Videre er det ikke arbeidet systematisk med å komme frem til hva som er delt beste praksis, noe det ligger et stort potensial i å identifisere og systematisk jobbe i mot.

Det ligger et stort forbedringspotensial i forvaltningen av bygningsmassen (Riksrevisjonen, 2011). Arealutnyttelse nevnes av flere som et fokusområde som helseforetakene må utvikle bedre forvaltningskompetanse i. Flere helseforetak har fortsatt økonomisk underskudd, andre går så vidt i balanse, hvilket betyr at helseforetakene har lav investeringsevne. Det innebærer at foretakene må se på de arealene de faktisk har og utnytte dem mer optimalt.

Profesjonalisering og standardisering pågår i alle helseforetak. Takten er forskjellig og spørreundersøkelsen understøtter at helseforetakene er svært omforent om at standardisering må styrkes.

En første gjennomgang av kunde KPI'er i NFN sykehus nettverket viser at det er stor spredning på servicenivå for de ulike tjenestene. I det ligger det et stort økonomisk potensial i å velge det rette servicenivået. Helseforetakene har startet dette arbeidet, og det er naturlig å forvente at de kommer frem til en delt beste praksis, som kan være førende for alle helseforetak. I intervjuene kommer det tydelig frem at det er en vilje i organisasjonens ledelse på å ha det rette servicenivået for tjenestene. En av direktørene understreker:

«Det eneste riktige og viktige er å jobbe steinhardt hele tiden med, og være nøye med, servicenivået og omfanget. Vi må være så effektive som vi overhode kan, og hele tiden jobbe og jage etter det. En konsekvens vil være at noen servicenivåer innskrenkes, for å fokusere på at mest mulig av pengene går til direkte pasientbehandling».

Hensiktsmessige avtaler med god avtalestruktur og at avtalene følges opp og etterleves blir vektlagt av flere respondenter. SLA avtaler er innført i enkelte helseforetak, men med ulikt omfang. Det er stor mulighet for forbedring og med en bredere innføring.

Intervjuene underbygger at helseforetakene er kjent med den brede outsourcingen i Norden. Helseforetakene forventer at de i fremtiden vil outsource flere og et bredere spekter av tjenester enn i dag.

Deloppssummering

Forsknings spørsmål 3 blir delvis svart ut i denne oppgaven. Datagrunnlaget fra helseforetakene er ikke kvalitetsmessig godt nok til å kunne vurdere om de er konkurransedyktige. Det er ikke innhentet nøkkeltall fra det private FM markedet eller helseforetak utenfor Norge, slik at det av den grunn er vanskelig å konkludere om helseforetakene er konkurransedyktige basert på nøkkeltallsammenlikninger.

Helseforetakene er omforent om at en fremtidig innføring av nøytral merverdiavgift vil føre til økt konkurranse fra det private og internasjonale FM markedet.

Ingen av respondentene hevder at egen FM organisasjon er konkurransedyktige i dag. De påpeker at de har en særskilt stilling som intern FM organisasjon, ved å være tett på den kliniske driften. For å sikre konkurransekraft mener helseforetakene at FM organisasjonen må profesjonaliseres. En konsekvens av profesjonaliseringen vil være at de blir konkurransedyktige på pris og kvalitet. Ett helseforetak har innført en forretningsmodell som grunnprinsipp, som også flere andre helseforetak bør vurdere å implementere.

Oppsummert tyder resultatene i denne studien at FM i helseforetakene i all hovedsak ikke er konkurransedyktige i dag.

5.2.4 Forsknings spørsmål 4: Hvor moden er FM i helseforetakene?

I dette delkapitlet drøftes og besvares forsknings spørsmål 4:

Forsknings spørsmål 4	Hvor moden er FM i helseforetakene?
-----------------------	-------------------------------------

Innsamlet data fra spørreundersøkelsen viser at FM organisasjonene vurderer at de har en høy modenhet i dag og forventer gjennomgående at modenheten vil styrkes mot 2025. Larssen (2011) beskriver den norske spesialisthelsetjenesten som umoden i forhold til de andre nordiske land. I påfølgende delkapitler vil modenheten i helseforetakene vurderes på grunnlag av resultater og analyse fra spørreundersøkelsen og intervjuene.

Modenhetsmodeller

Som det fremkommer i kapittel 4 vurderer jeg modenhetsmodellene som generelle, omfattende og ikke særskilt spisset for FM. Resultatene fra spørreundersøkelsen er ikke alene nok til å vurdere om en organisasjon er moden eller ikke, men vil til en viss grad forsterke ulike perspektiver i drøftingen. Modellene kan heller ikke brukes helt ut, da datafangsten ikke dekker alle kriteriene i modellene, men de gir en indikasjon.

Resultatene fra spørreundersøkelsen, som viser hvordan respondentene vurderer egen modenhet, er vurdert opp mot i modenhetsmodellene «*Modenhetsniveau og initiativer i FM organisasjon*» (Koch et al., 2008) og «*Excellence maturity matrix*».

Jeg har sammenstilt resultatene i en samlet modenhetsmatrise og vurdert modenheten samlet. Resultater fra intervjuene og spørreundersøkelsen vurderer modenheten i en samlet

modenhetsmatrisene. Resultatene er presentert i tabell 4 i slutten av dette kapitlet. Tabell 4 viser en oppsummert sammenstilling av gjennomsnittlig modenhet for helseforetakene per i dag. Tabell 4 viser også i hvilken grad resultatene fra intervjuene og spørreundersøkelsen dekker opp kriteriene i modenhetsmodellene.

Under følger en dypere gjennomgang av kriteriene i modenhetsmodellene. Larssens (2011) hovedinndeling i fire områder ligger til grunn.

1. Strategi og målsetninger

Modenhetsmodellene vektlegger at strategi og målsetninger for FM må være etablert og forankret i toppledelsen, samt at strategien er utarbeidet i samsvar med kjernevirksomhetens mål og strategier. Helseforetakene sørger for at strategi og målsetninger er kommunisert og kjent i organisasjonen. FM ledelsen er sentral plassert i sykehusets toppledelse og har en unik mulighet til å utarbeide proaktive strategier som understøtter og maksimerer kjernevirksomhetens drift. Gjennomføring og styring av strategien skjer gjennom prosesser i samarbeid med kjernevirksomheten. Flere helseforetak har satt kundemøter i «system» der målsetningen med møtene er å komme frem til rutiner og prosesser som understøtter kjernevirksomheten til beste for pasientbehandlingen.

Intervjuene understøtter at det er utarbeidet strategier på overordnet plan i alle helseforetak. Det er ikke grunnlag for å vurdere om strategiene er proaktive og i hvilken grad de understøtter kjernevirksomheten.

FM organisasjonene vurderer at de har en høy score (2,27 av 3) på strategi. Spørsmålene fra spørreundersøkelsen ansees som å være godt dekkende for å dekke svare ut kriteriet i modenhetsmodellen. FM strategier og mål er godt forankret i sykehusets mål og strategier og med en noe lavere forankring i kjernevirksomheten.

Til tross for at helseforetakene gjennom spørreundersøkelsen har høy score vurderer jeg den noe lavere. Det fremheves (Multiconsult, 2008) at bygg og eiendomsforvaltning nedprioriteres og ikke når frem i kampen om økonomiske midler. Det innebærer at FM organisasjonen må forankre sin strategi i sykehusets toppledelse for å få nødvendig anerkjennelse og derved større gjennomføringskraft.

2. Planlegging og budsjettering

Kjernevirksomheten er i økende grad proaktiv i å formidle sine fremtidige behov med FM organisasjonen. Strategisk plassering av alle FM direktører sikrer i utgangspunktet denne forankringen og dialogen mellom FM og kjernevirksomheten. Intervjuene understøtter at det er et potensiale til å koordinere planlegging og budsjettering mellom kjernevirksomheten og FM organisasjonen.

Datagrunnlaget for å vurdere om helseforetakenes planlegging og budsjettering er i tråd med forretningsplaner, mål og strategier og overordnede nasjonale og regionale føringer er ikke vurdert i masteroppgaven.

3. Systemer og rutiner for evaluering og styring

Det benyttes flere datasystemer og verktøy for å få oversikt og informasjon. Dataene må bearbeides og er ikke lett tilgjengelig. Ledelsen rapporterer jevnlig til toppledelsen, men jeg antar at informasjon som etterspørres er av ulik kvalitet og omfang helseforetakene imellom.

Informasjon på strategisk nivå er ikke enkelt tilgjengelig, men bør sys sammen fra flere systemer med en bearbeidelsesprosess som må kvalitetssikres. Det er hovedregelen. Helseforetakene jobber gjennom NFN sykehus nettverket med å få opp kundeinformasjon. Flere helseforetak utfører kundeundersøkelser årlig med ulikt innhold, detaljering og bredde.

I spørreundersøkelsen kommer det tydelig frem at helseforetakene har en ambisjon om at kontinuerlig forbedring skal være et overordnet grunnprinsipp i FM organisasjonen. Ett av helseforetakene har ISO sertifisert de fleste fagområdene. Øvrige helseforetak har i ulik grad innført prinsippet om kontinuerlig forbedring, men har ikke formalisert rutinene.

Bruk av IKT i oppgaveløsningen og IKT støttesystemer

For å komme opp på nivå 4 (*styrt FM organisasjon*) er helseforetakene avhengig av å få på plass integrerte logistikk-, økonomi og styringssystemer og andre nødvendige systemer. Dette arbeidet pågår på nasjonalt nivå, og har tidligere vært igangsatt flere ganger. FM organisasjonene er avhengig av den gjennomføringskraft sykehuset har sammen med regionale og nasjonale IKT planer. I dag er det ikke en full integrasjon mellom økonomi, HR, logistikk og FM systemene. Gjennomgående mangler helseforetakene gode IKT styringssystemer, enten det er fagspesifikke systemer, eller mer overordnede FDV og styringssystemer. Integrasjoner mellom fagsystemene og de overordnede systemene etterlyses av flere helseforetak. Ut fra intervjuer og spørreundersøkelsen vurderes bruk av IKT til oppgaveløsning til nivå 2 (*FM organisasjon under utvikling*).

Gjennom intervjuene har jeg avdekket at det er ulik modenhet innad i FM organisasjonene. Ett av helseforetakene reviderer og gjennomgår sin virksomhet systematisk med hensyn til dokumentasjon av FM oppgavene. De har høy FM kompetanse. For det samme helseforetaket vil de være på et lavere nivå innen bruk av IKT i oppgaveløsningen.

Det høyeste nivået nivå 5 (*integrert FM organisasjon*), vil ikke la seg realisere dersom helseforetakene selv skal styre sin virksomhet. Det er særskilt innenfor IKT det vil være vanskelig å oppnå et fult ut integrert FM system som løser alle oppgaver. De regionale helseforetakene har ulike tilnærminger for å sentralisere fellestjenester, men jeg mener at det vil være naturlig med en overbyggende nasjonal organisasjon som bistår i utviklingsarbeidet og har gjennomføringskraft og kompetanse til å få dette på plass. Det nasjonale IKT helseforetaket som er varslet av Helse- og omsorgsministeren i oppdragsdokumentet 2014 og i tale vil ha som hovedoppgave å utvikle helsefaglige IKT systemer. Det er nok derfor naturlig å forvente at eiendom helseforetaket vil ha de fagspesifikke IKT systemene, og at de sikrer riktige integrasjoner mot fellessystemene (logistikk- og økonomi).

Helseforetakene er i oppdragsdokumentene fra de regionale helseforetakene blitt bedt om å merke seg oppdragene de regionale helseforetakene er gitt innen videreutvikling av nasjonal samarbeid.

Et annet helseforetak har høy modning innenfor IKT sett opp mot de øvrige helseforetakene. De har innført økonomi- og logistikk systemer for ca. 10 år siden og har allerede tatt ut mange gevinster av implementeringsprosessen.

4. Organisasjonsstruktur

Organisasjonsstruktur er kartlagt og viser at respondentene vurderer organiseringen gjennomgående som hensiktsmessig. Ikke-kliniske støttefunksjoner er klart skilt ut som egne organisasjoner med egen kjernevirksomhet. Grensesnittene internt i organisasjonene er ikke vurdert, men enkelte helseforetak påpeker at det er behov for en tydeligere fokusering på kjernen i tjenesten og at det i fremtiden vil være en annen organisasjonsstruktur som ligger til grunn. Roller og ansvarsområder er tydelig kommunisert i helseforetakene.

FM kompetanse

FM organisasjonens kompetanse er vektet som høyere enn øvrige områder og er forventet å øke ytterligere. Planer for kompetanse- og karriereutvikling nevnes som viktig på overordnet nivå i organisasjonen.

Standardisering og effektivisering er vektet lavest i dag og er forventet å øke mest.

Serviceleveranse

Serviceleveranse avtaler er tatt i bruk i varierende grad i helseforetakene. Et mindretall av helseforetakene har serviceleveranseavtaler med alle kundene (interne og eksterne kunder). Majoriteten har delvis innført og har et målbilde om å innføre avtaler gjennomgående i hele organisasjonen. Det er ulikt omfang på serviceleveranseavtalene og ulik praksis for oppfølging, kontroll og måling av leveransene. Ett av helseforetakene påpeker at det er frivillig å inngå avtalene i respektive organisasjon. Dersom full implementering skal lykkes, må toppledelsen endre overordnet strategi og fokus. Resultater fra intervju viser at det er sterk vilje på taktisk ledernivå for å gjennomføre en full implementering av serviceleveranse avtaler.

