

Til: Styret ved Vestre Viken

Dato utsendt: 22. mars

Vår ref. Styresekretær

Møtetype: Styremøte
Møtedato: 28. mars 2022
Møtetid: kl. 10.00 – 16.00
Møtested: Hallingskarvet, Grønland 32, Drammen

PROGRAM **Behandling av styresaker**

Publikum og media som ønsker å være til stede i møtet, må melde fra om dette til styresekretær innen søndag 27. mars (hilde.enget@vestreviken.no).

Ved forfall vennligst gi beskjed til:

Styresekretær: Hilde Enget
Telefon: 48166624
E-post:
hilde.enget@vestreviken.no

Med vennlig hilsen
For styreleder Siri Hatlen

Hilde Enget

| Saksnr. | Tid (tentativt) Type sak | SAKER TIL BEHANDLING |
|----------------|-----------------------------|--|
| Del 1 | Lukket møte: | |
| | 10.00 15 min | PWC revisjon har eget møte med styret i Vestre Viken HF |
| Del 2 | Åpent møte: | |
| 20/2022 | 10.15 5 min | Godkjenning av innkalling og saksliste Vedlegg: Innkalling og saksliste til styremøte 28. februar |
| 21/2022 | 10.20 5 min | Godkjenning av møteprotokoll 28. februar 2022 Vedlegg: 1. Foreløpig protokoll 28. februar 2022 2. Foreløpig protokoll 28. februar 2022- <i>sak 15 unntatt offentlighet B protokoll</i> |
| 22/2022 | 10.25 20 min | Styrets årsberetning og årsregnskap for VVHF 2021 Vedlegg: Årsrapport for VVHF 2021 |
| 23/2022 | 10.45 10 min | Driftsorientering fra administrerende direktør |
| 24/2022 | 10.55 15 min | Virksomhetsrapport pr. 28. februar 2022 Vedlegg: Virksomhetsrapportering pr. 28. februar 2022 |
| 25/2022 | 11.10 20 min | Investeringer og vedlikehold VVHF for 2022 Vedlegg: Riksrevisjonens rapport |
| | 11.30 30 min | Lunsj |
| 26/2022 | 12.00 5 min | Etiske retningslinjer for Vestre Viken HF VV Etiske retningslinjer i Vestre Viken |
| 27/2022 | 12.05 5 min | Styrende dokumenter for Vestre Viken HF |
| 28/2022 | 12.10 5 min | Instruks for styret i VVHF Vedlegg: Instruks for styret i Vestre Viken HF |
| 29/2022 | 12.15 5 min | Instruks for AD i VVHF Vedlegg: Instruks for administrerende direktør i Vestre Viken HF |
| 30/2022 | 12.20 5 min | Fullmakter i Vestre Viken HF – endring av prokura Vedlegg: Fullmakter i Vestre Viken |
| 31/2022 | 12.25 25 min | Redegjørelse for salgsprosessen for Drammen sykehus <i>Unntatt offentlighet jr. Offentlighetsloven § 23 første ledd</i> |
| 32/2022 | 12.50 30 min | Status avhending Blakstad sykehus <i>Unntatt offentlighet jr. Offentlighetsloven § 23 første ledd</i> |
| | 13.15 | Pause 10 min |
| 33/2022 | 13.30 5 min | Andre orienteringer del 1 <ul style="list-style-type: none"> • Nytt sykehus Drammen (notat) • ØLP 2023 – 2026 (notat) |

| | | |
|----------------|-------------------------------|---|
| 34/2022 | 13.35 5 min | Eventuelt Evaluering av styremøtet - kort runde rundt bordet |
| 35/2022 | 13.40 5 min | Referatsaker <ol style="list-style-type: none"> 1. Styreprotokoll fra styremøte i HSØ 10. mars <ol style="list-style-type: none"> 1b. Foreløpig protokoll fra styremøte 10. mars 2022 Sak 20 1c. Virksomhetsrapport per januar 2022 1d. Virksomhetsrapport per januar 2022 2. Referat Brukerutvalg 22. mars med årsrapport 3. Styrets årsplan pr. mars 2022 inkl. pendingliste |
| 36/2022 | 13.45 60 min 75 min | Andre orienteringer del 2 <ul style="list-style-type: none"> • Pasient- og brukerombudenes årsmelding 2021 <ul style="list-style-type: none"> ○ Pasient- og brukerombudet i Viken, kontor Drammen Årsmelding Viken Drammen 2021.pdf (pasientogbrukerombudet.no) ○ Pasient- og brukerombudet i Oslo og Viken, kontor Oslo Årsmelding 2021 (pasientogbrukerombudet.no) • Prehospitale tjenester - presentasjon <ul style="list-style-type: none"> ○ Omvisning AMK-sentralen |
| | 16.00 | Møteslutt |

Dato: 21. mars 2022
Saksbehandler: Hilde Enget

Saksfremlegg

Godkjenning av innkalling og saksliste

| Møte | Saksnr. | Møtedato |
|--------------------------|---------|----------|
| Styret i Vestre Viken HF | 20/2022 | 28.03.22 |

Forslag til vedtak

Styret godkjenner innkalling og saksliste

Drammen, 21. mars 2022

Lisbeth Sommervoll

Administrerende direktør

Vedlegg: Innkalling og saksliste 28.03.22

Dato: 21. mars 2022
Saksbehandler: Hilde Enget

Saksfremlegg

Godkjenning av møteprotokoller 28. februar 2022

| Møte | Saksnr. | Møtedato |
|-----------------------------|---------|-----------|
| Styremøte i Vestre Viken HF | 21/2022 | 28. 03.22 |

Forslag til vedtak

Møteprotokoller fra styremøtet 28. februar 2022 godkjennes.

Drammen, 21. mars 2022

Lisbeth Sommervoll

Administrerende direktør

Vedlegg:

1. Foreløpig protokoll 28. februar 2022
2. Foreløpig protokoll 28. februar 2022 – sak 15/2022 unntatt offentlighet B protokoll

Møteprotokoll for styret i Vestre Viken

Møtested: Brakerøya, Drammen

Dato: 28. februar 2022

Tidspunkt: Kl. 10.00 – 16.00

Følgende medlemmer deltok:

| Navn | Funksjon |
|-------------------------------------|------------------|
| Siri Hatlen | Styreleder |
| Hans Tore Frydnes | Nestleder |
| Robert Bjerknes | Styremedlem |
| Ane Rongen Breivega | Styremedlem |
| Hans Kristian Glesne | Styremedlem |
| Bovild Tjønn - forfall | Styremedlem |
| Morten Stødle | Styremedlem |
| Gry Lillås Christoffersen - forfall | Styremedlem |
| Emma U N Klev | Vara styremedlem |
| Tom Roger Heggelund Frost - forfall | Styremedlem |
| Heidi Elisabeth Neverdal Haugen | Vara styremedlem |
| John Egil Kvamsøe | Styremedlem |
| Toril Anneli Kiuru Morken | Styremedlem |

Leder og nestleder av Brukerutvalget, Rune Kløvtveit og Gudrun Breistøl, deltok som observatør med møte- og talerett.

Følgende fra administrasjon og ledelse møtte:

| Navn | Funksjon |
|---------------------|---|
| Lisbeth Sommervoll | Administrerende direktør |
| Halfdan Aass | Direktør medisin |
| Mette Lise Lindblad | Direktør økonomi |
| Eli Årnot | Direktør kompetanse |
| Henning Aarset | Direktør kommunikasjon og samfunnskontakt |
| Rune Abrahamsen | Prosjektleder NSD |
| Ulrich Spreng | Direktør fag |
| Hilde Enget | Administrasjonssjef/styresekretær |

Styrets leder Siri Hatlen ledet møtet og administrerende direktør la fram sakene.
Protokollfører: Hilde Enget

Sak 9/2022 Godkjenning av innkalling og saksliste

Styrets enstemmige

Vedtak:

Styret godkjenner innkalling og saksliste.

Sak 10/2022 Godkjenning av styreprotokoller fra 31. januar 2022

Styrets enstemmige

Vedtak:

Møteprotokoller fra styremøtet 31. januar 2022 godkjennes.

Sak 11/2022 Driftsorientering fra administrerende direktør

Oppsummering innhold:

Partnerskapsmøte i helsefellesskapet ble gjennomført 4. februar. Vestre Viken har inngått avtale med NAV om inkludering med mål om å gi arbeidstrening til flere. Stein-Are Agledal er avtroppende klinikkdirektør på Kongsberg sykehus, og erstattes av Lukas Månsson. Månsson er i dag avdelingssjef ved Drammen sykehus. Åpning av ny MR-maskin på Kongsberg 4. mai. Vestre Viken benytter sosiale medier til å synliggjøre minihistorier fra pandemihverdagen, med god respons. Vestre Viken har per 28. februar 31 innlagte koronapasienter.

Styret fikk følgende redegjørelse om henvendelse fra tidligere ansatt knyttet til omstillingsprosess i BUPA og helseforetakets håndtering av varsler:

- VVHF v/ styret mottok i 2019 en henvendelse fra en ansatt som var kritisk til omstillingen i BUPA.
- Daværende styreleder ba om en gjennomgang av omstillingsprosessen.
- I styremøte 25. mars 2019 ga klinikkdirektør PHR en grundig gjennomgang av kritikken fra vedkommende og hvordan prosessen ble utført.
- ADs vurderinger i saken var blant annet at «de omstillinger som er gjennomført i BUPA vurderes som nødvendige, og har fulgt foretakets retningslinjer for omstilling». Styret vedtok enstemmig å ta ADs orientering til etterretning.
- Styrets behandling av saken ble ved en feiltakelse ikke videreformidlet til vedkommende.
- Svar på henvendelsen ble derfor etterlyst i et brev 25. november 2020. Dagen etter informerer VVHF vedkommende om styrets behandling i saken. Det ble også gitt en beklagelse for manglende tilbakemelding i etterkant av styremøtet i mars 2019.
- Vedkommende har på ny henvendt seg til styret 19. februar 2022 og ønsker å vite hvordan VVHF generelt håndterer varsler.
- På bakgrunn av denne henvendelsen vil VVHF invitere vedkommende for en samtale og gjennomgang av saken. Det vil også bli informert om hvordan varsler blir behandlet i VVHF.
- Varslingsrutinene har blitt endret i 2021 iht. tilbakemeldinger fra konsernrevisjon

Dokumentene i saken ligger tilgjengelig i admincontrol.

Kommentarer i møtet:

Styret konstaterer at henvendelsen i 2019 ikke ble behandlet i tråd med varslingsrutinen, samt at de ikke ble gjort kjent med henvendelsen 25.11.2020, som var stilet til styret. Styret ber om å bli holdt orientert om den videre behandling av saken.

Styret ønsker å få en orientering om resultatene av tiltaksplanen for utbedring av foretakets varslingsordning i styremøte den 20. juni – ref sak om varsling i styremøtet 31.05.2021.

Styrets enstemmige**Vedtak:**

Driftsorienteringen fra administrerende direktør tas til orientering.

Sak 12/2022 Virksomhetsrapportering pr. 31. januar 2022**Oppsummering innhold:**

Resultatet for januar er 67,7 MNOK lavere enn budsjett. Økte pensjonskostnader utgjør 1,4 MNOK, og 57 MNOK blir rapportert som direkte og indirekte effekter av pandemien. Sykefraværet påvirker både inntekts- og kostnadssiden. Det forventes fortsatt betydelig negativ effekt på det økonomiske resultat også i februar. Den videre utvikling er høyst usikker. Prognosen for året som nå avgis, er basert på resultat i januar og forventet negativt resultatavvik i februar. Gevinst ved salg av eiendom inngår med 29 MNOK. Den videre resultatutvikling fra mars er følgelig ikke vurdert, og nye koronamidler er ennå ikke innregnet.

Effektene av det betydelige sykefraværet er lavere aktivitet og negativ innvirkning på flere kvalitetsindikatorer. Det er laget konkrete planer for å hente inn etterslep, og virksomheten påser til enhver tid at behandlinger ikke utsettes om det medfører prognosetap for pasienten.

Kommentarer i møtet:

Sykefraværet er bekymringsfullt. Det er begrensede muligheter for å flytte på ansatte siden sykefraværet er høyt i alle klinikker.

HSØ gir signaler om at bevilgninger i 2022 skal hensyntas i prognosen. I tillegg opplyses det at inntektsavviket første halvår forventes å bli refundert gjennom ekstra bevilgninger. Dette vil innregnes i prognose fra og med februar. Det er foreløpig ikke avklart bevilgningens størrelse. Dette vil følges opp i oppfølgingsmøter med HSØ. Styret opplever at usikkerheten omkring rammefinansieringen er krevende, og at dette også er svært krevende for lederne.

Til neste styremøte ønsker styret en nærmere gjennomgang av prinsippene for lønnsavsetninger og hvordan dette påvirker perioderesultatene. I forbindelse med fastsetting av prognose for 2022 ber også styret om en nærmere redegjørelse for hvordan budsjettforutsetningene vedrørende koronapandemien innvirker, samt foretakets vurdering av den økonomiske situasjonen som følge av pandemien på lengre sikt.

Styrets enstemmige**Vedtak:**

1. Styret tar virksomhetsrapport pr. 31. januar 2022 til orientering.

Sak 13/2022 Årlig melding 2021 Vestre Viken HF

Oppsummering innhold:

Styret i Vestre Viken skal hvert år sende en årlig melding til HSØ som omfatter styrets rapport for foregående år og styrets plandokument for virksomheten. Meldingen utarbeides etter mal gitt av HSØ. Rapporteringen redegjør for oppfølging av *Oppdrag og bestilling 2021 for Vestre Viken*. mens plandelen bygger på Utviklingsplan 2035, gjeldende økonomisk langtidsplan og vedtatt budsjett og mål for 2022. Planene er forankret i Regional utviklingsplan og de regionale føringer om mål og oppdrag.

Kommentarer i møtet:

Meldingen vektlegger gevinstrealisering og nytt sykehus Drammen og den omstillingsprosess som er nødvendig for å få dette til. Pandemien påvirker disse rammebetingelsene og her må styret og helseforetaket jobbe tett sammen.

Det foreslås at setningen "Arbeidet med nytt sykehus i Drammen har hatt god framdrift strykes, da selve byggeprosjektet ikke er VVHF sitt ansvar. Det påpekes at det enten i årlig melding eller årsberetning også bør tas inn hvordan foretaket arbeider med diskriminering og likestilling knyttet til pasientbehandlingen og ikke bare i forhold til ansatte. Innspill fra Brukerutvalget kommenteres som gode og konstruktive.

Styrets enstemmige**Vedtak:**

Styret for Vestre Viken HF vedtar Årlig melding 2021 for Vestre Viken, med de endringer som fremkom i styremøtet.

Sak 14/2022 Styrets årsberetning for 2021, førstegangsbehandling av utkast**Oppsummering innhold:**

Styret skal behandle foretakets årsrapport i styremøtet 28. mars 2022. For at styret skal gis mulighet til å påvirke innholdet i styrets årsberetning som følger årsrapporten, er det lagt til rette for en første gangs behandling av denne en måned tidligere.

Kommentarer i møtet:

Årsrapporten, inklusiv styrets årsberetning, legges ut på foretakets hjemmeside og det oppfattes at blant annet pressen bruker den. Slik sett er årsrapporten et viktig verktøy for åpenhet.

Styret satte pris på å få mulighet til å påvirke innholdet i årsberetningen og ga flere innspill i møtet. Styrets medlemmer ble oppfordret til å gi konkrete innspill utover de innspill som fremkom i møtet pr. epost til foretaket innen 4. mars 2022.

Innspillene innarbeides, og årsberetningen legges frem til endelig behandling i styremøte den 28. mars 2022.

Styrets enstemmige**Vedtak:**

Styret tar det fremlagte utkast til Styrets årsberetning for 2021 til orientering med de innspill som ble gitt i møtet.

Sak 15/2022 Videre plan for salgsprosess for Drammen sykehus

Unntatt offentlighet – Offentlighetsloven § 23 første ledd

Egen protokoll fra behandlingen.

Sak 16/2022 Protokoller fra foretaksmøter 15. og 16. februar 2022 og Oppdrag og bestilling 2022

Oppsummering innhold:

Administrerende direktør viser til at Oppdrag og bestilling 2022 som nå foreligger, er i tråd med de forventninger som er lagt til grunn for arbeid i foretaket i 2022. Alle styringsbudskap vil bli gjennomgått for å sikre at de iverksettes. Arbeidet operasjonaliseres internt gjennom driftsavtaler og følges opp regelmessig. Rapportering til styret er sikret gjennom virksomhetsrapporteringen. Endringene i vedtektenes §8a vil bli fulgt opp som anført.

Kommentarer i møtet:

Styreleder påpekte at det var positivt at så mange av styrets medlemmer deltok i foretaksmøtet.

Styrets enstemmige

Vedtak:

Styret tar protokoller fra foretaksmøter i Vestre Viken HF 15. og 16. februar 2022 og Oppdrag og bestilling 2022 til etterretning.

Sak 17/2022 Referatsaker

Ingen kommentarer i møtet.

Sak 19/2022 Eventuelt

Evaluering av styremøtet – oppsummerte innspill rundt bordet:

- Agendaen omfatter saker som styret skal ha oppmerksomhet på, og det gis god tid til å drøfte disse.
- Generelt er styremøtene effektive, også i dag, opplever å få gode saksfremlegg.
- Grundig og informative saker, god møteledelse, nyttige presentasjoner, særlig om Drammen.
- Som vara er det mye å lære og sette seg inn i, godt ytringsklima. Effektiv styreledelse som konkluderer og sammendrag.
- Avhendingssaken var problematisk. Det er lagt opp til en tett oppfølgingsplan overfor styret, men oppleves likevel vanskelig med tanke på kommunikasjon og rolleforståelse.
- Utforming av Årlig melding og Styrets årsberetning kan med glede utfordre det «etablerte» og gjøre dette til noe mer enn en ren formalitet. Flott å lese om alt som er utført i enda et pandemi-år.

Sak /2022 Andre orienteringer

- Årsrapport 2021 for varslingsutvalget.

Kommentarer i møtet:

Det kommenteres at 6 varslings saker til behandling i Varslingsutvalget i 2021 synes å være få med tanke på foretakets størrelse, selv om mange varslings saker blir behandlet i linjen uten å komme til Varslingsutvalget. Styret presiserer at det er viktig at varslingsordningen er godt kjent i foretaket. En ansattrepresentant ga uttrykk for at flere tiltak er iverksatt for å gjøre ordningen kjent. Det

poengteres viktigheten av samarbeid i linjen knyttet til sakene. Styret ønsker informasjon om innholdet i varslings sakene uten at sensitive opplysninger gjøres kjent.

Styrets enstemmige

Vedtak:

Styret tar Årsrapport 2021 for varslingsutvalget til informasjon.

Andre orienteringer:

- Drammen sykehus – ny klinikkdirektør (60 min)
- Nytt sykehus Drammen – presentasjon (25 min)
- Omvisning Brakerøya kl. 14.30 – 15.30

Drammen 28. februar 2022

Siri Hatlen
styreleder

Hans Tore Frydnes
nestleder

Morten Stødle

Heidi Elisabeth Neverdal Haugen

John Egil Kvamsøe

Robert Bjerknes

Ane Rongen Breivega

Hans-Kristian Glesne

Toril Anneli Kiuru Morken

Emma U N Klev

Saksfremlegg

Styrets årsberetning og årsregnskap for VVHF 2021

| Møte | Saksnr. | Møtedato |
|-----------------------------|---------|------------|
| Styremøte i Vestre Viken HF | 22/2021 | 28.03.2022 |

Forslag til vedtak

1. Styret for Vestre Viken HF anbefaler at den fremlagte årsrapport for 2021, bestående av styrets årsberetning, resultat- og balanseoppstilling, kontantstrømoppstilling og noteopplysninger vedtas.
2. Styret foreslår at resultatet for 2021, et overskudd på 169 MNOK, føres slik:
Overføring til annen egenkapital: 169 MNOK.
3. Styret ber administrerende direktør om å oversende vedtaket med nødvendige vedlegg for videre behandling i foretaksmøte og sende årsrapporten til det nasjonale regnskapsregisteret i Brønnøysund.
4. Styret gir administrerende direktør fullmakt til eventuelt å gjøre mindre tekstredigeringer dersom det er påkrevd fra ekstern revisor eller lignende.

Drammen, 21. mars 2022

Lisbeth Sommervoll

Administrerende direktør

Bakgrunn

I denne saken fremlegges den endelige årsregnskapsrapporteringen pr. 31. desember 2021. Årsrapport, bestående av styrets årsberetning, resultat, balanse, noter og kontantstrømpoppstilling, legges frem for styret med forslag om at det anbefales fastsatt som resultat for 2021 i foretaksmøte. Det regnskapsmessige årsresultatet viser et overskudd på 169 MNOK.

Styrets innspill til årsberetningen fra styremøte 28. februar 2022 er innarbeidet i endelig utkast til årsberetning.

Saksutredning

Styret skal behandle årsregnskap og styrets årsberetning før endelig behandling skjer i foretaksmøte. Deretter oversendes årsregnskap og årsberetning til det nasjonale regnskapsregisteret i Brønnøysund.

Det vises til årsberetning og årsregnskap for en oppsummering av året og ytterligere spesifisering og forklaring til regnskapet.

Det økonomiske styringsmålet for 2021 var på 244 MNOK. Endelig resultat for 2021 er et overskudd fra driften på 168,5 MNOK. Resultatavviket inkluderer 51,7 MNOK i høyere kostnader til vedlikehold over drift, som møtes av tilsvarende lavere investeringer. Korrigert for dette utgjør resultatavviket 23,7 MNOK. Det negative resultatavviket er i stor grad relatert til situasjonen med pandemi gjennom hele 2021, samt et lønnsoppgjør som ble høyere enn forutsetningene i budsjettet.

Administrerende direktørs vurderinger

Det endelige resultatet for 2021 avviker negativt fra budsjett. Koronapandemien har påvirket aktiviteten vesentlig, og medført et lavere økonomisk resultat. Tilleggsbevilgningene foretakene har fått for å kompensere for dette har imidlertid gitt god dekning av netto merkostnader også i 2021. På tross av dette er det fortsatt et negativt resultatavvik som medfører at foretaket ligger noe bak planen for økonomisk bærekraft knyttet til nytt sykehus i Drammen. Dette representerer en trussel mot investeringskraften i kommende periode.

Administrerende direktør legger resultatet frem for styret med en anbefaling om at dette tilrås fastsatt som det endelige resultatet i foretaksmøte. Det legges også frem forslag til hvordan overskuddet føres. Etter behandling i foretaksmøte skal saken følges opp med innsending til det nasjonale regnskapsregisteret i Brønnøysund.

Administrerende direktør foreslår på denne bakgrunn at styret vedtar det fremlagt årsregnskap og styrets årsberetning for 2021.

Vedlegg: Årsrapport 2021 for VVHF

ÅRSRAPPORT 2021

Vestre Viken HF



Innholdsfortegnelse

| | |
|---|-----------|
| Årsberetning | 3 |
| Om helseforetaket | 3 |
| Organisering | 3 |
| Pasientbehandling | 4 |
| - Aktivitet | 4 |
| - Samhandling | 6 |
| Forskning og innovasjon | 6 |
| Teknologi | 8 |
| Utdanning | 8 |
| Brukermedvirkning | 9 |
| Personale | 9 |
| - Arbeidsmiljø | 9 |
| - Helse, miljø og sikkerhet (HMS) | 11 |
| - Varslingsutvalget | 12 |
| - Antikorrupsjonsarbeid | 12 |
| Likeverd og likestilling | 12 |
| Bærekraft | 13 |
| Risikostyring | 15 |
| Økonomi | 15 |
| Nytt sykehus i Drammen | 17 |
| Fremtidsutsikter | 18 |
| Styret | 19 |
| Glimt fra 2021 | 20 |
| Årsregnskap | 33 |
| Resultatregnskap | 33 |
| Balanse - eiendeler | 34 |
| Balanse - egenkapital og gjeld | 35 |
| Signatur på regnskapet | 35 |
| Regnskapsprinsipper (Note 0) | 36 |
| Note 1 – 22 | 39 |
| Kontantstrømoppstilling | 55 |
| Revisors beretning | 56 |

Årsberetning

OM HELSEFORETAKET

Vestre Viken er et av de største helseforetakene i Norge og er eid av det regionale helseforetaket Helse Sør-Øst. Vestre Viken ble stiftet 30. mars 2009 og leverer sykehus- og spesialisthelsetjenester til om lag 500 000 innbyggere i 22 kommuner.

Innen somatisk virksomhet består helseforetaket av Bærum sykehus, Drammen sykehus, Kongsberg sykehus og Ringerike sykehus med Hallingdal sjukestugu.

Foretaket har en psykiatrisk sykehusavdeling ved Blakstad, fem distriktpsikiatriske sentre, tilbud innen barne- og ungdomspsykiatri samt tverrfaglig spesialisert rus- og avhengighetsbehandling.

Det økonomiske målet for 2021 var et resultat på 244 millioner kroner. Det regnskapsmessige resultatet ble 169 millioner kroner. Koronapandemien har preget foretaket siden smitteutbruddene i mars 2020, og ført til at også dette året ble spesielt.

Vestre Viken hadde 9 897 ansatte som til sammen utførte 7 797 årsverk. Året før utførte 9 868 ansatte 7 357 årsverk.

Helseforetakets hovedoppgaver er pasientbehandling, forskning, utdanning av helsepersonell samt opplæring av pasienter og pårørende.

ORGANISERING

Administrerende direktør i foretaket er Lisbeth Sommervoll.



Vestre Viken er pr. 31.12.2021 organisert i åtte klinikker: Bærum sykehus, Drammen sykehus Kongsberg sykehus, Ringerike sykehus samt tverrgående klinikker for prehospitaltjenester, medisinsk diagnostikk, psykisk helsevern og rusbehandling samt intern service. Denne organiseringen ble etablert i 2012. Det er i tillegg en sentral stab som er organisert under fem stabsdirektører: direktør kompetanse, direktør fag, direktør økonomi, direktør teknologi og direktør kommunikasjon og samfunnskontakt. Prosjektdirektør Nytt sykehus i Drammen og medisinsk direktør inngår også i foretaksledelsen, som består av klinikk- og stabsdirektørene.

Foretaket ledes av et styre som ved utløpet av året har elleve medlemmer, hvorav fire er oppnevnt av og blant de ansatte. Styrets leder er Siri Hatlen.

PASIENTBEHANDLING

Samfunnsoppdraget til Vestre Viken er å gi trygge og likeverdige helsetjenester til pasienter og brukere, basert på faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp.

Aktivitet

Aktiviteten har, som i 2020, vært preget av koronapandemien. Sykehusene har vært i økt beredskap store deler av 2021, noe som har medført en reduksjon av planlagt somatisk aktivitet. Foretaket har prioritert behandling av kreftsykdommer, barn og andre pasienter som kunne ha fått dårligere prognose om behandlingen ble utsatt. Aktiviteten ble trappet opp etter vårens koronabølge, men redusert igjen under koronabølgen som startet høsten 2021, og som varte ut året.

Innen psykisk helsevern og rusbehandling har antall nye henviste pasienter vært betydelig høyere enn tidligere år, spesielt innen barne- og ungdomspsykiatrien. Behandlingskapasiteten er utvidet, og Klinikk for psykisk helse og rus har etablert et godt tilbud for telefon- og videokonsultasjoner.

Det var ca. 65 100 døgnopphold på de somatiske sykehusene, og om lag 3 900 døgnopphold innen psykisk helse og rus/avhengighetsbehandling. Det var til sammen 706 500 polikliniske konsultasjoner innenfor somatikk og psykisk helsevern/rus- og avhengighetsbehandling.

Innen somatikk har det vært en reduksjon i antall døgnopphold på 2,0 prosent mens dagopphold har økt med 1,9 prosent og polikliniske konsultasjoner med 10,2 prosent fra året før. Innen psykisk helsevern/rus- og avhengighetsbehandling har det vært om lag samme antall døgnopphold, mens antall polikliniske konsultasjoner økte med 4,4 prosent sammenliknet med 2020.

ISF-poeng

Vestre Viken mottar innsatsstyrt finansiering målt i ISF-poeng for somatisk aktivitet (ISF=innsatsstyrt finansiering). Samlet utgjorde denne finansieringen om lag 118 800 ISF-poeng, ca. 3,8 prosent mer enn fjoråret.

Det er også innsatsstyrt finansiering (ISF) av poliklinisk behandling innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Dette utgjorde 58 400 ISF-poeng i 2021, en økning på 11,9 prosent fra året før.

Dreining fra døgnbehandling til dagbehandling

Foretaket har som mål at aktivitetsøkning hovedsakelig skal skje innen dagbehandling og poliklinisk behandling. Det har vært arbeidet med å behandle flere av akuttpatientene poliklinisk ved alle de somatiske sykehusene.

Innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling har antall pasienter som får tilbud fra FACT-team økt i løpet av året. Mer av behandlingen skal skje poliklinisk/ambulant.

Økning i video- og telefonkonsultasjoner

Det er en målsetning å øke andelen hjemmebehandling ved hjelp av digitale løsninger som video- og telefonkonsultasjoner og bruk av egenregistreringer. Pandemien førte til at det både innenfor somatikk og psykiatri ble satt i gang tiltak for å tilby polikliniske konsultasjoner ved bruk av telefon og video. 7 prosent av konsultasjonene innen somatikk og 24 prosent innenfor psykisk helsevern/rusbehandling ble gjennomført digitalt. Samlet er andelen polikliniske konsultasjoner over video eller telefon 13 prosent. Program for digital hjemmeoppfølging er etablert for å utvikle dette området videre.

Overholdelse av pasientavtaler

Pandemien har medført et betydelig etterslep i behandlingen. 90 prosent av de planlagte pasientavtalene ble overholdt. Pasienter som kan få en dårligere prognose hvis den planlagte behandlingen utsettes, har blitt prioritert.

Ventetid

Koronapandemien har resultert i noe lengre ventetider både i somatikken og innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling enn det som var målsetningen. Pasienter er prioritert på en slik måte at den økte ventetiden har vært forsvarlig.

Gjennomsnittlig ventetid for pasienter som fikk avvirket time innen somatikk var 55 dager. Dette er en reduksjon på 4 dager sammenliknet med 2020, men litt lengre enn målet på 54 dager. Ventetiden er med det tilbake på samme nivå som i 2019 - før pandemien. Fagområder med lang ventetid har vært øyesykdommer, plastikk-kirurgi og hormon-sykdommer.

Ventetid innen psykisk helsevern for voksne (PHV) og for tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) var henholdsvis 41 og 33 dager, tilnærmet det samme som året før. Målet på 40 dager for PHV og på 30 dager for TSB ble dermed ikke oppnådd.

I psykisk helsevern for barn og unge var gjennomsnittlig ventetid for hele året 50 dager. Dette er 5 dager mer enn året før og 15 dager lengre enn målet på 35 dager. Antall henvisninger har økt med 20 prosent innen barne- og ungdomspsykiatri sammenliknet med året før pandemien. Dette har vært utfordrende kapasitetsmessig. Det er satt i gang tiltak for å øke den polikliniske aktiviteten, blant annet behandling om kvelden, og antall konsultasjoner for året er godt over plan. Det videre arbeidet for å redusere ventetiden og øke kapasiteten innen dette området er en prioritert oppgave i 2022.

Pakkeforløp kreft

Andel pasienter som fikk sitt pakkeforløp gjennomført innen standard forløpstid var 69 prosent, altså nær målet på 70 prosent. Det har særlig vært oppmerksomhet mot forbedring innen lunge-, bukspyttkjertel- og prostatakreft, samt for pasienter med lymfom. Måloppnåelsen på slutten av året ble bedre, men det er fortsatt stor variasjon gjennom året. I 2022 blir det satt i gang læringsnettverk for å gi forløpseiere og forløpskoordinatorer kompetanse i forbedringsarbeid. PET-CT ble etablert i foretaket i 2020, og utvidelse av tilbudet høsten 2021 og ytterligere i 2022 er et viktig bidrag til å bedre forløpstiden for noen av pakkeforløpene.

Målet er at enda flere kreftpasienter skal få behandlingen i pakkeforløpene innenfor standard forløpstid.

Sykehusinfeksjoner

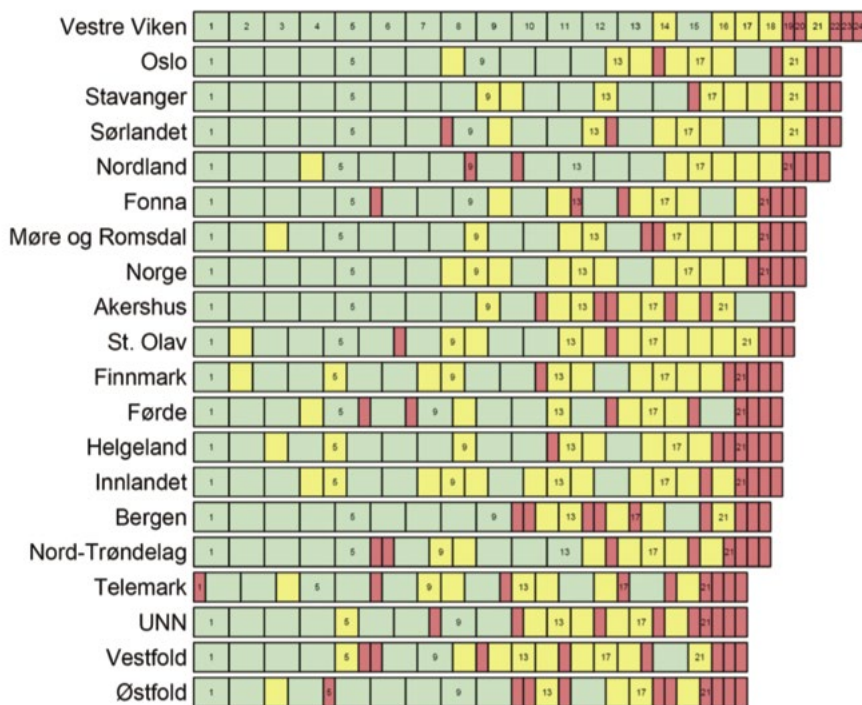
Forekomsten av sykehusinfeksjoner (ervert i eget foretak og oppstått i andre helseforetak) var gjennomsnittlig 2,6 prosent i 2021. Dette er på samme nivå som de to foregående årene, og bedre enn både gjennomsnittet i Helse Sør-Øst og landsgjennomsnittet.

Pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring

Kvalitetsmålinger, pasientsikkerhetsmålinger, forskningsbasert kunnskap og pasienterfaringer brukes aktivt i utformingen av tjenestetilbudet og i systematisk forbedringsarbeid. Lite effektive metoder skal fases ut. Klinikkene bruker nasjonale kvalitetsindikatorer i sitt forbedringsarbeid.

I tillegg til nasjonale kvalitetsindikatorer ble det i 2021 publisert Helseatlas for kvalitet 2017-2019. Resultatene viser at Vestre Vikens pasienter får behandling med høy kvalitet på de fleste områder som blir målt.

Bosatte i opptaksområdene



Indikator

1. Tykktarmskreft, overlevelse ++
2. Hjerneslag, trombose
3. Brystkreft, primærkirurgi
4. Lungekreft, kurativ behandling
5. Diabetes voksne, HbA1c ≤ 53 mmol
6. Endetarmskreft, lapraskopi ++
7. Prostatakreft, radikal behandling ++
8. Hoftebrudd, sementert stamme
9. Prostatakreft, fri rand
10. Karkirurgi, carotisstenose
11. Endetarmskreft uten tilbakefall ++
12. Diabetes voksne, HbA1c < 75 mmol
13. Brystkreft, brystbevarende kirurgi
14. Nyre, hemodialyse
15. Tykktarmskreft, lapraskopi ++
16. Hjerteinfarkt NSTEMI, utredning 72 t.
17. Diabetes barn, HbA1c < 53 mmol
18. Hoftebrudd, operasjon 48 t.
19. Lungekreft, overlevelse
20. Diabetes barn, HbA1c < 75 mmol
21. Hjerteinfarkt STEMI, reperfusjon
22. Nyre, hjemmedialyse ++
23. Invasiv kardiologi, trykkmåling ++
24. Nyre, blodtrykk < 130/80

Foretaket har etablert et system som identifiserer risikoområder og trender innen pasientsikkerhet og arbeidsmiljø for å redusere antall utilsiktede hendelser. Ved alvorlige hendelser analyserer vi hva som har skjedd (hendelsesanalyser). Erfaringene fra utilsiktede hendelser blir brukt til læring i hele virksomheten.

Det er etablert et program for kontinuerlig forbedring som skal bidra til at forbedringsarbeid blir en del av kulturen og arbeidsformen. Ledere skal tilrettelegge for at ansatte, i samarbeid med brukere, kan utvikle og forbedre helsetjenestene.

Så langt har 600 ansatte gjennomgått teoretisk og praktisk opplæring i forbedringsarbeid. Vi utdanner forbedringsveiledere, og forbedringsarbeid er en del av den helhetlige lederopplæringen. Leger i spesialisering har forbedringsarbeid som et obligatorisk læringsmål.

Elektronisk kurve og medikasjon

Innføring av regional elektronisk kurve- og medikasjonsløsning «Metavision» i hele foretaket ble fullført, og det er nå mer enn 5 000 brukere av løsningen. Løsningen bidrar til økt kvalitet i pasientbehandlingen og økt pasientsikkerhet. Spesielt er dette knyttet til å ordinere og administrere legemidler, og til at alle som er involvert i pasientbehandlingen, har tilgang til elektroniske data. Tilbakemeldinger fra brukerne er gjennomgående gode.

Samhandling

Vestre Viken har ansvaret for spesialisthelsetjenester til 21 kommuner, samt en del av befolkningen i Holmestrand kommune (tidligere Sande kommune).

Fra 1. januar 2021 har samarbeidet med kommunene vært formalisert i helsefelleskapet Vest-Viken i tråd med den strukturen som er skissert i avtalen mellom regjeringen og KS. De 21 kommunene som er med i helsefelleskapet, har et samarbeidsstyre og felles koordinator. Samarbeidsstrukturen i helsefelleskapet er en videreføring og justering av et mangeårig samarbeid mellom kommunene og helseforetaket. Holmestrand kommune er ikke med i helsefelleskapet, men foretaket har en samarbeidsavtale med kommunen, og de deltar i lokalt samarbeidsutvalg i Drammen.

Partnerskapsmøte er et årlig møte med den politiske og administrative toppledelsen i kommunene og helseforetaket sammen med representanter for brukere, fastleger og ansatte. Det er etablert et

strategisk samarbeidsutvalg (SSU) med representanter for den administrative og faglige ledelsen fra helseforetaket og kommunene sammen med representanter fra fastlegene, leder av brukerutvalget i Vestre Viken og tillitsvalgte. Det er i tillegg fem lokale samarbeidsutvalg (LSU) basert på geografisk representasjon; LSU Asker og Bærum, LSU Drammen, LSU Kongsberg, LSU Ringerike og LSU Hallingdal. De lokale utvalgene skal på den ene siden operasjonalisere den overordnede strategien og føringene. På den andre siden skal de ivareta de lokale behovene og kontaktflaten mellom samarbeidspartene.

Nasjonal helse- og sykehusplan trekker frem fire pasientgrupper som har behov for felles planlegging av tjenestene, og hvor helsefelleskapet har ansvar for å utvikle helhetlige tjenester. Pasientgruppene dette gjelder, er skrøpelige eldre, personer med flere kroniske lidelser, voksne med alvorlig psykisk lidelse og rusproblemer samt barn og unge. I arbeidet med utviklingsplanen er kommunene med i arbeidsgrupper som beskriver ønsket utvikling for disse pasientgruppene. Det er også etablert et faglig samarbeidsutvalg for barn og unge og et faglig samarbeidsutvalg for voksne med alvorlig psykisk lidelse og rusproblem.

Praksiskonsulentene i helseforetaket har et særlig ansvar for faglige møter og kurs for leger. Kompetansesamarbeid og kompetansedeling er viktige oppgaver for helsefelleskapet.

FORSKNING OG INNOVASJON

Vestre Viken har som mål å gi pasientene kunnskapsbasert behandling som er trygg og av høy kvalitet. Forskningsaktivitet er viktig for å sikre dette. Det er også viktig å stimulere til å utvikle eller ta i bruk nye, innovative løsninger for å skape nye tjenester og produkter som kan komme pasientene til gode.

Forskning

Helseforetaket er ansvarlig for 65 pågående forskningsprosjekter og deltar i over 50 multi-senterstudier. I tillegg bidrar forskere i mange nasjonale og internasjonale samarbeidsprosjekter. Forskning innen hjerte, infeksjon, kreft og alvorlige psykiske lidelser er de mest omfattende.

Vestre Viken har for tiden seks vitenskapelige stillinger; to professorer og to førsteamanuenser ved Universitetet i Oslo (UiO), en professor ved Universitetet i Bergen, og en førsteamanuensis ved Oslo Met.

Av foretakets totale driftsbudsjett ble 0,83 prosent brukt på forskning mot 0,73 prosent året før. Veksten i 2021 er betydelig fordi forholdstallet er beregnet ut fra brutto driftskostnader, og foretaket hadde en betydelig kostnadsvekst i 2021 som følge av pandemien. Målsettingen er å øke andelen, både ved økning av interne og eksterne midler.

Covid-19-forskning

Som følge av pandemien pågår det flere forskningsprosjekter i Vestre Viken innen covid-19. Dette er både observasjonsstudier samt én behandlingsstudie; EU-SolidAct. Studiene utføres i samarbeid med andre nasjonale og internasjonale institusjoner. Det ble publisert rundt 15 vitenskapelige artikler om covid-19 fra foretaket i 2021.

Doktorgrader

Fem doktorgrader utgikk fra Vestre Viken. Én doktorgrad innen psykisk helse, én innen kreft, to innen fysioterapi og én innen ortopedi.

Forskningspoeng

Forskningsproduksjonen måles nasjonalt med forskningspoeng, og inkluderer publiserte vitenskapelige artikler og doktorgrader. I 2020 fikk Vestre Viken 113 forskningspoeng, som er en økning på over 10 prosent (11,43) fra året før. (Tallene for 2021 er ikke klare før i april 2022.)

Foretaket hadde 24 eksternt finansierte prosjekter; ni doktorgradsprosjekter, tre postdokprosjekter, tre nettverk (to nasjonale og ett regionalt), ett utenlandsstipend samt forskningsmidler til å etablere infrastruktur for presisjonsdiagnostikk innen kreftområdet for patologi.

Satsing på kliniske studier

Det er satsing på å legge til rette for kliniske studier. Den nasjonale rapporteringen for kliniske studier foregår på våren. Tallene for 2021 er derfor ikke klare. Vestre Viken er nasjonal koordinerende institusjon for 12 studier og deltok totalt i 39 kliniske behandlingsstudier i 2020. Det ble inkludert pasienter i 22 av disse studiene, totalt 354 pasienter.

Ved årsslutt i 2021 hadde foretaket 20 pågående studier i samarbeid med industrien, fire av disse var nye av året.

Innovasjon

Innovasjonsaktiviteten måles gjennom nasjonale indikatorer. I 2021 hadde foretaket 64 poeng, noe som er en økning på 56 prosent fra 2020.

Ved utgangen av året var det 35 pågående prosjekter, de fleste innenfor brukerdrevet innovasjon. Av de 35 prosjektene var det 13 prosjekter innen digital hjemmeoppfølging, som er et satsningsområde. Tre prosjektledere fra sentral stab har jobbet sammen med klinikkene for å tilrettelegge for brukerstyrt oppfølging. Vestre Viken er pilotforetak når det gjelder anskaffelse av prosessplattform for digital hjemmeoppfølging i HSØ.

Det er tildelt 282 000 kroner i interne midler til innovasjon, fordelt på sju pilotprosjekter.

Det ble meldt inn fire disclosures of invention (DOFI) til Inven2, som er foretakets kommersialiseringspartner. Nytt sykehus i Drammen vil bli brukt som en motor for det videre arbeidet med innovative løsninger.

Infrastruktur for næringslivssamarbeid

Vestre Viken ønsker å bidra til utvikling av fremtidens helsetjenester i samarbeid med næringslivet. For dette formålet er det opprettet en testbed, det vil si en infrastruktur for næringslivssamarbeid innen forskning og innovasjon. Vestre Viken har mottatt 1,5 millioner kroner i innovasjonsmidler fra fylkeskommunen til dette arbeidet. I 2021 ble det inngått seks avtaler med industrien.

Innovasjonspartnerskap

AMK har gjennomført et innovasjonspartnerskap med Incendium på innovasjonsprosjektet «Videosamtale med AMK». Prosjektet har utviklet en brukervennlig og sikker løsning for videosamtale med AMK. Prosjektet har vært vellykket med positive brukererfaringer fra både innringer og AMK-operatørene. En viktig suksessfaktor har vært et nært samarbeid mellom helseforetaket og leverandør. Innovasjonspartnerskapet er gjennomført på svært kort tid. Løsningen tilrettelegges for nasjonalt bruk gjennom Helsetjenestens driftsorganisasjon for nødnett. Det er tildelt 300 000 kroner i interne midler til innovasjon, fordelt på seks pilotprosjekter.

Eksterne midler

Fire innovasjonsprosjekter fikk eksterne midler fra Helse Sør-Øst: "Borte bra, men hjemme best" - hjemmeoppfølging av gravide med risikosvangerskap (995 000 kroner), Digital hjemmeoppfølging av barn og ungdom med epilepsi (468 000 kroner), Digital

sårtjeneste (1 040 000 kroner) og Digital hjemmeoppfølging av prematurfødte barn (249 000 kroner).

To innovasjonsprosjekter tilknyttet Nytt sykehus i Drammen ble tildelt 6,2 millioner kroner i innovasjonsmidler fra StimuLab: «Fremtidens kontortjeneste for bedre pasientflyt» og «Trygg stafett – Redusere brudd i behandling i akutt psykisk helsevern».

To initiativer har mottatt støtte fra Innomed i form av timer til prosessveiledning: «Poliklinikk med digitale verktøy på Bærum sykehus» og «Ny løsning for behandlingshjelpemidler ved Vestre Viken og Ahus».

TEKNOLOGI

Ny teknologi er tatt i bruk

Det er tatt i bruk flere nye teknologiske løsninger. «Elektronisk kurve og medikasjon» er innført i hele helseforetaket. «AMK videoløsning», som ble utviklet gjennom et innovasjonspartnerskap med Innovasjon Norge, har vært i drift siden april 2021. I løpet av høsten ble løsningen utvidet, og det ble mulig for lege i akuttbil å delta i videosamtalen. I desember ble «AMK videoløsning» formelt godkjent.

«Egenregistreringsskjema» fra pasienter via løsningen CheckWare har økt. Foretaket mottok over 24 000 besvarte kartlegginger, hvorav de fleste innen psykisk helsevern og rus. Innen somatikk er egenregistreringsskjema tatt i bruk for fagområdene epilepsi, hjerte, lunge og mage-tarm. Veiledet internettbehandling innen psykisk helsevern og rus, «E-mestring», ble tatt i bruk høsten 2021. Løsningen tilbys pasienter med depresjon, sosial angst og panikkangst.

Journalssystemet DIPS ble oppgradert i juni. Dette ga foretaket mulighet til å ta i bruk regionale tjenester som elektroniske brev, elektronisk registrering av helseopplysninger, dialog om time og status på mine henvisninger. 80 prosent av brevene som tidligere ble skrevet ut på papir og sendt i posten, sendes nå som digitale brev.

Forenkling og standardisering av IKT-systemer

Foretaket har videreført arbeidet med å sanere eldre applikasjoner i samarbeid med Sykehuspartner. Oppgradering til Windows 10 har fortsatt gjennom året. Sykehuspartner har etablert en ny mobilplattform.

IKT-løsninger til Nytt sykehus i Drammen

Det er identifisert 18 IKT prosjektområder som er spesielt viktige for Nytt Sykehus i Drammen, blant annet innføring av helselogistikk og IKT-infrastrukturprosjekter som inngår i Sykehuspartners STIM-program.

Medisinskteknisk utstyr

Det er gjort investeringer i medisinsk-teknisk utstyr hovedsakelig for å erstatte utrangert utstyr, men også som følge av økt behov og teknologisk utvikling. I tillegg har koronapandemien ført til større behov for utstyr. MR på Kongsberg sykehus ferdigstilles i mars 2022.

Den samlede utstyrsparken har en innkjøpsverdi på 1,2 milliarder kroner med en verdivektet gjennomsnittsalder på 6,14 år ved utgangen av året. Dette er samme nivå som året før, og er tilfredsstillende.

Behandlingshjelpemidler

Det er stor vekst i behovet for behandlingshjelpemidler, det vil si medisinsk utstyr til hjemmebehandling som er styrt av spesialisthelsetjenesten. Ved utgangen av året var det registrert utlån av 28 057 enheter. Det ble behandlet 32 430 leveringsordre, en vekst på 12,2 prosent fra året før.

UTDANNING

Vestre Viken samarbeider tett med en rekke utdanningsinstitusjoner og tilbyr ca. 1 500 praksisplasser til studenter i helsefaglig utdanning.

Det har vært 63 sykepleiere ansatt i utdanningsstillinger innen anestesi-, intensiv- og operasjonssykepleie samt barneintensivsykepleie. Foretaket er godkjent lærebedrift og har lærlingplasser i helsefag og ambulansefaget. Det var ved årets utgang 27 helsefagarbeiderlæringer og 45 ambulanselæringer. I tillegg var det to portørlæringer og en lærling innen teknologi. Inntak av nye læringer i helsearbeiderfaget økte med sju fra 2020 til 2021. Det blir en tilsvarende økning i 2022.

Leger i spesialisering (LIS)

Foretaket er godkjent utdanningsvirksomhet for fire spesialiteter. De resterende 28 spesialitetene har fått midlertidig godkjenning til søknadene er behandlet.

Det ble gjennomført fem fysiske kurs á ca. 20 deltakere i veiledning og supervisjon og kompetansevurdering for LIS og overleger høsten 2021. Ytterligere fem leger er under instruktørutdanning. Det er satt i gang arbeid med å utdanne instruktører som skal holde kurs i 4 Gode Vaner, som et ledd i LIS-utdanningen.

For å nå bedre ut med relevant informasjon til LIS og andre interesserte, opprettet foretaket en egen Instagram-konto for LIS-utdanningen. Denne har nådd mange på kort tid, både ansatte i eget foretak og andre. Foretaket er representert i det regionale P/LIS-prosjektet. Det har vært gjennomført to webinarer for ledere og veiledere rettet mot LIS-spesifikke funksjonaliteter i Kompetanseportalen. Arbeidet med å organisere 3-delt tjeneste for LIS1 ble startet.

E-læring

E-læring benyttes i enda større grad, og har erstattet mange fysiske samlinger. Det har blitt produsert mange nye kurs, og tradisjonelle kurs har blitt digitalisert. Utstrakt samarbeid på tvers av foretak og regioner har vært både effektivt og faglig nyttig. Det har blitt utarbeidet e-læringskurs knyttet til covid-19, og det er tatt i bruk kurs som er knyttet til de enkelte profesjonene og fagfeltene.

Foretaket fikk god nytte av at Kompetanseportalen ble tatt i bruk. Kompetanseportalen gir rask distribusjon og tilgjengelighet til kompetanseplaner og gode muligheter for å rapportere oppfølging. Opplæring når det gjelder å bruke Kompetanseportalen er gjennomført.

BRUKERMEDVIRKNING

Brukerutvalget i Vestre Viken har arbeidet i henhold til sitt mandat og i samsvar med regionale føringer. Leder og nestleder deltar på styrets møter, og har anledning til å uttale seg og komme med forslag.

Brukerutvalget har kontakter i alle åtte klinikker, og deltar i klinikkens kvalitetsutvalg, i utvidede klinikkledermøter sammen med ansattes representanter og i forbedringsarbeid. Brukere deltar i arbeidet med nytt sykehus i Drammen. I 2021 har Brukerutvalget deltatt aktivt i arbeidet med revisjon av Utviklingsplan 2035.

Brukerutvalget er også representert i Sentralt kvalitetsutvalg og i Forskningsutvalget. I tillegg er brukerne representert i det nyetablerte strategiske samarbeidsutvalget knyttet til helsefelleskapet.

Ungdomsrådets arbeid

Ungdomsrådet gir råd og innspill til hvordan barn og unge kan få det bedre som pasienter og pårørende. Medlemmene i Ungdomsrådet har ulik alder, kjønn og etnisitet, og har erfaringskompetanse fra både fysiske og psykiske helseutfordringer. Ungdomsrådet følges opp av en koordinator fra Lærings- og mestringssenteret (LMS) og kontaktpersoner fra avdelinger som behandler barn og unge.

2021 har vært et spesielt år, også for Ungdomsrådet. Rådet har hatt 11 møter som i stor grad har vært gjennomført digitalt. Ungdomsrådet har gjennomført flere digitale workshops med fagavdelingene.

Ungdomsrådet har vært aktive i en del prosjekter, som utvikling av FACT Ung, barn og unge med sykkelig overvekt og i arbeidsgrupper i forbindelse med Utviklingsplan 2035. Medlemmer fra rådet har deltatt i møte med Pasient- og brukerombudet i Oslo og Viken sammen med representanter fra de øvrige ungdomsrådene i regionen. Leder av Ungdomsrådet har også, sammen med Brukerutvalget, deltatt på et felles møte med styret i Vestre Viken.

PERSONALE

Arbeidsmiljø

Foretaket skal ha en kultur som er preget av et utviklingsorientert, godt og helsefremmende arbeidsmiljø med motiverte og engasjerte medarbeidere.

Året har vært preget av koronapandemien. Mange medarbeidere har hatt en arbeidshverdag med ekstra fokus på smittevern, risikovurderinger og stor arbeidsbelastning. Evnen til å vise kreativitet og fleksibilitet har vært stor, og mange har måttet takle nye og uventede situasjoner. Arbeid med det psykososiale arbeidsmiljøet er viktig, og har blitt fulgt opp og håndtert på en god måte. For eksempel har en i Prehospitaltjenester (PHT) samarbeidet med NAV Arbeidslivssenter om å lage et årshjul for arbeidsmiljøarbeidet, og en avdeling ved Drammen sykehus har arbeidet med enkle verktøy for gruppeprosesser knyttet til oppfølging av arbeidsmiljø.

Krav til lederferdigheter

Lederne har det overordnede og helhetlige ansvaret for å drifte egen enhet, og for å sørge for at målene som er satt blir nådd innenfor gitte tidsfrister og økonomiske rammer. Ledelse av komplekse kompetansevirksomheter stiller store krav til lederferdigheter, og disse har blitt ytterligere

utfordret som følge av pandemien. Strategisk og taktisk analyse og handlekraft har blitt satt på prøve, med tilhørende utfordringer knyttet til informasjon og ivaretagelse både av pasientsikkerhet og medarbeidere. Lederutvikling er et kontinuerlig arbeid, og grunnopplæring for ledere har blitt arrangert som planlagt.

Pandemien har preget store deler av året. Samtidig som smittevernprosedyrer måtte følges og medarbeideres trygghet ivaretas, skulle også mest mulig ordinær drift opprettholdes. Det har vært behov for beredskap når det gjelder akutt krisehåndtering, og lederne har fått tilbud om coaching og kompetanseheving innen kriseledelse.

Etter drøfting med foretakstillitsvalgte, ble det mot slutten av året innført risikoreduserende tiltak overfor helsepersonell som ikke er fullvaksinert, i tillegg til jevnlig testing og bruk av munnbind. Dette ble gjort i tråd med Helsedirektoratets anbefalinger om at man bør vurdere å omdisponere ansatte som ikke er vaksinert, hvis de arbeider med pasienter som har alvorlig immunsvikt.

Til tross for begrensninger som følge av pandemien, har det vært gjennomført lederkurs digitalt og fysisk i de periodene smittesituasjonen har tillatt det. «Introduksjonskurs for nye ledere» er obligatorisk for alle nye ledere i Vestre Viken. Kurset gir innføring i grunnleggende systemer og strukturer ledere må kjenne til. Kurset «Mitt lederskap» for ledere på nivå 4, har også blitt gjennomført med svært gode tilbakemeldinger. Foretaket har en gjennomgående strategi for lederutvikling som bidrar til at ledere rustes for oppgaven, danner nettverk og står lengre i stillingen.

I løpet av året er det også satt i gang flere nye tiltak, blant annet «Program for ledergruppeutvikling», «Lederkurs tilpasset ledere på nivå 3» med særlig vekt på strategisk ledelse, og «Bevisstgjøring om medarbeiderskap». Disse tre initiativene blir satt i drift i løpet av 2022.

Ressursstyring

God kunnskap om lov- og avtaleverk, og aktivitetsstyrt ressursplanlegging (ARP) er avgjørende for å sikre leders oppfølging av egen drift og at arbeidstidsbestemmelsene overholdes.

Det er etablert et program for innføring av ARP i foretaket. Programmet består av ulike prosjekter som til sammen skal sikre innføring av modellen som en helhetlig metode for ressursplanlegging.

Bemanning og kompetanse, bruk av innleid personell fra vikarbyrå, ekstrahjelp og overtid, i tillegg til aktivitet og kapasitet (herunder forbedring av forløp), blir gjennomgått i samarbeid med klinikkene. Bemanningssenterne blir samordnet, ekspertise på ressursplanlegging etablert og det blir utviklet styringsdata som støtter prosessene.

Arbeidstidsbestemmelser

Det var ca. 40 500 brudd på arbeidstidsbestemmelsene, mens det året før ble registrert ca. 32 500 brudd. Rapportering viser at ca. 10 prosent av brudd på arbeidsmiljøloven (AML) kan knyttes til pandemien.

De siste to årene har vært preget av pandemi, i kombinasjon med høyt sykefravær. Foretaket har likevel fokus på AML, og handlingsplan AML-brudd følges opp i Arbeidsmiljøutvalget (AMU) på klinikknivå og foretaksnivå. Tiltak i handlingsplanen for å redusere AML-brudd er blant annet knyttet til grunnopplæring av ledere og utvikling av e-læringskurs for ansatte. Ansatte som har mange AML-brudd følges særskilt opp slik at ulempen fordeles på flere. Dette er et godt tiltak også for å ivareta kvalitet og pasientsikkerhet.

Sosiale forhold

Vestre Viken skal være en trygg arbeidsplass med et godt arbeidsmiljø. Medarbeiderne skal oppleve at sosiale forhold og samspill vektlegges, og at det er fokus på deres helse og trivsel. I tillegg skal foretaket legge til rette for at ansatte får en faglig god utvikling.

For å lykkes i dette arbeidet må foretaket blant annet gjennomføre opplæring, ha tydelige rutiner og sørge for ansattes medvirkning. Foretaket arbeider systematisk for å oppnå et skadefritt og helsefremmende arbeidsmiljø. Som følge av pandemien har det blitt iverksatt mange smittevernsrelaterte opplæringstiltak.

Smittevernsbegrensninger for deltakere på møter og kurs har satt et sterkt preg på arbeidshverdagen til mange. Bruk av hjemmekontor har vært et viktig smitteverntiltak der hvor arbeidsoppgavene tillater det. Den elektroniske plattformen, som erstatning for fysiske møter, påvirker de sosiale forholdene på arbeidsplassen.

Sykefravær

Sykefraværet måles i antall sykefraværsdager delt på antall mulige arbeidsdager. Sykefraværet inkluderer ikke fravær på grunn av barns sykdom. Totalt var sykefraværet 8,1 prosent. Dette er det samme som fjoråret, men vesentlig høyere enn i et normalår.

Pandemien har de to siste årene ført til en stor økning i det registrerte fraværet. Korttidsfraværet i 2021 (1-16 dager) var 2,7 prosent. Langtidsfraværet endte på 5,4 prosent, likt som året før.

Tiltak for å redusere sykefraværet

I forlengelse av den overordnede samarbeidsavtale mellom Vestre Viken og NAV Arbeidslivssenter (NALS) ble det undertegnet samarbeidsavtaler mellom NALS og alle klinikker. Dette ble gjort for å sikre eierskap til sykefraværsarbeidet i klinikkene. Klinikken har utarbeidet egne mål og satsningsområder basert på nåværende behov og tidligere erfaringer.

Foretaket har i økende grad benyttet IA-virkemiddelet «ekspertbistand» for å finne løsninger for medarbeidere som har ofte eller langvarig fravær. Det er gjennomført kompetanseheving når det gjelder oppfølging av sykefraværet digitalt i tillegg til obligatoriske kurs for lederoppfølging. Det er satt i gang et forbedringsarbeid for å øke kvantitet og kvalitet i de lovbestemte oppfølgingsplanene som sendes til NAV og fastlege fra leder.

Koronapandemien har begrenset mulighetene for å igangsette IA-prosesser ute i klinikkene, men behovet for bistand i enkeltsaker har vært stort.

Helse, miljø og sikkerhet (HMS)

Det er etablert gode verktøy for HMS-arbeid, blant annet «Forbedringsundersøkelsen», HMS-runden, HMS-handlingsplaner, HMS-rutiner, «Snakk om forbedring», avvikssystem og medarbeidersamtaler. Verktøyene som benyttes utfyller hverandre og gir oversikt over risikobildet i den enkelte enhet.

Fortsatt arbeid med å utvikle kompetanse blant ledere, vernetjeneste og medarbeidere er sentralt for at foretaket skal ha et trygt og forsvarlig arbeidsmiljø. Informasjon, veiledning og opplæring blir derfor gitt systematisk på flere arenaer. Det jobbes kontinuerlig med forbedring av HMS-kursporteføljen. Det er blant annet tatt i bruk VR-teknologi for brannslukkekurs og økt bruk av Kompetanseportalen.

Håndtering av avvik og kvalitetssikring av saksbehandlingen er viktig. Foretaket har opprettet et system for å gjennomgå konkrete saker som er meldt som avvik, for å undersøke om det er sammenheng mellom helse, miljø og sikkerhet og pasientsikkerhet. Dette vil danne grunnlag for å iverksette mer målrettede forbedringstiltak.

Kartlegginger og risikovurderinger

Det systematiske HMS-arbeidet gjøres hovedsakelig ved kartlegging gjennom «Forbedringsundersøkelsen», HMS-runden og «Snakk om forbedring», med påfølgende risikovurderinger og handlingsplaner. Dette gir både foretaket som helhet, og den enkelte enhet, en oversikt over ulike arbeidsmiljøutfordringer og risikofaktorer som igjen danner grunnlag for å utarbeide lokale handlingsplaner med konkrete tiltak. Klinikkenes handlingsplaner og resultater av iverksatte tiltak blir fulgt opp av administrerende direktør, HMS-avdelingen, lokale AMU og Hoved-AMU.

«Team pasientsikkerhet» er opprettet. Teamet benytter blant annet avvikssystemet Synergi til å se på hvilken betydning uønskede HMS-hendelser har for pasientsikkerheten og hvordan pasienthendelser påvirker HMS. Sammen med resultater etter «Forbedringsundersøkelsen» og «Snakk om forbedring», er målet å bidra til at foretaket får frem sammenhengene mellom HMS og pasientsikkerhet på en tydeligere måte. Dette vil igjen danne grunnlaget for forbedringsarbeid.

Sikringsrisikoanalyser er gjennomført i hele foretaket. Det er nødvendig med systematiske tiltak for å forebygge og håndtere vold og trusler mot helsepersonell. Sikkerhet og trygghet på jobb er også viktig for å beholde kompetanse, forebygge sykefravær samt å gi god og trygg helsehjelp.

Ulykker, vold og trusler

Blant de registrerte HMS-avvikene er det avvik som gjelder psykososialt/organisatorisk arbeidsmiljø, det er flest av. En stor del av disse avvikene handler om arbeidspress og bemanning. Det er registrert 862 slike avvik, etterfulgt av rapporter om vold/trusler/utagerende adferd og smittevern. Flere registrerte hendelser innen psykososialt/organisatorisk arbeidsmiljø har ført til konsekvenser også for pasienter.

Det er meldt 91 hendelser til NAV som omfatter yrkesskade. Av disse er 4 hendelser knyttet til vold og trusler, 11 knyttet til fysisk arbeidsmiljø og 76 hendelser knyttet til mulig påført smittsom sykdom under arbeid.

Det er meldt 663 hendelser som gjelder vold, trusler om vold, utagerende atferd og trakassering. 594 av disse er meldt fra Klinikken for psykisk helse og rus (PHR). Ansatte får systematisk opplæring når det gjelder å forebygge og håndtere vold og trusler. PHR bruker opplæringsmodellen «Møte med aggresjonsproblematikk». Handlingsplan etter

sikringsrisikovurderingene for å forebygge og håndtere vold og trusler mot helsepersonell, er under utarbeidelse.

Bedriftshelsetjenesten

Vestre Viken har avtale med Synergi Helse AS om bedriftshelsetjeneste. Forskrift om organisering, ledelse og medvirkning regulerer hvilke typer tjenester bedriftshelsetjenesten skal og kan bistå foretaket (oppdragsgiver) med. Bedriftshelsetjenesten har bistått med systematisk HMS-gjennomgang i avdelingene og planarbeid og løpende HMS-bistand etter bestilling. Her kan samtale med gravid arbeidstaker og nærmeste leder nevnes spesielt.

Det har også vært høy aktivitet innen psykologbistand knytte til pandemi, arbeidspres og psykososiale forhold samt oppfølging etter alvorlige hendelser som blant annet voldshendelsen på Kongsberg.

Varslingsutvalget

Foretaket har et åpent yringsklima og har lagt til rette for at ansatte kan varsle om kritikkverdige forhold i arbeidsmiljøet til ledelsen eller til et varslingsutvalg. Det er laget en egen prosedyre hvor det er beskrevet hvordan kritikkverdige forhold skal håndteres etter kravene i arbeidsmiljøloven § 2A-6. Prosedyren skal sikre at varsler blir håndtert likt og i tråd med gjeldende regelverk og forsvarlig saksbehandling. Ansatte skal vite hvordan de kan varsle og være trygge på at varsler blir håndtert på en god og ryddig måte.

Foretaket har avtale med et eksternt varslingsmottak for blant annet å kunne håndtere anonyme varsler. Hvis det eksterne varslingsmottaket får et varsel, vil Varslingsutvalget i Vestre Viken få beskjed om dette, og avklare videre saksgang. «Prosedyre for varsling av kritikkverdige forhold» er gjort kjent via intranett, og er dermed lett tilgjengelig for ansatte. Det vil i løpet av våren 2022 bli gjennomført et obligatorisk e-læringskurs for alle ansatte og ledere. I tillegg blir det etablert et kurs i programmet for helhetlig lederopplæring og i egne fagsamlinger.

Konsernrevisjonen i Helse Sør-Øst reviderte høsten 2020 varslingsordningen. Det ble i denne sammenheng nedsatt en intern arbeidsgruppe som i 2021 har arbeidet med de anbefalte forbedringstiltakene, blant annet ny prosedyre. Arbeidet med tiltak blir slutført i løpet av våren 2022.

Antikorrupsjonsarbeid

Det er en prioritert oppgave å sørge for at ingen tilegner seg urettmessige goder i regi av Vestre Viken. Å bruke av foretakets ressurser er i strid med samfunnsoppdraget.

Sykehusinnkjøp gjennomfører anskaffelser på vegne av foretaket. For å forebygge korrupsjon vurderes habilitet i anskaffelsesprosesser, og avtalelojalitet følges opp. Det er interne retningslinjer for å innhente tilbud fra flere leverandører ved lokale innkjøp. Foretaket har et elektronisk bestillingssystem som sikrer arbeidsdeling og bestilling i henhold til fullmakt. Fullmaktreglementet gir begrensninger for hvilke avtaler som inngås. Retningslinje for samhandling med selskaper og leverandører regulerer gaver til ansatte og til helseforetaket.

Registreringspraksis for bierverv ble endret i 2020. Alle ansatte skal registrere om de har bierverv eller ikke i Personalportalen, og de skal også bekrefte at alle bierverv er oppgitt. Arbeidet med å sikre at alle har registrert seg har startet, men det er behov for å følge opp dette videre fremover.

Prosedyre for varsling av kritikkverdig forhold gir også alle ansatte en god og trygg mulighet til å si fra dersom de har mistanke om korrupsjon.

E-læringskurs om etikk

Alle ansatte skal gjennomføre e-læringskurs i foretakets etiske retningslinjer. Etikk er en obligatorisk del av digitalt introduksjonsprogram for nyansatte. Høsten 2021 ble det etablert en obligatorisk basisplan for alle ansatte i Kompetanseportalen hvor etikk er et temaene. Det er totalt 4 397 som har gjennomført kurset siden det ble publisert og frem til 31.12.2021. Den obligatoriske opplæringen blir fulgt opp videre fremover. Flere avdelinger har hatt etikk som eget tema i forlengelsen av e-læringskurset. Etikk er i tillegg tema i grunnopplæringen for ledere.

LIKEVERD OG LIKESTILLING

Ansattes rettigheter har vært sikret ved at man over lang tid har arbeidet med, og hatt en kultur for, å sikre likestillings- og diskrimineringslovens formål. I praksis innebærer likestilling å gi alle arbeidstakere like rettigheter og muligheter til arbeid, faglig utvikling og avansment. Likestilling handler imidlertid også om å anerkjenne forskjeller og mangfold. Forbudet mot diskriminering følges opp i aktiviteter knyttet til rekrutteringsprosesser, inkluderende arbeidsliv,

lønns- og arbeidsvilkår, kompetanse- og utviklingsmuligheter og beskyttelse mot trakassering. I 2021 ble det nedsatt en partssammensatt arbeidsgruppe hvor mandatet var å foreslå hvordan foretaket kan drive aktivt, planmessig og målrettet arbeid i tråd med aktivitets- og redegjøringsplikten i likestillings- og diskrimineringsloven. Arbeidsgruppen leverte sitt forslag ved utgangen av året, og har foreslått hva som bør vurderes nærmere i 2022.

Målrettet arbeid mot diskriminering

Det blir gitt føringer for arbeid mot mobbing og trakassering i «Prosedyre for HMS», «Ansvar, roller og myndighet i systematisk HMS-arbeid», og «Prosedyre ved mobbing og trakassering på arbeidsplassen». I HMS-strategien for 2019-2022 er det fokus på videreutvikling, tilbakemeldingskultur og samarbeidsrelasjoner for å forebygge destruktive konflikter, mobbing og trakassering. Både diskriminering, likestilling, mobbing og trakassering inngår i den årlige medarbeiderundersøkelsen «Forbedring» hvor resultatene skal følges opp og defineres i handlingsplaner. Metodikken i «Snakk om forbedring» er et hensiktsmessig verktøy i dette arbeidet for å få frem konkrete forbedringstiltak.

Likestilling og rekruttering

Foretakets rekrutteringspolicy fremmer at ansatte skal gjenspeile mangfoldet i samfunnet - også når det gjelder etnisk bakgrunn, nedsatt funksjonsevne og alder. Rekrutteringspolitikken skal være åpen og inkluderende. Rutinene for rekruttering vektlegger likestilling gjennom åpenhet fra stillinger blir lyst ut til tilsetting. Det er utarbeidet en mangfolds-erklæring som blir vedlagt alle utlysninger for ledige stillinger.

Det finnes tilgjengelig e-læringskurs for ledere i inkluderende rekruttering. Inkluderende rekruttering er en del av system- og prosessopplæringen for alle nye ledere i kompetanseplanen «Ny som leder». Vestre Viken har revidert og tilpasset rekrutteringsrutiner og -prosedyrer for å øke fokus på inkluderende rekruttering.

«Springbrett»-samarbeidet med NAV Vest-Viken er et godt verktøy for å øke inkluderende rekruttering og kompetanse om inkludering i foretaket. Gjennomføringen ble avbrutt i 2020 på grunn av pandemien. Partene har hentet inn erfaringer for å få økt innsikt til å videreutvikle Springbrett, og i 2021 ble det ferdigstilt en prosjektbeskrivelse for å sikre gode gjennomføring.

Vestre Viken ønsker å beholde eldre arbeidstakere for å bevare og videreføre deres kompetanse. Seniorsamlinger har vært et satsingsområde. På grunn av koronapandemien har seniorsamlingene vært digitale. Det har vært gode tilbakemeldinger fra deltakerne.

Foretaket etterstreber kjønnsbalanse i alle typer stillinger. I henhold til likestillings- og diskrimineringsloven § 26 skal det blant annet redegjøres for faktiske forhold knyttet til kjønnsbalanse. Per desember var 77 prosent av de ansatte i Vestre Viken kvinner og 23 prosent menn. Kvinner utgjør 74 prosent av de som er midlertidig ansatt og 85 prosent av de som er ansatt i deltidsstillinger. I 2021 ble det gjennomført en undersøkelse blant ansatte i deltidsstilling, hvor 75 prosent oppga at de selv ønsket deltid. Undersøkelsen viste at eget ønske om deltid er knyttet til mange forhold, blant annet turnusbelastning, familieforhold, helse, reisevei og studier. Foretaket har som overordnet målsetting at alle nye stillinger skal lyses ut som heltidsstillinger

Når det gjelder gjennomsnittlig antall uker foreldrepermisjon for kvinner og menn, er det fordelt med henholdsvis 22 uker på kvinner og 15 uker på menn.

Kjønnsfordeling i foretaksledelsen

Foretaksledelsen består av 56 prosent kvinner og 44 prosent menn.

BÆREKRAFT

Bærekraft og sosial ulikhet

Det er vist at det er helseforskjeller i befolkningen, og at dette gir seg særskilt utslag for noen pasientgrupper som for eksempel personer med alvorlig psykiske lidelser og rusproblemer. Det er også vist at befolkningens helsekompetanse har stor variasjon, og at rundt en tredjedel av befolkningen ikke har nok helsekompetanse til å finne, forstå, vurdere og anvende helseinformasjon for å kunne treffe kunnskapsbaserte beslutninger relatert til egen helse. Vestre Vikens opptaksområde har en stor innvandrerbefolkning med varierende språkkunnskaper og varierende helseforståelse. I tillegg gir utenforskap i seg selv, eller som følge av sykdom, økt risiko for helsetap og sykdom.

For å møte disse utfordringene har foretaket i flere år arbeidet systematisk med likeverdige helse-tjenester til befolkningen. I dette arbeidet er det blant annet rettet oppmerksomhet mot ansattes holdninger og kunnskap om diskriminering, kultur

og helseutfordringer hos sårbare grupper. Satsning på kommunikasjonsverktøy som «4 gode vaner» og «samvalg» bidrar til god og likeverdig kommunikasjon mellom pasienter og helsepersonell. Opplæring i flerkulturell forståelse og systematisk bruk av tolk er andre virkemidler for å motvirke diskriminering og forskjellsbehandling.

Bærekraft og miljø

Foretaket påvirker miljø og klima gjennom forbruk av varer og utstyr; transport av varer, ansatte og pasienter; byggeaktiviteter og drift av bygg; bruk og håndtering av legemidler, kjemikalier og avfall.

Helseforetaket er sertifisert etter ISO14001 og arbeider systematisk med miljø- og klimatiltak for å redusere miljøfotavtrykket. Administrerende direktør vedtar hvert år foretakets miljødeltmål. Målene skal

sikre at Vestre Viken identifiserer og prioriterer innsatsområder det neste året som skal redusere miljøpåvirkningen.

Ledere har gjennom driftsavtaler og virksomhetsplaner forpliktet seg til å utarbeide handlingsplaner med konkrete tiltak for å bidra til at foretaket når vedtatte miljødeltmål. Resultatene er gode. Målsettingen ble nådd innenfor ni av de ti målområdene i 2021.

Det er økende oppmerksomhet rettet mot miljø i samfunnet. Dette viser seg også blant ledere og ansatte i foretaket. Lederne har et stadig større eierskap til miljødeltmålene.

Det er ikke registrert utslipp til jord, luft eller vann som er i strid med gjeldende lovverk.

Tabellen viser resultatene for miljødeltmål:

| Vestre Viken - miljødeltmål 2021 | Faktisk dette kvartal | Plan dette kvartal | Avvik dette kvartal | Faktisk hittil i år | Plan hittil i år | Avvik hittil i år | % Avvik |
|---|---|--------------------|---------------------|---------------------|------------------|-------------------|---------|
| 10 % økning i videokonferansemøter (ant) ift 2020 | 8 321 | 2 242 | 6 079 | 30 014 | 6 582 | 23 432 | 356 % |
| 3,15 % reduksjon i energiforbruk (kWh/m ²) ift 2019 | 91,4 | 92,2 | 0,8 | 315,0 | 298,9 | -16,1 | -5 % |
| Øke andel avfall til materialgjenvinning til 23,3% (%) | 25,3 % | 23,3 % | 2,0 % | 24,6 % | 23,3 % | 1,3 % | 5 % |
| Samme mengde matavfall som 2020 (kg) | 29 104 | 32 695 | -3 591 | 114 653 | 139 962 | 25 309 | 18 % |
| 85 % av anskaffelser er det stilt miljøkrav (%) | 100 % | 85 % | 15% | 90 % | 85 % | 5 % | 6 % |
| 70 % av de ansatte har gjennomført et eLæringskurs (%) | 69 % | 70 % | -1 % | 69 % | 70 % | -1 % | -1 % |
| 3 % reduksjon av miljøskadelige stoffer (ant) ift 2020 | 781 | 759 | -22 | 781 | 759 | -22 % | -3 % |
| Etablere 10 ladepunkter til tjenestebiler i VV | 7 av 10 ladestasjoner montert pr. 31.12.21, tre resterende vil komme på plass i løpet av mai -22. | | | | | | |
| 1% reduksjon av total avfallsmengde ift aktivitet | 7,5 | 8,1 | -0,5 | 7,3 | 7,5 | 0,2 | |
| 5% reduksjon av vannforbruk (ift 2019) | 53 870 | 67 592 | 13 722 | 224 229 | 270 368 | 46 139 | |

Vann- og energiforbruk

Vann- og energimålene i 2021 ble satt opp mot 2019-tallet fordi 2020 var et unormalt år, både på grunn av høy gjennomsnittstemperatur og pandemien.

Energiforbruk

Energibudsjettet var 77 268 492 kWh, noe som tilsvarer en reduksjon på 3,15 prosent i forhold til 2019. Faktisk energiforbruk ble 81 585 557 kWh, som tilsvarer et forbruk 5,6 prosent over budsjett.

Ved graddagskorrigerings, det vil si korrigerings for «årlig gjennomsnittstemperatur mot normalt år», er energiforbruket 4,5 millioner kWh lavere enn energiforbruket i 2019.

Vannforbruk

Budsjett vannforbruk var 270 367 m³, noe som tilsvarer en reduksjon på 5 prosent i forhold til 2019. Faktisk vannforbruk ble 224 229 m³, et resultat som er 17 prosent under budsjett. Dette er beregnet å gi en kostnadsbesparelse på 2,8 millioner kroner.

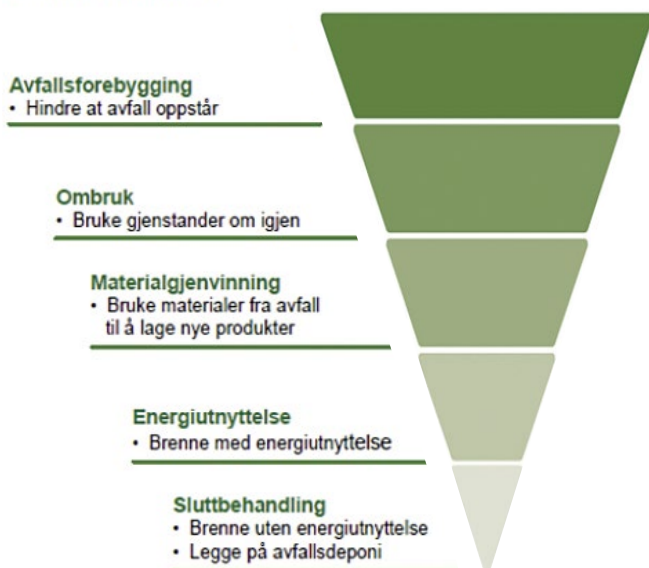
Noen av tiltakene som ble gjennomført er ukentlige rapporteringer/oppfølginger, utskifting av defekte blandebatterier og defekt sirkulasjonspumpe (RS), nytt sirkulasjonssystemet i 82-blokka (BS), berøringsfrie blandebatterier og vannbesparende WC-er.

Avfallshåndtering

Vestre Viken vedtok i 2020 en avfallsstrategi. Tidligere har foretaket hatt fokus på å tilrettelegge for kildesortering fra desentrale avfallsrom og ut. Med avfallsstrategien blir det en mer helhetlig satsning. Det er valgt tre innsatsområder i tråd med nasjonale prioriteringer: Avfallsforebygging, ombruk og materialgjenvinning.

For første gang siden 2014 er det en nedgang i den totale avfallsmengden (- 5,7 prosent i forhold til 2020) og en nedgang i mengden restavfall (-5,7 prosent i forhold til 2020). Den totale avfallsmengden er også beregnet i forhold til aktiviteten på sykehusene, og her har det vært en reduksjon på 3,7 prosent i forhold til 2020. Det betyr at foretaket genererte mindre avfall per pasient i 2021 enn i 2020.

→ Avfallshierarkiet



KILDE: Klima- og forurensningsdirektoratet, 2013 / miljøstatus.no

I 2020 var det for første gang en nedgang i matavfallet siden 2014. Nedgangen i matavfall fra 2019 var på hele 26 prosent, det er derfor spesielt gledelig at foretaket også i 2021 har klart å redusere matavfallet. Sett i forhold til 2019 er den totale reduksjonen på 39 prosent. Noen av tiltakene er endrede serveringsmetoder (kuvertpakninger med salat og servering på tallerken til pasient), økt bruk og tilgang på en-porsjoner, økt holdbarhet på egenproduserte supper og grøter samt økt bevissthet for matsvinn i hele foretaket. Redusert matsvinn skal ikke gå på bekostning av nok og næringsrik mat til pasientene.

Sortering av mykplast har økt med 65 prosent det siste året. Sortert smitteavfall har økt med 8 prosent fra 2020, og med 16 prosent siden 2019. Det er antatt at dette skyldes pandemien.

Fra 2017 til 2019 var det en nedgang i smitteavfallet.

RISIKOSTYRING

Foretaket gjør årlig en vurdering av risiko knyttet til oppnåelse av mål for kommende år og for foretakets utvikling og økonomiske bærekraft på lengre sikt. Risikovurderingene oppdateres tertialvis og fremlegges for styret. Risikovurderingene er viktige for virksomhetsstyringen gjennom å identifisere hvilke tiltak som skal tillegges vekt, og hva styret og ledelsen må ha særskilt oppmerksomhet rettet mot.

Gjennom 2021 har pandemien vært hovedårsak til høy risiko både med hensyn til pasientbehandling, medarbeidertilfredshet og foretakets økonomiske resultat. På lengre sikt har forberedelsene til overtakelse og innflytting i nytt sykehus i Drammen stor oppmerksomhet. Både på kort og lang sikt er både foretakets og regionens evne til å finansiere, sikre fremdrift og ta i bruk ny teknologi særdeles viktig.

ØKONOMI

Å tilpasse sykehusenes ressursforbruk til rammene fra eier har vært hovedtema siden sykehusreformen ble gjennomført i 2002.

Det er gjennomført en betydelig effektivisering av driften i foretaket over en årrekke, og foretaket har vært et av de mest kostnadseffektive i hele landet. Tilpasningen har i stor grad omfattet økt pasientbehandling uten at det har vært tilsvarende vekst i bemanningen. Det har også vært en dreining fra døgnbehandling til dagbehandling og polikliniske konsultasjoner.

Koronapandemien har preget foretaket siden mars 2020, og gjort de siste to årene spesielle. Vestre Viken har vært i beredskap i store deler av 2021, og dette har påvirket aktiviteten. Sykehusene har vært rigget for å ta imot mange alvorlig syke covid-19-pasienter som har hatt betydelig behov for intensivbehandling.

Økonomiske resultater

Økonomien har vært sterkt preget av pandemien. De økonomiske effektene er registrert gjennom året. Inntektstapet er anslått å være 168,8 millioner kroner og merkostnadene 351,5 millioner kroner.

Inntektssvikten er en følge av at den planlagte aktiviteten har blitt utsatt fordi foretaket har vært i ulike beredskapsnivåer gjennom året. Øyeblikkelig hjelp-aktiviteten har også vært redusert. Den lavere pågangen av pasienter og besøkende har ført til lavere omsetning fra kantine, kiosk og parkering. Inntektstapet er redusert ved at inntektene knyttet til covid-19 storvolum- laboratoriet økte.

Smitteverntiltakene har medført ekstra kostnader til utstyr og materiell. Det har også vært behov for ekstra bemanning som følge av vaktordninger for å sikre mottak og hovedinnnganger. I tillegg har de ansatte hatt økt arbeidsbelastning på grunn av tiltakene. Sykefraværet har økt som følge av krav til karantene og lavere terskel for å bli hjemme fra jobb ved sykdomssymptomer.

Det ble bevilget 591,4 millioner kroner i tilskudd via Helse Sør-Øst i forbindelse med revidert nasjonalbudsjett. Midlene er tilført som basisramme for å bidra til at helseforetakene var tilstrekkelig finansiert for å håndtere nødvendig aktivitet og merkostnadene i forbindelse med pandemien. Pandemien var ikke over ved utgangen av året, og den vil prege økonomien til foretaket også i 2022. Av samlet bevilgning i 2021 er det inntektsført 517,2 millioner kroner. Resten av midlene er til øremerkede formål og overføres til bruk i 2022.

Resultatmålet for 2021 var 244 millioner kroner. Det regnskapsmessige resultatet ble 169 millioner kroner, etter at covid-19-midlene var inntektsført. Resultatet ble påvirket negativt av at merkostnadene knyttet til pandemien oversteg bevilgningen for året, og av at lønnsoppgjøret ble høyere enn forutsatt.

I avviket ligger også kostnader til vedlikehold av bygg ført over drift som ble 51,7 millioner kroner høyere enn budsjettet. Merkostnadene for vedlikehold var avsatt i investeringsbudsjettet for året, og innebærer dermed at investeringene er blitt tilsvarende lavere slik at likviditeten ikke er negativt berørt. Når dette blir hensyntatt, er resultatet 23,3 millioner kroner bak planen i forhold til de langsiktige økonomiske målene.

Driftsinntekter og driftskostnader

Totale driftsinntekter var 11 103 millioner kroner. Totale driftskostnader, eksklusiv finans, var 10 931 millioner kroner.

ISF-inntekter somatisk pasientbehandling

Antall pasienter som ble behandlet innen somatikk var høyere enn året før og litt høyere enn i 2019. Det er økt poliklinisk aktivitet i forhold til 2019, og færre døgn- og dagbehandlinger. Totale ISF-inntekter fra somatisk pasientbehandling har økt med 200,6 millioner kroner i forhold til 2020.

Medikamentkostnader

Høykostmedisiner er viktig for å gi god pasientbehandling, men utgifter knyttet til særlig nye kreftmedisiner, er en utfordring for helseforetaket. Kostnader knyttet til bruk av medikamenter har økt med om lag 102,6 millioner kroner sammenlignet med året før. Økningen skyldes økt forbruk av dyre medikamenter, og at finansieringsansvaret for flere H-reseptmedikamenter (hjemmebasert behandling) er overtatt av sykehusene fra og med 2021.

Kostnader for gjestepasienter

Det ble kjøpt flere pasientbehandlinger og laboratorieundersøkelser hos eksterne helseforetak enn i 2020. Gjestepasientskostnader samlet sett er økt med 127,2 millioner kroner det siste året, 44,7 millioner kroner mer enn budsjettet. Av økningen er 43,8 millioner kroner knyttet til økt kjøp av laboratorietjenester som følge av pandemien. Kjøp av eksterne helsetjenester var lavere i 2020 enn året før som følge av pandemien, men er tilbake til et mer normalt nivå i 2021.

Pensjons- og lønnskostnader

Nye aktuarberegninger foretatt i løpet av året ga en økning på om lag 87,4 millioner kroner i pensjonskostnader. Årsaken ligger i endrede forutsetninger. Basisrammen er økt med 99,8 millioner kroner som følge av pensjonsøkningen, og medfører en høyere finansiering enn den faktiske kostnadsøkningen.

Samlede lønnskostnader utover pensjon viser et negativt avvik mot budsjett på ca. 244,8 millioner kroner.

Antall årsverk

Foretaket har i gjennomsnitt for året hatt 90 årsverk mer enn planlagt. Det er brukt 24,4 millioner kroner mer på ekstern innleie av helsepersonell enn året før.

Likviditet og investeringer

Likviditetsbeholdningen var 244 millioner kroner pr. 31. desember 2021. Dette er en økning på 29 millioner kroner fra året før.

Samlet kontantstrøm fra operasjonelle aktiviteter var 487 millioner kroner. De samlede investeringene utgjorde 296 millioner kroner, inkludert finansiell leasing for 20 millioner kroner.

Oppgradering av sykehusene i Bærum, Ringerike og Kongsberg

I juni 2017 vedtok styret i Vestre Viken et oppgraderings- og vedlikeholdsprogram for sykehusene i Bærum, Ringerike og Kongsberg (BRK-prosjektet) med en total kostnadsramme på 1,6 milliarder kroner. Planen er at det innen 2027 skal investeres for om lag 800 millioner kroner på Bærum sykehus, 400 millioner kroner på Ringerike sykehus og 400 millioner kroner på Kongsberg sykehus. Prosjektet følger den oppsatte planen.

Egenkapital

Vestre Viken har betydelig egenkapital. Egenkapitalen var 4 542 millioner kroner ved utgangen av året, tilsvarende 55 prosent av totalkapitalen.

Per 31.12.2021 har helseforetaket en samlet brutto pensjonsforpliktelse på 19 750 millioner kroner. Netto pensjonsforpliktelse er 2 112 millioner kroner. Per 31.12.2021 er det, i tråd med regnskapsloven og Norsk Regnskapsstandard, 4 254 millioner kroner i negative estimatavvik som ikke er resultatført. Dette tilsvarer 94 prosent av egenkapitalen. Pensjonsforpliktelsene vil påvirke helseforetakets fremtidige likviditet i form av innbetalinger til pensjonsordninger. Styret vurderer egenkapitalsituasjonen i selskapet per 31.12.2021 som tilfredsstillende.

Rentenivået

Foretaket har rentebærende gjeld, og endringer i rentenivået får dermed konsekvenser. Netto økning i rentebærende gjeld er 20 millioner kroner. Økningen kommer som følge av videre tomteervervelse på Brakerøya i forbindelse med nytt sykehus i Drammen. Helseforetakene har, etter instruks fra eier, ikke anledning til å benytte private rentesikringsinstrumenter.

Investeringslånene kan rentesikres ved at det er mulig å bytte fra fast rente til flytende rente med over-/underkurs i fastrenteperioden. Ved utgangen av året utgjorde langsiktig lån totalt 909 millioner kroner. Lån knyttet til ervervelse av tomten på Brakerøya tilsvarer 598 millioner kroner og har flytende rente, mens resterende låneportefølje har fastrente og løper frem til 2025.

Det er lagt opp til at 70 prosent av investeringen knyttet til nytt sykehus i Drammen skal lånefinansieres. Sykehuset skal stå ferdig i 2025.

Innskuddsrenten i gjeldende bankavtale og renten på driftskreditt er basert på flytende rente. Samlet sett vurderes renterisikoen som akseptabel. Vurdering av risiko gjennomføres i tråd med gjeldende finansstrategi i Helse Sør-Øst.

Forslag til føring av årets resultat

Årsresultatet viser et overskudd på 169 millioner kroner. Styret foreslår at årsresultatet overføres til annen egenkapital.

Foretakets innskutte egenkapital er 3 511 millioner kroner. Den totale egenkapitalen, inkludert akkumulert resultat, er 4 542 millioner kroner.

Forutsetninger for fortsatt drift

Vestre Viken følger regnskapsloven og lov om helseforetak. I henhold til § 7 hefter eier ubegrenset for helseforetaket. Styret forutsetter at foretaket gjennom de tilførte verdier sikres en forsvarlig egenkapital. Forutsetningen om fortsatt drift er lagt til grunn ved utarbeidelsen av regnskapet for 2021, se prinsippnote til regnskapet.

NYTT SYKEHUS I DRAMMEN

Stortinget vedtok i 2017 finansiering til å bygge nytt sykehus på Brakerøya i Drammen.

Det nye sykehuset er planlagt som lokalsykehus for de nåværende og tidligere kommunene Lier, Drammen, Nedre Eiker, Røyken, Hurum, Sande og Svelvik. Sykehuset skal ha områdefunksjoner innen somatikk for hele Vestre Viken, og det skal etableres stråleterapi som ny funksjon. Psykisk helsevern på sykehusnivå for hele foretaket skal inn i det nye sykehuset. Nye Drammen sykehus vil erstatte dagens Drammen sykehus og Blakstad sykehus.

Styret i Vestre Viken og Helse Sør-Øst godkjente forprosjektrapporten i 2019. Detaljprosjekteringen av det nye bygget skjedde i 2020. Da ble også tomten klargjort, tidligere bygg revet, forurenset masse sanert og grunnarbeid og fundamentering utført. I 2021 er bygget i ferd med å reise seg. Grunnsteinen ble lagt ned 3. september av statsminister Erna Solberg.

Helse Sør-Øst har oppnevnt et prosjektstyre som har ansvar for å gjennomføre prosjektet i tråd med rammer og forutsetninger som er lagt til grunn. Vestre Viken er representert i prosjektstyret ved administrerende direktør og prosjektdirektør. Det er også to tillitsvalgte fra foretaket i prosjektstyret. Helse Sør-Øst har etablert en egen prosjektorganisasjon med ressurser fra Sykehusbygg for å gjennomføre byggeprosjektet.

FREMTIDSUTSIKTER

I mai 2018 vedtok styret Utviklingsplan 2035. Utviklingsplanen er en oppfølging av Nasjonal helse- og sykehusplan, og danner grunnlaget for den videre utviklingen av foretaket. Utviklingsplanen skal rulleres/revideres det kommende året. Et utkast er behandlet i styret i desember 2021, og sendt ut på høring.

Perioden frem til innflytting i nytt sykehus i Drammen vil være økonomisk krevende. Det forutsettes vesentlige effektiviseringer, omstillinger og innovasjon i hele organisasjonen både før sykehuset er innflyttingsklart og i årene etterpå. Den pågående koronapandemien medfører betydelig usikkerhet knyttet til den økonomiske utviklingen. Smitteøkningen i samfunnet etter årsskiftet påvirker virksomheten betydelig. Inntektene ligger langt bak plan, og de ansatte har en utfordrende arbeidssituasjon.

Ytterligere økonomisk kompensasjon er forventet i 2022 og styrker sannsynligheten for at resultatkravet blir realisert.

Resultatutvikling i økonomisk langtidsplan

Det er i økonomisk langtidsplan (ØLP) 2022-2025 lagt opp til en gradvis resultatforbedring. For å oppnå dette må foretaket utvikles og endres. Produktivitetsforbedringer skjer gjennom organisasjonsutvikling og ved å ta i bruk ny teknologi.

De økonomiske resultatene de siste årene har bidratt til å nå målet om en langsiktig bærekraftig økonomi og nødvendig økonomisk handlingsrom. Resultatet for 2021 realiserer ikke fullt ut målet i økonomisk langtidsplan.

I den kommende planperioden er det avgjørende at det planlagte resultatet oppnås, både for å bygge et nytt sykehus i Drammen og for å oppgradere og utvikle Bærum, Ringerike og Kongsberg sykehus. I tillegg pågår et arbeid for å utrede oppgraderingsbehovene for bygningsmassen i Klinikkk for psykisk helse og rus, Prehospitale tjenester, Avdeling for behandlingshjelpemidler og Habiliteringssenteret.

Styrets arbeid

Styret består av seks kvinner og fem menn. Fire av styremedlemmene (to kvinner og to menn) er valgt av og blant de ansatte. Styret ledes av Siri Hatlen.



Styret har hatt 11 møter og behandlet 121 saker. Den pågående pandemien har preget møtene. Det har blitt rapportert om utvikling i aktiviteten, personalsituasjonen, og de økte kostnadene og reduserte inntektene hver måned.

Arbeidet med Nytt sykehus i Drammen (NSD) er fulgt tett. Plan for økonomisk bærekraft og gevinstrealiseringsplan NSD rapporteres tertialvis til styret for å sikre det økonomiske handlingsrommet, slik at NSD kan realiseres og den øvrige virksomheten i foretaket utvikles.

Tre av styrets medlemmer utgjør et styreutvalg (underutvalg). Styreutvalget skal være et rådgivende og forberedende organ for styrets behandling av saker knyttet til NSD, Økonomisk langtidsplan og gevinstplan samt andre store/ komplekse saker relatert til Utviklingsplan 2035 etter behov. Utvalget har hatt fem møter i 2021.

Styret er fornøyd med foretakets virksomhet i et år som har vært sterkt preget av koronapandemien.

Styret takker ledere og medarbeidere for innsatsen i det meget krevende året som ligger bak oss.

Drammen, 28. mars 2022

Siri Hatlen
Styreleder

Margrethe Snekkerbakken
Nestleder

Ane R. Breivega
Styremedlem

Robert Bjerknes
Styremedlem

Bovild Tjønn
Styremedlem

Morten Stødle
Styremedlem

Hans Kristian Glesne
Ansattes representant

Tom Roger Frost
Ansattes representant

Gry L. Christoffersen
Ansattes representant

Toril A. K. Morken
Ansattes representant

John Egil Kvamsøe
Ansattes representant

Lisbeth Sommervoll
Administrerende direktør

Glimt fra 2021

Korona preget Vestre Viken

Koronapandemien satte sitt preg på helseforetaket også i 2021.

Klinikkene og stabene i Vestre Viken har gjort veldig mye bra arbeid i 2021. Det har vært god aktivitet gjennom mange faser av året, men flere perioder i gul beredskap satte likevel sitt preg på organisasjonen.

Året var så vidt i gang da det kom et større smitteutbrudd på Ortopedisk avdeling ved Drammen sykehus. Flere pasienter og ansatte ble smittet, og mange ansatte måtte i karantene. Det ble opprettet et senter på sykehuset for å teste ansatte. Stor innsats gjorde at det var mulig å teste 120 ansatte i timen. Totalt 1 600 ansatte ble testet i løpet av noen få dager, og etter en periode var smitteutbruddet slått ned.

Vaksinering av ansatte

Et stort gjennombrudd i koronahåndteringen var utvilsomt tilgangen på koronavaksiner. 13. januar startet vaksineringen av ansatte, og i løpet av året fikk mange 1., 2. og 3. dose enten på jobb eller i sin hjemkommune.

På Kongsberg sykehus var sykepleier Marit Charlotte Hopkins en av de aller første som fikk koronavaksinen.

Hun jobber som sykepleier på intensivavdelingen på sykehuset, og var blant dem som ble prioritert først i vaksineøkøen. Sykepleieren var veldig glad for at hun – og mange andre sykehusansatte – endelig ble vaksinert.

– Ja, det er godt å endelig få vaksinen. Selv om vi selvsagt fortsatt følger smittevernrutinene, så gir dette oss en ekstra trygghet i arbeidshverdagen. Nå håper jeg at mange kolleger blir vaksinert fremover, og at så mange som mulig i befolkningen velger å vaksinere seg, sa sykepleieren.

Variierende antall koronapasienter

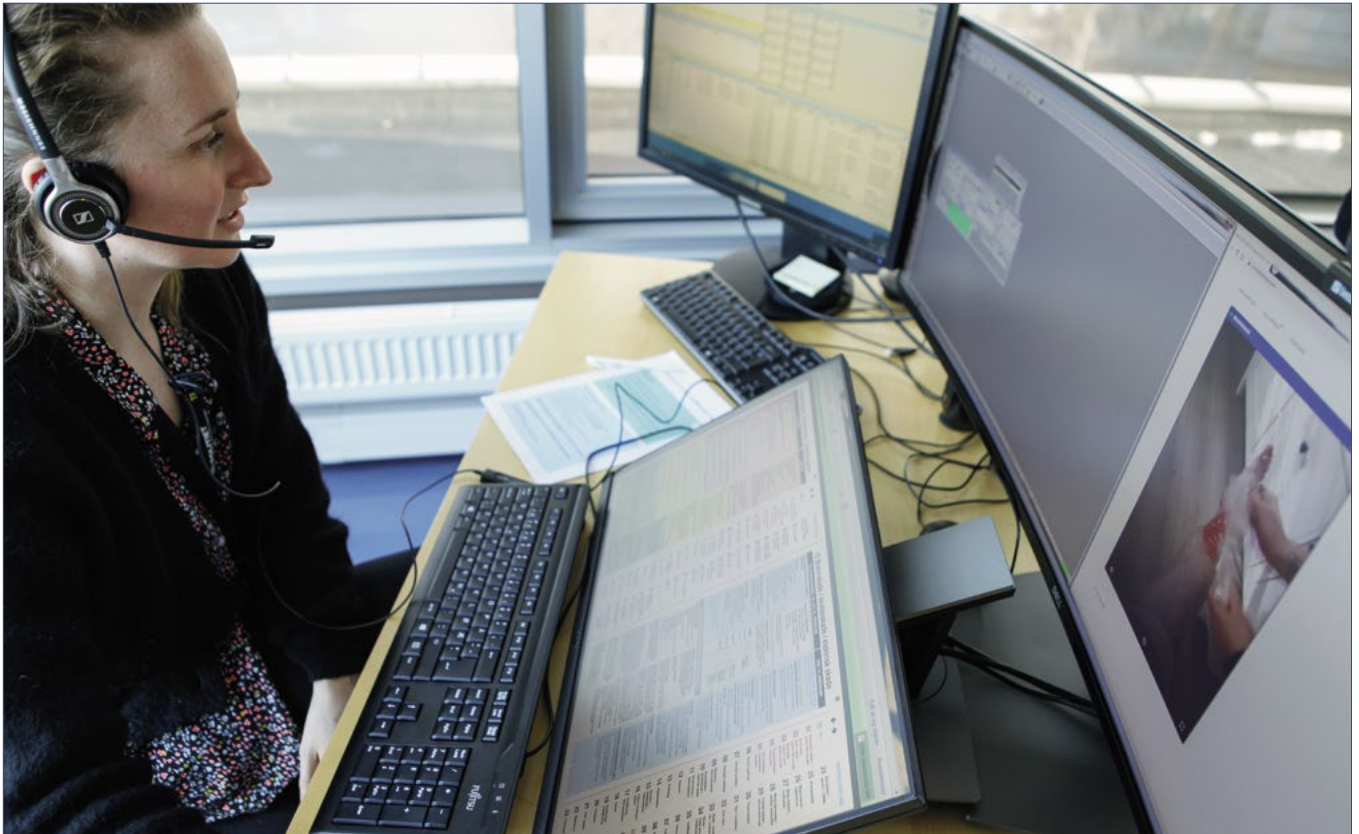
Antall koronapasienter har variert gjennom året. Det var en topp i innleggelser rundt påsketider, mens i begynnelsen av august var det ingen pasienter med covid-19 innlagt. Antall innleggelser knyttet til covid-19 tok seg opp utover høsten og inn mot jul, og i desember måtte helseforetaket igjen gå over i gul beredskap.



VAKSINERING: Marit Charlotte Hopkins (til venstre) ble vaksinert av Runi Lande.

Videosamtale med AMK – et nyttig verktøy

«Videosamtale med AMK» ble satt i gang i april og har vist seg å være et svært nyttig verktøy.



INNOVASJONSPROSJEKT: De medisinske operatørene har gjennomført 30 videosamtaler siden oppstart.

Målet med prosjektet var å gi AMK-sentralen, som tar imot nødtelefoner på 113, mulighet til å se video.

Tilbakemeldingene som er kommet på løsningen med videosamtale til 113, viser at dette er et nyttig verktøy. For innringerne oppleves det som trygt og nyttig å kunne vise video fra et hendelsessted. Mange har gitt uttrykk for at det er lettere å vise fram problemet på video enn å beskrive det med ord.

I oktober ble det gjennomført en brukerundersøkelse blant innringerne som har brukt løsningen. Et av spørsmålene var om den tekniske løsningen. Her svarte det store flertallet at det var svært enkelt å bruke. De ble også spurt om de opplevde videosamtale som nyttig i samtale med 113. Det store flertallet svarte at det hadde vært svært nyttig.

Den første videosamtalen ble gjennomført 7. april. Fram til årsskiftet ble det totalt gjennomført 1 856 videosamtaler.

Det er ikke bare operatørene på AMK som kan ha nytte av video.

– Ved alvorlig sykdom eller ulykker, rykker ofte legebilen ut fra Drammen. Den er bemannet med anestesilege og paramedic. Vi så tidlig nytten av at legen også kan se hva som skjer underveis til pasienten. Derfor har vi nå etablert en mulighet til å videreformidle videoen til legen. Dette gir legen mulighet til å vurdere, gi råd og forberede seg best mulig til det som venter, forteller avdelings sjef og prosjektleder Lise-Mette Lindland.

Glimt fra 2021

Ny seksjon dekker stort behov

Seksjon for forebyggende medisin på Bærum sykehus ble offisielt åpnet 29. september. Etterspørselen etter tilbudet er dobbelt så høy som forventet.

Den nye seksjonen kom ordentlig i gang i måneds-skiftet april/mai, og har i løpet av noen måneders drift virkelig vist at den har livets rett. Så langt har det blitt gjennomført 925 konsultasjoner for voksne pasienter og 131 konsultasjoner for barn. Det er over dobbelt så mange konsultasjoner som man hadde regnet med i oppstarten, og langt over budsjettet for 2021.

Det viser at det er et enormt behov for tjenestene til den nye seksjonen for forebyggende medisin. Klinikkdirktør Trine Olsen forteller at det er mange på Bærum sykehus som heier på den nye seksjonen.

– Vi hadde jo så lyst til å komme i gang med dette. Og den store etterspørselen viser tydelig at det er et stort behov – større enn vi forutså. En viktig del av mandatet vårt er å øke helsekompetansen til helsesykepleiere, SFO, skole, fastleger og kommune-helsetjenesten.

Vi har hatt dialogmøter med blant andre fastleger og kommuneleger – og de jubler frem dette tilbudet, forteller Olsen.

Stor og omfattende oppgave

Avdelingssykepleier Kristin Staib forteller at avdelingen hver uke får mellom 20 og 25 nye henvisninger til dette tilbudet. De ansatte har virkelig jobbet for å ta unna den store etterspørselen; mange har jobbet lange dager.

– Å motivere pasienter til livsstilsendring er en stor og omfattende oppgave. Det krever betydelig innsats fra oss alle for å skape en relasjon og tillitsforhold til pasienten. Vi oppnår ingen resultater uten at pasienten er med på laget. Mange kan mye om kosthold og ernæring fra utallige dietter og kurer de har forsøkt tidligere, men har likevel behov for tett og jevnlig oppfølging for å lykkes over tid, sier Staib.



STOLT: Klinikkdirktør ved Bærum sykehus, Trine Olsen (til venstre), er stolt over den nye seksjonen. Til høyre: Kristin Staib.

Nytt akuttmottak og simuleringscenter

I oktober kunne snoren klippes til den nye akuttmottaket og simuleringscenteret på Kongsberg sykehus.



OFFISIELL ÅPNING: Administrerende direktør Lisbeth Sommervoll klippet snoren da nytt akuttmottak og simuleringscenter ble åpnet på Kongsberg sykehus. Her får hun hjelp av avdelingssykepleier Jeanette Ingebrigtsen.

Nytt akuttmottak legger til rette for gode løsninger for pasienter og ansatte. Simuleringscenteret gir gode muligheter for nødvendig trening.

Snorklippingen var det administrerende direktør i Vestre Viken, Lisbeth Sommervoll, som stod for. Hun benyttet anledningen til å skryte av sykehuset og det svært krevende arbeidet som er lagt ned i forbindelse med oppussingen.

Klinikkdirektør Stein-Are Agledal var svært fornøyd med at sykehuset nå har på plass et topp moderne simuleringscenter.

– Dette gir oss mulighet til nødvendig trening, og er spesielt viktig på et relativt lite sykehus, sa Agledal.

Avdelingssykepleier Jeanette Ingebrigtsen kunne fortelle de fremmøtte at den tilbakelagte perioden hadde vært krevende, men at de ansatte hadde tatt det med godt humør.

Det var en veldig fornøyd gruppe som kunne flytte tilbake i tidsriktige lokaler.

Glimt fra 2021

Har analysert 680 000 koronaprøver

Siden pandemiens start, og frem til juletider 2021, ble det analysert hele 680 000 koronaprøver.

- Det hadde ikke vært mulig uten en formidabel innsats fra de ansatte, sier leder for Avdeling for laboratoriemedisin, Trude Steinsvik.

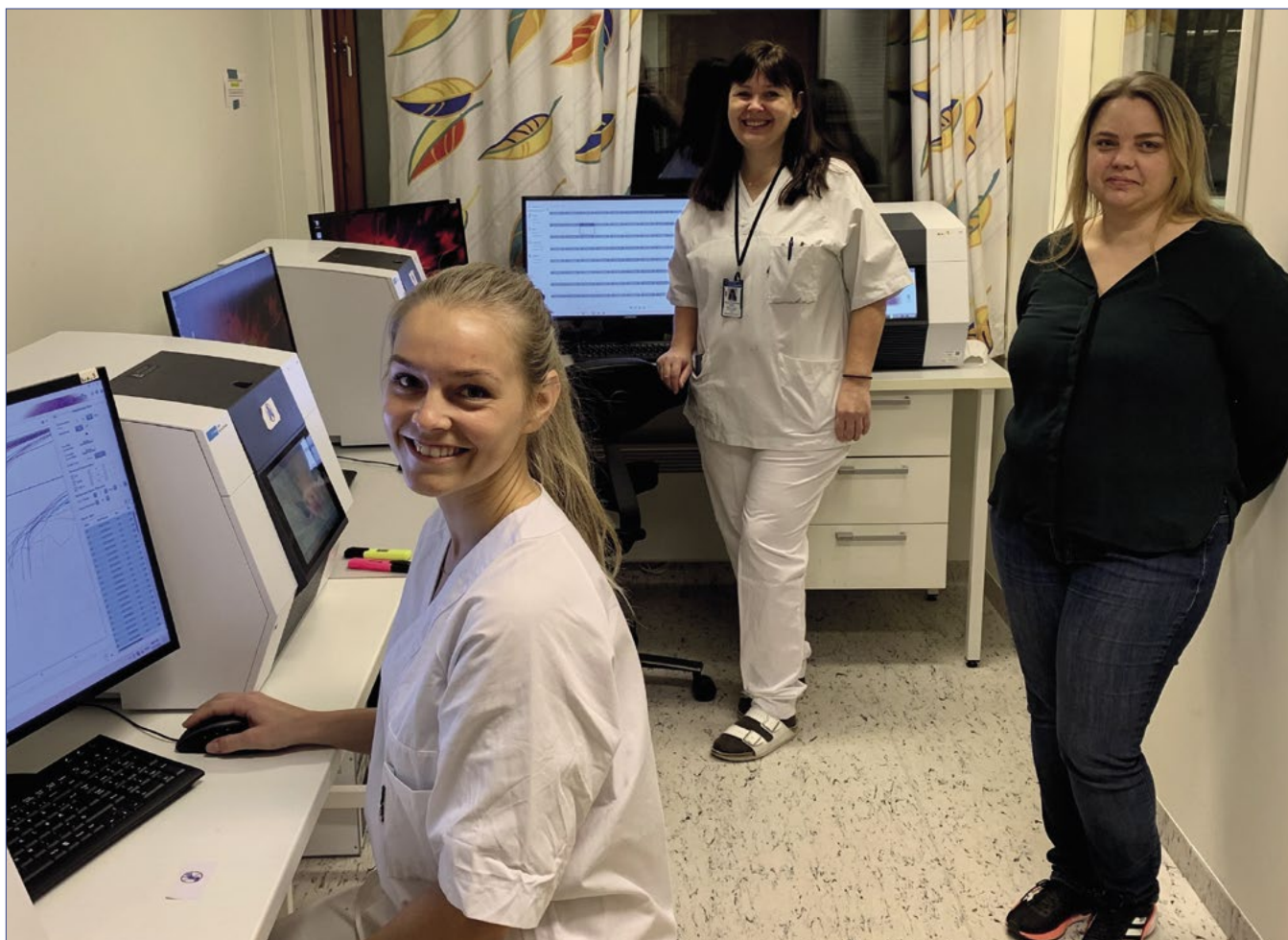
Steinsvik fremhever den enorme innsatsen som er lagt ned. For avdelingen har pandemien medført store endringer. Det har blitt etablert nye metoder, ansettelse av nye medarbeidere og endrede arbeidstider.

Viktig med raske svar

- Raske svar på koronaprøvene har vært og er fortsatt viktig både for sykehusene og kommunene under pandemien. Dette hadde vi ikke fått til uten svært dyktige og motiverte ansatte, sier Steinsvik.

Mot slutten av 2021 kom også Omikron-varianten for fullt. Det ble viktig å følge med på spredningen av den nye varianten, og avdelingen reetablerte metoden for mutasjonsscreening.

