

Styremøte i Sykehusbygg HF

fre. 24. november 2023, 10:00 - 14:00

Teams

Agenda

10:00 - 10:05

5 min

49/2023

Godkjenne innkalling og agenda

Beslutning

Ivar Eriksen

Innkalling og agenda godkjennes

10:05 - 10:10

5 min

50/2023

Godkjenne protokoll fra styremøte 22. september

Beslutning

Ivar Eriksen

Protokoll fra møte 22. september godkjennes.



 Protokoll_Styremøte i Sykehusbygg HF_220923.pdf (2 sider)

10:10 - 10:30

20 min

51/2023

Status økonomi pr oktober

Orientering

Terje Bygland Nikolaisen

Styret tar informasjon om status for foretakets økonomiske situasjon pr oktober 2023 til orientering.



 SB-SAK 51-23 - Økonomistatus pr oktober 2023.pdf (2 sider)

10:30 - 10:45

15 min

52/2023

Endelig forslag til budsjett 2024

Beslutning

Berit Bye

Styret godkjenner endelig forslag til budsjett for Sykehusbygg HF for 2024 med de endringer som er fremlagt i saken.



 SB-SAK 52-23 Budsjett 2024.pdf (2 sider)



 SB SAK 52-23 Vedlegg saksnotat utkast til budsjett 2024.pdf (4 sider)



 SB-SAK 52-23 Vedlegg 2 FO-budsjett 2024_utkast.pdf (1 sider)



 Vedlegg til SB-SAK 52-23 forslag til endelig budsjett 2024 Sykehusbygg HF.pdf (1 sider)

10:45 - 11:05

20 min

53/2023

Kunnskapsbanken - status

Orientering

Terje Bygland Nikolaisen

Styret tar status og plan for videre arbeid til orientering.



 SB-SAK 53-23 Kunnskapsbanken - status.pdf (2 sider)

11:05 - 11:20

54/2023

15 min

Styrende dokumenter, årlig gjennomgang

Beslutning

Terje Bygland Nikolaisen

Styret slutter seg til den oppfølging som er foreslått av administrasjonen.

 SB-SAK 54-24 - Styrende dokumenter årlig gjennomgang.pdf (3 sider)

 SB-SAK 54-23_Vedlegg Retningslinjer for virksomhetsstyring_2023-revisjon.pdf (12 sider)

11:20 - 11:50

55/2023

30 min

Etiske retningslinjer i Sykehusbygg HF

Diskusjon

Berit Bye

1. Styret tar informasjon om arbeidet med revisjon av foretakets etiske retningslinjer til orientering.
2. Styret ber om at de kommentarer som framkommer i møtet blir hensyntatt i det videre arbeidet, og at saken legges frem til endelig beslutning i et senere styremøte.

 SB-SAK 55-23 Etiske retningslinjer.pdf (2 sider)

 SB-SAK 55-23_Vedlegg Etiske retningslinjer - vedtatt av Styret 31.01.2018.pdf (2 sider)

11:50 - 12:10

56/2023

20 min

Retningslinjer for brukerutvalg i Sykehusbygg HF

Beslutning

Terje Bygland Nikolaisen

1. Styret i Sykehusbygg HF godkjenner felles retningslinjer for brukermedvirkning i felleseide helseforetak.
2. Styret ber administrerende direktør om å følge opp retningslinjene og sørge for å etablere brukerutvalg for helseforetaket i henhold til disse.

 SB-SAK 56-23 Retningslinjer for brukerutvalg i Sykehusbygg HF.pdf (3 sider)

 Vedlegg 1 Retningslinjer brukermedvirkning helseforetak.pdf (16 sider)

 Vedlegg 2 Retningslinjer brukermedvirkning helseforetak - innspill IRBU151123.pdf (16 sider)

12:10 - 12:25

57/2023

15 min

Vedtakslogg for 2023

Beslutning

Terje Bygland Nikolaisen

Styret gjennomgår logg over vedtak gjort i styremøter i 2023. Loggen viser at administrasjonen har fulgt opp i tråd med vedtak gjort av styret, og gir et bilde på administrasjonens oppfølging av styrevedtak for 2023.

 SB-SAK 57-23_Vedtakslogg 2023.pdf (4 sider)

12:25 - 12:35

58/2023

10 min

Plan for styret i 2024

Beslutning

Ivar Eriksen

Møteplan for 2024 besluttet med de endringer som ble gjort i møtet.

 SB-SAK 58-23 årsplan for styret i 2024.pdf (1 sider)

 SB-SAK 58-23_Vedlegg_Møteplan for styret 2024.pdf (2 sider)

 SB-SAK 58-23 Vedlegg_Arshjul felleseide HF 2024 vedtatt.pdf (9 sider)

12:35 - 12:55

59/2023

Confidential, Bye, Berit, 19.11.2023 12:51:14

20 min

AD sin orientering til styret

Orientering

Terje Bygland Nikolaisen

Styret tar informasjon fra administrerende direktør til orientering.

 SB-SAK 59-23 Administrerende direktør sin orientering til styret.pdf (1 sider)

 290923 Innspill til oppdragsdokument 2024.pdf (5 sider)

12:55 - 13:05

60/2023

10 min

Eventuelt

Orientering

Ivar Eriksen

Styrets egnevaluering

Styremøte i Sykehusbygg HF

fre 22 september 2023, 10:00 - 14:00

Deltakere

Styremedlemmer

Ivar Eriksen (Styreleder), Lars Magnussen (Nestleder, styremedlem), Hilde Rolandsen (Styremedlem), Atle Brynstad (Styremedlem), Hanne Gaaserød (Styremedlem), Mona Nyberg (Ansattevalgt styremedlem, vara)

Fraværende: Harald Hasfjord (Ansattevalgt styremedlem), Mette Nagy Stovner (Ansattevalgt styremedlem)

Fra administrasjonen:

Terje Bygland Nikolaisen (Adm.dir, Sykehusbygg), Berit Bye (Leder Økonomi og virksomhetsstøtte), Marte Lauvsnes (Leder for avdeling rådgivning og tidligfase, sak 44-23), Kenth Hårsaker (Sjef digitalisering, sak 45-23)

Møteprotokoll

37/2023

Godkjenne innkalling og agenda

Innkalling og agenda ble godkjent.

Beslutning

Ivar Eriksen

38/2023

Godkjenne protokoll fra styremøte 22. mai 2023

Protokoll fra styremøte 22. mai 2023 ble godkjent.

 Protokoll_Styremøte i Sykehusbygg HF_230523 (5).pdf

Beslutning

Ivar Eriksen

39/2023

AD sin orientering til styret

Styret tok informasjon fra Administrerende direktør til orientering.

 SB-SAK 39-23 Administrerende direktør sin orientering til styret.pdf

Orientering

Terje Bygland Nikolaisen

40/2023

Virksomhetsrapport, 2. tertial 2023

Styret godkjente Sykehusbygg HF sin virksomhetsrapport for 2. tertial 2023.

 Prosjektstatus pr. 31.08.2023.pdf

 SB-SAK 40-23 Vedlegg Virksomhetsrapport 2. tertial 2023.pdf

 SB SAK 40-23 - Virksomhetsrapport 2. tertial 2023.pdf

Beslutning

Terje Bygland Nikolaisen

41/2023

Resultater etter 2. tertial, rapportering

1. Styret tok Sykehusbygg HF sine resultater etter 2. tertial 2023 til orientering.
2. Styret ba om å bli orientert om periodestatus for fellesoppgaver, og at denne deles med styret før den oversendes eierne.

 SB SAK 41-23 Resultat etter 2. tertial, 2023.pdf

 SB SAK 41-23 Vedlegg - Rapportering for Sykehusbygg HF 2. tertial 2023_endelig.pdf

Orientering

Berit Bye

42/2023

Risikobilde for Sykehusbygg, oppdatering etter 1. halvår 2023

Orientering

Terje Bygland Nikolaisen

Styret tok Sykehusbygg HF sitt risikobilde etter 1. halvår 2023 til orientering.

 SB SAK 42-2023 Risikobilde, oppdatering etter 1. halvår 2023.pdf

43/2023

Beslutning

Berit Bye

Forslag til Budsjett for Sykehusbygg HF for 2024

1. Styret godkjente forslag til budsjett for Sykehusbygg HF for 2024 for videre behandling hos eierne.
2. Endelig tilskuddsramme vil bli besluttet av eierne i endelig behandling av budsjett for Sykehusbygg HF for 2024.

 SB SAK 43-23_Utkast til budsjett 2024.pdf

 SB SAK 43-2023 Vedlegg saksnotat utkast til budsjett 2024.pdf

44/2023

Diskusjon

Terje Bygland Nikolaisen

Innspill til Oppdragsdokument 2024

Styret diskuterte administrasjonen sine forslag til nye oppdrag i Oppdragsdokument for 2024. Administrasjonen innarbeider innspill fra styret og oversender til eierne for videre behandling.

 SB-SAK 44-23 Innspill til Oppdragsdokument 2024.pdf

45/2023

Orientering

Terje Bygland Nikolaisen

Kunnskapsbanken - status

Styret tok status og plan for videre arbeid med Kunnskapsbanken til orientering.

 SB-SAK 45-23 Kunnskapsbanken - status.pdf

46/2023

Orientering

Berit Bye

Valg av ansattrepresentanter til styret

Styret godkjente forslag til valgstyre og rammer for gjennomføring av ansattvalg til styret for perioden 1.1.2024 – 31.12.2025.

 SB SAK 46-2023 Valgstyre - valg av ansattvalgte styremedlemmer.pdf

47/2023

Orientering

Terje Bygland Nikolaisen

Saker til neste møte

Styret tok informasjon om saker på agendaen for kommende møte til orientering.

 SB SAK 47-23 Saker til neste styremøte.pdf

48/2023

Orientering

Eventuelt

Det var ingen saker til eventuelt.

Styrets kvarter

SB - SAK 51/2023 Økonomistatus pr oktober 2023
Forslag til vedtak

Styret tar informasjon om status for foretakets økonomiske situasjon pr oktober 2023 til orientering.

1. Oppsummering av sak

Som et ledd i styrets oppfølging av i virksomheten presenteres en oppdatert status for den økonomiske situasjonen i foretaket i hvert styremøte. Denne saken gir en oppdatert status pr oktober.

2. Vurderinger

Perioderegnskap for oktober er avsluttet og viser et resultat som presentert i oppstillingen under:

<i>Tall i 1000 NOK</i>	Regnskap hittil	Budsjett hittil	Budsjettavvik	
Tilskudd fra RHF	41 772	41 223	549	1 %
Andre inntekter	254 303	238 327	15 976	7 %
<i>Gjennomfakturering</i>	73 716	66 500	7 216	11 %
Sum driftsinntekter	369 791	346 050	23 741	6 %
Varekostnad/-forbruk	128 981	95 850	33 131	35 %
Lønnskostnad	221 340	220 262	1 079	0 %
Ordinære avskrivninger	714	740	-26	-3 %
Nedskrivning			-	0 %
Andre driftskostnader	28 512	32 644	-4 131	-13 %
Sum driftskostnader	379 548	349 495	30 053	9 %
Driftsresultat	-9 757	-3 445	-6 312	
Finansinntekt (+)	1 662	300	1 362	454 %
Finanskostnad (-)	-11	-5	-6	123 %
Sum finansposter	1 651	295	1 356	460 %
Resultat	-8 106	-3 150	-4 956	157 %

Etter 2. tertial rapporterte virksomheten et resultat som var 5,8 mill kroner svakere enn budsjett, primært som en konsekvens av økt reguleringspremie (KLP) på 6,1 mill kroner. Etter september og oktober er avviket redusert noe, og regnskapet viser et resultat som er 5,0 mill kroner svakere enn budsjett.

Resultatet forklares med;

- **Inntektene** fra salg av egne timer ligger under budsjett. Dette er primært på grunn av endringer i plan og fremdrift i prosjektporteføljen og som innebærer færre ansatte enn planlagt (budsjettet), og noe lavere utfakturering for ressurser som er mobilisert inn i timefakturerte prosjekter.

- **Lønnskostnadene** er høyere enn budsjettet, og skyldes høyere lønnsvekst enn budsjettet samt økte pensjonskostnader. Effekten av etterfaktureringen på 1,3% (styremøtet i september), kompenserer ikke dette fullt ut.
- **Driftskostnadene** er vesentlig lavere enn budsjettet, og er i tråd med iverksatte tiltak for å dempe kostnadene der det anses mulig.
- **Finansposter** bidrar med, relativt sett, betydelig høyere inntekter enn budsjettet.

Det vil bli gitt en presentasjon av status i møtet.

Saksbehandler: Berit Bye

Sykehusbygg HF, 17.11.2023

Terje Bygland Nikolaisen
Administrerende direktør Sykehusbygg

Elektronisk godkjent uten signatur

SB-SAK 52/2023**Endelig forslag til budsjett 2024****Forslag til vedtak**

Styret godkjenner endelig forslag til budsjett for Sykehusbygg HF for 2024 med de endringer som er fremlagt i saken.

Bakgrunn

Det vises til sak 43/2023 der styret behandlet utkast til budsjett for Sykehusbygg HF for 2024. Styret gjorde følgende vedtak:

1. *Styret godkjente forslag til budsjett for Sykehusbygg HF for 2024 for viderebehandling hos eierne.*
2. *Endelig tilskuddsramme vil bli besluttet av eierne i endelig behandling av budsjett for Sykehusbygg HF for 2024.*

Foretaket har rapportert budsjettforslag til eiere innen fristen. Forslaget er behandlet i økonomidirektørmøte, og skal videre behandles i AD møte mandag 20. november. Foretaket har ikke mottatt noen tilbakemelding så langt som indikerer føringer fra eierne som endrer forutsetningene i budsjettutkastet.

Endelig forslag til budsjett

I perioden etter styrebehandlingen i september, er det ikke tilført informasjon eller endringer som innebærer vesentlige endrede forutsetninger i foretakets budsjett for 2024. Det er noen mindre justeringer i bemanningsbehov i enkelte avdelinger, samt mindre justeringer på enkeltposter for driftskostnadene. Endringene i forslag til budsjett er således vurdert som marginale siden forrige behandling i styret.

Oppsummert:

- Det foreslås ikke endringer i timepriser fra første budsjettutkast.
- Foretaket har lagt til grunn et totalt tilskuddsnivå på 47,5 millioner kroner som er basert på forslaget i AD møte-sak 20. november.
- Foretaket har utarbeidet et foreløpig budsjett for fellesoppgavene i 2024. Dette er oversendt eierne, og er også vedlagt denne styresaken til informasjon.

Resultat									
Tall i 1000 NOK	F 2022	B 2023	ØLP 2024	B2024 V1	B2024 V2	Δ B2024 V2 vs ØLP2024		Δ B2024 V1 vs B2024 V2	
Tilskudd fra RHF	41 185	45 500	45 695	45 500	47 457	1 762	4 %	1 957	4 %
Andre inntekter	356 986	377 222	332 527	387 269	385 217	52 690	16 %	-2 052	-1 %
Sum driftsinntekter	398 172	422 722	378 222	432 769	432 674	54 547	14 %	-95	0 %
Varekostnad/-forbruk	126 487	115 720	66 461	116 720	116 720	50 259	76 %	-	0 %
Lønnskostnad	235 038	266 879	271 401	277 586	277 359	6 185	2 %	-226	0 %
Ordinære avskrivninger	867	888	850	840	840	-10	-1 %	-	0 %
Nedskrivning	-	-	-	-	-	-	0 %	-	0 %
Andre driftskostnader	36 063	38 999	39 510	38 017	38 100	-	0 %	83	0 %
- herav husleie, renhold mm	12 117	12 078	-	11 456	11 456	-	0 %	-	0 %
- herav energikostnader	-	-	-	-	-	-	0 %	-	0 %
- herav konsulenter, eksterne tjenester	16 419	17 494	-	19 915	19 975	-	0 %	60	0 %
- herav møte- og reisekostnader	1 880	2 594	-	2 194	2 194	-	0 %	-1	0 %
- herav øvrige driftskostnader	5 647	6 833	-	4 452	4 476	-	0 %	24	1 %
Sum driftskostnader	398 455	422 486	378 222	433 163	433 020	54 941	15 %	-143	0 %
Driftsresultat	-283	236	-	-394	-346	-394	0 %	48	0 %
Finansinntekt (+)	975	360	-	400	400	400	0 %	-	0 %
Finanskostnad (-)	-8	-6	-	-6	-6	-6	0 %	-	0 %
Sum finansposter	968	354	-	394	394	394	0 %	-	0 %
Resultat	684	590	-	0	48	0	0 %	48	0 %

Tabell 1: Endelig forslag til budsjett for 2024, sammenliknet med faktisk 2022, budsjett 2023 og ØLP 2024 (følger også som vedlegg).

Saksnotat behandlet av styret i september følger vedlagt til informasjon.

Saksbehandler: Berit Bye

Sykehusbygg HF, 17.11.2023

Terje Bygland Nikolaisen
administrerende direktør

Elektronisk godkjent uten signatur

- Vedlegg 1:** Saksnotat Forslag til budsjett 2024 for Sykehusbygg HF (styremøte september)
- Vedlegg 2:** Utkast til budsjett fellesoppgaver 2024
- Vedlegg 3:** Tabell 1 Endelig forslag til budsjett for 2024, mot faktisk 2022, budsjett 2023 og ØLP 2024

VEDLEGG TIL SB-SAK 43/2023
Forslag til Budsjett - Sykehusbygg HF, 2024

Notatet gir en gjennomgang av sentrale forutsetninger for Sykehusbygg HF sitt utkast til budsjett for 2024. Notatet vil bli rapportert til eierne som grunnlag for videre behandling og beslutning om de økonomiske rammene for Sykehusbygg for 2024.

1. Oppsummering

Budsjettet for 2024 er som tidligere år bygd opp med utgangspunkt i forventningene i den enkelte avdeling i Sykehusbygg HF. Aktiviteten i avdelingene er i all hovedsak et resultat av aktiviteten hos våre eiere og oppdragsgivere.

Budsjettet er satt opp i 2023 kroner. Sammenligningene med ØLP gjøres med henvisning til ØLP for perioden 2024 – 2027, som ble rapportert i mars 2023.

<i>Tall i 1000 NOK</i>	F 2022	B 2023	ØLP 2024	B2024	Δ B2024 vs ØLP2024	
Tilskudd fra RHF	41 185	45 500	45 695	45 500	-195	0 %
Andre inntekter	356 986	377 222	332 527	387 269	54 742	16 %
Sum driftsinntekter	398 172	422 722	378 222	432 769	54 547	14 %
Varekostnad/-forbruk	126 487	115 720	66 461	116 720	50 259	76 %
Lønnskostnad	235 038	266 879	271 401	277 586	6 185	2 %
Ordinære avskrivninger	867	888	850	840	-10	-1 %
Nedskrivning	-	-	-	-	-	0 %
Andre driftskostnader	36 063	38 999	39 510	38 017	-	0 %
- herav husleie, renhold mm	12 117	12 078		11 456		0 %
- herav energikostnader						0 %
- herav konsulenter, eksterne tjenester	16 419	17 494		19 915		0 %
- herav møte- og reisekostnader	1 880	2 594		2 194		0 %
- herav øvrige driftskostnader	5 647	6 833		4 452		0 %
Sum driftskostnader	398 455	422 486	378 222	433 163	54 941	15 %
Driftsresultat	-283	236	-	-394	-394	0 %
Finansinntekt (+)	975	360	-	400	400	0 %
Finanskostnad (-)	-8	-6	-	-6	-6	0 %
Sum finansposter	968	354	-	394	394	0 %
Resultat	684	590	-	0	0	0 %

Foretaket har i sine vurderinger for 2024 lagt til grunn makroøkonomiske endringer med en forventet prisstigning på 3,8% og en lønnsvekst på 5,0%. Foretaket vil innarbeide tallene vi får fra våre eiere etter statsbudsjettet er offentliggjort.

2. Inntekter

Foretaket har to inntektskilder. Det er salg av timer i prosjekt, samt tilskudd fra våre eiere til dekning av deler av administrasjonskostnadene og fellesoppgaver.

Salg av timer er estimert med utgangspunkt i forventet fakturering . Denne er bygget opp basert på planer for gjennomføring av oppdrag, og tilhørende forventninger til den enkelte ansatte sin faktureringsgrad.

Avdelingene har på grunn av oppgavene de løser og prosjektenes art, noe ulike krav til faktureringsgrad. Prosjektavdelingen har som regel langsiktige prosjekt, mens avdeling for rådgivning og tidligfase også har mange mindre og kortvarige prosjekt som betyr at ressurser ofte har to eller flere oppdrag parallelt. Det krever noe mer administrasjon og påvirker mulighetene til å oppnå høy faktureringsgrad (ekstern bruk av ressursene). OUS-porteføljen, Nye Drammen og Nye SUS, som er organisert i egne avdelinger, tilbys månedsrater. Dette gir en forutsigbar fakturering og inntekt for foretaket, samtidig som det gir god forutsigbarhet for kostnadene i prosjektene. Disse prosjektene har, i tillegg til dedikerte ressurser på månedsrater, også noe bruk av ansatte fra andre avdelinger i foretaket som faktureres etter timerate.

Timepriser

Timeprismodellen videreføres med justeringer slik modellen ble besluttet i 2022. Modellen legger til grunn at det er ressursens selvkost som avgjør hvilken timepris som faktureres. Selvkost beregnes ut fra den ansattes lønn med tillegg av sosiale kostnader og en andel av felleskostnader (fordelt prorata). Evt endringer i budsjett som følge av videre behandling hos eierne kan påvirke timeprisen i det endelige budsjettet.

Timeprisene er regulert opp med 4,8% i forhold til prisene for 2023.

2023	2024	Endring i %	Endring i KR
600	629	4,80 %	29
964	1 010	4,80 %	46
1 117	1 171	4,80 %	54
1 220	1 278	4,80 %	59
1 368	1 434	4,80 %	66
1 579	1 654	4,80 %	76

Budsjetterte inntekter for 2024 sett opp mot siste ØLP for 2024 viser et avvik på 54,7 millioner kroner i økte inntekter. Avviket skyldes i all hovedsak forventning om høyere eksternkjøp i budsjett 2024 i forhold til ØLP samme periode.

Rammefinansieringen er lagt på samme nivå som inneværende år (2023). Budsjettet er satt opp i henhold til gjeldende finansieringsmodell. Endelige rammer for, og innhold i fellesoppgavene vil bli fastsatt i dialog med våre eiere på et senere tidspunkt. Det er forventet at foretaket allerede ved innsending av budsjettforslag den 15. september rapporterer en tentativ plan for fellesoppgaver i 2024. Foretaket har bedt om at denne kan ettersendes noe senere i september etter behandling i styremøte.