Dersom en ser alle helseforetakene under ett, er det et stort potensiale i å systematisere og innføre serviceleveranseavtaler for blant annet å identifisere kundens behov og levere i henhold til behov. I spørreundersøkelsen er det stor enighet om at serviceleveranseavtaler er et viktig styringsverktøy og at det vil sikre god relasjon mellom partene. Det fremkommer også at det i fremtiden vil være vesentlig høyere bruk av serviceleveranseavtaler i egen organisasjon. Det innebærer at modenhetsnivået vil tilsvare nivå 4 (*sturt FM organisasjon*) dersom helseforetakene lykkes.

Generelt bør FM organisasjonene styrke sin posisjon på nivå 3 (*veldefinert FM organisasjon*). Som tidligere beskrevet er FM organisasjonene på nivå 2 (*FM organisasjon under utvikling*) innen IKT og mellom nivå 2 (*FM organisasjon under utvikling*) og 3 (*veldefinert FM organisasjon*) innen kompetanse. Profilen for de ulike helseforetakene er forskjellig, og det er naturlig, blant annet ut i fra størrelsen på helseforetaket, FM tjenesteomfang og diversifitet, geografisk spredning med videre.

Modning i det enkelte helseforetak

Det er ulik modning i de ulike helseforetakene. De helseforetak som har størst portefølje og som nylig har gjennomgått en organisasjonsendingsprosess som følge av nye sykehusbygg, ny teknologi og ny kliniske arbeidsprosesser, har gjennomgående høyere forventninger til nivå i dagens organisasjon og en forsiktig forventning om at det vil øke mye innenfor de ulike perspektivene i fremtiden. Resultatene er vist i vedlegg 5.

Deloppsummering

Vurdert opp mot «Modell Modenhetsnivå og initiativer» (Koch et al., 2008), fremkommer det at helseforetakene har en høy modning, tilsvarende nivå 3 (*en veldefinert FM organisasjon*). Enkelte helseforetak ligger på nivå 4 (*styrte FM organisasjon*) og nivå 2 (*FM organisasjon under utvikling*). Tilsvarende vil Modenhetsmodellen Excellence maturity matrix, utviklet av Joseph Czerny, indikere at FM organisasjonene i helseforetakene gjennomsnittlig har en middels modning. I tabell 5 under er gjennomsnittlig modenhet for alle helseforetakene satt inn i modenhetsmatrisene. Tabell 5 illustrerer at det er et gap mellom helseforetakenes vurdering av egen modenhet og forfatterens vurdering.

Resultatene fra spørreundersøkelsen viser også at det er en høy forventning om at organisasjonene vil profesjonalisere sin kjernevirksomhet de 5-10 neste årene. Jeg tolker det som om FM organisasjonene har klare ambisjoner om å utvikle og profesjonalisere sin virksomhet i fremtiden. Det kan være sannsynlig at de i et 10-års perspektiv samlet sett kan gå til neste trinn i modenhetsmatrisen 4 (*styrte FM organisasjon*).

Nivå	Kategori	Modell 1 Modenhetsnivå og initiativer i FM organisasjonen				Nivå	Kategori	Modell 2 Excellence maturity matrix								
		1. FM kompetanse	2. Kobling FM/core business	3. Ledelses engasjement	4. bruk av IKT i oppgaveløsning			1. Strategi	2. Standarder og politikk	3. Planlegging og budsjettering	4. Service levering	5. Tilpasningsgrad	6. IKT støttesystemer	7. Utvikling av personell		
5	Integrert FM organisasjon					5	Nivå 5									
4	Styrte FM organisasjon	●	●	x		4	Nivå 4	●	●	●	●	●				
3	Veldefinert FM organisasjon	x	x		x	3	Nivå 3	x	x	x	x	x	●	●		
2	FM organisasjon under utvikling					2	Nivå 2							x	x	
1	Uformell FM organisasjon					1	Nivå 1									
0	Ingen FM organisasjon															

 Resultater fra spørreundersøkelse dekker kriteriet godt
 Resultater fra spørreundersøkelse dekker kriteriet delvis
● = Helseforetakenes vurdering, basert på spørreundersøkelse
x = Vurdering basert på intervju, spørreundersøkelse og faktainnhenting

Tabell 6 Dagens modenhetsnivå i helseforetakene

Larssen (2011) viser også til at modenhetsmodellene har temaer som samsvarer med kriteriene fra Eiendomsforvaltningsutvalget (NOU 2004:22). Det er tidligere påpekt at drøftingen av hva som skal til for å oppfylle kriteriene i modenhetsmodellene ikke er fullstendig. Det er imidlertid godt nok til å gi en god indikasjon på om FM i helseforetakene er modne eller umodne.

Analyse av funnene underbygger at det er større modenhet blant de helseforetak som har en bred FM tjenesteportefølje, og som relativt nylig har gjennomført en større om- eller nybygging. Ett nytt sykehusbygg er mer fremtidsrettet enn sykehus med eldre bygninger. Under planlegging og etablering av byggene er det satt fokus på funksjonelle og driftsøkonomiske løsninger tilrettelagt for pasientene. Nye teknologiske løsninger og klinisk arbeidsmetoder og prosesser kan således ha vært premissgivende for utvikling og etablering og derved modning av FM i organisasjonene.

FoU delprosjektrapport 1, «*Rollen som strategisk bygg- og eiendomsforvalter*» (Multiconsult, 2008), avdekker at det er et stort gap mellom dagens situasjon (2008) og det optimale nivået for god bygg- og eiendomsforvaltning, dersom kriterier for god bygg og eiendomsforvaltning (NOU 2004:22) legges til grunn. I denne oppgaven er det kartlagt at FM i helseforetakene har moderat modenhet, jf. kapittel 4.

Oppsummert viser modenhetsmodellene at helseforetakene samlet sett har moderat modning. Enkelte helseforetak, da særskilt de med en bred FM tjenesteportefølje har høyest modning. Funnene underbygger også at det er et stort potensial gjennom ytterligere modning å øke profesjonalisering av FM tjenestene i fremtiden.

5.2.5 FM modell i fremtidens sykehusbygg i Norge

Dette delkapittelet oppsummerer den fremtidige FM modellen for sykehusbygg og beskriver hvilke kriterier som må til for å iverksette modellen.

Problemstilling	Modell for fasilitetsstyring (FM) i fremtidens sykehusbygg i Norge
-----------------	--

Fremtidig FM modell 2020- 2030

I denne oppgaven er fremtidig FM er beskrevet som «*FM skal være bærekraftig og understøtte god, trygg og effektiv pasientbehandling*». Intervjuene understøtter at målsetningen er førende for helseforetakene. De regionale helseforetakenes faneformål befestes også gjennom «*trygg, effektiv og god behandling for alle som trenger det*» (HOD, 2012).

Den fremtidige FM modellen for sykehusbygg gjelder for helseforetakene. Selv om det ikke er avklart hva innholdet i det nye helseforetaket innen eiendom skal være per dags dato, så antar jeg at det vil være *ett* nasjonalt helseforetak innen eiendom som ivaretar hele FM omfanget i fremtiden.

Dagens (2014) FM modell er en desentralisert modell, da alle helseforetakene har egne FM organisasjoner.

Den fremtidige (2020 - 2030) FM modellen vil sannsynligvis være en sentralisert modell, som et resultat av etableringen av det nasjonale helseforetaket innen eiendom. Jeg ser for meg en trinnvis utvikling av den desentrale modellen til en sentralisert modell. FM organisasjonene må arbeide systematisk innenfor alle dimensjonene i modenhetsmodellene for å styrke sin modenhet. Det vil medføre en gradvis profesjonalisering fremover, dersom vi tar utgangspunkt i dagens modenhetsnivå.

Kort oppsummert tyder funnene i de studiene som er utført, og foregående drøfting, på at en fremtidig FM modell 2020 - 2030 sannsynligvis vil være:

1. Ett nasjonalt helseforetak innen eiendom er trinnvis utviklet fra det nasjonale helseforetaket sykehusplanlegging og etablert. Helseforetaket antas å ha et overordnet ansvar for hele FM tjenestespekteret innen FDVUSL.
2. FM i helseforetakene er profesjonaliserte og standardiserte organisasjoner med bestilleransvaret for FDVUSL. FM er plassert i helseforetakenes sykehusledelse.
3. En stor andel av FM tjenesteporteføljen er antageligvis outsourced eller satt ut til eksterne leverandører.
4. Kompetanseprofilen for FM er vesentlig styrket på alle plan, både nasjonalt og lokalt. Kompetanse utveksles på tvers av regionene og tverrfaglige nettverk understøtter et nytt og vedvarende konkurransefortrinn for fremtidig FM.

Kriterier for implementering av fremtidig FM modell

Den fremtidige FM modellen vil kreve forholdsvis omfattende endringer. Modellen kan ikke gjennomføres innenfor dagens struktur og rammebetingelser. Endringene er såpass omfattende og modenheten i organisasjonene er moderat, til tross for at helseforetakene vurderer egen modenhet som høy.

Det er godt mulig å implementere fremtidig FM modell, forutsatt at den implementeres trinnvis og i en styrt og strukturert prosess.

Hvor raskt og på hvilken måte den fremtidige FM modellen blir implementert vil avhenge av politiske føringer og i hvilken grad det nasjonale helseforetaket innen eiendom har høy eller lav implementeringstakt.

Kriteriene som legges til grunn for iverksetting av FM modellen er:

1. Rolle- og ansvarsavklaring på alle nivåer
2. Styrt trinnvis implementering
3. Anerkjennelse av profesjonen *fasilitetsstyring*
4. Modningsprosess fortsetter i alle dimensjoner
5. Nasjonalt samarbeid- og erfaringsutveksling – *delt beste praksis* og kompetanseutvikling

Uavhengig av det nasjonale helseforetakets implementeringstakt, vil det enkelte helseforetak og de regionale helseforetakene kunne iverksette tiltak for å øke sin modenhet i tråd med de føringer som blir lagt på nasjonalt plan. Det er behov for en sterk profesjonalisering og helseforetakene er inneforstått med at de må effektivisere og standardisere sine tjenester innenfor en lavere økonomisk ramme enn tidligere.

De 9 kriteriene for god bygg og eiendomsforvaltning (NOU 2004:22) som legges til grunn i FoU delprosjekt 1 Rollen som strategisk bygg- og eiendomsforvalter (Multiconsult, 2008) er godt sammenfallende med de kriterier som fremkommer i modenhetsmodellene i denne oppgaven.

1. Rolle- og ansvarsavklaring på alle nivåer

Jeg har ikke vurdert om FM organisasjonene skal være egne resultatenheter i helseforetaket eller innen det fremtidige nasjonale helseforetaket innen eiendom. Jeg er sikker på at det vil være mange hensiktsmessige modeller som kan drøftes. I den drøftingen er det to sentrale perspektiver som jeg mener bør vektlegges. Det bør veies opp mot hverandre behovet for å profesjonalisere og effektivisere FM organisasjonene og behovet for å være tett knyttet opp mot kjernevirksomheten på strategisk for å sikre at FM organisasjonen effektivt understøtter helseforetakenes verdiskapning.

Det er viktig å avklare roller og ansvar lokalt, regionalt og nasjonalt fremover. Det er naturlig at strategiske og til dels taktiske overordnede roller- og ansvar i større grad styres koordinert fra sentralt hold, enten det er regionalt eller aller helst nasjonalt.

De nasjonale mål og strategier som etableres må koordineres med spesialisthelsetjenestens mål og strategier, og forankres på lokalt, regionalt og nasjonalt nivå. Det må legges til rette for godt samarbeid mellom alle parter med kommunikasjon horisontalt og vertikalt.

Det ligger til rette for økt samhandling og koordinering mellom helseforetakene, på regional og nasjonalt plan. Mange prosesser er allerede igangsatt nasjonalt og regionalt. En restrukturering og optimalisering av alle eksisterende fagnettverk bør vurderes på nytt når det nasjonale helseforetaket innen eiendom har etablert seg med tydelig mandat og ansvarsområder.

I dag er alle FM organisasjoner i helseforetakene strategisk organisert i sykehusledelsen, og det understrekes at det må fortsette i fremtiden.

Ansvars- og oppgavefordeling innad i helseforetakene må tydeliggjøres. Det varierer mellom helseforetakene, og det er i «*begrenset grad skilt på rollene eier, forvalter og bruker*» (Multiconsult, 2008:13). Det anbefales at helseforetakene organiserer seg så likt som mulig for å ta ut effektene med lik rolle- og ansvarsforståelse. I tillegg vil en tilnærmet like organisering forberede helseforetakene på den trinnvise iverksettingen av nasjonalt helseforetak innen eiendom.