Like før jul utgjorde mulig Omikron 9 prosent av prøvene, men det tok kort tid før det ble den dominerende koronavirusvarianten i Norge.



TRAVEL TID: Noen av våre dyktige ansatte ved Mikrobiologiske seksjon på Bærum sykehus. Fra venstre: Genteknolog Silje Bogetveit, seksjonsleder Merete Ueland og systemansvarlig Kine Pedersen.

Skifte i sjefsstolen

1. desember overlot Britt Eidsvoll direktørstolen på Drammen sykehus til Inger Buene.

Det er først og fremst som lagbygger nylig avgåtte klinikkdirektør Britt Eidsvoll selv ønsker å bli husket. Eidsvoll er utdannet lege og spesialist i indremedisin og fordøyelsessykdommer.

I 2012 overtok hun som klinikkdirektør på Drammen sykehus, men hadde jobbet tett med Drammen et par år allerede siden den forrige jobben hennes var som direktør for Medisinsk klinikk i Vestre Viken.

For Eidsvoll har det alltid vært viktig å sikre god kvalitet i pasientbehandling. Hun fremhever at for å få det til må man samarbeide godt som team.

Team Drammen

– Vi har jo kalt oss Team Drammen. I perioden fram til 2015 var det mye omstilling og endring i forbindelse med at vi overtok områdefunksjoner for Asker og Bærum innenfor noen fagområder. Vi måtte få dette til sammen - som et lag. Vi måtte prioritere hva som skulle oppgraderes og få på plass de nye oppgavene.

Pasientbehandlingen ble styrket i denne fasen og gjort mer robust, men det har vært helt nødvendig å spille på lag med ansatte og tillitsvalgte for å få det til, fortalte Eidsvoll.

Spennende år fram mot nytt sykehus

Inger Meland Buene overtar som ny klinikkdirektør ved Drammen sykehus.

– Drammen sykehus har utrolig viktige og spennende år foran seg fram mot nytt moderne sykehus på Brakerøya. Jeg har fått et veldig positivt inntrykk av Vestre Viken, og håper at jeg vil kunne bidra på en god måte og understøtte den utviklingen foretaket er i gang med. Dette var en stor mulighet jeg ikke kunne takke nei til, sa Buene i forbindelse med ansettelsen.

Buene kommer fra stillingen som sjef for Klinikk psykisk helse og avhengighet ved Sykehuset i Vestfold. Hun er lege og spesialist i barne- og ungdomspsykiatri, og har 16 års erfaring som leder ved norske sykehus.



DIREKTØRSKIFTE: Britt Eidsvoll (til høyre) overlot direktørstolen på Drammen sykehus til Inger Buene.

Glimt fra 2021

Forskningsprisen 2021

Oscar Kristiansen, som til daglig jobber ved Medisinsk avdeling på Drammen sykehus, ble tildelt Vestre Vikens forskningspris.

2021 var nok et år med utrolig mye godt forskningsarbeid i helseforetaket, og Kristiansens forskning kan stå som et eksempel på dette.

Legen og forskeren ble tildelt prisen for artikkelen «*Effect of atorvastatin on muscle symptoms in coronary heart disease patients with self-perceived statin muscle side effects: a randomized, double-blinded crossover trial*». Artikkelen ble publisert i det anerkjente tidsskriftet *European Heart Journal – Cardiovascular Pharmacotherapy*.

Kort fortalt har Kristiansen forsket på hvorvidt verdens mest solgte reseptbelagte medisin, en kolesterolmedisin, er årsaken til muskelbivirkninger

hos enkelte pasienter. Forskingen viser at det ikke er holdepunkt for at medisinen er årsaken til plagene hos pasientene.

Samarbeid er viktig

– Forskning er teamarbeid, og vi har vært mange som har jobbet mye for å kunne gjennomføre denne studien. NOR-COR gruppen ledes av John Munkhaugen og har sitt opphav i Medisinsk avdeling på Drammen sykehus. Vi har også et godt samarbeid med Universitetet i Oslo, Rikshospitalet og Sykehuset i Vestfold som alle har gitt viktige bidrag til dette arbeidet, sa Kristiansen da han 10. juni ble tildelt prisen under en smittevernvennlig seanse i Vestre Vikens lokaler.



FORSKNINGSPRISEN: Fra venstre forskningssjef Lars Heggelund ved Drammen sykehus, avdelingssjef Karianne Høstmark ved Medisinsk avdeling, hovedveileder John Munkhaugen, prisvinneren Oscar Kristiansen, avdelingssjef Kristine K. Sahlberg ved Forsknings- og innovasjonsetheten og fagdirektør i Vestre Viken, Ulrich Spreng.

Høie hyllet Blakstad

Verdens helseorganisasjon (WHO) fremhevet arbeidet til BET-seksjonen ved Blakstad sykehus i en ny internasjonal veileder for psykisk helsevern.



ROS: Daværende helse- og omsorgsminister, Bent Høie (innfelt), roste BET-seksjonen på Blakstad.

BET-seksjonen ved Blakstad sykehus ble valgt ut som ett av kun tre døgntilbud på sykehusnivå i hele verden i en WHO-veileder som ble lansert internasjonalt 10. juni. Daværende helse- og omsorgsminister, Bent Høie, var full av beundring:

– Gratulerer til BET-seksjonen på Blakstad sykehus! Dere går foran i utviklingen av et psykisk helsevern basert på menneskerettigheter og der pasientens behov og ønsker blir lyttet til og vektlagt. Det er flott at WHO fremhever det arbeidet dere har gjort, sa Høie.

Anerkjennelse fra WHO

Han påpekte at han er særlig glad for at WHO anerkjenner den jobben som er lagt ned med å få på plass medisinfri behandling for pasienter innen psykisk helsevern.

– Medisinfri behandling gjør at mennesker med alvorlige psykiske lidelser kan leve et liv uten store bivirkninger av medisin. Det bidrar til økt mestring og muliggjør i større grad aktive liv og samfunnsdeltagelse, sa helse- og omsorgsministeren.

Høie håper at arbeidet inspirerer andre land til å ta i bruk medisinfrie tilbud og å vektlegge menneskerettigheter i behandlingen av personer med psykisk sykdom.

– Det er utrolig gledelig at Verdens Helseorganisasjon ser til BET-seksjonen vår på Blakstad og velger ut dette tilbudet som ett av kun tre døgntilbud på sykehusnivå i hele verden i sin nye veileder om fremtidens psykiske helsetjenester, sa seksjonsleder Jørgen Strand i BET-seksjonen.

Glimt fra 2021

Jubeldag da Føde- og barselavdelingen ble offisielt åpnet

Etter fire og et halvt år med byggearbeider og renovering, var det endelig klart for offisiell åpning av Føde- og barselavdelingen på Ringerike sykehus.

Etter år med byggearbeider og renovering i 3. etasje på Ringerike sykehus, inviterte man til offisiell åpning av en ferdig oppusset og totalrenovert Føde- og barselavdeling sommeren 2021.

På grunn av restriksjoner var det kun et begrenset antall gjester, men involverte personer fra bygge- og oppussingsprosjektet, ansatte og ledere både fra sykehuset og Vestre Viken var tilstede. Klinikkdirktør ved Ringerike sykehus, May Janne Botha Pedersen, struttet av stolthet da hun ønsket velkommen til offisiell åpning.

Enorm innsats over fire år

– Endelig er dagen kommet. Vi er klare til å samle kvinne, barn og ungdom til en enhet. I 3. etasje på sykehuset er nå byggearbeidene og renoveringen fullført gjennom det såkalte BRK-prosjektet.

Dette arbeidet har pågått i fire og et halvt år - samtidig som det har vært full drift her. Det er rett og slett imponerende av både gjengen bak byggeprosjektet og ansatte, pasienter og besøkende som tålmodig har holdt ut under arbeidene. Det er en enorm innsats som er lagt ned i dette prosjektet, sa Botha Pedersen ved åpningen.

Hun pekte på viktigheten av å ha god ryggdekning i helseforetaket.

– Det er godt å være en del av et helseforetak som viser vilje og evne til å satse på vedlikehold og investeringer på sykehusene gjennom BRK-prosjektet. Dette er et stort løft for Ringerike sykehus, og vi er stolte av å kunne vise frem hvordan det nå har blitt, sa klinikkdirktøren.



SNORKLIPP: Administrerende direktør Lisbeth Sommervoll (i midten) sammen med avdelingsjordmor Mette Kjensberg Nordbø og overlege Vladimir Petrovic.

Matavfallet redusert med 40 prosent

Med kloke miljøtiltak har helseforetaket redusert matavfallet, og dermed også matsvinnet på sykehusene, med hele 40 prosent fra 2019 til 2021.

For noen år tilbake satte Vestre Viken seg som ett av flere miljømål å redusere matavfallet med 50 prosent innen 2030. Det tar tid å få til slike endringer i en stor organisasjon, men flere år med systematisk jobbing og etablering av gode rutiner gir nå virkelige resultater.

Fra 2019 til 2020 klarte helseforetaket å redusere matsvinnet med nesten 50 000 kilo, og miljødelmålet for 2021 var å beholde samme nivå på mengden matavfall.

74 000 kilo mindre matavfall

Da status ble gjort opp for 2021, viste tallene at matavfallet var redusert med hele 74 000 kilo på to år, noe som er en reduksjon på 40 prosent.

Endrede serveringsmetoder (kuvertpakninger med salat og økt servering på tallerken til pasient), økt bruk og tilgang på en-porsjoner, økt holdbarhet på egenproduserte supper og grøter og tettere dialog mellom kjøkken og sengeposter/avdelinger, er blant tiltakene som ble iverksatt for å få ned matsvinnet.

Viktig å bestille riktig mengde mat

Ringerike sykehus har også i lengre tid ført kostlister i DIPS. Resultatene ved å bestille riktig mengde mat på sykehuset viser blant annet at:

- Produksjon av middager er redusert med ca. 20 prosent (5 000 middager) i løpet av to år.
- Råvarekostnaden er redusert med ca. 150 000 kroner.
- Matsvinnet er mindre enn ved de andre sykehusene i Vestre Viken.



REDUSERT MATSVINN: Matavfallet i Vestre Viken ble redusert med 40 prosent på to år. Her er det kokk Yvonne Jøranli som har laget deilig middag til pasientene på Ringerike sykehus.

Glimt fra 2021

Grunnsteinsmarkering for nytt sykehus

Fredag 3. september 2021 var det høytidelig grunnsteinsmarkering på byggeplassen. Rundt 150 gjester fra Vestre Viken, Helse Sør-Øst, samarbeidspartnere og politikere var invitert til Brakerøya for å delta i seremonien.



NYTT SYKEHUS: Slik blir det nye sykehuset i Drammen.

(Illustrasjonsbilde: Link Arkitektur, Ratio Arkitekter og Bølgeblikk)

Lisbeth Sommervoll, administrerende direktør i Vestre Viken, var begeistret over det nye sykehuset i sin tale.

– Dette er en stor dag for alle innbyggere som skal få sine tjenester her, og også for alle ansatte i Vestre Viken. Vi er veldig glade for at vi nå beveger oss over bakken, fra grunnarbeider og pæling til at et bygg skal reise seg, innledet Sommervoll.

Bedre arbeidshverdag og et bedre helsetilbud

Hun uttrykte den positive forventningen alle i Vestre Viken, og spesielt de som jobber på Drammen og Blakstad sykehus, har til å ta i bruk et topp moderne bygg.

– Både nytt utstyr, ny teknologi og selve utformingen av sykehuset vil bidra til å gjøre arbeidsflyten mer hensiktsmessig og arbeidsgangen enda bedre, sa Sommervoll.



GRUNNSTEINMARKERING: Daværende statsminister Erna Solberg holdt tale og la ned grunnsteinen til det nye sykehuset i Drammen. (Foto: Edvin Dahl/Helse Sør-Øst)

Til tonene fra et lokalt korps, satte daværende statsminister Erna Solberg, grunnsteinen på plass.

– Nytt sykehus i Drammen har vært ønsket og planlagt lenge. Nå er det altså endelig under bygging. Sykehuset som bygges her på Brakerøya er ett av de største sykehusprosjektene i Norge, og det kommer til å ha enorm betydning både for Drammen og for regionen rundt, sa Solberg i sin tale.

Grunnstein med historiske aner

Selve grunnsteinen har en direkte kobling til den tidligere industrivirksomheten på tomten. Grunnsteinen består av en vegg murt opp av gammel teglstein, som tidligere var fasade på en av fabrikkbygningene på Brakerøya. Midt i veggen er det plassert en messingboks med inskripsjon. Hele teglveggen skal mures opp på en sentral plassering i bygget, og vil være synlig for alle som kommer til sykehuset.



Markering på sykehusene

Samtidig med grunnsteinsnedleggelsen på Brakerøya, ble ansatte på Drammen sykehus og Blakstad sykehus invitert til kaffe og kake for å markere denne viktige milepælen for nytt sykehus.

Glimt fra 2021

Et stort løft for pasientsikkerheten

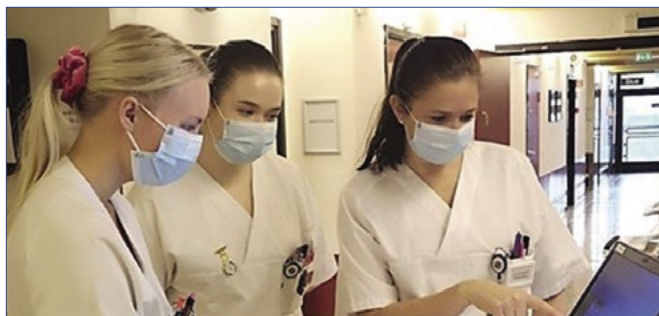
Alle helseforetakene i Helse Sør-Øst (HSØ) har tatt i bruk elektronisk kurve- og medikasjonsløsningen. I Vestre Viken har over 5 000 medarbeidere fått opplæring – til tross for pandemi.

En elektronisk kurve gir oversikt over en pasients puls, temperatur, blodtrykk, væskebalanse, medisintyper og -doser, samt infusjoner og laboratoriesvar.

Det betyr at viktig dokumentasjon følger pasienten både mellom avdelinger og mellom sykehus i samme helseforetak. Ifølge administrerende direktør i HSØ, Terje Rootwelt, er kvalitet og pasientsikkerhet styrket som følge av MetaVision.

Overlege Kristoffer Hochnowski ved Nyfødt intensiv på Drammen sykehus, opplever at systemet gjør det tryggere å foreskrive medikamenter som sjelden blir brukt.

– Blant de store fordelene er færre forordnings- og utblandingsfeil. Oversikten i kurvene er god og kvaliteten på dataene er klart bedre. Systemet kan imidlertid være tregt i perioder, og noen arbeidsprosesser tar lengre tid enn tidligere, forteller Hochnowski.



METAVISION: Vestre Viken har innført elektronisk kurve- og medikasjonsløsning. Fra venstre sykepleierne Emma Hushovd Gaathaug, Sarah Nyborg og Linn Elisabeth Sveum.

Informasjonen følger pasienten fra start til slutt

Ved Medisinsk observasjonspost på Drammen sykehus oppsummerer sykepleier Frida Amanda Axelsen:

– Det er nyttig at det er én kurve som følger pasienten fra akuttmottaket og videre i systemet. Det gjør det også enklere når pasienter må flytte mellom sykehusene våre. Vi skaffer oss raskt et oversiktsbilde over pasienten vi jobber med, og det er en fordel at vi ikke trenger å tolke håndskrift.

Prosjektleder for innføring av MetaVision i Vestre Viken, Vibecke Storhaug, sier at det har vært gøy å være tilstede når kurveløsningen ble tatt i bruk av fagfolkene. Prosjektet har gitt opplæring, mens klinikkene selv har vært ansvarlige for å etablere nye arbeidsprosesser.

– Vi har understøttet opplæring med lovverk og retningslinjer for legemiddelhåndtering. Det har vært gode og nyttige diskusjoner underveis med fagpersoner fra klinikkene og prosjektet, sier Storhaug.

5 000 ansatte har fått opplæring

Innføringen ble mer komplisert enn planlagt fordi Vestre Viken var i beredskap på grunn av pandemien i hele innføringsperioden. Likevel ble det bare mindre forsinkelser.

– Dette hadde vi ikke klart uten tverrfaglig kompetanse med både ingeniører, farmasøyter, sykepleiere og leger fra alle klinikker, forklarer Storhaug.

ÅRSREGNSKAP

| Driftsinntekter og driftskostnader | Note | 2021 | 2020 |
|---|-------|-------------------|-------------------|
| Basisramme | 2 | 6 452 243 | 6 149 618 |
| Aktivitetsbasert inntekt | 2 | 3 734 370 | 3 363 559 |
| Annen driftsinntekt | 2 | 916 294 | 591 150 |
| Sum driftsinntekter | | 11 102 907 | 10 104 327 |
| Kjøp av helsetjenester | 3 | 963 730 | 812 137 |
| Varekostnad | 4 | 1 517 875 | 1 325 801 |
| Lønn og annen personalkostnad | 5 | 6 859 788 | 6 189 676 |
| Ordinære avskrivninger | 9, 10 | 301 174 | 292 316 |
| Annen driftskostnad | 6 | 1 288 056 | 1 207 781 |
| Sum driftskostnader | | 10 930 623 | 9 827 710 |
| Driftsresultat | | 172 284 | 276 617 |
| Finansinntekter og finanskostnader | | | |
| Finansinntekt | 7, 12 | 3 421 | 10 745 |
| Finanskostnad | 7, 12 | 7 192 | 14 424 |
| Netto finansposter | | -3 771 | -3 679 |
| Resultat før skattekostnad | | 168 514 | 272 939 |
| Ekstraordinære poster | | | |
| ÅRSRESULTAT | | 168 514 | 272 939 |
| Overføringer | | | |
| Overføringer til annen egenkapital | 15 | -168 514 | -272 939 |
| Sum overføringer | | -168 514 | -272 939 |

(Alle tall i NOK 1000)

BALANSE PER 31.12

| Eiendeler | Note | 2021 | 2020 |
|--|-----------|------------------|------------------|
| Anleggsmidler | | | |
| Immatrielle eiendeler | | | |
| Immaterielle eiendeler | 10 | 0 | 45 |
| Sum immaterielle eiendeler | | 0 | 45 |
| Varige driftsmidler | | | |
| Tomter, bygninger og annen fast eiendom | 10 | 3 117 351 | 3 173 931 |
| Medisinskteknisk utstyr, Inventar, transportmidler og lignende | 10 | 631 172 | 632 135 |
| Anlegg under utførelse | 10 | 470 850 | 418 900 |
| Sum varige driftsmidler | | 4 219 373 | 4 224 966 |
| Finansielle anleggsmidler | | | |
| Investeringer i andre aksjer og andeler | 11 | 414 171 | 405 281 |
| Andre finansielle anleggsmidler | 12 | 1 167 808 | 883 449 |
| Pensjonsmidler | 16 | 1 926 497 | 1 731 829 |
| Sum finansielle anleggsmidler | | 3 508 476 | 3 020 560 |
| Sum anleggsmidler | | 7 727 849 | 7 245 525 |
| Omløpsmidler | | | |
| Varer | 4 | 26 713 | 28 703 |
| Fordringer | | | |
| Fordringer | 13 | 253 649 | 228 855 |
| Sum fordringer | | 253 649 | 228 855 |
| Bankinnskudd, kontanter o.l. | 14 | 243 848 | 214 923 |
| Sum omløpsmidler | | 524 210 | 472 481 |
| SUM EIENDELER | | 8 252 059 | 7 718 007 |

BALANSE PER 31.12 - FORTS.

| Egenkapital og gjeld | Note | 2021 | 2020 |
|--|-----------|------------------|------------------|
| Egenkapital | | | |
| Innskutt egenkapital | | | |
| Foretakskapital | | 100 | 100 |
| Annen innskutt egenkapital | | 3 510 642 | 3 510 642 |
| Sum innskutt egenkapital | 15 | 3 510 742 | 3 510 742 |
| Opptjent egenkapital | | | |
| Annen egenkapital | | 1 031 478 | 862 965 |
| Sum opptjent egenkapital | 15 | 1 031 478 | 862 965 |
| Sum egenkapital | | 4 542 220 | 4 373 707 |
| Gjeld | | | |
| Avsetning for forpliktelser | | | |
| Pensjonsforpliktelser | 16 | 6 608 | 6 691 |
| Andre avsetninger for forpliktelser | 17 | 150 105 | 110 546 |
| Sum avsetninger for forpliktelser | | 156 713 | 117 238 |
| Annen langsiktig gjeld | | | |
| Øvrig langsiktig gjeld | 12 | 909 291 | 905 793 |
| Sum annen langsiktig gjeld | | 909 291 | 905 793 |
| Kortsiktig gjeld | | | |
| Skyldige offentlige avgifter | | 458 505 | 385 950 |
| Annen kortsiktig gjeld | 18 | 2 185 330 | 1 935 319 |
| Sum kortsiktig gjeld | | 2 643 835 | 2 321 269 |
| Sum gjeld | | 3 709 839 | 3 344 300 |
| SUM EGENKAPITAL OG GJELD | | 8 252 059 | 7 718 007 |

(Alle tall i NOK 1000)

Drammen, 28. mars 2022

Siri Hatlen
Styreleder

Margrethe Snekkerbakken
Nestleder

Ane R. Breivega
Styremedlem

Robert Bjerknæs
Styremedlem

Bovild Tjønn
Styremedlem

Morten Stødle
Styremedlem

Hans Kristian Glesne
Ansattes representant

Tom Roger Frost
Ansattes representant

Gry L. Christoffersen
Ansattes representant

Toril A. K. Morken
Ansattes representant

John Egil Kvamsøe
Ansattes representant

Lisbeth Sommervoll
Administrerende direktør

NOTE 0 - REGNSKAPSPRINSIPPER

Generelt om regnskapet

Årsregnskapet er avlagt i samsvar med regnskapsloven og god regnskapsskikk.

De regionale helseforetakene ble stiftet med basis i helseforetaksloven i forbindelse med at staten overtok ansvaret for spesialisthelsetjenesten fra fylkeskommunene. Staten overførte formuesposisjonene knyttet til spesialisthelsetjenesten i helseregionene øst og sør til nåværende Helse Sør-Øst 1. januar 2002. Virksomheten er regulert av lov om helseforetak m.m. Virksomhetsoverføringene skjedde som tings innskudd og transaksjonsprinsippet ble lagt til grunn.

Helse Sør og Helse Øst fusjonerte til Helse Sør-Øst med regnskapsmessig virkning 1. januar 2007.

I forbindelse med sykehusreformen utarbeidet uavhengige tekniske miljøer høsten 2001 takster for bygg og tomter basert på gjenanskaffelsesverdi. I gjenanskaffelsesverdien ble det tatt hensyn til slit og elde, teknisk og funksjonell standard etc. Også for andre anleggsmidler ble gjenanskaffelseskost beregnet. Tilsvarende ble gjennomført i 2003/2004 i tilknytning til overføringen av rusomsorgen.

I forbindelse med avleggelsen av regnskapet for 2002 ble det diskutert om foreliggende takster burde nedjusteres i forhold til forventninger om nivået på fremtidige kontantstrømmer (bevilgninger). Basert på verdier fastsatt av daværende Helsedepartementet ble regnskapet for 2002 avlagt med foreløpig åpningsbalanse der verdiene på bygg var lavere enn takstverdiene. Ved regnskapsavleggelsen for 2003 ble åpningsbalansen verdsatt til gjenanskaffelsesverdi, dvs. tilsvarende takstene utarbeidet høsten 2001. Dette ble basert på at helseforetakene er non-profitvirksomheter der eier har stilt krav om resultatmessig balanse i driften, men ikke krav til avkastning på innskutt kapital, og at bruksverdi dermed representerer virkelig verdi for anleggsmidler. Det ble samtidig gjort fradrag for overførte anleggsmidler der det per 1. januar 2002 var kjent at disse ikke ville være i bruk eller kun ville være i bruk en begrenset periode i fremtiden.

Det følger av Helseforetakslovens § 31- 33 at det er restriksjoner med hensyn til foretakets muligheter til å avhende faste eiendommer, avhende sykehusvirksomhet samt mulighet for opptak av lån, garantier og pantstillelser.

Vurderings- og klassifiseringsprinsipper

Generelt om inntektsførings- og kostnadsføringsprinsipper

Inntektsførings- og kostnadsføringsprinsippene bygger på de grunnleggende regnskapsprinsippene om transaksjon, opptjening, sammenstilling og forsiktighet. I den grad regnskapet inneholder usikre poster bygger disse på beste estimat, basert på tilgjengelig informasjon på balansedagen

Prinsipper for inntektsføring

Driftsinntektene til helseforetakene kan deles i tre: Fast grunnfinansiering (basis) fra eier, aktivitetsbaserte inntekter og andre driftsinntekter. Inntekter fra Helse- og omsorgsdepartementet som går via det regionale helseforetaket er bruttoført i Helse Sør-Øst.

Grunnfinansiering

Grunnfinansieringen består av basisramme drift. Grunnfinansieringen tildeles foretakene fra Helse Sør-Øst RHF som fast bevilgning til drift og investering i foretaket. Grunnfinansieringen er normalt et driftstilskudd uten bestemte vilkår som gis nærmest uavhengig av aktivitet for å opprettholde en kapasitet som er tilstrekkelig for det sykehusområde et helseforetak er ansvarlig for. Dette tilsier normalt sett at grunnfinansieringen inntektsføres i sin helhet innenfor det året bevilgningen gis. Gjennom Revidert nasjonalbudsjett 2020 ble Helse Sør Øst tildelt en ekstra basisbevilgningen for å sikre at helseforetakene har tilstrekkelig med midler til å bekjempe Covid-19 pandemien. Den ekstra bevilgningen ble vurdert å ikke være tidsbegrenset, og ved utgangen av 2020 var pandemien fortsatt ikke under kontroll. Den delen av ekstrabevilgning som per desember 2020 ikke ble benyttet til dette formålet ble av Helse Sør-Øst derfor besluttet avsatt som utsatt inntekt i balansen for å imøtekomme negative økonomiske effekter av pandemien i 2021. Avsetningens størrelse var begrenset av både forventet ekstra bevilgning i 2021 knyttet til bekjempelse av pandemien, samt konkrete vurderinger knyttet til tilhørende pandemikostnader i 2021.

Aktivitetsbaserte inntekter

Aktivitetsbaserte inntekter består av ISF-inntekter (ISF = innsatsstyrt finansiering), polikliniske inntekter (refusjoner fra HELFO og egenandeler), gjestepasientinntekter, inntekter fra selvbetalende pasienter og salg av laboratorie- og røntgentjenester. Oppførte ISF-inntekter er basert på koding i Norsk Pasient Register (NPR). Det er noe usikkerhet med hensyn til kvaliteten på kodingen. Dette gjelder

alle regioner og ikke spesielt Helse Sør-Øst. Gjennomgang har vist at det forekommer både positive og negative avvik. Det er fokus i helseforetakene på betydningen av riktig koding for å få vist korrekte inntektstall. Gjestepasientoppgjør føres brutto, dvs. kostnadsføring for kjøp av helsetjenester med tilhørende ISF-refusjon innen somatisk virksomhet, og inntektsføring for salg av helsetjenester. ISF-inntekter og poliklinikkinntekter inntektsføres i den perioden aktiviteten er utført

Andre inntekter

Andre inntekter vil blant annet være salgsinntekter fra kantine, leieinntekter fra eiendom/boliger og gevinst ved salg av anleggsmidler. Andre inntekter inntektsføres i den perioden varen/tjenesten er levert.

I tillegg gis det øremerkede statstilskudd. Øremerkede tilskudd inntektsføres når aktivitetene gjennomføres og i takt med kostnadene som er knyttet til gjennomføringen av de aktiviteter som tilskuddet er knyttet til. Disse tilskuddene kan overføres til fremtidige år.

Prinsipper for kostnadsføring

Utgifter sammenstilles med og kostnadsføres samtidig med de inntekter utgiftene kan henføres til. Utgifter som ikke kan henføres direkte til inntekter, kostnadsføres når de påløper.

Klassifisering og vurdering av balanseposter

Omløpsmidler og kortsiktig gjeld omfatter poster som forfaller til betaling innen ett år etter anskaffelsestidspunktet. Øvrige poster er klassifisert som anleggsmidler/langsiktig gjeld. Omløpsmidler vurderes til laveste av anskaffelseskost og virkelig verdi. Kortsiktig gjeld balanseføres til nominelt beløp på opptakstidspunktet. Anleggsmidler vurderes til anskaffelseskost på anskaffelsestidspunktet og avskrives lineært over forventet brukstid. Langsiktig gjeld balanseføres til nominelt beløp på etableringstidspunktet. Første års avdrag på langsiktig gjeld vises sammen med øvrig langsiktig gjeld.

Varige driftsmidler

Varige driftsmidler balanseføres til anskaffelseskost og avskrives over driftsmidlets forventede levetid. Et driftsmiddel anses som varig dersom det har en økonomisk levetid på over tre år samt en kostpris på over 100 000 kroner. Driftsmidler avskrives fra det tidspunkt de tas i bruk. Dersom gjenvinnbart beløp av driftsmidlet er lavere enn balanseført

verdi foretas en nedskrivning til gjenvinnbart beløp. Gjenvinnbart beløp er det høyeste av netto salgsverdi og verdi i bruk. Eiendeler som har varig verdifall nedskrives til gjenvinnbart beløp. Dersom grunnlag for tidligere foretatt nedskrivning bortfaller, vurderes denne reversert.

Utgifter forbundet med periodisk vedlikehold og reparasjoner på produksjonsutstyr, periodiseres. Utgifter forbundet med normalt vedlikehold og reparasjoner blir løpende kostnadsført. Utgifter ved større utskiftninger og fornyelser som øker driftsmidlenes levetid vesentlig, balanseføres. Driftsmidler som erstattes, kostnadsføres.

Immaterielle eiendeler, herunder forskning og utvikling

Utgifter til utvikling balanseføres i den grad det kan identifiseres en fremtidig økonomisk fordel knyttet til utvikling av identifiserbare immaterielle eiendeler. I motsatt fall kostnadsføres slike utgifter løpende. Balanseført utvikling avskrives lineært over den økonomiske levetiden. Utgifter til forskning kostnadsføres løpende. Andre immaterielle eiendeler som forventes å gi fremtidige inntekter, balanseføres og avskrives over økonomisk levetid.

Usikre forpliktelser

Dersom det etter selskapets oppfatning er sannsynlig at en usikker forpliktelse vil komme til oppgjør, og verdien av oppjøret kan estimeres pålitelig, kostnadsføres forpliktelsen i resultatregnskapet og tas inn som en avsetning for forpliktelser i balansen.

Egenkapitalinnskudd pensjonskasser

Egenkapitalinnskudd i KLP og andre pensjonskasser er verdsatt til kost.

Pensjoner

Regnskapsføring av pensjonskostnader skjer i samsvarende med Norsk Regnskapsstandard, NRS 6 Pensjonskostnader. Selskapets pensjonsforpliktelser, både sikret og usikret, beregnes som den diskonterte verdi av de fremtidige pensjonsytelser som anses påløpt på balansedagen. Det forutsettes at arbeidstakerne opparbeider sine pensjonsrettigheter lineært over den yrkesaktive perioden.

Pensjonsmidlene er vurdert til virkelig verdi og fratrukket i netto pensjonsforpliktelse i balansen. Eventuell overfinansiering balanseføres i den grad overfinansieringen kan utnyttes eller tilbakebetales. Den enkelte pensjonsordning vurderes for seg, men

verdi av overfinansiering i en ordning og underfinansiering i andre ordninger nettoføres i balansen såfremt pensjonsmidlene kan overføres mellom ordningene. Netto pensjonsmidler presenteres som andre langsiktige fordringer, mens netto pensjonsforpliktelser presenteres som avsetning for forpliktelser.

Endringer i forpliktelsen og pensjonsmidlene som skyldes endringer i og avvik mot beregningsforutsetningene (estimatendringer), fordeles over antatt gjennomsnittlig gjenværende opptjeningsstid for den del av avvikene som overstiger 10 prosent av det største av brutto pensjonsforpliktelser eller pensjonsmidler.

Det har er gjort en endring i NRS 6 Pensjonskostnader som påvirker regnskapsføring av planendringer. Det er besluttet at eventuelle planendringsevinster som oppstår i forbindelse med ubetingede planendringer, nå kan benyttes til å redusere uinnregnede estimatavvik. Dette er et likestilt alternativ med resultatføring av slike gevinster, og er et valg av regnskapsprinsipp som må anvendes konsistent for alle ordninger og fra periode til periode. Endringene fremkommer i NRS 6 punkt 56. Endringen trer i kraft for regnskapsår som starter 1. januar 2020 eller senere. Helse Sør-Øst har implementert endringen i NRS 6 med virkning for 2019. Øvrige planendringer innregnes i resultatregnskapet umiddelbart.

Periodens netto pensjonskostnad er inkludert i lønn og sosiale kostnader og består av periodens pensjonsopptjening, rentekostnad på den beregnede pensjonsforpliktelsen, forventet avkastning av pensjonsmidlene, resultatført virkning av endringer i estimer og pensjonsplaner, resultatført virkning av avvik mellom faktisk og forventet avkastning, samt periodisert arbeidsgiveravgift.

Arbeidstakers andel av pensjonspremien er kommet til fradrag i lønnskostnaden.

Fordringer

Kundefordringer og andre fordringer er oppført i balansen til pålydende etter fradrag for avsetning til forventet tap. Avsetning til tap gjøres på grunnlag av individuelle vurderinger av de enkelte fordringene. I tillegg gjøres det for øvrige kundefordringer en uspesifisert avsetning for å dekke antatt tap.

Varebeholdninger

Lager av innkjøpte varer er verdsatt til gjennomsnitt av anskaffelseskost og virkelig verdi. Varelageret nedskrives dersom virkelig verdi er lavere enn anskaffelseskost.

Kontantstrømoppstilling

Kontantstrømoppstillingen er utarbeidet etter indirekte metode. Trekk på konsernkontoordningen er klassifisert som kortsiktig gjeld, og presentert på egen linje i kontantstrømoppstillingen. Likviditetsbeholdningen består av bundne midler og bankkonti utenfor konsernkontoordningen.

Konsernkontoordning

Innskudd og gjeld på konsernkontoen er klassifisert som kortsiktig fordring/gjeld mot Helse Sør-Øst i det enkelte helseforetak. Renteinntekter-/kostnader er behandlet som konserninterne renter i helseforetaket.

Endringer i regnskapsprinsipp og feil i tidligere perioder

Virkingen av endringer i regnskapsprinsipp og korrigering av feil i tidligere perioder er ført direkte mot egenkapitalen.

Skatt

Foretakets virksomhet, sykehusdrift, er ikke skattepliktig.

Leieavtaler

Helseforetak har anledning til å inngå finansielle leiekontrakter, jf. Helseforetaksloven § 33 og vedtektene til NN HF § 12. De finansielle leieavtalene er balanseført til verdien av vederlaget i leieavtalen, og avskrives over eiendelens levetid, fordelt på de ulike delkomponentene.

Nøytral merverdiavgift

Gjennom Stortingets behandling av Prop. 1 S (2016-2017) for Helse- og omsorgsdepartementet, ble det fra 1. januar 2017 innført en ordning med nøytral merverdiavgift for helseforetakene. Ordningen innebærer at helseforetakene får kompensert utgifter til merverdi på en rekke varer og tjenester som inngår i driften av virksomheten.

NOTE 1 - VIRKSOMHETSOMRÅDER

| | 2021 | 2020 |
|--|--------------------|-------------------|
| Driftsinntekter pr virksomhetsområde | | |
| Somatiske tjenester | 8 206 539 | 7 428 934 |
| Psykisk helsevern VOP | 1 599 078 | 1 489 725 |
| Psykisk helsevern BUP | 462 484 | 415 394 |
| Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmisbrukere | 275 185 | 266 593 |
| Annet | 559 622 | 503 681 |
| Driftsinntekter pr virksomhetsområde | 11 102 907 | 10 104 327 |
| Driftskostnader pr virksomhetsområde | | |
| Somatiske tjenester | -8 090 092 | -7 272 108 |
| Psykisk helsevern VOP | -1 539 267 | -1 411 285 |
| Psykisk helsevern BUP | -464 600 | -394 200 |
| Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmisbrukere | -287 010 | -260 196 |
| Annet | -549 655 | -489 920 |
| Driftskostnader pr virksomhetsområde | -10 930 623 | -9 827 710 |
| Driftsinntekter fordelt på geografi | | |
| Pasienter hjemmehørende i Helse Sør-Øst RHF sitt opptaksområde | 11 031 688 | 10 035 192 |
| Pasienter hjemmehørende i resten av landet | 53 129 | 53 411 |
| Pasienter hjemmehørende i utlandet | 18 091 | 15 724 |
| Driftsinntekter fordelt på geografi | 11 102 907 | 10 104 327 |

(Alle tall i NOK 1000)

NOTE 2 - INNTEKTER

| Driftsinntekter | 2021 | 2020 |
|--|-------------------|-------------------|
| Basisramme | | |
| Basisramme | 6 452 243 | 6 149 618 |
| Basisramme | 6 452 243 | 6 149 618 |
| Aktivitetsbasert inntekt | | |
| Behandling av egne pasienter i egen region 1) | 2 932 602 | 2 757 739 |
| Behandling av pasienter internt i egen region | 89 936 | 80 842 |
| Behandling av egne pasienter i andre regioner 2) | 18 924 | 15 817 |
| Behandling av andre pasienter i egen region 3) | 53 129 | 53 411 |
| Poliklinikk, laboratorie og radiologi | 571 543 | 428 439 |
| Utskrivningsklare pasienter | 22 723 | 20 007 |
| Andre aktivitetsbaserte inntekter | 45 515 | 7 304 |
| Aktivitetsbasert inntekt | 3 734 370 | 3 363 559 |
| Annen driftsinntekt | | |
| Øremerket tilskudd til psykisk helsevern | 39 367 | 40 833 |
| Kvalitetsbasert finansiering | 500 104 | 216 363 |
| Øremerkede tilskudd til andre formål | 9 108 | 4 663 |
| Inntektsføring av investeringstilskudd 4) | 367 714 | 329 292 |
| Andre driftsinntekter | 916 294 | 591 150 |
| Annen driftsinntekt | 591 150 | 409 645 |
| Sum driftsinntekter | 11 102 907 | 10 104 327 |

(Alle tall i NOK 1000)

- 1) ISF-inntekter (DRG-refusjon) for diagnostikk og behandling i egen helseregion av pasienter innenfor Helse Sør-Øst sitt "sørge for"-ansvar
- 2) ISF-inntekter (DRG-refusjon) for diagnostikk og behandling i andre helseregioner av pasienter innenfor Helse Sør-Øst sitt "sørge for"-ansvar
- 3) Inntekter for diagnostikk og behandling av pasienter tilhørende andre regionale helseforetak (gjestepasienter)
- 4) Inntektsføring av del av balanseført investeringstilskudd
- 5) I regnskapet for foretaksgruppen er salg fra Sykehusapotekene til foretak i Helse Sør-Øst eliminert

| Aktivitetstall | 2021 | 2020 |
|---|---------|---------|
| Aktivitetstall somatikk | | |
| Antall DRG-poeng iht. "sørge for" ansvaret | 118 299 | 113 901 |
| Antall DRG-poeng iht. eieransvaret | 118 795 | 114 296 |
| Antall inntektsgivende polikliniske konsultasjoner | 450 446 | 408 673 |
| Aktivitetstall psykisk helsevern for barn og unge | | |
| Antall utskrevne pasienter fra døgnbehandling | 182 | 164 |
| Antall inntektsgivende polikliniske konsultasjoner | 90 117 | 84 324 |
| Antall ISF-poeng iht eieransvar | 30 264 | 26 464 |
| Aktivitetstall psykisk helsevern for voksne | | |
| Antall utskrevne pasienter fra døgnbehandling | 2 982 | 2 985 |
| Antall inntektsgivende polikliniske konsultasjoner | 128 063 | 123 410 |
| Antall ISF-poeng iht eieransvar | 20 669 | 19 085 |
| Aktivitetstall tverrfaglig spesialisert behandling for rusmisbrukere | | |
| Antall utskrevne pasienter fra døgnbehandling | 745 | 752 |
| Antall inntektsgivende polikliniske konsultasjoner | 37 834 | 37 088 |
| Antall ISF-poeng iht eieransvar | 7 431 | 6 597 |

NOTE 2 - INNTEKTER FORTS.

Driftsinntekter

Aktiviteten innen somatikk er delvis finansiert med basisbevilgning og delvis med inntekter koblet til behandlingsaktivitet. Ved sammenligning av foretakenes inntekter over tid må det tas hensyn til at andelen av inntektene som er koblet til behandlingsaktivitet og basisramme kan variere.

DRG-systemet klassifiserer sykehusopphold i grupper som er medisinsk og ressursmessig tilnærmet homogene. Inntektene i DRG-systemet er i 2021 satt til 50 prosent av full DRG-pris, det vil si kr 21 377 per DRG poeng.

Aktivitetstallene inkluderer ikke aktivitet finansiert av «Raskere tilbake» og eventuelt andre øremerkede midler/særskilt finansiering. Aktivitetstallene består også av pasienter behandlet hos private.

Ved innføring av ISF-refusjon er det samtidig endret tellemåte når det gjelder antall konsultasjoner.

NOTE 3 - KJØP AV HELSETJENESTER

| Kjøp av helsetjenester | 2021 | 2020 |
|---|----------------|----------------|
| Kjøp av offentlige helsetjenester somatikk eksternt | 71 096 | 57 950 |
| Kjøp av offentlige helsetjenester somatikk internt i foretaksgruppen | 676 575 | 596 123 |
| Kjøp av private helsetjenester somatikk | 32 933 | 31 736 |
| Kjøp av offentlige helsetjenester psykiatri eksternt | 22 804 | 14 026 |
| Kjøp av offentlige helsetjenester psykiatri internt i foretaksgruppen | 46 036 | 35 075 |
| Kjøp av private helsetjenester psykiatri | 36 245 | 25 980 |
| Kjøp av offentlige helsetjenester rus eksternt | 2 079 | 2 147 |
| Kjøp av offentlige helsetjenester rus internt i foretaksgruppen | 6 221 | 3 802 |
| Kjøp av private helsetjenester rus | 19 | 81 |
| Kjøp av helsetjenester utland | 741 | 5 240 |
| Sum gjestepasientkostnader | 894 749 | 772 159 |
| Innleie av helsepersonell fra vikarbyrå | 67 170 | 38 752 |
| Kjøp av andre ambulansetjenester | 726 | 749 |
| Andre kjøp av helsetjenester | 1 084 | 477 |
| Sum kjøp av andre helsetjenester | 68 981 | 39 978 |
| RHF-ets kjøp av helsetjenester fra datterforetakene | | |
| Sum kjøp av helsetjenester | 963 730 | 812 137 |

(Alle tall i NOK 1000)

NOTE 4 - VARER

| Varebeholdning | 2021 | 2020 |
|---|---------------|---------------|
| Øvrige beholdninger | 3 432 | 3 379 |
| Sum lager til videresalg | 3 432 | 3 379 |
| Annet medisinsk forbruksmateriell (eget bruk) | 23 281 | 25 323 |
| Andre varebeholdninger (eget bruk) | | |
| Sum lager til eget bruk | 23 281 | 25 323 |
| Sum varebeholdning | 26 713 | 28 703 |
| Anskaffelseskost | 26 713 | 28 703 |
| Bokført verdi 31.12 | 26 713 | 28 703 |

| Varekostnad | 2021 | 2020 |
|--------------------------------------|------------------|------------------|
| Legemidler | 852 261 | 752 397 |
| Medisinske forbruksvarer | 576 071 | 488 503 |
| Andre varekostnader til eget forbruk | 76 317 | 71 811 |
| Innkjøpte varer for videresalg | 13 226 | 13 090 |
| Sum varekostnad | 1 517 875 | 1 325 801 |

(Alle tall i NOK 1000)

NOTE 5 - LØNSKOSTNADER, ANTALL ANSATTE, GODTGJØRELSE M.M.

| Lønnskostnader | 2021 | 2020 |
|--|------------------|------------------|
| Lønnskostnader | 5 097 474 | 4 825 490 |
| Arbeidsgiveravgift | 720 595 | 633 053 |
| Pensjonskostnader inkl arbeidsgiveravgift | 959 111 | 660 753 |
| Andre ytelser | 82 608 | 70 380 |
| Sum lønn og andre personalkostnader | 6 859 788 | 6 189 676 |
| <i>(Alle tall i NOK 1000)</i> | | |
| Gjennomsnittlig antall ansatte | 9 897 | 9 868 |
| Gjennomsnittlig antall årsverk | 7 795 | 7 637 |

Lønn til ledende ansatte (Tall i kroner)

| Navn | Tittel | Lønn | Pensjon | Andre Godtgjørelser | Sum | Tjenesteperiode | Ansettelsesperiode |
|---------------------------|------------------------|-------------------|------------------|---------------------|-------------------|-----------------|--------------------|
| Sommervoll, Lisbeth | Adm.direktør | 2 030 839 | 355 709 | 7 722 | 2 394 270 | 04.18-dd | 04.18-dd |
| Spreng, Ulrich | Dir. fag | 1 633 142 | 298 336 | 522 | 1 932 000 | 01.20-dd | 01.20-dd |
| Aass, Halfdan | Dir. medisin | 1 676 082 | 256 473 | 7 722 | 1 940 277 | 01.20-dd | 10.03-dd |
| Aarset, Henning | Dir. kom og samf. | 583 333 | 90 876 | 218 | 674 427 | 08.21-dd | 08.21-dd |
| Årnot, Eli | Fung. dir kom og samf. | 1 423 124 | 355 779 | 522 | 1 779 425 | 08.20-07.21 | 03.96-dd |
| Årnot, Eli | Dir. kompetanse | 1 423 124 | 355 779 | 522 | 1 779 425 | 02.19-dd | 03.96-dd |
| Lindblad, Mette Lise | Dir. økonomi | 1 543 263 | 370 412 | 522 | 1 914 197 | 02.18-dd | 02.18-dd |
| Løken, Cecilie B. | Dir. teknologi | 1 517 052 | 378 446 | 6 522 | 1 902 020 | 03.18-dd | 03.18-dd |
| Abrahamsen, Rune Aksel | Prosjekt dir. NSD | 1 301 137 | 316 641 | 4 122 | 1 621 900 | 02.19-dd | 03.07-dd |
| Caple, Wesley | Klinikkdir. KMD | 1 502 879 | 342 000 | 522 | 1 845 401 | 05.17-dd | 05.17-dd |
| Furnes, Narve H. | Klinikkdir. KIS | 1 570 487 | 323 579 | 522 | 1 894 588 | 01.10-dd | 01.05-dd |
| Hallgren, Inger Lise | Klinikkdir. PHT | 1 473 991 | 354 306 | 522 | 1 828 819 | 01.12-dd | 02.06-dd |
| Hørthe, Kirsten | Klinikkdir. PHR | 1 582 047 | 314 136 | 522 | 1 896 705 | 04.12-dd | 09.05-dd |
| Buene, Inger Meland | Klinikkdir. DS | 135 000 | 48 236 | 44 | 183 280 | 12.21-dd | 12.21-dd |
| Eidsvoll, Britt Elin | Klinikkdir. DS | 1 599 917 | 252 735 | 522 | 1 853 174 | 01.10-12.21 | 01.05-12.21 |
| Olsen, Trine | Klinikkdir. BS | 1 565 083 | 367 195 | 522 | 1 932 800 | 08.20-dd | 08.20-dd |
| Pedersen, May-Janne Botha | Klinikkdir. RS | 1 477 307 | 271 796 | 522 | 1 749 625 | 05.17-dd | 11.82-dd |
| Agledal, Stein-Are | Klinikkdir. KS | 1 487 965 | 326 349 | 522 | 1 814 836 | 08.16-dd | 08.16-dd |
| | | 25 525 772 | 5 378 783 | 32 614 | 30 937 169 | | |

Tilleggsopplysninger pensjonsavtale ledende ansatte

Det er ikke gitt lån/sikkerhetsstillelse til administrerende direktør/styreleder eller andre nærstående parter.

Godtgjørelse til styrets medlemmer

| Navn | Tittel | Styreonorar | Lønn | Andre Godtgjørelser | Sum | Tjenesteperiode |
|--------------------------|-------------|------------------|------------------|---------------------|------------------|-----------------------|
| Hatlen, Siri | Styreleder | 263 000 | | | 263 000 | 02.20-dd |
| Snekkerbakken, Margrethe | Styremedlem | 184 000 | | | 184 000 | 02.18-dd |
| Bjerknes, Robert | Styremedlem | 134 000 | | | 134 000 | 02.20-dd |
| Breivega, Ane R. | Styremedlem | 134 000 | | | 134 000 | 11.20-dd |
| Glesne, Hans Kristian | Styremedlem | 139 404 | | | 139 404 | 01.21-dd |
| Tjønn, Bovild | Styremedlem | 134 000 | | | 134 000 | 02.18-dd |
| Stødle, Morten | Styremedlem | 139 404 | | | 139 404 | 01.21-dd |
| Christoffersen, Gry L. | Styremedlem | 139 404 | 510 006 | 8 522 | 657 932 | 01.21-dd |
| Frost, Tom R. H. | Styremedlem | 134 000 | 630 516 | 8 522 | 773 038 | 03.19-dd |
| Kvamsøe, John Egil | Styremedlem | 134 000 | 600 462 | 8 522 | 742 984 | 03.13-03.17, 08.17-dd |
| Morken, Toril A. K. | Styremedlem | 134 000 | 1 572 268 | 8 010 | 1 714 278 | 03.19-dd |
| | | 1 669 212 | 3 313 252 | 33 576 | 5 016 040 | |

(Tall i kroner)

Helse Sør-Øst har tegnet en masteravtale på styreansvarsforsikring i Arch Insurance/Riskpoint AS som gjelder alle foretak under Helse Sør-Øst, inklusiv Vestre Viken.

Forsikringssummen er 25 000 000 kroner. Det er ikke egenandel på forsikringen.

Forsikringen gjelder for ethvert nåværende, tidligere og fremtidig styremedlem eller ledende ansatt inkludert daglig leder.

Forsikringen omfatter sikredes rettslige erstatningsansvar for ren formuesskade som sikrede kan pådra seg i egenskap av sin styrefunksjon.

For forsikringen gjelder avtale og forsikringsvilkår 10.102 Styreansvar NO 09.2010.

NOTE 5 - LØNNSKOSTNADER, ANTALL ANSATTE, GODTGJØRELSER M.M. FORTS.

| Lønnskostnader | 2021 | 2020 |
|--|----------------|----------------|
| Revisjonshonorar fordeler seg på følgende tjenestekategorier: | | |
| Lovpålagt revisjon | 350 000 | 285 000 |
| Andre tjenester utenfor revisjon | 70 000 | |
| Sum godtgjørelse til revisor | 420 000 | 304 800 |
| Honorar til revisor i henhold til inngåtte avtale (Tall i kroner) | | |

NOTE 6 - ANDRE DRIFTSKOSTNADER

| Andre driftskostnader | 2021 | 2020 |
|--|------------------|------------------|
| Transport av pasienter | 118 995 | 99 417 |
| Bygninger og kontorlokaler inkl energi og forsikring | 164 790 | 132 456 |
| Kjøp og leie av medisinskteknisk utstyr, IKT, inventar mv. | 120 788 | 115 674 |
| Konsulenttjenester | 66 923 | 24 395 |
| Annen ekstern tjeneste | 504 734 | 513 191 |
| Reparasjon vedlikehold og service | 175 091 | 185 429 |
| Kontor og kommunikasjonskostnader | 31 094 | 33 850 |
| Kostnader forbundet med transportmidler | 17 760 | 17 294 |
| Reisekostnader | 9 128 | 9 294 |
| Forsikringskostnader | 4 482 | 4 292 |
| Pasientskadeerstatning | 1 688 | 3 123 |
| Øvrige driftskostnader | 72 584 | 69 366 |
| Andre driftskostnader | 1 288 056 | 1 207 781 |

(Alle tall i NOK 1000)

Brutto kostnader til pasientreiser er økt med 19 millioner kroner som følge av pandemien. Fratrullet frikortandel fra HELFO er nettokostnader til pasientreiser økt med 6 millioner kroner.

NOTE 7 - FINANSINNTEKTER- OG KOSTNADER

| Finansposter | 2021 | 2020 |
|-------------------------------|--------------|---------------|
| Finansinntekter | | |
| Konserninterne renteinntekter | 1 175 | 8 467 |
| Andre renteinntekter | 1 965 | 2 398 |
| Andre finansinntekter | 281 | -120 |
| Finansinntekter | 3 421 | 10 745 |
| Finanskostnader | | |
| Konserninterne rentekostnader | 3 914 | 9 793 |
| Andre rentekostnader | 119 | 368 |
| Andre finanskostnader | 3 160 | 4 263 |
| Finanskostnader | 7 192 | 14 424 |

(Alle tall i NOK 1000)

NOTE 8 - FORSKNING OG UTVIKLING

| Forskning og utvikling | 2021 | 2020 |
|---|----------------|---------------|
| Øremerket tilskudd fra eier til forskning | 9 570 | 6 291 |
| Andre inntekter til forskning | 14 923 | 12 695 |
| Basisramme til forskning | 66 254 | 53 159 |
| Sum inntekter til forskning | 90 747 | 72 146 |
| Øremerkede tilskudd fra eier til utvikling | 1 786 | |
| Basisramme til utvikling | 10 420 | 17 486 |
| Sum inntekter til utvikling | 12 206 | 17 486 |
| Sum inntekter til forskning og utvikling | 102 953 | 89 631 |
| Kostnader til forskning: | | |
| - somatikk | 75 813 | 60 778 |
| - psykisk helsevern | 14 934 | 11 368 |
| Sum kostnader til forskning | 90 747 | 72 146 |
| Kostnader til utvikling: | | |
| - somatikk | 7 713 | 11 743 |
| - psykisk helsevern | 4 469 | 5 090 |
| - TSB | 24 | 653 |
| Sum kostnader til utvikling | 12 206 | 17 486 |
| Sum kostnader forskning og utvikling | 102 953 | 89 631 |
| <i>(Alle tall i NOK 1000)</i> | | |
| Antall avlagte doktorgrader | 5 | 8 |
| Antall publiserte artikler | 155 | 140 |
| Antall årsverk forskning | 68,1 | 55,5 |
| Antall årsverk utvikling | 9,9 | 11,5 |

NOTE 9 - IMMATERIELLE DRIFTSMIDLER

| 2021 | Forskning og utvikling | EDB programvare | Anlegg under utførelse | Sum Immatrielle eiendeler |
|--|------------------------|-----------------|------------------------|---------------------------|
| Anskaffelseskost 1.1 | | 235 | | 235 |
| Anskaffelseskost 31.12.20 | | 235 | | 235 |
| Akkumulerte avskrivninger 1.1 | | -235 | | -235 |
| Korrigeringer IB | | | | 0 |
| Akkumulerte avskrivninger korrigert | | -235 | 0 | -235 |
| Årets avskrivning | | 0 | | 0 |
| Akkumulerte avskrivninger 31.12.21 | 0 | -235 | 0 | -235 |
| Bokført verdi 31.12.21 | 0 | 0 | 0 | 0 |

(Alle tall i NOK 1000)

NOTE 10 - VARIGE DRIFTSMIDLER

| 2021 | Tomter og boliger | Bygninger | Anlegg under utførelse | Medisinsk- teknisk utstyr | Transportmidl. og annet | Sum varige driftsmidler |
|--|-------------------|-------------------|------------------------|---------------------------|-------------------------|-------------------------|
| Anskaffelseskost 1.1 | 1 001 644 | 5 264 772 | 418 900 | 1 349 096 | 336 553 | 8 370 965 |
| Korrigeringer IB | | | | | | 0 |
| Åpningsbalanse korrigert | 1 001 644 | 5 264 772 | 418 900 | 1 349 096 | 336 553 | 8 370 965 |
| Tilgang ekstern | 72 158 | 152 | 201 946 | 985 | 20 447 | 295 689 |
| Tilgang fra anlegg under utførelse | 0 | 32 617 | -149 996 | 95 231 | 22 148 | 0 |
| Avgang ved salg, ekstern | 0 | 0 | 0 | -1 079 | -252 | -1 331 |
| Anskaffelseskost 31.12.21 | 1 073 802 | 5 297 540 | 470 850 | 1 444 234 | 378 896 | 8 665 322 |
| Akkumulerte avskrivninger 1.1 | 0 | -3 092 485 | 0 | -823 890 | -229 624 | -4 145 999 |
| Korrigeringer IB | | | | | | 0 |
| Akkumulerte avskrivninger korrigert | 0 | -3 092 485 | 0 | -823 890 | -229 624 | -4 145 999 |
| Årets avskrivning | 0 | -161 507 | 0 | -110 444 | -29 223 | -301 174 |
| Akk. Avskrivning ved avgang ekstern | | | | 971 | 252 | 1 224 |
| Akkumulerte avskrivninger 31.12.21 | 0 | -3 253 991 | 0 | -933 363 | -258 595 | -4 445 949 |
| Bokført verdi 31.12.21 | 1 073 802 | 2 043 549 | 470 850 | 510 871 | 120 301 | 4 219 373 |

1) herav balanseførte lånekostnader

0

NOTE 10 - VARIGE DRIFTSMIDLER FORTS.

| Operasjonell leasing/ leieavtaler | Årlig leiebeløp | Varighet (år) |
|--|------------------------|----------------------|
| Vestre Viken HF | 6 216 | 0-5 år |
| Medisinsk-teknisk utstyr | 6 216 | |
| Vestre Viken | 22 756 | 3-5 år |
| Transportmidler og annet | 22 756 | |

| Finansielle leieavtaler | Bokført verdi 31.12 | Estimert leiebeløp | | | Årlige avskrivninger | Varighet kontrakt (år) |
|---------------------------------|----------------------------|---------------------------|-------------------|--------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| | | Neste år | 2 til 5 år | utover 5 år | | |
| Vestre Viken | 113 075 | 21 914 | 70 089 | 21 073 | 21 914 | Snitt 8 år |
| Medisinsk-teknisk utstyr | 113 075 | 21 914 | 70 089 | 21 073 | 21 914 | |
| Vestre Viken | 35 048 | 15 080 | 19 969 | | 16 094 | 4 år |
| Transportmidler og annet | 35 048 | 15 080 | 19 969 | | 16 094 | |

| Investeringsprosjekter | Akk. Verdi 2011 | Akk. Verdi 2012 | Total kostnadsramme | Plan tidspunkt ferdigstillelse |
|-------------------------------|------------------------|------------------------|----------------------------|---------------------------------------|
| BRK-prosjekter* | 710 779 | 569 832 | 1 833 090 | des.27 |
| Tomt nytt Drammen sykehus | 845 585 | 779 042 | 954 000 | 2025 |
| Sum | 1 556 364 | 1 348 874 | 2 787 090 | |

(Alle tall i NOK 1000)

* Investeringsprosjekt Bærum, Ringerike og Kongsberg sykehus.

'Det er investert i medisinteknisk utstyr og foretatt bygningsmessige investeringer på til sammen 8,4 millioner kroner som følge av koronautbruddet.

NOTE 11 - EIERANDEL I DATTER- OG TILKN. FORETAK

| Eierandel | Totalt 2021 | Totalt 2020 |
|-----------|----------------|----------------|
|-----------|----------------|----------------|

Disposisjonsretten til medlemsinnskudd KLP er begrenset. Verdien av tilskuddet vil først kunne bli utbetalt dersom foretaket går ut av KLP (slik KLP er organisert p.t.). Ved en eventuell omdanning eller annen omorganisering av KLP antas det at medlemmene får tildelt aksjer.

Investeringer i andre aksjer og andeler

| | | |
|--|----------------|----------------|
| Andre aksjer og andeler | | |
| Egenkapitalinnskudd i pensjonskasser/KLP | 414 171 | 405 281 |
| Sum investeringer i andre aksjer og andeler | 414 171 | 405 281 |

(Alle tall i NOK 1000)

NOTE 12 - FINANSIELLE ANLEGGSMIDLER OG GJELD

| Finansielle anleggsmidler og gjeld | 2021 | 2020 |
|--|------------------|----------------|
| Finansielle anleggsmidler | | |
| Lån og fordringer til foretak i samme foretaksgruppe | 1 167 808 | 883 449 |
| Sum finansielle anleggsmidler | 1 167 808 | 883 449 |

Langsiktig gjeld

| | | |
|--|----------------|----------------|
| Langsiktig gjeld til foretak i samme gruppe | 758 472 | 738 317 |
| Annen langsiktig gjeld | 150 819 | 167 476 |
| Sum langsiktig gjeld | 909 291 | 905 793 |
| Herav langsiktig gjeld som forfaller senere enn 5 år | 598 365 | 573 061 |

(Alle tall i NOK 1000)

Økt langsiktig gjeld i 2021 gjelder 70 prosent lånefinansiering av tomt Brakerøya.

NOTE 13 - KUNDEFORDRINGER OG ANDRE FORDRINGER

| Fordringer | 2021 | 2020 |
|---|----------------|----------------|
| Fordringer | | |
| Kundefordringer | 44 719 | 45 274 |
| Fordringer på foretak i foretaksgruppen Helse Sør-Øst | 171 895 | 145 586 |
| Opptjente inntekter (inkl pasienter under behandling) | 6 881 | 5 990 |
| Øvrige kortsiktige fordringer | 30 154 | 32 004 |
| Fordringer | 253 649 | 228 855 |

Avsetning for tap på fordringer 31.12

| | | |
|--|---------------|----------------|
| Avsetning for tap på kundefordringer 1.1. | -10 300 | -7 780 |
| Årets endring i avsetning til tap på krav | 4 900 | -2 520 |
| Avsetning for tap på fordringer 31.12 | -5 400 | -10 300 |

Årets konstaterte tap

| | | |
|--|---------------|--------------|
| | 13 321 | 3 602 |
|--|---------------|--------------|

Kundefordringer pålydende 31.12

| | | |
|--|---------------|---------------|
| Ikke forfalte fordringer | 24 170 | 21 563 |
| Forfalte fordringer 1-30 dager | 10 692 | 4 417 |
| Forfalte fordringer 30-60 dager | 1 022 | 3 848 |
| Forfalte fordringer 60-90 dager | 1 145 | 1 180 |
| Forfalte fordringer over 90 dager | 7 690 | 14 265 |
| Kundefordringer pålydende 31.12 | 44 719 | 45 274 |

(Alle tall i NOK 1000)

NOTE 14 - KONTANTER OG BANKINNSKUDD

| Likviditet | 2021 | 2020 |
|--|----------------|----------------|
| Innestående skattetrekkmidler | 236 072 | 210 994 |
| Andre bundne konti | 7 298 | 3 452 |
| Sum bundne bankinnskudd | 243 370 | 214 446 |
| Bankinnskudd og kontanter som ikke er bundet | 478 | 477 |
| Sum bankinnskudd og kontanter | 243 848 | 214 923 |

(Alle tall i NOK 1000)

Vestre Viken har en kredittramme på -1897 millioner kroner tilknyttet konsernkontoordningen.

Av trekkrammen er det benyttet -830.5 millioner kroner.

Trekk på konsernkontoordning er klassifisert som kortsiktig gjeld i Helse Sør-Øst og i foretaksgruppen.

NOTE 15 - EGENKAPITAL

| Egenkapital 31.12.21 | Foretakskapital | Annen innskutt egenkapital | Annen egenkapital | Total egenkapital |
|-----------------------------|-----------------|----------------------------|-------------------|-------------------|
| Inngående balanse 1.1 | 100 | 3 510 642 | 862 965 | 4 373 707 |
| Årets resultat | | | 168 514 | 168 514 |
| Egenkapital 31.12.21 | 100 | 3 510 642 | 1 031 478 | 4 542 220 |

(Alle tall i NOK 1000)

NOTE 16 - PENSJONER

| Pensjoner | 2021 | 2020 |
|-----------|------|------|
|-----------|------|------|

Vestre Viken har pensjonsordninger som omfatter i alt 38 769 personer, hvorav 8 790 er yrkesaktive, 22 394 er oppsatte og 7 585 er pensjonister. Ordningene gir rett til definerte fremtidige ytelser etter sluttlønnprinsippet. Disse er i hovedsak avhenge av antall opptjeningsår, stillingsfaktor og lønnsnivå ved nådd pensjonsalder. Pensjonsytelsene samordnes med folketrygdens ytelser. Foretakets pensjonsansvar i forhold til den ordinære tariffestede tjenestepensjonsordningen er dekket gjennom pensjonsordningene. Felles kommunal pensjonsordning, pensjonsordningen for sykehusleger og pensjonsordningen for sykepleiere i Kommunal Landspensjonskasse, SPK, Akershus fylkeskommunale pensjonskasse og Oslo pensjonsforsikring AS. I tillegg til den ordinære tjenestepensjonsordningen kommer ytelser i form av Avtalefestet pensjon (AFP) til aldersgruppen 62 til og med 66 år.

Pensjonsforpliktelse

| | | |
|---|-------------------|-------------------|
| Brutto påløpte pensjonsforpliktelse | 19 750 109 | 17 446 517 |
| Pensjonsmidler | -17 637 779 | -16 106 086 |
| Netto pensjonsforpliktelse | 2 112 330 | 1 340 430 |
| Arbeidsgiveravgift på netto pensjonsforpliktelse | 221 477 | 86 436 |
| Ikke resultatført tap/(gev) av estimat- og planavvik inkludert arbeidsgiveravgift | -4 253 696 | -3 152 004 |
| Netto balansert forpliktelse inkludert arbeidsgiveravgift | -1 919 889 | -1 725 138 |
| Herav balansert netto pensjonsforpliktelse inkludert arbeidsgiveravgift | 6 608 | 6 691 |
| Herav balansert netto pensjonsmidler inkludert arbeidsgiveravgift | 1 926 497 | 1 731 829 |

Spesifikasjon av pensjonskostnad

| | | |
|---|------------------|------------------|
| Nåverdi av opptjente pensjonsrettigheter i året | 870 048 | 726 611 |
| Rentekostnad på pensjonsforpliktelsen | 317 409 | 364 938 |
| Årets brutto pensjonskostnad | 1 187 457 | 1 091 550 |
| Forventet avkastning på pensjonsmidler | -516 667 | -587 368 |
| Administrasjonskostnad | 19 958 | 21 365 |
| Netto pensjonskostnad inkludert administrasjonskostnader | 690 747 | 525 546 |
| Arbeidsgiveravgift netto pensjonskostnad inkludert administrasjonskostnader | 97 465 | 101 162 |
| Resultatført actuarielt tap/(gevinst) | 146 737 | 26 763 |
| Resultatført arbeidsgiveravgift av actuarielt tap/(gevinst) | 24 161 | 7 281 |
| Resultatført planendring | | |
| Årets netto pensjonskostnad | 959 111 | 660 753 |

Pensjonsmidler - premiefond

Brutto pensjonsmidler inkluderer premiefond med følgende beløp og bevegelser i løpet av regnskapsåret:

| | | |
|-------------------------|----------------|----------------|
| Premiefond 01.01. | 250 367 | 226 216 |
| Tilførte premiefond | 235 765 | 141 051 |
| Uttak fra premiefond | -40 400 | -116 900 |
| Saldo per 31.12. | 445 732 | 250 367 |

(Alle tall i NOK 1000)

NOTE 16 - PENSJONER FORTS.

| Pensjoner | 2021 | 2020 |
|--|------|------|
| Økonomiske forutsetninger | | |
| Diskonteringsrente | 1,9 | 1,7 |
| Forventet avkastning på pensjonsmidler | 3,7 | 3,1 |
| Årlig lønnsregulering | 2,75 | 2,25 |
| Årets pensjonsregulering | 1,73 | 1,24 |
| Regulering av folketrygdens grunnbeløp | 2,5 | 2,0 |

Pensjonskostnaden for 2021 er basert på forutsetninger i veiledning om pensjonsforpliktelser utarbeidet av Norsk regnskapsstiftelse. Det er utarbeidet et beste estimat for pensjonsforpliktelser pr. 31.12.2021 basert på de økonomiske forutsetningene som er angitt for 2021. Basert på avkastningen i pensjonskassene for 2021 er det også vist et beste estimat for pensjonsmidlene pr. 31.12.2021. Pensjonsordningen tilfredsstiller kravene i Lov om offentlig tjenestepensjon.

Demografiske forutsetninger

Med hensyn til dødelighet og uførhet mv. er det i beregningene benyttet forutsetninger som i pensjonskassens forsikringstekniske beregningsgrunnlag.

| | | | 2021 | 2020 | | | |
|---|-------|-------|---------|---------|-------|-------|------|
| | | | K2013BE | K2013BE | | | |
| Anvendt dødelighetstabell | | | 15-46% | 15-46% | | | |
| Forventet uttakshyppighet AFP | | | | | | | |
| Frivillig avgang for sykepleiere (i %) | | | | | | | |
| Alder i år | <20 | 20-25 | 26-30 | 31-40 | 41-49 | 50-55 | >55 |
| Sykepleiere | 25,00 | 15,00 | 10,00 | 6,00 | 4,00 | 3,00 | 0,00 |
| Frivillig avgang for sykehusleger og fellesordning (i %) | | | | | | | |
| Alder i år | <24 | 24-29 | 30-39 | 40-49 | 50-55 | >55 | |
| Sykehusleger og fellesordning | 25,00 | 15,00 | 7,50 | 5,00 | 3,00 | 0,00 | |

NOTE 17 - ANDRE AVSETNINGER FOR FORPLIKTELSER

| Forpliktelser | 2021 | 2020 |
|--|----------------|----------------|
| Tariffestet utdanningspermisjon | 61 207 | 58 613 |
| Investeringsstilskudd | 88 898 | 50 362 |
| Avsetning for pasientskadeerstatning | 0 | 1 572 |
| Sum avsetning for forpliktelser | 150 105 | 110 546 |

(Alle tall i NOK 1000)

Avsetning for overlegepermisjoner omfatter 839 overlege- og psykologspesialistårsverk.

Uttakstilbøyeligheten er satt til 24 prosent for overlegestillingene og 13 prosent for psykologspesialister.

Overordnede leger og spesialister i Vestre Viken har avtalefestet rett til fire måneders studiepermisjon hvert femte år. Under permisjonen mottar overlegene og spesialistene lønn. Lønnen kostnadsføres og avsettes som en langsiktig forpliktelse etter hvert som retten opparbeides. Uttakstilbøyeligheten kan variere mellom foretak i Helse Sør-Øst og internt mellom de enkelte avdelinger i foretakene.

Helse og Omsorgsdepartementet har besluttet at Norsk Pasientskadeerstatning fra 2022 ikke lenger skal kreve inn egenandel fra helseforetakene ved pasientskadeerstatninger. Tidligere oppsatte forpliktelser bortfaller.

NOTE 18 - KORTSIKTIG GJELD

| Kortsiktig gjeld | 2021 | 2020 |
|--|------------------|------------------|
| Annen kortsiktig gjeld | | |
| Leverandørgjeld | 227 073 | 208 693 |
| Kortsiktig gjeld til foretak i foretaksgruppen Helse Sør-Øst | 1 020 009 | 790 752 |
| Påløpte feriepenger | 580 256 | 544 219 |
| Påløpte lønnskostnader | 189 443 | 171 149 |
| Annen kortsiktig gjeld | 168 549 | 220 506 |
| Annen kortsiktig gjeld | 2 185 330 | 1 935 319 |

(Alle tall i NOK 1000)

NOTE 19 - EIERS STYRINGSMÅL

| Styringsmål | 2021 | 2020 | 2002-2021 |
|--|----------------|----------------|------------------|
| Årsresultat | 168 514 | 272 939 | 2 456 559 |
| Korrigert resultat | 168 514 | 272 939 | 2 456 559 |
| Endrede pensjonskostnader som er blitt hensyntatt i resultat | | | -372 000 |
| Resultat jf økonomiske krav fra HOD | 168 514 | 272 939 | 2 084 559 |
| Resultatkrav fra HOD | 244 000 | 248 000 | 2 514 600 |
| Avvik fra resultatkrav | -75 486 | 24 939 | -430 041 |

(Alle tall i NOK 1000)

NOTE 20 – ERKLÆRING OM LEDERNES ANSETTELSESVILKÅR

Erklæring om ledernes ansettelsesvilkår

Vestre Viken definerer personer i stillingene administrerende direktør, direktør for kompetanse, direktør for fag, direktør for økonomi, direktør for teknologi, direktør for kommunikasjon og samfunnskontakt, prosjektdirektør for nytt sykehus i Drammen og klinikkdirektører som ledende ansatte.

Med bakgrunn i endrede regler om lederlønn i allmennaksjeloven, fastsatte Nærings- og fiskeri-departementet nye retningslinjer for lederlønn i selskaper med statlig eierandel 30.04.2021. Dette innebærer at helseforetakets retningslinjer i samsvar med asal § 6-16a og forskriften skal legges frem for godkjenning for ordinært foretaksmøte fra og med 2022. Lønnsrapport i samsvar med asal § 6-16b og forskriften skal senest legges frem for ordinært foretaksmøte fra og med 2023.

Lederlønnspolitikken i Vestre Viken for regnskapsåret 2021 er basert på tidligere retningslinjer for lønn og annen godtgjørelse til ledende ansatte i foretak og selskaper med statlig eierandel (fastsatt i henhold til styresak 44/2015, med virkning fra 13. februar 2015). Hovedprinsippet er at lederlønningene i selskaper med helt eller delvis statlig eierskap skal være konkurransedyktige, men ikke lønnsledende sammenlignet med tilsvarende selskaper. Selskapene skal bidra til moderasjon i lederlønningene.

Redegjørelse for lederlønnspolitikken i 2021

Følgende er praksis:

- Lønnsoppgjøret i Vestre Viken har skjedd samlet, med unntak av administrerende direktør som har fått fastsatt sin lønn direkte av styret.
- Ledere på nivå 2, det vil si de som rapporterer til administrerende direktør, har blitt lønnsvurdert av administrerende direktør. Samtlige av disse er unntatt overenskomst.

Generelle forhold

Lederlønningene skal være konkurransedyktige, men ikke lønnsledende sammenlignet med tilsvarende virksomheter med samme kompleksitet.

- Hovedelementet i en kompensasjonsordning skal være den faste grunnlønnen.

- Kompensasjonsordningene skal utformes slik at lønn ikke påvirkes på grunn av eksterne forhold som ledelsen selv ikke kan påvirke.
- De enkelte elementer i en lønnspakke skal vurderes samlet, med fast lønn og andre goder som pensjoner og sluttvederlag som en helhet. Styret skal ha en oversikt over den samlede verdi av den enkelte leders avtalte kompensasjon.
- Administrerende direktørs godtgjørelse fastsettes av styret.
- Styret skal påse at lederlønnsordningene ikke gir uheldige virkninger for helseforetaket eller svekker dets omdømme.
- Medarbeidere i ledelsen skal ikke ha særskilt godtgjørelse for styreverv i andre selskaper i samme foretaksgruppe.
- Variabel lønn skal ikke benyttes ved fastsettelse av lederlønn.

Pensjonsytelser

- Pensjonsvilkår skal være på linje med andre ansattes vilkår i Helse Sør-Øst.
- I den grad det avtales lavere pensjonsalder enn folketrygdens pensjonsalder på 67 år, skal pensjonsalderen som hovedregel ikke settes lavere enn 65 år.
- For Helse Sør-Øst skal samlet pensjonsgrunnlag ikke overstige 12 G.

Samme prinsipper vil gjelde for 2022.

NOTE 21 – NÆRSTÅENDE PARTER

Nærstående parter

Vestre Viken er 100 prosent eid av Helse Sør-Øst.

Transaksjoner

Transaksjoner med andre helseforetak er i hovedsak knyttet til oppgjør for gjestepasienter. Det vil si pasienter bosatt i eget opptaksområde og som på grunn av midlertidig opphold, fritt sykehusvalg eller manglende kompetanse eller kapasitet i eget foretak får behandling i et annet helseforetak innen regionen, i annen region eller private sykehus som vår eller andre helseregioner har avtale med. Det henvises til tabellen under for ytterligere detaljer.

Utover dette er det ordinære kjøp av medikamenter og avtaler om tilsyn/legemiddelkontroll fra Sykehusapotekene på 438 millioner kroner. Inntekter knyttet opp mot Sykehusapotekene beløper seg til 3,5 millioner kroner og gjelder hovedsakelig leie/lokaler med tilhørende tjenester. Videre er det ordinære kjøp av medisinsk forbruksmateriell fra den regionale leverandøren Forsyningssenteret på 174 millioner kroner og kjøp av IKT- og HR-tjenester av den regionale tjenesteleverandøren Sykehuspartner for 503 millioner kroner. Salg av tjenester til Sykehuspartner beløper seg til 2,4 millioner kroner.

Det er etablert rutiner som skal bidra til å sikre at ansatte som er ansvarlig for, eller har innflytelse på, inngåelse av vesentlige innkjøps- og/eller salgssavtaler ikke sitter med verv eller har andre relasjoner til leverandører eller kunder m.m. som kan tenkes å komme i konflikt med deres rolle i foretakene.

Kartlegging av verv

Det er gjennomført en kartlegging og dokumentasjon av styremedlemmers og ledende ansattes verv som kan tenkes å komme i konflikt med relasjoner foretakene har til andre aktører.

- En av foretakets ledende ansatte har ledervervet til styret i henholdsvis Emma Hjorts Boligstiftelse og i Blakstad Boligstiftelse, en annen har styreverv i førstnevnte.
- En av de ledende ansatte har styreverv i Røde Kors Sentrene AS i tillegg til Lier Everk Holding AS.
- En har styreverv i Pensjonskassen for Helseforetak i hovedstadsområdet (PKH).
- En av styrets medlemmer har styreverv i selskap som har relasjoner til Vestre Viken.

Ingen av relasjonene, som er nevnt over, anses som en utfordring i forbindelse med kartleggingen.

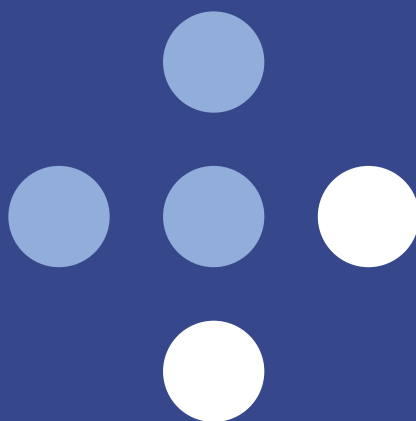
Utover dette er det ingen ledende ansatte eller styremedlemmer i Vestre Viken som har roller, ansvar og/eller verv som kan tenkes å komme i konflikt med relasjoner foretaket har til andre aktører.

| Interne transaksjoner | Vårt kjøp | Vårt salg |
|-----------------------------------|------------------|----------------|
| Helse Sør-Øst og Digital fornying | 13 446 | 169 159 |
| Akershus universitetssykehus | 34 934 | 24 530 |
| Sykehuset Innlandet | 11 459 | 28 516 |
| Sykehuset Østfold | 6 088 | 6 982 |
| Oslo universitetssykehus | 638 856 | 17 181 |
| Sykehuset i Vestfold | 30 763 | 20 838 |
| Sykehuset Telemark | 8 819 | 9 458 |
| Sørlandet sykehus | 6 277 | 4 466 |
| Helse Sør-Øst Forsyningssenter | 174 450 | - |
| Sykehuspartner | 502 909 | 2 406 |
| Sykehusapotekene | 438 353 | 3 542 |
| TOTALT | 1 866 354 | 287 077 |

KONTANTSTRØMOPPSTILLING

| Kontantstrømmer fra operasjonelle aktiviteter | 2021 | 2020 |
|---|------------------|------------------|
| Årsresultat | 168 514 | 272 939 |
| Tap/gevinst ved avgang anleggsmidler | -145 | -8 592 |
| Ordinære avskrivninger | 301 174 | 292 316 |
| Endring i omløpsmidler | -100 861 | -498 588 |
| Endring i kortsiktig gjeld | 322 565 | 17 464 |
| Forskjell mellom kostnadsført pensjon og inn-/utbetalinger i | -194 751 | -249 641 |
| Inntektsført investeringstilskudd | -9 108 | -4 663 |
| Netto kontantstrømmer fra operasjonelle aktiviteter | 487 387 | -178 764 |
| Kontantstrømmer fra investeringsaktiviteter | | |
| Innbetalinger ved salg av driftsmidler | 253 | 12 300 |
| Utbetalinger ved kjøp av driftsmidler | -295 689 | -297 070 |
| Utbetalinger ved kjøp av andre finansielle eiendeler | -8 890 | -10 852 |
| Netto kontantstrøm fra investeringsaktiviteter | -304 325 | -295 623 |
| Kontantstrømmer fra finansieringsaktiviteter | | |
| Innbetalinger ved opptak av ny langsiktig gjeld | -150 033 | 512 134 |
| Utbetalinger ved nedbetaling av langsiktig gjeld | -36 114 | -36 116 |
| Innbetaling av investeringstilskudd | 47 645 | 5 177 |
| Endring øvrige langsiktige forpliktelser | -15 635 | -1 079 |
| Netto kontantstrøm fra finansieringsaktiviteter | -154 137 | 480 117 |
| Netto endring i likviditetsbeholdning | 28 925 | 5 730 |
| Likviditetsbeholdning pr 01.01. | 214 923 | 209 193 |
| Beholdning av bankinnskudd, kontanter og lignende pr 31.12 | 243 848 | 214 923 |
| Ubenyttet trekkramme 31.12 | 1 066 486 | 1 381 891 |
| Likviditetsreserve 31.12 | 1 310 334 | 1 166 967 |
| Innvilget trekkramme 31.12. | 1 897 000 | 1 954 000 |
| Bankinnskudd, kontanter o.l. | 243 848 | 214 923 |

(Alle tall i NOK 1000)



Postboks 800, 3004 Drammen
Organisasjonsnummer: 894 166 762
postmottak@vestreviken.no
www.vestreviken.no
Telefon: 03525

© 2022

Dato: 21.mars.2022
Saksbehandler: Mette Lise Lindblad

Saksfremlegg

Virksomhetsrapportering pr. 28. februar 2022

| Møte | Saksnr. | Møtedato |
|-----------------------------|---------|------------|
| Styremøte i Vestre Viken HF | 24/2022 | 28.03.2022 |

Forslag til vedtak

1. Styret tar virksomhetsrapport pr. 28. februar 2022 til orientering.

Drammen, 21. mars 2022

Lisbeth Sommervoll

Administrerende direktør

Bakgrunn

Administrerende direktør legger fram rapportering pr. 28. februar 2022 i tråd med styrets årshjul.

Saksutredning

De viktigste resultatene knyttet til økonomi, aktivitet, kvalitet og bemanning er oppsummert nedenfor.

Økonomi

| Vestre Viken HF | | Denne måned | | Hittil i år | | Prognose | |
|-----------------|--|-------------|---------|-------------|---------|----------|--|
| 1 | ØKONOMI Driftsresultat i KR. (1.000) | Virkelig | 10 688 | -32 255 | 309 376 | | |
| | | Mål | 23 333 | 46 667 | 280 000 | | |
| | | Avvik | -12 645 | -78 922 | 29 376 | | |
| | | I fjor | 23 308 | 43 616 | 168 514 | | |

(Resultat og prognose eksklusive økt pensjonskostnad)

Resultat pr. februar eks. økte pensjonskostnader viser et underskudd på 32,3 MNOK som er 78,9 MNOK under budsjettert resultatmål.

Det er inntektstap og økte kostnader knyttet til pandemien som er hovedårsaken til negativt avvik pr. februar. Det har vært gult beredskapsnivå i januar, og høyt fravær som har påvirket aktivitet og bemanning.

Det er lavere pasientrelaterte inntekter i februar som følge av lavere aktivitet, men trenden viser et mindre negativt avvik mot budsjett enn i januar. Det har vært høyere inntekter enn budsjettert knyttet til koronatester. Høye varekostnader skyldes i stor grad kostnader knyttet til korona, blant annet kostnader knyttet til koronatesting og smittevernustyr. I tillegg er det økte medikamentkostnader. Lønnskostnader (eks. pensjonsøkning sfa. oppdatert aktuarberegning) er samlet sett 50,9 MNOK høyere enn budsjett pr. februar. Det er overforbruk på både fast og variabel lønn. Kostnadene er også høyere enn budsjettert som følge av kompensasjonsordninger knyttet til korona. Det er overforbruk på innleie som følge av rekrutteringsproblemer og høyt fravær.

Lønnskostnader i januar og februar inkluderer variabel lønn opparbeidet i desember 2021. Det er avsatt for opparbeidet ikke utbetalt lønn i 2021-regnskapet, men foretakets praksis er at avsetningen tilbakeføres først i forbindelse med årsoppgjør for 2022 i desember. VVHF avsetter ikke for opptjent, ikke utbetalt lønn i løpet av året, og foretar kun en avsetning for det i forbindelse med årsoppgjøret. I løpet av året følger lønnskostnader lønnsutbetalinger etter kontantprinsippet. Dette gir direkte samsvar mellom lønnsutbetalinger og kostnadsføring i resultatet. Periodisering av variabel lønn i budsjettet tar høyde for denne praksis. Denne praksis er noe krevende i 2022 da pandemien har gitt en stor økning i variabel lønn opparbeidet i desember og etterbetalt i januar/februar, i forhold til tidligere år. Dette skyldes høyt fravær, gul beredskap og kompensasjonsordninger for å sikre tilstrekkelig tilgang på bemanning. Budsjettet for 2022 tar kun høyde for et normalt etterslep. For å eliminere koronaeffekter i 2022-regnskap er 28,2 MNOK tilbakeført av lønnsavsetningen i desember 2021 i februar måned. Avviket på variabel lønn pr. februar gir dermed et riktigere bilde av utviklingen hittil i år i forhold til budsjettforutsetninger.

Økte pensjonskostnader

Ny aktuarberegning foretatt i januar 2022, øker pensjonskostnaden med 16,4 MNOK i forhold til budsjett. Økningen føres med 1/12 pr. måned og gir et negativt avvik mot budsjett på 2,7 MNOK pr. februar. Det forventes at økningen vil finansieres over RNB i tråd med tidligere års praksis.

Koronaeffekter

Rapporterte koronaeffekter pr. februar er 96 MNOK. Det rapporteres om netto inntektstap på ca. 36 MNOK. Inntektstapet knyttet til ordinær pasientbehandling er ca. 64 MNOK pr. februar. Det er høye inntekter på covid-19-testing/storvolumlab. Det er et stort overforbruk på lønn og varekostnader. Lønnskostnader knyttet til korona pr. februar utgjør 44,7 MNOK. Økningen skyldes høyt sykefravær og koronatillegg. Varekostnader er i hovedsak tester og reagenser til storvolumlaboratoriet, samt smittevernutstyr. Det er ikke budsjettert med koronaeffekter i 2022.

Koronamidler

Det ble overført 63,2 MNOK i øremerkede koronamidler pr. 1.1.2022. Midlene skal benyttes til bestemte formål og avskrivningstilskudd. Hittil i år er 2 MNOK benyttet.

Ordinær drift

Foretakets resultat er i stor grad påvirket av koronapandemien. Kartleggingen av koronakostnader tar utgangspunkt både i faktiske kostnader som er ført på koronaprojekt, og estimerer/ beregninger. Pasientrelatert inntektstap som skyldes pandemien er definert av Helse Sør-Øst til å være samlet avvik mot budsjett, selv om også andre forhold påvirker inntektsavviket. Lønnskostnader (og årsverk) som er kodet med koronaprojekt, kan inkludere både den sykemeldte og vikaren, og kan således være angitt for høyt. Andre områder estimeres av klinikkene basert på egne vurderinger og tolkninger. Fordi koronarapporteringen baseres på subjektive vurderinger og tolkninger er det vanskelig å gi en presis angivelse av resultat av det som defineres som ordinær drift. Resultat pr. februar eksklusiv rapporterte koronaeffekter, gevinst ved salg og økning i pensjonskostnader viser et overskudd på ca. 34 MNOK, som er ca. 12,5 MNOK bak budsjett. Resultat fra ordinær drift viser blant annet et overforbruk på lønnskostnader, varekostnader og energikostnader.

Prognose

Prognosen viser et årsresultat på 309 MNOK som er 29 MNOK høyere enn budsjett. Økningen sammenliknet med budsjett skyldes gevinst ved salg på 29,6 MNOK da det ikke budsjetteres med salgsgevinster. Budsjett 2022 forutsetter normal drift, uten pandemien. Resultatet er sterkt påvirket av pandemien, og det forutsettes i prognosen at de negative effekter av pandemien vil kompenseres i sin helhet. Det er fortsatt betydelig risiko knyttet til aktivitets- og kostnadsutviklingen i forbindelse med pandemien. Prognosen forutsetter kompensasjon for økte pensjonskostnader.

Gevinst ved salg

Evje barnehager er solgt til Bærum Kommune. Gevinst ved salget er ført i februar med 28,9 MNOK. Barnehagene ble overtatt av kommunen 15. februar 2022. Salget ble behandlet av styret for VVHF i møte 27. juni 2018, sak 36/2018, og er godkjent i foretaksmøte 18. desember 2018, sak 3. Salget var opprinnelig planlagt til 2019, men har blitt utsatt flere ganger. Gevinst ved salg knyttet til barnehagene ble estimert til 14,5 MNOK i budsjett 2022. Salget gir derfor et positivt bidrag til likviditeten på 14,4 MNOK i forhold til tidligere forutsetninger. Det er ikke budsjettert med gevinst ved salg av eiendom i 2022.

Det er i tillegg solgt ambulanser med en gevinst på 0,7 MNOK.

Aktivitet

| Vestre Viken HF | | Denne måned | | Hittil i år | Prognose |
|-----------------|--|-------------|--------|-------------|----------|
| 2 | AKTIVITET Somatikk ISF-poeng døgn, dag og poliklinikk "sørge for" ANTALL | Virkelig | 9 244 | 18 734 | 118 556 |
| | | Mål | 10 065 | 20 782 | 121 612 |
| | | Avvik | -821 | -2 047 | -3 056 |
| | | I fjor | 8 734 | 17 586 | 109 233 |
| 3 | AKTIVITET Voksenpsykiatri og rusbehandling Polikliniske konsultasjoner ANTALL | Virkelig | 14 114 | 29 808 | 176 327 |
| | | Mål | 15 309 | 31 729 | 176 327 |
| | | Avvik | -1 195 | -1 921 | 0 |
| | | I fjor | 15 346 | 30 230 | 172 305 |
| 4 | AKTIVITET Barne- og ungdomspsykiatri Polikliniske konsultasjoner ANTALL | Virkelig | 7 390 | 15 790 | 92 515 |
| | | Mål | 8 063 | 16 976 | 92 515 |
| | | Avvik | -673 | -1 186 | 0 |
| | | I fjor | 8 025 | 16 055 | 90 117 |
| 5 | AKTIVITET Telefon- og videokonsultasjoner ANDEL | Virkelig | 12,3 % | 13,1 % | 15,0 % |
| | | Mål | 15,0 % | 15,0 % | 15,0 % |
| | | Avvik | -3 % | -2 % | 0 % |
| | | I fjor | 14,8 % | 15,0 % | 13,1 % |

Somatikk

Budsjett 2022 forutsetter et normalt år uten pandemi, men pandemien har preget virksomheten de første to måneder av året. I begynnelsen av året har sykehusene vært i gul beredskap og det har vært høyt sykefravær. Det har i tillegg vært avlysninger og strykninger på grunn av sykdom blant pasientene. Dette har ført til redusert pasientaktivitet.

Døgnaktivitet, dagkirurgi, dagbehandlinger og polikliniske konsultasjoner er bak plan pr. februar. Antall «sørge-for» ISF-poeng er 2047 bak plan.

Som følge av aktivitetsreduksjonen gjennom fjoråret, er det etterslep i pasientbehandlinger på enkelte områder. Klinikene har lagt planer for å ta igjen etterslepet ut året. Klinikene prioriterer pasienter som kan ha et prognosetap om de venter for lenge. Det forventes en mer normalisert situasjon ved utgangen av 2022.

Polikliniske konsultasjoner psykisk helse og rus

Aktivitet målt i antall polikliniske konsultasjoner er bak budsjett innen alle tre fagområder. Hovedårsaken er pandemirelatert fravær både blant ansatte og pasienter. I tillegg er det fortsatt rekrutteringsutfordringer. Tilskuddsmidler fra prop. 195 ble i sin helhet overført til 2022 og vil bidra til å øke kapasiteten. Det kan ennå ta noen måneder før dette gir effekt. FACT Ung breddes ut i BUPA. Det forventes at dette vil ha effekt fra høsten.

Telefon- og videokonsultasjoner

Andelen telefon- og videokonsultasjoner ligger på 13,1 % pr. februar. Målet i 2022 er 15 %. Psykisk helsevern ligger over målkravet. I forbindelse med Vestre Vikens program for digital hjemmeoppfølging er det startet flere prosjekter som vil øke andelen av digitale konsultasjoner i 2022.

Kvalitet

| Vestre Viken HF | | Denne måned | | Hittil i år | Prognose | | |
|-----------------|--|-------------|------|-------------|----------|------|------|
| 6 | KVALITET Gj.snitt. ventetid avviklet for pasienter totalt - somatikk | Virkelig | 60 | 60 | 50 | | |
| | | Mål | 50 | | | 50 | 50 |
| | | Avvik | 10 | | | 10 | 0 |
| | | I fjor | 56 | | | 59 | 55 |
| 7 | KVALITET Gj.snitt. ventetid avviklet for pasienter - PHR DAGER | Virkelig | 43 | 46 | 38 | | |
| | | Mål | 38 | | | 38 | 38 |
| | | Avvik | 4 | | | 8 | -0 |
| | | I fjor | 40 | | | 43 | 42 |
| 8 | KVALITET Overholdelse pasientavtaler (passert planlagt tid) ANDEL | Virkelig | 89 % | 89 % | 95 % | | |
| | | Mål | 95 % | | | 95 % | 95 % |
| | | Avvik | -6 % | | | -6 % | 0 % |
| | | I fjor | 91 % | | | 91 % | 90 % |
| 9 | KVALITET Pakkeforløp kreft innen avtalt tid ANDEL | Virkelig | 82 % | 71 % | 70 % | | |
| | | Mål | 70 % | | | 70 % | 70 % |
| | | Avvik | 12 % | | | 1 % | 0 % |
| | | I fjor | 70 % | | | 64 % | 69 % |
| 12 | KVALITET Avslag BUP ANDEL | Virkelig | 25 % | 24 % | 10 % | | |
| | | Mål | 10 % | | | 10 % | 10 % |
| | | Avvik | 15 % | | | 14 % | 0 % |
| | | I fjor | 22 % | | | 21 % | 24 % |

PHR: Differensierte ventetidsmål innen fagområdene

Ventetid somatikk

Ventetiden innen somatikk var 60 dager i februar. Dette er over målkravet og skyldes i stor grad pandemien. Klinikkene prioriterer pasienter slik at ventetiden er forsvarlig.

Ventetid psykisk helse og rus

Innen psykisk helsevern og TSB er ventetiden samlet i februar 43 dager. Ventetiden er lengre enn målet både for BUP og psykisk helsevern for voksne. Antall henviste pasienter er høyt. Bemanningen innen barne- og ungdomspsykiatrien økes, og det er iverksatt kveldspoliklinikk både innen BUP og VOP for å øke aktiviteten.

Overholdelse av pasientavtaler

Andel overholdte pasientavtaler var 89 % i februar. Klinikkene har konkrete planer for å ta igjen etterslepet.

Pakkeforløp for kreft

Vestre Viken ligger over målkravet på 70 % med oppnådd 71 % pr. februar. Området følges tett opp på de ulike fagområdene.

Avslag BUP

Andel avslag innen BUPA er høyere enn målet. Det er satt i gang et arbeid med dialogbasert inntak med alle kommunene. De største kommunene er med i ordningen, og dette har gitt reduksjon i andel avslag. I uke 10 og 12 starter arbeidet med å inkludere Øvre Eiker og Kongsberg. Det forventes gradvis effekt av tiltakene gjennom første halvår. Videre planlegges

det oppstart av tiltaket «All in», hvor alle henviste får en vurderingstime med oppstart i mai og med forventet effekt fra høsten.

HR

| Vestre Viken HF | | | Denne måned | Hittil i år | Prognose |
|-----------------|---|----------|-------------|-------------|----------|
| 13 | HR Brutto månedsverk ANTALL (neste måned) | Virkelig | 7 908 | 7 895 | 7 857 |
| | | Mål | 7 714 | 7 697 | 7 796 |
| | | Avvik | 194 | 198 | 61 |
| | | I fjor | 7 626 | 7 617 | 7 795 |
| 14 | HR Sykefravær i PROSENT (etterskuddsvis) | Virkelig | 9,3 % | 9,3 % | 8,2 % |
| | | Mål | 8,1 % | 8,1 % | 7,5 % |
| | | Avvik | 1,2 % | 1,2 % | -0,7 % |
| | | I fjor | 8,6 % | 8,6 % | 8,2 % |
| 15 | HR AML brudd ANDEL | Virkelig | 2,4 % | 2,5 % | 2,5 % |
| | | Mål | 0,0 % | 0,0 % | 0,0 % |
| | | Avvik | 2,4 % | 2,5 % | 2,5 % |
| | | I fjor | 2,5 % | 2,4 % | 3,0 % |

Brutto månedsverk

Gjennomsnittlig brutto månedsverk pr. mars er 7895, som tilsvarer 198 brutto månedsverk mer enn budsjet. I brutto månedsverk inngår gjennomsnittlig 212 månedsverk knyttet til korona. Koronarelaterte årsverk øker i 2022 fra de siste månedene i 2021.

Sykefravær

Sykefraværet i januar var 9,3 %. Korttidsfraværet var 4,1 %. Korttidsfraværet har vært vedvarende høyt i februar og er noe redusert gjennom mars. Det forventes bedring utover våren.

AML-brudd

I februar var gjennomsnittlig andel AML-brudd 2,4 % av alle vakter i foretaket, som er en liten nedgang fra januar. Det skyldes i stor grad høyt sykefravær blant egne ansatte og vikarmangel.

I februar er den hyppigst brukte årsakskoden å ivareta nødvendig kompetanse, etterfulgt av akutt sykdom. I februar knyttes 20 % av AML-brudd direkte til covid-19. Arbeidsfri før vakt er den hyppigste bruddtypen.

Administrerende direktørs vurderinger

Resultatet pr. februar er betydelig lavere enn budsjet, Det skyldes i alt vesentlig koronapandemien. Pandemien påvirker både inntekts- og kostnadssiden. Det samme gjør et høyt sykefravær.

Prognosen for året forutsetter full kompensasjon for inntektstap og merkostnader som følge av pandemien, samt økte pensjonskostnader. Salg av Evje barnehager gir et positivt resultatavvik. Foretaket er ikke lenger i beredskap, og det forventes at sykefraværet vil være lavere utover våren. Det vil føre til at aktiviteten tar seg opp, og etterslepet i pasientbehandlingen vil gradvis kunne hentes inn. Tilsvarende vil ventetider og andel overholdte pasientavtaler bedres. Innen psykisk helsevern og rus er utfordringene med rekruttering fortsatt medvirkende til langee ventetider. Det er gledelig at pakkeforløp kreft nå viser gode resultater.

Administrerende direktør anbefaler at styret tar virksomhetsrapporten pr. februar til orientering.

Vedlegg: Virksomhetsrapportering pr. 28. februar 2022

Sak 24/2022
Virksomhetsrapportering
pr. februar 2022



Måltavle pr februar – Økonomi og aktivitet

| Vestre Viken HF | | Denne måned | | Hittil i år | | Prognose | |
|-----------------|---|-------------|---------|-------------|---------|----------|--|
| 1 | ØKONOMI Driftsresultat i KR. (1.000) | Virkelig | 10 688 | -32 255 | 309 376 | | |
| | | Mål | 23 333 | 46 667 | 280 000 | | |
| | | Avvik | -12 645 | -78 922 | 29 376 | | |
| | | I fjor | 23 308 | 43 616 | 168 514 | | |
| 2 | AKTIVITET Somatikk ISF-poeng døgn, dag og poliklinikk "sørge for" ANTALL | Virkelig | 9 244 | 18 734 | 118 556 | | |
| | | Mål | 10 065 | 20 782 | 121 612 | | |
| | | Avvik | -821 | -2 047 | -3 056 | | |
| | | I fjor | 8 734 | 17 586 | 109 233 | | |
| 3 | AKTIVITET Voksenpsykiatri og rusbehandling Polikliniske konsultasjoner ANTALL | Virkelig | 14 114 | 29 808 | 176 327 | | |
| | | Mål | 15 309 | 31 729 | 176 327 | | |
| | | Avvik | -1 195 | -1 921 | 0 | | |
| | | I fjor | 15 346 | 30 230 | 172 305 | | |
| 4 | AKTIVITET Barne- og ungdomspsykiatri Polikliniske konsultasjoner ANTALL | Virkelig | 7 390 | 15 790 | 92 515 | | |
| | | Mål | 8 063 | 16 976 | 92 515 | | |
| | | Avvik | -673 | -1 186 | 0 | | |
| | | I fjor | 8 025 | 16 055 | 90 117 | | |
| 5 | AKTIVITET Telefon- og videokonsultasjoner ANDEL | Virkelig | 12,3 % | 13,1 % | 15,0 % | | |
| | | Mål | 15,0 % | 15,0 % | 15,0 % | | |
| | | Avvik | -3 % | -2 % | 0 % | | |
| | | I fjor | 14,8 % | 15,0 % | 13,1 % | | |

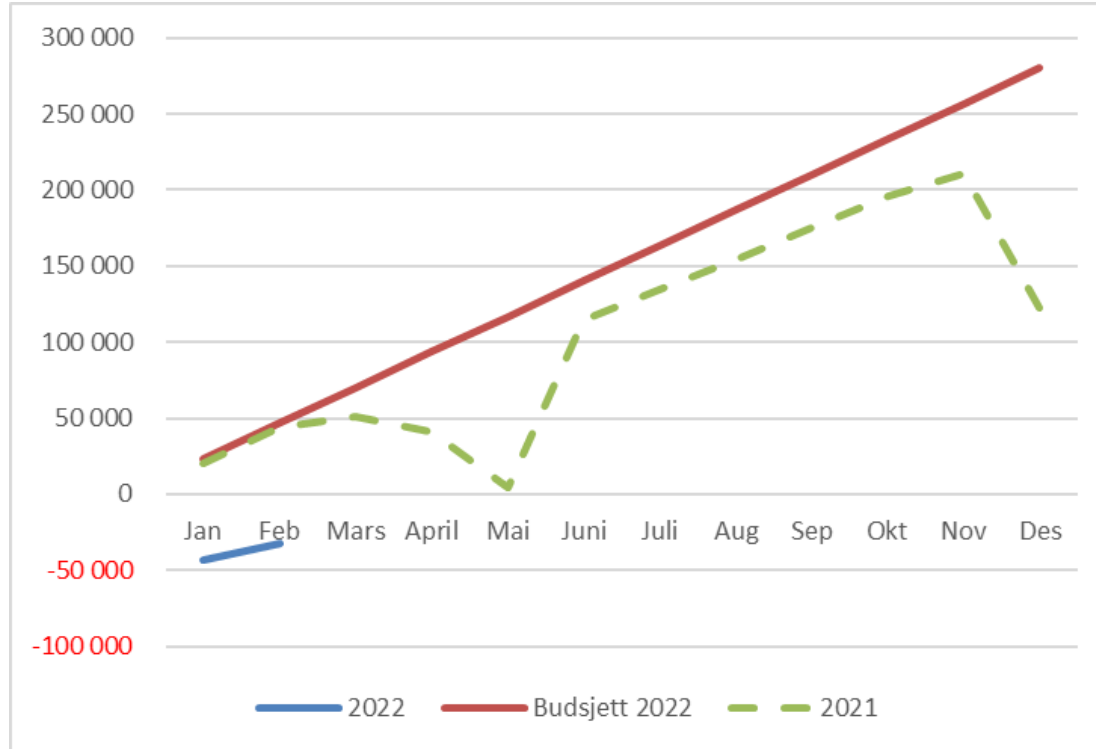
Måltavle pr februar – Kvalitet

| Vestre Viken HF | | | Denne måned | | Hittil i år | | Prognose | |
|-----------------|--|----------|-------------|--|-------------|--|----------|--|
| 6 | KVALITET Gj.snitt. ventetid avviklet for pasienter totalt - somatikk | Virkelig | 60 | | 60 | | 50 | |
| | | Mål | 50 | | 50 | | | |
| | | Avvik | 10 | | 10 | | | |
| | | I fjor | 56 | | 59 | | | |
| 7 | KVALITET Gj.snitt. ventetid avviklet for pasienter - PHR DAGER | Virkelig | 43 | | 46 | | 38 | |
| | | Mål | 38 | | 38 | | | |
| | | Avvik | 4 | | 8 | | | |
| | | I fjor | 40 | | 43 | | | |
| 8 | KVALITET Overholdelse pasientavtaler (passert planlagt tid) ANDEL | Virkelig | 89 % | | 89 % | | 95 % | |
| | | Mål | 95 % | | 95 % | | | |
| | | Avvik | -6 % | | -6 % | | | |
| | | I fjor | 91 % | | 91 % | | | |
| 9 | KVALITET Pakkeforløp kreft innen avtalt tid ANDEL | Virkelig | 82 % | | 71 % | | 70 % | |
| | | Mål | 70 % | | 70 % | | | |
| | | Avvik | 12 % | | 1 % | | | |
| | | I fjor | 70 % | | 64 % | | | |
| 12 | KVALITET Avslag BUP ANDEL | Virkelig | 25 % | | 24 % | | 10 % | |
| | | Mål | 10 % | | 10 % | | | |
| | | Avvik | 15 % | | 14 % | | | |
| | | I fjor | 22 % | | 21 % | | | |

Måltavle pr februar - HR

| Vestre Viken HF | | | Denne måned | | Hittil i år | | Prognose | |
|-----------------|---|----------|-------------|----------|-------------|----------|----------|----------|
| 13 | HR Brutto månedsverk ANTALL (neste måned) | Virkelig | 7 908 | [Red] | 7 895 | [Red] | 7 857 | [Yellow] |
| | | Mål | 7 714 | | 7 697 | | 7 796 | |
| | | Avvik | 194 | | 198 | | 61 | |
| | | I fjor | 7 626 | | 7 617 | | 7 795 | |
| 14 | HR Sykefravær i PROSENT (etterskuddsvis) | Virkelig | 9,3 % | [Red] | 9,3 % | [Red] | 8,2 % | [Red] |
| | | Mål | 8,1 % | | 8,1 % | | 7,5 % | |
| | | Avvik | 1,2 % | | 1,2 % | | -0,7 % | |
| | | I fjor | 8,6 % | | 8,6 % | | 8,2 % | |
| 15 | HR AML brudd ANDEL | Virkelig | 2,4 % | [Yellow] | 2,5 % | [Yellow] | 2,5 % | [Yellow] |
| | | Mål | 0,0 % | | 0,0 % | | 0,0 % | |
| | | Avvik | 2,4 % | | 2,5 % | | 2,5 % | |
| | | I fjor | 2,5 % | | 2,4 % | | 3,0 % | |

Resultatutvikling – akkumulert





VESTRE VIKEN

Resultatprognose

Prognosen viser et årsresultat som er ca.29 MNOK foran budsjett når vi forutsetter at økte pensjonskostnader kompenseres.

Prognosen er økt for gevinst ved salg av Evje barnehager og annen gevinst ved salg.

Budsjett 2022 forutsetter normal drift, uten pandemien.

Prognosen forutsetter kompensasjon for inntektstap og ekstra kostnader knyttet til koronapandemien.

Det er risiko i prognosen knyttet til aktivitetsutvikling og pandemien

| pr februar 2022 | Budsjett | Estimat | Avvik |
|---|-------------------|-------------------|----------------|
| | i år | 2022 | |
| Basisramme inkl. KBF | 6 683 583 | 6 683 583 | |
| ISF inntekter | 3 328 286 | 3 255 330 | - 72 956 |
| Gjestepasient inntekter | 170 260 | 166 806 | - 3 454 |
| Andre pasientrelaterte inntekter | 565 095 | 604 968 | 39 873 |
| Øvrige driftsinntekter | 456 516 | 593 447 | 136 931 |
| Gevinst ved avgang av anleggsmidler | | 29 604 | 29 604 |
| SUM Inntekter | 11 203 740 | 11 333 738 | 129 998 |
| Varekostnader | 1 494 787 | 1 517 361 | - 22 574 |
| Gjestepasientkost. og kjøp av tjenester | 916 311 | 916 311 | |
| Innleid arbeidskraft | 15 465 | 20 701 | - 5 236 |
| Lønnskostnader | 6 950 973 | 7 018 436 | - 67 463 |
| Avskrivninger og nedskrivninger | 324 097 | 324 097 | |
| Andre driftskostnader | 1 215 258 | 1 236 983 | - 21 725 |
| Netto finanskostnader | 6 849 | 6 849 | |
| SUM Driftskostnader inkl. finans | 10 923 739 | 11 040 738 | 116 999 |
| Resultat | 280 000 | 293 000 | 13 000 |
| <i>Herav pensjonsøkning sfa januar aktuar</i> | | - 16 376 | - 16 376 |
| Resultat eks. økte pensjonkostnader | 280 000 | 309 376 | 29 376 |



VESTRE VIKEN

Budsjettavvik per klinikk

| Avvik mot budsjett pr februar | Inntekter | | Kostnader | | RESULTAT | | |
|----------------------------------|----------------------|------------|----------------------|------------|----------------------|-------------------------------------|--|
| | Avvik hittil i år | % avvik | Avvik hittil i år | % avvik | Avvik hittil i år | Avvik som % av total budsjett | |
| Drammen sykehus | - 32 050 | -8,5 % | - 21 973 | -5,8 % | - 54 023 | -14,4 % | |
| Bærum sykehus | - 18 815 | -8,3 % | - 14 436 | -6,4 % | - 33 251 | -14,6 % | |
| Ringerike sykehus | - 11 560 | -9,7 % | - 4 861 | -4,1 % | - 16 421 | -13,7 % | |
| Kongsberg sykehus | 673 | 1,1 % | - 5 913 | -9,2 % | - 5 240 | -8,2 % | |
| Intern Service | 4 481 | 3,8 % | - 7 395 | -6,2 % | - 2 914 | -2,4 % | |
| Psykisk Helse og Rus | - 7 249 | -2,2 % | - 15 086 | -4,5 % | - 22 335 | -6,7 % | |
| Prehospitaltjenester | - 56 | -0,1 % | - 5 307 | -8,8 % | - 5 364 | -8,9 % | |
| Medisinsk Diagnostikk | 32 050 | 23,2 % | - 19 359 | -14,0 % | 12 691 | 9,2 % | |
| Stabene | 121 | 0,1 % | 5 348 | 0,0 % | 5 470 | 5,0 % | |
| Byggvedlikehold | - 812 | | - 55 | -1,0 % | - 867 | -16,5 % | |
| Varekost BHM | | | 908 | 4,2 % | 908 | 4,2 % | |
| SP IKT | | | 1 681 | 2,1 % | 1 681 | 2,1 % | |
| Pasientreiser | - 451 | | - 450 | 6,5 % | - 901 | -5,9 % | |
| Overordnet VVHF | 30 153 | -13,5 % | 11 491 | 6,5 % | 41 644 | 22,0 % | |
| Budsjettavvik før pensjon | - 3 515 | 0,2 % | - 75 407 | -4,1 % | - 78 922 | -4,3 % | |
| Endret pensjonskostnader | | | - 2 729 | -0,1 % | - 2 729 | 0,1 % | |
| Total budsjett avvik | - 3 515 | 0,2 % | - 78 136 | -4,2 % | - 81 652 | -4,4 % | |

*Overordnet VVHF: overskudd, gjestepasienter, H-reseptor, pensjoner, avskrivninger og engangseffekter mm. Inkluderer også inntektsføring av covid-midler pr august.

