

# Møte

# Regionalt Brukerutvalg i Helse Nord RHF



Innkalling med saksdokumenter



Dato: 13. mai 2022

Kl.: 10.00 til ca. 14.00

Sted: Helse Nord RHF's lokaler, Bodø

Regional brukerutvalg i Helse Nord RHF  
- medlemmer og varamedlemmer

Cecilie Daae  
Saksbehandlere/ledere, jf. sakslisten

Vår ref.:

Saksbehandler:  
Tina Eitran

Dato:  
6.5.2022

## Møte i Regionalt brukerutvalg, den 13. mai 2022 – innkalling

Vi viser til tidligere avtalt møteplan. I samråd med lederen for det Regionale brukerutvalget innkalles det herved til møte i det Regionale brukerutvalget i Helse Nord RHF

**fredag, den 13. mai 2022 – fra kl. 10.00  
i Helse Nord RHF's lokaler i Bodø.**

Vedlagt følger saksdokumenter til dette møtet.

Eventuelle forfall bes meldt Helse Nord RHF's administrasjon, spesialrådgiver Tina Eitran på tlf. 915 79 783 eller pr. e-post til [tina.eitran@helse-nord.no](mailto:tina.eitran@helse-nord.no).

Vennlig hilsen

Tina Eitran  
spesialrådgiver

Kopi: Adm. direktør i helseforetakene i Helse Nord  
Leder for brukerutvalgene i helseforetakene i Helse Nord  
Brukerorganisasjonene i Nord-Norge  
Pasientombudene i Nord-Norge

Vedlegg

Møtedato: 13. mai 2022  
Vår ref.:

Saksbehandler:  
Tina Eitran

Dato:  
6.5.2022

## RBU-sak 37-2022      Godkjenning av innkalling og saksliste

I samråd med lederen i det Regionale brukerutvalget inviteres RBU i Helse Nord RHF til å vedta følgende saksliste for møtet, den 13. mai 2022:

Sak 37-2022	Godkjenning av innkalling og saksliste	Side
Sak 38-2022	Godkjenning av protokoll fra møte i Regionalt brukerutvalg 7. april 2022	Side
Sak 39-2022	Økonomisk langtidsplan 2023-2026, inkludert rullering av investeringsplan	Side
Sak 40-2022	Felleseide helseforetak - brukermedvirkning	Side
Sak 41-2022	Spesialisthelsetjenestens rapport for samfunnsansvar 2021	Side
Sak 42-2022	Riksrevisjonens undersøkelse av helseforetakenes i investeringer i bygg og medisinsk-teknisk utstyr	Side
Sak 43-2022	Regionalt kompetansenettverk for samiske spesialisthelsetjenester – oppnevning av representanter	Side
Sak 44-2022	Riksrevisjonens undersøkelse av psykiske helsetjenester - oppfølging	Side
Sak 45-2022	Pasientsikkerhetskonferanse i Helse Nord – oppnevning av representant til programkomité	Side
Sak 46-2022	Orienteringssaker 1. Informasjon fra RBU-leder – <i>mundlig</i> 2. Informasjon fra RBU-medlemmer – <i>mundlig</i> 3. Informasjon fra RHF-ledelsen – <i>mundlig</i> 4. Styremøter i Helse Nord RHF – informasjon om planlagte styresaker	Side
Sak 47-2022	Referatsaker 5. Møte i Nordlandssykehusets ungdomsråd 31. mars 2022 – referat 6. Møte i Finnmarkssykehusets ungdomsråd 4. april 2022 - referat 7. Møte i Nordlandssykehusets brukerutvalg 20. april 2022 – referat 8. Møte i Helgelandssykehusets brukerutvalg 20. april 2022 – protokoll 9. Helgesamling i Nordlandssykehusets ungdomsråd 22.-24. april 2022 – referat 10. Nordlandssykehusets ungdomsråd – årsmelding 2021	Side

11. Pasient- og brukerombudet i Nordland – årsmelding 2021
12. Pasient- og brukerombudet – nasjonal årsmelding 2021
13. Pasient- og brukerombudet i Troms og Finnmark, kontor Hammerfest – årsmelding 2021
14. Pasient- og brukerombudet i Troms og Finnmark, kontor Tromsø – årsmelding 2021

Sak 48-2022    Eventuelt

Side

Regionalt brukerutvalg i Helse Nord RHF inviteres til å fatte følgende vedtak:

Innkallingen og sakslisten godkjennes.

Bodø, den 6. mai 2022

Cecilie Daae  
Adm. direktør

Møtedato: 6. mai 2022  
Vår ref.:

Saksbehandler:  
Tina Eitran

Dato:  
6.5.2022

**RBU-sak 38-2022**

**Godkjenning av protokoll fra møte i det  
Regionale brukerutvalget 7. april 2022**

Regionalt brukerutvalg i Helse Nord RHF inviteres til å fatte følgende vedtak:

Protokoll fra møte i det Regionale brukerutvalget, den 7. april 2022 godkjennes.

Bodø, den 6. mai 2022

Cecilie Daae  
Adm. direktør

Vedlegg; Protokoll fra møte i det regionale brukerutvalget 7. april 2022

## Protokoll

Vår ref.:

Referent.:  
Tina EitranDato:  
7.4.2022

<b>Møtetype:</b>	Møte i Regionalt brukerutvalg
<b>Møtedato:</b>	7. april 2022
<b>Møtested:</b>	Helse Nord RHF's lokaler, Bodø
<b>Neste møte:</b>	13. mai 2022

## Tilstede

Navn:	Tittel:	Organisasjon:
Knut Georg Hartviksen	leder	FFO
Laila Edvardsen	nestleder	FFO
Arne Vassbotn	medlem	Pensjonistforbundet
Barbro Holmstad	medlem	SAFO
Ester Marie Fjellheim	medlem	Samisk eldreråd
Gunnhild Berglen	medlem	FFO
Kitt Anne Jorid Hansen	medlem	RIO
Leif Birger Mækinen	medlem	FFO
Ole-Marius Minde Johnsen	medlem	Mental helse
Åse Senning	medlem	FFO
Elen Valborg Voulab	møtende vara for Nikolai Raabye Haugen	FFO
Cecilie Daae	administrerende direktør – <i>deltok under behandling av sak 34-2022/3</i>	Helse Nord RHF
Tina Eitran	spesialrådgiver	Helse Nord RHF
Nina Brå	rådgiver	Helse Nord RHF
Jon Tomas Finnsson	avdelingsdirektør helsefag – <i>deltok under behandling av sak 29-2022</i>	Helse Nord RHF
Sture Pettersen	rådgiver – <i>deltok under behandling av sak 32-2022</i>	Helse Nord RHF
Knut Langeland	seniorrådgiver – <i>deltok under behandling av sak 31-2022</i>	Helse Nord RHF
Kari Bøckmann	seniorrådgiver – <i>deltok under behandling av sak 30-2022 og 34-2022-5</i>	Helse Nord RHF
Tone Kristin Amundsen	spesialrådgiver – <i>deltok under behandling av sak 30-2022</i>	Helse Nord RHF

## Forfall

Navn:	Tittel:	Organisasjon:
Nikolai Raabye Haugen	medlem	Unge funksjonshemmede

### **RBU-sak 27-2022      Godkjenning av innkalling og saksliste**

Sak 27-2022	Godkjenning av innkalling og saksliste
Sak 28-2022	Godkjenning av protokoll fra møte i det Regionale brukerutvalget 16. mars 2022
Sak 29-2022	Universitetssykehuset Nord-Norge HF, Tromsø – arealer til psykisk helse og rusbehandling, konseptfase del 1 – valg av tomt
Sak 30-2022	Spesialisthelsetjenester til den samiske befolkningen - rapport med tiltaksplaner
Sak 31-2022	ForBedring 2022 – prosess og oppfølging
Sak 32-2022	Visjonsbilde for et digitalt 2035/38 – etablering av en innspillsgruppe
Sak 33-2022	Brukerprisen 2022 i Helse Nord – retningslinjer for tildeling
Sak 34-2022	Orienteringssaker <ol style="list-style-type: none"><li>1. Informasjon fra RBU-leder – <i>mundlig</i></li><li>2. Informasjon fra RBU-medlemmer – <i>mundlig</i></li><li>3. Informasjon fra RHF-ledelsen – <i>mundlig</i></li><li>4. Styremøter i Helse Nord RHF – informasjon om planlagte styresaker</li><li>5. Tildeling av brukermidler 2022</li><li>6. Samisk geriatri i et historisk- og fremtidsperspektiv – invitasjon til seminar 3.-4. mai 2022</li></ol>
Sak 35-2022	Referatsaker <ol style="list-style-type: none"><li>1. Møte i Universitetssykehuset Nord-Norges brukerutvalg 8. desember 2021 – utkast til referat</li><li>2. Møte i Universitetssykehuset Nord-Norges ungdomsråd 9. desember 2021 - referat</li><li>3. Møte i Universitetssykehuset Nord-Norges ungdomsråd 31. januar 2022 – referat</li><li>4. Møte i Helgelandssykehusets brukerutvalg 18. februar 2022 – utkast til protokoll</li><li>5. Møte i Nordlandssykehusets brukerutvalg 16. mars 2022 – referat</li><li>6. Møte i Finnmarkssykehusets brukerutvalg 17. mars 2022 - referat</li><li>7. Brev av 30. mars 2022 ad. opplæring av brukerrepresentanter på systemnivå fra Else Marie Isaksen</li><li>8. Nordlandssykehusets brukerutvalg – årsmelding 2021</li><li>9. Universitetssykehuset Nord-Norges ungdomsråd – årsrapport 2021</li><li>10. Møte i AU i Regionalt brukerutvalg 31. mars 2022 – foreløpig protokoll</li></ol>
Sak 36-2022	Eventuelt

Vedtak:

Innkallingen og saklisten godkjennes.

**RBU-sak 28-2022      Godkjenning av protokoll fra møte i det Regionale brukerutvalget 16. mars 2022**

Vedtak

Protokoll fra møte i det Regionale brukerutvalget, den 16. mars 2022 godkjennes.

**RBU-sak 29-2022      Universitetssykehuset Nord-Norge HF, Tromsø  
- arealer til psykisk helse og rusbehandling,  
konseptfase del 1 - valg av tomt**

Vedtak:

1. Regionalt brukerutvalg i Helse Nord RHF gir sin tilslutning til anbefaling om alternativ Åsgård som hovedalternativ for steg 2 i konseptfasen for prosjektet *Arealer til psykisk helse- og rusbehandling, UNN Tromsø.*
2. Regionalt brukerutvalg vil fremheve den gode brukermedvirkningen i prosjektet. Regionalt brukerutvalg ber om at dette fortsatt vil være en prioritert del av prosjektets videre steg. Tverrfaglig og sektorovergripende pasientbehandling må styrkes i fremtiden innen alle delene av helsevesenet, RBU ser at dette må løses bedre i alle avdelinger uavhengig av lokalisering.
3. Psykisk helse- og rusbehandling er et viktig satsningsområde og prioritering av nybygg vil være vesentlig i å styrke behandlingens kvalitet for hele regionen. Regionalt brukerutvalg uttrykker bekymring for at en eventuell nedskalering av arealer, kapasitet og funksjoner, vil svekke behandlingens kvalitet og ivaretagelsen for en spesielt sårbar pasientgruppe.
4. Regionalt brukerutvalg vurderer at en utsettelse av byggestart vil kunne føre til ytterligere behov for investeringer i eksisterende bygningsmasse, for å ivareta forsvarlige behandlings- og arbeidsarealer. Dette vil kunne gjøre prosjektet dyrere og svekke behandlingens kvalitet for pasientgruppen.
5. Regionalt brukerutvalg i Helse Nord RHF ber om å få saken tilbake i forkant av behandling av konseptfaserapport steg 2.



**RBU-sak 30-2022****Spesialisthelsetjenester til den samiske befolkningen - rapport med tiltaksplaner**Vedtak:

1. Regionalt brukerutvalg i Helse Nord RHF tar rapport med tiltaksplaner – spesialisthelsetjenester til den samiske befolkningen til orientering.
2. Regionalt brukerutvalg i Helse Nord RHF har følgende innspill til rapport med tiltaksplaner – spesialisthelsetjenester til den samiske befolkningen:
  - a. Særlig fokus på de prioriterte pasientgruppene; skrøpelige eldre, barn og unge, personer med alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer og pasienter med sammensatte og komplekse tilstander. Disse gruppene trenger særskilt tilrettelegging og ansatte som skal ivareta dem trenger bred faglig, kulturell og språklig kompetanse.
3. Regionalt brukerutvalg er tilfreds med det arbeidet som er utført i arbeidsgruppen, som har resultert i at helseforetakene i Helse Nord har igangsatt arbeid for å bedre den samiske spesialisthelsetjenestens behov.
4. Regionalt brukerutvalg påpeker viktigheten av brukermedvirkning i det videre arbeidet med tiltaksplanene, og ber om at saken kommer tilbake til RBU med status på arbeidet i løpet av 2022.

**RBU-sak 31-2022****ForBedring 2022 – resultater og oppfølging**Vedtak:

1. Regionalt brukerutvalg tar informasjonen om resultater og oppfølging av ForBedring 2022 til orientering

**RBU-sak 32-2022****Visjonsbilde for et digitalt 2035/38 – etablering av en innspillsgruppe**Vedtak:

1. Arbeidsutvalget til Regionalt brukerutvalg nedsetter en innspillsgruppe, og tar med seg de innspill som kom fram under behandling av saken.

## **RBU-sak 33-2022**

## **Brukerprisen i Helse Nord – retningslinjer for tildeling**

### Vedtak:

1. Regionalt brukerutvalg i Helse Nord RHF legger følgende reviderte retningslinjer til grunn ved tildeling av brukerprisen 2022:
  - a) Brukerprisen tildeles en eller flere personer eller en brukerorganisasjon (heretter «kandidaten») som har gjort en innsats for å fremme brukernes interesser i helsevesenet
    - i) Kandidaten må være bosatt/ha sitt virke i Nord-Norge.
    - ii) Kandidaten må gjennom sin brukerorganisasjon ha gjort en ekstraordinær eller banebrytende innsats for pasienter/pårørende i Nord-Norge.
    - iii) Dersom prisen vurderes tildelt person som har (eller har hatt) verv i brukerutvalg i Helse Nord, skal innsatsen i brukerutvalget veie minst i vurderingen.
    - iv) Prisen kan tildeles bare en gang til samme person. Prisen kan tildeles flere ganger til brukerorganisasjoner.

## **RBU-sak 34-2022**

## **Orienteringssaker**

1. Informasjon fra RBU-leder – *mundtlig*
  - Gjennomgang av sakene til Beslutningsforum 18. mars 2022
  - Beslutningsforum for nye metoder 21. mars 2022
  - Styringsgruppe – utredning av nasjonalt service miljø, for nasjonale tjenester 21. mars 2022
  - Ukentlig regionalt teamsmøte om Korona-viruset, og situasjon i Ukraina 21. og 28. mars 2022
  - Interregionalt brukerutvalg 23. mars 2022
  - Tematime Helse Nord RHF 23. mars 2022
  - Styremøte Helse Nord RHF 24. mars 2022
  - Nye metoder – oppfølgingsmøte brukerrepresentantene 29. mars 2022
  - AU-møte RBU 31. mars 2022
  - Styringsgruppemøte RU38 1. april 2022
  - Fellesseminar for RHF styrene 4.-5. april 2022
  - Foretaksmøte – helseforetakene i Helse Nord 6. april 2022
2. Informasjon fra RBU-medlemmer – *mundtlig*
  - *RBU's nestleder Laila Edvardsen*
    - Interregionalt brukerutvalg 23. mars 2022
    - AU-møte RBU 31. mars 2022
  - *RBU-medlem Gunnhild Berglen*
    - Brukerutvalg Pasientreiser HF og brukerutvalgets time styret i Helse Nord, 24. mars 2022
    - USAM 25. mars 2022
    - Styremøte Pasientreiser HF 30. mars 2022
    - Digitale pasienttjenester i nord – styringsgruppe 31. mars 2022
    - AU møte RBU – 31. mars 2022

- *RBU-medlem Kitt Anne Jorid Hansen*
    - Sykehusapotek Nord HF styremøte 22. mars 2022
  - *RBU-medlem Ester Marie Fjellheim*
    - Interregional arbeidsgruppe for samisk spesialisthelsetjeneste 21. mars 2022
  - *RBU-medlem Ole-Marius Minde Johnsen*
    - Programkomite brukerkonferansen 2022 – 23. mars 2022
  - *RBU-medlem Arne Vassbotn*
    - Kunstig intelligens radiologi – nettmøte - 21. mars 2022
    - Arbeidsgruppe plan intensivmedisin, Bodø - 31. mars – 1. april 2022
  - *RBU-medlem Leif Birger Mækinen*
    - Programkomite brukerkonferansen 2022 – 23. mars 2022
    - Styringsgruppen regional utviklingsplan 2038 RU38 1. april 2022
  - *RBU-medlem Åse Senning*
    - Regional perinatalkomite i Helse Nord 23. mars 2022
3. Informasjon fra RHF-ledelsen – *mundlig*
    - *Beredskap – Covid-19 – går mot en normalisert situasjon.*
    - *Beredskap – Ukraina*
    - *Beredskap - informasjonssikkerhetshendelse*
    - *Omstillingsaktiviteter i Helse Nord*
    - *Helgelandssykehuset HF – adm. direktør fratrudd stilling*
  4. Styremøter i Helse Nord RHF – informasjon om planlagte styresaker
  5. Tildeling av brukermidler 2022
  6. Samisk geriatri i et historisk- og fremtidsperspektiv – invitasjon til seminar 3.-4. mai 2022
    - *Knut Hartviksen, Elen Valborg Voulab og Arne Vassbotn melder sin deltakelse på seminaret.*

#### Vedtak:

Framlagte saker tas til orientering.

## **RBU-sak 35-2022      Referatsaker**

Det ble referert fra følgende saker:

1. Møte i Universitetssykehuset Nord-Norges brukerutvalg 8. desember 2021 – utkast til referat
2. Møte i Universitetssykehuset Nord-Norges ungdomsråd 9. desember 2021 - referat
3. Møte i Universitetssykehuset Nord-Norges ungdomsråd 31. januar 2022 – referat
4. Møte i Helgelandssykehusets brukerutvalg 18. februar 2022 – utkast til protokoll
5. Møte i Nordlandssykehusets brukerutvalg 16. mars 2022 – referat
6. Møte i Finnmarkssykehusets brukerutvalg 17. mars 2022 - referat
7. Brev av 30. mars 2022 ad. opplæring av brukerrepresentanter på systemnivå fra Else Marie Isaksen
8. Nordlandssykehusets brukerutvalg – årsmelding 2021
9. Universitetssykehuset Nord-Norges ungdomsråd – årsrapport 2021
10. Møte i AU i Regionalt brukerutvalg 31. mars 2022 – foreløpig protokoll

Vedtak:

Framlagte saker tas til orientering.

**RBU-sak 36-2022      Eventuelt**

*A. Opplæringsdag for nytt RBU for perioden 2022-2024 - 12. mai 2022*

Vedtak:

Regionalt brukerutvalg i Helse Nord RHF foreslo følgende tema til opplæringsdag for nytt RBU 12. mai 2022:

- RBUs oppgaver og nivåforskjell
- Felleseide helseforetak
- Sykehusapotekene
- Begrepsbeskrivelser: somatikk, hjelpemiddelsentral og behandlinghjelpemiddelsentral, spesialisthelsetjeneste og primærhelsetjeneste m.m.

Bodø, den 7. april 2022

*godkjent av Knut Georg Hartviksen,  
i etterkant av RBU-møtet,  
den 8. april 2022 – kl. 08:32*

---

Knut Georg Hartviksen  
RBU-leder

Møtedato: 13. mai 2022  
Saksnr.:

Saksbeh:  
Kirsti F. Tidemann

Dato:  
6.5.2022

## RBU-sak 39-2022

## Økonomisk langtidsplan 2023-2026, inkludert rullering av investeringsplan

### Formål

Viser til RBU-sak 19-2022 om orientering om plan for arbeidet med rullering av Helse Nords økonomiske langtidsplan (ØLP).

Denne saken har til hensikt å informere RBU om status i arbeidet med ØLP.

### Beslutningsgrunnlag

Helseforetakene har styrebehandlet sine innspill til planen. Tiltaksplaner for å sikre at de økonomiske kravene oppfylles i planperioden 2023-2026 og bærekraftsanalyse er oppdatert og styrebehandlet innen fristen.

Det er i foretaksmøter i april gitt frist for tilbakemelding på omstillingsplanene 10. mai 2022.

Styret i Helse Nord RHF behandlet *styresak 59-2022/B Føringer for rullering av økonomisk langtidsplan, beregning av økonomisk bærekraft og omstillingsbehov* i styremøte 27. april 2022 og fattet følgende vedtak i punkt 3:

- 3. Styret forventer at det i forbindelse med rullering av økonomisk langtidsplan fremlegges oppdaterte bærekraftsanalyser som tar inn det makroøkonomiske utfordringsbildet, samt Riksrevisjonens undersøkelse av helseforetakenes investeringer i bygg og medisinteknisk utstyr.*

Handlingsrommet er stramt og det arbeides nå med å utarbeide prioriteringen basert på styrehandlede innspill fra helseforetakene.

Helse Nords økonomiske langtidsplan (ØLP) 2023-2026, inkludert rullering av investeringsplan 2023-2030 skal behandles i styremøtet i Helse Nord RHF 22. juni 2022.

Regionalt brukerutvalg i Helse Nord RHF inviteres til å fatte følgende vedtak:

1. Regionalt brukerutvalg tar informasjon om prosesser i rullering av Økonomisk langtidsplan 2023-2026, inkl. rullering av investeringsplan 2023-2030, til orientering.

Bodø, 6. mai 2022

Cecilie Daae  
adm. direktør

Møtedato: 13. mai 2022

Vår ref.:

Saksbehandler:  
Tina Eitran

Dato:  
6.5.2022

## RBU-sak 40-2022

## Felleseide helseforetak - brukermedvirkning

### Formål:

Saken fremmes som en felles RBU-sak til de Regionale brukerutvalgene i Helse Nord, Helse Sør-Øst, Helse Vest og Helse Midt-Norge og er utarbeidet av Helse Sør-Øst:

Brukermedvirkning er et av de beste midlene for å sikre at pasienter og pårørendes stemmer blir hørt. Derfor er det etablert brukerutvalg og brukerråd både på regionalt nivå og i alle helseforetak. Utvalgene er sammensatt av representanter fra bruker- og pasientorganisasjoner.

De regionale brukerutvalgene (RBU) har en retningslinje (fordelingsnøkkel) for oppnevning i interregionale oppgaver/prosjekter. RBU-ene mottar flere henvendelser fra noen felleseide helseforetak med forespørsel om brukerrepresentanter. De siste årene har RBU-ene opplevd en større pågang med forespørsel etter brukerrepresentanter til prosjekter, råd og utvalg i ulike felleseide selskaper.

Det oppleves fra de regionale brukerutvalgenes side en ulik praksis i de felleseide helseforetakene og det er ønskelig med en gjennomgang av hvordan brukermedvirkningen ivaretas i de ulike felleseide helseforetakene.

Det vises i den forbindelse til helseforetakslovens §35 samt felles retningslinje for brukermedvirkning på systemnivå (styrevedtatt i de regionale helseforetakene våren 2017):

### *§35 i helseforetaksloven:*

*«Regionalt helseforetak skal sørge for at virksomheter som yter spesialisthelsetjenester og andre tjenester som hører naturlig sammen med dette, etablerer systemer for innhenting av pasienters og andre brukeres erfaringer og synspunkter.»*

### *Felles retningslinje for brukermedvirkning på systemnivå:*

*«I lovgrunnlag, vedtekter, oppdragsdokument fra Helse- og omsorgsdepartementet til de regionale helseforetakene og i styringsdokument fra de regionale helseforetakene til foretakene er det lagt til grunn at det skal etableres gode systemer for brukermedvirkning på ulike nivå. På (strategisk) systemnivå skjer slik medvirkning i hovedsak gjennom brukerutvalg.»*

Under følger en kort beskrivelse av brukermedvirkning i de felleseide helseforetakene sett fra de regionale brukerutvalgenes ståsted:

### **Pasientreiser HF**

Pasientreiser HF har opprettet eget brukerutvalg. Brukerutvalget for pasientreiseområdet består av representanter fra sentrale brukerorganisasjoner som for eksempel Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon, Samarbeidsforumet av funksjonshemmedes organisasjoner, Kreftforeningen og Pensjonistforbundet. I tillegg har utvalget representanter fra alle de fire regionale brukerutvalgene. To av brukerrepresentantene fra de regionale brukerutvalgene sitter også som observatører med tale- og forslagsrett i styret til Pasientreiser HF.

De regionale brukerutvalgene oppfatter at Pasientreiser HF har funnet en god løsning for brukermedvirkning på systemnivå.

### **Sykehusinnkjøp HF**

Sykehusinnkjøp HF har etter det brukerutvalget er kjent med, startet en prosess for opprettelse av eget brukerutvalg. De regionale brukerutvalgene mottar henvendelser fra Sykehusinnkjøp HF med spørsmål om brukerrepresentanter til diverse spesialist- og arbeidsgrupper.

De regionale brukerutvalgene vil anbefale at det etableres eget brukerutvalget i Sykehusinnkjøp HF.

### **Luftambulansetjenesten HF**

Luftambulansetjenesten HF har i 2021 innhentet brukersynspunkter i tilknytning til prosjektet medisinsk koordinering av ambulansefly (MKA) gjennom egne møter med de regionale brukerutvalgene. De regionale brukerutvalgene er også representert med en brukerrepresentant i styringsgruppe for medisinsk koordinering ambulansefly. Regionalt brukerutvalg i Helse Nord RHF har tidligere påpekt behovet for å styrke brukermedvirkningen i Luftambulansetjenesten HF, ved at brukere inviteres til deltakelse både i styrings- og prosjektgruppe, samt at kunnskap fra pasient- og brukerorganisasjoner etterspørres i større grad.

Alternativt vil de regionale brukerutvalgene anbefale at det etableres eget brukerutvalget.

### **Sykehusbygg HF**

Brukermedvirkning i Sykehusbygg HF ivaretas i dag primært ved at brukerrepresentant(er) fra lokale helseforetak deltar i byggeprosjekter i helseforetaket. Tidligere har det i enkelte store byggeprosjekter vært etablert egne brukerutvalg, f.eks. utbygging av Kalnes og i en tidlig fase av utbygging av nye Drammen sykehus. I mindre byggeprosjekter inviteres stort sett en brukerrepresentant inn i prosjektstyre m.m.

De regionale brukerutvalgene mener det bør vurderes nærmere hvordan erfaringer fra ett byggeprosjekt kan tas med videre inn i andre prosjekter. RBU-ene mener at ved større byggeprosjekter bør to brukerrepresentanter delta, dersom det ikke opprettes et eget brukerutvalg for prosjektet.



### **Helsetjenestens driftsorganisasjon for nødnett HF (HDO)**

HDO behandler i liten grad saker som direkte berører pasienter og pårørende i dag. HDO har deltatt på ett brukerutvalgsmøte i Helse Sør-Øst RHF i 2020, med orientering om Helsetjenestens driftsorganisasjon (HDO). Brukerutvalget i Helse Sør-Øst fattet følgende vedtak: *«Brukerutvalget ser ikke behovet for eget brukerutvalg ved Helsetjenestens driftsorganisasjon (HDO), men mener det kan være hensiktsmessig at en brukerrepresentant deltar i de ordinære styremøtene. Brukerutvalget anbefaler at det åpnes opp for at en brukerrepresentant deltar som observatør med tale og forslagsrett i styret ved HDO. Dette vil kunne ivareta nødvendig medvirkning fra et pasient- og pårørendeperspektiv.»*

De regionale brukerutvalgene anbefaler at en til to brukerrepresentanter deltar som observatører med tale og forslagsrett i styret ved HDO.

### **Konklusjon**

På bakgrunn av overnevnte vil de regionale brukerutvalgene anbefale at interregionalt AD møte tar initiativ til gjennomgang av brukermedvirkning i de felleseide helseforetakene.

### **Forslag til vedtak**

Regionalt brukerutvalg i Helse Nord RHF inviteres til å fatte følgende vedtak:

1. Regionalt brukerutvalg i Helse Nord RHF støtter anbefalingen om en gjennomgang av brukermedvirkning i de felleseide helseforetakene.
2. Regionalt brukerutvalg i Helse Nord RHF har følgende innspill til gjennomgangen:
  - a. ...
  - b. ...
  - c. ...

Bodø, 6. mai 2022

Cecilie Daae  
administrerende direktør

Møtedato: 13. mai 2022

Vår ref.:

Saksbehandler:  
Lars Alvar MickelsenDato:  
6.5.2022

## **RBU-sak 41-2022      Specialisthelsetjenestens rapport for samfunnsansvar 2021**

### **Bakgrunn for saken**

Helse- og omsorgsdepartementet har i foretaksprotokollen 2022 vist til at det bør bygges videre på det gode arbeidet som er gjort i forbindelse med rapporten for spesialisthelsetjenestens arbeid med samfunnsansvar. Det felles klimaregnskapet for helseforetakene skal videreutvikles og publiseres i den årlige rapporten. Et viktig grep i arbeidet med å forebygge og redusere det negative miljø- og klimaavtrykket vil være å involvere og bevisstgjøre ledere og medarbeidere i hele organisasjonen.

I foretaksmøtet ble de regionale helseforetakene bedt om å dokumentere årlig status i arbeidet med å nå de langsiktige målene innen klimaområdet gjennom spesialisthelsetjenestens rapport om samfunnsansvar.

### **Særskilte forhold regionalt brukerutvalg bør være kjent med**

Samarbeidsutvalget for klima og miljø i spesialisthelsetjenesten utarbeider årlig felles rapport for samfunnsansvar. Årlige aktiviteter ruller mellom de fire regionene, slik at ulike oppgaver løses på vegne av fellesskapet. Helse Sør-Øst har hatt ansvaret for å utarbeide Specialisthelsetjenesten rapport for samfunnsansvar 2021, neste år går oppgaven videre til Helse Midt-Norge.

### **Prosess**

Helseforetakene i regionene har gjennom regionale miljøfaggrupper vært involvert i arbeidet med rapporten, og helseforetak har kommet med innspill både til innhold og utforming. Rapporten legges frem for styrene i helseforetakene og de regionale helseforetakene våren 2022.

### **Vurdering**

Klimaregnskapet for 2021 viser en reduksjon i utslipp på 25 prosent fra året før. Reduksjonen i utslipp skyldes at Helse Nord, Helse Midt-Norge og Helse Vest har kjøpt gjenvinningskraft. Det er inngått en ny nasjonal avtale om kjøp av gjenvinningskraft med virkning fra januar 2022, som også omfatter Helse Sør-Øst.

### **Oppsummering**

Rapporten gir et godt grunnlag for å vise oppfølging av området og gir en hensiktsmessig dokumentasjon av oppdraget. Det er positivt for omdømme at spesialisthelsetjenesten legger fram en felles rapport for samfunnsansvar. Dette viser at det blir samarbeidet om felles utfordringer og at samfunnsansvaret blir tatt på alvor i spesialisthelsetjenesten.

Utvalgte saker fra rapporten ble presentert på [Spesialisthelsetjenestens miljø- og klimakonferanse 21.april](#). Konferansen var digital og Helse Nord hadde ansvar for gjennomføring.

### **Forslag til vedtak**

Regionalt brukerutvalg i Helse Nord RHF inviteres til å fatte følgende vedtak:

1. Spesialisthelsetjenestens rapport for samfunnsansvar 2021 tas til orientering

Bodø, 6. mai 2022


Cecilie Daae  
administrerende direktør

### **Vedlegg:**

1. Spesialisthelsetjenestens rapport for samfunnsansvar 2021

# SPECIALISTHELSETJENESTENS RAPPORT FOR SAMFUNNSANSVAR 2021





Spesialisthelsetjenesten skal være ledende i sitt arbeid med miljø og bærekraft, og fremme god helse gjennom miljøvennlig drift.

## OM RAPPORTEN

Samfunnet stiller stadig økte krav og forventninger til selskapers arbeid med «ansvarlig virksomhet». Selskaper med statlig eierandel har stor offentlig interesse. Ansvarlig virksomhet bidrar til å styrke tilliten og legitimiteten til selskapene, og regjeringen forventer at selskaper med statlig eierandel er ledende i dette arbeidet.

Ansvarlig virksomhet innebærer blant annet å identifisere og håndtere vesentlige risikoområder, forankre arbeidet i styret, integrere det i selskapets mål, strategi og retningslinjer, samt å følge internasjonalt anerkjente retningslinjer, prinsipper og konvensjoner.

Arbeidet med klima og miljø i spesialisthelsetjenesten er organisert i et interregionalt samarbeidsutvalg. Samarbeidsutvalget består av representanter fra de fire regionale helseforetakene, et helseforetak, Sykehusbygg, Sykehusinnkjøp, vernetjenesten og tillitsvalgte.

Leder av samarbeidsutvalget er Svein Tore Valsø, direktør personal og kompetanseutvikling i Helse Sør-Øst RHF. Samarbeidsutvalget arbeider etter en ansvarsmatrise med rullerende fordeling av oppgaver mellom de fire helseregionene. Dette er den fjerde rapporten som blir presentert, og Helse Sør-Øst har hatt ansvaret for å utarbeide Spesialisthelsetjenestens rapport for samfunnsansvar 2021.

5 LEDER

6 KLIMAREGNSKAP

- 6 Felles klima og miljømål
- 8 Klimaregnskap 2021
- 10 Spesialisthelsetjenestens klimaregnskap
- 12 25 prosent reduksjon i CO2-utslipp fra 2020 til 2021
- 14 Helse Nord
- 16 Helse Midt-Norge
- 18 Helse Sør-Øst
- 20 Helse Vest
- 22 KLIMA OG MILJØ
- 22 Reduksjon av forbruk av anestesigasser
- 24 Miljø og bærekraft har en rolle i alt vi gjør
- 25 Oslo Science City – stor satsing på helse og livsvitenskap
- 26 Helhetlige team gjør hverdagen bedre for pasientene
- 28 Pasienten i sentrum for arbeid med miljø
- 30 Grønn måned ved Medisinsk avdeling Ålesund
- 31 Revisjoner på tvers av sykehusapotekene
- 32 Pasientane er godt fornøgd med telefon- og videokonsultasjoner
- 33 Fjernstyring av MR i Nordlandssykehuset
- 34 Bærekraftig og økologisk mat
- 35 Matavfall redusert med 39 prosent

- 36 Oslo universitetssykehus andelslandbruk
- 38 Mikroplast i avløpsvannet
- 39 Retur av kjøleelementer
- 41 Felles nordiske emballasjekriterier
- 42 Erfaringer med miljøkrav i legemiddelanskaffelser
- 43 Kjemikaliekrav i verdikjeden
- 44 Forbruk av engangshansker ved Oslo universitetssykehus
- 45 Miljøvennlig ombruk av tre sykehus
- 46 Klima og miljø er svært viktig ved rehabilitering og nye bygg av sykehus
- 48 Forbruk diesel/fyringsolje
- 49 Første komplette sykehusbygg i Norge med miljøsertifisering
- 50 Klima- og miljøtiltak kutte kostnadene i Hammerfest
- 51 Energieffektivisering ved St. Olavs hospital
- 52 Nye sentralsykehuset i Stavanger – ny energisentral
- 53 En grønn møbelanskaffelse
- 55 Miljøvennlig pasienttransport i Nord-Norge
- 56 Nye krav om utslippsfire kjøretøy i staten
- 58 Pasientreiser arbeider for en bærekraftig utvikling

60 SAMFUNNSANSVAR

- 60 Tett samarbeid med politiet gir tryggere arbeidsplasser
- 61 Sykehusinnkjøps arbeid med etisk handel
- 62 Åpenhetsloven – hva betyr den for spesialisthelsetjenesten?
- 63 To vikarbyrå ble midlertidig suspendert etter kontraktsbrudd
- 65 Refleksjoner fra tillitsvalgt

KLIMA OG MILJØ PÅ DAGSORDEN I SPESIALISTHELSETJENESTEN

Verdens helseorganisasjon slår fast at klimaendringene er den største helsetrusselen vi står foran. Norges befolkning har generelt god helse, og helsemessig står vi relativt godt rustet mot virkninger av klimaendringer. Likevel vil mer nedbør, hetebølger og tørkeperioder få betydning for helsen vår.

Styrene i de fire helseregionene har i året som har gått vedtatt felles klima- og miljømål for spesialisthelsetjenesten. Spesialisthelsetjenesten skal bidra til å stoppe klimaendringene og innen 2030 skal sykehusene ha redusert direkte utslipp fra egen drift med 40 prosent. Målene er forankret i FNs bærekraftsmål.

Klimaregnskapet for 2021 viser en reduksjon i utslipp på 25 prosent fra året før, som tilsvarer 88 915,5 tonn CO2-utslipp fra 2020 til 2021. Hovedårsaken til reduksjonen i utslipp er at Helse Nord, Helse Midt-Norge og Helse Vest har kjøpt gjenvinningskraft. Gjenvinningskraft betyr i praksis at energien fra røyk fra norske industrianlegg blir skilt ut og gjenvunnet, i stedet for å gå rett ut i lufta. Dette er ny teknologi som bidrar til det grønne skifte i industrien og et godt klima- og miljøtiltak.

Reisevirksomhet er betydelig redusert på grunn av Covid-19 pandemien. Ved utgangen av pandemien skal vi nå ta med oss den digitale kompetansen som er tilført, og videreføre videomøter der det er hensiktsmessig. Både for pasienter og medarbeidere.

Engasjerte medarbeidere er avgjørende for at sykehusene når sine klima- og miljømål. Og det er derfor svært positivt å se at anestesimiljøene har tatt grep ved å endre bruk av anestesigasser for å redusere utslipp.

Denne rapporten er den fjerde fellesrapporten de fire regionene presenterer om spesialisthelsetjenesten sitt arbeid med samfunnsansvar. Rapporten omfatter alle helseforetak i landet og de felleseide foretakene. Innholdet i rapporten omhandler klima og miljø, menneskerettigheter og arbeidstakerrettigheter, i tillegg til antikorrupsjon.

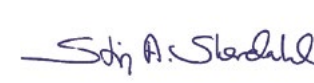
Menneskerettigheter og arbeidstakerrettigheter blir fortsatt fulgt nøye opp. I rapporten kan du lese om at helseforetakenes egen revisjon avdekket at to vikarbyråer ikke hadde betalt tilstrekkelig overtidstillegg til vikarer utleid til norske sykehus. Videre kan du lese om hvordan Sykehusbygg samarbeider med politiet for å hindre arbeidslivskriminalitet på byggeplassene.

Spesialisthelsetjenesten ønsker å være ledende i sitt arbeid som ansvarlig virksomhet og bidra til en bærekraftig utvikling. Som en av Norges største eiendomsforvaltere, med flere store byggeprosjekter i årene som kommer, er det av stor betydning at det i 2021 ble vedtatt en ny standard for klima og miljø i sykehusprosjekter.

Dette, og mange flere tiltak, kan du lese om i rapporten. God lesning!



Inger Cathrine Bryne  
administrerende direktør  
Helse Vest RHF



Stig A. Slørdahl  
administrerende direktør  
Helse Midt-Norge RHF



Terje Rootwelt  
administrerende direktør  
Helse Sør-Øst RHF



Cecilie Daae  
administrerende direktør  
Helse Nord RHF

## FELLES KLIMA OG MILJØMÅL

Høsten 2021 vedtok styrene i Helse Nord RHF, Helse Midt-Norge RHF, Helse Sør-Øst RHF og Helse Vest RHF felles klima- og miljømål for spesialisthelsetjenesten. Målene bygger på FNs bærekraftsmål, som er verdens felles arbeidsplan for å utrydde fattigdom, bekjempe ulikhet og stoppe klimaendringene innen 2030. Bærekraftig utvikling handler om å ta vare på behovene til mennesker som lever i dag, uten å ødelegge fremtidige behov.

Fagmiljøene i sykehusene har spilt inn forslag til felles mål, og samarbeidsutvalget for klima og miljø har koordinert prosessen. Det ble foreslått over 80 ulike felles mål våren 2021. Tre prinsipper ble lagt til grunn for utvelgelse av mål og indikatorer:

1. Alle deler av driften skal kunne bidra med tiltak innen minst ett målområde (for å involvere alle medarbeidere)
2. Områder med størst utslipp
3. Eksisterende mål og indikatorer som også har en miljøgevinst

### Spesialisthelsetjenestens klima og miljømål 2022 - 2030

## Innen 2030 redusere CO<sub>2</sub>e-utslipp med 40 prosent

Langsiktig mål: Klimanøytralt innen 2045



For å bidra til å stoppe klimaendringene har sykehusene satt mål om å redusere direkte klimagassutslipp med 40 prosent innen 2030. Dette tilsvarer en reduksjon på ca. 175 000 tonn CO<sub>2</sub>e for spesialisthelsetjenesten i perioden 2019 - 2030. Og innen 2045 skal sykehusdrift være klimanøytral. Klimanøytralitet innebærer at virksomheten ikke slipper ut mer klimagass i atmosfæren enn det virksomheten greier å fange opp eller fjerne.

Klimaendringer er en global utfordring og internasjonalt samarbeid er avgjørende for å nå målene i Parisavtalen. Under FNs klimakonferanse i Glasgow i 2021, COP 26, ga Norge sin tilslutning til FNs helse og klimaprogram som innebærer følgende mål:

1. Gjennomføre en nasjonal analyse av sårbarhet og tilpasningsbehov relatert til klimaendringer og helse innen utgangen av 2022.
2. Gjennomføre en utvidet evaluering av status for klimagassutslipp fra helsesektoren innen utgangen av 2022.
3. Etablere et veikart for en lavutslipps helsesektor i samarbeid med stat, kommuner og relevante aktører, tentativt innen utgangen av 2023. Veikartet skal gi retning mot en bærekraftig lavutslipps helsesektor innen 2050 og en klimanøytral drift i helseforetakene innen 2045. Samarbeidsutvalget vil bidra til oppfølging av målene i COP 26 helseprogram i samarbeid med andre aktuelle aktører.

Helseforetakene vil i tillegg til felles mål videreføre lokale miljømål i virksomheten. De regionale helseforetakene vil årlig følge opp felles mål og utvikling i det enkelte i helseforetak i lederlinja.

### Rammeverk for miljø og bærekraft i spesialisthelsetjenesten

Grønt sykehus

Årlige tverregionale aktiviteter:	Årlige aktiviteter i helseforetakene:
Felles klima- og miljømål	Lokale mål
Klimaregnskap	Miljøledelse*
Rapport for samfunnsansvar	Rapportering til HF-styre
Oppfølgingsmøte RHF-HF	
Miljø- og klimakonferanse	
Miljø- og klimaforum	
Regionale miljøfaggrupper	
Internrevisjon *	
Evaluering og revidering av felles aktiviteter	

\*Fra 2022 frivillig med ekstern revisjon ISO 14001. HF som viderefører ekstern revisjon deltar ikke i regionale internrevisjoner.

Årlige tverregionale aktiviteter følges opp av samarbeidsutvalget for klima- og miljø

Les mer om felles klima og miljømål i **Spesialisthelsetjenestens rammeverk for miljø og bærekraft og Interregional indikator katalog.**

Følg lenken nedenfor:

[Regionale planer og strategier - Helse Sør-Øst RHF \(helse-sorost.no\).](https://www.helse-sorost.no)

KLIMAREGNSKAP 2021

KLIMAREGNSKAP 2021	2021		CO2		
	Forbruk	Faktor	2019	2020	2021
<b>Gasser</b>					
Kuldemedier (Kg)	1 964		4 352,3	3 265,8	<b>4 137,2</b>
Lystgass (Kg)	38 535	289	12 459,6	10 747,8	<b>11 136,6</b>
Desfluran (kg)	1 660	2 540	6 657,9	5 560,1	<b>4 216,2</b>
Sevofluran (kg)	2 498	130	320,4	327,4	<b>324,7</b>
Isofluran (kg)	177	510	90,7	137,1	<b>90,2</b>
<b>Energibehov bygg</b>					
<i>Aggregat</i>					
Diesel (liter)	143 413	268	393,3	298,6	<b>381,5</b>
<i>Elbehov</i>					
Elkjel (kwh)	80 350 575	0,28	29 307,6	21 055,4	<b>22 498,2</b>
El-kjel med oppr.gar. (kWh)	670 379	0,0164	-	26,3	<b>11,0</b>
Fast kraft (kWh)	768 497 059	0,28	207 101,3	208 399,4	<b>215 179,2</b>
Fast kraft med oppr.gar. (kWh)	36 060 198	0,0164	596,2	593,1	<b>591,4</b>
<i>Termisk energibehov (oppvarming)</i>					
Biolje (liter)	680 339	0,004	-	-	<b>2,7</b>
Biobrensel (kwt)	12 387 183	0,0053	55,5	55,4	<b>65,7</b>
Diesel/fyringsolje (liter)	1 356 589	2,67	4 904,4	3 391,6	<b>3 608,5</b>
Fjernkjøling (kwt)	28 966 925	0,13	3 603,5	3 779,1	<b>3 765,7</b>
Fjernvarme (kwt)	417 369 258	0,13	52 176,6	48 592,5	<b>54 258,0</b>
Naturgass (m3)	4 221 552	2,34	9 172,6	9 151,1	<b>9 878,4</b>
Varmepumpe (Fjord/Jordvarme) kWh	1 364 085	0,28	-	-	<b>381,9</b>
<b>Transport - ansatte</b>					
<i>Eide, leide eller leasede biler</i>					
Bensin (liter)	348 694	2,32	803,13	712,7	<b>809,0</b>
Diesel (liter)	943 462	2,66	3 213,87	2 867,3	<b>2 509,6</b>
Km el-bil (km)	72 164	0	-	-	-
Uspesifisert drivstoff (liter)	4 716	2,51	83,76	31,7	<b>11,8</b>
<i>Flyreiser</i>					
Flyreise innenlands (km)	20 761 155	0,175	9 990,36	3 477,0	<b>3 633,2</b>
Flyreise utenlands (km)	5 660 054	0,13	6 227,12	1 441,8	<b>735,8</b>
<i>Tjenestekjøring egen bil</i>					
Bil (km)	14 026 243	0,17	3 724,21	2 489,6	<b>2 384,5</b>
Km el-bil (km)	350 878	0	-	-	-

KLIMAREGNSKAP 2021	2021		CO2		
	Forbruk	Faktor	2019	2020	2021
<b>Transport - pasienter</b>					
<i>Ambulansetransport</i>					
Bil Bensin (liter)	209 086,0	2,32	-	-	<b>485,1</b>
Bil Diesel (liter)	4 412 739,1	2,66	10 995,24	10 791,4	<b>11 737,9</b>
Båt Diesel (liter)	1 527 980,0	2,68	4 324,35	3 949,0	<b>4 095,0</b>
Helikopter (liter)	2 928 813,0	2,54	8 214,51	5 444,9	<b>7 439,2</b>
Fly (liter)	5 260 876,0	2,68	10 891,31	12 609,8	<b>13 362,6</b>
<i>Andre transportmidler</i>					
Andre fremkomstmidler (km)	1 149 914,0	0,169	143,42	80,5	<b>194,3</b>
Drosje (km)	73 853 943,0	0,17	11 801,69	11 235,0	<b>12 555,2</b>
Egen bil (km)	217 709 637,0	0,17	39 441,26	32 836,0	<b>37 010,6</b>
Helsebuss/ekspres/hvite biler (km)	4 340 686,0	1,22	7 116,18	6 056,3	<b>5 295,6</b>
<i>Flyreiser</i>					
Flyreise innenlands (km)	65 051 336,0	0,75	15 317,63	9 686,5	<b>11 384,0</b>
Flyreise utenlands (km)	361 603,0	0,13	65,73	24,4	<b>47,0</b>
<b>SUM TONN CO2-UTSLIPP</b>			<b>463 545,6</b>	<b>419 114,6</b>	<b>444 217,5</b>
Fratrekk kjøp av gjenvinningskraft Helse Nord, Helse Midt-Norge og Helse Vest					<b>114 018,40</b>
<b>SUM TONN CO2-UTSLIPP</b>					<b>330 199,10</b>



## SPESIALISTHELSETJENESTENS KLIMAREGNSKAP

Flere faktorer påvirker utslipp av klimagasser fra sykehusdrift. Blant annet standarden på bygningsmassen, aktivitetsnivået og type virksomhet. Geografisk beliggenhet gir variasjon i klima som påvirker energiforbruket. Geografi og sykehustetthet påvirker avstand på reisevei for ansatte og pasienter.

Sykehusene i Norge har ulike forutsetninger og dette gjenspeiler seg i utslipp. Det er derfor hensiktsmessig å se på utvikling i lokalt CO<sub>2</sub>-utslipp, fremfor å sammenligne helseforetakene på tvers. Klimaregnskapet bygger på en mal utviklet av Direktoratet for forvaltning og økonomistyring (DFØ) i 2013, og er videreutviklet og tilpasset spesialisthelsetjenesten.

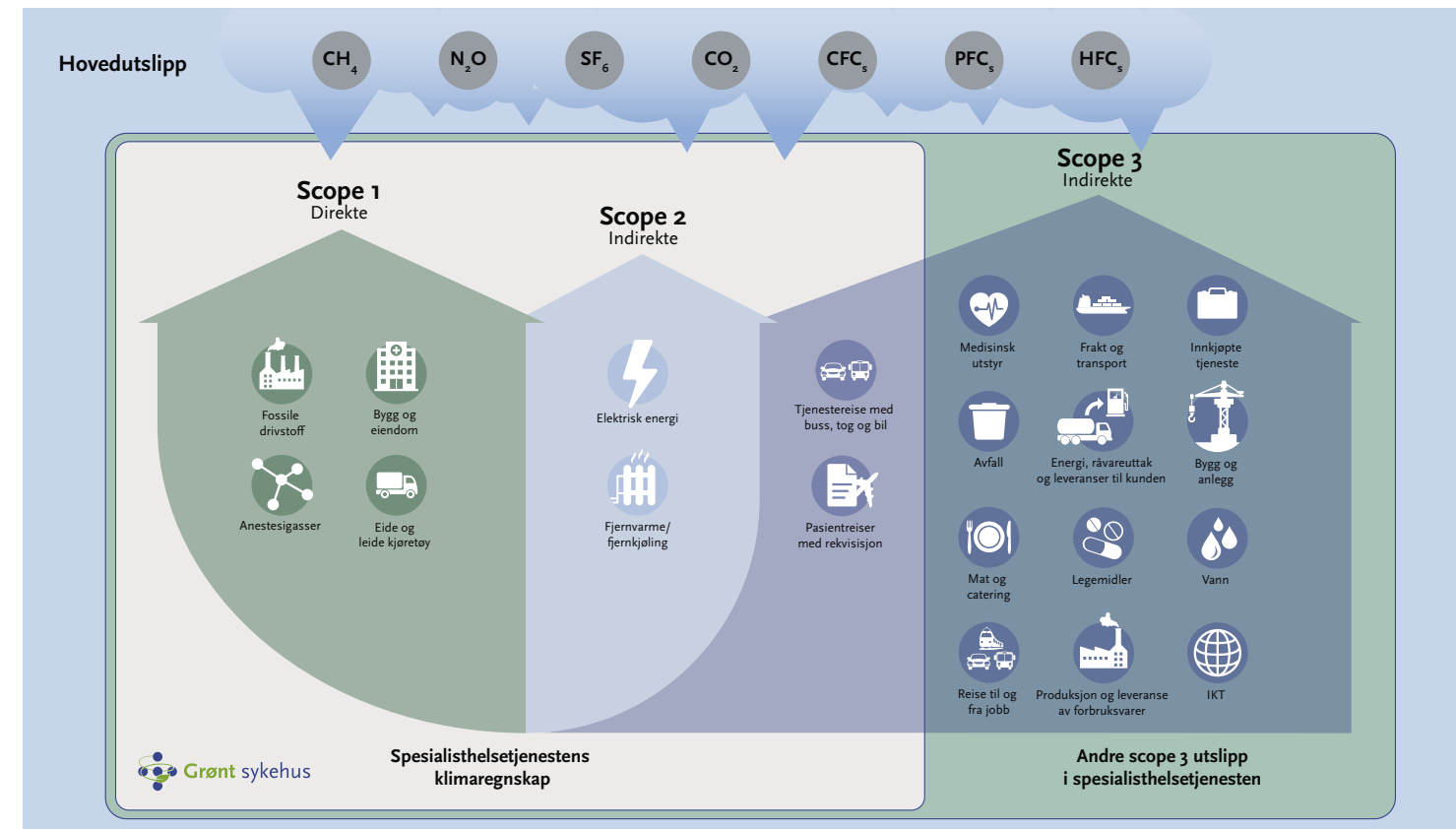
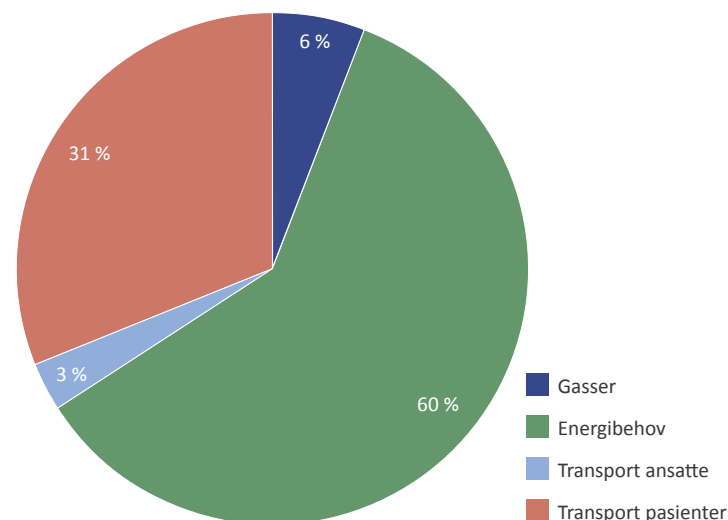
2021 er fjerde året det fremstilles et felles klimaregnskap for spesialisthelsetjenesten. Klimaregnskapet omfatter helseforetak i Helse Nord, Helse Midt-Norge, Helse Sør-Øst, Helse Vest og de fem felleseide helseforetakene. Det er utviklet en felles webportal for klimaregnskapet der hvert enkelt helseforetak registrerer eget forbruk. De regionale helseforetakene er ansvarlige for å kontrollere rapporteringen, og Sykehusbygg har gjennomført kvalitetskontroll av data som er registrert fra helseforetakene.

Spesialisthelsetjenestens klimaregnskap omfatter fire hovedkategorier:

- energiforbruk
- transport av ansatte
- transport av pasienter
- forbruk av gasser

Indirekte utslipp (Scope 3) av innkjøpte varer og tjenester er ikke en del av spesialisthelsetjenestens klimaregnskap. I 2022 vil helseregionenes felles innkjøpsorgan Sykehusinnkjøp arbeide for å få mer kunnskap og oversikt over indirekte utslipp fra kjøp av varer og tjenester. Når det bygges nye sykehus har hvert prosjekt egne klimaregnskap. Disse klimaregnskapene inngår per dags dato ikke i spesialisthelsetjenestens klimaregnskap.

CO<sub>2</sub>-utslipp 2021 Helse Nord, Helse Midt-Norge, Helse Sør-Øst, Helse Vest og felleseide selskap



**Scope 1:** Direkte utslipp (driftsmidler virksomheten har operasjonell kontroll over, f.eks bruk av fossilt brensel).

**Scope 2:** Indirekte utslipp fra innkjøpt energi – elektrisitet og fjernvarme/-kjøling.

**Scope 3:** Indirekte utslipp fra innsatsfaktorer (innkjøpte varer eller tjenester). Eks: flyreiser, logistikk/transport, avfall.

Statistikk over klimagassutslipp omfatter i tillegg til karbondioksid (CO<sub>2</sub>) som regel også gasser som metan (CH<sub>4</sub>), lystgass (N<sub>2</sub>O) og fluorgasser (HFK, PFK og SF<sub>6</sub>). Alle disse gassene bidrar til klimaendringer, men har svært forskjellig oppvarmingseffekt og levetid i atmosfæren. For å kunne sammenligne dem, regnes de om til CO<sub>2</sub>-verdier. Mengdene kalles CO<sub>2</sub>-ekvivalenter. Alle utslipp kan da sammenlignes direkte fordi de får samme enhet.

## 25 PROSENT REDUKSJON I CO2-UTSLIPP FRA 2020 TIL 2021

Klimaregnskapet for 2021 viser en reduksjon på 88 915,5 tonn CO2-utslipp fra 2020 til 2021. Reduksjonen i utslipp skyldes at Helse Nord, Helse Midt-Norge og Helse Vest har kjøpt gjenvinningskraft.

Energiforbruk i sykehus er den største enkeltfaktoren av direkte klimagassutslipp fra spesialisthelsetjenesten. Å øke andelen gjenvinningskraft er et felles mål for spesialisthelsetjenesten i perioden frem mot 2030. For å nå hovedmålet om å redusere direkte CO2 utslipp fra sykehusdrift med 40 prosent i perioden 2019-2030 er kjøp av gjenvinningskraft et vesentlig tiltak.

Gjenvinningskraft er elektrisk kraft som blir produsert av energi fra norsk industri som ellers ville ha gått til spille. Gjenvinningskraft betyr i praksis at energien fra røyk fra norske industrianlegg blir skilt ut og gjenvunnet, i stedet for å gå rett ut i luften. Dette er ny teknologi som bidrar til det grønne skifte i industrien, og er et godt klima og miljøtiltak. Gjenvinningskraft inngår i en ordning der myndighetene har redusert avgiftsnivået ([jf. forskrift om særavgifter § 3-12-11.](#)). Dette inngår som en del av finansieringen av anlegget som skal utnytte energi som slippes ut. Eksempel på slik energi er spillvarme fra smelteverk, overskuddsvarme fra avfallsanlegg mm.

Kjøp av gjenvinningskraft vil påvirke CO2-regnskapet positivt og samtidig redusere kostnader for helseforetakene. Gjenvinningskraft vurderes som et vesentlig bedre alternativ for å redusere utslipp fra sykehusdrift enn å kjøpe opprinnelsessertifikater for strøm.

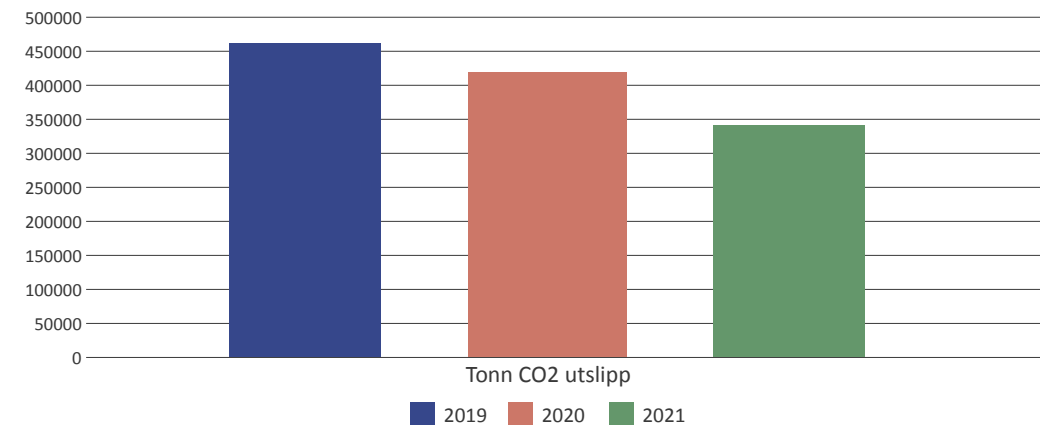
Helse Nord, Helse Midt-Norge og Helse Vest har felles avtale om kjøp av gjenvinningskraft for året 2021. Det er inngått en ny [nasjonal avtale](#) med virkning fra 2022, som også omfatter Helse Sør-Øst.



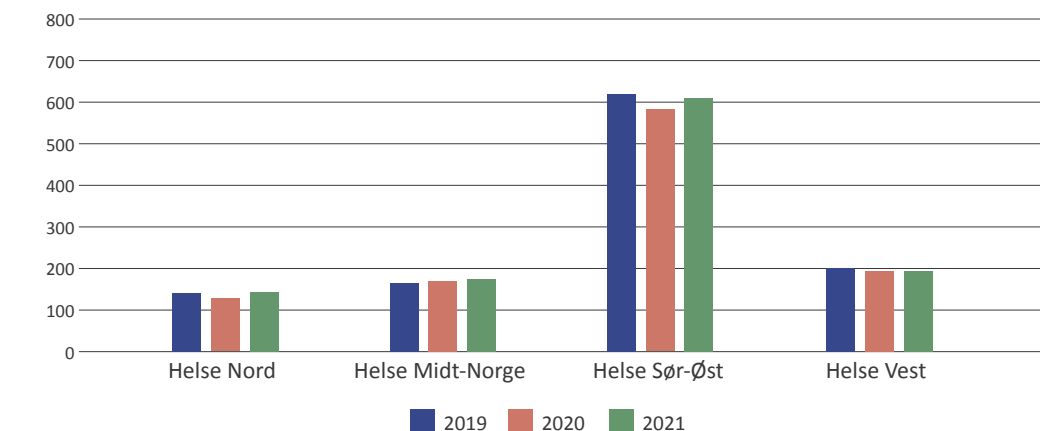
Elkem Salten har installert ny renseteknologi som produserer gjenvinningskraft i smelteverket.

Foto: Elkem Salten

## Helse Nord, Helse Midt-Norge, Helse Sør-Øst, Helse Vest og felleseide selskap



## Energiforbruk GWh



Grafen over viser faktisk forbruk av energi i helseregionene. I 2021 ble det vedtatt felles mål for spesialisthelsetjenesten om å redusere faktisk energiforbruk med 20 prosent fra 2019 til 2030. For å nå målet er det avgjørende at helseforetakene prioriterer vedlikehold og oppgraderer teknisk tilstandsgrad i bygg for å redusere energiforbruk.

## HELSE NORD

### Tonn CO2 utslipp Helse Nord

2019: 74 934

2020: 60 854

2021: 68 919

Helse Nord, Helse Midt-Norge og Helse Vest har til sammen en reduksjon i utslipp på 114 000 tonn CO2 grunnet kjøp av gjenvinningskraft. Dette er ikke inkludert i tallene over.



### Helse Nord

Tonn CO2 utslipp transport av pasienter og ansatte

2019: 35 024

2020: 23 795

2021: 27 969

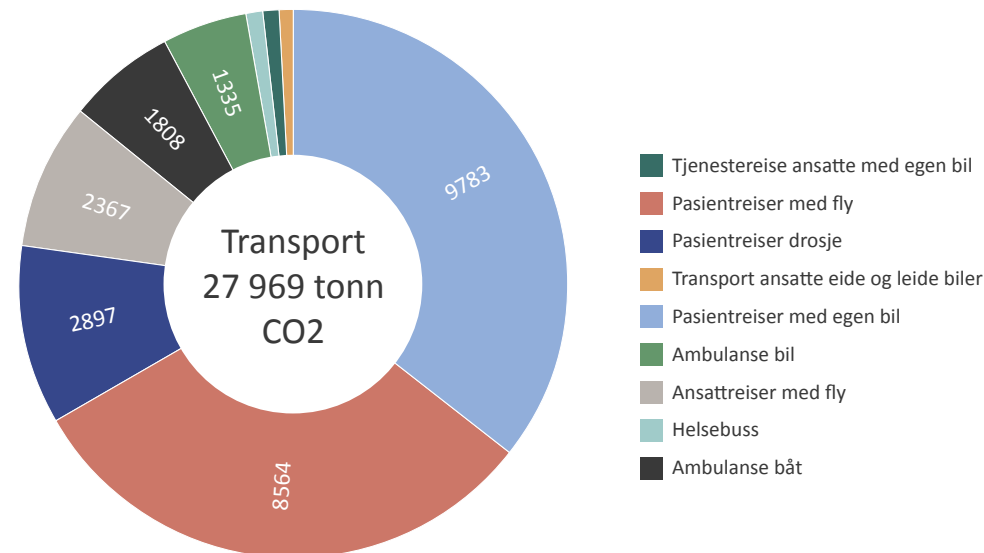
### Transport

For å bidra til å redusere direkte CO2-utslipp med 40 prosent skal tjenestereiser for ansatte med bil reduseres med 30 prosent, og tjenestereiser med fly reduseres med 40 prosent i perioden 2019-2030.

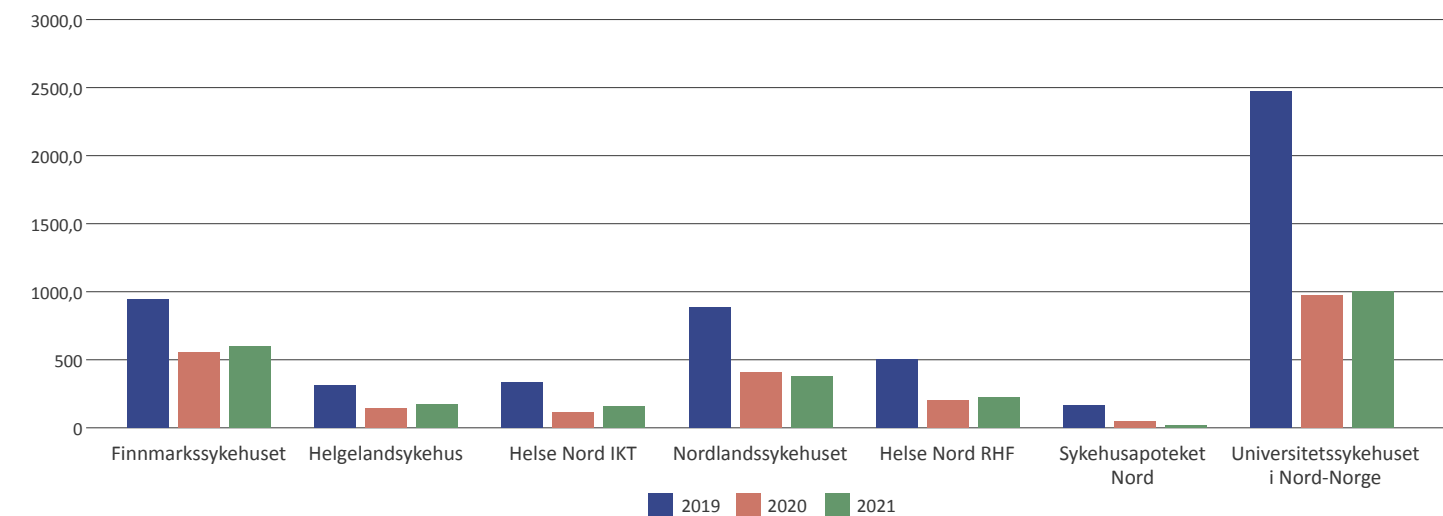
Covid-19 pandemien har bidratt til å redusere ansattes reisevirksomhet med fly med 53,7 prosent fra 2019 til 2021, se tabell for utvikling per helseforetak. Dette utgjør en reduksjon i utslipp på 2 738,6 tonn CO2 og reduserte kostnader med 26 459 608 NOK.

I Helse Nord er det store avstander, noe som betyr at en større andel av pasienttransporten går med fly, og dette betyr store utslippstall. Likevel er det en reduksjon fra 2019-2021, noe som i hovedsak skyldes pandemien, men også større fokus på bruk av digitale konsultasjoner som bidrar til å redusere reisebehovet.

### Tonn CO2 utslipp 2021



### Flyreiser ansatte innenlands og utenlands tonn CO2 utslipp



## HELSE MIDT-NORGE

### Tonn CO2 utslipp Helse Midt-Norge

2019: 68 107

2020: 65 742

2021: 67 910

Helse Nord, Helse Midt-Norge og Helse Vest har til sammen en reduksjon i utslipp på 114 000 tonn CO2 grunnet kjøp av gjenvinningskraft. Dette er ikke inkludert i tallene over.



### Helse Midt-Norge

Tonn CO2 utslipp transport av pasienter og ansatte

2019: 17 569

2020: 13 944

2021: 15 212

### Transport

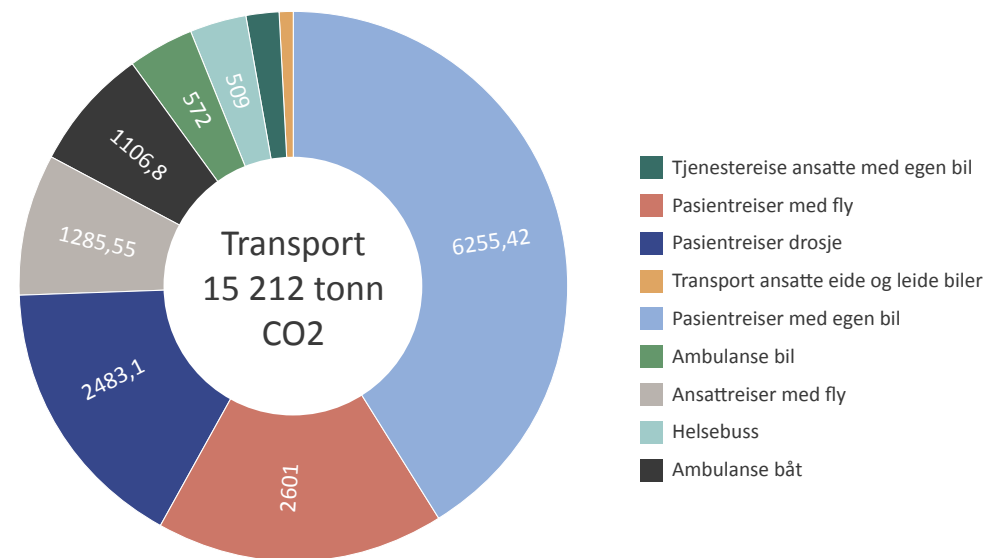
For å bidra til å redusere direkte CO2-utslipp med 40 prosent skal tjenestereiser for ansatte med bil reduseres med 30 prosent, og tjenestereiser med fly reduseres med 40 prosent i perioden 2019-2030.

Covid-19 pandemien har bidratt til å redusere ansattes reisevirksomhet med fly med 79 prosent fra 2019 til 2021, se tabell for utvikling per helseforetak. Dette utgjør en reduksjon i utslipp på 1 782,4 tonn CO2 og reduserte kostnader med 24 615 385 NOK.

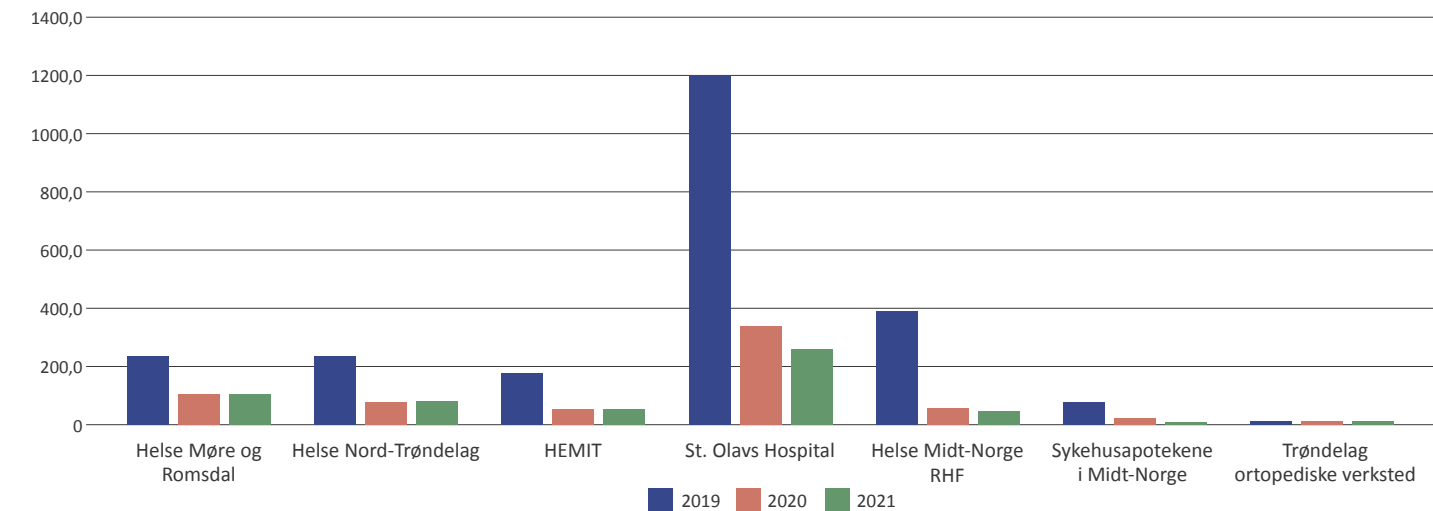
Ambulansetransport med bil har økt vesentlig fra 2020 til 2021. Fra ca. 85 000 oppdrag i 2020 til nærmere 100 000 oppdrag i 2021. Årsakene til økningen er sammensatt: Covid-19-pandemien, eldrebølgen, sentralisering av legevakt og spesialiseringen og funksjonsdelingen mellom sykehusene. I Midt-Norge er det pt. kun en legevaktbil og to skolebiler som går på el, men dette vil endre seg fremover – det bygges ny legevaktbil og det vil også kjøpes inn fullverdige ambulanser som går på el.

Det er også en økning i andre pasientreiser og da særlig pasientreiser med egen bil fra 2020 til 2021.

### Tonn CO2 utslipp 2021



### Flyreiser ansatte innenlands og utenlands tonn CO2 utslipp



## HELSE SØR-ØST

### Tonn CO2 utslipp Helse Sør-Øst

2019: 216 125

2020: 196 322

2021: 204 528



### Helse Sør-Øst

Tonn CO2 utslipp transport av pasienter og ansatte

2019: 39 813

2020: 32 936

2021: 34 729

### Transport

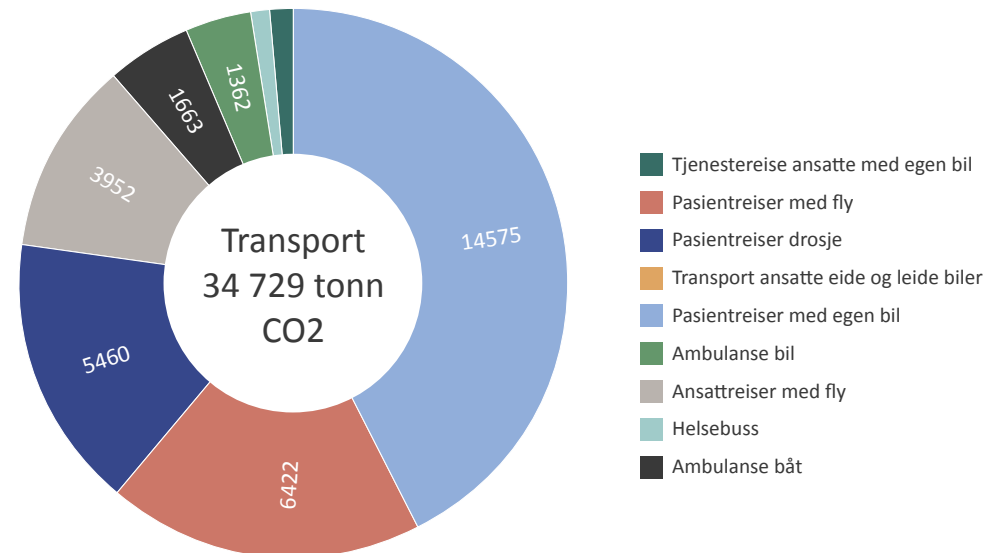
For å bidra til å redusere direkte CO2-utslipp med 40 prosent skal tjenestereiser for ansatte med bil reduseres med 30 prosent, og tjenestereiser med fly reduseres med 40 prosent i perioden 2019-2030.

Covid-19 pandemien har bidratt til å redusere ansattes reisevirksomhet med fly med 80 prosent fra 2019 til 2021, se tabell for utvikling per helseforetak. Dette utgjør en reduksjon i utslipp på 2 206 tonn CO2 og reduserte kostnader med 27 793 635 NOK.

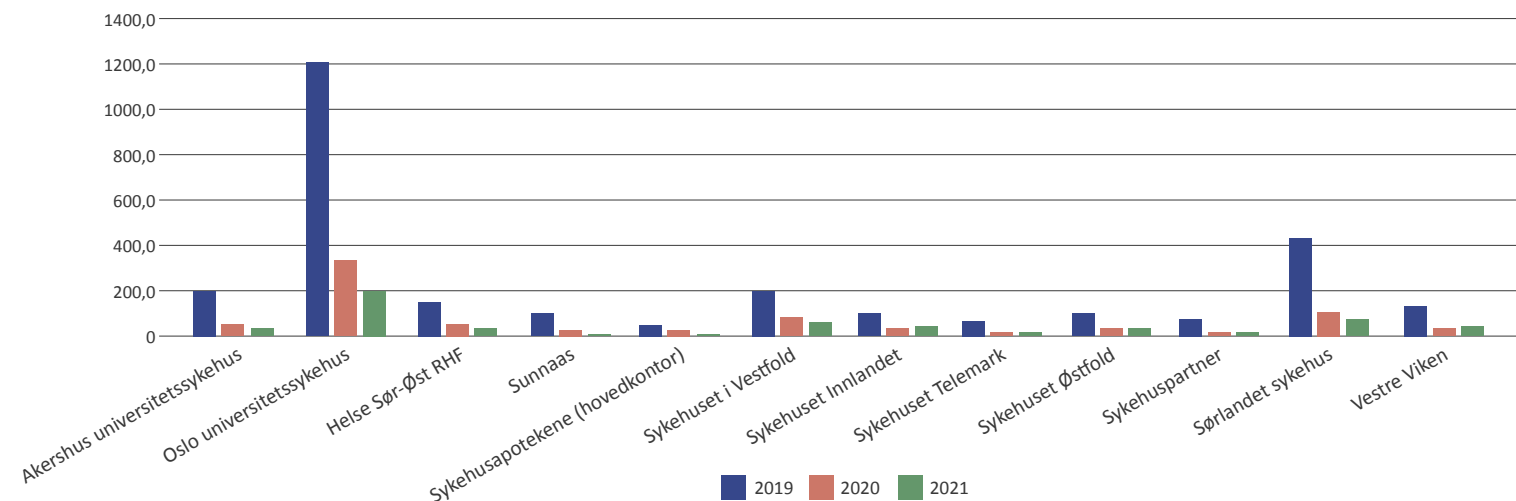
Det er en reduksjon på 42 prosent i tjenestereise med bil for medarbeidere i sykehus i Helse Sør-Øst fra 2019 til 2021. Dette er en nedgang på 5 625 499 kilometer, og 960 tonn CO2. Sykehuset Innlandet alene har redusert med 1 419 690 km, 245 tonn CO2 og 4 968 915 i kostnader kun for kjøregodtgjørelse.

I Helse Sør-Øst er det en generell økning i pasientreiser med drosje fra 2019 til 2021. Det er en nedgang i pasientreiser med egen bil i samme periode, mens pasientreiser med helsebuss er på samme nivå som før pandemien.

### Tonn CO2 utslipp 2021



### Flyreiser ansatte innenlands og utenlands tonn CO2 utslipp



## HELSE VEST

### Tonn CO2 utslipp Helse Vest

2019: 83 643

2020: 77 215

2021: 81 243

Helse Nord, Helse Midt-Norge og Helse Vest har til sammen en reduksjon i utslipp på 114 000 tonn CO2 grunnet kjøp av gjenvinningskraft. Dette er ikke inkludert i tallene over.



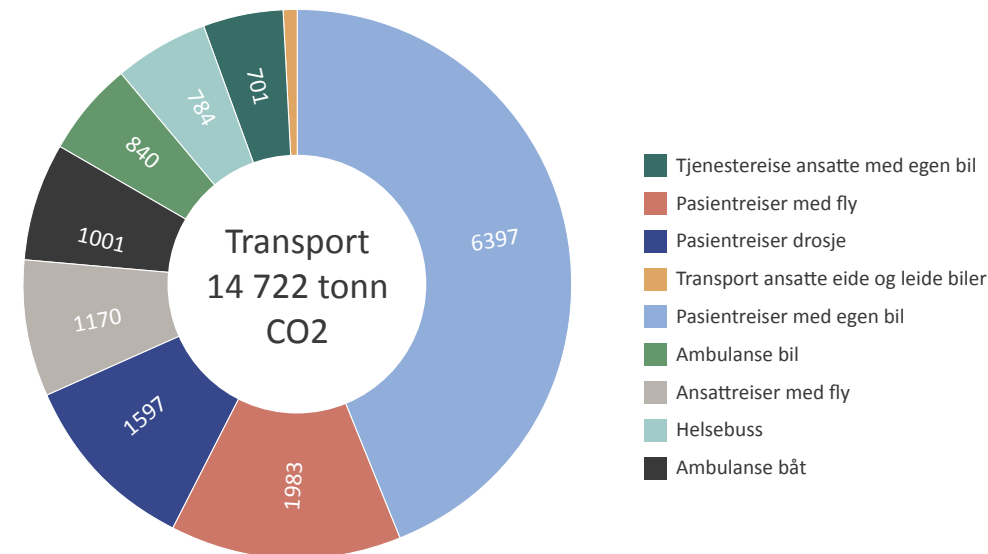
### Transport

For å bidra til å redusere direkte CO2-utslipp med 40 prosent skal tjenestereiser for ansatte med bil reduseres med 30 prosent, og tjenestereiser med fly reduseres med 40 prosent i perioden 2019-2030.

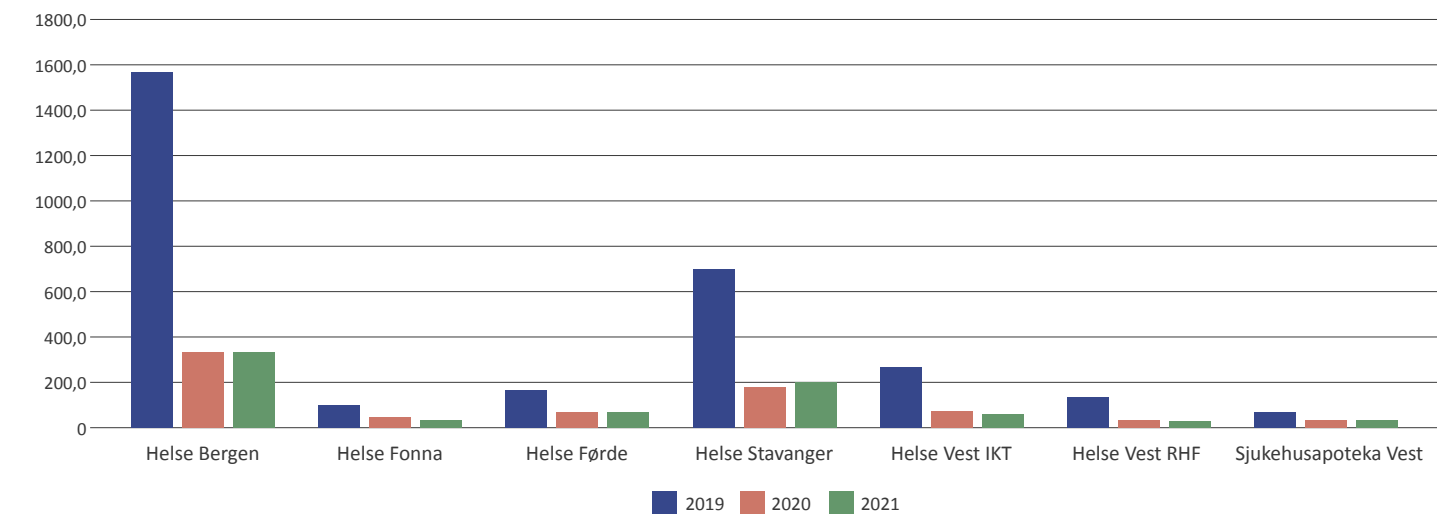
Covid-19 pandemien har bidratt til å redusere ansattes reisevirksomhet med fly med 76,5 prosent fra 2019 til 2021, se tabell for utvikling per helseforetak. Dette utgjør en reduksjon i utslipp på 2 281,4 tonn CO2 og reduserte kostnader med 35 091 191 NOK. Medarbeideres tjenestereiser med egen bil er redusert med 40 % fra 2019 til 2021, en reduksjon i utslipp på 157 tonn CO2.

Pasientreiser med egen bil er klart største kilde til transportrelaterte utslipp, over 40 %. Her var det også en reduksjon på 11 % fra 2019 til 2021. Det er ikke et mål i seg selv at pasientreiser reduseres, men det skal legges til rette for at pasienter ikke skal måtte reise flere ganger enn nødvendig til sykehuset blant annet ved at flere undersøkelser kan gjennomføres samme når det er mulig. Ambulanse utgjør litt over 20 % samlet, både ambulanse-bil og ambulanse båt. Båt benyttes særlig i Helse Stavanger og Helse Fonna sitt område, og noe i Helse Bergen.

### Tonn CO2 utslipp 2021



### Flyreiser ansatte innenlands og utenlands tonn CO2 utslipp



## REDUKSJON I FORBRUK AV ANESTESIGASSER

I pasientbehandling i norske sykehus blir anestesigassene Desfluran, Sevofluran og Isofluran brukt. De forskjellige anestesigassene bidrar til klimautslipp i ulik grad, og det er derfor positivt å se at det er en vesentlig reduksjon i bruk av Desfluran de to siste årene.

Desfluran har en betydelig høyere klimagassekvivalent enn Sevofluran og Isofluran. Sykehusinnkjøp, som er regionenes felles innkjøpsorganisasjon, har levert oversikt over innkjøp av anestesigassene per helseforetak.

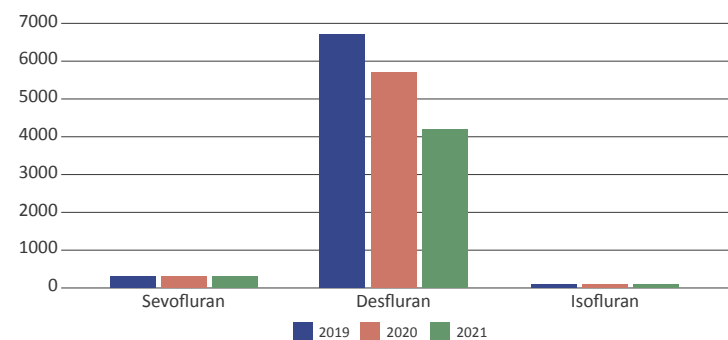
Navn	Klimagassekvivalent (GWP)	Levetid i atmosfæren (år)
Sevofluran	130	1,1
Desfluran	2 540	14
Isofluran	510	3,2

Helseforetak	Forbruk Desfluran kg		
	2019	2020	2021
<b>Helse Sør-Øst</b>			
Oslo universitetssykehus	700,39	419,81	263,7
Akershus universitetssykehus	58,38	45,02	38,7
Sykehuset Telemark	92,12	169,82	104,07
Sykehuset Østfold	151,54	113,92	48,52
Sørlandet sykehus	306,24	308	280,58
Vestre Viken	172,28	132,57	125,54
Sykehuset Innlandet	55,9	36,22	20,04
Sykehuset i Vestfold	124,47	110,05	23,56
<b>Helse Vest</b>			
Helse Bergen	4,22	2,11	0
Helse Stavanger	137,12	116,03	126,58
Helse Fonna	0	0	0
Helse Førde	29,53	12,66	10,55
<b>Helse Midt</b>			
St. Olavs Hospital	576,96	510,8	421,9
Helse Nord-Trøndelag	2,11	2,11	2,11
Helse Møre og Romsdal	106,53	72,06	58,71
<b>Helse Nord</b>			
Universitetssykehuset Nord-Norge	12,66	8,44	12,66
Finnmarkssykehuset	0	0	0
Helgelandssykehuset	21,1	21,1	10,55
Nordlandssykehuset	115,68	108,29	111,81
<b>Totalsum</b>	<b>2667,23</b>	<b>2189,01</b>	<b>1659,58</b>

Fra 2019 til 2021 har helseforetakene total redusert bruk av desfluran med 1 007 kg, dette tilsvarer utslipp av 2 557,8 tonn CO<sub>2</sub>. I samme periode er det en mindre nedgang i bruk av Isofluran og Sevofluran på til sammen 145 kg. Den totale nedgangen i bruk av anestesigasser skyldes økt bruk av «low flow anestesi», en metode som reduserer forbruk av gasser. I tillegg til reduksjon i aktivitet de to siste årene grunnet Covid-19 pandemien. Uavhengig av reduksjon i aktivitet er det flere helseforetak som har tatt aktive grep for å redusere bruk av Desfluran av miljøhensyn.

### Tonn CO2 utslipp fra anestesigasser

Tonn CO2 forbruk HF i Helse Nord, Helse Midt-Norge, Helse Vest og Helse Sør-Øst



### Sykehuset i Vestfold

Sykehuset i Vestfold har i perioden 2019 til 2021 redusert bruk av Desfluran med 82 prosent. Avdelingssjef anestesi Karl-Andre Wian ved Sykehuset i Vestfold trekker frem fire tiltak som har bidratt til redusert bruk av Desfluran.

1. Engasjere medarbeidere ved å arrangere foredrag om bruk av anestesigasser og miljøpåvirkning
2. Fortsatt høyt fokus på lav-flow og minimal-flow anestesi
3. Anestesimiljøet ved Sykehuset i Vestfold ønsket å redusere utslipp og endret praksis fra bruk av Desfluran til økt bruk av Sevofluran. Anestesimiljøet hadde fra før god erfaring med bruk av Sevofluran, som bidro til at det ble enklere å gjennomføre endringen i praksis.
4. På grunn av pandemien er det noe mindre fedmekirurgi i 2021 hvor bruk av desfluran er vanlig.

Våren 2022 skal to operasjonsstuer i gang med pilot om gassoppsamling i samarbeid med leverandøren Baxter.

### Oslo universitetssykehus

Oslo universitetssykehus har redusert bruk av Desfluran med 63 prosent fra 2019 til 2021.

- Reduksjonen skyldes i hovedsak økt oppmerksomhet blant de ansatte om klimabelastningen fra anestesigasser. Flere avdelinger har derfor byttet ut den sterke klimagassen desfluran med anestesigasser som er mindre skadelige for klimaet, slik som sevofluran, sier Ingrid Elise Hoff, overlege ved Avdeling for anestesi og intensivmedisin.



Ingrid Elise Hoff, overlege ved Avdeling for anestesi og intensivmedisin  
Foto: Oslo universitetssykehus

- Vi har også økt fokus på bruk av «low flow anestesi», en metode som i seg selv reduserer forbruk og dermed utslipp av både Desfluran og Sevofluran. Ved anskaffelse av nye anesthesiapparater ble det lagt inn hjelpemiddel for å optimalisere bruk av «low flow anestesi». På Ullevål er vi også i gang med å teste en ny teknologi sammen med Baxter AS. I piloten skal anestesigassene samles opp for å hindre utslipp og gassene skal sendes tilbake til leverandør for gjenbruk. Kun en operasjonssal har til nå deltatt i piloten og dette har ikke bidratt til reduksjonene vi ser i



Morten Høydal, anestesisykepleier ved Oslo universitetssykehus.  
Foto: Oslo universitetssykehus

desfluranforbruket, men det kan ha bidratt til økt bevissthet rundt anestesigasser og miljø. Om kort tid skal piloten utvides til fire operasjonsstuer, sier anestesisykepleier Morten Høydal ved Oslo universitetssykehus.

- Mange ansatte ved sykehuset er frustrert av alt plastavfallet, noe som er forståelig når det i dag ikke finnes løsninger for å materialgjenvinne all sykehusplasten. Da er det ekstra motiverende at det er områder, slik som anestesigasser, hvor vi kan gjøre en forskjell. Ved Oslo universitetssykehus har vi nylig satt oss klima- og miljømål for perioden 2022-2030. Når vi nå skal følge opp med egne miljømål og tiltak i klinikken er det naturlig at vi vurderer nye ambisjoner innen anestesigasser og miljø, sier Agnethe Lauritsen Østlie, miljøkoordinator og hovedverneombud i Akuttklinikken ved Oslo universitetssykehus.



Agnethe Lauritsen Østlie, miljøkoordinator og hovedverneombud i Akuttklinikken ved Oslo universitetssykehus.  
Foto: Oslo universitetssykehus

### Stavanger universitetssykehus

Stavanger universitetssykehus startet også et pilotprosjekt av gassoppsamling sammen med Baxter i 2021. Teknologien justeres og prøveoppsett uten pasient gjennomføres i februar i år. Da vil yrkeshygieniker gjøre målinger for å undersøke mulig gasslekkasje og støypromblematikk. Deretter planlegges med prøvedrift på en operasjonsstue i mars.

## MILJØ OG BÆREKRAFT HAR EN ROLLE I ALT VI GJØR

**Sammen med de andre helseregionene er Helse Nord godt i gang med jobben med å bidra til å nå både nasjonale og internasjonale miljømål. – Miljø og bærekraft har en rolle i alt vi gjør, sier administrerende direktør i Helse Nord RHF, Cecilie Daae.**



Administrerende direktør i Helse Nord RHF, Cecilie Daae.

Helsetjenesten er en stor samfunnsaktør som er nødt til å bidra for å nå verdens og Norges miljømål, som for eksempel det å være klimanøytrale og et lavutslippssamfunn. Spesialisthelsetjenesten skal ta en rolle i arbeidet med å nå Norges målsettinger innenfor klima og miljø i tiden fremover, og Helse Nord sin felles strategi for klima og miljø i foretaksgruppen, som bygger på felles nasjonale miljømål, blir et viktig verktøy i dette arbeidet.

### Stor samfunnsaktør

Helse Nord RHF har vurdert ulike alternativer til modell for miljøsertifisering, og anbefalte i juni 2020 å legge Rammeverk for miljø og bærekraft i spesialisthelsetjenesten til grunn for miljøarbeidet i Helse Nord. Det ble anbefalt å etablere et felles miljøstyringssystem inkludert miljøstrategi for foretaksgruppen. Direktørmøtet i Helse Nord ga sin tilslutning til dette i september 2020.

– Spesialisthelsetjenesten er godt i gang med miljøarbeid, både gjennom å sette egne mål, inkorporere miljøarbeid i det daglige og ikke minst gjennom et sterkt nasjonalt samarbeid. Det legges til rette for aktiviteter gjennom året som er viktige for å holde engasjementet oppe over tid. Vi har en årlig klimakonferanse, regionale møter med samarbeidsutvalget som er etablert mellom helseregionene, og webinarer. Miljø og bærekraft har en rolle i alt vi gjør nå, sier administrerende direktør i Helse Nord RHF, Cecilie Daae.

I Strategi for Helse Nord RHF er det utarbeidet et rammeverk for utvikling, hvor bærekraft ligger som en grunnleggende forutsetning for utviklingen. Bærekraft skal forstås både med tanke på klima og miljø, økonomi og ressurser/kompetanse. En reduksjon i energibruk er ett av mange eksempler på de nasjonale målene som skal nås, også i Helse Nord.

– Vi skal redusere energiforbruket med 20 % innen 2030. Tiltakene våre er et godt bidrag i riktig retning, i tillegg forhandler de fire helseregionene nå om en felles avtale om kjøp av gjenvinningskraft. Det er forventet at nasjonal avtale om elektrisk kraft fra energigjenvinningsanlegg fra 2022 vil gi en årlig tilgang på ca. 500 GWh som fordeles på de fire helseregionene. Potensielt vil dette bidra til å redusere utslipp fra energiforbruk med så mye som 40 %, sier Daae.

### Ansatte og tillitsvalgte involvert

I Oppdragsdokument 2021 ble helseforetakene gitt i oppdrag å etablere felles miljøstyringssystem for foretaksgruppen. Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN) har ledet dette arbeidet, og øvrige foretak har bidratt i prosessen. Ansatte og tillitsvalgte har også vært involvert i utvikling av strategien.

– Tillitsvalgte og verneombud er representert i det nasjonale samarbeidsutvalget for klima og miljø. I tillegg er de representert i regionale faggrupper samt gjennom egen dialogmøter for konkrete saker. Vi oppfatter at ansatte og tillitsvalgte ønsker å bidra, og opplever et stort engasjement og en stor vilje til å få på plass løsninger. Vi har faglige dialogmøter om konkrete saker og det kommer gode forslag fra tillitsvalgte i ulike fora, sier Daae.

Miljøstrategien er en del av miljøstyringssystemet og er utarbeidet med basis i de føringer som er gitt i Strategi for Helse Nord RHF 2021-2024, samt Rammeverk for miljø og bærekraft i spesialisthelsetjenesten med tilhørende miljøindikatorer.

Strategien skal gjelde for alle helseforetak i Helse Nord, og miljøarbeidet skal følges opp gjennom felles miljøstyringssystem. Regional faggruppe klima og miljø vil ha ansvar for oppfølging og revisjon av strategien og miljøstyringssystemet.

## OSLO SCIENCE CITY – STOR SATSING PÅ HELSE OG LIVSVITENSKAP

30. november 2021 ble mulighetsstudien for Oslo Science City lansert. – Denne satsingen på Oslo som kunnskapsby passer som hånd i hanske med våre planer for utviklingen av Oslo universitetssykehus, sier administrerende direktør i Helse Sør-Øst, Terje Rootwelt.



Terje Rootwelt, administrerende direktør Helse Sør-Øst RHF.

### Innovasjonsdistriktet Oslo Science City

Oslo Science City, området fra Majorstuen til Gaustad, inkludert Rikshospitalet og Radiumhospitalet, er med sine 7500 forskere og 30 000 studenter Norges mest kunnskapstette område. Dette utgjør Norges første innovasjonsdistrikt, en satsing der Oslo kommune, næringslivet, kunnskapsmiljøene og offentlig sektor samarbeider om å utvikle ny kunnskap og å ta kunnskapen i bruk.

Helse- og livsvitenskap er et av de fire feltene der man ønsker å utvikle et verdensledende kunnskapsmiljø.

De andre tre er

- Digitalisering og beregningsvitenskap
- Klima, energi og miljø (inkl. mobilitet)
- Demokrati og inkludering

### Viktige prosjekter i samarbeidet

– Nye Rikshospitalet og Radiumhospitalet er våre største prosjekter i dette samarbeidet. Solide fagmiljøer på tvers av tradisjonelle disipliner er avgjørende også for å utvikle et godt pasienttilbud, sier Rootwelt. I tillegg skal Klinikk for laboratoriemedisin ved OUS inn i Livsvitenskapsbygget sammen med Universitetet i Oslo. Det gir fantastiske muligheter for forskningsaktiviteter på tvers av organisasjonene.

Mulighetsstudien viser hvordan man kan legge fysisk til rette for at målene for Oslo Science City kan realiseres.



Livsvitenskapsbygget  
Foto: Statsbygg



## HELHETLIGE TEAM GJØR HVERDAGEN BEDRE FOR PASIENTENE

**Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN) har de siste årene gått i spissen med etablering av pasientsentrerte helsetjenestetteam (PSHT) i samarbeid med kommunene. Nå er ordningen også innført i Narvik, med mål om å jobbe helhetlig og forebyggende rundt pasienter med mange samtidige diagnoser.**

– Vår jobb er å møte mennesker som har mange plager, og forsøke å gjøre hverdagen bedre over tid for dem, oppsummerer Brita Jørgensen.

Hun er enhetsleder for PSHT Narvik som er en satsing ved UNN, rettet mot pasienter som ofte trenger hjelp fra sykehuset. PSHT Narvik er et tverrfaglig team bestående av lege, sykepleiere, farmasøyt, fysioterapeut, ergoterapeut og helsesekretær. Disse koordinerer behandling og oppfølging ved hjelp av et pasientsentrert, helhetlig og forebyggende fokus. Teamet ble formelt etablert 4. januar i år, og har allerede rukket å spare samfunnet for store kostnader – og pasienter for mye lidelse.

### Akutt syk 60 ganger på ett år

La oss ta et konkret eksempel: En pasient ble i løpet av ett år fraktet akutt til UNN Narvik med ambulanse 60 ganger! I snitt mer enn en gang i uka, og alltid med de samme symptomene; akutte brystmerter. Hver gang ble pasienten sendt hjem igjen etter å ha fått avkreftet mistanken om hjertesykdom enten etter kun å ha vært på akuttmottaket, eller etter å ha ligget i kort tid til observasjon på sykehuset.

PSHT fikk pasienten henvist og klarte gjennom samtaler med pasient og pårørende, fastlege og andre samarbeidspartnere å finne gode løsninger slik at pasienten fant andre måter å håndtere sin hverdag og akutte smerter på.

Resultatet var en drastisk nedgang i akutte innleggelse, en bedre hverdag for pasienten og pårørende, samt et tettere samarbeid mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten.

– Vi ser ikke kun pasienter i sykehuskjorta, men møter de også på hjemmebane hvor de selv er sjef. Dermed fanger vi enkelt forklart lettere opp både hva som er i toppen og hva som er i kroppen, sier sykepleier og koordinator Gunn Thomassen ved PSHT Narvik med et smil.



*Det pasientsentrerte helsetjenestetteamet i Narvik jobber godt og strukturert sammen. Her holder fysioterapeut Mona Carlsson i regien på tavla.  
Foto: Rune Stoltz Bertinussen, Krysspress*

### 10 prosent bruker 66 prosent av ressursene

Skrøpelige pasienter – gjerne eldre – med mange samtidige diagnoser, klarer ofte ikke å komme seg til lege så hyppig som de egentlig trenger det, og havner litt på siden av «systemet». Med bakgrunn i dette er det stadig pasienter som blir innlagt akutt fordi de ikke får tilstrekkelig hjelp.

Manglende samhandling mellom helsetjenestenivå og fagprofesjoner, gjør at man sjelden leter etter de underliggende årsakene til problemet. I verste fall påfører «systemet» pasienten økte helseplager.

### 43 prosent flere overlever

Å måtte bli alvorlig syk for å få riktig helsehjelp, er selvsagt en stor belastning, og hvis ikke helsetjenesten finner den egentlige årsaken til problemet vil pasienten stadig utsettes for slik belastning. Forskning på PSHT ved UNN fra 2020, viser at pasienter som mottok en pasientsentrert helsetjeneste hadde 43 prosent større sjanse til å overleve, sammenliknet med de som mottok vanlig helsetjeneste.

Siden da har UNN jobbet for å få etablert egne team rundt de som betegnes som «storbrukere» av helsetjenesten, det vil si skrøpelige eldre, kronikere (både barn og voksne) og alvorlig syke pasienter innen Psykisk helse og rus.

Oppfølgingen av hver pasient kan variere fra et par dager til flere uker, avhengig av hvor omfattende problemstillingen er. Totalt beregner de å ha 250 pasienter hvert år.



*Her er det meste av PSHT Narvik samlet ved teamtavla. Fra venstre enhetsleder Brita Jørgensen (sykepleier), fysioterapeut Mona Carlsson, spesialsykepleier Linda Elisabeth Strøm, helsesekretær Tone Westgård Rustad, koordinator i koordinerende enhet og i Stormottakerprosjektet ved UNN, Grete Solvang og sykepleier og koordinator Gunn Thomassen. I tillegg deltar farmasøyt Anna Lillefloth, lege Solfrid Fossli og ergoterapeut Ingvild Ravn Ryan i PSHT.  
Foto: Rune Stoltz Bertinussen, Krysspress*

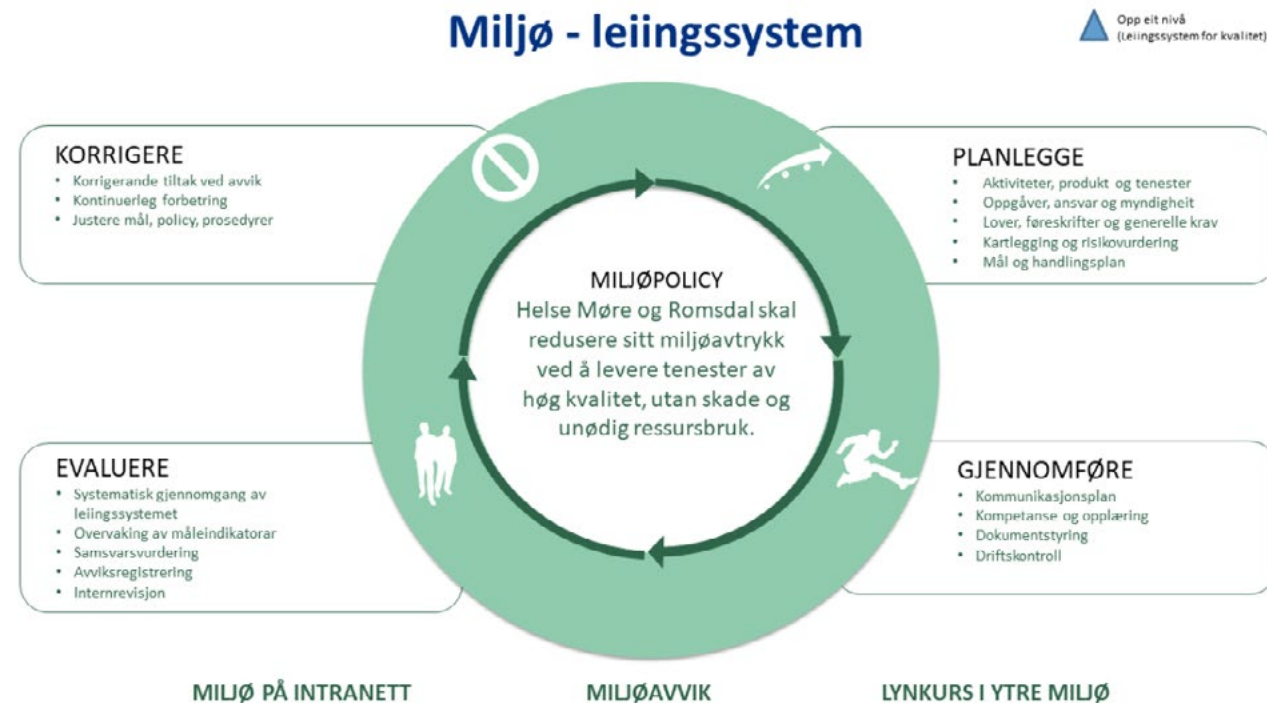
– Målet er å bidra til at pasienter slipper/reducerer akutte innleggelse, raskere forverring av kronisk sykdom og mulighet til å klare seg selv lengst mulig – å gi enkeltindividet bedre kontroll på egen hverdag. For de med mange samtidige diagnoser kan små symptomer fort utvikle seg til en omfattende og kritisk situasjon, sier enhetslederen.

Bedre pasientforløp reduserer utslipp fra transport og unødige undersøkelser/forbruksmateriell/legemidler. Som er i tråd med Helse Nord's delstrategi for klima og miljø.

## PASIENTEN I SENTRUM FOR ARBEID MED MILJØ

Pasientbehandlingen gir det største miljøfotavtrykket fra sykehusdriften og er derfor i sentrum for arbeid med klima og miljø i Helse Møre og Romsdal. For den enkelte ansatte i virksomheten kan ytre miljø virke komplekst og fjernt i en hverdag med fokus på pasientbehandling. Ved å knyttet miljø tettere opp mot pasientbehandling vil det føre til bedre etterlevelse av klinikerne som lettere kan relatere seg til miljøstyringen vår.

Miljøsaingen skal være en integrert del av kvalitetsarbeidet og av det lovpålagte arbeidet med helse, miljø og trygghet. Arbeidet er underlagt samme system for dokumentasjon, revisjoner og avvikshåndtering.



Miljøportalen i EQS, Helse Møre og Romsdals meldesystem, systematiserer all dokumentasjon som omhandler ytre miljø og er satt i sammenheng med Leiingssystemet for kvalitet og legemiddelhandtering – leiingssystem. Disse til sammen er det styringssystemet og aktivitetene våre er lagt opp etter planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere.

## Miljøavtrykk i spesialisthelsetjenesten

Med utgangspunkt i pasientbehandling så er det disse områdene som påvirker miljøavtrykket i Helse Møre og Romsdal:

- Infeksjonar
- Unødig ressursbruk
- Mat
- Avfall
- Pasientskader
- Reoperasjonar
- Reinnleggingar
- Legemidler
- Transport

For eksempel kan en uønsket hendelse som pasientskade føre med seg økt ressursbruk som forlenger liggetid, økt forbruk av utstyr, mat, legemiddel, re-innleggelse og re-operasjoner. Ved å sikre rett behandling første gang, kan helseforetaket forebygge unødig energiforbruk og klimagassutslipp.

Helse Møre og Romsdal skal redusere sitt miljøavtrykk ved å levere tjenester av høy kvalitet, uten skade og unødig ressursbruk. Som foretak er vi bevisst vårt klimafotavtrykk og gjennom stadige forbedringer skal vi forebygge og redusere miljøskadene som virksomheten vår fører med seg. For å lykkes med det må vi ha oversikt over de utfordringer og muligheter vi har som foretak, og følger de eksterne og interne krav som stilles til oss. Slik sikrer vi høy kvalitet i pasientbehandlingen og samtidig reduserer vi miljøavtrykket vårt, der det er mulig.

Med utgangspunkt i kartleggingen er det definert konkrete tiltak som skal bidra til forbedring, og til å synliggjøre foretakets samlede miljøinnsats. Hensikten er å øke forankringen av miljøarbeidet blant de ansatte og samarbeidsparter. Tiltakene knyttes tydelig opp mot pasientbehandling, for å øke motivasjon og faglig forankring.



## GRØNN MÅNED VED MEDISINSK AVDELING ÅLESUND

I mai 2021 ble det gjennomført grønn måned ved Medisinsk avdeling Ålesund sykehus. Formålet var å skape miljøbevissthet - ikke ved å innføre nye oppgaver, men ved å gjøre det vi allerede gjør på en mer miljøvennlig måte. Ved å skape refleksjon rundt hva ytre miljø er, hvordan vår drift påvirker miljøet, og hva som er målene våre i Helse Møre og Romsdal, klinikken, avdelinga og seksjonene. Ytre miljø skulle i løpet av grønn måned være fast tema på møter og på pauserommene. I forkant ble personalet oppfordret til å velge fokusområder og melde inn tiltak knyttet til ytre miljø. Det ble satt av tid til refleksjon rundt arbeidsvaner og hva som skulle til for å gjøre "miljøvennlighet" gjennomførbart. Mål og aktiviteter ble lagt ut på intranett.

Vi ønsket å skape motivasjon og engasjement hos alle utover det å ta e-læring "Ytre miljø". For å lage litt ekstra blest, lovet ledergruppen premiering, og konkurransen var i gang! I tillegg valgte avdelingsråd å se på resultatene til utvalgte mål fra Helse Møre og Romsdals handlingsplan for ytre miljø.

Seksjonene gjennomførte tiltak som å redusere matsvinn og strømforbruk, forenkle kildesortering, "Hva skal i meg?"-plakater, daglig vurdering av innleggelse og seponering av kateter, synliggjøre antibiotika bruk på tavle, markering av bredspektret antibiotika på medisinrom, øke andel møter på Teams, øke andel videokonsultasjoner, holde standardtider for pakkeforløp m.m.

- Andel gjennomførte e-læringskurs økte fra 65% til 73% i avdelingen, og flere enheter nådde 100% måloppnåelse med gjennomførte e-lærings kurs
- Antall videokonsultasjoner økte fra 100 i april til 124 ila mai totalt i avdelingen
- Fokus på bevisstgjøring om viktigheten av å holde liggetider og behandlingstid for kreftpakkeforløp innenfor nasjonal standard, sett fra et miljøperspektiv



All emballasje blir sortert: Sorteringsstasjoner finnes ved hvert arbeidsområde. Kort avstand er avgjørende for suksess.



De flotte resultatene ble premiert med is og kake til personalet.

Grønn måned er lagt inn i avdelingens årshjul og gjennomføres også i 2022.

## REVISJONER PÅ TVERS AV SYKEHUSAPOTEKENE

Sykehusapotekene i Midt-Norge HF og Sjukehusapoteka Vest HF har i 2021 samarbeidet om å revidere hverandres ledelsessystem for miljø opp mot miljøstandard ISO 14001:2015.

Hensikten med samarbeidet var å få en annen synsvinkel på etablerte systemer og prosesser for miljø fra et tilsvarende helseforetak, samt identifisere og dele tips og gode løsninger på tvers av foretakene. I tillegg har samarbeidet vært et forberedende arbeid i vurderingen av helseforetakenes videreføring av miljøsertifisering opp mot ISO 14001:2015. Revisjonene ble gjennomført digitalt og var avgrenset til foretaksadministrasjonen. Funn fra revisjonene ble fulgt opp internt iht. foretakets prosedyrer for internrevisjon.