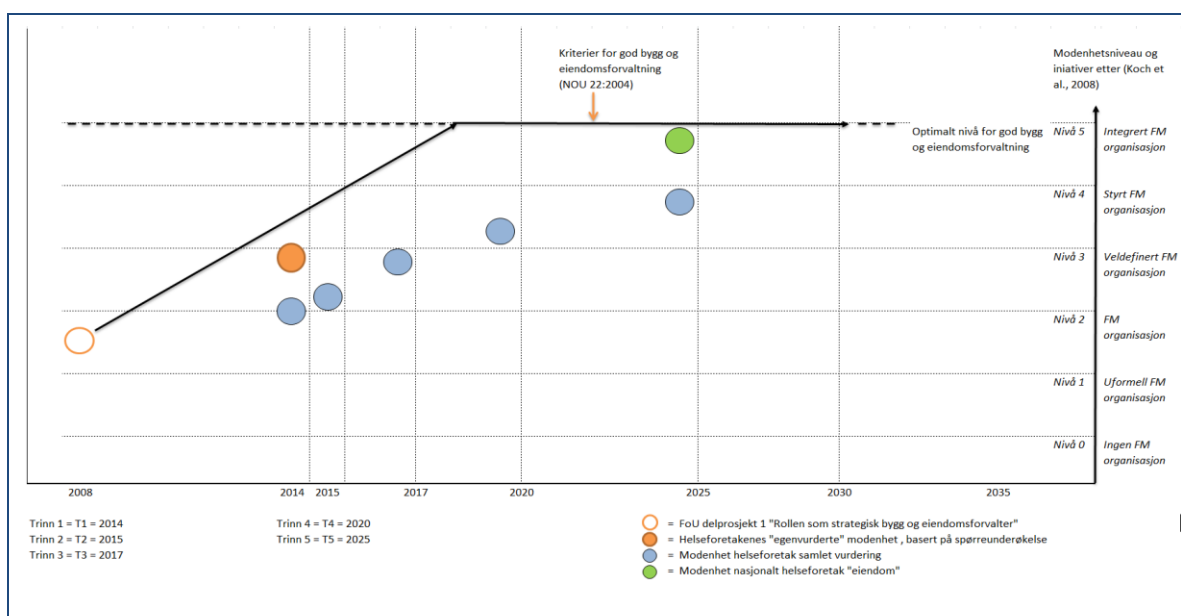
2. Styrt trinnvis implementering

Jeg antar at det nasjonale helseforetak innen eiendom vil bli trinnvis implementert, og at det antageligvis vil være fullt ut etablert i god tid innen 2025.

Endringstakten i klinisk virksomhet er høy og drives fremover av mange uavhengige faktorer, som for eksempel politiske signaler og nye reformer, medisinsk- og teknologisk utvikling, nye behandlingsformer, endringer i arbeidsmarkedet og endret pasientsammensetning og grunnlag. Fremtidig FM må utvikle seg i lik takt og løpende tilpasse seg kjernevirksomhetens karakter.

En mulig trinnvis implementering er skissert i figur 29 under. Figuren illustrerer en trinnvis modning av helseforetakene mot 2020-2030. Det nasjonale helseforetaket innen eiendom har modning på nivå 5, uten at det er tatt stilling til når modningen oppnås. I modellen er også status for bygg- og eiendomsforvaltningen i spesialisthelsetjenesten (Multiconsult, 2008) illustrert. Det vises i figuren at det har vært en mindre modning og utvikling av FM fra 2008 til i dag (2014). Jeg forventer at den fremtidige utvikling vil ta minimum 10 år, da erfaringer fra tilsvarende omfattende prosesser, som for eksempel etablering av Sykehuspartner som selskap i Helse Sør-Øst, tar tid til tross for høye gjennomføringsambisjoner. Helseforetaket innen eiendom etableres i 2014, og antas å være ferdig utviklet i 2025.

- Trinn 1 (2014): Det nasjonale helseforetaket innen sykehusplanlegging etableres. Antageligvis opphevelse av merverdiavgift, det private FM markedet forbereder til nye muligheter for markedsandeler innenfor FM. Helseforetakene ligger på trinn 2-3 i modenhetsmatrisene.
- Trinn 2 (2015): Det nasjonale helseforetaket forankres i de regionale helseforetakene og bemannes. Forventet innføring er nøytral merverdiavgift i løpet av året. Helseforetakene har en liten modning i perioden, og er fortsatt på trinn 2-3 i modenhetsmatrisene. Det antas at enkelte helseforetak vurderer outsourcing.
- Trinn 3 (2017): Helseforetakene er kommet mer i gang med profesjonaliseringen og er på vei opp til trinn 3 i modenhetsmatrisene. Enkelte helseforetak er på vei til å nå trinn 4 innenfor enkelte av kriteriene i modenhetsmatrisene. Flere helseforetak har antageligvis vært igjennom mulighetsstudier om outsourcing av en eller flere tjenester. Eventuelle outsourcing, prosessene er tidkrevende for FM organisasjonene.
- Trinn 4 (2020): Enkelte helseforetak har nådd trinn 4 i modenhetsmodellene, som er anbefalt nivå for helseforetakene. Det nasjonale helseforetaket innen eiendom har trinnvis utviklet seg fra helseforetak sykehusplanlegging. Ligger høyst sannsynlig på ligger på trinn 5, som er det øverste nivået i modenhetsmatrisene. Enkelte helseforetak med høy modning vurderer å konkurranseutsette store deler av FM porteføljen. Det er høy bestillerkompetanse i helseforetakene.
- Trinn 5 (2025): Det er forventet at alle helseforetak ligger stabilt på trinn 4 i modenhetsmatrisene med det nasjonale helseforetaket ligger på nivå 5, som anbefalt. Kontinuerlig forbedring sikrer bærekraft og konkurransefortrinn for samlet FM nasjonal, regional og lokalt.



Figur 29 Fremtidig FM modning i helseforetakene mot 2020 – 2030

3. Aerkjenne profesjonen fasilitetsstyring

FM organisasjonene i helseforetakene må anerkjenne at de driver en profesjon, som er *fasilitetsstyring*. Det innebærer at de konkurrerer på i stort nasjonalt og internasjonalt FM marked. Dagens situasjon, hvor FM er interne organisasjoner i helseforetakene, har vernet dem i stor grad for reell konkurranse. Det har til dels svekket deres konkurransekraft. Intervjuene underbygger at helseforetakene er rede til å ta opp konkurransen med kommende konkurrenter, som forventes å komme, blant annet som en følge av opphevelsen av merverdiavgiften.

4. Modningsprosess fortsetter i alle dimensjoner

Helseforetakene må fortsette sitt profesjonaliserings- og utviklingsarbeid innen alle dimensjoner i modenhetsmatrisene fremover.

5. Nasjonalt samarbeid- og erfaringsutveksling – delt beste praksis og kompetanseutvikling

Nøkkeltaloppstillingene viser at det er stor spredning i FDVUS kostnader mellom helseforetakene. Det indikerer et potensiale for å vurdere og iverksette beste praksis, for å effektivisere tjenesteleveransene. Beste praksis bør også vurderes systematisk opp mot eksterne tjenesteleverandørers praksis, hvor det ligger ytterligere et forbedrings- og effektiviseringspotensial.

Det er igangsatt flere erfarings- utvekslings nettverk innen mange fagområder, men er det optimalt organisert? Denne utredningen påpeker at det er modning for å løfte nettverkene opp på et nasjonalt nivå for å sikre alle perspektiver for helseforetakene.

Sammensetningen, fag- og utviklingsområder bør gjennomgås og koordineres på et nasjonalt nivå. Det ligger et stort potensial i å utveksle erfaringer, som gjøres i dag. Erfaringsoverføringen må utveksles på tvers av regionene for å ha ytterligere slagkraft. Det anbefales derfor at ressurser bør nedlegges i de lokale eller regionale nettverkene samles om et mer slagkraftig nettverk på nasjonalt plan.

Flere helseforetak understreker nytten av tverrfaglig samarbeid innenfor flere dimensjoner, og særskilt innenfor tekniske fagområder. Så lenge det ikke settes i system, styrt på regionalt eller aller helst nasjonalt plan, er det min påstand at denne kompetansen vil ligge i leverandørmarkedet, og ikke i helseforetakene. Flere leverandører er internasjonale og er ikke like lett tilgjengelig i nærmiljøet for helseforetakene. Enkelte helseforetak bygger opp enkeltvis en spisskompetanse for å imøtekomme den kliniske driftens krav til blant annet opetider på pasientkritiske systemer. Nasjonalt kan denne kompetansen samles og derved styrkes for å understøtte alle helseforetakenes behov.

Fremtidig FM organisasjonen i helseforetakene

FM organisasjonenes tjenesteportefølje blir bredere enn dagens portefølje for de fleste helseforetakene. FM tjenester som inngår er oppgaver som er avhengig av tilstedeværelse. HR og regnskap vil mest sannsynlig ikke være en del av fremtidig FM modell.

Medisinsktekniske tjenester og steril forsyning vil med høy sannsynlighet inngå i fremtidig FM modell. IKT antas ikke å være en del av den fremtidige FM modellen.

FM organisasjonene profesjonaliseres, standardiseres og effektiviseres gjennom kontinuerlige forbedringsprosesser i tråd med kjernevirksomhetens og den medisinsk- og

teknologiske utviklingen. Lean tankegang er antageligvis innført i store deler av helseforetaket og sertifisering av virksomheten vurderes.

FM organisasjonene vil i vesentlig større grad vurdere outsourcing og outtasking av oppgaver. Oppgaver som ligger nær pasienten vil antageligvis outsources sist.

FM tjenestene styres av serviceleveranse avtaler med KPI'er og internfakturering er innført. Det er systematisk, planlagt og profesjonell dialog klinisk drift. Innføring av internhusleie vil sannsynligvis bli innført etter at FM organisasjonene er moden nok, tilsvarende ca. trinn 4 i modenhetsmatrisene. Innføring av husleie vil bidra til riktig nivå for avsetning av midler til vedlikehold og drift.

I fremtidig FM organisasjon vil bruk av FDV IKT system inngå som et styringsverktøy. I tillegg vil fagsystemer benyttes der det er hensiktsmessig, med integrasjoner opp mot ett felles FDV styringssystem. Styring baseres med høy sannsynlighet også i vesentlig grad etter avtalte KPI'er.

Det er ikke forventet at helseforetakene med det første vil inngå andre former for samarbeid, som for eksempel joint venture. Det er fortsatt lav modenhetsgrad og det enkelte helseforetak vil nok konsentrere seg om intern utvikling av egen tjenesteportefølje. Delt best praksis innenfor de ulike tjenesteområdene anbefales utredet og deretter implementert innenfor alle tjenester, der det er formålstjenlig.

Skillet mellom støtte- og kjernevirksomhet i et helseforetak er tilnærmet ikke helt likt i helseforetakene. Helseforetakene har ulike tjenesteområder de har beste praksis på, og det gir en svært god mulighet for å lære av hverandre i fremtiden.

Fremtidig FM modell møter økte krav til dokumenterbar kvalitet og standardisering.

Fremtidig FM modell må imøtekomme kjernevirksomhetens behov for bygningsmessige-/ tekniske-/ og funksjonsmessige endringer. Det er et overbyggende mål at fremtidig FM organiserer alle tjenestene så optimalt som mulig for å kunne bidra til god service for kjernevirksomheten og derved maksimal tildeling av ressurser til pasientnært arbeid.

Ansatte i helsesektoren blir en knapphetsfaktor (Statistisk sentralbyrå, 2013) og oppgaveglidning mot ikke helsefaglige støttefunksjoner kan bistå til å løse problemstillingen. Det er forventet at FM utfører mer av de ikke-kliniske arbeidsoppgavene, som er identifisert, særskilt innen for serviceoppgavene. Spørreundersøkelsen understøtter at det per i dag er et potensiale på ca. 8 %, noe som innebærer et vesentlig vekstområde.

Avslutningsvis må det påpekes at den fremtidige FM modellen også bør legge til rette for variasjoner avhengig av lokale forhold og helseforetakenes størrelser.

6 KONKLUSJONER

Denne oppgaven har kartlagt hvilke FM tjenester som utføres i et sykehusbygg og grensesnittet mellom FM og kjernevirksomheten. I tillegg er FM organisasjonens bærekraftighet, konkurransedyktighet og modenhet vurdert. En sentral del av oppgaven er å komme frem til en fremtidig FM modell for sykehusbygg i Norge.

Fasilitetstjenester i helseforetak og grensesnitt mot kliniske drift

En kartlegging av fasilitetstjenester i helseforetakene viser at tjenestespekteret i dag er bredt, og omfatter forvaltning, drifts-, vedlikeholds-, utviklings-, service- og logistikkjenester. Funnene i denne oppgaven underbygger at den fremtidige FM organisasjonen vil omfatte dagens tjenester inklusive steril forsyning, som primært er en logistikkoppgave. Dagens omfang av FM tjenester varierer mellom helseforetakene, men tjenesteomfanget vil nok standardiseres fremover slik at alle helseforetakene har tilnærmet likt omfang fremover. I omfanget vil det være naturlig at tjenestespekteret til de helseforetakene som er mest modne som veiledende. Det innebærer at tjenester som steril forsyning, medisinsktekniske tjenester og behandlingshjelpemidler, dokumentasjonssenter vil inngå i tjenesteporteføljen. Tjenester som HR og personal, regnskap og eventuelt innkjøp vil som hovedregel ikke inngå i porteføljen.