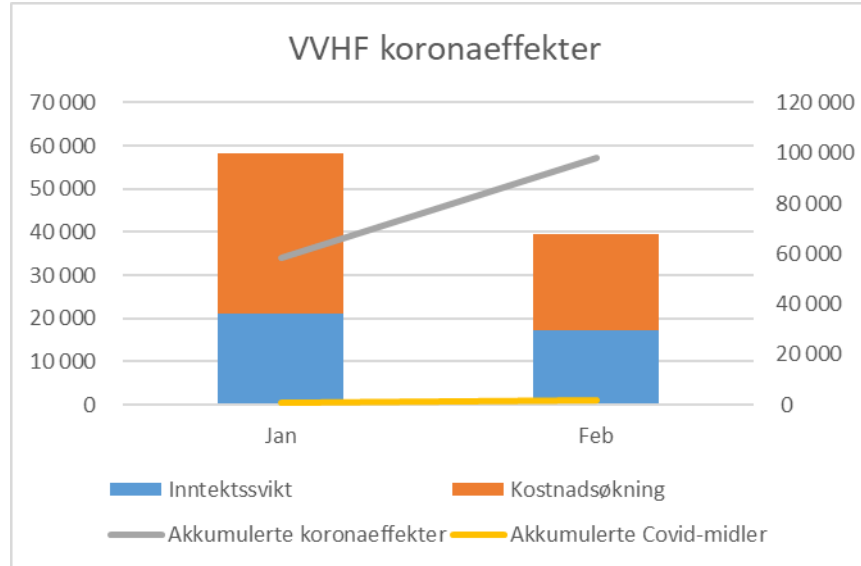
Rapporterte koronaeffekter

- Koronaeffekter er i tråd med rapportering til HSØ

| Akkumulert | Hittil i år |
|--|---------------|
| ISF inntekter | 51 653 |
| Gjestepasient inntekter | 7 114 |
| Andre pasientrelaterte inntekter | -23 205 |
| Øvrige driftsinntekter | 558 |
| SUM Inntekter | 36 121 |
| Varekostnader | 11 181 |
| Gjestepasientkost. og kjøp av tjeneste | 0 |
| Innleid arbeidskraft | 1 143 |
| Lønnskostnader | 44 657 |
| Andre driftskostnader | 2 935 |
| SUM Driftskostnader | 59 916 |
| Resultat | 96 037 |

| pr Feb | Reduserte inntekter | Økte kostnader | Totalt |
|-------------|---------------------|----------------|---------------|
| DS | 32 245 | 14 475 | 46 720 |
| BS | 19 742 | 11 880 | 31 622 |
| RS | 11 000 | 4 325 | 15 325 |
| KS | 1 813 | 3 521 | 5 334 |
| KIS | 2 033 | 1 121 | 3 154 |
| PHR | 2 145 | 5 228 | 7 373 |
| PHT | 835 | 2 005 | 2 840 |
| PAS | 0 | 1 243 | 1 243 |
| KMD | -28 177 | 15 398 | -12 779 |
| FAG | 0 | 309 | 309 |
| KOMP | 0 | 212 | 212 |
| ØK | 0 | 0 | 0 |
| TEKN | 0 | 200 | 200 |
| ADM-KOMM | 0 | 1 | 1 |
| FELLES | -5 515 | 0 | -5 515 |
| VVHF | 36 121 | 59 916 | 96 037 |

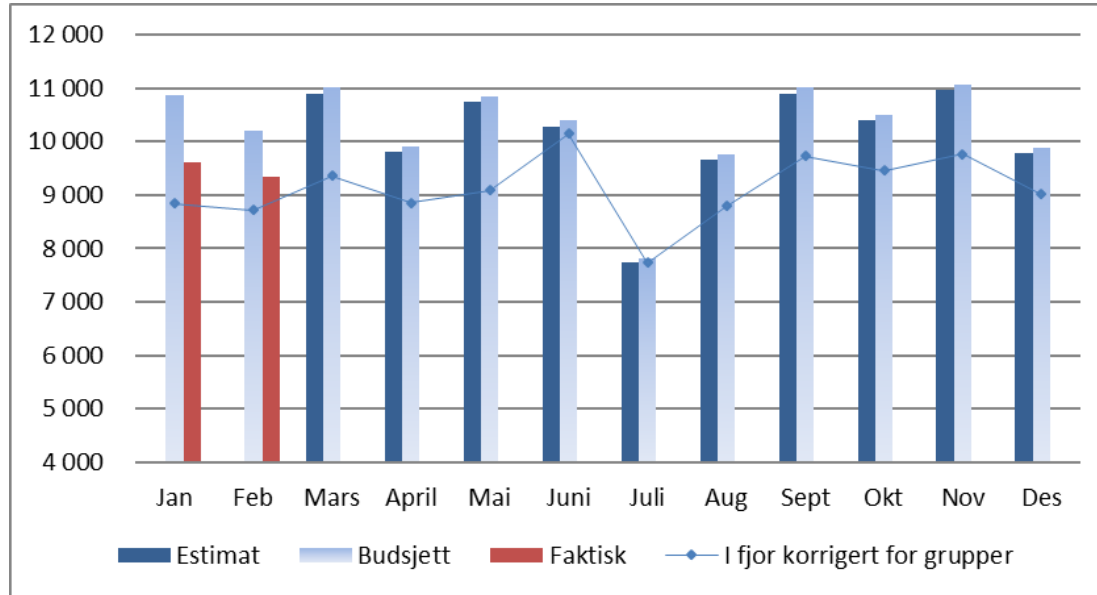
Koronaeffekter hittil i år



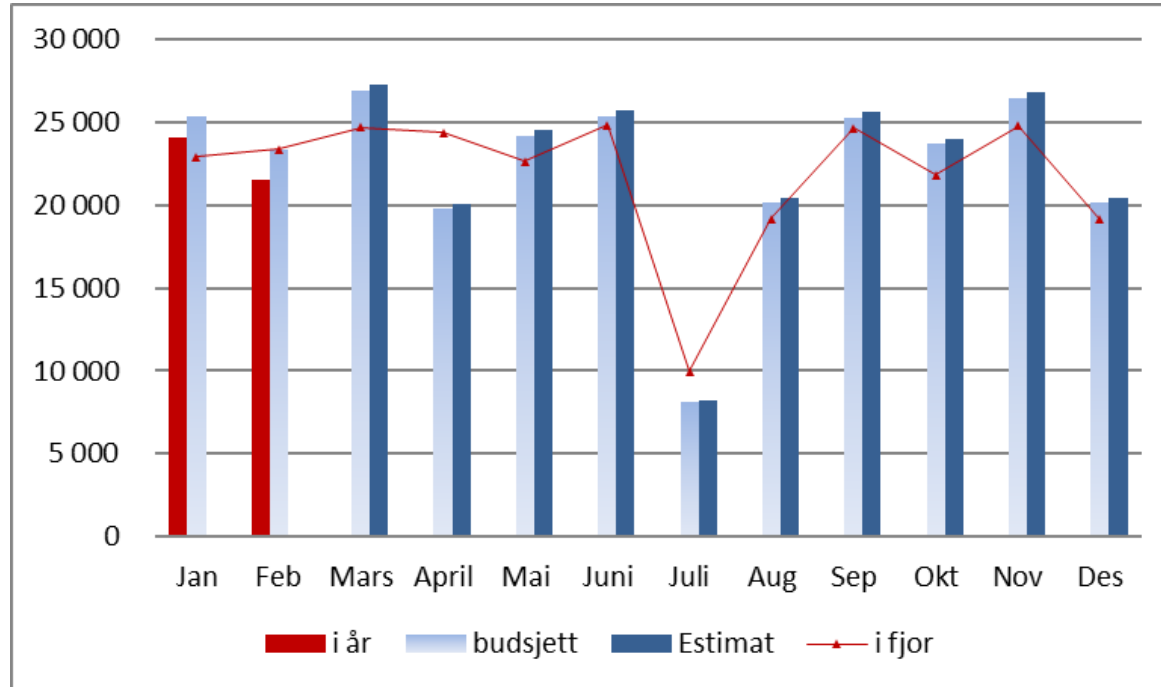
Pr. februar er det beregnet ca.96 MNOK i negative koronaeffekter (tapte inntekter + økte kostnader)

VVHF totale antall DRG-poeng

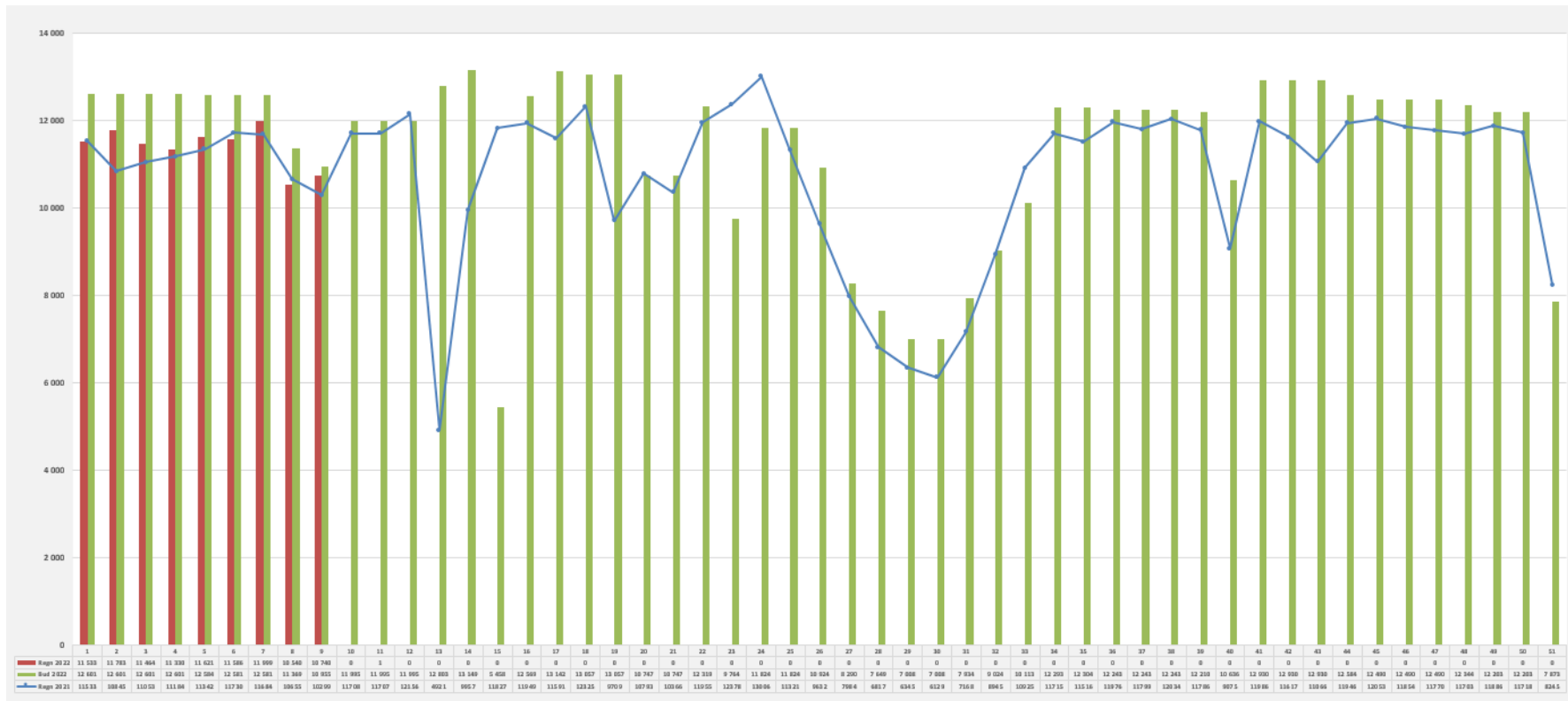
døgn, dag og poliklinikk, fra egen og andre regioner



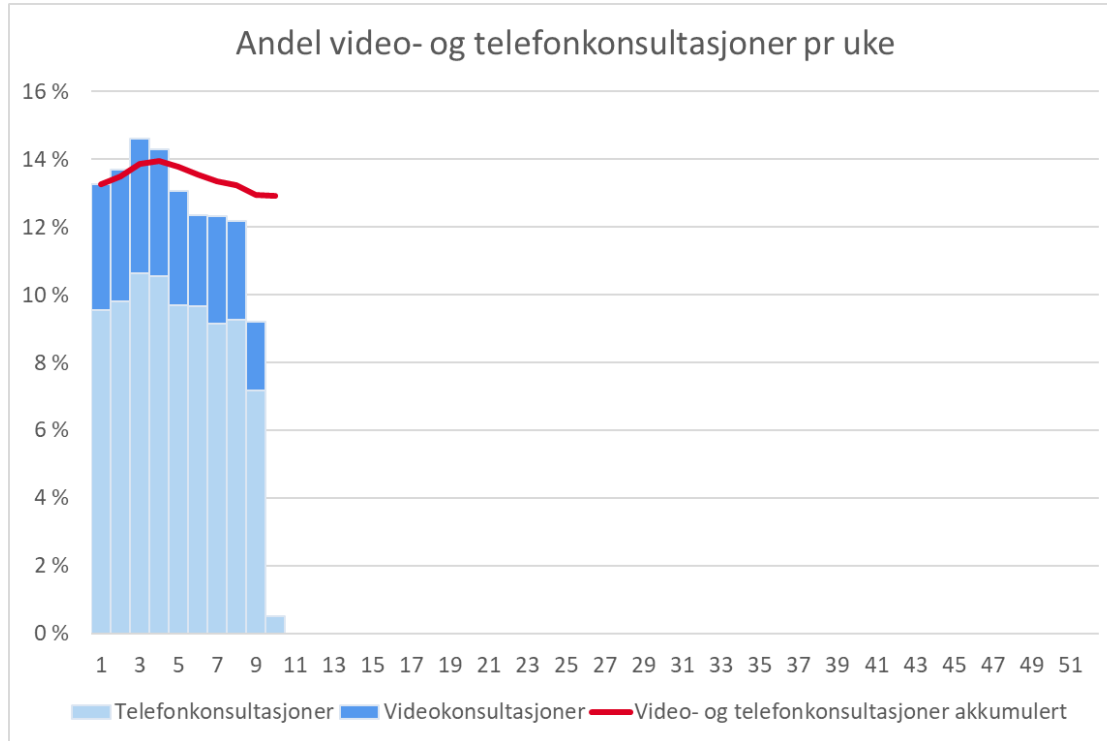
Poliklinikk PHR totalt



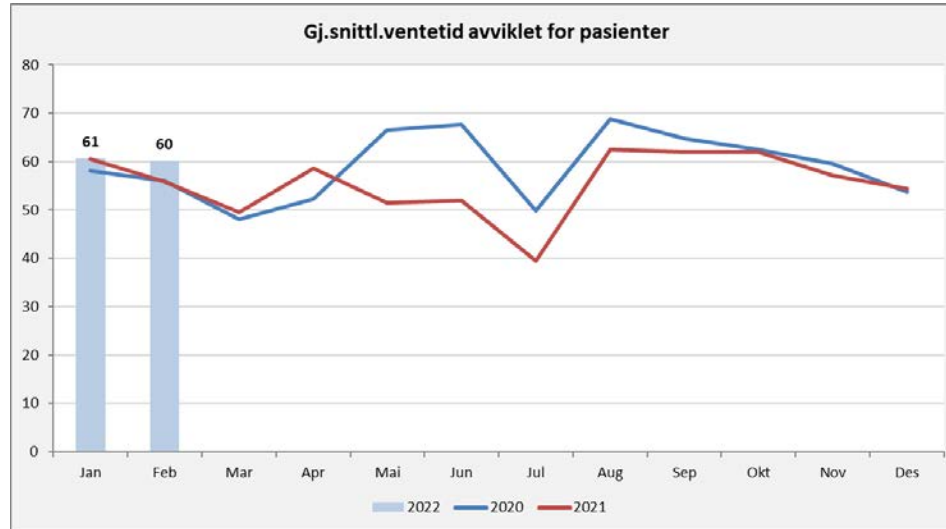
Utvikling pr uke somatikk- antall opphold totalt













Telefon- og videokonsultasjoner

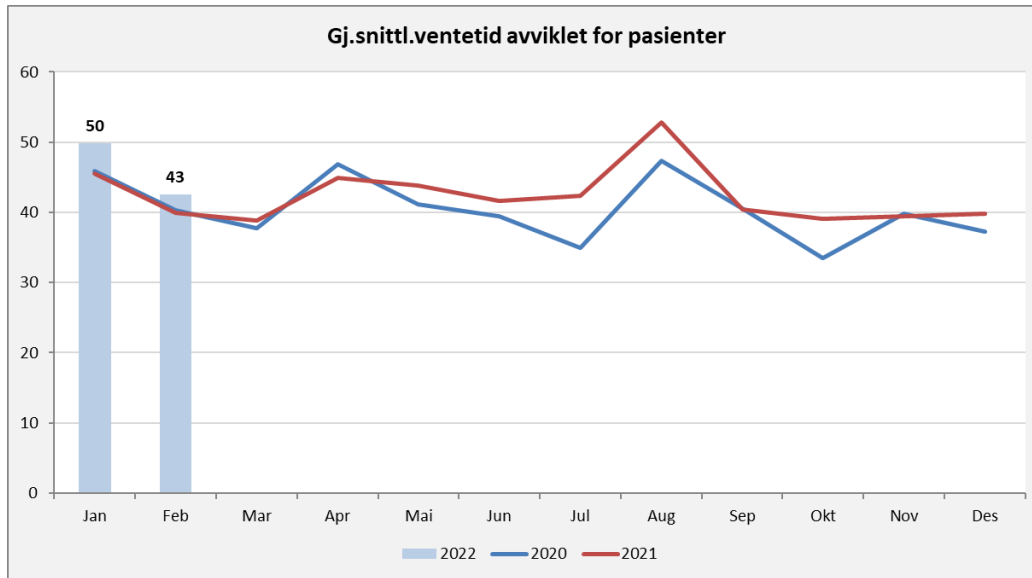










Gjennomsnittlig ventetid avviklet helsehjelp somatikk



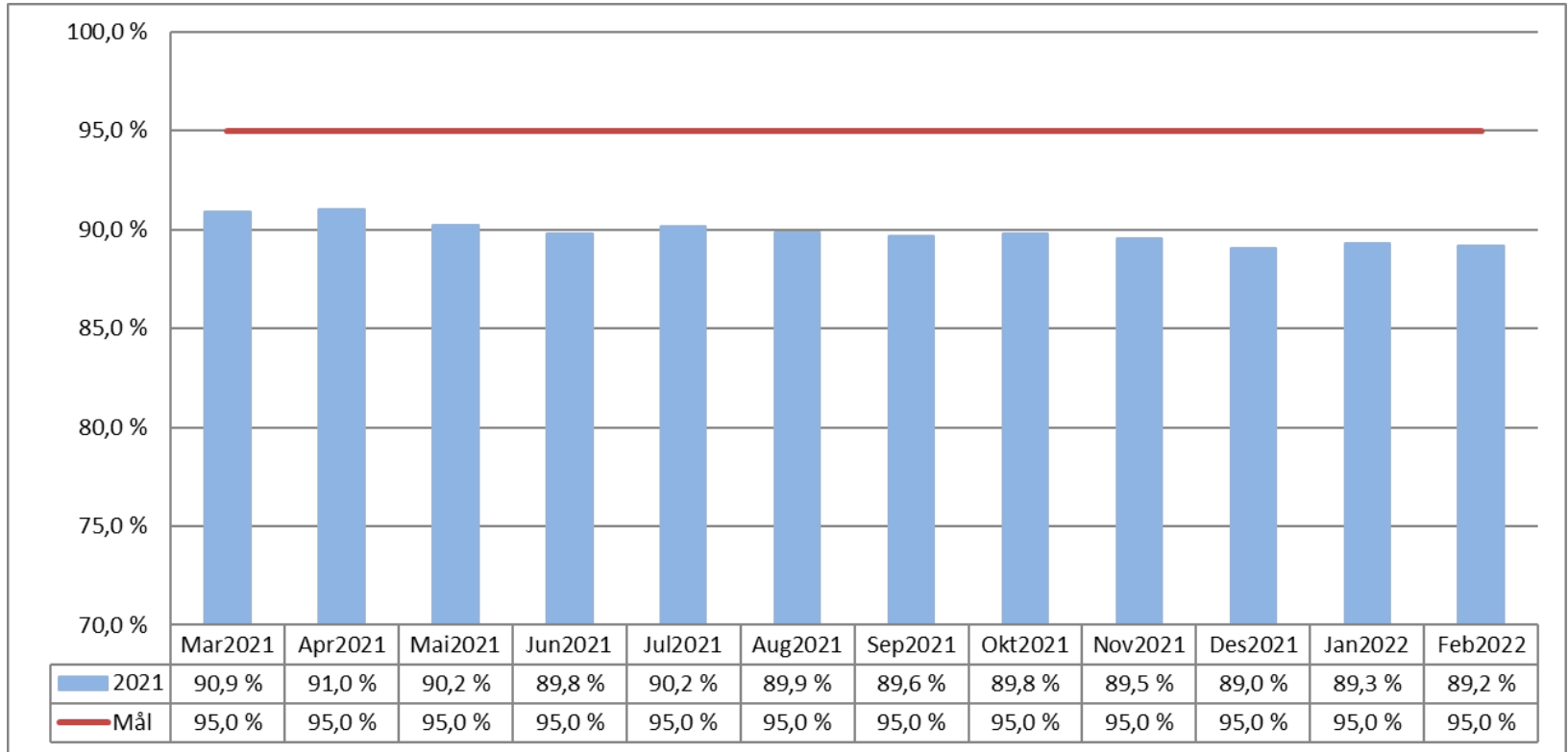
| | Feb 2021 | Mar 2021 | Apr 2021 | Mai 2021 | Jun 2021 | Jul 2021 | Aug 2021 | Sep 2021 | Okt 2021 | Nov 2021 | Des 2021 | Jan 2022 | Feb 2022 | Siste 12 mnd | Siste 3 år |
|---|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|---|---|
| Gj.snittl.ventetid avviklet for pasienter | 56 | 49 | 59 | 51 | 52 | 39 | 63 | 62 | 62 | 57 | 54 | 61 | 60 |  |  |
| 10 - Klinikk Drammen sykehus | 61 | 53 | 61 | 55 | 56 | 43 | 68 | 65 | 60 | 58 | 57 | 62 | 65 |  |  |
| 20 - Klinikk Bærum sykehus | 53 | 48 | 66 | 48 | 53 | 34 | 56 | 65 | 75 | 61 | 57 | 67 | 59 |  |  |
| 30 - Klinikk Ringerike sykehus | 53 | 50 | 49 | 49 | 44 | 37 | 60 | 58 | 57 | 55 | 54 | 58 | 64 |  |  |
| 40 - Klinikk Kongsberg sykehus | 35 | 33 | 41 | 42 | 37 | 34 | 49 | 43 | 41 | 42 | 32 | 37 | 31 |  |  |

Gjennomsnittlig ventetid avviklet helsehjelp PHR



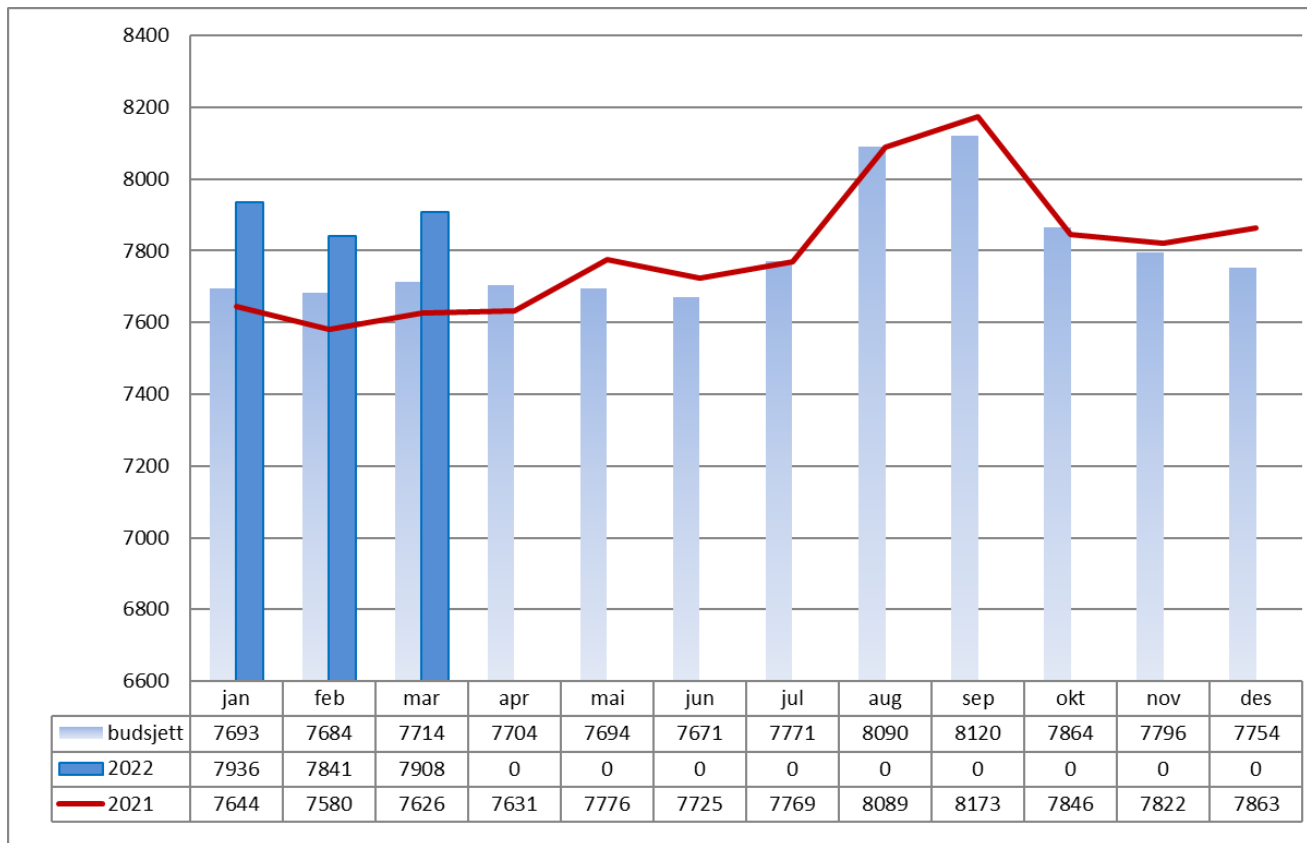
| Gj.snittlig ventetid avviklet for pasienter | Mar | Apr | Mai | Juni | Juli | Aug | Sept | Okt | Nov | Des | Jan | Feb | Siste 12 mnd | Siste 3 år |
|---|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|--|--|
| | 2021 | 2021 | 2021 | 2021 | 2021 | 2021 | 2021 | 2021 | 2021 | 2021 | 2022 | 2022 | | |
| 60 - Psykisk helse og rus (PHR) | 39 | 45 | 44 | 42 | 42 | 53 | 40 | 39 | 39 | 40 | 50 | 43 |  |  |
| Herav VOP | 37 | 43 | 43 | 40 | 42 | 51 | 38 | 37 | 37 | 37 | 48 | 41 |  |  |
| Herav BUP | 46 | 54 | 50 | 50 | 47 | 58 | 56 | 47 | 50 | 50 | 57 | 54 |  |  |
| Herav TSB | 31 | 31 | 33 | 32 | 33 | 41 | 27 | 33 | 37 | 37 | 44 | 28 |  |  |

Andel pasientavtaler overholdt

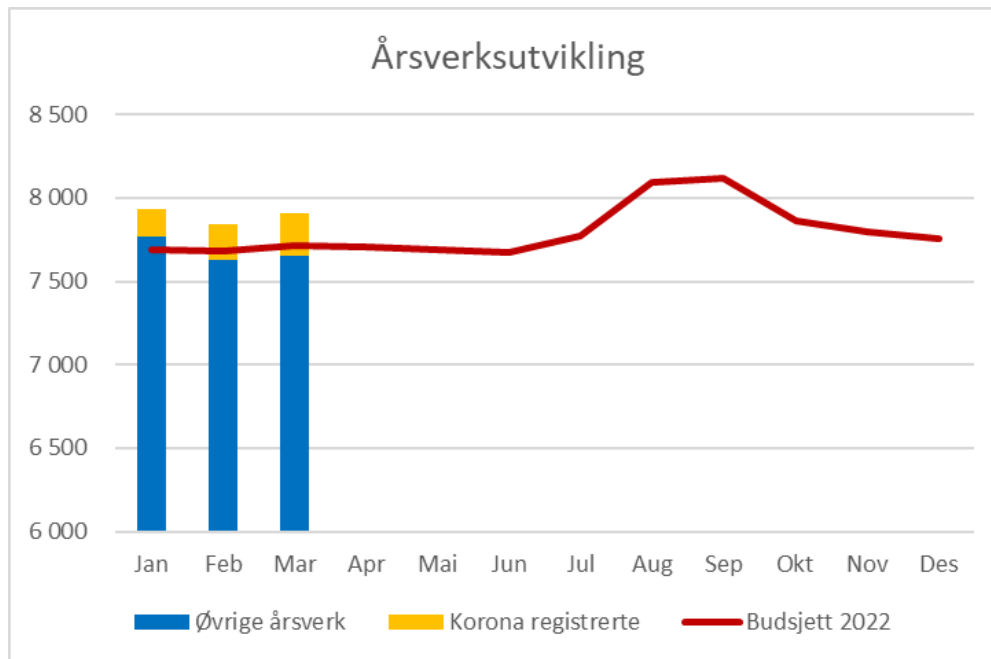




Brutto månedsverk

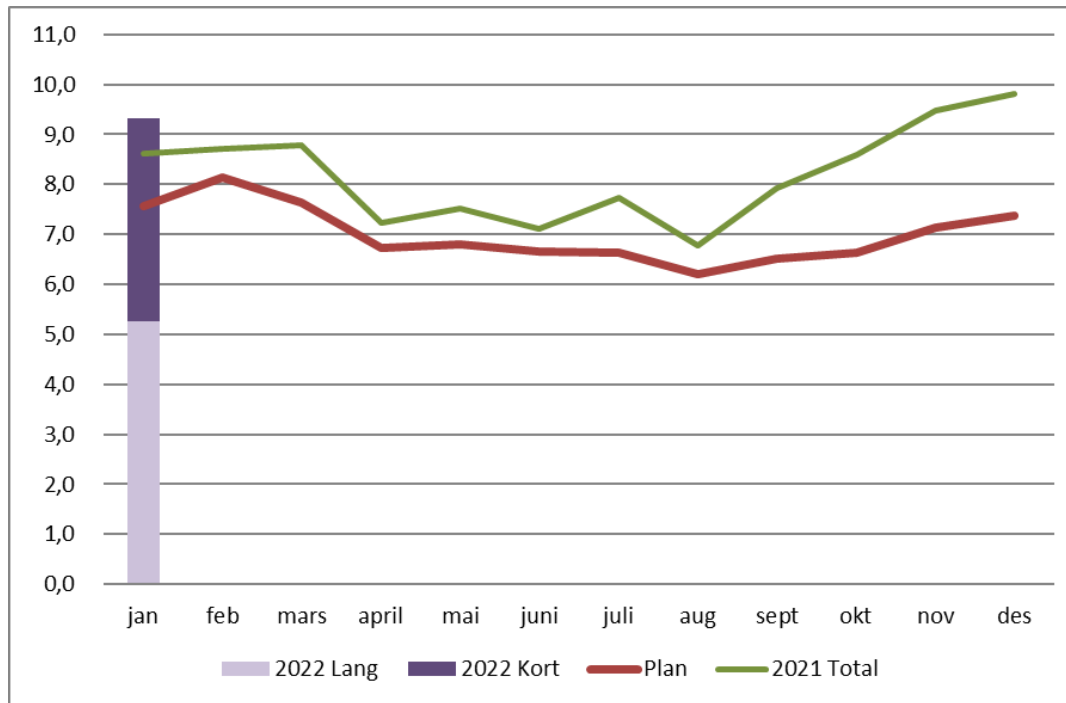


Brutto månedsverk fordelt



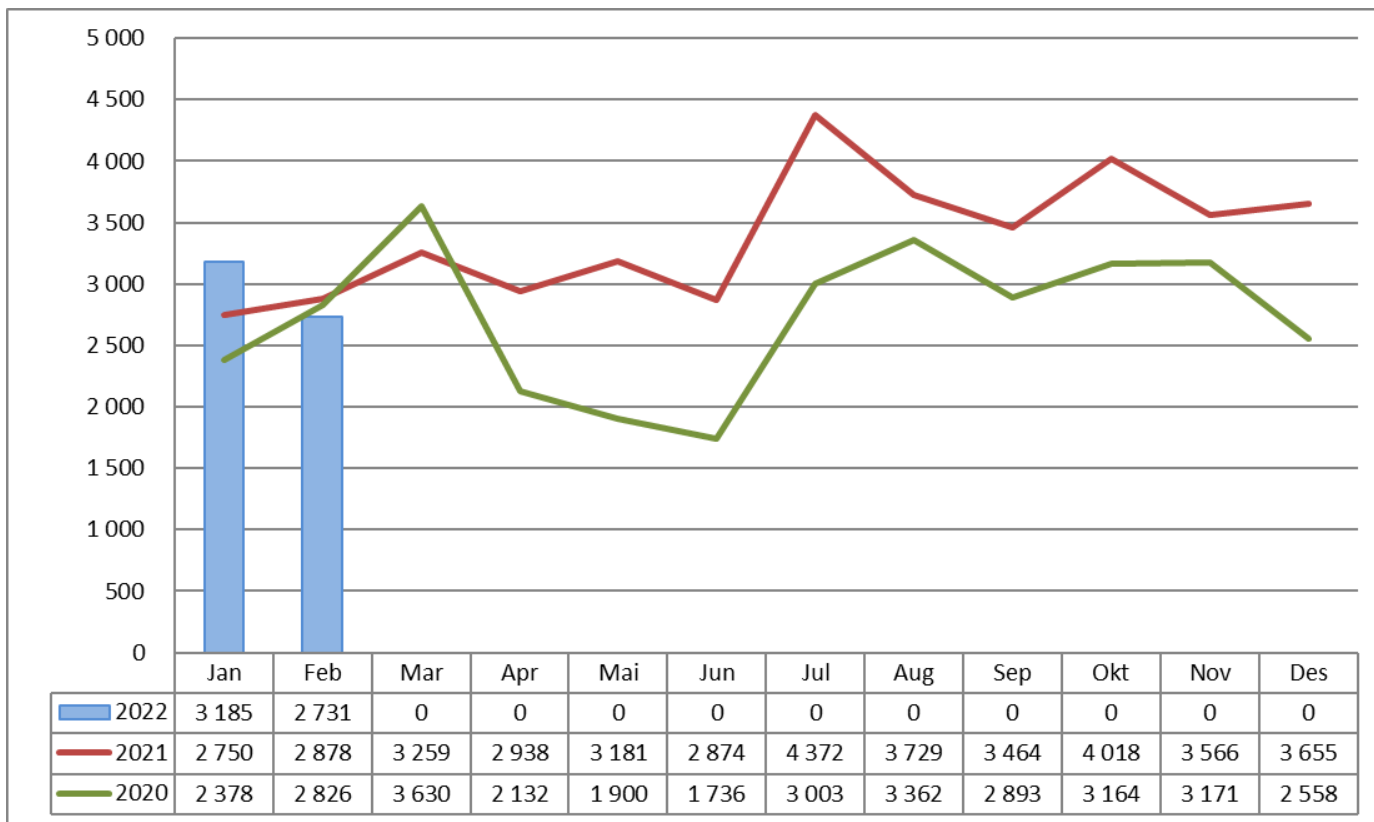
Brutto månedsverk projestført korona vises gult

Sykefravær 2022



* Sykefravær oppdateres etterskuddsvis

AML-brudd – antall



Dato: 18. mars 2022
Saksbehandler: Mette Lise Lindblad

Saksfremlegg

Investeringer og vedlikehold 2022

| Møte | Saksnr. | Møtedato |
|-----------------------------|---------|------------|
| Styremøte i Vestre Viken HF | 25/2022 | 28.03.2022 |

Forslag til vedtak

1. Styret tar Riksrevisjonens undersøkelse av helseforetakenes investeringer i bygg og medisinsk-teknisk utstyr til orientering.
2. Styret slutter seg til den foreslåtte disponering av frigjorte midler til investeringer i 2022.

Drammen, 21.03.2022

Lisbeth Sommervoll

Administrerende direktør

Bakgrunn

Ved styrets behandling av budsjett for 2022, sak 115/2021 Budsjett og mål 2022, ble det vedtatt følgende omkring investeringer for 2022, pkt 5:

*Styret vedtar en øvre investeringsramme på 309 MNOK.
Investeringer finansieres med 287 MNOK i egne midler, og 22 MNOK med finansiell leasing.
Investeringsmidler overført fra 2021 kommer i tillegg.*

Styret forutsetter at foretaket avventer effektivering av investeringsplanene tilsvarende uløst utfordring i budsjettet inntil det er etablert sikre tiltak som bidrar til oppnåelse av budsjettert resultat. Styret erkjenner at den fremtidige økonomiske bærekraft svekkes ved utsatte investeringer. Administrerende direktør bes om å fremlegge en konsekvensutredning med alternative tiltak i forbindelse med styrets behandling av økonomisk langtidsplan 2023 – 2026.

Etter dette er regnskapet for 2021 avsluttet. Det påvirker de endelige rammene foretaket har tilgjengelig for investeringer i 2022.

I tillegg foreligger en rapport fra Riksrevisjonen som utreder helseforetakenes investeringer i bygg og medisinskteknisk utstyr. Rapporten ble publisert 14.12.2021. Foretaket har også fått oppdrag og bestilling for 2022.

Disse grunnlagene er førende for foretakets prioriteringer, og administrasjonen ønsker derfor å redegjøre for investeringsområdet samlet til styret. Dette vil også være et grunnlag for de beslutninger som skal tas i forbindelse med styrets behandling av økonomisk langtidsplan for perioden 2023 – 2026.

Saksutredning*Riksrevisjonens rapport*

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. Bygninger og medisinsk-teknisk utstyr (MTU) er sentrale innsatsfaktorer for helseforetakene for å for å kunne sikre et likeverdig helsetilbud av god kvalitet med god ressursutnyttelse. Investeringer i slike innsatsfaktorer er dessuten nødvendig for å klare omstillingene som er påkrevd framover.

Riksrevisjonen har undersøkt følgende forhold:

- Tilstanden til helseforetakenes bygg – utvikling 2012 – 2020
- Tilstanden til helseforetakenes medisinsk-tekniske utstyr 2020
- Utvikling i helseforetakenes investeringer og driftskostnader etter 2010
- Helseforetakenes styring av investeringer
- Departementets og de regionale helseforetakenes styring av investeringer

Målet med undersøkelsen var

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?

Nedenfor oppsummeres kort hovedpunktene fra rapporten, samt særskilt om hvordan VVHF fremstår sammenstilt med andre HF. Rapporten følger vedlagt. Det kommenteres ikke på Riksrevisjonens vurdering av departementets og de regionale helseforetakenes styring av investeringer.

Tilstanden til helseforetakenes bygg – utvikling 2012 – 2020

Det konstateres at tilstanden for byggene er blitt verre siden 2012 i et flertall av helseforetakene, og at tilstandsgraden er utilfredsstillende i nær halvparten av helseforetakene i 2020. Dette omfatter også VVHF. I sammenstillingen er det inkludert utvikling fra 2016. VVHF har vist en forbedret tilstand siden 2016. Dette henger sammen med igangsettelsen av BRK-programmet som styret vedtok i 2017. Programmets investeringsramme prisreguleres hvert år. At foretakets samlede bygningsmasse er forverret siden 2012 antas å henge sammen med at det under stramme økonomiske rammer har vært vanskelig å prioritere utvikling og vedlikehold av bygg. Prioriteringen vant frem først når BRK-planen forelå. I tillegg er det etter beslutning om å bygge nytt sykehus i Drammen, kun utført helt nødvendig vedlikehold på dagens Drammen og Blakstad sykehus.

Tilstandsgraden på byggene følges opp i BRK-programmet og vil inngå i oppfølgingen av eiendomsplanene for øvrige bygg innen psykisk helsevern og rus, samt for prehospitale tjenester. Det har pågått et arbeid nasjonalt for å utrede innføring av intern husleie som et tiltak for sikre at det avsettes tilstrekkelige midler til vedlikehold, samt optimalisert arealbruk. VVHF har innført intern husleie i 2018, men modellen er kostnadsnøytral for klinikkene og gir dermed ingen incitamenter til å endre på arealbruken. Avsetning av midler til vedlikehold og utvikling av bygg inngår i de årlige prioriteringsprosesser til budsjett og ØLP.

Tilstanden til helseforetakenes medisinsk-tekniske utstyr 2020

Det konstateres at tilstanden til det medisinsk-tekniske utstyret har blitt forverret over tid i et flertall av helseforetakene. Dette gjelder ikke VVHF som skiller seg positivt ut i undersøkelsen. De fleste HF måler tilstandsgrad ved gjennomsnittsalder på utstyret. VVHF har redusert gjennomsnittsalderen. Aldersfordelingen viser imidlertid en høyere andel eldre utstyr enn anbefalt, selv om den er bedre enn i mange andre helseforetak hvor det foreligger statistikk. Samtidig påpeker Riksrevisjonen at en betydelig andel av investeringsmidlene går med til erstatning av utrangert utstyr og havarier. Av den samlede summen til investering i MTU er det kun en mindre del som går til utvidelser og ny teknologi. Det påpekes at foretakene i større grad bør utarbeide langsiktige planer for investeringer som henger sammen med strategiske planer.

Utvikling i helseforetakenes investeringer og driftskostnader etter 2010

For de aller fleste helseforetak øker driftskostnadene mer enn investeringene. Det gjelder også VVHF. Foretaket har imidlertid økt verdien av varige driftsmidler i perioden 2010 – 2019. Det gjelder både bygg og MTU.

I Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023 framheves det 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. Investering i ny teknologi, og det å ta i bruk eksisterende teknologi har vært prioritert de siste årene. Det tar imidlertid tid å gjennomføre implementeringer og ta ut effekter av dette. I VVHFs utviklingsplan og i virksomhetsplanen legges det vekt på tiltak for å sikre tilgang på rett kompetanse i fremtiden. Dette knyttes til aktiviteter for ny oppgavedeling i tillegg til å ta i bruk teknologi.

Helseforetakenes styring av investeringer

I denne utredningen fokuserer Riksrevisjonen på hvorvidt helseforetakene når sine planer for investeringer i ØLP og konkluderer med at manglende realisering av planene er et uttrykk for manglende styring. Det konstateres også en sammenheng mellom manglende realisering og negativ utvikling i tilstandsgradene. VVHF har i den undersøkte perioden startet opp BRK-programmet. I opprinnelig ØLP var hele programmet vurdert å være investeringer, mens det reelt inneholdt omfattende vedlikehold som føres over driftsregnskapet. Dette har medført at foretaket fremstår som ikke å ha realisert alle planer. Det er ellers alltid et likviditetsmessige etterslep mellom planlagte investeringer og faktiske likviditetsbelastninger de enkelte år. Dette skal man imidlertid forvente utjevnes over tid.

Riksrevisjonen konstaterer at svært få helseforetak fremlegger analyser av bygningsmassen og utvikling i tilstandsgrader for sine styrever, og likeledes i liten grad gir en utdypende oversikt over tilstanden på det medisinske utstyret. VVHF redegjør i ØLP om tilstanden på MTU ved utvikling i alderssammensetningen, men har i mindre grad fremlagt for styret utvikling i tilstanden på bygg. Styret holdes imidlertid orientert om eiendomsplanene som er under arbeid. Riksrevisjonen har ikke undersøkt helseforetakenes investeringer på IKT-området. For VVHF henvises det her til de tertialvise rapportene som fremlegges for styret.

Sykehuset i Vestfold fremheves som et foregangsforetak mht gode planer og faktisk realisering av planene. Dette knyttes i stor grad til prosessene. Foretaket er mye tidligere ute med planleggingen av investeringene og det antas at tidlig planlegging styrker muligheten for realisering. I tillegg har foretaket tradisjon for å bruke årlig melding som grunnlag for strategiplaner som legges i april og gir føringer for prioriteringer i budsjett for kommende år.

Riksrevisjonen konstaterer også at de økonomiske langtidsplanene utarbeides i for liten grad i et strategisk perspektiv. Også VVHF har forbedringspotensiale på dette punkt. Det pågående arbeidet med eiendomsplan for PHR og PHT, sammen med BRK-planen er imidlertid gode verktøy for langsiktig planleggingen innenfor eiendomsområdet. Det er også en intensjon å benytte utviklingsplanen som grunnlag for ØLP.

Investeringer i medisinsk-teknisk utstyr (MTU)

Som det fremgår av Riksrevisjonens undersøkelse, har VVHF redusert alderen på det medisinske utstyret. I perioden 2014-2017 ble gjennomsnittsalder på utstyret redusert fra 9,6 år til 7,0 år. Dette skyldtes i hovedsak et økt investeringsnivå, men også en god prosess med kassering av en del utrangert utstyr i utstyrsbasen. Siden 2017 har gjennomsnittsalder gått ytterligere litt ned, og ved inngangen til 2022 var den 6,8 år. Dette vurderes som akseptabelt. Aldersfordelingen viser imidlertid en høyere andel eldre utstyr enn anbefalt.

Utstyrsparken i foretaket har en samlet anskaffelsespris på 1,2 milliarder kr. Basert på økonomisk vektning av alder, benytter foretaket en gjennomsnittlig brukslevetid på 9, 5 år, men med variasjoner innen de enkelte utstyrsgrupper.

Det aller meste av investeringsmidlene går til utskifting av utrangert og havarert utstyr. Det legges årlig en plan for hvilket utstyr som må skiftes ut dette året basert på teknisk og funksjonell tilstand. I tillegg settes av midler til bruk gjennom året for utstyr som havarerer. Det har også vært behov for å benytte foretakets generelle buffer enkelte år. Dette er da som regel utstyr med relativt kort reanskaffelsestid, som kan benyttes til det ikke er brukbart lenger. Investeringsnivået har gitt lite rom for utvidelser som følge av ny teknologi eller behov for økning pga. økt aktivitet. Men ved å strekke levetiden på utstyret, har det vært midler til noen utvidelser. Større utvidelser vil oftest kreve ekstra investeringsmidler utover de som ordinært er avsatt. MR på Kongsberg blir således finansiert ved ekstra investeringsmidler, mens planlagt utvidelse med CT nr. 2 på Ringerike i 2022 er finansiert med innenfor ordinært investeringsbudsjett.

Ved innflytting i nytt sykehus i Drammen er det beregnet at 29 % av utstyret skal være utstyr som flyttes fra det nåværende sykehuset. Alt utstyr i nåværende Drammen sykehus er kartlagt med hensyn til overflyttbarhet, og de årlige investeringene samordnes med de investeringene som planlegges i nytt sykehus. Status nå sammen med planene fremover, tilsier at den planlagte medflyttingsgraden nås, men det krever at investeringsnivået opprettholdes minst på dagens nivå. Det kan også komme behov for ytterligere noen investeringsmidler, spesielt med tanke på teknologisk utvikling.

Investeringsnivået for medisinsk-teknisk utstyr har ikke vært prisregulert på flere år. Prisøkning har i mange år vært relativt lav, men fra 2020 har økningen vært større betinget i råvaremangel og de siste årenes svake kronekurs.

Det er derfor viktig å opprettholde et tilstrekkelig investeringsnivå for medisinsk-teknisk utstyr.

Oppdrag og bestilling 2022

Utover generelle krav til resultat- og likviditetsstyring har Oppdrag og bestilling stilt krav til helseforetakene om

i løpet av 2022 å etablere tilstandsbaserte vedlikeholdsplaner for tilstandsgrad 2 (TG2) og tilstandsgrad 3 (TG3) i henhold til Norsk Standard for Tilstandsanalyse av byggverk (NS3424) som følger:

- 10-års tilstandsbasert vedlikeholdsplan for TG2
- 5-års tilstandsbasert vedlikeholdsplan for TG3

Helseforetaket skal oppgi tidfestet mål for tilstandsgrad for sine bygg.

Eiendomsrelaterte kostnader, som også inkluderer interne kostnader, skal rapporteres årlig og strukturert etter kontoplan for livsløpskostnader i henhold til Norsk Standard for Livssyklus kostnader for byggverk (NS3454).

Vestre Viken har målt tilstandsgrad for hele bygningsmassen. Den oppdateres årlig. Oppdatert tilstandsgrad viser at tilstandsgraden er forbedret fra 1,64 til 1,61 fra 2020 til 2021. Dette viser at Vestre Viken sitt planmessige arbeid fortsatt gir resultater.

| | |
|---------------------------|----|
| Antall TG3 fjernet i 2021 | 50 |
|---------------------------|----|

| | |
|--------------------------|-----|
| Antall TG3 pr. 0.01.2022 | 860 |
|--------------------------|-----|

| | |
|------------------------|------|
| Gjennomsnitt TG i VVHF | 1,61 |
|------------------------|------|

| | |
|-----------------------------|------|
| Gjennomsnitt TG i Blakstad | 1,75 |
| Gjennomsnitt TG i Bærum | 1,35 |
| Gjennomsnitt TG i Drammen | 1,79 |
| Gjennomsnitt TG i Kongsberg | 1,62 |
| Gjennomsnitt TG i Ringerike | 1,26 |

Det er BRK-programmet som står for gjennomføringen av vedlikehold og utvikling ved Bærum, Ringerike og Kongsberg sykehus. BRK-programmet har identifisert TG2 og TG3. Alle TG3 er tidfestet og likeledes for mange TG2. Når det gjelder Drammen og Blakstad sykehus vil Nytt sykehus i Drammen erstatte disse to sykehusene fra 2025. Frem til 2025 gjøres kun helt nødvendige vedlikehold.

BRK-programmet og NSD utgjør 75 % av Vestre Vikens areal. Det pågår et arbeid for den gjenstående eiendomsmassen gjennom Eiendomsplan PHR og Eiendomsplan PHT. Målsetningen er at de to eiendomsplanene skal foreligge i løpet av 2022 og tidlig 2023. Da vil foretaket ha planer for en samlet eiendomsmasse, og det vil foreligge et tilsvarende program som BRK for de to områdene. Det er ikke utarbeidet tidfestet plan for oppgradering av TG 3 og TG 2 på denne delen av eiendomsmassen, men dette vil komme så snart eiendomsplan for PHR og PHT er ferdigstilt. Frem til planene er ferdige og vedtatt gjøres det løpende vedlikehold.

Eiendomsrelaterte kostnader, som også inkluderer interne kostnader (aktivering av lønn) rapporteres årlig og strukturert etter kontoplan NS3454.

Investeringsbudsjettet for 2022 og endelige prioriteringer

Rammene for investeringer i 2022 bygger på investeringsrammen som lå til grunn for økonomisk langtidsplan (ØLP) 2022 – 2025, korrigert for endringer i hva som treffer investeringer og hva som treffer vedlikehold over drift.

| MNOK | ØLP 2022 | Budsjett 2022 |
|------------------------------|-------------|------------------|
| BRK-prosjektet | 35 | 96 |
| PHR | 10 | 10 |
| Bygg øvrige | - | - |
| Ambulanser | 27 | 24 |
| MTU | 101 | 105 |
| IKT og bygnær IKT | 45 | 44 |
| EK innskudd pensjon | 15 | -2 |
| Annet (grunnutrustning, mm) | 35 | 25 |
| Mammografibusser | 8 | 8 |
| SUM investeringsramme | 276 | 309 |

Endringene fra ØLP vedrører følgende:

- Økning BRK som følge av at en lavere andel treffer vedlikehold over drift (61 MNOK)
- Reduksjon i ambulanser basert på ny konkret beregning av behovet.
- Økning MTU vedrører 3,6 MNOK i overførte øremerkede midler fra 2021 til tidlig ultralyd.
- EK innskudd pensjon – her får foretaket tilbakebetalt midler fra PKH som fullt ut dekker EK innskudd til KLP. Netto utgjør det en inntekt på 2 MNOK som innebærer 17 MNOK i frigjort investeringsramme sammenholdt med ØLP.
- Reduksjon i gruppen annet vedrører reduksjon i buffer til investeringer til 10 MNOK. Dette er i tråd med tidligere år.

Endringene innebærer ingen omprioriteringer, men frigjør til sammen 31 MNOK sammenholdt med ØLP.

Da styret behandlet budsjettet for investeringer 2022, ble det vedtatt å holde tilbake 75 MNOK for å møte uløst utfordring i budsjettet. Siden ØLP-rammen var 31 MNOK høyere enn investeringsbudsjettet, ble det besluttet å avvende investeringer for 45 MNOK fordelt på:

- BRK – 20 MNOK
Dette omfatter sengeposter på Bærum og Kongsberg og poliklinikk og radiologi på Ringerike

- MTU – 20,2 MNOK
Dette omfattet CT2 ved Ringerike Sykehus med 10 MNOK, samt utvidelser på MTU-området med 10,2 MNOK
- IKT – 4,3 MNOK
Dette omfattet videoutstyr, buffer til uforutsette ting, integrasjon Synergi/DIPS, samt integrasjon ERP/Medusa.

Etter endelig gjennomgang av investeringer i 2021 er det fastsatt at 37,4 MNOK er fristilt til andre investeringer. Disse midlene er dermed frigjort til dekning av de nedprioriteringene som ble vedtatt i forbindelse med budsjettbehandlingen. I tillegg er barnehagebygningene i Bærum nå solgt og har gitt en merinntekt på 14,4 MNOK sammenholdt med budsjettert finansieringsforutsetning. Samtidig er resultatet for 2021 endelig fastsatt, og foretaket har et lavere resultat enn forutsatt i budsjett med 23,7 MNOK (korrigert for vedlikehold over drift). Det gir en reduksjon i samlet ramme til investeringer i 2022.

Slik ser den finansielle situasjonen ut pr. nå:

| | MNOK |
|--|-------|
| Investeringsrammer B22 totalt | 339,4 |
| Nedprioritering sfa uløst utfordring | -44,5 |
| Overført buffer fra 2021 | 37,4 |
| Mergevinst ved salg av barnehagene | 14,4 |
| Resultatavvik 2021 | -23,7 |
| Min. behov for tilbakehold investeringer | -16,4 |
| Disponible beløp p.t. | 323,0 |

Foretaket vurderer det slik at restbeløpet som må tilbakeholdes, vil dekkes av forventede utsatte leveranser fra Sykehuspartner på lokale investeringer. Det er basert på erfaringer med Sykehuspartner som tidligere år leverer og fakturerer senere enn planlagt. Det understrekes også at midlene ikke er frigjort i all fremtid. Nye prioriteringer må iverksettes i kommende år dersom resultatkravet for driften i 2022 ikke realiseres.

I tillegg er foretaket kjent med et behov for oppgraderinger på luftambulansestasjonen på Ål. Det har vært et tilsyn der som påpeker behov for utbedringer av bygget som huser både luftambulansebasen og Vestre Vikens egen bilambulansetjeneste. Dette er estimert til 23 MNOK. De bygningsmessige utbedringene vil innebære en likviditetsmessig belastning for VVHF i 2022, men slik at Luftambulansetjenesten HF skal betale tilbake om lag 50 % av kostnadene gjennom husleie.

Dersom foretaket må gjennomføre denne investeringen, vil midler til dette være tilgjengelig i 2022 som følge av utsatte investeringsplaner for BRK. Det innebærer ikke at BRK fratrekkes ramme, men at det forventes likviditetsmessig forsinkelser tilsvarende som IKT-investeringene gjennom Sykehuspartner.

Med disse to forutsetningene vurderer foretaket at investeringsplanene fra budsjett 2022 kan opprettholdes uten tilbakeholdelse av midler.

De endelige prioriteringene er gjennomgått i foretaksledelsen og i møte med tillitsvalgte og vernetjeneste.

Endringene skal fremkomme i ØLP 2023 – 2026 gjennom at utsatte investeringer i 2022 legges tilbake i senere år på områdene IKT og BRK.

Administrerende direktørs vurderinger

Riksrevisjonens gjennomgang av helseforetakenes investeringer i bygg og medisinsk-teknisk utstyr gir et godt grunnlag for foretakets videre arbeid med økonomisk langtidsplan og strategisk planlegging. VVHF er et av få helseforetak i Helse Sør-Øst som har klart å sette av midler til vedlikehold av bygg gjennom BRK-programmet. Det pågår også utredninger av arealplaner for psykiatri og prehospitale tjenester. Administrerende direktør erkjenner at disse utredningen vil kreve økte midler til finansiering av bygg, men planene skal ses i sammenheng med driftsmessige tilpasninger som også kan gi bedre anvendelse av tilgjengelige ressurser. Administrerende direktør tilstreber tidligere prosesser for å sikre god planlegging og prioritering før budsjett 2023.

Oppdrag og bestilling for 2022 setter krav til at foretakene holder oversikt over tilstandsgrader på bygg og sørger for å planlegge utbedringer av alle bygg med TG2 og TG3 tilstand. VVHF har allerede igangsatt dette arbeidet ved BRK-programmet og de pågående utredningene for PHR og PHT.

Vestre Viken har lyktes i å forbedre tilstanden på den medisinsk-tekniske utstyrsparken. Gjennomsnittsalder for utstyret er på et akseptabelt nivå. En del utstyr driftes imidlertid fortsatt lengre enn ønskelig. Det er også svært begrenset rom for utvidelser for å følge med den teknologiske utviklingen. Utvidelser har ofte vært betinget av ekstra midler utover det som har vært avsatt i ØLP. Investeringer de nærmeste årene må samordnes godt med investeringene som planlegges i nytt sykehus i Drammen. Planlegging og prioriteringer vil gjøres i ØLP og i de årlige budsjettprosessene.

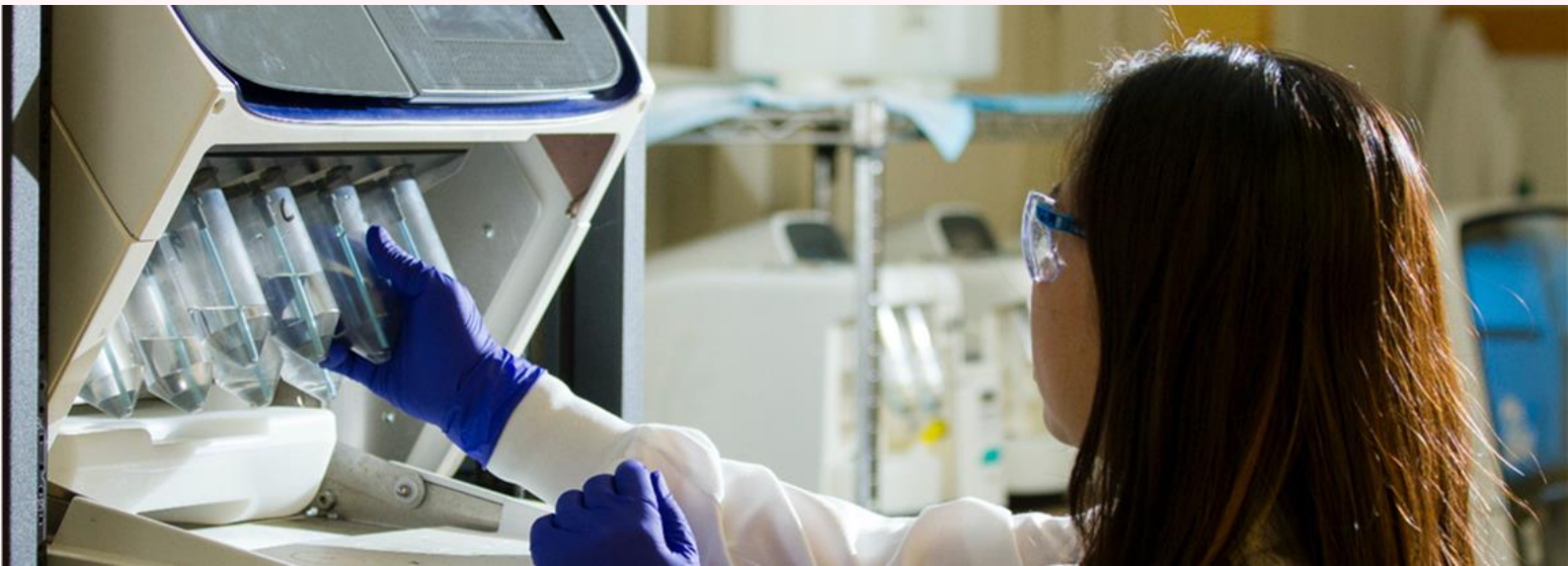
Avslutningen av regnskapet for 2021 og salg av barnehagetomter i 2022 har bidratt til at foretaket har tilstrekkelig finansiering av de investeringene som var planlagt for 2022 til tross for uløst utfordring i budsjett. Det er derfor ønskelig å åpne for at planene kan effektueres selv om dette innebærer forskyvninger av enkelte investeringer til neste år. Dette vil synliggjøres i ØLP som styret får fremlagt i april.

Administrerende direktør foreslår at styret tar Riksrevisjonens undersøkelse av helseforetakenes investeringer i bygg og medisinsk-teknisk utstyr til orientering og slutter seg til den foreslåtte disponering av frigjorte midler til investeringer i 2022.

Vedlegg: 1. 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
- INTOSAI 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

| | | |
|----------|--|-----------|
| 1 | Innledning | 5 |
| 1.1 | Bakgrunn | 5 |
| 1.2 | Mål og problemstillinger | 7 |
| 1.3 | Revisjonskriterier | 7 |
| 1.4 | Undersøkellesmetoder | 8 |
| 2 | Tilstanden til helseforetakenes bygg | 9 |
| 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 |
| 3 | Tilstanden til helseforetakenes medisinsk-tekniske utstyr | 26 |
| 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 |
| 4 | Utviklingen i helseforetakenes investeringer og driftskostnader etter 2010 | 41 |
| 4.1 | Oppsummering | 41 |
| 4.2 | Helseforetakenes investeringer etter 2010 | 42 |
| 4.3 | Utviklingen i helseforetakenes driftskostnader etter 2010 | 46 |
| 5 | Helseforetakenes styring av investeringer | 49 |
| 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 |
| 6 | Departementets og de regionale helseforetakenes styring av investeringer | 80 |
| 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 |
| 7 | Vurderinger | 95 |

| | | |
|----------|---|------------|
| 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 |
| 8 | Referanseliste | 104 |
| | 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 ² i helseregionene, i kroner | 23 |
| Tabell 4 | COCIR-standarden | 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 ² 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.¹ 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.² 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.³ 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.⁴
- Senere kartlegginger viser en svak forbedring av den tekniske tilstanden til byggene mellom 2014 og 2017.⁵
- En kartlegging av utvalgte typer utstyr ved landets sykehus i 2014 viste behov for prioritering av utstyrsinvesteringer. Samtidig var det utfordringer knyttet til å prioritere mellom utskifting og nyinvesteringer.⁶

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

² Kilde: SSB. Gjennomsnitt 2010–2019.

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

⁴ Innst. 42 S (2011–2012).

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

⁶ 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.⁷

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.⁸

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).⁹ 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.

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

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

⁹ 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 | Bergen |
| | 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.

Undersøkellesperioden 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 m², til en regnskapsført verdi på ca. 73 milliarder kroner. Dette gjør spesialisthelsetjenesten til Norges største eiendomsforvalter.

Utvalgte revisjonskriterier¹⁰

- 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.

¹⁰ 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

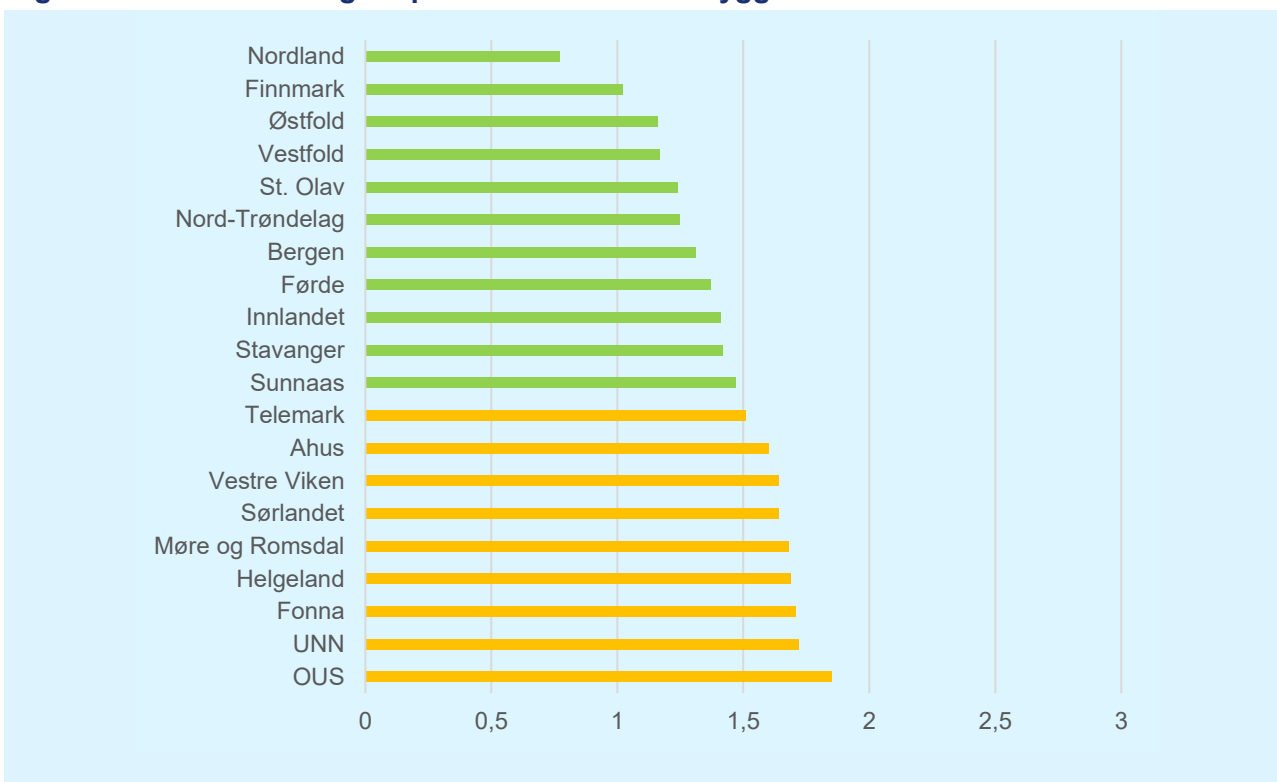
2.2.1 Den samlede tekniske tilstanden til byggene er utilfredsstillende i halvparten av helseforetakene

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).¹¹

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 1,45.¹² Det ble framhevet at en samlet tilstandsgrad på 1,45 indikerer at en betydelig del av bygningsmassen har behov for vedlikehold eller oppgraderinger.¹³

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 1,2.¹⁴

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

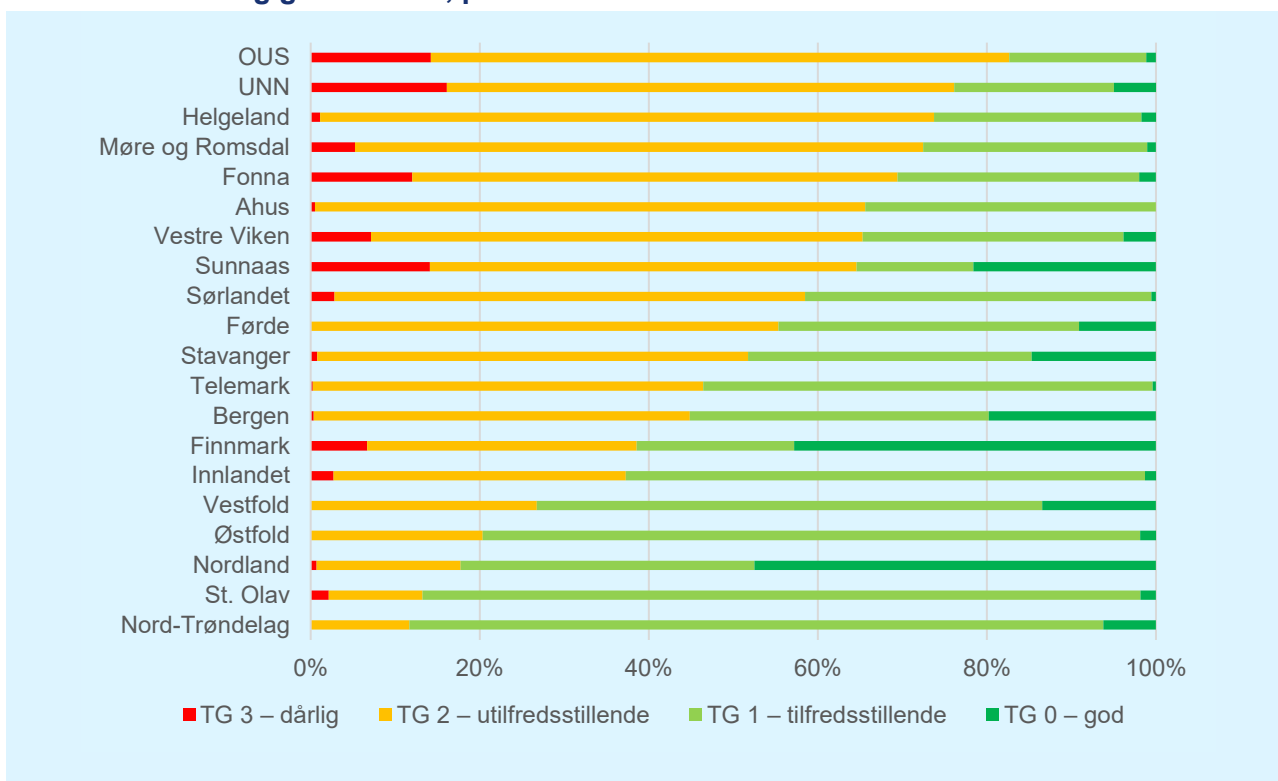
¹¹ I Fonna er Haugesund sykehus ikke kartlagt i 2020. Den tekniske tilstanden til bygningsmassen på denne lokasjonen var utilfredsstillende i 2016, så Fonnas bygningsmasse ville sannsynligvis hatt en utilfredsstillende teknisk tilstand dersom sykehuset i Haugesund hadde blitt kartlagt i 2020.

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

¹³ Utredning: Verdibevarende vedlikehold og internhusleieordning i spesialisthelsetjenesten, Sykehusbygg 2018, s. 3.

¹⁴ 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).¹⁵ Det er gjennomført et ulikt antall tilstandsvurderinger i helseforetakene, og de gjør vurderingene med ulik hyppighet.

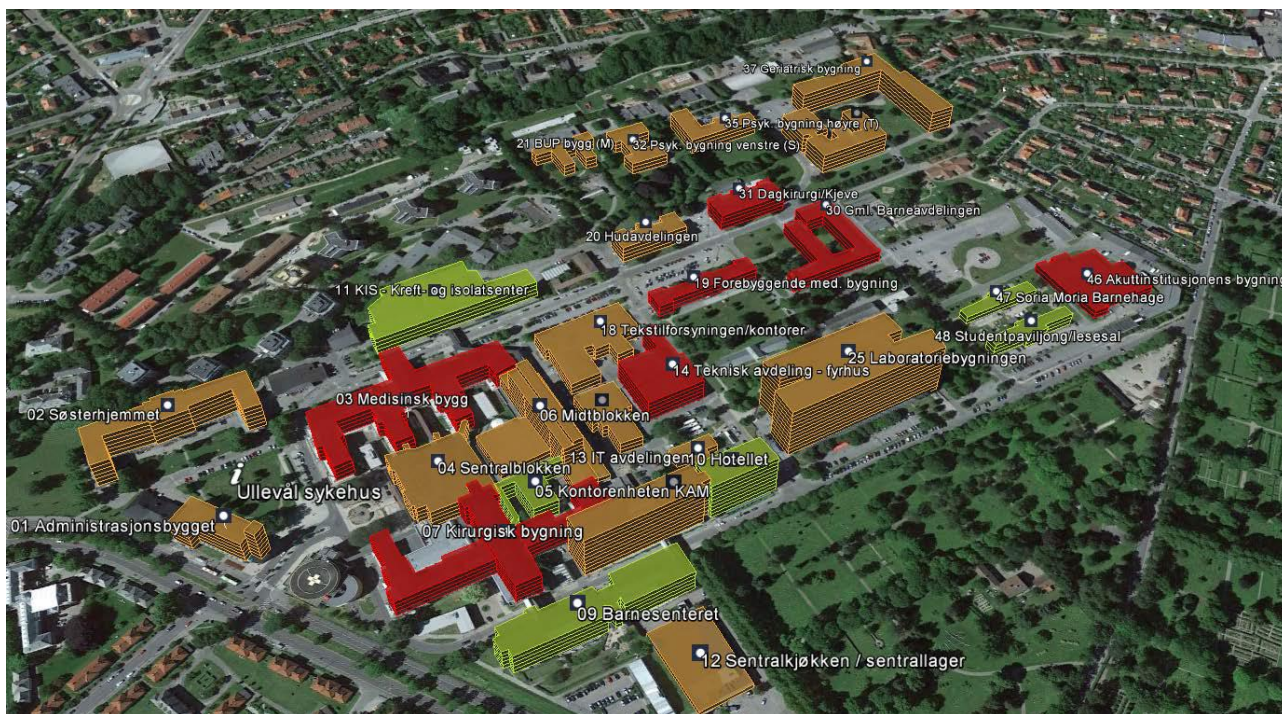
Systemet med tilstandsgrader er beskrevet i *Norsk Standard 3424:2012 – Tilstandsanalyse av byggverk – Innhold og gjennomføring*. Standarden er et verktøy til å få oversikt over tilstanden til et bygg eller deler av et bygg i forhold til et gitt referansenivå. Verktøyet gir også eventuelle tiltak som 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

¹⁵ 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:¹⁶

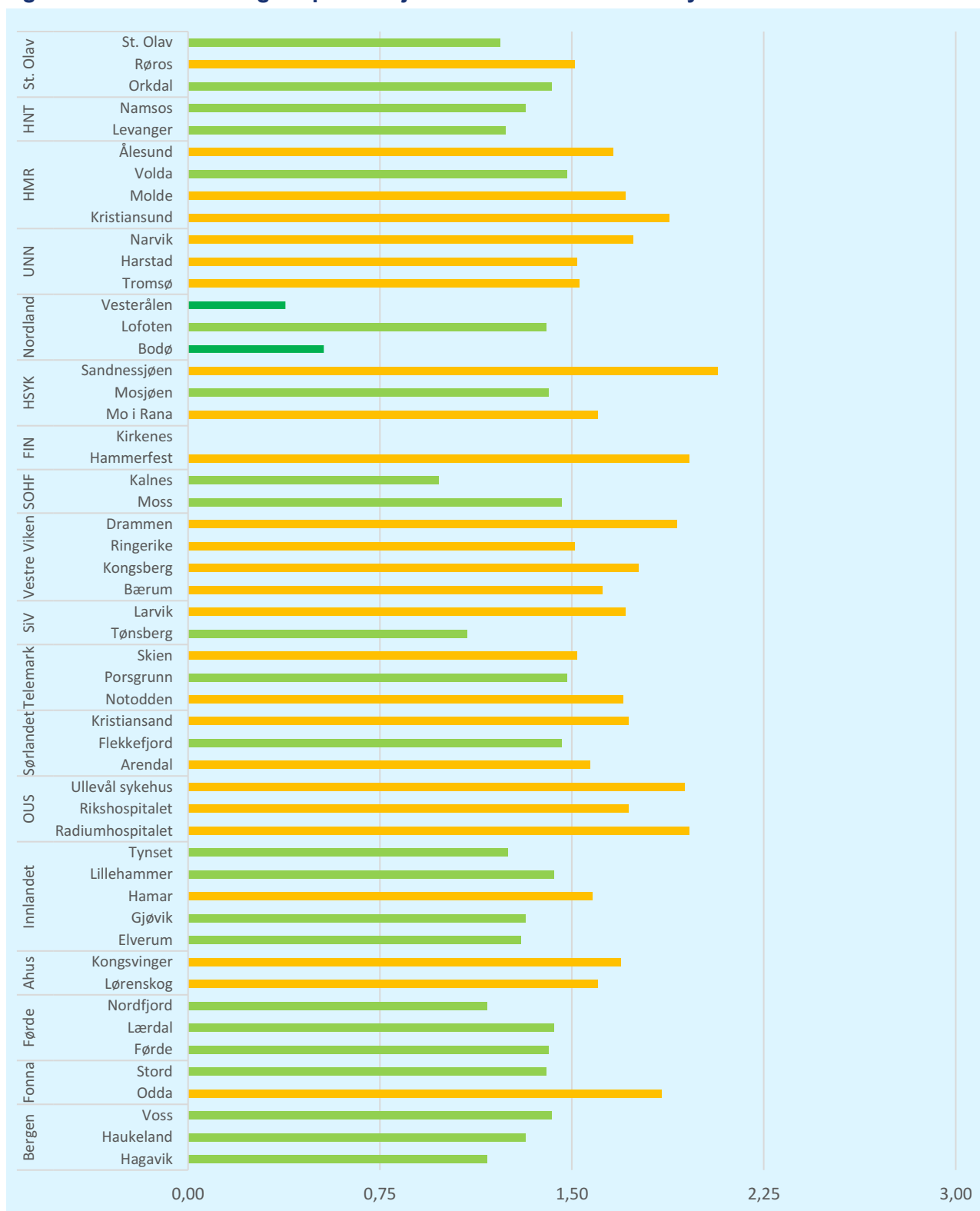
- 3 sykehus har en *meget god* teknisk tilstand.¹⁷
- 19 sykehus har en *tilfredsstillende* tilstand.
- 30 sykehus har en *utilfredsstillende* tilstand.
- Ingen sykehus har en *dårlig / meget dårlig* tilstand.

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).

¹⁶ Disse lokasjonene kan også inkludere bygg som har andre formål enn somatisk behandling.

¹⁷ 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.¹⁸

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

¹⁸ Sunnaas og Stavanger inngår ikke.

¹⁹ Nord-Trøndelag, Bergen, Førde, Østfold og Nordland.

²⁰ 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 ²¹
- at fem helseforetak har en tilstand på byggene som er *utilfredsstillende* både i 2012 og i 2020 ²²

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

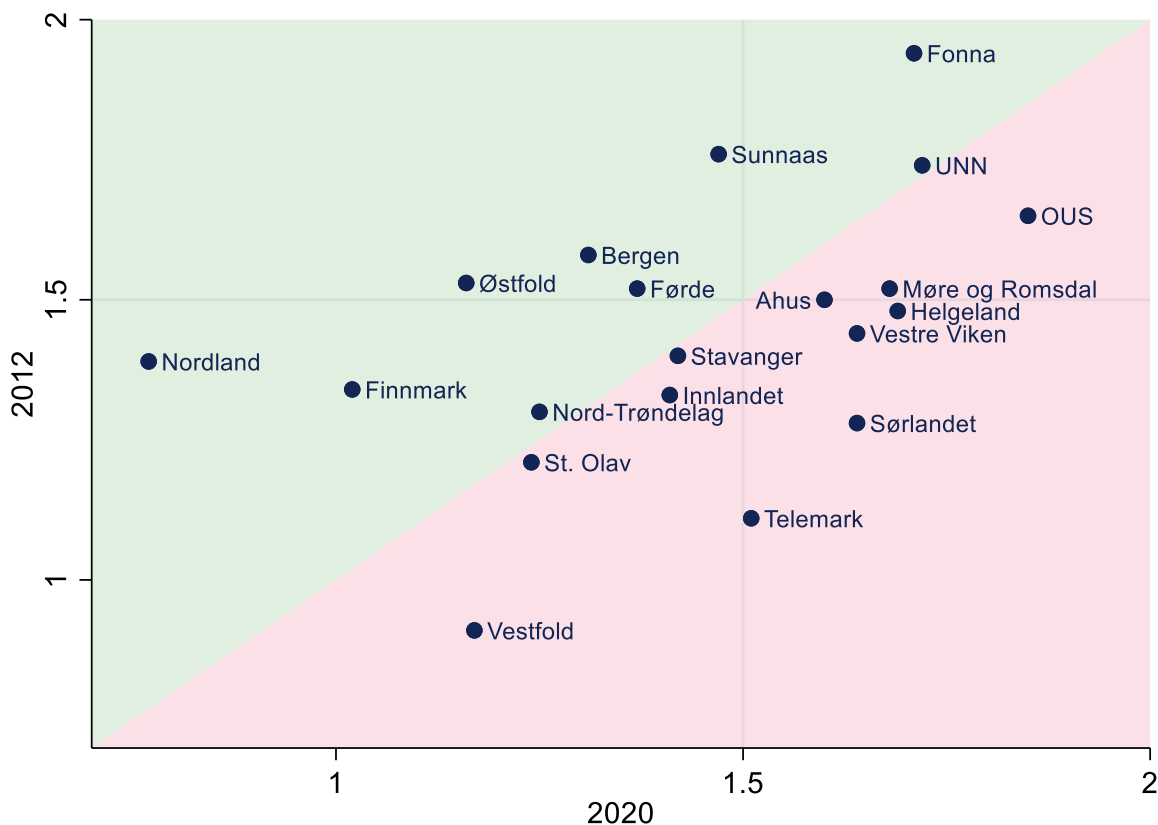
Mange av helseforetakene har hatt en relativt stor endring i den samlede tilstandsgraden uten at hovedtilstanden har endret kategori, jf. tabell 1. Figur 4 viser hvorvidt helseforetakene har hatt en positiv eller negativ utvikling i den samlede tilstandsgraden fra 2012 til 2020.

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.

²¹ Sykehuset i Kristiansand inngikk ikke i tilstandskartleggingen til Sørlandet i 2012.

²² 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 ²³
- 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.²⁴ Tre av disse helseforetakene hadde en *tilfredsstillende* teknisk tilstand på byggene både i 2012 og 2020, jf. tabell 1.²⁵

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 2020.²⁶ To helseforetak hadde en *utilfredsstillende* bygningsmasse allerede i 2012.²⁷ 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

²³ Dataene for Fonna inkluderer ikke Haugesund sykehus.

²⁴ Liten endring vil her si 0,1 eller mindre.

²⁵ St. Olav, Innlandet og Stavanger.

²⁶ Telemark, Sørlandet, Vestre Viken og Helgeland.

²⁷ 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 2021.²⁸ 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.²⁹ 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

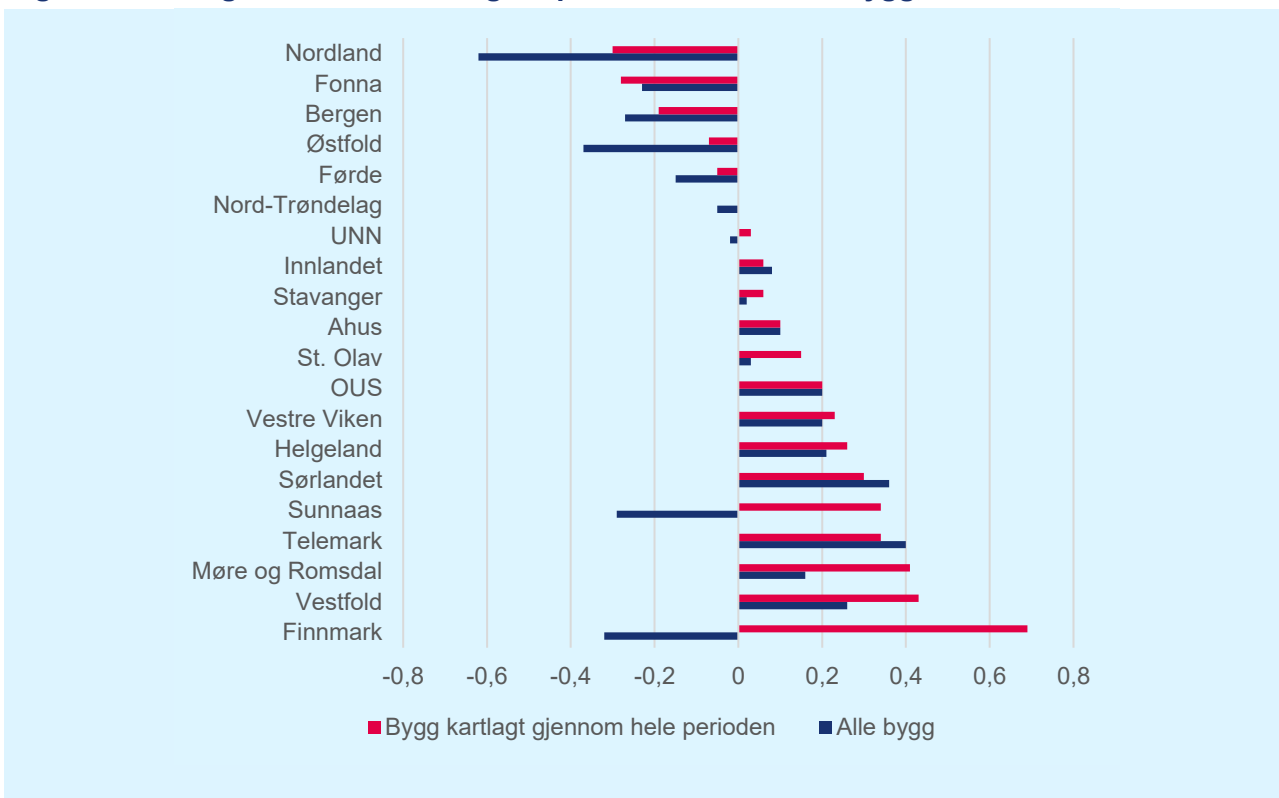
- bygg som har blitt tilstandsvurdert både i 2012, 2016 og 2020, altså bygningsmassen som var i bruk på alle målepunktene (markert i rødt)
- alle bygg som ble kartlagt enten i 2012 eller 2020 (markert i blått), noe som tilsvarende informasjonen i figur 4

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.

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

²⁹ 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 utskiftninger (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 |
|----------------------------------|--------------------------|---------------------------|-----|
| 2012 – tilfredsstillende | 58 | 22 | 80 |
| 2012 – utilfredsstillende | 19 | 33 | 52 |
| Sum | 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.³⁰

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.

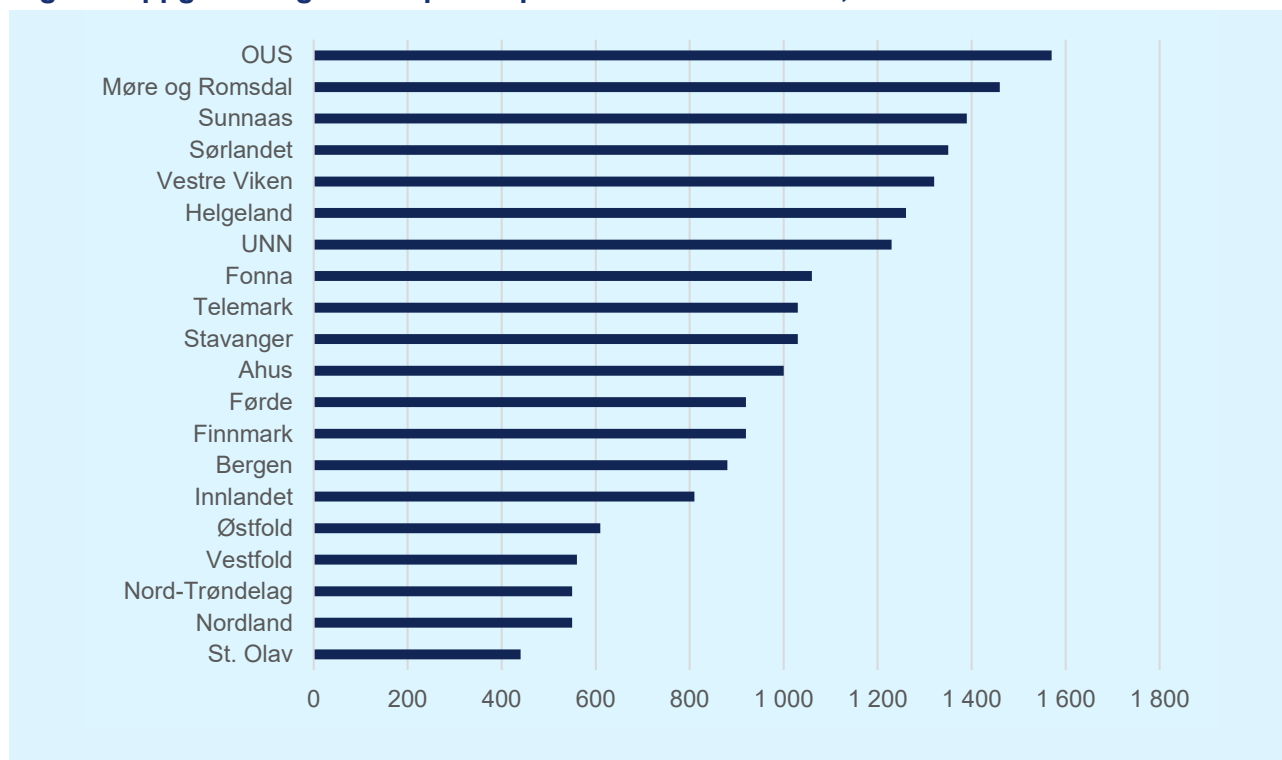
³⁰ Kilde: Multiconsult.

Tabell 3 Samlet vedlikeholdsetterslep og årlig behov per m² i helseregionene, i kroner

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

Kilde: Multiconsult

Tabell 3 viser at vedlikeholdsetterslepet varierer mellom de fire regionene.³¹ Vedlikeholdsetterslepet i Helse Sør-Øst utgjør 64 prosent av det samlede vedlikeholdsetterslepet. Figur 7 viser det samlede oppgraderingsbehovet per m² for hvert helseforetak.

Figur 6 Oppgraderingsbehov per m² 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 m² per år.³²

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

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

³² Sykehuset i Haugesund er ikke inkludert i Helse Fonna.

kroner per m² 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 m². 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.³³

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.³⁴ 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.³⁵ 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.³⁶ 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

³³ Utredning: Verdibevarende vedlikehold og internhusleieordning i spesialisthelsetjenesten, Sykehusbygg 2018, s.3.

³⁴ 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.

³⁵ Dette gjelder blant annet Ullevål sykehus (OUS) og sykehusene i Innlandet.

³⁶ *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 tilsvarer 7,4 milliarder kroner ved utgangen av 2019 og utgjorde omtrent 20 prosent av de samlede investeringene i helseforetakene.³⁷ 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

³⁷ 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

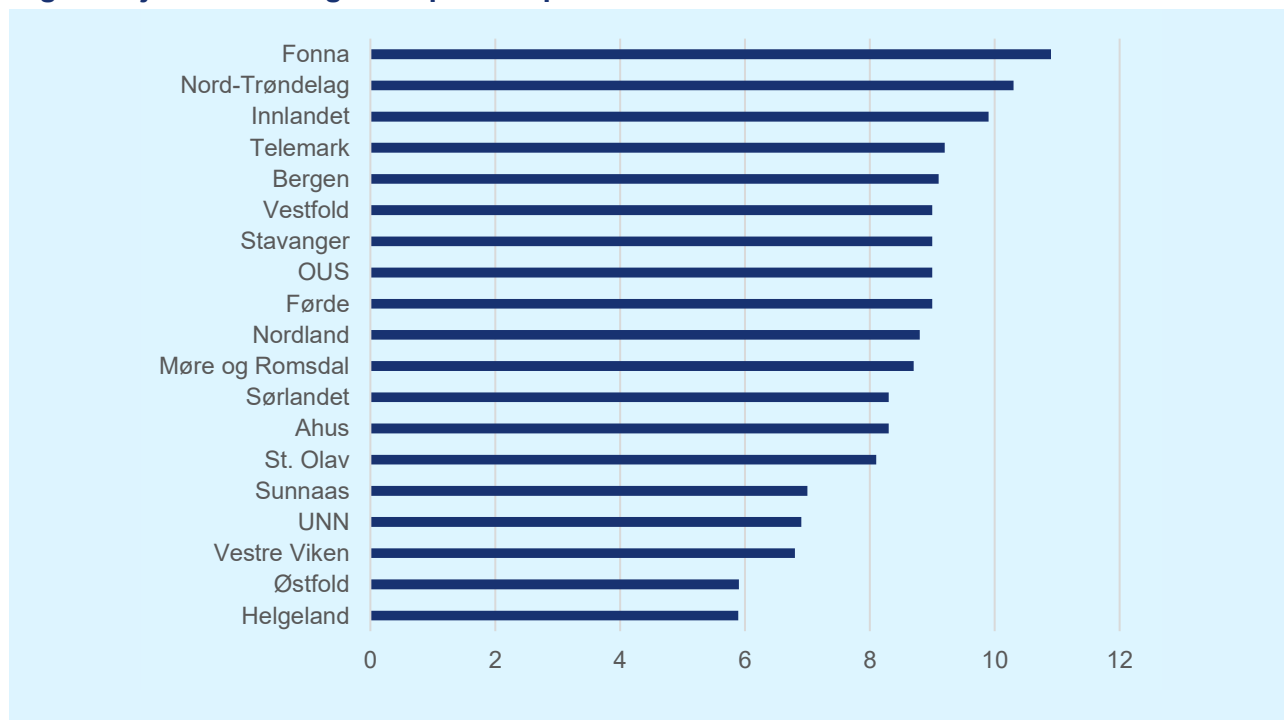
Undersøkelsen viser

- 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 ³⁸
- 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.³⁹

Figur 7 Gjennomsnittlig alder på MTU per helseforetak i 2020



Kilde: Helseforetakene og RKMTU. N = 19.⁴⁰

³⁸ 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.

³⁹ Områdeplan medisinsk-teknisk utstyr MTU ved OUS HF 2018–2021.

⁴⁰ 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.⁴¹
- 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.



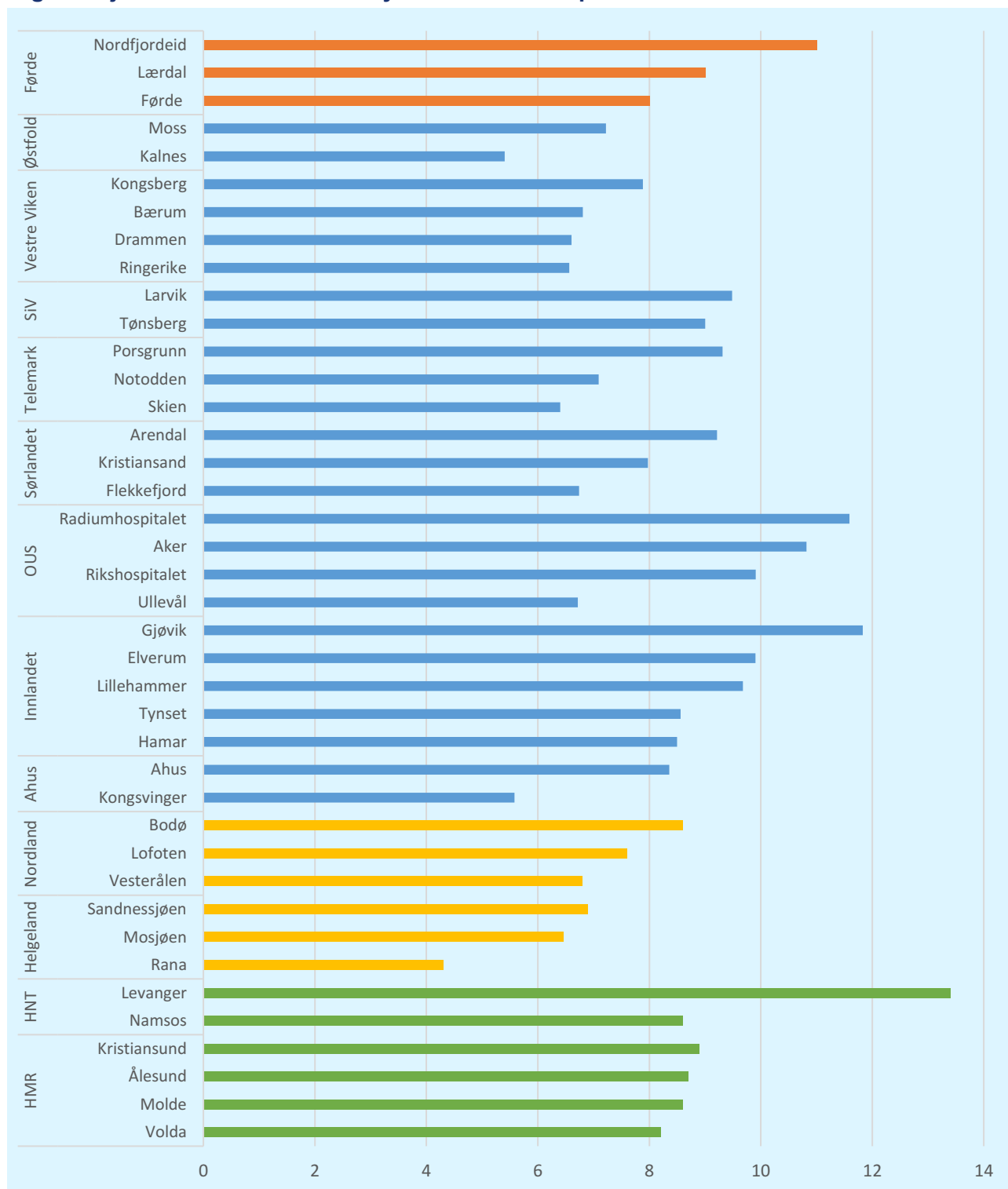
Mange typer medisinsk-teknisk utstyr brukes i sykehusene. Foto: Scandinavian StockPhoto/tyler olson.

⁴¹ 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.⁴² 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

⁴² 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 3.⁴³

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

Tabell 4 COCIR-standarden

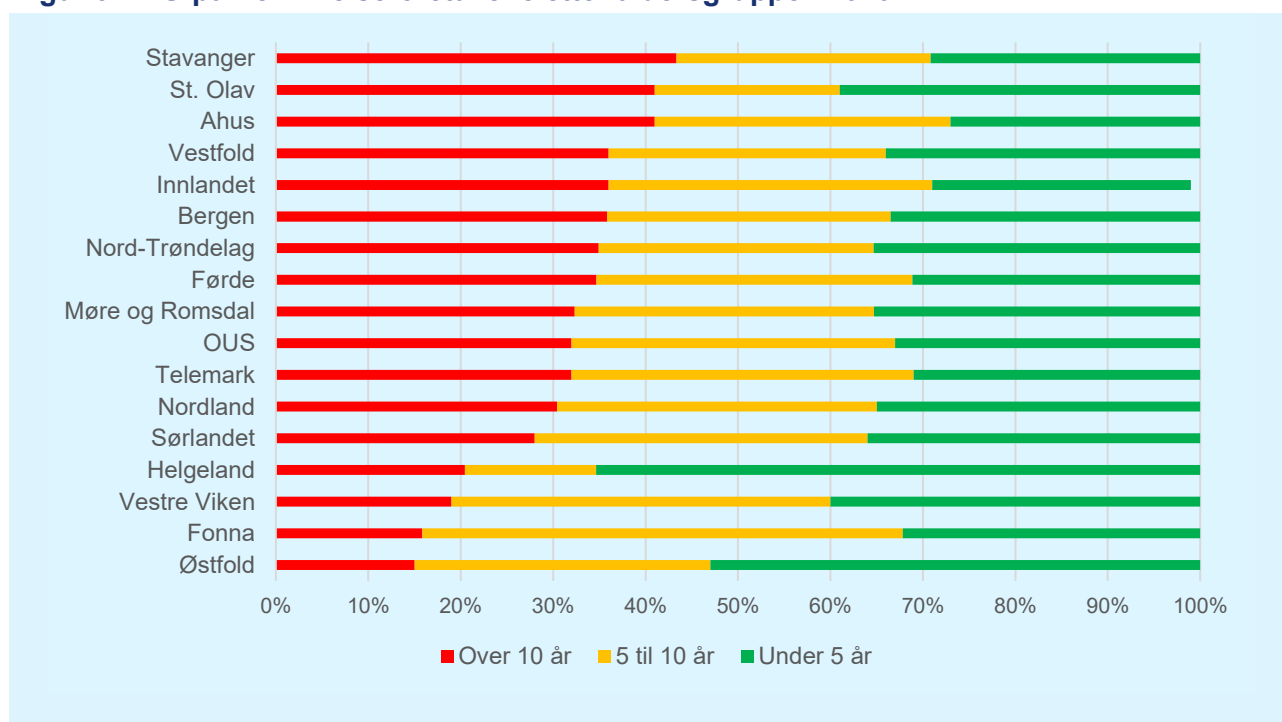
| Aldersgruppe | Beskrivelse | Anbefalt andel |
|---------------------|--|----------------|
| Under fem år | Utstyret er oppdatert | Minst 60 % |
| Mellom fem og ti år | Utstyret er fortsatt egnet for bruk, men gjenanskaffelse må planlegges | Maks 30 % |
| Over ti år | Utstyret bør skiftes ut | Maks 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 = 17.⁴⁴

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.

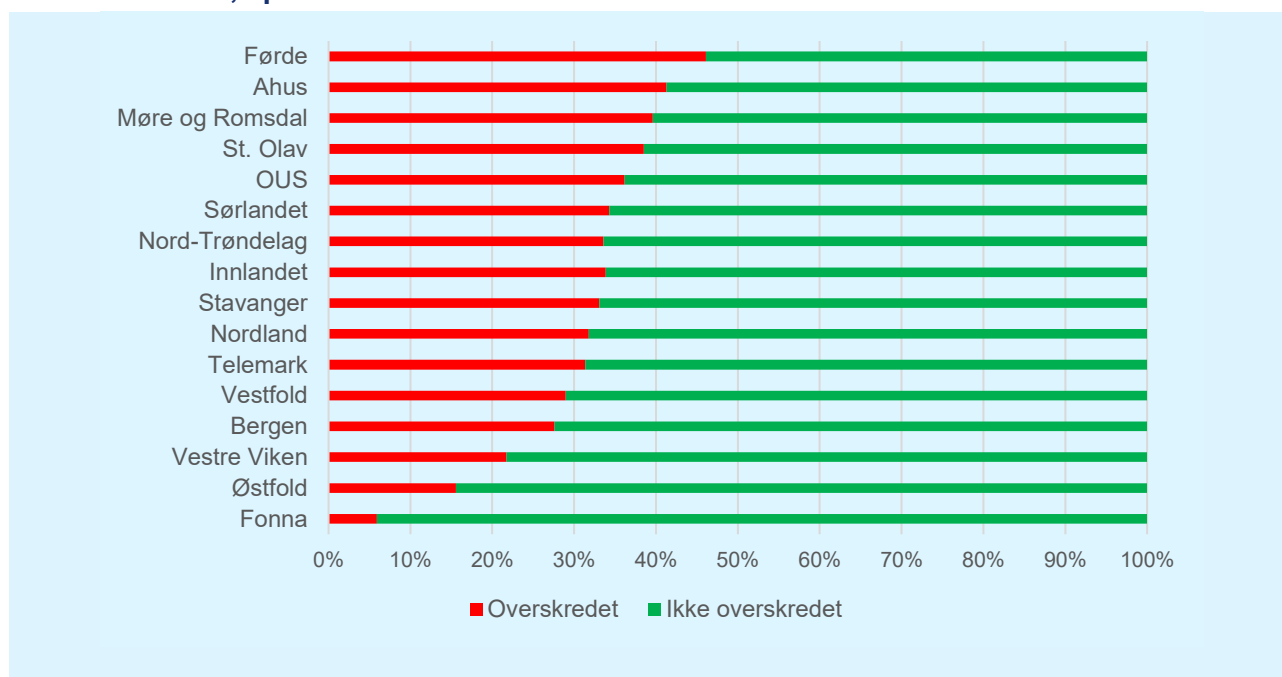
⁴⁴ Med unntak av UNN og Finnmark har alle helseforetakene oversendt en oversikt etter COCIR-standarden. Det finnes imidlertid ikke data for Sunnaas.

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.⁴⁵ 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 = 16.⁴⁶

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.

⁴⁵ 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.

⁴⁶ 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 utstyrsgupper (NKKN, som består av flere enn 2000 typer utstyr), men en slik kategorisering gir begrenset styringsmessig nytte.

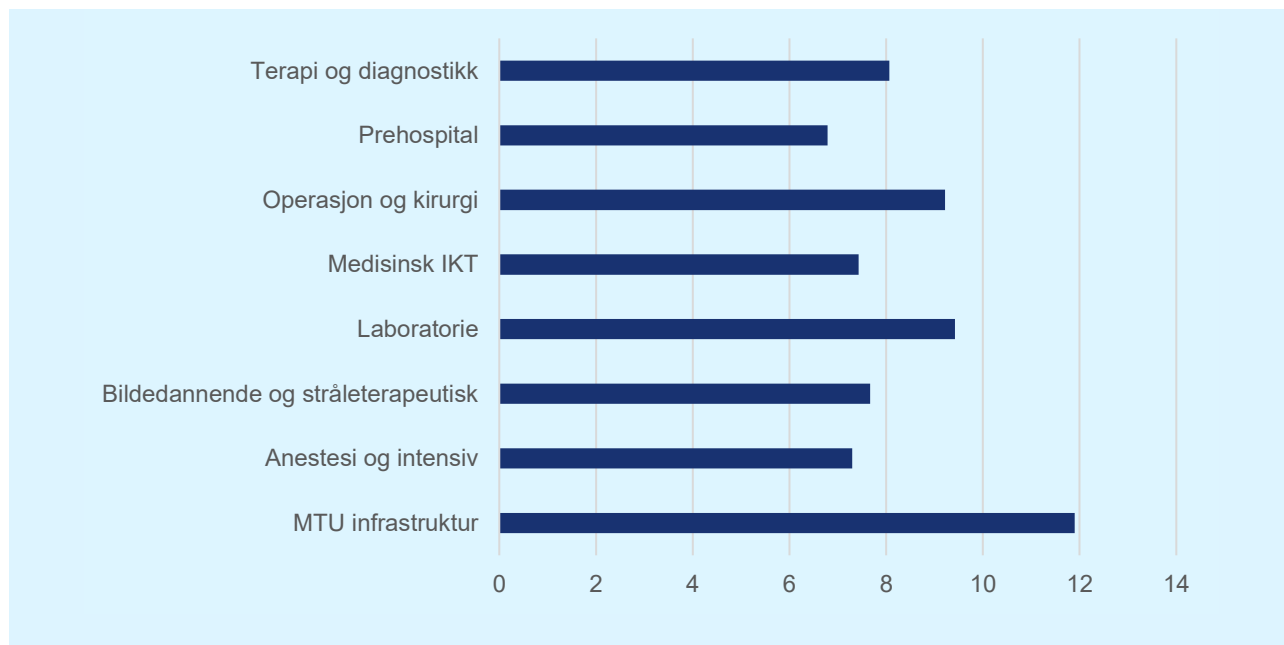
For å kunne framskaffe rapporter om alderen på ulike utstyrsgupper på en enkel måte bør utstyret være kategorisert i utstyrsregisteret. Helseforetakene i tre av helseregionene har imidlertid ikke noen felles metode for å kategorisere MTU-parken i regionen. Da er det heller ikke mulig å sammenligne status og utvikling i ulike utstyrskategorier 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 utstyrskategorier 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

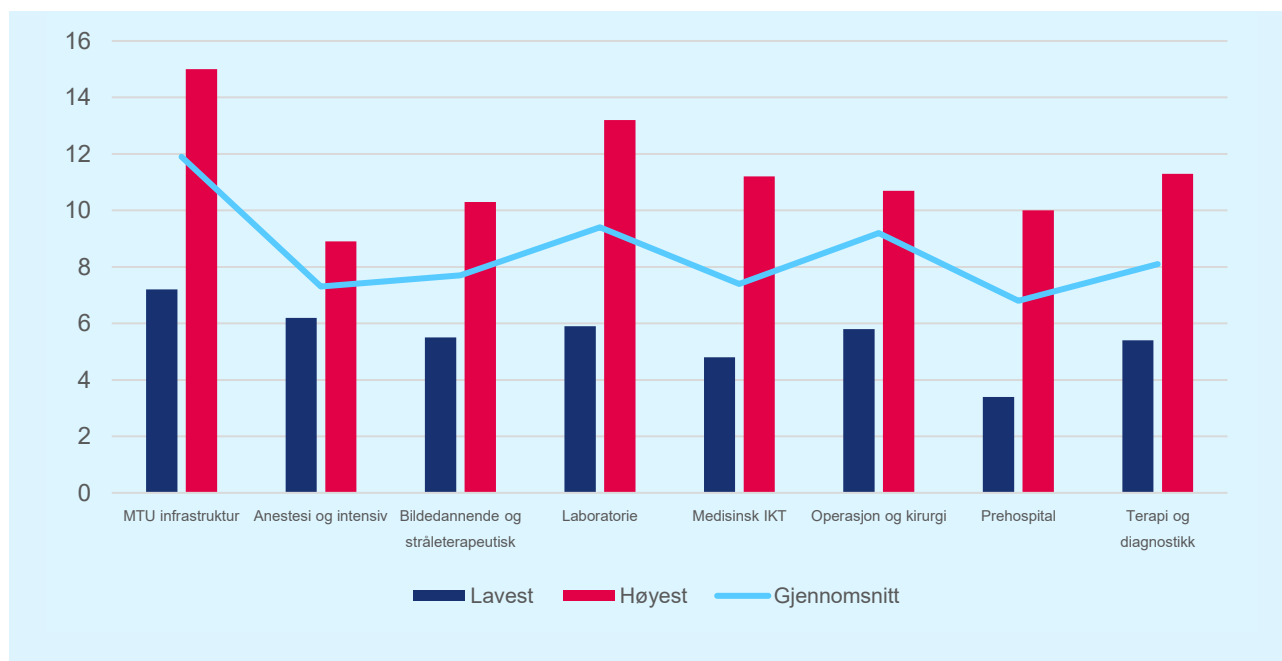
Figur 11 viser gjennomsnittsalderen på medisinsk-teknisk utstyr i ulike kategorier i helseforetakene i Helse Sør-Øst. Gjennomsnittsalderen varierer fra nesten sju år i innkjøpsgruppa «prehospital» til nær tolv år i gruppa «MTU infrastruktur».

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

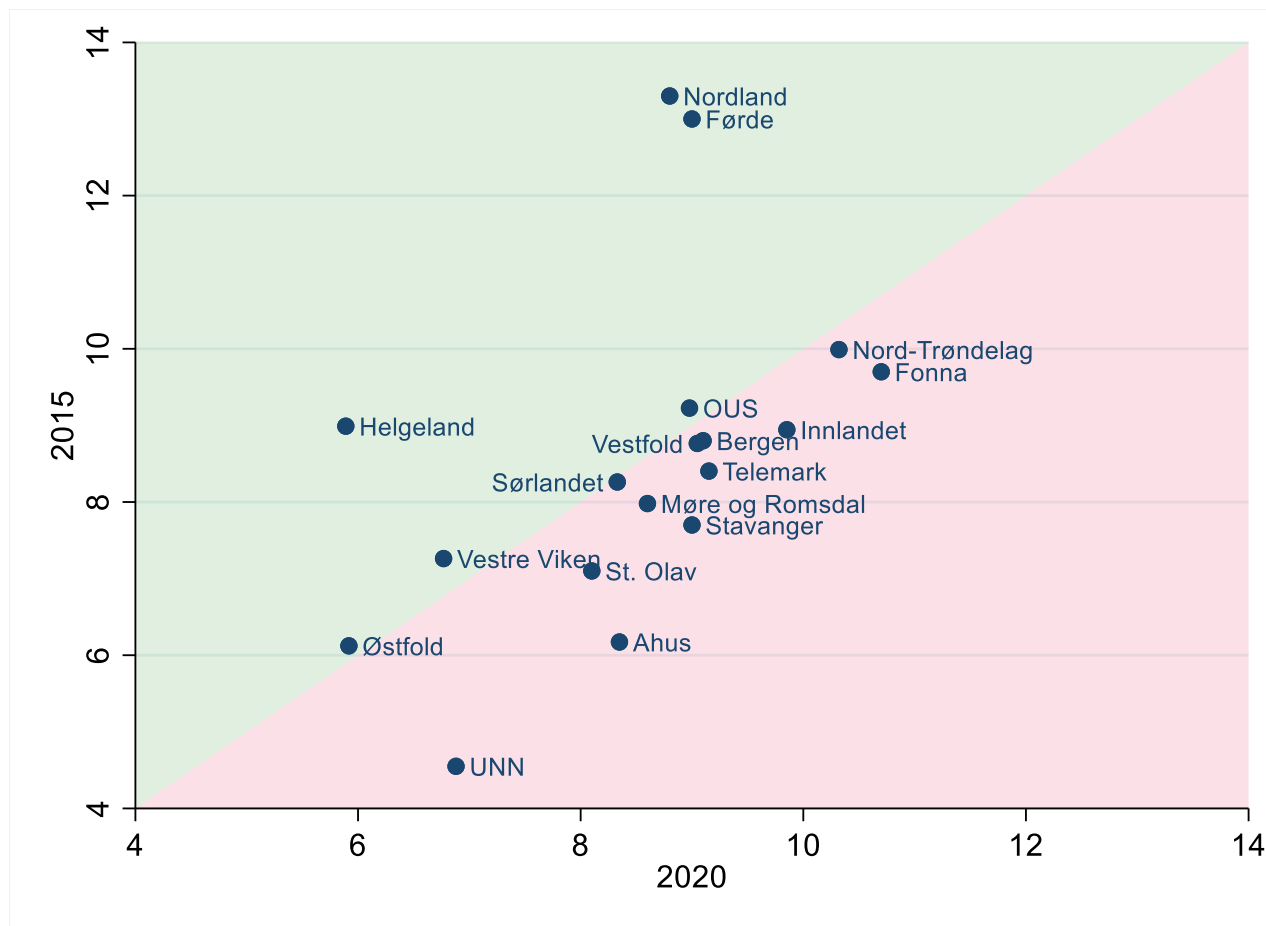
Undersøkelsen viser

- 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 = 18.⁴⁷

⁴⁷ 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.⁴⁸

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 2020.⁴⁹ 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-standardene.

