



Riksrevisjonen

## Riksrevisjonens undersøkelse av eiendomsforvaltningen i helseforetakene

Dokument 3:11 (2010–2011)



23 257 -3 918 240 1 255 712 474 320 120 3 924 22 781

Denne publikasjonen finnes på Internett:  
[www.riksrevisjonen.no](http://www.riksrevisjonen.no)

Offentlige institusjoner kan bestille publikasjonen fra  
Departementenes servicesenter  
Telefon: 22 24 20 00  
E-post: [publikasjonsbestilling@dss.dep.no](mailto:publikasjonsbestilling@dss.dep.no)  
[www.publikasjoner.dep.no](http://www.publikasjoner.dep.no)

Andre kan bestille fra  
Bestillinger offentlige publikasjoner  
Telefon: 55 38 66 00  
Telefaks: 55 38 66 01  
E-post: [offpub@fagbokforlaget.no](mailto:offpub@fagbokforlaget.no)

Fagbokforlaget AS  
Postboks 6050 Postterminalen  
5892 Bergen

ISBN 978-82-8229-140-8

Forsideillustrasjon: 07 Oslo



## Riksrevisjonens undersøkelse av eiendomsforvaltningen i helseforetakene

---

Dokument 3:11 (2010–2011)



## Til Stortinget

Riksrevisjonen legger med dette fram Dokument 3:11 (2010–2011)  
*Riksrevisjonens undersøkelse av eiendomsforvaltningen i helseforetakene*

Riksrevisjonen, 15. september 2011

For riksrevisorkollegiet

*Jørgen Kosmo*  
riksrevisor



# Innhold

<b>1</b>	<b>Innledning</b>	<b>7</b>
<b>2</b>	<b>Gjennomføring av undersøkelsen</b>	<b>8</b>
<b>3</b>	<b>Oppsummering av funnene</b>	<b>8</b>
<b>4</b>	<b>Riksrevisjonens bemerkninger</b>	<b>12</b>
<b>5</b>	<b>Helse- og omsorgsdepartementets svar</b>	<b>13</b>
<b>6</b>	<b>Riksrevisjonens uttalelse</b>	<b>14</b>

## **Vedlegg: Rapport**

<b>1</b>	<b>Innledning</b>	<b>21</b>
<b>2</b>	<b>Metodisk tilnærming og gjennomføring</b>	<b>23</b>
<b>3</b>	<b>Revisjonskriterier</b>	<b>25</b>
<b>4</b>	<b>Eiendomsforvaltning i helseforetakene</b>	<b>28</b>
<b>5</b>	<b>Investeringsbeslutninger og oppfølging av krav til gevinstrealisering</b>	<b>36</b>
<b>6</b>	<b>De regionale helseforetakenes styring og oppfølging</b>	<b>48</b>
<b>7</b>	<b>Helse- og omsorgsdepartementets styring og oppfølging</b>	<b>50</b>
<b>8</b>	<b>Vurderinger</b>	<b>54</b>
<b>9</b>	<b>Referanseliste</b>	<b>58</b>
	<b>Oversikt over helseforetakene</b>	<b>60</b>





# Helse- og omsorgsdepartementet

## Riksrevisjonens undersøkelse av eiendomsforvaltningen i helseforetakene

### 1 Innledning

Bygningsmassen til landets helseforetak, det vil si spesialisthelsetjenesten, er samlet verdsatt til 60 mrd. kroner pr. 31.12.2009. Helseforetakene har i perioden 2003–2009 investert for over 40 mrd. kroner i bygningsmassen. 20 prosent av bygningsmassen er bygget etter år 2000.

Helseforetakenes bygningsmasse må være tilpasset kjernevirksomheten slik at den bygger opp under kvaliteten og effektiviteten i helseproduksjonen. Bygningene skal bidra til rasjonell og tilfredsstillende utøvelse av ansattes virksomhet. Dårlige bygningsmessige forhold kan ha negative konsekvenser ikke bare for produktiviteten, men også for ansattes helse og deres arbeids- og oppholdsmiljø.

De fire regionale helseforetakene har ansvar for å tilby spesialisthelsetjenester til regionens befolkning, samt eieransvar for underliggende helseforetak, som kan bestå av ett eller flere sykehus. Se vedlegg for illustrasjon av hvordan helseforetakene er organisert. Eiendomsmassen eies og forvaltes av helseforetakene. Helseforetakene har ansvaret for å foreta et systematisk periodisk vedlikehold av eksisterende bygningsmasse, rehabilitere bygningsmasse og bygge nytt. De regionale helseforetakene har ifølge vedtektene ansvaret for å samordne virksomheten i de helseforetakene de eier, med sikte på en samlet sett hensiktsmessig og rasjonell ressursutnyttelse. Helse- og omsorgsdepartementet eier de regionale helseforetakene og har det overordnede ansvaret for å ivareta nasjonale, helsepolitiske mål.

Det å ha relevant informasjon om eiendomsmassen er viktig for å sikre en rasjonell, kostnadseffektiv og formålseffektiv eiendomsforvaltning. Dette omfatter så vel informasjon om bygningenes tilstand som dokumentasjon knyttet til forvaltning, drift, vedlikehold og utvikling av bygget. Dokument nr. 1 (2007–2008) viste at det er risiko for at vedlikehold av sykehusbygg nedprioriteres. Det viste videre at det i liten grad eksisterte planer eller retningslinjer for vedlikehold på regionalt nivå og varierende grad i det enkelte helseforetak.

Helse- og omsorgsdepartementet har ansvaret for å påse at helseforetakene har utviklet tilstrekkelige rutiner for prosjektstyring. Dette innebærer blant annet at anerkjente metoder for kvalitets sikring av byggeprosjekter benyttes. Samtidig har de regionale helseforetakene ansvar for nødvendig kvalitet på beslutningsprosesser og gjennomføring av byggeprosjekter ut fra risiko og vesentlighet ved investeringsprosjektene. I de fleste prosjekter vil det ligge forventninger om realisering av gevinster etter at prosjektet er avsluttet.

Formålet med undersøkelsen har vært å vurdere om spesialisthelsetjenestens eiendomsmasse blir forvaltet og utviklet på en effektiv måte og i samsvar med overordnede føringer.

Følgende problemstillinger skal belyse formålet:

- 1 Hvordan er tilstanden på eiendomsmassen, og hvordan sikrer helseforetakene at eiendomsmassen vedlikeholdes på en systematisk måte?
- 2 I hvilken grad sikrer helseforetakene en målrettet utvikling av bygningsmassen, og hva er eventuelle begrensninger for effektiv arealutnyttelse?
- 3 I hvilken grad utarbeides det et tilfredsstillende beslutningsmateriale når det skal planlegges nye sykehusbygg?
- 4 I hvilken grad arbeider helseforetakene systematisk med gevinstrealisering, og i hvilken grad blir målene for gevinstrealisering nådd?
- 5 I hvilken grad sikrer de regionale helseforetakenes styring av helseforetakene en hensiktsmessig og effektiv eiendomsforvaltning?
- 6 Hvordan sikrer Helse- og omsorgsdepartementet at helseforetakene forvalter eiendommene på en hensiktsmessig og effektiv måte?

Utkast til rapport ble forelagt Helse- og omsorgsdepartementet ved brev av 5. april 2011. Departementet har i brev av 6. mai 2011 gitt kommentarer til rapporten. Kommentarene er i all hovedsak innarbeidet i rapporten og i dette dokumentet. Riksrevisjonens rapport følger som trykt vedlegg.

---

## 2 Gjennomføring av undersøkelsen

For å belyse tilstanden på bygningsmassen og hvordan helseforetakene sikrer et planmessig vedlikehold, samt en målrettet utvikling og effektiv arealutnyttelse av eiendomsmassen, ble det våren 2010 gjennomført en spørreundersøkelse til alle helseforetak med unntak av sykehusapotekene. Spørreskjemaet ble sendt til lederen for eiendomsansvarlig enhet i helseforetakene. Selv om enkelte spørsmål i spørreskjemaet baserer seg på de eiendomsansvarliges vurderinger, gir svarene en god indikasjon på bygningsmassens tilstand og utfordringer innen eiendomsområdet. Som en oppfølging av svarene fra spørreskjemaet ble det foretatt intervjuer med representanter for ledelsen og eiendomsenheten ved ett helseforetak i hver helseregion.

Alle større investeringsprosjekter skal gå gjennom en tidligfaseplanlegging som omfatter alle aktiviteter fram til endelig beslutning blir tatt om gjennomføring av prosjektet. Det skal utarbeides en konseptrapport som skal gi grunnlag for å rangere og prioritere mellom ulike utbyggingsalternativer og omfatte en realitetsvurdering av mulighetene for at prosjektet kan gjennomføres. Hvilken kvalitet konseptrapportene har som beslutningsgrunnlag ved planleggingen av nye sykehus, er undersøkt ved dokumentanalyse av til sammen ni konseptrapporter fra syv av helseforetakene. Alle rapportene var blitt styrebehandlet i det enkelte regionale helseforetak innen september 2009. Helse- og omsorgsdepartementet ga i 2006 ut en veileder for tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter, og det er valgt ut rapporter som er utarbeidet etter at denne veilederen forelå. Dokumentanalysen er supplert med intervjuer høsten 2009 av representanter for ledelsen og eiendomsenheten ved de syv helseforetakene som sto for utarbeidelsen av konseptrapportene.

For å belyse helseforetakenes systematiske tilnærming til gevinstrealisering ble det med grunnlag i byggeprosjekter over 100 mill. kroner som var blitt satt i gang etter 2002, valgt ut tre byggeprosjekter fra tre forskjellige helseregioner. I tillegg ble det foretatt intervjuer med representanter fra helseforetakenes ledelse ved økonomidirektør og ved sentrale medarbeidere med ansvar for gevinstrealiseringsarbeidet.

For problemstillingene tilknyttet de regionale helseforetakenes og Helse- og omsorgsdepartementets styring og oppfølging er det gjort

dokumentanalyse av sentrale styringsdokumenter, deriblant for budsjettproposisjonene for 2003–2011, oppdragsdokumenter, protokoller fra foretaksmøter og årlige meldinger for perioden 2008–2010, og nasjonale og regionale strategier mv. I tillegg er det brukt økonomiske data fra blant annet Beregningsutvalget for spesialisthelsetjenesten og Statistisk sentralbyrå. Det er videre gjennomført intervjuer med Helse- og omsorgsdepartementet, Helsedirektoratet og representanter for ledelsen og eiendomsområdet ved de regionale helseforetakene.

Revisjonskriteriene som ligger til grunn for undersøkelsen, er i hovedsak utledet fra stortingsdokumenter (stortingsmeldinger, budsjett- og lovproposisjoner og innstillinger til disse) og generelle kriterier for god eiendomsforvaltning, Finansdepartementets ordning for kvalitetssikring av konseptvalg ved store investeringsbeslutninger, Helsedirektoratets veileder for tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter og veileder om gevinstrealisering utarbeidet av Senter for statlig økonomistyring.

---

## 3 Oppsummering av funnene

### 3.1 Utfordringer knyttet til bygningsmassens tilstands- og vedlikeholdsnivå

Undersøkelsen viser at de fleste helseforetakene har utarbeidet vedlikeholdsplaner, og at det er en del arbeid i gang i helseregionene på bygg- og eiendomsområdet, blant annet for å skaffe til veie bedre informasjons- og plangrunnlag. Det er gjort noe arbeid med å angi mål for ønsket teknisk tilstand, og laget planer for å dekke inn det tekniske oppgraderingsbehovet i helseforetaket og helseregionen.

Den bokførte verdien av bygningsmassen har økt med 10 prosent i perioden 2003–2009. Økningen innebærer at det har tilkommet ny bygningsmasse med høyere verdi, men den bokførte verdien gir nødvendigvis ikke et helhetlig bilde av tilstandsutviklingen for bygningsmassen som sådan, da undersøkelsen viser at

- rundt 40 prosent av den totale bygningsmassen til helseforetakene har middels kraftige symptomer på dårlig tilstand, mens 10 prosent av den totale bygningsmassen har kraftige symptomer, noe som innebærer at rundt halvparten av bygningsmassen til helseforetakene har symptomer på dårlig teknisk tilstand

- tre av fire helseregioner vurderer at en betydelig del av bygningsmassen har fått dårligere teknisk tilstand i perioden 2003–2010
- det tekniske oppgraderingsbehovet, som er beregnet for tre fjerdedeler av bygningsmassen, anslås av helseforetakene til å være 19 mrd. kroner

Ifølge de eiendomsansvarlige i helseforetakene skyldes forverringen av byggenes tilstand nedprioritering av forebyggende vedlikehold. Flere peker på at forebyggende vedlikehold bevisst har vært nedprioritert fordi lokalene inngår i en investeringsplan og/eller at lokalene skal avhendes. I den grad vedlikehold nedprioriteres på grunn av framtidige investeringer, bør dette bygge på en vedtatt og forpliktende plan for utvikling av bygningsmassen.

Undersøkelsen viser videre at halvparten av helseforetakene brukte midler på skadeutbedringer i 2008 og 2009 på grunn av utsatt vedlikehold av bygningsmassen. Utsatt vedlikehold av helseforetakenes bygningsmasse får ikke nødvendigvis konsekvenser for behandlingsevne på kort sikt, men vil vise seg over tid. Hvis store deler av bygningsmassen får utvikle seg til et punkt hvor det framkommer betydelige følgeskader eller i ytterste konsekvens at reparasjoner og utbedringer ikke er noe reelt alternativ, er det en risiko for at kostnadene blir høyere enn om det hadde blitt foretatt vedlikehold på et tidligere tidspunkt.

Selv om de fleste helseforetakene nå har utarbeidet vedlikeholdsplaner, framgår det av undersøkelsen at det i perioden 2008–2010 har vært dårlig samsvar mellom den årlige vedlikeholdsplanen og hva de eiendomsansvarlige anser som det reelle behovet for vedlikehold. I tillegg til dette klarer helseforetakene i liten grad å gjennomføre de planlagte tiltakene i vedlikeholdsplanen.

I 2009 hadde tre av fire helseregioner for første gang et positivt årsresultat. Selv med den bedrede økonomiske situasjonen i helseforetakene er det grunn til å stille spørsmål ved om det er behov for ytterligere tiltak som sikrer et mer stabilt og langsiktig vedlikeholdsnivå. For å understreke betydningen av et visst vedlikeholdsnivå for helseforetakene har eksempelvis Helse Midt-Norge RHF stilt krav i form av et normtall for vedlikeholdsnivå.

Relevant informasjon om eiendomsmassen er viktig for å sikre en rasjonell, kostnadseffektiv og

formålseffektiv eiendomsforvaltning. En fjerdedel av helseforetakene har ikke regnskapsinformasjon om hva som hvert år faktisk blir brukt på vedlikehold. Kun tre helseforetak har registrert vedlikeholdskostnadene etter Norsk Standard, utarbeidet nøkkeltall for hele bygningsmassen for 2009 og brukt nøkkeltallene som grunnlag for sammenligning med andre helseforetak. Seks helseforetak fører vedlikeholdskostnadene på en slik måte at det er mulig å sammenligne deres kostnader med tidligere års kostnader, mens 12 helseforetak ikke gjør dette. Dette innebærer et potensial for en mer effektiv eiendomsforvaltning gjennom økt bruk av nøkkeltall for sentrale deler av eiendomsforvaltningen.

### 3.2 Behov for målrettet arealutnyttelse og arealutvikling

Undersøkelsen viser at helseforetakenes samlede areal har økt med 11 prosent i perioden 2003–2010. Fram til i dag har det ikke vært tilgjengelige arealdata ved det enkelte sykehus for å kunne sammenligne arealeffektivitet over tid og mellom sykehus. Det er imidlertid under implementering et nasjonalt klassifikasjonssystem for sykehusareal, som skal synliggjøre funksjoner og areal i forhold til produksjon. Fem helseforetak har allerede registrert sine areal etter dette systemet, mens resten av helseforetakene planlegger å ha registrert sine areal innen 2012.

Undersøkelsen viser at litt under 20 prosent av helseforetakenes areal har dårlig funksjonalitet vurdert ut fra kjernevirksomhetens behov. Videre framkommer det at litt under 30 prosent av helseforetakenes areal har dårlig tilpasningsdyktighet. Dette gjør det utfordrende å sikre effektiv arealbruk og drift i bygningsmassen. På lengre sikt gir dette helseforetakene utfordringer til å imøtekomme endrede krav til behandlingstilbudet.

God eiendomsforvaltning forutsetter et rasjonelt system for planlegging og styring, og en målrettet utvikling av bygningsmassens kvaliteter. 5 av 23 helseforetak har besluttet både mål og langsiktig plan for bygningsmassen. Ni helseforetak har verken besluttet mål eller utarbeidet langsiktige planer for bygningsmassen. Ansattes behov for funksjonelle og driftseffektive bygninger er et viktig element for å sikre en god ressursutnyttelse. Helseforetakene har kun kartlagt halvparten av den totale bygningsmassen når det gjelder langsiktige arealbehov. Når verken relevant informasjon eller langsiktige planer foreligger, er det en risiko for at potensialet i bygningsmassen ikke blir tilstrekkelig utnyttet. Konsekvensen kan da

bli at bygningsmassen ikke blir tilstrekkelig tilpasset nye krav og endrede forutsetninger i behandlingstilbudet.

### 3.3 Mangelfullt beslutningsgrunnlag for investeringer i sykehusbygg

Departementets føringer knyttet til tidligfaseplanlegging av investeringsprosjekter framgår av brev til de regionale helseforetakene i 2002 og 2004. Det stilles krav om en utredningsmessig mellomfase som kalles konseptfasen, der det foretas en vurdering av alternative investeringer med begrunnelse for valgt alternativ. For ytterligere å sikre at de riktige og realistiske byggeprosjektene igangsettes, ble det i 2006 utviklet en veileder for tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter. Hensikten er å bidra til en effektiv og målrettet planlegging av sykehusutbygginger og å styrke kvaliteten i planprosessen. Det ble fra Helse- og omsorgsdepartementets side lagt vekt på at de regionale helseforetakene skulle framstå med minst like godt kvalitets- og styringsopplegg for byggeprosjekter som Finansdepartementets ordning for kvalitetssikring av statlige byggeprosjekter legger til grunn.