3. Kostnader

2.1 Varekostnad (direkte prosjektkostnader)

Dette er kostnader til prosjekt, som er kjøpt over våre rammeavtaler og som blir viderefakturert direkte til prosjektene. I tillegg er det kostnader til fellesoppgave-

prosjektene ved kjøp fra underleverandører. Det forventes at avrop fra disse avtalene kan bli vesentlig større enn forutsatt i ØLP. Disse kostnadene til prosjektene viderefaktureres uten påslag fra Sykehusbygg HF.

2.2 Lønnskostnader

Bemanning	2022	2023	2024
Budsjett	188	190	193
Faktisk/Forventet	174	185	
ØLP	188	202	172

Ressursbehovet for 2024 er estimert basert på avtalte og forventede oppgaver som skal løses for våre oppdragsgivere. Dette viser p.t. et behov for netto tilgang på 8 nye medarbeidere i foretaket i løpet av året. Lønnskostnad er i budsjettet periodisert basert på forventet oppstart for de enkelte medarbeidere som skal bistå i ulike roller. Avvik på bemanning og personalkostnader mot sist oppdaterte ØLP forklares i hovedsak med situasjonen i foretakets oppdragsportefølje.

Foretaket søker kontinuerlig å ha en tilpasset, økonomisk bærekraftig og fremtidsrettet base med grunnbemanning.

2.3 Andre driftskostnader

Foretaket forventer for 2024 små endringer i andre driftskostnader totalt, sammenlignet med budsjett for 2023. Det er imidlertid lagt opp til noen interne omfordelinger mellom kostnadsposter.

Kostnadene til drift er også noe lavere enn prognosen som er gitt i ØLP. Dette skyldes i stor grad at kostnadsnivået for mange av driftskostnadene kan opprettholdes på samme nivå, selv om foretaket blir noen flere medarbeidere.

Selv om den faste bemanning øker noe, forventes husleiekostnadene å gå noe ned i 2024. Dette skyldes tilpasninger i foretakets lokaler i Oslo i forbindelse med at prosjektene Nye Aker og Nye Rikshospitalet vokser betydelig, og har behov for ytterligere plass. Foretaket har i 2023 frigjort plass for prosjektene i Hoffsveien 10, og forlenget leieforholdet til medio 2025 når prosjektene planlegger flytting til byggeplassnære lokaler. Øvrige medarbeidere og aktivitet har fått nye egnede lokaler i Hoffsveien 4. Med dette oppnås også en relativt lavere husleiekostnad.

Kompetanseutvikling og omstilling

Prosjektporteføljen til foretaket er i endring. Antall prosjekt i forprosjektfasen går ned, og flere prosjekt i gjennomføringsfasen nærmer seg ferdigstillelse. Dette påvirker våre oppdragsgiveres behov for kompetanse.

For å kunne levere den kompetanse som det blir behov for i årene fremover, vil det være behov for å gi enkelte av våre ansatte mulighet til å tilegne seg ny/endret

kompetanse og mulighet til å prøve seg på nye områder. Foretaket tilstreber å benytte interne kapasiteter og læringsarenaer i dette opplæringsarbeidet. I 2024 vil det derfor bli arbeidet med å utnytte eksisterende ressurser til å gjennomføre interne kompetansetiltak. Budsjettet til kompetanseutvikling økes derfor noe i 2024.

Administrasjon

Overhead pr årsverk økes noe fra 2023 til 2024, grunnet økte lønnskostnader til administrasjon, men reduksjon i andre driftskostnader bidrar til at overhead ikke øker proporsjonalt med lønnsveksten.

4. Risiko – usikkerhet

Foretaket har også i år arbeidet med budsjettet på en slik måte at alle avdelingsledere og seksjonsledere har bidratt med innspill om og forventninger til driften av egen seksjon/avdeling i 2024. Ved å sørge for en tidlig involvering av ledere oppnås god forankring og oversikt over aktiviteten i organisasjonen. I arbeidet er det ikke avdekket risikoområder som ikke tidligere er kjent.

Hovedrisiko for foretakets budsjett er fremdeles om vi har tilstrekkelig tilgang på medarbeidere med riktig kompetanse og kapasitet, samt at de er tilgjengelig der behovet er. Dersom medarbeidere blir gående ledig over en periode i påvente av aktivitet og uten å kunne fakturere prosjekt, har det betydelig økonomisk konsekvens.

Foretaket arbeider aktivt med å sikre god utnyttelse av den kapasitet som finnes i foretaket til enhver tid. Dette er også svært viktig for å opprettholde god medarbeidertilfredshet i foretaket.

Avviket mellom budsjett 2024 og ØLP for perioden 2024 – 27 skyldes at det i budsjettprosessen er fremkommet et noe høyere ressursbehov enn det som ble vurdert i forbindelse med ØLP-arbeidet.

Foretaket jobber kontinuerlig med å sikre rett ressurstilgang, og budsjettet for 2024 er basert på situasjonen som foretaket har informasjon om ved rapporteringstidspunktet. Endringer som blir kjent utover høsten 2023, blir innarbeidet i revideringer av budsjettet frem mot sluttbehandling i november 2023.

Saksbehandler: Berit Bye og Per Morten Brennhagen

Sykehusbygg HF, 15.09.2023

Utviklingsprosjekt	Prosjektleder	Prosjektnr	Leveranse år	Forslag til budsjett 2024
Gevinstrealisering interregional FDVUR-løsning	Kenth Hårsaker			1 500 000
Eventuelle andre utviklingsoppdrag, ref. forslag til OD 2024				1 000 000
SUM Utviklingsprosjekter				2 500 000

Driftsoppgave	Prosjektleder	Prosjektnr	Leveranse år	Forslag til budsjett 2024
Framskriving/dimensjonering, utførelse	Øyvind Hope	900301324		2 000 000
Klassifikasjonssystemet	Anniken Øhrn	900301326		500 000
Kulturminnevern	Torstein Arisholm	900301327		4 500 000
Klimaregnskap for RHF-ene	Jens Eirik Ramstad	900201397		400 000
Kunnskapsbanken, etablering	Kent Hårsaker	900101400		6 000 000
Kunnskapsdeling, kurs og konferanser	Berit Bye	900101403		1 800 000
Nettverk	Eva Kvål	900401332		1 000 000
Kunnskapsgrunnlag	Pål Ingdal	900301405		4 000 000
Oppdatering Veiledere og Standarder	Trude Fagerli	900301325		2 000 000
Standardromkatalogen	Marte Tøndel	900301311		1 000 000
Erfaringstalldatabase	Tarje Otre	900401319		500 000
Evalueringsmetodikk	Øyvind Hope	900301329		1 000 000
SUM Driftsoppgaver				24 700 000

Adminsitrativ oppgave	Prosjektleder	Prosjektnr	Leveranse år	Forslag til budsjett 2024
Myndighetskontakt og høringer	Berit Bye	900101333		500 000
Annet (kundeforum, drift FO)	Per M Brennhagen	900101334		400 000
SUM Administrative oppgaver				900 000
Sum				28 100 000

Resultat									
Tall i 1000 NOK									
	F 2022	B 2023	ØLP 2024	B2024 V1	B2024 V2	Δ B2024 V2 vs ØLP2024		Δ B2024 V1 vs B2024 V2	
Tilskudd fra RHF	41 185	45 500	45 695	45 500	47 457	1 762	4 %	1 957	4 %
Andre inntekter	356 986	377 222	332 527	387 269	385 217	52 690	16 %	-2 052	-1 %
Sum driftsinntekter	398 172	422 722	378 222	432 769	432 674	54 547	14 %	-95	0 %
Varekostnad/-forbruk	126 487	115 720	66 461	116 720	116 720	50 259	76 %	-	0 %
Lønnskostnad	235 038	266 879	271 401	277 586	277 359	6 185	2 %	-226	0 %
Ordinære avskrivninger	867	888	850	840	840	-10	-1 %	-	0 %
Nedskrivning	-	-		-		-	0 %	-	0 %
Andre driftskostnader	36 063	38 999	39 510	38 017	38 100	-	0 %	83	0 %
- herav husleie, renhold mm	12 117	12 078		11 456	11 456		0 %	-	0 %
- herav energikostnader							0 %	-	0 %
- herav konsulenter, eksterne tjenester	16 419	17 494		19 915	19 975		0 %	60	0 %
- herav møte- og reisekostnader	1 880	2 594		2 194	2 194		0 %	-1	0 %
- herav øvrige driftskostnader	5 647	6 833		4 452	4 476		0 %	24	1 %
Sum driftskostnader	398 455	422 486	378 222	433 163	433 020	54 941	15 %	-143	0 %
Driftsresultat	-283	236	-	-394	-346	-394	0 %	48	0 %
Finansinntekt (+)	975	360	-	400	400	400	0 %	-	0 %
Finanskostnad (-)	-8	-6	-	-6	-6	-6	0 %	-	0 %
Sum finansposter	968	354	-	394	394	394	0 %	-	0 %
Resultat	684	590	-	0	48	0	0 %	48	0 %
F= Faktisk regnskap B= Budsjett									

F= Faktisk regnskap B= Budsjett

SB SAK 54/2023 Kunnskapsbanken – status og videre arbeid

Forslag til vedtak

Styret tar status og plan for videre arbeid til orientering.

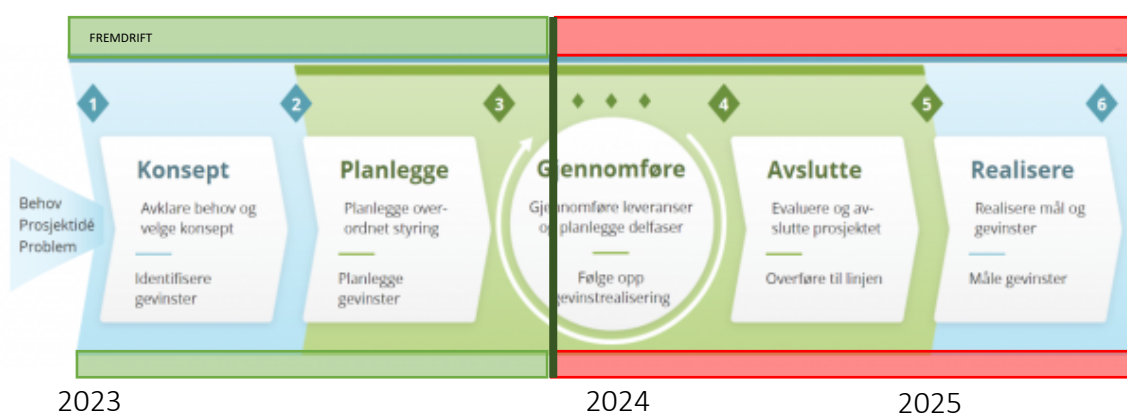
Bakgrunn for saken

I henhold til oppdragsdokument til Sykehusbygg HF 2022 er det iverksatt et prosjekt for å realisere en kunnskapsbank.

Status for arbeidet

Prosjektet følger plan og er i gjennomføringsfasen som skal lede frem til to hovedleveranser i 2023:

- Teknisk løsning; hvor brukere kan søke og finne tilgjengelig innhold.
- Innhold; som er relevant for planlegging og bygging av sykehusbygg.



Følgende arbeid er utført i perioden september-november 2023:

Teknisk løsning:

- Identifisere og etablere informasjonsstruktur og -arkitektur
- Tilrettelegge for relasjoner mellom ulike dimensjoner i informasjonsstrukturen
- Oppsett av publiseringsløsning
- Oppsett av frontend applikasjon (brukerflaten)

Faglig innhold:

- Dekomponering og tilgjengeliggjøring av kunnskapsgrunnlag for sengeområder.
- Tilgjengeliggjøring av standardromskatalogen.
- Tilgjengeliggjøring av klassifikasjonssystemets nomenklatur.
- Etablering av relasjoner og sammenhenger mellom kunnskapsgrunnlag, Klassifikasjonssystemet og Standardromskatalogen.
- Etablering av eksempel på løsninger.

Organisering

Prosjektleder : Kenth Hårsaker, sjef for digitalisering
Områdeleder teknologi : Christopher Christensen, prosjektleder digitalisering
Områdeleder fag : Eva Kvål, fagleder

Et bredt sammensatt fagteam er nå etablert. Fagteamet skal bidra til å sammenstille og prioritere faglig innhold som igjen skal gjøres tilgjengelig i Kunnskapsbanken.

Fagteamet vil ha en sentral funksjon i det videre arbeidet med å optimalisere tilgjengeliggjøringen/formidlingen av relevant kunnskap.

Videre gjennomføringsplan

Prosjektets aktivitet skal lede frem til følgende:

1. Tilrettelegge prioritert informasjon og gjøre det tilgjengelig i et søkbart format.
2. Øke graden av mindre informasjonsobjekter, som sammenstilles til brukerens behov.
3. Utnytte informasjon tilrettelagt i trinn 1 og 2 i en datadrevet metode.

Prosjektet slutfører nå fase 1 og kommer til å ha realisert en første versjon av Kunnskapsbanken i tråd med de 3 ambisjonene over.

I fasen har det vært stort fokus på å få etablert et teknologirammeverk som videre kan benyttes for å, suksessivt, implementere kunnskapsgrunnlag for flere funksjonsområder.

Kunnskapsbanken versjon 1.0 gjøres tilgjengelig 15. desember 2023 for medarbeidere i Sykehusbygg. Planen videre er en gradvis og strukturert tilgjengeliggjøring av Kunnskapsbanken, også utenfor Sykehusbygg, i H1 2024.

Prosjektet planlegger nå fase 2 av gjennomføringen. I tillegg til videre innholdsberikelse, vil fase 2 også ha fokus på mer datadrevet innhold og utforske flere dimensjoner av informasjon som bygger opp under dagens kunnskapsgrunnlag. Her vil det blant annet bli vurdert å etablere et «erfaringsregister» med relasjoner til rom og løsninger.

Det vil bli gitt en presentasjon av status i møtet.

Saksbehandler: Kenth Hårsaker, Sjef for digitalisering

Sykehusbygg HF, 17.11.2023

Terje Bygland Nikolaisen
Administrerende direktør Sykehusbygg HF

Elektronisk godkjent uten signatur

SB-SAK 54/2023 Styrende dokumenter, årlig gjennomgang**Forslag til vedtak**

Styret slutter seg til den oppfølging som er foreslått av administrasjonen.

1. Bakgrunn og oppsummering av saken

Det vises til tidligere behandlinger av styrende dokumenter i Sykehusbygg HF.

Årlig gjennomgang av styrende dokumenter i styret fremmes for behandling i møte 24.11, og saken gir en gjennomgang av status og revisjonsbehov knyttet til gjeldende styrende dokumenter. Det er gjort vurderinger basert på kjent informasjon om endring som berører styrende dokumenter. Ledergruppen i Sykehusbygg HF er også konsultert.

2. Styrende dokumenter – gjennomgang av endrings-/revisjonsbehov

Sykehusbygg HF har følgende styrende dokumenter som revideres og besluttet av eier/styret:

- Vedtekter for Sykehusbygg HF (eierne)
- Styreinstruks for Sykehusbygg HF (styret)
- Instruks for administrerende direktør (styret)
- Fullmaktstruktur for Sykehusbygg HF
- Styring og kontroll i Sykehusbygg HF; retningslinjer for virksomhetsstyring (eiers styringsprosesser)

Videre er det etablert styrende dokumenter som revideres og besluttet av administrerende direktør:

- Styring og kontroll i Sykehusbygg HF; retningslinjer for virksomhetsstyring (interne styringsprosesser)
- Policy for HMS og internkontroll i Sykehusbygg HF
- Fullmaktstruktur for Sykehusbygg HF (stillingsfullmakt og intern delegasjon)

I forkant av styrets behandling er behovet for endring i dokumentene som ligger til styret å beslutte, gjennomgått. Som underlag for endring er gjort følgende vurderinger:

Dokument:	Statusvurdering:
Vedtekter Sykehusbygg HF	Status: • Revisjon og forenkling / harmonisering av vedtekter for alle felleseide HF ble gjennomført i 2022/-23. • Ingen endringer initiert. Endringsbehov: • Ingen endringsbehov
Styreinstruks for Sykehusbygg HF	Status: • Ingen endringer initiert. Endringsbehov: • Evt endringer vurderes i gjennomgangen i styret.

AD instruks	Status: - Ingen innspill til endring. Endringsbehov: - Evt endringer vurderes i gjennomgangen i styret.
Fullmaktsstruktur	Status: - En innarbeiding og presisering av fullmakt på nivå 3 er gjort. - Tydeliggjøring av fullmakt for nivå 2 og 3 er gjennomført. Endringsbehov: - Evt endringer på styrets fullmakt til AD vurderes i gjennomgangen i styret.

3. Om endringsbehov i Retningslinjene for virksomhetsstyring

Styret behandlet og besluttet Retningslinjene for virksomhetsstyring i Sykehusbygg HF, jf SB-SAK 33/2020. Retningslinjene legger rammene om eierstyring og virksomhetsstyring. Dokumentet beskriver rammer for, og organisering av foretaket, samt de ulike rollene som utøves i styring og ledelse av foretaket. Ansvar tillagt hhv eier, styre og ledelse er beskrevet nærmere, og innen hvilke rammer og fullmakter styringen utøves mellom disse.

Dokumentet beskriver også sentrale styringsprosesser overordnet, herunder plan- og ledelsesprosesser, prosesser for oppfølging og internkontroll samt risikostyring.

I ledergruppens gjennomgang av disse retningslinjene, er det avdekt et behov for å oppgradere retningslinjene for virksomhetsstyring til et nivå som reflekterer utfordringsbildet virksomheten står overfor. Dette gjelder:

- Ivaretagelse av krav til habilitet/upartiskhet/nøytralitet i lederroller**

Viktighet og ivaretagelse av habilitet og uavhengighet særlig i oppnevning og utøvelse av ledende roller i foretaket foreslås tatt inn med egen beskrivelse i retningslinjene. Det er utarbeidet et utkast til beskrivelse av dette i nytt kap. 2.6 i retningslinjene (vedlegg 1)
- Foretakets etiske retningslinjer har behov for tydeliggjøring**

Habilitet er omtalt i de etiske retningslinjene. Det er behov for å klargjøre hvor ansvaret for å ivareta habilitet ligger, og særlig hvordan foretaket skal legge til rette for at dette blir ivaretatt og fulgt opp. Det foreslås å etablere henvisning til foretakets etiske retningslinjer i dokumentet.

Det er et behov for å oppgradere foretakets etiske retningslinjer ytterligere slik at de møter oppdaterte behov. Slik oppdatering behandles i egen sak 55/23 om Etiske retningslinjer i Sykehusbygg HF.

Vedlagt følger utkast til retningslinjer med forslag til oppdatering som nevnt over. I tillegg er det også gjort en generell oppdatering av dokumentet.

Saksbehandler: Berit Bye

Sykehusbygg HF, 17.11.2023

Terje Bygland Nikolaisen
Administrerende direktør Sykehusbygg

Elektronisk godkjent uten signatur

Vedlegg 1: Styring og kontroll i Sykehusbygg HF; retningslinjer for virksomhetsstyring, revidert

Dokumenter som følger saken, men som ikke er vedlagt, finnes i Admincontrol HER:

Formelle dokumenter -> Styrende dokumenter - gjeldende;

1. Fullmaktstruktur i Sykehusbygg HF
2. Vedtekter for Sykehusbygg HF
3. Styreinstruks for Sykehusbygg HF
4. AD-instruks

Styring og kontroll i Sykehusbygg HF,

Prinsipper og retningslinjer for virksomhetsstyring



Gjelder for:	Sykehusbygg HF	Type dokument:	RET - V
Prosessområde:	Ledelsesprosesser i Sykehusbygg	Arbeidsprosess:	Oppdater styrende dokument
Dato, revidert:	25.11.2022	Dokumentversjon:	2.0
Dokumentansvarlig:	Leder økonomi og virksomhetsstøtte	Dokumenteier:	Administrerende direktør

Confidential, Bye, Berit, 19.11.2023 12:51:14

Innhold

1. Dokumentets formål	3
1.1 Styrende dokumentasjon – definisjon og kilde	3
1.2 Ansvar og oppfølging	3
2. Styring og ledelse av virksomheten	4
2.1 Samfunnsoppdraget	4
2.2 Organisering av virksomheten	4
2.2.1 Styrings- og ledelsesprosesser	5
2.2.2 Kjerneprosesser	5
2.2.3 Støtteprosesser	6
2.3 Roller og ansvar	7
2.3.1 Eierne	7
2.3.2 Styret	8
2.3.3 Lederroller og -ansvar i foretaket	8
2.4 Fullmakt til å representere Sykehusbygg utad	9
2.5 Internkontroll og risikostyring	9
2.6 Habilitet og uavhengighet i ledende roller	9
3. Styrings- og ledelsesprosesser i Sykehusbygg HF	11
3.1 Planlegging og oppfølging av virksomheten – prosesser og prinsipper	11
3.2 Ledelsens styringsaktiviteter og prosesser	12
3.3 Løpende lederoppfølging	12
3.4 Internkontroll, risikostyring og ledelsens gjennomgang	12



1. Dokumentets formål

Styring og kontroll i Sykehusbygg HF: prinsipper og retningslinjer for virksomhetsstyring beskriver hovedprinsippene for ledelse, styring og kontroll i Sykehusbygg HF (Sykehusbygg). Styringsprinsippene gjelder i utgangspunktet for hele Sykehusbygg sin aktivitet.

Formålet med beskrivelsen er å vise hvordan Sykehusbygg planlegger, kontrollerer og følger opp sin samlede aktivitet. Gjennom dette ønskes synliggjort hvordan foretaket tenker å etterleve forventningene til god foretaksstyring i møte med eierstyringsprosessene.

Videre skal dokumentet vise hvordan virksomheten driver effektivisering på driftsområder, gjennom tydelighet i måten virksomheten styres og kontrolleres på.

1.1 Styrende dokumentasjon – definisjon og kilde

Styrende dokumenter er formelle dokumenter som gir føringer for hvordan virksomheten styres og drives. I Sykehusbygg forstås styrende dokumenter som beskrivelser av

- **HVA som skal gjøres og prioriteres:** Det omfatter dokumentasjon av *strategier, mål og planer*, samt rammer for virksomhetsutøvelsen og/eller
- **HORDAN arbeid skal utføres:** Det omfatter dokumentasjon av arbeidsprosesser, rutiner, veiledning og informasjonsflyt

Et hensiktsmessig skille går mellom *eksterne dokumenter* som formulerer krav, rammer og/eller juridisk forpliktelser fra *egenproduserte dokumenter* som stiller forventninger eller anbefalinger til aktivitet og prosesser for å møte krav til prestasjon, måloppnåelse og etterlevelse.