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 2015.⁵⁰

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 2020.⁵¹ I tre andre helseforetak har alderen derimot økt ved alle sykehusene.⁵² 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 akse i figur 14 viser andelen av MTU-parken som er eldre enn ti år i 2020, mens den vertikale akse 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.

⁴⁸ UNN, Ahus, Stavanger, Fonna og St. Olav.

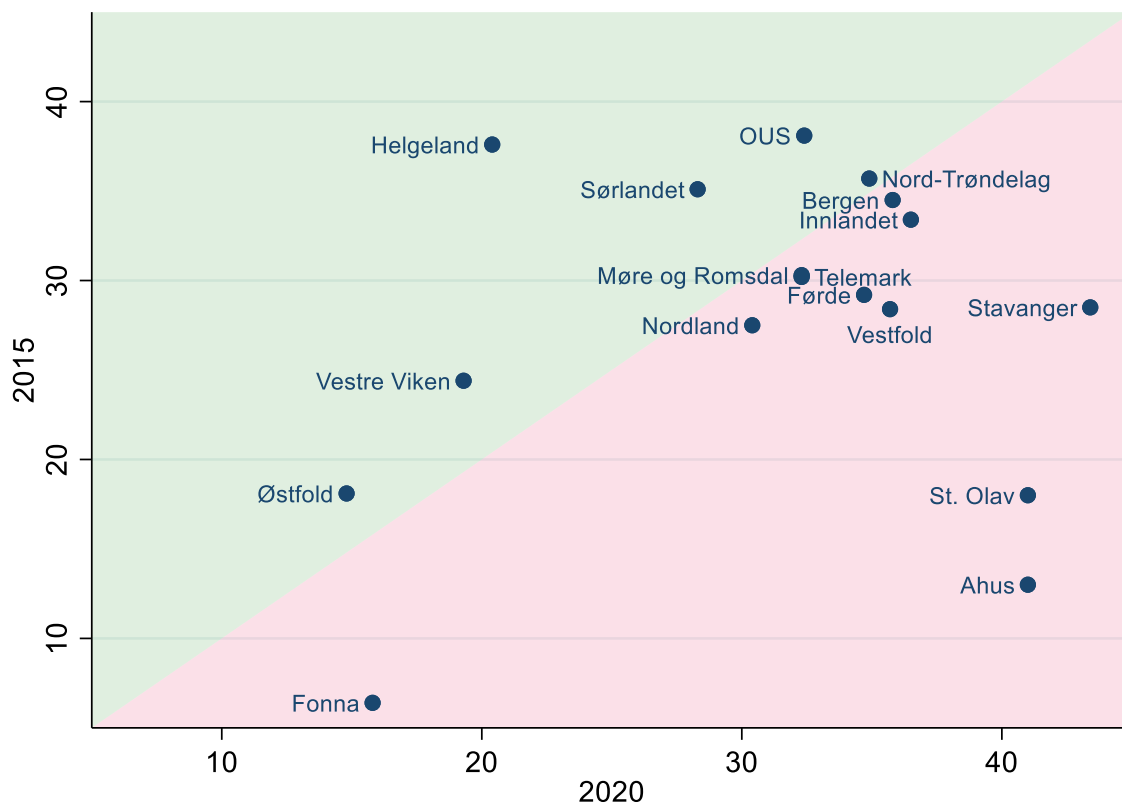
⁴⁹ Sørlandet, Vestfold, Telemark, Nord-Trøndelag, Møre og Romsdal og Bergen.

⁵⁰ Unntakene er OUS, Førde og Nordland.

⁵¹ Førde, Helgeland og Nordland.

⁵² 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 = 17.⁵³

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.⁵⁴ 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.⁵⁵

⁵³ Det finnes ikke data for UNN, Sunnaas og Finnmark.

⁵⁴ Nordlandssykehuset, Innlandet, Møre og Romsdal, Telemark og Bergen.

⁵⁵ 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.

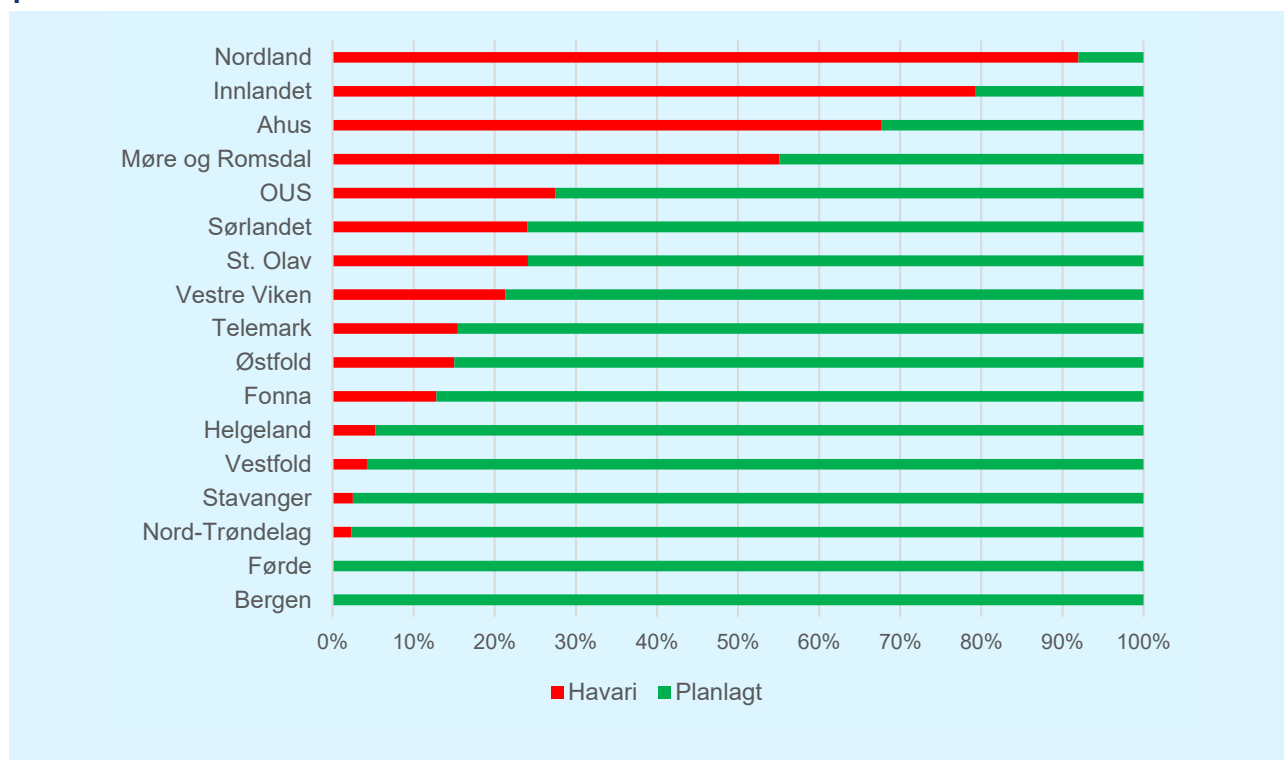
For det enkelte av disse helseforetakene er det imidlertid mulig å beregne utviklingen i gjennomsnittsalderen i ulike kategorier av medisinsk-teknisk utstyr. Hovedinntrykket er at gjennomsnittsalderen på MTU-parken har økt i flertallet av de største kategoriene av medisinsk-teknisk utstyr også i helseforetakene 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 = 17.⁵⁶

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.

⁵⁶ 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.⁵⁷ Den gjennomsnittlige andelen havariinvesteringer i disse var omtrent 20 prosent i 2015, og andelen økte til omtrent 30 prosent i 2019.⁵⁸ 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.⁵⁹

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

⁵⁸ 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.

⁵⁹ 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 2019.⁶⁰ 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.⁶¹ 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.⁶²

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.

⁶⁰ Brev fra Helse- og omsorgsdepartementet 31.08.21.

⁶¹ Nord-Trøndelag.

⁶² 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

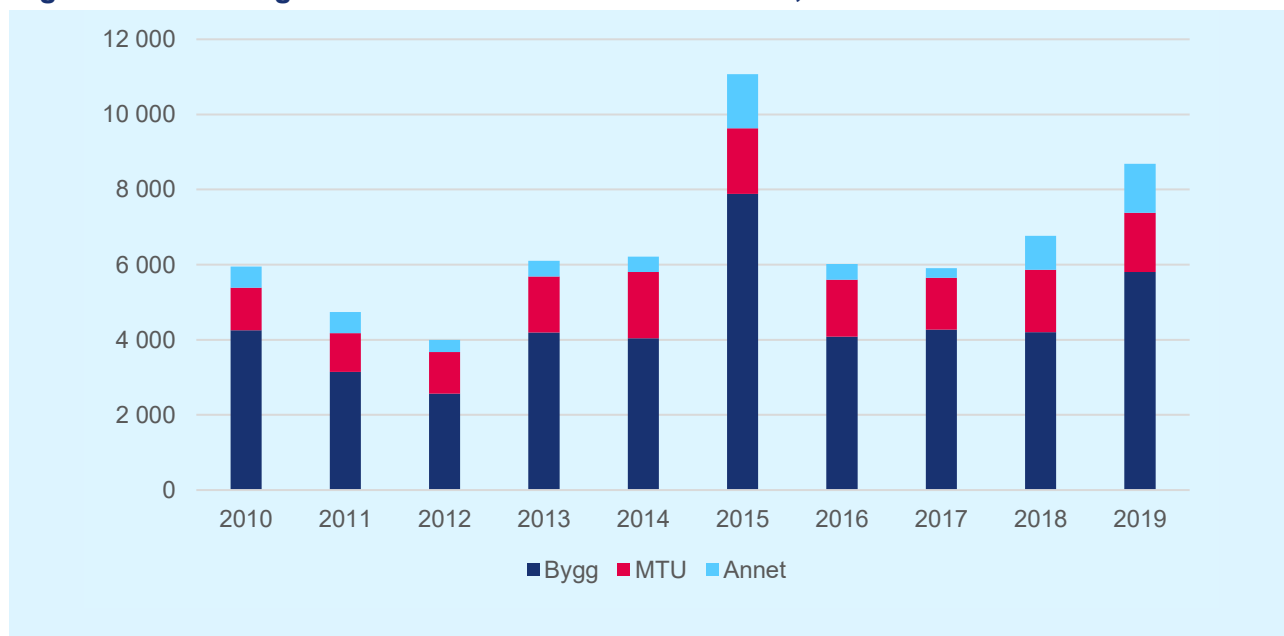
- at investeringsnivået har vært på et jevnt nivå i mange av årene etter 2012
- at verdien på varige driftsmidler er lavere i 2019 enn i 2010 i omtrent halvparten av helseforetakene
- at verdien på byggene er lavere i 2019 enn i 2010 i nesten halvparten av helseforetakene
- at utviklingen i verdien på 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 2019.⁶³ 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 2019.⁶⁴ 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.

⁶³ Brev fra Helse- og omsorgsdepartementet 31.08.21.

⁶⁴ 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.⁶⁵ Det høye investeringsnivået i 2019 skyldes i hovedsak investeringer i bygg i fire ulike helseforetak.⁶⁶

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

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 2015.⁶⁸ 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.⁶⁹

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.⁷⁰

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.

⁶⁵ 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.

⁶⁶ Fonna, Bergen, Stavanger og Vestre Viken.

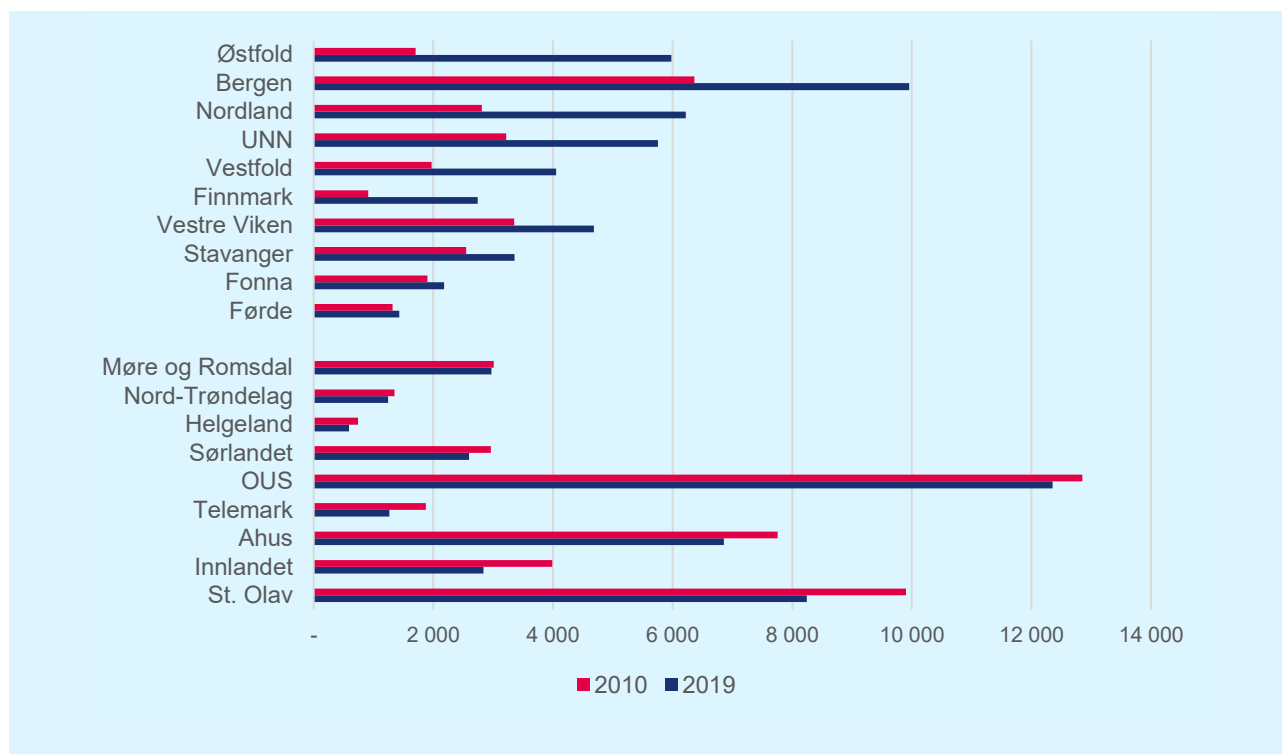
⁶⁷ Østfold i 2015. Bergen, Fonna, Stavanger og Vestfold i 2019.

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

⁶⁹ 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.

⁷⁰ 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 = 19.⁷¹

Figur 17 viser at ni helseforetak har en lavere verdi på de varige driftsmidlene i 2019 enn i 2010.⁷²

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.⁷³

⁷¹ Sunnaas inngår ikke.

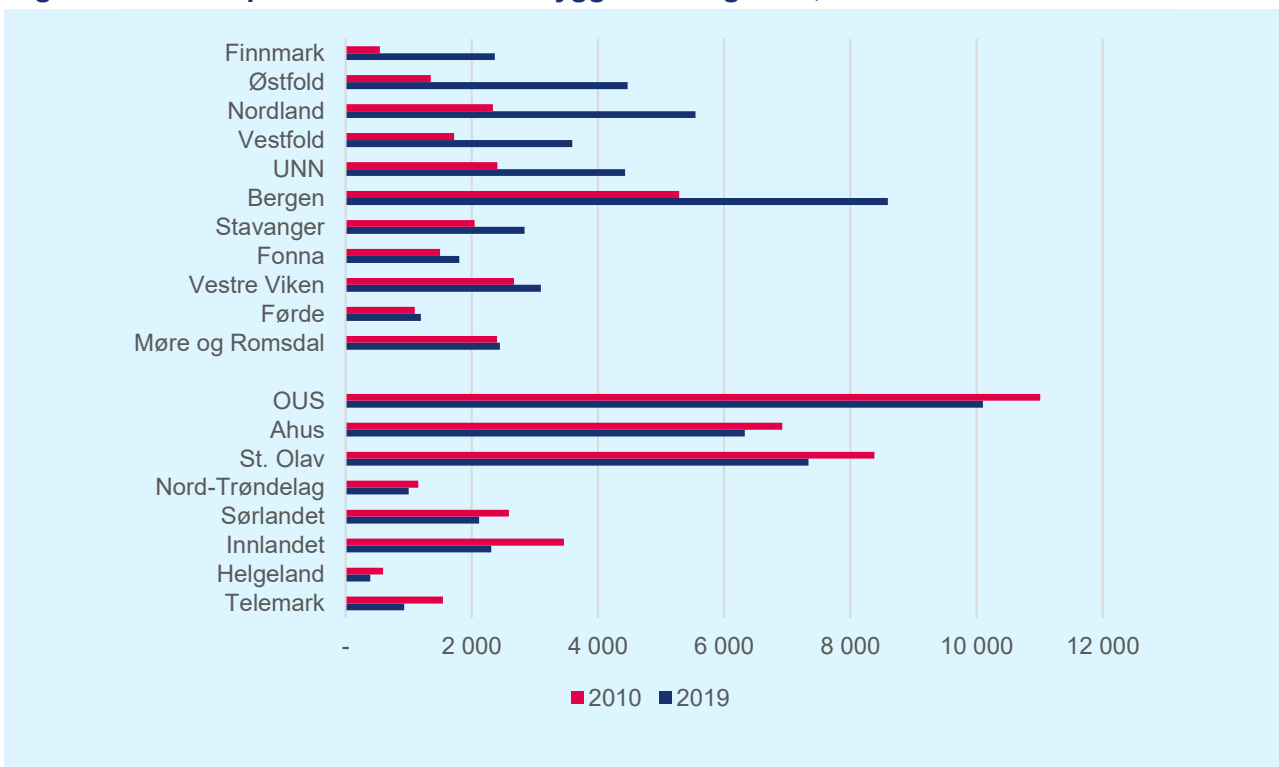
⁷² Dette omfatter alle de tre helseforetakene i Helse Midt-Norge.

⁷³ 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 = 19.⁷⁴

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.⁷⁵

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.⁷⁶

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

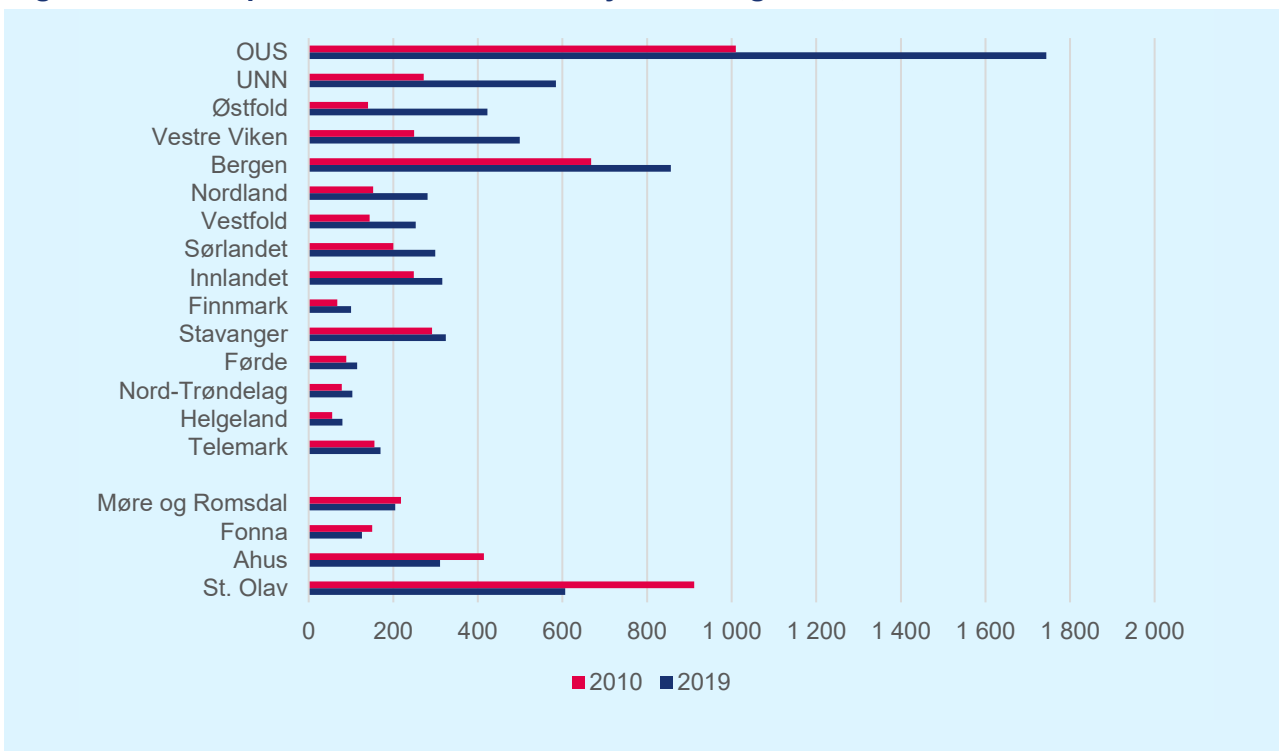
Verdien på det medisinsk-teknisk utstyret i helseforetakene økte samlet fra 5,5 milliarder kroner i 2010 til 7,4 milliarder kroner i 2019; det tilsvarer en økning på 34 prosent. Dette tilsier at investeringene i medisinsk-teknisk utstyr samlet sett har vært høyere enn avskrivningene i perioden. Figur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

⁷⁴ Sunnaas inngår ikke i oversikten.

⁷⁵ Førde, Østfold, Finnmark, Nordland, UNN, Bergen og Fonna.

⁷⁶ Nord-Trøndelag.

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



Kilde: Helseforetakene. Verdiene er nominelle. N = 19.⁷⁷

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

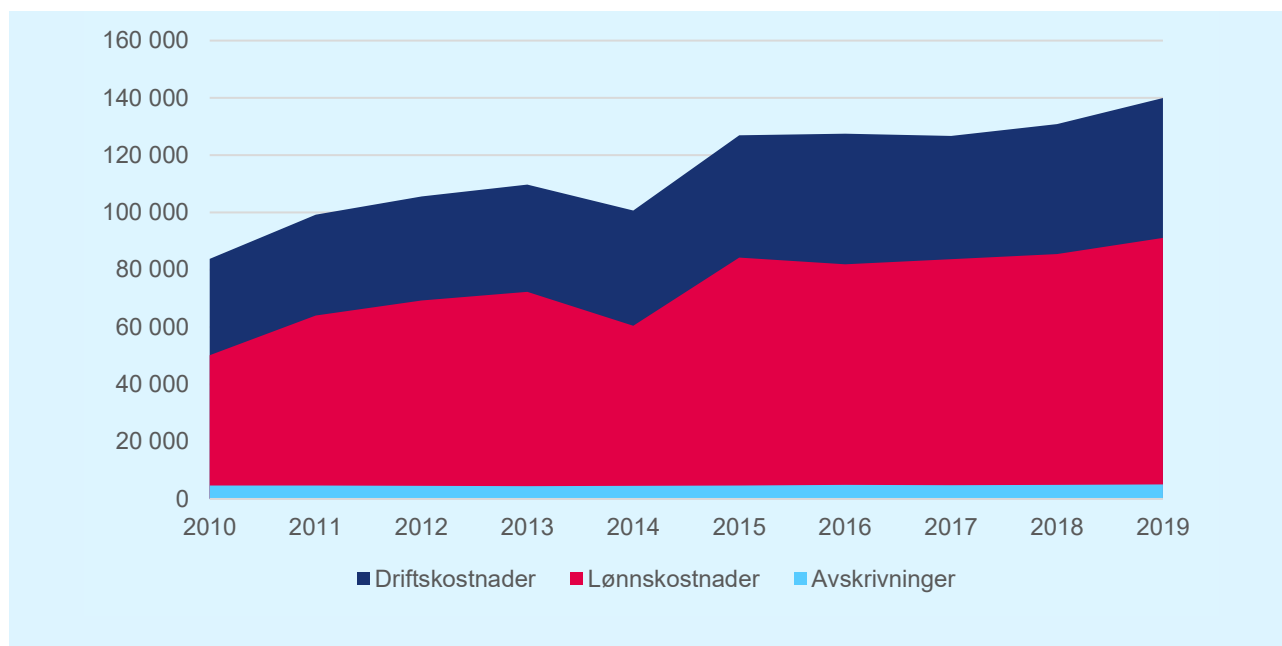
Undersøkelsen viser at i begge disse universitetssykehusene er mer enn 30 prosent av utstyret mer enn ti år gammelt.

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.

⁷⁷ 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.⁷⁸ 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.⁷⁹

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.⁸⁰ 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.

⁷⁸ Kilde: SSB.

⁷⁹ 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.

⁸⁰ 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 2010⁸¹, 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.

⁸¹ 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 2010.⁸² 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.

⁸² 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.

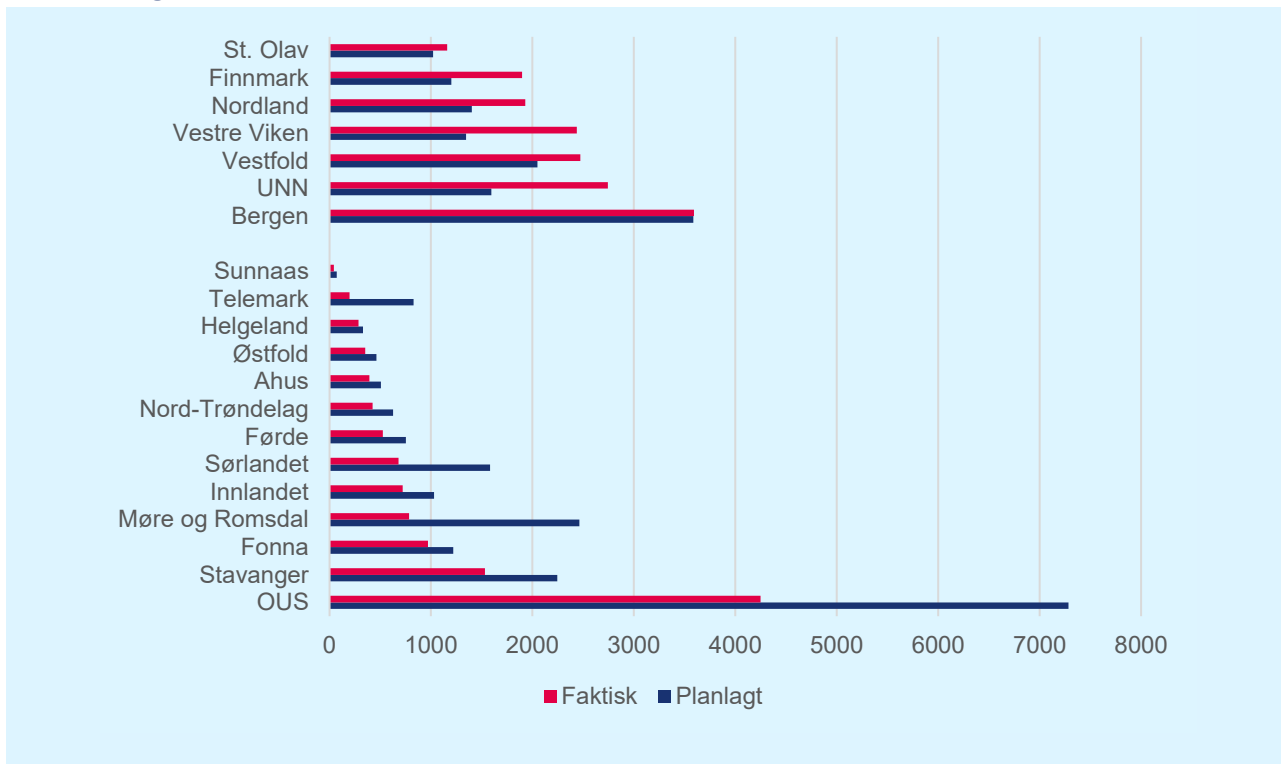
Alle helseforetakene i Helse Vest utarbeidet økonomiske langtidsplaner fra 2010. De fleste helseforetakene i Helse Sør-Øst begynte med dette i planene for 2011, mens to av foretakene i Helse Midt-Norge ikke startet med en slik praksis før i 2015. Helseforetakene i Helse Nord utarbeider langsiktige investeringsplaner,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

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

⁸³ 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.⁸⁴ 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.

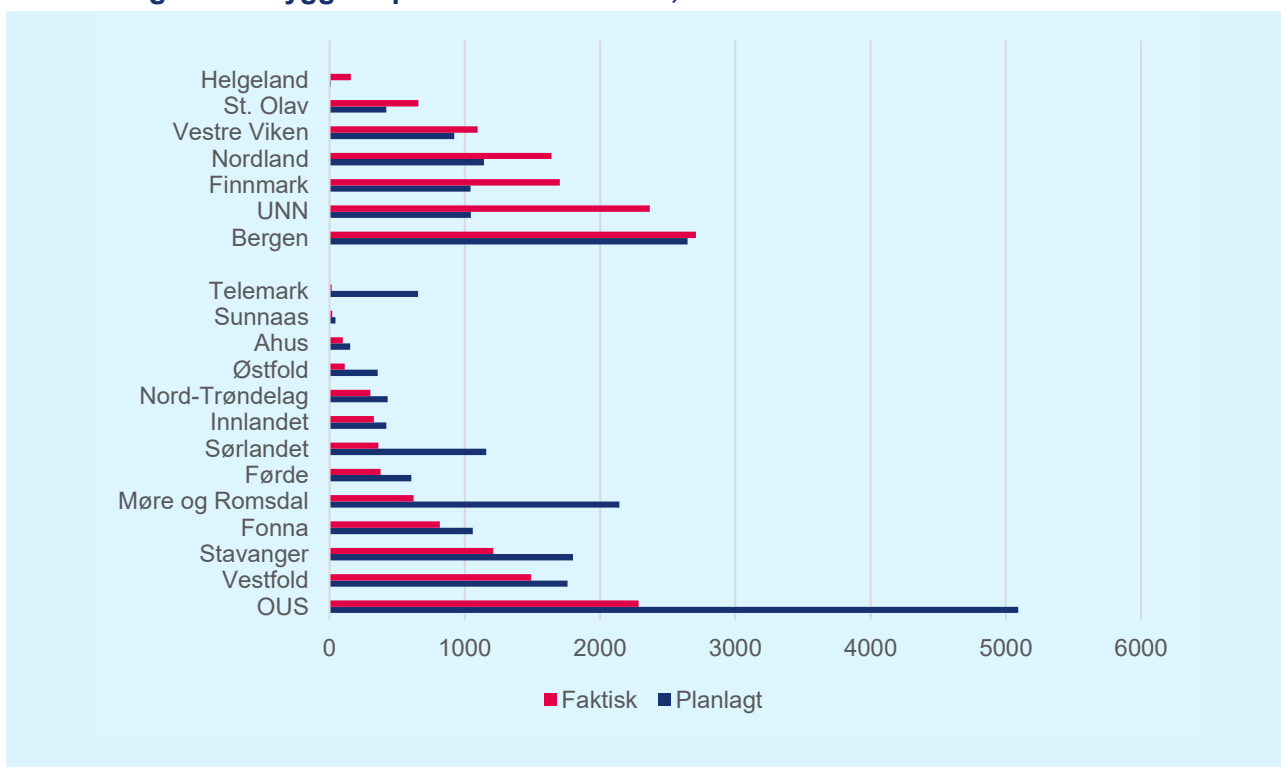
Flertallet har utfordringer med å nå det planlagte investeringsnivået for bygg

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.

⁸⁴ 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.⁸⁵ Kun ett av helseforetakene i Helse Sør-Øst gjorde det samme.⁸⁶

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.

⁸⁵ Bergen og St. Olav.

⁸⁶ Vestre Viken.

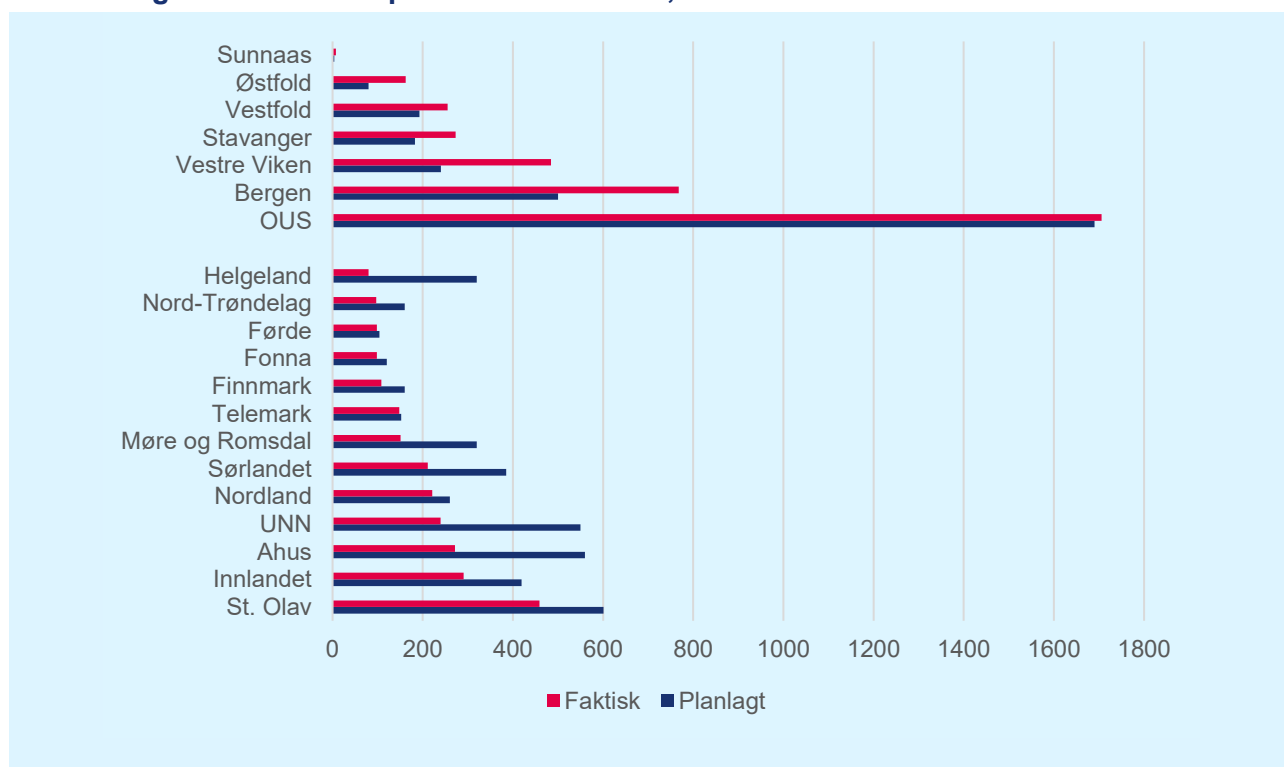
Helse- og omsorgsdepartementet påpeker at helseforetakenes innspill til økonomisk langtidsplan ikke innebærer en endelig beslutning om gjennomføring av store investeringsprosjekter, men synliggjør en investeringsplan som forutsetter tilslutning fra det regionale helseforetaket, som ivaretar prioriteringer 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 trettent 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 trettent 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.⁸⁷ Blant de åtte helseforetakene der gjennomsnittsalderen økte mest, var det bare ett helseforetak som nådde de planlagte investeringene i langtidsplanen.⁸⁸

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.»*⁸⁹

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.

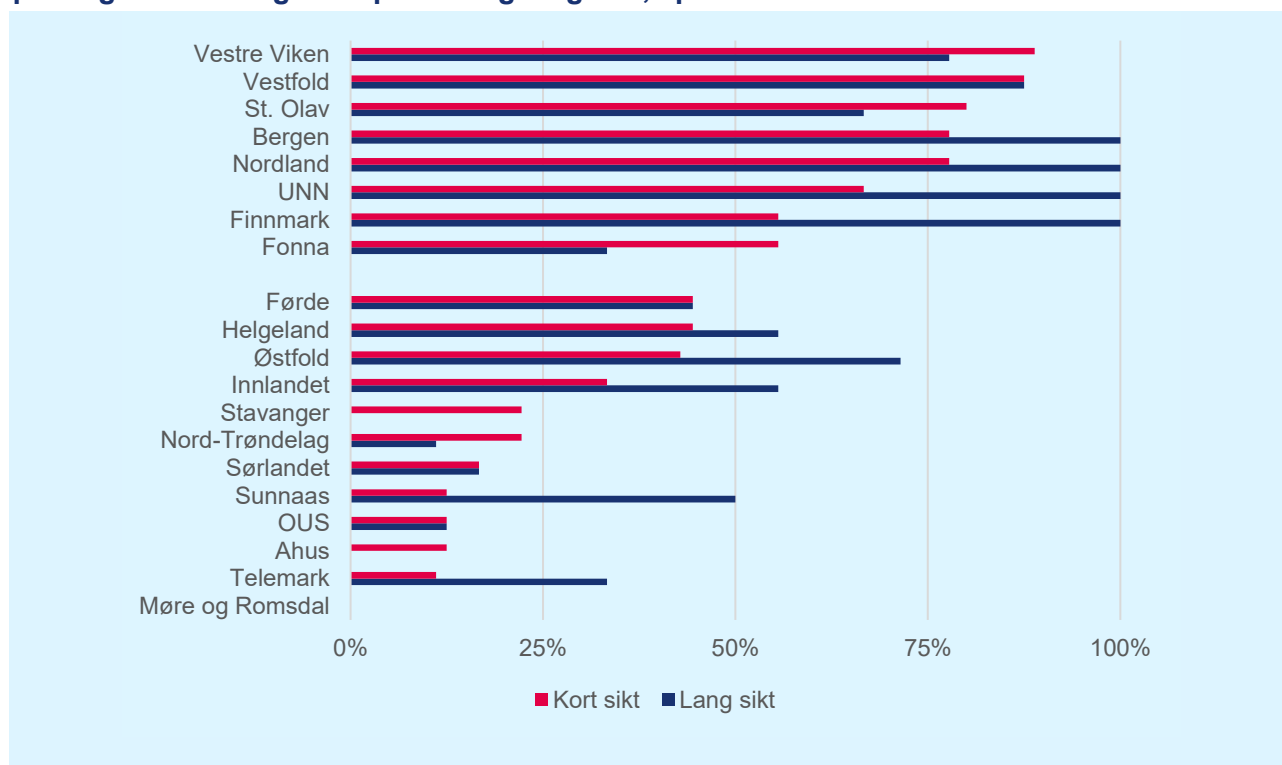
Vi har undersøkt om de helseforetakene som oftest nådde det planlagte investeringsnivået i det første året av de økonomiske langtidsplanene etter 2010, var de samme helseforetakene som oftest nådde det planlagte investeringsnivået for hele planperioden. Figur 25 viser i hvor stor andel av de økonomiske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

⁸⁷ Vestre Viken, OUS og Østfold.

⁸⁸ Stavanger.

⁸⁹ 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,⁹⁰ lavere i seks⁹¹ og like i tre helseforetak.⁹²

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 2010.⁹³

⁹⁰ Ahus, Innlandet, Telemark, Bergen og Stavanger.

⁹¹ OUS, Vestre Viken, Sørlandet. Førde, Møre og Romsdal, og Nord-Trøndelag.

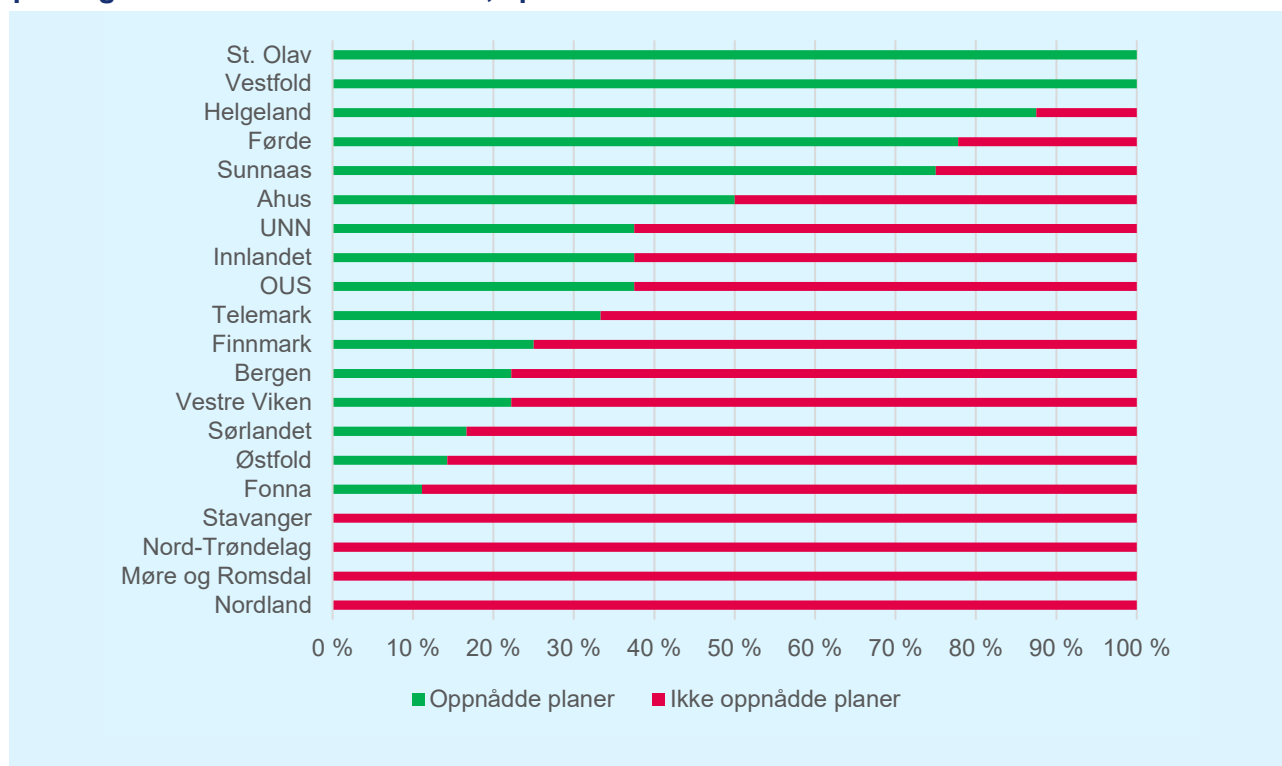
⁹² Data mangler for de andre helseforetakene.

⁹³ 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.⁹⁴

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.⁹⁵ 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.

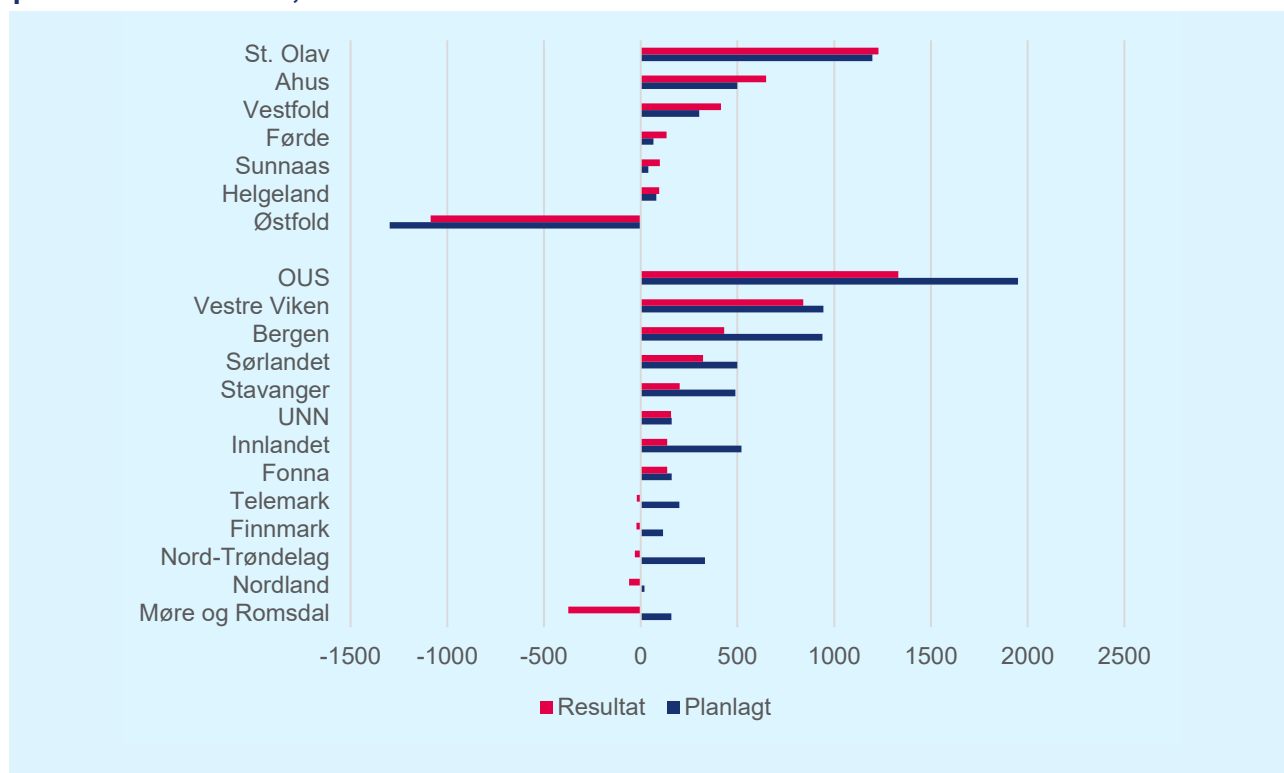
⁹⁴ Helseforetakene begynte på ulike tidspunkter (mellom 2010 og 2015) å utarbeide økonomiske langtids-/investeringsplaner og har derfor ikke utarbeidet like mange rapporter siden 2010.

⁹⁵ 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.⁹⁶ 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 2016–2019.⁹⁷ Fem av disse hadde et dårligere resultat enn planlagt.⁹⁸

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

⁹⁶ Brev fra Helse- og omsorgsdepartementet 21.09.21.

⁹⁷ Møre og Romsdal, Nord-Trøndelag, Finnmark, Nordland, Telemark og Østfold.

⁹⁸ Østfold hadde et lavere negativt resultat enn planlagt.

Flere helseforetak har derfor nedskalert planlagte økonomiske resultater i årsbudsjettene.

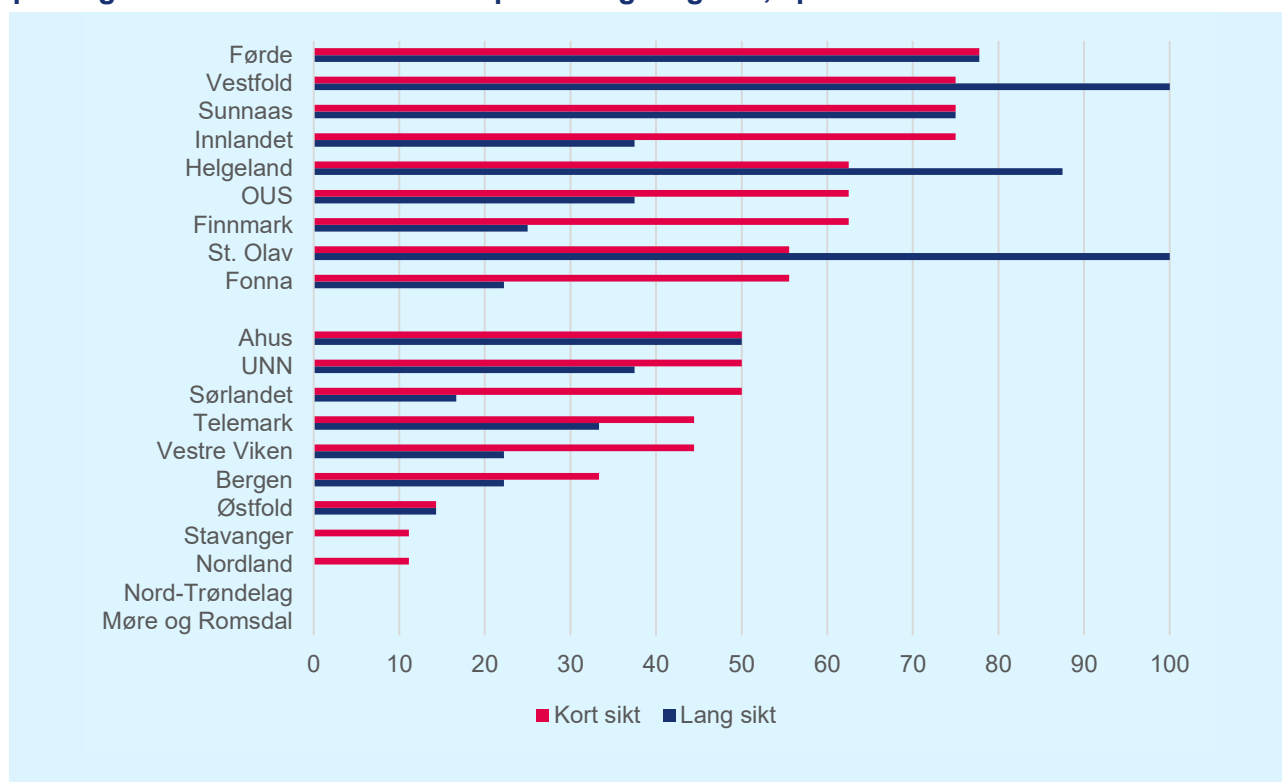
Det er ingen klar sammenheng med hensyn til om helseforetakene når det planlagte økonomiske resultatet i langtidsplanen, og om de når det planlagte investeringsnivået. Dette skyldes blant annet at store investeringer kan finansieres av statlige eller regionale lån, og da er helseforetaket mindre avhengig 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.⁹⁹ 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



⁹⁹ 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.¹⁰⁰

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.¹⁰¹

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.¹⁰²

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).¹⁰³ 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.¹⁰⁴ Flere

¹⁰⁰ Kun Ahus har bedre måloppnåelse på lang sikt enn disse sju.

¹⁰¹ Disse aktørene inkluderer blant annet økonomidirektør, controller, ledere for klinikk, fagforening, direktør.

¹⁰² Helgeland, UNN, Nord-Trøndelag og Ahus.

¹⁰³ Helseforetakene i Helse Nord utarbeider ikke egne økonomiske langtidsplaner, men flerårige investeringsplaner.

¹⁰⁴ 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">• Styret legger premisser og føringer for den økonomiske langtidsplanen.• Det første budsjettskrivet med forutsetninger og rammer sendes ut til klinikkene. |
| Mars | <ul style="list-style-type: none">• Klinikkene oversender innspill til oppdateringer av den økonomiske langtidsplanen til ledelsen.• Det er dialog mellom ledelsen og klinikkene om innspillene til den økonomiske langtidsplanen.• Det er strategi- og budsjettmøter i ledergrupper. |
| April | <ul style="list-style-type: none">• Helseforetaket oversender et utkast til økonomisk langtidsplan til det regionale helseforetaket for kvalitetssikring og dialog. |
| Mai | <ul style="list-style-type: none">• Den økonomisk langtidsplanen behandles i helseforetakets styre. |
| Juni | <ul style="list-style-type: none">• Det regionale helseforetaket vedtar regional økonomisk langtidsplan. Denne legger premisser for utarbeidelsen av årsbudsjettet for det neste året.• Premissene for effektiviseringskravene sendes fra ledelsen til klinikkene. |
| August | <ul style="list-style-type: none">• Klinikkene starter opp arbeidet med å nå effektiviseringskravene (noen helseforetak starter før). |
| September | <ul style="list-style-type: none">• Klinikkene arbeider i dialog med økonomiavdelingene med å utarbeide utkast til driftsbudsjettet, inkludert aktivitetsbudsjett. |
| Oktober | <ul style="list-style-type: none">• Helseforetaket får informasjon om eventuelle endringer som følge av Prop. 1 S.• Klinikkene prioriterer investeringer innenfor den økonomiske rammen. |
| November | <ul style="list-style-type: none">• Budsjettet blir ferdigstilt, inkludert investeringsbudsjettet. |
| Desember | <ul style="list-style-type: none">• Helseforetaket leverer det ferdige årsbudsjettet til det regionale helseforetaket.• Årsbudsjettet for neste år behandles av styret i helseforetaket. |

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.¹⁰⁵ 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.¹⁰⁶ Vi har ikke undersøkt hvordan anskaffelser gjennomføres.

Det er vanlig at det er klinikkledelsens oppgave å gi innspill til prioriteringer mellom investeringer. Klinikkløderen 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

¹⁰⁵ Fonna, Møre og Romsdal og UNN.

¹⁰⁶ 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.¹⁰⁷

Ledelsen i helseforetakene gir overordnede rammer for investeringer innenfor hvert fagområde i forbindelse med de årlige budsjettprosessene.¹⁰⁸ 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.»¹⁰⁹

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.

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

¹⁰⁸ Blant annet bygg og medisinsk-teknisk utstyr.

¹⁰⁹ 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.¹¹⁰

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 2019.¹¹¹ 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.¹¹² Dette gjelder samtlige år for fire helseforetak. Helseforetakene synes derfor gjennomgående å være urealistiske i planleggingen av vedlikeholdsbudsjettet.

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

¹¹¹ Data mangler fra UNN.

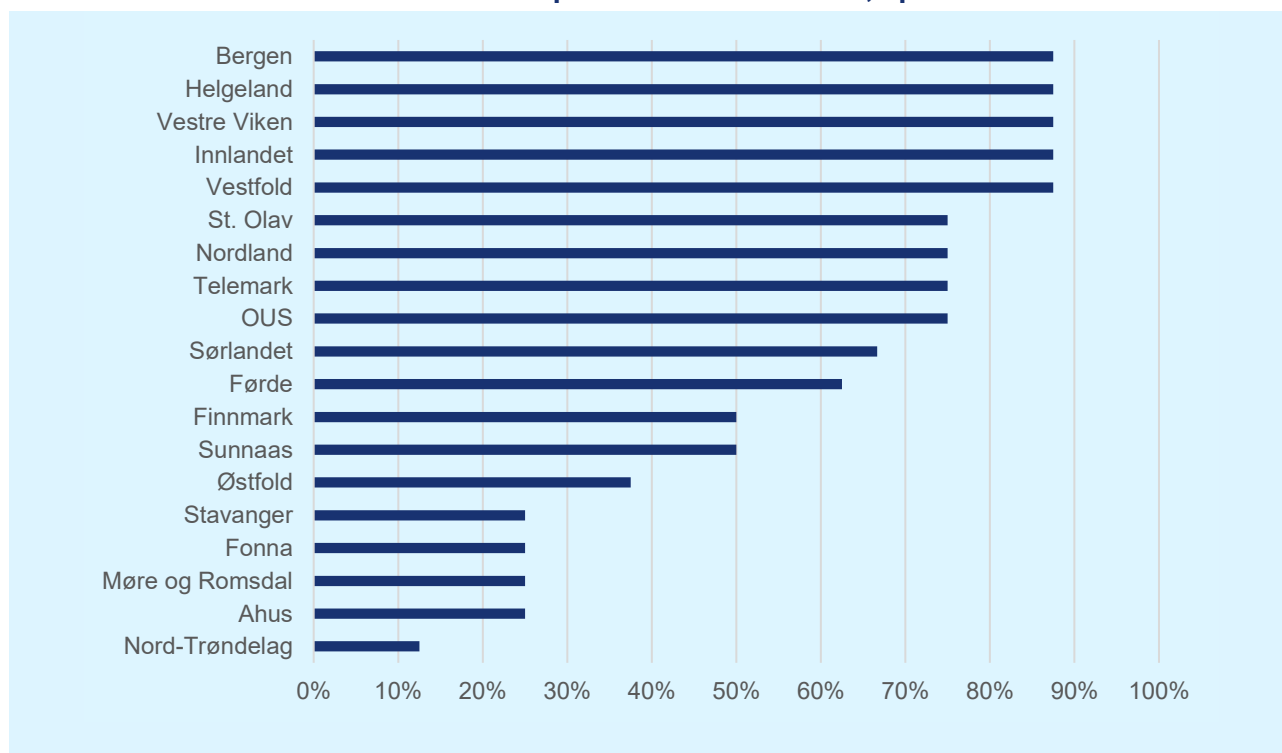
¹¹² Fonna, Stavanger og Nordland.

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 = 19.¹¹³

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.

¹¹³ 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).¹¹⁴ 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).¹¹⁵
- To andre helseforetak brukte henholdsvis tre og tolv prosent mer på vedlikehold i andre periode enn i første periode.¹¹⁶

Dersom vi tar høyde for 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 2012.¹¹⁷

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.¹¹⁸ 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 m² per år på vedlikehold over byggenes levetid. Disse helseforetakene må også rapportere hvor mye de planlegger å bruke på vedlikehold og utskiftning per m² 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.

¹¹⁴ 18 helseforetak. Data mangler for UNN og Sørlandet.

¹¹⁵ Finnmark, Nordland, Helgeland, St. Olav og Innlandet.

¹¹⁶ Vestfold og OUS.

¹¹⁷ Helgeland, St. Olav, Innlandet, Stavanger, Telemark og Vestfold.

¹¹⁸ 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.¹¹⁹ Åtte av helseforetakene har oversendt en overordnet plan for eiendommer og/eller vedlikehold.¹²⁰ Fire av planene er en plan for bygningsmassen, som inkluderer analyser av byggenes tilstand.¹²¹

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.

¹¹⁹ Overordnet plan viser til en samlet langsiktig plan for vedlikehold av foretakets bygningsmasse, til forskjell fra vedlikeholdsplaner for enkeltbygg.

¹²⁰ Telemark, Førde, UNN, OUS, Helgeland, Ahus, St. Olav og Vestre Viken.

¹²¹ 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 utstyr¹²²

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.¹²³ 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.

¹²² Helseforetakene er bedt om å oversende helseforetakets gjeldende overordnede eiendoms-/vedlikeholdsstrategi eller tilsvarende og den gjeldende overordnede planen/strategien for MTU, dersom den finnes.

¹²³ 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 tilstandsopplysningene 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 hovedkomponent¹²⁴
- det tekniske oppgraderingsbehovet fordelt på lokasjon og hovedkomponent
- det samlede oppgraderingsbehovet per lokasjon og per m²
- utviklingen over tid i andelen tilstandsgrad 1, 2 og 3 på komponentnivå

UNNs rapport inkluderer i tillegg en vurdering av tilpasningsdyktighet og såkalt levedyktighet.¹²⁵

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.

¹²⁴ Hovedkomponentene er bygning, VVS, elkraft, tele og auto, andre installasjoner og utendørs.

¹²⁵ «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.¹²⁶ 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».¹²⁷ 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.¹²⁸

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 dokumenter¹²⁹ 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.¹³⁰
- 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 m².

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.¹³¹
- 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

¹²⁶ 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.

¹²⁷ Styresak 21/18 Status bygningsmessig vedlikehold – registrert teknisk tilstand.

¹²⁸ For eksempel Møre og Romsdal, Vestre Viken, Helgeland, Sørlandet og Sunnaas.

¹²⁹ Økonomiske langtidsplaner 2021–2024, utviklingsplaner, årlig melding 2019, strategier, planer og egne styresaker for perioden 2015–2018 som omhandler tilstanden til bygg.

¹³⁰ Med unntak av St. Olav, Ahus og Telemark.

¹³¹ 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.¹³² 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*.¹³³ I tillegg har noen helseforetak presentert egne saker for styret om tilstanden til MTU-parken.¹³⁴

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.¹³⁵ Foretakene i Helse Sør-Øst må i et vedlegg til den økonomiske langtidsplanen oppgi mer

¹³² Sak 057-2019 Investeringsbehov ved Sørlandet sykehus.

¹³³ Utviklingsplaner, årlig melding for 2019, økonomiske langtidsplaner for 2020–2023 og årlig budsjett (investeringsbudsjett) for 2019.

¹³⁴ 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.

¹³⁵ 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 2009.¹³⁶ 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

¹³⁶ 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).¹³⁷ 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.¹³⁸ 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.

¹³⁷ Meld. St. 11 (2015–2016) *Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019)*, s.141.

¹³⁸ 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"> – vedlikeholdsinvesteringer ved Oslo universitetssykehus – Tønsbergprosjektet ved Sykehuset i Vestfold – nytt psykiatribygg ved Sørlandet sykehus – nytt sykehus i Drammen i Vestre Viken – nytt klinikkbygg og protonanlegg ved Radiumhospitalet ved Oslo universitetssykehus – første trinn i utvikling av nye Aker og Nye Rikshospitalet ved Oslo universitetssykehus | <ul style="list-style-type: none"> – ny regional sikkerhetsavdeling ved Oslo universitetssykehus – utbygging ved Sykehuset Telemark, Skien, inkludert stråleterapi – nytt bygg for psykisk helsevern ved Akershus universitetssykehus – videreutvikling av Sykehuset Innlandet (Mjøssykehuset) – stråle- og somatikkbygg ved Akershus universitetssykehus |
| Helse Vest | 18,2 milliarder kroner | <ul style="list-style-type: none"> – byggetrinn 2 av nytt barne- og ungdomssykehus ved Haukeland universitetssjukehus i Helse Bergen – oppgradering og modernisering ved Helse Førde – oppgradering av sentralblokken ved Haukeland universitetssjukehus – nytt sykehus i Stavanger – rehabilitering og nybygg ved Haugesund sjukehus i Helse Fonna – protonbygg ved Haukeland universitetssjukehus i Helse Bergen | <ul style="list-style-type: none"> – Slutføring av byggetrinn 1 ved Stavangerutbyggingen ved gjennomføring av E-bygget – ombygging av sentralblokken ved Haukeland universitetssjukehus i Helse Bergen – et byggetrinn til ved Helse Fonna |
| Helse Midt-Norge | 10,5 milliarder kroner | <ul style="list-style-type: none"> – nytt sykehus i Nordmøre og Romsdal – Helseplattformen | <ul style="list-style-type: none"> – senter for psykisk helse ved St. Olavs hospital |
| Helse Nord | 8,4 milliarder kroner | <ul style="list-style-type: none"> – ferdigstilling av nybygg og renovering ved Nordlandssykehuset, Bodø – nytt sykehus i Narvik ved Universitetssykehuset Nord-Norge – nytt sykehus i Hammerfest ved Finnmarkssykehuset | <ul style="list-style-type: none"> – utvikling av Helgelandssykehuset |

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.¹³⁹

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

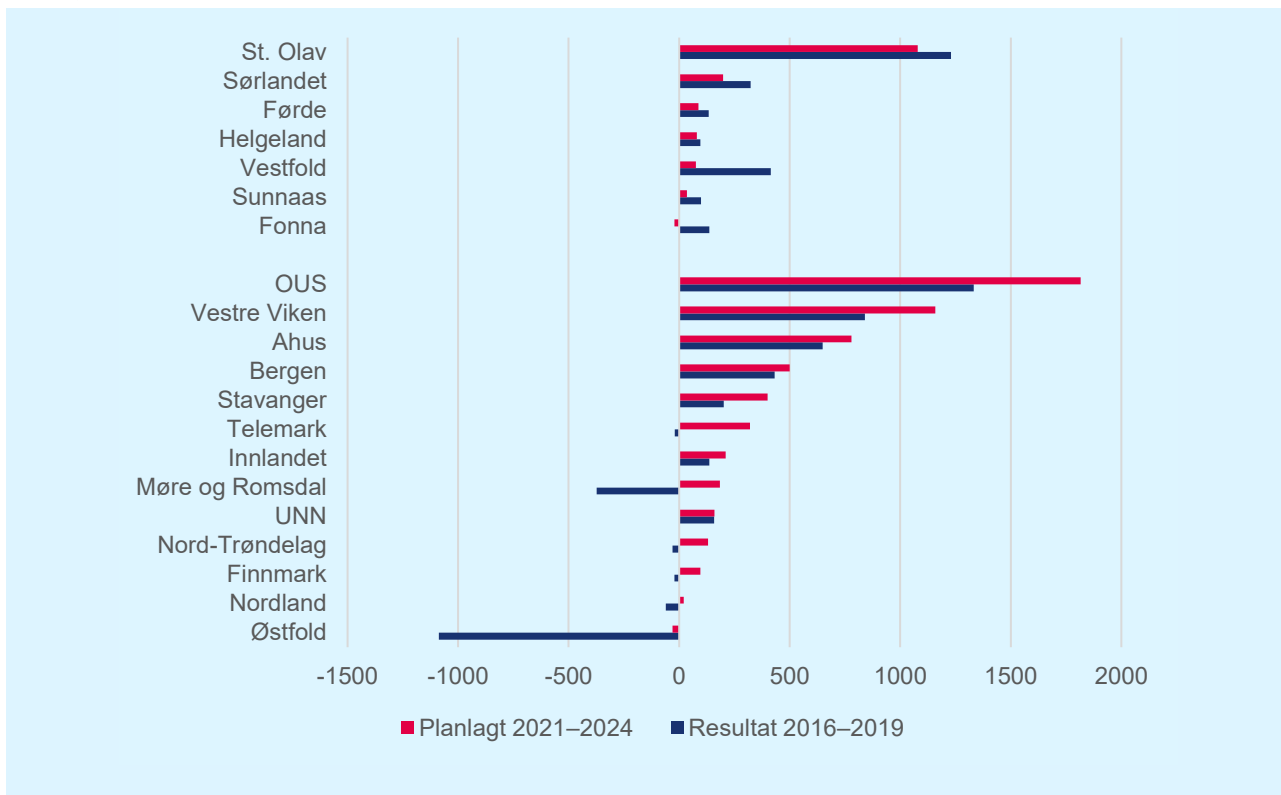
5.8.2 I mange helseforetak er det risiko for ikke å nå det planlagte investeringsnivået i den økonomiske langtidsplanen for 2021–2024

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.

¹³⁹ 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.¹⁴⁰

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

¹⁴⁰ 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 m² til vedlikehold av bygg vil ikke bli oppfylt, og vedlikeholdsetterslepet vil ikke bli redusert.¹⁴¹

- 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.

¹⁴¹ 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.¹⁴² 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.¹⁴³

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

¹⁴² Prop 1 S (2019–2020), s. 310.

¹⁴³ 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

Årlig 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.

2012 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 budsjetteringen er en forutsetning for nødvendig styring og kontroll med virksomhetene i foretaksgruppen.

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.

2016 De regionale helseforetakene ble bedt om å kartlegg tilstandsgraden for sykehusbygg, og å oppdatere kartleggingen hvert fjerde år.

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.

2018 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.

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.

2019 Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene om å arbeide videre med å legge til rette for en husleieordning.

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.

2020 Det skulle utarbeides regionale utviklingsplaner innen utgangen av 2022.

De regionale helseforetakene skulle revidere veilederen for arbeidet med utviklingsplaner i tråd med mål og føringer i *nasjonal helse- og sykehusplan*.

Kilde: Protokoller fra foretaksmøter

Utredningen NOU 2016: 25 *Organisering og styring av spesialisthelsetjenesten* diskuterer innføring av internhusleieordning og organisering av eiendomsforvaltningen i egne selskaper.¹⁴⁴ 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.

¹⁴⁴ 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.¹⁴⁵

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).¹⁴⁶ 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.¹⁴⁷ 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.¹⁴⁸ Også RHF-ene har satt i gang arbeider 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.¹⁴⁹ 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.

¹⁴⁵ Prop. 1 S (2017–2018), s. 296.

¹⁴⁶ Prop. 1 S (2020–2021), s. 28.

¹⁴⁷ NOU 2016: 25 *Organisering og styring av spesialisthelsetjenesten*, s. 214.

¹⁴⁸ NOU 2019: 24 *Inntektsfordeling mellom regionale helseforetak*.

¹⁴⁹ 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.¹⁵⁰

Grensen for prosjekter som skal legges fram for departementet, ble satt ned i 2011 fra 1 milliard til 500 millioner kroner.¹⁵¹ 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.¹⁵² Videre ble lånebetingelsene for de regionale helseforetakene endret i 2020 ved at avdragstiden for lån ble forlenget fra 25 til maksimalt 35 år.¹⁵³

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.¹⁵⁴

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.¹⁵⁵ 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,¹⁵⁶ mens Helse Midt-Norge RHF holder igjen et beløp etter vurdering av behov.¹⁵⁷ 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

¹⁵⁰ E-post fra Helse- og omsorgsdepartementet 18.06.2021.

¹⁵¹ Foretaksmøtet 31.01.2011, punkt 5.3.

¹⁵² Foretaksmøtet 16.01.2018, punkt 3.5.2.

¹⁵³ Foretaksmøtet 14.01.2020, punkt 3.7.2.

¹⁵⁴ Brev fra Helse- og omsorgsdepartementet 01.09.21.

¹⁵⁵ Basisrammen er inntekt som skal dekke foretakenes kostnader. Den inkluderer ikke-betalbare kostnader, for eksempel avskrivninger. Midlene kan også benyttes til investeringer.

¹⁵⁶ Ca. 3,5 milliarder kroner årlig.

¹⁵⁷ 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.¹⁵⁸ 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.¹⁵⁹ 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.¹⁶⁰ Denne støtten finansieres fra RHF-ets resultatbuffer.¹⁶¹

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.¹⁶² 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.

¹⁵⁸ Foretaksmøtet 07.01.2015, sak 4. En finansiell leieavtale er en leieavtale som overfører det vesentligste av økonomisk risiko og kontroll til helseforetaket.

¹⁵⁹ Plan for Helse Nord 2019–2022.

¹⁶⁰ Intervju med Helse Sør-Øst RHF.

¹⁶¹ Bufferen er på 600 millioner kroner og benyttes til uforutsette forhold eller spares til senere investeringer. Ekstra inntektsstøtte tas fra resultatbufferen.

¹⁶² 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.¹⁶³ 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.¹⁶⁴
- 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.

¹⁶³ Veileder for arbeidet med utviklingsplaner, s. 3.

¹⁶⁴ 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.¹⁶⁵

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.¹⁶⁶

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.

¹⁶⁵ Meld. St. 7 (2019–2020) *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023*, s.158.

¹⁶⁶ 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 vedlikeholds nivået 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 helseforetakene i Helse Vest blir løfta til eit nivå som er tilstrekkeleg for å handtere dei framtidige driftsmessige konsekvensane av store investeringar.»¹⁶⁷ 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.¹⁶⁸ 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

¹⁶⁷ Økonomisk langtidspan 2021–2025, s. 6.

¹⁶⁸ 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.¹⁶⁹

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/m² per år for hele bygningsmassen. I tillegg må det settes av midler til ekstraordinært vedlikehold.¹⁷⁰
- 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.¹⁷¹

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.¹⁷² 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.

¹⁶⁹ Meld. St. 11 (2015–2016) *Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019)*, s.139.

¹⁷⁰ Budsjettskriv nr. 3 for økonomisk langtidsplan 2021–2024, s. 2.

¹⁷¹ Delstrategi for eiendomsvirksomheten i Helse Sør-Øst (13.09.18), s. 7.

¹⁷² 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, levesykluskostnader 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 bruk¹⁷³

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.¹⁷⁴ Siden 2016 har de aller fleste helseforetakene fått gjennomført analyser av den kartlagte bygningsmassen sin.¹⁷⁵ 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.¹⁷⁶ Her framkommer det detaljerte data om innspill til vedlikeholdsbudsjettet og beregninger av hva dette utgjør per m².

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 m² i perioden 2020–2023.¹⁷⁷ Helseforetakene i de øvrige regionene rapporterer ikke den årlige planlagte eller faktiske vedlikeholdskostnaden per m², verken i den økonomiske langtidsplanen eller andre rapporter.

¹⁷³ Delstrategi for eiendomsvirksomheten i Helse Sør-Øst (13.09.18), s. 7.

¹⁷⁴ Se faktaboks 2 for forklaring av tilstandsgrad.

¹⁷⁵ De fleste analysene er gjennomført av Multiconsult. Alle helseforetakene unntatt Innlandet, Sunnaas og Fonna har fått utarbeidet rapporter.

¹⁷⁶ Dette pålegget berører også medisinsk-teknisk utstyr. Se omtale i punkt 6.6.2.

¹⁷⁷ 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.¹⁷⁸

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 styrer 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.

¹⁷⁸ 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.¹⁷⁹

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

¹⁷⁹ 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 insentiver 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.¹⁸⁰ Helsetjenestene som tilbys, skal være forsvarlige.¹⁸¹ 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.¹⁸² 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.¹⁸³ 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)¹⁸⁴ 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.

¹⁸⁰ Spesialisthelsetjenesteloven §§ 1-1 og 2-1.

¹⁸¹ Spesialisthelsetjenesteloven § 2-2.

¹⁸² Spesialisthelsetjenesteloven § 1-1 nr. 4.

¹⁸³ Ot.prp. 66 (2000–2001) s. 57.

¹⁸⁴ 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.¹⁸⁵ 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.¹⁸⁶

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.¹⁸⁷ 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.¹⁸⁸

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.¹⁸⁹

Helseforetakene har ikke mulighet til å ta opp ordinære lån.¹⁹⁰ 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.¹⁹¹

¹⁸⁵ Helseforetaksloven § 2a.

¹⁸⁶ Meld. St. 7 *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023*, s.161.

¹⁸⁷ Helseforetaksloven § 28.

¹⁸⁸ Ot.prp. 66 (2000–2001) *Om lov om helseforetak m.m.*

¹⁸⁹ Meld. St. 11 (2015–2016) *Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019)*.

¹⁹⁰ Helseforetaksloven § 33.

¹⁹¹ 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.¹⁹² 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.¹⁹³ 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.¹⁹⁴ Planen skal dermed legge til rette for politisk styring av foretakets langsiktige utvikling.¹⁹⁵

De regionale helseforetakene og helseforetakene skal utarbeide utviklingsplaner som et grunnlag for å gjennomføre endringer og tiltak.¹⁹⁶ 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.¹⁹⁷

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.¹⁹⁸

Prioritering av ressurser og investeringer skjer gjennom økonomiske langtidsplaner, og disse skal bygge på utviklingsplanene.¹⁹⁹ 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.²⁰⁰

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.²⁰¹

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.²⁰²

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

¹⁹² Meld. St. 7 (2019–2020), s. 162.

¹⁹³ Helseforetaksloven § 34.

¹⁹⁴ Vedtekter for Helse Sør-Øst, 1. oktober 2017 § 15.

¹⁹⁵ Ot.prp. 66 (2000–2001) *Om lov om helseforetak m.m.*

¹⁹⁶ Meld. St. 11 (2015–2016) *Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019)*, s. 42.

¹⁹⁷ Meld. St. 7 (2019–2020) *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023* og *Veileder for arbeidet med utviklingsplaner*.

¹⁹⁸ Meld. St. 11 (2015–2016) *Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019)*.

¹⁹⁹ Veileder for arbeidet med utviklingsplaner.

²⁰⁰ Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019), s. 141, jf. Innst. 206 S (2015–2016).

²⁰¹ [Direktoratet for forvaltning og økonomistyring](#)

²⁰² 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.²⁰³

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.²⁰⁴

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 etterleveres.²⁰⁵ Den som har det overordnede ansvaret²⁰⁶ 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.²⁰⁷ Videre skal den daglige lederen ha oversikt over og beskrive virksomhetens mål, oppgaver, aktiviteter og organisering.²⁰⁸

Plikten til å planlegge virksomhetens aktiviteter innebærer blant annet å innhente tilstrekkelig informasjon og kunnskap til å kunne planlegge og gjennomføre oppgavene.²⁰⁹ 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.²¹⁰ Ledelsen har også ansvar for å kontrollere at virksomhetens oppgaver, tiltak, planer og mål gjennomføres.²¹¹

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.²¹² 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.²¹³

²⁰³ Spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a og Helsetilsynsloven § 5.

²⁰⁴ Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten IS-2620 (2017).

²⁰⁵ Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten § 1.

²⁰⁶ 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.

²⁰⁷ Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten § 3.

²⁰⁸ Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten § 6a.

²⁰⁹ Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten § 6.

²¹⁰ Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse og omsorgstjenesten § 6b.

²¹¹ Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse og omsorgstjenesten § 8a.

²¹² Lov om helseforetak § 16.

²¹³ 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.²¹⁴

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.²¹⁵ 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.²¹⁶ *Nasjonal helse- og sykehusplan* skal blant annet inneholde en helhetlig beskrivelse av investeringsplanene for sykehusene.²¹⁷ Gjennom denne vil Stortinget få framlagt de overordnede nasjonale prioriteringene og kravene til tjenestenes kvalitet innenfor *hele* helsesektoren.²¹⁸

²¹⁴ Økonomireglementet for staten § 10.

²¹⁵ Retningslinjer for oppfølging av Helse- og omsorgsdepartementets eierinteresser i de regionale helseforetakene (2008).

²¹⁶ Meld. St. 11 (2015–2016) *Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019)*, s. 51.

²¹⁷ Meld. St. 7 (2019–2020) *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023*, s. 158.

²¹⁸ 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.²¹⁹ 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.²²⁰ 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 distriktpspsykiatrisk senter eller boliger.

²¹⁹ Noen i 2008 og alle i 2011–2013 og 2016–2017.

²²⁰ 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.²²¹ 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 5.²²² 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.

²²¹ COCIR - [European Coordination Committee of the Radiological Electromedical and Healthcare Industries](#).

²²² 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.²²³ 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

²²³ 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.

Dato: 22. mars 2022
Saksbehandler: Eli Årnot

Saksfremlegg

Etiske retningslinjer for Vestre Viken HF

| Møte | Saknr. | Møtedato |
|--------------------------|---------|------------|
| Styret i Vestre Viken HF | 26/2022 | 28.03.2022 |

Forslag til vedtak

Styret godkjenner etiske retningslinjer i Vestre Viken.

Drammen, 22. mars 2022

Lisbeth Sommervoll

Administrerende direktør

Bakgrunn

Styret har en årlig gjennomgang med godkjenning av de etiske retningslinjene for Vestre Viken HF.

Styret behandlet således sist de etiske retningslinjene for Vestre Viken HF i sak 29/2021, styremøte 22. mars 2021 med følgende vedtak:

“Styret godkjenner etiske retningslinjer for Vestre Viken HF med de endringer som kom fram i møtet. Administrasjonen gis myndighet til å innarbeide dette i retningslinjene.”

I behandlingen gjorde styret oppmerksom på at de etiske retningslinjene gjelder for styremedlemmene, og oppfordret til at styrets medlemmer gjennomfører e-læringskurset «etikk for alle».

De etiske retningslinjene for Vestre Viken HF bygger på Helse Sør-Øst RHF sine etiske retningslinjer.

Saksutredning

De etiske retningslinjene gjelder for alle ansatte, uavhengig av nivå, rolle, funksjon og klinikktilhørighet.

De gjelder også for studenter, lærlinger, vikarer, konsulenter og andre som har engasjement og oppgaver i foretaket, og alle med styreverv og tillitsverv. Ledere har et særskilt ansvar for at medarbeiderne og innleide vikarer/konsulenter kjenner til, og handler i tråd med, retningslinjene. Dette fremkommer innledningsvis i de etiske retningslinjene.

I styremøtet den 26. oktober 2020 oppfordret styret til å styrke arbeidet med å gjøre dokumentet kjent for nyansatte, og at de etiske retningslinjene jevnlig løftes fram for alle ansatte. Kurset er tilgjengelig i læringsportalen, også før oppstart i Vestre Viken. Kurset kan gjennomføres hjemmefra, enten på mobil, nettbrett eller på hjemme-PC. Eksterne brukere, herunder styrets medlemmer, finner en link til Læringsportalen på Vestre Vikens internettsider.

Høsten 2021 ble alle ansatte tildelt foretakets obligatoriske basisplan i Kompetanseportalen. Denne inneholder obligatoriske opplæringskrav som brannvern, smittevern, taushetsplikt og «etikk for alle». Så langt har ca. 5400 tatt kurset, noe som betyr at det er for mange som ikke har gjennomført kurset. Det har vært en travel høst og vinter i foretaket grunnet pandemien. Ledere må likevel følge opp at obligatoriske kurs er gjennomført av sine medarbeidere. De har oversikt over status på dette i sitt dashbord i Kompetanseportalen.

Det er ikke gjort realitetsendringer i retningslinjen siden revisjonen i 2021. Det er lest korrektur, og korrigert web lenker. Det er kommet innspill på å gjøre noe med layout, og sørge for at innholdet til enhver tid er oppdatert og aktuelt. Det er derfor hensiktsmessig med en revisjon av retningslinjen i løpet av 2022, som kan styrebehandles i mars 2023.

Administrerende direktørs vurderinger

Etiske retningslinjer i Vestre Viken skal bidra til å sikre enhetlig og profesjonell opptreden for alle medarbeidere, studenter, lærlinger og andre som har engasjement og oppgaver i foretaket, inkludert alle med styreverv og tillitsverv.

Det er fortsatt ikke alle medarbeidere som har gjennomført den obligatoriske opplæringspakken der etiske retningslinjer er en viktig del. Dette vil følges opp i lederlinjen og de månedlige oppfølgingsmøtene med klinikkene.

Retningslinjene med tilhørende støttemateriell gir en god innføring i forventninger og krav til etisk standard i Vestre Viken. Retningslinjene er også en «overbygning» for andre retningslinjer, som for eksempel retningslinjer for ansettelse av nærstående, bierverv og hvordan man skal unngå rollesammenblanding.

Administrerende direktør foreslår på denne bakgrunn at styret godkjenner vedlagte etiske retningslinjer i Vestre Viken HF.

Vedlegg: [VV Etiske retningslinjer i Vestre Viken](#)

Dokument-ID: 94104

Versjon: 9

Utarbeidet av: Sine Kari Braanaas, Anne Kristin Reinsve m.fl.

Status:

Godkjent

Dokumentansvarlig:

Ingvild Nytun Jensen

Godkjent av:

Eli Årnot

Godkjent fra:

21.03.2022

Målgruppe

Retningslinjen gjelder for alle ansatte, uavhengig av nivå, rolle, funksjon og klinikktilhørighet.

Retningslinjen gjelder også for styrets medlemmer, studenter, lærlinger, vikarer, konsulenter og andre som har engasjement og oppgaver i foretaket, og alle med tillitsverv. Ledere har et særskilt ansvar for at medarbeiderne og innleide vikarer/konsulenter kjenner til og handler i tråd med, retningslinjene.

Retningslinjen ble godkjent av styret 26. oktober 2020 (sak 63/2020). Retningslinjen skal godkjennes årlig i styret. Neste revisjon er i mars 2023.

Hensikt

Vestre Viken sitt overordnede mål er å tilby likeverdige helsetjenester av høy kvalitet til befolkningen, og foretakets grunnverdier er kvalitet, trygghet og respekt. I det daglige arbeidet skal målet og verdigrunnet være med å prege våre holdninger, vurderinger og beslutninger når vi er på jobb i Vestre Viken. Retningslinjen er i tråd med de [etske retningslinjene som er vedtatt i Helse Sør-Øst](#).

Formålet med retningslinjen er å gi et felles etisk ståsted for den daglige kontakt med pasienter, brukere, pårørende, kolleger og medarbeidere, arbeidsgiver og andre samarbeidspartnere. Alle som handler på vegne av Vestre Viken skal opptre i tråd med disse. Retningslinjen skal være veiledning og støtte for etisk refleksjon og praksis. For tema som ikke omfattes av eller er regulert i norsk lov, vil etiske refleksjoner få større plass i beslutningsgrunnet.

Beskrivelse

Innholdsfortegnelse

- [1.1. Forholdet mellom jus og etikk](#)
- [1.2. Dokumentets status og gyldighet](#)
- [2. Forholdet til pasienten](#)
 - [2.1. Pasientens rettigheter](#)
 - [2.2. Taushetsplikt](#)
- [2.3 Rollesammenblanding](#)
- [3. Forholdet til pårørende](#)
- [4. Klinisk etikk komiteer](#)
- [5. Om opplæring, utdanning, fagutvikling, kvalitetsutvikling, kontinuerlig forbedring og forskning](#)
- [6. Ledelse](#)
- [7. Ansatte](#)
 - [7.1. Ansvar, samarbeid og støtte](#)
 - [7.2. Kommunikasjonskultur](#)
 - [7.3. Kritikkverdige forhold](#)
 - [7.4. Varsling](#)
 - [7.5. Bierverv](#)
 - [7.6. Bruk av Vestre Viken sine eiendeler](#)
- [8. Forholdet til eksterne instanser](#)
 - [8.1. Foretakets leverandører](#)
 - [8.2. Faglige møter og kongresser](#)
 - [8.3. Invitasjon til arrangement](#)
 - [8.4. Gaver](#)
- [9. Samfunnsansvar](#)
- [10. Media](#)
- [11. Konsekvenser av brudd](#)
- [12. Når etiske utfordringer oppstår](#)

1.1. Forholdet mellom jus og etikk

Alle medarbeidere i VV skal følge de lover, regler og retningslinjer som til enhver tid gjelder uavhengig av avdeling, stilling

og funksjon. Den enkelte har selv en plikt til å sette seg inn i og følge de lover som kan berøre den enkeltes arbeidsoppgaver.

Å følge lover, instruksjoner og regler er ikke i seg selv alltid nok for å sikre en høy etisk standard. Ledere og ansatte må selv reise relevante etiske problemstillinger i sitt virke. Det betyr at hver enkelt, kontinuerlig og kritisk, må vurdere egne interesser og engasjement med tanke på potensielle etiske konfliktsituasjoner.

1.2. Dokumentets status og gyldighet

Retningslinjen er overordnet og generell. Den kommer i tillegg til gjeldende arbeidskontrakt, og viser til aktuelle lover, forskrifter, avtaler, arbeidsreglement, retningslinjer og prosedyrer for Vestre Viken.

For saker som knytter seg til ansettelsesforhold i Vestre Viken, vil disse retningslinjene bli lagt til grunn ved etiske dilemma.

2. Forholdet til pasienten

Vestre Vikens omdømme og tillit i omgivelsene er avhengig av ansattes profesjonalitet og faglige dyktighet, og et høyt etisk nivå. Det forventes derfor at alle opptre med aktsomhet, redelighet og objektivitet. Pasienten er den personen som henvender seg til helseforetaket med anmodning om helsehjelp, eller som helseforetaket gir eller tilbyr helsehjelp. Behandling av pasienter er en av helseforetakets hovedoppgaver.

Alle ansatte i Vestre Viken skal møte alle pasienter og deres pårørende med respekt for det enkelte menneskets liv og dets iboende verdighet og integritet. Alt helsepersonell i Vestre Viken forholder seg til sine yrkesetiske retningslinjer. Alle ansatte skal i jobbsammenheng opptre med nødvendig diskresjon og alminnelig høflighet.

2.1. Pasientens rettigheter

Pasientens rettigheter er regulert i [Pasient- og brukerrettighetsloven](#). Lovens bestemmelser skal bidra til å fremme tillitsforholdet mellom pasient og bruker og helse- og omsorgstjenesten, fremme sosial trygghet og ivareta respekten for den enkelte pasients og brukers liv, integritet og menneskeverd.

2.2 Taushetsplikt

Alle ansatte undertegner helseforetakets taushetserklæring når arbeidsforholdet starter. Taushetsplikt etter forvaltningsloven gjelder for alle ansatte i Vestre Viken. Helsepersonell og andre som bidrar med helsehjelp har også taushetsplikt i henhold til [Lov om helsepersonell](#), kapittel 5.

Taushetsplikt må også overholdes i forhold til andre ansatte som ikke yter nødvendig helsehjelp, samt andre pasienter, eks skranke, fellesareal, flersengsrom.

Elektronisk pasientjournal gir dem som har tilgang i prinsippet adgang til opplysninger om alle helseforetakets pasienter, men å søke opplysninger om pasienter som man ikke har pleie- eller behandlingsansvar for, er ulovlig og ikke forsvarlig yrkespraksis.

2.3 Rollesammenblanding

Pasienter har krav på trygghet i behandlingssituasjoner og at ansatte opptre profesjonelt. Dette betyr, blant annet, å skille klart mellom profesjonelle og private relasjoner og å ivareta pasienters autonomi og integritet.

Vestre Viken har utarbeidet egen retningslinje som skal virke forebyggende og sikre at ansatte i foretaket får kunnskap om relevant lovverk og foretakets holdning til [rollesammenblanding](#).

3. Forholdet til pårørende

Pasientens pårørende møtes med medmenneskelighet og respekt for deres integritet og de påkjenninger som situasjonen fører med seg også for dem.

Ansatte har ansvar for å opptre med full profesjonell oppmerksomhet i nærvær av med pasienter og pårørende.

Pasientens pårørende er den eller de pasienten oppgir som nærmeste pårørende. Dersom pasienten er ute av stand til å oppgi pårørende, er nærmeste pårørende den som i størst utstrekning har varig og løpende kontakt med pasienten

Pårørende skal ha informasjonen de har krav på, etter pasient- og brukerrettighetsloven, formidlet på en hensynsfull og mest mulig tilpasset måte. Barn som pårørende krever særskilt oppmerksomhet.

4. Klinisk etikk komiteer

Foretaket har Kliniske Etikk Komiteer (KEK) som skal bidra til å høyne den kliniske etikk-kompetansen hos helsepersonell ved sykehuset. De skal tilrettelegge for identifikasjon og analyse og om mulig, synliggjøre handlingsalternativer ved etiske problemstillinger, relatert til pasientbehandlingen, både i enkeltsaker og systemmessig.

Dette dokumentet skal ikke være i motstrid til eller erstatte det arbeid som gjøres i KEK. Ansatte som ønsker hjelp til etisk refleksjon rundt dilemma relatert til pasienter og pårørende kan henvende seg til den lokale kliniske etikk komitee.

5. Om opplæring, utdanning, fagutvikling, kvalitetsutvikling, kontinuerlig forbedring og forskning

Alle ansatte skal bidra til å utvikle og opprettholde en høy faglig standard i sitt arbeid.

Det forventes at ansatte bidrar til spredning av kunnskap og til å avdekke uhell og avvik på en slik måte at dette brukes aktivt i forbedringsarbeid. Når det er påkrevd for å sikre god yrkesutøvelse, gis kollegaveiledning og respektfull korleksjon.

Den enkelte medarbeider har ansvar for å kjenne til helseforetakets og avdelingens prosedyrer. Samtidig har den enkelte et personlig ansvar for sin yrkesutøvelse som er overordnet rutinene og retningslinjene.

Forskningsvirksomhet i helseforetaket skal foregå med respekt for enkeltpasienters liv, helse, privatliv og verdighet. Pasienters deltagelse i forskningsprosjekter bygger på frivillighet og informert, skriftlig samtykke. Forskning følger gjeldende lov- og regelverk, internasjonale retningslinjer og forskningsetiske bestemmelser. Medisinsk og helsefaglig forskning skal vurderes av regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, mens bruk av personopplysninger i kvalitetsstudier vurderes av personvernombudet.

God forskningsetikk er den enkeltes forskers og prosjektleders ansvar og helseforetakets systemansvar. Forskning i Vestre Viken skal tilstrebe høy kvalitet, baseres på samarbeid og komme pasientene til gode. Vestre Viken skal være en medaktør i forskerutdanningen, med et spesielt fokus på forskningsetikk, lover og regler for forskning.

6. Ledelse

Ledere skal gå foran som gode eksempler, og holde høyt etisk nivå i sitt arbeid.

Ledere skal sørge for at ansatte gis veiledning og opplæring slik at de er i stand til å utføre de oppgaver de er satt til på en god måte. Undervisning, opplæring og veiledning skal være en integrert del av arbeidshverdagen.

Leder har et spesielt ansvar for å følge opp den enkelte medarbeider, gi konstruktive tilbakemeldinger på arbeidet, og sikre rom for etisk refleksjon. Gjennom utvikling av kultur, verdier, kompetanse og klare prinsipper for ledelse og medvirkning, skal medarbeiderne oppleve et trygt, åpent og involverende arbeidsmiljø med høyt etisk nivå.

Ledere har et særskilt ansvar for at deres medarbeidere kjenner foretakets etiske retningslinjer.

7. Ansatte

7.1. Ansvar, samarbeid og støtte

Alle ansatte har ansvar for å bidra til et godt arbeidsmiljø preget av kvalitet, kunnskap, åpenhet, involvering, omtanke, respekt og forutsigbarhet.

Gjensidig hjelp og kollegial støtte er en forutsetning for godt faglig og tverrfaglig samarbeid i Vestre Viken, og for fleksibilitet og god flyt i arbeidshverdagen.

Alle ansatte har plikt til å si fra om forhold som kan medføre fare for pasienters og kollegers sikkerhet.

7.2. Kommunikasjonskultur

Alle ansatte skal bidra til og følge etablerte normer for imøtekomende opptreden, respekt og høflighet. Dette gjelder i kommunikasjon med hverandre, og i møte med pasient, pårørende og andre samarbeidspartnere.

Dette utelukker ikke konstruktiv meningsutveksling i dertil egnede fora. Det forventes at ansatte respekterer og forholder seg til at resultatet av prosesser og diskusjoner ikke nødvendigvis blir deres eget førstevalg. Det vil si at medarbeidere, når en beslutning er tatt, innretter sitt arbeid etter det som blir bestemt.

Eventuelle konflikter mellom ansatte skal håndteres slik at de ikke får negative konsekvenser for pasienter, arbeidsmiljø eller avdelingens/klinikkens/foretakets omdømme.

Vestre Viken har prosedyre [for konflikthåndtering](#) som beskriver hvordan slike situasjoner skal håndteres.

7.3. Kritikkverdige forhold

Med kritikkverdige forhold menes forhold som er i strid med lover eller etiske normer. Det er viktig at medarbeidere tar opp saker om kritikkverdige forhold med sine ledere.

7.4. Varsling

Dersom medarbeidere opplever at nærmeste leder ikke følger opp, kan saken tas videre i linjen eller til [Varslingsutvalget i foretaket](#). Arbeidsmiljøloven gir også arbeidstakerne rett til å varsle utenfor egen virksomhet. Rettigheten forutsetter at fremgangsmåten er forsvarlig, blant annet ved at intern varsling skal forsøkes først, at motivet er kvalitetsforbedring og at forholdet det varsles om objektivt sett er alvorlig. Ansatte skal kunne si i fra uten risiko for gjengjeldelse fra arbeidsgiver.

7.5. Bierverv

Ansatte som har oppdrag for andre virksomheter enn Vestre Viken, må følge [prosedyre om bierverv](#). Alle oppdrag for eksterne (betalte og ubetalte) må være av en slik karakter at ikke de skaper tvil om den enkeltes lojalitet eller faglige integritet.

Vestre Vikens retningslinjer på dette området er de samme som for resten av Helse Sør-Øst.

Ansatte som har, eller vurderer å påta seg, bierverv, oppfordres til å oppgi avtaler om og inntekter fra dette arbeidet.

7.6. Bruk av Vestre Viken sine eiendeler

Ansatte skal bruke utstyr og eiendom i jobbsammenheng, og ikke til private formål.

I alle sammenhenger skal Vestre Vikens eiendeler brukes på en hensynsfull og økonomisk måte.

Medarbeiderne forventes å bruke arbeidstiden, og Vestre Viken sitt utstyr til de arbeidsoppgaver de er ansatt for å utføre. Enhver ansatt oppfordres til å bruke Sykehusets eiendeler i samsvar med virksomhetens formål, slik at det ivaretar krav til tilgjengelighet, kvalitet og pasientsikkerhet i henhold til Vestre Vikens [arbeidsreglement](#). Unntatt er lån eller leie av Velferdsforeningens eiendeler.

8. Forholdet til eksterne instanser

Som ansatte i VVHF er vi forpliktet av habilitetsreglene i [Forvaltningsloven](#) (kapittel II, § 6 f.). Det innebærer at alle har et ansvar for å yte tjenester, løse oppgaver og behandle problemstillinger på en upartisk måte. Personlige interesser skal ikke være del av beslutningsgrunnlaget. Samarbeid mellom ansatte i helseforetaket og eksterne aktører skal foregå slik at verken pasienter eller andre kan trekke foretakets eller den enkeltes uavhengighet eller integritet i tvil.

8.1. Foretakets leverandører

Retningslinjene for innkjøpsarbeidet skal skape tillit og bidra til å sikre omdømmet til foretaket.

Våre innkjøp gjøres gjennom avtaler med definerte leverandører. Ansatte må ikke etablere relasjoner til leverandører som kan

innbære utilbørlige bindinger i forbindelse med anskaffelser.

Les mer:

[VV Samhandling med industrien](#)

[VV-INNKJ Habilitetserklæring for anskaffelsesprosjekter](#)

[Samarbeidsavtalen mellom helseregionene og Medtek Norge \(tidligere LFH\)](#)

[Samarbeidsavtalen mellom helseregionene, LMI og Medtek Norge \(brosjyre\)](#)

[Etiske retningslinjer for innkjøp og leverandørkontakt](#)

8.2. Faglige møter og kongresser

Klinikkdirektørene har fullmakt til å avgjøre ansattes deltagelse på kongresser og faglige møter. Invitasjoner til ansatte skal sendes leverandørkontaktene/avdelingssjefene med kopi til postmottaket. Alle utgifter til reise, opphold og konferanseavgift mm skal i utgangspunktet betales av foretaket, enten via innkjøpskontrakt eller fakturert. Unntaket er hvis leverandør inviterer til konferanse i regi av leverandøren, hvor Vestre Viken betaler for reise og opphold.

Ansatte som har nær tilknytning til for eksempel legemiddelindustrien, kan bli vurdert som inhabile, for eksempel i en innkjøpsprosess. [Regionale produktråd med habilitetsskjema \(brosjyre\)](#)

8.3. Invitasjon til arrangementer

Når ansatte inviteres til arrangementer som kurs, faglige møter, konferanser og kongresser, vurderes nytten av deltagelse for avdelingen. Klinikkdirktør avgjør deltagelse til konferanser og kongresser. Utgifter som reise, opphold og eventuelle arrangementsavgifter til den ansattes deltagelse dekkes av Vestre Viken, enten gjennom innkjøpskontrakt eller faktura.

8.4. Gaver

Ansatte skal ikke motta personlige gaver, provisjon, tjeneste eller annen ytelse som kan påvirke handlinger, saksforberedelse eller beslutninger på en utilbørlig måte. Ved tvil kan du søke råd hos nærmeste leder. Retningslinje for [oppmerksomhet](#) fra Vestre Viken som arbeidsgiver til ansatte ved merkedager skal følges.

9. Samfunnsansvar

Likeverd for alle mennesker skal ligge til grunn ved rekruttering, kompetanseutvikling, karriereutvikling og samarbeid.

Vestre Viken har et spesielt ansvar innenfor miljøetsatsing i kraft av å være blant de største virksomheter i vår region og som en del av foretaksgruppen i Helse Sør-Øst. Miljøvurderinger og miljøkostnader skal være del av beslutningsgrunnlaget i alle typer saker.

Vestre Viken arbeider mot alle former for misligheter og korrupsjon, og ser dette som en viktig del av det å forvalte samfunnets ressurser best mulig.

Som del av Helse Sør-Øst er vi også forpliktet til å følge prinsipperklæringen og [retningslinjene til Initiativ for etisk handel](#)

10. Media

I kontakt med redaktørstyrte medier har alle ansatte full ytringsfrihet og uttaler seg som selvstendige fagpersoner. Ved deltagelse i et offentlig ordskifte må grensegangen mellom ytringsfrihet og lojalitet vurderes. Foretaket har egne retningslinjer for opptreden i sosiale medier som omfatter alle ansatte. Det skal presiseres om uttalelsen står for egen regning og om personlige synspunkter fremmes.

11. Konsekvenser av brudd

Ansatte i Vestre Viken skal bestrebe seg på å følge disse etiske retningslinjene. Ved tvil om hvordan de skal forstås, skal den ansatte kontakte sin nærmeste leder. Brudd på de etiske retningslinjene vil bli behandlet i samsvar med [Arbeidsmiljøloven](#) og [arbeidsreglement](#).

12. Når etiske utfordringer oppstår

Dilemmasirkelen angir de sentrale spørsmålene ansatte må stille seg som utgangspunkt for etisk refleksjon.



Definisjoner

Etikk handler om verdier og valg den enkelte gjør i ulike situasjoner.

Med **etisk dilemma** mener vi i denne sammenhengen situasjoner der ulike verdier er i konflikt med hverandre og man må gjøre et valg på bekostning av noe annet.

Endringer fra forrige versjon

09.12.20:

Etiske retningslinjer er skrevet i sin helhet i VV Etiske retningslinjer for ansatte i Vestre Viken
Kortversjonen er fjernet

Vedlegg

- [Etiske retningslinjer - dilemmasirkel](#)
- [Etiske dilemma - casesamling](#)

Dato: 21. mars 2022
Saksbehandler: Halfdan Aass

Saksfremlegg

Styrende dokumenter for Vestre Viken HF i 2022

| Møte | Saknr. | Møtedato |
|-----------------------------|---------|------------|
| Styremøte i Vestre Viken HF | 27/2022 | 28.03.2022 |

Forslag til vedtak

Styret tar oversikten over styrende dokumenter til etterretning.

Drammen, 21. mars 2022

Lisbeth Sommervoll

Administrerende direktør

Bakgrunn

Vestre Viken HF er heleid av Helse Sør-Øst RHF (HSØ). Formålet med virksomheten i Vestre Viken HF er definert i § 4 i vedtektene for foretaket:

«Vestre Viken HF skal drives med sikte på å yte gode og likeverdige spesialisthelsetjenester til alle som trenger det, når de trenger det, uavhengig av alder, kjønn, bosted, økonomi og etnisk bakgrunn, samt å legge til rette for forskning og undervisning og andre tjenester som står i naturlig sammenheng med dette.

Gjennom utøvelse av oppgaver tildelt av Helse Sør-Øst RHF vil Vestre Viken HF bidra til at spesialisthelsetjenestens målsetting blir oppfylt innenfor Helse Sør-Østs geografiske område.»

Oppgavene skal løses innenfor et sett av lover, regler og forventninger til måloppnåelse, herunder spesialisthelsetjenesteloven (sykehusenes plikter), pasient- og brukerrettighetsloven (om pasientenes rett til helsehjelp mv.) og helseforetaksloven (om organiseringen av sykehus). I tillegg til helselovgivningen vil også lover for forholdet mellom virksomhet og ansatte (eksempelvis arbeidsmiljøloven) og miljølovgivning (eksempelvis forurensningsloven) gi føringer for hvordan Vestre Viken planlegger og etterlever krav.

Helse Sør-Øst RHF utover sin eierstyring gjennom foretaksmøter. Dette innebærer ofte formidling av styringsbudskap gitt HSØ fra statlig eier gjennom foretaksmøter.

Denne saken gir en oversikt over de sentrale styrende dokumenter som legger føringer for virksomheten i Vestre Viken HF.

Saksutredning

Helseforetaksloven og spesialisthelsetjenesteloven utgjør det overordnede rammeverket for spesialisthelsetjenesten:

- LOV-2001-06-15-93: Lov om helseforetak m.m. ([Lov om helseforetak m.m. \(helseforetaksloven\) - Lovdata](#))
- LOV-1999-07-02-61: Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. – ([Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. \(spesialisthelsetjenesteloven\) - Lovdata](#))

Sentral er også:

- Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten – ([Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten - Lovdata](#))

Forskriften skal bidra til faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester, kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet, og at øvrige krav i helse- og omsorgslovgivningen etterleves. Forskriften tydeliggjør krav til at det etableres og gjennomføres systematisk styring (internkontroll) av virksomhetens aktiviteter.

Pasient- og brukerrettigheter er nedfelt i

- LOV-1999-07-02-63: Lov om pasient- og brukerrettigheter ([Lov om pasient- og brukerrettigheter \(pasient- og brukerrettighetsloven\) - Lovdata](#))

I foretaksmøter fastsetter Helse Sør-Øst RHF vedtekter for sine helseforetak. Vedtekter for Vestre Viken HF ble sist endret i foretaksmøte 16.02.2022:

- Vedtekter for Vestre Viken HF – ([Styret - Vestre Viken](#))

Helse Sør-Øst RHF har utarbeidet en regional veileder for styrearbeid i helseforetak i regionen ([Styret - Helse Sør-Øst RHF \(helse-sorost.no\)](#)). Den bygger på veileder for styrearbeid i regionale helseforetak utarbeidet av Helse- og omsorgsdepartementet – ([Styrearbeid i regionale helseforetak \(regjeringen.no\)](#)). Veilederne sammenfatter gjeldende rettsregler, belyser

praktiseringen av disse og gir en omtale av styrearbeid som er av veiledende karakter. Veilederen er ment som et bidrag til styrets rolleforståelse.

Nærings- og fiskeridepartementet har fastsatt retningslinjer for lønn til ledende ansatte: Retningslinjer for lønn og annen godtgjørelse til ledende ansatte i foretak og selskaper med statlig eierandel – ([Microsoft Word - Endelige retningslinjer 30.04.21 - ren versjon.docx \(regjeringen.no\)](#))

Som foretak eid av et regionalt foretak, som igjen er statlig eid, skal Vestre Viken følge øvrige prinsipper for statlig eierskap. Nærings- og fiskeridepartementets samlede oversikt over publikasjoner om statlig eierskap finnes på regjeringen.no – ([Statlig eierskap: Publikasjoner - regjeringen.no](#))

Helse- og omsorgsdepartementets samlede oversikt over lover. Forskrifter og rundskriv for sykehus finnes på regjeringen.no. Lenke: <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/styringsdokumenter1/id2001230/>

Helse Sør-Øst RHF utarbeider årlige krav til helseforetakene om virksomheten det enkelte år. Det bygger på krav som HSØ har fått fra Helse- og omsorgsdepartementet:

- Oppdrag og bestilling for Vestre Viken HF 2022
- Protokoll fra foretaksmøte 16.02.22

Oppdrag og bestilling for Vestre Viken HF 2022 og protokoll fra foretaksmøte 16.02.22 ble behandlet i styremøte 28.02.22, sak 16/2022. ([Styredokumenter til styremøte i Vestre Viken HF 28. februar 2022](#))

Det vil også kunne komme ytterligere styringsbudskap i løpet av året i protokoller fra foretaksmøter og tilleggsdokument til oppdrag og bestilling.

Styret i Vestre Viken utarbeider instruks for sin egen virksomhet og for administrerende direktør. Det er lagt opp til at disse gjennomgås og vedtas årlig i styremøtet i mars. Det vises til saker om det i dette styremøtet:

- Instruks for styret i Vestre Viken HF, sak 28/2022
- Instruks for administrerende direktør i Vestre Viken HF, sak 29/2022

Det er utarbeidet etiske retningslinjer for hele helseforetaksgruppen i Helse Sør-Øst. Vestre Viken har i tillegg utarbeidet egne etiske retningslinjer som bygger på disse. De gjennomgås og vedtas også årlig i marsmøtet, og behandles således i annen sak i dette styremøtet:

- Etiske retningslinjer for Vestre Viken HF, sak 26/2022

Helse Sør-Øst har også utarbeidet:

- Rammeverk for virksomhetsstyring i Helse Sør-Øst – ([1 Innledning/Formål \(helse-sorost.no\)](#))

Revidert rammeverk ble vedtatt av styret i Helse Sør-Øst RHF i styremøte 24.09.20, sak 107-2020. Det reviderte rammeverket ble formelt gjort gjeldende for foretaket i Oppdrag og bestilling 2021. Styret i Vestre Viken behandlet det reviderte rammeverket i sak 103/2021, møte 29.11.2021.

Styret vedtar hvordan signaturrett og prokura skal forvaltes i foretaket. Det vises til styresak 30/2022 i dette styremøtet.

Administrerende direktørs vurderinger

Den fremlagte gjennomgangen gir en samlet oversikt over de viktigste styrende dokumentene for Vestre Viken HF, og gjør dokumentene tilgjengelige på en enkel måte.

Administrerende direktør foreslår at styret tar oversikten til etterretning.

Dato: 21. mars 2022
Saksbehandler: Halfdan Aass

Saksfremlegg

Instruks for styret i Vestre Viken HF

| Møte | Saknr. | Møtedato |
|-----------------------------|---------|------------|
| Styremøte i Vestre Viken HF | 28/2022 | 28.03.2022 |

Forslag til vedtak

Instruks for styret i Vestre Viken HF godkjennes.

Drammen, 21. mars 2022

Lisbeth Sommervoll

Administrerende direktør

Bakgrunn

I protokoll fra foretaksmøte for Helse Sør-Øst RHF 31. januar 2011 er det presisert at styrene for helseforetakene skal fastsette instruks for styret og instruks for daglig leder. Instruksene bygger på maler fra Helse Sør-Øst RHF.

Instruks for styret i Vestre Viken HF ble sist fastsatt i styremøte 26. april 2021 i sak 38/2021. Styret har lagt til grunn at instruksen legges fram for styret for en årlig gjennomgang og godkjenning, og at dette skjer på styremøtet i mars.

Saksutredning

Instruks for styret angir nærmere regler om styrets arbeid og saksbehandling. Styreinstruksen skal inneholde regler om struktur på styrearbeidet, krav til styredokumentasjon, styrets saksbehandling og styremedlemmenes plikter og rettigheter.

Det ble i 2021 gjort noen endringer i instruks for styret. Adm. direktør har ikke funnet grunn til å foreslå noen endringer ved denne behandlingen av instruks.

Administrerende direktørs vurderinger

Adm. direktør vurderer at instruks er tilfredsstillende, men anmoder styret om å vurdere om det er ønskelig å foreta noen endringer eller tillegg.

Administrerende direktør foreslår at styret godkjenner instruks for styret i Vestre Viken HF, eventuelt med endringer som fremkommer i møtet.

Vedlegg: 1. Instruks for styret i Vestre Viken HF

Instruks for styret

Vestre Viken HF

1. Innledning

Instruksen for styret i Vestre Viken HF er utarbeidet i samsvar med de prinsippene som gjelder for styrearbeid i selskaper, herunder i helseforetak. Formålet med styreinstruksen er å gi retningslinjer for styrets arbeidsform og styremøtenes innhold og gjennomføring. Instruksen er en rettesnor for styremedlemmenes roller, plikter og ansvar.

I tillegg til styreinstruksen er styret bundet av de reglene som følger av lov, vedtekter eller instruks i vedtak fra foretaksmøte. Det vises spesielt til helseforetaksloven.

Administrerende direktør forestår den daglige ledelsen av foretaket og skal følge de retningslinjene og påleggene som styret har gitt. Styret skal utarbeide egen instruks for administrerende direktør.

2. Hovedmålsetting for styrearbeidet

Styret i Vestre Viken HF er det øverste utøvende organ med ansvar for forvaltningen av helseforetaket. Styret skal ivareta de interessene som tjener Vestre Viken HF best. Styret er et kollegium og utfører sine oppgaver som et kollegium. Styremedlemmene representerer ikke noen interessegruppe.

3. Styremedlemmenes rettigheter og plikter

Styrets medlemmer har ansvar for alle saker.

Styremedlemmer som er valgt av de ansatte, deltar ikke i behandlingen av saker som gjelder arbeidsgivers forberedelse til forhandlinger med arbeidstaker, arbeidskonflikter, rettstvister med arbeidstakerorganisasjoner eller oppsigelse av tariffavtaler (jf. vedtektenes § 7).

Bortsett fra det som er særskilt angitt for styrets leder, styrets nestleder (og om ingen av dem skulle være til stede i et styremøte – møteleder), har alle styremedlemmer de samme rettighetene og pliktene.

Hvert enkelt styremedlem har plikt til å legge frem all informasjon som er av betydning for styrets behandling av en sak, herunder ens egen vurdering.

Styrets medlemmer plikter å ta del på styremøter. Et styremedlem som ikke kan møte i styremøte, skal varsle om dette så tidlig som mulig.

Habilitet

Har et styremedlem, enten selv eller via en av dennes nærstående, en fremtredende personlig eller økonomisk særinteresse i en sak, har vedkommende plikt til å erklære seg inhabil. Et styremedlem kan ikke delta i behandlingen av, eller avgjørelse i, saker hvor vedkommende er inhabil, jf. også forvaltningsloven kap. II.

Styret avgjør om et styremedlem er inhabil. Vedkommende skal ikke selv delta i drøftelsene om dette ut over å gi de nødvendige forklaringer som styret måtte finne behov for. Har et styremedlem erklært seg inhabil skal styret som hovedregel godta en slik erklæring. Styremedlemmer må ikke ha eierskap eller styreverv i virksomhet, eller utføre oppgaver og aktiviteter for virksomhet, som har funksjon eller forretningsmessig interesse der det kan reises tvil om styremedlemmets lojalitet eller habilitet.

Taushetsplikt

Forvaltningslovens bestemmelser om taushetsplikt gjelder for styrets arbeid.

Styrets arbeid omfattes også av bestemmelsene i offentleglova. Dersom det anses svært viktig at kunnskap om saker ikke tilflytter andre enn de som har krav på informasjon, skal disse behandles konfidensielt. Dette skal i så fall fremgå av sakspapirene.

