



# MØTEINNKALLING

## Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF

Dato: 28. april 2022

Kl.: 08.30

Sted: Tromsø, Linken kurs- og konferansesenter



## MØTEINNKALLING

<b>UTVALG:</b>	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF
<b>MØTESTED:</b>	Linken kurs- og konferansesenter, Tromsø
<b>DATO:</b>	28.04.2022 kl. 08.30-15.30

Forfall meldes til Administrasjonen, telefon 776 69122/776 27654 eller [Hilde.Anne.Johannessen@unn.no](mailto:Hilde.Anne.Johannessen@unn.no)

Vararepresentanter møter kun ved særskilt innkalling.

Innkalling er sendt til:

Navn	Funksjon	Representerer
Roald Linaker	Leder	
Helga Marie Bjerke	Nestleder	
Eirik Kjus Aahlin	Medlem	
Sverre Håkon Evju	Medlem	
Marta Hofsøy	Medlem	
Siv Helen Karlstad	Medlem	
Torkil Nersund	Medlem	
Jan Eivind Pettersen	Medlem	
Beate Rahka-Knutsen	Medlem	
Marianne Starup	Medlem	
Gunbjørg Svineng	Medlem	
Monica Fyhn Sørensen	Medlem	
Kirsti Baardsen	Observatør	Leder Brukerutvalget



## ST 33-2022 Godkjenning av innkalling og saksliste

Saksnr.	Innhold
ST 33-2022	Godkjenning av innkalling og saksliste
ST 34-2022	Godkjenning av møteprotokoll fra styremøte 22.- 23.03.2022
ST 35-2022	Kvalitets- og virksomhetsrapport mars 2022
ST 36-2022	Handlingsplan økonomi og budsjett 2022
ST 37-2022	Riksrevisjonens undersøkelse av helseforetakenes investeringer i bygg og medisinsk-teknisk utstyr
ST 38-2022	Innspill til økonomisk langtidsplan 2023-2026 inkl. rullering av investeringsplan
ST 39-2022	Oppnevning Brukerutvalg ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF 2022-2024
ST 40-2022	Justering av Direktørens lønn ( <i>unntatt offentlighet</i> )
ST 41-2022	Orienteringssaker <ol style="list-style-type: none"><li>1. Informasjon fra administrerende direktør til styret – <i>mundlig</i></li><li>2. Kvalitet og pasientsikkerhet - pasienthistorie – <i>mundlig</i></li><li>3. Orientering om resultater fra Forbedring 2022 ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF – <i>skriftlig og muntlig</i></li></ol>
ST 42-2022	Referatsaker <ol style="list-style-type: none"><li>1. Referat fra møte i Brukerutvalgets arbeidsutvalg, datert 04.04.2022</li><li>2. Referat fra felles møte i Kvalitetsutvalget og Arbeidsmiljøutvalget, datert 05.04.2022</li><li>3. Protokoll fra drøftingsmøte med ansattes organisasjoner og vernetjenesten, datert 06.04.2022</li><li>4. Protokoll fra drøftingsmøte II med ansattes organisasjoner og vernetjenesten, datert 22.04.2022</li></ol>
ST 43-2022	Eventuelt

Roald Linaker (s.)  
styreleder

Anita Schumacher (s.)  
administrerende direktør



## STYRESAK

Styresak:	34/2022
Møtedato:	28.04.2022
Arkivsak:	2022/32-3
Saksbehandler:	Ingrid Lernes Mathiassen

## Godkjenning av møteprotokoll til styremøte 22.- 23.03.2022

### Innstilling til vedtak

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF godkjenner møteprotokoll fra styremøte 22.- 23.03.2022.

Tromsø, 08.04.2022

Anita Schumacher (s.)  
administrerende direktør

Vedlegg:

- Møteprotokoll fra styremøte 22.- 23.03.2022





## MØTEPROTOKOLL

<b>Møtetype:</b>	Styremøte ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF
<b>Møtedato:</b>	22.03.2022 kl. 14.00-18.00 23.03.2022 kl. 08.30-13.30
<b>Møtested:</b>	Tromsø, Linken kurs- og konferansesenter

### Tilstede

Navn		22.03.2022	23.03.2022
Roald Linaker	styreleder		
Helga Marie Bjerke	styrets nestleder		
Eirik Kjus Aahlin	styremedlem	<i>Tiltrådte kl. 15.10</i>	
Sverre Håkon Evju	styremedlem		
Anne Sissel Faugstad	styremedlem		<i>Forfall</i>
Erik Arne Hansen	styremedlem		
Grete Kristoffersen	styremedlem		
Marianne Starup	styremedlem		
Jan Eivind Pettersen	styremedlem		
Monica Fyhn Sørensen	styremedlem		
Kirsti Baardsen	observatør, Brukerutvalget		

### Fra administrasjonen

Anita Schumacher	administrerende direktør
Ingrid Lernes Mathiassen	administrasjonssjef ( <i>styrets sekretær</i> )
Hilde Anne Johannessen	administrasjonskonsulent
Einar Bugge	kst. viseadministrerende direktør/ forsknings- og utdanningssjef
Elin Gullhav	kst. viseadministrerende direktør
Lars Øverås	økonomisjef
Kristian Bartnes	klinikkssjef, Hjerte- og lungeklinikken
Fredrik Sund	kst. klinikkssjef Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken
Eirik Stellander	klinikkssjef Psykisk helse- og rusklinikken
Marianne Nordhov	kst. klinikkssjef Barne- og ungdomsklinikken
Kate Myräng	klinikkssjef Diagnostisk klinikk
Grethe Andersen	senterleder Drifts- og eiendomssenteret
Bjørn Yngvar Nordvåg	klinikkssjef Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken
Gøril Bertheussen	personal- og organisasjonssjef
Snorre Manskow Sollid	fungerende klinikkssjef Operasjon- og intensivklinikken
David Johansen	klinikkssjef Medisinsk klinikk
Hilde Annie P. Kvalvik	kommunikasjonssjef

Jon Mathisen	klinikksjef Akuttmedisinsk klinikk
Kristian Bartnes	klinikksjef Hjerte- og lungeavdelingen
Tor- Arne Hanssen	utbyggingssjef
Aud Sivertsen	prosjektleder, Sykehusbygg. <i>Deltok på sak 24-2022</i>
Njål Bjørhovde	prosjektleder, Overordnet medvirkningsgruppe. <i>Deltok på sak 24-2022</i>
Tone Opdahl Mo	Sykehusbygg. <i>Deltok på sak 24-2022</i>
Stein Erik Sæther	BDO, revisjonspartner. <i>Deltok på sak 25-2022</i>

Ved styremøtets start orienterte styreleder om følgende:

Ved behandling av ST 30-2022 Orienteringssaker, punkt 2 *Kvalitet- og pasientsikkerhet – pasienthistorie*, lukkes styremøtet for offentligheten i medhold av *Helseforetakslovens § 26a, 1 ledd nr.1*. Ved behandling av ST 30-2022 Orienteringssaker, punkt 4 *Status handlingsplan for informasjonssikkerhet 2022*, lukkes styremøtet for offentligheten i medhold av *hfl § 26a, 2 ledd nr. 3. Saksdokumentene er unntatt offentlighet jf. offl. §24, 3.ledd.*

## ST 22-2022 Godkjenning av innkalling og sakliste

ST 22-2022	Godkjenning av innkalling og sakliste
ST 23-2022	Godkjenning av møteprotokoll fra styremøte 24.02.2022
ST 24-2022	Nybygg for psykisk helse- og rusbehandling, UNN Tromsø. Beslutning om plassering
ST 25-2022	Årsregnskap 2021 med styrets beretning
ST 26-2022	Kvalitets- og virksomhetsrapport februar 2022 <i>Saksdokumentene var ettersendt.</i>
ST 27-2022	Konseptrapport for Nyfødt intensiv ved UNN Tromsø, 2. gangs behandling
ST 28-2022	Salg Narvik sykehus
ST 29-2022	Årlig melding 2021
ST 30-2022	Orienteringssaker <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Informasjon fra administrerende direktør til styret – <i>mundlig</i></li> <li>2. Kvalitet og pasientsikkerhet - pasienthistorie – <i>mundlig</i>. <i>Muntlig orientering er unntatt offentlighet jf. offl § 13, jfr. fvl § 13.1.</i></li> <li>3. Salg av Åsgårdmarka -oppsummering - <i>skriftlig</i></li> <li>4. Status handlingsplan for informasjonssikkerhet 2022 – <i>skriftlig</i> <i>Saksdokumentene er unntatt offentlighet jf. offl. §24, 3.ledd.</i></li> </ol>
ST 31-2022	Referatsaker <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Årsrapport Ungdomsrådet UNN 2021</li> <li>2. Årsrapport Brukerutvalget UNN 2021</li> <li>3. Referat fra møte i Kvalitetsutvalget, datert 01.03.2022</li> <li>4. Referat fra møte i Brukerutvalgets arbeidsutvalg, datert 07.03.2022</li> </ol>

5. Protokoll fra drøftingsmøte med ansattes organisasjoner og vernetjenesten, datert 07.03.2022
6. Referat fra møte i Arbeidsmiljøutvalget, datert 09.03.2022
7. Protokoll fra drøftingsmøte II med ansattes organisasjoner og vernetjenesten, datert 10.03.2022.
8. Referat fra møte II i Brukerutvalgets arbeidsutvalg, datert 10.03.2022  
*Saksdokumentene var ettersendt.*
9. Protokoll fra drøftingsmøte III med ansattes organisasjoner og vernetjenesten, datert 16.03.2022  
*Saksdokumentene var ettersendt.*

ST 32-2022                      Eventuelt

Roald Linaker (s.)  
styreleder

Anita Schumacher (s.)  
administrerende direktør

Styrets vedtak:

Innkallingen og sakslisten godkjennes med de endringer som fremkom under behandling av saken.

**ST 23-2022 Godkjenning av møteprotokoll til styremøte 24.02.2022**

Innstilling til vedtak:

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF godkjenner møteprotokoll fra styremøte 24.02.2022.

Enstemmig vedtatt.

Styrets vedtak:

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF godkjenner møteprotokoll fra styremøte 24.02.2022.

**ST 24-2022 Nybygg for psykisk helse- og rusbehandling, UNN Tromsø.  
Beslutning om plassering**

Innstilling til vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF vedtar alternativ Åsgård som hovedalternativ for steg 2 i konseptfasen for prosjektet Nybygg psykisk helse- og rusbehandling, UNN Tromsø.
2. Styret ber om at det utarbeides skisseprosjekt og investeringsgrunnlag for vedtatt alternativ som legges fram som konseptrapport for styret høsten 2022 sammen med ekstern kvalitetssikringsrapport av konseptfasen (KSK).
3. Styret ber om at det i videre prosess utarbeides areal- og kostnadseffektive bygningsløsninger.
4. Styret ber organisasjonsprosjektet legge fram en delrapport som viser hvordan Psykisk helse- og rusklinikken innenfor gjeldende økonomiske rammer tenker å utvikle sitt helhetlige tilbud, inkludert hvordan tjenesteutvikling og samhandling kan bedre somatisk helse til klinikkens forskjellige pasientgrupper.
5. Styret oversender sin innstilling til plassering for videre behandling og endelig beslutning i Helse Nord RHF.

Styrets nestleder Helga Marie Bjerke la frem forslag til endring av innstillingens vedtakspunkt 4 til nytt vedtakspunkt 4 og nytt vedtakspunkt 5:

4. *Styret ber direktøren legge frem en delrapport som viser hvordan Psykisk helse- og rusklinikken innenfor gjeldende økonomiske rammer tenker å utvikle sitt helhetlige tilbud.*
5. *Styret ber direktøren tydeliggjøre hvordan tjenesteutvikling og samhandling med somatisk virksomhet kan bedre somatisk helse til pasienter innenfor fagområdene rus og psykisk helsevern.*

Styreleder la frem forslag basert på nestleders forslag til justert nytt vedtakspunkt 4 og justert nytt vedtakspunkt 5:

4. Styret ber direktøren *innen mai 2023* legge frem egen sak som viser hvordan Psykisk helse- og rusklinikken innenfor gjeldende økonomiske rammer tenker å utvikle sitt helhetlige tilbud.
5. Styret ber direktøren *innen mai 2023* tydeliggjøre i egen sak hvordan tjenesteutvikling og samhandling med somatisk virksomhet kan bedre somatisk helse til pasienter innenfor fagområdene rus og psykisk helsevern.

Innstillingens vedtakspunkt 5 blir vedtakspunkt 6.

Styreleder tok opp vedtakspunktene til punktvis avstemming.

Innstillingens punkt 1 ble enstemmig vedtatt.  
Innstillingens punkt 2 ble enstemmig vedtatt.  
Innstillingens punkt 3 ble enstemmig vedtatt.  
Forslagspunkt 4 fra styreleder ble enstemmig vedtatt.  
Forslagspunkt 5 fra styreleder ble enstemmig vedtatt.  
Innstillingens punkt 5 blir punkt 6 ble enstemmig vedtatt.

Styrets vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF vedtar alternativ Åsgård som hovedalternativ for steg 2 i konseptfasen for prosjektet Nybygg psykisk helse- og rusbehandling, UNN Tromsø.
2. Styret ber om at det utarbeides skisseprosjekt og investeringsgrunnlag for vedtatt alternativ som legges fram som konseptrapport for styret høsten 2022 sammen med ekstern kvalitetssikringsrapport av konseptfasen (KSK).
3. Styret ber om at det i videre prosess utarbeides areal- og kostnadseffektive bygningsløsninger.
4. Styret ber direktøren innen mai 2023 legge frem egen sak som viser hvordan Psykisk helse- og rusklinikken innenfor gjeldende økonomiske rammer tenker å utvikle sitt helhetlige tilbud.
5. Styret ber direktøren innen mai 2023 tydeliggjøre i egen sak hvordan tjenesteutvikling og samhandling med somatisk virksomhet kan bedre somatisk helse til pasienter innenfor fagområdene rus og psykisk helsevern.
6. Styret oversender sin innstilling til plassering for videre behandling og endelig beslutning i Helse Nord RHF.

Styremedlemmene Marianne Starup, Monica Fyhn Sørensen, Jan Eivind Pettersen og Eirik Kjus Aahlin tilsluttet seg protokolltilførselen fra drøftingsmøte II med ansattes organisasjoner og vernetjenesten, datert 10.03.2022 og ønsket denne protokollført i styremøtet. Videre fremmet de særlig bekymringen for at styret i RHF-et kan gå for Breivika-alternativet.

*Tillitsvalgte og vernetjenesten er svært fornøyd med at innstillingen går for Åsgård-alternativet. Det er en klok avgjørelse. Vi er glad for at direktøren i sin innstilling har valgt å lytte til brukerstemmen og faglige argumenter, men vi er fortsatt bekymret for at styret i UNN eller RHF kan gå for Breivika.*

*Basert på en grundig utredning ser vi at det er flere alvorlige svakheter ved Alternativ B (Breivika).*

*ROS-analysene peker på flere K4 momenter som kan medføre utsatt oppstart, betydelig kostnadssprekk og i verste fall at det ikke vil være mulig å realisere prosjektet.*

*De største bekymringene omhandler at det blir en delt løsning og alt for dårlige utearealer til å drive god pasientbehandling.*

*De faglige vurderingene er tydeliggjort i rapporten fra OMG, og synliggjør hvordan Breivika-alternativet er et delt alternativ, og også er uttalt dårligere enn den samlede (Åsgård), samt hvilke ulemper dette vil ha for et godt tilbud til pasientgruppene det er snakk om. De delte løsningene vil være uheldig for stabilisering og rekruttering. I tillegg vil det være klart mer kostnadskrevende i form av delte vaktordninger og duplisering av flere fellesfunksjoner.*

## **ST 25-2022 Årsregnskap 2021 med styrets beretning**

Innstilling til vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF vedtar følgende innstilling til foretaksmøtet med Helse Nord RHF:

Det framlagte årsoppgjøret med resultatregnskapet og balanse, inkludert kontantstrøm og noter, samt disponering av årsresultat, fastsettes som Universitetssykehuset Nord-Norge HFs regnskap for 2021.

2. Styret innstiller overfor foretaksmøtet om at det gis tilslutning til styrets retningslinjer for lederlønnfastsettelse.
3. Årsberetning 2021 vedtas.

Enstemmig vedtatt.

### Styrets vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF vedtar følgende innstilling til foretaksmøtet med Helse Nord RHF:

Det framlagte årsoppgjøret med resultatregnskapet og balanse, inkludert kontantstrøm og noter, samt disponering av årsresultat, fastsettes som Universitetssykehuset Nord-Norge HFs regnskap for 2021.

2. Styret innstiller overfor foretaksmøtet om at det gis tilslutning til styrets retningslinjer for lederlønnsfastsettelse.
3. Årsberetning 2021 vedtas.

## **ST 26-2022 Kvalitets- og virksomhetsrapport februar 2022**

*Saksdokumentene var ettersendt.*

Innstilling til vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar *Kvalitets- og virksomhetsrapport for februar 2022* til orientering.

Enstemmig vedtatt.

Styrets vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar *Kvalitets- og virksomhetsrapport for februar 2022* til orientering.

## **ST 27-2022 Konseptrapport for Nyfødt intensiv ved UNN Tromsø, 2. gangs behandling**

Innstilling til vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF vedtar alternativ 3C med permanent helikopterløsning på tak av minimum 6 bygningsetasjer som foretrukket løsning av Nyfødt intensiv i C-fløya til estimert kostnad 886,9 mill. kroner hvor Nyfødt intensiv utgjør 329,4 mill. kroner.
2. Styret ber om at konseptrapport med tilleggsutredninger oversendes styret i Helse Nord RHF for videre behandling.

Enstemmig vedtatt.

Styrets vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF vedtar alternativ 3C med permanent helikopterløsning på tak av minimum 6 bygningsetasjer som foretrukket løsning av

Nyfødt intensiv i C-fløya til estimert kostnad 886,9 mill. kroner hvor Nyfødt intensiv utgjør 329,4 mill. kroner.

2. Styret ber om at konseptrapport med tilleggsutredninger oversendes styret i Helse Nord RHF for videre behandling.

## **ST 28-2022 Salg Narvik sykehus**

Innstilling til vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF beslutter samsalg med Statsbygg av Narvik sykehus og personalboliger på gnr 39 bnr. 53, gnr. 39 bnr. 55 og gnr. 39 bnr. 1710, og ber Helse Nord RHF om godkjenning av salget.
2. Styret ber om at det utredes hvordan personalboliger som selges skal erstattes og ber om at denne forelegges styret tidlig høst 2022.

Enstemmig vedtatt.

### Styrets vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF beslutter samsalg med Statsbygg av Narvik sykehus og personalboliger på gnr 39 bnr. 53, gnr. 39 bnr. 55 og gnr. 39 bnr. 1710, og ber Helse Nord RHF om godkjenning av salget.
2. Styret ber om at det utredes hvordan personalboliger som selges skal erstattes og ber om at denne forelegges styret tidlig høst 2022.

## **ST 29-2022 Årlig melding 2021**

Innstilling til vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF godkjenner *Årlig melding 2021*.

Enstemmig vedtatt.

### Styrets vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF godkjenner *Årlig melding 2021*.



## ST 30-2022 Orienteringssaker

Innstilling til vedtak:

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar orienteringssakene til orientering.

1. Informasjon fra administrerende direktør til styret – *mundlig*  
Administrerende direktør informerte om følgende:
  - Pseudomonasutbruddet. Det er gjort funn av smitekilden.
  - Feilregistrering fra fastleger og svikt i kontrollmekanismene i sykehusenes datasystemer førte til at røntgenrekvisisjoner for 264 pasienter i hele helseregionen ikke kom fram til sykehusene. For UNN gjelder dette 96 pasienter. Helse Nord IKT har sammen med sykehusene sikret at feilen ikke skjer på nytt.
2. Kvalitet og pasientsikkerhet – pasienthistorie – *mundlig*  
*Unntatt offentlighet jf. offl. § 13, jfr. fvl. § 13.1. Saken ble behandlet i lukket møte i medhold av hfl. § 26a, 1. ledd nr.1*
3. Salg av Åsgårdmarka - oppsummering - *skriftlig*
4. Status handlingsplan for informasjonssikkerhet 2022 – *skriftlig*  
*Saksdokumentene er unntatt offentlighet jf. offl. §24, 3. ledd. Saken ble behandlet i lukket møte i medhold av hfl. § 26a, 1 ledd nr.3.*

Enstemmig vedtatt.

### Styrets vedtak:

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar fremlagte saker til orientering.

## ST 31-2022 Referatsaker

Innstilling til vedtak:

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar referatsakene til orientering.

1. Årsrapport Ungdomsrådet UNN 2021
2. Årsrapport Brukerutvalget UNN 2021
3. Referat fra møte i Kvalitetsutvalget, datert 01.03.2022
4. Referat fra møte i Brukerutvalgets arbeidsutvalg, datert 07.03.2022
5. Protokoll fra drøftingsmøte med ansattes organisasjoner og vernetjenesten, datert 07.03.2022
6. Referat fra møte i Arbeidsmiljøutvalget, datert 09.03.2022

7. Protokoll fra drøftingsmøte II med ansattes organisasjoner og vernetjenesten, datert 10.03.2022.
8. Referat fra møte II i Brukerutvalgets arbeidsutvalg, datert 10.03.2022
9. Protokoll fra drøftingsmøte III med ansattes organisasjoner og vernetjenesten, datert 16.03.2022.  
*Protokollen var ettersendt.*

Enstemmig vedtatt.

Styrets vedtak:

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar referatsakene til orientering.

## **ST 32-2022 Eventuelt**

### **1. Styreseminar i forbindelse med styremøtet i april**

Styreleder informerte om at det i forbindelse med styremøte ved UNN 28. april 2022 vil bli gjennomført styreseminar for styret på ettermiddagen 27. april 2022. Innkalling vil sendes ut fra administrasjonen.

### **2. Fremtidens helsetjeneste - konferanse**

Styremedlem Sverre Håkon Evju minnet om konferansen Fremtidens helsetjeneste, som arrangeres i Narvik 26.-27. september 2022.

Tromsø, 23.03.2022

Roald Linaker  
styreleder

Helga Marie Bjerke  
nestleder

Anne Sissel Faugstad

Erik Arne Hansen

Grete Kristoffersen

Jan Eivind Pettersen

Marianne Starup

Eirik Kjus Aahlin

Sverre Håkon Evju

Monica Fyhn Sørensen



## STYRESAK

Styresak:	35/2022
Møtedato:	28.04.2022
Arkivsak:	2022/37-5
Saksbehandler:	Lars Øverås og Haakon Lindekleiv

## Kvalitets- og virksomhetsrapport mars 2022

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar *Kvalitets- og virksomhetsrapporten for mars 2022* til orientering.

### Bakgrunn

Kvalitets- og virksomhetsrapporten viser resultater ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) for mars 2022.

### Formål

Informere styret om UNNs virksomhet og resultatutvikling.

### Saksutredning

Det vises til vedlagt Kvalitets- og virksomhetsrapport for mars 2022.

### Medvirkning

Saken er drøftet med ansattes organisasjoner og vernetjenesten i møte i uke 16. Protokoll fra møtet ligger som referatsak til styremøtet 28.04.2022.

### Vurdering

#### *Tilgjengelighet*

Ventetidene for somatikk og psykisk helsevern voksne er vesentlig høyere enn måltallet, men relativt stabilt i mars sammenlignet med februar. Det er positivt at ventetid for fortsatt

ventende innen psykisk helsevern for barn og unge og for tverrfaglig spesialisert rusbehandling er på eller nær nasjonalt måltall.

Tiltakene for å styrke tilgjengeligheten er forsterket som redegjort for i tidligere Kvalitets- og virksomhetsrapporter. Direktøren forventer at dette arbeidet følges godt opp i alle klinikkene og fra stabsenhetene, og at dette vil ha en positiv effekt på ventetidene utover våren.

Andelen kreftpasienter i pakkeforløp behandlet innen standardisert forløpstid er for lav, men like under målet. Den manglende måloppnåelsen er i hovedsak betinget i forsinkelser i pakkeforløpene kirurgi ved brystkreft og kirurgi ved tykk- og endetarmskreft. Det er besluttet en mer dynamisk tildeling av operasjonskapasitet til kreftpasienter og det er arbeidet videre med konkretisering av tiltak for å gjennomføre dette. Ny praksis ble implementert april 2022, og det forventes bedre resultater for pakkeforløpene i løpet av 1. halvår 2022. Arbeidet pågår i regi av overordnet komité for prioritering og organisering av operasjonsressursene. I tillegg har kreftpakkeforløpene fra januar til mars 2022 blitt gjennomgått. Dette har avdekket potensial for å øke flyteeffektiviteten i prostatakreft og tykk- og endetarmskreft gjennom bedre logistikk. Dette vil følges opp i vår.

Pakkeforløpene psykisk helse og rus har lavere måloppnåelse enn landsgjennomsnittet. Dette følges opp som del av handlingsplan for bedre tilgjengelighet i psykisk helsevern voksne.

#### *Sykefravær og AML-brudd*

Sykefraværet var svært høyt i mars, og det er fremdeles en stor andel av fraværet som er knyttet til covid-19. Det var totalt 4021 fraværsdager knyttet til covid-19, hvorav 2625 var egenmeldt fravær. Det er ventet at dette vil gå ned fra april, og i det videre vil det ikke rapporteres særskilt på korona-fravær.

Brudd på arbeidstidsbestemmelsene (AML-brudd) er noe lavere enn samme måned i 2019, men fremdeles svært høyt. Ytterligere fokus på god bemanningsplanlegging forventes å redusere disse bruddene utover året.

#### *Økonomisk resultat*

Mars endte med et negativt budsjettavvik på 9,7 mill. kroner. Dette til tross for tilførsel av koronamidler på 40,5 mill. kroner som gjelder refusjoner for januar til og med mars 2022. Inntektene er 3,3 mill. kroner bak budsjett, som er en bedring fra februar (27,3 mill. kroner). Akkumulert er det 1 217 færre sykehusopphold enn samme periode i 2019. Av dette utgjør noe etablering av PCI i Bodø, samt endringer i koding av opphold som følge av en avgjørelse fra det nasjonale avregningsutvalget. Korrigert for disse er det en nedgang fra 2019 på 900 sykehusopphold. En snittvekt på 1,2 poeng pr opphold gir en reduksjon i ISF inntektene på 25,7 mill. kroner grunnet denne nedgangen i sykehusopphold.

Medikamentkostnadene øker og uttaket fra apotekene i mars var ca. 3.5 mill. kroner høyere enn en gjennomsnittlig måned. Dette vil vi analysere nøyer, og fokuset på å bytte til rimeligste legemiddel i henhold til nasjonale tilbud opprettholdes. Som tidligere måneder er

laboratorierekvisita og andre medisinske forbruksvarer overforbrukt med henholdsvis 0,9 og 7,9 mill. kroner.

Personalkostnader i mars har et positivt budsjettavvik på 19,0 mill. kroner. Årsaken er en positiv effekt i forbindelse med koronamidlene som er effektuert i mars på 37,0 mill. kroner. Månedsverkene er hittil i år 446 høyere enn i 2019. Det er satt i gang et arbeid for å redusere antall månedsverk til 2019 nivå. Innleie av vikarer fra byrå har et overforbruk på 10,5 mill. kroner i mars. Det er en spesielt stor økning i innleie av leger som alene har et negativt avvik på 3,6 mill. kroner.

Driftskostnadene har i mars et negativt budsjettavvik på 10,9 mill. kroner. Hovedårsakene til avviket er høyere pasientreisekostnader i måneden, hvor spesielt fly og kostnader til bruk av eget transportmidler øker. I tillegg er det et overforbruk på 2,0 mill. kroner til kjøp av utstyr.

Korona-kostnader i mars er på 14,2 mill. kroner. Personalkostnadene er største driver med 13,7 mill. kroner. I mars ble det tildelt koronamidler for første halvår 2022, hvor UNN HF ble tildelt 81,1 mill. kroner. Halvparten av midlene, 40,5 mill. kroner, er effektuert i marsregnskapet.

Direktøren erkjenner at UNN er i en svært krevende situasjon, med behov for helt nødvendige og utfordrende omstillinger både på kort og lengre sikt. Det mer langsiktige omstillingsarbeidet informeres styret om i egen sak i styremøtet, i tråd med bestilling gitt i forrige styremøte. I henhold til oppdrag gitt til UNN i foretaksmøte 6. april i år skal UNN innen 10. mai 2022 utarbeide en forpliktende fremdriftsplan for omstillingsarbeidet i 2022. Planen skal ha månedlig prognose for bemanning, innleie av personell og kapasitetsutnyttelse pr. klinikk. Det pågår et intensivt arbeid i klinikkene med å utarbeide kortsiktige tiltak for å få ned forbruk av månedsverk til 2019-nivå, og oppdatere og revidere omstillingsplanene for inneværende år. Styret vil bli orientert muntlig om status i arbeidet i styremøtet.

Tromsø, 22.04.2022

Einar Bugge (s.)  
fungerende administrerende direktør

Vedlegg:

- Kvalitets og virksomhetsrapport mars 2022

Universitetssykehuset Nord-Norge HF

# Kvalitets- og virksomhetsrapport

---

Mars 2022



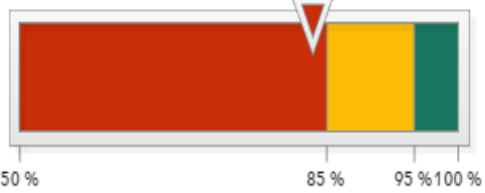
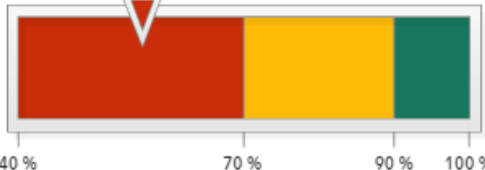

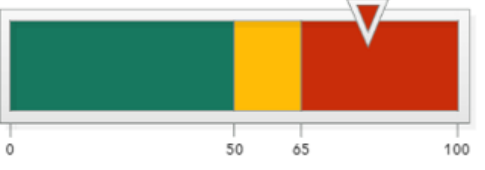
## **Innholdsfortegnelse**

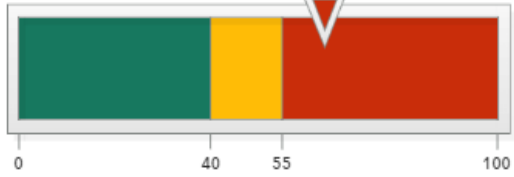
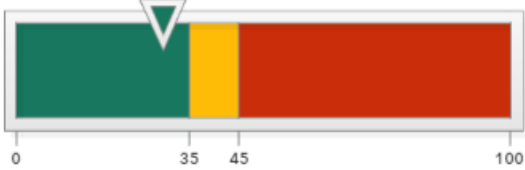
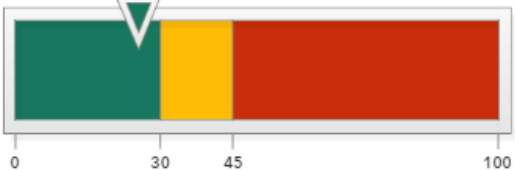
<b>Innholdsfortegnelse .....</b>	<b>2</b>
<b>Hovedindikatorer .....</b>	<b>3</b>
<b>Pasientflyt.....</b>	<b>6</b>
<b>Kvalitet .....</b>	<b>7</b>
<b>Pakkeforløp – kreftbehandling.....</b>	<b>7</b>
<b>Pakkeforløp – psykisk helse og rus.....</b>	<b>9</b>
<b>Ventetid fortsatt ventende og avviklede.....</b>	<b>10</b>
<b>Fristbrudd.....</b>	<b>13</b>
<b>Korridorpasienter .....</b>	<b>14</b>
<b>Andel kontakter avvirket innen planlagt tid.....</b>	<b>15</b>
<b>Planleggingshorisont.....</b>	<b>16</b>
<b>Strykninger .....</b>	<b>17</b>
<b>Epikrisetid .....</b>	<b>18</b>
<b>Mekaniske tvangsmidler psykisk helsevern .....</b>	<b>19</b>
<b>Oppholdstid i akuttmottaket.....</b>	<b>19</b>
<b>Aktivitet.....</b>	<b>20</b>
<b>DRG.....</b>	<b>20</b>
<b>Liggetid på sykehusopphold - somatikk .....</b>	<b>21</b>
<b>Telemedisinsk aktivitet.....</b>	<b>21</b>
<b>Den gylne regel .....</b>	<b>22</b>
<b>Samhandling .....</b>	<b>23</b>
<b>Utskrivningsklare pasienter .....</b>	<b>23</b>
<b>Bruk av pasienthotell .....</b>	<b>24</b>
<b>Personal.....</b>	<b>25</b>
<b>Bemanning .....</b>	<b>25</b>
<b>Sykefravær.....</b>	<b>27</b>
<b>AML-brudd .....</b>	<b>28</b>
<b>Økonomi.....</b>	<b>29</b>
<b>Resultat .....</b>	<b>29</b>
<b>Prognose.....</b>	<b>30</b>

## Hovedindikatorer

<p><b>Sykefravær</b></p> <p>Måltall: &lt; 7,5 %</p> <p><b>Mars: 11,4 %</b></p>	<p><b>Sykefravær (siste avslutta måned)</b></p> <p>11,4 %</p> <p>0,0 % 7,5 % 9,5 % 20,0 %</p>
<p><b>Budsjettavvik akkumulert per mars</b></p> <p><b>-127,5 mill kr</b></p>	<p><b>Budsjettavvik i hele 1000</b></p> <p>-127 474</p> <p>-150 000 0 150 000</p>
<p><b>Gjennomsnittlig endring månedsverk 2022 mot 2019</b></p> <p>Måltall: 0</p> <p><b>Mars: 446</b></p>	<p><b>Gj.snitt endring månedsverk 2022 mot 2019</b></p> <p>446</p> <p>-300 0 300 500</p>
<p><b>Andel operasjoner strøket etter kl 14 dagen før</b></p> <p>Måltall: &lt; 5 %</p> <p><b>Mars: 6,6 %</b></p>	<p><b>Andel operasjoner strøket etter kl 14 dagen før</b></p> <p>6,6 %</p> <p>0,0 % 5,0 % 7,5 % 15,0 %</p>








<p><b>Kontakter avviklet innen planlagt tid</b></p> <p>Måltall: &gt; 95 %</p> <p><b>Mars: 83 %</b></p>	<p>Kontakter avviklet innen planlagt tid</p> <p><b>83 %</b></p>  <p>50 % 85 % 95 % 100 %</p>
<p><b>Andel planlagte kontakter med fastsatt tid de neste 6 månedene</b></p> <p>Måltall: &gt; 90 %</p> <p><b>Mars: 56 %</b></p>	<p>Kontakter med tildelt dato (neste 6 mnd)</p> <p><b>56 %</b></p>  <p>40 % 70 % 90 % 100 %</p>
<p><b>Andel aktive fristbrudd</b></p> <p>Måltall: 2 %</p> <p><b>Mars: 10,7 %</b></p>	<p>Andel fristbrudd (siste avslutta måned)</p> <p><b>10,7 %</b></p>  <p>0,0 % 2,0 % 5,0 % 20,0 %</p>
<p><b>Ventetid somatikk</b></p> <p>Måltall: &lt; 50</p> <p><b>Mars: 80</b></p>	<p>Snitt ventetid somatikk (siste avslutta måned)</p> <p><b>80</b></p>  <p>0 50 65 100</p>

<p><b>Ventetid PHV</b></p> <p>Måltall: &lt; 40</p> <p><b>Mars: 64</b></p>	<p>Snitt ventetid PHV (siste avslutta måned)</p> <p><b>64</b></p>  <p>0 40 55 100</p>
<p><b>Ventetid PHBU</b></p> <p>Måltall: &lt; 35</p> <p><b>Mars: 30</b></p>	<p>Snitt ventetid PHBU (siste avslutta måned)</p> <p><b>30</b></p>  <p>0 35 45 100</p>
<p><b>Ventetid TSB</b></p> <p>Måltall: &lt; 30</p> <p><b>Mars: 25</b></p>	<p>Snitt ventetid TSB (siste avslutta måned)</p> <p><b>25</b></p>  <p>0 30 45 100</p>

# Pasientflyt

## PASIENTFLYTT

Per siste avslutta måned og samme periode foregående år

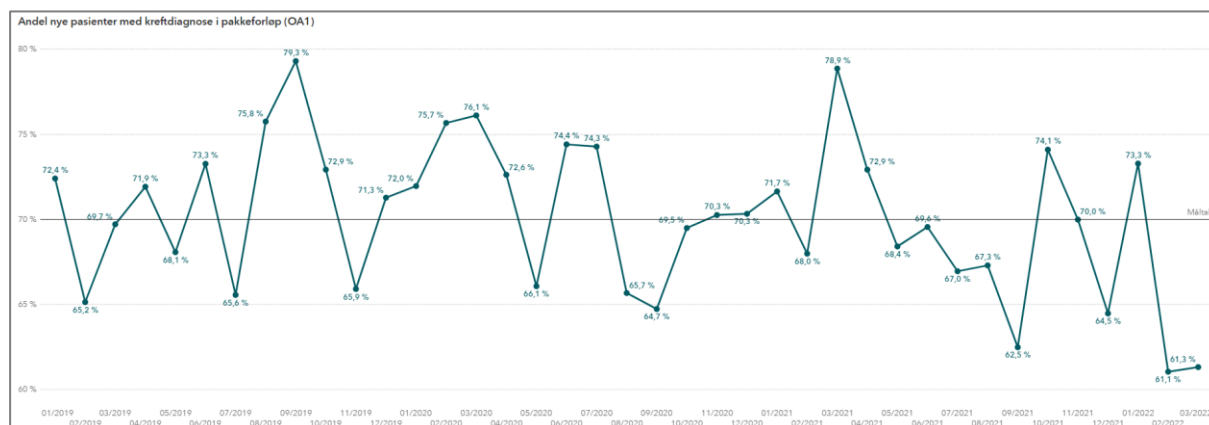
HENVISNINGER		VENTENDE		INNLÆGGELESE		OPERASJONER		ORDINÆRT AVSLUTTA	
									
Holden og døgnetshandling	Ventende i poliklinikk	Etikette							
År ▼	År ▼	År ▼	År ▼	År ▼	År ▼	År ▼	År ▼	År ▼	År ▼
Nye henvisninger	Ventende i poliklinikk	Etikette	Antall operert i/n plan	Antall ut av post					
2019	2019	2019	2019	2019					
1876	9046	9208	3951	28480					
2020	2020	2020	2020	2020					
1583	9846	8650	3448	26245					
2021	2021	2021	2021	2021					
1507	10619	9240	3946	26838					
2022	2022	2022	2022	2022					
1531	10327	8713	3637	25619					
Poliklinikk									
Nye henvisninger									
År ▼	År ▼	Totalt inkl hotell- og hestegrad udekkert							
2019	2019	År ▼	År ▼						
24336	Ø-HJELP	Inn på post	Inn på post						
2020	2020	2019	2019						
22663	Ø-HJELP	28601	28601						
2021	2021	2020	2020						
24129	Ø-HJELP	26256	26256						
2022	2022	2021	2021						
23581	Ø-HJELP	26906	26906						
		2022	2022						
		26141	26141						
Ø-Hjelp									
Antall innø-hjelp									
År ▼	År ▼	År ▼	År ▼						
2019	2019	2019	2019						
16501	16501	15566	15566						
2020	2020	2020	2020						
14975	14975	14255	14255						
2021	2021	2021	2021						
14944	14944	14147	14147						
2022	2022	2022	2022						
15690	15690	14930	14930						
AVVISTE HENVISNINGER									
Antall avviste henvisninger									
År ▼	År ▼	Polikliniske konsultasjoner							
2019	2019	År ▼	År ▼						
4342	4342	Ordinære	Telefon	Video					
2020	2020	2020	2020						
4124	4124	89933	8708	1420					
2021	2021	2021	2021						
3852	3852	100384	9441	2704					
2022	2022	2022	2022						
3698	3698	101570	8354	3126					

## Kvalitet

### Pakkeforløp – kreftbehandling

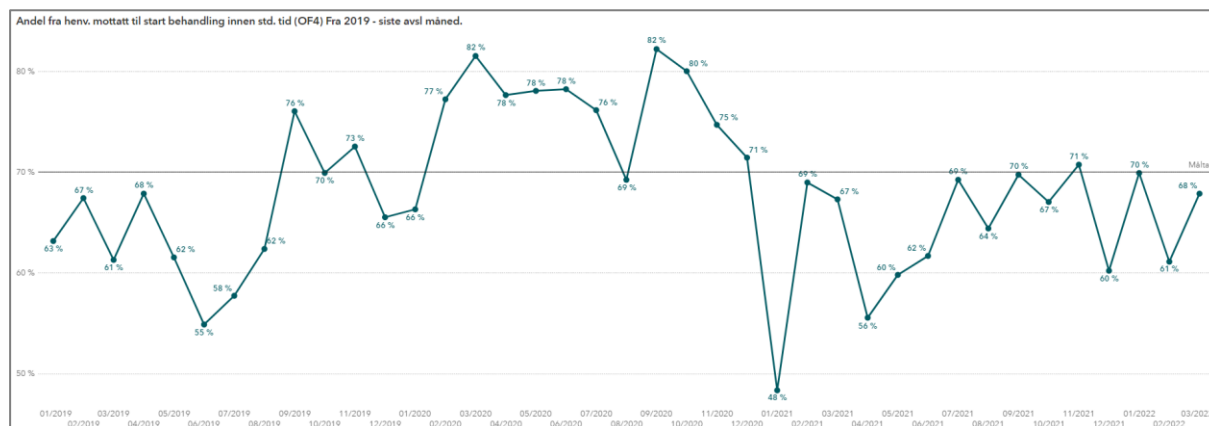
For pakkeforløp kreft fokuserer UNN på to indikatorer, andel nye pasienter i pakkeforløp og andel pakkeforløp innenfor behandlingsfrist. Begge er nasjonale indikatorer med et måltall på 70 %.

**Figur 1 Andel nye pasienter i pakkeforløp**



*Andel som har startet pakkeforløp (OA1) av alle kreftpasienter. Eventuelle justeringer siste måned rettes opp påfølgende måned*

**Figur 2 Andel pakkeforløp innen behandlingsfrist**



*Andel pasienter som har startet kreftbehandling innenfor standard forløpstid (OF4)*

**Tabell 1 Forløpstidene for pakkeforløp hittil i år (4 største)**

Pakkeforløp navn	Behandlingstype	Andel fra henv. mottatt til start beh. innen std. tid (OF4)	Ant fra henv. mottatt til start beh. innen std. tid (OF4)	Ant fra henv. mottatt til start beh. (OF4)
<b>Total</b>		<b>66%</b>	<b>183</b>	<b>276</b>
Brystkreft	Medikamentell behandling	100%	12	12
	Kirurgisk behandling	58%	33	57
Lungekreft	Strålebehandling	64%	16	25
	Medikamentell behandling	70%	7	10
	Kirurgisk behandling	63%	5	8
Malignt melanom	Kirurgisk behandling	96%	27	28
	Strålebehandling	67%	2	3
Tykk- og endetarmskreft	Medikamentell behandling	75%	3	4
	Kirurgisk behandling	35%	6	17
Alle andre	Strålebehandling	13%	1	8
	Overvåking uten behandling	50%	2	4
	Medikamentell behandling	69%	22	32
	Kirurgisk behandling	69%	47	68

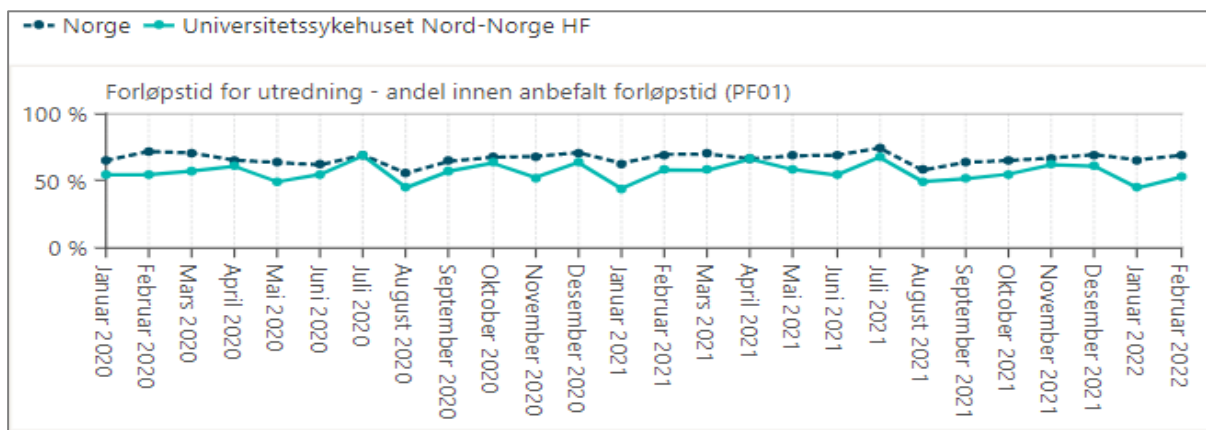
**Tabell 2 Forløpstidene for pakkeforløp hittil i år (øvrige forløp)**

Pakkeforløp navn	Behandlingstype	Andel fra henv. mottatt til start beh. innen std. tid (OF4)	Ant fra henv. mottatt til start beh. innen std. tid (OF4)	Ant fra henv. mottatt til start beh. (OF4)
<b>Total</b>		<b>66%</b>	<b>183</b>	<b>276</b>
Blærekreft	Kirurgisk behandling	64%	9	14
Bukspyttkjertelkreft	Medikamentell behandling	0%	0	1
	Kirurgisk behandling	100%	2	2
Eggstokkreft (ovarial)	Kirurgisk behandling	100%	8	8
Galleveiskreft	Kirurgisk behandling	100%	1	1
Hjernekreft	Strålebehandling	0%	0	2
	Kirurgisk behandling	100%	3	3
Kreft hos barn	Medikamentell behandling	100%	3	3
	Kirurgisk behandling	100%	2	2
Kreft i spiserør og magesekk	Strålebehandling	0%	0	1
	Medikamentell behandling	100%	1	1
	Kirurgisk behandling	0%	0	1
Livmorhalskreft (cervix)	Strålebehandling	33%	1	3
	Medikamentell behandling	0%	0	1
	Kirurgisk behandling	100%	2	2
Livmorkreft (endometrie)	Medikamentell behandling	0%	0	1
	Kirurgisk behandling	100%	12	12
Lungekreft	Strålebehandling	64%	16	25
	Medikamentell behandling	70%	7	10
	Kirurgisk behandling	63%	5	8
Lymfomer	Strålebehandling	0%	0	2
	Medikamentell behandling	73%	8	11
Malignt melanom	Kirurgisk behandling	96%	27	28
Myelomatose	Medikamentell behandling	100%	5	5
Nyrekreft	Kirurgisk behandling	44%	4	9
Prostatakreft	Overvåking uten behandling	0%	0	2
	Medikamentell behandling	50%	2	4
	Kirurgisk behandling	0%	0	7
Sarkom	Kirurgisk behandling	100%	1	1
Skjoldbruskkjertelkreft	Kirurgisk behandling	50%	3	6
Testikkelkreft	Overvåking uten behandling	100%	2	2
	Medikamentell behandling	60%	3	5
Tykk- og endetarmskreft	Strålebehandling	67%	2	3
	Medikamentell behandling	75%	3	4
	Kirurgisk behandling	35%	6	17
Alle andre	Medikamentell behandling	100%	12	12
	Kirurgisk behandling	58%	33	57

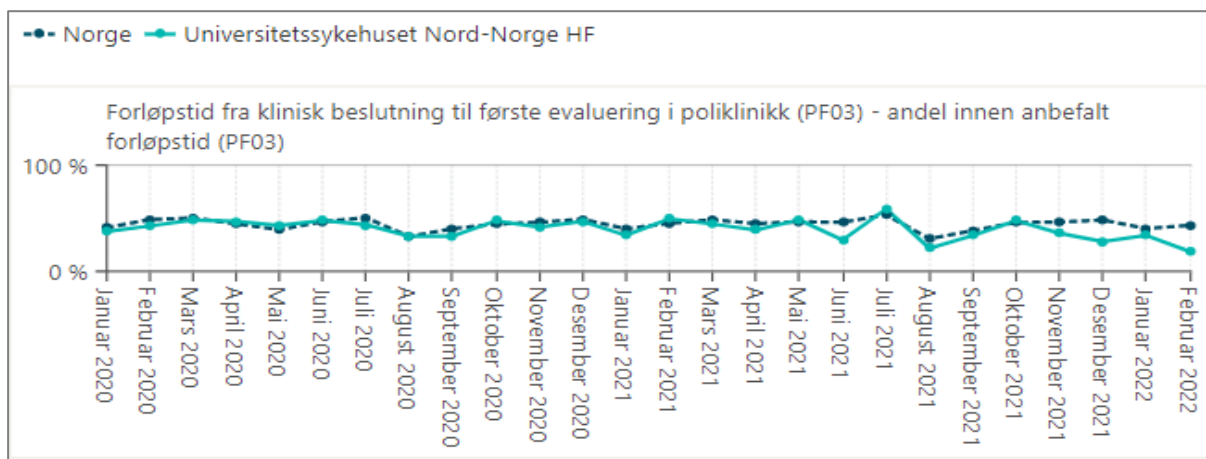
\*Rødt markerer resultat som avviker fra målsettingen om 70 % innenfor standardforløpstid. Bare pakkeforløp som er fullført fram til behandling er her listet.

## Pakkeforløp – psykisk helse og rus

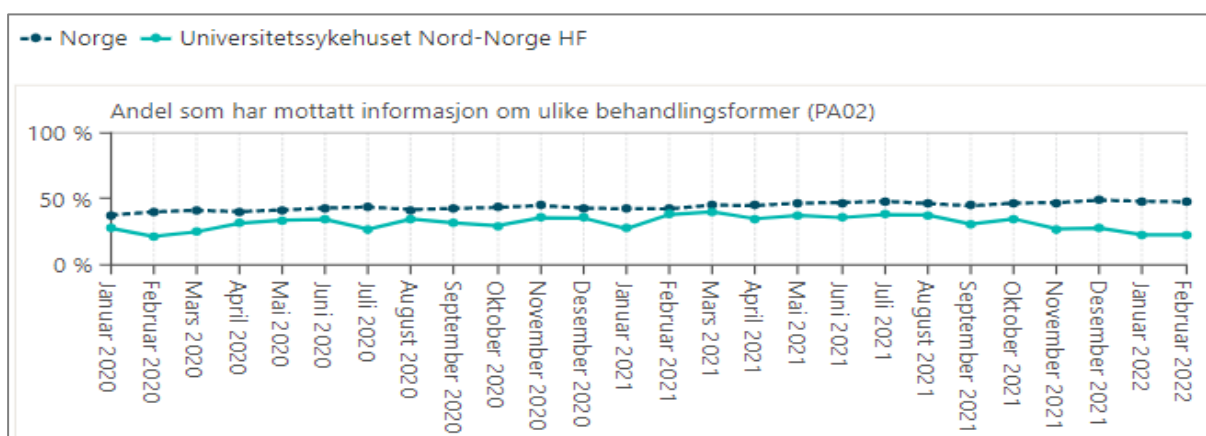
**Figur 3 Forløpstid for utredning – andel innen anbefalt forløpstid**



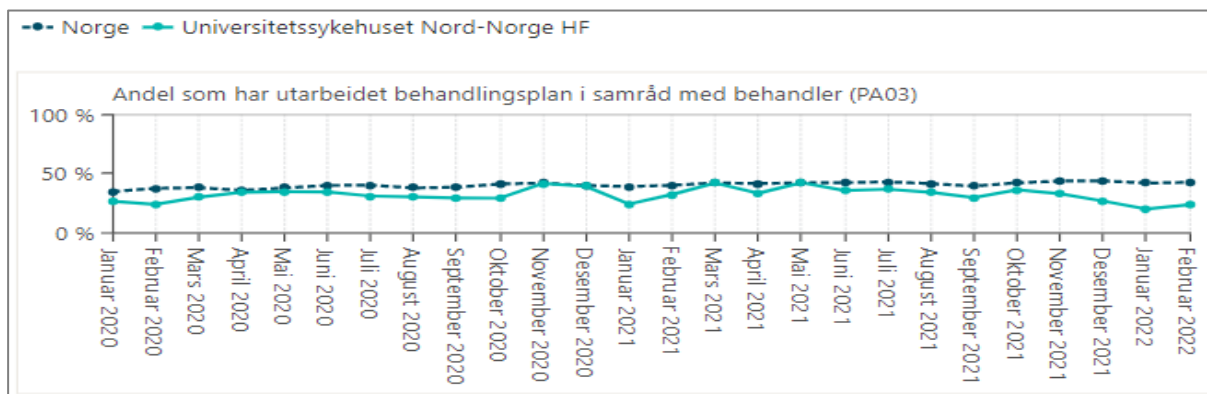
**Figur 4 Forløpstid fra klinisk beslutning til første evaluering i poliklinikk – andel innen anbefalt forløpstid**



**Figur 5 Andel som har mottatt informasjon om ulike behandlingsformer**

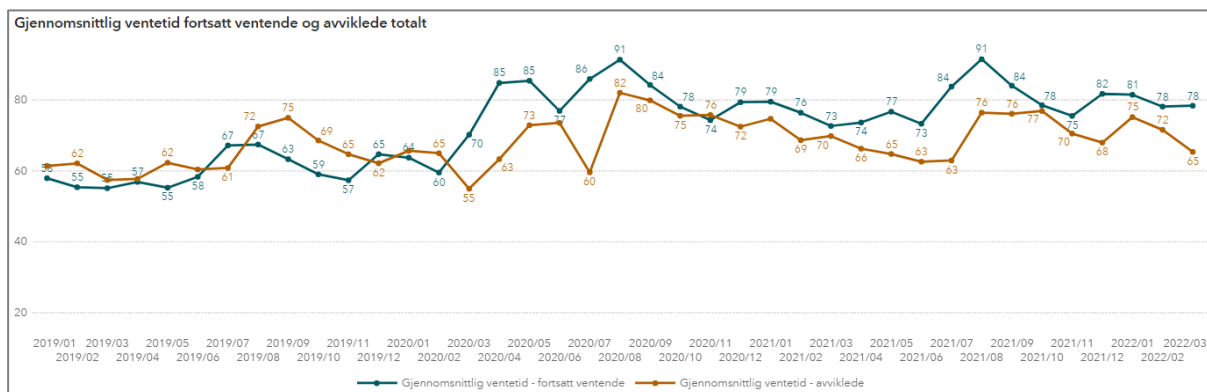


**Figur 6 Andel som har utarbeidet behandlingsplan i samråd med behandler**

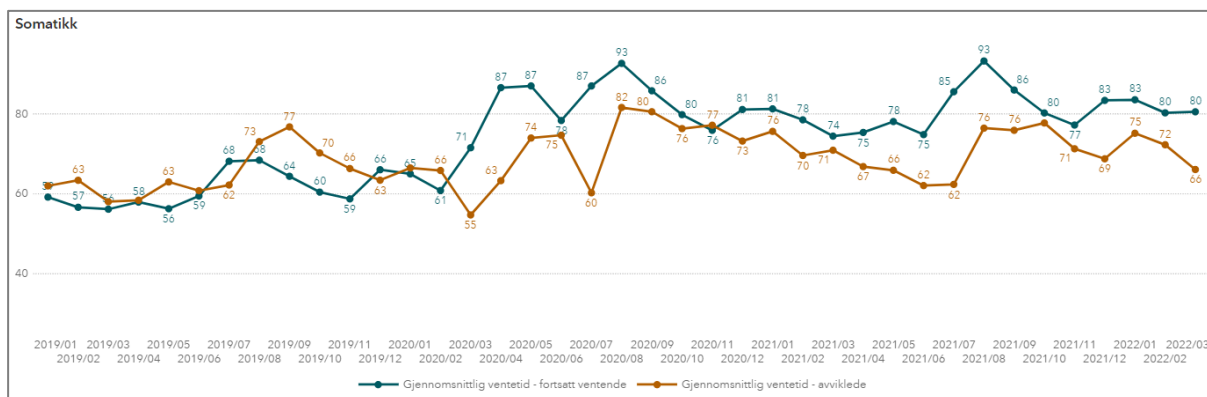


**Ventetid fortsatt ventende og avviklede**

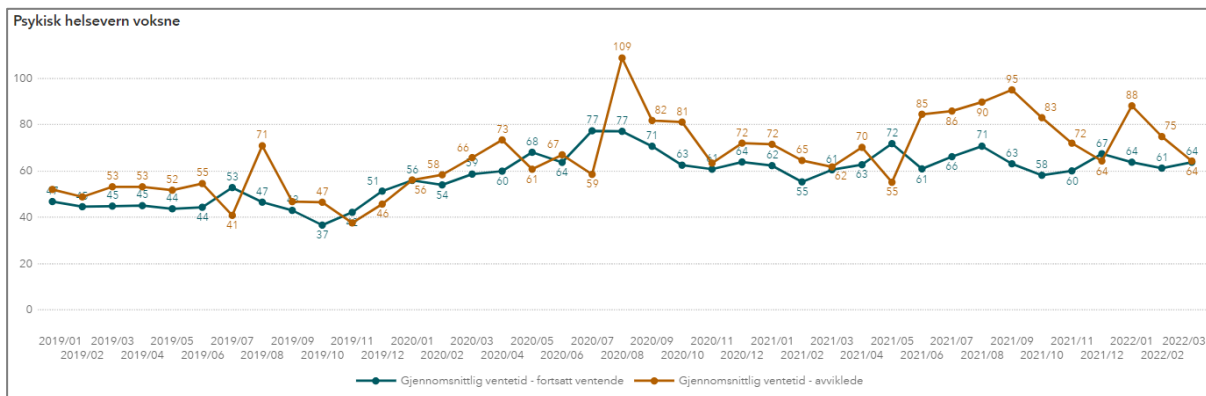
**Figur 7 Gjennomsnittlig ventetid fortsatt ventende og avviklede totalt**



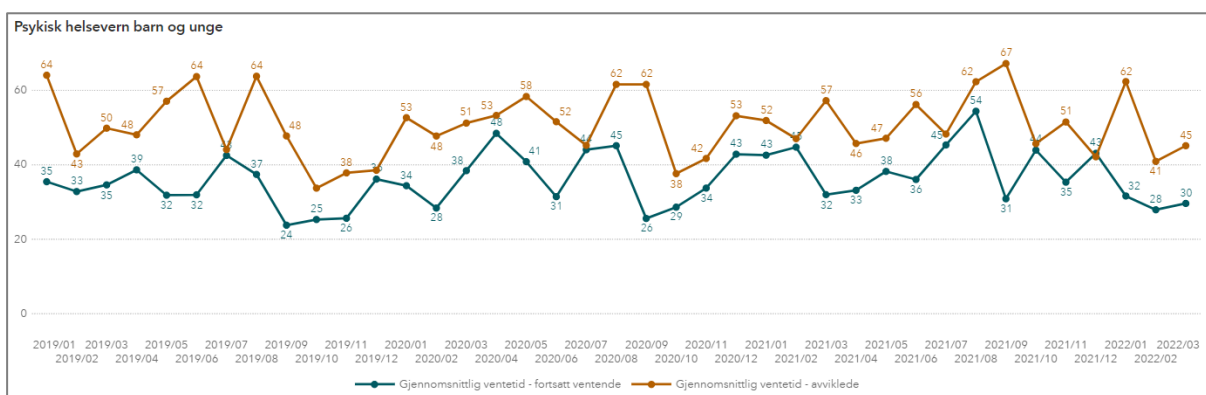
**Figur 8 Gjennomsnittlig ventetid fortsatt ventende og avviklede – somatikk**



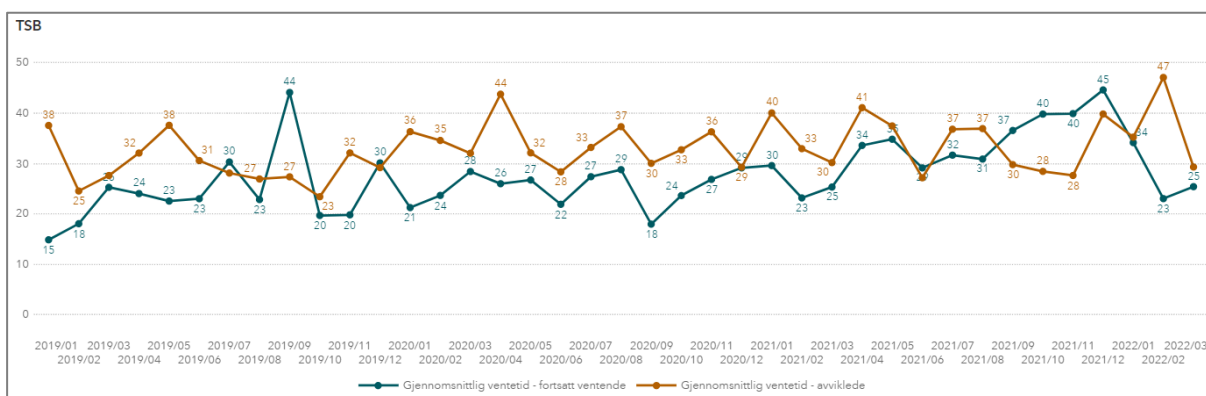
**Figur 9 Gjennomsnittlig ventetid fortsatt ventende og avviklede - psykisk helsevern voksne**



**Figur 10 Gjennomsnittlig ventetid fortsatt ventende og avviklede - psykisk helsevern barn og unge**



**Figur 11 Gjennomsnittlig ventetid fortsatt ventende og avviklede – TSB**

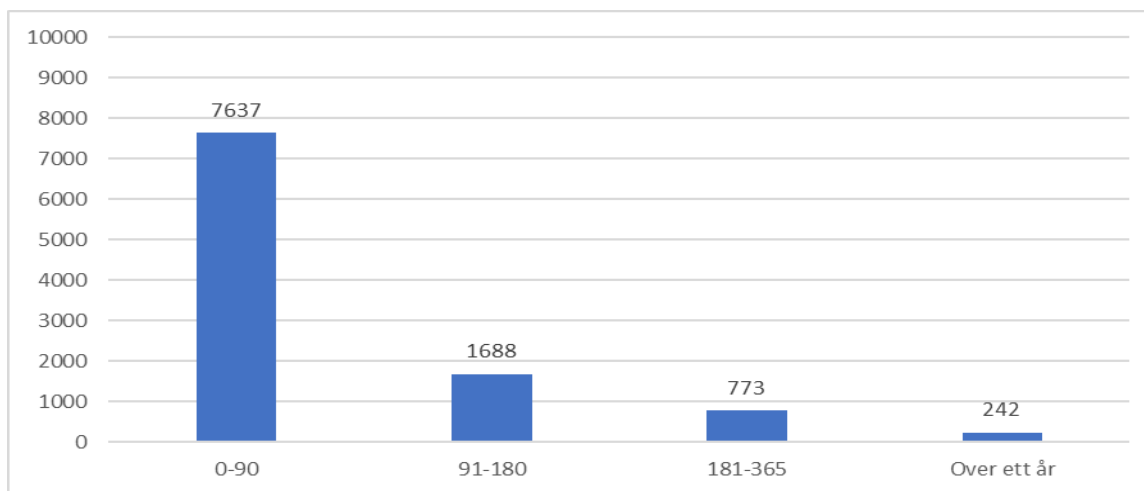




**Tabell 3 Gjennomsnittlig ventetid fortsatt ventende og avviklede hittil i år - fordelt på hovedfagområde**

Hovedfagområde	Gjennomsnittlig ventetid - avviklede	Gjennomsnittlig ventetid - fortsatt ventende
<b>Total</b>	<b>71</b>	<b>79</b>
Somatisk virksomhet	71	81
Psykisk helsevern voksne	76	63
Psykisk helsevern barn og unge	50	30
TSB	36	27

*Gjennomsnittlig ventetid for fortsatt ventende og avviklede pasienter hittil i år.*

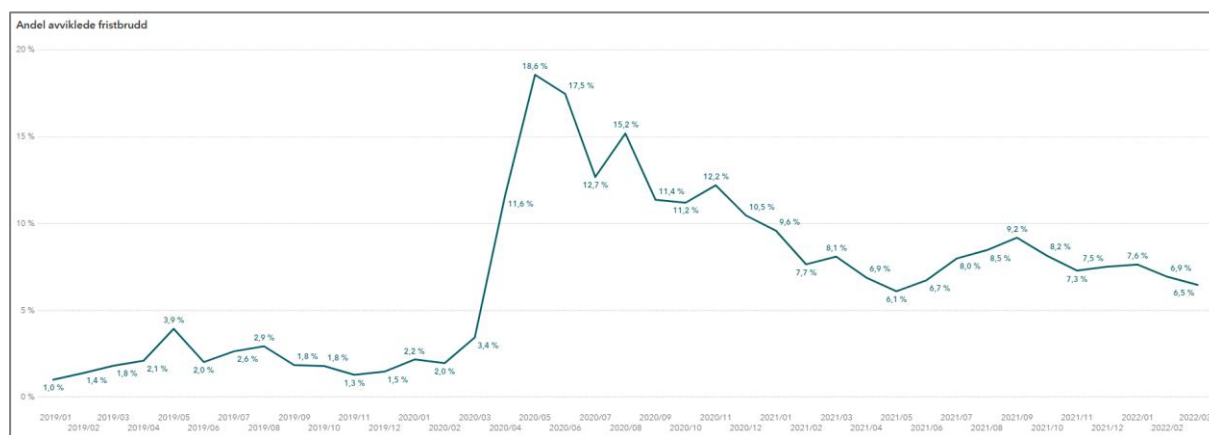
**Figur 12 Antall pasienter på venteliste fordelt på ventetid (dager)**

## Fristbrudd

Tabell 4 Klinikker med fristbrudd ved utgangen av måneden

Klinikknavn - UNN	februar		mars	
	Fristbrudd som fortsatt venter - antall	AndelFristbrudd Perioder	Fristbrudd som fortsatt venter - antall	AndelFristbrudd Perioder
Total	1053	10,0 %	1098	10,7 %
12 - Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	64	3,2 %	57	3,0 %
13 - Hjerte- og lungeklinikken	18	4,6 %	21	4,9 %
15 - Medisinsk klinikk	153	14,1 %	106	10,2 %
17 - Barne- og ungdomsklinikken	5	0,8 %	3	0,5 %
18 - Operasjons- og intensivklinikken	0	.	0	.
19 - Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	701	12,1 %	760	13,2 %
22 - Psykisk helse- og rusklinikken	112	17,5 %	151	22,8 %

Figur 13 Prosent avvilede fristbrudd



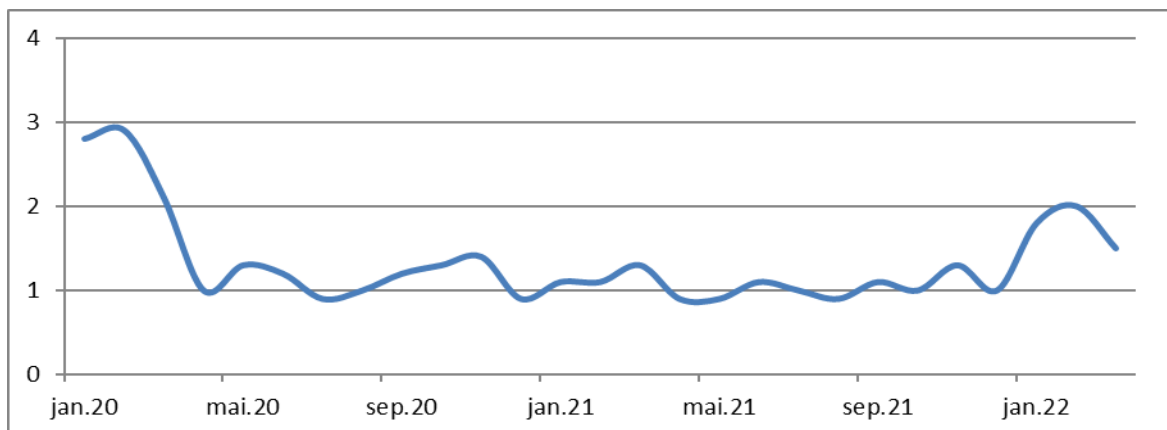
Andel avvilet etter frist per måned

Tabell 5 Antall avvilede fristbrudd fordelt på klinikk

Klinikknavn - UNN	februar		mars	
	Avviklet fra venteliste med fristbrudd - antall	Avviklet fra venteliste med fristbrudd - antall	Avviklet fra venteliste med fristbrudd - antall	Avviklet fra venteliste med fristbrudd - antall
Total	386	380	380	380
12 - Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	75	59	59	59
13 - Hjerte- og lungeklinikken	22	21	21	21
15 - Medisinsk klinikk	66	65	65	65
17 - Barne- og ungdomsklinikken	3	5	5	5
18 - Operasjons- og intensivklinikken	0	0	0	0
19 - Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	168	193	193	193
22 - Psykisk helse- og rusklinikken	52	37	37	37

## Korridorpasienter

Figur 14 Korridorpasienter andel per måned – somatikk



Månedlig aggregering av antall innlagt i korridorseng kl. 07.00 daglig i andel av alle inneliggende kl 07.00.

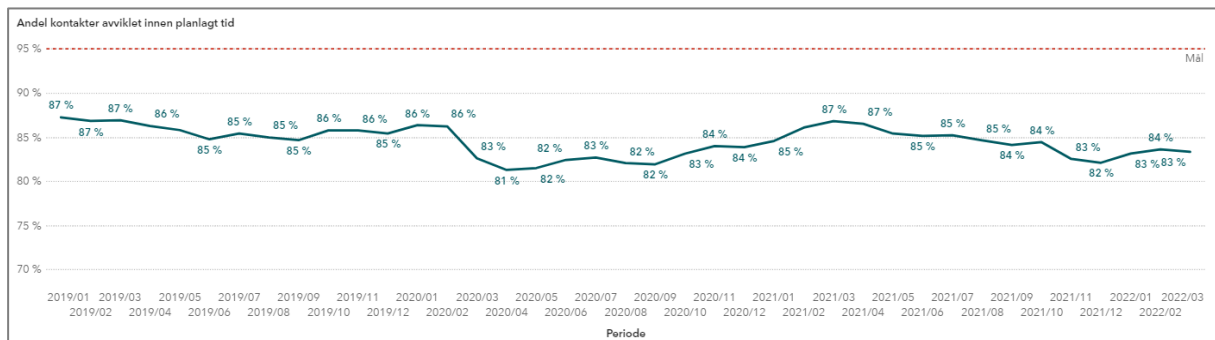
Tabell 6 Andel korridorpasienter per sengepost siste måned

Post	Inneliggende	Korridor	Andel
Fordøyelse-nyre post Tromsø	450	41	9,1 %
Hjertermed. post Tromsø	823	23	2,8 %
Ortopedisk post Harstad	387	21	5,4 %
Kreftpost Tromsø	644	15	2,3 %
Endo-kvi-plast-uropost Tromsø	768	14	1,8 %
Ortopedisk post Tromsø	799	13	1,6 %
Geriatrisk post Tromsø	383	11	2,9 %
Nevkir.-ønh-øyepost Tromsø	855	11	1,3 %
HVK kir. post Tromsø	701	10	1,4 %
Kirurgisk post Harstad	425	6	1,4 %
Gastrokirurgisk post Tromsø	910	4	0,4 %
Lungemedisinsk post Tromsø	550	4	0,7 %
Nevro-hud-revmåpost Tromsø	385	4	1,0 %
Ort-kir. post Narvik	394	4	1,0 %
Medisinsk post B Harstad	467	3	0,6 %

Målepunkt: kl. 07:00 pr dag.

## Andel kontakter avviklet innen planlagt tid

Figur 15 Andel kontakter avviklet innen planlagt tid



Andel kontakter avviklet innen planlagt tid av alle planlagte kontakter med tentativ måned eller planlagt dato.

Tabell 7 Antall og andel avviklet innen planlagt tid fordelt på fagområde (10 største)

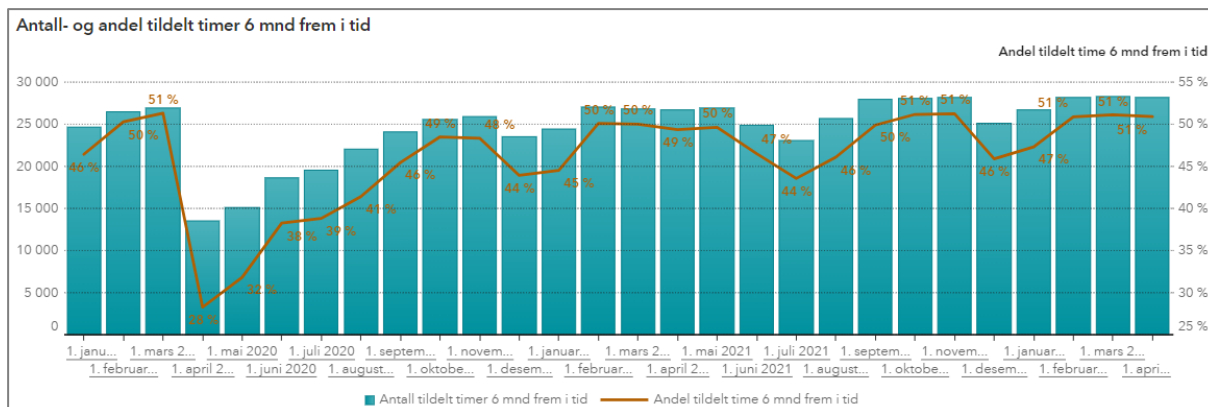
Måned ▲	mars		
Fagområde ▲	Andel kontakter avviklet innen planlagt tid	Antall planlagte kontakter	Antall passerte kontakter
Total	83 %	97 434	16 192
Endokrinologi	78 %	3 235	720
Fordøyelsessykdommer	76 %	5 050	1 237
Gastroenterologisk kirurgi	77 %	3 348	764
Lungesykdommer	70 %	2 560	763
Ortopedisk kirurgi (inkludert revmakirurgi)	81 %	6 751	1 264
Psykisk helsevern barn og unge	82 %	3 565	648
Psykisk helsevern voksne	89 %	7 716	875
Revmatiske sykdommer (revmatologi)	75 %	6 615	1 660
Øre-nese-hals sykdommer	75 %	7 155	1 822
Øyesykdommer	79 %	6 239	1 328
Alle andre	89 %	45 200	5 111

Tabell 8 Antall og andel avviklet innen planlagt tid fordelt på klinikk

Måned ▲	mars		
Klinikk ▲	Andel kontakter avviklet innen planlagt tid	Antall planlagte kontakter	Antall passerte kontakter
Total	83 %	97 312	16 192
Medisinsk klinikk - UNN	76 %	12 265	2 929
Nevro-, orto- og rehabklinikk - UNN	81 %	39 693	7 629
Hjerte- og lungeklinikk - UNN	85 %	11 084	1 677
Psykisk helse og rusklinikk - UNN	87 %	10 758	1 396
Barne- og ungdomsklinikk - UNN	88 %	7 354	900
Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikk - UNN	89 %	15 541	1 638
Operasjon- og intensivklinikk - UNN	96 %	617	23

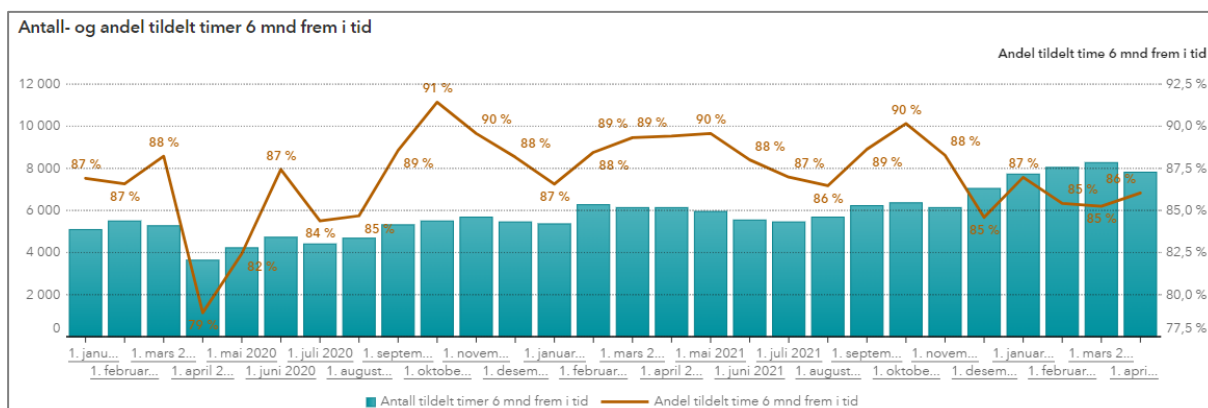
## Planleggingshorisont

Figur 16 Utvikling i antall og andel tildelte timer med fastsatt tidspunkt de neste 6 mnd – somatikk



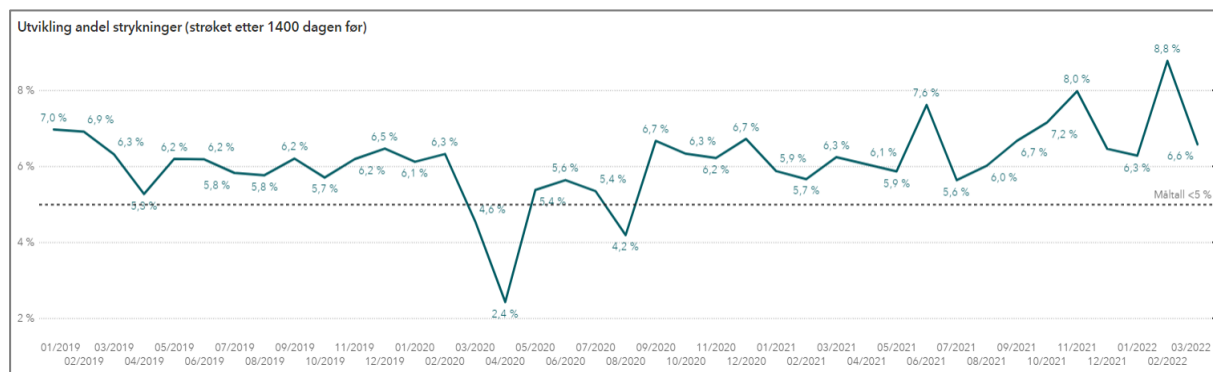
Antall planlagte kontakter som er tildelt time. Andel planlagte kontakter som er satt opp på time av totalt antall kontakter.

Figur 17 Utvikling i antall og andel tildelte timer med fastsatt tidspunkt de neste 6 mnd– psykisk helsevern og TSB



## Strykninger

Figur 18 Andel operasjoner strøket etter kl 14.00 dagen før operasjon

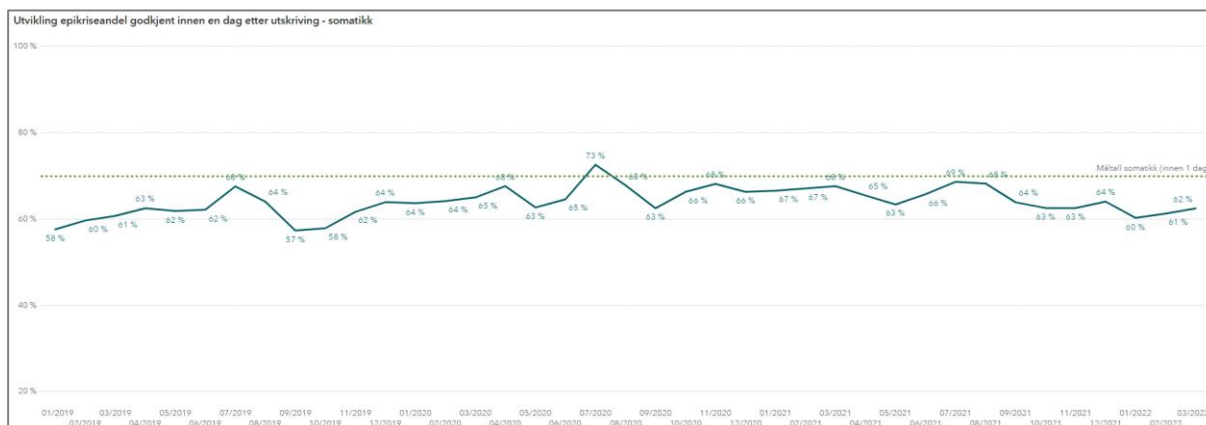


Tabell 9 Årsaker til strykninger av planlagte operasjoner siste måned

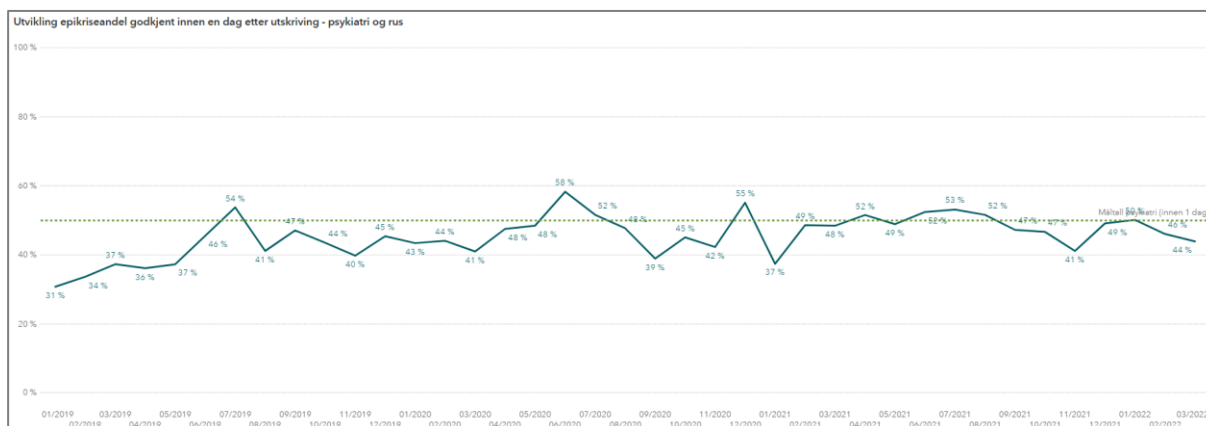
Måned ▲	mars
Strykningskategorier UNN ▲	Strøket 1400 dagen før
Total	146
Sykehus - ikke klinisk årsak	101
Sykehus - kliniske årsaker	16
Årsaker hos pasient	29

## Epikrisetid

**Figur 19 Epikriser - andel godkjent innen 1 dag- somatikk**



**Figur 20 Epikriser - andel godkjent innen 1 dag- psykiatri og rus**

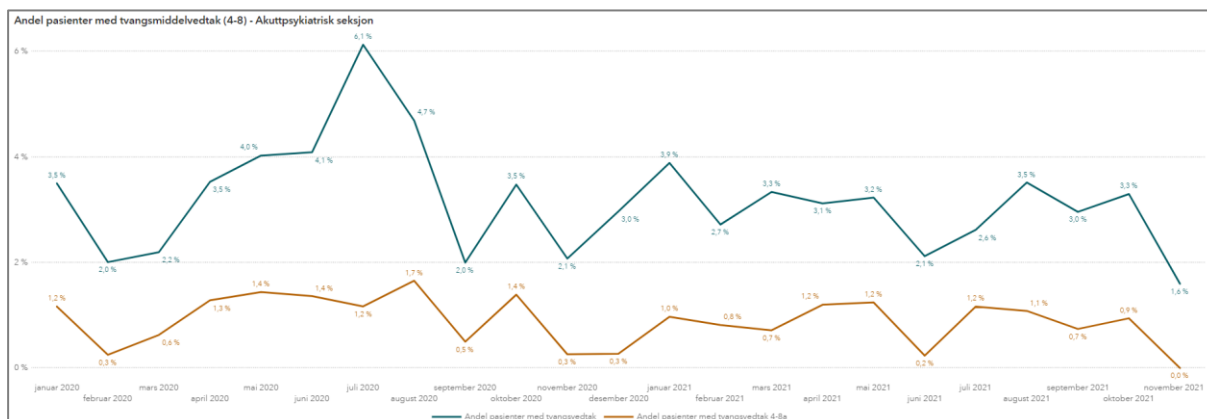


**Tabell 10 Antall og andel epikriser godkjent innen 1 dag siste måned per hovedfagområde og klinikk**

Hovedfagområde	Klinikk UNN	Antall epikriser godkjent innen 1 dag	Andel epikriser godkjent innen 1 dag
Total		1 587	60 %
Psykisk helsevern, barn og unge	17 - Barne- og ungdomsklinikken	4	44 %
Psykisk helsevern, voksne	22 - Psykisk helse- og rusklinikken	75	46 %
Tverrfaglig spesialisert rusbehandling	22 - Psykisk helse- og rusklinikken	18	49 %
Somatikk	12 - Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	468	63 %
	13 - Hjerte- og lungeklinikken	219	52 %
	15 - Medisinsk klinikk	323	63 %
	17 - Barne- og ungdomsklinikken	40	69 %
	19 - Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	440	63 %

## Mekaniske tvangsmidler psykisk helsevern

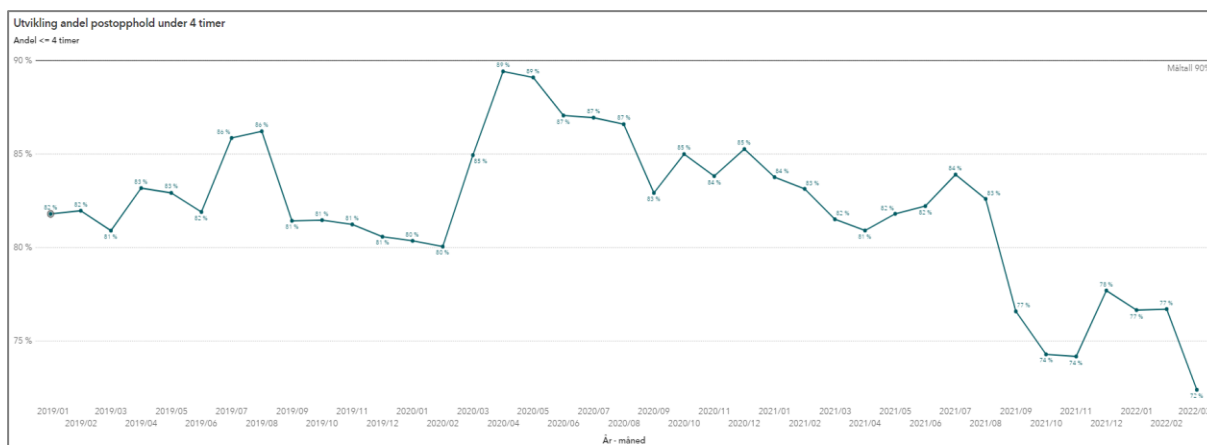
**Figur 21** Andel pasienter utsatt for tvangsmiddelbruk innen psykisk helsevern voksne (nasjonal indikator)



Tall per november 2021.

## Oppholdstid i akuttmottaket

**Figur 22** Oppholdstid i akuttmottaket postopphold (andel under 4 timer)





## Aktivitet

Tabell 11 Aktivitet UNN hittil i år

Type	Hovedfagområde	Aktivitet 2019	Aktivitet 2022	Plan 2022	Avvik fra aktivitet 2019	Avvik fra plan 2022	Endring i % fra aktivitet 2019	Endring i % fra plan 2022
Delsum: Liggedøgn		69 368	60 937	64 103	-8 431	-3 166	-12 %	-5 %
Liggedøgn	Somatikk	52 162	43 886	46 393	-8 276	-2 507	-16 %	-5 %
	Psykisk helsevern, voksne	11 383	12 076	11 535	693	541	6 %	5 %
	Tverrfaglig spesialisert rusbehandling	5 092	4 372	5 317	-720	-946	-14 %	-18 %
	Psykisk helsevern, barn og unge	731	604	858	-127	-254	-17 %	-30 %
Delsum: Konsultasjoner		101 346	106 760	107 709	5 414	-949	5 %	-1 %
Konsultasjoner	Somatikk	72 111	76 589	80 386	4 478	-3 797	6 %	-5 %
	Psykisk helsevern, voksne	16 498	17 546	17 967	1 048	-421	6 %	-2 %
	Tverrfaglig spesialisert rusbehandling	3 490	3 041	3 226	-449	-185	-13 %	-6 %
	Psykisk helsevern, barn og unge	9 247	9 584	6 130	337	3 454	4 %	56 %

Aktivitet UNN HF		2019	2020	2021	2022	Plantall 2022	Endring fra 2019		Avvik fra plan 2022	
							Antall	%	Antall	%
Laboratorieanalyser	Somatikk	2 001 931	1 881 432	2 058 582	2 146 068	2 025 232	144 137	7,2	120 836	6,0
Røntgen henvisninger	Somatikk	40 580	36 224	35 155	37 182	35 683	-3 398	-8,4	1 499	4,2
PET-undersøkelser	Somatikk	280	350	365	473	330	193	68,9	143	43,5

## DRG

Tabell 12 DRG-poeng hittil i år fordelt på klinikk

Klinikk (Somatikk)	Faktisk	Plan	Avvik
Barne- og ungdomsklinikken	466	651	-185
Hjerte- og lungeklinikken	3 140	3 358	-218
Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	5 102	5 872	-770
Medisinsk klinikk	2 838	3 333	-495
Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	5 619	6 182	-563
Operasjons- og intensivklinikken	19	17	2
<b>Totalt Somatikk</b>	<b>17 185</b>	<b>19 413</b>	<b>-2 229</b>
Klinikk (Psykiatri/rus)	Faktisk	Plan	Avvik
Barne- og ungdomsklinikken	2 541	2 338	203
Psykisk helse og rusklinikken	3 200	3 696	-496
<b>Totalt Psykiatri/rus</b>	<b>5 741</b>	<b>6 034</b>	<b>-293</b>

Tabell 13 DRG-indeks og sykehusopphold per klinikk - alle omsorgsnivå

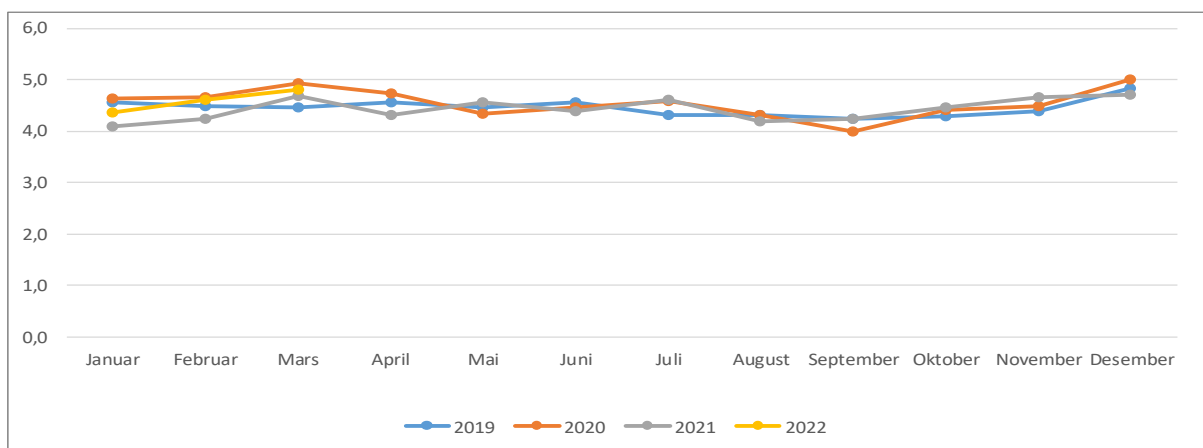
DRG indeks pr klinikk - Somatikk				DRG sykehusopphold		
Klinikk	Indeks			Dag, døgn og poliklinikk inkl. 470 (ISF)		
	2021	2022	Endring	2021	2022	Endring
Barne- og ungdomsklinikken	0,182	0,150	-0,031	3 393	3 306	- 87
Hjerte-lungeklinikken	0,576	0,504	-0,072	6 364	7 157	793
Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	0,288	0,265	-0,023	19 153	19 486	333
Medisinsk klinikk	0,190	0,205	0,015	10 413	10 822	409
Nevro-, ortopedi og rehabiliteringsklinikken	0,140	0,144	0,004	39 821	38 311	- 1 510
OPIN	0,050	0,051	0,001	451	428	- 23
DRG indeks pr klinikk - PHV/TSB				Poliklinikk (ISF)		
Klinikk	Indeks			Poliklinikk (ISF)		
	2021	2022	Endring	2021	2022	Endring
Psykisk helse og rusklinikken	0,168	0,157	-0,011	18 374	18 824	450
Barne- og ungdomsklinikken	0,277	0,278	0,001	10 018	9 166	- 852

## Liggetid på sykehusopphold - somatikk

Tabell 14 Liggetid sykehusopphold fordelt på klinikk

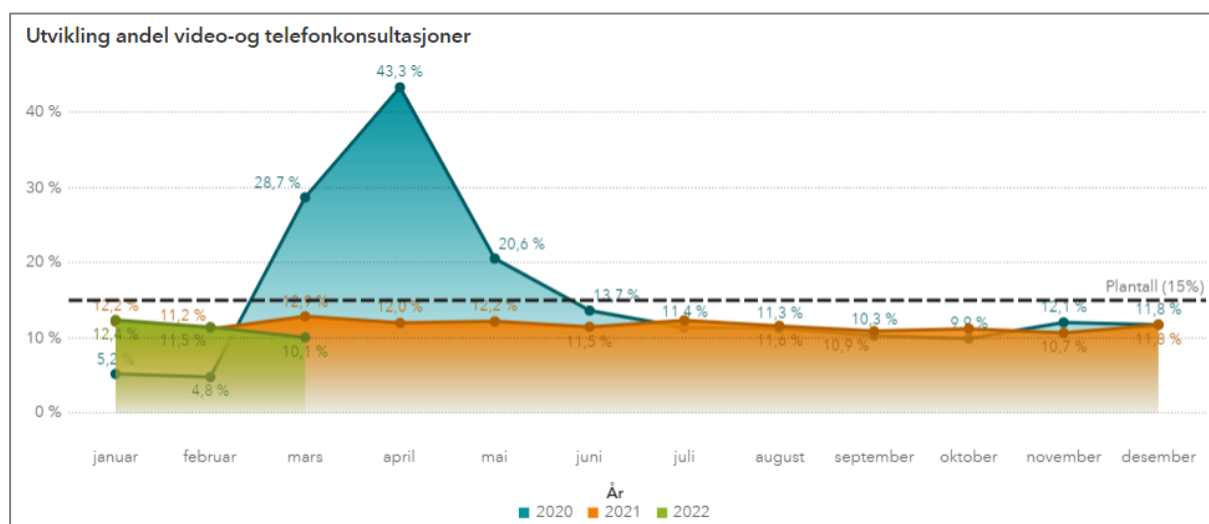
Klinikk	2019	2020	2021	2022
K3K	4,0	4,2	3,7	3,8
Hjerte- og lungeklinikken	4,1	4,3	4,4	4,5
Medisinsk klinikk	5,2	5,8	5,2	5,7
BUK	5,6	6,8	6,4	4,6
NOR	5,1	5,1	4,7	5,2

Figur 23 Liggetid sykehusopphold



## Telemedisinsk aktivitet

Figur 24 Andel telemedisinsk aktivitet



**Tabell 15 Antall og andel konsultasjoner per klinikk hittil i år**

	Aktiviteter	Konsultasjoner	Andel video + telefon	Video + telefon
Total	112 529	101 488	11,3 %	11 443
10 - Akuttmedisinsk klinikk	26	26	.	0
12 - Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	19 226	17 170	7,4 %	1 273
13 - Hjerter- og lungeklinikken	4 766	3 896	7,2 %	279
15 - Medisinsk klinikk	12 791	10 300	5,4 %	558
17 - Barne- og ungdomsklinikken	13 311	11 732	23,2 %	2 720
18 - Operasjons- og intensivklinikken	662	520	40,8 %	212
19 - Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	41 062	38 542	6,6 %	2 538
22 - Psykisk helse- og rusklinikken	20 655	19 281	20,0 %	3 863
48 - Forsknings- og utdanningscenteret	30	21	.	0

## Den gylne regel

**Tabell 16 Den gylne regel (hittil i år)**

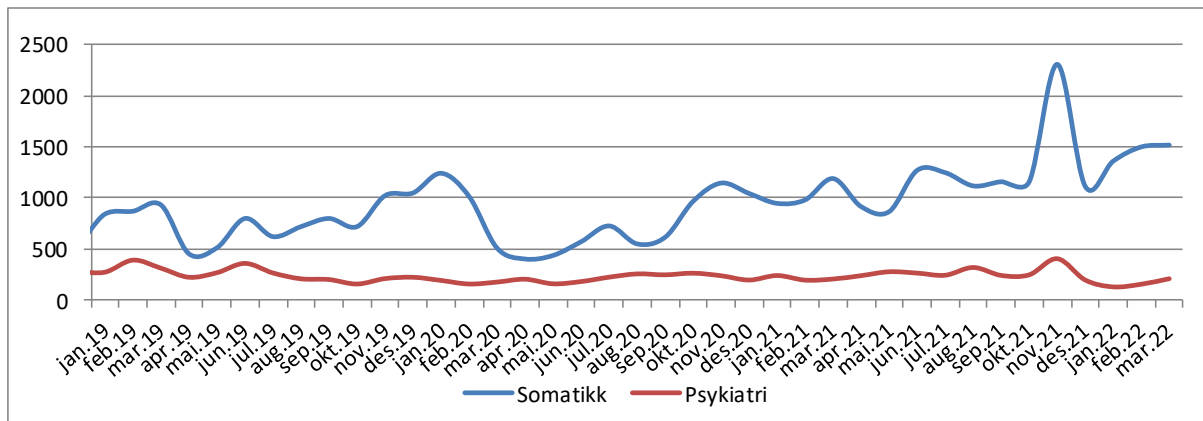
Den gylne regel				
Funksjon	Måleparameter	2019	2022	Endring 19-22
Somatikk*	Økonomi	1 217 165	1 428 258	17,3 %
Psykisk helse voksne	Økonomi	189 067	230 053	21,7 %
Psykisk helse barn og unge	Økonomi	44 000	52 211	18,7 %
TSB	Økonomi	47 567	53 828	13,2 %
Somatikk	Konsultasjoner	72 111	76 589	6,2 %
Psykisk helse voksne	Konsultasjoner	16 498	17 546	6,4 %
Psykisk helse barn og unge	Konsultasjoner	9 247	9 584	3,6 %
TSB	Konsultasjoner	3 490	3 041	-12,9 %
Somatikk	Ventetid	65	69,5	6,9 %
Psykisk helse voksne	Ventetid	52,3	77,2	47,6 %
Psykisk helse barn og unge	Ventetid	49,4	50,8	2,8 %
TSB	Ventetid	31,3	34,8	11,2 %

\* Somatikk inkluderer lab/rtg og rehabilitering. Konsultasjoner inkluderer indirekte tiltak for psykisk helse og TSB. Konsultasjoner utført av «Legespesialisten» (fristbrudd HELFO i Voksenpsykiatri) telles ikke med her siden de ikke oppfyller rapporteringsplikten til NPR.