Sykehusbygg sitt styringssystem (EUREKA) etablerer og forvalter virksomhetens samlede oversikt over sentrale arbeidsprosesser. Dette dokumentet definerer overordnet hvordan de styrende dokumenter (del av ledelsesprosessene) legger rammer for disse prosessene i Sykehusbygg.

1.2 Ansvar og oppfølging

Styringsprinsippene er førende for all aktivitet i virksomheten og alle ansatte skal være kjent med prinsippene og forholde seg til disse. Dette innebærer også å være kjent med styrende dokument innenfor eget fag- / arbeidsområde.

Det gjennomføres årlig revisjon av dette dokumentet, etter gjennomføring av ledelsens gjennomgang og vurdering av styringssystemets egnethet (Ledelsens gjennomgang, LG), jf kap 3, der det gis nærmere beskrivelser av LG, kvalitetsarbeid og modenhetsevalueringer.

2. Styring og ledelse av virksomheten

Under følger en gjennomgang av rammene for styring i Sykehusbygg. Det gis en kort beskrivelse av hvordan foretaket og eierne er organisert med ulike roller og ansvar for styrings- og oppfølgingsaktiviteter og prosesser som inngår i ledelse av foretaket.

2.1 Samfunnsoppdraget

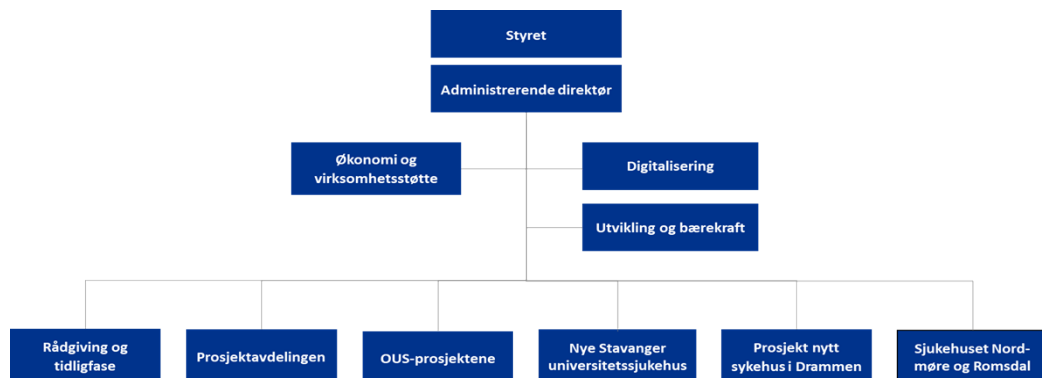
Gjennom vedtektene¹ har eierne definert rollen til Sykehusbygg med angivelse av formål (§4) og rammer for virksomheten (§5).

Vedtektene legger til grunn at Sykehusbygg skal utføre tjenester knyttet til utvikling, planlegging og gjennomføring av byggeprosjekter – og tjenester innen eiendom som gir felles gevinster for helsesektoren. Det vil si:

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

2.2 Organisering av virksomheten

Sykehusbygg er organisert som vist i figuren under.



Figur 1: Organisasjonskart gjeldende fra 01.02.2023

I Sykehusbygg sitt styringssystem (Eureka) er det tilrettelagt dokumentasjon som beskriver hvordan rolle, ansvar, myndighet og oppgaver (RAMO) er etablert i organisasjonen, med de arbeidsprosesser og tilhørende styrende dokumentasjon som gjelder for viktige virksomhetsområder.

2.2.1 Styrings- og ledelsesprosesser

Styrings- og ledelsesprosessene skal sikre at det er god kommunikasjon mellom eierne, styret og ledelsen i foretaket. Det er styret som beslutter foretakets strategi og planer, og sikrer at dette er

avstemt med de mål, planer og oppdrag eierne tillegger Sykehusbygg. Sykehusbygg sin strategi operasjonaliseres i en overordnet årlig plan som sikrer at mål og krav som gis, blir kommunisert og at leveranser i oppdraget skjer til riktig tid og med god kvalitet.

2.2.2 Kjerneprosesser

Disse prosessene skal sikre at Sykehusbygg løser kjerneoppgavene effektivt, herunder identifiserer og dekke oppdragsgivers behov for å planlegge, utvikle og realiseres fremtidsrettede sykehusbygg-prosjekter. Det er to prosessområder som skal sikre dette, hhv prosessene for;

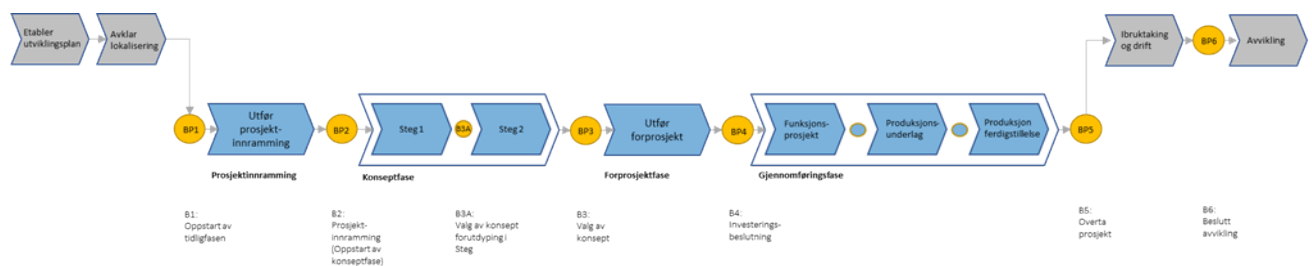
1. Prosjektgjennomføring
2. Kunnskapsbygging og erfaringsoverføring

Prosjektgjennomføring

Sykehusbygg har etablert en felles prosjektmodell som er inndelt i faser som reflekterer utviklingsfasene til prosjektene Sykehusbygg gjennomfører. Prosjektmodellen skal legge til rette for, og sikre kvalitet, forutsigbarhet og mest mulig standardisert prosjektgjennomføring. Dette gjennom:

- etablering av systematiske og metodiske prosesser for gjennomføring av et sykehusbyggprosjekt
- spesifisere beslutningspunkter, og tilhørende beslutningsunderlag
- gi prosjektene et felles rammeverk med forutsigbare retningslinjer
- være et hjelpemiddel i det daglige prosjektarbeidet
- bidra til erfaringsoverføring - fra prosjektfase til prosjektfase, fra prosjekt til prosjekt og fra prosjekt til virksomhet

Prosjektmodellens er inndelt i faser som reflekterer livssyklusen til prosjektene Sykehusbygg gjennomfører. For å passere en prosjektfase skal et gitt prosjekt gjennom et eksternt beslutningspunkt. Her skal prosjektets eier, altså oppdragsgiver, godkjenne at prosjektet er modent for videreføring til neste fase. Under vises øverste nivå for prosjektprosessen, med eksterne beslutningspunkter som involverer eier/oppdragsgiver:



Figur 1 - Sykehusbygg sin prosjektmodell

Prosjektmodellen er inndelt i perspektiver og har flere nivå som beskriver prosessene nærmere, herunder de planleggings-, gjennomførings-, og avslutnings- og evalueringsaktivitetene som Sykehusbygg HF skal utføre i en gitt prosjektfase. For å sikre styring og kvalitet på leveranser inn til eksterne beslutningspunkt er det etablert rammeverk for interne gjennomganger (SIG).

Kunnskapsbygging og erfaringsoverføring

Det ligger til Sykehusbygg-HF sitt oppdrag gitt av eierne, å forvalte kunnskap, metoder og verktøy som grunnlag for bygg- og eiendomsrelatert sykehusplanlegging. Forventningene til at nybygg tar opp i seg og videreutvikler kunnskap og beste praksis på relevante fagområder, følges opp i de prosesser som er etablert for innhenting, systematisering/analyse og deling av kunnskap.

De faglige gjennomgangene som foretaket iverksetter, er et viktig verktøy for å sikre at kunnskap og erfaringsoverføring blir tilstrekkelig hensyntatt og innarbeidet i byggeprosjektenes ulike faser.

2.2.3 Støtteprosesser

Støtteprosessene omfatter alle tilretteleggingsaktivitetene som skal bidra til at ledere og ansatte på alle nivåer skal kunne gjennomføre sine oppgaver. Her er det flere viktige delprosesser innenfor økonomi, personal, kommunikasjon, arkiv og IKT som har betydning for at Sykehusbygg skal levere i henhold til formålet og oppdraget.

2.3 Roller og ansvar

Den rolle-, ansvars- og oppgavedeling som er etablert gjennom organiseringen av Sykehusbygg skal sikre hensiktsmessig struktur for styring og kontroll gjennom arbeidsdeling mellom foretakets styre og ledelse.

Virksomheten i Sykehusbygg er regulert av helseforetaksloven, samt gjeldende lover og forskrifter (relevante for Sykehusbygg) som regulerer helseforetakene.

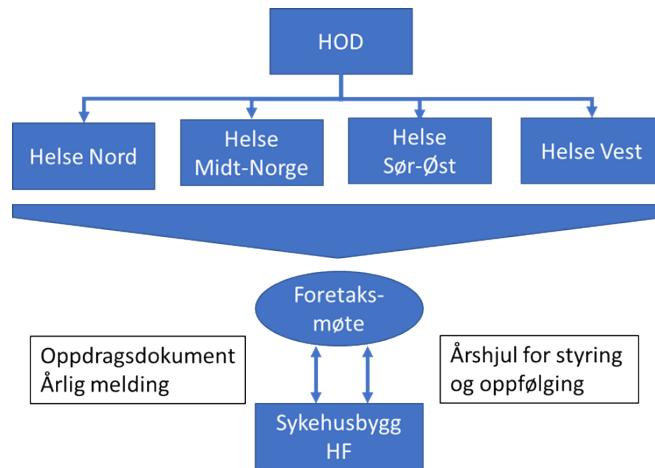
Gjeldende regelverk og hvilke prosesser de styrer, inngår i beskrivelser av ledelsesprosessene i Sykehusbygg sitt styringssystem. Det er gitt egne beskrivelser av ledelsesansvar der kravet til styring er særskilt regulert av lov eller forskrift. Sykehusbygg har så langt identifisert at dette gjelder for følgende områder;

- **HMS og internkontroll** – særskilte krav til ivaretagelse av helse og sikkerhet, nedfelt internkontrollforskriften. Omfatter krav til verneorganisasjon, gjennomføring av tiltak (vernerunde og oppfølging) og risikovurdering for å sikre liv og helse.
- **Ytre miljø** – systematisk oppfølging av de krav og mål som er satt for Sykehusbygg, som skal bidra til oppnåelse av vedtatte bærekrafts mål og «det grønne skiftet».
- **Sikkerhetsstyring og informasjonssikkerhet** – krav til innretning av prosesser, system og organisering for å sikre at infrastruktur, informasjon og personvern blir ivaretatt iht Sikkerhetsloven og Personopplysningsloven.

Ettersom Sykehusbygg ikke driver pasientbehandling, har ledelsen valgt å forholde seg til Internkontrollforskriften, som ivaretar alle de forhold som gjelder prosess, organisering og oppfølging/forbedring innen HMS og internkontroll. Egen policy for dette foreligger, og revideres jevnlig.

2.3.1 Eierne

Sykehusbygg eies av de fire regionale helseforetakene, hvor de administrerende direktørene har ansvar for eierstyring og oppfølging. Eierne/de regionale helseforetakene utøver eierrollen gjennom foretaksmøter med styret og administrerende direktør i Sykehusbygg, jf figur.



Figur: Eierstyring i Sykehusbygg

Eiers styring av Sykehusbygg skjer i foretaksmøtene. Det planlegges normalt for to ordinære foretaksmøter årlig. I det første møtet skal foretakets oppdrag og rammer fastsettes, i det andre møtet skal resultater, årsrapport og årlig melding gjennomgås og godkjennes. Valg / endring av styrets medlemmer gjøres av foretaksmøte.

Der eierne involverer seg i andre aktiviteter i foretaket, er dette for å understøtte helseforetakets arbeid med oppdrag, og dette dokumenteres gjennom en planlagt oppfølging og rapportering.

Det gjennomføres også oppfølgingsmøter mellom RHF og Sykehusbygg, der aktuelle tema kan løftes opp for vurdering hos eierne. Praktisk tilrettelegging av slike møter og dialog ivaretas av de regionale helseforetakenes eierdirektører og økonomidirektører med sine sekretariat.

2.3.2 Styret

Styrets oppgaver og kompetanse fremgår av kap. 7 i helseforetaksloven og av vedtektene. Styret skal behandle alle saker som etter lov eller vedtekter hører under styret sitt ansvar. Andre saker kan styret behandle når styreleder eller andre medlemmer av styret finner det nødvendig. Også administrerende direktør kan kreve at enkeltsaker blir styrebehandlet. Styrets oppgaver beskrives som følger:

Forvaltningsansvaret innebærer å etablere strategier og en hensiktsmessig organisering, herunder:

- etablere mål, og sette kurs for å nå disse gjennom fastsetting av strategiske planer og rammer for operative planer, samt budsjetter.
- sørge for at foretaket er riktig organisert, har de nødvendige ressurser og ansvarsfordeling, samt adekvate kommunikasjons- og rapporteringslinjer.

Tilsynsansvaret innebærer at styret skal forvisse seg om at foretaket driver ihht de rammebetingelser som gjelder, samt sørge for internkontroll og risikostyring, og om nødvendig sørge for at korrigerende tiltak treffes.

Presiseringer og begrensninger i forhold til styrets oppgaver og kompetanse følger av kap.7, §30-35 i helseforetaksloven. Det vises for øvrig til styreinstruksen².

Administrerende direktør har ansvar for den daglige ledelsen slik det følger av § 37 og § 38 i helseforetaksloven. Instruks for administrerende direktør fra styret, godkjent 07.08.2014, gir rammer for arbeidet og beskriver ansvar, oppgaver, plikter og rettigheter, samt rolleavklaringer i forhold til styret.

Alle saker som skal til styrende organer i Sykehusbygg skal behandles av administrerende direktør før de fremmes. Administrerende direktør har et særlig ansvar for at styret mottar presis, relevant og tidsriktig informasjon som er tilstrekkelig for at styret skal kunne utføre sine oppgaver.

2.3.3 Lederroller og -ansvar i foretaket

Ledelsen (LG), bestående av administrerende direktør (nivå 1) og avdelingsledere (nivå 2) i foretaket, har ansvar for den samlede måloppnåelse (leveranse, medarbeidere og utvikling) innenfor egne ansvarsområder, herunder at aktiviteter foregår innen rammene som er lagt i foretakets styrende dokumenter, prosesser og øvrige føringer.

Det ligger i lederrollen å ta beslutninger innenfor den myndighet og med de fullmakter som er gitt, og sørge for at disse kommuniseres og dokumenteres i nødvendig grad. Involvering og medvirkning fra medarbeiderne skal skje etter gjeldende prinsipper og rutiner for dette som en del av beslutningsprosessene. Det er alltid ansvarlig leder som fatter beslutninger og er ansvarlig for konsekvensene av disse.

Utover fullmakt som beskrevet for ledere i Sykehusbygg i gjeldende *fullmaktsstruktur*, skal ansvarsområder og innhold i lederrollene fremgå av stillings- / funksjonsbeskrivelser (RAMO), prosessbeskrivelser og lederavtaler.

2.4 Fullmakt til å representere Sykehusbygg utad

Fullmakt til å representere Sykehusbygg utad følger av helseforetakslovens bestemmelser, foretakets vedtekter og fullmaktsstrukturen i Sykehusbygg³. Ifølge loven er det styret og administrerende direktør som har rett til å representere foretaket utad. Fullmakten kan ikke tillegges andre organer enn disse to, og kan heller ikke tas fra styret og administrerende direktør med mindre de fjernes fra funksjonen.

I daglig ledelse er det administrerende direktør som representerer Sykehusbygg utad. Det tilligger administrerende direktørs som del av dette ansvaret å gi andre fullmakt til å representere Sykehusbygg utad innenfor definerte områder og rammer. Slik delegasjon fremgår av *Fullmaktsstruktur for Sykehusbygg HF*.

2.5 Internkontroll og risikostyring

Styret er overordnet ansvarlig for internkontroll og risikostyring i foretaket. Administrerende direktør sørger for at internkontroll og risikostyring etableres, gjennomføres og følges opp, og besluttet i samråd med styret organisering og ambisjonsnivå for Sykehusbygg.

² Instruks for styret i Sykehusbygg, vedtatt 17.09.2018

³ Fullmaktsstruktur for Sykehusbygg HF, besluttet i ledermøte 25.11.2021

Prosessten legger til grunn at risikoidentifikasjon gjøres på følgende nivå:

- I ledelsen
- På område-/tjenestenivå
- På prosjektnivå

Helhetlig risikostyring er omtalt nærmere i kap 3.4. i egen prosess som er etablert internt i Sykehusbygg. Det rapporteres jevnlig på status og endringer risikobilde, i tråd med de vurderingene som gjøres i foretaket.

2.6 Habilitet og uavhengighet i ledende roller

Sykehusbygg påtar seg stort ansvar som part i oppdragsavtaler om ledelse av byggherreorganisasjonene for HF og RHF, når de gjennomfører store utbygginger. I avtalene påtar Sykehusbygg seg ansvar for å sikre medarbeideres kompetanse i de roller som inngår. Alle roller som bidrar i og følger opp Sykehusbygg sine oppdrag, skal være kompetent til å håndtere ansvar og fullmakter som følger av dette.

Medarbeidere i ledende roller i Sykehusbygg skal være kompetente til å forvalte store samfunnsverdier effektivt, og habile i valg og beslutninger som tas. Rolleutøvelsen skal være kjennetegnet av profesjonalitet og uavhengighet til marked, relasjoner og nettverk som involveres i kontrakter og leveranser.

Sykehusbygg har gjennom prosessene for rekruttering, kvalifisering/opplæring av personell og ressurssetting av sentrale roller tydelige krav til habilitetssjekk/-erklæring hos medarbeider.

Fra arbeidsgiver følges dette opp gjennom periodisk rapportering på bistilling og habilitetsvurdering. Alle ledende roller med et stort krav til uavhengighet (fullmaktshaver, juridisk forpliktende), er bemannet med fast ansatte. Det er den enkelte medarbeiders ansvar å følge opp at habilitet og uavhengighet er vurdert og ivaretatt. Periodisk gjennomgang av foretakets etiske retningslinjer gjøres for å sikre at disse vurderingene er oppdatert.

3. Styrings- og ledelsesprosesser i Sykehusbygg HF

Under følger en gjennomgang av de aktivitetene foretaket følger opp internt for å være rustet til å styre mot fastsatte mål og innenfor gitte rammer gitt av eierne.

3.1 Planlegging og oppfølging av virksomheten – prosesser og prinsipper

God styring forutsetter operasjonell kontroll. Sykehusbygg har handlingsrom til å utvikle egne mål og styringsparametere i tråd med den rolle, ansvar og myndighet foretaket er gitt gjennom vedtektene, og en tydelig virksomhetsstrategi.

Mål- og resultatstyring operasjonaliserer virksomhetsstrategien gjennom relevante og balanserte mål og styringsparametere. Innenfor ansvarslinjer fastlagt i organiseringen av virksomheten, er mål- og resultatstyring et verktøy for leder for å sikre at organisasjon og medarbeidere arbeider mot felles mål.

Virksomhetsstyring består av flere prosesser som er knyttet sammen og som er gjensidig avhengig av hverandre.

(1) Strategiutvikling og -implementering – Prosessen skal håndtere skiftende forutsetninger og endringer i omgivelsene og utvikle Sykehusbygg sine strategier til mål som sikrer at virksomheten også i fremtiden leverer på samfunnsoppdraget

(2) Mål- og resultatstyring – prosessen legger til rette for at Sykehusbygg operasjonaliserer sine mål til styringsparametere, initiativ og tiltak. Styringskort for oppfølging av virksomhetsstrategien med underliggende områdestrategier for IKT, HR, kommunikasjon er etablert.

(3) Budsjett-, kompetanse- og ressursstyring - Sykehusbygg sin virksomhetsstrategi skal understøttes av budsjettprosessen og finansielle planer som legges, samt av kompetanse- og ressursstyringen. Årsplanleggingen tildeler ressurser (økonomi, kompetanse og ressurs) til avdelings- og områdespesifikk oppfølging. Innhold i årsplaner avstemmes i avtaler med ledere, og dette utgjør de sentrale forpliktelsene til å levere på mål og resultatkrav. Ambisjonsnivå i resultatavtaler avstemmes mot tilgjengelig kapasitet.

(4) Planprosess - planlegging av operative aktiviteter gjøres for fagområde og / eller avdeling i tråd med intensjoner og resultatkrav fra inngåtte resultatavtaler og årlig Oppdragsdokument for Sykehusbygg.

(5) Oppfølgingsprosess - Avdelingene skal realisere avtalte mål og gjennomføre vedtatte planer.

(6) Internkontroll og modenhetsevaluering - Oppfølgingen av virksomhetsstyringen skjer i form av internkontrollaktivitet og vurderinger av modenhet på følgende områder;

1. mål- og resultatstyring
2. økonomistyring
3. kvalitetsstyring og forbedring
4. kompetanse- og ressursstyring
5. sikkerhets- og informasjonsstyring
6. HMS - styring

7. informasjons- og dokumentstyring

3.2 Ledelsens styringsaktiviteter og prosesser

Årsplanleggingen foregår på høsten, mens årlig oppsummering foregår etter 1. og 2. tertial, samt etter årsavslutning på nyåret. Konkret tidsplan foreligger gjennom plan for foretaksmøter og oppfølgingsaktiviteter/-møter samt styrets årsplan som avgjør når de ulike rapporter/saker skal styrebehandles. Det er etablert årshjul som samkjører eier- og styringsaktiviteter og møter sammen med ledergruppemøtene.

3.3 Løpende lederoppfølging

Administrerende direktør etablerer i samarbeid med ledergruppen gjeldende rammer for styring og oppfølging.

Løpende styring og kontroll

Prosesseier slik det fremgår av styringssystemet har et definert ansvar for egnethet, etterlevelse og oppfølging. I dette ligger også hvilke kontroller og forbedringsaktiviteter som skal gjennomføres, eventuelt hvilke faste kontroller som gjøres. Det etableres prosessbeskrivelser som benyttes i det daglige arbeidet, og som legges til grunn for opplæring av medarbeiderne.

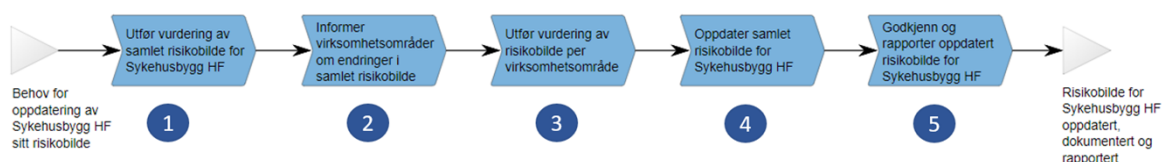
Lederoppfølging av ansatte

Lederoppfølging omfatter både resultat- og personalansvar. Aktiviteter planlegges i henhold til et felles årshjul for administrative aktiviteter. Det etableres både felles og enkeltvise oppfølgingsarenaer, samt kompetanseutvikling. Medarbeidersamtaler gjennomføres minimum årlig.