Partene var enig i at samarbeidet fungerte bra og at revisjonene har gitt merverdi i form av å korrigere manglende etterlevelse av prosesser, økt fokus på miljøindikatorer og forbedringer/endringer av eksisterende prosesser. Hensikten med samarbeidet om læring på tvers av helseforetakene ble oppnådd og gav i tillegg mer konkrete resultater enn oppfølgingsrevisjoner utført av eksterne samme år. Samarbeidet kan med fordel også benyttes på andre fagområder.

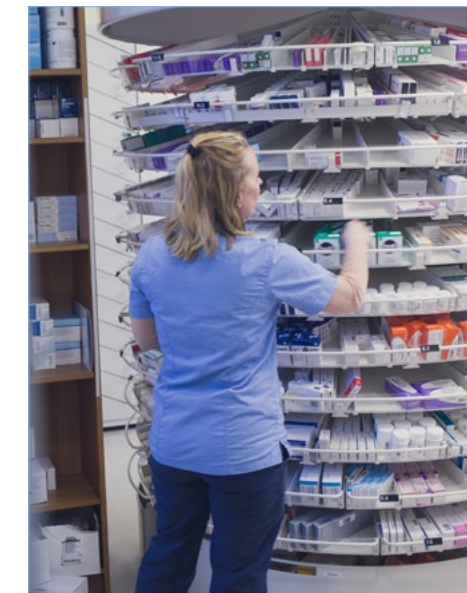
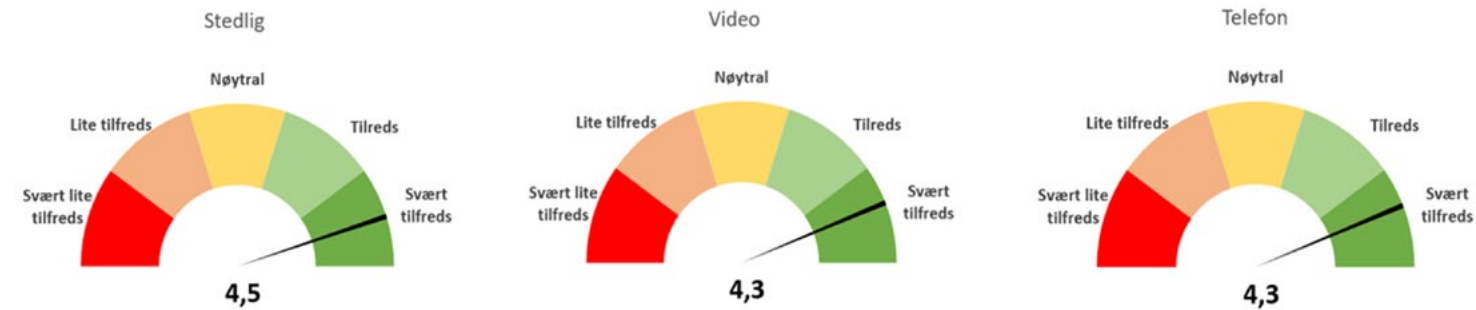


Foto: Kyrre Lien

## PASIENTANE ER GODT FORNØGD MED TELEFON- OG VIDEOKONSULTASJONAR

98% av pasientane som har gjort videokonsultasjon hos Helse Møre og Romsdal gjer det gjerne igjen. Det viktigaste argumentet for pasientane var å unngå reisetida.

Alt i alt, hvor godt fornøyd er du med konsultasjonen?



Undersøkinga viser at pasientane er svært tilfreds med både stedlige og digitale polikliniske konsultasjonar.

Helse Møre og Romsdal har nyleg gjort ei spørreundersøking til 3.000 pasientar som har vore til poliklinisk konsultasjon hos helseforetaket. Målet med undersøkinga var å evaluere dei polikliniske konsultasjonane. – Undersøkinga syner at videokonsultasjonar er godt likt av pasientane. 98% av dei som gjennomførte ein videokonsultasjon vil føretrekkje videokonsultasjon også om konsultasjonen skulle gjennomførast på nytt, seier innovasjonsrådgivar Christer Jensen i Helse Møre og Romsdal.

Jensen fortel vidare at nær halvparten av pasientane svarar at grunnen til at dei valgte videokonsultasjon var for å unngå unødig reisetid. Dei tok også fram at dei ikkje miste arbeids- eller skuletid. Pasientane som valgte telefonkonsultasjonar er generelt noko eldre enn dei som valgte videokonsultasjonar, men også her syner svara at mange velger dette for å unngå unøydige reiser og tap av arbeids- eller skuletid.

Av dei pasientane som møtte til ein fysisk konsultasjon, så svarte 7% at dei sjølve føretrakk fysisk oppmøte sjølv om det ikkje var naudsynt.

Vidare svarte 5% at fysisk konsultasjon burde vore erstatta med til dømes video, telefon eller skriftleg digital kontakt. – Pandemien har medført stor bruk av digitale konsultasjonar, men fortsatt svarar over 27% av pasientane at dei ikkje kjenner til at Helse Møre og Romsdal har tilbod om telefon- og videokonsultasjonar, opplyser innovasjonsrådgivar Jensen.

Jensen legg til at det er gledeleg å sjå at pasientane er svært nøgd både med dei fysiske og dei digitale konsultasjonane. På ein skala fra 1 til 5 scorar pasientane 4.5 på fysiske konsultasjonar og 4.3 på video- og telefonkonsultasjonar.

### Andel telefon- og videokonsultasjonar 2021

Helse Nord: 12,2 %	Helse Sør-Øst: 13,5 %
Helse Midt-Norge: 14,5 %	Helse Vest: 11,1 %

## FJERNSTYRING AV MR I NORDLANDSSYKEHUSET

Dagens utvikling innen bildedannende utstyr muliggjør diagnostisering av alvorlige sykdommer og tilstander tidlig i forløpet. Samtidig stiller utviklingen også krav til kompetanse hos radiograf. Bygging av kompetanse i en hektisk hverdag kombinert med et nærmest umettelig behov for bildediagnostikk i ulike pasientforløp er utfordrende, særlig innenfor MR.

Virtuell Cockpit for CT er tatt i bruk ved Universitetssykehuset Nord-Norge, men Nordlandssykehuset er først i Norge til å ta i bruk Virtuell Cockpit innenfor MR. Dette verktøyet tillater radiograf i Bodø å fjerne MR-maskinen som er plassert ved Nordlandssykehuset Gravdal slik at undersøkelser kan utføres som et samarbeid mellom radiograf i Bodø og Lofoten. Dette muliggjør at pasientene kan få utført MR-undersøkelser i sitt nærrområde som de tidligere har måtte reist til Bodø for å gjennomføre.



Foto: Frida Bringslimark

Bruken av Virtuell Cockpit bidrar også til kompetanseutvikling innad i Bildediagnostisk avdeling. I tillegg sikrer løsningen at undersøkelser innenfor MR kan utføres selv om radiograf med MR-kompetanse i Lofoten skulle bli fraværende av ulike årsaker. Særlig det sistnevnte aspektet er viktig i en tid hvor pandemi har vist oss hvor sårbare vi egentlig er.

Det er alltid utfordrende å skulle spå framtiden. Men basert på den kunnskapen vi har i dag om de teknologiske innovasjonene som kommer ser man for seg at digitale løsninger som for eksempel Virtuell Cockpit kommer til å bli en del av den daglige virksomheten sier Line Horn Sivertsen, avdelingsleder Bildediagnostisk avdeling ved Nordlandssykehuset HF.

### Videosamtale med AMK

Fra 7.april til 1.november har det vært gjennomført ca. 1340 video-gjennomganger ved AMK i Vestre Viken. Estimert utgjør disse ca. 6 prosent av 113-samtalene i samme periode. Løsningen er nå tatt i bruk ved alle AMK-sentraler i Helse Sør-Øst og Legevakt Drammen. Den skal breddes til AMK-sentraler nasjonalt i 2022 med Helsetjenestens driftsorganisasjon for nødnett som tjenestetilbyder

#### To minutter videosamtale kan:

- spare en pasient for unødvendig ambulansetransport
- avlaste legevakt og spare en pasient fra å sitte i mange timer i kø på legevakt
- spare ressursene for unødig utrykning
- tilføre mer beredskapstid for hele tjenesten

Videosamtale gir dermed en gevinst for pasienten, helsetjenesten og miljøet ved reduserte utslipp fra transport.

Vil du vite mer? Følg denne lenken: [Videosamtale med AMK - YouTube](#)

## BÆREKRAFTIG OG ØKOLOGISK MAT

DNKS Olaviken alderspsykiatrisk sykehus serverer årlig rundt 62.000 måltider til pasienter og ansatte. Kjøkkenet startet høsten 2019 prosjektet «Bærekraftig og økologisk mat».

Et av målene var å oppnå Debio (garantisten for at varer med godkjenningsmerker er produsert på en økologisk og bærekraftig måte) valørmerke i sølv innen utgangen av 2020, der kravet er mellom 50-89% av innkjøp/matvarer skal være økologiske.

Samtidig ble det satt mål om å redusere kjøttforbruket og øke fiskemåltider – noe som er i tråd med FN's bærekraftsmål.

Som første sykehus i Norge oppnådde NKS Olavikens kjøkken Debios valørmerke i sølv (50,3% økologiske varer). Ved revisjon i 2021 ble sølvmerket fornyet, denne gang med en økologisk vareandel på 54,4%.

I dag tilbyr kjøkkenet kjøttfrie menyer to dager i uken. Pasientene får nytte godt av kjøkkenets plantebaserte produkter og retter, som lasagne, moussaka, pasta bolognese og ikke minst kjøttfrie karbonadesmørbrød – her benyttes utelukkende plantebaserte råvarer.

Kjøkkenet reduserte forbruk av rødt kjøtt med 40 prosent fra 2020 til 2021 og kylling og fjørfe ble redusert med 50 prosent i samme periode.

NKS Olaviken er stolte av arbeidet med bærekraftig og økologisk mat som et bidrag til spesialisthelsetjenestens innsats på miljø og bærekraft.



Ronny og Katrine

## MATAVFALLET REDUSERT MED 39 PROSENT

**Med kloke miljøtiltak har Vestre Viken HF redusert matavfallet, og dermed også matsvinnet på sykehusene, med hele 39 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 virkelig resultater.

Fra 2019 til 2020 klarte helseforetaket å redusere matsvinnet med nesten 50.000 kg, og miljødelmålet for 2021 var å beholde samme nivå på mengden matavfall.

Nå som status er gjort opp for 2021, viser tallene at Vestre Viken har redusert matavfallet med hele 74.000 kg på to år – en reduksjon på 39 prosent.

Jane Ø. Bråthen, avdelingssjef for matforsyningen i Vestre Viken, forteller at etter en gjennomgang med andre sykehus fordeler svinnekategoriene seg på følgende måte:

Lagringssvinn (4%), produksjonssvinn (13%), bestillingssvinn (33%) og tallerkensvinn (50%).

Videre viste en kartlegging av bestillingssystemene i Vestre Viken flere ulikheter og at det var av stor betydning om rett mat kom fram til rett pasient.

### Mange tiltak

Endrede serveringsmetoder, som 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 er iverksatt for å få ned matsvinnet.

Det foretas nå systematiske målinger av antall middager bestilt opp mot antall inneliggende pasienter hver måned. Tre ganger pr. år telles antall middager bestilt/antall middager servertog to ganger pr. år registrerer postkjøkken/produksjonskjøkken/kantinekjøkken hva som kastes og hvorfor.

Ringerike sykehus har også i lenge tid ført kostlister i DIPS. Øvrige sykehus innfører samme praksis i 2022 i forbindelse med endret måltidsrytme.

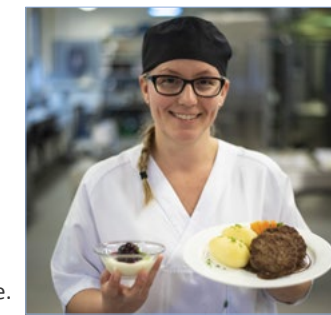
Nå henter matverter på postkjøkken og kokker i produksjonen selv ut kostlister i DIPS, etter at det ble gjort en sikkerhetsvurdering og søkt det regionale helseforetaket om tilgang. Kjøkkenpersonalet har kun tilgang til kostlister i DIPS.

Resultatene ved bruk av kostlister i DIPS for å bestille riktig mengde mat på Ringerike sykehus viser at:

- Produksjonen av antall middager er redusert med ca. 20 % i løpet av to år. Utgjør ca. 5.000 middager.
- Råvarekostnaden er redusert med ca. kr. 150.000.
- Det produseres gjennomsnittlig 6% færre middager daglig.
- Matsvinnet er mindre enn ved de andre sykehusene i Vestre Viken.

### Viktig for pasientsikkerheten

– Riktig mat til riktig pasient handler om kvalitet på tilbudet til pasienten og i ytterste konsekvens om pasientsikkerhet. Ernæring er ett av flere fokusområder som er dokumentert viktig for pasientsikkerheten. Ved bruk av kostlister i DIPS, får kjøkkenpersonell direkte informasjon i nåtid om hvilken kost-type akkurat denne pasienten skal ha. Det kan være pasienter som har behov for mat med tilpasset konsistens eller melkeproteinfri kost, og det registreres også kost for de som skal ha normalkost. Dermed har de et godt utgangspunkt for produksjon og utlevering av riktig mat til riktig person. De kan dermed også kommunisere med helsepersonell dersom pasienten av en eller annen grunn ikke har fått måltidet sitt. Dette er viktig for videre oppfølging av pasienten, sier Hilde E. Bråten, fagsjef helsefag ved Ringerike sykehus.



Kokk Yvonne Jøranli lager deilig mat til pasientene på Ringerike sykehus.

## OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS ANDELSLANDBRUK

**Grønnsakhagen ved Oslo universitetssykehus (OUS) er blitt et positivt innslag for ansatte, pasienter og pårørende, i samarbeid med barne- og ungdomsklinikken og Sykehuskolen.**

Prosjektet er et samarbeid mellom U-Reist og Oslo universitetssykehus og gjennomføres som et toårig pilotprosjekt med mulighet for forlengelse. Tomten ligger nord for Rikshospitalet. Andelslandbruket organiseres og driftes av U-Reist og alle andelene eies av ansatte ved OUS.



*Turid Rolfsen Ask (intensivsykepleier ved hjertemedisinskavdeling) og Rune Ask (tidligere jobbet på Ullevål) trives godt her. Det er fint å plante sin egen mat.*

### Hvordan er det å grave og rydde i jorda?

– Jeg har ikke noe erfaring med dette fra før, så derfor er ble vi veldig interessert når tilbudet ble lagt ut til ansatte i OUS. Vi er imponert over hvor mye vi har fått til å gro her, for det var ingenting her når vi begynte. Bare et tomt jorde. Nå er det ekstra gøy når vi får en høstemelding hver uke, da er det bare å komme og høste vår egen andel. Det er stas.

– Her treffer jeg også tidligere kolleger og vi snakker sammen over radene. U-reist som driver dette her og sender ut informasjon på mail. Og så har vi en facebookgruppe i tillegg.

Rolf forteller at de er opptatt av å produsere helsebringende mat og spesielt forebyggende hjertemedisin og da er plantebasert mat veldig viktig. Vi er opptatt av å spise mest mulig grønt og andre slags farger, vi vil ha mest mulig sunne matsorter.

### Møt ansatte i U-reist

Hans Petter Røste Olsen i U-reist kan fortelle at det har fungert bra i år. Men at de nå jobber med å lage nytt land pga en kabelgate som går under hagen. Vi kan ikke kjøre med traktor her nå, kun jobbe med håndredskaper. Det er mye mer tungt og langtekkelig arbeid her når vi ikke kan bruke traktor.

Han synes området er godt egnet. Det er blitt veldig fint her, stille og fredelig. Det går også en koselig bekk forbi her. Området er tilbaketrukket og stille. På grunn av utbygging av nye sykehus var det ikke lett å finne et egnet område. Vi er veldig fornøyd og håper vi kan være her i lang tid fremover. Vi har mange planer og drømmer for fremtiden her.



*Ewa Stewart Simonse og Hans Petter Røste Olsen viser stolt frem den fruktbare åkernen de har klart å skape for OUS i år.*

### Sykehuskolen benytter seg av området

Vi tok en prat med Pia Neegaard som er lærer på Sykehuskolen. Hun forteller at skolen har vært på besøk flere ganger og at elevene synes det er gøy å være her.

– En av jentene på 9 år synes det var fint å plukke blomster. Det var stas å smake sukkererter rett fra åkeren. Hun oppdaget for første gang at gulrøtter kommer i ulike størrelser og fasonger. Barna ble overveldet av å oppdage hvor mange grønnsaker som vokser her på jordet. Pia forteller at de overraskende ropte: – Å se der er purre og løk. Tenk at vi kan høste gul- og rød løk. Oi se der. Wow så fantastisk. Det er så deilig å se at ting vokser her. Her i egen grønnsakhage har vi sett potetene vokse, det var gøy. I denne vakre oasen har barna ved sykehuskolens kost seg og hatt stor glede av prosjektet.



Vi har også fått på plass noen bikuber her oppe og er spent på hvor mye honning biene våre har produsert i år sier Nina Due prosjektleder og ansvarlig for miljø ved OUS.



*Alle foto: Oslo universitetssykehus*

## MIKROPLAST I AVLØPSVANNET

Helse Bergen i samarbeid med Norwegian Research Center (NORCE) og Bergen næringsråd ble tildelt midler fra Handelens Miljøfond til å måle mikroplast i avløpsvannet fra vaskeriet på Haukeland universitetssjukehus.

Det ble tatt prøver fra avløpsvannet fra vask av ulike tekstiler. Spesielt interessant var resultatene om at det er en klar indikasjon på at uniformer med 50/50 polyester/bomull avgir mer partikler (mikroplast og cellulose) per liter vann, enn uniformer av 50/50/ polyester/lyocell.

Innkjøp av uniformer med polyester/lyocell ble gjort for å undersøke forskjell i holdbarhet og komfort. Resultatene viser at polyester/lyocell uniformer slipper ut mindre partikler og at de dermed kan vaskes flere ganger før de må kasseres. At disse uniformen har lenger holdbarhet og mindre mikroplastutslipp er viktig informasjon når en skal kjøpe inn nye tekstiler som f.eks. uniformer.



Før analysene ble gjennomført hadde vaskeriet på Haukeland gjort tiltak for å redusere slitasje på tekstiler under vaskeprosessen. Vasketemperaturen ble redusert og pH ble holdt konstant gjennom prosessen. Sammenlignende studier gjort ved vaskerier i Sverige viser at det er et mindre utslipp av mikroplast og andre partikler fra vaskeriet på Haukeland som kan være et resultat av de tiltakene som er iverksatt.

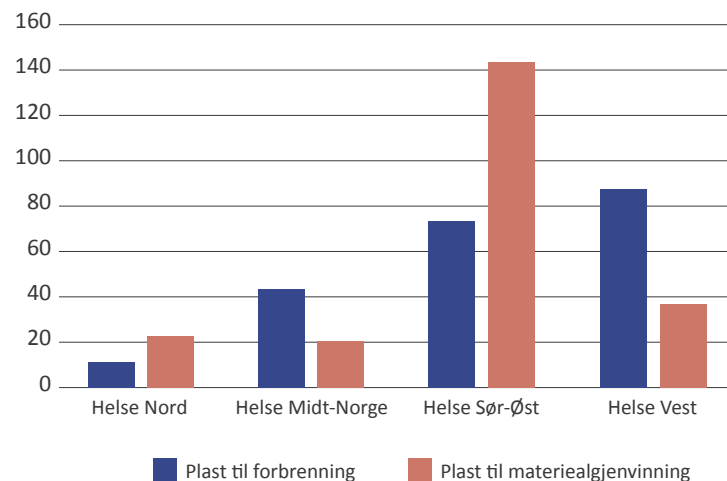
Å begrense mikroplastutslipp fra vask av tekstiler er viktig fordi partiklene kan ha et direkte utslipp til havet. Alle industrielle vaskerier kan også gjennomføre tiltak mot mikroplastutslipp som vil monne, på grunn av høye volumer som vaskes årlig. I tillegg til valg av type tekstil kan tiltakene som allerede er blitt innført ved vaskeriet på Haukeland for å redusere slitasje på tekstilene se ut til å ha hatt en positiv effekt.

Resultatene fra prosjektet vil kunne styrke Helse Bergens miljømål om å redusere utslipp til jord, luft og vann. Helsevesenet er en sektor som har høy frekvens av tekstilvask, og dertil en høy utskiftning av tekstiler.

Vurderinger av konsekvenser for hygiene, komfort, miljø og økonomi kan understøttes av kunnskap om materialenes slitasjegrad og utslipp, som denne studien bidrar til. Endring i innkjøp vil kunne redusere miljø- og klimapåvirkningen, samt redusere forbruk av naturressurser. Ekstern kommunikasjon av disse resultatene vil kunne styrke miljømålene også i andre kommuner enn Bergen, og formidling av resultatene vil kunne øke miljøbevisstheten.



### Tonn plastavfall 2021



## RETUR AV KJØLEELEMENTER

Det hele startet med et spørsmål fra laboratorieklinikken ved Oslo universitetssykehus: – Kan kjøleelementene gjenbrukes? – Ja, det kan de, svarte leverandør BioNordika, og slik startet gjenbrukprosjektet for Oslo universitetssykehus og Akershus universitetssykehus.

– Da leder for ytre miljø ved Oslo universitetssykehus (OUS), Nina Due, fortalte at de samler inn kjøleelementer og at BioNordika henter dem for å gjenbruke dem, ville vi prøve å få til det samme, forteller miljøkoordinator ved Akershus universitetssykehus (Ahus), Trine Chr. Helgerud

BioNordika leverer produkter til forskning og diagnostikk til spesialhelsetjenesten, og er godkjent som Miljøfyrtårn. I forlengelsen av dette arbeidet oppfordrer de kundene sine til å samle på kjøleelementer og isoporesker, og ta kontakt for opphenting.



Mythili Manoharan er seksjonsleder på blodbanken ved Ahus og forteller at de sparer på både store og små kjøleelementer.

– De store kjøleelementene samler vi opp i et skap, og etter hvert i blanke poser som plasseres i avfallsbur sammen med annet avfall, som skal til miljøsentralen. Det er jo behov for litt lagringsplass, men på denne måten sparer vi bruk av plast og det blir mindre restavfall, forklarer Manoharan.

De små kjøleelementene bruker blodbanken når blod og andre kjølevarer sendes internt og eksternt.

### Utnytter avfallet

På miljøsentralen ved Ahus blir avfallet sortert i ulike fraksjoner, og gjort klar for at gjenvinningsleverandøren kan hente det. Avfallet blir videre utnyttet til materialgjenvinning og varmegjenvinning.

Tomas Darling er seksjonsleder på miljøsentralen og forteller at etter at de startet å veie mengden innkommende kjøleelementer i sommer, har de returnert om lag 10-15 kg i måneden til BioNordika.



Tomas Leif Darling

– Men, det er flere seksjoner som ikke har kommet i gang med å samle inn og returnere kjøleelementer, så her er det behov for mer informasjon i prosedyrer og på intranettet. Og, hvis noen trenger kjøleelementer, kan de henvende seg til miljøsentralen og få elementer utlevert, sier Darling.

## 100 prosent gjenbruk

Trude Strand er teamleder for logistikk & kundeservice i BioNordika og forteller at de gjennom flere år har hatt fokus på gjenbruk.

– Vi gjenbraker pappesker, isoporesker og kjøleelementer så langt det lar seg gjøre, og har stor tro på at dette gir en god miljøeffekt, sier Strand. Hvis vi en gang i fremtiden endrer til å benytte intern budtjeneste, kan kjøleelementene tas i retur samtidig med at varene leveres. BioNordika får i gjennomsnitt 30 kg kjølelementer i retur hver uke. I tillegg ca. 10 små- og mellomstore isoporesker.



– Dette er da fra alle kundene våre, og denne ordningen resulterer i at alle kjøleelementene vi nå bruker i våre sendinger er gjenbrukte, forklarer hun.

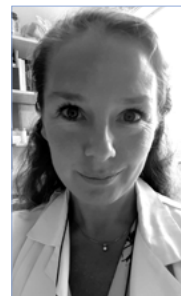
Miljøkoordinator Trine Chr. Helgerud ved Ahus påpeker at ikke alle leverandører er like opptatte av å finne miljøvennlige løsninger.

– Da må helseforetakene gå sammen og be Sykehusinnkjøp om å etablere returordninger i avtalene som inngås, avslutter Helgerud.

## Kun en liten dråpe i havet

Avdeling for immunologi- og transfusjonsmedisin er en av avdelingene ved Oslo universitetssykehus (OUS) som benytter returordningen.

– Vi ønsker å gjenbruke mest mulig og returnerer i dag små isoporbokser og noen typer kjølelementer. Vi er veldig glad for at kjøleelementene kan brukes om igjen men dette er kun en liten dråpe i havet av resirkuleringspotensialet her på sykehuset. Jeg tror det er et større potensial for gjenvinning i hele sykehuset og håper flere avdelinger er klar over at kjøleelementer og noen typer isopor kan sirkuleres og brukes om igjen mange ganger i stedet for å havne i avfallsdunken, sier lederassistent Charlotte Begby ved OUS.



Charlotte Begby, OUS

## FELLES NORDISKE EMBALLASJEKRITEIER

**Det er utarbeidet felles nordiske emballasjekriterier. Formålet med kriteriene er at oppdragsgivere i offentlig sektor skal kunne definere spesifikke kriterier som er relevant for sin anskaffelse. Når nordiske oppdragsgiver stiller like krav, vil det sikre forutberegnelighet og konsistens overfor leverandørmarkedet. Slik vil markedet påvirkes til å utarbeide mer miljøvennlige emballasje.**

Prosjektet har blitt ledet av Region Midtjylland i Danmark. Før det endelige forslaget av kriterier ble konkludert på ble det gjennomført høringer både blant industrielle aktører, Medtech Europe, Grønt punkt Norge, Emballasjeforeningen og Direktoratet for økonomi og forvaltning (DFØ).

Emballasjekriteriene er utarbeidet med mål om å:

1. Redusere avfall
2. Designe for resirkulering
3. Bruk av resirkulert og bærekraftige materialer



Prosjektet var i første omgang tiltenkt helseprodukter, men kravene er såpass generiske at de kan brukes i de fleste bransjer. Sykehusinnkjøp inkluderer emballasjekravene i sitt kravbibliotek. «Enklere» krav kan brukes direkte i anskaffelser. Mer komplekse krav og der en trenger mer oversikt både med hensyn til type produkter og marked, anbefales det at en sjekker ut markedet i markedsdialog i forkant av anbuds konkurranser.



Foto: Sykehusinnkjøp



## ERFARINGER MED MILJØKRAV I LEGEMIDDELANSKAFFELSER

En ny rapport fra Sykehusinnkjøp vurderer effekt og fremtid for miljøkrav ved anskaffelser av legemidler. I rapporten har man sett på hvilke anskaffelser man har stilt miljøkrav til, hvorvidt leverandører har lyktes med å besvare dem, og hvilket potensiale det er for å stille miljøkrav ved fremtidige anskaffelser.

Rapporten konkluderer med at det er svært aktuelt å fortsette å bruke miljøkrav for å redusere helseforetakenes klimaavtrykk, avfall og utslipp av skadelige stoffer. Det pågår initiativ både i og utenfor Norge som vil bidra til dette.

Det er hittil spesielt to områder hvor man har stilt miljøkrav til legemiddelanskaffelser:

- Produkter hvor det er utfordringer med produksjon lokalt, som antibiotika og kjemoterapeutika
- Produkter hvor det benyttes mye emballasje og hvor forpakningenes volum skaper større transportbelastning, som for ernæringsprodukter og skyllevæsker

Rapporten påpeker at markedsdialog har vært viktig for å utforme miljøkrav, og at leverandørene i stor grad har lyktes i å besvare kravene som er stilt. Den beskriver også utfordringer ved evaluering av miljøkrav, og foreslår forbedringsområder hvor kravene kan videreutvikles for å gjøre dem mer hensiktsmessige.



### Miljøkrav også i fremtiden

Sykehusinnkjøp vil også fremover ha fokus på å implementere miljøkrav i flere anskaffelser av legemidler, og rapporten nevner spesielt inhalasjonsanestetika, inhalatorer og hormoner som områder som er aktuelle for miljøkrav i fremtiden.

Det understrekes derimot at målsetningen ved å stille miljøkrav er at kravene skal være målrettede og ha en reell effekt heller enn at det skal stilles flest mulig krav.

Den fulle rapporten kan leses her:

[Sykehusinnkjop.no/legemidler](https://sykehusinnkjop.no/legemidler)

Foto: Helse Sør-øst

## KJEMIKALIEKRAV I VERDIKJEDEN

Spesialisthelsetjenesten har et ambisiøst mål om å fase ut kjemikalier som er skadelige for mennesker og miljø, og bruken av slike kjemikalier tillates kun hvis de er helt nødvendige.

De felles klima- og miljømålene i spesialisthelsetjenesten bygger på helsevesenet mangeårige innsats for å redusere påvirkningen på miljøet, ikke minst gjennom reduksjon av skadelige kjemikalier. Spesialisthelsetjenesten har et mål om å utvikle og øke andel produkter uten helse- og miljøskadelige stoffer som kjøpes inn til sykehusene til 75 % innen 2030.

### Lansering av felles europeisk utfasingsliste

Gjennom årene har Sykehusinnkjøp utviklet og delt mange verktøy for å redusere forurensing i vår verdikjede og drift. Det enkleste og mest sentrale verktøyet finnes allerede i form av anerkjente miljømerker, som sikrer at kjemikaliene som gir grunn til bekymring er kontrollert for i produkter og tjenester til sykehusene. Det er imidlertid fortsatt få tilgjengelige miljømerkede medisinske produkter.

I 2021, lanserte Sykehusinnkjøp, som prosjektleder, i samarbeid med ledende innkjøpsorganisasjoner, sentrale NGOer og forskere på kjemikalieområdet, [en felles europeisk utfasingsliste](#) for helsevesenet. Utfasingslisten spesifiserer hvilke kjemikalier og materialer som skal unngås i produkter til helsevesenet når det finnes tryggere alternativer. Når flere spør om det samme, svarer vanligvis markedet.

### Og, hva er status?

Sykehusinnkjøp gjennomførte høsten 2021 en banebrytende kartlegging av kjemikalier og materialer i avtaleprodukter som kan eksponere pasienter for helseskadelige kjemikalier. Dette er det største løftet innkjøpsorganisasjonen har gjort med leverandørmarkedet på miljøområdet. Det var en krevende og betydelig logistikkøvelse for leverandører, som til dels fortsatt pågår. Leverandører har ikke denne informasjonen lett tilgjengelig, og mange har den ikke i det hele tatt.

I kategorien kirurgiske produkter er status 60 % av produktene bekreftet uten stoffer på utfasingslisten. Riktignok er tallet sannsynligvis høyere, men det er stor grad av «ukjent». I kategorien medisinske forbruksvarer, er måloppnåelsen 57%.

Hva gjelder medisinske forbruksvarer, fikk spesialisthelsetjenesten bekreftet strategien med å velge medisinsk utstyr i materialer som i minst mulig grad slipper ut kjemikalier. Det betyr i praksis PVC-fritt. Dette er kategorien med produkter som slanger, sonder, intubasjonstuber og intravenøse katetre. 26 % av produktene er lagd av PVC, hvorav 22 % inneholder hormonforstyrrende kjemikalier som lekker ut og som, avhengig av dose og sårbarhet, kan påvirke pasientene – og da i ni av ti tilfeller er det med ftalaten DEHP. 10 % av produktene i kategorien inneholder kjemikalier som gir stor grunn til bekymring (såkalte SV-HC-stoffer).



Resultatene gjør det mulig å følge opp produkter hvor det er behov for bedre alternativer og sikre utprøving på sykehus for å sikre at helsepersonell er komfortable med eventuelle nye produkter. Dette er et samarbeid mellom leverandørmarkedet, medisinsk personell og innkjøp.

## FORBRUK AV ENGANGSHANSKER VED OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS

Engangshansker brukes og skal brukes i stort omfang på sykehus. Det er likevel nødvendig å rette oppmerksomhet på hvordan forbruket påvirker miljøet og iverksette tiltak som kan bidra til å redusere utslipp.

Forbruket på Oslo universitetssykehus er på over 27 millioner engangshansker pr år. Det er i all hovedsak nitrilhansker som benyttes, samt noen få prosent latekshansker. Vinylhansker er omtrent ikke i bruk.

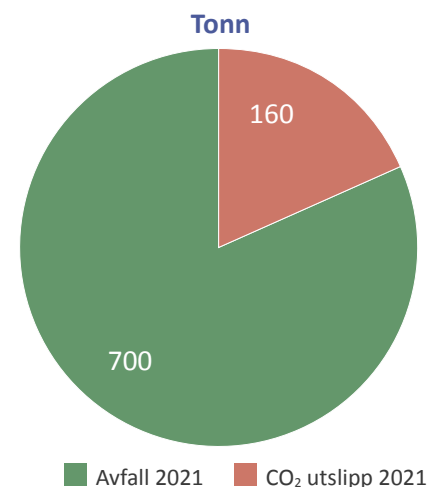
Pandemien og smitteverntiltak har bidratt til økt forbruk med ca. 5 millioner hansker i året. Forbruket av hansker gir 160 tonn smitteavfall, som utgjør ca. 3 prosent av den totale avfallsmengden ved helseforetaket. Artikkelen "Environmental impact of personal protective equipment distributed for use by health and social care services in England in the first six months of the COVID-19 pandemic" viser til at en hanske gir ca. 26 gram CO<sub>2</sub>e utslipp.

For Oslo universitetssykehus gir det et årlig utslipp på 700 tonn CO<sub>2</sub>. Forbruksvarer som hansker går under kategorien indirekte utslipp, og er ikke en del av spesialisthelsetjenestens klimaregnskap per dags dato. Beregninger gjort av Sykehusinnkjøp og Oslo universitetssykehus viser at det er potensiale for å redusere utslipp med 50 prosent. For Oslo universitetssykehus sin del så betyr det en reduksjon i utslipp på 350 tonn CO<sub>2</sub>e.

### Potensiale for å redusere utslipp med 50 prosent

	Tiltak	Potensiale
<b>Produksjon fabrikk</b>	Optimalisering og endring av produksjonen (Innkjøp)	10-20% reduksjon i klimagassutslipp
<b>Produksjon pakking</b>	Dispensere som ikke bidrar til svinn ved at det løsner ut ekstra hansker (Innkjøp)	10 % reduksjon i forbruk
<b>Administrative tiltak bruk</b>	Riktig hanske til riktig bruk	10 % reduksjon i klimagassutslipp
<b>Avfallshåndtering</b>	Materialgjenvinning av hanskene	20-30% reduksjon i klimagassutslipp

Beregninger gjort av Sykehusinnkjøp og Oslo universitetssykehus.



## MILJØVENNLIG OMBRUK I VESTRE VIKEN

Vestre Viken HF har et omfattende utviklings- og oppgraderingsprosjekt for å ruste opp sykehusbyggene på Bærum, Ringerike og Kongsberg til tidsriktig og miljøvennlig standard.

Det såkalte «BRK-prosjektet» er faktisk ganske enestående, ikke bare i Helse Sør-Øst, men også i helse-Norge. Vestre Viken har her et eget program der det er satt av penger og forpliktet seg til aktivt vedlikehold, oppussing og modernisering av de tre sykehusene i Bærum, Ringerike og Kongsberg.

BRK-programmet handler om å fremtidssikre halve arealet for somatisk virksomhet i Vestre Viken gjennom ca. 80 prosjekter basert på ombygging og/eller vedlikehold.

Målet er todelt:

- å sikre riktige arealer til forventet behandlingsbehov i 2030
- å øke teknisk standard (ta igjen vedlikeholdsetterslep)

Styret i Vestre Viken vedtok i 2016 å bruke ca. 1,7 milliarder kroner (2,1 milliarder med dagens prisnivå) for å gjennomføre disse prosjektene innen 2027.

Teknisk tilstandsgrad (TG) på byggene i Vestre Viken er dårlig, men utviklingen er god. Satsingen har allerede gitt resultater ved at Vestre Viken som eneste helseforetak i Helse Sør-Øst har hatt en markert forbedring av TG - fra 1,73 i 2017 til 1,64 i 2020.

Det er nylig besluttet å styrke miljøatsingen i BRK-programmet ved å forsøke å tilpasse prosjektene til Future Built kriter for sirkulære bygg.

Disse er delt i fem temaer som reflekterer prinsipper for god ressursbruk i ulike faser i et byggs levetid:

- 1) Miljøbasert beslutning om rehabilitering eller rivning
- 2) Ressursutnyttelse ved rivningsarbeider
- 3) Ombruk av materialer
- 4) Ombrukbarhet
- 5) Endringsdyktighet

I BRK tas det høyde for endrede driftsformer som digital hjemmeoppfølging, og det flyttes ikke flere funksjoner enn det en må. Bygninger og eiendom som ikke er i bruk skal avhendes, og kan man bygge om framfor å bygge nytt – ja så gjør man det.

Systematisk satsing på utbedring av tilstandsgraden på bygningene gir store miljøgevinster.

På Ringerike sykehus ble det eksempelvis byttet ut 594 vinduer, som har stor betydning for bruk av energi.

Vestre Viken har sluttet seg til spesialisthelsetjenestens felles mål om å være klimanøytralt innen 2045.

I tillegg til BRK-prosjektet bygges det som kjent også et helt nytt og moderne sykehus i Drammen, som er planlagt åpnet i 2025.



På Kongsberg sykehus ble den tidligere tøycentralen omgjort til moderne møterom.

## KLIMA OG MILJØ ER SVÆRT VIKTIG VED REHABILITERING OG NYE BYGG AV SYKEHUS

Sykehusene har i 2021 vedtatt ambisiøse miljømål blant annet om utslippskutt. Når vi vet at det skal bygges og rehabiliteres sykehus for om lag 20 milliarder i året de neste 10 årene, og at bygg - og anleggsbransjen står for ca. 40% av verdens CO2-utslipp, er det av stor betydning at Standard for klima i miljø i sykehusprosjekter skal benyttes i alle byggeprosjekter fremover.

Sykehusbygg HFs viktigste oppgave på klima- og miljøområdet er å være en kompetent og oppdatert rådgiver for helseforetakene som er byggherrer slik at miljøriktige energiløsninger velges, og at klimagassutslipp i selve byggeriet og i levetiden til sykehuset reduseres. Med referanse til **FNs bærekraftsmål nr. 13; Stoppe klima-endringene**, er vår ambisjon å bidra aktivt i det grønne skiftet.

På oppdrag fra de fire regionale helseforetakene har Sykehusbygg HF nå utviklet Standard for klima og miljø i sykehusprosjekter. Det er en kjensgjerning at de viktigste beslutninger som påvirker klima- og miljø i byggeprosjekter tas i tidlig fase. Lokalisering og nybygging vs. rehabilitering/gjenbruk har svært mye å si for klimafotavtrykket. Standarden stiller krav om at klima- og miljø må få en tydeligere stemme når slike beslutninger skal fattes.

Standard for klima og miljø i sykehusprosjekter inneholder miljømål og konkrete krav til nybygg- og rehabiliteringsprosjekter innenfor følgende hovedtema:

- Energibruk
- Sirkulær økonomi og miljøvennlige bygg
- Lokalmiljø og klimaendringer



**Lokalmiljø og klimaendringer** handler om å ta vare på lokalmiljøet og forebygge konsekvensen av ekstremvær. Tomten skal benyttes til å sikre arts mangfoldet og skape gode uterom for lokalmiljøet. Lokalisering av bygg, naturbasert avrenning og tiltak på tomten og byggene er viktige her. En miljøvennlig byggeprosess skal redusere luftforurensning lokalt og forhindre akutte utslipp til jord eller vann. Videre skal man søke å redusere ulemper for naboer og tilgrensende sykehusenheter.

**Sirkulær økonomi og miljøvennlig bygg** handler om å legge til rette for at produkter skal kunne repareres og ressurser gjenvinnes, slik at så lite som mulig går til spille. For sykehusprosjekter vil dette selvsagt gjelde selve rive- og byggeprosessen, men også hvordan byggene er utformet slik at de enklere kan tilpasse seg ny eller endret virksomhet (fleksibilitet) eller at konstruksjonselementer kan demonteres og brukes om igjen. Bruk av miljøvennlige materialer er selvsagt et viktig tema.



**Med energibruk** menes den energien som skal til for å drifte et sykehus. Dette omfatter oppvarming og kjøling, samt elektrisitet til tekniske anlegg og medisinteknisk utstyr. Reelle målinger på sykehus i drift viser at det er lokale behov gjennom hele året for å kjøle bort betydelige mengder overskuddsvarme. Mer energieffektivt utstyr vil være viktig for å redusere behovet for kjøling. Gjenvinning av kjøleenergi kan også være et tiltak. Overgang til fornybare energikilder er også viktig. Den siste tidens debatt om høye strømpriser viser at det ligger et betydelig innsparingspotensial for driften når behovet for tilført energi reduseres.

Standarden stiller også krav til hvordan prosjektene skal arbeide med klima- og miljøspørsmål, allerede fra tidlig fase (miljøledelse).

– Det er viktig at Sykehusbygg har en aktiv rolle for å bidra til at sektoren setter en tydelig standard for klima og miljø i sykehusprosjekt og med det legger til rette for at helseforetakene, som store byggherre- og eiendomsforvalterorganisasjoner, kan gjøre gode valg og ta det samfunnsansvaret som forventes.

Standard for klima og miljø i sykehusprosjekter kan leses i sin helhet på Sykehusbygg HFs hjemmeside.



Ivar Eriksen, styreleder i Sykehusbygg HF

## FORBRUK DIESEL/FYRINGSOLJE

Forskrift om forbud mot bruk av mineralolje til oppvarming av bygninger trådte i kraft 28. juni 2018 og formålet med denne forskriften er å redusere utslipp av klimagasser fra oppvarming av bygninger, samtidig som hensynet til forsyningsikkerheten ivaretas.

Bruk av mineralolje til oppvarming av følgende bygninger er unntatt fra forskriften:

- fritidsboliger, fyrstasjoner og bygninger til seterdrift som ikke er tilkoblet strømmettet.
- bygninger hvor hovedformålet med forbrenningsanlegget er å levere energi til fremstilling eller bearbeidelse av materialer, stoffer eller produkter.
- driftsbygninger i landbruket frem til 1. januar 2025.
- sykehusbygninger med døgnkontinuerlig pasientbehandling frem til 1. januar 2025.

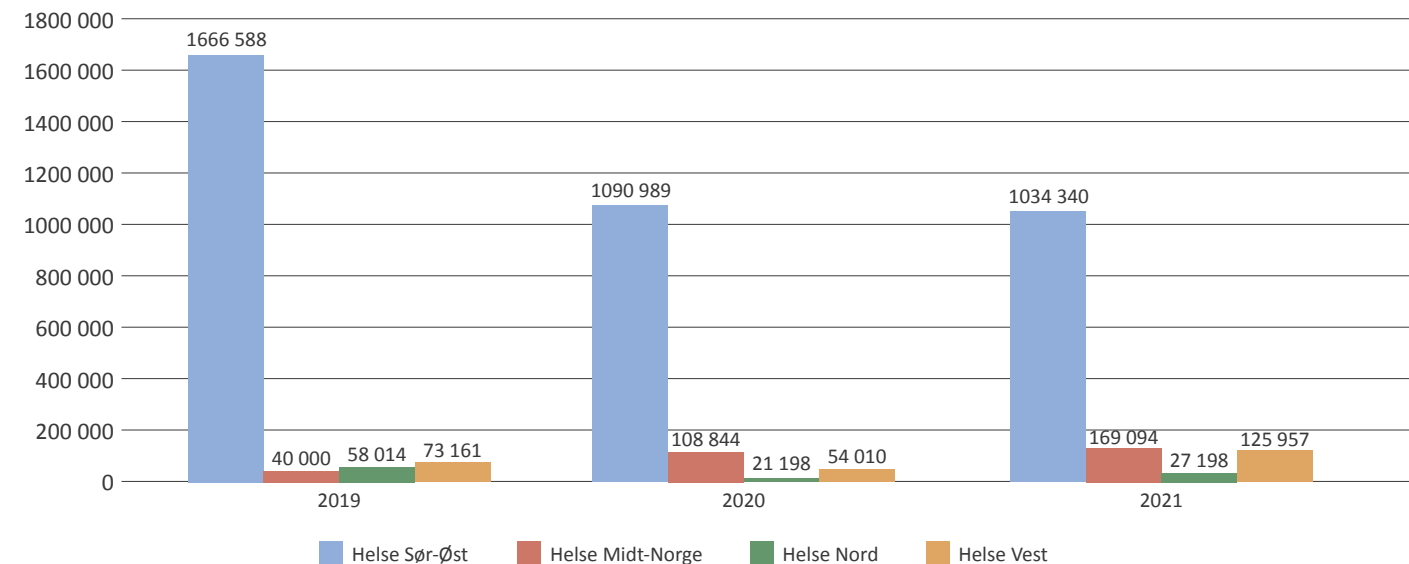
Unntatt fra bestemmelsene i denne forskriften er også bruk av mineralolje i fjernvarmeanlegg med nominell termisk effekt fra og med 1 MW.

§ 4 i forskriften sier at det er forbud mot å bruke mineralolje til oppvarming av bygninger. Forbudet i § 4 er ikke til hinder for at mineralolje brukes til oppvarming ved driftsforstyrrelser i kraftsystemet inntil normal drift i kraftsystemet er gjenopprettet.

Med driftsforstyrrelser forstås her utløsning, påtvunget eller utilsiktet utkobling, eller mislykket innkobling som følge av feil i kraftsystemet, slik dette forstås i forskrift 30. november 2004 nr. 1557 om leveringskvalitet i kraftsystemet.

Spesialisthelsetjenesten har fortsatt fyringsanlegg i drift, men selv om frist for avvikling er 1. januar 2025, er det viktig å starte prosessen med overgang til andre energikilder allerede nå. Utviklingen i regionene er som vist i graf nedenfor:

### Forbruk diesel/fyringsolje liter



## FØRSTE KOMPLETTE SYKEHUSBYGG I NORGE MED MILJØSERTIFISERING

### Sykehuset i Vestfolds nye psykiatribygg er det første komplette sykehusbygget i Norge som er miljøsertifisert etter BREEAM-NOR-standarden.

Psykiatribygget, med sine 12.000 kvadratmeter, oppnådde nivået «Very Good» i standarden. Den endelige sertifiseringen ble ferdigstilt av Grønn Byggallianse rett før sommeren 2021.

– Sykehuset i Vestfold var det første sykehuset i landet som ble sertifisert som Grønt Sykehus. Miljøsertifiseringen av det nye psykiatribygg etter BREEAM-NOR-standarden er ett eksempel på hvordan Sykehuset i Vestfold praktiserer vårt samfunnsansvar. Det er viktig for oss å skape helse- og miljøvennlige bygg for pasienter og ansatte, og BREEAM-NOR-sertifiseringen dokumenterer dette, sier administrerende direktør Stein Kinserdal ved Sykehuset i Vestfold.

Miljøsertifiseringen ble markert 12. august ved at blant annet Kinserdal og prosjektdirektør Tom Einertsen for Tønsbergprosjektet avduket BREEAM-NOR-plaketten.



(F.v.) Leder Hans Ole Haugen i CURA-gruppen, administrerende direktør Stein Kinserdal ved SiV, konsernsjef Ståle Rød i Skanska Norge, prosjektdirektør Tom Einertsen for Tønsbergprosjektet og prosjektdirektør Hans Thomas Gaarder i Skanska Norge avduker plaketten.



BREEAM-NOR-plaketten.

– Et prosjekt som skal miljøsertifiseres må ta hensyn til dette fra starten av. De store linjene i prosjektet blir lagt tidlig, før man starter å grave og bygge. Det er derfor viktig å sikre at prosjektet har kompetanse på dette området fra oppstarten. Det har vært en glede å kunne samarbeide med Skanska og Cura-gruppen for å nå dette målet i planleggingen og byggingen av nytt psykiatribygg, sier prosjektdirektør Einertsen.

### Tønsbergprosjektet

Tønsbergprosjektet er Sykehuset i Vestfolds utbyggingsprosjekt på totalt ca 45.000 m<sup>2</sup>. Nytt psykiatribygg ble overlevert i mai 2019 og nytt somatikkbygg høsten 2021. Det nye somatikkbygget er også planlagt og bygget for å oppnå miljøsertifiseringen BREEAM-NOR-nivå Very Good. Så langt ser det ut til at bygget vil oppnå dette nivået.

Tønsbergprosjektet har hatt stor fokus på innovasjon, og BREEAM-NOR-sertifiseringen føyer seg inn i dette mønsteret. I tillegg har Tønsbergprosjektet fått to internasjonale priser i 2017 og 2020 knyttet til bruk av BIM og en nasjonal pris knyttet til Beste Praksis.

### BREEAM-NOR

BREEAM-NOR er en tilpasning av den britiske sertifiseringsordningen forvaltet av Building Research Establishment. Grønn Byggallianse forvalter denne ordningen i Norge, og arbeider for å være en pådriver for nytenking i planlegging og bygging for miljø og økt bærekraft.

BREEAM-NOR sikrer at alle de viktigste aspektene ved bærekraft er tatt hensyn til. Ni kategorier er dekket: ledelse, helse- og innemiljø, energi, transport, vann, materialer, avfall, arealbruk og økologi og forurensning. I hver kategori er det emner med kriterier, eller tiltak man kan gjøre for å redusere miljøpåvirkningen fra bygget.

## KLIMA- OG MILJØTILTAK KUTTER KOSTNADENE I HAMMERFEST

**Kjølingen til MR-maskinen i Hammerfest er et godt eksempel på et miljøtiltak som gir økonomiske besparelser. Det nye systemet gjør at Finnmarkssykehuset sparer 287.000 kroner i året, for å være nøyaktig.**

En MR-maskin trenger betydelige mengder energi til nedkjøling. Røntgenapparatet er i drift døgnet rundt, hele året, og kostnadene til kjøleanlegget blir dermed høye. Da maskinen på Hammerfest sykehus skulle oppgraderes, ble bruk av grunnvann foreslått som alternativ til den tradisjonelle metoden med eget kjøleanlegg.

Sten Sivertsen og Rainer Huemer ved Service, drift og eiendom (SDE) i Finnmarkssykehuset er godt fornøyd med at klima- og miljøtiltakene bidrar til bedre økonomi i avdelingen. Avdelingen har ansvaret for 66.000 kvadratmeter av helseforetakets bygningsmasse, også energiforbruk og tekniske løsninger.

Sykehuset får en del av oppvarmingen fra energibrønner rundt sykehusbygget. Varmepumper henter opp vannet og fordeler det rundt i bygningen. Medarbeiderne i Service, drift og eiendom tenkte at energibrønnene også kunne brukes til nedkjøling, og satte i gang med prosjektet, som endte med at det ble bygget rørsystemer fra brønnene og opp til MR-maskinen.

Noen måneder senere var det nye kjølesystemet i drift. Vannet tar til seg overskuddsvarmen fra MR-maskinen og bringer det varme vannet tilbake i brønnen. Det gamle aggregatet tjenestegjør som back-up. Kuttet brønnen, kobles aggregatet inn.

– Det har vært utrolig artig å tenke ut, gjennomføre og ikke minst se resultatet. Denne bruker ikke strøm før anlegget blir slått av, fastslår enhetsleder Sten Sivertsen.

– Kulda som ligger i grunnen har vi helt gratis. Varmen vi tar ut, kjører vi ned i brønnen igjen i håp om at brønnen blir 0,1 grader varmere. Det tar vi inn om vinteren, sier driftstekniker Rainer Huemer.

Også operasjonsavdelingen har kjøling fra energibrønnene, og nå er de i gang med et nytt prosjekt på kjøkkenet på sykehuset. Her kan det bli varmt om sommeren, men om kort tid vil også denne delen av bygget ble avkjølt nesten gratis ved hjelp av energibrønnene.

– Og om vinteren når det er ti minusgrader, vil vi gjøre det samme som vi har gjort på MR, og kjører varmen ned i grunnen igjen, fortsetter Huemer.



Rainer Huemer og  
Sten Sivertsen  
Foto: Eirik Palm

Finnmarkssykehuset har som mål å redusere klimaavtrykket betydelig ved å redusere energiforbruket, og prosjektet med MR-maskinen er et eksempel. Investeringen kostet 300.000 kroner, og har betalt seg selv etter drøyt et år.

Det ene tiltaket alene sparer Hammerfest sykehus for 286.000 kilowattimer årlig. Det tilsvarer forbruket til 14 eneboliger. I tillegg kommer reduserte vedlikeholdskostnader. I rene penger er det årlig minst 287.000 kroner.

## ENERGIEFFEKTIVISERING VED ST. OLAVS HOSPITAL

St. Olavs hospital har på Østmarka i Trondheim campus for psykisk helsevern. Østmarken psykiatrisk sykehus ble åpnet i 1919. I 2003 ble somatikk og psykiatri fusjonert, og ble til St. Olavs Hospital. For å dekke behovet for mere tidsriktig areal har det kommet til nyere bygninger i den senere tid. Campus for psykisk helsevern består nå av Nidaros DPS-bygget (7200m<sup>2</sup>), Akuttpost Østmarka (4600m<sup>2</sup>) og Sikkerhetsbygget (6770m<sup>2</sup>). Som en del av en langsiktig miljøambisjon har St.Olavs hospital etablert varmepumpe i hver av de nye byggene.

Disse tre byggene er knyttet til en sjøvannsledning. Sjøvannledningen leverer energi til varmepumpene og kjøling. Varmepumpene er dimensjonert til å dekke ca. 50 % av effekten til oppvarming, som i praksis betyr 80-90 % av energidekningen. Effektbehovet til varme er totalt ca. 900kW og kjøling 470kW. Topplasten til byggene leveres av Statkraft Varme sitt fjernvarmenett.

Etter en rehabilitering av pumpecentral i 2017 har det vært gode driftserfaringer med varmepumpeanleggene. Varmepumpen på Nidaros DPS ble oppgradert i 2017. Sjøvannsledningen ble i 2021 forlenget for å bedre vannkvaliteten og for å oppnå mere stabile temperaturer. Dybden ble endret fra 30 til 70 meter. Varmepumpenes varmefaktor ligger på ca 3.



## NYE SENTRALSYKEHUSET I STAVANGER – NY ENERGISENTRAL

Den termiske energisentralen ved Nye sentralsykehuset i Stavanger (Nye SUS) med NH<sub>3</sub>- og CO<sub>2</sub>-varmepumper tilknyttet en brønnpark og bruk av gasskjeler som spisslast<sup>1</sup>, vil utvilsomt bli et av Europas mest energieffektive og bærekraftige termiske energisentraler i sykehus.

Ved Nye SUS skal det installeres en bergvarmepumpe for å dekke bygningsmassens varme- og kjølebehov. En bergvarmepumpe er en type varmepumpeanlegg som kobles til et stort antall vertikale energibrønner i fjell/berg, og hvor fjellet enten benyttes som varmekilde eller som varmesluk (kjøledrift).



Nye sentralsykehuset i Stavanger

Ved Nye SUS vil det bli boret mer enn 100 energibrønner å 250 m dybde og med ca. 10 m midlere avstand. I borehullene installeres det plastrørsvarmevekslere (kollektorrør), og alle kollektorrørene kobles sammen med samleledninger til varmepumpeanlegget. I kollektorsystemet sirkuleres det en kuldebærer (frostvæske) som overfører termisk energi mellom energibrønnene/fjellvolumet og varmepumpeanlegget.

Det skal installeres ett varmepumpeanlegg som skal dekke oppvarmingsbehovet og ett varmepumpeanlegg som skal dekke varmtvannsberedning. Årsaken til at det benyttes to typer varmepumpeanlegg er at en ønsker å oppnå lavest mulig årlig energibruk (høyest energieffektivitet). Det er valgt beste tilgjengelige varmepumpeteknologi på markedet for oppvarming (NH<sub>3</sub>-varmepumpe) og kjøling, og beste tilgjengelige varmepumpeteknologi for varmtvannsberedning (CO<sub>2</sub>-varmepumpe).

Brønnparken fungerer som et stort termisk energilager der det i «Overordnet varmemodus» hentes ut fornybar varme, og i «Overordnet kjølemodus» tilbakeføres overskuddsvarme. Brønnparken er prosjektert for å være i årlig termisk energibalanse.

<sup>1</sup>Topplast, eller spisslast, betegnelse på det maksimale effektforbruket (energiforbruket per tidsenhet) som inntreffer i løpet av et døgn eller et år. Denne størrelsen av vital betydning i et elforsyningsystem, da systemet til enhver tid må ha balanse mellom produksjon og forbruk av elektrisk energi. I Norge dekkes topplasten med strøm fra vannkraftverk som har ledig produksjonskapasitet og magasinert vann. I elforsyningsystem som domineres av varmekraftverk vil regulerbarheten være dårligere, og topplasten må da dekkes med supplerende topplastverk som for eksempel pumpekraftverk, eller egne gasskraftverk som er bygd for dette formålet.

## EN GRØNN MØBELANSKAFFELSE

Det ble i 2021 inngått ny nasjonal rammeavtale på kontormøbler, med årlig verdi på kr 69 millioner kroner. For å sikre at en avtale med miljøvennlige produkter, ble det premiert møbler med type 1 miljømerker som Svanemerket, Svensk Møbelfakta, EU Ecolabel m.fl. Og for å fremme lang levetid i møbelavtalen, er det satt krav om fem års garantitid.



Gjenbruk av møbler i sosial sone.

Kinnarps AS vant kontrakten på stoler, bord, oppbevaringsmøbler og sosiale- og publikumsmøbler, mens Lindbak AS er valgt leverandør for garderobeskap.

For å fremme og legge til rett for reparasjon av eksisterende møbler og også kunne kjøpe brukte møbler, så er det i avtalen lagt til rette for dette. Kjøp av brukte møbler vil kunne gjennomføres, uten at det anses som avtalebrudd, da det i avtalen er gjort unntak for kjøp av brukte møbler. Det betyr at kundene fritt kan anskaffe brukte møbler (selvsagt ihht LOA/FOA), med mindre de har regionale/lokale avtaler å forholde seg til.

Men for å fremme bærekraft er det å sikre lang levetid noe av det viktigste man gjør – en må ta vare på det en allerede har og sikre at møblene varer lenge. Det mest økonomiske og miljøvennlige kjøpet er det kjøpet man ikke gjennomfører. Her vil altså økonomi og miljø kunne gå hånd i hånd! Dersom noe blir ødelagt eller slitt, så er det både økonomisk og miljømessig klokt å reparere fremfor å kjøpe nytt. Kan en slitt pult, bli som ny med en ny bordplate? Eller kan en slitt stol, som vil kunne brukes i mange år til, kunne forlenge levetiden med å skifte stoltrekket fremfor å kjøpe ny stol? For å tilrettelegge for reparasjon er bl.a. følgende tatt med i kontormøbelavtalen:

- Alle møbler skal være fabrikkmerket med navnet til leverandør eller produsent, slik at produktinformasjonen er tilgjengelig og enkelt kan knyttes til produktet gjennom livsløpet.
- Slitedeler på alle produkter skal kunne erstattes.
- Det skal være tydelig merket hva som er typiske slitedeler og instruksjoner som beskriver hvordan relevante slitedeler kan byttes ut.
- Demontering og reparasjon skal kunne utføres ved bruk av standard manuelle verktøy og ufaglært arbeidskraft.



Gjenbruk av møbler på møterom.

For å fremme bærekraft ved å tilrettelegge for reparasjon og bruktkjøp, jobbes det med å etablere en dynamisk innkjøpsordning, der kjøp av brukte møbler er en del av ordningen.

### Hva betyr ny nasjonal rammeavtale på kontormøbler for Vestre Viken?

Rammeavtalen på kontormøbler understøtter Vestre Vikens mål for sirkulær økonomi. Nå kan vi velge om vi vil kjøpe brukte møbler fremfor nye, uten at vi bryter avtalen, sier Marit Johansen Søderstrøm, møbelforvalter i Vestre Viken. Med den nye avtalen blir det mer lønnsomt for oss å bytte ut deler til møbler, eks. skifte ut bordplater. I 2021 hadde Vestre Viken en økonomisk besparelse på 8 millioner kroner ved ombruk av møbler. Det er møbelforvalterens oppgave å koordinere ombruk i sykehuset, og i 2021 mottok Marit Johansen Søderstrøm 550 forespørsel om ombruk internt. En økende etterspørsel av ombruk har ført til at Marits stilling ble justert fra 50 til 100 prosent i 2021.



Møbelforvalter Marit Johansen Søderstrøm.

Loopfront er tatt i bruk i Vestre Viken som en videreutvikling av møbelforvalterkonseptet. Loopfront er et digitalt verktøy for gjenbruk som kan sammenlignes med Finn.no. Ved å ta i bruk Loopfront får sykehuset bedre oversikt over møbler og materialer som vil bidra til økt ombruk, redusert avfallsmengde og mer redesign og reparasjon. Møblene merkes med en QR-kode og får status som tilgjengelige, redesignes, reservert, i bruk eller til gjenvinning i forbindelse med flytte- og byggeprosjekter. På sikt ønsker Vestre Viken å se på muligheten for å kartlegge bygningsmateriale og samarbeide med andre på tvers av verdikjeden. Potensialet er stort for ombruk i sykehus!

### VESTRE VIKENS MILJØPOLICY

– Grønne anskaffelser

Vi skal fremme og oppmuntre miljøbevissthet i kommunikasjon med våre leverandører. Vi skal stille miljøkrav og vektlegge livsløpsvurderinger ved anskaffelser.

– Grønn innovasjon

Vi skal ta i bruk materialer, produkter, metoder, teknologi som reduserer miljøpåvirkningen.

– Grønn ressursbruk

Vi skal arbeide for optimal ressursutnyttelse gjennom styring av menneskelige og materielle ressurser. Vi skal benytte bærekraftige produkter og råvarer, prioritere gjenbruk og gjenvinning, ha fleksible og effektive bygg.

### MILJØVENNLIG PASIENTTRANSPORT I NORD-NORGE

Foretaksgruppen i Helse Nord har de siste årene hatt oppmerksomhet på å stimulere til miljøvennlig transport av pasienter gjennom å vektlegge miljøkrav i evalueringen av tilbud. Dette har bidratt til en mer miljøvennlig bilpark ved nullutslippskjøretøy og lavutslippskjøretøy. I tillegg er leverandørene blitt mer bevisst på konkurransefordelen det gir å være god på miljø som har resultert i flere miljøsertifiserte leverandører.

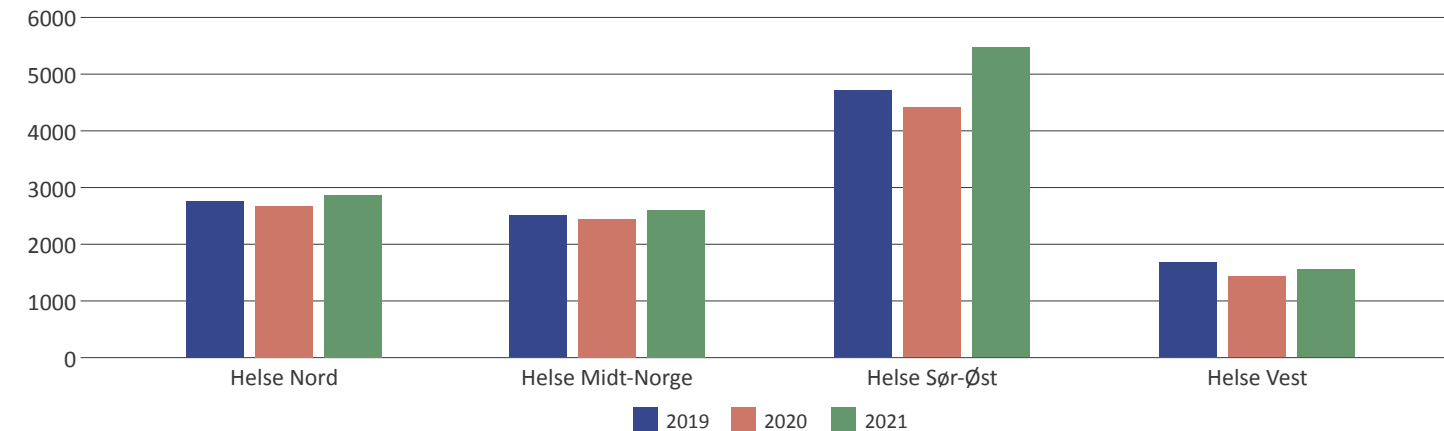


Nullutslippskjøretøy fra leverandøren Boreal. Foto: Helse Nord

Til tross for at det har blitt ytret utfordringer knyttet til dårlig utbygd infrastruktur og en teknologi som ikke er god nok til denne typen drift, nådde vi i anbudskonkurransen 2021/2022 en betydelig milepæl. Anbudsområde Tromsø er regionens største enkeltstående anbudsområde hvor vi har stilt krav om minst 20 biler som skal være tilgjengelig for å transportere pasienter. Samtlige tre tilbydere vi fikk tilbud fra hadde strukket seg langt både i forhold til kjøretøyene som ble tilbudt, samt sertifisering og øvrig miljøfokus. Leverandøren Boreal var ikke rimeligst på pris, men har levert et tilbud som utelukkende baserer seg på nullutslippskjøretøy og vant dermed fram i denne konkurransen.

Pasienttransporten i Tromsø de neste fire årene skal dermed gjennomføres ved bruk av nullutslippskjøretøy. Dette er et resultat av det fokuset pasientreisekontorene har hatt på miljø, og det å kunne bruke anbudsprosessene til å presse fram denne utviklingen hos våre leverandører.

### Pasientreiser med drosje CO2 utslipp (tonn)



## NYE KRAV OM UTSLIPPSFIRE KJØRETØY I STATEN

Ny forskrift om energi- og miljøkrav ved anskaffelse av kjøretøy gjelder for innkjøp av kjøretøy i helseforetakene fra januar 2022.

I forskriften stilles det krav om nullutslipp ved offentlige anskaffelser av personbiler, lette varebiler og bybuss. Kravet til personbiler gjøres gjeldende fra 1.1.2022, kravet for lette varebiler gjelder fra 1.1.2023, mens kravet for bybussene gjelder fra 1.1.2025. Det gis unntak fra nullutslippskravet dersom a) primærbehovet for anskaffelsen ikke kan dekkes ved kjøretøy som definert i første ledd, b) tilstrekkelig ladeinfrastruktur ikke er tilgjengelig eller c) bybuss som bruker biogass.

Sykehusinnkjøp HF gjør anskaffelser på vegne av helseforetakene og vil følge opp lovendringen ved å sørge for at det i anskaffelser av personbiler blir krav til nullutslipp i de tilfeller hvor tilstrekkelig ladestruktur er tilgjengelig. Dette vil gjelde for personbiler fra 1.1.2022 og lette varebiler fra 1.1.2023. Sykehusinnkjøp er en tjenesteleverandør til helseforetakene og gjør sitt ytterste for å hjelpe foretakene å stille effektive miljøkrav som følger opp helseforetakenes miljøambisjoner.

### Fra fossil- til elbil i racerfart i Helse Bergen

– 59 av Helse Bergens 140 kjøretøy er allerede elbiler, så vi er godt i gang med utskiftingen, sier konsulent Gøran Myking i Hospitaldrift Sikkerhet.

Sammen med kollega Morten Johannesen har han ansvaret for utskiftingen. Han forteller at det nå er fem elbiler i bestilling som skal erstatte bensin- og dieslbiler, og det betyr at nesten halvparten av bilparken snart er elektrifisert. Omleggingen i Helse Bergen startet i 2017, og stadig bedre rekkevidde på nye elbiler gjør utskiftingen enklere og raskere.

– Hospitaldrift Sikkerhet har vært veldig dyktige i denne prosessen. De gjør et godt og grundig arbeid for å kartlegge behovene våre og å finne ut hvordan vi kan legge om til elbiler, sier miljørådgiver Kristin Blehr Patterson i Helse Bergen.



Roy Hilby har fått kjenne på rekkeviddeangst etter at han begynte å frakte pasienter i elbil. – Men det er minimalt med støy i bilen, og jeg tror bilen kan være bedre på vinterføre, siden den har tungt batteri og ligger godt på veien, sier han.  
Foto: Helse Bergen

### Pasienttransport med rekkeviddeangst

En av dem som har fått en ny hverdag med elbil, er Roy Hilby som frakter pasienter fra Psykiatrisk klinikk i Sandviken til DPSer i Bergensområdet og omegn. Han kjører mellom 15 og 20 mil hver dag, og etter at fossilbilen ganske nylig ble erstattet med en elektrisk Peugeot e-Traveller med åtte seter, har han fått kjenne på rekkeviddeangst.

– Nå har jeg kjørt denne bilen i to uker, så det er stor overgang for meg som er vant til å fylle opp tanken og bare kjøre avgårde. Jeg er litt bekymret for hvordan det blir med batterikapasiteten til vinteren, for når det blir kaldere, bruker bilen mer strøm og rekkevidden blir mindre, sier han.

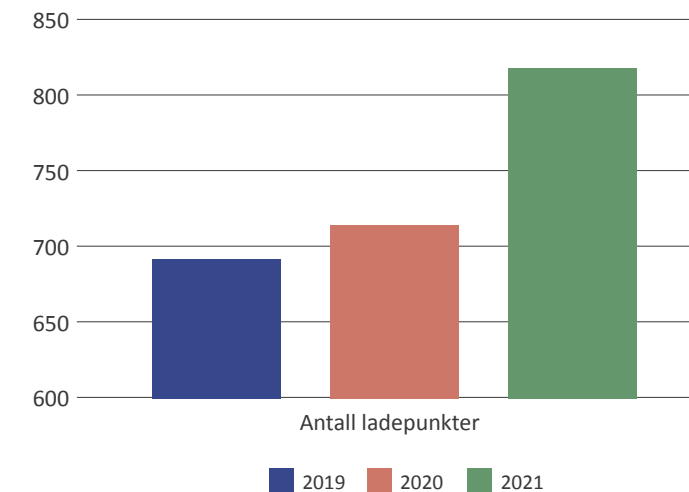
Men Roy er sikker på at det går seg til, og er glad for ladechiper som kan brukes til hurtiglading på stasjonene til Circle K. Da lades bilen opp til 80 prosent kapasitet på 15-20 minutter. Rekkevidden til bilen på sommerføre skal være 33 mil, men ifølge Roy kan dette endre seg raskt utover dagen.

– Dette er en utfordring som vi må ta, og så får vi veldig god hjelp av Gøran og de andre i Hospitaldrift Sikkerhet når vi lurer på noe, det gir trygghet. Så jeg ser lyst på det – dette er jo fremtiden, sier Roy.

– Og om fire år, når denne bilen skal skiftes ut, vil nok batterikapasiteten på de nye bilene være enda bedre, legger han til.

Helse Bergen har satt seg som mål at bilparken skal være fossilfri innen 2030. Utskiftingen går så raskt at målet trolig blir nådd i god tid før det.

### Antall ladepunkter for elbil, Helse Nord, Helse Midt-Norge, Helse Sør-Øst og Helse Vest





## PASIENTREISER ARBEIDER FOR EN BÆREKRAFTIG UTVIKLING

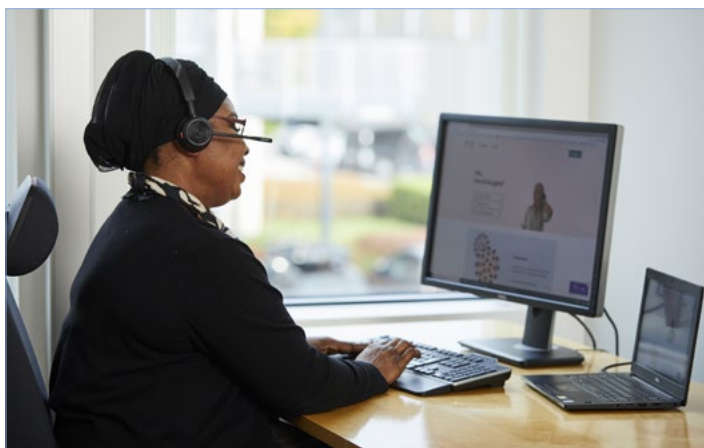
Pasientreiser arbeider med FNs bærekraftsmål og bidrar til en bærekraftig utvikling ved å:

- Å utvikle prosesser og teknologi som sikrer standardisert behandling, og tilrettelegger for tilpasset oppfølging for de som trenger det
- støtte bruk av teknologi som fremmer færre pasientreiser og mer behandling av pasienter i hjemmet
- gi verktøystøtte for at pasientreiser kan planlegge reiseruter optimalt ved at flere pasienter kjører sammen\* til og fra behandling.

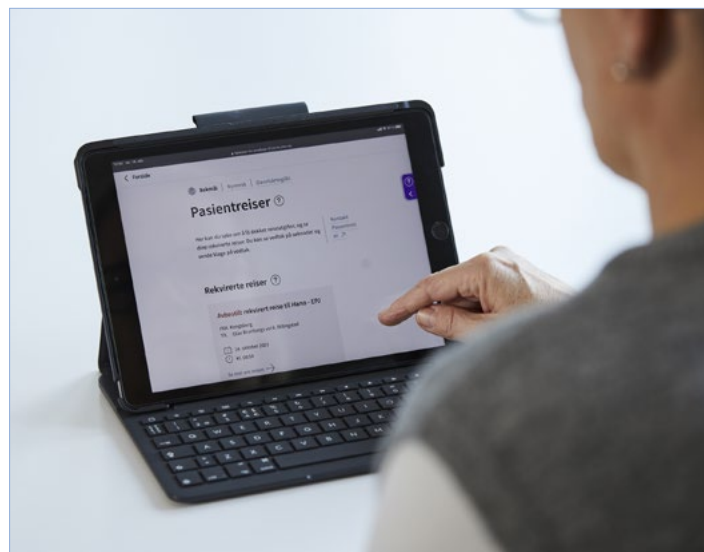
*\*For å forhindre smitte av coronavirus er det under koronapandemien liten grad av samkjøring, og Pasientreiser oppfordrer de pasienter som har mulighet for dette til å bruke egen bil.*

### Digitalisering og automatisering for reiser uten rekvisisjon

Digitaliseringsgraden har økt jevnlig fra muligheten til å sende inn elektroniske søknader om pasientreise på helsenorge.no ble introdusert i 2016. Akkumulert per november 2021 utgjør andel elektroniske søknader 86,9 prosent, og det er en målsetting at 90 prosent av søknadene sendes elektronisk via Helsenorgeplattformen i løpet av 2024.



Elektronisk innsendelse av søknader om refusjon av pasientreiser har medført en reduksjon av inngående post med 80 prosent i 2020. Dette tilsvarer en nedgang på 18,7 tonn, sammenlignet med tidligere. Før oktober 2016 foregikk all saksbehandling av refusjonssøknadene manuelt, mens 53,7 prosent av sakene i dag behandles automatisk. Utsendelse av vedtaksbrev per post er redusert tilsvarende og tilsvarer 595 000 vedtak og ca. 11,9 tonn post.



Selvbetjeningsløsningen for reiser uten rekvisisjon er videreutviklet for å gjøre det enklere for flere å søke digitalt. Videreutviklingen foregår trinnvis og smidig med utgangspunkt i brukernes behov. Målet er at brukerne skal oppleve at pasientreiser er en samlet tjeneste integrert i et helhetlig pasientløp. Økt digitalisering og automatisering av området reiser uten rekvisisjon utgjør en betydelig miljøgevinst.

### Videreutvikling av selvbetjeningsløsning for reiser med rekvisisjon

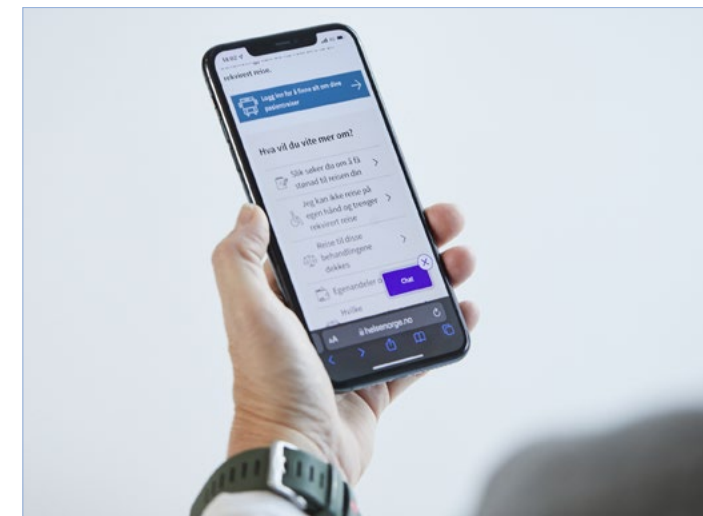
I 2021 har pasientreisereisere tjenester på helsenorge.no blitt videreutviklet. På helsenorge.no kan brukere nå se, avbestille og bekrefte rekvirerte reiser. I tillegg er løsningen som lar brukere endre oppmøtetidspunkt, adresse og spesielle behov på reisen lansert som pilot. Planen er å lansere denne funksjonaliteten nasjonalt i begynnelsen av 2022.

Ved at flere pasienter er informerte og aktive i prosessen for rekvirerte reiser, forventes færre bomturer som vil kunne bidra til reduserte utslipp.

Pasientreiser HF har ansvaret området reiser uten rekvisisjon. Dette er reiser som pasienten gjennomfører på egen hånd, og sender søknad om stønad til i etterkant. Pasientreiser HF bidrar videre til utvikling og forvaltning av IKT-systemene innenfor pasientreiseområdet. Og gir juridisk ekspertise og opplæring innenfor regelverket, og sørger for at brukerne får oppdatert informasjon om pasientreiseordningen.

Pasientreiser HF har etablert et utviklings- og endringsorientert kompetansemiljø, med et høyt fokus på brukervennlige og tilgjengelige tjenester til enhver tid.

Pasientreiser HF har 140 ansatte og hovedkontor i Skien, med avdelingskontor i Mosjøen, Førde, Ålesund og Moelv.



## TETT SAMARBEID MED POLITIET GIR TRYGGERE BYGGEPLASSER

I forbindelse med byggingen av nytt sykehus i Drammen, jobber politiet og Sykehusbygg sammen for å bidra til et trygt og godt arbeidssted på byggeplassen.

Byggeplassen på Brakerøya er et stort område med mange bygningsarbeidere. Her bygges nytt sykehus i Drammen som vil bli 122 000 kvadratmeter stort.

Med dette omfanget er det viktig at vi har ting på stell og at de som jobber på byggeplassen har gode forhold. Vi er både stolte og glade for samarbeidet vi har med politiet. De hjelper oss med å forebygge trafikkproblemer og å forhindre utstyrstyverier og arbeidslivskriminalitet på denne store byggeplassen.



Politioverbetjent Pål Sørensen og HMS-rådgiver Igor Uthuslien med overblikk over byggeplassen

Politiet og byggeprosjektet i Drammen har hatt et godt samarbeid helt siden arbeidene startet på tomte i 2019. Et slikt samarbeid er nytt for politiet, men erfaringene er at dette er av stor verdi både for Sykehusbygg og politiet.

Det er Helse Sør-Øst RHF som er byggherre for det nye sykehuset, og Sykehusbygg HF leder prosjektet på vegne av byggherre. Arbeidene gjennomføres i tett samarbeid med Vestre Viken HF som i fremtiden skal overta driften av det nye sykehuset når det står klart i 2025.

Vi får til et godt samarbeid gjennom å dele informasjon med hverandre. At politiet er synlig på og ved byggeplassen, er også viktig, og de bidrar med sin innsikt i prosjektets risiko- og sårbarhetsvurderinger. Sykehusbygg har ambisjon om å utvide samarbeidet til å omfatte flere av de mange store sykehusprosjektene i landet.

## SYKEHUSINNKJØPS ARBEID MED ETISK HANDEL

Sykehusinnkjøp jobber aktivt med å ivareta arbeidstaker- og menneskerettigheter. 2021 var et år i pandemi og dette førte blant annet til at det ikke ble gjennomført revisjoner ute på produksjonssteder slik det har vært vanlig å gjøre.

I sin rapport til Etisk handel Norge for 2021 har Sykehusinnkjøp HF rapportert følgende på måloppnåelse:



### Kursing:

Nyansatt kurs er gjennomført to ganger i 2021. Det er også gjennomført spesifikke kurs for avtaleforvaltere innen medisinske kategorier. Avtaleforvaltere har ansvaret for leverandøroppfølging innen etisk handel.

### Oppfølging

Mål om tredjepartsrevisjon hos hanskeprodusent er ikke gjennomført på grunn av pandemien. Tett oppfølging av leverandør er ivarettatt.

Mål om revisjon i Kina innen smittevern- og operasjonsprodukter i samarbeid med Oslo kommune er ikke gjennomført. Det har vært gjennomført flere møter med aktuelle leverandører med Oslo kommune og Sykehusinnkjøp. Foreløpig er det ikke avdekket høy risiko for brudd i leverandørkjeden og revisjon i rapporteringsåret ble derfor vurdert som mindre aktuelt.

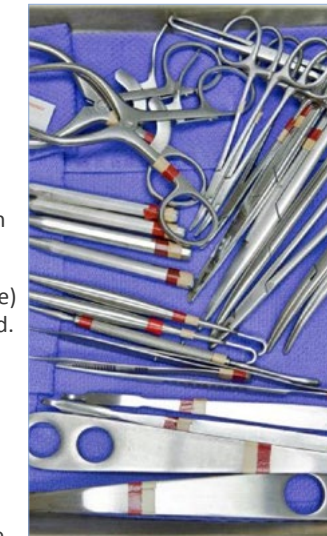
Samarbeid med Oslo kommune, Statens innkjøpscenter og Ruter om oppfølging av PC-utstyr i Kina er videreført.

### Bærekraft 17

Sykehusinnkjøp har vært en aktiv bidragsyter i samarbeidsprosjektet Bærekraft 17 gjennom Etisk handel Norge i kategoriene tekstil og bygg i 2021. Her jobber flere offentlige innkjøpere sammen om å møte markedet, utvikle krav og se på felles oppfølging.

### Mål/aktiviteter for 2022 er følgende:

- Alle leverandører med kontrakt i risikoanskaffelser skal rapportere på nytt egenrapporteringsskjema innen aktsomhetsvurderinger.
- Tilpasse krav og oppfølging til den nye Åpenhetsloven.
- Gjennomføre revisjon på utvalgt(e) fabrikker med høy risiko for brudd.
- Utvikle krav i anskaffelsen av undersøkelseshansker (høyrisiko) Vurdere evalueringskriterier.
- Videreutvikle samarbeidet om oppfølging med Statens innkjøpscenter og Oslo Kommune.
- Gjennomføre risikoanalyser i alle kategorier og tiltak for å redusere risiko i form av krav og oppfølging i Sykehusinnkjøps nye kategoriplaner.



## TO VIKARBYRÅ BLE MIDLERTIDIG SUSPENDERT ETTER KONTRAKTSBRUDD

Helseforetakene sin egen revisjon avdekket i 2021 at to vikarbyrå ikke hadde betalt tilstrekkelig overtidstillegg til vikarer utleid til norske sykehus. Dette var et klart kontraktsbrudd, og leverandørene ble derfor midlertidig suspendert fra kontrakten.

Revisjonen er en del av de strenge kontrollrutinene norske sykehus har for å sikre at innleide vikarer har samme lønns- og arbeidsvilkår som egne medarbeidere, i tråd med likebehandlingsprinsippet. Spesialisthelsetjenesten har inngått nasjonale rammeavtaler for sykepleievikarer, og det er leverandører på denne avtalen som ble kontrollert gjennom en revisjon. Det ble avdekket alvorlige kontraktsbrudd hos to av seks kontrollerte vikarbyrå. De alvorlige funna var blant annet at sykepleier-vikarer ikke har fått rett overtidsbetaling.

Revisjonen har kontrollert arbeidsavtaler, lønnsvilkår og arbeidstid. De alvorlige funna er hos de to leverandørene Powercare A/S og Läkärleasing Sverige AB. Under revisjonen er det tatt stikkprøver hos leverandørene ved ulike tidspunkt i 2021. Disse tyder på at sykepleierne kan ha fått utbetalt en for lav overtidsatts gjennom avtaleperioden.

– Det er et klart kontraktsbrudd, og et brudd på arbeidsmiljøloven, særlig likebehandlingsprinsippet. Leverandørene er derfor midlertidig suspendert fra kontrakten. Vi krever nå at de etterbetaler det vikarene har hatt krav på, og at de forbedrer rutinene sine for å hindre liknende avtalebrudd i framtida. Det ble gitt frist på én måned for å rette opp, sier Hilde Brit Christiansen, leder for den nasjonale styringsgruppa for vikarinnekjøp, og direktør for medarbeider, organisasjon og teknologi i Helse Vest RHF.



Hilde Brit Christiansen leder den nasjonale styringsgruppa for vikarinnekjøp - og er direktør for medarbeider, organisasjon og teknologi i Helse Vest RHF.

### Viser at revisjon fungerer

Avtalerevisjoner er ett av tiltakene Sykehusinnkjøp HF og de regionale helseforetakene har for å sikre at vikarbyråene følger opp sine medarbeidere i sykehusene på rett måte.

Alle vikarbyråene i avtalen ble kalt inn til et felles møte og måtte innen 48 timer stadfeste at de etterlever likebehandlingsprinsippet. Prinsippet går ut på at medarbeidere som er innleide fra et bemanningsforetak, skal ha lønns- og arbeidsvilkår i tråd med likebehandlingsprinsippet.

– At vi avdekker slike brudd viser at det er viktig at vi gjennomfører revisjoner blant alle leverandører. Her ser vi at rutinene og systemet vårt fungerer. Poenget med avtalerevisjoner er å sikre at avtalevilkårene blir etterlevd og at vikarene blir ivaretatt, likebehandlet og at de får det de har krav på, understreker Harald I. Johnsen, divisjonsdirektør i Sykehusinnkjøp HF, divisjon nasjonale tjenester.

### Strengt krav til vikarbyråene

For å sikre at det blir brukt seriøse aktører, stiller Sykehusinnkjøp sammen med de fire regionale helseforetakene svært strenge krav til leverandører under innkjøp. Det blir blant annet gjennomført en forhåndsrevisjon av alle tilbydere før de får være med i anbudskonkurransen, for å sikre at det er seriøse aktører. I tillegg blir det fulgt opp med revisjoner gjennom kontraktsperioden – med sanksjonsmuligheter dersom det blir avdekket brudd.

– Utgangspunktet vårt er at vi skal ha flest mulig faste tilsette medarbeidere som dekker mest mulig av behovene sykehusene har. Samtidig er det et behov for vikarer, særlig i forbindelse med ferieperioder og akutte behov. Under pandemiperioden har vikarbyråene bidratt med viktig faglig kapasitet i krevende perioder, seier Hilde Brit Christiansen, og legger til:

– Det er derfor viktig at vi gjennomfører profesjonelle innkjøp av vikartjenester. Selv om det er avdekket alvorlige kontraktsbrudd nå, er det store flertallet av leverandørene kompetente og seriøse aktører, som tilbyr medarbeiderne sine gode og ryddige vilkår. Denne revisjonen viser at kontrollrutinene våre fungerer, og at vi klarer å avdekke regelbrudda dersom det skjer.



Harald I. Johnsen, divisjonsdirektør i Sykehusinnkjøp HF, divisjon nasjonale tjenester.

### Stor aktør

Powercare A/S er en av de største leverandørene av vikarer på norske sjukehus, som i løpet av avtaleperioden fra oktober 2019 har levert rundt 450 000 vikartimer. Dette utgjør omtrent 46 prosent av vikarbruken i helseforetakene. Rundt tre prosent av disse timene er overtidstimer, der det er avdekket brudd. De har levert kompetente og dyktige vikarer som har utført viktige oppdrag i sykehusene.

Läkärleasing Sverige AB er en mindre leverandør, og har levert rundt 45 500 vikartimer hittil i avtaleperioden. I denne perioden står Läkärleasing for om lag 4,6 prosent av alle leverte vikartimer til helseforetakene. Timene der det er gjort alvorlige funn, utgjør 19 prosent av de totale timene Läkärleasing har levert.

### Fakta om saken

- Sykehusinnkjøp HF gjennomfører innkjøp på vegne av spesialisthelsetjenesten.
- Revisjon er en uavhengig, metodisk gjennomgang av et område, der en kontrollerer om praksisen stemmer med krav eller avtale som er inngått. Den blir gjennomført av en ekstern tredjepart.
- Deloitte har på oppdrag fra Sykehusinnkjøp HF og de regionale helseforetakene gjennomført avtalerevisjoner av seks utenlandske vikarbyrå, som har nasjonale rammeavtaler for sykepleietjenester.
- Det er gjort alvorlige funn hos to av de seks byråene; Powercare og Läkärleasing. De to leverandørene ble suspendert midlertidig fra kontrakten til de har ordnet opp i disse forholdene, og til de kan sannsynliggjøre at dette ikke skjer igjen.
- Det viktigste funnet er at sykepleier-vikarer tilsett i disse to byråene ikke har fått rett overtidsgodtgjørelse. Disse sykepleierne vil få etterbetalt pengene de har krav på.

### Oppfølging

– De regionale helseforetakene og Sykehusinnkjøp HF har hatt en god dialog og et godt samarbeid med Powercare A/S. De har vist stor vilje til å rette opp i forholdene avdekket under den nylige revisjonen og har iverksatt tilfredsstillende kontrollrutiner og en plan for etterbetaling til vikarene. Derfor kan vi nå oppheve suspensjonen under visse betingelser, sier Hilde Christiansen, i Helse Vest RHF.

Den betingede opphevingen av suspensjonen innebærer at Powercare A/S fra 10. februar 2022 igjen kan tilby vikarer til norske sykehus. En betinget oppheving av suspensjonen innebærer at Powercare A/S må oppfylle visse krav før den kan bli permanent. Innen 15. mai må selskapet kunne dokumentere at de har etterbetalt vikarene den overtidsattsaten de har krav på.

I etterkant av dette vil det bli gjennomført en oppfølgingsrevisjon. Dersom denne bekrefter at forholdene er rettet opp i, oppheves suspensjonen permanent.

– For de fire regionale helseforetakene er det viktig å sikre at vikarene vi benytter tilbys like gode lønns og arbeidsvilkår som våre faste ansatte. Revisjoner og oppfølging er derfor viktige tiltak for å sikre god etterlevelse av rammeavtalene. Når det avdekkes brudd, er det også positivt at vi kan ha en god dialog med leverandørene, sier Christiansen.

– Vi er meget tilfredse med at vi er kommet frem til en omforent løsning med de fire regionale helseforetakene og Sykehusinnkjøp HF slik at vi nå kan ha fokus på vår kjernevirksomhet, å levere høyt kvalifiserte vikarer til norske sykehus. Vi ser frem til et fortsatt godt samarbeid med helseforetakene og Sykehusinnkjøp HF, sier CEO og grunder Lisbeth Sejer i Powercare A/S.

I revisjonen ble det også avdekket tilsvarende kontraktsbrudd hos leverandøren Läkärleasing Sverige AB. Denne leverandøren har nå dokumentert at de har fått rettet opp forholdene, og at samtlige vikarer har fått etterbetalt overtidstimer.

På lik linje med Powercare, vil også Läkärleasing få en betinget opphevelse av suspensjonen fra og med 17. februar. Suspensjonen vil endelig oppheves etter at Deloitte har gjennomført en oppfølgingsrevisjon.

## ÅPENHETSLOVEN - HVA BETYR DEN FOR SPESIALISTHELSETJENESTEN?

I 2021 ble den nye Åpenhetsloven vedtatt i Stortinget. Den trer i kraft 1.juli 2022. Loven skal fremme virksomheters respekt for grunnleggende menneskerettigheter og anstendige arbeidsforhold i forbindelse med produksjon av varer og levering av tjenester. Loven skal også sikre allmenheten tilgang til informasjon om hvordan virksomheter håndterer negative konsekvenser for menneskerettigheter og anstendige forhold.

Loven gjelder for større selskaper, som plikter å utføre aktsomhetsvurderinger og blant annet kartlegge og vurdere mulige negative konsekvenser i sin leverandørkjede. Ved behov skal egnede tiltak iverksettes for å utbedre situasjonen.

For spesialisthelsetjenesten betyr dette at krav i anskaffelser må tilpasses dette. Dette gjøres via tjenesteleverandør for innkjøp, som er Sykehusinnkjøp HF. I praksis betyr det at leverandører må dokumentere større kunnskap om leverandørkjeden og hvilke risikoer det finnes for negativ påvirkning av menneskerettigheter. Leverandører må være bevist hvilke risikoer det er i både råvareleddet, produksjonsleddet og/eller transportleddet.

Ved kravsetting og oppfølging vil det være viktig å gjøre prioriteringer og jobbe aktivt innen de områdene hvor det er størst risiko. Ved å innhente informasjon om produksjonsland og kunnskap om produksjonsmetoder, kan Sykehusinnkjøp gjøre gode risikovurderinger og iverksette målrettede tiltak der det er størst behov.



Kirurgiske instrumenter «made in Germany».  
Foto: Sykehusinnkjøp

## REFLEKSJONER FRA TILLITSVALGT

Når de regionale helseforetakene for fjerde gang presenterer «Spesialisthelsetjenestens rapport for samfunnsansvar» - legges det vekt på klima og miljø, menneskerettigheter og arbeidstakerrettigheter, i tillegg til antikorrupsjon.

Når vi tenker på arbeidstakerrettigheter i denne sammenheng er det ofte fokus på arbeidsforhold for de som produserer utsyr til bruk i spesialisthelsetjenesten, - for eksempel smittevernsutstyr fra lavkostnadsland.

Samtidig er det også viktig at vi har fokus på rettigheter for egne ansatte, og at disse blir ivaretatt.

Vi må stille spørsmål som;

- Hvorfor bryter helsetjenestene så ofte arbeidsmiljøloven med tanke på arbeidstid, - og hva må til for å unngå slike lovbrudd?
- Hva skjer med de ansattes arbeidsforhold og eksisterende avtaler når tjenester de leverer blir «out-sourcet»?
- Er jobbsituasjonen for de som bygger nye bygg for spesialisthelsetjenesten gode nok og i tråd med inngåtte avtaler, - og hva med deres underleverandører?
- Hvilke arbeidsforhold har våre faste og midlertidige ansatte, - og er alt greit for alle de som er ansatt via vikarbyrå?

Som regionalt tillitsvalgt er jeg opptatt av at vi har et velfungerende tillitsvalgsapparat i alle ledd i spesialisthelsetjenesten, - og at samarbeidet med arbeidsgiversiden er godt.

For at «den norske modellen» skal fungere optimalt er det viktig å opprettholde en stor andel ansatte med organisasjonstilhørighet. Vi har mange gode avtaler for arbeidslivet i Norge.

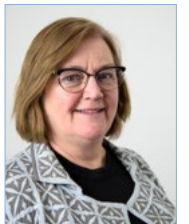
Disse er ikke kommet av seg selv, men er framforhandlet i ulike historiske settinger. Det er viktig at vi fortatt styrker og endrer slike avtaler og ordninger slik at de er i tråd med vår samfunnsutvikling. Vi må ikke som ansatte sette oss på sidelinjen og være fornøyd med dagens regelverk. Fortsatt må vi

- vedlikeholde IA-avtalen,
- vi må søke å redusere flest mulig av spesialisthelsetjenestens brudd på Arbeidsmiljøloven,
- jobbe for en heltidskultur, gode lønnsforhold og en god pensjonsordning.

Vårt felles mål for spesialisthelsetjenesten er at vi leverer likeverdig helsetjeneste til alle pasientgrupper, og at vi hele tiden søker å styrke pasientsikkerheten.

For å oppnå det må vi ha et utviklende arbeidsmiljø med godt samarbeids- og ytringsklima, de ansatte må gis mulighet til å vedlikeholde og styrke sin kompetanse, - og vi må ha arbeidstid, lønn og pensjon som vi kan leve med.

Kristiansund N 25.01.2022  
Grete Enge Garshol  
SAN KTV/ HMN RHF



HELSE  MIDT-NORGE

HELSE  NORD

HELSE  SØR-ØST

HELSE  VEST

**Kontaktinformasjon:**

**Helse Nord RHF**  
8038 Bodø  
[www.helse-nord.no](http://www.helse-nord.no)

**Helse Midt-Norge RHF**  
Postboks 464  
7501 Stjørdal  
[www.helse-midt.no](http://www.helse-midt.no)

**Helse Vest RHF**  
Postboks 303 Forus  
4066 Stavanger  
[www.helse-vest.no](http://www.helse-vest.no)

**Helse Sør-Øst RHF**  
Postboks 404  
2303 Hamar  
[www.helse-sorost.no](http://www.helse-sorost.no)

Møtedato: 13. mai 2022  
Vår ref.:

Saksbehandler:  
Lars Alvar Mickelsen

Dato:  
6.5.2022

## **RBU-sak 42-2022      Riksrevisjonens undersøkelse av helseforetakenes i investeringer i bygg og medisinsk-teknisk utstyr**

### **Bakgrunn**

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

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

### **Saksutredning**

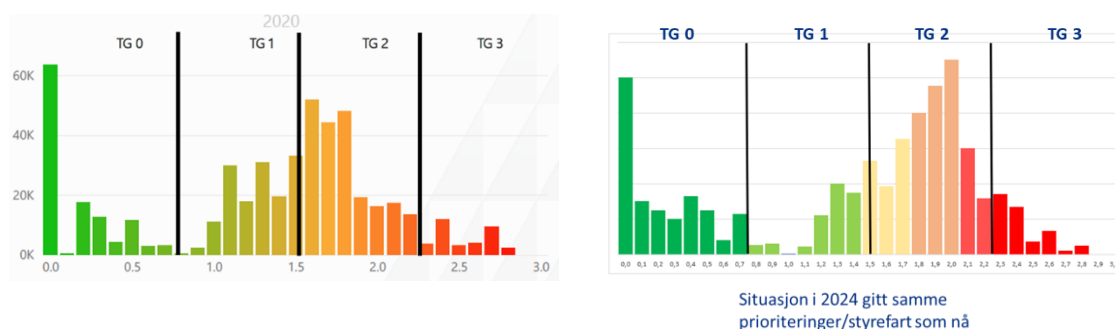
Riksrevisjonen har som et resultat av kartleggingen kommet opp med følgende konklusjoner:

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

### Bygg:

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

Dette er i tråd med konklusjonen etter tilstandsvurderingene som ble gjort i Helse Nord i 2020, og konklusjonene i rapport *State Of The Nation* som ble presentert av Rådgivende ingeniørers forening i 2021. Utfordringsbildet er at bygningsmassen i Helse Nord har et vedlikeholdsetterslep på ca. 5 mrd. kroner i 2020, og uten tiltak vil dette øke. I tillegg kommer funksjonelt etterslep som etter all sannsynlighet utgjør et større beløp. Uten tiltak kan utviklingen fremover illustreres slik:



Grafen til venstre viser situasjonen i 2020. Til høyre vises et mulig bilde i 2024 hvis det ikke iverksettes tiltak. Flere komponenter og bygg beveger seg mot dårligere tilstand, noe som øker risikoen for havari betraktelig. Dette vil kunne medføre stengte produksjonslokaler, store kostnader til skadeoppretting og i ytterste konsekvens fare for personsikkerhet og personskade.

### Medisinteknisk utstyr:

I et flertall av helseforetakene økte andelen av MTU<sup>1</sup>-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 er samtlige universitetssykehus. Bransjeorganisasjonen COCIRs faglige anbefaling er at ikke mer enn 10 prosent av utstyret bør være mer enn ti år gammelt.

Helseforetakene oppgir flere mulige konsekvenser av en aldrende MTU-park, som blant annet økt ventetid, dårligere diagnostisering og økt risiko for avbrudd i behandlingen. 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.

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

<sup>1</sup> Medisinteknisk utstyr

Helse Nord kan bare bekrefte at Riksrevisjonens beskrivelse er korrekt og kritikken berettiget. Helse Nord RHF har ikke fulgt opp foretakenes investeringer på en god nok måte, og har heller ikke god oversikt over tilstand på MTU-parken i regionen.

### **Oppsummering**

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

Helse Nord RHF:

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

Helseforetakene i Helse Nord:

- vurderer tiltak som bidrar til at investeringer blir tilstrekkelig prioritert, blant annet
  - utarbeide mål for bygningsmassen, for å bidra til verdibevarende vedlikehold, og som grunnlag for å utarbeide langsiktige investeringsplaner
  - ta i bruk styringsinformasjon, mål og planer for medisinsk-teknisk utstyr, for å bidra til god nok tilstand på utstyret og møte den framtidige teknologiske utviklingen
  - styrke sine økonomiske langtidsplaner som styringsvirkemiddel ved å legge større vekt på realisme i planenes forutsetninger og investerings- og resultatmål

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

*Bygg:*

- Implementering av husleiemodell – prosessen pågår med kartlegging og kategorisering av areal, oversikt over hvilke enheter som er bruker av arealene, samt etablering av avtaler og prosedyrer. Dette vil sannsynligvis bidra til et større fokus på arealbruk og arealkostnader, noe som igjen kan føre til en mer optimalisert arealfordeling.



- Utarbeidelse av eiendomsstrategi – arbeidet med eiendomsstrategi er startet. Her bidrar alle foretakene i prosessen. Hensikten med strategien er å få strukturert utfordringene og prioritert satsingsområdene slik at det blir et større fokus og bedre muligheter for et verdibevarende vedlikehold.
- Digitalisering av eiendomsforvaltningen – alle foretakene i Helse Nord har etter hvert flere digitale bygningsinformasjonsmodeller (BIM) som inneholder all dokumentasjon på byggene. Problemet er at de ikke har systemer som gir mulighet til å benytte dette i driften. Det er derfor iverksatt et prosjekt med målsetting om å etablere en regional BIM-løsning hvor det over tid vil kobles til funksjonalitet for alle fagområdene innen teknisk drift. En slik løsning vil føre til et tettere samarbeid mellom foretakene, og med Helse Nord IKT.

#### *Medisinteknisk utstyr:*

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

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

Ovennevnte tiltak vil ivareta noen av problemstillingene Riksrevisjonen peker på. Det er likevel to overordnede spørsmål som må stilles:

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

### **Konklusjon**

Det konstateres at det over år har vært en underfinansiering av byggvedlikehold og medisinteknisk utstyr. Det økonomiske etterslepet som har bygd seg opp er utfordrende da risikoen for havari øker, noe som påvirker økonomien og til slutt pasientbehandlingen negativt. De nevnte prosesser som er satt i gang vil bidra i riktig retning gjennom økt digitalisering, felles prosesser og system mellom foretakene, og mer samordnede anskaffelsesprosesser og deling av ressurser. Likevel vil det være et

overordnet behov for tilpasning av økonomien til en forsvarlig bygningsdrift, og en diskusjon rundt fremtidens sykehusbygg og utformingen av kommende prosjekter. I første omgang planlegges en dialog med de øvrige regionene for å avstemme mulige tiltak.

### **Forslag til vedtak**

Regionalt brukerutvalg i Helse Nord RHF inviteres til å fatte følgende vedtak:

1. Riksrevisjonens undersøkelse av helseforetakenes investeringer i bygg og medisinsk-teknisk utstyr tas til orientering

Bodø, 6. mai 2022

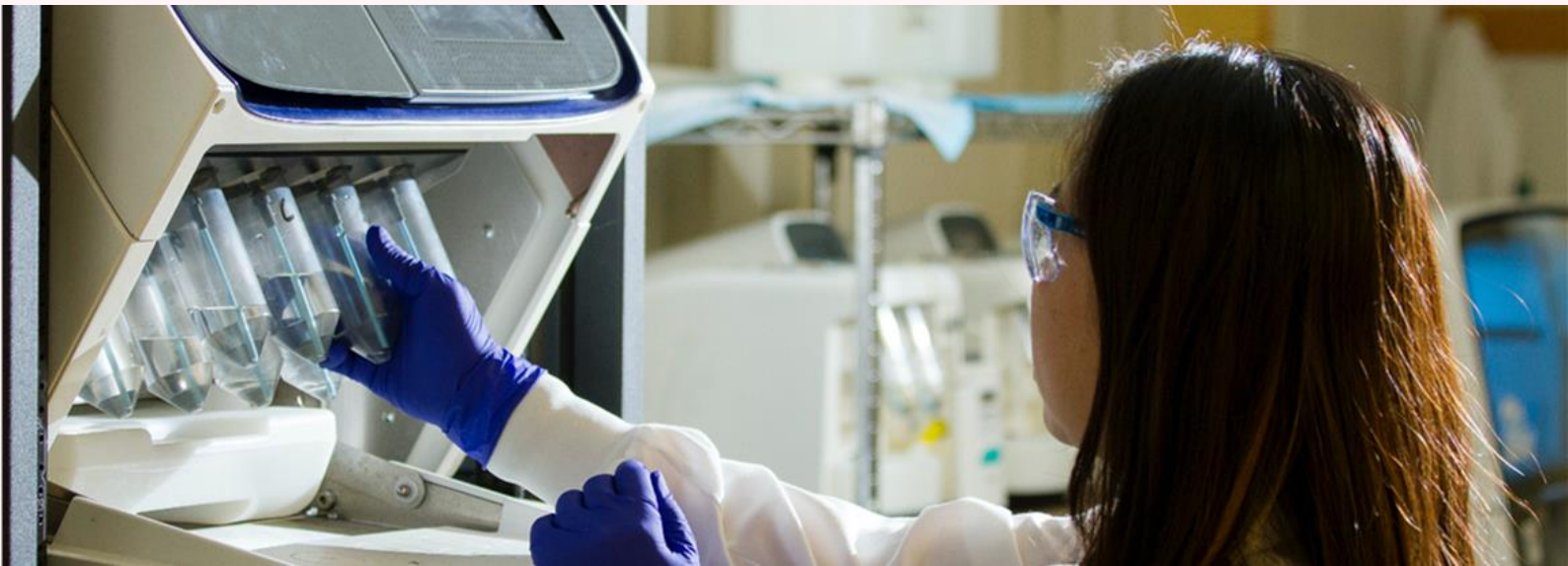
Cecilie Daae  
administrerende direktør

### **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

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

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

## Tabelloversikt

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

## Figuroversikt

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

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

## Faktaboksoversikt

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

# 1 Innledning

## 1.1 Bakgrunn

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

<sup>4</sup> Innst. 42 S (2011–2012).

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

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



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

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

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

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

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

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

---

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

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

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

## Faktaboks 1 Oversikt over helseforetak

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

## 1.2 Mål og problemstillinger

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

Målet belyses gjennom følgende problemstillinger:

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

## 1.3 Revisjonskriterier

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

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

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

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

## 1.4 Undersøkellesmetoder

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

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 m<sup>2</sup>, til en regnskapsført verdi på ca. 73 milliarder kroner. Dette gjør spesialisthelsetjenesten til Norges største eiendomsforvalter.

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

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

### 2.1 Oppsummering

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

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

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

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

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

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

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

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

## 2.2 Den tekniske tilstanden til helseforetakenes bygg i 2020

Undersøkelsen viser at

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

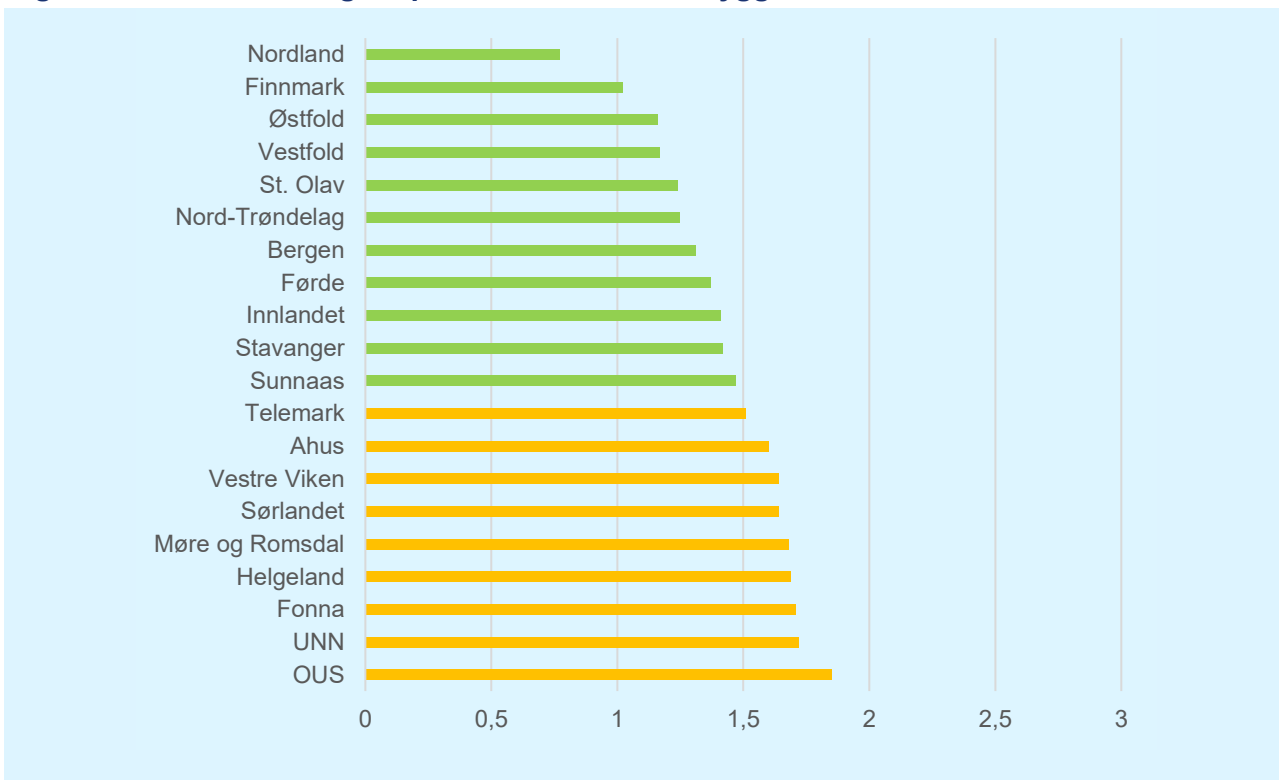
### 2.2.1 Den samlede tekniske tilstanden til byggene er utilfredsstillende i halvparten av helseforetakene

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

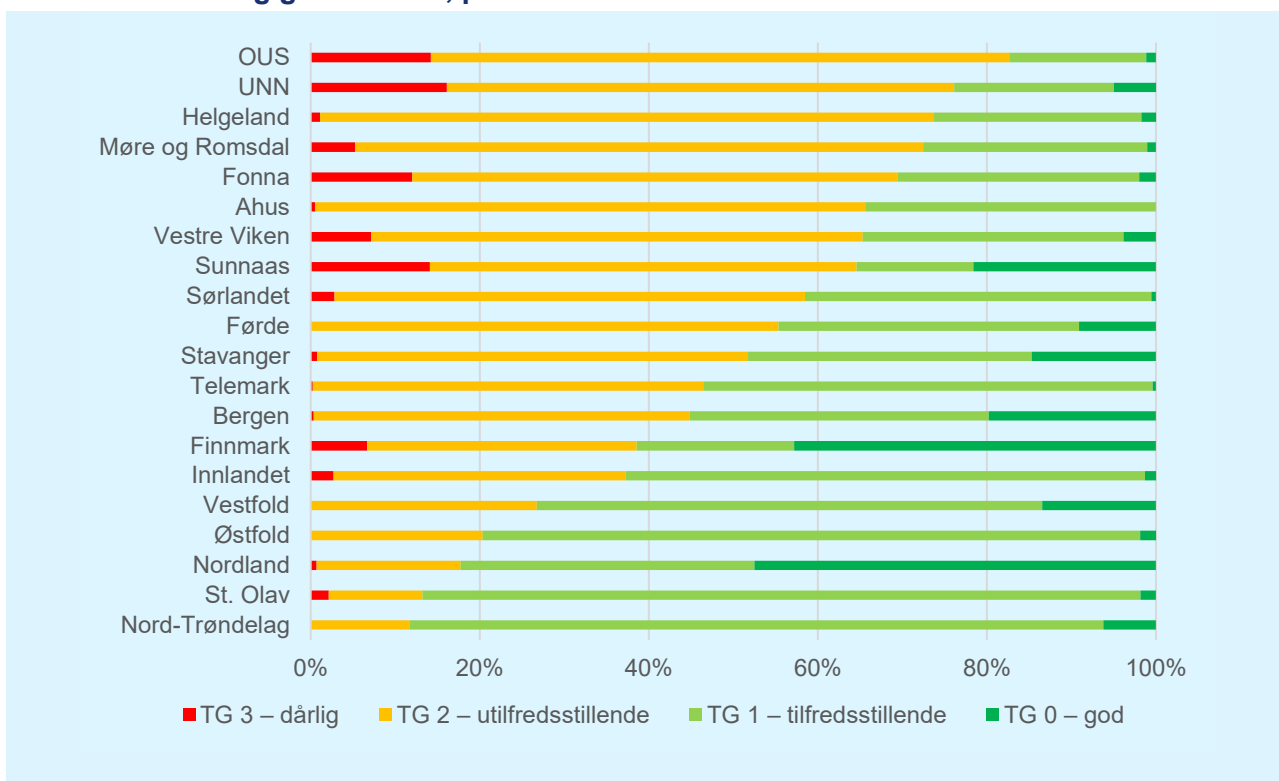
<sup>11</sup> I Fonna er Haugesund sykehus ikke kartlagt i 2020. Den tekniske tilstanden til bygningsmassen på denne lokasjonen var utilfredsstillende i 2016, så Fonnas bygningsmasse ville sannsynligvis hatt en utilfredsstillende teknisk tilstand dersom sykehuset i Haugesund hadde blitt kartlagt i 2020.