## Samhandling

### Utskrivningsklare pasienter

Figur 25 Utskrivningsklare døgn somatikk og psykisk helsevern

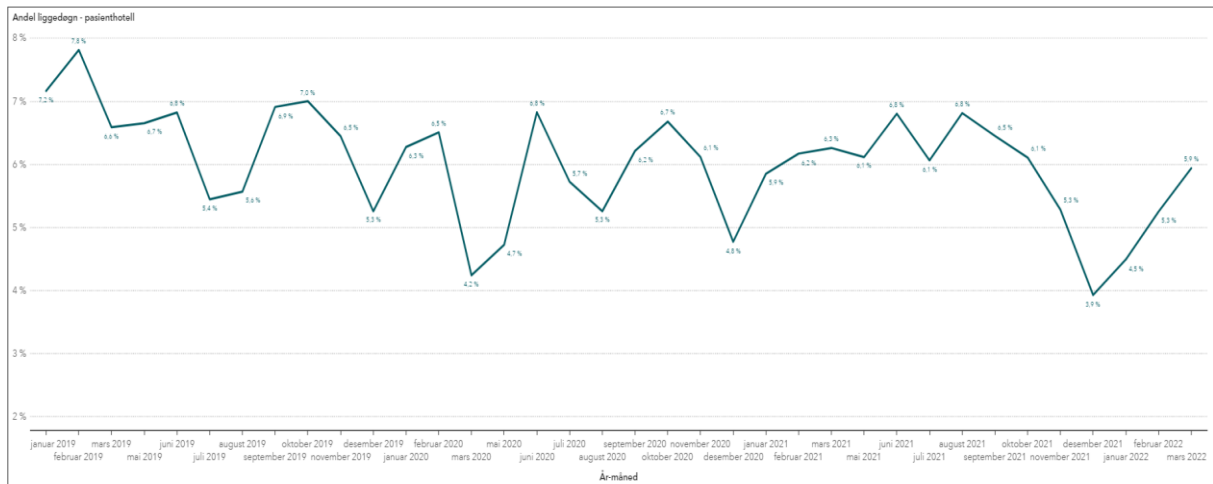


Tabell 17 Utskrivningsklare pasienter hittil i år fordelt på kommune

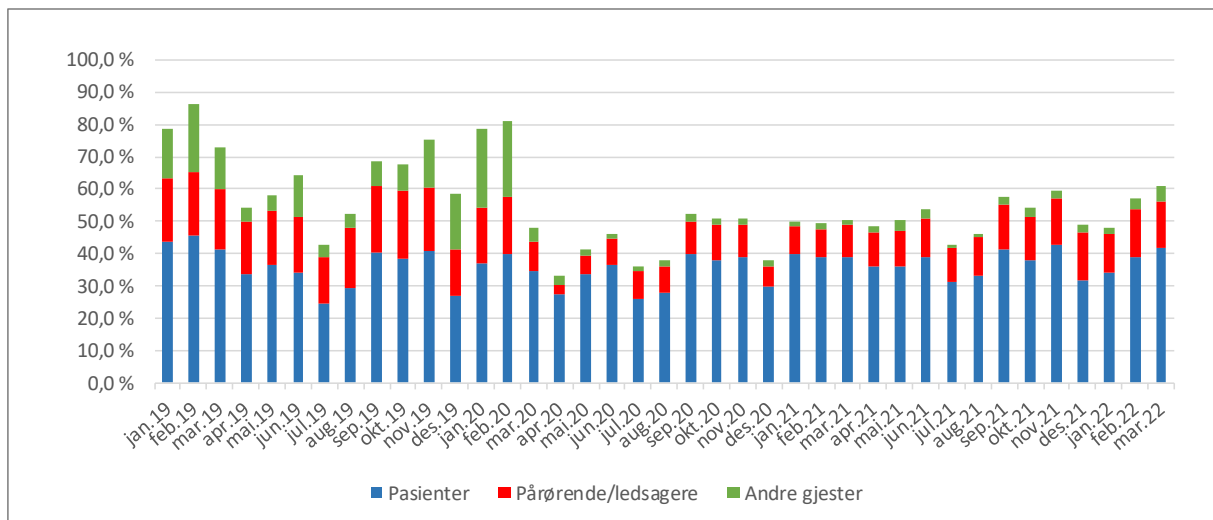
Kommune	Somatikk		Psykiatri/rus		Sum total	
	Utskrivningsklare døgn	Utskrivningsklare døgn pr 1000 innbyggere	Utskrivningsklare døgn	Utskrivningsklare døgn pr 1000 innbyggere	Utskrivningsklare døgn	Utskrivningsklare døgn pr 1000 innbyggere
Ibestad	52	39	1	1	53	40
Harstad	783	32	126	5	909	37
Gáivuotna Kåfjord	56	27	16	8	72	35
Tromsø	2 477	32	191	2	2 668	35
Nordreisa	135	28	2	0	137	28
Salangen	40	19	2	1	42	20
Lødingen	32	16	1	0	33	16
Tjeldsund	62	15	6	1	68	16
Narvik	294	14	55	3	349	16
Kvæfjord	37	13	8	3	45	16
Lyngen	38	14	3	1	41	15
Bardu	47	12	1	0	48	12
Evenes	16	12	0	0	16	12
Balsfjord	66	12			66	12
Gratangen	12	11			12	11
Målselv	55	8	2	0	57	9
Karlsøy	7	3	10	5	17	8
Skjervøy	20	7	2	1	22	8
Senja	84	6	22	1	106	7
Lavangen	6	6			6	6
Kvænangen	3	3	3	3	6	5
Sørreisa	12	3	1	0	13	4
Storfjord	2	1			2	1
Dyrøy	1	1			1	1
<b>SUM</b>	<b>4 337</b>	<b>23</b>	<b>452</b>	<b>2</b>	<b>4 789</b>	<b>25</b>

## Bruk av pasienthotell

**Figur 26** Andel liggedøgn på Pingvinhotellet av alle heldøgn (postopphold)



**Figur 27** Beleggsprosent på Pingvinhotellet fordelt etter oppholdstype



## Personal

### Bemanning

#### Månedsværk

Tabell 18 Gjennomsnittlig utbetalte månedsværk

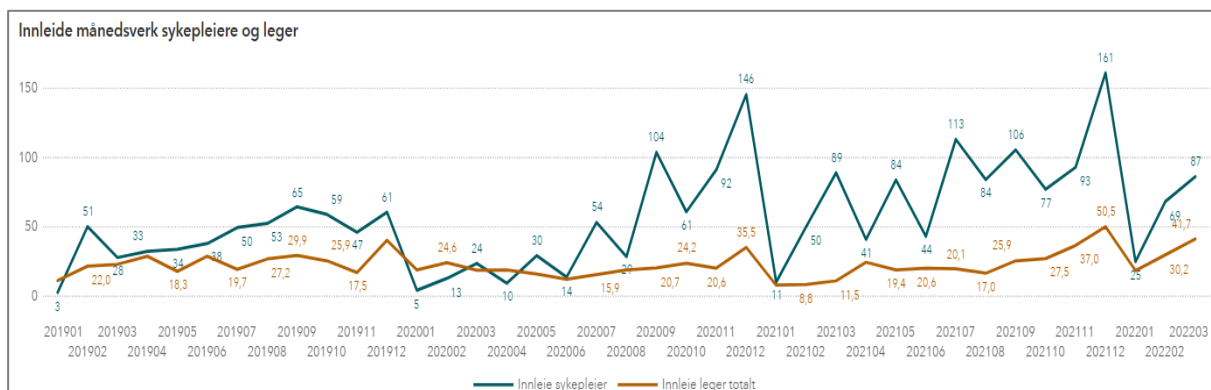
Loennselement ▲	Gj.snitt månedsværk 2019	Gj.snitt månedsværk 2021	Gj.snitt månedsværk 2022	Gj.snitt endring 2019 - 2022	Gj.snitt endring 2021 - 2022
Total	6 477	6 723	6 923	446	200
Etterregulering	31	29	28	-3	-1
Grunnlønn/basis	5 792	6 042	6 174	382	132
Mertid / timelønn	360	369	367	7	-2
Overtid	181	170	245	64	75
UTA	73	78	77	4	-1
Utrykning påvakt	40	35	33	-8	-2

Gjennomsnittlige månedsværk hittil i 2019, 2021 og 2022.

Tabell 19 Gjennomsnittlig brutto månedsværk fordelt på klinikk og profesjon

Klinikk	Sum endring 2019-2022	01. Adm. og ledere	02. Pasientrettede stillinger	03. Leger	04. Psykologer	05. Sykepleiere	06. Helsefagarbeider/hjelpere	07. Diagnostisk personell	08. Apotekstillinger	09. Drifts/teknisk personell	10. Ambulanspersonell	11. Forskning
	446,0	72,1	69,1	28,5	39,7	131,4	2,6	17,5	2,7	37,6	27,7	14,8
10 - Akuttmedisinsk klinikk	52,9	3,7	11,5	1,0	-	10,6	0,0	-	0,0	-1,4	27,6	-
12 - Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	40,8	12,0	9,6	7,7	-	5,5	3,6	0,5	-	-0,1	-	1,9
13 - Hjerte- og lungeklinikken	93,1	-0,2	8,4	1,9	-0,8	81,2	3,7	1,1	-	-1,6	0,0	-0,7
15 - Medisinsk klinikk	14,4	-0,9	5,2	0,9	-0,9	1,7	-3,8	11,4	-	1,5	-	-0,6
17 - Barne- og ungdomsklinikken	27,6	0,8	7,0	-1,9	10,3	11,4	-2,6	2,3	-	-0,6	-	1,1
18 - Operasjons- og intensivklinikken	-12,7	2,4	-10,6	10,7	-0,0	-26,4	-5,7	-	-	16,8	0,0	-
19 - Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	87,7	3,4	22,0	9,5	11,4	33,1	9,2	-1,0	-	0,2	-	-0,0
22 - Psykisk helse- og rusklinikken	39,1	4,6	18,4	-5,6	22,1	0,6	-3,6	-	-	2,3	-	0,3
30 - Diagnostisk klinikk	12,4	9,7	3,6	1,9	-	4,6	1,7	-16,2	2,6	6,2	-	-1,7
43 - Nasjonalt Senter For E-Helseforskning	21,6	9,5	0,1	-	-	-	-	-	-	-0,4	-	12,4
45 - Drifts- og eiendomssenteret	34,7	19,0	-0,1	-	-	-	-	-	-	15,8	-	-
46 - Fag- og kvalitetscenteret	0,0	0,7	-1,0	-	-	-	-	-	-	-	-	0,3
48 - Kvalitets- og utviklingscenteret	1,1	2,5	0,0	0,2	-	-0,3	-	-	-	-1,0	-	-0,3
49 - Senter for E-Helse, Samhandling og Innovasjon	55,2	12,9	9,2	2,8	-	8,7	-	19,5	-	-	-	2,1
50 - Direktøren	10,7	8,7	-	-	1,0	1,0	-	-	-	-	-	-
51 - Personal- og organisasjonssenteret	-8,5	-6,5	-1,0	0,1	-	-0,1	-	-	-	-	-	-
53 - Kommunikasjons- og kultursenteret	-0,5	-0,5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
55 - Økonomi- og analysesenteret	-6,3	-5,9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
62 - Fellesinntekter/-kostnader	-20,8	-3,5	-13,1	-0,8	-3,4	-0,1	0,0	-	-	-	0,1	-

Tabellen viser gjennomsnittlig endring i månedsværk 2019-2022 fordelt på profesjon.

**Figur 28 Innleide månedsverk sykepleiere og leger**

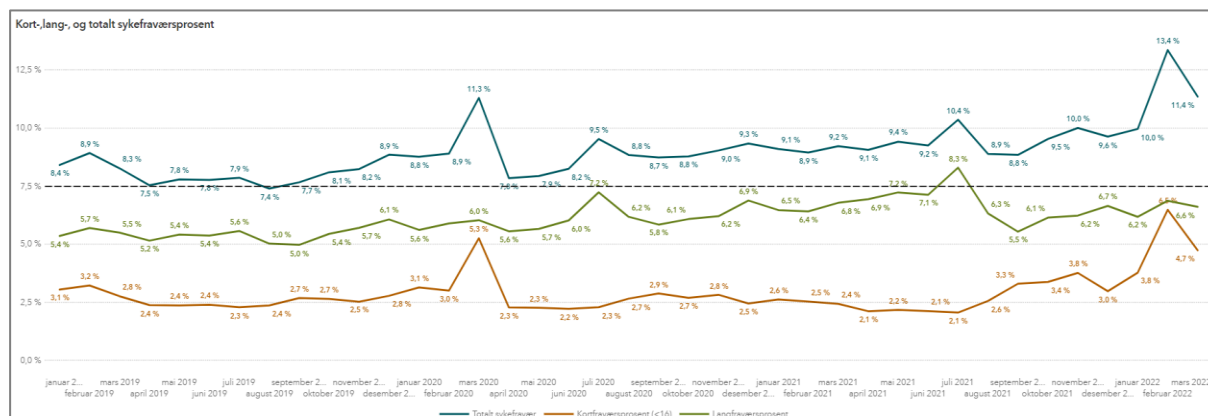
Beregning basert på nye avtaler for innleie av sykepleiere fra oktober 2019 og snittpris for innleie av leger 2019. Leger er inkludert innleie leger fra lønssystem.

**Tabell 20 Innleide månedsverk per klinikk**

Klinikknavn - UNN	År ▲	2019		2022	
		Innleie sykepleier (snitt)	Innleie leger totalt (snitt)	Innleie sykepleier (snitt)	Innleie leger totalt (snitt)
Total		27,3	19,0	60,2	30,3
10 - Akuttmedisinsk klinikk		-0,0	0,0	4,5	0,3
12 - Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken		3,0	0,9	4,0	3,5
13 - Hjerte- og lungeklinikken		0,0	0,0	19,4	0,1
15 - Medisinsk klinikk		1,0	3,6	1,0	3,6
17 - Barne- og ungdomsklinikken		-0,1	0,2	0,0	0,9
18 - Operasjons- og intensivklinikken		21,3	4,9	31,0	5,3
19 - Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken		4,2	1,0	0,3	2,7
22 - Psykisk helse- og rusklinikken		0,0	3,5	0,0	4,3
30 - Diagnostisk klinikk		0,0	4,9	0,0	9,5

## Sykefravær

### Figur 29 Sykefravær



Eventuelle etterregistreringer siste måned rettes opp påfølgende måned. Sykefravær inkluderer koronafravær.

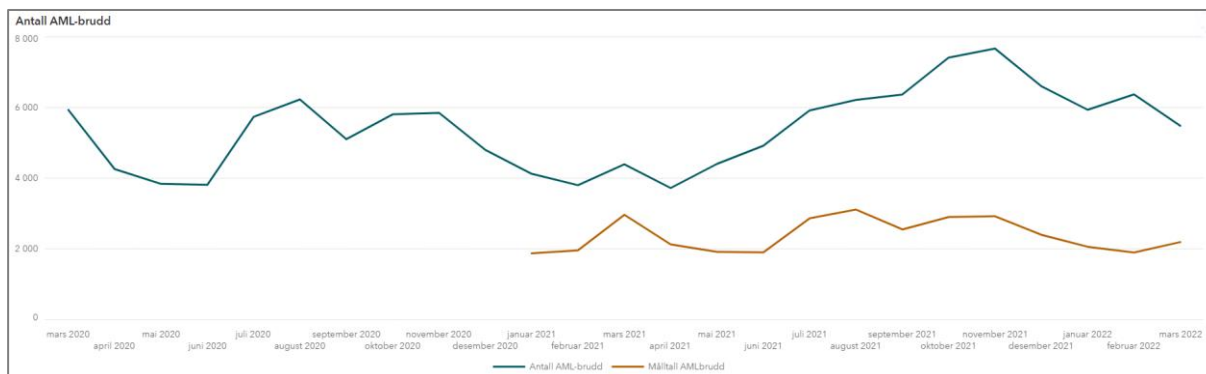
### Tabell 21 Sykefravær fordelt på klinikk

Klinikknavn - UNN	Totalt sykefravær forrige måned	Korttidsfravær forrige måned	Endring korttidsfravær forrige mnd mot samme mnd 2019	Langtidsfravær forrige måned	Endring langtidsfravær forrige mnd mot 2019
Total	11,4 %	4,7 %	1,9 %	6,6 %	1,2 %
10 - Akuttmedisinsk klinikk	12,6 %	4,7 %	2,8 %	7,9 %	2,9 %
12 - Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	10,5 %	4,4 %	2,0 %	6,1 %	1,7 %
13 - Hjerte- og lungeklinikken	9,0 %	4,8 %	3,0 %	4,2 %	-1,3 %
15 - Medisinsk klinikk	10,5 %	4,9 %	2,5 %	5,6 %	-0,1 %
17 - Barne- og ungdomsklinikken	11,2 %	5,1 %	1,8 %	6,2 %	1,3 %
18 - Operasjons- og intensivklinikken	13,2 %	4,7 %	1,8 %	8,5 %	2,2 %
19 - Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	10,8 %	4,9 %	1,9 %	5,9 %	-0,0 %
22 - Psykisk helse- og rusklinikken	14,6 %	5,5 %	2,0 %	9,1 %	2,6 %
30 - Diagnostisk klinikk	10,2 %	4,6 %	1,5 %	5,6 %	1,5 %
43 - Nasjonalt senter for e-helseforskning	6,1 %	2,9 %	-1,9 %	3,2 %	-1,4 %
45 - Drifts- og eiendomssenteret	10,0 %	3,9 %	1,6 %	6,1 %	-0,1 %
46 - Fag- og kvalitetssenteret	4,9 %	1,9 %	.	3,0 %	.
48 - Forsknings- og utdanningsenteret	8,0 %	5,8 %	2,6 %	2,2 %	-1,1 %
49 - Senter for E-helse, samhandling og innovasjon	12,1 %	5,5 %	.	6,5 %	.
50 - Direktøren	5,6 %	0,5 %	-0,4 %	5,2 %	5,2 %
51 - Personal- og organisasjonssenteret	8,2 %	2,6 %	.	5,7 %	.
53 - Kommunikasjons- og kultursenteret	1,2 %	1,2 %	.	0,0 %	.
55 - Økonomi- og analysesenteret	10,4 %	3,4 %	.	7,0 %	.



## AML-brudd

Figur 30 Antall AML-brudd



Eventuelle etterregistreringer siste måned rettes opp påfølgende måned.

Tabell 22 AML-brudd per klinikk

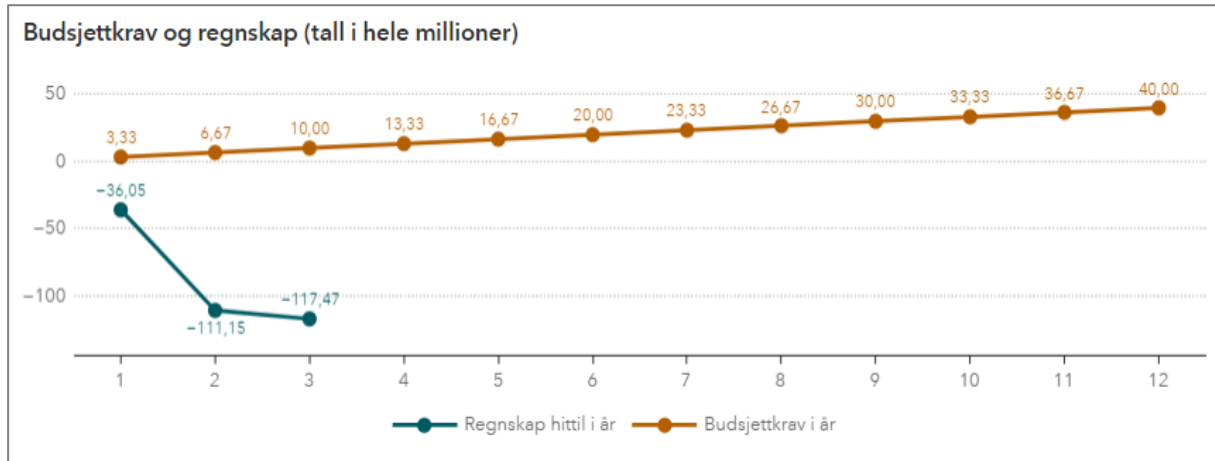
Klinikk - UNN ▲	Antall brudd forrige mnd ▼	Brudd forrige mnd i 2019	Endring i % forrige mnd mot samme mnd 2019
Total	5 478	5 816	-5,8 %
10 - Akuttmedisinsk klinikk	1 101	1 230	-10,5 %
22 - Psykisk helse- og rusklinikken	737	441	67,1 %
12 - Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	734	556	32,0 %
19 - Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	679	631	7,6 %
18 - Operasjons- og intensivklinikken	628	879	-28,6 %
13 - Hjerte- og lungeklinikken	615	396	55,3 %
15 - Medisinsk klinikk	336	784	-57,1 %
30 - Diagnostisk klinikk	280	229	22,3 %
45 - Drifts- og eiendomssenteret	232	417	-44,4 %
17 - Barne- og ungdomsklinikken	119	185	-35,7 %
55 - Økonomi- og analysesenteret	13	1	1 200,0 %
49 - Senter for E-helse, Samhandling og Innovasjon	4	6	-33,3 %
48 - Kvalitets- og utviklingssenteret	.	60	.

Målsettingen er å halvere antall AML-brudd fra 2019 til 2022.

## Økonomi

### Resultat

Figur 31 Akkumulert regnskap og budsjett 2022



Tabell 23 Resultatregnskap 2022

Resultatrapportering (tall i mill kr)	Mars				Akkumulert per Mars			
	Resultat	Budsjett	Avvik i kr	Avvik i %	Resultat	Budsjett	Avvik i kr	Avvik i %
Basisramme	465,3	465,3	0,0	0 %	1 398,7	1 398,7	0,0	0 %
Kvalitetsbasert finansiering	2,6	2,6	0,0	0 %	7,7	7,7	0,0	0 %
ISF egne pasienter	153,6	169,6	-16,0	-9 %	441,8	492,3	-50,4	-10 %
ISF av legemidler utenfor sykehus	6,1	6,0	0,1	2 %	30,6	30,0	0,6	2 %
Gjestepasientinntekter	4,2	3,5	0,7	20 %	9,0	10,5	-1,5	-15 %
Polikliniske inntekter (psykisk helse og lab/rtg)	17,4	16,9	0,5	3 %	55,6	49,6	6,0	12 %
Utskrivningsklare pasienter	7,1	2,6	4,6	176 %	18,0	7,8	10,3	133 %
Andre øremerkede tilskudd	68,9	64,5	4,4	7 %	120,1	113,8	6,2	5 %
Andre driftsinntekter	40,6	38,2	2,4	6 %	111,5	113,6	-2,1	-2 %
<b>Sum driftsinntekter</b>	<b>765,8</b>	<b>769,1</b>	<b>-3,3</b>	<b>0 %</b>	<b>2 193,1</b>	<b>2 224,0</b>	<b>-31,0</b>	<b>-1 %</b>
Kjøp av offentlige helsetjenester	21,8	19,2	2,7	14 %	65,8	59,6	6,2	10 %
Kjøp av private helsetjenester	7,6	6,2	1,4	22 %	18,4	16,5	1,9	12 %
Varekostnader knyttet til aktivitet	89,1	78,8	10,4	13 %	274,1	240,6	33,5	14 %
Innleid arbeidskraft	15,7	7,8	8,0	103 %	32,2	16,3	15,9	98 %
Lønn til fast ansatte	394,6	407,4	-12,7	-3 %	1 209,2	1 182,7	26,5	2 %
Overtid og ekstrahjelp	35,4	39,1	-3,7	-9 %	109,9	83,2	26,6	32 %
Pensjon inkl arbeidsgiveravgift	58,8	60,3	-1,5	-3 %	182,8	184,4	-1,6	-1 %
Tilskudd og refusjoner vedr arbeidskraft	-31,3	-23,9	-7,4	31 %	-90,1	-69,1	-21,0	30 %
Annen lønnskostnad	35,7	37,4	-1,7	-5 %	106,2	102,1	4,2	4 %
<b>Sum lønn og innleie ekskl pensjon</b>	<b>450,2</b>	<b>467,7</b>	<b>-17,5</b>	<b>-4 %</b>	<b>1 367,3</b>	<b>1 315,2</b>	<b>52,1</b>	<b>4 %</b>
Avskrivninger	28,7	28,0	0,7	3 %	83,5	81,7	1,9	2 %
Nedskrivninger	0,0	0,0	0,0	0 %	0,0	0,0	0,0	0 %
Andre driftskostnader	114,9	104,4	10,5	10 %	315,5	312,0	3,5	1 %
<b>Sum driftskostnader</b>	<b>771,1</b>	<b>764,4</b>	<b>6,7</b>	<b>1 %</b>	<b>2 307,4</b>	<b>2 210,0</b>	<b>97,5</b>	<b>4 %</b>
<b>Driftsresultat</b>	<b>-5,3</b>	<b>4,7</b>	<b>-10,0</b>	<b>-213 %</b>	<b>-114,4</b>	<b>14,1</b>	<b>-128,5</b>	<b>-913 %</b>
Finansinntekter	0,4	0,3	0,2		1,2	0,8	0,4	
Finanskostnader	1,4	1,6	-0,2		4,3	4,8	-0,6	
Finansresultat	-1,0	-1,4	0,3		-3,1	-4,1	1,0	
<b>Ordinært resultat</b>	<b>-6,3</b>	<b>3,3</b>	<b>-9,7</b>	<b>-290 %</b>	<b>-117,5</b>	<b>10,0</b>	<b>-127,5</b>	<b>-1275 %</b>

Tabell 24 Resultatregnskap 2022, ekskl. eksternfinansiering

Resultatrapportering (tall i mill kr)	Mars ekskl eksternfinansiering			Akkumulert per Mars ekskl eksternfinansiering		
	Resultat	Budsjett	Avvik i kr	Resultat	Budsjett	Avvik i kr
Basisramme	465,3	465,3	0,0	1 398,7	1 398,7	0,0
Kvalitetsbasert finansiering	2,6	2,6	0,0	7,7	7,7	0,0
ISF egne pasienter	153,6	169,6	-16,0	441,8	492,3	-50,4
ISF av legemidler utenfor sykehus	6,1	6,0	0,1	30,6	30,0	0,6
Gjestepasientinntekter	4,2	3,5	0,7	9,0	10,5	-1,5
Polikliniske inntekter (psykisk helse og lab/rtg)	17,4	16,9	0,5	55,6	49,6	6,0
Utskrivningsklare pasienter	7,1	2,6	4,6	18,0	7,8	10,3
Andre øremerkede tilskudd	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Andre driftsinntekter	40,6	38,2	2,4	111,5	113,6	-2,1
<b>Sum driftsinntekter</b>	<b>696,9</b>	<b>704,6</b>	<b>-7,8</b>	<b>2 073,0</b>	<b>2 110,2</b>	<b>-37,2</b>
Kjøp av offentlige helsetjenester	21,8	19,2	2,7	65,8	59,6	6,2
Kjøp av private helsetjenester	7,5	6,1	1,4	18,3	16,4	1,9
Varekostnader knyttet til aktivitet	86,5	76,3	10,2	269,4	236,2	33,2
Innleid arbeidskraft	15,7	7,8	8,0	32,2	16,3	15,9
Lønn til fast ansatte	359,0	374,0	-15,0	1 147,1	1 123,8	23,3
Overtid og ekstrahjelp	27,4	31,6	-4,2	95,9	70,0	25,9
Pensjon inkl arbeidsgiveravgift	50,0	52,1	-2,1	167,5	169,9	-2,4
Tilskudd og refusjoner vedr arbeidskraft	-28,8	-21,6	-7,3	-85,8	-65,0	-20,8
Annen lønnskostnad	31,0	33,0	-2,0	98,1	94,3	3,7
<b>Sum lønn og innleie ekskl pensjon</b>	<b>404,3</b>	<b>424,8</b>	<b>-20,5</b>	<b>1 287,5</b>	<b>1 239,5</b>	<b>48,0</b>
Avskrivninger	28,7	28,0	0,7	83,5	81,7	1,9
Nedskrivninger	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Andre driftskostnader	103,3	93,5	9,8	295,3	292,9	2,4
<b>Sum driftskostnader</b>	<b>702,2</b>	<b>700,0</b>	<b>2,2</b>	<b>2 187,4</b>	<b>2 096,1</b>	<b>91,3</b>
<b>Driftsresultat</b>	<b>-5,3</b>	<b>4,7</b>	<b>-10,0</b>	<b>-114,4</b>	<b>14,1</b>	<b>-128,5</b>
Finansinntekter	0,4	0,3	0,2	1,2	0,8	0,4
Finanskostnader	1,4	1,6	-0,2	4,3	4,8	-0,6
Finansresultat	-1,0	-1,4	0,3	-3,1	-4,1	1,0
<b>Ordinært resultat</b>	<b>-6,3</b>	<b>3,3</b>	<b>-9,7</b>	<b>-117,5</b>	<b>10,0</b>	<b>-127,5</b>

Tabell 25 Resultat fordelt på klinikk (beløp i mill kr)

Regnskap per klinikk - tall i mill kr	Mars			Akkumulert per mars		
	Regnskap	Budsjett	Avvik	Regnskap - HiA	Budsjett - HiA	Avvik - HiA
10 - Akuttmedisinsk klinikk	54,3	48,0	-6,3	151,3	134,0	-17,3
12 - Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	23,8	21,2	-2,6	77,8	48,7	-29,1
13 - Hjerte- lungeklinikken	21,0	19,9	-1,2	65,5	54,6	-10,9
15 - Medisinsk klinikk	34,4	37,6	3,2	113,2	96,2	-17,0
17 - Barne- og ungdomsklinikken	26,6	25,6	-1,0	82,1	70,4	-11,7
18 - Operasjons- og intensivklinikken	76,9	73,4	-3,4	221,2	201,1	-20,0
19 - Nevro, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	23,5	22,3	-1,2	82,1	70,7	-11,4
22 - Psykisk helse- og rusklinikken	65,3	68,6	3,3	205,1	199,6	-5,5
30 - Diagnostisk klinikk	65,3	57,1	-8,2	181,9	164,3	-17,6
43 - Nasjonalt senter for E-helseforskning	0,2	0,2	0,0	0,6	0,6	0,0
45 - Drifts- og eiendomssenter	55,1	55,0	-0,1	155,3	152,8	-2,5
46 - Fag- og Kvalitetssenteret	1,8	2,0	0,2	5,1	5,8	0,7
48 - Kvalitets- og Utviklingssenteret	4,0	3,8	-0,2	11,4	13,2	1,8
49 - Senter For E-Helse, Samhandling og Innovasjon	9,6	9,9	0,3	29,4	30,1	0,7
50 - Direktøren	3,2	3,0	-0,1	8,9	9,1	0,2
51 - Personal- og Organisasjonssenteret	5,3	5,1	-0,2	15,7	15,0	-0,7
53 - Kommunikasjons- og Kultursenteret	1,0	1,0	0,0	2,6	2,9	0,3
55 - Økonomi- og Analysesenteret	5,7	6,0	0,3	17,1	18,0	0,9
62 - Felles	-470,6	-463,0	7,6	-1 308,8	-1 297,0	11,9
<b>Totalt</b>	<b>-6,3</b>	<b>3,3</b>	<b>-9,7</b>	<b>-117,5</b>	<b>10,0</b>	<b>-127,5</b>

## Prognose

UNN har en prognose som tilsier negativt budsjettavvik på 120 mill kr ved utgangen av 2022.



## STYRESAK

Styresak:	36/2022
Møtedato:	28.04.2022
Arkivsak:	2022/37-6
Saksbehandler:	Lars Øverås

## Handlingsplan økonomi og budsjett 2022

### Innstilling til vedtak

Styret tar handlingsplan for økonomi og budsjett 2022 til orientering, og ber om å bli informert regelmessig om oppfølging og videre utvikling av handlingsplanen.

### Bakgrunn

Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) står de kommende årene foran store økonomiske omstillingsbehov for å kunne håndtere så vel de store byggeprosjektene som øvrig nødvendig fornying og oppgradering av bygningsmassen, nødvendige investeringer i medisinsk teknisk utstyr og samtidig holde driften innenfor tildelte økonomiske rammer. En driftsmessig og økonomisk krevende start på 2022 nødvendiggjør nye tiltaksplaner for å skape økonomisk balanse også på kort sikt, samtidig som UNN må opprettholde fokuset på mer langsiktig og kontinuerlig omstillingsarbeid. I forbindelse med godkjenning av nytt sykehusbygg i Narvik ble det laget en tiltaksplan, «Vedlegg 3», ST 40/2019, for hvordan UNN skulle imøtekomme omstillingen de neste årene. På bakgrunn av dette er det laget en plan for hvordan økonomien skal komme tilbake i budsjettbalanse. Denne saken orienterer kort om statusen i økonomien til UNN i dag og hvilke tiltak som er satt i gang for å komme i budsjettbalanse, og beskriver også det mer langsiktige omstillingsarbeidet som pågår. «Vedlegg 3» er en viktig base for tiltaksarbeidet i UNN og saken bygger til en viss grad på «Vedlegg 3» med noen videreutviklinger.

### Formål

Gi styret en oppdatert, overordnet status på økonomi og tiltaksarbeidet ved UNN.

## Saksutredning

Saken er utarbeidet på et overordnet nivå etter forespørsel fra styret. Det jobbes samtidig med en mer detaljert oversikt med tiltaksplaner på klinikk- og senternivå, jf. at UNN i foretaksmøtet 6. april i år fikk krav om at det innen 10. mai i år skal utarbeides en forpliktende fremdriftsplan for omstillingsarbeidet i 2022, med månedlig prognose for bemanning, innleie av personell og kapasitetsutnyttelse pr klinikk.

### *Status i dag*

Den økonomiske utviklingen i UNN i starten av 2022 er svært utfordrende, med et negativt budsjettavvik etter mars på 127,5 mill. kroner. Det er økte kostnader i forbindelse med pandemien på 44,7 mill. kroner. For å kompensere dette er det tilført midler på 40,5 mill. kroner. Hovedårsakene til utviklingen i det negative resultatet er:

- Lavere variable ISF-inntekter enn budsjettet (-47,9 mill. kroner), skyldes i hovedsak nedgang i døgnopphold og i antall operasjoner.
- Høyere kostnader i forhold til budsjett på laboratorierekvisita (15,5 mill. kroner) og andre medisinske forbruksvarer (16,6 mill. kroner). Avviket på laboratorierekvisita er 56,7 % høyere enn budsjett, mens overforbruket på andre medisinske forbruksvarer er på 36,3 % høyere enn budsjett.
- Høye personalkostnader inklusive innleie fra byråer. Øker med 3,4 % i forhold til budsjett til tross for noe lavere aktivitet.

Den økonomiske situasjonen er krevende under de forutsetninger som råder. Det jobbes med å ta ned pandemikostnadene til et minimum. Sykefraværet i årets tre første måneder har vært høyt grunnet Covid-19-fravær, noe som har resultert i høye kostnader til overtid og vikarer.

Det er utarbeidet en økonomisk prognose for 2022 som innebærer et resultat på 120 mill. kroner under budsjett. Dette tilsvarer et negativt regnskapsresultat på 80 mill. kroner ved årets slutt.

### *Status «Vedlegg 3»*

I forbindelse med byggingen av Nye UNN Narvik ble det laget en tiltakspakke som skal sikre omstillingsevne i årene fremover. Tiltakene skal gi en effekt på tilsammen 600 mill. kroner over en 7-års periode fordelt på kategoriene redusere varekostnader, redusere personalkostnader/ redusere bruk av dyre løsninger, videreutvikling og forbedring av tjenestetilbudet, samt gevinstrealisering Nye UNN Narvik. De planlagte effektene av tiltakene er vist i tabell 1.

*Tabell 1 Akkumulerte effekter «vedlegg 3»*

	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029
Tiltak akkumulert	189,6	219,6	344,2	371,9	485,6	500,6	540,4
Redusere varekostnader	20,0	30,0	50,0	55,0	60,0	75,0	75,0
<i>CW benyttes til anskaffelser</i>	5,0	5,0	15,0	15,0	15,0	15,0	15,0
<i>Reduksjon i varesortiment</i>	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	10,0	10,0
<i>Ajourhold av kontrakter og artikkelinformasjon</i>	-	-	10,0	10,0	10,0	20,0	20,0
<i>Optimal bruk av legemiddelaftaler</i>	10,0	15,0	15,0	15,0	15,0	15,0	15,0
<i>Etablere produktråd</i>	-	5,0	5,0	10,0	15,0	15,0	15,0
Redusere personalkostn / red bruk av dyre løsninger	100,0	100,0	160,0	160,0	200,0	200,0	200,0
Videreutvikling og forbedring av tjenes tetilbudet	69,6	89,6	134,2	139,2	207,9	207,9	247,7
<i>Redusere liggetid</i>	11,1	11,1	22,2	22,2	33,3	33,3	44,6
<i>Videokonsultasjoner</i>	30,0	40,0	40,0	40,0	40,0	40,0	40,0
<i>Økt aktivitet</i>	28,5	28,5	57,0	57,0	85,5	85,5	114,0
<i>Ikt-satsinger</i>		10,0	15,0	20,0	49,1	49,1	49,1
Gevinstrealis ering NUN				17,7	17,7	17,7	17,7

Reduksjon av varekostnader skal hentes inn ved:

- Å øke bruken av de innkjøpsavtaler vi har
  - For å øke kontrollen på dette skal flest mulig av innkjøpene via vårt innkjøpssystem Clockwork (heretter CW)
- Inngå innkjøpsavtaler på områder der dette mangler i dag
- Endring av avtaler der det er for mange produkter å velge mellom
- Optimal bruk av legemidler
  - Det er viktig å endre legemidler hurtig etter LIS anbud grunnet store prisendringer (LIS = det nasjonale innkjøps samarbeidet for legemidler).
- Etablering av produktråd
  - Etableres både på regionalt og lokalt nivå, for å bidra til standardisering av varer og tjenester på ulike områder, og sikre nødvendig kompetanse i innkjøpsprosessene.

Andel innkjøp av varer gjennom Clockwork er økt fra 66 % til 76 %. Arbeidet har fått frem at besparelsene er mindre enn først antatt. For å optimalisere bruken av legemidler er det ansatt en medarbeider til å gjennomgå pris på legemidler. Dette arbeidet har hittil medført en total besparelse på minimum 8 mill. kroner. Det er igangsatt en ansettelsesprosess for en prosjektcontroller som skal følge opp at de tiltakene som gjelder i innkjøps satsingen gjennomføres. Oppgavene til prosjektcontrolleren blir også å drive med opplæring slik at forutsetningene for å lykkes skal bedres. Stillingen er i første omgang et vikariat på 14 måneder og vil bli evaluert underveis i perioden.

Generelt har arbeidet med å redusere varekostnader ikke gitt tilstrekkelige resultater i forhold til ønskede mål. I tillegg ser vi at en stor økning i priser gjennom pandemien har gjort utfordringsbildet større.

Reduksjon av personalkostnader og dyre løsninger skal gi en besparelse på 230 mill. kroner i en 7-års periode ifølge «vedlegg 3». Det er utfordrende å rekruttere til alle stillinger innenfor enkelte profesjoner. Vi kan ikke vise til en besparelse på dette området frem til nå, men det jobbes videre for å oppnå disse.

Videreutvikling av tjenestetilbudet består i hovedsak av fire faktorer:

- Stormottakersatsingen

- Økt bruk av tele- og videokonsultasjoner
- Kloke valg, dvs. unngå utrednings- og behandlingstiltak med liten forventet helsegevinst
- IKT-satsinger

Stormottakersatsingen er godt i gang, men i starten resulterer i økte kostnader og lite økonomiske gevinster. Det skulle vært økonomiske gevinster på dette allerede i 2022, men blant annet som følge av pandemien kommer ikke denne gevinsten før fra 2023. En utvikling som følge av pandemien er en økning i utskrivningsklare pasienter. Liggetiden går opp og opptar kapasitet på bekostning av ønsket økning i den planlagte aktiviteten.

Utviklingen av tele- og videokonsultasjoner fikk en real opptur i starten av pandemien, før andelen konsultasjoner fikk en tilbakegang til 11 %-14 %. Det er kartlagt for hvilke pasienter det er formålstjenlig å benytte tele- og videokonsultasjoner på, og sikret at utstyret er på plass for å gjennomføre denne type konsultasjoner.

#### *Veien videre*

Det jobbes med flere prosesser for bedring av det økonomiske resultatet. Felles for disse er at planleggingen må optimaliseres for å oppnå best mulig effekt. Veien videre er delt inn i tre faser:

- Fase 1: tiltak med effekt på kort sikt
- Fase 2: tiltak med effekt på lengre sikt
- Fase 3: gjennomgang organisering og funksjonsdeling

#### *Fase 1: tiltak med effekt på kort sikt*

Høsten 2021 ble det gjennomgått flere alternativer for hva som kan gi en positiv effekt på det økonomiske resultatet på kort og lang sikt. For å sikre en bedring på kort sikt ble følgende tiltak besluttet:

- Godkjenning av innleie og overtid

Innleie og overtid skal godkjennes på et høyere nivå enn tidligere. Denne type kostnader skal reduseres og må på forhånd godkjennes av avdelingsleder.

- Oppgaveglidning

Flere oppgaver som utføres i dag kunne vært utført av andre profesjoner. Det mest aktuelle er en flytting av oppgaver fra spesialsykepleiere til sykepleiere og fra sykepleiere til helsefagarbeidere.

- Korte ned liggetid

Øke fokuset på at pasientene ikke skal oppholde seg lenger enn nødvendig på sykehuset. Lenger liggetid enn nødvendig koster penger og tar opp kapasitet i forhold til andre kontakter

- Tele- og videokonsultasjoner

Pasientene har via brukerutvalget og ungdomsrådet bedt om at tele- og videokonsultasjoner må økes for å korte ned unødvendig reise- og oppholdstid for pasientene. Konsultasjonene som utføres digitalt vil resultere i lavere reisekostnader for våre pasientreiser

- Månedsverk

Det er et fastsatt mål at antall månedsverk skal ned fra dagens nivå til det nivået som var i 2019 med tillegg av nye finansierte stillinger. Per februar er det forbrukt 467 flere månedsverk enn tilsvarende periode i 2019. Ettersom UNN har rekrutteringsutfordringer og mangler spesialisert personell på viktige områder, er det ønskelig at faste månedsverk øker, mens de variable månedsverkene som er veldig dyre skal minimeres. I snitt ligger overtidstidene 75 % over vanlig timelønn, mens innleide månedsverk fra byrå i snitt er 2,3 ganger dyrere. I tillegg kommer reise og opphold på de sistnevnte. Det er laget et rapporteringsskjema på månedsverkene som følges opp i klinikkene månedlig, og målet er at nivået skal være tilbake på 2019 nivå før sommeren i år. Rapporteringsskjema er vedlagt saken. For å redusere dyr variabel personalkostnad er det foretatt en gjennomgang av ubemannede stillinger i UNN, med mål om å få ansatt personell med den kompetanse som er tilgjengelig i flest mulig stillinger.

- Riktig bemanningsnivå og aktivitetsplanlegging

Bemanne ut fra den aktiviteten som er forventet. Økt planlegging vil gi en større forutsigbarhet for hvor mange som må være på jobb. Tiltaket vil resultere i lavere kostnader og en mer forutsigbar hverdag for de ansatte. Mye kostnader til overtid kan reduseres ved bedre planlegging

*Fase 2: tiltak med effekt på lengre sikt*

På litt lengre sikt er det satt i gang større prosesser for å oppnå en bedre drift og dermed også et bedre økonomisk resultat. Det er i hovedsak tre prosesser som er viktige å lykkes med i det lengre bildet.

- Poliklinikkaktiviteten

Det planlegges et arbeid med innføring av brukerstyrte poliklinikker i somatikken. Forventete effekter for poliklinikkene er:

- Forbedret helse og kliniske resultater
- Bedre helsekunnskap og egenomsorg hos pasientene
- Økt tilfredshet blant ansatte med tjenesten som leveres
- Forbedret effektivitet og utnyttelse av den polikliniske kapasiteten
- Reduserte totale kostnader

I februar 2022 ble programvare (Checkware) som understøtter innføring av brukerstyrte poliklinikker oppgradert. Det er identifisert et fagområde som vil være pilot for innføring i somatikken. Samtidig vil vi også på litt sikt ta i bruk robotiserte



automatiserte prosesser (RPA) som vil forenkle arbeidsflyten i poliklinikken og i kommunikasjon med pasientene. Vi skal framover jobbe tett sammen med ledende miljøer i Norge for å overføre dette til UNN. Det rigges et mottaksprosjekt for den funksjonelle og tekniske forvaltningen og det utarbeides nå en detaljert handlingsplan for innføring av brukerstyrte poliklinikker i UNN.

- Aktivitetsbasert bemanningsplanlegging

Det ble mot slutten av 2021 tatt initiativ til en revitalisering av aktivitetsbasert bemanningsplanlegging (ABP) i klinikkene. Tankesettet bak ABP peker på planlegging av drift og ressursutnyttelse for alle yrkesgrupper i behandlingsskjeden, også gjennom nødvendig jobb- og oppgaveglidning, når tilgangen til spesialutdannet personell blir vanskelig. Stikkord i denne sammenheng er «rett ressurs på rett plass til rett tid», sett i et utviklings- og fremtidsperspektiv. Klinikken i samarbeid med stabssentrene skal se på hvilke områder i klinikken som trenger å gjennomføre nærmere spesifikke prosesser og tiltak. Et utgangspunkt for dette arbeidet, vil kunne være å se på avvikende regnskap sett opp mot planlagte tall, identifisere såkalte kvalitetsbruddkostnader som bruk av overtid, økte ventelister, arbeidsplanlegging osv. Det planlegges en struktur for kontinuerlig opplæring i ABP gjennom e-læringskurs og webinarer. Slik kan vi sørge for nødvendig opplæring av ledere, og bidra til å sikre prosess for gjennomføring av ABP i behandlingslinjene. Jevnlig og god kontakt med de berørte tillitsvalgte er nødvendig for gode prosesser, både på overordnet nivå men også i den enkelte klinikk. Jo bedre man får til partssamarbeidet, jo bedre prosesser får man for de ansatte og sluttproduktet som er ivaretagelse av pasienten. Det anbefales i tillegg at klinikkene etablerer lærings- og erfaringsnettverk for å sikre erfaringsoverføring og vedlikehold av kompetanse innad i klinikk og mellom klinikker.

I arbeidet med aktivitetsbasert bemanningsplanlegging vil det også på mellomlang og lang sikt vurderes et arbeide for å se nærmere på legenes tjenesteplaner og på vaktordningen for leger. Noen legegrupper har mye fast utvidet arbeidstid, og vi må sikre at vi ikke binder opp mer legearbeidstid i vakt og beredskap enn det er reelt behov for.

I begge prosessene, Poliklinikkaktivitet og aktivitetsbasert bemanningsplanlegging, utvikles nå arbeidsformer vi anser som mest hensiktsmessig. I arbeidet med poliklinikkaktiviteten er det ansatt en meget kompetent prosjektleder, som vil bli understøttet av nødvendige ressurser fra både staber og klinikker. Et ønsket arbeidssett for både poliklinikkaktiviteten og ABP er å igangsette arbeid med innsatsgrupper som optimaliserer arbeidet og lærer opp driften på metodikken. Disse gruppene vil bestå av en prosjektleder og 2-4 medlemmer.

- Optimalisering av operasjonskapasitet

God planlegging og styring av operasjonsaktiviteten er av helt sentral betydning for at UNN skal kunne fylle sin rolle som regionsykehus, og det arbeides kontinuerlig for å bedre utnyttelsen av denne ressurskrevende virksomheten. Anestesi- og operasjonskapasiteten UNN for dag- og heldøgnskirurgi er for lav til å dekke meldt

behov. Rapporten «Poliklinisk kirurgi i UNN» som nylig er utarbeidet viser at det foreligger potensiale i å flytte flere prosedyrer til et lavere omsorgsnivå, og ved dette frigjøre tradisjonell operasjonskapasitet både for dag- og heldøgnsprosedyrer. En slik dreining vil ikke redusere behovet for kapasitet til dag- og heldøgnskirurgi, men øke tilgjengelighet både for elektiv og øyeblikkelig hjelp-kirurgi, og øke den totale kapasiteten til kirurgi. Forutsetninger beskrevet i rapporten er; tilrettelegge areal, styrke bemanning, investering i utstyr og utarbeide nye pasientforløp. Arbeidet med å lage konkrete beregninger av kostnader og estimere inntekter, samt lage handlingsplaner for gjennomføring er startet i regi av overordnet koordinerings- og planleggingsgruppe for operasjonsvirksomheten (OPK). Det jobbes her med ulike delarbeider:

- Det første er å øke med en litt enklere poliklinisk operasjonsstue på ortopedisk poliklinikk, dit en del dagkirurgiske og noe innslusede prosedyrer kan flyttes for håndkirurgi, ortopedi og plastikk kirurgi. Dette tiltaket krever lite ombygging, mindre investeringer i utstyr og noe økning i personell, men vil samtidig ha et inntekspotensial og frigjøre viktige ressurser. Dette forventes å kunne gjennomføres i første halvår 2022.
- Det andre tiltaket er å flytte noen prosedyrer på barn som trenger anestesi til mindre prosedyrer og undersøkelser ut av tunge operasjonsstuer og til barne- og ungdomsavdelingens dagenhet, der konsekvensene i forhold til ombygging og ressursbehov må beskrives grundigere.
- Et tredje tiltak er å se på muligheten for å flytte en del gastrokirurgiske endoskopiprosedyrer og urologiske prosedyrer ut fra innsluset operasjon til et poliklinisk behandlingsrom, som vil kreve både areal, ombygging og utstyrsinvesteringer som er under kartlegging. Investeringskostnadene er sannsynligvis krevende å få inn i UNNs investeringsbudsjett de nærmeste to årene.
- Det er også identifisert potensial for å tilrettelegge bedre for drift av dagkirurgiske operasjonsstuer i UNN Harstad, og systematisere operasjonsdrift utenfor tradisjonelle operasjonsstuer på et mindre ressurskrevende behandlingsnivå. Også for dette vil det nå bli utarbeidet konkret handlingsplan.

### *Fase 3: Gjennomgang av organisering og funksjonsdeling*

Når arbeidet som er beskrevet tidligere er ferdigstilt/godt i gang vil neste fase påbegynnes. I fase 3 vil organiseringen og funksjonsdelingen i UNN vurderes. I dag er det en matrise-organisering hvor en klinikk på en lokalisasjon kan ha ansvaret for et fagområde som tilhører en annen klinikk. Det kan bli aktuelt å utrede hvorvidt organiseringen med gjennomgående klinikker fortsatt er den mest hensiktsmessige organiseringen. Samtidig har det tidligere vært et tema om klinikkene skal organiseres som i dag. I 2019 ble organiseringen på stabsfunksjonene endret og klinikkene skulle gjennomgå etter avklaring av sammenslåing mellom UNN og Finnmarksykehuset. Denne avgjørelsen har latt vente på seg og saken vil derfor utredes og avgjøres i løpet av 2023.

## Medvirkning

Saken er lagt frem for ansattes organisasjoner og vernetjenesten i drøftingsmøte i uke 16. Protokoll fra møtet legges frem som referatsak i styremøtet.

## Vurdering

UNN skal ha månedlig budsjettbalanse fra juni 2022. Mars ble en krevende måned til tross for at vi har mottatt ekstra midler i måneden. April vil fremdeles være krevende, men bør gi betydelig fremgang i forhold til årets tre første måneder. I mai og juni skal månedsverkene være nede på 2019 nivå, og vi skal se en budsjettbalanse på månedene isolert sett. Det jobbes med flere tiltak for å møte omstillingsutfordringen. Noen tiltak på kort sikt som skal gi store effekter, mens det jobbes med langsiktige tiltak som skal skape et godt grunnlag for fremtidig drift.

Tabell 3 Plan for fremdrift

Tiltak	Effekt	Igangsettes	Ferdigstilling
Ansettelse av prosjektcontroller - Effekter av flere oppgaver	20 mill. kr	01.06.2022	31.07.2023
Poliklinikk aktivitet	30 mill. kr	01.06.2022	30.06.2023
Stormottakersatsing	20 mill. kr	Startet	31.12.2023
Redusere månedsverk til 2019 nivå	300 mill. kr	Startet	30.06.2022

Tromsø, 22.04.2022

Einar Bugge (s.)  
fungerende administrerende direktør



## STYRESAK

Styresak:	37/2022
Møtedato:	28.04.2022
Arkivsak:	2020/1786-5
Saksbehandler:	Grethe Andersen

## Riksrevisjonens undersøkelse av helseforetakenes investeringer i bygg og medisinsk-teknisk utstyr

### Innstilling til vedtak

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar rapporten fra *Riksrevisjonens undersøkelse av helseforetakenes investeringer i bygg og medisinsk-teknisk utstyr* til orientering.
2. Styret tar tiltakene utarbeidet av Helse Nord RHF til orientering.

### Bakgrunn

Riksrevisjonen gjennomførte i 2020 og 2021 en undersøkelse med mål om å vurdere om spesialisthelsetjenesten legger til rette for effektiv drift og god pasientbehandling gjennom investeringer i medisinsk-teknisk utstyr (MTU) og bygg. Bygninger og MTU er sentrale innsatsfaktorer for å sikre et likeverdig helsetilbud av god kvalitet og god ressursutnyttelse. Investeringer i slike innsatsfaktorer er nødvendig for å klare omstillingene som er påkrevd framover.

Undersøkelsen er basert på data fra registre over bygg og MTU, analyse av helseforetakenes regnskaper, dokumentanalyse av styresaker og skriftlige svar på Riksrevisjonens spørsmål til helseforetakene og de regionale helseforetakene. I tillegg er det gjennomført intervju med de regionale helseforetakene og Helse- og omsorgsdepartementet. Undersøkelsen omfatter perioden 2010–2020 og er avgrenset til investeringer i de 20 helseforetakene som utfører pasientbehandling. Det betyr at investeringer gjennomført av de regionale helseforetakene, sykehusapotekene og de regionale IKT-selskapene ikke er inkludert.

### Formål

Styret orienteres i denne saken om Riksrevisjonens rapport vedrørende undersøkelsen i helseforetakenes investeringer i bygg og MTU, samt vedtatte tiltak i Helse Nord.

## Saksutredning

### Bygg

Rapporten konkluderer med at byggenes tilstand forverres, driftskostnadene øker, og det settes av for lite til vedlikehold og investeringer.

Dette er i tråd med konklusjonen etter tilstandsvurderingene som ble gjort i Helse Nord i 2020, og konklusjonene i rapport *State Of The Nation* som ble presentert av Rådgivende ingeniørers forening i 2021. Helse Nord har et vedlikeholdsetterslep på bygningsmassen på ca. 5 mrd. kroner i 2020, herav cirka 3 mrd. kroner for Universitetssykehuset Nord- Norge (UNN). Uten tiltak vil dette øke. Flere bygg og bygningstekniske komponenter går mot dårligere tilstand, og risikoen for havari er stigende. Konsekvensene ved havari kan være avstengte lokaler, store kostnader til skadeoppretting, og i ytterste konsekvens fare for personsikkerhet og personskade. I tillegg til vedlikeholdsetterslepet kommer funksjonelt etterslep som ikke er kostnadsberegnet.

Tabell 1 viser den samlede tekniske tilstanden til helseforetakenes bygningsmasse i 2012, 2016 og 2020. Grønne felt i tabellen viser at et helseforetak har en samlet tilstand på byggene som er *tilfredsstillende* (tilstandsgrad 1). Gule felt viser at helseforetaket har en samlet tilstand på byggene som er *utilfredsstillende* (tilstandsgrad 2). Ingen helseforetak har en samlet tilstand på byggene som er *meget god* (tilstandsgrad 0) eller *meget dårlig* (tilstandsgrad 3) i tilstandsvurderingene disse tre årene.

Tabell 1 Samlet teknisk tilstandsgrad på helseforetakenes bygg i 2012, 2016 og 2020.

Helseforetak	2012	2016	2020
Innlandet	1,33	1,38	1,41
Nordland	1,39	0,87	0,77
Nord-Trøndelag	1,30	1,31	1,25
St. Olav	1,21	1,16	1,24
Stavanger	1,40	1,41	1,42
Vestfold	0,91	0,98	1,17
Finnmark	1,34	1,75	1,02
Bergen	1,58	1,36	1,31
Førde	1,52	1,38	1,37
Sunnaas	1,76	1,40	1,40
Østfold	1,53	1,07	1,16
Telemark	1,11	1,23	1,51
Vestre Viken	1,44	1,74	1,64
Helgeland	1,48	1,79	1,69
Sørlandet	1,28	1,53	1,64
Ahus	1,50	1,44	1,60
Fonna	1,94	1,82	1,71
Møre og Romsdal	1,52	1,92	1,68
OUS	1,65	1,78	1,85
UNN	1,74	1,58	1,72
Kilde: Multiconsult. Areal- og kostnadsvektet. N = 20.			

Tabell 1 viser at UNN har en tilfredsstillende tilstandsgrad for den totale bygningsmassen, og har dårligst tilstandsgrad av foretakene i Helse Nord. Tilstandsgraden er omtrent uendret fra 2012. Både Finnmarkssykehuset og Nordlandssykehuset har en tilfredsstillende tilstandsgrad på den samlede bygningsmassen, og tilstandsgraden er forbedret fra 2012.

#### *Medisin-teknisk utstyr*

UNNs gjennomsnittlige alder på utstyrsparken var på i underkant av sju år i 2020, som var fjerde laveste gjennomsnittsalder av foretakene. Utviklingen for UNN er forverret fra 2015 der gjennomsnittsalderen var på ca 4,5 år.

Et flertall av foretakene har en MTU-park i 2020 der minst 30 % av utstyret er eldre enn ti år. Blant disse er samtlige universitetssykehus. UNN har *kun rapportert gjennomsnittlig alder* på MTU, og det fremkommer dermed ikke av rapporten hvor stor andel av UNNs utstyrspark som er eldre enn 10 år. I et flertall av helseforetakene økte andelen av MTU-parken som er eldre enn ti år fra 2015 til 2020. Bransjeorganisasjonen COCIRs faglige anbefaling er at ikke mer enn 10 % av utstyret bør være mer enn ti år gammelt. Helseforetakene oppgir flere mulige konsekvenser av en aldrende MTU-park, som blant annet økt ventetid, dårligere diagnostisering, og økt risiko for avbrudd i behandlingen. Undersøkelsen indikerer at i mange helseforetak har andelen havariinvesteringer økt fra 2015 til 2020. Slike investeringer utgjør minst 20 % av investeringene i medisin-teknisk utstyr i omtrent halvparten av helseforetakene i 2020.

En aldrende MTU-park kan dermed gi svakere forutsetninger for å støtte opp om helseforetakenes mål om et likeverdig og forsvarlig tjenestetilbud og god ressursbruk. Etter Riksrevisjonens vurdering er det kritikkverdig at investeringene i et flertall av helseforetakene ikke har vært tilstrekkelige til å hindre at MTU-parken er blitt eldre etter 2015.

#### *Verdi på varige driftsmidler*

Verdien på byggene i helseforetakene økte samlet med omtrent 20 %, fra ca 59 mrd. kroner i 2010 til 71 mrd. kroner i 2019. Det er imidlertid store forskjeller i utviklingen i bokført verdi mellom helseforetakene. 11 helseforetak økte verdien i perioden, herunder UNN, Nordlandssykehuset (NLSH) og Finnmarkssykehuset (FSYK). UNN økte den tekniske verdien på bygningsmassen med i overkant av 45 % i perioden.

#### *Vekst i driftskostnader*

Det har vært en sterk vekst med 67 % i driftskostnader i perioden 2010-2019, som i hovedsak skyldes at det har vært en sterk vekst i aktivitet og tilførsel av nye oppgaver. Avskrivningskostnadene på varige driftsmidler økte fra omtrent 4,7 til 5,1 mrd. kroner fra 2010 til 2019. Dette tilsvarer en vekst på 9 %, som er en langt lavere prosentvis vekst enn i de samlede driftskostnadene. Avskrivningskostnadene har over tid utgjort en stadig mindre del av de totale driftskostnadene. Avskrivningene utgjorde 5,6 % av de samlede driftskostnadene i 2010, redusert til 3,6 % i 2019. Dette viser at helseforetakene relativt sett brukte mer av sine økonomiske ressurser på arbeidskraft enn på varige driftsmidler, blant annet bygg og medisinsk-teknisk utstyr i 2019 enn i 2010. Dette innebærer at det er flere årsverk per investerte krone i 2019 enn i 2010, og helseforetakene har dermed blitt mindre kapitalintensive i perioden.

## Oppsummering

Riksrevisjonen har som et resultat av kartleggingen kommet opp med følgende konklusjoner:

- Investeringene har ikke vært tilstrekkelige til å sikre en god nok tilstand på bygg og medisinsk-teknisk utstyr.
- Mange helseforetak har problemer med å oppnå planlagt investeringsnivå i sine økonomiske langtidsplaner.
- Helseforetakene bruker ikke økonomiske langtidsplaner godt nok som et virkemiddel for planlegging og prioritering av investeringer.
- De regionale helseforetakene har ikke fulgt opp de underliggende helseforetakenes investeringer i bygg og medisinsk-teknisk utstyr på en god nok måte.
- Helse- og omsorgsdepartementet har stilt relevante krav, men dette har ikke vært tilstrekkelig til at planlagte investeringer har blitt realisert i mange helseforetak.
- Det er risiko for at målet i Nasjonal helse- og sykehusplan om å vri ressursinnsatsen fra personell til investeringer ikke nås.

Basert på sine funn, har Riksrevisjonen gitt følgende anbefalinger til:

### **Helse Nord RHF:**

- som ledd i sitt overordnede ansvar for å planlegge og samordne helseforetakene i sin region:
  - sørger for at helseforetakenes utviklingsplaner gir et godt grunnlag og god retning for langsiktig planlegging og prioritering av investeringer i de økonomiske langtidsplanene
  - styrker helseforetakenes økonomiske langtidsplaner som styringsvirkemiddel, for eksempel ved å klargjøre formål og bruk
- vurderer tiltak i samarbeid med helseforetakene som kan bidra til at investeringer i helseforetakene som ikke finansieres gjennom lån, blir tilstrekkelig prioritert. Dette gjelder blant annet investeringer i MTU og vedlikehold og oppgradering av bygg
- sørger for å ha oversikt over tilstanden til helseforetakenes MTU på et tilstrekkelig detaljert nivå som grunnlag for kunne følge opp helseforetakenes investeringsplaner

### **Helseforetakene i Helse Nord:**

- vurderer tiltak som bidrar til at investeringer blir tilstrekkelig prioritert, blant annet:
  - utarbeide mål for bygningsmassen, for å bidra til verdibevarende vedlikehold, og som grunnlag for å utarbeide langsiktige investeringsplaner
  - ta i bruk styringsinformasjon, mål og planer for MTU, for å bidra til god nok tilstand på utstyret og møte den framtidige teknologiske utviklingen

- styrke sine økonomiske langtidsplaner som styringsvirkemiddel ved å legge større vekt på realisme i planenes forutsetninger og investerings- og resultatmål

## Medvirkning

Saken er oversendt arbeidsmiljøutvalg, brukernes arbeidsutvalg samt ansattes organisasjoner og vernetjenesten til drøfting/innspill i egne møter i uke 14. Referater og protokoll fra disse møtene vil bli presentert for styret som referatsaker til styremøtet.

## Vurdering

I Helse Nord er det planlagt og delvis iverksatt en del tiltak som i noen grad vil bidra til å bedre situasjonen:

### *Bygg:*

- Implementering av husleiemodell – prosessen pågår med kartlegging og kategorisering av areal, oversikt over hvilke enheter som er bruker av arealene, samt etablering av avtaler og prosedyrer. Dette vil sannsynligvis bidra til et større fokus på arealbruk og arealkostnader, noe som igjen kan føre til en mer optimalisert arealfordeling.
- Utarbeidelse av eiendomsstrategi – arbeidet med eiendomsstrategi er startet. Her bidrar alle foretakene i prosessen. Hensikten med strategien er å få strukturert utfordringene og prioritert satsingsområdene slik at det blir et større fokus og bedre muligheter for et verdibevarende vedlikehold.
- Digitalisering av eiendomsforvaltningen – alle foretakene i Helse Nord har etter hvert flere digitale bygningsinformasjonsmodeller (BIM) som inneholder all dokumentasjon på byggene. Problemet er at de ikke har systemer som gir mulighet til å benytte dette i driften. Det er derfor iverksatt et prosjekt med målsetting om å etablere en regional BIM-løsning hvor det over tid vil kobles til funksjonalitet for alle fagområdene innen teknisk drift. En slik løsning vil føre til et tettere samarbeid mellom foretakene, og med Helse Nord IKT.

### *Medisinsk-teknisk utstyr:*

- Det er igangsatt et arbeid med MTU-strategi som primært skal se på regional samhandling i forhold til anskaffelse og drift av MTU. I tillegg skal strategien strukturere arbeidet med informasjonssikkerhet.
- Regional systemforvaltning Medusa – det er etablert to systemforvaltere for FDV-systemet Medusa som skal samordne prosesser og prosedyrer mellom foretakene i Helse Nord slik at bruken av Medusa blir ensartet. Dette vil gi bedre oversikt på alle nivå, også regionalt, og man vil få en bedre oppfølging av vedlikehold på utstyret, og



en bedre oversikt over utskiftingsfrekvenser. Dette vil gi gode innspill til investeringsbudsjettet.

I tillegg til disse tiltakene vil anbefalingene fra Riksrevisjonen også delvis håndteres i arbeidet med regional utviklingsplan og økonomisk langtidsplan.

Ovennevnte tiltak vil ivareta noen av problemstillingene Riksrevisjonen peker på. Det er likevel to overordnede utfordringer som gjenstår:

- Hvordan frigjøre driftsmidler til mer forebyggende vedlikehold og planlagt utskifting.
- Mer robust finansiering av byggeprosjektene. Uten unntak er prosjektøkonomien presset, og det er alltid behov for å kutte arealer og funksjonalitet for å komme i mål økonomisk. Kostnader som kuttes i prosjektet må alltid plukkes opp i driftsfasen. Når også driftsøkonomien er presset vil dette svært ofte gå utover planlagt vedlikehold som over tid medfører betydelig vedlikeholdsetterslep. Dette kan skape utfordringer i forhold til nye bygg med tanke på sikre et verdibevarende vedlikehold.

Direktøren er fornøyd med at utfordringene og anbefalingene fra Riksrevisjonen følges opp av Helse Nord RHF sammen med foretakene i regionen. UNN deltar aktivt i tiltaksarbeidet som Helse Nord RHF har skissert. Det store etterslepet i investeringer i bygg og MTU kan ikke løses av foretakene alene. For å oppnå målene i Nasjonal helse og sykehusplan kreves det en langsiktig og omforent plan om å bruke en større andel av driftsmidlene til investeringer i bygg og MTU fra ordinær drift. Arbeidet må inkludere risiko- og konsekvensutredninger for den totale driften ved foretakene. Strategi og rammer for dette arbeidet må, etter direktørens vurdering, samordnes og koordineres både nasjonalt og regionalt.

### **Konklusjon**

Direktøren inviterer styret til å ta rapporten om Riksrevisjonens undersøkelse av investeringer i bygg og medisinteknisk utstyr, samt Helse Nord RHF's tiltaksplan til orientering.

Tromsø, 08.04.2022

Anita Schumacher (s.)  
administrerende direktør

Vedlegg:

- Rapport Riksrevisjonens undersøkelse av helseforetakenes investeringer i bygg og medisinsk-teknisk utstyr

# Riksrevisjonens undersøkelse av helseforetakenes investeringer i bygg og medisinsk-teknisk utstyr

Vedlegg 14 til Dokument 3:2 (2021–2022) Rapport



Revisjonen er gjennomført i henhold til

- lov om Riksrevisjonen § 9 andre ledd
- instruks om Riksrevisjonens virksomhet § 5 andre ledd
- INTOSAIs standard for forvaltningsrevisjon (ISSAI 3000)
- Riksrevisjonens faglige retningslinjer for selskapskontroll
- Riksrevisjonens faglige retningslinjer for forvaltningsrevisjon

Forsidebilde: National cancer institute/Unsplash

ISBN-978-82-8229-527-7

## Innhold

<b>1</b>	<b>Innledning .....</b>	<b>5</b>
1.1	Bakgrunn .....	5
1.2	Mål og problemstillinger .....	7
1.3	Revisjonskriterier .....	7
1.4	Undersøkellesmetoder .....	8
<b>2</b>	<b>Tilstanden til helseforetakenes bygg .....</b>	<b>9</b>
2.1	Oppsummering .....	9
2.2	Den tekniske tilstanden til helseforetakenes bygg i 2020 .....	10
2.3	Utviklingen av den tekniske tilstanden til helseforetakenes bygg .....	16
2.4	Bygningsmassen i helseforetakene har et stort oppgraderingsbehov .....	22
<b>3</b>	<b>Tilstanden til helseforetakenes medisinsk-tekniske utstyr .....</b>	<b>26</b>
3.1	Oppsummering .....	26
3.2	Tilstanden til MTU-parken i 2020 .....	27
3.3	Utvikling i tilstanden til medisinsk-teknisk utstyr.....	36
3.4	Havariinvesteringer .....	39
<b>4</b>	<b>Utviklingen i helseforetakenes investeringer og driftskostnader etter 2010 .....</b>	<b>41</b>
4.1	Oppsummering .....	41
4.2	Helseforetakenes investeringer etter 2010 .....	42
4.3	Utviklingen i helseforetakenes driftskostnader etter 2010 .....	46
<b>5</b>	<b>Helseforetakenes styring av investeringer .....</b>	<b>49</b>
5.1	Oppsummering .....	49
5.2	Om helseforetakene når investeringsnivået i langtidsplanene.....	50
5.3	Om helseforetakene når planlagte økonomiske resultater .....	58
5.4	Helseforetakenes rutiner for å utarbeide investeringsplaner .....	62
5.5	Sammenhengen mellom vedlikeholdsbudsjettet og vedlikeholdskostnader for bygg.....	66
5.6	Helseforetakenes mål og overordnede planer for bygg og medisinsk-teknisk utstyr.....	68
5.7	Styringsinformasjon om bygg og medisinsk-teknisk utstyr i helseforetakene .....	71
5.8	Planlagt investeringsnivå i årene framover .....	74
<b>6</b>	<b>Departementets og de regionale helseforetakenes styring av investeringer .....</b>	<b>80</b>
6.1	Oppsummering .....	80
6.2	Ansvar, roller og styringsmodell .....	81
6.3	Krav stilt til de regionale helseforetakene i foretaksmøter .....	83
6.4	Økonomiske virkemidler .....	85
6.5	Planer og budsjettarbeid .....	88
6.6	De regionale helseforetakenes oppfølging av bygg og medisinsk-teknisk utstyr i helseforetakene..	91
<b>7</b>	<b>Vurderinger .....</b>	<b>95</b>

7.1	Investeringene har ikke vært tilstrekkelige til å sikre en god nok tilstand på bygg og medisinsk-teknisk utstyr.....	95
7.2	Mange helseforetak når ikke planlagt investeringsnivå i sine økonomiske langtidsplaner .....	97
7.3	Helseforetakene bruker ikke økonomiske langtidsplaner godt nok som et virkemiddel for planlegging og prioritering av investeringer .....	98
7.4	De regionale helseforetakene har ikke fulgt opp helseforetakenes investeringer i bygg og medisinsk-teknisk utstyr på en god nok måte .....	100
7.5	Helse- og omsorgsdepartementet har stilt relevante krav, men dette har ikke vært tilstrekkelig til at planlagt investeringsnivå har blitt realisert i mange helseforetak.....	102
7.6	Det er risiko for at målet i Nasjonal helse- og sykehusplan om å vri ressursinnsatsen fra personell til investeringer ikke nås.....	102
<b>8</b>	<b>Referanseliste .....</b>	<b>104</b>
	Vedlegg 1: Revisjonskriterier .....	106
	Vedlegg 2: Metodisk tilnærming og gjennomføring .....	112

## Tabelloversikt

Tabell 1	Samlet teknisk tilstandsgrad på helseforetakenes bygg i 2012, 2016 og 2020 .....	17
Tabell 2	Utviklingen i samlet tilstand på helseforetakenes lokasjoner fra 2012 til 2020, i antall .....	22
Tabell 3	Samlet vedlikeholdsetterslep og årlig behov per m <sup>2</sup> i helseregionene, i kroner .....	23
Tabell 4	COCIR-standardene .....	31
Tabell 5	Krav knyttet til investeringer, planlegging og bygg i foretaksmøter i årene 2012–2020.....	84

## Figuroversikt

Figur 1	Samlet tilstandsgrad på helseforetakenes bygg i 2020 .....	11
Figur 2	Andel av bygningsmassen med henholdsvis dårlig, utilfredsstillende, tilfredsstillende og god tilstand, prosentvis.....	12
Figur 3	Samlet tilstandsgrad på lokasjoner som har somatiske sykehus i 2020 .....	15
Figur 4	Utviklingen av tilstandsgraden på helseforetakenes bygg fra 2012 til 2020 .....	18
Figur 5	Utvikling i samlet tilstandsgrad på helseforetakenes bygg, 2012–2020 .....	20
Figur 6	Oppgraderingsbehov per m <sup>2</sup> per år de neste ti årene, i kroner .....	23
Figur 7	Gjennomsnittlig alder på MTU per helseforetak i 2020 .....	27
Figur 8	Gjennomsnittsalderen til sykehusenes MTU-park i 2020.....	29
Figur 9	MTU-parken i helseforetakene etter aldersgruppe i 2020.....	31
Figur 10	Andelen av MTU-parken i helseforetakene som har overskredet den økonomiske levetiden i 2020, i prosent .....	32
Figur 11	Gjennomsnittsalderen til ulike kategorier av medisinsk-teknisk utstyr i Helse Sør-Øst i 2020 .....	33
Figur 12	Forskjeller i gjennomsnittsalderen per MTU-kategori mellom helseforetakene i Helse Sør-Øst i 2020 .....	34
Figur 13	Utviklingen i gjennomsnittsalderen til MTU-parken fra 2015 til 2020 per helseforetak .....	36
Figur 14	Utviklingen i andelen av MTU-parken som er eldre enn ti år, fra 2015 til 2020 .....	38
Figur 15	Andelen av investeringene i medisinsk-teknisk utstyr i 2019 som skyldes havari, i prosent .....	39
Figur 16	Investeringer i helseforetakene fra 2010 til 2019, i millioner kroner.....	42
Figur 17	Verdien på de varige driftsmidlene i helseforetakene i 2010 og 2019, i millioner kroner.....	44
Figur 18	Verdien på helseforetakenes bygg i 2010 og 2019, i millioner kroner .....	45
Figur 19	Verdien på medisinsk-teknisk utstyr i 2010 og 2019, i millioner kroner .....	46

Figur 20 Utviklingen i driftskostnader, lønnskostnader og avskrivninger fra 2010 til 2019, i millioner kroner .	47
Figur 21 Andelen økonomiske langtidsplaner etter 2010 der helseforetakene nådde det planlagte investeringsnivået, i prosent .....	52
Figur 22 Planlagt investeringsnivå i den økonomiske langtidsplanen og faktisk investeringsnivå for perioden 2016–2019, i millioner kroner .....	53
Figur 23 Planlagt investeringsnivå i den økonomiske langtidsplanen og faktisk investeringsnivå i bygg for perioden 2016–2019, i millioner kroner .....	54
Figur 24 Planlagt investeringsnivå i den økonomiske langtidsplanen og faktisk investeringsnivå i MTU for perioden 2016–2019, i millioner kroner .....	55
Figur 25 Andelen økonomiske langtidsplaner etter 2010 der helseforetakene har nådd planlagt investeringsnivå på kort og lang sikt, i prosent.....	57
Figur 26 Andelen økonomiske langtidsplaner etter 2010 der helseforetakene nådde de planlagte økonomiske resultatene, i prosent .....	59
Figur 27 Planlagt resultat i den økonomiske langtidsplanen og oppnådd resultat for perioden 2016–2019, i millioner kroner .....	60
Figur 28 Andelen økonomiske langtidsplaner etter 2010 der helseforetakene har nådd de planlagte økonomiske resultatene på kort og lang sikt, i prosent .....	61
Figur 29 Andelen år i perioden 2010–2019 der helseforetak budsjetterte med lavere vedlikeholdskostnader enn det som ble brukt på vedlikehold året før, i prosent.....	67
Figur 30 Faktiske overskudd i perioden 2016–2019 og planlagte overskudd i perioden 2021–2024, i tusen kroner .....	78

## Faktaboksoversikt

Faktaboks 1 Oversikt over helseforetak .....	7
Faktaboks 2 Systemet med tilstandsgrader .....	13
Faktaboks 3 Forhold som påvirker tilstandsgraden.....	21
Faktaboks 4 OUS' beskrivelse av mulige konsekvenser av en aldrende MTU-park .....	30
Faktaboks 5 RKMTU – Regionalt kompetansesenter for samordning av investeringer i medisinsk-teknisk utstyr i Helse Sør-Øst.....	35
Faktaboks 6 Økonomiske langtidsplaner.....	51
Faktaboks 7 Sammenhengen mellom den økonomiske langtidsplanen og årsbudsjettet .....	58
Faktaboks 8 Prosessen med å utarbeide en økonomisk langtidsplan og et årsbudsjett i helseforetakene....	63
Faktaboks 9 Forskjellen mellom vedlikehold og investeringer .....	66
Faktaboks 10 Utviklingsplaner.....	70
Faktaboks 11 Prosjekter over 500 millioner kroner under gjennomføring og planlegging 2021–2024 .....	76
Faktaboks 12 State of the Nation – Norges tilstand 2021 .....	77
Faktaboks 13 Årlig melding .....	90
Faktaboks 14 Regional rammeavtale for intensivrespiratorer i Helse Sør-Øst .....	94

# 1 Innledning

## 1.1 Bakgrunn

Da helseforetaksreformen ble innført i 2002, var foretaksorganiseringen blant annet begrunnet med at det i det tidligere systemet var for lite bevissthet rundt innsatsfaktoren kapital, både knyttet til bygninger og utstyr.<sup>1</sup> Bygninger og medisinsk-teknisk utstyr (MTU) er sentrale innsatsfaktorer for helseforetakene for å for å kunne sikre et likeverdig helsetilbud av god kvalitet og god ressursutnyttelse. Investeringer i slike innsatsfaktorer er dessuten nødvendig for å klare omstillingene som er påkrevd framover.

Medisinsk-teknisk utstyr er instrumenter, apparater og hjelpemidler som brukes i forbindelse med forebygging, diagnostisering, behandling eller rehabilitering. Dette omfatter en mengde ulike typer utstyr, for eksempel respiratorer, laboratorieutstyr, kirurgiske instrumenter og røntgenutstyr.

Omtrent 60 prosent av investeringene i spesialisthelsetjenesten går til bygg, og 15 prosent går til medisinsk-teknisk utstyr og maskiner. Det resterende går til investeringer i IKT, transportmidler og annet.<sup>2</sup> Denne undersøkelsen omfatter investeringer i helseforetakene som utfører pasientbehandling. Det vil si at de regionale helseforetakene, sykehusapotekene og de regionale IKT-selskapene ikke er inkludert.

I Innst. 206 S (2015–2016), jf. Meld. St. 11 (2015–2016) *Nasjonal helse- og sykehusplan 2016–2019*, påpeker helse- og omsorgskomiteen at omstillingstakten må økes sammenlignet med tidligere år for å sikre en bærekraftig utvikling. Utviklingen i folketallet og alderssammensetningen i befolkningen, endringer i sykdomsbildet og folks forventninger til kvalitet og standard vil få stor betydning for planleggingen av framtidens sykehus. I tillegg gir nye behandlingsmetoder endrede arealbehov.

I *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023* vises det til SSBs anslag om at en årsverksvekst på 35 prosent fram mot 2035 innebærer at helse- og omsorgstjenesten vil legge beslag på nesten halvparten av veksten i arbeidsstyrken, for å dekke framskrevet behov for helse- og omsorgstjenester. Det vil fortrenge mye annet som samfunnet ønsker å bruke ressursene på. Det framheves derfor at det er behov for å vri ressursveksten fra personell, som er en knapp ressurs, til investeringer i teknologi og kompetanse som kan redusere det framtidige arbeidskraftbehovet. I planen legges det vekt på at det er særlig viktig å gjennomføre arbeidskraft-besparende teknologiske endringer, og at spesialisthelsetjenesten i planleggingsarbeidet sitt må ha særlig oppmerksomhet på teknologiens mulighet til å redusere behovet for økt bemanning.

Det var indikasjoner på at investeringsnivået i helseforetakene er for lavt, og at mange helseforetak ikke investerer tilstrekkelig til å opprettholde standarden på bygg og utstyr:

- Riksrevisjonens undersøkelse av eiendomsforvaltningen i helseforetakene viste at rundt halvparten av bygningsmassen hadde dårlig teknisk tilstand.<sup>3</sup> I innstillingen til denne undersøkelsen uttalte komiteens flertall at en betydelig del av bygningsmassen hadde for dårlig teknisk tilstand til å tilfredsstille kravene, og at det var behov for omfattende oppgraderinger, i og med at deler av bygningsmassen var lite egnet for driften.<sup>4</sup>
- Senere kartlegginger viser en svak forbedring av den tekniske tilstanden til byggene mellom 2014 og 2017.<sup>5</sup>
- En kartlegging av utvalgte typer utstyr ved landets sykehus i 2014 viste behov for prioritering av utstyrs-investeringer. Samtidig var det utfordringer knyttet til å prioritere mellom utskifting og nyinvesteringer.<sup>6</sup>

<sup>1</sup> Ot. prp. nr 66 (2000–2001) *Om lov om helseforetak*.

<sup>2</sup> Kilde: SSB. Gjennomsnitt 2010–2019.

<sup>3</sup> Dokument 3:11 (2010–2011) *Riksrevisjonens undersøkelse av eiendomsforvaltningen i helseforetakene*.

<sup>4</sup> Innst. 42 S (2011–2012).

<sup>5</sup> Meld. St. 7 (2019–2020) *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023*, s.163.

<sup>6</sup> Meld. St. 11 (2015–2016) *Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019)*, s.142.



Når helseforetakene planlegger framover, tar de høyde for økte investeringer. Samlet sett planlegger helseregionene investeringer for nærmere 76 milliarder kroner i perioden 2020–2023. Til sammenligning ble det ifølge departementet investert for om lag 36 milliarder kroner i perioden 2016–2019. Ifølge Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023 må sykehusenes investeringsplaner framover ses i lys av dagens tilstandsgrad på bygningsmassen, at arealbehovene endres med nye behandlingsformer, og at det må legges til rette for ny medisinsk teknologi og digitale løsninger.<sup>7</sup>

I foretakenes langtidsplaner er planlagte overskudd i perioden 2020–2023 på om lag det samme nivået som det ble planlagt for i perioden 2016–2019. De samlede driftskostnadene i helseforetakene, hvorav lønn utgjør den største andelen, har imidlertid økt mer enn kapitalkostnadene over de siste ti årene.<sup>8</sup>

Helse- og omsorgsdepartementet har som overordnet myndighet og som eier av de regionale helseforetakene det overordnede ansvaret for at befolkningen får gode og likeverdige helsetjenester, og at de helsepolitiske målene nås. Dette innebærer blant annet å legge til rette for at nødvendig infrastruktur er på plass i form av tekniske hjelpemidler, utstyr og lokaler.

De fire regionale helseforetakene skal sørge for gode og likeverdige spesialisthelsetjenester til befolkningen innenfor gitte økonomiske og styringsmessige rammer. De regionale helseforetakenes helhetlige ansvar er understøttet av finansieringssystemet ved at bevilgninger til investeringer ikke er øremerket. Dette innebærer at foretakene har et helhetlig ansvar for å se ressurser til drift og investeringer i sammenheng, og at investeringer i bygg, utstyr og vedlikehold må prioriteres opp mot annen drift.

De fire regionale helseforetakene eier helseforetakene i sin region. Helse Nord RHF og Helse Vest RHF eier fire helseforetak hver. Helse Midt-Norge RHF eier tre helseforetak, mens Helse Sør-Øst RHF eier ni helseforetak (se faktaboks 1 for en oversikt over helseforetakene).<sup>9</sup> De fleste helseforetakene utfører pasientbehandling på flere lokasjoner. Dette kan blant annet være somatiske sykehus, psykiatriske sykehus eller distriktpsikiatriske sentre.

Helseforetakene fordeler selv midlene de har blitt tildelt mellom egen drift og investeringer, og de må prioritere investeringene sine innenfor tilgjengelige økonomiske rammer. Underskudd på driften reduserer handlingsrommet for investeringer. Motsatt gir overskudd i driften et økt handlingsrom. Helseforetakene har mulighet til ta opp statlige lån til investeringer over 500 millioner kroner på inntil 70 prosent av prosjekt-kostnadene. Dette er avhengig av regionale prioriteringer. Helseforetakene har også mulighet til å søke om regionale lån til noen typer investeringer.

<sup>7</sup> Meld. St. 7 (2019–2020) *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023*, s.163.

<sup>8</sup> Kilde: Helseforetakenes årsregnskaper. Kapitalkostnader er målt som årlige avskrivninger, det vil si det årlige verdifallet til eiendelene til helseforetakene.

<sup>9</sup> Dette omfatter kun helseforetak som driver sykehus. I tillegg har de regionale helseforetakene organisert ulike infrastrukturtenester i helseforetak som de enten eier hver for seg eller i fellesskap. Dette gjelder blant annet sykehusapotek og IKT-tjenester.



**Faktaboks 1 Oversikt over helseforetak**

Regionale helseforetak	Helseforetak	Kortnavn for helseforetak
Helse Midt-Norge RHF	Helse Møre og Romsdal HF	Møre og Romsdal
	Helse Nord-Trøndelag HF	Nord-Trøndelag
	St. Olavs hospital HF	St. Olav
Helse Nord RHF	Finnmarkssykehuset HF	Finnmark
	Helgelandssykehuset HF	Helgeland
	Nordlandssykehuset HF	Nordland
	Universitetssykehuset Nord-Norge HF	UNN
Helse Sør-Øst RHF	Akershus universitetssykehus HF	Ahus
	Oslo universitetssykehus HF	OUS
	Sunnaas sykehus HF	Sunnaas
	Sykehuset i Vestfold HF	Vestfold
	Sykehuset Innlandet HF	Innlandet
	Sykehuset Telemark HF	Telemark
	Sykehuset Østfold HF	Østfold
	Sørlandet sykehus HF	Sørlandet
	Vestre Viken HF	Vestre Viken
	Helse Vest RHF	Helse Bergen HF
Helse Fonna HF		Fonna
Helse Førde HF		Førde
Helse Stavanger HF		Stavanger

## 1.2 Mål og problemstillinger

Målet er å undersøke om spesialisthelsetjenesten legger til rette for effektiv drift og god pasientbehandling gjennom investeringer i medisinsk-teknisk utstyr og bygg.

Målet belyses gjennom følgende problemstillinger:

1. Har investeringene i helseforetakene bidratt til å opprettholde tilstanden på bygg og medisinsk-teknisk utstyr?
2. Hvordan styrer helseforetakene for å kunne prioritere investeringer i bygg og medisinsk-teknisk utstyr?
3. Hvordan legger de regionale helseforetakene og Helse- og omsorgsdepartementet til rette for at helseforetakene kan prioritere investeringer i bygg og medisinsk-teknisk utstyr?

## 1.3 Revisjonskriterier

Revisjonskriterier er en samlebetegnelse på de kravene, normene og standardene som er relevante på området for den aktuelle forvaltningsrevisjonen, og er sammen med faktabeskrivelsen grunnlaget for Riksrevisjonens vurderinger. Følgende sentrale kilder til kriterier ligger til grunn for undersøkelsen:

- *lov om helseforetak m.m.* og Ot.prp. nr. 66 (2000–2001) *Om lov om helseforetak m.m.*
- *lov om spesialisthelsetjenesten m.m.* og Ot.prp. nr. 10 (1998–99) *Om lov om spesialisthelsetjenesten m.m.*
- *forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten*
- Meld. St. 11 (2015–2016) *Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019)* og Innst. 206 S (2015–2016)
- Meld. St. 7 (2019–2020) *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023* og Innst. 255 S (2019–2020)

- Faglige standarder for å vurdere tilstanden på bygg og medisinsk-teknisk utstyr:
  - *NS 3424:2012 – Tilstandsanalyse av byggverk – Innhold og gjennomføring*
  - *Age Profile Medical Devices – European Coordination Committee of the Radiological and Electromedical Industries (COCIR)*

I innledningen til hvert kapittel blir aktuelle kriterier kort beskrevet. Fullstendige revisjonskriterier for undersøkelsen finnes i vedlegg 1.

## 1.4 Undersøkellesmetoder

Vi har undersøkt problemstillingene ved å analysere regnskapstall, dokumenter og data fra helseforetakenes registre for henholdsvis bygg og medisinsk-teknisk utstyr. Videre har vi sendt brev med spørsmål til de regionale helseforetakene og helseforetakene og intervjuet de regionale helseforetakene og Helse- og omsorgsdepartementet.

Undersøkelsesperioden er fra 2010. I analysene har vi brukt data for hvert enkelt år siden 2010 (eventuelt så langt tilbake som det eksisterer data), data på to tidspunkter (for eksempel 2015 og 2020) eller siste tilgjengelige data (for eksempel 2020). Datainnsamlingen har foregått i perioden fra august 2019 til desember 2020. Den metodiske tilnærmingen og gjennomføringen er nærmere beskrevet i vedlegg 2.

## 2 Tilstanden til helseforetakenes bygg

Dette kapitlet gir en oversikt over hvordan den tekniske tilstanden til helseforetakenes bygg har utviklet seg etter 2012. Alle foretakene har vurdert og registrert tilstanden på byggene siden 2012.

Bygninger er sentrale innsatsfaktorer for helseforetakene for å kunne sikre et likeverdig helsetilbud av god kvalitet og god ressursutnyttelse. Investeringer i slike innsatsfaktorer er nødvendig også for å klare omstillingene som er påkrevd framover. Eiendommene representerer de største verdiene til helseforetakene. Spesialisthelsetjenestens bygningsmasse har et areal på anslagsvis 5 millioner m<sup>2</sup>, til en regnskapsført verdi på ca. 73 milliarder kroner. Dette gjør spesialisthelsetjenesten til Norges største eiendomsforvalter.

### Utvalgte revisjonskriterier<sup>10</sup>

- Et av hovedformålene med spesialisthelsetjenesteloven er at befolkningen får likeverdige spesialisthelsetjenester av god kvalitet. Helsetjenestene som tilbys, skal være forsvarlige. Det utledes fra dette at god kvalitet i behandlingen blant annet avhenger av at helseforetakene har bygg som har en god teknisk tilstand.
- Norsk Standard NS 3424:2012 *Tilstandsanalyse av byggverk – Innhold og gjennomføring* gir en metode for å fastsette den tekniske tilstanden til et bygg.

### 2.1 Oppsummering

Den samlede tekniske tilstanden til bygningsmassen har utviklet seg negativt i 11 av de 20 helseforetakene fra 2012 til 2020. Helseforetakene tar nye bygg i bruk over tid, mens andre bygg tas ut av bruk. De fleste av disse elleve foretakene hadde en *utilfredsstillende* tilstand på bygningsmassen i 2020. Enkelte helseforetak med en negativ utvikling hadde bygningsmasse med meget god teknisk tilstand rundt 2010 fordi de hadde investert i nye store sykehus. I årene etter at nye bygg tas i bruk vil tilstanden bli dårligere som følge av bruk, men den vil fortsatt kunne være tilfredsstillende.

Når det kun tas utgangspunkt i byggene som var i bruk i *både* 2012 og 2020, var den samlede tekniske tilstanden lik eller bedre i seks helseforetak, mens den ble forverret i 14 foretak. Dette indikerer at manglende vedlikehold og oppgraderinger av eksisterende bygningsmasse er en årsak til forverringen av samlet teknisk tilstandsgrad i mange foretak.

Helseforetakene utfører pasientbehandling ved flere lokasjoner. Lokasjoner kan blant annet være somatiske sykehus, psykiatriske sykehus og distriktpsikiatriske sentre. Den samlede tekniske tilstanden til bygningsmassen ble forverret i nesten to av tre lokasjoner fra 2012 til 2020. Alle helseforetakene har lokasjoner der tilstanden på den samlede bygningsmassen har blitt forverret fra 2012 til 2020. De fleste helseforetakene har både lokasjoner der tilstanden på den samlede bygningsmassen har blitt forverret fra 2012 til 2020, og der den har blitt forbedret. Et flertall av lokasjonene som hadde utilfredsstillende tilstand på bygningsmassen i 2012, hadde dette også i 2020.

Flere helseforetak har planer om å bygge nye sykehus de kommende årene. Når det er gjort et vedtak om nybygg, er det grunn til å anta at vedlikehold og oppgradering av byggene som skal utfases, reduseres til et minimum. Samtidig er det i flere helseforetak som skal bygge nye sykehus, usikkerhet rundt når de nye byggene skal stå klare, og det er i flere tilfeller ikke besluttet hvilke sykehus som skal tas ut av bruk. Uansett er det slik at et flertall av byggene i de 150 lokasjonene der tilstanden ble kartlagt i 2020, ikke skal erstattes av nye bygg.

<sup>10</sup> Se vedlegg 1 «Revisjonskriterier» for utdypende informasjon.

Den samlede tekniske tilstanden varierer mellom helseforetakene i 2020. 9 av 20 foretak har en samlet teknisk tilstand på byggene som er *utilfredsstillende*. Den tekniske tilstanden varierer også mellom lokasjonene i foretakene. Mer enn 40 prosent av de 150 lokasjonene har en *utilfredsstillende* tilstand på bygningsmassen i 2020.

I alle de fire regionene er det minst ett helseforetak som har en samlet *utilfredsstillende* teknisk tilstand på byggene. I Helse Sør-Øst gjelder dette for hele fem av ni helseforetak. Som følge av vedtatte byggeprosjekter vil antakelig alle helseforetakene i Helse Vest og Helse Midt-Norge oppnå en tilfredsstillende *samlet* tilstandsgrad i løpet av få år.

Det framgår av helseforetakenes kartlegging av den tekniske tilstanden til byggene i 2020 at det tekniske oppgraderingsbehovet (vedlikeholdsetterslepet) er beregnet til å være minst 48 milliarder kroner. Det betyr at det vil koste minst 48 milliarder kroner å tilbakeføre bygningsmassen til en *tilfredsstillende* teknisk tilstand. I tillegg til dette vil helseforetakene også kunne ha behov for å gjennomføre investeringer for å tilpasse eldre bygg til nye funksjonelle behov og moderne sykehusdrift.

## 2.2 Den tekniske tilstanden til helseforetakenes bygg i 2020

Undersøkelsen viser at

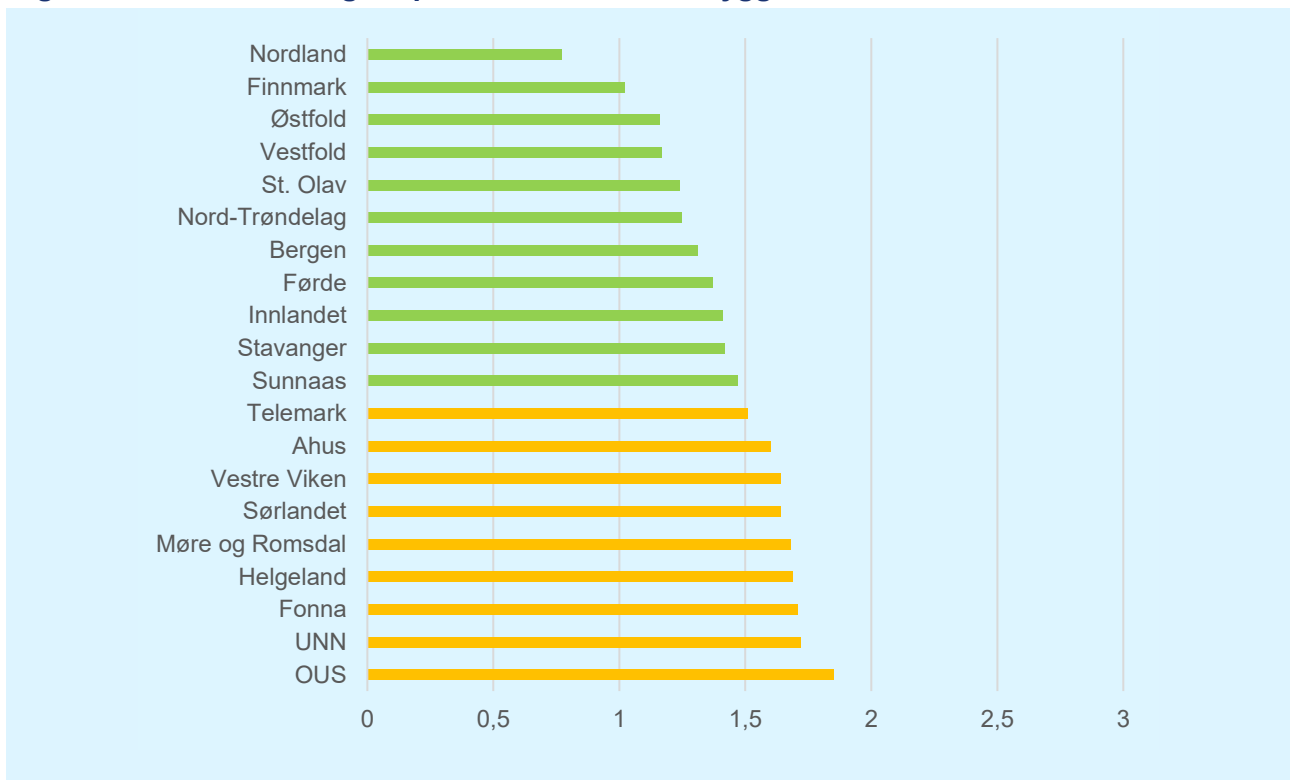
- den samlede tekniske tilstanden til byggene er *utilfredsstillende* i halvparten av helseforetakene
- det er stor variasjon i den tekniske tilstanden til de ulike lokasjonenes bygningsmasse innenfor hvert helseforetak

### 2.2.1 Den samlede tekniske tilstanden til byggene er utilfredsstillende i halvparten av helseforetakene

*Samlet tilstandsgrad* er det målet som brukes for å beskrive den tekniske tilstanden til den samlede bygningsmassen til et helseforetak. Tilstandsgraden tar utgangspunkt i beregninger av den tekniske tilstanden til de enkelte byggene. I beregningen av samlet tilstand for hvert helseforetak vektet byggene etter areal. Faktaboks 2 gir informasjon om hvordan tilstandsgraden beregnes. Den tekniske tilstanden til henholdsvis et bygg, en lokasjon og et helseforetak fastsettes etter en skala:

Tilstandsgrad	Intervall	Klassifisering
Tilstandsgrad 0 (TG 0)	0–0,74	Meget god teknisk tilstand
Tilstandsgrad 1 (TG 1)	0,75–1,49	God / tilfredsstillende tilstand
Tilstandsgrad 2 (TG 2)	1,5–2,24	Utilfredsstillende tilstand
Tilstandsgrad 3 (TG 3)	2,25–3	Dårlig / meget dårlig tilstand

Figur 1 viser den samlede tilstandsgraden til helseforetakenes bygg i 2020. En tilstandsgrad som er lavere enn 1,5 vurderes som tilfredsstillende. Gjennomsnittet for alle foretakene sett under ett er 1,5. Grønne søyler i figuren markerer tilstandsgrad 1 (*tilfredsstillende* tilstand) og gule søyler tilstandsgrad 2 (*utilfredsstillende* tilstand). Ingen av helseforetakene har en samlet tilstandsgrad som er *meget god* eller *meget dårlig*.