Andelen av servicetjenester er høyt, mellom 35-40 %, sammenlignet med utførelse av FM tjenester i andre sektorer. Det er stor sannsynlighet for at fordelingen mellom hard FM og soft FM vil være tilnærmet likt i fremtiden. Tilførsel av oppgaver, som for eksempel steril forsyning, vil medføre en økning. Denne økningen vil veies opp av en forventet effektiviserings og standardiserings reduksjon innen øvrige serviceoppgaver i fremtiden.

Grensesnittet mellom FM og kjernevirksomheten er ikke entydig og det er delvis overlapping mellom FM organisasjonen og kjernevirksomheten i forhold til hvem som utfører oppgavene. Kartleggingen viser at ca. 8 % av oppgavene som i dag er identifisert som FM tjenester utføres av klinisk personell. Det er altså ikke avdekket noen skarpe skiller mellom støtte- og kjernevirksomhet.

Resultatene viser at det er en stor sannsynlighet for at det enkelte helseforetakets særegenheter som avgjør om det er en helsefaglig eller en ikke helsefaglig oppgave. Respondentene hevder, av ulike årsaker, at det er geografiske og andre hensyn som gjør at det er forskjeller. Jeg mener at det her vil ligge et stort potensial å komme frem til en *delt beste praksis*, og at det vil være grunnlag for mer effektiv drift og en mulighet til å ta ut ytterligere driftseffektiviserings gevinster i fremtiden.

Bærekraftig og konkurransedyktig FM

Resultatene i denne undersøkelsen avdekker at helseforetakene ikke har en aktiv tilnærming til bærekraftig utvikling. Helseforetakene har en styrket oppmerksomhet mot det miljømessige aspektet gjennom miljøsertifiseringsprogrammet, som er pålagt innført av Helse- og omsorgsdepartementet innen 2014. Det økonomiske aspektet har mest fokus og helseforetakene, som IA bedrift, har gode rutiner for ivaretagelse av personellet. Funnene i oppgaven underbygger også at det er et stort behov for å styrke kompetansen, noe som også styrkes er vektlagt nasjonalt gjennom etablering av det nasjonale helseforetaket innen eiendom. Samlet sett er ikke helseforetakene bærekraftige i dag da det ikke balanse i de bærekraftige aspektene.

Det må også vektlegges at helseforetakene har et kontinuerlig fokus på å understøtte og legge til rette sine tjenester for å understøtte kjernevirksomhetens uttalte målsetting og strategi på alle nivåer. Oppgaven er avgrenset, og det er ikke vurdert om FM organisasjonene møter kjernevirksomhetens behov.

FM organisasjonene er forberedt på at deres virksomhet konkurranser eksponeres i større og større grad enn tidligere. Mva fritak for tjenester har i en årrekke vært «en overhengende trussel», som har bidratt til å øke fokuset på selve konkurransekraften for de interne tjenestene. Generelt høyere FM kompetanse har også tilført helseforetakene en høyere FM kompetanse, og sykehusledelsen har tilrettelagt for å samle de ikke medisinske tjenestene innenfor FM i større enheter direkte underlagt ledelsen. Helseforetakenes strategiske mål og visjoner har vært retningsgivende for FM organisasjonen slik at de kan levere tjenester som understøtter og effektiviserer den kliniske driften.

Basert på intervjuer og egen erfaring mener jeg at det generelt er en høy preferanse innen FM for at de interne tjenester er konkurransedyktige, blant annet fordi de mener at tjenestene har en særegenhet og krever spesialkunnskap om sykehusdrift. Oppgaven har ikke vurdert konkurransekraft ut fra nøkkeltall og sammenlikning mot beste praksis i markedet. Blant FM direktørene og de fleste taktiske lederne er det en tydelig ærlighet om at FM ikke er konkurransedyktig. Noen få tjenesteområder er konkurransesatt og blir driftet av intern FM organisasjon, men det er unntaksvis.

Modenhet i FM organisasjonene

Oppgaven har vurdert FM organisasjonenes modenhet basert på flere modenhetsmodeller. Modellene og resultatene er ikke tilstrekkelig til å kunne konkludere, men det gir en indikasjon på modenheten. Generelt vekter helseforetakene egen FM modenhet høyere enn hva oppgaven avdekker, basert på funn i spørreundersøkelsen og intervjuene. Datagrunnlaget er ikke tilstrekkelig til å konkludere om FM i helseforetakene har høy modning. Det gir likevel en viss indikasjon på at de er i utvikling. Mindretallet av helseforetak har høy modning, og de fleste har moderat eller lav modenhet.

I figur 30 er det illustrert at det er en utvikling av modenheten til helseforetakene fra 2008 til i dag (2014), dersom en legger de 9 kriteriene for god bygg og eiendomsforvaltning til grunn.

Samlet sett vil det være behov for ytterligere modning innen FM i alle helseforetak i Norge. Nasjonale vedtak, tydelige politiske signaler, kommende økt konkurranse fra privat- og internasjonalt FM marked, store teknologiske og medisinske endringer vil FM organisasjonene nok oppleve at de er på vei opp i modningstrappen.

Antageligvis vil de kommende 5-10 årene gi dem mulighet til å nå nivå 4. Det 5.te, og øverste nivået, bør det nasjonale helseforetaket innen eiendom være på om noen år, forutsatt at de har et helhetlig ansvar for alle FM tjenesteområder innen kort tid. Høyst sannsynlig blir det en trinnvis implementering av det nasjonale helseforetaket, i tråd med modning i helseforetakene. Det innebærer at de nok når trinn 4 i perioden 2020-2025.

Fremtidig FM modell 2020-2030

I den fremtidige FM modellen må strategier og målsetninger være forankret i helseforetakenes øverste ledelse og utarbeidet i samsvar med kjernevirksomhetens mål og strategier. Den strategiske plasseringen i sykehusledelsen er et sterkt konkurransefortrinn

for FM organisasjonen. Det sikrer at FM opprettholder tett kontakt og kunnskap om hvordan FM tjenestene best mulig kan understøtte den kliniske driften. Denne indre kunnskapen om sykehusorganisasjonens komplekse sammensetning og hyppige endringer er en helt uvurderlig, som dagens FM organisasjoner innehar gjennom den sentrale plassering i sykehusledelsen. Like viktig er det at sykehusledelsen har kunnskap og forståelse for hvordan FM understøtter den kliniske driften. De økonomiske rammebetingelser for FM organisasjonen legges således i omforent forståelse i fremtiden.

Det bør være et større fokus på systematisk og løpende profesjonalisering på tvers av foretakene gjennom standardisering og bruk av støtteverktøy. Deling av kompetanse mellom helseforetakene gjennomføres, men i svært liten grad.

En generell utvikling vil være økt profesjonalisering i helseforetakene og i det private FM markedet. I fremtiden må helseforetakene forventet mer inntreden av private, som igjen vil medføre at profesjonaliseringen styrkes, for at FM tjenestene skal kunne være levedyktige.

Potensialet for samkjøring og forhandling av rammeavtaler og serviceavtaler blant annet innenfor tjenesteleveranser er ikke tatt ut. De enkelte helseforetakene er opptatt av lokal forankring av avtalene, men her er det dog en modning. Flere leverandører leverer tjenester med et bred nasjonalt nedslagsfelt.

Uavhengig av helseforetakenes størrelser og særegenheter må det etableres en *delt beste praksis* for FM basert på en samlet bærekraftig vurdering. Et minimum bør være at beslutningene tas på en samlet vurdering av driftsøkonomiske fordeler og pasientkvalitet.

Hovedkonklusjon

Den fremtidige modellen for FM i fremtidens sykehusbygg i Norge antydes å være profesjonell, bærekraftig med et bredt sammensatt FM tjenestespekter innen FDVUSL.

Dagens FM organisasjoner er under modning og vil trinnvis modnes i fremover. I modellen er det antatt at det nasjonale helseforetaket innen eiendom er utviklet og etablert med et helhetlig ansvar for hele FM tjenestespekteret i fremtiden. Det antydes en 5-trinns gjennomføringsmodell mot 2020-2030. Intern FM kompetanse forventes å styrkes, det blir en økt standardisering og profesjonalisering, den medisinske- og teknologiske utvikling kommer til å bidra til økt endringstakt for FM i fremtiden. En etablering av det nasjonale helseforetak innen sykehusplanlegging i 2014, en eventuell fremtidig innføring av nøytral merverdiavgift og forventet økt konkurranse vil være katalysatorer i denne prosessen fremover.

Oppgaven har ikke drøftet eierstruktur, rolle- og ansvarsfordeling på nasjonalt, regionalt eller lokalt nivå for den fremtidige FM modellen.

Det vektlegges at «*fremtidig FM skal være bærekraftig og understøtte trygg, god og effektiv pasientbehandling*».

7 ANBEFALINGER FOR VIDERE ARBEID

Denne oppgaven har omhandlet et vidt område og har underveis i skrivingen avdekket mange områder som kan være verdt å gå i dybden. Under følger noen anbefalinger for videre arbeid listet opp etter tema.

Modenhetsmodell for FM og spesialisthelsetjenesten

Modenhetsmodellene for FM som er presentert i denne oppgaven er ikke særskilt tilrettelagt for spesialisthelsetjenesten. En fremtidig modenhetsmodell for spesialisthelsetjenesten kan drøftes og videreutvikles basert på modellene presentert i denne masteroppgaven. PAM modellens metodikk kan være et godt utgangspunkt, som og vil være et kraftig verktøy for å iverksette for helseforetakene.

Utredning eierstruktur, roller- og ansvar

Denne oppgaven fikk ikke utredet eierstrukturer, roller- og ansvar for fremtidig FM modell. Drøfting av FMs behov for profesjonalisering og sentralisering opp mot behovet for å være tett knyttet opp mot organisasjonen på strategisk nivå anbefales.

Utvikle nøkkelindikatorer for bærekraftig FM

Bærekraftighet innebærer blant annet at helseforetaket bør ha konkurransekraft. Det er svært interessant å vurdere sykehusenes konkurransekraft basert på faktaopplysninger og nøkkeltall, vurdert opp mot eksterne (internasjonale) sykehus og annen privat sektor.

Det er svært interessant å kartlegge FM tjenester opp mot DRG, som er helseforetakenes finansielle motor for aktivitet og utvikling av klinisk drift. Det er allerede skrevet en avhandling av Dr. Antje Junghaus om temaet, som kan være et godt utgangspunkt.

Flytskjemaer for FM tjenester

Underveis i masterarbeidet var jeg nødt til å avgrense oppgaven. Bruk av flytskjemaer for å tydeliggjøre grenseskillet mellom FM tjenester og klinisk drift, var en metode jeg ikke fikk tid til å gjennomføre. Et flytskjema kan følge den samme FM tjenesten i hvert helseforetak og vil nok underbygge at FM tjenestene har ulike grensesnitt mellom FM organisasjonen og sykehusdriften. Ved å se på prosessene og drøfte funnene opp mot intervju og fakta, kan det antageligvis trekkes konklusjoner rundt FM organisasjonens modning. Flytskjemaene vil tydelig vise likheter og ulikheter ved sammenligning av prosessene i helseforetakene. Undertegnede hadde til hensikt at flytskjemaene vil være til inspirasjon for videre debatt og utvikling av FM tjenestene i de enkelte helseforetakene. Flytskjemaene vil også være grunnlag for vurdering av om rett person utfører rett oppgave i sykehuset og beste praksis.

Teori om FM i sykehus

Under litteraturstudiet ble det avdekket et stort omfang av teori om FM generelt, men lite om FM i sykehusbygg spesifikt. Det kan være hensiktsmessig å samle all litteratur om FM i sykehusbygg for å få et større overblikk og innsikt om FM i sykehus generelt. Denne vinklingen i seg selv er svært spennende om kan danne grunnlag for en masteroppgave i fremtiden.