3.4 Internkontroll, risikostyring og ledelsens gjennomgang

Som beskrevet i kap 2.5 er internkontroll og risikostyring aktiviteter som er vesentlige for å beskrive kvalitet og modenhet i styring og oppfølging av foretaket.

Systematikk for internkontroll og risikostyring er etablert. Det er basert på ordinære PDCA-prinsipper (Plan–Do–Check–Act) der risiko settes inn i, og følges opp helhetlig. Helhetlig risikostyring er beskrevet i egen prosess som er etablert og ser på overordnet nivå slik ut:



Figur: Risikostyring i Sykehusbygg

Prosessten er opprettet for at ledergruppen, styret og eierne skal se hvordan Sykehusbygg arbeider for å sikre at foretakets setter inn ressurser der de mest effektivt kan bidra til at virksomhetens mål oppnås.

Prinsipper og retningslinjer for virksomhetsstyring

Proessen er et verktøy for ledelsen av foretaket slik at en på en helhetlig måte kan vurdere Sykehusbygg sitt risikobilde. En helhetlig tilnærming til risikostyring i Sykehusbygg fordrer at denne styringen gjennomsyrrer hele virksomheten, altså går på tvers av funksjoner og involverer medarbeidere på alle nivåer. Det er leders ansvar å ivareta denne involveringen.

Administrerende direktør beslutter hvilke tiltak som iverksettes for å følge avdelinger og prosjekters etterlevelse av krav og forventninger. Dette nedfelles i en Monitoreringsplan som beskriver prioriterte aktiviteter som iverksettes årlig for å avstemme etterlevelsen av styringssystemet og risikoområder i styring. Tema og saker velges ut basert på den til enhver tid gjeldende status i risikobilde for Sykehusbygg. For å opprettholde sertifiseringskrav etter ISO 14001-standarden, må monitorering omfatte ledelsessystemet for miljø.

Ledelsens gjennomgang gjennomføres årlig som et ledd i å bekrefte styringssystemets funksjon i ledelse, styring og oppfølging av foretaket. Slik årlig gjennomgang skal også møte de kravene som stilles til systematisk internkontroll og kontinuerlig forbedring av styringen. Videre skal den sikre ivaretagelse av kravene til etterlevelsen av ISO 14 001 standarden.

Et opplegg for modenhetsvurdering tilrettelegges, som grunnlag for utvikling av kvalitet og forbedring i foretakets styringsprosesser.

SB-SAK 55/2023 Etiske retningslinjer**Forslag til vedtak**

1. Styret tar informasjon om arbeidet med revisjon av foretakets etiske retningslinjer til orientering.
2. Styret ber om at de kommentarer som framkommer i møtet blir hensyntatt i det videre arbeidet, og at saken legges frem til endelig beslutning i et senere styremøte.

1. Bakgrunn for sak

Sykehusbygg HF sine etiske retningslinjer ble utarbeidet og besluttet av styret i 2018. Retningslinjene er kortfattet og bygger på foretakets verdier med beskrivelse av krav og forventninger til oppgaveløsning og adferd for ansattes ivaretagelse av åpenhet, habilitet, varsling og lojalitet. I vedlegg følger foretakets gjeldende etiske retningslinjer.

Alle medarbeidere i Sykehusbygg HF gis introduksjon til retningslinjene som del av opplæringen for nyansatte. Det gjennomføres også i den forbindelse en diskusjon om aktuelle dilemma i arbeidshverdagen i Sykehusbygg HF.

2. Behov for oppdatering - erfaringer

I sak 54-23 om revisjon av retningslinjene for virksomhetsstyring, er behovet for tydeliggjøring av habilitet og uavhengighet i ledende roller i virksomheten beskrevet. Det foreslås her, i tillegg til endring i retningslinjene for virksomhetsstyring, en oppdatering av de etiske retningslinjene vedrørende habilitet og upartiskhet samt hvordan dette skal forstås/utøves.

Før det legges frem et utkast til oppdaterte etiske retningslinjer, er det behov for å samle erfaring om aktuelle tema som i tillegg og med fordel skal tilføres eller endres i gjeldende etiske retningslinjer.

Basert på en overordnet gjennomgang av utvalgte etiske retningslinjer i andre foretak, aktuelle problemstillinger i samfunnsdebatten og egne erfaringer, har administrasjonen sett flere vesentlige spørsmål som bør innarbeides i disse retningslinjene. Særlig gjelder dette håndtering av spørsmål knyttet til:

- **Bærekraft** – krav, forventninger og håndtering samt valg som medarbeidere står overfor med betydning for klimapåvirkning
- **Sosiale media (SoMe)** – Personkommunikasjon og eksponering av arbeidsgiver i SoMe
- **Informasjonssikkerhet** – bruk av arbeidsgivers teknologi, eksponering av informasjon samt informasjonsspredning/-sporing.

- **Korrupsjonsspørsmål** – bruk av muligheter i egen stilling.

Basert på ovennevnte ønskes en gjennomgang i styret om innhold og føringer til disse retningslinjene som underlag for en oppdatering av de etiske retningslinjene.

3. Behandling av saken i møte og videre behandling

Det gis en kort introduksjon til saken i møtet.

Saksbehandler: Berit Bye

Sykehusbygg HF, 17.11.2023
Terje Bygland Nikolaisen
Administrerende direktør

Vedlegg: Etiske retningslinjer for Sykehusbygg HF

Etiske retningslinjer for Sykehusbygg HF

1 Formål og gyldighetsområde

Formålet med de etiske retningslinjene er at de skal veilede hver enkelt ansatt i håndteringen av etiske dilemmaer som kan oppstå i arbeidet med å gjennomføre Sykehusbyggs oppdrag. Retningslinjene gjelder for alle ansatte, i rollen som ansatt, uavhengig om rollen utøves internt, i kontakt med våre oppdragsgivere eller i offentligheten forøvrig.

2 Grunnleggende verdier for all aktivitet i Sykehusbygg

Sykehusbyggs etiske retningslinjer bygger på våre verdier:

Vi skal være kunnskapsbaserte. Med dette menes at vi skal legge til grunn forskningsbasert kunnskap, fagkunnskap og evaluert og systematisert erfaringskunnskap. Med dette som bakgrunn skal vi alltid benytte vårt faglige skjønn og søke å utvikle vår egen kompetanse – både som enkeltindivider og som organisasjon.

Vi skal være effektive. Med dette menes at vi skal ta vare på foretakets og oppdragsgiveres ressurser på en god måte og avveie balansen mellom effektivitet og ressursbruk, grundighet, kvalitet og god forvaltningsskikk.

Vi skal være pålitelige. Med dette menes at vi skal være ærlige i vår kommunikasjon, levere det vi har lovet og behandle mennesker med forutsigbarhet og respekt. Ansatte skal ikke opptre på en måte som er egnet til å svekke tilliten til deres upartiskhet.

3 Åpenhet

Sykehusbygg skal være en gjennomskiktig og åpen organisasjon. Våre valg og beslutninger skal være begrunnet, synlige og dokumenterte. Vi skal dele så mye vi kan, og være rause - både med hverandre internt og med omverdenen. Sykehusbygg skal praktisere mer-offentlighet i forhold til offentlighetsloven.

4 Habilitet

Sykehusbyggs ansatte har personlig ansvar for å følge de lover og regler som gjelder for Sykehusbygg og for å utføre arbeidet på en uegennyttig og etisk forsvarlig måte. Ansatte skal ikke ta del i eller søke å påvirke en beslutning dersom man kan ha personlig interesse av resultatet, og det kan stilles spørsmål ved ens uavhengighet.

Sidegjøremål

Sykehusbygg følger statens regler for sidegjøremål. Ansatte kan ikke påta seg verv/ha eierinteresser som svekker tilliten til Sykehusbygg eller som er uforenlige med Sykehusbyggs virksomhet. I noen tilfeller kan et sidegjøremål være i konflikt med stillingen i Sykehusbygg. I slike tilfeller krever sidegjøremålet godkjenning.

Gaver og andre fordeler

Ansatte skal ikke, verken for seg selv eller andre, ta imot eller gi for eksempel gaver, rabatter, reiser som kan påvirke deres handlinger. Moderate former for oppmerksomhet, gjestfrihet og sosialt samvær hører med til alminnelig akseptert og høflig omgangsform. Særlig aktsomhet kreves i forhold til leverandører og eksterne samarbeidspartnere.

5 Varsling

Vi skal alle behandle våre kolleger og samarbeidspartnere med respekt. Alle har krav på et fullt forsvarlig arbeidsmiljø og ingen ansatte skal utsettes for mobbing, trakassering eller diskriminering. Sykehusbygg har nulltoleranse mot seksuell trakassering.

Dersom ansatte mener at det foreligger brudd på lov og regelverk, etiske normer eller alvorlige forhold som kan skade ansatte, Sykehusbygg eller samfunnet, bør Sykehusbyggs varslingsrutiner følges av hensyn til den ansattes rettssikkerhet og Sykehusbyggs omdømme. Lederen som varsles, har plikt til å undersøke saken og bidra til at kritikkverdige forhold bringes til opphør.

Sykehusbygg har egne rutiner for varsling, jf regler om varsling i arbeidsmiljølovens kapittel 2A som finnes i Sykehusbyggs personalhåndbok.

6 Lojalitet

Alle ansatte i Sykehusbygg har et ansvar for å utøve sitt virke i tråd med Sykehusbyggs overordnede mandat, prosedyrer og retningslinjer.

Vedtatt i Styret 31.01.18.

Gjeldende fra 01.02.18

SB-SAK 56/2023**Retningslinjer for brukerutvalg i Sykehusbygg HF****Forslag til vedtak**

1. Styret tar informasjon om arbeidet som har vært gjennomført i de felleseide helseforetakene med sikte på etablering av brukerutvalg til orientering.
2. Styret ber om at de kommentarer som framkommer i møtet blir hensyntatt i det videre arbeidet, og at saken legges frem til endelig beslutning i styremøtet i februar 2024.

Bakgrunn for saken

Formålet med denne saken er å orientere styret om arbeidet med å etablere felles retningslinjer og enhetlig praksis for brukermedvirkning for de felleseide helseforetakene (med unntak av HDO).

Bakgrunn for saken er felles oppdrag i Oppdragsdokument 2023:

d) Brukermedvirkning. Helseforetaket må påse at det er etablert systemer for innhenting av pasienters og andre brukeres erfaring og synspunkter der dette er relevant, i tråd med helseforetaksloven § 35. Felles retningslinjer for brukermedvirkning på systemnivå, vedtatt av styrene i de regionale helseforetakene, skal legges til grunn.

Eierdirektørene har oppfordret de felleseide helseforetakene til å samarbeide om etableringen av brukermedvirkning. Det er lagt til grunn at brukermedvirkning knyttes til styringen av de enkelte helseforetakene (AD og styret), og at utvalgene bør være likt organisert.

Det foreligger nå et forslag til veiledende retningslinjer for brukermedvirkning på systemnivå i felleseide helseforetak.

Hovedpunkter

I Oppdragsdokument for 2023 til de felleseide helseforetakene fra de fire regionale helseforetakene, under punkt 4. Styringsbudskap fra de regionale helseforetakene for 2023, heter det:

d) Brukermedvirkning. Helseforetaket må påse at det er etablert systemer for innhenting av pasienters og andre brukeres erfaring og synspunkter der dette er relevant, i tråd med helseforetaksloven § 35. Felles retningslinjer for brukermedvirkning på systemnivå, vedtatt av styrene i de regionale helseforetakene, skal legges til grunn.

Dette ble ytterligere beskrevet i AD-møte-sak 015-2023 A, med følgende konklusjon:

1. AD-ene i RHF-ene stiller seg bak den struktur for brukarmedvirkning i de felleseide helseforetakene som framgår av saken.
2. AD-ene i RHF-ene ber om at eierstyringsgruppen følger opp ordningen med brukerutvalg i de felleseide helseforetakene gjennom oppfølgingsmøtene.
3. AD-ene i RHF-ene ber om at sekretariatet for AD-møtet sender svar til interregionalt RBU, der en formidler videre prosess i tråd med beslutninger i saken.

Det interregionale brukerutvalget (IRBU) har gjennom henvendelse til eierdirektørene 23. mars 2023 også beskrevet viktigheten av at brukarmedvirkning på systemnivå praktiseres likt i alle de felleseide helseforetakene:

«IRBU legger til grunn at det er teksten i OBD som legges til grunn for videre arbeid. IRBU mener dette er viktig for administrasjonen(e), slik at administrasjonen(e) kan ha dialog/utveksling og eventuelt bistå hverandre. Det er også viktig for brukerrepresentantene at organiseringen er lik fordi rekrutteringsbasen for brukarmedvirkere til felleseide HF ofte vil være brukerrepresentanter fra helseforetak/regionale helseforetak i de fire regionene.»

Med utgangspunkt i dette, har de felleseide helseforetakene nedsatt en arbeidsgruppe for å etablere forslag til felles retningslinjer og enhetlig praksis for brukarmedvirkning på systemnivå. Pasientreiser HF har koordinert arbeidet, bestående av representanter fra Pasientreiser HF, Sykehusbygg HF, Sykehusinnkjøp HF og Luftambulansetjenesten HF. I tillegg har sekretær for brukerutvalget i Helse Sør-Øst RHF stilt seg til disposisjon for å bistå i arbeidet, som representant på vegne av de regionale brukerutvalgene.

Arbeidsgruppen har tatt utgangspunkt i eksisterende felles retningslinjer for brukarmedvirkning på systemnivå, vedtatt av styrene i de regionale helseforetakene, og tilpasset disse til felleseide foretak. Forslaget (vedlegg 1) inneholder veiledende retningslinjer for mandat, oppnevning og konstituering samt arbeidsform.

En oppnevnt arbeidsgruppe bestående av representanter fra de regionale brukerutvalgene har gitt sine innspill til dokumentet gjennom sekretær for brukerutvalget i Helse Sør-Øst RHF. Deres innspill er foreløpig ikke vurdert og konkludert i arbeidsgruppen (vedlegg 2).

Fastsetting av økonomiske rammer for brukarmedvirkning i de ulike felleseide helseforetakene er foreslått håndtert av det enkelte helseforetaket. Felleseide helseforetak skal følge statens satser når det gjelder honorering av brukerutvalgene.

Behandling i møtet

I samråd med styrets leder, legges saken i denne omgang frem for styrets orientering. Styrets evt. kommentarer og innspill vil bli tatt med inn i sluttbehandlingen av saken og endelig beslutning i styremøtet i februar 2024.

Saksbehandler: Terje Bygland Nikolaisen

Sykehusbygg HF, 17.11.2023

Terje Bygland Nikolaisen
Administrerende direktør Sykehusbygg

Elektronisk godkjent uten signatur

Vedlegg:

1. Brukermedvirkning på systemnivå i felleseide helseforetak,- forslag til veiledende retningslinjer.
2. Innspill og kommentarer fra IRBU til forslag til veiledende retningslinjer.

**Brukermedvirkning på
systemnivå i
felleseide
helseforetak**

Forslag til veiledende retningslinjer for

- **Mandat**
- **Oppnevning og konstituering**
- **Arbeidsform**

Utarbeidet i samarbeid mellom de felleseide helseforetakene:

Luftambulansetjenesten

Pasientreiser HF

Sykehusbygg

Sykehusinnkjøp

Oktober 2023

INNHOLD

1. Prinsipp for brukermedvirkning	5
2. Retningslinjer for brukerutvalg.....	5
3. Mandat for brukerutvalg	6
3.1. Brukerutvalg skal bidra til å oppnå.....	6
3.2. Brukerutvalget skal være	6
3.3. Brukerutvalgets oppgaver er å.....	6
4. Arenaer for brukermedvirkning	7
4.1. Møter.....	7
4.2. Deltakelse i plan- og prosjektarbeid, råd og utvalg	7
5. Brukerutvalgets sammensetting.....	7
5.1. Nominasjon	8
5.2. Oppnevning	8
5.3. Arbeidsutvalg	8
6. Arbeidsform og administrasjon av brukerutvalget.....	9
7. Kompetanse	9
8. Forventninger til medlemmer i brukerutvalg.....	10
9. Habilitet og konfidensialitet.....	10
10. Økonomi	10
Vedlegg 1 – Uttrekk fra lover og vedtekter	11
Vedlegg 2 - Taushetserklæring.....	13
Vedlegg 3 – Retningslinjer for brukermedvirkning i forskning.....	15
Vedlegg 4 –Tilpasninger til felleseide foretaket.....	16

Forkortelser og definisjoner:

FFO	Funksjonshemmedes fellesorganisasjon
HF	Helseforetak
HOD	Helse- og omsorgsdepartementet
RHF	Regionalt helseforetak
RIO	Rusmisbrukernes Interesseorganisasjon
SAFO	Samarbeidsforum av funksjonshemmedes organisasjoner

I dette dokumentet forstås dersom ikke annet er presisert:

«Helseforetak» brukes både om regionalt helseforetak, heleide helseforetak som utøver pasientbehandling, og felleseide helseforetak.

«Brukernes erfaringskompetanse» og «brukerkompetanse» benyttes synonymt. Slik kompetanse innehas, slik vi forstår det, i dette dokumentet, av personer med egne erfaringer som pasienter og pårørende, fortrinnsvis i spesialisthelsetjenesten. Personer med brukerkompetanse har gjennom dialog med andre i samme situasjon (vanligvis i brukerorganisasjoner) vært gjennom en prosess hvor personlige erfaringer er bearbeidet slik at de blir omgjort til generaliserte beskrivelser med eventuelle endringsforslag.

I lovgrunnlag, vedtekter, oppdragsdokument fra HOD til de regionale helseforetakene, og i oppdragsdokument fra de regionale helseforetakene til helseforetakene, er det lagt til grunn at det skal etableres gode systemer for brukervedvirkning på ulike nivå. På (strategisk) systemnivå skjer slik medvirkning i hovedsak gjennom brukerutvalg. I protokoll fra foretaksmøte mellom Helse- og omsorgsdepartementet og de regionale helseforetakene den 7. januar 2015 ble følgende oppdrag gitt:

Sitat:

«Punkt 3.5.2 Fellesretningslinjer for brukervedvirkning

Helseforetakene har ulike rutiner og praksis for brukervedvirkning på systemnivå. Dette gjelder for eksempel for rutiner ved oppnevning brukerutvalg og brukervedvirkning i styret.

Brukervedvirkning på systemnivå er et viktig virkemiddel for å sikre at pasienter og pårørende stemmer blir hørt i pasientens helsetjeneste. Prinsipper og rutiner for brukervedvirkning bør derfor være enhetlig på tvers av helseforetak.»

I protokoll fra foretaksmøte mellom Helse- og omsorgsdepartementet og de regionale helseforetak 12. januar 2016 ble følgende oppdrag gitt:

Sitat:

«d) Brukervedvirkning Helseforetaket må påse at det er etablert systemer for innhenting av pasienters og andre brukeres erfaring og synspunkter der dette er relevant, i tråd med helseforetaksloven § 35. Felles retningslinjer for brukervedvirkning på systemnivå, vedtatt av styrene i de regionale helseforetakene, skal legges til grunn.»

De felleseide helseforetakene ble gjennom oppdragsdokument i 2023 i bedt om å etablere brukerutvalg, og legge felles retningslinjer for brukervedvirkning i helseforetak til grunn i etableringen.

Forslaget til retningslinjer, som skal følges av de felleseide foretakene, skal være et felles minstemål for brukervedvirkning på systemnivå, og er utarbeidet i samarbeid mellom de regionale helseforetakene og lederne i de regionale helseforetakenes brukerutvalg.

1. PRINSIPP FOR BRUKERMEDVIRKNING

- A. Brukerutvalget skal ha nasjonal sammensetning.
- B. Brukerrepresentantenes erfaringskompetanse er likeverdig med helsefaglig og administrativ kompetanse, og er relevant på alle nivå i helsetjenesten.
- C. En til to representanter fra brukerutvalget, hvorav den ene er brukerutvalgets leder, møter i styremøtene som observatør med tale- og forslagsrett. Brukerrepresentantene har plass ved styrebordet.
- D. Observatører til styremøtet fra brukerutvalgene deltar på styreseminar på lik linje med øvrige styremedlemmer.
- E. Brukerrepresentanter må ha bevissthet på sin rolle som representant og ha et bearbeidet forhold til egne brukererfaringer.
- F. Brukerutvalget skal ikke behandle saker om enkeltpasienter.
- G. Helseforetaket skal legge til rette for brukermedvirkning:
 - a. det skal skje gjennom at brukerrepresentanter gis reell innflytelse, og at brukerkompetansen blir benyttet ved planlegging, beslutning, gjennomføring og evaluering.
 - b. brukersynspunkt skal fremkomme i rapportering etter plan- og meldesystemet.
(jf foretaksloven §34 og vedtekter for regionale helseforetak § 14)
 - c. brukermedvirkning skal honoreres.