**Figur 1 Samlet tilstandsgrad på helseforetakenes bygg i 2020**

Kilde: Multiconsult. Areal- og kostnadsvektet. N = 20.

Figur 1 viser at det er en betydelig variasjon i samlet tilstandsgrad i 2020. Den varierer fra 0,77 for Nordland til 1,85 for OUS. Elleve helseforetak har en *tilfredsstillende* teknisk tilstand på bygningsmassen i 2020 (dvs. lavere enn 1,5), mens det er ni helseforetak som har en *utilfredsstillende* teknisk tilstand (høyere enn 1,5).<sup>11</sup>

Alle de fire regionale helseforetakene har minst ett helseforetak som har en *utilfredsstillende* teknisk tilstand på byggene. I Helse Sør-Øst har hele fem av ni helseforetak en *utilfredsstillende* teknisk tilstand på byggene. Som følge av vedtatte byggeprosjekter vil antakelig alle helseforetakene i Helse Vest og Helse Midt-Norge oppnå en tilfredsstillende samlet tilstandsgrad i løpet av få år.

Sykehusbygg HF vurderte i utredning av verdibevarende vedlikehold og internhusleieordning i spesialisthelsetjenesten i 2018 at bygningsmassen til helseforetakene i 2017 hadde en samlet tilstandsgrad på omtrent 1,45.<sup>12</sup> Det ble framhevet at en samlet tilstandsgrad på 1,45 indikerer at en betydelig del av bygningsmassen har behov for vedlikehold eller oppgraderinger.<sup>13</sup>

I de nasjonale helse- og sykehusplanene er det vist til at målet for en tilfredsstillende bygningsmessig tilstand bør være ca. 1,2. Dette er et mer ambisiøst mål enn det som er lagt til grunn i denne undersøkelsen. I 2020 har 16 av 20 helseforetak en samlet tilstandsgrad på bygningsmassen som er dårligere enn 1,2.<sup>14</sup>

Figur 2 viser for hvert helseforetak hvor stor del av bygningsmassen som har henholdsvis dårlig, utilfredsstillende, tilfredsstillende og god tilstand i 2020.

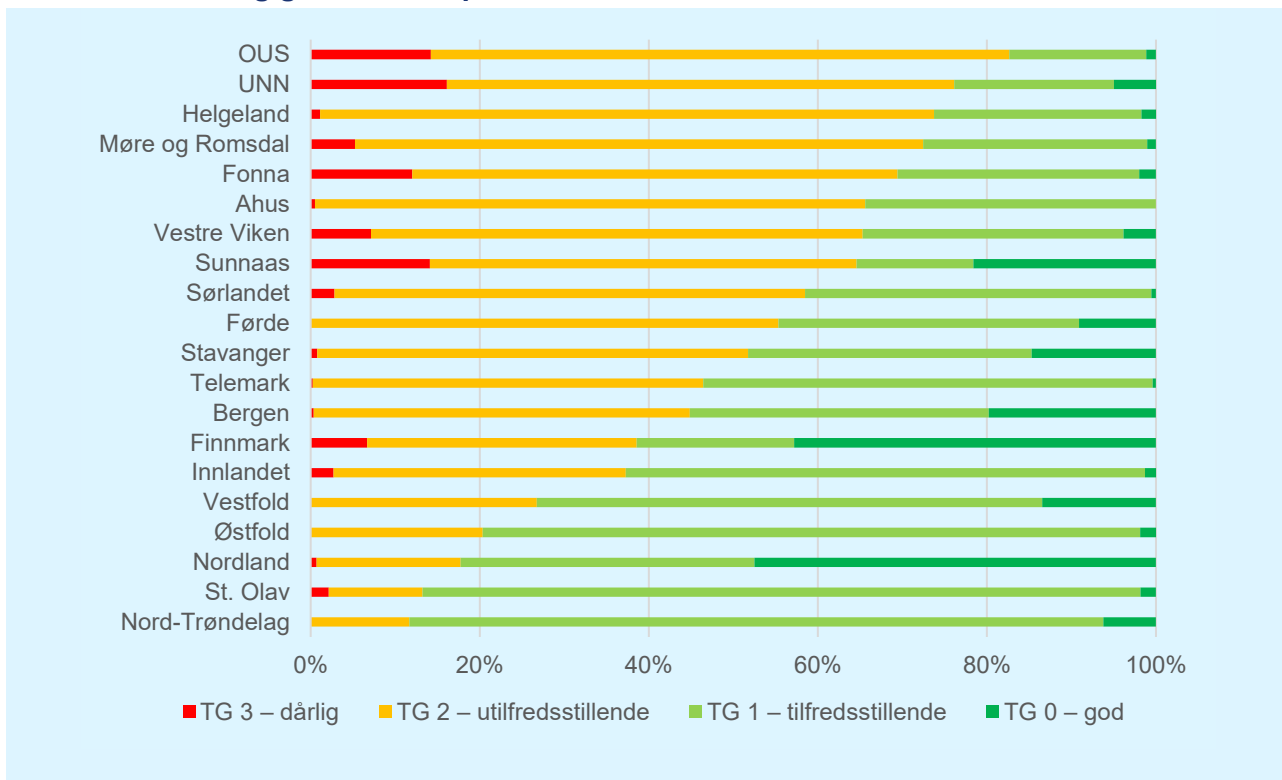
<sup>11</sup> I Fonna er Haugesund sykehus ikke kartlagt i 2020. Den tekniske tilstanden til bygningsmassen på denne lokasjonen var utilfredsstillende i 2016, så Fonnas bygningsmasse ville sannsynligvis hatt en utilfredsstillende teknisk tilstand dersom sykehuset i Haugesund hadde blitt kartlagt i 2020.

<sup>12</sup> Sykehusbygg HF er et felleseid helseforetak, noe som vil si at det er eid i fellesskap av de regionale helseforetakene.

<sup>13</sup> Utredning: Verdibevarende vedlikehold og internhusleieordning i spesialisthelsetjenesten, Sykehusbygg 2018, s. 3.

<sup>14</sup> Unntakene er Finnmark, Nordland, Vestfold og Østfold.

**Figur 2 Andel av bygningsmassen med henholdsvis dårlig, utilfredsstillende, tilfredsstillende og god tilstand, prosentvis**



Kilde: Multiconsult. Areal- og kostnadsvektet og sortert etter summen av tilstandsgrad 2 og 3. N = 20.

Figur 2 viser at det i fire helseforetak er mer enn 10 prosent av bygningsmassen som har en *dårlig* tilstand (tilstandsgrad 3). Videre viser figuren at det i elleve helseforetak er mer enn halvparten av bygningsmassen som har *utilfredsstillende* eller *dårlig* tilstand (tilstandsgrad 2 eller 3). OUS, UNN og Helgeland er de tre helseforetakene som har den høyeste andelen bygningsmasse med så dårlig kvalitet.

I noen få helseforetak har en relativt stor del av bygningsmassen meget god teknisk tilstand (tilstandsgrad 0). Flere av disse helseforetakene har de siste årene bygget nye sykehus eller gjennomført store rehabiliteringsprosjekter.

## Faktaboks 2 Systemet med tilstandsgrader

Alle helseforetakene gjør tilstandsanalyser av sine bygg. Tilstandsgraden indikerer behovet for å bedre tilstanden på bygget og i hvilken grad det haster å gjennomføre tiltak.

I en tilstandsanalyse fastsettes det en teknisk tilstandsgrad (TG) på et bygg, der det brukes en skala fra 0 til 3. Tilstandsgraden fastsettes gjennom å kartlegge tilstanden til et antall komponenter innenfor hovedkategoriene i hver etasje – bygg, VVS, elkraft, tele og auto, andre installasjoner og utendørs – før det deretter beregnes et vektet gjennomsnitt for hele bygget.

Det er vanlig å beregne et samlet vektet gjennomsnitt for alle byggene på en lokasjon eller i et helseforetak. Beregningen av den samlede tilstandsgraden for alle byggene på en lokasjon eller i et helseforetak er arealvektet, det vil si at det tas hensyn til byggenes areal i gjennomsnittsberegningen.

Tilstandsgrad	Tilstand i forhold til referansenivået	Betydning/beskrivelse
TG 0	Ingen avvik	Tilstanden tilsvarer valgt referansenivå eller bedre. Det er ingen symptomer på avvik.
TG 1	Mindre eller moderat avvik	Byggverket eller bygningsdelen har normal slitasje og er vedlikeholdt.
TG 2	Vesentlig avvik	Byggverket eller delen er sterkt nedslitt eller har en vesentlig skade eller vesentlig redusert funksjon i forhold til referansenivået. Det er punktvis sterk slitasje og behov for lokale tiltak.
TG 3	Stort eller alvorlig avvik	Byggverket eller delen har total eller nært forestående funksjonssvikt.

Bygningskomponenter med TG 3 anses å måtte utbedres de neste 0–5 årene, mens komponenter med TG 2 anses å måtte vedlikeholdes innen de neste 5–10 årene. Ved gjennomsnittsberegninger uttrykkes tilstandsgraden med desimaler.

I Multiconsults rapporter avrundes og beskrives gjennomsnittlige tilstander på bygg, lokasjoner og helseforetak i fire kategorier:

Tilstandsgrad	Intervall	Betydning
TG 0	0–0,74	Meget god teknisk tilstand
TG 1	0,75–1,49	God / tilfredsstillende tilstand
TG 2	1,5–2,24	Utilfredsstillende tilstand
TG 3	2,25–3	Dårlig / meget dårlig tilstand

De første helseforetakene begynte å gjøre tilstandsanalyser før 2010, og alle foretakene gjør det i dag. Helse- og omsorgsdepartementet stilte i 2016 krav om at tilstandsanalyser skal gjøres hvert fjerde år. Alle foretakene gjennomførte tilstandsanalyser i 2020.

Dataprogrammet MultiMap brukes for å registrere analysene. Multiconsult har utviklet og drifter dette programmet for helseforetakene. Vi har innhentet data fra Multiconsult for tre tidspunkter (2012, 2016 og 2020).<sup>15</sup> Det er gjennomført et ulikt antall tilstandsvurderinger i helseforetakene, og de gjør vurderingene med ulik hyppighet.

Systemet med tilstandsgrader er beskrevet i *Norsk Standard 3424:2012 – Tilstandsanalyse av byggverk – Innhold og gjennomføring*. Standarden er et verktøy til å få oversikt over tilstanden til et bygg eller deler av et bygg i forhold til et gitt referansenivå. Verktøyet gir også eventuelle tiltak som kan redusere eller lukke avvikene. Tilstandsanalyser kan dekke flere formål, blant annet kan det brukes i forbindelse med vedlikehold, utbedringer og langtidsbudsjettering.

Kilde: Norsk Standard 3424:2012 *Tilstandsanalyse av byggverk – Innhold og gjennomføring* og Multiconsult

<sup>15</sup> Fordi HF-ene gjør målinger på ulike tidspunkter, har vi brukt tilstandsvurderinger som er gjennomført nærmest disse årene.



## 2.2.2 Det er stor variasjon i den tekniske tilstanden til de ulike lokasjonenes bygningsmasse innenfor hvert helseforetak

En samlet teknisk tilstandsgrad til bygningsmassen til et helseforetak vil ikke synliggjøre variasjoner i tilstanden mellom helseforetakets lokasjoner. Eksempler på lokasjoner er somatiske sykehus, psykiatriske sykehus, distriktpsikiatriske sentre og boliger. Alle helseforetakene, unntatt Sunnaas, har byggene sine fordelt på flere lokasjoner. Kartleggingen av den tekniske tilstanden i 2020 omfattet bygg ved 150 lokasjoner. 43 prosent av disse lokasjonene har en samlet *utilfredsstillende* tilstand.



Oversikt over teknisk tilstand ved OUS, lokasjon Ullevål i 2017. Byggene er fargelagt i henhold til tilstandsgrad. Kilde: Områdeplan BYGG ved OUS HF 2020–2023.

For å belyse om det er forskjeller i den tekniske tilstanden mellom lokasjoner med tilnærmet samme oppgaver, har vi analysert lokasjoner som har somatiske sykehus. Tilstanden til de omtrent 50 lokasjonene som har somatiske sykehus i 2020, er følgende:<sup>16</sup>

- 3 sykehus har en *meget god* teknisk tilstand.<sup>17</sup>
- 19 sykehus har en *tilfredsstillende* tilstand.
- 30 sykehus har en *utilfredsstillende* tilstand.
- Ingen sykehus har en *dårlig / meget dårlig* tilstand.

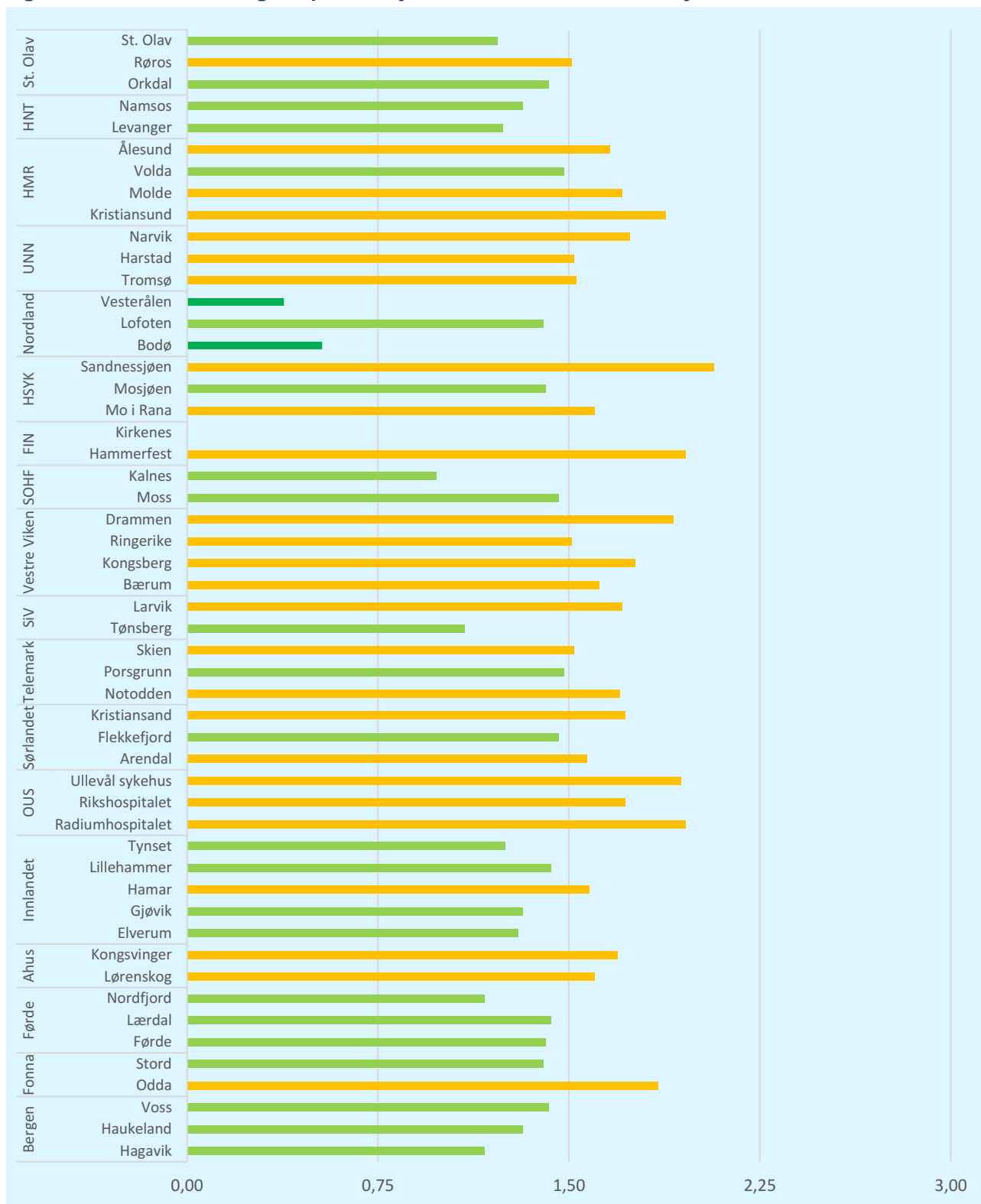
Kartleggingen av bygningsmassen i 2020 viser dermed at over halvparten av lokasjonene som utfører somatisk virksomhet, har en *utilfredsstillende* tilstand. Figur 3 viser at tilstanden til bygningsmassen kan variere mellom de somatiske sykehusene i samme helseforetak. En tilstandsgrad som er lavere enn 1,5 vurderes som *tilfredsstillende* (grønne søyler).

<sup>16</sup> Disse lokasjonene kan også inkludere bygg som har andre formål enn somatisk behandling.

<sup>17</sup> Sykehusene i Bodø, Vesterålen og Kalnes.



Figur 3 Samlet tilstandsgrad på lokasjoner som har somatiske sykehus i 2020



Kilde: Multiconsult. Areal- og kostnadsvektet. Figuren omfatter 18 helseforetak.<sup>18</sup>

Figur 3 viser at det er i alt fem helseforetak der alle sykehusene har en *tilfredsstillende* tilstand på bygningsmassen (grønne søyler).<sup>19</sup> I like mange helseforetak har alle sykehusene en *utilfredsstillende* tilstand på bygningsmassen (gule søyler).<sup>20</sup> Blant disse er det tre universitetssykehus.

<sup>18</sup> Sunnaas og Stavanger inngår ikke.

<sup>19</sup> Nord-Trøndelag, Bergen, Førde, Østfold og Nordland.

<sup>20</sup> Ahus, Finnmark, OUS, Vestre Viken og UNN.

Ni helseforetak har sykehus som er i forskjellige tilstandsgrupper i 2020. Det er naturlig at tilstanden til bygningsmassen vil variere mellom sykehusene i et helseforetak på grunn av ulike byggeperioder og prioriteringsrekkefølger.

Figur 3 viser også at den tekniske tilstanden på sykehusene varierer mellom de fire helseregionene. I Helse Vest er det flere sykehus med en *tilfredsstillende* teknisk tilstand enn med en *utilfredsstillende* tilstand. I Helse Sør-Øst er det motsatt. I de to andre helseregionene er det omtrent like mange sykehus i hver kategori.

## 2.3 Utviklingen av den tekniske tilstanden til helseforetakenes bygg

Vi har kartlagt hvordan den tekniske tilstanden til helseforetakenes samlede bygningsmasse har utviklet seg fra 2012 til 2020.

Undersøkelsen viser

- at like mange helseforetak har en *utilfredsstillende* teknisk tilstand på byggene i 2020 som i 2012
- at den samlede tilstanden på bygningsmassen har utviklet seg negativt i et flertall av helseforetakene fra 2012 til 2020
- at den samlede tilstanden til byggene som ble brukt i 2012, er forverret i 2020 i de fleste helseforetakene
- at den samlede tilstanden til bygningsmassen har utviklet seg negativt på et flertall av helseforetakenes lokasjoner i perioden 2012–2020

### 2.3.1 Like mange helseforetak har en utilfredsstillende teknisk tilstand på byggene i 2020 som i 2012

Tabell 1 viser den samlede tekniske tilstanden til helseforetakenes bygningsmasse i 2012, 2016 og 2020. Grønne felt i tabellen viser at et helseforetak har en samlet tilstand på byggene som er *tilfredsstillende* (tilstandsgrad 1). Gule felt viser at helseforetaket har en samlet tilstand på byggene som er *utilfredsstillende* (tilstandsgrad 2). Ingen helseforetak har en samlet tilstand på byggene som er *meget god* (tilstandsgrad 0) eller *meget dårlig* (tilstandsgrad 3) i tilstandsvurderingene disse tre årene.

**Tabell 1 Samlet teknisk tilstandsgrad på helseforetakenes bygg i 2012, 2016 og 2020**

Helseforetak	2012	2016	2020
Innlandet	1,33	1,38	1,41
Nordland	1,39	0,87	0,77
Nord-Trøndelag	1,30	1,31	1,25
St. Olav	1,21	1,16	1,24
Stavanger	1,40	1,41	1,42
Vestfold	0,91	0,98	1,17
Finnmark	1,34	1,75	1,02
Bergen	1,58	1,36	1,31
Førde	1,52	1,38	1,37
Sunnaas	1,76	1,40	1,40
Østfold	1,53	1,07	1,16
Telemark	1,11	1,23	1,51
Vestre Viken	1,44	1,74	1,64
Helgeland	1,48	1,79	1,69
Sørlandet	1,28	1,53	1,64
Ahus	1,50	1,44	1,60
Fonna	1,94	1,82	1,71
Møre og Romsdal	1,52	1,92	1,68
OUS	1,65	1,78	1,85
UNN	1,74	1,58	1,72

Kilde: Multiconsult. Areal- og kostnadsvektet. N = 20.

Det framgår av tabellen

- at sju helseforetak har en samlet tilstand på byggene som er *tilfredsstillende* både i 2012 og i 2020
- at fire helseforetak som hadde en *utilfredsstillende* bygningsmasse i 2012, hadde en *tilfredsstillende* tilstand i 2020
- at fire helseforetak som hadde en *tilfredsstillende* bygningsmasse i 2012, hadde en *utilfredsstillende* tilstand i 2020 <sup>21</sup>
- at fem helseforetak har en tilstand på byggene som er *utilfredsstillende* både i 2012 og i 2020 <sup>22</sup>

Tabell 1 viser at alle helseregionene i alle de tre årene har minst ett helseforetak som har en *utilfredsstillende* tilstand på bygningsmassen.

### 2.3.2 Den samlede tilstanden på bygningsmassen har utviklet seg negativt i et flertall av helseforetakene fra 2012 til 2020

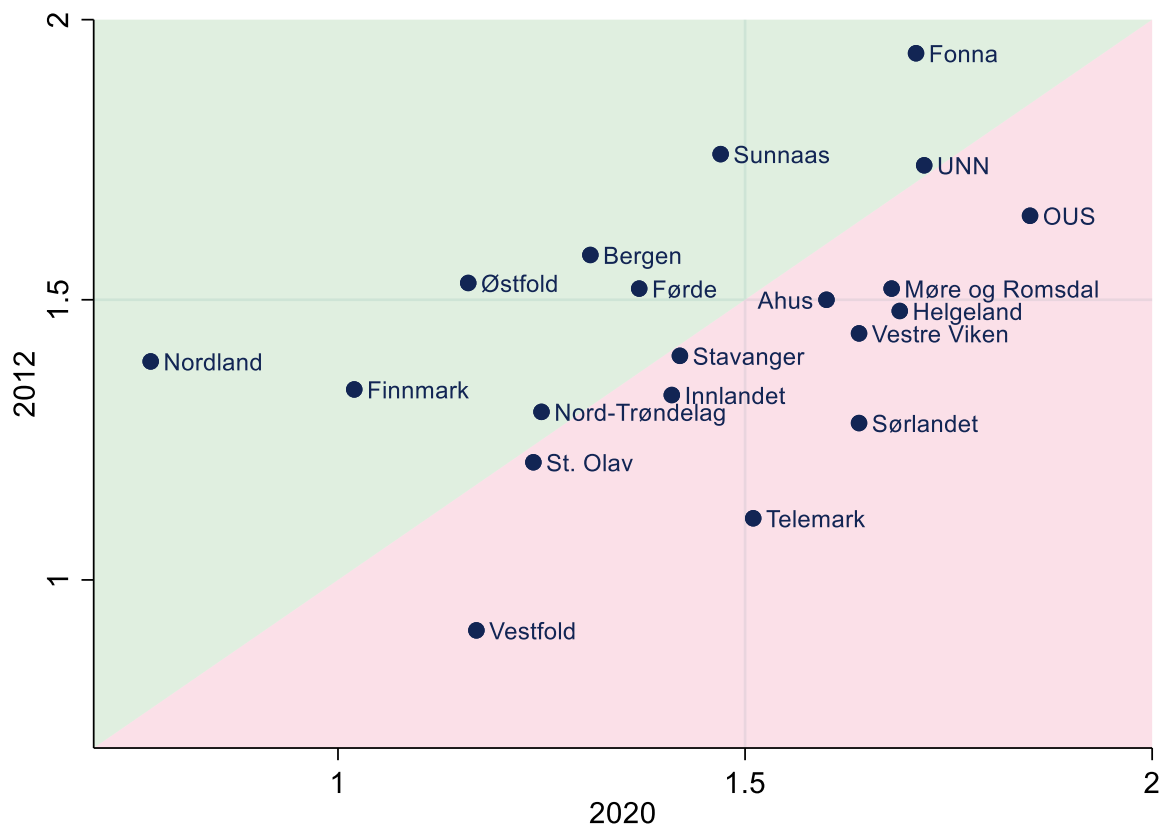
Mange av helseforetakene har hatt en relativt stor endring i den samlede tilstandsgraden uten at hovedtilstanden har endret kategori, jf. tabell 1. Figur 4 viser hvorvidt helseforetakene har hatt en positiv eller negativ utvikling i den samlede tilstandsgraden fra 2012 til 2020.

Den horisontale aksene i figuren viser tilstandsgraden i 2020, mens den vertikale aksene viser tilstandsgraden i 2012. Helseforetakene i det røde feltet i figuren har en samlet tilstand på byggene som ble forverret fra 2012 til 2020, mens den ble forbedret i helseforetakene i det grønne feltet.

<sup>21</sup> Sykehuset i Kristiansand inngikk ikke i tilstandskartleggingen til Sørlandet i 2012.

<sup>22</sup> Haugesund sykehus inngikk ikke i kartleggingen til Fonna i 2020.

Figur 4 Utviklingen av tilstandsgraden på helseforetakenes bygg fra 2012 til 2020



Kilde: Multiconsult. Areal- og kostnadsvektet. N = 20.

Figur 4 viser at i 11 helseforetak ble den samlede tilstanden på bygningsmassen forverret fra 2012 til 2020, mens den ble forbedret i ni helseforetak. Utviklingen av den samlede tilstanden på byggene fra 2012 til 2020 er ulik i de fire regionene. Den samlede tilstanden på byggene er *forverret* i

- ett av fire helseforetak i Helse Nord
- to av tre helseforetak i Helse Midt-Norge
- ett av fire helseforetak i Helse Vest <sup>23</sup>
- sju av ni helseforetak i Helse Sør-Øst

Figuren viser samtidig at endringen var liten i fire av de elleve helseforetakene hvor tilstanden ble forverret.<sup>24</sup> Tre av disse helseforetakene hadde en *tilfredsstillende* teknisk tilstand på byggene både i 2012 og 2020, jf. tabell 1.<sup>25</sup>

I de sju resterende av de elleve helseforetakene, der den teknisk tilstanden i større grad ble forverret, gikk fire av foretakene fra å ha en *tilfredsstillende* teknisk tilstand på byggene i 2012 til å ha en *utilfredsstillende* tilstand i 2020.<sup>26</sup> To helseforetak hadde en *utilfredsstillende* bygningsmasse allerede i 2012.<sup>27</sup> Det siste foretaket, Vestfold, hadde en *tilfredsstillende* teknisk tilstand på byggene både i 2012 og 2020.

Det er flere forklaringer på den negative utviklingen i bygningsmassen siden 2012. Noen helseforetak med negativ utvikling hadde en bygningsmasse med god teknisk tilstand i 2012 fordi de hadde investert i nye store sykehus. De første årene vil slike nybygg få en dårligere teknisk tilstand, men tilstanden vil fortsatt være tilfredsstillende. Videre har flere helseforetak planer om å bygge nye sykehus. Når det er gjort et

<sup>23</sup> Dataene for Fonna inkluderer ikke Haugesund sykehus.

<sup>24</sup> Liten endring vil her si 0,1 eller mindre.

<sup>25</sup> St. Olav, Innlandet og Stavanger.

<sup>26</sup> Telemark, Sørlandet, Vestre Viken og Helgeland.

<sup>27</sup> OUS og Møre og Romsdal.

vedtak om nybygg, er det grunn til å anta at vedlikehold og oppgradering av byggene som skal utfases, reduseres til et minimum.

Rådgivende ingeniørers forening (RIF) publiserte en statusrapport om tilstanden til offentlige bygg i 2021.<sup>28</sup> RIF vurderer at tilstanden til dagens helsebygg i spesialisthelsetjenesten er den samme som i 2015. Rapporten konkluderer med at investeringstakten og endringene de siste fem årene samlet sett viser en vedvarende negativ trend med et lavere planlagt investeringsnivå enn hva behovet tilsier. Den negative trenden skal riktignok være noe redusert på grunn av marginale utbedringer i bygningsmassens tekniske tilstand.

Rapporten fra RIF viser også at andelen bygninger med en *svært dårlig* tilstand og store tekniske oppgraderingsbehov har blitt redusert.<sup>29</sup> Andelen bygninger med en *utilfredsstillende* standard og behov for korrigerende tiltak har imidlertid økt. Ifølge RIF tyder dette på at mye av vedlikeholdsmidlene som er brukt på helsebygg, har gått til «brannslukking» og utbedring av akutte tiltak framfor verdibevarende vedlikehold og oppgraderinger. En økning av andelen bygninger med en *tilfredsstillende* standard skyldes delvis at nye arealer er tilført den totale bygningsmassen.

### 2.3.3 Den samlede tilstanden til byggene som ble brukt i 2012, er forverret i 2020 i de fleste helseforetakene

Tilstandsvurderingene som ble gjennomført i 2012, 2016 og 2020, viser et øyeblikksbilde av den samlede tilstanden til bygningsmassen på disse tidspunktene. Siden helseforetakene har tatt i bruk nye bygg og solgt andre, er det ikke den samme bygningsmassen som ble tilstandsvurdert på disse tidspunktene. Vi har derfor undersøkt utviklingen i tilstanden til de byggene som har blitt vurdert alle de tre årene. Det vil si at bygg som er tatt ut av bruk, eller som er nye i perioden, ikke inngår i analysen, noe som gir en indikator på helseforetakenes evne til å vedlikeholde og oppgradere eksisterende bygninger.

Figur 5 viser utviklingen i den samlede tilstandsgraden siden 2012 for

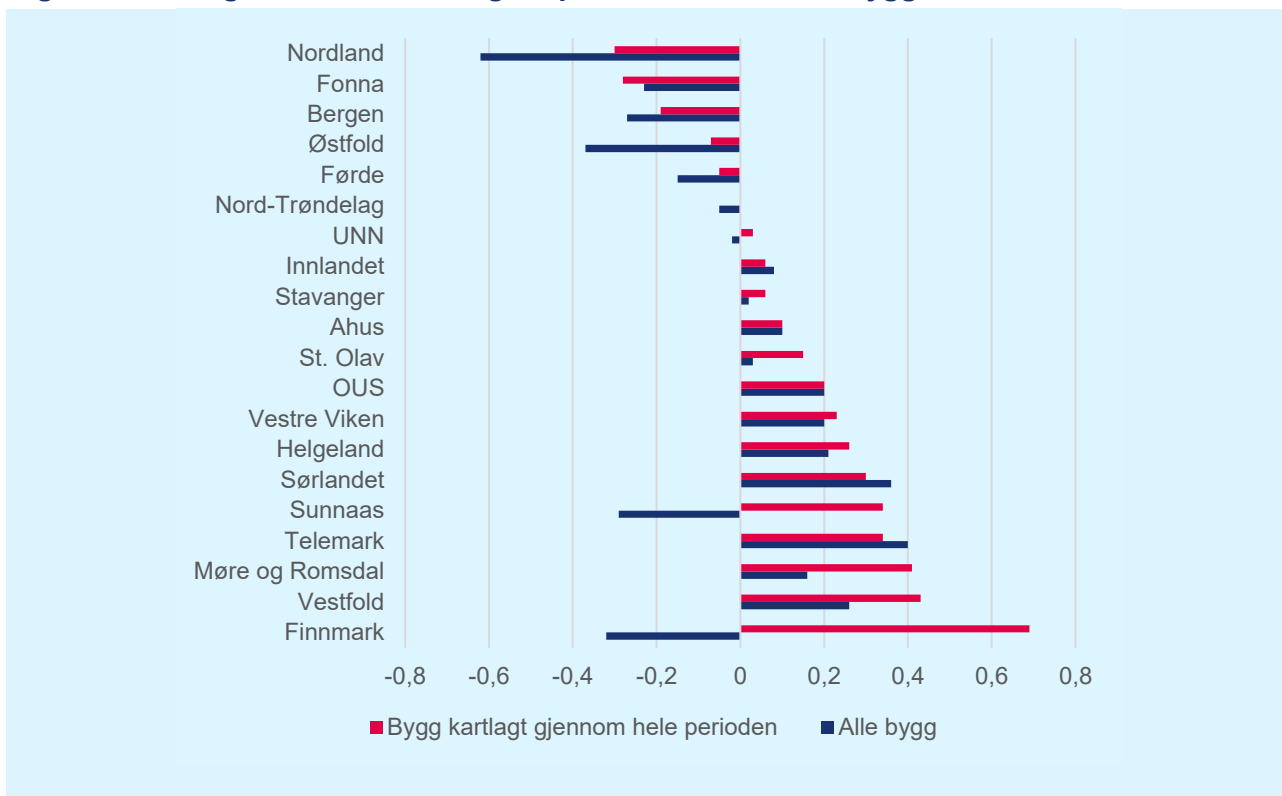
- bygg som har blitt tilstandsvurdert både i 2012, 2016 og 2020, altså bygningsmassen som var i bruk på alle målepunktene (markert i rødt)
- alle bygg som ble kartlagt enten i 2012 eller 2020 (markert i blått), noe som tilsvarende informasjonen i figur 4

En reduksjon i tilstandsgraden fra 2012 til 2020 betyr at tilstanden til bygningsmassen har blitt bedre (søylene er til venstre for 0 i figuren). Tilsvarende vises det en negativ utvikling i tilstandsgraden til høyre for 0 i figuren.

<sup>28</sup> State of the Nation – Norges tilstand 2021, Rådgivende Ingeniørers Forening (2021). Rapporten bruker datagrunnlag fra Multiconsult.

<sup>29</sup> RIF bruker en noe annen metode for tilstandsklassifisering av bygg; undersøkelsen er derfor ikke direkte sammenlignbar.

Figur 5 Utvikling i samlet tilstandsgrad på helseforetakenes bygg, 2012–2020



Kilde: Multiconsult. Areal- og kostnadsvektet og sortert etter bygg som er kartlagt både i 2012 og 2020. N = 20.

Figur 5 viser at 14 av helseforetakene hadde en *negativ* utvikling i den samlede tilstanden på byggene som de også eide i 2012. I seks helseforetak var tilstanden på byggene som de eide i 2012, *lik eller bedre* i 2020. Dette viser at alderen på byggene i seg selv ikke tilsier at tilstanden blir dårligere. Godt vedlikehold og oppgradering kan hindre at tilstanden på bygg forverres.

Videre viser figur 5 at tilnærmet alle helseforetakene som hadde en negativ utvikling i samlet tilstand på bygningsmassen fra 2012 til 2020, også har fått en forverret tilstand på byggene de eide i 2012. Dette betyr at manglende vedlikehold og oppgradering av eksisterende bygningsmasse er en viktig forklaring på utviklingen.

Det er enkelte unntak fra den negative utviklingen i den samlede tilstanden på byggene. Bygningsmassen til Sunnaas og Finnmark hadde en betydelig bedre tilstand i 2020 enn i 2012, noe som kan forklares med nybygg etter 2012. Samtidig har tilstanden til de eksisterende byggene som ble tilstandsvurdert i 2012, blitt forverret. Dette gjelder også for UNN, men ved dette helseforetaket er endringene ikke så store som ved de to andre foretakene.

### Faktaboks 3 Forhold som påvirker tilstandsgraden

#### Nye bygg

Nye bygg som er tatt i bruk, vil forbedre den samlede tilstandsgraden til lokasjonen og helseforetakets bygg. De ulike byggene blir arealvektet ved fastsettelse av den samlede tilstandsgraden til et foretaks bygningsmasse. Et stort nytt bygg vil dermed veie tyngre enn mindre bygg, og fordi et nytt bygg vil ha en god tilstand, vil det til dels skjule dårlig tilstand i foretakets øvrige bygg.

#### Bygg som er i bruk

Tilstanden til bygg vil bli dårligere over tid som følge av alder og slitasje. Noen av bygningskomponentene har kortere levetid og vil forfalle raskere enn andre komponenter, og må dermed vedlikeholdes eller skiftes ut tidligere.

Godt vedlikehold kan redusere verdiforringelsen, men kan ikke stanse den. Forbedringer av tilstandsgraden skjer gjennom større rehabiliteringer og utskiftinger (investeringer). Gamle bygg kan derfor også ha en *tilfredsstillende* tilstandsgrad. Bygg som er like gamle, kan altså ha en forskjellig tilstandsgrad avhengig av hvordan de har blitt vedlikeholdt og om det har blitt gjennomført oppgraderinger.

#### Bygg som skal tas ut av bruk

Bygg som det er vedtatt skal tas ut av bruk, selges eller rives, vil ofte ikke bli vedlikeholdt utover det strengt nødvendige. Et helseforetak vil derfor kunne tillate at slike bygg utvikler en dårligere tilstand fram mot for eksempel salg. Dette vil kunne påvirke den samlede tilstandsgraden til helseforetakets bygningsmasse. Når et stort, gammelt bygg erstattes med et nytt bygg, vil lokasjonens eller helseforetakets samlede tilstandsgrad påvirkes både av at et gammelt bygg med en dårligere tilstand utgår, og at et nytt bygg med en god tilstand kommer inn i beregningen.

#### 2.3.4 Den samlede tilstanden til bygningsmassen har utviklet seg negativt på et flertall av helseforetakenes lokasjoner i perioden 2012–2020

Alle helseforetakene, unntatt Sunnaas, har bygningsmassen sin fordelt på flere lokasjoner. Vi har undersøkt hvor mange av lokasjonene som har en bygningsmasse som har fått henholdsvis forbedret og forverret tilstandsgrad i perioden.

Kartleggingen av tilstanden i 2020 omfattet 150 lokasjoner. 132 av disse ble kartlagt også i 2012, og 61 prosent av disse har en dårligere samlet tilstand på bygningsmassen i 2020 enn i 2012. Enda flere av lokasjonene har fått forverret tilstand hvis vi bare inkluderer bygg som var i bruk i 2012. 42 prosent av helseforetakenes lokasjoner som ble kartlagt både i 2012 og 2020 har en utilfredsstillende tilstand på bygningsmassen i 2020.

Alle helseforetakene har lokasjoner der tilstanden til den samlede bygningsmassen har blitt forverret fra 2012 til 2020. I tre helseforetak har den samlede tilstanden på samtlige lokasjoner blitt *forverret* fra 2012 til 2020. De andre helseforetakene har både lokasjoner der tilstanden på byggene har blitt forverret fra 2012 til 2020, og der den har blitt forbedret. Om tilstanden på helseforetakenes bygg utelukkende måles på aggregert nivå, kan det altså skjule en ulik utvikling mellom lokasjonene innad i helseforetaket.

**Tabell 2 Utviklingen i samlet tilstand på helseforetakenes lokasjoner fra 2012 til 2020, i antall**

	2020 – tilfredsstillende	2020 – utilfredsstillende	Sum
<b>2012 – tilfredsstillende</b>	58	22	80
<b>2012 – utilfredsstillende</b>	19	33	52
<b>Sum</b>	77	55	

Kilde: Multiconsult

Tabell 2 viser at 33 av de 52 lokasjonene som hadde en samlet utilfredsstillende tilstand i 2012, fortsatt hadde dette i 2020 (63 prosent). 58 av de 80 lokasjonene som hadde en samlet tilfredsstillende tilstand i 2012, hadde fortsatt dette i 2020. Omtrent hver fjerde lokasjon som hadde tilfredsstillende tilstand i 2012, hadde fått en utilfredsstillende tilstand i 2020.

## 2.4 Bygningsmassen i helseforetakene har et stort oppgraderingsbehov

Teknisk oppgraderingsbehov defineres her som den innsats som kreves for å heve den tekniske kvaliteten til tilstandsgrad 1, det vil si at tilstanden på bygningsmassen skal være *tilfredsstillende*. Det anses at komponenter med tilstandsgrad 3 må utbedres innen de neste fem årene, mens komponenter med tilstandsgrad 2 må utbedres innen de neste 5–10 årene.<sup>30</sup>

Med utgangspunkt i kartleggingen av den tekniske tilstanden til byggene i 2020 er oppgraderingsbehovet beregnet til å koste minst 48 milliarder kroner for alle byggene som ble vurdert, og allerede i løpet av de neste fem årene bør det gjennomføres oppgraderinger for 29 milliarder kroner. I de regionale helseforetakenes felles utredning *Verdibevarende vedlikehold og internhusleieordning i spesialisthelsetjenesten* fra 2018 kommenteres vedlikeholdsetterslepet slik:

*«Vedlikeholdsetterslepet bokføres ikke, så den fulle kostnaden ved drift av sykehusene vises ikke i helseforetakenes regnskaper. I de fleste helseforetakene blir heller ikke avskrivningene som eiendommene genererer øremerket til vedlikehold/reinvesteringer. Dette har gitt helseforetakene en økonomisk fleksibilitet som har blitt brukt til andre oppgaver.*

*Utsatt vedlikehold medfører gjerne unødvendig høye driftskostnader på kort sikt, og økt investeringsbehov som konsekvens av tekniske følgeskader på lengre sikt. Dette pådratte vedlikeholdsetterslepet medfører derfor løpende økte kostnader og betydelige økonomiske tap.»*

Tabell 2 viser vedlikeholdsetterslepet (oppgraderingsbehovet) i kroner for alle byggene som ble kartlagt i 2020. Fordi de fire regionale helseforetakene ikke eier like mye areal, viser tabellen også oppgraderingsbehovet per kvadratmeter som hvert foretak eier.

<sup>30</sup> Kilde: Multiconsult.

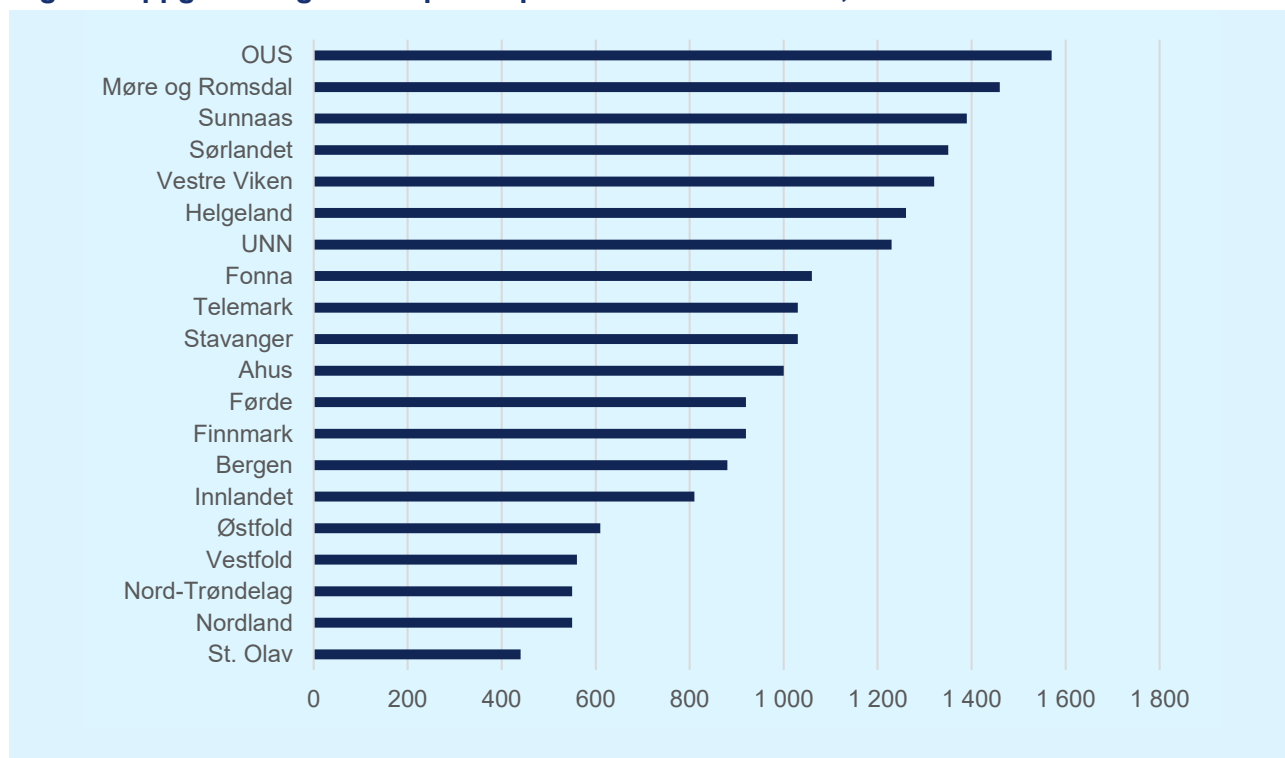


**Tabell 3 Samlet vedlikeholdsetterslep og årlig behov per m<sup>2</sup> i helseregionene, i kroner**

	Vedlikeholdsetterslep	Årlig behov per m <sup>2</sup>
<b>Helse Midt-Norge</b>	4 909 400 000	780
<b>Helse Nord</b>	5 497 900 000	1 000
<b>Helse Sør-Øst</b>	30 664 500 000	1 200
<b>Helse Vest</b>	6 790 500 000	930
<b>Sum</b>	47 862 300 000	

Kilde: Multiconsult

Tabell 3 viser at vedlikeholdsetterslepet varierer mellom de fire regionene.<sup>31</sup> Vedlikeholdsetterslepet i Helse Sør-Øst utgjør 64 prosent av det samlede vedlikeholdsetterslepet. Figur 7 viser det samlede oppgraderingsbehovet per m<sup>2</sup> for hvert helseforetak.

**Figur 6 Oppgraderingsbehov per m<sup>2</sup> per år de neste ti årene, i kroner**

Kilde: Multiconsult. N = 20.

Figur 6 viser at det beregnede oppgraderingsbehovet i et tiårsperspektiv varierer fra 440 til 1570 kroner per m<sup>2</sup> per år.<sup>32</sup>

De regionale helseforetakenes utredning av verdibevarende vedlikehold og internhusleieordning i 2018 viser til at omfanget av årlig vedlikehold har variert over tid og mellom de ulike helseforetakene, men at det er et generelt trekk at omfanget har vært for lite til å bevare verdien til bygningsmassen. Utredningen viser til at det for en typisk bygningsmasse i et helseforetak er nødvendig med et anslått årlig vedlikehold på 250–350

<sup>31</sup> Sykehuset i Haugesund er ikke kartlagt, og vedlikeholdsetterslepet i Helse Vest er derfor noe undervurdert.

<sup>32</sup> Sykehuset i Haugesund er ikke inkludert i Helse Fonna.

kroner per m<sup>2</sup> for å opprettholde den gjeldende tilstanden og unngå at vedlikeholdsetterslepet øker ytterligere.

I utredningen ble det innhentet informasjon som viser at det er svært stor variasjon i helseforetakenes årlige innsats til vedlikehold; den varierer fra 50 til om lag 270 kroner per m<sup>2</sup>. Utredningen peker på at noe av variasjonen kan forklares med ulik rapportering og uklare skiller mellom hva som er definert som henholdsvis drift, vedlikehold og oppgradering.<sup>33</sup>

Vedlikehold av bygningsmassen påvirkes også av planer om å utfase gamle bygg. Flere helseforetak har planer om nybygg som skal erstatte gamle bygg de nærmeste årene. Når det er gjort et vedtak om nybygg, er det rimelig at vedlikehold og oppgradering av byggene som skal utfases, reduseres til et minimum. Når de planlagte byggene erstatter bygg som har en dårlig teknisk tilstand, vil vedlikeholdsetterslepet bli redusert i årene framover.

Samtidig er det få store byggeprosjekter som er planlagt ferdigstilt i løpet av de nærmeste fem årene.<sup>34</sup> Flere helseforetak arbeider med planer om å bygge nye sykehus som vil stå ferdig lenger fram i tid. Det kan i flere av disse tilfellene argumenteres for at vedlikeholdet kan reduseres i bygg som skal fases ut. I flere foretak er det likevel usikkerhet rundt når de nye byggene skal stå klare, og det er i flere tilfeller ikke besluttet hvilke bygg eller lokasjoner som da skal tas ut av bruk.<sup>35</sup> For disse foretakene kan det få uheldige konsekvenser om vedlikeholdet reduseres allerede nå. Uansett er det slik at et flertall av byggene på de 150 lokasjonene der tilstanden ble kartlagt i 2020, ikke skal erstattes av nye bygg.



Bygging av nytt sykehus på Ullandhaug i Stavanger. Foto: Mikal Haga, Kruse Smith.

Rådgivende ingeniørers forening (RIF) har i rapporten sin i 2021 også beregnet det tekniske vedlikeholdsetterslepet på helsebygg.<sup>36</sup> RIF konkluderer med at etterslepet er nærmest uendret siden 2015, og at det har blitt prioritert akutte tiltak og brannslukking de siste årene. Tilstanden er vurdert til å være lik som i en tilsvarende utredning fra 2015 og innebærer et betydelig vedlikeholdsetterslep og behov for ekstraordinære

<sup>33</sup> Utredning: Verdibevarende vedlikehold og internhusleieordning i spesialisthelsetjenesten, Sykehusbygg 2018, s.3.

<sup>34</sup> Helseforetak som har startet opp byggeprosesser der eksisterende sykehus skal fases ut er sykehuset i Drammen (Vestre Viken) og sykehuset i Narvik (UNN). Det er ikke avklart om sykehusene i Molde og Kristiansund (Møre og Romsdal) skal fases ut de nærmeste fem årene.

<sup>35</sup> Dette gjelder blant annet Ullevål sykehus (OUS) og sykehusene i Innlandet.

<sup>36</sup> *State of the Nation – Norges tilstand 2021*, Rådgivende ingeniørers forening (2021).

midler utover verdibevarende eller periodisk vedlikehold. RIF estimerer at det tekniske oppgraderingsbehovet tilsvarer 40–55 milliarder kroner.

Et bygg kan ha behov for investeringer selv om det er godt vedlikeholdt og har en god tilstandsgrad. Det kan være behov for å tilpasse bygget til nye funksjonelle behov og moderne sykehusdrift. Eldre bygg kan imidlertid være vanskelige eller kostbare å tilpasse til moderne bruksbehov. Spørsmålet om et bygg er egnet til å bli tilpasset nye funksjoner og bruksmåter, kan vurderes gjennom å fastsette byggets tilpasningsdyktighet og egnethet. Med *bygningmessig tilpasningsdyktighet* menes de egenskapene som bygget har med hensyn til

- å kunne endre planløsning (fleksibilitet)
- å kunne endre bruken til en annen funksjon (generalitet)
- å kunne utvides (elastisitet)

*Egnethet* beskriver bygningers brukskvalitet, som dreier seg om hvordan bygninger kan hjelpe organisasjoner til å gjennomføre tjenestene sine på en optimal måte. Byggets egnethet dreier seg blant annet om planløsning, rominndeling, rommenes utforming og nærhet til andre funksjoner. I de regionale helseforetakenes felles rapport om verdibevarende vedlikehold og internhusleieordning i spesialisthelsetjenesten vises det til eksempler på faktorer som kan gjøre at et bygg ikke lenger er egnet:

- nye behandlingsformer
- nye organisasjonsformer
- endrede kapasitetsbehov
- lovkrav
- ny teknologi

Det beregnede tekniske oppgraderingsbehovet tar ikke hensyn til helseforetakenes behov for investeringer for å tilpasse byggene til nye behov. Verken tilstandsgraden eller et eventuelt vedlikeholdsetterslep viser hvorvidt et bygg er egnet for de som bruker det i dag, eller de som skal bruke det i årene framover. I undersøkelsen oppgir bare halvparten av helseforetakene at de har begynt å registrere tilpasningsdyktighet og egnethet.

I et langsiktig perspektiv skal det bygges mange nye sykehus. I planleggingen av disse byggene må det tas hensyn til at pasientbehandlingen vil skje på nye måter. Nye bygg kan utformes slik at lokalene kan tilpasses endrede behov. Det er imidlertid også behov for å tilpasse sykehusbygg som ikke skal fases ut. Et flertall av byggene på de 150 lokasjonene i helseforetakene skal ikke fases ut.

Departementet viser til at mange bygg med dårlig teknisk tilstandsgrad ikke kan bli funksjonelle og moderne sykehus, selv om det brukes mye ressurser på å bedre tilstanden. Slike bygg vil enten måtte erstattes eller gjennomgå store moderniseringer. I slike tilfeller prioriterer ofte helseforetakene å holde vedlikeholdet på et minimum til de kan erstatte bygningsmassen.

Rådgivende ingeniørers forening (RIF) påpeker i rapporten sin fra 2021 at det tekniske oppgraderingsbehovet ikke omfatter utviklings- eller ombyggingsbehov for å bedre byggenes egnethet for bruk. Sett opp mot økte krav og forventninger til nye løsninger innenfor helsesektoren er det samlede investeringsbehovet som er knyttet til ombyggingsbehov og nye arealer, derfor mye større enn det tallfestede tekniske oppgraderingsbehovet.

## 3 Tilstanden til helseforetakenes medisinsk-tekniske utstyr

Medisinsk-teknisk utstyr (MTU) er instrumenter, apparater og hjelpemidler som brukes i forbindelse med å forebygge, diagnostisere, behandle eller rehabilitere. Slikt utstyr er en viktig innsatsfaktor for å kunne sikre et likeverdig helsetilbud av god kvalitet. Verdien til helseforetakenes MTU tilsvarte 7,4 milliarder kroner ved utgangen av 2019 og utgjorde omtrent 20 prosent av de samlede investeringene i helseforetakene.<sup>37</sup> Kapitlet viser status og utviklingen i tilstanden til medisinsk-teknisk utstyr i helseforetakene, med vekt på de siste fem årene.

### Utvalgte revisjonskriterier

- Et av hovedformålene med spesialisthelsetjenesteloven er at befolkningen skal få likeverdige spesialisthelsetjenester av god kvalitet. Videre skal helsetjenestene som tilbys, være forsvarlige. Det utledes fra dette at god kvalitet i behandlingen blant annet avhenger av at helseforetakene har moderne utstyr og hjelpemidler som sikrer dette.
- Faglige anbefalinger (COCIR-standarden) tilsier at ikke mer enn 10 prosent av utstyret bør være mer enn ti år gammelt.
- I *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023* blir det framhevet at det er et behov for å vri ressursinnsatsen fra personell, som er en knapphetsressurs, til investeringer i teknologi (inkludert medisinsk-teknisk utstyr) og kompetanse som kan redusere det framtidige arbeidskraftbehovet.

### 3.1 Oppsummering

Det er vanlig å måle tilstanden til MTU-parken gjennom alderen på utstyret. Gjennomsnittsalderen på MTU-parken har økt fra 2015 til 2020 i et flertall av helseforetakene. Det er store variasjoner i gjennomsnittsalderen mellom foretakene.

Et helseforetak består av flere sykehus. Gjennomsnittsalderen til MTU-parken har også økt fra 2015 til 2020 i et flertall av de 40 undersøkte sykehusene. I mange helseforetak er det også store forskjeller i gjennomsnittsalderen mellom sykehusene.

I et flertall av helseforetakene økte også andelen av MTU-parken som er eldre enn ti år fra 2015 til 2020. Undersøkelsen viser at flertallet av helseforetakene har en MTU-park i 2020 der minst 30 prosent av utstyret er eldre enn ti år. Blant disse finner vi samtlige universitetssykehus. Bransjeorganisasjonen COCIR sin faglige anbefaling er at ikke mer enn 10 prosent av utstyret bør være mer enn ti år gammelt.

Det finnes ulike typer medisinsk-teknisk utstyr. Noen kategorier medisinsk-teknisk utstyr kan ha en teknisk levetid som er lengre enn ti år uten at dette innebærer et dårligere behandlingstilbud. Helse Sør-Øst RHF er det eneste regionale helseforetaket som har oversikt over alderen på ulike utstyrskategorier. Deres oversikt viser at gjennomsnittsalderen økte i de fleste kategoriene av medisinsk-teknisk utstyr fra 2015 til 2020. I Helse Sør-Øst er det store forskjeller mellom helseforetakene i gjennomsnittsalderen innenfor de samme kategoriene av medisinsk-teknisk utstyr. Enkelte helseforetak i regionen har gammelt utstyr i alle kategoriene.

En eldre utstyrspark utfordrer en sikker og stabil drift. En konsekvens av dette er omfanget av havari-investeringer. Dette er investeringer som gjennomføres fordi nedslitt utstyr bryter sammen. Undersøkelsen

<sup>37</sup> Bokført verdi per 31.12.2019, data fra helseforetakenes årsregnskaper og SSB.



indikerer at i mange helseforetak har andelen havariinvesteringer økt fra 2015 til 2020. Slike investeringer utgjør minst 20 prosent av investeringene i medisinsk-teknisk utstyr i omtrent halvparten av helseforetakene i 2020. Et stort omfang av havariinvesteringer vil kunne begrense helseforetakenes muligheter til å gjennomføre mer langsiktige og strategiske investeringer i utstyr, som møter den teknologiske og medisinskfaglige utviklingen.

## 3.2 Tilstanden til MTU-parken i 2020

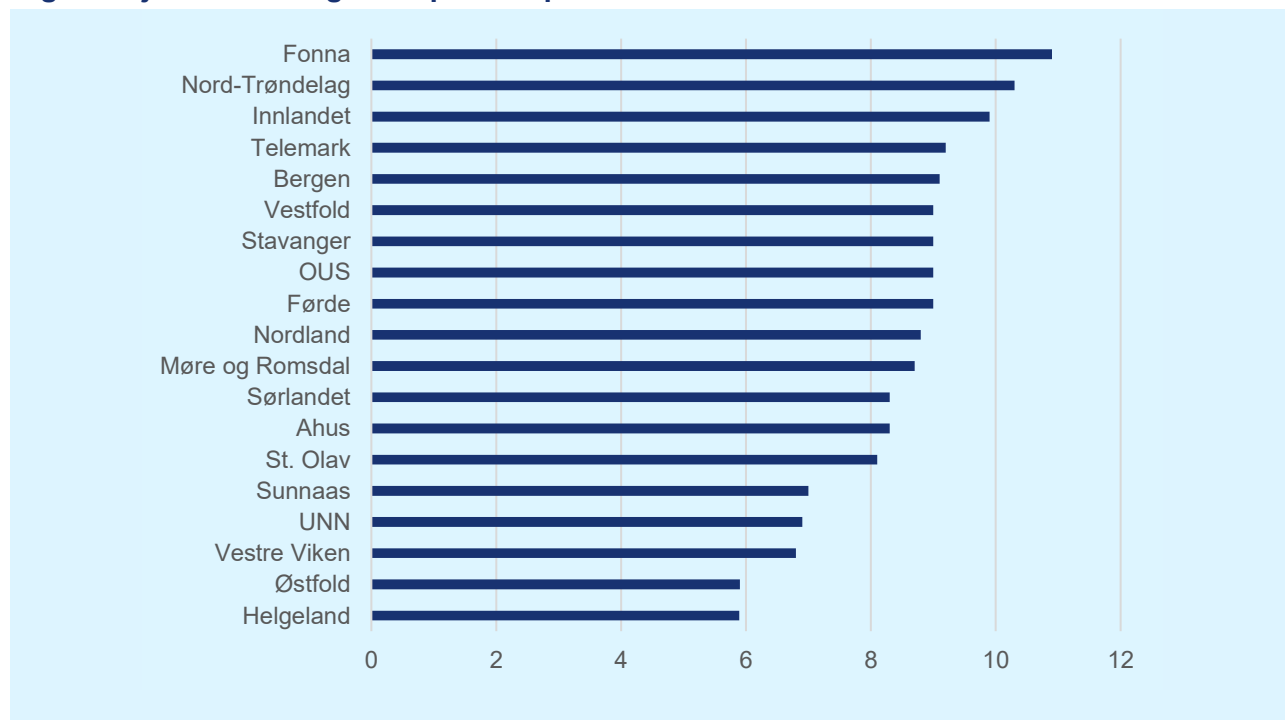
Undersøkelsen viser

- at det er stor variasjon i gjennomsnittsalderen på MTU-parken mellom helseforetakene og mellom sykehusene i helseforetakene
- at mer enn 30 prosent av enhetene i MTU-parken er eldre enn ti år i flertallet av helseforetakene
- at mer enn 30 prosent av det medisinsk-tekniske utstyret som er i bruk, har passert den økonomiske levetiden i flertallet av helseforetakene <sup>38</sup>
- at det er store forskjeller mellom helseforetakene i Helse Sør-Øst når det gjelder gjennomsnittsalderen på medisinsk-teknisk utstyr innenfor samme kategori

### 3.2.1 Det er stor variasjon i gjennomsnittsalderen på MTU-parken mellom helseforetakene og mellom sykehusene i helseforetakene

Gjennomsnittsalderen på MTU-parken kan gi en indikasjon på utstyrets kvalitet, og økt gjennomsnittsalder over tid er et faresignal for utstyrs parkens tilstand.<sup>39</sup>

**Figur 7 Gjennomsnittlig alder på MTU per helseforetak i 2020**



Kilde: Helseforetakene og RKMTU. N = 19.<sup>40</sup>

<sup>38</sup> Varige driftsmidler avskrives regnskapsmessig over den forventede levetiden for å fordele kostnaden over tiden investeringen er i bruk. Den økonomiske levetiden er den forventede tiden det er lønnsomt å bruke eiendelen før den skiftes ut. Når levetiden er passert står eiendelen med 0 i bokført verdi.

<sup>39</sup> Områdeplan medisinsk-teknisk utstyr MTU ved OUS HF 2018–2021.

<sup>40</sup> Finnmark har ikke levert data.

Figur 7 viser at den gjennomsnittlige alderen på MTU-parken varierer fra under seks til over ti år. Utstyret er nær dobbelt så gammelt i de to helseforetakene med høyest gjennomsnittsalder som i de to foretakene med lavest gjennomsnittsalder.

Videre viser figuren at den gjennomsnittlige alderen på MTU-parken varierer mellom helseforetakene i den enkelte helseregion:

- I Helse Nord varierer alderen fra under seks år i Helgeland til omtrent ni år i Nordland.
- I Helse Midt-Norge varierer alderen fra omtrent åtte år i St. Olav til mer enn ti år i Nord-Trøndelag.
- I Helse Vest varierer alderen fra omtrent ni år i Førde til nesten elleve år i Fonna.
- I Helse Sør-Øst varierer alderen fra under seks år i Østfold til nesten ti år i Innlandet.

Disse forskjellene i alderen på MTU-parken mellom helseforetakene må tolkes med noe varsomhet. Noe av forskjellen kan blant annet ha følgende forklaringer:

- Det er ulik praksis for og kvalitet på registreringene i utstysregisteret.<sup>41</sup>
- Det er variasjoner i kategorier av utstyr som brukes i pasientbehandlingen, på grunn av funksjonsfordeling mellom helseforetakene. Funksjonsfordeling betyr at en oppgave (diagnostikk, behandling eller oppfølging) fordeles til noen sykehus og ikke til andre.
- Når et nytt sykehus tas i bruk, blir det anskaffet mye nytt medisinsk-teknisk utstyr. I årene før sykehuset tas i bruk, blir investeringer ofte utsatt.



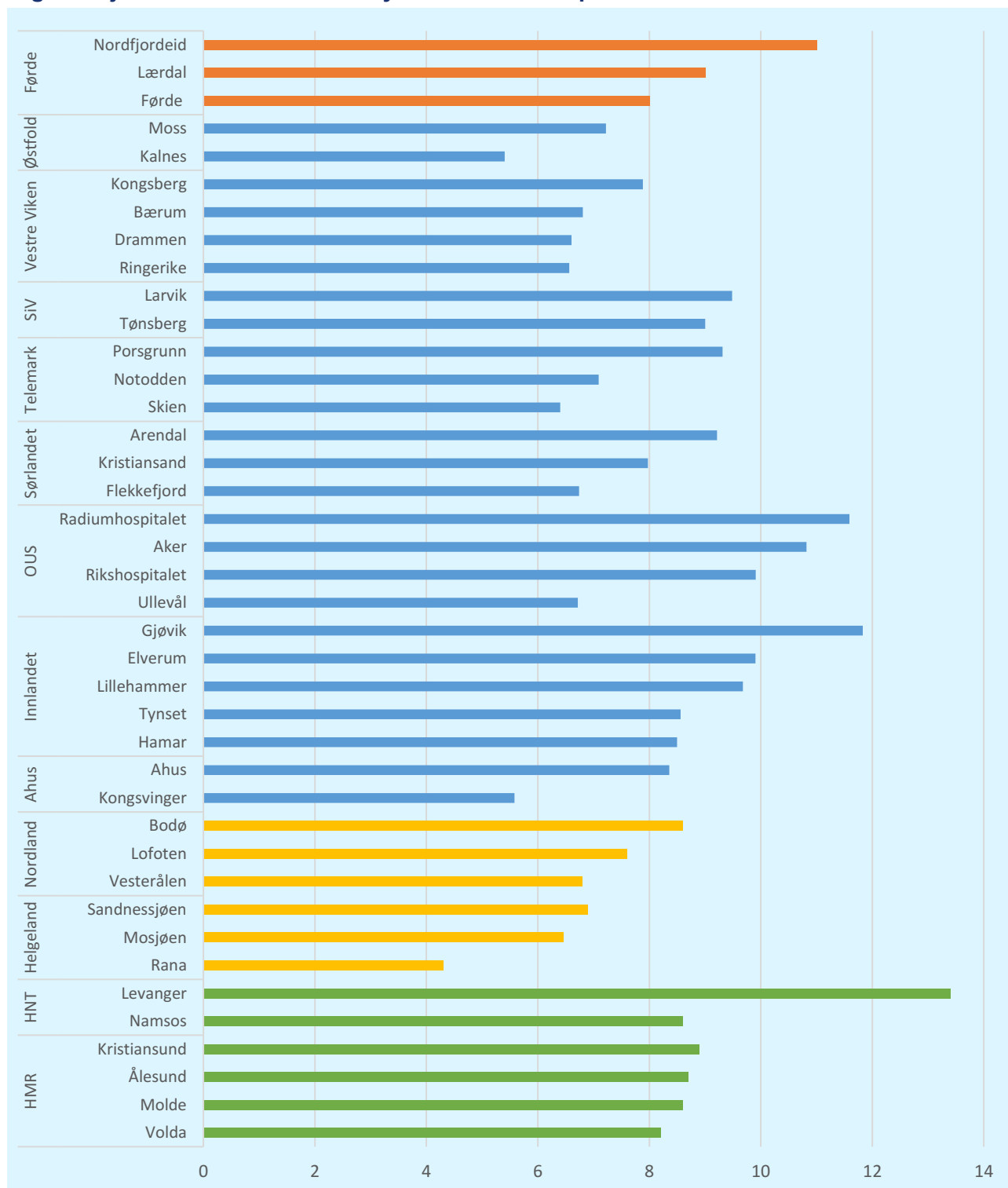
Mange typer medisinsk-teknisk utstyr brukes i sykehusene. Foto: Scandinavian StockPhoto/tyler olson.

<sup>41</sup> Eksempler på dette er ulike rutiner for hvilket utstyr som blir registrert; om alt utstyr som kasseres, blir registrert som kassert; om utstyr som finansieres fra andre kilder enn helseforetaket selv (fond, gaver, forskning), blir registrert.

## Det er store variasjoner i gjennomsnittsalderen på MTU-parken mellom sykehusene, også innenfor samme helseforetak

I de fleste helseforetakene skjer pasientbehandlingen ved flere sykehus. Vi har undersøkt om det er variasjoner i gjennomsnittsalderen på MTU-parken mellom sykehusene i 13 helseforetak.<sup>42</sup> Figur 8 viser sykehusene i hvert helseforetak, og fargene på søylene marker hvilken helseregion de tilhører.

**Figur 8 Gjennomsnittsalderen til sykehusenes MTU-park i 2020**



Kilde: Helseforetakene og RKMTU

<sup>42</sup> Bergen, Fonna, St. Olav, Finnmark og UNN har ikke levert data for sine sykehus. Stavanger og Sunnaas har begge kun en lokasjon.

Figur 8 viser at gjennomsnittsalderen på MTU-parken varierer mellom sykehusene, og at den kan variere betydelig mellom sykehus innenfor samme helseforetak. Innlandet, Nord-Trøndelag og OUS er noen eksempler på helseforetak som har variasjon i gjennomsnittsalderen på utstyret ved sykehusene:

- I Innlandet varierer gjennomsnittsalderen fra drøyt åtte år på Tynset og Hamar til nesten tolv år på Gjøvik.
- I OUS varierer gjennomsnittsalderen fra omtrent seks og et halvt år på Ullevål til nesten tolv år på Radiumhospitalet.
- I Nord-Trøndelag varierer gjennomsnittsalderen fra omtrent åtte og et halvt år i Namsos til mer enn tretten år i Levanger.

#### Faktaboks 4 OUS' beskrivelse av mulige konsekvenser av en aldrende MTU-park

OUS gir i områdeplanen sin for MTU for perioden 2018–2021 en oversikt over hvilke konsekvenser en aldrende utstyrspark kan få for pasientene og økonomien.

Mulige konsekvenser for pasientene er

- at det blir økt ventetid – økt feilfrekvens kombinert med lengre reparasjonstid gir mer nedetid
- at de ikke får beste behandling – mange nye medisinske prosedyrer krever oppdatert utstyr
- at de får dårligere diagnostisering – nyere utstyr har høyere oppløsning, nøyaktighet og sensitivitet
- at de får større belastning – nyere utstyr reduserer belastningen med hensyn til stråledoser og behandlingstid– noe som medfører mindre omfattende inngrep
- at det blir økt risiko for avbrudd i behandlingen – noe som er et resultat av økt feilfrekvens
- at pasientsikkerheten blir dårligere

Mulige konsekvenser for økonomien er

- at det blir reduserte muligheter for strategiske og planlagte innkjøp – innkjøp som gjøres på grunn av sammenbrudd av kritisk utstyr gir liten tid til saksbehandling, og det resulterer ofte i kostbare og suboptimale løsninger
- at drifts- og vedlikeholdsbudsjettet må økes – noe som er et resultat av økt feilfrekvens kombinert med lengre reparasjonstid, mangel på reservedeler og dyrere servicekontrakter på gammelt utstyr
- at inntjeningen blir lavere – produksjonen hemmes av økt nedetid
- at det blir mindre muligheter for effektivisering – nye effektive og ressursbesparende metoder kan ikke tas i bruk på grunn av utstyrsmangel
- at det blir en mindre effektiv bruk av personalet og øvrige ressurser – personalet må vente på at utstyr repareres, eller bruker mye tid på utstyr som ikke virker

Kilde: Områdeplan medisinsk-teknisk utstyr MTU ved OUS HF 2018–2021

### 3.2.2 Mer enn 30 prosent av enhetene i MTU-parken er eldre enn ti år i flertallet av helseforetakene

Ovenfor har vi brukt gjennomsnittlig alder som et mål på tilstanden til en MTU-park. En annen måte å måle tilstanden på er å ta utgangspunkt i hvor stor andel av MTU-parken som faller inn under ulike aldersgrupper. En gruppering som er relativt utbredt, er COCIR-standard, jf. tabell 3.<sup>43</sup>

<sup>43</sup> COCIR (European Coordination Committee of the Radiological and Electromedical Industries) er en organisasjon som representerer den medisinske teknologibransjen i Europa.



Tabell 4 COCIR-standarden

Aldersgruppe	Beskrivelse	Anbefalt andel
Under fem år	Utstyret er oppdatert	Minst 60 %
Mellom fem og ti år	Utstyret er fortsatt egnet for bruk, men gjenanskaffelse må planlegges	Maks 30 %
Over ti år	Utstyret bør skiftes ut	Maks 10 %

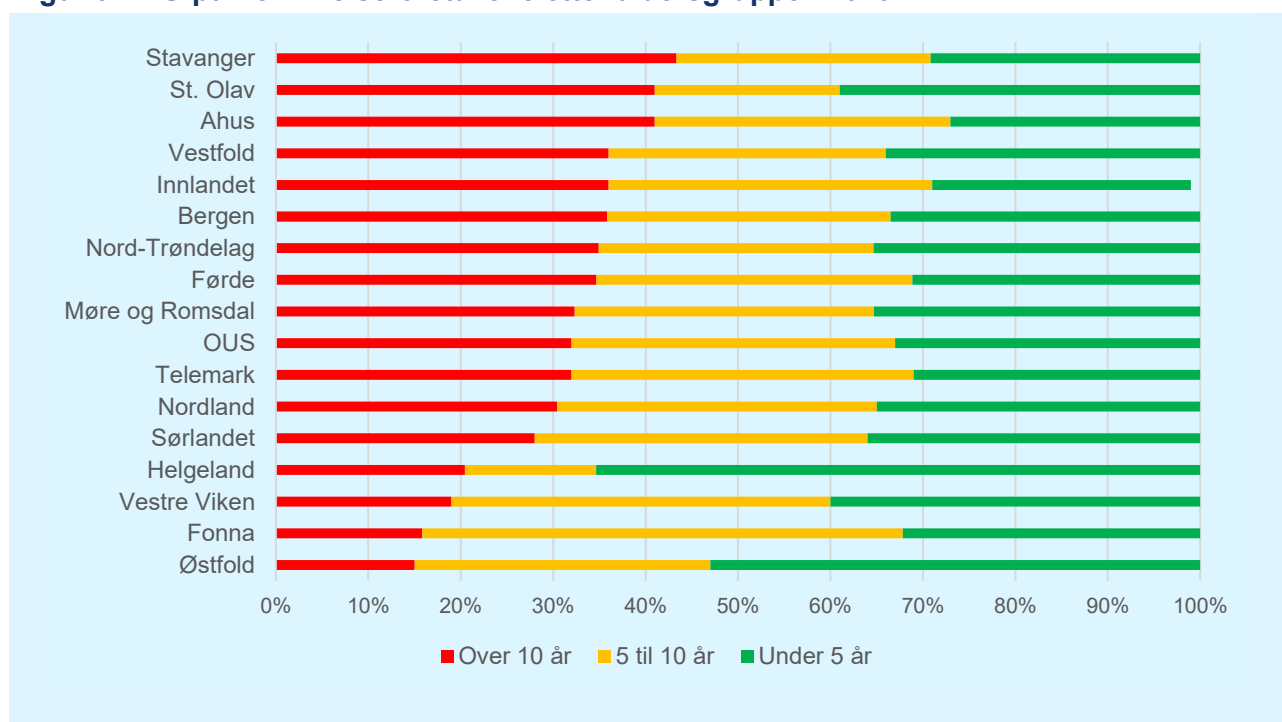
Standarden er en anbefaling, og forskjellige typer utstyr har ulike levetider. Noen kategorier utstyr har en levetid som er kortere enn ti år, mens andre kategorier kan ha en levetid som er lengre enn ti år. En del typer utstyr kan derfor være eldre enn ti år uten at det innebærer et dårligere behandlingstilbud. Standarden anbefaler imidlertid at det skal finnes en plan for utskiftning av utstyr som er eldre enn ti år.

Data fra helseforetakene viser at MTU-parken samlet sett fordeler seg slik med hensyn til alder:

- 36 prosent av utstyret er under fem år gammelt
- 33 prosent av utstyret er mellom fem og ti år gammelt
- 31 prosent av utstyret er over ti år gammelt

Det er stor variasjon mellom helseforetakene, jf. figur 9.

Figur 9 MTU-parken i helseforetakene etter aldersgruppe i 2020



Kilde: Helseforetakene og RKMTU. Sortert etter andel i aldersgruppa over 10 år. N = 17.<sup>44</sup>

Figur 9 viser at minst 15 prosent av MTU-parken er eldre enn ti år i alle helseforetakene. Andelen av MTU-parken som er eldre enn ti år, varierer fra 15 prosent i Østfold til over 40 prosent i Stavanger, Ahus og St. Olav. I tolv helseforetak er mer enn 30 prosent av MTU-parken eldre enn ti år, og blant disse finner vi alle universitetssykehusene.

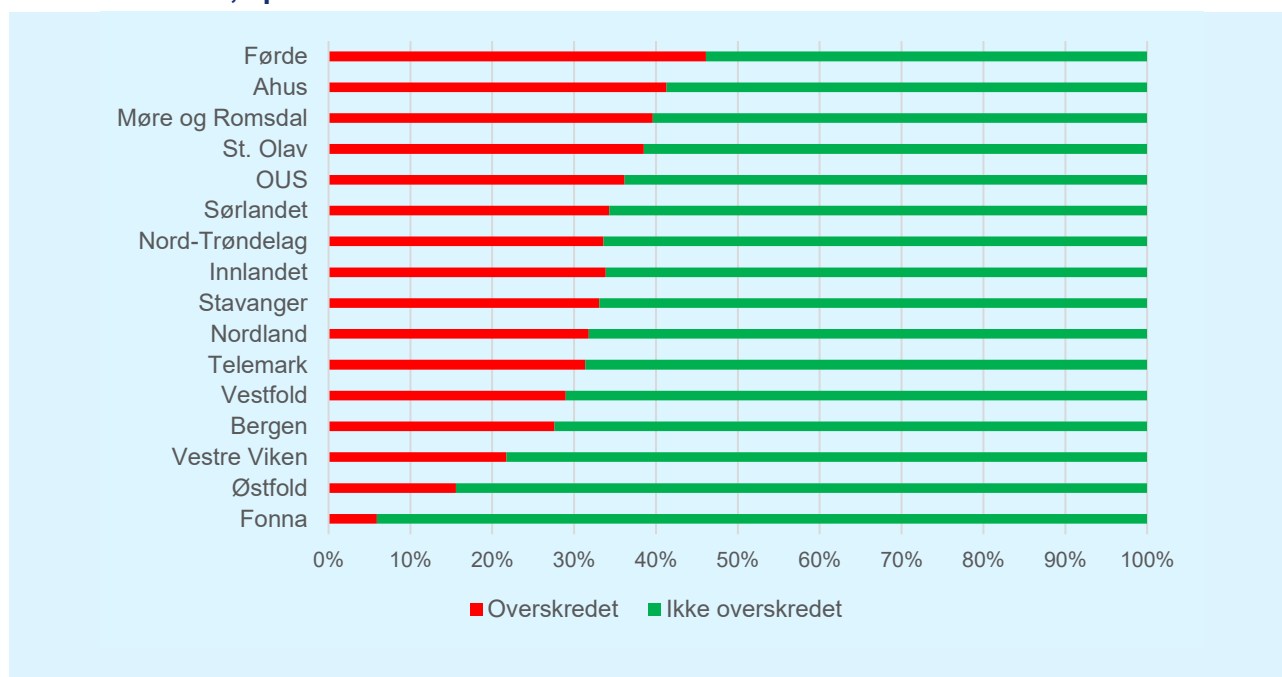
<sup>44</sup> Med unntak av UNN og Finnmark har alle helseforetakene oversendt en oversikt etter COCIR-standarden. Det finnes imidlertid ikke data for Sunnaas.

COCIR-standarden anbefaler at minst 60 prosent av utstyret skal være under fem år. Figur 9 viser at det er tilnærmet ingen av helseforetakene som tilfredsstillende denne anbefalingen. Østfold og Helgeland skiller seg ut ved at en stor andel av MTU-parken er under fem år. Situasjonen i Østfold kan ha sammenheng med at det ble tatt i bruk et nytt bygg i 2014, og at det i den forbindelse ble investert i mye nytt utstyr. I alle de andre helseforetakene utgjør andelen av MTU-parken som er under fem år, mellom 27 og 40 prosent.

### 3.2.3 Mer enn 30 prosent av det medisinsk-tekniske utstyret som er i bruk, har passert den økonomiske levetiden i flertallet av helseforetakene

Noen typer medisinsk-teknisk utstyr kan ha en teknisk levetid som er lengre enn ti år. Utstyr kan dermed være eldre enn ti år uten at dette innebærer et dårligere behandlingstilbud. Vi har derfor også undersøkt hvor stor del av MTU-parken som har overskredet den økonomiske levetiden, som tar hensyn til at forskjellige typer utstyr har ulik forventet teknisk levetid.<sup>45</sup> Den økonomiske levetiden er overskredet når utstyret er ferdig avskrevet i helseforetakenes regnskaper, og verdien er satt til null. Avskrivningstiden er forskjellig for ulike typer MTU.

**Figur 10 Andelen av MTU-parken i helseforetakene som har overskredet den økonomiske levetiden i 2020, i prosent**



Kilde: Helseforetakene. N = 16.<sup>46</sup>

Figur 10 viser at andelen av MTU-parken som hadde overskredet den økonomiske levetiden ved utgangen av 2019, men som fortsatt var i bruk, varierer mye mellom helseforetakene. I de fleste foretakene er denne andelen 30 prosent eller mer. Tre av foretakene som har høyest andel, er universitetssykehus.

Basert på informasjon fra helseforetakene vil mer enn halvparten av MTU-parken som var i bruk i 2020, ha overskredet den økonomiske levetiden innen fem år (det vil si innen 31.12.24). Dette indikerer at mange helseforetak har behov for å erstatte en stor del av MTU-parken de neste årene. I fire av helseforetakene vil mer enn 70 prosent av MTU-parken som var i bruk i 2020, ha passert den økonomiske levetiden innen de neste fem årene.

<sup>45</sup> Denne indikatoren fanger kun opp investeringer. Det innebærer at den ikke inkluderer den delen av MTU-parken som omfatter innkjøp av enheter med så lav anskaffelsesverdi at de ikke blir definert som investeringer.

<sup>46</sup> Det finnes ikke data for Helgeland, UNN, Sunnaas og Finnmark.

### 3.2.4 Det er store forskjeller mellom helseforetakene i Helse Sør-Øst når det gjelder gjennomsnittsalderen på medisinsk-teknisk utstyr innenfor samme kategori

Forskjellige kategorier av medisinsk-teknisk utstyr kan ha ulik forventet levetid. For å kunne gjennomføre en systematisk planlegging og prioritering av investeringer i medisinsk-teknisk utstyr bør helseforetakene derfor ha en form for kategorisering i hovedgrupper, slik at de kan få en oversikt over status og utvikling i MTU-parkens tilstand.

Det har tidligere ikke eksistert noen kategorisering av MTU-parken utover noen svært overordnede avskrivningsklasser (SHD-klasser). MTU-parken kan også klassifiseres i svært detaljerte utstyrsgrupper (NKKN, som består av flere enn 2000 typer utstyr), men en slik kategorisering gir begrenset styringsmessig nytte.

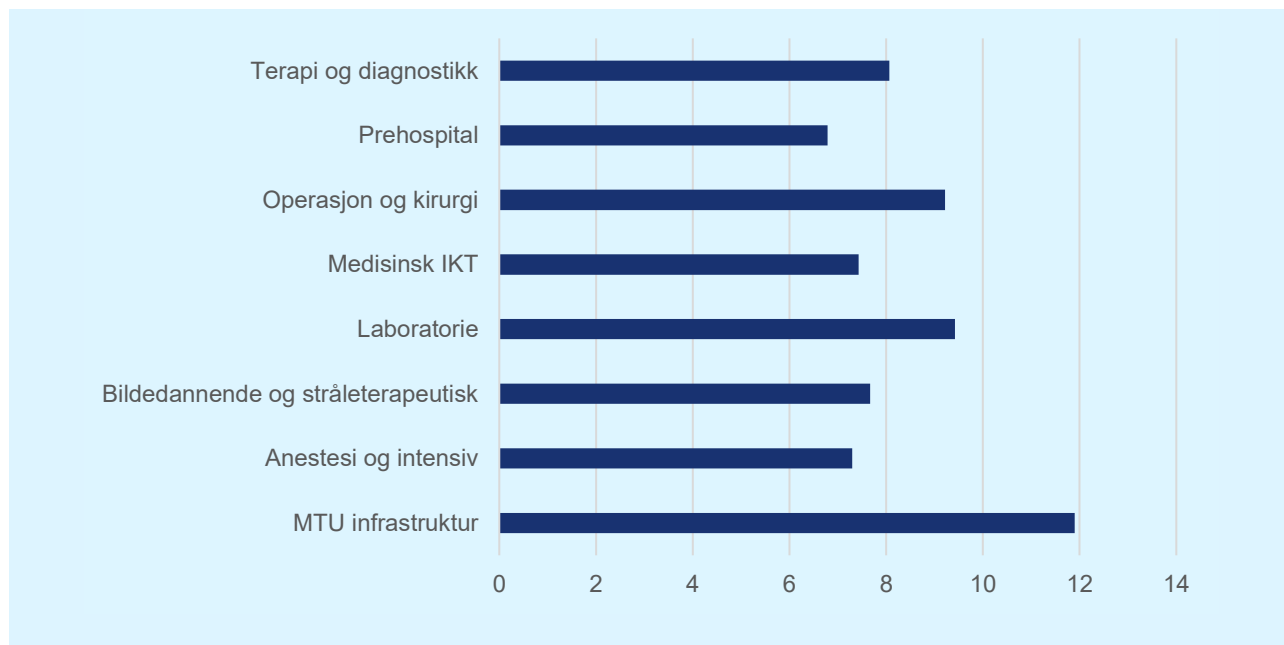
For å kunne framskaffe rapporter om alderen på ulike utstyrsgrupper på en enkel måte bør utstyret være kategorisert i utstyrsregisteret. Helseforetakene i tre av helseregionene har imidlertid ikke noen felles metode for å kategorisere MTU-parken i regionen. Da er det heller ikke mulig å sammenligne status og utvikling i ulike utstyrsgrupper mellom helseforetakene i disse helseregionene. To av helseforetakene i de tre regionene svarer at de ikke har kategorisert MTU i grupper i utstyrsregisteret. Tre helseforetak har kategorisert utstyret etter SHD-grupperingen. Fem helseforetak har kategorisert utstyret på andre måter.

Helse Sør-Øst RHF har opprettet et eget analysemiljø for medisinsk-teknisk utstyr i regionen: Regionalt kompetansesenter for samordning av investeringer i medisinsk-teknisk utstyr i Helse Sør-Øst (RKMTU), se faktaboks 5. RKMTU har kategorisert MTU-parken etter ulike formål, blant annet:

- *Innkjøpsgrupper* er kategorier av utstyret som har synergier med hensyn til håndtering eller kompetanse, for eksempel ved at de har fellestrekk i innkjøpsstrategien.
- Innenfor hver innkjøpsgruppe er det utviklet flere *anbudspakker*. Dette er produkter som kan håndteres gjennom en anbudsforespørsel.

Gjennomsnittsalderen på ulike utstyrsgrupper kan dermed sammenlignes mellom helseforetakene i Helse Sør-Øst. Figur 11 viser gjennomsnittsalderen per innkjøpsgruppe.

**Figur 11 Gjennomsnittsalderen til ulike kategorier av medisinsk-teknisk utstyr i Helse Sør-Øst i 2020**



Kilde: RKMTU

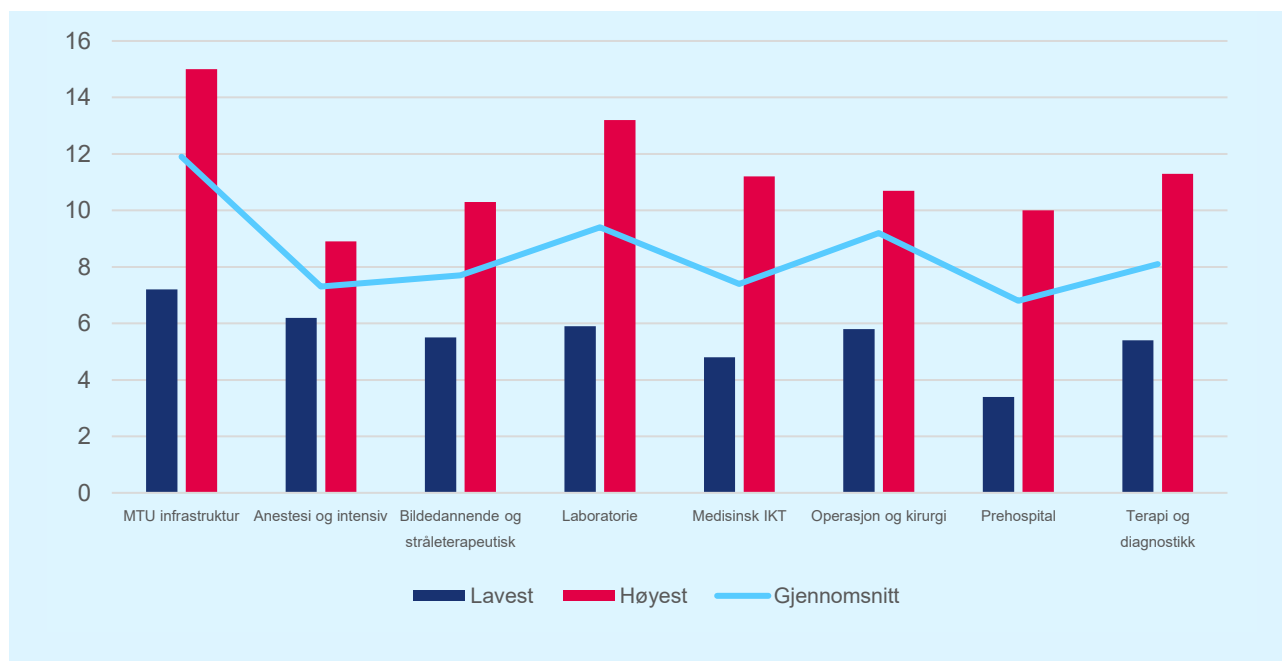
Figur 11 viser gjennomsnittsalderen på medisinsk-teknisk utstyr i ulike kategorier i helseforetakene i Helse Sør-Øst. Gjennomsnittsalderen varierer fra nesten sju år i innkjøpsgruppa «prehospital» til nær tolv år i gruppa «MTU infrastruktur».

Innkjøpsgruppa «anestesi og intensiv» er den klart største målt i antall enheter (35 prosent av alle). Innkjøpsgruppa «billedannende og stråleterapeutisk» er den klart største når det tas hensyn til verdien på enhetene (omtrent 37 prosent av samlet verdi).

Helseforetakenes fordeling av MTU-parken mellom de åtte innkjøpsgruppene kan ha stor betydning for beregningen av uvektet gjennomsnittsalder. For eksempel har OUS en høy gjennomsnittsalder på «billedannende og stråleterapeutisk». Helseforetaket har imidlertid en relativt lav gjennomsnittsalder på sin totale MTU-park fordi gjennomsnittsalderen på «anestesi og intensiv» er lav. Dette er et eksempel på at det er viktig for helseforetakene å ha informasjon om alderen på utstyr i ulike kategorier når de planlegger og prioriterer investeringer i medisinsk-teknisk utstyr.

Vi har undersøkt om det er store forskjeller mellom helseforetakene når det gjelder gjennomsnittsalderen på medisinsk-teknisk utstyr innenfor samme kategori.

**Figur 12 Forskjeller i gjennomsnittsalderen per MTU-kategori mellom helseforetakene i Helse Sør-Øst i 2020**



Kilde: RKMTU

Figur 12 viser at det er stor variasjon mellom helseforetakene når det gjelder gjennomsnittsalderen i alle de åtte innkjøpsgruppene. For eksempel varierer gjennomsnittsalderen til «anestesi og intensiv», der variasjonen er minst, fra omtrent seks år i Vestre Viken, OUS og Østfold til omtrent ni år i Innlandet.

De fleste helseforetakene har en lav gjennomsnittsalder i noen av innkjøpsgruppene og samtidig en relativt høy gjennomsnittsalder i andre grupper. Enkelte helseforetak, for eksempel Innlandet, har en høy gjennomsnittsalder i de fleste av innkjøpsgruppene, mens andre helseforetak, for eksempel Østfold og Vestre Viken, har en lav gjennomsnittsalder i de fleste av innkjøpsgruppene.

Utbruddet av koronapandemien viste betydningen av å god oversikt over MTU-parken. I arbeidet med pandemien ga RKMTU informasjon til Helse Sør-Øst RHF og foretakene gjennom analyser og rapporter. I februar 2020, helt i begynnelsen av pandemien, var det behov for å kartlegge intensivkapasiteten og tilgjengelig intensivutstyr. Med bakgrunn i en analyse av respiratorer og annet intensivutstyr fra RKMTU i

2018 fikk Helse Sør-Øst RHF raskt informasjon om kapasiteten i regionen og en oversikt over behov for anskaffelser av intensivutstyr til pandemiberedskapen (se nærmere om RKMTU i faktaboks 5).

### **Faktaboks 5 RKMTU – Regionalt kompetansesenter for samordning av investeringer i medisinsk-teknisk utstyr i Helse Sør-Øst**

Formålet med RKMTU er å få bedre innsikt i, og legge til rette for bedre regional samordning og koordineringen av, anskaffelser av MTU. Dette innebærer å dokumentere utviklingstrekk for utstyrs-kategoriene, utfordringer ved dagens situasjon og strategiske veivalg, og at mulighetene for helseforetakene i Helse Sør-Øst når det gjelder anskaffelse, drift og forvaltning av MTU blir kartlagt.

Senteret er operativt ansvarlig for regionale MTU-anskaffelser i Helse Sør-Øst, og en sentral oppgave er å identifisere MTU som er egnet for anskaffelse på regionalt nivå, og gjennomføre anskaffelsene i samarbeid med de regionale produktrådene.

RKMTU innhenter data fra utstyrsregistrene til alle helseforetakene i regionen og utarbeider analyser. Senteret kan dermed levere detaljerte og oppdaterte rapporter og prognoser og har utviklet analyser som gir detaljert og oppdatert informasjon om tilstanden til MTU-parken i regionen.

RKMTU leverte blant annet en rapport om respiratorer i helseforetakene i Helse Sør-Øst i 2017. Formålet med rapporten var blant annet å beskrive dagens respiratorpark ved helseforetakene i Helse Sør-Øst og regionen som helhet, for å avdekke felles utfordringer og muligheter på tvers av helseforetakene. Funnene ville danne et underlag for prioriterings-/fordelingsdiskusjonene for MTU-investeringene ved det enkelte helseforetak. Rapporten ville også identifisere hvilke faktorer som nødvendiggjorde utskiftning av respiratorer, herunder hvilke teknologiske og økonomiske faktorer som driver utskiftningsbehovet, og identifisere muligheten for hensiktsmessig standardisering av respiratorparken per helseforetak.

I rapporten gir RKMTU en detaljert oversikt over respiratorparken i regionen – modeller, antall, geografisk plassering og alder (snittalder per foretak). Videre inneholder rapporten en analyse av når utstyret vil nå sin tekniske og økonomiske levetid, og en beskrivelse av reanskaffelsesbehovet og kostnader i forbindelse med dette. Rapporten presenterer også variasjoner mellom helseforetakene og en faglig vurdering av ny og gammel teknologi.

I rapporten konkluderer RKMTU med at det antakelig vil være et betydelig gevinstpotensial i å gjennomføre en samlet regional anskaffelse av respiratorer. På bakgrunn av den foreslåtte utstyrs-typens egenskaper antar senteret at hoveddelen av de kvantitative gevinstene er knyttet til lavere innkjøpspriser og lavere administrasjonskostnader ved anskaffelser. RKMTU forventer i tillegg at det vil være betydelige kvantitative gevinster ved å inngå en regional avtale. Disse gevinstene er knyttet til

- frigjøring av klinisk tid til pasientbehandling
- frigjøring av tid i serviceavdelingen
- standardisering av opplæring og sertifisering for både klinisk- og servicepersonell

I rapporten framhever RKMTU at en standardisert respiratorpark støtter helseregionens mål om å tilby likeverdig pasientbehandling, og anbefaler at det inngås en regional avtale om respiratorer med en eller flere leverandører.