På følgende områder kan det synes som om veilederen for tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter ikke i tilstrekkelig grad møter de krav som bør stilles til konseptrapporter, som skal beskrive løsninger, økonomi og finansiering for ulike utbyggingsalternativer:

- Overordnet forankring, effektmål og resultatmål er lite omtalt i veilederen. Når de overordnede mål og rammer mangler eller ikke avklares i konseptfasen, vil det være risiko for at det blir lagt for stor vekt på detaljer, og at det blir tatt for liten hensyn til utvikling og implementering av nasjonale og regionale målsettinger og strategier. Grunnlaget for å finne reelle alternativer vil også bli vanskeligere. Videre vil manglende resultatmål gjøre det vanskelig å vurdere forskjellige konsepter opp mot hverandre.
- Veilederen anbefaler at de ulike alternativene skal evalueres i konseptfasen. Konseptrapporten skal gi en beskrivelse av vurderte alternativer. Det er imidlertid den valgte løsningen det skal fokuseres på. Det synes derfor som om veilederen ikke legger opp til at konseptrapportene skal inneholde en fullverdig alternativanalyse der alternativene utredes til samme detaljeringsgrad. Dette innebærer en risiko for at vurderingen av alternativene ikke blir reell, og at det foretrukne alternativet i for stor grad blir vektlagt.

I undersøkelsen er det foretatt en systematisk gjennomgang av ni konseptrapporter<sup>1</sup>, som har et samlet anslått investeringsbeløp på 12,3 mrd. kroner, herav fem nybygg på ny tomt for til sammen 10 mrd. kroner.

Veilederen for tidligfaseplanlegging har bidratt til å etablere et felles system for tidligfaseplanlegging av sykehusprosjekter i helseforetakene. Den gir derfor et godt grunnlag for en systematisk og oversiktlig beslutningsprosess. Alle de undersøkte konseptrapportene har lagt veilederen til grunn for planleggingen. Ifølge veileder for tidligfaseplanlegging skal det i konseptfasen gjennomføres analyser av investeringsbehovet og de driftsøkonomiske konsekvensene ved de alternative løsningsforslagene. Det stilles krav om at det som et minimum skal utredes to alternativer i tillegg til et nullalternativ. Nullalternativet er situasjonen i dag og videre utvikling som kan forventes uten endring i offentlige tiltak på det aktuelle området, det vil si dagens situasjon med eventuelle nødvendige oppgraderinger.

Undersøkelsen viser at det faktiske valget av utbyggingsalternativ i stor grad skjer før utredningene og analysene av de alternative løsningsforslagene i konseptfasen foreligger. I noen tilfeller foretas valget før idéfasen, hvor løsningsalternativene skal identifiseres. Dessuten blir bredden i alternative løsninger i stor grad innnevret ved de overordnede føringene som gis fra styret i det regionale helseforetaket eller fra styret i helseforetaket ved inngangen til idéfasen eller konseptfasen. Dette gjelder blant annet for de to største investeringsprosjektene (Nytt Østfoldsykehus og Nye Molde sjukehus). Dette gir en risiko for at andre reelle alternativer blir valgt bort før analysene blir foretatt, og at de alternative løsningsforslagene en står igjen med til konseptfasen, i stor grad blir varianter over samme løsning.

Konseptrapportene gir heller ikke en tilstrekkelig vurdering av de alternativene som er brakt inn i konseptfasen. Ingen av rapportene inneholder en fullstendig analyse av både et nullalternativ og to fullverdige alternativer. De driftsøkonomiske analysene er med unntak av for to konseptrapporter kun foretatt for det ene foretrukne alternativet. For de to konseptrapportene som har analyser for andre varianter enn det foretrukne

1) Nytt Østfoldsykehus, Nye Molde sjukehus, Nye Nordlandssykehuset byggetrinn 2–5, Nytt senter for barn, unge og psykosomatisk medisin (BUSP) trinn 1, Nordlandssykehuset Vesterålen, Kronstad DPS, Ny barneavdeling Ålesund sjukehus, Ombygging operasjonsavdeling Sørlandet sykehus, Samlokalisering av psykiatrisk avdeling Sykehuset Namsos.

alternativet, er disse begge to varianter over samme nybyggløsning.

Det er dessuten betydelige svakheter i de driftsøkonomiske analysene som ligger til grunn for de foretrukne investeringsalternativene i flere av prosjektene. Dette medfører usikkerhet knyttet til hvorvidt foretakene vil kunne betjene investeringen og håndtere de driftsøkonomiske konsekvensene. Det går i liten grad fram av konseptrapportene hvilke vurderinger som ligger til grunn for analysene som tallmaterialet bygger på. Videre inneholder ingen av rapportene risikovurderinger, der det også redegjøres for eventuelle risikoreduserende aktiviteter og kontrolltiltak.

For sju av prosjektene kalkuleres det med til dels betydelige driftsbesparelser på personalområdet. Ofte forutsettes det at størstedelen av driftsbesparelsene tas ut ved ferdigstillelse av bygget, deretter at besparelsene skal øke de første årene i drift. Helseforetakene har i liten grad sannsynliggjort denne forutsetningen. Flere av rapportene omtaler at driftsbesparelsene vil medføre organisatoriske utfordringer og omstillinger for de ansatte. Det kalkuleres ikke med at dette vil medføre økte kostnader, blant annet når det gjelder utvikling av behandlingslinjer og kompetanse. Ingen av helseforetakene har beregnet at nybyggene vil medføre økte IKT-kostnader i forhold til dagens nivå i sine respektive konseptrapporter.

I flere av rapportene planlegges det med en betydelig reduksjon i antall liggedager for utskrivningsklare pasienter. I konseptrapporten for Nye Molde sjukehus står det at det nye sykehuset planlegges uten sengekapasitet for utskrivningsklare pasienter. Selv om det ikke går fram av konseptrapporten, bekrefter også Sykehuset Østfold HF at det planlegger med det samme i sitt utbyggingsprosjekt. Helse Nordlandssykehuset HF (Nordlandssykehuset Vesterålen) kalkulerer med en reduksjon på 75 prosent av utskrivningsklare pasienter i nytt bygg. Primærhelsetjenesten – den delen av helsevesenet som er organisert i kommunene –, som skal ta imot utskrivningsklare pasienter, blir derfor sentral for å sikre at prosjektenes mål nås.

Tre av helseforetakene har lagt inn inntektsøkninger som følge av økt pasientbehandling og dermed økte aktivitetsbaserte inntekter. For Nye Molde sjukehus og Nytt Østfoldsykehus er det lagt inn en forventet inntektsøkning, som etter noen års drift skal dekke inn rundt halvparten av

den resultatforbedringen som skal bære byggets årlige merkostnader.

Manglende bredde i analysen av alternativer i tidligfaseplanleggingen, svakheter i de driftsøkonomiske analysene og manglende risikovurderinger i konseptrapportene gjør at det kan stilles spørsmål ved om de regionale helseforetakene i tilstrekkelig grad har vurdert om investeringsprosjektene er basert på et realistisk grunnlag.

Helse- og omsorgsdepartementet uttaler i sine kommentarer av 6. mai 2011 til rapporten at Riksrevisjonen har lagt til grunn prinsipper i Finansdepartementets ordning for kvalitetssikring av konseptvalg. Ifølge Helse- og omsorgsdepartementet følger ikke investeringsprosjekter i helseforetakene den ansvars- og beslutningsstruktur samt finansieringsopplegg som følges i generelle statlige prosjekter. Videre vises det til at krav til konseptfasen følger av departementets styringsystem, og ikke veilederen for tidligfaseplanlegging. Det anføres også at flere av prosjektene startet planprosessen før foretaksreformen, og at Riksrevisjonens gjennomgang av siste versjon av den enkelte konseptrapport derfor blir misvisende.

### **3.4 Utfordringer ved gevinstrealiseringsarbeidet**

Undersøkelsen viser at for to av de tre undersøkte prosjektene, Nye Ahus og akuttavdelingen MOBA ved Stavanger Universitetssjukehus, er det utarbeidet planer for å sikre gevinstrealisering. Planen for Nye Ahus var flerårig og ble etablert innenfor rammen av en større omorganiseringsprosess. Ved Stavanger Universitetssjukehus ble det utarbeidet en ettårig plan som omfattet en effektivisering av pasientflyten. St. Olavs Hospital har ikke utarbeidet en egen plan knyttet til gevinstrealiseringskravet, men har planlagt og dimensjonert sykehuset for å effektivisere pasient- og støtteprosesser.

Både ved Nye Ahus og Stavanger Universitetssjukehus ble det planlagt at gevinstene skal få full effekt relativt raskt, mens det ved St. Olavs Hospital ble lagt opp til et gradvis uttak over en årrekke. Ved nye Ahus var det forventet at kostnadsreduserende tiltak skulle ha full effekt fra dagen da bygget ble tatt over høsten 2008, mens det for gevinster knyttet til økt aktivitet ble planlagt med full effekt i 2011. Når det gjelder MOBA v/ Stavanger Universitetssjukehus, var det stilt krav om at kostnadene til prosjektet skulle tas innenfor foretakets driftsrammer ved at kostnadsøkningen skulle dekkes gjennom å realisere

gevinster. Dette innebar at gevinstuttaket måtte skje raskt etter ferdigstillelse. Ved St. Olavs Hospital er det stilt krav om gradvis uttak av gevinster fra og med ferdigstillelse av første byggetrinn i 2006. Full effekt forventes først etter ferdigstillelse av andre byggetrinn i 2014.

Undersøkelsen viser videre at for Nye Ahus og Stavanger Universitetssjukehus er kravene som er stilt til gevinstrealisering, ikke innfridd. For det tredje prosjektet, St. Olavs Hospital, er det ikke mulig å isolere effekten av tiltakene for gevinstrealisering. Ved Nye Ahus og Stavanger Universitetssjukehus viser undersøkelsen i tillegg svikt i forankringen i organisasjonen ved at det ikke har vært enighet om tiltakene i planfasen eller implementeringen av tiltakene i driftsfasen. Ingen av prosjektene planla for øvrig en særskilt rapportering etter ferdigstillelse for å følge opp at gevinstrealiseringsmålene blir nådd.

God forankring både blant ledere og blant medarbeidere bidrar til å sikre gevinstrealisering, også når det gjelder en felles forståelse av beregningsgrunnlaget for gevinstuttaket. Dette er særlig viktig for å redusere sårbarheten og risikoen for at målene ikke nås ved implementering. Det er videre nødvendig at foretakene, gjennom både plan og oppfølging/rapportering, kan isolere effekter av enkeltstående gevinstrealiseringstiltak. Dette er nødvendig for å kunne måle status og framdrift for gevinstrealiseringen, samt å skille ut effekten av tiltakene med tanke på om de faktisk er implementert og fungerer etter intensjonen. Det er også sentralt å følge opp gevinstrealisering både i planperioden og i drifts-/oppstartsfasen. Når gevinstrealisering er lagt som premiss for investeringen, vil manglende prioritering av gevinstrealisering ha konsekvenser for helseforetakets driftsøkonomiske balanse og evne til å håndtere merkostnader i ny driftsfasen.

---

#### 4 Riksrevisjonens bemerkninger

Riksrevisjonen er kjent med at Finansdepartementets ordning for kvalitetssikring av statlige byggeprosjekter ikke gjelder for de regionale helseforetakene, og er også innforstått med at investeringsprosjekter i helseforetakene ikke har samme ansvars- og beslutningsstruktur samt finansieringsopplegg som i generelle statlige prosjekter. Men etter Riksrevisjonens oppfatning bygger Finansdepartementets ordning for kvalitetssikring av statlige byggeprosjekter og veilederen for tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter på

de samme overordnede allmenne prinsippene for konseptvalg.

Helse- og omsorgsdepartementet viser til at krav til konseptfasen følger av departementets styringssystem, og ikke veilederen for tidligfaseplanlegging. Riksrevisjonen kan ikke se det skulle være noen motsetning mellom styringssystemet og veilederen. Ifølge veilederen bygger denne på departementets styringssystem.

Riksrevisjonen vil peke på at konseptfasen med tilhørende krav ble valgt ut som en sentral del av undersøkelsen, fordi den er et viktig beslutningspunkt som både ifølge styringssystemet og veilederen skal gi et kvalifisert beslutningsgrunnlag for å velge det best egnede utbyggingsalternativet. Det er på dette beslutningstidspunktet at det bestemmes om prosjektet skal føres videre i et forprosjekt, som i prinsippet er en beslutning om å starte full prosjektering.

Undersøkelsen viser at dagens praksis, og dermed også beslutningsgrunnlaget, ikke er i samsvar med de allmenne krav som med rimelighet må kunne stilles til konseptvalget ved investeringer i sykehusbygg. Dette gjelder blant annet at beslutningsgrunnlaget skal bygge på et realistisk og tilstrekkelig bredt nok grunnlag. Riksrevisjonen vil særlig peke på at det regionale helseforetaket har et ansvar for nødvendig kvalitet på beslutningsprosesser for investeringsprosjekter, og at Helse- og omsorgsdepartementet har et overordnet ansvar for å påse og sikre at dette blir ivarettatt.

I de fleste prosjekter vil det ligge forventninger om realisering av gevinster etter at prosjektet er avsluttet. Undersøkelsen viser at for to av de tre undersøkte prosjektene, Ahus og Stavanger, har forankringen av tiltakene for gevinstrealisering sviktet i ulike deler av prosessen. Kravene til gevinstrealisering er ikke nådd. Riksrevisjonen stiller spørsmål ved realismen i helseforetakenes planlegging, og om det i tilstrekkelig grad er tatt høyde for utfordringer knyttet til omorganisering og endringer som ligger til grunn for gevinstrealiseringstiltakene. Riksrevisjonen stiller også spørsmål ved om det planlagte tidspunktet for gevinstuttak i de to prosjektene er realistisk.

Riksrevisjonen vil peke på at helseforetakenes planlegging og oppfølging av tiltak for gevinstrealisering, også etter ferdigstillelse, er nødvendig for å kunne måle og isolere effekten. Gevinstrealisering er en del av arbeidet med å håndtere

merkostnader ved nybygg og å oppnå økonomisk balanse. Etter Riksrevisjonens vurdering er det viktig å kunne dokumentere og etterprøve gevinstrealiseringens bidrag i arbeidet med å oppnå økonomisk balanse.

Undersøkelsen viser at rundt halvparten av den totale bygningsmassen har symptomer på dårlig tilstand, og at tre av fire helseregioner mener at det har vært en negativ utvikling av teknisk tilstand for en betydelig del av bygningsmassen. Riksrevisjonen er kjent med at det er gjort en del arbeid med å angi mål for ønsket teknisk tilstand, og laget planer for å dekke inn det tekniske oppgraderingsbehovet i helseforetakene. Det framgår av undersøkelsen at det fortsatt er utfordringer knyttet til bygningsmassens tilstands- og vedlikeholds nivå. Riksrevisjonen mener at det fortsatt er behov for tiltak som sikrer et mer stabilt og planmessig vedlikeholds nivå. Etter Riksrevisjonens vurdering kan det være hensiktsmessig at helseforetakene definerer et basisnivå for årlig vedlikehold, som tar utgangspunkt i normtall eller mål for teknisk tilstand.

Videre synes det også å være et behov for mer systematisk planlegging og informasjonsinnhenting, også når det gjelder hva som faktisk blir brukt på vedlikehold. Etter Riksrevisjonens vurdering kan det være et potensial for effektivisering av eiendomsforvaltningen gjennom økt bruk av nøkkeltall for sammenligning mellom helseforetakene.

## 5 Helse- og omsorgsdepartementets svar

Saken har vært forelagt Helse- og omsorgsdepartementet, og statsråden har i brev av 20. juni 2011 svart:

"Ett av formålene med helseforetaksreformen var å gi de regionale helseforetakene et helhetlig ansvar for investeringer og drift. Midler til investeringer inngår som en del av basisbevilgningen. Styret har et helhetlig ansvar for både investeringer og direkte pasientrettet behandling. Innenfor de økonomiske rammer som Stortinget årlig vedtar, må styret foreta nødvendige prioriteringer mellom disse formålene. Det har i perioden 2002-2009 vært en gjennomsnittlig årlig investeringsaktivitet på 6,9 mrd. kroner. Gjennomsnittlig investeringsnivå i fylkeskommunal regi på 1990-tallet utgjorde cirka 3 mrd. kroner. I perioden 2005-2009 har investeringsaktiviteten vært høyere, med et gjennomsnittsnivå på 7,8 mrd. kroner årlig. Dette

høye nivået kommer blant annet av at helseforetakene fikk en årlig rammeøkning på 1,67 mrd. kroner til investeringer f.o.m. 2008.

### Utfordringer knyttet til bygningsmassens tilstands- og vedlikeholds nivå

Riksrevisjonen skriver at den bokførte verdien av bygningsmassen har økt med 10 prosent i perioden 2003-2009, men skriver videre at den bokførte verdien ikke nødvendigvis gir et helhetlig bilde av tilstandsutviklingen som sådan. Det nevnes i denne forbindelse at 40 prosent av bygningsmassen har middels kraftige symptomer på dårlig tilstand mens 10 prosent av den totale bygningsmassen har kraftige symptomer på dårlig tilstand.

Helseforetakene overtok bygg og utstyr i 2002 til en verdi av 66 mrd. kroner. Ved utgangen av 2009 hadde verdien steget med 13 mrd. kroner, til 79 mrd. kroner. Verdien av helseforetakenes bygningsmasse og utstyr har økt betydelig i perioden etter sykehusreformen. Nye bygg avskrives i dag med i underkant av 4 pst. årlig som tilsvarer en gjennomsnittlig nedskrivningstid på 26 år. Bygningskropp er anslått å ha 60 år levetid, mens ulike deler av tekniske installasjoner, ventilasjon m.v. har 20 års levetid. Dette innebærer at deler av bygningsmassen på ethvert tidspunkt vil være i ulik bygningsmessig tilstand. I tillegg vil det være en vurdering om bygningsmasse som planlegges erstattet gjennom nybygg skal vedlikeholdes i samme grad som annen bygningsmasse.

Fram til 2008 ble de regionale helseforetakene gjennom sine bevilgninger kun satt i stand til å gjenanskaffe og vedlikeholde om lag 60 prosent av den samlede verdien av sykehusbygg og utstyr. Mye er dermed nytt, men alt kan ikke utbedres samtidig. Helseforetakene har omfattende investeringsplaner som innebærer flere nye moderne sykehusbygg i tiden som kommer.