2. RETNINGSLINJER FOR BRUKERUTVALG

- Retningslinjene for brukermedvirkning på systemnivå vedtas i helseforetakenes styrer
- Antall medlemmer i brukerutvalget skal vedtas i styret, i henhold til punkt 5.1 og 5.2.
- Brukerutvalgets funksjonsperiode er to år
- Medlemmer skal ikke oppnevnes for mer enn tre perioder, det vil si seks år
- Brukerutvalgets sammensetning skal sørge for at hele landet er representert
- Brukerutvalget kan etablere og oppnevne underutvalg/brukergrupper på klinikk/avdelingsnivå dersom det er hensiktsmessig, herunder også vedta retningslinjer og mandat for disses virksomhet

3. MANDAT FOR BRUKERUTVALG

3.1. BRUKERUTVALG SKAL BIDRA TIL Å OPPNÅ

- helsetjenester av god kvalitet uavhengig av alder, kjønn, bosted, etnisk opprinnelse, sosial status, sykdom/diagnose og funksjonsnedsettelse
- god samhandling, og gode helhetlige pasientforløp
- god medvirkning fra pasienter og pårørende og deres organisasjoner
- samarbeid mellom brukerutvalg

3.2. BRUKERUTVALGET SKAL VÆRE

- et rådgivende organ for styret og administrerende direktør i saker av strategisk karakter som angår tilbudet til pasienter og pårørende i virksomhetsområdet
- et forum for tilbakemelding fra pasienter og pårørende om generaliserte erfaringer innenfor helseforetakets ansvarsområde og oppgaver
- et samarbeidsforum mellom helseforetaket og brukerorganisasjoner

3.3. BRUKERUTVALGETS OPPGAVER ER Å

- følge med på helseforetakets årshjul og bidra i mål- og strategiarbeid, hovedprosesser, forbedrings- og omstillingsprosesser og i øvrige faglige prosjekter og delta/medvirke/bidra i råd og utvalg i alle saker som angår tjenestetilbudet
- fremme saker av betydning for brukere, pasienter og pårørende
- lage årsrapport om egen virksomhet
- avgi høringsuttalelser til relevante planer og utredninger
- møte på helseforetakets styremøter i henhold til punkt 1C
- etter invitasjon, foreslå brukerrepresentanter fra brukerutvalg eller organisasjoner til plan- og prosjektarbeid, råd og utvalg.
- etter nærmere behov og avtale, arrangere og/eller delta på relevante konferanser og kurs
- ved behov samarbeide med andre brukerutvalg, og brukerorganisasjoner og brukerrepresentanter i kommunene
- ha kontakt med nasjonal koordinator for bruker- og pasientombud, og bidra til at helseforetaket følger opp deres årsrapporter
- evaluere egen virksomhet minst en gang i løpet av funksjonsperioden
- sette opp årlig møteplan i samarbeid med administrasjonen

4. ARENAER FOR BRUKERMEDVIRKNING

4.1. MØTER

Brukerutvalget skal innenfor budsjettrammen holde så mange møter som det selv mener er nødvendig for å gjennomføre oppdraget sitt. Møtene bør holdes i forkant av helseforetakets styremøte, slik at styresaker kan gjennomgås og eventuelt kommenteres. Det skal være dialog mellom brukerutvalget og helseforetaket i styresaker som er av spesiell interesse for brukerutvalget.

Innkalling og saksliste sendes ut en uke før møtet.

Interregionalt brukerutvalg planlegger og koordinerer ett fellesmøte med ledere av brukerutvalgene for de felleseide foretakene. Møtet bør avholdes en gang i året. Møtet kan arrangeres digitalt eller fysisk.

Samarbeidet mellom ledere, nestledere og sekretærer i de felleseide helseforetakenes brukerutvalg ivaretas gjennom halvårlige møter. Ett av disse forbeholdes i all hovedsak innspill til oppdragsdokumentet. Fellesmøtet med ledere av brukerutvalgene i de felleseide foretakene holdes i regi av de regionale helseforetakene.

4.2 DELTAKELSE I PLAN- OG PROSJEKTARBEID, RÅD OG UTVALG

En viktig del av brukerutvalgets arbeidsoppgaver er å bidra med brukerkompetanse i foretakets prosjekter, råd og utvalg, i form av deltakelse i arbeids- og styringsgrupper.

Representanter til slik deltakelse oppnevnes blant medlemmene i helseforetakets brukerutvalg. Ved oppnevning kan det etter behov også oppnevnes vararepresentant(er) for å sikre god brukermidvirkning.

5. BRUKERUTVALGETS SAMMENSETTING

Ved oppnevning av nytt brukerutvalg skal både hensynet til kontinuitet og fornyelse ivaretas. Medlemmer i brukerutvalget skal selv ha erfaring som pasient- og/eller pårørende.

Det er opp til hvert enkelt felleseide helseforetak å bestemme behov og omfang av vararepresentasjon til brukerutvalgene.

Antall medlemmer besluttet bl.a. ut fra foretakets størrelse. Representantene er personlig oppnevnt av helseforetakets styre på bakgrunn av representantens erfaringer, kompetanse, nettverk, verv og organisasjonstilknytning.

Dette innebærer at:

- sammensetningen av brukerutvalget skal gjenspeile helseforetakets virksomhetsområde
- pårørendeperspektivet, med særlig vekt på foreldre til syke barn, eldre, barn og unge og etniske minoriteter bør være representert
- alminnelige prinsipper for kjønnsmessig representasjon ivaretas
- aldersmessig og geografisk representasjon ivaretas
- både små og store organisasjoner bør være representert, slik at utvalget totalt sett har en god forankring i en bredde av organisasjoner

5.1. NOMINASJON

FFO og SAFO inviteres til å foreslå kandidater. I tillegg bør Pensjonistforbundet og TSB vurderes å inviteres til å foreslå kandidater, slik at særlige gruppers spesielle behov ivaretas.

De regionale helseforetakenes brukerutvalg inviteres i tillegg til å foreslå kandidater.

Dersom innkomne forslag ikke tilfredsstiller kriteriene for sammensetning kan andre organisasjoner forespørres.

Det må gjøres kjent at organisasjonene må foreslå flere kandidater enn de kan påregne å få inn i utvalget.

5.2. OPPNEVNING

Styret i helseforetaket oppnevner brukerutvalgets medlemmer, samt leder og nestleder, etter innstilling fra administrerende direktør på grunnlag av innsendte forslag fra pasientorganisasjonene.

God dialog mellom helseforetaket og organisasjonene sikres i nominasjons- og oppnevningsprosessen. Organisasjonene som foreslår kandidater skal oppfordres til å sende informasjon om relevant formal- og realkompetanse. Bakgrunnssjekk gjennom innsendt informasjon og eventuelt intervju danner grunnlaget for utvelgelsen.

5.3. ARBEIDSUTVALG

Det bør etableres arbeidsutvalg bestående av leder og nestleder, som sammen med sekretær, har særskilt ansvar for å forberede sakslister til utvalgsmøtene, samt sikre brukermedvirkning i aktuelle saker mellom ordinære møter i brukerutvalget. Mandat for arbeidsutvalget utarbeides og vedtas av brukerutvalget.

6. ARBEIDSFORM OG ADMINISTRASJON AV BRUKERUTVALGET

Det skal sikres en god arbeidsform i og tilstrekkelig sekretariatsfunksjon for brukerutvalget.

- A. Brukerutvalgsmøtene ledes av utvalgets leder eller nestleder.
- B. Helseforetaket skal sørge for sekretærfunksjon, og at sakene blir tilstrekkelig opplyst for behandling i brukerutvalget.
- C. Brukerutvalget forelegges rullert oversikt over årsplaner for styret og planleggings- og rapporteringsarbeidet i helseforetaket som grunnlag for egen årsplan.
- D. Brukerutvalgets møter er i utgangspunktet åpne. Det kan besluttes at møtet skal lukkes der det foreligger et saklig behov for dette.
- E. Brukerutvalgets medlemmer og administrasjonen kan foreslå saker til utvalget.
- F. Helseforetaket møter i brukerutvalget med administrerende direktør og/eller administrerende direktørs representant.
- G. Forslag til protokoll godkjennes av møteleder og publiseres umiddelbart på helseforetakets nettside. Protokoll godkjennes i brukerutvalgets påfølgende møte.
- H. Brukerutvalget uttaler seg i media gjennom leder eller annet medlem etter avtale med leder.

7. KOMPETANSE

Det er en forutsetning at representantene har god brukerkompetanse.

Helseforetaket skal ved oppnevning av nytt brukerutvalg gi grunnleggende opplæring om helseforetaket og deres hovedoppgaver, lover og rettigheter, styrings- og finansieringssystem samt klargjøre forventninger til brukerutvalgets rolle.

8. FORVENTNINGER TIL MEDLEMMER I BRUKERUTVALG

Medlemmer i brukerutvalg skal:

- prioritere møter og andre oppgaver de tar på seg som medlem i brukerutvalget, og sette seg inn i sakene som skal behandles
- bidra til et godt samarbeidsklima i brukerutvalget, og til et godt samarbeid med helseforetaket
- holde kontakt med egen organisasjon og nettverk
- følge helseforetakets etiske retningslinjer
- informere om brukerutvalgets virksomhet

9. HABILITET OG KONFIDENSIALITET

Brukerutvalget er et viktig organ i helseforetaket, og vil i kraft av sin rolle kunne få tilgang til informasjon av sensitiv karakter og kunne påvirke beslutninger som angår andre helseforetak, private aktører og andre interessenter.

Forvaltningslovens regler for taushetsplikt og habilitet gjelder også for medlemmer i brukerutvalg.

Medlem i brukerutvalg skal ikke samtidig være involvert i virksomheter med forretningsmessige interesser i regionale helseforetak/helseforetak.

Medlem i brukerutvalget skal ikke samtidig være ansatt i helseforetak.

Medlem i brukerutvalg skal som hovedregel ikke være medlem i andre brukerutvalg.

Medlemmer i brukerutvalget undertegner taushetserklæring (vedlegg 2)

10. ØKONOMI

Brukerutvalgets budsjett vedtas av helseforetaket i forbindelse med helseforetakets årlige budsjettbehandling. Det er opp til eierne av de felleseide foretakene og fastsette økonomiske rammer for brukarmedvirkning og godtgjørelse til brukerutvalgene.

VEDLEGG 1 – UTTREKK FRA LOVER OG VEDTEKTER

Uttrekk fra vedtekter for de regionale helseforetak (likelydende i alle regioner)

§ 14 Medvirkning fra pasienter og pårørende

Styret skal påse at pasienters og pårørendes rettigheter og interesser blir ivaretatt, blant annet gjennom et fast samarbeid med deres organisasjoner.

Styret skal også påse at samiske organisasjoner, nasjonale minoritetsorganisasjoner og innvandrersorganisasjoner i helseregionen blir hørt i arbeidet med planlegging og drift av tjenestene.

Styret skal også påse at erfaringer, behovsvurderinger, prioriteringer og synspunkter som innhentes fra pasienter og pårørende og deres organisasjoner, gis en sentral plass i arbeidet med planleggingen og i driften av virksomhetene. Det skal fremgå av oversendelsen av årlig melding at brukerutvalg har fått forelagt meldingen før denne sendes departementet, jf. § 15. (...)

§ 15 Melding til departementet

Styret skal innen den 15. mars hvert år sende en melding til departementet som omfatter styrets plandokument for virksomheten og styrets rapport for foregående år. Plandokumentet skal være av strategisk og overordnet karakter og vise hovedtrekkene i virksomhetens fremtidige drift innenfor de rammebetingelser som er gitt av staten som eier og helsemyndighet. Denne delen av plandokumentet vil inngå i vurderings-grunnlaget for behandlingen av de enkelte års statsbudsjett.

Plandokumentet skal videre, med utgangspunkt i vurderinger av eksisterende drift, gi beskrivelse av forventede endringer i befolkningens behov for helsetjenester og i den helsefaglige utviklingen på fagområdene, vise behovet for utvikling og endring av tjenestene og driften av virksomheten og styrets vurdering av ressursbruken for de nærmeste årene, med forslag til finansiering.

Rapporten om virksomheten fra foregående kalenderår skal vise hvordan pålegg og bestemmelser som er gitt i foretaksmøtet eller satt som vilkår for bevilgninger, er fulgt opp. Rapporten skal også vise virksomhetens utvikling i forhold til det regionale foretakets plandokument.

Uttrekk fra Lov om helseforetak

§34. Årlig melding om virksomheten mv. i regionalt helseforetak

Regionalt helseforetak skal hvert år utarbeide en melding om foretaket og foretakets virksomhet som forelegges departementet. Meldingen skal også omfatte de helseforetak som det regionale helseforetaket eier.

Meldingen skal blant annet redegjøre for virksomheten i det foregående år, herunder skal det redegjøres for gjennomføringen av krav departementet har stilt til virksomheten. Meldingen skal inneholde en plan for virksomheten i de kommende år.

Nærmere regler om meldingens innhold og frist for å forelegge den for departementet fastsettes i vedtektene.

§ 35. Pasienters og andre brukeres innflytelse

Regionalt helseforetak skal sørge for at representanter for pasienter og andre brukere blir hørt i

forbindelse med utarbeidelse av plan i henhold til § 34 annet ledd annet punktum. Regionalt helseforetak skal sørge for at virksomheter som yter spesialisthelsetjenester og andre tjenester som hører naturlig sammen med dette, etablerer systemer for innhenting av pasienters og andre brukeres erfaringer og synspunkter.

§ 14 Medvirkning fra pasienter og pårørende

Styret skal påse at pasienters og pårørendes rettigheter og interesser blir ivaretatt, blant annet gjennom et fast samarbeid med deres organisasjoner.

Styret skal også påse at samiske organisasjoner, nasjonale minoritetsorganisasjoner og innvandrersorganisasjoner i helseregionen blir hørt i arbeidet med planlegging og drift av tjenestene.

Styret skal også påse at erfaringer, behovsvurderinger, prioriteringer og synspunkter som innhentes fra pasienter og pårørende og deres organisasjoner, gis en sentral plass i arbeidet med planleggingen og i driften av virksomhetene. Det skal fremgå av oversendelsen av årlig melding at brukerutvalg har fått forelagt meldingen før denne sendes departementet, jf. § 15. (...)

§ 15 Melding til departementet

Styret skal innen den 15. mars hvert år sende en melding til departementet som omfatter styrets plandokument for virksomheten og styrets rapport for foregående år. Plandokumentet skal være av strategisk og overordnet karakter og vise hovedtrekkene i virksomhetens fremtidige drift innenfor de rammebetingelser som er gitt av staten som eier og helsemyndighet. Denne delen av plandokumentet vil inngå i vurderingsgrunnlaget for behandlingen av de enkelte års statsbudsjett. Plandokumentet skal videre, med utgangspunkt i vurderinger av eksisterende drift, gi beskrivelse av forventede endringer i befolkningens behov for helsetjenester og i den helsefaglige utviklingen på fagområdene, vise behovet for utvikling og endring av tjenestene og driften av virksomheten og styrets vurdering av ressursbruken for de nærmeste årene, med forslag til finansiering.

Rapporten om virksomheten fra foregående kalenderår skal vise hvordan pålegg og bestemmelser som er gitt i foretaksmøtet eller satt som vilkår for bevilgninger, er fulgt opp. Rapporten skal også vise virksomhetens utvikling i forhold til det regionale foretakets plandokument.

VEDLEGG 2 – TAUSHETSERKLÆRING

Taushetserklæring for brukerutvalgets representanter.

Forvaltningslovens taushetspliktsregler gjelder for enhver som «utfører tjeneste eller arbeid» for et forvaltningsorgan. Det følger av helseforetaksloven § 5 at forvaltningsloven gjelder for helseforetakenes virksomhet. Det legges til grunn at brukerrepresentanters deltakelse i brukerutvalg

m.v. innebærer utførelse av en tjeneste for et helseforetak/regionalt helseforetak, slik at forvaltningslovens taushetspliktsregler kommer til anvendelse.

Det følger av forvaltningsloven § 13 at «enhver som utfører tjeneste eller arbeid for et forvaltningsorgan, plikter å hindre at andre får adgang eller kjennskap til det han i forbindelse med tjenesten eller arbeidet får vite om:

1. noens personlige forhold, eller
2. tekniske innretninger og fremgangsmåter samt drifts- eller forretningsforhold som det vil være av konkurransemessig betydning å hemmeligholde av hensyn til den som opplysningen angår.»

Jeg er oppmerksom på at taushetserklæringen også gjelder etter at jeg har sluttet i brukerutvalget. Jeg er kjent med at overtredelse av disse bestemmelsene kan medføre straffeansvar etter Straffelovens § 121.

I saker der det kan være tvil om i hvilken utstrekning opplysninger og dokumenter kan diskuteres fritt, skal brukerutvalget selv/medlemmet selv ta dette opp med oppdragsgiver.

Undertegnede forplikter seg til å overholde den lovbestemte taushetsplikten om forhold jeg blir kjent med i min tjeneste som brukerrepresentant i brukerutvalget.

Sted/dato

.....

Underskrift

.....

VEDLEGG 3 – RETNINGSLINJER FOR BRUKERMEDVIRKNING I FORSKNING

Retningslinjene ble vedtatt av styret i Helse Sør-Øst RHF i sak 075-2015. Retningslinjene er felles for alle fire regionale helseforetak og de felleseide foretakene.

Retningslinjer og tiltak

Retningslinjene må gjelde både formell representasjon, organisert samarbeid og direkte involvering der dette er relevant. Retningslinjene ønskes også fulgt i industrifinansierte studier.

Der det er etablerte systemer for brukermedvirkning i dag må disse brukes aktivt, og det må innføres nye tiltak. Disse tiltakene vil i sum legge grunnlaget for økt og reell brukermedvirkning i forskning, og skape en kultur der brukermedvirkning i forskning er en naturlig del av forskningsvirksomheten. Det foreslås følgende nye tiltak:

Brukerrepresentanter i ulike forskningsutvalg

- Det innføres brukerrepresentasjon i faste forskningsutvalg ved alle helseforetak og klinikker med forskningsaktivitet der dette er hensiktsmessig. Brukerutvalget ved hvert enkelt helseforetak må vurdere dette i samråd med helseforetaket.
- Også store konsortier, styringsgrupper for befolkningsundersøkelser og lignende der helseforetak er med, bør ha brukerrepresentasjon.
- Brukerrepresentanter skal inviteres til å delta i arbeid med utarbeidelse av forskningsstrategier.
- Brukerrepresentantene til ulike utvalg skal primært oppnevnes etter innspill fra brukerutvalg/brukerorganisasjoner. Brukerne skal primært oppnevnes som faste medlemmer, hvis ikke særskilte forhold tilsier at de bør få en observatørstatus. Ved observatørstatus skal de ha tale- og forslagsrett.
- Brukere som oppnevnes til utvalg må gjennomgå habilitetsvurderinger på linje med andre medlemmer. Bindinger og interessekonflikter av både kommersiell og ikke-kommersiell karakter må gjennomgås.

Brukerutvalgene og andre fora

- De organer som allerede finnes skal brukes mer aktivt for behandling, for eksempel høringer, av forskningssaker; RBU/BU, samarbeidsorganene med universiteter og høyskoler (SO) og andre relevante organer.

Direkte brukermedvirkning i forskningsprosjekter

- Det skal vurderes å bruke direkte brukermedvirkning og/eller organisert samarbeid med brukerorganisasjoner i forskningsprosjekter der det er relevant.
- Forskningsstøtteapparatene må ha nødvendig kompetanse slik at de kan bidra til at forskere vurderer involvering av brukere så tidlig som mulig i forskningsprosessen.
- Forskningsmiljøene må også selv ta ansvar for involvering av brukere direkte i prosjektene
- For direkte brukermedvirkning må det også gjøres en habilitetsvurdering av involverte brukere

Opplysning om brukermedvirkning i søknader

- I søknader om regionale forskningsmidler skal det beskrives hvem som er bruker av resultatene av forskningsprosjektet. Det skal redegjøres for i hvilken grad bruker er involvert i planlegging og gjennomføring av prosjektet, eventuelt hvorfor dette ikke er relevant. Dette skal ikke nødvendigvis brukes i scoring av poeng, men telle i en samlet vurdering.
- Det presiseres at brukermedvirkning i søknader må ha relevans i det aktuelle prosjekt for at dette skal kunne gi uttelling i vurderingen.

Opplæring av brukere

RHFene og HFene må sørge for hensiktsmessig opplæring.

Økonomiske konsekvenser

- Brukerrepresentanter som er formelt oppnevnt må honoreres. Felleseide foretak kan bruke de ordninger for honorering som allerede er etablert som utgangspunkt.
- Prosjekter hvor brukermedvirkning inngår må budsjettere med prosjektmidler til direkte brukermedvirkning (honorar, reise, eventuelt tapt arbeidsfortjeneste).
- Andre former for finansiering av brukerrepresentasjon bør utredes.
- De felleseide foretakene må sette av midler til opplæring av brukere og forskere.

Kartlegging og evaluering av brukermedvirkning i forskning

- Det anbefales at det gjøres en kartlegging av omfanget av brukermedvirkning i forskning i helseforetakene innen 01.07.2015 som en «0-punktsmåling» for status pr 31.12.2014. Kartleggingen må tilpasses det enkelte RHF/HF på grunn av ulikt omfang og volum av forskningsprosjekter.
- Hvert helseforetak anbefales å utarbeide en plan for brukermedvirkning i forskning.
- Det anbefales at det etter 3 år (innen 01.07.2018) gjøres en ny kartlegging for å evaluere innføringen av tiltakene for brukermedvirkning i forskning.
- Det vil være det enkelte RHF's ansvar å gjennomføre kartlegging og evaluering. Det bør tilstrebes enighet om noen felles parametere slik at utvikling kan følges og sammenlikning kan gjøres.
- Nytteverdi (resultat) og grad av reell medvirkning bør inngå i evalueringen.

VEDLEGG 4 –TILPASNINGER BRUKERUTVALG I FELLESEIDE FORETAK

De felleseide helseforetakene tilpasser retningslinjene for følgende forhold:

1. Praksis med at en til to representanter fra brukerutvalget, hvorav den ene er brukerutvalgets leder, møter i styremøtene som observatører med tale- og forslagsrett, videreføres.
2. Praksis med at det ikke er vararepresentasjon i brukerutvalgene videreføres.
3. Honorering av brukermedvirkning skjer etter statens satser, jf. retningslinjer for godtgjøring av brukerrepresentanter i Helse Sør-Øst RHF.

Brukermedvirkning på
systemnivå i
felleseide
helseforetak

Forslag til veiledende retningslinjer for

- Mandat
- Oppnevning og konstituering
- Arbeidsform

Utarbeidet i samarbeid mellom de felleseide helseforetakene:
Luftambulansetjenesten
Pasientreiser HF
Sykehusbygg
Sykehusinnkjøp
Oktober 2023



LUFTAMBULANSETJENESTEN



PASIENTREISER



SYKEHUSBYGG



SYKEHUSINNKJØP

INNHold

1. Prinsipp for brukermedvirkning	5
2. Retningslinjer for brukerutvalg.....	5
3. Mandat for brukerutvalg	6
3.1. Brukerutvalg skal bidra til å oppnå.....	6
3.2. Brukerutvalget skal være	6
3.3. Brukerutvalgets oppgaver er å.....	6
4. Arenaer for brukermedvirkning	7
4.1. Møter.....	7
4.2. Deltakelse i plan- og prosjektarbeid, råd og utvalg	7
5. Brukerutvalgets sammensetting.....	7
5.1. Nominasjon	8
5.2. Oppnevning	8
5.3. Arbeidsutvalg	8
6. Arbeidsform og administrasjon av brukerutvalget.....	9
7. Kompetanse	9
8. Forventninger til medlemmer i brukerutvalg.....	10
9. Habilitet og konfidensialitet.....	10
10. Økonomi	10
Vedlegg 1 – Uttrekk fra lover og vedtekter	11
Vedlegg 2 - Taushetserklæring.....	13
Vedlegg 3 – Retningslinjer for brukermedvirkning i forskning.....	15
Vedlegg 4 –Tilpasninger til felleseide foretaket.....	16

Forkortelser og definisjoner:

FFO	Funksjonshemmedes fellesorganisasjon HF
HOD	Helse- og omsorgsdepartementet
RHF	Regionalt helseforetak
RIO	Rusmisbrukernes Interesseorganisasjon
SAFO	Samarbeidsforum av funksjonshemmedes organisasjoner

I dette dokumentet forstås dersom ikke annet er presisert:

«Helseforetak» brukes både om regionalt helseforetak, heleide helseforetak som utøver pasientbehandling, og felleseide helseforetak.