Kilde: Helse Sør-Øst RHF og RKMTU

### 3.3 Utvikling i tilstanden til medisinsk-teknisk utstyr

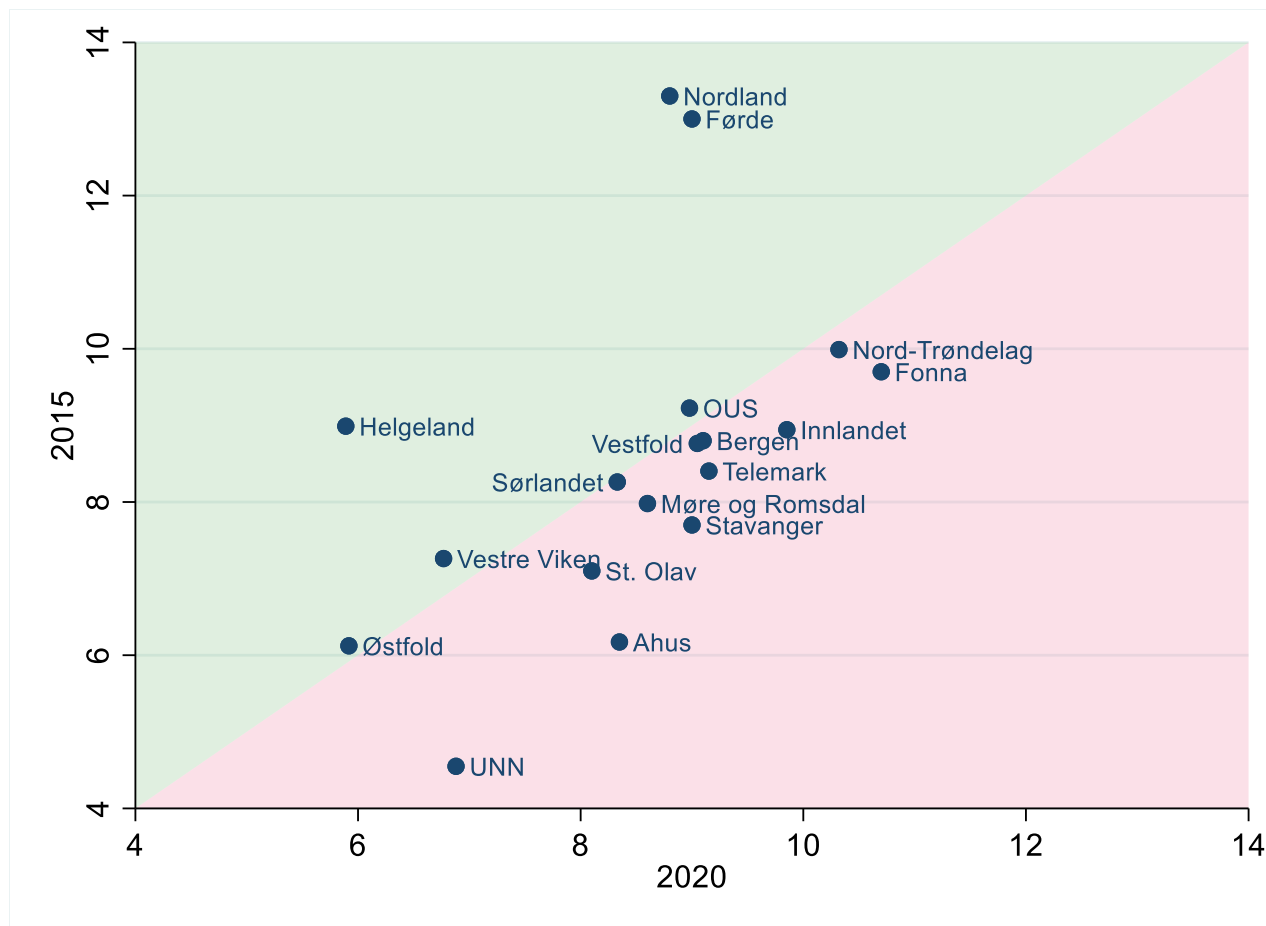
Undersøkelsen viser

- at gjennomsnittsalderen på MTU-parken har økt i flertallet av helseforetakene og sykehusene etter 2015
- at andelen av MTU-parken som er eldre enn ti år, har økt etter 2015 i flertallet av helseforetakene
- at gjennomsnittsalderen økte i seks av åtte kategorier av medisinsk-teknisk utstyr fra 2015 til 2020 i helseforetakene i Helse Sør-Øst

#### 3.3.1 Gjennomsnittsalderen på MTU-parken har økt i flertallet av helseforetakene og sykehusene

Vi har undersøkt utviklingen i gjennomsnittsalderen på MTU-parken over tid. Figur 13 gir en framstilling av utviklingen siden 2015. Den horisontale aksene i figuren viser gjennomsnittsalderen i 2020, mens den vertikale aksene viser gjennomsnittsalderen i 2015. Når det gjelder helseforetakene i det røde feltet i figuren, økte gjennomsnittsalderen på det medisinsk-tekniske utstyret fra 2015 til 2020, mens den ble redusert i helseforetakene i det grønne feltet.

**Figur 13 Utviklingen i gjennomsnittsalderen til MTU-parken fra 2015 til 2020 per helseforetak**



Kilde: Helseforetakene og RKMTU. N = 18.<sup>47</sup>

<sup>47</sup> Det finnes ikke data for Sunnaas og Finnmark.

Figur 13 viser at den gjennomsnittlige alderen på MTU-parken økte fra 2015 til 2020 i tolv helseforetak, mens den ble redusert i seks foretak. Gjennomsnittsalderen på MTU-parken økte dermed i to av tre helseforetak fra 2015 til 2020. I fem foretak økte gjennomsnittsalderen med ett år eller mer.<sup>48</sup>

Videre viser figur 13 at gjennomsnittsalderen på MTU-parken økte med mindre enn ett år i seks av de tolv helseforetakene der alderen økte fra 2015 til 2020.<sup>49</sup> Samtlige av disse seks helseforetakene hadde en MTU-park der 28 prosent eller mer av utstyret var eldre enn ti år i 2015. Dette er i seg selv en indikasjon på at gjennomsnittsalderen på utstyret heller burde ha blitt redusert fram mot 2020, jf. COCIR-standarden.

De to helseforetakene med høyest alder på MTU-parken i 2015, Nordland og Førde, hadde en lavere alder i 2020. Sju av de ti helseforetakene med høyest gjennomsnittsalder på MTU-parken i 2020 hadde en høyere gjennomsnittsalder i 2020 enn i 2015.<sup>50</sup>

### **Gjennomsnittsalderen på MTU-parken har økt i flertallet av sykehusene fra 2015 til 2020**

Analysene viser at gjennomsnittsalderen på MTU-parken økte fra 2015 til 2020 ved 23 sykehus, mens den ble redusert ved 17 sykehus.

I tre helseforetak har alderen på MTU-parken blitt redusert ved alle sykehusene fra 2015 til 2020.<sup>51</sup> I tre andre helseforetak har alderen derimot økt ved alle sykehusene.<sup>52</sup> I de resterende helseforetakene har sykehusene hatt forskjellig utvikling.

#### **3.3.2 I flertallet av helseforetakene har andelen av MTU-parken som er eldre enn ti år, økt**

Andelen av MTU-parken som er eldre enn ti år, økte fra omtrent 28 prosent i 2015 til 31 prosent i 2020. Utviklingen har imidlertid ikke være den samme i alle helseforetakene, slik figur 14 gir en framstilling av.

Den horisontale aksene i figur 14 viser andelen av MTU-parken som er eldre enn ti år i 2020, mens den vertikale aksene viser andelen av MTU-parken som er eldre enn ti år i 2015. Når det gjelder helseforetakene i det røde feltet i figuren, økte andelen av det medisinsk-teknisk utstyret som er eldre enn ti år, fra 2015 til 2020, mens andelen ble redusert i foretakene i det grønne feltet.

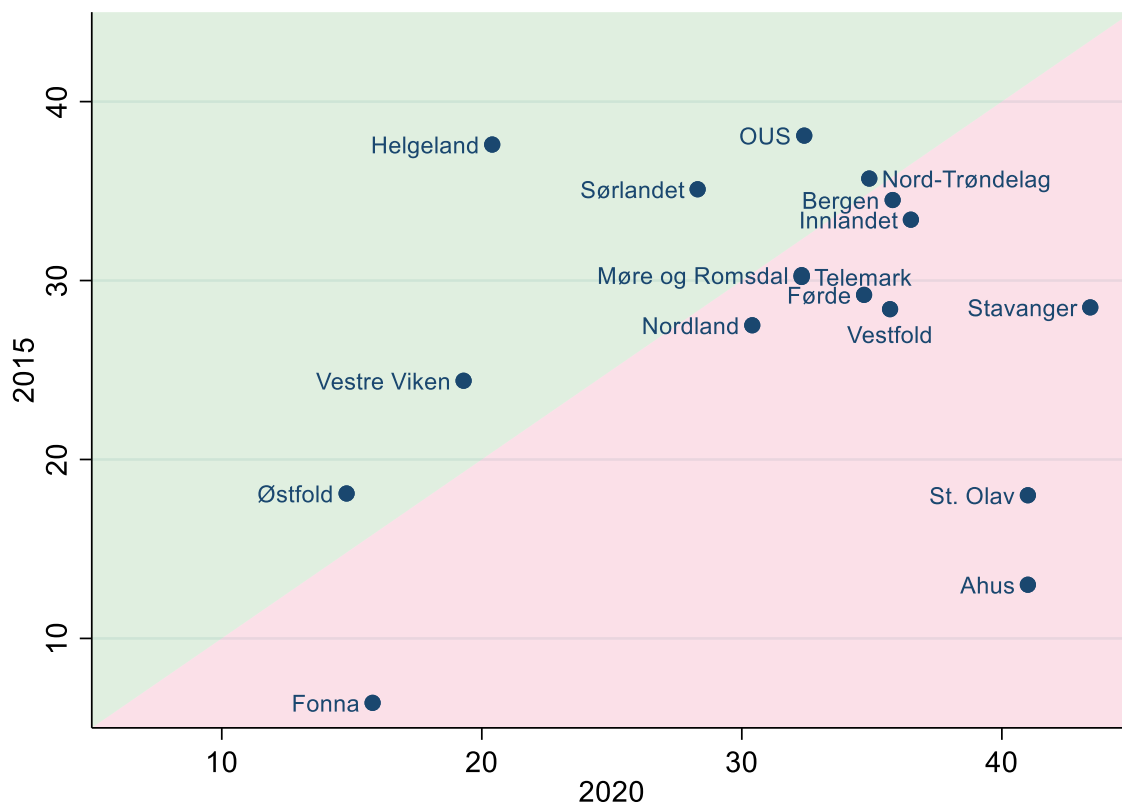
<sup>48</sup> UNN, Ahus, Stavanger, Fonna og St. Olav.

<sup>49</sup> Sørlandet, Vestfold, Telemark, Nord-Trøndelag, Møre og Romsdal og Bergen.

<sup>50</sup> Unntakene er OUS, Førde og Nordland.

<sup>51</sup> Førde, Helgeland og Nordland.

<sup>52</sup> Ahus, Vestfold og Møre og Romsdal.

**Figur 14 Utviklingen i andelen av MTU-parken som er eldre enn ti år, fra 2015 til 2020**

Kilde: Helseforetakene og RKMTU. N = 17.<sup>53</sup>

Figur 14 viser at ti helseforetak har hatt en negativ utvikling, altså at en større andel av MTU-parken er eldre enn ti år i 2020 enn i 2015. Det framgår at enkelte av disse, for eksempel Stavanger, Ahus og St. Olav, har hatt en tydelig negativ utvikling. Alle de tre helseforetakene er universitetssykehus.

Stavanger skal om få år ta i bruk et nytt sykehus. Dette kan være en forklaring på at foretaket har investert mindre i MTU i årene etter 2016. Både Ahus og St. Olav tok i bruk nye store sykehus rundt 2010. Det må antas at gjennomsnittsalderen på MTU-parken da var lav, men senere investeringer har ikke vært store nok til å unngå at en betydelig andel av MTU-parken har blitt eldre enn ti år.

I fem av de ti helseforetakene som har hatt en negativ utvikling, økte andelen av MTU-parken som er over ti år, relativt lite.<sup>54</sup> Samtlige av disse fem hadde en MTU-park i 2015 der 28 prosent eller mer var eldre enn ti år, og det var derfor indikasjoner på at disse hadde behov for å redusere andelen eldre utstyr. De seks helseforetakene som er i det grønne feltet i figuren, har hatt en positiv utvikling, det vil si at en lavere andel av MTU-parken er eldre enn ti år i 2020 enn i 2015.

### 3.3.3 For helseforetakene i Helse Sør-Øst økte gjennomsnittsalderen i seks av åtte kategorier av MTU fra 2015 til 2020

Undersøkelsen viser at gjennomsnittsalderen økte i seks av åtte kategorier av medisinsk-teknisk utstyr i Helse Sør-Øst fra 2015 til 2020. Det er imidlertid store forskjeller mellom helseforetakene i regionen med hensyn til hvor mange av utstyrskategoriene som har økt i alder. Ahus og Innlandet skiller seg negativt ut ved at de har en økt gjennomsnittsalder i alle kategoriene av medisinsk-teknisk utstyr. Vestre Viken, Østfold og OUS skiller seg positivt ut ved at gjennomsnittsalderen er redusert i et flertall av kategoriene.<sup>55</sup>

<sup>53</sup> Det finnes ikke data for UNN, Sunnaas og Finnmark.

<sup>54</sup> Nordlandssykehuset, Innlandet, Møre og Romsdal, Telemark og Bergen.

<sup>55</sup> Når MTU-parken verdivektes, endrer bildet seg noe; i OUS får flere innkjøpsgrupper økt gjennomsnittsalder, mens færre grupper får økt alder i Vestfold.



Utenom Helse Sør-Øst har vi mottatt data fra seks helseforetak som viser utviklingen i ulike kategorier av medisinsk-teknisk utstyr. Disse helseforetakene har imidlertid ikke kategorisert utstyret på den samme måten som Helse Sør-Øst. Helseforetakene innenfor samme helseregion gjør det heller ikke på den samme måten. Det er derfor ikke mulig å sammenligne status og utvikling med hensyn til gjennomsnittsalderen i ulike kategorier av medisinsk-teknisk utstyr mellom disse helseforetakene.

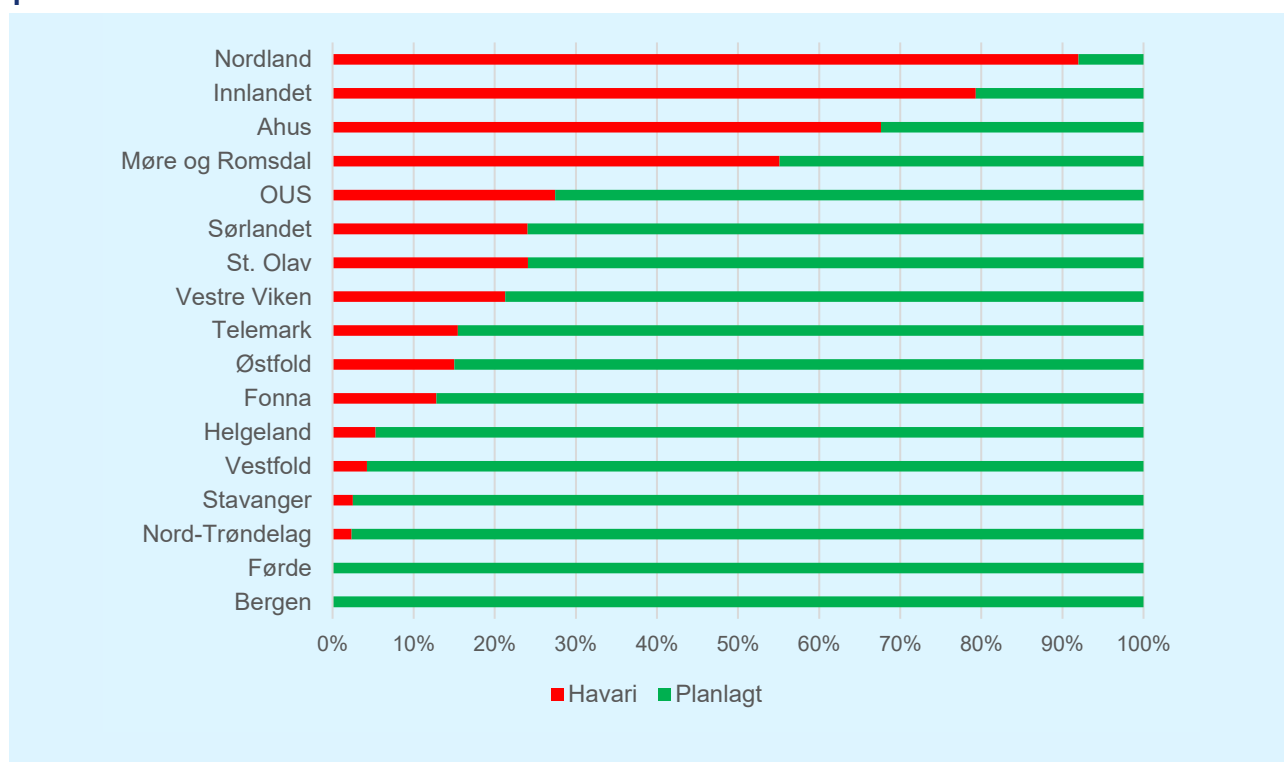
For det enkelte av disse helseforetakene er det imidlertid mulig å beregne utviklingen i gjennomsnittsalderen i ulike kategorier av medisinsk-teknisk utstyr. Hovedinntrykket er at gjennomsnittsalderen på MTU-parken har økt i flertallet av de største kategoriene av medisinsk-teknisk utstyr også i helseforetakene i de tre andre helseregionene.

### 3.4 Havariinvesteringer

Investeringer i medisinsk-teknisk utstyr som blir gjennomført fordi nedslitt utstyr bryter sammen, kalles havariinvesteringer. Dette er anskaffelser som ikke inngår de årlige anskaffelsesplanene, men som må gjøres på kort varsel som følge av at utstyr havarerer.

Undersøkelsen viser at tilstanden til MTU-parken fører til at en relativt stor del av investeringene som gjøres i medisinsk-teknisk utstyr, er havariinvesteringer. I 2019 var i gjennomsnitt 25 prosent av investeringene i medisinsk-teknisk utstyr havariinvesteringer.

**Figur 15 Andelen av investeringene i medisinsk-teknisk utstyr i 2019 som skyldes havari, i prosent**



Kilde: Helseforetakene. N = 17.<sup>56</sup>

Figur 15 viser at det er store variasjoner mellom helseforetakene i omfanget av investeringer i medisinsk-teknisk utstyr som skyldes havari. Andelen havariinvesteringer er markert med rødt. Bare to helseforetak hadde ikke slike investeringer i 2019.

<sup>56</sup> 17 helseforetak har levert data som viser hvor stor andel av investeringene som var havariinvesteringer i 2019. Tre helseforetak har ikke data som viser denne informasjonen, eller den er for tidkrevende å framskaffe (UNN, Sunnaas og Finnmark).

I fire helseforetak var over 50 prosent av investeringene en følge av havari. I ytterligere fire foretak var over 20 prosent av investeringene havariinvesteringer. Mange av helseforetakene klarer ikke å skifte ut deler av MTU-parken før utstyret bryter sammen. Noe av variasjonen mellom helseforetakene kan skyldes ulik tolkning av begrepet havariinvesteringer.

Vi har undersøkt utviklingen i investeringer som skyldes havari, i 13 helseforetak.<sup>57</sup> Den gjennomsnittlige andelen havariinvesteringer i disse var omtrent 20 prosent i 2015, og andelen økte til omtrent 30 prosent i 2019.<sup>58</sup> Fordi det haster etter et havari, har helseforetakene ofte kort tid til å planlegge og gjennomføre anskaffelser. Dette kan gi både mer kostbare innkjøp og risiko for at innkjøpene ikke er i samsvar med helseforetakenes langsiktige planer.

Dokumentanalysene viser flere eksempler på helseforetak der en stor andel av investeringene er havariinvesteringer. Møre og Romsdal skriver for eksempel i sitt langtidsbudsjett for 2021–2031 at det i de siste årene i all hovedsak er investert i medisinsk-teknisk utstyr som erstatning for gammelt utstyr som har brutt sammen på grunn av tekniske feil som det ikke er mulig å reparere. Dette skyldes at det ikke er reservedeler tilgjengelig, eller at det er uforsvarlig kostbart å reparere utstyret. Det har vært lite rom for investeringer i nytt medisinsk-teknisk utstyr som møter den teknologiske og medisinskfaglige utviklingen.<sup>59</sup>

---

<sup>57</sup> 13 helseforetak har oversendt en oversikt over hvor stor andel av investeringene som skyldtes havari i 2015.

<sup>58</sup> Den gjennomsnittlige andelen av investeringene som ble gjort etter havari i 2019, er omtrent 25 prosent når alle helseforetakene inkluderes. Dette skyldes at alle helseforetakene som bare leverte data for 2019, hadde en lavere andel havariinvesteringer enn gjennomsnittet.

<sup>59</sup> Styresak 60/20 – Langtidsbudsjettet 2021–2031.

## 4 Utviklingen i helseforetakenes investeringer og driftskostnader etter 2010

I dette kapitlet beskriver vi utviklingen i helseforetakenes investeringer fra 2010 til 2019 og sammenligner denne med utviklingen i driftskostnader i samme periode.

### Utvalgte revisjonskriterier

- Helseforetakene skal sørge for gode og likeverdige spesialisthelsetjenester til befolkningen innenfor gitte økonomiske og styringsmessige rammer. Dette betyr at foretakene må foreta nødvendige, lokale investeringer knyttet til vedlikehold og teknisk og funksjonell oppgradering av bygningsmassen innenfor sin tilgjengelige likviditet for å støtte opp om kjernevirksomheten.
- Styret og ledelsen i helseforetakene skal selv prioritere mellom drift og investeringer. Dette betyr at helseforetakene må prioritere investeringer i bygg, medisinsk-teknisk utstyr og vedlikehold opp mot annen drift.
- Et mål med sykehusreformen var å legge til rette for en bedre ivaretagelse av verdiene som ligger i investert kapital, og å sikre en bedre ressursbruk ved at foretakene får ansvar for å se både drifts- og kapitalressursene i sammenheng.

### 4.1 Oppsummering

Ifølge Helse- og omsorgsdepartementet investerte helseregionene samlet for omtrent 83 milliarder kroner fra 2010 til 2019.<sup>60</sup> Dette inkluderer investeringer i de regionale helseforetakene, og alle datterselskapene som inkluderer helseforetak som driver pasientbehandling, sykehusapotekene og de regionale IKT-selskapene. Den foreliggende undersøkelsen inkluderer bare investeringer i helseforetakene som driver pasientbehandling.

Det årlige investeringsnivået i helseforetakene har i gjennomsnitt ligget på omtrent 6,5 milliarder kroner i perioden 2010 til 2019. Av dette utgjør investeringer i bygg og medisinsk-teknisk utstyr henholdsvis 4,4 og 1,4 milliarder kroner. Investeringene har vært på et jevnt nivå etter 2012 målt i nominelle verdier. Unntaket er enkelte år der noen få helseforetak gjennomførte store investeringer i nye sykehusbygg eller store rehabiliteringer. I samme periode økte den bokførte verdien samlet sett på de varige driftsmidlene med omtrent 20 prosent. I omtrent halvparten av helseforetakene er imidlertid den samlede verdien lavere i 2019 enn i 2010. Disse foretakene har dermed ikke investert tilstrekkelig til å opprettholde verdien på de varige driftsmidlene.

Det samme gjelder for nesten halvparten av helseforetakene når det gjelder investeringer i bygg. I åtte helseforetak ble verdien på bygg redusert fra 2010 til 2019. I sju av disse helseforetakene ble den samlede tekniske tilstanden på byggene forverret fra 2012 til 2019, mens den ble forbedret i ett helseforetak.<sup>61</sup> I de elleve helseforetakene der verdien på bygg økte fra 2010 til 2019, ble den samlede tekniske tilstanden på byggene forbedret i sju av helseforetakene.<sup>62</sup>

Verdien på det medisinsk-tekniske utstyret økte i de fleste (15) helseforetakene fra 2010 til 2020. To av helseforetakene der verdien på utstyret er lavere i 2020 enn i 2010 – Ahus og St. Olav – hadde høye investeringer i medisinsk-teknisk utstyr ettersom de tok i bruk nye bygg i henholdsvis 2008 og 2010. Senere investeringer har ikke vært store nok til å opprettholde verdien på utstyrsparken, og konsekvensen er at gjennomsnittsalderen har økt mye.

<sup>60</sup> Brev fra Helse- og omsorgsdepartementet 31.08.21.

<sup>61</sup> Nord-Trøndelag.

<sup>62</sup> Førde, Østfold, Finnmark, Nordland, UNN, Bergen og Fonna.

Helseforetakenes driftskostnader økte med 67 prosent i perioden i perioden 2010 til 2019. Det skyldes i hovedsak at det har vært en sterk vekst i aktivitet og tilførsel av nye oppgaver. I sammenheng med dette har det vært en stor økning i antall årsverk. Dette, kombinert med et relativt jevnt nivå på investeringene, har ført til at det er flere årsverk per investerte krone i helseforetakene i 2019 enn i 2010. Dette betyr at helseforetakene har blitt mindre kapitalintensive i denne perioden.

## 4.2 Helseforetakenes investeringer etter 2010

Undersøkelsen viser

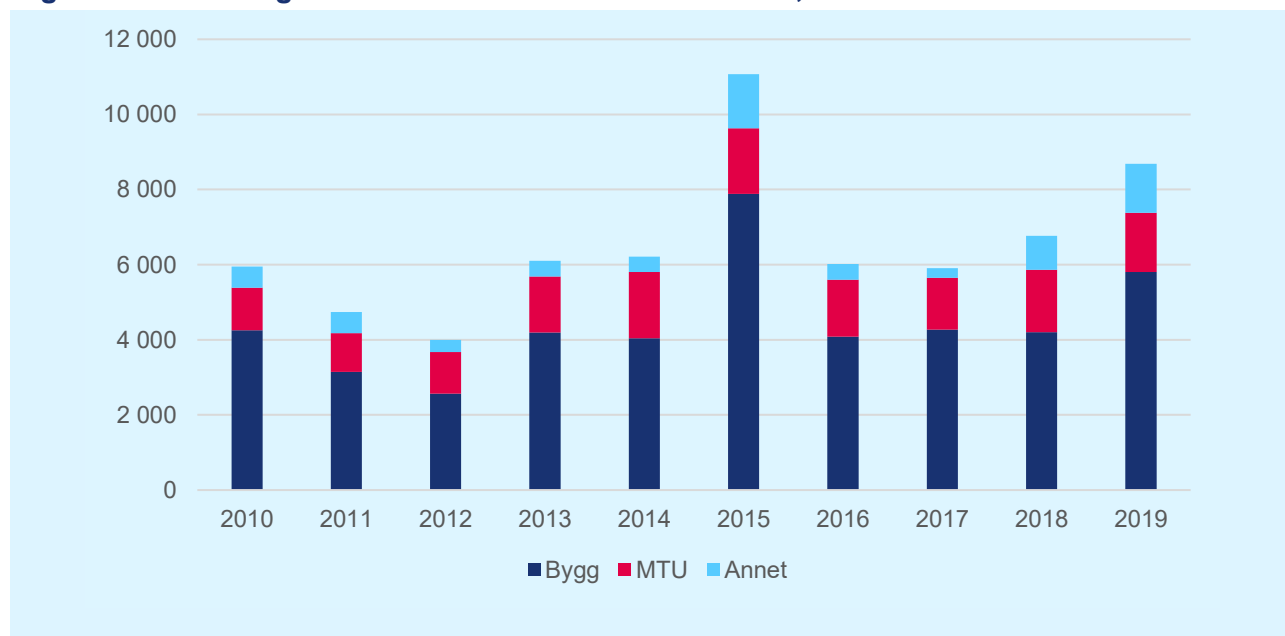
- at investeringsnivået har vært på et jevnt nivå i mange av årene etter 2012
- at verdien på varige driftsmidler er lavere i 2019 enn i 2010 i omtrent halvparten av helseforetakene
- at verdien på byggene er lavere i 2019 enn i 2010 i nesten halvparten av helseforetakene
- at utviklingen i verdien på medisinsk-teknisk utstyr varierer mellom helseforetakene

### 4.2.1 Investeringsnivået har vært på et jevnt nivå i mange av årene etter 2012

Ifølge Helse- og omsorgsdepartementet investerte helseregionene samlet for omtrent 83 milliarder kroner fra 2010 til 2019.<sup>63</sup> Dette inkluderer investeringer i de regionale helseforetakene og alle datterselskapsapene som inkluderer helseforetak som driver pasientbehandling, sykehusapotekene og de regionale IKT-selskapene. Disse investeringene som gjøres innenfor foretaksgruppen gjennomføres for å understøtte god pasientbehandling.

Denne undersøkelsen inkluderer bare investeringer i helseforetakene som driver pasientbehandling. Disse helseforetakene investerte totalt for omtrent 64 milliarder kroner fra 2010 til 2019.<sup>64</sup> Figur 16 viser helseforetakenes investeringer i denne perioden. I gjennomsnitt har de årlige investeringene vært på omtrent 6,4 milliarder kroner.

**Figur 16 Investeringer i helseforetakene fra 2010 til 2019, i millioner kroner**



Kilde: Helseforetakene. Investeringene er oppgitt i nominelle verdier.

<sup>63</sup> Brev fra Helse- og omsorgsdepartementet 31.08.21.

<sup>64</sup> Tilganger, inkludert tilgang til anlegg under utførelse som oppgitt i noten «Varige driftsmidler», er brukt som mål på investeringer.

Figur 16 viser at investeringene var like høye i 2017 som i 2013. Totale investeringer har vært på et relativt jevnt nivå etter 2012 med unntak av 2015 og 2019. Det høye investeringsnivået i 2015 skyldes investeringer i nytt sykehus i Østfold.<sup>65</sup> Det høye investeringsnivået i 2019 skyldes i hovedsak investeringer i bygg i fire ulike helseforetak.<sup>66</sup>

Helseforetakene investerte samlet 44,5 milliarder kroner i bygg fra 2010 til 2019. Dette utgjør to tredeler av foretakenes totale investeringer i perioden.<sup>67</sup>

Helseforetakene investerte samlet 14,4 milliarder kroner i medisinsk-teknisk utstyr fra 2010 til 2019. Dette utgjør 22 prosent av foretakenes totale investeringene i perioden.

Investeringene har variert mellom årene og var høyest i 2014 og 2015.<sup>68</sup> Etter 2015 var investeringene i medisinsk-teknisk utstyr lavere, før de igjen økte i 2018 og 2019. Det finnes ikke nøyaktige tall for investeringer i medisinsk-teknisk utstyr for alle helseforetakene. Dette skyldes at det for noen helseforetak er vanskelig å splitte investeringer som er klassifisert som «anlegg under utførelse» (AUU) mellom bygg og MTU, og helseforetakene har derfor måttet gjøre estimater, som vi anser som rimelige.<sup>69</sup>

#### 4.2.2 Verdien på varige driftsmidler er lavere i 2019 enn i 2010 i omtrent halvparten av helseforetakene

Når helseforetakene investerer i varige driftsmidler (for eksempel bygninger, utstyr, transportmidler, inventar), øker verdien på de varige driftsmidlene i helseforetakene. Samtidig faller verdien på de varige driftsmidlene over tid på grunn av alder og slitasje, og verdien avskrives derfor over driftsmidlenes levetid. Dersom de nye investeringene er lavere enn verdifallet (avskrivningene) på de eksisterende varige driftsmidlene, faller den samlede verdien på de varige driftsmidlene i helseforetakene.<sup>70</sup>

Ifølge Helse- og omsorgsdepartementet har årlige avskrivningskostnader i de fire helseregionene samlet i perioden 2010 til 2019 økt fra 5,5 til 6,9 milliarder kroner, det vil si med omtrent 25 prosent. I samme periode økte den totale bokførte verdien av varige driftsmidler med omtrent 25 prosent.

I denne undersøkelsen har vi sett på helseforetakene som utfører pasientbehandling. Mens det i perioden fra 2010 til 2019 samlet ble investert for omtrent 64 milliarder kroner i helseforetakene, var avskrivningene på omtrent 47 milliarder kroner. Denne forskjellen bidro til å øke verdien på de varige driftsmidlene i helseforetakene, fra 70,5 milliarder kroner i 2010 til 85,3 milliarder kroner i 2019 – det vil si en økning på omtrent 20 prosent (14,8 milliarder kroner). Det var imidlertid stor variasjon mellom helseforetakene i verdiutviklingen i denne perioden. Figur 17 viser utviklingen i den bokførte verdien av de varige driftsmidlene i helseforetakene.

<sup>65</sup> Det regionale helseforetaket var byggherre for prosjektet, slik at alt av investeringer var oppført som «anlegg under utførelse» i regnskapet til Helse Sør-Øst RHF helt til sykehuset var ferdig bygget. Hele investeringen ble overført til Sykehuset Østfold HF ved ferdigstillelse.

<sup>66</sup> Fonna, Bergen, Stavanger og Vestre Viken.

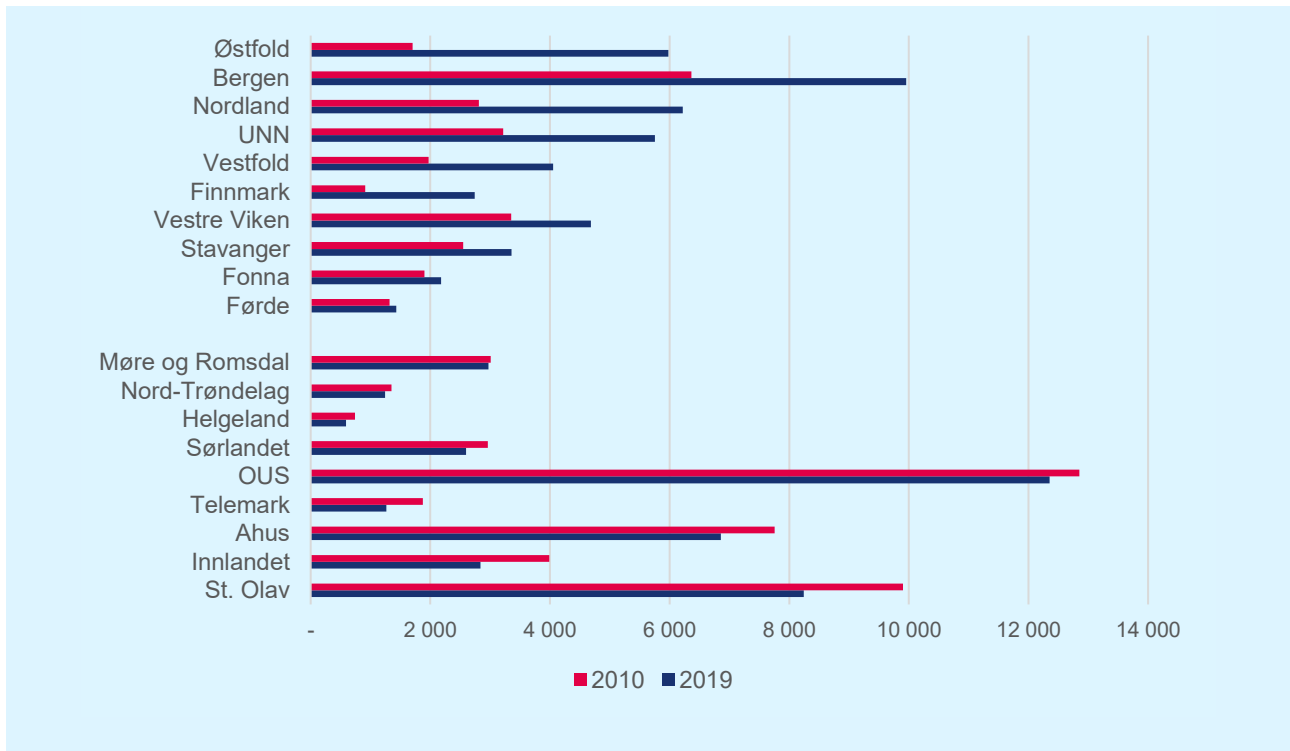
<sup>67</sup> Østfold i 2015. Bergen, Fonna, Stavanger og Vestfold i 2019.

<sup>68</sup> Vestre Viken, Bergen og Innlandet investerte mye i medisinsk-teknisk utstyr i 2014. Østfold investerte mye i 2015.

<sup>69</sup> Enkelte helseforetak har systemer som ikke gjør det mulig å kategorisere AUU, og det blir først kategorisert når utstyret/bygget tas i bruk. Disse foretakene har måttet gjøre estimater. De har enten gjort en prosentvis splitt basert på fordelingen mellom tilganger direkte til bygg og MTU, eller de har gjennomgått leverandørene og gjort en fordeling basert på foretakets kunnskap om hva disse leverer.

<sup>70</sup> Verdi her og nedenfor viser til bokført verdi i balansene til helseforetakene.

**Figur 17 Verdien på de varige driftsmidlene i helseforetakene i 2010 og 2019, i millioner kroner**



Kilde: Helseforetakenes årsregnskaper. Driftsmidlene er oppgitt i nominelle verdier. N = 19.<sup>71</sup>

Figur 17 viser at ni helseforetak har en lavere verdi på de varige driftsmidlene i 2019 enn i 2010.<sup>72</sup>

Samlet sett økte verdien på de varige driftsmidlene med 14,8 milliarder kroner fra 2010 til 2019. I de ti helseforetakene der verdien økte, økte verdien på de varige driftsmidlene samlet med 20,3 milliarder kroner fra 2010 til 2019. I de ni andre helseforetakene ble verdien på de varige driftsmidlene samlet sett redusert med 5,5 milliarder kroner i den samme perioden.

I omtrent halvparten av helseforetakene har investeringene vært lavere enn avskrivningene i perioden 2010–2019, og verdien på de varige driftsmidlene er dermed redusert. For at verdien på helseforetakenes eien-deler (i kroner) skal opprettholdes, må de årlige investeringene over tid være på nivå med de årlige avskrivningene.

Helse- og omsorgsdepartementet viser til at Helse Nord er den regionen med relativt størst økning i verdien på bygg og utstyr etter 2010. Helse Vest har hatt den største økningen fra 2018. I denne regionen gjennomfører nå alle helseforetakene større utbyggingsprosjekter. Helse Midt-Norge har hatt en negativ utvikling de siste seks årene, men denne regionen gjennomførte store investeringer før 2010, og har først nå igangsatt nye større prosjekter. Helse Sør-Øst hatt den laveste relative økningen, men denne regionen har nå omfattende oppgraderingsplaner.<sup>73</sup>

<sup>71</sup> Sunnaas inngår ikke.

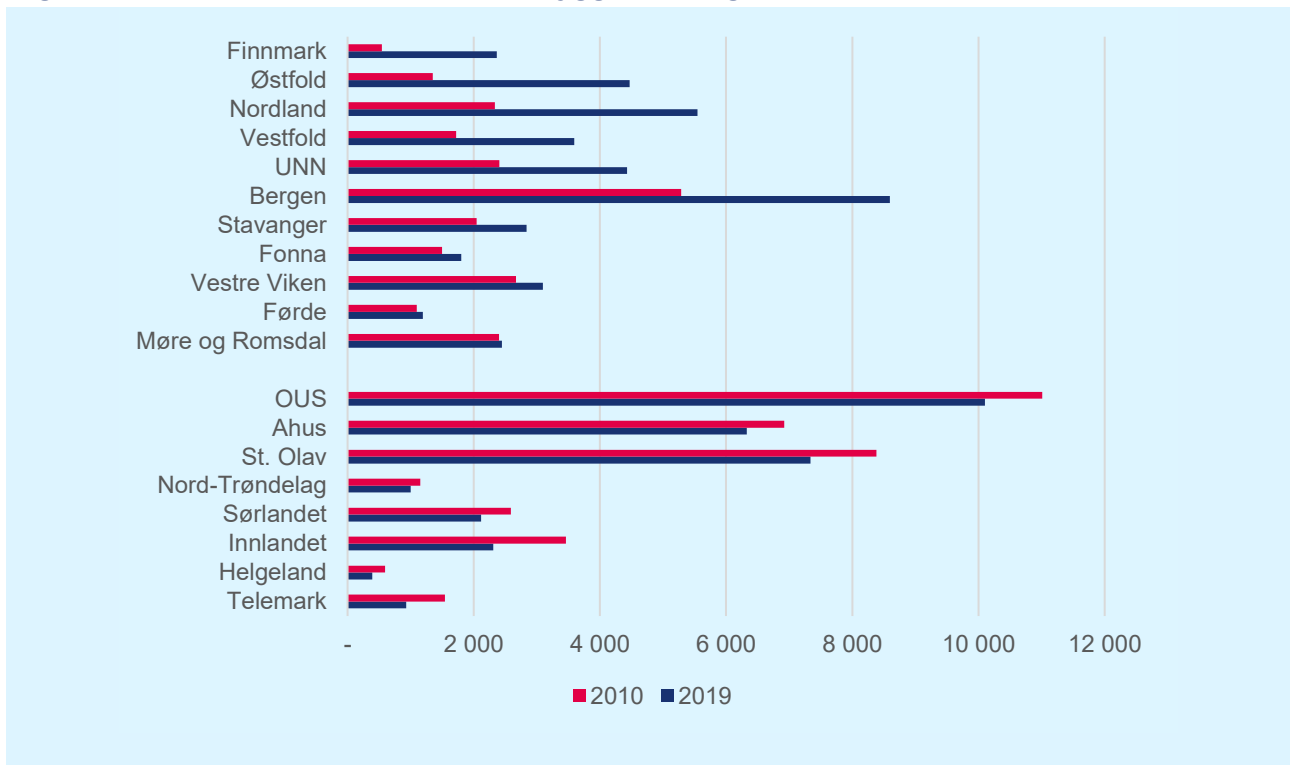
<sup>72</sup> Dette omfatter alle de tre helseforetakene i Helse Midt-Norge.

<sup>73</sup> Brev fra Helse- og omsorgsdepartementet 31.08.21.

#### 4.2.3 Verdien på byggene er lavere i 2019 enn i 2010 i nesten halvparten av helseforetakene

Verdien på byggene i helseforetakene økte samlet fra omtrent 59 milliarder kroner i 2010 til 71 milliarder kroner i 2019; det tilsvarer en økning på 20 prosent. Det er imidlertid store forskjeller i utviklingen i bokført verdi mellom helseforetakene.

**Figur 18 Verdien på helseforetakenes bygg i 2010 og 2019, i millioner kroner**



Kilde: Helseforetakene. Anlegg under utførelse er inkludert. Verdiene er nominelle. N = 19.<sup>74</sup>

Figur 18 viser at det er store variasjoner mellom helseforetakene i utviklingen i verdien på bygg fra 2010 til 2019. I elleve helseforetak økte verdien på bygg i denne perioden.

Åtte helseforetak har en lavere nominell verdi på byggene i 2019 enn i 2010. Dersom vi tar hensyn til prisstigningen etter 2010, har ytterligere fire helseforetak en reell nedgang i verdien på byggene. Dette skyldes at mange helseforetak i denne perioden verken har bygget nye sykehus eller gjennomført store rehabiliteringer av byggene.

I de elleve helseforetakene der verdien på bygg økte fra 2010 til 2019, ble den samlede tekniske tilstanden på byggene forbedret i sju av helseforetakene.<sup>75</sup>

I åtte helseforetak ble verdien på bygg redusert fra 2010 til 2019. I sju av disse helseforetakene ble den samlede tekniske tilstanden på byggene forverret fra 2012 til 2019, mens den ble bedret i ett helseforetak.<sup>76</sup>

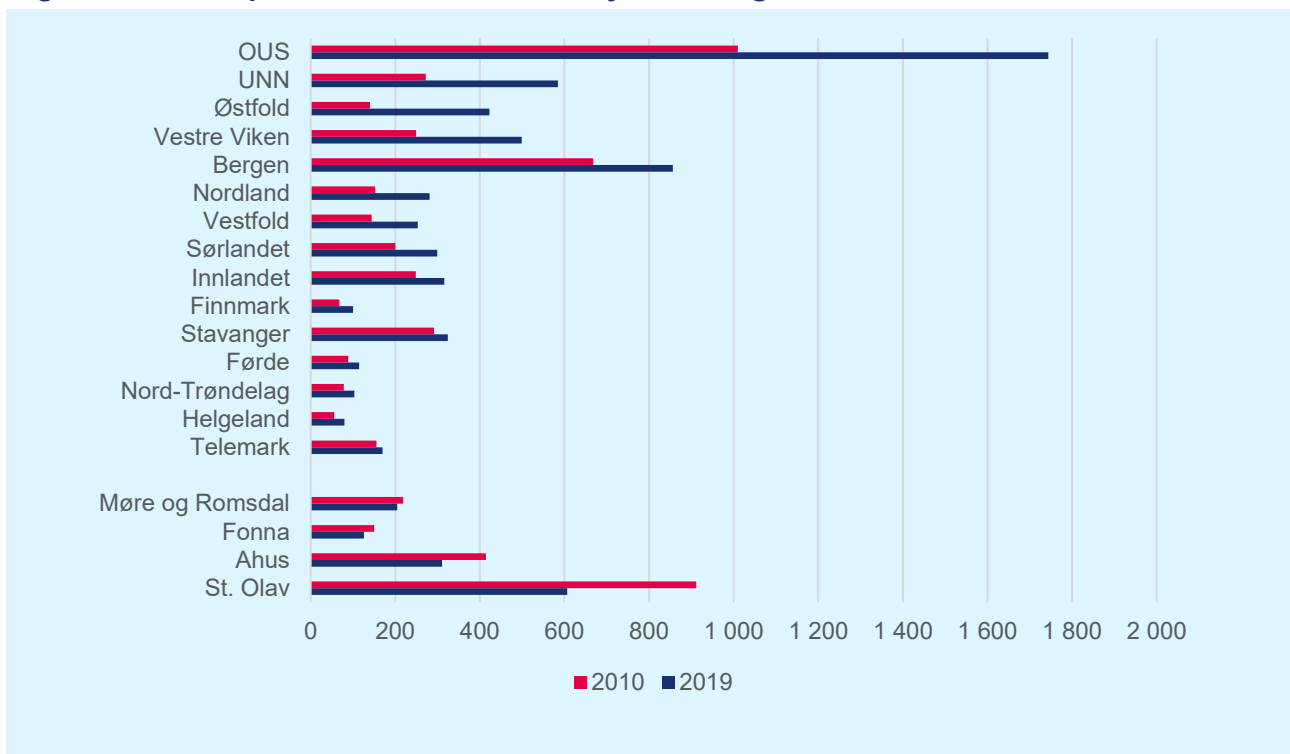
#### 4.2.4 Utviklingen i verdien på medisinsk-teknisk utstyr varierer mellom helseforetakene

Verdien på det medisinsk-teknisk utstyret i helseforetakene økte samlet fra 5,5 milliarder kroner i 2010 til 7,4 milliarder kroner i 2019; det tilsvarer en økning på 34 prosent. Dette tilsier at investeringene i medisinsk-teknisk utstyr samlet sett har vært høyere enn avskrivningene i perioden. Figur 19 viser utviklingen i verdien på det medisinsk-teknisk utstyret i helseforetakene etter 2010.

<sup>74</sup> Sunnaas inngår ikke i oversikten.

<sup>75</sup> Førde, Østfold, Finnmark, Nordland, UNN, Bergen og Fonna.

<sup>76</sup> Nord-Trøndelag.

**Figur 19 Verdien på medisinsk-teknisk utstyr i 2010 og 2019, i millioner kroner**

Kilde: Helseforetakene. Verdiene er nominelle. N = 19.<sup>77</sup>

Figur 19 viser at verdien på det medisinsk-tekniske utstyret økte i de fleste (15) helseforetakene fra 2010 til 2019. Verdien på utstyret økte mye i Østfold, UNN, Vestre Viken, OUS og Bergen. Et kjennetegn ved de tre førstnevnte helseforetakene er at de har en relativt lav gjennomsnittsalder på MTU-parken i 2019. Østfold investerte i mye nytt medisinsk-teknisk utstyr i forbindelse med at et nytt sykehus ble tatt i bruk i 2015, noe som bidro til en stor økning i verdien på utstyrsparken.

Videre viser figur 19 at verdien er redusert i fire helseforetak. Dette betyr at investeringene i medisinsk-teknisk utstyr ikke har vært tilstrekkelige til å opprettholde verdien på utstyrsparken. To av disse foretakene – Ahus og St. Olav – gjorde store investeringer i medisinsk-teknisk utstyr da de tok i bruk nye bygg i henholdsvis 2008 og 2010, men senere investeringer har ikke vært store nok til å opprettholde verdien på utstyrsparken.

Gjennomsnittsalderen på MTU-parken i disse to helseforetakene økte fra

- 6,2 år i 2015 til 8,3 år i 2019 i Ahus
- 7,1 år i 2015 til 8,1 år i 2019 i St. Olav

Undersøkelsen viser at i begge disse universitetssykehusene er mer enn 30 prosent av utstyret mer enn ti år gammelt.

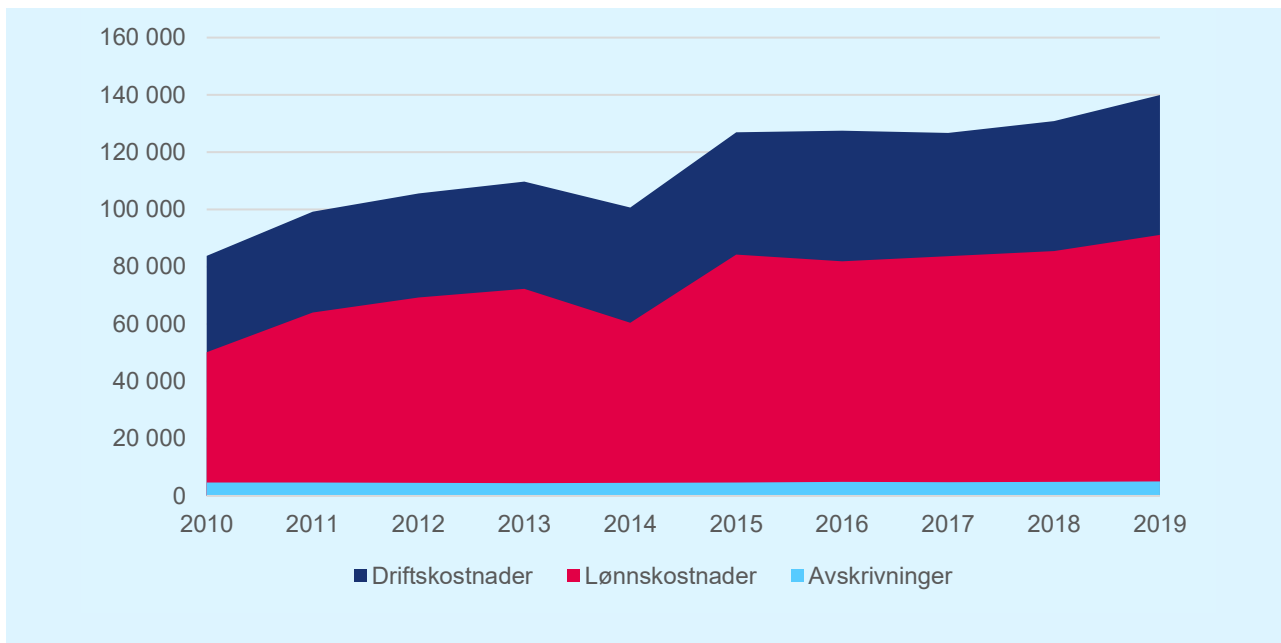
### 4.3 Utviklingen i helseforetakenes driftskostnader etter 2010

Driftskostnader er kostnader til den daglige driften, blant annet varer, lønn, husleie og vedlikehold. I tillegg defineres de årlige avskrivningene (verdifallet) av de varige driftsmidlene som driftskostnader. Undersøkelsen viser at avskrivningenes andel av driftskostnadene har blitt mindre i helseforetakene etter 2010.

<sup>77</sup> Sunnaas inngår ikke i oversikten.



**Figur 20 Utviklingen i driftskostnader, lønnskostnader og avskrivninger fra 2010 til 2019, i millioner kroner**



Kilde: Helseforetakenes årsregnskaper

Figur 20 viser utviklingen i helseforetakenes samlede driftskostnader, lønnskostnader og avskrivninger etter 2010. Helseforetakenes samlede driftskostnader økte fra 84 milliarder kroner i 2010 til omtrent 140 milliarder kroner i 2019. Dette tilsvarer en vekst på 67 prosent.

Samlet aktivitet for døgnopphold, dagopphold og polikliniske konsultasjoner var betydelig høyere i 2019 enn i 2010. I denne perioden har det vært en vekst på 70 prosent i polikliniske konsultasjoner. Samtidig har antallet liggedøgn gått noe ned.<sup>78</sup> Dreining av ressurser fra døgn- og dagopphold til polikliniske konsultasjoner er en ønsket utvikling.

Den sterke veksten i driftskostnader skyldes i hovedsak at det har vært en sterk vekst i aktivitet og tilførsel av nye oppgaver. I sammenheng med dette har det vært en stor økning i antall årsverk. Vekst i lønnskostnader (82 prosent) er den viktigste forklaringen på veksten i driftskostnader i perioden. Lønnskostnadenes andel av de samlede driftkostnadene var 60 prosent i 2010, og i 2019 hadde den økt til 65 prosent.

En sterk vekst i antall årsverk forklarer mye av økningen i lønnskostnadene. Antallet årsverk har økt med 19 prosent etter 2010. I denne perioden har antallet legeårsverk økt med 44 prosent, og antallet sykepleierårsverk har økt med 18 prosent. Alle helseforetakene, med ett unntak, har hatt en vekst i antall årsverk.<sup>79</sup>

Avskrivningskostnadene på varige driftsmidler økte fra omtrent 4,7 til 5,1 milliarder kroner fra 2010 til 2019. Dette tilsvarer en vekst på ni prosent, som er en langt lavere prosentvis vekst enn i de samlede driftskostnadene (67 prosent).

Avskrivningskostnadene har over tid utgjort en stadig mindre del av de totale driftskostnadene.<sup>80</sup> Avskrivningene utgjorde 5,6 prosent av de samlede driftskostnadene i 2010, og denne andelen var redusert til 3,6 prosent i 2019. I tolkningen av veksten må man være oppmerksom på at avskrivningene oppgis i historisk kost, mens andre driftskostnader oppgis i løpende kroner.

<sup>78</sup> Kilde: SSB.

<sup>79</sup> Innlandet har hatt en reduksjon i samlet antall årsverk fordi Kongsvinger sykehus ble overført til Ahus i denne perioden. Veksten i årsverk varierer mellom helseforetakene. Seks helseforetak har en lavere vekst enn 10 prosent: Finnmark, OUS, Sunnaas, Telemark, Fonna og Førde.

<sup>80</sup> Helseforetakenes årsregnskaper i perioden 2010–2019.

Dette viser at at helseforetakene relativt sett brukte mer av sine økonomiske ressurser på arbeidskraft enn på varige driftsmidler, blant annet bygg og medisinsk-teknisk utstyr, i 2019 enn i 2010. Dette innebærer at det er flere årsverk per investerte krone i 2019 enn i 2010<sup>81</sup>, og helseforetakene har dermed blitt mindre kapitalintensive i perioden. Unntaket er Østfold, der avskrivningene utgjør en større andel av driftskostnadene i 2019 enn i 2020. Dette skylds investeringer i et nytt sykehus i denne perioden.

---

<sup>81</sup> Basert på en beregning av forholdet mellom årsverk og bokført verdi på anleggsmidler.

## 5 Helseforetakenes styring av investeringer

Dette kapitlet beskriver hvordan helseforetakene styrer for å sikre nødvendige investeringer i bygg og medisinsk-teknisk utstyr (MTU).

### Utvalgte revisjonskriterier

- Forvaltningen av helseforetaket hører under styret. Dette innebærer blant annet å fastsette budsjetter og planer for foretakets virksomhet og å holde seg orientert om foretakets virksomhet og økonomiske stilling. Budsjettet som vedtas skal være realistisk.
- Helseforetakene har et ansvar for å se ressurser til drift og investeringer i sammenheng. Det innebærer å prioritere investeringer i bygg, utstyr og vedlikehold mot annen drift.
- Plikten til å planlegge virksomhetens aktiviteter innebærer blant annet å innhente tilstrekkelig informasjon og kunnskap til å kunne planlegge og gjennomføre oppgavene. Den som har det overordnede ansvaret skal sørge for at det etableres systemer for å innhente tilstrekkelig informasjon og kunnskap til å kunne planlegge og utføre oppgavene.

### 5.1 Oppsummering

Styret og ledelsen i helseforetakene skal selv prioritere mellom drift og investeringer. I den økonomiske langtidsplanen gjøres det langsiktige prioriteringer mellom drift og investeringer innenfor tilgjengelige økonomiske rammer. I tillegg gjøres det prioriteringer mellom investeringer til ulike formål, som for eksempel bygg, medisinsk-teknisk utstyr og andre innsatsfaktorer.

De fleste helseforetakene har utarbeidet økonomiske langtidsplaner for hvert av årene fra 2010 til 2020. Planene gjelder for minst fire år, og oppdateres årlig. De vedtas av styrene i helseforetakene om våren og gir premisser for utarbeidelse av neste års investeringsbudsjett.

Det er store forskjeller mellom helseforetakene med hensyn til om de har nådd det planlagte investeringsnivået i de økonomiske langtidsplanene etter 2010. Enkelte helseforetak har klart det i samtlige økonomiske langtidsplaner, men et flertall av helseforetakene har store utfordringer med å nå det planlagte investeringsnivået. Dette gjelder både for investeringer totalt og investeringer i henholdsvis bygg og medisinsk-teknisk utstyr.

Undersøkelsen indikerer at det er en sammenheng mellom hvorvidt helseforetakene når det planlagte investeringsnivået i langtidsplanene og utviklingen i tilstanden på bygg og alderen på medisinsk-teknisk utstyr. Blant helseforetakene som ikke nådde det planlagte investeringsnivået i den økonomiske langtidsplanen for perioden 2016–2019, ble den samlede tekniske tilstanden på byggene og gjennomsnittsalderen til MTU-parken forverret i flertallet av dem. Samtidig ble tilstanden på bygningsmassen forbedret og gjennomsnittsalderen på det medisinsk-tekniske utstyret redusert i flertallet av helseforetakene som nådde planlagt investeringsnivå i perioden.

Investeringene som planlegges for det første året i langtidsplanen, gir premisser for utarbeidelsen av investeringsbudsjettet i det kommende årsbudsjettet. Undersøkelsen viser at helseforetak som ikke nådde målene for investeringer og økonomisk resultat i de økonomiske langtidsplanene for 2019–2022, heller ikke nådde målene i årsbudsjettet for 2019. Dette viser at mange helseforetak bør kunne planlegge bedre.

Helseforetak som ofte nådde det planlagte investeringsnivået i det første året av de økonomiske langtidsplanene etter 2010, gjorde det også for hele planperioden. Samtidig viser undersøkelsen at helseforetak som

sjelden nådde det planlagte investeringsnivået i en langtidsplans første år, heller ikke nådde det planlagte nivået i hele planperioden.

For å nå planlagt investeringsnivå, er det viktig å nå de planlagte økonomiske resultatene i langtidsplanene. Det er stor variasjon mellom helseforetakene med hensyn til om de når de planlagte resultatene i langtidsplanene. De fleste helseforetakene som hadde problemer med å nå planlagt resultat i langtidsplanens første år, nådde heller ikke det planlagte resultatet for planperioden som helhet.

Prosessen med å utarbeide en økonomisk langtidsplan varierer. Mens helseforetakene har klare rutiner for utarbeiding av årsbudsjetter, har mange i begrenset grad skriftlige prosedyrer for organisering av arbeidet med økonomisk langtidsplan. Vestfold er det helseforetaket som i flest år etter 2010 både har nådd det planlagte investeringsnivået og det økonomiske resultatet både i det første året av planen og i hele planperioden. Vestfold skiller seg fra mange andre helseforetak ved at det både starter budsjettprosessen og prioriteringsarbeidet tidligere enn andre, og at det har langsiktige prioriteringsplaner for investeringer.

Mange helseforetak vedtar urealistisk lavt vedlikehold av bygg i driftsbudsjettet. Det er vanlig praksis i mange foretak å planlegge med lavere vedlikehold av bygg i driftsbudsjettet enn det som ble brukt året før. Dette gjaldt også de første årene etter kartleggingen av den tekniske tilstanden til byggene i 2016. Dette kan være en viktig grunn til at mange helseforetak har hatt kostnadsoverskridelser på vedlikehold av bygg i driftsregnskapet i årene etter 2010.

Mål og strategier er et godt grunnlag for å kunne utarbeide langsiktige investeringsplaner. Når det gjelder bygg, er det kun Helse Sør-Øst som har en regional strategi. Helse Sør-Øst RHF og Helse Midt-Norge RHF har satt konkrete mål for bygg i sin region. Omtrent halvparten av helseforetakene har overordnede planer for eiendommer. Et fåtall helseforetak har mål for tilstanden på byggene. Svært få har mål og overordnede planer for tilstanden på og utviklingen av MTU-parken.

Nær alle helseforetakene har fått utarbeidet detaljerte analyser av byggene sine de siste årene. En gjennomgang av styresaker viser at fem av foretakene har forelagt disse rapportene som egne saker for styrene sine. Alle styrene har imidlertid fått noe informasjon basert på disse rapportene. I mange helseforetak har styrene også blitt informert om vedlikeholdsetterslep på bygningsmassen, men få styrer får en grundig oversikt over tilstanden til MTU-parken.

## 5.2 Om helseforetakene når investeringsnivået i langtidsplanene

Undersøkelsen viser

- at det er store forskjeller mellom helseforetakene med hensyn til om de når det planlagte investeringsnivået i de økonomiske langtidsplanene
- at mange av helseforetakene som ikke nådde det planlagte investeringsnivået i de økonomiske langtidsplanenes første år, heller ikke gjorde det i resten av planperioden

## Faktaboks 6 Økonomiske langtidsplaner

Den økonomiske langtidsplanen er et sentralt styringsinstrument for helseforetakene. Planen er ikke et budsjett, men en langsiktig plan som oppdateres årlig. Formålet med å utarbeide økonomiske langtidsplaner kan blant annet være

- å vise utviklingen med hensyn til driftsmessige forhold i et flerårig perspektiv
- å vurdere helseforetakets utfordringer og økonomiske situasjon
- å legge til rette for en helhetlig vurdering av foretakets økonomiske bæreevne med hensyn til investeringer i et lengre perspektiv (økonomisk bæreevne innebærer at det på et lokalt og regionalt nivå prioriteres ressurser til rasjonell og effektiv drift med god kvalitet samt investeringer som legger til rette for dette)
- å vise hvilke forventninger og krav eieren og samfunnet har til hvordan tilbudet skal oppfylles
- å gi forutsigbarhet for strategiske planleggingsprosesser
- å få et viktig styringsmessig verktøy for ledere og styret i helseforetaket
- å gi premisser for utarbeidelsen av neste års budsjett

I de økonomiske langtidsplanene gjøres det prioriteringer blant annet mellom

- personell og kompetanse
- bygg
- medisinsk-teknisk utstyr
- IKT og annen viktig infrastruktur

Den økonomiske langtidsplanen rulleres årlig, slik at det første år i planperioden legger premisser for utarbeidelsen av neste års budsjett. Prosessen med å utvikle økonomiske langtidsplaner i det enkelte helseforetak er delvis styrt av fristene som de regionale helseforetakene setter for utarbeidelsen av planen for det kommende året. De regionale helseforetakene kan også stille krav til innholdet i planene.

I april sender helseforetakene et forslag til en økonomisk langtidsplan til de regionale helseforetakene. Hensikten med dette er kvalitetssikring og dialog. Den økonomiske langtidsplanen behandles i de fleste helseforetakenes styre i mai, og styrene i de regionale helseforetakene behandler da den langsiktige planen for hele regionen i juni.

Planen skal gi en samlet framstilling av helseforetakets økonomiske bæreevne for investeringer. Helseforetakenes økonomiske planer skal inkludere investeringsplanene minst fire år fram i tid.

Kilde: De regionale helseforetakene

### 5.2.1 Det er store forskjeller mellom helseforetakene med hensyn til om de når det planlagte investeringsnivået i de økonomiske langtidsplanene

Vi har undersøkt om helseforetakene har nådd det planlagte investeringsnivået i de økonomiske langtidsplanene etter 2010.<sup>82</sup> Planene oppdateres årlig og viser planlagte investeringer minst fire år fram i tid. Helseforetakene som begynte å utarbeide økonomiske langtidsplaner i 2010, har derfor utarbeidet totalt ni økonomiske langtidsplaner mellom 2010 og 2018.

I analysene har vi sammenlignet det samlede planlagte investeringsnivået i planperioden med de samlede faktiske investeringene i samme periode. For eksempel har vi for langtidsplanen utarbeidet i 2015 summert planlagt investeringsnivå for de fire årene 2016–2019, og sammenlignet dette med faktisk investeringsnivå for den samme perioden.

I alle analysene av investeringer i dette kapitlet regner vi 90 prosent måloppnåelse som oppnådd mål. Dette innebærer at små negative avvik mellom planlagt og oppnådd investeringsnivå defineres som måloppnåelse.

<sup>82</sup> Flere helseforetak har en lengre planleggingshorisont enn fire år. I undersøkelsen har vi kun inkludert de fire første årene.

I den økonomiske langtidsplanen gjøres det langsiktige prioriteringer mellom drift og investeringer innenfor tilgjengelige økonomiske rammer. I tillegg gjøres det prioriteringer mellom investeringer til ulike formål, for eksempel bygg, medisinsk-teknisk utstyr, IKT og andre innsatsfaktorer.

Samtidig må det understrekes at det vil være usikkerhet knyttet til planforutsetningene. Når foretakene legger langtidsplaner, må de forutse både inntekter og kostnader i en fireårsperiode, og krav stilt i oppdragsdokumenter og foretaksmøter kan påvirke forutsetningene for å realisere planer. De planlagte investeringene i de økonomiske langtidsplanene, som ikke innebærer en endelig beslutning om gjennomføring, er blant annet avhengig av at planlagte framtidige økonomiske resultater oppnås.

**Figur 21 Andelen økonomiske langtidsplaner etter 2010 der helseforetakene nådde det planlagte investeringsnivået, i prosent**



Kilde: Helseforetakene. Oppnådd investeringsnivå innebærer minst 90 prosent oppnåelse av planen. Antall planer i parentes. N = 20.

Figur 21 viser at fire helseforetak nådde det planlagte investeringsnivået i samtlige økonomiske langtidsplaner etter 2010. Seks andre helseforetak nådde det planlagte nivået i flere enn halvparten av planene.

Et flertall av helseforetakene har imidlertid utfordringer med å nå det planlagte investeringsnivået i langtidsplanene. Ni helseforetak nådde det planlagte investeringsnivået i færre enn halvparten av langtidsplanene. To helseforetak nådde ikke det planlagte investeringsnivået i noen av langtidsplanene.

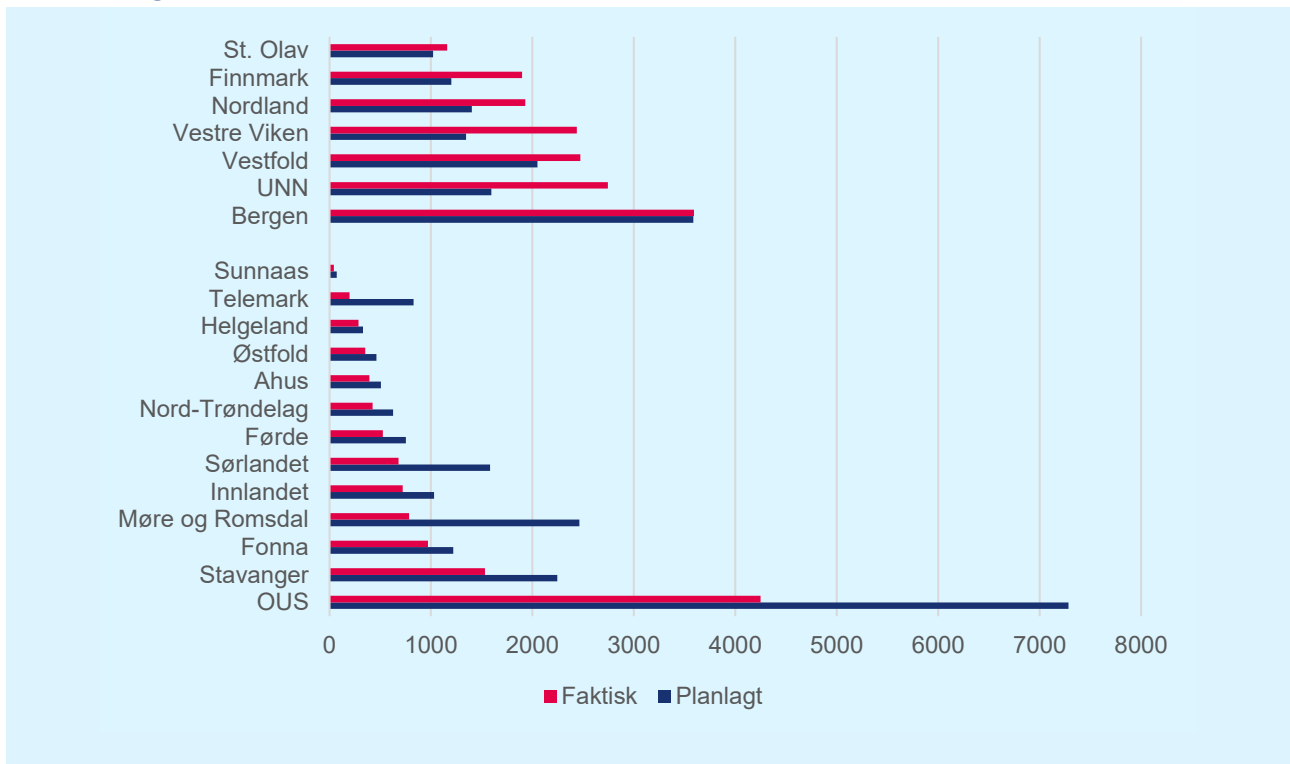
Alle helseforetakene i Helse Vest utarbeidet økonomiske langtidsplaner fra 2010. De fleste helseforetakene i Helse Sør-Øst begynte med dette i planene for 2011, mens to av foretakene i Helse Midt-Norge ikke startet med en slik praksis før i 2015. Helseforetakene i Helse Nord utarbeider langsiktige investeringsplaner, men ikke egne økonomiske langtidsplaner.<sup>83</sup>

Med utgangspunkt i helseforetakenes økonomiske langtidsplaner for årene 2016–2019 har vi undersøkt nærmere hvor stort avvik det er mellom faktiske og planlagte investeringer. Ifølge Helse- og omsorgsdepartementet var den samlede differansen i de regionale helseforetakene mellom planlagt og oppnådd

<sup>83</sup> I analysene våre inngår data til og med 2019 i de økonomiske langtidsplanene fra henholdsvis 2016, 2017 og 2018. Analysene inneholder derfor kun data for henholdsvis tre, to og ett år fra disse planene.

investeringsnivå i perioden på ti prosent. Våre beregninger, som kun omfatter helseforetakene som utfører pasientbehandling, viser at det totalt ble investert 13 prosent mindre enn planlagt i perioden, men avvikene varierte mellom helseforetakene.<sup>84</sup> Figur 22 viser avvik mellom oppnådd og planlagt investeringsnivå i langtidsplanen som dekker perioden 2016–2019.

**Figur 22 Planlagt investeringsnivå i den økonomiske langtidsplanen og faktisk investeringsnivå for perioden 2016–2019, i millioner kroner**



Kilde: Helseforetakene. N = 20.

Totalt tretten av helseforetakene investerte mindre enn planlagt i perioden. For tolv helseforetak var det negative avviket på over 20 prosent, og for fem av disse var avviket på over 40 prosent. Det er store forskjeller mellom helseregionene i perioden:

- Helseforetakene i Helse Sør-Øst investerte omtrent 25 prosent mindre enn planlagt.
- Helseforetakene i Helse Midt-Norge investerte omtrent 40 prosent mindre enn planlagt.
- Helseforetakene i Helse Vest investerte omtrent 15 prosent mindre enn planlagt.
- Helseforetakene i Helse Nord investerte omtrent 50 prosent mer enn planlagt.

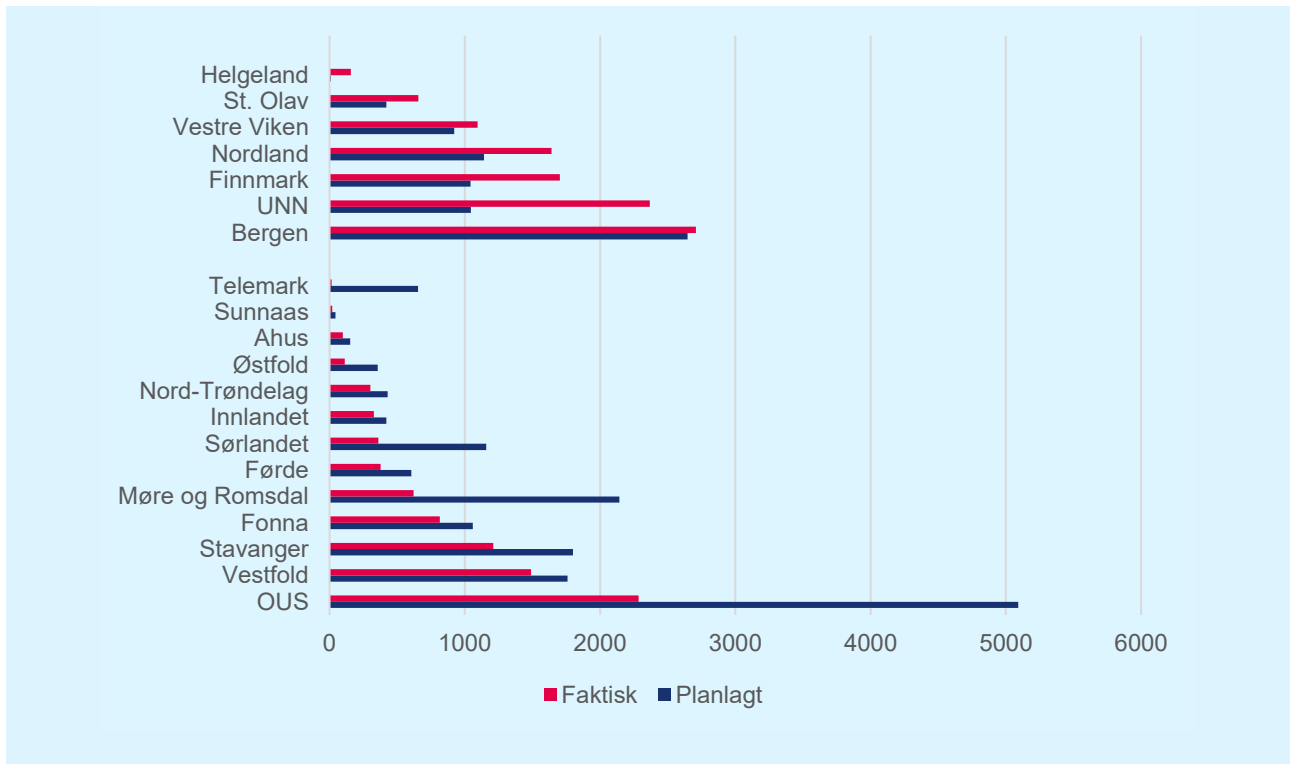
### Flertallet har utfordringer med å nå det planlagte investeringsnivået for bygg

Et flertall av helseforetakene har utfordringer med å nå det planlagte investeringsnivået for bygg. Ni helseforetak nådde det planlagte investeringsnivået i færre enn halvparten av langtidsplanene etter 2010. Seks av helseforetakene nådde det ikke i noen eller kun i én av planene etter 2010.

Med utgangspunkt i de økonomiske langtidsplanene for 2016–2019 har vi undersøkt nærmere hvor stort avvik det er mellom faktiske og planlagte investeringer i bygg. Totalt ble det investert 20 prosent mindre enn planlagt i perioden, men avvikene varierer mellom helseforetakene.

<sup>84</sup> Differansen skyldes i hovedsak at investeringer i IKT skjer i RHF-et eller i egne selskap.

**Figur 23 Planlagt investeringsnivå i den økonomiske langtidsplanen og faktisk investeringsnivå i bygg for perioden 2016–2019, i millioner kroner**



Kilde: Helseforetakene. N = 20.

Figur 23 viser avvik mellom oppnådd og planlagt investeringsnivå i langtidsplanen som dekker perioden 2016–2019. Totalt 13 helseforetak investerte mindre enn planlagt i bygg i perioden. For seks av disse helseforetakene var det negative avviket på over 50 prosent.

Blant helseforetakene som ikke nådde det planlagte investeringsnivået i langtidsplanen for 2016–2019, ble den samlede tekniske tilstanden på byggene forverret i åtte av tretten helseforetak. Blant helseforetakene som nådde de planlagte investeringene i langtidsplanen for 2016–2019, ble den samlede tekniske tilstanden på byggene forbedret i fire av sju helseforetak.

Det er forskjeller mellom helseregionene. Alle helseforetakene i Helse Nord investerte mer i bygg enn de hadde planlagt i perioden. Ett av helseforetakene i Helse Midt-Norge og ett i Helse Vest nådde det planlagte investeringsnivået.<sup>85</sup> Kun ett av helseforetakene i Helse Sør-Øst gjorde det samme.<sup>86</sup>

Helseforetakene oppgir per brev flere årsaker til at det har vært lavere investeringsnivå i bygg enn det som var planlagt i den økonomiske langtidsplanen for 2016–2019:

- Nedjustering av planlagt investeringsnivå i årsbudsjettene på grunn av lavere økonomisk resultat enn planlagt.
- Investeringsprosjekter er blitt utsatt. Helseforetakene oppgir flere grunner til utsettelse, som begrenset prosjektkapasitet, eller utsatt oppstart av regionalt styrte prosjekter helseforetaket.
- Noen av investeringene i planene ble reklassifisert som driftskostnader

Økte investeringsrammer som følge av kostnadsoverskridelser er en grunn til at investeringene er høyere enn planlagt i enkelte foretak. Nordland viser til at differansen mellom planlagte og faktiske investeringer i hovedsak skyldes budsjettoverskridelser på 300 millioner kroner.

<sup>85</sup> Bergen og St. Olav.

<sup>86</sup> Vestre Viken.



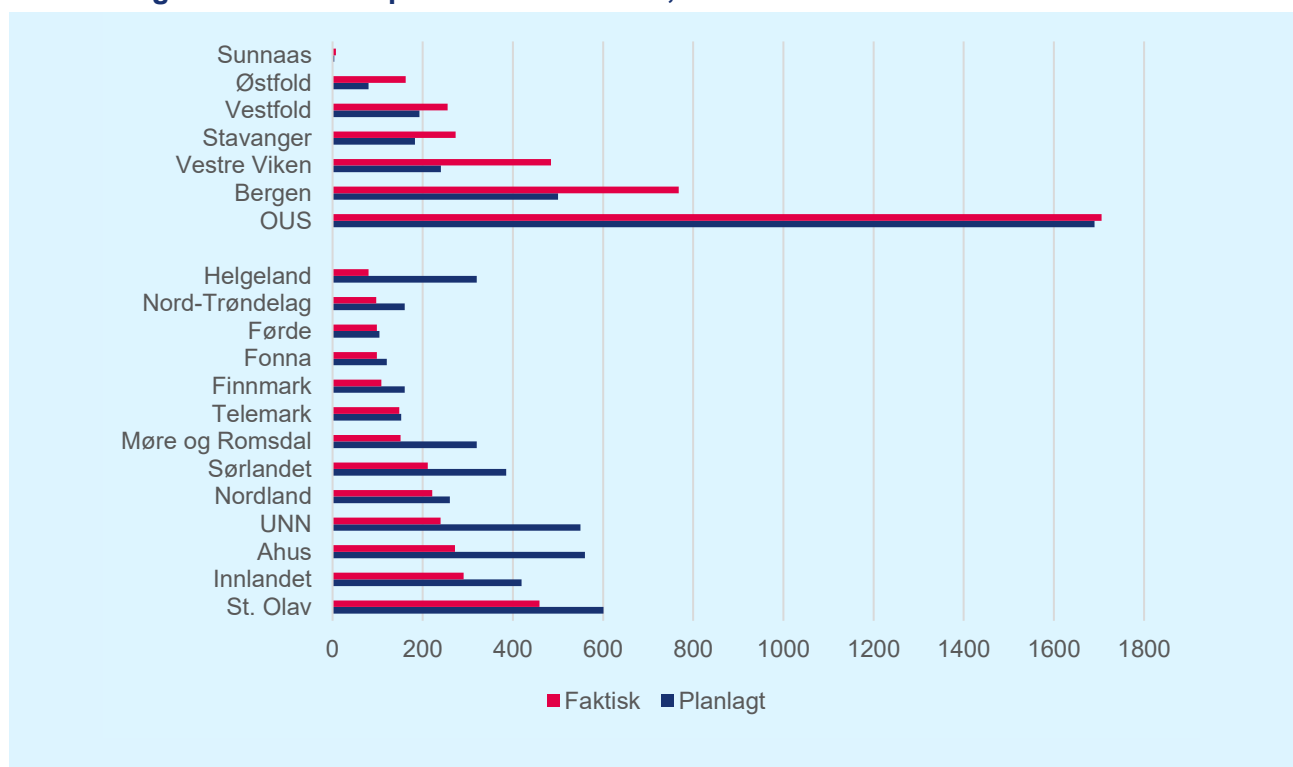
Helse- og omsorgsdepartementet påpeker at helseforetakenes innspill til økonomisk langtidsplan ikke innebærer en endelig beslutning om gjennomføring av store investeringsprosjekter, men synliggjør en investeringsplan som forutsetter tilslutning fra det regionale helseforetaket, som ivaretar prioriteringer på regionnivå.

### Flertallet har utfordringer med å nå investeringsplanene for medisinsk-teknisk utstyr

12 av de 20 helseforetakene nådde det planlagte investeringsnivået for medisinsk-teknisk utstyr i færre enn halvparten av sine langtidsplaner etter 2010.

Med utgangspunkt i den økonomiske langtidsplanen for 2016–2019 har vi undersøkt nærmere hvor stort avvik det er mellom oppnådde og planlagte investeringer i medisinsk-teknisk utstyr. Det ble investert totalt 12 prosent mindre enn planlagt i perioden, men avvikene varierte mellom helseforetakene.

**Figur 24 Planlagt investeringsnivå i den økonomiske langtidsplanen og faktisk investeringsnivå i MTU for perioden 2016–2019, i millioner kroner**



Kilde: Helseforetakene. N = 20.

Figur 24 viser avvik mellom oppnådde og planlagte investeringer i langtidsplanen som dekker perioden 2016–2019. Totalt tretten av helseforetakene investerte mindre enn planlagt i perioden, og for ni av disse helseforetakene var det negative avviket på over 20 prosent.

Blant helseforetakene som ikke nådde det planlagte investeringsnivået i langtidsplanen for 2016–2019, økte gjennomsnittsalderen på MTU-parken i ni av tretten helseforetak. Sju av disse var blant de åtte helseforetakene der gjennomsnittsalderen på MTU-parken økte mest fra 2015 til 2020, jf. kapittel 3.

Blant helseforetakene som nådde de planlagte investeringene i langtidsplanen for 2016–2019, økte gjennomsnittsalderen på MTU-parken i tre av sju helseforetak. I to av disse helseforetakene økte gjennomsnittsalderen med bare 0,3 år.

I sju helseforetak var gjennomsnittsalderen på MTU-parken i 2020 lik eller lavere enn hva den var i 2015, jf. kapittel 3. Blant disse helseforetakene var det tre helseforetak som nådde de planlagte investeringene i

medisinsk-teknisk utstyr.<sup>87</sup> Blant de åtte helseforetakene der gjennomsnittsalderen økte mest, var det bare ett helseforetak som nådde de planlagte investeringene i langtidsplanen.<sup>88</sup>

Det er forskjeller mellom helseregionene. Alle helseforetakene i Helse Nord og Helse Midt-Norge investerte mindre enn de hadde planlagt for. Halvparten av helseforetakene i de to andre regionene nådde de planlagte investeringene.

Årsaken flest helseforetak oppgir til lavere investeringer enn planlagt i medisinsk-teknisk utstyr i økonomisk langtidsplan for 2016–2019 er lavere økonomisk resultat enn planlagt. I tillegg nevner enkelte foretak forsinkelser på grunn av tidkrevende innkjøpsprosesser eller forsinkelser i regionale investeringer som inkluderer medisinsk-teknisk utstyr.

Et av helseforetakene viser til at investeringsmidler som ikke er øremerket gjennom lån eller tilskudd, er avhengig av resultatene fra driften og generering av likviditet. Ved underskudd har ikke foretaket generert nødvendig likviditet for å gjennomføre planlagte investeringer. Investeringer i medisinsk-teknisk utstyr har dermed vært begrenset til å erstatte gammelt utstyr som har brutt sammen, og utstyr som ikke oppfyller gjeldende krav til funksjonalitet eller kvalitet. Manglende investeringer i medisinsk-teknisk utstyr førte til økt alder på MTU-parken i perioden 2016–2019.

Planer gjenspeiler ikke alltid behovet for investeringer. I forslaget fra et prioriteringsutvalg i et helseforetak med hensyn til prioriteringer av investeringer for 2019, framgår det følgende:

*«Investeringsrammen til MTU er betydelig høyere i 2019 sammenlignet med tidligere år. Likevel er innmeldte investeringsbehov langt høyere enn rammen. Divisjonene har vært restriktive med å melde behov fra avdelingene i deres prioriterte liste til investeringer 2019. Det skyldes i stor grad at vi har de siste årene erfart at det er begrensede investeringsmidler. Investeringsutvalget er klar over at det er et behov for flere utskiftninger enn det som er meldt.»<sup>89</sup>*

### 5.2.2 Mange av helseforetakene som ikke nådde planlagt investeringsnivå i de økonomiske langtidsplanenes første år, gjorde det heller ikke i resten av planperioden

De økonomiske langtidsplanene oppdateres og vedtas av styret i mai måned. Investeringene som planlegges for det første året i langtidsplanen, gir premisser for utarbeidelsen av investeringsbudsjettet i det kommende årsbudsjettet.

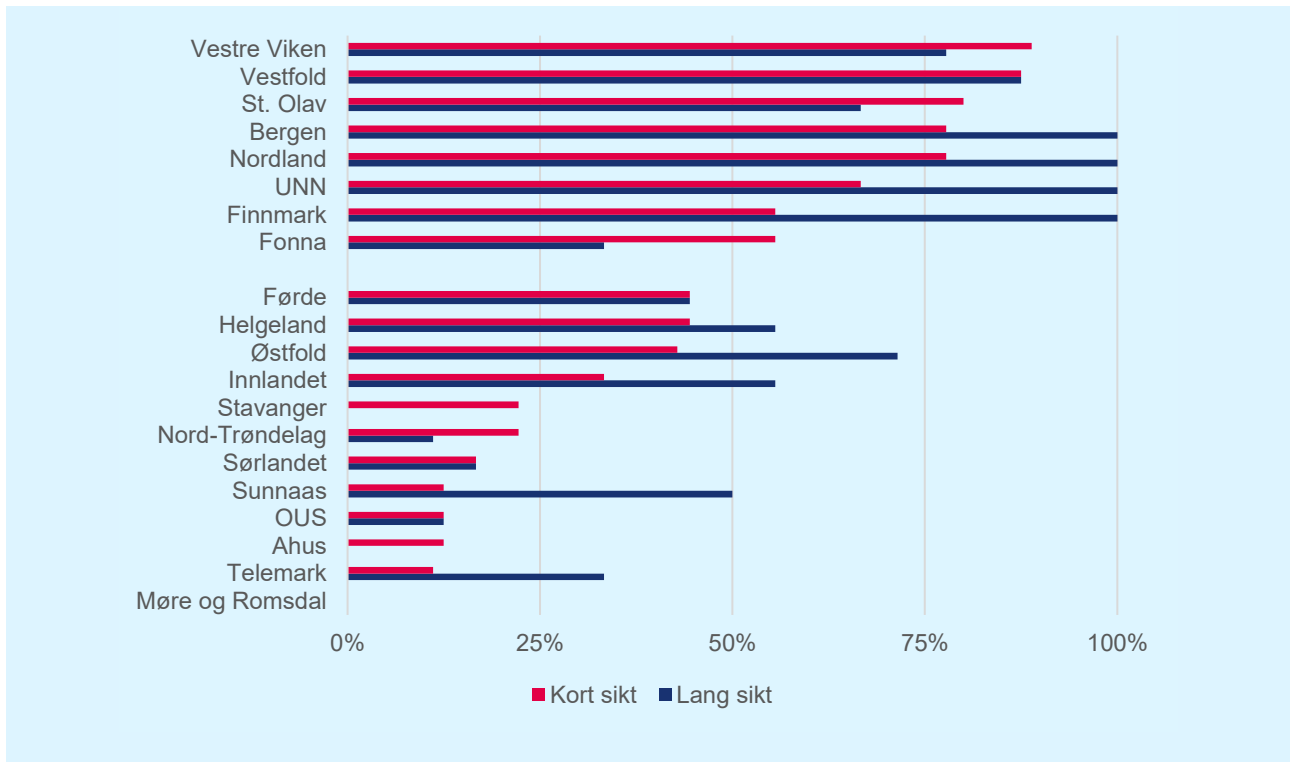
Vi har undersøkt om de helseforetakene som oftest nådde det planlagte investeringsnivået i det første året av de økonomiske langtidsplanene etter 2010, var de samme helseforetakene som oftest nådde det planlagte investeringsnivået for hele planperioden. Figur 25 viser i hvor stor andel av de økonomiske langtidsplanene hvert enkelt helseforetak nådde det planlagte investeringsnivået, henholdsvis for det første året i planen og hele planperioden.

<sup>87</sup> Vestre Viken, OUS og Østfold.

<sup>88</sup> Stavanger.

<sup>89</sup> Ahus, Forslag til prioritering av investeringer for 2019, s.12.

**Figur 25 Andelen økonomiske langtidsplaner etter 2010 der helseforetakene har nådd planlagt investeringsnivå på kort og lang sikt, i prosent**



Kilde: Helseforetakene. Oppnådd investeringsnivå innebærer minst 90 prosent oppnåelse av planen. Figuren er sortert etter oppnåelse på kort sikt. N = 20.

Figur 25 indikerer at helseforetakene som budsjetterer realistisk på kort sikt, også har en evne til å nå det planlagte investeringsnivå på lang sikt.

Åtte helseforetak nådde det planlagte investeringsnivået for det første året i minst halvparten av langtidsplanene sine. Sju av disse helseforetakene var også blant de som flest ganger nådde investeringsnivået som var planlagt for hele planperioden.

Tolv helseforetak nådde det planlagte investeringsnivået for det første året i færre enn halvparten av langtidsplanene sine. Kun tre av disse nådde investeringsnivået for hele perioden i mer enn halvparten av planene sine.

Vi har også undersøkt om helseforetakene som nådde det planlagte investeringsnivået for henholdsvis medisinsk-teknisk utstyr og bygg i det første året av langtidsplanene, også nådde det planlagte investeringsnivået for hele perioden. Analysen viser

- at de fem helseforetakene som i flest planer nådde det planlagte investeringsnivået i medisinsk-teknisk utstyr i det første året av langtidsplanene, også var de fem som i flest planer nådde investeringsnivået som var planlagt for hele perioden
- at åtte av de ti helseforetakene som flest ganger nådde det planlagte investeringsnivået i bygg i det første året av langtidsplanene, også var blant de ti helseforetakene som i flest planer nådde investeringsnivået som var planlagt for hele perioden

Dette viser at helseforetakene som når det planlagte investeringsnivået på kort sikt, også når det på lang sikt. Dette gjelder både for investeringer samlet sett, investeringer i bygg og investeringer i medisinsk-teknisk utstyr.

Vi har også undersøkt om årsbudsjettene for investeringer for 2019 er forskjellige fra planlagte investeringer i de økonomiske langtidsplanene som ble vedtatt et halvt år før. Dersom det budsjetteres med lavere

investeringer i årsbudsjettet, kan dette forklare deler eller hele avviket mellom planlagte og oppnådde investeringer i det første året av langtidsplanen.

Når vi sammenligner investeringene i årsbudsjettet i 2019 med langtidsplanen, viser analysen at planlagte investeringer var høyere i årsbudsjettet enn i økonomisk langtidsplan i fem helseforetak,<sup>90</sup> lavere i seks<sup>91</sup> og like i tre helseforetak.<sup>92</sup>

Hovedbildet med hensyn til om helseforetakene når det planlagte investeringsnivået i langtidsplanene, endrer seg likevel ikke. I åtte av ni helseforetak der investeringene var lavere enn det som ble planlagt for det første året av den økonomiske langtidsplanen, var investeringene også lavere enn det som ble planlagt i årsbudsjettet.

### Faktaboks 7 Sammenhengen mellom den økonomiske langtidsplanen og årsbudsjettet

Investeringene som planlegges for det første året i langtidsplanen, gir helseforetaket en økonomisk ramme som gir premisser for utarbeidelsen av investeringsbudsjettet i det kommende årsbudsjettet, som behandles i styret i desember. De planlagte investeringene i årsbudsjettet kan bli endret i forhold til de planlagte investeringene i det første året i de økonomiske langtidsplanene. Dette kan blant annet skyldes

- at det er endringer i rammebetingelsene som gis i de årlige statsbudsjettene
- at det er endringer i den økonomiske situasjonen i det enkelte helseforetak
- at det er utsettelse i oppstarten av et investeringsprosjekt

## 5.3 Om helseforetakene når planlagte økonomiske resultater

Undersøkelsen viser

- at det er store forskjeller mellom helseforetakene med hensyn til om de nådde de planlagte økonomiske resultatene i langtidsplanene
- at mange av helseforetakene som ikke nådde det planlagte resultatet i de økonomiske langtidsplanenes første år, heller ikke gjorde det i resten av planperioden

### 5.3.1 Det er store forskjeller mellom helseforetakene med hensyn til om de nådde de planlagte økonomiske resultatene i langtidsplanene

Helseforetakene finansierer investeringene sine blant annet gjennom den delen av basisrammen som skal dekke ikke-betalbare kostnader og gjennom salg av eiendom. Gitt driftsmessig balanse kan disse midlene nyttes til nyinvesteringer, avdrag på lån, eller sparing til framtidige investeringer. Underskudd på driften reduserer handlingsrommet for nye investeringer. Motsatt gir overskudd i driften økt handlingsrom for nyinvesteringer. Det er også mulig å søke om regionale lån til noen typer investeringer. Selv om enkelte helseforetak fortsatt går med underskudd, har de fleste helseforetakene forbedret økonomien sin og går med overskudd.

For å øke tilgjengelige midler til investeringer, er helseforetakene avhengige av å gå med økonomisk overskudd. Helseforetak som ikke når de planlagte økonomiske resultatene sine, vil derfor kunne bli nødt til å redusere eller utsette planlagte investeringer. Vi har undersøkt om helseforetakene nådde de planlagte økonomiske resultatene i hver av de økonomiske langtidsplanene etter 2010.<sup>93</sup>

<sup>90</sup> Ahus, Innlandet, Telemark, Bergen og Stavanger.

<sup>91</sup> OUS, Vestre Viken, Sørlandet, Førde, Møre og Romsdal, og Nord-Trøndelag.

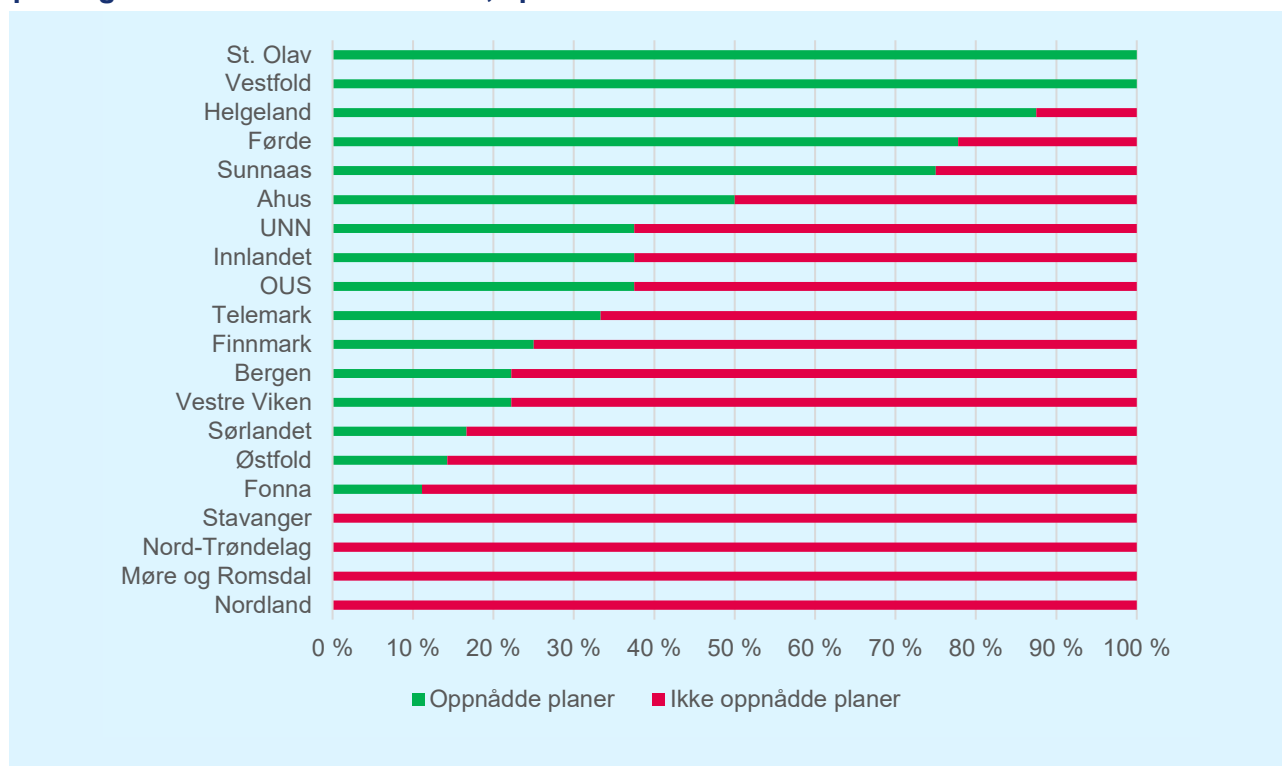
<sup>92</sup> Data mangler for de andre helseforetakene.

<sup>93</sup> Både planlagt og realisert overskudd i 2014 er utelatt fra beregningene.

I hver av planperiodene etter 2010 nådde halvparten eller færre av helseforetakene de planlagte økonomiske resultatene i de økonomiske langtidsplanene. I gjennomsnitt nådde omtrent 40 prosent av helseforetakene det planlagte økonomiske resultatet (overskuddet) i langtidsplanene.

Det er imidlertid forskjeller mellom helseforetakene når det gjelder avvik mellom oppnådde og planlagte økonomiske resultater i fireårsperiodene etter 2010. Figur 26 viser i hvor stor andel av planene hvert enkelt helseforetak nådde det planlagte resultatet de fire nærmeste årene. Antall planer for hvert helseforetak varierer i figuren.<sup>94</sup>

**Figur 26 Andelen økonomiske langtidsplaner etter 2010 der helseforetakene nådde de planlagte økonomiske resultatene, i prosent**



Kilde: Helseforetakene. N = 20.

Figur 26 viser at det er store forskjeller mellom helseforetakene med hensyn til om de nådde de planlagte økonomiske resultatene. Seks helseforetak skiller seg ut ved at de nådde de planlagte resultatene i minst halvparten av langtidsplanene.<sup>95</sup> To helseforetak nådde de planlagte resultatene i samtlige av langtidsplanene etter 2010.

Mange helseforetak har imidlertid problemer med å nå de planlagte økonomiske resultatene i langtidsplanene. 14 helseforetak nådde de planlagte resultatene i under halvparten av langtidsplanene etter 2010. Fire nådde ikke resultatene i noen av planene.

I figur 26 defineres måloppnåelse som at helseforetakene når 100 prosent av det planlagte økonomiske resultatet, men hovedbildet endrer seg ikke når vi undersøker om minst 90 prosent av det planlagte økonomiske resultatet er nådd.