### Behov for målrettet arealutnyttelse og arealutvikling

Riksrevisjonens undersøkelse baseres i stor grad på en spørreundersøkelse som ble sendt til helseforetakene, med unntak av sykehusapotekene. Spørreskjema ble sendt til leder for eiendomsansvarlig enhet i helseforetakene. Departementet mener det er uheldig at Riksrevisjonen ikke innhenter informasjon og vurderinger fra ledelsen ved helseforetakene, som har det helhetlige ansvaret i henhold til regelverk og plandokumenter, men fra organisasjonsledd som har et avgrenset fagansvar. Departementet har ikke

grunnlag for å gjennomgå vurderingene som er foretatt i undersøkelsen. Riksrevisjonen skriver at ni helseforetak verken har besluttet mål eller utarbeidet langsiktige planer for bygningsmassen, og det framkommer i hovedanalyserapporten at Helse Sunnmøre er ett av disse helseforetakene. I Ålesund sykehus hvor ny barneavdeling nylig ble formelt åpnet, ble departementet gjort kjent med at barneavdelingen var planlagt med bakgrunn i overordnet utviklingsplan for sykehuset som ble ferdig i 2007. Denne utviklingsplanen gjør rede for den fremtidige plassering av funksjoner og fremtidig behov for areal med utgangspunkt i en aktivitets- og kapasitetsprognose for perioden 2005–2025.

### **Mangelfullt beslutningsgrunnlag for investeringer i sykehusbygg**

Riksrevisjonen har gjennomgått ni ulike konseptrapporter og skriver at reelle løsningsforslag blir innsnevret og valgt bort før konseptrapporten utarbeides. De peker videre på at konseptfasen med tilhørende krav ble valgt ut som en sentral del av undersøkelsen, fordi dette er et viktig beslutningspunkt som ifølge styringssystemet skal gi et kvalifisert beslutningsgrunnlag for å velge det best egnede utbyggingsalternativet. Her legger Riksrevisjonen til grunn et annet utbyggingsregime i de regionale helseforetakene enn det som gjelder. Departementet har tidligere, både muntlig og skriftlig, redegjort for at investeringsprosjekter i helseforetakene ikke har samme ansvars- og beslutningsstruktur som i prosjekter i statlig regi. Valg av utbyggingsalternativ for helseforetakene gjøres i løpet av konseptfasen. Det vil si at den siste konseptrapporten skal gjengi de ulike alternativene, men at det er det valgte alternativet som skal utredes i full bredde i konseptrapporten. Riksrevisjonen har bl.a. gjennomgått konseptrapport i forbindelse med nytt sykehus i Østfold. Konseptrapporten for dette prosjektet ble vedtatt av styret for Helse Sør-Øst RHF den 17. juni 2009. Denne vedtatte konseptrapporten bygger på tidligere styrevedtak i Helse Sør-Øst RHF fra den 18. desember 2008. Her godkjenner styret utbyggingsløsning for Sykehuset Østfold, med delt løsning mellom Kalnes og Moss.

Styret i Helse Sør-Øst sin håndtering av utbyggings-saken hvor alternativ velges før endelig konseptrapport utarbeides, er i samsvar med gjeldende styringssystem.

Departementet viser til at utbygging av nytt sykehus i Østfold har en lang historie, og

planleggingen startet allerede på 1990-tallet i fylkeskommunal regi. Første vedtakspunkt knyttet til organisering og utbygging ble gjort i Østfold fylkesting i 1997, og det er senere foretatt mange utredninger og nye vedtak. Planlegging av større sykehusprosjekter tar tid. Når Riksrevisjonen baserer sine vurderinger på bakgrunn av siste versjon av konseptrapporten, blir resultatet misvisende.

### **Utfordringer ved gevinstrealiseringsarbeidet**

Riksrevisjonen skriver at det er nødvendig å måle og isolere effekten av gevinstrealisering etter ferdigstillelse av prosjektene. Som tidligere nevnt, har de regionale helseforetakene ansvar for å planlegge nybyggprosjekter slik at de regionale helseforetakene kan håndtere eventuelle økte kostnader når bygget står ferdig. Det stilles videre årlige krav til de regionale helseforetakene om balanse i regnskapene. For å følge opp dette har departementet utarbeidet et omfattende rapporteringssystem for oppfølging av de regionale helseforetakenes regnskaper. De regionale helseforetakene benytter de samme rapportene i sin styring av helseforetakene.

Departementet er opptatt av at det ved planlegging av større prosjekter utarbeides gode analyser av driften i det nye bygget, inkl. organisering og driftsøkonomi. Sykehusene er dynamiske virksomheter. Forutsetninger for drifts- og behandlingsmetoder endres hele tiden. Det er derfor viktig å være opptatt av helheten og ikke av effekten av isolerte tiltak, som tidligere er vedtatt. Riksrevisjonen har i sin undersøkelse gjennomgått planer knyttet til gevinstrealisering ved bl.a. St. Olavs hospital og Nye Ahus. De endelige forutsetninger for igangsetting av begge disse prosjektene ble lagt i forbindelse med Stortingets behandling av St.prp. nr. 1 (2003-2004), det vil si høsten 2003. Begge prosjektene ble imidlertid påbegynt da fylkeskommunene hadde ansvaret for driften. Styrene både ved St. Olavs Hospital og ved Ahus har i ettertid besluttet nye tiltak, som i ulik grad er i samsvar med de opprinnelige planene for utbygging og driften i de nye sykehusene."

---

## **6 Riksrevisjonens uttalelse**

Undersøkelsen viser at rundt halvparten av den totale bygningsmassen har symptomer på dårlig tilstand, og tre av fire helseregioner mener at det har vært en negativ utvikling av teknisk tilstand for en betydelig del av bygningsmassen i



perioden 2003–2010. Ifølge de eiendomsansvarlige i helseforetakene skyldes forverringen av byggenes tilstand nedprioritering av forebyggende vedlikehold.

Helse- og omsorgsdepartementet viser til at det har vært en høy investeringsaktivitet etter at staten overtok sykehusene, og at deler av bygningsmassen på ethvert tidspunkt vil være i ulik bygningsmessig tilstand. Videre anføres det at det vil være en vurdering om bygningsmasse som planlegges erstattet gjennom nybygg, skal vedlikeholdes i samme grad som annen bygningsmasse. Riksrevisjonen er innforstått med dette, men når undersøkelsen viser ovennevnte resultater, antas det at det ikke foreligger planer for at hele denne delen av bygningsmassen skal erstattes med nybygg. I så fall vil det etter Riksrevisjonens vurdering på lengre sikt være dårlig økonomi generelt å kompensere for dårlig vedlikehold med å bygge nytt. I den grad vedlikehold nedprioriteres på grunn av framtidige investeringer, bør dette bygge på en vedtatt og forpliktende plan for utvikling av bygningsmassen.

Undersøkelsen viser at rundt halvparten av helseforetakene har langsiktige planer for bygningsmassen, og at helseforetakene totalt har kartlagt halvparten av den totale bygningsmassen når det gjelder langsiktige arealbehov. Riksrevisjonen peker på at god eiendomsforvaltning forutsetter et rasjonelt system for planlegging og styring, og en målrettet utvikling av bygningsmassens kvaliteter. Riksrevisjonen er kjent med at det er påbegynt en del arbeid med å utarbeide mål og planer for bygningsmassen. Riksrevisjonen understreker viktigheten av at helseforetakene utvikler bygningsmassen på en rasjonell og systematisk måte, og at de regionale helseforetakene ivaretar sitt samordningsansvar.

Undersøkelsen viser at litt under 20 prosent av helseforetakenes areal har dårlig funksjonalitet vurdert ut fra kjernevirksomhetens behov. Videre framkommer det at litt under 30 prosent av helseforetakenes areal har dårlig tilpasningsdyktighet. Helseforetakene har derfor utfordringer knyttet til areal som er lite tilpasset dagens drift, og areal som har lite utviklingspotensial på lengre sikt. Fram til i dag har det ikke vært tilgjengelige arealdata ved det enkelte sykehus for å kunne sammenligne arealeffektivitet over tid og mellom sykehus. Riksrevisjonen ser positivt på det nasjonale prosjektet med å klassifisere sykehusareal. Etter Riksrevisjonens vurdering er det et potensial for effektivisering av bygningsmassen ved å

sammenligne arealfordeling i helseforetakene og måle areal mot produksjon, herunder også økt bruk av nøkkeltall for sammenligning mellom helseforetakene.

I departementets svar vises det til at det i arbeidet med å sikre økonomisk balanse er viktig å være opptatt av helheten og ikke effekten av isolerte tiltak. Riksrevisjonen mener at gevinstrealiseringsarbeidet vil kunne ha stor betydning for økonomien i prosjektet, og viser blant annet til Ahus, der gevinstrealiseringen skulle dekke 20 prosent av investeringsbeløpet. Riksrevisjonen fastholder at det er viktig å kunne dokumentere og etterprøve gevinstrealiseringens bidrag i arbeidet med å oppnå økonomisk balanse.

Helse- og omsorgsdepartementet mener at det er uheldig at Riksrevisjonen ikke innhenter informasjon og vurderinger fra ledelsen ved helseforetakene, som har det helhetlige ansvaret i henhold til regelverk og plandokumenter, men fra organisasjonsledd som har et avgrenset fagansvar. Riksrevisjonen bemerker at det må være rimelig å forvente at de eiendomsansvarlige har kjennskap til planer for bygningsmassen som så direkte berører deres fagområde. Hvis ikke dette er tilfellet, er det etter Riksrevisjonens vurdering grunn til å stille spørsmål ved statusen til disse planene. Helse- og omsorgsdepartementet uttaler videre at Helse Sunnmøre har utarbeidet overordnet utviklingsplan for Ålesund sykehus, og at Riksrevisjonen til tross for dette konkluderer med at Helse Sunnmøre er et av foretakene som verken har mål eller planer. Til dette anføres at respondenten for Riksrevisjonen har vært hele foretaket og ikke det enkelte sykehus. Det vil derfor kunne være tilfeller der sykehus i foretaket har slike planer, men uten at det vil gjelde for hele helseforetaket. For øvrig har Helse Sunnmøre i spørreskjemaet og i intervju opplyst at utviklingen av mål og planer er under arbeid. Riksrevisjonen er kjent med at det forelå en utviklingsplan fra arkitektfirmaet C.F. Møller Arkitekter AS i 2007. Helseforetaket kunngjorde i en pressemelding i 2010 at arbeidet med denne planen ikke hadde blitt prioritert grunnet den økonomiske situasjonen i helseforetaket. Styret i helseforetaket sluttet seg til utviklingsplanen i 2010.

Helse- og omsorgsdepartementet viser i sitt svar til at Riksrevisjonen legger til grunn et annet utbyggingsregime i de regionale helseforetakene enn det som gjelder. Riksrevisjonen kan ikke se at departementet kommer med nye argumenter

for at det skulle stilles andre krav til konseptvalg i sykehusprosjekter enn for staten for øvrig. Departementet presiserer at valg av utbyggingsalternativ for helseforetakene gjøres i løpet av konseptfasen, og at det er det valgte alternativet som skal utredes i full bredde i konseptrapporten. Dette er fullt ut i samsvar med Riksrevisjonens beskrivelse, og som ifølge Riksrevisjonen innebærer en risiko for at vurderingen av alternativene ikke blir reell, og at det foretrukne alternativet i for stor grad blir vektlagt.

Riksrevisjonen ser positivt på at det er etablert et felles system for tidligfaseplanlegging av sykehusprosjekter i helseforetakene, som etter Riksrevisjonens vurdering bygger på de samme prinsippene som ligger til grunn for Finansdepartementets kvalitetssikring av konseptvalg i statlige byggeprosjekter. Undersøkelsen viser at beslutningsgrunnlaget for nye sykehusbygg ikke er godt nok til å sikre at riktige og realistiske byggeprosjekter blir igangsatt. Det framgår at helseforetakene på et tidlig tidspunkt i tidligfaseplanleggingen ofte blir bundet opp til bestemte løsninger som begrenser handlingsrommet når det gjelder å søke alternative løsninger. Valg av investeringsprosjekt blir da gjort uten en syste-

matisk identifisering og vurdering av alternativer. Det er også en svakhet at overordnede mål og rammer mangler eller ikke er tilstrekkelig avklart i forbindelse med tidligfaseplanleggingen. Riksrevisjonen vil understreke at sykehusutbygginger er store og faglig krevende investeringsprosjekter der tidligfaseplanleggingen legger klare premisser for hva som skjer videre i gjennomføringen av prosjektet og etter at det er ferdigstilt. Riksrevisjonen kan heller ikke se at den lange forhistorien for flere av prosjektene i seg selv rettferdiggjør et dårligere beslutningsgrunnlag når det gjelder vurdering av ulike utbyggingsalternativer og igangsetting av forprosjekt. Etter Riksrevisjonens vurdering viser undersøkelsen at det er behov for et mer målrettet styrings- og kvalitetsopplegg for denne fasen. For øvrig viser Riksrevisjonen til Prop. 1 S (2010–2011) for Helse- og omsorgsdepartementet, der det framgår at de regionale helseforetakene fra og med 2011 underlegges en fireårig prøveordning med ekstern kvalitetssikring av konseptfaseutredninger, tilsvarende Finansdepartementets kvalitetssikringsordning.

Saken sendes Stortinget.

Vedtatt i Riksrevisjonens møte 29. juni 2011

**Jørgen Kosmo**

**Annelise Høegh**

**Heidi Grande Røys**

---

Björg Selås

Asmund Kristoffersen fratradte under behandlingen av saken.

## Rapport: Eiendomsforvaltningen i helseforetakene

---

Vedlegg til Dokument 3:11 (2010–2011)



# Innhold

<b>1</b>	<b>Innledning</b>	21	<b>7</b>	<b>Helse- og omsorgsdepartementets styring og oppfølging</b>	50
1.1	Bakgrunn	21	7.1	Krav til de regionale helseforetakene	50
1.2	Mål og problemstillinger	21	7.2	Finansiering	50
<b>2</b>	<b>Metodisk tilnærming og gjennomføring</b>	23	7.3	Verdien og tilstanden på bygningsmassen	52
<b>3</b>	<b>Revisjonskriterier</b>	25	<b>8</b>	<b>Vurderinger</b>	54
3.1	Helsepolitiske mål og økonomiske krav	25	8.1	Utfordringer knyttet til bygningsmassens tilstands- og vedlikeholds nivå	54
3.2	Statlige styringsvirkemidler	25	8.2	Behov for målrettet arealutnyttelse og arealutvikling	55
3.3	Generelle krav til god eiendomsforvaltning	26	8.3	Mangelfullt beslutningsgrunnlag for investeringer i sykehusbygg	55
3.4	Krav til investeringer i helseforetakenes eiendomsmasse	27	8.4	Utfordringer ved arbeidet med gevinstrealisering	56
<b>4</b>	<b>Eiendomsforvaltning i helseforetakene</b>	28	<b>9</b>	<b>Referanseliste</b>	58
4.1	Verdibevarende vedlikehold	28		<b>Vedlegg</b>	
4.1.1	Bygningsmassens tilstand og oppgraderingsbehov	28		Oversikt over helseforetakene	60
4.1.2	Vedlikehold, planer og styringsinformasjon	30			
4.2	Målrettet utvikling og effektiv utnyttelse av bygningsmassen	32	<b>Tabelloversikt</b>		
<b>5</b>	<b>Investeringsbeslutninger og oppfølging av krav til gevinstrealisering</b>	36	Tabell 1	Teknisk oppgraderingsbehov fordelt på helseregioner	30
5.1	Konseptrapportene som beslutningsdokument	36	Tabell 2	Rutiner for jevnlig oppdatering av informasjon om bygningsmassen	31
5.1.1	Krav til konseptfasen	36	Tabell 3	Helseforetakenes utarbeidelse av og bruk av nøkkeltall for vedlikeholdskostnader	32
5.1.2	Sammenligning og vurdering av utbyggingsalternativer	37	Tabell 4	Arealutvikling 2003–2010, per region og nasjonalt	33
5.1.3	Økonomisk bæreevne	43	Tabell 5	Avhendet areal per region, 2003–2010	33
5.2	Gevinstrealisering som en del av investeringsprosjektet	44	Tabell 6	Mål og langsiktige planer for bygningsmassen	35
5.2.1	Helseforetakenes oppfølging av kravet om gevinstrealisering	44	Tabell 7	Planlagt registrering av hele arealet etter felles klassifikasjonssystem	35
5.2.2	Måloppnåelse og årsaker til manglende realisering av gevinster	46	Tabell 8	Konseptrapporter 2006–2009	37
<b>6</b>	<b>De regionale helseforetakenes styring og oppfølging</b>	48	Tabell 9	Oversikt over alternativvurderinger	39
6.1	Krav til helseforetakene	48	Tabell 10	Oversikt over gevinstrealiseringsprosjekter	45
6.2	Det regionale helseforetakets rolle i tidligfaseplanleggingen	48	Tabell 11	Fullmaktsgrenser ved tidligfaseplanlegging	49
6.3	Finansiering	49			

Tabell 12	Langsiktige lån hos departementet 2003–2009	51
Tabell 13	Investeringer i bygningsmassen 2003–2009	52
Tabell 14	Utvikling i bokført verdi for bygninger 2003–2009	52

#### Figuroversikt

Figur 1	Helseforetakenes samlede bygningsmasse fordelt på alder og region	28
Figur 2	Antall helseforetak med samsvar mellom midler i den årlige vedlikeholdsplanen og det som anslås som tilstrekkelig for å sikre forebyggende vedlikehold	30
Figur 3	Areal (BTA) med dårlig funksjonalitet og tilpasningsdyktighet	34
Figur 4	Årsresultatet for 2009 for alle helseforetak unntatt sykehusapotekene	51

# 1 Innledning

## 1.1 Bakgrunn

Sykehusreformen skulle blant annet legge til rette for å ta bedre vare på de verdiene som ligger i bygg og utstyr, og sikre bedre ressursbruk ved å synliggjøre kostnadene i helseforetakenes regnskaper, jf. St.prp. nr. 1 (2002–2003) for Helse- og omsorgsdepartementet.<sup>1</sup>

Helseforetakene eier og forvalter eiendomsmassen. De regionale helseforetakene har ansvaret for å samordne virksomheten i de helseforetakene de eier, for å sikre at ressursene brukes på en hensiktsmessig og rasjonell måte, jf. § 6 i vedtektene. Helse- og omsorgsdepartementet eier de regionale helseforetakene og har det overordnede ansvaret for å ivareta nasjonale helsepolitiske mål.