REFERANSELISTE

- Atkin, B. og Brooks, A. (2009). *Total Facilities Management*. Sæbøe, O. E. og Blakstad, S. H., (2009). *Eiendomsutvikling og forvaltning. Fasilitetsstyring – Facilities Management. Verdiskapning – Verdiøkning – Verdibevaring*. NTNU, Trondheim: Tapir Akademiske Forlag.
- Andersen, E. S. (2005). *Prosjektmodenhet, Prosjektledelse trinn for trinn*.
- Baker, M., Taylor, I. And Mitchell, A. (2009). *Making Hospitals Work. How to Improve patient care while saving everyone's time and hospitals' resources*. 1. utgave. Lean Enterprise Academy Ltd.
- Everett, E. L. og Furuseth, I. (2012). Masteroppgaven. *Hvordan begynne – og fullføre*. 2. utgave. Oslo: Universitetsforlaget.
- Grøndalen, I. (2013). *Bruk av Lean ved norske somatiske sykehus*. Masteroppgave. Ås, Norges miljø- og biovitenskapelige universitet.
- Halvorsen, K. (2012). *Å forske på samfunnet. En innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. 5. utgave. Oslo: Cappelen Akademiske Forlag.
- Haugen, T. (2008). *Facility Management. Forvaltning, drift, vedlikehold og utvikling av bygninger*. NTNU, Trondheim: Tapir Akademiske Forlag.
- Helsedirektoratet (2013). *Medisinsk-teknisk utvikling og helsekostnader. En gjennomgang av aktuell kunnskap*. Rapport IS-2142. Lastet ned 20. juni 2014 fra <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/medisinsk-teknisk-utvikling-og-helsekostnader-en-gjennomgang-av-aktuell-kunnskap/Publikasjoner/Medisinsk-teknisk-utvikling-og-helsekostnader.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet (2012). *Rapport Kartlegging av de regionale helseforetakenes oppgaver og ressursbruk*. Telemarksforskning.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2013). *Utredning av etablering av et nasjonalt helseforetak for sykehusplanlegging*. Helse Sør-Øst.
- Helse- og omsorgsdepartementet a (2014). *Oppdragsdokument til de regionale helseforetakene 2014*. Lastet ned 30. mai 2014 fra <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/tema/sykehus/styringsdokumenter/oppdragsdokument.html?id=535564>
- Helse Sør-Øst RHF (2013). *Årsrapport 2012*. Lastet ned 20.06.2014 fra http://www.helse-sorost.no/omoss/_rapporter/_Documents/Årsrapport/Årsrapport%202012%20Helse%20Sør-Øst%20RHF.pdf
- Helse Sør-Øst RHF b (2013). *Plan for strategisk utvikling 2013-2020*. Lastet ned 18. mai 2014 fra <http://www.helse-sorost.no/SiteCollectionDocuments/WEB%20Strategidokument.pdf>
- Helse Sør-Øst RHF, Helse Vest RHF, Helse Midt-Norge RHF, Helse Nord (2013). *Utredning av etablering av nasjonalt helseforetak for sykehusplanlegging*. Utredning etter oppdrag av Helse- og omsorgsdepartementet 31.01.2013.
- Helse Vest RHF (2011). *Strategi for helseregionen 2020. Visjon og mål. Strategi og handlingsplan*. Lastet ned 20. juni 2014 fra <http://www.helse-vest.no/omoss/strategier/Sider/side.aspx>

- Helse Vest RHF (2013). Årsrapport 2012. Lastet ned 20. juni 2014 fra http://www.helse-vest.no/omoss/rapporter/Documents/aarsrapport_2012_web.pdf
- Helse Midt-Norge RHF (2010). *Strategi 2020*. Lastet ned 20. juni 2014 fra <http://www.helse-midt.no/Helse-Midt/Dokumenter/2010/Strategi%202020/Strategi%202020%20Vedtatt%2025.%20mai%202010.pdf>
- Helse Midt-Norge RHF (2013). *Styrets årsberetning og årsregnskap for Helse Midt-Norge RHF for 2012*. Lastet ned 20. juni 2014 fra <https://ekstranett.helse-midt.no/1001/Foretaksmtter/Årsregnskap%20RHF%202012.pdf>
- Helse Nord RHF (2008). *Strategi for Helse Nord RHF*. Lastet ned 20. juni 2014 fra <http://www.helse-nord.no/maal-og-strategier/category4520.html>
- Helse Nord-Norge RHF a (2013). *Årlig melding 2012*. Lastet ned 20. juni 2014 fra http://www.helse-nord.no/getfile.php/RHF%20INTER/Arkiv/%C3%85rsmelding/Arlig_melding_2012.pdf
- Helse Nord-Norge RHF b (2013). *Regnskap 2012*. Lastet ned 20. juni 2014 fra http://www.helse-nord.no/getfile.php/RHF%20INTER/Arkiv/%C3%85rsmelding/Helse_Nord_Regnskap_2012_komplett_med_alle_vedlegg.pdf
- Høie, B. (2014) *Sykehustalen - Helse- og omsorgsminister Bent Høies politiske styringssignaler for spesialisthelsetjenesten*. Tale/artikkel 7.1.2014. Latt ned 26. mai fra http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/aktuelt/taler_artikler/minister/taler-av-helse--og-omsorgsminister-bent-/2014/sykehustalen.html?id=748853
- Jensen, P. A. (2001). *Håndbog i Facilities Management*. Dansk Facilities Management netværk (DFM). København, Danmark.
- Jensen, P. A., Nielsen K. og Nielsen S. B. (2008). *Facilities Management best practice in the Nordic countries – 36 cases*. Centre for Facilities Management – Realdania Research. DTU Management, Technical University of Denmark.
- Jensen, P. A. (2009). *Markedet for Facilities Management i Danmark*. København, Danmarks Tekniske Universitet.
- Jensen, P. A. (2010). *Facilities Management i Danmark. Et erhverv af voksende betydning*. Centre for Facilities Management – Realdania Forskning og Dansk Facilities management - netværk.
- Koch, Cristian og Hermansen, Jakob (2008). *Modenhedsniveau og initiativer i FM-organisationen*, materiell fra en presentasjon av et forskningsprosjekt gitt ved etterutdanningskurs ved DTU i 2008 – upublisert.
- Larsen, A. K. (2010). *En enklere metode – Veiledning i samfunnsvitenskapelig forskningsmetode*. 3. utgave. Bergen: Fagbokforlaget.
- Larssen, A. K. (2011). *Bygg og eiendoms betydning for effektiv sykehusdrift*. PhD avhandling, NTNU, Trondheim.
- Multiconsult. (2008). *Bygg og eiendom som strategisk virkemiddel for effektive helsetjenester*. Sluttrapport fra delprosjekt 1 - Rollen som strategisk bygg- og eiendomsforvalter. FoU prosjekt, Norges Forskningsråd. Lastet ned 20. mai 2014 fra http://www.bedrehelsebygg.no/dokumenter/Sluttrapport_DP1_med_vedlegg.pdf

- Manum, T. (2011). *Prosjektmodenhet i Banecervice*. Masteroppgave. Trondheim, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet.
- Mørk, M. I., Bjøberg, S., Sæbøe, O. E. og Wesæth, O. (2008) *Ord og uttrykk innen eiendomsforvaltning – Fasilitetsstyring*. Norges Bygg- og eiendomsforening. Lastet ned 23. mai 2013 <http://www.nbef.no/fileadmin/Dokumenter/orduttrykkef.pdf>
- Norsk Nettverk for Næringseiendom (NFN) (2013). *Nøkketallrapport 2013 for regnskapsårene 2010-2013*. NFN sykehus tjenester. Anonymisert og ikke offentlig tilgjengelig.
- NOU (1997:2). *Pasienten først! Ledelse og organisering i sykehus*. Oslo, Statens forvaltningstjeneste Statens trykning.
- NOU (2004:22). *Velholdte bygninger gir mer til alle – Om eiendomsforvaltning i kommunesektoren*. Oslo, Statens forvaltningstjeneste Informasjonsavdelingen.
- Norsk standard (2013). *NS-3454 Livssyklus kostnader for byggverk, Prinsipper og klassifisering*. Standard Norge.
- Norsk standard (2007a) *NS-EN 15221-1 Fasilitetsstyring Del 1: Termer og definisjoner*. Europeisk standard, norsk utgave. Standard Norge.
- Norsk standard (2007b). *NS-EN 15221-2 Fasilitetsstyring Del 2: Veiledning for utarbeidelse av avtaler om fasilitetsstyring*. Europeisk standard, norsk utgave. Standard Norge.
- OECD (2008). *Bærekraftig utvikling: forholdet mellom økonomi, samfunn, miljø*. Sammendrag på norsk. Lastet ned 20. juni 2014 fra <http://www.oecd.org/insights/41774340.pdf>
- OGC (2006). *Improving Property Asset Management Asset in the Central Civil Government Estate*. Lastet ned 11. mai 201 fra [http://tna.europarchive.org/20081112122150/http://www.ogc.gov.uk/documents/StevenMale_Property_Asset_Management\(1\).pdf](http://tna.europarchive.org/20081112122150/http://www.ogc.gov.uk/documents/StevenMale_Property_Asset_Management(1).pdf)
- Olsson, N. (2011) *Praktisk rapportskrivning*. Trondheim: Tapir Akademiske Forlag.
- Proposisjon til Stortinget 1 S (2013-2014). *Budsjettår 2014*. Helse- og omsorgsdepartementet. Lastet ned 20. juni 2014 fra <http://www.regjeringen.no/pages/38489466/PDFS/PRP201320140001HODDDDPDFS.pdf>
- Riksrevisjonen (2011:3). *Riksrevisjonens undersøkelse av eiendomsforvaltningen i helseforetakene*.
- Rechel, R., Wright, S., Edwards, N., Dowdeswell, B. og McKee, B. (2009) *Investing in hospitals of the future. Observatory Studies Series no. 16*. United Kingdom: European Observatory on Health Systems and Policies. Lastet ned 15. mai 2014 fra www.euro.who.int/document/e92354.pdf
- Slette, P. A. (2012). *Arealeffektivitet i norske kontorbygninger relatert til bærekraftig utvikling i byggsektoren*. Masteroppgave. Trondheim, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet.
- Statistisk sentralbyrå (2009). *Behov for helsepersonell. Demografiske og økonomiske rammebetingelser*. Rapporter 2009/38. Oslo: Statistisk sentralbyrå

- St. meld. nr. 28 (2011-2012). *Gode bygg for eit betre samfunn. Ein framtidsretta bygningspolitikk*. Kommunal- og regionaldepartementet.
- Sæbøe, O. E. og Blakstad, S. H., (2009). *Fasilitetsstyring – Facilities Management, Temahefte 2. Eiendomsutvikling og forvaltning*, NTNU, Trondheim: Tapir Akademiske Forlag.
- Sørås, I. (2007). *Organisasjonsutvikling i sykehus – forbedringsarbeid I teori og praksis*. Oslo: Universitetsforlaget.

VEDLEGG

VEDLEGG 1: E-post henvendelse til FM direktører om spørreundersøkelse og intervju

VEDLEGG 2: E-post følgetekst til spørreundersøkelse

VEDLEGG 3: Spørreundersøkelse

VEDLEGG 4: Grafisk fremstilling FM tjenesteområder - kategorisert på ansvarlig og utfører

VEDLEGG 5: Grafisk fremstilling av svar vedr. modenhet per helseforetak anonymisert

VEDLEGG 6: Intervjuguide FM direktører og taktiske ledere

VEDLEGG 7: Liste over intervjuobjekter

VEDLEGG 1

E-post henvendelse til FM direktører om spørreundersøkelse og intervju

Fra: Moe Anne Charlotte
Sendt: 24. februar 2014 07:38
Til: 'Morten Løkken Bendiksen'; 'Gina.Marie.Johansen@unn.no'; 'Gjertrud Risnes Spillum'; 'kali@sthf.no'; Manin, Emma Helene Husabø; 'Bækken, Gunnar'; Utaaker, Askjell; Pihl Lars Henrik (Lars.Henrik.Pihl@so-hf.no)
Emne: FM i fremtidens sykehus - spørreundersøkelse - uke 10
Vedlegg: Spørreundersøkelse - deltakere.docx

Til FM direktører i NFN sykehusnettverket

Spørreundersøkelse - masteroppgave «Modell for FM i fremtidens sykehus», NTNU

Viser til sist NfN samling 12. – 13. september 2013 hvor jeg hadde en kort presentasjon av min masteroppgave «Modell for FM i fremtidens sykehusbygg», NTNU. Jeg fikk da klarsignal fra dere til å gjennomføre en spørreundersøkelse og intervju 3-4 av dere FM direktører. Jeg kontakter dere direkte for intervjuavtale (intervjuet tar ca 1 time).

Spørreundersøkelsen blir gjennomført elektronisk (Quest Back), og sendes ut **uke 10**. Undersøkelsen forventes å ta 12-15 minutter.

Kort om masteroppgaven

Masteroppgavens problemstilling er å komme frem til en «Modell for fasilitetsstyring (FM) i fremtidens sykehusbygg i Norge».

For å få svar på problemstillingen er det utledet fire forslag til forskningsspørsmål;

1. Hvilke fasilitetstjenester utføres i et helseforetak?
2. Hvor går skillet mellom støtte- og kjernevirksomhet et helseforetak?
3. Er FM i helseforetak bærekraftig og konkurransedyktig?
4. Hvor moden er FM i helseforetakene?

Flere FM tjenester i sykehusbygg er spesialiserte og tilrettelagt for kjernevirksomheten, som for eksempel aktiv forsyning av varer helt inn til og med nærlagrene på operasjonsstuene. Det er min hypotese at det er et noe utydelig grensesnitt i utførelsen av enkelte ikke kliniske oppgaver mellom støttefunksjoner (FM) og kjernevirksomheten. Ett sentralt spørsmål er derfor - hvor bør skillet mellom støttetjenester (FM) og kjernevirksomhet i et sykehus gå?

Fremdriftsplan vår 2014

For å komme i mål med masteroppgaven til sommeren, følges fremdriftsplanen:

1. Kvalitetssikre deltakere i spørreundersøkelsen med sykehusene uke 9
2. Gjennomføre spørreundersøkelse uke 10. Svarfrist 5 + 5 arbeidsdager
3. Sammenstille og sende ut funn fra spørreundersøkelsen til HF'ene uke 14
4. Intervju (ca 1 time) med 3-4 utvalgte FM ledere i perioden uke 14-16
5. Eventuelt presentasjon av masteroppgaven med funn på NfN samling høsten 2014?