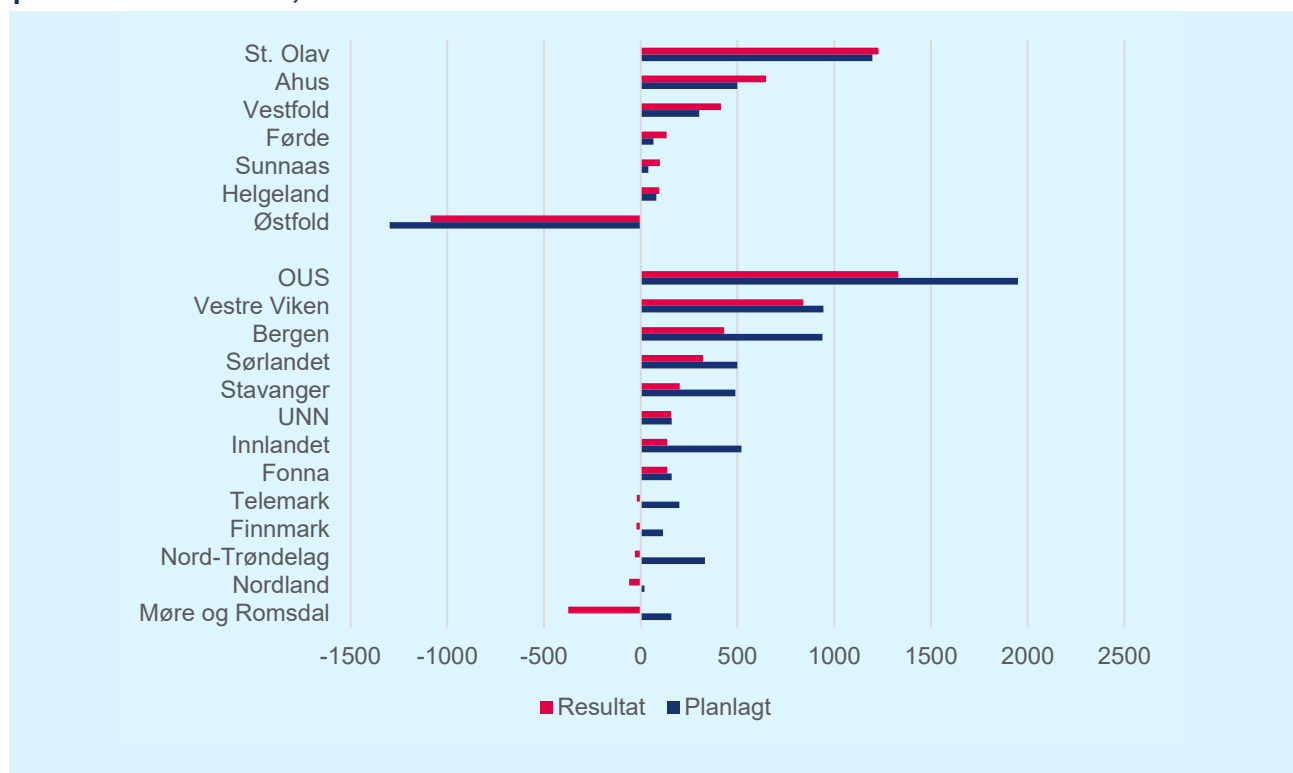
<sup>94</sup> Helseforetakene begynte på ulike tidspunkter (mellom 2010 og 2015) å utarbeide økonomiske langtids-/investeringsplaner og har derfor ikke utarbeidet like mange rapporter siden 2010.

<sup>95</sup> Vestfold, St. Olav, Helgeland, Førde, Ahus og Sunnaas.

Departementet presiserer at de regionale helseforetakene over tid har hatt betydelige regnskapsmessige overskudd, og at det i vurderingen av resultatutviklingen i helseforetakene må tas hensyn til at det planlegges med til dels omfattende resultatbuffer hos det regionale foretaket.<sup>96</sup> De regionale helseforetakene har ordninger hvor det gis regionale midler (interne lån) til prioriterte prosjekter. Departementet påpeker videre at de regionale helseforetakene realiserte et betydelig høyere resultat enn planlagt i økonomisk langtidsplan for 2016–2019. De opparbeidet dermed et større handlingsrom for investeringer enn det som ble lagt til grunn i 2015.

Med utgangspunkt i den økonomiske langtidsplanen for 2016–2019 har vi undersøkt nærmere hvor stort avvik det er mellom de planlagte og de oppnådde økonomiske resultatene. Våre beregninger, som kun omfatter helseforetakene som utfører pasientbehandling, viser betydelige forskjeller mellom foretakene, jf. figur 27.

**Figur 27 Planlagt resultat i den økonomiske langtidsplanen og oppnådd resultat for perioden 2016–2019, i millioner kroner**



Kilde: Helseforetakene. N = 20.

Figur 27 viser at sju helseforetak oppnådde et bedre resultat enn planlagt i perioden 2016–2019, mens 13 foretak ikke nådde resultatmålene. Videre viser figuren at flere av disse helseforetakene var langt fra målet. Sju helseforetak hadde et avvik på mer enn 200 millioner kroner hver.

Seks helseforetak hadde et samlet negativt økonomisk resultat i perioden 2016–2019.<sup>97</sup> Fem av disse hadde et dårligere resultat enn planlagt.<sup>98</sup>

Helseforetakene oppgir per brev flere årsaker til at de planlagte økonomiske resultatene ikke ble nådd i langtidsplanen for perioden 2016–2019:

- krav til effektivisering som ikke er oppnådd
- høyere aktivitet der merkostnadene ble større enn merinntektene
- kostnadsøkninger på enkelte kostnadskomponenter, som for eksempel lønn og medikamenter

<sup>96</sup> Brev fra Helse- og omsorgsdepartementet 21.09.21.

<sup>97</sup> Møre og Romsdal, Nord-Trøndelag, Finnmark, Nordland, Telemark og Østfold.

<sup>98</sup> Østfold hadde et lavere negativt resultat enn planlagt.

Flere helseforetak har derfor nedskalert planlagte økonomiske resultater i årsbudsjettene.

Det er ingen klar sammenheng med hensyn til om helseforetakene når det planlagte økonomiske resultatet i langtidsplanen, og om de når det planlagte investeringsnivået. Dette skyldes blant annet at store investeringer kan finansieres av statlige eller regionale lån, og da er helseforetaket mindre avhengig av å nå økonomiske resultater for å gjennomføre investeringene. Dersom et foretak har tilgjengelig likviditet, kan investeringer også gjennomføres på kort sikt selv om overskuddet er mindre enn planlagt. På lengre sikt vil et mindre overskudd enn planlagt likevel påvirke helseforetakenes evne til å gjennomføre investeringer som finansieres av helseforetakene selv.

### 5.3.2 Mange av helseforetakene som ikke nådde planlagt resultat i de økonomiske langtidsplanenes første år, gjorde det heller ikke i resten av planperioden

De planlagte økonomiske resultatene i langtidsplanene forutsetter ofte effektiviseringstiltak. Undersøkelsen viser at mange helseforetak har utfordringer med å nå de planlagte resultatene i langtidsplanene. Dette indikerer at styrene i helseforetakene ofte vedtar for optimistiske planer. Planer og budsjetter bør imidlertid være så realistiske som mulig.

Det første året i langtidsplanene skal legge premissene for utarbeidelsen av årsbudsjettet. Vi har derfor undersøkt i hvilken grad helseforetakene har nådd de planlagte resultatene i det første året av langtidsplanene fra 2010. De økonomiske langtidsplanene oppdateres hvert år.<sup>99</sup> Figur 28 viser i hvor stor andel av de økonomiske langtidsplanene hvert enkelt helseforetak nådde det planlagte resultatet, henholdsvis for det første året i planen (kort sikt) og hele planperioden (lang sikt).

**Figur 28 Andelen økonomiske langtidsplaner etter 2010 der helseforetakene har nådd de planlagte økonomiske resultatene på kort og lang sikt, i prosent**



<sup>99</sup> Helseforetakene har utarbeidet maksimalt ni langtidsplaner i perioden fra 2010 til 2018.

Kilde: Helseforetakene. Oppnådd økonomisk resultat innebærer 100 prosent oppnåelse av budsjettet. N = 20.

Figur 28 indikerer at helseforetakene som har en realistisk planlegging på kort sikt, også har en evne til å nå planlagte resultater på lang sikt.

Videre viser figuren at mange helseforetak har store utfordringer med å nå de planlagte resultatene det første året i langtidsplanene. Elleve helseforetak når i halvparten eller færre av planene det planlagte økonomiske resultatet for det første året av planen, og få av disse nådde de planlagte resultatene sine for resten av planperioden.

Ni helseforetak nådde i flere enn halvparten av langtidsplanene det planlagte resultatet for det første året av planen, og sju av disse var også blant de som oftest nådde resultatene sine for hele planperioden.<sup>100</sup>

Årsbudsjettene vedtas av styrene i helseforetakene i desember. De planlagte økonomiske resultatene i årsbudsjettene kan derfor avvike fra de planlagte resultatene for det første året i de økonomiske langtidsplanene. Vi har undersøkt om det budsjetterte resultatet i årsbudsjettene for 2019 avviker fra det som var planlagt i den økonomiske langtidsplanen som ble vedtatt av styret et halvt år tidligere. Når vi sammenligner det planlagte resultatet i årsbudsjettet med det første året i langtidsplanen, var det høyere i ett helseforetak, lavere i fire og likt i ti helseforetak.

De helseforetakene som ikke nådde det planlagte økonomiske resultatet for første året i langtidsplanen, nådde heller ikke det budsjetterte resultatet i årsbudsjettet. Hovedbildet med hensyn til om helseforetakene når det planlagte resultatet i langtidsplanene, endrer seg således ikke.

## 5.4 Helseforetakenes rutiner for å utarbeide investeringsplaner

Undersøkelsen viser

- at prosessen med å utarbeide økonomiske langtidsplaner og årsbudsjetter kan bli bedre i mange av helseforetakene
- at planleggingen av investeringer i medisinsk-teknisk utstyr kan bli bedre i mange av helseforetakene

### 5.4.1 Prosessen med utarbeide økonomiske langtidsplaner og årsbudsjetter kan bli bedre i mange av helseforetakene

Helseforetakene har planer og budsjettbrev for de årlige budsjettprosessene. De fleste helseforetakene har konkretisert budsjettprosessen i en budsjettkalender som blant annet viser frister for når ulike oppgaver skal gjennomføres, og hvilke aktører som er involvert og ansvarlig for de ulike oppgavene.<sup>101</sup>

Flere helseforetak peker likevel på at prosedyrene er uklare, utdaterte eller ikke tilstrekkelig knyttet til foretakets strategi. Flere helseforetak viser til at nye prosedyrer er under utvikling, og opplyser at dette blant annet er viktig for å sikre at helseforetakene prioriterer nok tid til å planlegge og gjennomføre budsjettprosessen, noe som skal sikre bred involvering og eierskap hos alle budsjettansvarlige.<sup>102</sup>

Den økonomiske langtidsplanen er et sentralt verktøy for lederne og styrene i helseforetakene, og gir premisser for utarbeidelsen av årsbudsjettet for kommende år (se faktaboks 6 om økonomiske langtidsplaner).<sup>103</sup> Mange helseforetak har imidlertid ikke utarbeidet egne prosedyrer for utarbeidelse av den økonomiske langtidsplanen på samme måte som for årsbudsjettet. Kartleggingen vår viser at sju helseforetak ikke kan dokumentere prosedyrer eller framdriftsplaner for utarbeidelse av langtidsbudsjettet.<sup>104</sup> Flere

<sup>100</sup> Kun Ahus har bedre måloppnåelse på lang sikt enn disse sju.

<sup>101</sup> Disse aktørene inkluderer blant annet økonomidirektør, controller, ledere for klinikk, fagforening, direktør.

<sup>102</sup> Helgeland, UNN, Nord-Trøndelag og Ahus.

<sup>103</sup> Helseforetakene i Helse Nord utarbeider ikke egne økonomiske langtidsplaner, men flerårige investeringsplaner.

<sup>104</sup> Fonna, Nord-Trøndelag, St. Olav, Finnmark, Helgeland, UNN og Sørlandet.



av disse helseforetakene viser til at kravene som er gitt i budsjettbrev fra det regionale helseforetaket, er den eneste prosedyren for å utarbeide den økonomiske langtidsplanen.

Helseforetakene oppdaterer den økonomiske langtidsplanen sin hvert år. Budsjettprosessen i helseforetakene er delvis styrt av fristene som de regionale helseforetakene setter i budsjettskrivene. Disse skrivene omfatter krav til innholdet i planen som skal utarbeides, og altså tidsfrister for leveransene, men ikke rutiner for hvordan helseforetaket skal utarbeide langtidsplanene.

Faktaboks 8 viser en vanlig prosess for å utarbeide en økonomisk langtidsplan og et årsbudsjett. Dokumentanalysen viser imidlertid at helseforetakene har noe ulike budsjettprosesser.

### Faktaboks 8 Prosessen med å utarbeide en økonomisk langtidsplan og et årsbudsjett i helseforetakene

Februar	<ul style="list-style-type: none"> <li>Styret legger premisser og føringer for den økonomiske langtidsplanen.</li> <li>Det første budsjettskrivet med forutsetninger og rammer sendes ut til klinikkene.</li> </ul>
Mars	<ul style="list-style-type: none"> <li>Klinikkene oversender innspill til oppdateringer av den økonomiske langtidsplanen til ledelsen.</li> <li>Det er dialog mellom ledelsen og klinikkene om innspillene til den økonomiske langtidsplanen.</li> <li>Det er strategi- og budsjettmøter i ledergrupper.</li> </ul>
April	<ul style="list-style-type: none"> <li>Helseforetaket oversender et utkast til økonomisk langtidsplan til det regionale helseforetaket for kvalitetssikring og dialog.</li> </ul>
Mai	<ul style="list-style-type: none"> <li>Den økonomisk langtidsplanen behandles i helseforetakets styre.</li> </ul>
Juni	<ul style="list-style-type: none"> <li>Det regionale helseforetaket vedtar regional økonomisk langtidsplan. Denne legger premisser for utarbeidelsen av årsbudsjettet for det neste året.</li> <li>Premissene for effektiviseringskravene sendes fra ledelsen til klinikkene.</li> </ul>
August	<ul style="list-style-type: none"> <li>Klinikkene starter opp arbeidet med å nå effektiviseringskravene (noen helseforetak starter før).</li> </ul>
September	<ul style="list-style-type: none"> <li>Klinikkene arbeider i dialog med økonomiavdelingene med å utarbeide utkast til driftsbudsjettet, inkludert aktivitetsbudsjett.</li> </ul>
Oktober	<ul style="list-style-type: none"> <li>Helseforetaket får informasjon om eventuelle endringer som følge av Prop. 1 S.</li> <li>Klinikkene prioriterer investeringer innenfor den økonomiske rammen.</li> </ul>
November	<ul style="list-style-type: none"> <li>Budsjettet blir ferdigstilt, inkludert investeringsbudsjettet.</li> </ul>
Desember	<ul style="list-style-type: none"> <li>Helseforetaket leverer det ferdige årsbudsjettet til det regionale helseforetaket.</li> <li>Årsbudsjettet for neste år behandles av styret i helseforetaket.</li> </ul>

Kilde: Helseforetakene

Vestfold er det helseforetaket som i flest økonomiske langtidsplaner etter 2010 har nådd det planlagte investeringsnivået både for det første året av planen og hele planperioden. Vestfold skiller seg fra mange andre helseforetak på flere måter:

- Helseforetaket starter budsjettprosessen flere måneder tidligere enn det som ellers er vanlig.
- Klinikkene må prioritere investeringer tidligere enn de fleste andre helseforetak (tidlig i september).
- Klinikkene må prioritere investeringer over flere år i prosessen med å utarbeide årsbudsjettet. På den måten legges det opp til at klinikkene allerede i den ordinære budsjettprosessen planlegger investeringer i et lengre og mer strategisk perspektiv. I mange andre helseforetak er det vanlig at klinikkene i budsjettprosessen bare prioriterer investeringer ett år fram i tid.

Vestfold mener at de prioriteringene klinikkene gjør med hensyn til investeringer i den ordinære budsjettprosessen, gir et tilstrekkelig grunnlag for staben til å utarbeide den økonomiske langtidsplanen på våren uten at det er behov for at klinikkene må oppdatere prioriteringene sine. I mange andre helseforetak blir klinikkene involvert i prioriteringene av investeringene i den økonomiske langtidsplanen først måneden før den oversendes til det regionale helseforetaket.

I Vestfold starter budsjettprosessen i det siste ledermøtet i desember, noe som er ett år før budsjettet vedtas (møtet i desember 2019 for budsjettet for 2021). Det arbeides deretter med strategiske prioriteringer fram til månedsskiftet mars/april, og da får klinikkene tildelt budsjetttrammene sine.

Klinikkene i Vestfold skal allerede i begynnelsen av september prioritere investeringer for neste års budsjett. I de fleste helseforetakene skjer denne prioriteringen senere på høsten, og i enkelte helseforetak vedtas investeringsbudsjettet først flere måneder inn i budsjettåret. Vestfold begrunner rutinene sine med at en tidlig prioritering av investeringer øker muligheten for at de vedtatte investeringene blir gjennomført i budsjettåret. Det fører også til at effekten av investeringens formål kommer tidligere enn om planleggingen av investeringen ble startet helt på slutten av året eller i selve budsjettåret.

Omstillinger i sykehus krever ofte omfattende og tidkrevende prosesser. Vestfold starter også tidligere enn andre helseforetak med å identifisere og gjennomføre nødvendige endringstiltak ved klinikkene. Helseforetaket mener at det er en fordel med å starte med denne oppgaven allerede i april fordi effekten av tiltakene da kommer tidligere. Dette øker muligheten for å nå det planlagte overskuddet, noe som i neste omgang gir en økt evne til å nå det planlagte investeringsnivået.

Den økonomiske langtidsplanen legger premisser for utarbeidelsen av årsbudsjettet. Derfor får klinikkene i mange helseforetak informasjon om den økonomiske rammen først i juni måned. I praksis betyr dette at klinikker i mange helseforetak først etter sommerferien starter med å identifisere og planlegge nødvendige effektiviseringstiltak for å nå det planlagte økonomiske resultatet i neste års budsjett. Dette øker risikoen både for at tilstrekkelige effektiviseringstiltak ikke identifiseres, eller at effektene ikke kommer tidsnok.

#### 5.4.2 Planleggingen av investeringer i medisinsk-teknisk utstyr kan bli bedre i mange av helseforetakene

For å belyse nærmere hvordan investeringer planlegges, har vi kartlagt hvordan dette gjøres for medisinsk-teknisk utstyr. Dokumentanalysen viser at noen helseforetak ikke har noen form for prosedyrer.<sup>105</sup> Et flertall av helseforetakene har imidlertid utarbeidet prosedyrer som omfatter hele eller deler av prosessen fra å kartlegge behov til å prioritere investeringer. Det er imidlertid stor variasjon i kvaliteten på prosedyrene.<sup>106</sup> Vi har ikke undersøkt hvordan anskaffelser gjennomføres.

Det er vanlig at det er klinikkledelsens oppgave å gi innspill til prioriteringer mellom investeringer. Klinikkleneren gjennomgår listen over investeringer som ikke ble prioritert i fjor, og forslag fra fagavdelinger på bakgrunn av en analyse/inspeksjon av det medisinsk-tekniske utstyret. I helseforetakene er det vanlig at klinikkene melder investeringsbehovene sine til fagenheten som har ansvaret for medisinsk-teknisk utstyr. Klinikkene registrerer informasjon om investeringsforslagene i en mal. Kravene til informasjon i disse malene varierer noe mellom helseforetakene.

Flere helseforetak har utviklet prioriteringskriterier til hjelp for klinikkene når de skal prioritere. Vestre Viken har denne rekkefølgen over prioriteringskriterier for medisinsk-teknisk utstyr:

1. myndighetskrav og lovpålagte forskrifter
2. avsetning til eventuelt havari / nødvendige erstatningskjøp
3. teknisk tilstand / nødvendig for sikker og stabil drift
4. funksjonelle og strategiske behov samt innovative ideer

<sup>105</sup> Fonna, Møre og Romsdal og UNN.

<sup>106</sup> Vestre Viken, Telemark og OUS er helseforetak som har prosedyrer som gir en god beskrivelse av prosessen.

Dokumentanalysen viser at denne prioriteringsrekkefølgen også gjelder i flere andre helseforetak. Dette fører til en risiko for at investeringer basert på funksjonelle og strategiske behov kan bli nedprioritert når den økonomiske rammen ikke strekker til. Noen foretak gjør en vurdering av investeringsforslaget opp mot foretakets strategi når prioriteringene skal gjøres.

Et flertall av helseforetakene har et eget prioriteringsutvalg for medisinsk-teknisk utstyr. Prioriteringsutvalgets formål er blant annet å være et rådgivende organ for direktøren ved å gi en innstilling til rangering av investeringene. Sammensetningen av et slikt prioriteringsutvalg blir derfor viktig. Aktører som vanligvis er med i et slikt utvalg, er økonomidirektøren, lederen for fagområdet medisinsk-teknisk utstyr, lederen for eiendom og representanter for klinikker. Det vanligste er at prioriteringsutvalget møtes fra to til fire ganger i året, og at de i et møte på høsten lager en samlet innstilling over helseforetakets prioriteringer for hele året.

Prioriteringsutvalget må ta utgangspunkt i innspill fra klinikkene og fagmiljøet som har ansvaret for det bestemte investeringsområdet. Videre må innspill koordineres med andre fagområder (bygg, MTU, IKT osv.) og være samordnet med overordnede føringer fra foretaksledelsen. I mange av helseforetakene blir det avsatt en egen ramme for uforutsette hendelser eller havari, enten samlet eller for hvert fagområde. De fleste helseforetakene planlegger med en buffer til havariinvesteringer på mellom 10 og 30 prosent av det planlagte investeringsnivået for medisinsk-teknisk utstyr.<sup>107</sup>

Ledelsen i helseforetakene gir overordnede rammer for investeringer innenfor hvert fagområde i forbindelse med de årlige budsjettprosessene.<sup>108</sup> Dersom det er et gap mellom investeringsbehovet og tilgjengelige investeringsmidler, er det følgelig behov for å kunne gjøre best mulige prioriteringer. Dersom investeringsrammen oppfattes som for liten, kan det hende at ikke alle behov blir meldt inn, og foretaket vil ikke få en fullstendig oversikt over de faktiske behovene. For eksempel skriver St. Olav følgende i 2018:

*«Siden det i de siste årene har vært stor avstand mellom det som meldes inn som behov og det som faktisk bevilges, er det ikke alle klinikker som velger å bruke tid på å lage komplette lister. Det er likevel kun en mindre del av utstyret som anses som viktig å anskaffe, som faktisk kan innvilges innenfor dagens rammer. Tilbakemeldingen fra klinikkene er at det investeres for lite i MTU, og at det på enkelte områder kan få konsekvenser for driften.»<sup>109</sup>*

På bakgrunn av prosessen som er beskrevet ovenfor, vil administrerende direktør framlegge et forslag til investeringsbudsjett for styret, som vedtar det årlige investeringsbudsjettet.

Det er stor forskjell mellom helseforetakene med hensyn til når på året fagavdelingene og klinikkene drøfter prioriteringer av medisinsk-teknisk utstyr. I de fleste helseforetakene starter denne prosessen først etter sommeren, og Vestfold skiller seg ut ved å starte denne prosessen tidligere. I dette helseforetaket utarbeider fagenheten for medisinsk-teknisk utstyr en *årsmelding* for medisinsk-teknisk utstyr i begynnelsen av året. Hensikten med årsmeldingen er å gi sykehusets ledelse og den enkelte klinikk en mer helhetlig oversikt over statusen på MTU-parken og å komme med innspill til eventuelle forbedringstiltak for å håndtere medisinsk-teknisk utstyr. I årsmeldingen gis det en generell vurdering av tilstanden ved hver klinikk og statistikk over utviklingen med hensyn til antall enheter og alder. Det gis også anbefalinger om medisinsk-teknisk utstyr som *må* eller *bør* skiftes ut. Vi har ikke mottatt noen tilsvarende oversikt fra andre helseforetak.

I Vestfold brukes årsmeldingen som grunnlag for klinikkens strategiske vurderinger fram mot april. I dette helseforetaket er man langt tidligere ferdig med å prioritere investeringer i medisinsk-teknisk utstyr enn i andre foretak. Utkastet til klinikkens prioriteringer er klart i starten av september; på denne tiden har flere andre helseforetak nettopp startet prioriteringsprosessen. Senere oppstart gir risiko for at helseforetaket ikke får gjennomført investeringene, eller at det ikke får en helårseffekt av investeringene i budsjettåret.

<sup>107</sup> Bergen og Fonna opplyser at de ikke planlegger med buffer til havari i budsjetter.

<sup>108</sup> Blant annet bygg og medisinsk-teknisk utstyr.

<sup>109</sup> Styresak 20/18 - Medisinsk-teknisk utstyr ved St. Olavs hospital

Vestfold nådde det planlagte investeringsnivået for medisinsk-teknisk utstyr i samtlige økonomiske langtidsplaner etter 2010, og er også det helseforetaket som oftest nådde det planlagte investeringsnivået for det første året av langtidsplanen. Vestfold oppnådde også de planlagte økonomiske resultatene i samtlige langtidsplaner etter 2010.

## 5.5 Sammenhengen mellom vedlikeholdsbudsjettet og vedlikeholdskostnader for bygg

Dette kapitlet beskriver hvordan helseforetakene har budsjettert vedlikehold i driftsbudsjettet, og hvor mye de faktisk har brukt.<sup>110</sup>

Dersom den tekniske tilstanden til et bygg skal opprettholdes over tid, er det avgjørende at det gjennomføres investeringer knyttet til rehabilitering og utskiftning av komponenter. Disse er definert som investeringer og framkommer i investeringsbudsjettet.

Utviklingen av den tekniske tilstanden til byggene er imidlertid også avhengig av løpende vedlikehold. Disse kostnadene inngår i helseforetakenes driftsbudsjetter. Dersom vedlikehold prioriteres i driftsbudsjettet, kan det redusere investeringsbehovet eller bidra til å utsette behovet for vedlikeholdsinvesteringer. Helseforetakene brukte i driftsregnskapet i 2019 omtrent 1 milliard kroner på vedlikehold av bygg.

Undersøkelsen viser

- at mange helseforetak vedtar urealistisk lavt vedlikehold av bygg i driftsbudsjettet
- at mange helseforetak brukte mindre på vedlikehold av bygg i årene 2015–2019 enn i 2010–2014

### Faktaboks 9 Forskjellen mellom vedlikehold og investeringer

Vedlikehold: Normalt vedlikehold og reparasjoner kostnadsføres løpende, og klassifiseres som driftskostnader.

Investeringer: Nytt utstyr og bygg, og fornyelser og påkostninger som øker verdien på driftsmidlene, eller vesentlig forlenger gjenværende levetid, klassifiseres som investeringer.

Kilde: De regionale helseforetakenes årsregnskaper

#### 5.5.1 Mange helseforetak vedtar urealistisk lavt vedlikehold av bygg i driftsbudsjettet

I de 19 helseforetakene vi har data fra, var det planlagt å bruke totalt 840 millioner kroner på vedlikehold av bygg i 2019.<sup>111</sup> De faktiske vedlikeholdskostnadene ble 960 millioner kroner, det vil si en budsjett-overskridelse på 14 prosent.

Analysen vår av helseforetakenes budsjett og regnskapstall for perioden 2010 til 2019 viser at et flertall av helseforetakene hvert eneste år har brukt mer på vedlikehold av bygg enn hva som var planlagt i budsjettet som ble vedtatt av styret. Omfanget av kostnadsoverskridelsene varierer imidlertid mellom helseforetakene. Med unntak av tre helseforetak brukte foretakene i flere enn halvparten av årene mer på vedlikehold av bygg enn det som var planlagt i budsjettet.<sup>112</sup> Dette gjelder samtlige år for fire helseforetak. Helseforetakene synes derfor gjennomgående å være urealistiske i planleggingen av vedlikeholdsbudsjettet.

<sup>110</sup> Vi har data fra 13 helseforetak for både faktiske og budsjetterte vedlikeholdskostnader i hele perioden fra 2010 til 2019.

<sup>111</sup> Data mangler fra UNN.

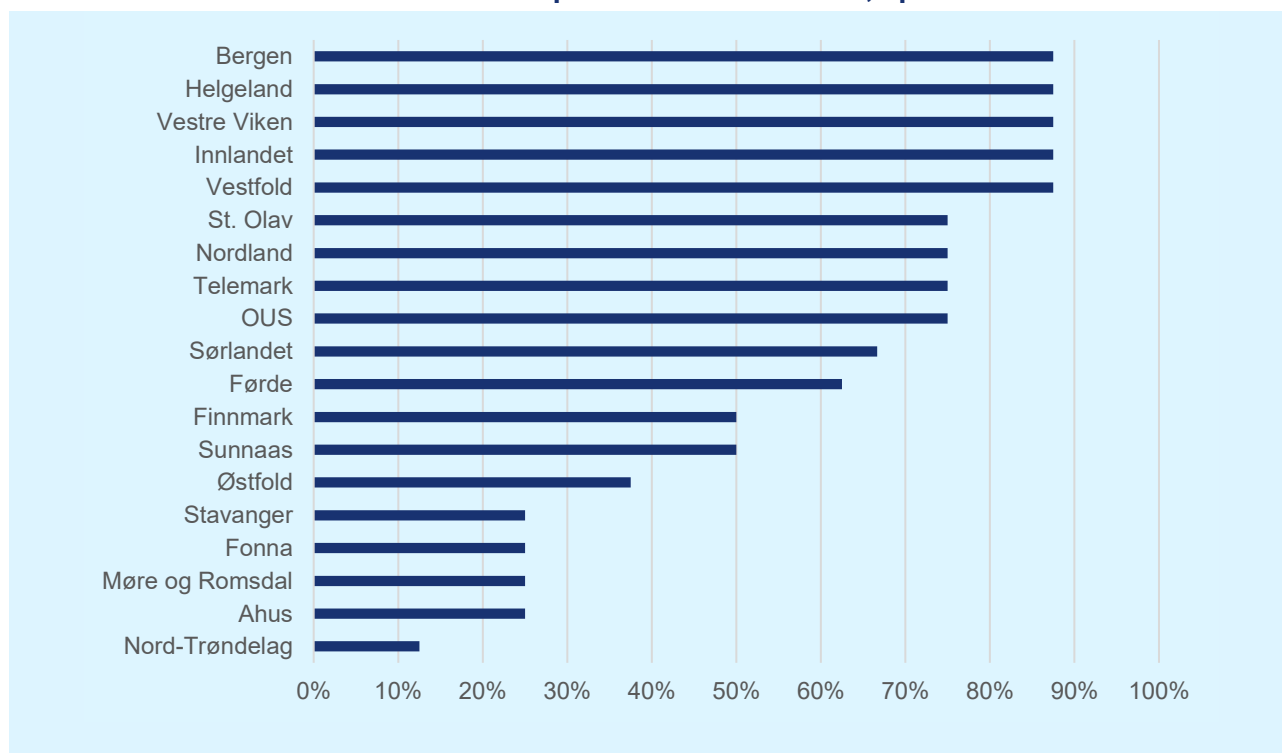
<sup>112</sup> Fonna, Stavanger og Nordland.

I 2016 ble den tekniske tilstanden til byggene i samtlige helseforetak kartlagt, og mange hadde en *utilfredsstillende* tilstand på bygningsmassen. Vi har undersøkt helseforetakenes budsjetter for vedlikehold av bygg de etterfølgende tre årene.

I mange helseforetak ble ikke vedlikehold av bygg prioritert i driftsbudsjettet for årene 2017, 2018 og 2019. I alle disse tre årene budsjetterte minst halvparten av helseforetakene med mindre vedlikehold av bygg i driftsbudsjettet enn det som ble brukt på vedlikehold året før. Dette gjelder også for de helseforetakene som hadde en *utilfredsstillende* bygningsmasse i 2016. I planleggingen av vedlikeholdsbudsjettet for neste år har ledelsen og styret kunnskap om hva helseforetaket har brukt på vedlikehold tidligere år og store deler av innværende år.

Med bakgrunn i disse analysene har vi undersøkt om det i hele perioden fra 2010 til 2019 har vært en vanlig praksis å vedta et lavere vedlikeholdsbudsjett for bygg enn hva som ble brukt året før. Figur 29 viser hvor stor andel av driftsbudsjettene etter 2010 der planlagte vedlikeholdskostnader for bygg neste år (år  $x + 1$ ) var lavere enn det som ble brukt på vedlikehold året før (år  $x - 1$ ). Undersøkelsen viser at det er store forskjeller mellom helseforetakene.

**Figur 29 Andelen år i perioden 2010–2019 der helseforetak budsjetterte med lavere vedlikeholdskostnader enn det som ble brukt på vedlikehold året før, i prosent**



Kilde: Helseforetakene. N = 19.<sup>113</sup>

Figur 29 viser at elleve helseforetak i mer enn halvparten av årene etter 2010 planla med et lavere vedlikehold i budsjettet for neste år (år  $x + 1$ ) enn det som ble brukt på vedlikehold året før (år  $x - 1$ ).

Dette viser at vedlikeholdskostnadene til bygg i årene etter 2010 har vært underbudsjettert i de fleste helseforetakene. Det kan være flere grunner til at de har budsjettert lite realistisk i årsbudsjettene med hensyn til vedlikehold. En mulig forklaring kan være at vedlikehold taper i prioriteringsprosessen mot andre formål i driftsbudsjettet. Nedprioritering av vedlikehold kan riktignok øke det økonomiske resultatet på kort sikt, men det får negative økonomiske konsekvenser på lang sikt.

<sup>113</sup> UNN inngår ikke i oversikten.

## 5.5.2 Mange helseforetak brukte mindre på vedlikehold av bygg i årene 2015–2019 enn i 2010–2014

De samlede faktiske driftskostnadene til vedlikehold av bygg økte med 60 prosent fra 605 millioner kroner i 2010 til 960 millioner kroner i 2019. Det var imidlertid variasjon mellom helseforetakene. Det kan variere noe fra år til år med hensyn til hvor mye et helseforetak bruker på vedlikehold av bygg. Vi har derfor undersøkt om helseforetakene samlet sett brukte mer på vedlikehold av bygg i de fem årene etter 2015 (2015–2019) enn i de fem årene før (2010–2014).

Analysen av regnskapsdataene viser at helseforetakene samlet sett brukte 21 prosent mer på vedlikehold i de fem årene etter 2015 (2015–2019) enn i de fem årene før (2010–2014).<sup>114</sup> De hadde imidlertid ulik utvikling fra første periode til andre periode:

- Seks helseforetak brukte mindre på vedlikehold i de fem årene etter 2015 (2015–2019) enn i de fem årene før (2010–2014).<sup>115</sup>
- To andre helseforetak brukte henholdsvis tre og tolv prosent mer på vedlikehold i andre periode enn i første periode.<sup>116</sup>

Dersom vi tar høyde for prisstigningen i perioden, brukte disse åtte helseforetakene reelt sett mindre på vedlikehold av bygg i de fem årene etter 2015 (2015–2019) enn i de fem årene før (2010–2014).

Vi viste i figur 4 at et flertall av helseforetakene har fått en forverret tilstand på byggene som de eide i 2012. Seks av de åtte helseforetakene som har hatt en lav eller negativ vekst i vedlikeholdskostnader til bygg i driftsbudsjettet de siste fem årene, har også hatt en negativ utvikling i den tekniske tilstanden på byggene etter 2012.<sup>117</sup>

Det er imidlertid også eksempler på foretak som har hatt en betydelig vekst i vedlikeholdskostnader til bygg i driftsbudsjettet de siste fem årene, men som likevel har fått forverret teknisk tilstand på bygningsmassen i den samme perioden.<sup>118</sup> For at den tekniske tilstanden på byggene skal kunne opprettholdes, kreves det også at det gjøres investeringer i eksisterende bygg.

## 5.6 Helseforetakenes mål og overordnede planer for bygg og medisinsk-teknisk utstyr

Undersøkelsen viser

- at få helseforetak utenfor Helse Sør-Øst og Helse Midt-Norge har mål for tilstanden på bygningsmassen og vedlikehold
- at mange helseforetak ikke har overordnede planer for eiendommer og vedlikehold
- at få helseforetak har mål og overordnede planer for medisinsk-teknisk utstyr (MTU)

### 5.6.1 Få helseforetak utenfor Helse Sør-Øst og Helse Midt-Norge har mål for tilstanden på bygningsmassen og vedlikehold

Helse Sør-Øst RHF har gitt føringer til sine helseforetak om å unngå tilstandsgrad 3, prioritere å utbedre tilstandsgrad 2 og 3, og at det skal brukes minimum 250 kroner per m<sup>2</sup> per år på vedlikehold over byggenes levetid. Disse helseforetakene må også rapportere hvor mye de planlegger å bruke på vedlikehold og utskiftning per m<sup>2</sup> per år. Helse Midt-Norge ga i 2020 sin helseforetak i oppdrag å utarbeide tilstandsbaserte vedlikeholdsplaner, med sikte på å eliminere tilstandsgrad 3 og redusere tilstandsgrad 2.

<sup>114</sup> 18 helseforetak. Data mangler for UNN og Sørlandet.

<sup>115</sup> Finnmark, Nordland, Helgeland, St. Olav og Innlandet.

<sup>116</sup> Vestfold og OUS.

<sup>117</sup> Helgeland, St. Olav, Innlandet, Stavanger, Telemark og Vestfold.

<sup>118</sup> Møre og Romsdal, Vestre Viken, OUS og Ahus.

Flertallet av helseforetakene i de andre regionene har ikke oversendt informasjon om at de har mål for tilstand eller vedlikehold på helseforetakets eiendommer.

### 5.6.2 Mange helseforetak har ikke overordnede planer for eiendommer og vedlikehold

Vi har per brev bedt helseforetakene om å oversende deres gjeldende overordnede eiendoms-/vedlikeholdsstrategi eller tilsvarende.<sup>119</sup> Åtte av helseforetakene har oversendt en overordnet plan for eiendommer og/eller vedlikehold.<sup>120</sup> Fire av planene er en plan for bygningsmassen, som inkluderer analyser av byggenes tilstand.<sup>121</sup>

Disse planene inneholder også i noen grad informasjon om vedlikeholdsbehov. Et eksempel er Telemarks utviklingsplan for bygningsmassen, som ble utarbeidet i forbindelse med helseforetakets utviklingsplan. Planen inneholder en gjennomgang av

- teknisk tilstand
- vedlikeholdsbehov
- egnethet og tilpasningsdyktighet
- strategi for utvikling av eiendomsmassen
- kapasitetsbehov og manglende kapasitet
- investeringsbehov

Et annet eksempel er Førdes overordnede utviklingsplan for bygningsmassen i perioden 2015–2030. Den tar for seg hvert bygg og gjennomgår både tilstandsgrad, tilpasningsdyktighet og oppgraderingsbehov, i tillegg til at den har en plan for utvikling av byggene. Planen gjennomgår dessuten sammenhengen mellom byggene og utviklingen i virksomheten, blant annet vridningen mot dagkirurgi og poliklinikk.

I tillegg til at åtte helseforetak har en overordnet plan for vedlikehold eller eiendommer, har Vestre Viken en overordnet eiendomsstrategi. Denne bygger på Helse Sør-Øst RHF's eiendomsstrategi og tar for seg ti overordnede mål. Eiendomsstrategien nevner noen overordnede tiltak for å nå målene, for eksempel å ferdigstille arealbruksplaner og å ha oppdaterte avhendingsplaner og vedlikeholdsplaner. Selv om vi ikke har mottatt overordnede planer fra flere enn åtte helseforetak, kan andre foretak ha mer operative planer.

---

<sup>119</sup> Overordnet plan viser til en samlet langsiktig plan for vedlikehold av foretakets bygningsmasse, til forskjell fra vedlikeholdsplaner for enkeltbygg.

<sup>120</sup> Telemark, Førde, UNN, OUS, Helgeland, Ahus, St. Olav og Vestre Viken.

<sup>121</sup> OUS, Telemark, Førde og UNN.



## Faktaboks 10 Utviklingsplaner

Helseforetakene ble i 2016 pålagt å lage en utviklingsplan, og de fleste helseforetakene utarbeidet i 2018 en utviklingsplan fram mot 2035.

Ifølge *Veileder for arbeidet med utviklingsplaner* skal utviklingsplanen være en plan for hvordan foretaket vil utvikle virksomheten for å møte det framtidige behovet for helsetjenester. Planen skal peke på ønsket utviklingsretning for sykehusene i helseforetaket og hvilke tiltak som er nødvendige for å møte framtidens utfordringer. Formålet er å skape «pasientens helsetjeneste» gjennom riktig kompetanse, nye arbeidsformer, riktige bygg og riktig utstyr. I veilederen blir helseforetakene anbefalt

- å beskrive nå-situasjonen for bygg og teknologi og utstyr
- å presentere gjennomsnittsalder for MTU i tillegg til fornyingsplaner, utfordringer og muligheter
- å presentere blant annet teknisk tilstand, egnethet og tilpasningsdyktighet for byggene
- å beskrive mål og eventuelle tiltak for bygg og teknologi og utstyr

I veilederen framkommer det også at helseforetakene må vurdere behovet for mer detaljerte planer innen noen områder, blant annet bygg, og teknologi og utstyr.

Kilde: Veileder for arbeidet med utviklingsplaner

### 5.6.3 Få helseforetak har mål og overordnede planer for medisinsk-teknisk utstyr<sup>122</sup>

Det er få helseforetak som har satt mål for utstyrsparken sin. To foretak har imidlertid satt konkrete mål. Vestre Viken bruker COCIR-standarden som mål, mens Sykehuset Østfold har et mål om at gjennomsnittsalderen på utstyret ikke skal overstige 7,4 år.<sup>123</sup> I tillegg beskriver enkelte foretak generelle mål, for eksempel

- at utskiftning så langt det er mulig skal skje i tråd med den regnskapsmessige avskrivningstiden
- at investeringsnivået skal være tilstrekkelig til å redusere alderen på utstyret
- at nivået på det årlige MTU-budsjettet minimum skal tilsvare nivået på årlige avskrivninger av MTU i tillegg til årlige leasingkostnader

Helseforetakene har ikke egne overordnede planer for medisinsk-teknisk utstyr, men ett foretak (OUS) har en egen områdeplan for MTU. Utover dette er helseforetakenes planer begrenset til det som står i utviklingsplanen og den økonomiske langtidsplanen; noe som ofte er overordnet og begrenset til et par avsnitt.

I oktober 2019 presenterte OUS områdeplanen sin for MTU i perioden 2020–2023 for styret. Planen beskriver blant annet

- historisk utvikling i alder og investeringer
- sammenligning av alder med andre sykehus i utlandet
- konsekvenser av en eldre utstyrspark, for pasienter, brukere og økonomien
- prioriteringer i neste fireårsperiode
- mulig utvikling i gjennomsnittsalderen på MTU med forskjellig investeringsnivå

Helseforetaket ønsker å flytte oppmerksomheten fra det årlige investeringsbeløpet som er nødvendig for å senke gjennomsnittsalderen på utstyret, til hvilket utstyr som må skiftes ut, og når. Planen inneholder en oversikt over det eksisterende utstyret fordelt på forskjellige kategorier, hvilket utstyr som bør skiftes ut, og hva som ligger til grunn for prioriteringene. I planen blir det imidlertid påpekt at det «er med de gitte forutsetninger for investeringer i MTU, vanskelig å gjennomføre en slik utskiftingsplan». Helseforetaket regner derfor med at det må avsettes mer penger til sammenbrudd i årene som kommer.

<sup>122</sup> Helseforetakene er bedt om å oversende helseforetakets gjeldende overordnede eiendoms-/vedlikeholdsstrategi eller tilsvarende og den gjeldende overordnede planen/strategien for MTU, dersom den finnes.

<sup>123</sup> Se tabell 4 om COCIR.



## 5.7 Styringsinformasjon om bygg og medisinsk-teknisk utstyr i helseforetakene

I kapittel 2 så vi at det er store variasjoner mellom lokasjonene i de fleste helseforetakene, både når det gjelder tilstanden til byggene og utviklingen i tilstanden. I kapittel 3 fant vi at det er stor variasjon i alderen på medisinsk-teknisk utstyr (MTU) mellom helseforetakene og mellom sykehusene.

Dette kapitlet beskriver hvilken informasjon helseforetakene har om tilstanden på bygg og medisinsk-teknisk utstyr, og hvilken informasjon styrene i helseforetakene får om dette. Vi har kartlagt dokumenter som gir en oversikt over den samlede bygningsmassen til helseforetakene – ikke informasjon som framlegges som en del av planlegging og gjennomføring av enkeltstående byggeprosjekter.

Undersøkelsen viser

- at helseforetakene har god kunnskap om tilstanden til byggene sine, men at det varierer hvor mye informasjon styrene får
- at styrene i helseforetakene innhenter begrenset informasjon om MTU

### 5.7.1 Helseforetakene har god kunnskap om tilstanden til byggene sine, men det varierer hvor mye informasjon styrene får

#### Helseforetakene har detaljerte registre med informasjon om tilstanden til byggene sine

Helseforetakene har registre over sine eiendommer og bygg. Disse registrene er nødvendige for den løpende driften og vedlikeholdet. Datasystemet MultiMap brukes i driftssammenheng for å registrere tilstandsgraden og andre tekniske opplysninger om bygg. Data fra registrene kan brukes til å produsere styringsinformasjon i form av oversikter og analyser som inngår i planlegging og oppfølging.

Alle helseforetakene bruker MultiMap, og de fleste har registrert nær 100 prosent av byggene sine i dette systemet. Foretakene ble i 2016 pålagt å oppdatere tilstandsupplysningene i byggregisteret hvert fjerde år, og foretakene gjennomførte den siste oppdateringen i 2020. Enkelte foretak har også begynt å kartlegge og registrere tilpasningsdyktighet og funksjonsnivå, jf. kapittel 2.4.

#### Alle helseforetakene gjennomfører tilstandsvurderinger

Nesten alle helseforetakene har siden 2015 fått utarbeidet detaljerte rapporter om tilstanden og oppgraderingsbehovet for byggene i helseforetaket. Disse rapportene inneholder

- en vurdering av den samlede tekniske tilstandsgraden per lokasjon og hovedkomponent<sup>124</sup>
- det tekniske oppgraderingsbehovet fordelt på lokasjon og hovedkomponent
- det samlede oppgraderingsbehovet per lokasjon og per m<sup>2</sup>
- utviklingen over tid i andelen tilstandsgrad 1, 2 og 3 på komponentnivå

UNNs rapport inkluderer i tillegg en vurdering av tilpasningsdyktighet og såkalt levedyktighet.<sup>125</sup>

#### Helseforetakene bruker i ulik grad analyser av byggenes tilstand i sentrale styringsdokumenter

Rapportene fra Multiconsult gir helseforetakene en god oversikt over byggenes tilstand og oppgraderingsbehov, i tillegg til variasjoner mellom foretakenes lokasjoner. Helseforetakene benytter informasjonen fra kartleggingene i varierende grad i andre typer rapportering, som utviklingsplaner, økonomiske langtidspaner, budsjetter og årlige meldinger.

<sup>124</sup> Hovedkomponentene er bygning, VVS, elkraft, tele og auto, andre installasjoner og utendørs.

<sup>125</sup> «Levedyktighet» brukes om sammenhengen mellom teknisk tilstand og tilpasningsdyktighet.

## Det varierer mellom helseforetakene hvor mye informasjon styrene får om tilstanden til foretakenes bygg

Styrene får informasjon om bygg i forbindelse med planlegging og gjennomføring av byggeprosjekter. Det er imidlertid variasjon mellom helseforetakene med hensyn til hva slags informasjon styrene innhenter om den samlede bygningsmassens tilstand og behov for investeringer, oppgraderinger og vedlikehold.

I 2016 ba Helse- og omsorgsdepartementet om at alle helseforetakene skulle kartlegge tilstanden til byggene sine. I en gjennomgang av styresaker for perioden 2016–2018 har vi funnet ut at fem helseforetak har presentert kartleggingen av byggenes tilstand som en egen sak overfor for styret sitt.<sup>126</sup> Fire av disse styrene tok rapporten til orientering. Styret ved St. Olav fattet et vedtak om at det «fremlegges en egen sak om overordnet mål og vedlikeholdsstrategi for eiendommene, og at det legges til grunn for arbeidet med langtidsbudsjett».<sup>127</sup> Mange av helseforetakene som har størst etterslep og dårligst tilstand på byggene sine, synes ikke å ha lagt fram rapporten fra Multiconsult for styret sitt.<sup>128</sup>

Helseforetakenes styrer behandler blant annet *utviklingsplaner, økonomiske langtidsplaner, årsbudsjetter, månedsrapporteringer og årlige meldinger*. Det varierer imidlertid mellom helseforetakene hvor mye informasjon styrene får i disse dokumentene om tilstanden til byggene. Noen styrer får i tillegg informasjon om bygg i andre dokumenter, som områdeplaner, bygningsmessige utviklingsplaner eller i egne styresaker.

En gjennomgang av utvalgte dokumenter<sup>129</sup> fra perioden 2015–2018 viser at selv om de fleste styrene har fått noe informasjon om resultatene fra tilstandsvurderingene i et eller flere av disse dokumentene, er det stor variasjon mellom helseforetakene og mellom helseregionene med hensyn til hvor mye informasjon styrene får om tilstand, etterslep og behov:

- Bare halvparten av helseforetakene presenterer for styret sitt data og analyser av vedlikeholdsetterslepet og hvilke konsekvenser dette får for bygningsmassen.
- De fleste helseforetakene utarbeidet i 2018 en utviklingsplan fram til 2035. De fleste av disse inneholder noe informasjon om nåsituasjonen for bygningsmassen på et overordnet nivå, og mange refererer til tilstandsgradsvurderinger og sier noe generelt om etterslep. Det er derimot nesten ingen av utviklingsplanene som inneholder informasjon om planer for byggene.<sup>130</sup>
- Foretakene i Helse Sør-Øst presenterer i vedlegg til den økonomiske langtidsplanen beregninger av hvor mye de bruker, og hvor mye de planlegger å bruke på vedlikehold per m<sup>2</sup>.

Noen helseforetak har informert styret om at de har utfordringer knyttet til dårlig tilstand på byggene, betydelige vedlikeholdsetterslep og investeringsbehov, og at budsjetttrammene ikke er tilstrekkelige til å innhente vedlikeholdsetterslepet, for eksempel:

- OUS informerer i utviklingsplanen sin om at det er stor slitasje og mangelfullt vedlikehold, og at det er et stort behov for utskiftninger og oppgraderinger. Foretaket trekker i tertialvise risikovurderinger fram utfordringer med både plass og byggstandard.
- Sunnaas påpeker i risikovurdering at flere av byggene ikke oppfyller kvalitetskrav til forsvarlig pasientdrift, og at pasientdrift i byggene må avvikles dersom ikke disse erstattes. Mange pasienter vil få et dårligere tilbud.<sup>131</sup>
- Møre og Romsdal informerer i sin økonomiske langtidsplan for 2020–2030 om at det er et stort vedlikeholdsetterslep på bygg, og at planlagte investeringer vil ta inn deler av det nødvendige vedlikeholdet. Planen viser til at rapport om tilstandsvurdering av bygningsmassen angir at behovet er fire ganger så stort som planlagte investeringer. I utviklingsplanen påpekes det at helseforetaket ikke har kunnet

<sup>126</sup> Nord-Trøndelag, St. Olav, Stavanger og Vestfold har presentert Multiconsultrapporter for styret, enten som egne styresaker eller som en del av administrerende direktørs orientering. Helse Fonna har lagt ved en kartlegging de har utført selv.

<sup>127</sup> Styresak 21/18 Status bygningsmessig vedlikehold – registrert teknisk tilstand.

<sup>128</sup> For eksempel Møre og Romsdal, Vestre Viken, Helgeland, Sørlandet og Sunnaas.

<sup>129</sup> Økonomiske langtidsplaner 2021–2024, utviklingsplaner, årlig melding 2019, strategier, planer og egne styresaker for perioden 2015–2018 som omhandler tilstanden til bygg.

<sup>130</sup> Med unntak av St. Olav, Ahus og Telemark.

<sup>131</sup> Sak 4819 2019-09-24 Ledelsens gjennomgåelse 1. tertial 2019: Risikobilde

investere som planlagt grunnet den negative økonomiske utviklingen, og de har satt på vent investeringer både i bygg og MTU i 2017.

- Stavanger informerer i langtidsbudsjettet for 2020–2029 om at byggene har et betydelig vedlikeholds- etterslep. Fram til 2030 er det ifølge foretaket kun budsjettert for mindre rehabiliteringsprosjekter.
- St. Olav viser i langtidsbudsjett for 2020–2024 til at oppgraderingsbehovet for bygg ikke kan dekkes innenfor budsjetttrammene selv om det er lagt inn en økning. Ifølge helseforetaket har det ikke vært mulig å etablere et økonomisk handlingsrom for å sikre tilstrekkelige investeringer i utstyr og bygg, og dette vil medføre en svekkelse av kvaliteten og tilstanden på bygg.
- Sørlandet informerte styret i en egen styresak om et akkumulert vedlikeholdsetterslep på ca. 2,1 milliarder kroner, som øker med ca. 35 millioner kroner per år.<sup>132</sup> Om de tar hensyn til behovet for tilpasninger i bygningsmassen, kan det være behov for investeringer på 4–5 milliarder kroner de neste 5–10 årene.

### 5.7.2 Styrene i helseforetakene får i begrenset grad informasjon om medisinsk-teknisk utstyr

Kapittel 3 viste at det er store variasjoner mellom sykehusene i helseforetakene med hensyn til alderen og utvikling i alderen på medisinsk-teknisk utstyr (MTU).

#### Helseforetakene har detaljerte registre med informasjon om det medisinsk-tekniske utstyret

Alle helseforetakene har registre over det medisinsk-tekniske utstyret. Registerne inneholder en rekke opplysninger om utstyret, bl.a. alder og innkjøpspris. En del av foretakene har kategorisert utstyret i grupper, noe som gjør det mulig å hente ut mer detaljerte oversikter. En slik kategorisering kan være nyttig siden det er stor variasjon mellom ulike typer medisinsk-teknisk utstyr.

#### Det varierer mellom helseforetakene hvor mye informasjon styrene får om tilstanden til sitt medisinsk-teknisk utstyr

For å kartlegge hvilken oversikt helseforetakene har over tilstanden og alderen på MTU, har vi gjennomgått dokumenter som omtaler behov og tilstand med hensyn til MTU, og som har blitt behandlet av helseforetakenes styre i perioden 2018–2020. Dette omfatter *utviklingsplaner, økonomiske langtidsplaner, årlige budsjetter og årlige meldinger*.<sup>133</sup> I tillegg har noen helseforetak presentert egne saker for styret om tilstanden til MTU-parken.<sup>134</sup>

En gjennomgang av disse dokumentene viser at 13 av styrene får informasjon om MTU i sine helseforetak, men det er stor variasjon når det gjelder omfanget av informasjonen. Mange får bare overordnet informasjon i investeringsbudsjettene om alderen og hvor mye som skal investeres. Andre får presentert mer detaljert informasjon om tilstanden og alderen fordelt på kategorier. Noen foretak informerer også om utfordringer med gammelt utstyr og konsekvensene av at foretaket ikke klarer å investere nok.

Generelt rapporterer helseforetakene i Helse Nord og Helse Vest lite til styrene om tilstanden eller gjennomsnittsalderen på MTU-parken. Helseforetakene i Helse Sør-Øst og Helse Midt-Norge informerer i større grad om alder, utgått levetid, utvikling, etterslep og behov. Det er imidlertid få helseforetak som har beregnet størrelsen på etterslepet for MTU, og kun halvparten av utviklingsplanene sier noe om nå-situasjonen for MTU-parken.

I Helse Sør-Øst har Regionalt kompetansesenter for samordning av investeringer i MTU i Helse Sør-Øst (RKMTU) utarbeidet ulike detaljerte analyser av utvikling, behov og prognoser for MTU-parken i foretakene.<sup>135</sup> Foretakene i Helse Sør-Øst må i et vedlegg til den økonomiske langtidsplanen oppgi mer

<sup>132</sup> Sak 057-2019 Investeringsbehov ved Sørlandet sykehus.

<sup>133</sup> Utviklingsplaner, årlig melding for 2019, økonomiske langtidsplaner for 2020–2023 og årlig budsjett (investeringsbudsjett) for 2019.

<sup>134</sup> St. Olav: Sak 20/18 Medisinsk-teknisk utstyr ved St. Olavs hospital – status, Sørlandet: Sak 057/2019: Investeringsbehov ved Sørlandet sykehus HF, Stavanger: Administrerende direktørs orientering til styret nr. 7/2019 pkt. 1 – Status for MTU i Helse Stavanger og gjennomsnittlig levetid.

<sup>135</sup> Se faktaboks 5 om RKMTU.

detaljert informasjon om aldersfordelingen på det medisinsk-tekniske utstyret. Her skal de også informere om det nødvendige investeringsnivået sammenlignet med det budsjetterte og utviklingen i gjennomsnittsalder. Dette vedlegget presenteres imidlertid ikke for styret i helseforetakene.

En del helseforetak beskriver en utfordrende situasjon for foretakets MTU-park, for eksempel at den er gammel, at en betydelig del av utstyret har passert sin økonomiske levetid, og at de har et stort investeringsbehov. Flere informerer også om at det planlagte investeringsnivået innenfor tilgjengelige budsjetttrammer ikke er tilstrekkelig til å innhente vedlikeholdsetterlepet eller redusere alderen på utstyret. Dette er noen eksempler:

- UNN skriver i sin virksomhetsplan for 2019 at de «er i en økonomisk situasjon hvor en må unnlate å erstatte kassasjoner til utstyret faktisk bryter sammen. Den økonomiske situasjonen gjør at en ikke kan være i forkant å bestille utstyr når det foreligger en kassasjon, men må akseptere økt ventetid for berørte pasientgrupper, med fare for pasientflukt, til nyanskaffelser er på plass».
- St. Olav informerte styret om status for MTU i en egen styresak 2018, og der påpekte de at snittalderen har økt siden 2009.<sup>136</sup> Det var planlagt å gjennomføre større, regionale flåteanskaffelser, men innenfor dagens rammer er det ikke rom for slike investeringer fordi midlene stort sett benyttes til å dekke det mest kritiske. Det gjøres en del hasteanskaffelser som medfører risiko for feilkjøp og dårligere pris. Styret ber i vedtaket sitt om at investeringsbehov legges til grunn for arbeidet med langtidsbudsjettet.
- OUS informerte i sin økonomiske langtidsplan for 2021–2024 om at gjennomsnittsalderen på MTU-parken vil øke, og at konsekvensene er en dårligere utstyrspark hvor det må forventes hyppigere havarier, økt nedetid på utstyret, økt frekvens i reparasjoner og høyere vedlikeholdskostnader. Den begrensede investeringstakten kan føre til at foretaket ikke klarer å redusere andelen sammenbruddsanskaffelser til fordel for planlagte anskaffelser. Sammenbruddsanskaffelser er kostbare og ineffektive, og kan gjøre det vanskeligere for klinikkene å nå produksjonsmålene sine. Dette fører til økt risiko for pasientskader, manglende behandling og lengre ventetid.
- Innlandet oppgir i sin økonomiske langtidsplan for 2020–2023 at deler av MTU-parken er svært gammel, og at økende alder fører til hyppigere driftsstans og økte kostnader til drift og vedlikehold. På grunn av stadig større MTU-kompleksitet og mer komplekse IKT-komponenter og integrasjoner er levetiden til utstyret kortere enn tidligere. Om ikke hele utstyret må skiftes ut, kreves det ofte omfattende oppgraderinger i levetiden.
- I den økonomiske langtidsplanen til Telemark for 2020–2023 påpekes det at det budsjetterte nivået for investeringer i MTU ikke vil være tilstrekkelig for å komme innenfor faglige anbefalinger på MTU-området. Andel anskaffelser som gjennomføres som følge av sammenbrudd i eksisterende utstyr har økt de siste årene.
- I Møre og Romsdal sin økonomiske langtidsplan for 2020–2030 påpekes det at helseforetaket i all hovedsak har gjort erstatningsinvesteringer de siste årene, og at investeringsnivået i planperioden til en viss grad vil sikre utviklingsperspektivet, men at det ikke vil dekke totalbehovet for nyinvesteringer.

## 5.8 Planlagt investeringsnivå i årene framover

Undersøkelsen viser

- at det planlegges med et høyt investeringsnivå i helseforetakene i perioden 2021–2024
- at det i mange helseforetak er risiko for ikke å nå det planlagte investeringsnivået i den økonomiske langtidsplanen for perioden 2021–2024

<sup>136</sup> Styresak 20/18 – Medisinsk-teknisk utstyr ved St. Olavs hospital.

### 5.8.1 Det planlegges med et høyt investeringsnivå i helseforetakene i perioden 2021–2024

I *Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019)* ble det planlagt med omtrent 40 milliarder kroner i investeringer; omtrent 24 milliarder kroner var tiltenkt bygg, og 6 milliarder kroner medisinsk-teknisk utstyr (MTU).<sup>137</sup> Det framgikk av planen at det ble forutsatt effektivisering og god økonomisk kontroll i helseforetakene, og at eventuelle budsjettoverskridelser ville medføre utsettelse av investeringer og et redusert handlingsrom.

Analysen vår viser at flertallet av helseforetakene ikke nådde det planlagte investeringsnivået i de økonomiske langtidsplanene for årene 2016–2019 med hensyn til totale investeringer, bygg og medisinsk-teknisk utstyr.

I *Nasjonal helse- sykehusplan (2020–2023)* planlegges det med 76 milliarder kroner i investeringer, og av dette er det planlagt omtrent 58 milliarder kroner til bygg og 5,5 milliarder kroner til MTU.<sup>138</sup> Økningen gjelder i hovedsak bygningsmessige investeringer som har en kostnad på over 500 millioner kroner. Faktaboks 11 gir en oversikt over de regionale helseforetakenes investeringsprosjekter med en kostnad på over 500 millioner kroner som er under *gjennomføring* eller vil være under *planlegging* i perioden 2021–2024.

---

<sup>137</sup> Meld. St. 11 (2015–2016) *Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019)*, s.141.

<sup>138</sup> Meld. St. 7 (2019–2020) *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023*, s.163.

## Faktaboks 11 Prosjekter over 500 millioner kroner under gjennomføring og planlegging 2021–2024

	Beløp	Prosjekter under gjennomføring	Prosjekter under planlegging
Helse Sør-Øst	48,4 milliarder kroner	<ul style="list-style-type: none"> <li>– vedlikeholdsinvesteringer ved Oslo universitetssykehus</li> <li>– Tønsbergprosjektet ved Sykehuset i Vestfold</li> <li>– nytt psykiatribygg ved Sørlandet sykehus</li> <li>– nytt sykehus i Drammen i Vestre Viken</li> <li>– nytt klinikkbygg og protonanlegg ved Radiumhospitalet ved Oslo universitetssykehus</li> <li>– første trinn i utvikling av nye Aker og Nye Rikshospitalet ved Oslo universitetssykehus</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– ny regional sikkerhetsavdeling ved Oslo universitetssykehus</li> <li>– utbygging ved Sykehuset Telemark, Skien, inkludert stråleterapi</li> <li>– nytt bygg for psykisk helsevern ved Akershus universitetssykehus</li> <li>– videreutvikling av Sykehuset Innlandet (Mjøssykehuset)</li> <li>– stråle- og somatikkbygg ved Akershus universitetssykehus</li> </ul>
Helse Vest	18,2 milliarder kroner	<ul style="list-style-type: none"> <li>– byggetrinn 2 av nytt barne- og ungdomssykehus ved Haukeland universitetssjukehus i Helse Bergen</li> <li>– oppgradering og modernisering ved Helse Førde</li> <li>– oppgradering av sentralblokken ved Haukeland universitetssjukehus</li> <li>– nytt sykehus i Stavanger</li> <li>– rehabilitering og nybygg ved Haugesund sjukehus i Helse Fonna</li> <li>– protonbygg ved Haukeland universitetssjukehus i Helse Bergen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Slutføring av byggetrinn 1 ved Stavangerutbyggingen ved gjennomføring av E-bygget</li> <li>– ombygging av sentralblokken ved Haukeland universitetssjukehus i Helse Bergen</li> <li>– et byggetrinn til ved Helse Fonna</li> </ul>
Helse Midt-Norge	10,5 milliarder kroner	<ul style="list-style-type: none"> <li>– nytt sykehus i Nordmøre og Romsdal</li> <li>– Helseplattformen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– senter for psykisk helse ved St. Olavs hospital</li> </ul>
Helse Nord	8,4 milliarder kroner	<ul style="list-style-type: none"> <li>– ferdigstilling av nybygg og renovering ved Nordlandssykehuset, Bodø</li> <li>– nytt sykehus i Narvik ved Universitetssykehuset Nord-Norge</li> <li>– nytt sykehus i Hammerfest ved Finnmarkssykehuset</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– utvikling av Helgelandssykehuset</li> </ul>

Kilde: Prop. 1 S (2020–2021)

De planlagte investeringene i nye sykehusbygg vil gi moderne bygg med høy standard, og vil gjøre det mulig å utfase eldre bygg med lav standard og store vedlikeholdsetterslep. Det kan forventes at sykehus som er under gjennomføring tas i bruk innen 2024, mens nye sykehus som er under planlegging, ikke vil bli ferdigstilt innen 2024. Gamle sykehus som helt eller delvis skal erstattes av nye bygg innen 2024, er blant annet sykehusene i Hammerfest, Narvik, Molde, Kristiansund, Stavanger og Drammen.

Flertallet av de 150 lokasjonene i helseforetakene vil imidlertid ikke berøres av de store investeringsprosjektene. Helseforetakene må derfor sørge for å opprettholde tilstanden på bygningsmassen i disse lokasjonene gjennom ordinært vedlikehold og oppgraderinger.

Departementet viser til at helseforetakene har omfattende investeringsplaner de kommende årene. Med planlagte nybygg, avhending av eldre bygg i henhold til planer, og økt vedlikehold er det forventet at tilstandsgraden vil utvikle seg positivt frem mot 2030. Helse Sør-Øst RHF har blant annet utarbeidet en framskrivning som viser forventet positiv utvikling i tilstandsgrad for sine bygg. Denne analysen forutsetter at

ny bygningsmasse fastsettes til tilstandsgrad 0 eller 1, og uendret tilstandsgrad fra 2020 på øvrig bygningsmasse.<sup>139</sup>

## Faktaboks 12 State of the Nation – Norges tilstand 2021

Rådgivende ingeniørers forening (RIF) viser i rapporten sin i 2021 til at planlagte investeringsmidler er betydelig lavere enn det behovet for vedlikehold og oppgradering tilsier, og at mesteparten av investeringene i *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023* er knyttet til bygningsmessige investeringer over 500 millioner kroner.

I tillegg er det planlagt å bruke 13,3 milliarder kroner på «øvrige bygningsmessige investeringer». RIF mener at dette ikke er ikke tilstrekkelig for å kunne påvirke vedlikeholdsetterslepet i stor grad ettersom behovet for ombygging og oppgradering kommer i tillegg til det anslåtte vedlikeholdsetterslepet på 40–55 milliarder kroner. Det kreves minst ca. 1,8 milliarder kroner i året for å kunne holde tilstanden stabil slik at ytterligere etterslep ikke akkumuleres.

RIF konkluderer derfor med at sektoren har store hindringer med hensyn til muligheten for å oppfylle krav og behov innen 2030, og at tilstanden til helseforetakenes bygg vil utvikle seg negativt. RIF viser til at helsebygg huser samfunnskritiske funksjoner, og at samfunnet ikke kan risikere at byggene settes ut av funksjon som følge av ekstremvær, naturkatastrofer, pandemier og terror.

RIF anbefaler at det iverksettes umiddelbare tiltak for å øke byggenes robusthet, eller at det lages en god beredskapsplan for hvordan katastrofesituasjoner skal håndteres. Det er også et potensial for mer effektiv sambruk av arealer på tvers av kommune og stat. RIF anbefaler i tillegg at det blir vurdert en ny styringsmodell for eiendomsmassen i helseforetakene som sikrer økt vedlikehold og skjermer for salderingsmuligheter. Videre uttaler de at levetidskostnadene bør synliggjøres, og at det bør foretas avskrivninger som følge av verdiutvikling på investeringene.

Kilde: *State of the Nation – Norges tilstand 2021*, Rådgivende ingeniørers forening

### 5.8.2 I mange helseforetak er det risiko for ikke å nå det planlagte investeringsnivået i den økonomiske langtidsplanen for 2021–2024

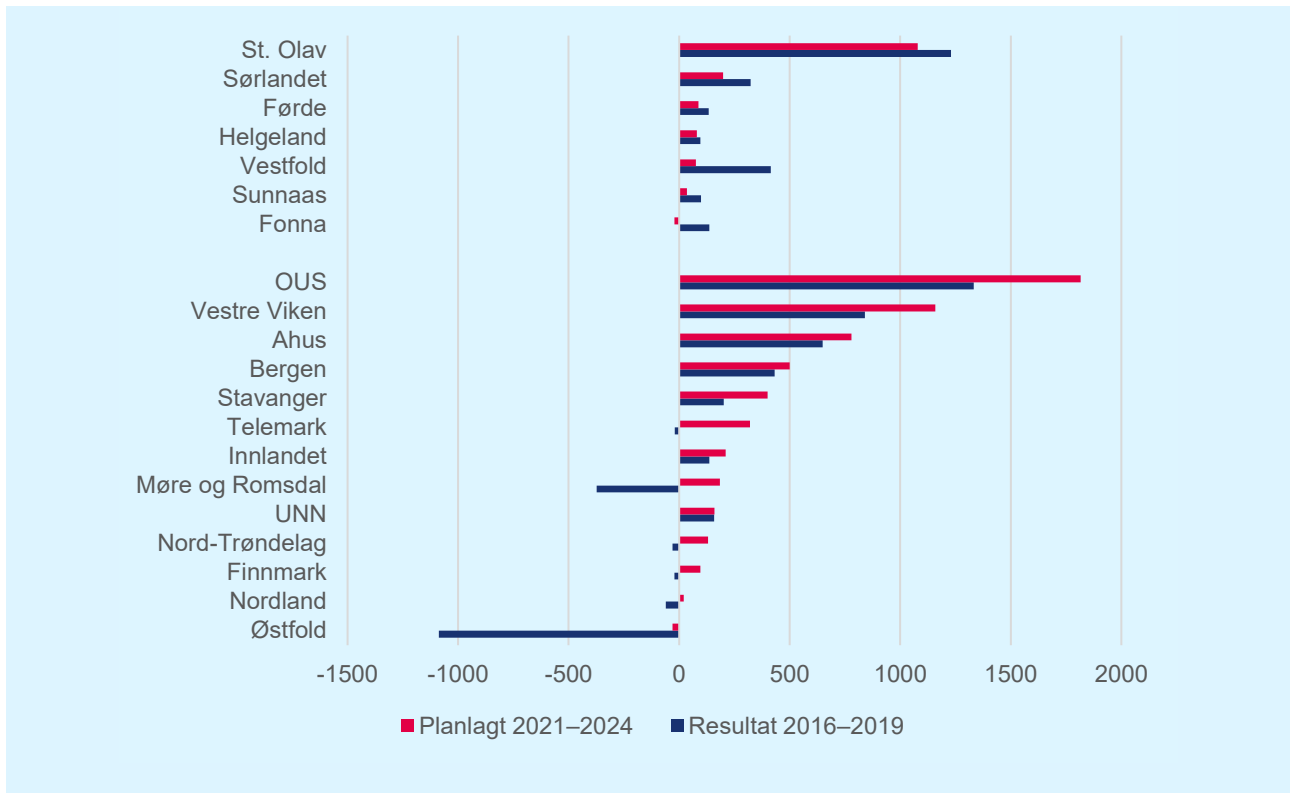
De planlagte overskuddene til helseforetakene for årene 2021–2024 er samlet sett på omtrent samme nivå som planlagt for perioden 2016–2019. Det er imidlertid en betydelig variasjon mellom helseforetakene i den inneværende perioden; omtrent halvparten planlegger med et bedre eller tilnærmet likt økonomisk resultat sammenlignet med det som var planlagt for perioden 2016–2019, mens de øvrige planlegger med et lavere resultat.

Samtidig viser undersøkelsen at 13 helseforetak ikke nådde det planlagte økonomiske resultatet i årene 2016–2019. Dette betyr at mange helseforetak må bedre det økonomiske resultatet for å oppnå de planlagte målene i 2021–2024.

<sup>139</sup> Brev fra Helse- og omsorgsdepartementet 21.09.21.



**Figur 30 Faktiske overskudd i perioden 2016–2019 og planlagte overskudd i perioden 2021–2024, i tusen kroner**



Kilde: Helseforetakene. N = 20.

Figur 30 viser at 13 helseforetak planlegger med et bedre resultat i nåværende periode (2021–2024) enn de oppnådde i forrige periode (2016–2019), og flere av disse planlegger med en betydelig resultatforbedring. Sju foretak planlegger med et lavere overskudd enn de oppnådde i forrige periode.<sup>140</sup>

### Risiko og forutsetninger i den økonomiske langtidsplanen for 2021– 2024

De fleste helseforetakene omtaler forutsetninger for å nå målene i den økonomiske langtidsplanen for 2021–2024 og risiko knyttet til dette. Følgende forhold nevnes av flere:

#### Aktivitetskrav og bemanningsøkning

Det er en risiko for at eierkrav om økt aktivitet vil gjøre det svært krevende å unngå økt bemanning og dermed økte lønnskostnader. Dersom forutsetningen om en svært begrenset vekst i lønnskostnadene ikke holder, vil dette gjøre det vanskelig å gjennomføre investeringsplanen.

For eksempel vurderer St. Olav at det er en stor risiko for ikke å lykkes med å øke aktiviteten med 1 prosent årlig uten å øke lønnskostnadene. Sykehuset Østfold opplyser at det er behov for økt bemanning på flere områder i helseforetaket for å kunne ivareta et økt aktivitetsnivå, men at det er en betydelig økonomisk risiko knyttet til dette. Dersom planen ikke opprettholdes, vil det ikke være mulig å gjennomføre nødvendige investeringer som på sikt skal gi sykehuset økt kapasitet.

#### Ambisiøse krav og mål

Det er en risiko for ikke å nå resultatmålet fordi det er satt for høyt. Østfold, Møre og Romsdal og Telemark er blant helseforetakene som forutsetter betydelig resultatforbedring:

- Østfold hadde et samlet underskudd på 1,1 milliard kroner i årene 2016–2019, men planlegger å gå i balanse i årene 2021–2024. I behandlingen av den økonomiske langtidsplanen forutsatte styret at

<sup>140</sup> St. Olav, Vestfold, Sørlandet, Fonna, Førde, Sunnaas og Helgeland planlegger med et lavere overskudd.



administrerende direktør, gjennom arbeidet med budsjettet for 2021, konkretiserer tiltak for å opprettholde den planlagte resultatutviklingen og synliggjør konsekvensene for kvaliteten og pasientsikkerheten om helseforetaket ikke lykkes med dette.

- Møre og Romsdal hadde et samlet underskudd på 374 millioner kroner i årene 2016–2019, mens det har planlagt 184 millioner kroner i positivt resultat i årene 2021–2024.
- Telemark hadde et samlet underskudd på 20 millioner kroner i årene 2016–2019, mens det planlegger å oppnå 320 millioner kroner i positivt resultat i årene 2021–2024. Dette er et nedjustert mål sammenlignet med den økonomiske langtidsplanen for årene 2020–2023.

Planer som dette forutsetter en betydelig effektivisering av driften. Enkelte foretak mener imidlertid at effektiviseringskravet er svært krevende, og påpeker at det er en risiko for at man ikke klarer å nå målene for omstilling, effektivisering og kostnadsreduksjoner.

- Sørlandet vurderte at det var en svært høy risiko for at foretaket ikke ville klare å nå sitt budsjetterte mål i 2020, når de tok i betraktning de budsjetterte tiltakene både med hensyn til aktivitet og kostnadsreduksjoner utover året. Også i det planlagte langtidsbudsjettet er det en betydelig gjennomføringsrisiko, spesielt innenfor somatikk, hvor om lag 11 prosent produktivitetsforbedring er lagt til grunn. Også Telemark opplyser at det er risiko knyttet til resultatmålene.
- Nord-Trøndelag framhever at det er behov for en større sikkerhetsmargin, og at denne må skapes gjennom krav til omstilling utover de 202 millioner kronene som ligger i budsjettene for perioden 2020–2023. Den administrerende direktøren mener at kravet til omstilling allerede er strukket svært langt, og at en ytterligere økning ikke er forsvarlig. Videre påpeker foretaket at forutsetningene som er lagt til grunn for langtidsbudsjettet, gir et resultat og en likviditet som viser at foretaket vil ha behov for nye omstillings tiltak utover det som er vedtatt for perioden 2020–2021.

Disse eksemplene indikerer en tydelig risiko for ikke å nå det planlagte investeringsnivået som følge av at det er planlagt med ambisiøse forbedringer. Selv et mindre negativt avvik fra resultatmålet kan gi en krevende likviditetssituasjon.

## Konsekvenser av planene

Når helseforetakene legger fram planer og budsjetter for styret, er det en del som rapporterer om konsekvensene av disse og sin egen økonomiske situasjon. De påpeker da at det kreves effektiviserings tiltak, produktivitetsvekst og tilstrekkelige overskudd for å nå investeringsmålene, og at det vil bli krevende eller umulig å nå investeringsplanene dersom dette ikke skjer. Ifølge flere helseforetak er det en høy risiko for at de ikke klarer å gjennomføre nødvendige omstillinger, og flere indikerer at budsjettene er for små til å snu den negative utviklingen og oppfylle krav: MTU-parken vil stadig bli eldre, det regionale kravet (i Helse Sør-Øst) om å bruke minst 250 kroner per m<sup>2</sup> til vedlikehold av bygg vil ikke bli oppfylt, og vedlikeholdsetterslepet vil ikke bli redusert.<sup>141</sup>

- Ifølge Telemarks økonomiske langtidsplan for 2020–2023 er det budsjetterte nivået for investeringer i og vedlikehold av bygningsmassen i perioden ikke tilstrekkelig til å ivareta den i tråd med den vedtatte regionale strategien for eiendomsområdet. Vedlikeholdsetterslepet vil øke i planperioden, og flere enkeltelementer vil komme i tilstandsklasse 3.
- I saksframlegget til St. Olavs langtidsbudsjett for 2019–2030 blir det konstatert at det ikke har vært mulig å etablere et økonomisk handlingsrom for å sikre tilstrekkelige investeringer i utstyr og bygninger, og at dette vil medføre en svekkelse av kvaliteten og tilstanden.

<sup>141</sup> OUS, Innlandet, St. Olav, Sørlandet, Østfold og Nord-Trøndelag.

## 6 Departementets og de regionale helseforetakenes styring av investeringer

Dette kapitlet beskriver hvordan Helse- og omsorgsdepartementet og de regionale helseforetakene (RHF-ene) styrer og følger opp investeringer og tilstanden til bygg og medisinsk-teknisk utstyr i helseforetakene.

### Utvalgte revisjonskriterier

- Helse- og omsorgsdepartementet har det overordnede ansvaret for spesialisthelsetjenesten. Ansvaret innebærer at staten skal sette de regionale helseforetakene i stand til å oppfylle plikten sin til å sørge for spesialisthelsetjenester til befolkningen i regionen.
- Helse- og omsorgsdepartementet skal holde seg orientert om foretakenes virksomhet, blant annet om virksomheten drives i samsvar med de kravene som er stilt i foretaksmøter, og de vilkårene som er satt for tildeling av bevilgninger.
- De regionale helseforetakene har et såkalt sørge for-ansvar for regionen sin, og for å gjennomføre den nasjonale helsepolitikken i tråd med nasjonale føringer. De skal sørge for gode og likeverdige spesialisthelsetjenester til befolkningen innenfor gitte økonomiske og styringsmessige rammer. Dette innebærer et helhetlig ansvar for å se ressurser til drift og investeringer i sammenheng.
- De regionale helseforetakene skal planlegge, organisere, styre og samordne virksomhetene i helseforetakene de eier. Plikten til å planlegge virksomhetens aktiviteter innebærer blant annet å innhente tilstrekkelig informasjon og kunnskap til å kunne planlegge og gjennomføre oppgavene.
- Som grunnlag for å gjennomføre endringer og tiltak skal de regionale helseforetakene og de enkelte helseforetakene utarbeide utviklingsplaner. De regionale utviklingsplanene er basert på helseforetakenes lokale utviklingsplaner, og det anbefales å gi en oversikt over nå-situasjonen i regionene, utfordringsområdene og den strategiske retningen.

### 6.1 Oppsummering

Styringsmodellen for investeringer i helseforetakene bygger på en kombinasjon av at foretakene er gitt utstrakte fullmakter på investeringsområdet, samtidig som det skjer en oppfølging og styring på overordnet nivå. Helseforetakene er gitt ansvar for sine egne bygg og sitt eget utstyr. Helseforetakene fordeler selv tildelte midler mellom drift og investeringer, og de må prioritere investeringer innenfor tilgjengelige økonomiske rammer. Samtidig har de regionale helseforetakene (RHF) et overordnet ansvar for at tilstanden til byggene i helseforetakene er god nok til at foretakene kan ivareta sørge for-ansvaret.

For investeringer over 500 millioner kroner kan helseforetakene søke om statlig lån som dekker inntil 70 prosent av kostnadsrammen. RHF-ene har over tid hatt betydelige regnskapsmessige overskudd, og at de har dermed opparbeidet seg omfattende resultatbuffer. RHF-ene har ordninger hvor det gis regionale midler (interne lån) til prioriterte prosjekter.

RHF-ene legger i sin oppfølging av helseforetakene vekt på å legge til rette for at helseforetakene sikres en stabil og langsiktig økonomi. RHF-ene følger opp at foretakene har forutsetninger for å bære planlagte investeringer. Departementet mener at det skal være en høy terskel for å gripe inn i RHF-enes prioriteringer av investeringsprosjekter.

RHF-ene ble etter tilstandsvurderingene i 2016 godt kjent med at den tekniske tilstanden til bygningsmassen ble forverret i mange helseforetak og lokasjoner fra 2012 til 2016. De regionale helseforetakene var også kjent med at det var store vedlikeholdsetterslep på bygningsmassen i 2016.

Departementet har fått god kunnskap om den tekniske tilstanden til bygningsmassen, oppgraderingsbehov og vedlikeholdsetterslep, som følge av tilstandskartleggingene som har vært gjennomført siden 2012. Når det gjelder medisinsk-teknisk utstyr, har ikke departementet tilsvarende oversikt. Departementet mener at dette hører inn under RHF-enes ansvar. Med unntak av Helse Sør-Øst RHF, innhenter RHF-ene begrenset informasjon om tilstanden til det medisinsk-tekniske utstyret i helseforetakene.

Helseforetakenes utkast til økonomiske langtidsplaner blir sendt til RHF-ene for dialog og kvalitetssikring, og RHF-ene opplyser at de ikke motsetter seg ambisiøse budsjetter når analysene viser at helseforetakene kan bære kostnadene. De økonomiske langtidsplanene til RHF-ene forutsetter at omstillings- og effektiviserings-tiltak gjennomføres, og beskriver samtidig betydelig risiko for at omstillingstiltakene ikke gir de forventede resultatene.

Departementet er kjent med at de økonomiske langtidsplanene i mange helseforetak bygger på ambisiøse forutsetninger. Over flere år har departementet fått informasjon gjennom RHF-enes økonomiske langtidsplaner om risiko ved og forutsetninger som legges til grunn for helseforetakenes planer. Planene slår ofte fast at investeringsplaner kanskje må utsettes eller nedjusteres dersom resultatmålene ikke nås.

Departementet har over flere år også stilt krav som berører investeringer til RHF-ene i foretaksmøter. Dette gjelder ulike tiltak for å sikre bedre ivaretagelse av bygg, styrke det strategiske planarbeidet og å sikre mer realistisk budsjettering. Senest i 2018 og 2019 stilte departementet krav til RHF-ene om å utrede mål for tilstandsgrad på bygg og internhusleieordning.

Utviklingsplanen er en overordnet strategi for virksomheten. Langsiktige satsinger som krever investeringer, skal framkomme i utviklingsplanen og innarbeides og prioriteres i den økonomiske langtidsplanen. Analysen vår av utviklingsplanene for perioden 2018–2035 viser at disse gir begrenset informasjon om tilstanden til helseforetakenes bygg og MTU. De gir heller ikke et tydelig bilde av fremtiden.

Et godt grunnlag for å kunne utarbeide langsiktige investeringsplaner er at regionene har fastsatt mål og strategier, og at de har kartlagt statusen til bygningsmassen. Det varierer om RHF-ene har mål og strategier for byggene sine. Mål og strategier brukes i begrenset grad av RHF-ene for å gi en retning eller føringer for tilstanden til og utviklingen av MTU. RHF-enes innsats er primært rettet mot å samordne anskaffelser og standardisere utstyret i egen region.

## 6.2 Ansvar, roller og styringsmodell

De regionale helseforetakene (RHF-ene) har gjennom sitt sørge for-ansvar et helhetlig ansvar for investeringer og drift i helseforetakene i regionen sin, blant annet for å gjøre prioriteringer og fastsette budsjetter for regionen. Gjennom sørge for-ansvaret har RHF-ene også ansvar for å ha tilstrekkelig oversikt over alle innsatsfaktorene i pasientbehandlingen og for å følge med på alle områdene av helseforetakenes drift.

RHF-ene presiserer i intervjuene at deres ansvar knyttet til helseforetakenes økonomiske langtidsplaner omfatter

- den samlede likviditeten til foretaksgruppa; likviditeten som blir stilt til disposisjon gjør det mulig for helseforetakene å drive forsvarlig og investere tilstrekkelig – og dermed gjennomføre oppdraget sitt
- å gi stabile rammebetingelser ved å kontrollere risiko og sørge for en forutsigbar og stabil økonomisk kurs; RHF-ets finansieringsmodell skal sørge for at det er økonomisk grunnlag for å kunne håndtere foretakenes investeringer over tid

- å ta beslutninger om å gjennomføre store regionale prosjekter og bistå foretakene økonomisk gjennom lån eller tilskudd til disse store investeringene

I denne operasjonaliseringen av ansvaret sitt legger RHF-ene vekt på å legge til rette for at helseforetakene sikres en stabil og langsiktig økonomi. Det innebærer at foretakene skal ha forutsetninger for å bære planlagte investeringer. RHF-enes oppfølging av sørge for-ansvaret og målet om likeverdige helsetjenester finner dermed sted innenfor disse rammene.

Helseforetakene har selv ansvar for sine egne bygg og sitt eget utstyr. Styrene i helseforetakene er gitt et overordnet ansvar for å forvalte bygningsmassen. Det medfører at helseforetakene er ansvarlige for å identifisere behov for investeringer.

*Styringsmodellen* for investeringer bygger på en kombinasjon av at foretakene er gitt utstrakte fullmakter på investeringsområdet, samtidig som de blir fulgt opp og styrt på et overordnet nivå.<sup>142</sup> Departementet vurderer at styringsmodellen generelt fungerer godt, og har tillit til prioriteringene som blir gjort av RHF-ene. Departementet viser til at det investeres mer nå enn noen gang før, selv om ikke alle prioriterte investeringer kan gjennomføres samtidig.<sup>143</sup>

Innenfor styringsmodellen kan departementet sette eierkrav (i foretaksmøter), krav knyttet til bevilgningen (oppdragsdokumenter) og krav i medhold av lover og forskrifter. Sammen med disse kravene utgjør bevilgningene fra staten, inkludert lån, rammebetingelsene for helseforetakene. Disse virkemidlene brukes av staten for å legge til rette for nasjonal og regional styring av ressursbruken for å nå politiske mål og sikre at RHF-ene ivaretar sørge for-ansvaret sitt.

Helseforetakenes muligheter til å investere henger tett sammen med den økonomiske resultatutviklingen, og departementet har derfor lagt stor vekt på økonomioppfølging. Ifølge departementet gir finansieringsmodellen insentiver til å innrette driften effektivt og muligheter til å prioritere mellom drift og investeringer. Etter departementets syn forklarer ikke egenskapene ved selve styringsmodellen den manglende realiseringen av investeringsplaner og helseforetakenes ønsker.

God kontroll med egen økonomi er viktig for å kunne foreta gode prioriteringer mellom drift og investeringsprosjekter. Økte bevilgninger ville økt foretakenes handlingsrom både for drift og investeringer. Tilsvarende ville adgang til å lånefinansiere en større del av investeringene kunne ført til at foretakene investerte mer og tidligere.

Det skal ifølge departementet være en høy terskel for at det griper inn i RHF-enes ansvar for å sikre nødvendige investeringer. Dersom departementet hadde vurdert at RHF-ene ikke gjorde en god nok innsats i arbeidet med å prioritere mellom drift og investeringer, ville det ha vært grunnlag for å stille krav på området. Om RHF-ene følger opp som de skal, setter departementet færre styringskrav enn det ellers ville ha gjort.

*Rapporteringen* fra RHF-ene om blant annet oppfølgingen av departementets oppdrag og krav skjer gjennom årlig melding, årsregnskap og årsberetning, månedlig rapportering (av økonomi, bemanning, aktivitet og kvalitet) og oppfølgingsmøter. Departementet holder seg i tillegg orientert om styresakene til RHF-ene og informasjonen som følger disse, blant annet virksomhetsrapporter, utviklingsplaner og økonomiske langtidsplaner. Departementet får også informasjon gjennom utredninger, som for eksempel NOU 2016: 25 *Organisering og styring av spesialisthelsetjenesten* og NOU 2019: 24 *Inntektsfordeling mellom regionale helseforetak*.

Etter kravet som ble stilt til RHF-ene i 2016 om å oppdatere tilstandsvurderingene av bygningsmassen hvert fjerde år, får departementet nå regelmessig informasjon fra RHF-ene om den tekniske tilstanden på

<sup>142</sup> Prop 1 S (2019–2020), s. 310.

<sup>143</sup> Intervju med Helse- og omsorgsdepartementet. Følgende avsnitt er basert på samme kilde.

bygningssmassen. Departementet opplyser i intervju at det ikke henter inn særskilte data om medisinsk-teknisk utstyr, fordi dette er informasjon på et detaljert nivå som det ikke har behov for i styringen sin. Selv om departementet ikke har bedt om jevnlig oversikter over tilstand på utstyr, ble det likevel gjennomført en kartlegging av utvalgte utstyrsgupper som en del av nasjonal helse- og sykehusplan for 2016–2019.

RHF-ene får informasjon fra helseforetakene sine gjennom rapporter (årlig melding og månedlige rapporter), planer (for eksempel økonomiske langtidsplaner) og møter. Innholdet i rapporteringen RHF-ene mottar om bygg og medisinsk-teknisk utstyr, er omtalt i kapittel 5.

### 6.3 Krav stilt til de regionale helseforetakene i foretaksmøter

Departementet har i en rekke foretaksmøter stilt krav til de regionale helseforetakene som berører investeringer. En gjennomgang av kravene stilt siden 2012 viser at disse er rettet mot

- at foretakene skal sikre vedlikehold av bygg og realistisk budsjettering
- at foretakene og departementet skal få bedre styringsinformasjon om bygg
- at foretakene skal utarbeide langsiktige planer

## Tabell 5 Krav knyttet til investeringer, planlegging og bygg i foretaksmøter i årene 2012–2020

<b>Årlig</b>	De regionale helseforetakene får årlig krav om å innrette virksomheten innenfor økonomiske rammer og krav som følger av Prop.1 S, foretaksmøtet og oppdragsdokumentet, slik at sørge for-ansvaret oppfylles og at det legges til rette for en bærekraftig utvikling over tid.
<b>2012</b>	<p>Det regionale helseforetaket ble bedt om å sikre realistisk budsjettering i hele foretaksgruppen, både for de enkelte inntekts- og kostnadsposter og i periodiseringen av årsbudsjettene. God kvalitet i budsjettingen er en forutsetning for nødvendig styring og kontroll med virksomhetene i foretaksgruppen.</p> <p>De regionale helseforetakene ble også bedt om å avsette nødvendige midler til vedlikehold av bygg, i tillegg til å stille krav i helseforetakenes styringsdokumenter knyttet til oppnåelse av minimumstilstand for bygg. Det regionale helseforetakene ble bedt om å sørge for at hvert helseforetak i økonomisk langtidsplan inkluderer plan for forbedring av minimumstilstand for bygg.</p>
<b>2016</b>	<p>De regionale helseforetakene ble bedt om å kartlegg tilstandsgraden for sykehusbygg, og å oppdatere kartleggingen hvert fjerde år.</p> <p>I tillegg fikk alle helseforetak krav om å utarbeide utviklingsplaner. Forut for dette fikk de regionale helseforetakene i oppdrag å utarbeide en veileder for utviklingsplanarbeidet. I veilederen til dette oppdraget ble det spesifisert at bygg og medisinsk-teknisk utstyr skulle inngå i redegjørelser for status og utviklingstrekk.</p>
<b>2018</b>	<p>De regionale helseforetakene fikk oppdrag om i fellesskap å utrede hvordan det kan legges bedre til rette for verdibevarende vedlikehold av sykehusbygg, og en internhusleieordning innenfor det enkelte helseforetak med sikte på å få en mer effektiv arealutnyttelse og verdibevaring av sykehusbyggene.</p> <p>Helseregionene ble bedt om i fellesskap å utarbeide et grunnlag for evaluering av utbyggingsprosjekter. Arbeidet skulle gjøres i samarbeid med Sykehusbygg HF, ledes av Helse Vest RHF og ferdigstilles i løpet av 2018.</p>
<b>2019</b>	<p>Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene om å arbeide videre med å legge til rette for en husleieordning.</p> <p>De regionale helseforetakene ble bedt om å vurdere om det bør fastsettes et felles mål for tilstandsgraden for sykehusenes bygningsmasse, og hva dette eventuelt bør være. Dette kravet kom i forlengelsen av det tidligere kravet om å etablere verktøy for å fastsette tilstandsgraden på sykehusbygg og kravet om at tilstandsgraden skal kartlegges og oppdateres hvert fjerde år.</p>
<b>2020</b>	<p>Det skulle utarbeides regionale utviklingsplaner innen utgangen av 2022.</p> <p>De regionale helseforetakene skulle revidere veilederen for arbeidet med utviklingsplaner i tråd med mål og føringer i <i>nasjonal helse- og sykehusplan</i>.</p>

Kilde: Protokoller fra foretaksmøter

Utredningen NOU 2016: 25 *Organisering og styring av spesialisthelsetjenesten* diskuterer innføring av internhusleieordning og organisering av eiendomsforvaltningen i egne selskaper.<sup>144</sup> Flertallet i utvalget gikk inn for å etablere en husleieordning og etablere egne eiendomsenheter på regionalt eller nasjonalt nivå. I begrunnelsen ble det lagt spesiell vekt på behovet for å sikre et tilstrekkelig vedlikehold og profesjonalisering av forvaltningen.

Departementet fulgte opp tilrådingen om å innføre husleieordninger i 2018 ved å be RHF-ene om å utrede dette. Tilrådingen om å organisere eiendomsforvaltningen i egne selskaper ble imidlertid ikke fulgt.

<sup>144</sup> NOU 2016:25 *Organisering og styring av spesialisthelsetjenesten*, s. 4.

Departementet begrunnet dette med at en etablering av nasjonale eller regionale eiendomsselskap ikke vil støtte opp om en utvikling mot større handlefrihet for de lokale helseforetakene.<sup>145</sup>

## 6.4 Økonomiske virkemidler

### 6.4.1 Fordeling av inntekter mellom de regionale helseforetakene

RHF-enes helhetlige ansvar er understøttet av finansieringssystemet ved at bevilgningene overføres som rammetilskudd og ikke øremerkede tilskudd. Finansieringen skjer over statsbudsjettet gjennom *basisbevilgningen* og *innsatsstyrt finansiering*. Basisbevilgningen skal dekke både drifts- og investeringskostnader.

Bevilgningene til RHF-ene utgjorde 178,7 milliarder kroner i saldert budsjett for 2021. Av dette utgjorde basisbevilgningene om lag 110 milliarder kroner (ca. 60 prosent).<sup>146</sup> Basisbevilgningene fordeles etter en inntektsfordelingsmodell som skal ta hensyn til ulikheter mellom regionene med hensyn til driftskostnader og behovet for helsetjenester.

RHF-ene viderefører basisbevilgningen de får til helseforetakene. Med utgangspunkt i den nasjonale modellen har hvert enkelt regionalt helseforetak utarbeidet en egen inntektsfordelingsmodell for basisbevilgningen i helseregionen sin. Den regionale fordelingsmodellen avgjør fordelingen av den største delen av helseforetakenes inntekter. Den er derfor et viktig virkemiddel for å oppfylle målet om likeverdige tjenester mellom helseforetakene i regionen. Dersom fordelingsmodellen ikke reflekterer godt nok helseforetakenes inntekts- og kostnadssituasjoner, vil den bidra til å skape ulike forutsetninger for å kunne gjennomføre investeringer i de ulike foretakene.

Den innsatsstyrte finansieringen (ISF) til RHF-ene avhenger av hvor mange og hva slags pasienter som får behandling i regionen. RHF-ene viderefører inntekter fra ISF til helseforetakene.

I utredningen NOU 2016: 25 *Organisering og styring av spesialisthelsetjenesten* ble det foreslått å igangsette et snarlig arbeid med å oppdatere modellen for fordeling av basisbevilgningen.<sup>147</sup> Forrige gang inntektsystemet ble revidert, var i 2009. Regjeringen nedsatte i 2018 et utvalg som skulle vurdere den nasjonale inntektsfordelingsmodellen til de regionale helseforetakene, og i 2019 la utvalget fram et forslag til en ny nasjonal modell.<sup>148</sup> Også RHF-ene har satt i gang arbeidet med oppdatere sine egne regionale inntektsfordelingsmodeller.

### 6.4.2 Finansieringsordninger for investeringer

Helseforetakene er ikke gitt adgang til å ta opp lån i det private markedet. De kan kun ta opp lån fra eieren sin – altså det regionale helseforetaket. Det regionale helseforetaket på sin side kan kun ta opp lån gjennom statlige lånebevilgninger.

#### Statlig låneordning

Lån til store investeringsprosjekter gis over statsbudsjettet. De regionale helseforetakene får årlig bevilget en samlet sum som skal lånes ut til investeringer over 500 millioner kroner.<sup>149</sup> Låneordningen administreres av Helse- og omsorgsdepartementet, som behandler RHF-enes lånesøknader i forbindelse med de årlige statsbudsjettene. RHF-ene kan søke om inntil 70 prosent låneandel av kostnadsrammen.