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

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

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

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



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

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

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

## Faktaboks 2 Systemet med tilstandsgrader

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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



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

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

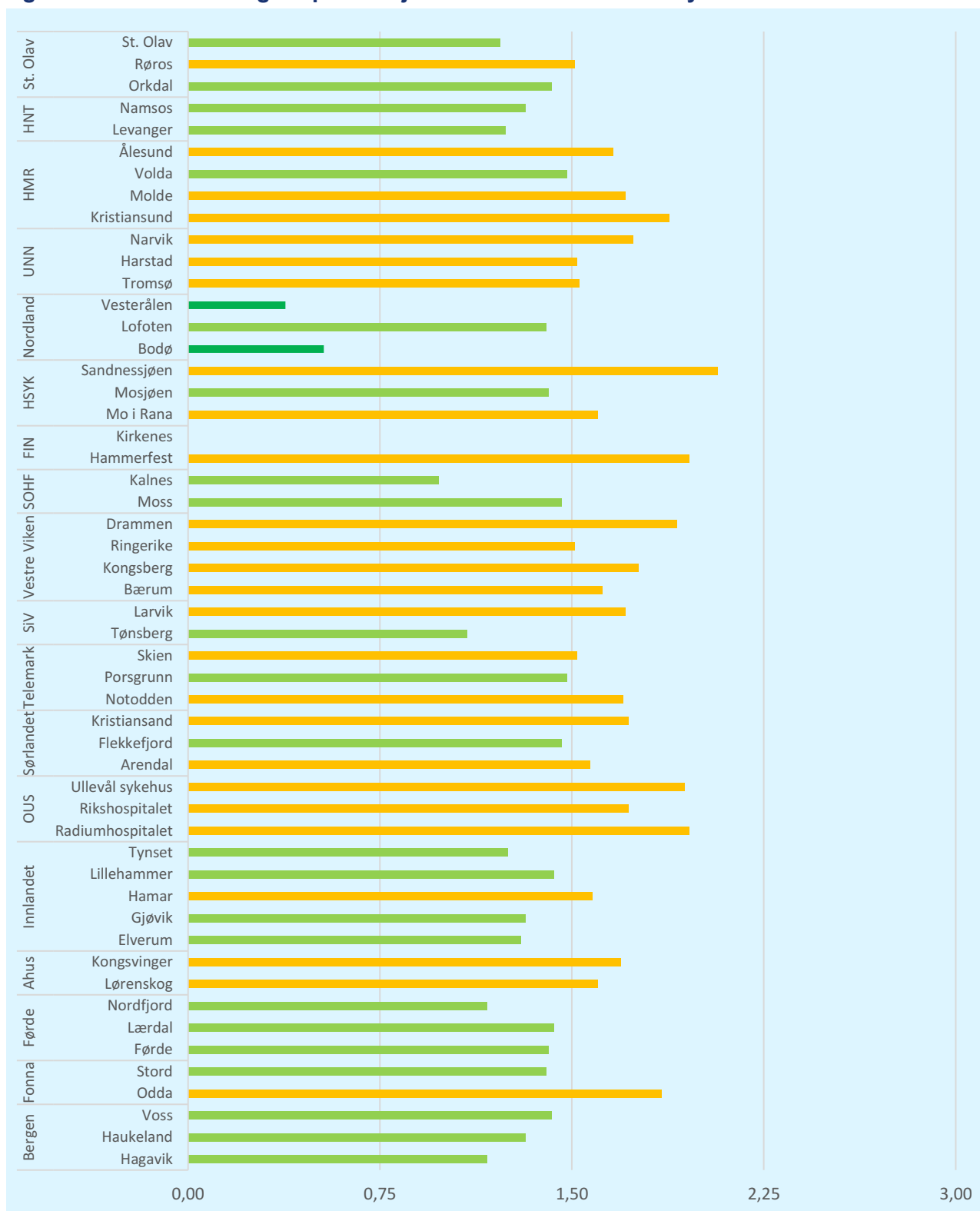
- 3 sykehus har en *meget god* teknisk tilstand.<sup>17</sup>
- 19 sykehus har en *tilfredsstillende* tilstand.
- 30 sykehus har en *utilfredsstillende* tilstand.
- Ingen sykehus har en *dårlig / meget dårlig* tilstand.

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

## 2.3 Utviklingen av den tekniske tilstanden til helseforetakenes bygg

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

Undersøkelsen viser

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

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

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

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

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

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

Det framgår av tabellen

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

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

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

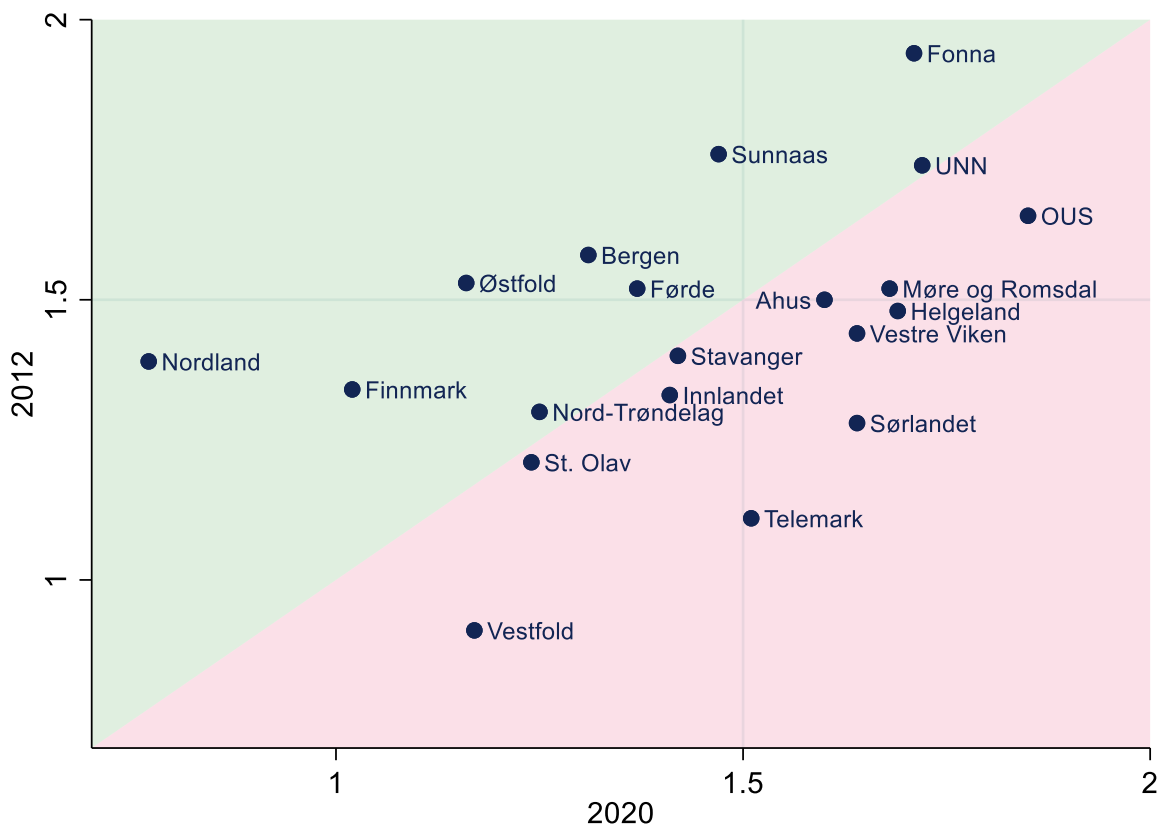
Mange av helseforetakene har hatt en relativt stor endring i den samlede tilstandsgraden uten at hovedtilstanden har endret kategori, jf. tabell 1. Figur 4 viser hvorvidt helseforetakene har hatt en positiv eller negativ utvikling i den samlede tilstandsgraden fra 2012 til 2020.

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

<sup>27</sup> OUS og Møre og Romsdal.

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

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

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

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

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

Figur 5 viser utviklingen i den samlede tilstandsgraden siden 2012 for

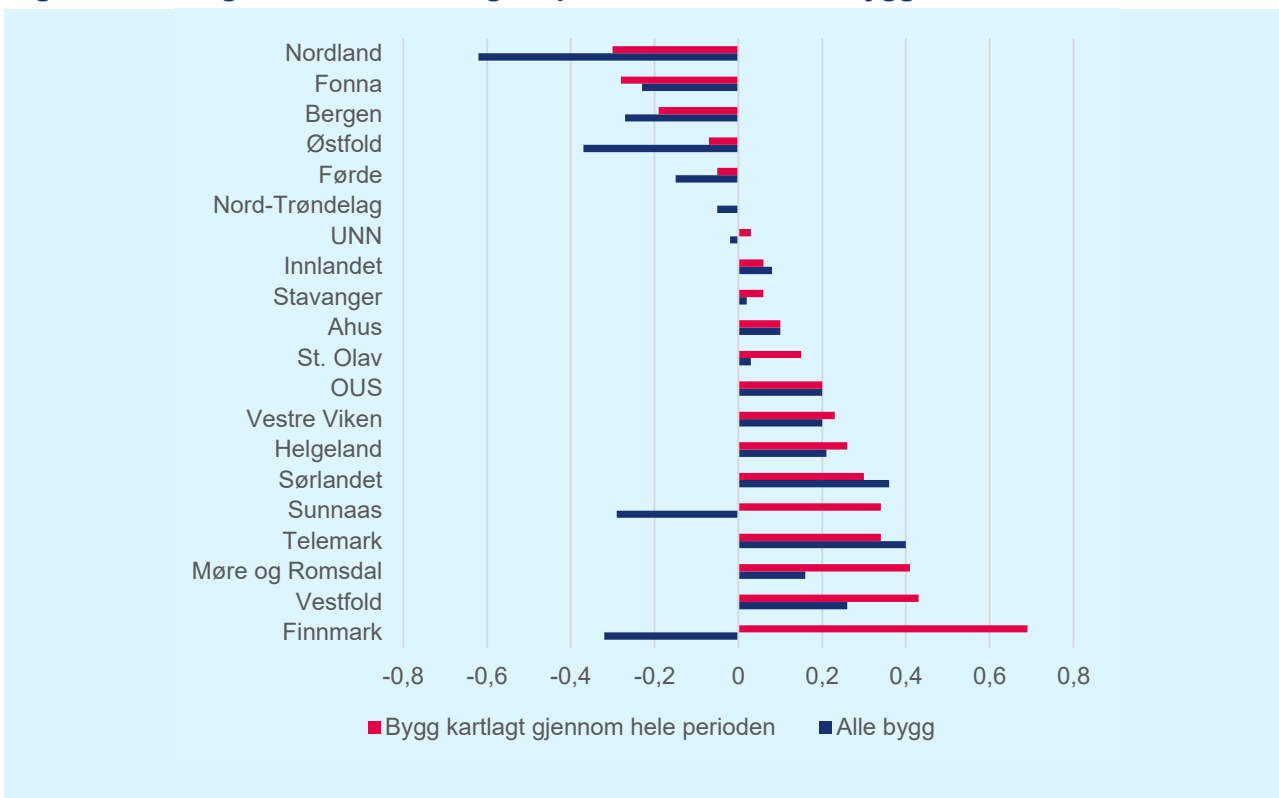
- bygg som har blitt tilstandsvurdert både i 2012, 2016 og 2020, altså bygningsmassen som var i bruk på alle målepunktene (markert i rødt)
- alle bygg som ble kartlagt enten i 2012 eller 2020 (markert i blått), noe som tilsvarende informasjonen i figur 4

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

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

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

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



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

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

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

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

## Faktaboks 3 Forhold som påvirker tilstandsgraden

### Nye bygg

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

### Bygg som er i bruk

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

Godt vedlikehold kan redusere verdiforringelsen, men kan ikke stanse den. Forbedringer av tilstandsgraden skjer gjennom større rehabiliteringer og 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
<b>2012 – tilfredsstillende</b>	58	22	80
<b>2012 – utilfredsstillende</b>	19	33	52
<b>Sum</b>	77	55	

Kilde: Multiconsult

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

## 2.4 Bygningsmassen i helseforetakene har et stort oppgraderingsbehov

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

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

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

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

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

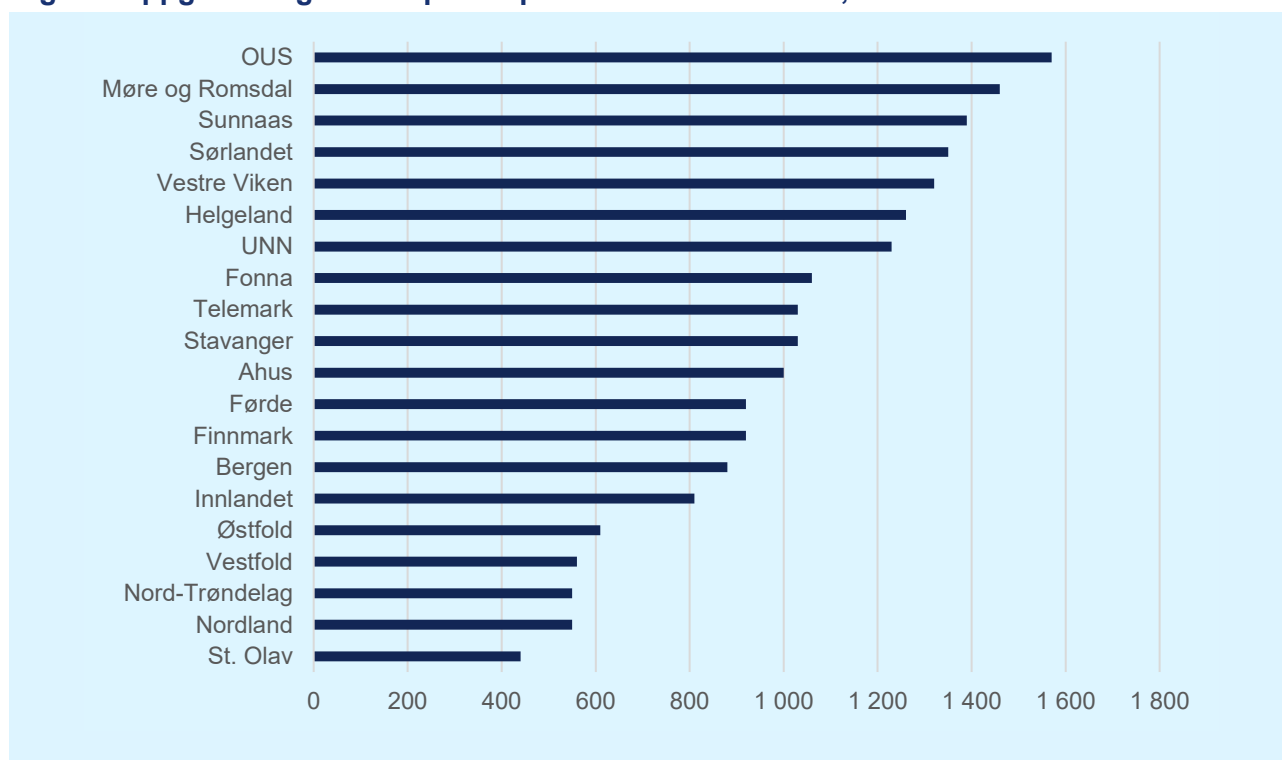
<sup>30</sup> Kilde: Multiconsult.

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

	Vedlikeholdsetterslep	Årlig behov per m <sup>2</sup>
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
<b>Sum</b>	<b>47 862 300 000</b>	

Kilde: Multiconsult

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

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

Kilde: Multiconsult. N = 20.

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## 3 Tilstanden til helseforetakenes medisinsk-tekniske utstyr

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

### Utvalgte revisjonskriterier

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

### 3.1 Oppsummering

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

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

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

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

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

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

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

## 3.2 Tilstanden til MTU-parken i 2020

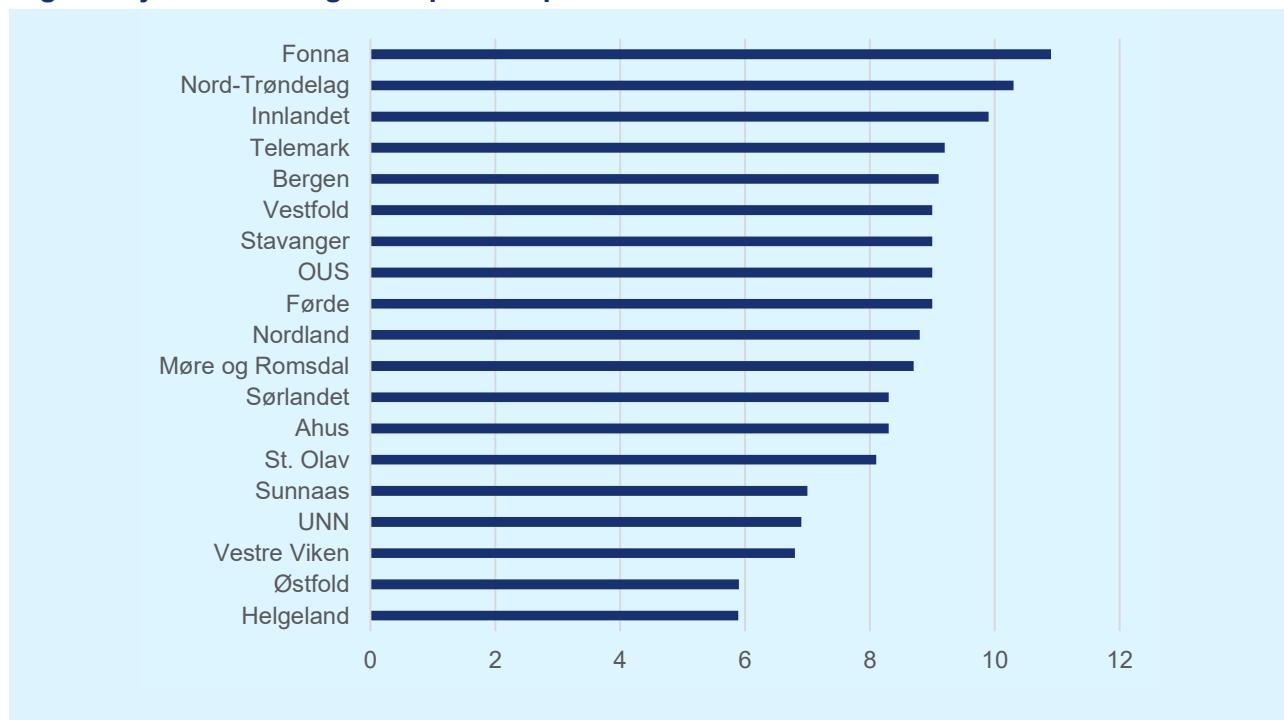
Undersøkelsen viser

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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



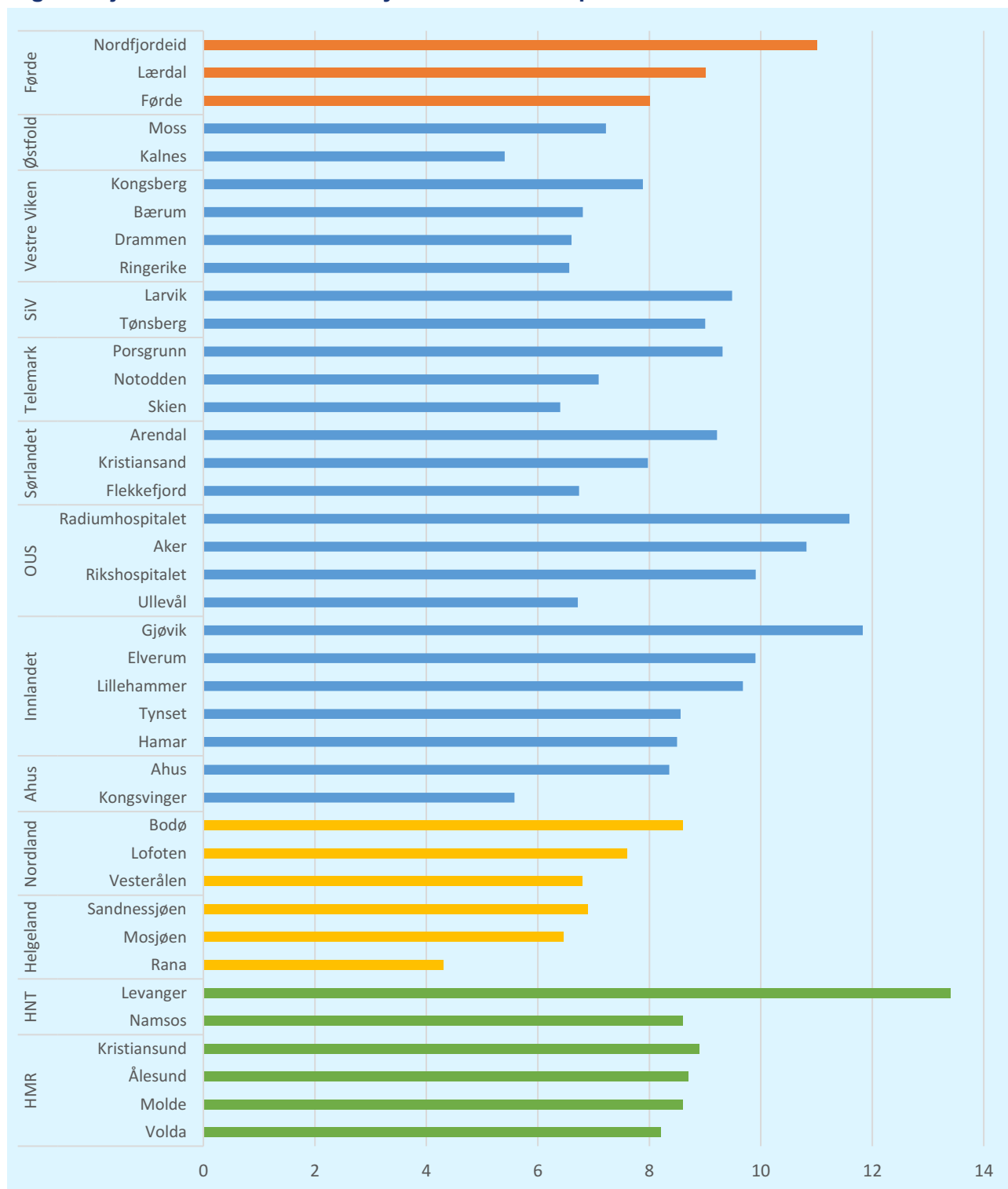
Mange typer medisinsk-teknisk utstyr brukes i sykehusene. Foto: Scandinavian StockPhoto/tyler olson.

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

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

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

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



Kilde: Helseforetakene og RKMTU

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



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

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

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

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

Mulige konsekvenser for pasientene er

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

Mulige konsekvenser for økonomien er

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

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

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

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

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

**Tabell 4 COCIR-standarden**

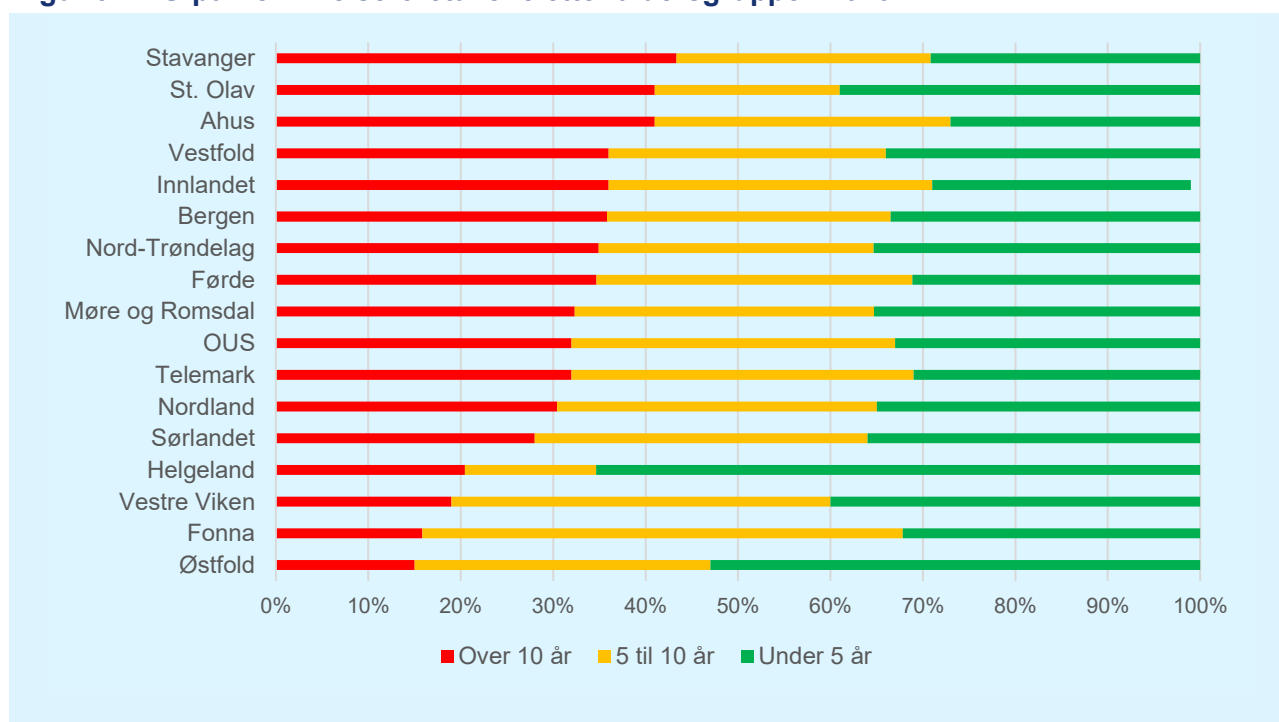
Aldersgruppe	Beskrivelse	Anbefalt andel
Under fem år	Utstyret er oppdatert	Minst 60 %
Mellom fem og ti år	Utstyret er fortsatt egnet for bruk, men gjenanskaffelse må planlegges	Maks 30 %
Over ti år	Utstyret bør skiftes ut	Maks 10 %

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

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

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

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

**Figur 9 MTU-parken i helseforetakene etter aldersgruppe i 2020**

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

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

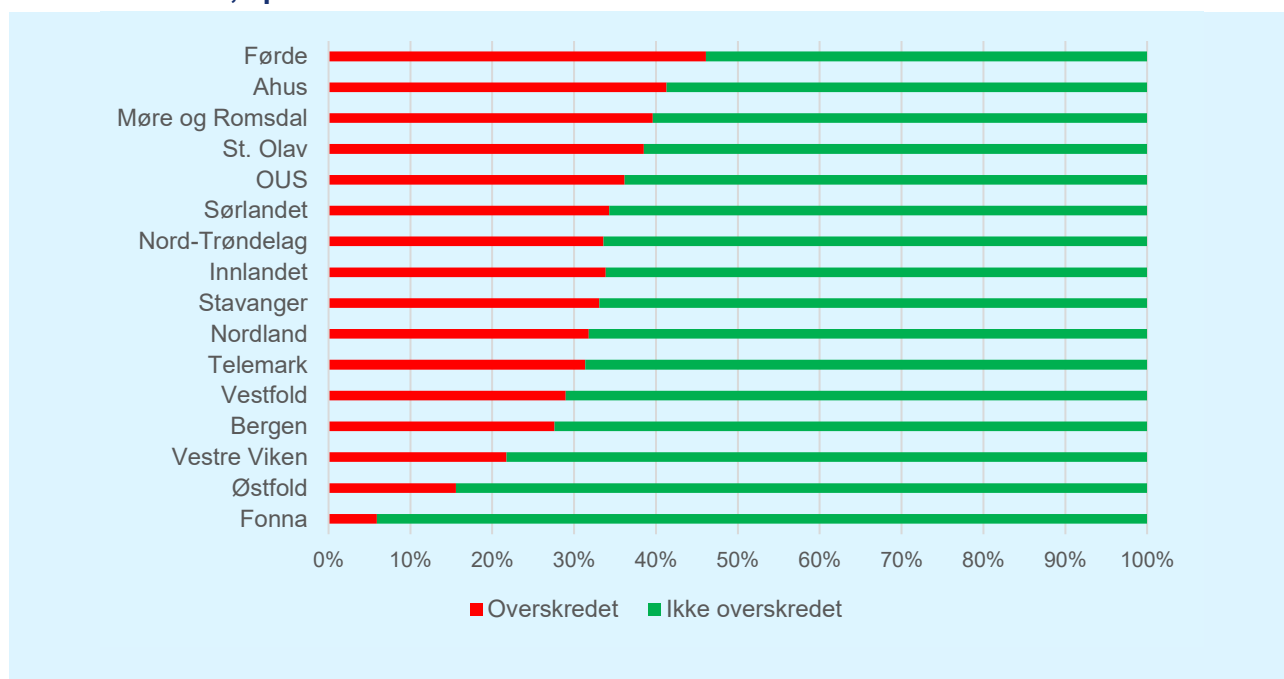
<sup>44</sup> Med unntak av UNN og Finnmark har alle helseforetakene oversendt en oversikt etter COCIR-standarden. Det finnes imidlertid ikke data for Sunnaas.

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

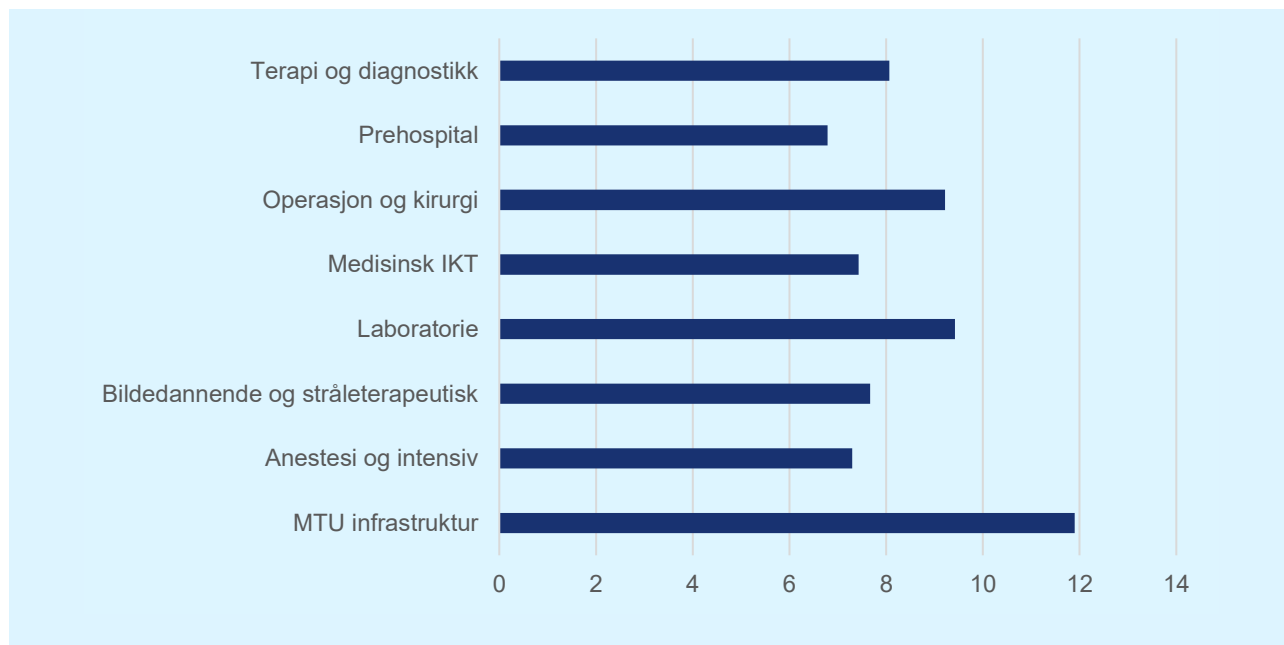
For å kunne framskaffe rapporter om alderen på ulike utstyrsgrupper på en enkel måte bør utstyret være kategorisert i utstyrsregisteret. Helseforetakene i tre av helseregionene har imidlertid ikke noen felles metode for å kategorisere MTU-parken i regionen. Da er det heller ikke mulig å sammenligne status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

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

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

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

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



Kilde: RKMTU

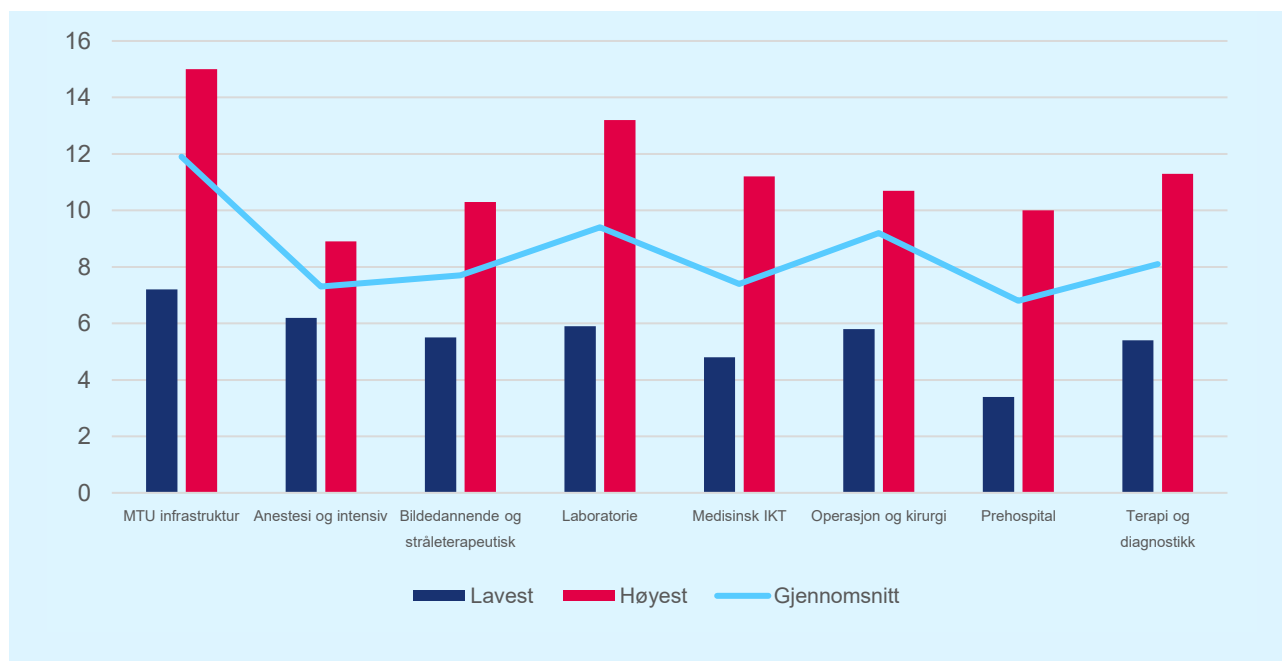
Figur 11 viser gjennomsnittsalderen på medisinsk-teknisk utstyr i ulike kategorier i helseforetakene i Helse Sør-Øst. Gjennomsnittsalderen varierer fra nesten sju år i innkjøpsgruppa «prehospital» til nær tolv år i gruppa «MTU infrastruktur».

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

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

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

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



Kilde: RKMTU

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Kilde: Helse Sør-Øst RHF og RKMTU

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

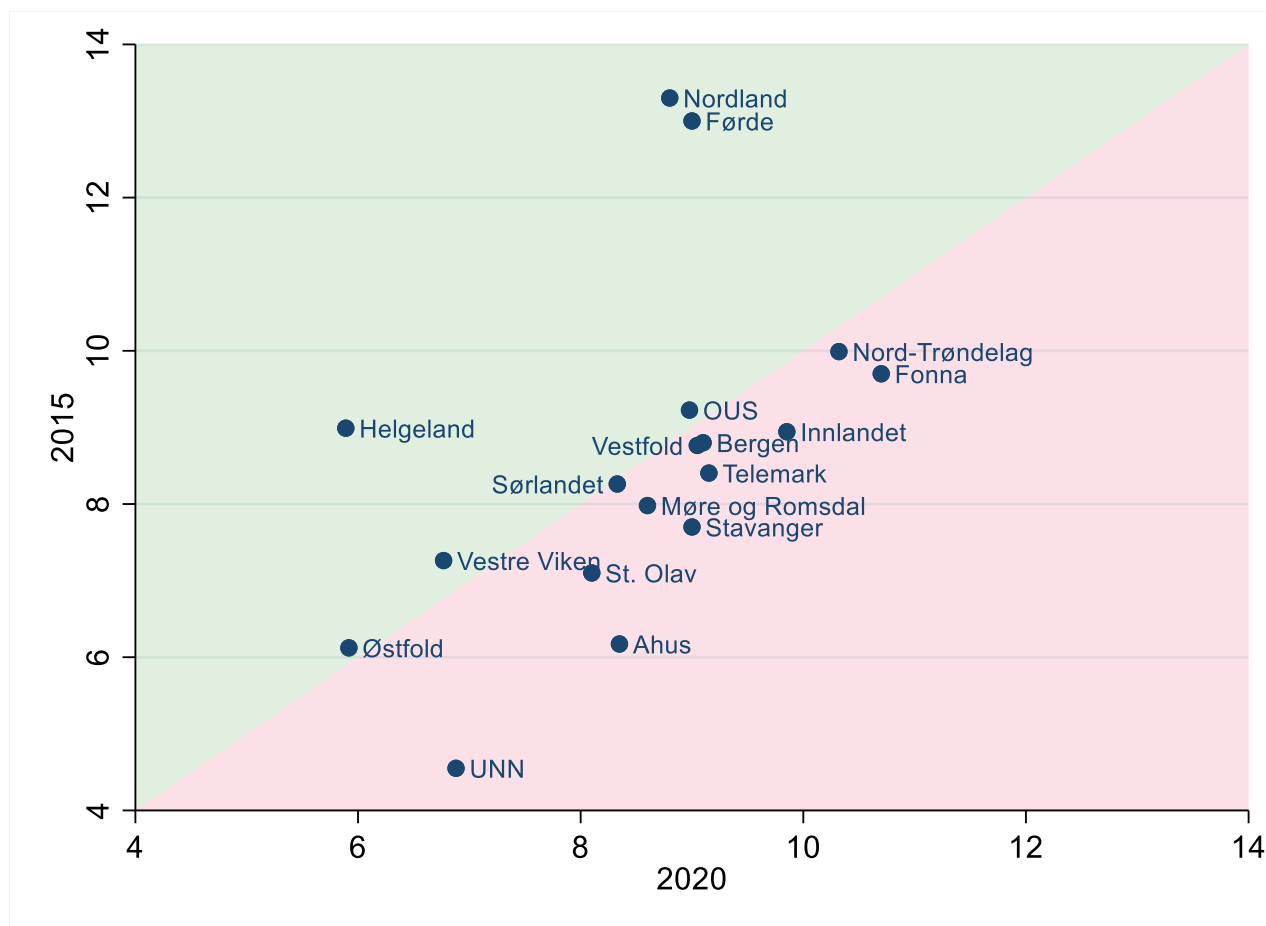
Undersøkelsen viser

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

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

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

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



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

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

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

Videre viser figur 13 at gjennomsnittsalderen på MTU-parken økte med mindre enn ett år i seks av de tolv helseforetakene der alderen økte fra 2015 til 2020.<sup>49</sup> Samtlige av disse seks helseforetakene hadde en MTU-park der 28 prosent eller mer av utstyret var eldre enn ti år i 2015. Dette er i seg selv en indikasjon på at gjennomsnittsalderen på utstyret heller burde ha blitt redusert fram mot 2020, jf. COCIR-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.<sup>50</sup>

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

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

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

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

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

Den horisontale 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.

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

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

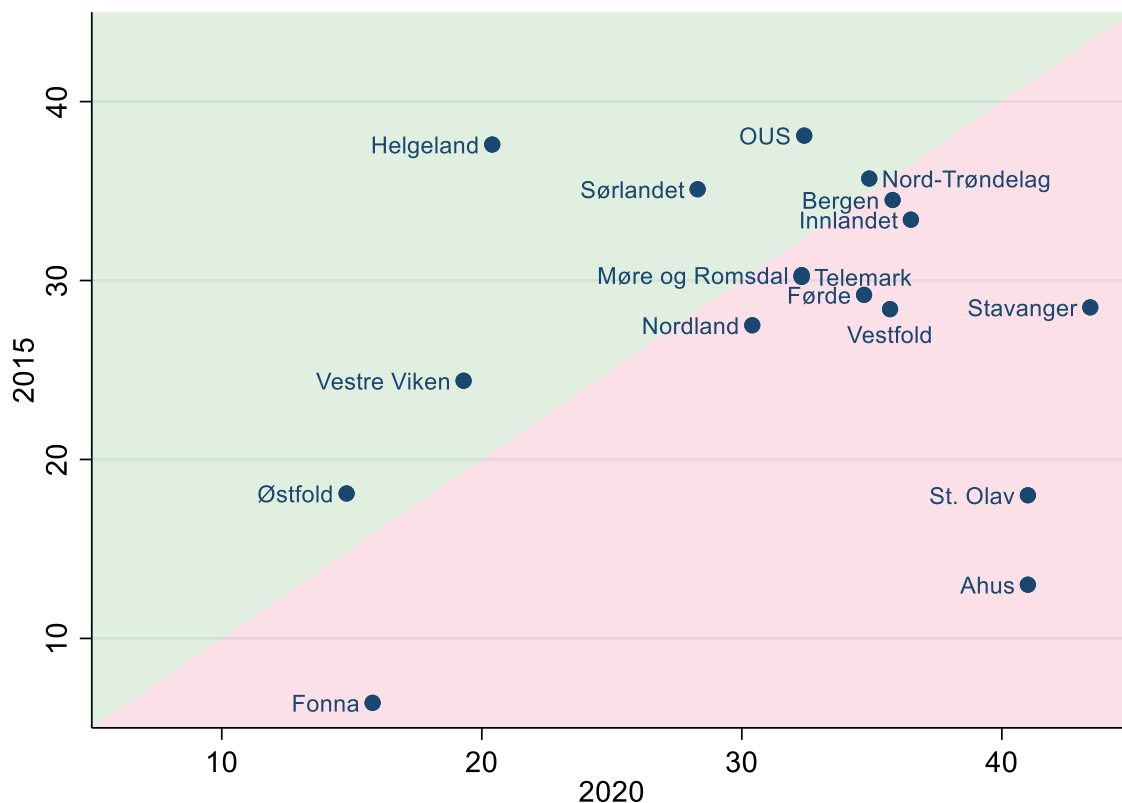
<sup>50</sup> Unntakene er OUS, Førde og Nordland.

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

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



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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

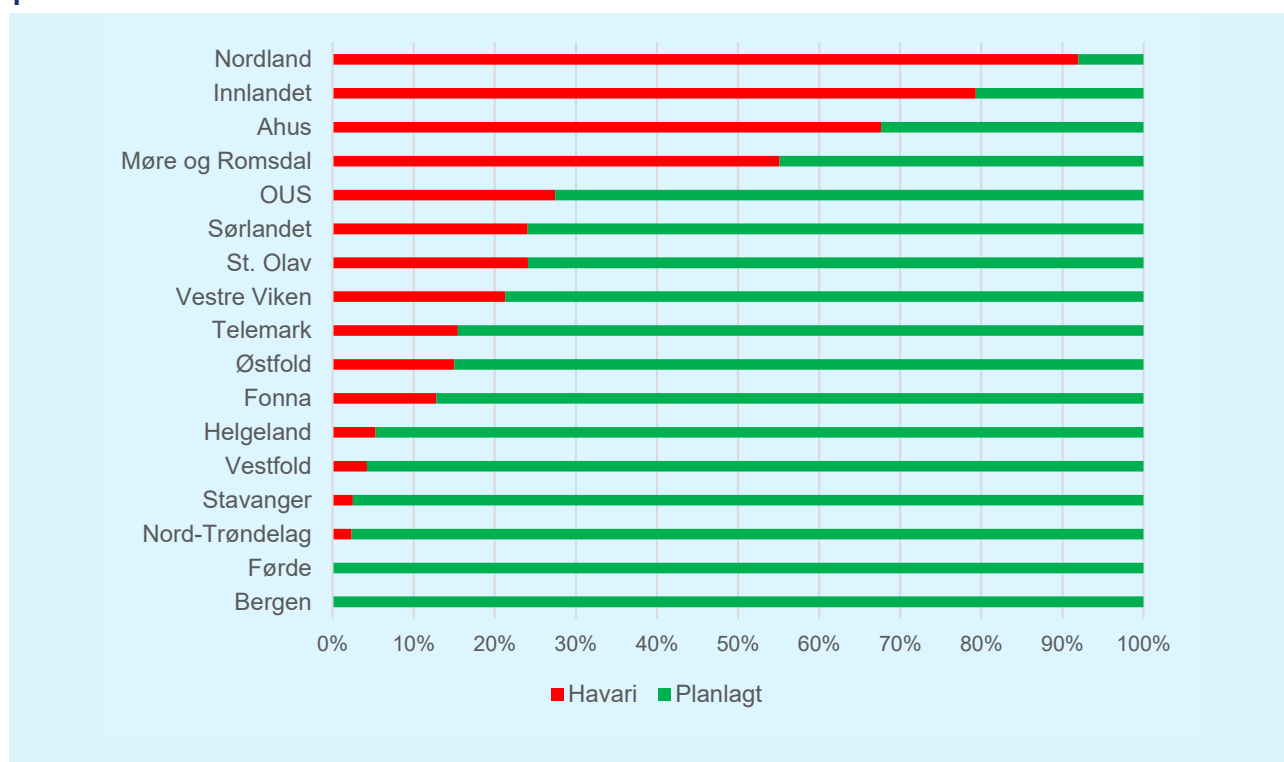
For det enkelte av disse helseforetakene er det imidlertid mulig å beregne utviklingen i gjennomsnittsalderen i ulike kategorier av medisinsk-teknisk utstyr. Hovedinntrykket er at gjennomsnittsalderen på MTU-parken har økt i flertallet av de største kategoriene av medisinsk-teknisk utstyr også i helseforetakene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

### 3.4 Havariinvesteringer

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

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

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



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

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

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

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

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

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

---

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

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

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

## 4 Utviklingen i helseforetakenes investeringer og driftskostnader etter 2010

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

### Utvalgte revisjonskriterier

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

### 4.1 Oppsummering

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

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

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

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

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

<sup>61</sup> Nord-Trøndelag.

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

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

## 4.2 Helseforetakenes investeringer etter 2010

Undersøkelsen viser

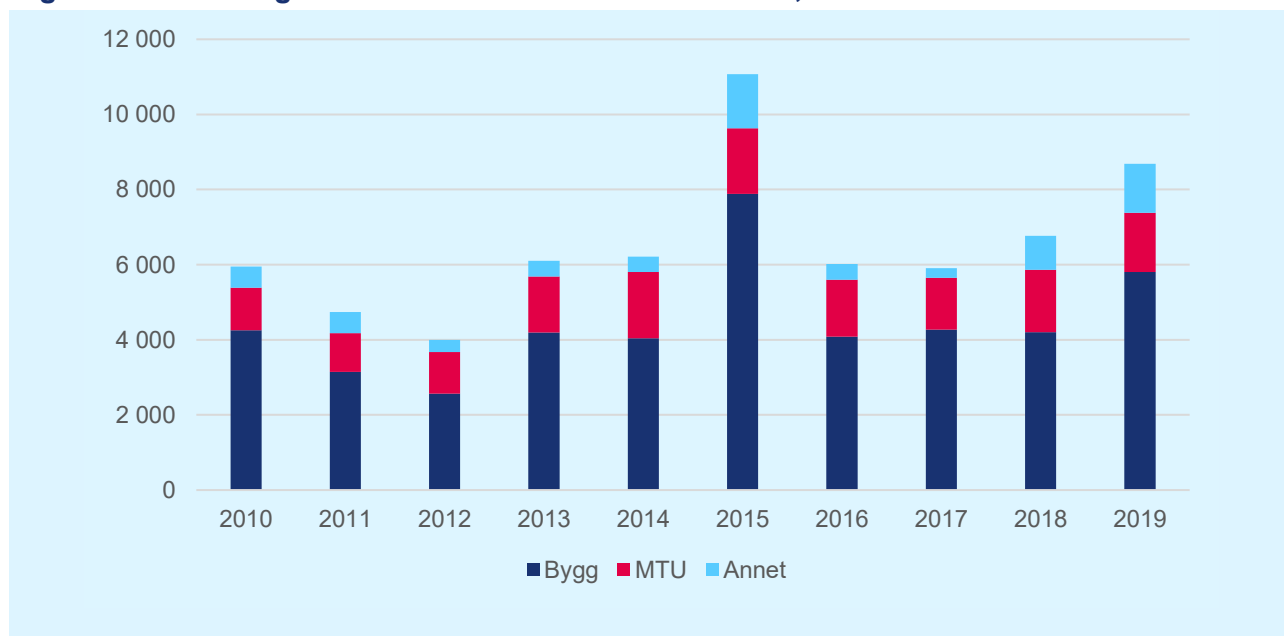
- at investeringsnivået har vært på et jevnt nivå i mange av årene etter 2012
- at verdien på varige driftsmidler er lavere i 2019 enn i 2010 i omtrent halvparten av helseforetakene
- at verdien på byggene er lavere i 2019 enn i 2010 i nesten halvparten av helseforetakene
- at utviklingen i verdien på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

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

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

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

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



Kilde: Helseforetakene. Investeringene er oppgitt i nominelle verdier.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

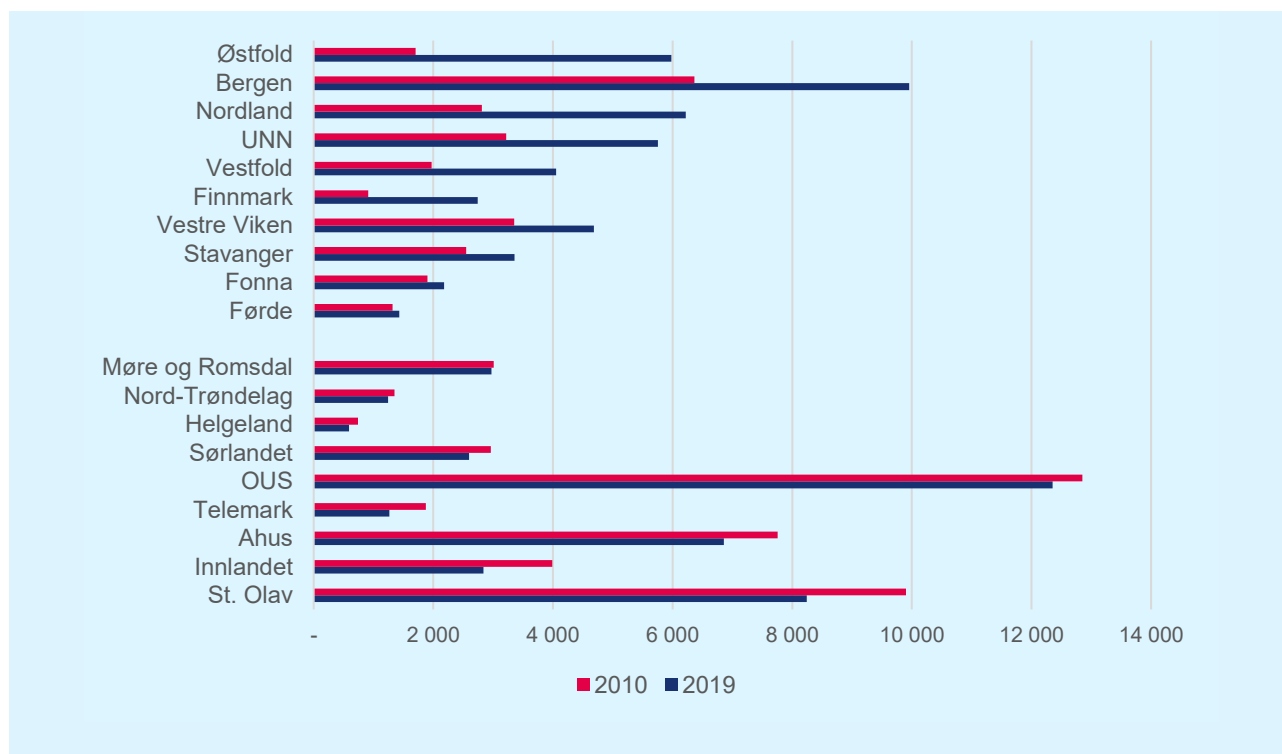
<sup>67</sup> Østfold i 2015. Bergen, Fonna, Stavanger og Vestfold i 2019.

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

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

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

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



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

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

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

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

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

<sup>71</sup> Sunnaas inngår ikke.

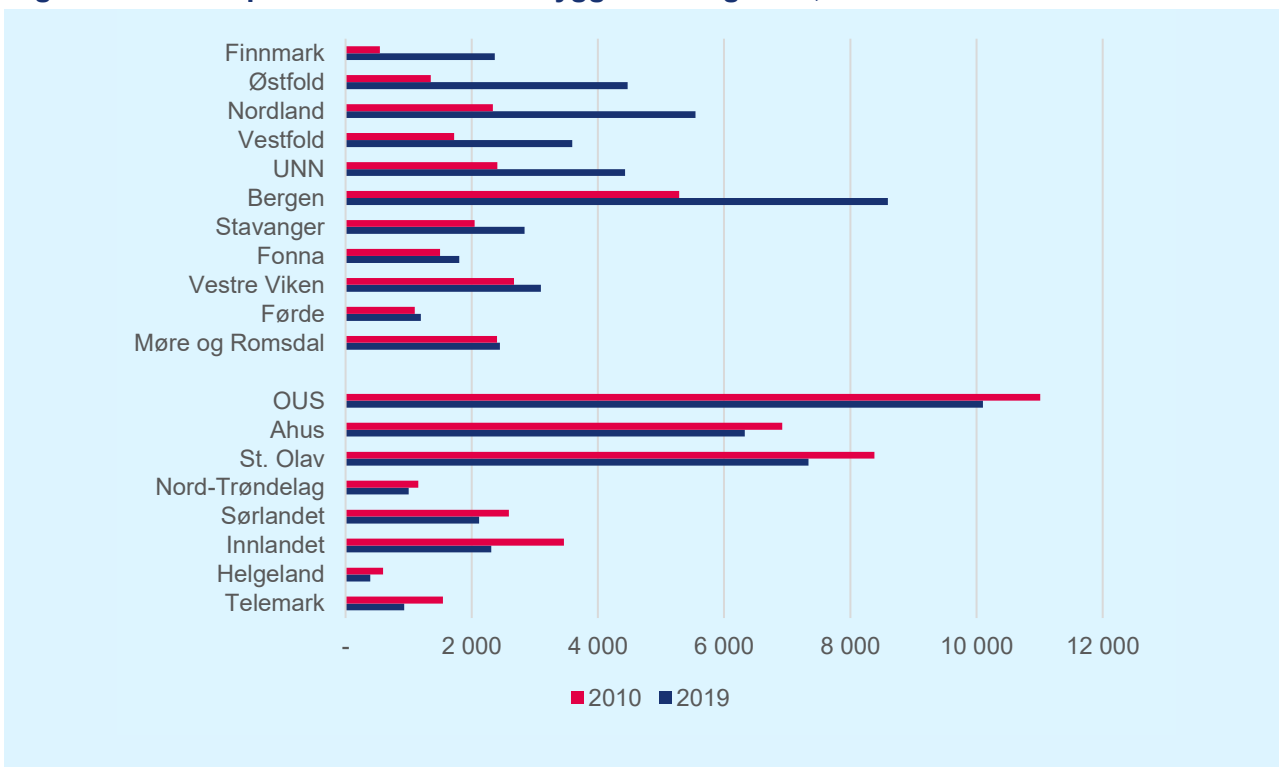
<sup>72</sup> Dette omfatter alle de tre helseforetakene i Helse Midt-Norge.

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

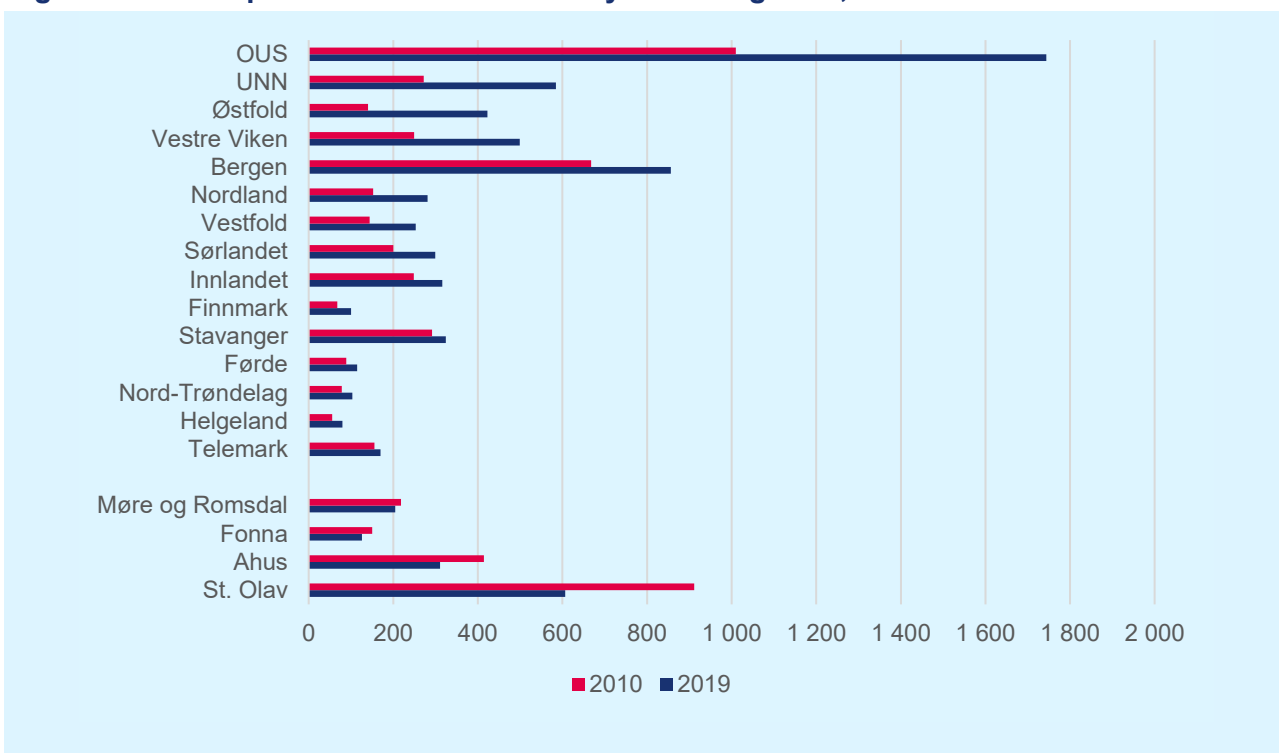
<sup>74</sup> Sunnaas inngår ikke i oversikten.

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

<sup>76</sup> Nord-Trøndelag.



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



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

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

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

Gjennomsnittsalderen på MTU-parken i disse to helseforetakene økte fra

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

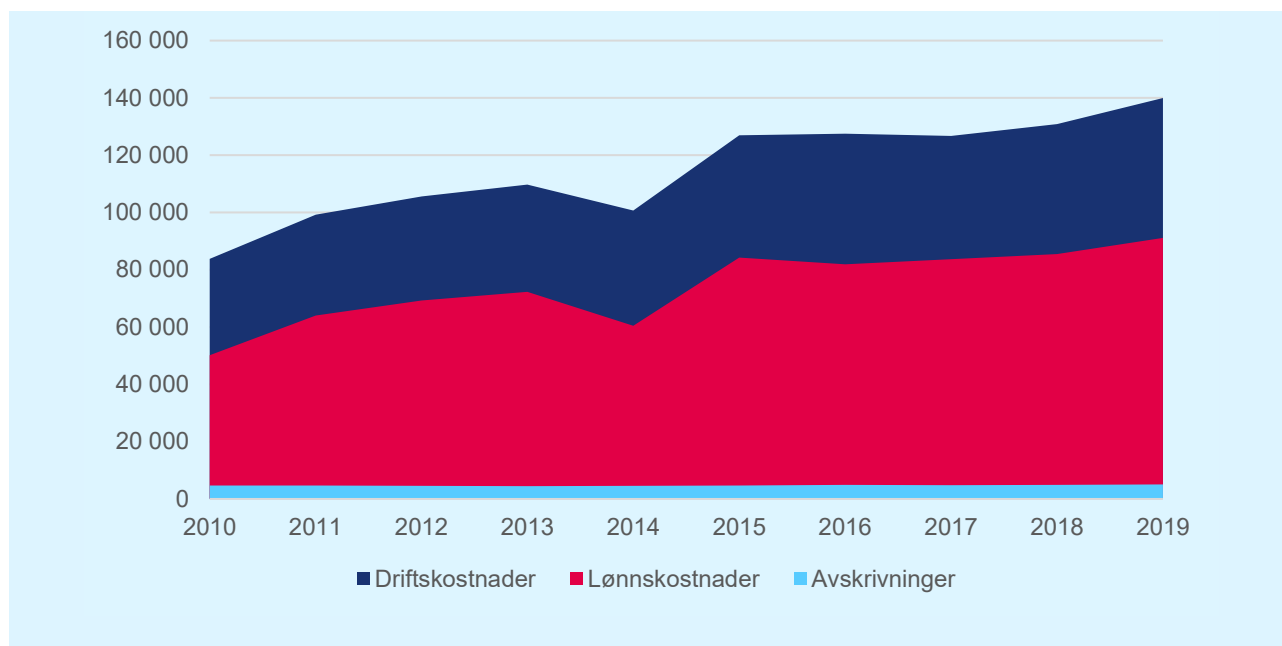
Undersøkelsen viser at i begge disse universitetssykehusene er mer enn 30 prosent av utstyret mer enn ti år gammelt.

### 4.3 Utviklingen i helseforetakenes driftskostnader etter 2010

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

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

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



Kilde: Helseforetakenes årsregnskaper

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

---

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

## 5 Helseforetakenes styring av investeringer

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

### Utvalgte revisjonskriterier

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

### 5.1 Oppsummering

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## 5.2 Om helseforetakene når investeringsnivået i langtidsplanene

Undersøkelsen viser

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

## Faktaboks 6 Økonomiske langtidsplaner

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

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

I de økonomiske langtidsplanene gjøres det prioriteringer blant annet mellom

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

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

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

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

Kilde: De regionale helseforetakene

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

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

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

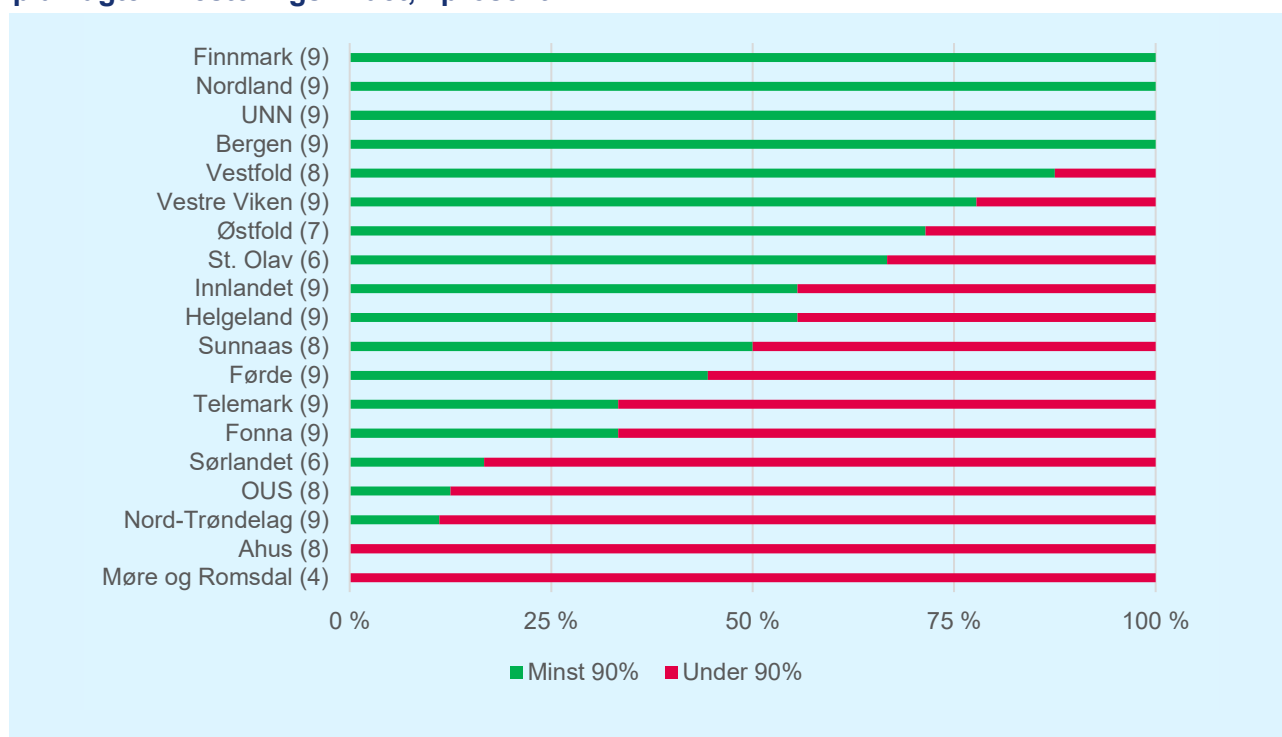
I alle analysene av investeringer i dette kapitlet regner vi 90 prosent måloppnåelse som oppnådd mål. Dette innebærer at små negative avvik mellom planlagt og oppnådd investeringsnivå defineres som måloppnåelse.

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

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

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

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



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

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

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

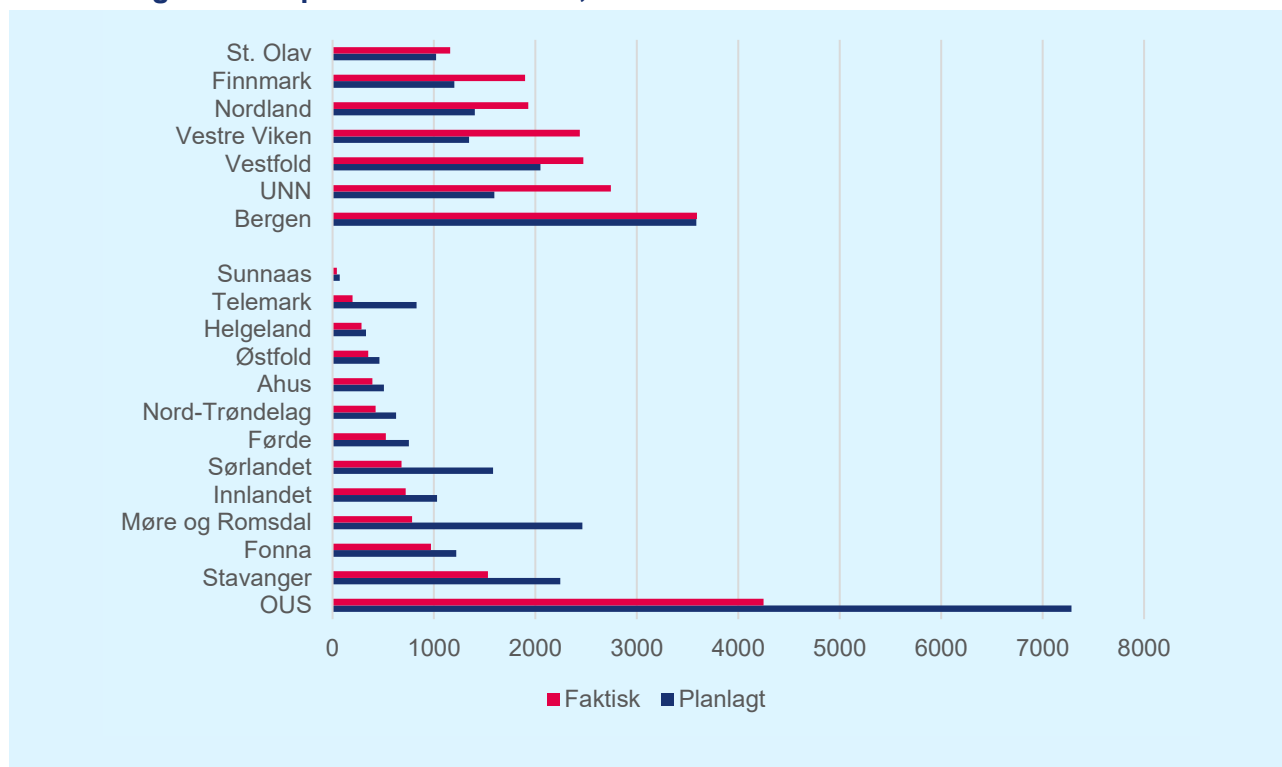
Alle helseforetakene i Helse Vest utarbeidet økonomiske langtidsplaner fra 2010. De fleste helseforetakene i Helse Sør-Øst begynte med dette i planene for 2011, mens to av foretakene i Helse Midt-Norge ikke startet med en slik praksis før i 2015. Helseforetakene i Helse Nord utarbeider langsiktige investeringsplaner,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

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

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

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

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



Kilde: Helseforetakene. N = 20.

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

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

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

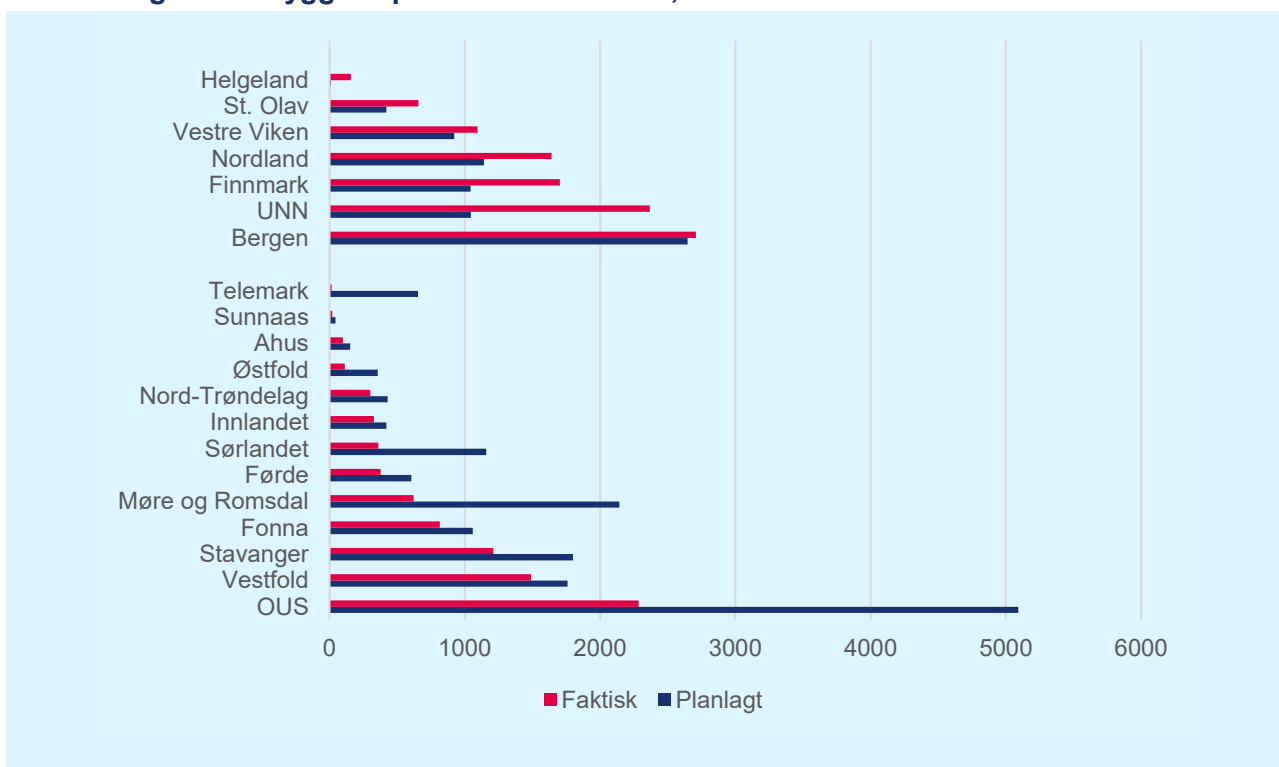
Et flertall av helseforetakene har utfordringer med å nå det planlagte investeringsnivået for bygg. Ni helseforetak nådde det planlagte investeringsnivået i færre enn halvparten av langtidsplanene etter 2010. Seks av helseforetakene nådde det ikke i noen eller kun i én av planene etter 2010.

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

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



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



Kilde: Helseforetakene. N = 20.

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

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

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

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

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

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

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

<sup>86</sup> Vestre Viken.

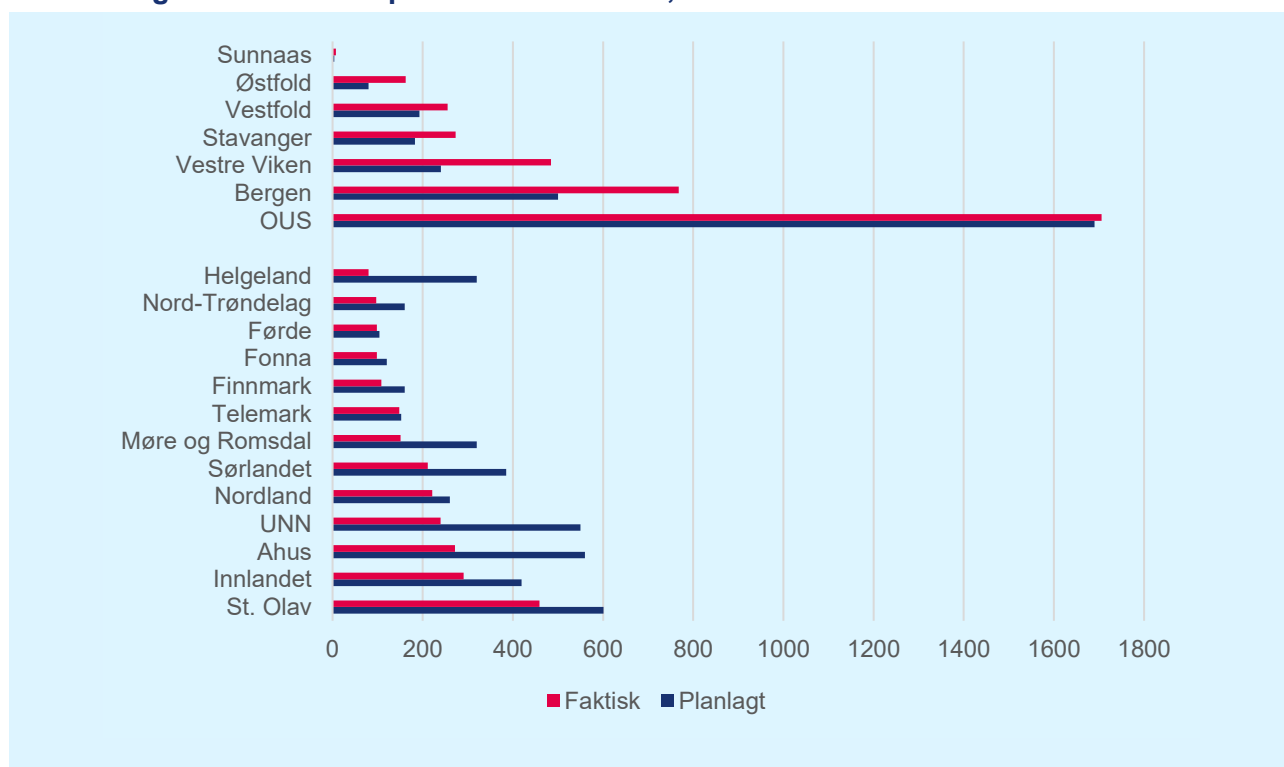
Helse- og omsorgsdepartementet påpeker at helseforetakenes innspill til økonomisk langtidsplan ikke innebærer en endelig beslutning om gjennomføring av store investeringsprosjekter, men synliggjør en investeringsplan som forutsetter tilslutning fra det regionale helseforetaket, som ivaretar prioriteringer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

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

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

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

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



Kilde: Helseforetakene. N = 20.

Figur 24 viser avvik mellom oppnådde og planlagte investeringer i langtidsplanen som dekker perioden 2016–2019. Totalt trettien 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 trettien helseforetak. Sju av disse var blant de åtte helseforetakene der gjennomsnittsalderen på MTU-parken økte mest fra 2015 til 2020, jf. kapittel 3.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

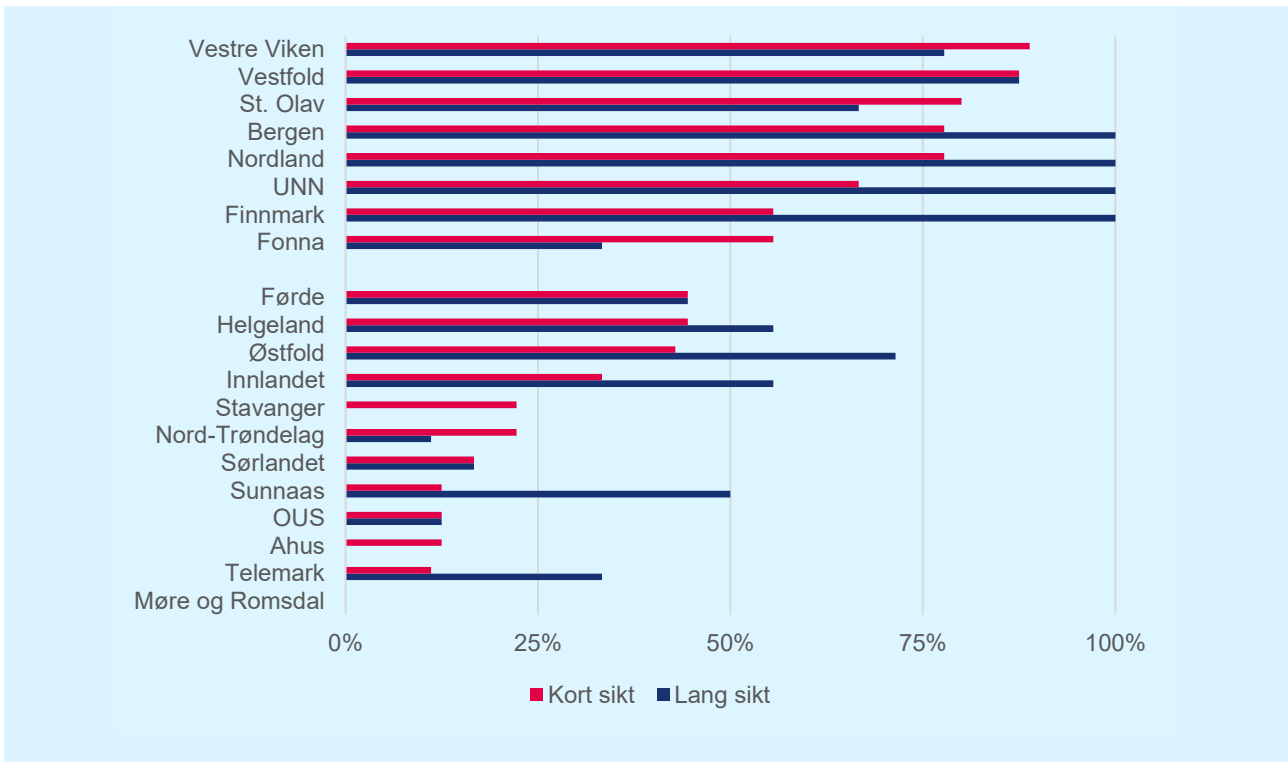
Vi har undersøkt om de helseforetakene som oftest nådde det planlagte investeringsnivået i det første året av de økonomiske langtidsplanene etter 2010, var de samme helseforetakene som oftest nådde det planlagte investeringsnivået for hele planperioden. Figur 25 viser i hvor stor andel av de økonomiske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

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

<sup>88</sup> Stavanger.

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## Faktaboks 7 Sammenhengen mellom den økonomiske langtidsplanen og årsbudsjettet

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

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

## 5.3 Om helseforetakene når planlagte økonomiske resultater

Undersøkelsen viser

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

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

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

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

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

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

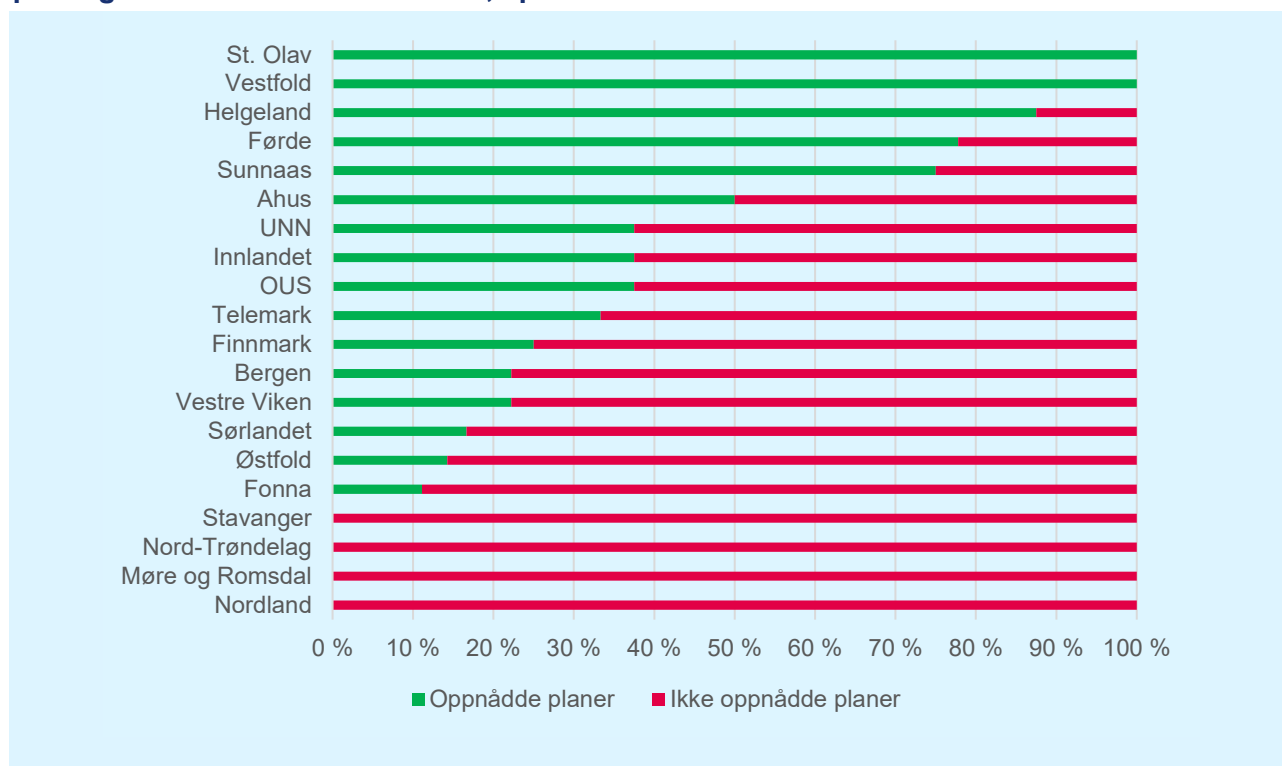
<sup>92</sup> Data mangler for de andre helseforetakene.

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

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

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

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



Kilde: Helseforetakene. N = 20.

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

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

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

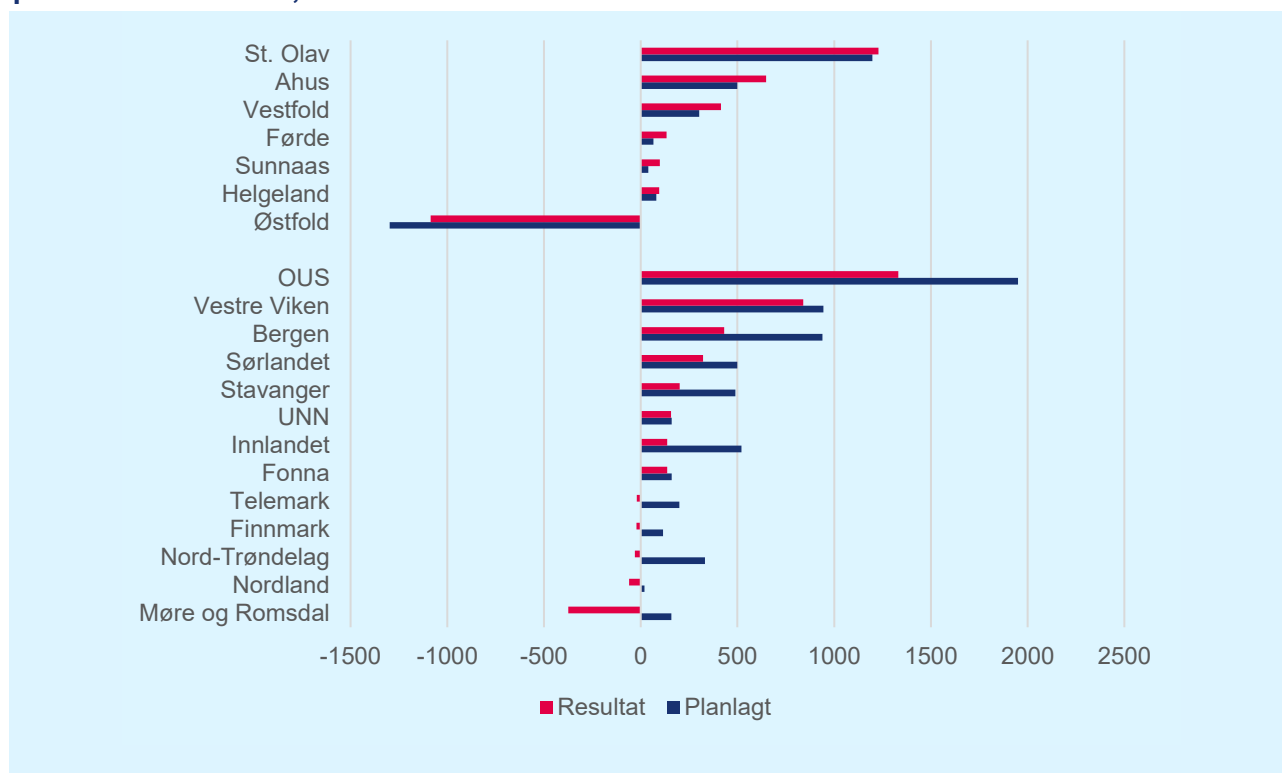
<sup>94</sup> Helseforetakene begynte på ulike tidspunkter (mellom 2010 og 2015) å utarbeide økonomiske langtids-/investeringsplaner og har derfor ikke utarbeidet like mange rapporter siden 2010.

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

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

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

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



Kilde: Helseforetakene. N = 20.

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

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

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

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

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

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

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

Flere helseforetak har derfor nedskalert planlagte økonomiske resultater i årsbudsjettene.

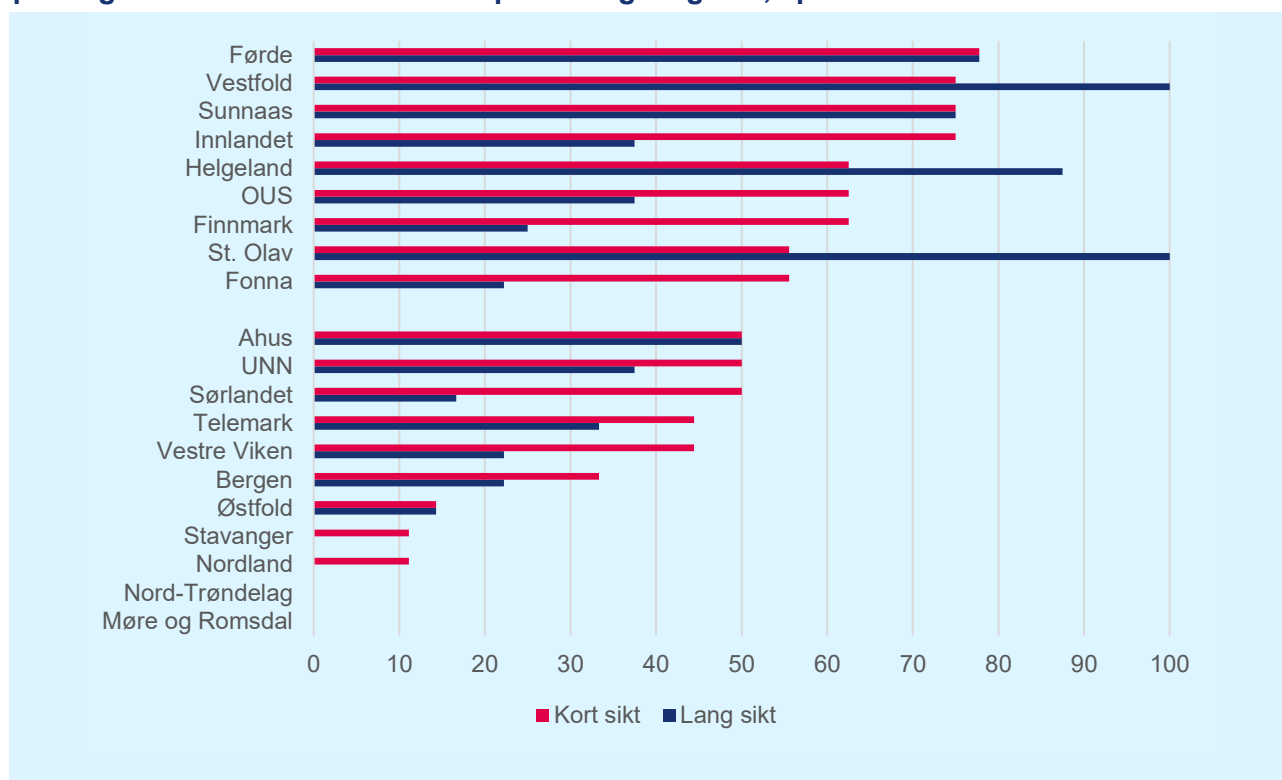
Det er ingen klar sammenheng med hensyn til om helseforetakene når det planlagte økonomiske resultatet i langtidsplanen, og om de når det planlagte investeringsnivået. Dette skyldes blant annet at store investeringer kan finansieres av statlige eller regionale lån, og da er helseforetaket mindre avhengig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

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

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

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

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



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



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

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

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

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

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

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

## 5.4 Helseforetakenes rutiner for å utarbeide investeringsplaner

Undersøkelsen viser

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Kilde: Helseforetakene

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

I Vestfold brukes årsmeldingen som grunnlag for klinikkenes 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 klinikkenes prioriteringer er klart i starten av september; på denne tiden har flere andre helseforetak nettopp startet prioriteringsprosessen. Senere oppstart gir risiko for at helseforetaket ikke får gjennomført investeringene, eller at det ikke får en helårseffekt av investeringene i budsjettåret.

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

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

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

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

## 5.5 Sammenhengen mellom vedlikeholdsbudsjettet og vedlikeholdskostnader for bygg

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

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

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

Undersøkelsen viser

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

### Faktaboks 9 Forskjellen mellom vedlikehold og investeringer

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

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

Kilde: De regionale helseforetakenes årsregnskaper

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

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

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

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

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

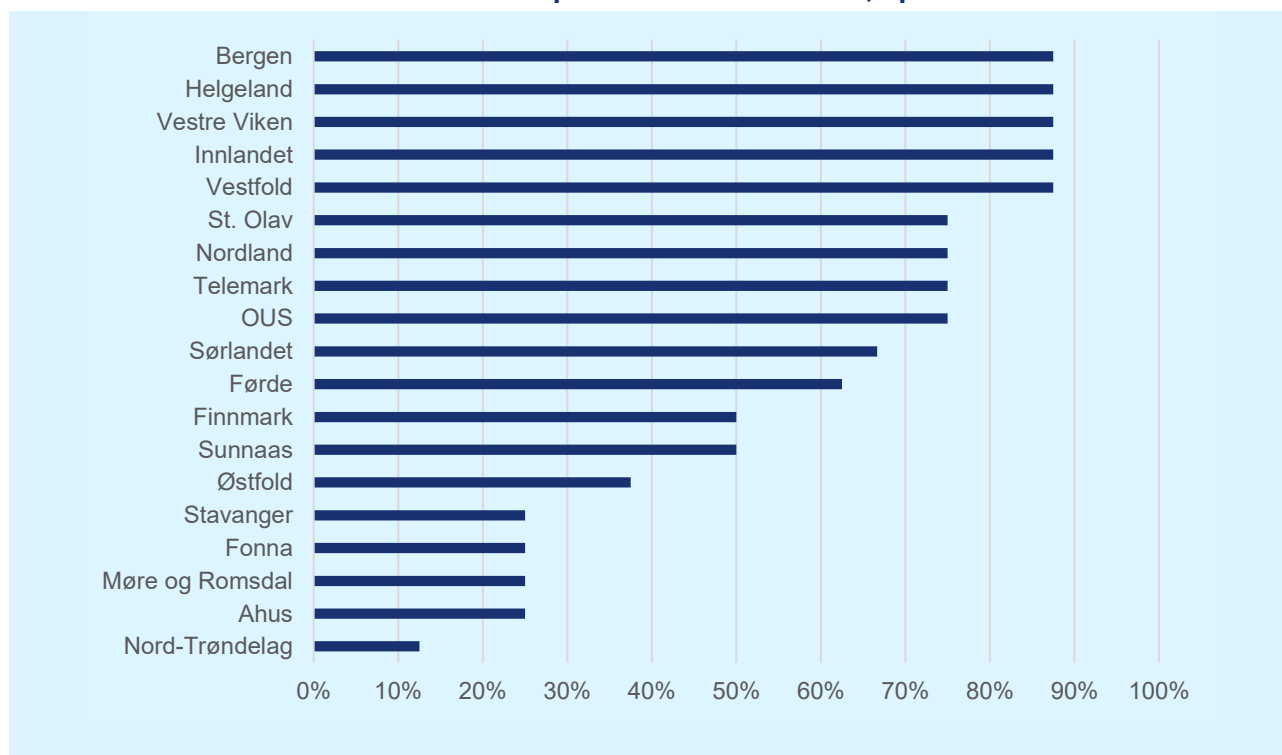
<sup>112</sup> Fonna, Stavanger og Nordland.

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

Dersom vi tar høyde for for prisstigningen i perioden, brukte disse åtte helseforetakene reelt sett mindre på vedlikehold av bygg i de fem årene etter 2015 (2015–2019) enn i de fem årene før (2010–2014).

Vi viste i figur 4 at et flertall av helseforetakene har fått en forverret tilstand på byggene som de eide i 2012. Seks av de åtte helseforetakene som har hatt en lav eller negativ vekst i vedlikeholdskostnader til bygg i driftsbudsjettet de siste fem årene, har også hatt en negativ utvikling i den tekniske tilstanden på byggene etter 2012.<sup>117</sup>

Det er imidlertid også eksempler på foretak som har hatt en betydelig vekst i vedlikeholdskostnader til bygg i driftsbudsjettet de siste fem årene, men som likevel har fått forverret teknisk tilstand på bygningsmassen i den samme perioden.<sup>118</sup> For at den tekniske tilstanden på byggene skal kunne opprettholdes, kreves det også at det gjøres investeringer i eksisterende bygg.

## 5.6 Helseforetakenes mål og overordnede planer for bygg og medisinsk-teknisk utstyr

Undersøkelsen viser

- at få helseforetak utenfor Helse Sør-Øst og Helse Midt-Norge har mål for tilstanden på bygningsmassen og vedlikehold
- at mange helseforetak ikke har overordnede planer for eiendommer og vedlikehold
- at få helseforetak har mål og overordnede planer for medisinsk-teknisk utstyr (MTU)

### 5.6.1 Få helseforetak utenfor Helse Sør-Øst og Helse Midt-Norge har mål for tilstanden på bygningsmassen og vedlikehold

Helse Sør-Øst RHF har gitt føringer til sine helseforetak om å unngå tilstandsgrad 3, prioritere å utbedre tilstandsgrad 2 og 3, og at det skal brukes minimum 250 kroner per m<sup>2</sup> per år på vedlikehold over byggenes levetid. Disse helseforetakene må også rapportere hvor mye de planlegger å bruke på vedlikehold og utskiftning per m<sup>2</sup> per år. Helse Midt-Norge ga i 2020 sin helseforetak i oppdrag å utarbeide tilstandsbaserte vedlikeholdsplaner, med sikte på å eliminere tilstandsgrad 3 og redusere tilstandsgrad 2.

<sup>114</sup> 18 helseforetak. Data mangler for UNN og Sørlandet.

<sup>115</sup> Finnmark, Nordland, Helgeland, St. Olav og Innlandet.

<sup>116</sup> Vestfold og OUS.

<sup>117</sup> Helgeland, St. Olav, Innlandet, Stavanger, Telemark og Vestfold.

<sup>118</sup> Møre og Romsdal, Vestre Viken, OUS og Ahus.

Flertallet av helseforetakene i de andre regionene har ikke oversendt informasjon om at de har mål for tilstand eller vedlikehold på helseforetakets eiendommer.

### 5.6.2 Mange helseforetak har ikke overordnede planer for eiendommer og vedlikehold

Vi har per brev bedt helseforetakene om å oversende deres gjeldende overordnede eiendoms-/vedlikeholdsstrategi eller tilsvarende.<sup>119</sup> Åtte av helseforetakene har oversendt en overordnet plan for eiendommer og/eller vedlikehold.<sup>120</sup> Fire av planene er en plan for bygningsmassen, som inkluderer analyser av byggenes tilstand.<sup>121</sup>

Disse planene inneholder også i noen grad informasjon om vedlikeholdsbehov. Et eksempel er Telemarks utviklingsplan for bygningsmassen, som ble utarbeidet i forbindelse med helseforetakets utviklingsplan. Planen inneholder en gjennomgang av

- teknisk tilstand
- vedlikeholdsbehov
- egnethet og tilpasningsdyktighet
- strategi for utvikling av eiendomsmassen
- kapasitetsbehov og manglende kapasitet
- investeringsbehov

Et annet eksempel er Førdes overordnede utviklingsplan for bygningsmassen i perioden 2015–2030. Den tar for seg hvert bygg og gjennomgår både tilstandsgrad, tilpasningsdyktighet og oppgraderingsbehov, i tillegg til at den har en plan for utvikling av byggene. Planen gjennomgår dessuten sammenhengen mellom byggene og utviklingen i virksomheten, blant annet vridningen mot dagkirurgi og poliklinikk.

I tillegg til at åtte helseforetak har en overordnet plan for vedlikehold eller eiendommer, har Vestre Viken en overordnet eiendomsstrategi. Denne bygger på Helse Sør-Øst RHF's eiendomsstrategi og tar for seg ti overordnede mål. Eiendomsstrategien nevner noen overordnede tiltak for å nå målene, for eksempel å ferdigstille arealbruksplaner og å ha oppdaterte avhendingsplaner og vedlikeholdsplaner. Selv om vi ikke har mottatt overordnede planer fra flere enn åtte helseforetak, kan andre foretak ha mer operative planer.

---

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

<sup>120</sup> Telemark, Førde, UNN, OUS, Helgeland, Ahus, St. Olav og Vestre Viken.

<sup>121</sup> OUS, Telemark, Førde og UNN.



## Faktaboks 10 Utviklingsplaner

Helseforetakene ble i 2016 pålagt å lage en utviklingsplan, og de fleste helseforetakene utarbeidet i 2018 en utviklingsplan fram mot 2035.

Ifølge *Veileder for arbeidet med utviklingsplaner* skal utviklingsplanen være en plan for hvordan foretaket vil utvikle virksomheten for å møte det framtidige behovet for helsetjenester. Planen skal peke på ønsket utviklingsretning for sykehusene i helseforetaket og hvilke tiltak som er nødvendige for å møte framtidens utfordringer. Formålet er å skape «pasientens helsetjeneste» gjennom riktig kompetanse, nye arbeidsformer, riktige bygg og riktig utstyr. I veilederen blir helseforetakene anbefalt

- å beskrive nå-situasjonen for bygg og teknologi og utstyr
- å presentere gjennomsnittsalder for MTU i tillegg til fornyingsplaner, utfordringer og muligheter
- å presentere blant annet teknisk tilstand, egnethet og tilpasningsdyktighet for byggene
- å beskrive mål og eventuelle tiltak for bygg og teknologi og utstyr

I veilederen framkommer det også at helseforetakene må vurdere behovet for mer detaljerte planer innen noen områder, blant annet bygg, og teknologi og utstyr.

Kilde: Veileder for arbeidet med utviklingsplaner

### 5.6.3 Få helseforetak har mål og overordnede planer for medisinsk-teknisk utstyr<sup>122</sup>

Det er få helseforetak som har satt mål for utstyrsparken sin. To foretak har imidlertid satt konkrete mål. Vestre Viken bruker COCIR-standarden som mål, mens Sykehuset Østfold har et mål om at gjennomsnittsalderen på utstyret ikke skal overstige 7,4 år.<sup>123</sup> I tillegg beskriver enkelte foretak generelle mål, for eksempel

- at utskiftning så langt det er mulig skal skje i tråd med den regnskapsmessige avskrivningstiden
- at investeringsnivået skal være tilstrekkelig til å redusere alderen på utstyret
- at nivået på det årlige MTU-budsjettet minimum skal tilsvare nivået på årlige avskrivninger av MTU i tillegg til årlige leasingkostnader

Helseforetakene har ikke egne overordnede planer for medisinsk-teknisk utstyr, men ett foretak (OUS) har en egen områdeplan for MTU. Utover dette er helseforetakenes planer begrenset til det som står i utviklingsplanen og den økonomiske langtidsplanen; noe som ofte er overordnet og begrenset til et par avsnitt.

I oktober 2019 presenterte OUS områdeplanen sin for MTU i perioden 2020–2023 for styret. Planen beskriver blant annet

- historisk utvikling i alder og investeringer
- sammenligning av alder med andre sykehus i utlandet
- konsekvenser av en eldre utstyrspark, for pasienter, brukere og økonomien
- prioriteringer i neste fireårsperiode
- mulig utvikling i gjennomsnittsalderen på MTU med forskjellig investeringsnivå

Helseforetaket ønsker å flytte oppmerksomheten fra det årlige investeringsbeløpet som er nødvendig for å senke gjennomsnittsalderen på utstyret, til hvilket utstyr som må skiftes ut, og når. Planen inneholder en oversikt over det eksisterende utstyret fordelt på forskjellige kategorier, hvilket utstyr som bør skiftes ut, og hva som ligger til grunn for prioriteringene. I planen blir det imidlertid påpekt at det «er med de gitte forutsetninger for investeringer i MTU, vanskelig å gjennomføre en slik utskiftingsplan». Helseforetaket regner derfor med at det må avsettes mer penger til sammenbrudd i årene som kommer.

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

<sup>123</sup> Se tabell 4 om COCIR.

## 5.7 Styringsinformasjon om bygg og medisinsk-teknisk utstyr i helseforetakene

I kapittel 2 så vi at det er store variasjoner mellom lokasjonene i de fleste helseforetakene, både når det gjelder tilstanden til byggene og utviklingen i tilstanden. I kapittel 3 fant vi at det er stor variasjon i alderen på medisinsk-teknisk utstyr (MTU) mellom helseforetakene og mellom sykehusene.

Dette kapitlet beskriver hvilken informasjon helseforetakene har om tilstanden på bygg og medisinsk-teknisk utstyr, og hvilken informasjon styrene i helseforetakene får om dette. Vi har kartlagt dokumenter som gir en oversikt over den samlede bygningsmassen til helseforetakene – ikke informasjon som framlegges som en del av planlegging og gjennomføring av enkeltstående byggeprosjekter.

Undersøkelsen viser

- at helseforetakene har god kunnskap om tilstanden til byggene sine, men at det varierer hvor mye informasjon styrene får
- at styrene i helseforetakene innhenter begrenset informasjon om MTU

### 5.7.1 Helseforetakene har god kunnskap om tilstanden til byggene sine, men det varierer hvor mye informasjon styrene får

#### Helseforetakene har detaljerte registre med informasjon om tilstanden til byggene sine

Helseforetakene har registre over sine eiendommer og bygg. Disse registrene er nødvendige for den løpende driften og vedlikeholdet. Datasystemet MultiMap brukes i driftssammenheng for å registrere tilstandsgraden og andre tekniske opplysninger om bygg. Data fra registrene kan brukes til å produsere styringsinformasjon i form av oversikter og analyser som inngår i planlegging og oppfølging.

Alle helseforetakene bruker MultiMap, og de fleste har registrert nær 100 prosent av byggene sine i dette systemet. Foretakene ble i 2016 pålagt å oppdatere 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 hovedkomponent<sup>124</sup>
- det tekniske oppgraderingsbehovet fordelt på lokasjon og hovedkomponent
- det samlede oppgraderingsbehovet per lokasjon og per m<sup>2</sup>
- utviklingen over tid i andelen tilstandsgrad 1, 2 og 3 på komponentnivå

UNNs rapport inkluderer i tillegg en vurdering av tilpasningsdyktighet og såkalt levedyktighet.<sup>125</sup>

#### Helseforetakene bruker i ulik grad analyser av byggenes tilstand i sentrale styringsdokumenter

Rapportene fra Multiconsult gir helseforetakene en god oversikt over byggenes tilstand og oppgraderingsbehov, i tillegg til variasjoner mellom foretakenes lokasjoner. Helseforetakene benytter informasjonen fra kartleggingene i varierende grad i andre typer rapportering, som utviklingsplaner, økonomiske langtidspaner, budsjetter og årlige meldinger.

<sup>124</sup> Hovedkomponentene er bygning, VVS, elkraft, tele og auto, andre installasjoner og utendørs.

<sup>125</sup> «Levedyktighet» brukes om sammenhengen mellom teknisk tilstand og tilpasningsdyktighet.

## Det varierer mellom helseforetakene hvor mye informasjon styrene får om tilstanden til foretakenes bygg

Styrene får informasjon om bygg i forbindelse med planlegging og gjennomføring av byggeprosjekter. Det er imidlertid variasjon mellom helseforetakene med hensyn til hva slags informasjon styrene innhenter om den samlede bygningsmassens tilstand og behov for investeringer, oppgraderinger og vedlikehold.

I 2016 ba Helse- og omsorgsdepartementet om at alle helseforetakene skulle kartlegge tilstanden til byggene sine. I en gjennomgang av styresaker for perioden 2016–2018 har vi funnet ut at fem helseforetak har presentert kartleggingen av byggenes tilstand som en egen sak overfor for styret sitt.<sup>126</sup> Fire av disse styrene tok rapporten til orientering. Styret ved St. Olav fattet et vedtak om at det «fremlegges en egen sak om overordnet mål og vedlikeholdsstrategi for eiendommene, og at det legges til grunn for arbeidet med langtidsbudsjett».<sup>127</sup> Mange av helseforetakene som har størst etterslep og dårligst tilstand på byggene sine, synes ikke å ha lagt fram rapporten fra Multiconsult for styret sitt.<sup>128</sup>

Helseforetakenes styrer behandler blant annet *utviklingsplaner, økonomiske langtidsplaner, årsbudsjetter, månedsrapporteringer og årlige meldinger*. Det varierer imidlertid mellom helseforetakene hvor mye informasjon styrene får i disse dokumentene om tilstanden til byggene. Noen styrer får i tillegg informasjon om bygg i andre dokumenter, som områdeplaner, bygningsmessige utviklingsplaner eller i egne styresaker.

En gjennomgang av utvalgte dokumenter<sup>129</sup> fra perioden 2015–2018 viser at selv om de fleste styrene har fått noe informasjon om resultatene fra tilstandsvurderingene i et eller flere av disse dokumentene, er det stor variasjon mellom helseforetakene og mellom helseregionene med hensyn til hvor mye informasjon styrene får om tilstand, etterslep og behov:

- Bare halvparten av helseforetakene presenterer for styret sitt data og analyser av vedlikeholdsetterslepet og hvilke konsekvenser dette får for bygningsmassen.
- De fleste helseforetakene utarbeidet i 2018 en utviklingsplan fram til 2035. De fleste av disse inneholder noe informasjon om nåsituasjonen for bygningsmassen på et overordnet nivå, og mange refererer til tilstandsgradsvurderinger og sier noe generelt om etterslep. Det er derimot nesten ingen av utviklingsplanene som inneholder informasjon om planer for byggene.<sup>130</sup>
- Foretakene i Helse Sør-Øst presenterer i vedlegg til den økonomiske langtidsplanen beregninger av hvor mye de bruker, og hvor mye de planlegger å bruke på vedlikehold per m<sup>2</sup>.

Noen helseforetak har informert styret om at de har utfordringer knyttet til dårlig tilstand på byggene, betydelige vedlikeholdsetterslep og investeringsbehov, og at budsjetttrammene ikke er tilstrekkelige til å innhente vedlikeholdsetterslepet, for eksempel:

- OUS informerer i utviklingsplanen sin om at det er stor slitasje og mangelfullt vedlikehold, og at det er et stort behov for utskiftninger og oppgraderinger. Foretaket trekker i tertialvise risikovurderinger fram utfordringer med både plass og byggstandard.
- Sunnaas påpeker i risikovurdering at flere av byggene ikke oppfyller kvalitetskrav til forsvarlig pasientdrift, og at pasientdrift i byggene må avvikles dersom ikke disse erstattes. Mange pasienter vil få et dårligere tilbud.<sup>131</sup>
- Møre og Romsdal informerer i sin økonomiske langtidsplan for 2020–2030 om at det er et stort vedlikeholdsetterslep på bygg, og at planlagte investeringer vil ta inn deler av det nødvendige vedlikeholdet. Planen viser til at rapport om tilstandsvurdering av bygningsmassen angir at behovet er fire ganger så stort som planlagte investeringer. I utviklingsplanen påpekes det at helseforetaket ikke har kunnet

<sup>126</sup> Nord-Trøndelag, St. Olav, Stavanger og Vestfold har presentert Multiconsultrapporter for styret, enten som egne styresaker eller som en del av administrerende direktørs orientering. Helse Fonna har lagt ved en kartlegging de har utført selv.

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

<sup>128</sup> For eksempel Møre og Romsdal, Vestre Viken, Helgeland, Sørlandet og Sunnaas.

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

<sup>130</sup> Med unntak av St. Olav, Ahus og Telemark.

<sup>131</sup> Sak 4819 2019-09-24 Ledelsens gjennomgåelse 1. tertial 2019: Risikobilde

investere som planlagt grunnet den negative økonomiske utviklingen, og de har satt på vent investeringer både i bygg og MTU i 2017.

- Stavanger informerer i langtidsbudsjettet for 2020–2029 om at byggene har et betydelig vedlikeholds- etterslep. Fram til 2030 er det ifølge foretaket kun budsjettert for mindre rehabiliteringsprosjekter.
- St. Olav viser i langtidsbudsjett for 2020–2024 til at oppgraderingsbehovet for bygg ikke kan dekkes innenfor budsjetttrammene selv om det er lagt inn en økning. Ifølge helseforetaket har det ikke vært mulig å etablere et økonomisk handlingsrom for å sikre tilstrekkelige investeringer i utstyr og bygg, og dette vil medføre en svekkelse av kvaliteten og tilstanden på bygg.
- Sørlandet informerte styret i en egen styresak om et akkumulert vedlikeholdsetterslep på ca. 2,1 milliarder kroner, som øker med ca. 35 millioner kroner per år.<sup>132</sup> Om de tar hensyn til behovet for tilpasninger i bygningsmassen, kan det være behov for investeringer på 4–5 milliarder kroner de neste 5–10 årene.