«Brukernes erfaringskompetanse» og «brukerkompetanse» benyttes synonymt. Slik kompetanse innehas, slik vi forstår det, i dette dokumentet, av personer med egne erfaringer som pasienter og pårørende, fortrinnsvis i spesialisthelsetjenesten. Personer med brukerkompetanse har gjennom dialog med andre i samme situasjon (vanligvis i brukerorganisasjoner) vært gjennom en prosess hvor personlige erfaringer er bearbeidet slik at de blir omgjort til generaliserte beskrivelser med eventuelle endringsforslag.

INNLEDNING

I lovgrunnlag, vedtekter, oppdragsdokument fra HOD til de regionale helseforetakene, og i oppdragsdokument fra de regionale helseforetakene til helseforetakene, er det lagt til grunn at det skal etableres gode systemer for brukermedvirkning på ulike nivå. På (strategisk) systemnivå skjer slik medvirkning i hovedsak gjennom brukerutvalg. I protokoll fra foretaksmøte mellom Helse- og omsorgsdepartementet og de regionale helseforetakene den 7. januar 2015 ble følgende oppdrag gitt:

Sitat:

«Punkt 3.5.2 Fellesretningslinjer for brukermedvirkning

Helseforetakene har ulike rutiner og praksis for brukermedvirkning på systemnivå. Dette gjelder for eksempel for rutiner ved oppnevning brukerutvalg og brukermedvirkning i styret.

Brukermedvirkning på systemnivå er et viktig virkemiddel for å sikre at pasienter og pårørende stemmer blir hørt i pasientens helsetjeneste. Prinsipper og rutiner for brukermedvirkning bør derfor være enhetlig på tvers av helseforetak.»

I protokoll fra foretaksmøte mellom Helse- og omsorgsdepartementet og de regionale helseforetak 12. januar 2016 ble følgende oppdrag gitt:

Sitat:

«d) Brukermedvirkning Helseforetaket må påse at det er etablert systemer for innhenting av pasienters og andre brukeres erfaring og synspunkter der dette er relevant, i tråd med helseforetaksloven § 35. Felles retningslinjer for brukermedvirkning på systemnivå, vedtatt av styrene i de regionale helseforetakene, skal legges til grunn.»

De felleseide helseforetakene ble gjennom oppdragsdokument i 2023 i bedt om å etablere brukerutvalg, og legge felles retningslinjer for brukermedvirkning i helseforetak til grunn i etableringen.

Forslaget til retningslinjer, som skal følges av de felleseide foretakene, skal være et felles minstemål for brukermedvirkning på systemnivå, og er utarbeidet i samarbeid mellom de regionale helseforetakene og lederne i de regionale helseforetakenes brukerutvalg.

1. PRINSIPP FOR BRUKERMEDVIRKNING

- A. Brukerutvalget skal **representere alle pasienter og pårørende** og ha nasjonal **sammensetning**.
- B. Brukerrepresentantenes erfaringskompetanse er likeverdig med helsefaglig og administrativ kompetanse, og er relevant på alle nivå i helsetjenesten.
- C. **En til to** representanter fra brukerutvalget, hvorav den ene er brukerutvalgets leder, møter i styremøtene som observatør med tale- og forslagsrett. Brukerrepresentantene har plass ved styrebordet.
- D. Observatører til styremøtet fra brukerutvalgene deltar på styreseminar på lik linje med øvrige styremedlemmer.
- E. Brukerrepresentanter må ha bevissthet på sin rolle som representant og ha et bearbeidet forhold til egne brukererfaringer.
- F. Brukerutvalget skal ikke behandle saker om enkeltpasienter.
- G. Helseforetaket skal legge til rette for brukermedvirkning:
 - a. det skal skje gjennom at brukerrepresentanter gis reell innflytelse, og at brukerkompetansen blir benyttet ved planlegging, beslutning, gjennomføring og evaluering.
 - b. brukersynspunkt skal fremkomme i rapportering etter plan- og meldesystemet.
(jf foretaksloven §34 og vedtekter for regionale helseforetak § 14)
 - c. brukermedvirkning skal honoreres.

Commented [GB1]: I nasjonale retningslinjer står det: "Brukerutvalget skal representere alle pasienter og pårørende i helseforetakets virksomhetsområde"

Jeg ønsker at dette reflekteres. Det er særlig viktig å sidestille pårørende.

Commented [GB2]: Det er en absolutt fordel å ha to brukerobservatører i styret, og det bør stå i retningslinjene.

2. RETNINGSLINJER FOR BRUKERUTVALG

- Retningslinjene for brukermedvirkning på systemnivå vedtas i helseforetakenes styre
- Antall medlemmer i brukerutvalget skal vedtas i styret, i henhold til punkt 5.1 og 5.2.
- Brukerutvalgets funksjonsperiode er to år
- Medlemmer skal ikke oppnevnes for mer enn tre perioder, det vil si seks år
- Brukerutvalgets sammensetning skal sørge for at hele landet er representert
- Brukerutvalget kan etablere og oppnevne underutvalg/brukergrupper på klinikk/avdelingsnivå dersom det er hensiktsmessig, herunder også vedta retningslinjer og mandat for disses virksomhet

3. MANDAT FOR BRUKERUTVALG

3.1. BRUKERUTVALG SKAL BIDRA TIL Å OPPNÅ

- helsetjenester av god kvalitet uavhengig av alder, kjønn, bosted, etnisk opprinnelse, sosial status, sykdom/diagnose og funksjonsnedsettelse
- god samhandling, og gode helhetlige pasientforløp
- god medvirkning fra pasienter og pårørende og deres organisasjoner
- samarbeid mellom brukerutvalg

3.2. BRUKERUTVALGET SKAL VÆRE

- et rådgivende organ for styret og administrerende direktør i saker av strategisk karakter som angår tilbudet til pasienter og pårørende i virksomhetsområdet
- et forum for tilbakemelding fra pasienter og pårørende om generaliserte erfaringer innenfor helseforetakets ansvarsområde og oppgaver
- et samarbeidsforum mellom helseforetaket og brukerorganisasjoner

3.3. BRUKERUTVALGETS OPPGAVER ER Å

- følge med på helseforetakets årshjul og bidra i mål- og strategiarbeid, hovedprosesser, forbedrings- og omstillingsprosesser og i øvrige faglige prosjekter og delta/medvirke/bidra i råd og utvalg i alle saker som angår tjenestetilbudet
- fremme saker av betydning for brukere, pasienter og pårørende
- lage årsrapport om egen virksomhet
- avgi høringsuttalelser til relevante planer og utredninger
- møte på helseforetakets styremøter i henhold til punkt 1C
- etter invitasjon, foreslå brukerrepresentanter fra brukerutvalg eller organisasjoner til plan- og prosjektarbeid, råd og utvalg.
- etter nærmere behov og avtale, arrangere og/eller delta på relevante konferanser og kurs
- ved behov samarbeide med andre brukerutvalg, og brukerorganisasjoner og brukerrepresentanter i kommunene
- ha kontakt med nasjonal koordinator for bruker- og pasientombud, og bidra til at helseforetaket følger opp deres årsrapporter
- evaluere egen virksomhet minst en gang i løpet av funksjonsperioden
- sette opp årlig møteplan i samarbeid med administrasjonen

4. ARENAER FOR BRUKERMEDVIRKNING

4.1. MØTER

Brukerutvalget skal innenfor budsjettrammen holde så mange møter som det selv mener er nødvendig for å gjennomføre oppdraget sitt. Møtene bør holdes i forkant av helseforetakets styremøte, slik at styresaker kan gjennomgås og eventuelt kommenteres. Det skal være dialog mellom brukerutvalget og helseforetaket i styresaker som er av spesiell interesse for brukerutvalget.

Innkalling og sakliste sendes ut en uke før møtet.

Interregionalt brukerutvalg planlegger og koordinerer ett fellesmøte med ledere av brukerutvalgene for de felleseide foretakene. Møtet bør avholdes en gang i året. Møtet kan arrangeres digitalt eller fysisk.

Samarbeidet mellom ledere, nestledere og sekretærer i de felleseide helseforetakenes brukerutvalg ivaretas gjennom halvårlige møter. Ett av disse forbeholdes i all hovedsak innspill til oppdragsdokumentet. Fellesmøtet med ledere av brukerutvalgene i de felleseide foretakene holdes i regi av de regionale helseforetakene.

4.2 DELTAKELSE I PLAN- OG PROSJEKTARBEID, RÅD OG UTVALG

En viktig del av brukerutvalgets arbeidsoppgaver er å bidra med brukerkompetanse i foretakets prosjekter, råd og utvalg, i form av deltakelse i arbeids- og styringsgrupper.

Brukerutvalget kan henvende seg til organisasjoner eller andre brukerutvalg i landet for å få forslag til kandidater til brukerrepresentasjon. Hensyn som tilsier at utvalget bør henvende seg til andre er bl.a kapasitet og kompetanse. Representanter til slik deltakelse oppnevnes blant medlemmene i helseforetakets brukerutvalg. Ved oppnevning kan det etter behov også oppnevnes vararepresentant(er) for å sikre god brukermedvirkning.

Commented [GB3]: Det bør være krav om årlig møte

Commented [GB4]: Her begrenser man seg ift Felles retningslinjer. Der står det: "Brukerutvalget kan henvende seg til organisasjoner eller andre brukerutvalg i regionen for å få forslag til kandidater til brukerrepresentasjon. Hensyn som tilsier at utvalget bør henvende seg til andre er bl.a kapasitet og kompetanse."
Jeg tror dette er like viktige for brukerutvalg i felleseide HF. Ellers vil man streve med å rekruttere riktig brukerkompetanse..

5. BRUKERUTVALGETS SAMMENSETTING

Ved oppnevning av nytt brukerutvalg skal både hensynet til kontinuitet og fornyelse ivaretas. Medlemmer i brukerutvalget skal selv ha erfaring som pasient- og/eller pårørende.

Det er opp til hvert enkelt felleseide helseforetak å bestemme behov og omfang av vararepresentasjon til brukerutvalgene. Brukerutvalget skal ha vararepresentanter.

Antall medlemmer besluttet bl.a. ut fra foretakets størrelse. Representantene er personlig oppnevnt av helseforetakets styre på bakgrunn av representantens erfaringer, kompetanse, nettverk, verv og organisasjonstilknytning.

Commented [GB5]: Tror det er helt vesentlig å ha mulighet for vararepresentasjon. Det er jo en grunn til at man er brukemedvirker. Fravær ved forverring eller krevende situasjoner må tilrettelegges for ved at det er en vara som trer inn for deg. Da blir det enklere å ta på seg et ansvar og lettere å rekruttere til brukerutvalgene.

Dette innebærer at:

- sammensetningen av brukerutvalget skal gjenspeile helseforetakets virksomhetsområde
- pårørendeperspektivet, med særlig vekt på foreldre til syke barn, eldre, barn og unge og etniske minoriteter bør være representert
- alminnelige prinsipper for kjønnsmessig representasjon ivaretas
- aldersmessig og geografisk representasjon ivaretas
- både små og store organisasjoner bør være representert, slik at utvalget totalt sett har en god forankring i en bredde av organisasjoner

Commented [GB6]: Denne teksten fra felles retningslinjer er tatt ut, og jeg forstår ikke hvorfor: "...virksomhetsområde, vanligvis med en balansert representasjon fra somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling"

5.1. NOMINASJON

FFO og SAFO inviteres til å foreslå kandidater. I tillegg bør Pensjonistforbundet og TSB vurderes å inviteres til å foreslå kandidater, slik at særlige gruppers spesielle behov ivaretas.

De regionale helseforetakenes brukerutvalg inviteres i tillegg til å foreslå kandidater.

Dersom innkomne forslag ikke tilfredsstiller kriteriene for sammensetning kan andre organisasjoner forespørres.

Det må gjøres kjent at organisasjonene må foreslå flere kandidater enn de kan påregne å få inn i utvalget.

Commented [GB7]: Jeg ønsker å fjerne ordet vurderes. Det er viktig å sikre disse pasientgruppene mulighet til reel brukervedvirkning. Det er i tillegg prioriterte pasientgrupper, og det er viktig at tjenestene i de felleseide HF har god brukervedvirkning fra pasienter og pårørende innenfor psykisk helsevern, TSB og eldre.

5.2. OPPNEVNING

Styret i helseforetaket oppnevner brukerutvalgets medlemmer, samt leder og nestleder, etter innstilling fra administrerende direktør på grunnlag av innsendte forslag fra pasientorganisasjonene.

God dialog mellom helseforetaket og organisasjonene sikres i nominasjons- og oppnevningsprosessen. Organisasjonene som foreslår kandidater skal oppfordres til å sende informasjon om relevant formal- og realkompetanse. Bakgrunnssjekk gjennom innsendt informasjon og eventuelt intervju danner grunnlaget for utvelgelsen.

5.3. ARBEIDSUTVALG

Det bør etableres arbeidsutvalg bestående av leder og nestleder, som sammen med sekretær har særskilt ansvar for å forberede sakslister til utvalgsmøtene, samt sikre brukervedvirkning i aktuelle saker mellom ordinære møter i brukerutvalget. Mandat for arbeidsutvalget utarbeides og vedtas av brukerutvalget.

6. ARBEIDSFORM OG ADMINISTRASJON AV BRUKERUTVALGET

Det skal sikres en god arbeidsform i og tilstrekkelig sekretariatsfunksjon for brukerutvalget.

- A. Brukerutvalgsmøtene ledes av utvalgets leder eller nestleder.
- B. Helseforetaket skal sørge for sekretærfunksjon, og at sakene blir tilstrekkelig opplyst for behandling i brukerutvalget.
- C. Brukerutvalget forelegges rullert oversikt over årsplaner for styret og planleggings- og rapporteringsarbeidet i helseforetaket som grunnlag for egen årsplan.
- D. Brukerutvalgets møter er i utgangspunktet åpne. Det kan besluttes at møtet skal lukkes der det foreligger et saklig behov for dette.
- E. Brukerutvalgets medlemmer og administrasjonen kan foreslå saker til utvalget.
- F. Helseforetaket møter i brukerutvalget med administrerende direktør og/eller administrerende direktørs representant.
- G. Forslag til protokoll godkjennes av møteleder og publiseres umiddelbart på helseforetakets nettside. Protokoll godkjennes i brukerutvalgets påfølgende møte.
- H. Brukerutvalget uttaler seg i media gjennom leder eller annet medlem etter avtale med leder.

7. KOMPETANSE

Det er en forutsetning at representantene har god brukerkompetanse.

Helseforetaket skal ved oppnevning av nytt brukerutvalg gi grunnleggende opplæring om helseforetaket og deres hovedoppgaver, lover og rettigheter, styrings- og finansieringssystem samt klargjøre forventninger til brukerutvalgets rolle.

8. FORVENTNINGER TIL MEDLEMMER I BRUKERUTVALG

Medlemmer i brukerutvalg skal:

- prioritere møter og andre oppgaver de tar på seg som medlem i brukerutvalget, og sette seg inn i sakene som skal behandles
- bidra til et godt samarbeidsklima i brukerutvalget, og til et godt samarbeid med helseforetaket
- holde kontakt med egen organisasjon og nettverk
- følge helseforetakets etiske retningslinjer
- informere om brukerutvalgets virksomhet

9. HABILITET OG KONFIDENSIALITET

Brukerutvalget er et viktig organ i helseforetaket, og vil i kraft av sin rolle kunne få tilgang til informasjon av sensitiv karakter og kunne påvirke beslutninger som angår andre helseforetak, private aktører og andre interessenter.

Forvaltningslovens regler for taushetsplikt og habilitet gjelder også for medlemmer i brukerutvalg.

Medlem i brukerutvalg skal ikke samtidig være involvert i virksomheter med forretningsmessige interesser i regionale helseforetak/helseforetak.

Medlem i brukerutvalget skal ikke samtidig være ansatt i samme helseforetak.

Medlem i brukerutvalg skal som hovedregel ikke være medlem i andre brukerutvalg i regionen, andre felleseide HF.

Medlemmer i brukerutvalget undertegner taushetserklæring (vedlegg 2)

10. ØKONOMI

Brukerutvalgets budsjett vedtas av helseforetaket i forbindelse med helseforetakets årlige budsjettbehandling. Det er opp til eierne av de felleseide foretakene og fastsette økonomiske rammer for brukermedvirkning og godtgjørelse til brukerutvalgene.

Commented [GB8]: Kartlegging av eierinteresser gjøres i rbu i hn

Commented [GB9]: Menes det her at det ikke er mulig å sitte i andre Felleseide Helseforetaks brukerutvalg eller i andre Helseforetaks brukerutvalg eller i Regionale brukerutvalg? Å ha representasjon fra RBU'ene har vist seg viktig for BU Pasientreiser, og jeg tror det vil være nyttig i framtiden også. Å ha representanter fra RBU sikrer en tydelig linje til de regionale helseforetakene, regionalt forankra saker og en tydelig forståelse av de felleseide hfenes oppgaver i eier linja.

Commented [GB10]: Betyr det at det vil bli fire ulike regler for honorering? Hva med å legge seg på honoreringsrutinene til f.eks Helse Sor Øst som pasientreiser hf benytter i dag

VEDLEGG 1 – UTTREKK FRA LOVER OG VEDTEKTER

Uttrekk fra vedtekter for de regionale helseforetak (likelydende i alle regioner)

§ 14 Medvirkning fra pasienter og pårørende

Styret skal påse at pasienters og pårørendes rettigheter og interesser blir ivaretatt, blant annet gjennom et fast samarbeid med deres organisasjoner.

Styret skal også påse at samiske organisasjoner, nasjonale minoritetsorganisasjoner og innvandrersorganisasjoner i helseregionen blir hørt i arbeidet med planlegging og drift av tjenestene.

Styret skal også påse at erfaringer, behovsvurderinger, prioriteringer og synspunkter som innhentes fra pasienter og pårørende og deres organisasjoner, gis en sentral plass i arbeidet med planleggingen og i driften av virksomhetene. Det skal fremgå av oversendelsen av årlig melding at brukerutvalg har fått forelagt meldingen før denne sendes departementet, jf. § 15. (...)

§ 15 Melding til departementet

Styret skal innen den 15. mars hvert år sende en melding til departementet som omfatter styrets plandokument for virksomheten og styrets rapport for foregående år. Plandokumentet skal være av strategisk og overordnet karakter og vise hovedtrekkene i virksomhetens fremtidige drift innenfor de rammebetingelser som er gitt av staten som eier og helsemyndighet. Denne delen av plandokumentet vil inngå i vurderings-grunnlaget for behandlingen av de enkelte års statsbudsjett.

Plandokumentet skal videre, med utgangspunkt i vurderinger av eksisterende drift, gi beskrivelse av forventede endringer i befolkningens behov for helsetjenester og i den helsefaglige utviklingen på fagområdene, vise behovet for utvikling og endring av tjenestene og driften av virksomheten og styrets vurdering av ressursbruken for de nærmeste årene, med forslag til finansiering.

Rapporten om virksomheten fra foregående kalenderår skal vise hvordan pålegg og bestemmelser som er gitt i foretaksmøtet eller satt som vilkår for bevilgninger, er fulgt opp. Rapporten skal også vise virksomhetens utvikling i forhold til det regionale foretakets plandokument.

Uttrekk fra Lov om helseforetak

§34. Årlig melding om virksomheten mv. i regionalt helseforetak

Regionalt helseforetak skal hvert år utarbeide en melding om foretaket og foretakets virksomhet som forelegges departementet. Meldingen skal også omfatte de helseforetak som det regionale helseforetaket eier.

Meldingen skal blant annet redegjøre for virksomheten i det foregående år, herunder skal det redegjøres for gjennomføringen av krav departementet har stilt til virksomheten. Meldingen skal inneholde en plan for virksomheten i de kommende år.

Nærmere regler om meldingens innhold og frist for å forelegge den for departementet fastsettes i vedtektene.

§ 35. Pasienters og andre brukeres innflytelse

Regionalt helseforetak skal sørge for at representanter for pasienter og andre brukere blir hørt i

forbindelse med utarbeidelse av plan i henhold til § 34 annet ledd annet punktum. Regionalt helseforetak skal sørge for at virksomheter som yter spesialisthelsetjenester og andre tjenester som hører naturlig sammen med dette, etablerer systemer for innhenting av pasienters og andre brukeres erfaringer og synspunkter.

§ 14 Medvirkning fra pasienter og pårørende

Styret skal påse at pasienters og pårørendes rettigheter og interesser blir ivaretatt, blant annet gjennom et fast samarbeid med deres organisasjoner.

Styret skal også påse at samiske organisasjoner, nasjonale minoritetsorganisasjoner og innvandrersorganisasjoner i helseregionen blir hørt i arbeidet med planlegging og drift av tjenestene.

Styret skal også påse at erfaringer, behovsvurderinger, prioriteringer og synspunkter som innhentes fra pasienter og pårørende og deres organisasjoner, gis en sentral plass i arbeidet med planleggingen og i driften av virksomhetene. Det skal fremgå av oversendelsen av årlig melding at brukerutvalg har fått forelagt meldingen før denne sendes departementet, jf. § 15. (...)

§ 15 Melding til departementet

Styret skal innen den 15. mars hvert år sende en melding til departementet som omfatter styrets plandokument for virksomheten og styrets rapport for foregående år. Plandokumentet skal være av strategisk og overordnet karakter og vise hovedtrekkene i virksomhetens fremtidige drift innenfor de rammebetingelser som er gitt av staten som eier og helsemyndighet. Denne delen av plandokumentet vil inngå i vurderingsgrunnlaget for behandlingen av de enkelte års statsbudsjett. Plandokumentet skal videre, med utgangspunkt i vurderinger av eksisterende drift, gi beskrivelse av forventede endringer i befolkningens behov for helsetjenester og i den helsefaglige utviklingen på fagområdene, vise behovet for utvikling og endring av tjenestene og driften av virksomheten og styrets vurdering av ressursbruken for de nærmeste årene, med forslag til finansiering.

Rapporten om virksomheten fra foregående kalenderår skal vise hvordan pålegg og bestemmelser som er gitt i foretaksmøtet eller satt som vilkår for bevilgninger, er fulgt opp. Rapporten skal også vise virksomhetens utvikling i forhold til det regionale foretakets plandokument.

VEDLEGG 2 – TAUSHETSERKLÆRING

Taushetserklæring for brukerutvalgets representanter.