Styreansvarsforsikring

Styrevervet er personlig og det enkelte styremedlemmet kan bli gjort ansvarlig. På bakgrunn av dette har styret i Helse Sør-Øst RHF i sak 037-2011 *Styreansvarsforsikring* vedtatt at det tegnes styreansvarsforsikring for hele helseforetaksgruppen.

4. Hvilke saker skal styret behandle

Hovedoppgaver

Styrets oppgaver og kompetanse, herunder begrensninger i styrets kompetanse og myndighet, reguleres i helseforetaksloven kapittel 7 og i foretakets vedtekter.

Styrets hovedoppgaver er knyttet til:

1. *Medisinsk og helsefaglig kvalitet og tjenesteinnhold*

Styret skal med basis i helseforetaksloven legge til rette for et best mulig helsetilbud ved bruk av tildelte ressurser.

2. *Strategi og mål*

Styret har ansvar for Vestre Viken HFs strategiske utvikling.

3. *Organisasjon og ledelse*

Styret har ansvar for en tilfredsstillende organisering og ledelse av foretakets samlede virksomhet.

4. *Budsjett og planer*

Styret skal fastsette budsjett og planer for foretakets virksomhet.

5. *Tilsyn med foretakets virksomhet og drift*

Styret skal føre tilsyn med at virksomheten drives i samsvar med målene som er nedfelt i helseforetaksloven § 1, foretakets vedtekter, vedtak truffet av foretaksmøtet og vedtatte planer og budsjetter, jf. helseforetaksloven § 28, 3. ledd. Som ledd i dette skal styret føre tilsyn med administrerende direktørs ledelse av virksomheten, herunder:

- holde seg orientert om foretakets økonomiske utvikling og plikter, og påse at virksomheten, regnskap og formuesforvaltning er godt kontrollert.
- påse at foretaket har en egenkapital som står i forsvarlig forhold til foretakets virksomhet

Virksomhetsstyring

Styret skal påse at Vestre Viken HF har et forsvarlig styringssystem, holde seg informert om at tjenestene drives forsvarlig, og at det arbeides systematisk med kvalitetsforbedring, jf. «Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten». Styringssystemet defineres som den del av helseforetakets styring som omfatter hvordan aktiviteter planlegges, gjennomføres, evalueres og korrigeres i samsvar med krav i helse- og omsorgslovgivningen.

Dette omfatter internkontroll som ledelsesverktøy for å sammenfatte systemer, prosesser og rutiner som gjennomføres. Internkontrollen skal gi:

- målrettet og effektiv drift herunder medisinsk forsvarlig beredskap, utredning og behandling
- pålitelig styringsinformasjon, herunder korrekt rapportering av kvalitet og pasientsikkerhet, aktivitet, bemanning, økonomi og annen informasjon
- overholdelse av lover, regler, styringskrav og selvpålagte krav, herunder spesielt etiske retningslinjer

Styringssystemet må tilpasses virksomhetens risiko og egenart. Risiko må derfor identifiseres, analyseres og kontrolleres (risikostyring). Styret har ansvar for at internkontrollen blir fulgt opp i et tilstrekkelig omfang og på en systematisk måte. Styret skal videre påse at det blir truffet tiltak for å korrigere svikt, herunder å følge opp rapporter fra ulike tilsyn.

5. Struktur for styrearbeidet

Det skal settes opp en årsplan for styrearbeidet. Planen angir en oversikt over hovedoppgaver og møtetidspunkter. I tillegg skal planen vise tema som skal presenteres for styret.

Det skal årlig foretas en egevaluering av styrets arbeid og arbeidsform.

Styret gjennomfører normalt 7-10 styremøter per år. Ut over dette møtes styret når styreleder, administrerende direktør eller et flertall av styrets medlemmer krever det.

Styrets leder er ansvarlig for at styret kalles inn til møte og setter opp saksliste i samråd med administrerende direktør.

Til innkallingen skal det følge en saksliste, og det skal følge med dokumentasjon som gir et tilfredsstillende behandlingsgrunnlag for den enkelte saken i sakslisten, herunder administrerende direktørs forslag til vedtak. Saker skal være påført nummer og årstall.

Administrerende direktør har rett og plikt til å delta i styrebehandlingen og til å uttale seg, med mindre noe annet bestemmes av styret i den enkelte sak. Administrerende direktør skal ha mulighet til å uttale seg om saker som skal behandles.

Styret skal behandle saker i møte med mindre styrets leder finner at saken kan forelegges skriftlig eller behandles på annen betryggende måte. Årsberetning, årsregnskap, strategisk plan og budsjett skal alltid behandles i møte. Dersom styreleder finner det forsvarlig, kan møte holdes digitalt.

Saker som ikke er ført opp på sakslisten kan styrebehandles, med mindre møteleder eller en tredjedel av de tilstedeværende styremedlemmer motsetter seg behandling.

Dersom styret har besluttet å lukke styremøtet, avgjør styrets flertall også om og eventuelt hvilke andre deltakere enn styrets medlemmer som skal gis adgang til møtet.

Brukerutvalget i Vestre Viken HF møter i styret som observatør med to representanter (jf. Helse Sør-Østs styresak 043-2017 *Felles retningslinjer og enhetlig praksis for brukermedvirkning på systemnivå*). Observatører eller andre som gis talerett har ikke stemmerett.

6. Innkalling til styremøte

Innkallingen sendes ut av administrerende direktør. For ordinære styremøter skal den være styremedlemmene i hende senest fem virkedager før styrebehandlingen skal finne sted. For andre styremøter skal styret, så vidt mulig, ha innkallingen senest to virkedager før behandlingen finner sted.

7. Styremøtene

Styret er vedtaksdyktig når mer enn halvparten av medlemmene er til stede. Styrets beslutninger fattes med alminnelig flertall av de tilstedeværende stemmeberettigede styremedlemmene. Minst en tredjedel av styrets medlemmer må stemme for et forslag for at det skal anses vedtatt. I tilfelle stemmelikhet har møteleder dobbeltstemme.

Styrets medlemmer har plikt til å avgi stemme i alle saker som behandles av styret.

Styrets møter skjer som hovedregel for åpne dører, men kan lukkes når styret finner at det foreligger et reelt og saklig behov, og lukking er forenlig med offentlighetslovens prinsipper. Styrets møter skal alltid lukkes ved behandling av saker som er undergitt taushetsplikt.

Styrets medlemmer og andre som deltar i styrets behandling har taushetsplikt om de forhold som etter forvaltningslovens bestemmelser er taushetsbelagte.

8. Protokoller

Det skal alltid utarbeides protokoller fra styrebehandlingen. Foreløpig protokoll skal utarbeides så snart som mulig etter styrebehandlingen og publiseres på internett senest dagen etter møtet. Protokollen skal angi tid og sted for styrebehandlingen, herunder om sakene er behandlet i møte eller på annen måte, deltakere og styrets beslutninger. Protokollen blir endelig ved godkjenning i påfølgende møte.

Dersom en beslutning ikke er enstemmig, skal det angis hvem som har stemt for og imot. Styremedlem og administrerende direktør som ikke er enig i en beslutning, kan kreve sin oppfatning innført i protokollen.

Protokollen skal signeres av de medlemmene som har deltatt i behandlingen. Styremedlemmer som ikke har deltatt på styremøtet, skal ved påtegning på styreprotokollen bekrefte at de har gjort seg kjent med protokollens innhold.

9. Informasjon fra styremøtene

Virksomheten i Vestre Viken HF er omfattet av bestemmelsene i offentleglova. Informasjon som gis i styremøter eller i styredokumenter kan kun benyttes på en måte som ikke skader styrets arbeid og dermed Vestre Viken HFs interesser.

Dersom det anses svært viktig at kunnskap om saker ikke tilflyter andre enn de som har krav på informasjon, skal disse behandles konfidensielt. Dette skal i så fall påføres sakspapirene. Styremedlemmene har taushetsplikt om disse sakene.

Informasjonsoppgavene knyttet til styresaker ligger hos administrerende direktør. Styret kan også vedta en særskilt informasjonsprosedyre i enkeltsaker.

Styrets leder uttaler seg på vegne av styret og er, sammen med administrerende direktør, talsperson utad for Vestre Viken HF.

Dato: 21. mars 2022
Saksbehandler: Halfdan Aass

Saksfremlegg

Instruks for administrerende direktør i Vestre Viken HF

| Møte | Saknr. | Møtedato |
|-----------------------------|---------|------------|
| Styremøte i Vestre Viken HF | 29/2022 | 28.03.2022 |

Forslag til vedtak

Instruks for administrerende direktør i Vestre Viken HF godkjennes.

Drammen, 21. mars 2022

Lisbeth Sommervoll

Administrerende direktør

Bakgrunn

I protokoll fra foretaksmøte for Helse Sør-Øst RHF 31. januar 2011 er det presisert at styrene for helseforetakene skal fastsette instruks for styret og instruks for daglig leder. Instruksene bygger på maler fra Helse Sør-Øst RHF.

Instruks for administrerende direktør i Vestre Viken HF ble sist fastsatt i styremøte 22. mars 2021, sak 28/2021. Styret har lagt til grunn at instruksen legges fram for styret for en årlig gjennomgang og godkjenning, og at dette skjer på styremøtet i mars.

Saksutredning

Instruks for administrerende direktør fastsetter regler for dennes oppgaver, plikter og rettigheter. Instruks for administrerende direktør gir også en overordnet rolleavklaring mellom styret og administrerende direktør.

Adm. direktør har ikke funnet grunn til å foreslå noen endringer ved denne behandlingen av instruks.

Administrerende direktørs vurderinger

Administrerende direktør vurderer vedlagte instruks som tilfredsstillende, men anmoder styret om å vurdere om det er ønskelig med noen endringer eller tillegg.

Administrerende direktør foreslår på denne bakgrunn at styret godkjenner instruks for administrerende direktør i Vestre Viken HF, eventuelt med endringer som fremkommer i møtet.

Vedlegg: 1. Instruks for administrerende direktør i Vestre Viken HF

Instruks for administrerende direktør

Vestre Viken HF

1. Formål med instruksen

Denne instruksen omhandler administrerende direktørs oppgaver, plikter og rettigheter. Den er basert på helseforetaksloven, eiers styringsdokumenter og vedtekter for Vestre Viken HF, samt fullmakter i Vestre Viken HF.

2. Overordnet rolleavklaring

Styret er foretakets øverste ledelse og har det overordnede ansvaret for forvaltningen av foretakets virksomhet.

Administrerende direktør forestår den daglige ledelsen av foretaket og har gjennomføringsansvar i virksomheten. Administrerende direktør har ansvar for at virksomheten drives i samsvar med foretakets formål, vedtekter, årsbudsjett, foretaksmøtets avgjørelser, instruksjoner og andre retningslinjer, samt aktuelle lover og forskrifter.

Administrerende direktør tilsettes av styret som også fastsetter administrerende direktørs lønn og andre ansettelsesvilkår. Styret gir instruksjoner og fører tilsyn med administrerende direktørs arbeid. Styret treffer vedtak om å si opp eller avskjedige administrerende direktør, jf. helseforetaksloven § 36.

Administrerende direktør møter i styret, eventuelt med stedfortreder, med tale- og forslagsrett, jf. helseforetaksloven § 26.

3. Administrerende direktørs myndighet

Administrerende direktør forestår den daglige ledelsen av Vestre Viken HF og skal følge de retningslinjer og pålegg som styret har gitt.

Den daglige ledelsen omfatter ikke saker som etter foretakets forhold er av uvanlig art eller av stor betydning. Administrerende direktør plikter å forelegge saker av slik natur for styret. Administrerende direktør kan i helt spesielle hastesituasjoner fatte vedtak i slik sak. I slikt tilfelle skal styrets leder umiddelbart informeres.

Det vises for øvrig til bestemmelser i vedtektene og fullmakter i helseforetaket.

4. Administrerende direktørs oppgaver

Administrerende direktør skal arbeide for at Vestre Viken HF utfører sine hovedoppgaver slik de står i foretakets vedtekter og andre styrende dokumenter innenfor de vedtatte budsjetter.

Administrerende direktør har ansvaret for foretakets daglige drift og virksomhet og skal utføre de oppgaver som kreves i den forbindelse, herunder følge opp styrets beslutninger.

Administrerende direktør skal aktivt bidra til å sikre videreutvikling av medisinsk og helsefaglig kompetanse og kvalitet i Vestre Viken HF.

Nærmere beskrivelse av enkelte oppgaver som inngår i ansvaret til administrerende direktør

Virksomhetsstyring

I henhold til «Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten» har administrerende direktør ansvar for at styringssystemet i helseforetaket er etablert og følges opp. Styringssystemet defineres som den del av helseforetakets styring som omfatter hvordan aktiviteter planlegges, gjennomføres, evalueres og korrigeres i samsvar med krav i helse- og

omsorgslovgivningen. Administrerende direktørs ansvar omfatter etablering og oppfølging av internkontroll som ledelsesverktøy for å sammenfatte systemer, prosesser og rutiner som gjennomføres for å sørge for:

- målrettet og effektiv drift, herunder medisinsk forsvarlig beredskap og utredning og behandling
- pålitelig styringsinformasjon, herunder korrekt rapportering av kvalitet og pasientsikkerhet, aktivitet, bemanning, økonomi og annen informasjon
- overholdelse av lover, regler, styringskrav og selvpålagte krav, herunder spesielt etiske retningslinjer

Styringssystemet må tilpasses virksomhetens risiko og egenart. Risiko må derfor identifiseres, analyseres og kontrolleres (risikostyring). Administrerende direktør har ansvar for å etablere et forsvarlig internkontrollsystem og å holde styret tilstrekkelig orientert. Administrerende direktør skal minst én gang årlig sørge for en samlet gjennomgang av styringssystemet for å påse at det fungerer i tråd med hensikten og bidrar til forbedring.

Informasjon til styret

Administrerende direktør har plikt til å informere styret om foretakets virksomhet, stilling og resultatutvikling.

I alle ordinære styremøter skal administrerende direktør gi styret skriftlig rapport om situasjonen i Vestre Viken HF. Rapporten skal inneholde både økonomiske og ikke-økonomiske forhold, herunder ha et spesielt fokus på kvalitet og pasientsikkerhet, aktivitet, innhold og effektivitet.

Administrerende direktør skal for hvert tertial forelegge styret en utvidet rapportering fra virksomheten. Rapporten skal inneholde risikovurderinger vedrørende måloppnåelse, status for tilsynssaker og redegjøre for kvalitet og pasientsikkerhet.

Styret kan til enhver tid kreve at administrerende direktør gir styret redegjørelse både av generell art og i saker av særskilt interesse.

Administrerende direktør har ansvaret for å holde styret informert om vesentlige forhold internt og eksternt.

Kontroll og regnskap

Administrerende direktør skal sørge for at foretakets registrering og dokumentasjon av regnskapsopplysninger er i samsvar med lov og forskrifter og at formuesforvaltningen er ordnet på betryggende måte, jf. helseforetaksloven § 37, siste ledd.

Rapportering

Årlig melding

Administrerende direktør skal utarbeide forslag til den årlige meldingen styret plikter å levere til Helse Sør-Øst RHF i henhold til helseforetakets vedtekter § 14.

Årsberetning og årsregnskap

Administrerende direktør skal utarbeide forslag til årsberetning og årsregnskap til styret. Administrerende direktør har ansvar for at godkjent årsberetning og årsregnskap innsendes til foretaksregisteret.

Saksforberedelse - styremøter

Styrets leder har det formelle ansvaret for styrebehandling av saker. Saksliste settes opp av styrets leder i samråd med administrerende direktør.

Administrerende direktør forestår saksforberedelser til styremøtene i samråd med styrets leder og innstiller til vedtak i sakene. Alle saker skal forberedes og fremlegges på en slik måte at styret har tilfredsstillende behandlings- og beslutningsgrunnlag. Administrerende direktør vil i samråd med styrets leder foreta innkalling til styremøte.

Administrerende direktør skal sørge for å holde styret informert om viktige beslutninger som gjøres av ledelsen innenfor den daglige ledelse. Administrerende direktør skal rapportere fremdrift i planer og informere om eventuelle avvik til styret. Administrerende direktør skal sørge for at alle styremedlemmer får den samme informasjon til samme tid.

Administrerende direktør utarbeider forslag til årsplan for styret.

Administrerende direktør kan kreve at styret sammenkalles.

Foretaksmøtet

Administrerende direktør, eventuelt stedfortreder, plikter å være til stede og har rett til å uttale seg i foretaksmøtet, jf. helseforetaksloven § 17.

Representasjon

Administrerende direktør representerer foretaket utad i saker som inngår i den daglige ledelsen, jf. helseforetaksloven § 39.

Administrerende direktør, eventuelt stedfortreder, deltar i aktuelle fora og styrende organer i foretaket/foretaksgruppen.

Lederfora og lederkompetanse

Administrerende direktør har et overordnet ansvar for at det drives gode lederutviklingsprosesser i Vestre Viken HF.

Samarbeid med andre

Administrerende direktør skal aktivt tilrettelegge for samarbeid i foretaket slik at det totalt sett oppnås hensiktsmessig og rasjonell ressursutnyttelse. Administrerende direktør skal også bidra til samarbeid med andre helseforetak i Helse Sør-Øst når dette er egnet til å fremme formålet til Vestre Viken HF.

Administrerende direktør skal tilrettelegge for samarbeid med private aktører når dette bidrar til å fremme Vestre Viken HF's formål, og i et helhetlig perspektiv, bidrar til en hensiktsmessig og rasjonell ressursutnyttelse. Administrerende direktør skal følge opp de plikter Vestre Viken HF har i forhold til private aktører, gjennom lovverk, instruksjer og andre styringsdokumenter, samt særskilte avtaler.

Administrerende direktør skal bidra til at det etableres nødvendig samarbeid med og veiledning overfor kommunene, både administrativt og klinisk, slik at pasientene sikres et helhetlig helse- og omsorgstilbud. Det samme gjelder i forhold til fylkeskommunale samarbeidspartnere og i forhold til andre aktuelle statlige organer.

Administrerende direktør skal bidra til at det etableres nødvendig samarbeid med universiteter og høyskoler, slik at Vestre Viken HF kan ivareta de til enhver tid eksisterende forpliktelser.

Administrerende direktør skal gjennom samarbeid og dialog med pasient- og brukerorganisasjoner tilrettelegge for at Vestre Viken HF sikrer den medvirkning som er beskrevet i helseforetaksloven § 35 og i vedtektene.

Administrerende direktør skal gjennom samarbeid og dialog med de foretakstillitsvalgte og verneombud legge til rette for at Vestre Viken HF ivaretar den medvirkning som er beskrevet i lov- og avtaleverk.

Informasjon og samfunnskontakt

Administrerende direktør har ansvar for at det utvikles gode holdninger til, rutiner og systemer for kontakt med eksterne aktører slik at offentligheten sikres innsyn i de aktiviteter Vestre Viken HF har ansvar for. Det skal praktiseres meroffentlighet.

Styret og Helse Sør- Øst RHF skal uten opphold informeres om saker som kan bli gjenstand for stor politisk og/eller mediemessig omtale.

Helse, miljø og sikkerhet

Administrerende direktør har ansvar for at det utvikles systemer, rutiner og gode holdninger som ivaretar helse, miljø og sikkerhet i virksomheten inkludert pasientbehandlingen.

Organisering

Administrerende direktør har ansvar for at Vestre Viken HF er riktig organisert og har kompetanse som gjør at de samlede oppgavene kan ivaretas på en god måte. Administrerende direktør har personalansvaret for de ansatte i Vestre Viken HF. Dette kan delegeres til lavere ledernivåer.

Fullmakter

Administrerende direktør kan, innenfor sin fullmakt, delegere oppgaver og avgjørelsesmyndighet til ansatte i foretaket. Administrerende direktør har ansvar for utførelsen av delegerede oppgaver og delegert myndighet.

5. Resultatkrav og evaluering av administrerende direktør

Det vil bli foretatt en årlig evaluering av administrerende direktør. Styrets leder skal årlig ha en medarbeidersamtale med administrerende direktør.

Dato: 21. mars 2022
Saksbehandler: Hilde Enget

Saksfremlegg

Fullmakter i Vestre Viken HF – endring av prokura

| Møte | Saksnr. | Møtedato |
|------------------|---------|------------|
| Styremøte i VVHF | 30/2022 | 28.03.2022 |

Forslag til vedtak

1. Prokura i Vestre Viken HF gis til fagdirektør Ulrich Johannes Spreng fra og med 1. april 2022. Samtidig opphører tilsvarende fullmakt for medisinsk direktør Halfdan Aass.
2. Øvrige prokurarettigheter videreføres uendret. Administrerende direktør Lisbeth Sommervoll, økonomidirektør Mette Lise Lindblad og fagdirektør Ulrich Johannes Spreng har således fullmakt til å opptre på vegne av foretaket i alt som tilhører driften hver for seg fra og med 1. april 2022.
3. Det gjøres ingen endringer i signaturrettighetene.

Drammen, 21. mars 2022

Lisbeth Sommervoll

Administrerende direktør

Bakgrunn

Administrerende direktør Lisbeth Sommervoll har sammen med medisinsk direktør Halfdan Aass og økonomidirektør Mette Lise Lindblad prokurafullmakt i VVHF. Dette var sist behandlet i styret i møtet 24. februar 2020, sak 6/2020.

I forbindelse med at Aass går av med pensjon 1. april 2022 er det behov for å styrebehandle at Aass sin prokurarettighet går over til fagdirektør Ulrich Johannes Spreng.

Saksutredning

Signaturrett er retten til å tegne foretakets firma og denne retten har etter loven bare foretakets samlede styre, med mindre styret har delegert denne fullmakten. Det å tegne foretakets firma, være signaturberettiget eller firmategner, vil si å angi foretakets navn og undertegne med sitt eget navn uten å tilføye at det skjer "for" foretaket, "på vegne av" foretaket eller lignende, jmfør foretaksnavneloven § 7-1 første ledd. Styrets myndighet som signaturberettiget (firmategner) kan etter lovens § 39 annet ledd delegeres videre fra styret til et styremedlem eller daglig leder.

I Vestre Viken har styreleder og administrerende direktør fått tildelt denne retten i fellesskap, og begge har signaturrett i fellesskap med ett styremedlem. Det vises til sak 70/2020 i styremøte den 16. november 2020. Som en følge av dette ble administrerende direktør tildelt prokura i tillegg til de prokurarettigheter som da var registrert i foretaksregisteret, i styremøte 16. november 2020, sak 70/2020.

Prokuraretten er i dag også tildelt medisinsk direktør Halfdan Aass og økonomidirektør Mette Lise Lindblad etter vedtak i styret i sak 6/2020. I forbindelse med at Aass går av med pensjon 1. april 2022 foreslås det at prokurarettigheten går over til fagdirektør Ulrich Johannes Spreng. Behovet for slike fullmakter er begrunnet i virksomhetens størrelse og for å sikre ansvaret ved ferieavvikling og annet fravær.

I henhold til helseforetakslovens § 37 har daglig leder fullmakter innenfor rammene for «daglig ledelse» og skal for øvrig følge de retningslinjer og pålegg som styret har gitt. Det vises til sak 28/2022 «Instruks for styret i VVHF» og sak 29/2022 «Instruks for AD i VVHF» i dagens møte.

En prokura er en begrenset signaturrett. En prokurist er bemyndiget til å opptre på vegne av foretaket i alt som hører til driften, med unntak av at vedkommende ikke kan selge, pantsette foretakets eiendom eller opptre på foretakets vegne i søksmål. En som undertegner i egenskap av prokurist skal i henhold til prokuristloven § 3 gjøre en tilføyelse når vedkommende tegner firmaet som viser prokuraforholdet, det vil si at underskriften må ledsages av betegnelsen per prokura, p.p. eller lignende forkortelse.

Det er styret som skal gi prokura og prokura skal registreres i foretaksregisteret i Brønnøysund. Prokura kan ikke delegeres.

For øvrig vises det til vedlegg – «Delegerte fullmakter i Vestre Viken 2020» som gir en oversikt over delegasjoner gitt av administrerende direktør.

Administrerende direktørs vurderinger

Administrerende direktør foreslår at fagdirektør Ulrich Johannes Spreng tildeles prokura i tråd med saksfremlegget. Samtidig opphører prokurarettighet for medisinsk direktør Halfdan Aass fra 1. april 2022. Etter dette har administrerende direktør Lisbeth Sommervoll, økonomidirektør Mette Lise Lindblad og fagdirektør Ulrich Johannes Spreng fullmakt til å opptre på vegne av foretaket i alt som tilhører driften hver for seg. Det er administrerende direktørs vurdering at dette er tilstrekkelig for å kunne ivareta oppgavene også i ferieperioder og ved eventuelt uforutsett fravær. Det foreslås ingen endringer i signaturrettighetene.

Vedlegg: 1. Fullmakter i Vestre Viken 2020

Dokument-ID: 78528

Versjon: 5

Utarbeidet av: Anne Kristin Reinsve, Janne Hjelm-Gabrielsen...

Status:

Godkjent

Dokumentansvarlig:

Ingvild Nytun Jensen

Godkjent av:

Eli Årnot

Godkjent fra:

16.11.2020

Målgruppe

Ansatte i Vestre Viken

Hensikt

Gjøre gjeldende fullmaktsstruktur tilgjengelig. Gi oversikt over hvem som har hvilke fullmakter for å sikre en helhetlig ledelse.

Fullmaktsmatrisen skal løpende samsvare med rolle, ansvar og myndighet som er tildelt den enkelte ansatte. Forvaltningen av fullmaktsdokumentet skal bidra til samordning og løpende oppdatert tilgangsstyring til aktuelle systemer.

[Link til delegerede fullmakter i Vestre Viken](#)

Ansvar

Den enkelte leder og fullmaktsinnehaver skal følge matrisen
Stab Kompetanse har ansvar for dokumentet og oppdatering av dette

Fremgangsmåte

Administrerende direktør

Administrerende forestår direktør den daglige ledelsen av Vestre Viken innenfor de retningslinjer og pålegg Vestre Vikens styre gir, jf. helseforetakslovens § 37. Dette inkluderer signaturrett på vegne av Vestre Viken (sammen med Styreleder). Administrerende direktør har videredelegert ansvar i linjen, med de begrensninger som følger av lov/er satt av Styret.

Vedlagte fullmaktsmatrise viser:

1. [Administrerende direktørs fullmakter](#)

Viser de fullmaktene som ligger til Stortinget, styret i Helse Sør-Øst, styret i Vestre Viken og administrerende direktør i Vestre Viken

2. [Administrerende direktørs interne delegasjon i i linjen](#)

Styret i Vestre Viken

Signaturrett er delegert styreleder i Vestre Viken, Siri Hatlen, i tillegg til administrerende direktør.

Direktør økonomi

Prokura er delegert direktør økonomi Mette Lise Lindblad.

Generelt

Ingen skal godkjenne egne transaksjoner. Disse godkjennes av leder i linjen eller dennes stedfortreder.

Administrerende direktørs kostnader godkjennes av direktør økonomi.

Styreleder skal ha en årlig gjennomgang av administrerende direktørs kostnader for å sikre tilstrekkelig internkontroll.

Definisjoner

Definisjoner

Daglig ledelse

Den daglige ledelsen omfatter ikke å ta beslutninger i saker som etter Vestre Vikens forhold er av uvanlig art eller av stor betydning. Slike saker kan administrerende direktør bare avgjøre når styret i den enkelte sak har gitt myndighet til det, eller når styrets beslutning ikke kan avvendes uten vesentlig ulempe for Vestre Vikens virksomhet. Styret skal i så fall snarest underrettes om saken. Ved tvil vil den generelle forståelse av hva som ligger i "daglig ledelse" være normgivende. Daglig leder forbereder og deltar på styremøtene.

Delegasjon

Det å overlate til en annen å utføre å treffe beslutninger med rettsvirkninger på sine vegne. Det å kunne tegne/binde helseforetaket/Vestre Viken i saker som har med daglig ledelse.

Prokura

Begrenset signaturrett. En prokurist kan forplikte foretaket/VestreViken i alt som har med drift å gjøre. Unntak: Overdragelser/beheftelser av fast eiendom/løsøre eller opptre i søksmål på Vestre Vikens vegne. Det måtte i så fall treffes en beslutning av Styret om dette.

Endringer fra forrige versjon

Ansvarlig for dokumentet er stab Kompetanse

Fullmaktmatrisen er revidert og ny matrise er gjeldende fra 01.01.2019

08.05.20 Oppdatert ny styreleder for VVHF, Siri Hatlen

13.11.20 Oppdatert iht presisering fra ledermøtet 20.10.20. Se fotnote s. 19

Referanser

- Adm dirs fullmakter helseforetaksloven §37
- Signaturretten, helseforetaksloven §39
- Lån/finansiering helseforetaksloven §33
- salg eiendom helseforetaksloven §31
- salg sykehusvirksomhet helseforetaksloven §32

Styret i Vestre Viken

- Styreinstruksen
- Instruks for administrerende direktør Vestre Viken

Styret i Helse Sør Øst

- Investeringer, styresak 032-2015
- Bygginvesteringer, styresak 029-2015
- Intern styring og kontroll - Rammeverk for god virksomhetsstyring, vedtatt i 2010

Vedlegg

- [AD fullmakter i Vestre Viken 2020](#)
- [Delegerte fullmakter i Vestre Viken per 01.01.2019.pdf](#)
- [Fullmakter 2020 presentasjon til ledermøter](#)
- [Spørsmål og svar om signatur](#)

Administrerende direktørs fullmakter

Etter helseforetakslovens § 37 forestår administrerende direktør den daglige ledelsen av Vestre Viken, og skal følge de retningslinjer og pålegg som styret har gitt. Den daglige ledelsen omfatter ikke saker som etter Vestre Vikens forhold er av uvanlig art eller av stor betydning. Slike saker kan administrerende direktør bare avgjøre når styret i den enkelte sak har gitt myndighet til det, eller når styrets beslutning ikke kan avvendes uten vesentlig ulempe for Vestre Vikens virksomhet. Styret skal i så fall snarest underrettes om saken. Ved tvil vil den generelle forståelse av hva som ligger i ”daglig ledelse” være normgivende.

Styret i Vestre Viken har delegert signaturretten til styreleder Siri Hatlen og administrerende direktør Lisbeth Sommervoll. Signaturretten betyr å kunne tegne/binde helseforetaket i saker som har med daglig ledelse. Begrenset signaturrett – prokura – innehas formelt av direktør Økonomi Mette Lindblad.

I Vestre Viken skal ingen godkjenne egne transaksjoner, slike skal godkjennes av overordnet eller dennes stedfortreder. For en hensiktsmessig daglig drift kan administrerende direktørs kostnader godkjennes av økonomidirektør. Det er sammenfallende med retningslinjen i Helse Sør-Øst for administrerende direktør. Styreleder har en årlig gjennomgang av administrerende direktørs kostnader for å sikre tilstrekkelig internkontroll.

Administrerende direktør kan som utgangspunkt videredelegere sine fullmakter, med mindre styret har begrenset delegasjonsadgangen. Fullmaktsmatrisen nedenfor viser administrerende direktørs fullmakter i Vestre Viken. Denne må sees i sammenheng med administrerende direktørs interne delegasjon, som er å finne i dokumentet *Delegerte fullmakter i Vestre Viken*.

Fullmaktsmatrisen nedenfor viser fullmakter som ligger hos:

- Stortinget
- styret i Helse Sør-Øst
- styret i Vestre Viken
- administrerende direktør i Vestre Viken

| Fullmakt | Fullmaktens innhold | Kilde for begrensning | Fullmaktsinnehaver |
|--|---|--|---|
| Signaturrett | | Helseforetaksloven § 39 | Styrets leder Siri Hatlen og Administrerende direktør |
| Inngå avtalen Oppdrag og bestilling | | Fullmakter i Helse Sør-Øst | Administrerende direktør |
| Gaver og donasjoner | Fullmakt til å godkjenne gaver og donasjoner til foretaket med bindinger og utover budsjettår | Om gaven påvirker strategien i Vestre Viken skal styret godkjenne gaven. | Administrerende direktør |

| Fullmakt | Fullmaktens innhold | Kilde for begrensning | Fullmaktsinnehaver |
|--|---|---|--|
| Inngå vesentlige avtaler, som inngår i den daglige ledelsen, av økonomisk art, utenom anskaffelsesområdet | Prinsipiell karakter, politisk karakter, Vestre Vikens omdømme. Eks. samarbeidsavtaler, strategi, oppgavefordeling mellom helseforetak og flerårige avtaler | Fullmakter i Helse Sør-Øst | Administrerende direktør |
| Godkjenne særskilte oppdrag | Godkjenne oppstart av særskilte prosjekter på over 10 MNOK, der det følger med særskilte midler og medfører kapasitetsutnyttelse utenfor primæroppgaver til enheten | Fullmakter i Helse Sør-Øst | Administrerende direktør |
| Finansiering/låneopptak | | Helseforetaksloven § 33. Vedtektene i VV § 11 | Styret i Helse Sør-Øst |
| Salg av eiendom | Fullmakt til å selge fast eiendom | Helseforetaksloven § 31 | Styret i Vestre Viken >10 MNOK. Styret i HSØ <10 MNOK |
| Salg og utrangering av utstyr | Fullmakt til å beslutte salg eller utrangering av utstyr og til å fastsette pris ved salg ved antatt markedsverdi på 10 MNOK og mer | Fullmakter i Helse Sør-Øst | Administrerende direktør |
| Salg av sykehusvirksomhet | Fullmakt til å selge sykehusvirksomhet | Helseforetaksloven § 32 | Stortinget |
| Investeringer: MTU/IKT/Annet | Fullmaktsgrense på 20 MNOK for investeringer og operasjonelle leieavtaler | HSØ styresak 032-2015 | Administrerende direktør |
| Finansiell leasing | Undertegne kontrakt | Godkjennes av HSØ, se styresak 032-2015 | Administrerende direktør |
| Bygginvesteringer | Fullmaktsgrense på 50 MNOK for bygginvesteringer | HSØ styresak 029-2015 Behandling av utviklingsplaner og byggeprosjekter i Helse Sør-Øst | Administrerende direktør |

| Fullmakt | Fullmaktens innhold | Kilde for begrensning | Fullmaktsinnehaver |
|--|---|------------------------------|---------------------------|
| Vedta budsjett | Fullmakt til å fastsette detaljert årsbudsjett ut fra styrets budsjettvedtak. | | Administrerende direktør |
| Beslutte å opprette nye legestillinger (VV) | Fullmakt til å beslutte at det skal opprettes nye legestillinger | | Administrerende direktør |

Vestre Viken

Delegerte fullmakter i Vestre Viken 2019

Delegasjoner gitt av administrerende direktør

Lisbeth Sommervoll
01.01.2019

Innhold

| | |
|--|----|
| Delegerte fullmakter i Vestre Viken | 0 |
| 1. Innledning | 1 |
| 1.1. Formål | 2 |
| 1.3. Avgrensning | 3 |
| 2. Fullmaktsområder | 4 |
| 2.1. Juridiske fullmakter | 4 |
| 2.2. Økonomiske fullmakter | 5 |
| 2.3. Innkjøpsfullmakter | 5 |
| 2.4. HR fullmakter | 6 |
| 3. Overholdelse av fullmaktene | 6 |
| 3.1. System for administrasjon av fullmaktene | 6 |
| 4. Definisjoner og begrepsbruk | 7 |
| 4.1. Bakgrunnsdokumenter for dokumentet <i>Delegerte fullmakter i Vestre Viken</i> | 8 |
| Matrise 1 - Beløpsgrense for økonomiske fullmakter med unntak av investeringer | 9 |
| Matrise 2 - Juridiske fullmakter | 10 |
| Matrise 3 - Økonomiske fullmakter | 12 |
| Matrise 4 - Innkjøpsfullmakter | 16 |
| Matrise 5 - HR fullmakter | 18 |

Delegerte fullmakter i Vestre Viken

Ledelsen er helt avhengig av den enkelte medarbeiders gode skjønn, sunne fornuft og vilje til å ta ansvar i daglig drift. Det hjelper lite om Vestre Vikens ledelse vedtar et fullmaktsreglement hvis dette ikke følges. Det kan være lett å tenke at feil/misligheter «ikke skjer hos oss». Statistikken forteller noe annet, nemlig at dette kan skje på alle arbeidsplasser.

Konsekvensene av en feilvurdering kan bli betydelige, både samfunnsøkonomisk og for omdømmet til Vestre Viken.

Dette dokumentet handler både om å håndtere en delegert fullmakt på formelt riktig måte, og hvor viktig det er for den enkelte å ta ansvar, ha oversikt over rammene og erkjenne risikoen for feil. Dersom du er i tvil må du ta opp saken opp med nærmeste leder.

1. Innledning

Administrerende direktør har rett og plikt til å opptre på vegne av Vestre Viken i saker som hører til driften av helseforetaket, innenfor gjeldende lov- og regelverk. Helseforetaksloven m.fl. regulerer Vestre Vikens forskjellige roller som sykehus, forsknings/utdanningsinstitusjon, arbeidsgiver, offentlig myndighetsorgan og/eller forretningspart. Vestre Viken er også bundet av Helse og omsorgsdepartementets krav som overordnet helsemyndighet. Helse Sør Øst som eier gir konkrete føringer for daglig drift i vedtekter, instruks for styret, instruks for administrerende direktør og i oppdragsdokumentet. Helse Sør Øst kan instruere administrerende direktør i enkeltsaker i foretaksmøtet.

I styrets [instruks til administrerende direktør](#) er administrerende direktør gitt følgende fullmakt, i medhold av helseforetaksloven § 37:

- Representere foretaket utad i saker som inngår i den daglige ledelse; herunder å tegne foretakets firma
- Begjære påtale på vegne av foretaket
- Avgi og motta søksmål, samt opptre på vegne av foretaket i saker for domstolene

Av loven følger disse begrensningene for administrerende direktørs myndighet:

Den daglige ledelsen omfatter ikke saker som etter foretakets forhold er av ¹*uvanlig art eller av stor betydning*. Slike saker kan daglig

¹ Må vurderes etter hva som er vanlig praksis. Det må gjøres en konkret vurdering i forhold til hvor vide fullmakter daglig leder har. Selv om en sak i seg selv synes å være av uvanlig art eller av stor betydning, kan den ligge innenfor daglig leders

leder/administrerende direktør bare avgjøre når styret i den enkelte sak har gitt myndighet til det, eller dersom styrets beslutning ikke kan avventes uten *vesentlig ulempe* for foretakets virksomhet. Styret skal i så fall snarest underrettes om saken.

"Vesentlig ulempe"

Administrerende direktør i Vestre Viken er gitt en hastekompetanse i saker som er av uvanlig art eller stor betydning. Dersom det vil medføre ulempe eller skade for Vestre Viken å vente på styrets behandling, kan administrerende direktør dermed treffe avgjørelsen. Ulempen ved å utsette må først veies opp mot ulempen ved at styret ikke får vurdert saken selv. Saker av vesentlig betydning skal i alle tilfelle forelegges departementet, jamfør helseforetaksloven § 30.

Innenfor disse rammene kan administrerende direktør fordele myndighet og tildele fullmakter i organisasjonen. Den overordnede fullmakten kan dermed delegeres nedover i linjen, så langt loven eller eiers instruksjoner ikke er til hinder for det. Oversikt over fullmaktene er nødvendig. Det bidrar til effektiv intern styring og kontroll, skaper forutsigbarhet, legger til rette for god oppfølging og kan forebygge uregelmessigheter. Fullmaktene tydeliggjør den enkeltes ansvar for/rett til å handle på foretakets vegne, og gir trygghet for at vedkommende holder seg innenfor sine rammer.

Administrerende direktør har på denne bakgrunn delegert myndighet til ansatte med definerte roller, jamfør fullmaktmatrisen. Matrisens formål er å bidra til forsvarlig drift ved å sørge for at ansatte har

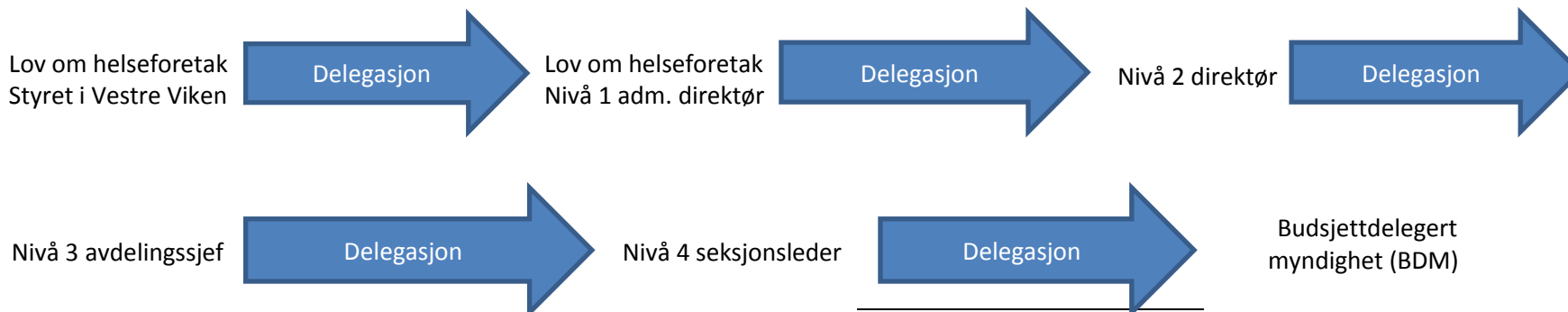
kompetanseområde, dersom det går klart fram av foretakets budsjett hvilke avgjørelser foretaket skal ta.

oversikt over delegerede fullmakter. Dette er igjen en forutsetning for effektiv styring og kontroll. Behovet for klare kommandolinjer og ansvarsforhold ivaretas ved at den som delegerer en fullmakt alltid kan trekke denne tilbake.

Fullmaktene i matrisen forutsettes kjent av alle ansatte som er berørt av den. Kvaliteten på matrisen skal sikres gjennom løpende vedlikehold. Dette inkluderer arkivering av historikk, slik at det i ettertid er mulig å gjenfinne hvem som hadde en bestemt fullmakt når.

1.1. Formål

Vestre Vikens administrerende direktør delegerer i dette dokumentet fullmakter nedover i linjen for å sikre best mulig underbygde beslutninger der enkeltsakene oppstår. Dokumentet viser hvilke generelle fullmakter som er delegert ut. Den viser også laveste mulige myndighetsnivå for delegasjon. Det betyr at alle nivå over laveste mulige myndighetsnivå fortsatt har fullmakten.



1.2. Delegasjon internt i Vestre Viken

Begrensninger for videredelegasjon følger av [dokumentet Instruks for administrerende direktør](#).

Styret er øverste organ i Vestre Viken med det alminnelige ansvar for forvaltning av helseforetaket. Overfor styret er administrerende direktør bindeleddet til foretakets administrasjon (daglige ledelse), og har et direkte ansvar for at den er organisert slik at den fungerer hensiktsmessig. Herunder at helseforetaket har en formålstjenlig og helhetlig fullmaktstruktur.

Fullmaktene er gitt ledere individuelt gjennom driftsavtale og i administrerende direktørs delegasjon i Vestre Viken.

Fullmaktene følger budsjettansvarsområdene². Ingen kan fatte beslutninger som innvirker på andre områder enn de en selv har ansvaret for. Er saken av klinikk- eller stabsovergripende art, må beslutningen fattes av involverte direktører og administrerende direktør. Saker av helseforetaksovergripende art besluttes av administrerende direktør.

² Se [Vestre Viken mapping](#) i e-håndbok id 12194

Administrerende direktør har som daglig leder det øverste ansvaret, men den daglige ledelsen i Vestre Viken er den samlede innsatsen fra alle lederne.

Administrerende direktør står fritt til å tilbakekalle og gi instruksjoner om utøvelsen både generelt og i enkeltsaker, og til å omgjøre beslutninger i linjen. Fullmakten kan delegeres videre (fig. 1) når det er nødvendig, forsvarlig og det støtter en effektiv myndighetsutøvelse i Vestre Viken. Ingen myndighet kan likevel, delegeres til et lavere nivå enn laveste myndighetsnivå på området i fullmaktmatriksen.

Den som har delegert en fullmakt til en annen, beholder full instruksjonsrett og har et selvstendig ansvar for at fullmakten utøves i tråd med både delegasjonen og fullmaktmatriksen.

Dersom fullmektigen går ut over sin rett, vil Vestre Viken kunne være forpliktet. Saken følges da opp av nærmeste leder.

1.3. Avgrensning

Fullmaktene i dette dokumentet gjelder det administrative nivået, primært saker av økonomisk betydning i vid forstand. Saker som faller utenfor er dermed blant annet:

- Saker på styrenivå
- Helsefag og helseadministrasjon
- Utdanning
- Forskning
- Informasjonshåndtering, herunder forholdet til presse/media
- Tilgang til IT-systemer
- Større investeringsprosjekter (Rutiner vedtatt av styret for Helse Sør-Øst RHF, sak 082/2008 er erstattet av 016/2012).

Videre er beslutningsmatriksen for byggeprosjekter i Helse Sør-Øst RHF som fremgår av sak 016-2012, komplettert av styresak 029-2015 "Behandling av utviklingsplaner og byggeprosjekter i Helse Sør-Øst".

2. Fullmaktsområder

Fullmaktene i dette dokumentet er delt inn i områdene:

- Juridiske fullmakter
- Økonomiske fullmakter
- Innkjøpsfullmakter
- HR fullmakter

Viktig å huske på:

- Alle transaksjoner relatert til en ansatt, skal godkjennes av leder. Dette gjelder eksempelvis reisekostnader, attestasjon av fakturaer for telefon- og internettutgifter, bestillinger, kurs, timelister, ferieuttak og andre registreringer i GAT og Personalportalen. Dette for å sikre habilitet og redusere muligheten for mislighet.
- Delegerede fullmakter gjelder det enkelte budsjettår.
- Den enkelte fullmakthaver skal forsikre seg om at hun/han ikke går utover sine fullmakter. En fullmakthaver som er i tvil, skal avklare med sin overordnede.
- Fullmaktshaver skal handle til beste for Vestre Viken uten motiver om egen eller andres private vinning.

Enkelte særlig relevante eller nye fullmakter fra fullmaktsmatrisen er omtalt nedenfor.

2.1. Juridiske fullmakter

Overordnede juridiske fullmakter i Vestre Viken er:

- Signaturrett
- Prokura
- Inngå driftsavtale med RHF
- Inngå vesentlige avtaler innenfor rammen av den daglige ledelse
- Retts- og prosessfullmakter
- Inngå utenomrettslig forlik med vesentlig økonomisk konsekvens for Vestre Viken
- Beslutninger om erstatning/oppreisning i og utenfor kontraktsforhold
- Politianmelde straffbare forhold

Vesentlig avtale

Avtale av stor politisk interesse som kan få betydelig oppmerksomhet også i media er typisk en avtale av prinsipiell, politisk karakter som angår Vestre Vikens omdømme, for eksempel overordnet samarbeid, strategier, oppgavefordeling mellom flere HF og flerårige avtaler.

Retts- og prosessfullmakt

Fullmakt til å ta ut stevning/anke, såkalt partsfullmakt, og/eller å inngå rettslig forlik.

Et forlik inngått i retten vil ha rettslig virkning tilsvarende en rettskraftig dom. Saken er da endelig avgjort.

Styret har delegert retts- og prosessfullmakter til administrerende direktør i [instruks av 26.august 2009 punkt 5.6](#). Fullmakten må forstås innenfor prosesslovgivningens grenser og øvrige grenser for

administrerende direktørs fullmakter. Det betyr at retts- og prosessfullmakter delegeres administrerende direktør for de saker som kan regnes som daglig ledelse og drift, med unntak av saker av uvanlig art eller stor betydning. Saker som gjelder retts- og prosessfullmakter skal underlegges juridisk vurdering for å sikre ivaretagelse av rettslige og prosessuelle forhold, ikke minst sikre at absolutte frister overholdes.

Politianmeldelse av straffbare forhold

En politianmeldelse er å gi politimyndighetene melding om et mulig straffbart forhold. Det er administrerende direktør i Vestre Viken som har fullmakt til å anmelde straffbare forhold begått mot helseforetaket eller dets ansatte. Av hensyn til oversikt over og formelt korrekte anmeldelser kan fullmakten delegeres. Saken forberedes i den aktuelle avdeling hvor forholdet har oppstått og kvalitetssikres av juridisk kompetanse før saken anmeldes.

Utenomrettslig forlik og lignende

Et utenrettslig forlik vil normalt være som en regulær avtale mellom partene (motsatt er rettslig forlik en enighet som er oppnådd mellom partene i en rettstvist).

Fullmakt til å inngå utenomrettslig forlik, godkjenne utbetaling av erstatning i et kontraktsforhold og utbetale erstatning eller oppreisning utenfor kontraktsforhold ligger i utgangspunktet hos administrerende direktør. Ofte skyldes krav om slike utbetalinger uheldige forhold. Det må gjøres til dels kompliserte, juridiske vurderinger av om Vestre Viken a) er rettslig forpliktet, og/eller om b) andre forhold gjør at utbetaling bør/ikke bør gjennomføres. Det bør være mest mulig lik praktisering i Vestre Viken, og juridisk kompetanse bør søkes ved et mulig utenomrettslig forlik. I mindre

vesentlige saker kan myndigheten til å inngå utenomrettslig forlik delegeres i linjen.

2.2. Økonomiske fullmakter

Økonomifullmakter omfatter rammene for iverksettelse av disposisjoner som gir foretaket en økonomisk forpliktelse. Rammene setter beløpsmessige grenser, samt fastsetter hvilke disposisjoner som kan iverksettes.

Den overordnede økonomiske rammen er foretakets styrevedtatte budsjett. Det er administrerende direktør i Vestre Viken som har fullmakt til å fastsette detaljert årsbudsjett ut fra styrets budsjettvedtak.

2.3. Innkjøpsfullmakter

Innkjøp av varer og tjenester skal følge bestemmelsene beskrevet nedenfor. Det gjelder særskilte retningslinjer og fullmakter for investering- og leieområdet³. Generelt gjelder følgende:

- Lov og forskrifter om offentlige anskaffelser, samt andre gjeldende lover og regler.
- Ethvert innkjøp skal være relevant og nødvendig for driften. Det skal kontrolleres at det er dekning for kostnaden i tildelt budsjett og at den er økonomisk forsvarlig, herunder basert på en vurdering av om det foreligger en resultatrisiko for året.

³ [ID-100225 VV Investeringer - beslutninger og gjennomføring](#)
[ID-100227 VV Leieavtaler](#)

- Ved behov for kjøp over 100.000 NOK (inkl. mva. og livsløpskostnader), som ikke er avrop på en rammeavtale med krav om minikonkurranse, skal saken forelegges innkjøpsavdelingen som vurderer behov for eventuell konkurranseutsetting før avtale kan inngås med Vestre Viken.

2.4.HR fullmakter

Ledernes fullmakter på HR-området er omfattende og sentrale for en effektiv ledelse og styring av Vestre Viken. Med arbeidsgiveransvaret utøver lederne også arbeidsgivers styringsrett. Arbeidsgivers styringsrett innebærer at lederen organiserer driften, leder de ansatte, fordeler og kontrollerer arbeidet. Med andre ord bestemmer hvem som skal gjøre hva, når og hvordan. Arbeidsgiver beslutter hvem som skal ansettes for å utføre oppgavene i enheten, og gjør beslutninger ved avslutning av ansattes arbeidsforhold. Fullmaktene på HR-området avspeiler arbeidsgiveransvaret og styringsretten.

I tillegg til den generelle lederfullmakten vil det være nødvendig med en tidsavgrenset engangfullmakt en såkalt stedfortrederfullmakt, eksempelvis i forbindelse med ferieavviklingen og/eller sykdomsperioder. Om lederen på enheten har en formell stedfortreder er denne stedfortreder ved leders fravær. Stedfortreder må være dokumentert.

Det laveste mulige myndighetsnivå er budsjettdelegert myndighet (BDM). Det vil være enhetens kompleksitet, geografiske beliggenhet og antall årsverk som vil være avgjørende for om det er opprettes en BDM. Nivå 3 skal beslutte om det skal opprettes BDM i avdelingen. HR Utvikling er rådgivere i prosessen.

3. Overholdelse av fullmaktene

Fullmaktene er forpliktende. Overholdelse følges opp både via en automatisert systemkontroll og gjennom manuelle kontroller/revisjoner. Overtredelse av fullmakt vil kunne få arbeidsrettslige følger. Den som går utover sine fullmakter vil urettmessig kunne forplikte Vestre Viken utad, på tvers av ledelsens ønsker og foretakets policy (legitimasjonsfullmakt). En slik avtale vil kunne medføre erstatningsansvar for Vestre Viken. Den som uaktsomt har medvirket til dette, vil kunne bli stilt økonomisk til ansvar (om avtalen heves eller avtalen medfører forpliktelser av uheldig art for Vestre Viken). Ansatte som mistenker/avdekker brudd på en fullmakt plikter å melde fra til nærmeste leder, eller leder på nivået over. Disse vurderer videre saksgang, herunder hvem som skal informeres og om juridisk kompetanse må innhentes.

Med mindre overtredelsen er bagatellmessig, skal et brudd tas opp med vedkommende i skriftlig form som en advarsel.

3.1.System for administrasjon av fullmaktene

Endringer i fullmaktmatrisen vedtas av administrerende direktør i helseforetakets ledermøte. Fullmaktmatrisen er administrerende direktørs instruks for ledelse i Vestre Viken. Justeringer og enkeltendringer vedtas fortløpende når behovet oppstår. Stab Kompetanse i Vestre Viken er eier av dette dokumentet og koordinerer arbeidet med oppdatering.

Se e-håndbok [ID-78528 VV Fullmakter i Vestre Viken](#) ved spørsmål om delegerte fullmakter i Vestre Viken.

4. Definisjoner og begrepsbruk

Anvisning

En fullmakt til å godkjenne at foretaket skal betale for innkjøp av varer og tjenester. Utøves ved å anwise en faktura.

Attestasjon

En fullmakt til å bestille varer og tjenester, og godkjenne varemottak av varen. Man godkjenner at varen/tjenesten er mottatt til korrekt pris, kvalitet og antall.

Budsjettdelegert myndighet (BDM)

Den som har ansvar for budsjett innenfor gitt område. Vedkommende vil tilsvarende ha budsjett disponeringsmyndighet for dette området. Denne myndigheten kan ikke delegeres.

Buffer

Buffer er en sum som klinikkene kan søke om til uforutsette ikke planlagte investeringer og havarier. I utgangspunkt skal hvert investeringsområde dekke dette selv.

Daglig leder

Begrepet brukes i lov om helseforetak. Daglig leder er tilsatt av styret, jmfør lov om helseforetak § 36. Daglig leder i Vestre Viken HF kalles administrerende direktør.

Delegasjon

Retten en fullmektig (fullmaktsinnehaver) har til å delegere myndighet videre. Fullmaktsgiver beholder samtidig selv myndigheten/det overordnede ansvaret og har instruksjonsrett om hvordan denne skal utøves av fullmektig. Delegasjonen kan trekkes tilbake. All delegasjon i Vestre Viken skal være begrunnet, forsvarlig og dokumenterbar/mulig å ettergå. Delegering fritar ikke for eget ansvar.

Fritekstkjøp/Formular

Kjøp av varer og tjenester som ikke er lagt inn som artikkel i innkjøpssystemet.

Fullmakt

Rett/myndighet/legitimasjon/kompetanse gitt til en person til å handle på vegne av og forplikte Vestre Viken. Legitimasjonen utad vil kunne være større enn retten internt.

Habilitet

For å være habil må det ikke være noen omstendigheter i saken som er egnet til å svekke tilliten til den som deltar i saksbehandlingen. Ingen skal altså kunne påvirke eller oppfattes som å kunne påvirke sakens behandling der vedkommende selv eller noen som står denne nær kan ha interesse av utfallet.

Instruksjonsrett

Den som har delegert fullmakt videre, har rett til å instruere den man har gitt fullmakt til.

Mislighet

Handlinger som innebærer uredelighet for å oppnå en urettmessig fordel for seg selv, virksomheten mv. eller andre. Misligheter skilles fra feil ved at den underliggende handlingen er tilsiktet.

Prokura

Begrenset signaturrett.

Den som har en prokurafullmakt (prokuristen) kan ikke selge eller pantsette fast eiendom eller opptre på foretakets vegne i søksmål, uten at det er et styrevedtak på prokuristens navn. Prokura kan ikke delegeres.

Signaturrett

Styreleder og administrerende direktør i Vestre Viken har retten til å tegne foretaket (firmategningsrett). Styremøtet i Vestre Viken bestemmer hvem som har signaturrett i foretaket. Signaturretten kan ikke delegeres videre. Den skal være registrert i Foretaksregisteret.

4.1. Bakgrunnsdokumenter for dokumentet *Delegerte fullmakter i Vestre Viken*

Retningslinje for helseforetakene, sak 069-2008 Fullmakter i Helse Sør-Øst, ble vedtatt som forpliktende i regionalt helseforetaks styremøte 19. juni 2008. Retningslinjen ble behandlet i Vestre Vikens foretaksmøte i november 2008. Styrets vedtak innebærer at helseforetakene står fritt med hensyn til å fastsette beløpsgrenser innenfor de enkelte fullmaktsområder.

Vedtak i sak 003-2010 Revidering av instruksjer og fullmakter. RHF vedtok i januar 2010 en endring av sak 069-2008. Helseforetakenes administrerende direktør kan delegere fullmakter til lavere nivåer enn de som var fastsatt i retningslinjene til Helse Sør-Øst. Det ble her forutsatt at de anbefalte fullmaktnivå skal legges til grunn som veiledende norm og at eventuelle avvik skal begrunnes særskilt.

Matrise 1 – Beløpsgrense for økonomiske fullmakter med unntak av investeringer⁴

| Nivå | Benevnelse | Kostnadssteder/Prosjekt | Beløpsgrense | Rapporterer til |
|------------|----------------------------------|-------------------------|---|------------------------------|
| 1 | Administrerende direktør | Alle | Innenfor vedtatt budsjett til VV | Styret |
| 2 | Klinikkdirektør og stabsdirektør | Egne | Innenfor vedtatt budsjett til klinikk eller stabsområde | Administrerende direktør |
| 3 | Avdelingssjef | Egne | 1 000 000,- | Direktør på eget område |
| 4 | Seksjonsleder | Egne | 500 000,- | Avdelingssjef på eget område |
| BDM | Budsjettdelegert myndighet | Eget | 100 000,- | Nærmeste leder |

⁴ For investeringer gjelder egen fullmakt. Se matrise 3 økonomifullmakter

Matrise 2 - Juridiske fullmakter

| Fullmakt | Fullmaktens innhold | Avgrensning | Laveste myndighetsnivå |
|---|---|---|--|
| Signatur | Fullmakt til å opptre på og å underskrive på vegne av foretaket i forretningsforhold. | Signaturretten må delegeres fra foretakets styre. Fullmakten må være registrert med navn i foretaksregisteret. | Administrerende direktør |
| Prokura | Fullmakt til å opptre på og å underskrive på vegne av foretaket i forretningsforhold. | Prokuraretten må delegeres fra foretakets styre. Fullmakten må være registrert med navn i foretaksregisteret eller være navngitt i styresak. Enkelte leverandører godkjenner kun signatur fra signaturberettiget eller prokurist. | Direktør økonomi |
| Inngå avtalen <i>Oppdrag og bestilling</i> med det regionale helseforetaket | Fullmakt til å inngå avtalen <i>Oppdrag og bestilling</i> i foretaksmøtet mellom Vestre Viken og Helse Sør-Øst. | | Administrerende direktør |
| Inngå vesentlige avtaler , som inngår i den daglige ledelsen, av økonomisk art, utenom innkjøpsområde | Kan være av prinsipiell, politisk karakter og angå helseforetakets omdømme. Eksempelvis samarbeidsavtaler, strategi, oppgavefordeling mellom helseforetak og flerårige avtaler. | Styret skal orienteres om alle vesentlige saker. | Administrerende direktør |
| Forlik | Fullmakt til å inngå forlik i saker av økonomisk og annen karakter. Fullmakten gjelder både rettslige og utenomrettslige forlik. | Vesentlige saker: Styret skal orienteres. Mindre vesentlige saker skal fremlegges for juridisk vurdering før forlik inngås. | Administrerende direktør Nivå 2 |

| Fullmakt | Fullmaktens innhold | Avgrensning | Laveste myndighetsnivå |
|---|--|---|---|
| Godkjenne utbetaling av erstatning i og utenfor et kontraktsforhold | Fullmakt til å godkjenne utbetaling i samsvar med kontraktsforpliktelser. Fullmakt til å godkjenne utbetaling av erstatning, uten at dette har utgangspunkt i kontrakt. | Saken skal underlegges juridisk vurdering før utbetaling. Styret skal orienteres om alle vesentlige saker. | Nivå 2 |
| Ta ut stevning/anke | Fullmakt til å ta ut stevning på helseforetakets vegne og eventuelt anke. | Styret skal informeres om alle stevninger av prinsipiell, omdømmemessig eller annen vesentlig karakter. | Administrerende direktør |
| Politianmelde straffbare forhold | Fullmakt til å anmelde straffbare forhold begått mot helseforetaket eller dets ansatte. | Saken forberedes i berørt avdeling. Saken underlegges juridisk vurdering før anmeldelse. Styret skal informeres om vesentlige saker. | Stabsdirektør på Nivå 2 |
| Begjære påtale | Fullmakt til å begjære påtale på vegne av foretaket. | Begjære påtale i vesentlige saker. Styret skal informeres om alle påtalebegjæringer av vesentlig karakter. Mindre vesentlige saker underlegges juridisk vurdering før beslutning om påtalebegjæring. | Administrerende direktør Stabsdirektør på Nivå 2 |
| Partsrepresentant | Opptre som part/lovlig stedfortreder i en rettslig prosess. | | Nivå 2 |

Matrise 3 - Økonomiske fullmakter

| Fullmakt | Fullmaktens innhold | Avgrensning | Laveste myndighetsnivå |
|--|--|---|---|
| Vedta budsjett | Fullmakt til å fastsette detaljert årsbudsjett ut fra styrets budsjettvedtak. | | Administrerende direktør |
| Omdisponere budsjett | Fullmakt til å endre vedtatt budsjett innenfor gitt ansvarsområde. | | Nivå 3 |
| Disponere budsjett | Fullmakt til å benytte budsjettmidler innenfor eget ansvarsområde og vedtatt budsjett. | | BDM |
| Investeringer | Fullmakt til å beslutte gjennomføring av investering. | Årlig budsjettvedtak innenfor de gitte investeringsområder Eiendom og grunnutstyr Medisinsk teknisk utstyr og IKT Ambulanser Klinikkinvesteringer | Klinikkdirektør KIS Direktør teknologi Klinikkdirektør PHT Klinikkdirektører Administrerende direktør |
| Salg og utrangering av utstyr | Fullmakt til å beslutte salg eller utrangering av utstyr og til å fastsette pris ved salg. | Salg må godkjennes av ansvarlige for respektive investeringsområde (MTU, GRU, bygg, IKT), og alltid godkjennes av regnskapssjef. Antatt markedsverdi over kr 1.000.000,- Antatt markedsverdi under kr 1.000.000,- | Administrerende direktør Nivå 2 |
| Innlevere tilbud ved salg av tjenester | Fullmakt til å innlevere tilbud der helseforetaket konkurrerer om å være leverandør. | Konsultasjonsplikt med Controllerafdeling | Nivå 2 |

| Fullmakt | Fullmaktens innhold | Avgrensning | Laveste myndighetsnivå |
|---------------------------------|---|---|--------------------------------|
| Leiekontrakter for eiendom/bygg | Fullmakt til å inngå leiekontrakter for eiendom/bygg. | <p>Leiekontrakten skal vurderes av Direktør økonomi for å avgjøre om det er operasjonell eller finansiell leasing før kontraktinngåelse.</p> <p>Finansielle leieavtaler skal godkjennes av Helse Sør-Øst, uavhengig av beløp og leieobjekt, og undertegnes av signaturberettiget i VV.</p> <p>Operasjonelle avtaler for eiendom/bygg med avtalevarighet over 5 år og nåverdi av fremtidige leieforpliktelser over 10 MNOK i hele perioden, skal godkjennes administrerende direktør.</p> <p>Operasjonelle avtaler for eiendom/bygg hvor nåverdien av fremtidige leieforpliktelser er mellom 10 MNOK og 50 MNOK skal godkjennes av styret i Vestre Viken.</p> <p>Operasjonelle avtaler for eiendom/bygg hvor nåverdien av fremtidige leieforpliktelser er over 50 MNOK skal godkjennes av Helse Sør-Øst.</p> | Klinikkdirektør Intern Service |

| Fullmakt | Fullmaktens innhold | Avgrensning | Laveste myndighetsnivå |
|---|---|---|--|
| Leiekontrakter for utstyr | Fullmakt til å inngå leiekontrakter av utstyr. | Leiekontrakten skal vurderes av Direktør økonomi for å avgjøre om det er operasjonell eller finansiell leieavtale før kontraktinngåelse. Det er kun direktør økonomi som kan godkjenne en leieavtale som forplikter foretaket utover ett år. Finansielle leieavtaler skal godkjennes av Helse Sør-Øst uavhengig av beløp og leieobjekt, og undertegnes av signaturberettiget i VV. Forespørsel til finansieringsselskap skal sendes fra Stab Økonomi. | Direktør teknologi for IKT og medisinsk utstyr ----- Klinikkdirektør Prehospitale tjenester for ambulanser ----- Klinikkdirektør Intern service for grunnutrustning |
| Opprette, endre eller slette bankkonti | Fullmakt til å opprette, endre eller slette bankkonti hos foretakets bankforbindelse. | Regnskapssjefen er forslagsstiller. | Direktør økonomi |
| Avgjøre hvem som skal ha utbetalingsfullmakt på bankkonti | Fullmakt til å avgjøre hvem som skal ha utbetalingsfullmakt på bankkonti. | Konsultasjonsplikt med Direktør økonomi. | Regnskapssjef |
| Avskrive fordringer | Fullmakt til å avskrive uerholdelige fordringer. | Kan først gjøres etter at ordinære purre- og inkassorutiner er fulgt og har vært formålsløst. over kr 1.000.000,- | Regnskapssjef Direktør økonomi |
| Godkjenne særskilte oppdrag | Fullmakt til å godkjenne oppstart av særskilte prosjekter, der det følger med særskilte midler, men som også medfører kapasitetsutnyttelse utenfor primær oppgaver for enheten. | Inntil kr 10.000.000,- Inntil kr 5.000.000,- | Administrerende direktør Nivå 2 |
| Godkjenne regnskap for øremerkede midler | Fullmakt til å undertegne særregnskap for bruk av øremerkede midler mottatt fra utenforstående (i hovedsak departement). | | Regnskapssjef |

| Fullmakt | Fullmaktens innhold | Avgrensning | Laveste myndighetsnivå |
|--|--|--|-------------------------------|
| Motta pengegaver/ donasjoner | Fullmakt til å motta gaver på vegne av helseforetaket i henhold til etiske retningslinjer. Fullmakten gjelder kun i de tilfeller det ikke er bindinger tilknyttet gaven. | Gaver som generer vesentlige kostnader utover budsjettåret og/eller som det knyttes vesentlige bindinger til, skal vurderes av administrerende direktør. Gaver som er av vesentlig størrelse og som kan ha innvirkning på strategien i Vestre Viken skal vurderes av styret i Vestre Viken. | Nivå 2 |
| Godkjenning av bedriftskort | Godkjenne avtale om bedriftskort. | Avtalen signeres av Direktør økonomi. | Nivå 3 |
| Disponere fellesøkonomiske ansvarssted | Innhold følger av årlige budsjettvedtak. | | Direktør økonomi |

Matrise 4 - Innkjøpsfullmakter

| Fullmakt | Fullmaktens innhold | Avgrensning | Laveste myndighetsnivå |
|--|---|---|------------------------|
| Bestille oppdrag fra Sykehusinnkjøp | Bestille anskaffelsesoppdrag fra Sykehusinnkjøp i henhold til gjeldende prosedyrer | | Innkjøpssjef (Nivå 3) |
| Starte en innkjøpsprosess | Fullmakt til å beslutte at man skal starte en innkjøpsprosess. Omfatter oppstart av innkjøpsprosess både med sikte på å etablere rammeavtale og ved enkeltstående kjøp. | Praktisk gjennomføringsansvar for innkjøp over kr 100.000,- (inkl. mva. og livsløpskostnader) tilligger innkjøpsavdelingen. Gjelder ikke kjøp på rammeavtale, der det ikke er krav til minikonkurranse. | Nivå 3 |
| Innkjøp av medisinsk utstyr og IKT over 100.000,- NOK (inkl. MVA) | Fullmakt til å gjennomføre kjøp av medisinsk utstyr og IKT. | Innkjøp IKT skal som utgangspunkt kjøpes via Sykehuspartner og alle IKT-investeringer må avklares med Sykehuspartner. I samsvar med prosedyrer for iverksettelse av innkjøpsprosess. | Direktør teknologi |
| Innkjøp av varer og tjenester til oppgradering av bygg og grunnrustning over 100.000,- NOK (inkl. MVA) | Fullmakt til å gjennomføre kjøp av varer og tjenester til oppgradering av bygg og grunnrustning. | I samsvar med prosedyrer for iverksettelse av innkjøpsprosess. | Nivå 3 KIS |

| Fullmakt | Fullmaktens innhold | Avgrensning | Laveste myndighetsnivå |
|--|--|---|--|
| Signere kontrakt | Fullmakt til å signere kontrakt etter gjennomført konkurranse i henhold til lovmessige krav (spesielt lov om offentlige anskaffelser med forskrifter). | Innenfor budsjettåret: Generell fullmakt. Utover budsjettåret: Nivå 1 inntil kr 20.000.000,- | Nivå 3 Administrerende direktør |
| Foreta bestilling og/eller attestere faktura | Fullmakt til å utarbeide bestillinger i de tilfeller det finnes rammeavtale. Tilsvare å attestere kostnader. | Kan delegeres til ansatte med nødvendig bestillerkompetanse i avdelingen (rekvirent). | Utnevnes av BDM |
| Godkjenne bestilling og/eller anwise faktura | Fullmakt til å godkjenne bestillinger i de tilfeller det finnes rammeavtale. Tilsvare å anwise kostnader. | Innenfor generell fullmakt. | BDM |
| Godkjenne varemottak | Fullmakt til å signere for kontroll av at mottatte varer er i henhold til følgeseddel. Varemottak gjøres fortrinnsvis av bestiller. | | Utnevnes av BDM eller i form av stilling |
| Utbetaling bank | Fullmakt til å foreta utbetaling fra bank. | Skal ikke kombineres med tilgang til å bokføre og oppdatere leverandørregisteret. | Regnskapssjef (nivå 3) |
| Bokføre | Tilgang til å oppdatere regnskapet/leverandørreskontro (systemtilgang). | Skal ikke kombineres med utbetalingsfullmakt bank og tilgang til å oppdatere leverandørregisteret. | Regnskapssjef (nivå 3) |
| Godkjenne oppdatering av leverandørregister | Tilgang til å opprette, endre og slette leverandører i økonomisystemet (systemtilgang). | Skal ikke kombineres med utbetalingsfullmakt bank og bokføringstilgang. | Regnskapssjef (nivå 3) |
| Godkjenne hvem som kan utføre fritekstkjøp | Fullmakt til å godkjenne hvem som kan gjøre fritekstkjøp på enheten. | Behovsprøves av innkjøpsavdelingen. | Nivå 4 |

Matrise 5 - HR fullmakter

| Fullmakt | Fullmaktens innhold | Avgrensning | Laveste myndighetsnivå |
|--|--|--|------------------------|
| <p>Beslutte å opprette ny stilling, herunder opprette engasjementstilling</p> | <p>Fullmakt til å beslutte at det skal opprettes ny stilling, herunder opprette engasjementstilling innenfor vedtatt budsjett.</p> <p>I dette ligger at helårseffekten skal vurderes for å sikre at det ikke pådras utgifter frem i tid som det ikke er dekning for.</p> | <p>Lønn fastsettes i henhold til gjeldende overenskomst eller sammenlignbare stillinger.</p> <p>Ved avvikende lønn fra ovennevnte har leder med fullmakt konsultasjonsplikt med HR Utvikling og lederstøtte før fastsettelse.</p> <p>Nye legestillinger: Ansvarlig leder sender søknad til nivå 2, hvor søknaden skal få tilslutning før den avgjøres av administrerende direktør i ledermøte.</p> | Nivå 2 |
| <p>Beslutte å besette eksisterende stilling, med unntak av:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Legestillinger • Lederstillinger • Stillinger i stab/merkantile støttepersoner | <p>Fullmakt til å beslutte at ubesatt stilling skal lyses ut for ansettelse.</p> <p>I dette ligger at helårseffekten skal vurderes for å sikre at det ikke pådras utgifter frem i tid som det ikke er dekning for.</p> | <p>Ved mindre enheter som i liten grad foretar ansettelser forslås det at fullmakten legges til Nivå 3.</p> <p>Lønn fastsettes i henhold til gjeldende overenskomst eller sammenlignbare stillinger.</p> <p>Ved avvikende lønnsfastsettelse har leder konsultasjonsplikt med HR Utvikling og lederstøtte. Endelig godkjenning av avvikende lønn skal fastsettes av nivå 2.</p> | Nivå 4 |

| Fullmakt | Fullmaktens innhold | Avgrensning | Laveste myndighetsnivå |
|---|---|---|--|
| Beslutte å besette i eksisterende: <ul style="list-style-type: none"> • Legestillinger • Lederstillinger • Stillinger i stab/merkantile støttepersoner | Fullmakt til å beslutte at ubesatt stilling skal lyses ut for ansettelse. I dette ligger at helårseffekten skal vurderes for å sikre at det ikke pådras utgifter frem i tid som det ikke er dekning for. | Lønn fastsettes i henhold til gjeldende overenskomst eller sammenlignbare stillinger. Ved avvikende lønn fra ovennevnte har leder med fullmakt konsultasjonsplikt med HR Utvikling og lederstøtte før fastsettelse. Endelig godkjenning av avvikende lønn skal fastsettes av nivå 2. | Nivå 3 |
| Beslutte å ta inn vikar | Fullmakt til å beslutte at det skal tas inn vikar i stilling. | Lønn fastsettes i henhold til gjeldende overenskomst eller sammenlignbare stillinger. Ved avvikende lønnsfastsettelse har leder konsultasjonsplikt med HR Utvikling og lederstøtte. Endelig godkjenning av avvikende lønn skal fastsettes av nivå 2. | Nivå 4 |
| Lønnsforhandlinger | Fullmakt til å gjennomføre lønnsforhandlinger i foretaket. | Avdelingssjef HR Utvikling og lederstøtte kan delegere til forhandlingsledere. | Avdelingssjef HR Utvikling og lederstøtte (Nivå 3) |
| Beslutte hvem som skal ansettes | Fullmakt til å beslutte hvem som skal ansettes. | | BDM |
| Omgjøring av stilling | Fullmakt til å vedta omgjøring av eksisterende stilling innenfor arbeidsgivers styringsrett. Omfatter både inndragning av stilling og å endre eksisterende stilling. | | Nivå 3 |

| Fullmakt | Fullmaktens innhold | Avgrensning | Laveste myndighetsnivå |
|---|---|--|------------------------|
| Utøvelse av daglig drift i samråd med leder på nivå 4, herunder å kunne godkjenne personrelaterte kostnader | <p>Fullmakt til å ivareta daglig personaloppfølging.</p> <p>Fullmakten omfatter, <i>men er ikke begrenset til</i>, fastsetting av arbeidsplaner/turnus og ferielister, pålegging av overtid og å innvilge avtalefestede permisjoner.</p> <p>Fullmakt til å ivareta daglig personaloppfølging vil også omfatte godkjenning av variabel lønnsliste for utbetaling (som time- og overtidslister, turnusplaner og reisegodtgjørelse).</p> | <p>Personalansvar kan ikke delegeres til BDM, kun personaloppfølging i samråd med nivå 4.</p> <p>Enhetens kompleksitet, geografiske beliggenhet og antall årsverk er avgjørende for om det kan opprettes en BDM.</p> <p>Nivå 3 skal beslutte om det skal opprettes BDM i avdelingen. HR Utvikling og lederstøtte er rådgivere i prosessen.</p> | BDM |
| Godkjenne legers bemanningsplaner | Fullmakt til å godkjenne legers bemanningsplaner. | | Nivå 3 |
| Godkjenne bierverv | Fullmakt til å godkjenne bierverv. | | Nivå 2 |
| Godkjenne ferie | Fullmakt til å godkjenne ferie. | | BDM |
| Advarsel | Fullmakt til å gi ansatte muntlig og skriftlig advarsel. | Konsultasjonsplikt med HR Utvikling og lederstøtte. | Nivå 3 |
| Suspendere ansatte | Fullmakt til å beslutte at ansatte skal suspenderes fra sitt arbeid. | | Direktør Kompetanse |
| Vedta oppsigelse/avskjed | Fullmakt til å avslutte arbeidsforhold. | | Direktør Kompetanse |
| Godkjenne sluttpakke ved oppsigelse | Fullmakt til å godkjenne sluttpakke i forbindelse med at ansatte slutter. | Sluttpakke må avgjøres i samarbeid med nivå 2. | Direktør Kompetanse |
| Vedta omplassering av ansatte | Fullmakt til å beslutte omplassering av ansatte. | Innenfor egen avdeling. | Nivå 3 |

Vestre Viken

Delegerte fullmakter i Vestre Viken 2019

Delegasjoner gitt av administrerende direktør

Lisbeth Sommervoll
01.01.2019

Innhold

| | |
|--|----|
| Delegerte fullmakter i Vestre Viken | 0 |
| 1. Innledning | 1 |
| 1.1. Formål | 2 |
| 1.3. Avgrensning | 3 |
| 2. Fullmaktsområder | 4 |
| 2.1. Juridiske fullmakter | 4 |
| 2.2. Økonomiske fullmakter | 5 |
| 2.3. Innkjøpsfullmakter | 5 |
| 2.4. HR fullmakter | 6 |
| 3. Overholdelse av fullmaktene | 6 |
| 3.1. System for administrasjon av fullmaktene | 6 |
| 4. Definisjoner og begrepsbruk | 7 |
| 4.1. Bakgrunnsdokumenter for dokumentet <i>Delegerte fullmakter i Vestre Viken</i> | 8 |
| Matrise 1 - Beløpsgrense for økonomiske fullmakter med unntak av investeringer | 9 |
| Matrise 2 - Juridiske fullmakter | 10 |
| Matrise 3 - Økonomiske fullmakter | 12 |
| Matrise 4 - Innkjøpsfullmakter | 16 |
| Matrise 5 - HR fullmakter | 18 |

Delegerte fullmakter i Vestre Viken

Ledelsen er helt avhengig av den enkelte medarbeiders gode skjønn, sunne fornuft og vilje til å ta ansvar i daglig drift. Det hjelper lite om Vestre Vikens ledelse vedtar et fullmaktsreglement hvis dette ikke følges. Det kan være lett å tenke at feil/misligheter «ikke skjer hos oss». Statistikken forteller noe annet, nemlig at dette kan skje på alle arbeidsplasser.

Konsekvensene av en feilvurdering kan bli betydelige, både samfunnsøkonomisk og for omdømmet til Vestre Viken.

Dette dokumentet handler både om å håndtere en delegert fullmakt på formelt riktig måte, og hvor viktig det er for den enkelte å ta ansvar, ha oversikt over rammene og erkjenne risikoen for feil. Dersom du er i tvil må du ta opp saken opp med nærmeste leder.

1. Innledning

Administrerende direktør har rett og plikt til å opptre på vegne av Vestre Viken i saker som hører til driften av helseforetaket, innenfor gjeldende lov- og regelverk. Helseforetaksloven m.fl. regulerer Vestre Vikens forskjellige roller som sykehus, forsknings/utdanningsinstitusjon, arbeidsgiver, offentlig myndighetsorgan og/eller forretningspart. Vestre Viken er også bundet av Helse og omsorgsdepartementets krav som overordnet helsemyndighet. Helse Sør Øst som eier gir konkrete føringer for daglig drift i vedtekter, instruks for styret, instruks for administrerende direktør og i oppdragsdokumentet. Helse Sør Øst kan instruere administrerende direktør i enkeltsaker i foretaksmøtet.

I styrets [instruks til administrerende direktør](#) er administrerende direktør gitt følgende fullmakt, i medhold av helseforetaksloven § 37:

- Representere foretaket utad i saker som inngår i den daglige ledelse; herunder å tegne foretakets firma
- Begjære påtale på vegne av foretaket
- Avgi og motta søksmål, samt opptre på vegne av foretaket i saker for domstolene

Av loven følger disse begrensningene for administrerende direktørs myndighet:

Den daglige ledelsen omfatter ikke saker som etter foretakets forhold er av *uvanlig art eller av stor betydning*. Slike saker kan daglig

leder/administrerende direktør bare avgjøre når styret i den enkelte sak har gitt myndighet til det, eller dersom styrets beslutning ikke kan avvendes uten *vesentlig ulempe* for foretakets virksomhet. Styret skal i så fall snarest underrettes om saken.

"Vesentlig ulempe"

Administrerende direktør i Vestre Viken er gitt en hastekompetanse i saker som er av uvanlig art eller stor betydning. Dersom det vil medføre ulempe eller skade for Vestre Viken å vente på styrets behandling, kan administrerende direktør dermed treffe avgjørelsen. Ulempen ved å utsette må først veies opp mot ulempen ved at styret ikke får vurdert saken selv. Saker av vesentlig betydning skal i alle tilfelle forelegges departementet, jamfør helseforetaksloven § 30.

Innenfor disse rammene kan administrerende direktør fordele myndighet og tildele fullmakter i organisasjonen. Den overordnede fullmakten kan dermed delegeres nedover i linjen, så framt loven eller eiers instruksjoner ikke er til hinder for det. Oversikt over fullmaktene er nødvendig. Det bidrar til effektiv intern styring og kontroll, skaper forutsigbarhet, legger til rette for god oppfølging og kan forebygge uregelmessigheter. Fullmaktene tydeliggjør den enkeltes ansvar for/rett til å handle på foretakets vegne, og gir trygghet for at vedkommende holder seg innenfor sine rammer.

Administrerende direktør har på denne bakgrunn delegert myndighet til ansatte med definerte roller, jamfør fullmaktmatrisen. Matrisens

¹ Må vurderes etter hva som er vanlig praksis. Det må gjøres en konkret vurdering i forhold til hvor vide fullmakter daglig leder har. Selv om en sak i seg selv synes å være av uvanlig art eller av stor betydning, kan den ligge innenfor daglig leders

kompetanseområde, dersom det går klart fram av foretakets budsjett hvilke avgjørelser foretaket skal ta.

formål er å bidra til forsvarlig drift ved å sørge for at ansatte har oversikt over delegerte fullmakter. Dette er igjen en forutsetning for effektiv styring og kontroll. Behovet for klare kommandolinjer og ansvarsforhold ivaretas ved at den som delegerer en fullmakt alltid kan trekke denne tilbake.

Fullmaktene i matrisen forutsettes kjent av alle ansatte som er berørt av den. Kvaliteten på matrisen skal sikres gjennom løpende vedlikehold. Dette inkluderer arkivering av historikk, slik at det i ettertid er mulig å gjenfinne hvem som hadde en bestemt fullmakt når.

1.1. Formål

Vestre Vikens administrerende direktør delegerer i dette dokumentet fullmakter nedover i linjen for å sikre best mulig underbygde beslutninger der enkeltsakene oppstår. Dokumentet viser hvilke generelle fullmakter som er delegert ut. Den viser også laveste mulige myndighetsnivå for delegasjon. Det betyr at alle nivå over laveste mulige myndighetsnivå fortsatt har fullmakten.

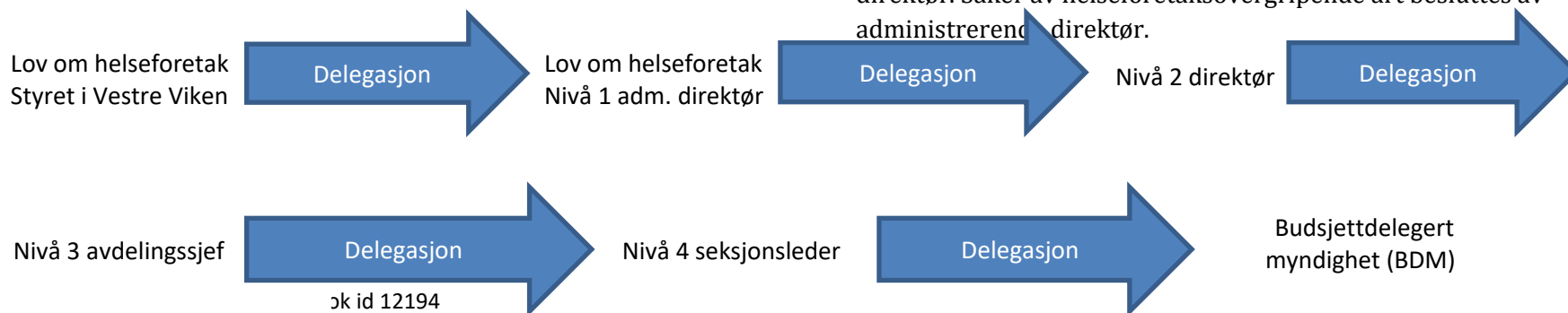


Fig 1. Delegasjon

1.2. Delegasjon internt i Vestre Viken

Begrensninger for videredelegasjon følger av [dokumentet Instruks for administrerende direktør](#).

Styret er øverste organ i Vestre Viken med det alminnelige ansvar for forvaltning av helseforetaket. Overfor styret er administrerende direktør bindeleddet til foretakets administrasjon (daglige ledelse), og har et direkte ansvar for at den er organisert slik at den fungerer hensiktsmessig. Herunder at helseforetaket har en formålstjenlig og helhetlig fullmaktstruktur.

Fullmaktene er gitt ledere individuelt gjennom driftsavtale og i administrerende direktørs delegasjon i Vestre Viken.

Fullmaktene følger budsjettansvarsområdene². Ingen kan fatte beslutninger som innvirker på andre områder enn de en selv har ansvaret for. Er saken av klinikk- eller stabsovergripende art, må beslutningen fattes av involverte direktører og administrerende direktør. Saker av helseforetaksovergripende art besluttes av administrerende direktør.

Administrerende direktør har som daglig leder det øverste ansvaret, men den daglige ledelsen i Vestre Viken er den samlede innsatsen fra alle lederne.

Administrerende direktør står fritt til å tilbakekalle og gi instruksjoner om utøvelsen både generelt og i enkeltsaker, og til å omgjøre beslutninger i linjen. Fullmakten kan delegeres videre (fig. 1) når det er nødvendig, forsvarlig og det støtter en effektiv myndighetsutøvelse i Vestre Viken. Ingen myndighet kan likevel, delegeres til et lavere nivå enn laveste myndighetsnivå på området i fullmaktmatriksen.

Den som har delegert en fullmakt til en annen, beholder full instruksjonsrett og har et selvstendig ansvar for at fullmakten utøves i tråd med både delegasjonen og fullmaktmatriksen.

Dersom fullmektigen går ut over sin rett, vil Vestre Viken kunne være forpliktet. Saken følges da opp av nærmeste leder.

1.3. Avgrensning

Fullmaktene i dette dokumentet gjelder det administrative nivået, primært saker av økonomisk betydning i vid forstand. Saker som faller utenfor er dermed blant annet:

- Saker på styrenivå
- Helsefag og helseadministrasjon
- Utdanning
- Forskning
- Informasjonshåndtering, herunder forholdet til presse/media
- Tilgang til IT-systemer
- Større investeringsprosjekter (Rutiner vedtatt av styret for Helse Sør-Øst RHF, sak 082/2008 er erstattet av 016/2012).

Videre er beslutningsmatriksen for byggeprosjekter i Helse Sør-Øst RHF som fremgår av sak 016-2012, komplettert av styresak 029-2015 "Behandling av utviklingsplaner og byggeprosjekter i Helse Sør-Øst".

2. Fullmaktsområder

Fullmaktene i dette dokumentet er delt inn i områdene:

- Juridiske fullmakter
- Økonomiske fullmakter
- Innkjøpsfullmakter
- HR fullmakter

Viktig å huske på:

- Alle transaksjoner relatert til en ansatt, skal godkjennes av leder. Dette gjelder eksempelvis reisekostnader, attestasjon av fakturaer for telefon- og internettutgifter, bestillinger, kurs, timelister, ferieuttak og andre registreringer i GAT og Personalportalen. Dette for å sikre habilitet og redusere muligheten for mislighet.
- Delegerede fullmakter gjelder det enkelte budsjettår.
- Den enkelte fullmakthaver skal forsikre seg om at hun/han ikke går utover sine fullmakter. En fullmakthaver som er i tvil, skal avklare med sin overordnede.
- Fullmaktshaver skal handle til beste for Vestre Viken uten motiver om egen eller andres private vinning.

Enkelte særlig relevante eller nye fullmakter fra fullmaktsmatrisen er omtalt nedenfor.

2.1. Juridiske fullmakter

Overordnede juridiske fullmakter i Vestre Viken er:

- Signaturrett
- Prokura
- Inngå driftsavtale med RHF
- Inngå vesentlige avtaler innenfor rammen av den daglige ledelse
- Retts- og prosessfullmakter
- Inngå utenomrettslig forlik med vesentlig økonomisk konsekvens for Vestre Viken
- Beslutninger om erstatning/oppreisning i og utenfor kontraktsforhold
- Politianmelde straffbare forhold

Vesentlig avtale

Avtale av stor politisk interesse som kan få betydelig oppmerksomhet også i media er typisk en avtale av prinsipiell, politisk karakter som angår Vestre Vikens omdømme, for eksempel overordnet samarbeid, strategier, oppgavefordeling mellom flere HF og flerårige avtaler.

Retts- og prosessfullmakt

Fullmakt til å ta ut stevning/anke, såkalt partsfullmakt, og/eller å inngå rettslig forlik.

Et forlik inngått i retten vil ha rettslig virkning tilsvarende en rettskraftig dom. Saken er da endelig avgjort.

Styret har delegert retts- og prosessfullmakter til administrerende direktør i [instruks av 26.august 2009 punkt 5.6](#). Fullmakten må forstås innenfor prosesslovgivningens grenser og øvrige grenser for

administrerende direktørs fullmakter. Det betyr at retts- og prosessfullmakter delegeres administrerende direktør for de saker som kan regnes som daglig ledelse og drift, med unntak av saker av uvanlig art eller stor betydning. Saker som gjelder retts- og prosessfullmakter skal underlegges juridisk vurdering for å sikre ivaretagelse av rettslige og prosessuelle forhold, ikke minst sikre at absolutte frister overholdes.

Politianmeldelse av straffbare forhold

En politianmeldelse er å gi politimyndighetene melding om et mulig straffbart forhold. Det er administrerende direktør i Vestre Viken som har fullmakt til å anmelde straffbare forhold begått mot helseforetaket eller dets ansatte. Av hensyn til oversikt over og formelt korrekte anmeldelser kan fullmakten delegeres. Saken forberedes i den aktuelle avdeling hvor forholdet har oppstått og kvalitetssikres av juridisk kompetanse før saken anmeldes.

Utenomrettslig forlik og lignende

Et utenrettslig forlik vil normalt være som en regulær avtale mellom partene (motsatt er rettslig forlik en enighet som er oppnådd mellom partene i en rettstvist).

Fullmakt til å inngå utenomrettslig forlik, godkjenne utbetaling av erstatning i et kontraktsforhold og utbetale erstatning eller oppreisning utenfor kontraktsforhold ligger i utgangspunktet hos administrerende direktør. Ofte skyldes krav om slike utbetalinger uheldige forhold. Det må gjøres til dels kompliserte, juridiske vurderinger av om Vestre Viken a) er rettslig forpliktet, og/eller om b) andre forhold gjør at utbetaling bør/ikke bør gjennomføres. Det bør

være mest mulig lik praktisering i Vestre Viken, og juridisk kompetanse bør søkes ved et mulig utenomrettslig forlik. I mindre vesentlige saker kan myndigheten til å inngå utenomrettslig forlik delegeres i linjen.

2.2. Økonomiske fullmakter

Økonomifullmakter omfatter rammene for iverksettelse av disposisjoner som gir foretaket en økonomisk forpliktelse. Rammene setter beløpsmessige grenser, samt fastsetter hvilke disposisjoner som kan iverksettes.

Den overordnede økonomiske rammen er foretakets styrevedtatte budsjett. Det er administrerende direktør i Vestre Viken som har fullmakt til å fastsette detaljert årsbudsjett ut fra styrets budsjettvedtak.

2.3. Innkjøpsfullmakter

Innkjøp av varer og tjenester skal følge bestemmelsene beskrevet nedenfor. Det gjelder særskilte retningslinjer og fullmakter for investering- og leieområdet³. Generelt gjelder følgende:

- Lov og forskrifter om offentlige anskaffelser, samt andre gjeldende lover og regler.
- Ethvert innkjøp skal være relevant og nødvendig for driften. Det skal kontrolleres at det er dekning for kostnaden i tildelt budsjett og at den er økonomisk forsvarlig, herunder basert på en vurdering av om det foreligger en resultatrisiko for året.

³ [ID-100225 VV Investeringer - beslutninger og gjennomføring](#)

[ID-100227 VV Leieavtaler](#)

- Ved behov for kjøp over 100.000 NOK (inkl. mva. og livsløpskostnader), som ikke er avrop på en rammeavtale med krav om minikonkurranse, skal saken forelegges innkjøpsavdelingen som vurderer behov for eventuell konkurranseutsetting før avtale kan inngås med Vestre Viken.

2.4.HR fullmakter

Ledernes fullmakter på HR-området er omfattende og sentrale for en effektiv ledelse og styring av Vestre Viken. Med arbeidsgiveransvaret utøver lederne også arbeidsgivers styringsrett. Arbeidsgivers styringsrett innebærer at lederen organiserer driften, leder de ansatte, fordeler og kontrollerer arbeidet. Med andre ord bestemmer hvem som skal gjøre hva, når og hvordan. Arbeidsgiver beslutter hvem som skal ansettes for å utføre oppgavene i enheten, og gjør beslutninger ved avslutning av ansattes arbeidsforhold. Fullmaktene på HR-området avspeiler arbeidsgiveransvaret og styringsretten.

I tillegg til den generelle lederfullmakten vil det være nødvendig med en tidsavgrenset engangfullmakt en såkalt stedfortrederfullmakt, eksempelvis i forbindelse med ferieavviklingen og/eller sykdomsperioder. Om lederen på enheten har en formell stedfortreder er denne stedfortreder ved leders fravær. Stedfortreder må være dokumentert.

Det laveste mulige myndighetsnivå er budsjettdelegert myndighet (BDM). Det vil være enhetens kompleksitet, geografiske beliggenhet og antall årsverk som vil være avgjørende for om det er opprettes en BDM. Nivå 3 skal beslutte om det skal opprettes BDM i avdelingen. HR Utvikling er rådgivere i prosessen.

3. Overholdelse av fullmaktene

Fullmaktene er forpliktende. Overholdelse følges opp både via en automatisert systemkontroll og gjennom manuelle kontroller/revisjoner. Overtredelse av fullmakt vil kunne få arbeidsrettslige følger. Den som går utover sine fullmakter vil urettmessig kunne forplikte Vestre Viken utad, på tvers av ledelsens ønsker og foretakets policy (legitimasjonsfullmakt). En slik avtale vil kunne medføre erstatningsansvar for Vestre Viken. Den som uaktsomt har medvirket til dette, vil kunne bli stilt økonomisk til ansvar (om avtalen heves eller avtalen medfører forpliktelser av uheldig art for Vestre Viken). Ansatte som mistenker/avdekker brudd på en fullmakt plikter å melde fra til nærmeste leder, eller leder på nivået over. Disse vurderer videre saksgang, herunder hvem som skal informeres og om juridisk kompetanse må innhentes.

Med mindre overtredelsen er bagatellmessig, skal et brudd tas opp med vedkommende i skriftlig form som en advarsel.

3.1.System for administrasjon av fullmaktene

Endringer i fullmaktmatrisen vedtas av administrerende direktør i helseforetakets ledermøte. Fullmaktmatrisen er administrerende direktørs instruks for ledelse i Vestre Viken. Justeringer og enkeltendringer vedtas fortløpende når behovet oppstår. Stab Kompetanse i Vestre Viken er eier av dette dokumentet og koordinerer arbeidet med oppdatering.

Se e-håndbok [ID-78528 VV Fullmakter i Vestre Viken](#) ved spørsmål om delegerte fullmakter i Vestre Viken.

4. Definisjoner og begrepsbruk

Anvisning

En fullmakt til å godkjenne at foretaket skal betale for innkjøp av varer og tjenester. Utøves ved å anwise en faktura.

Attestasjon

En fullmakt til å bestille varer og tjenester, og godkjenne varemottak av varen. Man godkjenner at varen/tjenesten er mottatt til korrekt pris, kvalitet og antall.

Budsjettdelegert myndighet (BDM)

Den som har ansvar for budsjett innenfor gitt område. Vedkommende vil tilsvarende ha budsjett disponeringsmyndighet for dette området. Denne myndigheten kan ikke delegeres.

Buffer

Buffer er en sum som klinikkene kan søke om til uforutsette ikke planlagte investeringer og havarier. I utgangspunkt skal hvert investeringsområde dekke dette selv.

Daglig leder

Begrepet brukes i lov om helseforetak. Daglig leder er tilsatt av styret, jamfør lov om helseforetak § 36. Daglig leder i Vestre Viken HF kalles administrerende direktør.

Delegasjon

Retten en fullmektig (fullmaktsinnehaver) har til å delegere myndighet videre. Fullmakts giver beholder samtidig selv myndigheten/det overordnede ansvaret og har instruksjonsrett om hvordan denne skal utøves av fullmektig. Delegasjonen kan trekkes tilbake. All delegasjon i Vestre Viken skal være begrunnet, forsvarlig og dokumenterbar/mulig å ettergå. Delegering fritar ikke for eget ansvar.

Fritekstkjøp/Formular

Kjøp av varer og tjenester som ikke er lagt inn som artikkel i innkjøpssystemet.

Fullmakt

Rett/myndighet/legitimasjon/kompetanse gitt til en person til å handle på vegne av og forplikte Vestre Viken. Legitimasjonen utad vil kunne være større enn retten internt.

Habilitet

For å være habil må det ikke være noen omstendigheter i saken som er egnet til å svekke tilliten til den som deltar i saksbehandlingen. Ingen skal altså kunne påvirke eller oppfattes som å kunne påvirke sakens behandling der vedkommende selv eller noen som står denne nær kan ha interesse av utfallet.

Instruksjonsrett

Den som har delegert fullmakt videre, har rett til å instruere den man har gitt fullmakt til.

Mislighet

Handlinger som innebærer uredelighet for å oppnå en urettmessig fordel for seg selv, virksomheten mv. eller andre. Misligheter skilles fra feil ved at den underliggende handlingen er tilsiktet.

Prokura

Begrenset signaturrett.

Den som har en prokurafullmakt (prokuristen) kan ikke selge eller pantsette fast eiendom eller opptre på foretakets vegne i søksmål, uten at det er et styrevedtak på prokuristens navn. Prokura kan ikke delegeres.

Signaturrett

Styreleder og administrerende direktør i Vestre Viken har retten til å tegne foretaket (firmategningsrett). Styremøtet i Vestre Viken bestemmer hvem som har signaturrett i foretaket. Signaturretten kan ikke delegeres videre. Den skal være registrert i Foretaksregisteret.

4.1. Bakgrunnsdokumenter for dokumentet *Delegerte fullmakter i Vestre Viken*

Retningslinje for helseforetakene, sak 069-2008 Fullmakter i Helse Sør-Øst, ble vedtatt som forpliktende i regionalt helseforetaks styremøte 19. juni 2008. Retningslinjen ble behandlet i Vestre Vikens foretaksmøte i november 2008. Styrets vedtak innebærer at helseforetakene står fritt med hensyn til å fastsette beløpsgrenser innenfor de enkelte fullmaktsområder.

Vedtak i sak 003-2010 Revidering av instruksjer og fullmakter. RHF vedtok i januar 2010 en endring av sak 069-2008. Helseforetakenes administrerende direktør kan delegere fullmakter til lavere nivåer enn de som var fastsatt i retningslinjene til Helse Sør-Øst. Det ble her forutsatt at de anbefalte fullmaktnivå skal legges til grunn som veiledende norm og at eventuelle avvik skal begrunnes særskilt.

Matrise 1 – Beløpsgrense for økonomiske fullmakter med unntak av investeringer⁴

| Nivå | Benevnelse | Kostnadssteder/Prosjekt | Beløpsgrense | Rapporterer til |
|------------|----------------------------------|-------------------------|---|------------------------------|
| 1 | Administrerende direktør | Alle | Innenfor vedtatt budsjett til VV | Styret |
| 2 | Klinikkdirektør og stabsdirektør | Egne | Innenfor vedtatt budsjett til klinikk eller stabsområde | Administrerende direktør |
| 3 | Avdelingssjef | Egne | 1 000 000,- | Direktør på eget område |
| 4 | Seksjonsleder | Egne | 500 000,- | Avdelingssjef på eget område |
| BDM | Budsjettdelegert myndighet | Eget | 100 000,- | Nærmeste leder |

⁴ For investeringer gjelder egen fullmakt. Se matrise 3 økonomifullmakter

Matrise 2 - Juridiske fullmakter

| Fullmakt | Fullmaktens innhold | Avgrensning | Laveste myndighetsnivå |
|---|---|--|---|
| Signatur | Fullmakt til å opptre på og å underskrive på vegne av foretaket i forretningsforhold. | <p>Signaturretten må delegeres fra foretakets styre.</p> <p>Fullmakten må være registrert med navn i foretaksregisteret.</p> | Administrerende direktør |
| Prokura | Fullmakt til å opptre på og å underskrive på vegne av foretaket i forretningsforhold. | <p>Prokuraretten må delegeres fra foretakets styre.</p> <p>Fullmakten må være registrert med navn i foretaksregisteret eller være navngitt i styresak.</p> <p>Enkelte leverandører godkjenner kun signatur fra signaturberettiget eller prokurist.</p> | Direktør økonomi |
| Inngå avtalen <i>Oppdrag og bestilling</i> med det regionale helseforetaket | Fullmakt til å inngå avtalen <i>Oppdrag og bestilling</i> i foretaksmøtet mellom Vestre Viken og Helse Sør-Øst. | | Administrerende direktør |
| Inngå vesentlige avtaler , som inngår i den daglige ledelsen, av økonomisk art, utenom innkjøpsområde | Kan være av prinsipiell, politisk karakter og angå helseforetakets omdømme. Eksempelvis samarbeidsavtaler, strategi, oppgavefordeling mellom helseforetak og flerårige avtaler. | Styret skal orienteres om alle vesentlige saker. | Administrerende direktør |
| Forlik | Fullmakt til å inngå forlik i saker av økonomisk og annen karakter. Fullmakten gjelder både rettslige og utenomrettslige forlik. | <p>Vesentlige saker: Styret skal orienteres.</p> <p>Mindre vesentlige saker skal fremlegges for juridisk vurdering før forlik inngås.</p> | <p>Administrerende direktør</p> <p>Nivå 2</p> |

| Fullmakt | Fullmaktens innhold | Avgrensning | Laveste myndighetsnivå |
|---|--|---|---|
| Godkjenne utbetaling av erstatning i og utenfor et kontraktsforhold | Fullmakt til å godkjenne utbetaling i samsvar med kontraktsforpliktelser. Fullmakt til å godkjenne utbetaling av erstatning, uten at dette har utgangspunkt i kontrakt. | Saken skal underlegges juridisk vurdering før utbetaling. Styret skal orienteres om alle vesentlige saker. | Nivå 2 |
| Ta ut stevning/anke | Fullmakt til å ta ut stevning på helseforetakets vegne og eventuelt anke. | Styret skal informeres om alle stevninger av prinsipiell, omdømmemessig eller annen vesentlig karakter. | Administrerende direktør |
| Politianmelde straffbare forhold | Fullmakt til å anmelde straffbare forhold begått mot helseforetaket eller dets ansatte. | Saken forberedes i berørt avdeling. Saken underlegges juridisk vurdering før anmeldelse. Styret skal informeres om vesentlige saker. | Stabsdirektør på Nivå 2 |
| Begjære påtale | Fullmakt til å begjære påtale på vegne av foretaket. | Begjære påtale i vesentlige saker. Styret skal informeres om alle påtalebegjæringer av vesentlig karakter. Mindre vesentlige saker underlegges juridisk vurdering før beslutning om påtalebegjæring. | Administrerende direktør Stabsdirektør på Nivå 2 |
| Partsrepresentant | Opptre som part/lovlig stedfortreder i en rettslig prosess. | | Nivå 2 |

Matrise 3 - Økonomiske fullmakter

| Fullmakt | Fullmaktens innhold | Avgrensning | Laveste myndighetsnivå |
|--|--|---|---|
| Vedta budsjett | Fullmakt til å fastsette detaljert årsbudsjett ut fra styrets budsjettvedtak. | | Administrerende direktør |
| Omdisponere budsjett | Fullmakt til å endre vedtatt budsjett innenfor gitt ansvarsområde. | | Nivå 3 |
| Disponere budsjett | Fullmakt til å benytte budsjettmidler innenfor eget ansvarsområde og vedtatt budsjett. | | BDM |
| Investeringer | Fullmakt til å beslutte gjennomføring av investering. | Årlig budsjettvedtak innenfor de gitte investeringsområder Eiendom og grunnutstyr Medisinsk teknisk utstyr og IKT Ambulanser Klinikkinvesteringer | Klinikkdirektør KIS Direktør teknologi Klinikkdirektør PHT Klinikkdirektører Administrerende direktør |
| Salg og utrangering av utstyr | Fullmakt til å beslutte salg eller utrangering av utstyr og til å fastsette pris ved salg. | Salg må godkjennes av ansvarlige for respektive investeringsområde (MTU, GRU, bygg, IKT), og alltid godkjennes av regnskapssjef. Antatt markedsverdi over kr 1.000.000,- Antatt markedsverdi under kr 1.000.000,- | Administrerende direktør Nivå 2 |
| Innlevere tilbud ved salg av tjenester | Fullmakt til å innlevere tilbud der helseforetaket konkurrerer om å være leverandør. | Konsultasjonsplikt med Controlleravdeling | Nivå 2 |

| Fullmakt | Fullmaktens innhold | Avgrensning | Laveste myndighetsnivå |
|---------------------------------|---|---|--------------------------------|
| Leiekontrakter for eiendom/bygg | Fullmakt til å inngå leiekontrakter for eiendom/bygg. | <p>Leiekontrakten skal vurderes av Direktør økonomi for å avgjøre om det er operasjonell eller finansiell leasing før kontraktinngåelse.</p> <p>Finansielle leieavtaler skal godkjennes av Helse Sør-Øst, uavhengig av beløp og leieobjekt, og undertegnes av signaturberettiget i VV.</p> <p>Operasjonelle avtaler for eiendom/bygg med avtalevarighet over 5 år og nåverdi av fremtidige leieforpliktelser over 10 MNOK i hele perioden, skal godkjennes administrerende direktør.</p> <p>Operasjonelle avtaler for eiendom/bygg hvor nåverdien av fremtidige leieforpliktelser er mellom 10 MNOK og 50 MNOK skal godkjennes av styret i Vestre Viken.</p> <p>Operasjonelle avtaler for eiendom/bygg hvor nåverdien av fremtidige leieforpliktelser er over 50 MNOK skal godkjennes av Helse Sør-Øst.</p> | Klinikkdirektør Intern Service |

| Fullmakt | Fullmaktens innhold | Avgrensning | Laveste myndighetsnivå |
|---|--|--|--|
| Leiekontrakter for utstyr | Fullmakt til å inngå leiekontrakter av utstyr. | <p>Leiekontrakten skal vurderes av Direktør økonomi for å avgjøre om det er operasjonell eller finansiell leieavtale før kontraktinngåelse. Det er kun direktør økonomi som kan godkjenne en leieavtale som forplikter foretaket utover ett år.</p> <p>Finansielle leieavtaler skal godkjennes av Helse Sør-Øst uavhengig av beløp og leieobjekt, og undertegnes av signaturberettiget i VV.</p> <p>Forespørsel til finansieringsselskap skal sendes fra Stab Økonomi.</p> | <p>Direktør teknologi for IKT og medisinsk utstyr</p> <p>-----</p> <p>-</p> <p>Klinikkdirektør Prehospitaltjenester for ambulanser</p> <p>-----</p> <p>-</p> <p>Klinikkdirektør Intern service for grunnutrustning</p> |
| Opprette, endre eller slette bankkonti | Fullmakt til å opprette, endre eller slette bankkonti hos foretakets bankforbindelse. | Regnskapssjefen er forslagsstiller. | Direktør økonomi |
| Avgjøre hvem som skal ha utbetalingsfullmakt på bankkonti | Fullmakt til å avgjøre hvem som skal ha utbetalingsfullmakt på bankkonti. | Konsultasjonsplikt med Direktør økonomi. | Regnskapssjef |
| Avskrive fordringer | Fullmakt til å avskrive uerholdelige fordringer. | <p>Kan først gjøres etter at ordinære purre- og inkassorutiner er fulgt og har vært formålsløst.</p> <p>over kr 1.000.000,-</p> | <p>Regnskapssjef</p> <p>Direktør økonomi</p> |
| Godkjenne særskilte oppdrag | Fullmakt til å godkjenne oppstart av særskilte prosjekter, der det følger med særskilte midler, men som også medfører kapasitetsutnyttelse utenfor primæroppgaver for enheten. | <p>Inntil kr 10.000.000,-</p> <p>Inntil kr 5.000.000,-</p> | <p>Administrerende direktør</p> <p>Nivå 2</p> |

| Fullmakt | Fullmaktens innhold | Avgrensning | Laveste myndighetsnivå |
|--|--|--|-------------------------------|
| Godkjenne regnskap for øremerkede midler | Fullmakt til å undertegne særregnskap for bruk av øremerkede midler mottatt fra utenforstående (i hovedsak departement). | | Regnskapssjef |
| Motta pengegaver/ donasjoner | Fullmakt til å motta gaver på vegne av helseforetaket i henhold til etiske retningslinjer. Fullmakten gjelder kun i de tilfeller det ikke er bindinger tilknyttet gaven. | Gaver som generer vesentlige kostnader utover budsjettåret og/eller som det knyttes vesentlige bindinger til, skal vurderes av administrerende direktør. Gaver som er av vesentlig størrelse og som kan ha innvirkning på strategien i Vestre Viken skal vurderes av styret i Vestre Viken. | Nivå 2 |
| Godkjenning av bedriftskort | Godkjenne avtale om bedriftskort. | Avtalen signeres av Direktør økonomi. | Nivå 3 |
| Disponere fellesøkonomiske ansvarssted | Innhold følger av årlige budsjettvedtak. | | Direktør økonomi |

Matrise 4 - Innkjøpsfullmakter

| Fullmakt | Fullmaktens innhold | Avgrensning | Laveste myndighetsnivå |
|--|---|---|-------------------------------|
| Bestille oppdrag fra Sykehusinnkjøp | Bestille anskaffelsesoppdrag fra Sykehusinnkjøp i henhold til gjeldende prosedyrer | | Innkjøpsjef (Nivå 3) |
| Starte en innkjøpsprosess | Fullmakt til å beslutte at man skal starte en innkjøpsprosess. Omfatter oppstart av innkjøpsprosess både med sikte på å etablere rammeavtale og ved enkeltstående kjøp. | Praktisk gjennomføringsansvar for innkjøp over kr 100.000,- (inkl. mva. og livsløpskostnader) tilligger innkjøpsavdelingen. Gjelder ikke kjøp på rammeavtale, der det ikke er krav til minikonkurranse. | Nivå 3 |
| Innkjøp av medisinsk utstyr og IKT over 100.000,- NOK (inkl. MVA) | Fullmakt til å gjennomføre kjøp av medisinsk utstyr og IKT. | Innkjøp IKT skal som utgangspunkt kjøpes via Sykehuspartner og alle IKT-investeringer må avklares med Sykehuspartner. I samsvar med prosedyrer for iverksettelse av innkjøpsprosess. | Direktør teknologi |
| Innkjøp av varer og tjenester til oppgradering av bygg og grunnrustning over 100.000,- NOK (inkl. MVA) | Fullmakt til å gjennomføre kjøp av varer og tjenester til oppgradering av bygg og grunnrustning. | I samsvar med prosedyrer for iverksettelse av innkjøpsprosess. | Nivå 3 KIS |

| Fullmakt | Fullmaktens innhold | Avgrensning | Laveste myndighetsnivå |
|--|--|---|--|
| Signere kontrakt | Fullmakt til å signere kontrakt etter gjennomført konkurranse i henhold til lovmessige krav (spesielt lov om offentlige anskaffelser med forskrifter). | Innenfor budsjettåret: Generell fullmakt. Utover budsjettåret: Nivå 1 inntil kr 20.000.000,- | Nivå 3 Administrerende direktør |
| Foreta bestilling og/eller attestere faktura | Fullmakt til å utarbeide bestillinger i de tilfeller det finnes rammeavtale. Tilsvare å attestere kostnader. | Kan delegeres til ansatte med nødvendig bestillerkompetanse i avdelingen (rekvirent). | Utnevnes av BDM |
| Godkjenne bestilling og/eller anwise faktura | Fullmakt til å godkjenne bestillinger i de tilfeller det finnes rammeavtale. Tilsvare å anwise kostnader. | Innenfor generell fullmakt. | BDM |
| Godkjenne varemottak | Fullmakt til å signere for kontroll av at mottatte varer er i henhold til følgeseddel. Varemottak gjøres fortrinnsvis av bestiller. | | Utnevnes av BDM eller i form av stilling |
| Utbetaling bank | Fullmakt til å foreta utbetaling fra bank. | Skal ikke kombineres med tilgang til å bokføre og oppdatere leverandørregisteret. | Regnskapssjef (nivå 3) |
| Bokføre | Tilgang til å oppdatere regnskapet/leverandørreskontro (systemtilgang). | Skal ikke kombineres med utbetalingsfullmakt bank og tilgang til å oppdatere leverandørregisteret. | Regnskapssjef (nivå 3) |
| Godkjenne oppdatering av leverandørregister | Tilgang til å opprette, endre og slette leverandører i økonomisystemet (systemtilgang). | Skal ikke kombineres med utbetalingsfullmakt bank og bokføringstilgang. | Regnskapssjef (nivå 3) |
| Godkjenne hvem som kan utføre fritekstkjøp | Fullmakt til å godkjenne hvem som kan gjøre fritekstkjøp på enheten. | Behovsprøves av innkjøpsavdelingen. | Nivå 4 |

Matrise 5 - HR fullmakter

| Fullmakt | Fullmaktens innhold | Avgrensning | Laveste myndighetsnivå |
|--|--|--|------------------------|
| <p>Beslutte å opprette ny stilling, herunder opprette engasjementstilling</p> | <p>Fullmakt til å beslutte at det skal opprettes ny stilling, herunder opprette engasjementstilling innenfor vedtatt budsjett.</p> <p>I dette ligger at helårseffekten skal vurderes for å sikre at det ikke pådras utgifter frem i tid som det ikke er dekning for.</p> | <p>Lønn fastsettes i henhold til gjeldende overenskomst eller sammenlignbare stillinger.</p> <p>Ved avvikende lønn fra ovennevnte har leder med fullmakt konsultasjonsplikt med HR Utvikling og lederstøtte før fastsettelse.</p> <p>Nye legestillinger: Ansvarlig leder sender søknad til nivå 2, hvor søknaden skal få tilslutning før den avgjøres av administrerende direktør i ledermøte.</p> | Nivå 2 |
| <p>Beslutte å besette eksisterende stilling, med unntak av:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Legestillinger • Lederstillinger • Stillinger i stab/merkantile støttepersoner | <p>Fullmakt til å beslutte at ubesatt stilling skal lyses ut for ansettelse.</p> <p>I dette ligger at helårseffekten skal vurderes for å sikre at det ikke pådras utgifter frem i tid som det ikke er dekning for.</p> | <p>Ved mindre enheter som i liten grad foretar ansettelser forslås det at fullmakten legges til Nivå 3.</p> <p>Lønn fastsettes i henhold til gjeldende overenskomst eller sammenlignbare stillinger.</p> <p>Ved avvikende lønnsfastsettelse har leder konsultasjonsplikt med HR Utvikling og lederstøtte. Endelig godkjenning av avvikende lønn skal fastsettes av nivå 2.</p> | Nivå 4 |

| Fullmakt | Fullmaktens innhold | Avgrensning | Laveste myndighetsnivå |
|---|--|--|------------------------|
| Beslutte å besette i eksisterende: <ul style="list-style-type: none"> • Legestillinger • Lederstillinger • Stillinger i stab/merkantile støttepersoner | Fullmakt til å beslutte at ubesatt stilling skal lyses ut for ansettelse. I dette ligger at helårseffekten skal vurderes for å sikre at det ikke pådras utgifter frem i tid som det ikke er dekning for. | Lønn fastsettes i henhold til gjeldende overenskomst eller sammenlignbare stillinger. Ved avvikende lønn fra ovennevnte har leder med fullmakt konsultasjonsplikt med HR Utvikling og lederstøtte før fastsettelse. Endelig godkjenning av avvikende lønn skal fastsettes av nivå 2. | Nivå 3 |
| Lønnsjustering for grupper av ansatte ⁵ | Fullmakt til å justere lønn eller lønnelementer for grupper av ansatte ut over ordinære lønnsforhandlinger i foretaket. Fullmakten gjelder også ved inngåelse av vaktordninger med betingelser utover gjeldende overenskomst. | Ved lønnsjustering av grupper av ansatte skal slik justering besluttes i foretaksledelsen. Er saken av klinikk- eller stabsovergripende art, må beslutningen fattes av involverte direktører og administrerende direktør ref. pkt. 1.2 I slike saker skal HR Utvikling og lederstøtte konsulteres. | Nivå 1 |
| Beslutte å ta inn vikar | Fullmakt til å beslutte at det skal tas inn vikar i stilling. | Lønn fastsettes i henhold til gjeldende overenskomst eller sammenlignbare stillinger. Ved avvikende lønnsfastsettelse har leder konsultasjonsplikt med HR Utvikling og lederstøtte. Endelig godkjenning av avvikende lønn skal fastsettes av nivå 2. | Nivå 4 |

⁵ Presisert i ledermøtesak 20.10.2020

| Fullmakt | Fullmaktens innhold | Avgrensning | Laveste myndighetsnivå |
|---|---|--|--|
| Lønnsforhandlinger | Fullmakt til å gjennomføre lønnsforhandlinger i foretaket. | Avdelingssjef HR Utvikling og lederstøtte kan delegere til forhandlingsledere. | Avdelingssjef HR Utvikling og lederstøtte (Nivå 3) |
| Beslutte hvem som skal ansettes | Fullmakt til å beslutte hvem som skal ansettes. | | BDM |
| Omgjøring av stilling | Fullmakt til å vedta omgjøring av eksisterende stilling innenfor arbeidsgivers styringsrett. Omfatter både inndragning av stilling og å endre eksisterende stilling. | | Nivå 3 |
| Utøvelse av daglig drift i samråd med leder på nivå 4, herunder å kunne godkjenne personrelaterte kostnader | <p>Fullmakt til å ivareta daglig personaloppfølging.</p> <p>Fullmakten omfatter, <i>men er ikke begrenset til</i>, fastsetting av arbeidsplaner/turnus og ferielister, pålegging av overtid og å innvilge avtalefestede permisjoner.</p> <p>Fullmakt til å ivareta daglig personaloppfølging vil også omfatte godkjenning av variabel lønnsliste for utbetaling (som time- og overtidslister, turnusplaner og reisegodtgjørelse).</p> | <p>Personalansvar kan ikke delegeres til BDM, kun personaloppfølging i samråd med nivå 4.</p> <p>Enhetens kompleksitet, geografiske beliggenhet og antall årsverk er avgjørende for om det kan opprettes en BDM.</p> <p>Nivå 3 skal beslutte om det skal opprettes BDM i avdelingen. HR Utvikling og lederstøtte er rådgivere i prosessen.</p> | BDM |
| Godkjenne legers bemanningsplaner | Fullmakt til å godkjenne legers bemanningsplaner. | | Nivå 3 |
| Godkjenne bierverv | Fullmakt til å godkjenne bierverv. | | Nivå 2 |
| Godkjenne ferie | Fullmakt til å godkjenne ferie. | | BDM |
| Advarsel | Fullmakt til å gi ansatte muntlig og skriftlig advarsel. | Konsultasjonsplikt med HR Utvikling og lederstøtte. | Nivå 3 |

| Fullmakt | Fullmaktens innhold | Avgrensning | Laveste myndighetsnivå |
|-------------------------------------|---|--|-------------------------------|
| Suspendere ansatte | Fullmakt til å beslutte at ansatte skal suspenderes fra sitt arbeid. | | Direktør Kompetanse |
| Vedta oppsigelse/avskjed | Fullmakt til å avslutte arbeidsforhold. | | Direktør Kompetanse |
| Godkjenne sluttpakke ved oppsigelse | Fullmakt til å godkjenne sluttpakke i forbindelse med at ansatte slutter. | Sluttpakke må avgjøres i samarbeid med nivå 2. | Direktør Kompetanse |
| Vedta omplassering av ansatte | Fullmakt til å beslutte omplassering av ansatte. | Innenfor egen avdeling. | Nivå 3 |

Dato: 21. mars 2022

Saksbehandler Rune Aksel Abrahamsen

NOTAT

Til: Styret Vestre Viken HF

Fra: Lisbeth Sommervoll, Administrerende direktør

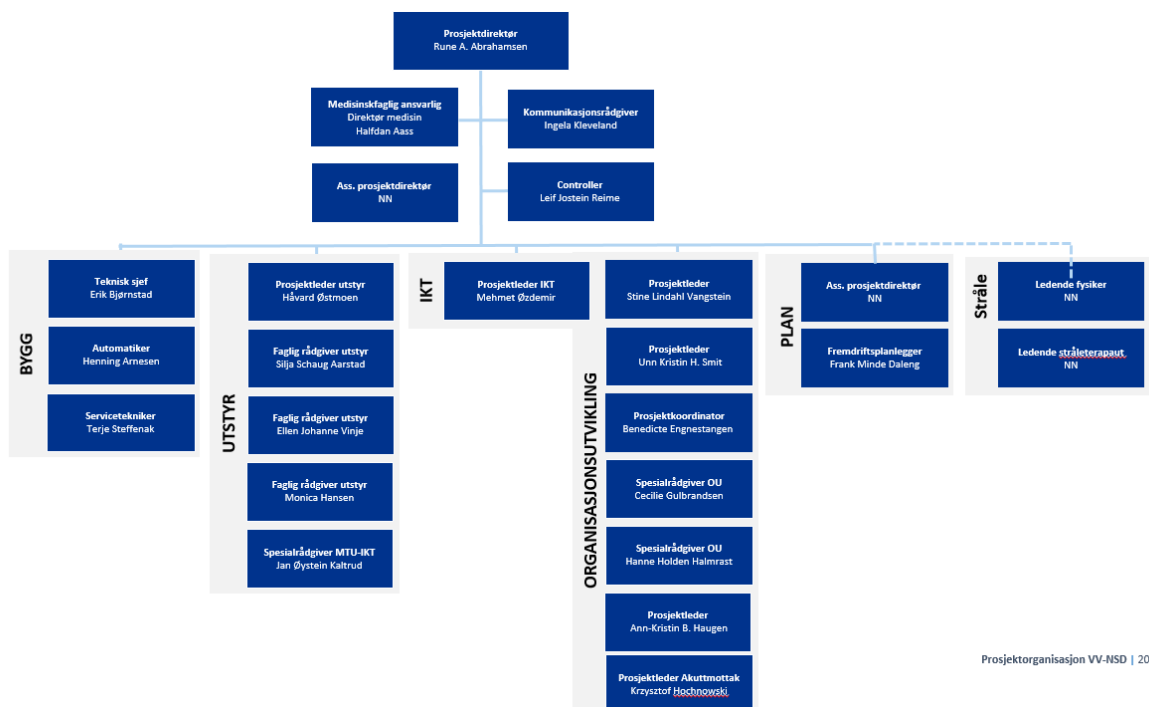
Status Mottaksprosjektet nytt sykehus i Drammen (VV-NSD)

Alle stillinger i Vestre Vikens prosjektorganisasjon, VV-NSD, er besatt iht. plan. Innleid *Fremdriftsplanlegger detaljplan* er i gang med arbeidet med detaljert plan over alle aktiviteter som tillegges Vestre Viken ifm. flytting og ibruktakelse. Stilingen utgjør 70% og øvrige 30% er innleid i prosjektorganisasjon PNSD. Fremdriftsplanlegger leies derved inn som felles ekstern ressurs for de to prosjektorganisasjonene.