Helseforetakene har ansvaret for å vedlikeholde og rehabilitere eksisterende bygningsmasse og å bygge nytt. Helseforetakene skal sørge for at framtidige investeringskostnader ikke går ut over de økonomiske rammene.

De regionale helseforetakene kan selv foreta en rekke investeringer. Det stilles imidlertid krav til at investeringene skal være i samsvar med overordnede helsepolitiske prioriteringer og aksepterte ressursrammer. Ifølge Nasjonal helseplan (2007–2010) skal det legges vekt på sterkere nasjonal styring og samordning på investeringsområdet.

Bygningsmassen er en viktig innsatsfaktor i spesialisthelsetjenesten. Den samlede verdien er satt til 60 mrd. kroner per 31.12.2009. De siste årene har det blitt gjennomført flere nye investeringer, jf. St.prp. nr. 1 (2008–2009).

Bygningsmassen skal være tilpasset kjernevirksomheten slik at den bygger opp under kvaliteten og effektiviteten i foretakene. Bygningene skal bidra til et godt og tilfredsstillende arbeidsmiljø. Dårlige bygningsforhold kan ha negative konsekvenser – ikke bare for produktiviteten, men også for ansattes helse og deres arbeids- og oppholdsmiljø.

Ifølge Nasjonal helseplan (2007–2010) er det samlet sett ikke behov for mer areal i årene som kommer. Utfordringen ligger ifølge planen i å sikre at det eksisterende arealet utnyttes bedre.

En forutsetning for å sikre effektiv eiendomsforvaltning er at helseforetakene har god nok informasjon om bygningsmassen. Dokument nr. 1 (2007–2008) *Riksrevisjonens rapport om den årlige revisjon og kontroll for budsjettåret 2006* viser at det er risiko for at vedlikehold av sykehusbygg nedprioriteres. Kontrollen viste at det i liten grad eksisterer planer eller retningslinjer for vedlikehold på regionalt nivå og varierende grad i det enkelte helseforetaket. Ved mange sykehus finnes det heller ikke noen oversikt over vedlikeholdsetterslepet.

Det er nødvendig at de regionale helseforetakene har et godt og tilstrekkelig beslutningsgrunnlag for å velge riktige og realistiske utbyggingsprosjekter. Det forutsettes ofte at framtidige driftsbesparelser skal være med å håndtere de driftsøkonomiske konsekvensene av det nye sykehusbygget. Det er knyttet usikkerhet til disse forutsetningene.

## 1.2 Mål og problemstillinger

Målet med denne forvaltningsrevisjonen er å undersøke om spesialisthelsetjenestens eiendoms- masse blir forvaltet og utviklet på en effektiv måte og i samsvar med overordnede føringer.

Undersøkelsen belyser følgende problemstillinger:

- 1 Hvordan er tilstanden på eiendomsmassen, og hvordan sikrer helseforetakene at eiendoms- massen vedlikeholdes på en systematisk måte?
- 2 I hvilken grad sikrer helseforetakene en mål- rettet utvikling av bygningsmassen, og hva er eventuelle begrensninger for effektiv aral- utnyttelse?
- 3 I hvilken grad utarbeides det et tilfredsstillende beslutningsmateriale når det skal planlegges nye sykehusbygg?
- 4 I hvilken grad arbeider helseforetakene systematisk med gevinstrealisering, og i

1) Heretter er det Helse- og omsorgsdepartementets budsjettproposisjoner det vises til. Ansvarlig departement er derfor ikke nevnt i teksten.

hvilken grad blir målene for gevinstrealisering nådd?

- 5 I hvilken grad sikrer de regionale helseforetakenes styring av helseforetakene en hensiktsmessig og effektiv eiendomsforvaltning?
- 6 Hvordan sikrer Helse- og omsorgsdepartementet at helseforetakene forvalter eiendommene på en hensiktsmessig og effektiv måte?



## 2 Metodisk tilnærming og gjennomføring

Undersøkelsen er basert på spørreundersøkelse, intervju og dokumentanalyse. Datamaterialet er fra perioden 2003–2010 med hovedvekt på perioden 2008–2010.

### Dokumentanalyse

For å belyse problemstillingene ble det analysert dokumenter fra foretaksmøter mellom de regionale helseforetakene og helseforetakene, oppdragsdokumenter, styreprotokoller, årlige meldinger og årsrapporter. En tilsvarende dokumentanalyse er gjennomført for de regionale helseforetakene, i tillegg til en analyse av overordnede regionale strategier. Dokumentene som er analysert, er fra årene 2008, 2009 og første halvår 2010.

Konseptrapportene fungerer som beslutningsgrunnlag når det best egnede utbyggingsalternativet skal velges, og for vurderingen av om prosjektet skal realiseres. Undersøkelsen omfatter derfor en dokumentanalyse av ni konseptrapporter, som alle er styrebehandlet i det regionale helseforetaket innen september 2009. Sosial- og helsedirektoratets veileder for tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter kom i april 2006. Det er derfor plukket ut rapporter som er ferdigstilt etter dette tidspunktet. Konseptrapportene er vurdert opp mot Helsedirektoratets veileder. Finansdepartementets ordning for kvalitetssikring av statlige investeringer (KS1) er brukt som grunnlag for analysen der Helsedirektoratets veileder ikke har vært dekkende. I tillegg er det med utgangspunkt i Finansdepartementets anbefalinger i KS1 vurdert om Helsedirektoratets veileder for tidligfaseplanlegging på en god nok måte ivaretar de kravene som bør stilles til konseptrapporter. Dokumentanalysen omfattet videre kvaliteten på de driftsøkonomiske analysene og datagrunnlaget disse analysene er basert på. Det er analysert hvordan foretakets evne til å betjene investeringene vurderes – blant annet hvilke vurderinger/analyser som gjøres ved planlagte driftsbesparelser. Det har vært sentralt å vurdere hvor reelle analysene av alternativene er. Dokumentanalysen av konseptrapportene ble gjennomgått av en ekstern konsulent.

I forbindelse med dokumentanalysen er det i tillegg innhentet enkelte rapporter fra idéfasen, siden vurderinger av alternativer i idéfasen legger

viktige premisser for det videre arbeidet i konseptfasen. Idéfasen ved følgende investeringsprosjekter ble analysert: Nye Molde sykehus (Helse Nordmøre og Romsdal HF), Nytt Østfold-sykehus (Sykehuset Østfold HF) og Psykiatrisk avdeling sykehuset Namsos (Helse Nord-Trøndelag HF).

For å belyse helseforetakenes systematiske tilnærming til gevinstrealisering ble mål og planer for gevinstrealisering analysert. Det ble videre analysert hvor realistiske planene er, og hvordan de følges opp. Analysen retter seg mot helseforetakenes arbeid med å realisere planlagte gevinster som en del av det samlede arbeidet for å sikre økonomisk balanse ved ibruktagelsen av nybygg. Hensikten har vært å avklare i hvilken grad det er sannsynliggjort at forutsetningene for planlagte gevinster vil bli innfridd. En oversikt over byggeprosjekter som har blitt satt i gang etter 2002, og for over 100 mill. kroner, ble innhentet fra de regionale helseforetakene. På bakgrunn av krav stilt til gevinstrealisering ved byggevedtak, er det valgt ut tre byggeprosjekter – Ahus, Stavanger Universitetssjukehus og St. Olavs Hospital – fra tre forskjellige regioner og der investeringsbeløpet varierer. Arbeidet med gevinstrealisering er vurdert opp mot allmenne kriterier presentert i Senter for statlig økonomistyrings (SSØ) veileder i samfunnsøkonomisk analyse og gevinstrealisering av ikt-prosjekter (2006). Dokumentanalysen omfattet sentrale plan- og styringsdokumenter ved hvert av gevinstrealiseringsprosjektene.

For å belyse problemstillingene knyttet til de regionale helseforetakenes og Helse- og omsorgsdepartementets styring og oppfølging har sentrale styringsdokumenter, deriblant St.prp. nr. 1 for perioden 2003–2011, oppdragsdokumenter, protokoller fra foretaksmøter, nasjonale og regionale strategier osv. for perioden 2008–2010 blitt gjennomgått. I tillegg er det brukt sekundærdata som årsrapporter fra Beregningsutvalget for spesialisthelsetjenesten og statistikk fra Statistisk sentralbyrå (SSB) i analysen av blant annet økonomi og finansiering av investeringer.

### **Spørreundersøkelse**

For å belyse tilstanden på bygningsmassen, mål og planer for eiendomsområdet, vedlikehold av bygningsmassen og effektiv arealutnyttelse ble det gjennomført en spørreundersøkelse våren 2010. Data fra spørreundersøkelsen representerer status per april/mai 2010, der ikke annet er angitt. Undersøkelsen ble sendt ut til 23 helseforetak, som utgjør alle helseforetakene med unntak av sykehusapotekene. Spørreskjemaet ble sendt til lederen for eiendomsansvarlig enhet i det enkelte helseforetak på grunn av deres kunnskaper om eiendomsmassen og generelle byggkompetanse. Selv om enkelte spørsmål i spørreskjemaet baserer seg på de eiendomsansvarliges vurderinger, gir svarene en god indikasjon på bygningsmassens tilstand og utfordringer innen eiendomsområdet.

### **Intervjuer**

Det er gjennomført intervjuer med representanter for ledelsen og eiendomsenhetene ved fire utvalgte helseforetak. Intervjuene var en oppfølging av svarene fra spørreskjemaet og omfattet Sykehuset Telemark HF (Helse Sør-Øst), Helse Bergen HF (Helse Vest), Helse Sunnmøre HF (Helse Midt-Norge) og Universitetssykehuset Nord-Norge (Helse Nord).

For å belyse hvilken kvalitet konseptrapportene har som beslutningsgrunnlag i forbindelse med nye byggeprosjekter, er representanter for ledelsen og eiendomsenhetene ved helseforetakene intervjuet om hvordan de utarbeider konseptrapporter. Følgende helseforetak ble intervjuet høsten 2009: Sykehuset Østfold HF (Helse Sør-Øst), Sørlandet sykehus HF (Helse Sør-Øst), Helse Bergen HF (Helse Vest), Helse Nordmøre og Romsdal HF (Helse Midt-Norge), Helse Sunnmøre HF (Helse Midt-Norge), Helse Nord-Trøndelag HF (Helse Midt-Norge) og Nordlandssykehuset HF (Helse Nord).

For å belyse helseforetakenes systematiske arbeid knyttet til gevinstrealisering ble representanter fra helseforetakenes ledelse ved økonomidirektør, og sentrale medarbeidere med ansvar for gevinstrealiseringsarbeidet intervjuet. Hensikten med intervjuene var å få fram erfaringer knyttet til de ulike gevinstrealiseringsprosjektene. Følgende helseforetak ble intervjuet våren 2010: Helse Stavanger HF (Helse Sør-Øst), St. Olavs Hospital HF (Helse Midt-Norge) og Nordlandssykehuset HF (Helse Nord).

For å belyse den overordnede styringen på området er det gjennomført intervjuer med Helse- og omsorgsdepartementet, Helsedirektoratet og representanter for ledelsen og eiendomsområdet ved de regionale helseforetakene. Intervjuene omfattet blant annet oppgave- og ansvarsfordelingen mellom de ulike styringsnivåene innen eiendomsområdet.

## 3 Revisjonskriterier

### 3.1 Helsepolitiske mål og økonomiske krav

Et av målene med spesialisthelsetjenesteloven er å bidra til at ressursene i spesialisthelsetjenesten utnyttes på best mulig måte, jf. lovens § 1-1, punkt 4.

I forarbeidet til helseforetaksloven er klart ansvar og nødvendige fullmakter til de operative enhetene framhevet for å sikre effektiv drift. Dette innebærer at foretakene får styring og ansvar for alle innsatsfaktorene, myndighet til å velge en organisatorisk struktur som fremmer virksomhetens formål, og helhetlig ansvar for driften, jf. Ot.prp. nr. 66 (2000–2001).

Det er videre en klar målsetting om at de regionale helseforetakene skal legge til rette for en bedre sykehusstruktur og funksjonsfordeling, jf. Ot.prp. nr. 66 (2000–2001). Nasjonal helseplan (2007–2010) stiller høye krav til foretakene når det gjelder å effektivisere eksisterende bygningsmasse. Det legges til grunn at ingen lokalsykehus skal legges ned, jf. St.prp. nr. 1 (2006–2007) og Nasjonal helseplan (2007–2010). Arbeidsdelingen mellom sykehusene kan imidlertid vurderes for å sikre god medisinsk kvalitet, jf. Helse- og omsorgsdepartementets strategi for lokalsykehusene som ble presentert i St.prp. nr. 1 (2004–2005).

Nasjonal koordinering av investeringer er et viktig virkemiddel for rasjonell ressursbruk og god kapasitetsutnyttelse. Ifølge St.prp. nr. 1 (2005–2006) skal planer for investeringer bygge på god og framtidsrettet kapasitetsutnyttelse og rasjonelle nasjonale løsninger.

I Innst. S. nr. 243 (2001–2002) uttaler sosialkomiteen at den legger vekt på at det i arbeidet med framtidige systemer for å håndtere investeringer tas hensyn til at helseforetakene skal ha frihet til å kunne se investeringer og drift i sammenheng på et selvstendig grunnlag. Samtidig må nasjonale målsettinger og prioriteringer ivaretas ved at større investeringsprosjekter som har betydning for de helsepolitiske prioriteringene, ses i et nasjonalt perspektiv og styres gjennom nasjonale prioriteringer.

Helseforetakene skal følge regnskapslovens bestemmelser, jf. helseforetaksloven § 43. Dette innebærer at kapitalen som foretakene bruker, må være identifisert og verdsatt, og at kostnadene ved å bruke kapitalen synliggjøres i foretakenes regnskap. Anleggsmidler skal vurderes og bokføres til anskaffelseskost og avskrives over antatt økonomisk levetid.

For at verdien på foretakenes eiendeler skal kunne opprettholdes, må de årlige investeringene over tid være på nivå med de årlige avskrivningene, jf. St.prp. nr. 1 (2008–2009). Midler til å dekke årlige avskrivninger er en del av basisbevilgningen til de regionale helseforetakene. Dersom foretakene ønsker å gjenanskaffe anleggsmidlene raskere, eller i større omfang enn bevilgningsnivået gjør dem i stand til, representerer dette et effektiviseringskrav for virksomheten. Slik effektivisering kan enten skje ved reduksjon av bygningsmassen eller ved effektivisering av øvrig drift, jf. Ot.prp. nr. 56 (2004–2005).

### 3.2 Statlige styringsvirkemidler

De regionale helseforetakene er i hovedsak finansiert ved bevilgninger fra staten. Investeringer i eiendomsmassen finansieres over basisbevilgningen, låneordning fra Helse- og omsorgsdepartementet og foretakets egenkapital. Finansieringsordningens viktigste formål er å understøtte de regionale helseforetakenes ansvar for å tilby spesialisthelsetjenester til regionens befolkning. Tre store utbyggingsprosjekter er i tillegg delfinansiert gjennom særskilte statlige investeringsstilskudd. I tillegg har noen investeringer vært finansiert gjennom Kreftplanen og Opptrappingsplanen for psykisk helsevern.

Helse- og omsorgsdepartementet har flere styringsvirkemidler overfor de regionale helseforetakene. Den politiske styringen skjer i hovedsak gjennom myndighetstiltak, det vil si lover, forskrifter og andre overordnede politiske vedtak. Det helsepolitiske oppdraget og tildelingen av midler skjer gjennom oppdragsdokumentet til de regionale helseforetakene. Gjennom foretaksmøter settes styringskrav på økonomi- og organisasjonsområdet, jf. helseforetaksloven § 16, første og annet ledd.

Ifølge helseforetaksloven § 34 skal de regionale helseforetakene hvert år utarbeide en melding om virksomheten til departementet. Meldingen skal vise hvordan forskjellige krav er fulgt opp, og gi departementet grunnlag for styring og kontroll med de regionale helseforetakene. Meldingen omfatter de helseforetakene som det regionale helseforetaket eier.

Staten skal, innenfor gjeldende lover og regler, forvalte sine eierinteresser i samsvar med overordnede prinsipper for god eierstyring. Det skal blant annet legges spesiell vekt på at målene som er fastsatt for selskapet, nås, og at styret fungerer tilfredsstillende, jf. reglementet for økonomistyring i staten § 10 annet ledd, bokstav c) og d). Styring, oppfølging og kontroll, samt tilhørende retningslinjer, skal tilpasses statens eierandel, selskapets egenart og risiko og vesentlighet. Staten har videre vedtatt ti prinsipper for godt eierskap. Disse er beskrevet i St.meld. nr. 22 (2001–2002) og St.meld. nr. 13 (2006–2007).

Ifølge Ot.prp. nr. 66 (2000–2001) har de regionale helseforetakene et overordnet ansvar for eiendomsforvaltningen i egen region, inkludert oppgaver knyttet til planlegging og utbygging av sykehus. Dette omfatter også styring og finansiering av underliggende helseforetak.

Styringssystemet for investeringer er basert på en kombinasjon av utstrakte fullmakter til foretakene og en overordnet styring. Dette skal sikre at investeringer foretas i samsvar med overordnede helsepolitiske prioriteringer, og at omfanget av investeringer skjer innenfor fastsatte rammer, jf. St.prp. nr. 1 (2002–2003).

### 3.3 Generelle krav til god eiendomsforvaltning

God eiendomsforvaltning innebærer å gi brukerne gode og effektive bygninger til lavest mulig kostnad. Eiendomsforvaltningsutvalget, jf. NOU 2004:22, har fastsatt følgende kriterier for god bygg- og eiendomsforvaltning:

- Det foreligger overordnede politisk bestemte mål for eiendomsforvaltningen.
- Det foreligger et rasjonelt system for planlegging og styring av eiendomsforvaltningen.
- Generelle delkriterier:
  - tilfredsstillende prioriterte brukerbehov
  - effektiv arealutnyttelse
  - godt og verdibevarende vedlikehold
  - kostnadseffektiv eiendomsforvaltning
  - målrettet utvikling av eiendommens kvaliteter

- hensiktsmessig organisering av eiendomsforvaltningen
- riktige økonomiske rammebetingelser tilpasset eiendomsforvaltningens langsiktige karakter
- Lovpålagte krav overfor eier og bruker blir ivare tatt.