Forvaltningslovens taushetspliktsregler gjelder for enhver som «utfører tjeneste eller arbeid» for et forvaltningsorgan. Det følger av helseforetaksloven § 5 at forvaltningsloven gjelder for helseforetakenes virksomhet. Det legges til grunn at brukerrepresentanters deltakelse i brukerutvalg

m.v. innebærer utførelse av en tjeneste for et helseforetak/regionalt helseforetak, slik at forvaltningslovens taushetspliktsregler kommer til anvendelse.

Det følger av forvaltningsloven § 13 at «enhver som utfører tjeneste eller arbeid for et forvaltningsorgan, plikter å hindre at andre får adgang eller kjennskap til det han i forbindelse med tjenesten eller arbeidet får vite om:

1. noens personlige forhold, eller
2. tekniske innretninger og fremgangsmåter samt drifts- eller forretningsforhold som det vil være av konkurransemessig betydning å hemmeligholde av hensyn til den som opplysningen angår.»

Jeg er oppmerksom på at taushetserklæringen også gjelder etter at jeg har sluttet i brukerutvalget. Jeg er kjent med at overtredelse av disse bestemmelsene kan medføre straffeansvar etter Straffelovens § 121.

I saker der det kan være tvil om i hvilken utstrekning opplysninger og dokumenter kan diskuteres fritt, skal brukerutvalget selv/medlemmet selv ta dette opp med oppdragsgiver.

Undertegnede forplikter seg til å overholde den lovbestemte taushetsplikten om forhold jeg blir kjent med i min tjeneste som brukerrepresentant i brukerutvalget.

Sted/dato

.....

Underskrift

.....

VEDLEGG 3 – RETNINGSLINJER FOR BRUKERMEDVIRKNING I FORSKNING

Retningslinjene ble vedtatt av styret i Helse Sør-Øst RHF i sak 075-2015. Retningslinjene er felles for alle fire regionale helseforetak og de felleseide foretakene.

Retningslinjer og tiltak

Retningslinjene må gjelde både formell representasjon, organisert samarbeid og direkte involvering der dette er relevant. Retningslinjene ønskes også fulgt i industrifinansierte studier.

Der det er etablerte systemer for brukermedvirkning i dag må disse brukes aktivt, og det må innføres nye tiltak. Disse tiltakene vil i sum legge grunnlaget for økt og reell brukermedvirkning i forskning, og skape en kultur der brukermedvirkning i forskning er en naturlig del av forskningsvirksomheten. Det foreslås følgende nye tiltak:

Brukerrepresentanter i ulike forskningsutvalg

- Det innføres brukerrepresentasjon i faste forskningsutvalg ved alle helseforetak og klinikker med forskningsaktivitet der dette er hensiktsmessig. Brukerutvalget ved hvert enkelt helseforetak må vurdere dette i samråd med helseforetaket.
- Også store konsortier, styringsgrupper for befolkningsundersøkelser og lignende der helseforetak er med, bør ha brukerrepresentasjon.
- Brukerrepresentanter skal inviteres til å delta i arbeid med utarbeidelse av forskningsstrategier.
- Brukerrepresentantene til ulike utvalg skal primært oppnevnes etter innspill fra brukerutvalg/brukerorganisasjoner. Brukerne skal primært oppnevnes som faste medlemmer, hvis ikke særskilte forhold tilsier at de bør få en observatørstatus. Ved observatørstatus skal de ha tale- og forslagsrett.
- Brukere som oppnevnes til utvalg må gjennomgå habilitetsvurderinger på linje med andre medlemmer. Bindinger og interessekonflikter av både kommersiell og ikke- kommersiell karakter må gjennomgås.

Brukerutvalgene og andre fora

- De organer som allerede finnes skal brukes mer aktivt for behandling, for eksempel høringer, av forskningssaker; RBU/BU, samarbeidsorganene med universiteter og høyskoler (SO) og andre relevante organer.

Direkte brukermedvirkning i forskningsprosjekter

- Det skal vurderes å bruke direkte brukermedvirkning og/eller organisert samarbeid med brukerorganisasjoner i forskningsprosjekter der det er relevant.
- Forskningsstøtteapparatene må ha nødvendig kompetanse slik at de kan bidra til at forskere vurderer involvering av brukere så tidlig som mulig i forskningsprosessen.
- Forskningsmiljøene må også selv ta ansvar for involvering av brukere direkte i prosjektene
- For direkte brukermedvirkning må det også gjøres en habilitetsvurdering av involverte brukere

Opplysning om brukermedvirkning i søknader

- I søknader om regionale forskningsmidler skal det beskrives hvem som er bruker av resultatene av forskningsprosjektet. Det skal redegjøres for i hvilken grad bruker er involvert i planlegging og gjennomføring av prosjektet, eventuelt hvorfor dette ikke er relevant. Dette skal ikke nødvendigvis brukes i scoring av poeng, men telle i en samlet vurdering.
- Det presiseres at brukermedvirkning i søknader må ha relevans i det aktuelle prosjekt for at dette skal kunne gi uttelling i vurderingen.

Opplæring av brukere

RHFene og HFene må sørge for hensiktsmessig opplæring.

Økonomiske konsekvenser

- Brukerrepresentanter som er formelt oppnevnt må honoreres. Felleseide foretak kan bruke de ordninger for honorering som allerede er etablert som utgangspunkt.
- Prosjekter hvor brukermedvirkning inngår må budsjettere med prosjektmidler til direkte brukermedvirkning (honorar, reise, eventuelt tapt arbeidsfortjeneste).
- Andre former for finansiering av brukerrepresentasjon bør utredes.
- De felleseide foretakene må sette av midler til opplæring av brukere og forskere.

Kartlegging og evaluering av brukermedvirkning i forskning

- Det anbefales at det gjøres en kartlegging av omfanget av brukermedvirkning i forskning i helseforetakene innen 01.07.2015 som en «0-punktsmåling» for status pr 31.12.2014. Kartleggingen må tilpasses det enkelte RHF/HF på grunn av ulikt omfang og volum av forskningsprosjekter.
- Hvert helseforetak anbefales å utarbeide en plan for brukermedvirkning i forskning.
- Det anbefales at det etter 3 år (innen 01.07.2018) gjøres en ny kartlegging for å evaluere innføringen av tiltakene for brukermedvirkning i forskning.
- Det vil være det enkelte RHF's ansvar å gjennomføre kartlegging og evaluering. Det bør tilstrebes enighet om noen felles parametere slik at utvikling kan følges og sammenlikning kan gjøres.
- Nytteverdi (resultat) og grad av reell medvirkning bør inngå i evalueringen.

VEDLEGG 4 –TILPASNINGER BRUKERUTVALG I FELLESEIDE FORETAK

De felleseide helseforetakene tilpasser retningslinjene for følgende forhold:

1. Praksis med at en til to representanter fra brukerutvalget, hvorav den ene er brukerutvalgets leder, møter i styremøtene som observatører med tale- og forslagsrett, videreføres.
2. Praksis med at det ikke er vararepresentasjon i brukerutvalgene videreføres.
3. Honorering av brukermedvirkning skjer etter statens satser, jf. retningslinjer for godtgjøring av brukerrepresentanter i Helse Sør-Øst RHF.

Commented [GB11]: Foreslår at man bare skriver at man følger retningslinjene til Helse Sør-Øst. Dermed vil retningslinjene for de felleseide automatisk oppdateres ved revisjoner på nasjonalt nivå. Lik praksis er viktig, og en slik løsning sikrer det uten at retningslinjene for de felleseide må revideres ved oppdateringer eller endringer nasjonalt.

SB-SAK 63/2023 Vedtakslogg for 2023**Forslag til vedtak**

Styret gjennomgår logg over vedtak gjort i styremøter i 2023. Loggen viser at administrasjonen har fulgt opp i tråd med vedtak gjort av styret, og gir et bilde på administrasjonens oppfølging av styrevedtak for 2023.

Bakgrunn for saken

I henhold til styreinstruks og styrets egenkontroll har administrasjonen tilrettelagt for en samlet gjennomgang av saker behandlet av styret gjennom året. Vedtakslogg for 2023 legges frem for styret.

Vurderinger

Det vises til vedlagte logg med oversikt over alle saker som styret har hatt til behandling i 2023.

Styret for Sykehusbygg har gjennomført 6 møter i 2023, inkludert gjeldende møte. I disse møtene har styret håndtert til sammen 60 saker på ordinær agenda. Sett bort fra faste saker vedrørende godkjenning av innkalling og agenda samt godkjenning av protokoller, har styret behandlet 48 saker.

Disse sakene fordeler seg på følgende sakstyper:

- 18 saker til beslutning
- 3 saker til diskusjon
- 27 saker til orientering

Administrasjonen har gjennomgått alle vedtak og funnet at alle er fulgt opp i tråd med styrets beslutning. I tillegg til ovennevnte saker, har styret diskutert tema som vedrører utvikling av foretaket i eget styreseminar.

Saksbehandler: Berit Bye

Sykehusbygg, 17.11.2023

Terje Bygland Nikolaisen

Administrerende direktør Sykehusbygg

Elektronisk godkjent uten signatur

Vedlegg: Vedtakslogg for 2023

Vedlegg: Vedtakslogg styret i Sykehusbygg 2023

Møte	Sak #	Navn på sak	Vedtak
25.01.2023	1/2023	Innkalling og agenda	Beslutning
	2/2023	Protokoll fra styremøte 25. november 2022	Beslutning
	3/2023	Endelig budsjett for Sykehusbygg HF for 2023	Beslutning
	4/2023	Utkast til årlig melding 2022 for Sykehusbygg HF	Beslutning
	5/2023	Foreløpig årsresultat 2022	Diskusjon
	6/2023	Styrets årsplan 2023	Beslutning
	7/2023	Saker til neste styremøte	Orientering

Møte	Sak #	Navn på sak	Vedtak
21.02.2023	8/2023	Innkalling og agenda	Beslutning
	9/2023	Protokoll fra styremøte 25. januar 2023	Beslutning
	10/2023	AD sin orientering til styret	Orientering
	11/2023	Virksomhetsrapport, 3.tertial 2021	Beslutning
	12/2023	Regnskap og årsberetning for Sykehusbygg HF 2022	Beslutning
	13/2023	Risikobilde pr 3. tertial, 2022	Orientering
	14/2023	Oppdragsdokument for Sykehusbygg 2023	Orientering
	15/2023	Prioriteringer i Fellesoppgave-porteføljen i 2023	Beslutning
	16/2023	Saker til neste møte	Orientering
	17/2023	Eventuelt	Orientering

Møte	Sak #	Navn på sak	Vedtak
28.03.2023	18/2023	Innkalling og agenda	Beslutning
	19/2023	Protokoll fra styremøte 21. februar	Beslutning
	20/2023	AD sin orientering til styret	Orientering

	21/2023	Økonomistatus pr februar 2023	Orientering
	22/2023	Plan Fellesoppgave-porteføljen 2023	Beslutning
	23/2023	Forslag til Økonomisk langtidsplan (ØLP) for Sykehusbygg HF for perioden 2024-27	Beslutning
	24/2023	Endringer i AMLs bestemmelser om innleie - konsekvenser og oppfølging i Sykehusbygg HF	Diskusjon
	25/2023	Saker til neste møte	Orientering
	26/2023	Eventuelt	Orientering (Diskusjon)

Møte	Sak #	Navn på sak	Vedtak
23.05.2023	27/2023	Innkalling og agenda	Beslutning
	28/2023	Protokoll fra styremøte 28. mars	Beslutning
	29/2023	AD sin orientering til styret	Orientering
	30/2023	Resultater etter 1.tertial 2023	Orientering
	31/2023	Virksomhetsrapport, 1.tertial 2023	Beslutning
	32/2023	Implementering av Åpenhetsloven i Sykehusbygg HF	Orientering
	33/2023	Kunnskapsbanken – status og oppfølging	Orientering
	34/2023	Revisjon av tidligfaseveilederen	Beslutning
	35/2023	Saker til neste møte	Orientering
	36/2023	Eventuelt	Orientering
	Styreseminar		Diskusjon

Møte	Sak #	Navn på sak	Vedtak
22.09.2023	37/2023	Innkalling og agenda	Beslutning
	38/2023	Protokoll fra styremøte 23. mai	Beslutning
	39/2023	Administrerende direktørs orientering til styret	Orientering
	40/2023	Virksomhetsrapport, 2. tertial 2023	Beslutning

	41/2023	Resultater etter 2. tertial 2023, rapportering	Orientering
	42/2023	Risikobilde for Sykehusbygg, oppdatering etter 1. halvår 2023	Orientering
	43/2023	Forslag til budsjett for Sykehusbygg HF, 2024	Beslutning
	44/2023	Innspill til Oppdragsdokument 2024	Diskusjon
	45/2023	Kunnskapsbanken – status og oppfølging	Orientering
	46/2023	Valg av ansattrepresentanter til styret	Beslutning
	47/2023	Saker til neste møte	Orientering
	48/2023	Eventuelt	Orientering

Møte	Sak #	Navn på sak	Vedtak
24.11.2023	49/2023	Innkalling og agenda	Beslutning
	50/2023	Godkjenning av protokoll fra møte 22. september	Beslutning
	51/2023	Status økonomi pr oktober	Orientering
	52/2023	Endelig forslag til Budsjett 2024	Beslutning
	53/2023	Kunnskapsbanken – status	Orientering
	54/2023	Styrende dokumenter – årlig gjennomgang	Beslutning
	55/2023	Etiske retningslinjer	Diskusjon
	56/2023	Retningslinjer for brukerutvalg i Sykehusbygg HF	Beslutning
	57/2023	Vedtakslogg for 2023	Beslutning
	58/2023	Plan for styret i 2024	Beslutning
	59/2023	Administrerende direktørs orientering til styret	Orientering
	60/2023	Eventuelt	Orientering

SB-SAK 58/2023 Årsplan for styret for 2024**Forslag til vedtak**

Styret vedtar møteplan for 2024 med de endringer som fremkommer i møtet.

Saksutredning/bakgrunn

Det vises til vedlegg 1 Årshjul for styring og oppfølging av de felleseide helseforetakene for 2024. Med utgangspunkt i årshjulet er det foreslått en møteplan for styret for 2024, se vedlegg 2.

Møtedatoer fastlegges innen styremøtet, og søkes så lang som mulig å hensynta de frister som er satt for aktivitet og leveranser i Årshjulet for felleseide helseforetak.

Saksbehandler: Berit Bye

Sykehusbygg HF, 17.11.2023

Terje Bygland Nikolaisen
administrerende direktør

Elektronisk godkjent uten signatur

Vedlegg 1: Årshjul for styring og oppfølging av de felleseide helseforetakene for 2024

Vedlegg 2: Utkast til møteplan for styret i Sykehusbygg for 2024
 (oppdateres med dato innen møtet)

	Januar	Februar	Mars	April	Mai	Juni	FERIE (Juli / august)
Dato¹	... januar	 februar	 mars		 mai		
Klokkeslett	10.00-14.00	10.00-14.00	12.00-16.00		(hel dag / styreseminar)		
Møtested	avklares	avklares	avklares		avklares		
Styrepapirer ut	(1 uke før)	(1 uke før)	(1 uke før)		(1 uke før)		
Saker til styremøte	• Estimert årsresultat • Årlig melding • Endelig budsjett 2024 • Årsplan for styret 2024	• Regnskap/ årsrapport • Revisjonsberetning • Virksomhetsrapport 3. tertial	• Innspill ØLP 24-27 • Lønnsforhandlinger		• 1.tertialrapport, 2024 • Virksomhetsrapport 1. tertial • FO – status og oppfølging		
Sykehusbygg frister til RHF	12.1. – Estimert årsres. 31.1. – årlig meld. 2024	2.2. – foreløpig innspill ØLP 23.2. – endelig regnskap 2024		5.4. – innspill til ØLP	16.5. 1-tert. rapp.		
Oppfølgingsmøte					27.5.		
Foretaksmøte							

1) Hensyntatt behov for å rekke frister jf innspill/ rapportering / andre relevante saker til RHF

	September	Oktober	November	Desember
Dato¹	... september		 november	
Klokkeslett	10.00-14.00		10.00-14.00	
Møtested	avklares		avklares	
Styrepapirer ut	(1 uke før)		(1 uke før)	
Saker til styremøte	• 2.tertialrapport • Virksomhetsrapport, 2. tertial • Risikobilde, oppdatert etter 1. halvår • Forslag til Budsjett for 2025 • Innspill til Oppdragsdokument 2025 • Konsekvenser forslag til statsbudsjett		• Budsjett 2025, endelig • Strategi / handlingsplan • Vedtakslogg for 2024 • Gjennomgang styrende dokumenter, årlig gjennomgang • Styre- og AD-evaluering	
Sykehusbygg frister til RHF	15.9. – forslag budsjett 2025 13.9. 2.tertialrapport 27.9. – innspill til oppdragsdokument			
Oppfølgingsmøte		21.10.		
Foretaksmøte				

Årshjul for styring og oppfølging av de regionale helseforetakenes felleseide helseforetak – 2024

Bakgrunn: Felles RHF-styresak behandlet i november/desember 2015. Foretakenes vedtekter/oppdagsdokumenter.

Ansvar: Det er administrerende direktør som har ansvar for eierstyring og oppfølging av de felleseide helseforetakene. Dette skjer primært i foretaksmøter der helseforetakenes oppdrag og rammer fastsettes, og hvor resultater, årsresultater og årlig melding gjennomgås og godkjennes. Øvrige aktiviteter understøtter dette, herunder en formalisert oppfølging og rapportering bl.a. overfor RHF-styrene. Det legges opp til styreseminar hvert annet år. Praktisk tilrettelegging ivaretas av de regionale helseforetakenes eierdirektører og økonomidirektører¹.

Del 1 – Foretaksmøter i felleseide helseforetakene

Møte/tid	Tema	Forberedelse	Ansvarlig
Møte nr. 1 - 12.2.2024 I tilknytning til AD-møtet avholdes foretaksmøter i de felleseide helseforetakene. I etterkant av foretaksmøtet holdes det et kort dialogmøte mellom eierne og HF-et.	• Oppdragsdokument for året • Dialog med eierne etter at det formelle delen av foretaksmøtet er over (AD + leder av eierstyringsgruppen)	• Oppdragsdokumentene utarbeides på bakgrunn innspill fra helseforetakene, interne prosesser i de fire RHF-ene samt oppdragsdokument og foretaksmøteprotokoll fra HOD. • Innkalling til foretaksmøte sendes ut senest en uke før møtet. • HF-et sender inn tema de ønsker å drøfte med eierne senest 2 uker før dato for foretaksmøtet.	Eierstyringsgruppen Eierstyringsgruppen Eierstyringsgruppen
Møte nr. 2 – 22.4.2024 I tilknytning til AD-møtet avholdes foretaksmøter i de felleseide helseforetakene. I etterkant av foretaksmøtet holdes det et kort dialogmøte mellom eierne og HF-et.	• Årlig melding • Oppnevning av styrer • Årsrapport og årsregnskap • Evt. vedtektsendringer og andre saker som er nødvendig • Dialog med eierne etter at det formelle delen av foretaksmøtet er over (AD + leder av eierstyringsgruppen)	• Årlig melding skal være styrebehandlet når den oversendes RHF-ene: Gjennomgås i RHF-ene. Behov for tilleggsspørsmål avklares. Protokolltekst forelegges AD-møtet 18. mars. • Styreoppnevning: Behov for utskiftinger sett fra eiernes side vurderes. • Årsrapport og årsregnskap: Estimert årsresultat skal oversendes innen 12.1. og endelig årsregnskap skal oversendes innen 23.2. Årsregnskap skal være styrebehandlet i HF-et før foretaksmøtet. Revisjonsberetning skal følge med forsendelsen. • Behov for vedtektsendringer mv. avklares • Innkalling til foretaksmøte sendes ut senest en uke før møtet. • HF-et sender inn tema de ønsker å drøfte med eierne senest 2 uker før dato for foretaksmøtet.	Eierstyringsgruppen Eierstyringsgruppen Økonomidirektørmøtet Eierstyringsgruppen Eierstyringsgruppen Eierstyringsgruppen

¹ Milepælene i årshjulet utarbeides i samarbeid med økonomidirektørene i RHF-ene og forankres i oppdragsdokumentene.

Del 2 – Helseforetak vs. RHF

Faste møter: Det gjennomføres årlig to faste møter med helseforetakene. Tema for disse møtene fanger opp alle oppfølgings- og styringsaktiviteter.

Ansvar: Det er administrerende direktør som har ansvar for eierstyring og oppfølging av de felleseide helseforetakene. Praktisk tilrettelegging ivaretas av de regionale helseforetakenes eierdirektører og økonomidirektører.

Møte/tid	Tema	Forberedelse/frist – helseforetak ²	Forberedelse/frist - RHF	Foretaksmøter
Møte nr. 1 Uke 22 (27. mai)	- Årlig melding (dersom det foreligger oppfølgingsaktiviteter knyttet til denne) - Årsresultat/årsrapport (se kommentar over) - Rapport hittil i år – KPI, oppdragsdokument, økonomi, risiko - Forslag til ØLP - Saker eierne ønsker å ta opp med de felleseide HF-ene - Saker de felleseide HF-ene ønsker å ta opp med eierne - Presentasjon basert på tilsendt mal fra eierstyringsgruppen sendes eierstyringsgruppen senest 1 uke før oppfølgingsmøtet	12.1 – Estimert årsresultat ³ 31.1 – årlig melding 2023 2.2 – foreløpig innspill ØLP ⁴ 23.2 – endelig regnskap/årsrapport 5.4 – innspill til ØLP	1.12– mal for årlig melding 17.1 – oppdragsdokument for kommentar 2.2 – mal for innspill ØLP 21.6 – tilbakemelding ØLP	12.2 – (OD, retningslinjer lederlønn) 22.4 – (årlig melding, årsrapport/regnskap, vedtekter, styresammensetning)
Møte nr. 2 Uke 43 (21. oktober)	- Helseforetakets forslag til årsbudsjett kommende år - Innspill til oppdragsdokument kommende år - Konsekvenser av forslag til statsbudsjett	13.9 – forslag til årsbudsjett 27.9 – innspill til oppdragsdokument	1.11 – foreløpig tilbakemelding på forslag til årsbudsjett	

² Dokumenter sendes postmottak i de fire regionale helseforetakene, samt sekretariatene for hhv. eierstyringsgruppen og økonomidirektørmøtet.

³ Foreløpig og endelig regnskap sendes også i kopi til regnskapssjefene i de fire RHF-ene.

⁴ Foreløpig innspill til vesentlige endringer i helseforetakets virksomhet, investeringer og drift.