NfN nøkkeltalldata og funn i spørreundersøkelsen

Jeg har formell godkjenning for anvendelse av NfN datagrunnlaget for helseforetakene per 2012 fra leder NFN, Magne Lea. Dataene anonymiseres og skal ikke kunne spores tilbake til helseforetaket. Eventuelle analyser gjennomføres på et overordnet nivå.

Utvalg = NFN sykehusnettverkets deltakere fra Gardermoen 2013 +

Utvalget er NFN deltakere fra samlingen på Gardermoen høsten 2013. Noen FM organisasjoner har ansvar for flere fagområder enn de som deltok på NFN samlingen. For å sikre god kvalitet og reliabilitet bør disse fagområdene inkluderes i spørreundersøkelsen. Eksempler på fagområder er medisinsk teknisk og steril forsyning. **I vedlagte liste er det markert med rødt der jeg mangler kontaktperson.**

Kan dere kvalitetssikre vedlagte kontaktliste for ditt helseforetak? Bør flere delta? Oppgi gjerne en kontaktperson, så kan jeg ordne det rent praktiske gjennom denne personen. Totalt vil ca. 100-110 ledere/fagpersoner på strategisk og taktisk nivå delta i spørreundersøkelsen.

Håper fremdriftsplan er overkommelig for Dere. Jeg ser frem til en spennende og lærerik periode med datainnsamling og intervjuer.

Takk for godt samarbeid så langt!

Med vennlig hilsen
Anne Charlotte Moe

Sykehuset Østfold
Divisjon for intern service og eiendom
Postboks 16, 1603 Fredrikstad
Besøksadresse: Roald Amundsens gate 17, 5. etasje, Sarpsborg
Mobil +47 482 24 948
anne.charlotte.moe@so-hf.no

VEDLEGG 2

E-post følgetekst til spørreundersøkelse

Spørreundersøkelse om fasilitetsstyring (FM) i sykehus

Dette er en spørreundersøkelse som skal kartlegge dagens FM tjenesteomfang i den norske sykehussektoren og vurdere modenhet i organisasjonene.

Du er leder eller fagperson i en FM organisasjon blant 8 helseforetak som er med i Nettverk for Næringseiendom (NFN) for ikke-kliniske sykehustjenester. Det er gitt klarsignal fra din ledelse om at spørreundersøkelsen kan gjennomføres. Dine svar er viktig for å få god kvalitet på undersøkelsen!

Datagrunnlaget skal brukes i min masteroppgave *Modell for FM i fremtidens sykehus*, NTNU.

Kontakt meg på telefon 482 24 948 dersom det er noe du lurer på i forbindelse med undersøkelsen.

På forhånd takk for at du tar deg tid til å svare på undersøkelsen.

Med hilsen

Anne Charlotte Moe

Erfaringsbasert masterprogram innen eiendomsledelse- og utvikling, NTNU

Sykehuset Østfold HF

<https://response.questback.com/isa/qbv.dll/SQ?r=38776E324236304D656A6F>

2B70672B31426E732B594131475539505074484155724F724E5444372F4131556C6B6E666C

Spørreundersøkelse om fasilitetsstyring (FM) i sykehus

Introduksjon

Fokus på fasilitetsstyring (FM) i sykehussektoren er voksende i Norge og internasjonalt. FM i sykehussektoren har en felles målsetning om at tjenestene skal frigjøre kapital og bidra til verdiskapning for kjernevirksomheten – det kan også beskrives som at FM skal være bærekraftig og understøtte god og effektiv pasientbehandling.

Hensikten med denne spørreundersøkelsen er å kartlegge dagens FM tjenesteomfang i den norske sykehussektoren og vurdere modenhet i organisasjonene. Spørreundersøkelsen gjennomføres i de 8 helseforetakene som er med i Nettverk for Næringseiendom for sykehus (NFN for sykehus). Datagrunnlaget benyttes i masteroppgaven «Modell for FM i fremtidens sykehus».

Som deltaker i undersøkelsen er du og ditt helseforetak anonyme. Funn vil bli beskrevet på generell basis i masteroppgaven.

Spørreundersøkelsen er strukturert som følger:

1. Statistikk – respondentens bakgrunn
2. Kort kartlegging av tjenester og grensesnitt
3. Din organisasjons FM modenhet i dag (2014) og antatt modenhet om 5-10 år
4. Dine innspill til FM i fremtiden – innspill i kort fritekst

Undersøkelsen tar maks 15 minutter.

1. Statistikk

Hvilket helseforetak jobber du i? (Sett ett kryss)

- Akershus Universitetssykehus HF
 - Helse Bergen HF
 - Oslo Universitetssykehus HF
 - Stavanger Universitetssykehus HF
 - St. Olavs Hospital HF
 - Sykehuset Telemark HF
 - Sykehuset Østfold HF
 - UNN HF
-

Hvilken organisasjon jobber du i? (kryss av for den/de kategoriene som passer best)

- FM ledelse inkl stab
- Eiendomsforvaltning og utvikling
- Drift og vedlikehold
- Vakt, sikring og parkering
- Renhold
- Tekstil- og vaskeritjenester
- Forsyning og transport
- Portør
- Kjøkken og kantine
- Resepsjon, sentralbord og internt servicesenter
- Dokumentasjon, arkiv og post
- Sterilsentral
- Medisinskteknisk
- Innkjøp
- Regnskap
- Annet

Neste >>

6 % fullført

Spørreundersøkelse om fasilitetsstyring (FM) i sykehus

2. Dagens FM tjenester og grensesnitt

Eiendomsforvaltning og utvikling (sett ett eller flere kryss dersom det er delt ansvar og/eller utførelse)

	Egen organisasjon	Støtte-funksjon (ikke klinisk)	Klinisk	Ekstern leverandør	RHF	Outsourced/ outtasket	Utføres ikke	Vet ikke
Hvem har ansvaret for inn- og utleie av arealer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvem utfører inn- og utleie av arealer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvem har ansvaret for forvaltning av bygg og eiendommer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvem utfører forvaltningen av bygg og eiendommer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvem har ansvaret for utvikling av bygg og eiendommer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvem utfører utvikling av bygg og eiendommer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<< Tilbake

Neste >>

11 % fullført

Spørreundersøkelse om fasilitetsstyring (FM) i sykehus

Drift og vedlikehold (sett ett eller flere kryss dersom det er delt ansvar og/eller utførelse)

	Støtte- funksjon		Ekstern leverandør	Outsourced/ RHF	Utføres ikke	Vet ikke
	Egen organisasjon	(ikke klinisk)				
Hvem har ansvaret for drift av bygg og anlegg?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvem utfører drift av bygg og anlegg?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvem har ansvaret vedlikehold av bygg og anlegg?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvem utfører vedlikehold av bygg og anlegg?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvem har ansvaret for vaktmestertjenester?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvem utfører vaktmestertjenester?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvem har ansvaret for gartnertjenester?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvem utfører gartnertjenester?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<< Tilbake

Neste >>

Spørreundersøkelse om fasilitetsstyring (FM) i sykehus

Vakt, sikring og parkering (sett ett eller flere kryss dersom det er delt ansvar og/eller utførelse)

	Støtte- funksjon		Ekstern leverandør	Outsourced/ outtasked	Utføres ikke	Vet ikke
	Egen organisasjon	(ikke klinisk)				
Hvem har ansvaret for vakt og sikring?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvem utfører vakt og sikring?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvem har ansvaret for parkering i sykehuset?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvem utfører parkeringstjenestene i sykehuset?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<< Tilbake

Neste >>

22 % fullført

Spørreundersøkelse om fasilitetsstyring (FM) i sykehus

Renhold (sett ett eller flere kryss dersom det er delt ansvar og/eller utførelse)

	Egen organisasjon	Støtte-funksjon (ikke klinisk)	Klinisk	Ekstern leverandør	RHF	Outsourced/ outtasket	Utføres ikke	Vet ikke
Hvem har ansvaret for smitterenhold?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvem utfører smitterenhold?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvem har ansvaret for renhold på operasjon?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvem utfører renhold på operasjon?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvem har ansvaret for føderenhold?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvem utfører føderenhold?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvem har ansvaret for sengevask og oppredning?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvem utfører sengevask og oppredning?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvem har ansvaret for renhold av pasientrom ved utreise?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvem utfører renhold av pasientrom ved utreise?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvem har ansvaret for «assistentoppgaver» (for eksempel vask av instrumenter på poliklinikk)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvem utfører «assistentoppgaver»?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvem har ansvaret for hovedrenhold?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvem utfører hovedrenhold?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvem har ansvaret for byggrenhold?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvem utfører byggrenhold?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvem har ansvaret for utomhus- og utvendig vindusvask?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvem utfører utomhus- og utvendig vindusvask?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<< Tilbake

Neste >>

28 % fullført

Spørreundersøkelse om fasilitetsstyring (FM) i sykehus

Tekstil- og vaskeritjenester (sett ett eller flere kryss dersom det er delt ansvar og/eller utførelse)

	Støtte- funksjon		Ekstern leverandør	RHF	Outsourced/ outtasket	Utføres ikke	Vet ikke
	Egen organisasjon	(ikke klinisk)					
Hvem har ansvaret for forsyning av tekstiler til pasienter?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvem utfører forsyning av tekstiler til pasienter?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvem har ansvaret for forsyning av tekstiler til operasjon?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvem utfører forsyning av tekstiler til operasjon?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvem har ansvaret for forsyning av tekstiler til ansatte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvem utfører forsyning av tekstiler til ansatte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvem har ansvaret for vask av tekstiler?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvem utfører vask av tekstiler?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvem har ansvaret vask av dyner og puter?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvem utfører vask av dyner og puter?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvem har ansvaret for vask av spesialtøy (ambulanse, teknisk)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvem utfører vask av spesialtøy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvem har ansvaret for vask av renholdsutstyr (mopper mm)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvem utfører vask av renholdsutstyr?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<< Tilbake

Neste >>

33 % fullført

Spørreundersøkelse om fasilitetsstyring (FM) i sykehus

Forsyningskjede varer: fra leverandør => sentrallager => varemottak sykehus => avdelingslager
=> nærlager => retur avfall/avfallshåndtering

Forsyning og transport (sett ett eller flere kryss dersom det er delt ansvar og/eller utførelse)

	Egen organisasjon	Støtte-funksjon (ikke klinisk)	Klinisk	Ekstern leverandør	RHF	Outsourced/ outtasket	Utføres ikke	Vet ikke
Hvem har ansvaret for vareforsyning fra leverandør til sentrallager?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvem utfører vareforsyning fra leverandør til sentrallager?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvem har ansvaret for vareforsyning fra sentrallager til varemottak sykehus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvem utfører vareforsyning fra sentrallager til varemottak sykehus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvem har ansvaret for vareforsyning fra varemottak sykehus til avdelingslager?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvem har ansvaret for vareforsyning fra avdelingslager til nærlager?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvem utfører vareforsyning fra avdelingslager til nærlager?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvem har ansvaret for avfallshåndtering/retur av avfall?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvem utfører avfallshåndtering/retur av avfall?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvem har ansvaret for varesortiment til sykehuset?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvem oppdaterer varesortiment til sykehuset?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvem har ansvaret for å bestille varer til kliniske enheter?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvem utfører bestilling av varer til kliniske enheter?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvem har ansvaret for intern transport i sykehuset?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvem utfører intern transport i sykehuset?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<< Tilbake

Neste >>

39 % fullført

Spørreundersøkelse om fasilitetsstyring (FM) i sykehus

Portør (sett ett eller flere kryss dersom det er delt ansvar og/eller utførelse)

	Støtte- funksjon		Ekstern leverandør	RHF	Outsourced/ outtasked	Utføres ikke	Vet ikke
	Egen organisasjon	(ikke klinisk)					
Hvem har ansvaret for transport av pasient fra akuttmottak til sengepost?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvem utfører transport av pasient fra akuttmottak til sengepost?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvem har ansvaret for transport av pasient til røntgen, MR, blodprøvetaking mm?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvem utfører for transport av pasient til røntgen, MR, blodprøvetaking mm?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvem har ansvaret for transport av pasient til operasjon?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvem utfører transport av pasient til operasjon?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvem har ansvaret for transport av pasient ved utreise?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvem utfører transport av pasient ved utreise?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<< Tilbake

Neste >>

44 % fullført

Spørreundersøkelse om fasilitetsstyring (FM) i sykehus

Kjøkken og kantine (sett ett eller flere kryss dersom det er delt ansvar og/eller utførelse)

	Støtte- funksjon		Ekstern Klinisk leverandør	RHF	Outsourced/ outtasked	Utføres ikke	Vet ikke
	Egen organisasjon	(ikke klinisk)					
Hvem har ansvaret for servering av mat til pasienter fra buffé?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvem serverer mat til pasienter fra buffé?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvem har ansvaret for transport av mat frem til pasientrommet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvem transporterer mat frem til pasientrommet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvem har ansvaret for servering av mat til pasienter i pasientrommet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvem har ansvaret for kantinetjenester i sykehuset?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvem utfører kantinetjenester i sykehuset?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<< Tilbake