## 5.7.2 Styrene i helseforetakene får i begrenset grad informasjon om medisinsk-teknisk utstyr

Kapittel 3 viste at det er store variasjoner mellom sykehusene i helseforetakene med hensyn til alderen og utvikling i alderen på medisinsk-teknisk utstyr (MTU).

### Helseforetakene har detaljerte registre med informasjon om det medisinsk-tekniske utstyret

Alle helseforetakene har registre over det medisinsk-tekniske utstyret. Registerne inneholder en rekke opplysninger om utstyret, bl.a. alder og innkjøpspris. En del av foretakene har kategorisert utstyret i grupper, noe som gjør det mulig å hente ut mer detaljerte oversikter. En slik kategorisering kan være nyttig siden det er stor variasjon mellom ulike typer medisinsk-teknisk utstyr.

### Det varierer mellom helseforetakene hvor mye informasjon styrene får om tilstanden til sitt medisinsk-teknisk utstyr

For å kartlegge hvilken oversikt helseforetakene har over tilstanden og alderen på MTU, har vi gjennomgått dokumenter som omtaler behov og tilstand med hensyn til MTU, og som har blitt behandlet av helseforetakenes styre i perioden 2018–2020. Dette omfatter *utviklingsplaner, økonomiske langtidsplaner, årlige budsjetter og årlige meldinger*.<sup>133</sup> I tillegg har noen helseforetak presentert egne saker for styret om tilstanden til MTU-parken.<sup>134</sup>

En gjennomgang av disse dokumentene viser at 13 av styrene får informasjon om MTU i sine helseforetak, men det er stor variasjon når det gjelder omfanget av informasjonen. Mange får bare overordnet informasjon i investeringsbudsjettene om alderen og hvor mye som skal investeres. Andre får presentert mer detaljert informasjon om tilstanden og alderen fordelt på kategorier. Noen foretak informerer også om utfordringer med gammelt utstyr og konsekvensene av at foretaket ikke klarer å investere nok.

Generelt rapporterer helseforetakene i Helse Nord og Helse Vest lite til styrene om tilstanden eller gjennomsnittsalderen på MTU-parken. Helseforetakene i Helse Sør-Øst og Helse Midt-Norge informerer i større grad om alder, utgått levetid, utvikling, etterslep og behov. Det er imidlertid få helseforetak som har beregnet størrelsen på etterslepet for MTU, og kun halvparten av utviklingsplanene sier noe om nå-situasjonen for MTU-parken.

I Helse Sør-Øst har Regionalt kompetansesenter for samordning av investeringer i MTU i Helse Sør-Øst (RKMTU) utarbeidet ulike detaljerte analyser av utvikling, behov og prognoser for MTU-parken i foretakene.<sup>135</sup> Foretakene i Helse Sør-Øst må i et vedlegg til den økonomiske langtidsplanen oppgi mer

<sup>132</sup> Sak 057-2019 Investeringsbehov ved Sørlandet sykehus.

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

<sup>134</sup> St. Olav: Sak 20/18 Medisinsk-teknisk utstyr ved St. Olavs hospital – status, Sørlandet: Sak 057/2019: Investeringsbehov ved Sørlandet sykehus HF, Stavanger: Administrerende direktørs orientering til styret nr. 7/2019 pkt. 1 – Status for MTU i Helse Stavanger og gjennomsnittlig levetid.

<sup>135</sup> Se faktaboks 5 om RKMTU.

detaljert informasjon om aldersfordelingen på det medisinsk-tekniske utstyret. Her skal de også informere om det nødvendige investeringsnivået sammenlignet med det budsjetterte og utviklingen i gjennomsnittsalder. Dette vedlegget presenteres imidlertid ikke for styret i helseforetakene.

En del helseforetak beskriver en utfordrende situasjon for foretakets MTU-park, for eksempel at den er gammel, at en betydelig del av utstyret har passert sin økonomiske levetid, og at de har et stort investeringsbehov. Flere informerer også om at det planlagte investeringsnivået innenfor tilgjengelige budsjetttrammer ikke er tilstrekkelig til å innhente vedlikeholdsetterslepet eller redusere alderen på utstyret. Dette er noen eksempler:

- UNN skriver i sin virksomhetsplan for 2019 at de «er i en økonomisk situasjon hvor en må unnlate å erstatte kassasjoner til utstyret faktisk bryter sammen. Den økonomiske situasjonen gjør at en ikke kan være i forkant å bestille utstyr når det foreligger en kassasjon, men må akseptere økt ventetid for berørte pasientgrupper, med fare for pasientflukt, til nyanskaffelser er på plass».
- St. Olav informerte styret om status for MTU i en egen styresak 2018, og der påpekte de at snittalderen har økt siden 2009.<sup>136</sup> Det var planlagt å gjennomføre større, regionale flåteanskaffelser, men innenfor dagens rammer er det ikke rom for slike investeringer fordi midlene stort sett benyttes til å dekke det mest kritiske. Det gjøres en del hasteanskaffelser som medfører risiko for feilkjøp og dårligere pris. Styret ber i vedtaket sitt om at investeringsbehov legges til grunn for arbeidet med langtidsbudsjettet.
- OUS informerte i sin økonomiske langtidsplan for 2021–2024 om at gjennomsnittsalderen på MTU-parken vil øke, og at konsekvensene er en dårligere utstyrspark hvor det må forventes hyppigere havarier, økt nedetid på utstyret, økt frekvens i reparasjoner og høyere vedlikeholdskostnader. Den begrensede investeringstakten kan føre til at foretaket ikke klarer å redusere andelen sammenbruddsanskaffelser til fordel for planlagte anskaffelser. Sammenbruddsanskaffelser er kostbare og ineffektive, og kan gjøre det vanskeligere for klinikkene å nå produksjonsmålene sine. Dette fører til økt risiko for pasientskader, manglende behandling og lengre ventetid.
- Innlandet oppgir i sin økonomiske langtidsplan for 2020–2023 at deler av MTU-parken er svært gammel, og at økende alder fører til hyppigere driftsstans og økte kostnader til drift og vedlikehold. På grunn av stadig større MTU-kompleksitet og mer komplekse IKT-komponenter og integrasjoner er levetiden til utstyret kortere enn tidligere. Om ikke hele utstyret må skiftes ut, kreves det ofte omfattende oppgraderinger i levetiden.
- I den økonomiske langtidsplanen til Telemark for 2020–2023 påpekes det at det budsjetterte nivået for investeringer i MTU ikke vil være tilstrekkelig for å komme innenfor faglige anbefalinger på MTU-området. Andel anskaffelser som gjennomføres som følge av sammenbrudd i eksisterende utstyr har økt de siste årene.
- I Møre og Romsdal sin økonomiske langtidsplan for 2020–2030 påpekes det at helseforetaket i all hovedsak har gjort erstatningsinvesteringer de siste årene, og at investeringsnivået i planperioden til en viss grad vil sikre utviklingsperspektivet, men at det ikke vil dekke totalbehovet for nyinvesteringer.

## 5.8 Planlagt investeringsnivå i årene framover

Undersøkelsen viser

- at det planlegges med et høyt investeringsnivå i helseforetakene i perioden 2021–2024
- at det i mange helseforetak er risiko for ikke å nå det planlagte investeringsnivået i den økonomiske langtidsplanen for perioden 2021–2024

<sup>136</sup> Styresak 20/18 – Medisinsk-teknisk utstyr ved St. Olavs hospital.

### 5.8.1 Det planlegges med et høyt investeringsnivå i helseforetakene i perioden 2021–2024

I *Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019)* ble det planlagt med omtrent 40 milliarder kroner i investeringer; omtrent 24 milliarder kroner var tiltenkt bygg, og 6 milliarder kroner medisinsk-teknisk utstyr (MTU).<sup>137</sup> Det framgikk av planen at det ble forutsatt effektivisering og god økonomisk kontroll i helseforetakene, og at eventuelle budsjettoverskridelser ville medføre utsettelse av investeringer og et redusert handlingsrom.

Analysen vår viser at flertallet av helseforetakene ikke nådde det planlagte investeringsnivået i de økonomiske langtidsplanene for årene 2016–2019 med hensyn til totale investeringer, bygg og medisinsk-teknisk utstyr.

I *Nasjonal helse- sykehusplan (2020–2023)* planlegges det med 76 milliarder kroner i investeringer, og av dette er det planlagt omtrent 58 milliarder kroner til bygg og 5,5 milliarder kroner til MTU.<sup>138</sup> Økningen gjelder i hovedsak bygningsmessige investeringer som har en kostnad på over 500 millioner kroner. Faktaboks 11 gir en oversikt over de regionale helseforetakenes investeringsprosjekter med en kostnad på over 500 millioner kroner som er under *gjennomføring* eller vil være under *planlegging* i perioden 2021–2024.

---

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

<sup>138</sup> Meld. St. 7 (2019–2020) *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023*, s.163.

## Faktaboks 11 Prosjekter over 500 millioner kroner under gjennomføring og planlegging 2021–2024

	Beløp	Prosjekter under gjennomføring	Prosjekter under planlegging
Helse Sør-Øst	48,4 milliarder kroner	<ul style="list-style-type: none"> <li>– vedlikeholdsinvesteringer ved Oslo universitetssykehus</li> <li>– Tønsbergprosjektet ved Sykehuset i Vestfold</li> <li>– nytt psykiatribygg ved Sørlandet sykehus</li> <li>– nytt sykehus i Drammen i Vestre Viken</li> <li>– nytt klinikkbygg og protonanlegg ved Radiumhospitalet ved Oslo universitetssykehus</li> <li>– første trinn i utvikling av nye Aker og Nye Rikshospitalet ved Oslo universitetssykehus</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– ny regional sikkerhetsavdeling ved Oslo universitetssykehus</li> <li>– utbygging ved Sykehuset Telemark, Skien, inkludert stråleterapi</li> <li>– nytt bygg for psykisk helsevern ved Akershus universitetssykehus</li> <li>– videreutvikling av Sykehuset Innlandet (Mjøssykehuset)</li> <li>– stråle- og somatikkbygg ved Akershus universitetssykehus</li> </ul>
Helse Vest	18,2 milliarder kroner	<ul style="list-style-type: none"> <li>– byggetrinn 2 av nytt barne- og ungdomssykehus ved Haukeland universitetssjukehus i Helse Bergen</li> <li>– oppgradering og modernisering ved Helse Førde</li> <li>– oppgradering av sentralblokken ved Haukeland universitetssjukehus</li> <li>– nytt sykehus i Stavanger</li> <li>– rehabilitering og nybygg ved Haugesund sjukehus i Helse Fonna</li> <li>– protonbygg ved Haukeland universitetssjukehus i Helse Bergen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Slutføring av byggetrinn 1 ved Stavangerutbyggingen ved gjennomføring av E-bygget</li> <li>– ombygging av sentralblokken ved Haukeland universitetssjukehus i Helse Bergen</li> <li>– et byggetrinn til ved Helse Fonna</li> </ul>
Helse Midt-Norge	10,5 milliarder kroner	<ul style="list-style-type: none"> <li>– nytt sykehus i Nordmøre og Romsdal</li> <li>– Helseplattformen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– senter for psykisk helse ved St. Olavs hospital</li> </ul>
Helse Nord	8,4 milliarder kroner	<ul style="list-style-type: none"> <li>– ferdigstilling av nybygg og renovering ved Nordlandssykehuset, Bodø</li> <li>– nytt sykehus i Narvik ved Universitetssykehuset Nord-Norge</li> <li>– nytt sykehus i Hammerfest ved Finnmarkssykehuset</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– utvikling av Helgelandssykehuset</li> </ul>

Kilde: Prop. 1 S (2020–2021)

De planlagte investeringene i nye sykehusbygg vil gi moderne bygg med høy standard, og vil gjøre det mulig å utfase eldre bygg med lav standard og store vedlikeholdsetterslep. Det kan forventes at sykehus som er under gjennomføring tas i bruk innen 2024, mens nye sykehus som er under planlegging, ikke vil bli ferdigstilt innen 2024. Gamle sykehus som helt eller delvis skal erstattes av nye bygg innen 2024, er blant annet sykehusene i Hammerfest, Narvik, Molde, Kristiansund, Stavanger og Drammen.

Flertallet av de 150 lokasjonene i helseforetakene vil imidlertid ikke berøres av de store investeringsprosjektene. Helseforetakene må derfor sørge for å opprettholde tilstanden på bygningsmassen i disse lokasjonene gjennom ordinært vedlikehold og oppgraderinger.

Departementet viser til at helseforetakene har omfattende investeringsplaner de kommende årene. Med planlagte nybygg, avhending av eldre bygg i henhold til planer, og økt vedlikehold er det forventet at tilstandsgraden vil utvikle seg positivt frem mot 2030. Helse Sør-Øst RHF har blant annet utarbeidet en framskrivning som viser forventet positiv utvikling i tilstandsgrad for sine bygg. Denne analysen forutsetter at

ny bygningsmasse fastsettes til tilstandsgrad 0 eller 1, og uendret tilstandsgrad fra 2020 på øvrig bygningsmasse.<sup>139</sup>

## Faktaboks 12 State of the Nation – Norges tilstand 2021

Rådgivende ingeniørers forening (RIF) viser i rapporten sin i 2021 til at planlagte investeringsmidler er betydelig lavere enn det behovet for vedlikehold og oppgradering tilsier, og at mesteparten av investeringene i *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023* er knyttet til bygningsmessige investeringer over 500 millioner kroner.

I tillegg er det planlagt å bruke 13,3 milliarder kroner på «øvrige bygningsmessige investeringer». RIF mener at dette ikke er ikke tilstrekkelig for å kunne påvirke vedlikeholdsetterslepet i stor grad ettersom behovet for ombygging og oppgradering kommer i tillegg til det anslåtte vedlikeholdsetterslepet på 40–55 milliarder kroner. Det kreves minst ca. 1,8 milliarder kroner i året for å kunne holde tilstanden stabil slik at ytterligere etterslep ikke akkumuleres.

RIF konkluderer derfor med at sektoren har store hindringer med hensyn til muligheten for å oppfylle krav og behov innen 2030, og at tilstanden til helseforetakenes bygg vil utvikle seg negativt. RIF viser til at helsebygg huser samfunnskritiske funksjoner, og at samfunnet ikke kan risikere at byggene settes ut av funksjon som følge av ekstremvær, naturkatastrofer, pandemier og terror.

RIF anbefaler at det iverksettes umiddelbare tiltak for å øke byggenes robusthet, eller at det lages en god beredskapsplan for hvordan katastrofesituasjoner skal håndteres. Det er også et potensial for mer effektiv sambruk av arealer på tvers av kommune og stat. RIF anbefaler i tillegg at det blir vurdert en ny styringsmodell for eiendomsmassen i helseforetakene som sikrer økt vedlikehold og skjermer for salderingsmuligheter. Videre uttaler de at levetidskostnadene bør synliggjøres, og at det bør foretas avskrivninger som følge av verdiutvikling på investeringene.

Kilde: *State of the Nation – Norges tilstand 2021*, Rådgivende ingeniørers forening

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

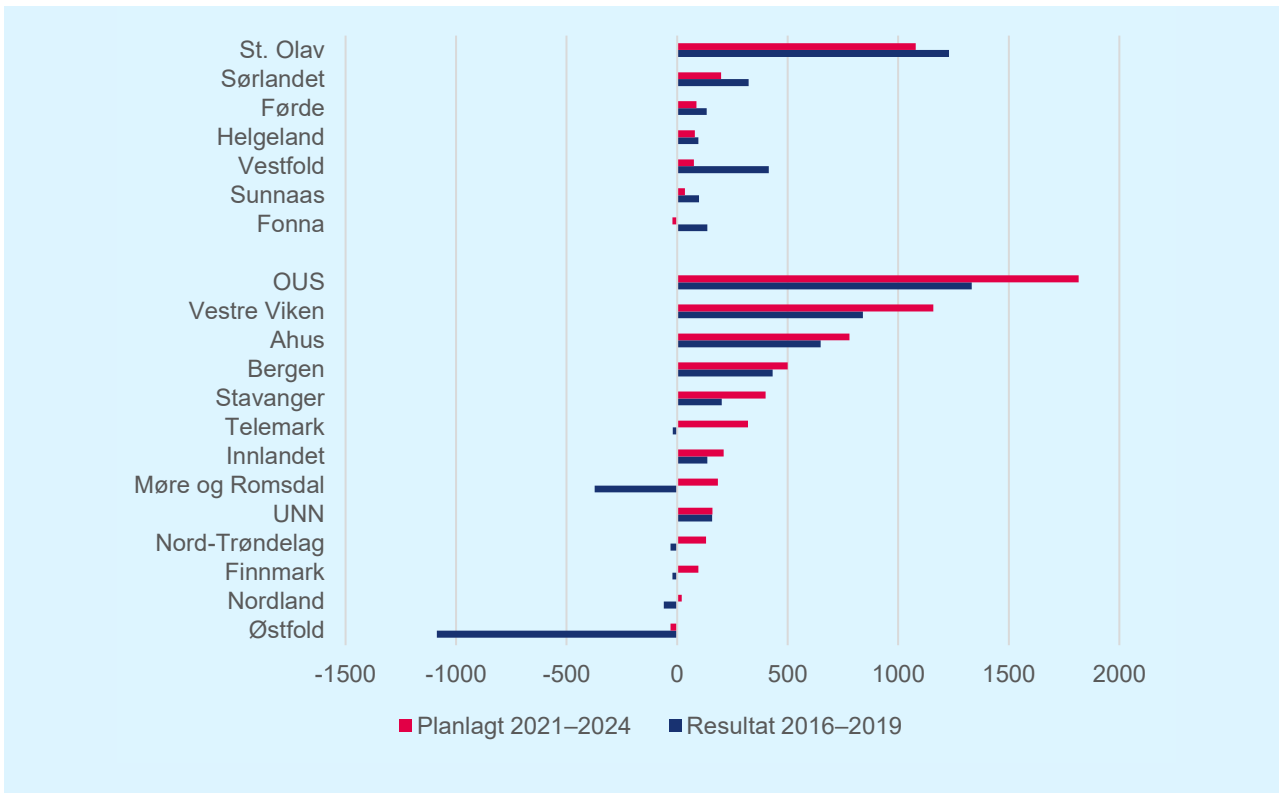
De planlagte overskuddene til helseforetakene for årene 2021–2024 er samlet sett på omtrent samme nivå som planlagt for perioden 2016–2019. Det er imidlertid en betydelig variasjon mellom helseforetakene i den inneværende perioden; omtrent halvparten planlegger med et bedre eller tilnærmet likt økonomisk resultat sammenlignet med det som var planlagt for perioden 2016–2019, mens de øvrige planlegger med et lavere resultat.

Samtidig viser undersøkelsen at 13 helseforetak ikke nådde det planlagte økonomiske resultatet i årene 2016–2019. Dette betyr at mange helseforetak må bedre det økonomiske resultatet for å oppnå de planlagte målene i 2021–2024.

<sup>139</sup> Brev fra Helse- og omsorgsdepartementet 21.09.21.



**Figur 30 Faktiske overskudd i perioden 2016–2019 og planlagte overskudd i perioden 2021–2024, i tusen kroner**



Kilde: Helseforetakene. N = 20.

Figur 30 viser at 13 helseforetak planlegger med et bedre resultat i nåværende periode (2021–2024) enn de oppnådde i forrige periode (2016–2019), og flere av disse planlegger med en betydelig resultatforbedring. Sju foretak planlegger med et lavere overskudd enn de oppnådde i forrige periode.<sup>140</sup>

### Risiko og forutsetninger i den økonomiske langtidsplanen for 2021– 2024

De fleste helseforetakene omtaler forutsetninger for å nå målene i den økonomiske langtidsplanen for 2021–2024 og risiko knyttet til dette. Følgende forhold nevnes av flere:

#### Aktivitetskrav og bemanningsøkning

Det er en risiko for at eierkrav om økt aktivitet vil gjøre det svært krevende å unngå økt bemanning og dermed økte lønnskostnader. Dersom forutsetningen om en svært begrenset vekst i lønnskostnadene ikke holder, vil dette gjøre det vanskelig å gjennomføre investeringsplanen.

For eksempel vurderer St. Olav at det er en stor risiko for ikke å lykkes med å øke aktiviteten med 1 prosent årlig uten å øke lønnskostnadene. Sykehuset Østfold opplyser at det er behov for økt bemanning på flere områder i helseforetaket for å kunne ivareta et økt aktivitetsnivå, men at det er en betydelig økonomisk risiko knyttet til dette. Dersom planen ikke opprettholdes, vil det ikke være mulig å gjennomføre nødvendige investeringer som på sikt skal gi sykehuset økt kapasitet.

#### Ambisiøse krav og mål

Det er en risiko for ikke å nå resultatmålet fordi det er satt for høyt. Østfold, Møre og Romsdal og Telemark er blant helseforetakene som forutsetter betydelig resultatforbedring:

- Østfold hadde et samlet underskudd på 1,1 milliard kroner i årene 2016–2019, men planlegger å gå i balanse i årene 2021–2024. I behandlingen av den økonomiske langtidsplanen forutsatte styret at

<sup>140</sup> St. Olav, Vestfold, Sørlandet, Fonna, Førde, Sunnaas og Helgeland planlegger med et lavere overskudd.

administrerende direktør, gjennom arbeidet med budsjettet for 2021, konkretiserer tiltak for å opprettholde den planlagte resultatutviklingen og synliggjør konsekvensene for kvaliteten og pasientsikkerheten om helseforetaket ikke lykkes med dette.

- Møre og Romsdal hadde et samlet underskudd på 374 millioner kroner i årene 2016–2019, mens det har planlagt 184 millioner kroner i positivt resultat i årene 2021–2024.
- Telemark hadde et samlet underskudd på 20 millioner kroner i årene 2016–2019, mens det planlegger å oppnå 320 millioner kroner i positivt resultat i årene 2021–2024. Dette er et nedjustert mål sammenlignet med den økonomiske langtidsplanen for årene 2020–2023.

Planer som dette forutsetter en betydelig effektivisering av driften. Enkelte foretak mener imidlertid at effektiviseringskravet er svært krevende, og påpeker at det er en risiko for at man ikke klarer å nå målene for omstilling, effektivisering og kostnadsreduksjoner.

- Sørlandet vurderte at det var en svært høy risiko for at foretaket ikke ville klare å nå sitt budsjetterte mål i 2020, når de tok i betraktning de budsjetterte tiltakene både med hensyn til aktivitet og kostnadsreduksjoner utover året. Også i det planlagte langtidsbudsjettet er det en betydelig gjennomføringsrisiko, spesielt innenfor somatikk, hvor om lag 11 prosent produktivitetsforbedring er lagt til grunn. Også Telemark opplyser at det er risiko knyttet til resultatmålene.
- Nord-Trøndelag framhever at det er behov for en større sikkerhetsmargin, og at denne må skapes gjennom krav til omstilling utover de 202 millioner kronene som ligger i budsjettene for perioden 2020–2023. Den administrerende direktøren mener at kravet til omstilling allerede er strukket svært langt, og at en ytterligere økning ikke er forsvarlig. Videre påpeker foretaket at forutsetningene som er lagt til grunn for langtidsbudsjettet, gir et resultat og en likviditet som viser at foretaket vil ha behov for nye omstillings tiltak utover det som er vedtatt for perioden 2020–2021.

Disse eksemplene indikerer en tydelig risiko for ikke å nå det planlagte investeringsnivået som følge av at det er planlagt med ambisiøse forbedringer. Selv et mindre negativt avvik fra resultatmålet kan gi en krevende likviditetssituasjon.

## Konsekvenser av planene

Når helseforetakene legger fram planer og budsjetter for styret, er det en del som rapporterer om konsekvensene av disse og sin egen økonomiske situasjon. De påpeker da at det kreves effektiviserings tiltak, produktivitetsvekst og tilstrekkelige overskudd for å nå investeringsmålene, og at det vil bli krevende eller umulig å nå investeringsplanene dersom dette ikke skjer. Ifølge flere helseforetak er det en høy risiko for at de ikke klarer å gjennomføre nødvendige omstillinger, og flere indikerer at budsjettene er for små til å snu den negative utviklingen og oppfylle krav: MTU-parken vil stadig bli eldre, det regionale kravet (i Helse Sør-Øst) om å bruke minst 250 kroner per m<sup>2</sup> til vedlikehold av bygg vil ikke bli oppfylt, og vedlikeholdsetterslepet vil ikke bli redusert.<sup>141</sup>

- Ifølge Telemarks økonomiske langtidsplan for 2020–2023 er det budsjetterte nivået for investeringer i og vedlikehold av bygningsmassen i perioden ikke tilstrekkelig til å ivareta den i tråd med den vedtatte regionale strategien for eiendomsområdet. Vedlikeholdsetterslepet vil øke i planperioden, og flere enkeltelementer vil komme i tilstandsklasse 3.
- I saksframlegget til St. Olavs langtidsbudsjett for 2019–2030 blir det konstatert at det ikke har vært mulig å etablere et økonomisk handlingsrom for å sikre tilstrekkelige investeringer i utstyr og bygninger, og at dette vil medføre en svekkelse av kvaliteten og tilstanden.

<sup>141</sup> OUS, Innlandet, St. Olav, Sørlandet, Østfold og Nord-Trøndelag.

## 6 Departementets og de regionale helseforetakenes styring av investeringer

Dette kapitlet beskriver hvordan Helse- og omsorgsdepartementet og de regionale helseforetakene (RHF-ene) styrer og følger opp investeringer og tilstanden til bygg og medisinsk-teknisk utstyr i helseforetakene.

### Utvalgte revisjonskriterier

- Helse- og omsorgsdepartementet har det overordnede ansvaret for spesialisthelsetjenesten. Ansvaret innebærer at staten skal sette de regionale helseforetakene i stand til å oppfylle plikten sin til å sørge for spesialisthelsetjenester til befolkningen i regionen.
- Helse- og omsorgsdepartementet skal holde seg orientert om foretakenes virksomhet, blant annet om virksomheten drives i samsvar med de kravene som er stilt i foretaksmøter, og de vilkårene som er satt for tildeling av bevilgninger.
- De regionale helseforetakene har et såkalt sørge for-ansvar for regionen sin, og for å gjennomføre den nasjonale helsepolitikken i tråd med nasjonale føringer. De skal sørge for gode og likeverdige spesialisthelsetjenester til befolkningen innenfor gitte økonomiske og styringsmessige rammer. Dette innebærer et helhetlig ansvar for å se ressurser til drift og investeringer i sammenheng.
- De regionale helseforetakene skal planlegge, organisere, styre og samordne virksomhetene i helseforetakene de eier. Plikten til å planlegge virksomhetens aktiviteter innebærer blant annet å innhente tilstrekkelig informasjon og kunnskap til å kunne planlegge og gjennomføre oppgavene.
- Som grunnlag for å gjennomføre endringer og tiltak skal de regionale helseforetakene og de enkelte helseforetakene utarbeide utviklingsplaner. De regionale utviklingsplanene er basert på helseforetakenes lokale utviklingsplaner, og det anbefales å gi en oversikt over nå-situasjonen i regionene, utfordringsområdene og den strategiske retningen.

### 6.1 Oppsummering

Styringsmodellen for investeringer i helseforetakene bygger på en kombinasjon av at foretakene er gitt utstrakte fullmakter på investeringsområdet, samtidig som det skjer en oppfølging og styring på overordnet nivå. Helseforetakene er gitt ansvar for sine egne bygg og sitt eget utstyr. Helseforetakene fordeler selv tildelte midler mellom drift og investeringer, og de må prioritere investeringer innenfor tilgjengelige økonomiske rammer. Samtidig har de regionale helseforetakene (RHF) et overordnet ansvar for at tilstanden til byggene i helseforetakene er god nok til at foretakene kan ivareta sørge for-ansvaret.

For investeringer over 500 millioner kroner kan helseforetakene søke om statlig lån som dekker inntil 70 prosent av kostnadsrammen. RHF-ene har over tid hatt betydelige regnskapsmessige overskudd, og at de har dermed opparbeidet seg omfattende resultatbuffer. RHF-ene har ordninger hvor det gis regionale midler (interne lån) til prioriterte prosjekter.

RHF-ene legger i sin oppfølging av helseforetakene vekt på å legge til rette for at helseforetakene sikres en stabil og langsiktig økonomi. RHF-ene følger opp at foretakene har forutsetninger for å bære planlagte investeringer. Departementet mener at det skal være en høy terskel for å gripe inn i RHF-enes prioriteringer av investeringsprosjekter.

RHF-ene ble etter tilstandsvurderingene i 2016 godt kjent med at den tekniske tilstanden til bygningsmassen ble forverret i mange helseforetak og lokasjoner fra 2012 til 2016. De regionale helseforetakene var også kjent med at det var store vedlikeholdsetterslep på bygningsmassen i 2016.

Departementet har fått god kunnskap om den tekniske tilstanden til bygningsmassen, oppgraderingsbehov og vedlikeholdsetterslep, som følge av tilstandskartleggingene som har vært gjennomført siden 2012. Når det gjelder medisinsk-teknisk utstyr, har ikke departementet tilsvarende oversikt. Departementet mener at dette hører inn under RHF-enes ansvar. Med unntak av Helse Sør-Øst RHF, innhenter RHF-ene begrenset informasjon om tilstanden til det medisinsk-tekniske utstyret i helseforetakene.

Helseforetakenes utkast til økonomiske langtidsplaner blir sendt til RHF-ene for dialog og kvalitetssikring, og RHF-ene opplyser at de ikke motsetter seg ambisiøse budsjetter når analysene viser at helseforetakene kan bære kostnadene. De økonomiske langtidsplanene til RHF-ene forutsetter at omstillings- og effektiviserings-tiltak gjennomføres, og beskriver samtidig betydelig risiko for at omstillingstiltakene ikke gir de forventede resultatene.

Departementet er kjent med at de økonomiske langtidsplanene i mange helseforetak bygger på ambisiøse forutsetninger. Over flere år har departementet fått informasjon gjennom RHF-enes økonomiske langtidsplaner om risiko ved og forutsetninger som legges til grunn for helseforetakenes planer. Planene slår ofte fast at investeringsplaner kanskje må utsettes eller nedjusteres dersom resultatmålene ikke nås.

Departementet har over flere år også stilt krav som berører investeringer til RHF-ene i foretaksmøter. Dette gjelder ulike tiltak for å sikre bedre ivaretagelse av bygg, styrke det strategiske planarbeidet og å sikre mer realistisk budsjettering. Senest i 2018 og 2019 stilte departementet krav til RHF-ene om å utrede mål for tilstandsgrad på bygg og internhusleieordning.

Utviklingsplanen er en overordnet strategi for virksomheten. Langsiktige satsinger som krever investeringer, skal framkomme i utviklingsplanen og innarbeides og prioriteres i den økonomiske langtidsplanen. Analysen vår av utviklingsplanene for perioden 2018–2035 viser at disse gir begrenset informasjon om tilstanden til helseforetakenes bygg og MTU. De gir heller ikke et tydelig bilde av fremtiden.

Et godt grunnlag for å kunne utarbeide langsiktige investeringsplaner er at regionene har fastsatt mål og strategier, og at de har kartlagt statusen til bygningsmassen. Det varierer om RHF-ene har mål og strategier for byggene sine. Mål og strategier brukes i begrenset grad av RHF-ene for å gi en retning eller føringer for tilstanden til og utviklingen av MTU. RHF-enes innsats er primært rettet mot å samordne anskaffelser og standardisere utstyret i egen region.

## 6.2 Ansvar, roller og styringsmodell

De regionale helseforetakene (RHF-ene) har gjennom sitt sørge for-ansvar et helhetlig ansvar for investeringer og drift i helseforetakene i regionen sin, blant annet for å gjøre prioriteringer og fastsette budsjetter for regionen. Gjennom sørge for-ansvaret har RHF-ene også ansvar for å ha tilstrekkelig oversikt over alle innsatsfaktorene i pasientbehandlingen og for å følge med på alle områdene av helseforetakenes drift.

RHF-ene presiserer i intervjuene at deres ansvar knyttet til helseforetakenes økonomiske langtidsplaner omfatter

- den samlede likviditeten til foretaksgruppa; likviditeten som blir stilt til disposisjon gjør det mulig for helseforetakene å drive forsvarlig og investere tilstrekkelig – og dermed gjennomføre oppdraget sitt
- å gi stabile rammebetingelser ved å kontrollere risiko og sørge for en forutsigbar og stabil økonomisk kurs; RHF-ets finansieringsmodell skal sørge for at det er økonomisk grunnlag for å kunne håndtere foretakenes investeringer over tid

- å ta beslutninger om å gjennomføre store regionale prosjekter og bistå foretakene økonomisk gjennom lån eller tilskudd til disse store investeringene

I denne operasjonaliseringen av ansvaret sitt legger RHF-ene vekt på å legge til rette for at helseforetakene sikres en stabil og langsiktig økonomi. Det innebærer at foretakene skal ha forutsetninger for å bære planlagte investeringer. RHF-enes oppfølging av sørge for-ansvaret og målet om likeverdige helsetjenester finner dermed sted innenfor disse rammene.

Helseforetakene har selv ansvar for sine egne bygg og sitt eget utstyr. Styrene i helseforetakene er gitt et overordnet ansvar for å forvalte bygningsmassen. Det medfører at helseforetakene er ansvarlige for å identifisere behov for investeringer.

*Styringsmodellen* for investeringer bygger på en kombinasjon av at foretakene er gitt utstrakte fullmakter på investeringsområdet, samtidig som de blir fulgt opp og styrt på et overordnet nivå.<sup>142</sup> Departementet vurderer at styringsmodellen generelt fungerer godt, og har tillit til prioriteringene som blir gjort av RHF-ene. Departementet viser til at det investeres mer nå enn noen gang før, selv om ikke alle prioriterte investeringer kan gjennomføres samtidig.<sup>143</sup>

Innenfor styringsmodellen kan departementet sette eierkrav (i foretaksmøter), krav knyttet til bevilgningen (oppdragsdokumenter) og krav i medhold av lover og forskrifter. Sammen med disse kravene utgjør bevilgningene fra staten, inkludert lån, rammebetingelsene for helseforetakene. Disse virkemidlene brukes av staten for å legge til rette for nasjonal og regional styring av ressursbruken for å nå politiske mål og sikre at RHF-ene ivaretar sørge for-ansvaret sitt.

Helseforetakenes muligheter til å investere henger tett sammen med den økonomiske resultatutviklingen, og departementet har derfor lagt stor vekt på økonomioppfølging. Ifølge departementet gir finansieringsmodellen insentiver til å innrette driften effektivt og muligheter til å prioritere mellom drift og investeringer. Etter departementets syn forklarer ikke egenskapene ved selve styringsmodellen den manglende realiseringen av investeringsplaner og helseforetakenes ønsker.

God kontroll med egen økonomi er viktig for å kunne foreta gode prioriteringer mellom drift og investeringsprosjekter. Økte bevilgninger ville økt foretakenes handlingsrom både for drift og investeringer. Tilsvarende ville adgang til å lånefinansiere en større del av investeringene kunne ført til at foretakene investerte mer og tidligere.

Det skal ifølge departementet være en høy terskel for at det griper inn i RHF-enes ansvar for å sikre nødvendige investeringer. Dersom departementet hadde vurdert at RHF-ene ikke gjorde en god nok innsats i arbeidet med å prioritere mellom drift og investeringer, ville det ha vært grunnlag for å stille krav på området. Om RHF-ene følger opp som de skal, setter departementet færre styringskrav enn det ellers ville ha gjort.

*Rapporteringen* fra RHF-ene om blant annet oppfølgingen av departementets oppdrag og krav skjer gjennom årlig melding, årsregnskap og årsberetning, månedlig rapportering (av økonomi, bemanning, aktivitet og kvalitet) og oppfølgingsmøter. Departementet holder seg i tillegg orientert om styresakene til RHF-ene og informasjonen som følger disse, blant annet virksomhetsrapporter, utviklingsplaner og økonomiske langtidsplaner. Departementet får også informasjon gjennom utredninger, som for eksempel NOU 2016: 25 *Organisering og styring av spesialisthelsetjenesten* og NOU 2019: 24 *Inntektsfordeling mellom regionale helseforetak*.

Etter kravet som ble stilt til RHF-ene i 2016 om å oppdatere tilstandsvurderingene av bygningsmassen hvert fjerde år, får departementet nå regelmessig informasjon fra RHF-ene om den tekniske tilstanden på

<sup>142</sup> Prop 1 S (2019–2020), s. 310.

<sup>143</sup> Intervju med Helse- og omsorgsdepartementet. Følgende avsnitt er basert på samme kilde.

bygningssmassen. Departementet opplyser i intervju at det ikke henter inn særskilte data om medisinsk-teknisk utstyr, fordi dette er informasjon på et detaljert nivå som det ikke har behov for i styringen sin. Selv om departementet ikke har bedt om jevnlig oversikter over tilstand på utstyr, ble det likevel gjennomført en kartlegging av utvalgte utstyrsgupper som en del av nasjonal helse- og sykehusplan for 2016–2019.

RHF-ene får informasjon fra helseforetakene sine gjennom rapporter (årlig melding og månedlige rapporter), planer (for eksempel økonomiske langtidsplaner) og møter. Innholdet i rapporteringen RHF-ene mottar om bygg og medisinsk-teknisk utstyr, er omtalt i kapittel 5.

### 6.3 Krav stilt til de regionale helseforetakene i foretaksmøter

Departementet har i en rekke foretaksmøter stilt krav til de regionale helseforetakene som berører investeringer. En gjennomgang av kravene stilt siden 2012 viser at disse er rettet mot

- at foretakene skal sikre vedlikehold av bygg og realistisk budsjettering
- at foretakene og departementet skal få bedre styringsinformasjon om bygg
- at foretakene skal utarbeide langsiktige planer

## Tabell 5 Krav knyttet til investeringer, planlegging og bygg i foretaksmøter i årene 2012–2020

**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.<sup>144</sup> Flertallet i utvalget gikk inn for å etablere en husleieordning og etablere egne eiendomsenheter på regionalt eller nasjonalt nivå. I begrunnelsen ble det lagt spesiell vekt på behovet for å sikre et tilstrekkelig vedlikehold og profesjonalisering av forvaltningen.

Departementet fulgte opp tilrådingen om å innføre husleieordninger i 2018 ved å be RHF-ene om å utrede dette. Tilrådingen om å organisere eiendomsforvaltningen i egne selskaper ble imidlertid ikke fulgt.

---

<sup>144</sup> NOU 2016:25 *Organisering og styring av spesialisthelsetjenesten*, s. 4.

Departementet begrunnet dette med at en etablering av nasjonale eller regionale eiendomsselskap ikke vil støtte opp om en utvikling mot større handlefrihet for de lokale helseforetakene.<sup>145</sup>

## 6.4 Økonomiske virkemidler

### 6.4.1 Fordeling av inntekter mellom de regionale helseforetakene

RHF-enes helhetlige ansvar er understøttet av finansieringssystemet ved at bevilgningene overføres som rammetilskudd og ikke øremerkede tilskudd. Finansieringen skjer over statsbudsjettet gjennom *basisbevilgningen* og *innsatsstyrt finansiering*. Basisbevilgningen skal dekke både drifts- og investeringskostnader.

Bevilgningene til RHF-ene utgjorde 178,7 milliarder kroner i saldert budsjett for 2021. Av dette utgjorde basisbevilgningene om lag 110 milliarder kroner (ca. 60 prosent).<sup>146</sup> Basisbevilgningene fordeles etter en inntektsfordelingsmodell som skal ta hensyn til ulikheter mellom regionene med hensyn til driftskostnader og behovet for helsetjenester.

RHF-ene viderefører basisbevilgningen de får til helseforetakene. Med utgangspunkt i den nasjonale modellen har hvert enkelt regionalt helseforetak utarbeidet en egen inntektsfordelingsmodell for basisbevilgningen i helseregionen sin. Den regionale fordelingsmodellen avgjør fordelingen av den største delen av helseforetakenes inntekter. Den er derfor et viktig virkemiddel for å oppfylle målet om likeverdige tjenester mellom helseforetakene i regionen. Dersom fordelingsmodellen ikke reflekterer godt nok helseforetakenes inntekts- og kostnadssituasjoner, vil den bidra til å skape ulike forutsetninger for å kunne gjennomføre investeringer i de ulike foretakene.

Den innsatsstyrte finansieringen (ISF) til RHF-ene avhenger av hvor mange og hva slags pasienter som får behandling i regionen. RHF-ene viderefører inntekter fra ISF til helseforetakene.

I utredningen NOU 2016: 25 *Organisering og styring av spesialisthelsetjenesten* ble det foreslått å igangsette et snarlig arbeid med å oppdatere modellen for fordeling av basisbevilgningen.<sup>147</sup> Forrige gang inntektsystemet ble revidert, var i 2009. Regjeringen nedsatte i 2018 et utvalg som skulle vurdere den nasjonale inntektsfordelingsmodellen til de regionale helseforetakene, og i 2019 la utvalget fram et forslag til en ny nasjonal modell.<sup>148</sup> Også RHF-ene har satt i gang 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.<sup>149</sup> Låneordningen administreres av Helse- og omsorgsdepartementet, som behandler RHF-enes lånesøknader i forbindelse med de årlige statsbudsjettene. RHF-ene kan søke om inntil 70 prosent låneandel av kostnadsrammen.

<sup>145</sup> Prop. 1 S (2017–2018), s. 296.

<sup>146</sup> Prop. 1 S (2020–2021), s. 28.

<sup>147</sup> NOU 2016: 25 *Organisering og styring av spesialisthelsetjenesten*, s. 214.

<sup>148</sup> NOU 2019: 24 *Inntektsfordeling mellom regionale helseforetak*.

<sup>149</sup> Prop. 1 S (2020–2021), s.142. I 2019 ble det bevilget 5,2 milliarder kroner i investeringslån.



Departementets forutsetning for å kunne fremme søknad om lån i budsjettinnspillet er at RHF-et har levert en styregodkjent konseptrapport for prosjektet det søkes lån til, inkludert en ekstern kvalitetssikring. RHF-et har ansvaret for å sikre at investeringsprosjektet kan håndteres innenfor helseregionens økonomiske bæreevne.<sup>150</sup>

Grensen for prosjekter som skal legges fram for departementet, ble satt ned i 2011 fra 1 milliard til 500 millioner kroner.<sup>151</sup> Departementet gjorde dette for å harmonisere grensen for kvalitetssikring av større investeringer i RHF-ene med terskelverdiene som var satt for ekstern kvalitetssikring av store investeringsprosjekter i staten.

I 2018 ble det åpnet for at store IKT-prosjekter (over 500 millioner kroner) delvis kan lånefinansieres, for å understøtte en raskere digitalisering av helsetjenesten og generell måloppnåelse på IKT-området.<sup>152</sup> Videre ble lånebetingelsene for de regionale helseforetakene endret i 2020 ved at avdragstiden for lån ble forlenget fra 25 til maksimalt 35 år.<sup>153</sup>

## Regionale finansieringsordninger

De regionale helseforetakene har over tid hatt betydelige regnskapsmessige overskudd, og har opparbeidet omfattende resultatbuffer. RHF-ene har ordninger hvor det gis regionale midler (interne lån) til prioriterte prosjekter. Helseforetakene kan også søke RHF-et om lån for å dekke hele eller deler av egenandelen ved store lån.

Skal helseforetakene gjennomføre større investeringer må det skaffes økonomisk rom ved overskudd i driften. Ifølge departementet forutsetter kravet om egenfinansiering av store investeringer betydelig effektivisering av driften. Når helseforetakene planlegger med store investeringer, og tilsvarende økte utgifter til egenandel, renter og avdrag, må dette prioriteres på bekostning av annen drift og mindre investeringer.<sup>154</sup>

Mindre investeringer må helseforetakene fullt ut finansiere selv. Investeringene til helseforetakene finansieres gjennom positive resultater, salg av eiendom og likviditet som følger inntekten som skal dekke avskrivninger.<sup>155</sup> Tilgjengelig likviditet er avgjørende for at helseforetakene skal kunne investere. Samtidig må helseforetak som ikke når overskuddsmålene sine, normalt redusere de planlagte investeringene. Selv helseforetak som har likviditet til å gjennomføre planlagte investeringer, kan måtte redusere investeringsomfanget for å forsøke å nå overskuddsmålet.

De regionale helseforetakene har noe forskjellige finansieringsordninger for investeringer. I Helse Sør-Øst og Helse Midt-Norge holder RHF-et tilbake midler ved den årlige fordelingen av basistilskuddet til helseforetakene. Helse Sør-Øst RHF holder tilbake et beløp som tilsvarer avskrivninger,<sup>156</sup> mens Helse Midt-Norge RHF holder igjen et beløp etter vurdering av behov.<sup>157</sup> Dette skaper en intern låneordning mellom det regionale helseforetaket og helseforetakene.

I *Helse Midt-Norge* benyttes de tilbakeholdte midlene til å dekke egenandelen i store statlig finansierte prosjekter over 500 millioner kroner og i mindre prosjekter på 50–500 millioner kroner, etter søknad fra helseforetakene.

I *Helse Sør-Øst* benyttes den tilbakeholdte likviditeten til prioriterte prosjekter, hovedsakelig nybygg over 100 millioner kroner, og til lokale investeringer, som medisinsk-teknisk utstyr og mindre investeringer i bygg. Helse Sør-Øst RHF har i tillegg en regional investeringsbuffer på ca. 200 millioner kroner per år, som

<sup>150</sup> E-post fra Helse- og omsorgsdepartementet 18.06.2021.

<sup>151</sup> Foretaksmøtet 31.01.2011, punkt 5.3.

<sup>152</sup> Foretaksmøtet 16.01.2018, punkt 3.5.2.

<sup>153</sup> Foretaksmøtet 14.01.2020, punkt 3.7.2.

<sup>154</sup> Brev fra Helse- og omsorgsdepartementet 01.09.21.

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

<sup>156</sup> Ca. 3,5 milliarder kroner årlig.

<sup>157</sup> De siste årene er det holdt igjen 15 millioner kroner årlig.

benyttes om det dukker opp nye behov i budsjettperioden, eller om eksisterende prosjekter trenger mer midler enn planlagt.

*Helse Nord RHF* holder også igjen noe av basisrammen til omfordeling og har dessuten en tettere kontroll med investeringene til helseforetakene enn de andre RHF-ene ved at det er RHF-et som setter investeringsrammen til helseforetakene. Videre er det RHF-et som beslutter fordelingen mellom store byggeprosjekter og øvrige investeringer (for eksempel MTU og ambulanser). I tillegg skal alle investeringene i helseforetakene på over 20 millioner kroner godkjennes av RHF-et. Dette gir Helse Nord RHF mer kontroll over likviditeten til helseforetakene sine enn de andre RHF-ene. I likhet med de andre regionale helseforetakene gir Helse Nord RHF lån til investeringer i bygg på over 500 millioner kroner i helseforetakene.

*Helse Vest RHF* skiller seg ut ved at det fordeler hele basisrammen til helseforetakene og gir foretakene en større del av ansvaret for investeringer. Helseforetakene kan i tillegg søke om lån fra RHF-et til påkrevde mindre bygningsmessige investeringer på mellom 25 og 500 millioner kroner. Dette finansieres av det regionale helseforetakets overskudd.

### 6.4.3 Andre økonomiske virkemidler

I 2015 åpnet departementet for at RHF-ene kan inngå finansielle leieavtaler (leasing) med en kontraktsverdi på inntil 100 millioner kroner per avtale. Finansielle leieavtaler utover dette beløpet må legges fram for foretaksmøtet.<sup>158</sup> Departementet opplyser i intervjuet at denne ordningen hovedsakelig ble innført for å gi helseforetakene bedre muligheter til å leie lokaler.

Tre av regionene benytter seg av muligheten til å inngå leasing-avtaler. Helseforetakene i Helse Sør-Øst og Helse Midt-Norge bruker finansiell leasing for å få tilgang på MTU og lokaler. I Helse Nord er det kun UNN som benytter seg av finansiell leasing, utelukkende for å leie lokaler. Helse Vest RHF opplyser i intervjuet at regionen ikke har hatt behov for å benytte seg av finansiell leasing.

Helseforetakene som gjennomfører store investeringer, har økte kostnader i etterkant av disse. To av regionene har økonomiske ordninger for å bistå helseforetak i slike situasjoner:

- I Helse Nord får helseforetakene inntektsstøtte i form av en kapitalkompensasjon i etterkant av store investeringer for å kunne håndtere de økte kostnadene. Dette utgjør ca. 10 millioner kroner årlig per 500 millioner kroner investert og fordeles gradvis til helseforetakene når avskrivningene fra de store byggeprosjektene belaster regnskapene.<sup>159</sup> RHF-et setter også et lavere overskuddskrav for helseforetak som har gjennomført større investeringer.
- I Helse Sør-Øst har helseforetak fått ekstra inntektsstøtte ved noen anledninger, der det har vært behov for det.<sup>160</sup> Denne støtten finansieres fra RHF-ets resultatbuffer.<sup>161</sup>

I *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023* framhever regjeringen at det er behov for at finansieringsordningene raskere tilpasser seg nye og effektive måter å tilby tjenester på.<sup>162</sup> Dersom finansieringen oppleves som et hinder for nødvendig omstilling, kan det over tid føre til at pasientene får en oppstykket tjeneste, at pasienter legges inn på sykehus unødvendig, og at det benyttes utdatert teknologi i pasientbehandlingen. I verste fall kan det føre til en svært lite bærekraftig tjeneste på sikt. Regjeringen vil videreutvikle finansieringsordningene i spesialisthelsetjenesten langs følgende hovedspor:

- Finansieringen skal i større grad knyttes til innholdet i tjenestene, ikke til hvem som yter behandling, hvor behandlingen ytes, eller hvordan behandlingen ytes.
- Finansieringen skal understøtte helhetlige tjenesteforløp.
- Finansieringen skal understøtte forløp på tvers av sykehus og kommuner.

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

<sup>159</sup> Plan for Helse Nord 2019–2022.

<sup>160</sup> Intervju med Helse Sør-Øst RHF.

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

<sup>162</sup> Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023, s.153.

- Kvalitetsbasert finansiering skal knyttes tettere til sentrale mål for utvikling av spesialisthelsetjenesten

Disse endringene er ikke rettet mot investeringer, men hvordan aktiviteten finansieres. Analysene i kapittel 5 viser at mange helseforetak har utfordringer med å oppnå de planlagte investeringsnivåene i langtidsplanene, og en overordnet ambisjon med sykehusplanen er å vri ressursinnsatsen fra drift til investeringer. *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023* drøfter imidlertid ikke mulige justeringer i finansieringsordningene som kan bidra til at planlagte investeringer i helseforetakene i større grad gjennomføres.

## 6.5 Planer og budsjettarbeid

Gjennom innføringen av økonomiske langtidsplaner og departementets pålegg om å utarbeide utviklingsplaner har plansystemet til helseforetakene blitt styrket over tid ved at foretakene nå har langsiktige planer som skal være integrert med hverandre. Økonomiske langtidsplaner (ØLP) omfatter investeringsplaner og gjelder for minst fire år fram i tid. Utviklingsplanene, som ble utarbeidet første gang i 2018, er en overordnet strategi for virksomheten og har en horisont på 15 år. Økonomiske langtidsplaner, som oppdateres hvert år, skal starte med en vurdering av virksomheten, og denne skal baseres på utviklingsplanen.<sup>163</sup> RHF-ene begynte å utarbeide økonomiske langtidsplaner fra 2010 av.

### 6.5.1 De regionale helseforetakenes økonomiske langtidsplaner

#### Helse- og omsorgsdepartementets føringer for økonomiske langtidsplaner

Departementet har ikke utarbeidet retningslinjer for økonomiske langtidsplaner eller gjennomført evalueringer av hvordan planene fungerer. Departementet viser i intervjuet til at ØLP først og fremst er et planverktøy for RHF-ene og helseforetakene, og at planene i størst mulig grad skal sikre RHF-ene stabile og forutsigbare rammebetingelser. Samtidig påpeker departementet at planlegging under usikkerhet er normaltilstanden, og at RHF-ene planlegger med den beste kunnskapen de har om framtidige rammebetingelser.

Departementet stilte krav i foretaksmøtet i 2012 om at RHF-ene skulle sikre at budsjetteringen i hele foretaksgruppa var realistisk.

#### De regionale helseforetakenes arbeid med langtidsplanene

Helseregionene har like framdriftsplaner for å utarbeide budsjetter:

- Helseforetakene oversender utkast til langtidsbudsjettene sine i april til RHF-et for dialog og kvalitets-sikring. Langtidsbudsjettene fungerer også som innspill til den regionale ØLP-en.
- Styrene i helseforetakene vedtar sine langtidsbudsjetter i mai.
- Styrene i de regionale helseforetakene vedtar sine langtidsbudsjetter i juni.<sup>164</sup>
- Helseforetakenes årsbudsjetter utarbeides på høsten og vedtas i perioden desember–februar. De fleste regionale helseforetakene sender ut ett eller flere budsjettskriv underveis som gir føringer og forutsetninger for helseforetakenes budsjetter.

Helse Nord RHF har en sterkere styring av helseforetakenes investeringer enn de øvrige RHF-ene. RHF-et stiller resultatkrav til foretakene, men tillater at de setter egne resultatkrav som er høyere enn RHF-ets. Ved fastsettelsen av resultatkravet vurderer RHF-et om det totalt sett er nok likviditet til driften, og om resultatkravet er høyt nok.

<sup>163</sup> Veileder for arbeidet med utviklingsplaner, s. 3.

<sup>164</sup> Helseforetakene i Helse Nord utarbeider imidlertid ikke egne langtidsbudsjetter, men oversender innspill til det regionale langtidsbudsjettet.

Når det gjelder helseforetakenes økonomiske langtidsplaner, analyserer RHF-ene foretakenes forutsetninger for å kunne bære framtidige kostnader ved å vurdere planene opp mot foretakenes bæreevne og likviditets-situasjon. Samtidig går det fram i intervjuene at RHF-ene ikke motsetter seg ambisiøse budsjetter når analysene viser at helseforetaket kan bære kostnadene.

I RHF-enes økonomiske langtidsplaner for 2021–2024 framhever imidlertid tre av RHF-ene nødvendigheten av at helseforetakene planlegger realistisk eller legger realistiske forutsetninger for utviklingen av inntekter og kostnader til grunn for planene.

### Styringsinformasjon til departementet

RHF-enes økonomiske langtidsplaner er en sentral informasjonskilde for departementet, som bruker data fra disse dokumentene som grunnlag for egne planer, blant annet nasjonale helse- og sykehusplaner. De nasjonale helse- og sykehusplanene gir retning og rammer for utviklingen av spesialisthelsetjenesten og skal blant annet inneholde en helhetlig beskrivelse av investeringsplanene for sykehusene.<sup>165</sup>

Departementet opplyser i intervjuet at ØLP på både RHF- og helseforetaksnivå er et viktig verktøy og virkemiddel for å drive virksomhetsplanlegging, blant annet av større investeringer. Departementet vurderer at kvaliteten på de økonomiske langtidsplanene har utviklet seg positivt over tid, og har god erfaring med å bruke dem for å vurdere handlingsrommet for større investeringer i RHF-ene. Departementet påpeker også at ønskede investeringer i helseforetakene ikke alltid prioriteres i de regionale helseforetakene, og at forutsetningene for planlegging påvirkes av ettårsprinsippet for statsbudsjettet.<sup>166</sup>

Avvik mellom investeringer i ØLP og faktiske investeringer i helseforetakene kan ifølge departementet ha ulike forklaringer:

- Helseforetakene legger inn buffere i planene for å ha handlingsrom og for å forsikre seg om at de har nok likviditet.
- Det vil være usikkerhet knyttet til planforutsetningene. Når foretakene legger langtidsplaner, må de forutsette både inntekter og kostnader i en fireårsperiode, og krav stilt i oppdragsdokumenter og foretaksmøter kan påvirke forutsetningene for å realisere planer.

### De regionale helseforetakenes rapportering til departementet om risikoen for ikke å nå det planlagte investeringsnivået

RHF-ene informerer primært om tilstanden til bygg og medisinsk-teknisk utstyr gjennom de økonomiske langtidsplanene. Her presenterer de også vurderinger av risiko og forutsetninger for budsjettplanene. Vi har gjort en nærmere analyse av RHF-enes økonomiske langtidsplan for henholdsvis perioden 2016–2019 og 2021–2024.

I planene for begge periodene påpeker RHF-ene at det er betydelig risiko knyttet til investeringsplanene, og at det ligger krevende forutsetninger til grunn. I føringene og forutsetningene fra de regionale helseforetakene blir nødvendigheten av effektivisering og realistiske planer framhevet. RHF-ene omtaler i stor grad de samme forutsetningene og risikoene i 2020 som i 2015. Følgende forhold trekkes fram av foretakene i begge langtidsplanene:

- **Forutsetninger om måloppnåelse:** Det er helt nødvendig å realisere de planlagte resultatene. Manglende oppnåelse av økonomiske mål og resultatkrav gir en risiko for at foretaksgruppa vil få likviditetsproblemer, eller at helseforetakene må utsette investeringer. Det er samtidig lite handlingsrom og små muligheter for endringer i forutsetningene.
- **En krevende likviditetssituasjon:** Helseforetakene vil med de planlagte målene komme i en krevende likviditetssituasjon. De er avhengige av å nå resultat- og effektiviseringsmålene for å nå investeringsmålene og for å kunne håndtere kommende kostnader.

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

<sup>166</sup> Brev fra Helse- og omsorgsdepartementet 21.09.21.

- **Risiko knyttet til effektivisering, omstilling og kostnadsreduksjoner:** Helseforetakenes mål om eller pålagte krav om effektivisering og kostnadsreduksjoner er forutsetninger for å kunne gjennomføre planlagte investeringer. Dette utgjør samtidig en betydelig risiko for ikke å nå investeringsmålene. Helse Sør-Øst RHF framhever særskilt i begge planene at det er nødvendig å redusere lønnskostnadene.
- **Vedlikeholdsetterslep på bygningsmassen og for lavt nivå på vedlikehold og oppgraderinger:** Det er et betydelig vedlikeholdsetterslep, og det planlagte 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.»<sup>167</sup> Analysen vår indikerer at det kan være en konflikt mellom ambisiøse planer og nødvendigheten av å nå disse på den ene siden, og krav om realistisk planlegging på den andre.

En gjennomgang av de regionale helseforetakenes årlige meldinger (for 2020) og virksomhetsrapporter (for høsten 2020) viser at det også her er rapportert om avvik i planene:

- RHF-enes styrer behandler virksomhetsrapporter (statusrapporter) månedlig, der statusen for resultater og investeringer og avvik i budsjettplaner omtales. Alle RHF-ene gir i disse rapportene informasjon om statusen for investeringsbudsjettene på helseforetaksnivå, og to av RHF-ene gir i tillegg informasjon om årsaker til avvik i planene.
- Alle RHF-ene har i 2020 investert for mindre enn hva det var budsjettet for, og et av foretakene har gitt en forklaring til avviket: Helse Midt-Norge RHF opplyser at det lavere forbruket skyldes lavere kostnader enn planlagt for Helseplattformen og det nye sykehuset i Nordmøre og Romsdal.<sup>168</sup> To av RHF-ene har gitt nærmere informasjon om investeringer i form av en oversikt over budsjetterte og faktiske investeringer i bygg, MTU, IKT og annet uten å opplyse om årsaker til avvikene. Ett RHF har ikke gitt noen utdypende informasjon.

### Faktaboks 13 Årlig melding

I årlig melding, som oversendes Helse- og omsorgsdepartementet innen 15. mars hvert år, redegjør RHF-ene for virksomheten i det regionale helseforetaket og underliggende helseforetak for foregående år. RHF-ene utarbeider meldingen etter en felles mal og rapporterer det oppnådde resultatet for foretaksgruppene opp mot resultatkravene.

De regionale helseforetakenes årlige melding til departementet skal inneholde en plan for virksomheten i de kommende år. Plandelen skal være av strategisk og overordnet karakter og vise hovedtrekkene i virksomhetens framtidige drift innenfor de rammebetingelsene som er gitt av staten som eier og helsemyndighet. Plandelen skal vise behovet for å utvikle og endre tjenestene og driften av virksomheten, og den skal også inneholde styrets vurdering av ressursbruken de nærmeste årene, inkludert forslag til finansiering. Dette innebærer å vise behovet for investeringer. I den årlige meldingen for 2020 viser de regionale helseforetakene til den regionale utviklingsplanen for omtale av dette.

Kilde: Vedtekter for de regionale helseforetakene

### 6.5.2 Utviklingsplaner

I 2016 fikk de regionale helseforetakene i oppdrag å utarbeide en utviklingsplan. Dette skulle være en overordnet plan og et grunnlag for å gjennomføre endringer og utviklingstiltak; det kan ikke gjennomføres

<sup>167</sup> Økonomisk langtidspan 2021–2025, s. 6.

<sup>168</sup> Helseplattformen er et prosjekt for å innføre ny felles journalløsning i midtnorske sykehus og kommuner.

vesentlige tiltak før en slik utviklingsplan er på plass og vedtatt i tråd med gjeldende beslutningsprosedyrer. Utviklingsplanen er en operasjonalisering av overordnede planer og strategier og skal gi et bilde av utviklingen til helseforetakets virksomhet og bygninger.<sup>169</sup>

Foretakene fikk også i oppgave å utarbeide en veileder for utarbeidelse av utviklingsplaner, og denne ble ferdigstilt i 2016 (se faktaboks 10 for nærmere omtale). I veilederen anbefales det å ha egne kapitler om nå-situasjonen (tilstanden) og fremtiden 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 fremtiden til helseforetakenes bygg og MTU; på dette området har RHF-ene i begrenset grad fulgt anbefalingene i veilederen. Departementet opplyser i intervjuet at det varierte hvor detaljerte og konkrete planene var. Helse Nord RHF og Helse Vest RHF har gitt svært begrenset informasjon om tilstanden og behovet for bygg og MTU i sine utviklingsplaner.

I januar 2020 ba foretaksmøtet om at det utarbeides regionale utviklingsplaner innen utgangen av 2022, og at arbeidene med de lokale utviklingsplanene må tilpasses dette. RHF-ene ble også bedt om å revidere veilederen for arbeidet med utviklingsplaner i tråd med mål og føringer i nasjonal helse- og sykehusplan.

## 6.6 De regionale helseforetakenes oppfølging av bygg og medisinsk-teknisk utstyr i helseforetakene

### 6.6.1 Regionale mål, overordnede planer og virkemiddelbruk for bygg

Helse Sør-Øst RHF og Helse Midt-Norge RHF har konkrete målsettinger for bygg som er rettet mot vedlikehold og forventninger til standarden på bygg. Helse Sør-Øst RHF har satt følgende mål for vedlikehold av bygg:

- Helseforetakene skal sette av midler til både løpende og ekstraordinært vedlikehold. I gjennomsnitt skal det løpende vedlikeholdet over tid utgjøre ca. 250 kroner/m<sup>2</sup> per år for hele bygningsmassen. I tillegg må det settes av midler til ekstraordinært vedlikehold.<sup>170</sup>
- Vedlikeholdsplanene skal være tilstandsbaserte og skal som et minimum utarbeides for områder som har delkomponenter med tilstandsgrad 2 eller 3. Tilstandsgrad 3 skal ikke forekomme, verken på delkomponentnivå eller aggregert nivå.<sup>171</sup>

I oppdragsbrevet i 2020 ga Helse Midt-Norge RHF foretakene i oppdrag å utarbeide tilstandsbaserte vedlikeholdsplaner med sikte på å eliminere tilstandsgrad 3 (dårlig tilstand) og redusere tilstandsgrad 2 (utilfredsstillende tilstand) i byggene. Disse planene skal korrespondere med et tilstrekkelig budsjett for oppgradering.<sup>172</sup> Helse Midt-Norge RHF har ikke stilt krav om rapportering på disse målene.

Helse Nord RHF har i utviklingsplanen sin angitt overordnede målsettinger for bygningsmassen, som er generelle og ikke knyttet til tilstandsgrader slik som i Helse Sør-Øst og Helse Midt-Norge. Både Helse Nord RHF og Helse Vest RHF viser til departementets krav i 2018 om å utrede målsettinger for bygningsmassen og det pågående arbeidet med dette. Helse Vest RHF opplyser i intervjuet at RHF-ets ansvar for helseforetakenes bygg handler om å gi rettferdige rammevilkår og å stille resultatkrav. Etter RHF-ets vurdering er dette det beste virkemiddelet for at helseforetakene skal kunne ha muligheter til å gjøre helhetlige prioriteringer på området.

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

<sup>170</sup> Budsjettskriv nr. 3 for økonomisk langtidsplan 2021–2024, s. 2.

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

<sup>172</sup> Styringskrav og rammer 2020 St. Olavs hospital HF, s. 24.

Med unntak av Helse Sør-Øst RHF's *Delstrategi for eiendomsvirksomheten*, som ble vedtatt i 2018, har ikke RHF-ene egne strategier for bygg. Helse Sør-Østs strategi slår blant annet fast at helseforetakene skal etablere langsiktige drifts- og vedlikeholdsplaner basert på tilstandsovervåking, 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 bruk<sup>173</sup>

Selv om Helse Midt-Norge RHF ikke har en strategi for bygg, er det fastslått i *Reglement for bygge- og eiendomsvirksomheten i Helse Midt-Norge* at foretaksstyrene skal sørge for at det utarbeides langsiktige planer for vedlikehold med sikte på å opprettholde eller forbedre bygningenes tilstandsgrad, og at det skal avsettes nødvendige midler i årsbudsjettet.

Med unntak av Helse Vest RHF har alle RHF-ene pålagt helseforetakene i regionen sin å utarbeide egne tilstandsbaserte vedlikeholdsplaner for byggene.

Alle de regionale helseforetakene deltar i oppdraget som ble gitt av departementet i 2018 om å utrede bedre verdibevarende vedlikehold og en internhusleieordning. Formålet var å få en mer effektiv arealutnyttelse og verdibevaring av sykehusbyggene. Dette arbeidet ble videreført gjennom et nytt oppdrag i 2019. RHF-ene ble da bedt om å vurdere om det bør fastsettes et felles mål for tilstandsgraden på sykehusenes bygningsmasse, og hva dette eventuelt bør være. Arbeidsgruppa leverte en avsluttende utredning i juni 2021.

Alle RHF-ene har fulgt opp departementets krav fra 2016 om at det skal være etablert verktøy som viser tilstandsgraden ved norske sykehus, og at tilstandsgraden for sykehusbygg skulle kartlegges i 2016 og deretter oppdateres hvert fjerde år.<sup>174</sup> Siden 2016 har de aller fleste helseforetakene fått gjennomført analyser av den kartlagte bygningsmassen sin.<sup>175</sup> Disse rapportene gir en bred og detaljert oversikt over tilstanden til foretakenes bygg og lokasjoner, og mange helseforetak videresender dem til RHF-et.

Alle de regionale helseforetakene opplyser i intervjuene at MultiMap-rapportene brukes for å få oversikt over utviklingen. I 2017 la Helse Midt-Norge RHF fram en regional samlerapport for styret, mens Helse Vest RHF presenterte rapportene sine fra kartleggingen for helseforetakene. Styret i Helse Sør-Øst RHF får overordnet informasjon fra MultiMap-analyser i forbindelse med konkrete byggesaker og i annen rapportering (økonomisk langtidsplan og regional utviklingsplan). I Helse Nord RHF framlegges tilstandsrapporter for styret.

Sammenlignet med de andre regionale helseforetakene får Helse Sør-Øst RHF noe mer informasjon om helseforetakenes bygg ved at RHF-et har pålagt foretakene i regionen å benytte et malverk i forbindelse med den økonomiske langtidsplanen, og dette malverket inneholder blant annet informasjon om investeringer i bygg.<sup>176</sup> Her framkommer det detaljerte data om innspill til vedlikeholdsbudsjettet og beregninger av hva dette utgjør per m<sup>2</sup>.

Analyser av helseforetakene i Helse Sør-Østs rapportering viser at hva som er planlagt å bruke på vedlikehold varierer mellom 98 og 730 kroner per m<sup>2</sup> i perioden 2020–2023.<sup>177</sup> Helseforetakene i de øvrige regionene rapporterer ikke den årlige planlagte eller faktiske vedlikeholdskostnaden per m<sup>2</sup>, verken i den økonomiske langtidsplanen eller andre rapporter.

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

<sup>174</sup> Se faktaboks 2 for forklaring av tilstandsgrad.

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

<sup>176</sup> Dette pålegget berører også medisinsk-teknisk utstyr. Se omtale i punkt 6.6.2.

<sup>177</sup> Det finnes ikke data for OUS og Ahus.

## 6.6.2 Regionale mål, overordnede planer og virkemiddelbruk for medisinsk-teknisk utstyr

Når det gjelder medisinsk-teknisk utstyr (MTU) i helseforetakene, brukes mål og strategier i begrenset grad for å gi en retning for utvikling og samordning. Ingen av RHF-ene har særskilte målsettinger for MTU om for eksempel gjennomsnittsalder. Helse Midt-Norge RHF opplyser imidlertid i utviklingsplanen sin at snittalderen på MTU i regionen er åtte år, og indikerer et langsiktig mål om en snittalder på fem år.<sup>178</sup>

Helse Sør-Øst vedtok i 2020 en regional delstrategi for teknologiområdet. Helse Vest RHF vedtok i 2018 en teknologiplan for perioden 2019–2023 og er det eneste regionale helseforetaket som har en egen plan for MTU. Tidligere har Helse Vest RHF operert med rene IKT-strategier, men den nye teknologiplanen inneholder også planer for MTU. RHF-et vurderer dette som viktig fordi teknologiene som understøtter de ulike områdene i virksomhetene, smelter sammen i stadig større grad.

RHF-ene har valgt litt ulike tilnærminger til hvordan de overvåker og følger opp regionens MTU-park, men det har ikke blitt behandlet egne rapporter om MTU i RHF-enes styre utover informasjonen som gis i budsjettsaker. I budsjett dokumenter er det vanlig å oppgi snittalder og overordnede vurderinger av behov.

Helse Sør-Øst RHF skiller seg ut ved ha bedre oversikt over MTU-parken enn de andre RHF-ene. RHF-et opplyser at det følger opp MTU gjennom aldersoversikter og helseforetakenes investeringsplaner. Foretakene i Helse Sør-Øst benytter et malverk i forbindelse med ØLP som blant annet inneholder et regneark med informasjon om investeringer i MTU. Regnearket viser også planlagt utrangering, gjennomsnittlig alder på foretakets MTU, aldersfordeling av foretakets MTU og andre opplysninger. Det viser også en prognose for utviklingen i gjennomsnittsalder de kommende årene.

RHF-ene har i ulik grad inngått regionale anskaffelsesavtaler for MTU (antallet varierer fra 1 til 15). I tillegg har to av regionene – Helse Sør-Øst og Helse Midt – etablert regionale funksjoner for å samordne anskaffelser og analysere utstyrsparkens standard og behov.

*Helse Sør-Øst RHF* opprettet en egen enhet i 2015, Regionalt kompetansesenter for samordning av investeringer i medisinsk-teknisk utstyr i Helse Sør-Øst (RKMTU), for å samordne anskaffelser av MTU i regionen og standardisere og redusere kostnader (se faktaboks 5 om RKMTU). Opprettelsen av dette kompetansesenteret har bidratt til at Helse Sør-Øst RHF har langt bedre oversikt over MTU-parken enn andre helseregioner. Dette ble viktig blant annet i forbindelse med innkjøpet av respiratorer i 2020; ved utbruddet av koronapandemien hadde RKMTU en beredskapsfunksjon som følge av senterets oversikt over utstyr. Det var i stand til raskt å framskaffe en oversikt over respiratorparken til alle sykehusene i Helse Sør-Øst (se faktaboks 14).

*Helse Midt-Norge RHF* opplyser i intervjuet at det legger vekt på å tilrettelegge for helseforetakenes investeringer i MTU gjennom å samordne i form av standardisering og regionale avtaler:

- RHF-et opprettet stillingen regional MTU-koordinator i 2019. Stillingen skal planlegge og koordinere anskaffelser og forvalte MTU ved sykehusene i Midt-Norge. MTU-koordinatoren vil ha en viktig rolle i arbeidet med å standardisere og øke verdien av både eksisterende og nytt medisinsk-teknisk utstyr. Arbeidet er en sentral del av forberedelsene til innføringen av Helseplattformen og digitaliseringsarbeidet i Helse Midt-Norge.
- For tiden pågår det regionale prosjektet Regional standardisering av anskaffelse og forvaltning av MTU. Prosjektets to overordnede målsettinger er å øke den regionale standardiseringen av MTU gjennom samordnede innkjøp og å regionalisere oppgaver og funksjoner ved de medisinsk-tekniske avdelingene og funksjonene.

<sup>178</sup> Regional utviklingsplan 2019–2022 (2035), Helse Midt-Norge RHF, s. 24.



- I oppdragsbrevene i 2020 ba RHF-et foretakene om å bidra til å samordne og standardisere MTU. Foretakene ble også bedt om å samarbeide med hverandre og Sykehusinnkjøp HF for å utarbeide langsiktige planer for innkjøp av MTU for at regionen skal få en felles tilnærming på dette området.

*Helse Nord RHF* opplyser i intervjuet at det er helseforetakenes ansvar å undersøke tilstanden til utstyret ettersom det er de som skal bruke midlene sine til å investere tilstrekkelig i MTU. RHF-et gjør ikke så mye for å styre dette, men har i oppdragsbrevet de senere årene likevel gitt foretakene i oppgave å gjennomføre risiko- og sårbarhetsanalyser av MTU, med tilhørende handlingsplaner.

*Helse Vest RHF* påpeker i intervjuet at det ligger i sørge for-ansvaret at RHF-et må sikre at MTU-parken i regionen er tilpasset behovet. RHF-et følger opp MTU gjennom de sakene som framlegges i helseforetakenes styrer. I tillegg får RHF-et informasjon gjennom omtaler av MTU i helseforetakenes økonomiske langtidspaner. I den regionale teknologiplanen sin opplyser RHF-et at det er arbeidet mye med å standardisere medisinsk utstyr.<sup>179</sup>

### Faktaboks 14 Regional rammeavtale for intensivrespiratorer i Helse Sør-Øst

Helse Sør-Øst RHF har opprettet Regionalt kompetansesenter for samordning av investeringer i medisinsk-teknisk utstyr i Helse Sør-Øst, jf. faktaboks 5. Senteret har som hovedfunksjon å tilrettelegge for bedre samordning og koordinering av anskaffelser av MTU mellom helseforetakene.

En viktig oppgave for en anskaffelsesfunksjon er å levere gevinster gjennom effektive avtaleinngåelser og god avtaleoppfølging. Med utgangspunkt i inngåelsen av den regionale rammeavtalen for intensivrespiratorer i 2018 oppnådde helseforetakene i regionen flere gevinster:

- **Økonomi:** Den strukturerte og helhetlige anskaffelsesprosessen basert på behovsdefinering på tvers av alle foretakene i regionen gjorde det mulig for Helse Sør-Øst å oppnå en prisgevinst på 49 prosent i forhold til det regionen tidligere hadde betalt for intensivrespiratorer. Per juni 2021 har dette gitt en besparelse på 55 millioner kroner for regionen.
- **Teknologi:** Analyse- og anskaffelsesfasen medførte at anskaffelsen tiltrakk seg nye leverandører som kunne tilby et teknologisk løft som har forbedret pasientbehandlingen betydelig.
- **Planlagt utskiftning:** Den langsiktige planen for utskiftning ga forutsigbarhet og reduserte antall sammenbrudd og mengden saksbehandling. Rammeavtalen gjorde det mulig med en flåte-utskiftning av hele intensivrespiratorparken i flere helseforetak i regionen.
- **Beredskap:** Den standardiserte utstyrsparken på tvers av sykehus og helseforetak gjorde det mulig å utveksle personell til enheter hvor belastningen var høy. Avtalen var på plass da covid-19-pandemien brøt ut, og det medførte at Helse Sør-Øst ble prioritert i leveransene framfor regioner som ikke hadde en avtale.
- **Opplæring:** Det ble utarbeidet et felles e-læringsprogram for hele regionen som en del av en helhetlig leveranse. E-læringsprogrammet ble nasjonalt distribuert for å sikre respiratoropplæring av klinisk personell da covid-19 rammet Norge i mars 2020.

Kilde: Helse Sør-Øst RHF og RKMTU

<sup>179</sup> Teknologiplan Helse Vest 2019–2023, s.10.

## 7 Vurderinger

### 7.1 Investeringene har ikke vært tilstrekkelige til å sikre en god nok tilstand på bygg og medisinsk-teknisk utstyr

Et av hovedformålene med *spesialisthelsetjenesteloven* er at befolkningen får likeverdige spesialisthelsetjenester av god kvalitet, og at helsetjenestene som tilbys skal være forsvarlige. God kvalitet i behandlingen avhenger av at helseforetakene har bygg som har en tilstrekkelig god teknisk tilstand, og moderne utstyr og hjelpemidler. For å sikre god ressursutnyttelse må bygningene være funksjonelle og driftseffektive.

#### 7.1.1 Tilstanden til byggene har blitt forverret siden 2012 i et flertall av helseforetakene

I kontroll- og konstitusjonskomiteens innstilling til Riksrevisjonens undersøkelse av eiendomsforvaltningen i helseforetakene fra 2011 pekte flertallet på at en betydelig del av bygningsmassen var i en for dårlig teknisk tilstand til å tilfredsstillende kravene den gangen og at det var et omfattende behov for bygningsmessig oppgradering.

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

*Samlet tilstandsgrad* er det målet som brukes for å beskrive den tekniske tilstanden på den samlede bygningsmassen til helseforetakene. Tilstandsgraden tar utgangspunkt i beregninger av den tekniske tilstanden til de enkelte byggene. I beregningen av samlet tilstandsgrad vektet de ulike byggene etter areal.

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

Alle helseforetakene har lokasjoner der tilstanden på den samlede bygningsmassen har blitt forverret fra 2012 til 2020. Den samlede tekniske tilstanden til bygningsmassen ble forverret i nesten to av tre lokasjoner fra 2012 til 2020. Lokasjoner kan blant annet være somatiske sykehus, psykiatriske sykehus og distrikts-psykiatriske sentre.

For enkelte av de 150 lokasjonene kan manglende vedlikehold og oppgraderinger ha sammenheng med at helseforetaket har planer om å bygge nye sykehus. Når det er gjort et vedtak om nybygg, er det grunn til å anta at vedlikehold og oppgradering av byggene som skal utfases, reduseres til et minimum. Samtidig er det for flere av helseforetakene som skal bygge nye sykehus, usikkerhet rundt når nye bygg vil stå klare og hvilke eldre bygg som skal bli tas ut av bruk.

#### 7.1.2 Tilstanden til den samlede bygningsmassen er *utilfredsstillende* i nær halvparten av helseforetakene i 2020

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

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

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

Det store vedlikeholdsetterslepet innebærer i praksis at helseforetakene før eller senere må iverksette tiltak for å redusere dette. Stortinget pekte allerede i 2011 på at en betydelig del av bygningsmassen var i for dårlig teknisk tilstand til å tilfredsstille kravene som gjaldt den gang. Det var derfor grunn til å forvente at tilstanden til bygningsmassen ville bli forbedret i de påfølgende årene.

Etter vår vurdering er det uheldig at den tekniske tilstanden til bygningsmassen i et flertall av helseforetakene og deres lokasjoner ikke har blitt bedret over tid. Det svekker forutsetningene for å støtte opp om helseforetakenes kjerneoppgaver.

### 7.1.3 Tilstanden til det medisinsk-tekniske utstyret har blitt forverret over tid

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

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

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

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

Helseforetakene oppgir flere mulige konsekvenser av en aldrende MTU-park, som blant annet økt ventetid, dårligere diagnostisering og økt risiko for avbrudd i behandlingen. En konsekvens av en eldre utstyrspark er økt omfang av havariinvesteringer. Dette er investeringer som gjennomføres fordi nedslitt utstyr bryter sammen. Undersøkelsen indikerer at i mange helseforetak har andelen havariinvesteringer økt fra 2015 til 2020. Slike investeringer utgjør minst 20 prosent av investeringene i medisinsk-teknisk utstyr i omtrent halvparten av helseforetakene i 2020.

Et stort omfang av havariinvesteringer vil kunne begrense helseforetakenes muligheter til å gjennomføre mer langsiktige og strategiske investeringer i medisinsk-teknisk utstyr som møter den teknologiske og medisinsk-faglige utviklingen.

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

#### 7.1.4 Driftskostnadene har økt mer enn investeringer i mange helseforetak siden 2010

Ifølge departementet investerte helseregionene samlet for 83 milliarder kroner fra 2010 til 2019. Dette beløpet inkluderer også investeringer i de regionale IKT-selskapene, sykehusapotekene og andre investeringer i regional regi.

Det årlige investeringsnivået i helseforetakene som omfattes av denne undersøkelsen, har i gjennomsnitt ligget på omtrent 6,5 milliarder kroner i perioden 2010 til 2019. Av dette utgjør investeringer i bygg og medisinsk-teknisk utstyr henholdsvis 4,4 og 1,4 milliarder kroner. Investeringene har vært på et jevnt nivå etter 2012 målt i nominelle verdier. Unntaket er enkelte år der noen få helseforetak gjennomførte store investeringer i nye sykehusbygg eller store rehabiliteringer.

I samme periode økte (den bokførte) verdien på de varige driftsmidlene samlet sett med omtrent 20 prosent. I omtrent halvparten av helseforetakene er imidlertid den samlede verdien lavere i 2019 enn i 2010. Disse foretakene har dermed ikke investert tilstrekkelig til å opprettholde verdien på de varige driftsmidlene.

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

Helseforetakene har ansvaret for å ta vare på verdiene som ligger i investert kapital, og å gjøre nødvendige prioriteringer mellom drift og investeringer. Undersøkelsen viser at investeringene over tid ikke har vært tilstrekkelige til å hindre en negativ utvikling i tilstanden på bygningsmassen og det medisinsk-tekniske utstyret i et flertall av helseforetakene og lokasjonene. Etter vår vurdering tyder dette på at løpende drift i perioden etter 2010 har blitt prioritert på bekostning av investeringer i mange helseforetak.

## 7.2 Mange helseforetak når ikke planlagt investeringsnivå i sine økonomiske langtidsplaner

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

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

Det er store forskjeller mellom helseforetakene med hensyn til om de har nådd det planlagte investeringsnivået i de økonomiske langtidsplanene etter 2010. Enkelte helseforetak har klart det i samtlige økonomiske langtidsplaner, men hovedbildet er likevel at et flertall har store utfordringer med å nå investeringsnivået de planlegger med. Dette gjelder både for investeringer totalt og for investeringer i bygg og medisinsk-teknisk utstyr. Styret og ledelsen i mange helseforetak har dermed planlagt med en annen utvikling i investeringer enn det som faktisk realiseres.

Helseforetakene oppgir ulike årsaker til lavere investeringer i bygg og medisinsk-teknisk utstyr enn planlagt i økonomisk langtidsplan. Årsakene som nevnes av mange er

- lavere økonomisk resultat enn planlagt
- nedprioriteringer eller utsettelse av prosjekter eller anskaffelser. Dette kan skyldes interne forhold i helseforetaket eller beslutninger som tas av det regionale helseforetaket.

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

Den økonomiske langtidsplanen gir et uttrykk for helseforetakenes investeringsbehov i årene som kommer, selv om undersøkelsen viser at flere planlegger med lavere investeringer enn behovet tilsier, på grunn av økonomiske rammer. Store avvik mellom planlagte og faktiske investeringer viser etter vår vurdering at helseforetakene har problemer med å nå de investeringsmålene som de mener er nødvendig for å ivareta tjenestetilbudet innenfor sine økonomiske rammer.

## 7.3 Helseforetakene bruker ikke økonomiske langtidsplaner godt nok som et virkemiddel for planlegging og prioritering av investeringer

Planlegging og prioritering i et langsiktig perspektiv er en forutsetning for å sikre gode sykehustjenester, og både de regionale helseforetakene og helseforetakene har et ansvar for å planlegge virksomheten. God virksomhetsstyring innebærer at de må planlegge både i et årlig og et flerårig perspektiv for å sikre at fastsatte mål nås.

### 7.3.1 Styrene i helseforetakene vedtar ofte for optimistiske langtidsplaner

Undersøkelsen viser at god virksomhetsplanlegging har betydning for om helseforetakene når det planlagte investeringsnivået i langtidsplanene.

Investeringene som planlegges for det første året i langtidsplanen, gir premisser for utarbeidelsen av investeringsbudsjettet i det kommende årsbudsjettet. Undersøkelsen viser at helseforetak som ikke nådde målene for investeringer og økonomisk resultat det første året i sin økonomiske langtidsplan for 2019–2022, heller ikke nådde målene i årsbudsjettet for 2019.

Helseforetak som *ofte* nådde det planlagte investeringsnivået i det første året av de økonomiske langtidsplanene etter 2010, gjorde det også for hele planperioden. Samtidig viser undersøkelsen at helseforetak som *sjelden* nådde det planlagte investeringsnivået i en langtidsplans første år, heller ikke nådde det planlagte nivået i hele planperioden. Dette viser at mange helseforetak kan planlegge bedre.

For å nå planlagt investeringsnivå er det viktig å nå de *planlagte økonomiske resultatene* i langtidsplanene. Det er stor variasjon mellom helseforetakene med hensyn til om de oppnår de planlagte resultatene. Helseforetakene som *sjelden* nådde det planlagte resultatet i langtidsplanens første år, nådde heller ikke det planlagte resultatet for planperioden som helhet.

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 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.<sup>180</sup> Helsetjenestene som tilbys, skal være forsvarlige.<sup>181</sup> Gammelt utstyr og foreldet bygningsmasse gir svakere forutsetninger for å støtte opp om helseforetakenes oppgaver. Det utledes fra dette at god kvalitet i behandlingen blant annet avhenger av at helseforetakene

- har bygg med en god teknisk tilstand
- har moderne utstyr og hjelpemidler

Et annet formål med spesialisthelsetjenesteloven er å bidra til at ressursene utnyttes best mulig.<sup>182</sup> Et mål med sykehusreformen var å legge til rette for en bedre ivaretagelse av verdiene som ligger i investert kapital, og å sikre en bedre ressursbruk ved at foretakene får ansvar for å se både drifts- og kapitalressursene i sammenheng.<sup>183</sup> Helseforetaksloven § 43 pålegger foretakene å føre regnskap etter regnskapsloven. Hensikten er blant annet at kostnader knyttet til investeringer – kapitalkostnadene – skal framkomme som en årlig kostnad på lik linje med andre kostnadstyper.

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

Dette er fulgt opp i *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023*, jf. Meld. St. 7 (2019–2020) og Innst. 255 S (2019–2020), som framhever at det er et behov for å vri ressursinnsatsen fra personell, som er en knapphetsressurs, til investeringer i teknologi og kompetanse som kan redusere det framtidige arbeidskraftbehovet. I planen blir det påpekt at det er særlig viktig å gjennomføre arbeidskraftbesparende teknologiske endringer, og at spesialisthelsetjenesten i planleggingsarbeidet sitt må ha særlig oppmerksomhet på teknologiens mulighet til å redusere behovet for bemanningsvekst.

I Innst. 42 S (2011–2012)<sup>184</sup> påpeker kontroll- og konstitusjonskomiteen at det er svært viktig at helseforetakenes areal har god funksjonalitet vurdert ut fra virksomhetenes behov. Ansattes behov for funksjonelle og driftseffektive bygninger er et viktig element for å sikre god ressursutnyttelse. Flertallet mener at det er svært uheldig at betydelige deler av sykehussektoren er preget av dårlig vedlikehold, og framhever at helseforetakenes bygningsmasse må være tilpasset helseproduksjonen slik at den bidrar til en rasjonell utøvelse av driften.

Undersøkelsen legger den faglige standarden *NS 3424 – Tilstandsanalyse av byggverk – Innhold og gjennomføring* til grunn for å vurdere tilstandsgraden på bygg. I standarden klassifiseres tilstanden på bygg etter følgende tilstandsgrader:

- Tilstandsgrad 0: meget god teknisk tilstand
- Tilstandsgrad 1: god/tilfredsstillende tilstand
- Tilstandsgrad 2: utilfredsstillende tilstand
- Tilstandsgrad 3: dårlig/meget dårlig tilstand

Tilstandsgradene angir hvor mye det haster å gjøre vedlikehold, der TG2 og TG3 tilsier et behov for vedlikeholdstiltak. Når det gjelder TG3, bør tiltak gjøres innen fem år, mens TG2 bør gjøres innen ti år.

<sup>180</sup> Spesialisthelsetjenesteloven §§ 1-1 og 2-1.

<sup>181</sup> Spesialisthelsetjenesteloven § 2-2.

<sup>182</sup> Spesialisthelsetjenesteloven § 1-1 nr. 4.

<sup>183</sup> Ot.prp. 66 (2000–2001) s. 57.

<sup>184</sup> Innstilling til Dokument 3:11 (2010–2011) *Riksrevisjonens undersøkelse av eiendomsforvaltningen i helseforetakene*

I vurderingen av tilstanden på det medisinsk-tekniske utstyret har vi brukt en faglig anbefalt standard fra European Coordination Committee of the Radiological Electromedical Industries (COCIR).

Aldersgruppe	Beskrivelse	Anbefalt andel
Under 5 år	Utstyret er oppdatert	Minst 60 %
Mellom 5 og 10 år	Fortsatt egnet for bruk, men gjenanskaffelse må planlegges	Maks 30 %
Mer enn 10 år	Bør skiftes ut	Maks 10 %

## Krav til de regionale helseforetakene og helseforetakene

Regionale helseforetak har et overordnet ansvar for å iverksette den nasjonale helsepolitikken i helse-regionen og skal planlegge, organisere, styre og samordne virksomhetene i helseforetakene som de eier.<sup>185</sup> De fire regionale helseforetakene skal sørge for gode og likeverdige spesialisthelsetjenester til befolkningen innenfor gitte økonomiske og styringsmessige rammer. Dette innebærer at de har et helhetlig ansvar for å se ressurser til drift og investeringer i sammenheng, og at de må prioritere investeringer i bygg, utstyr og vedlikehold opp mot annen drift.<sup>186</sup>

Forvaltningen av de regionale helseforetakene og helseforetakene hører under styret. Dette innebærer at styret blant annet skal fastsette budsjetter og planer for foretakets virksomhet og holde seg orientert om foretakets virksomhet og økonomiske stilling.<sup>187</sup> Styret har ansvaret for at de helsepolitiske målene nås på en mest mulig rasjonell måte innenfor rammen av de tilgjengelige ressursene, og at ressursene blir utnyttet mest mulig effektivt. Styret må derfor påse at foretakets midler disponeres innenfor rammen av de vedtatte budsjettene, slik at foretaket har tilstrekkelig utstyr og kvalifisert personell til å løse oppgavene det er pålagt.<sup>188</sup>

De regionale helseforetakenes helhetlige ansvar er understøttet av finansieringssystemet, der bevilgningen overføres som rammetilskudd, ikke som øremerkede tilskudd til enkeltprosjekter. De regionale helseforetakene har ansvar for å prioritere mellom ulike investeringsprosjekter i regionen, planlegge disse og beslutte igangsetting av enkeltprosjekter.

Helseforetakene må foreta nødvendige, lokale investeringer knyttet til vedlikehold og teknisk og funksjonell oppgradering av bygningsmassen, medisinsk-teknisk utstyr mv. innenfor den tilgjengelige likviditeten sin for å støtte opp om kjernevirksomheten. Helseforetakenes investeringer må tilpasses framtidige kjente inntektsrammer. Styringssystemet innebærer at de må ha et økonomisk handlingsrom og likviditet til å håndtere selve investeringen. God kontroll med økonomien er en forutsetning for riktige prioriteringer og legger grunnlaget for en bærekraftig utvikling av spesialisthelsetjenesten.<sup>189</sup>

Helseforetakene har ikke mulighet til å ta opp ordinære lån.<sup>190</sup> Når det gjelder store prosjekter med en kostnadsramme over 500 millioner kroner, kan de regionale helseforetakene søke og ta opp lån fra staten. De har adgang til å låne inntil 70 prosent av de estimerte prosjektkostnadene.<sup>191</sup>

<sup>185</sup> Helseforetaksloven § 2a.

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

<sup>187</sup> Helseforetaksloven § 28.

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

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

<sup>190</sup> Helseforetaksloven § 33.

<sup>191</sup> Meld. St. 11 (2015–2016) *Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019)*, s. 136.

## Krav til planprosesser

Planlegging og prioriteringer i et langsiktig perspektiv er en forutsetning for å sikre gode sykehustjenester.<sup>192</sup> De regionale helseforetakene skal årlig utarbeide en melding om virksomheten til departementet som skal vise hvordan kravene er fulgt opp. Meldingen skal også omfatte de helseforetakene som det regionale helseforetaket eier, og inneholde en plan for virksomheten for de kommende år.<sup>193</sup> Plandokumentet skal være av strategisk og overordnet karakter og vise hovedtrekkene i virksomhetens framtidige drift innenfor de rammebetingelsene som er gitt av staten som eier.<sup>194</sup> Planen skal dermed legge til rette for politisk styring av foretakets langsiktige utvikling.<sup>195</sup>

De regionale helseforetakene og helseforetakene skal utarbeide utviklingsplaner som et grunnlag for å gjennomføre endringer og tiltak.<sup>196</sup> De regionale utviklingsplanene er basert på helseforetakenes lokale utviklingsplaner, og de regionale helseforetakene blir anbefalt å gi en oversikt over nå-situasjonen i regionen, utfordringsområdene og den strategiske retningen.<sup>197</sup>

Utviklingsplanen er et viktig grunnlag for å styre og samordne utviklingen av virksomheten og bygningsmassen, og den må ajourføres i takt med endringer i forutsetninger og overordnede planer og strategier. Vesentlige endringer og tiltak som ønskes gjennomført i et helseforetak, skal være forankret i en utviklingsplan og i regionenes overordnede planer.<sup>198</sup>

Prioritering av ressurser og investeringer skjer gjennom økonomiske langtidsplaner, og disse skal bygge på utviklingsplanene.<sup>199</sup> I den økonomiske langtidsplanen gjøres det prioriteringer knyttet til personell og kompetanse, bygg, utstyr, IKT og andre innsatsfaktorer, og det vurderes hvordan helseforetakene kan tilpasse virksomheten for å møte utfordringene innenfor gjeldende økonomiske rammer. De økonomiske langtidsplanene legger premisser for årsbudsjettene.<sup>200</sup>

God virksomhetsstyring som sikrer at fastsatte mål nås, innebærer å planlegge både for ett år og i et flerårig perspektiv. Budsjettet er et tallmessig uttrykk for planene og tiltakene som ledelsen og styret tar sikte på å gjennomføre for å nå bestemte mål i løpet av en periode, og er en viktig del av grunnlaget for å bestemme hva som skal prioriteres. Undersøkelsen legger til grunn at budsjettet bør være realistisk for å sikre god styring.<sup>201</sup>

## Krav til et godt system for styring og kontroll i foretakene

*Lov om helseforetak § 28* omhandler styrets oppgaver. I merknadene til § 28 framgår det at styret må sørge for at det etableres interne kontrollsystemer som sikrer en betryggende kontroll med foretakets måloppnåelse, økonomi og ressursbruk.<sup>202</sup>

God styring og oppfølging innebærer at helseforetakene skal ha en internkontroll som bidrar til at de når fastsatte mål og resultatkrav. Internkontrollen skal bidra til at de bruker ressurser effektivt, at de driver virksomheten i samsvar med lover og regler, og at virksomheten har tilstrekkelig styringsinformasjon og et forsvarlig beslutningsgrunnlag. Helseforetaksloven § 38 stiller krav om at det jevnlig skal rapporteres til styret om foretakets stilling med hensyn til vedtatte planer og budsjetter.

*Lov om spesialisthelsetjenesten m.m.* (spesialisthelsetjenesteloven) og *lov om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten mv.* (helsetilsynsloven) pålegger de regionale helseforetakene og helseforetakene å ha et

<sup>192</sup> Meld. St. 7 (2019–2020), s. 162.

<sup>193</sup> Helseforetaksloven § 34.

<sup>194</sup> Vedtekter for Helse Sør-Øst, 1. oktober 2017 § 15.

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

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

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

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

<sup>199</sup> Veileder for arbeidet med utviklingsplaner.

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

<sup>201</sup> [Direktoratet for forvaltning og økonomistyring](#)

<sup>202</sup> Ot.prp. nr.66 (2000–2001) *Om lov om helseforetak m.m.*, s. 212.



internkontrollsystem og å sørge for at virksomheten og tjenestene planlegges, utføres og vedlikeholdes i samsvar med kravene som er fastsatt i eller i medhold av lov eller forskrift.<sup>203</sup>

Det er den daglige lederen for det enkelte regionale helseforetaket og helseforetaket som har det overordnede ansvaret innenfor ansvarsområdet til foretaket sitt. Det er den daglige lederen for det regionale helseforetaket som har det overordnede ansvaret for at det etableres et styringssystem for de ulike helseforetakene. Samtidig har de daglige lederne ved de enkelte helseforetakene en selvstendig plikt til å sørge for at helseforetaket etablerer og gjennomfører et styringssystem.<sup>204</sup>

Formålet med *forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten* er å bidra til forsvarlige helse- og omsorgstjenester, kvalitetsforbedring, pasient- og brukersikkerhet og til at øvrige krav i helse- og omsorgstjenesten etterleves.<sup>205</sup> Den som har det overordnede ansvaret<sup>206</sup> for virksomheten, det vil si den daglige lederen, skal sørge for at det etableres og gjennomføres en systematisk styring av virksomhetens aktiviteter i tråd med forskriften.<sup>207</sup> Videre skal den daglige lederen ha oversikt over og beskrive virksomhetens mål, oppgaver, aktiviteter og organisering.<sup>208</sup>

Plikten til å planlegge virksomhetens aktiviteter innebærer blant annet å innhente tilstrekkelig informasjon og kunnskap til å kunne planlegge og gjennomføre oppgavene.<sup>209</sup> Ifølge veilederen til forskriften skal den som har det overordnede ansvaret, sørge for at det etableres systemer for å innhente dette. Eksempler som nevnes, er oversikter over utstyr, bygninger og andre forhold som kan belyse omfanget av og innholdet i virksomhetens oppgaver.<sup>210</sup> Ledelsen har også ansvar for å kontrollere at virksomhetens oppgaver, tiltak, planer og mål gjennomføres.<sup>211</sup>

## Krav til Helse- og omsorgsdepartementet

Helse- og omsorgsdepartementet har det overordnede ansvaret for spesialisthelsetjenesten, jf. *spesialisthelsetjenesteloven* § 2.1. Statens overordnede ansvar innebærer at staten skal sette de regionale helseforetakene i stand til å oppfylle pliktene sine med hensyn til å sørge for spesialisthelsetjenester til befolkningen regionen sin.

Videre er staten ansvarlig for å fastsette de overordnede helsepolitiske målsettingene og for å gi de regionale helseforetakene rammebetingelser som gjør det mulig for dem å iverksette disse målsettingene. Statens ansvar begrenses imidlertid ikke til å legge til rette for at de regionale helseforetakene skal kunne oppfylle forpliktelsene sine; staten har også et innholdsmessig ansvar for at de regionale helseforetakene oppfyller forpliktelsene sine av juridisk og konstitusjonell karakter.

Departementet styrer de regionale helseforetakene gjennom lover, vedtekter, foretaksmøter og oppdragsdokumenter. *Helseforetaksloven* stiller imidlertid krav til at departementet som eier bare skal utøve eierstyringen i foretaksmøter. I foretaksmøtene skal det blant annet fastsettes økonomiske og organisatoriske krav og rammer for de regionale helseforetakene.<sup>212</sup> Departementet skal holde seg orientert om foretakenes virksomhet og om virksomheten drives i samsvar med de kravene som er stilt i foretaksmøter, og de vilkår som er satt for å tildele bevilgninger.<sup>213</sup>

<sup>203</sup> Spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a og Helsetilsynsloven § 5.

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

<sup>205</sup> Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten § 1.

<sup>206</sup> Av *Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten* (2017) framgår det at det er den daglige lederen for det enkelte regionale helseforetaket og helseforetaket som har det overordnede ansvaret innenfor ansvarsområdet til foretaket sitt. Oppgavene i styringssystemet vil imidlertid ofte være delegert. Hvem som skal gjøre hva vil med andre ord variere etter hvilke oppgaver som er innenfor virksomhetens ansvarsområde, hvordan virksomheten er organisert, og hvordan oppgaver er delegert.

<sup>207</sup> Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten § 3.

<sup>208</sup> Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten § 6a.

<sup>209</sup> Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten § 6.

<sup>210</sup> Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse og omsorgstjenesten § 6b.

<sup>211</sup> Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse og omsorgstjenesten § 8a.

<sup>212</sup> Lov om helseforetak § 16.

<sup>213</sup> Lov om helseforetak § 16a.

Virksomheter som har et overordnet ansvar for statsaksjeselskaper, statsforetak, særlovsselskaper eller andre selvstendige rettssubjekter som staten eier helt eller delvis, skal utarbeide skriftlige retningslinjer om hvordan styrings- og kontrollmyndigheten skal utøves overfor hvert enkelt selskap eller grupper av selskaper. Staten skal innenfor gjeldende lover og regler forvalte eierinteressene sine i samsvar med overordnede prinsipper for god eierstyring, blant annet ved å legge vekt på at finansieringen er hensiktsmessig sett opp mot selskapets formål og eierskap, og at målene som er fastsatt for selskapet, oppnås. Styring, oppfølging og kontroll samt tilhørende retningslinjer skal tilpasses statens eierandel, selskapets egenart og risiko og vesentlighet.<sup>214</sup>

Det følger av retningslinjene for oppfølging av eierinteressene i de regionale helseforetakene at Helse- og omsorgsdepartementet skal sørge for at styrene i RHF-ene har etablert systemer for risikostyring for å forebygge, forhindre og avdekke avvik.<sup>215</sup> Hovedelementene i retningslinjene er en målrettet, hensiktsmessig og effektiv drift, pålitelig intern og ekstern rapportering og overholdelse av gjeldende lover og regler. Styrings-systemene skal tilpasses risikoen for avvik og hvor vesentlige risikofaktorene er for virksomhetens mål.

*Nasjonal helse- og sykehusplan* skal være et nasjonalt rammeverk for utviklingen av spesialisthelsetjenesten. Planen vil være førende for regjeringens styring av helseforetakene i planperioden og danne grunnlaget for de regionale helseforetakenes mål og eierkrav.<sup>216</sup> *Nasjonal helse- og sykehusplan* skal blant annet inneholde en helhetlig beskrivelse av investeringsplanene for sykehusene.<sup>217</sup> Gjennom denne vil Stortinget få framlagt de overordnede nasjonale prioriteringene og kravene til tjenestenes kvalitet innenfor *hele* helsesektoren.<sup>218</sup>

---

<sup>214</sup> Økonomireglementet for staten § 10.

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

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

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

<sup>218</sup> Prop 120 L (2011–2012), kapittel 4.4.

Vedlegg 2:

# Metodisk tilnærming og gjennomføring

---

For å besvare problemstillingene har vi analysert regnskapstall, dokumenter og data fra registre over bygg og medisinsk-teknisk utstyr. Vi har i tillegg sendt brev med spørsmål til helseforetakene og de regionale helseforetakene, og vi har intervjuet de regionale helseforetakene og Helse- og omsorgsdepartementet.

Undersøkellesperioden er fra 2010. I noen analyser har vi brukt data for alle årene siden 2010 (eller så langt tilbake som det eksisterer data), mens vi i andre analyser har sammenlignet data fra to eller flere tidspunkter (for eksempel 2015 og 2020). I andre analyser igjen har vi brukt siste tilgjengelige data (2019 eller 2020).

Budsjett- og regnskapstallene er ikke prisjustert. Ifølge byggekostnadsindeksen for boliger har det vært en prisvekst på 33 prosent fra 2010 til 2019. Effekten av prisutviklingen er omtalt i tilknytning til analyser der det er aktuelt. For medisinsk-teknisk utstyr finnes det ingen indeks. Prisene på ulike typer MTU har utviklet seg ulikt de senere årene, og noen typer utstyr har blitt billigere. Vi har derfor sett bort fra en eventuell prisutvikling på MTU i analysene, men vi har brukt konsumprisindeksen i enkelte kommentarer til analyser.

Vi har bedt helseforetakene og de regionale helseforetakene om å oversende ulike dokumenter og informasjon per brev. Det vil alltid være noe usikkerhet knyttet til om oversendt informasjon er fullstendig, og dermed om den gir et fullstendig bilde av det enkelte helseforetaket. Dette gjelder særskilt i uspesifiserte spørsmål, der vi for eksempel har bedt om å få oversendt eventuelle analyser, planer og rapporter som måtte være utarbeidet. Vi har i tillegg gjort tekstsøk i styremøtinnkallinger for å finne dokumenter som omhandler bygg og MTU.

## Problemstilling 1 Har investeringene i helseforetakene bidratt til å opprettholde tilstanden på bygg og medisinsk-teknisk utstyr?

### Utviklingen i tilstanden til helseforetakenes bygg

Data om tilstanden til helseforetakenes bygg er hentet fra registrene deres over bygg. Alle helseforetakene bruker systemet *MultiMap*. Det er utviklet av Multiconsult, som selv drifter databasen, og som har levert data og analyser til undersøkelsen. Multiconsult har for øvrig bistått med faglige råd og kvalitetssikring i undersøkelsen.

For å undersøke utviklingen i tilstanden til helseforetakenes bygg har vi innhentet data og ferdige tilstandsanalyser fra Multiconsult for periodene 2011–2013 og 2016–2017 og for 2020. Det har derfor vært mulig å se på utviklingen over tid.<sup>219</sup> I analysene har vi kalt de tre periodene for 2012 (analyser utført i 2011–2013), 2016 (analyser utført i 2016–2017) og 2020 (analyser utført i 2020).

Vi har vurdert tilstandsutviklingen for byggene opp mot fagstandarder. Tilstanden til et bygg fastsettes som en tilstandsgrad på en skala fra 0 til 3. Dette er i tråd med den faglige standarden NS 3424 *Tilstandsanalyse av byggverk – Innhold og gjennomføring* fra 2012, som er en etablert og anerkjent metode for tilstandsvurdering av bygninger.<sup>220</sup> Tilstandsgradsystemet er nærmere beskrevet i faktaboks 2. Helseforetakene har opplyst at mellom 76 og 99 prosent av byggene deres er registrert i byggregisteret. Helseforetakene utfører selv tilstandsvurderingene av byggene sine, men Multiconsult opplyser at variasjonene i registreringspraksisen sannsynligvis er svært små, og at de dermed ikke gir utslag i datagrunnlaget.

De fleste helseforetakene har bygg på ulike geografiske steder. Dette refereres til som «lokasjoner». En lokasjon kan blant annet være et somatisk eller psykiatrisk sykehus, et distriktspsykiatrisk senter eller boliger.

<sup>219</sup> Noen i 2008 og alle i 2011–2013 og 2016–2017.

<sup>220</sup> NS 3424 setter krav til hvordan tilstandsanalyser skal gjennomføres, og hvordan tilstanden skal beskrives, vurderes og dokumenteres. Standarden er en av basisstandardene innenfor eiendomsforvaltning og er brukt ved kartlegging av bygg og bygningsporteføljer ved utvikling og salg, utarbeidelse av vedlikeholdsplaner og strategier for eiendomsutvikling.

Tilstanden på bygg, lokasjoner og helseforetak beregnes gjennom kostnads- og arealvektete gjennomsnitt. Det vil si at de samlede gjennomsnittsberegningene tar hensyn til at bygg har ulikt areal, og at ulike byggkomponenter har ulik verdi.

I tillegg til at tilstandsdataene er sammenlignet på forskjellige tidspunkter, har vi brukt to ulike datagrunnlag i analysene:

1. Alle bygg som ble tilstandsvurdert ved minst ett av målepunktene: Det vil si at bygg som ble tatt ut av bruk, og nye bruk som ble tatt i bruk i løpet av perioden, er tatt med i beregningsgrunnlaget
2. Kun bygg som ble tilstandsvurdert ved alle målepunktene: Det vil si at bygg som ble tatt ut av bruk, og nye bruk som ble tatt i bruk i løpet av perioden, er utelatt i beregningsgrunnlaget.

En stor del av foretakenes bygg er tilstandsvurdert ved alle målepunktene, men i mange foretak er mindre deler av bygningsmassen ikke vurdert, og i enkelte foretak er en betydelig del av bygningsmassen utelatt fra tilstandsvurderingen ved ett eller flere av målepunktene. Der dette er tilfelle, vil den samlede tilstandsvurderingen ikke være representativ for foretaket. I analysene der dette forekommer, opplyser vi om dette.

De kartlagte tilstandene brukes også til å tallfeste omfanget og utviklingen av vedlikeholdsetterslepet for bygg. Som en del av dataleveransen til Riksrevisjonen utarbeidet Multiconsult analyser av oppgraderingsbehovet på grunnlag av tilstandsgradkartleggingene. Her har de beregnet kostnadene ved å forbedre tilstanden på bygg som har tilstandsgrad 2 eller 3.

I enkelte analyser på lokasjonsnivå er datagrunnlaget begrenset til lokasjoner som har somatiske sykehus; vi har altså ekskludert de små lokasjonene. Formålet med disse analysene er å belyse om det er forskjeller i den tekniske tilstanden mellom lokasjoner med tilnærmet samme oppgaver. Det er ca. 50 lokasjoner som fungerer som somatiske sykehus.

## Utviklingen i tilstanden til medisinsk-teknisk utstyr

Helseforetakene har registre over medisinsk-teknisk utstyr og bruker alderen på utstyret som en indikator på tilstanden. For å belyse utviklingen i tilstanden til det medisinsk-tekniske utstyret i helseforetakene har vi innhentet beregninger av den gjennomsnittlige alderen på utstyret per 31.12.2014 og 31.12.2019. Disse tidspunktene defineres som henholdsvis 2015 og 2020 i analysene fordi de viser statusen ved inngangen til disse årene.

Vi har brukt gjennomsnittsalder for å beskrive utviklingen i tilstanden over tid og for å sammenligne helseforetakene. I en analyse av utstyret som er gruppert etter alder, har vi brukt COCIRs fagstandard, som gir en anbefaling om aldersfordeling med hensyn til medisinsk-teknisk utstyr.<sup>221</sup> I tillegg har vi innhentet data fra helseforetakenes anleggsregistre for å kartlegge hvor stor andel av utstyret som har passert sin økonomiske levetid.

Ettersom det er stor variasjon blant ulike typer av medisinsk-teknisk utstyr, som kan ha ulik levetid, har det vært et behov for å få mer detaljerte data om gjennomsnittsalderen enn et samlet gjennomsnitt for hele MTU-parken. Vi har innhentet informasjon om alder per utstyrskategori fra de helseforetakene som har delt inn utstyret i kategorier.

RKMTU har en database over MTU-data for alle foretakene i Helse Sør-Øst, se faktaboks 5.<sup>222</sup> Alders- og kategoridataene for MTU i disse foretakene er derfor innhentet fra RKMTU, som har utarbeidet analyser for hele regionen. Foretak i denne regionen kan dermed sammenlignes med hverandre.

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

<sup>222</sup> RKMTU – Regionalt kompetansesenter for samordning av investeringer i medisinsk-teknisk utstyr i Helse Sør-Øst

MTU-data i helseforetakene i de øvrige regionene er innhentet direkte fra foretakene. Her har det ikke vært mulig å framskaffe sammenlignbare data om MTU på kategorinivå. De helseforetakene som kategoriserer utstyret, bruker ulike kategoriseringssystemer, slik at foretakene ikke kan sammenlignes med hverandre, men de kan sammenligne sitt eget utstyr over tid.

Vi har innhentet data fra helseforetakene om størrelsen på havaribudsjettene og hvor stor del av investeringene i medisinsk-teknisk utstyr som er havariinvesteringer. Vi har benyttet andelen havariinvesteringer som en indikator på tilstanden til medisinsk-teknisk utstyr. Det finnes ingen felles definisjon av hva en havarianskaffelse er, og de innhentede opplysningene indikerer at praksisen for å registrere dette varierer. Noe av forskjellene mellom helseforetakene kan derfor skyldes en ulik forståelse av dette begrepet.

## Utviklingen i helseforetakenes driftskostnader og investeringer

For å undersøke utviklingen i helseforetakenes driftskostnader og investeringer siden 2010 har vi analysert helseforetakenes regnskaper. Nærmere bestemt har vi kartlagt helseforetakenes bokførte anleggsmidler og investeringer (tilganger) fra 2010 til 2019. Dette har vi gjort både for de samlede investeringene og investeringer i bygg og medisinsk-teknisk utstyr. Tilsvarende har vi kartlagt utviklingen i de samlede driftskostnadene i samme periode, inkludert kostnader til lønn, vedlikehold og avskrivninger. Disse kartleggingene har vi blant annet brukt til å undersøke om helseforetakene har blitt mer eller mindre kapitalintensive.