Eiendomsforvaltningsutvalgets arbeid var rettet mot kommunale og fylkeskommunale bygg. Kriteriene har imidlertid en generell karakter og er derfor også relevante for eiendomsmassen i spesialisthelsetjenesten.

God styring og oppfølging innebærer at virksomhetene må etablere systemer og rutiner som bidrar til at fastsatte mål og resultatkrav oppnås, at ressursbruken er effektiv, at virksomheten drives i samsvar med lover og regler, og at virksomheten har tilstrekkelig styringsinformasjon og forsvarlig beslutningsgrunnlag. En god mål- og resultatstyring forutsetter at virksomhetsledelsen kjenner til og håndterer risiko. All styring, oppfølging og kontroll må tilpasses virksomhetens egenart, samt risiko og vesentlighet.

Det må finnes relevant informasjon om eiendomsmassen for at en rasjonell, kostnadseffektiv og formåls effektiv eiendomsforvaltning skal kunne sikres. Dette omfatter blant annet informasjon og data om bygningenes tilstand, dokumentasjon knyttet til forvaltning, drift, vedlikehold og utvikling av bygget samt lovpålagt dokumentasjon knyttet til myndighetskrav (HMS-lovgivning osv.) jf. NOU 2004:22, *NS 3454 Livssyklus kostnader for byggverk* og *NS 3424 Tilstandsanalyse for byggverk*.

Helseforetaksloven § 38 stiller krav om at det jevnlig skal rapporteres til styret om foretakets stilling i forhold til vedtatte planer og budsjetter. I Riksrevisjonens Dokument nr. 1 (2007–2008) påpeker departementet at slike rapporter skal omfatte alle relevante forhold knyttet til driften, også vedlikeholdsbehov. Videre skal sykehusene ha vedlikeholdsplaner som støtter kjernevirksomheten på en slik måte at bygningsmassen er hensiktsmessig og forutsigbar. Departementet har ansvaret for å sørge for at de regionale helseforetakene har strategiske planer for sitt vedlikehold slik at nødvendige og prioriteringsmessig riktig vedlikehold gjennomføres.

### 3.4 Krav til investeringer i helseforetakenes eiendomsmasse

Departementet har ansvaret for å se til at foretakene har utviklet tilstrekkelige rutiner for å styre investeringsprosjekter. Dette innebærer blant annet at de bruker anerkjente metoder for å kvalitetssikre prosjekter, jf. St.prp. nr. 1 (2002–2003). Prosjektstyringen skal sikre at prosjektene som settes i gang, er riktige og realistiske, og at prosjektene gjennomføres effektivt med hensyn til kostnader og framdrift, jf. St.prp. nr. 1 (2004–2005).

De regionale helseforetakene har ansvar for å sikre forsvarlig styring og kvalifisert håndtering av sine investeringsprosjekter. Dette innebærer at de har systemer og rutiner for styring, kontroll og kvalitetssikring som reflekterer betydning av og risiko ved investeringsprosjekter, både for byggområdet generelt og med særskilte krav til større prosjekter som overstiger 500 mill. kroner, St.prp. nr. 1 (2004–2005).

Foretakene må sørge for at kostnader ved investeringer lar seg håndtere innenfor kommende års økonomiske rammer. Framtidig kostnadsbilde avhenger av framtidige driftskostnader knyttet til investeringer og rentekostnader knyttet til lånefinansiering av investeringen. Framtidige driftskostnader avhenger av om det er lagt opp til en rasjonell og hensiktsmessig drift i nybygget, og om investeringen fører med seg endringer knyttet til årlige avskrivninger, jf. St.prp. nr. 1 (2005–2006).

Ifølge St.prp. nr. 1 (2004–2005) legger Helse- og omsorgsdepartementet til grunn at forhold som er av sentral betydning for god prosjektstyring og kvalitetssikring, og som ligger bak Finansdepartementets ordning for store statlige investeringer (den såkalte Gul bok-ordningen), også må ivaretas i de regionale helseforetakenes opplegg for styring og kvalitetssikring.

Ifølge Helsedirektoratets veileder for tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter fra 2006 (revidert 2009), som bygger på de samme prinsippene som ligger til grunn for Finansdepartementets kvalitetssikring av konseptvalget (KS1), skal tidligfaseplanleggingen sikre at investeringen følger behov, rammer og overordnede målsettinger. I denne fasen er det viktig å utrede alle aktuelle muligheter og sikre at beslutningsgrunnlaget er så komplett og oppdatert som mulig. Det stilles krav om at minst to alternativer skal vurderes i tillegg til et nullalternativ, dvs. dagens situasjon med eventuelle nødvendige oppgraderinger.

For prosjekter over 1 mrd. kroner skal resultater og de regionale helseforetakenes vurderinger etter endt konseptfase legges fram for departementet for en vurdering av prosjektets totaløkonomi sett i forhold til regionens økonomiske bæreevne, jf. St.prp. nr. 1 (2006–2007) og Norsk helseplan (2007–2010). Det er videre et krav i spesialisthelsetjenesteloven om at departementet skal godkjenne bygging, nybygging og ombygging av sykehus når kostnaden er anslått til over 500 mill. kroner, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 4.1 og forskrift om godkjenning, sykehusfunksjoner.

I Nasjonal helseplan (2007–2010) varsler departementet at det i planperioden vil videreutvikle og forbedre datagrunnlaget og metodikken knyttet til investeringsbeslutninger.

I de fleste byggeprosjekter vil det ligge forventninger om realisering av gevinster etter at prosjektet er avsluttet. Med gevinstrealisering menes å sørge for at de gevinster som var forventet av et prosjekt eller et tiltak faktisk blir realisert. Senter for statlig økonomistyring (SSØ) har utarbeidet en veileder i samfunnsøkonomisk analyse og gevinstrealisering av IKT-prosjekter (2006), som angir allmenne kriterier for arbeidet med å utrede, planlegge og realisere gevinster. Veilederen er sektoruavhengig og kan brukes innenfor alle typer av prosjekter hvor det er nødvendig med aktiv oppfølging for å realisere gevinstene. Veilederen legger til grunn at det bør utarbeides en plan for gevinster, det vil si en oversikt over hvilke sentrale nyttevirksomheter og/eller kostnadsbesparelser (både økonomiske og kvalitative) som virksomheten sikter å oppnå med tiltaket, og i tillegg en konkret oppfølgingsplan for uttak av gevinster. Denne planen bør blant annet beskrive hvordan gevinstene skal tas ut, og hvem som har ansvar for å ta dem ut. Dette arbeidet må følges opp over tid og være godt forankret.

## 4 Eiendomsforvaltning i helseforetakene

### 4.1 Verdibevarende vedlikehold

#### 4.1.1 Bygningsmassens tilstand og oppgraderingsbehov

Opplysninger fra helseforetakene, gjengitt i figur 1, viser at hoveddelen av bygningsmassen til helseforetakene er bygget mellom 1970 og 1999.

I overkant av 20 prosent av bygningsmassen er bygget etter 2000. Helseforetakene i Helse Nord har den største andelen eldre bygningsmasse, med 44 prosent bygningsmasse som er bygget før 1970. Helseforetakene i Helse Midt-Norge har størst andel av bygningsmasse som er bygget etter 2000, med 32 prosent.

En kartlegging fra 2008 viser at bygningsmassen til helseforetakene i gjennomsnitt er rundt 40 år gammel (Multiconsult 2008).

Tilstandsvurderinger av bygg skal redegjøre for byggets tekniske forhold. En tilstandsanalyse brukes blant annet som grunnlag for planlegging av vedlikehold, utbedring og ombygging.

En kartlegging fra 2008 anslår at rundt 40 prosent av helseforetakenes bygningsmasse var i dårlig teknisk tilstand i 2007, mens rundt 25 prosent av bygningsmassen ikke hadde symptomer på dårlig tilstand (Multiconsult 2008).

#### Tekstboks 1 Tilstandsvurdering av bygg

Tilstandsvurdering av bygg gjennomføres på en skala fra 0 til 3. Tilstandsgradene rangeres som følger:

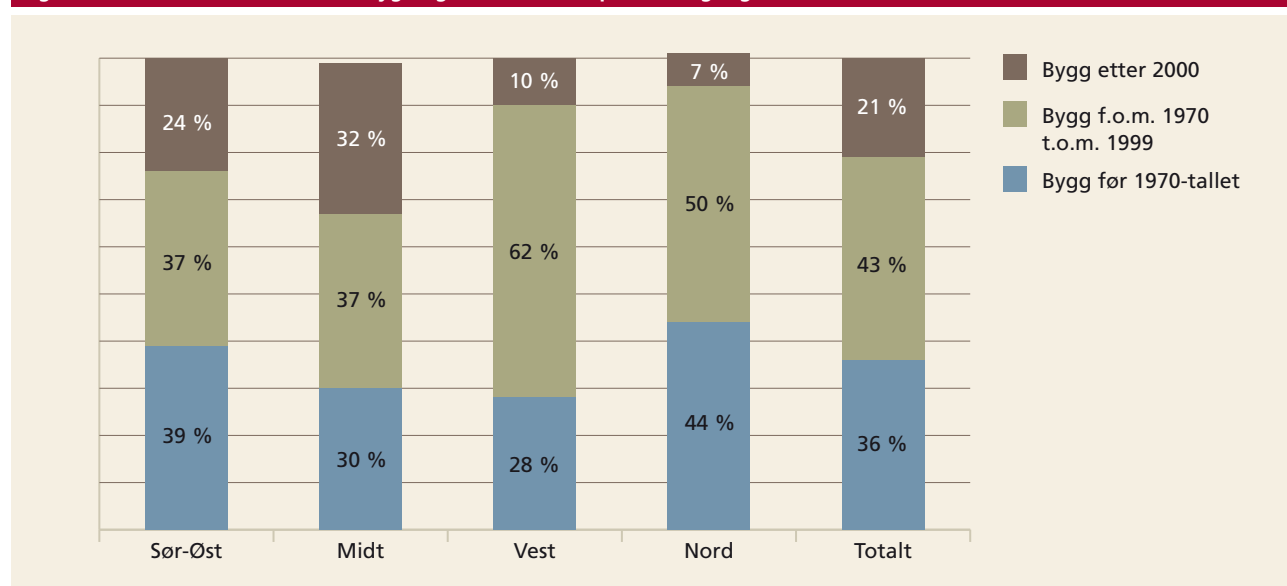
- 0 = ingen symptomer på dårlig tilstand
- 1 = svake symptomer på dårlig tilstand
- 2 = middels kraftige symptomer på dårlig tilstand
- 3 = kraftige symptomer på dårlig tilstand

Tilstandsgrad 0 og 1 er et uttrykk for god tilstand, mens tilstandsgrad 2 og 3 er et uttrykk for dårlig tilstand.

*Norsk Standard 3424 – Tilstandsanalyse for byggverk – Innhold og gjennomføring* gir rammeverket for hva som legges til grunn i en tilstandsanalyse, og hvordan analyser skal gjennomføres.

Det framgår av Riksrevisjonens spørreundersøkelse fra 2010 at helseforetakene til sammen har kartlagt tilstanden til 74 prosent av den totale bygningsmassen. Det varierer mellom regionene hvor stor andel av bygningsmassen som er kartlagt for å få informasjon om teknisk tilstand. Opplysninger fra spørreundersøkelsen viser at helseforetakene i Helse Sør-Øst har kartlagt 86 prosent av bygningsmassen for å få informasjon om teknisk tilstand. Helseforetakene i Helse Midt-Norge har kartlagt 82 prosent, mens helseforetakene i Helse Nord har kartlagt 55 prosent

Figur 1 Helseforetakenes samlede bygningsmasse fordelt på alder og region



Kilde: Spørreundersøkelse til helseforetakene, Riksrevisjonen, 2010



Kilde: Colourbox

av bygningsmassen. Helseforetakene i Helse Vest har kartlagt minst, med 53 prosent av bygningsmassen.

I spørreundersøkelsen til helseforetakene er eiendomsansvarlig bedt om å anslå tilstanden til helseforetakets totale bygningsmasse, det vil si også det som ikke er kartlagt, fordelt på tilstandsgrad fra 0 til 3.

Informasjon fra spørreundersøkelsen viser at rundt halvparten av arealet til helseforetakene vurderes av de eiendomsansvarlige til å ha tilstandsgrad 2 og 3. Dette innebærer at rundt 40 prosent av den totale bygningsmassen til helseforetakene har middels kraftige symptomer på dårlig tilstand, mens 10 prosent av den totale bygningsmassen har kraftige symptomer. Eiendomsansvarlige ved helseforetakene vurderer videre i overkant av 30 prosent av den totale bygningsmassen til tilstandsgrad 1, mens 20 prosent av bygningsmassen vurderes til tilstandsgrad 0, altså at den ikke har noen symptomer på dårlig tilstand.

Opplysninger fra helseforetakene viser at tilstanden på bygningsmassen varierer mellom helseregionene, fra rundt 60 prosent bygningsmasse med middels kraftige og kraftige symptomer på dårlig tilstand i Helse Nord og Helse Vest, til rundt 40 prosent bygningsmasse med middels kraftige og kraftige symptomer på dårlig tilstand i Helse Midt-Norge og Helse Sør-Øst. Helse Nord er den helseregionen som har investert minst i eiendomsmassen, jf. tabell 13 i kapittel 7.3, mens Helse Midt-Norge har hatt store nybyggingsprosjekter ved St. Olavs Hospital.

Eiendomsansvarlig i helseforetakene i både Helse Sør-Øst og Helse Nord vurderer at rundt 50 prosent av bygningsmassen har fått dårligere tilstand i perioden fra 2003 til 2010, mens eiendomsansvarlige i helseforetakene i Helse Vest vurderer at rundt 70 prosent av den samlede bygningsmassen i regionen har fått dårligere tilstand. Helse Midt-Norge skiller seg noe ut. Her oppgir eiendomsansvarlige i helseforetakene at store deler av den totale bygningsmassen har blitt bedre i perioden.

Der bygningsmassen har blitt dårligere, oppgir eiendomsansvarlige at dette skyldes nedprioritering av forebyggende vedlikehold. Helseforetakene framhever ulike årsaker til at vedlikehold har blitt nedprioritert. Enkelte peker på at forebyggende vedlikehold har vært nedprioritert siden lokalene inngår i en investeringsplan, og/eller at lokalene skal avhendes. I tillegg pekes det i intervju på at det ikke settes av tilstrekkelige midler til vedlikehold.

#### Tekstboks 2 Teknisk oppgraderingsbehov

Med oppgraderingsbehov menes kostnad ved å heve bygningenes tilstand til en tilstand som tilsvarer tilstandsgrad 1 i henhold til NS 3424.

Dette innebærer at bygningsdeler som er registrert med dårligere tilstand enn tilstandsgrad 1, har et behov for oppgradering.

Det framgår av spørreundersøkelsen at ved 18 helseforetak oppgir eiendomsansvarlige at det er beregnet et teknisk oppgraderingsbehov (se tekstboks 2) for hele eller deler av bygningsmassen. Fem eiendomsansvarlige svarer at det ikke er gjennomført beregninger for å fastslå oppgraderingsbehovet. De 18 helseforetakene som har gjennomført beregninger, har hovedsakelig gjennomført disse i perioden mellom 2006 og 2010. Helseforetakene har samlet kartlagt og beregnet et teknisk oppgraderingsbehov for 73 prosent av den totale bygningsmassen.

Tabell 1 Teknisk oppgraderingsbehov fordelt på helseregioner

Helseregion	Teknisk oppgraderingsbehov (avrundet til nærmeste hele mill. kr)	Oppgraderingsbehov i kr per kvm (avrundet til nærmeste hele 1000 kr)
Helse Sør-Øst	9 900 (51 %)	6 000
Helse Vest	3 100 (16 %)	5 000
Helse Midt-Norge	2 400 (13 %)	4 000
Helse Nord	3 900 (20 %)	9 000
<b>Totalt</b>	<b>19 300 (100%)</b>	<b>6 000</b>

Kilde: Spørreundersøkelse til helseforetakene, Riksrevisjonen, 2010

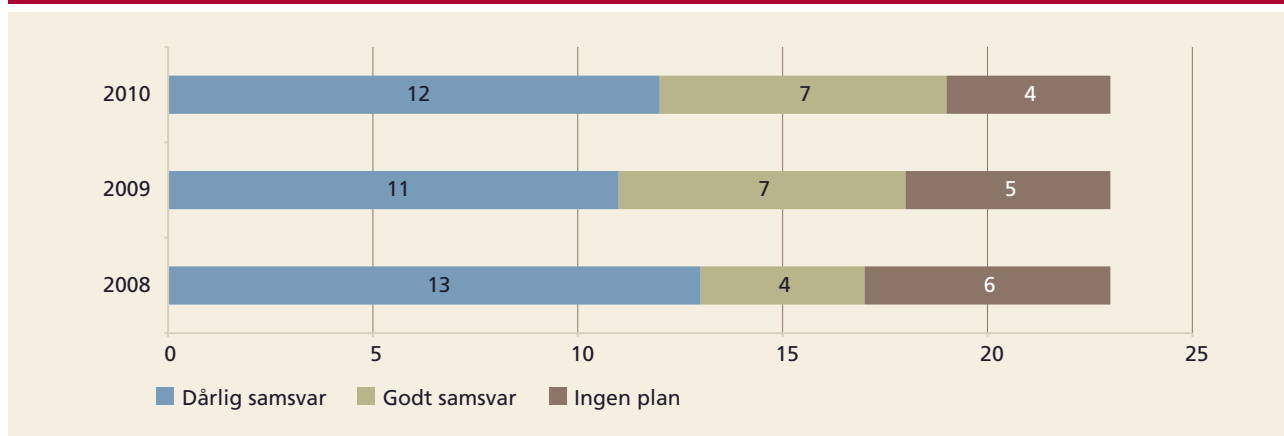
Ifølge tabell 1 oppgis det samlede tekniske oppgraderingsbehovet for alle helseforetakene å beløpe seg til rundt 19 mrd. kroner.<sup>2</sup> Helseforetakene i Helse Sør-Øst oppgir å ha det største tekniske oppgraderingsbehovet i antall kroner, med 9,9 mrd. kroner, som utgjør rundt 6000 kroner per kvadratmeter. Helseforetakene i Helse Nord har det dyreste oppgraderingsbehovet per kvadratmeter: i gjennomsnitt 9000 kroner.