Neste >>

50 % fullført

Spørreundersøkelse om fasilitetsstyring (FM) i sykehus

Resepsjon, sentralbord og internt servicesenter (sett ett eller flere kryss dersom det er delt ansvar og/eller utførelse)

	Støtte- funksjon		Ekstern leverandør	RHF	Outsourced/ outtasked	Utføres ikke	Vet ikke
	Egen organisasjon	(ikke klinisk)					
Hvem har ansvaret for resepsjonene i sykehuset?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvem utfører resepsjonstjenester?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvem har ansvaret for sentralbordet i sykehuset?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvem utfører sentralbordtjenester?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvem har ansvaret for internt servicesenter i sykehuset?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvem utfører interne servicetjenester?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<< Tilbake

Neste >>

56 % fullført

Spørreundersøkelse om fasilitetsstyring (FM) i sykehus

Dokumentasjon, arkiv og post (sett ett eller flere kryss dersom det er delt ansvar og/eller utførelse)

	Egen organisasjon	Støtte-funksjon (ikke klinisk)	Klinisk	Ekstern leverandør	RHF	Outsourced/ outtasket	Utføres ikke	Vet ikke
Hvem har ansvar for journalarkivet i sykehuset?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvem utfører journalarkivtjenester?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvem har ansvar for saksarkivet i sykehuset?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvem utfører saksarkivtjenester?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvem har ansvar for skanning i sykehuset?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvem utfører skanningstjenester?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvem har ansvar for skrive tjenester i sykehuset?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvem utfører skrive tjenester?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvem har ansvar for post i sykehuset?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvem utfører posttjenester?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<< Tilbake

Neste >>

61 % fullført

Spørreundersøkelse om fasilitetsstyring (FM) i sykehus

Sterilsentral (sett ett eller flere kryss dersom det er delt ansvar og/eller utførelse)

	Støtte- funksjon		Ekstern	Outsourced/ Utføres	Vet		
	Egen organisasjon	(ikke klinisk)	Klinisk leverandør	RHF	outtasked	ikke	ikke
Hvem har ansvaret for steril forsyning i sykehuset?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvem utfører steril forsyning i sykehuset?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

[<< Tilbake](#) [Neste >>](#)

67 % fullført

Spørreundersøkelse om fasilitetsstyring (FM) i sykehus

Medisinskteknisk (sett ett eller flere kryss dersom det er delt ansvar og/eller utførelse)

	Støtte- funksjon		Ekstern	Outsourced/ Utføres	Vet		
	Egen organisasjon	(ikke klinisk)	Klinisk leverandør	RHF	outtasked	ikke	ikke
Hvem har ansvaret for medisinskteknisk i sykehuset?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvem utfører medisinsktekniske tjenester i sykehuset?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

[<< Tilbake](#) [Neste >>](#)

72 % fullført

Spørreundersøkelse om fasilitetsstyring (FM) i sykehus

Innkjøp (sett ett eller flere kryss dersom det er delt ansvar og/eller utførelse)

	Egen organisasjon	Støtte-funksjon (ikke klinisk)	Klinisk	Ekstern leverandør	RHF	Outsourced/ outtasket	Utføres ikke	Vet ikke
Hvem har ansvaret for innkjøp i sykehuset?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvem utfører innkjøpstjenester i sykehuset?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<< Tilbake

Neste >>

78 % fullført

Spørreundersøkelse om fasilitetsstyring (FM) i sykehus

Regnskap (sett ett eller flere kryss dersom det er delt ansvar og/eller utførelse)

	Egen organisasjon	Støtte-funksjon (ikke klinisk)	Klinisk	Ekstern leverandør	RHF	Outsourced/ outtasket	Utføres ikke	Vet ikke
Hvem har ansvaret for regnskap i sykehuset?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvem utfører regnskapstjenester i sykehuset?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<< Tilbake

Neste >>

83 % fullført

Spørreundersøkelse om fasilitetsstyring (FM) i sykehus

3. FM modenhet i sykehuset i dag og om 5-10 år

Sett ett kryss for hvert område, 0=helt uenig, 1= delvis uenig, 2= delvis enig og 3= helt enig

I hvilken grad er du enig i følgende utsagn for din FM organisasjon i dag:

	0	1	2	3	Vet ikke
FM organisasjonens mål og strategier er del av sykehusets mål og strategier	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
FM organisasjonens strategier er forankret i sykehusledelsen/toppledelsen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
FM organisasjonen er aktivt deltagende i virksomhetsutviklingen i sykehuset	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Toppledelsen i sykehuset er engasjert i FM	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Norske Standarder (NS) benyttes ved oppgaveutførelsen i din organisasjon	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Serviceleveranseavtaler (SLA) benyttes i din organisasjon	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
SLA er et viktig styringsverktøy	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
SLA er et arbeidsverktøy som kan sikre en god relasjon mellom partene	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nøkkelindikatorer (KPI'er) er styringsparametere for utførelse av FM tjenester	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Overordnet FDV system benyttes som styringsverktøy i din organisasjon	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Flere fagspesifikke støttesystemer benyttes som styringsverktøy i din organisasjon	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Det er kontinuerlig dialog med kjernevirksomheten om tjenesteomfang	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Det er standardiserte rutiner i utførelse av FM tjenestene	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Det er kontinuerlig vurdert «beste praksis» i utførelsen av FM tjenestene	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Det er kontinuerlig vurdert profesjonalisering av FM tjenestene	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Det er god FM kompetanse i din organisasjon	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Det er god fagspesifikk kompetanse i din organisasjon	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Det arbeides systematisk med kompetanseutvikling i din organisasjon	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Eventuelle kommentarer?

<< Tilbake

Neste >>

89 % fullført

Spørreundersøkelse om fasilitetsstyring (FM) i sykehus

Sett ett kryss for hvert område, 0=helt uenig, 1= delvis uenig, 2= delvis enig og 3= helt enig

I hvilken grad er du enig i følgende utsagn for din FM organisasjon om 5- 10 år:

	0	1	2	3	Vet ikke
FM organisasjonens mål og strategier er del av sykehusets mål og strategier	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
FM organisasjonens strategier er forankret i sykehusledelsen/toppledelsen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
FM organisasjonen er aktivt deltagende i virksomhetsutviklingen i sykehuset	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Toppledelsen i sykehuset er engasjert i FM	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Norske Standarder (NS) benyttes ved oppgaveutførelsen i din organisasjon	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Serviceleveranseavtaler (SLA) benyttes i din organisasjon	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
SLA er et viktig styringsverktøy	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
SLA er et arbeidsverktøy som kan sikre en god relasjon mellom partene	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nøkkelindikatorer (KPI'er) er styringsparametere for utførelse av FM tjenester	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Overordnet FDV system benyttes som styringsverktøy i din organisasjon	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Flere fagspesifikke støttesystemer benyttes som styringsverktøy i din organisasjon	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Det er kontinuerlig dialog med kjernevirksomheten om tjenesteomfang	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Det er standardiserte rutiner i utførelse av FM tjenestene	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Det er kontinuerlig vurdert «beste praksis» i utførelsen av FM tjenestene	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Det er kontinuerlig vurdert profesjonalisering av FM tjenestene	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Det er god FM kompetanse i din organisasjon	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Det er god fagspesifikk kompetanse i din organisasjon	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Det arbeides systematisk med kompetanseutvikling i din organisasjon	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Eventuelle kommentarer?

<< Tilbake

Neste >>

94 % fullført

Spørreundersøkelse om fasilitetsstyring (FM) i sykehus

4. Fremtidens FM tjenester i sykehus

Hvordan kan din enhet bidra til høyere effektivitet/verdiskapning for kjernevirksomheten?

Hva hindrer eventuelt din enhet i å bidra til høyere effektivitet/verdiskapning for kjernevirksomheten?

Er det områder din enhet kan utføre større deler av FM tjenesten/oppgavene enn i dag?

Hva hindrer eventuelt din enhet i å utføre større deler av FM tjenestene/oppgavene enn i dag?

Hva er effekten for kjernevirksomheten hvis din enhet utfører større deler av oppgavene?

<< Tilbake

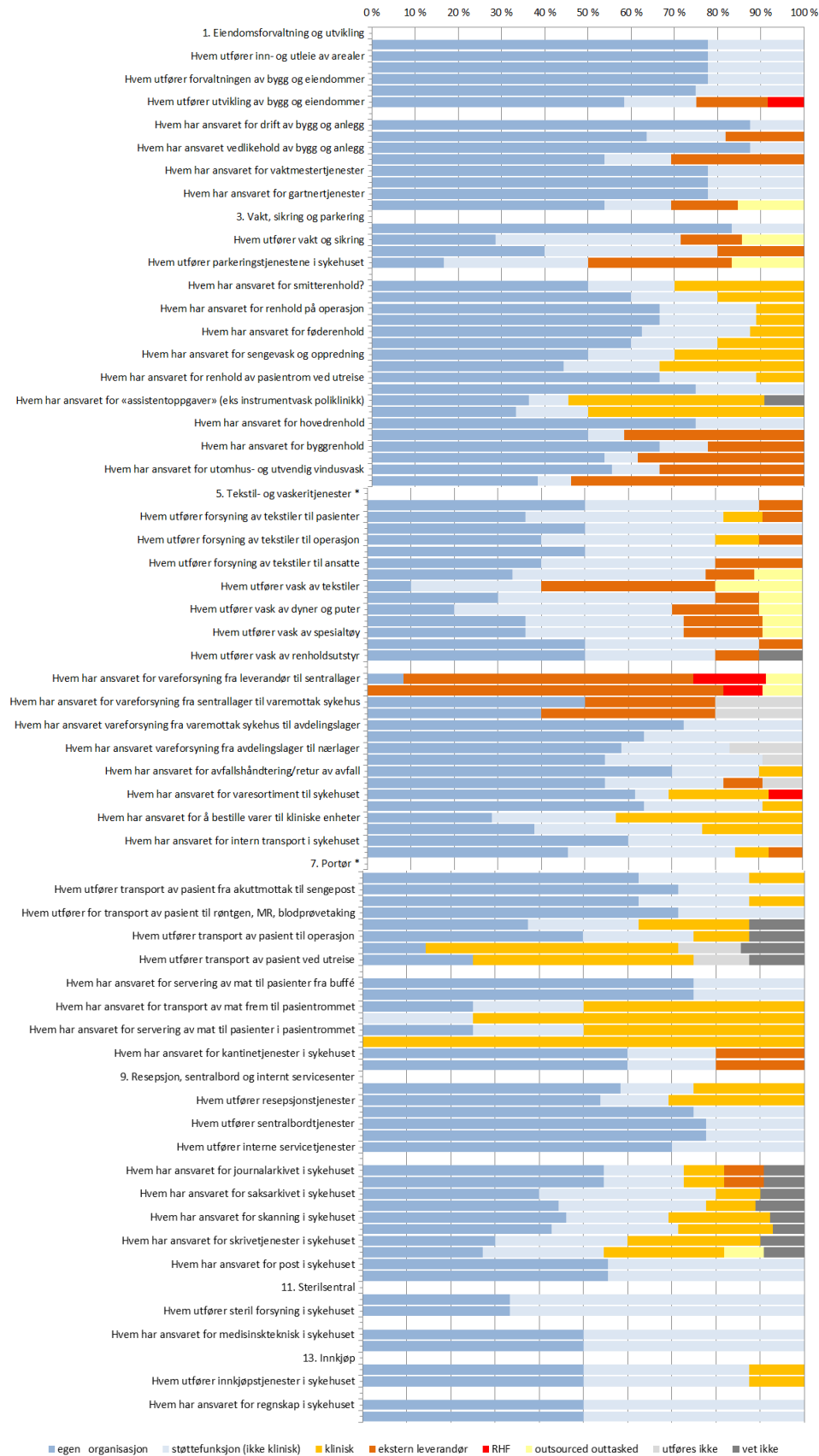
Send

100 % fullført

© Copyright www.QuestBack.com. All Rights Reserved.