Vi har ikke brukt regnskapsdata for 2020 fordi helseforetakenes drift og økonomiske situasjonen i stor grad ble påvirket av koronapandemien.

For at tallene skal være sammenlignbare på tvers av helseforetak, har vi brukt totale eksterne tilganger i anleggsnotene som mål på totale investeringer. I anleggsnotene er eksterne tilganger fordelt på bygg, MTU, tomter og boliger, transportmidler, annet og anlegg under utførelse (AUU). Som mål på investeringer i bygg har vi brukt ekstern tilgang til bygg og den delen av AUU som gjelder bygg. Det tilsvarende har vi gjort for MTU. For mange helseforetak er alle tilganger til AUU relatert til bygg, mens enkelte ikke har noen investeringer under AUU. For noen er splitten mellom bygg og MTU ikke helt nøyaktig, noe som det er flere grunner til:

- Noen har MTU inkludert i bygginvesteringer og kan ikke skille disse.
- Noen helseforetak har datasystemer som ikke tillater å skille mellom bygg og MTU før investeringen tas i bruk.

Vi har derfor gjort estimater, og de aktuelle helseforetakene har bekreftet at disse er rimelige. Dataene for investeringer i MTU og bygg per år er derfor ikke helt nøyaktige for alle helseforetak, men det totale bildet for investeringer i bygg og MTU gir et rimelig bilde av situasjonen for alle helseforetakene.

## Problemstilling 2 Hvordan styrer helseforetakene for å kunne prioritere investeringer i bygg og medisinsk-teknisk utstyr?

### Sammenhengen mellom planlagte og realiserte investeringer

Vi har undersøkt om helseforetakene har nådd det planlagte investeringsnivået i de økonomiske langtidsplanene etter 2010. De økonomiske langtidsplanene oppdateres årlig og viser planlagte investeringer minst fire år fram i tid. Helseforetakene som begynte å utarbeide økonomiske langtidsplaner i 2010, har derfor utarbeidet ni økonomiske langtidsplaner mellom 2010 og 2018. Helseforetakene i Helse Nord utarbeider ikke egne økonomiske langtidsplaner, så her har vi tatt utgangspunkt i det regionale helseforetakets økonomiske langtidsplaner. I analysene våre inngår det data til og med 2019 fra de økonomiske langtidsplanene fra 2016, 2017 og 2018. Analysene inneholder derfor kun data for henholdsvis tre, to og ett år fra disse planene.

Data om det oppnådde investeringsnivået er hentet fra helseforetakenes årsregnskaper for perioden 2010–2019. I regnskapstallene for investeringer kan det forekomme systematiske skjevheter i noen helseforetak

fordi det er noe variasjon i regnskaps- og rapporteringspraksisen. Dette kan ha ført til noe høyere tall for bygg og noe lavere tall for MTU.

Vi har for hver økonomiske langtidsplan etter 2010 sammenlignet det planlagte investeringsnivået de fire første årene med det faktiske investeringsnivået som ble oppnådd disse årene.<sup>223</sup> Beregningene har til formål å vise om helseforetakenes evne til å oppnå det planlagte investeringsnivået i de økonomiske langtidsplanene har blitt bedre over tid, og om det er store forskjeller mellom helseforetakene med hensyn til dette. På samme måte har vi undersøkt helseforetakenes evne til å oppnå det planlagte økonomiske resultatet. Videre har vi sammenlignet det planlagte investeringsnivået i årsbudsjettet for 2019 med det planlagte investeringsnivået i det første året i den økonomiske langtidsplanen for perioden 2019–2022.

Vi har per brev bedt helseforetakene om å redegjøre for årsaker til avvik i den økonomiske langtidsplanen for 2016–2019 mellom planlagte og oppnådde investeringer og avvik mellom planlagte og oppnådde økonomiske resultater.

Vi har også innhentet informasjon om budsjetterte og faktiske vedlikeholdskostnader (driftskostnader) i årene fra 2010. Dette har vi gjort både for samlede vedlikeholdskostnader, vedlikeholdskostnader til bygg og vedlikeholdskostnader til MTU. Vi har brukt budsjetterte og regnskapsførte beløper knyttet til andre driftskostnader på konto 660, 661 og 662 (vedlikehold og service av bygg og MTU) for hvert av årene fra 2010 til 2019. Vi har gjennomført analyser for å belyse

- om helseforetakenes vedlikeholdsbudsjetter er realistiske
- i hvilken grad det er kostnadsoverskridelser i vedlikeholdsbudsjettene
- om vedlikeholdskostnadene har økt

Vi har sammenlignet størrelsen på neste års vedlikeholdsbudsjett med fjorårets faktiske vedlikeholdskostnader. Dette belyser om helseforetakene budsjetterer realistisk og tar hensyn til faktiske kostnader og behov når de lager budsjettene. Det er imidlertid noe usikkerhet med hensyn til dataene for vedlikeholdskostnader. Det kan være noe variasjon i hva helseforetakene klassifiserer som vedlikehold (kostnad), og hva som klassifiseres som en oppgradering (investering).

## Helseforetakenes mål, langsiktige planer, virkemidler og rutiner

Dokumentasjon som beskriver rutiner og prosesser i arbeidet med å utarbeide økonomiske langtidsplaner og årsbudsjetter, har vi innhentet fra helseforetakene. Ytterligere data har vi innhentet gjennom spørsmål som vi har stilt per brev.

På grunnlag av de innhentede opplysningene har vi kartlagt prosesser rundt utarbeidelsen av den økonomiske langtidsplanen og årsbudsjettet i helseforetakene. Dette har vi gjort for

- å beskrive hva som er en vanlig planleggingsprosess i helseforetakene
- å identifisere helseforetak som har forutsigbare og gode planleggingsprosesser
- å gi en indikasjon på forbedringspotensialet i planleggingsprosessen til enkelte foretak

I tillegg har vi kartlagt risikoen og forutsetningene som er omtalt i langtidsplanene, og hvordan styrene i helseforetakene behandler disse sakene.

Strategier og planer for vedlikehold og utvikling og informasjon om blant annet målsettinger for tilstandsgrader og vedlikehold for bygg og MTU har vi innhentet gjennom brev til helseforetakene.

Dokumentasjon som beskriver rutiner og prosesser for arbeidet med investeringsplaner for MTU, har vi innhentet fra helseforetakene; vi har bedt om rutinebeskrivelser, maler som er brukt for å melde inn behov, eventuelle oversikter over behov og prioriteringsmetoder som er brukt i prioriteringsarbeidet. På grunnlag av

<sup>223</sup> Mange helseforetak planlegger med en lengre tidshorison enn fire år, men vi har kun inkludert de fire første årene i beregningene.

de innhentede opplysningene har vi kartlagt hvordan helseforetakene utarbeider investeringsplaner for MTU. Vi har også bedt helseforetakene om å oversende eventuelle analyser som de har fått utarbeidet om tilstand og behov mv. for bygg og MTU.

Vi har bedt helseforetakene om å oversende den siste rapporteringen (per juli 2020) av tilstanden på bygg og MTU til styrene sine og det regionale helseforetaket.

For å kartlegge hvordan styrene har fulgt opp tilstandskartleggingen på bygningsmassen i 2016, som departementet påla dem å gjennomføre, har vi gjennomgått styresaker fra 2015 til 2018 som omhandler tilstanden på bygg i helseforetakene. Ved hjelp av tekstsøk har vi kunnet identifisere saker hvor dette enten har vært et eget hovedtema på et styremøte, eller en del av et annet tema. I tillegg har vi kartlagt hvilke vedtak styrene i helseforetakene og de regionale helseforetakene har gjort i disse sakene; vi har her kartlagt dokumenter som gir en oversikt over den samlede bygningsmassen til helseforetakene, og ikke informasjon som gis som en del av planlegging og gjennomføring av enkeltstående byggeprosjekter.

Vi har gjennomgått helseforetakenes investeringsbudsjetter for 2019 for å kartlegge om det er gitt informasjon til styrene om tilstanden på bygg og medisinsk-teknisk utstyr. I tillegg til styredokumenter har vi gjennomgått årlige meldinger (2019), økonomiske langtidsplaner (2015 og 2020), utviklingsplaner (2018) og tertial-/månedssrapporter (høst 2019) for å kartlegge om det inngår informasjon om tilstanden på bygg og medisinsk-teknisk utstyr og behov.

Det er alltid en risiko for at informasjon kan ha inngått i styresaker uten at dette er fanget opp gjennom tekstsøk.

Vi har per brev til helseforetakene bedt om redegjørelser for virkemidlene de bruker for å kunne prioritere investeringer i bygg og medisinsk-teknisk utstyr. Opplysninger om virkemidler har vi også kartlagt gjennom dokumentgjennomganger.

### Problemstilling 3 Hvordan legger de regionale helseforetakene og Helse- og omsorgsdepartementet til rette for at helseforetakene prioriterer investeringer i bygg og medisinsk-teknisk utstyr?

Vi har gjennomgått de regionale helseforetakenes oppdragsbrev til helseforetakene og eventuelle budsjett-skriv som RHF-ene har sendt ut i forbindelse med årsbudsjetter og økonomiske langtidsplaner for 2020 og 2021. Hensikten med dette var å kartlegge hvilke rammer, forutsetninger, mål og krav helseforetakene har for investeringer generelt, og spesifikt for investeringer i bygg og medisinsk-teknisk utstyr i de siste tre årene.

Vi har per brev bedt de regionale helseforetakene om å opplyse om hva de mottar av informasjon fra sine egne helseforetak om tilstanden på bygg og medisinsk-teknisk utstyr, og hvilken informasjon de har gitt til Helse- og omsorgsdepartementet på dette området.

I tillegg har vi kartlagt styrene i de regionale helseforetakenes behandling av saker som omhandler tilstand og behov på byggområdet i perioden 2015–2018. Dette har vi gjort gjennom søk i sakslister til styremøter. I tillegg har vi gjennomgått sentrale rapporteringsdokumenter: de regionale helseforetakenes økonomiske langtidsplaner (2021–2024), utviklingsplaner (2018), årlige meldinger (2019) og virksomhetsrapporter (høst 2019).

Vi har gjennomført intervjuer med de fire regionale helseforetakene for å innhente supplerende informasjon. Vi har også undersøkt hvilke virkemidler de regionale helseforetakene benytter for å tilrettelegge og følge opp helseforetakenes investeringer og vedlikehold av bygg og MTU, og dette har vi fulgt opp i intervjuer med de regionale helseforetakene.



I intervjuet med Helse- og omsorgsdepartementet har vi bedt om en redegjørelse for ansvarsforhold, virkemiddelbruk, hvilken styringsinformasjon departementet innhenter som grunnlag for styring og oppfølging av arbeidet med investeringer i helseregionene, og hvordan de følger opp dette.

Videre har vi analysert departementets oppdragsdokumenter (mål og krav) til de regionale helseforetakene og foretaksmøteprotokoller for å kartlegge styringen som berører investeringer. Vi har også innhentet relevant informasjon fra de regionale helseforetakene om departementets styring per brev og intervjuer.

Møtedato: 13. mai 2022

Vår ref.:

Saksbehandler:  
Tone Amundsen

Dato:  
6.5.2022

## **RBU-sak 43-2022      Regionalt kompetansenettverk for samiske spesialisthelsetjenester – oppnevning av representanter**

### **Formål:**

Formålet med behandling av saken er å oppnevne medlemmer til regionalt kompetansenettverk for samiske spesialisthelsetjenester.

### **Innledning / Bakgrunn**

Som en oppfølging av det videre arbeidet med strategidokumentet *Spesialisthelsetjenester til den samiske befolkningen (2020)* og *Rapport med tiltaksplaner – spesialisthelsetjenester til den samiske befolkningen (2022)* var det enighet i direktørmøte i Helse Nord 21. april 2022 om at det skal opprettes et regionalt kompetansenettverk for samiske spesialisthelsetjenester.

Målsetting med kompetansenettverket:

- Følge opp rapport med tiltaksplaner (2022) med særlig fokus på felles tiltak
- Videreføre samarbeid mellom helseforetakene i Helse Nord og understøtte erfaringsdeling og læring
- Være programkomite for konferanser om samisk språk og kultur
- Bidra i utvikling av læringsressurser som undervisningsmaterieell til internundervisning, opplæring av nyansatte samt e-læring

Kompetansenettverket skal være et rådgivende organ for administrerende direktør i Helse Nord RHF.

### Organisering:

Nettverket skal ledes og driftes av Helse Nord RHF.

### Medlemmer:

- Et medlem fra Finnmarksykehuset HF
- Et medlem fra Finnmarksykehuset HF – Sámi klinihkka
- Et medlem fra UNN HF
- Et medlem fra Nordlandssykehuset HF
- Et medlem fra Helgelandssykehuset HF
- Et medlem fra Sykehusapoteket Nord
- To brukerrepresentanter med samisk bakgrunn (Et medlem fra RBU og en ungdomsrepresentant)

- Et medlem fra konserntillitsvalgte

Første møte i kompetansenettverket vil bli avholdt i lokalene til Helse Nord RHF i Bodø 22. og 23. juni 2022.

### **Forslag til vedtak**

Regionalt brukerutvalg i Helse Nord RHF inviteres til å fatte følgende vedtak:

1. Regionalt brukerutvalg oppnevner *NN* og *NN* som medlemmer av regionalt kompetansenettverk for samiske spesialisthelsetjenester.

Bodø, 6. mai 2022

Cecilie Daae  
administrerende direktør

**Vedlegg:** Mandat for regionalt kompetansenettverk for samiske spesialisthelsetjenester

# Mandat for regionalt kompetansenettverk for samiske spesialisthelsetjenester

Denne fylles ut ved behandling, ved BP1.

<b>Prosjektnummer i Agresso:</b> 219	<b>Saksnummer i Elements:</b>	
<b>Behandlet dato:</b>	<b>Behandlet av (ansvarlig linjeleder):</b> AD-møtet	<b>Utarbeidet av:</b> Tone Amundsen / Kari Bøckmann
<b>Signatur ved godkjenning (BP1):</b>		

## 1. Innledning

Det skal etableres et Regionalt kompetansenettverk for spesialisthelsetjenester til den samiske befolkningen. Mandatet beskriver mål med nettverket, aktuelle oppgaver, ledelse og sammensetning av kompetansenettverket.

## 2. Bakgrunn

Samiske pasienters rettigheter er tydelig regulert i norske lovbestemmelser. Av ILO-konvensjonen nr. 169 artikkel 25 følger det at utforming og gjennomføring av helsetjenester for urfolk skal skje under urfolks eget ansvar og kontroll, slik at urfolk kan nyte godt av så høy fysisk og mental helsemessig standard som mulig.

I Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019) fikk Helse Nord RHF i oppdrag å ivareta strategisk videreutvikling av spesialisthelsetjenester til den samiske befolkningen (Oppdragsdokumentet, 2017). Strategidokumentet «Spesialisthelsetjenester til den samiske befolkningen» (2020) ble utarbeidet som et svar på dette oppdraget.

Dokumentet ble behandlet av Styret i Helse Nord 28. august 2020 med følgende vedtak:

- 1. Styret slutter seg til strategidokumentet «Spesialisthelsetjenester til den samiske befolkningen» og dokumentet oversendes oppdragsgiver Helse- og omsorgsdepartementet med følgende prioriteringer:*
  - Strategi for økt kvalitet og kompetanse i spesialisthelsetjenesten prioriteres i første fase, i nært samarbeid med primærhelsetjenesten.*
  - Det utarbeides en nasjonal handlingsplan som omfatter helsetjenester til den samiske befolkningen.*
  - I henhold til de regionale helseforetakenes sørge for ansvar bør det jobbes videre med overordnet organisering av samiske spesialisthelsetjenester. Modell 1, videreutvikling av dagens organisering, anbefales.*
- 2. Styret konkluderer med at det kreves en betydelig kompetanseheving i spesialisthelsetjenesten for å sikre at samiske pasienter får et tilfredsstillende tilbud. Helse Nord RHF vil i samarbeid med Finnmarkssykehuset HF – Sámi klinihkka sette i gang et snarlig arbeid for å øke kvalitet og kompetanse i spesialisthelsetjenesten.*
- 3. Styret ber administrerende direktør om å iverksette tiltak raskt i samarbeid med Finnmarkssykehuset HF - Sámi klinihkka, og se på hvilke ressurser som må til for å få dette gjennomført.*
- 4. Styret forutsetter at det videre arbeid skjer i nært samarbeid med tillitsvalgte, vernetjenesten og brukerorganisasjoner.*

Det ble oppnevnt en regional arbeidsgruppe med medlemmer fra alle Helseforetakene i Helse Nord samt brukerrepresentant, konserntillitsvalgt og representant for samisk legeförening. Målet med arbeidet var å følge opp vedtakspunkt 2-4. Første møte ble gjennomført 15. mars 2021. Arbeidsgruppen har levet rapport med tiltaksplaner

«Spesialisthelsetjenester til den samiske befolkningen» (2022) og avsluttet sitt arbeid 5. januar 2022.

### **3. Målsetning, organisering og ansvar**

Arbeidet i kompetansenettverket skal utføres i tråd med Strategidokumentet spesialisthelsetjenester til den samiske befolkningen (2020).

Målsetting med kompetansenettverket:

- Følge opp rapport med tiltaksplaner (2022) med særlig fokus på felles tiltak
- Videreføre samarbeid mellom helseforetakene i Helse Nord og understøtte erfaringsdeling og læring
- Være programkomite for konferanser om samisk språk og kultur
- Bidra i utvikling av læringsressurser som undervisningsmaterieil til internundervisning, opplæring av nyansatte samt e-læring

Kompetansenettverket skal være et rådgivende organ for administrerende direktør i Helse Nord RHF.

#### Organisering:

Nettverket skal ledes og driftes av Helse Nord RHF.

#### Medlemmer:

- Et medlem fra Finnmarksykehuset HF
- Et medlem fra Finnmarksykehuset HF – Sámi klinihkka
- Et medlem fra UNN HF
- Et medlem fra Nordlandssykehuset HF
- Et medlem fra Helgelandssykehuset HF
- Et medlem fra Sykehusapoteket Nord
- To brukerrepresentanter med samisk bakgrunn (Et medlem fra RBU og en ungdomsrepresentant)
- Et medlem fra konserntillitsvalgte

#### Økonomi/ressurser

For 2022 dekker Helse Nord RHF reise og opphold for alle medlemmer i nettverket.

#### Evalueringspunkt

Nettverket forventes startet innen juni 2021 og evalueres våren 2023.

Møtedato: 13. mai 2022

Vår ref.:

Saksbehandler:  
Kari Bøckmann/JT Finnsson

Dato:  
6.5.2022

## RBU-sak 44-2022

## Riksrevisjonens undersøkelse av psykiske helsetjenester - oppfølging

### Formål

Behandling av denne saken har to formål:

1. Kort oppsummering av Riksrevisjonens undersøkelse av psykiske helsetjenester (dokument 3:13 (2020-2021)) med fokus på anbefalingene til spesialisthelsetjenesten.
2. Drøfte videre oppfølgingstiltak og se disse i sammenheng med planlagte og igangsatte oppdrag/prosesser i psykisk helsevern og TSB i Helse Nord.

### Sakens innhold og problemstillinger

Målet med Riksrevisjonens undersøkelse var å vurdere om personer med psykiske plager og lidelser har likeverdig tilgang til psykiske helsetjenester med god kvalitet, og hvordan statlige virkemidler er innrettet for å støtte spesialisthelsetjenestens og kommunenes arbeid. Riksrevisjonen har valgt å ha et hovedfokus på polikliniske tjenester. Undersøkelsen omfatter perioden 2015-2020.

Riksrevisjonens rapport kom i 2021, men noe av Helse Nord's oppfølgingen har blitt forsinket på grunn av pandemien.

### Rapportens 9 konklusjoner:

- Befolkningen får mer behandling for psykiske plager og lidelser i noen helseregioner enn i andre.
- Tilgangen til psykiske helsetjenester i kommunene er ulik.
- Mange med psykiske plager og lidelser får ikke hjelp når de trenger det.
- Ungdommer med samtidige psykiske lidelser og rusmiddelproblemer får ikke god nok behandling.
- «Den gylne regel», som innebærer at psykisk helse og rusbehandling skal prioriteres over somatiske helsetjenester, er ikke innfridd.
- Arbeidet med å øke og ta i bruk kunnskap om behandling av psykiske plager og lidelser er ikke godt nok.
- Mange kommuner og poliklinikker i psykisk helsevern sikrer ikke tilstrekkelig brukermedvirkning og pårørendeinvolvering.
- Mange ledere sørger ikke for at det arbeides systematisk med kvalitetsforbedring.

- De statlige virkemidlene som skal bidra til god kvalitet i tjenestene, kan brukes på en bedre måte.

#### Rapportens anbefalinger (s. 14-15):

Riksrevisjonen mener Helse- og omsorgsdepartementet som en del av styringen av de regionale helseforetakene må påse at

- pasienter med behov for psykiske helsetjenester tilbys hjelp i tide
- det framskaffes økt kunnskap om virkningen av ulike behandlingsformer
- pasientenes og pårørendes erfaringer innhentes og brukes i forbedringsarbeidet av tjenestene
- tjenestene har tilstrekkelig kompetanse til å avdekke og behandle ungdom med samtidige psykiske lidelser og rusmiddelproblemer
- den gyldne regel etterleves og derigjennom oppfyller målet om at psykisk helsevern skal prioriteres

I tillegg anbefaler Riksrevisjonen at Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) bør vurdere hvordan statlige myndigheter kan bistå kommunene slik at de blir bedre i stand til å ivareta ansvaret de har for å gi behandling til barn og unge med psykiske plager og lidelser.

Riksrevisjonen mener videre at HOD bør følge opp at ledelsen i alle virksomheter som yter helse- og omsorgstjenester arbeider systematisk med læring og kvalitetsforbedring. Riksrevisjonen skriver at HOD bør vurdere hvordan det kan legges bedre til rette for kunnskapsbasert praksis i tjenestene, blant annet ved å

- vurdere hvordan arbeidet med å utvikle og oppdatere faglige retningslinjer og veiledere på området kan styrkes for å sikre likeverdige tjenester.
- vurdere å utvikle kvalitetsindikatorer for psykiske helsetjenester som i større grad kan hjelpe kommunene og poliklinikkene i arbeidet med å utvikle tjenester av god kvalitet.

#### **Vurdering av riksrevisjonens undersøkelse:**

Riksrevisjonens undersøkelse peker på en rekke forbedringsområder for de psykiske helsetjenestene i Norge. Undersøkelsen viser i stor grad til nasjonale tall, men også regionale variasjoner framkommer. Blant annet vises det til at 50% av helseforetakene i Helse Nord krever legehenvvisning for akuttbehandling av barn og unge. Dette er ikke i tråd med gjeldende lovverk. Også bakgrunnen for den betydelige variasjonen i avslag på poliklinisk behandling i Helse Nord, både i barne- og ungdomspsykiatri (BUP) og poliklinisk tilbud til pasienter over 18 år, bør undersøkes nærmere. Vi har kunnskap om at vurderingspraksis i regionen med hensyn til hvilke pasienter som får avslag på tilbud i spesialisthelsetjenesten varierer. At ambulante tjenester tilbys i såpass begrenset grad i våre helseforetak bør også sees nærmere på. Denne praksisen er etter vår vurdering ikke i tråd med føringene i Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023 (meld. St. 7 2019-2020).

Tallene i riksrevisjonens undersøkelse er ikke overraskende. De samme forholdene rapporteres i virksomhetsrapporter, kvalitetsindikatorrapporter, SKDEs rapport «Bruk av spesialisthelsetjenester innen rus og psykiatri i Nord-Norge, 2015-



2017» (2019) og «Helseatlas for psykisk helsevern og rusbehandling, for årene 2014-2018» (Helse Førde HF, 2020). Riksrevisjonens rapport viser også til betydelig variasjon i behandlingstilbudet og i hvor stor grad kunnskapsbaserte metoder benyttes. Dette kan sees i sammenheng med det SKDE påpeker; «Forskjeller i faglig praksis er en viktig årsak til geografisk variasjon i bruk av tjenester» (2019, pkt. 6.2.3).

En annen viktig kunnskapskilde i det videre arbeidet med oppfølging av Riksrevisjonens undersøkelse er internrevisjonens grundige rapporter fra 2021. Rapportene «Ventetidsutvikling og kapasitetsutnyttelse innen psykisk helsevern for voksne» gir et tydelig bilde av behov for forbedringer i utvikling og styring av det polikliniske tjenestetilbudet til voksne i Helse Nord. I det videre arbeidet med utvikling av tjenestetilbudet innen psykisk helse og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) må også arbeidet med framskriving av befolkningens behov legges til grunn (Framskrivinger som gjøres frem mot RU 2038, 2021).

Helse Nord har de siste årene prioritert å styrke døgntilbud til de alvorligst syke pasientene (sikkerhetspasienter) og vi har etablert spesialisert medikamentfri behandling i regionen. Det har i begrenset grad vært kapasitet og ressurser til å igangsette prosjekter rettet mot helsetjenester til barn og unge med psykiske vansker. Dokumenter av nyere dato som påpeker at tjenestene våre ikke er godt nok tilpasset behovene til ungdom med sammensatte behov er UKOM rapport nr. 1 og nr. 3 i 2020 samt barneombudets rapport «BUP i en koffert» (2020).

Samlet sett er Helsefagavdelingen i dag mest bekymret for tilbudet til barn og unge med sammensatte vansker. Vi vet at fleksibilitet, kontinuitet og en helhetlig tilnærming i helsehjelpen er nødvendig for å sikre en virksom behandling til denne pasientgruppen. Her er samarbeid på tvers av tjenester og tjenesteområder helt sentralt. Helsefagavdelingen vurderer på denne bakgrunn at Helse Nord nå bør prioritere arbeidet med å kartlegge og utvikle tilbudet til barn og unge med sammensatte vansker i regionen.

#### Anbefalinger om oppfølging av Riksrevisjonens rapport:

1. Igangsette en regional satsing på tilbudet til barn og unge (13-23 år), med særlig fokus på:
  - a. Tidlig intervensjon/samarbeid om lavterskeltilbud
  - b. Ungdom med sammensatte vansker som har behov for tilbud fra flere tjenester (barnevern, politi, NAV, helsetjenester), inkludert tiltak rettet mot ungdom med psykiske vansker og rusmiddelproblemer
  - c. Utarbeide en regional kompetanseplan for å styrke kompetansen i tjenestene
  - d. Utarbeide en regional plan med målkrav om etablering av ambulante tjenester i tråd med Nasjonal helse og sykehusplan
2. Gjennomgå/revidere fag- og utviklingsplaner (psykisk helsevern og TSB)
3. Sikre at tilbudet til barn og unge og tilbudet til mennesker med alvorlig psykisk lidelse vektlegges i helseforetakenes regionale utviklingsplaner fram mot 2038
4. Følge opp mangler i tilbudet gjennom oppdrag i OD, for eksempel:

- Tilbud til ungdom/unge voksne med samtidig psykiske vansker og rusproblematikk i spesialisthelsetjenesten, inkludert kompetansehevede tiltak i BUP
- System for samarbeid om barn og unge i helsefelleskapene
- Analysere vurderingspraksis av henvisninger for å motvirke høy avvisningsprosent

### **Forslag til vedtak**

Regionalt brukerutvalg i Helse Nord RHF inviteres til å fatte følgende vedtak:

1. Regionalt brukerutvalg i Helse Nord RHF tar informasjonen om oppfølging av Riksrevisjonens undersøkelse av psykiske helsetjenester til orientering.

Bodø, 6. mai 2022

Cecilie Daae  
administrerende direktør

### **Lenke til Riksrevisjonsrapporten:**

<https://www.riksrevisjonen.no/globalassets/rapporter/no-2020-2021/psykiske-helsetjenester.pdf>

Møtedato: 13. mai 2022

Vår ref.:

Saksbehandler:  
Tina Eitran

Dato:  
6.5.2022

## RBU-sak 45-2022

## Pasientsikkerhetskonferanse i Helse Nord - oppnevning av representant til programkomité

### Formål:

Regional kompetansetjeneste for klinisk pasientsikkerhet har siden 2013 avholdt årlig regional pasientsikkerhetskonferanse. Evalueringer viser at konferansen oppleves som en nyttig og kvalitativt god læringsarena på sitt felt, både i og utenfor Helse Nord. Neste års konferanse vil avholdes i Bodø 14. - 15. februar 2023.

Formålet med konferansen er:

- regional nettverksbygging,
- kompetanseløft innen pasientsikkerhet og forbedringsarbeid, i tråd med nasjonale og internasjonale trender og føringer
- kunnskapsdeling; mellom foretakene i Helse Nord, og mellom ulike nivå i foretakene

Dette er en henstilling til Regionalt brukerutvalg til å bidra med én person i programkomiteen for konferansen i Bodø i 2023. Det vil ikke være behov for opprettelse av vararepresentant.

De siste årene har brukerrepresentant deltatt i programkomiteen. Komiteens representant for konferansen 2022 var Nikolai Raabye Haugen fra Regionalt brukerutvalg. Før dette har leder for ungdomsrådet ved Nordlandssykehuset bidratt godt inn i programkomiteen over flere år, og deltok sist ved konferansen i 2021.

Da vi i flere år har hatt gleden av å ha et ungdommelig perspektiv inn i komiteen, ønsker vi nå å rette fokus mot pårørendeperspektivet.

Ønskelig erfaring fra brukerrepresentant:

- Det er en fordel med relativt fersk brukererfaring + erfaring fra flere deler av spesialisthelsetjenesten i Nord-Norge
- Stor fordel med å ha et bredt kontaktnett av mennesker med erfaringskompetanse
- Pårørendeperspektiv
- Voksen representant

Programkomiteen starter sitt arbeid før sommeren 2022, fra august 2022 vil komiteen gjennomføre omtrent ukentlige møter fram mot jul. Komiteen er en arbeidsgruppe, og det forventes at man tar aktivt del i, ikke bare skissering av hovedprogrammet, men

også i utformingen av enkelte delelementer og kontakt med bidragsytere. I tillegg er det komiteen som planlegger og styrer interaksjonen med deltakerne. Brukerrepresentantens oppgaver og deltakelse i arbeidsmøter, avklares fortløpende i dialog med leder av programkomiteen. Det forventes ikke at brukerrepresentant deltar på *alle* møter. Arbeidsmøter gjennomføres digitalt. Brukerrepresentant deltar fysisk ved konferansedagene. Komiteens arbeid avsluttes etter evaluering av konferansen er gjennomført, februar/mars 2023.

### **Forslag til vedtak**

Regionalt brukerutvalg i Helse Nord RHF inviteres til å fatte følgende vedtak:

1. Regionalt brukerutvalg i Helse Nord RHF oppnevner *NN* til programkomite for Helse Nord's pasientsikkerhetskonferanse.

Bodø, 6. mai 2022

Cecilie Daae  
administrerende direktør

Møtedato: 13. mai 2022  
Arkivnr.:

Saksbeh/tlf:  
diverse

Dato:  
6.5.2022

## **RBU-sak 46-2022      Orienteringssaker**

Det vil bli gitt orientering om følgende saker:

1. Informasjon fra RBU-leder – *mundlig*
2. Informasjon fra RBU-medlemmer – *mundlig*
3. Informasjon fra RHF-ledelsen – *mundlig*
4. Styremøter i Helse Nord RHF – informasjon om planlagte styresaker

Regionalt brukerutvalg i Helse Nord RHF inviteres til å fatte følgende vedtak:

Framlagte saker tas til orientering.

Bodø, den 6. mai 2022

Cecilie Daae  
Adm. direktør

Møtedato: 13. mai 2022

Deres ref:

Vår ref:

Saksbehandler

Tina Eitran/

Dato:

6.5.2022

## Styremøter i Helse Nord RHF – informasjon om planlagte styresaker

1. Følgende saker er planlagt for behandling i styret i Helse Nord RHF **25. mai 2022 i Bodø**:

STYRESAK	ansv.
Spesialisthelsetjenestens rapport for samfunnsansvar 2021, inkl. miljørapport	HIR/LAM
ForBedring 2022 Helse Nord - informasjon om resultater og ev. funn	AME
Delstrategi personell, utdanning og kompetanseutvikling – status mandat, oppfølging av sak 58-2021 orientering	HIR/AME
Anskaffelser av private helsetjenester i Helse Nord RHF – status 2021	HIR/FEI
Regional handlingsplan for informasjonssikkerhet – finansiering, oppfølging av sak 119-2021 og 120-2021	HIR/EAH/JB
Oppfølging av internrevisjonsrapport 06/2019: Ventetid og svartid ved bildediagnostiske undersøkelser i Helse Nord - oppfølging av styresak 106-2020 og 56-2021	HIR/EIH
Regional plan for avtalespesialister i Helse Nord, oppfølging av sak 172-2020/7	HIR/FEI
AOP - informasjon	AME
Oppfølging av internrevisjonsrapport nr. 11/20, behandling av personopplysninger i Helse Nord, oppfølging av sak 156-2021	JB/IMA
Styringssystem for informasjonssikkerhet, oppfølging av styresak 135-2021	JB/IMA
Permanent nasjonalt beredskapslager for smittevernutstyr (felles styresak mellom RHF-ene)	HIR/JB
ADs lønnsjustering – oppnevne kompensasjonsutvalg i styreleders orientering	TE
Presisjonsmedisin i Helse Nord, status, oppfølging av sak 117-2021	JTF/TKN
Oppfølging av Internrevisjonsrapport nr. 06/2021: Implementering av nasjonale helsefaglige retningslinjer i Helse Nord, oppfølging av styresak 17-2022	JTF
Tertialets forbedringspris 2022, oppsummering - oppfølging fra styremøte 27MAR2019	HIR/EIH
<b>Virksomhetsrapport nr. 4-2022</b>	<b>EAH</b>
Arkitekturstyring – prinsipper, oppfølging av sak 32-2021	HIR
Forskningsaktiviteten i foretaksgruppen 2021, oppfølging av styresak 15-2016	TKN

Årsplan 2023 – styret i Helse Nord RHF	TE
Desentralisert legeutdanning O-sak	AME
Alvorlige hendelser i Helse Nord – overordnet oversikt O-sak	GT
Koronakommisjonens rapport O-sak	JB
Oppfølging av styrets vedtak, status for gjennomføring O-sak	CD/TE
Omstillingsplaner – løypemelding O-sak	HIR/EAH

- a) Saksdokumenter til dette styremøtet er planlagt sendt fredag 13. mai 2022  
b) Oversikt over aktuelle saker til dette styremøtet er foreløpig ikke gjennomgått med adm. direktør og derfor særdeles tentativ...

2. Følgende saker er planlagt for behandling i styret i Helse Nord RHF **22. juni 2022**  
**pr. Teams:**

STYRESAK	ansv.
Økonomisk langtidsplan 2023-2026 – inkl. rullering av investeringsplan 2023-2030	HIR/EAH
Delstrategi for intensivmedisin i Helse Nord, sluttrapport, oppfølging av styresak 175-2021	JTF
Omstillingsplanene til helseforetakene	HIR/EAH
Regional kreftplan – revisjon, oppfølging av styresak 127-2020	GT/RSP
Digital strategi – Helse Nord RHF	HiR/BN
Kvalitetsstrategi for Helse Nord 2021-2025	HIR/EH
Nye Helgelandssykehuset, plan for interimfase, oppfølging av sak 165-2021	HIR
Nye sykehusbygg - erfaringer fra beredskapssituasjonen knyttet til koronapandemi, oppfølging av styresak 62-2020, sak A og sak C	HiR/LAM
Strategi for prehospitale tjenester i Helse Nord, oppfølging av styresak 174-2021	JTF/RSP
Eiendom – delstrategi, oppfølging av styresak 68-2021 og 110-2021	HIR/LAM
Byggeprosjekter Finnmarkssykehuset HF – bygg – tertialrapport 2-2022	HIR/LAM
Byggeprosjekter Helgelandssykehuset HF – bygg – tertialrapport 2-2022	HiR/LAM
Byggeprosjekter Nordlandssykehuset HF – bygg – tertialrapport 2-2022	HIR/LAM
Byggeprosjekter UNN HF – bygg – tertialrapport 2-2022	HIR/LAM
Helhetlig informasjonssikkerhet - tertialrapportering	HiR

Strategi for Helse Nord RHF – status oppfølging	HIR
FRESK (Fremtidens systemer i klinikken) - tertialrapportering	HiR
Tertialrapport nr. 1-2022	HIR
Felleseide HF - styrets beretning	HiR/EAH
Helgelandssykehuset – tarmkreftkirurgi – tilbakeføring	GT
Felleseide HF – tertialrapport nr 1	HIR
Virksomhetsrapport nr. 5-2022	EAH

---

- a) Saksdokumenter til dette styremøtet er planlagt sendt fredag 10. juni 2022
- b) Oversikt over aktuelle saker til dette styremøtet er foreløpig ikke gjennomgått med adm. direktør og derfor særdeles tentativ...



Møtedato: 13. mai 2022  
Vår ref.:

Saksbehandler:  
Tina Eitran

Dato:  
6.5.2022

## **RBU-sak 47-2022      Referatsaker**

Vedlagt oversendes kopi av følgende dokumenter:

1. Møte i Nordlandssykehusets ungdomsråd 31. mars 2022 – referat
2. Møte i Finnmarkssykehusets ungdomsråd 4. april 2022 - referat
3. Møte i Nordlandssykehusets brukerutvalg 20. april 2022 – referat
4. Møte i Helgelandssykehusets brukerutvalg 20. april 2022 – protokoll
5. Helgesamling i Nordlandssykehusets ungdomsråd 22.-24. april 2022 – referat
6. Nordlandssykehusets ungdomsråd – årsmelding 2021
7. Pasient- og brukerombudet i Nordland – årsmelding 2021
8. Pasient- og brukerombudet – nasjonal årsmelding 2021
9. Pasient- og brukerombudet i Troms og Finnmark, kontor Hammerfest – årsmelding 2021
10. Pasient- og brukerombudet i Troms og Finnmark, kontor Tromsø – årsmelding 2021

Regionalt brukerutvalg i Helse Nord RHF inviteres til å fatte følgende vedtak:

Framlagte saker tas til orientering.

Bodø, den 6. mai 2022

Cecilie Daae  
Adm. direktør

## **Referat møte i Ungdomsrådet 31. mars 2022**

**Sted:** Lærings- og mestringscenteret Bodø, Parkveien 95

**Tidspunkt:** 15:30 til 18:30

**Sakspapirer:** Legges ut på nett, [lenke her](#).



Deltagere:		Tilstede	Meldt forfall
Danielle Johanna Hansen	Leder	X	
Olav Wiik Moland	Nestleder	X	
Susanne Regine Inga	Samisk representant	X	
Linea Vold		X	
Lea Hasse		X	
Trine Lise Antonsen		X	
Karoline Steffensen		X	
Mari-Sofie Nordland		X	
Lina Ramberg Aas		X	
Nikolai Heldahl		X	
Vinjar Meosli		X	
Håvard Moland		X	
<b>For Nordlandssykehuset</b>			
Sissel Eidhammer	Saksbehandler/koordinator	X	
Kirsti Jørgensen	Kontaktperson Psykisk helse- og rusklinikken	X	
Marianne Sivertsen	Kontaktperson Psykisk helse- og rusklinikken		X
Tone Johnsen	Kontaktperson Medisinsk klinikk	X	
Silje Hageengen Lundeng	Kontaktperson Barneklubben		X
Siri Tau Ursin	Administrerende direktør	X	

Program	
15:30 - 16:15	Bli kjent
16:15 - 16:45	Pause og pizza
16:45 – 17:15	Vi tar fellesbilde, direktør kommer 17.00
17:15 – 18:30	Hva betyr det å være med i Ungdomsrådet? Hvorfor er ungdomsråd viktig?
18:30	Takk for nå!

**Saksliste:**

<b>01/2022</b>	Godkjenning av innkalling og saksliste
<b>02/2022</b>	Godkjenning av referat møte 02. desember 2021
<b>03/2022</b>	Bli kjent og opplæring
<b>04/2022</b>	Oppdrag
<b>05/2022</b>	Møteplan 2022
<b>06/2022</b>	Eventuelt

**Saksnummer Sak****01/2022 Godkjenning av innkalling og saksliste**

Vedtak:  
**Innkalling og saksliste godkjennes.**

**02/2022 Godkjenning av referat møte 02. desember 2021**

Vedtak:  
**Referat fra møtet godkjennes.**

**03/2022 Bli kjent og opplæring**

**Bolk ledet av leder Danielle og nestleder Olav.**

Tre tema som ble jobbet med gjennom møtet:

- Bli kjent, hvem er vi og hva er våre erfaringer?
- Hva betyr det å være med i ungdomsrådet?
- Hvorfor trenger vi et Ungdomsråd?

**04/2022 Oppdrag****Oppdrag og gjennomført siden sist****Representant  
ungdomsrådet**

1. **Arbeidsgruppe: Prosjekt om sykelig overvekt hos barn og unge.**

**Sarah**

2. **Diagnoseuavhenging kurs for ungdom**

**Blir felles regionalt  
kurs 3. til 4.  
oktober**

		<b>Marie og Nikolai</b>
3. <b>Arbeidsgruppe som skal se på etableringen av FACT Ung</b> –FACT Ung er et tilbud for ungdom fra 13 til 24 år.		<b>Danielle</b> Deltatt på to møter, prosjektsøknad skal sendes inn
4. <b>Brukerpanel digitale pasient- og samhandlingstjenester</b>		<b>Viktoria</b> Tilbakemelding: Deltatt på møte 26.01.2022. Må virkelig skryte av gjengen, godt reflektert og stresser ikke gjennom ting. Tove skal ha MYE ros for måten hun inkluderer og legger opp møter.
5. <b>Prosjektgruppe kurs brukermedvirkning</b>		<b>Viktoria</b> Planlegges et nytt kurs høsten 2022
6. <b>Konferanse om samhandling/samarbeid</b>  Når? 09. juni Hvor? Fru Gaugans hotell Mosjøen De ønsker å høre: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hva er viktig for deg som pasient?</li> <li>• Hva forventer vi av helsevesenet i framtiden?</li> </ul>	<b>Vinjar Olav</b>	
7. <b>Innlegg på seminar om samvalg</b>  Når? 02. november Hvor? Hotell i Bodø De ønsker å høre: Hva er viktig for deg som pasient? Ungdomsperspektiv		<b>Olav Lea</b>

<p><b>8. Innlegg for medisinstudenter:</b></p> <p><b>Når?</b> Torsdag 28. april klokka 08.00 – 08.30  <b>Hvor?</b> Nordlandssykehuset sentrum, Parkveien 95  <b>De ønsker å høre:</b> Hva er viktig for ungdom på sykehus?</p>	<p><b>Mari-Sofie</b>  <b>Trine-Lise</b></p>
<p><b>9. Dialogkonferansen i Svolvær</b></p> <p><b>Hvor:</b> Thon hotell Svolvær  <b>Når:</b> 10. og 11. mai  De ønsker å høre om:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hva er viktig for ungdom i framtidens helsetjeneste?</li> <li>• Ønsker helst at vi skal delta på hele konferansen og delta i gruppearbeid</li> </ul>	<p><b>Lina</b>  <b>Susanne</b></p>
<p><b>10. Innlegg på opplæring for ansatte som jobber med barn som er pårørende</b>  11. mai, kl. 12.00 til 12.30</p>	<p><b>Mari-Sofie</b>  <b>Trine-Lise</b></p>
<p><b>11. KvIP står for Kvalitet i Institusjonsbehandling i Psykisk helsevern.</b> KvIP er et nettverk av BUP akutte enheter som har som mål å sikre høy kvalitet i akuttbehandlingen i psykisk helsevern for barn og unge. Et viktig element i dette arbeidet er besøksteamet. Vi ønsker to ungdom til å delta på være digitale besøk den 03. mai (heldags).</p>	<p><b>Mari-Sofie</b>  <b>Lina</b>  <b>Danielle</b></p>

Vedtak:  
**Oppdrag utføres slik det fremkommer av tabell.**

<p><b>05/2022</b></p>	<p><b>Møtedatoer framover</b></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Dato</th> <th>Tidspunkt</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Møte 1</td> <td>31. mars</td> <td>15:30 til 18:30</td> </tr> <tr> <td>Møte 2/Helgesamling</td> <td>22. til 24. april</td> <td>Helgesamling Bodø</td> </tr> <tr> <td>Møte 3</td> <td>31. mai</td> <td>15:30 til 18:30</td> </tr> <tr> <td>Møte 4</td> <td>15. september</td> <td>15:30 til 18:30</td> </tr> <tr> <td>Møte 5</td> <td>10. oktober</td> <td>15:30 til 18:30</td> </tr> <tr> <td>Møte 6</td> <td>07. desember</td> <td>15:30 til 18:30</td> </tr> </tbody> </table>		Dato	Tidspunkt	Møte 1	31. mars	15:30 til 18:30	Møte 2/Helgesamling	22. til 24. april	Helgesamling Bodø	Møte 3	31. mai	15:30 til 18:30	Møte 4	15. september	15:30 til 18:30	Møte 5	10. oktober	15:30 til 18:30	Møte 6	07. desember	15:30 til 18:30
	Dato	Tidspunkt																				
Møte 1	31. mars	15:30 til 18:30																				
Møte 2/Helgesamling	22. til 24. april	Helgesamling Bodø																				
Møte 3	31. mai	15:30 til 18:30																				
Møte 4	15. september	15:30 til 18:30																				
Møte 5	10. oktober	15:30 til 18:30																				
Møte 6	07. desember	15:30 til 18:30																				

	<b>Vedtak:</b> <b>Ungdomsrådet tar møteplanen til orientering.</b>
<b>06/2022</b>	<b>Eventuelt</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Hilsen ved administrerende direktør Siri Tau Ursin</b></li><li>• Sak som kom på møtet: Vi må jobbe mer med pårørende, og hvordan barn som er pårørende blir møtt på sykehuset</li></ul> <b>Vedtak:</b> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Ungdomsrådet takker for direktørens hilsen og ser fram til samarbeidet videre.</li><li>2. Pårørende blir et tema på helgesamlingen.</li></ol>

#### **Neste møte: Helgesamling**

- Hvordan vil vi jobbe sammen?
- Hvilke saker skal vi jobbe med?
- Oppdrag



Ungdomsrådet Finnmarkssykehuset HF

# REFERAT

4. april 2022

Beate Juliussen  
24.01.2022





Evelina Sæter Tro Johnsen	Medlem	Til stede	
Sol Andrea Hasselberg	Medlem	Meldt forfall	
Aleksander Kysnes Arntzen	Medlem	Til stede	
Linus Riise	Medlem	Til stede	
Sandra Emilie Eliassen	Medlem	Til stede	
Eskil Haraldsvik Amundsen	Medlem	Forfall	
Maria Kyrrø Kaliainen	Medlem	Forfall	

**Fra administrasjonen møtte:**

Beate Juliussen	Administrasjonssjef/koordinator, referent
-----------------	---

**Sak 08/2022 Godkjenning av innkalling og saksliste**

Det innkalles til digitalt møte i Ungdomsrådet i Finnmarkssykehuset HF mandag 4. april 2022 kl 16:00-17:00.

Saksnummer	Sakens navn
08/2022	Godkjenning av innkalling og saksliste
09/2022	Godkjenning av referat fra Ungdomsrådsmøte 24. januar 2022
10/2022	Presentasjon av det nye ungdomsrådet
11/2022	Ungdomsrådet: bakgrunn, mandat, taushetserklæring og praktisk informasjon
12/2022	Neste møte
13/2022	Eventuelt

**Vedtak:** Innkalling og saksliste godkjennes

**Sak 09/2022 Godkjenning av referat fra Ungdomsrådsmøte 24. januar 2022**

**Vedtak:** Referat fra Ungdomsrådsmøte 24. januar godkjennes.



## **Sak 10/2022 Presentasjon av det nye Ungdomsrådet**

Ungdomsrådskoordinator i Finnmarkssykehuset Beate Juliussen innledet i saken. Alle presenterte seg.

### **Vedtak:**

Informasjon tas til orientering

## **Sak 11/2022 Ungdomsrådet: bakgrunn, mandat, taushetserklæring og praktisk informasjon**

Ungdomsrådskoordinator i Finnmarkssykehuset, Beate Juliussen innledet i saken.

### **Vedtak:**

Informasjon tas til orientering

## **Sak 12/2022 Neste møte**

Forslag til dato for første helgesamling:  
6.-8. mai eller 3.-5 juni i Kirkenes. Beate sender ut e-post for å få satt dato for møtet.

## **Sak 13/2022 Eventuelt**

Det fremkom ingen saker under eventuelt.

*Referatet godkjennes på neste møte*

Kopi til:

- Styret i Finnmarkssykehuset HF (referatsak på styremøte 27.-28. april 2022)
- Foretaksledelsen ved Finnmarkssykehuset HF (referatsak på strategisk ledermøte 26. april 2022)
- Brukerutvalget Finnmarkssykehuset HF
- Ungdomsrådet Nordlandssykehuset
- Ungdomsrådet UNN
- Regionalt Brukerutvalg



## **Referat møte i Brukerutvalget 20. april 2022**

**Sted:** Fysisk, Nordlandssykehuset sentrum parkveien 95

**Tidspunkt:** 10:00 til 16:00.

**Lenke til sakspapirer:** [Her](#)



Deltagere:		Tilstede	Meldt forfall
Paul Daljord – leder	FFO – Funksjonshemmedes fellesorganisasjon	X	
Gunn Strand Hutchinson – nestleder	SAFO – Samarbeidsforum av funksjonshemmedes organisasjoner	X	
Ole André Korneliussen	Mental Helse	X	
Marie Dahlskjær	FFO – Funksjonshemmedes fellesorganisasjon	X	
Gunn Varberg Blandford	Kreftforeningen		X
Wiggo Nilsen	Nordland fylkes eldreråd	X	
Linn Christin Sørtorp	RIO – Rusmisbrukernes interesseorganisasjon	X	
Anna-Emilie Langås Vadnem	Samisk representant	X	
Danielle Johanna Hansen	Ungdomsrådet	X	
<b>Fra Nordlandssykehuset:</b>			
Siri Tau Ursin	Administrerende direktør	Sak 040/2022	
Sissel Eidhammer	Saksbehandler/sekretær	X	
Gro Ankill	Direktør for stab, innkjøp og logistikk	Sak 035/2022	
Marit Barosen	Økonomisjef	Sak 036/2022	
Hilde Svartsund	Enhetsleder PHR Lofoten og Vesterålen distriktpsikiatrisk senter (LOVE DPS)	Sak 037/2022	

## Saksliste:

<b>033/2022</b>	Godkjenning av innkalling og saksliste
<b>034/2022</b>	Godkjenning av referat møte 16. mars
<b>035/2022</b>	Opplæring
<b>036/2022</b>	Virksomhetsrapport Nordlandssykehuset
<b>037/2022</b>	Evaluering av Enhet for Kognitiv Terapi Leknes og mulig ny organisering av enheten
<b>038/2022</b>	Oppnevninger
<b>039/2022</b>	Status prosjekter/utvalg/forskning Nordlandssykehuset
<b>040/2022</b>	Administrerende direktør orienterer om aktuelle saker
<b>041/2022</b>	Ungdomsrådets leder orienterer om ungdomsrådets arbeid
<b>042/2022</b>	Referatsaker/Eventuelt/Innspill til saker

Saksnr.	Saksfremstilling
033/2022	<p><b>Godkjenning av innkalling og saksliste</b></p> <p>Vedtak:  <b>Innkalling og saksliste godkjennes.</b></p>
034/2022	<p><b>Godkjenning av referat møte 16. mars</b></p> <p>Vedtak:  <b>Referatet fra møtet 16. mars godkjennes.</b></p>
035/2022	<p><b>Opplæring</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Alle ble oppfordret til å gjennomføre <i>Nettkurs for brukermedvirkere på systemnivå i</i> forkant av møtet. <a href="#">Lenke til kurs her</a>.</li> <li>○ Side med definisjon på begreper og noen ord og forkortelser som blir mye brukt i saker som handler om spesialisthelsetjenesten. Lenke <a href="#">her</a></li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>Velkommen til Nordlandssykehuset</b> v/ administrerende direktør Siri Tau Ursin</li> <li>● <b>Å være brukermedvirker ved NLSH</b> v/ leder Paul Daljord</li> <li>● <b>Praktisk informasjon</b> v/ direktør for stab, innkjøp og logistikk, Gro Ankill og koordinator brukerutvalget, Sissel Eidhammer</li> </ul> <p>Vedtak:  <b>Brukerutvalget tar informasjonen til orientering.</b></p>
036/2022	<p><b>Virksomhetsrapport Nordlandssykehuset</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Virksomhetsrapporten oppsummerer forhold ved driften av Nordlandssykehuset.</li> <li>● Lenke til side med ordforklaringer <a href="#">her</a>.</li> </ul> <p>Marit Barosen, Økonomisjef, ga en kort presentasjon av virksomhetsrapport for mars 2022 og svarte spørsmål.</p> <p>Vedtak:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b>Brukerutvalget ser med stor bekymring på at ventetiden for habiliteringstjenester for barn og unge over lang tid har vært over et halvt år, og at ventetiden for psykisk helsevern barn og unge, samt for voksne, fortsatt er over to måneder. Brukerutvalget ber om nærmere rapportering på disse områder i neste virksomhetsplan.</b></li> </ol>

	<p><b>2. Den store økningen i innleid arbeidskraft, særlig for sykepleiere, er urovekkende. Brukerutvalget ber Regionalt brukerutvalg (RBU) ta opp denne problemstillingen med det interregionale brukerutvalget.</b></p>									
037/2022	<p><b>Evaluering av Enhet for Kognitiv Terapi Leknes og mulig ny organisering av enheten</b></p> <p>Hilde Svartsund, Enhetsleder Lofoten og Vesterålen distriktspysykiatrisk senter (LOVE DPS), ga en kort orientering, digitalt, og besvarte spørsmålene som kom i møtet.</p> <p><b>Vedtak:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li><b>1. Brukerutvalget takker for orienteringen.</b></li> <li><b>2. Brukerutvalget stiller seg bak følgende deler av forslag 3: <i>En legger Enhet for kognitiv terapi (EKT) Leknes og Enhet for kognitiv terapi (EKT) Svolvær inn i samme enhet som voksenpsykiatrisk enhet (VOE) Lofoten, men organiserer disse som 3 team. Allmenteam, Enhet for kognitiv terapi (EKT) Gravdal og Enhet for kognitiv terapi (EKT) Svolvær. De får felles enhetsleder, en oppretter ass enhetslederstilling og de får felles forløpskoordinator.</i></b></li> <li><b>3. Brukerutvalget ønsker at Enhet for kognitiv terapi (EKT) Leknes forblir i dagens lokaler, dersom flyttingen innebærer at det ikke er mulig til å bruke lokalene og fasilitetene på samme måte som i dag.</b></li> </ol>									
038/2022	<p><b>Oppnevninger</b></p> <table border="1" data-bbox="300 1099 1289 2004"> <thead> <tr> <th data-bbox="300 1099 630 1151">Prosjekt</th> <th data-bbox="630 1099 960 1151">Brukerrepresentant</th> <th data-bbox="960 1099 1289 1151">Kontaktperson</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="300 1151 630 1794"> <p><b>1. Innovasjonsprosjekt: Medisinsk avstandsoppfølging innen klinisk ernæringsbehandling i spesialist og primærhelsetjenesten. Utvikle digital oppfølging av ernæringsbehandling for pasienter som skrives ut fra NLSH Stokmarknes.</b></p> </td> <td data-bbox="630 1151 960 1794">Paul Daljord</td> <td data-bbox="960 1151 1289 1794"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="300 1794 630 2004"> <p><b>2. Innovasjonsprosjekt: Hjemmebehandling med intravenøst antibiotika. I</b></p> </td> <td data-bbox="630 1794 960 2004">Gunn Hutchinson</td> <td data-bbox="960 1794 1289 2004"></td> </tr> </tbody> </table>	Prosjekt	Brukerrepresentant	Kontaktperson	<p><b>1. Innovasjonsprosjekt: Medisinsk avstandsoppfølging innen klinisk ernæringsbehandling i spesialist og primærhelsetjenesten. Utvikle digital oppfølging av ernæringsbehandling for pasienter som skrives ut fra NLSH Stokmarknes.</b></p>	Paul Daljord		<p><b>2. Innovasjonsprosjekt: Hjemmebehandling med intravenøst antibiotika. I</b></p>	Gunn Hutchinson	
Prosjekt	Brukerrepresentant	Kontaktperson								
<p><b>1. Innovasjonsprosjekt: Medisinsk avstandsoppfølging innen klinisk ernæringsbehandling i spesialist og primærhelsetjenesten. Utvikle digital oppfølging av ernæringsbehandling for pasienter som skrives ut fra NLSH Stokmarknes.</b></p>	Paul Daljord									
<p><b>2. Innovasjonsprosjekt: Hjemmebehandling med intravenøst antibiotika. I</b></p>	Gunn Hutchinson									

	<p><b>dag har vi flere pasientgrupper innlagt som får langvarig iv antibiotika på sykehus. Mange av disse er oppegående og kunne fint fått behandling hjemme hvis dette var mulig.</b></p>			
	<p><b>3. Etablering av rusakutt Psykisk helse og rusklinikken – Forprosess</b></p>	Carl Eliassen	Kontaktperson: Linn Sørtorp	
	<p><b>4. Et mer barnevennlig sykehus</b></p>	Marie Dahlskjær		
	<p><b>5. Forbedring av sekundærprofylakse ved hjerneslag – Gjennomgang av brosjyre, slagkort og utskrivelsesinfo</b></p>	Koordinator tar kontakt med landsforeningen for hjerneslag		
	<p><b>6. Innovasjonsprosjekt: fokus er på implementering av fiberoptisk, endoskopisk evaluering av svelgfunksjon (FEES). FEES er en metode for diagnostisering av spise- og svelgefunksjon</b></p>	Koordinator tar kontakt med CP-foreningen ALS-foreningen		
	<p><b>7. Alle pasienter får time til rett tid - Barneklubben</b></p>	Brukerutvalgets representanter bes foreslå aktuell kandidat. Må være en forelder som har erfaring med barneklubben/ventetid	Kontaktperson: Marie Dahlskjær	



		Marie videreformidler til aktuell kandidat.	
	<b>8. Tidlig integrasjon av palliativ behandling av barn og unge i Nordland (Prosjekt 22 i oversikten)</b>	<p>Ønsker <u>en til</u> brukerrepresentant som har erfaring med:</p> <p><b>Overganger:</b> Sykehus komme, gjerne med barn som har vært syk over lengre tid, nevrologisk, kronisk syk over år</p> <p>Koordinator tar kontakt med Løvemammaene</p>	
	<b>9. Hva er viktig for deg dagen</b>	<p>Onsdag 9. juni 2022 markeres «<b>Hva er viktig for deg?</b>»- dagen ved Nordlandssykehuset. Denne dagen oppfordres alle ansatte til å spørre pasienter og pårørende "Hva er viktig for deg?".</p> <p>Ønsker representant fra brukerutvalget på stand (noen timer) følgende lokasjoner:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Psykisk helse- og rusklinikken</li> <li>• NLSH sentrum</li> <li>• Vesterålen</li> <li>• Lofoten</li> </ul> <p>Tidspunkt avtales nærmere.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Psykisk helse- og rusklinikken: Ungdomsrådet oppnevnr</li> <li>• NLSH sentrum: Gunn Strand Hutchinson, 10:00 til 12:00</li> <li>• Vesterålen: Paul Daljord, Mai-Helen</li> <li>• Lofoten: Ole Andre</li> </ul>
	<p><b>Vedtak:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Brukerutvalget oppnevner brukerrepresentanter slik det fremkommer av tabell.</li> <li>2. Arbeidsutvalget gis fullmakt til å oppnevne brukerrepresentant i de prosjektene som mangler.</li> </ol>		
039/2022	<b>Status prosjekter/utvalg/forskning Nordlandssykehuset</b>		
	Prosjekt/utvalg	Brukerrepresentant	Status

	<b>1. Representant styret Nordlandssykehuset</b>	Paul Daljord	Aktuelle styresaker: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Budsjet</li> <li>• Oppnevning av nytt ungdomsråd/brukerutvalg</li> <li>• Årsmelding brukerutvalg/ungdomsråd</li> </ul>	
	<b>2. Strategisk samarbeidsutvalg Helsefelleskap)</b>	Gunn Strand Hutchinson, <i>vara: Leder av Ungdomsrådet, Danielle Johanna Hansen</i>	Første møte 09. mai 2022. Danielle deltar på dette møtet.  Beslutningssak: Mandat for samarbeid når det gjelder kreft. Arbeidsgruppe som har jobbet med mandatet. Brukerutvalget har foreslått at det skal være to representanter.	
	<b>3. Klinisk Etisk Komite (KEK)</b>	Kitt-Anne Hansen <a href="mailto:kitt-anne.hansen@rio.no">kitt-anne.hansen@rio.no</a> <i>vara: Helge Jenssen jenssen.helge@gmail.com</i>	Planlegger regional samling i juni: tema hvordan få ut informasjon  Kontaktperson: Gunn Strand Hutchinson	
	<b>4. Driftsrådet til pasient- og pårørendetorget</b>	Linn Christin Sørtorp, <i>vara: Viktor Torrisen</i>	Skal være et møte i juni	
	<b>5. Sykehusapotek Nord HF (SANO)</b>	Cicile Toresen (Cicilie.Toresen@em1nn.no ), <i>vara: Anne</i>	Skal være møte 22. mars.  Kontaktperson: Anna-Emilie	

	<p>6. <b>Forskningsutvalget NLSH</b></p>	<p>Helge Jensen  <a href="mailto:Jenssen.helge@gmail.com">Jenssen.helge@gmail.com</a></p>	<p>Ingenting nytt å melde.           Kontaktperson: Paul Daljord</p>
	<p>7. <b>Prosjekt SamStrømming: Samhandlingsprosjekt e-Konsultasjon mellom Bodø kommune og Nordlandssykehuset</b></p>	<p>Helge Jenssen  <a href="mailto:Jenssen.helge@gmail.com">Jenssen.helge@gmail.com</a></p>	<p>Ingenting nytt å melde.           Kontaktperson: Gunn Strand Hutchinson</p>
	<p>8. <b>Medlem av styret i Flexible Assertive Community Treatment (FACT) Lofoten</b></p>	<p>Ivar Martin Nordgård  <a href="mailto:ivar.martin.nordgard@lofotkraft.net">ivar.martin.nordgard@lofotkraft.net</a></p>	<p>FACT hadde offentlig støtte i 3 år. Vurderes nå fra prosjekt til etablert drift. Styringsgruppa anbefaler en videreføring.           Kontaktperson: Ole Andre Korneliussen</p>
	<p>9. <b>HelseArbeid poliklinikken</b></p>	<p>Sarah Isabel Corneliussen Dahl  <a href="mailto:Sarah_isabel_87@hotmail.com">Sarah_isabel_87@hotmail.com</a>)</p>	<p>Prosjektleder gir en skriftlig orientering i løpet av våren 2022           Kontaktperson: Wiggo Nilsen</p>
	<p>10. <b>Kurs brukermedvirkning</b></p>	<p>Carl Eliassen  <a href="mailto:Carl@marborg.no">Carl@marborg.no</a></p>	<p>Blir kurs igjen til høsten 2022</p>
	<p>11. <b>«Telemedical evaluation of surgical patient. A pilot study evaluating safety, feasibility and financial implications».</b></p>	<p>Jan Arntzen  <a href="mailto:jan.arntzen@outlook.com">jan.arntzen@outlook.com</a>           Kontaktperson: Mai-Helen Walsnes</p>	<p>Koordinator forsøker å få kontakt           Må oppnevnes ny kontaktperson           Koordinator sendt mail til brukerrepresentant 12.04.2022</p>
	<p>12. <b>KlinReg-prosjektet "Likeverdige helsetjenester - uansett hvor du bor?"</b></p>	<p>Mai-Helen Walsnes  <a href="mailto:mai-helen.walsnes@vkbb.no">mai-helen.walsnes@vkbb.no</a></p>	<p>Må oppnevnes kontaktperson:           Kontaktperson: Anna-Emilie Langås Vadnem</p>

	13. «Prehospital minutes count during a stroke. Factors associated with prehospital delays with data from various regions in Norway and one region in Switzerland»	Paul Amundsen <a href="mailto:paamundsen@hotmail.com">paamundsen@hotmail.com</a> )	Orientering fra prosjektleder Ida Bakke og brukerrepresentant, 18. mai 2022.  Kontaktperson: Wiggo Nilsen
	14. Multifamilieterapi i behandling av alvorlige spiseforstyrrelser hos unge, voksne kvinner	Ragni Adelsten Stokland <a href="mailto:ragnias@gmail.com">ragnias@gmail.com</a>	Ingenting nytt å melde  Kontaktperson: Linn Christin Sørtorp
	15. Unge kvinner med alvorlige spiseforstyrrelser - foreldre og søskens erfaringer.	Ragni Adelsten Stokland <a href="mailto:ragnias@gmail.com">ragnias@gmail.com</a>	Kontaktperson: Linn Christin Sørtorp  Telefonnummer
	16. Tannhelse, kosthold inflammasjon og biomarkører ved akutt intermitterende porfyri	Merete Johansen <a href="mailto:Merejo2@outlook.com">Merejo2@outlook.com</a>	Ingen respons, skal finne telefonnummer  Koordinator kontaktet brukerrepresentant 12.04.2022  Kontaktperson: Gunn Strand Hutchinson
	17. Innovative Physiotherapy and Coordinatoen of Care for people with MS: A Randomized Controlled Trial and a Qualitative Study	Tone Ellevoll <a href="mailto:toneellevoll@hotmail.com">toneellevoll@hotmail.com</a> ) og Marianne Elvik <a href="mailto:marianne.elvik@gmail.com">marianne.elvik@gmail.com</a>	Ikke noe nytt siden sist  Kontaktperson: Ole André Korneliussen
	18. PhD prosjekt om måling av pasientskader som følge av kreftbehandling	Gerd Karin Bjørhovde <a href="mailto:gerd.bjorhovde@uit.no">gerd.bjorhovde@uit.no</a>	Prosjekt startet, ikke noe nytt i melde.  Kontaktperson: Gunn Strand Hutchinson

19. <b>RescueDoppler - en ny ultralydmetode for forbedret utfall av gjenoppliving etter hjertestans</b>	Karl Aagnes <a href="mailto:karl_aagnes@yahoo.no">karl_aagnes@yahoo.no</a> , 916 03 379	Ikke hørt noe. Koordinator kontaktet 12.04.2022 Må velges en ny kontaktperson
20. <b>Etablering av arena for substitusjonsbehandling for opioidavhengige i Bodø</b>	<b>Styringsgruppen:</b> Linn Christin Sørtorp Carl Eliassen  <b>Arbeidsgruppen:</b> Espen Akerborg <a href="mailto:espenjo83@gmail.com">espenjo83@gmail.com</a> Daniel Johansen danielatorbergsejohansen@gmail.com	Møte neste uke Arbeid godt i gang. Kontaktperson: Linn Christin Sørtorp
21. <b>Tidlig integrasjon av palliativ behandling av barn og unge i Nordland</b>	Heidi Øyvann <a href="mailto:Heidi.oyvann@online.no">Heidi.oyvann@online.no</a> / 907 74 944	Gunn Strand Hutchinson  Ikke vært i noe møte siden sist. To møter siden sist.
22. <b>Avansert smertebehandling med metadon - Innovativ behandling av pasienter med kroniske smerter</b>	Grete Hatlen Hansen Tlf: 482 82 259	Linn Sørtorp  Brukerrepresentant svært fornøyd med prosjektet
23. <b>Self-sustaining speculum (SSS) and prefilled induction catheter (PIC) -utvikling av nytt og forbedret utstyr til bruk ved induksjon av fødsel.</b>	Line Mathilde Karlsen <a href="mailto:Line.mathilde.karlse.n@gmail.com">Line.mathilde.karlse.n@gmail.com</a> / 482 18 262	Gunn Strand Hutchinson  Ikke startet enda.
24. <b>Brukermedvirkning i prosjektet «Sosioøkonomisk status, og økningen i psykiske helseproblemer og selvskading blant ungdom»</b>	1. Gunn Nordland <a href="mailto:gunnor@vgs.nfk.no">gunnor@vgs.nfk.no</a> Tlf: 958 66 525  2. Helge Jenssen <a href="mailto:Jenssen.helge@gmail.com">Jenssen.helge@gmail.com</a> Tlf: 957 99 639	Kontaktperson: Ole André Korneliussen

		<p>3. Danielle Johanna Hansen – Ungdomsrådet Nordlandssykehuset E-post: daniellejhansen@outlook.com Tlf: 476 06 686</p> <p>4. Lars Herman Nordland – larsnord98@hotmail.com Tlf: 905 89 763</p>		
	<p>25. <b>Prosjektsøknad til forskningsrådet om videreutvikling av digital hjemmeoppfølging. Representant fra Brukerutvalget til styringsgruppen.</b></p>	<p>Ivar Martin Nordgård <a href="mailto:ivar.martin.nordgard@lofotkraft.net">ivar.martin.nordgard@lofotkraft.net</a></p>	<p>Prosjektet er nettopp oversendt Norges forskningsråd, svar forventet august 2022</p> <p>Kontaktperson: Paul Daljord</p>	
	<p>26. <b>Nordlandssykehusets kunstutvalg</b></p>	<p>Merete Hassel hassel.merete@gmail.com</p>	<p>Kontaktperson: Gunn Strand Hutchinson</p>	
	<p>27. <b>Brukerpanel digitale pasient- og samhandlingstjenester</b></p>	<p>Linn Christin Sørtorp (Brukerutvalget)</p> <p>Viktoria Linnea Høybakk (Ungdomsrådet)</p>	<p>Gjennomført møte</p> <p>Forrige møte før påske ble avlyst, nytt møte i mai</p>	
	<p>28. <b>Forskningsprosjekt: Identifying patients at risk: how well does existing clinical prediction tools identify patients in need of intensified care. 2020 – 2023 Prosjekt hvor dødsfall ved NLSH 2018 og 2019 gjennomgås og</b></p>	<p>Mai-Helen Walsnes <a href="mailto:mai-helen.walsnes@vkbb.no">mai-helen.walsnes@vkbb.no</a></p>	<p>Arbeidet godt i gang, møte i slutten av mai</p> <p>Kontaktperson må oppnevnes: Marie Dahlskjær</p>	

beskriver pasientpopulasjonen.		
29. <b>Prosjekt: Kommunikasjon med pasienter som er lagt inn på akuttmottak med akutte brystmerter. Prosjekt hvor man videofilmer kommunikasjonen mellom lege og pasient i akuttsituasjoner.</b>	Mai-Helen Walsnes <a href="mailto:mai-helen.walsnes@vkbb.no">mai-helen.walsnes@vkbb.no</a>	Arbeidet godt i gang, møte i slutten av mai  Kontaktperson må oppnevnes  Kontaktperson: Marie Dahlskjør
30. <b>Oppnevning av brukerrepresentant til prosjekt Project summary SPeCT (Safer Personalised Cancer Treatment Follow-up Cancer)</b>	Elisabeth Baraa <a href="mailto:elisabeth.baraa@gmail.com">elisabeth.baraa@gmail.com</a>	Kontaktperson: Gunn Nordland
31. <b>Prosjektet pilotering av sikkerhetsløsning for monitorering av inneliggende pasienter med akutte psykiske lidelser. Skal søkes innovasjonsmidler 2022.</b>	Ole André Korneliussen	Ikke sikkert de får midler, vi får tilbakemelding etter søknad innsendt  Koordinator oversender kontakten til prosjektleder.
32. <b>Nordlandssykehusets parkeringsutvalg</b>	Gunnar Olsen <a href="mailto:gunnarolsen42@gmail.com">gunnarolsen42@gmail.com</a>	Ikke fått svar  Kontaktperson: Gunn Strand Hutchinson

Vedtak:  
**Brukerutvalget tar informasjonen til orientering.**

040/2022

**Administrerende direktør orienterer om aktuelle saker**

Administrerende direktør, Siri Tau Ursin ønsket det nye brukerutvalget velkommen og ga en kort presentasjon av seg og orienterte om aktuelle saker.

Spørsmål fra brukerutvalget:

- Det kan oppleves som forvirrende at det utlyses stillinger i den økonomiske situasjonen vi står i
- Finnes det noe tall på vikarbyråene og hvordan dette har utviklet seg over tid?

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bekymring for ventetiden som ikke går ned, særlig innenfor: habilitering og barn og unge psykiatri</li> <li>• Spørsmål om video-konsultasjoner innenfor barne- og ungdomspsykiatri</li> <li>• Lavere aktivitet i barne- og ungdomspsykiatri (BUP), håper noe kan gjøres med arbeidspresset for de ansatte</li> </ul> <p>Vedtak:  <b>Brukerutvalget takker for orienteringen.</b></p>
041/2022	<p><b>Ungdomsrådets leder orienterer om aktuelle saker</b></p> <p>Danielle Johanna Hansen, Leder Ungdomsrådet Nordlandssykehuset orienterte kort om følgende punkter:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Har gjennomført første møte med det nye Ungdomsrådet. Svær positivt møte, høyt engasjement, ser fram til det videre arbeidet</li> <li>• Skal ha helgesamling denne helga. Fokus på opplæring, hva og hvordan vi skal jobbe sammen, bli kjent som gruppe. Presentasjon av HIPPO og møte med Siri Tau Ursin siste dag for å oppsummere hva som er viktig.</li> <li>• Skal velge oss ut noen satsningsområder og verne litt om tiden vi har til møtene. Ha flere møter i arbeidsutvalget for å kunne følge opp alle sakene vi jobber mer</li> <li>• Skal søke midler til FACT UNG, samarbeid mellom Bodø kommune og Nordlandssykehuset</li> <li>• Diagnoseuavhengig kurs til høsten</li> </ul> <p>Vedtak:  <b>Brukerutvalget takker for orienteringen.</b></p>
042/2022	<p><b>Referatsaker/Innspill til saker/Eventuelt</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li><b>1. Referatsaker</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Referat møte i Brukerutvalget 17. mars 2022 Finnmarkssykehuset</li> </ul> </li> <li><b>2. Innspill til saker neste møte</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Brukerutvalget har fått flere tilbakemeldinger om pasienter som opplever utfordringer ved <b>utskrivning</b> - Utskrivningssamtaler/apoteket-klargjøring av medisiner/ pasientreiser</li> </ul> </li> <li><b>3. Eventuelt</b> <ol style="list-style-type: none"> <li><b>a) Høring:</b> <i>Avvikling av godkjenningsordningen i fritt behandlingsvalg.</i> Høringsfrist 01. juli.</li> <li><b>b) Spørsmål fra brukerutvalget:</b> <i>Hvordan har substitusjonsbehandlingen vært for andre typer enn opiatavhengighet i NLSH under pandemien?</i></li> </ol> </li> </ol> <p>Vedtak:  <b>1. Brukerutvalget tar referatsaken til orientering.</b></p>



- |  |   |
|--|---|
|  | <ol style="list-style-type: none"><li>2. Brukerutvalget ønsker en orientering om rutinene for utskriving av pasienter på neste møte.</li><li>3. Brukerutvalget takker for orienteringen om hvordan substitusjonsbehandlingen vært for andre typer enn opiatavhengighet i NLSH under pandemien, men understreker at det må være orientert om dette til brukergruppene det gjelder.</li></ol> |
|--|---|

### Oppfølgingsaker

1. Busstrasé Nordlandssykehuset
2. Regionale funksjoner med særfinansiering – informasjon om prosjekt ny orientering i september
3. Kontaktlege
4. Koordinator for personer med sammensatte og langvarige behov
5. Frivillighet Nordlandssykehuset
6. Brukerutvalget ønsker en orientering om rutinene for utskriving av pasienter
7. Spørsmål spilt inn fra Brukerutvalget i forkant: *Spørsmål om hvorfor 100 % stilling som Barne- og ungdomspsykiater i CL1-teamet står vakant - Møte 18. mai*

---

<sup>1</sup> CL (consultation-liaison) er den internasjonale betegnelsen på arbeidet som gjøres av psykologer og psykiatere innenfor fysiske sykdommer av akutt, langvarig og alvorlig grad



## Protokoll

Møte: Brukerutvalgsmøte i Helgelandssykehuset HF

Tid: 20. april 2022, kl. 09.00 – 14.00

Møtested: HR-/Samhandlingsavdelinga i Mosjøen

### Innkalt:

Deltagere	Funksjon	Organisasjon	Tilstede	Meldt forfall
<i>Anne Lise Bryggfeld</i>	<i>Leder</i>	<i>SAFO</i>		X
Hugo Sandoval	Medlem	Mental Helse	X	
Tove Linder Aspen	Medlem	Ivareta	X	
Jan Sundset	Medlem	Samisk befolkning	X	
Grete Bang	Medlem	Eldrerådet	X	
Dag Utnes	Medlem	Kreftforeningen	X	
Steinar Arnesen	Medlem	FFO	X	
Ija Nilsen	Medlem	RIO	X	
Rigmor Røberg	Vara	Kreftforeningen	X	
Hilde Valrygg Vik	Vara	FFO	X	
<i>Liv Jamtli</i>	<i>Vara</i>	<i>FFO</i>		X
<i>Bjørn Helge Hansen</i>	<i>Vara</i>	<i>Eldrerådet</i>		X
<b>Fra Helgelandssykehuset</b>				
Hulda Gunnlaugsdottir	Adm. dir		x	
Knut Roar Johnsen	Samhandlingssjef		x	
Tove Lill Falstad	Rådgiver		x	
<i>Ole Hope</i>	<i>Prosjektdirektør</i>			X
Hanne Hoff Hansen	Urolog		x	
Leif Morten Aas	Rådgiver		x	
Hanne Frøyshov	Medisinsk direktør		(x)	
Merethe Myrvang	Rådgiver		x	
<i>Sissel Karin Andersen</i>	<i>Organisasjonsdirektør</i>			X
Beate Aspdal	Utviklingsjef		x	
Fred Mürer	Seniorrådgiver		x	

### Saksliste



- Sak 16/2022 Godkjenning av innkalling og saksliste**
- Sak 17 /2022 Godkjenning av protokoll fra møte i brukerutvalget 18. februar 2022**
- Sak 18/2022 Orienteringssaker fra medlemmer**
- Sak 19/2022 Handlingsplan for BU – Eksempel fra NLSH sendt ut som sakspapir**
- Sak 20 /2022 Referatsaker**
- Sak 21/2022 ForBedrings - undersøkelsen 2022**
- Sak 22/2022 Presentasjon av forskningsprosjekt innen prostatakraft**
- Sak 23/2022 Status for klinisk gjennomgående organisering (KGO)**
- Sak 24/2022 Nye Helgelandssykehuset**
- Sak 25/2022 Oppdragsdokument 2022**
- Sak 26/2022 Muntlig orientering fra administrasjon/AD**
- Sak 27/2022 Faglig strategisk utviklingsplan**
- Sak 28/2022 Økonomisk status i Helgelandssykehuset**
- Sak 29/2022 Eventuelt**

Lenke til sakspapirer [finner du her](#)

Opplæring av nytt brukerutvalg ble gitt i opplæringsseminar 19. april.

---

## PROTOKOLL

### **Sak 16/2022 Godkjenning av innkalling og saksliste**

Vedtak: Godkjent. Innkalling skal sendes digitalt til alle, og sakspapirer gjøres tilgjengelig på papir for de som har behov for det.

### **Sak 17 /2022 Godkjenning av protokoll fra møte i brukerutvalget 18. februar 2022**

Vedtak: Protokollen godkjennes. Sak 12 bes fulgt opp av samhandlingssjef, og det må gis tilbakemelding til brukerutvalget.

### **Sak 18/2022 Orienteringssaker fra medlemmer**

Grunnet sykdom har noen vært forhindret fra å møte i grupper de er oppnevnt i denne våren. Andre informerer om medvirkning i funksjonsgruppemøter i Nye Helgelandssykehuset. Representantene savner å kunne diskutere sakene med øvrige medlemmer i brukerutvalget. Det er en arbeidskrevende jobb. Det støttes av øvrige medlemmer.

Vedtak: Brukerutvalget ønsker at det settes opp teamsmøte for diskusjon internt i brukerutvalget ang. medvirkning i funksjonsgrupper.

### **Sak 19/2022 Handlingsplan for BU – Eksempel fra NLSH sendt ut som sakspapir**



Handlingsplan for brukerutvalget foreslås som et nytt tiltak for å strukturere eget arbeid. Det vises til eksempel fra Nordlandssykehuset.

Vedtak: Brukerutvalget vedtar at det skal jobbes med å lage egen handlingsplan for brukerutvalgets arbeid. Utkast til plan fremlegges i brukerutvalgets møte 15. juni.

### **Sak 20 /2022 Referatsaker**

Vedtak: Referatene tas til orientering.

### **Sak 21/2022 ForBedrings - undersøkelsen 2022**

Presentasjon av Leif Morten Aas om medarbeiderundersøkelsen som er gjennomført i Helgelandssykehuset. Det er en nasjonal arbeidsgruppe som har laget undersøkelsen. Generelt rapporteres det høy trivsel og godt arbeidsmiljø, men rapporten viser også at Helgelandssykehuset har områder det skal jobbes videre med avdelingsvis.

Vedtak: Brukerutvalget tar saken til orientering.

### **Sak 22/2022 Presentasjon av forskningsprosjekt innen prostatakraft**

Presentasjon av et prosjekt som viser nytten av forbedringsinnspill fra brukerrepresentant. Presentasjon ble holdt av urolog Hanne Hoff Hansen. Dag Utnes var brukerrepresentanten som satte fokus på problemet ved biopsi av prostata. Nå er ny metodikk og nytt medisinsk utstyr tatt i bruk. Resultatene er veldig gode. Pr. i dag er det kun Helgelandssykehuset som tilbyr denne utredningen i Helse Nord, men man tror dette blir framtidens prosedyre selv om det tar litt lenger tid og kan være mer ubehagelig. Konsekvensene av utredningen er betydelig mindre.

Utnes meldte inn sitt forslag til utviklings-/forskningsprosjekt via lenke til Induct. Ideer deles med Helgelandssykehuset via denne lenken: <https://hsyk.induct.no/public>

Vedtak: Brukerutvalget takker for informasjonen og tar saken til orientering. Applaus til Dag Utnes for innspillet til forbedring.

### **Sak 23/2022 Status for klinisk gjennomgående organisering (KGO)**

Prosjektleder Beate Aspdal presenterte trinn 2 i omorganiseringsprosessen til klinisk gjennomgående organisering av Helgelandssykehuset. I trinn 2 skal det jobbes blant annet lederstruktur ned i organisasjonen, navneharmonisering med resten av Helse Nord, organisering av leger, medisinsk rådgivning, støttefunksjoner og så videre. Det foreligger forslag om å ha en gjennomgående faglig organisering i alle klinikkene. Ferdigstilles ved nyttår, men planen har milepæler for prosess og beslutningstaking gjennom hele 2022.



Vedtak: Brukerutvalget tar informasjonen til orientering og vil påpeke hvor viktig det er at prosjektet legger til rette for reell medvirkning fra ansatte og tillitsvalgte.

#### **Sak 24/2022 Nye Helgelandssykehuset**

Merethe Myrvang er prosjektkoordinator for Nye Helgelandssykehuset. Hun orienterte om justert framdriftsplan. Målet er å få sendt en søknad om lån til prosjektet innen medio desember 2022. Pr. i dag er arkitekter i gang med å tegne ulike alternativer for nye sykehusbygg. Disse presenteres for funksjonsgruppene der brukerrepresentantene er involvert i alle gruppene. BU har også to representanter i kontaktgruppen. Kontaktgruppen har vært på befaring på store sykehus sør i Norge. Det ønskes innspill fra brukerrepresentant basert på denne befaringsrunden. Presentasjonen som ble holdt i møtet vedlegges protokollen.

Vedtak: Brukerutvalget takker for god informasjon og saken tas til orientering.

1. Brukerutvalget oppnevner Hugo Sandoval som brukerutvalgets representant i styringsgruppa. Tove Linder stiller som vara.
2. Befaringsrapporten fra kontaktgruppen skal sendes ut til brukerutvalget når den er ferdigstilt.

#### **Sak 25/2022 Oppdragsdokument 2022 m/tilleggsliste**

Fred Mürer anbefaler brukerutvalget å lese igjennom oppdragsdokumentet fra Helse Nord. Det er et konkret dokument som skisserer årets oppdrag og krav til helseforetakene. Presentasjonen som ble holdt i møtet vedlegges protokollen. Foretaksspesifikt krav for 2022 for Helgelandssykehuset er å styrke samarbeidet med frivillige organisasjoner i samarbeid med brukerutvalget. Oppfølgingen av dette punktet er lagt til samhandlingsavdelingen. Alle punktene i Oppdragsdokumentet er fordelt til ulike avdelinger i helseforetaket.

Vedtak: Oppdragsdokumentet med tilleggsliste tas til etterretning.

1. Saken om å styrke samarbeidet med frivillige organisasjonene må følges opp i videre arbeid og inkluderes i årets handlingsplan for brukerutvalget.
2. Nye Helgelandssykehuset bør opprette et brukerkontor som bemannes med frivillige organisasjoner og pasientforeninger.

#### **Sak 26/2022 Muntlig orientering fra administrasjon**

- Administrerende direktør orienterte om åpning av DMS i Brønnøysund 22. april. Helseministeren vil være til stede. Da skal helseministeren få orientering om blant annet Helserom Helgeland som er et stort samhandlingsprosjekt på Helgeland som handler om lokal helsehjelp med avstandsoppfølging.

To nye utdanninger på Helgeland:



- Desentralisert sykepleierutdanning 4 år i Sandnessjøen. Driftes av VID, en non-profit organisasjon. Kunnskapsdepartementet har innvilget finansiering for oppstart av nytt kull med 40 studieplasser.
- E-helse – masterprogram i Mo i Rana. Ny utdanning som starter opp til høsten. 70 søkere til 15 plasser.

Vedtak: Brukerutvalget takker for informasjonen.

1. Grete Bang møter på åpningen av DMS i Brønnøysund som representant for brukerutvalget.

### **Sak 27/2022 Faglig strategisk utviklingsplan**

Vedtak: Saken utsettes til juni-møte.

1. Dag Utnes blir med som brukerrepresentant i arbeidet med faglig strategisk utviklingsplan.

### **Sak 28/2022 Økonomisk status i Helgelandssykehuset**

Administrerende direktør orienterte om den økonomisk situasjon i Helgelandssykehuset. Lånesøknaden for Nye Helgelandssykehuset skal sendes i desember i år. For å oppnå en bærekraftig økonomi i Helgelandssykehuset forutsetter det effektivisering av drift i år.

Vedtak: Brukerutvalget tar saken til etterretning.

### **Sak 29/2022 Eventuelt**

Oppnevning av brukerrepresentant til forskningsprosjekt Bulbitech:

1. Hilde Valrygg Vik. Jan Sundset stiller som vara dersom Hilde blir forhindret fra å delta.

Flyktningsituasjonen: Samhandlingssjef orienterte om samarbeid med kommunene ang. flyktningsituasjonen og flyktningers behov for medisinsk behandling. Helgelandssykehuset er godt forberedt.

## **Referat helgesamling Ungdomsrådet Nordlandssykehuset**

**Sted:** Scandic Havet

**Tidspunkt:** 22. april kl. 16.00 til 24. april kl. 15.00

**Sakspapirer:** Legges ut på nett, [lenke her](#).



Deltagere:		Tilstede	Meldt forfall
Danielle Johanna Hansen	Leder	X	
Olav Wiik Moland	Nestleder	X	
Susanne Regine Inga	Samisk representant	X	
Linea Vold		X	
Lea Hasse		X	
Trine Lise Antonsen			X
Karoline Steffensen		X	
Mari-Sofie Nordland		X	
Lina Ramberg Aas		Fredag 22. april	
Nikolai Heldahl		X	
Vinjar Meosli		X	
Håvard Moland		X	
<b>For Nordlandssykehuset</b>			
Sissel Eidhammer	Saksbehandler/koordinator		
Kirsti Jørgensen	Kontaktperson Psykisk helse- og rusklinikken	X	
Marianne Sivertsen	Kontaktperson Psykisk helse- og rusklinikken		X
Tone Johnsen	Kontaktperson Medisinsk klinikk		X
Silje Hageengen Lundeng	Kontaktperson Barneklubben	Deltar lørdag	
Jørgen Edvindsen	Barneklubben	Sak 10/2022	
Siri Tau Ursin	Administrerende direktør	Sak 13/2022	

Saksliste:	
<b>07/2022</b>	Godkjenning av innkalling og saksliste
<b>08/2022</b>	Godkjenning av referat møte 31. mars
<b>09/2022</b>	Gruppearbeid
<b>10/2022</b>	Presentasjon av HIPPO
<b>11/2022</b>	Oppdrag
<b>12/2022</b>	Gruppearbeid
<b>13/2022</b>	Innspill til direktør
<b>14/2022</b>	Eventuelt



Saksnummer	Sak
07/2022	<p><b>Godkjenning av innkalling og saksliste</b></p> <p>Vedtak:  <b>Innkalling og saksliste godkjennes.</b></p>
08/2022	<p><b>Godkjenning av referat møte 31. mars</b></p> <p>Vedtak:  <b>Referat fra møtet godkjennes.</b></p>
09/2022	<p><b>Gruppearbeid</b></p> <p><u>Områder som ble jobbet med gjennom hele helga:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Gjennomgang av tidligere hovedsaker</li> <li>2) 10 tiltak for å skape et godt sykehus for barn og ungdom</li> <li>3) Fokusområder for denne perioden</li> <li>4) Felles grupperegler</li> <li>5) Om meg og hvordan jeg liker å jobbe (egne ark)</li> </ol> <p>Gjennom helga jobbet Ungdomsrådet med hva som er viktig for barn og ungdom på sykehuset. Dette arbeidet resulterte i listen: <b>10 tiltak for å skape et godt sykehus for barn og ungdom.</b></p> <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; margin-top: 10px;"> <p style="text-align: center;"><b>10 tiltak for å skape et godt sykehus for barn og ungdom</b>  <i>Hva mener vi er viktig for barn og ungdom på Nordlandssykehuset?</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Det må lages rutiner for gode overganger på alle relevante avdelinger.</li> <li>2. Aldersgrensen på barneavdelingen må økes til 18 år.</li> <li>3. Ventetiden for barn og unge i psykiatrien og barnehabilitering må ned.</li> <li>4. Det må opprettes en barne- og ungdomsklinikk.</li> <li>5. Vi må ha et brukervennlig tilbakemeldingssystem, og tjenester som tar tilbakemeldingene på alvor.</li> <li>6. Vi ønsker muligheten for å få timer på ettermiddagen, etter jobb og skole.</li> <li>7. Vi ønsker et ungdomsrom der ungdom kan oppholde seg når de er på sykehus.</li> <li>8. Kommunikasjonen med barn og ungdom må bli bedre – vi må møtes <i>der vi er</i>.</li> <li>9. Samarbeidet mellom dere må bli bedre, internt i sykehuset og mellom skole/kommune/sykehus, og koordinatorsystemet må funke.</li> <li>10. Tilbudet til skeive og transpersoner må bli bedre, og de må bli møtt på en respektfull måte.</li> </ol> </div>

## **Fokusområder for denne perioden:**

### **1. Kommunikasjonen med ungdom må bli bedre**

- Hør på oss, vi vet selv best hva som plager oss
- Forklar diagnosen sånn at vi forstår
- Les journalen før vi kommer
- Ikke snakk over hodene våre, forklar med vanlige ord
- Vi trenger informasjon i etterkant om det som har skjedd, og mulige ettervirkninger
- Ikke bare snakk med oss om sykdom, snakk også om positive ting

### **2. Samarbeidet rundt oss er viktig**

- Kommunikasjon mellom avdelingene må bli bedre, de må snakke sammen sånn at vi slipper å være bindeleddet
- Vi må slippe å bruke tid på å sette inn legen/behandler i sykdomshistorien
- Kommunikasjonen mellom arne- og ungdomspsykiatrien og skolen vært bedre.
- Samarbeidet mellom somatikken og psykiatrien er kjempeviktig man må, *se hele mennesket*.

### **3. Helsetjenester til skeive og transpersoner**

- Hvordan man behandler transpersoner og respekt for denne gruppen
- Får tilbakemeldinger om situasjoner der man ikke blir møtt på en god måte

### **4. Stabilitet i behandlingen**

- Det er veldig mye utskiftning av personell, og det er veldig vanskelig å skulle bygge opp relasjonen på nytt.
- Overgangen mellom ulike leger/psykologer, vi må hele tiden må fortelle alt på nytt

### **5. Mer ungdomsvennlig behandling**

- Ofte et problem når du er på sykehus at du ikke vet hvordan ting fungerer. Når du er på voksenavdelingen som 14-åring er det viktig at du får informasjon om at du har et valg om å være på barne- eller voksenavdeling.
- Mer kunnskap og informasjon om tjenester og mulig behandling, særlig behandling andre steder i landet.
- Ikke sett diagnoser før man er sikker på at det er rett diagnose og ikke send oss hjem for tidlig
- Aldri gi viktig informasjon over telefon, det må være kort tid mellom innkalling og time på dårlige beskjeder og gi oss svar på undersøkelser og prøver selv om det ikke er noe galt.
- At man må kunne dra til BUP uten foreldre. Du får ikke alltid sagt like mye når de er der.
- Flere timer på en dag i stedet for på flere dager
- Gi beskjed om timene – får ikke beskjed om at vi har time og derfor møter vi ikke opp til timen
- Gi tid til de som ikke krever tid, de som roper høyest får mest oppmerksomhet

- Når man får en kompleks diagnose, mye blir glemt, og man har rett til *koordinator for personer med langvarige og komplekse behov*. Dette får vi ikke beskjed om

### 6. Pårørende

- Ta vare på de som er pårørende, også søsken. Veldig viktig at pårørende søsken følges opp, ofte foreldrene som får best mest informasjon (legespråk)
- Muligheten til å involvere pårørende, også de som ikke er i familien, for eksempel venner, kjæreste.

### Arbeid vi ønsker å jobbe særskilt med/arbeidsgrupper, utvalg:

- Holdningsarbeid: Å bli sett på som et helt menneske
- Pårørende: Mari-Sofie, Susanne og Trine Lise

#### Grupperegler for Ungdomsrådet Nordlandssykehuset

1. Ha respekt for hverandre og ta hensyn til at alle har forskjellige behov
2. Ikke avbryt hverandre
3. Vær positiv til innspillene og tankene folk har
4. Still forberedt til oppdrag og møter
5. Ta sosialt ansvar og inkluderer alle
6. Vi deler ikke videre det vi forteller hverandre

### Vedtak:

Arbeidsutvalget lager et forslag til hvordan det skal jobbes med de ulike sakene.

10/2022

### Presentasjon av HIPPO

Presentasjon av HIPPO, ved Jørgen Edvinsen, Barneklubben.



Vedtak:

1. Ungdomsrådet takker for en kjempefin presentasjon.
2. Ungdomsrådet er svært fornøyd med hvordan det jobbes med HIPPO på Nordlandssykehuset.

12/2022

### Oppdrag

Oppdrag og gjennomført siden sist	Representant ungdomsrådet
1. <b>Arbeidsgruppe: Prosjekt om sykkelig overvekt hos barn og unge.</b>	Sarah
2. <b>Arbeidsgruppe som skal se på etableringen av FACT Ung –FACT Ung er et tilbud for ungdom fra 13 til 24 år.</b>	Danielle

		Deltatt på to møter, prosjektsøknad skal sendes inn
3. Brukerpanel digitale pasient- og samhandlingstjenester		Viktorja
4. Prosjektgruppe kurs brukermedvirkning		Viktorja Planlegges et nytt kurs høsten 2022
5. Konferanse om samhandling/samarbeid Når? 09. juni Hvor? Fru Haugans hotell Mosjøen  De ønsker å høre: Hva er viktig for deg som pasient? Hva forventer vi av helsevesenet i framtiden?		Olav Lea
6. Innlegg på seminar om samvalg  Når? 02. november Hvor? Hotell i Bodø De ønsker å høre: Hva er viktig for deg som pasient? Ungdomsperspektiv		Olav Lea
7. Innlegg for medisinstudenter:  Når? Torsdag 28. april klokka 08.00 – 08.30 Hvor? Nordlandssykehuset sentrum, Parkveien 95 De ønsker å høre: Hva er viktig for ungdom på sykehus?		Mari-Sofie Danielle
8. Dialogkonferansen i Svolvær  Hvor: Thon hotell Svolvær Når: 10. og 11. mai De ønsker å høre om: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hva er viktig for ungdom i framtidens helsetjeneste?</li> <li>• Ønsker helst at vi skal delta på hele konferansen og delta i gruppearbeid</li> </ul>		Lina Danielle

<p>9. <b>Innlegg på opplæring for ansatte som jobber med barn som er pårørende.</b>  <b>11. mai, kl. 14:30 - 14:45</b></p>	<p><b>Mari-Sofie</b>  <b>Trine-Lise</b></p>
<p>10. <b>KvIP står for Kvalitet i Institusjonsbehandling i Psykisk helsevern.</b></p> <p><b>KvIP er et nettverk av BUP akutte enheter som har som mål å sikre høy kvalitet i akuttbehandlingen i psykisk helsevern for barn og unge. Et viktig element i dette arbeidet er besøksteamet. Vi ønsker to ungdom til å delta på være digitale besøk den 03. mai (heldags).</b></p>	<p><b>Olav</b></p>
<p>11. <b>Et barnevennlig sykehus</b></p> <p>Det skal søkes midler om et prosjekt med tittel «et barnevennlig sykehus». Handler i stor grad om å sikre god informasjon til barn og ungdom og å hindre tvang, f. eks ved blodprøvetaking. Det er ønskelig med en brukerrepresentant inn i dette prosjektet.</p>	<p><b>Linea</b>  <b>Lea</b></p>
<p>12. <b>Invitasjon til å komme til Regionalt senter for spiseforstyrrelser</b></p> <p><b>Spørsmål stilt i forkant:</b> Vi ønsker skal på: Hvordan fungerer overgangen fra barn til voksen på vårt felt? Vi er jo regional også slik at det er også en måte å få høre om de har hørt noe fra de andre ungdomsrådene på UNN, Finnmarksykehuset og Helgelandssykehuset om vi får levert bra tilbud</p>	<p><b>Danielle</b>  <b>Mari-Sofie</b></p>
<p>13. <b>Nordland fylkeskommune har vedtatt en strategi mot ungt utenforskap og skal nå i gang med å utarbeide en handlingsplan for inkludering.</b></p> <p>I den forbindelse lurer jeg på om noen fra Ungdomsrådet ved Nordlandssykehuset ønsker å delta på et referansegruppemøte for delmål 4 i strategien som handler om at barn og unge voksne med funksjonsnedsettelse skal ha like muligheter til utdanning, arbeid og deltakelse. <b>Referansegruppemøte er planlagt onsdag 18. mai fra den 18. mai kl. 11.00 - 15.30 på Ramsalt hotell.</b> (inkludert lunsj) på Ramsalt.</p>	<p><b>Olav</b>  <b>Mari-Sofie</b>  <b>Linea</b></p>
<p>14. <b>Hva er viktig for deg dagen, 09. juni.</b></p> <p>Denne dagen er det stands i Lofoten, Vesterålen, Nordlandssykehuset psykisk helse- og rusklinikken og i sentrum.</p> <p><b>Er det noen som ønsker å delta på dette?</b></p>	<p><b>Mari-Sofie</b>  <b>Danielle</b></p>

	<p><b>15. Innspill til arbeidet med digitale tjenester for aldersgruppen 12-16 år, <a href="https://helse-nord.no/digitale-pasienttjenester/barn-og-unge">https://helse-nord.no/digitale-pasienttjenester/barn-og-unge</a></b></p> <p>Dette gjelder både på vegne av tjenester, men ikke minst: tjenester for ungdommen selv. Norsk Helsenett som eier Helsenorge skal undersøke hvordan plattformen bør være for at ungdom enkelt kan finne fram til og bruke tjenestene der. I den forbindelse hadde det vært fint å møte Ungdomsrådet, gjerne på deres møte den 31. mai for å gi informasjon om prosjektet og høre hva dere mener er viktig.</p>	<p><b>Arbeidsutvalget ser på denne henvendelsen</b></p>
	<p><b>16. Konferanse om samisk ungdomshelse, Tromsø</b></p> <p>Starter: 05. mai 2022 kl. 10.00 Slutter: 06. mai 2022 kl. 12.30 Mer informasjon her: <a href="https://uit.no/tavla/artikkel?p_document_id=767624">https://uit.no/tavla/artikkel?p_document_id=767624</a> Målgruppe: Samisk ungdom opptil 30 år.</p> <p><i>Reise og opphold dekkes av oppdragsgiver.</i></p>	<p><b>Susanne</b></p>
	<p><b>17. Diagnoseuavhenging ungdomskurs</b></p> <p>2- dagers lærings- og mestringskurs for ungdom og unge voksne. Kurset er for ungdommer/unge voksne mellom 16- 25 år, med langvarige helseutfordringer. Helseutfordringene kan være både somatiske sykdom og psykisk helse og rus problematikk.</p> <p><b>Dato: 3. oktober 2022 til 4. oktober 2022</b></p> <p>Målet med lærings- og mestringskurs er at du skal lære om sykdommen din og hvordan du kan mestre hverdagen. For å velge din vei må du ha kunnskap både om sykdom, behandling, egne ressurser og endring av levevaner. Ved å delta på kurset vil du få styrket din helsekompetanse for å leve best mulig med sykdommen.</p>	<p><b>Vi trenger:</b></p> <p>1) Påmeldinger</p> <p>2) Noen som ønsker å fronte budskapet for å få flere påmeldte-i sosiale medier</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vinjar</li> <li>• Lea</li> <li>• Mari-Sofie</li> </ul>
<p><b>13/2022</b></p>	<p><b>Innspill til direktør</b></p> <p>Siri Tau Ursin, administrerende direktør, deltok på søndagen og fikk presentert hva ungdomsrådet hadde jobbet med og deres hovedsaker.</p> <p>Vedtak:</p>	

	<p><b>1. Ungdomsrådet takker for at direktøren deltok for å høre deres innspill.</b></p> <p><b>2. Ungdomsrådet ser fram til det videre samarbeidet.</b></p>
<p><b>14/2022</b></p>	<p><b>Eventuelt</b></p> <p>Ønske om å få et bilde av hvordan ungdomsrommet på barneavdelingen ser ut.</p> <p>Vedtak:  <b>Kontaktperson Silje tar bilder til neste møte.</b></p>



# Årsmelding 2021

Ungdomsrådet ved Nordlandssykehuset





## Innhold

1. Forord .....	3
2. Ungdomsrådets medlemmer i perioden .....	4
3. Ungdomsrådets arbeid .....	5
3.1 Saker til behandling .....	6
3.2 Foretagsvirksomhet.....	7
3.3 Deltagelse i utvalg, arbeidsgrupper, møter etc. ....	8
3.4 Medieoppslag/nordlandssykehuset.no .....	10
3.5 Materiell .....	11
3.6 Høringssvar .....	12
4. Innspill Oppdragsdokument 2022 .....	12
5. Sjekkliste for ungdomsmedvirkning i prosjekter .....	13
6. Ungdomsrådets helgesamling Bodø.....	14
6.1 Viktige saker for Ungdomsrådet.....	15
6.2 Uttalelser .....	16
7. Samarbeid med de andre ungdomsrådene i Helse Nord .....	17
8. Økonomi .....	19
9. Hilsen fra leder og nestleder .....	20

## Ordforklaringer

AU - Brukerutvalgets arbeidsutvalg

BU - Brukerutvalg

HF - Helseforetak

HOD - Helse- og omsorgsdepartementet

KEK - Klinisk etisk komite

LMS - Lærings- og mestringssenteret

NLSH - Nordlandssykehuset Helseforetak

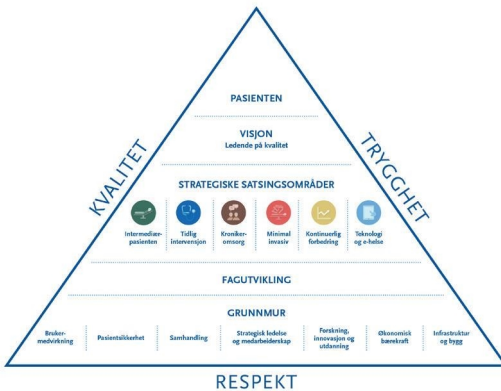
PHR - Psykisk helse- og rusklinikken

RBU - Regionalt brukerutvalg

UR - Ungdomsråd

## 1. Forord

Ungdomsrådet skal gi konkrete råd om forbedring av tjenester til ungdom på Nordlandssykehuset, dele sin erfaringskunnskap som brukere til nytte for annen ungdom og fremme generelle problemstillinger for ungdom i sykehus, på nasjonalt nivå og i samråd med andre ungdomsråd.



Ungdomsrådet har en viktig funksjon i Nordlandssykehuset. Ungdomsrådet gir oss svært gode og viktige innspill til vårt arbeid med gode overganger, og de bidrar med sin erfaring og kunnskap til å gi vår virksomhet økt legitimitet, relevans og troverdighet i møte med pasientene, og da særlig barn og ungdom.

En av Ungdomsrådets viktigste oppgaver er å være rådgivende organ og høringsinstans for sykehuset i arbeidet med å utvikle og opprettholde gode

helsetjenester for ungdom. Vi ser at ungdomsrådet i stor grad involveres i ulike prosjekter og arbeid hvor de gir viktige innspill og synspunkt.

Jeg vil også trekke frem det utmerkede arbeidet utført av leder av Ungdomsrådet, Marie Dahlskjær som nå går av som leder. Vi ønsker henne lykke til videre, og håper vi får se mer til henne i tiden som kommer.

Tusen takk for bidragene dere har gitt oss i 2021!

Paul M Strand  
Administrerende direktør



## 2. Ungdomsrådets medlemmer i perioden

Funksjon	Navn
Leder	Marie Dahlskjær
Nestleder	Lars Herman Nordland
Medlemmer	Viktoria Linea Høybakk Sarah Gjerstad Danielle Johanna Hansen Mathias Klæboe Bendik Laumann Vedal Susanne Regina Inga Trine-Lise Antonsen

### Koordinator:

Sissel Eidhammer, Fagavdelingen

### Kontaktpersoner i klinikkene:

Kirsti Jørgensen og Marianne Røbekk Sivertsen, Psykisk helse- og rusklinikken

Tone Johnsen, Medisinsk klinikk

Monica Strand Gjeset, Barneklubben, frem til første halvdel av 2021

Silje Hageengen Lundeng, Barneklubben, fra andre halvdel av 2021



*- Ingenting om oss, uten oss. Vi må bli hørt og tatt med i alle beslutninger som angår oss.*

*Ungdomsrådet ved Nordlandssykehuset*

### 3. Ungdomsrådets arbeid

Ungdomsrådet gjennomførte i 2021 i alt seks møter, 22. februar, 7. april, 20. mai, 2. november og 2. desember. I tillegg til møtene hadde Ungdomsrådet en fysisk helgesamling i Bodø 24. til 26. september, og en helgesamling med de andre ungdomsrådene i Helse Nord i Hammerfest 15. til 17. oktober. Ungdomsrådet fikk også til et sosialt arrangement i løpet av perioden, med et sommertreff 28. juni i Bodø.



*Selv om mange av møtene har foregått digitalt i 2021, har vi også (heldigvis) hatt flere muligheter til fysiske møter.*

### 3.1 Saker til behandling

Ungdomsrådet behandlet 42 saker i 2021, blant annet:

- Oppfølging av Oppdragsdokument 2021
- Innspill til innføring av nye pasientbrev
- Spesialisthelsetjenester til den samiske befolkning
- Kurs gjennom Lærings- og mestringssenteret (LMS)
- Arbeidsgruppe for overganger barne- til voksenorienterte tjenester psykisk helse og rusklinikken
- Oppfølging gode overganger: Utarbeidelse av plakat og hefte
- Ungdomsrådet på sosiale medier: Opprettelse av Instagram-konto
- Endringsprosesser Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling (BUPA)
- Innspill til arbeidet med helsefelleskap
- Gode overganger – Nytt satsningsområde i strategisk utviklingsplan
- Innspill til Oppdragsdokumentet 2022
- Besøk barneavdelingen og innspill ungdomsrom
- Gjennomgang av nettsiden for ungdom på sykehus
- Arbeid med rekruttering av nytt Ungdomsråd



Bilder fra helgesamlingen september 2021, og arbeid med rutine for gode overganger fra barn til voksen i psykiatrien.

- Sjekkliste for ungdomsmedvirkning i prosjekter
- Ettermiddagspoliklinikk for ungdom
- Aldersgrense ved barneavdelingen
- Erfaringskonsulenter ved Nordlandssykehuset

### 3.2 Foredragsvirksomhet

Representanter fra ungdomsrådet har delt sine erfaringer og bidratt med å fronte ungdomsperspektivet gjennom følgende foredrag:

1. **Foredrag for Barneklubben. Gode overganger.** 3. februar
2. **Foredrag for leger i spesialisering.** 22. februar
3. **Internundervisning Regional enhet for psykoser, prinsipper for gode overganger,** 14. mars
4. **Presentasjon av Ungdomsrådets årsmelding for styret,** 17. mars
5. **Foredrag 7 prinsipper for gode overganger, for ledergruppen for psykisk helse- og rusklubben,** 21. april
6. **Presentasjon for ledergruppen Nordlandssykehuset, 10 råd for hvordan sikre god brukermedvirkning,** 11. mai
7. **Foredrag nasjonal lederkonferanse Barne- og ungdomspsykiatri (BUP),** 3. juni
8. **Innlegg på kurs via Lærings- og mestringssenteret, Erfaringer med ADHD.**
9. **Innlegg Dialogmøtet: Etablering av Helsefellesskap,** 23. september
10. **Hva er viktig for ungdom på sykehus? Innlegg for LIS,** 7. oktober
11. **Innlegg Fagdag om barn som pårørende - egne pårøndererfaringer,** 25. oktober.
12. **Foredrag for Avdeling for rus, psykiatri og avhengighet,** 3. desember



*En stor del av Ungdomsrådets arbeid er å holde innlegg og foredrag om hva som er viktig for barn og ungdom på sykehus.*

### 3.3 Deltagelse i utvalg, arbeidsgrupper, møter etc.

I denne perioden har ungdomsrådet deltatt i følgende prosjekter, utvalg, arbeidsgrupper og møter:

1. Fast representant i Brukerutvalget - Leder av Ungdomsrådet
2. Filmer laget til Pasientsikkerhetskonferansen 2021  
Lenke her til filmen 7 prinsipper for god overgang fra barneorienterte til voksenorienterte tjenester  
Lenke her til filmen 10 råd fra Ungdomsrådet, Nordlandssykehuset
3. Deltakelse på Regional pasientsikkerhetskonferanse, 17. februar 2021, Digitalt
4. Forbedringsprosjekt QI: Hindre tvang i forbindelse med blodprøvetaking
5. Kvalitet i institusjonsbehandling i psykisk helsevern (KvIP)
6. Kvalitets- og arbeidsmiljøgrupper (KVAM) i Kirurgisk klinikk
7. Prosjekt om sykkelig overvekt hos barn og unge
8. Arbeidsgruppe prosjekt kurs for brukermedvirkere
9. Referansegruppe arealplan Rønvik
10. Innlegg på kurs via lærings- og mestringssenteret
11. Arbeidsgruppe utvikle lærings- og mestringkurs for ungdom med revmatisk sykdom
12. Brukermedvirkning forprosjekt læring og mestring – interregional oppnevning
13. Utsmykking av barneavdelingen
14. Møte med lederne og koordinatorene av ungdomsrådene i Helse Nord
15. Fagråd for pasient- og pårørendeopplæring Helse Nord
16. Endringsprosesser BUPA: Pasientforløp og tilbud ved våre spesialiserte fagenheter og poliklinikker
17. Arbeidsgruppe for Psykisk helse og rusklinikken: Lage rutine for overgangen fra barne- til voksenorienterte tjenester
18. Rundbordsmøte psykisk helse, Nordland fylkeskommune, 5. mai
19. Stand på Hva er viktig for deg-dagen, 9. juni 2021
20. Deltakelse Ungdommens Fylkesting (UFT), 29.-31. oktober 2021

21. Deltakelse i arbeidsgruppe for å utarbeide uavhengig diagnosespesifikt kurs for ungdom
22. [Gjesteinnlegg i Pasient- og brukerombudets årsmelding](#)
23. Arbeidsgruppe spesialisthelsetjenester til den samiske befolkning
24. Deltakelse i Brukerpanel Helsedirektoratet i prosjektet Alvorlig sykt barn, barn og unge med sammensatte behov
25. Deltakelse i forskningsprosjektet Sosioøkonomisk status-, og økningen i psykiske helseproblemer og selvskading blant ungdom
26. Møte med ledere ungdomsråd og brukerutvalg og Regionalt Brukerutvalg Helse Nord, 11. november
27. Møte med ledere og koordinatorene ungdomsråd sykehus, tema: Dele erfaringer med bygging av nye sykehus, 29. november
28. Representant til regionalt nettverk for selvmordsforebygging i Helse Nord, Regional oppnevning
29. Representant til arbeidsgruppe som skal arbeide med behovsanalysen til anskaffelse innen tverrfaglige spesialiserte somatiske habiliterings- og rehabiliteringstjenester
30. Brukerpanel digitale pasient- og samhandlingstjenester
31. Nasjonalt brukerråd pasient- og brukerombudet



*Fra venstre: Bilder fra besøk på Árran lulesamiske senter med arbeidsgruppa for spesialisthelsetjenester til den samiske befolkning. Til høyre: Bendik delegat på Ungdommens fylkesting, oktober.*



### 3.4 Medieoppslag/nordlandssykehuset.no

Ungdomsrådet har, i samarbeid med kommunikasjonsavdelingen, delt følgende saker som om sitt arbeid.