En kartlegging fra 2008 anslo at oppgraderingsbehovet til helseforetakene var i størrelsesordenen 20–25 mrd. kroner (Multiconsult 2008).

#### 4.1.2 Vedlikehold, planer og styringsinformasjon

Det framgår av spørreundersøkelsen at 3 av 23 helseforetak har utarbeidet en plan som omfatter langsiktige vedlikeholdstiltak, mens 19 av 23 helseforetak har utarbeidet en årlig plan for vedlikeholdsprosjektene i 2010.

Figur 2 Antall helseforetak med samsvar mellom midler i den årlige vedlikeholdsplanen og det som anslås som tilstrekkelig for å sikre forebyggende vedlikehold (N = 23)



Kilde: Spørreundersøkelse til helseforetakene, Riksrevisjonen, 2010

2) Dette beløpet er ikke korrigert for pågående eller vedtatte byggeprosjekter.



Det framgår av figur 2 at i 2010 mente rundt halvparten av eiendomsansvarlige i helseforetakene at det var dårlig samsvar mellom den årlige vedlikeholdsplanen og det reelle behovet for vedlikehold. Antallet helseforetak som oppgis å ha dårlig samsvar mellom vedlikeholdsplanene og det reelle behovet, har holdt seg stabilt i perioden fra 2008 til 2010. Antallet helseforetak som oppgir å ha godt samsvar mellom årlig vedlikeholdsplan og det reelle behovet, har nesten fordoblet seg fra 2008 til 2010.

Eiendomsansvarlig ble i spørreundersøkelsen bedt om å oppgi hvor mange av tiltakene i den årlige vedlikeholdsplanen som ble gjennomført i 2008 og 2009. Spørreundersøkelsen viser at det har vært en økning i antall helseforetak som opplever at det er lite samsvar mellom planlagte og gjennomførte vedlikeholdstiltak, fra sju helseforetak i 2008 til ni helseforetak i 2009. En rekke helseforetak klarer ikke å gjennomføre de planlagte tiltakene i vedlikeholdsplanen, til tross for at vedlikeholdsplanene for rundt halvparten av helseforetakene ikke reflekterer det reelle vedlikeholdsbehovet, jf. figur 2.

Halvparten av de eiendomsansvarlige oppgir at helseforetaket måtte bruke midler på skadeutbedringer i 2008 og 2009 på grunn av utsatt vedlikehold av bygningsmassen. Ved 20 av 23 helseforetak mener eiendomsansvarlig at nivået på dagens vedlikehold av bygninger fører til at det utvikler seg fordyrende følgeskader. Det framgår videre av spørreundersøkelsen at alle helseforetakene har hatt bygningsmessige eksterne tilsyn i 2008 og 2009. Ved rundt 70 prosent av tilsynene

har det blitt avdekket avvik fra gjeldende lover og forskrifter.

Spørreundersøkelsen viser at en firedel av de eiendomsansvarlige ved helseforetakene ikke har informasjon om hva som ble brukt til forebyggende vedlikehold i 2008 og 2009. De helseforetakene som har oversikt over hva som ble brukt på forebyggende vedlikehold, viser til at de har hatt en økning i antall kroner per kvadratmeter til forebyggende vedlikehold – fra 111 kroner i 2008 til 145 kroner i 2009. Dette er en økning på vel 30 prosent.

Både Helse Sør-Øst RHF, Helse Midt-Norge RHF og Helse Nord RHF peker i intervju på at helseforetakene begrunner manglende vedlikehold med at det ikke er rom innenfor den nåværende økonomiske rammen til å sette av tilstrekkelige midler til vedlikehold. Det framkommer i intervju at Helse Midt-Norge RHF har stilt krav i form av at foretakene skal ha et vedlikeholdsnivå på 200 kroner per kvadratmeter til ordinært vedlikehold. Dette er for å understreke betydningen av et visst vedlikeholdsnivå. Normtallet er ikke ment som et absolutt nivå, men som et signal om betydningen og ansvarliggjøring av tilstrekkelig vedlikehold hos helseforetakene.

God styring og oppfølging forutsetter tilstrekkelig styringsinformasjon og forsvarlig beslutningsgrunnlag.

Tabell 2 viser at fem helseforetak har oppgitt å ha etablert rutiner for jevnlig oppdatering av informasjon om hele bygningsmassen, mens fire helseforetak oppgir at det er etablert rutiner for jevnlig

**Tabell 2 Rutiner for jevnlig oppdatering av informasjon om bygningsmassen (N = 23)**

Rutiner for jevnlig oppdatering av informasjon for <i>hele</i> bygningsmassen	Rutiner for jevnlig oppdatering av informasjon for <i>deler</i> av bygningsmassen	Ingen rutiner for jevnlig oppdatering av informasjon om bygningsmassen
Akershus Universitetssykehus HF Sykehuset Telemark HF Helse Fonna HF Helse Nord-Trøndelag HF St. Olavs Hospital HF	Oslo Universitetssykehus HF Sykehuset Innlandet HF Rusbehandling Midt-Norge HF Universitetssykehuset Nord-Norge HF	Vestre Viken HF Helgelandssykehuset HF Psykiatrien i Vestfold HF Sørlandet Sykehus HF Sunnaas sykehus HF* Sykehuset i Vestfold HF* Sykehuset Østfold HF* Helse Bergen HF Helse Stavanger HF Helse Førde HF* Helse Nordmøre og Romsdal HF Helse Sunnmøre HF Helse Finnmark HF* Nordlandssykehuset HF*

\* Helseforetaket har oppgitt at det er under arbeid.

Kilde: Spørreundersøkelse til helseforetakene, Riksrevisjonen, 2010

oppdatering av informasjon om deler av bygningsmassen. Tolv av helseforetakene oppgir å ikke ha rutiner for jevnlig oppdatering av informasjon om bygningsmassen.

Nøkkeltall for bygg- og eiendomsforvaltningen kan gi grunnlag for å vurdere kostnadsnivået i forhold til interne mål eller opp mot andre helseforetak. Sammenlikning av nøkkeltall mellom helseforetak forutsetter at denne typen kostnader føres på en standardisert måte (Multiconsult, NBEF og NTNU 2008). Tabell 3 nedenfor viser en oversikt over om helseforetaket har utarbeidet nøkkeltall, om det benytter Norsk Standard (NS) for å føre vedlikeholdskostnader, og om kostnadene er sammenlignet med andre helseforetak.

Det framgår av tabell 3 at tre helseforetak har utarbeidet nøkkeltall for hele bygningsmassen, brukt nøkkeltallene som grunnlag for sammenlikning med andre helseforetak i 2009, og basert registreringen av FDVU-kostnader (forvaltning, drift, vedlikehold, utvikling) på NS 3454. Ytterligere seks helseforetak fører vedlikeholdskostnadene på en slik måte at det er potensial for å foreta sammenlikninger, mens 12 helseforetak baserer registreringen av FDVU-kostnader på en slik måte at det er vanskelig å sammenligne. Tabellen viser videre at det er tre helseforetak som verken har utarbeidet nøkkeltall for bygningsmassen, basert registreringen av FDVU-kostnader

på NS 3454, eller gjennomført sammenlikninger med andre helseforetak (markert i tabellen).

#### 4.2 Måltrettet utvikling og effektiv utnyttelse av bygningsmassen

Utviklingen av eiendomsmassen har stor betydning for kjernevirksomheten. Dette følger av behovet for effektiv drift, endringer i funksjonsfordeling og nye behandlingstilbud (Multiconsult 2008). Framskrivninger av behov for arealer, som er basert på utvikling i befolkning og sykdom, teknologisk utvikling og utvikling i behandlingsformer, indikerer at det i årene framover ikke vil være behov for mer areal. Det vil imidlertid være behov for en langt bedre utnyttelse av arealer og utstyr enn i dag (Nasjonal helseplan 2007–2010). Det framgår av spørreundersøkelsen at helseforetakene til sammen har kartlagt halvparten av den totale bygningsmassen når det gjelder det langsiktige arealbehovet.

Helseforetakene disponerte per 01.01.2010 til sammen 4,7 mill. kvadratmeter bygningsmasse. Tabell 4 gir en oversikt over arealutviklingen for perioden 01.01.2003–01.01.2010.

Tabell 4 viser at arealet samlet sett har økt med 460 000 kvm i perioden 2003–2010. Dette tilsvarer en økning på 11 prosent. Helse Midt-Norge

Tabell 3 Helseforetakenes utarbeidelse av og bruk av nøkkeltall for vedlikeholdskostnader (N = 23)

		Helseforetaket benytter NS 3454 for kontering av FDVU-kostnader		Helseforetaket benytter ikke NS 3454 for kontering av FDVU-kostnader	
		Helseforetaket gjennomførte en sammenlikning av nøkkeltallene for vedlikeholdskostnader med andre helseforetak i 2009	Helseforetaket har ikke gjennomført en sammenlikning av nøkkeltallene for vedlikeholdskostnader med andre helseforetak i 2009	Helseforetaket gjennomførte en sammenlikning av nøkkeltallene for vedlikeholdskostnader med andre helseforetak i 2009	Helseforetaket har ikke gjennomført en sammenlikning av nøkkeltallene for vedlikeholdskostnader med andre helseforetak i 2009
Helseforetaket har utarbeidet nøkkeltall for vedlikeholdskostnader for 2009	Hele bygningsmassen	Helgelandssykehuset, Helse Førde, Sørlandet Sykehus	Sykehuset Vestfold, Sykehuset Telemark, St. Olavs Hospital	Helse Bergen, Helse Stavanger, Helse Nord-Trøndelag, Akershus Universitetssykehus, Sykehuset Østfold	Sykehuset Innlandet, Helse Sunnmøre
	Deler av bygningsmassen	Universitetssykehuset Nord-Norge, Oslo Universitetssykehus, Helse Fonna	Nordlandssykehuset	Helse Finnmark	Ingen helseforetak
	Ikke utarbeidet	Ingen helseforetak	Psykiatrien i Vestfold, Vestre Viken	Ingen helseforetak	Sunnaas sykehus, Helse Nordmøre og Romsdal, Rusbehandling Midt-Norge

Kilde: Spørreundersøkelse til helseforetakene, Riksrevisjonen, 2010

**Tabell 4 Arealutvikling 2003–2010, per region og nasjonalt**

Region	År	2003	2010*	Arealendring	Prosentvis endring 2003–2010
Helse Sør-Øst		2 356 000	2 585 000	229 000	10 %
Helse Vest		754 000	822 000	68 000	9 %
Helse Midt-Norge**		599 000	729 000	130 000	22 %
Helse Nord		525 000	558 000	33 000	6 %
<b>SUM</b>		<b>4 230 000</b>	<b>4 694 000</b>	<b>460 000</b>	<b>11 %</b>

\* Areal tall per 01.01.2010.

\*\* Ved bygging av nye St. Olavs Hospital ble det solgt og revet 66 200 kvm i løpet av 2010.

Kilde: Spørreundersøkelse til helseforetakene, Riksrevisjonen, 2010

har størst prosentvis økning med 22 prosent, mens de øvrige regionene har en arealøkning på mellom 6 og 10 prosent. Økningen i Helse Midt-Norge skyldes hovedsakelig nye St. Olavs Hospital, som etter planen skal være ferdigstilt i 2014.

Det er solgt (avhendet) areal for totalt 750 mill. kroner i perioden (SSB 2010). Tabell 5 gir en oversikt over hvor mye areal hver helseregion har avhendet i perioden. Med avhending menes salg av eiendom. Areal som er avhendet, og arealreduksjon regnes ikke som det samme, siden arealreduksjon like gjerne kan være riving av areal.

**Tabell 5 Avhendet areal per region, 2003–2010**

Region	Areal	Avhendet areal (kvm)	Andel avhendet areal av totalt areal 2003
Helse Sør-Øst		89 000	4 %
Helse Vest		18 000	2 %
Helse Midt-Norge		37 000	6 %
Helse Nord		10 000	2 %
<b>SUM</b>		<b>149 000</b>	<b>3,5 %</b>

Kilde: Spørreundersøkelse til helseforetakene, Riksrevisjonen, 2010



Kilde: Colourbox

Helseforetakene avhendet til sammen 149 000 kvm i perioden 2003–2010. Dette utgjør 3,5 prosent av totalarealet i 2003. Helse Sør-Øst er den regionen som avhendet mest areal med 89 000 kvm, mens Helse Midt-Norge er den regionen som avhendet den største andelen av sitt totale areal. Avhending av areal i Helse Midt-Norge må ses i sammenheng med salg av bygg i forbindelse med nybygging ved St. Olavs Hospital HF.

### Tekstboks 3 Funksjonalitet og tilpasningsdyktighet

En bygnings funksjonalitet er et uttrykk for bygningens egenskaper ut fra behovene i foretakets kjernevirksomhet, det vil si om bygningen har egenskaper som muliggjør effektiv drift og ønsket kapasitet og kvalitet i lokalene.

Med tilpasningsdyktighet menes om bygningen enkelt kan møte kjernevirksomhetens behov og endrede krav som stilles til virksomheten.

Kombinasjonen av funksjonalitet og tilpasningsdyktighet gir uttrykk for en bygnings utviklingspotensial.

Kilde: Multiconsult, NBEF, NTNU 2008

Potensialet for arealutvikling og effektiv arealutnyttelse avhenger blant annet av bygningsmassens funksjonalitet i forhold til dagens drift, og tilpasningsdyktighet ved endringer i kjernevirksomheten på lengre sikt. Spørreundersøkelsen viser at funksjonalitet er kartlagt for rundt 60 prosent av det totale arealet, og tilpasningsdyktighet er kartlagt for rundt 50 prosent.

De eiendomsansvarlige ved helseforetakene ble bedt om å opplyse hvor mye av den totale bygningsmassen som anses som lite funksjonelt og lite tilpasningsdyktig. Dårlig funksjonalitet og dårlig tilpasningsdyktighet er ikke gjensidig utelukkende.

Figur 3 viser at areal med dårlig funksjonalitet utgjør 0,9 mill. kvm. Dette innebærer at 19 prosent

av det totale arealet vurderes å ikke tilfredsstillere behovene i kjernevirksomheten på en god måte. De eiendomsansvarlige opplyser videre at 1,3 mill. kvm vurderes å ha dårlig tilpasningsdyktighet, noe som utgjør 28 prosent av det totale arealet. Dette kan på lengre sikt gjøre det vanskelig for helseforetakene å imøtekomme endrede krav og behov til kjernevirksomheten.

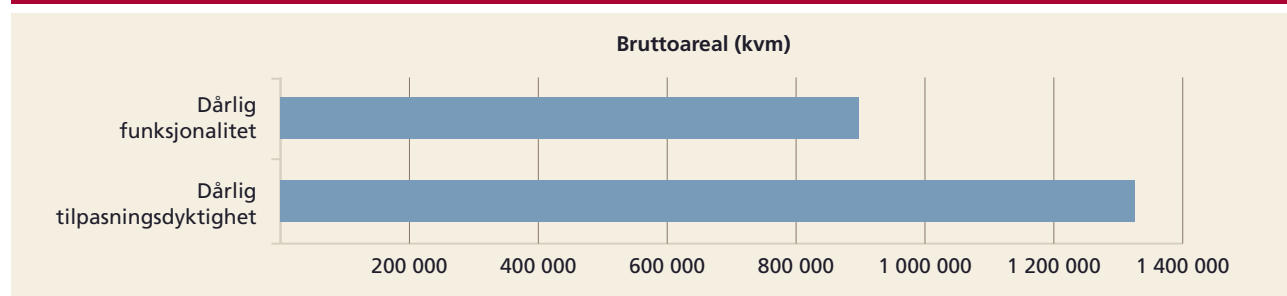
Det er videre sett på om helseforetakene har mål og langsiktige planer for bygningsmassen.

Tabell 6 viser at fem helseforetak har besluttet både mål og en langsiktig plan for bygningsmassen. Tabellen viser videre at det er ni helseforetak som ikke har besluttet verken mål for bygningsmassen eller en langsiktig plan for bygningsmassen.

Nærmere undersøkelse av spørreskjemadataene viser at elleve helseforetak har planer for hele eller deler av bygningsmassen. Av disse oppgir åtte at planen omfatter tiltak for arealeffektivisering. De eiendomsansvarlige ble bedt om å oppgi tiltak som har blitt gjennomført for å effektivisere arealene, selv om helseforetaket ikke har en langsiktig plan. Alle helseforetakene i undersøkelsen oppgir å ha gjennomført tre eller flere tiltak for arealeffektivisering etter 01.01.2008. De vanligste tiltakene er ombygging og relokalisering/omrokering av areal.

Det framgår av spørreundersøkelsen at 18 av 23 eiendomsansvarlige anser at kapasiteten i bygningsmassen har blitt mer effektiv i perioden 2003–2009. Måling av arealeffektivitet forutsetter imidlertid en entydig og felles identifikasjon av de rom som den enkelte funksjon krever, og de aktiviteter som utføres i disse rommene. Areal-effektivitet har ikke vært mulig å måle basert på nåværende opplysninger om arealbruk i forhold til produksjon.

Figur 3 Areal (BTA) med dårlig funksjonalitet og tilpasningsdyktighet (N = 23)



Kilde: Spørreundersøkelse til helseforetakene, Riksrevisjonen, 2010

**Tabell 6 Mål og langsiktige planer for bygningsmassen (N = 23)**

		Helseforetaket har besluttet mål for bygningsmassen	
		JA	NEI
Helseforetaket har besluttet en langsiktig plan for bygningsmassen	JA	Sunnaas sykehus HF Sykehuset i Vestfold HF Helse Bergen HF Helse Fonna HF St. Olavs Hospital HF	Rusbehandling Midt-Norge HF Universitetssykehuset Nord-Norge HF Østfold sykehus HF* Psykiatrien i Vestfold HF* Nordlandssykehuset HF* Helse Finnmark HF*
	NEI	Sykehus Innlandet HF Oslo Universitetssykehus HF* Sykehuset Telemark HF*	Akershus Universitetssykehus HF Sørlandet sykehus HF Helgelandssykehuset HF Vestre Viken HF* Helse Stavanger HF* Helse Førde HF* Helse Sunnmøre HF* Helse Nordmøre og Romsdal HF* Helse Nord-Trøndelag HF*

\* Helseforetaket har oppgitt at det er under arbeid.