<sup>145</sup> Prop. 1 S (2017–2018), s. 296.

<sup>146</sup> Prop. 1 S (2020–2021), s. 28.

<sup>147</sup> NOU 2016: 25 *Organisering og styring av spesialisthelsetjenesten*, s. 214.

<sup>148</sup> NOU 2019: 24 *Inntektsfordeling mellom regionale helseforetak*.

<sup>149</sup> Prop. 1 S (2020–2021), s.142. I 2019 ble det bevilget 5,2 milliarder kroner i investeringslån.



Departementets forutsetning for å kunne fremme søknad om lån i budsjettinnspillet er at RHF-et har levert en styregodkjent konseptrapport for prosjektet det søkes lån til, inkludert en ekstern kvalitetssikring. RHF-et har ansvaret for å sikre at investeringsprosjektet kan håndteres innenfor helseregionens økonomiske bæreevne.<sup>150</sup>

Grensen for prosjekter som skal legges fram for departementet, ble satt ned i 2011 fra 1 milliard til 500 millioner kroner.<sup>151</sup> Departementet gjorde dette for å harmonisere grensen for kvalitetssikring av større investeringer i RHF-ene med terskelverdiene som var satt for ekstern kvalitetssikring av store investeringsprosjekter i staten.

I 2018 ble det åpnet for at store IKT-prosjekter (over 500 millioner kroner) delvis kan lånefinansieres, for å understøtte en raskere digitalisering av helsetjenesten og generell måloppnåelse på IKT-området.<sup>152</sup> Videre ble lånebetingelsene for de regionale helseforetakene endret i 2020 ved at avdragstiden for lån ble forlenget fra 25 til maksimalt 35 år.<sup>153</sup>

## Regionale finansieringsordninger

De regionale helseforetakene har over tid hatt betydelige regnskapsmessige overskudd, og har opparbeidet omfattende resultatbuffer. RHF-ene har ordninger hvor det gis regionale midler (interne lån) til prioriterte prosjekter. Helseforetakene kan også søke RHF-et om lån for å dekke hele eller deler av egenandelen ved store lån.

Skal helseforetakene gjennomføre større investeringer må det skaffes økonomisk rom ved overskudd i driften. Ifølge departementet forutsetter kravet om egenfinansiering av store investeringer betydelig effektivisering av driften. Når helseforetakene planlegger med store investeringer, og tilsvarende økte utgifter til egenandel, renter og avdrag, må dette prioriteres på bekostning av annen drift og mindre investeringer.<sup>154</sup>

Mindre investeringer må helseforetakene fullt ut finansiere selv. Investeringene til helseforetakene finansieres gjennom positive resultater, salg av eiendom og likviditet som følger inntekten som skal dekke avskrivninger.<sup>155</sup> Tilgjengelig likviditet er avgjørende for at helseforetakene skal kunne investere. Samtidig må helseforetak som ikke når overskuddsmålene sine, normalt redusere de planlagte investeringene. Selv helseforetak som har likviditet til å gjennomføre planlagte investeringer, kan måtte redusere investeringsomfanget for å forsøke å nå overskuddsmålet.

De regionale helseforetakene har noe forskjellige finansieringsordninger for investeringer. I Helse Sør-Øst og Helse Midt-Norge holder RHF-et tilbake midler ved den årlige fordelingen av basistilskuddet til helseforetakene. Helse Sør-Øst RHF holder tilbake et beløp som tilsvarer avskrivninger,<sup>156</sup> mens Helse Midt-Norge RHF holder igjen et beløp etter vurdering av behov.<sup>157</sup> Dette skaper en intern låneordning mellom det regionale helseforetaket og helseforetakene.

I *Helse Midt-Norge* benyttes de tilbakeholdte midlene til å dekke egenandelen i store statlig finansierte prosjekter over 500 millioner kroner og i mindre prosjekter på 50–500 millioner kroner, etter søknad fra helseforetakene.

I *Helse Sør-Øst* benyttes den tilbakeholdte likviditeten til prioriterte prosjekter, hovedsakelig nybygg over 100 millioner kroner, og til lokale investeringer, som medisinsk-teknisk utstyr og mindre investeringer i bygg. Helse Sør-Øst RHF har i tillegg en regional investeringsbuffer på ca. 200 millioner kroner per år, som

<sup>150</sup> E-post fra Helse- og omsorgsdepartementet 18.06.2021.

<sup>151</sup> Foretaksmøtet 31.01.2011, punkt 5.3.

<sup>152</sup> Foretaksmøtet 16.01.2018, punkt 3.5.2.

<sup>153</sup> Foretaksmøtet 14.01.2020, punkt 3.7.2.

<sup>154</sup> Brev fra Helse- og omsorgsdepartementet 01.09.21.

<sup>155</sup> Basisrammen er inntekt som skal dekke foretakenes kostnader. Den inkluderer ikke-betalbare kostnader, for eksempel avskrivninger. Midlene kan også benyttes til investeringer.

<sup>156</sup> Ca. 3,5 milliarder kroner årlig.

<sup>157</sup> De siste årene er det holdt igjen 15 millioner kroner årlig.



benyttes om det dukker opp nye behov i budsjettperioden, eller om eksisterende prosjekter trenger mer midler enn planlagt.

*Helse Nord RHF* holder også igjen noe av basisrammen til omfordeling og har dessuten en tettere kontroll med investeringene til helseforetakene enn de andre RHF-ene ved at det er RHF-et som setter investeringsrammen til helseforetakene. Videre er det RHF-et som beslutter fordelingen mellom store byggeprosjekter og øvrige investeringer (for eksempel MTU og ambulanser). I tillegg skal alle investeringene i helseforetakene på over 20 millioner kroner godkjennes av RHF-et. Dette gir Helse Nord RHF mer kontroll over likviditeten til helseforetakene sine enn de andre RHF-ene. I likhet med de andre regionale helseforetakene gir Helse Nord RHF lån til investeringer i bygg på over 500 millioner kroner i helseforetakene.

*Helse Vest RHF* skiller seg ut ved at det fordeler hele basisrammen til helseforetakene og gir foretakene en større del av ansvaret for investeringer. Helseforetakene kan i tillegg søke om lån fra RHF-et til påkrevde mindre bygningsmessige investeringer på mellom 25 og 500 millioner kroner. Dette finansieres av det regionale helseforetakets overskudd.

### 6.4.3 Andre økonomiske virkemidler

I 2015 åpnet departementet for at RHF-ene kan inngå finansielle leieavtaler (leasing) med en kontraktsverdi på inntil 100 millioner kroner per avtale. Finansielle leieavtaler utover dette beløpet må legges fram for foretaksmøtet.<sup>158</sup> Departementet opplyser i intervjuet at denne ordningen hovedsakelig ble innført for å gi helseforetakene bedre muligheter til å leie lokaler.

Tre av regionene benytter seg av muligheten til å inngå leasing-avtaler. Helseforetakene i Helse Sør-Øst og Helse Midt-Norge bruker finansiell leasing for å få tilgang på MTU og lokaler. I Helse Nord er det kun UNN som benytter seg av finansiell leasing, utelukkende for å leie lokaler. Helse Vest RHF opplyser i intervjuet at regionen ikke har hatt behov for å benytte seg av finansiell leasing.

Helseforetakene som gjennomfører store investeringer, har økte kostnader i etterkant av disse. To av regionene har økonomiske ordninger for å bistå helseforetak i slike situasjoner:

- I Helse Nord får helseforetakene inntektsstøtte i form av en kapitalkompensasjon i etterkant av store investeringer for å kunne håndtere de økte kostnadene. Dette utgjør ca. 10 millioner kroner årlig per 500 millioner kroner investert og fordeles gradvis til helseforetakene når avskrivningene fra de store byggeprosjektene belaster regnskapene.<sup>159</sup> RHF-et setter også et lavere overskuddskrav for helseforetak som har gjennomført større investeringer.
- I Helse Sør-Øst har helseforetak fått ekstra inntektsstøtte ved noen anledninger, der det har vært behov for det.<sup>160</sup> Denne støtten finansieres fra RHF-ets resultatbuffer.<sup>161</sup>

I *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023* framhever regjeringen at det er behov for at finansieringsordningene raskere tilpasser seg nye og effektive måter å tilby tjenester på.<sup>162</sup> Dersom finansieringen oppleves som et hinder for nødvendig omstilling, kan det over tid føre til at pasientene får en oppstykket tjeneste, at pasienter legges inn på sykehus unødvendig, og at det benyttes utdatert teknologi i pasientbehandlingen. I verste fall kan det føre til en svært lite bærekraftig tjeneste på sikt. Regjeringen vil videreutvikle finansieringsordningene i spesialisthelsetjenesten langs følgende hovedspor:

- Finansieringen skal i større grad knyttes til innholdet i tjenestene, ikke til hvem som yter behandling, hvor behandlingen ytes, eller hvordan behandlingen ytes.
- Finansieringen skal understøtte helhetlige tjenesteforløp.
- Finansieringen skal understøtte forløp på tvers av sykehus og kommuner.

<sup>158</sup> Foretaksmøtet 07.01.2015, sak 4. En finansiell leieavtale er en leieavtale som overfører det vesentligste av økonomisk risiko og kontroll til helseforetaket.

<sup>159</sup> Plan for Helse Nord 2019–2022.

<sup>160</sup> Intervju med Helse Sør-Øst RHF.

<sup>161</sup> Bufferen er på 600 millioner kroner og benyttes til uforutsette forhold eller spares til senere investeringer. Ekstra inntektsstøtte tas fra resultatbufferen.

<sup>162</sup> Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023, s.153.

- Kvalitetsbasert finansiering skal knyttes tettere til sentrale mål for utvikling av spesialisthelsetjenesten

Disse endringene er ikke rettet mot investeringer, men hvordan aktiviteten finansieres. Analysene i kapittel 5 viser at mange helseforetak har utfordringer med å oppnå de planlagte investeringsnivåene i langtidsplanene, og en overordnet ambisjon med sykehusplanen er å vri ressursinnsatsen fra drift til investeringer. *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023* drøfter imidlertid ikke mulige justeringer i finansieringsordningene som kan bidra til at planlagte investeringer i helseforetakene i større grad gjennomføres.

## 6.5 Planer og budsjettarbeid

Gjennom innføringen av økonomiske langtidsplaner og departementets pålegg om å utarbeide utviklingsplaner har plansystemet til helseforetakene blitt styrket over tid ved at foretakene nå har langsiktige planer som skal være integrert med hverandre. Økonomiske langtidsplaner (ØLP) omfatter investeringsplaner og gjelder for minst fire år fram i tid. Utviklingsplanene, som ble utarbeidet første gang i 2018, er en overordnet strategi for virksomheten og har en horisont på 15 år. Økonomiske langtidsplaner, som oppdateres hvert år, skal starte med en vurdering av virksomheten, og denne skal baseres på utviklingsplanen.<sup>163</sup> RHF-ene begynte å utarbeide økonomiske langtidsplaner fra 2010 av.

### 6.5.1 De regionale helseforetakenes økonomiske langtidsplaner

#### Helse- og omsorgsdepartementets føringer for økonomiske langtidsplaner

Departementet har ikke utarbeidet retningslinjer for økonomiske langtidsplaner eller gjennomført evalueringer av hvordan planene fungerer. Departementet viser i intervjuet til at ØLP først og fremst er et planverktøy for RHF-ene og helseforetakene, og at planene i størst mulig grad skal sikre RHF-ene stabile og forutsigbare rammebetingelser. Samtidig påpeker departementet at planlegging under usikkerhet er normaltilstanden, og at RHF-ene planlegger med den beste kunnskapen de har om framtidige rammebetingelser.

Departementet stilte krav i foretaksmøtet i 2012 om at RHF-ene skulle sikre at budsjetteringen i hele foretaksgruppa var realistisk.

#### De regionale helseforetakenes arbeid med langtidsplanene

Helseregionene har like framdriftsplaner for å utarbeide budsjetter:

- Helseforetakene oversender utkast til langtidsbudsjettene sine i april til RHF-et for dialog og kvalitets-sikring. Langtidsbudsjettene fungerer også som innspill til den regionale ØLP-en.
- Styrene i helseforetakene vedtar sine langtidsbudsjetter i mai.
- Styrene i de regionale helseforetakene vedtar sine langtidsbudsjetter i juni.<sup>164</sup>
- Helseforetakenes årsbudsjetter utarbeides på høsten og vedtas i perioden desember–februar. De fleste regionale helseforetakene sender ut ett eller flere budsjettskriv underveis som gir føringer og forutsetninger for helseforetakenes budsjetter.

Helse Nord RHF har en sterkere styring av helseforetakenes investeringer enn de øvrige RHF-ene. RHF-et stiller resultatkrav til foretakene, men tillater at de setter egne resultatkrav som er høyere enn RHF-ets. Ved fastsettelsen av resultatkravet vurderer RHF-et om det totalt sett er nok likviditet til driften, og om resultatkravet er høyt nok.

<sup>163</sup> Veileder for arbeidet med utviklingsplaner, s. 3.

<sup>164</sup> Helseforetakene i Helse Nord utarbeider imidlertid ikke egne langtidsbudsjetter, men oversender innspill til det regionale langtidsbudsjettet.

Når det gjelder helseforetakenes økonomiske langtidsplaner, analyserer RHF-ene foretakenes forutsetninger for å kunne bære framtidige kostnader ved å vurdere planene opp mot foretakenes bæreevne og likviditets-situasjon. Samtidig går det fram i intervjuene at RHF-ene ikke motsetter seg ambisiøse budsjetter når analysene viser at helseforetaket kan bære kostnadene.

I RHF-enes økonomiske langtidsplaner for 2021–2024 framhever imidlertid tre av RHF-ene nødvendigheten av at helseforetakene planlegger realistisk eller legger realistiske forutsetninger for utviklingen av inntekter og kostnader til grunn for planene.

### Styringsinformasjon til departementet

RHF-enes økonomiske langtidsplaner er en sentral informasjonskilde for departementet, som bruker data fra disse dokumentene som grunnlag for egne planer, blant annet nasjonale helse- og sykehusplaner. De nasjonale helse- og sykehusplanene gir retning og rammer for utviklingen av spesialisthelsetjenesten og skal blant annet inneholde en helhetlig beskrivelse av investeringsplanene for sykehusene.<sup>165</sup>

Departementet opplyser i intervjuet at ØLP på både RHF- og helseforetaksnivå er et viktig verktøy og virkemiddel for å drive virksomhetsplanlegging, blant annet av større investeringer. Departementet vurderer at kvaliteten på de økonomiske langtidsplanene har utviklet seg positivt over tid, og har god erfaring med å bruke dem for å vurdere handlingsrommet for større investeringer i RHF-ene. Departementet påpeker også at ønskede investeringer i helseforetakene ikke alltid prioriteres i de regionale helseforetakene, og at forutsetningene for planlegging påvirkes av ettårsprinsippet for statsbudsjettet.<sup>166</sup>

Avvik mellom investeringer i ØLP og faktiske investeringer i helseforetakene kan ifølge departementet ha ulike forklaringer:

- Helseforetakene legger inn buffere i planene for å ha handlingsrom og for å forsikre seg om at de har nok likviditet.
- Det vil være usikkerhet knyttet til planforutsetningene. Når foretakene legger langtidsplaner, må de forutsette både inntekter og kostnader i en fireårsperiode, og krav stilt i oppdragsdokumenter og foretaksmøter kan påvirke forutsetningene for å realisere planer.

### De regionale helseforetakenes rapportering til departementet om risikoen for ikke å nå det planlagte investeringsnivået

RHF-ene informerer primært om tilstanden til bygg og medisinsk-teknisk utstyr gjennom de økonomiske langtidsplanene. Her presenterer de også vurderinger av risiko og forutsetninger for budsjettplanene. Vi har gjort en nærmere analyse av RHF-enes økonomiske langtidsplan for henholdsvis perioden 2016–2019 og 2021–2024.

I planene for begge periodene påpeker RHF-ene at det er betydelig risiko knyttet til investeringsplanene, og at det ligger krevende forutsetninger til grunn. I føringene og forutsetningene fra de regionale helseforetakene blir nødvendigheten av effektivisering og realistiske planer framhevet. RHF-ene omtaler i stor grad de samme forutsetningene og risikoene i 2020 som i 2015. Følgende forhold trekkes fram av foretakene i begge langtidsplanene:

- **Forutsetninger om måloppnåelse:** Det er helt nødvendig å realisere de planlagte resultatene. Manglende oppnåelse av økonomiske mål og resultatkrav gir en risiko for at foretaksgruppa vil få likviditetsproblemer, eller at helseforetakene må utsette investeringer. Det er samtidig lite handlingsrom og små muligheter for endringer i forutsetningene.
- **En krevende likviditetssituasjon:** Helseforetakene vil med de planlagte målene komme i en krevende likviditetssituasjon. De er avhengige av å nå resultat- og effektiviseringsmålene for å nå investeringsmålene og for å kunne håndtere kommende kostnader.

<sup>165</sup> Meld. St. 7 (2019–2020) *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023*, s.158.

<sup>166</sup> Brev fra Helse- og omsorgsdepartementet 21.09.21.

- **Risiko knyttet til effektivisering, omstilling og kostnadsreduksjoner:** Helseforetakenes mål om eller pålagte krav om effektivisering og kostnadsreduksjoner er forutsetninger for å kunne gjennomføre planlagte investeringer. Dette utgjør samtidig en betydelig risiko for ikke å nå investeringsmålene. Helse Sør-Øst RHF framhever særskilt i begge planene at det er nødvendig å redusere lønnskostnadene.
- **Vedlikeholdsetterslep på bygningsmassen og for lavt nivå på vedlikehold og oppgraderinger:** Det er et betydelig vedlikeholdsetterslep, og det planlagte vedlikeholdsnivået for bygg er for lavt. Det planlagte investeringsnivået for MTU er også for lavt.

I planene til Helse Vest RHF blir helseforetakene i tillegg pålagt å planlegge med et resultat som er tilstrekkelig til å ivareta det planlagte investeringsnivået: «Det er heilt nødvendig at resultatet i alle helseforetaka i Helse Vest blir løfta til eit nivå som er tilstrekkeleg for å handtere dei framtidige driftsmessige konsekvensane av store investeringar.»<sup>167</sup> Analysen vår indikerer at det kan være en konflikt mellom ambisiøse planer og nødvendigheten av å nå disse på den ene siden, og krav om realistisk planlegging på den andre.

En gjennomgang av de regionale helseforetakenes årlige meldinger (for 2020) og virksomhetsrapporter (for høsten 2020) viser at det også her er rapportert om avvik i planene:

- RHF-enes styrer behandler virksomhetsrapporter (statusrapporter) månedlig, der statusen for resultater og investeringer og avvik i budsjettplaner omtales. Alle RHF-ene gir i disse rapportene informasjon om statusen for investeringsbudsjettene på helseforetaksnivå, og to av RHF-ene gir i tillegg informasjon om årsaker til avvik i planene.
- Alle RHF-ene har i 2020 investert for mindre enn hva det var budsjettet for, og et av foretakene har gitt en forklaring til avviket: Helse Midt-Norge RHF opplyser at det lavere forbruket skyldes lavere kostnader enn planlagt for Helseplattformen og det nye sykehuset i Nordmøre og Romsdal.<sup>168</sup> To av RHF-ene har gitt nærmere informasjon om investeringer i form av en oversikt over budsjetterte og faktiske investeringer i bygg, MTU, IKT og annet uten å opplyse om årsaker til avvikene. Ett RHF har ikke gitt noen utdypende informasjon.

### Faktaboks 13 Årlig melding

I årlig melding, som oversendes Helse- og omsorgsdepartementet innen 15. mars hvert år, redegjør RHF-ene for virksomheten i det regionale helseforetaket og underliggende helseforetak for foregående år. RHF-ene utarbeider meldingen etter en felles mal og rapporterer det oppnådde resultatet for foretaksgruppene opp mot resultatkravene.

De regionale helseforetakenes årlige melding til departementet skal inneholde en plan for virksomheten i de kommende år. Plandelen skal være av strategisk og overordnet karakter og vise hovedtrekkene i virksomhetens framtidige drift innenfor de rammebetingelsene som er gitt av staten som eier og helsemyndighet. Plandelen skal vise behovet for å utvikle og endre tjenestene og driften av virksomheten, og den skal også inneholde styrets vurdering av ressursbruken de nærmeste årene, inkludert forslag til finansiering. Dette innebærer å vise behovet for investeringer. I den årlige meldingen for 2020 viser de regionale helseforetakene til den regionale utviklingsplanen for omtale av dette.

Kilde: Vedtekter for de regionale helseforetakene

### 6.5.2 Utviklingsplaner

I 2016 fikk de regionale helseforetakene i oppdrag å utarbeide en utviklingsplan. Dette skulle være en overordnet plan og et grunnlag for å gjennomføre endringer og utviklingstiltak; det kan ikke gjennomføres

<sup>167</sup> Økonomisk langtidspan 2021–2025, s. 6.

<sup>168</sup> Helseplattformen er et prosjekt for å innføre ny felles journalløsning i midtnorske sykehus og kommuner.

vesentlige tiltak før en slik utviklingsplan er på plass og vedtatt i tråd med gjeldende beslutningsprosedyrer. Utviklingsplanen er en operasjonalisering av overordnede planer og strategier og skal gi et bilde av utviklingen til helseforetakets virksomhet og bygninger.<sup>169</sup>

Foretakene fikk også i oppgave å utarbeide en veileder for utarbeidelse av utviklingsplaner, og denne ble ferdigstilt i 2016 (se faktaboks 10 for nærmere omtale). I veilederen anbefales det å ha egne kapitler om nå-situasjonen (tilstanden) og framtiden for både bygg og teknologi. De regionale utviklingsplanene skal gi en oversikt over nå-situasjonen i regionene, utfordringsområdene og den strategiske retningen. Utviklingsplanene er derfor også en kilde til informasjon for departementet.

I 2018 utarbeidet de regionale helseforetakene utviklingsplaner for perioden 2018–2035. Disse gir imidlertid begrenset informasjon om nå-tilstanden og framtiden til helseforetakenes bygg og MTU; på dette området har RHF-ene i begrenset grad fulgt anbefalingene i veilederen. Departementet opplyser i intervjuet at det varierte hvor detaljerte og konkrete planene var. Helse Nord RHF og Helse Vest RHF har gitt svært begrenset informasjon om tilstanden og behovet for bygg og MTU i sine utviklingsplaner.

I januar 2020 ba foretaksmøtet om at det utarbeides regionale utviklingsplaner innen utgangen av 2022, og at arbeidene med de lokale utviklingsplanene må tilpasses dette. RHF-ene ble også bedt om å revidere veilederen for arbeidet med utviklingsplaner i tråd med mål og føringer i nasjonal helse- og sykehusplan.

## 6.6 De regionale helseforetakenes oppfølging av bygg og medisinsk-teknisk utstyr i helseforetakene

### 6.6.1 Regionale mål, overordnede planer og virkemiddelbruk for bygg

Helse Sør-Øst RHF og Helse Midt-Norge RHF har konkrete målsettinger for bygg som er rettet mot vedlikehold og forventninger til standarden på bygg. Helse Sør-Øst RHF har satt følgende mål for vedlikehold av bygg:

- Helseforetakene skal sette av midler til både løpende og ekstraordinært vedlikehold. I gjennomsnitt skal det løpende vedlikeholdet over tid utgjøre ca. 250 kroner/m<sup>2</sup> per år for hele bygningsmassen. I tillegg må det settes av midler til ekstraordinært vedlikehold.<sup>170</sup>
- Vedlikeholdsplanene skal være tilstandsbaserte og skal som et minimum utarbeides for områder som har delkomponenter med tilstandsgrad 2 eller 3. Tilstandsgrad 3 skal ikke forekomme, verken på delkomponentnivå eller aggregert nivå.<sup>171</sup>

I oppdragsbrevet i 2020 ga Helse Midt-Norge RHF foretakene i oppdrag å utarbeide tilstandsbaserte vedlikeholdsplaner med sikte på å eliminere tilstandsgrad 3 (dårlig tilstand) og redusere tilstandsgrad 2 (utilfredsstillende tilstand) i byggene. Disse planene skal korrespondere med et tilstrekkelig budsjett for oppgradering.<sup>172</sup> Helse Midt-Norge RHF har ikke stilt krav om rapportering på disse målene.

Helse Nord RHF har i utviklingsplanen sin angitt overordnede målsettinger for bygningsmassen, som er generelle og ikke knyttet til tilstandsgrader slik som i Helse Sør-Øst og Helse Midt-Norge. Både Helse Nord RHF og Helse Vest RHF viser til departementets krav i 2018 om å utrede målsettinger for bygningsmassen og det pågående arbeidet med dette. Helse Vest RHF opplyser i intervjuet at RHF-ets ansvar for helseforetakenes bygg handler om å gi rettferdige rammevilkår og å stille resultatkrav. Etter RHF-ets vurdering er dette det beste virkemiddelet for at helseforetakene skal kunne ha muligheter til å gjøre helhetlige prioriteringer på området.

<sup>169</sup> Meld. St. 11 (2015–2016) *Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019)*, s.139.

<sup>170</sup> Budsjettskriv nr. 3 for økonomisk langtidsplan 2021–2024, s. 2.

<sup>171</sup> Delstrategi for eiendomsvirksomheten i Helse Sør-Øst (13.09.18), s. 7.

<sup>172</sup> Styringskrav og rammer 2020 St. Olavs hospital HF, s. 24.

Med unntak av Helse Sør-Øst RHF's *Delstrategi for eiendomsvirksomheten*, som ble vedtatt i 2018, har ikke RHF-ene egne strategier for bygg. Helse Sør-Østs strategi slår blant annet fast at helseforetakene skal etablere langsiktige drifts- og vedlikeholdsplaner basert på tilstandsovervåking, levesyklus kostnader per bygg og krav i styringsparametere knyttet til en teknisk minimumstilstand. I strategien slås det også fast

- at foretakene i den økonomiske langtidsplanen skal utarbeide en plan for å forbedre minimumstilstanden for bygg, og at midlene til årlig vedlikehold av sykehusbygg skal budsjetteres i samsvar med etablerte standarder
- at vedlikeholdsplanene skal føre til en forpliktende oppgradering av bygningsmassen til en tilstand som er tilstrekkelig god for gjeldende og planlagt bruk<sup>173</sup>

Selv om Helse Midt-Norge RHF ikke har en strategi for bygg, er det fastslått i *Reglement for bygge- og eiendomsvirksomheten i Helse Midt-Norge* at foretaksstyrene skal sørge for at det utarbeides langsiktige planer for vedlikehold med sikte på å opprettholde eller forbedre bygningenes tilstandsgrad, og at det skal avsettes nødvendige midler i årsbudsjettet.

Med unntak av Helse Vest RHF har alle RHF-ene pålagt helseforetakene i regionen sin å utarbeide egne tilstandsbaserte vedlikeholdsplaner for byggene.

Alle de regionale helseforetakene deltar i oppdraget som ble gitt av departementet i 2018 om å utrede bedre verdibevarende vedlikehold og en internhusleieordning. Formålet var å få en mer effektiv arealutnyttelse og verdibevaring av sykehusbyggene. Dette arbeidet ble videreført gjennom et nytt oppdrag i 2019. RHF-ene ble da bedt om å vurdere om det bør fastsettes et felles mål for tilstandsgraden på sykehusenes bygningsmasse, og hva dette eventuelt bør være. Arbeidsgruppa leverte en avsluttende utredning i juni 2021.

Alle RHF-ene har fulgt opp departementets krav fra 2016 om at det skal være etablert verktøy som viser tilstandsgraden ved norske sykehus, og at tilstandsgraden for sykehusbygg skulle kartlegges i 2016 og deretter oppdateres hvert fjerde år.<sup>174</sup> Siden 2016 har de aller fleste helseforetakene fått gjennomført analyser av den kartlagte bygningsmassen sin.<sup>175</sup> Disse rapportene gir en bred og detaljert oversikt over tilstanden til foretakenes bygg og lokasjoner, og mange helseforetak videresender dem til RHF-et.

Alle de regionale helseforetakene opplyser i intervjuene at MultiMap-rapportene brukes for å få oversikt over utviklingen. I 2017 la Helse Midt-Norge RHF fram en regional samlerapport for styret, mens Helse Vest RHF presenterte rapportene sine fra kartleggingen for helseforetakene. Styret i Helse Sør-Øst RHF får overordnet informasjon fra MultiMap-analyser i forbindelse med konkrete byggesaker og i annen rapportering (økonomisk langtidsplan og regional utviklingsplan). I Helse Nord RHF framlegges tilstandsrapporter for styret.

Sammenlignet med de andre regionale helseforetakene får Helse Sør-Øst RHF noe mer informasjon om helseforetakenes bygg ved at RHF-et har pålagt foretakene i regionen å benytte et malverk i forbindelse med den økonomiske langtidsplanen, og dette malverket inneholder blant annet informasjon om investeringer i bygg.<sup>176</sup> Her framkommer det detaljerte data om innspill til vedlikeholdsbudsjettet og beregninger av hva dette utgjør per m<sup>2</sup>.

Analyser av helseforetakene i Helse Sør-Østs rapportering viser at hva som er planlagt å bruke på vedlikehold varierer mellom 98 og 730 kroner per m<sup>2</sup> i perioden 2020–2023.<sup>177</sup> Helseforetakene i de øvrige regionene rapporterer ikke den årlige planlagte eller faktiske vedlikeholdskostnaden per m<sup>2</sup>, verken i den økonomiske langtidsplanen eller andre rapporter.

<sup>173</sup> Delstrategi for eiendomsvirksomheten i Helse Sør-Øst (13.09.18), s. 7.

<sup>174</sup> Se faktaboks 2 for forklaring av tilstandsgrad.

<sup>175</sup> De fleste analysene er gjennomført av Multiconsult. Alle helseforetakene unntatt Innlandet, Sunnaas og Fonna har fått utarbeidet rapporter.

<sup>176</sup> Dette pålegget berører også medisinsk-teknisk utstyr. Se omtale i punkt 6.6.2.

<sup>177</sup> Det finnes ikke data for OUS og Ahus.



## 6.6.2 Regionale mål, overordnede planer og virkemiddelbruk for medisinsk-teknisk utstyr

Når det gjelder medisinsk-teknisk utstyr (MTU) i helseforetakene, brukes mål og strategier i begrenset grad for å gi en retning for utvikling og samordning. Ingen av RHF-ene har særskilte målsettinger for MTU om for eksempel gjennomsnittsalder. Helse Midt-Norge RHF opplyser imidlertid i utviklingsplanen sin at snittalderen på MTU i regionen er åtte år, og indikerer et langsiktig mål om en snittalder på fem år.<sup>178</sup>

Helse Sør-Øst vedtok i 2020 en regional delstrategi for teknologiområdet. Helse Vest RHF vedtok i 2018 en teknologiplan for perioden 2019–2023 og er det eneste regionale helseforetaket som har en egen plan for MTU. Tidligere har Helse Vest RHF operert med rene IKT-strategier, men den nye teknologiplanen inneholder også planer for MTU. RHF-et vurderer dette som viktig fordi teknologiene som understøtter de ulike områdene i virksomhetene, smelter sammen i stadig større grad.

RHF-ene har valgt litt ulike tilnærminger til hvordan de overvåker og følger opp regionens MTU-park, men det har ikke blitt behandlet egne rapporter om MTU i RHF-enes styre utover informasjonen som gis i budsjettsaker. I budsjett dokumenter er det vanlig å oppgi snittalder og overordnede vurderinger av behov.

Helse Sør-Øst RHF skiller seg ut ved ha bedre oversikt over MTU-parken enn de andre RHF-ene. RHF-et opplyser at det følger opp MTU gjennom aldersoversikter og helseforetakenes investeringsplaner. Foretakene i Helse Sør-Øst benytter et malverk i forbindelse med ØLP som blant annet inneholder et regneark med informasjon om investeringer i MTU. Regnearket viser også planlagt utrangering, gjennomsnittlig alder på foretakets MTU, aldersfordeling av foretakets MTU og andre opplysninger. Det viser også en prognose for utviklingen i gjennomsnittsalder de kommende årene.

RHF-ene har i ulik grad inngått regionale anskaffelsesavtaler for MTU (antallet varierer fra 1 til 15). I tillegg har to av regionene – Helse Sør-Øst og Helse Midt – etablert regionale funksjoner for å samordne anskaffelser og analysere utstyrsparkens standard og behov.

*Helse Sør-Øst RHF* opprettet en egen enhet i 2015, Regionalt kompetansesenter for samordning av investeringer i medisinsk-teknisk utstyr i Helse Sør-Øst (RKMTU), for å samordne anskaffelser av MTU i regionen og standardisere og redusere kostnader (se faktaboks 5 om RKMTU). Opprettelsen av dette kompetansesenteret har bidratt til at Helse Sør-Øst RHF har langt bedre oversikt over MTU-parken enn andre helseregioner. Dette ble viktig blant annet i forbindelse med innkjøpet av respiratorer i 2020; ved utbruddet av koronapandemien hadde RKMTU en beredskapsfunksjon som følge av senterets oversikt over utstyr. Det var i stand til raskt å framskaffe en oversikt over respiratorparken til alle sykehusene i Helse Sør-Øst (se faktaboks 14).

*Helse Midt-Norge RHF* opplyser i intervjuet at det legger vekt på å tilrettelegge for helseforetakenes investeringer i MTU gjennom å samordne i form av standardisering og regionale avtaler:

- RHF-et opprettet stillingen regional MTU-koordinator i 2019. Stillingen skal planlegge og koordinere anskaffelser og forvalte MTU ved sykehusene i Midt-Norge. MTU-koordinatoren vil ha en viktig rolle i arbeidet med å standardisere og øke verdien av både eksisterende og nytt medisinsk-teknisk utstyr. Arbeidet er en sentral del av forberedelsene til innføringen av Helseplattformen og digitaliseringsarbeidet i Helse Midt-Norge.
- For tiden pågår det regionale prosjektet Regional standardisering av anskaffelse og forvaltning av MTU. Prosjektets to overordnede målsettinger er å øke den regionale standardiseringen av MTU gjennom samordnede innkjøp og å regionalisere oppgaver og funksjoner ved de medisinsk-tekniske avdelingene og funksjonene.

<sup>178</sup> Regional utviklingsplan 2019–2022 (2035), Helse Midt-Norge RHF, s. 24.

- I oppdragsbrevene i 2020 ba RHF-et foretakene om å bidra til å samordne og standardisere MTU. Foretakene ble også bedt om å samarbeide med hverandre og Sykehusinnkjøp HF for å utarbeide langsiktige planer for innkjøp av MTU for at regionen skal få en felles tilnærming på dette området.

*Helse Nord RHF* opplyser i intervjuet at det er helseforetakenes ansvar å undersøke tilstanden til utstyret ettersom det er de som skal bruke midlene sine til å investere tilstrekkelig i MTU. RHF-et gjør ikke så mye for å styre dette, men har i oppdragsbrevet de senere årene likevel gitt foretakene i oppgave å gjennomføre risiko- og sårbarhetsanalyser av MTU, med tilhørende handlingsplaner.

*Helse Vest RHF* påpeker i intervjuet at det ligger i sørge for-ansvaret at RHF-et må sikre at MTU-parken i regionen er tilpasset behovet. RHF-et følger opp MTU gjennom de sakene som framlegges i helseforetakenes styrer. I tillegg får RHF-et informasjon gjennom omtaler av MTU i helseforetakenes økonomiske langtidspaner. I den regionale teknologiplanen sin opplyser RHF-et at det er arbeidet mye med å standardisere medisinsk utstyr.<sup>179</sup>

### Faktaboks 14 Regional rammeavtale for intensivrespiratorer i Helse Sør-Øst

Helse Sør-Øst RHF har opprettet Regionalt kompetansesenter for samordning av investeringer i medisinsk-teknisk utstyr i Helse Sør-Øst, jf. faktaboks 5. Senteret har som hovedfunksjon å tilrettelegge for bedre samordning og koordinering av anskaffelser av MTU mellom helseforetakene.

En viktig oppgave for en anskaffelsesfunksjon er å levere gevinster gjennom effektive avtaleinngåelser og god avtaleoppfølging. Med utgangspunkt i inngåelsen av den regionale rammeavtalen for intensivrespiratorer i 2018 oppnådde helseforetakene i regionen flere gevinster:

- **Økonomi:** Den strukturerte og helhetlige anskaffelsesprosessen basert på behovsdefinering på tvers av alle foretakene i regionen gjorde det mulig for Helse Sør-Øst å oppnå en prisgevinst på 49 prosent i forhold til det regionen tidligere hadde betalt for intensivrespiratorer. Per juni 2021 har dette gitt en besparelse på 55 millioner kroner for regionen.
- **Teknologi:** Analyse- og anskaffelsesfasen medførte at anskaffelsen tiltrakk seg nye leverandører som kunne tilby et teknologisk løft som har forbedret pasientbehandlingen betydelig.
- **Planlagt utskiftning:** Den langsiktige planen for utskiftning ga forutsigbarhet og reduserte antall sammenbrudd og mengden saksbehandling. Rammeavtalen gjorde det mulig med en flåte-utskiftning av hele intensivrespiratorparken i flere helseforetak i regionen.
- **Beredskap:** Den standardiserte utstyrsparken på tvers av sykehus og helseforetak gjorde det mulig å utveksle personell til enheter hvor belastningen var høy. Avtalen var på plass da covid-19-pandemien brøt ut, og det medførte at Helse Sør-Øst ble prioritert i leveransene framfor regioner som ikke hadde en avtale.
- **Opplæring:** Det ble utarbeidet et felles e-læringsprogram for hele regionen som en del av en helhetlig leveranse. E-læringsprogrammet ble nasjonalt distribuert for å sikre respiratoropplæring av klinisk personell da covid-19 rammet Norge i mars 2020.

Kilde: Helse Sør-Øst RHF og RKMTU

<sup>179</sup> Teknologiplan Helse Vest 2019–2023, s.10.



## 7 Vurderinger

### 7.1 Investeringene har ikke vært tilstrekkelige til å sikre en god nok tilstand på bygg og medisinsk-teknisk utstyr

Et av hovedformålene med *spesialisthelsetjenesteloven* er at befolkningen får likeverdige spesialisthelsetjenester av god kvalitet, og at helsetjenestene som tilbys skal være forsvarlige. God kvalitet i behandlingen avhenger av at helseforetakene har bygg som har en tilstrekkelig god teknisk tilstand, og moderne utstyr og hjelpemidler. For å sikre god ressursutnyttelse må bygningene være funksjonelle og driftseffektive.

#### 7.1.1 Tilstanden til byggene har blitt forverret siden 2012 i et flertall av helseforetakene

I kontroll- og konstitusjonskomiteens innstilling til Riksrevisjonens undersøkelse av eiendomsforvaltningen i helseforetakene fra 2011 pekte flertallet på at en betydelig del av bygningsmassen var i en for dårlig teknisk tilstand til å tilfredsstillende kravene den gangen og at det var et omfattende behov for bygningsmessig oppgradering.

Den foreliggende undersøkelsen viser at den tekniske tilstanden på den samlede bygningsmassen har utviklet seg negativt i 11 av 20 helseforetak fra 2012 til 2020. De fleste av disse elleve foretakene hadde en *utilfredsstillende* tilstand på bygningsmassen i 2020. Enkelte helseforetak med en negativ utvikling hadde bygningsmasse med meget god teknisk tilstand rundt 2010 fordi de hadde investert i nye store sykehus. I årene etter at nye bygg tas i bruk vil tilstanden bli dårligere som følge av bruk, men den vil fortsatt kunne være tilfredsstillende.

*Samlet tilstandsgrad* er det målet som brukes for å beskrive den tekniske tilstanden på den samlede bygningsmassen til helseforetakene. Tilstandsgraden tar utgangspunkt i beregninger av den tekniske tilstanden til de enkelte byggene. I beregningen av samlet tilstandsgrad vektet de ulike byggene etter areal.

Over tid tar helseforetakene nye bygg i bruk, mens andre bygg tas ut av bruk. Når det kun tas utgangspunkt i byggene som var i bruk i *både* 2012 og 2020, var den samlede tekniske tilstanden lik eller bedre i seks helseforetak, mens den ble forverret i 14 foretak. Dette indikerer at manglende vedlikehold og oppgraderinger av eksisterende bygningsmasse er en årsak til forverringen av samlet teknisk tilstandsgrad i mange foretak.

Alle helseforetakene har lokasjoner der tilstanden på den samlede bygningsmassen har blitt forverret fra 2012 til 2020. Den samlede tekniske tilstanden til bygningsmassen ble forverret i nesten to av tre lokasjoner fra 2012 til 2020. Lokasjoner kan blant annet være somatiske sykehus, psykiatriske sykehus og distrikts-psykiatriske sentre.

For enkelte av de 150 lokasjonene kan manglende vedlikehold og oppgraderinger ha sammenheng med at helseforetaket har planer om å bygge nye sykehus. Når det er gjort et vedtak om nybygg, er det grunn til å anta at vedlikehold og oppgradering av byggene som skal utfases, reduseres til et minimum. Samtidig er det for flere av helseforetakene som skal bygge nye sykehus, usikkerhet rundt når nye bygg vil stå klare og hvilke eldre bygg som skal bli tas ut av bruk.

#### 7.1.2 Tilstanden til den samlede bygningsmassen er *utilfredsstillende* i nær halvparten av helseforetakene i 2020

Den samlede tekniske tilstanden varierer mellom helseforetakene i 2020. Ni av 20 foretak har en samlet teknisk tilstand på byggene som er *utilfredsstillende*. Den tekniske tilstanden varierer også mellom lokasjonene i foretakene. Mer enn 40 prosent av de 150 lokasjonene har en *utilfredsstillende* tilstand på bygningsmassen i 2020.

I alle de fire regionene er det minst ett helseforetak som har en samlet *utilfredsstillende* teknisk tilstand på byggene. I Helse Sør-Øst gjelder dette for hele fem av ni helseforetak. Som følge av vedtatte byggeprosjekter vil antakelig alle helseforetakene i Helse Vest og Helse Midt-Norge oppnå en tilfredsstillende *samlet* tilstandsgrad i løpet av få år.

Det framgår av helseforetakenes kartlegging av den tekniske tilstanden til byggene i 2020 at det tekniske oppgraderingsbehovet (vedlikeholdsetterslepet) er beregnet til å være minst 48 milliarder kroner. Det betyr at det vil koste minst 48 milliarder kroner å tilbakeføre bygningsmassen til en *tilfredsstillende* teknisk tilstand. I tillegg til dette vil helseforetakene også kunne ha behov for å gjennomføre investeringer for å tilpasse eldre bygg til nye funksjonelle behov og moderne sykehusdrift.

Det store vedlikeholdsetterslepet innebærer i praksis at helseforetakene før eller senere må iverksette tiltak for å redusere dette. Stortinget pekte allerede i 2011 på at en betydelig del av bygningsmassen var i for dårlig teknisk tilstand til å tilfredsstille kravene som gjaldt den gang. Det var derfor grunn til å forvente at tilstanden til bygningsmassen ville bli forbedret i de påfølgende årene.

Etter vår vurdering er det uheldig at den tekniske tilstanden til bygningsmassen i et flertall av helseforetakene og deres lokasjoner ikke har blitt bedret over tid. Det svekker forutsetningene for å støtte opp om helseforetakenes kjerneoppgaver.

### 7.1.3 Tilstanden til det medisinsk-tekniske utstyret har blitt forverret over tid

Det er vanlig å måle tilstanden til MTU-parken gjennom alderen på utstyret. Gjennomsnittsalderen på MTU-parken har økt fra 2015 til 2020 i et flertall av helseforetakene. Det er store variasjoner i gjennomsnittsalderen på MTU-parken mellom foretakene.

De fleste helseforetakene består av flere sykehus. Gjennomsnittsalderen til MTU-parken har også økt fra 2015 til 2020 i et flertall av de 40 undersøkte sykehusene. I mange helseforetak er det også store forskjeller i gjennomsnittsalderen mellom sykehusene.

I et flertall av helseforetakene økte videre andelen av MTU-parken som er eldre enn ti år fra 2015 til 2020. Et flertall har en MTU-park i 2020 der minst 30 prosent av utstyret er eldre enn ti år. Blant disse finner vi samtlige universitetssykehus. Bransjeorganisasjonen COCIRs faglige anbefaling er at ikke mer enn 10 prosent av utstyret bør være mer enn ti år gammelt.

Det finnes ulike typer medisinsk-teknisk utstyr. Noen kategorier medisinsk-teknisk utstyr kan ha en teknisk levetid som er lengre enn ti år, uten at dette innebærer et dårligere behandlingstilbud. Helse Sør-Øst RHF er det eneste regionale helseforetaket som har oversikt over alderen på ulike utstyrskategorier. Deres oversikt viser at gjennomsnittsalderen økte i de fleste kategoriene av medisinsk-teknisk utstyr fra 2015 til 2020. I Helse Sør-Øst er det store forskjeller mellom helseforetakene i gjennomsnittsalderen innenfor de samme kategoriene av medisinsk-teknisk utstyr. Enkelte helseforetak i regionen har gammelt utstyr i alle kategoriene.

Helseforetakene oppgir flere mulige konsekvenser av en aldrende MTU-park, som blant annet økt ventetid, dårligere diagnostisering og økt risiko for avbrudd i behandlingen. En konsekvens av en eldre utstyrspark er økt omfang av havariinvesteringer. Dette er investeringer som gjennomføres fordi nedslitt utstyr bryter sammen. Undersøkelsen indikerer at i mange helseforetak har andelen havariinvesteringer økt fra 2015 til 2020. Slike investeringer utgjør minst 20 prosent av investeringene i medisinsk-teknisk utstyr i omtrent halvparten av helseforetakene i 2020.

Et stort omfang av havariinvesteringer vil kunne begrense helseforetakenes muligheter til å gjennomføre mer langsiktige og strategiske investeringer i medisinsk-teknisk utstyr som møter den teknologiske og medisinsk-faglige utviklingen.

En aldrende MTU-park svakere forutsetninger for å støtte opp om helseforetakenes mål om et likeverdig og forsvarlig tjenestetilbud, og god ressursbruk. Etter vår vurdering er det uheldig at investeringene i et flertall av helseforetakene ikke har vært tilstrekkelige til å hindre at MTU-parken er blitt eldre etter 2015.

#### 7.1.4 Driftskostnadene har økt mer enn investeringer i mange helseforetak siden 2010

Ifølge departementet investerte helseregionene samlet for 83 milliarder kroner fra 2010 til 2019. Dette beløpet inkluderer også investeringer i de regionale IKT-selskapene, sykehusapotekene og andre investeringer i regional regi.

Det årlige investeringsnivået i helseforetakene som omfattes av denne undersøkelsen, har i gjennomsnitt ligget på omtrent 6,5 milliarder kroner i perioden 2010 til 2019. Av dette utgjør investeringer i bygg og medisinsk-teknisk utstyr henholdsvis 4,4 og 1,4 milliarder kroner. Investeringene har vært på et jevnt nivå etter 2012 målt i nominelle verdier. Unntaket er enkelte år der noen få helseforetak gjennomførte store investeringer i nye sykehusbygg eller store rehabiliteringer.

I samme periode økte (den bokførte) verdien på de varige driftsmidlene samlet sett med omtrent 20 prosent. I omtrent halvparten av helseforetakene er imidlertid den samlede verdien lavere i 2019 enn i 2010. Disse foretakene har dermed ikke investert tilstrekkelig til å opprettholde verdien på de varige driftsmidlene.

Helseforetakenes driftskostnader økte med 67 prosent i perioden i perioden 2010 til 2019. Det skyldes i hovedsak at det har vært en sterk vekst i aktivitet og tilførsel av nye oppgaver. I sammenheng med dette har det vært en stor økning i antall årsverk. Dette, kombinert med et relativt jevnt nivå på investeringene, har ført til at det er flere årsverk per investerte krone i helseforetakene i 2019 enn i 2010. Dette betyr at helseforetakene har blitt mindre kapitalintensive i perioden.

Helseforetakene har ansvaret for å ta vare på verdiene som ligger i investert kapital, og å gjøre nødvendige prioriteringer mellom drift og investeringer. Undersøkelsen viser at investeringene over tid ikke har vært tilstrekkelige til å hindre en negativ utvikling i tilstanden på bygningsmassen og det medisinsk-tekniske utstyret i et flertall av helseforetakene og lokasjonene. Etter vår vurdering tyder dette på at løpende drift i perioden etter 2010 har blitt prioritert på bekostning av investeringer i mange helseforetak.

## 7.2 Mange helseforetak når ikke planlagt investeringsnivå i sine økonomiske langtidsplaner

I den økonomiske langtidsplanen prioriterer helseforetakene mellom drift og investeringer innenfor tilgjengelige økonomiske rammer. I tillegg gjøres det prioriteringer mellom investeringer til ulike formål, som for eksempel bygg, medisinsk-teknisk utstyr og andre innsatsfaktorer.

De fleste helseforetakene har utarbeidet økonomiske langtidsplaner for hvert av årene fra 2010 til 2020. Planene gjelder for minst fire år, og oppdateres årlig. De vedtas av styrene i helseforetakene på våren og gir premisser for utarbeidelsen av neste års investeringsbudsjett.

Det er store forskjeller mellom helseforetakene med hensyn til om de har nådd det planlagte investeringsnivået i de økonomiske langtidsplanene etter 2010. Enkelte helseforetak har klart det i samtlige økonomiske langtidsplaner, men hovedbildet er likevel at et flertall har store utfordringer med å nå investeringsnivået de planlegger med. Dette gjelder både for investeringer totalt og for investeringer i bygg og medisinsk-teknisk utstyr. Styret og ledelsen i mange helseforetak har dermed planlagt med en annen utvikling i investeringer enn det som faktisk realiseres.

Helseforetakene oppgir ulike årsaker til lavere investeringer i bygg og medisinsk-teknisk utstyr enn planlagt i økonomisk langtidsplan. Årsakene som nevnes av mange er

- lavere økonomisk resultat enn planlagt
- nedprioriteringer eller utsettelse av prosjekter eller anskaffelser. Dette kan skyldes interne forhold i helseforetaket eller beslutninger som tas av det regionale helseforetaket.

Undersøkelsen indikerer at det er en sammenheng mellom hvorvidt helseforetakene når det planlagte investeringsnivået i langtidsplanene og utviklingen i tilstanden på bygg og medisinsk-teknisk utstyr. Blant helseforetakene som *ikke* nådde det planlagte investeringsnivået i den økonomiske langtidsplanen for perioden 2016–2019, ble den samlede tekniske tilstanden på byggene og gjennomsnittsalderen til MTU-parken forverret i flertallet av dem. Samtidig ble tilstanden på bygningsmassen forbedret og gjennomsnittsalderen på det medisinsk-tekniske utstyret redusert i flertallet av helseforetakene som nådde planlagt investeringsnivå i perioden.

Den økonomiske langtidsplanen gir et uttrykk for helseforetakenes investeringsbehov i årene som kommer, selv om undersøkelsen viser at flere planlegger med lavere investeringer enn behovet tilsier, på grunn av økonomiske rammer. Store avvik mellom planlagte og faktiske investeringer viser etter vår vurdering at helseforetakene har problemer med å nå de investeringsmålene som de mener er nødvendig for å ivareta tjenestetilbudet innenfor sine økonomiske rammer.

## 7.3 Helseforetakene bruker ikke økonomiske langtidsplaner godt nok som et virkemiddel for planlegging og prioritering av investeringer

Planlegging og prioritering i et langsiktig perspektiv er en forutsetning for å sikre gode sykehustjenester, og både de regionale helseforetakene og helseforetakene har et ansvar for å planlegge virksomheten. God virksomhetsstyring innebærer at de må planlegge både i et årlig og et flerårig perspektiv for å sikre at fastsatte mål nås.

### 7.3.1 Styrene i helseforetakene vedtar ofte for optimistiske langtidsplaner

Undersøkelsen viser at god virksomhetsplanlegging har betydning for om helseforetakene når det planlagte investeringsnivået i langtidsplanene.

Investeringene som planlegges for det første året i langtidsplanen, gir premisser for utarbeidelsen av investeringsbudsjettet i det kommende årsbudsjettet. Undersøkelsen viser at helseforetak som ikke nådde målene for investeringer og økonomisk resultat det første året i sin økonomiske langtidsplan for 2019–2022, heller ikke nådde målene i årsbudsjettet for 2019.

Helseforetak som *ofte* nådde det planlagte investeringsnivået i det første året av de økonomiske langtidsplanene etter 2010, gjorde det også for hele planperioden. Samtidig viser undersøkelsen at helseforetak som *sjelden* nådde det planlagte investeringsnivået i en langtidsplans første år, heller ikke nådde det planlagte nivået i hele planperioden. Dette viser at mange helseforetak kan planlegge bedre.

For å nå planlagt investeringsnivå er det viktig å nå de *planlagte økonomiske resultatene* i langtidsplanene. Det er stor variasjon mellom helseforetakene med hensyn til om de oppnår de planlagte resultatene. Helseforetakene som *sjelden* nådde det planlagte resultatet i langtidsplanens første år, nådde heller ikke det planlagte resultatet for planperioden som helhet.

Proessen med å utarbeide en økonomisk langtidsplan varierer. Mens helseforetakene har klare rutiner for utarbeiding av årsbudsjetter, har mange i begrenset grad skriftlige prosedyrer for organisering av arbeidet med økonomisk langtidsplan. Vestfold er det helseforetaket som i flest år etter 2010 både har nådd det planlagte investeringsnivået og det økonomiske resultatet både i det første året av planen og i hele planperioden. Vestfold skiller seg fra mange andre helseforetak ved at det både starter budsjettprosessen og prioriteringsarbeidet tidligere enn andre, og ved at det har langsiktige prioriteringsplaner for investeringer.

Økonomisk langtidsplan er et viktig styringsvirkemiddel for helseforetakene for å planlegge og prioritere investeringer og gi forutsigbarhet i virksomhetsstyringen. Store avvik over flere år mellom planlagte og faktiske investeringer og mellom planlagt og faktisk økonomisk resultat i langtidsplanene, viser etter vår vurdering at styrene i helseforetakene ofte vedtar for optimistiske planer. Mange helseforetak bruker ikke de økonomiske langtidsplanene godt nok som et virkemiddel i styringen av foretaket.

### 7.3.2 De regionale helseforetakene har ikke gjort nok for at helseforetakene skal kunne planlegge realistisk

De regionale helseforetakene har et helhetlig ansvar for å se ressurser til drift og investeringer i helse-regionen i sammenheng.

Helseforetakenes utkast til økonomiske langtidsplaner blir sendt til de regionale helseforetakene for dialog og kvalitetssikring. Alle de regionale helseforetakene analyserer foretakenes forutsetninger for å kunne bære framtidige kostnader ved de planlagte investeringene. De regionale helseforetakene opplyser at de ikke motsetter seg ambisiøse planer når analysene viser at helseforetakene kan bære kostnadene.

De regionale helseforetakene har over tid vært godt kjent med at mange helseforetak ikke har nådd investeringsmålene i de økonomiske langtidsplanene. Flere helseforetak opplyser i sine langtidsplaner for perioden 2016–2019 at det er en risiko for at de planlagte resultatene ikke vil oppnås, og at konsekvensene kan bli lavere investeringer enn planlagt. I den økonomiske langtidsplanen for 2021–2024 opplyser mange helseforetak om de samme risikoene.

De regionale helseforetakenes oppfølging av helseforetakenes økonomiske langtidsplaner har primært vært knyttet til å vurdere finansiell bæreevne, samtidig som de over tid har vært godt kjent med at investeringsmålene ikke nås. Etter vår vurdering innebærer dette at oppfølgingen har vært for begrenset.

De regionale helseforetakene har i forbindelse med de økonomiske langtidsplanene for 2021–2024 presisert nødvendigheten av at helseforetakene planlegger realistisk, og framhevet at det er nødvendig å vurdere ambisjonsnivået i planene opp mot det reelle handlingsrommet. Vi mener at dette er forutsetninger for at den økonomiske langtidsplanen skal kunne fungere som styringsvirkemiddel for helseforetakene.

Departementet påpeker at helseforetakenes innspill til økonomisk langtidsplan ikke innebærer en endelig beslutning om gjennomføring av store investeringsprosjekter, men synliggjør en investeringsplan som forutsetter godkjenning fra det regionale helseforetaket.

I de tilfellene der store planlagte investeringer ikke blir godkjent av det regionale helseforetaket, er det grunn til å anta at det kan være behov for å gjøre større omprioriteringer i helseforetakenes økonomiske langtidsplaner. Etter vår vurdering er det derfor uheldig at regionale prioriteringer av store investeringer ikke avklares før helseforetakene vedtar sine økonomiske langtidsplaner. Slike avklaringer er viktige for at planen skal kunne gi styret og ledelsen forutsigbarhet i strategiske planleggingsprosesser.

### 7.3.3 De økonomiske langtidsplanene utarbeides i for liten grad i et strategisk perspektiv

Mål og strategier er et godt grunnlag for å kunne utarbeide langsiktige investeringsplaner. Når det gjelder bygg, er det kun Helse Sør-Øst som har en regional strategi. Helse Sør-Øst RHF og Helse Midt-Norge RHF har satt konkrete mål for bygg i sine regioner. Omtrent halvparten av helseforetakene har overordnede planer for eiendommer. Et fåtall helseforetak har mål for tilstanden på byggene.

Ingen av de regionale helseforetakene har satt mål for MTU-parken. Helse Sør-Øst RHF har en strategi for teknologiområdet, og Helse Vest RHF har en teknologiplan som omfatter medisinsk-teknisk utstyr. De andre regionene har ikke strategier for medisinsk-teknisk utstyr. Svært få helseforetak har mål eller overordnede planer for MTU-parken. Et unntak er OUS, som har en områdeplan for medisinsk-teknisk utstyr som blant

annet inneholder prioriteringer av investeringer i planperioden og analyser av konsekvenser av ulike investeringsnivåer.

De regionale helseforetakene og helseforetakene skal utarbeide langsiktige utviklingsplaner som grunnlag for å gjennomføre endringer og tiltak. Utviklingsplanene er et strategisk virkemiddel som skal gi en oversikt over nå-situasjonen, utfordringsområder og den strategiske retningen. Langsiktige satsinger som krever investeringer, bør framkomme i utviklingsplanen og innarbeides i den økonomiske langtidsplanen.

Kartlegginger av tilstanden på byggene i 2016 ga de regionale helseforetakene og helseforetakene forutsetninger for å gi en god beskrivelse i utviklingsplanen av statusen på den tekniske tilstanden. Som følge av kartlegginger av tilstanden på byggene i 2016, fikk de regionale helseforetakene og helseforetakene forutsetninger for å gi en god beskrivelse i utviklingsplanen av statusen på den tekniske tilstanden. Utviklingsplanene gir imidlertid i de fleste helseforetakene begrenset informasjon om både dette og strategien for framtiden. Det samme gjelder for medisinsk-teknisk utstyr. Videre er det nesten ingen av utviklingsplanene som inneholder planer for å forbedre tilstanden på bygg og medisinsk-teknisk utstyr.

De økonomiske langtidsplanene skal utarbeides innenfor rammen av utviklingsplanen. Manglende mål og strategier gir et dårlig grunnlag for å utarbeide gode utviklingsplaner i tråd med intensjonen. Helseforetakene har dermed dårligere grunnlag og retning for langsiktig planlegging og prioritering av investeringer i de økonomiske langtidsplanene. Etter vår vurdering er dette uheldig siden investeringer forutsetter en langsiktig planleggingshorisont.

## 7.4 De regionale helseforetakene har ikke fulgt opp helseforetakenes investeringer i bygg og medisinsk-teknisk utstyr på en god nok måte

De regionale helseforetakene skal sørge for gode og likeverdige spesialisthelsetjenester til befolkningen innenfor gitte økonomiske og styringsmessige rammer. Videre skal de planlegge, organisere, styre og samordne virksomhetene i helseforetakene som de eier.

God styring og oppfølging krever at de regionale helseforetakene har tilstrekkelig styringsinformasjon til å vurdere om fastsatte mål og krav nås. Plikten til å planlegge virksomhetens aktiviteter innebærer blant annet å innhente tilstrekkelig informasjon og kunnskap til å kunne planlegge og gjennomføre oppgavene.

### 7.4.1 Tre av de regionale helseforetakene har ikke god nok oversikt over tilstanden til MTU-parken i helseregionen

Med unntak av Helse Sør-Øst RHF innhenter de regionale helseforetakene begrenset informasjon om tilstanden til det medisinsk-tekniske utstyret i helseforetakene.

Helse Sør-Øst RHF opprettet i 2015 et kompetansesenter (RKMTU) for å bedre koordineringen av anskaffelser mellom helseforetakene i regionen. Som en del av denne oppgaven har RKMTU opprettet en database som inneholder informasjon om tilstanden til helseforetakenes medisinsk-tekniske utstyr. Foretakene i Helse Sør-Øst må også rapportere til det regionale helseforetaket på indikatorer knyttet til MTU-parken i forbindelse med den økonomiske langtidsplanleggingen.

Utbruddet av koronapandemien viste betydningen av å ha god oversikt over MTU-parken. Helse Sør-Øst var i stand til raskt å framskaffe en oversikt over respiratorparken til alle sykehusene i sin region.

De tre andre helseregionene har ikke tilsvarende oversikter som Helse Sør-Øst. I disse regionene er det dermed vanskelig å fange opp negativ utvikling i tilstanden og identifisere foretak som ikke i tilstrekkelig grad prioriterer investeringer i medisinsk-teknisk utstyr i de økonomiske langtidsplanene. Ulike kategorier av utstyr



har forskjellig forventet levetid. Gjennomsnittsberegninger av alderen på MTU-parken i helseforetakene i disse tre regionene gir derfor ikke et dekkende bilde av tilstanden på utstyret.

Uten god nok oversikt er det vanskelig for de regionale helseforetakene å vurdere om forutsetningene for å ivareta sørge for-ansvaret og et likeverdig tilbud i regionen er tilstede. Helseforetakene må i hovedsak selv finansiere investeringer i medisinsk-teknisk utstyr. I helseforetak som sjelden når planlagte økonomiske resultater, er det etter vår vurdering en spesielt stor risiko for at investeringer i medisinsk-teknisk utstyr blir nedprioritert eller utsatt over lengre tid.

#### 7.4.2 De regionale helseforetakenes oppfølging av helseforetakenes bygg har vært for passiv

Departementet har over mange år stilt en rekke krav til de regionale helseforetakene for å sikre at bygningsmassen får nødvendig vedlikehold og en tilstrekkelig teknisk tilstand.

Departementet stilte allerede i 2012 krav om at det må sikres en minimumstilstand, og at det bør settes av nødvendige midler til *vedlikehold*. Dette ble fulgt opp spesielt av Helse Sør-Øst RHF, som har satt mål knyttet til tilstandsgrad og minimumsvedlikehold. I 2020 satte også Helse Midt-Norge RHF et mål knyttet til tilstandsgrad for sine bygg.

Departementet fulgte i 2018 og 2019 videre opp med å stille krav til de regionale helseforetakene om å utrede mål for tilstandsgrad på bygg og internhusleieordning. Få helseforetak hadde på det tidspunktet innført internhusleieordning eller et konkret mål for tilstandsgrad på bygningsmassen. En hensikt med internhusleieordning er å skjerme økonomiske midler til verdibevarende vedlikehold. De regionale helseforetakenes utredning ble ferdigstilt i juni 2021, men er ifølge departementet foreløpig ikke behandlet i de regionale helseforetakene.

Siden 2012 har alle helseforetakene kartlagt tilstanden til bygningsmassen sin, og de fleste har mottatt rapporter som gir en bred og detaljert oversikt over tilstanden til foretakets bygg og lokasjoner. Alle de regionale helseforetakene opplyser at de bruker disse rapportene for å følge utviklingen.

De regionale helseforetakene ble etter tilstandsvurderingene i 2016 godt kjent med at den tekniske tilstanden på bygningsmassen har blitt forverret i mange helseforetak og lokasjoner fra 2012 til 2016. De regionale helseforetakene var også kjent med at det var store vedlikeholdsetterslep på bygningsmassen i 2016.

Kunnskap om den tekniske tilstanden i 2016 tilsa at det var grunn til å prioritere vedlikehold av bygg høyere. Undersøkelsen viser imidlertid at de fleste helseforetakene planla med lavere vedlikeholdskostnader på bygg i driftsbudsjettene for årene 2017, 2018 og 2019 enn det som ble brukt hvert av årene før. Dette gjaldt også helseforetak som hadde en *utilfredsstillende* tilstand på bygningsmassen i 2016.

Vedlikeholdet synes dermed å ha blitt nedprioritert av helseforetakene allerede i budsjettene til tross for krav fra departementet og at de regionale helseforetakene har vært godt kjent med utviklingen over tid. Oppgradering av bygningsmassen har heller ikke vært tilstrekkelig til å hindre en negativ utvikling i mange lokasjoner fram mot 2020.

Helseforetakene fordeler selv tildelte midler mellom drift og investeringer, og de må prioritere investeringer innenfor tilgjengelige økonomiske rammer. Samtidig har de regionale helseforetakene et overordnet ansvar for at tilstanden til byggene i helseforetakene er god nok til at foretakene kan ivareta sørge for-ansvaret.

Departementet har over mange år stilt en rekke krav til de regionale helseforetakene for å sikre en tilstrekkelig god teknisk tilstand på byggene. Samtidig har de regionale helseforetakene vært godt kjent med at den tekniske tilstanden på bygningsmassen har blitt forverret i mange av helseforetakene og lokasjonene.

Etter vår vurdering tyder dette på at de regionale helseforetakene har vært for passive, og at de selv burde ha tatt initiativ til å bruke sitt handlingsrom i oppfølgingen av helseforetakene.

## 7.5 Helse- og omsorgsdepartementet har stilt relevante krav, men dette har ikke vært tilstrekkelig til at planlagt investeringsnivå har blitt realisert i mange helseforetak

Departementet har et overordnet ansvar for spesialisthelsetjenesten. Dette innebærer at staten skal sette de regionale helseforetakene i stand til å sørge for spesialisthelsetjenester til befolkningen i helseregionen sin. Departementet skal holde seg orientert om foretakenes virksomhet og om de drives i samsvar med de krav som er stilt i foretaksmøter, og vilkårene som er satt for tildeling av bevilgninger.

Departementet har fått god kunnskap om den tekniske tilstanden til bygningsmassen, oppgraderingsbehov og vedlikeholdsetterslep. Når det gjelder medisinsk-teknisk utstyr, har ikke departementet tilsvarende oversikt. Departementet mener at dette hører inn under de regionale helseforetakenes ansvar.

Departementet er også kjent med at de økonomiske langtidsplanene i mange helseforetak bygger på ambisiøse forutsetninger. Over flere år har departementet fått informasjon gjennom de regionale helseforetakenes økonomiske langtidsplaner om risiko ved og forutsetninger som legges til grunn for helseforetakenes planer. Planene slår ofte fast at investeringsplaner kanskje må utsettes eller nedjusteres dersom resultatmålene ikke nås. Departementet påpeker at planlegging skjer under usikkerhet, og at de regionale helseforetakene bruker den beste kunnskapen de har om framtidige rammebetingelser, når de planlegger.

Helseforetakenes muligheter til å investere henger tett sammen med den økonomiske resultatutviklingen. Departementet har derfor hatt stor oppmerksomhet på økonomioppfølging. Ifølge departementet gir finansieringsmodellen incentiver til å innrette driften effektivt og muligheter til å prioritere mellom drift og investeringer.

Departementet har flere ganger funnet det nødvendig i foretaksmøter å stille krav som berører investeringer. Dette gjelder ulike tiltak for å sikre bedre ivaretagelse av bygg, styrke det strategiske planarbeidet og å sikre mer realistisk budsjettering. Etter vår vurdering er dette relevante krav som vil kunne bidra til å prioritere investeringer og ivareta kapitalverdier.

Samtidig viser undersøkelsen at mange helseforetak ikke når planlagte investeringsnivå og økonomiske mål i sine langtidsplaner, mange lokasjoner har fått dårligere tilstand på bygningsmassen, alderen på MTU-parken har økt, og helseforetakene har blitt mindre kapitalintensive siden 2010.

Planlagte investeringer forutsetter økonomisk kontroll og gjennomføring av effektiviseringstiltak. Helseforetak som ikke har god økonomisk kontroll, har ikke et tilstrekkelig handlingsrom til å gjennomføre de langsiktige prioriteringene som investeringer forutsetter. Når driftskostnadene har økt vesentlig mer enn investeringer i perioden etter 2010, tyder det på at departementet i sin overordnede styring har vektlagt krav til driften, som skal nås på kort sikt. Dette kan, etter vår mening, svekke foretakenes handlingsrom til å gjennomføre investeringer som forutsetter langsiktig planlegging.

## 7.6 Det er risiko for at målet i Nasjonal helse- og sykehusplan om å vri ressursinnsatsen fra personell til investeringer ikke nås

Helse- og omsorgskomiteen har påpekt at omstillingstakten må økes sammenlignet med tidligere år for å sikre en bærekraftig utvikling. Utviklingen i folketall, alderssammensetningen i befolkningen, sykdomsbildet og folks forventninger til kvalitet og standard vil få stor betydning for planleggingen av framtidens sykehus. Endrede behandlingsmetoder medfører endrede arealbehov.



I *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023* er det planlagt med en sterk vekst i investeringer i helseforetakene sammenlignet med den foregående planen. Oppføring av nye sykehusbygg som erstatter gamle bygg, vil bedre den samlede tilstanden til bygningsmassen i helseforetakene det gjelder. Dette vil også bidra til å redusere den samlede gjennomsnittsalderen for det medisinsk-tekniske utstyret siden det anskaffes en stor andel nytt medisinsk-teknisk utstyr når det oppføres nye bygg.

Med planlagte nybygg, gamle bygg som fases ut og økt vedlikehold forventer departementet at *samlet* tilstandsgrad til helseforetakenes bygg vil utvikle seg positivt fram mot 2030. Det planlagte investeringsvolumet er imidlertid knyttet til et mindre antall større byggeprosjekter. Flertallet av byggene i helseforetakenes 150 lokasjoner blir ikke berørt av disse investeringene. En positiv utvikling i *samlet* tilstandsgrad for helseforetakenes bygg fram mot 2030 vil derfor ikke synliggjøre variasjonen i tilstand og hvordan helseforetakene ivaretar bygg og lokasjoner som ikke berøres av de større investeringene.

Departementet framhever at de regionale helseforetakene over tid har hatt betydelige regnskapsmessige overskudd, og at de dermed har opparbeidet seg omfattende resultatbuffer. De regionale helseforetakene har ordninger hvor det gis regionale midler (interne lån) til prioriterte prosjekter. For investeringer over 500 millioner kroner kan helseforetakene også søke om statlig lån som dekker inntil 70 prosent av kostnadsrammen.

Selv om større investeringer lånefinansieres, er effektivisering av driften og økonomiske prioriteringer i helseforetakene en forutsetning for å kunne dekke egenandelen og nedbetale lån gjennom årlige renter og avdrag. Dette kan gå på bekostning av annen drift og mindre investeringer. Mindre investeringer som helseforetakene fullt ut må finansiere selv, vil til sammenligning i større grad avhenge av god prioritering i de årlige budsjettene.

De økonomiske langtidsplanene til de regionale helseforetakene for 2021–2024 forutsetter at omstillings- og effektiviseringstiltak gjennomføres, og beskriver samtidig betydelig risiko for at omstillingstiltakene ikke gir de forventede resultatene. Det er derfor risiko for at etterslepet i investeringer i medisinsk-teknisk utstyr og i bygg som ikke skal fases ut, ikke tas igjen.

Mange av de byggene som ikke skal fases ut, vil trolig også ha behov for tilpasninger til nye måter å gi pasientbehandling på. Et bygg kan derfor ha behov for investeringer selv om det har en god teknisk tilstand. Dette vil kunne øke helseforetakenes behov for investeringer, i tillegg til det eksisterende behovet for tekniske oppgraderinger som følge av vedlikeholdsetterslepet.

Departementet påpeker at mange bygg med dårlig teknisk tilstand ikke kan bli funksjonelle og moderne sykehus, selv om det brukes mye ressurser på å bedre tilstanden. Slike sykehus vil enten måtte erstattes eller gjennomgå store moderniseringer. I slike tilfeller prioriterer ofte helseforetakene, ifølge departementet, å holde vedlikeholdet på et minimum til de kan erstatte bygningsmassen. Etter vår mening innebærer dette en risiko for at mange bygg i dårlig teknisk tilstand og med dårlig funksjonalitet vil være i bruk i mange år framover.

I perioden fra 2010 til 2019 var det en sterk vekst i årsverk, samtidig med at investeringsnivået har vært relativt stabilt. *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023* vektlegger betydningen av å vri ressursinnsatsen fra personell til investeringer, blant annet i teknologi. Dette er avgjørende for å dempe det framtidige behovet for arbeidskraft, som er en knapphetsressurs.

Etter vår vurdering er det risiko for at disse ambisjonene ikke blir oppfylt i helseforetak og ved lokasjoner som ikke omfattes av de planlagte store byggeprosjektene. Departementet har et ansvar for å påse at de regionale helseforetakene følger med på at investeringer i eksisterende bygg og medisinsk-teknisk utstyr blir prioritert i disse helseforetakene. Dette er viktig for å tilrettelegge for et likeverdig helsetilbud og effektiv ressursbruk. Etter vår vurdering kan det få negative konsekvenser for pasienttilbudet dersom man ikke lykkes med dette.

## 8 Referanseliste

### Lover, forskrifter og reglement

- *lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven).*
- *lov om helseforetak m.m. (helseforetaksloven).*
- *lov om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten mv. (helsetilsynsloven).*
- *forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.*
- *forskrift om håndtering av medisinsk utstyr.*
- *reglement for økonomistyring i staten (økonomireglementet).*
- *Vedtekter for Helse Sør-Øst 1. oktober 2017.*

### Stortingsdokumenter

#### Stortingsproposisjoner

- Ot.prp. 66 (2000–2001) *Om lov om helseforetak m.m.*
- Prop. 1 S (2020–2021) *For budsjettåret 2021.* Helse- og omsorgsdepartementet.

#### Stortingsmeldinger

- Meld. St. 27 (2013–2014) *Et mangfoldig og verdiskapende eierskap.*
- Meld. St. 11 (2015–2016) *Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019).*
- Meld. St. 7 (2019–2020) *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023.*

#### Innstillinger

- Innst. 42 S (2011–2012) *Innstilling fra kontroll- og konstitusjonskomiteen om Riksrevisjonens undersøkelse av eiendomsforvaltningen i helseforetakene.*
- Innst. 206 S (2015–2016) *Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019).*
- Innst. 255 S (2019–2020) *Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023*

### Veiledere og faglige standarder

- *Veileder for arbeidet med utviklingsplaner, 2016.*
- *Ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten – Veileder til lov og forskrift,* Helsedirektoratet, 2018.
- *Veiledning til forskrift om håndtering av medisinsk utstyr,* Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap, 2016.
- *Tilstandsanalyse av byggverk – Innhold og gjennomføring,* Norsk Standard NS 3424:2012.
- *Livssykluskostnader for byggverk,* Norsk Standard NS 3454:2013.
- *Age Profile Medical Devices,* European Coordination Committee of the Radiological Electromedical Industries 2003.
- *Retningslinjer for oppfølging av Helse- og omsorgsdepartementets eierinteresser i Helse Sør-Øst RHF,* Helse- og omsorgsdepartementet, 2008.

### Rapporter og utredninger

- Dokument 3:11 (2010–2011) *Riksrevisjonens undersøkelse av eiendomsforvaltningen i helseforetakene.*
- *Investeringer i spesialisthelsetjenesten i Norge,* Den norske legeförening, 2013.
- *Anskaffing og vedlikehold av medisinsk-teknisk utstyr (MTU),* Helse Vest RHF, 2014.
- *Norges tilstand 2015,* Rådgivende ingeniørers forening, 2015.
- *Mellom politikk og administrasjon – Organisering av spesialisthelsetjenesten i Norge,* Den norske legeförening, 2016.

- NOU (2016:25) *Organisering og styring av spesialisthelsetjenesten*.
- *Eierskap og forvaltning av sykehusbygg*, EY, 2016.
- *Bruker vi for mye på helse?* Menon Economics, 2017.
- *Utredning: Verdibevarende vedlikehold og internhusleieordning i spesialisthelsetjenesten*, Sykehusbygg, 2018.
- *Helsenæringens verdi 2019*, Menon Economics, 2019.
- *Inntektsfordeling mellom regionale helseforetak*, NOU 2019: 24.
- *Kartlegging av bygningsmassen*, Multiconsult (rapporter til helseforetakene 2011–2019).
- *Utredning av felles husleieordning og felles mål for tilstandsgrad*, de regionale helseforetakene, 2021.

Vedlegg 1:

# Revisjonskriterier

---

## Overordnede mål og krav knyttet til investeringer i helseforetakene

Et av hovedformålene med spesialisthelsetjenesteloven er at befolkningen får likeverdige spesialisthelsetjenester av god kvalitet.<sup>180</sup> Helsetjenestene som tilbys, skal være forsvarlige.<sup>181</sup> Gammelt utstyr og foreldet bygningsmasse gir svakere forutsetninger for å støtte opp om helseforetakenes oppgaver. Det utledes fra dette at god kvalitet i behandlingen blant annet avhenger av at helseforetakene

- har bygg med en god teknisk tilstand
- har moderne utstyr og hjelpemidler

Et annet formål med spesialisthelsetjenesteloven er å bidra til at ressursene utnyttes best mulig.<sup>182</sup> Et mål med sykehusreformen var å legge til rette for en bedre ivaretagelse av verdiene som ligger i investert kapital, og å sikre en bedre ressursbruk ved at foretakene får ansvar for å se både drifts- og kapitalressursene i sammenheng.<sup>183</sup> Helseforetaksloven § 43 pålegger foretakene å føre regnskap etter regnskapsloven. Hensikten er blant annet at kostnader knyttet til investeringer – kapitalkostnadene – skal framkomme som en årlig kostnad på lik linje med andre kostnadstyper.

I Innst. 206 S (2015–2016), jf. Meld. St. 11 (2015–2016) *Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019)*, påpeker Helse- og omsorgskomiteen at omstillingstakten må økes sammenlignet med tidligere år for å sikre en bærekraftig utvikling. Utviklingen med hensyn til folketall, alderssammensetningen i befolkningen, sykdomsbildet og folks forventninger til kvalitet og standard vil få stor betydning for planlegging av framtidens sykehus. Endrede behandlingsmetoder medfører også endrede arealbehov.

Dette er fulgt opp i *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023*, jf. Meld. St. 7 (2019–2020) og Innst. 255 S (2019–2020), som framhever at det er et behov for å vri ressursinnsatsen fra personell, som er en knapphetsressurs, til investeringer i teknologi og kompetanse som kan redusere det framtidige arbeidskraftbehovet. I planen blir det påpekt at det er særlig viktig å gjennomføre arbeidskraftbesparende teknologiske endringer, og at spesialisthelsetjenesten i planleggingsarbeidet sitt må ha særlig oppmerksomhet på teknologiens mulighet til å redusere behovet for bemanningsvekst.

I Innst. 42 S (2011–2012)<sup>184</sup> påpeker kontroll- og konstitusjonskomiteen at det er svært viktig at helseforetakenes areal har god funksjonalitet vurdert ut fra virksomhetenes behov. Ansattes behov for funksjonelle og driftseffektive bygninger er et viktig element for å sikre god ressursutnyttelse. Flertallet mener at det er svært uheldig at betydelige deler av sykehussektoren er preget av dårlig vedlikehold, og framhever at helseforetakenes bygningsmasse må være tilpasset helseproduksjonen slik at den bidrar til en rasjonell utøvelse av driften.

Undersøkelsen legger den faglige standarden *NS 3424 – Tilstandsanalyse av byggverk – Innhold og gjennomføring* til grunn for å vurdere tilstandsgraden på bygg. I standarden klassifiseres tilstanden på bygg etter følgende tilstandsgrader:

- Tilstandsgrad 0: meget god teknisk tilstand
- Tilstandsgrad 1: god/tilfredsstillende tilstand
- Tilstandsgrad 2: utilfredsstillende tilstand
- Tilstandsgrad 3: dårlig/meget dårlig tilstand

Tilstandsgradene angir hvor mye det haster å gjøre vedlikehold, der TG2 og TG3 tilsier et behov for vedlikeholdstiltak. Når det gjelder TG3, bør tiltak gjøres innen fem år, mens TG2 bør gjøres innen ti år.

<sup>180</sup> Spesialisthelsetjenesteloven §§ 1-1 og 2-1.

<sup>181</sup> Spesialisthelsetjenesteloven § 2-2.

<sup>182</sup> Spesialisthelsetjenesteloven § 1-1 nr. 4.

<sup>183</sup> Ot.prp. 66 (2000–2001) s. 57.

<sup>184</sup> Innstilling til Dokument 3:11 (2010–2011) *Riksrevisjonens undersøkelse av eiendomsforvaltningen i helseforetakene*

I vurderingen av tilstanden på det medisinsk-tekniske utstyret har vi brukt en faglig anbefalt standard fra European Coordination Committee of the Radiological Electromedical Industries (COCIR).

Aldersgruppe	Beskrivelse	Anbefalt andel
Under 5 år	Utstyret er oppdatert	Minst 60 %
Mellom 5 og 10 år	Fortsatt egnet for bruk, men gjenanskaffelse må planlegges	Maks 30 %
Mer enn 10 år	Bør skiftes ut	Maks 10 %

## Krav til de regionale helseforetakene og helseforetakene

Regionale helseforetak har et overordnet ansvar for å iverksette den nasjonale helsepolitikken i helse-regionen og skal planlegge, organisere, styre og samordne virksomhetene i helseforetakene som de eier.<sup>185</sup> De fire regionale helseforetakene skal sørge for gode og likeverdige spesialisthelsetjenester til befolkningen innenfor gitte økonomiske og styringsmessige rammer. Dette innebærer at de har et helhetlig ansvar for å se ressurser til drift og investeringer i sammenheng, og at de må prioritere investeringer i bygg, utstyr og vedlikehold opp mot annen drift.<sup>186</sup>

Forvaltningen av de regionale helseforetakene og helseforetakene hører under styret. Dette innebærer at styret blant annet skal fastsette budsjetter og planer for foretakets virksomhet og holde seg orientert om foretakets virksomhet og økonomiske stilling.<sup>187</sup> Styret har ansvaret for at de helsepolitiske målene nås på en mest mulig rasjonell måte innenfor rammen av de tilgjengelige ressursene, og at ressursene blir utnyttet mest mulig effektivt. Styret må derfor påse at foretakets midler disponeres innenfor rammen av de vedtatte budsjettene, slik at foretaket har tilstrekkelig utstyr og kvalifisert personell til å løse oppgavene det er pålagt.<sup>188</sup>

De regionale helseforetakenes helhetlige ansvar er understøttet av finansieringssystemet, der bevilgningen overføres som rammetilskudd, ikke som øremerkede tilskudd til enkeltprosjekter. De regionale helseforetakene har ansvar for å prioritere mellom ulike investeringsprosjekter i regionen, planlegge disse og beslutte igangsetting av enkeltprosjekter.

Helseforetakene må foreta nødvendige, lokale investeringer knyttet til vedlikehold og teknisk og funksjonell oppgradering av bygningsmassen, medisinsk-teknisk utstyr mv. innenfor den tilgjengelige likviditeten sin for å støtte opp om kjernevirksomheten. Helseforetakenes investeringer må tilpasses framtidige kjente inntektsrammer. Styringssystemet innebærer at de må ha et økonomisk handlingsrom og likviditet til å håndtere selve investeringen. God kontroll med økonomien er en forutsetning for riktige prioriteringer og legger grunnlaget for en bærekraftig utvikling av spesialisthelsetjenesten.<sup>189</sup>

Helseforetakene har ikke mulighet til å ta opp ordinære lån.<sup>190</sup> Når det gjelder store prosjekter med en kostnadsramme over 500 millioner kroner, kan de regionale helseforetakene søke og ta opp lån fra staten. De har adgang til å låne inntil 70 prosent av de estimerte prosjektkostnadene.<sup>191</sup>

<sup>185</sup> Helseforetaksloven § 2a.

<sup>186</sup> Meld. St. 7 *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023*, s.161.

<sup>187</sup> Helseforetaksloven § 28.

<sup>188</sup> Ot.prp. 66 (2000–2001) *Om lov om helseforetak m.m.*

<sup>189</sup> Meld. St. 11 (2015–2016) *Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019)*.

<sup>190</sup> Helseforetaksloven § 33.

<sup>191</sup> Meld. St. 11 (2015–2016) *Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019)*, s. 136.

## Krav til planprosesser

Planlegging og prioriteringer i et langsiktig perspektiv er en forutsetning for å sikre gode sykehustjenester.<sup>192</sup> De regionale helseforetakene skal årlig utarbeide en melding om virksomheten til departementet som skal vise hvordan kravene er fulgt opp. Meldingen skal også omfatte de helseforetakene som det regionale helseforetaket eier, og inneholde en plan for virksomheten for de kommende år.<sup>193</sup> Plandokumentet skal være av strategisk og overordnet karakter og vise hovedtrekkene i virksomhetens framtidige drift innenfor de rammebetingelsene som er gitt av staten som eier.<sup>194</sup> Planen skal dermed legge til rette for politisk styring av foretakets langsiktige utvikling.<sup>195</sup>

De regionale helseforetakene og helseforetakene skal utarbeide utviklingsplaner som et grunnlag for å gjennomføre endringer og tiltak.<sup>196</sup> De regionale utviklingsplanene er basert på helseforetakenes lokale utviklingsplaner, og de regionale helseforetakene blir anbefalt å gi en oversikt over nå-situasjonen i regionen, utfordringsområdene og den strategiske retningen.<sup>197</sup>

Utviklingsplanen er et viktig grunnlag for å styre og samordne utviklingen av virksomheten og bygningsmassen, og den må ajourføres i takt med endringer i forutsetninger og overordnede planer og strategier. Vesentlige endringer og tiltak som ønskes gjennomført i et helseforetak, skal være forankret i en utviklingsplan og i regionenes overordnede planer.<sup>198</sup>

Prioritering av ressurser og investeringer skjer gjennom økonomiske langtidsplaner, og disse skal bygge på utviklingsplanene.<sup>199</sup> I den økonomiske langtidsplanen gjøres det prioriteringer knyttet til personell og kompetanse, bygg, utstyr, IKT og andre innsatsfaktorer, og det vurderes hvordan helseforetakene kan tilpasse virksomheten for å møte utfordringene innenfor gjeldende økonomiske rammer. De økonomiske langtidsplanene legger premisser for årsbudsjettene.<sup>200</sup>

God virksomhetsstyring som sikrer at fastsatte mål nås, innebærer å planlegge både for ett år og i et flerårig perspektiv. Budsjettet er et tallmessig uttrykk for planene og tiltakene som ledelsen og styret tar sikte på å gjennomføre for å nå bestemte mål i løpet av en periode, og er en viktig del av grunnlaget for å bestemme hva som skal prioriteres. Undersøkelsen legger til grunn at budsjettet bør være realistisk for å sikre god styring.<sup>201</sup>

## Krav til et godt system for styring og kontroll i foretakene

*Lov om helseforetak* § 28 omhandler styrets oppgaver. I merknadene til § 28 framgår det at styret må sørge for at det etableres interne kontrollsystemer som sikrer en betryggende kontroll med foretakets måloppnåelse, økonomi og ressursbruk.<sup>202</sup>

God styring og oppfølging innebærer at helseforetakene skal ha en internkontroll som bidrar til at de når fastsatte mål og resultatkrav. Internkontrollen skal bidra til at de bruker ressurser effektivt, at de driver virksomheten i samsvar med lover og regler, og at virksomheten har tilstrekkelig styringsinformasjon og et forsvarlig beslutningsgrunnlag. Helseforetaksloven § 38 stiller krav om at det jevnlig skal rapporteres til styret om foretakets stilling med hensyn til vedtatte planer og budsjetter.

*Lov om spesialisthelsetjenesten m.m.* (spesialisthelsetjenesteloven) og *lov om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten mv.* (helsetilsynsloven) pålegger de regionale helseforetakene og helseforetakene å ha et

<sup>192</sup> Meld. St. 7 (2019–2020), s. 162.

<sup>193</sup> Helseforetaksloven § 34.

<sup>194</sup> Vedtekter for Helse Sør-Øst, 1. oktober 2017 § 15.

<sup>195</sup> Ot.prp. 66 (2000–2001) *Om lov om helseforetak m.m.*

<sup>196</sup> Meld. St. 11 (2015–2016) *Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019)*, s. 42.

<sup>197</sup> Meld. St. 7 (2019–2020) *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023* og *Veileder for arbeidet med utviklingsplaner*.

<sup>198</sup> Meld. St. 11 (2015–2016) *Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019)*.

<sup>199</sup> Veileder for arbeidet med utviklingsplaner.

<sup>200</sup> Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019), s. 141, jf. Innst. 206 S (2015–2016).

<sup>201</sup> [Direktoratet for forvaltning og økonomistyring](#)

<sup>202</sup> Ot.prp. nr.66 (2000–2001) *Om lov om helseforetak m.m.*, s. 212.

internkontrollsystem og å sørge for at virksomheten og tjenestene planlegges, utføres og vedlikeholdes i samsvar med kravene som er fastsatt i eller i medhold av lov eller forskrift.<sup>203</sup>

Det er den daglige lederen for det enkelte regionale helseforetaket og helseforetaket som har det overordnede ansvaret innenfor ansvarsområdet til foretaket sitt. Det er den daglige lederen for det regionale helseforetaket som har det overordnede ansvaret for at det etableres et styringssystem for de ulike helseforetakene. Samtidig har de daglige lederne ved de enkelte helseforetakene en selvstendig plikt til å sørge for at helseforetaket etablerer og gjennomfører et styringssystem.<sup>204</sup>

Formålet med *forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten* er å bidra til forsvarlige helse- og omsorgstjenester, kvalitetsforbedring, pasient- og brukersikkerhet og til at øvrige krav i helse- og omsorgstjenesten etterleves.<sup>205</sup> Den som har det overordnede ansvaret<sup>206</sup> for virksomheten, det vil si den daglige lederen, skal sørge for at det etableres og gjennomføres en systematisk styring av virksomhetens aktiviteter i tråd med forskriften.<sup>207</sup> Videre skal den daglige lederen ha oversikt over og beskrive virksomhetens mål, oppgaver, aktiviteter og organisering.<sup>208</sup>

Plikten til å planlegge virksomhetens aktiviteter innebærer blant annet å innhente tilstrekkelig informasjon og kunnskap til å kunne planlegge og gjennomføre oppgavene.<sup>209</sup> Ifølge veilederen til forskriften skal den som har det overordnede ansvaret, sørge for at det etableres systemer for å innhente dette. Eksempler som nevnes, er oversikter over utstyr, bygninger og andre forhold som kan belyse omfanget av og innholdet i virksomhetens oppgaver.<sup>210</sup> Ledelsen har også ansvar for å kontrollere at virksomhetens oppgaver, tiltak, planer og mål gjennomføres.<sup>211</sup>

## Krav til Helse- og omsorgsdepartementet

Helse- og omsorgsdepartementet har det overordnede ansvaret for spesialisthelsetjenesten, jf. *spesialisthelsetjenesteloven* § 2.1. Statens overordnede ansvar innebærer at staten skal sette de regionale helseforetakene i stand til å oppfylle pliktene sine med hensyn til å sørge for spesialisthelsetjenester til befolkningen regionen sin.

Videre er staten ansvarlig for å fastsette de overordnede helsepolitiske målsettingene og for å gi de regionale helseforetakene rammebetingelser som gjør det mulig for dem å iverksette disse målsettingene. Statens ansvar begrenses imidlertid ikke til å legge til rette for at de regionale helseforetakene skal kunne oppfylle forpliktelsene sine; staten har også et innholdsmessig ansvar for at de regionale helseforetakene oppfyller forpliktelsene sine av juridisk og konstitusjonell karakter.

Departementet styrer de regionale helseforetakene gjennom lover, vedtekter, foretaksmøter og oppdragsdokumenter. *Helseforetaksloven* stiller imidlertid krav til at departementet som eier bare skal utøve eierstyringen i foretaksmøter. I foretaksmøtene skal det blant annet fastsettes økonomiske og organisatoriske krav og rammer for de regionale helseforetakene.<sup>212</sup> Departementet skal holde seg orientert om foretakenes virksomhet og om virksomheten drives i samsvar med de kravene som er stilt i foretaksmøter, og de vilkår som er satt for å tildele bevilgninger.<sup>213</sup>

<sup>203</sup> Spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a og Helsetilsynsloven § 5.

<sup>204</sup> Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten IS-2620 (2017).

<sup>205</sup> Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten § 1.

<sup>206</sup> Av *Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten* (2017) framgår det at det er den daglige lederen for det enkelte regionale helseforetaket og helseforetaket som har det overordnede ansvaret innenfor ansvarsområdet til foretaket sitt. Oppgavene i styringssystemet vil imidlertid ofte være delegert. Hvem som skal gjøre hva vil med andre ord variere etter hvilke oppgaver som er innenfor virksomhetens ansvarsområde, hvordan virksomheten er organisert, og hvordan oppgaver er delegert.

<sup>207</sup> Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten § 3.

<sup>208</sup> Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten § 6a.

<sup>209</sup> Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten § 6.

<sup>210</sup> Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse og omsorgstjenesten § 6b.

<sup>211</sup> Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse og omsorgstjenesten § 8a.

<sup>212</sup> Lov om helseforetak § 16.

<sup>213</sup> Lov om helseforetak § 16a.



Virksomheter som har et overordnet ansvar for statsaksjeselskaper, statsforetak, særlovsselskaper eller andre selvstendige rettssubjekter som staten eier helt eller delvis, skal utarbeide skriftlige retningslinjer om hvordan styrings- og kontrollmyndigheten skal utøves overfor hvert enkelt selskap eller grupper av selskaper. Staten skal innenfor gjeldende lover og regler forvalte eierinteressene sine i samsvar med overordnede prinsipper for god eierstyring, blant annet ved å legge vekt på at finansieringen er hensiktsmessig sett opp mot selskapets formål og eierskap, og at målene som er fastsatt for selskapet, oppnås. Styring, oppfølging og kontroll samt tilhørende retningslinjer skal tilpasses statens eierandel, selskapets egenart og risiko og vesentlighet.<sup>214</sup>

Det følger av retningslinjene for oppfølging av eierinteressene i de regionale helseforetakene at Helse- og omsorgsdepartementet skal sørge for at styrene i RHF-ene har etablert systemer for risikostyring for å forebygge, forhindre og avdekke avvik.<sup>215</sup> Hovedelementene i retningslinjene er en målrettet, hensiktsmessig og effektiv drift, pålitelig intern og ekstern rapportering og overholdelse av gjeldende lover og regler. Styrings-systemene skal tilpasses risikoen for avvik og hvor vesentlige risikofaktorene er for virksomhetens mål.

*Nasjonal helse- og sykehusplan* skal være et nasjonalt rammeverk for utviklingen av spesialisthelsetjenesten. Planen vil være førende for regjeringens styring av helseforetakene i planperioden og danne grunnlaget for de regionale helseforetakenes mål og eierkrav.<sup>216</sup> *Nasjonal helse- og sykehusplan* skal blant annet inneholde en helhetlig beskrivelse av investeringsplanene for sykehusene.<sup>217</sup> Gjennom denne vil Stortinget få framlagt de overordnede nasjonale prioriteringene og kravene til tjenestenes kvalitet innenfor hele helsesektoren.<sup>218</sup>

---

<sup>214</sup> Økonomireglementet for staten § 10.

<sup>215</sup> Retningslinjer for oppfølging av Helse- og omsorgsdepartementets eierinteresser i de regionale helseforetakene (2008).

<sup>216</sup> Meld. St. 11 (2015–2016) *Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019)*, s. 51.

<sup>217</sup> Meld. St. 7 (2019–2020) *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023*, s. 158.

<sup>218</sup> Prop 120 L (2011–2012), kapittel 4.4.

Vedlegg 2:

# Metodisk tilnærming og gjennomføring

---

For å besvare problemstillingene har vi analysert regnskapstall, dokumenter og data fra registre over bygg og medisinsk-teknisk utstyr. Vi har i tillegg sendt brev med spørsmål til helseforetakene og de regionale helseforetakene, og vi har intervjuet de regionale helseforetakene og Helse- og omsorgsdepartementet.

Undersøkellesperioden er fra 2010. I noen analyser har vi brukt data for alle årene siden 2010 (eller så langt tilbake som det eksisterer data), mens vi i andre analyser har sammenlignet data fra to eller flere tidspunkter (for eksempel 2015 og 2020). I andre analyser igjen har vi brukt siste tilgjengelige data (2019 eller 2020).

Budsjett- og regnskapstallene er ikke prisjustert. Ifølge byggekostnadsindeksen for boliger har det vært en prisvekst på 33 prosent fra 2010 til 2019. Effekten av prisutviklingen er omtalt i tilknytning til analyser der det er aktuelt. For medisinsk-teknisk utstyr finnes det ingen indeks. Prisene på ulike typer MTU har utviklet seg ulikt de senere årene, og noen typer utstyr har blitt billigere. Vi har derfor sett bort fra en eventuell prisutvikling på MTU i analysene, men vi har brukt konsumprisindeksen i enkelte kommentarer til analyser.

Vi har bedt helseforetakene og de regionale helseforetakene om å oversende ulike dokumenter og informasjon per brev. Det vil alltid være noe usikkerhet knyttet til om oversendt informasjon er fullstendig, og dermed om den gir et fullstendig bilde av det enkelte helseforetaket. Dette gjelder særskilt i uspesifiserte spørsmål, der vi for eksempel har bedt om å få oversendt eventuelle analyser, planer og rapporter som måtte være utarbeidet. Vi har i tillegg gjort tekstsøk i styremøtinnkallinger for å finne dokumenter som omhandler bygg og MTU.

## Problemstilling 1 Har investeringene i helseforetakene bidratt til å opprettholde tilstanden på bygg og medisinsk-teknisk utstyr?

### Utviklingen i tilstanden til helseforetakenes bygg

Data om tilstanden til helseforetakenes bygg er hentet fra registrene deres over bygg. Alle helseforetakene bruker systemet *MultiMap*. Det er utviklet av Multiconsult, som selv drifter databasen, og som har levert data og analyser til undersøkelsen. Multiconsult har for øvrig bistått med faglige råd og kvalitetssikring i undersøkelsen.

For å undersøke utviklingen i tilstanden til helseforetakenes bygg har vi innhentet data og ferdige tilstandsanalyser fra Multiconsult for periodene 2011–2013 og 2016–2017 og for 2020. Det har derfor vært mulig å se på utviklingen over tid.<sup>219</sup> I analysene har vi kalt de tre periodene for 2012 (analyser utført i 2011–2013), 2016 (analyser utført i 2016–2017) og 2020 (analyser utført i 2020).