- [Innlegg i forbindelse med samenes nasjonaldag](#)
- [Filmer laget til Pasientsikkerhetskonferansen](#)
- [Nytt kurstilbud for ungdom og unge voksne](#)
- [Lærerik helg, Artikkel om ungdomsrådernes samling i Hammerfest](#)
- [Vil du sitte i Nordlandssykehusets Ungdomsråd? Rekruttering av nye medlemmer](#)
- [Opprettelse av egen Instagram-konto. Spredning av informasjon om ungdomsrådets arbeid](#)



Til venstre: Deler av Ungdomsrådet samlet, til høyre Lars Herman på stand på Hva er viktig for deg-dagen 2021.

### 3.5 Materieell

Ungdomsrådet har utarbeidet diverse plakater og brosjyrer. Plakatene, med lenke til nedlastbar fil, fra venstre. Nedenfor finner dere beskrivelsen av materiellet, samt lenke til nedlastbar fil.



- 1. Hefte:** Prinsipper for gode overganger fra barneorienterte til voksenorienterte tjenester - [kan lastes ned her](#).
- 2. Plakat:** Prinsipper for gode overganger fra barneorienterte til voksenorienterte tjeneste - [kan lastes ned her](#).
- 3. Brosjyre:** Snart voksen, hva nå? Informasjon til ungdom i overgangen fra barn til ungdom – psykiatri - [kan lastes ned her](#).
- 4. Plakat:** Reell brukermedvirkning - 10 tips fra Ungdomsrådet - [kan lastes ned her](#).
- 5. Plakat:** 10 råd fra Ungdomsrådet til helsepersonell - [kan lastes ned her](#).



*- Det er vi som er eksperter på vår egen kropp og vårt liv, mens dere er eksperter på sykdom og behandling. Vi er eksperter på ulike ting – og sammen kommer vi fram til hvilken behandling som er riktig for akkurat meg, i min livssituasjon akkurat nå.*

*Ungdomsrådet ved Nordlandssykehuset*

### 3.6 Høringssvar

Ungdomsrådet har i 2021 besvart følgende høringer:

- Revisjon av grunnopplæring for brukerrepresentanter på systemnivå
- Revisjon av regionale retningslinjer for honorering av brukerrepresentanter

## 4. Innspill Oppdragsdokument 2022

Oppdragsdokumentene inneholder krav fra Helse- og omsorgsdepartementet om hvilke oppgaver som skal utføres i året som kommer, og hvilke krav som settes til de regionale helseforetakene. Ungdomsrådet spilte inn tre forslag, til Regionalt brukerutvalg (RBU). Forslagene fra Ungdomsrådet lød:

1. Ambulerende tjenester for ungdom må styrkes, særlig innenfor psykisk helse og rus. Ønske om at Nordlandssykehuset etablerer et FACT-team for ungdom.
2. Gjennomføre samlinger for landets Ungdomsråd annet hvert år, og årlige møter for lederne av ungdomsråd.
3. Ansette personer med erfaring fra brukermedvirkning på systemnivå for å følge opp sykehusets arbeid med brukermedvirkning, med særlig fokus på oppfølging av Ungdomsråd.



*Til venstre: Kamilla (UNN), Marie (NLSH) og Regine (UNN) på samling med regionalt brukerutvalg. Til høyre: Sofie og Bendik foran materiell utarbeidet i samarbeid med Pasient- og brukerombudet Nordland for å nå ut til ungdom.*

## 5. Sjekkliste for ungdomsmedvirkning i prosjekter

I løpet av 2021 har Ungdomsrådet jobbet med hva som sikrer god involvering av ungdom i ulike prosjekter. På helgesamlingen i september utarbeidet ungdomsrådet en sjekkliste som gis til prosjektledere der ungdom involveres i prosjekter. Sjekklisten beskriver hva som må til for å sikre god medvirkning for ungdom.

### ☛ Sjekkliste for ungdomsmedvirkning i prosjekter

1. Les våre 10 råd for reell medvirkning før dere sender en henvendelse til oss.
2. Spør oss om å delta i god nok tid i forkant, vi vil gjerne ha forespørselen minst en uke i forkant av første møte.
3. Spør oss om når det passer for oss, sånn at vi kan få muligheten til å kunne tilpasse vår timeplan.
4. Snakk med oss i forkant og i etterkant av møtet, og gi informasjon om hva møtet skal handle om.
5. Spør oss direkte hva vi tenker under i møtet i relevante saker, det kan være vanskelig for oss å ta ordet.
6. Spør oss i forkant om det er noe vi trenger at det tilrettelegges med (tolk, ha noe nedskrevet, pauser, osv.).
7. Send oss alltid referat og innkalling slik at vi kan være godt forberedt.
8. Vurder når i prosjektet det er behov for oss, det er ikke alt vi trenger å være med på.
9. Sikre at vi har tilstrekkelig med informasjon og send gjerne en påminnels på SMS om møter/møteinnkalling
10. Sikre at vi har god informasjon om hva vår rolle er.





*Til venstre: Marie og Sofie på besøk på barneklubben for å gi innspill til klinikkens nyopprettede ungdomsrom. Til høyre: Viktoria etter et forberedelsesmøte for å holde innlegg for helsepersonell.*

## 6. Ungdomsrådets helgesamling Bodø

Helgen 24. til 26. september gjennomførte Ungdomsrådet helgesamling i Bodø. Blant temaene på samlinga var: Innspill til nytt satsningsområde i strategisk utviklingsplan; gode overganger, innspill til oppdragsdokumentet 2022, gjennomgang av nettsiden for ungdom på sykehus og ungdomsrådets egen nettside, arbeid med rekruttering og utarbeidelse av «Sjekkliste for ungdom på sykehus».



*Et av høydepunktene på samlingen var å få møte kosedyret Hippo, som brukes i samtale med barn på Barneklubben.*

## 6.1 Viktige saker for Ungdomsrådet

Følgende saker ble tatt opp i møte med medisinsk direktør.

1. Nordlandssykehuset bør ha et overordnet system for at pasienter kan gi tilbakemelding til sykehuset.
2. Aldersgrense barneavdelingen bør være 18 år.
3. Status på arbeidet med å opprette en egen barne- og ungdomsklinikk.
4. Økt ventetid for barn og unge i psykiatrien.
5. Ungdomsrådet med i arbeid med endringsprosesser barne- og ungdomspsykiatrien (BUPA) – ambulerende team.
6. Lange ventetider innenfor barnehabiliteringen.
7. Det må fortsatt jobbes med overgangen fra barn til voksen, men positive til satsningsområdet Gode overganger i strategisk utviklingsplan. Viktig å få inn rutiner i alle aktuelle overganger.
8. Sosionomtjenesten må styrkes.



Ett av temaene på helgesamling var rekruttering av nye medlemmer av Ungdomsrådet. Bildene over ble laget av kommunikasjonsavdelingen i etterkant av samlingen.

## 6.2 Uttalelser

Ungdomsrådet har utarbeidet følgende uttalelser som beskriver to av sakene som er viktige for dem.

### 6.2.1 Aldersgrense på barneavdelingen

Vi i Ungdomsrådet ønsker at aldersgrensen på barneavdelingen skal økes fra 16 til 18 år. Dette handler om at man ikke er voksen når man er 16 år. Selv når man blir 18 er det mange som synes det er vanskelig å skulle bli behandlet som en voksen, med alle de plikter det innebærer. Når man i tillegg er syk blir disse tingene forsterket.

Vi ungdom er i utvikling. Så klart er dette individuelt, men det er viktig for oss å få frem at ungdom er en sårbar gruppe, i en sårbar fase av livet. Når man er syk som barn/ungdom opplever vi ofte at vi blir hengende litt etter, i forhold til andre i samme alder. Det er veldig viktig at man føler seg trygg, og får en trygghetsfølelse med de som skal hjelpe/behandle de unge som bruker helsetjenestene.

Trygghetsfølelsen for pårørende og ungdommen selv å kunne følge dem opp over lengre tid før de blir voksen og skal over på voksenavdelingen. Forberedelsene må starte tidlig, og man må føle seg trygge nok for en overgang. En forelder ser ikke på ungen sin som en voksen som kan ta fullt ansvar selv, spesielt ikke som 16-åring.

Tiden fra man er 16 til 18 år er veldig viktig, og legger ofte grunnlaget for å ha mer fokus på å lære seg å bli mer selvstendig og forberede seg best mulig til man skal over på voksenavdelingen. Det er viktig at de rundt deg er i samme aldersgruppe, sånn at du har noen du kan relatere deg til. På en voksenavdeling er aldersspennet alt for stort. Man kan fort havne på rom med noen som er 78 år gammel på de ulike avdelingene. Det er lettere å forholde seg til de som er under 18 år.

### 6.2.2 Ettermiddagspoliklinikk

Ungdomsrådet ønsker at det skal opprettes et tilbud om ettermiddagspoliklinikk ved Nordlandssykehuset. Dette kan foregå på faste dager, f. eks en gang i uken. Det trenger ikke å være så sent, tidsrammen kan for eksempel

være fra 15:00 til 19:00. Dette ville ikke bare kunne være bra for ungdom, men også de som ikke har mulighet til komme til sykehuset på dagtid. Vi ser for oss at dette blir et tilbud for alle, men at ungdom i skolepliktig alder prioriteres.

Dette mener vi er viktig for ungdom som er mye på sykehus, som for eksempel går ukentlig til behandling. Det å miste mye skole kan gå ut over karakterer og fraværsgrensa. Særlig når det gjelder fag med få timer i løpet av året. Problemet er også det å miste timer, som går ut over læringsutbyttet. Samtidig er det viktig for oss å nevne at dette ikke bare handler om selve læringsutbyttet, men også det å kunne delta på det sosiale.

Dette vil også kunne være en fordel for de ungdommene i Nordland som har lang reisevei og som vil kunne reise noe senere på dagen.

Når man er mye på sykehus kan man i verste fall vegre seg for å delta på alle sykehustimer fordi man ikke vil være borte fra skolen.

Vi ønsker at det ses på hvilke områder det er flest ungdommer i aldersgruppen 13-20 år, og gjennomføres forsøk innenfor de/disse områdene. Dette finnes på flere andre sykehus, og vi skulle ønske at dette var et tilbud på Nordlandssykehuset.

## **7. Samarbeid med de andre ungdomsrådene i Helse Nord**

15. til 17. oktober var en stor del av medlemmene av ungdomsrådene i Helse Nord samlet i Hammerfest. Programmet for helgen var satt sammen av foredrag, gruppearbeid og sosiale aktiviteter, her er noen utdrag:

- Hva bør du som ungdomsrepresentant tenke over før du deler dine erfaringer?
- Virtuell presentasjon fra Sykehusbygg av nye Hammerfest sykehus og nye Narvik sykehus.
- Individuell jobbstøtte til ungdom – hva skjer i nord og hvor vil vi?
- Innspill til høring om digitalt kurs for brukermedvirkere
- Videobidrag til film for Nasjonal kompetansetjeneste for læring og mestring innen helse (NK LMH) Oslo
- Bolk om hva som fungerer og hva som kan bli bedre med arbeidet med ungdomsråd



Ett av de store høydepunktene var søndagen hvor alle direktørene i Helse Nord deltok på et felles møte. Her presenterte ungdommene sine innspill til oppdragsdokumentet for 2022, og stilte direktørene spørsmål som de hadde forberedt i forkant.

**Følgende spørsmål ble stilt til direktørene:**

1. Hvordan er rutinene for overgang fra barn til voksen?
2. Har dere noen rutiner for tverrfaglig samarbeid for unge?
3. Når får Helgeland Ungdomsråd?
4. Hvordan kan dir. bistå med tanke på rekruttering til nytt Ungdomsråd?
5. Hvordan er rutinene på å lese journal til nye pasienter som legges inn?
6. Eget fagområde for ungdomshelse?
7. Digitalisering: Er det noen form for tilbakemelding fra helsepersonell til pasient?
8. Hvordan skal dere sikre pasientens sikkerhet og behov ved økende bruk av e-konsultasjoner?



*Ungdomsrådene samlet under den regionale samlingen i Hammerfest, oktober 2021.*

## 8. Økonomi

Regnskap	2020	2021
Lønnskostnader	126 134,-	132 608,-
Tjenestereiser og kurs	58 457,-	108 174,-
Andre driftskostnader	18 412,-	25 819,-
Sum	203 005,-	267 460,-



Noen utvalgte bilder fra den regionale samlingen, oktober 2021.

## 9. Hilsen fra leder og nestleder

Året 2021, et år hvor pandemien enda ikke har sluppet tak, hvor vi har gjennomført både fysiske og digitale møter, en helgesamling fysisk fikk vi også til i høst. Det var både fint, effektivt og godt. Samtidig har vi hatt det svært travelt med mange oppdrag, både store og små, gamle og nye, og vi har hatt mange og nok viktige saker å ta tak i, for å si det sånn.

Men vi i Ungdomsrådet elsker å ha det sånn, mye på agendaen er gøy og spennende, og mye er veldig lærerikt. Det er jo akkurat dette vi virkelig brenner for, og vi ønsker å gjøre tjenestene enda bedre for alle andre unge. Vi ønsker å gjøre sykehuset vårt til et enda bedre sted å være for andre barn og ungdom som må ha hjelp fra helsevesenet. Nordlandssykehuset er på god vei, og på rett spor, men vi har fortsatt en lang vei å gå for å skape et sykehus som blir mer brukervennlig og tilpasset for vår gruppe, som vi representerer, ungdommen og unge voksne mellom 12-25 år.

Når jeg ser tilbake på året som har gått, og ser igjennom alt vi har gjort i løpet av 2021, må jeg si at jeg som leder, er utrolig stolt over alt vi og gjengen min, har fått gjort og alt vi har fått til. Det er svært mye bra, spennende og viktige saker vi har jobbet med.

Vi har deltatt i flere viktige prosjekter, både store og små, hvor vi har satt barn og unge på dagsorden. Noen saker som jeg vil trekke fram som vi er særlig fornøyd med, er vårt arbeid med overgangen fra barn til voksen, vårt arbeid med å opprette et diagnoseuavhengig kurs for ungdom, arbeidet med spesialisthelsetjenester til den samiske befolkningen og vårt samarbeid med barneklubben om kosedyret HIPPO og opprettelsen av et eget ungdomsrom. Vi må også nevne i samme slengen at vi har fått vår egen Instagram-konto, og den kan alle som vil følge med på, gjøre. Søk opp Ungdomsrådet\_nish og følg oss for alt som skjer fremover, og for å få med dere arbeidet vårt, som gjøres.



Maskoten Hippo har flyttet inn på Nordlandssykehuset og skal brukes i kommunikasjon med barn.

Det er mye av vårt arbeid som vi fortsatt må jobbe med, som vi ikke kommer til å slippe taket. Noen saker vi kommer til å ta med oss inn i 2022 er ettermiddagspoliklinikk for ungdom, aldersgrense på barneavdelingen og tilbudet til barn og unge i psykiatrien. Vi må også bli et sykehus som er flinkere på å se helheten, og ungdommen akkurat sånn som dem er. Vi er jo tross alt bare mennesker, vi er alle forskjellige, har ulike behov, og vi er alle så mye mer enn bare sykdommene og plagene våre. Samtidige ønsker vi i Ungdomsrådet at det blir tatt mer tak i fremover, at våre nære og pårørende også må bli tatt godt vare på. Det er tøft nok å være på sidelinjen og prøve å være en så god støttespiller som mulig til ungdommen. Søsken trenger også god støtte og oppfølging. Det er tøft å se søsken ha det vondt. Dette kommer vi til å ta enda mer tak i, i årene fremover, det er like viktig å ta vare på de også.

Som leder og på vegne av Ungdomsrådet vårt, ønsker jeg å si tusen hjertelig takk for det svært gode samarbeidet vi har hatt, med svært mange gjennom året som har gått. Vi ønsker å takke Nordlandssykehuset og styret for at vi får fortsette med det viktige arbeidet vi gjør, for at vi fikk ha en helgesamling fysisk i Bodø i fjor høst, for at dere har troen på oss, og for at dere også ser viktigheten med Ungdomsrådets arbeid som gjøres, og for at vi får fortsette med det viktige arbeidet fremover. Det er vi veldig takknemlige for, og sette stor pris på at vi blir tatt på alvor, og blir hørt av dere. Vi ønsker også å takke både ledelsen, Brukerutvalget og alle andre helsepersonell og andre fra sykehuset, som vi har møtt og har hatt et godt samarbeid med det siste året, det har vært veldig fint, viktig og nyttig for oss alle, så takk for det.



*- Utrolig stolt over alt vi og gjengen min, har fått gjort og alt vi har fått til. Det er svært mye bra, spennende og viktige saker vi har jobbet med.*

*Marie Dahlskjær, avtroppende leder i Ungdomsrådet*

Jeg synes også at det er veldig viktig å trekke frem at Brukerutvalget og Ungdomsrådet har hatt et svært godt og fint samarbeid i året som har vært. Det har vært mange viktige saker som vi har tatt tak i sammen, og som vi har jobbet godt med. Vi som brukere av sykehuset, har jo mye til felles som er viktig for oss, uansett om man er 15, 47 eller 78 år gammel. Mye er likt av behovene som må tas tak i og forbedres med helsetjenestene. Derfor er et godt samarbeid mellom oss, viktig og veldig bra.

Våre kontaktpersoner fortjener også en stor takk, både de som har vært med helt fra starten av, og de som har blitt med de siste årene. Dere har vært gode å ha på laget. Vi har vært veldig heldige som har fått hatt akkurat dere med på denne reisen, og vi har sett viktigheten av å ha med kontaktpersoner, fra ulike avdelinger på sykehuset, hvor ungdom ferdes. Tusen takk for et veldig godt samarbeid i året som har gått, dere er og har vært gode å ha med i Ungdomsrådet.

Til sist må jeg også selvfølgelig få gi en stor takk til vår flotte, flinke, gode, tålmodige, blide og hærlige koordinator, Sissel Eidhammer. Du er bare helt fantastisk, og vi har vært utrolig heldige som har fått akkurat deg med på laget vårt. Vi har vært et dreamteam siden vi startet å jobbe sammen, og se hvor mye vi har fått til. Så tusen hjertelig takk for enda et godt, fint, svært aktivt og viktig år sammen med deg. Vi er utrolig heldige.

Som leder ønsker jeg også å takke for meg, og for mange fine, gode, lærerike og ikke minst minnerike år i Ungdomsrådet, både jeg og Lars-Herman som har vært nestleder, skal tre av nå. Vi er dessverre blitt for "gamle", har vært med fra starten av, og det er en tid for alt uansett. Vi "pensjonerer" oss rett og slett fra Ungdomsrådet, og lar de yngre komme til nå. Jeg vet uansett at vi ikke er ferdige med å jobbe med saker som er viktige for oss, ungdommene og unge voksne. Selv om vi er unge voksne nå, så er vi ikke så voksne i helsevesenet. Vi har mye mer å gi og har mye mer å bidra med, så dere kommer nok til å se mer av oss fremover uansett, eller om noen år, og det gleder vi oss selvfølgelig til også.

Med det ønsker jeg bare å takke for meg, som leder. Jeg er evig og dypt takknemlig for alle de fine årene jeg og vi har fått sammen i Ungdomsrådet på Nordlandssykehuset. Jeg er veldig glad for at jeg har fått møtt så utrolig

mange flotte og dyktige mennesker som jobber på sykehuset, og som jeg har lagt merke til at virkelig brenner for å gjøre det beste utav situasjonen og hjelper barn og unge, voksne og eldre, når de må ha hjelp fra helsevesenet og tjenestene fra Nordlandssykehuset. Dere er fine å ha alle sammen, og dere skal vite at dere gjør en veldig fin jobb, som vi alle setter stor pris på, som trenger hjelpen fra dere.

Det har vært fantastisk å få være en del av denne reisen helt siden Ungdomsrådet ble opprettet i 2017. Jeg har nesten ikke ord, for hvor heldige vi har vært, vi som har fått vært en del av denne reisen. Det kan heller ikke beskrives hvor fint og nyttig det har vært. Vi gleder oss til å følge med på det videre arbeidet både noen kjente og noen nye skal fortsette å gjøre fremover i Ungdomsrådet.

Tusen takk for meg og oss. Denne reisen har vært veldig fin å være en stor del av.

*Med vennlig hilsen Marie Dahlskjær og Lars Herman Nordland.*

Sjekk ut Instagram-kontoen vår



Marie Dahlskjær, leder



Lars Herman Nordland, nestleder



Nordlandssykehuset HF  
Salten - Lofoten - Vesterålen

[postmottak@nlsh.no](mailto:postmottak@nlsh.no)  
[nordlandssykehuset.no](http://nordlandssykehuset.no)



Helse Nord RHF  
Postboks 1445  
8038 Bodø

Deres ref.:  
Saksbehandler: Runar Finvåg  
Direkte telefon: +4775566670  
Vår ref.: 22/4077-3  
Dato: 16.03.2022

## **Årsmelding 2021 Pasient- og brukerombudet i Nordland**

Vedlagt følger Årsmelding 2021 for Pasient- og brukerombudet i Nordland og Nasjonal årsmelding 2021 for alle landets Pasient- og brukerombud.

Årsmeldingene kan også lastes ned fra vår nettside:  
<https://Pasientogbrukerombudet.no/arsmeldinger-arkiv>

Vi oppfordrer til at årsmeldingene videresendes til ledere og ansatte, og at den legges frem for foretakets styre, brukerutvalg og ungdomsråd.

Ta gjerne kontakt med undertegnede hvis det er spørsmål til årsmeldingene og evt. hvis dere vil at vi skal presentere årsmeldingen for ledergruppen, styret, brukerutvalget eller ungdomsråd.

Med vennlig hilsen

Runar Finvåg  
pasient- og brukerombud

Vedlegg: 2



<b>Mottaker</b>	<b>Kontaktperson</b>	<b>Adresse</b>	<b>Post</b>
HELGELANDSSYKEHUSET HF		Postboks 601	8607 MO I RANA
Helse Nord RHF		Postboks 1445	8038 Bodø
NORDLANDSSYKEHUSET HF		Postboks 1480	8092 BODØ
UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE HF		Postboks 100	9038 TROMSØ

2021

# Årsmelding Nordland

Alle kan kontakte Pasient- og brukerombudet for å fortelle sin historie.

Hjelpen fra oss er gratis. Vi har taushetsplikt og du kan være anonym om du ønsker det.

## Forord

Denne årsmeldingen gir en oppsummering av de viktigste aktivitetene i 2021 hos Pasient- og brukerombudet i Nordland. Covid-19 pandemien har satt sitt preg både på helse- og omsorgstjenestene og samfunnet ellers. For arbeidet hos pasient- og brukerombudet har dette medført perioder med hjemmekontor for de ansatte, minimalt med tjenestereiser og stadig mer bruk av digitale løsninger for å gjennomføre møter og samtaler med både pasienter, brukere, pårørende og helsetjenesten. Pandemien har både vært til besvær, men også bidratt til utvikling av nye arbeidsformer som kan bidra til mer effektive måter å løse oppgaver på.

I 2021 har vi hatt en betydelig økning med ny rekord av antall henvendelser til ombudskontoret. Dette gjelder også totalt antall henvendelser til alle landets pasient- og brukerombudskontor. Vi har i år valgt å legge ved Nasjonal årsmelding for landets pasient- og brukerombud som en del av vår fylkesvise årsmelding. Dette fordi at temaer som er omtalt i den nasjonale årsmeldingen også i stor grad omhandler forhold i Nordland. Vi anbefaler derfor å lese disse to årsmeldingene samlet.

Vi trekker særlig frem følgende forhold fra Nasjonal årsmelding 2021:

- Fastlegekrisen truer pasientsikkerheten
- Pasientens bosted skal ikke være avgjørende for hvilke helse- og omsorgstjenester som gis.
- Vurdering av henvisninger til barne- og ungdomspsykiatrien må bli bedre.
- Koordinatorordningen fungerer ikke etter intensjonen. Den må evalueres.
- Pasienter i LAR- behandling må gis reell medvirkning i sin behandling.

God lesning!

Runar Finvåg  
Pasient- og brukerombud i Nordland

## Innhold

Forord.....	2
Innledning.....	4
Arbeidsområde og virksomhetsbeskrivelse .....	4
Om Nordland .....	4
Arbeidsområde.....	4
Drift/økonomi.....	5
Budsjett/regnskap.....	5
Hva ble vi kontaktet om i 2021?.....	5
Statistikk .....	5
Spesialisthelsetjenesten.....	7
Psykisk helsevern .....	8
Kirurgi.....	9
Kreftbehandling.....	9
Kommunale helse- og omsorgstjenester .....	10
Fastlegeordningen.....	11
Sykehjem og helsetjenester i hjemmet.....	12
Brukerstyrt personlig assistanse (BPA).....	12
Vedlegg: Nasjonal årsmelding 2021 Pasient- og brukerombudet.....	13

## **Innledning**

Pasient- og brukerombudet jobber for å ivareta pasientenes og brukernes behov, interesser og rettssikkerhet overfor den offentlige spesialisthelsetjenesten, fylkeskommunale tannhelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten, og for å bedre kvaliteten i disse tjenestene. Helsedirektoratet administrerer ombudsordningen. Ombudet er faglig uavhengig og selvstendig.

## **Arbeidsområde og virksomhetsbeskrivelse**

### **Om Nordland**

Nordland fylke er et langstrakt fylke med 41 kommuner 2 helseforetak, 7 sykehus, ca. 243 000 innbyggere og et areal på 38 456 km<sup>2</sup>. Dette medfører for mange pasienter, brukere og pårørende lange reiseavstander til behandling.

### **Arbeidsområde**

Pasient- og brukerombudet er en viktig mottaker og formidler av pasient- og brukeropplevelser. Alle kan henvende seg til ombudet. De som tar kontakt er pasienter, brukere, pårørende eller ansatte i helse- og omsorgstjenesten. Det er mulig å ta kontakt anonymt, og tjenesten er gratis.

Ombudet er et lavterskeltilbud for de som har spørsmål, tilbakemeldinger eller klager til helse- og omsorgstjenestene. Hjelpen går ofte ut på å lytte, stille spørsmål, gi informasjon om muligheter, hjelpe til å sortere og gi råd.

Handlingsalternativene vil ofte være ett eller flere av disse:

- ta opp saken direkte med tjenestestedet, gi tilbakemelding eller be om et dialogmøte
- klage til tjenestested eller Statsforvalteren
- søke erstatning fra Norsk pasientskadeerstatning

Selv om ombudets arbeidsområde gjennom pasient- og brukerrettighetsloven er avgrenset til offentlige helse- og omsorgstjenester, så mottar vi også henvendelser om privat helsetjeneste og tannbehandling, NAV og vergemål.

Ombudets videreformidling av erfaringer og opplevelser fra pasienter, brukere og pårørende, kan bidra til økt kvalitet i helse- og omsorgstjenestene. Dette skjer i enkeltsaker, i dialog med helsepersonell, tjenestene og tilsynsmyndighetene, og gjennom årsmeldinger.

## Drift/økonomi

Pasient- og brukerombudskontoret i Nordland ligger i Bodø og har 5 ansatte (4,5 årsverk): pasient- og brukerombud Runar Finvåg, seniorrådgiver Kjersti Syversen, seniorrådgiver Børge Wågø Albertsen, seniorrådgiver Nina Adelsten Iversen og sekretær Monica Amundsen.

## Budsjett/regnskap

	2019	2020	2021
<b>Budsjett</b>	3 786	3 870	3 900
<b>Regnskap</b>	3 953	3 897	3 649

Regnskapet viser et mindreforbruk i forhold til budsjett. Mindreforbruket skyldes mindre reiseaktivitet på grunn av Covid-19 pandemien og refusjon sykelønn.

## Hva ble vi kontaktet om i 2021?

### Statistikk

I 2021 hadde Pasient- og brukerombudet i Nordland 748 nye henvendelser. Dette er en betydelig økning fra tidligere år.

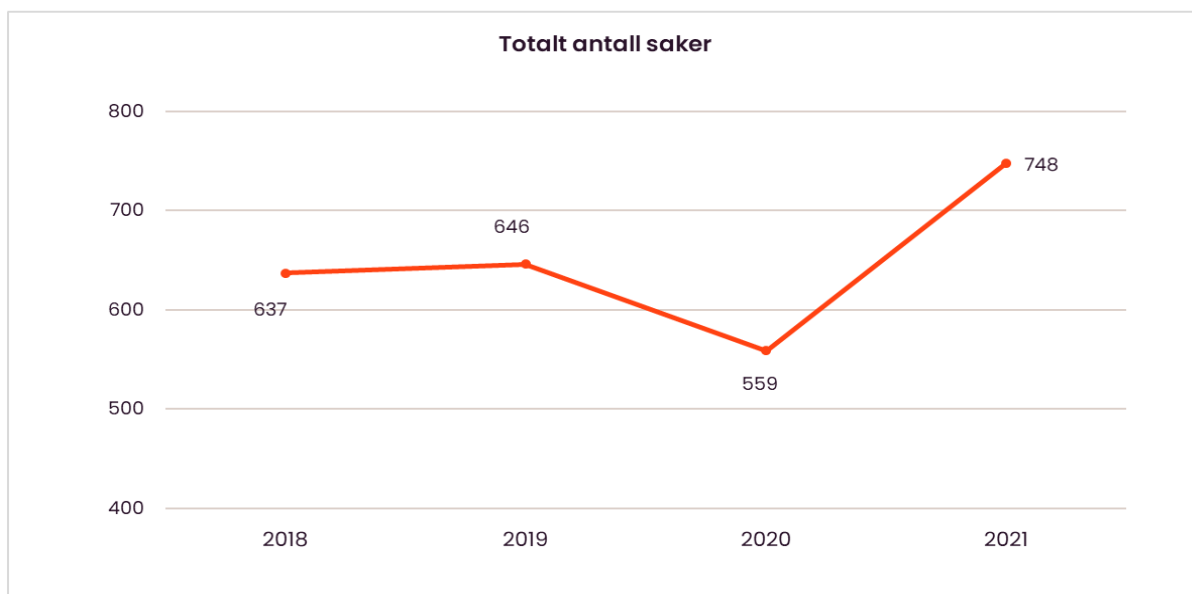


Diagram 1. Totalt antall henvendelser. Utvikling årene 2018–2021

Vi registrerer alle henvendelser i tre ulike kategorier avhengig hva det gjelder:

- 81% av henvendelsene gjelder klage knyttet til et navngitt sted
- 15 % av henvendelsene gjelder spørsmål der primærsted ikke er oppgitt
- 4% av henvendelsene er om forhold utenfor ombudets arbeidsområde

Det er viktig å presisere at denne statistikken er av et lite omfang både i forhold til antall pasienter, brukere og pårørende i fylket, og i forhold til totalt antall kontakter og behandlinger som finner sted i helse- og omsorgstjenestene i løpet av et år. Hensikten med statistikken er å belyse hva pasienter, bruker og pårørende tar opp med pasient- og brukerombudet og i hvilke tjenester disse gjelder.

I klagesakene registreres også hvilke problemstillinger som tas opp av den som tar kontakt. Det kan være flere problemstillinger i én sak. Ulike problemstillinger kan måtte følges opp på ulik måte av ulike personer/tjenester. Derfor er mye av grunnlaget for statistikken i årsmeldingen, basert på saker med en eller flere problemstillinger.

I 2021 handlet

- 61% av henvendelsene om spesialisthelsetjenesten (415 problemstillinger)
- 39% om kommunale helse- og omsorgstjenester (264 problemstillinger).

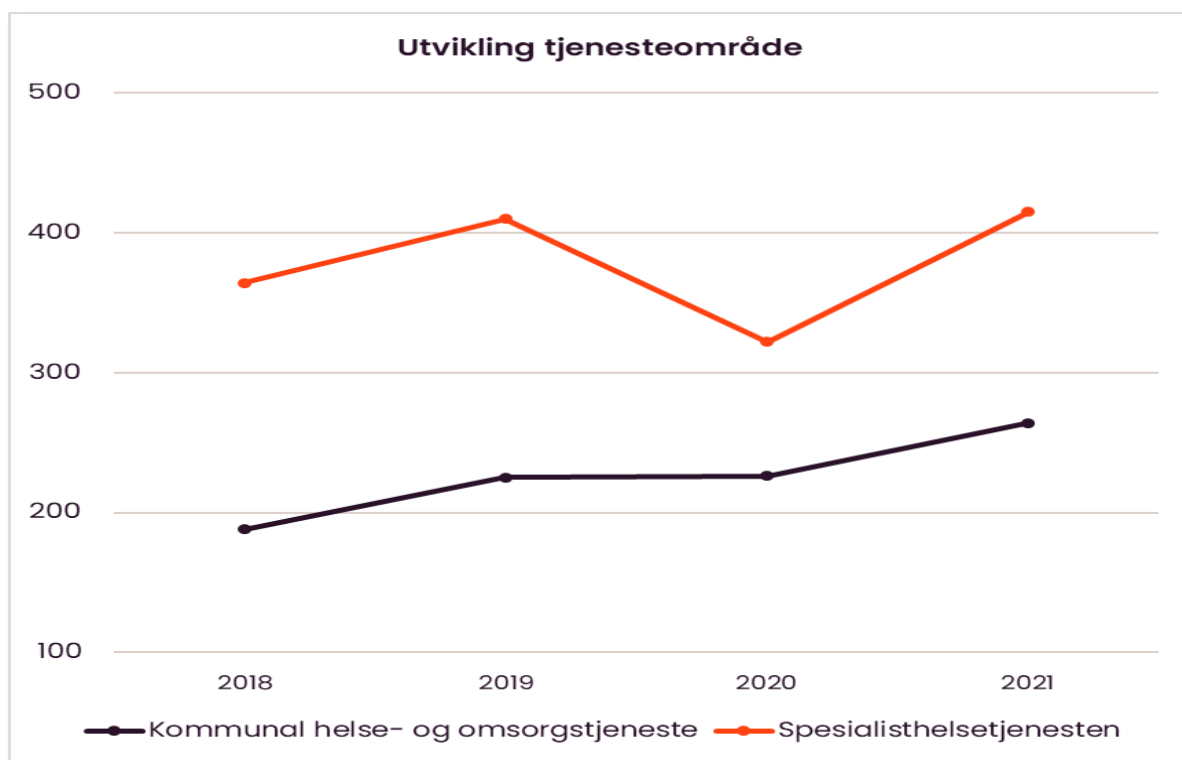


Diagram 2: Antall henvendelser per tjenesteområde. Utvikling årene 2018-2021.

Utviklingen de siste årene viser en jevn økning av henvendelser innen kommunale helse- og omsorgstjenester. For spesialisthelsetjenesten har antall henvendelser vært stabilt, med unntak av en nedgang i 2020. Dette skyldes trolig pandemien og konsekvensene den fikk for aktiviteten i spesialisthelsetjenesten.

## Spesialisthelsetjenesten

Pasient- og brukerombudet i Nordland fikk 356 nye saker med 415 problemstillinger i 2021. Diagram 3 viser at det er flest problemstillinger angående Nordlandssykehuset HF, etterfulgt av Helgelandssykehuset, Universitetssykehuset Nord Norge (UNN).

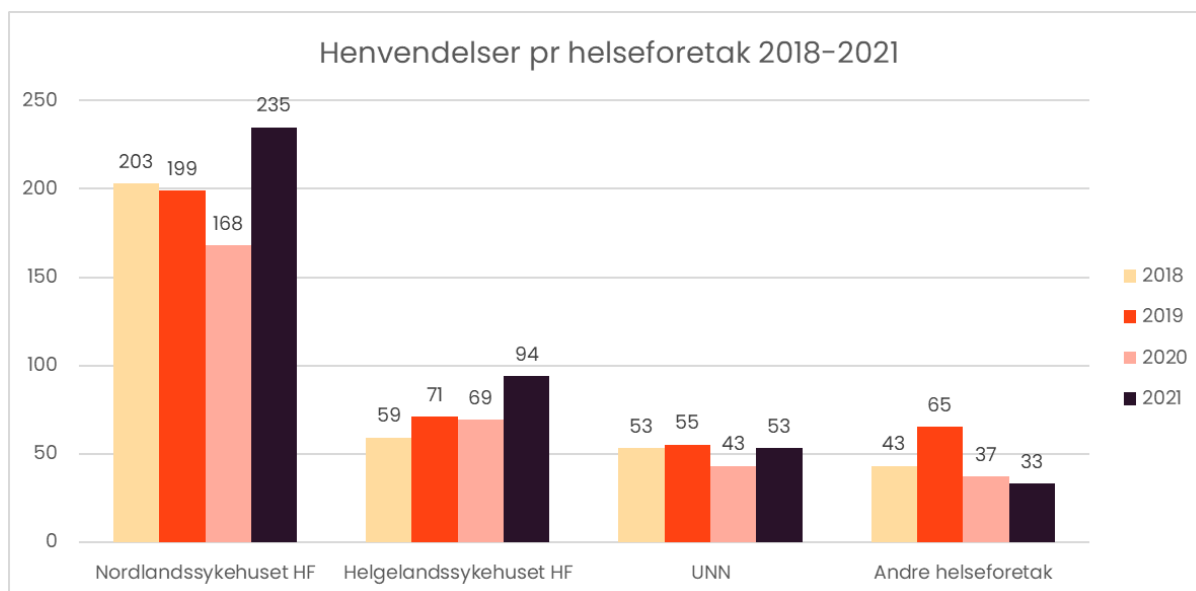


Diagram 3: Henvendelser (problemstillinger) pr helseforetak 2018-2021

Flest problemstillinger i 2021 gjaldt:

- kirurgi (20%)
- indremedisin (19%)
- psykisk helsevern (18%)
- onkologi (13%)

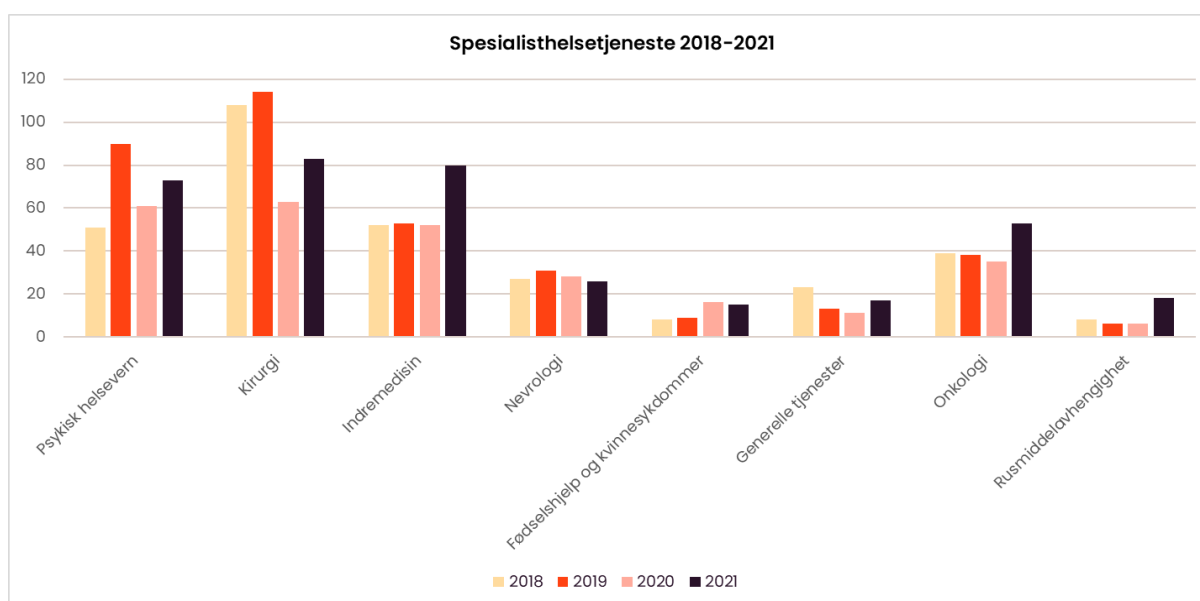


Diagram 4: Henvendelser pr. spesialitet 2018-2021



Diagram 4 viser de åtte områder vi fikk flest henvendelser om i 2021, og utviklingen på disse de fire siste årene. Det er noe variasjon fra år til år, spesielt fra 2020 til 2021. Likevel er det forholdsvis stabile tall for de fleste spesialiteter over flere år.

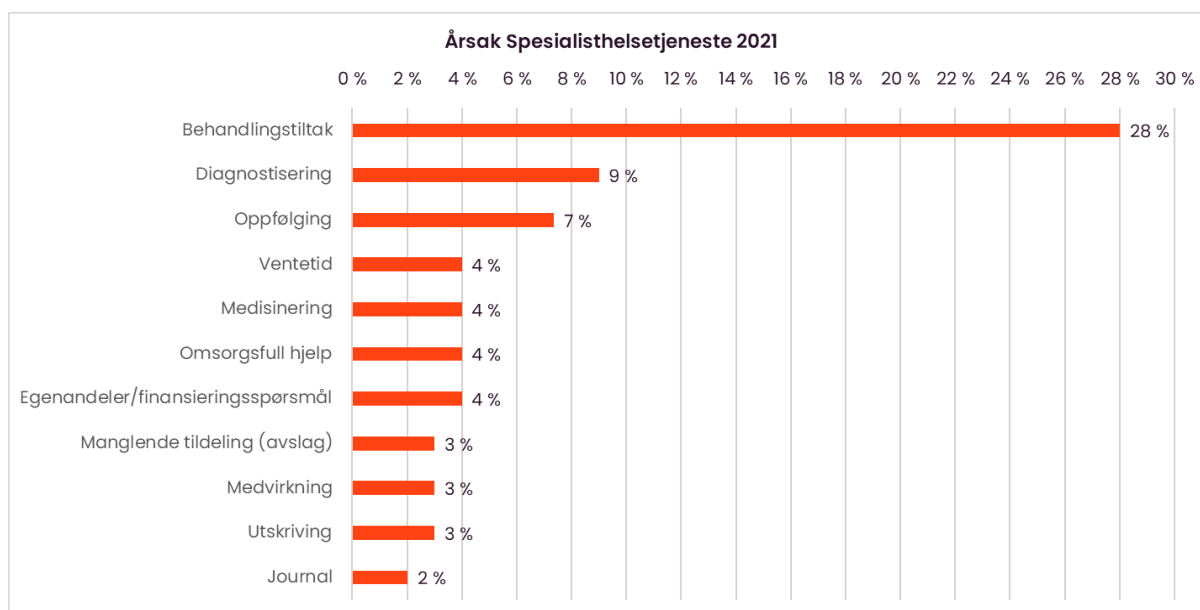


Diagram 5: Årsak til henvendelser i spesialisthelsetjenesten 2021.

Årsakene til henvendelsene innen spesialisthelsetjenesten er mange og varierte slik diagram 5 viser. Diagrammet viser de elleve mest registrerte årsakene til henvendelser som handler om spesialisthelsetjenesten. Svikt og mangler angående behandlingstiltak (28%) er det flest oppgitt som årsak til at de kontakter oss. Behandlingstiltak kan forklares som påstand om opplevd pasientskade, feil behandling, ikke oppnådd forventet resultat o.l. Ellers er det i hovedsak flest henvendelser om diagnostisering, oppfølging, ventetid, medisinering, omsorgsfull hjelp, egenandeler, avslag, medvirkning, utskrivning og spørsmål om journal.

### Psykisk helsevern

Henvendelser fra pasienter og pårørende angående psykisk helsevern, omhandler at de opplever problemer og utfordringer i helsehjelpen. Disse problemene er mange og varierte. Noen pasienter og pårørende stiller spørsmål om riktige behandlingstiltak er igangsatt. Noen vil innlegges i institusjon, andre ikke. Både pårørende og pasienter opplever noen ganger at det gis for lite hjelp. Spesielt gjelder dette pasienter som er utskrevet fra institusjon, og opplever at hjelpen og oppfølgingen blir for sjelden og lite målrettet.

### Andre spørsmål:

- Har jeg fått rett diagnose?
- Har jeg fått rett medisin? Og hva gjør jeg når de gir store bivirkninger?
- Hva kan jeg gjøre når det er skrevet feil i min pasientjournal?

Pasienter har tilgang til sin pasientjournal på Helsenorge og kan også følge med loggsystemet som viser hvem som har gjort oppslag i journalen. Noen ganger stilles det spørsmål om de som har gjort oppslag i journalen, har rettmessig adgang til journalen.

## Kirurgi

Henvendelser om kirurgi omhandler ofte spørsmål om mulig skade eller feilbehandling. Ca. halvparten av henvendelsen til ombudet innen kirurgi dreier seg om ortopedisk kirurgi. Mange pasienter tar kontakt fordi at de har opplevd å bli verre etter operasjon eller at operasjonen ikke har gitt tilstrekkelig positiv effekt. I mange tilfeller hører vi at kirurgene er flink til å informere disse pasientene om Norsk pasientskadeerstatning og om Pasient- og brukerombudet, slik at de kan søke om pasientskadeerstatning og eventuelt sende en klage.

Vi får også en del henvendelser som gjelder at pasienter må vente lenge på operasjon og at planlagte operasjoner er blitt utsatt – noen ganger på ubestemt tid. De to siste årene med Covid-19 pandemien har satt stort press på spesialisthelsetjenesten, og en del pasienter har måtte ventet lenger enn vanlig på operasjon.

## Kreftbehandling

I 2021 hadde vi 39 saker (53 problemstillinger) som omhandlet onkologi/kreftbehandling. Dette er et noe høyt tall i forhold til tidligere år.

Problemene disse pasienten tar kontakt om:

- forsinket diagnostisering av kreftsykdommen.
- det tar lang tid å starte behandling
- manglende informasjon om når behandlingen skal starte og eventuelt hvor.
- at de ikke blir fulgt godt nok opp etter gjennomført kreftbehandling.

For mange oppleves det ganske dramatisk å få en kreftdiagnose. Helsetjenesten har utviklet stadig bedre behandling for de fleste kreftsykdommer. Behandlingen er blitt mer individtilpasset og gir på mange områder gode resultater med hensyn til å bli kvitt kreftsykdommen eller holde den i sjakk. Likevel er det mange som opplever usikkerhet om fremtiden som følge av å få denne sykdommen. Vår erfaring er at når pasienter opplever usikkerhet med hensyn til behandling, manglende informasjon om når og hvilken type behandling skal gjennomføres, så gir dette en ekstra belastning for pasienten i en allerede vanskelig situasjon.

## Kommunale helse- og omsorgstjenester

I 2021 var det 264 problemstillinger fordelt på 239 saker som handlet om kommunale helse- og omsorgstjenester til Pasient- og brukerombudet i Nordland.

Naturlig nok er det flest henvendelser fra de kommunene med høyest innbyggertall. Bodø kommune med 50 saker, Rana kommune med 35 saker og Narvik kommune med 23 saker. De øvrige 38 kommunen har fra null til 12 saker.

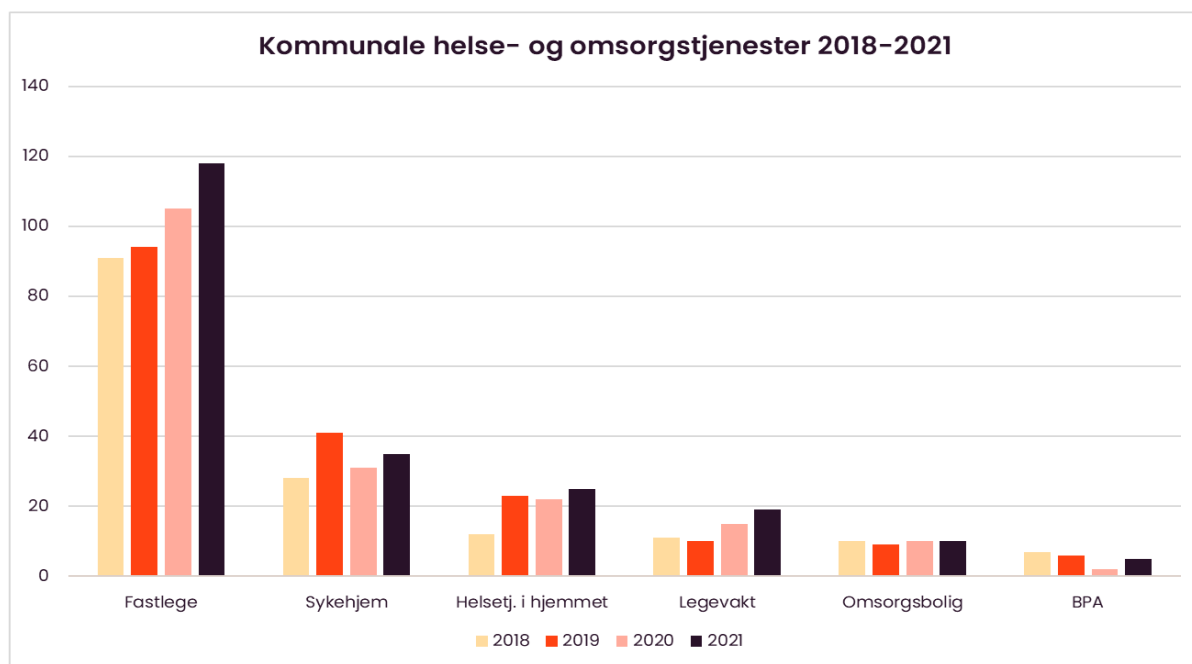


Diagram 6: Henvendelser pr tjeneste 2018-2021

Diagram 6 viser utviklingen fra 2018-2021 på de tjenesteområder det er flest henvendelser om angående kommunene. Utviklingen viser at det er flest henvendelser angående fastlege (utgjør 45% av henvendelsene om kommunene i 2021). Denne utviklingen er stadig økende.

Årsakene bak henvendelsene innen kommunale helse- og omsorgstjenester er mange og varierte slik diagram 7 viser. Flest gjelder behandlingstiltak tett fulgt av medisiner og oppfølging.

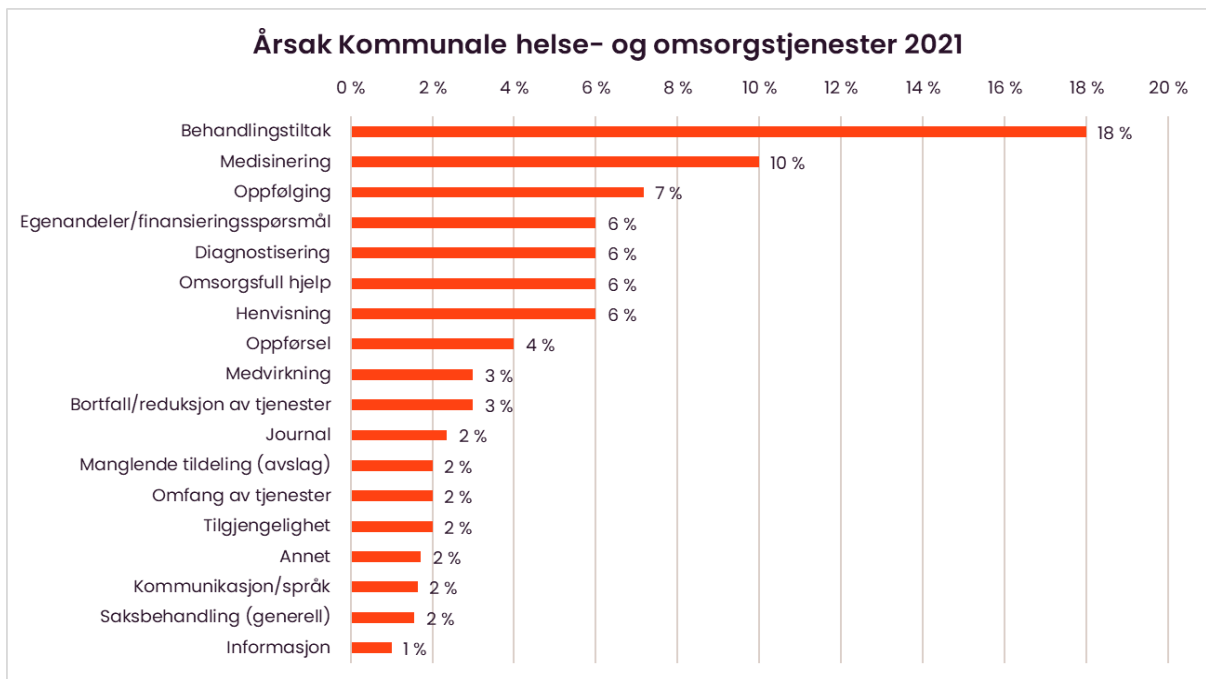


Diagram 7, Årsak til henvendelser kommunale helse- og omsorgstjenester 2021

### Fastlegeordningen

Fastlegeordningen er på mange måter "navet" i helsetjenesten der pasienter får behandling og kan bli henvist videre til andre deler av helsetjenesten. Den er med andre ord en svært viktig del av helsetjenesten og det er viktig at den fungerer godt.

Nesten halvparten av henvendelsene til ombudet gjelder problem med fastlegetjenesten. Spørsmålene og problemene er mange og varierte. I enkelte kommuner er det stor mangel på fastleger og dette medfører at en del pasienter ikke har fastlege.

Noen problemer som tas opp:

- pasienter opplever å ikke ha fastlege eller får bare nye vikarleger
- noen opplever lang ventetid for å få time
- og andre opplever å ikke komme i kontakt med legekantoret pr telefon.
- pasienter opplever at fastlegen ikke har tilstrekkelig tid og at behandling og oppfølging blir for dårlig.
- noen opplever dårlig samarbeid og kommunikasjon med fastlegen
- og andre vil klage på fastlegens dårlige oppførsel.

I vedlagte årsmelding fra alle landets pasient- og brukerombud er det skrevet om en stor bekymring for om dagens fastlegeordning ivaretar pasientsikkerheten tilstrekkelig for pasientene.

## Sykehjem og helsetjenester i hjemmet

22% av henvendelsene til ombudet gjelder sykehjem og helsetjenester i hjemmet. I all hovedsak er det pårørende som tar kontakt med bakgrunn i ulike problemstillinger. Når det gjelder henvendelser angående sykehjem så omhandler dette ofte problemer med at pårørende mener at sine nærmeste ikke får tjenester og oppfølging av tilstrekkelig kvalitet.

Noe problemområder:

- Pårørende opplever at sine nærmeste ikke får nødvendige legetilsyn og at plager som pasienten sliter med, ikke blir undersøkt og behandlet.
- Noen opplever at det er for lite aktivitet på sykehjemmet, og at de derfor blir raskt dårligere både med hensyn til fysisk og psykisk helse.
- Enkelte henvendelser gjelder lang ventetid for å få sykehjemsplass, og noen opplever å få sykehjemsplass langt fra sitt nærområde.

Når det gjelder henvendelser angående helsetjenester i hjemmet er pårørende ofte bekymret for at sine nærmeste ikke får tilstrekkelig hjelp. Ikke sjelden mener pårørende at pasienten har mye dårligere helsetilstand og funksjonsnivå, enn det helsetjenesten selv beskriver. Dette kan være en kime til konflikt og uenighet om hvor mye og hvilken hjelp pasienten har behov for.

## Brukerstyrt personlig assistanse (BPA)

Formålet med BPA er å gi personer med stort hjelpebehov frihet til å styre tjenestene og hverdagen selv. BPA er en ordning hvor man selv ansetter sine faste assistenter og hvor man sammen definerer innholdet i hjelpen. De fleste som benytter ordningen har behov for livslange tjenester.

Det er viktig at kommunene kjenner til intensjonene med BPA-ordningen. Samarbeid og dialog er viktige premisser for å utforme gode og individuelt tilpassede tjenester. Kommunene må gjøre dette sammen med de som har omfattende behov for hjelp. BPA gir mulighet for mer fleksibilitet, for samordning av tjenester ut i fra individuelle behov.

Henvendelsene til pasient- og brukerombudet omhandler ofte at både dialogen og samarbeidet mellom bruker og kommunen ikke fungerer. Problemene kan også omhandle at kommunen mener at hjelpebehovet til brukeren er for lite til å organisere det som BPA. I noen tilfeller mener kommunen at brukeren selv ikke er i stand til å administrere ordningen selv, og det tilbys derfor et kommunalt styrt tjenestetilbud. BPA ordningen er under ny utredning og utvalget som har sett på ordningen, la i mars 2022 frem sin utredning om ordningen til høring (NOU 2021:11 Selvstyrt er velstyrt).

## **Vedlegg: Nasjonal årsmelding 2021 Pasient- og brukerombudet**



2021

# Nasjonal årsmelding

Alle kan kontakte Pasient- og brukerombudet for å fortelle sin historie.

Hjelpen fra oss er gratis og du trenger ikke henvisning for å ta kontakt. Vi har taushetsplikt og du kan være anonym om du ønsker det.

I 2021 fikk vi økt kunnskap om koronavirus og bedre tilgang på smittevernutstyr. Da ble det enklere for pårørende å komme inn til sine på institusjoner, og å følge og besøke nære på sykehus. På grunn av covid-19 har presset på helsetjenesten vært stort gjennom hele året. Barn og unge har hatt mindre mulighet for å være sosiale fordi aktivitetstilbudet har vært redusert, i tillegg til at det har vært strenge regler for antall som kunne treffes. Dette har vært krevende, noe som bidrar til lengre ventelister, særlig innen Barne- og ungdomspsykiatrien.

Pasient- og brukerombudet har aldri noensinne blitt kontaktet mer i løpet av et år som i 2021. Aldri før har tallet på henvendelser vært høyere, selv om de aller fleste sakene våre har handlet om det samme som tidligere år. Økningen har vært markant.

Covid-19 har preget 2021 hos Pasient- og brukerombudet. Vi har hatt påbud om hjemmekontor hele året, utenom i perioder mellom mai og oktober. Da var vi på kontoret innimellom, men som hovedregel har ikke alle ansatte vært til stede samtidig. Fysiske møter har kun vært gjennomført i spesielle tilfeller.

Internt i organisasjonen har vi likevel hatt mer kontakt på tvers av lokalkontor enn noen gang før. Gjennom hele 2021 har det vært hyppig aktivitet på videomøter i flere grupper i hele landet.

Nytt av året er at Pasient- og brukerombudet sin nettside er flyttet fra helsenorge.no til egen plattform, vi har ansatt kommunikasjonsrådgiver, vi har fått vårt eget Brukerråd, vi har startet formelt samarbeid med svartjenesten til Ung.no, og vi har fått nytt ombud på kontoret i Skien.

Organisasjonens budsjett er en egen post i statsbudsjettet. I flere år har kostnadene økt mer enn inntektene. Det gjør det vanskeligere for oss å møte pasienter, brukere, pårørende og tjenesten dersom det innebærer reisekostnader.

Vi blir sjelden kontaktet av det store flertallet som får god helsehjelp, og vi blir heller ikke kontaktet av alle som opplever svikt. Mennesker er på det mest sårbare i kontakt med helsetjenesten. Opplever du feil, forsinkelser og svikt der du søker hjelp, skapes bekymring og belastning i en allerede vanskelig situasjon. Pasient- og brukerombudet blir oftest kontaktet når noe har skjedd som ikke burde skjedd, eller når noe ikke har skjedd som skulle ha skjedd.

Årsmeldingen gir en oversikt hvem vi er, hva vi gjør, hva vi har arbeidet med og erfart i året som gikk.



## **Pasient- og brukerombudet trekker særlig dette frem fra 2021:**

- Fastlegekrisen truer pasientsikkerheten
- Pasientens bosted skal ikke være avgjørende for hvilke helse- og omsorgstjenester som gis.
- Vurdering av henvisninger til barne- og ungdomspsykiatrien må bli bedre.
- Koordinatorordningen fungerer ikke etter intensjonen. Den må evalueres.
- Pasienter i LAR- behandling må gis reell medvirkning i sin behandling.

## Innhold

Innledning .....	0
Pasient- og brukerombudet trekker særlig dette frem fra 2021: .....	2
Om Pasient- og brukerombudet (POBO) .....	5
Nasjonalt koordinerende ombud.....	5
Økonomi.....	6
Kommunikasjon.....	7
Nasjonal talsperson.....	7
Brukerråd .....	8
Hva ble vi kontaktet om i 2021?.....	9
Statistikk .....	9
Spesialisthelsetjenesten.....	10
Kommunale helse- og omsorgstjenester .....	11
Covid-19 .....	13
Fastlegeordningen .....	13
Kommunale tjenester til barn med store hjelpebehov .....	14
Sykehjem .....	16
Legemiddelassistert rehabilitering (LAR).....	17
Offentlig tannhelsetjeneste .....	17
Rehabilitering .....	18
Fokusområde 2021/2022: Unge 16-20 år.....	18
Beslutningsforum .....	19
Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP).....	20
Journalnoking.....	21
Grenseoverskridende atferd .....	22
Hvordan prioriteres pasientgrupper ulikt på forskjellige områder i helse- og omsorgstjenesten? .....	22
Aktiviteter og organisatorisk arbeid i 2021 .....	23
Kvalitetsarbeid i organisasjonen .....	23
Annet samarbeid på tvers.....	25



## Om Pasient- og brukerombudet (POBO)

Organisasjonen har 15 pasient- og brukerombud og 48 medarbeidere (totalt 63 ansatte) som skal ivareta pasientenes og brukernes behov, interesser og rettssikkerhet i helse- og omsorgstjenesten, og som arbeider for å bedre kvaliteten på disse tjenestene. I tillegg kjøper Helsedirektoratet Pasient- og brukerombudstjenester av Oslo kommune. Kontorene ligger i Hammerfest, Tromsø, Bodø, Trondheim, Kristiansund, Førde, Bergen, Stavanger, Kristiansand, Skien, Tønsberg, Drammen, Hamar, Moss og Oslo.

Pasient- og brukerombudet gir råd og veiledning om pasient- og brukerrettigheter, og hjelper med å formulere og videreformidle spørsmål og klager. Vi løfter saker på eget initiativ og stiller spørsmål ved systemer i tillegg til å arbeide med enkeltsaker. Vi kan bidra som konfliktløser og hjelpe til i dialog med helsetjenesten. Vi har taushetsplikt og all hjelp fra oss er gratis. De som henvender seg til ombudet har rett til å være anonyme.

Ombudets arbeidsområde er offentlige spesialisthelsetjenester, kommunale helse- og omsorgstjenester og fylkeskommunale tannhelsetjenester.

Pasient- og brukerombudet er en statlig organisasjon, administrert av Helsedirektoratet og lovfestet i pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 8.

Statens alminnelige instruksjonsmyndighet er begrenset ved at pasient- og brukerrettighetsloven § 8-2 slår fast at ombudet skal utføre sin virksomhet selvstendig og faglig uavhengig.

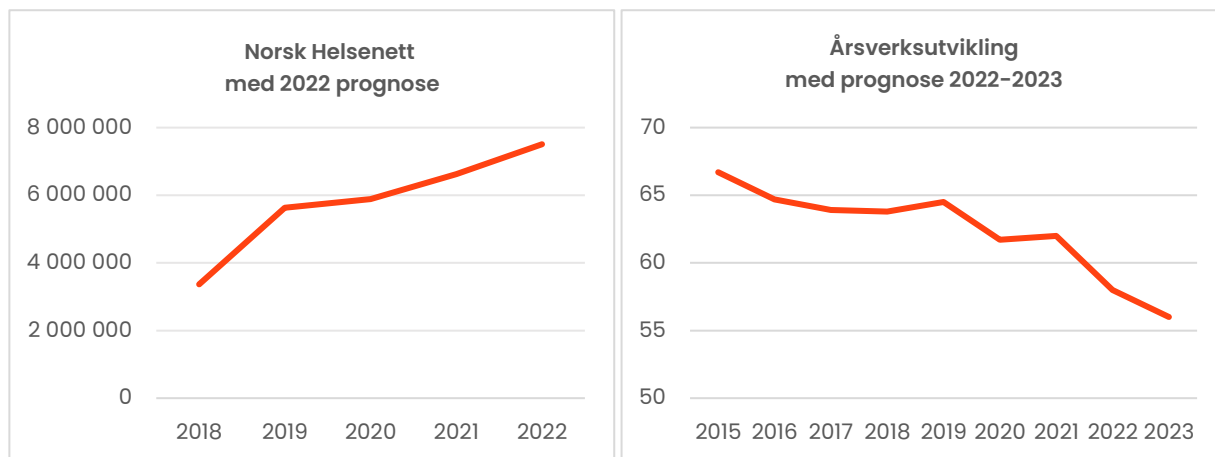
### **Nasjonalt koordinerende ombud**

Fra 1.1.2020 har ett av pasient- og brukerombudene en koordinerende rolle for alle ombudene. Det kom av et ønske om å få en tydeligere felles retning, prioritering og koordinering av organisasjonens arbeid, slik at pasienters og brukeres tilgang til råd, veiledning og annen bistand skjer uavhengig av hvilket fylke de bor i. Det koordinerende ombudet bidrar til å utvikle felles arbeidsmetodikk, bistår de øvrige ombudene med systematisk kompetanseutvikling og veiledning, gir råd i enkeltsaker, bidrar til felles løsning og forståelse av prinsipielle saker, samt følger med på hvordan ulike grupper av pasienter og brukere prioriteres ved tildeling av tjenester. Det koordinerende ombudet er i tillegg lokalt ombud. Koordinerende funksjon er lagt til kontoret i Bergen, og stillingen ble besatt 1.9.2020.

## Økonomi

De siste årene har Pasient- og brukerombudet hatt en tydelig negativ økonomisk utvikling.

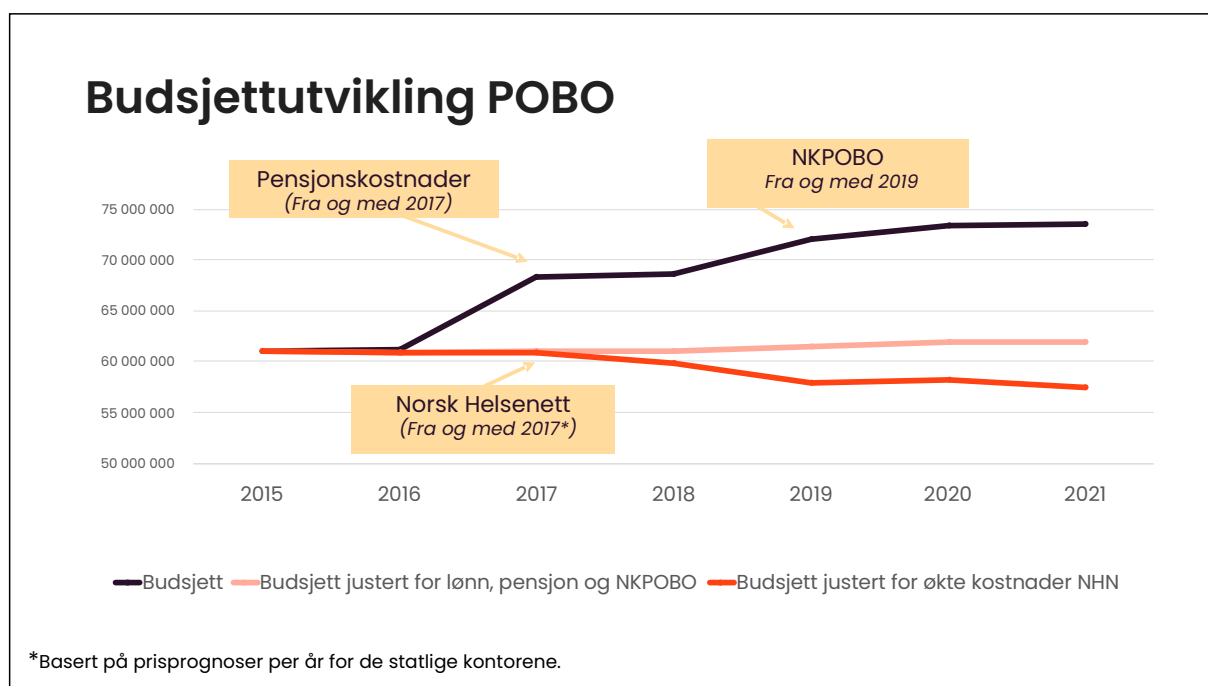
Hovedårsaken er økte kostnader til Norsk Helsenett som har mer enn doblet seg i løpet av fire år. Budsjettutviklingen har ført til stadig færre stillinger i organisasjonen:



Ellers:

- Oppgavene som er lagt til nasjonalt koordinerende ombuds ansvarsområde krever personalressurser med spesialkompetanse som ikke er i organisasjonen fra før.
- Oppdraget til Pasient- og brukerombudet, sammen med endringene som følge av opprettelsen av nasjonalt koordinerende ombud, er svært krevende å gjennomføre samtidig som antall årsverk reduseres og arbeidsmengden øker.
- I mange år har vi hatt ønske om en samisktalende rådgiver i organisasjonen for at vi skal nå den samiske befolkningen. Vår økonomi har så langt ikke gitt oss mulighet for dette.
- Den offentlige tannhelsetjenesten ble lagt inn under vårt ansvarsområde i 2020, uten at det ble tilført ekstra midler.
- Vi må fortsette å utvikle våre digitale kanaler og verktøy for å være tilgjengelig og til stede der de som har bruk for oss forventer å finne oss.

På tross av at aktiviteten og kravene til hva vi skal levere innenfor samfunnsoppdraget har økt, har vi mindre økonomisk handlingsrom til å gjøre arbeidet. Nå er vi i en situasjon der antall stillinger reduseres, vi må velge bort flere oppgaver som innebærer reiser og kostnader, og vi har ikke midler til å gjennomføre ønsket utviklingsarbeid.



I november 2021 deltok to av våre ombud på budsjettføring på Stortinget for å argumentere for høyere overføring. Uten at det ga resultat i budsjett for 2022.

### Kommunikasjon

I mars 2021 fikk Pasient- og brukerombudet for første gang egen nettside på egen publiseringsløsning, pasientogbrukerombudet.no. Det gir oss mer mulighet til å bruke egne digitale kanaler strategisk. Her er det stort potensiale.

Et nyopprettet engasjement som kommunikasjonsrådgiver ble besatt i august 2021. Kommunikasjonsrådgiver er i staben til nasjonalt koordinerende ombud og har blant annet ansvaret for å lage kommunikasjonsstrategi.

Kommunikasjonsrådgiver har det daglige redaktøransvaret for pasientogbrukerombudet.no og vår felles nasjonale Facebook-side.

Kommunikasjonsrådgiver har hatt ansvaret for å få ny grafisk profil for Pasient- og brukerombudet. Arbeidet startet høsten 2021, ble besluttet i desember 2021, og i starten på 2022 står vi frem i ny felles drakt.

### Nasjonal talsperson

Å være nasjonal talsperson for Pasient- og brukerombudet er en ny oppgave som ligger til nasjonalt koordinerende ombud. Hvordan oppgaven løses, har blitt jobbet med store deler av året.

Innholdet for nasjonalt koordinerende ombud sitt mandat som nasjonal talsperson, ble bestemt september 2021 av en omforent ledergruppe.

Nasjonalt koordinerende ombud skal være talsperson ved nasjonale saker i media, og overfor beslutningstakere i saker av nasjonal interesse. Dette skal ikke påvirke hensyn til ombudenes lokale ansvar og lokale myndighet, slik at nasjonal talsperson ikke overtar det som naturlig er lokalt ombuds rolle som talsperson. De fleste saker som får nasjonal interesse har gjerne startet som en eller flere lokale saker. Overgangen fra lokal til nasjonal sak kan være vanskelig og må vurderes i hvert enkelt tilfelle. Vi må finne ut hva som fungerer best for at vi får sagt ifra der vi skal, slik at pasienter og brukere opplever endring til det bedre.

## **Brukerråd**

Pasient- og brukerombudet fikk i 2021 sitt eget brukerråd for første gang i historien. Brukerrådet vårt vil være rådgivende, består av åtte representanter og to vararepresentanter. De kommer fra hele landet og er i alderen 17 til 74 år.

Her er brukerrådet i Pasient- og brukerombudet:

- Nasreen Begum
- Marie Dahlskjær
- Tore Haukvik
- Marianne Clementine Håheim
- Jonas Brodin Rist
- Marius Sjømæling
- Samina Tagge
- Astrid Weber
- Alva Aspmo (vara)
- Nina Bakkefjord (vara)

Brukerrådets første møte ble gjennomført januar 2022.

Pasient- og brukerombudet sine kontaktpersoner i brukerrådet er Marie Dahlskjær og Jonas Bodin Rist. Kontaktperson for eksterne er nasjonalt koordinerende ombud, Jannicke Bruvik, [jannicke.bruvik@pasientogbrukerombudet.no](mailto:jannicke.bruvik@pasientogbrukerombudet.no).

## Hva ble vi kontaktet om i 2021?

### Statistikk

I 2021 hadde Pasient- og brukerombudet 16808 nye henvendelser. Det er en stor økning fra tidligere år, og høyeste antall henvendelser noensinne i løpet av et år. Se Diagram 1.

Vi registrerer alle henvendelser til oss i tre ulike kategorier avhengig hva det gjelder:

- 78% av henvendelsene våre gjelder klage knyttet til et navngitt sted
- 16 % av henvendelsene gjelder spørsmål der primærsted ikke er oppgitt
- 6% av henvendelsene er om forhold utenfor vårt arbeidsområde

I klagesakene registrerer vi også hvilke problemstillinger som tas opp av den som tar kontakt. Det kan være flere problemstillinger i én sak. Ulike problemstillinger kan måtte følges opp på ulik måte av ulike personer/tjenester. Derfor er mye av grunnlaget for statistikken i årsmeldingen, basert på saker med en eller flere problemstillinger.

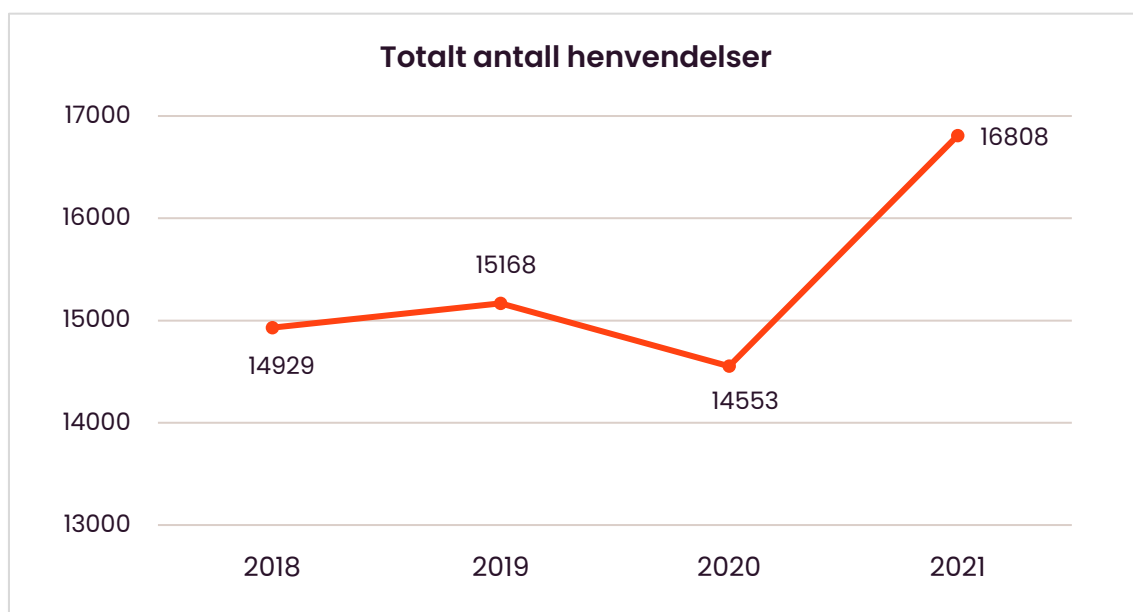


Diagram 1: Totalt antall henvendelser. Utvikling årene 2018 – 2021.

I 2021 handlet 57% av henvendelsene til oss om spesialisthelsetjenesten (8738 problemstillinger) og 43% om kommunale helse- og omsorgstjenester (7454 problemstillinger). Utviklingen de siste årene viser en jevn økning av henvendelser innen kommunale helse- og omsorgstjenester. For spesialisthelsetjenesten har antall henvendelser vært stabilt, med unntak av en nedgang i 2020. Dette skyldes trolig pandemien og konsekvensene den fikk for aktiviteten i spesialisthelsetjenesten. Se Diagram 2.



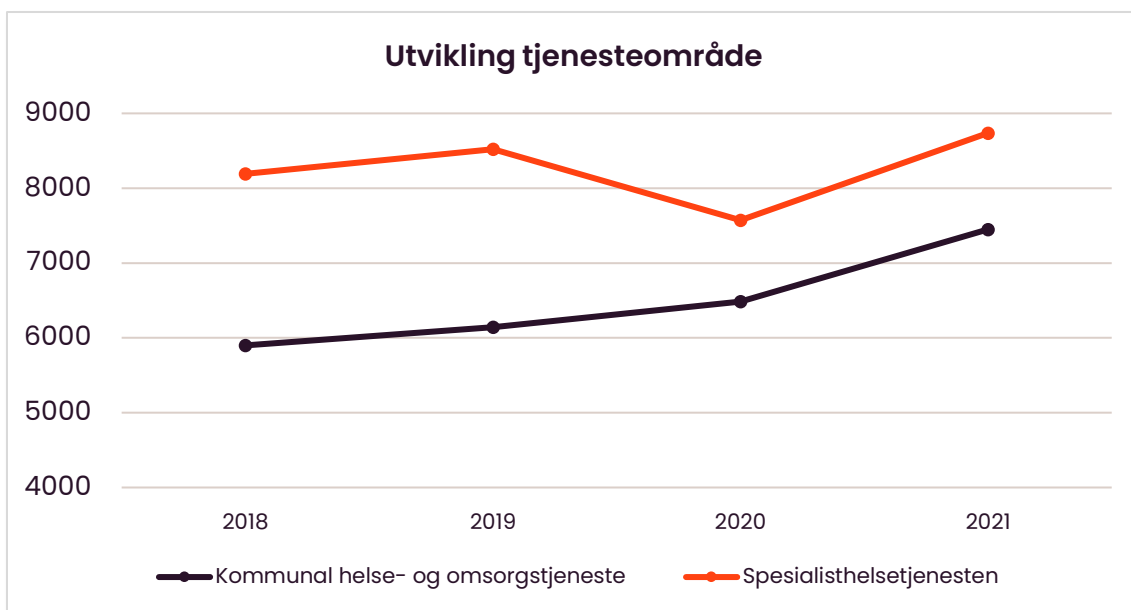


Diagram 2: Antall henvendelser per tjenesteområde. Utvikling årene 2018 – 2021.

### Spesialisthelsetjenesten

I 2021 var det 8733 problemstillinger fordelt på 6940 saker som handlet om spesialisthelsetjenesten hos Pasient- og brukerombudet. Flest problemstillinger gjaldt psykisk helsevern (25%) og kirurgi (23%). Diagrammet under viser åtte områder vi fikk flest henvendelser om i 2021, og utviklingen på disse de fire siste årene. Trenden viser en jevn økning som gjelder psykisk helsevern. Det er derimot en jevn nedgang innen kirurgi. For de andre områdene er det stabile tall fra år til år. Se Diagram 3.



Diagram 3: Antall henvendelser innenfor spesialisthelsetjenesten fordelt per hovedspesialitet (område). Utvikling for åtte områder med flest henvendelser årene 2018 – 2021.

Årsakene til henvendelsene innen spesialisthelsetjenesten er mange og varierte slik diagrammet under viser. Diagrammet viser de tolv mest registrerte årsakene til henvendelser som handler om spesialisthelsetjenesten. Svikt i behandlingstiltak er det flest oppgir som årsak til at de kontakter oss. 21% av henvendelsene våre innen spesialisthelsetjenesten handler om dette. Behandlingstiltak kan forklares som opplevd pasientskade, feil behandling, ikke oppnådd forventet resultat o.l. Ellers er det flest henvendelser om avslag på behandling, diagnostisering, oppfølging, ventetid, informasjon, medisinerer, oppførsel, omsorgsfull hjelp, journal, utskriving og medvirkning. Se Diagram 4.



Diagram 4: Årsak til henvendelser innenfor spesialisthelsetjenesten 2021.

### Kommunale helse- og omsorgstjenester

I 2021 var det 7449 problemstillinger fordelt på 5893 saker som handlet om kommunale helse- og omsorgstjenester til Pasient- og brukerombudet. Så mange som 43 % av henvendelsene handlet om fastlege-tjenesten. Det er nær halvparten av alle som kontaktet oss om problemstillinger fra hele landets helse- og omsorgstjenester i kommunene. Diagrammet under viser de åtte tjenestene det var flest henvendelser om, og en utvikling på disse områdene de fire siste årene. Utviklingen viser en jevn økning av henvendelser angående fastlege. Når det gjelder sykehjem (11%), helsetjenester i hjemmet (9%), legevakt (6%), korttidsopphold i institusjon (5%), omsorgsbolig (4%), BPA-Brukerstyrt personlig assistanse (3%) og avlastning (2%) er det ikke store variasjoner fra år til år.

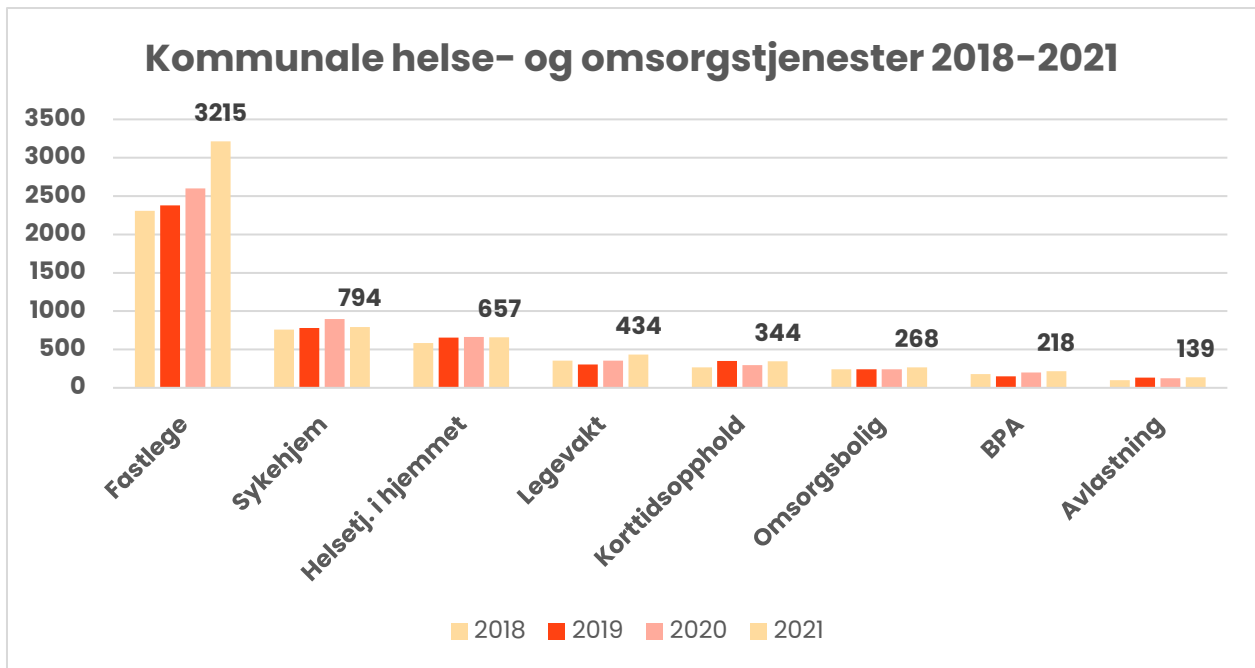


Diagram 5: Antall henvendelser innenfor den kommunale helse- og omsorgstjenesten 2021. Utvikling for åtte områder med flest henvendelser årene 2018 – 2021.

Årsakene bak henvendelsene innen kommunale helse- og omsorgstjenester er også mange og varierte. Diagrammet viser de tolv mest registrerte årsakene for henvendelser til Pasient- og brukerombudet. De fleste gjelder behandlingstiltak (12%), tett fulgt av medisinerings, oppfølging, avslag, egenandeler, omfang av tjenester, diagnostisering, omsorgsfull hjelp, oppførsel, henvisning, informasjon og medvirkning.



Diagram 6: Årsak til henvendelser innenfor den kommunale helse- og omsorgstjenesten 2021.

## Covid-19

Pandemien satte sitt preg også på fjoråret, og helsetjenestene har vært under stort press igjennom hele 2021. Vi er bekymret for konsekvensene det har fått for mange pasienter og brukere. Pasient- og brukerombudet mottok 690 henvendelser som handlet om covid-19 i 2021. Det er en liten nedgang fra 964 henvendelser i 2020, da pandemien slo inn over landet vårt. Henvendelser som handler om sykehus har for eksempel vært særlig knyttet til fødende og tilstedeværelse for partner under fødsel, utsettelse av operasjoner og besøkende til pasienter på sykehus. Bekymringen vår om utsatte operasjoner, er de økende ventelistene og ekstrabelastningen det fører til for hver enkelt pasient.

Henvendelsene som gjelder kommunene, har dreid seg mest om vaksiner og bivirkninger, testkapasitet, besøksrestriksjoner ved institusjoner og generelt om smittevern. Pasient- og brukerombudet har hatt noen henvendelser om eldre personer som har rett til erstatning dersom de blir smittet av covid-19 på sykehjem. Norsk pasientskadeerstatning (NPE) gir nå erstatning til etterlatte etter et slikt dødsfall. Pandemien har også ført til at flere familier med barn som har store omsorgsbehov, mistet deler av tilbudet sitt i 2021.

Folkehelseinstituttet ga ut en rapport om [Psykisk helse og livskvalitet under pandemien, Del 5](#), publisert oktober 2021. Der leser vi at personer med psykiske plager har opplevd å ikke få sine hjelpebehov dekket i helsevesenet, i større grad enn før pandemien.

Vi ser det samme hos oss. Antall henvendelser innen psykisk helsevern har økt de to siste årene, og toppe nå vår statistikk for spesialisthelsetjenesten. En stor andel handler om manglende tildeling av tjenester, medvirkning og medisinerings.

Pasient- og brukerombudets erfaringer viser at det fortsatt er viktig med god dialog og tilpasset informasjon om de stadige endringene som skjer på grunn av pandemien vi forstått står i. Økende smitte i samfunnet generelt, øker risikoen for at tjenester igjen faller bort – ikke på grunn av smittevernreglement denne gang, men på grunn av at helsepersonell selv er syke. Vi er bekymret over at et økende antall pasienter opplever å ikke få hjelp ved kontakt med helsetjenesten.

## Fastlegeordningen

Fastlegeordningen har vært under økende press de siste årene, og Pasient- og brukerombudet har gjentatte ganger tatt opp hvordan pasienter opplever store utfordringer med ordningen. Fastlegekrisen er nå en realitet i mange kommuner, også i flere av landets største.

I statistikken til Pasient- og brukerombudet handler 43% av henvendelsene til oss om kommunale helse- og omsorgstjenester, forhold ved fastlegen. Mange pasienter forteller at de ikke har en "fast" fastlege, men må forholde seg til fastlegevikarer som ikke kjenner deres historie. Dette er svært uheldig, særlig for pasienter med kroniske og langvarige sykdommer som trenger kontinuitet i oppfølgingen fra fastlegen. Vi er kritiske til om pasientsikkerheten er god nok for flere av disse pasientene.

Andre utfordringer vi ser, er pasienter som må vente svært lenge (flere uker) før de får time hos sin fastlege evt. vikarlege. Ofte henger dette sammen med at det er vakanser på legekontolet, og at det kan være vanskelig å få tak i vikarer for leger. I distriktene er det mange kommuner som har problemer med å rekruttere fastleger.

I kommuner der alle fastlegelistene er fulle, sier mange pasienter at det nesten er umulig å skifte fastlege. Vi får tilbakemeldinger fra pasienter som har ventet mange måneder om ikke år, for å få skiftet fastlege. Dette er spesielt uheldig for pasienter med behov for tett oppfølging og dialog med sin fastlege, men opplever at dette samarbeidet ikke fungerer godt.

I løpet av 2021 har vi også mottatt henvendelser fra pasienter som har blitt "tvangsflyttet" fra listen til sin fastlege. Dette kan skje i tilfeller der en lege må redusere antall pasienter på sin liste. Da gjøres det en tilfeldig utvelgelse av pasienter som må flyttes til en annen fastlegeliste, uten at pasienten har mulighet til å påvirke avgjørelsen. Pasientene blir orientert først etter at de har fått ny fastlege. For noen blir dette feil og oppleves urettferdig.

Fastlegeordningen har en svært viktig funksjon i helsetjenesten. Regjeringen har i Handlingsplan for allmennlegetjenesten 2020-2024 satt fokus på flere tiltak for å styrke ordningen. For mange kommuner, fastlegekontorer, fastleger og ikke minst pasienter – haster det å få resultater slik at alle pasienter opplever en god og tilgjengelig fastlegeordning. Vi er bekymret for om pasientsikkerheten i fastlegeordningen er god nok i mange av landets kommuner.

## **Kommunale tjenester til barn med store hjelpebehov**

Pasient- og brukerombudet har kontakt med familier som forteller om et vanskelig samarbeid med kommunen for å få de tjenestene barnet og familien har rett på. Det er ikke omsorgen for barnet som er tyngst, men det de oppfatter som en kamp med kommunen.

Riksrevisjonen publiserte 30.9.21 en [rapport om helse- og omsorgstjenester til barn med funksjonsnedsettelse](#). Rapporten konkluderer blant annet med at

tjenestetilbudet avhenger av hvor de bor, og med at familiene må ta et for stort ansvar selv for å få hjelp og koordinere tjenestene.

Riksrevisjonens konklusjoner stemmer med Pasient- og brukerombudets erfaringer. Pasient- og brukerombudet har bistått familier som vurderer å flytte, i håp om et bedre tilbud i en annen kommune. Vi vet om familier som har flyttet til kommuner med et bedre tilbud. Medvirkning er nærmest fraværende i flere av disse sakene.

Barnet og familien har rett til å medvirke i hvordan tilbudet skal utformes. Medvirkning skal blant annet gi økt treffsikkerhet i utforming og gjennomføring av tilbudet, og dermed gi et mer tilpasset tilbud. I tillegg er det mye egenverdi i å få medvirke. De som søker hjelp vil påvirke viktige deler av eget liv, motta hjelp på egne premisser og bli respektert for egne valg.

Barn med store hjelpebehov trenger hjelp fra flere tjenesteytere; kommunale helse- og omsorgstjenester (saksbehandler, støttekontakt, fysioterapeut, avlaster, fastlegen, koordinator), spesialisthelsetjenesten (barnelegen, ergoterapeut, sosionom, øyelege) skolen (lærer, SFO-ansatte, PPT-rådgiver, logoped), NAV (saksbehandler, rådgiver hjelpemidler), og i noen tilfeller også saksbehandler hos Statsforvalter. Da skal familien få hjelp av en koordinator til å samordne tjenestene, få fremdrift i arbeidet med individuell plan, og dermed avlaste familien for dette arbeidet. Vi møter familier som ikke får hjelp til å koordinere tjenestene, men må gjøre jobben selv.

I en sak som gjaldt brukerstyrt personlig assistent (BPA) uttalte Statsforvalter: "I det hele er det vanskelig for Statsforvalter å finne vurderinger knyttet til brukermedvirkning og barnets beste.

Pasient- og brukerombudets erfaringer er at koordinatorordningen ikke fungerer i praksis. Vi ser at familier får tildelt koordinator uten at jobben det innebærer blir gjort. Det blir en tjeneste uten innhold. Vi mener at koordinatorfunksjonen ikke gir familiene den avlastningen den var ment for.

Helse- og omsorgstjenesten i kommunene har i dag plikt til å oppnevne en koordinator

for pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester. Lovgiver vil også innføre en rett til koordinator og barnekoordinator i pasient- og brukerrettighetsloven kap. 2. Pasient- og brukerombudet er usikker på om en ny rettighet vil bedre situasjonen. Vi kan håpe. Pasient- og brukerombudet mener - uavhengig av nye rettighetsbestemmelser - at koordinatorordningen må evalueres; hva skal til for at ordningen skal fungere etter intensjonen?

## Sykehjem

En høy andel pasienter som bor på norske sykehjem, er eldre mennesker med flere sykdommer samtidig. Mange har demenssykdom. Det er for det meste pårørende som tar kontakt med Pasient- og brukerombudet når det gjelder denne pasientgruppen. Pårørende er ofte en viktig ressurs for sykehjemspasienter, fordi de sier ifra på vegne av pasienten når en ikke er i stand til det selv. Pasient- og brukerombudet verdsetter at pårørende tar kontakt på vegne av pasientene. I tillegg utfordrer det oss på å sikre at pårørende formidler pasientens eget ønske.

Tvang på sykehjem mot en pasient med demens uten samtykkekompetanse.

Pasienten hadde i flere tilfeller blitt holdt fast og ført inn på eget rom for skjerming, i noen tilfeller med løst dør, etter at han hadde opptrådt truende og aggressivt mot sykehjemspersonalet og andre beboere. Tvangstiltakene i denne saken hadde ikke hjemmel i sykehjemsforskriften, og den aktuelle tvangsbruken faller utenfor virkeområdet til pasient og brukerrettighetsloven kapittel 4A.

Årsakene til at vi blir kontaktet av pårørende til pasienter på sykehjem er ulike og sammensatte. Lang saksbehandlingstid hos kommunen, utforming av tjenestetilbudet, manglende informasjon og medvirkning, avslag på tjenester, klage på kvaliteten i tjenestetilbudet og bruk av tvang, er noe av det Pasient- og brukerombudet har blitt kontaktet om i 2021. Som i 2020, har det også i 2021 vært henvendelser om tiltak på sykehjem ved smitteutbrudd, som for eksempel besøksrestriksjoner. Vi mener at kommunene kan bli enda bedre på god dialog og på å gi tilpasset informasjon til pårørende når det skjer endringer – som besøksrestriksjoner – på sykehjem.

Pasient- og brukerombudet erfarer også at det er store forskjeller på tilgjengelige sykehjemsplasser i kommunene. Særlig ventetid på sykehjemsplass. Vi mener at kommuner som mangler sykehjemsplasser må finne løsninger som sikrer pasienter og brukere den forsvarlige helsehjelpen de har behov for og rett på.

I 2021 fikk Pasient- og brukerombudet henvendelser om unge voksne som har fått tilbud om sykehjemsplass, i mangel av annet egnet tilbud. Som for eksempel bistand i hjemmet. Dette gir flere uheldige konsekvenser; eldre med behov for sykehjemsplass blir stående lenger på venteliste, mens personer som ikke ønsker å bo på sykehjem blir tvunget til å bli sykehjemspasient.

På bakgrunn av henvendelsene Pasient- og brukerombudet har fått om sykehjem i 2021, laget vi et prosjekt internt i organisasjonen der vi jobber med å finne mer ut om retten til sykehjemsplass.

## Legemiddelassistert rehabilitering (LAR)

Legemiddelassistert rehabilitering betyr at pasientens opioidavhengighet behandles med opioidholdige legemidler (substitusjonsbehandling). Behandlingen skal gi pasientene økt livskvalitet, redusere skadene ved opioidbruk og forhindre overdosedødsfall.

Pasient- og brukerombudet fikk inn 265 henvendelser som gjaldt rusmiddelavhengighet og annen avhengighet i 2021. Av disse dreide 99 av henvendelsene seg om behandlingen i LAR.

Gjennomgående tema i disse sakene har vært manglende medvirkning, for eksempel ved valg av LAR-medikament eller medvirkning når en skal avslutte bruk av medisiner.

Vi erfarer at pasienter i LAR som er godt rehabiliterte må ta hyppige urinprøver, selv om pasienten av helseårsaker ønsker at det tas blodprøver. Vi møter pasienter som ønsker LAR-medisin i tablettform fordi flytende medisin gir bivirkninger. Men de opplever å ikke bli hørt, og får heller ikke forklaring på hvorfor det er et ønske som ikke kan tas hensyn til.

Våre erfaringer er i tråd med [ProLAR Nett sin brukerundersøkelse](#), som fremhever lite medvirkning, en opplevelse av maktesløshet overfor LAR-systemet, og rigide prosedyrer. Samme undersøkelse viste også store geografiske forskjeller i svaret på spørsmålet om brukerne er fornøyde med tilbudet. Vi ser det samme i våre oversikter.

Pasient- og brukerombudet mener pasientene i LAR må bli lyttet mer til og gis reell medvirkning i sin egen behandling.

## Offentlig tannhelsetjeneste

Pasient- og brukerombudet mottok 102 henvendelser (119 problemstillinger) som handlet om offentlig tannhelsetjeneste i 2021. Av disse dreide nesten 1/3 av sakene seg om opplevd svikt i behandlingstiltaket. Behandlingstiltak kan i denne sammenheng være påstand om skade, eller uventet dårlig resultat. Siden offentlig tannhelsetjeneste ble en del av Pasient- og brukerombudets ansvarsområde i 2020, har vi mottatt få henvendelser om tjenesten. Vi får minst like mange henvendelser om privat tannhelsetjeneste.

Pasient- og brukerombudet mistenker at det er lite kunnskap i befolkningen om hvem som har rett på tannbehandling dekket av det offentlige. I tillegg har vi inntrykk av at Tannlegeforeningens klageordning eller klagenemnda til Norsk Kjeveortopedisk Forening heller ikke er godt nok kjent.



## Rehabilitering

Pasient- og brukerombudet fikk 101 saker innen habilitering og rehabilitering i 2021. Hovedårsaken til henvendelsene innen rehabilitering handler om manglende tildeling av tjenester og ventetid. Hvilke rehabiliteringstilbud som finnes de ulike stedene i landet og hvilken kompetanse som finnes i de ulike kommunene varierer.

Pasient- og brukerombudet skrev høsten 2021 under på dokumentet "Norge trenger en rehabiliteringsreform" sammen med flere ulike arbeidstaker- arbeidsgiver- og pasientorganisasjoner.

Pasientens bosted er avgjørende for hvilket rehabiliteringstilbud som er tilgjengelig.

Vi mener at hvorvidt en pasient henvises til rehabilitering eller ikke, ser noen ganger ut til å bero på tilfeldigheter eller pasientens egen kunnskap. Hvilket rehabiliteringstilbud en pasient får, kommer i stor grad an på pasientens bosted, ansvarlig helsepersonell og pasientens egeninnsats.

## Fokusområde 2021/2022: Unge 16–20 år



Pasient- og brukerombudet valgte et felles fokusområde for 2021; unge mellom 16 og 20 år. Hovedmålet har vært å gjøre oss mer kjent i målgruppen, fordi vi i liten grad blir kontaktet av personer i denne alderen. Hvert lokalkontor har ansvar for å arbeide med fokusområdet innen sitt geografiske område. Helsesykepleiere, videregående skoler og ulike ungdomsråd er bare noen få eksempler på hvem vi har kontaktet for hjelp til å videreformidle informasjon om oss. Medarbeidere i organisasjonen vår har deltatt på regionale konferanser der unge mellom 16 og 20 år har vært deltakere, samt bidratt med tilpasset informasjon om hva vi kan hjelpe med hvis du for eksempel har opplevd noe kjipt i møte med helse- og omsorgstjenesten.

Arbeidsgruppen for fokusområdet har laget oversikt over hvem det kan være lurt å kontakte for å nå målgruppen, og ulike maler der vi ber om enten et møte eller

tillatelse til å gi informasjon om Pasient- og brukerombudet. Vi har også laget eget informasjonsmaterieil rettet mot unge, sammen med målgruppen.

Gruppen opprettet tidlig kontakt med [www.Ung.no](http://www.Ung.no), og vi har i løpet av året publisert informasjon om Pasient- og brukerombudet på denne nettsiden. Høsten 2021 startet et formelt samarbeid med Ung.no der Pasient og brukerombudet har blitt en del av svargruppen til nettsiden. I løpet av denne perioden har en tverrfaglig gruppe på 6 personer svart ut ulike spørsmål som har kommet inn via nettsiden.

Vi har bestemt at vi fortsetter arbeidet med samme fokusområde ut 2022.

## Beslutningsforum

I 2021 har Pasient- og brukerombudet fått henvendelser som har gjort oss bedre kjent med Beslutningsforum. Alle nye legemidler må metodevurderes og deretter godkjennes av Beslutningsforum før de kan tas i bruk ved norske sykehus.

Vi blir kontaktet av pasienter som fortviler over at det finnes effektive medisiner for deres diagnose, men der Beslutningsforum avviser behandling med den aktuelle medisinen.

Ifølge nettsiden til Beslutningsforum er utgangspunktet at «Metoder som er til vurdering skal, som hovedregel, ikke tas i bruk ved norske sykehus.» Det kommer også frem der at «Det kan oppstå situasjoner der unntak fra denne regelen kan være aktuelt».

Unntakene fra regelen skal etter prosedyren håndteres i helseforetaket som har behandlingsansvar for pasienten, og den enkelte pasient skal få en konkret og individuell vurdering. Når individuelle søknader vurderes, forutsettes det en markedsføringstillatelse i Norge for aktuell indikasjon, etablert behandling skal være kontraindisert, eller forsøkt og ikke tolerert på grunn av bivirkninger. På bakgrunn av dette skal det være grunn til å tro at effekten av behandling vil være vesentlig større enn for gruppen som helhet.

Denne unntaksregelen tas i liten eller ingen grad i bruk.

Systemet med Nye metoder ble nylig evaluert, jf. rapport overlevert til Helseministeren 18.11.21. I rapporten konkluderes det med behov for større åpenhet og medvirkning fra brukere og fagfolk. Legeforeningen var klar på at spesialistene

må bli hørt i langt større grad. Det ble vist til at det er et problem at helsetjenesten ikke fokuserer godt nok på at det uansett skal skje en individuell vurdering av den enkelte pasient.

Innen offentlige anskaffelser skal prosessen være så transparent som mulig og prisene er offentlige. Regler om innkjøp av legemidler skiller seg fra dette fordi kostnadene holdes hemmelig. Argumentet er at det gir legemiddelindustrien anledning til å gi større rabatter enn om prisen hadde blitt offentliggjort. Om det gjør at det hele fungerer etter intensjonen, kan en lure på. Pasient- og brukerombudet mener at enhver prosess som er gjort hemmelig, vil være vanskelig å evaluere.

## **Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP)**

Pasient og brukerombudet mottok 1688 henvendelser om psykisk helsevern i 2021. Av disse var 309 henvendelser knyttet til psykisk helsevern for barn og unge (BUP).

Barn og unge med psykiske plager og lidelser må få riktig hjelp til riktig tid. Vi vet at forebygging gjennom tidlig innsats og behandling vil gi mindre helsetap og bedre livskvalitet. Likevel registrerer Pasient- og brukerombudet at mange barn og unge som henvises til BUP, får avslag på hjelp.

Det er store regionale forskjeller på hvor mange som avvises i spesialisthelsetjenesten. I snitt ligger avvisningsraten på ca. 20%. Det er høyt, sammenlignet med avvisninger innen somatikk som ligger på mellom 5 og 7%.

Vi ser i våre saker at avvisningen ofte begrunnes med at forsvarlig helsehjelp kan gis i kommunen. Samtidig vet vi at det er store forskjeller på hvilke tjenester kommunene tilbyr til pasienter med behov for behandling innen psykisk helsevern.

Spesialisthelsetjenesten må ha alle relevante opplysninger om barnet/ungdommen for å kunne vurdere retten til helsehjelp.

Erfaringene våre viser at avvisninger forklares med at:

- Barnet kan behandles i kommunal helse- og omsorgstjeneste, uten at de vet hva den aktuelle kommunen kan tilby.

- Det er enkle og formelle mangler i henvisningene, for eksempel manglende fullmakt fra en av de foresatte.
- Henvisningene har ikke relevant og/eller god nok informasjon, og det blir heller ikke etterspurt informasjon fra henviser og/eller foresatte.

Pasient- og brukerombudet undres om praksisen ved vurdering av henvisninger er god nok for å fange opp barn og unge som trenger helsehjelp.

BUP Øvre Romerike mente henvisningsrutinene de jobbet etter ikke var bra nok. Det resulterte i prosjektet "All in- Forbedring av inntaksmodell" og Helse Sør-Øst sin forbedringspris for 2021. "All in" er ikke lenger et prosjekt, men en innarbeidet praksis.

Vi mener at vurdering av henvisninger til barn og unge må bli bedre, og tjenesten må se til, og lære av de som får det til.

## Journalnoking

Journalnoking er en kjent problemstilling hos Pasient- og brukerombudet. I mange av tilfellene vi blir kontaktet for, har pasienten som har blitt utsatt for snoking en form for personlig bekjentskap til den som har snoket.

At en person uten behandlingsansvar skaffer seg den mest private informasjonen om deg, vil for de aller fleste føles som et grovt overtramp. Er personen i tillegg er en du kjenner, oppleves det ofte enda vanskeligere enn om snokeren er ukjent.

Bli du oppdaget som snoker, kan konsekvensene bli store. Kunnskap om konsekvensene kan gjøre at pasienten synes det er vanskelig å melde fra om snokingen, spesielt dersom de har eller har hatt en positiv eller familiær relasjon.

Pasient oppdager at familiemedlem har gjort flere oppslag i pasientens journal. Kvinne oppdager at kjæresten til hennes eksmann har gjort oppslag i hennes journal.

## Grenseoverskridende atferd

I løpet av 2021 fikk Varhaug-saken stor oppmerksomhet i media, og Helse- og Omsorgsdepartementet oppnevnte et utvalg i juni 2021, som skulle undersøke overgrep begått av helsepersonell mot pasienter i perioden 2010 til 2020. Pasient- og brukerombudet har blitt intervjuet av utvalget der vi har gitt tilbakemelding på antall og type saker vi har hatt med å gjøre i denne perioden.

I flere av sakene vi har hatt hos oss i denne tiårsperioden, ser vi at helsepersonell som får informasjon fra pasienter utsatt for grenseoverskridende atferd ofte er usikre på hvordan de skal håndtere informasjonen.

Det er et stort spenn i sakene, alt fra seksuelle overgrep til mer diffuse relasjoner mellom partene. Vi har erfaring med kjærrestelignende forhold, upassende berøring og/eller kommentarer eller inngåelse av personlige vennskap/kontakt. I flere av sakene har det gått lang tid fra hendelsen til pasienten har fortalt noen om saken, og bevisførsel kan av den grunn være vanskelig.

Fastlege og pasient etablerer et forhold. Forholdet avsluttes, og etter noe tid klager pasienten på fastlegen. Fastlegen fikk begrensning i autorisasjonen for en periode.

## Hvordan prioriteres pasientgrupper ulikt på forskjellige områder i helse- og omsorgstjenesten?

Det har kommet et nytt punkt i [pasient- og brukerrettighetsloven](#) (§ 8-2.) om å følge med på hvordan ulike grupper av pasienter og brukere prioriteres ved tildeling av tjenester. Ansvar for at det blir gjort, er lagt til nasjonalt koordinerende ombud.

Pasient- og brukerombudet har sitt vindu mot verden. Vi får informasjon om tjenestene via de som kontakter oss, offentlige rapporter, media og våre nettverk. Vi blir mest kontaktet av de som ikke er fornøyd med tilbudet og tjenestene, og sjelden av de som er fornøyd. Vi har ikke en fullstendig oversikt over aktivitetene i tjenestene, prioriteringer som gjøres, vurderinger som er tatt, og forskjeller mellom grupper og mellom regioner.

Når Pasient- og brukerombudet løfter en sak i media, fører det ofte til at vi får inn flere lignende saker. Et høyt antall saker innen et bestemt område kan både bety at vi har oppdaget et (nytt) problemområde, men det kan også være oppmerksomheten fra media som gjør at flere tar kontakt. At det kommer inn

mange saker innen et bestemt område til oss, sier ikke automatisk noe om omfanget av problemet. Andre saker og problemstillinger kan gå oss hus forbi dersom vi ikke blir (gjort) oppmerksomme på problemet ved å få inn den type saker. Problemstillinger innen smale felt eller blant få pasienter, kan også skjule seg ved at noen få saker spres til flere kontor.

Diagnose og bosted påvirker om man får et helsetilbud, og ventetid, kvalitet og kvantitet i tilbudet som er tilgjengelig

Vårt saksbehandlingssystem med tilhørende statistikk gir ikke fasitsvar på sannheten om kvaliteten i landets helse- og omsorgstilbud. Men, den gir en god beskrivelse av hva henvendelsene til oss handler om. Det gir oss unik kunnskap om og innsikt i et massivt omfang av pasient- og brukererfaringer. Samtidig ser vi at det er områder vi ikke fanger godt nok opp med dagens saksbehandlingssystem.

I 2021 har Pasient- og brukerombudet lagt spesielt merke til at det er store forskjeller i kommuner, regioner og diagnosegrupper når det gjelder disse områdene:

- Kommunale tjenester til barn med store hjelpebehov. Her er forskjellene så store mellom kommuner at familier har flyttet til annen kommune for å få et bedre tilbud til sitt barn.
- Sykehjem. Pasient- og brukerombudet erfarer at det er forskjeller i kommunene både når det gjelder tilgjengelige sykehjemsplasser, og ventetid for de som trenger sykehjemsplass eller omsorgsbolig.
- Legemiddelassistert rehabilitering (LAR) Det er tydelige geografiske forskjeller på hvor fornøyd brukerne er med tilbudet de får.
- Det er store regionale variasjoner på hvor mange som avvises av spesialisthelsetjenestene innen Barne- og ungdomspsykiatrien.
- Avvisningsraten innen Barne- og ungdomspsykiatrien ligger i snitt på 20%, mens den innen somatikk ligger på mellom 5 og 7%.
- Hvorvidt en pasient får et rehabiliteringstilbud og hvilken kvalitet tilbudet har, kommer an på pasientens bosted og hvor pasienten har blitt behandlet forut for rehabilitering.

## Aktiviteter og organisatorisk arbeid i 2021

### Kvalitetsarbeid i organisasjonen

Utstrakt samarbeid på tvers av kontorgrenser har preget 2021, og organisasjonen er godt i gang med det planlagte kvalitetsarbeidet. Det har blitt opprettet arbeidsgrupper innen de ulike områdene, som alle ledes av nasjonalt koordinerende ombud.

Arbeidsgruppene er sammensatt av medarbeidere fra hele landet og er valgt ut av og i dialog med lokale ledere.

### **Arbeidsgruppe for fokusområdet**

Fokusområdets arbeid er beskrevet tidligere i årsmeldingen. Følgende kontor har medarbeidere i gruppen: Viken (kontoret i Moss), Oslo, Troms og Finnmark (kontoret i Tromsø), Nordland, Trøndelag, Agder og Rogaland.

### **Arbeidsgruppe for strategi**

Arbeidsgruppen for strategi laget forslag til ny strategi 2022–2023.

Spørreundersøkelse til alle medarbeidere ble brukt som grep for å involvere hele organisasjonen i valg av strategisk retning. Ny strategi ble besluttet 20.12.2021.

Følgende kontor har medarbeidere i gruppen: Oslo, Troms og Finnmark (kontoret i Tromsø), Agder, Møre og Romsdal, Nordland og Innlandet.