Det er videre gjennomført rekruttering av assisterende prosjektdirektør i VV-NSD. En søker har fått tilbud om stillingen og arbeidet med arbeidskontrakt pågår. Det er forventet tiltredelse 1. juni 2022, men gradvis tiltredelse etter påske.

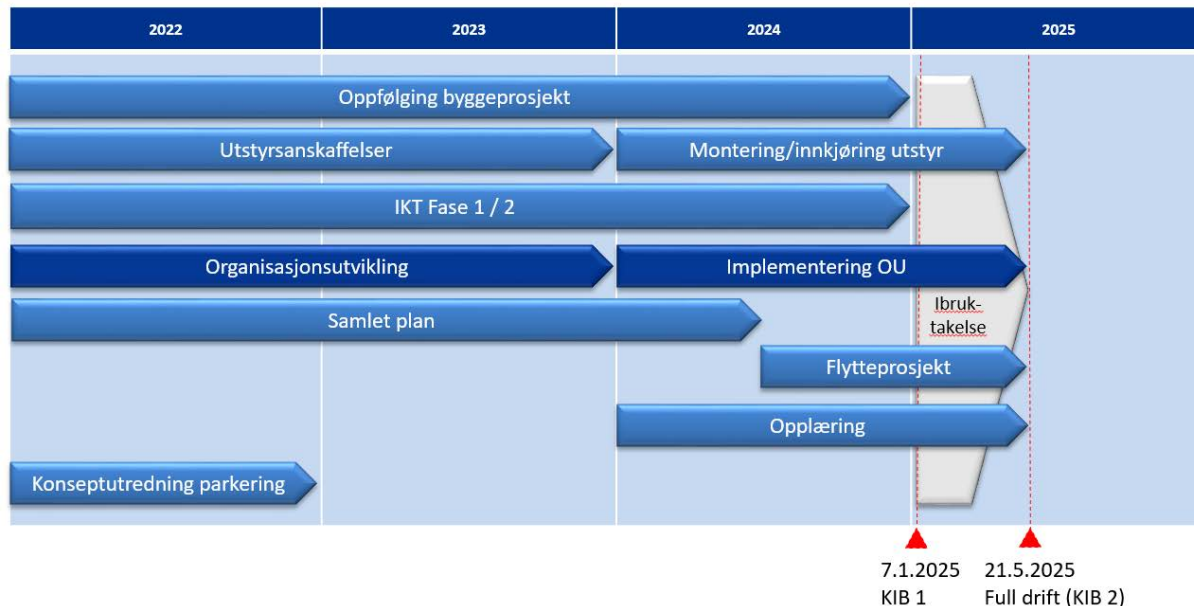
I forbindelse med planlegging og oppstart av stråleterapi som ny funksjon i Vestre Viken, er det i samarbeid med Drammen sykehus under rekruttering *Ledende fysiker* og *Ledende stråleterapeut*. Begge stillinger vil bidra i mottaksprosjektet mht. utstyrsanskaffelser og tilhørende IKT-løsninger ved å være helseforetakets faglige ressurser. Videre vil de starte arbeidet med å utarbeide prosedyrer og arbeidsrutiner for å utføre strålebehandling i nytt sykehus. Arbeidet skjer i tett samarbeid med prosjektorganisasjonen PNSD og eksterne rådgivere.

Prosjektorganisasjonen er per mars 2022 organisert som vist i figur.



Prosjektorganisasjon VV-NSD | 2022

Overordnet omfang og fremdrift for Mottaksprosjektets er som vist i figur.



Under angis kortfattet status innen de enkelte områdene.

Bygg- og teknisk infrastruktur

Gruppen Bygg viderefører arbeidet med oppfølging av pågående entrepriser og pågående byggarbeider på byggeplass.

Viktig fokusområde er oppfølging av totalentreprisen for PHR gjennom pågående samhandlingsperiode. Fra helseforetakets side er det spesielt fokus på oppfølging av tidligere utarbeidet robusthetsmatrise, og på at alle forhold i denne legges til grunn i videre arbeid.

Råbygget for poliklinikkbygg 1 er fullført, og det klargjøres nå for oppstart av «tett hus»-entreprisen. Kommende uke starter prosjektet med fasadearbeidene.

Råbyggerarbeidene for poliklinikkbygg 2 pågår. Disse arbeidene er mer omfattende pga. strålebunkerne.

Råbyggerarbeidene for behandlingsbygg og servicebygg pågår, og østre del av behandlingsbygget ferdigstilles i disse dager med støping av gulv i plan4.

I løpet av mai vil totalentreprise for adkomstbygget kontraheres. Dette er en stor og viktig entreprise med en verdi på rundt 400 MNOK.

Utstyrsanskaffelser

Ansvar for utstyrsanskaffelser er delt mellom PNSD og VVHF. VV-NSD koordinerer medvirkningsarbeidet fra driftsorganisasjonen i VVHF.

Fremdrift

Anskaffelsesarbeidet følger i hovedsak oppsatt plan, men det er noen mindre avvik på fremdrift.

Hovedaktivitet i kommende periode

Prosjektet er nå inne i avsluttende fase med kravspesifikasjon og konkurransedokumenter for flere av de store og komplekse anskaffelsene (analysehall, automatisert bakteriologi, sterilsentral og pasientovervåking). Disse vil kunngjøres i løpet av kommende periode. Tilbud på kjøkkenutstyr, operasjonsbord og fastmontert utstyr til operasjon og intensiv er i evalueringsfase, og det er høy aktivitet med bl.a. utprøving og referansebesøk.

Status anskaffelser i prosess per mars 2022:

| Fase | Antall |
|------------------------|--------|
| Forberedelse | 14 |
| Kravspesifikasjon | 6 |
| Evaluering/innstilling | 3 |
| Kontrakt | 1 |
| SUM | 24 |

Økonomi

Generell prisstigning i markedet utfordrer budsjettene for utstyr. Det har også skjedd en utvikling innen fagene som krever justering av utstyrsnivået. Samlet utgjør endringene en usikkerhet i budsjettene. I samarbeid med PNSD, er dette gitt som innspill for justering i budsjettrevisjonen for byggeprosjektet. Usikkerheten gjenspeiles også for anskaffelsene som VVHF har ansvaret for.

Innspill VVHF ØLP for MTU-investeringer for perioden 2023-2026, er levert.

Risikoforhold

Gjennom anskaffelsesfasen er det avdekket enkelte mangler og avvik som må endres for å kunne ta utstyr og bygg i bruk, eller for å oppfylle lovbestemte HMS-krav. Søknad om endring og justering følger avtalte prosesser og prosedyrer. Enkelte saker er mer komplekse og

utfordrende, bl.a. er det fremkommet at flyt og arbeidsprosesser ikke i tilstrekkelig grad er utredet i tidligere faser. Dette kan potensielt hindre fremdrift og vil kreve ekstra ressurser for å få løftet til riktig nivå for beslutning.

IKT

Området IKT omfatter flere egne utredninger og deltakelse i delprosjekter.

Sporing og lokalisering

Basert på behov for sporing og lokalisering i nytt sykehus, kartlegges i samarbeid med PNSD, infrastruktur for aktiv og passiv sporing.

I samarbeid med det regionale prosjektet, GS1, kartlegges opsjoner hos leverandører av sporingssystemer og wayfinding-løsninger.

Helselogistikk

Deltar i mottaksprosjektet i VVHF for blant annet å sikre at utstyr som skjermer, mobiltelefon og annet utstyr som skal anskaffes for piloten, er av samme type som planlegges i nytt sykehus.

Dette for å få brukere til å venne seg til samme type utstyr og derved redusere tilhørende opplæringsbehov.

IKT-Plan

I samarbeid med VVHF Stab, PNSD og SP (Sykehuspartner) konkretiseres tiltak for tilpasningsprosjektene definert i planen.

Sporingssystem for sterilsentral

Kartlegger kostnader for nytt system, samt hvordan løsningen eventuelt kan breddes til øvrige somatiske sykehus i VVHF. Omfatter også tjenestepris og drift og forvaltning.

Legemiddelkjeden

I samarbeid med VVHF og Sykehusapotekene kartlegges behov for nye IKT-systemer i legemiddelforsyning.

Videre deltar IKT i en rekke delprosjekter, se Organisasjonsutvikling for detaljer og status.

Organisasjonsutvikling

Alle delprosjekter, under gjennomføring eller planlegging, registreres fortløpende i prosjektoppfølgingsverktøyet Clarity. For å sikre avhengigheter med øvrige aktiviteter omfattet av felles planverk i byggeprosjektet, registreres disse også i felles planverk.

I samarbeid med Prosjektkontoret i VVHF, er det utarbeidet felles mal og struktur for registrering og rapportering av det enkelte delprosjekt

Per februar er følgende delprosjekter under gjennomføring:

| Delprosjekt | 2022 | | | | | | | | | | | | 2023 | | | | | | | | | | | |
|---|------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| | Q1 | | | Q2 | | | Q3 | | | Q4 | | | Q1 | | | Q2 | | | Q3 | | | Q4 | | |
| | Jan | Feb | Mar | Apr | Mai | Jun | Jul | Aug | Sep | Okt | Nov | Des | Jan | Feb | Mar | Apr | Mai | Jun | Jul | Aug | Sep | Okt | Nov | Des |
| WHF - NSD - Akuttmottak og observasjonspost | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| WHF - NSD - Eiendom | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| WHF - NSD - Fremtidens kontortjeneste | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| WHF - NSD - Legemiddelkjeden | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| WHF - NSD - Logistikk | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| WHF - NSD - Matforsyning - Sentralkjøkken | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| WHF - NSD - Sterilforsyning | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| WHF - NSD - Øye | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| WHF - NSD - Felles prøvemottak | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| WHF - NSD - Operasjon | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| WHF - NSD - Intensiv | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Status per delprosjekt er vist i figur:

| Navn | Eier | Leder | Fase | RESSURSER | TID | OMK | RISIK | GRØNSET |
|--|-----------------------------------|----------------------------|-------------|-----------|-----|-----|-------|---------|
| VVHF - NSD - Akuttmottak og observasjonspost | Buene, Inger Meland | Hochnowski, Krzysztof | Gjennomføre | 🟡 | 🟢 | 🟢 | 🟡 | 🟢 |
| VVHF - NSD - Eiendom | Furnes, Narve H. | Bjørnstad, Erik | Gjennomføre | 🟢 | 🟢 | 🟢 | 🟡 | 🟢 |
| VVHF - NSD - Fremtidens kontortjeneste | Abrahamsen, Rune Aksel | Haugen, Ann-Kristin Bjerke | Gjennomføre | 🟢 | 🟢 | 🟢 | 🟢 | 🟢 |
| VVHF - NSD - Intensiv | Buene, Inger Meland | Becker, Niels | Gjennomføre | 🟢 | 🟢 | 🟢 | 🟢 | 🟢 |
| VVHF - NSD - Legemiddellkjeden | Abrahamsen, Rune Aksel | Kjøge, Bente Norunn Løkken | Gjennomføre | 🟢 | 🟢 | 🟢 | 🟢 | 🟢 |
| VVHF - NSD - Logistikk | Furnes, Narve H. | Steine, Frode | Gjennomføre | 🟢 | 🟢 | 🟡 | 🟡 | 🟢 |
| VVHF - NSD - Matforsyning - Sentralkjøkken | Furnes, Narve H. | Bråthen, Jane Ø. | Gjennomføre | 🟢 | 🟢 | 🟢 | 🟢 | 🟢 |
| VVHF - NSD - Operasjon | Buene, Inger Meland | Skaug, Håkon Pharo | Gjennomføre | 🟢 | 🟢 | 🟢 | 🟢 | 🟢 |
| VVHF - NSD - Sterilforsyning | Buene, Inger Meland | Lillebo, Solvi | Gjennomføre | 🟢 | 🟡 | 🟢 | 🟡 | 🟢 |
| VVHF - NSD - Øye | Buene, Inger Meland | Bjørneboe, Anders | Gjennomføre | 🟢 | 🟡 | 🟢 | 🟡 | 🟢 |
| VVHF - NSD - Felles prøvemottak | Casati, Bettina; Steinsvik, Trude | Grøndahl, Ragnhild | Gjennomføre | 🟢 | 🟢 | 🟢 | 🟢 | 🟢 |

🟢 Som planlagt
 🟡 Mindre avvik
 🔴 Større avvik
 🟡 Informasjon mangler

Per februar er følgende delprosjekter under planlegging/oppstart:

| Delprosjekt | 2022 | | | | | | | | | | | | 2023 | | | | | | | | | | | |
|---|------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| | Q1 | | | Q2 | | | Q3 | | | Q4 | | | Q1 | | | Q2 | | | Q3 | | | Q4 | | |
| | Jan | Feb | Mar | Apr | Mai | Jun | Jul | Aug | Sep | Okt | Nov | Des | Jan | Feb | Mar | Apr | Mai | Jun | Jul | Aug | Sep | Okt | Nov | Des |
| VVHF - NSD - Ansattservice | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| VVHF - NSD - Forskning | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| VVHF - NSD - Matforsyning - Kantine/kiosk | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| VVHF - NSD - Matforsyning - Avdelingskjøkken | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| VVHF - NSD - Laboratoriemedisin - Biokjemi og analysehall | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| VVHF - NSD - Laboratoriemedisin - Blodbank | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| VVHF - NSD - Laboratoriemedisin - Mikrobiologi | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| VVHF - NSD - Drift og organisering av stråleterapi | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| VVHF - NSD - Kreftbehandling | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| VVHF - NSD - Portørtjeneste | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| VVHF - NSD - Poliklinikk og dagbehandling | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| VVHF - NSD - Patologi | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| VVHF - NSD - PHR Akuttpsykiatri | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| VVHF - NSD - PHR Alderspsykiatri | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| VVHF - NSD - PHR ARA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| VVHF - NSD - PHR BUPA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| VVHF - NSD - PHR Spesialpsykiatri | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| VVHF - NSD - Pilotprosjekt sporing MTU på Bærum sykehus | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| VVHF - NSD - Bildediagnostikk | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| VVHF - NSD - BDS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| VVHF - NSD - Nukleær | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| VVHF - NSD - Intervensjon | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| VVHF - NSD - Nyfødt intensiv/føde/barsel | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| VVHF - NSD - Organisering og drift av døgnområder | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| VVHF - NSD - Renhold | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Flere av delprosjektene rapporterer fortsatt om høyt sykefravær i klinikkene, noe som medfører redusert deltakelse i prosjektarbeidet. Dette påvirker fremdrift og kvalitet på arbeidet. Det vurderes fortløpende om noen pågående delprosjekter bør revidere fremdriftsplanen. Dette vurderes inn mot andre avhengigheter i NSD Mottaksprosjektet.

Det pågår vurderinger om å endre tidsplanen for noen planlagte delprosjekter for å tilpasse til utstyrsanskaffelser og andre aktiviteter som pågår i klinikkene, for å fordele ressursene jevnere. Endelig avklaring for avhengigheter gjøres i samarbeid med områdene bygg, IKT og utstyr.

Det er tett dialog og samarbeid mellom VV-NSD og den enkelte klinikk for å kontinuerlig utarbeide detaljerte planer for oppstart av ytterligere delprosjekter og oppfølging av pågående delprosjekter.

Kunst

I regi av kunstutvalget for nytt sykehus, er det gjennomført nytt møte med engasjerte kunstnere. Hver kunstner redegjorde for status i arbeidet og viste utkast for arbeidet så langt. Status og utkast ble tatt godt imot av kunstutvalget.

Ut over disse arbeidene, skal det anskaffes kunst til ventesoner og resepsjoner, samt oppholdsrom i psykiatrien. Dette vil omfatte eksisterende verk, nyinnkjøp av verk eller nye verk laget på og til stedet. Prosessen med dette vil starte over jul og pågå frem til åpning av det nye sykehuset.

Tomtekjøpsavtale Glitre Energi Produksjon AS

Basert på leveranseavtalen mellom Glitre Energi Produksjon AS og VVHF, har Glitre Energi Produksjon AS søkt om tilhørende konsesjon hos NVE.

17. februar 2022 mottok Glitre Energi Produksjon AS og representant for VVHF, Erik Bjørnstad, mail fra NVE vedr. «*Angående søknader om nødstrømanlegg og høyspenning Drammen sykehus*». I mailen angir NVE at etter deres foreløpige vurdering er konsesjonssøknaden ikke i tråd med gjeldende regelverk.

Etterfølgende dag, 18. februar 2022, holdt representanter for Glitre Energi Produksjon AS, VV-NSD og PNSD møte for gjennomgang av tilbakemeldingen fra NVE. Dette som forberedelse til møte med NVE etterfølgende mandag. I dette møtet ble saken gjennomgått, og Glitre Energi Produksjon AS utreder nå tilleggsinformasjon til NVE. Dette arbeidet pågår fortsatt.

Glitre Energi Produksjon AS ønsker parallelt med dette å gjennomføre tomtekjøpsavtalen med VVHF. I den sammenheng har Prosjektleder nytt sykehus, på vegne av VVHF, bedt om skriftlig bekreftelse hvor det garanteres at eventuelle forhold i konsesjonsbetingelsene ikke vil påvirke forhold i de signerte leveranseavtalene.

Det er avtalt møtet vedr. dette torsdag 24. mars 2022.

Fra VVHF sin side er tomtekjøpsavtalen satt på vent i påvente av kommende møte og skriftlig tilbakemelding.

Dato: 22.3 2022

Saksbehandler: Mette Lise Lindblad

NOTAT

Til: Styret VVHF

Fra: Administrerende direktør Lisbeth Sommervoll

Økonomisk Langtidsplan 2023-26 (ØLP) – økonomiske forutsetninger

Bakgrunn

Styret i Helse Sør-Øst RHF behandlet planforutsetningene for ØLP i sak 030-2022 Økonomisk Langtidsplan 2023-2026 i styremøte 10. mars 2022. Styrene i helseforetakene i Helse Sør-Øst RHF skal årlig vedta rullering av økonomisk langtidsplan for helseforetaket, oppdatert med nye forhold, samt endrede planforutsetninger. De viktigste økonomiske forutsetningene og utfordringer knyttet til rullering av ØLP belyses i dette notat.

ØLP skal leveres til Helse Sør-Øst den 21.april og vil behandles i styremøte i VVHF den 25.april 2022.

Saksutredning

Innspill fra klinikker og tillitsvalgte/hovedverneombud

ØLP er en overordnet plan og utarbeides på foretaksnivå. Klinikkene er bedt om å gi innspill mht. endringer i aktivitet, investeringsbehov, bemanning og kostnadsutvikling på særskilte områder. Hovedtillitsvalgte og hovedverneombud er også invitert til å gi innspill.

Utgangspunkt i budsjett 2022 – uten koronaeffekter

I årene før koronapandemien var ØLP-rullering bygget på prognose for inneværende år. På grunn av den spesielle situasjonen foretaket er i som følge av koronapandemien, vil ØLP 2023-2026 ta utgangspunkt i budsjett 2022. Budsjettforutsetninger for 2022 la til grunn normal aktivitet uten pandemi, og vurderes å være beste estimat for en normal drift. VVHF forutsetter at effektene av pandemien i 2022 vil kompenseres fullt ut, selv om resultat pr. februar 2022 gir et negativt resultatavvik på 81,7 MNOK mot budsjett.

Oppdatering av inntektsmodellen for perioden 2023-2026

Inntektsmodellen i Helse Sør-Øst består av sju delelementer, hvorav fire er tjenesteområder: somatikk, psykisk helsevern, tverrfaglig spesialisert rusbehandling og prehospitaltjenester. Fordelingsnøkkelen mellom de overnevnte modellelementene er historisk betinget, og har vært uendret siden modellelementene ble innført. Dette i kontrast til den nasjonale inntektsmodellen hvor nøkkelen oppdateres årlig og basisrammen fordeles mellom tjenesteområdene ut fra andel kostnader for tjenesteområdet, også kalt «kostnadsandeler».

For at inntektsmodellen i Helse Sør-Øst skal fordele inntekter mer i tråd med der kostnadene treffer skal det innføres en tilsvarende tilnærming i regionen som man bruker nasjonalt. Det vil si at historiske kostnader (SAMDATA 2019) i Helse Sør-Øst for hvert av tjenesteområdene brukes som et grunnlag for å fordele midler mellom tjenesteområde-elementene. Det er gjort en korreksjon for å gi tilstrekkelig finansiering til psykisk helse og rus. Dette gir en omfordeling fra psykisk helse og rus til somatikk og prehospitale tjenester. Fordelingen til elementene kapital, pensjon og forskning er ikke påvirket av denne omfordelingen.

| Endring av fordeling mellom tjenesteområder | Somatikk | PHV | TSB | PHT | Sum |
|--|---------------|---------------|--------------|--------------|----------------|
| Dagens HSØ-nøkkel | 57,1 % | 30,1 % | 4,7 % | 8,0 % | 100,0 % |
| Nøkkel med kostnadsandeler 2019 | 61,2 % | 25,2 % | 4,0 % | 9,5 % | 100,0 % |
| Endring i fordeling med kostnadsandeler som nøkkel | 4,1 % | -4,9 % | -0,7 % | 1,5 % | 0,0 % |
| Tilbakeføring av 500 millioner kroner fra somatikk til PHV | -1,2 % | 1,2 % | 0,0 % | 0,0 % | 0,0 % |
| Nøkkel etter tilbakelegging | 60,0 % | 26,4 % | 4,0 % | 9,5 % | 100,0 % |
| Endring i fordelt beløp fra dagens HSØ-nøkkel i inntektsmodell for 2023 (tusen kroner) | 1 224 150 | -1 561 038 | -299 438 | 636 326 | 0 |

Det innføres også en endring i avregning av kjøp fra private leverandører i inntektsmodellen. Det er et mål å innføre et oppgjør for bruk av private som i større grad gjenspeiler foretakenes faktiske forbruk. Det medfører at helseforetak og sykehus raskere kan se den økonomiske effekten av endringer i bruk. For inntektsmodellen 2023 avvikles avregning basert på aktivitetstall siste tre år, og erstattes av aktivitetstall siste tilgjengelige år. Videre vil foreløpig avregning i inntektsmodell 2023 avregnes etter faktisk bruk innenfor det enkelte år, hensyntatt regionale avtaleforpliktelser (kjøpsforpliktelse).

For både psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling fjernes andelen på 30 prosent som avregnes etter behovsandel, slik at hele forskutteringen er basert på faktisk bruk av private siste tilgjengelige år.

Oppdatering av kriteriene i inntektsmodellen, omfordeling mellom tjenesteområder og endret avregning av kjøp fra private leverandører gir Vestre Viken en økning i 2023 på 55,3 MNOK sammenlignet med ØLP 2022-25.

Pensjonsområdet

Foretaket ble trukket 73 MNOK i inntektsramme for pensjon i ØLP 2022-25 som følge av omfordelingseffekter, mens pensjonskostnader i 2021 økte med 91,3 MNOK. Dette medførte en betydelig økonomisk utfordring for foretaket. I ØLP 2022-25 la Vestre Viken til grunn en forutsetning om at halvparten av pensjonsutfordring ble kompensert i hele planperioden, en kompensasjon på 35 MNOK pr. år. I budsjett 2022 er VVHF bevilget 30,2 MNOK som midlertidig kompensasjon for pensjonsutfordringen. Kompensasjon trekkes tilbake fra og med 2023 og øker utfordringen for foretaket med 35 MNOK pr. år frem til 2025.

Midler til økt aktivitet - inntektsmodell

Tabellen nedenfor viser midler til økt aktivitet og fordelingen av midlene i planperioden (MNOK), vedtatt av styret i HSØ.

| Midler til økt aktivitet | Fordelt i budsjett 2021 | Fordelt i budsjett 2022 | 2023 | 2024 | 2025 | 2026 |
|---------------------------------------|-------------------------|-------------------------|------------|------------|------------|------------|
| Helseforetak og sykehus | 741 | 602 | 570 | 570 | 570 | 570 |
| Helse Sør-Øst RHF | 75 | 50 | 50 | 50 | 50 | 50 |
| Midler til økt aktivitet i alt | 816 | 652 | 620 | 620 | 620 | 620 |

De siste årene har økningen vært 600 til over 800 millioner kroner årlig til HSØ. Vestre Viken sin andel av aktivitetsmidler utgjør 85,1 MNOK i 2023, og ca 85 MNOK i de etterfølgende år i planperioden. Dette kommer i tillegg til effekter av inntektsmodelloppdateringer.

Midler til aktivitetsvekst fra HSØ tar utgangspunkt i forutsetninger i statsbudsjettet. Aktivitetsveksten som Statsbudsjettet legger opp til, gir en marginalfinansiering tilsvarende 80 prosent av DRG. Dersom aktivitetsveksten blir høyere, blir finansieringen tilsvarende lavere. Siden 2016 har det årlig vært en gjennomsnittlig vekst i antall ISF-poeng i Helse Sør-Øst på tilnærmet 2,0 prosent, som er høyere enn forutsetningene i statsbudsjettet.

Oppsummering - endring i basisfinansiering i forhold til ØLP 2022-25

| MNOK | 2022 | 2023 | 2024 | 2025 | 2026 |
|---|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| Basisramme | 6 673 | 6 772 | 6 841 | 6 915 | 6 989 |
| Forskning og tilskudd | 19 | 19 | 19 | 19 | 19 |
| Covid øremerket midler | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Sum faste inntekter pluss covid bevilgning | 6 692 | 6 790 | 6 860 | 6 933 | 7 008 |
| Endring pr år ØLP 2023-2026 | | 98 | 70 | 73 | 74 |

Basisramme øker med 98 MNOK i 2023, og om lag 70 MNOK pr år ut planperioden. Økning er hovedsakelig som følge av aktivitetsmidler. Økning i basis knyttet til endringer i inntektsmodellen utlignes til dels av reversering av engangsstøtte knyttet til pensjon, og faktisk økning i pensjonskostnader.

Resultatmål

ØLP 2023-2026 vil bygge videre på resultatforutsetningene fra ØLP 2022-2025, oppdatert for kjente endringer. HSØ har stipulert at det skal planlegges for å oppnå en resultatgrad på 2,5 prosent over tid.

- Resultatmålet vil oppjusteres med generell prisregulering.
- I tillegg må resultatmål økes for å gi inndeckning av prisregulering av investeringsrammen til BRK.
- Aktiviteter tilknyttet BRK prosjektet vil vurderes på ny mht. fordeling mellom vedlikehold og investering. En eventuell endring i andel til vedlikehold vil påvirke resultatmålet tilsvarende.
- Resultatmål vil kunne justeres som følge av endringer i kostnads- og inntektsutvikling i de enkelte årene, samt evt. endringer i periodisering av effektene av gevinstplanen.

Aktivitetsforutsetninger

Behovet for spesialisthelsetjenester vil øke framover, og befolkningen i regionen ventes å vokse med i gjennomsnitt 0,6 prosent per år i planperioden, i tillegg forventes andelen eldre å øke. Behovet vil også øke blant annet på grunn av sykdomsutviklingen, ny diagnostikk, nye behandlingsmetoder og helsepolitiske prioriteringer.

I oppdragsdokumentet for 2022 stilles det krav om vekst fra året før innen psykisk helsevern. Dette gjelder både innen døgnbehandling og poliklinisk aktivitet, og det skal planlegges for en årlig vekst for dette i planperioden.

Styret i Helse Sør-Øst RHF har vedtatt at helseforetakene må planlegge for å øke aktivitetsnivået i planperioden, slik at behovet til befolkningen møtes. Gjennomsnittlig årlig vekst i planperioden er beregnet med utgangspunkt i budsjett 2022. Om budsjett 2022 ikke oppnås, vil vekstbehovet være større.

| Gjenstående årlig vekst i planperioden hvis budsjett 2022 innfris, i prosent | ISF somatikk | Liggedøgn somatikk | Liggedøgn PHV- VOP | Liggedøgn PHV- BUP | Liggedøgn TSB | Polikliniske/dag- opphold somatikk | Polikliniske/dag- opphold PHV- VOP | Polikliniske/dag- opphold PHV- BUP | Polikliniske/dag- opphold TSB |
|--|--------------|--------------------|--------------------|--------------------|---------------|------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------|
| Akershus universitetssykehus HF | 0,0 % | 0,0 % | 2,3 % | 2,4 % | 0,9 % | -2,1 % | -0,8 % | -2,6 % | 2,2 % |
| Oslo universitetssykehus HF | 1,7 % | 2,0 % | 1,4 % | -2,2 % | -0,4 % | 2,3 % | 1,3 % | 0,1 % | 1,8 % |
| Sykehuset i Vestfold HF | 1,6 % | 2,2 % | 0,8 % | -4,4 % | 2,6 % | 1,1 % | 1,4 % | -0,6 % | 2,1 % |
| Sykehuset Innlandet HF | 1,7 % | 1,3 % | 4,7 % | -3,6 % | -6,1 % | 0,2 % | -1,0 % | -2,7 % | 6,4 % |
| Sykehuset Telemark HF | 1,2 % | 1,5 % | 1,2 % | 5,6 % | 5,7 % | -1,1 % | 3,0 % | -6,4 % | 8,2 % |
| Sykehuset Østfold HF | 0,8 % | 2,5 % | 4,8 % | -0,9 % | 5,0 % | 0,4 % | -0,9 % | -1,5 % | 3,8 % |
| Sorlandet sykehus HF | 1,4 % | 2,6 % | 1,9 % | 1,2 % | 2,8 % | 1,8 % | 0,0 % | 0,4 % | 2,3 % |
| Vestre Viken HF | 1,3 % | 2,9 % | 3,5 % | -6,2 % | 2,0 % | 0,6 % | -1,7 % | -3,5 % | 12,4 % |
| Diakonhjemmet Sykehus | 1,5 % | 2,1 % | 6,4 % | 0,0 % | 0,0 % | 1,2 % | 2,3 % | -1,3 % | 4,5 % |
| Lovisenberg Diagonale sykehus | 1,4 % | 2,6 % | 3,3 % | 0,0 % | 0,0 % | 0,3 % | 1,2 % | -1,4 % | -0,8 % |
| Sum | 1,2 % | 1,6 % | 2,6 % | -1,5 % | 0,7 % | 0,7 % | 0,1 % | -2,1 % | 4,7 % |

Analysene tar hensyn både til behovsvekst på grunn av befolkningsvekst, endring i alderssammensetning (demografisk betinget vekst) og endringer ut over demografi. Endringer ut over demografi kan for eksempel være endringer i tilbudet eller endringer i sykdomsbildet. Helseforetak og sykehus må planlegge for å møte både den demografisk betingede veksten og vekst ut over demografi.

I perioden 2016-2019 har det vært en liten reduksjon i antall somatiske liggedøgn. Innleggelsesmønsteret i årene 2020 og 2021 er preget av pandemien, med en betydelig reduksjon i antall liggedøgn. Forklaringen på dette antas å henge sammen med at smitteverntiltakene rettet mot covid-19 har resultert i lavere forekomst av infeksjoner og andre sykdommer. I perioden 2019-2026 er det, til tross for at det observeres en reduksjon i forbruk av liggedøgn, lagt opp til en vekst i tråd med framskrivningsmodellen.

Framskrivningsmodellen gir en økning i liggedøgn innenfor somatikk, og en flat utvikling i polikliniske konsultasjoner. Dette går i motsatt retning av tidligere signaler der det ha vært ønskelig med en vridning fra døgn til dag og poliklinikk. Framskrivningsmodellen viser samme trend for voksenpsykiatri, mens det gir en reduksjon i behov for både liggedøgn og poliklinisk behandling innenfor barne- og ungdomspsykiatri.

Behovsframskrivninger er usikre. Helseforetak og sykehus må planlegge for å møte behovet framover, men ut over vekstkravet innen psykisk helsevern stilles det ikke spesifikke krav til aktivitetsvekst i planforutsetningene for økonomisk langtidsplan. Ved planlegging av aktivitetsvekst opp mot det estimerte behovet må det tas hensyn til veksten som er oppnådd i 2020 og 2021, samt den planlagte veksten i 2022. Krav til aktivitetsvekst vil vurderes i budsjettprosessen hvert år, og legges blant annet med bakgrunn i statsbudsjettet for det gjeldende år.

VVHF vil forutsette i ØLP at ISF-refusjoner knyttet til H-reseptor forventes å øke i takt med forventet kostnadsvekst for H-resept- medikamenter innenfor ISF-ordningen.

Prioriterte satsningsområder Helse-Sør Øst

Helse Sør-Øst har definert følgende prioriterte satsningsområder som skal innarbeides i ØLP og som kan gi både positive og negative økonomiske effekter:

- Nye arbeidsformer – bedre bruk av teknologi og mer brukerstyring
- Samarbeid om de som trenger det mest – integrerte helsetjenester
- Redusere uønsket variasjon
- Mer tid til pasientrettet arbeid
- Forskning og innovasjon for en bedre helsetjeneste

VVHF satsningsområder

Vestre Viken har tidligere fremmet følgende satsningsområder i ØLP:

- Forskning og innovasjon, inklusiv økt bruk av kliniske studier
- Sikkerhet i sykehus
- Utdanning og kompetanse – behov for å utdanne flere og beholde kritisk kompetanse
- Etablering av stråleterapi i forbindelse med nytt sykehus. Det må vurderes å utvide til 3 strålelinacere fra 2026/2027. Etablering av en 3. linacer øker investeringsbehovet med om lag 30 MNOK i 2026/2027 i forhold til ØLP 2022-25.
- Mottaksprosjekt NSD – pukkelkostnader, innflyttingskostnader, klinisk ibruktakelse (KIB)
- Ambulansetjeneste – behov for flere biler for å redusere responstider og som følge av aktivitetsvekst
- Eiendomsplan for PHR og PHT – kan gi økt behov for investeringer, evt. økt ekstern husleie
- IKT-mottaksprosjekter

Mottatte innspill fra klinikker og tillitsvalgte utredes nærmere og kan påvirke hvilke satsningsområder som skal prioriteres i ØLP når denne fremlegges for styret i april.

VVHF utfordringer

Områder der det er risiko for kostnadsvekst ut over det aktivitetsøkningen vil tilsi og/eller økt behov for omstilling på følgende områder:

- Behandlingshjelpemidler og mindre MTU – økt hjemmebehandling og nye produkter
- Pasientreiser – økt aktivitet og prisøkninger
- Forsinkelser i normalisering av drift etter pandemien
- Forsinket effekt av gevinstplan fra tidligere år og fra 2022.
- Bortfall av inntekter knyttet til storvolumlab covid-19 etter pandemien. Driften p.t. gir et positiv resultatbidrag.

Investeringsbehov

VVHF har behov for å øke investeringsnivå knyttet til:

- MTU – utvidelser og ny utvikling
- utbedring av tilstandsgrader for bygg (TG3 og til dels TG2)
- utvikling og fornyelse på IKT-området, inklusiv regionale IKT-prosjekter
- utvidelse av ambulansetilbud for å redusere responstider
- utvidelse med 1 ny strålelinacer på nytt sykehus i 2026 eller 2027
- eiendomsplaner for PHR og PHT (eiendomsplaner er fortsatt under arbeid)
- eventuell innføring av nye teknologi/behandlingsmetodikk

Oppsummering

Rammetildelingen fra HSØ medfører en liten forbedring i finansieringsforutsetningen sammenholdt med forrige ØLP. Kostnadsvekst på mange områder og forsinkede effekter av tidligere års planer om driftsmessige forbedringer som følge av pandemien medfører imidlertid store utfordringer mht oppnåelse av resultatmålene. Det er nødvendig å møte resultatkravet for å sikre finansiering av MTU, IKT, nytt sykehus og gjennomføringen av BRK planen, i tillegg til nødvendige tilpasninger i bygningsmassen som benyttes av PHR og PHT.

Administrerende direktør vil fremlegge forslag til økonomisk langtidsplan i styremøtet i april.

Møteprotokoll

Styre: Helse Sør-Øst RHF
Møtested: Hamar
Dato: Torsdag 10. mars 2022
Tidspunkt: Kl 09:15 - 15:30

Følgende styremedlemmer møtte:

| | |
|-----------------------------|------------|
| Svein I. Gjedrem | Styreleder |
| Nina Tangnæs Grønvold | Nestleder |
| Kirsten Brubakk | |
| Christian Grimsgaard | |
| Bushra Ishaq | Forfall |
| Einar Lunde | |
| Harald Vaagaasar Nikolaisen | |
| Peder Kristian Olsen | |
| Lasse Sølvsberg | |
| Kristin Vinje | |

Fra brukerutvalget møtte:

Aina Nybakke
Odvar Jacobsen

Fra administrasjonen deltok:

Administrerende direktør Terje Rootwelt
Spesialrådgiver Hilde Jacobsen
Viseadministrerende direktør Jan Frich, eierdirektør Tore Robertsen, finansdirektør Line Alfarrustad, direktør teknologi og e-helse Rune Simensen, direktør personal og kompetanseutvikling Svein Tore Valsø

Saker som ble behandlet:

| | |
|-----------------|--|
| 018-2022 | Godkjenning av innkalling og sakliste |
|-----------------|--|

Styrets enstemmige**VEDTAK**

Styret godkjenner innkalling og sakliste til styremøte 10. mars 2022.

| | |
|-----------------|---|
| 019-2022 | Godkjenning av protokoll og B-protokoll fra styremøte 10. februar 2022 |
|-----------------|---|

Styrets enstemmige**VEDTAK**

Protokoll og B-protokoll fra styremøte 10. februar 2022 godkjennes.

| | |
|-----------------|---|
| 020-2022 | Virksomhetsrapport per januar 2022 |
|-----------------|---|

Oppsummering

Saken presenterer virksomhetsrapport for januar 2022.

Kommentarer i møtet

Styret merker seg at utviklingen i sykehusene fortsatt er preget av pandemien, blant annet når det gjelder sykefravær og aktivitet. Styret merker seg at det til tross for disse utfordringene er en positiv utvikling på flere områder.

Styret peker på at det fortsatt er behov for særskilt oppmerksomhet på utviklingen innen psykisk helsevern, særlig for barn og unge. Styret ber om at det planlegges med en egen temasak med vekt på styrets rolle i oppfølgingen av psykisk helsevern.

Styret viser til kommentar i styremøtet 10. februar 2022 og ber om at innspill til styringsmål for blant annet psykisk helsevern følges opp i felles styresak fra de fire regionale helseforetakene om budsjettinnspill for kommende år.

Styrets enstemmige

V E D T A K

Styret tar virksomhetsrapport per januar 2022 til etterretning.

| | |
|-----------------|---|
| 021-2022 | Fordeling av bevilgning til økte pandemirelaterte utgifter ved koronapandemien i 2022 og nye utdanningsstillinger for spesialsykepleiere |
|-----------------|---|

Oppsummering

I denne saken forelegges styret forslag til fordeling av bevilgninger til Helse Sør-Øst RHF etter Stortingets behandling av Prop. 51 S (2021-2022) Endringer i statsbudsjettet 2022 jf. Innst. 119 S (2021-2022) Innstilling fra finanskomiteen om Endringer i statsbudsjettet 2022, under Kunnskapsdepartementet, Kultur- og likestillingsdepartementet, Justis- og beredskapsdepartementet, Kommunal- og distriktsdepartementet, Arbeids- og inkluderingsdepartementet, Helse- og omsorgsdepartementet, Barne- og familiedepartementet, Nærings- og fiskeridepartementet, Samferdselsdepartementet, Finansdepartementet og Olje- og energidepartementet (økonomiske tiltak i møte med pandemien og ekstraordinære strømutgifter).

Kommentarer i møtet

Styret drøftet virkningen av pandemien for psykisk helsevern. Styret viser til de styringssignalene som er gitt til helseforetakene om at psykisk helsevern, særlig for barn og unge skal prioriteres i bruken av de samlede ressursene i sykehusene.

Styret ber administrasjonen følge opp behovet for dekning både for tapte inntekter og økte kostnader i dialogen med Helse- og omsorgsdepartementet.

Styret ber om at den endelige fordelingen av bevilgninger til utdanningsstillinger drøftes med de konserntillitsvalgte.

Styrets enstemmige

V E D T A K

1. Styret slutter seg til at det foreløpig tildeles 200 millioner kroner av bevilget tilskudd på 765,6 millioner kroner til pandemirelaterte kostnader til helseforetak/sykehus med opptaksområdeansvar. Tilskuddet fordeles ved bruk av den regionale inntektsmodellen. Gjenstående bevilgning på 565,6 millioner kroner reserveres inntil videre i Helse Sør-Øst RHF.
2. Administrerende direktør gis fullmakt til å fordele bevilgningen til utdanningsstillinger for spesialsykepleiere etter at det er gjennomført en involverende prosess med helseforetak/sykehus med opptaksområdeansvar.
3. Styret legger til grunn følgende fordeling av basisramme og tilskudd bevilget gjennom Prop. 51 S (2021-2022), jf. Innst. 119 S (2021-2022).

| Fordeling av bevilgninger i Prop. 51 S (2021-2022), jf. Innst. 119 S (2021-2022) | | | |
|--|-----------------|----------------|----------------|
| Tall i tusen kroner | Basisbevilgning | Tilskudd | Samlet beløp |
| Akershus universitetssykehus HF | 2 735 | 34 100 | 36 835 |
| Oslo universitetssykehus HF | 1 167 | 25 300 | 26 467 |
| Sunnaas sykehus HF | - | - | - |
| Sykehuspartner HF | - | - | - |
| Sykehuset i Vestfold HF | 1 228 | 15 900 | 17 128 |
| Sykehuset Innlandet HF | 1 837 | 24 600 | 26 437 |
| Sykehuset Telemark HF | 939 | 12 200 | 13 139 |
| Sykehuset Østfold HF | 1 672 | 21 600 | 23 272 |
| Sørlandet sykehus HF | 1 537 | 20 900 | 22 437 |
| Vestre Viken HF | 2 351 | 30 100 | 32 451 |
| Helse Sør-Øst RHF | 21 000 | 565 600 | 586 600 |
| Sum helseforetak | 34 465 | 750 300 | 784 765 |
| Betanien Hospital | - | - | - |
| Diakonhjemmet Sykehus | 630 | 7 300 | 7 930 |
| Lovisenberg Diakonale Sykehus | 606 | 8 000 | 8 606 |
| Martina Hansens Hospital | - | - | - |
| Revmatismesykehuset | - | - | - |
| Sum private ideelle sykehus | 1 235 | 15 300 | 16 535 |
| Sum Helse Sør-Øst foretaksgruppen | 35 700 | 765 600 | 801 300 |

Stemmeforklaring fra styremedlemmene Lasse Sølvberg, Christian Grimsgaard og Kirsten Brubakk:

Disse representantene anmerker at psykisk helsevern p.t. har lang ventetid, og det meldes om mer sammensatte og alvorlige tilstander på barnefeltet. Antall nyhenviste har økt over de siste årene både på barnefeltet og voksenfeltet, men har i tillegg hatt en markant økning fra 2020 til 2021, og det meldes om mer alvorlige og sammensatte tilstander. Representantene mener at denne situasjonen fordrer ekstraordinær innsats og tiltak for å imøtekomme endring i befolkningens behov for psykisk helsehjelp.

| | |
|-----------------|---|
| 022-2022 | Status og rapportering for regional IKT-prosjektportefølje per tredje tertial 2021 |
|-----------------|---|

Oppsummering

Denne saken omfatter de styrevedtatte prosjektene i den regionale IKT-prosjektporteføljen. Det rapporteres på status for hvert prosjekt. Rapporteringen per prosjekt avsluttes når den aktuelle IKT-løsningen er innført ved de helseforetakene som omfattes av prosjektet.

Selve tertialrapporten rapporterer status per 31. desember 2021. Viktige hendelser som har skjedd i porteføljen etter denne datoen er beskrevet i dette saksfremlegget.

Kommentarer i møtet

Styret ber om å bli holdt orientert om den videre håndteringen av prosjekt felles plattform og med særlig oppmerksomhet på at risikoen er vurdert ulikt i Sykehuspartners STIM prosjekt og i den regionale IKT-prosjektporteføljen.

Styrets enstemmige

VEDTAK

Styret tar status per tredje tertial 2021 for de styregodkjente prosjektene i regional IKT-prosjektportefølje til orientering.

| | |
|-----------------|---|
| 023-2022 | Status og rapportering tredje tertial 2021 for programmet STIM og Windows 10-prosjektet, Sykehuspartner HF |
|-----------------|---|

Oppsummering

Saken omhandler status og rapportering per tredje tertial 2021 for programmet STIM (standardisering og IKT-infrastrukturmodernisering) og Windows 10-prosjektet som gjennomføres i regi av Sykehuspartner HF. Rapporten ble behandlet i styret i Sykehuspartner HF 4. februar, jf. styresak 006-2022 i Sykehuspartner HF.

Saken legges frem for styret i Helse Sør-Øst RHF for å holde styret orientert om status og fremdrift i programmet STIM og Windows 10-prosjektet.

Kommentarer i møtet

Styret merker seg utfordringer i bemanning i prosjektene og tilgang til kritisk kompetanse. Styret ber om å bli holdt orientert om den videre utviklingen.

Styrets enstemmige

VEDTAK

Styret tar status og rapportering per tredje tertial 2021 for programmet STIM og Windows 10-prosjektet, som gjennomføres i regi av Sykehuspartner HF, til orientering.

| | |
|-----------------|--|
| 024-2022 | Rapport fra følgerevisjon av program STIM per tredje tertial 2021 |
|-----------------|--|

Oppsummering

Konsernrevisjonen gjennomfører en følgerevisjon av program STIM etter oppdrag fra styret i Helse Sør-Øst RHF. Revisjonen gjennomføres med tertialvise rapporter. I følgerevisjonen vurderer konsernrevisjonen tilstanden, risiko- og utfordringsbildet i program STIM og underliggende prosjekter. Denne saken informerer om resultatene fra utførte revisjonsaktiviteter i tredje tertial 2021.

Kommentarer i møtet

Styret ser at det er nyttig å ha en følgerevisjon av dette området. Styret stiller seg bak revisjonens anbefalinger og ber om at dette tydeliggjøres i vedtaket.

Styrets enstemmige

V E D T A K

Styret tar rapport fra følgerevisjon av program STIM per tredje tertial 2021 til orientering og stiller seg bak revisjonens anbefalinger.

| | |
|-----------------|--|
| 025-2022 | Sykehuspartner HF – investeringsfullmakt for gjennomføring (BP3) av trådløst nett fase II |
|-----------------|--|

Oppsummering

Sykehuspartner HF gjennomfører program for standardisering og IKT-infrastrukturmodernisering (STIM) hvor prosjektet *trådløst nett* inngår. Prosjekt *trådløst nett fase II* er delt i flere trinn.

Styresaken omhandler investeringsfullmakt til Sykehuspartner HF for gjennomføring av fase II, trinn 1 av prosjektet *trådløst nett*. Dette trinnet omfatter utbygging av trådløst nett som er kategorisert som mest kritisk av helseforetakene, og der det i de nærmeste årene er planlagt å ta i bruk kritiske tjenester innen varsel-, tale- og melding, som er avhengige av full trådløs dekning. Trinn 1 inkluderer også restanser fra fase 1.

Videre gjelder saken fullmakt til administrerende direktør å beslutte gjennomføring av de kommende trinnene i trådløst nett fase II.

Kommentarer i møtet

Styret ber om at administrerende direktør orienterer om utviklingen på dette området i sine driftsorienteringer.

Styrets enstemmige

V E D T A K

1. Styret godkjenner gjennomføring og finansiering av prosjekt *trådløst nett fase II - trinn 1* i Sykehuspartner HF innenfor en kostnadsramme på 68 millioner kroner, inklusive merverdiavgift på investeringsbeløpet (P85-estimat; 2022-kroner). Usikkerhetsavsetningen på 6 millioner kroner forutsettes disponert av administrerende direktør i Helse Sør-Øst RHF. Sykehuspartner HF tildeles fullmakt inntil styringsrammen på 62 millioner kroner, (P50-estimat; 2022-kroner).
2. Styret gir administrerende direktør fullmakt til å godkjenne kommende trinn i prosjektet *trådløst nett fase II*.

| | |
|-----------------|--|
| 026-2022 | Tertialrapport 3 2021 for regionale byggeprosjekter |
|-----------------|--|

Oppsummering

Styresaken har som formål å redegjøre for status per tredje tertial 2021 for de regionale byggeprosjektene i Helse Sør-Øst RHF.

I saken inngår en kort beskrivelse av prosjekter og en vurdering av situasjonen med særlig henblikk på risikoområder og eventuelle avvik.

Kommentarer i møtet

Styreleder viste til at det vil kunne komme saker som involverer Statsbygg. Styremedlem Harald Vaagaasar Nikolaisen er administrerende direktør i Statsbygg og vil i slike saker være inhabil.

Styret ber om en særskilt risikovurdering av dagens markedssituasjon og materialkostnader for den samlede porteføljen av byggeprosjekter.

Styret ber om at rapportering på HMS-indikatorer for den samlede porteføljen inkluderes i kommende rapporteringer.

Styrets enstemmige

VEDTAK

Styret tar status per tredje tertial 2021 for regionale byggeprosjekter til etterretning.

| | |
|-----------------|---|
| 027-2022 | Oslo universitetssykehus HF – justert forprosjekt for Nye Aker og Nye Rikshospitalet |
|-----------------|---|

Oppsummering

Denne saken er en oppfølging av styresakene 063-2020; *Oslo universitetssykehus HF - oppstart forprosjekt for Nye Aker og Nye Rikshospitalet*, og 124-2020; *Oslo universitetssykehus HF – oppstart forprosjekt for Nye Aker og Nye Rikshospitalet*, hvor styret godkjente plan for oppstart av forprosjekt for Nye Aker og Nye Rikshospitalet.

Styret orienteres om aktivitetene som er gjennomført etter styrets tidligere vedtak, og om behandlingen i prosjektstyret for Nye Aker og Nye Rikshospitalet, i sak 07-2022; *Framdrift og kostnader forprosjekt*.

I saken foreslås det at forprosjektet for Nye Aker og Nye Rikshospitalet tildeles et økt kostnadsbudsjett og en revidert framdriftsplan.

Styrets enstemmige

VEDTAK

1. Styret tar status for arbeidet med reguleringsplanforslagene for Nye Aker og Nye Rikshospitalet til orientering, inkludert den utvidete dialogfasen med Plan- og bygningsetaten i Oslo kommune.

2. Styret godkjenner revidert framdriftsplan og kostnadsbudsjettet for forprosjektfasen økes med 110 millioner kroner til i alt 760 millioner kroner
3. Styret gir administrerende direktør fullmakt til å revidere prosjektmandatet i tråd med vedtatt endring.

| | |
|-----------------|---|
| 028-2022 | Sykehuset Innlandet HF - søknad om fullmakt til inngåelse av leieavtale med Valdres lokalmedisinske senter eiendom IKS |
|-----------------|---|

Oppsummering

Sykehuset Innlandet HF søker om fullmakt til å inngå leieavtale med Valdres lokalmedisinske senter Eiendom IKS, i fremtidig påbygde lokaler til eksisterende bygg på Fagernes. Samlokalisering med den kommunale helse- og omsorgstjenesten styrker spesialisthelsetjenestetilbudet i regionen.

Avtalen klassifiseres regnskapsmessig som en finansiell leieavtale. Det er usikkerhet knyttet til endelig leiekostnad, og dermed risiko for at avtalens verdi vil være over 100 millioner kroner. I henhold til vedtektene i Helse Sør-Øst RHF skal saken forelegges foretaksmøte for endelig godkjenning dersom verdi av endelig leieavtale er over 100 millioner kroner.

Kommentarer i møtet

Styret stiller seg bak forslag til vedtak, men viser til den generelle føringen i finansstrategien i Helse Sør-Øst om at helseforetakene ikke skal inngå finansielle leieavtaler som medfører en total årlig finansiell leie over 0,2 % av årlig samlet inntekt i helseforetaket.

Styret legger i behandlingen av saken vekt på at Valdres lokalmedisinske senter er et godt eksempel på offentlig-offentlig samarbeid i distriktene med kommunen, og at dette derfor begrunner et unntak fra de generelle føringen i finansstrategien. Hensynet til tilgang på midler til investeringer i Sykehuset Innlandet HF er ikke et relevant argument for å inngå en leieavtale.

Styrets enstemmige

VEDTAK

1. Styret godkjenner at Sykehuset Innlandet HF inngår avtale med Valdres kommune om leie av arealer i *Valdres lokalmedisinske senter eiendom IKS* for å samlokalisere tilbudet innenfor psykisk helsevern med det somatiske tilbudet. Det legges til grunn at betingelsene i den endelige leieavtalen ikke avviker vesentlig fra opplysningene som fremgår av saken.
2. Dersom verdien av endelig leieavtale overstiger 100 millioner kroner, ber styret om at saken oversendes foretaksmøte for Helse Sør-Øst RHF for endelig godkjenning.

| | |
|-----------------|---|
| 029-2022 | Målretting av regionale forskningsmidler i Helse Sør-Øst |
|-----------------|---|

Oppsummering

De regionale forskningsmidlene i Helse Sør-Øst består av midler fra Helse- og omsorgsdepartementet (HOD-midler) som er øremerket til forskning og en avsetning til forskning fra det regionale helseforetakets eget budsjett (RHF-midler). For 2022 utgjør midlene til sammen 648 millioner kroner til forskning og innovasjon, hvorav 317 millioner kroner er HOD-midler, jf. styresak 127-2021.

I denne saken foreslås det målretting av en andel av RHF-midler til forskning for 2023 til utvalgte forskningstema, og det gis en overordnet beskrivelse av hvordan vurderings- og tildelingsprosessen kan gjennomføres. Målrettingen vil sørge for at særskilte tema og områder som er viktige vil oppnå støtte, herunder oppfølging av utvalgte deler av *Regional utviklingsplan 2035*. Forslaget innebærer at en andel av avsetningen til forskning fra det regionale helseforetakets eget budsjett blir gjenstand for målretting, og at dette organiseres innen rammen av den regulære, åpne utlysningen av regionale forskningsmidler.

Styrets enstemmige

VEDTAK

1. Styret vedtar at en andel av det regionale helseforetakets midler til forskning fra eget budsjett skal målrettes, med prioritering av følgende tematiske områder:
 - Pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring
 - Helsekompetanse
 - Nye arbeidsformer og ny arbeids- og oppgavefordeling
 - Digitale behandlingsformer innen psykisk helsevern
2. Styret slutter seg til at midler til ikke-universitetssykehus videreføres som en strategisk rettet utlysning på samme nivå som i 2022. Videre slutter styret seg til at det som tidligere år settes av midler til en støtteordning for utenlandsopphold for forskere med finansiering fra Helse Sør-Øst RHF.

| | |
|-----------------|--|
| 030-2022 | Økonomisk langtidsplan 2023–2026 – planforutsetninger |
|-----------------|--|

Oppsummering

Styret inviteres med denne saken til å legge føringer for helseforetakenes arbeid med økonomisk langtidsplan for årene 2023–2026. I saken gis det forslag til føringer for aktivitetutvikling og prioriteringer innen det medisinske og helsefaglige området, utvikling av bemanning og kompetanse, satsing innen informasjonsteknologi, krav til medisinsk-teknisk utstyr og vedlikehold av bygningsmassen, samt økonomiske planleggingsrammer.

På grunnlag av føringene skal helseforetakene utarbeide innspill til regionens økonomiske langtidsplan for årene 2023–2026. Det er et krav at innspillene styrebehandles i helseforetakene. Videre er det lagt opp til at økonomiplanen i størst mulig grad skal være

førende for planperioden, med størst binding mot utarbeidelse av årsbudsjett 2023. Økonomisk langtidsplan 2023–2026 for Helse Sør-Øst vil bli forelagt styret 23. juni 2022.

Saken bygger på styresak 066-2021 *Økonomisk langtidsplan 2022–2025* og styresak 127-2021 *Budsjett 2022 – fordeling av midler til drift og investeringer*. I tillegg legger styresak 114-2018 *Regional utviklingsplan 2035* og *Oppdragsdokument 2022* premisser for planforutsetningene som omtales i denne saken.

Styrets

VEDTAK

1. Helseforetakene skal i sine økonomiske langtidsplaner for perioden 2023–2026 legge til grunn følgende planforutsetninger:
 - De fem prioriterte satsingsområdene i regional utviklingsplan er førende for økonomisk langtidsplan
 - Nye arbeidsformer – bedre bruk av teknologi og mer brukerstyring
 - Samarbeid om de som trenger det mest – integrerte helsetjenester
 - Redusere uønsket variasjon
 - Mer tid til pasientrettet arbeid
 - Forskning og innovasjon for en bedre helsetjeneste
 - Helseforetak og sykehus må planlegge for å øke aktivitetsnivået i planperioden, slik at behovet til befolkningen møtes.
 - For psykisk helsevern skal det i planperioden planlegges for en årlig vekst både innen døgnbehandling og poliklinisk aktivitet.
 - Tilgjengelighet til tjenesten skal bedres, og målsetninger om utvikling i ventetider per tjenesteområde skal oppfylles.
 - Bedring i kvalitet og pasientsikkerhet skal prioriteres, herunder skal uønsket variasjon reduseres ved bruk av data fra helseatlas og kvalitetsregistre.
 - Helseforetak og sykehus skal legge til rette for flere kliniske behandlingsstudier og økt pasientdeltakelse i slike studier, jf. mål i *Nasjonal handlingsplan for kliniske studier*.
 - Det skal gjennomføres analyser av fremtidig bemanningsbehov. Analysene skal følges opp av tiltak som sørger for at kompetanse er i samsvar med helseforetakenes behov.
 - Ved inngangen til planperioden skal antallet utdanningsstillinger for sykepleiere og antallet lærlinger være økt i henhold til oppdrag og bestilling for 2022. Lærlinger innen helsefagarbeid skal prioriteres. Nivået på antallet utdanningsstillinger og antall lærlinger skal opprettholdes eller økes ytterligere i planperioden.
 - Helseforetakene skal benytte egne kartlegginger av status og behov for medisinsk-teknisk utstyr til å foreta prioriteringer og innarbeide anskaffelsesplaner for medisinsk-teknisk utstyr.

- Helseforetakene skal sette av midler til både ordinært og ekstraordinært vedlikehold. I gjennomsnitt skal det ordinære vedlikeholdet over tid utgjøre minst 350 kr/kvm per år for hele bygningsmassen. Det avsettes 200 millioner kroner årlig i planperioden av regionens likviditet til lokale investeringsformål og ekstraordinært vedlikehold. Midlene fordeles i forbindelse med etablering av internhusleieordning i Helse Sør-Øst. Helseforetakene skal øke vedlikeholds nivået i planperioden sammenlignet med forrige økonomiske langtidsplan.
2. Helseforetakenes økonomiske langtidsplaner skal baseres på realistiske forutsetninger om kostnads- og inntektsutvikling, og tiltak for å oppnå det planlagte resultatet skal i størst mulig grad beskrives og tallfestes. Dette arbeidet skal skje i nært samarbeid med de ansatte og deres organisasjoner. Helseforetakene skal legge inntektsrammene i denne saken til grunn for sin planlegging. Det skal planlegges for å oppnå en resultatgrad på 2,5 prosent over tid.
 3. Som en planforutsetning legger styret til grunn at allerede prioriterte investeringsprosjekter videreføres. Ved store nybyggprosjekter påpeker styret viktigheten av grundig, involverende og forpliktende arbeid med gevinstrealiseringsplaner, og konkretisering av tiltak for tilpasning av kostnadsnivået i forkant av innflytting.
 4. Styret slutter seg til at det planlegges et økende investeringsnivå for IKT i planperioden. Styret forutsetter at det gjøres prioriteringer i den samlede porteføljen som sørger for akseptabelt risikonivå. Helseforetakene må gis tid til gradvis tilpasning til kostnadsnivået og til å bedre utnyttelsen av nye systemer.

Votering

Saken ble vedtatt mot én stemme.

Stemmeforklaring fra styremedlem Christian Grimsgaard:

Styremedlemmet Grimsgaard støtter ikke forslaget til vedtak i saken. Det vises til konserntillitsvalgtes drøftingsinnspill. Et særskilt høyt investeringsnivå innenfor bygg og IKT vil medføre krav til betydelig driftseffektivisering i tjenestene. Etter dette medlemmets syn bør en redusere investeringsnivået i planperioden - og derved kravet til driftseffektivisering.

Stemmeforklaring fra styremedlemmene Lasse Sølvberg og Kirsten Brubakk:

Disse representantene er bekymret for at det planlegges med et for høyt investeringsnivå i perioden, og at det stilles for høye krav til driftseffektivisering i tjenestene.

| | |
|----------|-------------------------------------|
| 031-2022 | Regional beredskapsplan – rullering |
|----------|-------------------------------------|

Oppsummering

Hensikten med denne styresaken er å orientere styret om:

- De viktigste prinsippene som legges til grunn i beredskapsplanverket
- Endringene som er gjort i denne rulleringen

Styrets enstemmige

V E D T A K

1. Styret tar den regionale beredskapsplanen til etterretning.
2. Planen legges til grunn for arbeidet med beredskapsplanverket i helseforetakene i regionen og private ideelle sykehus med driftsavtaler med Helse Sør-Øst RHF.

| | |
|-----------------|---|
| 032-2022 | Årlig melding 2021 for Helse Sør-Øst RHF |
|-----------------|---|

Oppsummering

Helseforetaksloven § 34 *Årlig melding om virksomheten mv. i regionalt helseforetak*, pålegger regionale helseforetak å utarbeide en melding om foretaket og foretakets virksomhet som forelegges departementet. Meldingen skal også omfatte de helseforetak som det regionale helseforetaket eier.

Vedtekter for Helse Sør-Øst RHF § 15 *Melding til departementet* fastslår at styret innen den 15. mars hvert år skal sende en melding til departementet som omfatter styrets plandokument for virksomheten og styrets rapport for foregående år.

Saken omhandler *Årlig melding 2021 for Helse Sør-Øst RHF*. Meldingen behandles av Helse- og omsorgsdepartementet i foretaksmøte innen utgangen av juni 2022.

Styrets enstemmige

V E D T A K

1. På grunnlag av samlet rapportering for 2021 anser styret for Helse Sør-Øst RHF at:
 - Hovedoppgavene pasientbehandling, utdanning av helsepersonell, forskning og opplæring av pasienter og pårørende har vært ivaretatt i tråd med de føringer eier har gitt i oppdragsdokument og foretaksmøteprotokoller.
 - Helse- og omsorgsdepartementets styringskrav for 2021 er søkt fulgt opp. Styret er tilfreds med dette, men påpeker samtidig at måloppnåelsen innen enkelte områder ikke er god nok og at det må arbeides aktivt for en bedring.
2. Store deler av 2021 har vært preget av pandemien. Alle ansatte i helseforetak og sykehus har blitt stilt overfor ekstraordinære utfordringer, krav og forventninger. Styret berømmer innsatsen som er lagt ned for å yte gode helsetjenester også i denne svært krevende situasjonen.
3. Administrerende direktør gis fullmakt til å slutføre årlig melding 2021 for Helse Sør-Øst RHF, på grunnlag av styrets innspill i møtet.
4. Årlig melding 2021 for Helse Sør-Øst RHF oversendes Helse- og omsorgsdepartementet innen fristen 15. mars 2022.

| | |
|----------|--|
| 033-2022 | Styrende dokumenter for Helse Sør-Øst RHF i 2022 |
|----------|--|

Oppsummering

Helse Sør-Øst RHF skal sørge for spesialisthelsetjenester til befolkningen i regionen («sørge for»-ansvaret) og ivareta eieransvaret for underliggende helseforetak. Oppgavene skal løses innenfor et sett av lover, regler og forventninger til måloppnåelse, herunder spesialisthelsetjenesteloven (sykehusenes plikter), pasientrettighetsloven (om pasientenes rett til helsehjelp, fritt sykehusvalg etc.) og helseforetaksloven (om organiseringen av sykehus). I tillegg til helselovgivningen vil også lover for forholdet mellom virksomhet og ansatte (eksempelvis arbeidsmiljøloven) og miljølovgivning (eksempelvis forurensningsloven) gi føringer for hvordan Helse Sør-Øst RHF planlegger og etterlever krav til virksomheten.

Denne saken gir en oversikt over de sentrale styrende dokumenter som legger føringer for virksomheten i det regionale helseforetaket og de helseforetak det regionale helseforetaket eier.

Styrets enstemmige

VEDTAK

Styret er kjent med og tar til etterretning oversikten over styrende dokumenter

| | |
|----------|--|
| 034-2022 | Styreinstruks og instruks for administrerende direktør i Helse Sør-Øst RHF |
|----------|--|

Oppsummering

I protokoll fra foretaksmøte for Helse Sør-Øst RHF 31. januar 2011 er det presisert at styret for Helse Sør-Øst RHF og styrene for helseforetakene skal fastsette instruks for styret og instruks for daglig leder. I Helse Sør-Øst RHF ble instruks for styret og instruks for administrerende direktør sist fastsatt i styremøte 20. august 2020 etter at nytt styre var oppnevnt i januar 2020.

Instruks for styret angir nærmere regler om styrets arbeid og saksbehandling. Styreinstruksen skal inneholde regler om struktur på styrearbeidet, krav til styredokumentasjon, styrets saksbehandling, styremedlemmenes plikter og rettigheter.

Instruks for administrerende direktør fastsetter regler for dennes oppgaver, plikter og rettigheter. Instruksen for administrerende direktør gir også en overordnet rolleavklaring mellom styret og daglig leder.

Styrets enstemmige

VEDTAK

Styreinstruksen og instruks for administrerende direktør i Helse Sør-Øst RHF godkjennes.

| | |
|-----------------|--|
| 035-2022 | Gjennomføre prosjektet regional EPJ modernisering |
|-----------------|--|

Saken ble behandlet i lukket møte jf. helseforetaksloven § 26a

Styrets vedtak fremgår i B-protokoll.

| | |
|-----------------|---|
| 036-2022 | Styring av motpartsrisiko knyttet til bankinnskudd |
|-----------------|---|

Saken ble behandlet i lukket møte jf. helseforetaksloven § 26a

Styrets vedtak fremgår i B-protokoll.

| | |
|-----------------|---|
| 037-2022 | Vestre Viken HF – Avhending av eiendom ved Drammen sykehus |
|-----------------|---|

Saken ble behandlet i lukket møte jf. helseforetaksloven § 26a

Styrets vedtak fremgår i B-protokoll.

| | |
|-----------------|---------------------------|
| 038-2022 | Årsplan styresaker |
|-----------------|---------------------------|

Styrets enstemmige

VEDTAK

Årsplan styresaker i 2022 tas til orientering.

| | |
|-----------------|---|
| 039-2022 | Driftsorienteringer fra administrerende direktør |
|-----------------|---|

Styrets enstemmige

VEDTAK

Styret tar driftsorienteringer fra administrerende direktør til orientering.

Orienteringer

1. Styreleder orienterer
2. Foreløpig protokoll fra brukerutvalget 8. og 9. februar 2022
3. Foreløpig protokoll fra møte i revisjonsutvalget 24. februar 2022
4. Uttalelse fra ordførerne i Sør-Østerdal
5. Brev fra Sykehusaksjonen i Lillehammer
6. Protokoll fra drøftingsmøte RHF-KTV 8.3.2022

Møtet hevet kl. 15:30

Hamar, 10. mars 2022

Svein I. Gjedrem
styreleder

Nina Tangnæs Grønvold
nestleder

Kirsten Brubakk

Christian Grimsgaard

Bushra Ishaq

Einar Lunde

Harald Vaagaasar Nikolaisen

Peder Kristian Olsen

Lasse Sølvberg

Kristin Vinje

Hilde Jacobsen
styresekretær

Møteprotokoll

| | |
|-------------------|-----------------------|
| Styre: | Helse Sør-Øst RHF |
| Møtested: | Hamar |
| Dato: | Torsdag 10. mars 2022 |
| Tidspunkt: | Kl 09:15 - 15:30 |

| | |
|-----------------|---|
| 020-2022 | Virksomhetsrapport per januar 2022 |
|-----------------|---|

Oppsummering

Saken presenterer virksomhetsrapport for januar 2022.

Kommentarer i møtet

Styret merker seg at utviklingen i sykehusene fortsatt er preget av pandemien, blant annet når det gjelder sykefravær og aktivitet. Styret merker seg at det til tross for disse utfordringene er en positiv utvikling på flere områder.

Styret peker på at det fortsatt er behov for særskilt oppmerksomhet på utviklingen innen psykisk helsevern, særlig for barn og unge. Styret ber om at det planlegges med en egen temasak med vekt på styrets rolle i oppfølgingen av psykisk helsevern.

Styret viser til kommentar i styremøtet 10. februar 2022 og ber om at innspill til styringsmål for blant annet psykisk helsevern følges opp i felles styresak fra de fire regionale helseforetakene om budsjettinnspill for kommende år.

Styrets enstemmige

VEDTAK

Styret tar virksomhetsrapport per januar 2022 til etterretning.

Saksframlegg

Saksgang:

| Styre | Møtedato |
|----------------------------|-----------------|
| Styret i Helse Sør-Øst RHF | 10. mars 2022 |

Sak 020-2022

Virksomhetsrapport per januar 2022

Forslag til vedtak:

Styret tar virksomhetsrapport per januar 2022 til etterretning.

Hamar, 2. mars 2022

Terje Rootwelt
administrerende direktør

1. Hva saken gjelder

Saken presenterer virksomhetsrapport for januar 2022.

2. Hovedpunkter og vurdering av handlingsalternativer

Målekort januar

| Målekort Helse Sør-Øst - januar 2022 | | Denne periode | | Måloppnåelse | Året | |
|--------------------------------------|---|---|---------|--------------|---------------------|-----------------|
| | | Faktisk | Mål | | Estimat | Mål |
| Kvalitet | Ventetid - somatikk | 66,7 | 50,0 | | | 50 |
| | Ventetid - VOP | 51,4 | 40 | | | 40 |
| | Ventetid - BUP | 49,7 | 35 | | | 35 |
| | Ventetid - TSB | 35,2 | 30 | | | 30 |
| | Andel kontakter innen planlagt tid | 89 % | 95 % | | | 95 % |
| Korridorpasienter somatikk | Korridorpasienter somatikk | 0,9 % | 0 % | | 0 % | |
| | Pakkeforløp kreft - andel behandlet innen standard forløps tid - alle behandlingsformer | 67 % | 70 % | | 70 % | |
| | Andel polikliniske konsultasjoner via video/telefoni | 14 % | 15 % | | 15,0 % | |
| Styrke PHV og TSB | Andel pasientforløp med gjennomført evaluering av behandling i poliklinikk | 69 % | 80 % | | 80 % | |
| | Aktivitet | ISF-poeng døgnet og poliklinikk sørge-for-ansvaret - somatikk | 71 856 | 80 427 | | 908 070 910 606 |
| Bemannings | Brutto månedsverk | 65 751 | 64 648 | | 64 339 65 117 | |
| | Sykefravær (forrige måned) | 9,3 % | | | | |
| Økonomi | Resultat (tall i 1 000 kr) | - 48 912 | 124 764 | | 1 412 000 1 474 000 | |
| | Resultat eksklusivt gevinsttap (tall i 1 000 kr) | - 48 182 | | | 1 411 000 | |

| Avvisningsrater | Denne periode | | Måloppnåelse | Året | |
|--|---------------|------|--------------|---------|------|
| | Faktisk | Mål | | Estimat | Mål |
| Andel avvisningsrater ved poliklinikkene - BUP | 18,8 % | 20 % | | | 20 % |
| Andel avvisningsrater ved poliklinikkene - VOP | 22,9 % | 20 % | | | 20 % |

| Styrke PHV og TSB | Døgn (utskrivninger) | | | | Liggedøgn | | | | Polikliniske opphold | | | |
|-------------------|----------------------|----------|-------------|--------------|-----------|----------|-------------|--------------|----------------------|----------|-------------|--------------|
| | HiÅ 2021 | HiÅ 2022 | Endring i % | Måloppnåelse | HiÅ 2021 | HiÅ 2022 | Endring i % | Måloppnåelse | HiÅ 2021 | HiÅ 2022 | Endring i % | Måloppnåelse |
| VOP | 2 041 | 2 100 | 2,9 % | | 43 917 | 46 698 | 6,3 % | | 83 369 | 88 480 | 6,1 % | |
| BUP | 120 | 134 | 11,7 % | | 4 453 | 5 444 | 22,3 % | | 44 859 | 47 849 | 6,7 % | |
| Psykisk helsevern | 2 161 | 2 234 | 3,4 % | | 48 370 | 52 142 | 7,8 % | | 128 228 | 136 329 | 6,3 % | |

| Styrke PHV og TSB | Ventetid | | |
|-------------------|----------|-----|--------------|
| | HiÅ 2022 | Mål | Måloppnåelse |
| VOP | 51,4 | 40 | |
| BUP | 49,7 | 35 | |
| TSB | 35,2 | 30 | |

Målekort Sykehuspartner HF

| Sykehuspartner HF | januar 2022 | Denne periode | | Mål-oppnåelse |
|--|---|---------------|------------|---------------|
| | | Faktisk | Mål | |
| Sikker og stabil drift | Driftskalender - grønne dager per måned per HF i gjennomsnitt per måned | 28 | 28 | Green |
| | Brukeropplevd tilgjengelighet (oppetid) | 99,98 % | 99,95 % | |
| Øke samlet leveransekapasitet/Prioritere leveranser til helseforetakene | Leverert kapasitet iht. bestilling | 96,00 % | 96,00 % | Red |
| | Leveransepresisjon. Alle leveranser (SLA+TE) hvor dato er avtalt med kunde. Andel leveranser levert i henhold til første avtalte leveransedato. | 40,9 % | 60,0 % | |
| | Økt andel interne ressurser i prosjektleveranser | -4,00 % | > 0 % | Yellow |
| | Brukertilfredshet (totalt sett "Hvor fornøyd er du med...?") | 5,1 | 5,0 | Green |
| Effektivisere driften | Resultat (MNOK) | 14 | 13 | Green |
| | Investering (MNOK) | 81 | 74 | |
| Organisasjon og utvikling | Sykefravær (DESEMBER) | 4,9 % | 4,5 % | Yellow |
| | Andel egne ansatte | 81,0 % | nøkkeltall | |
| | Brutto månedsverk (gjennomsnitt) | 1 722 | 1 754 | Green |

Koronapandemien

Det regionale helseforetaket valgte å gå i grønn beredskap 26. november 2021 og har vært i grønn beredskap i hele januar.

Det var ved inngangen til januar 199 innlagte pasienter med covid-19 infeksjon i sykehusene i Helse Sør-Øst. 76 av disse trengte intensivbehandling, hvorav 55 fikk mekanisk ventilasjonsstøtte. Ved utgangen av januar var det 183 innlagte med covid-19 infeksjon, hvorav 39 var innlagt på intensiv og 21 pasienter trengte mekanisk ventilasjonsstøtte. Det høyeste antall innlagte med covid-19 i løpet av januar var 221. Mot slutten av måneden har situasjonen på sykehusene vært preget av omikronvarianten og et økende antall vaksinerte med tredje dose, med færre pasienter med covid-19 på intensiv. Nedtaket i aktivitet har i større grad enn tidligere vært betinget i høyt fravær blant ansatte relatert til utbredt smitte i befolkningen.

I januar har driften ved helseforetakene vært betydelig påvirket av pandemien, med nedtak av planlagt aktivitet og spesielt av kirurgi som krever døgnopphold. Helseforetak og private ideelle sykehus med opptaksområde har vært i beredskap. Smitteverntiltakene for pasienter, besøkende og ansatte har vært tilpasset den lokale situasjonen.

Ventetider og fristbrudd

I januar var gjennomsnittlig ventetid for pasienter som har fått helsehjelpen påstartet for alle tjenestoområder samlet på 64,8 dager i foretaksgruppen inkludert de private ideelle sykehusene, hvilket er hele 6,1 dager høyere enn i desember 2021.

I januar var gjennomsnittlig ventetid 66,7 dager innen somatikk, 51,4 dager innen psykisk helsevern for voksne (VOP), 49,7 dager innen psykisk helsevern for barn og unge (BUP) og 35,2 dager innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Ventetidene i januar var høyere for hvert tjenesteområde sammenliknet med desember. De gjennomsnittlige ventetidene i januar var ikke innenfor målene for noen av tjenesteområdene.

Ventetid for ventende pasienter lå på 76,3 dager for alle tjenesteområder i januar, hvilket er 1,3 dager lavere enn i desember. Ventetidene for ventende var synkende gjennom våren 2021 før den økte gjennom sommeren, gikk noe ned gjennom høsten og økte på nytt mot slutten av året.

I januar var andel fristbrudd for pasienter som har fått helsehjelpen påstartet 4,9 prosent for alle tjenesteområder samlet, opp fra 4,1 prosent i desember.

Andel fristbrudd innen somatikk i januar var 5,2 prosent, med en variasjon på mellom 0 og 9,2 prosent på tvers av helseforetakene og de private ideelle sykehusene. Andel fristbrudd i januar innen VOP, BUP og TSB var henholdsvis 1,9 prosent, 2,4 prosent og 2,3 prosent. Andel fristbrudd er samlet sett høyere sammenliknet med januar 2021 og 2020. Andel kontakter med passert planlagt tid var på 10,8 prosent i januar, hvilket er det samme som i desember.

Avvisningsraten innen VOP var i januar 22,9 prosent og innen BUP 18,8 prosent, som for begge områder er lavere enn i desember. BUP når nå målet om en avvisningsrate under 20 prosent.

Pakkeforløp kreft

Andel nye pasienter som inkluderes i pakkeforløp i Helse Sør-Øst ligger i januar samlet sett på 75 prosent. Dette er over målet om en andel på minst 70 prosent. I januar måned var den samlede måloppnåelsen for de ulike pakkeforløpene i foretaksgruppen 67 prosent, hvilket er lavere enn i desember. Akershus universitetssykehus HF, Oslo universitetssykehus HF, Sykehuset Østfold HF, Vestre Viken HF og Lovisenberg Diakonale Sykehus AS ligger under målet om minst 70 prosent.

10 av 26 pakkeforløp oppnår en samlet måloppnåelse over 70 prosent. Det er lavest måloppnåelse for bukspyttkjertelkreft, galleveiskreft, hode- og halskreft, lungekreft, myelomatose, nyrekreft, peniskreft og prostatakreft. Alle helseforetakene og de private ideelle sykehusene arbeider med tiltak for å bedre forløpstidene for pakkeforløpene for kreft. Dette inkluderer bedring av kapasitet, styrking av rollen som forløpskoordinator, bedret sanntidsregistrering/koding og gjennomføring av multidisiplinære team-møter (MDT-møter).

Regionalt innsatsteam og en egen gruppe for pakkeforløp arbeider spesielt med forløp med lav måloppnåelse. Helseforetakenes arbeid følges opp i jevnlig møter i innsatsteamet der erfaringer med forbedringsarbeidet deles. I tillegg er det egne møter i ressursgrupper for pakkeforløp og egne samlinger for forløpskoordinatorer. Pakkeforløp kreft følges også opp i oppfølgingsmøtene mellom Helse Sør-Øst RHF og helseforetakene og de private ideelle sykehusene med eget optaksområde.

Styrke psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Ventetidene for VOP, BUP og TSB i januar er henholdsvis 51,4 dager, 49,7 dager og 35,2 dager. Målet for ventetider hittil i år er ikke oppfylt for noen av tjenesteområdene.

Innen antall utskrivninger er det en økning på 2,9 prosent innen VOP og 11,7 prosent innen BUP sammenlignet med januar i 2021.

Antall liggedøgn er 6,3 prosent høyere innen VOP og 22,3 prosent høyere innen BUP sammenlignet med januar 2021.

Antall polikliniske opphold har økt med 6,1 prosent innen VOP og 6,7 prosent innen BUP sammenlignet med januar 2021.

Kravene til aktivitetsmålene innfris dermed både for VOP og BUP.

Andel pasientforløp med gjennomført evaluering av behandling i poliklinikk innen PHV og TSB i januar er 69,2 prosent, noe som er lavere enn målsettingen på 80 prosent. Høyest måloppnåelse er det innen TSB med 81,8 prosent. BUP har lavest måloppnåelse med 57,2 prosent, mens VOP har 72,9 prosent. Utviklingen i måloppnåelse er negativ for alle forløpene.

Aktivitet – ISF-poeng

I perioden fra mars 2020 til januar 2022 var 20 prosent av alle utsatte pasientkontakter i regionen relatert til koronapandemien. Totalt var det ved utgangen av desember 2021 utsatt 384 779 planlagte kontakter på grunn av pandemien. Av disse var det 94 387 utsettelse i 2021 og 273 863 utsettelse i 2020. I januar 2022 var det 16 529 utsettelse som tilsvarer 16 prosent, som er en økning i forhold til desember.

Figuren under viser andel koronarelaterte utsettelse av alle utsatte pasientkontakter i Helse Sør-Øst fra og med mars 2020 til og med januar 2022.



Tiltak for å øke kapasiteten, som kveldspoliklinikk og bruk av telefon- og videokonsultasjoner er iverksatt i alle helseforetak. Helseforetakene er bedt om å benytte ledig kapasitet i regionen, både ved andre helseforetak og hos private avtaleparter og avtalespesialister.

Somatikk

Når det gjelder aktiviteten (døgn, dag og poliklinikk) målt i antall ISF-poeng innen somatikk var det i januar et negativt budsjettavvik på 10,7 prosent. Aktiviteten i januar var 4,2 prosent høyere enn i januar i 2021. Antall ISF-poeng inkludert legemidler viser et negativt budsjettavvik på 10,1 prosent i januar.

Det negative budsjettavviket på 8 750 ISF-poeng tilsvarer om lag 210 millioner kroner i reduserte inntekter.

Det negative budsjettavviket skyldes både at pasienter avlyser oppsatte avtaler og helseforetakenes reduserte kapasitet på grunn av koronapandemien og sykefravær. Driften ved helseforetakene er betydelig påvirket av pandemien, med nedtak av planlagt aktivitet og spesielt av kirurgi som krever døgnopphold.

Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Aktiviten i januar innen PHV og TSB viser et negativt budsjettavvik for ISF-poeng innen VOP på 6,5 prosent, innen BUP på 4,9 prosent og innen TSB på 8,4 prosent.

Sammenlignet med januar 2021 er det imidlertid en økning i antall ISF-poeng på 5,3 prosent samlet for PHV og TSB.

Bemanningsutvikling

Foretaksgruppen samlet har et redusert bemanningsavvik sammenlignet med foregående måned. Merforbruket, målt mot budsjett, er på 1 103 månedsverk i januar, mens avviket i desember var 2 264 månedsverk.

Avviket blir naturlig noe lavere i januar på grunn av at budsjettene denne måneden er tilpasset behovsendringene som har skjedd gjennom forrige år. Avviket i januar er knyttet til økt bemanning ut over det som var forventet og lagt til grunn i budsjettene for å kompensere for ekstra koronarelatert aktivitet. Kostnadene til vikarinneleie er 82,9 prosent over budsjett – mye av dette er knyttet til pandemirelatert fravær.

Flere av foretakene har store ambisjoner om nedtak av inneleie, og det har vist seg krevende å få til i denne perioden. Avvikene for enkelte foretak er betydelige. Det er stor variasjon mellom helseforetakene, og dette blir et viktig område å følge opp fremover.

Økende sykefravær og annet koronarelatert fravær gir økt press på inneleie, ekstrahjelp og overtid. I tillegg er det fortsatt behov for ekstra bemanning for å få gjennomført planlagt elektiv behandling som har blitt utsatt under pandemien.

Det videreføres fortsatt noe direkte pandemirelatert bemanning som medfører økt ressursbruk i akuttmottak og ved laboratoriene samt forsterket renhold og smitteverntiltak.

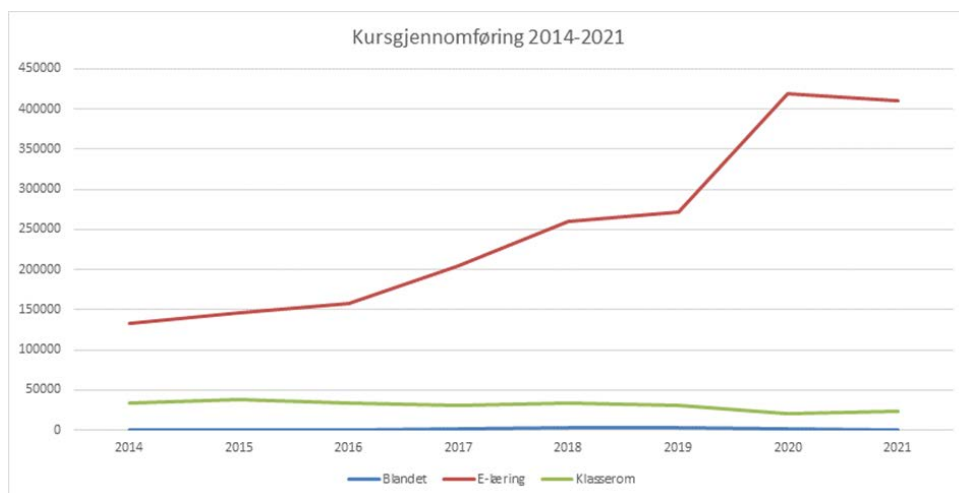
Flere pasienter som blir innlagt på annet grunnlag, viser seg å ha covid-19 som bidiagnose. Dette krever ekstra smitteverntiltak og økt bemanning for å gjennomføre behandling. Tiltakene knyttet til adgangskontroll og skallsikring av bygg er imidlertid redusert.

Sykefraværet ved helseforetakene, inkludert det koronarelaterte sykefraværet, har jevnt over økt gjennom høsten og vinteren, og er i januar - februar opp mot 12 prosent samlet. Enkelte enheter har ved smitteutbrudd av covid-19 hatt fravær over 30 prosent og har måttet stenge ned aktivitet. Dette er bekymringsfulle tall, men heller ikke uventet i denne situasjonen. Det er verdt å legge merke til at sykefraværet ser ut til å flate ut, dog på et høyt nivå. Pasienter og personell har blitt omdisponert til andre enheter. Helseforetakene har etablert gode smitteverntiltak, og det er økt fokus på det ordinære arbeidet med sykefraværsoppfølging og vaksinasjon knyttet til den ordinære influensasasjonen.

Helseforetakene har ikke rapportert om spesielle utfordringer knyttet til gjennomføringen av praksisstudiene. Muligheten for å gjennomføre kurs med fysisk oppmøte er likevel mer begrenset enn det var i høst. Økning i praksisplasser er et prioritert område. De nasjonale anbefalte kursene for leger i spesialisering gjennomføres så langt det lar seg gjøre digitalt. Det er åpnet for at flere kurs kan gjennomføres ved fysisk oppmøte, men det forventes at økt digitalisering må være hovedregelen de første månedene inn i 2022. Det regionale utdanningscenteret forsøker å informere om planlagte kurs i god tid. Det er fortsatt situasjoner der det både er korte frister og behov for stor fleksibilitet fra helseforetakene slik at forsinkelser i utdanningsforløpene unngås.

Den ordinære interne kursaktiviteten har stabilisert seg på cirka 420 000 e-læringsgjennomføringer, litt færre enn i 2020, hvor det var ekstraordinær aktivitet knyttet til smittevernkursene. Det deltar cirka 35 000 i klasseromskurs. Samlet har kursaktiviteten knyttet til klasseromskurs vært litt lavere i pandemiperioden 2020 og 2021 enn tidligere.

Kompetansetiltakene som registreres i Læringsportalen kommer i tillegg til internundervisning og eksterne kurs (f. eks. kursene for leger i spesialisering). Det er en uttalt delingskultur i Helse Sør-Øst, slik at foretakene kan dra nytte av ulike kurs utviklet ved andre enheter og foretak. Fremover vil det å øke kvalitet og aktivitet, modernisere læringsmetoder og samordne utvikling av læringsmetoder, være prioritert.



Økonomi

Resultatutvikling

Resultatet for foretaksgruppen i januar er negativt med 46,9 millioner kroner med et tilhørende negativt budsjettavvik på 171,7 millioner kroner. I det negative resultatet er det tatt inn 166,7 millioner kroner av overførte midler fra 2021.

I januar har helseforetakene rapportert en negativ økonomisk effekt av koronapandemien på 361,7 millioner kroner. Av dette er 151,4 millioner kroner rapportert som mindre-inntekter og 210,3 millioner kroner som merkostnader.

Sykehuset i Vestfold HF, Sykehuset Innlandet HF, Sykehuset Telemark HF, Sykehuset Østfold HF og Vestre Viken HF har negative resultater i januar. Det er kun Sunnaas sykehus HF, Sykehusapotekene HF, Sykehuspartner HF og Helse Sør-Øst RHF som har positive budsjettavvik i januar.

I styresak 021-2022 foreslås at helseforetakene og de private ideelle sykehusene gis en foreløpig tildeling på 200 millioner kroner av tildelingen i Prop. 51S (2021-2022) på 765,6 millioner kroner, for å kompensere for merkostnader knyttet til koronapandemien.

Investeringer

Foretaksgruppen har per januar investert for totalt 481 millioner kroner. Dette er 150 millioner kroner lavere enn budsjett. Av budsjettavviket utgjør bygg 87 millioner kroner, IKT 35 millioner kroner, medisinsk teknisk utstyr 17 millioner kroner og annet 11 millioner kroner.

Avviket innenfor bygg skyldes i hovedsak periodiseringer. Avviket for Nytt sykehus Drammen utgjør 25 millioner kroner og skyldes mindre pådrag i råbyggsentrepriser enn planlagt i budsjett. Avviket ved prosjekt Nye Aker og Nye Rikshospitalet utgjør 18 millioner kroner og skyldes forskjøvet gjennomføring. Det vises til sak 027-2022 *Oslo universitetssykehus HF – justert forprosjekt Nye Aker og Nye Rikshospitalet*.

Avviket innenfor IKT skyldes i hovedsak:

- De regionale IKT-investeringene er 25 millioner kroner lavere enn budsjett. Avviket skyldes endret periodisering av betalingsmilepæler og knapphet på ressurser.
- Sykehuspartner HF har investert 7 millioner kroner mer enn budsjettet hittil i 2022. Det er sikker og stabil drift og utstyrsforvaltning som til sammen har 23 millioner kroner høyere pådrag enn budsjett, mens STIM har et lavere pådrag enn budsjett med seks millioner kroner som følge av at tre prosjekter går over i gjennomføringsfase senere enn forutsatt, at ressurser til Windows 10 fase tre ikke er på plass som forutsatt, og fordi ett prosjekt er stoppet inntil videre.
- Lavere pådrag for ikke-byggnær IKT med 14 millioner kroner skyldes hovedsakelig en ompostering til byggnær IKT på Nytt sykehus Drammen.

Likviditet

Foretaksgruppen har per januar en likviditetsreserve på 19 169 millioner kroner. Dette er 642 millioner kroner lavere enn budsjett. Dette skyldes hovedsakelig svakere resultat enn budsjettet og høyere arbeidskapitalbinding i Sykehusapotekene HF.

Sykehuspartner HF

Sykehuspartner HF har et positivt budsjettavvik på en million kroner per januar. Resultatet skyldes i hovedsak lavere andre driftskostnader og et positiv budsjettavvik på finansposter.

Målet for antall grønne dager per måned per helseforetak i gjennomsnitt per måned er nådd for fem av ni helseforetak. Målet om oppetid er nådd for åtte av ni helseforetak. Fem av hendelsene skjedde i etterkant av kritisk sikkerhetsoppdatering, og dette følges opp med leverandør. Tekniske problemer med databasen til pasientjournalssystemet DIPS ved Oslo universitetssykehus HF medførte nedetid over tre dager og betydelig etterarbeid. Det gjennomføres en utvidet evaluering av hendelsen for læring, og tiltak vil bli fulgt opp.

Det var 44 leveranser med første planlagte leveransedato i januar, og av disse er 18 levert. Det er varierende årsaker til at målkravet ikke er nådd, herunder sykefravær, utstyrsforsinkelser og utfordringer hos leverandør. Arbeidet med å øke leveransekapasitet og leveransepresisjon er høyt prioritert og videreføres. Sykehuspartner HF gjennomfører blant annet tiltak for vesentlig reduksjon av ledetid og forbedret planlegging av leveranser.

Det var en markant økning i ressursbehovet fra prosjektene ved årsskiftet som har medført en økning i antall innleide konsulenter.

Sykehuspartner HF har over tid gjennomført tiltak for å få opp investeringstakten og for å unngå dipp ved årsskiftet. Forsinkelser i utstyrsleveranser grunnet pandemien gjør det vanskelig å periodisere. Sykehuspartner HF vil gjennom 2022 styre omfanget av leveranser til på eller under investeringsbudsjett.

Sykefraværet i desember 2021 er 4,9 prosent og på samme nivå som oktober og november. Sykefraværet totalt for 2021 er 5,2 prosent, som er 0,7 prosent over måltall på 4,5 prosent. Måltallet ble satt basert på det lave sykefraværet i 2020, og overskridelse av måltall er som forventet utfra pandemisituasjonen og sesongvariasjoner. Måltallet er derfor satt noe høyere i 2022 (5,4 prosent). Utviklingen følges tett i det enkelte virksomhetsområde.

3. Administrerende direktørs anbefaling

Administrerende direktør viser til at ventetiden samlet sett er høyere i januar 2022 enn i desember i fjor. Dette har sammenheng med dager med lavere aktivitet ved årsskiftet, utviklingen i pandemien og høyt fravær blant medarbeidere.

Avvisningsratene innen VOP er over målet, men for BUP er ratene under målet i januar. Målet for ventetider er ikke oppfylt for noen av tjenesteområdene i januar. Administrerende direktør vil fortsatt ha stor oppmerksomhet på ventetider, og vil følge opp helseforetakene og de private ideelle sykehusene spesielt når det gjelder ventetider og fristbrudd innen PHV og BUP.

Innen pakkeforløp for kreft var det en god bedring i pakkeforløpstallene høsten 2021, men måloppnåelsen er under kravet i januar. Dette kan settes i sammenheng med dager med lavere aktivitet i slutten av desember og ved årsskiftet. Helse Sør-Øst RHF vil fortsette å følge opp arbeidet med å avhjelpe flaskehals og dele erfaringer på tvers av helseforetak og private ideelle sykehus. Utviklingen for pakkeforløpene innen psykisk helsevern og TSB er positiv.

Det var i januar økende smitte med et økt antall innlagte pasienter med covid-19, samtidig som pågangen av andre pasienter også var høy. Alle helseforetak og private ideelle sykehus med opptaksområde var i beredskap i januar, med nedtak av planlagt aktivitet. De økonomiske konsekvensene av koronapandemien er betydelige, og har økt igjen siste måneder.

Administrerende direktør anbefaler at styret tar virksomhetsrapport for januar 2022 til etterretning.