Vi har vurdert tilstandsutviklingen for byggene opp mot fagstandarder. Tilstanden til et bygg fastsettes som en tilstandsgrad på en skala fra 0 til 3. Dette er i tråd med den faglige standarden NS 3424 *Tilstandsanalyse av byggverk – Innhold og gjennomføring* fra 2012, som er en etablert og anerkjent metode for tilstandsvurdering av bygninger.<sup>220</sup> Tilstandsgradsystemet er nærmere beskrevet i faktaboks 2. Helseforetakene har opplyst at mellom 76 og 99 prosent av byggene deres er registrert i byggregisteret. Helseforetakene utfører selv tilstandsvurderingene av byggene sine, men Multiconsult opplyser at variasjonene i registreringspraksisen sannsynligvis er svært små, og at de dermed ikke gir utslag i datagrunnlaget.

De fleste helseforetakene har bygg på ulike geografiske steder. Dette refereres til som «lokasjoner». En lokasjon kan blant annet være et somatisk eller psykiatrisk sykehus, et distriktspsykiatrisk senter eller boliger.

<sup>219</sup> Noen i 2008 og alle i 2011–2013 og 2016–2017.

<sup>220</sup> NS 3424 setter krav til hvordan tilstandsanalyser skal gjennomføres, og hvordan tilstanden skal beskrives, vurderes og dokumenteres. Standarden er en av basisstandardene innenfor eiendomsforvaltning og er brukt ved kartlegging av bygg og bygningsporteføljer ved utvikling og salg, utarbeidelse av vedlikeholdsplaner og strategier for eiendomsutvikling.

Tilstanden på bygg, lokasjoner og helseforetak beregnes gjennom kostnads- og arealvektete gjennomsnitt. Det vil si at de samlede gjennomsnittsberegningene tar hensyn til at bygg har ulikt areal, og at ulike byggkomponenter har ulik verdi.

I tillegg til at tilstandsdataene er sammenlignet på forskjellige tidspunkter, har vi brukt to ulike datagrunnlag i analysene:

1. Alle bygg som ble tilstandsvurdert ved minst ett av målepunktene: Det vil si at bygg som ble tatt ut av bruk, og nye bruk som ble tatt i bruk i løpet av perioden, er tatt med i beregningsgrunnlaget
2. Kun bygg som ble tilstandsvurdert ved alle målepunktene: Det vil si at bygg som ble tatt ut av bruk, og nye bruk som ble tatt i bruk i løpet av perioden, er utelatt i beregningsgrunnlaget.

En stor del av foretakenes bygg er tilstandsvurdert ved alle målepunktene, men i mange foretak er mindre deler av bygningsmassen ikke vurdert, og i enkelte foretak er en betydelig del av bygningsmassen utelatt fra tilstandsvurderingen ved ett eller flere av målepunktene. Der dette er tilfelle, vil den samlede tilstandsvurderingen ikke være representativ for foretaket. I analysene der dette forekommer, opplyser vi om dette.

De kartlagte tilstandene brukes også til å tallfeste omfanget og utviklingen av vedlikeholdsetterslepet for bygg. Som en del av dataleveransen til Riksrevisjonen utarbeidet Multiconsult analyser av oppgraderingsbehovet på grunnlag av tilstandsgradkartleggingene. Her har de beregnet kostnadene ved å forbedre tilstanden på bygg som har tilstandsgrad 2 eller 3.

I enkelte analyser på lokasjonsnivå er datagrunnlaget begrenset til lokasjoner som har somatiske sykehus; vi har altså ekskludert de små lokasjonene. Formålet med disse analysene er å belyse om det er forskjeller i den tekniske tilstanden mellom lokasjoner med tilnærmet samme oppgaver. Det er ca. 50 lokasjoner som fungerer som somatiske sykehus.

### Utviklingen i tilstanden til medisinsk-teknisk utstyr

Helseforetakene har registre over medisinsk-teknisk utstyr og bruker alderen på utstyret som en indikator på tilstanden. For å belyse utviklingen i tilstanden til det medisinsk-tekniske utstyret i helseforetakene har vi innhentet beregninger av den gjennomsnittlige alderen på utstyret per 31.12.2014 og 31.12.2019. Disse tidspunktene defineres som henholdsvis 2015 og 2020 i analysene fordi de viser statusen ved inngangen til disse årene.

Vi har brukt gjennomsnittsalder for å beskrive utviklingen i tilstanden over tid og for å sammenligne helseforetakene. I en analyse av utstyret som er gruppert etter alder, har vi brukt COCIRs fagstandard, som gir en anbefaling om aldersfordeling med hensyn til medisinsk-teknisk utstyr.<sup>221</sup> I tillegg har vi innhentet data fra helseforetakenes anleggsregistre for å kartlegge hvor stor andel av utstyret som har passert sin økonomiske levetid.

Ettersom det er stor variasjon blant ulike typer av medisinsk-teknisk utstyr, som kan ha ulik levetid, har det vært et behov for å få mer detaljerte data om gjennomsnittsalderen enn et samlet gjennomsnitt for hele MTU-parken. Vi har innhentet informasjon om alder per utstyrskategori fra de helseforetakene som har delt inn utstyret i kategorier.

RKMTU har en database over MTU-data for alle foretakene i Helse Sør-Øst, se faktaboks 5.<sup>222</sup> Alders- og kategoridataene for MTU i disse foretakene er derfor innhentet fra RKMTU, som har utarbeidet analyser for hele regionen. Foretak i denne regionen kan dermed sammenlignes med hverandre.

<sup>221</sup> COCIR - [European Coordination Committee of the Radiological Electromedical and Healthcare Industries](#).

<sup>222</sup> RKMTU – Regionalt kompetansesenter for samordning av investeringer i medisinsk-teknisk utstyr i Helse Sør-Øst

MTU-data i helseforetakene i de øvrige regionene er innhentet direkte fra foretakene. Her har det ikke vært mulig å framskaffe sammenlignbare data om MTU på kategorinivå. De helseforetakene som kategoriserer utstyret, bruker ulike kategoriseringssystemer, slik at foretakene ikke kan sammenlignes med hverandre, men de kan sammenligne sitt eget utstyr over tid.

Vi har innhentet data fra helseforetakene om størrelsen på havaribudsjettene og hvor stor del av investeringene i medisinsk-teknisk utstyr som er havariinvesteringer. Vi har benyttet andelen havariinvesteringer som en indikator på tilstanden til medisinsk-teknisk utstyr. Det finnes ingen felles definisjon av hva en havarianskaffelse er, og de innhentede opplysningene indikerer at praksisen for å registrere dette varierer. Noe av forskjellene mellom helseforetakene kan derfor skyldes en ulik forståelse av dette begrepet.

### **Utviklingen i helseforetakenes driftskostnader og investeringer**

For å undersøke utviklingen i helseforetakenes driftskostnader og investeringer siden 2010 har vi analysert helseforetakenes regnskaper. Nærmere bestemt har vi kartlagt helseforetakenes bokførte anleggsmidler og investeringer (tilganger) fra 2010 til 2019. Dette har vi gjort både for de samlede investeringene og investeringer i bygg og medisinsk-teknisk utstyr. Tilsvarende har vi kartlagt utviklingen i de samlede driftskostnadene i samme periode, inkludert kostnader til lønn, vedlikehold og avskrivninger. Disse kartleggingene har vi blant annet brukt til å undersøke om helseforetakene har blitt mer eller mindre kapitalintensive.

Vi har ikke brukt regnskapsdata for 2020 fordi helseforetakenes drift og økonomiske situasjonen i stor grad ble påvirket av koronapandemien.

For at tallene skal være sammenlignbare på tvers av helseforetak, har vi brukt totale eksterne tilganger i anleggsnotene som mål på totale investeringer. I anleggsnotene er eksterne tilganger fordelt på bygg, MTU, tomter og boliger, transportmidler, annet og anlegg under utførelse (AUU). Som mål på investeringer i bygg har vi brukt ekstern tilgang til bygg og den delen av AUU som gjelder bygg. Det tilsvarende har vi gjort for MTU. For mange helseforetak er alle tilganger til AUU relatert til bygg, mens enkelte ikke har noen investeringer under AUU. For noen er splitten mellom bygg og MTU ikke helt nøyaktig, noe som det er flere grunner til:

- Noen har MTU inkludert i bygginvesteringer og kan ikke skille disse.
- Noen helseforetak har datasystemer som ikke tillater å skille mellom bygg og MTU før investeringen tas i bruk.

Vi har derfor gjort estimater, og de aktuelle helseforetakene har bekreftet at disse er rimelige. Dataene for investeringer i MTU og bygg per år er derfor ikke helt nøyaktige for alle helseforetak, men det totale bildet for investeringer i bygg og MTU gir et rimelig bilde av situasjonen for alle helseforetakene.

### **Problemstilling 2 Hvordan styrer helseforetakene for å kunne prioritere investeringer i bygg og medisinsk-teknisk utstyr?**

#### **Sammenhengen mellom planlagte og realiserte investeringer**

Vi har undersøkt om helseforetakene har nådd det planlagte investeringsnivået i de økonomiske langtidsplanene etter 2010. De økonomiske langtidsplanene oppdateres årlig og viser planlagte investeringer minst fire år fram i tid. Helseforetakene som begynte å utarbeide økonomiske langtidsplaner i 2010, har derfor utarbeidet ni økonomiske langtidsplaner mellom 2010 og 2018. Helseforetakene i Helse Nord utarbeider ikke egne økonomiske langtidsplaner, så her har vi tatt utgangspunkt i det regionale helseforetakets økonomiske langtidsplaner. I analysene våre inngår det data til og med 2019 fra de økonomiske langtidsplanene fra 2016, 2017 og 2018. Analysene inneholder derfor kun data for henholdsvis tre, to og ett år fra disse planene.

Data om det oppnådde investeringsnivået er hentet fra helseforetakenes årsregnskaper for perioden 2010–2019. I regnskapstallene for investeringer kan det forekomme systematiske skjevheter i noen helseforetak

fordi det er noe variasjon i regnskaps- og rapporteringspraksisen. Dette kan ha ført til noe høyere tall for bygg og noe lavere tall for MTU.

Vi har for hver økonomiske langtidsplan etter 2010 sammenlignet det planlagte investeringsnivået de fire første årene med det faktiske investeringsnivået som ble oppnådd disse årene.<sup>223</sup> Beregningene har til formål å vise om helseforetakenes evne til å oppnå det planlagte investeringsnivået i de økonomiske langtidsplanene har blitt bedre over tid, og om det er store forskjeller mellom helseforetakene med hensyn til dette. På samme måte har vi undersøkt helseforetakenes evne til å oppnå det planlagte økonomiske resultatet. Videre har vi sammenlignet det planlagte investeringsnivået i årsbudsjettet for 2019 med det planlagte investeringsnivået i det første året i den økonomiske langtidsplanen for perioden 2019–2022.

Vi har per brev bedt helseforetakene om å redegjøre for årsaker til avvik i den økonomiske langtidsplanen for 2016–2019 mellom planlagte og oppnådde investeringer og avvik mellom planlagte og oppnådde økonomiske resultater.

Vi har også innhentet informasjon om budsjetterte og faktiske vedlikeholdskostnader (driftskostnader) i årene fra 2010. Dette har vi gjort både for samlede vedlikeholdskostnader, vedlikeholdskostnader til bygg og vedlikeholdskostnader til MTU. Vi har brukt budsjetterte og regnskapsførte beløper knyttet til andre driftskostnader på konto 660, 661 og 662 (vedlikehold og service av bygg og MTU) for hvert av årene fra 2010 til 2019. Vi har gjennomført analyser for å belyse

- om helseforetakenes vedlikeholdsbudsjetter er realistiske
- i hvilken grad det er kostnadsoverskridelser i vedlikeholdsbudsjettene
- om vedlikeholdskostnadene har økt

Vi har sammenlignet størrelsen på neste års vedlikeholdsbudsjett med fjorårets faktiske vedlikeholdskostnader. Dette belyser om helseforetakene budsjetterer realistisk og tar hensyn til faktiske kostnader og behov når de lager budsjettene. Det er imidlertid noe usikkerhet med hensyn til dataene for vedlikeholdskostnader. Det kan være noe variasjon i hva helseforetakene klassifiserer som vedlikehold (kostnad), og hva som klassifiseres som en oppgradering (investering).

### **Helseforetakenes mål, langsiktige planer, virkemidler og rutiner**

Dokumentasjon som beskriver rutiner og prosesser i arbeidet med å utarbeide økonomiske langtidsplaner og årsbudsjetter, har vi innhentet fra helseforetakene. Ytterligere data har vi innhentet gjennom spørsmål som vi har stilt per brev.

På grunnlag av de innhentede opplysningene har vi kartlagt prosesser rundt utarbeidelsen av den økonomiske langtidsplanen og årsbudsjettet i helseforetakene. Dette har vi gjort for

- å beskrive hva som er en vanlig planleggingsprosess i helseforetakene
- å identifisere helseforetak som har forutsigbare og gode planleggingsprosesser
- å gi en indikasjon på forbedringspotensialet i planleggingsprosessen til enkelte foretak

I tillegg har vi kartlagt risikoen og forutsetningene som er omtalt i langtidsplanene, og hvordan styrene i helseforetakene behandler disse sakene.

Strategier og planer for vedlikehold og utvikling og informasjon om blant annet målsettinger for tilstandsgrader og vedlikehold for bygg og MTU har vi innhentet gjennom brev til helseforetakene.

Dokumentasjon som beskriver rutiner og prosesser for arbeidet med investeringsplaner for MTU, har vi innhentet fra helseforetakene; vi har bedt om rutinebeskrivelser, maler som er brukt for å melde inn behov, eventuelle oversikter over behov og prioriteringsmetoder som er brukt i prioriteringsarbeidet. På grunnlag av

<sup>223</sup> Mange helseforetak planlegger med en lengre tidshorison enn fire år, men vi har kun inkludert de fire første årene i beregningene.

de innhentede opplysningene har vi kartlagt hvordan helseforetakene utarbeider investeringsplaner for MTU. Vi har også bedt helseforetakene om å oversende eventuelle analyser som de har fått utarbeidet om tilstand og behov mv. for bygg og MTU.

Vi har bedt helseforetakene om å oversende den siste rapporteringen (per juli 2020) av tilstanden på bygg og MTU til styrene sine og det regionale helseforetaket.

For å kartlegge hvordan styrene har fulgt opp tilstandskartleggingen på bygningsmassen i 2016, som departementet påla dem å gjennomføre, har vi gjennomgått styresaker fra 2015 til 2018 som omhandler tilstanden på bygg i helseforetakene. Ved hjelp av tekstsøk har vi kunnet identifisere saker hvor dette enten har vært et eget hovedtema på et styremøte, eller en del av et annet tema. I tillegg har vi kartlagt hvilke vedtak styrene i helseforetakene og de regionale helseforetakene har gjort i disse sakene; vi har her kartlagt dokumenter som gir en oversikt over den samlede bygningsmassen til helseforetakene, og ikke informasjon som gis som en del av planlegging og gjennomføring av enkeltstående byggeprosjekter.

Vi har gjennomgått helseforetakenes investeringsbudsjetter for 2019 for å kartlegge om det er gitt informasjon til styrene om tilstanden på bygg og medisinsk-teknisk utstyr. I tillegg til styredokumenter har vi gjennomgått årlige meldinger (2019), økonomiske langtidsplaner (2015 og 2020), utviklingsplaner (2018) og tertial-/månedssrapporter (høst 2019) for å kartlegge om det inngår informasjon om tilstanden på bygg og medisinsk-teknisk utstyr og behov.

Det er alltid en risiko for at informasjon kan ha inngått i styresaker uten at dette er fanget opp gjennom tekstsøk.

Vi har per brev til helseforetakene bedt om redegjørelser for virkemidlene de bruker for å kunne prioritere investeringer i bygg og medisinsk-teknisk utstyr. Opplysninger om virkemidler har vi også kartlagt gjennom dokumentgjennomganger.

### Problemstilling 3 Hvordan legger de regionale helseforetakene og Helse- og omsorgsdepartementet til rette for at helseforetakene prioriterer investeringer i bygg og medisinsk-teknisk utstyr?

Vi har gjennomgått de regionale helseforetakenes oppdragsbrev til helseforetakene og eventuelle budsjett-skriv som RHF-ene har sendt ut i forbindelse med årsbudsjetter og økonomiske langtidsplaner for 2020 og 2021. Hensikten med dette var å kartlegge hvilke rammer, forutsetninger, mål og krav helseforetakene har for investeringer generelt, og spesifikt for investeringer i bygg og medisinsk-teknisk utstyr i de siste tre årene.

Vi har per brev bedt de regionale helseforetakene om å opplyse om hva de mottar av informasjon fra sine egne helseforetak om tilstanden på bygg og medisinsk-teknisk utstyr, og hvilken informasjon de har gitt til Helse- og omsorgsdepartementet på dette området.

I tillegg har vi kartlagt styrene i de regionale helseforetakenes behandling av saker som omhandler tilstand og behov på byggområdet i perioden 2015–2018. Dette har vi gjort gjennom søk i sakslister til styremøter. I tillegg har vi gjennomgått sentrale rapporteringsdokumenter: de regionale helseforetakenes økonomiske langtidsplaner (2021–2024), utviklingsplaner (2018), årlige meldinger (2019) og virksomhetsrapporter (høst 2019).

Vi har gjennomført intervjuer med de fire regionale helseforetakene for å innhente supplerende informasjon. Vi har også undersøkt hvilke virkemidler de regionale helseforetakene benytter for å tilrettelegge og følge opp helseforetakenes investeringer og vedlikehold av bygg og MTU, og dette har vi fulgt opp i intervjuer med de regionale helseforetakene.

I intervjuet med Helse- og omsorgsdepartementet har vi bedt om en redegjørelse for ansvarsforhold, virkemiddelbruk, hvilken styringsinformasjon departementet innhenter som grunnlag for styring og oppfølging av arbeidet med investeringer i helseregionene, og hvordan de følger opp dette.

Videre har vi analysert departementets oppdragsdokumenter (mål og krav) til de regionale helseforetakene og foretaksmøteprotokoller for å kartlegge styringen som berører investeringer. Vi har også innhentet relevant informasjon fra de regionale helseforetakene om departementets styring per brev og intervjuer.





## STYRESAK

Styresak:	38/2022
Møtedato:	28.04.2022
Arkivsak:	2022/1193-2
Saksbehandler:	Lars Øverås

## Innspill til økonomisk langtidsplan 2023-2026 inkludert rullering av investeringsplan

### Innstilling til vedtak

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar redegjørelsen om innspill til prioriteringer av drifts- og investeringsrammen i perioden 2023-2026 til orientering. Styret slutter seg til saken og at den oversendes Helse Nord RHF som tilbakemelding på *Økonomisk langtidsplan 2023-2026, inkludert rullering av investeringsplan*.
2. Styret ber om at rammene for nytt bygg innen rus- og psykisk helsevern justeres i tråd med oppdaterte tall, og at investeringsrammen overføres fra Helse Nord RHF til Universitetssykehuset Nord-Norge HF.
3. Styret ber om at Nyfødt intensiv inkludert helikopterplass prioriteres som neste prosjekt etter nytt bygg innen rus- og psykisk helsevern.
4. Styret ber om at regionale oppgaver som mangler finansiering prioriteres finansiert for å sikre den nordnorske befolkning et likeverdig og høyspesialisert tilbud.

### Bakgrunn

Helse Nord RHF's *Økonomisk langtidsplan 2023–2026, inkludert rullering av investeringsplan* skal behandles i styremøte i Helse Nord RHF 22.06.2022. Vedtatt plan vil være førende for helseforetakenes langtidsplanlegging og budsjetter for perioden.

HF-styrene bes om å behandle:

- Oppdatert tiltaksplan, bærekraftsanalyse, kontantstrøm og lånebehov.
- Innspill på driftstiltak som vil bidra til å skape økt økonomisk handlingsrom.
- Innspill på tiltak basert på erfaringene fra covid-19-pandemien.
- Innspill til justeringer av vedtatt investeringsplan, herunder periodisering av vedtatte større prosjekter. Gjeldene investeringsplan er vedlagt.
- Innspill til justeringer av forslag til IKT-prioriteringer.
- Vurdere nivå på og fremdrift av egen investeringsplan.
- Innspill på driftstiltak som vil bidra til økt kvalitet på pasientbehandling eller bidra til bedre samhandling med primærhelsetjenesten.

## Formål

Sakens formål er å etterkomme eiers krav om å styrebehandle innspill til Helse Nord RHF's *Økonomisk langtidsplan 2023–2026, inkludert rullering av investeringsplan* innen 29.04.2022.

## Saksutredning

### *Investeringer*

Nye fremskrivningstall for nytt bygg rus- og psykisk helsevern viser en kostnad på 2,87 mrd. kroner. Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) ber om at rammen for bygget økes til dette nivået, og at investeringsrammen flyttes fra Helse Nord RHF's investeringsramme over til UNN's investeringsrammer.

Nytt areal for Nyfødt intensiv er vesentlig for å ivareta pasientsikkerhet og arbeidsmiljøet i avdelingen. Bygget er godt planlagt og må ses i sammenheng med behov for ny helikopterplass for å kunne ta imot de nye redningshelikoptrene som er innkjøpt. Rammen for dette er beregnet til 886 mill. kroner og UNN ber om at dette legges inn i investeringsrammene.

Ombygging og renovering av operasjonsstuene i UNN Breivika er kritisk nødvendig for å kunne videreføre klinisk drift. Dette er kostnadsberegnet til 150 mill. kroner. UNN ber om at dette legges inn i investeringsrammene fra 2023.

Risikobildet er størst for nytt bygg rus- og psykisk helsevern, men de 12 operasjonsstuene som krever renovering er vesentlige for å opprettholde og utvikle kirurgisk kapasitet.

### *Driftsbudsjett*

De regionale og nasjonale oppdragene som UNN har, er underfinansiert. UNN ber om at disse fullfinansieres.

Den regionale kreftplanen må legges til grunn at det skal tilbys likeverdige tjenester. Det forutsettes at dette fullfinansieres og at tjenester som subspesialisering av onkologer, lutatherabehandling og kvalitetsregistre finansieres som forutsatt.

Det er foretatt en vurdering av flere områder hvor det er manglende finansiering i UNN. Etter en runde med prioriteringer er det landet på syv områder UNN ber om finansiering for.

## Medvirkning

Saken er oversendt arbeidsmiljøutvalg, brukernes arbeidsutvalg samt ansattes organisasjoner og vernetjenesten til drøfting/innspill i egne møter i uke 14. Referater og protokoll fra disse møtene vil bli presentert for styret som referatsaker til styremøtet.

## Vurdering

UNNs rolle som universitets- og regionsykehus er av avgjørende betydning for å sikre den nordnorske befolkning et høyspesialisert og likeverdig spesialisthelsetjenestetilbud. UNNs innspill til både investeringsplan og driftstiltak dreier seg i all hovedsak om mulighetene for å opprettholde og utvikle disse funksjonene.

UNN viderefører arbeidet med å håndtere økt behov for helsetjenester uten å øke kapasiteten forholdsmessig både i forhold til antall senger, arealer, personell og finansiering. Omstillingsarbeidet fremover handler derfor om å frigi kapasitet i form av å optimalisere pasientforløp, bemanningsplaner og innkjøp, samt redusere liggedøgn og helsetjenester uten vesentlig nytte for pasientene. Omstillingsarbeidet forutsetter prioritering av enkelte områder for å hente gevinster på et senere tidspunkt. Prioriteringene er inkludert i de årlige omstillingsutfordringene. Direktøren vurderer ytterligere omprioriteringer i driften for å ivareta nye nasjonale og regionale oppdrag som en risiko for UNNs gjennomføringsevne av den krevende tiltaksplanen. Nye nasjonale og regionale krav og oppdrag må derfor forutsettes fullfinansiert.

Direktøren er fornøyd med at budsjetttrammene fra Helse Nord RHF er forutsigbare, men er bekymret for at det ikke er avsatt mer midler til å utvikle region- og universitetssykehusfunksjoner, øke satsing på utdanning, spesielt for anestesileger og intensivsykepleiere, og for å iverksette satsinger i den regionale strategien. Regionalt kreftsenters er en viktig prioritering fremover, hvor en arbeidsgruppe jobber med løsningen for dette. Alle regionssykehusene i Norge, med unntak av UNN, har gjennomført subspesialisering innen onkologi. Innen sammenlignbare fag som kirurgi og indremedisin har det skjedd en utstrakt subspesialisering for over 20 år siden. Behandlingsmuligheter og kompleksiteten innen både stråleterapi og medikamentell kreftbehandling har økt betydelig de siste årene. Nå starter en ny æra med persontilpasset medisin. Som allmennonkologer er det svært krevende å holde seg oppdatert på tvers av fagfelt i onkologien. Det er økende bekymring i fagmiljøet for om den nordnorske kreftpasienten får likeverdig behandling sammenlignet med de øvrige helseregionene. Hvis det ikke sikres opptrapping av onkologer ved regionsykehuset i nær fremtid, er det en overhengende risiko for at pasienter må sendes ut av regionen for behandling.

UNN har store investeringsbehov i de kommende årene, både i form av nybygg, arealutvikling, infrastruktur og utstyr. Investeringsrammen for utstyr med mer må i økende grad brukes til å dekke kassasjoner, og helt kritiske mindre ombygginger. Nytt utstyr og ny teknologi kan i svært liten grad prioriteres. Direktøren er bekymret for at manglende investeringer i medisinsk-teknisk utstyr over tid kan medføre at UNN ikke gir et regionsykehustilbud til befolkningen i Helse Nord som er likeverdig med andre helseregioner. En stadig økende andel av investeringsrammen til utstyr med mer brukes til kritiske ombygginger. Direktøren anser strategien om internt overskudd for å øke investeringsevnen som svært viktig for utviklingen av universitetssykehuset. Strategien gjenopptas og styrkes derfor i årene fremover.

Ny Nyfødt intensiv avdeling var opprinnelig en del av prosjektinnrammingen i Breivika. Direktøren vurderer det som helt kritisk å få denne gjennomført for å ivareta både pasientsikkerhet og arbeidsmiljø. UNN ber derfor om særskilt finansiering for prosjektet som sammen med utbygging av landingsplass for nytt redningshelikopter estimeres til 886 mill. kroner, med byggestart i siste halvdel av 2022. Detaljplanlegging av prosjektet er igangsatt.

I prosjektet for nytt rus- og psykiatribygg Tromsø gjennomgås nå nye fremskrivningstall i samarbeid med Sykehusbygg HF. Foreløpige estimater er at investeringsrammen må økes til i overkant av 2,87 mrd. kroner. Direktøren har avtalt dialog med Helse Nord RHF om videre prosess.

Tromsø, 08.04.2022

Anita Schumacher (s.)  
administrerende direktør

Vedlegg:

- Saksfremlegg innspill Økonomisk langtidsplan 2023–2026, inkludert rullering av investeringsplan



**Sak:** Økonomisk langtidsplan 2023–2026, inkludert rullering av investeringsplan  
**Til:** Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF  
**Fra:** Lars Øverås  
**Møtedato:** 28.04.2022

---

## Saksfremlegg

Helse Nord RHF's *Økonomisk langtidsplan 2023–2026, inkludert rullering av investeringsplan* skal behandles i styremøte i Helse Nord RHF 22.06.2022. Vedtatt plan vil være førende for helseforetakenes langtidsplanlegging og budsjetter for perioden. I *Budsjettbrev 1 – Økonomisk langtidsplan 2023–2026, inkludert rullering av investeringsplan* gis følgende føringer:

For å kunne ta hensyn til innspill fra Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) og de øvrige foretakene må saken være styrebehandlet og oversendt Helse Nord RHF innen 29.04.2022. Planen skal også inkludere tiltaksplan og bærekraftanalyse i tillegg til innspillene.

### Styringsmål for Helse Nord

For å innfri de nasjonale styringsmålene fra HOD og starte oppfølgingen av regional utviklingsplan, innretter vi økonomisk langtidsplan i samsvar med styringsmålene Helse Nord er gitt fra HOD:

1. Styrke psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling
2. Styrke forskning, innovasjon og kompetanse og forbedre kvalitet og pasientsikkerhet
3. Sørge for rask tilgang og sammenhengende pasientforløp

Samhandling, teknologi, kompetanse og økonomisk sunn drift er sentrale områder i Regional utviklingsplan 2035. Gjennom disse prioriteringene skal vi møte framtidens behov og skape et bærekraftig helsetilbud.

Strategi for Helse Nord 2021-2024 har kortere tidshorisont enn Regional utviklingsplan og bygger på to bærebjelker:

- kontinuerlig forbedring
- bærekraftig utvikling

### Mål for plan og budsjettprosessen

Dialogen mellom RHF og helseforetakene i planprosessen skal bidra til:

- gi helseforetakene forutsigbarhet i planforutsetningene slik at det gir grunnlag for langsiktig planlegging.
- å sikre at hvert helseforetak og Helse Nord samlet har en økonomisk bærekraftig plan.
- å gi helseforetakene mulighet for å komme med innspill til plan.

- å sikre en årlig og helhetlig prosess, hvor prioriteringer skjer ved rullering av planen i juni.

#### **Tilbakemelding fra helseforetakene**

HF-styrene bes om å behandle:

- Oppdatert tiltaksplan, bærekraftsanalyse, kontantstrøm og lånebehov.
- Innspill på driftstiltak som vil bidra til å skape økt økonomisk handlingsrom.
- Innspill på tiltak basert på erfaringene fra covid-19-pandemien.
- Innspill til justeringer av vedtatt investeringsplan, herunder periodisering av vedtatte større prosjekter. Gjeldene investeringsplan er vedlagt.
- Innspill til justeringer av forslag til IKT-prioriteringer.
- Vurdere nivå på og fremdrift av egen investeringsplan.
- Innspill på driftstiltak som vil bidra til økt kvalitet på pasientbehandling eller bidra til bedre samhandling med primærhelsetjenesten.

#### **1. Foreløpige prioriteringer av økonomisk handlingsrom – fra RHF**

Handlingsrommet som er i foretaksgruppen er overdisponert:

## VEDLEGG 3 - foreløpig vurdering av handlefrihet

Oppfølging av analysen i plan 2023-2026 viser at Helse Nord har et brutto økonomisk handlingsrom i størrelsesorden 85 mill. kroner i 2023 stigende til 327 mill. kroner i 2026.

I sum er store deler av handlingsrommet allerede disponert for 2023 og årene fremover.

Dette medfører at det foreløpig er overdisponert om lag 14 mill. kroner i 2023.

Forventet økonomisk handlingsrom (akkumulert)	2023	2024	2025	2026
Oppdatering nasjonal inntektsmodell akkumulert	-70 000	-120 000	-170 000	-220 000
Forventet realvekst akkumulert 0,9 % pr år	130 000	260 000	390 000	520 000
Styrets reserve	20 197	20 197	20 197	20 197
Renteinntekt RHF	1 000	2 000	3 000	3 000
Ads disp	4 000	4 000	4 000	4 000
<b>Forventet handlingsrom (akkumulert)</b>	<b>85 197</b>	<b>166 197</b>	<b>247 197</b>	<b>327 197</b>

Oppfølging av vedtatt plan 2022-2025	2023	2024	2025	2026
Styrke HF	50 000	100 000	150 000	200 000
Økt avsetning til investeringer	20 000	30 000	40 000	50 000
Utvikling Helse Nord/Styrets disp	0	10 000	10 000	10 000
Tiltak Regional utviklingsplan/styrets disp	0	14 000	14 000	14 000
Sentral risikobuffer Finnmarkssykehuset Hammerfest			40 000	40 000
Informasjonssikkerhet		-10 000	-10 000	-10 000
Styrke HF/Utdanning spesialsykepleiere			-10 000	-10 000
Styrke HF/Vedlikehold			10 000	10 000
Persontilpasset medisin	4 000	6 000	6 000	6 000
Strategiplan samisk helsetjeneste	1 000	1 000	1 000	1 000
Styrets disp	10 000	15 000	15 000	15 000
Ads disp	4 000	4 000	4 000	4 000
Styrking forskning	5 000	5 000	5 000	5 000
<b>Sum oppfølging av vedtatt plan 2022-2025</b>	<b>94 000</b>	<b>175 000</b>	<b>275 000</b>	<b>335 000</b>
Oppfølging av budsjett 2022	2023	2024	2025	2026
<b>Sum oppfølging av budsjett 2022</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
Eksternt påførte forhold	2023	2024	2025	2026
Arbeidstidsbestemmelser luftambulanse	5 000	5 000	5 000	5 000
<b>Sum eksterne forhold</b>	<b>5 000</b>	<b>5 000</b>	<b>5 000</b>	<b>5 000</b>
Nye forslag i plan 2023-2026	2023	2024	2025	2026
<b>Sum nye forslag i plan 2023-2026</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>Sum disponert</b>	<b>99 000</b>	<b>180 000</b>	<b>280 000</b>	<b>340 000</b>
<b>Rest til disposisjon</b>	<b>-13 803</b>	<b>-13 803</b>	<b>-32 803</b>	<b>-12 803</b>

## 1.1 Vedtatt investeringsplan RHF

Tabell 2-Vedtatt investeringsplan Helse Nord RHF 2023-2029

Investeringsplan - Totale rammer inkl prisstigning til ferdigstilling og byggeårsrenter	Sum tidligere år	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	SUM inkl tidl. År
<b>Finmarkssykehuset</b>											
Helikopterlandingsplass Kirkenes	0					20 000					20 000
Nye Hammerfest sykehus P50, eksklusive universitetsarealer	260 000	723 000	500 000	612 000	225 000						2 320 000
Nye Hammerfest sykehus, universitetsarealer	0	50 000	100 000	50 000							200 000
CT Kirkenes, gave											0
Korona-investeringer styresak 104-2020	21 200		15 000								21 200
Operasjonsstue Alta		3 600									3 600
Bioteknologi - NIPT		45 000	45 000	45 000	45 000	50 000	50 000	50 000	45 000	45 000	450 000
Til HF-styrets disposisjon (MTU, ambulanser, KLP mv.)											
<b>Sum Finmarkssykehuset</b>	<b>2 662 700</b>	<b>821 600</b>	<b>660 000</b>	<b>707 000</b>	<b>270 000</b>	<b>70 000</b>	<b>50 000</b>	<b>50 000</b>	<b>45 000</b>	<b>45 000</b>	
<b>UNN</b>											
Nye Narvik sykehus P50	372 000	625 000	723 000	639 000	313 000						2 672 000
Korona-investeringer styresak 104-2020	73 900										73 900
Korona - testing	2 500										2 500
Bioteknologi - NIPT		10 500									10 500
Til HF-styrets disposisjon (MTU, ambulanser, KLP mv.)		200 000	275 000	200 000	200 000	200 000	200 000	200 000	180 000	180 000	1 800 000
<b>Sum UNN</b>	<b>2 828 700</b>	<b>835 500</b>	<b>998 000</b>	<b>839 000</b>	<b>513 000</b>	<b>200 000</b>	<b>200 000</b>	<b>200 000</b>	<b>180 000</b>	<b>180 000</b>	
<b>Nordlandssykehuset</b>											
Korona-investeringer styresak 104-2020	42 200										42 200
Korona - testing	8 600										8 600
Strålemaskin			20 000	20 000							40 000
Bioteknologi - NIPT		1 200									1 200
Fagplan TSB			10 200								10 200
Til HF-styrets disposisjon (MTU, ambulanser, KLP mv.)		60 000	80 000	80 000	80 000	80 000	80 000	100 000	90 000	90 000	900 000
<b>SUM NLSH</b>	<b>4 264 700</b>	<b>61 200</b>	<b>110 200</b>	<b>100 000</b>	<b>80 000</b>	<b>80 000</b>	<b>80 000</b>	<b>100 000</b>	<b>90 000</b>	<b>90 000</b>	
<b>Helgelandsykehuset</b>											
Utvikling av Helgelandsykehuset P50	20 000	0	0	200 000	700 000	700 000	180 000	200 000			2 000 000
Korona-investeringer styresak 104-2020	24 800										24 800
Bioteknologi - NIPT		1 200									1 200
Til HF-styrets disposisjon (MTU, ambulanser, KLP mv.)		50 000	70 000	60 000	50 000	50 000	50 000	50 000	45 000	45 000	450 000
<b>SUM Helgelandsykehuset</b>	<b>44 800</b>	<b>51 200</b>	<b>70 000</b>	<b>260 000</b>	<b>750 000</b>	<b>750 000</b>	<b>230 000</b>	<b>250 000</b>	<b>45 000</b>	<b>45 000</b>	
<b>Helse Nord IKT</b>											
Vedtatte prosjekter		26 250									26 250
Korona-investeringer styresak 104-2020	33 000										33 000
Til HF-styrets disposisjon		57 500	63 400	84 700	70 800	52 300	30 000	30 000	30 000	30 000	300 000
<b>SUM Helse Nord IKT</b>	<b>33 000</b>	<b>83 750</b>	<b>63 400</b>	<b>84 700</b>	<b>70 800</b>	<b>52 300</b>	<b>30 000</b>	<b>30 000</b>	<b>30 000</b>	<b>30 000</b>	
<b>Sykehusapotek Nord</b>											
Utsyr/areal		3 000	5 000	3 000	3 000	2 000	2 000	2 000	2 000	2 000	20 000
Korona-investeringer styresak 104-2020	500										500
Lokaler i nye sykehus				7 000	8 000			15 000			30 000
<b>Sykehusapotek Nord</b>	<b>500</b>	<b>3 000</b>	<b>5 000</b>	<b>10 000</b>	<b>11 000</b>	<b>2 000</b>	<b>2 000</b>	<b>17 000</b>	<b>2 000</b>	<b>2 000</b>	
<b>Helse Nord RHF</b>											
FRESK	347 000	121 100	130 000	15 100	0						613 200
Felles regionale IKT-prosjekt/digitale innbyggertjenester	185 300	210 150	152 150	30 400	4 600	7 700	0	30 000	30 000	30 000	680 300
Økte IKT-investeringer				0	50 000	50 000	50 000	0			150 000
Digitale innbyggertjenester	58 000	0	0	0	0	0	0	0			58 000
Infrastruktur IKT UNN Narvik					17 000						17 000
Infrastruktur IKT FIN Hammerfest					16 000						16 000
Korona-investeringer styresak 104-2020	7 000										7 000
Nasjonale prosjekt/utlån felleseide selskap	93 800										93 800
Finmarkssykehuset Hammerfest P85		0	0	162 000	100 000						262 000
UNN Narvik P85				72 000	100 000						172 000
Helgelandsykehuset utvikling P85					0	0	500 000				500 000
UNN psykisk helsevern Tromsø				100 000	200 000	700 000	700 000				1 700 000
Usikkerhet nye strategiske prosjekter				100 000	100 000	100 000	100 000	500 000	500 000	500 000	1 900 000
<b>Sum Helse Nord RHF</b>	<b>691 100</b>	<b>331 250</b>	<b>282 150</b>	<b>479 500</b>	<b>587 600</b>	<b>857 700</b>	<b>850 000</b>	<b>1 030 000</b>	<b>530 000</b>	<b>530 000</b>	
<b>Sum investeringsplan</b>	<b>10 525 500</b>	<b>2 187 500</b>	<b>2 188 750</b>	<b>2 480 200</b>	<b>2 282 400</b>	<b>2 012 000</b>	<b>1 442 000</b>	<b>1 677 000</b>	<b>922 000</b>	<b>922 000</b>	

Investeringer i UNN skal understøtte valgte strategier og bygge på foretakets verdigrunnlag (kvalitet, trygghet, respekt og lagspill). Investeringsplanene søkes avstemt mot langtidsbudsjett og strategiarbeid for øvrig. Det er en målsetting å fordele ressursene mellom investeringer og drift på en slik måte at det er til beste for pasientbehandlingen i et langsiktig perspektiv.

## Nytt sykehus Narvik

I vedtatt investeringsplan fra Helse Nord RHF er samlet investeringssum for nytt sykehus Narvik 2,672 mrd. kroner og med byggestart i 2018. Dette tilsvarer P50 rammen. Planlagt ferdigstilling er i 2025.

## Til UNN-styrets disposisjon

I vedtatt plan for UNN ligger det 200 mill. kroner fram til 2028 og så 180 mill. kroner i 2028-2029. Dette er investeringsmidler som går til medisinteknisk utstyr, mindre ombygginger, ambulanser etc.



## 1.2 Bærekraftanalyse

Helse Nord RHF har basert oppdatering av plan for 2023-2026 på følgende premisser:

- Helse Nord legger til grunn en forventning om 0,9 % årlig realvekst i helsesektoren.
- Trekk som en effekt av nasjonal inntektsmodell.
- Faglige premisser bygger på Regional utviklingsplan 2035/Strategi for Helse Nord RHF 2021-2024.
- Oppdatering av kriterieverdiene i inntektsfordelingsmodellen gjennomføres juni 2022.
- Oppdatering av resultatbasert finansiering gjennomføres i juni 2022.
- Ta høyde for egne kostnader knyttet til innføring av FRESK.
- Det vurderes at det nå er et lavt rentenivå med stor usikkerhet knyttet til fremtidig utvikling. For å ta høyde for en framtidig renteøkning skal det i bærekraftanalysene legges til grunn følgende renter:
  - Lån til byggelån til og med 2017: lånerente på 2,0 % (ved flytende)
  - Lån nye investeringsprosjekter: lånerente på 3,0 %
  - Innskuddsrente: 1,3 %
  - Driftskreditt: 1,5 %

I bærekraftanalysen for UNN er det tatt høyde for ABE – reformen med 15 mill. kroner. Videre har UNN avsatt midler til eget overskuddskrav for å kunne øke investeringsevnen i bygg og utstyr, samt til egne interne prioriteringer.

Bærekraftanalysen er videre basert på følgende forutsetninger:

- Vedtatt investeringsplan fra RHF
- Årlige overskuddskrav fra RHF på 40 mill. kroner og internt overskuddskrav brukes til investeringer i påfølgende år. I 2025 reduseres overskuddskravet fra Helse Nord med 30 mill. kroner. UNN legger tilsvarende økning inn i bærekraften for å beholde investeringsevnen.
- Investeringsramme P85 nye bygg.
- 70 % lånefinansiering nye Narvik sykehus.
- Analysen er gjennomført i 2021-kroner.
- Avskrivningstidene 26,4 år for bygg.

I bærekraftanalysen inngår også gjeninnføring av eget overskuddskrav på 20 mill. kroner i 2022 som økes til 40 mill. kroner i 2023 og så med nye 40 mill. kroner i 2024, samt midler til nødvendige interne prioriteringer med 20 mill. kroner i 2023 og deretter 50 mill. kroner årlig fra 2024. Pr dato ligger det ikke inne en økning i IKT kostnader mot RHF og Helse Nord IKT. Det er etterlyst en framskrivning som ikke er mottatt.

UNN har løst noe av ny omstillingsutfordring i 2022 ved hjelp av midlertidige tiltak. Denne omstillingsutfordringen er utsatt til 2023 og inngår i bærekraftanalysen i 2023.

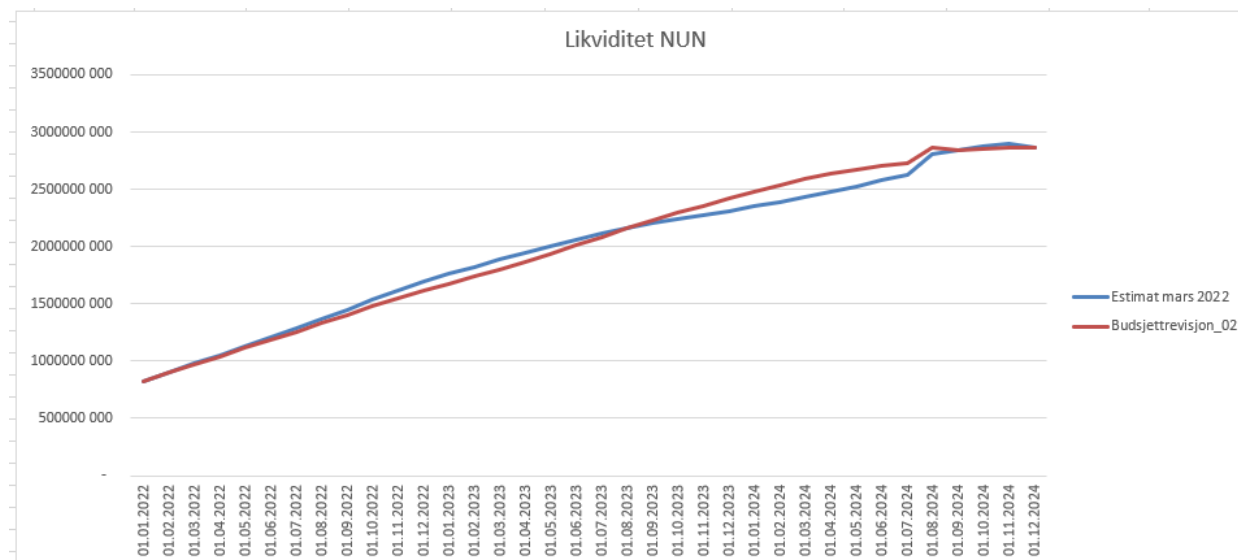
Bærekraftanalyse UNN HF (tall i mill kr)	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029
Sum inntekter	7 914	7 915	7 966	7 953	7 938	7 923	7 915
Sum driftskostnader ekskl. avskrivninger	7 623	7 694	7 649	7 720	7 794	7 858	7 927
Sum avskrivninger	324	317	427	422	412	413	409
Netto rentekostnader	17	17	73	68	63	59	51
Totale kostnader	8 010	8 075	8 196	8 256	8 316	8 377	8 435
<b>Regnskapsmessige resultat (før tiltak)</b>	<b>-96</b>	<b>-161</b>	<b>-230</b>	<b>-303</b>	<b>-378</b>	<b>-454</b>	<b>-519</b>
Vedtatt resultatkrav fra RHF	40	40	10	10	10	10	10
Internt overskuddskrav UNN	40	80	110	110	110	110	110
<b>Sum resultatkrav</b>	<b>80</b>	<b>120</b>	<b>120</b>	<b>120</b>	<b>120</b>	<b>120</b>	<b>120</b>
<b>Avvik fra resultatkrav (før tiltak)</b>	<b>-176</b>	<b>-281</b>	<b>-350</b>	<b>-423</b>	<b>-498</b>	<b>-574</b>	<b>-639</b>
<b>Årlig endring omstillingsutfordring</b>	<b>85</b>	<b>105</b>	<b>69</b>	<b>73</b>	<b>75</b>	<b>75</b>	<b>65</b>

Tabell 4-likviditetsanalyse 2022-2030

Likviditetsberegning (tall i mill kr)	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
<b>Kontantstrøm fra operasjonelle aktiviteter</b>									
RHF overskuddskrav	40	40	40	10	10	10	10	10	10
Eget overskuddskrav	20	60	80	110	110	110	110	110	110
"Nye avskrivninger" (psyk. Helse)		0	0	0	0	0	0	109	109
Avskrivninger/hedskrivninger (opprinnelige inkludert NUN)	310	324	317	427	422	412	413	409	405
<b>Netto kontantstrøm fra operasjonelle aktiviteter</b>	<b>370</b>	<b>424</b>	<b>437</b>	<b>547</b>	<b>542</b>	<b>532</b>	<b>533</b>	<b>638</b>	<b>634</b>
<b>Kontantstrøm fra investeringsaktiviteter</b>									
Investering av nye bygg (psyk. Helse)	0,0	-431	-488	-488	-488	-488	-488	0,0	0,0
Investeringer av overskudd (RHF og eget)	0	-60	-100	-120	-120	-120	-120	-120	-120
Investeringsplan iht fremdriftsplan	-923	-922	-437	-200	-200	-200	-180	-180	-180
<b>Netto kontantstrøm fra investeringsaktiviteter</b>	<b>-923</b>	<b>-1 413</b>	<b>-1 025</b>	<b>-808</b>	<b>-808</b>	<b>-808</b>	<b>-788</b>	<b>-300</b>	<b>-300</b>
<b>Kontantstrøm fra finansieringsaktiviteter</b>									
Salg Åsgårdmarka	427								
Innbet ved opptak av lån nye prosjekter (psyk. Helse)	0	344	390	390	390	390	390	0	0
Innbet ved opptak av lån Narvik sykehus	506	505	166						
Avdrag lån	-46	-46	-121	-121	-121	-121	-121	-121	-121
<b>Netto kontantstrøm fra finansieringsaktiviteter</b>	<b>887</b>	<b>803</b>	<b>435</b>	<b>269</b>	<b>269</b>	<b>269</b>	<b>269</b>	<b>-213</b>	<b>-213</b>
<b>Netto endring i kontanter</b>	<b>334</b>	<b>-185</b>	<b>-153</b>	<b>8</b>	<b>3</b>	<b>-7</b>	<b>14</b>	<b>125</b>	<b>121</b>
<b>IB 01.01</b>	<b>122</b>	<b>456</b>	<b>271</b>	<b>118</b>	<b>127</b>	<b>130</b>	<b>124</b>	<b>138</b>	<b>263</b>
<b>UB 31.12</b>	<b>456</b>	<b>271</b>	<b>118</b>	<b>127</b>	<b>130</b>	<b>124</b>	<b>138</b>	<b>263</b>	<b>384</b>
<b>Ramme for kassakreditt</b>	<b>-390</b>	<b>-390</b>	<b>-390</b>	<b>-390</b>	<b>-390</b>	<b>-390</b>	<b>-390</b>	<b>-390</b>	<b>-390</b>

I likviditetsanalysen er det forutsett regnskapsmessig balanse, tatt høyde for salg av Åsgårdmarka samt lagt inn nytt bygg for psykisk helsevern med oppstart i 2023.

Figur 1-oppdatert likviditetsoversikt Nye UNN Narvik



Figur 1 viser en oppdatert likviditetsoversikt mht. nye UNN Narvik gjort av sykehusbygg i mars 2022.

## 2. Omstillingsutfordring i perioden

Bærekraftanalysen viser at UNN står overfor et meget stort omstillingsbehov i perioden 2023-2029. I 2023 er omstillingsbehovet 87 mill. kroner, og øker gradvis opp til 642 mill. kroner (akkumulert) i 2029. Årlig omstillingsbehov varierer fra 65 til 106 mill. kroner i perioden. Usikkerheten øker etter hvert i planperioden.

### *Virksomhetsplanlegging 2023*

Virksomhetsplanlegging for 2022 startet 17. februar med budsjettkonferanse for direktørens ledergruppe, foretakstillitsvalgte og foretaksverneombud. Fokuset for denne konferansen var omstilling for inngangshastighet og fordeling av ny omstilling. Omstillingsutfordringen for 2022 inkluderer eget overskuddskrav og intern fordelingspott.

## 3. Vurdere størrelse og fordeling av anbefalt investeringsramme for perioden med særlig fokus på analyse av driftsøkonomiske konsekvenser av denne, avveining mellom drift og investering

UNN gjeninnfører strategien om å skape overskudd i egen drift for å øke investeringsrammene påfølgende år. Overskuddskravet fra RHF er 40 mill. kroner i planperioden (til 2025 – går da ned til 10 mill. kroner). Det er helt nødvendig for å avsette nok ressurser til investeringer i utstyr med mer, og fra og med 2022 har UNN i bærekraftanalysen et overskuddskrav på 20 mill. kroner og øker ytterligere med 20 mill. kroner for 2023 og med 40 mill. kroner i 2024 (øker til 110 mill. kroner i 2025 for å opprettholde investeringsevnen). Dette fordi tildelte midler til MTU og nødvendige ombygginger med mer ikke er tilstrekkelig for å dekke minimumsbehovet for nyinvesteringer og reanskaffelser.

**4. Innspill til justeringer av vedtatt investeringsplan**

Tabell 5-Innspill til RHF's plan store byggeprosjekter

<b>Innspill Økonomisk langtidsplan-store byggeprosjekter</b>	
<b>Innspill (tall i mnok)</b>	<b>Investering</b>
Nytt psykiatribygg Tromsø	1 170
Nyfødt intensiv	886
Senere i planperioden:	
Arealplan Breivika	1 500
Arealplan/nybygg Harstad	3 500
<b>Totalt</b>	<b>7 056</b>

*Nytt Narvik sykehus*

Etter økt ramme gjennom fjorårets rullering av plan er det ikke nye innspill rundt nytt sykehus i Narvik.

*UNN psykisk helsevern Tromsø*

I budsjettbrev 1 er nye Åsgård lagt inn i Helse Nord RHF sin investeringsplan med 1,7 mrd. kroner i perioden 2023-2026. UNN ber om at investeringsrammen flyttes til UNNs investeringsplan, og at rammen korrigeres til gjeldende estimert investeringsramme på 2,87 mrd. kroner.

*Nye lokaler for nyfødt intensivmedisin/ny helikopterplass*

Det er stort behov for ombygging/nybygg for Nyfødt intensiv. Anslag investeringskostnad 886 mill. kroner som inkluderer ny helikopterlandingsplass.

*Arealplan Breivika*

Mindre ombygginger i den originale arealplan Breivika er gjennomført og planlagt gjennomført med egne investeringsmidler. Mye arbeid gjenstår og tas med i denne saken.

*Arealplan/nybygg Harstad*

Sykehuset i Harstad er gammelt og mye slitt. Vedlikeholdet er krevende og en omfattende renovering er nødvendig for å opprettholde en fortsatt god drift.

Tabell 6-Innspill til RHF's plan mindre investeringer

<b>Innspill Økonomisk langtidsplan-mindre investeringer</b>	
<b>Innspill (tall i mnok)</b>	<b>Investering</b>
Kritisk renovering operasjonsstuer Breivika	150
Tarmscreening	25
<b>Totalt</b>	<b>175</b>

*Renovere operasjonsstuer*

UNN har et stort behov for renovering av 12 operasjonsstuer slik at det ikke går ut over pasientsikkerhet, kirurgisk kapasitet og mulighet for fremtidig videreutvikling av tilbud. Operasjonsstuene i B7 i UNN Breivika har ikke vært gjenstand for teknisk oppgradering siden

## Sak 38/2022 - vedlegg

innflytting i 1991. Operasjons- og intensivsøyler er teknisk og mekanisk utslitt og reservedeler er ikke lengre å oppdrive. Det er stor risiko for at kritisk utstyr på enkeltstuer kan havare og at operasjonsstuen må tas ut av drift med redusert operasjonskapasitet som resultat. Dette vil være kritisk for UNNs funksjon som regionsykehus. Ved oppgradering av søyler er det gjennomført ROS analyser som konkluderer at tekniske anlegg inkludert ventilasjon, elektriske anlegg og medisinske gasser må oppgraderes samtidig.

### Tarmscreening

Det nasjonale programmet for tarmscreening medfører behov for å bygge om rom for å behandle pasienter, rengjøre skop ol. Siden byggene er gamle (Breivika og Harstad, Narvik kommer først når nybygg er klart) vil det ved ombygging medføre behov for å også skifte ventilasjon, noe som krever ytterligere investeringsmidler. Hver ombygging er estimert til mellom 20-30 mill. kroner pr rom, hvor UNN har finansiering på plass for 8,2 mill. kroner. Behovet er en konsekvens av det nasjonale screeningprogrammet, og det er ikke mulig å håndtere dette innenfor UNNs ordinære investeringsramme.

### Eventuelle nye pålagte regionsoppgaver

På grunn av små investeringsrammer og svært stramme prioriteringer i UNN presiseres det at dersom UNN får nye regionale oppgaver som genererer behov for utstyrsinvesteringer og ombygginger må det medfølge økte investeringsmidler.

Tabell 7- UNNs investeringsbehov i bygg

Prosjekt	Totalkostnad i mill kr	Investeringsbehov større ombygginger														
		2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034	2035	2036
Nye UNN Narvik	2 700	723	639	313	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Psykisk helse og rus	2 870	0	100	400	600	700	700	370	0	0	0	0	0	0	0	0
Nyfødt intensiv inkl helikopterplass	886	0	0	50	250	450	136	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Innslusa operasjon Breivika	150	0	10	140	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Arealplan Breivika	1 500	0	0	0	0	0	0	100	350	350	350	350	0	0	0	0
Harstad sykehus	3 500	0	0	0	0	0	0	0	100	400	500	500	500	500	500	500
<b>SUM</b>	<b>11 606</b>	<b>723</b>	<b>749</b>	<b>903</b>	<b>850</b>	<b>1 150</b>	<b>836</b>	<b>470</b>	<b>450</b>	<b>750</b>	<b>850</b>	<b>850</b>	<b>500</b>	<b>500</b>	<b>500</b>	<b>500</b>

Tabellen over er en oversikt over UNNs investeringsbehov for å kunne vedlikeholde og gjennomføre helt nødvendig fornying av den større bygningsmassen. Tabellen er satt opp med kjente økonomiske størrelser og når en rent praktisk (arbeidsmessig) kan gå i gang med de ulike prosjektene.

### Risiko og muligheter ved bygningsmassen

Behovene for bygningstekniske oppgraderinger i UNN er godt dokumentert i rapporten *Riksrevisjonens undersøkelse av helseforetakenes investeringer i bygg og medisinsk-teknisk utstyr* der det framkommer at kun OUS har en dårligere gjennomsnittlig teknisk bygningstilstand. Øvrige foretak i Helse Nord, inkludert Helgeland, kommer bedre ut enn UNN. Utover teknisk etterslep vil det stadig oppstå nye utrednings- og behandlingsmuligheter som skal ivaretas, også gjennom bygningsmessige tilpasninger. Svært ofte er dette sentraliserte funksjoner som UNN skal ivareta for hele regionen.

## Sak 38/2022 - vedlegg

Risikobildet for virksomheten er vurdert som størst i de 2 høyt prioriterte prosjektene Psykisk helse og rus og Nyfødt intensiv. Øvrige bygningsmasse ved UNN Breivika akkumulerer raskt et stort teknisk etterslep og behov for ombygginger, og dette vises tydelig i Arealplan Breivika rapporten fra 2018. Umiddelbart står foretaket overfor utfordringer ved å opprettholde- og utvikle kirurgisk kapasitet, inkludert hybrid- og robotkirurgi. Det er helt nødvendig å finne midler til å renovere 12 operasjonsstuer med tekniske anlegg og medisinsk teknisk utstyr (operasjonssøyler) med stor risiko for havari.

Utfordringer ved driften av Harstad sykehus er dokumentert i Arealplan Harstad. Det vil i løpet av få år kreves betydelig vedlikehold av eksisterende bygningsmasse, men det er anbefalt fra Sykehusbygg HF å planlegge nybygg.

Noen pågående prosjekter i ekstern regi; Harstad Helsehus, NAW SARH helikopterlandingsplass og Kommunal legevakt i Tromsø gir mulighetsrom for medfinansiering av noen utfordringer. Dette mulighetsrommet bør utredes.

Tabell 8-oversikt over internt prioriterte ombyggingsprosjekter UNN

Investeringsprosjekter innenfor tildelt investeringsramme					
Prosjekt	Totalkostnad i mill kr	2022	2023	2024	2025
Card lab (Hjertelab B3-9)	9	0	9	0	0
Ombygging A1.8 patologi 2021	2	0	2	0	0
Kreft poliklinikk 2021*	10	0	10	0	0
Kjøkken	22	22	0	0	0
IVF-enhet og NIPT-utstyr	40	19	7	14	0
Koloskopi skreening	25	0	3	22	0
Sykkelparkering	3	3	0	0	0
Hybridstue (utover ramme fra HN)	17	0	17	0	0
Hybridstue 2	55	0	0	0	55
<b>SUM</b>	<b>183</b>	<b>44</b>	<b>48</b>	<b>36</b>	<b>55</b>

### Utstyr med mer

I investeringsplanen for UNN er det for 2022 avsatt 200 mill. kroner til utstyr med mer som skal dekke investeringer i medisinteknisk utstyr, teknisk utstyr, ombygginger, ambulanser, egenkapitaltilskudd KLP og andre investeringer. Beløpet videreføres i planperioden 2022-2027 for å så reduseres til 180 mill. kroner i 2028.

Årlige investeringsbehov vedrørende reanskaffelser av medisinteknisk utstyr, teknisk utstyr, ambulanser, egenkapitaltilskudd KLP med mer er beregnet til > 300 mill. kroner. I tillegg kommer investeringer i nytt utstyr, ny teknologi, samt renovering av eksisterende bygningsmasse. UNN har funnet det riktig å ha et eget overskuddskrav (80 mill. kroner) slik at noe av etterslepet kan tas inn. Dette medfører svært krevende omstillingsutfordringer for foretaket.

UNN mener at hovedstrategien i regionene må være å bruke eventuelle økonomiske handlingsrom dels til styrking av drift i foretakene, og dels til investeringer i utstyr. Foretakenes evne til å reanskaffe utstyr og henge med på den teknologiske utviklingen for utstyr er vesentlig og må prioriteres, og andre investeringer må vurderes opp mot dette behovet. Vedtatte investeringsrammer fra RHF er ikke tilstrekkelig for å dekke behovet for investeringer i utstyr, ombygginger med mer.

## 5. En samlet oversikt over innspill til driftsbudsjettet og forventninger om økt finansiering til nye vedtatte tiltak, i prioritert rekkefølge

Tabell 9-Innspill til plan nåværende regionale oppgaver med manglende finansiering

Nåværende regionale oppgaver med manglende finansiering	
Innspill (tall i mnok)	Drift
Subspesialisering mm kreftleger, drift proton	18,0
Underfinansiering Lutathera 6 mill (riktig beløp? – er ISF trukket fra?)	6,0
Ansatte PET	6,0
Nasjonale kvalitetsregistre, underfinansiering sammenlignet med andre regioner 6 mill	6,0
<b>Totalt</b>	<b>36,0</b>

### UNNs finansieringsbehov

#### *Subspesialiseringen onkologer og innføring av protonbehandling i Norge Sikre et likeverdig tilbud om kreftbehandling i Helse Nord*

Kreftomsorgen har endret seg vesentlig de siste femten årene. Det har kommet en rekke nye behandlingsmuligheter og kreftbehandlingen er blitt mer kompleks. Avansert diagnostikk medfører at forståelsen av kreftsvulster endres og behandling kan målstyres mot den enkelte pasients kreftsvulst. Den faglige utviklingen medfører at det ikke lenger er realistisk at en generell kreftlege kan ha oversikt over og styre behandlingen innen mange forskjellige kreftområder.

I de andre helseregionene har dette medført etablering av regionsykehus som regionalt kreftsentre der kreftlegene er subspesialisert og jobber med noen utvalgte kreftområder. Mye behandling gis fortsatt på lokalsykehusene der legene kan kontakte regionsykehuset for veiledning og vurderinger. Helse Nord er den eneste helseregionen der kreftlegene på regionsykehuset ikke er subspesialisert, og ved benchmarking sees en klar underdekning av kreftleger i UNN. Dette gjør det utfordrende å opprettholde den faglige utviklingen i kreftomsorgen i Helse Nord, samt for UNN å ivareta det økende omfanget av spørsmål fra fagfolk ved lokalsykehusene i Helse Nord.

Det er nødvendig å subspesialisere kreftlegene i UNN dersom vi skal klare å opprettholde et likeverdig tilbud om kreftbehandling i Helse Nord sammenlignet med andre helseregioner. Både ut fra kapasitetsbehov og behov for spesialisering er det anslått at UNN må styrke antall onkologer med 9 fordelt med en økning på 3 per år de neste tre årene. Dette gir en økt kostnad på 4 mill. kroner pr år og til sammen 12 mill. kroner fra år 3.

Fra 2024 skal Norge starte med protonterapi i Oslo og Bergen. Etablering av protonbehandling gjøres som en flerregional behandlingstjeneste som dekker hele landet. Behov for bemanning, opplæring av personell, innkjøp av utstyr og IKT-system som kan kommunisere om overføring



## Sak 38/2022 - vedlegg

av store datamengder mellom samarbeidende sykehus er nødvendig å koordinere for å sikre at protonterapi skal bli godt implementert i hele Norge.

Noen pasientforløp vil kreve at det lages doble doseplaner (en fotonplan som er dagens standard og en protonplan) og at gevinst ved protonterapi vurderes ut fra sammenligning av disse. For å sikre et likeverdig behandlingstilbud i hver av de fire regionale helseforetakene er det nødvendig med kompetanse, personell og utstyr for å kunne lage sammenlignende proton- og fotonplaner. Når tilbudet åpnes planlegges daglige videomøter hvor UNN legger fram aktuelle pasienter hvor behandlingen er planlagt av lokale fagfolk. Å bygge høyspesialisert kompetanse tar tid. I dag tar det eksempelvis 2 arbeidsdager å ferdigstille en doseplan for en pasient som skal stråles mot kreft i ØNH-regionen. Tidsbruken vil minst dobles når man i tillegg skal lage en protonplan. For å sikre stabil bemanning bør minimum 2 x 50 % innenfor hver yrkesgruppe (stråleleger, medisinske fysikere og stråleterapeuter) dedikeres til dette arbeidet. Årlige utgifter til personell og øvrig drift er 2 mill. kroner første år, deretter økes kostnaden med 2 mill. kroner de neste to årene. Ved full implementering i år 3 er totale kostnader estimert til om lag 6 mill. kroner.

Uten styrkning av rammene til denne regionale funksjonen for planlegging av protonterapi, deltakelse i flerregional behandlingstjeneste og muligheten til å inkludere nordnorske pasienter i kliniske behandlingsstudier tilknyttet tilbudet, må alle pasienter som vurderes for strålebehandling av barnekreft, øre-nese-hals-kreft og benigne hjernesvulster sendes ut av helseregionen fra høsten 2024, og fra 2025 vil dette gjelde flere diagnosegrupper.

### *Underfinansiering Lutathera*

I oppdragsdokumentet 2019 fikk UNN oppdraget «etablere metode for peptid reseptor radionukleotid behandling av maligne lidelser» (Lutathera). Lutathera er det første radioaktive legemiddelet som målstyres direkte til svulsten og sender ut celledrepende stråling. Bakgrunnen for oppdraget til UNN var vedtak i Beslutningsforum i 2018 om å innføre metoden i Norge og vedtak i RHF-ene om å organisere denne behandlingen ved de fire regionsykehusene. Helse Nord RHF tildelte UNN fire millioner kroner for å dekke utgiftene til behandlingen. Erfaringen hittil er at over dobbelt så mange pasienter har behov for Lutathera årlig sammenlignet med det opprinnelige anslaget som lå til grunn for Beslutningsforums vedtak om å innføre metoden. UNN behandler ti pasienter årlig fra foretakene i Helse Nord. Kostnadene til bare legemiddelet Lutathera er i underkant av ti millioner kroner årlig. I tillegg kommer utgifter til beskyttelse mot stråling og innleggelse. Kostnadene til legemiddelet Lutathera synes i overskuelig fremtid ikke å bli ivaretatt i den innsatsstyrte finansieringen.

### *PET - ansatte*

Egenproduksjon av radiopharmaka krever flere ansatte enn det opprinnelig var lagt opp til. I tillegg ble det i 2019 ansatt flere radiografer i PET for å imøtekomme en aktivitetsøkning. Denne økningen er ikke finansiert til tross for at dette er en regional oppgave. Stillingene bes derfor finansieres.

### *Øke finansieringen av Helse Nords nasjonale medisinske kvalitetsregistre til landsgjennomsnittet*

De åtte nasjonale medisinske kvalitetsregistrene som helseforetak i Helse Nord RHF leder har over tid hatt vesentlige kvalitetsproblemer. Tre av åtte registre har de siste årene blitt foreslått avvirket av den nasjonale ekspertgruppen. På samme tidspunkt ble ingen registre i andre helseregioner foreslått nedlagt. De to beste registrene vurderer å re-lokalisere til St Olav eller



## Sak 38/2022 - vedlegg

OUS på grunn av manglende muligheter for utvikling. En interregional arbeidsgruppe viste at registrene i Helse Nord RHF er finansiert vesentlig lavere enn landsgjennomsnittet (som er 55 % høyere enn Helse Nord), Helse Sør-Øst (53 % høyere enn Helse Nord), Helse Vest (57 % høyere enn Helse Nord) og svært mye lavere enn registrene i Helse Midt-Norge (132 % høyere enn Helse Nord). De administrerende direktørene i RHF-ene vedtok i desember å ikke etablere en felles nasjonal finansieringsmodell. Dersom vi skal klare å opprettholde og utvikle de nasjonale medisinske helseregistrene i Helse Nord på samme måte som i andre helseregioner må finansieringen økes til landsgjennomsnittet. Kostnad 6 mill. kroner.

Tabell 10-Innspill til plan nye/økende regionale oppgaver

Nye/økende regionale oppgaver	
Innspill (tall i mnok)	Drift
RSS, økning med en seng (seng nr. 6) 3,5 mill.	3,5
Økt behov regional spesialisert rehabilitering 6,5 mill.	6,5
Etablere og drifte Barne- og ungdomspsykiatri register 2,3 mill.	2,3
<b>Totalt</b>	<b>12,3</b>

### *Økning med en seng Regionsenter for spiseforstyrrelser*

Økningen er begrunnet med store kapasitetsutfordringer i dagens enhet med stadige utsettelse av elektiv virksomhet pga. kapasitetsutfordringer. Senteret har fått en betydelig økning i henvisninger siste år (>30 %).

### *Regionalt tilbud intensiv habilitering*

UNN er 05.11.2021 gitt i oppdrag om å avklare hvordan intensiv habilitering for barn og unge bør ivaretas i Helse Nord, hvor det ligger føringer om opprettelse av dette ved UNN. Dette skal ses i sammenheng med det planlagte regionale tilbudet for barn og unge med ervervet hjerneskade (fikk midler til dette i 2022). Arbeidet i den regionale gruppen skal slutføres innen 10. 04.2022, men det er allerede signalisert at det er behov for finansiering av dette utenfor UNNs eksisterende ramme.

### *Nasjonalt register for psykisk helsevern barn og unge*

Registeret skal årlig inkludere data fra 30 000 nye pasientforløp som gis helsehjelp fra 100 enheter i spesialisthelsetjeneste. For å kunne drifte et nasjonalt register vil det være behov for en datamanager i 100 % stilling (kompetanse på informatikk og statistikk), faglig leder i 50 % og en koordinator i 50 % stilling. I tillegg vil det være behov for noen driftsutgifter for å dekke utgifter til møter og reise. Samlet sett vil dette utgjøre en årlig kostnad på kr 2,3 mill. kroner, inkludert sosiale kostnader.

**Følgende poster er vurdert, men prioritert bort i vurdering opp mot de innspilte behov:**

### *Persontilpasset medisin*

UNN har skissert et investerings- og driftsbehov for dette på samlet 79,9 mill. kroner. UNN har fått 7 mill. kroner; ca. 10 % av totalen, som et engangsbeløp fra nasjonal tildeling. Saken er kjent i ledergruppen og har vært behandlet i styresak i Helse Nord RHF. UNN forutsetter at RHF prioriterer dette i tråd med tidligere vedtak, med minimum 6 mill. kroner i 2023.

### *Finansiering av K-RES*

## Sak 38/2022 - vedlegg

Signaler fra sentralt hold tilsier at dagens finansiering vil opphøre og at RHF eller HF selv må finansiere denne tjenesten. Dette er en kostnad på ca. 7 mill. kroner.

### *Økt LIS stillinger anesthesi*

Behovet for økt utdanning av spesialister i Anestesi er svært stort i Helse Nord som følge av flere nye ambulanshelikopterbasert med tilhørende legeressurser i døgkontinuerlig vakt, samt vaktordning for anestesileger på Svalbard. Mangel på spesialister medfører stort innleie til svært høye kostnader, og det er en regional oppgave å sikre tilstrekkelig antall spesialister. OPIN har ansvaret for å utdanne disse i regionen og kapasiteten er nå for lav. Det er behov for 4 nye utdanningsstillinger i 2023 og 2 til i 2024.

### *Trombectomi - behov for stillinger*

Det er et forventet behov for å øke med 2 senger (og senere til 5) ved slagenheten for økt behandling vedrørende denne pasientgruppen som følge av økt pasientgrunnlag. Totaltallet inkluderer også behov for to stillinger ved Diagnostisk klinikk (intervensjon lab).

### *Beredskap og miljømedisin Nord-Norge*

Behov for en ny overlegestilling for å ivareta de oppgaver det oppdraget arbeids- og miljømedisinsk avdeling har regionalt. Det er i innspillet skissert mange oppgaver som bare delvis kan oppfylles uten en styrking av avdelingen.

### *Allergologisk kompetanse Nord-Norge*

Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) påla gjennom oppdragsdokumentet de regionale helseforetakene (RHF) å etablere spesialiserte regionale senter for astma allergi og overfølsomhet (RAAO). RAAOs oppgaver er utredning og behandling av pasienter med kompliserte og sammensatte allergiske lidelser, samt utvikling og spredning av kompetanse. RAAO nord startet drift i nye lokaler ved UNN i september 2017. Ordningen bør økes med 1 lege og 1 sykepleier i tillegg til en 50 % stilling til kontorfaglig personell.

### *Ressursmangel Nasjonal behandlingstjeneste for avansert trobocytimmunologi*

Økte henvisninger over tid, involvering i forskningsprosjekter som gir mer kunnskap om de vaksinerelaterte bivirkningene gjør at en står i en krevende situasjon ressursmessig.

### *Hyperbar oksygenbehandling*

Trykkammeret ved OPIN er eneste mulige behandling for hyperbar oksygenbehandling i Helse Nord. Dette er et ressurskrevende tilbud og som i dag er for ustabil. Saken er skriftlig tidlig meldt Helse Nord.

### *Nye oppgaver*

Ved eventuelle nye oppdrag og oppgaver må det medfølge full finansiering.

## **6. Vurdering av nivå og fremdrift av egen investeringsplan**

Årlige investeringsbehov vedrørende reanskaffelser av medisinteknisk utstyr, teknisk utstyr, ambulanser, egenkapitaltilskudd KLP med mer er beregnet til i > 300 mill. kroner for å kunne ta igjen ett stort etterslep på utstyr. UNN har allerede mye utstyr som er avskrevet økonomisk, men som fortsatt er i drift. Innen noen kategorier er gjennomsnittlig levealder utover

økonomisk levetid  $\geq$  4 år. Dette gjenspeiles også gjennom at investeringsrammen i UNN i større og større grad går til reanskaffelser (kassasjoner).

Tabell 11-en aldrende utstyrspark UNN

Anleggsgruppe(T)	Oppr. Kost	Gjennomsnitt av År_overtid_he Itall
Alarmsentral	944 990	5,5
Analyseapp. / lab.utstyr	72 043 882	3,1
Annet MTU	75 052 995	3,6
Annet teknisk og elektrisk utstyr	30 877 714	5,4
Bygningsmessige anlegg	2 743 453	7,5
Kirurgiske instrumenter	2 282 104	2,6
Kommunikasjonsutstyr / tele	33 326 651	5,5
Laboratorieinnredning	285 137	3,7
Overvåkningsanlegg	24 543 378	4,8
Personbiler (inkl. ambulanser)	57 657 125	5,4
Røntgenutstyr	98 563 444	4,1
Scopiutstyr	48 492 503	3,7
Skylleromsutstyr	193 016	4,0
Stråleterapi- og skylleromsutstyr	5 343 713	3,1
Ultralydutstyr	51 179 922	3,6
VVS/EI-installasjon/Klimaanlegg	179 310 389	4,3
<b>Totalsum</b>	<b>682 840 415</b>	<b>4,0</b>

Tabell 11 viser at UNN har en aldrende utstyrspark. Utstyret som er med i tabellen hadde ved innkjøp en total anskaffelseskost på 682,8 mill. kroner. I gjennomsnitt er disse driftsmidlene 4 år eldre enn økonomisk levetid, som vil si at de var ferdig avskrevet i regnskapet for 4 år siden.

Tabell 12-kassasjoner (i beløp) siste tre år

Oversikt over kostnader (mill kr) på kassert utstyr som er erstattet			
Type / år	2019	2020	2021
<b>Kassert</b>	<b>53,1</b>	<b>79,1</b>	<b>120,2</b>

Den stadig eldre utstyrsparken vises gjennom en økt kostnad vedrørende kassert utstyr. Dette er utstyr som må erstattes for å ikke gå utover pasientbehandling/-kvalitet/-sikkerhet.

Satsninger på eget internt overskuddskrav er viktig for å kunne framskynde reanskaffelser.

Utstyrs- og bygningsmassen ved UNNs lokalisasjoner vurderes som kritisk.

## 7. Innspill på driftstiltak som vil bidra til økt kvalitet på pasientbehandling eller bidra til bedre samhandling med primærhelsetjenesten

UNNs målsetning om videre utvikling av pasientens helsetjeneste konkretiseres gjennom målrettede tiltak som for eksempel økt andel tele- og videokonsultasjoner, kloke valg, stormottakersatsingen og pasientsentrerte helsetjenesteteteam (PSHT). Satsingen forutsetter samhandling med primærhelsetjenesten, og vil gi økt kvalitet i behandlingen med bedre pasientforløp og behandling tilpasset og basert på den enkelte pasients ønsker og forutsetninger. UNN mener også det ligger betydelig potensiale i økt kvalitet i pasientbehandlingen i regionen ved å styrke muligheten for avanserte intervensjoner og hybride inngrep som erstatning for tradisjonell kirurgi, samt i oppbygging av persontilpasset medisin og sikring av tilbud om protonbehandling også til den nordnorske befolkning. En viss sentralisering av avanserte prosedyrer koblet med økt desentralisering av oppfølgende behandling vil kunne gi både kvalitetsmessige og økonomiske gevinster. Et økt fokus på gode pasientforløp i regionen er nødvendig.

Redusert bruk av vikarer er viktig for å redusere kostnadene, men det er godt kjent at utstrakt vikarbruk er en belastning for arbeidsmiljøet og innebærer risiko for redusert kvalitet i pasientbehandlingen. For å styrke stabilisering og rekruttering er en systematisk satsing på et godt arbeidsmiljø, god ledelse og styrking av medarbeidernes kompetanse og tilstrekkelig utdanningskapasitet viktig. UNN skal bidra med moderne praksisarenaer der ansatte med veiledningskompetanse basert på pedagogiske metoder gir god veiledning, være en aktiv partner for UiT Norges arktiske universitet for å sikre tilstrekkelig utdanningskapasitet, og ha tilstrekkelig utdanningsstillinger for videreutdanningene innen anesthesi-, barne-, intensiv-, operasjons- og kreftsykepleie (ABIOK). For å kompensere for og klare å håndtere fremtiden med begrenset tilgang på spesialisert personell er det viktig også å arbeide systematisk med oppgaveglidning mellom yrkesgrupper på sentrale områder, som bruk av farmasøyter og assistenter på intensivenehetene.

Alle disse tiltakene sikrer kvalitet i pasientbehandlingen fremover.

Et regions- og universitetssykehus som har nødvendig utstyr og kapasitet på høyspesialisert nivå, inkludert ressurser til å drive forskning og fagutvikling på høyt internasjonalt nivå, er en forutsetning for at den nordnorske befolkning skal kunne sikres et spesialisthelsetjenestetilbud på nivå med befolkningen ellers i landet. Forskning, fagutvikling og kompetansebygging er nødvendig og viktig også for å rekruttere og stabilisere nødvendig kompetanse. Eksempelvis er en oppbygging av kreftomsorgen med tilstrekkelig mulighet for subspecialisert personell, tilgang på persontilpasset medisin og mulighet for å bli inkludert i kliniske studier, en forutsetning for både å rekruttere og stabilisere nødvendig personell og for at pasientene skal velge å bli behandlet i egen region også i de kommende årene.



## STYRESAK

<b>Styresak:</b>	<b>39/2022</b>
<b>Møtedato:</b>	<b>28.04.2022</b>
Arkivsak:	2019/9037-34
Saksbehandler:	Ingrid Lernes Mathiassen

## Oppnevning Brukerutvalg ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF 2022-2024

### Innstilling til vedtak

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF oppnevner følgende medlemmer og varamedlemmer til brukerutvalget for valgperioden 2022-2024:

#### Representanter

Navn	Fødselsår	Bosted	Brukerorganisasjon/ pasientforening
Nina Benjaminsen*	1970	Storslett	RIO Nord
Ulf Jack Bergstrøm	1954	Harstad	Kreftforeningen/ Norilco
Lisbeth Dyrstad*	1957	Tromsø	FFO/ HLF Tromsø
Thomas Engelskjøn*	1977	Tromsø	Kreftforeningen
Esben Haldorsen*	1962	Narvik	Marborg
Sidsel Haldorsen*	1942	Tromsø	Fylkeseldrerådet i Troms og Finnmark
Ingolf Kvandahl	1947	Ballangen	Nordland eldreråd
Margrethe Larsen*	1967	Harstad	Kreftforeningen/ Blodkreftforeningen
Nina Nedrejord	1956	Karasjok	SAFO Nord/ Norsk forbund for utviklingshemmede
Terje Olsen	1951	Storslett	FFO/ Huntingtonforeningen

\*= nye representanter

#### Vararepresentanter (rangert rekkefølge ihht mandat)

Navn	Fødselsår	Bosted	Brukerorganisasjon/ pasientforening
Gudmund Ruben Johansen**	1942	Gibostad	FFO/ LHL Midt- Troms
Trond Arthur Pedersen*	1958	Narvik	FFO/ Autismeforeningen
Kirsti Baardsen	1950	Tromsø	Kreftforeningen

Ole-Marius Minde Johnsen*	1990	Tromsø	FFO/ Mental Helse
Nina Rossing*	1981	Tromsø	RIO
Alesia Andreassen*	1972	Vadsø	FFO/ Blindeforbundet

\*= nye representanter

\*\*= 1. vara møter fast i møtene i Brukerutvalget

2. Som leder oppnevnes Terje Olsen og som nestleder oppnevnes Esben Haldorsen.

## Bakgrunn

I tråd med § 8 i vedtektene til Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) skal styret påse at pasienters og pårørendes rettigheter og interesser blir ivaretatt, blant annet gjennom et fast samarbeid med deres organisasjoner.

Brukerutvalget har i siste periode hatt 10 medlemmer og 6 varamedlemmer, og gjennomfører seks møter i året. 1. vara møter som fast representant i brukerutvalgets møter. Brukerutvalgets arbeidsutvalg velges av og blant utvalget selv, og har i inneværende periode bestått av leder, nestleder, samt ett ekstra medlem fra Brukerutvalget og sekretariat. Arbeidsutvalget har egne møter i forkant av hvert styremøte, der blant annet utkast til styresaker blir gjennomgått, og innspill eller merknader gitt.

## Formål

Formålet med saken er å oppnevne nytt brukerutvalg for en periode på to år, inntil neste valg gjennomføres våren 2024. Funksjonstiden til brukerutvalget følger styrets funksjonstid.

## Saksutredning

Alle kjente brukerorganisasjoners sammenslutninger er blitt tilskrevet og invitert til å foreslå medlemmer til UNNs brukerutvalg, i tråd med bestemmelsene i mandatet for utvalget.

Brukerutvalget arbeider i tråd med mandatet, og utarbeider årlige handlingsplaner. Utvalgets medlemmer, varamedlemmer og andre aktuelle brukere deltar på vegne av utvalget i en lang rekke styringsgrupper, prosjekt og arbeidsgrupper, i tillegg til utvalgets egne møter.

Ifølge mandatet skal brukerutvalget ikke behandle saker som omhandler enkeltpasienter, men ivareta brukerperspektiv og medbestemmelse på individnivå, tjenestenivå, systemnivå og politisk nivå, med hovedvekt på tjeneste- og systemnivå.

For å sikre kontinuitet i utvalgets arbeid er det i tråd med mandatet ønskelig at ikke flere enn fire faste medlemmer skiftes ut ved valgperiodens utløp. Utvalgets sammensetning være

basert på alder, kjønn, organisasjonstilhørighet, geografi, etnisitet, bakgrunn, store pasientgrupper og satsningsområder.

## Medvirkning

Ettersom saken bygger på innstilte kandidater fra brukerorganisasjonene, i tråd med bestemmelsene fra Helse Nord RHF, er ikke saken forelagt andre interessenter.

## Vurdering

Oppnevning av nye brukerrepresentanter ved UNN følger samme periode som nytt styre. Med bakgrunn mandatet og etter forslag fra brukerorganisasjonene foreslås en sammensetning av nytt brukerutvalg slik det fremgår av innstillingen. Fire nye medlemmer er foreslått inn i utvalget, i tillegg til at to varamedlemmer fra forrige periode trer inn som faste representanter i utvalget.

Blant de seks varamedlemmene ved UNNs brukerutvalg er det foreslått 5 nye medlemmer. Varamedlemmer oppnevnes i rekkefølge som første, andre, tredje, fjerde, femte og sjette varamedlem, og møter etter innkalling ved varslet forfall, unntatt 1. vara som møter fast i møtene.

Brukerperspektivet står sentralt i UNNs planlegging og gjennomføring av tiltak som har betydning for den enkelte pasient, pårørende og øvrige brukere. Det er derfor med tilfredshet at det her foreslås en utvalgssammensetning som både ivaretar etnisitet og en bred geografisk spredning, ettersom UNN plikter å la brukerrepresentanter av alle lag av befolkningen samt fra hele regionen inngå i utvalget. Dette bidrar til å styrke UNNs regionale rolle.

Foreslåtte representanter er forespurt og har bekreftet sitt kandidatur.

Direktøren anbefaler at styret gjør oppnevningen i tråd med innstillingen i saken.

Tromsø, 08.04.2022

Anita Schumacher (s.)  
administrerende direktør

Vedlegg:

1. Mandat for UNNs brukerutvalg
2. Kandidatoversikt fra brukerorganisasjonene

# Mandat for brukerutvalget ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN)

---

## 1. Visjon, formål og mål

**Visjon:** Med pasienten- for pasienten

**Formål:** Å utvikle UNNs tjenestetilbud gjennom samarbeid, rådgiving, aktiv medvirkning og systematiske tilbakemeldinger.

**Mål:** Brukerutvalget skal bidra til å gi den beste utredning, behandling og pleie slik at pasienter og pårørende er trygge og godt ivaretatt. Brukerutvalgets bidrag skal underbygge UNNs overordnede mål gjennom å gi innspill til å:

- Definere mål for kvalitet i pasientbehandlingen
- Måle og dokumentere resultater i kvalitetsregistre
- Formidle resultatene slik at pasienten kan delta i beslutninger på egne premisser
- Drive kontinuerlig forbedring av pasientforløpene
- Være pådriver for brukermedvirkning, likemannsarbeid og pasientopplæring

## 2. Oppnevning, valg og kriterier

Brukerorganisasjonene og fylkeseldrerådene inviteres til å sende inn forslag på kandidater ved oppnevning av nytt brukerutvalg. Styret oppnevner utvalget etter innstilling fra administrerende direktør på bakgrunn av disse forslagene. Styret oppnevner leder og nestleder. Funksjonstiden følger styret i UNN. For å sikre kontinuitet bør om nødvendig maks fire medlemmer skiftes ut ved valgperiodens utløp.

Brukerutvalget skal være bredt sammensatt, og representere organisasjoner og brukere, samt ta hensyn til alder, kjønn, geografi, etnisitet, bakgrunn, store pasientgrupper og satsningsområder.

Det stilles krav til brukerrepresentantene. De må ha erfaring fra UNN, evne og vilje til aktiv medbestemmelse, kunne arbeide på tvers av - og utover egen gruppes interesser.

## 3. Sammensetning og arbeidsmåte

Brukerutvalget har 10 medlemmer samt 6 varamedlemmer. 1. vara møter som fast representant i brukerutvalgets møter.



Arbeidsutvalget består av leder, nestleder og Brukerutvalgets sekretariat.

Brukerutvalget skal utarbeide strategi og 2-årig handlingsplan. Det skrives referat fra møtene. Utvalgets årsrapport innarbeides i årlig melding for helseforetaket. Tett samarbeid med UNNs ledelse og direktøren sikres gjennom at utvalget har en fast representant for direktøren i utvalgets møter til koordinering av saker til styret m.v. samt en fast sekretærfunksjon i tilknytning til løpende utvalgsarbeid. Andre ressurspersoner innkalles ved behov.

UNN påtar seg ansvaret for og eventuelle utgifter forbudet med nødvendig skoloring av brukerutvalgets medlemmer, jamfør strategi- og handlingsplan for brukermedvirkning i Helse Nord. Nye medlemmer mottar en brukerutvalgshåndbok med relevant informasjon.

For å sikre en god og tett dialog mellom brukerutvalg og styre, skal leder av Brukerutvalget (med nestleder som vara) ha møte- og talerett i styret til UNN. Utvalget arbeider uavhengig av helseforetakets daglige drift, og er selvstendig i forhold til brukernes interesser.

Møtestruktur/hyppighet: Minimum 6 ganger pr år. Arbeidsutvalget møtes minimum 6 ganger pr år, gjerne i forkant av styremøtene.

#### **4. Avgrensninger og handlingsrom**

Brukerutvalget skal vareta brukerperspektivet og medbestemmelse på individnivå, tjenestenivå, systemnivå og politisk nivå, med hovedvekt på tjeneste- og systemnivå. Brukerutvalget skal ikke behandle saker som omhandler enkeltpasienter.

Utvalget skal blant annet:

- Delta i høringer (som obligatorisk høringsinstans)
- Gi innspill til budsjett, årlig plan og melding (fast)
- Delta i styrings- og eller arbeidsgrupper ved store omstillinger, ombygginger og arealmessige omdisponeringer, endringer i tjenestetilbudet og andre store prosjekter (fast)
- Bidra til systematisk innsamling og bruk av pasienter og pårørende sine erfaringer: Kjenne til undersøkelser som skal gjennomføres, bidra til å initiere undersøkelser og til at resultatene bekjentgjøres innad og utad og at disse tas med som en del av beslutningsgrunnlaget når avgjørelser tas.
- Gjensidig møterett mellom brukerutvalg, kvalitetsutvalg og andre relevante utvalg.
- Foreslå konkrete tiltak som kan bedre tilbudet og forholdene for pasienter og pårørende ved UNN.

Både pasienter pårørende og ansatte, styret og pressen må på en enkel måte kunne nå Brukerutvalget, på e-post, telefon og gjennom internettsider.

## 5. Godtgjøring/honorar

Utvalgsmedlemmene mottar møtegodtgjørelse etter fastsatt sats pr møte som de deltar på. Leder og nestleder mottar i tillegg et årlig honorar. Satsene tilsvarer det som til enhver tid gjelder for Regionalt brukerutvalg, og som er vedtatt i styret i Helse Nord RHF. Justeringstidspunktet følger justeringen av satsene i foretakets styre.

I tillegg dekkes reise- og oppholdsutgifter etter statens satser samt at det gis kompensasjon for tapt arbeidsfortjeneste dokumentert fra arbeidsgiver.

Brukermedvirkning i klinikkinterne prosjekter, utvalg med mer godtgjøres i tråd med gjeldende satser og belastes klinikkens eget budsjett.

## Kandidatoversikt fra brukerorganisasjonene

<b>NAVN</b>	<b>ORGANISASJON/ FORENING</b>
Alesia T. Andreassen	FFO Finnmark/ Blindeforbundet
Lisbeth Dyrstad	FFO/ HLF Tromsø
Trond A. Pedersen	FFO Nordland/ Autismeforeningen
Gudmund Ruben Johansen	FFO Troms/ LHL Midt-Troms
Ole Marius Minde Johnsen	FFO/ Mental Helse Tromsø
Terje Olsen	FFO/ Huntingtonforeningen
Sidsel Haldorsen	Fylkeseldrerådet i Troms og Finnmark
Thomas Engelskjøn	Kreftforeningen
Kirsti Baardsen	Kreftforeningen/ Brystkreftforeningen
Ulf Bergstrøm	Kreftforeningen/ Norilco
Margrethe Larsen	Kreftforeningen/ Blodkreftforeningen
Helge Schjøberg	Kreftforeningen/ PROFO
Esben Haldorsen	Marborg
Heidi Susann Nergård	Norges ME forening, Troms Regionlag
Ingolf Kvandahl	Nordland fylkes eldreråd
Tone May Nordstrand	Nordland fylkes eldreråd
Else M. Isaksen	Pensjonistforbundet Finnmark
Astrid Iversen	Pensjonistforbundet Troms
Nina Rossing	RIO Rusmisbrukernes interesseorganisasjon
Nina Benjaminsen	RIO Rusmisbrukernes interesseorganisasjon
Nina Nedrejord	SAFO Nord/ Norsk forbund for utviklingshemmede



## STYRESAK

Styresak:	40/2022
Møtedato:	28.04.2022
Arkivsak:	2020/2710-3
Saksbehandler:	Gøril Bertheussen

## Justering av direktørens lønn

*Saken er unntatt offentlighet jf.offl § 13 første ledd jf. fvl § 13 første ledd nr. 1.*

Tromsø, 08.04.2022

Roald Linaker (s.)  
styreleder



## STYRESAK

Styresak:	41/2022
Møtedato:	28.04.2022
Arkivsak:	2022/33-4
Saksbehandler:	Ingrid Lernes Mathiassen

## Orienteringssaker til styremøte 28.04.2022

### Innstilling til vedtak

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar orienteringssakene til orientering.

1. Informasjon fra administrerende direktør til styret – *mundlig*
2. Kvalitet og pasientsikkerhet – pasienthistorie – *mundlig*
3. Orientering om resultater fra Forbedring 2022 ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF -*mundlig og skriftlig*

Tromsø, 08.04.2022

Anita Schumacher (s.)  
administrerende direktør



## ORIENTERINGSSAK TIL STYRET

Møtedato:	28.04.2022
Arkivsak:	2020/11104-3
Saksbehandler:	Gøril Bertheussen

## Orientering om resultater fra ForBedring 2022 ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF

### Bakgrunn og vurdering

ForBedring er en nasjonal medarbeiderundersøkelse i spesialisthelsetjenesten som gjennomføres årlig. Undersøkelsen kartlegger ulike faktorer som påvirker pasientsikkerhetskultur, arbeidsmiljø og HMS.

ForBedring 2022 ble gjennomført som planlagt i februar/mars og resultatene for foretaket er nå klare. Vedlagt rapport inneholder svarene fra alle ansatte i Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) og viser årets resultat samt fra tre foregående år.

ForBedring er verktøyet som gir oss nødvendig informasjon i en tid da fokus på forhold som har betydning for arbeidsmiljø og pasientsikkerhet er viktigere enn noen gang. Temaet retter seg inn mot smittevern, endringer i arbeidet og arbeidsbelastning, men også den følelsesmessige belastningen og bekymringer i arbeidet. Resultatene er behandlet i et samlet Arbeidsmiljøutvalg og Kvalitetsutvalg, og følges nå opp lokalt i organisasjonen i henhold til vedtatt plan.

Styret orienteres i denne saken om resultatene fra ForBedring 2022. Resultatene fra undersøkelsen brukes som en del av det kontinuerlige forbedringsarbeidet på alle nivå i foretaket.

Oppsummering av resultatene og funn presenteres muntlig i styremøtet.

Tromsø, 08.04.2022

Anita Schumacher (s.)  
Administrerende direktør

Vedlegg

- ForBedring 2022- samlet resultater for Universitetssykehuset Nord-Norge HF

## ForBedring - Medarbeiderundersøkelse 2022

Opprettelsesdato: kl. 13:50:10 mandag 14. mars 2022

Forfatter: Eichler Haakon

## Undersøkelse

ForBedring - Medarbeider	ForBedring - Leder	ForBedring - Leder 1
--------------------------	--------------------	----------------------

Undersøkelse gruppe ▲	Antall utsendte 2022	Antall svar 2022	Svarprosent 2022	Svarprosent 2021	Svarprosent 2020	Svarprosent 2019
ForBedring - Leder	407	332	81,6 %	83,9 %	88,3 %	89,1 %
ForBedring - Leder 1	21	20	95,2 %	94,7 %	100,0 %	70,6 %
ForBedring -	4482	1541	68,2 %	75,6 %	78,2 %	72,7 %
<b>Sum:</b>	<b>7110</b>	<b>Sum: 4913</b>	<b>Total: 69,1 %</b>	<b>Total: 76,1 %</b>	<b>Total: 78,8 %</b>	<b>Total: 73,7 %</b>

## Valgt foretak

UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE HF

## Valgt klinikk/område

◀ AKUTTMEDISINSK KLINIKK(10) BARNE- OG UNGDOMSKLINIKKEN(17) DIAGNOSTISK KLINIKK(30) DIREKTØREN(50) DRIFTS- OG EIENDOMSSENTERET(45) FAG- OG KVALITETSENHET(10) ▶

## Valgt avdeling/seksjon/enhet

◀ (manglende) ANESTESI- OG OPERASJONSAVDELING HARSTAD(1850) ANESTESI- OG OPERASJONSAVDELING NARVIK(1860) ANESTESI- OG OPERASJONSAVDELING TROMSØ(1870) ▶

## Valgt seksjon/enhet

◀ (manglende) ACT TROMSØ(223024) AKUTT POST SØR(224035) AKUTTMED. FELLESFUNKSJON(102000) AKUTTMED. KLINIKKLEDELSE(100000) AKUTTMED. KONTORTJENESTER(100000) ▶

## Valgt enhet

◀ (manglende) AMBULANSETJEN. ANDSLIMOEN(102060) AMBULANSETJEN. BALLANGEN(102073) AMBULANSETJEN. BERG(102066) AMBULANSETJEN. BJERKVIK(102077) ▶



**ForBedring**

Pasienter og medarbeidere skal være trygge og sikre i helsetjenesten. Formålet med undersøkelsen er forbedring av arbeidsmiljø og pasientsikkerhetskultur. Undersøkelsen har derfor fått navnet ForBedring. Det er et krav til ledere på alle nivå at resultater fra kartleggingen blir meldt tilbake til medarbeiderne, og det er et krav til alle medarbeiderne at de medvirker i å utarbeide og prioritere forbedringstiltak.

I menyen øverst velger man hvilken undersøkelse, hvilket år og hvilken organisatorisk enhet man ønsker å se resultater for.

I arkfanen "Forside" finner du oversikt over de (n) organisatoriske enheten (e) som inngår i din rapport og svarprosent.

I arkfanen "Gjennomsnitt per tema" får du et overblikk over resultatene fra undersøkelsen.

I de påfølgende arkfanene finner du resultatene for hvert enkeltspørsmål.

«Andel høy skår» i siste akrfane viser hvor stor prosentandel som er «litt enig» eller «helt enig» i spørsmålene per tema.

Grafene viser resultatene fra spørreundersøkelsen som gjennomsnittskår langs en skala fra 0-100 omregnet fra svaralternativene 1 til 5: Helt uenig; litt uenig; verken enig eller uenig, litt enig; helt enig.

**0 skal alltid tolkes som minst ønskelig, og 100 mest ønskelig.**

Resultater som inneholder høy spredning har [turkisfarget](#) spørsmålstekst i tabellen nederst på siden, og bør leses med økt varsomhet. Av hensyn til konfidensialitet blir ikke spørsmål som er besvart av færre enn 5 per organisatorisk enhet vist i rapporten.