	• Rapport hittil i år – KPI, oppdragsdokument, økonomi, risiko • Saker eierne ønsker å ta opp med de felleseide HF-ene • Saker de felleseide HF-ene ønsker å ta opp med eierne Presentasjon basert på tilsendt mal fra eierstyringsgruppen sendes eierstyringsgruppen senest 1 uke før oppfølgingsmøtet		6.12 – tilbakemelding på årsbudsjett etter behandling i AD-møte 18.november	
Rapportering RHF-styrer	• Definerte KPI-er • Status måloppnåelse/evt. risiko	Tertialrapportering/frister: 16.5 kl. 1200 – oversendelse til RHF-ene og drøftes i oppfølgingsmøte nr. 1 - 27. mai 13.9 – oversendelse til RHF-ene og drøftes i oppfølgingsmøte nr. 2 - 21. oktober	Mal for tertialrapport oversendes HF-et i god tid før tertialrapporteringen	

Del 3 – Eierdirektører/økonomidirektører vs. AD-møtet

Møte (skrive-frist)	Tema	Ansvarlig
AD-møte 22.1 (12.1)	<u>Oppdragsdokument</u> - Utarbeides på bakgrunn av innspill fra de felleseide helseforetakene, interne prosesser i de fire RHF-ene samt oppdragsdokument og foretaksmøteprotokoll fra HOD. Eierstyringsgruppen inviterer de konserntillitsvalgte til å gi innspill i prosessen. - Utkast på oppdragsdokument behandles i AD-møtet 18. november før saken forelegges styrene i RHF-ene i desember måned. - Eierstyringsgruppens forslag til oppdragsdokumenter oversendes for behandling i AD-møtet 22.1. så snart som mulig etter foretaksmøtet for RHF-ene den 16. januar 2024. Samtidig oversendes dokumentene til helseforetakenes styreledere/daglig leder for kommentar (merk kort svarfrist). Leder av eierstyringsgruppen deltar i AD-møtet for å orientere om prosess og evt. kommentarer. - Etter AD-møtet oversendes oppdragsdokumentene til helseforetakene til orientering.	Eierstyringsgruppen
AD-møte 12.2 (2.2)	I tilknytning til AD-møtet den 12.2. avholdes foretaksmøter i de felleseide helseforetakene innenfor en samlet tidsramme på 3 timer. Se omtale ovenfor. - Innkalling til foretaksmøte sendes ut senest en uke før møtet. <u>Saksfremlegg AD-møtet - prosess for oppnevning av styrer i felleseide foretak</u> - Eierstyringsgruppen legger frem sak til AD-møtet om prosess for oppnevning av styrer i felleseide foretak. - AD-møtet klargjør eventuelle endringsbehov som skal vurderes av eierstyringsgruppen.	Eierstyringsgruppen
AD-møte 18.3 (8.3)	<u>Saksfremlegg AD-møtet - protokolltekst vedørende årlig melding fra de felleseide helseforetakene</u> - Helseforetakene skal oversende årlig melding til eierne innen 31. januar. - Eierstyringsgruppen forestår gjennomgangen av meldingene og involverer økonomidirektørene og andre relevante miljøer internt i RHF-ene. Behov for evt. tilleggsspørsmål avklares. - Etter eierstyringsgruppens gjennomgang av årlig melding legges forslag til protokolltekst frem for AD-møtet. <u>Saksfremlegg AD-møtet – valg av styrer i felleseide helseforetak</u> - Eierstyringsgruppen har dialog med styreledere ang. styreevaluering og vurdering av styresammensetning. - Eierstyringsgruppen legger frem anbefaling i AD-møtet.	Eierstyringsgruppen

AD-møte 22.-23.4 (12.4)	I tilknytning til AD-møtet den 22.-23.4. avholdes foretaksmøter innenfor en samlet tidsramme på 3 timer med følgende saker forberedt av hhv. eierstyringsgruppen og økonomidirektørmøtet: <u>Årlig melding</u> • Protokolltekst behandlet i AD-møtet 18.3. Se omtale ovenfor. (evt. dialog mellom HF og AD-er etter at foretaksmøtets formelle del er over) <u>Oppnevning av styrer for felleseide helseforetak</u> • Endelig forslag fra eierstyringsgruppen til styresammensetning, basert på behandling i AD-møtet 18.3. oversendes AD-ene i forkant av møtet. <u>Årsrapport og årsregnskap</u> • Helseforetakene skal oversende årsrapport og årsregnskap til eierne innen 23.2. • Økonomidirektørmøtet forestår gjennomgangen av dokumentene og involverer andre relevante miljøer internt i RHF-ene. • I tillegg til ovennevnte saker behandles evt. vedtektsendringer og andre saker som er nødvendig. • Innkalling til foretaksmøte sendes ut senest en uke før møtet.	Eierstyringsgruppen Eierstyringsgruppen Økonomidirektør-møtet Eierstyringsgruppen Eierstyringsgruppen
AD-møte 27.5. (16.5.)	(AD-møtet forbeholdt møte i styrets underutvalg Spekter Helse)	
AD-møte 17.6 (7.6)	<u>Saksfremlegg til AD-møtet om status etter oppfølgingsmøter med helseforetakene</u> • Samlet status for de felleseide helseforetakene etter 1. tertialrapportering og oppfølgingsmøter i uke 22 forelegges AD-møtet. <u>Saksfremlegg til AD-møtet vedrørende helseforetakenes forslag til økonomisk langtidsplan (ØLP)</u> • Helseforetakene skal oversende forslag til ØLP etter oppsett fastsatt av økonomidirektørene innen 5.4. • Økonomidirektørene vurderer forslagene og avstemmer i forhold til samlet ØLP i RHF-ene. • Helseforetakene gis tilbakemelding på forslag til ØLP innen utgangen av juni, etter at RHF-enes ØLP er styrebehandlet.	Eierstyringsgruppen Økonomidirektør-møtet
AD-møte	AD-møte	

26.8 (16.8.)		
AD-møte 23.9 (13.9)	AD-møte	
AD-møte 21.-22.10. (11.10.)	AD-møte	
AD-møte 18.11. (8.11.)	(AD-møtet forbeholdt møte i styrets underutvalg Spekter Helse) <u>Saksframlegg til AD-møtet vedrørende helseforetakenes årsbudsjetter:</u> • Årsbudsjett utarbeides på bakgrunn av Statsbudsjett, forslag til årsbudsjett fra de felleseide helseforetakene og interne prosesser i de fire RHF-ene (må eventuelt justeres i tråd med oppdrag fra HOD som treffer de felleseide helseforetakene, og som vil gi budsjettmessige konsekvenser) • Helseforetakene oversender til eierne forslag til årsbudsjett innen 13.9. • Økonomidirektørens forslag til årsbudsjett oversendes for behandling i AD-møtet 18.11. Leder av økonomidirektørmøtet deltar i AD-møtet for å orientere om prosess og evt. kommentarer. • Etter AD-møtet oversendes tilbakemelding på årsbudsjett til de felleseide helseforetakene innen 6.12.	Økonomidirektør-møtet
AD-møte 9.12 (29.11)	• Sak til AD-møte - oppsummering av de felleseide HF-enes 2.tertialrapportering, samt oppsummering av oppfølgingsmøte nr. 2	Eierstyringsgruppen

AD-møteplan 2024

AD-møtene i april og oktober går over to dager.

Mandag 22. januar

Mandag 12. februar

Mandag 18. mars

Mandag 21. april og tirsdag 22. april

Mandag 27. mai

Mandag 17. juni

Mandag 26. august

Mandag 23. september

Mandag 21. oktober og tirsdag 22. oktober

Mandag 18. november

Mandag 9. desember

Fellesmøter styreledere og AD-er i RHF-ene:

22. april (HV)

21. oktober (HN)

Nasjonale direktørsamlinger:

17.-18. juni 2024 (HMN)

18.-19. november 2024 (HSØ – samlingen starter i etterkant av AD-møtet 18.11 og avholdes på <uavklart>)

Oversikt kontaktpunkter eierstyringsgruppen og økonomidirektørmøtet m/sekretariat, samt e-postadresser til de regionale helseforetakene

Sekretariatsfunksjon for eierstyringsgruppen og økonomidirektørmøtet i 2023 og 2024 ivaretas av hhv Helse Sør-Øst RHF og Helse Midt-Norge RHF:

Funksjon	Navn	e-post	Tlf
Eierstyringsgruppen i de regionale helseforetakene - leder	Tore Robertsen	Tore.Robertsen@helse-sorost.no	909 91 735
Sekretariat eierstyringsgruppen	Kathrine H. Vaage	Kathrine.Hofgaard.Vaage@helse-sorost.no	456 60 404
Økonomidirektørmøtet i de regionale helseforetakene - leder	Anne-Marie Barane	Anne-marie.barane@helse-midt.no	
Sekretariat økonomidirektørmøtet	Anna Kvål	Anna.margrete.kval@helse-midt.no	92865464

Oversikt over controllergruppen i de regionale helseforetakene og kontakt for felleseide HF (leder for controllergruppen: Thor Gunnar Haug, HSØ)

Foretak	Region	Kontaktperson	Tlf
Sykehusinnkjøp HF	Helse Nord RHF	Erling.Kristian.Bang@helse-nord.no	911 33 373
Luftambulansetjenesten HF	Helse Nord RHF	Erling.Kristian.Bang@helse-nord.no	911 33 373
Sykehusbygg HF	Helse Midt-Norge RHF	Marianne.Bidtnes.Store@helse-midt.no	473 06 440
HDO HF	Helse Sør-Øst RHF	Thor.Gunnar.Haug@helse-sorost.no	468 92 894
Pasientreiser HF	Helse Sør-Øst RHF	Thor.Gunnar.Haug@helse-sorost.no	468 92 894

E-postadresser til postmottakene i de regionale helseforetakene:

Regionalt helseforetak	E-postadresse
Helse Vest RHF	helse@helse-vest.no
Helse Nord RHF	postmottak@helse-nord.no
Helse Midt-Norge RHF	postmottak@helse-midt.no
Helse Sør-Øst RHF	postmottak@helse-sorost.no

SB-SAK 59/2023 Administrerende direktør sin orientering til styret**Forslag til vedtak**

Styret tar informasjonen fra Administrerende direktør til orientering.

Saksutredning/bakgrunn

Administrerende direktør vil orientere om vesentlige forhold i Sykehusbygg HF som han mener Styret skal være kjent med.

Orienteringen vil i hovedsak være konsentrert om følgende saker:

- Organisasjon og personal
- Arbeidet med handlingsplaner
- Oppdragssituasjonen
- Status behandling Tidligfaseveilederen

Det vil bli gitt en presentasjon i møtet.

Sykehusbygg HF, 17.11.2023

Terje Bygland Nikolaisen

Administrerende direktør Sykehusbygg

Elektronisk godkjent uten signatur

Vedlegg:

Innspill til Oppdragsdokument 2024 fra Sykehusbygg HF
(oversendt eierne etter styrebehandling 220923)

Notat

Fra
Sykehusbygg HF v/ Terje Bygland Nikolaisen

Til
Eierstyringsgruppen v/sekretariatet
Økonomidirektørmøtet v/sekretariatet

Innspill til Oppdragsdokument 2024 for Sykehusbygg HF

I henhold til årshjul for styring og oppfølging av felleseide helseforetak, er Sykehusbygg HF gitt mulighet til å komme med innspill til Oppdragsdokument for 2024. Dette notatet beskriver forslag til nye temaer/oppgaver som vi mener det gir verdi å utvikle/fordype på vegne av fellesskapet. Forslagene er gjennomgått og diskutert med styret i Sykehusbygg HF 220923. Deres prioritering følger av dette notatet.

1. Innledning og bakgrunn

Utførelse av fellesoppgaver for RHF-ene er et sentralt og viktig arbeid for Sykehusbygg HF. Det er bred enighet om å fortsatt ha fokus og prioritet på arbeidet som følger av notatet *Kunnskapsbygging og erfaringsoverføring* fra 2021, fremfor å sette i gang vesentlig arbeid med nye utviklingsprosjekter.

Basert på det oppdaterte strategiske målbildet som eierne presenterte i Oppdragsdokument 2023, er det bekreftet og tydeliggjort at Sykehusbygg HF skal arbeide metodisk med kunnskapsbygging og erfaringsoverføring for å levere på samfunnsoppdraget og i tråd med eiernes forventninger, behov og rammer.

Mandatet som Sykehusbygg HF er gitt med å drive kunnskapsbygging og erfaringsoverføring på vegne av sektoren, har fått tydelig retning, rammer og forventning om videre kunnskapsbygging, -forvaltning og -formidling gjennom de perspektivene som er nedfelt i *Kunnskapsbygging og erfaringsoverføring*. Oppsummert er dette følgende:

1. Kunnskapsutvikling som springer ut av vår egen praksis og erfaring med forsterket fokus på deling av prosjekterte og realiserte løsninger (fra byggeprosjektene)
2. Standarder og veiledere; der det gir verdi
3. Kunnskapen skal være digitalisert, søkbar og tilgjengelig/anvendelig
4. Videreutvikling og digitalisering av Standardromkatalogen, og standardisert bruk av andre sentrale prosjektverktøy
5. Fokus på evaluering og formidling av funn og erfaringer («slutte» læringshjulet)
6. Etablere arenaer for kunnskapsdeling og prioritere nettverk og webinarer

2. Grunnlaget for prioritering av aktiviteter og innsats i 2024

For å kunne realisere gevinster for eiere, kunder, samarbeidspartnere og samfunnet i henhold til formål og virksomhetsbeskrivelse, er også følgende premisser og leveranser avgjørende:

1. Tilgang på kunnskap; kilder og arenaer
2. Validering av kunnskap, læring og erfaring
3. Dokumentasjon av kunnskap, læring og erfaring
4. Kunnskapsformidling og systematisk implementering

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

Utviklingsprosjekter

- Konkrete prosjekter av utviklingskarakter som har et definert start- og slutt-tidspunkt. Eksempler kan være utvikling av nye standarder, nye veiledere og etablering av nye verktøy mv.)

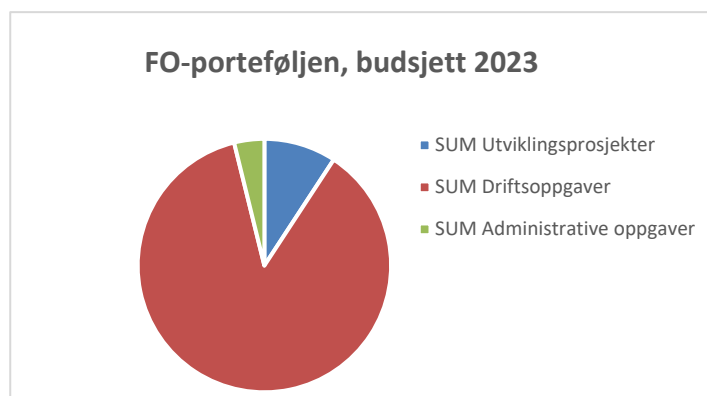
Driftsoppgaver

- Naturlig vedlikehold og oppdatering av metodikk, databaser, veiledere og standarder, videre utvikling av metoder og veiledningsmateriell, samt andre driftsrelaterte oppgaver som er tillagt Sykehusbygg som f.eks. kulturminnevern.

Administrative oppgaver

- Administrative og andre oppgaver som følger av Sykehusbygg sitt formål og samfunnsansvar. Eksempler er formidling- og kunnskapsdeling, deltagelse i bransjenettverk, nasjonalt standardiseringsarbeid mv.

Utviklingsprosjektene gis i oppdragsdokumentet hvert år som virksomhetsspesifikke oppdrag for Sykehusbygg HF. Profilen på oppgaveporteføljen i 2023 basert på planlagte og budsjetterte ressurser, fremkommer i figuren under:



3. Fellesoppgaver og oppdrag i 2023

For 2023 har eierne bedt Sykehusbygg HF utføre følgende utviklingsprosjekter i form av bestillinger i Oppdragsdokumentet:

n) Kunnskapsbygging og erfaringsoverføring, herunder;

- *inkludering av erfaringer fra internasjonale prosjekt i kunnskapsgrunnlaget*
- *erfaringer fra koronapandemien*
- *fleksibilitet*
- *realisere en kunnskapsbank*

o) Framskrivinger, i regi av RHFene og ledet av Helse Sør-Øst RHF

p) Klimaregnskap

q) Åpenhetsloven

Innsatsen knyttet til kunnskapsbygging og erfaringsoverføring har høy prioritet. Utarbeidelse av kunnskapsgrunnlag, videreutvikling av Standardromkatalogen, gjennomføring av evalueringer og arbeidet med Kunnskapsbanken har gitt betydelige resultater så langt i 2023.

4. Prosess fellesoppgaver fra 2024

Sykehusbygg HF har i arbeidet innhentet innspill fra sentrale interessenter som Kundeforum, representanter fra helseforetakenes eiendomsmiljø, interne nøkkelpersoner og ledende personell i foretaket. Innspillene er samlet og vurdert mht. relevans for gjennomføring generelt og i 2024 spesielt.

Forslagene er gjennomgått av ledelsen i foretaket 310823. Styret behandlet sak om innspill i styremøte 220923.

5. Forslag til nye fellesoppgaver fra 2024

Etter gjennomført prosess og avlytting av styret, er det som nevnt bred enighet om å fortsatt ha fokus og prioritet innen påbegynt og pågående arbeid innen kunnskapsutvikling og erfaringsoverføring fremfor å sette i gang vesentlig arbeid med nye utviklingsprosjekter.

Med dette som bakteppe, og en forventning om at rammetilskudd til Sykehusbygg HF 2024 vil bli på nivå med inneværende år, har foretaket funnet å kun foreslå ett nytt oppdrag til neste års oppdragsdokument.

Gevinstrealisering interregional FDVUR-løsning

Sett i lys av tidligere arbeid med interregional bim-strategi, samt Sykehusbygg HF sin koordinerende rolle (eier og prosjektleder) i gjennomført interregional anskaffelse av programvare for FDVUR, har eierne besluttet at det skal etableres en nasjonal forvaltningsorganisasjon for prosesser og verktøy som er anskaffet.

Etter endt gjennomført anskaffelse i juni 2023, skulle formelt sett vårt oppdrag avsluttes. Det har ikke skjedd og Sykehusbygg HF opplever fortsatt stor etterspørsel etter våre tjenester (langt utover budsjetterte midler).

Inntil forvaltningsorganisasjonen er etablert og i funksjon, vil det også i 2024 være behov for bistand fra sentrale ressurser i Sykehusbygg HF.

Som en del av arbeidet med å etablere felles organisering, er det behov for parallelt å videreføre arbeidet i Sykehusbygg HF for å sikre god overlevering til HF'ene sine miljø.

Bakgrunn for forslaget:	Sikre at sentrale ressurser fra Sykehusbygg HF bidrar med avklarte roller i overlevering til en nasjonal forvaltning. Ta i bruk løsningen i prosjektporteføljen slik alle gevinster av anskaffelsen realiseres.
Gevinstmulighet/nytte:	Beskrive gevinst-potensiale («businesscase») for løsningen og hvilke faktorer som er kritiske for gevinstrealisering med fokus på hhv investering og drift.
Gjennomføring:	Gjennomføring og leveranse i løpet av 2024.

6. Bruttoliste/pipeline andre potensielle oppdrag/fellesoppgaver

I samråd med styret i styremøte 220923, følger nedenfor en angivelse av andre temaer/oppgaver som Sykehusbygg HF mener det kan gi verdi å utvikle/fordype på vegne av fellesskapet.

Forskning og utvikling (FoU)

Helseforetakene er etter helseforetaksloven også tillagt å drive forskning. Finansiering av forskningsprosjekter innen Sykehusbygg HF sitt område har ikke vært fokusert. Forskning har primært blitt innhentet fra samarbeidspartnere nasjonalt og internasjonalt. Samarbeidet med NTNU gir mulighet til å påvirke forskningstema, men Sykehusbygg HF har ingen egne midler for å bidra til å fremme forskningsformål som møter sektorens særskilte behov. RHF-enes forskningsmidler prioriteres til egne helseforetak.

Det er ønskelig at Sykehusbygg HF i større grad kan prioritere midler til målrettet og brukerstyrt forskningsarbeid enn det vi naturlig tilegner oss gjennom prosjekter og nettverk/andre samarbeidspartnere. Et forarbeid bør gjøres for å belyse muligheter og hvordan dette, om ønskelig, kan målrettes.

Ompakningsmodell

5 mill. m2 sykehusareal har over sin levetid, av ulike årsaker, gitt dårlig utnyttede arealer og som i mange tilfeller også er personellkrevende. Med målsetting om bedre arealutnyttelse og god drift er «ompakningsmodell» en metode som er tverrfaglig og utnytter eksisterende metoder og modeller. Sykehusbygg HF anser det vil være verdifullt å utvikle en mer generisk metode som kan benyttes både av Sykehusbygg HF og av helseforetakene. Som fellesoppgave vil vi kunne videreutvikle modellen, i særdeleshet ved effektiv bruk av digitale modeller.

Etter-evaluering

Ifølge veileder for tidligfasen i sykehusbyggprosjekter skal alle prosjekter gjennomføre prosess-, og før-/etter-evaluering. I løpet av prosjektperioden er det gjennomførbart å finansiere

prosessevaluering og før-evaluering (0-punkt for etter-evaluering), mens etter-evaluering nedprioriteres av helseforetakene av ulike årsaker.

Det er gjennomført enkelte etter-evalueringer, og disse har stor verdi i bla arbeidet med kunnskapsgrunnlag. En finansiering av etter-evaluering med kobling til kunnskapsgrunnlag og kunnskapsdeling, vil gi en mulighet for å være mer fokusert på relevante tema og gi forutsigbarhet både i finansiering og bemanning.

LCC

I kjølvannet av økt fokus på bærekraftig bygging er behovet for gode metoder og diskusjoner rundt beregning av LCC og hvilke avveiiinger som utføres i de ulike prosjektene aktualisert. For å få fart på det systematiske arbeidet, er dette et metodearbeid som bør prioriteres som fellesoppgave.

Organisasjonsutvikling (OU)

I alle sykehusbyggprosjekter gjennomføres det en bred medvirkning fra ansatte og brukere i tillegg til det lovfestede fra tillitsvalgte og verneombud. Når det nå foreligger kunnskapsgrunnlag, standardromkatalog og en bred kompetanse i Sykehusbygg HF, vil behovet for medvirkning til løsninger kunne være mer begrenset og mer knyttet til utvikling av virksomheten/OU. Det er etterspurt metoder og kompetanse fra Sykehusbygg HF for å bistå helseforetakene i både vurdering av riktig nivå på medvirkning og hvilke problemstillinger knyttet til et byggeprosjekt som bør følges opp med en OU prosess.

7. Avslutning

Vi stiller oss til disposisjon for å diskutere både innretning, innhold og detaljer inn mot endelig beslutning og utarbeidelse av oppdragsdokumentet for 2024.