### **Arbeidsgruppe for felles rutiner og arbeidsmetoder**

Gruppen lager forslag til felles retningslinjer innen saksbehandling, prioritering og kodeverk samt felles tjenestekatalog for Pasient- og brukerombudet.

Spørreundersøkelse til alle ansatte ble sendt ut for å få best mulig grunnlag for å lage ny felles prioriteringsveileder. Flere nye felles faglige retningslinjer skal besluttes i 2022. Følgende kontor har medarbeidere i gruppen: Troms og Finnmark (kontoret i Tromsø), Viken (kontoret i Tønsberg), Innlandet, Oslo og Vestland (kontoret i Bergen).

### **Arbeidsgruppe for brukerråd**

Arbeidsgruppen for brukerråd fullførte sitt arbeid høsten 2021 da tidenes første brukerråd i Pasient- og brukerombudet ble opprettet. Følgende kontor har medarbeidere i gruppen: Oslo, Viken (kontoret i Drammen), Troms og Finnmark (kontoret i Hammerfest), Vestfold og Telemark (kontoret i Skien), og Vestland (kontoret i Bergen).

### **Arbeidsgruppe faglig lederforum**

Arbeidsgruppen består av ledere fra lokale kontor. Gruppen har laget årshjul, planlagt ombudsfaglige tema til faglige lederforum og ledersamlinger. Følgende kontor har medarbeidere i gruppen: Oslo, Trøndelag, Rogaland, Agder, Viken (kontoret i Moss), Troms og Finnmark (kontoret i Hammerfest), samt Vestfold og Telemark (kontoret i Tønsberg).

### **Arbeidsgruppe for kompetansestrategi**

Arbeidsgruppen for kompetansestrategi har ennå ikke startet opp sitt arbeid.

Gruppen er opprettet og starter arbeidet i februar 2022. Gruppen skal lage forslag

til felles kompetansestrategi for Pasient- og brukerombudet. En felles kompetansestrategi skal besluttes i 2022. Følgende kontor har representanter i gruppen: Troms og Finnmark (kontoret i Hammerfest), Trøndelag, Viken (kontoret i Moss) og Oslo. Gruppen for internundervisning er en undergruppe som fra og med høsten 2021 har hatt ansvar for å planlegge og tilrettelegge for internundervisning for alle medarbeidere i organisasjonen. Følgende kontor har representanter i gruppen: Troms og Finnmark (kontorene i Tromsø og Hammerfest), Trøndelag og Agder.

### **Internrevisjon**

Pasient- og brukerombudet gikk i 2021 gjennom en internrevisjon innen områdene styring, internkontroll, personvern og informasjonssikkerhet. Rapporten har gitt oss verdifull informasjon som brukes videre i vårt kvalitetsarbeid.

### **Internundervisning**

I store deler 2021 har Pasient- og brukerombudet hatt internundervisning for alle medarbeidere hver 14 dag på video. Det har vært varierte tema, og både eksterne og interne ressurser er brukt som foredragsholdere.

### **Lederutvikling**

Ledergruppen i Pasient- og brukerombudet startet for første gang et felles lederutviklingsprogram, i samarbeid med Helsedirektoratets HR-avdeling høsten 2021. Programmet skal vare ut 2022.

### **Annet samarbeid på tvers**

#### **Regionale møter**

Flere av kontorene har i løpet av året deltatt på regionale møter der fag, organisering og faglig samarbeid har vært tema.

- Regionalt møte i Tromsø med alle kontorene i Nordland, Troms og Finnmark (Hammerfest og Bodø)
- Regionalt møte i Trondheim med kontorene i Trøndelag, Møre og Romsdal, Vestland (Førde og Bergen), og Rogaland
- Regionalt møte i Sandefjord med kontorene i Agder, Vestfold & Telemark (Tønsberg og Skien)
- Regionalt møte med kontorene i Innlandet, og Viken (Moss og Drammen) ble avlyst på grunn av økende covid-19-smitte i samfunnet på det aktuelle tidspunktet.

### **Telefoni**

Kontorene i Rogaland, Vestland (Bergen og Førde), Møre og Romsdal og Trøndelag ("Region Midt-Vest") har startet et samarbeid for å hjelpe hverandre med mottak



av telefonhenvendelser. Der kobler de seg på hverandres telefonsløyfer med førsteprioritet for eget kontor og lavere prioritet for de andre kontorene i regionen. Det er bestemt at vi lager et prosjekt som innen sommeren 2022 skal komme med forslag til felles retningslinjer for samarbeid om mottak mm. for alle våre kontor. Dette gjør vi for å minske sårbarheten ved fravær hos små lokale kontor, i tillegg til at forskjell i sakspågang gir økt risiko for at tjenestetilbudet blir ulikt for pasienter og brukere.

### **Svargruppe Ung.no**

En gruppe på fire medarbeidere fra fire ulike kontor, samt en leder, dannet fra høsten 2021 en del av svargruppen til Ung.no. Så langt har Pasient- og brukerombudet fått ca. 20 spørsmål, som alle er svart ut og ligger tilgjengelig på nettsiden. Rapport over antall spørsmål og tema for spørsmålene publiseres jevnlig på intranett, fordi det er viktig at informasjonen er tilgjengelig for hele organisasjonen. Følgende kontor har representanter i gruppen: Innlandet, Nordland, Troms og Finnmark (kontoret i Tromsø), Agder, Rogaland og Vestlandet (kontoret i Bergen).

### **Prosjekt sykehjemsplasser**

En gruppe på fire personer fra ulike kontor ble dannet november 2021 for å se på erfaringer vi har knyttet til tilbudet til de eldste og sykeste på høyeste og nest høyeste omsorgsnivå i eldreomsorgen. Gruppen skal fullføre sitt arbeid våren 2022. Følgende kontor har representanter i gruppen: Møre og Romsdal, Troms og Finnmark (kontoret i Hammerfest), Innlandet og Vestfold og Telemark (kontoret i Tønsberg).

### **Juristgruppe**

Medarbeidere i region Midt-Vest med juristutdanning har startet samarbeid, med månedlige digitale møter. Her diskuteres juridiske saker og problemstillinger som kontorene arbeider med.

### **Regionmøter**

Deltakelse på regionsamlinger med alle ansatte, i tillegg regelmessige ledermøter i noen av de ulike regionene.

### **Arendalsuka**

Pasient- og brukerombudet deltok på årets Arendalsuka med stand, og arrangement med innlegg og debatt. Hovedtema for arrangementet var unge og deres behov i møte med helsetjenesten.

**På vegne av Pasient- og brukerombudet**

Hanne Damsgaard

Runar Finvåg

Linda Charlotte Grunnreis

Ingrid Aanderud Sælen

Jannicke Bruvik



2021

# Nasjonal årsmelding

Alle kan kontakte Pasient- og brukerombudet for å fortelle sin historie.

Hjelpen fra oss er gratis og du trenger ikke henvisning for å ta kontakt. Vi har taushetsplikt og du kan være anonym om du ønsker det.

I 2021 fikk vi økt kunnskap om koronavirus og bedre tilgang på smittevernutstyr. Da ble det enklere for pårørende å komme inn til sine på institusjoner, og å følge og besøke nære på sykehus. På grunn av covid-19 har presset på helsetjenesten vært stort gjennom hele året. Barn og unge har hatt mindre mulighet for å være sosiale fordi aktivitetstilbudet har vært redusert, i tillegg til at det har vært strenge regler for antall som kunne treffes. Dette har vært krevende, noe som bidrar til lengre ventelister, særlig innen Barne- og ungdomspsykiatrien.

Pasient- og brukerombudet har aldri noensinne blitt kontaktet mer i løpet av et år som i 2021. Aldri før har tallet på henvendelser vært høyere, selv om de aller fleste sakene våre har handlet om det samme som tidligere år. Økningen har vært markant.

Covid-19 har preget 2021 hos Pasient- og brukerombudet. Vi har hatt påbud om hjemmekontor hele året, utenom i perioder mellom mai og oktober. Da var vi på kontoret innimellom, men som hovedregel har ikke alle ansatte vært til stede samtidig. Fysiske møter har kun vært gjennomført i spesielle tilfeller.

Internt i organisasjonen har vi likevel hatt mer kontakt på tvers av lokalkontor enn noen gang før. Gjennom hele 2021 har det vært hyppig aktivitet på videomøter i flere grupper i hele landet.

Nytt av året er at Pasient- og brukerombudet sin nettside er flyttet fra helsenorge.no til egen plattform, vi har ansatt kommunikasjonsrådgiver, vi har fått vårt eget Brukerråd, vi har startet formelt samarbeid med svartjenesten til Ung.no, og vi har fått nytt ombud på kontoret i Skien.

Organisasjonens budsjett er en egen post i statsbudsjettet. I flere år har kostnadene økt mer enn inntektene. Det gjør det vanskeligere for oss å møte pasienter, brukere, pårørende og tjenesten dersom det innebærer reisekostnader.

Vi blir sjelden kontaktet av det store flertallet som får god helsehjelp, og vi blir heller ikke kontaktet av alle som opplever svikt. Mennesker er på det mest sårbare i kontakt med helsetjenesten. Opplever du feil, forsinkelser og svikt der du søker hjelp, skapes bekymring og belastning i en allerede vanskelig situasjon. Pasient- og brukerombudet blir oftest kontaktet når noe har skjedd som ikke burde skjedd, eller når noe ikke har skjedd som skulle ha skjedd.

Årsmeldingen gir en oversikt hvem vi er, hva vi gjør, hva vi har arbeidet med og erfart i året som gikk.

## **Pasient- og brukerombudet trekker særlig dette frem fra 2021:**

- Fastlegekrisen truer pasientsikkerheten
- Pasientens bosted skal ikke være avgjørende for hvilke helse- og omsorgstjenester som gis.
- Vurdering av henvisninger til barne- og ungdomspsykiatrien må bli bedre.
- Koordinatorordningen fungerer ikke etter intensjonen. Den må evalueres.
- Pasienter i LAR- behandling må gis reell medvirkning i sin behandling.

## Innhold

Innledning .....	0
Pasient- og brukerombudet trekker særlig dette frem fra 2021: .....	2
Om Pasient- og brukerombudet (POBO) .....	5
Nasjonalt koordinerende ombud.....	5
Økonomi.....	6
Kommunikasjon.....	7
Nasjonal talsperson.....	7
Brukerråd .....	8
Hva ble vi kontaktet om i 2021?.....	9
Statistikk .....	9
Spesialisthelsetjenesten.....	10
Kommunale helse- og omsorgstjenester .....	11
Covid-19 .....	13
Fastlegeordningen .....	13
Kommunale tjenester til barn med store hjelpebehov .....	14
Sykehjem .....	16
Legemiddelassistert rehabilitering (LAR).....	17
Offentlig tannhelsetjeneste .....	17
Rehabilitering .....	18
Fokusområde 2021/2022: Unge 16-20 år.....	18
Beslutningsforum .....	19
Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP).....	20
Journalnoking.....	21
Grenseoverskridende atferd .....	22
Hvordan prioriteres pasientgrupper ulikt på forskjellige områder i helse- og omsorgstjenesten? .....	22
Aktiviteter og organisatorisk arbeid i 2021 .....	23
Kvalitetsarbeid i organisasjonen .....	23
Annet samarbeid på tvers.....	25



## Om Pasient- og brukerombudet (POBO)

Organisasjonen har 15 pasient- og brukerombud og 48 medarbeidere (totalt 63 ansatte) som skal ivareta pasientenes og brukernes behov, interesser og rettssikkerhet i helse- og omsorgstjenesten, og som arbeider for å bedre kvaliteten på disse tjenestene. I tillegg kjøper Helsedirektoratet Pasient- og brukerombudstjenester av Oslo kommune. Kontorene ligger i Hammerfest, Tromsø, Bodø, Trondheim, Kristiansund, Førde, Bergen, Stavanger, Kristiansand, Skien, Tønsberg, Drammen, Hamar, Moss og Oslo.

Pasient- og brukerombudet gir råd og veiledning om pasient- og brukerrettigheter, og hjelper med å formulere og videreformidle spørsmål og klager. Vi løfter saker på eget initiativ og stiller spørsmål ved systemer i tillegg til å arbeide med enkeltsaker. Vi kan bidra som konfliktløser og hjelpe til i dialog med helsetjenesten. Vi har taushetsplikt og all hjelp fra oss er gratis. De som henvender seg til ombudet har rett til å være anonyme.

Ombudets arbeidsområde er offentlige spesialisthelsetjenester, kommunale helse- og omsorgstjenester og fylkeskommunale tannhelsetjenester.

Pasient- og brukerombudet er en statlig organisasjon, administrert av Helsedirektoratet og lovfestet i pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 8.

Statens alminnelige instruksjonsmyndighet er begrenset ved at pasient- og brukerrettighetsloven § 8-2 slår fast at ombudet skal utføre sin virksomhet selvstendig og faglig uavhengig.

### **Nasjonalt koordinerende ombud**

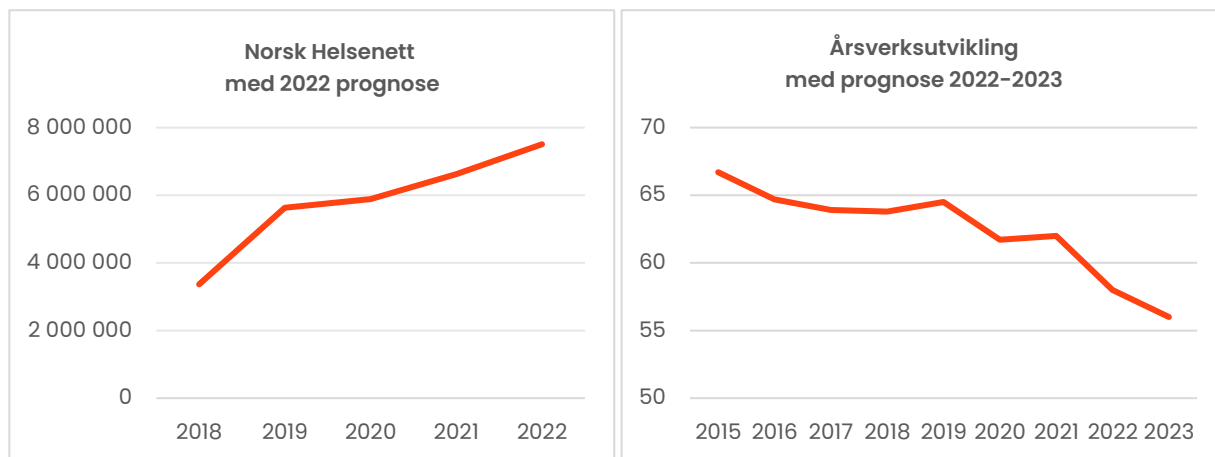
Fra 1.1.2020 har ett av pasient- og brukerombudene en koordinerende rolle for alle ombudene. Det kom av et ønske om å få en tydeligere felles retning, prioritering og koordinering av organisasjonens arbeid, slik at pasienters og brukeres tilgang til råd, veiledning og annen bistand skjer uavhengig av hvilket fylke de bor i. Det koordinerende ombudet bidrar til å utvikle felles arbeidsmetodikk, bistår de øvrige ombudene med systematisk kompetanseutvikling og veiledning, gir råd i enkeltsaker, bidrar til felles løsning og forståelse av prinsipielle saker, samt følger med på hvordan ulike grupper av pasienter og brukere prioriteres ved tildeling av tjenester. Det koordinerende ombudet er i tillegg lokalt ombud. Koordinerende funksjon er lagt til kontoret i Bergen, og stillingen ble besatt 1.9.2020.



## Økonomi

De siste årene har Pasient- og brukerombudet hatt en tydelig negativ økonomisk utvikling.

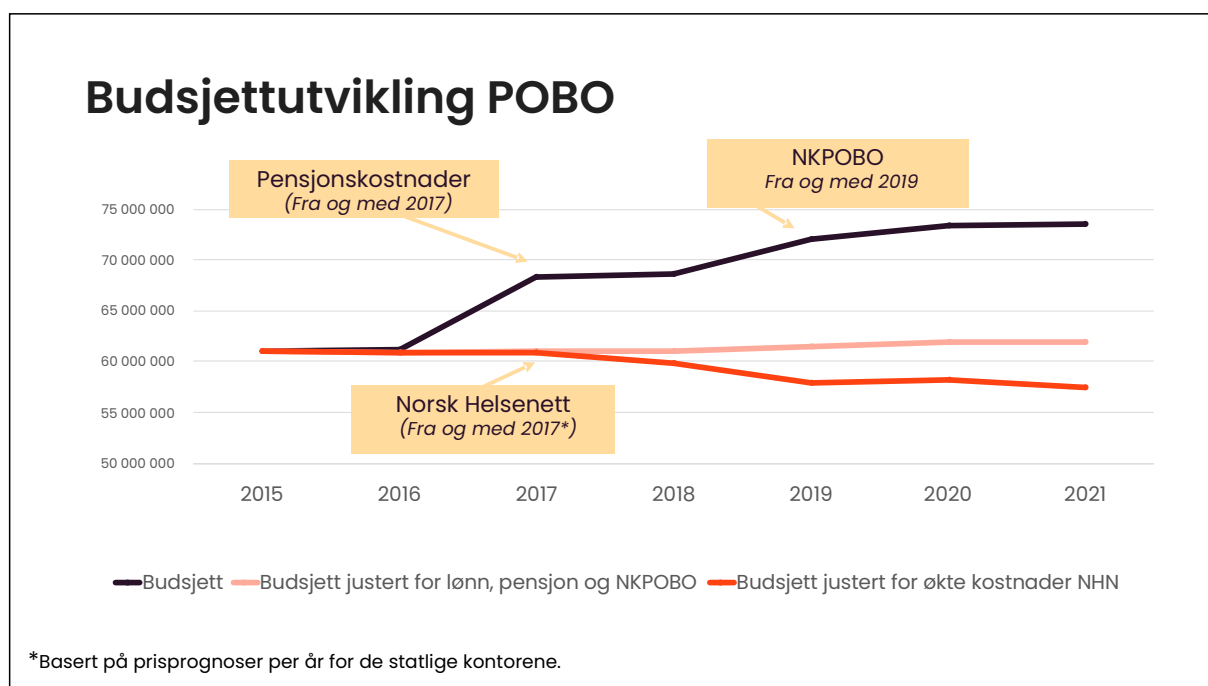
Hovedårsaken er økte kostnader til Norsk Helsenett som har mer enn doblet seg i løpet av fire år. Budsjettutviklingen har ført til stadig færre stillinger i organisasjonen:



Ellers:

- Oppgavene som er lagt til nasjonalt koordinerende ombuds ansvarsområde krever personalressurser med spesialkompetanse som ikke er i organisasjonen fra før.
- Oppdraget til Pasient- og brukerombudet, sammen med endringene som følge av opprettelsen av nasjonalt koordinerende ombud, er svært krevende å gjennomføre samtidig som antall årsverk reduseres og arbeidsmengden øker.
- I mange år har vi hatt ønske om en samisktalende rådgiver i organisasjonen for at vi skal nå den samiske befolkningen. Vår økonomi har så langt ikke gitt oss mulighet for dette.
- Den offentlige tannhelsetjenesten ble lagt inn under vårt ansvarsområde i 2020, uten at det ble tilført ekstra midler.
- Vi må fortsette å utvikle våre digitale kanaler og verktøy for å være tilgjengelig og til stede der de som har bruk for oss forventer å finne oss.

På tross av at aktiviteten og kravene til hva vi skal levere innenfor samfunnsoppdraget har økt, har vi mindre økonomisk handlingsrom til å gjøre arbeidet. Nå er vi i en situasjon der antall stillinger reduseres, vi må velge bort flere oppgaver som innebærer reiser og kostnader, og vi har ikke midler til å gjennomføre ønsket utviklingsarbeid.



I november 2021 deltok to av våre ombud på budsjettføring på Stortinget for å argumentere for høyere overføring. Uten at det ga resultat i budsjett for 2022.

### Kommunikasjon

I mars 2021 fikk Pasient- og brukerombudet for første gang egen nettside på egen publiseringsløsning, pasientogbrukerombudet.no. Det gir oss mer mulighet til å bruke egne digitale kanaler strategisk. Her er det stort potensiale.

Et nyopprettet engasjement som kommunikasjonsrådgiver ble besatt i august 2021. Kommunikasjonsrådgiver er i staben til nasjonalt koordinerende ombud og har blant annet ansvaret for å lage kommunikasjonsstrategi.

Kommunikasjonsrådgiver har det daglige redaktøransvaret for pasientogbrukerombudet.no og vår felles nasjonale Facebook-side.

Kommunikasjonsrådgiver har hatt ansvaret for å få ny grafisk profil for Pasient- og brukerombudet. Arbeidet startet høsten 2021, ble besluttet i desember 2021, og i starten på 2022 står vi frem i ny felles drakt.

### Nasjonal talsperson

Å være nasjonal talsperson for Pasient- og brukerombudet er en ny oppgave som ligger til nasjonalt koordinerende ombud. Hvordan oppgaven løses, har blitt jobbet med store deler av året.

Innholdet for nasjonalt koordinerende ombud sitt mandat som nasjonal talsperson, ble bestemt september 2021 av en omforent ledergruppe.

Nasjonalt koordinerende ombud skal være talsperson ved nasjonale saker i media, og overfor beslutningstakere i saker av nasjonal interesse. Dette skal ikke påvirke hensyn til ombudenes lokale ansvar og lokale myndighet, slik at nasjonal talsperson ikke overtar det som naturlig er lokalt ombuds rolle som talsperson. De fleste saker som får nasjonal interesse har gjerne startet som en eller flere lokale saker. Overgangen fra lokal til nasjonal sak kan være vanskelig og må vurderes i hvert enkelt tilfelle. Vi må finne ut hva som fungerer best for at vi får sagt ifra der vi skal, slik at pasienter og brukere opplever endring til det bedre.

## **Brukerråd**

Pasient- og brukerombudet fikk i 2021 sitt eget brukerråd for første gang i historien. Brukerrådet vårt vil være rådgivende, består av åtte representanter og to vararepresentanter. De kommer fra hele landet og er i alderen 17 til 74 år.

Her er brukerrådet i Pasient- og brukerombudet:

- Nasreen Begum
- Marie Dahlskjær
- Tore Haukvik
- Marianne Clementine Håheim
- Jonas Brodin Rist
- Marius Sjømæling
- Samina Tagge
- Astrid Weber
- Alva Aspmo (vara)
- Nina Bakkefjord (vara)

Brukerrådets første møte ble gjennomført januar 2022.

Pasient- og brukerombudet sine kontaktpersoner i brukerrådet er Marie Dahlskjær og Jonas Bodin Rist. Kontaktperson for eksterne er nasjonalt koordinerende ombud, Jannicke Bruvik, [jannicke.bruvik@pasientogbrukerombudet.no](mailto:jannicke.bruvik@pasientogbrukerombudet.no).

## Hva ble vi kontaktet om i 2021?

### Statistikk

I 2021 hadde Pasient- og brukerombudet 16808 nye henvendelser. Det er en stor økning fra tidligere år, og høyeste antall henvendelser noensinne i løpet av et år. Se Diagram 1.

Vi registrerer alle henvendelser til oss i tre ulike kategorier avhengig hva det gjelder:

- 78% av henvendelsene våre gjelder klage knyttet til et navngitt sted
- 16 % av henvendelsene gjelder spørsmål der primærsted ikke er oppgitt
- 6% av henvendelsene er om forhold utenfor vårt arbeidsområde

I klagesakene registrerer vi også hvilke problemstillinger som tas opp av den som tar kontakt. Det kan være flere problemstillinger i én sak. Ulike problemstillinger kan måtte følges opp på ulik måte av ulike personer/tjenester. Derfor er mye av grunnlaget for statistikken i årsmeldingen, basert på saker med en eller flere problemstillinger.

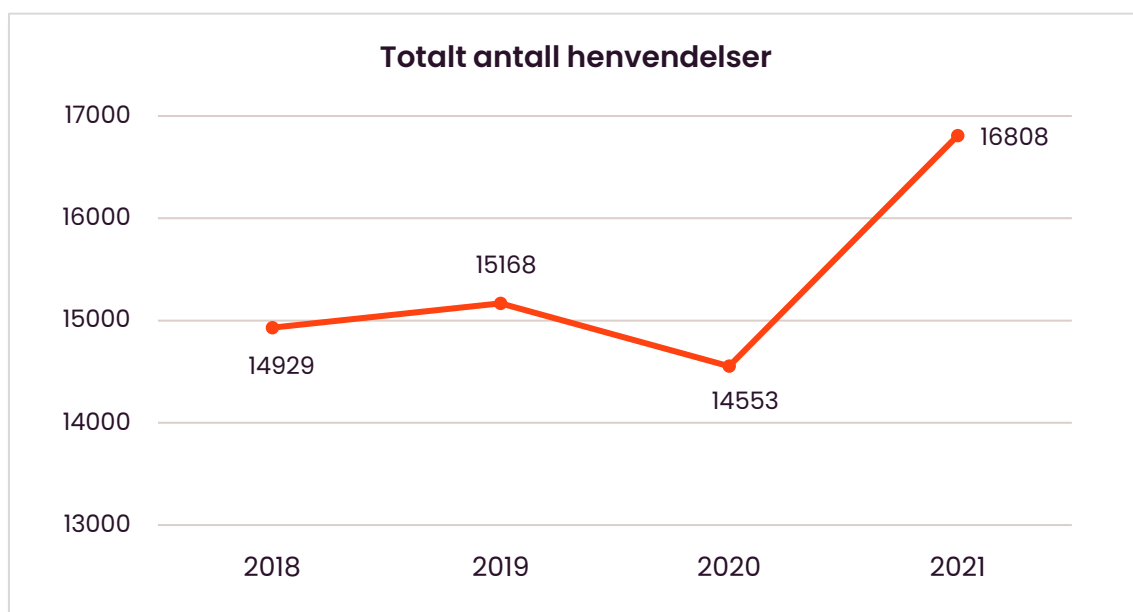


Diagram 1: Totalt antall henvendelser. Utvikling årene 2018 – 2021.

I 2021 handlet 57% av henvendelsene til oss om spesialisthelsetjenesten (8738 problemstillinger) og 43% om kommunale helse- og omsorgstjenester (7454 problemstillinger). Utviklingen de siste årene viser en jevn økning av henvendelser innen kommunale helse- og omsorgstjenester. For spesialisthelsetjenesten har antall henvendelser vært stabilt, med unntak av en nedgang i 2020. Dette skyldes trolig pandemien og konsekvensene den fikk for aktiviteten i spesialisthelsetjenesten. Se Diagram 2.

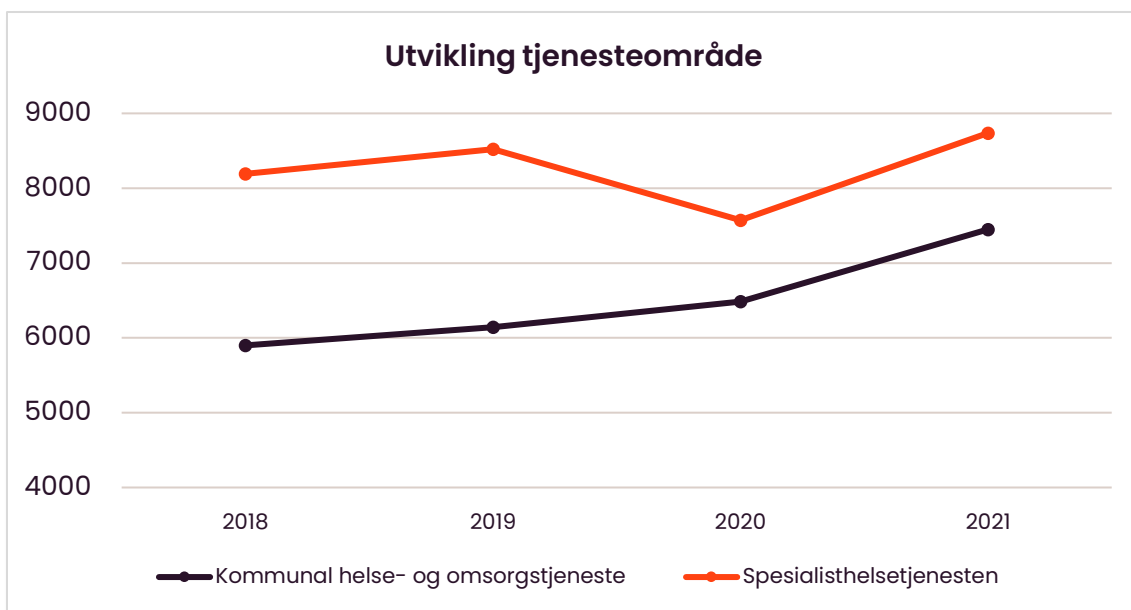


Diagram 2: Antall henvendelser per tjenesteområde. Utvikling årene 2018 – 2021.

### Spesialisthelsetjenesten

I 2021 var det 8733 problemstillinger fordelt på 6940 saker som handlet om spesialisthelsetjenesten hos Pasient- og brukerombudet. Flest problemstillinger gjaldt psykisk helsevern (25%) og kirurgi (23%). Diagrammet under viser åtte områder vi fikk flest henvendelser om i 2021, og utviklingen på disse de fire siste årene. Trenden viser en jevn økning som gjelder psykisk helsevern. Det er derimot en jevn nedgang innen kirurgi. For de andre områdene er det stabile tall fra år til år. Se Diagram 3.



Diagram 3: Antall henvendelser innenfor spesialisthelsetjenesten fordelt per hovedspesialitet (område). Utvikling for åtte områder med flest henvendelser årene 2018 – 2021.

Årsakene til henvendelsene innen spesialisthelsetjenesten er mange og varierte slik diagrammet under viser. Diagrammet viser de tolv mest registrerte årsakene til henvendelser som handler om spesialisthelsetjenesten. Svikt i behandlingstiltak er det flest oppgir som årsak til at de kontakter oss. 21% av henvendelsene våre innen spesialisthelsetjenesten handler om dette. Behandlingstiltak kan forklares som opplevd pasientskade, feil behandling, ikke oppnådd forventet resultat o.l. Ellers er det flest henvendelser om avslag på behandling, diagnostisering, oppfølging, ventetid, informasjon, medisinering, oppførsel, omsorgsfull hjelp, journal, utskriving og medvirkning. Se Diagram 4.



Diagram 4: Årsak til henvendelser innenfor spesialisthelsetjenesten 2021.

### Kommunale helse- og omsorgstjenester

I 2021 var det 7449 problemstillinger fordelt på 5893 saker som handlet om kommunale helse- og omsorgstjenester til Pasient- og brukerombudet. Så mange som 43 % av henvendelsene handlet om fastlege-tjenesten. Det er nær halvparten av alle som kontaktet oss om problemstillinger fra hele landets helse- og omsorgstjenester i kommunene. Diagrammet under viser de åtte tjenestene det var flest henvendelser om, og en utvikling på disse områdene de fire siste årene. Utviklingen viser en jevn økning av henvendelser angående fastlege. Når det gjelder sykehjem (11%), helsetjenester i hjemmet (9%), legevakt (6%), korttidsopphold i institusjon (5%), omsorgsbolig (4%), BPA-Brukerstyrt personlig assistanse (3%) og avlastning (2%) er det ikke store variasjoner fra år til år.

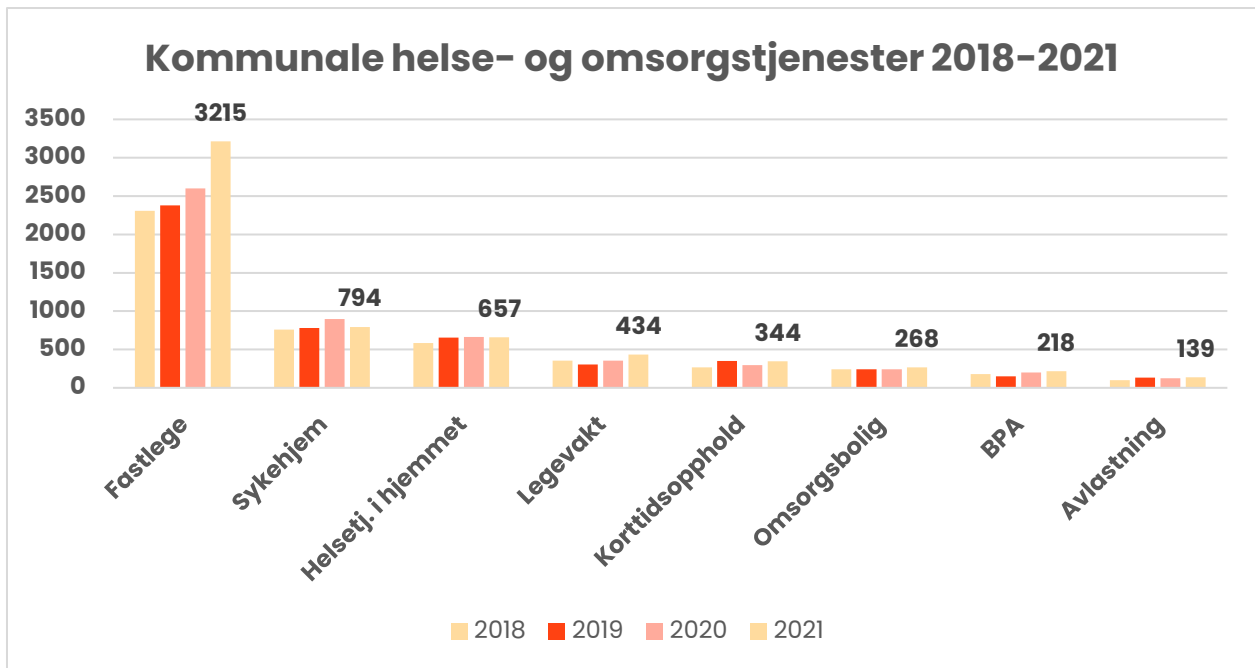


Diagram 5: Antall henvendelser innenfor den kommunale helse- og omsorgstjenesten 2021. Utvikling for åtte områder med flest henvendelser årene 2018 – 2021.

Årsakene bak henvendelsene innen kommunale helse- og omsorgstjenester er også mange og varierte. Diagrammet viser de tolv mest registrerte årsakene for henvendelser til Pasient- og brukerombudet. De fleste gjelder behandlingstiltak (12%), tett fulgt av medisinerings, oppfølging, avslag, egenandeler, omfang av tjenester, diagnostisering, omsorgsfull hjelp, oppførsel, henvisning, informasjon og medvirkning.



Diagram 6: Årsak til henvendelser innenfor den kommunale helse- og omsorgstjenesten 2021.

## Covid-19

Pandemien satte sitt preg også på fjoråret, og helsetjenestene har vært under stort press igjennom hele 2021. Vi er bekymret for konsekvensene det har fått for mange pasienter og brukere. Pasient- og brukerombudet mottok 690 henvendelser som handlet om covid-19 i 2021. Det er en liten nedgang fra 964 henvendelser i 2020, da pandemien slo inn over landet vårt. Henvendelser som handler om sykehus har for eksempel vært særlig knyttet til fødende og tilstedeværelse for partner under fødsel, utsettelse av operasjoner og besøkende til pasienter på sykehus. Bekymringen vår om utsatte operasjoner, er de økende ventelistene og ekstrabelastningen det fører til for hver enkelt pasient.

Henvendelsene som gjelder kommunene, har dreid seg mest om vaksiner og bivirkninger, testkapasitet, besøksrestriksjoner ved institusjoner og generelt om smittevern. Pasient- og brukerombudet har hatt noen henvendelser om eldre personer som har rett til erstatning dersom de blir smittet av covid-19 på sykehjem. Norsk pasientskadeerstatning (NPE) gir nå erstatning til etterlatte etter et slikt dødsfall. Pandemien har også ført til at flere familier med barn som har store omsorgsbehov, mistet deler av tilbudet sitt i 2021.

Folkehelseinstituttet ga ut en rapport om [Psykisk helse og livskvalitet under pandemien, Del 5](#), publisert oktober 2021. Der leser vi at personer med psykiske plager har opplevd å ikke få sine hjelpebehov dekket i helsevesenet, i større grad enn før pandemien.

Vi ser det samme hos oss. Antall henvendelser innen psykisk helsevern har økt de to siste årene, og toppe nå vår statistikk for spesialisthelsetjenesten. En stor andel handler om manglende tildeling av tjenester, medvirkning og medisinerings.

Pasient- og brukerombudets erfaringer viser at det fortsatt er viktig med god dialog og tilpasset informasjon om de stadige endringene som skjer på grunn av pandemien vi forstått står i. Økende smitte i samfunnet generelt, øker risikoen for at tjenester igjen faller bort – ikke på grunn av smittevernreglement denne gang, men på grunn av at helsepersonell selv er syke. Vi er bekymret over at et økende antall pasienter opplever å ikke få hjelp ved kontakt med helsetjenesten.

## Fastlegeordningen

Fastlegeordningen har vært under økende press de siste årene, og Pasient- og brukerombudet har gjentatte ganger tatt opp hvordan pasienter opplever store utfordringer med ordningen. Fastlegekrisen er nå en realitet i mange kommuner, også i flere av landets største.



I statistikken til Pasient- og brukerombudet handler 43% av henvendelsene til oss om kommunale helse- og omsorgstjenester, forhold ved fastlegen. Mange pasienter forteller at de ikke har en "fast" fastlege, men må forholde seg til fastlegevikarer som ikke kjenner deres historie. Dette er svært uheldig, særlig for pasienter med kroniske og langvarige sykdommer som trenger kontinuitet i oppfølgingen fra fastlegen. Vi er kritiske til om pasientsikkerheten er god nok for flere av disse pasientene.

Andre utfordringer vi ser, er pasienter som må vente svært lenge (flere uker) før de får time hos sin fastlege evt. vikarlege. Ofte henger dette sammen med at det er vakanser på legekontolet, og at det kan være vanskelig å få tak i vikarer for leger. I distriktene er det mange kommuner som har problemer med å rekruttere fastleger.

I kommuner der alle fastlegelistene er fulle, sier mange pasienter at det nesten er umulig å skifte fastlege. Vi får tilbakemeldinger fra pasienter som har ventet mange måneder om ikke år, for å få skiftet fastlege. Dette er spesielt uheldig for pasienter med behov for tett oppfølging og dialog med sin fastlege, men opplever at dette samarbeidet ikke fungerer godt.

I løpet av 2021 har vi også mottatt henvendelser fra pasienter som har blitt "tvangsflyttet" fra listen til sin fastlege. Dette kan skje i tilfeller der en lege må redusere antall pasienter på sin liste. Da gjøres det en tilfeldig utvelgelse av pasienter som må flyttes til en annen fastlegeliste, uten at pasienten har mulighet til å påvirke avgjørelsen. Pasientene blir orientert først etter at de har fått ny fastlege. For noen blir dette feil og oppleves urettferdig.

Fastlegeordningen har en svært viktig funksjon i helsetjenesten. Regjeringen har i Handlingsplan for allmennlegetjenesten 2020-2024 satt fokus på flere tiltak for å styrke ordningen. For mange kommuner, fastlegekontorer, fastleger og ikke minst pasienter – haster det å få resultater slik at alle pasienter opplever en god og tilgjengelig fastlegeordning. Vi er bekymret for om pasientsikkerheten i fastlegeordningen er god nok i mange av landets kommuner.

## **Kommunale tjenester til barn med store hjelpebehov**

Pasient- og brukerombudet har kontakt med familier som forteller om et vanskelig samarbeid med kommunen for å få de tjenestene barnet og familien har rett på. Det er ikke omsorgen for barnet som er tyngst, men det de oppfatter som en kamp med kommunen.

Riksrevisjonen publiserte 30.9.21 en [rapport om helse- og omsorgstjenester til barn med funksjonsnedsettelse](#). Rapporten konkluderer blant annet med at

tjenestetilbudet avhenger av hvor de bor, og med at familiene må ta et for stort ansvar selv for å få hjelp og koordinere tjenestene.

Riksrevisjonens konklusjoner stemmer med Pasient- og brukerombudets erfaringer. Pasient- og brukerombudet har bistått familier som vurderer å flytte, i håp om et bedre tilbud i en annen kommune. Vi vet om familier som har flyttet til kommuner med et bedre tilbud. Medvirkning er nærmest fraværende i flere av disse sakene.

Barnet og familien har rett til å medvirke i hvordan tilbudet skal utformes. Medvirkning skal blant annet gi økt treffsikkerhet i utforming og gjennomføring av tilbudet, og dermed gi et mer tilpasset tilbud. I tillegg er det mye egenverdi i å få medvirke. De som søker hjelp vil påvirke viktige deler av eget liv, motta hjelp på egne premisser og bli respektert for egne valg.

Barn med store hjelpebehov trenger hjelp fra flere tjenesteytere; kommunale helse- og omsorgstjenester (saksbehandler, støttekontakt, fysioterapeut, avlaster, fastlegen, koordinator), spesialisthelsetjenesten (barnelegen, ergoterapeut, sosionom, øyelege) skolen (lærer, SFO-ansatte, PPT-rådgiver, logoped), NAV (saksbehandler, rådgiver hjelpemidler), og i noen tilfeller også saksbehandler hos Statsforvalter. Da skal familien få hjelp av en koordinator til å samordne tjenestene, få fremdrift i arbeidet med individuell plan, og dermed avlaste familien for dette arbeidet. Vi møter familier som ikke får hjelp til å koordinere tjenestene, men må gjøre jobben selv.

I en sak som gjaldt brukerstyrt personlig assistent (BPA) uttalte Statsforvalter: "I det hele er det vanskelig for Statsforvalter å finne vurderinger knyttet til brukermedvirkning og barnets beste.

Pasient- og brukerombudets erfaringer er at koordinatorordningen ikke fungerer i praksis. Vi ser at familier får tildelt koordinator uten at jobben det innebærer blir gjort. Det blir en tjeneste uten innhold. Vi mener at koordinatorfunksjonen ikke gir familiene den avlastningen den var ment for.

Helse- og omsorgstjenesten i kommunene har i dag plikt til å oppnevne en koordinator

for pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester. Lovgiver vil også innføre en rett til koordinator og barnekoordinator i pasient- og brukerrettighetsloven kap. 2. Pasient- og brukerombudet er usikker på om en ny rettighet vil bedre situasjonen. Vi kan håpe. Pasient- og brukerombudet mener - uavhengig av nye rettighetsbestemmelser - at koordinatorordningen må evalueres; hva skal til for at ordningen skal fungere etter intensjonen?

## Sykehjem

En høy andel pasienter som bor på norske sykehjem, er eldre mennesker med flere sykdommer samtidig. Mange har demenssykdom. Det er for det meste pårørende som tar kontakt med Pasient- og brukerombudet når det gjelder denne pasientgruppen. Pårørende er ofte en viktig ressurs for sykehjemspasienter, fordi de sier ifra på vegne av pasienten når en ikke er i stand til det selv. Pasient- og brukerombudet verdsetter at pårørende tar kontakt på vegne av pasientene. I tillegg utfordrer det oss på å sikre at pårørende formidler pasientens eget ønske.

Tvang på sykehjem mot en pasient med demens uten samtykkekompetanse.

Pasienten hadde i flere tilfeller blitt holdt fast og ført inn på eget rom for skjerming, i noen tilfeller med løst dør, etter at han hadde opptrådt truende og aggressivt mot sykehjemspersonalet og andre beboere. Tvangstiltakene i denne saken hadde ikke hjemmel i sykehjemsforskriften, og den aktuelle tvangsbruken faller utenfor virkeområdet til pasient og brukerrettighetsloven kapittel 4A.

Årsakene til at vi blir kontaktet av pårørende til pasienter på sykehjem er ulike og sammensatte. Lang saksbehandlingstid hos kommunen, utforming av tjenestetilbudet, manglende informasjon og medvirkning, avslag på tjenester, klage på kvaliteten i tjenestetilbudet og bruk av tvang, er noe av det Pasient- og brukerombudet har blitt kontaktet om i 2021. Som i 2020, har det også i 2021 vært henvendelser om tiltak på sykehjem ved smitteutbrudd, som for eksempel besøksrestriksjoner. Vi mener at kommunene kan bli enda bedre på god dialog og på å gi tilpasset informasjon til pårørende når det skjer endringer – som besøksrestriksjoner – på sykehjem.

Pasient- og brukerombudet erfarer også at det er store forskjeller på tilgjengelige sykehjemsplasser i kommunene. Særlig ventetid på sykehjemsplass. Vi mener at kommuner som mangler sykehjemsplasser må finne løsninger som sikrer pasienter og brukere den forsvarlige helsehjelpen de har behov for og rett på.

I 2021 fikk Pasient- og brukerombudet henvendelser om unge voksne som har fått tilbud om sykehjemsplass, i mangel av annet egnet tilbud. Som for eksempel bistand i hjemmet. Dette gir flere uheldige konsekvenser; eldre med behov for sykehjemsplass blir stående lenger på venteliste, mens personer som ikke ønsker å bo på sykehjem blir tvunget til å bli sykehjemspasient.

På bakgrunn av henvendelsene Pasient- og brukerombudet har fått om sykehjem i 2021, laget vi et prosjekt internt i organisasjonen der vi jobber med å finne mer ut om retten til sykehjemsplass.

## Legemiddelassistert rehabilitering (LAR)

Legemiddelassistert rehabilitering betyr at pasientens opioidavhengighet behandles med opioidholdige legemidler (substitusjonsbehandling). Behandlingen skal gi pasientene økt livskvalitet, redusere skadene ved opioidbruk og forhindre overdosedødsfall.

Pasient- og brukerombudet fikk inn 265 henvendelser som gjaldt rusmiddelavhengighet og annen avhengighet i 2021. Av disse dreide 99 av henvendelsene seg om behandlingen i LAR.

Gjennomgående tema i disse sakene har vært manglende medvirkning, for eksempel ved valg av LAR-medikament eller medvirkning når en skal avslutte bruk av medisiner.

Vi erfarer at pasienter i LAR som er godt rehabiliterte må ta hyppige urinprøver, selv om pasienten av helseårsaker ønsker at det tas blodprøver. Vi møter pasienter som ønsker LAR-medisin i tablettform fordi flytende medisin gir bivirkninger. Men de opplever å ikke bli hørt, og får heller ikke forklaring på hvorfor det er et ønske som ikke kan tas hensyn til.

Våre erfaringer er i tråd med [ProLAR Nett sin brukerundersøkelse](#), som fremhever lite medvirkning, en opplevelse av maktesløshet overfor LAR-systemet, og rigide prosedyrer. Samme undersøkelse viste også store geografiske forskjeller i svaret på spørsmålet om brukerne er fornøyde med tilbudet. Vi ser det samme i våre oversikter.

Pasient- og brukerombudet mener pasientene i LAR må bli lyttet mer til og gis reell medvirkning i sin egen behandling.

## Offentlig tannhelsetjeneste

Pasient- og brukerombudet mottok 102 henvendelser (119 problemstillinger) som handlet om offentlig tannhelsetjeneste i 2021. Av disse dreide nesten 1/3 av sakene seg om opplevd svikt i behandlingstiltaket. Behandlingstiltak kan i denne sammenheng være påstand om skade, eller uventet dårlig resultat. Siden offentlig tannhelsetjeneste ble en del av Pasient- og brukerombudets ansvarsområde i 2020, har vi mottatt få henvendelser om tjenesten. Vi får minst like mange henvendelser om privat tannhelsetjeneste.

Pasient- og brukerombudet mistenker at det er lite kunnskap i befolkningen om hvem som har rett på tannbehandling dekket av det offentlige. I tillegg har vi inntrykk av at Tannlegeforeningens klageordning eller klagenemnda til Norsk Kjeveortopedisk Forening heller ikke er godt nok kjent.

## Rehabilitering

Pasient- og brukerombudet fikk 101 saker innen habilitering og rehabilitering i 2021. Hovedårsaken til henvendelsene innen rehabilitering handler om manglende tildeling av tjenester og ventetid. Hvilke rehabiliteringstilbud som finnes de ulike stedene i landet og hvilken kompetanse som finnes i de ulike kommunene varierer.

Pasient- og brukerombudet skrev høsten 2021 under på dokumentet "Norge trenger en rehabiliteringsreform" sammen med flere ulike arbeidstaker- arbeidsgiver- og pasientorganisasjoner.

Pasientens bosted er avgjørende for hvilket rehabiliteringstilbud som er tilgjengelig.

Vi mener at hvorvidt en pasient henvises til rehabilitering eller ikke, ser noen ganger ut til å bero på tilfeldigheter eller pasientens egen kunnskap. Hvilket rehabiliteringstilbud en pasient får, kommer i stor grad an på pasientens bosted, ansvarlig helsepersonell og pasientens egeninnsats.

## Fokusområde 2021/2022: Unge 16–20 år



Pasient- og brukerombudet valgte et felles fokusområde for 2021; unge mellom 16 og 20 år. Hovedmålet har vært å gjøre oss mer kjent i målgruppen, fordi vi i liten grad blir kontaktet av personer i denne alderen. Hvert lokalkontor har ansvar for å arbeide med fokusområdet innen sitt geografiske område. Helsesykepleiere, videregående skoler og ulike ungdomsråd er bare noen få eksempler på hvem vi har kontaktet for hjelp til å videreformidle informasjon om oss. Medarbeidere i organisasjonen vår har deltatt på regionale konferanser der unge mellom 16 og 20 år har vært deltakere, samt bidratt med tilpasset informasjon om hva vi kan hjelpe med hvis du for eksempel har

opplevd noe kjipt i møte med helse- og omsorgstjenesten.

Arbeidsgruppen for fokusområdet har laget oversikt over hvem det kan være lurt å kontakte for å nå målgruppen, og ulike maler der vi ber om enten et møte eller

tillatelse til å gi informasjon om Pasient- og brukerombudet. Vi har også laget eget informasjonsmaterieil rettet mot unge, sammen med målgruppen.

Gruppen opprettet tidlig kontakt med [www.Ung.no](http://www.Ung.no), og vi har i løpet av året publisert informasjon om Pasient- og brukerombudet på denne nettsiden. Høsten 2021 startet et formelt samarbeid med Ung.no der Pasient og brukerombudet har blitt en del av svargruppen til nettsiden. I løpet av denne perioden har en tverrfaglig gruppe på 6 personer svart ut ulike spørsmål som har kommet inn via nettsiden.

Vi har bestemt at vi fortsetter arbeidet med samme fokusområde ut 2022.

## **Beslutningsforum**

I 2021 har Pasient- og brukerombudet fått henvendelser som har gjort oss bedre kjent med Beslutningsforum. Alle nye legemidler må metodevurderes og deretter godkjennes av Beslutningsforum før de kan tas i bruk ved norske sykehus.

Vi blir kontaktet av pasienter som fortviler over at det finnes effektive medisiner for deres diagnose, men der Beslutningsforum avviser behandling med den aktuelle medisinen.

Ifølge nettsiden til Beslutningsforum er utgangspunktet at «Metoder som er til vurdering skal, som hovedregel, ikke tas i bruk ved norske sykehus.» Det kommer også frem der at «Det kan oppstå situasjoner der unntak fra denne regelen kan være aktuelt».

Unntakene fra regelen skal etter prosedyren håndteres i helseforetaket som har behandlingsansvar for pasienten, og den enkelte pasient skal få en konkret og individuell vurdering. Når individuelle søknader vurderes, forutsettes det en markedsføringstillatelse i Norge for aktuell indikasjon, etablert behandling skal være kontraindisert, eller forsøkt og ikke tolerert på grunn av bivirkninger. På bakgrunn av dette skal det være grunn til å tro at effekten av behandling vil være vesentlig større enn for gruppen som helhet.

Denne unntaksregelen tas i liten eller ingen grad i bruk.

Systemet med Nye metoder ble nylig evaluert, jf. rapport overlevert til Helseministeren 18.11.21. I rapporten konkluderes det med behov for større åpenhet og medvirkning fra brukere og fagfolk. Legeforeningen var klar på at spesialistene

må bli hørt i langt større grad. Det ble vist til at det er et problem at helsetjenesten ikke fokuserer godt nok på at det uansett skal skje en individuell vurdering av den enkelte pasient.

Innen offentlige anskaffelser skal prosessen være så transparent som mulig og prisene er offentlige. Regler om innkjøp av legemidler skiller seg fra dette fordi kostnadene holdes hemmelig. Argumentet er at det gir legemiddelindustrien anledning til å gi større rabatter enn om prisen hadde blitt offentliggjort. Om det gjør at det hele fungerer etter intensjonen, kan en lure på. Pasient- og brukerombudet mener at enhver prosess som er gjort hemmelig, vil være vanskelig å evaluere.

## **Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP)**

Pasient og brukerombudet mottok 1688 henvendelser om psykisk helsevern i 2021. Av disse var 309 henvendelser knyttet til psykisk helsevern for barn og unge (BUP).

Barn og unge med psykiske plager og lidelser må få riktig hjelp til riktig tid. Vi vet at forebygging gjennom tidlig innsats og behandling vil gi mindre helsetap og bedre livskvalitet. Likevel registrerer Pasient- og brukerombudet at mange barn og unge som henvises til BUP, får avslag på hjelp.

Det er store regionale forskjeller på hvor mange som avvises i spesialisthelsetjenesten. I snitt ligger avvisningsraten på ca. 20%. Det er høyt, sammenlignet med avvisninger innen somatikk som ligger på mellom 5 og 7%.

Vi ser i våre saker at avvisningen ofte begrunnes med at forsvarlig helsehjelp kan gis i kommunen. Samtidig vet vi at det er store forskjeller på hvilke tjenester kommunene tilbyr til pasienter med behov for behandling innen psykisk helsevern.

Spesialisthelsetjenesten må ha alle relevante opplysninger om barnet/ungdommen for å kunne vurdere retten til helsehjelp.

Erfaringene våre viser at avvisninger forklares med at:

- Barnet kan behandles i kommunal helse- og omsorgstjeneste, uten at de vet hva den aktuelle kommunen kan tilby.

- Det er enkle og formelle mangler i henvisningene, for eksempel manglende fullmakt fra en av de foresatte.
- Henvisningene har ikke relevant og/eller god nok informasjon, og det blir heller ikke etterspurt informasjon fra henviser og/eller foresatte.

Pasient- og brukerombudet undres om praksisen ved vurdering av henvisninger er god nok for å fange opp barn og unge som trenger helsehjelp.

BUP Øvre Romerike mente henvisningsrutinene de jobbet etter ikke var bra nok. Det resulterte i prosjektet "All in- Forbedring av inntaksmodell" og Helse Sør-Øst sin forbedringspris for 2021. "All in" er ikke lenger et prosjekt, men en innarbeidet praksis.

Vi mener at vurdering av henvisninger til barn og unge må bli bedre, og tjenesten må se til, og lære av de som får det til.

## Journalnoking

Journalnoking er en kjent problemstilling hos Pasient- og brukerombudet. I mange av tilfellene vi blir kontaktet for, har pasienten som har blitt utsatt for snoking en form for personlig bekjentskap til den som har snoket.

At en person uten behandlingsansvar skaffer seg den mest private informasjonen om deg, vil for de aller fleste føles som et grovt overtramp. Er personen i tillegg er en du kjenner, oppleves det ofte enda vanskeligere enn om snokeren er ukjent.

Bli du oppdaget som snoker, kan konsekvensene bli store. Kunnskap om konsekvensene kan gjøre at pasienten synes det er vanskelig å melde fra om snokingen, spesielt dersom de har eller har hatt en positiv eller familiær relasjon.

Pasient oppdager at familiemedlem har gjort flere oppslag i pasientens journal. Kvinne oppdager at kjæresten til hennes eksmann har gjort oppslag i hennes journal.



## Grenseoverskridende atferd

I løpet av 2021 fikk Varhaug-saken stor oppmerksomhet i media, og Helse- og Omsorgsdepartementet oppnevnte et utvalg i juni 2021, som skulle undersøke overgrep begått av helsepersonell mot pasienter i perioden 2010 til 2020. Pasient- og brukerombudet har blitt intervjuet av utvalget der vi har gitt tilbakemelding på antall og type saker vi har hatt med å gjøre i denne perioden.

I flere av sakene vi har hatt hos oss i denne tiårsperioden, ser vi at helsepersonell som får informasjon fra pasienter utsatt for grenseoverskridende atferd ofte er usikre på hvordan de skal håndtere informasjonen.

Det er et stort spenn i sakene, alt fra seksuelle overgrep til mer diffuse relasjoner mellom partene. Vi har erfaring med kjærrestelignende forhold, upassende berøring og/eller kommentarer eller inngåelse av personlige vennskap/kontakt. I flere av sakene har det gått lang tid fra hendelsen til pasienten har fortalt noen om saken, og bevisførsel kan av den grunn være vanskelig.

Fastlege og pasient etablerer et forhold. Forholdet avsluttes, og etter noe tid klager pasienten på fastlegen. Fastlegen fikk begrensning i autorisasjonen for en periode.

## Hvordan prioriteres pasientgrupper ulikt på forskjellige områder i helse- og omsorgstjenesten?

Det har kommet et nytt punkt i [pasient- og brukerrettighetsloven](#) (§ 8-2.) om å følge med på hvordan ulike grupper av pasienter og brukere prioriteres ved tildeling av tjenester. Ansvar for at det blir gjort, er lagt til nasjonalt koordinerende ombud.

Pasient- og brukerombudet har sitt vindu mot verden. Vi får informasjon om tjenestene via de som kontakter oss, offentlige rapporter, media og våre nettverk. Vi blir mest kontaktet av de som ikke er fornøyd med tilbudet og tjenestene, og sjelden av de som er fornøyd. Vi har ikke en fullstendig oversikt over aktivitetene i tjenestene, prioriteringer som gjøres, vurderinger som er tatt, og forskjeller mellom grupper og mellom regioner.

Når Pasient- og brukerombudet løfter en sak i media, fører det ofte til at vi får inn flere lignende saker. Et høyt antall saker innen et bestemt område kan både bety at vi har oppdaget et (nytt) problemområde, men det kan også være oppmerksomheten fra media som gjør at flere tar kontakt. At det kommer inn

mange saker innen et bestemt område til oss, sier ikke automatisk noe om omfanget av problemet. Andre saker og problemstillinger kan gå oss hus forbi dersom vi ikke blir (gjort) oppmerksomme på problemet ved å få inn den type saker. Problemstillinger innen smale felt eller blant få pasienter, kan også skjule seg ved at noen få saker spres til flere kontor.

Diagnose og bosted påvirker om man får et helsetilbud, og ventetid, kvalitet og kvantitet i tilbudet som er tilgjengelig

Vårt saksbehandlingssystem med tilhørende statistikk gir ikke fasitsvar på sannheten om kvaliteten i landets helse- og omsorgstilbud. Men, den gir en god beskrivelse av hva henvendelsene til oss handler om. Det gir oss unik kunnskap om og innsikt i et massivt omfang av pasient- og brukererfaringer. Samtidig ser vi at det er områder vi ikke fanger godt nok opp med dagens saksbehandlingssystem.

I 2021 har Pasient- og brukerombudet lagt spesielt merke til at det er store forskjeller i kommuner, regioner og diagnosegrupper når det gjelder disse områdene:

- Kommunale tjenester til barn med store hjelpebehov. Her er forskjellene så store mellom kommuner at familier har flyttet til annen kommune for å få et bedre tilbud til sitt barn.
- Sykehjem. Pasient- og brukerombudet erfarer at det er forskjeller i kommunene både når det gjelder tilgjengelige sykehjemsplasser, og ventetid for de som trenger sykehjemsplass eller omsorgsbolig.
- Legemiddelassistert rehabilitering (LAR) Det er tydelige geografiske forskjeller på hvor fornøyd brukerne er med tilbudet de får.
- Det er store regionale variasjoner på hvor mange som avvises av spesialisthelsetjenestene innen Barne- og ungdomspsykiatrien.
- Avvisningsraten innen Barne- og ungdomspsykiatrien ligger i snitt på 20%, mens den innen somatikk ligger på mellom 5 og 7%.
- Hvorvidt en pasient får et rehabiliteringstilbud og hvilken kvalitet tilbudet har, kommer an på pasientens bosted og hvor pasienten har blitt behandlet forut for rehabilitering.

## Aktiviteter og organisatorisk arbeid i 2021

### Kvalitetsarbeid i organisasjonen

Utstrakt samarbeid på tvers av kontorgrenser har preget 2021, og organisasjonen er godt i gang med det planlagte kvalitetsarbeidet. Det har blitt opprettet arbeidsgrupper innen de ulike områdene, som alle ledes av nasjonalt koordinerende ombud.

Arbeidsgruppene er sammensatt av medarbeidere fra hele landet og er valgt ut av og i dialog med lokale ledere.

### **Arbeidsgruppe for fokusområdet**

Fokusområdets arbeid er beskrevet tidligere i årsmeldingen. Følgende kontor har medarbeidere i gruppen: Viken (kontoret i Moss), Oslo, Troms og Finnmark (kontoret i Tromsø), Nordland, Trøndelag, Agder og Rogaland.

### **Arbeidsgruppe for strategi**

Arbeidsgruppen for strategi laget forslag til ny strategi 2022–2023.

Spørreundersøkelse til alle medarbeidere ble brukt som grep for å involvere hele organisasjonen i valg av strategisk retning. Ny strategi ble besluttet 20.12.2021.

Følgende kontor har medarbeidere i gruppen: Oslo, Troms og Finnmark (kontoret i Tromsø), Agder, Møre og Romsdal, Nordland og Innlandet.

### **Arbeidsgruppe for felles rutiner og arbeidsmetoder**

Gruppen lager forslag til felles retningslinjer innen saksbehandling, prioritering og kodeverk samt felles tjenestekatalog for Pasient- og brukerombudet.

Spørreundersøkelse til alle ansatte ble sendt ut for å få best mulig grunnlag for å lage ny felles prioriteringsveileder. Flere nye felles faglige retningslinjer skal besluttes i 2022. Følgende kontor har medarbeidere i gruppen: Troms og Finnmark (kontoret i Tromsø), Viken (kontoret i Tønsberg), Innlandet, Oslo og Vestland (kontoret i Bergen).

### **Arbeidsgruppe for brukerråd**

Arbeidsgruppen for brukerråd fullførte sitt arbeid høsten 2021 da tidenes første brukerråd i Pasient- og brukerombudet ble opprettet. Følgende kontor har medarbeidere i gruppen: Oslo, Viken (kontoret i Drammen), Troms og Finnmark (kontoret i Hammerfest), Vestfold og Telemark (kontoret i Skien), og Vestland (kontoret i Bergen).

### **Arbeidsgruppe faglig lederforum**

Arbeidsgruppen består av ledere fra lokale kontor. Gruppen har laget årshjul, planlagt ombudsfaglige tema til faglige lederforum og ledersamlinger. Følgende kontor har medarbeidere i gruppen: Oslo, Trøndelag, Rogaland, Agder, Viken (kontoret i Moss), Troms og Finnmark (kontoret i Hammerfest), samt Vestfold og Telemark (kontoret i Tønsberg).

### **Arbeidsgruppe for kompetansestrategi**

Arbeidsgruppen for kompetansestrategi har ennå ikke startet opp sitt arbeid.

Gruppen er opprettet og starter arbeidet i februar 2022. Gruppen skal lage forslag

til felles kompetansestrategi for Pasient- og brukerombudet. En felles kompetansestrategi skal besluttes i 2022. Følgende kontor har representanter i gruppen: Troms og Finnmark (kontoret i Hammerfest), Trøndelag, Viken (kontoret i Moss) og Oslo. Gruppen for internundervisning er en undergruppe som fra og med høsten 2021 har hatt ansvar for å planlegge og tilrettelegge for internundervisning for alle medarbeidere i organisasjonen. Følgende kontor har representanter i gruppen: Troms og Finnmark (kontorene i Tromsø og Hammerfest), Trøndelag og Agder.

### **Internrevisjon**

Pasient- og brukerombudet gikk i 2021 gjennom en internrevisjon innen områdene styring, internkontroll, personvern og informasjonssikkerhet. Rapporten har gitt oss verdifull informasjon som brukes videre i vårt kvalitetsarbeid.

### **Internundervisning**

I store deler 2021 har Pasient- og brukerombudet hatt internundervisning for alle medarbeidere hver 14 dag på video. Det har vært varierte tema, og både eksterne og interne ressurser er brukt som foredragsholdere.

### **Lederutvikling**

Ledergruppen i Pasient- og brukerombudet startet for første gang et felles lederutviklingsprogram, i samarbeid med Helsedirektoratets HR-avdeling høsten 2021. Programmet skal vare ut 2022.

### **Annet samarbeid på tvers**

#### **Regionale møter**

Flere av kontorene har i løpet av året deltatt på regionale møter der fag, organisering og faglig samarbeid har vært tema.

- Regionalt møte i Tromsø med alle kontorene i Nordland, Troms og Finnmark (Hammerfest og Bodø)
- Regionalt møte i Trondheim med kontorene i Trøndelag, Møre og Romsdal, Vestland (Førde og Bergen), og Rogaland
- Regionalt møte i Sandefjord med kontorene i Agder, Vestfold & Telemark (Tønsberg og Skien)
- Regionalt møte med kontorene i Innlandet, og Viken (Moss og Drammen) ble avlyst på grunn av økende covid-19-smitte i samfunnet på det aktuelle tidspunktet.

### **Telefoni**

Kontorene i Rogaland, Vestland (Bergen og Førde), Møre og Romsdal og Trøndelag ("Region Midt-Vest") har startet et samarbeid for å hjelpe hverandre med mottak

av telefonhenvendelser. Der kobler de seg på hverandres telefonsløyfer med førsteprioritet for eget kontor og lavere prioritet for de andre kontorene i regionen. Det er bestemt at vi lager et prosjekt som innen sommeren 2022 skal komme med forslag til felles retningslinjer for samarbeid om mottak mm. for alle våre kontor. Dette gjør vi for å minske sårbarheten ved fravær hos små lokale kontor, i tillegg til at forskjell i sakspågang gir økt risiko for at tjenestetilbudet blir ulikt for pasienter og brukere.

### **Svargruppe Ung.no**

En gruppe på fire medarbeidere fra fire ulike kontor, samt en leder, dannet fra høsten 2021 en del av svargruppen til Ung.no. Så langt har Pasient- og brukerombudet fått ca. 20 spørsmål, som alle er svart ut og ligger tilgjengelig på nettsiden. Rapport over antall spørsmål og tema for spørsmålene publiseres jevnlig på intranett, fordi det er viktig at informasjonen er tilgjengelig for hele organisasjonen. Følgende kontor har representanter i gruppen: Innlandet, Nordland, Troms og Finnmark (kontoret i Tromsø), Agder, Rogaland og Vestlandet (kontoret i Bergen).

### **Prosjekt sykehjemsplasser**

En gruppe på fire personer fra ulike kontor ble dannet november 2021 for å se på erfaringer vi har knyttet til tilbudet til de eldste og sykeste på høyeste og nest høyeste omsorgsnivå i eldreomsorgen. Gruppen skal fullføre sitt arbeid våren 2022. Følgende kontor har representanter i gruppen: Møre og Romsdal, Troms og Finnmark (kontoret i Hammerfest), Innlandet og Vestfold og Telemark (kontoret i Tønsberg).

### **Juristgruppe**

Medarbeidere i region Midt-Vest med juristutdanning har startet samarbeid, med månedlige digitale møter. Her diskuteres juridiske saker og problemstillinger som kontorene arbeider med.

### **Regionmøter**

Deltakelse på regionsamlinger med alle ansatte, i tillegg regelmessige ledermøter i noen av de ulike regionene.

### **Arendalsuka**

Pasient- og brukerombudet deltok på årets Arendalsuka med stand, og arrangement med innlegg og debatt. Hovedtema for arrangementet var unge og deres behov i møte med helsetjenesten.

**På vegne av Pasient- og brukerombudet**

Hanne Damsgaard

Runar Finvåg

Linda Charlotte Grunnreis

Ingrid Aanderud Sælen

Jannicke Bruvik

2021

# Årsmelding Troms og Finnmark kontor Hammerfest

Alle kan kontakte Pasient- og brukerombudet for å fortelle sin historie.

Hjelpen fra oss er gratis og du trenger ikke henvisning for å ta kontakt. Vi har taushetsplikt og du kan være anonym om du ønsker det.

# Innledning

## Forord: årsmelding 2021

Pasient- og brukerombudet i Finnmark har fått nytt navn etter regionsammenslåingen med Troms og Finnmark og heter nå Pasient- og brukerombudet i Troms og Finnmark kontor Hammerfest. Arbeidsfordelingen mellom ombudskontoret i Tromsø og ombudskontoret i Hammerfest er stort sett som før regionsammenslåingen der Hammerfest kontoret har ansvaret for Finnmark og Tromsø-kontoret har ansvar for Troms.

Året 2021 har for andre år på rad vært preget av koronapandemien for pasient- og brukerombudet. Vi har hatt reduserte fysiske møter både med pasienter og helsetjenesten pga restriksjoner for å forebygge smitte. Vi på ombudskontoret har vært mye på hjemmekontor også 2021, men likevel har arbeidsdagene vært preget av mange pasient og pårørende kontakter på telefon, mail og etter hvert på videoplattformer. Henvendelsene har økt noe i 2021, og ombudet har fått flere forespørsler enn tidligere. Mye tyder på at befolkningen har behov for å få svar på spørsmål som har med helsetilbudet å gjøre. Ombudet er et lavterskeltilbud og skal være lett å få kontakt med, og mye tyder på at behovet for nettopp dette er der. Befolkningen har mange spørsmål og ikke alt er klager, og ombudet bistår med å svare ut forespørsler slik at klienter får raskest mulig svar på sine spørsmål.

Pandemien har også i 2021 hatt et stort fokus både i samfunnet og i media. Likevel opplever vi på ombudskontoret at hverdagen i sykehus, hos fastlegen, i hjemmetjenesten, på sykehjemmet og i omsorgsboligen til dels har normalisert seg. Henvendelsene til ombudet har derfor dette året handlet lite om Covid 19 problematikk.

Vi hos Pasient- og brukerombudet reiser til vanlig på en god del møter med foreninger, interesseorganisasjoner, klienter og pårørende og ikke minst helsetjenesten selv i hele Finnmark. Vi håper at 2022 blir et bedre år med tanke på pandemien og at vi igjen kan få anledning til å møte både samarbeidspartnere, klienter og pårørende i noe større grad enn i 2021.



I årsmeldingen tar vi for oss ombudets arbeidsoppgaver og statistikk med henvendelsesgrunner fra publikum. Disse er kategorisert med temaer og årsaker, og vi har trukket fram noen eksempler som er anonymisert. Fortsatt gjenstår det områder i helsetjenesten som trenger en kvalitetsforbedring. Ombudet bidrar gjerne i dette arbeidet.

Med vennlig hilsen Pasient- og brukerombud i Troms og Finnmark  
Kontor Hammerfest

*Nette Elisabeth Eide Sen*

<b>Innholdsfortegnelse:</b>	<b>04</b>
<b>Forord</b>	<b>02</b>
<b>1.0 Pasient- og brukerombudets oppgaver</b>	<b>05</b>
1.2 Driftsforhold	07
<b>2.0 Antall henvendelser og forespørsler fra og med 2019 til og med 2021</b>	<b>08</b>
2.1 Fordeling av saker, hovedkategori	08
2.2 Henvendelser fordelt på de ulike sykehus gjennom de Tre siste år (2019,2020,2021)	09
<b>3.0 Spesialisthelsetjenesten</b>	<b>09</b>
3.0 Hovedspesialitet kategori spesialisthelsetjenesten	09
3.1 Underkategorier spesialisthelsetjenesten	09
<b>4.0 Kommunale helse- og omsorgstjenester</b>	<b>12</b>
4.0 Hovedspesialitet kommunal helse- og omsorgstjeneste	12
4.1 Underkategorier kommunal helse- og omsorgstjeneste	12
<b>5.0 Samiske pasienters rettigheter og utfordringer i møte med helsetjenesten</b>	<b>14</b>
<b>6.0 Fokusområde Ungdom</b>	<b>16</b>
<b>7.0 Forespørsler</b>	<b>16</b>
<b>8.0 Pasientskade/komplikasjoner/Norsk pasientskadeerstatning</b>	<b>17</b>
<b>9.0 Oppsummering</b>	<b>18</b>
Vedlegg: Pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 8.	19

**Samisk oversettelse av årsmeldingen ligger vedlagt som del 2**

## 1.0 Pasient- og brukerombudets oppgaver

Pasient- og brukerombudet i Finnmark har fra 01.02.21 endret navn til Pasient- og brukerombudet i Troms og Finnmark, kontor Hammerfest. Dette som en følge av regionreformen. Ombudskontoret med kontorsted Hammerfest skal fortsatt ha Finnmarkssykehuset, UNN, Finnmarkskommunene og den offentlige tannhelsetjenesten som sitt hovedansvar. I realiteten blir det ingen endring for våre klienter. Pasient- og brukerombudet i Troms og Finnmark, kontor Hammerfest skal dekke et fylke med et areal på 48 637 km<sup>2</sup>, med spredt befolkning på større og mindre steder. Fylket består av 18 kommuner, hvor 6 av kommunene er byer. Ombudet i Finnmark skal ivareta norsk, samisk, kvensk og fremmedspråklig befolkning.

Pasient- og brukerombudets virksomhet er hjemlet i lov om Pasient- og brukerrettigheter av 2. juli 1999, kapittel 8 *Pasient- og brukerombudet skal arbeide for å ivareta pasientens og brukerens behov, interesser og rettssikkerhet overfor den statlige spesialisthelsetjenesten, den fylkeskommunale tannhelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten, og for å bedre kvaliteten i disse tjenestene.*

Pasient- og brukerombudene er administrativt knyttet til Helsedirektoratet, som har det formelle arbeidsgiveransvaret for ombudsordningen. Ombudet utøver sitt faglige virke selvstendig og uavhengig. Tilbudet er gratis og klientene har anledning til å være anonyme. Tilbudet er et lavterskeltilbud og klienter kan ta kontakt på telefon 78417240 eller mail for bistand.

I år har ombudet hatt en økning i antall saker til behandling der 447 problemstillinger har vært tatt opp. Dette er en jevn økning fra 2019. Ombudet har i 2021 jobbet med hele sitt mandat. Dette innebærer både individuell saksbehandling hvor den enkelte pasient, pårørende og bruker får bistand fra vårt kontor. Dette bidrar til at helsetjenesten får tilbakemeldinger på områder i tjenesten som ikke fungerer godt nok. Hver og en sak som blir synliggjort er med på å sette søkelys på helsehjelp som ikke har fungert godt nok, og som må forbedres. Målet er at kvaliteten stadig skal bli enda bedre

Landets pasient- og brukerombud publiserer også en felles årsmelding som gjelder hele landet. Denne tar opp de erfaringer ombudene har som er på et mer

riksdekkende plan. Denne publiseres samtidig som de fylkesvise årsmeldinger til overordnede myndigheter.

Vi håper at årsmeldingen kan bli et viktig bidrag til en stadig forbedring av kvaliteten både i kommune- og spesialisthelsetjenesten i Finnmark.

Årsmeldingen avgis til alle instanser i helsetjenesten, samt Helsedirektoratet som har det administrative ansvaret for ombudsordningen.

Ombudet tar imot alle saker for behandling som ligger innenfor vårt mandat. Enkelt saker behandles individuelt og er taushetsbelagt. Vi har et saksbehandlingssystem hvor vi registrerer alle saker, skanner alle dokumenter og dokumenterer vårt arbeid. Ut fra dette systemet utarbeides statistikk fylkesvis og nasjonalt.

Vi prøver å være minst mulig byråkratisk med rask saksgang. Av og til er en sak løst ved hjelp av en telefonsamtale. Ombudet må ha det formelle på plass ved at pasient eller pårørende gir oss fullmakt til å gå inn i saken. Dette for at tjenestested eller yter skal kunne gi oss de opplysninger vi trenger for å opplyse saken og kunne behandle denne videre.

I de mer alvorlige sakene bruker vi lengre tid med ulike tilnærminger. Dette gjøres alltid i samråd med pasient eller pårørende. Dersom det foreligger spørsmål om svikt eller uforsvarlighet ved helsehjelpen, sendes klagen for videre behandling og avklaring hos Statsforvalteren i Troms og Finnmark, tidligere Fylkesmannen. Statsforvalteren har tilsynsmyndighet med all helsehjelp i Troms og Finnmark, og ombudet har varslingsplikt ved hendelser der det stilles spørsmål ved forsvarligheten i behandlingen.

Ved pasientskader oversendes saken Norsk Pasientskadeerstatning-NPE for vurdering og avgjørelse. Ombudet kan bistå og kan være kopimottaker på all dokumentasjon. Slik kan vi bistå pasienten både skriftlig og muntlig i dialogen med NPE.

I saker der vi vurderer om det er systemsvikt kan vi løfte de aktuelle sakene opp på et høyere nivå hvor de blir behandlet på et prinsipielt grunnlag. Dette er problemstillinger som ofte gjelder mange pasienter eller pårørende, og dermed får stor betydning for flere.

Pasient- og brukerombudet skal på en god måte forsøke å være konfliktløsende mellom klient og helsetjenesten, og finne gode løsninger om mulig. Et godt tillitsforhold mellom pasient og helsetjeneste er svært viktig å ha som målsetting. Å møte pasienter og helsetjeneste med respekt er en viktig del av vår jobb.

## **1.2 Driftsforhold**

Pasient- og brukerombudskontoret er lokalisert midt i sentrum av Hammerfest. Vi har kontorer i Nissensenteret, Sjøgata 9, 4 etg. Kontoret har universell utforming. Vi er tre ansatte i 100 % stilling pr. 01.01.22, og er bemannet med pasient- og brukerombud Mette Elisabeth Eriksen, rådgiver Irene Skjeldnes og seniorrådgiver Odd Oskarsen. Kompetansen ved kontoret er både innenfor helse og jus. Vi håper og mener at denne fagkompetansen skal dekke det mandat Ombudet er gitt etter pasient- og brukerrettighetsloven.

Kontoret har åpningstid fra kl. 08.00 - 15.45 på vintertid, og 08.00-15.00 på sommertid. Klientene kan ringe oss alle hverdager fra kl. 09.00-14.30 hele året. Vi kan også kontaktes på mail:  
[tromsogfinnmark.hammerfest@pasientogbrukerombudet.no](mailto:tromsogfinnmark.hammerfest@pasientogbrukerombudet.no)

## **Antall henvendelser og forespørsler fra og med 2019 til og med 2021**

Ombudet har hatt en jevn økning i saker fra 2019. En del av våre henvendelser er forespørsler, hvor mange ringer fordi de trenger råd og veiledning i en vanskelig situasjon. 2021 har til dels også vært preget av Corona pandemien med en del restriksjoner, ekstra ventetid på planlagt behandling, besøksrestriksjoner og stengt sykehus i Vest Finnmark over en periode. Ombudet erfarer at en del pasienter synes de har ventet nok og ønsker at behandlingsapparatet blir som før igjen.

Fortsatt er det mange pasienter som tar opp mangelfull kvalitet på behandlingen de mottar, for dårlig oppfølging av sykdom, og for lite informasjon og plan for oppfølging og videre behandling.

Ombudet opplever at helsetjenesten har et stadig større fokus på pasientene og situasjonene de står i, men samarbeid mellom ulike aktører, helhetlig pasientforløp, koordinator, kontaktlege, fastlege og kommunikasjon som er samstemt mot, har et forbedringspotensial.

Under finner dere en oversikt over henvendelsesgrunner til ombudet med en del konkrete eksempler.

## 2.0 Antall henvendelser og forespørsler fra og med 2019 til og med 2021

2019	385
2020	429
2021	447

### Primærsted henvendelser

64 % av henvendelsene omhandler spesialisthelsetjenesten

36% av henvendelsene omhandler kommunal helse- og omsorgstjeneste

### Årsak til henvendelser er som følger:

71 % omhandler tjenesteytelse

20 % omhandler system- og saksbehandling

9 % omhandler rettigheter

## 2.1 Fordeling av saker, hovedkategori

<b>Spesialisthelsetjenesten</b>	<b>209 saker</b>
<b>Kommunale helse- og sosialtjenester</b>	<b>137 saker</b>
<b>Forespørsler</b>	<b>94 saker</b>

## 2.2 Henvendelser fordelt på de ulike sykehus gjennom de tre siste år (2019,2020,2021)

	2019	2020	2021
Helse Finnmark, klinikk Hammerfest	79	84	88
Helse Finnmark, klinikk Kirkenes	24	27	27
Universitetssykehuset Nord-Norge	50	48	49
Andre sykehus	7	9	19

## 3.0 Hovedspesialitet kategori spesialisthelsetjenesten (over 5)

Kirurgi	102
Indremedisin	23
Psykisk helsevern	19
Generelle tjenester	12
Nevrologi	11
Fødselshjelp/kvinnesykdommer	11
Øre/nese/halssykdommer	6
Onkologi	9

### 3.1 Underkategorier spesialisthelsetjeneste (over 5):

Ortopedisk kirurgi	43
Generell kirurgi	30
Psykisk helsevern voksne	16
Gastroenterologisk kirurgi	8
Nevrokirurgi	6
Øre-nese-halssykdommer	6
Generell gynekologi	6
Bryst og endokrin kirurgi	5
Fordøyelsesykdommer	5
Hjertesykdommer	5
Lungesykdommer	5

### **Kategori kirurgi:**

I 2021 hadde kirurgi 102 henvendelser. Kategorien omhandler blant annet ortopedisk kirurgi, generell kirurgi, gastroenterologisk kirurgi, nevrokirurgi, plastikkirurgi, karkirurgi, thoraxkirurgi, kjeve- og ansiktskirurgi og barnekirurgi. Klagegrunnene omfatter avvisning, behandlingstiltak, bortfall/reduksjon av tjenester, diagnostisering, egenandeler, henvisning, informasjon, journalføring, medisiner, omsorgsfull hjelp, oppfølging, personvern, rutiner, utskriving og ventetid.

#### **Eksempel kirurgi:**

*Pårørende ringte på vegne av pasient. Brudd i fot og kneskade, skal utskrives fra sykehus og hjem til bolig uten tilrettelagt for rullestol. Sykehuset har vært i kontakt med kommunen som avviser å ta henne imot, selv om pårørende ikke har helse til å ta seg av pasienten. Vi ringer sykehuset som ber oss kontakte kommunen, noe vi gjør. Vi snakker med leder for hjemmesykepleie som tar saken videre. Pasienten fikk plass på institusjon og saken løste seg til det beste for pasient og pårørende.*

### **Kategori psykisk helsevern:**

I 2021 hadde psykisk helsevern 19 henvendelser. Kategorien omhandler psykisk helsevern for barn og voksne.

Klagegrunnene omfatter behandlingstiltak, bortfall/reduksjon av tjenester, medisiner, diagnostisering, henvisning, journal, oppfølging og oppførsel.

#### **Eksempel psykisk helsevern:**

*Pasient ringte da denne ikke har fått oppfølgingstime etter vurderingstime for psykisk helsehjelp. Henvist til VPP for flere måneder siden og forsøkt å ringe de for time, men ikke lykkes i dette. Vi tar kontakt med VPP og får beskjed at behandler vil ta kontakt med pasienten for oppsett av time. Saken løste seg til det beste for pasienten.*

### **Kategori Indremedisin:**

I 2021 hadde indremedisin 23 henvendelser. Kategorien omhandler blodsykdommer, dialyse, endokrinologi, fordøyelsessykdommer, geriatri, hjertesykdommer, infeksjonsmedisin og lungesykdommer.

Klagegrunnene omfatter avvisning, behandlingstiltak, informasjon, diagnostisering, oppførsel, rutiner og samarbeid internt.

#### **Eksempel Indremedisin:**

*Pårørende ringte på vegne av en av sine nærmeste. Pasienten har ikke fått den oppfølging denne skulle ha, ble konkludert med stress i mageregionen. Fikk akutt stopp i tarm og endte med stomi*



*som pasienten må leve med resten av livet. De fikk råd og veiledning i forhold til Norsk Pasientskadeerstatning.*

#### **Kategori Generelle tjenester/transport:**

I 2021 hadde generelle tjenester/transport 12 henvendelser. Kategorien omhandler syketransport (Pasientreiser), AMK/ambulanse og AMK-sentral. Klagegrunnene omfatter klager på avvisning, behandlingstiltak, egenandeler/finansierings spørsmål, medisiner, omsorgsfull hjelp, oppfølging, rutiner og utskriving.

#### **Eksempel Generelle tjenester/transport:**

*Pårørende tok kontakt på vegne av pasienten som våknet om natten og var svært tungpustet. Ble ringt etter ambulanse, men de ville ikke rykke ut. Ble henvist til å kontakte legevakten. Fikk time på formiddagen dagen etter og der ble de spurt om hvorfor de ikke kom tidligere. Viste seg at pasienten hadde lungebetennelse og ble innlagt på helsesenter for videre behandling. Ba om vår bistand til å klage, noe som ble fulgt opp av vårt kontor.*

#### **Kategori Nevrologi:**

I 2021 hadde nevrologi 11 henvendelser. Kategorien omhandler nevrologiske lidelser/smerter og kirurgiske inngrep. Klagegrunnene omfatter diagnostisering, omfang av tjenester, behandlingstiltak og utskriving.

#### **Eksempel Nevrologi:**

*Pasient tok kontakt vedrørende henvisning for behandling av sterke hodesmerter. Problemer med å få time hos nevrolog da det var mangel på dette. Vi sjekket ut saken med UNN og de har egne sykepleiere som bistår i denne type behandling. Avtalte at pasienten skulle ringe dem så ville denne bli satt opp til time for helsehjelp.*

#### **Kategori Fødselshjelp/kvinnesykdommer**

I 2021 hadde fødselshjelp/kvinnesykdommer 11 henvendelser. Kategorien omhandler assistert befruktning, fostermedisin, generell gynekologi, gynekologisk onkologi og obstetrikk. Klagegrunnene omfatter bortfall/reduksjon av tjenester, behandlingstiltak, omsorgsfull hjelp og egenandeler.

#### **Eksempel fødselshjelp/kvinnesykdommer**

*Pasient tok kontakt grunnet akutt keisersnitt for noen år siden. Utviklet store smerter i underlivet etter dette. Fastlege henvist henne til gynekolog på sykehuset, men der var det veldig*

lang ventetid. Vi kontakter sykehuset og forklarer situasjonen. Pasienten får dermed time omgående og saken har løst seg til det beste for pasienten.

#### **Kategori Øre-nese-halssykdommer**

I 2021 hadde øre-nese-halssykdommer 6 henvendelser. Kategorien omhandler sykdommer/plager med øre/nese eller hals.

Klagegrunnene omfatter behandling innen frist, behandlingstiltak, informasjon og oppfølging.

##### **Eksempel Øre-nese-halssykdommer:**

*Pasient med mangeårig hørseltap ringte oss da denne ble operert som barn. Vil gjerne få ut journalen, men sykehuset hvor han ble operert ved, gjenfinner ikke denne. Anbefaler han å kontakte nærsykehuset eller fastlege da journalene sannsynligvis vil kunne være oppbevart også der. Pasienten takket for råd og kontaktet selv de som var aktuelle. Saken løste seg.*

#### **Kategori Onkologi**

I 2021 hadde onkologi 9 henvendelser. Kategorien omfatter kreftsykdom.

Klagegrunnene omfatter behandlingstid, verdighet i tjenestetilbud, samarbeid internt og medisinerings.

##### **Eksempel på onkologi:**

*Pasient som har uheldelig kreft ringte oss. Hatt strålinger og cellegift, uten effekt. Mange forskjellige leger som gir uklare beskjeder, og pasienten er derfor svært fortvilet over situasjonen. Vi tok kontakt med kreftlege ved påklaget sykehus. Legen skulle gå grundig gjennom saken og ringe pasienten, noe han gjorde. Pasienten var svært takknemlig og saken løste seg.*

## **4.0 Hovedspesialitet kommunal helse- og omsorgstjeneste (over 5)**

Utredning, diagnostisering og behandling	75
Andre helse- og omsorgstjenester	47
Hjelp ved ulykker og andre akutte situasjoner	12

### **4.1 Underkategorier kommunal helse- og omsorgstjeneste (over 5)**

Fastlege	74
Helsetjenester i hjemmet	12
Sykehjem	14
Legevakt	12
Tidsbegrenset opphold i institusjon	5

### **Kategori Utredning, diagnostisering og behandling:**

I 2021 hadde denne kategorien 75 henvendelse (i hovedsak klager på fastlege.) Kategorien omhandler fastlege, legevakt, fengselshelsetjeneste og syketransport.

Klagene omfatter avvisning, behandlingstiltak, bortfall/reduksjon av tjenester, diagnostisering, egenandeler/finansieringsspørsmål, henvisning, journalføring, medisinerer, oppfølging, personvern og tilgjengelighet.

#### **Eksempel utredning, diagnostisering og behandling:**

*Pårørende ringte på vegne av en av sine nærmeste. Hadde oppsøkt fastlege flere ganger grunnet magesmerter, og opplevde å ikke bli tatt på alvor. Sendt hjem med beskjed om å ta smertestillende. Ble etter hvert så ille at sønnen valgte å ringe etter ambulanse. Viste seg at det var en alvorlig infeksjon som kunne fått fatale konsekvenser. Vi bisto dem i saken og saken er fortsatt til behandling hos helse- og omsorgsleder i kommunen.*

### **Kategori andre helse- og omsorgstjenester:**

I 2021 hadde denne kategorien 47 henvendelser. Kategorien omhandler avlasting, barnebolig, bolig til vanskeligstilte, brukerstyrt personlig assistanse, dagtilbud, heldøgns omsorgsinstitusjon rusmiddelavhengige, helsetjenester i hjemmet, omsorgsbolig, omsorgslønn, praktisk bistand og opplæring og råd/veiledning, støttekontakt, sykehjem og tidsbegrenset opphold i institusjon. Klagene omfatter begrunnelse, behandlingstiltak, bortfall/reduksjon av tjenester, brudd på regler om tvang, egenandeler/finansieringsspørsmål, informasjon, kommunikasjon/språk, manglende tildeling av tjenester - avslag, manglende vedtak, medisinerer, medvirkning, omfang av tjenester, omsorgsfull hjelp, oppførsel, oppholdskommunens ansvar, personvern og rutiner.

#### **Eksempel andre helse- og omsorgstjenester:**

*Pårørende tok kontakt angående manglende bemanning på sykehjem. Pårørende opplevde at deres nærmeste fikk dårlig omsorg, spesielt under koronatiden med lite aktivitet, mobilisering og svært mange fremmedspråklige ansatte som de mener ikke forstår norsk godt nok for å kunne ha en god kommunikasjon med beboerne. De mente også at bemanningen var for lav i forhold til hjelpebehovet. Vi tok dette opp med sykehjemmet som ville gjøre sitt beste for å bedre situasjonen.*

### **Kategori hjelp ved ulykker og andre akutte situasjoner**

I 2021 hadde denne kategorien 12 henvendelser. Kategorien omhandler legevakt og øyeblikkelig hjelp-døgnopphold.

Klagegrunnene omfatter behandlingstiltak, diagnostisering, kommunikasjon/språk, medisinerer, omsorgsfull hjelp, oppfølging og rutiner.

**Eksempel hjelp ved ulykker og andre akutte situasjoner:**

*Pasient kontaktet legevakt ved akutte smerter i lungene, hostet blod og følte seg i dårlig form. Fikk beskjed at legen var veldig opptatt og at sykepleier kunne ta CRP. Måtte krangle seg til legekonsultasjon som førte til flere undersøkelser med røntgen og ultralyd. Viste seg at det var pleuritt. Vi tok opp saken med påklaget instans.*

## **5.0 Samiske pasienters rettigheter og utfordringer i møte med helsetjenesten**

Vi hos Pasient- og brukerombudet har fokus på samers utfordringer i møte med helsetjenesten, men mottar få klager som omhandler etterspørsel av samisk språk og kulturforståelse i helsetjenesten. Vi kjenner til at det fortsatt er få i helsetjenesten som snakker samisk. Ombudet får sjelden klage på manglende tolkebruk og kjenner ikke til at det er et stort problem i Finnmark. Vi håper den samiske befolkningen tar kontakt med ombudet om dette skulle være et problem.

Mye er gjort for å bedre tilbudet fra Finnmarkssykehuset til den samiske befolkningen med egne tolker som kan kontaktes på dag og ettermiddagstid. De kan bistå alle dager hele uken fra kl.08-22. Finnmarkssykehuset har en fysisk tolk ved Hammerfest sykehus, og 6 andre tolker som er til stede enten via telefon eller på en digital plattform. Tolking digitalt eller via telefon blir ikke så mye brukt, det jobbes med at behandlere i større grad benytter seg av denne tjenesten slik at de kan forstå pasienten og dermed bedre pasientsikkerheten. Det arbeides også med en prosedyre der behandlere og pasienter selv kan gå inn på en bestillingsside på nett for å bestille samisk tolk.

Finnmarkssykehuset har ansvar for å tolke på samisk til hele Helse Nord. Universitetssykehuset i Nord Norge i Tromsø har også egen samisk tolk som er fysisk tilstede. Enhetsleder for Tolketjenesten ved Finnmarkssykehuset orienterer ombudet at de har i igangsatt et prosjekt der målet er at den samiske tolketjeneste skal bli en nasjonal tjeneste.

Finnmarkssykehuset er blitt kontaktet av ombudet for at de bør utarbeide innkallingsbrev på samisk. Ombudet har ennå ikke fått svar på henvendelsen, men I Finnmark Dagblad 9.februar 2022 sier Siri Ursin direktør for Finnmarkssykehuset, at det jobbes mye med å få til en bedre helsetjeneste for den samiske befolkningen. Blant annet sier hun at de jobber med å se på praksis for innkalling av samiske pasienter. Hun sier også at Finnmarkssykehuset har et særskilt ansvar for å sørge for at det samiske språket blir brukt av flest mulig, og at de skal legge til rette for at ansatte som ønsker å lære seg samisk skal få gjøre det. Ambisjonene deres er at alt som finnes på skriftlig norsk skal finnes på samisk, dette gjelder også pasientinformasjon. Direktøren peker også på at de er i gang med å oversette samtlige tekster til nordsamisk i Finnmarkssykehuset, og at dette er tekster som skal brukes i hele landet. Ombudet legger til grunn at tekstene også blir oversatt til sørsamisk og lulesamisk.

Tilbakemeldinger ombudet har fått er at enkelte opplever bruk av tolk via telefon eller skjerm som litt vanskelig. Dette kan være en av grunnene til at tilbudet ikke blir optimalt brukt.

Pasient- og brukerombudordningen i hele landet blir med jevne mellomrom undervist om samiske pasienters møte med helsetjenesten av forskjellige aktører.

Dette for å øke kunnskapsnivået om rettigheter og utfordringer samer har i Norge.

Det er gledelig er det at det har startet opp egen samisk sykepleierutdanning i Kautokeino fra januar 2021. Dette er et viktig bidrag i riktig retning for samiske pasienter. Utdanningen har fokus på samisk kultur og studentene er samisktalende. 12 studenter har startet. Ombudet håper at helsetjenesten fortsetter med å utdanne både leger, sykepleiere og samiske helsearbeidere. Ombudet har allerede undervist på denne utdanningen der samiske pasienters behov har vært tema.

## 6.0 Fokusområde Ungdom

Pasient- og brukerombudene i Norge har i 2021 og 2022 hatt ungdom som fokusområde. Vi har i denne tiden også hatt en Coronapandemi som har påført ungdom i Norge mange konsekvenser. Ombudene i Norge bidrar i UNG.no som er en nettside der ungdom i Norge kan stille spørsmål og få informasjon om ulike temaer, nå kan de også få svar fra Pasient- og brukerombudene.

Ved vårt kontor har vi hatt saker som omhandler både fysisk- og psykisk helse blant unge. Vi har hatt møte med ungdomshelsesykepleier, ungdomspsykolog og ungdomsrådet i Finnmarkssykehuset. De har gitt oss gode innspill på utfordringer ungdommer med kronisk sykdom har. Vi kommer til å fortsette å ha samarbeid og møter med disse aktørene for oppfølging. Vi har også hatt- og har et ønske om å komme på videregående skoler for informasjon og møte med ungdom der. Så langt i 2021 og 2022 har vi vært forhindret på grunn av Corona smitten, men når den er gått mer tilbake, vil vi ta dette opp.

En av oppgavene til oss i ombudstjenesten er å opplyse om vår rolle, ungdommen bruker oss i liten grad og ombudene ønsker mer kontakt og de trenger å kjenne til vår rolle slik at de også kan søke hjelp om det trengs.

## 7.0 Forespørsler og henvendelser utenfor mandat

I 2021 mottok vi 94 forespørsler, samt 7 henvendelser utenfor mandat. Dette er henvendelser som ikke blir registrert som sak, men hvor pasienter/pårørende kun får råd/veiledning om det de etterspør. Noen forespørsler er utenfor vårt mandat som blant annet NAV og hjelpemidler gjennom Hjelpemiddelsentral. Noen eksempler på forespørsler kan være at de ber om telefonnummer til sykehus/pasientreiser etc., spørsmål om klageordninger som Norsk Pasientskadeerstatning, dekning av advokat, fri rettshjelp, dekning av reiseutgifter, fritt sykehusvalg, pasientrettigheter, bytte av fastlege og andre rettighetsspørsmål. De som ringer oss kan fritt velge å være anonyme i sine forespørsler til oss.

## 8.0 Pasientskade/komplikasjoner/Norsk pasientskadeerstatning/Statsforvalteren

De fleste behandlinger og inngrep skjer uten de store komplikasjonene. Likevel går ikke alle inngrep som planlagt og noen pasienter opplever at de får skader og komplikasjoner. Dette fører igjen til et langt og krevende sykdomsforløp. Noen ganger mener pasientene at behandlingen ikke har vært god nok eller at den har vært direkte feil, samt at de ikke har vært godt nok informert på forhånd om komplikasjonsfarene. En del av disse pasientene kommer til oss, og vi bistår dem med klagesaker til Norsk Pasientskadeerstatning (NPE). Å få sin sak behandlet hos NPE er gratis, og pasientene får en objektiv sakkyndig bedømming av behandlingen som er gitt. Mange er fornøyde med akkurat dette selv om de ikke alltid får utbetalt erstatning.

Pasientene bestemmer selv om de vil sende sin sak til NPE. Vi er behjelpelig ved utforming av skadebeskrivelser, innspill til sakkyndige erklæringer og til uttalelse fra behandlingssted. I noen tilfeller bistår vi også ved klage på avslag fra NPE. I 2020 bisto vi 12 pasienter i forhold til å sende sin sak inn til NPE. I tillegg anbefaler vi mange gjennom råd og veiledning å sende sin sak inn selv. Dette er relativt enkelt gjennom et elektronisk skjema som man finner på NPEs nettsider. Vi veileder alle de som ønsker hjelp til å fylle ut dette skjemaet.

I de tilfeller hvor det har oppstått hendelser hvor alvorlighetsgraden tilsier at Statsforvalteren bør vurdere sakene, oversender vi disse videre til dem. Vi oversender i tillegg de saker hvor påklaget instans ikke svarer ombudet på brev vi har sendt. Ifølge lovverket er de pliktig å svare ombudet i klagesaker. I 2021 var vi i kontakt med Statsforvalteren i Troms og Finnmark vedrørende 16 saker som omhandlet svikt i helsetjeneste og manglende svar fra påklagede instanser.

## 9.0 Oppsummering

Vi håper årsmeldingen har gitt et innblikk i hva pasienter og pårørende tar opp med ombudet gjennom året. Statistikken viser at ombudskontoret stadig oftere blir kontaktet av befolkningen. Også mange pårørende tar kontakt for råd og veiledning i ofte krevende situasjoner. Ombudskontoret i Hammerfest har et svært stort fylke å ivareta, og pasienter, pårørende og brukere kommer fra hele fylket. Det er beklagelig at ombudets budsjettsituasjon er endret slik at det blir redusert mulighet til å reise ut for å ha møter med pasientorganisasjoner, dialogmøter med helsetjenesten og pasienter, og ikke så ofte som tidligere. Vi ser at det er viktig med fysiske møter i tillegg til telefon og møter over video/teams. Vi får håpe at budsjettsituasjonen for ombudskontorene blir bedre slik at vi kan møte våre klienter og samarbeidspartnere oftere fysisk igjen.

God lesning.



## Vedlegg

Lov om Pasient- og brukerrettigheter (Pasient- og brukerrettighetsloven)

Overskriften endret ved [lov 22 aug 2008 nr. 74](#) (ikr. 1 sep 2009 iflg. [res. 21 aug 2009 nr. 1102](#)).

### § 8-1. Formål

Pasient- og brukerombudet skal arbeide for å ivareta pasientens og brukerens behov, interesser og rettssikkerhet overfor den statlige spesialisthelsetjenesten, den fylkeskommunale tannhelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten, og for å bedre kvaliteten i disse tjenestene.

0 Endret ved [lover 22 aug 2008 nr. 74](#) (ikr. 1 sep 2009 iflg. [res. 21 aug 2009 nr. 1102](#)), [24 juni 2011 nr. 30](#) (ikr. 1 jan 2012 iflg. [res. 16 des 2011 nr. 1252](#)), [21 juni 2019 nr. 43](#) (ikr. 1 jan 2020 iflg. [res. 21 juni 2019 nr. 793](#)).

### § 8-2. Arbeidsområde og ansvar for ordningen

Staten skal sørge for at det er et pasient- og brukerombud i hvert fylke. Pasient- og brukerombudets arbeidsområde omfatter statlige spesialisthelsetjenester, fylkeskommunale tannhelsetjenester og kommunale helse- og omsorgstjenester.

Ett av pasient- og brukerombudene skal ha en koordinerende rolle for alle ombudene. Dette ombudet skal bidra til å utvikle felles arbeidsmetodikk, bistå de øvrige ombudene med systematisk kompetanseutvikling og veiledning, gi råd i enkeltsaker, bidra til felles løsning og forståelse av prinsipielle saker og følge med på hvordan ulike grupper av pasienter og brukere prioriteres ved tildeling av tjenester.

Ombudet skal utføre sin virksomhet selvstendig og uavhengig.

0 Endret ved [lover 15 juni 2001 nr. 93](#) (ikr. 1 jan 2002 iflg. [res. 14 des 2001 nr. 1417](#)), [22 aug 2008 nr. 74](#) (ikr. 1 sep 2009 iflg. [res. 21 aug 2009 nr. 1102](#)), [18 des 2009 nr. 131](#) (ikr. 1 jan 2010 iflg. [res. 18 des 2009 nr. 1584](#)), [24 juni 2011 nr. 30](#) (ikr. 1 jan 2012 iflg. [res. 16 des 2011 nr. 1252](#)), [21 juni 2019 nr. 43](#) (ikr. 1 jan 2020 iflg. [res. 21 juni 2019 nr. 793](#)).

### § 8-3. Rett til å henvende seg til pasient- og brukerombudet

Pasient- og brukerombudet kan ta saker som gjelder forhold i den statlige spesialisthelsetjenesten, den fylkeskommunale tannhelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten, opp til behandling enten på grunnlag av en muntlig eller skriftlig henvendelse eller av eget tiltak.

Enhver kan henvende seg til pasient- og brukerombudet og be om at en sak tas opp til behandling. Den som henvender seg til pasient- og brukerombudet, har rett til å være anonym.

0 Endret ved [lover 22 aug 2008 nr. 74](#) (ikr. 1 sep 2009 iflg. [res. 21 aug 2009 nr. 1102](#)), [24 juni 2011 nr. 30](#) (ikr. 1 jan 2012 iflg. [res. 16 des 2011 nr. 1252](#)), [21 juni 2019 nr. 43](#) (ikr. 1 jan 2020 iflg. [res. 21 juni 2019 nr. 793](#)).

### § 8-4. Behandling av henvendelser

Pasient- og brukerombudet avgjør selv om en henvendelse gir tilstrekkelig grunn til å ta en sak opp til behandling. Dersom pasient- og brukerombudet ikke tar saken opp til behandling, skal den som har henvendt seg gis underretning og en kort begrunnelse for dette.

0 Endret ved [lov 22 aug 2008 nr. 74](#) (ikr. 1 sep 2009 iflg. [res. 21 aug 2009 nr. 1102](#)).

#### § 8-5. *Pasient- og brukerombudets rett til å få opplysninger*

Offentlige myndigheter og andre organer som utfører tjenester for forvaltningen, skal gi ombudet de opplysninger som trengs for å utføre ombudets oppgaver. Reglene i tvisteloven kapittel 22 får tilsvarende anvendelse for ombudets rett til å kreve opplysninger.

- 0 Endret ved [lov 17 juni 2005 nr. 90](#) (ikr. 1 jan 2008 iflg. [res. 26 jan 2007 nr. 88](#)) som endret ved [lov 26 jan 2007 nr. 3](#), [22 aug 2008 nr. 74](#) (ikr. 1 sep 2009 iflg. [res. 21 aug 2009 nr. 1102](#)).

#### § 8-6. *Pasient- og brukerombudets adgang til helse- og omsorgstjenestens lokaler*

Pasient- og brukerombudet skal ha fri adgang til alle lokaler hvor det ytes statlige spesialisthelsetjenester, fylkeskommunale tannhelsetjenester og kommunale helse- og omsorgstjenester.

- 0 Endret ved [lover 22 aug 2008 nr. 74](#) (ikr. 1 sep 2009 iflg. [res. 21 aug 2009 nr. 1102](#)), [24 juni 2011 nr. 30](#) (ikr. 1 jan 2012 iflg. [res. 16 des 2011 nr. 1252](#)), [21 juni 2019 nr. 43](#) (ikr. 1 jan 2020 iflg. [res. 21 juni 2019 nr. 793](#)).

#### § 8-7. *Pasient- og brukerombudets oppgaver*

Pasient- og brukerombudet skal i rimelig utstrekning gi den som ber om det informasjon, råd og veiledning om forhold som hører under ombudets arbeidsområde.

Pasient- og brukerombudet skal gi den som har henvendt seg til ombudet, underretning om resultatet av sin behandling av en sak og en kort begrunnelse for resultatet.

Pasient- og brukerombudet har rett til å uttale sin mening om forhold som hører under ombudets arbeidsområde, og til å foreslå konkrete tiltak til forbedringer. Pasient- og brukerombudet bestemmer selv hvem uttalelsene skal rettes til. Uttalelsene er ikke bindende.

Pasient- og brukerombudet skal underrette tilsynsmyndighetene om tilstander som det er påkrevet at disse følger opp.

Pasient- og brukerombudet skal sørge for å gjøre ordningen kjent.

- 0 Endret ved [lov 22 aug 2008 nr. 74](#) (ikr. 1 sep 2009 iflg. [res. 21 aug 2009 nr. 1102](#)).

#### § 8-8. *Forskrifter*

Departementet kan gi forskrifter til gjennomføring og utfylling av bestemmelsene om pasient- og brukerombud.

- 0 Endret ved [lov 22 aug 2008 nr. 74](#) (ikr. 1 sep 2009 iflg. [res. 21 aug 2009 nr. 1102](#)).

2021

# Jahkedieđáhus Romssa ja Finnmárkku kantuvra Hámmerfeasta

Buohkat sáhttet váldit oktavuoda pasieanta- ja dearvvašvuodaáittardedjiiin muitalit historjjáset.

Min veahkki lea nuvttá ja don it dárbbas čujuhusa váldit oktavuoda. Mis lea jávohisvuodageasku ja don sáhtát leat namaheapmi jus háliidat.

## Ovdasátni: jahkediđáhus 2021

Finnmárkku pasieanta- ja geavaheaddjiáittardeaddji lea ožžon ođđa nama maŋŋil go Romssa ja Finnmarkku časkojuvvuiga oktii regiovdnan ja namma lea dál Romssa ja Finnmarkku Pasieanta- ja geavaheaddjiáittardeaddji ja Finnmarkku kantuvra Hámmerfeasta. Bargojuohku gaskal Romssa áittardeaddjikantuvrra ja Hámmerfeastta áittardeaddjikantuvrra lea buorre muddui nugo ovdal go regiovnat časkojuvvuiga oktii. Hámmerfeastta kantuvrra ovddasvástádus lea Finnmarkku ja Romssa kantuvrra ovddasvástádus lea Romsa.

Pasieanta ja geavaheaddjiáittardeaddjái lea jahki 2021 leamaš nubbi maŋŋálas jahki masa koronapandemii ja lea váikkuhan. Mis leat leamaš unnit fysalaš čeahkkimat pasieanttaiguin ja dearvvašvuodabálvalusain gáržžidemiid geažil eastadit njoammuma. Mii geat bargat áittardeaddjikantuvrras leat leamaš olu ruovttukantuvrras maiddái 2021:s, muhto almmatge lea bargobeivviid leamaš olu oktavuoha pasieanttaiguin ja oapmahaččaiiguin telefonna, e-boasttas ja dađistaga videoplattforpmain. Oktavuodaváldimat leat veahá lassánan 2021:s, ja áittardeaddjái leat bohtán eanet jearaldagat go ovdal. Olu čájeha ahte álbmogis lea dárbu oažžut vástádusa gažaldagaide mat gusket dearvvašvuodabálvalussii. Áittardeaddji lea vuosttašceahkkefálaldat ja galgá leat álki oažžut oktavuoda, ja olu čájeha ahte lea dárbu juste dasa. Álbmogis leat olu gažaldagat ja eaige buot leat váidagat, ja áittardeaddji veahkeha vástidit gažaldagaid vai klieanttat ožžot vástádusa gažaldagaidaset nu johtilit go vejolaš.

Pandemii ja lea maiddái 2021:s leamaš hui guovddážiis sihke servodagas ja medias. Dattetge vásihit mii áittardeaddjikantuvrras ahte árgabeaivi buohcceviesuin, fástadoaktára luhtte, ja ruovttubálvalusas buhcciidruovttus ja fuolahusásodagain muhtun muddui lea normaliseren. Leat danne leamaš unnán Covid 19 váttisvuodaide guoski oktavuodaváldimat.

Mii Pasieanta- ja geavaheaddjiáittardeaddji bargit mátkkoštit dábálaččat oalle olu čeahkkimiidda servviiguin, berošteaddjiorganisašuvnnaiguin, klieanttaiguin ja oapmahaččaiiguin ja diehttelas ieš dearvvašvuodabálvalusain miehtá Finnmarkku. Mii sávvat ahte 2022 šaddá buoret jahki pandemii ja dáfus ja ahte mis fas šaddá liiba deaivvadit sihke ovttasbargoguimmiiguin, klieanttaiguin ja oapmahaččaiiguin veahá eanet go 2021:s.

Jahkedieđáhusas válddahit mii áittardeaddji bargguid ja statistihka oktan ákkaiguin manne olbmot váldet oktavuoda. Dát lea šláddjejuvvon fáttaguin ja sivaiguin, ja mii leat geassán ovdan ovdamearkka mat leat namaheamit. Áin leat suorggit dearvvašvuodabálvalusas main ferte buoridit kvalitehta. Áittardeaddji veahkeha áinnas dainna bargguin.

Dearvvuodat Romssa ja Finnmárkku Pasieanta- ja geavaheaddjiáittardeaddjis  
Hámmerfeastta kantuvra

*Netti Elisabeth Eriksen*

<b>Sisdoalločilgehus:</b>	<b>24</b>
<b>Ovdasánit</b>	<b>22</b>
<b>1.0 Pasieanta- ja geavaheaddjiáittardeaddji barggut</b>	<b>25</b>
1.2 Doaibmadilit	27
<b>2.0 Oktavuodaváldimiid ja jearaldagaid lohku 2019 rájes gitta 2021 rádjái</b>	<b>28</b>
2.1 Áššiid juohku, váldošládja	28
2.2 Oktavuodaváldimat juhkkjuuvvon daid iešguhtege buohcceviesuide Maŋemus golbma jagi	29
<b>3.0 Spesialistadearvvašvuodabálvalus</b>	<b>29</b>
3.0 Váldospesialitehta šládja spesialistadearvvašvuodabálvalus	29
3.1 Spesialistadearvvašvuodabálvalus	29
<b>4.0 Gieldda dearvvašvuoda- ja fuolahusbálvalusat</b>	<b>32</b>
4.0 Váldospesialitehta gieldda dearvvašvuoda ja fuolahusbálvalus	32
4.1 Vuollešlájat gieldda dearvvašvuoda ja fuolahusbálvalus	33
<b>5.0 Sámi pasieanttaid vuoigatvuodát ja hástalusat go deaividit dearvvašvuodabálvalusain</b>	<b>34</b>
<b>6.0 Fokussuorgi nuorat</b>	<b>36</b>
<b>7.0 Jearaldagat</b>	<b>36</b>
<b>8.0 Pasieantavaháogat/komplikašuvnnat/Dárogillii pasieantavahátbuhtadusat</b>	<b>37</b>
<b>9.0 Čoahkkáigeassu</b>	<b>38</b>
Mielddus: Pasieanta- ja geavaheaddjivuoigatvuodáláhka 8. kapihtal.	39

**Jahkedieđáhus jorgaluvvon sámegillii lea mielddusin 2. oassin**

## 1.0 Pasieanta- ja geavaheaddjiáittardeaddji barggut

Finnmárkku Pasieanta- ja geavaheaddji namma lea 01.02.21 rájes rievdaduvvon Romssa ja Finnmárkku Pasieanta- ja geavaheaddjiáittardeaddjin, Hámmerfeastta kantuvra. Dan lea regiovdnaođastus mielddisbuktán. Áittardeaddjikantuvrras mas lea kantuvrabáiki Hámmerfeasttas galgá ain leat Finnmárkkubuohcciviessu, DNU (UNN), Finnmárkku gielddat ja almmolaš bátnedearvvašvuođabálvalus leat válđoovddasvástádus. Duohtavuodas ii rievdda mihkkege min klieanttaide. Romssa ja Finnmárkku Pasieanta- ja geavaheaddjiáittardeaddji, Hámmerfeastta kantuvra, galgá gokčat fylkka man areála lea 48 637 km<sup>2</sup>, biedggus álbmot stuorát ja unnit báikkiin. Fylkkas leat 18 gieldda, ja guhtta gieldda dain leat gávpogat. Finnmárkku áittardeaddji galgá áimmahuššat dárogielat, sámegielat, kvenagielat ja vierisgielat álbmoga.