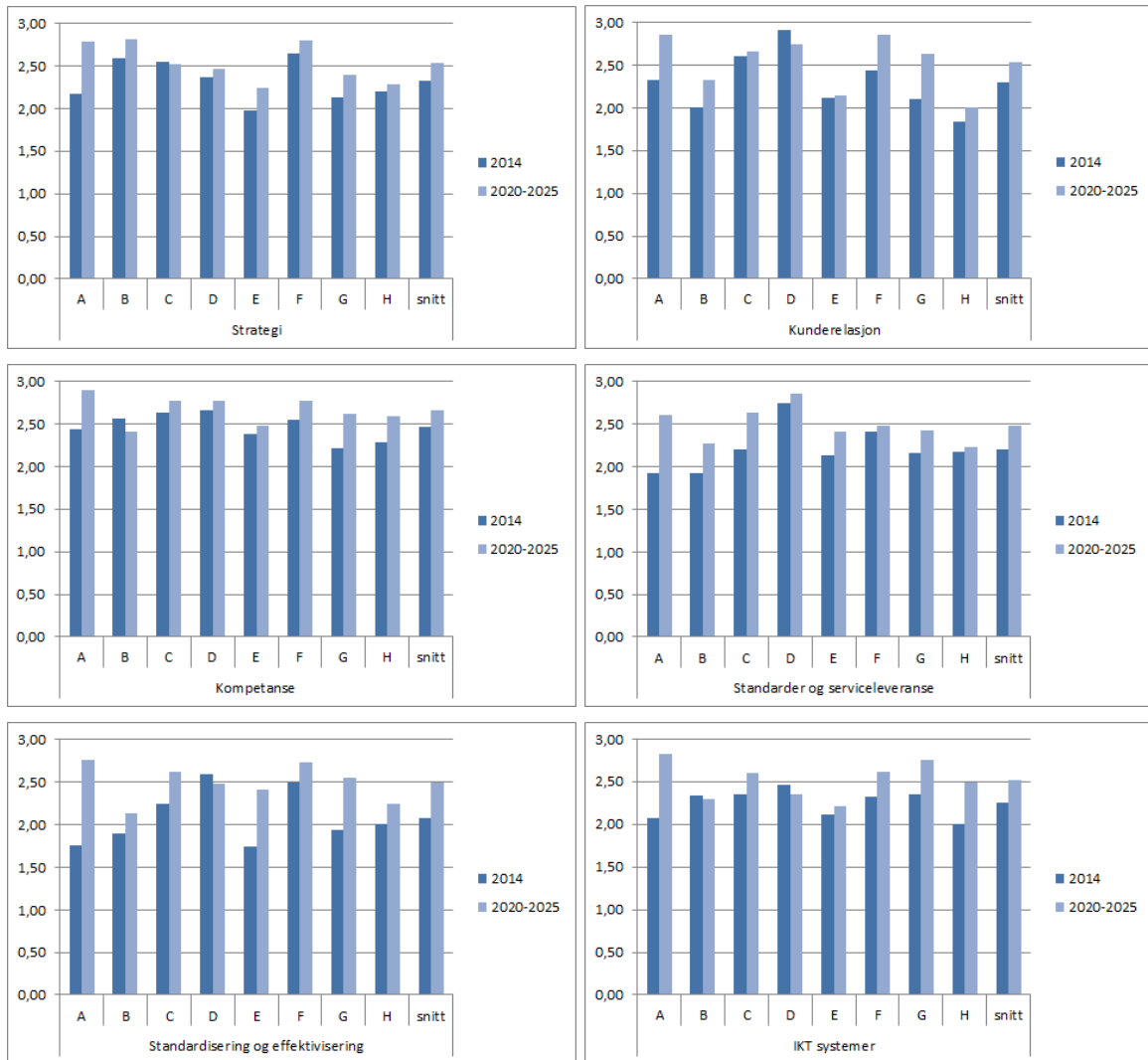
VEDLEGG 4

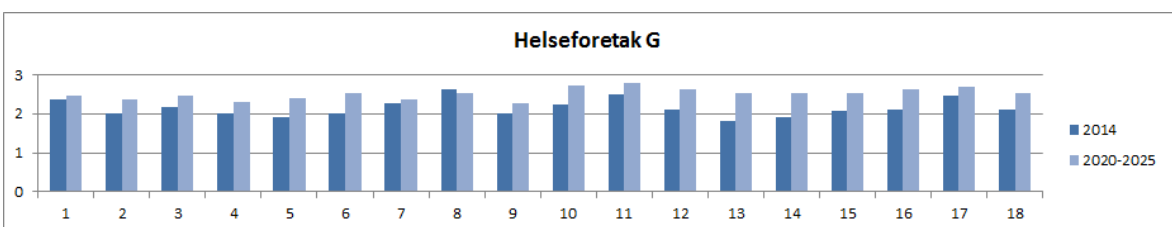
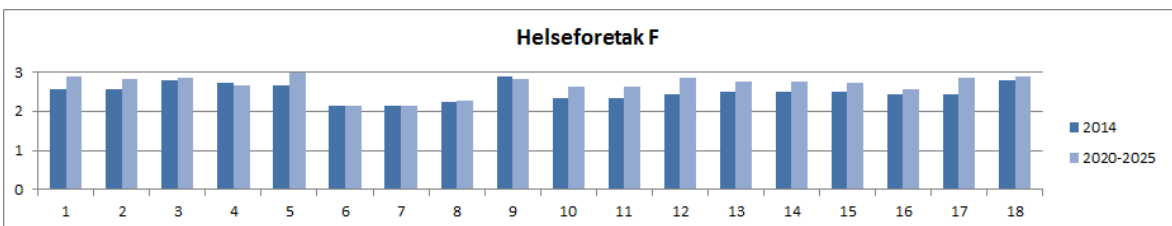
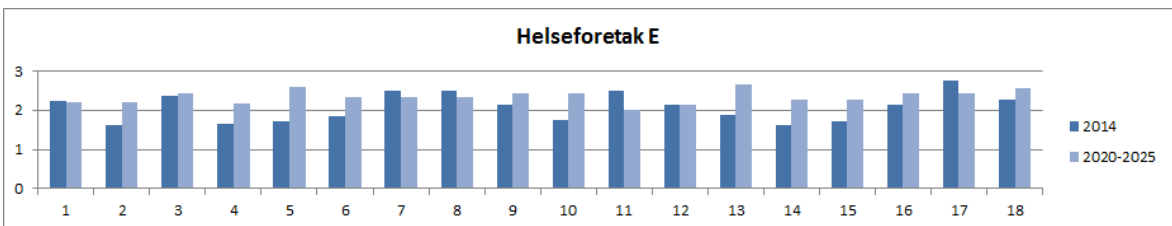
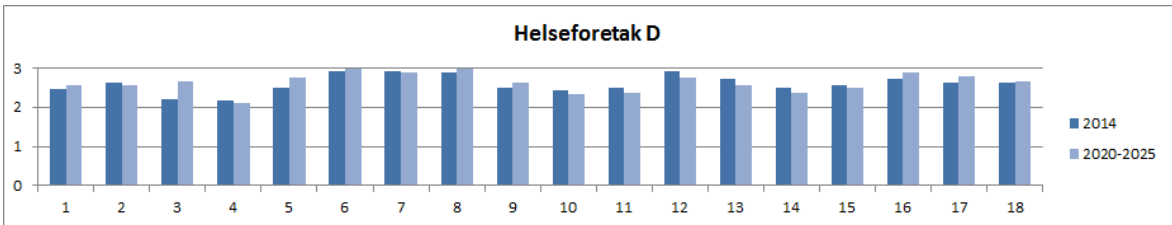
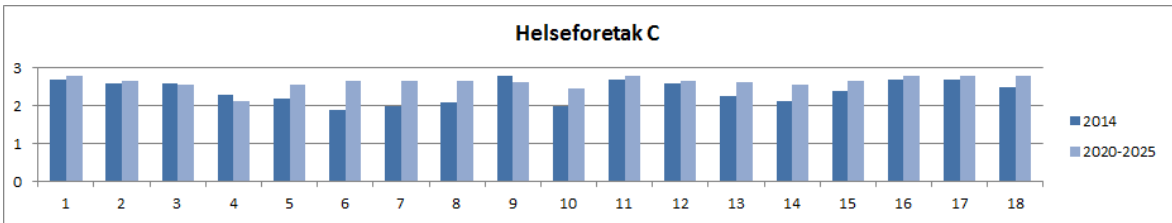
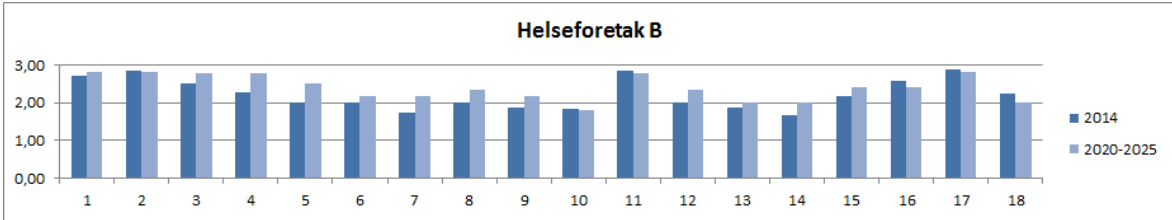
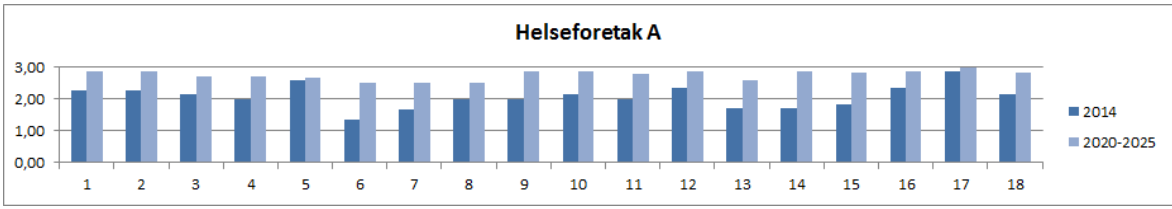
Grafisk fremstilling FM tjenesteområder kategorisert på ansvarlig og utfører



VEDLEGG 5

Grafisk fremstilling av svar vedr. modenhet per helseforetak anonymisert





VEDLEGG 6

Intervjuguide FM direktører og taktiske ledere

Intervjuguide til FM direktører og taktiske ledere

Modell for FM i fremtidens sykehus i Norge

Innledning

Påstand: Fremtidig FM skal være bærekraftig og understøtte god og effektiv pasientbehandling.

Hva innebærer det? Finnes den en generisk FM modell for å understøtte fremtidens pasientbehandling i sykehus? Hvilke drivkrefter, mål og visjoner vil forme FM organisasjon i fremtiden? Er det private FM markedets profesjonalisering og konkurransekraft førende? Er det internasjonale trender som bør følges? Er det politiske signaler eller føringer som vektlegges?

Styreleder i HSØ, Peder Olsen, påpeker og vektlegger pasientsikkerhet, tilgjengelighet, fritt sykehusvalg og fritt behandlingsvalg. Hvordan påvirker det fremtidens FM?

Utviklingen av FM organisasjonene i de norske sykehusene går raskt og stadig flere ansvarsområder legges inn under organisasjonen. Hva er fremtidsbildet i 2020 – 2030. Er det en oppgaveglidning, og vil eventuelt denne glidningen fortsette? Kommer FM organisasjonen til å utføre flere «pleieoppgaver» som for eksempel servering av mat og aktiv forsyning varer helt inn på operasjonsbordet?

Funn så langt fra spørreundersøkelse blant de 8 helseforetakene som er med i NFN langt viser at det er moderat modenhet, teoretisk sett. Hvordan påvirker det fremtidens FM i sykehus?

Målsetning

Hensikten med intervjuet er å få et bilde over hva utvalgte FM direktørene i sykehus mener er fremtidsbildet for FM 2020-2030. Er mål og visjoner 2020 – 2030 sammenfallende og finnes den generiske FM modellen for FM i fremtidens sykehus?

Spørsmålene som stilles er:

1. Hva legger du i bærekraftig FM i sykehus i dag og i fremtiden 2020 – 2030?
2. Hva legger du i konkurransedyktig FM i sykehus i dag og i fremtiden 2020 – 2030?
3. Hva mener du er fremtidens modell for FM i sykehus i 2020-2030?
4. Hvordan kan FM bidra til høyere effektivitet og/eller verdiskapning for kjernevirksomheten? Finner det eventuelle hindre? Finnes det muligheter som ikke er virkeliggjort?
5. Er det områder FM kan utføre større deler av FM tjenesten/oppgavene enn i dag? Finnes det eventuelle hindre? Finnes det muligheter som ikke er virkeliggjort?

Praktisk om intervjuet

- Intervjuet tar en time
- Intervjuet tapes (mobil) etter godkjenning av deg
- Intervjuet refereres i sin helhet og oversendes for godkjenning innen tre dager
- Når intervjuet er godkjent av deg slettes lydfilen på mobilen
- Intervjuet brukes kun som datagrunnlag og til drøfting i masteroppgaven
- Det tas forbehold om endringer i spørsmålene

VEDLEGG 7

Liste over intervjuobjekter

Navn	Rolle	Klinikk/avdeling	Helseforetak	Dato
Morten Bendiksen	FM direktør	Divisjon for service og teknikk	Akershus universitetssykehus	24.03.14
Geir Teigstad	FM direktør	Oslo sykehusservice	Oslo universitetssykehus	23.04.14
Gjertrud R. Spillum	Avdelingsleder	Oslo sykehusservice OSS-Aker	Oslo universitetssykehus	23.04.14
Torun Gjesdal	Avdelingsleder	Oslo sykehusservice Innkjøp og logistikk og intern service	Oslo universitetssykehus	23.04.14
Bjørn E. Helle	Avdelingsleder	Oslo sykehusservice Administrative fellesfunksjoner	Oslo universitetssykehus	23.04.14
Gunnar Bækken	Ass FM direktør	St. Olav Hospitalservice	St. Olav Hospital	28.04.14
Mats Hobber	Avdelingsleder Allmenn teknikk	St. Olav Hospitalservice	St. Olav Hospital	28.04.14