Trykte vedlegg:

- Rapport per januar 2022

Utrykte vedlegg

- Ingen

Rapportering per januar 2022

HELSE  SØR-ØST

Innhold

1. Målekort

2. Kvalitet og pasientbehandling

3. Prioritering av psykisk helsevern og rusbehandling

4. Aktivitet

5. Bemanning

6. Produktivitet

7. Økonomi/ finans

Målekort

| Målekort Helse Sør-Øst - januar 2022 | | Denne periode | | Måloppnåelse | Året | |
|--------------------------------------|--|---------------|---------|--------------|---------------------|------|
| | | Faktisk | Mål | | Estimat | Mål |
| Kvalitet | Ventetid - somatikk | 66,7 | 50,0 | | | 50 |
| | Ventetid - VOP | 51,4 | 40 | | | 40 |
| | Ventetid - BUP | 49,7 | 35 | | | 35 |
| | Ventetid - TSB | 35,2 | 30 | | | 30 |
| | Andel kontakter innen planlagt tid | 89 % | 95 % | | | 95 % |
| | Korridorpasienter somatikk | 0,9 % | 0 % | | 0 % | |
| | Pakkeforløp kreft - andel behandlet innen standard forløpstid - alle behandlingsformer | 67 % | 70 % | | 70 % | |
| | Andel polikliniske konsultasjoner via video/telefoni | 14 % | 15 % | | 15,0 % | |
| Styrke PHV og TSB | Andel pasientforløp med gjennomført evaluering av behandling i poliklinikk | 69 % | 80 % | | 80 % | |
| Aktivitet | ISF-poeng døgn, dag og poliklinikk sørge-for-ansvaret - somatikk | 71 856 | 80 427 | | 908 070 910 606 | |
| Bemanning | Brutto månedsverk | 65 751 | 64 648 | | 64 339 65 117 | |
| | Sykefravær (forrige måned) | 9,3 % | | | | |
| Økonomi | Resultat (tall i 1 000 kr) | - 46 912 | 124 764 | | 1 412 000 1 474 000 | |
| | Resultat eksklusive gevinst/tap (tall i 1 000 kr) | - 48 182 | | | 1 411 000 | |

| Avvisningsrater | | Denne periode | | Måloppnåelse | Året | |
|-----------------|--|---------------|------|--------------|---------|-----|
| | | Faktisk | Mål | | Estimat | Mål |
| | Andel avvisningsrater ved poliklinikkene - BUP | 18,8 % | 20 % | | 20 % | |
| | Andel avvisningsrater ved poliklinikkene - VOP | 22,9 % | 20 % | | 20 % | |

| Styrke PHV og TSB | Ventetid | | | Styrke PHV og TSB | Døgn (utskrivninger) | | | | Liggedøgn | | | | Polikliniske opphold | | | |
|-------------------|----------|-----|---------------|-------------------|----------------------|----------|-------------|---------------|-----------|----------|-------------|---------------|----------------------|----------|-------------|---------------|
| | HiÅ 2022 | Mål | Mål-oppnåelse | | HiÅ 2021 | HiÅ 2022 | Endring i % | Mål-oppnåelse | HiÅ 2021 | HiÅ 2022 | Endring i % | Mål-oppnåelse | HiÅ 2021 | HiÅ 2022 | Endring i % | Mål-oppnåelse |
| VOP | 51,4 | 40 | | VOP | 2 041 | 2 100 | 2,9 % | | 43 917 | 46 698 | 6,3 % | | 83 369 | 88 480 | 6,1 % | |
| BUP | 49,7 | 35 | | BUP | 120 | 134 | 11,7 % | | 4 453 | 5 444 | 22,3 % | | 44 859 | 47 849 | 6,7 % | |
| TSB | 35,2 | 30 | | Psykisk helsevern | 2 161 | 2 234 | 3,4 % | | 48 370 | 52 142 | 7,8 % | | 128 228 | 136 329 | 6,3 % | |

Målekort - grenseverdier

| Resultater | | Regionalt mål | Rød | Gul | Grønn |
|--------------------------|--|---------------|-------------|--------------------------|-------------|
| Kvalitet | Ventetid - somatikk | 50 | >= 53 dager | > 50 dager og < 53 dager | <= 50 dager |
| | Ventetid - VOP | 40 | >= 43 dager | > 40 dager og < 43 dager | <= 40 dager |
| | Ventetid - BUP | 35 | >= 38 dager | > 35 dager og < 38 dager | <= 35 dager |
| | Ventetid - TSB | 30 | >= 33 dager | > 30 dager og < 33 dager | <= 30 dager |
| | Andel kontakter innen planlagt tid | 95 % | <= 92 % | > 95% og > 92 % | >= 95 % |
| | Korridorpasienter somatikk | 0 % | >=2,0 % | >= 1,0 % og < 2,0 % | < 1,0 % |
| Pakkeforløp kreft | Andel behandlet innen standard forløpstid - alle behandlingsformer | 70 % | <= 64 % | > 64 % og < 70 % | >= 70 % |
| Video og telefoni | Andel polikliniske konsultasjoner via video/telefoni | 15 % | <= 12 % | > 12 % og < 15 % | >= 15 % |
| Pasientforløp PHV og TSB | Psykisk helsevern og rusbehandling | 80 % | < 70 % | >= 70 % og < 80 % | >= 80 % |
| Styrke PHV og TSB | Døgn utskrivninger/liggedøgn/polikliniske opphold | | 2022 < 2021 | 2022 = 2021 | 2022 > 2021 |
| | Redusere avvisningsrater ved poliklinikkene - BUP | 20 % | >= 23 % | > 20 % og < 23 % | <= 20 % |
| | Redusere avvisningsrater ved poliklinikkene - VOP | 20 % | >= 23 % | > 20 % og < 23 % | <= 20 % |

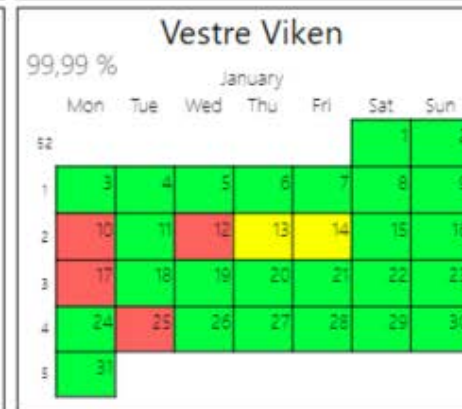
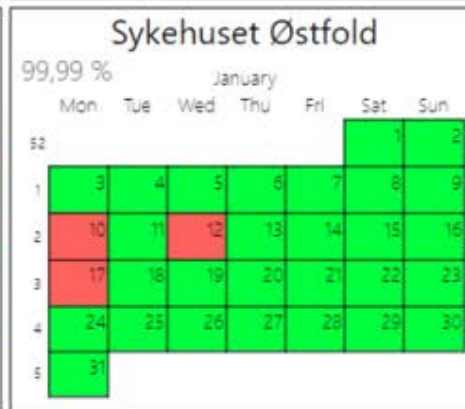
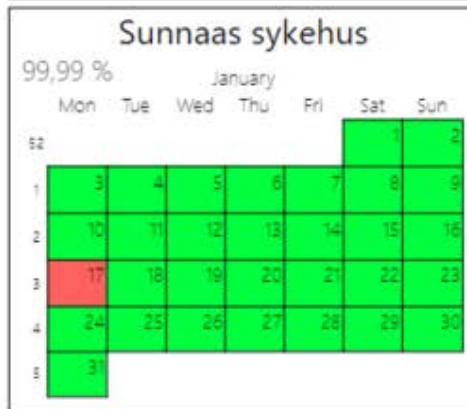
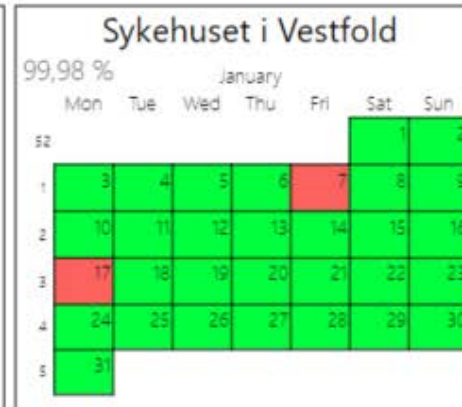
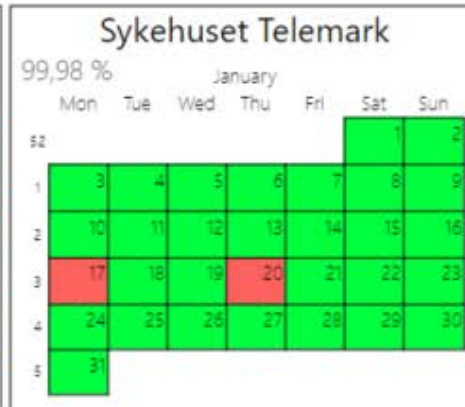
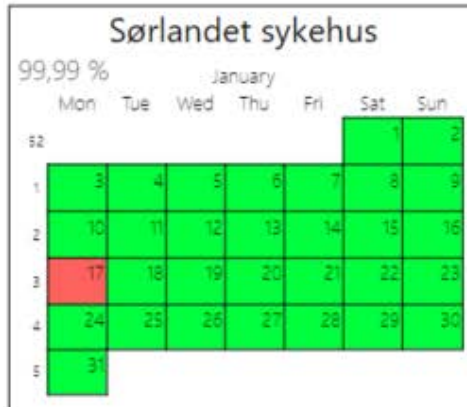
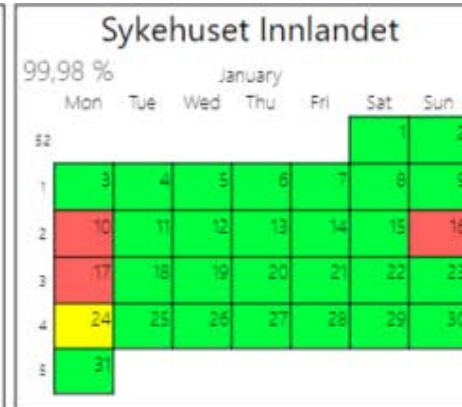
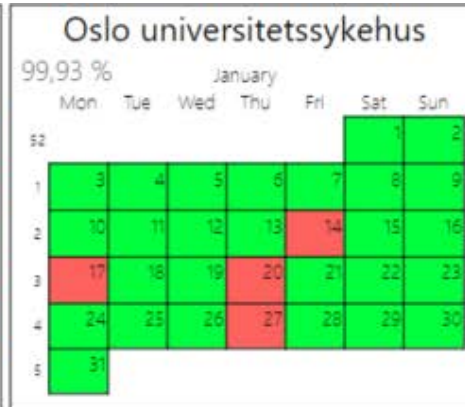
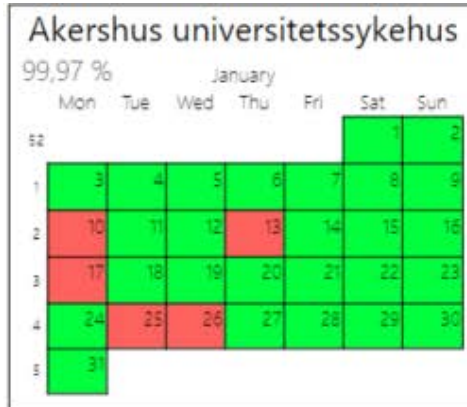
Målekort Sykehuspartner HF

| Sykehuspartner HF | januar 2022 | Denne periode | | Mål-oppnåelse |
|--|---|---------------|------------|---------------|
| | | Faktisk | Mål | |
| Sikker og stabil drift | Driftskalender - grønne dager per måned per HF i gjennomsnitt per måned | 28 | 28 | |
| | Brukeropplevd tilgjengelighet (oppetid) | 99,98 % | 99,95 % | |
| Øke samlet leveransekapasitet/Prioritere leveranser til helseforetakene | Leverert kapasitet iht. bestilling | 96,00 % | 96,00 % | |
| | Leveransepresisjon. Alle leveranser (SLA+TE) hvor dato er avtalt med kunde. Andel leveranser levert i henhold til første avtalte leveransedato. | 40,9 % | 60,0 % | |
| | Økt andel interne ressurser i prosjektleveranser | -4,00 % | > 0 % | |
| | Brukertilfredshet (totalt sett "Hvor fornøyd er du med...?") | 5,1 | 5,0 | |
| Effektivisere driften | Resultat (MNOK) | 14 | 13 | |
| | Investering (MNOK) | 81 | 74 | |
| Organisasjon og utvikling | Sykefravær (DESEMBER) | 4,9 % | 4,5 % | |
| | Andel egne ansatte | 81,0 % | nøkkeltall | |
| | Brutto månedsverk (gjennomsnitt) | 1 722 | 1 754 | |

Grenseverdier målekort Sykehuspartner HF

| | | Mål | RØD | GUL | GRØNN |
|---|---|------------------------|---|--|---|
| Sikker og stabil drift | Driftskalender - grønne dager per måned per HF | 28 | <27 | 27 | >=28 |
| | Tilgjengelighet for tjenester (oppetid) | 99,95 % | <99 % | >=99,0 % - <99,5 % | >=99,5 % |
| Øke samlet leveransekapasitet/Prioriterte leveranser til helseforetakene | Leverert kapasitet iht. bestilling | 96,0 % | <90,0 % | >=90,0 % - <96,0 % | >=96,0 % |
| | Leveransepresisjon. Alle leveranser (SLA+TE) hvor dato er avtalt med kunde. Andel leveranser levert i henhold til første avtalte leveransedato. | 60 % | <50 % | >=50 % - <60 % | >=60 % |
| | Andel av kapasitet brukt på leveranseoppdrag | <i>Nøkkeltall</i> | | Årlig melding | |
| | Økt andel interne ressurser i prosjektleveranser | <i>Økning fra 2021</i> | <-10 % | 0%--10 % | >=0 % |
| | Leveransekapasitet: andel av kundeplan 2021 levert innen 31.12.2022 | 90 % | <80,0% | >=80,0% - <90,0% | >=90,0% |
| | Tjenestekjøp | | | | |
| | Brukertilfredshet (totalt sett "Hvor fornøyd er du med...?") | >=5 | <4,5 | >=4,5 - <5,0 | >= 5 |
| Kundertilfredshet (Spørsmål= Totalopplevelse) | >=4,2 | <=3,2 | >=3,2 - <4,2 | >=4,2 | |
| Effektivisere driften | Resultat (MNOK) | 100 | | | |
| | Investering (MNOK) | 1206 | Faktisk er under 70 % av budsjett eller over budsjett | Faktisk er mellom 70 % og 80 % av budsjett | Faktisk er mellom 80 % og 100 % av budsjett |
| | Sanering av applikasjoner | 40 % | | Skjønn | |
| Organisasjon og utvikling | Sykefravær | 5,4 % | >5,9 % | <=5,9 % - >5,4 % | <=5,4 % |
| | Andel egne ansatte | <i>Nøkkeltall</i> | | | |
| | Brutto månedsverk (gjennomsnitt) | 1789 | | Skjønn | |

Driftskalender fra Sykehuspartner per januar per helseforetak



| Dag | Mnd | KRI | Affected Service | Driftskalender |
|-----|-----|-----|-------------------------------|----------------|
| 7 | jan | 2A | SVHF-Nettverk-Normal | Rød |
| 10 | jan | 1A | Nessus | Rød |
| 12 | jan | 1A | CMS Kjemoterapi-PROD | Rød |
| 13 | jan | 1A | AHUS-CompPACS-PROD | Rød |
| 13 | jan | 1A | FELLES-Infrastruktur-DNS-PROD | Rød |
| 13 | jan | 2A | HR-ERP | Grønn |
| 13 | jan | 2A | VVHF-TDMS Dialyse-PROD | Gul |
| 14 | jan | 1A | OUS-DIPS-PROD | Rød |
| 14 | jan | 1A | VVHF-Analytix-PROD | Gul |
| 14 | jan | 2A | OUS-Cytovision-PROD | Rød |
| 16 | jan | 1A | SIHF-DIPS-PROD | Rød |
| 17 | jan | 1A | Nettverk | Rød |
| 20 | jan | 1A | Felles-Telefoni-PROD | Rød |
| 20 | jan | 1A | STHF-Agfa PACS-PROD | Rød |
| 21 | jan | 2A | OUS-Cytovision-PROD | Grønn |
| 24 | jan | 1A | SIHF-Telefoni Avaya-PROD | Gul |
| 25 | jan | 1A | AHUS-DIPS-PROD | Rød |
| 25 | jan | 1A | VVHF-Akuttbase Triage-PROD | Rød |
| 26 | jan | 1A | AHUS-Siemens RIS-PROD | Rød |
| 27 | jan | 1A | OUS-Citrix Arbeidsflate-Std | Rød |
| 30 | jan | 1A | SSHF-nettverk-PROD | Grønn |
| 31 | jan | 2A | OUS-Endobase-PROD | Grønn |

Kodeforklaringer

1A: Feil på tjenester som er kritiske for liv og helse eller virksomhetens drift. Feilen kan medføre fare for liv og helse, betydelig merarbeid eller negative konsekvenser for omdømmet til kunden.

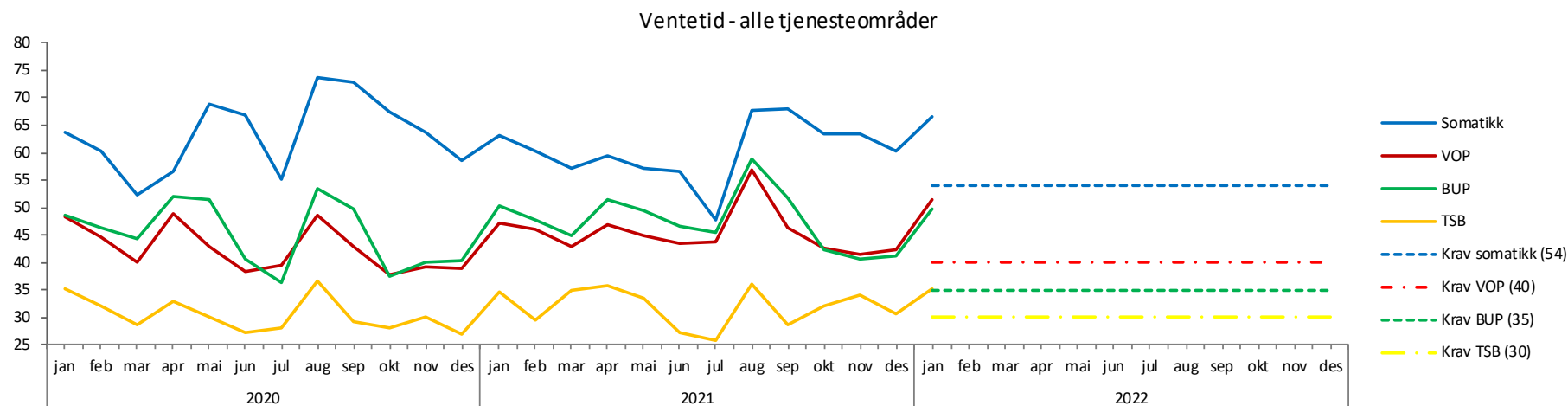
2A: Feil på tjenester som er virksomhetskritiske, viktige for pasientgrupper/publikum, eller essensielle for effektiv drift av foretaket. Feilen kan medføre fare for liv og helse, betydelig merarbeid eller negative konsekvenser for omdømmet til kunden.

Målet på 28 grønne dager er nådd for fem av ni helseforetak.

Målet om oppetid er nådd for åtte av ni helseforetak. Fem av hendelsene skjedde i etterkant av kritisk sikkerhetsoppdatering. Dette følges opp med leverandør.

Tekniske problemer med databasen til pasient-journalsystemet (DIPS) ved Oslo Universitetssykehus HF medførte nedetid over tre dager og betydelig etterarbeid. Det gjennomføres en utvidet evaluering av hendelsen for læring og tiltak vil bli fulgt opp.

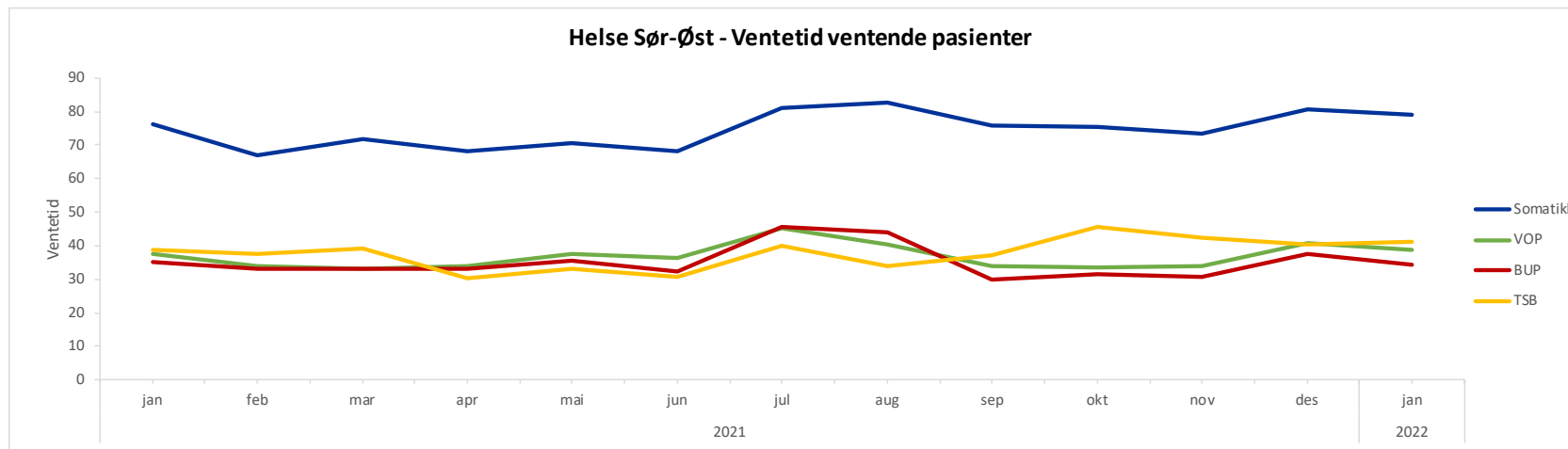
Gjennomsnittlig ventetid for pasienter som har fått helsehjelpen påstartet



| Gjennomsnittlig ventetid for pasienter som har fått helsehjelpen påstartet | Januar 2022 | | | | | HiÅ 2022 | HiÅ 2021 | HiÅ 2020 | 2021 | 2020 |
|--|-------------|------|------|------|--------|----------|----------|----------|------|------|
| | Som | VOP | BUP | TSB | Totalt | | | | | |
| Akershus universitetssykehus HF | 69,8 | 51,7 | 45,8 | 31,9 | 66,7 | 66,7 | 63,5 | 62,3 | 59,7 | 61,9 |
| Oslo universitetssykehus HF | 68,4 | 52,8 | 53,8 | 35,4 | 67,1 | 67,1 | 58,2 | 62,6 | 57,6 | 58,4 |
| Sunnaas sykehus HF | 61,6 | | | | 61,6 | 61,6 | 56,8 | 66,0 | 47,5 | 67,0 |
| Sykehuset i Vestfold HF | 61,9 | 40,7 | 37,9 | 31,9 | 59,1 | 59,1 | 56,1 | 59,7 | 54,4 | 61,1 |
| Sykehuset Innlandet HF | 64,8 | 52,8 | 65,3 | 35,4 | 63,9 | 63,9 | 58,3 | 58,0 | 57,8 | 60,7 |
| Sykehuset Telemark HF | 64,3 | 34,4 | 40,3 | 36,9 | 61,8 | 61,8 | 52,8 | 60,9 | 54,3 | 58,8 |
| Sykehuset Østfold HF | 63,9 | 60,3 | 51,0 | 23,5 | 62,8 | 62,8 | 61,5 | 68,3 | 57,0 | 62,4 |
| Sørlandet sykehus HF | 71,6 | 51,0 | 51,7 | 29,1 | 69,5 | 69,5 | 69,3 | 64,2 | 67,5 | 69,7 |
| Vestre Viken HF | 58,3 | 48,2 | 57,0 | 40,2 | 57,4 | 57,4 | 56,4 | 56,1 | 53,7 | 57,8 |
| Helse Sør-Øst Foretaksgruppen | 65,4 | 50,1 | 50,4 | 32,5 | 63,7 | 63,7 | 59,9 | 61,4 | 57,8 | 61,2 |
| Betanien Hospital | 77,1 | | | | 77,1 | 77,1 | 104,6 | 80,1 | 74,1 | 82,2 |
| Diakonhjemmet Sykehus | 61,2 | 43,1 | 34,2 | 26,7 | 56,4 | 56,4 | 61,8 | 55,8 | 57,6 | 60,2 |
| Lovisenberg Diakonale Sykehus | 83,9 | 63,3 | 43,8 | 46,4 | 78,5 | 78,5 | 79,3 | 79,7 | 79,1 | 81,9 |
| Martina Hansens Hospital | 65,2 | | | | 65,2 | 65,2 | 48,5 | 68,9 | 54,1 | 63,4 |
| Revmatismesykehuset | 0,0 | | | | 0,0 | 0,0 | 66,3 | 62,6 | 70,3 | 65,5 |
| Private institusjoner | | | | 49,0 | 83,0 | 83,0 | 75,0 | 65,1 | 75,2 | 72,9 |
| Helse Sør-Øst inkl. private ideelle sykehus og private rusinstitusjoner | 66,7 | 51,4 | 49,7 | 35,2 | 64,8 | 64,8 | 61,5 | 62,2 | 59,2 | 62,1 |

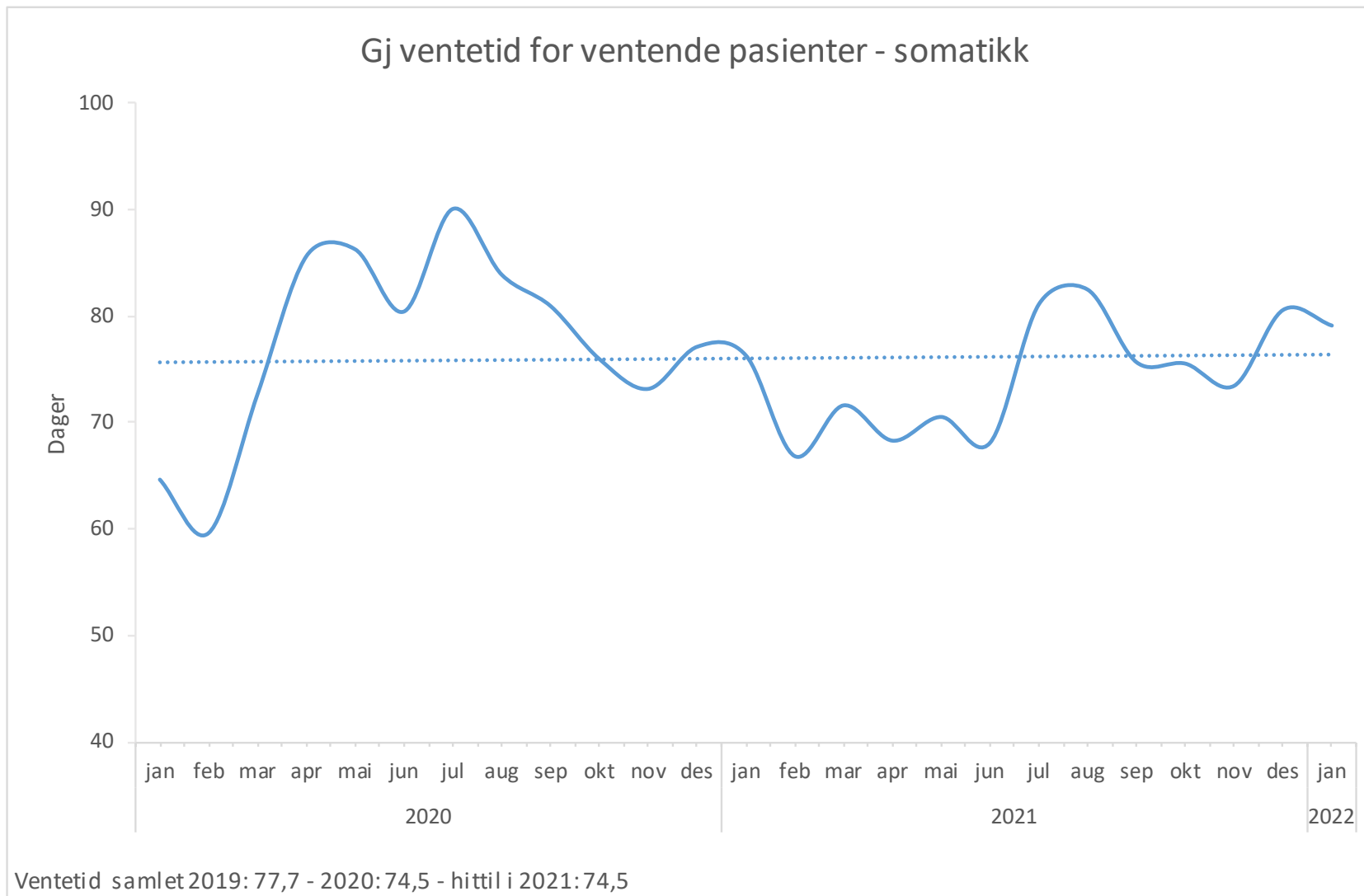
For de private rusinstitusjonene med avtale er ventetider for somatikk og psykisk helse (VOP og BUP) med i de totale tallene. Dette er årsaken til at total ventetid her avviker fra ventetiden innen TSB. Volumet innen somatikk, VOP og BUP er lave og det er også en rekke måneder hvor ventetidene ikke finnes for disse tjenesteområdene slik at det er valgt å utelate ventetider for disse i oversikten.

Gjennomsnittlig ventetid ventende pasienter – per tjenesteområde



| Gj ventetid for ventende pasienter per helseforetak i HSØ | Januar 2022 | | | | | HiÅ 2022 | HiÅ 2021 | HiÅ 2020 | 2021 | 2020 |
|--|-------------|------|------|------|--------|----------|----------|----------|-------|-------|
| | Somatikk | VOP | BUP | TSB | Totalt | | | | | |
| Akershus universitetssykehus | 90,6 | 31,9 | 27,4 | 25,7 | 85,6 | 85,6 | 83,6 | 60,8 | 86,9 | 77,6 |
| Oslo universitetssykehus | 63,3 | 37,0 | 34,6 | 19,3 | 62,0 | 62,0 | 56,7 | 53,6 | 58,3 | 61,8 |
| Sunnaas sykehus | 39,5 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 39,5 | 39,5 | 58,0 | 42,1 | 0,0 | 60,2 |
| Sykehuset i Vestfold | 66,0 | 23,8 | 26,1 | 25,9 | 63,6 | 63,6 | 59,3 | 55,5 | 57,2 | 66,2 |
| Sykehuset Innlandet | 67,2 | 36,3 | 52,8 | 62,8 | 65,4 | 65,4 | 63,7 | 50,8 | 61,2 | 65,4 |
| Sykehuset Telemark | 71,7 | 24,1 | 28,7 | 14,1 | 69,8 | 69,8 | 62,8 | 62,0 | 61,7 | 68,1 |
| Sykehuset Østfold | 74,7 | 46,0 | 32,6 | 15,3 | 71,9 | 71,9 | 72,3 | 64,4 | 67,7 | 74,1 |
| Sørlandet sykehus | 80,3 | 53,0 | 33,4 | 16,3 | 78,3 | 78,3 | 76,2 | 70,7 | 74,3 | 84,1 |
| Vestre Viken | 60,6 | 35,7 | 34,6 | 21,7 | 58,8 | 58,8 | 58,2 | 54,8 | 54,7 | 64,5 |
| Betanien Hospital | 83,8 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 83,8 | 83,8 | 101,7 | 104,1 | 82,8 | 127,8 |
| Diakonhjemmet Sykehus | 62,9 | 28,2 | 16,2 | 12,0 | 59,2 | 59,2 | 69,1 | 56,0 | 53,8 | 75,3 |
| Lovisenberg Diakonale Sykehus | 74,5 | 38,5 | 34,1 | 33,4 | 69,6 | 69,6 | 55,3 | 55,3 | 68,6 | 75,7 |
| Martina Hansens Hospital | 58,3 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 58,3 | 58,3 | 45,8 | 47,9 | 49,8 | 56,0 |
| Revmatismesykehuset | | | | | | | 72,1 | 42,8 | 96,4 | 56,2 |
| Private institusjoner | 352,4 | 65,7 | 0,0 | 92,6 | 310,4 | 310,4 | 297,2 | 204,3 | 273,8 | 247,2 |
| Helse Sør-Øst med private ideelle sykehus og private institusjoner | 79,2 | 38,9 | 34,3 | 41,3 | 76,3 | 76,3 | 73,5 | 62,7 | 71,8 | 75,2 |

Gjennomsnittlig ventetid ventende pasienter - somatikk



Antall langtidsventende

Per fagområde

| Fagområde | 2021 | | | | | | | | | | | | 2022 | |
|---|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|-------|
| | jan | feb | mar | apr | mai | jun | jul | aug | sep | okt | nov | des | jan | Trend |
| Lungesykdommer | 798 | 12 | 816 | 688 | 706 | 742 | 761 | 787 | 819 | 845 | 861 | 885 | 910 | |
| Øre-nese-hals sykdommer | 569 | 633 | 640 | 631 | 658 | 667 | 664 | 708 | 708 | 726 | 706 | 659 | 579 | |
| Øyesykdommer | 267 | 225 | 181 | 120 | 128 | 140 | 135 | 125 | 122 | 132 | 147 | 157 | 157 | |
| Ortopedisk kirurgi (inkludert revmakirurgi) | 106 | 94 | 87 | 81 | 96 | 88 | 87 | 109 | 106 | 121 | 106 | 103 | 114 | |
| Plastikk-kirurgi | 102 | 82 | 58 | 44 | 36 | 34 | 46 | 51 | 63 | 71 | 85 | 106 | 85 | |
| Fordøyelsesykdommer | 28 | 23 | 47 | 51 | 68 | 95 | 91 | 81 | 71 | 64 | 39 | 81 | 27 | |
| Hjertesykdommer | 68 | 20 | 61 | 43 | 53 | 56 | 55 | 55 | 48 | 45 | 42 | 53 | 47 | |
| Revmatiske sykdommer (revmatologi) | 27 | 28 | 28 | 31 | 28 | 31 | 33 | 44 | 59 | 61 | 56 | 68 | 17 | |
| Fysikalsk medisin og (re) rehabilitering | 27 | 29 | 34 | 28 | 26 | 30 | 28 | 29 | 32 | 36 | 32 | 37 | 39 | |
| Urologi | 21 | 24 | 34 | 32 | 22 | 33 | 29 | 27 | 21 | 21 | 22 | 26 | 24 | |
| Gastroenterologisk kirurgi | 15 | 12 | 27 | 21 | 25 | 32 | 29 | 29 | 25 | 28 | 29 | 26 | 19 | |
| Habilitering barn og unge | 14 | 11 | 11 | 15 | 11 | 20 | 26 | 23 | 27 | 20 | 16 | 20 | 15 | |
| Generell indremedisin | 32 | 3 | 24 | 8 | 7 | 8 | 7 | 10 | 13 | 14 | 12 | 12 | 6 | |
| Endokrinologi | 11 | 10 | 10 | 11 | 11 | 9 | 10 | 13 | 13 | 8 | 14 | 15 | 18 | |
| Kvinnesykdommer og elektiv fødselshjelp | 26 | 22 | 12 | 12 | 8 | 5 | 6 | 5 | 7 | 8 | 8 | 6 | 6 | |
| Øvrige fagområder | 129 | 97 | 107 | 90 | 85 | 102 | 97 | 102 | 104 | 97 | 100 | 133 | 115 | |
| Total | 2 240 | 1 325 | 2 177 | 1 906 | 1 968 | 2 092 | 2 104 | 2 198 | 2 238 | 2 297 | 2 275 | 2 387 | 2 178 | |

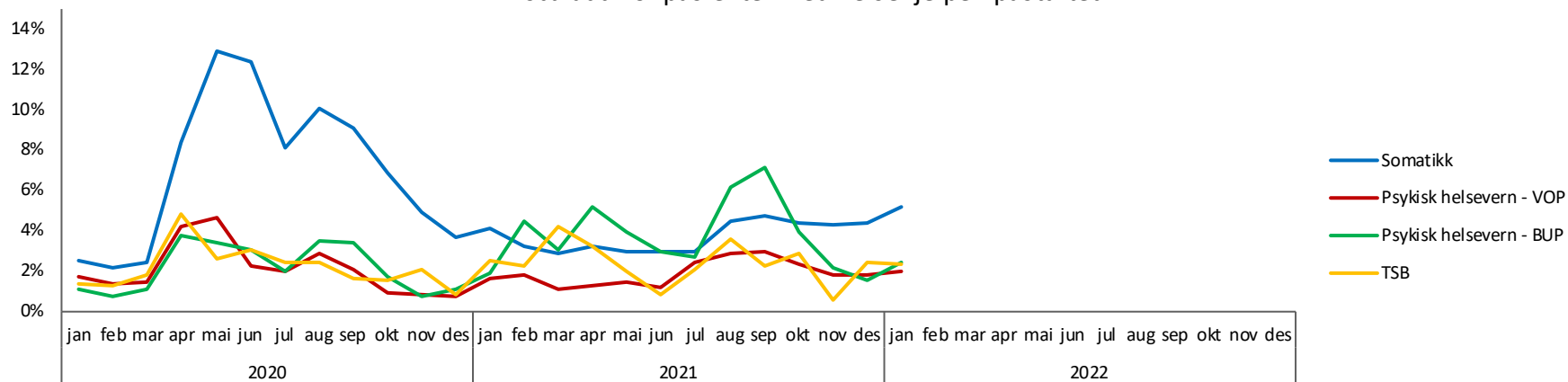
Antall langtidsventende

Per helseforetak/sykehus

| Helseforetak/Sykehus | 2021 | | | | | | | | | | | | 2022 | Trend |
|-------------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|-------|
| | jan | feb | mar | apr | mai | jun | jul | aug | sep | okt | nov | des | jan | |
| Akershus universitetssykehus | 554 | 631 | 680 | 667 | 700 | 706 | 710 | 774 | 771 | 771 | 762 | 740 | 650 | |
| Oslo universitetssykehus | 52 | 53 | 51 | 61 | 56 | 66 | 65 | 72 | 66 | 57 | 48 | 41 | 25 | |
| Sunnaas sykehus | 1 | | | | | | | | | 1 | | | | |
| Sykehuset i Vestfold | 34 | 10 | 19 | 12 | 26 | 48 | 40 | 31 | 34 | 37 | 40 | 49 | 57 | |
| Sykehuset Innlandet | 94 | 85 | 83 | 87 | 88 | 95 | 90 | 103 | 107 | 107 | 108 | 129 | 128 | |
| Sykehuset Telemark | 31 | 32 | 18 | 12 | 8 | 13 | 22 | 19 | 41 | 47 | 69 | 72 | 56 | |
| Sykehuset Østfold | 182 | 187 | 127 | 99 | 89 | 103 | 97 | 79 | 85 | 89 | 94 | 92 | 82 | |
| Sørlandet sykehus | 163 | 141 | 90 | 79 | 76 | 73 | 73 | 93 | 89 | 107 | 83 | 111 | 102 | |
| Vestre Viken | 103 | 89 | 85 | 60 | 63 | 62 | 61 | 61 | 52 | 57 | 67 | 71 | 59 | |
| Betanien Hospital | 60 | 42 | 26 | 15 | 13 | 12 | 12 | 12 | 15 | 25 | 19 | 22 | 14 | |
| Diakonhjemmet Sykehus | 32 | 8 | 19 | 13 | 20 | 19 | 15 | 12 | 10 | 10 | 14 | 10 | 10 | |
| Lovisenberg Diagonale Sykehus | 7 | 8 | 10 | 16 | 15 | 16 | 17 | 15 | 7 | 10 | 7 | 13 | 12 | |
| Martina Hansens Hospital | 3 | 7 | 10 | 6 | 10 | 10 | 10 | 9 | 15 | 11 | 7 | 15 | 10 | |
| Revmatismesykehuset | 9 | 12 | 12 | 14 | 13 | 17 | 18 | 29 | 39 | 39 | 40 | 45 | | |
| Private institusjoner | 915 | 20 | 947 | 765 | 791 | 852 | 874 | 889 | 907 | 929 | 917 | 977 | 973 | |
| Total | 2 240 | 1 325 | 2 177 | 1 906 | 1 968 | 2 092 | 2 104 | 2 198 | 2 238 | 2 297 | 2 275 | 2 387 | 2 178 | |

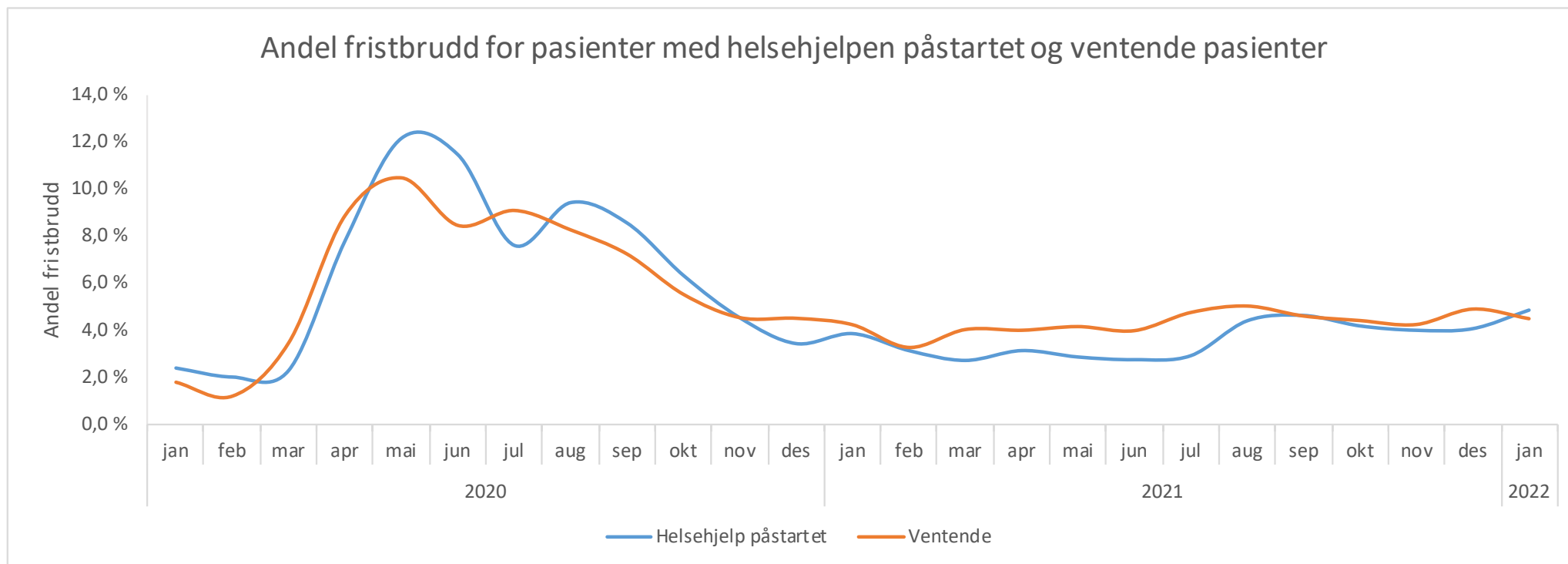
Fristbrudd for pasienter med helsehjelpen påstartet

Fristbrudd for pasienter med helsehjelpen påstartet



| Andel fristbrudd for pasienter med helsehjelp påstartet | Januar 2022 | | | | | HiÅ 2022 | HiÅ 2021 | HiÅ 2020 | 2021 | 2020 |
|--|-------------|-------|-------|-------|--------|----------|----------|----------|------|-------|
| | Som | VOP | BUP | TSB | Totalt | | | | | |
| Akershus universitetssykehus HF | 7,7% | 1,2% | 0,3% | 2,6% | 6,7% | 6,7% | 6,1% | 3,5% | 6,4% | 7,4% |
| Oslo universitetssykehus HF | 3,8% | 0,3% | 0,0% | 0,0% | 3,6% | 3,6% | 2,3% | 1,1% | 2,0% | 4,9% |
| Sunnaas sykehus HF | 0,0% | | | | 0,0% | 0,0% | 0,0% | 0,0% | 0,0% | 3,6% |
| Sykehuset i Vestfold HF | 3,7% | 0,0% | 0,0% | 0,0% | 3,2% | 3,2% | 2,0% | 1,0% | 2,1% | 4,8% |
| Sykehuset Innlandet HF | 4,7% | 4,8% | 21,4% | 5,9% | 5,1% | 5,1% | 3,4% | 1,8% | 4,2% | 6,4% |
| Sykehuset Telemark HF | 3,4% | 0,0% | 1,3% | 0,0% | 3,1% | 3,1% | 1,1% | 2,3% | 1,8% | 4,1% |
| Sykehuset Østfold HF | 5,6% | 0,0% | 1,2% | 0,0% | 5,1% | 5,1% | 3,7% | 3,2% | 3,3% | 7,1% |
| Sørlandet sykehus HF | 8,0% | 2,3% | 0,0% | 0,0% | 7,4% | 7,4% | 6,7% | 4,7% | 5,1% | 10,9% |
| Vestre Viken HF | 2,6% | 0,0% | 0,4% | 1,6% | 2,4% | 2,4% | 2,3% | 1,3% | 1,8% | 4,9% |
| Betanien Hospital | 1,3% | | | | 1,3% | 1,3% | 11,9% | 0,4% | 3,0% | 8,9% |
| Diakonhjemmet Sykehus | 9,2% | 0,0% | 0,0% | 0,0% | 7,1% | 7,1% | 8,2% | 3,9% | 6,1% | 11,4% |
| Lovisenberg Diakonale Sykehus | 2,1% | 13,5% | 0,0% | 0,0% | 3,8% | 3,8% | 1,3% | 1,3% | 2,6% | 3,8% |
| Martina Hansens Hospital | 0,6% | | | | 0,6% | 0,6% | 0,8% | 0,4% | 0,5% | 1,7% |
| Revmatismesykehuset | 0,0% | | | | 0,0% | 0,0% | 18,3% | 4,9% | 8,2% | 9,7% |
| Private institusjoner m/avtale | 15,8% | 2,1% | 0,0% | 10,4% | 13,4% | 13,4% | 7,3% | 6,4% | 8,1% | 5,4% |
| Helse Sør-Øst inkl. private ideelle sykehus og private institusjoner | 5,2% | 1,9% | 2,4% | 2,3% | 4,9% | 4,9% | 3,9% | 2,4% | 3,6% | 6,3% |

Andel fristbrudd for pasienter med helsehjelpen påstartet og for ventende pasienter



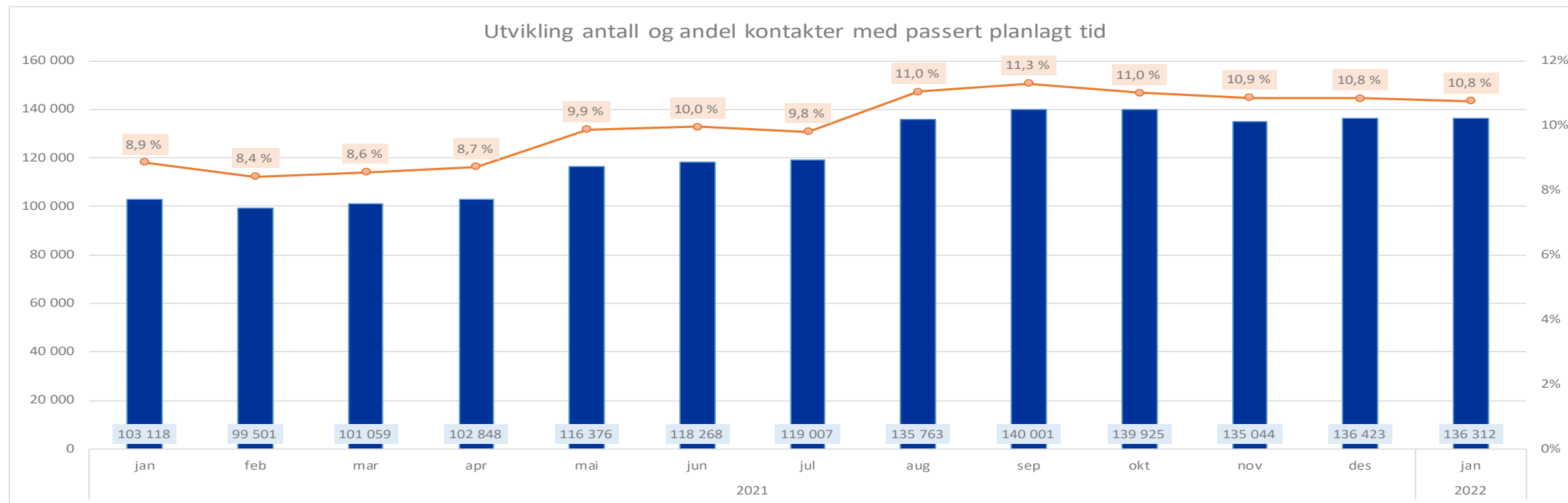
Passert planlagt tid

Topp 15 fagområder per helseforetak

| Andel pasientavtaler innen planlagt tid - jan 2022 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|------|------|-------|------|------|------|------|------|-------|--------------|------|------|------|------|-------|-----------------------|------------|
| Fagområde (topp 15 etter antall) | Ahus | OUS | Siv | SI | SS | ST | SØ | VV | SUN | Total HF HSØ | BET | DS | LDS | MHH | REV | Total private ideelle | Totalt HSØ |
| Øyesykdommer | 89 % | 93 % | 71 % | 78 % | 85 % | | 88 % | 83 % | | 85 % | 90 % | | | | | 90 % | 85 % |
| Øre-nese-hals sykdommer | 75 % | 92 % | 96 % | 87 % | 70 % | 83 % | 78 % | 88 % | | 83 % | | | 94 % | | | 94 % | 84 % |
| Hjertesykdommer | 87 % | 96 % | 85 % | 78 % | 94 % | 90 % | 92 % | 80 % | | 88 % | | 97 % | 88 % | | | 92 % | 88 % |
| Ortopedisk kirurgi (inkludert revmakirurgi) | 85 % | 82 % | 91 % | 95 % | 90 % | 98 % | 84 % | 97 % | | 89 % | 99 % | 91 % | 98 % | 97 % | | 96 % | 90 % |
| Revmatiske sykdommer (revmatologi) | 99 % | 68 % | | 99 % | 79 % | | 87 % | 91 % | | 85 % | 82 % | 85 % | | 87 % | 82 % | 84 % | 84 % |
| Fordøyelsesykdommer | 87 % | 96 % | 80 % | 84 % | 90 % | 90 % | 99 % | 83 % | | 89 % | | 84 % | 80 % | | | 81 % | 89 % |
| Endokrinologi | 74 % | 98 % | 68 % | 86 % | 77 % | 83 % | 87 % | 80 % | | 83 % | | 86 % | 79 % | | 100 % | 81 % | 83 % |
| Nevrologi | 97 % | 88 % | 81 % | 90 % | 79 % | 88 % | 65 % | 97 % | | 87 % | | | | | | | 87 % |
| Barnesykdommer | 87 % | 91 % | 78 % | 97 % | 80 % | 79 % | 88 % | 81 % | 100 % | 87 % | | | | | | | 87 % |
| Lungesykdommer | 79 % | 88 % | 66 % | 82 % | 88 % | 92 % | 85 % | 92 % | | 85 % | | 97 % | 71 % | | | 80 % | 84 % |
| Psykisk helsevern voksne | 95 % | 92 % | 100 % | 97 % | 94 % | 98 % | 95 % | 96 % | | 95 % | | 85 % | 82 % | | | 83 % | 93 % |
| Kvinnesykdommer og elektiv fødselshjelp | 87 % | 92 % | 87 % | 97 % | 91 % | 94 % | 87 % | 96 % | | 92 % | | | | | | | 92 % |
| Gastroenterologisk kirurgi | 75 % | 93 % | 70 % | 96 % | 86 % | 99 % | 72 % | 92 % | | 86 % | | 82 % | | | | 82 % | 86 % |
| Psykisk helsevern barn og unge | 95 % | 99 % | 99 % | 93 % | 97 % | 99 % | 97 % | 97 % | | 97 % | | 47 % | 73 % | | | 65 % | 94 % |
| Urologi | 86 % | 93 % | 88 % | 99 % | 89 % | 97 % | 91 % | 91 % | | 91 % | | | | | | | 91 % |
| Total andel / totalt antall alle fagområder | 89 % | 91 % | 86 % | 90 % | 88 % | 91 % | 89 % | 90 % | 94 % | 89 % | 87 % | 85 % | 86 % | 93 % | 82 % | 87 % | 89 % |

Målet er å overholde min 95% av avtalene

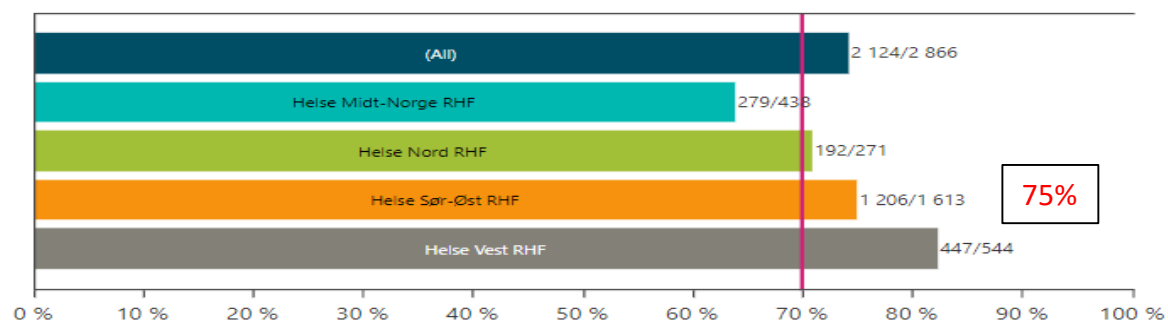
Utvikling antall og andel kontakter med passert planlagt tid



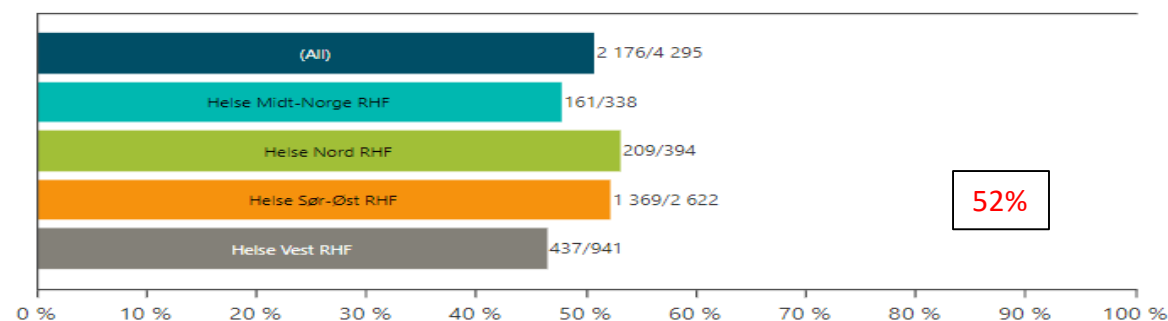
Nasjonal oversikt alle pakkeforløp kreft, alle behandlingsformer

Per januar 2022

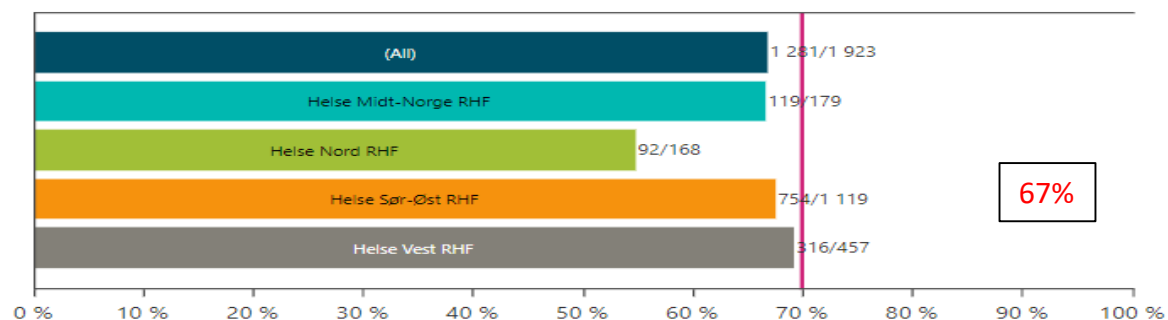
Andel nye pasienter i pakkeforløp (OA1)



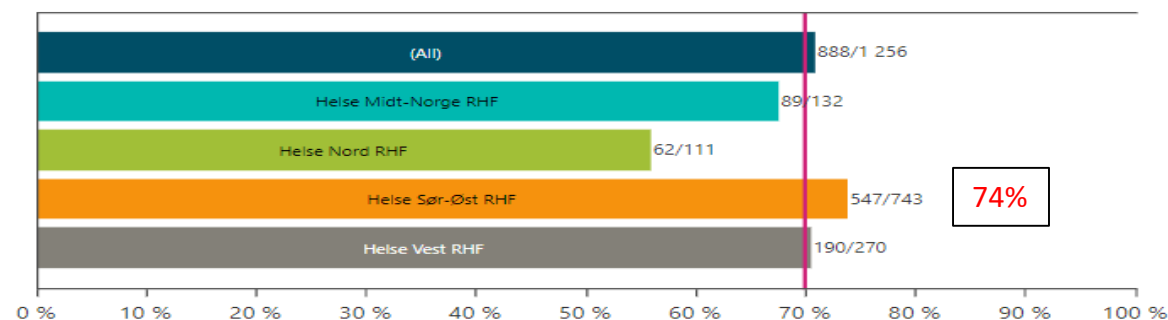
Andel pasienter med diagnose avkreftet (OA2)



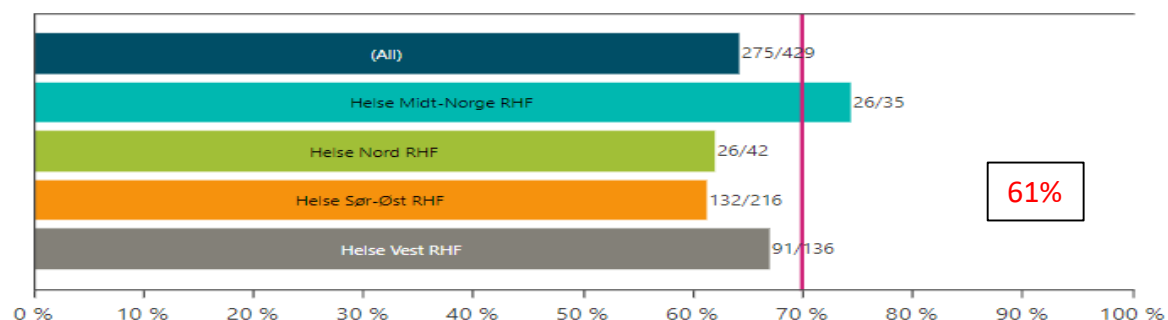
Andel behandlet innen standard forløpstid - alle behandlingsformer



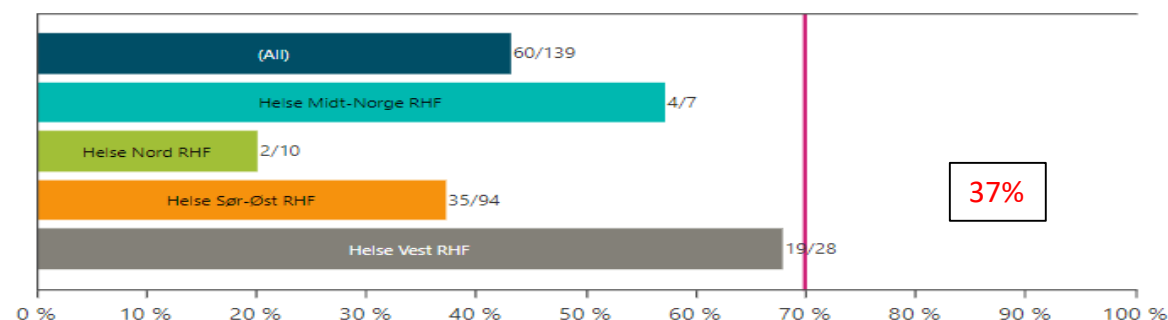
Andel behandlet innen standard forløpstid - kirurgisk behandling (OF4K)



Andel behandlet innen standard forløpstid - medikamentell behandling (OF4M)



Andel behandlet innen standard forløpstid - strålebehandling (OF4S)



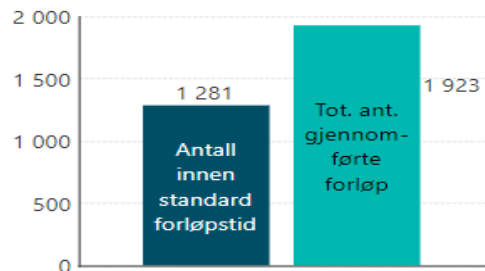
Regional oversikt alle pakkeforløp kreft per helseforetak/sykehus

Per januar 2022

Norge

Andel pakkeforløp gjennomført innen standard forløpstid

67 %



Regionale helseforetak

| RHF | Andel | Antall innen standard forløpstid | Totalt antall gjennomførte pakkeforløp |
|------------------------|-------|----------------------------------|--|
| 1 Helse Midt-Norge RHF | 66 % | 119 | 179 |
| 2 Helse Nord RHF | 55 % | 92 | 168 |
| 3 Helse Sør-Øst RHF | 67 % | 754 | 1 119 |
| 4 Helse Vest RHF | 69 % | 316 | 457 |

Helseforetak

| HF | Andel | Antall innen standard forløpstid | Totalt antall gjennomførte pakkeforløp |
|---------------------------------|-------|----------------------------------|--|
| 1 Akershus univ.sykehus HF | 65 % | 130 | 200 |
| 2 Diakonhjemmet sykehus A/S | 78 % | 7 | 9 |
| 3 Lovisenberg diak. sykehus A/S | 36 % | 5 | 14 |
| 4 Oslo universitetssykehus HF | 69 % | 174 | 252 |
| 5 Sørlandet Sykehus HF | 71 % | 67 | 95 |
| 6 Sykehuset i Vestfold HF | 75 % | 65 | 87 |
| 7 Sykehuset Innlandet HF | 71 % | 88 | 124 |
| 8 Sykehuset Østfold HF | 60 % | 65 | 109 |
| 9 Sykehuset Telemark HF | 76 % | 55 | 72 |
| 10 Vestre Viken HF | 62 % | 98 | 157 |

Måloppnåelse per pakkeforløp

Per januar

| Pakkeforløp januar 2022 | Helse Sør-Øst | | Ahus | | OUS | | SIV | | SIHF | | STHF | | SØHF | | SSHf | | VVHF | | DS | | LDS | | Antall pasienter januar 2022 |
|--|----------------|----------|----------------|----------|----------------|----------|----------------|----------|----------------|----------|----------------|----------|----------------|----------|----------------|----------|----------------|----------|----------------|----------|----------------|----------|------------------------------|
| | Jan - Des 2021 | Jan 2022 | Jan - Des 2021 | Jan 2022 | Jan - Des 2021 | Jan 2022 | Jan - Des 2021 | Jan 2022 | Jan - Des 2021 | Jan 2022 | Jan - Des 2021 | Jan 2022 | Jan - Des 2021 | Jan 2022 | Jan - Des 2021 | Jan 2022 | Jan - Des 2021 | Jan 2022 | Jan - Des 2021 | Jan 2022 | Jan - Des 2021 | Jan 2022 | |
| Akutt leukemi og høyrisiko myelodysplasi | 84 % | | 100 % | | 100 % | | 75 % | | 50 % | | | | 100 % | | | | | | | | | | |
| Blærekreft | 92 % | 96 % | 91 % | 100 % | 95 % | 100 % | 99 % | 100 % | 88 % | 88 % | 91 % | 86 % | 91 % | 100 % | 85 % | 100 % | 94 % | 88 % | | | | | 73 |
| Brystkreft | 77 % | 69 % | 74 % | 82 % | 71 % | 42 % | 84 % | 73 % | 90 % | 95 % | 86 % | 88 % | 86 % | 60 % | 74 % | 87 % | 72 % | 68 % | | | 100 % | | 182 |
| Bukspyttkjertelkreft | 53 % | 33 % | 50 % | 67 % | 67 % | | 44 % | | 53 % | | 64 % | | 45 % | | 41 % | | 53 % | 0 % | 100 % | | 50 % | | 6 |
| Eggstokkreft (ovarial) | 72 % | 84 % | 66 % | 100 % | 84 % | 92 % | 69 % | 100 % | 68 % | 67 % | 65 % | | 76 % | 100 % | 67 % | 33 % | 61 % | 75 % | | | 100 % | | 32 |
| Galleveiskreft | 62 % | 22 % | 57 % | | 87 % | | | | 60 % | | | | 67 % | 100 % | 33 % | | 67 % | | | | 50 % | 100 % | 9 |
| Hjernekreft | 82 % | 72 % | 69 % | 75 % | 82 % | 67 % | 93 % | | 90 % | | 100 % | | 63 % | | 100 % | 100 % | 75 % | 100 % | 100 % | | | | 18 |
| Hode- halskreft | 63 % | 58 % | | | 65 % | 62 % | | | 29 % | 20 % | | | | | | | | | | | | | 50 |
| Kreft hos barn | 90 % | 75 % | 100 % | 100 % | 89 % | 71 % | 100 % | | 100 % | | 100 % | | | | | | 50 % | | | | | | 16 |
| Kreft i spiserør og magesekk | 72 % | 71 % | 81 % | | 89 % | 100 % | 64 % | 100 % | 65 % | 50 % | 50 % | | 82 % | 100 % | 57 % | | 61 % | 50 % | 100 % | | 40 % | | 14 |
| Kronisk lymfatisk leukemi (KLL) | 90 % | | 100 % | | | | 100 % | | 78 % | | 100 % | | 100 % | | 50 % | | 100 % | | | | 100 % | | |
| Livmorhalskreft (cervix) | 71 % | 75 % | 47 % | 25 % | 81 % | 100 % | 100 % | 100 % | 50 % | 100 % | 63 % | 50 % | 67 % | | 78 % | 100 % | 63 % | 100 % | | | | | 16 |
| Livmorkreft (endometrie) | 75 % | 63 % | 80 % | 80 % | 86 % | 100 % | 83 % | 100 % | 65 % | 25 % | 75 % | 75 % | 84 % | | 37 % | 33 % | 75 % | 33 % | | | | | 30 |
| Lungekreft | 59 % | 54 % | 70 % | 65 % | 63 % | 50 % | 70 % | 56 % | 52 % | 62 % | 46 % | 73 % | 59 % | 40 % | 58 % | 75 % | 56 % | 33 % | 27 % | 50 % | 45 % | | 101 |
| Lymfomer | 52 % | 60 % | 58 % | 40 % | 66 % | 80 % | 44 % | 43 % | 52 % | 100 % | 43 % | 100 % | 33 % | 50 % | 57 % | | 34 % | 50 % | | | 46 % | | 35 |
| Malignt melanom | 93 % | 92 % | 90 % | 90 % | 95 % | 100 % | 89 % | 100 % | 90 % | 77 % | 96 % | 91 % | 92 % | 91 % | 93 % | 90 % | 90 % | 95 % | 100 % | 100 % | | | 120 |
| Myelomatose | 74 % | 43 % | 83 % | | 60 % | | 68 % | | 82 % | | 50 % | | 100 % | 50 % | 40 % | | 83 % | | | 100 % | 100 % | 100 % | 7 |
| Nevroendokrine svulster | 97 % | 83 % | 93 % | 67 % | 100 % | 100 % | 100 % | | 100 % | | 100 % | | 100 % | | 100 % | | 80 % | | | 100 % | | | 6 |
| Nyrekreft | 62 % | 32 % | 51 % | 14 % | 67 % | 50 % | 81 % | | 79 % | 67 % | 74 % | | 49 % | | 74 % | | 44 % | 17 % | 100 % | | | | 34 |
| Peniskreft | 84 % | 33 % | 100 % | | 91 % | 100 % | 50 % | | 100 % | | 100 % | | | | 100 % | | 100 % | | | | | | 3 |
| Primær leverkreft (HCC) | 38 % | | 50 % | | 47 % | | 100 % | | 17 % | | 33 % | | 50 % | | 25 % | | | | | | 50 % | | 2 |
| Prostatakreft | 63 % | 57 % | 51 % | 31 % | 71 % | 63 % | 76 % | 82 % | 73 % | 90 % | 69 % | 69 % | 42 % | 42 % | 50 % | 31 % | 64 % | 52 % | | | | | 182 |
| Sarkom | 76 % | 83 % | | | 75 % | 83 % | 100 % | | 100 % | | 100 % | | | | 100 % | | 100 % | | | | | | 6 |
| Skjoldbruskkjertelkreft | 71 % | 70 % | 76 % | | 75 % | 86 % | | | 100 % | | 25 % | | 60 % | | 40 % | 50 % | 100 % | | | | | | 10 |
| Testikkelkreft | 70 % | 67 % | 72 % | 50 % | 83 % | 100 % | 67 % | 100 % | 59 % | 33 % | 38 % | 100 % | 53 % | 50 % | 63 % | 50 % | 81 % | | | | | | 18 |
| Tykk- og endetarmskreft | 72 % | 67 % | 68 % | 62 % | 69 % | 89 % | 71 % | 75 % | 78 % | 59 % | 72 % | 64 % | 69 % | 50 % | 91 % | 80 % | 65 % | 71 % | 83 % | 75 % | 58 % | 75 % | 149 |
| Antall pakkeforløp innen standard forløpstid | 10 004 | 754 | 1 574 | 130 | 2 464 | 174 | 766 | 65 | 1 163 | 88 | 641 | 55 | 998 | 65 | 934 | 67 | 1 314 | 98 | 99 | 7 | 51 | 5 | 1 119 |
| Totalt antall gjennomførte pakkeforløp | 13 736 | 1 119 | 2 234 | 200 | 3 272 | 252 | 994 | 87 | 1 563 | 124 | 856 | 72 | 1 394 | 109 | 1 289 | 95 | 1 895 | 157 | 143 | 9 | 96 | 14 | |
| Andel pakkeforløp innen standard forløpstid | 73 % | 67 % | 70 % | 65 % | 75 % | 69 % | 77 % | 75 % | 74 % | 71 % | 75 % | 76 % | 72 % | 60 % | 72 % | 71 % | 69 % | 62 % | 69 % | 78 % | 53 % | 36 % | |

Rød angir at foretaket ikke innfrir kravet om 70 % andel innenfor standard forløpstid.

Grønn angir at foretaket er innenfor kravet om 70 % andel innenfor standard forløpstid.

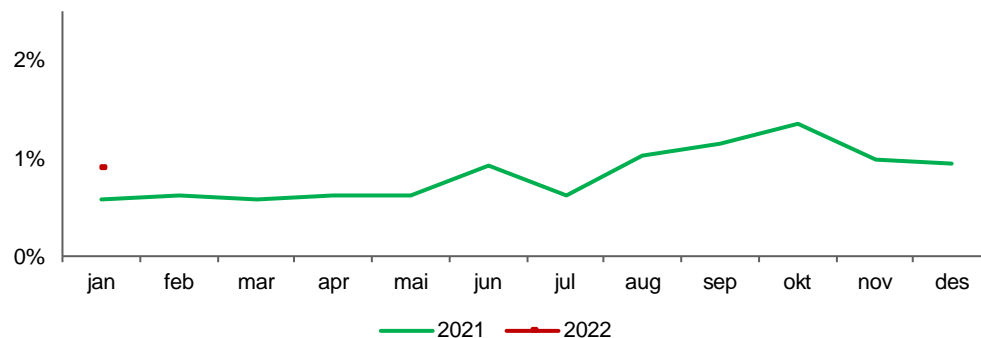
Totalt antall pakkeforløp

Per januar

| Totalt antall pakkeforløp | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|--------------|----------------|------------|----------------|------------|----------------|-----------|----------------|------------|----------------|-----------|----------------|------------|----------------|-----------|----------------|------------|----------------|----------|----------------|-----------|
| Pakkeforløp januar 2022 | Helse Sør-Øst | | Ahus | | OUS | | SiV | | SIHF | | STHF | | SØHF | | SSHF | | VVHF | | DS | | LDS | |
| | Jan - Des 2021 | Jan 2022 | Jan - Des 2021 | Jan 2022 | Jan - Des 2021 | Jan 2022 | Jan - Des 2021 | Jan 2022 | Jan - Des 2021 | Jan 2022 | Jan - Des 2021 | Jan 2022 | Jan - Des 2021 | Jan 2022 | Jan - Des 2021 | Jan 2022 | Jan - Des 2021 | Jan 2022 | Jan - Des 2021 | Jan 2022 | Jan - Des 2021 | Jan 2022 |
| | Akutt leukemi og høyrisiko myelodysplasi | 32 | | 1 | | 20 | | 4 | | 4 | | 1 | | 1 | | 1 | | | | | | |
| Blærekreft | 875 | 73 | 157 | 16 | 130 | 1 | 71 | 11 | 109 | 8 | 78 | 7 | 127 | 14 | 72 | 8 | 131 | 8 | | | | |
| Brystkreft | 2 513 | 182 | 431 | 28 | 486 | 45 | 183 | 11 | 262 | 21 | 112 | 8 | 321 | 20 | 230 | 15 | 487 | 34 | | | | 1 |
| Bukspyttkjertelkreft | 156 | 6 | 30 | 3 | 27 | | 16 | 1 | 19 | 1 | 14 | | 11 | | 17 | | 19 | 1 | 1 | | | 2 |
| Eggstokkreft (ovarial) | 305 | 32 | 59 | 6 | 100 | 12 | 32 | 2 | 22 | 3 | 17 | | 17 | 2 | 12 | 3 | 44 | 4 | 1 | | | 1 |
| Galleveiskreft | 47 | 9 | 7 | 2 | 15 | 1 | 2 | 1 | 5 | | | 1 | 3 | 1 | 3 | 1 | 6 | 1 | 2 | | | 4 |
| Hjernekreft | 161 | 18 | 16 | 4 | 87 | 12 | 15 | | 10 | | 1 | | 8 | | 11 | 1 | 12 | 1 | 1 | | | |
| Hode- halskreft | 565 | 50 | | | 531 | 45 | | | 34 | 5 | | | | | | | | | | | | |
| Kreft hos barn | 88 | 16 | 6 | 2 | 73 | 14 | 1 | | 1 | | 5 | | | | | | 2 | | | | | |
| Kreft i spiserør og magesekk | 199 | 14 | 31 | | 47 | 5 | 14 | 1 | 26 | 2 | 10 | | 11 | 1 | 28 | | 23 | 4 | 4 | | | 5 |
| Kronisk lymfatisk leukemi (KLL) | 29 | | 6 | | | | 7 | | 9 | | 1 | | 1 | | 2 | | 1 | | | | | 2 |
| Livmorhalskreft (cervix) | 156 | 16 | 17 | 4 | 63 | 5 | 12 | 1 | 16 | 1 | 8 | 2 | 12 | | 9 | 1 | 19 | 2 | | | | |
| Livmorkreft (endometrie) | 409 | 30 | 75 | 5 | 87 | 5 | 30 | 3 | 49 | 4 | 24 | 4 | 32 | | 41 | 3 | 71 | 6 | | | | |
| Lungekreft | 1 332 | 101 | 220 | 23 | 144 | 8 | 117 | 9 | 176 | 13 | 98 | 11 | 185 | 10 | 142 | 8 | 188 | 12 | 33 | 2 | 29 | 5 |
| Lymfomer | 354 | 35 | 48 | 5 | 106 | 10 | 34 | 7 | 27 | 2 | 23 | 2 | 40 | 4 | 30 | 1 | 29 | 4 | 4 | | | 13 |
| Malignt melanom | 1 530 | 120 | 256 | 21 | 316 | 21 | 63 | 3 | 112 | 13 | 165 | 11 | 175 | 11 | 247 | 20 | 175 | 19 | 21 | 1 | | |
| Myelomatose | 95 | 7 | 12 | | 20 | 1 | 19 | | 17 | 1 | 4 | | 11 | 2 | 5 | 1 | 6 | | | | 1 | 1 |
| Nevroendokrine svulster | 59 | 6 | 15 | 3 | 28 | 2 | 1 | | 2 | | 1 | | 2 | | 5 | | 5 | | | | 1 | |
| Nyrekreft | 442 | 34 | 105 | 7 | 49 | 6 | 31 | 1 | 68 | 9 | 34 | | 59 | 4 | 34 | 1 | 61 | 6 | 1 | | | |
| Peniskreft | 19 | 3 | 1 | | 11 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | | 1 | | 1 | | 1 | | | | | |
| Primær leverkreft (HCC) | 40 | 2 | 2 | | 17 | | 1 | | 6 | | 3 | | 2 | | 4 | | 3 | | | | | 2 |
| Prostatakreft | 2 171 | 182 | 352 | 32 | 536 | 32 | 167 | 22 | 316 | 20 | 121 | 13 | 179 | 19 | 189 | 13 | 311 | 31 | | | | |
| Sarkom | 80 | 6 | | | 73 | 6 | 1 | | 2 | | 1 | | 1 | | 1 | | 1 | | | | | |
| Skjoldbruskkjertelkreft | 93 | 10 | 17 | | 59 | 7 | | | 1 | | 4 | | 5 | 1 | 5 | 2 | 2 | | | | | |
| Testikkelkreft | 185 | 18 | 25 | 2 | 58 | 4 | 12 | 1 | 22 | 3 | 13 | 2 | 15 | 4 | 19 | 2 | 21 | | | | | |
| Tykk- og endetarmskreft | 1 801 | 149 | 345 | 37 | 189 | 9 | 159 | 12 | 247 | 17 | 117 | 11 | 175 | 16 | 181 | 15 | 277 | 24 | 75 | 4 | | 36 |
| Totalt antall gjennomførte pakkeforløp | 13 736 | 1 119 | 2 234 | 200 | 3 272 | 252 | 994 | 87 | 1 563 | 124 | 856 | 72 | 1 394 | 109 | 1 289 | 95 | 1 895 | 157 | 143 | 9 | 96 | 14 |

Andel korridorpasienter - somatikk

Andel korridorpasienter somatikk



| Andel korridorpasienter - somatikk | Des | Jan | HiÅ 2022 | HiÅ 2021 | HiÅ 2020 |
|---|-------|-------|----------|----------|----------|
| Akershus universitetssykehus HF | 1,9 % | 1,5 % | 1,5 % | 0,7 % | 3,1 % |
| Oslo universitetssykehus HF | 0,4 % | 0,6 % | 0,6 % | 0,5 % | 0,6 % |
| Sunnaas sykehus HF | 0,0 % | 0,0 % | 0,0 % | 0,0 % | 0,0 % |
| Sykehuset i Vestfold HF | 0,4 % | 0,8 % | 0,8 % | 1,1 % | 4,2 % |
| Sykehuset Innlandet HF | 1,0 % | 1,0 % | 1,0 % | 0,8 % | 1,9 % |
| Sykehuset Telemark HF | 2,4 % | 2,6 % | 2,6 % | 0,5 % | 2,2 % |
| Sykehuset Østfold HF | 1,5 % | 1,3 % | 1,3 % | 0,8 % | 1,6 % |
| Sørlandet sykehus HF | 0,5 % | 0,2 % | 0,2 % | 0,1 % | 0,2 % |
| Vestre Viken HF | 0,5 % | 0,8 % | 0,8 % | 0,3 % | 2,8 % |
| Helse Sør-Øst foretaksgruppen | 0,9 % | 1,0 % | 1,0 % | 0,6 % | 1,8 % |
| Betanien Hospital | 0,0 % | 0,0 % | 0,0 % | 0,0 % | 0,0 % |
| Diakonhjemmet Sykehus | 1,3 % | 0,3 % | 0,3 % | 0,4 % | 0,4 % |
| Lovisenberg Diakonale Sykehus | 0,9 % | 0,8 % | 0,8 % | 1,0 % | 0,8 % |
| Martina Hansens Hospital | 0,0 % | 0,0 % | 0,0 % | 0,0 % | 0,0 % |
| Revmatimesykehuset | 0,0 % | 0,0 % | 0,0 % | 0,0 % | 0,0 % |
| Helse Sør-Øst inkl. private ideelle sykehus | 0,9 % | 0,9 % | 0,9 % | 0,6 % | 1,7 % |

Styrke psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Status per tjenestoområde per helseforetak/sykehus

| Helseforetak / sykehus | Ventetider hittil i år | | | % endring hittil i år 2021 - 2022 | | | | | |
|---|------------------------|------|------|-----------------------------------|----------|-----------|---------|----------------------|--------|
| | 40 | 35 | 30 | Døgn (utskrivninger) | | Liggedøgn | | Polikliniske opphold | |
| | VOP | BUP | TSB | VOP | BUP | VOP | BUP | VOP | BUP |
| Akershus universitetssykehus HF | 51,7 | 45,8 | 31,8 | 8,2 % | 275,0 % | 8,2 % | 3,2 % | 7,4 % | 16,8 % |
| Oslo universitetssykehus HF | 52,8 | 53,8 | 35,4 | 4,1 % | -5,0 % | 3,6 % | 18,6 % | 0,5 % | 2,9 % |
| Sykehuset i Vestfold HF | 40,7 | 37,9 | 31,9 | 16,0 % | -40,0 % | 3,4 % | 15,6 % | -4,3 % | 5,1 % |
| Sykehuset Innlandet HF | 52,8 | 65,3 | 35,4 | 15,6 % | 26,1 % | 1,9 % | 1,1 % | 12,6 % | 3,1 % |
| Sykehuset Telemark HF | 34,4 | 40,3 | 36,9 | 9,5 % | 100,0 % | 29,8 % | 1,1 % | 6,7 % | 15,0 % |
| Sykehuset Østfold HF | 60,3 | 51,0 | 23,5 | 8,5 % | -20,0 % | 13,9 % | 268,3 % | 7,4 % | -2,5 % |
| Sørlandet sykehus HF | 51,0 | 51,7 | 29,1 | 5,2 % | -14,3 % | -3,7 % | 23,7 % | 7,0 % | 0,9 % |
| Vestre Viken HF | 48,2 | 57,0 | 40,2 | -2,8 % | 10,0 % | 1,7 % | 5,6 % | 12,7 % | 4,6 % |
| Helse Sør-Øst RHF | - | - | - | -28,6 % | -100,0 % | 12,5 % | 13,0 % | 7,7 % | |
| Helse Sør-Øst Foretaksgruppen | 50,1 | 50,4 | 32,5 | 3,3 % | 11,7 % | 6,6 % | 22,3 % | 6,9 % | 6,4 % |
| Diakonhjemmet Sykehus | 43,1 | 34,2 | 26,7 | -10,9 % | | -7,7 % | | 6,2 % | 14,7 % |
| Lovisenberg Diakonale Sykehus | 63,3 | 43,8 | 46,4 | 3,2 % | | 7,5 % | | -0,9 % | 8,2 % |
| Helse Sør-Øst inkl. private ideelle sykehus | 51,4 | 49,7 | 35,2 | 2,9 % | 11,7 % | 6,3 % | 22,3 % | 6,1 % | 6,7 % |

Antall inntektsgivende polikliniske opphold per tjenesteområde

Per helseforetak/sykehus

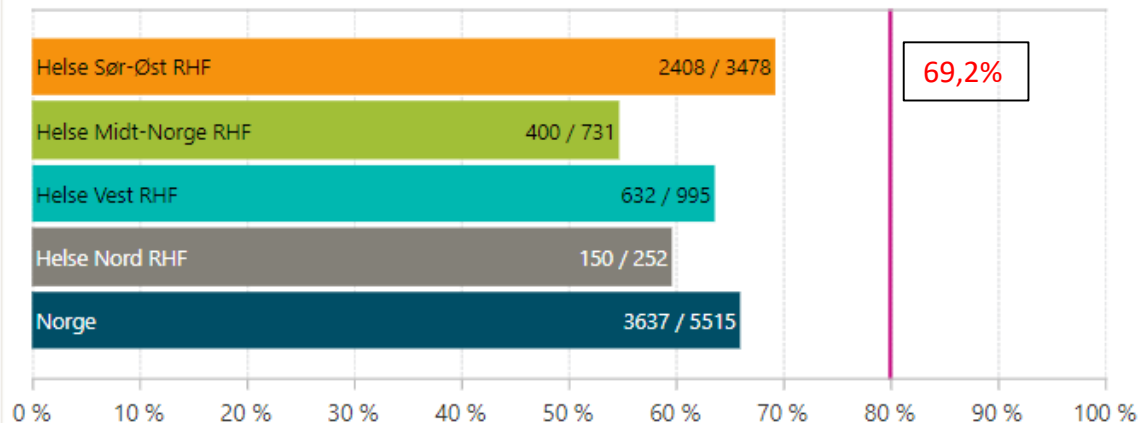
| Polikliniske opphold | Hittil i år 2021 | | | | Hittil i år 2022 | | | | Endring i % 2021 til 2022 | | | |
|---|------------------|--------|--------|--------|------------------|--------|--------|--------|---------------------------|--------|--------|---------|
| | Somatikk | VOP | BUP | TSB | Somatikk | VOP | BUP | TSB | Somatikk | VOP | BUP | TSB |
| Akershus universitetssykehus HF | 30 050 | 13 592 | 8 375 | 2 791 | 37 977 | 14 593 | 9 781 | 2 673 | 26,4 % | 7,4 % | 16,8 % | -4,2 % |
| Oslo universitetssykehus HF | 73 649 | 8 099 | 4 698 | 2 556 | 77 689 | 8 142 | 4 835 | 2 324 | 5,5 % | 0,5 % | 2,9 % | -9,1 % |
| Sunnaas sykehus HF | 561 | | | | 796 | | | | 41,9 % | | | |
| Sykehuset i Vestfold HF | 22 268 | 7 036 | 4 439 | 2 316 | 21 731 | 6 735 | 4 665 | 2 460 | -2,4 % | -4,3 % | 5,1 % | 6,2 % |
| Sykehuset Innlandet HF | 27 635 | 8 765 | 4 966 | 1 700 | 30 006 | 9 867 | 5 118 | 1 743 | 8,6 % | 12,6 % | 3,1 % | 2,5 % |
| Sykehuset Telemark HF | 14 384 | 3 552 | 3 106 | 723 | 15 771 | 3 790 | 3 573 | 771 | 9,6 % | 6,7 % | 15,0 % | 6,6 % |
| Sykehuset Østfold HF | 24 946 | 5 594 | 3 992 | 2 427 | 27 979 | 6 009 | 3 892 | 2 692 | 12,2 % | 7,4 % | -2,5 % | 10,9 % |
| Sørlandet sykehus HF | 28 780 | 9 061 | 4 455 | 2 497 | 29 653 | 9 699 | 4 496 | 2 836 | 3,0 % | 7,0 % | 0,9 % | 13,6 % |
| Vestre Viken HF | 36 740 | 11 676 | 8 030 | 3 208 | 36 804 | 13 162 | 8 400 | 2 532 | 0,2 % | 12,7 % | 4,6 % | -21,1 % |
| Helse Sør-Øst RHF | - | 4 002 | - | 2 196 | - | 4 312 | - | 2 362 | | 7,7 % | | 7,6 % |
| Helse Sør-Øst Foretaksgruppen | 259 013 | 71 377 | 42 061 | 20 414 | 278 406 | 76 309 | 44 760 | 20 393 | 7,5 % | 6,9 % | 6,4 % | -0,1 % |
| Betanien Hospital | 2 579 | | | | 2 524 | | | | -2,1 % | | | |
| Diakonhjemmet Sykehus | 6 538 | 4 110 | 945 | 721 | 6 612 | 4 363 | 1 084 | 616 | 1,1 % | 6,2 % | 14,7 % | -14,6 % |
| Lovisenberg Diakonale Sykehus | 5 727 | 7 882 | 1 853 | 723 | 7 249 | 7 808 | 2 005 | 702 | 26,6 % | -0,9 % | 8,2 % | -2,9 % |
| Martina Hansens Hospital | 3 294 | | | | 3 330 | | | | 1,1 % | | | |
| Revmatismesykehuset | 1 083 | | | | 1 121 | | | | 3,5 % | | | |
| Helse Sør-Øst inkl. private ideelle sykehus | 278 234 | 83 369 | 44 859 | 21 858 | 299 242 | 88 480 | 47 849 | 21 711 | 7,6 % | 6,1 % | 6,7 % | -0,7 % |

Nasjonal oversikt alle pasientforløp PHV og TSB

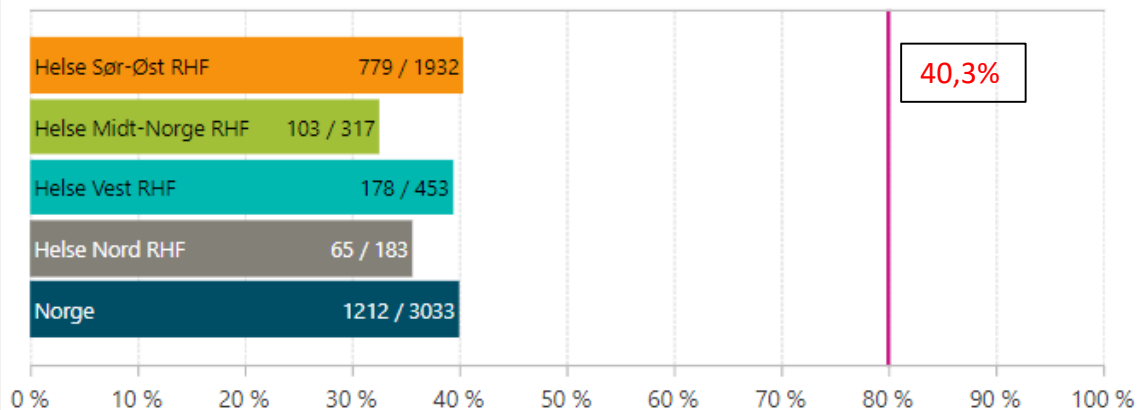
Per januar 2021

MÅLOPPNÅELSE PER FORLØPSINDIKATOR

Forløpstid for utredning - andel innen anbefalt forløpstid (PF01)

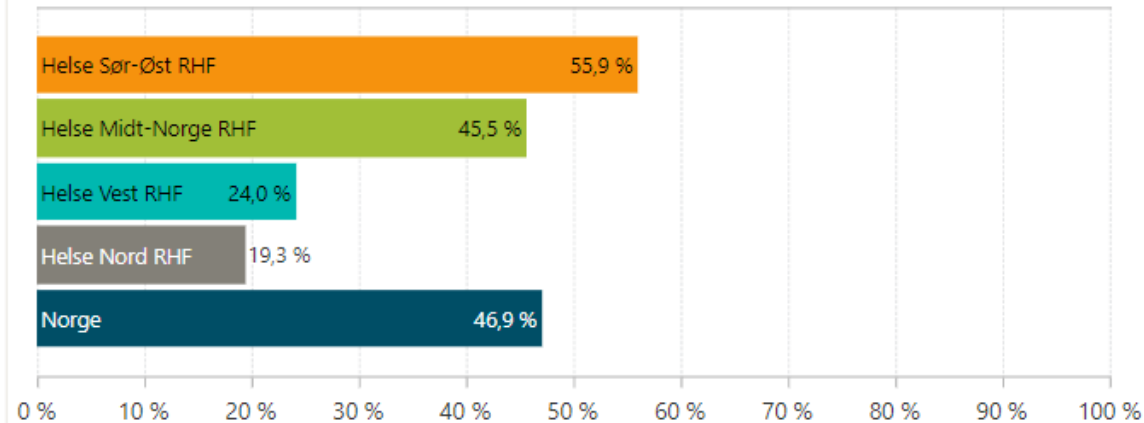


Forløpstid fra klinisk beslutning til første evaluering i poliklinikk - andel innen anbefalt forløpstid (PF03)

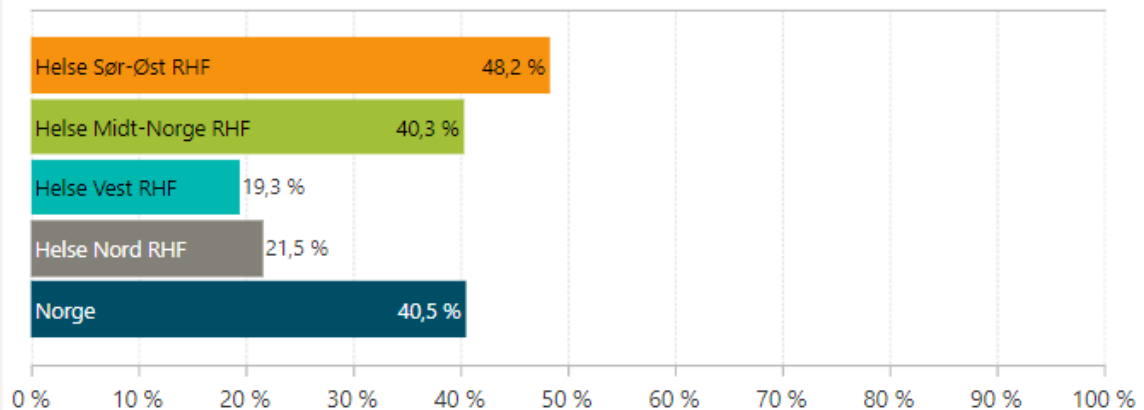


MÅLOPPNÅELSE PER AKTIVITETSINDIKATOR

Andel som har mottatt informasjon om ulike behandlingsformer (PA02)



Andel som har utarbeidet behandlingsplan i samråd med behandler (PA03)



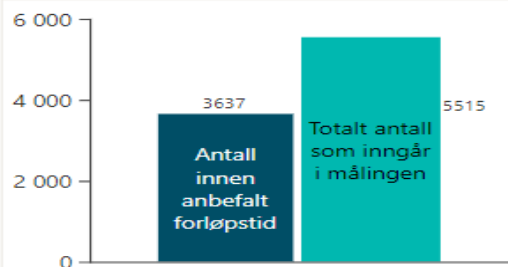
Regional oversikt alle pasientforløp PHV og TSB - per helseforetak/sykehus

Per januar 2021

NORGE

Andel utredet innen anbefalt forløpstid

66 %



REGIONALE HELSEFORETAK

| RHF | Andel iht anbefaling | Antall iht anbefaling | Totalt antall som inngår i måling |
|------------------------|----------------------|-----------------------|-----------------------------------|
| 1 Helse Sør-Øst RHF | 69 % | 2408 | 3478 |
| 2 Helse Vest RHF | 64 % | 632 | 995 |
| 3 Helse Nord RHF | 60 % | 150 | 252 |
| 4 Helse Midt-Norge RHF | 55 % | 400 | 731 |

HELSEFORETAK

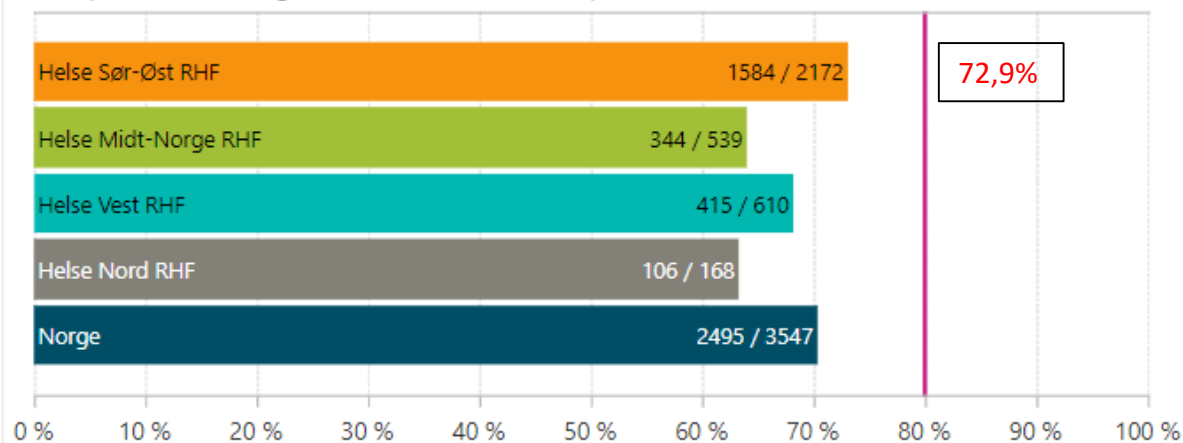
| HF | Andel iht anbefaling | Antall iht anbefaling | Totalt antall som inngår i måling |
|------------------------------------|----------------------|-----------------------|-----------------------------------|
| 1 Akershus universitetssykehus HF | 66 % | 378 | 576 |
| 2 Diakonhjemmet sykehus A/S | 96 % | 216 | 226 |
| 3 Lovisenberg diakonale sykehus AS | 62 % | 93 | 150 |
| 4 Oslo universitetssykehus HF | 68 % | 130 | 191 |
| 5 Privat Sør-Øst HF | 88 % | 82 | 93 |
| 6 Sykehuset i Vestfold HF | 84 % | 392 | 469 |
| 7 Sykehuset Innlandet HF | 63 % | 230 | 363 |
| 8 Sykehuset Telemark HF | 58 % | 136 | 235 |
| 9 Sykehuset Østfold HF | 64 % | 225 | 349 |
| 10 Sørlandet Sykehus HF | 65 % | 232 | 355 |
| 11 Vestre Viken HF | 62 % | 294 | 471 |

Nasjonal oversikt alle pasientforløp VOP

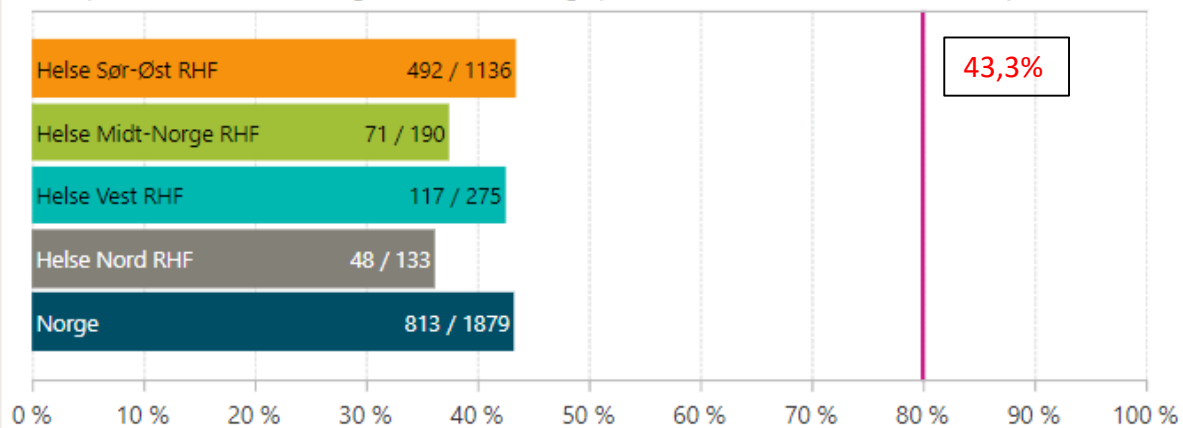
Per januar 2021

MÅLOPPNÅELSE PER FORLØPSINDIKATOR

Forløpstid for utredning - andel innen anbefalt forløpstid (PF01)

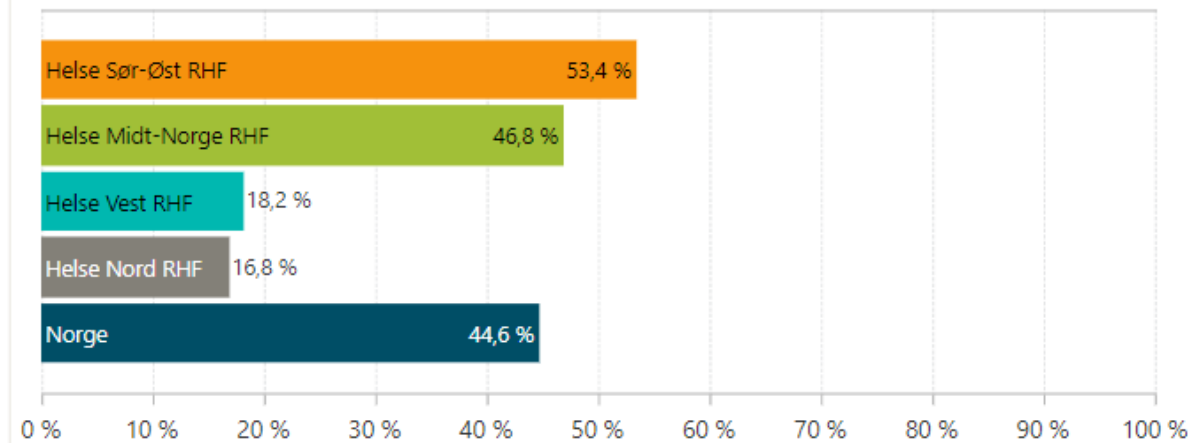


Forløpstid fra klinisk beslutning til første evaluering i poliklinikk - andel innen anbefalt forløpstid (PF03)

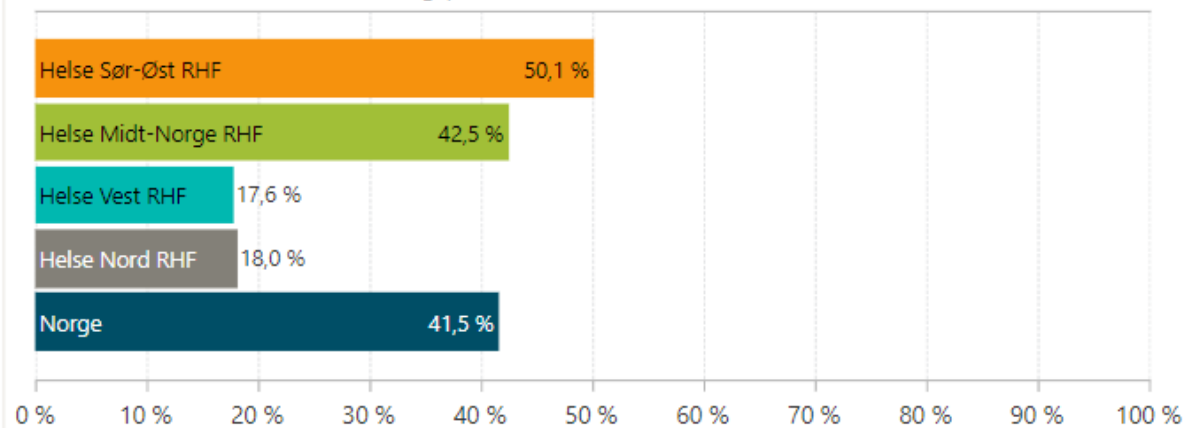


MÅLOPPNÅELSE PER AKTIVITETSINDIKATOR

Andel som har mottatt informasjon om ulike behandlingsformer (PA02)



Andel som har utarbeidet behandlingsplan i samråd med behandler (PA03)



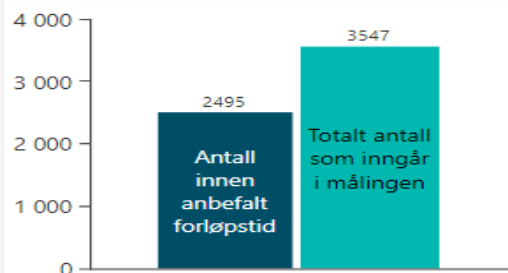
Regional oversikt alle pasientforløp VOP - Helse Sør-Øst per helseforetak/sykehus

Per januar 2021

NORGE

Andel utredet innen anbefalt forløpstid

70 %



REGIONALE HELSEFORETAK

| RHF | Andel iht anbefaling | Antall iht anbefaling | Totalt antall som inngår i måling |
|------------------------|----------------------|-----------------------|-----------------------------------|
| 1 Helse Sør-Øst RHF | 73 % | 1584 | 2172 |
| 2 Helse Vest RHF | 68 % | 415 | 610 |
| 3 Helse Midt-Norge RHF | 64 % | 344 | 539 |
| 4 Helse Nord RHF | 63 % | 106 | 168 |

HELSEFORETAK

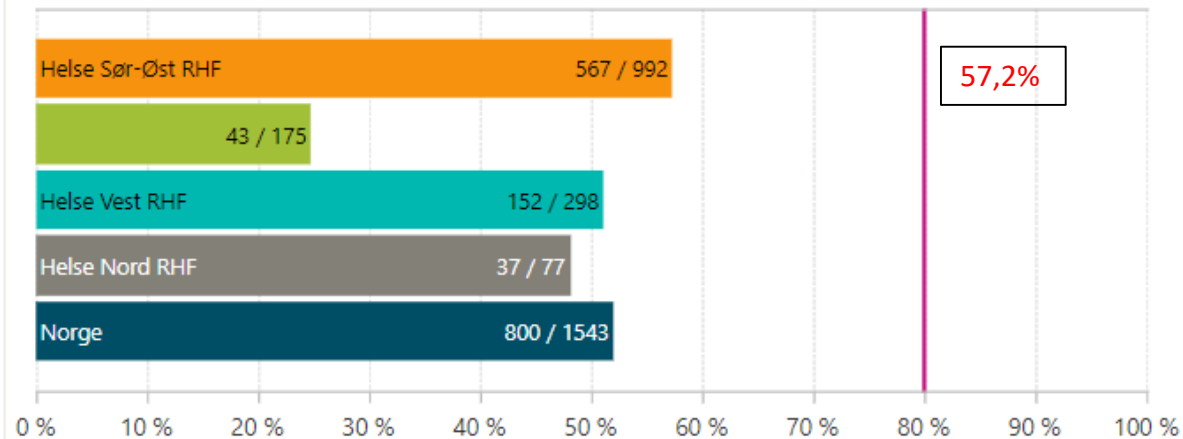
| HF | Andel iht anbefaling | Antall iht anbefaling | Totalt antall som inngår i måling |
|------------------------------------|----------------------|-----------------------|-----------------------------------|
| 1 Akershus universitetssykehus HF | 57 % | 193 | 339 |
| 2 Diakonhjemmet sykehus A/S | 97 % | 193 | 198 |
| 3 Lovisenberg diakonale sykehus AS | 66 % | 63 | 96 |
| 4 Oslo universitetssykehus HF | 81 % | 82 | 101 |
| 5 Privat Sør-Øst HF | 92 % | 65 | 71 |
| 6 Sykehuset i Vestfold HF | 88 % | 218 | 247 |
| 7 Sykehuset Innlandet HF | 68 % | 189 | 276 |
| 8 Sykehuset Telemark HF | 71 % | 92 | 129 |
| 9 Sykehuset Østfold HF | 69 % | 139 | 202 |
| 10 Sørlandet Sykehus HF | 71 % | 162 | 229 |
| 11 Vestre Viken HF | 66 % | 188 | 284 |

Nasjonal oversikt alle pasientforløp BUP

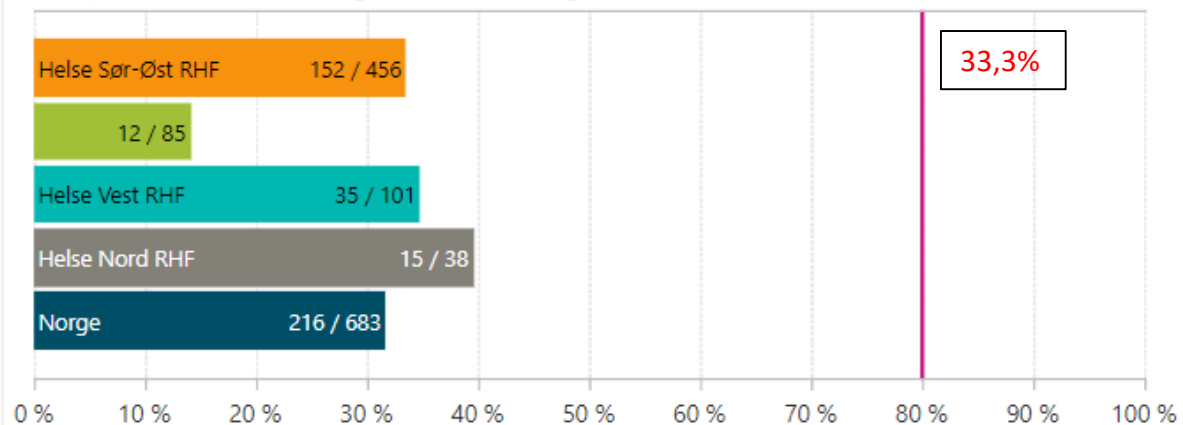
Per januar 2021

MÅLOPPNÅELSE PER FORLØPSINDIKATOR

Forløpstid for utredning - andel innen anbefalt forløpstid (PF01)

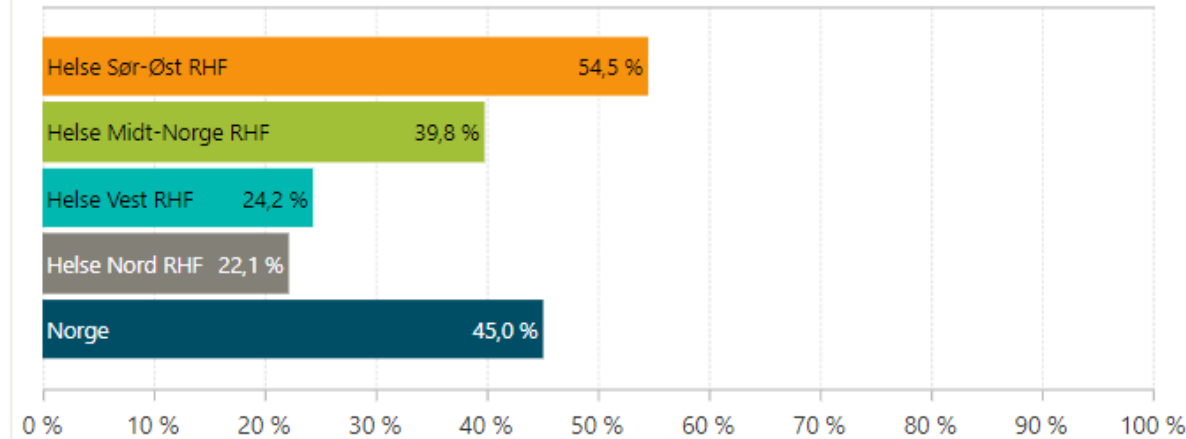


Forløpstid fra klinisk beslutning til første evaluering i poliklinikk - andel innen anbefalt forløpstid (PF03)

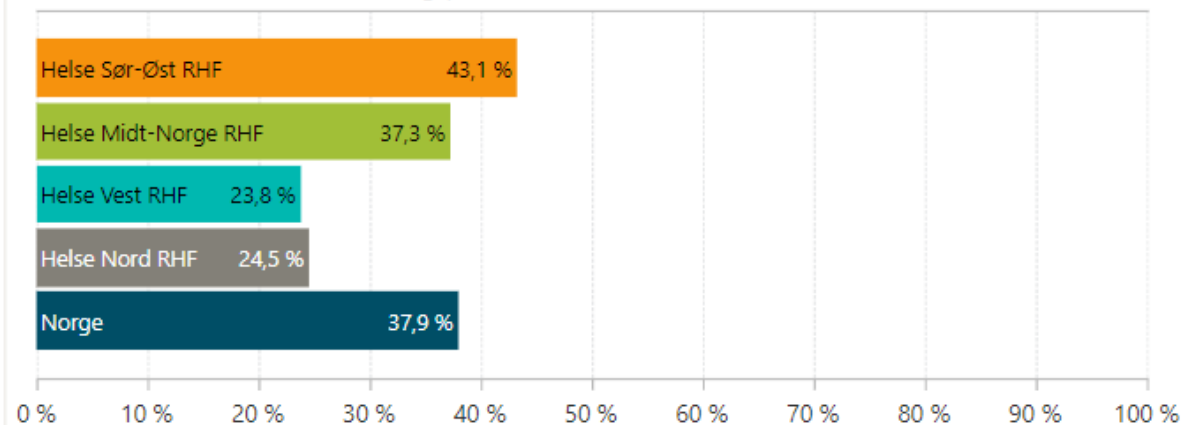


MÅLOPPNÅELSE PER AKTIVITETSINDIKATOR

Andel som har mottatt informasjon om ulike behandlingsformer (PA02)



Andel som har utarbeidet behandlingsplan i samråd med behandler (PA03)



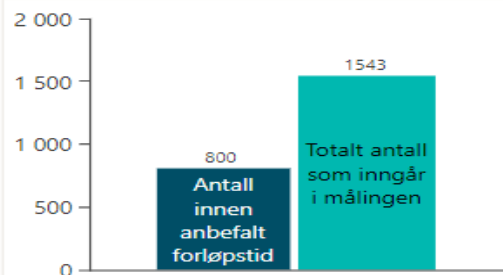
Regional oversikt alle pasientforløp BUP - Helse Sør-Øst per helseforetak/sykehus

Per januar 2021

NORGE

Andel utredet innen anbefalt forløpstid

52 %



REGIONALE HELSEFORETAK

| RHF | Andel iht anbefaling | Antall iht anbefaling | Totalt antall som inngår i måling |
|------------------------|----------------------|-----------------------|-----------------------------------|
| 1 Helse Sør-Øst RHF | 57 % | 567 | 992 |
| 2 Helse Vest RHF | 51 % | 152 | 298 |
| 3 Helse Nord RHF | 48 % | 37 | 77 |
| 4 Helse Midt-Norge RHF | 25 % | 43 | 175 |

HELSEFORETAK

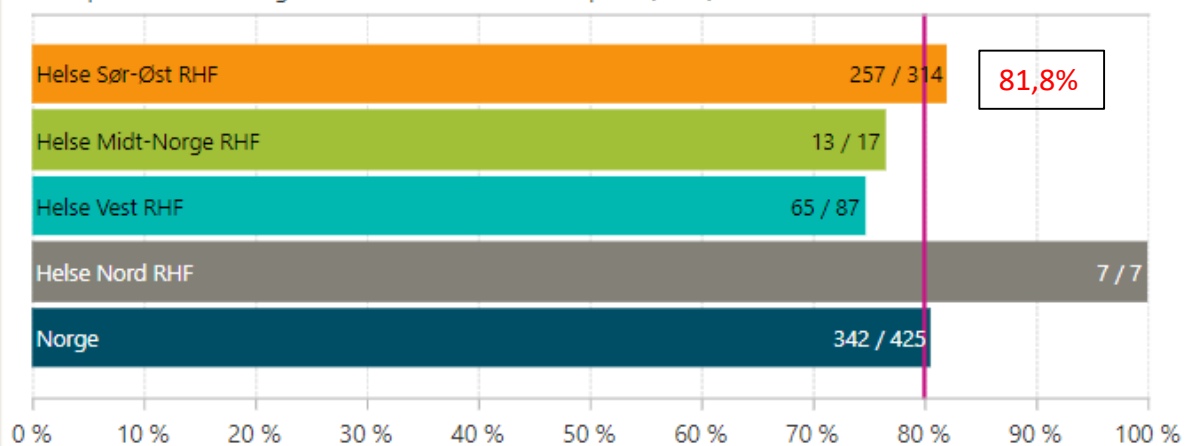
| HF | Andel iht anbefaling | Antall iht anbefaling | Totalt antall som inngår i måling |
|------------------------------------|----------------------|-----------------------|-----------------------------------|
| 1 Akershus universitetssykehus HF | 72 % | 126 | 176 |
| 2 Diakonhjemmet sykehus A/S | 60 % | 6 | 10 |
| 3 Lovisenberg diakonale sykehus AS | 57 % | 30 | 53 |
| 4 Oslo universitetssykehus HF | 41 % | 26 | 64 |
| 5 Privat Sør-Øst HF | 100 % | 6 | 6 |
| 6 Sykehuset i Vestfold HF | 73 % | 127 | 173 |
| 7 Sykehuset Innlandet HF | 38 % | 18 | 48 |
| 8 Sykehuset Telemark HF | 38 % | 35 | 92 |
| 9 Sykehuset Østfold HF | 37 % | 28 | 75 |
| 10 Sørlandet Sykehus HF | 55 % | 63 | 114 |
| 11 Vestre Viken HF | 56 % | 102 | 181 |

Nasjonal oversikt alle pasientforløp TSB

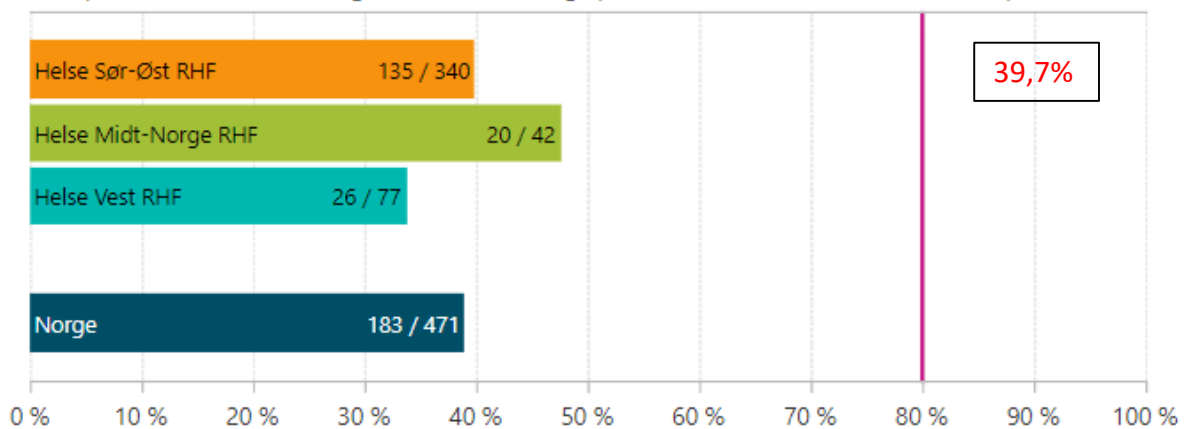
Per januar 2021

MÅLOPPNÅELSE PER FORLØPSINDIKATOR

Forløpstid for utredning - andel innen anbefalt forløpstid (PF01)

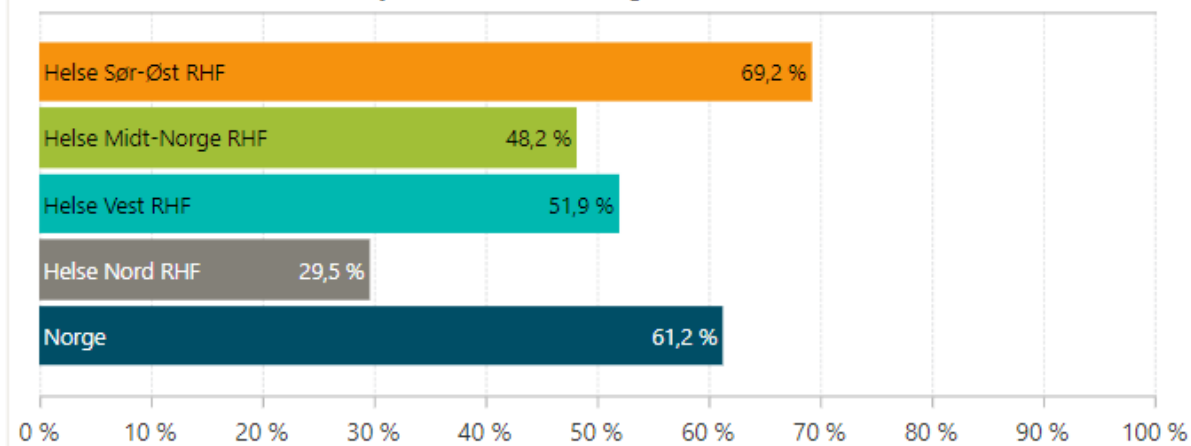


Forløpstid fra klinisk beslutning til første evaluering i poliklinikk - andel innen anbefalt forløpstid (PF03)