Kilde: Spørreundersøkelse til helseforetakene, Riksrevisjonen, 2010

**Tabell 7 Planlagt registrering av hele arealet etter felles klassifikasjonssystem (N = 22)**

Registrert	Planlagt registrert i perioden 2010–2011	Planlagt registrert innen 2012 eller senere
Oslo Universitetssykehus HF Sunnaas sykehus HF Sykehuset Telemark HF Sykehuset Østfold HF Helse Stavanger HF	Psykiatrien i Vestfold HF Sykehuset i Vestfold HF Sykehuset Innlandet HF Sørlandet sykehus HF Helse Bergen HF Helse Førde HF Helse Nordmøre og Romsdal HF Helse Nord-Trøndelag HF St. Olavs Hospital HF Helse Sunnmøre HF Nordlandssykehuset HF Universitetssykehuset Nord-Norge HF	Akershus universitetssykehus HF Vestre Viken HF Helse Fonna HF Helse Finnmark HF* Helgelandssykehuset HF*

\* Helseforetaket opplyser at de er ukjent med når hele helseforetakets areal vil være registrert i tråd med klassifikasjonssystemet.

Kilde: Spørreundersøkelse til helseforetakene, Riksrevisjonen, 2010

Målet med å etablere et nasjonalt klassifikasjonssystem er å etablere en standard og et datagrunnlag for å kunne beskrive og analysere hva rom og areal brukes til, og hvor effektivt de utnyttes. Ved kjennskap til omfanget av aktiviteter innenfor en gitt funksjon, for eksempel en operasjonsstue, kan arealeffektivitet beregnes (Sintef 2006). I spørreundersøkelsen ble de eiendomsansvarlige bedt om å oppgi når de planlegger at hele deres areal vil være klassifisert etter klassifikasjonssystemet.<sup>3</sup>

Tabell 7 viser at fem helseforetak allerede har registrert arealet etter den nye standarden. Over halvparten av helseforetakene planlegger å ha hele arealet klassifisert i løpet av 2010–2011.

Tre helseforetak planlegger å ha klassifisert arealet i løpet av 2012 eller senere.

3) Kravet om å registrere arealet i et felles klassifikasjonssystem kom i foretaksmøtet mellom Helse- og omsorgsdepartementet og de regionale helseforetakene i 2010.

## 5 Investeringsbeslutninger og oppfølging av krav til gevinstrealisering

### 5.1 Konseptrapportene som beslutningsdokument

#### 5.1.1 Krav til konseptfasen

Tidligfaseplanleggingen for sykehusutbygginger kan spores tilbake til 2002. Planleggingen omfatter alle aktiviteter fra ideen blir unnfanget, til endelig beslutning om gjennomføring er tatt (se tekstboks). For å sikre en effektiv og målrettet planlegging av sykehusutbygginger og for å styrke kvaliteten i planprosessen utarbeidet Sosial- og helsedirektoratet en veileder for tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter i april 2006. Veilederen ble oppdatert i august 2009. Hvis det ikke går fram spesielt av teksten, er det veilederen fra 2006 det henvises til. Selv om Finansdepartementets ordning for kvalitetssikring av statlige byggeprosjekter ikke gjelder for de regionale helseforetakene, bygger veilederen på de samme prinsippene som ligger til grunn for Finansdepartementets kvalitetssikring av konseptvalget (KS1), kjent som KS-ordningen.

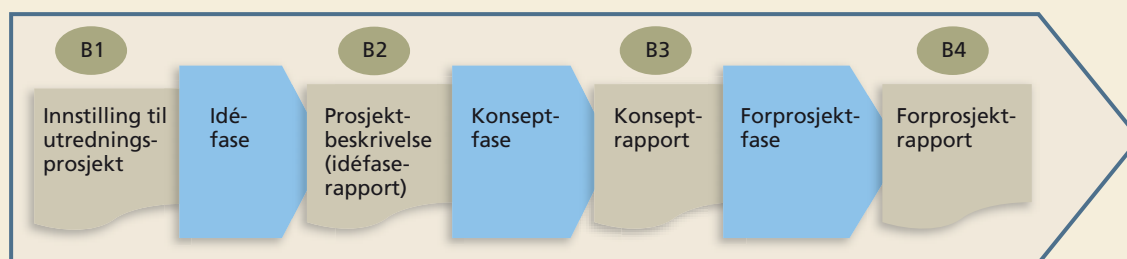
I veilederen er det vist til brev fra Helsedepartementet datert 31.12.2002: "Beslutning om og gjennomføring av investeringsprosjekter i de regionale helseforetakene" og Helsedepartementets brev datert 12.02.2004 "Styring og kvalitets-

sikring av investeringsprosjekter i de regionale helseforetakene". I førstnevnte brev av 2002 stilles det krav om en utredningsmessig mellom-fase som kalles konseptfasen, der det foretas en vurdering av alternative investeringer med begrunnelse for valgt alternativ. Det forutsettes at de regionale helseforetakene har nødvendig kvalitet på beslutningsprosesser og gjennomføring av prosjekter. Det legges videre til grunn at kvalitetssikringssystemene skal være minst like gode som i statlige forvaltningsorganer.

Helsedirektoratets veileder gir, på et overordnet nivå, retningslinjer for hva som bør inngå i konseptfasen, hvilke analyser som bør gjennomføres, og hvilke beslutningsdokumenter som bør utarbeides. Veilederen angir ingen beløpsgrense for når tidligfaseplanlegging skal benyttes.

Konseptfasen skal beskrive løsningsforslag, økonomi og finansiering for ulike utbyggingsalternativer. Den skal omfatte en realitetsvurdering av mulighetene for at prosjektet kan gjennomføres. Denne vurderingen skal i sin tur bunne ut i et vedtak om hvorvidt prosjektet skal stoppes på dette stadiet, eller om det skal gå videre til et forprosjekt.

#### Tekstboks 4 Stadiene i tidligfaseplanleggingen av sykehusbygg, med beslutningspunkter B1–B4



Idéfasen omfatter alle aktiviteter fra prosjektstart til det foreligger et overordnet dokument som gir grunnlag for å beslutte om det skal arbeides videre med planleggingen.

Konseptfasen omfatter alle aktiviteter som kreves for å velge det best egnede utbyggingsalternativet og utvikle dette til et nivå der eieren kan treffe beslutninger om å gjennomføre et forprosjekt.

Forprosjektfasen omfatter først og fremst å videreutvikle og detaljere den løsningen som har blitt valgt ut til å bli utarbeidet i konseptfasen, fram til et fullverdig grunnlag for endelig beslutning om bygging.

Kilde: Veileder for tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter

Konseptrapporten skal gi grunnlag for å rangere og prioritere mellom alternative tiltak og danne grunnlag for styrevedtak i helseforetaket og det regionale helseforetaket. En beslutning om å videreføre prosjektet til forprosjektfasen er i prinsippet en beslutning om å starte full prosjektering.

Tabell 8 viser konseptrapporter som er utarbeidet i perioden 2006–2009, og som er godkjent av styret i det enkelte regionale helseforetaket innen september 2009. Samlet anslått investeringsbeløp for de ni prosjektene er 12,3 mrd. kroner. Investeringskostnaden varierer fra 70 mill. kroner for det minste prosjektet til 4,5 mrd. kroner for det største prosjektet. Fem av prosjektene er nybygg på ny tomt, og fire av prosjektene er påbygg eller ombygging av eksisterende arealer.

### 5.1.2 Sammenligning og vurdering av utbyggingsalternativer

#### Forankring i effektmål og overordnede føringer

Effektmål beskriver effekter og mulige gevinster som man ønsker å oppnå ved å gjennomføre prosjektet, som for eksempel den konkrete virkningen/nyttene tiltaket skal føre til for befolkningen (Samset 2008). Det vil være viktig å avklare sammenhengene mellom befolkning, behov, aktivitet, kapasiteter og areal, og prosjektets "plassering" i det regionale helseforetakets totale tilbud (Sintef 08.06.2006).



Kilde: Colourbox

Tabell 8 Konseptrapporter 2006–2009

Byggeprosjekt	Helseforetak	Type bygg	Konseptrapport ferdigstilt	Godkjent av RHF	Antatt kostnad mill. kr
Nytt Østfoldsykehus (idéfaserapport fra 25.10.2005)	Sykehuset Østfold HF	Nybygg	14.11.2008	17.06.2009	4 500
Nye Molde sjukehus (idéfaserapport fra 11.05.2007)	Helse Nordmøre og Romsdal HF	Nybygg	12.06.2009	25.06.2009	2 515
Nye Nordlandssykehuset byggetrinn 2–5	Helse Nordlandssykehuset HF	Påbygg	08.06.2006	13.12.2006	2 389
Nytt senter for barn, unge og psykosomatisk medisin (BUSP) trinn 1	Helse Bergen HF	Nybygg	06.2007	02.09.2009	1 310
Nordlandssykehuset Vesterålen	Helse Nordlandssykehuset HF	Nybygg	10.2008	19.11.2008	850
Kronstad DPS	Helse Bergen HF	Nybygg	03.04.2009	24.06.2009	390
Ny barneavdeling Ålesund sjukehus	Helse Sunnmøre HF	Påbygg	2007	19.12.2007	174
Ombygging operasjonsavdeling (Sørlandet sykehus)	Sørlandet sykehus HF	Påbygg	10.06.2008	18.12.2008	123
Samlokalisering av psykiatrisk avdeling Sykehuset Namsos	Helse Nord-Trøndelag HF	Påbygg	22.09.2008	07.01.2009	70

Veilederen for tidligfaseplanlegging for sykehusprosjekter stiller ikke krav til effektmål. Veilederen har videre ikke krav om at overordnet forankring og betingelser/krav fra eier skal omtales i konseptrapporten. Den stiller imidlertid krav om at det skal foreligge et mandat fra foretakets ledelse før konseptfasen startes opp, som blant annet bør gi føringer om omfang og avgrensinger av arbeidet. I den oppdaterte veilederen for tidligfaseplanlegging fra august 2009 står det at en strukturert og godt planlagt prosess og en god forankring i overordnede mål, strategier og rammer er viktig i tidligfasen.

Effektmål framkommer ikke eksplisitt i noen av konseptrapportene. Selv om det finnes en del målformuleringer, står de ikke i en slik sammenheng at det er naturlig å betrakte dem som effektmål, og de føres da heller ikke opp som effektmål.

Forankringen i det regionale helseforetakets strategiske planer og overordnede nasjonale målsettinger er i liten grad dokumentert i konseptrapportene. For tre av konseptrapportene (Ålesund sjukehus, Sykehuset Namsos og Sørlandet sykehus, som alle gjelder ombygging/påbygg) er dette berørt i minst grad. I de andre konseptrapportene vises det til en del føringer, men ifølge helseforetakene er ikke disse nødvendigvis fullstendige. Foretakene uttaler at slik informasjon finnes i andre dokumenter og styresaker. Helse Bergen HF uttaler om konseptrapporten for Kronstad DPS at både helseforetaket og det regionale helseforetaket har den nødvendige bakgrunnsinformasjon om nasjonale og regionale føringer, og at det derfor ikke har vært behov for å utdype dette nærmere i konseptrapporten. Sørlandet sykehus HF uttaler at forankringen for Sørlandet sykehus kommer fram i forprosjektet, men ikke i konseptrapporten.

Betingelser/krav fra prosjekteier er ikke fullstendig gjengitt i konseptrapportene. Foretakene viser blant annet til at slik informasjon går fram av styrevedtak, idéfaserapporter og planer.

Forskningsprogrammet Concept har sett på tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter i Norge i perioden fra 2005 til 2009 (Concept 2010). Her framkommer det at de fleste prosjektene har uklare målformuleringer, og hvis de finnes, er det i liten grad tatt hensyn til overordnede strategiske mål. I mange prosjekter er begrepsbruken uklar, og begreper som mål, mandat, krav, forutsetninger og rammer blandes sammen. Noen prosjekter startes opp uten beskrivelse av overordnede,

#### Tekstboks 5 Concept

Concept er et forskningsprogram som har som sitt primære mål å utvikle kunnskap og kompetanse om prosjekter i tidligfasen fra den første ideen oppstår, til endelig finansiering er vedtatt. Programmet har som en hovedaktivitet å drive forskning i forbindelse med store statlige investeringsprosjekter. Hensikten er at man skal oppnå bedre ressursutnyttning og effekt av slike investeringer. Forskningsprogrammet er finansiert av Finansdepartementet ([www.concept.ntnu.no/hjem](http://www.concept.ntnu.no/hjem)).

strategiske samfunns mål og effektmål som kan knyttes til tjenesteproduksjon. Det legges vekt på bygget (resultatet) og i mindre grad på den kliniske virksomheten eller samfunnsmålene. I grunnlaget for oppstart av prosjektet (for eksempel i mandatet for idéfasen) finner man i begrenset grad krav om at løsningen skal ses i forhold til effektmål og samfunns mål.

#### Reelle vurderinger av alternativer

Ifølge veileder for tidligfaseplanlegging skal det i konseptfasen gjennomføres analyser av investeringsbehovet og de driftsøkonomiske konsekvensene ved de alternative løsningsforslagene. I likhet med KS-ordningen stilles det krav om at det som et minimum skal utredes to alternativer i tillegg til et nullalternativ. Nullalternativet er situasjonen i dag og videre utvikling som kan forventes uten endring i offentlige tiltak på det aktuelle området, dvs. dagens situasjon med eventuelle nødvendige oppgraderinger. Nødvendige oppgraderinger er små vedlikeholds-investeringer som har avgjørende effekt for at eksisterende materiell eller infrastruktur skal kunne tjene sitt formål (Finansdepartementet 2008).

Veilederen stiller ikke krav om at alternativene skal utredes til samme detaljeringsnivå. Når man har valgt et alternativ, skal bare dette alternativet utvikles videre fram til et optimalt konsept.

Idéfasen legger grunnlaget for konseptvalget, siden det her besluttes hvilke alternativer som skal være med videre til konseptfasen. Ifølge veilederen er det helt sentralt å få fram alternative tilnærminger, og bredden i alternativsøket er viktigere enn dybden. Investeringskostnader og driftsøkonomiske konsekvenser skal også analyseres i idéfasen, men da basert på grovere anslag. Det skal ifølge veilederen først og fremst legges vekt på en systematisk sammenligning av alternativene.



**Tabell 9 Oversikt over alternativvurderinger (X markerer at det finnes vurderinger)**

Rapport	Nullalternativ	Foretrukket alternativ	2. alternativ	3. alternativ
Nytt Østfoldsykehus	X	X	X	X
Nye Molde sjukehus	X	X		
Nye Nordlandssykehuset	X	X		
BUSP Bergen		X		
Nordlandssykehuset Vesterålen		X	X	X
Kronstad DPS		X		
Ålesund sjukehus		X		
Sørlandet sykehus		X		
Sykehuset Namsos		X		

Ingen av konseptrapportene som er gjennomgått, inneholder en fullstendig analyse av både et nullalternativ og to fullverdige alternativer. I de fem konseptrapportene der et nullalternativ omtales, er det én som inneholder beregninger for de driftsøkonomiske konsekvensene. Beregningen ble foretatt i idéfasen og er ikke oppdatert.

Tabell 9 oppsummerer alternativvurderingene i konseptrapportene. I tabellen er det lagt til grunn at tallene og analysene for hvert enkelt alternativ må være oppdaterte for at de skal kunne være sammenlignbare. For nullalternativet er det for de tre konseptrapportene som det er krysset av for, investeringskostnaden og ikke de driftsøkonomiske konsekvensene som er vurdert. For alle de andre avkryssede alternativene er både investeringskostnaden og de driftsøkonomiske konsekvensene vurdert.

Tabell 9 viser at vurderinger av investeringskostnader og driftsøkonomiske konsekvenser i liten grad er gjort for andre alternativer enn det foretrukne. I fem av rapportene er det bare for det foretrukne alternativet at både investeringskostnader og driftsøkonomiske konsekvenser er utredet (BUSP Bergen, Kronstad DPS, Ålesund sjukehus, Sørlandet sykehus og Sykehuset Namsos). De fire konseptrapportene som har med tall for andre alternativer (Nytt Østfoldsykehus, Nye Molde sjukehus, Nye Nordlandssykehuset og Nordlandssykehuset Vesterålen), gjelder alle store prosjekter som har en kostnadsramme på under 500 mill. kroner.

Konseptrapporten for Nytt Østfoldsykehus har analyser for tre alternativer i tillegg til nullalternativet. De tre alternativene er varianter over samme nybygg-løsning. I rapporten gis det lite informasjon om driftsøkonomiske konsekvenser av nullalternativet utover at det er foretatt en

nåverdianalyse. Rapporten gir ikke informasjon om hvilket tallmateriale som ligger til grunn for nåverdianalysen. Det går fram at nullalternativet tidlig i idéfasen ble ansett for å være lite realistisk, og at det er omtalt i et eget notat fra 27.08.2008. Notatet står ikke oppført som vedlegg til konseptrapporten.

Konseptrapporten for Nordlandssykehuset Vesterålen har analyser for tre alternativer som alle er varianter over en nybygg-løsning. Den mangler analyser for et nullalternativ. I rapporten står det at det tidligere har blitt utredet et nullalternativ og et ombyggingsalternativ. Det går fram av rapporten at styret i helseforetaket besluttet at videre planlegging i konseptfasen skulle baseres på nybygg på grunnlag av en samlet vurdering av løsningenes funksjonalitet og totaløkonomi. Ifølge rapporten ble et nullalternativ utredet så langt tilbake som i 2003, men tallene er ikke oppdaterte. Det samme gjelder for et ombyggingsalternativ som ble utredet i 2004.

Det er særlig to årsaker til at det i de andre sju rapportene ikke foreligger fullstendige analyser for andre alternativer enn det foretrukne. I fire av konseptrapportene (Nye Molde sjukehus, BUSP Bergen, Kronstad DPS og Sørlandet sykehus) går det fram at ett eller flere av alternativene ikke er realistiske fordi de ikke er i samsvar med eksterne eller interne føringer. For Nye Molde sykehus og BUSP Bergen gjelder dette sekundæralternativet, for Kronstad DPS gjelder det nullalternativet, og for Sørlandet sykehus gjelder det både nullalternativet og sekundæralternativet. For Kronstad DPS blir det argumentert med at nybygg er å foretrekke framfor opprustning av eksisterende lokaler (nullalternativet), siden en fortsatt virksomhet etter dagens mønster vil være et klart brudd på gjeldende føringer om at psykiatriske lokalsykehus skal omfatte døgnenhet, poliklinikk

og dagavdeling samlokalisert i og for et klart definert befolkningsområde.