Rapportvisning og menyvalg tilgangsstyres av hvilke kostnadssteder du som leder har tilgang til å se.

For å navigere i rapporten må du først velge "Undersøkelse" øverst til venstre:

- **ForBedring 2022 - Medarbeider**: rapport med svar fra medarbeidere du leder i valgte koststeder

- **ForBedring 2022 - Leder**: rapport med svar fra ledere som du har et lederansvar for i valgte koststeder.

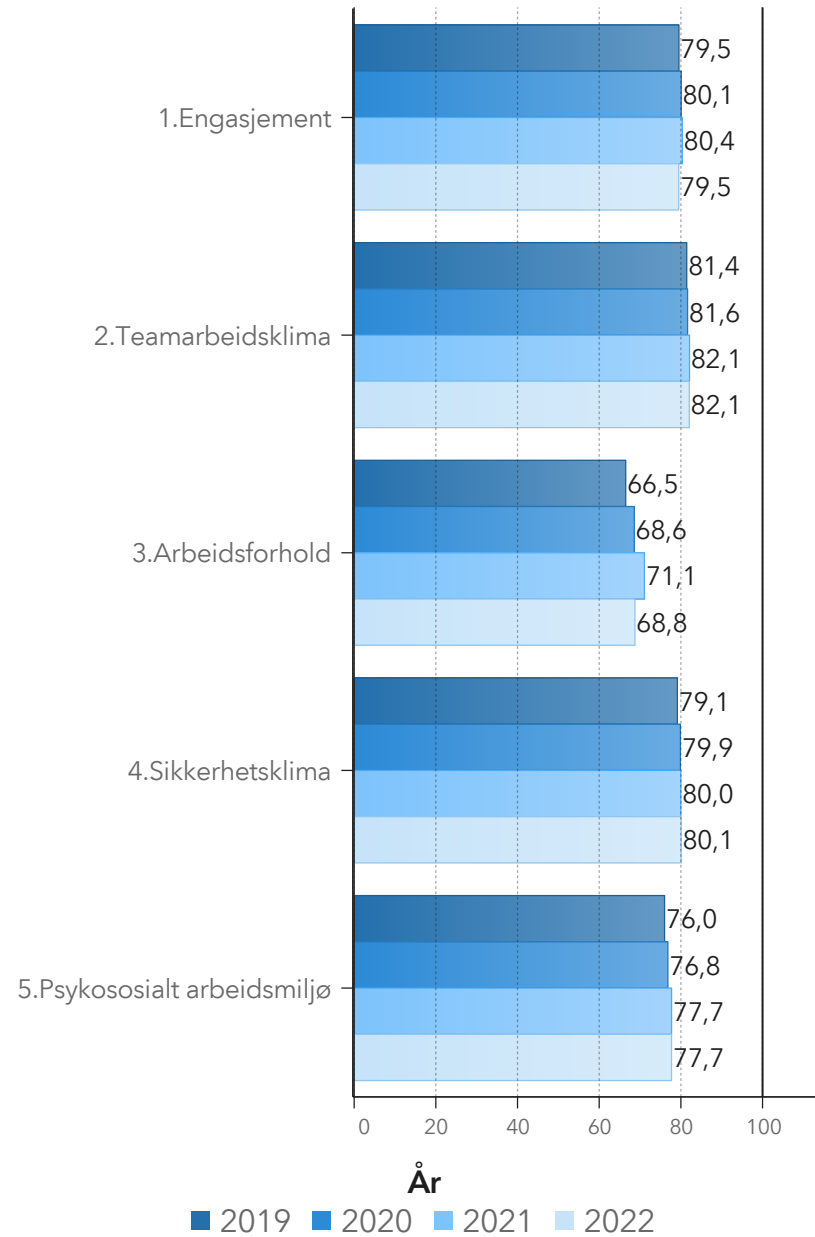
Dette er et eksempel fra 2022, for senere gjennomføringer velger man det aktuelle år.

Spørsmål knyttet til undersøkelsen kan rettes til gjennomføringsansvarlige for undersøkelsen i det respektive foretak.

Her finner du snittskår pr temaområde.

Her ser du også om skåren har endret seg siden sist og hva som er skåren i foretaksgruppen.

100 er den beste skåren på alle tema og spørsmål.



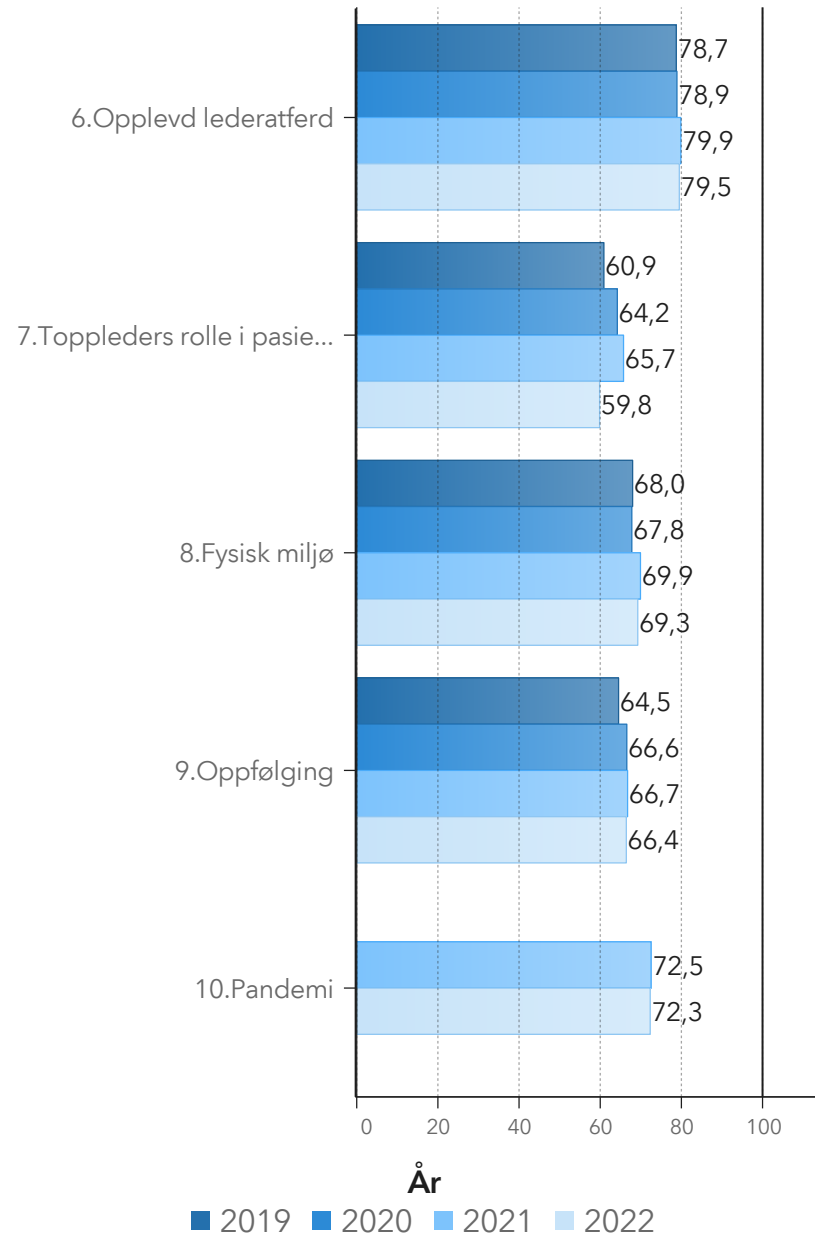
Spørsmålsgruppe ▲	Resultat 2022	HN-gruppesnitt 2022
1. Engasjement	79,5	80,8
2. Teamarbeidsklima	82,1	83,1
3. Arbeidsforhold	68,8	71,4
4. Sikkerhetsklime	80,1	81,2
5. Psykososialt arbeidsmiljø	77,7	79,3

Her finner du snittskår per temaområde.

Her ser du også om skåren har endret seg siden sist og hva som er skåren i foretaksgruppen.

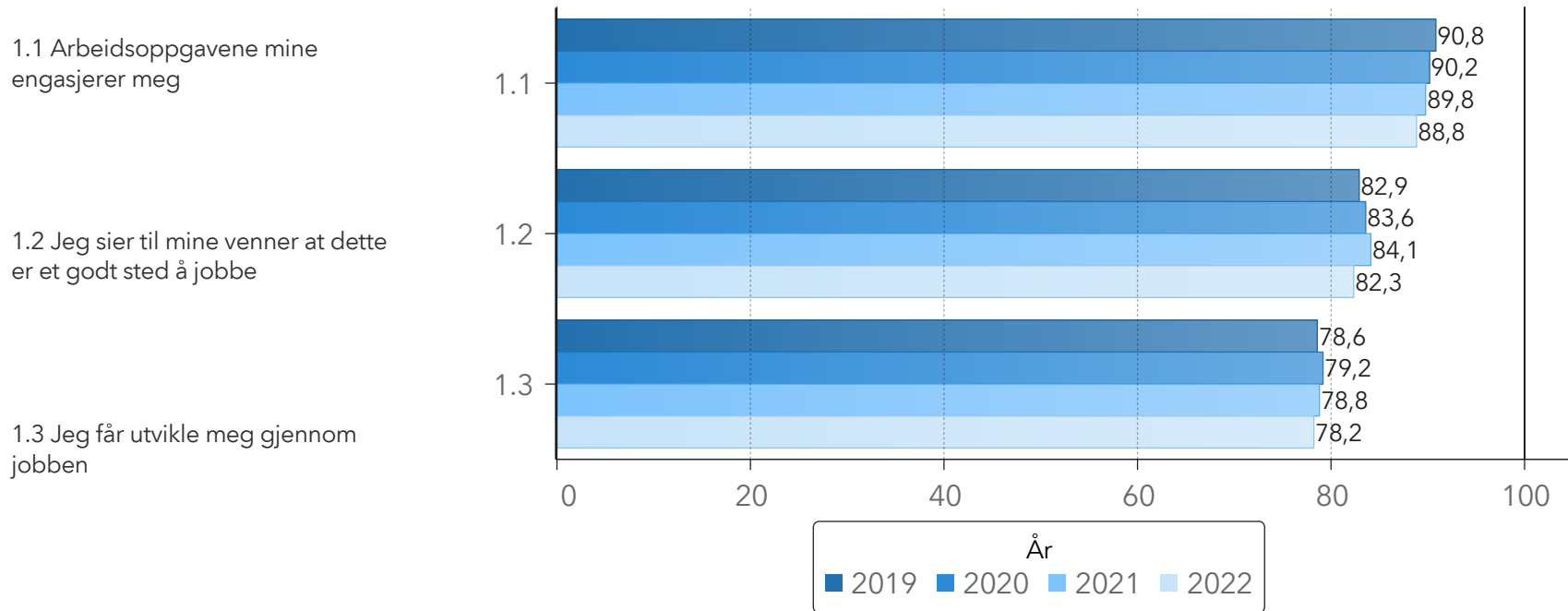
100 er den beste skåren på alle tema og spørsmål.

Kommentar:  
Temaet "Oppfølging" har fått et nytt spørsmål fra og med 2019.



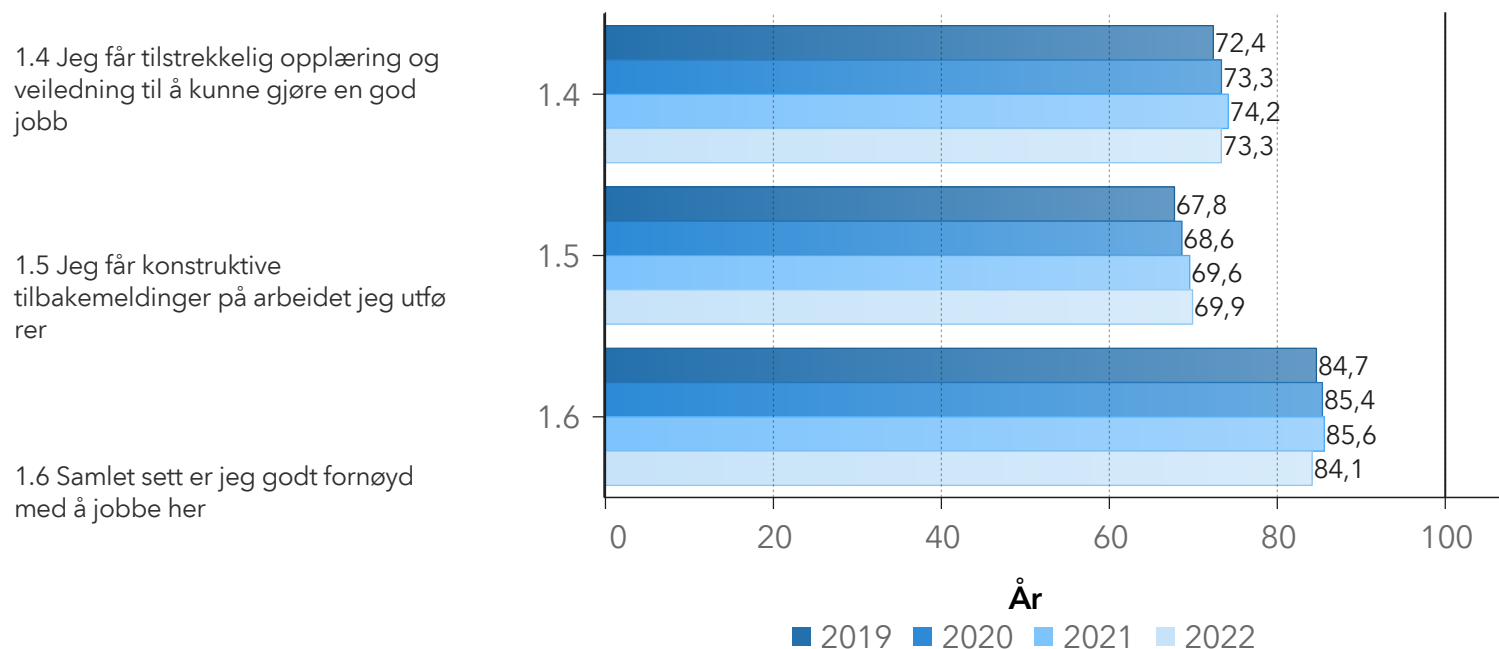
Spørsmålsgruppe ▲	Resultat 2022	HN-gruppesnitt 2022
6. Opplevd lederatferd	79,5	81,6
7. Toppleders rolle i pasientsikkerhetsarbeidet	59,8	62,8
8. Fysisk miljø	69,3	71,8
9. Oppfølging	66,4	67,8
10. Pandemi	72,3	73,5

Engasjerte medarbeidere er de som får anerkjennelse, tilbakemeldinger og mulighet for personlig utvikling gjennom sitt arbeid. Engasjement virker inn på en rekke ulike prestasjoner. Høyt jobbengasjement virker positivt inn på motivasjon og jobbutførelse, det fremmer service og lojalitet. Engasjement gir bedre økonomisk resultat og reduserer turnover, ulykker, svinn og kvalitetsfeil. Høy skår indikerer et høyt engasjement.



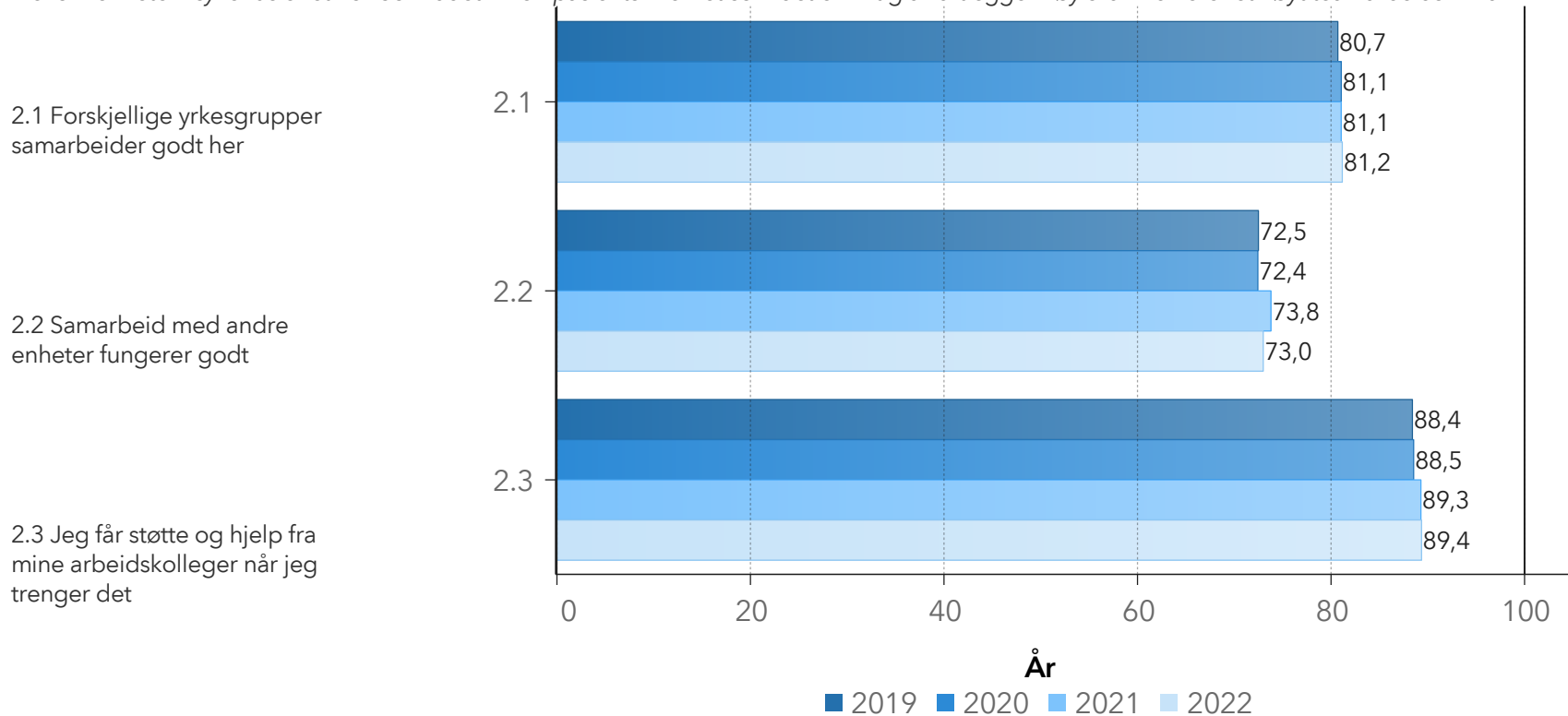
Nr ▲	Spørsmålstekst	Antall svar per spm. 2022	Antall vet-ikke-svar 2022	Resultat 2022	HN-snitt 2022
1.1	Arbeidsoppgavene mine engasjerer meg	4892	10	88,8	89,6
1.2	Jeg sier til mine venner at dette er et godt sted å jobbe	4857	36	82,3	84,3
1.3	Jeg får utvikle meg gjennom jobben	4882	33	78,2	79,3

Engasjerte medarbeidere er de som får anerkjennelse, tilbakemeldinger og mulighet for personlig utvikling gjennom sitt arbeid. Engasjement virker inn på en rekke ulike prestasjoner. Høyt jobbengasjement virker positivt inn på motivasjon og jobbutførelse, det fremmer service og lojalitet. Engasjement gir bedre økonomisk resultat og reduserer turnover, ulykker, svinn og kvalitetsfeil. Høy skår indikerer et høyt engasjement.



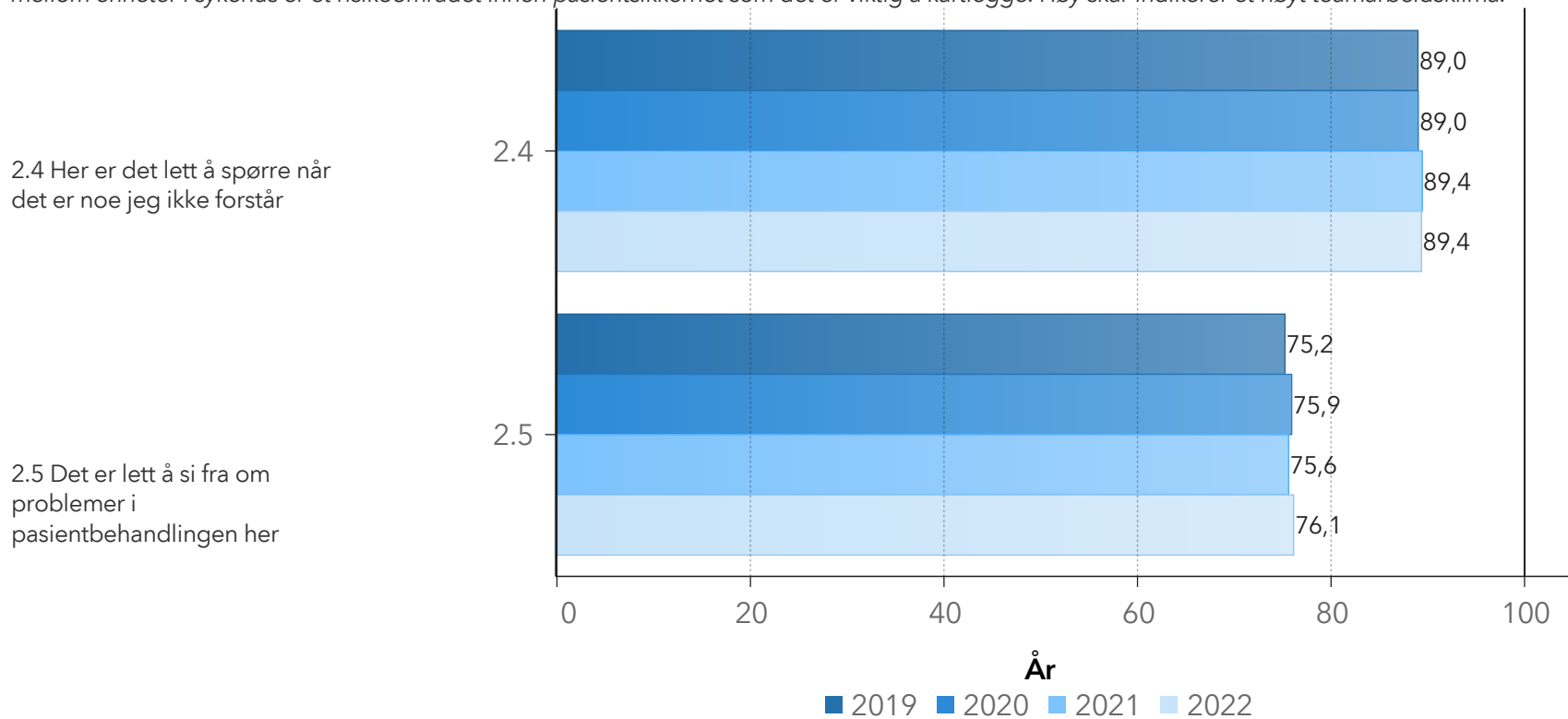
Nr	Spørsmålstekst	Antall svar per spm. 2022	Antall vet-ikke-svar 2022	Resultat 2022	HN-snitt 2022
1.4	Jeg får tilstrekkelig opplæring og veiledning til å kunne gjøre en god jobb	4886	45	73,3	74,2
1.5	Jeg får konstruktive tilbakemeldinger på arbeidet jeg utfører	4884	33	69,9	71,4
1.6	Samlet sett er jeg godt fornøyd med å jobbe her	4877	26	84,1	85,9

Teamarbeidsklima belyser åpenhet, samarbeid og støtte mellom kollegaer og yrkesgrupper både internt og på tvers av enheter. Manglende koordinering og samhandling mellom enheter i sykehus er et risikoområdet innen pasientsikkerhet som det er viktig å kartlegge. Høy skår indikerer et høyt teamarbeidsklima.



Nr ▲	Spørsmålstekst	Antall svar per spm. 2022	Antall vet-ikke-svar 2022	Resultat 2022	HN-snitt 2022
2.1	Forskjellige yrkesgrupper samarbeider godt her	4881	95	81,2	82,4
2.2	Samarbeid med andre enheter fungerer godt	4863	147	73,0	74,3
2.3	Jeg får støtte og hjelp fra mine arbeidskolleger når jeg trenger det	4875	28	89,4	90,1

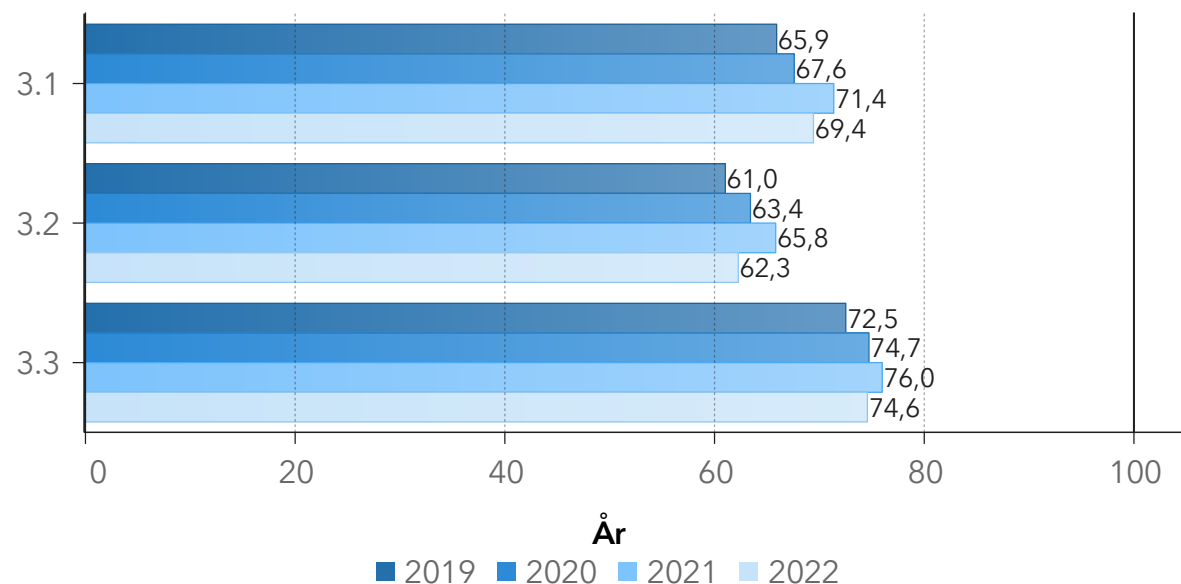
Teamarbeidsklima belyser åpenhet, samarbeid og støtte mellom kollegaer og yrkesgrupper både internt og på tvers av enheter. Manglende koordinering og samhandling mellom enheter i sykehus er et risikoområdet innen pasientsikkerhet som det er viktig å kartlegge. Høy skår indikerer et høyt teamarbeidsklima.



Nr ▲	Spørsmålstekst	Antall svar per spm. 2022	Antall vet-ikke-svar 2022	Resultat 2022	HN-snitt 2022
2.4	Her er det lett å spørre når det er noe jeg ikke forstår	4876	30	89,4	89,9
2.5	Det er lett å si fra om problemer i pasientbehandlingen her	4812	832	76,1	77,6

Arbeidsforhold belyser arbeidsmengde og tempo, samt tilgjengelige ressurser og hjelpemidler. Det tar opp ulike belastninger som kan virke negativt inn på motivasjon og helse. Dette er risikoforhold som det er viktig å ha under oppsikt. Høy skår indikerer at det finnes tilstrekkelige med ressurser og hjelpemidler, samt at arbeidsmengde og tempo er lite belastende.

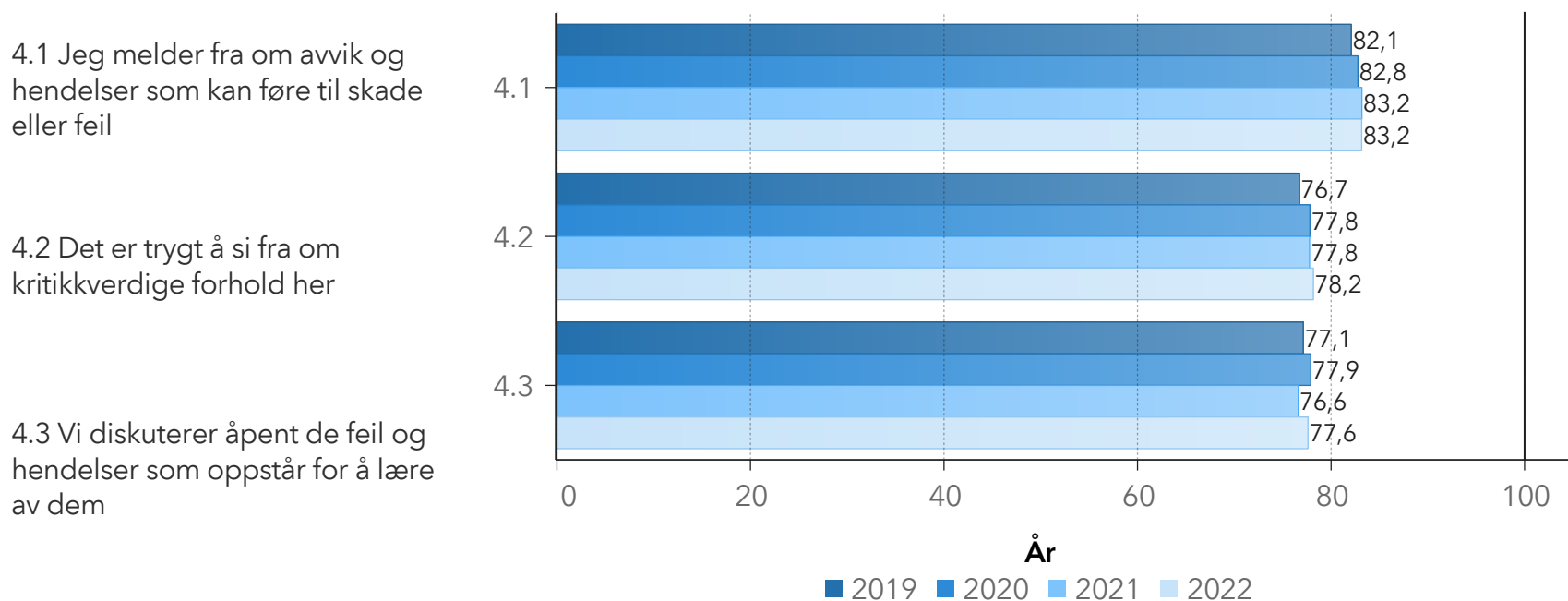
- 3.1 Jeg har tilstrekkelig med ressurser eller hjelpemidler til å gjøre jobben min
- 3.2 Arbeidsbelastningen min er passe stor (antall oppgaver, arbeidstempo eller krav til å gjøre flere ting samtidig)
- 3.3 Jeg rekker å ta pause og spise i løpet av arbeidsdagen/vakten



Nr ▲	Spørsmålstekst	Antall svar per spm. 2022	Antall vet-ikke-svar 2022	Resultat 2022	HN-snitt 2022
3.1	Jeg har tilstrekkelig med ressurser eller hjelpemidler til å gjøre jobben min	4875	28	69,4	72,7
3.2	Arbeidsbelastningen min er passe stor (antall oppgaver, arbeidstempo eller krav til å gjøre flere ting samtidig)	4870	18	62,3	65,2
3.3	Jeg rekker å ta pause og spise i løpet av arbeidsdagen/vakten	4869	21	74,6	76,1



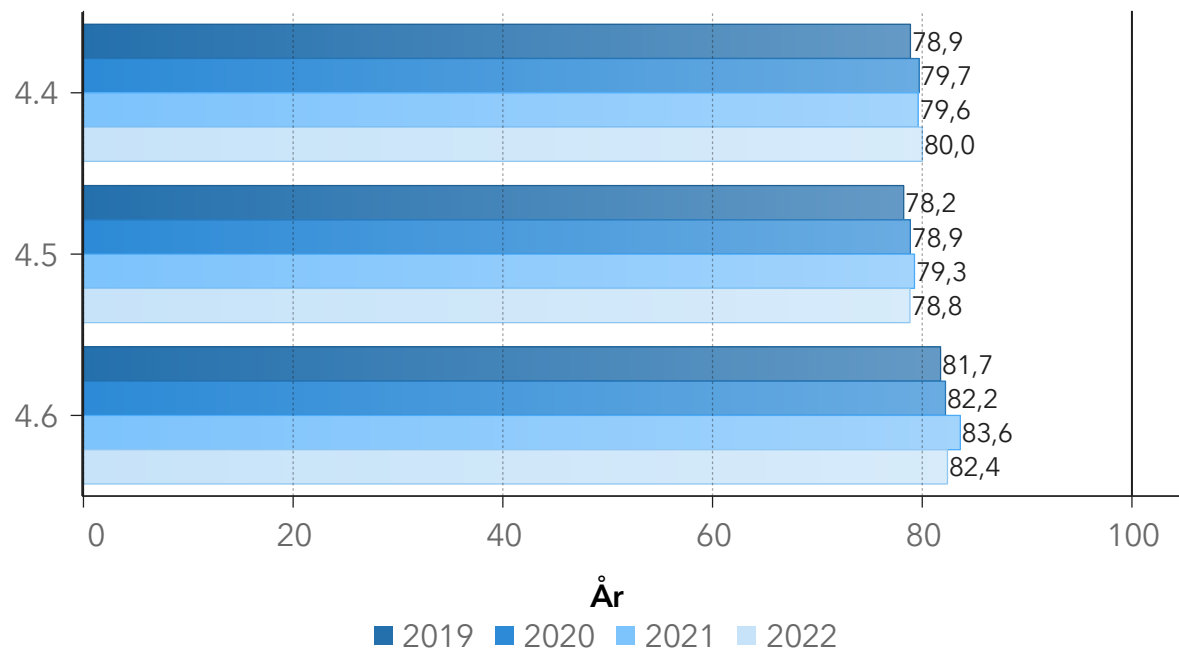
Sikkerhetsklimate kartlegger varslingskulturen, og hvor trygg og åpen denne er. Det belyser forhold som virker inn på kvaliteten og pasientsikkerheten. Høy skår indikerer en god varslingskultur og åpenhet.



Nr ▲	Spørsmål	Antall svar per spm. 2022	Antall vet-ikke-svar 2022	Resultat 2022	HN-snitt 2022
4.1	Jeg melder fra om avvik og hendelser som kan føre til skade eller feil	4873	250	83,2	83,7
4.2	Det er trygt å si fra om kritikkverdige forhold her	4861	175	78,2	79,2
4.3	Vi diskuterer åpent de feil og hendelser som oppstår for å lære av dem	4872	145	77,6	79,2

Sikkerhetsklima kartlegger varslingskulturen, og hvor trygg og åpen denne er. Det belyser forhold som virker inn på kvaliteten og pasientsikkerheten. Høy skår indikerer en god varslingskultur og åpenhet.

4.4 Mine kolleger oppmuntrer meg til å si fra om jeg er bekymret for sikkerheten



4.5 Her blir medisinske feil (behandlingsrelaterte forhold som gir/kunne gitt negativt utfall for pasient) håndtert riktig

4.6 Jeg ville føle meg trygg hvis jeg var pasient her

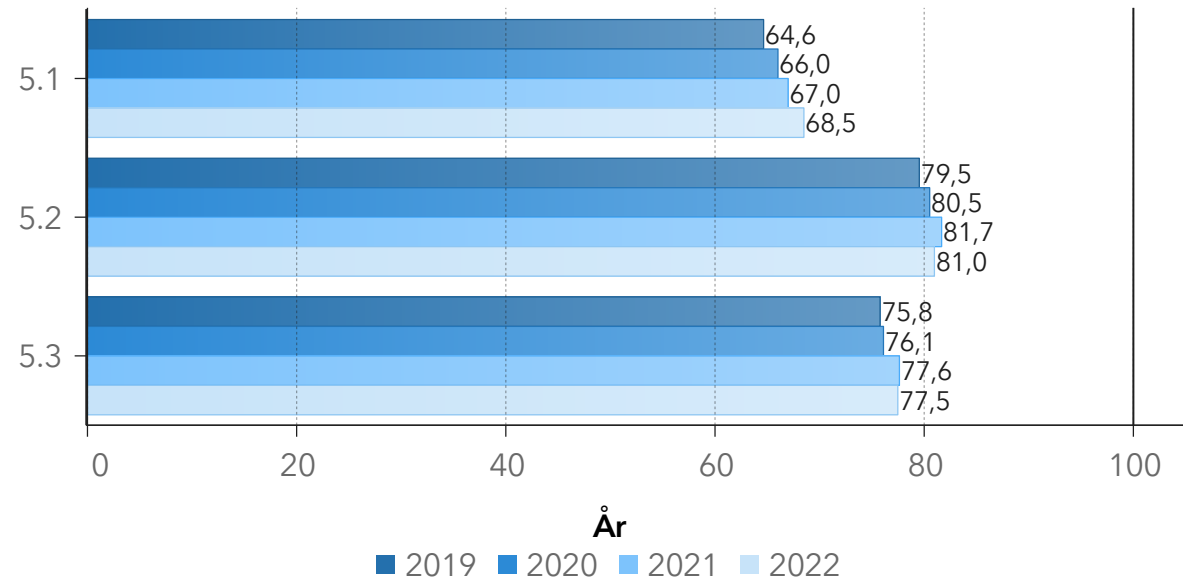
Nr ▲	Spørsmålstekst	Antall svar per spm. 2022	Antall vet-ikke-svar 2022	Resultat 2022	HN-snitt 2022
4.4	Mine kolleger oppmuntrer meg til å si fra om jeg er bekymret for sikkerheten	4854	417	80,0	80,8
4.5	Her blir medisinske feil (behandlingsrelaterte forhold som gir/kunne gitt negativt utfall for pasienten) håndtert riktig	4798	1312	78,8	80,4
4.6	Jeg ville føle meg trygg hvis jeg var pasient her	4833	446	82,4	84,1

Teamet psykososialt arbeidsmiljø tar opp mobbing, trakassering, diskriminering og hvordan ansatte blir ivaretatt hvis en hendelse skulle oppstå. Høy skår indikerer trygt arbeidsmiljø og god håndtering av eventuelle konflikter.

5.1 Her jobbes det systematisk med forebygging og oppfølging av vold og trusler

5.2 Jeg kjenner ikke til at noen har blitt utsatt for diskriminering her i løpet av de siste 12 månedene

5.3 Jeg kjenner ikke til at noen har blitt utsatt for mobbing eller trakassering her i løpet av de siste 12 månedene



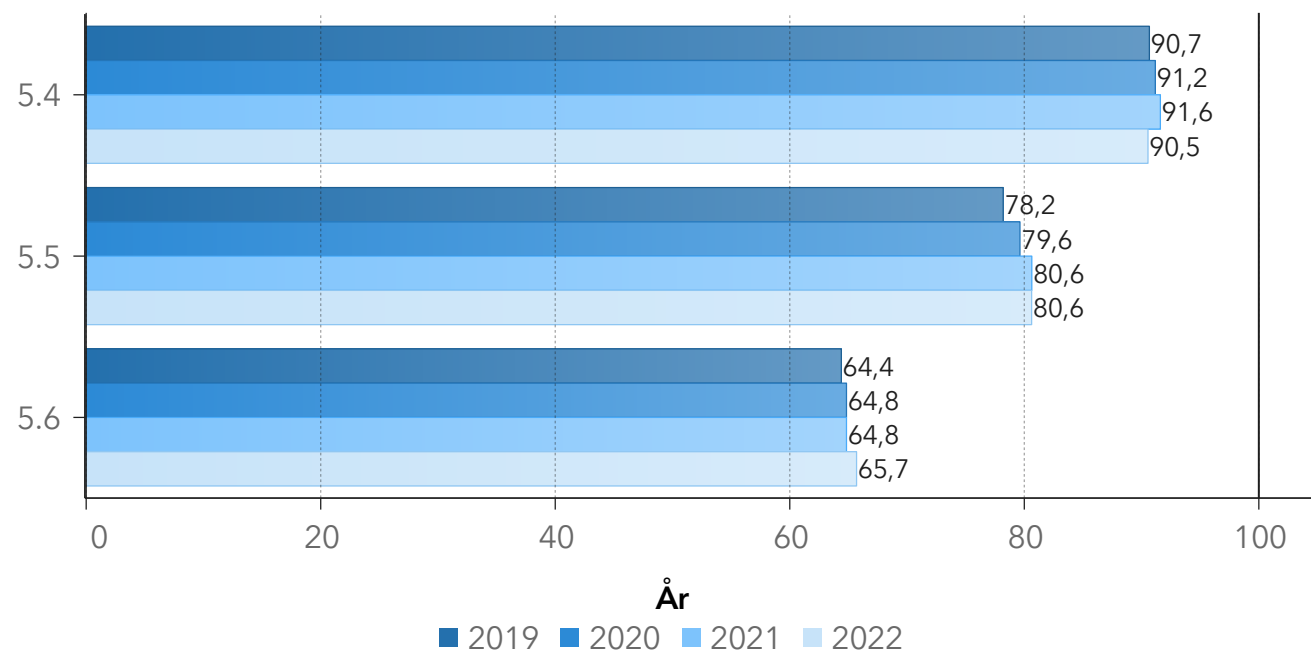
Nr ▲	Spørsmålstekst	Antall svar per spm. 2022	Antall vet-ikke-svar 2022	Resultat 2022	HN-snitt 2022
5.1	Her jobbes det systematisk med forebygging og oppfølging av vold og trusler	4857	1530	68,5	69,5
5.2	Jeg kjenner ikke til at noen har blitt utsatt for diskriminering her i løpet av de siste 12 månedene	4845	591	81,0	82,3
5.3	Jeg kjenner ikke til at noen har blitt utsatt for mobbing eller trakassering her i løpet av de siste 12 månedene	4863	524	77,5	79,4

Teamet psykososialt arbeidsmiljø tar opp mobbing, trakassering, diskriminering og hvordan ansatte blir ivaretatt hvis en hendelse skulle oppstå. Høy skår indikerer trygt arbeidsmiljø og god håndtering av eventuelle konflikter.

5.4 Jeg kjenner ikke til at noen har blitt utsatt for seksuell trakassering her i løpet av de siste 12 månedene

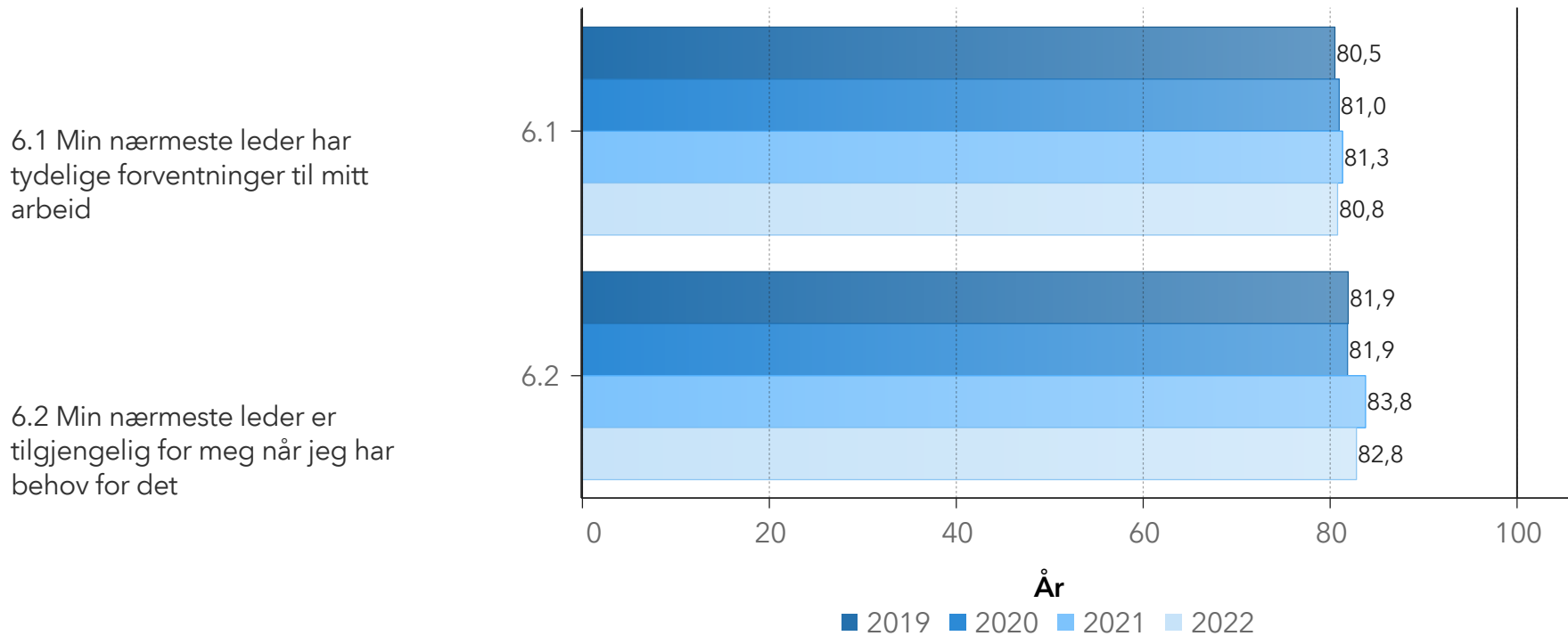
5.5 Jeg vet hvordan jeg skulle gå frem dersom jeg la merke til at noen ble utsatt for mobbing, trakassering eller diskriminering

5.6 Når konflikter oppstår her blir de håndtert på en god måte



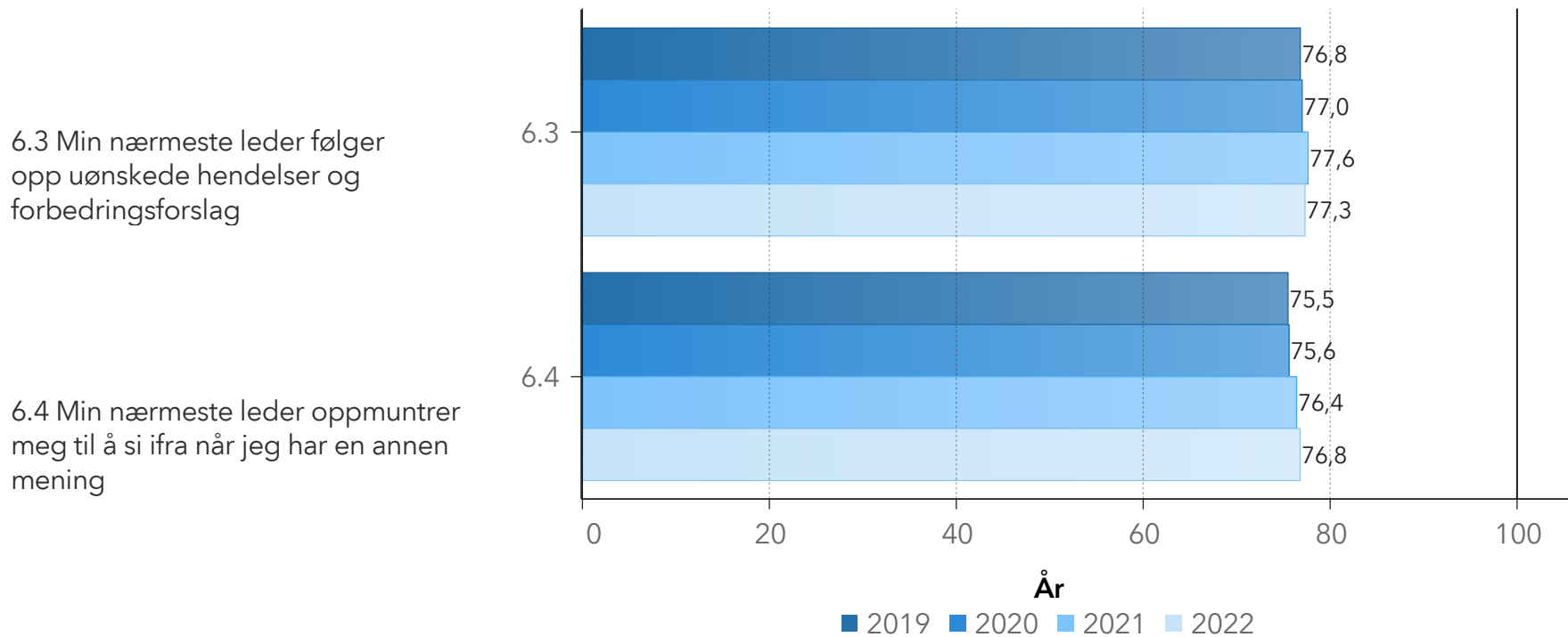
Nr ▲	Spørsmålstekst	Antall svar per spm. 2022	Antall vet-ikke-svar 2022	Resultat 2022	HN-snitt 2022
5.4	Jeg kjenner ikke til at noen har blitt utsatt for seksuell trakassering her i løpet av de siste 12 månedene	4855	618	90,5	91,4
5.5	Jeg vet hvordan jeg skulle gå frem dersom jeg la merke til at noen ble utsatt for mobbing, trakassering eller diskriminering	4858	205	80,6	82,1
5.6	Når konflikter oppstår her blir de håndtert på en god måte	4835	676	65,7	68,2

Temaet belyser relasjonen mellom leder og medarbeidere. Ledelse har stor betydning for arbeidsmiljø og pasientsikkerhet. Høy skår indikerer god ledelse.



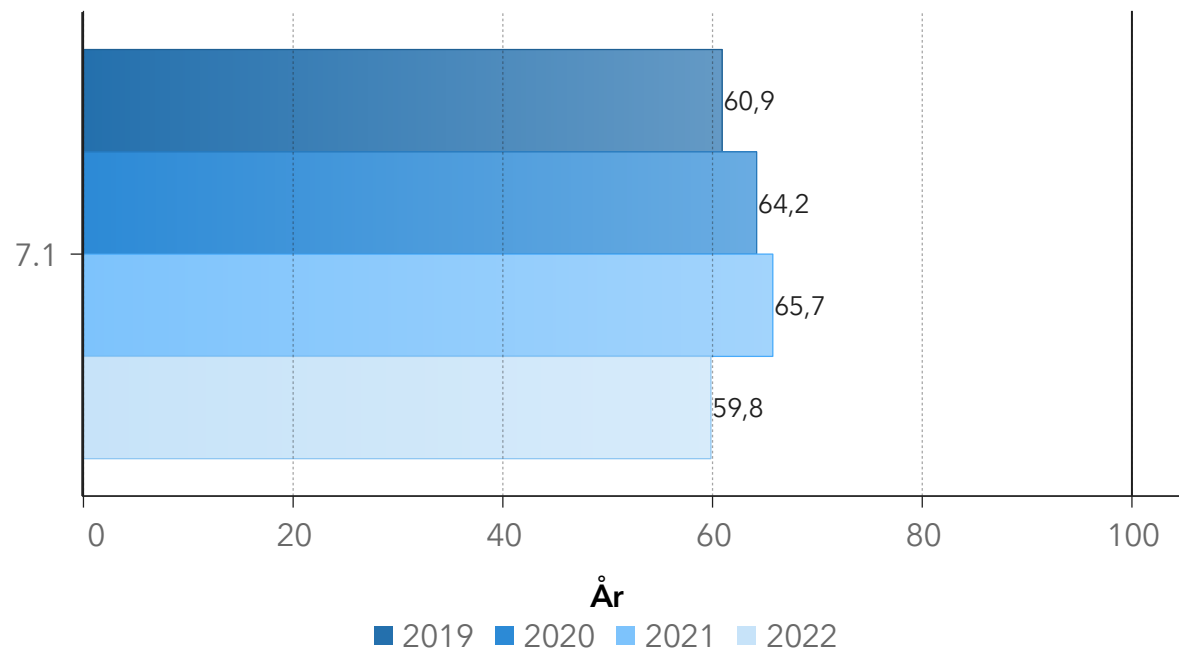
Nr ▲	Spørsmålstekst	Antall svar per spm. 2022	Antall vet-ikke-svar 2022	Resultat 2022	HN-snitt 2022
6.1	Min nærmeste leder har tydelige forventninger til mitt arbeid	4864	106	80,8	82,9
6.2	Min nærmeste leder er tilgjengelig for meg når jeg har behov for det	4872	46	82,8	84,5

Temaet belyser relasjonen mellom leder og medarbeidere. Ledelse har stor betydning for arbeidsmiljø og pasientsikkerhet. Høy skår indikerer god ledelse.



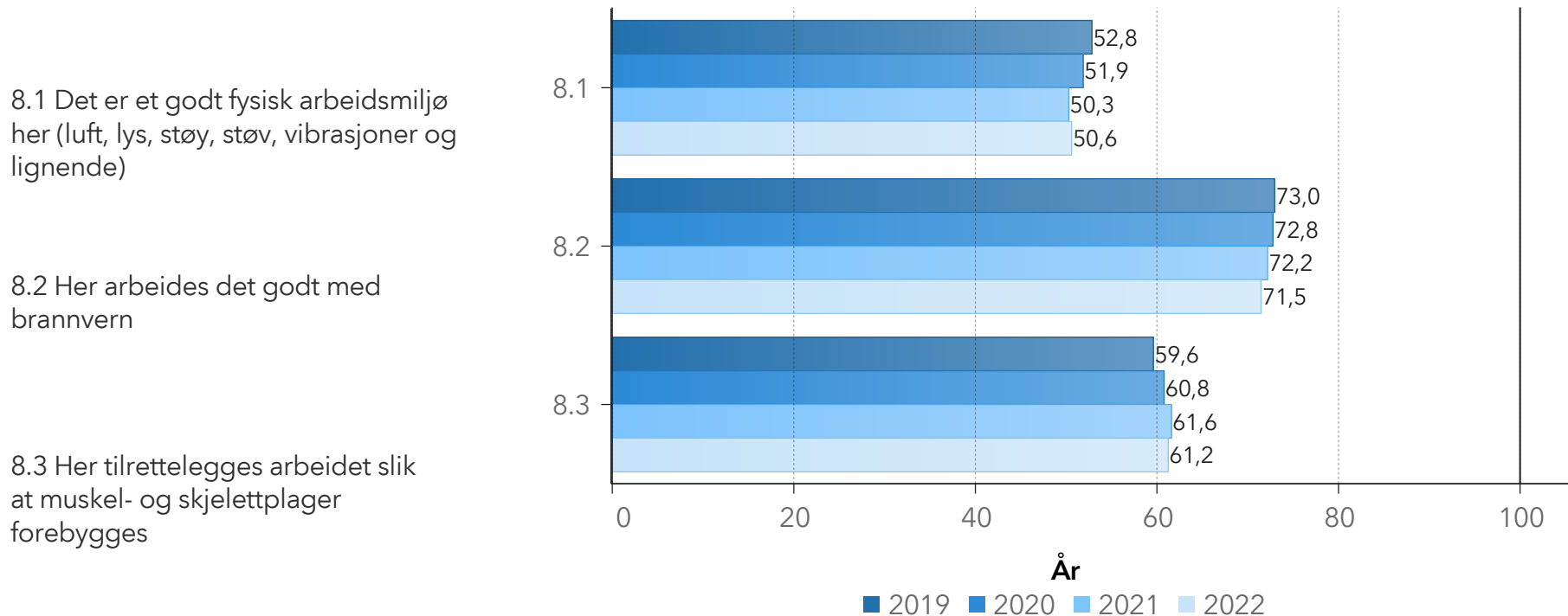
Nr ▲	Spørsmålstekst	Antall svar per spm. 2022	Antall vet-ikke-svar 2022	Resultat 2022	HN-snitt 2022
6.3	Min nærmeste leder følger opp uønskede hendelser og forbedringsforslag	4852	321	77,3	79,8
6.4	Min nærmeste leder oppmuntrer meg til å si fra når jeg har en annen mening	4848	234	76,8	79,1

7.1 Administrerende direktør støtter opp om arbeidet med pasientsikkerheten i helseforetaket



Nr	Spørsmålstekst	Antall svar per spm. 2022	Antall vet-ikke-svar 2022	Resultat 2022	HN-snitt 2022
7.1	Administrerende direktør støtter opp om arbeidet med pasientsikkerheten i helseforetaket	4788	2139	59,8	62,8

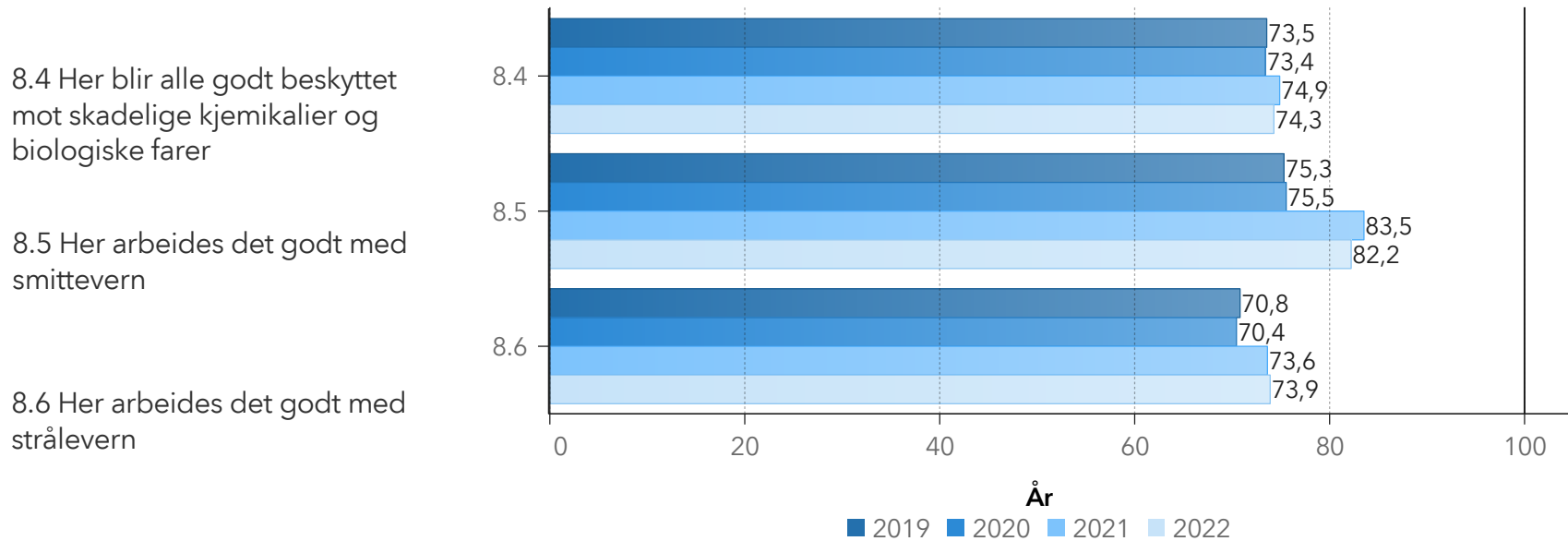
Temaet kartlegger ulike forhold som medfører risiko for helseplager, og ivaretar arbeidsmiljøloven, samt Forskrift om organisering, ledelse og medvirkning. Høy skår indikerer at det er gode arbeidsforhold og tilrettelegging for de ansatte.



Nr ▲	Spørsmålstekst	Antall svar per spm. 2022	Antall vet-ikke-svar 2022	Resultat 2022	HN-snitt 2022
8.1	Det er et godt fysisk arbeidsmiljø her (luft, lys, støy, støv, vibrasjoner og lignende)	4890	30	50,6	54,3
8.2	Her arbeides det godt med brannvern	4881	378	71,5	73,9
8.3	Her tilrettelegges arbeidet slik at muskel- og skjelettplager forebygges	4880	285	61,2	64,2

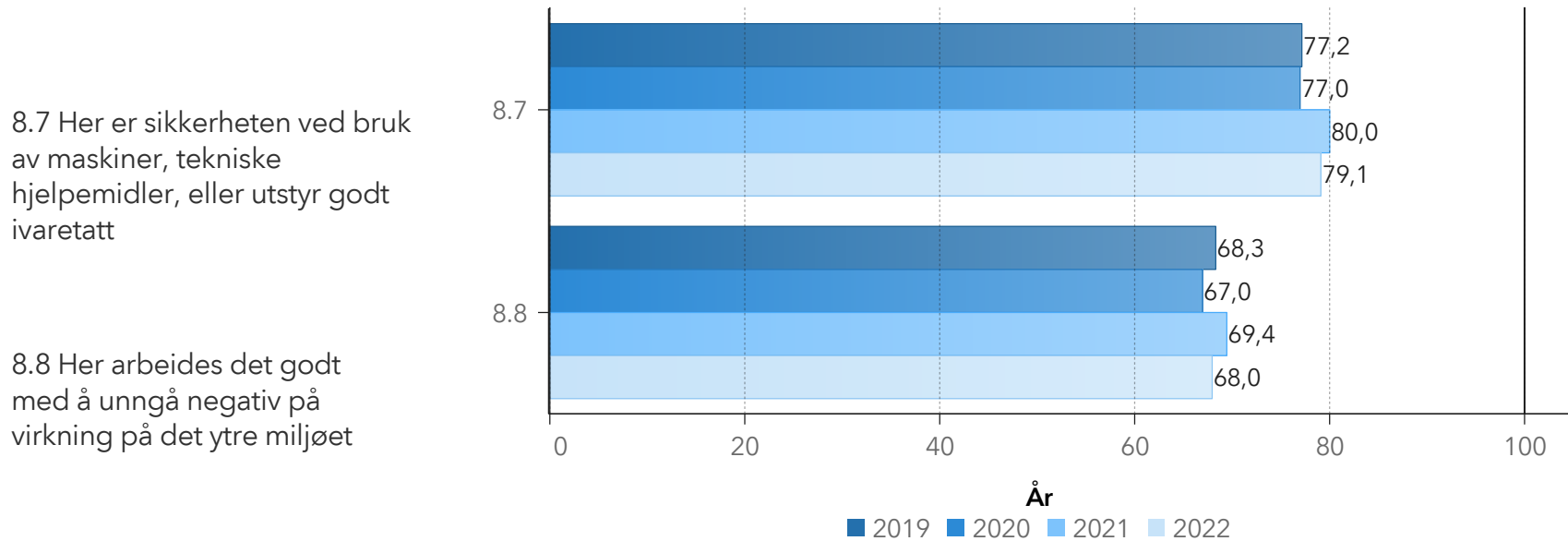


Temaet kartlegger ulike forhold som medfører risiko for helseplager, og ivaretar arbeidsmiljøloven, samt Forskrift om organisering, ledelse og medvirkning. Høy skår indikerer at det er gode arbeidsforhold og tilrettelegging for de ansatte.



Nr ▲	Spørsmål	Antall svar per spm. 2022	Antall vet-ikke-svar 2022	Resultat 2022	HN-snitt 2022
8.4	Her blir alle godt beskyttet mot skadelige kjemikalier og biologiske farer	4861	1313	74,3	76,8
8.5	Her arbeides det godt med smittevern	4870	198	82,2	83,7
8.6	Her arbeides det godt med strålevern	4814	2566	73,9	75,4

Temaet kartlegger ulike forhold som medfører risiko for helseplager, og ivaretar arbeidsmiljøloven, samt Forskrift om organisering, ledelse og medvirkning. Høy skår indikerer at det er gode arbeidsforhold og tilrettelegging for de ansatte.

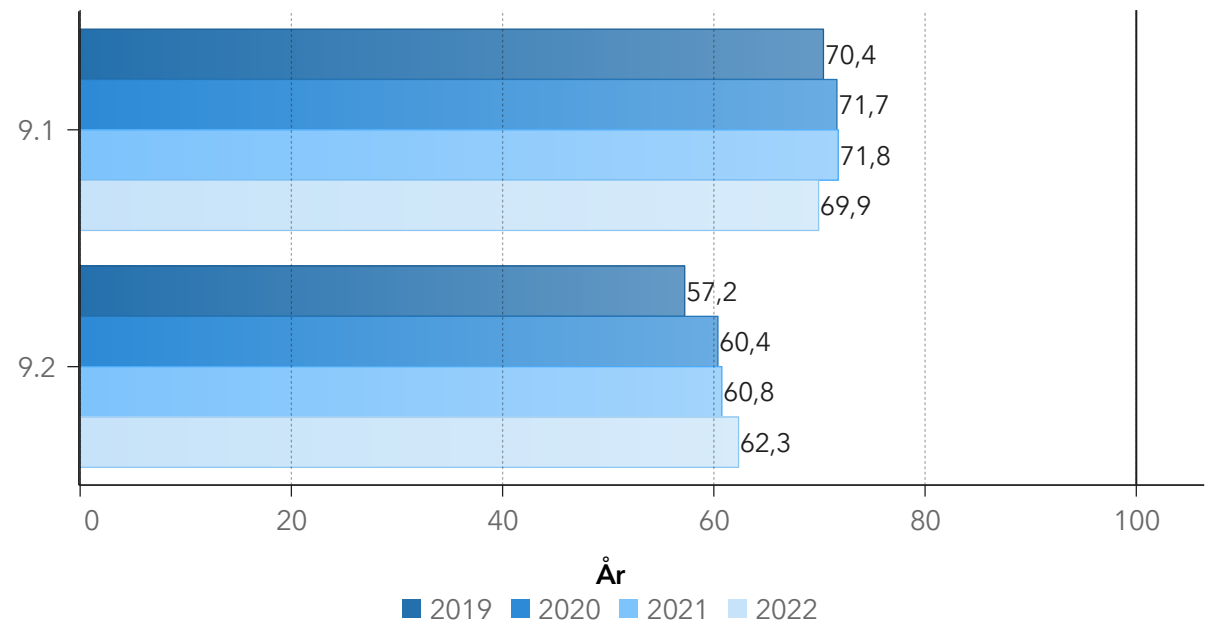


Nr ▲	Spørsmål	Antall svar per spm. 2022	Antall vet-ikke-svar 2022	Resultat 2022	HN-snitt 2022
8.7	Her er sikkerheten med bruk av maskiner, tekniske hjelpemidler eller utstyr godt ivaretatt	4842	1447	79,1	80,9
8.8	Her arbeides det godt med å unngå negativ påvirkning på det ytre miljøet	4823	1205	68,0	71,0

Oppfølging av undersøkelsen kartlegger om det arbeides systematisk med forbedringer og om de ansatte var involvert i oppfølgingen av forrige undersøkelse. Høy skår indikerer at det arbeides systematisk med forbedringer og en høy grad av involvering.

9.1 Her arbeides det systematisk med å forbedre arbeidsmiljøet og pasientsikkerheten

9.2 Jeg har vært involvert i oppfølgingen av den forrige ForBedring kartleggingen



Nr ▲	Spørsmålstekst	Antall svar per spm. 2022	Antall vet-ikke-svar 2022	Resultat 2022	HN-snitt 2022
9.1	Her arbeides det systematisk med å forbedre arbeidsmiljøet og pasientsikkerheten	4833	384	69,9	72,6
9.2	Jeg har vært involvert i oppfølgingen av den forrige ForBedring kartleggingen	4738	946	62,3	62,1

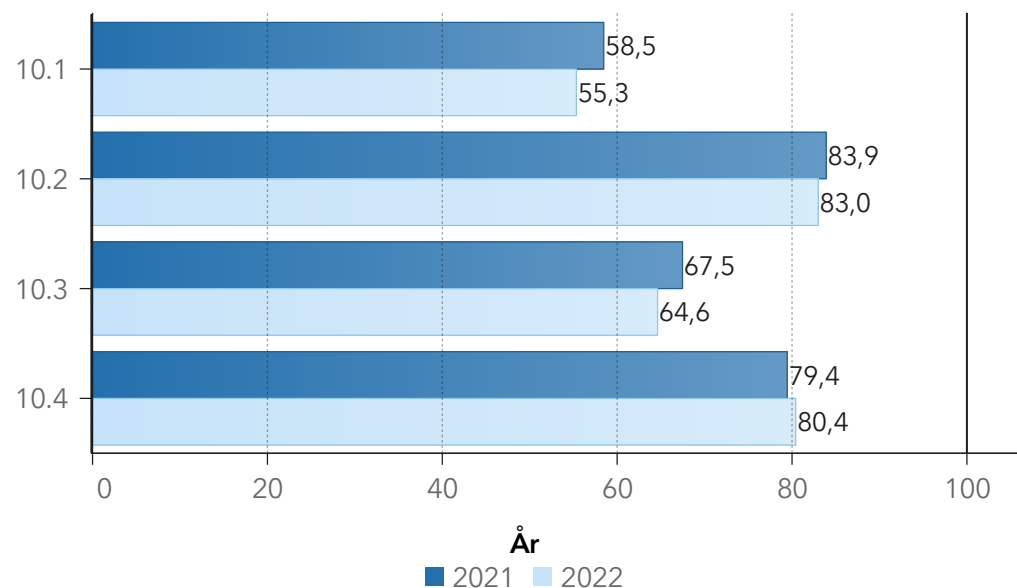
På denne og neste side følger spørsmål knyttet til pandemien.

10.1 Mitt arbeid har blitt endret under pandemien (nye oppgaver, jobbe ved andre avdelinger, arbeid hjemmefra ol.)

10.2 Her har ledere og medarbeidere støttet hverandre under pandemien

10.3 Jeg har blitt involvert i endringsprosessene under pandemien

10.4 Her fikk vi raskt på plass gode rutiner for smittevern

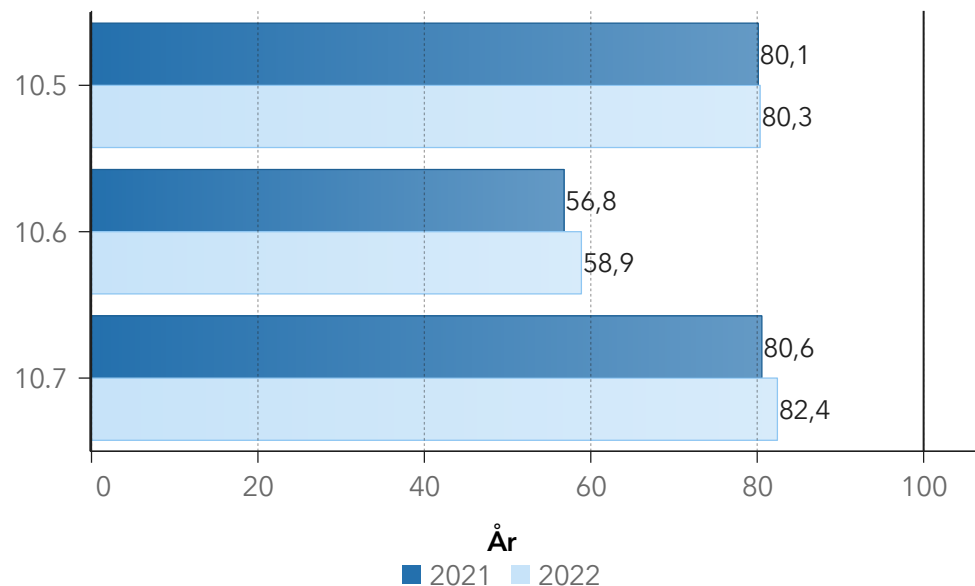


Nr ▲	Spørsmål	Antall svar per spm. 2022	Antall vet-ikke-svar 2022	Resultat 2022	HN-snitt 2022
10.1	Mitt arbeid har blitt endret under pandemien (nye oppgaver, jobbe ved andre avdelinger, arbeid hjemmefra ol.)	4860	403	55,3	56,9
10.2	Her har ledere og medarbeidere støttet hverandre under pandemien	4864	222	83,0	84,4
10.3	Jeg har blitt involvert i endringsprosessene under pandemien	4826	627	64,6	66,5
10.4	Her fikk vi raskt på plass gode rutiner for smittevern	4854	419	80,4	80,9

10.5 Jeg har fått god opplæring i smittevern her (inkl. bruk av personlig verneutstyr der det har vært påkrevet)

10.6 Jeg har fått utvikle meg faglig til tross for smitteverntiltakene (deltatt på fagdager, faglige lunsjer, veiledning, digitale kurs/konferanser, digitale fagsamlinger, ol.)

10.7 Jeg har følt meg trygg på jobb under pandemien

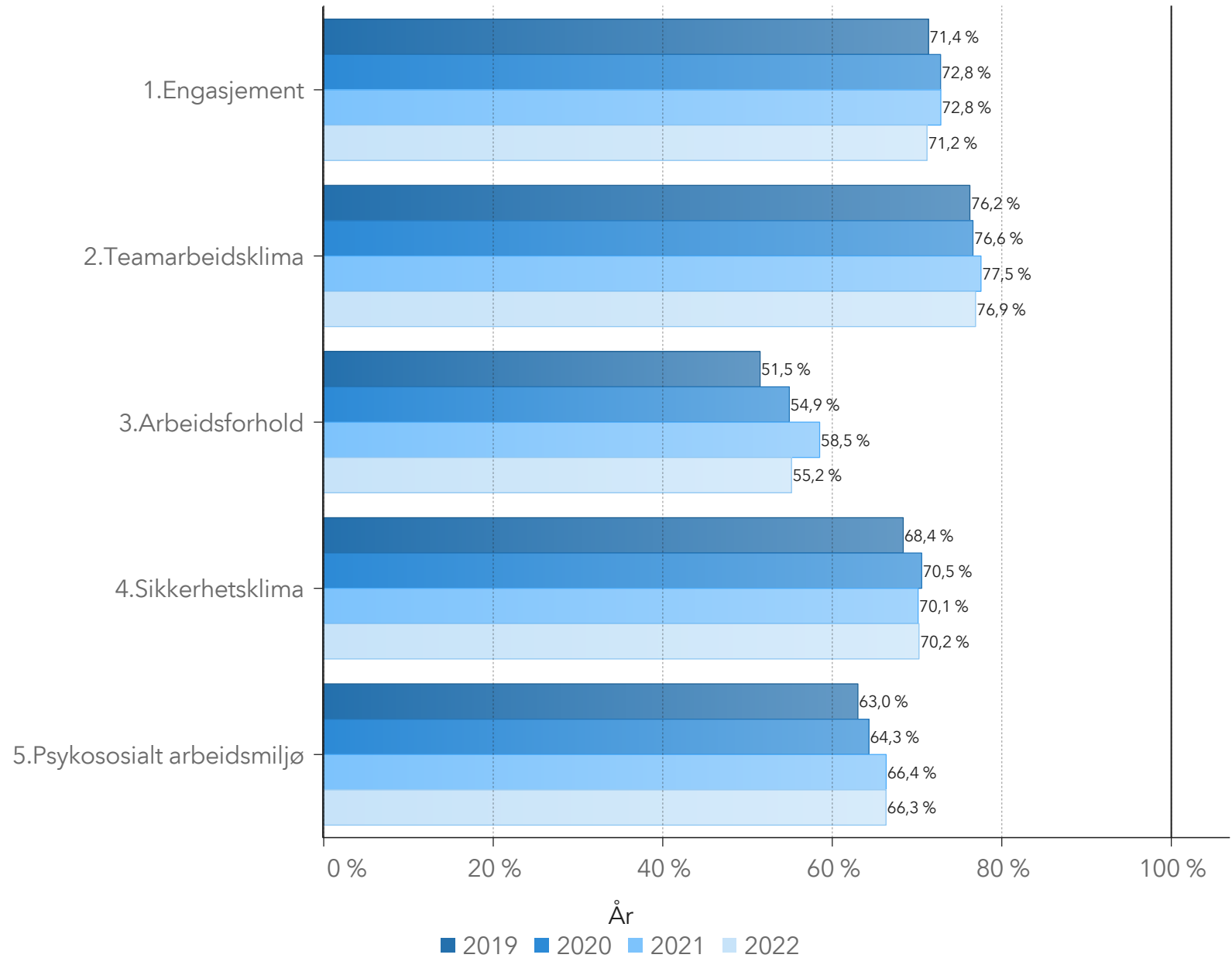


Nr ▲	Spørsmål	Antall svar per spm. 2022	Antall vet-ikke-svar 2022	Resultat 2022	HN-snitt 2022
10.5	Jeg har fått god opplæring i smittevern her (inkl. bruk av personlig verneutstyr der det har vært påkrevet)	4854	488	80,3	81,3
10.6	Jeg har fått utvikle meg faglig til tross for smitteverntiltakene (deltatt på fagdager, faglige lunsjer, veiledning, digitale kurs/konferanser, digitale fagsamlinger, ol.)	4848	306	58,9	59,5
10.7	Jeg har følt meg trygg på jobb under pandemien	4866	96	82,4	84,0

For hvert tema ser du hvor stor andel av de spurte som har svart 75 eller høyere (litt enig eller helt enig).

Kommentar:

Temaet "Pandemi" er nytt fra 2021 og vil inngå så lenge pandemien pågår.



For hvert tema ser du hvor stor andel av de spurte som har svart 75 eller høyere (litt enig eller helt enig).

Kommentar:

Spørsmålene i temaene "Arbeidsforhold" og "Psykososialt arbeidsmiljø" har blitt vesentlig endret siden 2018 og kan ikke bli sammenlignet med resultatene for andre år.

Temaet "Pandemi" er nytt fra 2021 og vil inngå så lenge pandemien pågår.

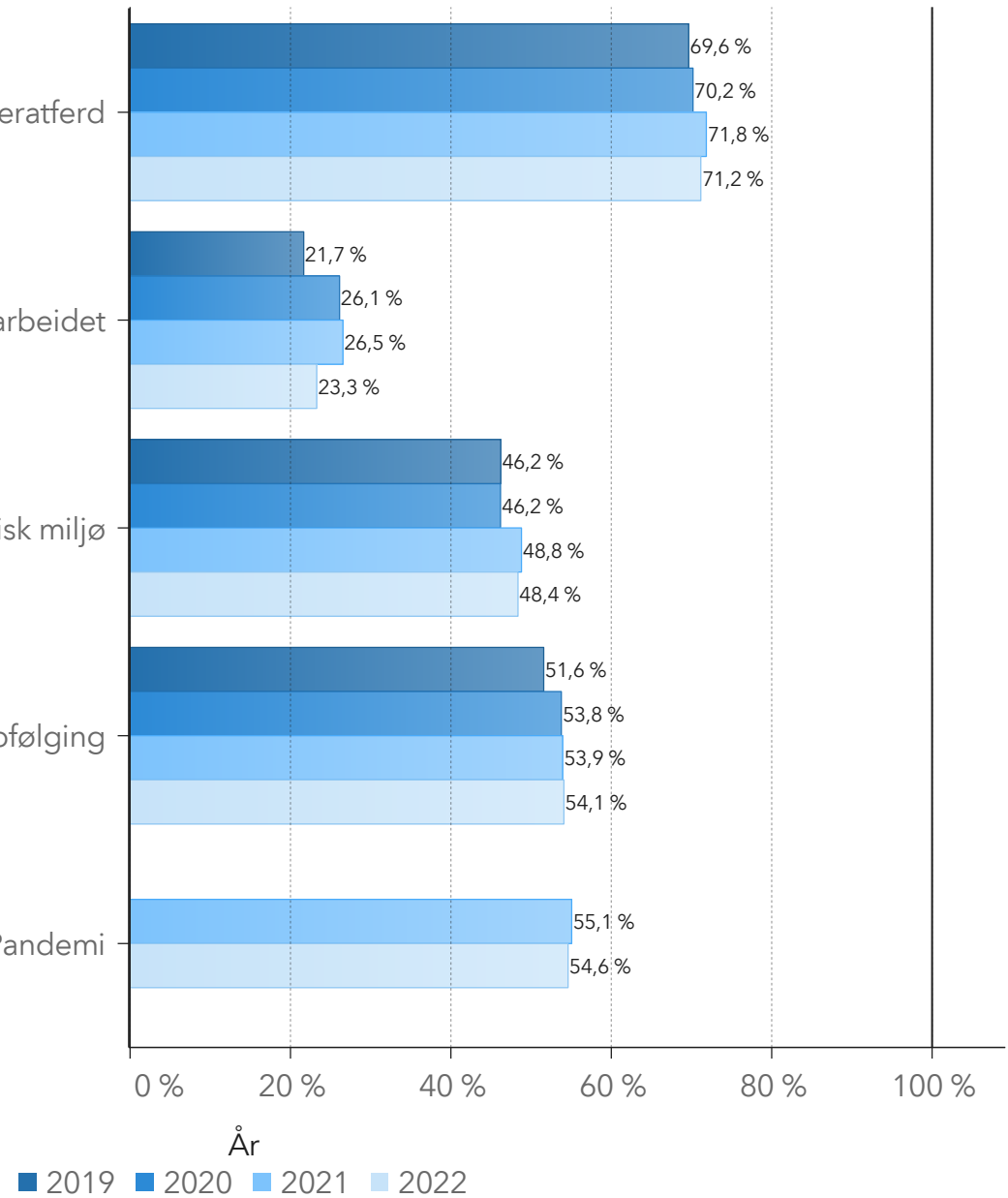
7.Toppleders rolle i pasientsikkerhetsarbeidet

6.Opplevd lederatferd

8.Fysisk miljø

9.Oppfølging

10.Pandemi





## STYRESAK

Styresak:	42/2022
Møtedato:	28.04.2022
Arkivsak:	2022/35-4
Saksbehandler:	Ingrid Lernes Mathiassen

## Referatsaker til styremøte 28.04.2022

### Innstilling til vedtak

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar referatsakene til orientering.

1. Referat fra møte i Brukerutvalgets arbeidsutvalg, datert 04.04.2022
2. Referat fra felles møte i Kvalitetsutvalget og Arbeidsmiljøutvalget, datert 05.04.2022
3. Protokoll fra drøftingsmøte med ansattes organisasjoner og vernetjenesten, datert 06.04.2022
4. Protokoll fra drøftingsmøte II med ansattes organisasjoner og vernetjenesten, datert 21.04.2022

Tromsø, 21.04.2022

Einar Bugge (s.)  
fungerende administrerende direktør





## MØTEREFERAT

### Brukerutvalgets arbeidsutvalg (BAU) ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN)

---

**Dato:** Mandag 04.04.2022 kl. 10.30 – 11.55  
**Sted:** Teamsmøte  
**Tilstede:** Kirsti Baardsen, Paul Dahlø og Hans-Johan Dahl  
**Forfall:**  
**Fra adm:** Ingrid Lernes Mathiassen (administrasjonssjef) og Hilde Anne Johannessen (adm.kons./ referent)

---

#### **BAU 22/22 Styresaker – behandling av drøftingsaker til styremøte 28.04.2022**

Drøftingsdokument med utkast til styresaker ble oversendt BAU fredag 01.04.2022.

Innspill til økonomisk langtidsplan 2023-2026 inklusiv regulering av investeringsplan  
*BAU mener at UNN over lang tid ikke har fått midler til å fornye medisinsk-teknisk utstyr. Resultatet er at dette går ut over pasientbehandlingen når maskinene svikter.*

*Manglene kapasitet på operasjonsstuer gjør at planlagte operasjoner blir forskjøvet på grunn av akutte hendelser.*

*Plassprobleme i UNN Breivika gjør at pasienter ikke opplever verdig behandling. Dette gjelder blant annet familier med premature barn og kreftpasienter i poliklinisk behandling.*

*UNN henger etter i investeringer, derfor støtter BAU fullt ut innstillingen til styret:*

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) tar redegjørelsen om innspill til prioriteringer av drifts- og investeringsrammen i perioden 2023-2026 til orientering. Styret slutter seg til saken og at den oversendes Helse Nord RHF som tilbakemelding på Økonomisk langtidsplan, inkludert rullering av investeringsplan for 2023-2026.
2. Styret ber om at rammene for nytt bygg innen rus- og psykisk helsevern justeres i tråd med oppdaterte tall og at investeringsrammen overføres fra Helse Nord RHF til UNN.
3. Styret ber om at Nyfødt intensiv inkludert helikopterplass prioriteres i planperioden.
4. Styret ber om at regionale oppgaver som mangler finansiering prioriteres finansiert

Riksrevisjonens undersøkelse av helseforetakenes investeringer i bygg og medisinsk-teknisk utstyr

*Riksrevisjonens rapport gjenspeiler som et faktum det inntrykket som BU ved UNN over tid har fått ved henvendelser fra såvel ansatte som pasienter. Det gjelder både vedlikehold og MTU-investeringer.*

*BAU ser at riksrevisjonens undersøkelse av sykehusbygg viser at UNN systematisk er blitt nedprioritert.*

*UNN i Tromsø og Harstad har ikke lokaler som er egnet til å videreutvikle tilbudet til Nord-Norges pasienter.*

*Byggene og medisin-teknisk utstyr ved UNN er hele den analyserte perioden vurdert dårligere enn Nordland og Finnmark.*

*BAU støtter direktørens innstilling.*

Beslutning

BAU gir sin tilslutning til at sakene fremmes for behandling i styret 28.04.2022.

**BAU 23/22 Direktørens time**

BAU har foreløpig følgende innspill til Direktørens time 27.04.2022:

- Strategisk plan for utvikling av kliniske fagområder i NOR og K3K: Hva er prosessen i arbeidsgruppen og styringsgruppen, og hva er problemstillingen nå?
- Orientering om Kontaktlegeordningen
- Dagrehabiliteringstilbud ved HF Nord/UNN
- Hvordan forklarer man at det er underforbruk på rehabilitering i hele Helse Nord – og hvordan skal dette endres?

Beslutning/oppfølging:

Administrasjonen formidler nye innspill til viseadministrerende direktør i god tid før møte i BU.

**BAU 24/2022 Oppdragsdokument 2022**

Administrasjonssjef Ingrid Lernes Mathiassen orienterte. Et av oppdragene i Oppdragsdokumentet er å utvikle gode rutiner for medvirkning i bygge- og ombyggingsprosjekter.

Beslutning/oppfølging

BAU tar informasjonen til orientering.

## BAU 25/2022 Dialogmøte med UR, BU og Styret 28.04.2022

Forslag til tema til Dialogmøtet:

- Rehabiliteringstilbudet ved UNN  
Hvordan forklarer man at det er underforbruk på rehabilitering i hele Helse Nord og hvordan kan dette endres?

### Beslutning/oppfølging

Administrasjonen formidler det foreslåtte tema – Rehabiliteringstilbudet ved UNN - i forkant av dialogmøtet til styret ved UNN.

## BAU 26/2022 Pasientinformasjon til media etter ulykker

Kommunikasjonssjef Hilde A P Kvalvik har sendt informasjon om saken i vedlegg.

### Beslutning/oppfølging

BAU gir full støtte til kommunikasjonsavdelingens avveining og innretning om at informasjon til media ikke skal ut unntatt i generell form.

## BAU 27/22 Forslag til dagsorden for BU-møte 27.04.2022

SAKER	Tid og beskrivelse
1. Godkjenning av innkalling og saksliste	Kl 11.00
2. Godkjenning av referat fra Brukerutvalgets møte 23.02.2022	
3. Ikke stikk meg uten grunn	Kl 11.10-11.30 Heidi Høifødt m.fl.
4. Strategisk utviklingsplan	Kl 11.30-12.00 Heidi Høifødt og Einar Bugge
5. Direktørens time	Kl 12.00-13.00 Einar Bugge
Pause	Kl 13.00-13.20
6. Pasientreiser - Hva er svakhetene ved Pasientreisers system sett fra deres ståsted - Elektronisk utfylling av reiseregning - Avviksregistrering	Kl 13.20-13.50 Stine Schouten
7. Orientering fra Føde- barselavdelingen - Hvordan har mangel på tilstedeværelse for partner på føde/barsel under pandemien påvirket mødre og barn - Avviksregistrering	Kl 13.50-14.20 Invitere seksjonsleder på føde-barselavd.
8. Engasjert: UNN brukerbank Avklaring av roller omkring Brukerutvalget og Engasjert: UNN brukerbank	Invitere Merete Saga Lønnum
Pause	Kl 14.40-14.50
9. Orienteringssaker - Rapportering fra prosjekter og	Kl 14.50-15.40

arbeidsgrupper	
<b>10. Referatsaker</b> - Referat fra møte i Sykehusapoteket Nord, 06.12.2021 -Referat fra møte i BU Helgelandssykehuset, 18.02.2022 -Referat fra møte i BU Finnmarkssykehuset, 17.03.2022 - Protokoll fra møte i Regionalt Brukerutvalg, 16.02.2022 og 07.04.2022 -Referat fra møte i KU,01.03. og 05.04.2022 - Referat fra møte i BAU, 07.03. og 04.04.2022 -Referat fra møte i BU Nordlandssykehuset, 16.03.2022	KI 15.40
11. Eventuelt	

**BAU 28/22    Eventuelt****1. Dagrehabiliteringstilbud ved HF Nord/UNN**

BAU ble enig om å ta saken til Direktørens time i BU-møtet 27.04.2022.

**2. Akuttmottaket ved UNN– status**

Nestleder har tidligere fulgt opp denne saken. BAU foreslår at det nye BU følger opp status i denne saken.



## Referat fra fellesmøte Kvalitetsutvalget (KU) UNN og Arbeidsmiljøutvalget (AMU) UNN

**Tid:** Tirsdag 05.04.2022 13.30 – 11.30

**Sted:** Digitalt TEAMS-møte

<b>Tilstede</b>	Anita Schumacher Grete Andersen Kristian Bartnes Gøril Bertheussen Einar Bugge  Kirsti Baardsen Karina Fredheim Elin Gullhav Paul Martin Hansen Gina Marie Johansen Hilde Annie Pettersen Kvalvik Haakon Lindekleiv Geir Magne Lindrupsen Tove Cathrine Mack Jon Mathisen Rune Moe Tornø Myrbakk Kate Myreng Marianne Nordhov  Bjørn Yngvar Nordvåg Markus Rumpfeld Snorre Manskow Sollid Eirik Stellander Fredrik Sund Monica Fyhn Sørensen Rita Vestgård Lars Øverås	Administrerende direktør Drifts- og eiendomssjef Klinikksjef HLK-klinikken ( <i>til ca 14.20</i> ) Personalsjef Forsknings- og utdanningssjef/fungerende viseadministrerende direktør Leder Brukerutvalget HMS-rådgiver Fungerende viseadministrerende direktør Bedriftshelsetjenesten Driftsleder Harstad Kommunikasjonssjef Fagsjef, Senterleder Fag- og Kvalitetssenteret Foretakstillitsvalgt NITO Hovedverneombud Tromsø Klinikksjef Akuttmedisinsk klinikk Fagforbundet Smittevernoverlege Klinikksjef Diagnostisk klinikk Fungerende Klinikksjef Barne- og ungdomsklinikken Klinikksjef NOR-klinikken Senterleder E-helse og IKT ( <i>til 14.30</i> ) Fungerende klinikksjef OpIn-klinikken Klinikksjef Psykisk helse- og rusklinikk Fungerende Klinikksjef K3K-klinikken Hovedtillitsvalgt NSF Hovedtillitsvalgt Fagforbundet UNN Harstad Økonomisjef UNN ( <i>fra 13.45</i> )
<b>Forfall</b>	Marte Lødemel Henriksen Vibeke Haukland David Johansen Karina Olsen	Medisinskfaglig rådgiver Kvalitetsavd. Driftsleder Narvik Klinikksjef Medisinsk klinikk Tillitsvalgt DNL

<b>Øvrige</b>	Ole-Martin Andersen  Grete Steinry Åsvang Mette Fredheim Hege Signete Fredheim-Kildal Anne Simonsen-Sagerup	Rådgiver, Lederstøtte og organisasjonsutvikling Avdelingsleder Kvalitetsavd. Pasientsikkerhetskoordinator, Kvalitetsavd. Rådgiver Kvalitetsavd. Konsulent, Administrasjonen
<b>Referent</b>	Konsulent Kvalitetsavdelingen	Heidi Robertsen

Sak nr.	Sakstittel	Ansvar
01/22	<b>Godkjenning av agenda og referat fra fellesmøte møtet 28.09.2021</b> ( <i>Elements 2021/37</i> )	
	Referat og agenda godkjennes uten endringer.	Anita Schumacher
02/22	<b>ForBedring 2022 - Deltakelse, resultater og oppfølging</b>	
	<u>Informasjonssak</u>  <i>Saksfremlegg og saksfremlegg vedlagt</i>	Ole-Martin Andersen
	<u>Beslutning</u>  Kvalitetsutvalget og Arbeidsmiljøutvalget tar deltakelse og resultater fra ForBedring 2022 til orientering.  KU og AMU oppfordrer ledere og ansatte på alle nivå til å gi oppfølgingsarbeidet etter årets undersøkelse ekstra fokus.  <i>PP-presentasjon vedlagt</i>	
03/22	<b>Tema KVAM-dag 2022</b>	
	<u>Beslutningssak</u>  <i>Saksfremlegg vedlagt</i>	Gøril Bertheussen  Karina Fredheim
	<u>Beslutning</u>  1. AMU/KU slutter seg til at tema på KVAM dagen 20. oktober 2022 blir: Arbeidstid.  2. AMU/KU støtter opprettelse og sammensetting av arbeidsgruppe for spissing og videre utarbeidelse av programmet for KVAM dagen.	

<i>Pause</i>		
04/22	<b>Alvorlige hendelser og helse, miljø og sikkerhet (HMS)</b>	
	<u>Diskusjonssak</u>	Hege Signete Fredheim-Kildal
	<i>Saksfremlegg og vedlegg vedlagt</i>	Karina Fredheim
	<u>Beslutning</u>	Anita Schumacher Frist 5.4.2022
	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Presentasjon om hendelsesanalyse og erfaring tas til orientering.</li> <li>2. Forslag fremkommet i diskusjon følges opp av Personal- og organisasjonssenteret og Fag- og kvalitetssenteret i arbeid med å koble pasientsikkerhet og arbeidsmiljø på tvers av klinikker.</li> </ol>	Gøril Bertheussen
	<i>Pp-presentasjon vedlagt</i>	Haakon Lindekleiv Frist 31.11.2022
<b>Eventuelt</b>		
<p><b>Artikkel i bladet Tromsø: Uttalelse i styremøte at det er en myte at avdelinger i UNN er underbemannet.</b></p> <p>Spørsmål fra foretakstillitsvalgt Geir Lindrupsen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- har UNN en tydelig strategi for hvordan man behandler slike artikler i media?</li> <li>- hvordan håndterer UNN slike medieoppslag på en god måte?</li> </ul> <p>Kommunikasjonssjefen anbefaler ikke å gå i videre dialog med media angående denne saken. KU/AMU støtter forslaget om å legge ut en kort artikkel på intranett som forklarer saken.</p>		

---

**PROTOKOLL**


---

Tema: **Drøftingsmøte med ansattes organisasjoner og vernetjenesten vedrørende styresaker til styremøte ved UNN 28.04.2022**

Dato: 06.04.2022

Tidspunkt: 09.00- 10.00

Sted: Teamsmøte

Fra arbeidsgiver	Fra arbeidstaker
Ingrid L. Mathiassen, administrasjonssjef	Mai-Britt Martinsen, NSF
Lars Øverås, økonomisjef	Rune Moe, Fagforbundet
Grethe Andersen, drifts- og eiendomssjef	Einar Rebni, FVO
	Jan- Eivind Pettersen, Delta

Protokollsignering:

Fra arbeidstakersiden ble Mai-Britt Martinsen og Rune Moe valgt til signering av protokollen. Administrasjonssjef Ingrid Lernes Mathiassen signerte fra arbeidsgiversiden.

Arbeidstittel	Merknad/ grunnlag
1. Innspill til økonomisk langtidsplan 2023-2026 inklusiv rullering av investeringsplan	<p>Lars Øverås orienterte og svarte ut spørsmål om saken, blant annet på følgende:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Investeringer - utstyr og bygg og prioriteringer samt økning i renter</li> <li>- Daglig drift og tiltaksarbeidet i klinikkene, personalkostnader mm</li> </ul> <p>Ansattes organisasjoner sluttet seg til at saken sluttføres og forelegges styret til endelig behandling.</p>
2. Riksrevisjonens undersøkelse av helseforetakenes investeringer i bygg og medisinsk-teknisk utstyr	<p>Grethe Andersen orienterte og svarte ut spørsmål om saken.</p> <p>De tillitsvalgte hadde følgende innspill:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bra at forholdene omkring dette blir så godt belyst i rapporten og styresaken</li> <li>- Ser at det er behov for prioritering slik at UNN får rustet opp bygningsmassen</li> <li>- Viktig at vi nå har et konstant fokus på dette området på alle nivå fremover, og fokusere på verdibevarende vedlikehold</li> </ul> <p>Ansattes organisasjoner sluttet seg til at saken sluttføres og forelegges styret til endelig behandling.</p>

Tromsø, 06.04.2022

Mai-Britt Martinsen (s.)  
NSFRune Moe (s.)  
FagforbundetIngrid Lernes Mathiassen (s.)  
administrasjonssjef*Dokumentet er signert elektronisk.*



---

**PROTOKOLL**


---

Tema: **Drøftingsmøte II med ansattes organisasjoner og vernetjenesten vedrørende styresaker til styremøte ved UNN 28.04.2022**

Dato: 21.04.2022  
Tidspunkt: 09.30- 10.30  
Sted: Teamsmøte

Fra arbeidsgiver	Fra arbeidstaker
Ingrid L. Mathiassen, administrasjonssjef	Rune Moe, Fagforbundet
Lars Øverås, økonomisjef	Jan- Eivind Pettersen, Delta
Haakon Lindekleiv, fag- og kvalitetssjef	Einar Rebni, FVO
	Solveig Nergård, DNLF

Protokollsignering:

Fra arbeidstakersiden ble Rune Moe og Jan Eivind Pettersen valgt til signering av protokollen. Administrasjonssjef Ingrid Lernes Mathiassen signerte fra arbeidsgiversiden.

Arbeidstittel	Merknad/ grunnlag
1. Kvalitets- og virksomhetsplan mars 2022	<p>Lars Øverås og Haakon Lindekleiv orienterte og svarte ut spørsmål om saken, blant annet på følgende:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kostnader forbruksvarer</li> <li>- Fokus på å ansette i faste stillinger slik at innleiekostnadene går ned</li> <li>- Kvalitetssikring på gevinstrealiseringen på stormottakersatsingen, kloke valg, tele- og videokonsulasjoner mm. Effekten av tiltakene etterlyses.</li> </ul> <p>Ansattes organisasjoner sluttet seg til at saken sluttføres og forelegges styret til endelig behandling.</p>
2. Handlingsplan økonomi og budsjett 2022	<p>Lars Øverås orienterte og svarte ut spørsmål om saken.</p> <p>Ansattes organisasjoner sluttet seg til at saken sluttføres og forelegges styret til endelig behandling.</p>

Tromsø, 21.04.2022

Rune Moe (s.)  
Fagforbundet

Jan Eivind Pettersen (s.)  
Delta

Ingrid Lernes Mathiassen (s.)  
administrasjonssjef

*Dokumentet er signert elektronisk.*



## STYRESAK

<b>Styresak:</b>	<b>43/2022</b>
<b>Møtedato:</b>	<b>28.04.2022</b>
Arkivsak:	2022/36-4
Saksbehandler:	Ingrid Lernes Mathiassen

### Eventuelt til styremøte 28.04.2022

*Ingen saker til behandling.*

Tromsø, 08.04.2022

Anita Schumacher (s.)  
administrerende direktør