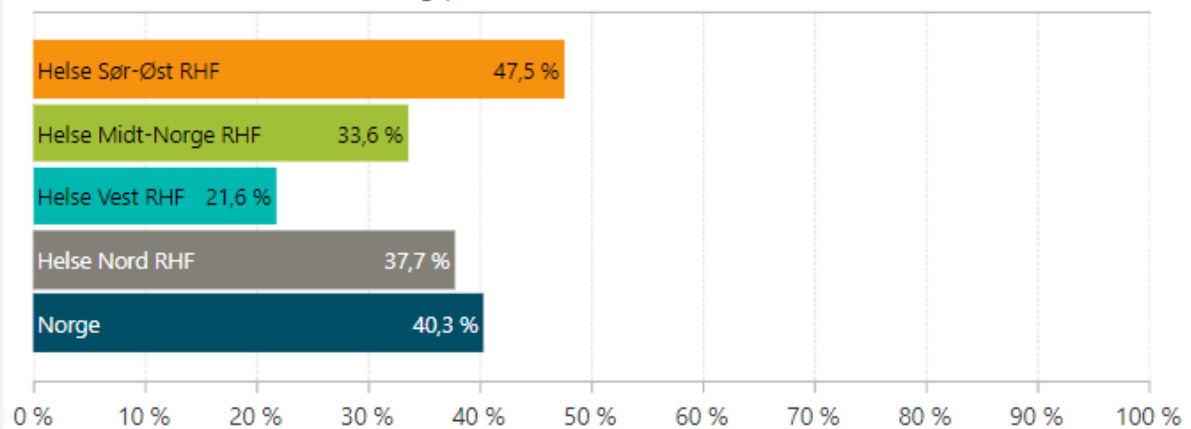


MÅLOPPNÅELSE PER AKTIVITETSINDIKATOR

Andel som har mottatt informasjon om ulike behandlingsformer (PA02)



Andel som har utarbeidet behandlingsplan i samråd med behandler (PA03)



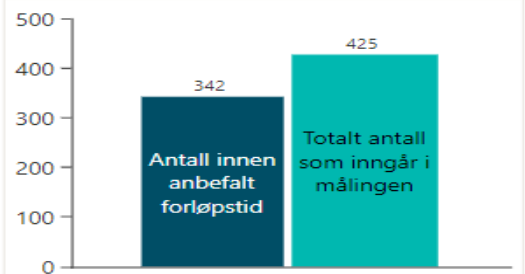
Regional oversikt alle pasientforløp TSB - Helse Sør-Øst per helseforetak/sykehus

Per januar 2021

NORGE

Andel utredet innen anbefalt forløpstid

80 %



REGIONALE HELSEFORETAK

| RHF | Andel iht anbefaling | Antall iht anbefaling | Totalt antall som inngår i måling |
|------------------------|----------------------|-----------------------|-----------------------------------|
| 1 Helse Nord RHF | 100 % | 7 | 7 |
| 2 Helse Sør-Øst RHF | 82 % | 257 | 314 |
| 3 Helse Midt-Norge RHF | 76 % | 13 | 17 |
| 4 Helse Vest RHF | 75 % | 65 | 87 |

HELSEFORETAK

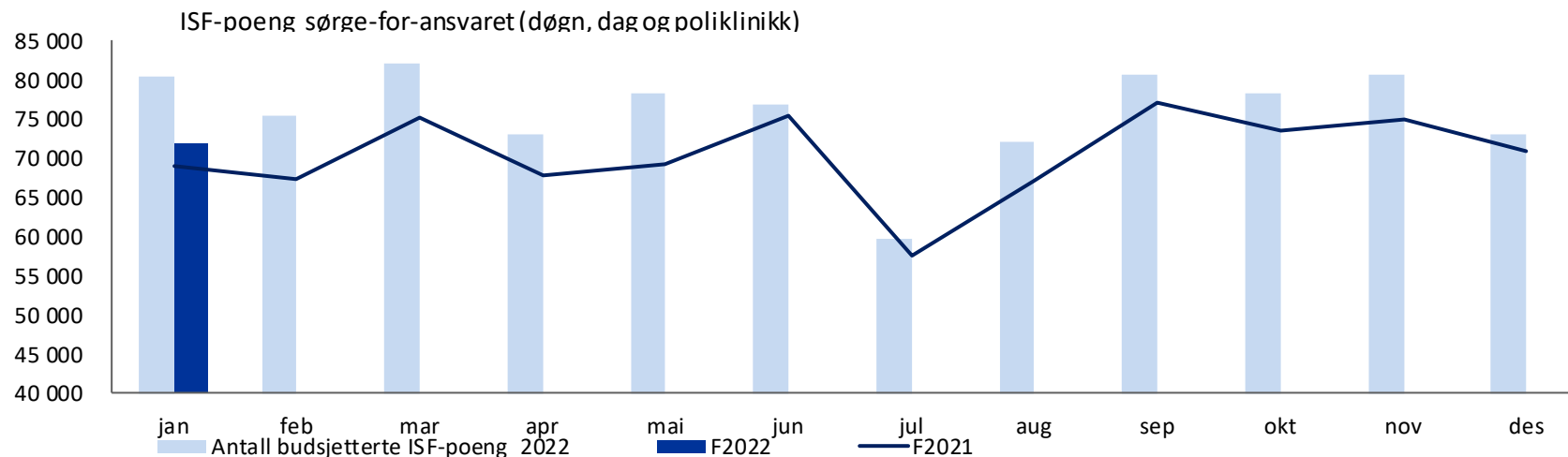
| HF | Andel iht anbefaling | Antall iht anbefaling | Totalt antall som inngår i måling |
|------------------------------------|----------------------|-----------------------|-----------------------------------|
| 1 Akershus universitetssykehus HF | 97 % | 59 | 61 |
| 2 Diakonhjemmet sykehus A/S | 94 % | 17 | 18 |
| 3 Lovisenberg diakonale sykehus AS | | | |
| 4 Oslo universitetssykehus HF | 85 % | 22 | 26 |
| 5 Privat Sør-Øst HF | 69 % | 11 | 16 |
| 6 Sykehuset i Vestfold HF | 96 % | 47 | 49 |
| 7 Sykehuset Innlandet HF | 59 % | 23 | 39 |
| 8 Sykehuset Telemark HF | 64 % | 9 | 14 |
| 9 Sykehuset Østfold HF | 81 % | 58 | 72 |
| 10 Sørlandet Sykehus HF | 58 % | 7 | 12 |
| 11 Vestre Viken HF | | | |

Andel avviste henvisninger innen psykisk helsevern

| Avvisningsrater ved poliklinikkene | Januar 2022 | | Januar 2021 | | Hittil i år 2022 | | Hittil i år 2021 | |
|---|-------------|--------|-------------|--------|------------------|--------|------------------|--------|
| | BUP | VOP | BUP | VOP | BUP | VOP | BUP | VOP |
| Akershus universitetssykehus | 6,7 % | 23,8 % | 15,9 % | 23,6 % | 6,7 % | 23,8 % | 15,9 % | 23,6 % |
| Oslo universitetssykehus | 25,1 % | 26,2 % | 33,3 % | 23,8 % | 25,1 % | 26,2 % | 33,3 % | 23,8 % |
| Sykehuset i Vestfold | 12,8 % | 25,6 % | 10,8 % | 27,7 % | 12,8 % | 25,6 % | 10,8 % | 27,7 % |
| Sykehuset Innlandet | 19,4 % | 8,4 % | 19,5 % | 23,3 % | 19,4 % | 8,4 % | 19,5 % | 23,3 % |
| Sykehuset Telemark | 20,9 % | 10,9 % | 17,4 % | 14,1 % | 20,9 % | 10,9 % | 17,4 % | 14,1 % |
| Sykehuset Østfold | 21,8 % | 32,3 % | 27,9 % | 31,5 % | 21,8 % | 32,3 % | 27,9 % | 31,5 % |
| Sørlandet sykehus | 34,8 % | 36,3 % | 22,7 % | 34,7 % | 34,8 % | 36,3 % | 22,7 % | 34,7 % |
| Vestre Viken | 24,3 % | 14,4 % | 22,1 % | 11,1 % | 24,3 % | 14,4 % | 22,1 % | 11,1 % |
| Helse Sør-Øst Foretaksgruppen | 19,5 % | 22,8 % | 20,6 % | 23,9 % | 19,5 % | 22,8 % | 20,6 % | 23,9 % |
| Diakonhjemmet Sykehus | 1,9 % | 16,2 % | 0,0 % | 13,3 % | 1,9 % | 16,2 % | 0,0 % | 13,3 % |
| Lovisenberg Diakonale Sykehus | 13,2 % | 25,2 % | 0,0 % | 0,0 % | 13,2 % | 25,2 % | 0,0 % | 0,0 % |
| Private institusjoner m/avtale | 0,0 % | 29,2 % | 0,0 % | 32,4 % | 0,0 % | 29,2 % | 0,0 % | 32,4 % |
| Helse Sør-Øst inkl. private ideelle sykehus og private rusinstitusjoner | 18,8 % | 22,9 % | 19,4 % | 21,6 % | 18,8 % | 22,9 % | 19,4 % | 21,6 % |

Aktivitet somatikk

Foretaksgruppen inkludert private (hittil i år)



| ISF-poeng - Januar 2022 | Hittil i år | | | | HiÅ 2021 - HiÅ 2022 | | Årsestimat vs årsbudsjett | | |
|---|---------------|---------------|---------------|-----------------|---------------------|-------------------|---------------------------|----------------|-----------------|
| | Faktisk | Budsjett | Avvik | Avvik i prosent | Endring | Endring i prosent | Estimat per januar | Avvik budsjett | Avvik i prosent |
| ISF-poeng pasientbehandling | | | | | | | | | |
| ISF (døgn) iht. sørge-for | 49 979 | 56 552 | -6 573 | -11,6 % | 2 004 | 4,2 % | 643 809 | -1 972 | -0,3 % |
| ISF (dag) iht. sørge-for | 6 659 | 7 410 | - 751 | -10,1 % | - 123 | -1,8 % | 81 351 | -223 | -0,3 % |
| ISF (poliklinikk) iht. sørge-for | 15 218 | 16 465 | -1 247 | -7,6 % | 1 031 | 7,3 % | 182 910 | -341 | -0,2 % |
| ISF (døgn, dag og poli) iht. sørge-for | 71 856 | 80 427 | -8 570 | -10,7 % | 2 913 | 4,2 % | 908 070 | -2 536 | -0,3 % |
| ISF-poeng legemidler | | | | | | | | | |
| Legemidler | 4 432 | 4 433 | 0 | 0,0 % | 169 | 4,0 % | 51 640 | 0 | 0,0 % |
| Totalt antall ISF-poeng (døgn, dag, poliklinikk og legemidler) iht. sørge-for-ansvaret | 76 289 | 84 859 | -8 570 | -10,1 % | 3 082 | 4,2 % | 959 710 | -2 536 | -0,3 % |
| Gjestepasienter fra andre regioner | 1 821 | 2 344 | - 523 | -22,3 % | 26 | 1,4 % | 27 251 | -35 | -0,1 % |

Aktivitet somatikk

ISF-poeng sørge-for-ansvaret per utfører (hittil i år)

| ISF-poeng iht. sørge-for-ansvaret per utfører | Hittil i år | | | | HiÅ 2021 - HiÅ 2022 | | Årsestimat vs årsbudsjett | |
|---|-------------|----------|--------|-----------------|---------------------|-------------------|---------------------------|-------------------|
| | Faktisk | Budsjett | Avvik | Avvik i prosent | Endring | Endring i prosent | Endring | Endring i prosent |
| Akershus universitetssykehus HF | 10 158 | 11 307 | -1 149 | -10,2 % | 1 345 | 15,3 % | 0 | 0,0 % |
| Oslo universitetssykehus HF | 17 961 | 20 502 | -2 541 | -12,4 % | - 129 | -0,7 % | 0 | 0,0 % |
| Sunnaas sykehus HF | 437 | 411 | 26 | 6,3 % | 75 | 20,8 % | 0 | 0,0 % |
| Sykehuset i Vestfold HF | 4 836 | 5 359 | - 523 | -9,8 % | 45 | 0,9 % | 0 | 0,0 % |
| Sykehuset Innlandet HF | 7 350 | 8 464 | -1 115 | -13,2 % | 209 | 2,9 % | 0 | 0,0 % |
| Sykehuset Telemark HF | 3 677 | 3 939 | - 262 | -6,6 % | 262 | 7,7 % | 0 | 0,0 % |
| Sykehuset Østfold HF | 6 588 | 7 057 | - 469 | -6,6 % | 294 | 4,7 % | 0 | 0,0 % |
| Sørlandet sykehus HF | 6 498 | 6 893 | - 396 | -5,7 % | 294 | 4,7 % | 0 | 0,0 % |
| Vestre Viken HF | 9 447 | 10 636 | -1 189 | -11,2 % | 650 | 7,4 % | -2 309 | -1,9 % |
| Helse Sør-Øst Foretaksgruppen | 66 952 | 74 569 | -7 618 | -10,2 % | 3 045 | 4,8 % | -2 309 | -0,3 % |
| Betanien Hospital | 318 | 319 | - 1 | -0,2 % | - 37 | -10,4 % | 0 | 0,0 % |
| Diakonhjemmet Sykehus | 1 963 | 2 198 | - 235 | -10,7 % | 170 | 9,5 % | - 230 | -1,0 % |
| Lovisenberg Diakonale Sykehus | 1 221 | 1 809 | - 588 | -32,5 % | - 275 | -18,4 % | 0 | 0,0 % |
| Martina Hansens Hospital | 592 | 567 | 25 | 4,3 % | 40 | 7,2 % | 0 | 0,0 % |
| Revmatismesykehuset | 87 | 117 | - 30 | -25,7 % | - 10 | -10,6 % | - 3 | -0,2 % |
| Helse Sør-Øst inkl. private ideelle sykehus | 71 133 | 79 580 | -8 447 | -10,6 % | 2 933 | 4,3 % | -2 541 | -0,3 % |
| Kjøp fra andre helseregioner | 566 | 685 | - 120 | -17,4 % | 12 | 2,2 % | 6 | 0,1 % |
| Kjøp fra private avtaleparter | 125 | 125 | 1 | 0,4 % | - 28 | -18,3 % | 0 | 0,0 % |
| Fritt behandlingsvalg | 33 | 37 | - 4 | -11,0 % | - 4 | -2,4 % | 0 | 0,0 % |
| Sum ISF-poeng (døgn, dag og poliklinikk) | 71 856 | 80 427 | -8 570 | -10,7 % | 2 913 | 4,2 % | -2 536 | -0,3 % |
| Legemidler | 4 432 | 4 433 | 0 | 0,0 % | 169 | 4,0 % | 0 | 0,0 % |
| Sum ISF-poeng iht "sørge for"-ansvaret | 76 289 | 84 859 | -8 570 | -10,1 % | 3 082 | 4,2 % | -2 536 | -0,3 % |

Aktivitet psykisk helsevern og TSB

ISF-poeng sørge-for-ansvaret (hittil i år)

| ISF-poeng sørge-for-ansvaret | Hittil i år | | | | HiÅ 2021 - HiÅ 2022 | | Årsestimat vs årsbudsjett | | |
|--|-------------|----------|--------|-----------------|---------------------|-------------------|---------------------------|----------------|-----------------|
| | Faktisk | Budsjett | Avvik | Avvik i prosent | Endring | Endring i prosent | Estimat per januar | Avvik budsjett | Avvik i prosent |
| VOP - Psykisk helsevern for voksne | 15 297 | 16 368 | -1 071 | -6,5 % | 3 153 | 26,0 % | 182 519 | 0 | 0,0 % |
| BUP - Psykisk helsevern for barn og unge | 13 306 | 13 992 | - 686 | -4,9 % | -1 458 | -9,9 % | 148 010 | 0 | 0,0 % |
| Totalt PHV - psykisk helsevern | 28 603 | 30 360 | -1 756 | -5,8 % | 1 695 | 6,3 % | 330 529 | 0 | 0,0 % |
| TSB - Tverrfaglig spesialisert rusbehandling | 3 122 | 3 407 | - 285 | -8,4 % | - 92 | -2,9 % | 40 145 | 0 | 0,0 % |
| Totalt PHV og TSB | 31 725 | 33 767 | -2 042 | -6,0 % | 1 603 | 5,3 % | 370 674 | 0 | 0,0 % |

Aktivitet psykisk helsevern og TSB

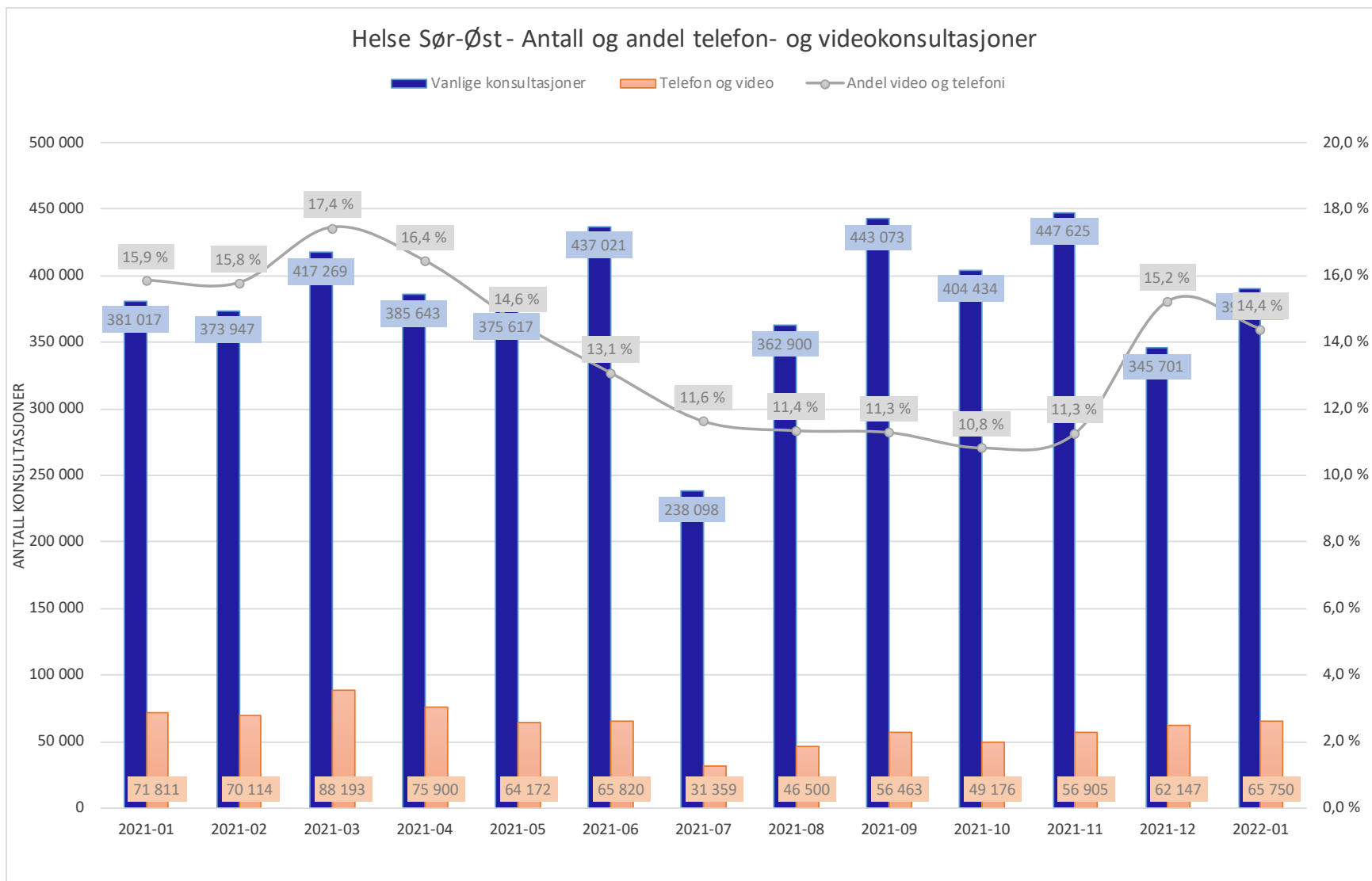
ISF-poeng sørge-for-ansvaret per utfører (hittil i år)

| Januar 2022 - hittil i år | VOP | | | | BUP | | | | PHV samlet | | | | TSB | | | |
|---|-------------|--------------|--------|-----------------|-------------|--------------|-------|-----------------|-------------|--------------|--------|-----------------|-------------|--------------|-------|-----------------|
| | Faktisk HiÅ | Budsjett HiÅ | Avvik | Avvik i prosent | Faktisk HiÅ | Budsjett HiÅ | Avvik | Avvik i prosent | Faktisk HiÅ | Budsjett HiÅ | Avvik | Avvik i prosent | Faktisk HiÅ | Budsjett HiÅ | Avvik | Avvik i prosent |
| Akershus universitetssykehus HF | 2 423 | 2 456 | -33 | -1,3 % | 2 769 | 2 744 | 24 | 0,9 % | 5 192 | 5 201 | -9 | -0,2 % | 365 | 364 | 1 | 0,3 % |
| Oslo universitetssykehus HF | 1 453 | 1 591 | -138 | -8,7 % | 1 354 | 1 418 | -64 | -4,5 % | 2 807 | 3 009 | -202 | -6,7 % | 345 | 404 | -59 | -14,6 % |
| Sykehuset i Vestfold HF | 1 211 | 1 285 | -74 | -5,8 % | 1 395 | 1 363 | 32 | 2,3 % | 2 606 | 2 648 | -42 | -1,6 % | 348 | 316 | 32 | 10,1 % |
| Sykehuset Innlandet HF | 1 859 | 1 765 | 94 | 5,3 % | 1 384 | 1 324 | 60 | 4,6 % | 3 244 | 3 089 | 155 | 5,0 % | 262 | 294 | -33 | -11,1 % |
| Sykehuset Telemark HF | 657 | 666 | -8 | -1,2 % | 955 | 1 199 | -243 | -20,3 % | 1 612 | 1 864 | -252 | -13,5 % | 97 | 107 | -10 | -8,9 % |
| Sykehuset Østfold HF | 1 070 | 1 520 | -450 | -29,6 % | 1 066 | 1 283 | -217 | -16,9 % | 2 136 | 2 803 | -668 | -23,8 % | 379 | 426 | -47 | -10,9 % |
| Sørlandet sykehus HF | 1 699 | 1 878 | -179 | -9,5 % | 1 241 | 1 249 | -8 | -0,6 % | 2 940 | 3 127 | -186 | -6,0 % | 396 | 439 | -43 | -9,9 % |
| Vestre Viken HF | 2 426 | 2 482 | -56 | -2,3 % | 2 306 | 2 453 | -147 | -6,0 % | 4 732 | 4 935 | -203 | -4,1 % | 447 | 492 | -44 | -9,0 % |
| Helse Sør-Øst Foretaksgruppen | 12 798 | 13 643 | -845 | -6,2 % | 12 471 | 13 034 | -563 | -4,3 % | 25 269 | 26 677 | -1 408 | -5,3 % | 2 640 | 2 842 | -202 | -7,1 % |
| Diakonhjemmet Sykehus | 760 | 858 | -98 | -11,4 % | 298 | 293 | 5 | 1,5 % | 1 058 | 1 152 | -94 | -8,1 % | 105 | 117 | -12 | -9,9 % |
| Lovisenberg Diakonale Sykehus | 1 552 | 1 680 | -128 | -7,6 % | 537 | 665 | -128 | -19,2 % | 2 090 | 2 345 | -255 | -10,9 % | 108 | 182 | -74 | -40,8 % |
| Helse Sør-Øst inkl. private ideelle sykehus | 15 110 | 16 181 | -1 071 | -6,6 % | 13 306 | 13 992 | -686 | -4,9 % | 28 416 | 30 173 | -1 757 | -5,8 % | 2 853 | 3 140 | -288 | -9,2 % |
| Kjøp fra andre helseregioner | 24 | 24 | - | 0,0 % | - | - | - | | 24 | 24 | - | 0,0 % | 4 | 4 | - | 0,0 % |
| Kjøp fra private institusjoner | 163 | 163 | 1 | 0,3 % | - | - | - | | 163 | 163 | 1 | 0,3 % | 263 | 263 | 1 | 0,2 % |
| ISF- poeng Fritt behandlingsvalg | - | - | - | | - | - | - | | - | - | - | | 2 | 2 | - | 0,0 % |
| Helse Sør-Øst inkludert kjøp (poliklinikk) | 15 297 | 16 368 | -1 071 | -6,5 % | 13 306 | 13 992 | -686 | -4,9 % | 28 603 | 30 360 | -1 756 | -5,8 % | 3 120 | 3 407 | -287 | -8,4 % |

Aktivitet (døgn, dag og poliklinikk) - alle tjenesteområder

| Antall behandlinger | Januar 2022 | | | | HiÅ 2021 - 2022 | | Årsestimat vs årsbudsjett | |
|--|-------------|----------|---------|-----------------|-----------------|-------------------|---------------------------|-------------------|
| | Faktisk | Budsjett | Avvik | Avvik i prosent | Endring | Endring i prosent | Endring | Endring i prosent |
| Somatikk | | | | | | | | |
| Antall utskrivninger døgnbehandling | 38 572 | 43 411 | -4 839 | -11,1 % | 2 245 | 6,2 % | -1 707 | -0,3 % |
| Antall liggedøgn døgnbehandling | 137 971 | 153 276 | -15 306 | -10,0 % | 9 487 | 7,4 % | -5 108 | -0,3 % |
| Antall oppholdsdager dagbehandling | 29 866 | 31 845 | -1 979 | -6,2 % | 343 | 1,2 % | - 918 | -0,3 % |
| Antall inntektsgivende polikliniske opphold | 299 242 | 323 570 | -24 328 | -7,5 % | 21 008 | 7,6 % | -8 888 | -0,2 % |
| VOP - Psykisk helsevern for voksne | | | | | | | | |
| Antall utskrivninger døgnbehandling | 2 100 | 2 160 | - 60 | -2,8 % | 59 | 2,9 % | - 279 | -1,1 % |
| Antall liggedøgn døgnbehandling | 46 698 | 46 126 | 572 | 1,2 % | 2 781 | 6,3 % | - 901 | -0,2 % |
| Antall oppholdsdager dagbehandling | 4 | 135 | - 131 | -97,0 % | - 5 | -55,6 % | 0 | 0,0 % |
| Antall inntektsgivende polikliniske opphold | 88 480 | 95 455 | -6 976 | -7,3 % | 5 111 | 6,1 % | 55 596 | 5,2 % |
| BUP - Psykisk helsevern for barn og unge | | | | | | | | |
| Antall utskrivninger døgnbehandling | 134 | 128 | 6 | 4,8 % | 14 | 11,7 % | - 69 | -4,5 % |
| Antall liggedøgn døgnbehandling | 5 444 | 5 188 | 256 | 4,9 % | 991 | 22,3 % | -2 313 | -3,9 % |
| Antall oppholdsdager dagbehandling | 33 | 45 | - 12 | -26,7 % | 8 | 32,0 % | 0 | 0,0 % |
| Antall inntektsgivende polikliniske opphold | 47 849 | 48 587 | - 738 | -1,5 % | 2 990 | 6,7 % | 0 | 0,0 % |
| TSB - Tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelavhengige | | | | | | | | |
| Antall utskrivninger døgnbehandling | 692 | 729 | - 37 | -5,1 % | - 31 | -4,3 % | 0 | 0,0 % |
| Antall liggedøgn døgnbehandling | 31 488 | 31 510 | - 22 | -0,1 % | 1 503 | 5,0 % | 0 | 0,0 % |
| Antall oppholdsdager dagbehandling | 112 | 112 | 0 | 0,0 % | 1 | 0,9 % | 0 | 0,0 % |
| Antall inntektsgivende polikliniske opphold | 21 711 | 22 894 | -1 183 | -5,2 % | - 147 | -0,7 % | 50 | 0,0 % |

Telefon- og videokonsultasjoner



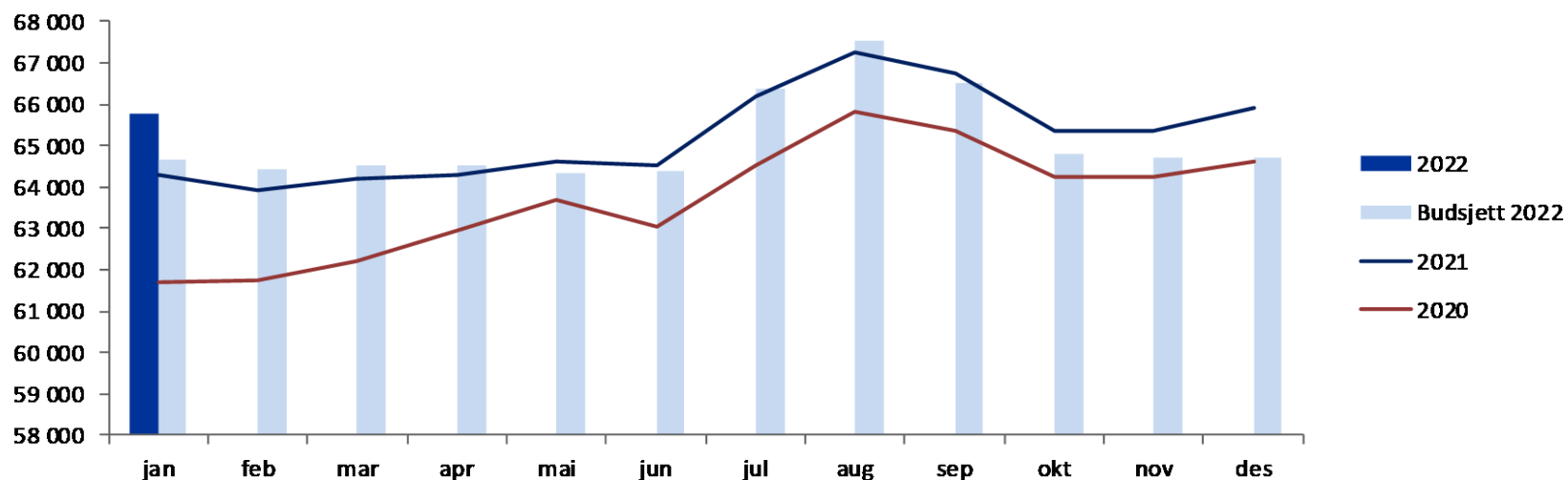
Telefon- og videokonsultasjoner

Per helseforetak/sykehus

| Helse Sør-Øst - Telefoni- og videokonsultasjoner | | 2022 HiÅ | | | 2021 | | | Endring 2021-2020 |
|--|----------------------------|-------------------------------|---------------------------|----------------------------|-------------------------------|---------------------------|--------------|-------------------|
| Helseforetak | Antall telefoni - og video | Antall vanlige konsultasjoner | Andel telefoni - og video | Antall telefoni - og video | Antall vanlige konsultasjoner | Andel telefoni - og video | | |
| Akershus universitetssykehus HF | 9 725 | 55 734 | 14,9 % | 108 779 | 649 912 | 14,3 % | 0,5 % | |
| Oslo universitetssykehus HF | 10 132 | 84 204 | 10,7 % | 136 996 | 987 703 | 12,2 % | -1,4 % | |
| Sunnaas sykehus HF | 278 | 436 | 38,9 % | 2 592 | 5 488 | 32,1 % | 6,9 % | |
| Sykehuset i Vestfold HF | 6 067 | 30 997 | 16,4 % | 71 123 | 375 843 | 15,9 % | 0,5 % | |
| Sykehuset Innlandet HF | 8 222 | 37 105 | 18,1 % | 71 403 | 457 270 | 13,5 % | 4,6 % | |
| Sykehuset Telemark HF | 3 654 | 20 424 | 15,2 % | 38 439 | 247 253 | 13,5 % | 1,7 % | |
| Sykehuset Østfold HF | 5 790 | 37 228 | 13,5 % | 77 541 | 413 972 | 15,8 % | -2,3 % | |
| Sørlandet sykehus HF | 8 891 | 36 349 | 19,7 % | 69 950 | 449 713 | 13,5 % | 6,2 % | |
| Vestre Viken HF | 8 449 | 54 894 | 13,3 % | 94 919 | 645 120 | 12,8 % | 0,5 % | |
| Betanien Hospital | 200 | 2 661 | 7,0 % | 1 439 | 31 648 | 4,3 % | 2,6 % | |
| Diakonhjemmet Sykehus | 1 732 | 11 055 | 13,5 % | 21 274 | 134 320 | 13,7 % | -0,1 % | |
| Lovisenberg Diakonale Sykehus | 2 385 | 15 135 | 13,6 % | 41 730 | 164 325 | 20,3 % | -6,6 % | |
| Martina Hansens Hospital | 146 | 3 473 | 4,0 % | 1 178 | 38 968 | 2,9 % | 1,1 % | |
| Revmatismesykehuset | 79 | 1 031 | 7,1 % | 1 197 | 10 810 | 10,0 % | -2,9 % | |
| Helse Sør-Øst m/ private ideelle sykehus | 65 750 | 390 726 | 14,4 % | 738 560 | 4 612 345 | 13,8 % | 0,6 % | |

Bemanning

Månedsværk

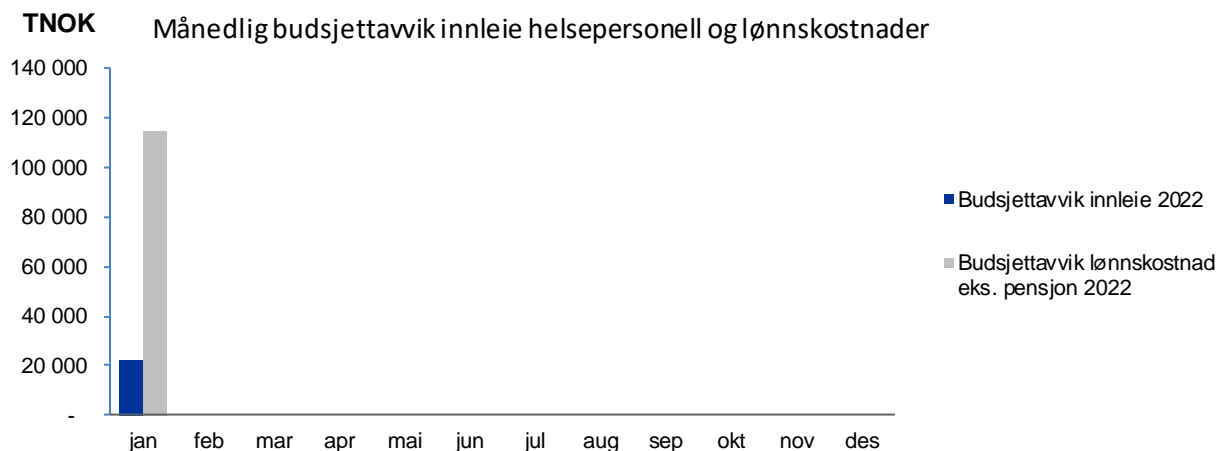


| Brutto månedsværk | Januar 2022 | | | | HiÅ 2021 - 2022 per jan | | Totalt antall ansatte per jan (snitt) |
|---------------------------------|-------------|----------|-------|-----------------|-------------------------|-------------------|---------------------------------------|
| | Faktisk | Budsjett | Avvik | Avvik i prosent | Endring | Endring i prosent | |
| Akershus universitetssykehus HF | 8 584 | 8 562 | 22 | 0,3 % | 377 | 4,6% | 11 003 |
| Oslo universitetssykehus HF | 20 206 | 20 041 | 165 | 0,8 % | 273 | 1,4% | 24 289 |
| Sunnaas sykehus HF | 572 | 571 | 1 | 0,1 % | - 17 | -2,8% | 770 |
| Sykehusapotekene HF | 785 | 792 | - 7 | -0,9 % | 26 | 3,4% | 910 |
| Sykehuset i Vestfold HF | 4 313 | 4 225 | 87 | 2,1 % | 108 | 2,6% | 5 427 |
| Sykehuset Innlandet HF | 6 863 | 6 689 | 174 | 2,6 % | 101 | 1,5% | 8 821 |
| Sykehuset Telemark HF | 3 093 | 3 049 | 44 | 1,4 % | 1 | 0,0% | 3 887 |
| Sykehuset Østfold HF | 5 578 | 5 397 | 181 | 3,3 % | 126 | 2,3% | 7 023 |
| Sykehuspartner HF | 1 722 | 1 754 | - 32 | -1,8 % | 80 | 4,9% | 1 723 |
| Sørlandet sykehus HF | 5 906 | 5 673 | 233 | 4,1 % | 103 | 1,8% | 7 388 |
| Vestre Viken HF | 7 939 | 7 693 | 245 | 3,2 % | 295 | 3,9% | 10 005 |
| Helse Sør-Øst RHF | 191 | 201 | - 10 | -4,8 % | - 1 | -0,6% | 200 |
| Helse Sør-Øst Foretaksgruppen | 65 751 | 64 648 | 1 103 | 1,7 % | 1 472 | 2,3% | 81 446 |

Med brutto månedsværk menes all arbeidstid som er utbetalt omgjort til månedsværk. Dette inkluderer faste ansatte, vikarer, engasjement, ansatte som har permisjon med lønn, utvidet arbeidstid leger, timelønn/merarbeid og overtid lønnet av foretaksgruppen.

Bemanning

Innleie helsepersonell fra vikarbyrå - og lønnskostnader

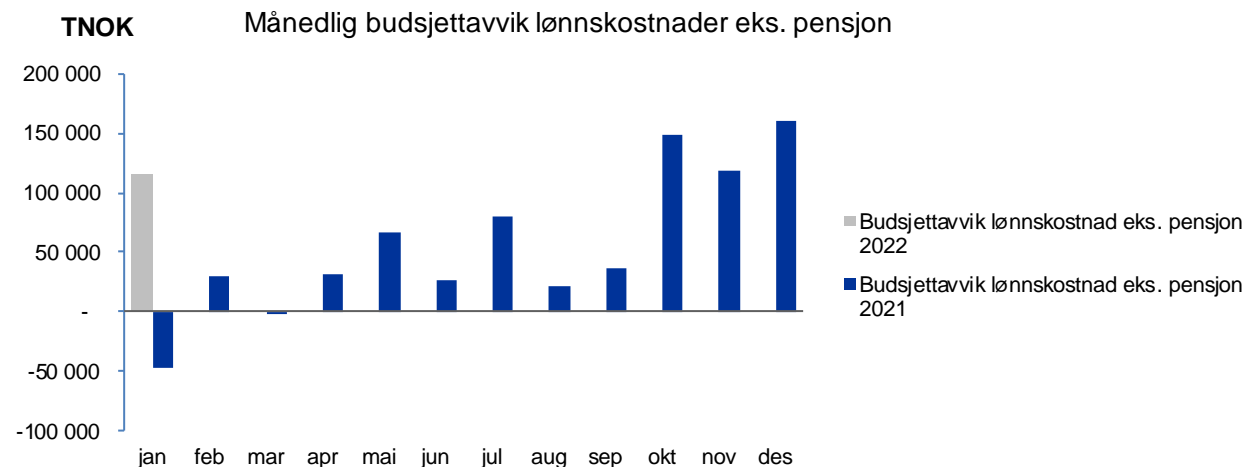


| Foretak | Innleie helsepersonell fra vikarbyrå hittil i år | | | | Lønnskostnad eks. pensjon hittil i år | | | | Avvik HiÅ innleie og lønn | |
|---------------------------------|--|----------|--------|-----------|---------------------------------------|-----------|---------|-----------------|---------------------------|-----------------|
| | Faktisk | Budsjett | Avvik | Avvik i % | Faktisk | Budsjett | Avvik | Avvik i prosent | Sum | Avvik i prosent |
| Akershus universitetssykehus HF | 5 517 | 5 366 | 151 | 2,8 % | 615 703 | 591 988 | 23 715 | 4,0 % | 23 866 | 3,8 % |
| Oslo universitetssykehus HF | 17 682 | 9 009 | 8 673 | 96,3 % | 1 425 980 | 1 402 103 | 23 877 | 1,7 % | 32 550 | 2,3 % |
| Sunnaas sykehus HF | 0 | 0 | 0 | 0,0 % | 34 787 | 38 061 | -3 274 | -8,6 % | -3 274 | -9,4 % |
| Sykehusapotekene HF | 0 | 0 | 0 | 0,0 % | 46 710 | 47 843 | -1 133 | -2,4 % | -1 133 | -2,4 % |
| Sykehuset i Vestfold HF | 2 784 | 740 | 2 044 | 276,0 % | 297 023 | 291 954 | 5 070 | 1,7 % | 7 113 | 2,4 % |
| Sykehuset Innlandet HF | 7 702 | 4 674 | 3 028 | 64,8 % | 445 720 | 437 319 | 8 401 | 1,9 % | 11 429 | 2,5 % |
| Sykehuset Telemark HF | 1 880 | 1 811 | 69 | 3,8 % | 204 218 | 203 388 | 830 | 0,4 % | 899 | 0,4 % |
| Sykehuset Østfold HF | 5 113 | 1 363 | 3 750 | 275,0 % | 364 861 | 350 674 | 14 187 | 4,0 % | 17 937 | 4,8 % |
| Sykehuspartner HF | 0 | 0 | 0 | 0,0 % | 111 806 | 114 527 | -2 721 | -2,4 % | -2 721 | -2,4 % |
| Sørlandet sykehus HF | 4 081 | 2 808 | 1 273 | 45,3 % | 383 330 | 373 200 | 10 130 | 2,7 % | 11 404 | 2,9 % |
| Vestre Viken HF | 4 090 | 940 | 3 150 | 335,1 % | 543 354 | 506 161 | 37 193 | 7,3 % | 40 343 | 7,4 % |
| Helse Sør-Øst RHF | 0 | 0 | 0 | 0,0 % | 20 626 | 21 893 | -1 267 | -5,8 % | -1 267 | -6,1 % |
| Helse Sør-Øst Foretaksgruppen | 48 850 | 26 712 | 22 137 | 82,9 % | 4 494 118 | 4 379 110 | 115 008 | 2,6 % | 137 145 | 3,0 % |

Lønnskostnad eks. pensjon defineres som sum av alle lønnskostnader med unntak av pensjonskostnader.

Bemanning

Lønnskostnader

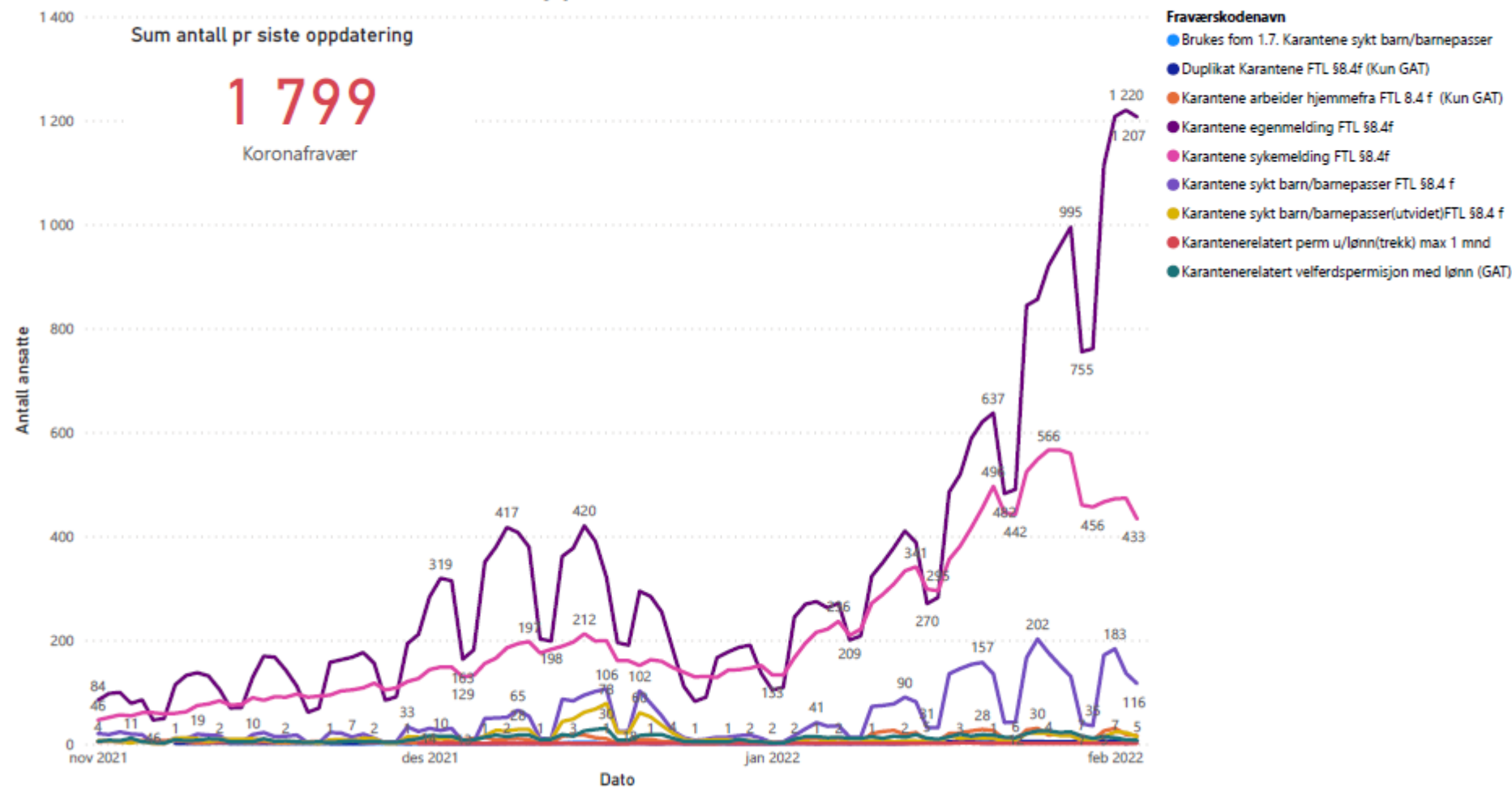


| Foretak | Faktisk hittil i år | | | | | Avvik hittil i år | | | | | Avvik i prosent av budsjett hittil i år |
|---------------------------------|---------------------|------------------------|-----------------------------------|------------|-----------|-------------------|------------------------|-----------------------------------|------------|---------|---|
| | Fast lønn | Overtid og ekstrahjelp | Offentlige tilskudd og refusjoner | Annen lønn | Totalt | Fast lønn | Overtid og ekstrahjelp | Offentlige tilskudd og refusjoner | Annen lønn | Totalt | |
| Akershus universitetssykehus HF | 511 149 | 54 172 | - 33 989 | 84 371 | 615 703 | 11 969 | 21 276 | - 10 825 | 1 295 | 23 715 | 4,0 % |
| Oslo universitetssykehus HF | 1 172 979 | 139 861 | - 87 028 | 200 168 | 1 425 980 | 6 655 | 33 976 | - 17 427 | 673 | 23 877 | 1,7 % |
| Sunnaas sykehus HF | 31 257 | 1 201 | - 2 583 | 4 912 | 34 787 | - 1 098 | - 880 | - 709 | - 587 | - 3 274 | -8,6 % |
| Sykehusapotekene HF | 41 814 | 1 359 | - 3 512 | 7 049 | 46 710 | - 502 | 127 | - 219 | - 539 | - 1 133 | -2,4 % |
| Sykehuset i Vestfold HF | 250 530 | 21 584 | - 18 838 | 43 747 | 297 023 | - 6 551 | 12 656 | - 3 735 | 2 700 | 5 070 | 1,7 % |
| Sykehuset Innlandet HF | 383 537 | 27 267 | - 26 630 | 61 546 | 445 720 | 2 295 | 13 469 | - 4 049 | - 3 314 | 8 401 | 1,9 % |
| Sykehuset Telemark HF | 175 693 | 12 627 | - 12 042 | 27 941 | 204 218 | - 3 846 | 4 422 | - 99 | 353 | 830 | 0,4 % |
| Sykehuset Østfold HF | 308 456 | 27 966 | - 24 467 | 52 906 | 364 861 | 4 778 | 12 871 | - 4 340 | 877 | 14 187 | 4,0 % |
| Sykehuspartner HF | 90 078 | 6 038 | - 3 558 | 19 248 | 111 806 | - 2 860 | 1 548 | - 645 | - 764 | - 2 721 | -2,4 % |
| Sørlandet sykehus HF | 318 142 | 37 830 | - 26 772 | 54 131 | 383 330 | 1 012 | 16 155 | - 7 795 | 759 | 10 130 | 2,7 % |
| Vestre Viken HF | 453 529 | 45 676 | - 31 740 | 75 888 | 543 354 | 7 494 | 25 319 | - 3 260 | 7 639 | 37 193 | 7,3 % |
| Helse Sør-Øst RHF | 17 240 | 200 | - 384 | 3 570 | 20 626 | - 501 | - 134 | - 384 | - 247 | - 1 267 | -5,8 % |
| Helse Sør-Øst Foretaksgruppen | 3 754 403 | 375 782 | - 271 543 | 635 476 | 4 494 118 | 18 844 | 140 805 | - 53 486 | 8 844 | 115 008 | 2,6 % |

Fast lønn er all lønn som utbetales i henhold til arbeidsavtale og avtalt arbeidsplan – herunder planlagte kveld/natt-, lørdag/søndag-, vakt-, UTA- (utvidet arbeidstid for leger) og helligdagstillegg.

Karantenefravær i tilknytning til koronapandemien

HSØ - Total oversikt karantenetyper



Karantenefravær i tilknytning til koronapandemien

Antall ansatte med koronarelatert fravær pr oppdatert dato

3. februar 2022

Dato oppdaterte tall

1 799

Koronafravær

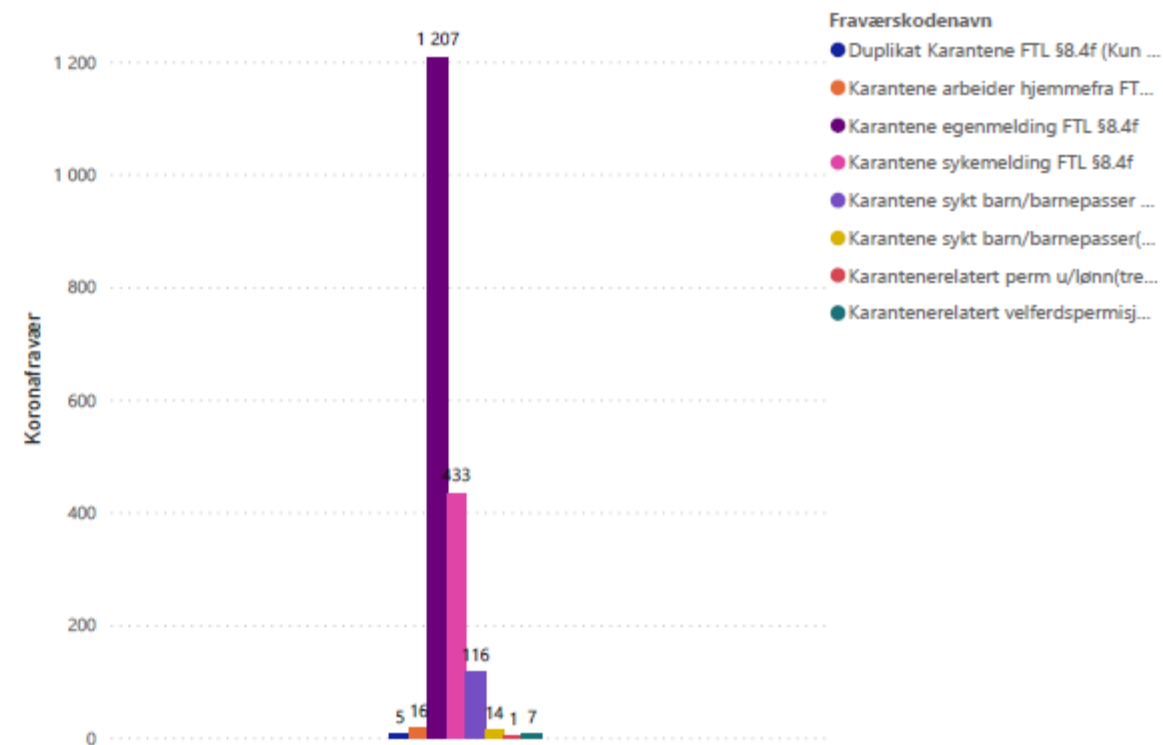
Antall ansatte

| Fraværskodenavn | Koronafravær |
|--|--------------|
| Duplikat Karantene FTL §8.4f (Kun GAT) | 5 |
| Karantene arbeider hjemmefra FTL 8.4 f (Kun GAT) | 16 |
| Karantene egenmelding FTL §8.4f | 1 207 |
| Karantene sykemelding FTL §8.4f | 433 |
| Karantene sykt barn/barnepasser FTL §8.4 f | 116 |
| Karantene sykt barn/barnepasser(utvidet)FTL §8.4 f | 14 |
| Karantenerelatert perm u/lønn(trekk) max 1 mnd | 1 |
| Karantenerelatert velferdspermisjon med lønn (GAT) | 7 |
| Totalt | 1 799 |

Antall ansatte

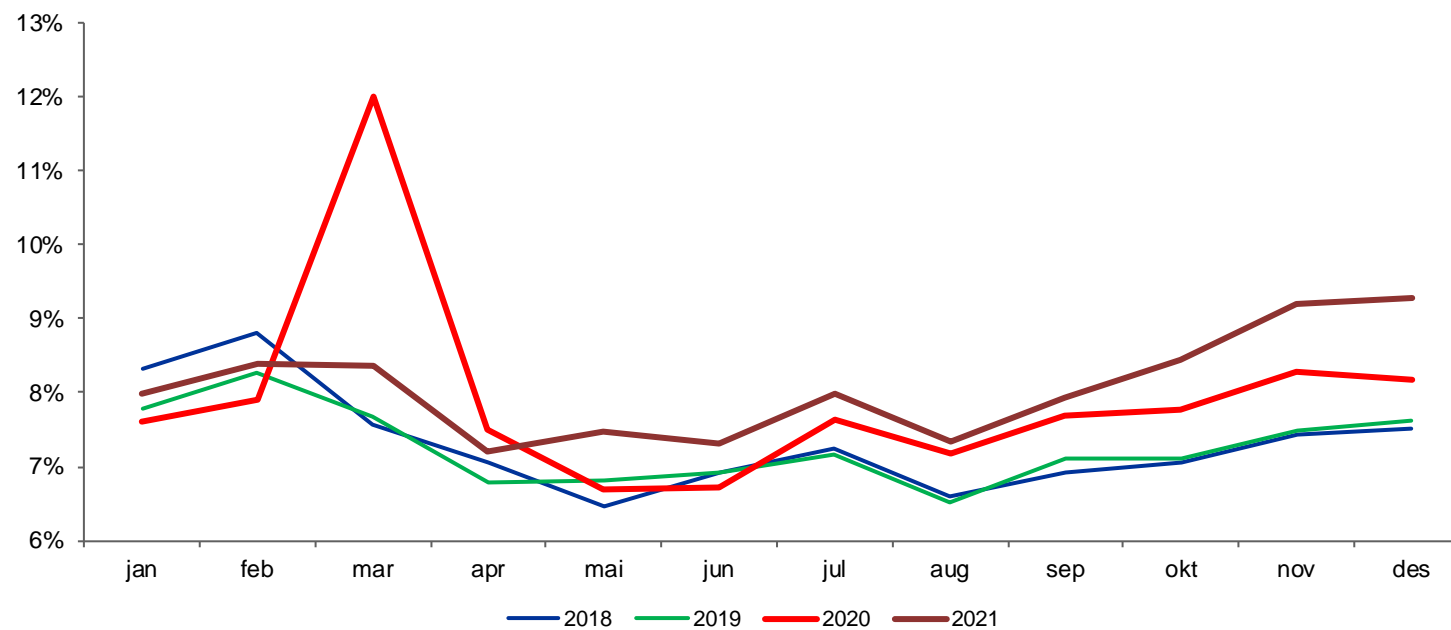
| Foretaksnavn | Koronafravær |
|---------------------------------|--------------|
| Oslo universitetssykehus HF | 502 |
| Akershus universitetssykehus HF | 307 |
| Vestre Viken HF | 226 |
| Sykehuset Innlandet HF | 222 |
| Sykehuset Østfold HF | 160 |
| Sørlandet sykehus HF | 146 |
| Sykehuset i Vestfold HF | 125 |
| Sykehuset Telemark HF | 87 |
| Sunnaas sykehus HF | 21 |
| Sykehuspartner HF | 3 |
| Totalt | 1 799 |

Antall ansatte i karantene per oppdatert dato



Bemanning

Sykefravær



Bemanning

Sykefravær per helseforetak

| Helseforetak | Sykefravær | | | | | |
|---------------------------------|---------------|---------------|---------------|------------------|------------------|------------------|
| | Desember 2021 | Desember 2020 | Desember 2019 | Hittil i år 2021 | Hittil i år 2020 | Hittil i år 2019 |
| Akershus universitetssykehus HF | 9,8 % | 9,0 % | 8,7 % | 8,9 % | 8,8 % | 8,0 % |
| Oslo universitetssykehus HF | 9,4 % | 7,6 % | 7,7 % | 8,1 % | 8,0 % | 7,3 % |
| Sunnaas sykehus HF | 9,9 % | 8,6 % | 7,6 % | 8,2 % | 8,0 % | 6,5 % |
| Sykehusapotekene HF | 10,0 % | 9,1 % | 8,4 % | 8,9 % | 8,3 % | 7,2 % |
| Sykehuset i Vestfold HF | 9,0 % | 8,4 % | 7,4 % | 7,9 % | 7,8 % | 7,4 % |
| Sykehuset Innlandet HF | 8,9 % | 8,8 % | 7,6 % | 8,1 % | 8,3 % | 7,3 % |
| Sykehuset Telemark HF | 9,0 % | 9,1 % | 7,2 % | 7,4 % | 7,7 % | 6,9 % |
| Sykehuset Østfold HF | 9,8 % | 9,0 % | 7,7 % | 8,5 % | 8,0 % | 7,5 % |
| Sykehuspartner HF | 4,9 % | 5,0 % | 4,9 % | 5,2 % | 4,4 % | 5,6 % |
| Sørlandet sykehus HF | 9,3 % | 7,5 % | 7,2 % | 8,0 % | 7,4 % | 6,7 % |
| Vestre Viken HF | 9,7 % | 8,3 % | 7,8 % | 8,1 % | 8,1 % | 7,3 % |
| Helse Sør-Øst RHF | 3,6 % | 4,0 % | 2,6 % | 3,2 % | 2,9 % | 3,6 % |
| Helse Sør-Øst Foretaksgruppen | 9,3 % | 8,2 % | 7,6 % | 8,1 % | 8,0 % | 7,3 % |

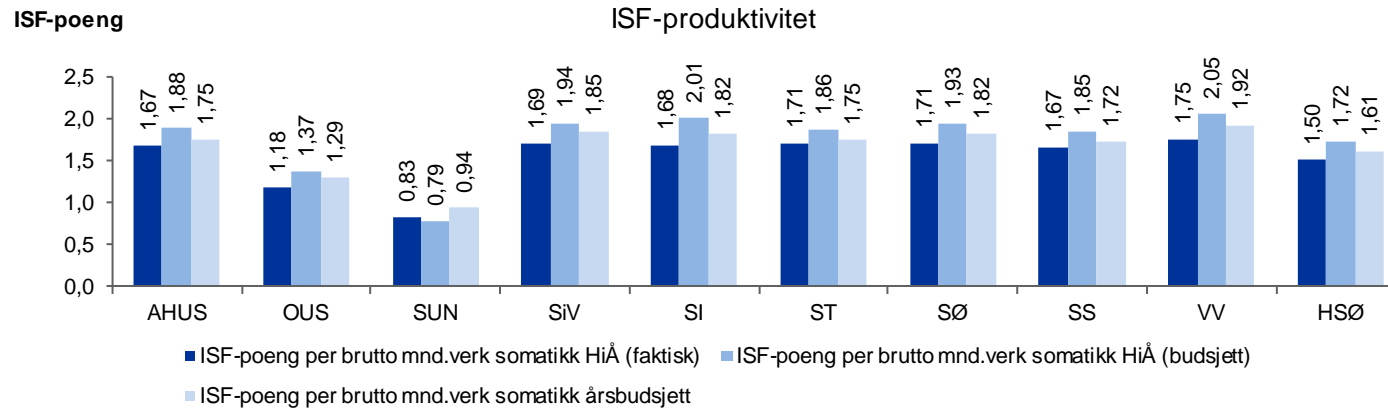
Bemanning

Fast ansatte - deltid

| Helseforetak | Fast ansatte | | | | | |
|---------------------------------|----------------------------|--------------|--------------|---------------------------------------|------------------------|------------------------------------|
| | Totalt antall fast ansatte | Herav deltid | Andel deltid | Gj.snittlig juridisk stillingsprosent | Korrigert andel deltid | Gj.snittlig korr. stillingsprosent |
| Akershus universitetssykehus HF | 7 741 | 1 943 | 25,1 % | 90,9 % | 21,2 % | 92,1 % |
| Oslo universitetssykehus HF | 17 679 | 2 650 | 15,0 % | 94,0 % | 13,5 % | 94,5 % |
| Sunnaas sykehus HF | 525 | 84 | 16,0 % | 93,8 % | 14,1 % | 94,6 % |
| Sykehusapotekene HF | 792 | 114 | 14,4 % | 96,4 % | 9,6 % | 97,5 % |
| Sykehuset i Vestfold HF | 4 335 | 1 490 | 34,4 % | 87,3 % | 27,7 % | 89,4 % |
| Sykehuset Innlandet HF | 6 481 | 2 172 | 33,5 % | 88,7 % | 28,5 % | 90,3 % |
| Sykehuset Telemark HF | 2 941 | 1 044 | 35,5 % | 88,1 % | 32,7 % | 88,9 % |
| Sykehuset Østfold HF | 5 393 | 1 851 | 34,3 % | 87,7 % | 31,7 % | 88,5 % |
| Sykehuspartner HF | 1 672 | 31 | 1,9 % | 99,3 % | 1,7 % | 99,4 % |
| Sørlandet sykehus HF | 5 367 | 1 644 | 30,6 % | 89,6 % | 26,3 % | 90,9 % |
| Vestre Viken HF | 7 267 | 1 936 | 26,6 % | 91,0 % | 20,1 % | 92,9 % |
| Helse Sør-Øst RHF | 193 | 8 | 4,1 % | 98,3 % | 4,1 % | 98,3 % |
| Helse Sør-Øst Foretaksgruppen | 60 386 | 14 967 | 24,8 % | 91,1 % | 21,2 % | 92,3 % |

Kolonnen korrigert andel deltid viser andel deltidsansatte fratrukket de som arbeider deltid på grunn av ulike individuelle forhold som det ikke er aktuelt å endre, for eksempel rettighetspermisjoner, delvis uførepensjon og godkjente bierverv ved høyskole/universitet. Denne indikatoren gir derfor uttrykk for potensialet for reduksjon av det samlede deltidsomfanget.

ISF-produktivitet somatikk hittil i år

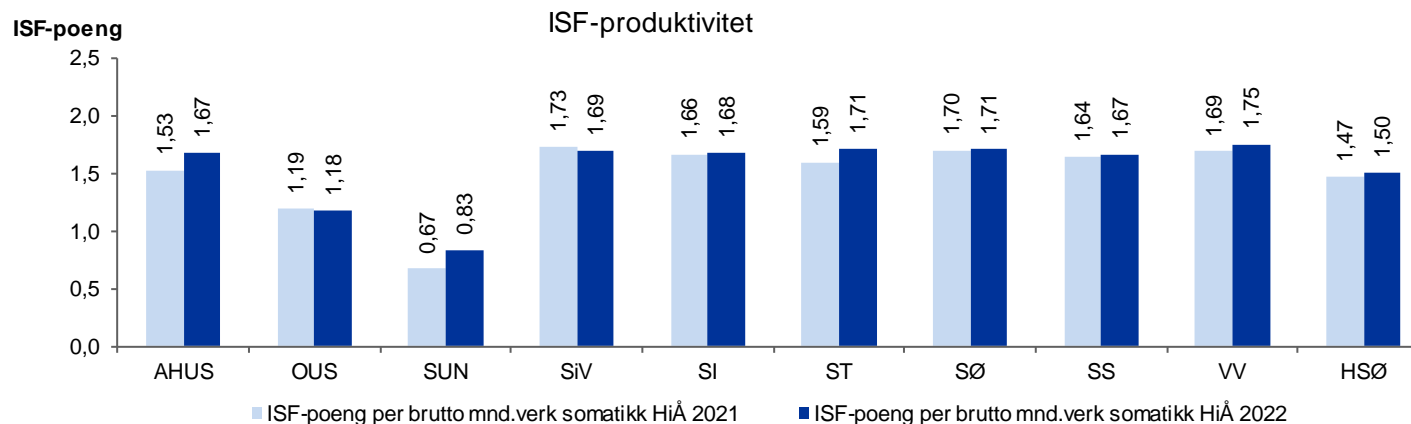


| ISF-produktivitet | Aktivitet utført i eget foretak HiÅ (faktisk) | Aktivitet utført i eget foretak HiÅ (budsjett) | Brutto mnd.verk somatikk gjennomsnitt HiÅ (faktisk) | Brutto mnd.verk somatikk gjennomsnitt HiÅ (budsjett) | ISF-poeng per brutto mnd.verk somatikk HiÅ (faktisk) | ISF-poeng per brutto mnd.verk somatikk HiÅ (budsjett) | Avvik mot budsjett | ISF-poeng per brutto mnd.verk somatikk årsbudsjett |
|---------------------------------|---|--|---|--|--|---|--------------------|--|
| Akershus universitetssykehus HF | 10 231 | 11 389 | 6 112 | 6 056 | 1,67 | 1,88 | -0,21 | 1,75 |
| Oslo universitetssykehus HF | 19 157 | 22 037 | 16 281 | 16 139 | 1,18 | 1,37 | -0,19 | 1,29 |
| Sunnaas sykehus HF | 477 | 449 | 572 | 571 | 0,83 | 0,79 | 0,05 | 0,94 |
| Sykehuset i Vestfold HF | 4 861 | 5 388 | 2 872 | 2 774 | 1,69 | 1,94 | -0,25 | 1,85 |
| Sykehuset Innlandet HF | 7 461 | 8 659 | 4 439 | 4 307 | 1,68 | 2,01 | -0,33 | 1,82 |
| Sykehuset Telemark HF | 3 698 | 3 958 | 2 158 | 2 130 | 1,71 | 1,86 | -0,14 | 1,75 |
| Sykehuset Østfold HF | 6 608 | 7 083 | 3 875 | 3 666 | 1,71 | 1,93 | -0,23 | 1,82 |
| Sørlandet sykehus HF | 6 593 | 7 035 | 3 957 | 3 798 | 1,67 | 1,85 | -0,19 | 1,72 |
| Vestre Viken HF | 9 566 | 10 779 | 5 458 | 5 251 | 1,75 | 2,05 | -0,30 | 1,92 |
| Helse Sør-Øst Foretaksgruppen | 68 652 | 76 778 | 45 724 | 44 692 | 1,50 | 1,72 | -0,22 | 1,61 |

Produktivitet = ISF-poeng utført i eget helseforetak per brutto månedsverk i somatikk.

Fra og med 2016 følger fordelingen av månedsverk knyttet til administrasjon og andre fellesressurser til tjenesteområde samme metodikk som fordelingen av kostnader og inntekter. Det innebærer at alle fellesressurser (administrasjon, teknisk personell, renholdspersonell mv.) fordeles ut på det enkelte tjenesteområde. I kategorien Annet skal det kun være bemanning knyttet til personalboliger og personalbarnehage.

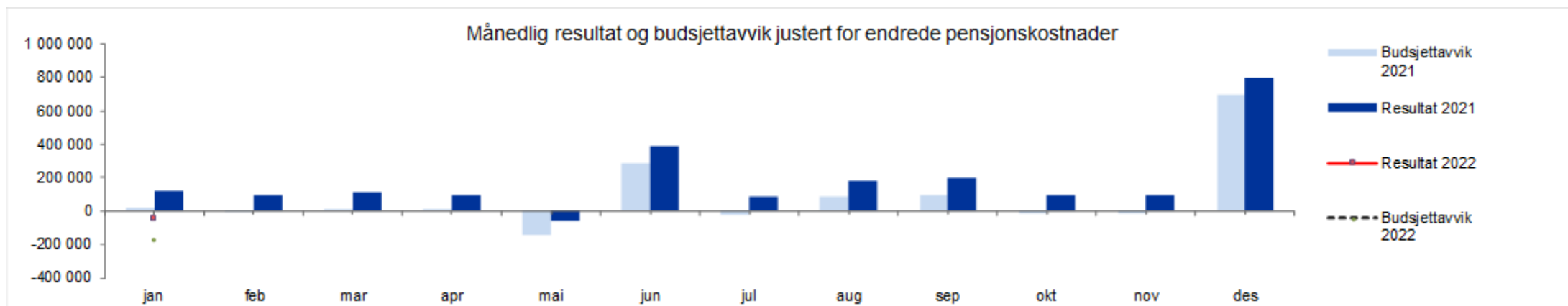
ISF-produktivitet somatikk hittil i år 2020 og 2021



| ISF-produktivitet | Aktivitet utført i eget foretak HiÅ 2022 | Aktivitet utført i eget foretak HiÅ 2021 | Brutto mnd.verk somatikk gjennomsnitt HiÅ 2022 | Brutto mnd.verk somatikk gjennomsnitt HiÅ 2021 | ISF-poeng per brutto mnd.verk somatikk HiÅ 2022 | ISF-poeng per brutto mnd.verk somatikk HiÅ 2021 |
|---------------------------------|--|--|--|--|---|---|
| Akershus universitetssykehus HF | 10 231 | 8 876 | 6 112 | 5 805 | 1,67 | 1,53 |
| Oslo universitetssykehus HF | 19 157 | 19 290 | 16 281 | 16 158 | 1,18 | 1,19 |
| Sunnaas sykehus HF | 477 | 394 | 572 | 588 | 0,83 | 0,67 |
| Sykehuset i Vestfold HF | 4 861 | 4 820 | 2 872 | 2 792 | 1,69 | 1,73 |
| Sykehuset Innlandet HF | 7 461 | 7 276 | 4 439 | 4 371 | 1,68 | 1,66 |
| Sykehuset Telemark HF | 3 698 | 3 439 | 2 158 | 2 157 | 1,71 | 1,59 |
| Sykehuset Østfold HF | 6 608 | 6 315 | 3 875 | 3 710 | 1,71 | 1,70 |
| Sørlandet sykehus HF | 6 593 | 6 324 | 3 957 | 3 860 | 1,67 | 1,64 |
| Vestre Viken HF | 9 566 | 8 872 | 5 458 | 5 258 | 1,75 | 1,69 |
| Helse Sør-Øst Foretaksgruppen | 68 652 | 65 606 | 45 724 | 44 698 | 1,50 | 1,47 |

Resultat

Per helseforetak



Tall i 1 000

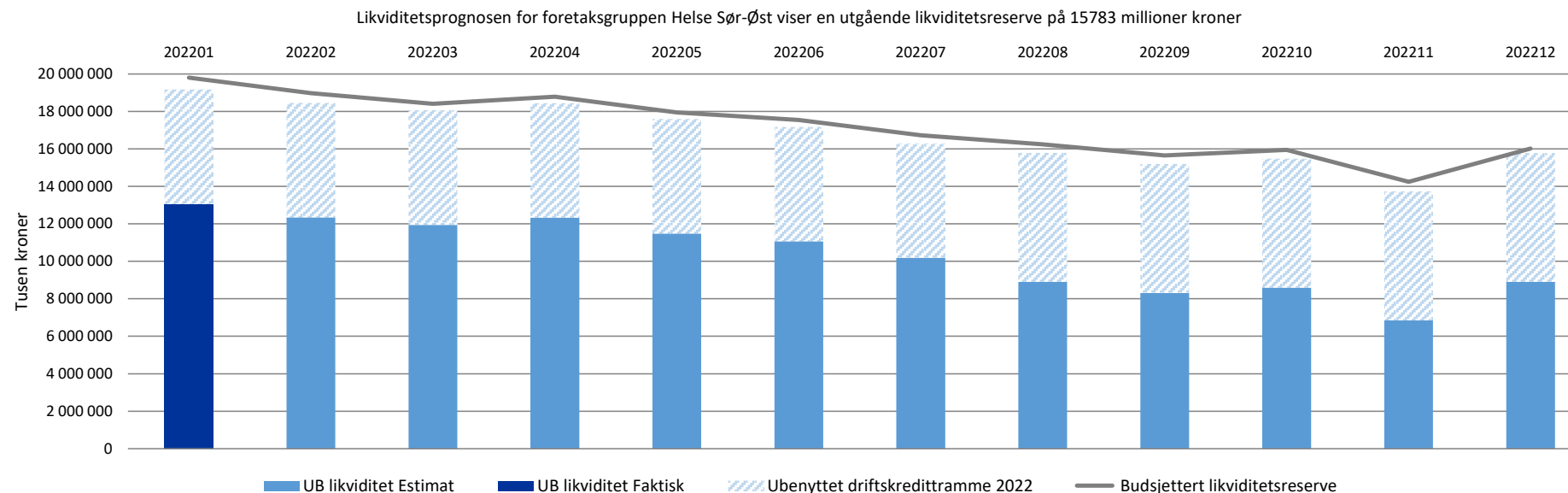
| Resultat | Denne periode | | Gevinst/tap ved salg hittil i år | Resultat hittil i år ekskl. gevinst/tap ved salg | Års estimat mot års budsjett | | |
|---------------------------------|---------------|---------------|----------------------------------|--|------------------------------|-----------|---------|
| | Faktisk | Budsjettavvik | | | Estimat | Budsjett | Avvik |
| Akershus universitetssykehus HF | 11 438 | -5 231 | 1 280 | 10 178 | 200 000 | 200 000 | 0 |
| Oslo universitetssykehus HF | 29 108 | -9 394 | 0 | 29 108 | 482 000 | 482 000 | 0 |
| Sunnaas sykehus HF | 3 894 | 3 310 | 0 | 3 894 | 7 000 | 7 000 | 0 |
| Sykehusapotekene HF | 1 642 | 3 908 | 0 | 1 642 | 5 000 | 5 000 | 0 |
| Sykehuset i Vestfold HF | -15 240 | -18 907 | 0 | -15 240 | 20 000 | 20 000 | 0 |
| Sykehuset Innlandet HF | -28 188 | -31 501 | 10 | -28 178 | 40 000 | 40 000 | 0 |
| Sykehuset Telemark HF | -14 085 | -19 085 | 0 | -14 085 | 60 000 | 60 000 | 0 |
| Sykehuset Østfold HF | -28 253 | -29 920 | 0 | -28 253 | 20 000 | 20 000 | 0 |
| Sykehuspartner HF | 13 992 | 1 046 | 0 | 13 992 | 100 000 | 100 000 | 0 |
| Sørlandet sykehus HF | 4 865 | -1 802 | 0 | 4 865 | 80 000 | 80 000 | 0 |
| Vestre Viken HF | -42 944 | -68 278 | 0 | -42 944 | 218 000 | 280 000 | -62 000 |
| Helse Sør-Øst RHF | 16 844 | 177 | 0 | 16 844 | 200 000 | 200 000 | 0 |
| Sum Helse Sør-Øst | -46 913 | -171 676 | 1 270 | -48 182 | 1 412 000 | 1 474 000 | -62 000 |

Økonomiske effekter av koronapandemien – per januar 2022

Per helseforetak

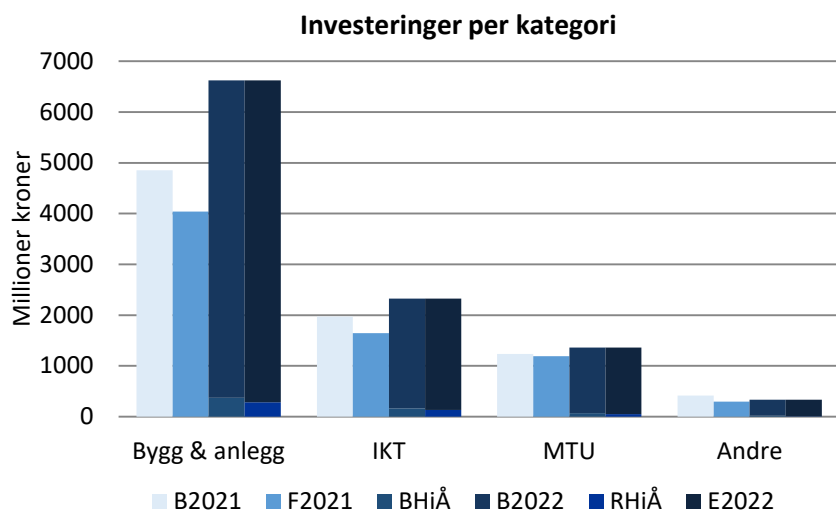
| Rapporterte koronaeffekter Januar 2022 | Mindreinntekter | Merkostnader | Samlet økonomisk effekt |
|---|-----------------|--------------|-------------------------------|
| Akershus universitetssykehus HF | 8 514 | 39 574 | 48 088 |
| Oslo universitetssykehus HF | 54 863 | 65 261 | 120 125 |
| Sunnaas sykehus HF | - | 641 | 641 |
| Sykehusapotekene HF | 6 392 | -5 653 | 739 |
| Sykehuset i Vestfold HF | 16 553 | 8 154 | 24 707 |
| Sykehuset Innlandet HF | 24 395 | 22 144 | 46 539 |
| Sykehuset Telemark HF | 8 900 | 8 500 | 17 400 |
| Sykehuset Østfold HF | 6 955 | 21 587 | 28 542 |
| Sykehuspartner HF | - | 421 | 421 |
| Sørlandet sykehus HF | 4 074 | 12 304 | 16 378 |
| Vestre Viken HF | 20 746 | 37 384 | 58 130 |
| Helse Sør-Øst RHF | - | - | 0 |
| Sum Helse Sør-Øst | 151 392 | 210 316 | 361 708 |

Likviditetsutvikling



| Helse Sør-Øst Foretaksgruppen | Januar 2022 |
|--|-------------------|
| Bankinnskudd alle banker | 13 059 000 |
| <i>Hvorav forskudd fra HOD</i> | 0 |
| Innestående på driftskreditkonto i Norges Bank | 0 |
| Netto bankbeholdning | 13 059 000 |
| Innskudd bank fratrukket forskudd | 13 059 000 |
| Ubenyttet trekk på driftskreditkonto i Norges Bank | 6 110 000 |
| Reell likviditetsreserve | 19 169 000 |
| <i>Innvilget driftskredittramme i Norges Bank</i> | <i>6 110 000</i> |

Investeringer



| Investeringer per kategori | RHiÅ | BHiÅ | Avvik | E2022 | B2022 | Avvik |
|----------------------------|----------------|----------------|-----------------|-------------------|-------------------|---------------|
| Bygg & anlegg | 287 000 | 374 000 | -87 000 | 6 624 000 | 6 626 000 | -2 000 |
| IKT | 132 000 | 167 000 | -35 000 | 2 324 000 | 2 326 000 | -2 000 |
| MTU | 54 000 | 71 000 | -17 000 | 1 363 000 | 1 364 000 | -1 000 |
| Andre | 8 000 | 19 000 | -11 000 | 336 000 | 336 000 | - |
| Sum | 481 000 | 631 000 | -150 000 | 10 647 000 | 10 653 000 | -6 000 |

Investeringer 2022 per helseforetak

| Helseforetak (tall i tusen kroner) | Faktisk HiÅ | Budsjett HiÅ | Avvik | Årsestimat | Årsbudsjett | Avvik |
|--|----------------|----------------|-----------------|-------------------|-------------------|---------------|
| Akershus universitetssykehus HF | 6 000 | 28 000 | -22 000 | 337 000 | 341 000 | -4 000 |
| Oslo universitetssykehus HF | 47 000 | 48 000 | -1 000 | 1 153 000 | 1 153 000 | - |
| Sunnaas sykehus HF | - | - | - | 17 000 | 17 000 | - |
| Sykehusapotekene HF | - | 4 000 | -4 000 | 43 000 | 47 000 | -4 000 |
| Sykehuset i Vestfold HF | 15 000 | 35 000 | -20 000 | 370 000 | 370 000 | - |
| Sykehuset Innlandet HF | 6 000 | 12 000 | -6 000 | 211 000 | 211 000 | - |
| Sykehuset Telemark HF | 1 000 | 7 000 | -6 000 | 191 000 | 192 000 | -1 000 |
| Sykehuset Østfold HF | 5 000 | 13 000 | -8 000 | 198 000 | 198 000 | - |
| Sykehuspartner HF | 86 000 | 83 000 | 3 000 | 1 296 000 | 1 296 000 | - |
| Sørlandet sykehus HF | 10 000 | 22 000 | -12 000 | 284 000 | 284 000 | - |
| Vestre Viken HF | 9 000 | 15 000 | -6 000 | 343 000 | 342 000 | 1 000 |
| Helse Sør-Øst RHF inkl. regionale IKT-prosjekter | 295 000 | 363 000 | -68 000 | 6 003 000 | 6 003 000 | - |
| Risikobuffer Helse Sør-Øst RHF | - | - | - | 200 000 | 200 000 | - |
| Sum investeringer | 481 000 | 631 000 | -150 000 | 10 647 000 | 10 653 000 | -6 000 |
| Egenkapitalinnskudd til pensjonskassen | - | - | - | 218 000 | 218 000 | - |
| Helse Sør-Øst Foretaksgruppen | 481 000 | 631 000 | -150 000 | 10 865 000 | 10 871 000 | -6 000 |

Store byggeprosjekter

| Store byggeprosjekt med regional finansiering (tall i tusen kroner) | | | | | | | |
|---|-----------------------------|----------------|----------------|----------------|------------------|------------------|--------------|
| Prosjektnavn | Helseforetak | Faktisk HiÅ | Budsjett HiÅ | Avvik | Årsestimat | Årsbudsjett | Avvik |
| Nytt sykehus i Drammen | Vestre Viken HF | 123 400 | 148 900 | -25 400 | 2 529 700 | 2 529 700 | - |
| Nytt sykehus i Drammen - kostnader knyttet til tomteerverv | Vestre Viken HF | 800 | 100 | 700 | 7 200 | 6 100 | 1 100 |
| Nybygg psykisk helsevern i Kristiansand | Sørlandet sykehus HF | 24 400 | 28 700 | -4 300 | 289 600 | 289 600 | - |
| Nye Aker og Nye Rikshospitalet | Oslo universitetssykehus HF | 42 100 | 60 100 | -18 000 | 680 000 | 680 000 | - |
| Radiumhospitalet, Protonsenter | Oslo universitetssykehus HF | 11 100 | 12 200 | -1 000 | 294 800 | 294 800 | - |
| Radiumhospitalet, Klinikbygg | Oslo universitetssykehus HF | 44 600 | 41 200 | 3 400 | 1 010 200 | 1 010 200 | - |
| Regional sikkerhetsavdeling | Oslo universitetssykehus HF | 1 000 | 800 | 100 | 160 200 | 160 200 | - |
| Livsvitenskapsbygget | Oslo universitetssykehus HF | - | - | - | - | - | - |
| Sum investeringer Helse Sør-Øst RHF | | 247 400 | 292 000 | -44 500 | 4 971 700 | 4 970 600 | 1 100 |
| Omstillingsinvesteringer (fase I) | Oslo universitetssykehus HF | - | - | - | - | - | - |
| Vedlikeholdsinvesteringer (fase II) | Oslo universitetssykehus HF | 5 100 | 10 000 | -4 900 | 119 900 | 120 000 | -100 |
| Tønsbergprosjektet | Sykehuset i Vestfold HF | 3 000 | 15 200 | -12 200 | 130 000 | 130 000 | - |
| Sum regionalt prioriterte prosjekt ved helseforetakene | | 8 100 | 25 200 | -17 100 | 249 900 | 250 000 | -100 |
| Sum* | | 255 500 | 317 200 | -61 600 | 5 221 600 | 5 220 600 | 1 000 |

* Sum tilsvarer balanseførte investeringer inklusive ikke-bygg nær IKT

IKT-Investeringer

| IKT-investeringer, tall i tusen kroner | Faktisk hiå | Budsjett hiå | Avvik | Årsestimat | Årsbudsjett | Avvik |
|--|----------------|----------------|----------------|------------------|------------------|---------------|
| Regional IKT-portefølje | 47 000 | 72 000 | -25 000 | 690 000 | 690 000 | - |
| Sykehuspartner HF | 81 200 | 73 000 | 8 200 | 1 306 000 | 1 306 000 | - |
| IKT-løsning for screening tarmkreft | 3 000 | 3 000 | - | 25 000 | 25 000 | - |
| IKT i store byggeprosjekter | -4 000 | 11 000 | -15 000 | 215 000 | 215 000 | - |
| Lokale IKT-investeringer i helseforetakene | 700 | 2 800 | -2 100 | 33 900 | 36 300 | -2 000 |
| ERP løsning sykehusapotekene | 4 000 | 5 000 | -1 000 | 53 000 | 53 000 | - |
| Sum IKT-investeringer | 132 000 | 167 000 | -35 000 | 2 324 000 | 2 326 000 | -2 000 |

Protokoll

| | |
|-------------------|---|
| Møte: | Brukerutvalget Vestre Viken HF |
| Møtedato: | 22.03.22 |
| Tidspunkt: | Kl. 12:00 – 18:00 |
| Sted: | Jonsknuten |
| Møteleder: | Rune Kløvtveit |
| Deltakere: | <p>Fra Brukerutvalget: Elisabeth Schwencke, Grethe Synnøve Karlsen, Mark Miller, Rune Kløvtveit, Gudrun Breistøl (deltok digitalt), David C. Hemmingsen, Jan Helge Tuv,</p> <p>Fra Administrasjonen: Elisabeth Kaasa og Kurt Kleppe Josefsen (koordinator)</p> <p>Innledere Ulrich Spreng (sak 39/22) Sondre Sperle Engebretsen (sak 38/22) Solveig Tørstad (sak 40/22)</p> <p>Forfall Cecilie Braathen</p> |

| Sak nr. | Sak/merknad |
|---------|--|
| 31/22 | <p>Godkjenning av innkalling og saksliste</p> <p>Vedtak Godkjent</p> |
| 32/22 | <p>Protokoll brukerutvalgets møte 22.02.22</p> <p>Vedtak Godkjent</p> |
| 33/22 | <p>Referat arbeidsutvalgets møte 08.03.22</p> <p>Vedtak Tas til orientering</p> |
| 34/22 | <p>Saker til orientering, innkommet post</p> <ul style="list-style-type: none"> • BU HSØ (8.-9. mars) • Årsrapporter PBO, Oslo og Viken, både Oslo og Drammen <p>Vedtak Tas til orientering</p> |
| 35/22 | Oppnevninger Prosjekt, råd, utvalg |

| | |
|-------|---|
| | Ingen forespørsler mottatt. Det er noen oppnevninger hvor BUs medlemmer ikke er kontaktet. Det tas kontakt med aktuelle avdelinger. |
| 36/22 | Konferanser, invitasjoner og deltagelser Ingen meldt. |
| 37/22 | Fokusområdet/erfaringsutveksling Medlemmer av BU har i perioden deltatt i følgende møter/arrangementer: <ul style="list-style-type: none"> • AKU – akutt kvalitetsutvalg • PHT – kvalitetsutvalg • Forskningsutvalget • Workshop BUPA – «Sammen for barnet» • Prosjektgruppen akutt – NDS • Læringsopptak nye ambulansesarbeidere • NDS – fremtidens kontortjeneste – 1. fase ferdig, neste fase er innsiktsrapport til prosjektgruppen, pasientreiser • KIS – gjennomgang av nasjonale krav for miljøvern • KKV – PHR, • Kickoff - Stimulabmidler – «trygg stafett» – «Eggs» • KEK BS • Ledersamling 1-3 • KKV BS – møte om pasientsikkerhetsuken «sikre pasientforløp» • LSU BS – Asker og Bærum kommuner, • Team brukermedvirkning • Team kontinuerlig forbedring • KKV RS • RS sengepostprosjektet • Pasientsikkerhetsuken RS • BS Læringsarena – mandat • Helselogistikk • Digital hjemmeoppfølging • BRK • SSU – rolleavklaring mot LSU |
| 38/22 | UKOM rapport Innledning ved Sondre Sperle Engebretsen Vedtak: Presentasjonen tas til orientering |
| 39/22 | Dialog/orienteringer fra administrerende direktør/fagdirektør: |
| 40/22 | Team brukermedvirkning Presentasjon av team brukermedvirkning ved Solveig Tørstad |

| | |
|-------|---|
| | Vedtak Orienteringen og diskusjonen tas til orientering. Det er ønske om å få til en felles workshop om brukermedvirkning og kontinuerlig forbedring. Deltakere Team brukermedvirkning, Team kontinuerlig forbedring, BU og LMS. Solveig Tørstad tar initiativ til å invitere til workshop. |
| 41/22 | Utviklingsplan 2035 Vedtak Utkast til høring til Utviklingsplan 2035 godkjennes og oversendes postmottak@vestreviken.no |
| 42/22 | Årsrapport Vedtak Årsrapport godkjennes med de endringer som fremkom i møtet. Rapporten legges ved dagens møtereferat. |
| 43/22 | Kommende møter <ul style="list-style-type: none">• Styrets årsplan (ettersendes)• Brukerutvalgets års og møteplan |
| | Eventuelt Pasientluke Drammen sykehus Brukerutvalget har mottatt et notat vedrørende stenging av luke for pasientreiser og tar det til orientering. |

Brukerutvalgets årsrapport 2021

Brukerutvalget oppnevnes på grunnlag av forslag fra brukerorganisasjonene. Brukerutvalgets arbeidsutvalg består av leder, nestleder, koordinator og helsefaglig sjef i Vestre Viken. Rammen for brukertutvalgets arbeid er utvalgets mandat, samt lover og øvrige rammebetingelser som gjelder for Vestre Viken.

Leder og nestleder deltar på styrets møter, og har anledning til å uttale seg og komme med forslag i saker som angår pasienttilbudet. Brukerutvalget er representert i alle åtte klinikker (to personer i hver klinikk), i klinikkenes kvalitetsutvalg, i utvidede klinikkledermøter sammen med ansattes representanter og i større prosjekter og utviklingsarbeid.

Brukere deltar aktivt i arbeidet med nytt sykehus i Drammen. Brukerutvalget er også representert i Sentralt kvalitetsutvalg, Forskningsutvalget og representerer brukere på vegne av både helseforetak og kommuner i Strategisk samarbeidsutvalg. I 2021 har Brukerutvalget vært svært delaktig i arbeidet med Utviklingsplan 2035. Totalt er Brukerutvalget med i over 70 ulike råd/grupper og utvalg og har selv hatt 11 møter i 2021.

1. Brukerutvalgets arbeid

1.1 Møtene

Brukerutvalget har hatt 11 møter i 2021. På grunn av koronasituasjonen og retningslinjer for smittevern har flere møter vært holdt digitalt. Administrerende direktør eller fagdirektør møter som hovedregel i deler av brukertutvalgets møter. Vestre Viken stiller sekretariat til rådighet for brukertutvalget. Sekretariatet deltar både i brukertutvalgets og arbeidsutvalgets møter. Sakslisten planlegges av arbeidsutvalget på grunnlag av årshjulet for styresaker, brukertutvalgets arbeidsplan, samt innkommet post, innmeldte saker fra medlemmer og fra Vestre Viken. Protokoll publiseres på www.vestreviken.no/rettigheter-forpasienter/brukermedvirkning/brukertutvalget. Brukerutvalget blir jevnlig orientert om status i Vestre Viken og råd på aktuelle saker. Det settes av tid brukertutvalgets møter til erfaringsutveksling mellom utvalgets medlemmer.

Det har også i 2021 blitt lagt vekt på at brukertutvalget gjennom uttalelser og innspill skal påvirke planer og styresaker på tidligst mulig tidspunkt. 2021 har vært et meget aktivt år.

1.2 De viktigste sakene

Brukerutvalgets fokusområder

Brukerundersøkelse

Innhenting av erfaringer fra pasient og pårørende. Helseforetaket er avhengig denne type tilbakemeldinger for å lykkes i sitt forbedringsarbeid.

- Brukerutvalget vil bidra til at Vestre Viken implementerer nye og forbedrede pasient- og pårørendeundersøkelser
- Brukerutvalget vil bidra til utvikling av brukerundersøkelser på alle nivå i alle klinikker
- Brukerutvalget vil bidra til utformingen av brukerundersøkelser
- Brukerutvalget vil jobbe for en representativ svarprosent på brukerundersøkelser som gjennomføres
- Brukerutvalget vil bidra til målrettet bruk av svarene til å forme pasienter og pårørendes helsetjenester

Helhetlig pasientforløp Hjem-til-Hjem

Fra første kontakt med helsetjenesten om et helseproblem til siste kontakt knyttet til det aktuelle helseproblemet.

- Brukerutvalget vil bidra til å holde fokus på pasienter og pårørende sin opplevelse av sømløse overganger mellom avdelinger i Vestre Viken og mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten
- Brukerutvalget vil arbeide for å løfte betydningen av Helsefelleskapene slik at pasientene opplever sømløshet og sammenheng i behandlingen
- Brukerutvalget vil følge utviklingen av pakkeforløp og forløpstider fra pasient og pårørende sitt ståsted

Samvalg

Pasienter og pårørende skal ha tilstrekkelig informasjon og opplæring om egenomsorg og mestring og skal delta i beslutninger om behandlingen, og skal oppfordres til å delta.

- Brukerutvalget vil jobbe for at samvalg er i fokus i alt utviklings- og forbedringsarbeid
- Brukerutvalget vil jobbe for at opplevelsen av samvalg er høy for pasienter og pårørende
- Brukerutvalget vil bidra til at pasienter og pårørende gjennomfører undersøkelser og svarer på opplevelsen av samvalg
- Brukerutvalget vil arbeide for at klinikkene i større grad bruker likepersoner i pasientforløpene

Brukermedvirkning i kontinuerlig forbedring

En metode for å forbedre kvalitet. Denne metoden har VVHF valgt i sitt forbedrings- og utviklingsarbeid.

- Brukerutvalget vil bidra til at brukerrepresentanter deltar i forbedringsprosesser i Vestre Viken på system- og tjenestenivå
- Brukerutvalget vil bidra til at det er enkelt for prosjekter å få tilgang til brukerkompetanse
- Brukerutvalget vil bidra til likeverdige helsetjenester av høy kvalitet til befolkningen

Digitalisering med utgangspunkt i pasienten

God utnyttelse av teknologi er viktig for at helsetjenesten skal bli bedre og mer effektiv på en sikker måte og for at helsepersonell skal kunne bruke mer tid til direkte pasientkontakt og behandling. Digitale tjenester skal gjøre kontakten med helsetjenesten enklere og bidra til at innbyggerne opplever helsetjenesten som tilgjengelig.

- Brukerutvalget vil bidra til at brukerrepresentanter deltar i arbeidet med digitale tjenester og digital samhandling i Vestre Viken
- Brukerutvalget vil bidra til at Vestre Viken fokuserer både på kvalitet og kvantitet i den digitale transformasjonen
- Brukerutvalget vil bidra til å definere kvalitetsindikatorer for evaluering av nye og eksisterende digitale løsninger

Brukermedvirkning i forskning og innovasjon

Forskning gir ny kunnskap og økt kompetanse. Dette sikrer behandling med høy kvalitet og trygghet.

- Brukerutvalget vil jobbe for at alle forskningsprosjekt har reel brukermedvirkning
- Brukerutvalget vil bidra til at det er enkelt for prosjekter å få tilgang til brukerkompetanse
- Brukerutvalget vil bidra til at brukerrepresentanter har relevant kompetanse for å delta i forskningsprosjekter

Brukerutvalget har i 2021 behandlet 208 saker, inkludert referatsaker, orientingssaker, erfaringsutveksling m.m. Protokoll fra brukerutvalgets møter legges ved styresakene. Leder og nestleder har observatørstatus i styremøtene med tale- og forslagsrett.

Brukerutvalget har en bred aktivitet og deltar i klinikkene, styringsgrupper, prosjektgrupper, råd, utvalg, programmer, arbeidsgrupper med mer.

Brukerutvalget har ellers behandlet saker som Nytt sykehus Drammen, Mottaksprosjektet NSD, digital oppfølging, innspill til høringer, Helsefelleskap mm. I 2021 har brukerutvalget også vært veldig aktivt med i arbeidet med Utviklingsplan 2035.

I henhold til årsplan gir brukerutvalget innspill til Vestre Vikens økonomiske langtidsplan, årsbudsjett og årlig melding til Helse Sør-Øst RHF, bl.a. ved at det skrives en selvstendig vurdering av helseforetakets måloppnåelse.

2. Deltagelse og samarbeid

Samarbeid med styret

Brukerutvalgets leder og nestleder har også i 2021 deltatt som observatører på møtene i styret for Vestre Viken. Det årlige fellesmøtet med styret ble gjennomført i oktober og da med representasjon også fra leder av Ungdomsrådet.

Prosjekt, råd og utvalg

Brukerutvalget deltar i prosesser og prosjekter som angår pasienttilbudet. Medvirkning i råd og utvalg er høyt prioritert. Her har brukerrepresentantene på vegne av brukerutvalget mulighet for å påvirke saker med betydning for tjenestetilbudet. Det har vært høy aktivitet.

Samarbeid med brukerutvalg i helseforetakene

Det har vært et nettverksmøte med for ledere og nestledere i alle helseforetakene i HSØ. Vi ser at dette er en viktig arena for å bidra til at den samlede brukerkompetansen og brukerengasjementet kanaliseres i samme retning.

Pasient- og brukerombud

Hovedtrekkene fra Pasient- og brukerombudenes årsrapporter ble presentert for brukerutvalget i møte 26. mai. Pasient- og brukerombudene møter i brukerutvalget etter avtale.

3. Brukermedvirkning

3.1 Prinsipper for brukermedvirkning

Gjennom en prosess som startet i 2008 utarbeidet brukerutvalget 13 prinsipper for brukermedvirkning. Styret for Vestre Viken HF sluttet seg i 2009 til de intensjoner og det verdigrunnlag som ligger i prinsippene. Disse prinsippene ligger til grunn for all brukermedvirkning i Vestre Viken.

3.2 Brukerrepresentanter

Helseforetakene er komplekse organisasjoner, og det er et kontinuerlig behov for kompetanseheving av brukerrepresentantene. Det har i 2021 vært meldt inn økende behov fra organisasjonen om brukermedvirkere.

4. Erfaringer og hovedfokus

Brukerutvalget merker seg at innspill fra brukerutvalget ofte kan gjenkjennes i styresaker og styrevedtak. Dette gjelder også i Vestre Vikens høringsuttalelser og andre prosesser som blir igangsatt. I 2021 har brukerutvalget hatt søkelys på innhold i tjenestene, kvalitet, pasientsikkerhet og tilgjengelighet/ventetider.

Brukerutvalget er tilfreds med kommunikasjonen og samarbeidet med klinikker, staber og administrasjonen i Vestre Viken.

Årsplan for styret 2022

Ajourført pr 21. mars 2022

| Møtedato | Beslutningssaker | Orienteringssaker | Tema |
|--|--|---|----------------------------------|
| Styreutvalg 20. januar | | | |
| Mandag 31. januar Digitalt / Teams | <ul style="list-style-type: none"> Virksomhetsrapportering pr 3. tertial 2021, inkludert risikovurdering, gevinstplan og IKT. | <p>Andre orienteringer:</p> <ul style="list-style-type: none"> Klinikk for intern service (KIS) Nytt sykehus Drammen Foreløpig årsresultat 2021 <p>Referatsaker</p> <ul style="list-style-type: none"> Brukerutvalg 25. januar Styrets årsplan pr januar | |
| 16. februar – foretaksmøte i regi av HSØ | | | Oppdrag og bestilling (OBD) 2022 |
| Mandag 28. februar Brakerøya, Drammen | <ul style="list-style-type: none"> Årlig melding 2021 Foretaksprotokoller 2021 – inkl. OBD 2022 | <ul style="list-style-type: none"> Virksomhetsrapport pr. 31. januar 2022 <p>Andre orienteringer:</p> <ul style="list-style-type: none"> Drammen sykehus Nytt sykehus Drammen <p>Referatsaker</p> <ul style="list-style-type: none"> Styreprotokoll fra styremøte i HSØ 10. februar SKU 1. februar HAMU 8. februar Brukerutvalg 22. februar Årsrapport 2021 for varslingsutvalget | |

| Møtedato | Beslutningssaker | Orienteringssaker | Tema |
|--|--|--|--|
| | | <ul style="list-style-type: none"> Styrets årsplan | |
| Mandag 28. mars Fysisk – Drammen G 32 | <ul style="list-style-type: none"> Årsberetning/årsregnskap 2021 Styrende dokumenter for Vestre Viken Instruks for styret i Vestre Viken Instruks for AD i Vestre Viken Etiske retningslinjer | <ul style="list-style-type: none"> Virksomhetsrapport pr. 28. februar 2022 Andre orienteringer: <ul style="list-style-type: none"> PHT Nytt sykehus Drammen ØLP 2023 -2026 Pasientombudenes årsmelding 2021 Referatsaker <ul style="list-style-type: none"> Styreprotokoll fra styremøte i HSØ 10. mars Brukerutvalg 22. mars Styrets årsplan | Eget møte mellom styret og revisor. |
| Styreutvalg 8. april | | | |
| 25. april Fysisk – Drammen G 32 | <ul style="list-style-type: none"> ØLP 2023 -2026 Revidert utviklingsplan 2035 Temasak Kompetanse og bemanning Ledelsens gjennomgang VVHF 2021 | <ul style="list-style-type: none"> Virksomhetsrapport pr 31. Mars ARP-prosjektet Andre orienteringer <ul style="list-style-type: none"> Klinikk for medisinsk diagnostikk (KMD) Nytt sykehus Drammen Referatsaker <ul style="list-style-type: none"> SKU referat 12. april HAMU 5. april Brukerutvalg referat 19. april Styrets årsplan pr april | |

| Møtedato | Beslutningssaker | Orienteringssaker | Tema |
|--|--|---|---|
| Styreutvalg 9. mai | | | |
| Mandag 30. mai Digitalt / Teams | <ul style="list-style-type: none"> Tertialrapport 1. tertial 2022 | <ul style="list-style-type: none"> Virksomhetsrapport pr 30. April <p>Andre orienteringer:</p> <ul style="list-style-type: none"> Sikre pasientforløp - gevinster Nytt sykehus Drammen, rapportering Samlet Plan NSD <p>Referatsaker</p> <ul style="list-style-type: none"> Årsrapport 2021 VVHF - endelig HAMU – 10. mai Foreløpig protokoll fra styremøte i HSØ 27.-28. april SKU 3. mai Brukerutvalg 24. mai Styrets årsplan pr mai | Forskning i VVHF |
| Mandag 20. juni Fysisk møte – Bærum sykehus | <ul style="list-style-type: none"> Kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet Styrets møteplan 2023 | <ul style="list-style-type: none"> Virksomhetsrapport pr. 31. mai 2022 <p>Andre orienteringer:</p> <ul style="list-style-type: none"> Bærum sykehus Nytt sykehus Drammen Helselogistikk-prosjektet <p>Referatsaker</p> <ul style="list-style-type: none"> HAMU 7. juni Brukerutvalg 14. juni SKU 14. juni Styrets årsplan pr juni | Styreseminar i etterkant av styremøte (kl. 15.00 – 20.00) |
| Mandag | Medarbeiderundersøkelsen | <ul style="list-style-type: none"> Virksomhetsrapport pr. 31. juli | Forskning i VVHF |

| Møtedato | Beslutningssaker | Orienteringssaker | Tema |
|---|--|--|---|
| 29. august Digitalt / Teams | ForBedring i VVHF | Andre orienteringer: <ul style="list-style-type: none"> • PHR • Nytt sykehus Drammen Referatsaker <ul style="list-style-type: none"> • Styreprotokoll fra styremøte i HSØ 23. juni og 25. august • Brukerutvalg 23. august • Styrets årsplan | |
| Styreutvalg 12. september | | | |
| Mandag 26. september Fysisk – Ringerike sykehus Styreseminar 27. september | <ul style="list-style-type: none"> • Tertialrapport 2. tertial 2022 • Innspill til konsernrevisjonens revisjonsplan 2023 • Lønnsjustering administrerende direktør 2022 | Andre orienteringer: <ul style="list-style-type: none"> • Ringerike sykehus • Nytt sykehus Drammen Referatsaker <ul style="list-style-type: none"> • Styreprotokoll fra styremøte i HSØ 22. september • HAMU 13. september • SKU 6. september • Brukerutvalg 20. september • Styrets årsplan | Styreseminar: Styreevaluering |
| Mandag 31. oktober Digitalt / Teams | | <ul style="list-style-type: none"> • Virksomhetsrapport pr 30. september 2022 • BRK-prosjektet Andre orienteringer: <ul style="list-style-type: none"> • Drammen sykehus • Nytt sykehus Drammen • Budsjett 2023 Referatsaker <ul style="list-style-type: none"> • Styreprotokoll fra HSØ 20. oktober • SKU 4. oktober | Dialogmøte med Brukerutvalget |

| Møtedato | Beslutningssaker | Orienteringssaker | Tema |
|--|--|---|------|
| | | <ul style="list-style-type: none"> • Brukerutvalg 25. oktober • Styrets årsplan | |
| Mandag 28. november Fysisk – Kongsberg | <ul style="list-style-type: none"> • Kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet • Styrets årsplan 2023 • Temasak Kompetanse og bemanning | <ul style="list-style-type: none"> • Virksomhetsrapport pr. 31. oktober 2021 Andre orienteringer: <ul style="list-style-type: none"> • Nytt sykehus Drammen • Budsjett 2023 • Kongsberg sykehus Referatsaker <ul style="list-style-type: none"> • Styreprotokoll fra styremøte i HSØ16.-17. november • HAMU 1. november • SKU 8. november • Brukerutvalg 22. november • Styrets årsplan | |
| Styreutvalg 5. desember | | | |
| Mandag 19. desember Fysisk- Drammen G32 | <ul style="list-style-type: none"> • Budsjett og mål 2023 | <ul style="list-style-type: none"> • Virksomhetsrapport pr. 30. november 2022 Andre orienteringer: <ul style="list-style-type: none"> • Nytt sykehus Drammen • Reevaluering NSD – erfaringer fra nytt sykehus i Østfold Referatsaker <ul style="list-style-type: none"> • Styreprotokoll fra styremøte i HSØ 15. desember • HAMU 13. desember • SKU 6. desember • Brukerutvalg 13. desember • Styrets årsplan | |

Merk:

- Det tas forbehold om endringer i oversiktene basert på at aktuelle saker ikke har fastsatt møtetidspunkt eller det er oppstått forsinkelser.
- Fysisk møte kan også omgjøres til digitalt møte ved behov.
- Oppdatert årsplan for styret ligger som fast referatsak til styremøtene.

Saker til behandling på senere tidspunkt / pendingliste styremøter:

Grønt: Står på listen i grønt i det møtet det leveres på – tas deretter ut av pendinglisten.

| Bestilling fra styret | Bestillings- dato | Forventet leveranse | Status |
|---|----------------------|------------------------|--------|
| Sak 12/2022 Virksomhetsrapportering pr. 31. januar 2022 Gjennomgang av prinsippene for lønnsavsetninger og hvordan dette påvirker perioderesultatene. I forbindelse med fastsetting av prognose for 2022 ber styret om en nærmere redegjørelse for hvordan budsjettforutsetningene vedr. koronapandemien innvirker, samt foretakets vurdering av den økonomiske situasjonen som følge av pandemien på lengre sikt. | 28.02.22 | 28.03.22 | |
| Sak 15/2022 Videre plan for salgsprosess for Drammen sykehus. Styret slutter seg til den fremlagte videre plan for salgsprosess for Drammen sykehus. | 28.02.22 | 28.03.22 | |
| Sak 15/2022 Videre plan for salgsprosess for Drammen sykehus. Evalueringskriteriene for salget legges frem for styret ihht fremlagt tidsplan i styremøte 30. mai 2022. | 28.02.22 | 30.05.22 | |
| Sak 15/2022 Videre plan for salgsprosess for Drammen sykehus. Godkjenning av salgskontrakt i styremøte 29.august 2022. | 28.02.22 | 29.08.22 | |
| Sak 11/2022 Driftsorientering fra administrerende direktør. | 28.02.22 | 20.06.22 | |

| | | | |
|--|------------|------------|---------------------------------------|
| Styret ønsker å få en orientering om resultatene av tiltaksplanen for utbedring av foretakets varslingsordning i styremøte den 20. juni – ref sak om varslings i styremøte 31.05.21 | | | |
| Sak 4/2022 Virksomhetsrapportering. Styret ønsker en oppdatering i Helselogistikk prosjektet før sommeren | 31.01.22 | 20.06.22 | Seminar: Tema: digital transformasjon |
| Sak 115/2021 Budsjett og mål 2022 Styret ber om informasjon rundt gevinster knyttet til sikker pasientflyt i et fremtidig styremøte | 20.12.2021 | 31.05.22 | |
| Sak 115/2021 Budsjett og mål 2022 Målene for 2022 justeres når Oppdrag og bestilling for 2022 mottas, samt tilpasses de endringer som eventuelt følger av revidert Utviklingsplan 2035. | 20.12.2021 | 31.05.22 | |
| Sak 115/2021 Budsjett og mål 2022 Styret forutsetter at foretaket avventer effektivering av investeringsplanene tilsvarende uløst utfordring i budsjettet inntil det er etablert sikre tiltak som bidrar til oppnåelse av budsjettet resultat. Styret erkjenner at den fremtidige økonomiske bærekraft svekkes ved utsatte investeringer. Administrerende direktør bes om å fremlegge en konsekvensutredning med alternative tiltak i forbindelse med styrets behandling av økonomisk langtidsplan 2023 – 2026. | 20.12.2021 | 28.03.2022 | Sak om investeringsområdet |
| Sak 116/2021 Eiendomsplan PHR del 1 – ramme for videre eiendomsutvikling. Styret ønsker å følge arbeidet i del 2 gjennom orienteringer i styremøter. | 20.12.21 | 29.08.22 | PHR orienterer i styremøtet 29.08.22 |
| Sak 118/ 2021 Rammeverk for planlegging av forberedelse til drift og Samlet Plan NSD. Supplering av rammeverk med plan for ferdigstilling av eksterne tiltak mm. | 20.12.21 | 30.05.22 | Lagt i årsplanen. |
| Sak 119/ 2021 Reevaluering NSD –erfaringer fra nytt sykehus i Østfold Ny reevaluering legges frem for styret. | 20.12.21 | 19.12.22 | Lagt i årsplanen. |
| Sak 88/2021 Driftsorientering fra administrerende direktør. Styret får informasjon om tilsynsrapporten om Kongsberghendelsen når den foreligger. | 25.10.21 | 28.03. 22 | |

| | | | |
|--|----------|----------|--|
| Styret vil fremlagt handlingsplan for oppfølging og forbedring på et senere tidspunkt. | | | Under avklaring |
| Sak 77/2021 Virksomhetsrapportering for Vestre Viken pr. 2. tertial 2021 Det er svært viktig at ARP-prosjektet lykkes, og styret ønsker å få presentert status per klinikk både på dette arbeidet og på tilpasning av månedsverk f.eks. tertialvis. | 27.09.21 | 25.04.22 | Lagt i årsplanen |
| 62/2021 Andre orienteringer. Styret ønsker å besøke AMK-sentralen ved et passende tidspunkt. | 21.06.21 | 28.03.22 | PHT står på dagsorden/årsplanen. |
| 57/2021 Virksomhetsrapportering for Vestre Viken pr. 31. mai 2021. Styret bør diskutere arbeidet med reduksjon av AML-brudd i 2022 og sette mål for dette arbeidet i foretaket. | 21.06.21 | 19.12.22 | Under avklaring. |
| 59/2021 Revisjon av bruk av tvangsmidler i psykisk helsevern i Vestre Viken – Konsernrevisjonens rapport 12/2020. Styret vil få regelmessig rapportering på tiltaksarbeidet gjennom tertialrapporteringene. | 21.06.21 | 31.05.22 | Følges opp i 1. tertialrapportering 2022 og i årlig melding. |

Huskeliste 2023:

- Revisjon av Etske retningslinjer for VVHF mars 2023.