Pasieanta- ja geavaheaddjiáittardeaddji doaibma lea vuodustuvvon Pasieanta- ja geavaheaddjivuoigatvuodaid birra láhkii, 8. kapihtal mii bođii fápmui suoidnemánu 2. beaivvi 1999:s *Pasieanta- ja geavaheaddjiáittardeaddji galgá ovddidit pasieanttaid ja geavaheddjiid dárbbuid, beroštumiid, ja riektesihkarvuoda áimmahuššama stáhta spesialistabálvalusa ektui, fylkkagieldda bátnedearvvašvuođabálvalusa ja gieldda dearvvašvuoda- ja fuolahusbálvalusa ektui, ja ovddidit kvalitehtabuorideami dain bálvalusain.*

Pasieanta- geavaheaddjiáittardeaddjit lea hálldahuslaččat čadnon Dearvvašvuodadirektoráhttii, mii formálalaččat lea áittardeaddjiortnega vásttolaš bargoaddi. Áittardeaddji bargá iežas fágalaš doaimma iešheanaláččat ja sorjjasmeahttunit. Fálaldat lea nuvtá, ja klieanttain lea vejolašvuhta leat namaheapmin. Fálaldat lea vuosttašceahkkefálaldat ja klieanttat sáhttet válđit oktavuoda telefodnanummarii 78417240 dahje e-bostii oažžut veahki.

Dán jagi lea áššiid lohku maid áittardeaddji lea gieđahallan lassánan ja leat 447 čuolmma válđojuvvon ovdan. Dat lea dásseidis lassáneapmi 2019 rájes. Áittardeaddji lea 2021:s bargan olles mandáhtain. Dat mielddisbuktá sihke individuálalaš áššemeannudeami mas iešguhtege pasieanta, oapmahaš ja geavaheaddji leat ožžon veahki min kantuvrras. Dat dagaha ahte dearvvašvuođabálvalusat ožžot dieđuid maŋás surggiid birra bálvalusas mat eai doaimma doarvái bures. Juohke áidna ášši mii čalmustahtto lea mielde

oainnusindahkame dearvvašvuodaveahki mii ii leat doaimman doarvái bures, ja mii fertte buoriduvvot. Mihttomearri lea ahte kvalitehta dađistaga galgá buorránit.

Riika Pasieanta- ja geavaheaddjiáittardeaddji almmuha maiddá oktasaš jahkedieđáhusa mii guoská olles riikii. Dat váldá ovdan daid vásáhusaid mat áittardeaddjiin leat eanet riikaviidosas dásis. Dat almmuhuvvo oktanaga fylkkaid jahkedieđáhusaiguin ja bajit dási eiseválddiide.

Mii sávvat ahte jahkedieđáhus šaddá deatalaš veahkki álelassii buoridit sihke gieldda- ja spesialistadearvvašvuodabálvalusa kvalitehta Finnmárkkus. Jahkedieđáhus addojuvvo buot ásahusaide dearvvašvuodabálvalusas, ja dearvvašvuodadirektoráhttii mas lea hálddahuslaš ovddasvástádus áittardeaddjiortnegii.

Áittardeaddji vuostáiváldá buot áššiid gieđahallamii mat leat min mándáhta siskkobeaide. Earkiláššit gieđahallojit individuálalaččat ja leat jávohisgeatnegasvuodageaskku vuollásaččat. Mis lea áššemeannudanvuogádat mas mii registreret buot áššiid, skannet buot dokumeanttaid barggusteamet, duodaštit barggumet. Dan vuogádagas ráhkaduvvojit statistihkat fylkkaid mielde ja nátionálalaččat. Mii geahččalit leat unnimus lági mielde byrokráhtalaččat ja gieđahallat áššiid jodánit. Muhtimin čuovdá telefodnaságastallan ášši. Áittardeaddjis fertte leat dat formálalaš sajis dainna lágiin ahte pasieanta dahje oapmahaš addá midjiide fápmudusa coggat iežamet áššái. Dan sivas vai bálvalusbáiki- dahje addi sáhtttá addit midjiide daid dieđuid maid mii dárbbasit čuvget ášši ja sáhttit viidásit meannudit dan.

Duodalet áššiin atnit mii guhkit áiggi iešguhtege lahkoniide. Dat dahkkojuvvo álo ovttasráđiid pasieanttain dahje oapmahaččain. Jus lea jearaldat boasttuvuodas dahje hárehisvuodas dearvvašvuodaveahkis, sáddejuvvo váidda viidásit gieđahallamii Romssa ja Finnmárkkku stáhtahálddašeaddjái, ovddeš Fylkkamánnii. Stáhtahálddašeaddjis lea gozihanváldi buot dearvvašvuodaveahkkái Romssas ja Finnmárkkus, ja áittardeaddjis lea dieđihangeasku dáhpáhusain main dálkkodeami dohkálašvuhta eahpiduvvo.

Go lea pasieantavahát sáddejuvvo ášši Norgga pasieantavahátbuhtadussii (Norsk Pasientskadeerstatning-NPE) mii árvoštallá ja mearrida. Áittardeaddji sáhtttá maiddá



veahkehit ja leat buot duodaštusaid kopiijavuostáiváldi. Dainna lágiin mii sáhttit veahkehit pasieantta sihke čálalaččat ja njálmmálaččat gulahallat NPB:in (NPE).

Áššiin main mii árvoštallat leago vuogádatboasttuvuohta sáhttit mii loktet áigeovdilis áššiid alit dássái gos árvoštallojit prinsihpaid vuodul. Dát leat čuolmmat mat dávjá gusket olu pasieanttaide dahje oapmahaččaide, ja main danne lea stuorra mearkkašupmi olusiidda.

Pasieanta- ja geavaheaddjiáittardeaddji galgá buori vuogi mielde geahččalit leat riidočovdi gaskal klieantta ja dearvvašvuodaárvála, ja gávdnat buriid čovdosiid jus lea vejolaš. Buorre luohttámušdilli gaskal pasieantta ja dearvvašvuodaárvála lea hui deatálaš mihttomearri. Deatálaš oassi min barggus lea deaivedit pasieanttain ja dearvvašvuodaárválusain vuollegašvuodain.

## 1.2 Doaimadilit

Pasieanta- ja geavaheaddjiáittardeaddji kantuvrrat leat Hámmerfeastta guovddázis. Mis leat kantuvrrat Nissensenteris, Sjøgata 9, 4. gearddis.

Kantuvrrain lea universála hápmi. Mii leat golbma bargi 100 % virggis 01.01.22, ja leat bargoveahka leat pasieanta- ja geavaheaddjiáittardeaddji Mette Elisabeth Eriksen, ráđđeaddi Irene Skjeldnes ja seniorráđđeaddi Odd Oskarsen.

Kantuvrras lea sihke dearvvašvuoda- ja láhkagelbbolašvuoha. Mii sávvat ja oaivvildit ahte dát fágagelbbolašvuoha galgá gokčat dan mandáhta mii lea addo Áittardeaddjái lága pasieanta- ja geavaheaddjivuoigatvuodaála mielde.

Kantuvrras dálveáiggi rabasáigi lea dii. 08.00 - 15.45, ja geasseáiggi rabasáigi fas lea 08.00-15.00. Klieanttat sáhttet riŋget midjiide buot árgabeivviid gaskal dii. 09.00-14.30 birra jagi Min e-boastta masa maiddái sáhttá váldit oktavuoda lea: [tromsogfinnmark.hammerfest@pasientogbrukerombudet.no](mailto:tromsogfinnmark.hammerfest@pasientogbrukerombudet.no)

## 2019 Oktavuodaáldimiid ja jearaldagaid lohku

Áittardeaddji áššit leat dássedit lassánan 2019 rájes. Muhtin oktavuodaáldimat leat jearaldagat, main olusat riŋgejit jearrat ráđi danne go sii dárbbášit ráđi ja bagadeami váttis dilálašvuodas. 2021:s lea maiddái koronapandemii ja báidnán veahá soames gáržžidemiiguin, liige vuordináiggiin plánejuvvon dálkkodeapmái, galledangáržžidemiiguin ja giddejuvvon buohcceviesuin Oarje Finnmárkkus muhtin

áigodaga.. Áittardeaddji vásiha ahte muhtun pasieanttaid mielas leat sii vuordán doarvái guhká ja háliidit ahte dálkkodanapparáhtta šaddá nugo ovdal fas.

Áin leat olu pasieantat mat gesset ovdan váilevaš kvaliteahta dálkkodeamis maid ožžot, beare unnán čuovvoleami buozanvuodas, ja beare unnán diehtujuohkima ja plána čuovvoleapmái ja viidásit dálkkodeapmái.

Áittardeaddji vásiha ahte dearvvašvuodabálvalusas lea stuorát ja stuorát fokus pasieanttaide ja dilálašvuhtii mas sii leat, muhto ovttasbarggus gaskal iešguhtege doaimmaheddjiid, obbalaš pasieantamannolagas, koordináhtoris, oktavuodadoaktáris, fástadoaktáris, ja oktilis kommunikašuvnnas lea buoridanmunni.

Vulobealde gávnnat bajilgova oktavuodaváldinsivain áittardeaddjái oktan konkrehta ovdamearkkaiguin.

## 2.0 Oktavuodaváldimiid ja jearaldagaid lohku 2019 rájes 2021 rádjái

2019	385
2020	429
2021	447

### Oktavuodaváldimiid vuodđobáiki

64 % oktavuodaváldimiin gusket spesialistadearvvašvuodabálvalussii

36% oktavuodaváldimiin gusket gieldda dearvvašvuoda ja fuolahusbálvalussii

### Sivat oktavuodaváldimiidda leat čuovvovaččat:

71 % gusket bálvalusaddimii

20 % gusket vuogádat- já áššegieđahallamii

9 % gusket vuoigatvuodaide

## 2.1 Áššiid juogadeapmi, váldošládja

Spesialistadearvvašvuodabálvalus	209 ášši
Gieldda dearvvašvuoda- ja sosiálabálvalusat	137 ášši
Jearaldagat	94 ášši

## 2.2 Oktavuodáváldimat juhkkovuvvon daid iešguhtege buohcceviesuide manemus golbma jagi (2019,2020,2021)

	2019	2020	2021
Finnmárkku dearvvašvuohta (Helse Finnmark), Hámmerfeastta klinihkka	79	84	88
Finnmárku dearvvašvuohta (Helse Finnmark), Girkonjárdga klinihkka	24	27	27
Davvi-Norgga Universitehtabuohcceviessu (Universitetssykehuset Nord-Norge)	50	48	49
Eará buohcceviesut	7	9	19

## 3.0 Váldopesialitehta šládja spesialistadearvvašvuodábálvalus

Kirurgiija	102
Sismedisiidna	23
Psyhkalaš dearvvašvuodagáhtten	19
Dábálaš bálvalusat	12
Nevrologiija	11
Riegádahttinveahkki/nissondávddat	11
Beallje-njunne-čottadávddat	6
Onkologiija	9

### **Spesialistadearvvašvuodábálvalus**

Ortopedalaš kirurgiija	43
Dábálaš kirurgiija	30
Rávis olbmuid psyhkalaš dearvvašvuodagáhtten	16
Gastroenterologalaš kirurgiija	8
Nevrokirurgiija	6
Beallje-njunne-čottadávddat	6
Dábálaš gynekologiija	6
Čižže ja endokrina kirurgiija	5
Suolbmudanoalledávddat	5
Váibmodávddat	5
Geahpesdávddat	5

### **Šládja kirurgiija:**

2021:s ledje 102 kirurgijii guoski oktavuodáváldimat. Šládja guoská earret eará ortopedalaš kirurgijii, dábálaš kirurgijii, gastroenterologalaš kirurgijii, plastiikka-kirurgijii, váibmosuotnakirurgijii, thoraxkirurgijii, oalul- ja ámadadjokirurgijii ja mánáidkirurgijii.

Váidinsivaide gullet hilgun, dálkkodandoaimmat, bálvalusaid heaittiheapmi/unnideapmi, diagnostiseren, iežasoasit, čujuhus, diehtujuohkin, journálačállin, dálkasiid addin, váibmolađis veahkeheapmi, čuovvoleapmi, persovdnagáhtten, olggoščállin ja vuordináigi.

#### **Ovdamearka kirurgijas:**

*Oapmahaš riŋgii pasieantta ovddas. Doddjon juolgi ja čibbevahát, galgá olggoščálihuvvot buohcceviesus ja ruoktot ásodahkii almma lážžekeahttá juvlastullui. Buohcceviesus lea leamaš oktavuoha gielddain mii ii áiggo vuostáiváldit su, vaikko oapmahaš ii sáhte fuolahit pasieantta dearvvašvuoda geažil. Mii riŋget buohccevissui mii dáhttu min váldit oktavuoda gielddain, maid mii dahkat. Mii háleštit ruovttubuohccedivššu jođiheddjiin gii doalvu ášši viidásit. Pasieanta oaččui saji institušuvdnii ja ášši čovdojuvvui buoremussan pasientii ja oapmahažžii.*

#### **Šládja psyhkalaš dearvvašvuodagáhtten**

2021:s ledje 19 psyhkalaš dearvvašvuhtii guoski oktavuodáváldimat.

Šládja fátmasta mánáid ja rávis olbmuid psyhkalaš dearvvašvuoda

Váidinsivaide gullet dálkkodandoaimmat, bálvalusaid heaittiheapmi/unnideapmi, dálkasat, diagnostiseren, čujuhus, journála, čuovvuleapmi ja láhttenvuohki.

#### **Šládja psyhkalaš dearvvašvuodagáhtten**

*Pasieanta riŋgii go ii lean ožžon čuovvolandiimmu maŋgil psyhkalaš dearvvašvuodaveahki árvoštallandiimmu. Čujuhuvvon RPP:i (VPP:i) máŋga mánu dás ovdal ja geahččalan riŋget sidjiide oažžut diimmu, muhto ii lean lihkestuvvan. Mii váldit oktavuoda RPP:in (VPP :in) ja oažžut dieđu ahte dikšu váldá oktavuoda pasieanttain addit diimmu. Ášši čovdojuvvui buoremussan pasientii.*

#### **Šládja sismedisiidna:**

2021:s ledje 23 sismedisiidnii guoski oktavuodáváldimat. Šládjii gullet varradávddat, dialysa, endokrinologijja, suolbmudandávddat, geriatriija, váibmodávddat, infekšuvdnamedisiidna ja geahpesdávddat

Váidinsivaide gullet hilgun, dálkkodandoaimmat, diehtujuohkin, diagnostiseren, láhtten, bargodábit ja ovttasbargu siskkáldasat.

#### **Ovdamearka sismedisinnas:**

*Oapmahaš riŋgii iežas lagamučča ovddas. Pasieanta ii leat ožžon dan čuovvoleami maid livččii galgan, ja konkluderejuvvui hušain čoavjeregiovnnas. Oaččui fáhkka bissáneami čoallái ja loahpas*

*stomii ja mainna pasieanta šaddá eallit olles eallima. Sii ožžo ráđiid ja bagadusa Norgga Pasieantavahátbuhtadusa (Norsk Pasientskadeerstatning) ektui.*

### **Šládja dábálaš bálvalusat/sáhttu:**

2021:s ledje 12 dábálaš bálvalusaide/sáhtosteapmái guoski oktavuodaváldimat.

Šládja fáttmasta buohccesáhtosteamii (Pasieantamátkkit) (Pasientreiser), FMK (AMK)/ambulánsa ja FMK (AMK)-guovddáža.

Váidinsivat ledje hilgumiid váidin, dálkkodandoaimmat, iežasoasit/ ruhtadangažaldagat, dálkasat, váibmoláđis veahkki, čuovvoleapmi, bargodábit ja olggočáliheapmi.

### **Šládja Dábálaš bálvalusat/sáhttu:**

*Oapmahaš válddii oktavuoda pasieantta ovddas gii lihka ihkku ja vuoiŋŋai hui lossadit. Rinnejedje ambulánsa, muhto dat eai áigon boahtit. Čujuhuvvui váldit oktavuoda doavtterfávttain. Oaččui diimmu ovdal gaskabeaivvi beaivvi maŋŋil ja de jerrojuvvui manne eai boahán ovdal. Čájehuvvui ahte pasieanttas lei geahpesvuolši ja biddjojuvvui dearvvašvuodaguovddážii viidáset dikšui. Bivddii mis veahki váldit, ja min kantuvra čuovvulii.*

### **Šládja Nevrologiija:**

2021:s ledje 11 kirurgii guoski oktavuodaváldimat. Kategorii ja fáttmasta nevrologalaš gillámušaid/bákčasiid ja kirurgii ja.

Váiddasivat ledje diagnostiseren, bálvalusaid viidodat, dálkkodandoaimmaid ja olggočáliheapmi.

### **Ovdamearka Nevrologiijas:**

*Pasieanta válddii oktavuoda mii guoskkai čujuhussii garra oaivebákčasiid dálkkodeapmái. Váttisvuodát oažžut diimmu nevrologa lusa danne go lei vátnivuohhta. Mii iskkaimet ášši DNU:in (UNN:in) ja sis ledje sierra buohccidivššárat geat barge diekkáriid dálkkodit. Šiehtaduvvui ahte pasieanta rinje sidjiide ja de oažžu diimmu dearvvašvuodaveahkkái.*

### **Šládja riegádahttinveahkki/nissondávddat**

2021 ledje 11 riegádahttinveahkkái/nissondávddaide gulli oktavuodaváldimat.

Šládja fáttmasta veahkki sahkeheapmái, ohkemedisiidna, dábálaš gynekologiija, gynekologalaš onkologiija ja obstetriikka.

Váiddasivat guske bálvalusaid heaittiheapmái/unnideapmái, dálkkodandoaimmaide, váibmoláđis veahkeheapmái ja iežasosiide.

### **Ovdamearka Riegádahttinveahkki/nissondávddat**

*Pasieanta válddii oktavuoda fáhkka keaisárčuohpadusa dihte moadde jagi dás ovdal. Oaččui garra bákčasiid vuolledábiide dan maŋŋil. Fástadoavttir čujuhii su gynekologa lusa buohcceviesus, muhto*

*doppe lei hui guhkes vuordináigi. Mii válddiimet oktavuoda buohceviessuin ja čilgiimet dilálašvuoda. Pasieanta oažžu dalle diimmu ovttat manu ja ášši lea čovdojuvvon buoremussan pasientii.*

### **Šládja Beallje-njunne-čottadávdad**

2021:s ledje 6 Beallje-njunne-čottadávddaide guoski oktavuoda váldim. Šládja fáttmasta beallje-, njunne- ja čottabuozanvuodaid/gillámušaid.

Váidinsivaide gullet dálkkodeapmi áigemeari siskkobealde, dálkkodandoaimmat, diehtujuohkin ja čuovvoleapmi.

### **Ovdamearka Beallje-njunne-čottadávdad**

*Pasieanta geas lea mánggajagáš gullovátni riŋgii midjiide sivas go lei čuohtaduvvon mánnán. Dáhttu áinnas oažžut journála, muhto buohceviessu gos son čuohtaduvvui ii gávnna dan šat. Mii ávžžuhit su váldit oktavuoda lagasbuohceviessuin dahje fástadoaktáriin danne go journálat soitet leat vurkejuvvon maiddá dohko. Pasieanta giittii ráđi ovddas ja válddii ieš oktavuoda daiguin. Ášši čovdojuvvui.*

### **Šládja Onkologijja**

2021:s ledje 9 onkologijii guoski oktavuoda váldim. Šládja fáttmasta borasdávdda.

Váidinsivat leat dálkkodanáigi, árvvolašvuhta bálvalusas, ovttasbargu siskkáldasat ja dálkkodeapmi.

### **Ovdamearka onkologijja:**

*Pasieanta geas lea buoritmeahtun borasdávda riŋgii midjiide. Lea ožžon suonjardahttima ja seallamirku, iige leat leamaš ávki. Olu iešguhtege doaktárat geat áddet eahpečielga dieđuid, ja pasieanta lea danne headástuvvan dilálašvuodain. Mii válddiimet oktavuoda borasdávdaoaktáriin ja válddiimet buohceviessu. Doavttir áiggui geahčadit ášši dárkilit ja riŋget pasientii, ja nu son dagai. Pasieanta lea hui giitevaš ja ášši čovdojuvvui.*

## **4.0 Váldospesialitehta gieldda dearvvašvuoda ja fuolahusbálvalus (badjel 5)**

Čielggadeapmi, diagnostiseren ja dálkkodeapmi	75
<b>Eará dearvvašvuoda- ja fuolahusbálvalusat</b>	<b>47</b>
Veahkki lihkohisvuodas ja eará heahpedilálašvuodain	12

#### 4.1 Vuollešlájat gieldda dearvvašvuoda ja fuolahusbálvalus 5)

Fástadoavttir	74
Dearvvašvuodabálvalusat ruovttus	12
Buhcciidruoktu	14
Doavtterfákta	12
Áigeráddjejuvvon orrun institušuvnnas	5

##### **Šládja Čielggadeapmi, diagnostiseren, ja dálkkodeapmi:**

2021:s ledje 75 dán šládji gulli oktavuodaváldimat (eanas fástadoaktára váidimat) Šládja fátmmasta fástadoaktára, doavtterfávttá, giddagasdearvvašvuodabálvalusa ja buhcciid sáhtosteamii.

Váidinsivaide gullet hilgun, dálkkodandoaimmat, bálvalusaid heaittiheapmi/unnideapmi, diagnostiseren, iežasosait/ruhtadangažaldagat, čujuhusat, journálačállin, dálkasiid addin, čuovvoleapmi, persovdnagáhtten, ja beasatlašvuhta.

##### **Šládja čielggadeapmi, diagnostiseren, ja dálkkodeapmi:**

*Oapmahaš riigii iežas lagamučča ovddas. Lei fitnan fástadoaktára luhtte čuovjebákkčasa geažil, ja vásihii ahte ii váldon duodas. Sáddejuvvui ruoktot dieđuin váldit bákčasiid váidudeaddji dálkasiid. Šattai maŋážassii nu heittot ahte bárdni válljii riiget ambulánsa. Čájehuvvui ahte lei duodalaš infekšuvdna mii sáhttán livččii buvttihit surgadis váikkusaid. Mii veahkeheimmet sudno áššiin ja ášši lea ain gieđahallamis gieldda dearvvašvuoda- ja fuolahusjođiheadji luhtte.*

##### **Šládja gieldda dearvvašvuoda- ja fuolahusbálvalusat**

2021 ledje 47 dan šládji gulli oktavuodaváldimat. Šládja fátmmasta helpendoaimmaid, mánnásodaga, ásodaga olbmuid geat leat váttis dilis, geavaheadjistivrejuvvon persovnnalaš veahki, beaivefálaldaga, ollesjándora fuolahusinstitušuvnna gárihuhttinmirkkuide giddanan olbmuid, dearvvašvuodabálvalusaid ruovttus, fuolahanasodaga, fuolahanbálkká, praktihkalaš veahki ja oahpahusa ja ráđi/bagadeami, doarjjaolbmo ja áigeráddjejuvvon orruma institušuvnnas.

Váidimat gullet ákkastallamii, dálkkodandoaimmaide, bálvalusaid heaittiheami/unnideapmái, bággenjuolggadusaid riikkumii, iežasosiid/ruhtadangažaldagaide, diehtajuohkimii, kommunikašuvdnii/gillii, váilevaš bálvalusjuolludeapmái - biehttaleapmái, váilevaš mearrádussii, dálkasiidda, mielváikkuheapmái, bálvalusaid viidodahkii, váibmoláđis veahkeheapmái, láhttemii, orrungieldda ovddasvástádussii, ja bargodábiide.

### **Ovdamearka gieldda dearvvašvuoda- ja fuolahusbálvalusat**

*Oapmahaš válddii oktavuoda danne go váilo bargit buohcceruovttus. Oapmahaččat vásihedje ahte sin lagamuččas lei fuones fuolahus, earenoamážit koronaáiggis go lei unnán doaibma, mobiliseren ja hui olu vierisgielat bargi geat sin oaivila mielde eai máhttán doarvái bures dárogiela gulahallat bures ássiiguin. Sii oaivildedje maiddá ahte ledje beare unnán bargit veahkkedárbbu ektui. Mii válddiimet ovdan dán buohcceruovttuin mii áigui dahkat nu bures go sáhtta buoridit dilálašvuoda.*

### **Veahkki lihkohisvuodas ja eará heahstedilálašvuodain**

2021 ledje 12 dan šládji gulli oktavuodaváldimat. Šládja guoská doavtterfáktii ja dakka viđe veahkkái-jándororumii.

Váidisivat gusket dálkkodandoaimmaide, diagnostiseremii, gulahallamii/gillii, dálkasiidda, váibmoládis veahkeheapmái ja bargodábiide.

### **Veahkki lihkohisvuodas ja eará heahstedilálašvuodain**

*Pasieanta válddii oktavuoda go geahpat bávččastišgohte fáhkka, gosai vara ja dovddai iežas heittohin. Oaččui dieđu ahte doavttir ii asttan ja ahte buohccedivššár sáhtta váldit CRP. Fertii nákkáhallat ráđđádallamii beassat doaktáriin mii mielddisbuvttii olu røntgen- ja ultrajietnaiskamiid. Čájehuvui ahte lei pleurihtta. Mii válddiimet ovdan ášši váidojuvvon ásašusain.*

## **5.0 Sámi pasieanttaid vuogatvuodát ja hástalusat go deaividit dearvvašvuodabálvalusain**

Pasieanta- ja geavaheaddjiáittardeaddjis lea sámiid hástalusaid go deaividit dearvvašvuodabálvalusain guovddážiis, muhto oaččut unnán váidagiid main jerrojuvvo sámi giella- kulturgelbbolašvuhta dearvvašvuodabálvalusain. Mii diehtit ahte dearvvašvuodabálvalusain áin leat unnán sámegeihálliit. Áittardeaddji oažžu hárve váidagiid mat gusket váilevaš dulkageavaheapmái ja ii dovdda ahte dat lea stuorra váttisvuhta Finnmárkkus. Mii sávvat ahte sámi álbmot váldá oktavuoda áittardeaddjiin jus lea váttisvuhta.

Finnmárkkubuohecciviesu lea dahkan olu dahkon buoridit fáilaldaga sámi álbmogii iežas dulkkaiguin geaiguin sáhtta váldit oktavuoda beaivet ja manjil gaskabeaivvi. Sii sáhttet veahkehit buot beivviid gaskal dii. 08-22.

Finnmárkkubuohecciviesus lea iežas dulka mii lea fysalaččat Hámmerfeastta buohecciviesus, ja 6 eará dulka geat leat sajis telefonna bokte dahje digitála plattformain. Dulkon digitálaččat telefonna bokte ii geavahuvvo nu olu, bargojuvvo ahte dálkkodeaddjit álggáše eanet atnit dán bálvalusa vai ipmirdit



pasieantta buorebut mii mielddisbukta buoret pasieantasihkarvuoda. Bargojuvvo maiddaí prosedyrain mas dálkkodeaddji ja pasieanttat ieža sáhttet mannat dingonsiidui dingot sámegiieldulka.

Finnmárkkubuohcceviesus lea ovddasvástádus dulkomis sámegillii olles Davvi dearvvašvuodas (Helse Nord). Davvi Norgga Universitehtabuohcceviesus (UNN) Romssas lea maiddaí iežas sámegiieldulka mii lea fysalaččat das.

Finnmárkkubuohcceviesu Dulkonbálvalusa ovttat jodiheaddji dieđiha áittardeaddjái ahte sii leat álggahan proševtta mas lea ulbmil ahte dulkonbálvalus sámegillii galgá šaddat nationála bálvalus.

Áittardeaddji lea váldán oktavuoda Finnmárkkubuohcceviesuin ja ávžžuhan sin ráhkadit gohččunreivve sámegillii. Áittardeaddjis ii leat vel ožžon vástádusa oktavuodaváldimii, muhto Finnmark Dagbladas guovvamánu 9. beaivvi 2022 dadjá Siri Ursin, Finnmárkkubuohcceviesu direktvra, ahte bargojuvvo oažžut buoret dearvvašvuodafálaldaga sámi álbmogii. Earret eará dadjá son ahte sii barget geahčadit vuogi movt gohččut sámegiel pasieanttaid. Son lohká maiddaí ahte Finnmárkkubuohcceviesus lea earenoamáš ovddasvástádus fuolahit ahte nu olusat go vejolaš geavahit sámegiela, ja ahte sii áigot láchit ahte bargit geat háliidit oahppat sámegiela besset dahkat dan. Sin ambišuvnnat leat ahte buot mii gávdno čálalaččat dárogillii galgá gávdnot sámegillii, dat guoská maiddaí pasieantadieđuide Direktvra čujuha maiddaí ahte sii leat jorgališgoahtán buot teavsttaid davvisámegillii Finnmárkkubuohcceviesus, ja ahte dat leat teavsttat mat galget geavahuvvot miehtá riikka. Áittardeaddji oaivvilda ahte teavsttat maiddaí galget jorgaluvvot lullisámegillii ja julevsámegillii.

Dieđut maid áittardeaddji lea ožžon maŋás lea ahte muhtumat vásihit ahte dulka atnit telefonna dahje šearpma bokte lea veahá váttis. Dát sáhtta leat okta sivva dasa ahte fálaldat ii adnojuvvo ollislaččat.

Pasieanta- ja geavaheaddjiortnet miehtá riikka ožžot duollet dálle oahpahusa sámi pasieanttaid deaivvadeami birra dearvvašvuodabálvalusain iešguđetge doaimmaheddjiin.

Dat lokten dihte máhttodási vuoigatvuodaid ja hástalusaid birra mat sámiin leat Norggas.

Lea illudahtti ahte lea álggahuvvon sierra sámi buohccedivššároahppu Guovdageidnui ođđajagimánu rájes 2021. Dát lea deaŋalaš veahkki rievttis guvlui sámi pasieanttaide. Oahpus lea sámi kultuvra guovddážiis ja oahppit leat sámejelaš. 12 studeantta leat álgán Áittardeaddji sávvá ahte dearvvašvuodabálvalus joatká oahpahit doaktáriid, buohccedivššáriid ja sámi dearvvašvuodabargiid. Áittardeaddji lea juo oahpahan dan oahpus mas sámi pasieanttaid dárbbut leat leamaš fáddán.

## **6.0 Fokussuorgi nuorat**

Pasieanta- geavaheaddjiáittardeaddji Norggas leat 2021:s ja 2022:s leamaš nuorat fokussuorgin. Mis lea dán áigodagas maiddá leamaš koronapandemii ja mas leat leamaš olu váikkuhusat Norgga nuoraide. Áittardeaddjit Norggas leat searvvis UNG.no neahttasiidus mii lea neahttasiidu mas Norgga nuorat sáhttet jearrat ja oažžut dieđuid iešguđetlágan fáttáid birra, dál sáhttet oažžut vástádusa maiddá Pasieanta- ja geavaheaddjiáittardeaddjiiguin. Min kantuvrras leat maiddá leamaš áššit mat gusket nuoraid fysalaš ja psyhkalaš dearvvašvuhtii. Mis lea leamaš čeahkin nuoraid dearvvašvuodadivššáriin, nuoraidpsykologain ja nuoraidráđiin Finnmárkkubuoheceveiesus. Sii leat addán buriid dieđuid hástalusaid birra mat nuorain geain leat kronalaš buozanvuodát. Mii boahpit joatkit ovttasbargat deaivvadit daiguin oasálaččaigne čuovvoleami várás. Mis lea maiddá leamaš sávaldat boahpit joatkkaskuvllaide juohkit dieđuid ja deaivat nuoraid doppe. Dán rádjái 2021:s ja 2022:s leat mii heađuštuvvon koronapandemii ja dihte, muhto go dat lea váidon eambo, de álgit fas. Okta min áittardeaddjiid bargguin lea čalmustahttit iežamet rolla, nuorat atnet min hui unnán ja áittardeaddjit háliidit eambo oktavuoda ja sii dárbbášit dovdat min rolla vai sii maiddá sáhttet ohat veahki jus lea dárbu.

## **7.0 Jearaldagat ja oktavuodaváldimat olggobealde mandáhta**

2021:s oáččuimet mii 94 jearaldaga, ja 7 oktavuodaváldima mat ledje mandáhta olggobealde. Dát leat jearaldagat mat eai registrerejuvvo áššin, muhto main pasieanttat/oapmahaččat ožžot dušše ráđiid/bagadeami iežaset jearaldagaid birra. Muhtun jearaldagat leat min mandáhta olggobealde earret eará OBČ (NAV)

ja veahkkeneavvut Veahkkeneavvoguovddážiis. Muhtun ovdamearkkat sáhttet leat ahte sii dáhttot telefodnanummara buohccevissui/pasieantamátkái jnv., jerret váiddaortnegiid birra mat Norgga pasieantavahágis leat (Norsk Pasientskadeerstatning), advokáhta gokčama, friddja riekteveahki, mátkegoluid gokčama, friddja buohcceviessovalljema, pasieantavuoigatvuodaid, fástadoaktára molsuma ja eará vuoigatvuodagažaldagaid birra. Sii geat riŋgejit midjiide sáhttet friddja válljet leat namaheapmin iežaset jearaldagain midjiide.

## **8.0 Pasieantaváhat/komplikašuvnnat/Norgga pasieantavahátbuhtadeapmi (Norsk pasientskadeerstatning)/ Stáhtahálddašeaddji(Statsforvalteren)**

Eanas dálkkodeamit ja dáhpáhusvet dagatkeahttá stuorra komplikašuvnnaid. Almmatge eai mana buot operašuvnnat nugo plánejuvvon ja muhtun pasieanttat vásihit ahte vaháguhttimiid ja komplikašuvnnaid. Dat dagaha fas guhkit ja gáibideaddji buohcanáiggi. Muhtumin oaivvildit pasieanttat ahte dálkkodeapmi ii leat leamaš doarvái buorre dahje ahte dat lea leamaš njulgestaga boastut, ja ahte sii eai leat ožžon doarvái dieđuid ovdagihtii komplikašuvdnaváraid birra. Muhtun oassi dain pasieanttain bohtet min lusa, ja mii veahkehit sin váiddaáššiiguin Norgga pasieantavahátbuhtadussii (Norsk Pasientskadeerstatning) (NPE). Oažžut ášši gieđahallot NPB:s (NPE) lea nuvtá, ja pasieanttat ožžon objektiivlaš áššedovdi árvvoštallat dálkkodeami mii lea addon. Olusat leat duhtavaččat juste dainna vaikko ii álo máksojuvvoge buhtadus sidjiide Pasieanttat mearridit iežat áigot go sáddet áššiset NPB:i (NPE). Mii veahkehit hábmet vahátčilgehusaid, dieđuiguin áššedovdi julggaštusaide ja cealkámušaiguin dálkkodanbáikkis. Muhtun dáhpáhusain veahkehit mii maiddái váidit NPB (NPE) hilgumiid. 2020:s veahkeheimmet mii 12 pasieantta ášši sáddema oktavuodas NPB:i (NPE) Dasa lassin ávžžuhit mii olusii ráđiid ja bagadeami bokte sádde áššiset sisa ieža. Dát lea oalle álki elektrovnnalaš skoviin mii gávdno NPB:a (NPE) neahttasiidduin. Mii bagadit buohkaid geat háliidit veahki deavdit dán skovi.

Dain dáhpáhusain go leat čuožžilan dáhpáhusat maid duođalašvuodagráda muitala ahte Stáhtahálddašeaddji (Statsforvalteren) berre árvvoštallat áššiid, sáddet mii viidasit sidjiide. Mii sáddet dasa lassin daid áššiid main ásahus ii vástit

reivviid maid áittardeaddji lea sádden. Lágaid mielde leat sii geatnegahtton vástidit áittardeaddjái váiddaáššiin.

2021:s lei mis oktavuoha Romssa ja Finnmárkku stáhtahálddašeddjiin (Statsforvalteren) 16 oktavuodas mat guske boasttuvuodaide dearvvašvuodabálvalusas ja váilevaš vástádusaide váidojuvvon ásahusain.

## 9.0 Čoahkkáigeassu

Mii sávvat jahkediđáhus čalmmustahtta maid pasieanttat ja oapmahaččat buktet ovdan áittardeaddjái jagis. Statistihkka čájeha ahte álbmot váldá oktavuoda áittardeaddjikantuvrrain dávjjibut. Maiddái olu oapmahaččat váldet oktavuoda oažžut ráđi ja bagadeami gáibidahkes dilálašvuodain. Hámmerfeastta áittardeaddjikantuvrras lea hirbmat stuorra fylka fuolahit, ja pasieanttat, oapmahaččat ja geavaheaddjit bohtet miehtá fylkka. Lea váidalahtti ahte áittardeaddji bušehtadilli lea rievdan nu ahte šaddá unnit vejolašvuoha mátkkoštit ja doallat čoahkkimiid pasieantaorganisašuvnnaiguin, ságastallančoahkkimiid dearvvašvuodabálvalusain ja pasieanttaiguin, ja iige nu dávjá go ovdal. Mii oaidnit ahte fysalaš čoahkkimat leat deatalaččat lassin telefodnii ja čoahkkimiidda video/teamsa bokte. Mii sávvat áittardeaddjikantuvrraid bušehtadilli buorrána vai mii sáhttit deaivvadit klieanttaideametguin ja ovttasbargoguimmiideametguin dávjjibut fysalaččat fas.

Buorre lohkaš.

## Mildosat

Láhka Pasieanta- ja geavaheddjiidvuoigatvuođaid birra (Pasieanta- ja geavaheddjiidláhka)

Bajilčála lea rievdan [lágas 22. borg. 2008 nr. 74](#) (ikr. čakč. 1. b. 2009. [res.](#) mielde [borg. 21. b. 2009 nr. 1102](#)).

### § 8-1. *Ulbmil*

Pasieanta- ja geavaheaddjiáittardeaddji bargu lea áimmahuššat pasieantta ja geavaheaddji dárbbuid, beroštumiid ja riektesihkkarvuođa stáhtalaš spesialistadearvvašvuođabálvalusa, fylkkalaš bátneearvvašvuođabálvalusa ja gielddalaš dearvvašvuođa- ja fuolahusbálvalusa ektui, ja buoridan dihte dáid bálvalusaid kvaliteahta.

### § 8-2. *Bargoviidodat ja ortnega ovddasvástádus*

Stáhta galgá fuolahit ahte juohke fylkkas lea pasieanta- ja geavaheaddjiáittardeaddji. Pasieanta- ja geavaheaddjiáittardeaddji bargoviidodahkii gullet stáhta spesialistadearvvasvuođabálvalusat, fylkkagielddalaš bátneearvvašvuođabálvalusat ja gielddalaš dearvvasvuođa- ja sosiálabálvalusat.

Ovttá dáin pasieanta- ja geavaheaddjiáittardeddiin galgá leat koordinerejeaddji rolla buot áittardeddiid várás. Dát áittardeaddji galgá leat veahkkinn ovdánahttit oktasaš bargovuogi, veahkehit daid eará áittardeddiid systemáhtalaš gealbovdánahttimiin ja bagadallamiin, rávvet ovttaskasáššiid oktavuodas, leat veahkkinn oktasaš čovdosiidda ja áddejupmái prinsihpalaš áššide ja čuovvut mielde daid iešguđetge pasieantajoavkkuid ja geavaheddjiid go bálvalusat juhkkovvujit.

Áittardeaddji galgá čađahit doaimmas iešheanalaččat ja sorjjasmeahttumit.

### § 8-3. *Riekti váldit oktavuoda pasieanta- ja geavaheddjiidáittardeddiin*

Pasieanta- ja geavaheaddjiáittardeaddji sáhtta váldit áššiid mat gusket diliide stáhtalaš spesialistadearvvasvuođabálvalusas, fylkkagielddalaš bátneearvvašvuođabálvalusas ja gielddalaš dearvvasvuođa- ja sosiálabálvalusas, juogo go soames lea njálmálaččat dahje čálalaččat váldán oktavuoda áittardeddiin, dahje go áittardeaddji ieš dan vállje dahkat.

Juohkehaš sáhtta váldit oktavuoda pasieanta- ja geavaheaddjiáittardeddiin ja bivdit ášši meannuduvvot. Guhte váldá oktavuoda pasieanta- ja geavaheaddjiáittardeddiin, sus lea vuoigatvuohta leat anonyma.

### § 8-4. *Oktavuodaváldimiid meannudeapmi*

Lea Pasieanta- ja geavaheddjiidáittardeaddji mii mearrida lea go áššis doarvái buorre ágga meannuduvvot. Jus pasieanta- ja geavaheaddjiáittardeaddji ii meannut ášši, de galgá sutnje guhte lea váldán oktavuoda addot diehtu ja oanehaččat čilget manne.

### § 8-5. *Pasieanta- ja geavaheaddjiáittardeaddji vuoigatvuohta oažžut dieđuid*

Almmolaš eiseválddit ja eará orgánat mat addet bálvalusaid hálddahussii, galget áittardeaddji addit daid dieđuid mat dárbbašuvvujit čađahit áittardeaddji doaimmaid. Riidolága 22 kapihttala njuolggadusat geavahuvvujit vástideaddji áittardeaddji vuoigatvuođa ektui gáibidit dieđuid.

*§ 8-6. Pasieanta- ja geavaheaddjiáittardeaddji beassan dearvvasvuođabálvalusa lanjaide*

Pasieanta- ja geavaheaddjiáittardeaddji galgá friddja beassat geavahit lanjaid mat gullet stáhtalaš spesialistadearvvasvuođabálvalusaide, fylkkagielddalaš bátnedearvvasvuođabálvalusaide ja gielddalaš dearvvasvuođa- ja sosiálabálvalusaide.

*§ 8-7. Pasieanta- ja geavaheaddjiáittardeaddji doaimmat*

Pasieanta- ja geavaheaddjiáittardeaddji galgá nu guhkás go govtolaččat vejolaš sutnje guhte dan bivdá addit dieđuid, rávvagiid ja bagadallama dakkár diliid birra mat gullet áittardeaddji bargoviidodahkii.

Pasieanta- ja geavaheaddjiáittardeaddji galgá sutnje guhte lea áittardedjiiin váldán oktavuoda, muitalit makkár boađus lea su meannudeamis muhtin áššis ja oanehaččat čilget dán bohtosa.

Pasieanta- ja geavaheaddjiáittardeaddjis lea vuoigatvuohta cealkit oaivilis dakkár diliid birra mat gullet áittardeaddji bargoviidodahkii, ja evttohit konkrehta doaimmaid buorideapmái. Pasieanta- ja geavaheaddjiáittardeaddji mearrida ieš geasa cealkámušat galget leat. Cealkámušat eai leat čadni.

Pasieanta- ja geavaheaddjiáittardeaddji galgá dieđihit bearráigeahččoeiseválddiide dakkár diliid birra mat gáibidit ahte sii daid čuovvolit.

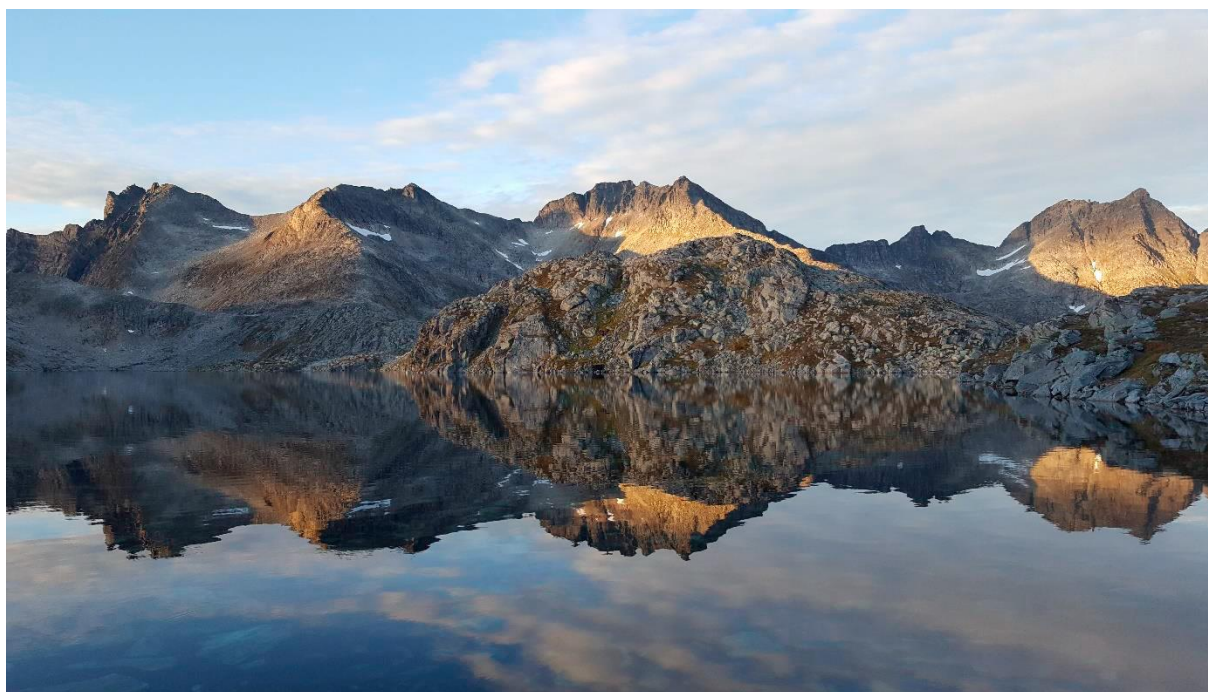
Pasieanta- ja geavaheaddjiáittardeaddji galgá fuolahit ahte olbmot dihtet ortnega birra.

*§ 8-8. Láhkaásahusat*

Departemeanta sáhtá addit láhkaásahusaid mat galget čađahuvvot ja deavdit mearrádusaid pasieanta- ja geavaheaddjiáittardeaddji hárrái.

# ÅRSMELDING 2021

## PASIENT- OG BRUKEROMBUDET I TROMS OG FINNMARK, KONTOR TROMSØ



Pasient- og brukerombudet

## **Pasient- og brukerombudsordningen**

Pasient- og brukerombudets mandat følger av pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 8. Ombudet skal arbeide for å ivareta pasienters og brukeres behov, interesser og rettssikkerhet overfor den statlige spesialisthelsetjenesten, de kommunale helse- og omsorgstjenestene og den offentlige tannhelsetjenesten. Ombudet skal arbeide for å bedre kvaliteten i disse tjenestene. Staten skal sørge for at det er et pasient- og brukerombud i hvert fylke. Ombudene utøver sin faglige virksomhet selvstendig og uavhengig. Pasient- og brukerombudet i Vestland, kontor Bergen, har funksjon som nasjonalt koordinerende pasient- og brukerombud. Pasient- og brukerombudene er administrativt tilknyttet Helsedirektoratet.

## **Pasient- og brukerombudet i Troms og Finnmark, kontor Tromsø**

Pasient- og brukerombudskontoret er lokalisert i Fylkeshuset i Tromsø. Kontoret hadde 3 ansatte per 31.12.2021:

Kristin Jenssen, seniorrådgiver  
Odd Arvid Ryan, pasient- og brukerombud  
Eli Åsgård, seniorrådgiver

## **Kontorets geografiske virkeområde**

Det geografiske virkeområdet for Pasient- og brukerombudet i Troms og Finnmark, kontor Tromsø, omfatter kommunene i det tidligere Troms fylke og Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN HF).

UNN HF har avdelinger i Tromsø, Harstad og Narvik, samt Longyearbyen. Helseforetaket har fire distriktpsikiatriske sentra. UNN HF er universitetssykehus og har i tillegg funksjon som lokalsykehus. Det er etablert distriktsmedisinske sentra i Nordreisa og Senja, med både kommunale helsetjenester og spesialisthelsetjenester.

De 21 kommunene i området består av tre bykommuner, Tromsø, Harstad og Senja. De øvrige 18 kommunene har mellom 1000-6000 innbyggere, og har et ruralt preg. Flere kommuner har etablert ulike interkommunale samarbeidsordninger innenfor helse- og omsorgstjenestene.

Den offentlige tannhelsetjenesten dekkes av Troms og Finnmark fylkeskommune. Tannhelsetjenesten utgjør totalt 44 klinikker, hvorav 26 er lokalisert i Troms. Tjenesten omfatter 8 universitetsklinikker.



## FORORD

Årsmeldingen formidler brukererfaringer, pasientopplevelser og utviklingstrekk i helse- og omsorgstjenesten som vi har merket oss i året som har gått. Den omhandler svakheter og forbedringspotensial i tjenestene, men kan ikke leses som en tilstandsrapport. Vi håper meldingen kan være et bidrag i arbeidet med å styrke kvaliteten i helse- og omsorgstjenestene og sikre at pasient- og brukerrettighetene blir ivaretatt.

Foreliggende årsmelding innledes med en oversikt over hva vi ble kontaktet om i 2021. Deretter presenterer vi pasient- og brukererfaringer fra den statlige spesialisthelsetjenesten den kommunale helse- og omsorgstjenesten, og den fylkeskommunale tannhelsetjenesten Avslutningsvis følger en kort oversikt over utadrettet virksomhet i 2021.

Landets Pasient- og brukerombud leverer felles årsmelding med et nasjonalt perspektiv. Felles årsmelding for 2021 og årsmeldinger fra de fylkesvise kontorene finner du på [www.pobo.no](http://www.pobo.no).

Pasienterfaringer og kunnskap om helse- og omsorgstjenestene er grunnlaget for vår virksomhet. Det er viktig at vi kan møte pasienter, brukere, tjenestesteder og brukerorganisasjoner der de er. For Pasient- og brukerombudene har kostnader ved digitalisering økt betydelig uten at dette er kompensert. Ved inngangen til 2022 må vi planlegge for redusert drift og aktivitet, noe som betyr mindre utadrettet virksomhet. Vi har et mandat som innebærer at vi skal ha rimelig balanse mellom kvalitetsarbeid/utadrettet virksomhet og arbeid med klientsaker. Redusert drift vil med andre ord bety redusert tilgjengelighet overfor pasienter, brukere og pårørende. Dette bekymrer oss i en tid hvor antall henvendelser fra pasienter og brukere øker for hvert år.

Tromsø, 28.2.2022



Odd Arvid Ryan  
pasient- og brukerombud i Troms og Finnmark, kontor Tromsø

<b>INNHold</b>	<b>SIDE</b>
<b>Hva ble vi kontaktet om i 2021? Statistikk</b>	<b>5-8</b>
<b>Pasienterfaringer. Utviklingstrekk og utfordringer</b>	<b>9</b>
<i>Covid-19</i>	<b>9</b>
<i>Spesialisthelsetjenesten</i>	<b>9-15</b>
<i>Kommunale helse- og omsorgstjenester</i>	<b>16-20</b>
<i>Offentlig tannhelsetjeneste</i>	<b>20</b>
<b>Anbefalinger</b>	<b>20</b>
<b>Utadrettet virksomhet</b>	<b>21</b>

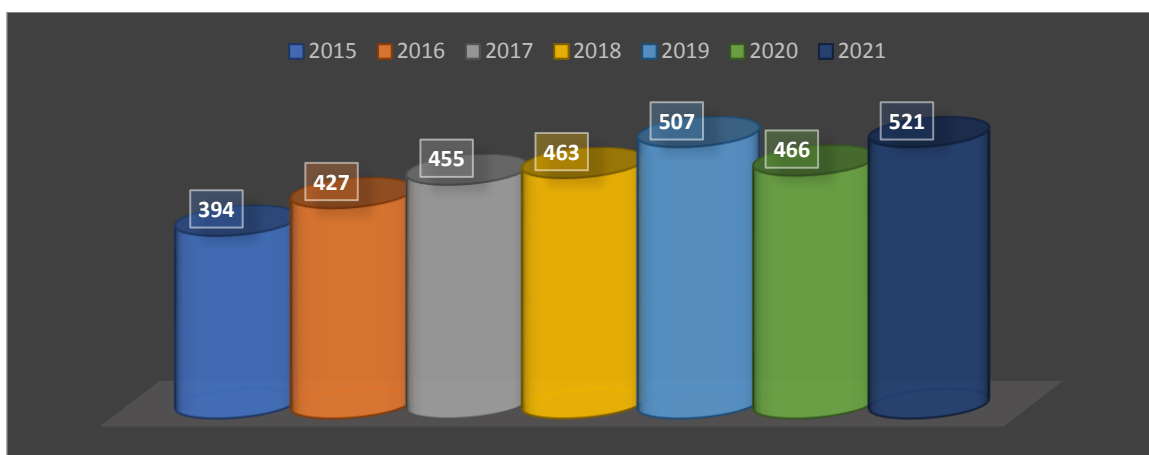
## Hva ble vi kontaktet om i 2021?

I 2021 mottok vi 521 nye henvendelser. Det er høyeste antall henvendelser noensinne i løpet av et år.

Vi registrerer alle henvendelser i tre kategorier avhengig hva de gjelder:

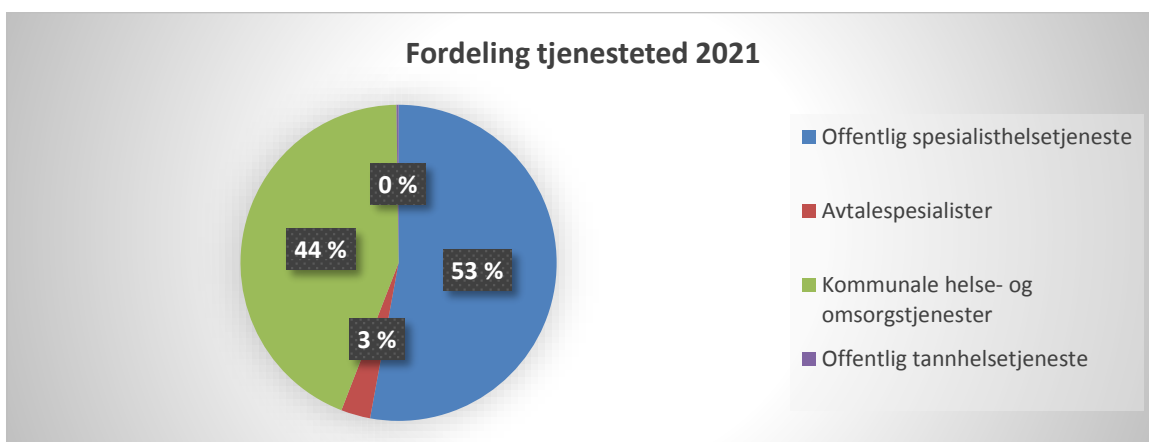
- 78 % av henvendelsene våre gjaldt klage på tjenestene (klagesaker)
- 16 % av henvendelsene gjaldt spørsmål om rettigheter
- 6 % var om forhold utenfor vårt arbeidsområde

I klagesakene registrerer vi også hvilke problemstillinger som tas opp av den som tar kontakt. En klagesak kan omfatte flere forhold eller flere tjenestesteder som må følges opp på ulike måter. Mye av grunnlaget for statistikken i årsmeldingen bygger derfor på de registrerte problemstillingene.



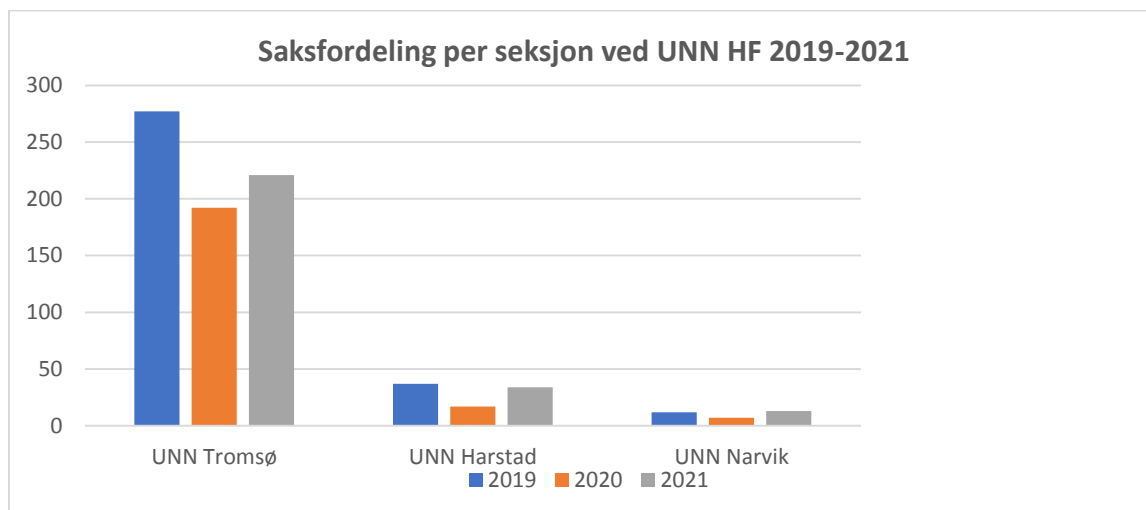
Totalt antall henvendelser per år 2015 – 2021

I 2021 handlet 56% av henvendelsene om spesialisthelsetjenester og 44% om kommunale helse- og omsorgstjenester. Utviklingen viser en jevn økning av henvendelser. Økningen har i første rekke skjedd innen kommunale helse- og omsorgstjenester. For spesialisthelsetjenesten har antall henvendelser vært stabilt, med unntak av en nedgang i 2020. Dette skyldtes trolig pandemien og konsekvensene den fikk for aktiviteten i spesialisthelsetjenesten.



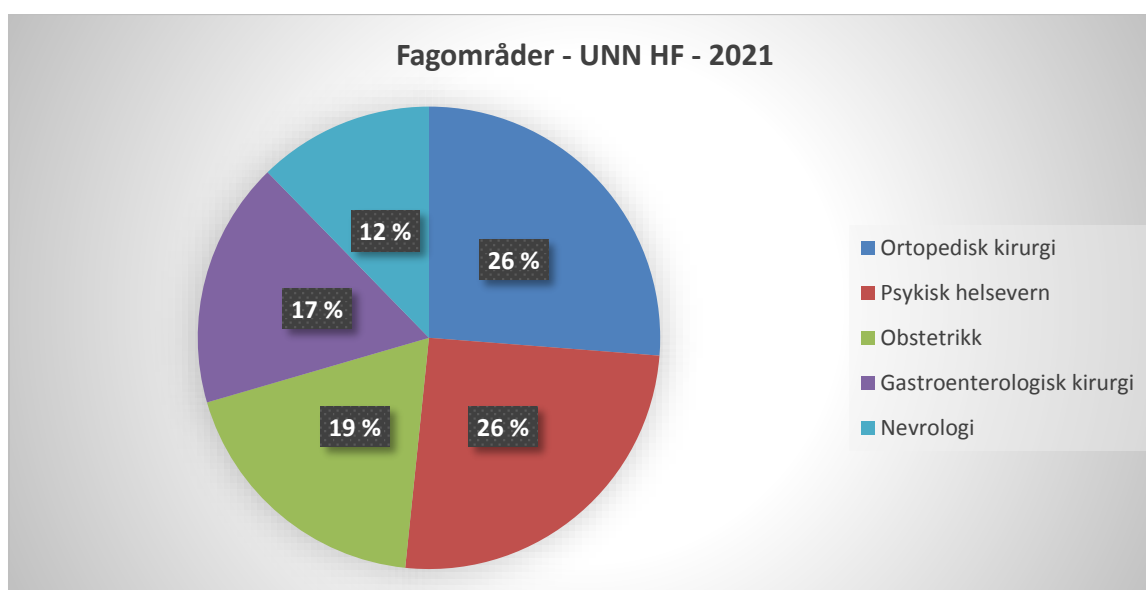
## Spesialisthelsetjenesten

Henvendelser som vi mottar om spesialisthelsetjenester gjelder i første rekke UNN HF, seksjonene Tromsø, Harstad og Narvik. Totalt mottok vi 299 saker på området spesialisthelsetjenester. 269 omhandlet UNN HF, og et klart flertall av disse gjaldt UNN HF Tromsø.



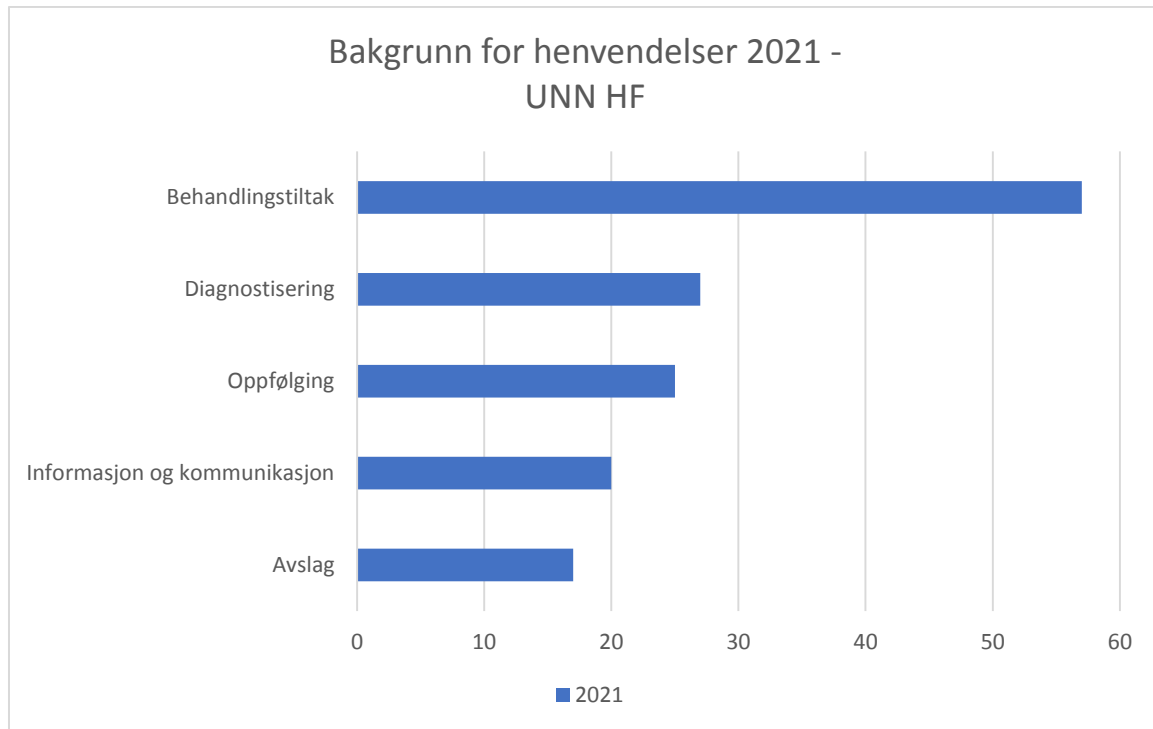
Flest problemstillinger gjaldt kirurgi og psykisk helsevern. Sektordiagrammet under viser de fem områdene vi fikk flest henvendelser om i 2021. Trenden for 2021 viste en nedgang i saker som gjelder psykisk helsevern. Det var en klar oppgang i saker om føde/barsel (obstetrikk) og en liten oppgang innen kirurgi. For de andre områdene var det relativt stabile tall.

Vi merker oss at trenden med nedgang på området psykisk helsevern og oppgang i saker innen kirurgi, viser en motsatt utvikling av den man ser på landsbasis. Vi kjenner så langt ikke årsakene.



Årsakene til henvendelsene innen spesialisthelsetjenesten er mange og varierte slik diagrammet under viser. Diagrammet viser de fem mest registrerte årsakene til henvendelser som handler om

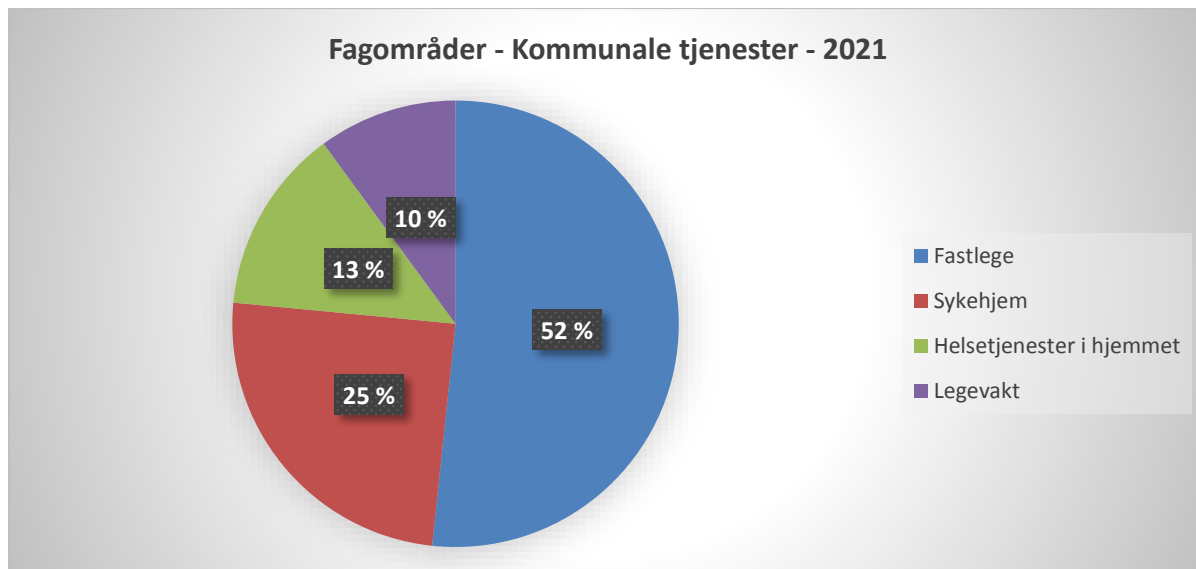
spesialisthelsetjenesten. Mulig svikt i behandlingstiltak er det flest oppgir som årsak til at de kontakter oss. Behandlingstiltak kan forklares som opplevd pasientskade, feil behandling, ikke oppnådd forventet resultat o.l. Andre fremtredende årsaker er diagnostisering, oppfølging, informasjon og avslag på behandling.



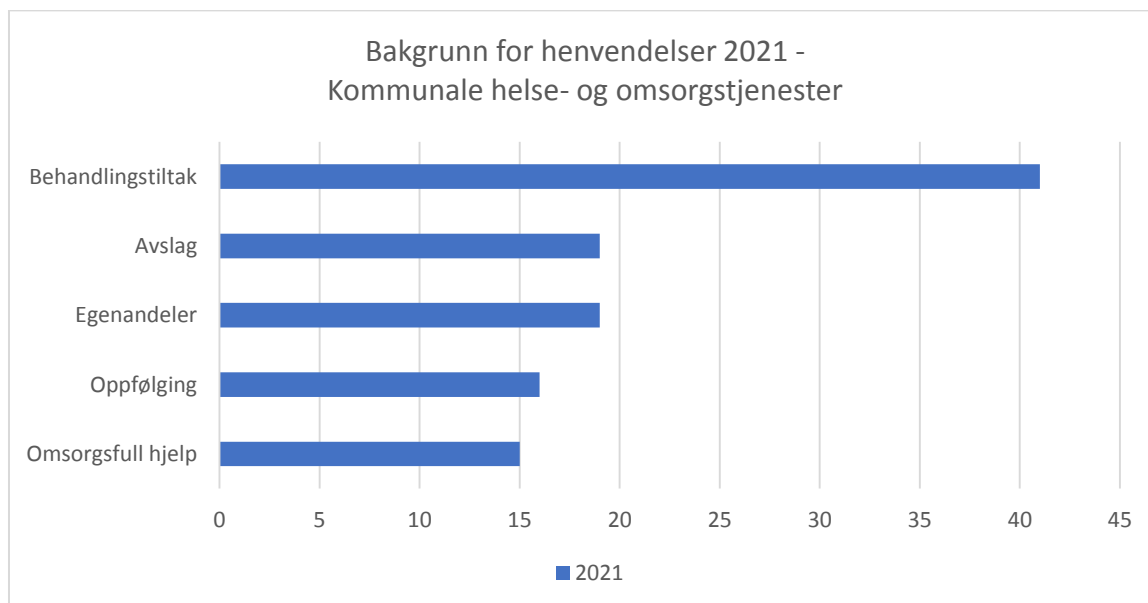
## Kommunale helse- og omsorgstjenester

211 saker omhandlet kommunale helse- og omsorgstjenester i tidligere Troms fylke. De fleste sakene var rettet mot Tromsø kommune, med 116. Fra Harstad kommune mottok vi 32 saker. Fra øvrige kommuner mottok vi til sammen 63 saker, med 9 saker eller mindre per kommune.

Flest problemstillinger gjaldt fastlegeordningen. Sektordiagrammet under viser de fire områdene vi fikk flest henvendelser om i 2021. Dette samsvarer i hovedsak med fordelingen de siste årene.



Årsakene til henvendelsene innen kommunale helse- og omsorgstjenester er også mange og varierte. Diagrammet viser de fem mest registrerte årsakene for henvendelser. Henvendelsene om fastlegeordningen omfattet i hovedsak spørsmål om behandlingstiltak, diagnostisering og egenandeler. På områdene sykehjem og helsetjenester i hjemmet var spørsmål om kvalitet, forsvarlighet og omsorgsfull hjelp mest fremtredende.



## Pasienterfaringer. Utviklingstrekk og utfordringer

### **Covid-19**

Pandemien satte sitt preg også på fjoråret, og helsetjenestene har vært under stort press igjennom hele 2021. Vi er bekymret for konsekvensene det har fått for mange pasienter og brukere. Vi mottok 26 henvendelser som handlet om covid-19 i 2021. Henvendelser rettet mot UNN HF gjaldt særlig begrenset tilstedeværelse for partner under fødsel. For kommunal sektor har det dreid seg mest om besøksrestriksjoner ved institusjoner og generelt om smittevern. Vi har også registrert at mange eldre hadde problemer med digitale kommunikasjonsløsninger, blant annet for bestilling av time for vaksine og i forbindelse med betaling av egenandeler hos fastlege. Det var særlig forutsetningen om at alle har smarttelefon som skapte problemer.

Pasient- og brukerombudenes felles erfaringer viser at det fortsatt er viktig med god dialog og tilpasset informasjon om de stadige endringene som skjer på grunn av pandemien vi fortsatt står i. Økende smitte i samfunnet generelt øker risikoen for at tjenester igjen faller bort, ikke på grunn av smittevernreglement denne gang, men på grunn av at helsepersonell selv er syke. Vi er bekymret over at et økende antall pasienter opplever å ikke få hjelp ved kontakt med helse- og omsorgstjenesten.

### **Spesialisthelsetjenesten**

Henvendelser som vi mottar om spesialisthelsetjenester gjelder i første rekke UNN HF. Flere problemstillinger går igjen. Det gjelder spesielt informasjon og kommunikasjon med pasienter og pårørende, oppfølging av pasienter, samarbeid og koordinering av helsehjelpen. Mange av disse sakene er knyttet til kirurgiske spesialiteter, som ortopedisk kirurgi, gastroenterologisk kirurgi og bryst-/endokrinologisk kirurgi. Disse problemstillingene og utviklingstrekk på enkelte andre områder, blir nærmere omtalt nedenfor.

#### **Informasjon til pasienter og pårørende**

God og effektiv helsehjelp forutsetter samhandling og kommunikasjon mellom pasientene og helsetjenesten. Pasient- og brukerrettighetsloven slår fast at pasienter skal ha den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i egen helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Informasjonen skal være individuelt tilpasset og pasienten skal kunne avgi samtykke og medvirke på bakgrunn av mottatt informasjon. Helsepersonell skal forsikre seg om at pasienten har forstått viktig informasjon.

Mange av våre saker viser at pasienter ikke mottar tilstrekkelig informasjon og at de derfor ikke får medvirke i tråd med loven. Mangel på informasjon fører til usikkerhet og engstelse og undergraver tilliten til behandlingsapparatet. Helsepersonell skal sørge for at relevant informasjon blir gitt i alle faser av et pasientforløp. Vi ser imidlertid at dette kan svikte i flere ledd; I forbindelse med vurdering av henvisninger, i innkallinger til undersøkelse og behandling, under behandlingsforløp og ved utskrivning.

Pasienter har lovfestet krav på informasjon dersom de påføres skade eller alvorlig komplikasjon i forbindelse med behandling. Ansvar for å gi slik informasjon er lagt på systemnivå. Vår erfaring er at denne informasjonsplikten ivaretas i varierende grad. Vi er kjent med at UNN HF har utarbeidet rutiner som skal ivareta dette ansvaret, men det ser ikke ut til at disse er tilstrekkelig forankret.

**Dette har vært problemstillinger som vi har reist i flere år. Vi finner det nødvendig å gjenta vår anbefaling om at rett til informasjon til pasienter må gis høy prioritert i kvalitets- og forbedringsarbeidet på UNN HF.**

## **Kommunikasjonsbarrierer**

Stadig flere pasienter og pårørende tar kontakt med oss fordi de forgiveles har prøvd å få kontakt med behandler eller andre som kan besvare viktige spørsmål om blant annet ventetid og videre behandling. Dette har omfattet pasienter med alvorlig sykdom og som er i et behandlingsforløp.

Tilbakemeldingstelefonen PING er en tjeneste ved UNN som er operativ hver dag til faste tidspunkter. Her kan pasienter og pårørende henvende seg med tilbakemeldinger eller spørsmål. Vi har henvist en del klienter til PING. Det har vist seg å være raskeste veien til målet i tilfeller der pasienten ikke finner andre kontaktpunkter i UNN. Vi informerer klientene om at de kan ta ny kontakt med oss ved behov. Det er svært sjelden at klientene tar ny kontakt. PING fungerer etter sin hensikt. Dette tilbudet bør styrkes.

UNN må etter vår oppfatning bygge ned kommunikasjonsbarrierene. Det er opp til UNN å finne ut hvordan, men vi vil vise til at flere helseforetak har etablert løsninger for sikker digital kommunikasjon med pasienter. Videre må UNNs hjemmeside bli brukervennlig, med en tydelig og tilgjengelig portal med tilgang til alternativer for kommunikasjon med helseforetaket og avdelingene. Avdelingene bør ha felles rutiner for mottak og behandling av henvendelser.

**Vi utfordrer UNN om å få på plass en løsning for sikker digital kommunikasjon med pasienter innen utgangen av 2022.**

## **Samarbeid, koordinering, kvalitetssikring (rutiner)**

De fleste pasienter har gode erfaringer med UNN. Men noen erfarer at helsehjelpen svikter, med de alvorlige utslag dette kan få. De mest alvorlige sakene ved UNN skyldes rutinesvikt og brudd på retningslinjer. Vi kan inndele problemstillingene i tre kategorier:

- Oppfølging og koordinering av pasientforløp, herunder forsinkelser og forglemmelser
- Internt samarbeid, intern kommunikasjon
- Variasjoner mellom avdelinger med hensyn til praksis og rutiner

**Manglende kontinuitet i behandlingen er et gjennomgående tema.** Pasienter og deres pårørende forteller at de må forholde seg til behandlere som ikke snakker sammen. Dette er særlig risikofyllt når pasienten må forholde seg til flere avdelinger. Behandlingen kan få et fragmentarisk preg, med fare for forsinkelse. Pasienter får noen ganger motstridende opplysninger om helsetilstand og behandlingsforløp. Etter vår oppfatning er risikoen for svikt i koordineringen av tjenestene, i kommunikasjonen mellom behandlere og i dokumentasjonen av beslutninger og behandlingstiltak for stor. Dette må fungere dersom man skal sikre trygge og kvalitativt gode behandlingsforløp.

I en sak som førte til forsinkelse i behandling var tre avdelinger involvert. Dette gjaldt en kreftpasient og behandlingen var fastsatt i samsvar med aktuelt pakkeforløp. Pasienten responderte imidlertid dårlig på cellegiftbehandling og det var dermed behov for revurdering av forløpet. Det tverrfaglige samarbeidet sviktet imidlertid, da ikke alle avdelinger ble informert samtidig. Resultatet ble utsettelse i videre behandling samt prognosetap.

UNN HF benytter seg ikke av kontaktleger og koordinator i tilstrekkelig grad for å sikre samhandling internt og kommunikasjonen med pasienter og pårørende. Kontaktleger ble rettighetsfestet i 2016.



Stortinget vedtok 11.6.21 att ny § 2-5b i pasient- og brukerrettighetsloven: *Pasient og bruker som har behov for komplekse eller langvarige og koordinerte tjenester, har rett til koordinator i samsvar med bestemmelsene i helse- og omsorgstjenesteloven § 7-2 og spesialisthelsetjenesteloven § 2-5 a.*

Lovfestingen av pasientens rett til helsehjelp med kontinuitet og som er koordinert, er et resultat av at disse funksjonene ikke fungerer godt nok i dag ved norske helseforetak. Disse funksjonene er nødvendige for å sikre forsvarlig helsehjelp til pasienter som er i et lengre og omfattende pasientforløp.

Vi har merket oss Stormottakersatsingen ved UNN HF, med mål om å styrke forløpskontinuitet og samarbeid i pasientbehandlingen. Vi ønsker satsingen velkommen og ser frem til resultater av denne.

**UNN fremstår ikke alltid som en virksomhet med en felles praksis.** Informasjonsutveksling med pasienter under behandlingsforløp kan være avgjørende på flere plan. For pasienten kan det være unødvendig kompliserende at avdelinger har ulike måter å løse dette på.

En pasient kontaktet oss fordi han stusset på ulik praksis mellom avdelinger. Han var under lengre utredning og behandling på to avdelinger, i tillegg til at han i en periode fikk gjennomført flere undersøkelser ved radiologisk avdeling. I avdelingene som han fikk behandling i, var det ulike kommunikasjonsløsninger. En avdeling hadde personell som kunne kontaktes når pasienten skulle utveksle informasjon med avdelingen. Den andre avdelingen, som han også måtte kommunisere med, hadde ikke tilsvarende ordning. Her var det tilfeldig om pasienten fikk kontakt eller ikke. Han fikk i tillegg opplyst at det ikke var automatikk i informasjonsutveksling mellom avdelingene. Pasienten hadde for øvrig vent seg til at avdelingene sendte SMS-påminnelse i forkant av timeavtaler. Dette var imidlertid ikke praksis ved radiologisk avdeling, og ved ett tilfelle førte det til at han glemte timen. Han erkjente at feilen lå hos ham da han hadde fått innkalling, men han kunne samtidig registrere nok et eksempel på ulik praksis.

For at helsehjelp skal være forsvarlig må det foreligge rutiner for å kvalitetssikre tjenestene. På klinikk- og avdelingsnivå blir det utarbeidet rutinebeskrivelser som, sammen med nasjonale retningslinjer, detaljerer arbeidsprosessene. Det er den praktiske iverksettelsen av rutinene som er avgjørende. **Spørsmålet er om man når alle ansatte med informasjon om rutinene.** Dette synes å være en utfordring, både ved akutt og elektiv behandling. I en del saker hvor det har gått galt er det vist til at gjeldende rutiner ikke er fulgt eller at helsepersonell ikke kjente til rutinen.

I forbindelse med behandlingen av enkeltsaker erfarer vi at avdelinger har utviklet rutiner som er i strid med pasient- og brukerrettighetsloven. Omtalen av Brystdiagnostisk senter nedenfor er ett eksempel. I andre saker er vi usikre på hva som er gjeldende rutine ved de enkelte avdelingene. Et eksempel er oppfølging av pasienter på venteliste. Hvem vedlikeholder listene, og er det gjort en faglig vurdering når pasienter flyttes eller strykes? Bakgrunnen for spørsmålene er saker der vi får opplyst at pasienter er strøket eller flyttet uten at ansvarlig behandler er kjent med dette. Vi erfarer videre at det er vanskelig å få avklart om og hvordan avviksmeldinger er behandlet.

Utvikling av rutiner og oppfølging av avvik er sentrale verktøy i kvalitets- og forbedringsarbeid. Det er et ledelsesansvar å sørge for at klinikker og avdelinger har forsvarlige rutiner og at ansatte er kjent med disse. Videre er det et ledelsesansvar å sørge for at avvik blir meldt og fulgt opp.

## Klagebehandling

Pasient- og brukerombudet har de siste årene rapportert om at klagesaksbehandlingen ved UNN HF er av varierende kvalitet. Pasienter har vanskelig for å finne ut hvordan de skal klage. Når en klage avvises eller ikke blir tatt til følge, blir den ikke alltid videresendt klageinstansen (Statsforvalteren).

Vi erfarer at enkelte avdelinger ser på klager som en prioritert del av kvalitetsarbeidet og håndterer disse raskt. I andre tilfeller kan svar utebli i flere måneder, tross purringer. Vi har registrert at klager blir saksbehandlet i pasientjournalssystemet DIPS, mens gjeldende rutine på UNN HF er at saksbehandlingssystemet Elements skal benyttes ved klagebehandling. Vi kan underveis i en klagebehandling få opplyst at saken er feilbehandlet internt, og at saken skulle vært forelagt jurist eller medisinsk-faglig rådgiver før klagen ble besvart.

Noen behandlere ber pasienter om å sende klage på e-post, og hele eller deler av klagesaksbehandlingen kan foregå gjennom e-postutveksling. Vi vil advare mot en slik praksis, som kan være strid med personvernforordningen (GDPR). En slik praksis øker også faren for at klagen ikke blir behandlet i samsvar med pasient- og brukerrettighetsloven.

Vi mener det er en selvfølge at klager blir behandlet effektivt og i tråd med lovverket. **UNN HF må etablere effektive og formelt korrekte systemer for klagebehandling.**

Vi erfarer at rask respons og dialog i klagesaker bidrar til raske avklaringer og gjenoppretting av tillit. Dette medfører at saken kan avsluttes tilsvarende raskt. En avklart sak trenger ikke å bli forelagt klage- eller tilsynsmyndighetene.

## Radiologi og billeddiagnostikk

Radiologiske undersøkelser, med bruk av CT, ultralyd, MR og PET-scan, er et viktig ledd i pasientbehandlingen på flere fagområder og overfor mange og ulike pasientgrupper. Slike undersøkelser inngår som regel i en helhetlig prosess, hvor resultatet danner grunnlag for vurdering av diagnose, prognose og videre behandling i spesialisthelsetjenesten eller hos fastlege. Dette krever gode rutiner for samarbeid og kommunikasjon, og ikke minst at rutiner etterleves. Kvaliteten på tolkningen av prøver er vesentlig, men også tidsfaktoren kan være avgjørende. Feil eller forsinkelser i undersøkelse, tolkning, videreformidling og bruk av prøvesvar i videre behandling kan få alvorlige følger, for eksempel i kreftbehandling. Pasienter erfarer at dette kan svikte på grunn av rutinesvikt eller fordi avvik i forventet behandlingsforløp ikke blir fanget opp.

### Brystdiagnostisk senter – Tilbakemelding på henvisninger

Radiologisk avdeling på UNN HF omfatter seksjonen Brystdiagnostisk senter (BDS) som har ansvar for mammografiprogrammet i Troms, Finnmark og nordre Nordland, utredning av henviste pasienter med symptomer fra brystene, klinisk undersøkelse og oppfølging av pasienter med brystkreft.

I løpet av 2021 mottok vi henvendelser fra pasienter om manglende tilbakemelding på henvisninger til BDS. Dette gjaldt henvisning fra fastleger for radiologisk undersøkelse og eventuelt ytterligere utredning på grunn av mistanke om brystkreft. Pasientene erfarte at det kunne gå lang tid før de fikk tilbakemelding om forventet tidspunkt for undersøkelse. I noen tilfeller var ventetiden 2-3 måneder.

Spørsmålet var om praksis ved BDS var i samsvar med pasient- og brukerrettighetsloven § 2-2, sammenholdt med § 2-1b andre ledd, om pasienters rett til vurdering og informasjon om oppstart av undersøkelse eller behandling. I følge uttalelse fra Helsedirektoratet av 27.6.12, *Henvisning til*

*radiologiske avdelinger – vurdering av rett til nødvendig helsehjelp*, skal helseforetak ha klare rutiner for behandling av innkomne henvisninger.

Vi tok opp problemstillingen med BDS, som kunne opplyse at pasientregistreringssystemene som Radiologisk avdeling benytter ikke er innrettet slik at de utløser rettigheter med tanke på oppstart utredning og behandling. Videre ble det fremholdt at UNN har utfordringer med ventelister på grunn av mangel på radiologer og at det i den forbindelse er etablert et internt prioriteringssystem.

Vi fikk tilbakemelding fra BDS om iverksatte rutineendringer. Disse innebærer følgende:

- *Henvisninger settes fortløpende opp på time innenfor angitte frister, og ikke på ventelister slik som tidligere.*
- *I de tilfeller hvor hastegrad endres av radiolog skal dette begrunnes i henvisingen. Ved tvilstilfeller skal brystkirurg gjøre en fornyet vurdering.*
- *Pasienter som ikke kan gis time innenfor angitt prioriteringsdato videresendes til ekstern aktør.*
- *Ventelistene gjennomgås manuelt minst en gang per uke for å sikre at henvisninger ikke blir liggende utover fristene.*

På dette grunnlaget avsluttet vi saken. Vi har ikke mottatt nye henvendelser om problemstillingen etter dette.

### **Mammografiprogrammet – Helsehjelp eller ikke?**

Mammografiprogrammet er et offentlig tilbud til kvinner i alderen 50-69 år om mammografiscreening annethvert år. Kreftregisteret har det overordnede ansvaret for gjennomføringen, herunder rutiner for invitasjon og informasjon til deltakerne. Det regionale helseforetaket skal ha tilbud om mammografiscreening. UNN HF har ansvaret for tilbudet i Finnmark, Troms og nordre Nordland.

Mammografiprogrammet anses ikke som helsehjelp. Screeningen er et tilbud og innebærer en grovsortering av prøvene, sammenlignet med klinisk mammografi ved BDS. Det er viktig at deltakerne i programmet får informasjon om dette. Vi mottok to henvendelser i 2021 fra deltakere i mammografiprogrammet som fikk forsinket diagnostisering av brystkreft. Vi går ikke nærmere inn på detaljene i denne forbindelse, men sakene satte enkelte sider av mammografiprogrammet på spissen. Under behandlingen av disse så vi nærmere på den informasjonen som deltakerne får om programmet og hvordan deltakere følges opp før, under og etter screeningen.

Det er etter vår oppfatning nødvendig å skille mammografiscreening fra klinisk aktivitet ved BDS. Dette må tydeliggjøres i informasjon om programmet, og når dette er samlokalisert med helsehjelpstilbud bør det fremgå av synlige fysiske skiller.

Videre må det være fokus på rutiner for intervju og registrering og videreformidling av informasjon fra deltakerne. Kvinner som forteller om symptomer på brystkreft bør rutinemessig anbefales å oppsøke fastlege for oppfølging og eventuell henvisning til spesialisthelsetjenesten.

Det foreligger en kvalitetsmanual som stiller krav til organisering, kompetanse, metodikk, tilleggsundersøkelse og konsensusmøte i mammografiprogrammet. Denne manualen er svært fragmentert og kun delvis oppdatert. Denne bør revideres og ikke minst oppdateres. Dette er en oppgave for Kreftregisteret.

Mammografiprogrammet defineres som nevnt ikke tradisjonelt som helsehjelp. Etter vår oppfatning faller programmet inn under definisjonen av hva som er helsehjelp, jf. pasient- og

brukerrettighetsloven § 1-3 bokstav c. Programmet har diagnostisk formål og utføres av helsepersonell etter anerkjent metodikk. Dette må gjenspeiles i gjennomføringen av programmet.

*Vi har registrert at BDS skal ha fokus på rutiner for gjennomføringen av mammografiprogrammet, herunder på registrering av informasjon fra deltakerne og behovet for eventuelle fysiske skiller i lokalene. Vi vil følge med på dette arbeidet.*

## **Føde- og barselavdelingen - Obstetikk**

Vi behandlet 23 saker rettet mot Føde- og barselavdelingen på UNN HF. Som i alle helseregioner i Norge kom det mange og sterke reaksjoner mot smitteverntiltakene som ble iverksatt overfor fødende, med besøksrestriksjoner for partner. Smitteverntiltak var nødvendige, men det ble ikke tatt tilstrekkelig hensyn til at gravide, fødende og deres partnere trengte fortløpende og tydelig informasjon generelt og individuelt. Det ble mye usikkerhet i en tid da man lett blir bekymret og engstelig for hvordan det vi gå under fødsel og barseltid.

Dette handlet ikke bare om omsorgsfull hjelp. Smitteverntiltakene medførte fare for kvalitet og pasientsikkerhet. Avdelingen tok ikke høyde for at kvinner kunne bli liggende på barselhotellet i lange perioder uten fast tilsyn. Og når kvinnene fikk signaler fra ansatte om lav bemanning og tidspress, ble terskelen for å tilkalle personalet svært høy for noen. I en sak som ble tatt opp med avdelingen, kom det frem at kvinnen ikke hadde fått nødvendig oppfølging av smertelindring, med ammeråd og hvile.

Avdelingen vil sannsynligvis evaluere smitteverntiltakene i ettertid. I den forbindelse er det vesentlig at det legges vekt på konsekvensene for fødende og deres partnere.

Når det gjelder øvrige henvendelser, erfarer vi også at denne avdelingen har informasjonsutfordringer. Dette har rammet risikofødende med spørsmål om praktisk tilretteleggelse av fødselen og kvinner som har hatt store problemer med å nå gjennom til avdelingen for å få vesentlig informasjon om egen helse og barnets tilstand i barseltiden.

De siste årene har antall henvendelser rettet mot Føde- og barselavdelingen økt. UNN HF bør vurdere om avdelingen trenger en gjennomgang av vesentlige rammebetingelser, herunder bemanningen, slik at avdelingen kan levere trygge og gode tjenester for alle fødende.

## **Bekymring for de fysiske forholdene ved Nyfødt intensiv, UNN HF Tromsø**

Vi gjentar følgende fra årsmeldingen for 2020:

Høsten 2020 fikk vi en bekymringsmelding om de fysiske forholdene ved Nyfødt intensiv på UNN Tromsø. Etter kontakt med UNN fikk vi en omvisning 16.10.20.

På bakgrunn av omvisningen kunne vi konstatere følgende:

- Avdelingen lider under plassmangel og u hensiktsmessige lokaler. Korridorer må brukes som lagringsplass til utstyr og undersøkelsesrom er svært trange.
- Det er nødvendig for premature med tett foreldredeltakelse/-nærhet. I akuttrommet er 8 sengeplasser adskilt kun med forheng. Taushetsplikten er dermed et problem. Foreldre og søsken må bruke øreklokker, noe som fremstår som lite verdig.
- I et behandlingsperspektiv er det uheldig at foreldre og barn indirekte kan bli deltaker i dramatiske situasjoner rett ved siden av. Det er belastende for pårørende, og premature kan lett reagere med økt puls og ustabil hjerterytme på høye lyder og uro. Det kan være skadelig.

- Ved langtidsopphold på avdelingen, som kan vare i flere måneder, må foreldre og barn oppholde seg i et lokale uten vinduer.
- De fysiske forholdene gjør det vanskelig å overholde smittevernkrav.

Personalet fortjener anerkjennelse for den jobben de gjør under disse forholdene, noe også foreldrene vi snakket med ønsket å understreke.

Ledelsen i Helse Nord og ved UNN er kjent med problemene og utfordringene. Helse Nord må gi arbeidet med å bedre de fysiske forholdene ved Nyfødt intensiv på UNN høy prioritet.

## **Psykisk helsevern - voksne**

I 2021 mottok vi 35 saker om psykisk helsevern, voksne. Det er en nedgang fra 2020, hvor vi mottok 46 saker. Antall henvendelser er likevel samsvarende med tall fra de siste årene, og fagområdet er stadig det største innen spesialisthelsetjenesten.

Bakgrunnen for at pasienter og pårørende kontakter oss er variert. Spørsmål om medvirkning er mer fremtredende på dette området enn i somatikken. Mange opplever at det blir et lenger opphold i behandlingen dersom behandleren slutter. Det tar tid å få på plass ny behandler. Slike opphold i behandlingen kan redusere effekten av gitt behandling og kan føre til redusert helse hos pasienten.

## **Psykisk helsevern for barn og unge (BUP)**

12 problemstillinger ble reist i saker om psykisk helsevern for barn og unge i 2021. Det var en dobling fra 2020. I tillegg mottok vi informasjon om situasjonen på dette området fra kilder som Ungdomsrådet på UNN HF, elever fra videregående skole, helsesykepleiere og mobbe-, elev- og lærlingeombudene.

Barn og unge med psykiske plager og lidelser må få riktig hjelp til riktig tid. Vi vet at forebygging gjennom tidlig innsats og behandling vil gi mindre helsetap og bedre livskvalitet. Likevel registrerer vi at mange barn og unge som henvises til BUP, må vente i lang tid før behandling igangsettes. I tillegg er overgangene sårbare, både overgangen til voksenpsykiatri og mellom nivå (kommune/sykehus).

Vi følger dette området fremover. Vi har unge mellom 16-20 år som fokusområde, se egen omtale nedenfor. Videre har vi innledet et samarbeid med mobbe-, elev- og lærlingeombudene i Troms og Finnmark med mål om å få mer kunnskap på området. Målet er økt kunnskap om barn og unges behov og forutsetninger for hjelp og, ikke minst, å kunne foreslå forbedringstiltak.

# Kommunale helse- og omsorgstjenester

## Fastlegeordningen

Fastlegeordningen har vært under økende press de siste årene, og pasient- og brukerombudene har over flere år tatt opp hvordan pasienter opplever store utfordringer med ordningen. Fastlegekrisen er nå en realitet i mange kommuner, også i de største. Vi er bekymret for om pasientsikkerheten i fastlegeordningen er god nok i mange av kommunene.

## Pasienterfaringer - fastlege

Henvendelser om fastleger gjenspeiler variasjonen og mangfoldet i deres praksis. Fastlegemangel er en stadig mer fremtredende problemstilling. Andre alvorlige årsaker er forsinkelser i henvisning til spesialisthelsetjenesten og rot med prøver og analyser, med forsinket behandling som resultat. En del saker dreier seg om avklaring av misforståelser, samt spørsmål om egenandeler.

I løpet av 2021 har vi mottatt henvendelser fra pasienter som uten forvarsel er overført til ny fastlege. Dette kan skje når en fastlege må redusere antall listepasienter. I henhold til forskrift gjøres et tilfeldig utvalg av pasienter som flyttes til annen fastlege. Pasientene kan ikke påvirke prosessen og orienteres først etter at de har fått ny fastlege. For noen pasienter kan det være nødvendig at kommunen gir forhåndsvarsel, for eksempel pasienter med kroniske helseplager. Familier i samme husstand skal imidlertid holdes samlet.

## Rettigheter for personer uten fastlege

Fastlege er blitt et knapphetsgode. Den økende mangelen på fastleger får konsekvenser for stadig flere og er ikke lenger et distriktsproblem. Også i byene opplever folk at de kan bli stående uten fastlege, og uvisst hvor lenge. Innflyttere ser ut til å være særlig utsatt. Fastlegene har en nøkkelrolle i helsetjenesten, og det er alvorlig i seg selv å være uten. Alvoret blir ikke mindre av at man føler seg rettsløs i denne forbindelse.

Vi har mottatt henvendelser fra personer som ikke vet hvilke rettigheter de har når de havner i en slik situasjon. Noen forteller at de forjeves har prøvd då få informasjon om dette fra kommunen, og er i villrede om hvordan de skal forholde seg.

Når det gjelder det formelle ansvaret, har kommunene plikt til å tilby innbyggerne allmennlegetjenester. Den kommunale allmennlegetjenesten er organisert gjennom fastlegeordningen, som bygger på avtaler mellom kommunen og fastlegene i kommunen. Men kommunen har det grunnleggende ansvaret for at den enkeltes behov for helsehjelp blir ivaretatt. Når mangel på fastleger får konsekvenser for innbyggere, må kommunen sørge for andre forsvarlige løsninger. Fastlegene har et særlig ansvar for sine listepasienter. Men etter fastlegeforskriften § 21 har de plikt til å innrette sin virksomhet slik at de kan ta imot og vurdere alle henvendelser, og uavhengig av om det dreier seg om listepasienter eller ikke. Etter samme forskrift § 22 skal de kunne ta imot ø-hjelpshenvendelser innenfor åpningstiden.

## Retten til informasjon fra kommunen ved alvorlige hendelser

Pasienter, brukere og pårørende kontakter oss for å få avklart sine rettigheter i etterkant av alvorlige hendelser i den kommunale helse- og omsorgstjeneste. Sakene har omhandlet alvorlige forhold som feilmedisinering, forsinkelse i behandling, fallulykker og selvmord. Det er viktig for dem å få informasjon om hendelsen og hva tjenesten gjør for å hindre at andre blir utsatt for det samme. Det er kommunene forpliktet til å gi dem.

Kommuner og helseforetak skal sørge for at pasienter, brukere og pårørende kan ivareta sine interesser etter alvorlige hendelser i helse- og omsorgstjenesten. Det skal blant annet gis informasjon om Norsk pasientskadeerstatning (NPE), adgangen til å anmode Statsforvalteren om å opprette tilsynssak, samt om adgangen til å kontakte Pasient- og brukerombudet for råd og bistand.

I 2018 gjennomføre vi en undersøkelse av informasjonspraksis i kommunene i tidligere Troms fylke, se vår årsmelding for 2018. Hovedkonklusjonen var at kommunene ikke ivaretok dette ansvaret i tilstrekkelig grad. Vi har fulgt problemstillingen, som ble godt illustrert under pandemien. I 2020 gikk NPE ut i mediene for å informere om muligheten til å søke erstatning i forbindelse med koronasmitte. NPE fant det nødvendig å minne kommunene om deres plikt til å informere pårørende og etterlatte om denne adgangen.

I 2021 gjennomførte vi en ny undersøkelse. Vi fikk svar fra 18 av 21 kommuner. Her følger svarene og en sammenligning med svarene fra 2018. Tallene er ikke fullstendig sammnelignbare, da antall kommuner i Troms er redusert fra 24 til 21.

SVAR	2018	2021
Skriftlige rutiner	9	13
Skriftlige rutiner, behov for revisjon/supplering	5	2
Har rutiner, ikke skriftlige	1	2
Påbegynt utarbeidelse av rutiner	7	1
Har ikke rutiner	1	0
Ikke svart	1	3
<b>Sum</b>	<b>24</b>	<b>21</b>

Endelig oppsummering foreligger ikke i skrivende stund. Likevel kan vi konkludere med at langt flere kommuner har informasjonsrutiner enn det som var tilfelle i 2018. De fleste er vedtatt eller rutinemessig revidert etter 2018. Rutinene fremstår mer orientert mot pasienter, brukere og pårørende, og det forekommer ikke like store variasjoner i innhold som tidligere. Noen få kommuner bruker rutiner for avvikshåndtering. Disse kan være hensiktsmessige, men vi vil anbefale at kommunene skiller intern avvikshåndtering fra rutiner som skal sikre oppfølging av pasienter, brukere og pårørende.

## Søknad om sykehjems plass. Pasienter på venteliste

Etter lov om kommunale helse- og omsorgstjenester § 3-2a skal kommunen gi forskrifter med kriterier for tildeling av langtidsopphold i sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester. For søkere som vil være best tjent med langtidsopphold, men som med forsvarlig hjelp vurderes av kommunen til å kunne bo hjemme i påvente av langtidsopphold, skal kommunen sette på venteliste dersom det ikke er ledig plass.

Kommunene kan operere med forskjellige kriterier og kan ha ulik profil på tjenestetilbudet. Det kan derfor være ulik terskel mellom kommuner for når søkere blir satt på venteliste. Noen kommuner kan for eksempel vektlegge faglig arbeid for å sikre at personer skal kunne bo i eget hjem så lenge

som mulig. Kommunene står relativt fritt når det gjelder organiseringen av helse- og omsorgstjenesten. Dette omfatter også saksbehandlingsprosesser. Disse handlingsrommene åpner for kommunale forskjeller.

På dette grunnlaget ba vi 21 kommuner i tidligere Troms fylke om en redegjørelse for hvordan arbeidet med søknader på sykehjemsplass og ventelister er satt i system i kommunen. Vi ba også om innsyn i rutiner og forskrifter som kommunene hadde utarbeidet i den forbindelse.

14 av 21 kommuner besvarte vår forespørsel. Etter vår oppfatning danner det et tilstrekkelig grunnlag for både en oppsummering og konklusjoner.

### **Oppsummering/Konklusjon**

- Et flertall av kommunene i Troms har ikke pasienter på venteliste for langtidsplass på sykehjem. Bykommunene Tromsø, Harstad og Senja har regelmessig pasienter på liste i påvente av langtidsplass på sykehjem. Antall pasienter varierer periodevis.
- Kommunene som har respondert på vår henvendelse har utarbeidet rutiner for saksbehandling av søknad om sykehjemsplass, og har vedtatt forskrift med kriterier for tildeling av langtidsplass på sykehjem og bruk av venteliste.
- Det er avgjørende at pasienter på venteliste følges opp med forsvarlig vurdering av behov for pleie og omsorg. Det er positivt at forskriftene inneholder bestemmelser om oppfølging av ventelister, samt at ansvaret for oppfølgingen er tydelig plassert.
- Forskriftene skal ikke være begrenset til sykehjem. Kommunene kan tilby tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester. Slike botilbud og tjenestene som ytes der, skal tilsvare nivå, omfang og kvalitet på det tilbudet som gis ved langtidsopphold på sykehjem. Kommunene bruker ulike betegnelser på slike botilbud. Betegnelsen er ikke vesentlig så lenge det reelle innholdet i helse- og omsorgstjenestene er i samsvar med lovkravene. Det er viktig at kommunene forsikrer seg om at disse kravene blir ivaretatt.
- Kommunene skal behandle søknader fra pasienter bosatt i annen kommune på lik linje med søkere fra egen kommune. Det samme gjelder dersom pasienten må settes på venteliste for langtidsopphold.
- Kommunene skal behandle enhver søknad om helse- og omsorgstjenester. Kommunen kan ha en annen oppfatning enn søkeren av hjelpebehov og valg av tjenester, og søkeren kan på det grunnlaget tilbys andre tjenester. Dersom kommunen mener at en omsøkt tjeneste ikke kan innvilges, skal søkeren underrettes gjennom enkeltvedtak. Vedtaket skal begrunnes og inneholde informasjon om klageadgang.

### **Bekymring for pasientsikkerheten ved sykehjem i Harstad kommune**

I løpet av 2020/2021 ble vi kontaktet av flere pårørende som tok opp ulike sider ved tjenestetilbudet og pasientsikkerheten ved sykehjem i Harstad kommune. Disse omfattet bruk av tvang, kvaliteten på tjenestene og manglende aktivitetstilbud. Henvendelsene gjaldt pasienter med kognitiv svikt, som er en særlig sårbar gruppe. Vi fant det nødvendig å følge dette opp overfor kommunen. I lys av sakens alvor fant vi det korrekt å melde fra til Statsforvalteren i Troms og Finnmark i medhold av pasient- og brukerrettighetsloven § 8-7.

Et gjennomgående problem for pårørende var at de forgjeves hadde prøvd å løse saken gjennom dialog med kommunens sektorledere.



Tvungen helsehjelp er et risikoområde som krever at kommunene har styringstiltak som reduserer risiko. Kommunene skal ha oversikt over hvor det er risiko og sårbarhet i egen virksomhet. Vi ba derfor kommunen om en redegjørelse for styringstiltak og -rutiner.

Vi vil fremheve at kommunen viste vilje til å sette betydelig fokus på risikoområdet tvungen helsehjelp. Gjennom beslutning i kommunestyret 28.10.21 ble det vedtatt en tiltaksplan med kort- og langsiktige mål. Denne omfattet blant annet tiltak rettet mot ledelse, kompetanse, arbeidsmiljø, avvikshåndtering og dialog med pårørende.

Vi avsluttet saken etter dette, men vi vil ha oppmerksomhet rettet mot eventuelle nye henvendelser om problemstillingen.

## **Pasienter med kognitiv svikt**

Pasient- og brukerombudet mottar henvendelser fra både pårørende og kommuner om problemstillinger knyttet til oppfølging av personer med kognitiv svikt. Dette gjelder både pasienter på institusjon og personer som bor i eget hjem, men som kan ha behov for helse- og omsorgstjenester fra kommunen for å kunne leve under forsvarlige og verdige omstendigheter. Det er særlig når det kommer til spørsmål om pasientens innsikt i egen situasjon og evne til å treffe rasjonelle valg at pårørende og hjelpeapparatet blir stående overfor utfordringer. Dette er spørsmål som ikke har klare svar i lovverket.

Vi har merket oss at Dyrøy kommune har rutiner som skal ivareta og systematisere tiltak rettet mot personer med begynnende og etablert kognitiv svikt. Rutinen beskriver ansvarsforhold, hvor demenskontakt og omsorgsteam har sentrale roller. Videre inneholder den prosedyrer for kartlegging, kontakt med interne og eksterne samarbeidsparter og samarbeid med pårørende. Den setter rammer for den interne organiseringen med retningslinjer for melding av behov, samt for videreformidling av bekymringsmeldinger. Avslutningsvis inneholder rutinen dokumentasjonsmetodikk og en praktisk veileder for den konkrete oppfølgingen av pasienten.

På generelt grunnlag vil vi anbefale kommunene om å utarbeide denne type rutiner. Tiltak rettet mot personer med kognitiv svikt vil etter alt å dømme kunne innrettes mer målrettet dersom man har systematisert og organisert tjenesten gjennom konkrete rutiner.

Behandlingen av pasienter med kognitiv svikt stiller ansatte overfor etiske dilemma og faglige utfordringer som ikke alltid har klare svar i lovverk og lærebøker. Vi har merket oss at tjenesteytere og helsepersonell savner arenaer for refleksjon og erfaringsutveksling om utfordringer knyttet til pasienter med kognitiv svikt. Vi vil oppfordre ledelsen i kommunene om å legge til rette for at ansatte får tid og rom for både erfaringsutveksling og kompetanseheving på dette området.

## **Personer med utviklingshemning – Rettsvern mot inngripende tiltak, tvangs- og maktbruk**

Vi har i løpet av 2020/21 mottatt henvendelser som kan tyde på at reglene i helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9 om rettssikkerhet for personer med utviklingshemning ikke følges i tilstrekkelig grad. Disse bestemmelsene setter faglige standarder for helse- og omsorgstjenesten og regler for hvordan kommunen skal behandle saker hvor det brukes, eller blir vurdert brukt tvang overfor personer med utviklingshemning.

Ansatte skal vite hvordan de skal forholde seg dersom problemstillinger knyttet til tvangsbruk blir aktuell. En grunnpill er åpenhet og dokumentasjon. Kommunene skal sørge for at ledernivå har

løpende kjennskap til situasjonen, både generelt og i enkeltsaker, slik at det kan gripes inn med tiltak som begrenser og forebygger tvangsbruk. Dersom bruk av tvang ikke kan unngås må saken behandles etter en egen prosedyre hvor bruker, verge/pårørende, spesialisthelsetjenesten og Statsforvalteren blir involvert og/eller varslet. Formålet er å sikre at faglige standarder er oppfylt og at rettssikkerheten til den enkelte blir ivaretatt.

Vi har mottatt henvendelser om tiltak i nødsituasjoner som ikke er dokumentert og rapportert til ansvarlig ledelse i kommunen. Videre har vi hatt saker til behandling der kommunen har iverskatt systematisk tvangsbruk uten gyldig vedtak. Vi har så langt mottatt et mindre antall henvendelser om dette, men i lys av alvorret og mulig skadeeffekt for den enkelte, vil vi ha særlig oppmerksomhet mot disse problemstillingene i tiden fremover.

## Offentlig tannhelsetjeneste

Vi mottok 1 henvendelse på dette området i 2021. Omfanget av henvendelser har normalt ligget på 1-5 per år, og aktiviteten på dette området var derfor som forventet.

## Anbefalinger

### **Spesialisthelsetjenesten/UNN HF:**

- UNN HF må sikre at kontaktlege- og koordinatorfunksjonen er ivaretatt ved helseforetaket.
- Pasienters rett til informasjon må prioriteres i kvalitets- og forbedringsarbeidet på UNN HF.
- UNN HF må etablere digitale løsninger for kommunikasjon med pasienter og pårørende. Tilbakemeldingstelefonen PING må videreutvikles.

### **Kommunale helse- og omsorgstjenester:**

- Kommunene må sørge for at de som oppholder seg i kommunen og som ikke står på liste hos fastlege, får dekket sine behov for allmennlegetjenester.
- Kommunene må sikre at tjenestene har rutiner, rammebetingelser og kompetanse til å behandle pasienter og brukere med kognitiv svikt på en forsvarlig måte. Rettsvernet som pasienter og brukere har mot bruk av tvang og makt i forbindelse med helse- og omsorgstjenester må respekteres.

## Utadrettet virksomhet 2021

For pasient- og brukerombudet er det viktig å nå ut med informasjon om våre erfaringer, om rettigheter og om ombudsordningen til pasienter, brukere, pårørende og tjenesteytere. I 2021 måtte noen tiltak avlyses på grunn av koronasituasjonen, og det var et særlig savn at de årlige kommunemøtene måtte avlyses. Vi opprettholdt kontaktpunktene med UNN HF, og Helse Nord RHF og Statsforvalteren. Videre hadde vi møter med tjeneststeder og samarbeidspartnere, og holdt kurs for tjenesteytere og helsepersonell om pasient- og brukerrettigheter.

### **Nasjonalt fokusområde** - Unge i aldersgruppen 16 – 20 år

Pasient- og brukerombudene i Norge har hatt ungdom som felles fokusområde i 2021. Hovedmålet var å gjøre ordningen kjent for unge i aldersgruppen 16 – 20 år. Vi ønsket å invitere oss inn hos ungdom og de som arbeider med ungdom for å informere om oss og vårt arbeid. I tillegg spurte vi hva de trenger av oss og hvordan de foretrekker å nå oss. En arbeidsgruppe utarbeidet forslag til felles løsninger på materiale, fremgangsmåte og steder hvor man kan nå målgruppen i fokusområdet.

Lokalt har vi hatt fokus på målgruppa i vårt daglige arbeid. En av kontorets ansatte har deltatt i den nasjonale arbeidsgruppa og er representert i ombudenes gruppe som besvarer helserettslige spørsmål på ung.no, som er det offentliges informasjonskanal for ungdom. <https://ung.no/>



Arbeidet med felles fokusområde har bragt fram tett samarbeid med fylkets elev-, lærling- og mobbeombud. Samarbeidet ledet til at vi høsten 2021 fikk presentert ordningen for alle elevrådene ved videregående skoler i Troms.

Pasient- og brukerombudet deltok i oktober på et arrangement for nærmere 400 videregående skoleelever i anledning Verdensdagen for psykisk helse 2021: **Livet under og etter pandemi #FØLGOPP.**



Kontoret vårt har årlige møter med Ungdomsrådet ved UNN, og vi har presentert ordningen for Tromsø kommunes helsesykepleiere.

Arbeidet med fokusområdet er besluttet videreført i 2022. Vi fortsetter dermed arbeidet med å nå ut til ungdom og invitere oss inn hos aktuelle fagpersoner som arbeider med ungdom. Ved at ordningen gjøres kjent håper vi ungdom tar direktekontakt og at tjenesteytere kan henvise unge til oss ved behov for råd, veiledning eller bistand innen helserettslige spørsmål.



Pasient- og brukerombudet i Troms og Finnmark, kontor Tromsø

Møtedato: 13. mai 2022  
Vår ref.:

Saksbehandler:  
Tina Eitran

Dato:  
6.5.2022

**RBU-sak 48-2022**

**Eventuelt**