I tre andre konseptrapporter (Nye Nordlands-sykehuset, Ålesund sjukehus og Sykehuset Namsos) går det fram at valg av alternativ ble gjort før konseptfasen. For å få informasjon om hvilke alternativvurderinger som er gjort før konseptfasen, er idéfaserapporten for to store prosjekter, Nye Molde sjukehus (idéfaserapport fra 11.05.2007) og Nytt Østfoldsykehus (idéfaserapport fra 25.10.2005), undersøkt. I tillegg har

idéfasen for et mindre prosjekt, Samlokalisering av psykiatrisk avdeling Sykehuset Namsos, blitt gjennomgått. Idéfasen for dette prosjektet ble gjennomført i 2007, men det foreligger ikke noen idéfaserapport. Informasjonskilden er derfor konseptrapporten med vedlegg.

Gjennomgangen av idéfasen for Nye Molde sjukehus, Nytt Østfoldsykehus og Sykehuset Namsos viser at det faktiske valget av konsept for disse prosjektene har skjedd før konseptfasen og i ett tilfelle også før idéfasen. Bredden i

## Tekstboks 6 Eksempler fra idéfasen

### Nye Molde sjukehus

Styret for Helse Midt-Norge RHF vedtok i januar 2004 at det skulle være to sykehus, Kristiansund sykehus og Molde sjukehus, i Helse Nordmøre og Romsdal HF. I møte 26. juni 2006 vedtok styret for Helse Midt-Norge RHF å gi sin tilslutning til at Nye Molde sjukehus, med både en somatisk og en psykiatrisk enhet, skulle bygges på Øvre Eikrem i Molde.

I idéfasedokumentet fra 11.05.2007 framgår det at det er vurdert tre ulike alternativer:

- Alternativ 0: videreføring av driften ved Molde sjukehus som i dag
- Alternativ 1: bygging av et nytt og samlet Molde sjukehus på Eikrem
- Sekundært: etappevis utbygging av nytt sykehus på Eikrem

De samme alternativene ble videreført i konseptfasen.

### Nytt Østfoldsykehus

I idéfasedokumentet fra 25.10.2005 er det vurdert tre ulike hovedalternativer:

- Alternativ 1: nytt sykehus på Kalnes
- Alternativ 2: utvikle Sykehuset Østfold Fredrikstad
- Alternativ 3: nullalternativet med videreføring av sykehuset i Fredrikstad

Alternativene, inkludert nullalternativet, ble definert i styremøte for Sykehuset Østfold HF 28.02.2005. Løsningene ble begrenset til nybygg på Kalnes og videreutvikling og eventuell rehabilitering og oppgradering av eksisterende sykehus i Fredrikstad. I idéfaserapporten på side 55 står det følgende:

"Idéfasen i Nytt Østfoldsykehus er noe atypisk fordi man tar utgangspunkt i to gitte hovedlokalisasjoner. Det blir følgelig noe irrelevant å vurdere alternativenes innebygde fleksibilitet med hensyn til ikke å låse seg til én bestemt løsning eller én bestemt lokalisering. [...] Det anses som ikke relevant å vurdere alternative løsninger innenfor Helse Øst eller øvrige regionale helseforetak. Begrunnelsen for dette er prosjektets mandat, [...] hvor alternativenes lokalisasjoner er gitt."

Idéfaserapporten konkluderer med at videre utvikling av Nytt Østfoldsykehus HF bør skje på Kalnes. Det går fram av konseptrapporten at tre underalternativer til hovedalternativ 1, som alle hovedsakelig baserer seg på ny bygningsmasse på ny tomt på Kalnes, er ført videre inn i konseptfasen.

### Psykiatrisk avdeling Sykehuset Namsos

Det framgår av konseptrapporten at en prosjektgruppe i juni 2006 konkluderte med at en samordning av psykiatriaktivitetene ved Sykehuset Namsos var mulig, og at alternativer med samlokalisering skulle utredes nærmere. I oktober 2006 ble det nedsatt en arbeidsgruppe for å utrede fire alternativer videre, blant annet tre samlokaliseringsalternativer med rehabilitering og tilbygg/nybygg og ett alternativ som gikk på rehabilitering av eksisterende bygningsmasse (nullalternativet). Det framgår av rapporten fra 12.04.2007 at klinikklederen anbefalte at det skulle arbeides videre med det av samlokaliseringsalternativene som kunne gi den største årlige driftsbesparelsen. Saken ble lagt fram for styret i Helse Nord-Trøndelag HF 22.10.2007, som ga grønt lys for videre prosjektering av den foreslåtte løsningen. Dette ene samlokaliseringsalternativet ble videreført i konseptfasen.

alternative løsninger blir i stor grad innsnevret ved de overordnede føringene som gis ved inngangen til idéfasen eller konseptfasen. Dette fører til at andre reelle løsningsforslag blir valgt bort før analysene blir foretatt, og at de alternative løsningsforslagene man står igjen med til konseptfasen, i stor grad blir varianter over samme løsning.

### **Resultatmål og effekter av alternativene**

Resultatmål er prosjektets leveranse ved overlevering og er alltid knyttet til kvalitet, kostnad og tid, eventuelt supplert med andre relevante parametere, eksempelvis omdømme og helse, miljø og sikkerhet (Finansdepartementet 2008). Resultatmål beskriver derfor hvilke konkrete mål/resultater som skal oppnås i løpet av prosjektet og vil være unike for hvert løsningsalternativ. Dersom prosjektet er begrenset til entreprenørens kontrakt om å levere et sykehusbygg, er det dette som er resultatmålet. Dersom prosjektet skal etablere et fullt ferdig operativt sykehus, vil behandlingsskapiteten være et resultatmål. Resultatmål er ikke spesifikt omtalt i veilederen for tidligfaseplanlegging.

Med effekter menes virkninger for brukerne som kan tilbakeføres til et gitt tiltak (Finansdepartementet 2008). Det bør kunne stilles krav om at forventede effekter av alternativene er vurdert, tallfestet og dokumentert, for eksempel økning/ending av behandlingsskapiteten. Effekter av alternativene er ikke spesifikt omtalt i veilederen. Det framgår imidlertid av veilederen at hovedfunksjonsprogrammet<sup>4</sup> for den anbefalte løsningen skal inngå i konseptrapporten. I hovedfunksjonsprogrammet vil blant annet aktivitets- og produktionsdata måtte tallfestes for å kunne beregne bruttoarealet for den anbefalte løsningen.

Det framkommer ikke unike resultatmål for alternativene i noen av konseptrapportene. Eventuelle resultatmål begrenser seg til det foretrukne alternativet og gjelder da stort sett kostnadsramme og dato for ferdigstilling. Helse Nordlandssykehuset HF mener at rammene for utbyggingen fra det regionale helseforetaket kan betraktes som resultatmål for det valgte alternativet. Sørlandet sykehus HF viser til at resultatmålene er omtalt nærmere i funksjonsbeskrivelsen, som er et trykt vedlegg til konseptrapporten.

4) Hovedfunksjonsprogrammet er et overordnet programdokument som brukes spesielt i sykehusplanlegging. Programmet skal angi kapasitet, funksjoner og romtyper med tilhørende arealbehov. Det beskriver faglige, organisatoriske, fysiske, driftsøkonomiske, investeringsmessige og andre dimensjonerende forutsetninger for prosjektet.

Kvantifiseringen av effekter er nesten utelukkende knyttet til en beskrivelse av det foretrukne alternativet. Det påpekes fra flere av foretakene at alle alternativene vil ha samme effekt, selv om dette ikke framgår av rapportene. Sykehuset Østfold HF mener at dette implisitt er et krav til hovedfunksjonsprogrammet i veileder for tidligfaseplanlegging, og at effekter av alternativene skal dokumenteres – og at disse effektene er de samme for alle alternativene.

Konseptrapporten for den største investeringen (Nytt Østfoldsykehus) har en samlet oversikt som viser effekten (antall avdelingsopphold, liggedager, dagbesøk, polikliniske konsultasjoner og pasienter i akuttmottak) etter utbyggingen sett i forhold til dagens behandlingsskapitet. Helse Nord-Trøndelag HF, Sørlandet sykehus HF og Helse Bergen HF (BUSP) uttaler at effektvurderinger er gjort i forprosjektfasen. I konseptrapporten for Kronstad DPS står det at det legges opp til økt kapasitet innen allmennpsykiatrisk dagbehandling, poliklinikk og ambulant virksomhet med nybyggingsalternativet. Dette blir ikke ytterligere spesifisert ved at dagens situasjon er tallfestet og vurdert, eller ved at den endringen i kapasitet som alternativet forventes å medføre, er beskrevet.

### **Synliggjøring av de driftsøkonomiske konsekvensene**

Ifølge veileder for tidligfaseplanlegging skal de driftsøkonomiske konsekvensene ved de alternative løsningsforslagene analyseres tidlig i konseptfasen og dokumenteres i konseptrapporten. Kostnadsendringene skal avgrenses til dem som påvirkes av bygget/investeringene. De driftsøkonomiske analysene er med unntak av to konseptrapporter bare foretatt for det ene foretrukne alternativet.

#### *Personalkostnader*

Konseptrapportene viser at personalkostnader er den største kostnadsposten. Det er også på dette området det planlegges med de største driftsbesparelsene i rapportene. Alle konseptrapportene inneholder analyser av personalområdet.

For sju av prosjektene kalkuleres det med til dels betydelige driftseffektiviseringer på dette området. Selv om det i flere konseptrapporter forventes en økning i bemanningen, skal dette mer enn veies opp med økt aktivitet. I konseptrapporten for Nye Molde sjukehus går det fram at det er lagt inn ti prosent effektivisering i bemanningsutviklingen, sett i forhold til fram-

skrevet aktivitetsvekst. I konseptrapporten for Sørlandet sykehus går det fram at driftseffektiviseringen på dette området vil kunne bære hele investeringen. I forprosjektet viste det seg at denne forutsetningen ikke var realistisk. Det er et gjennomgående trekk i konseptrapportene at effektiviseringstiltakene er rettet mot økt bruk av poliklinikk eller dagkirurgi og reduksjon av antall liggedøgn/senger. Andre forhold som begrunner driftsbesparelsene, er blant annet redusert sykefravær, samling av virksomheten og bedre pasientflyt som følge av tilrettelagt infrastruktur/bygg. De driftsøkonomiske konsekvensene blir tallfestet i alle konseptrapportene, med unntak av i rapporten for Kronstad DPS. Der legges det til grunn en kapasitetsøkning og kvalitetsheving uten en økning i personalet. Denne effektiviseringen blir ikke tallfestet.

Seks av konseptrapportene (Nytt Østfoldsykehus, Nordlandssykehuset Vesterålen, Kronstad DPS, Ålesund sjukehus, Sørlandet sykehus og Sykehuset Namsos) inneholder i liten grad informasjon om hvilke vurderinger som ligger til grunn for analysene. Sørlandet sykehus HF opplyser under intervjuet at nye analyser som er gjennomført i forprosjektfasen, viser at forutsetningene fra konseptrapporten om å fjerne en sengepost på 16–20 senger for å få en årlig besparelse på 12 mill. kroner ikke er mulig. I forprosjektet legges det derfor opp til en reduksjon på ti senger. Det legges likevel opp til samme kostnadsreduksjon (12 mill. kroner) som i konseptrapporten ved at operasjonsstuene skal drives mer effektivt.

Usikkerheten ved tallmaterialet i konseptrapportene er lite omtalt. I konseptrapporten for Nye Nordlandssykehuset blir det listet opp en del forhold som er relevante for at effektiviseringspotensialet skal kunne realiseres, uten at disse er drøftet nærmere. For eksempel er kunnskapen om hvordan sykkeligheten i befolkningen vil utvikle seg, og kunnskapen om hvorvidt en økt andel eldre kan behandles utenfor sykehuset, usikker. Konseptrapporten viser dessuten til at interne aktivitetstall er unøyaktige.

Flere av rapportene omtaler at de planlagte effektiviseringstiltakene vil medføre organisatoriske utfordringer og omstillinger for medarbeiderne. Det kalkuleres ikke med at dette vil medføre økte kostnader, blant annet når det gjelder utvikling av behandlingslinjer og kompetanse. Helse Bergen HF (Kronstad DPS) og Helse Nordmøre og Romsdal HF uttaler at det er vanskelig å skille ut

hvilke kostnader som kan relateres til bygget, og hvilke tiltak som ville blitt iverksatt uansett.

I flere av rapportene planlegges det med en betydelig reduksjon i antall liggedager for utskrivningsklare pasienter. I konseptrapporten for Nye Molde sjukehus står det at det nye sykehuset planlegges uten sengekapasitet for utskrivningsklare pasienter. Selv om det ikke går fram av konseptrapporten, bekrefter også Sykehuset Østfold HF at det planlegges med det samme i sitt utbyggingsprosjekt. Helse Nordlandssykehuset HF (Nordlandssykehuset Vesterålen) kalkulerer med en reduksjon på 75 prosent – noe som utgjør 2150 liggedøgn – av utskrivningsklare pasienter i nytt bygg. Primærhelsetjenesten – den delen av helsevesenet som er organisert i kommunene, som skal ta imot utskrivningsklare pasienter, blir derfor sentral for å sikre at prosjektenes mål nås.

#### *Andre driftkostnader*

Det er foretatt analyser av forventede FDV-kostnader (forvaltning, drift og vedlikehold) i sju av de ni konseptrapportene. Kvadratmeterprisen som er lagt til grunn for beregningene, varierer mellom 574 og 900 kroner. I seks av de sju rapportene som har slike analyser (Nye Molde sjukehus, BUSP Bergen, Nordlandssykehuset Vesterålen, Kronstad DPS, Ålesund sjukehus og Sykehuset Namsos), vises det til at tallene er basert på sammenligninger med andre utbyggingsprosjekter, nasjonale erfaringstall eller tall fra egen virksomhet. Utover dette er det i liten grad redegjort for usikkerheten ved tallmaterialet.

I de to konseptrapportene der det ikke er foretatt beregninger av FDV-kostnaden, står det at dette vil bli gjort i forprosjektet. For Nytt Østfoldsykehus begrunnes dette med at det er for stor usikkerhet knyttet til FDV-anslag i konseptfasen.

Ingen av helseforetakene har kalkulert inn at nybyggene vil medføre økte ikt-kostnader i forhold til dagens nivå. I konseptrapporten for Nye Molde sjukehus står det at mulighetene som ligger i framtidige ikt-løsninger, må innarbeides godt i det videre arbeidet med å realisere det nye sykehuset. Helse Nordlandssykehuset HF (Nye Nordlandssykehuset) påpeker at det ikke har vært noen ikt-strategi, men at det arbeides med dette, og at ikt vil inngå i forprosjektet. Det uttales videre at det er vanskelig å planlegge ikt fram i tid.

### *Avskrivninger*

Avskrivninger utgjør en sentral del av merkostnadene knyttet til prosjektene. Endringer i avskrivninger som følge av prosjektene vil derfor være sentralt for å beregne de driftsøkonomiske konsekvensene.

I konseptrapportene for de to minste prosjektene (Sørlandet sykehus og Sykehuset Namsos) er det ikke beregnet avskrivninger av det nye bygget. Dette er heller ikke gjort for det største prosjektet (Nytt Østfoldsykehus). Helseforetaket begrunner dette med at det er for stor usikkerhet knyttet til tallstørrelsene på dette stadiet i prosessen. Det foretrukne alternativet forutsetter salg av eiendom. Markedsverdien antas å være lavere enn bokført verdi, og det er derfor usikkerhet knyttet til hvordan bokført tap skal håndteres.

Regnskapsloven har ikke noen fastsatte bestemmelser for hvor mange år byggekostnaden kan fordeles. Av regnskapsloven framgår det at anleggsmidler som har en begrenset økonomisk levetid, skal avskrives etter en fornuftig avskrivningsplan. Dette innebærer at økonomisk levetid, skal vurderes i hvert enkelt tilfelle. Når det gjelder bygg, skal dette dekomponeres i ulike deler med ulik avskrivningstid: bygningskropp, ventilasjon, varme/sanitær, elkraftinstallasjoner, IKT og teleanlegg, samt andre installasjoner. Dette innebærer at ulike bygg kan ende opp med ulik avskrivningstid – alt ettersom hvor stor andel de enkelte delkomponentene utgjør.

Tre av helseforetakene uttaler at avskrivningstiden enten er identisk med gjennomsnittlig avskrivningstid på øvrig eiendomsmasse i foretaket (Helse Bergen HF for Kronstad DPS), basert på erfaringstall (Helse Bergen HF for BUSP Bergen) eller innhentet fra det regionale foretaket (Helse Sunnmøre HF for Ålesund sjukehus). I konseptrapporten for Nordlandssykehuset Vesterålen er avskrivningstiden oppgitt til å være 26 år, mens den varierer mellom 40 og 46 år i de øvrige fem av de til sammen ni rapportene som er gjennomgått. I en av rapportene er avskrivningstiden ikke oppgitt (BUSP Bergen). Under intervjuet opplyste foretaket at avskrivningstiden er 46 år. I konseptrapporten for Nye Molde sjukehus går det tydelig fram at avskrivningstiden (40 år) utelukkende er knyttet til bygget. I de øvrige rapportene er dette enten mer uklart, eller det framgår at beregning av avskrivningstid omfatter hele investeringen, som normalt har en kortere avskrivningstid, og ikke bare bygget.

### *Framtidig inntektsøkning*

Tre av helseforetakene har lagt inn inntektsøkninger som følge av økt pasientbehandling og dermed økte DRG-inntekter<sup>5</sup> (konseptrapportene for Nytt Østfoldsykehus, Nye Molde sjukehus og Ålesund sjukehus). I konseptrapporten for Nye Molde sjukehus står det at aktiviteten er forutsatt å øke jevnt som følge av befolkningsframskrivningen. Helse Sunnmøre HF presiserer i konseptrapporten for Ålesund sjukehus at tallene er høyst usikre siden DRG-inntektene er en usikker faktor som varierer fra år til år.

I konseptrapportene for Nye Molde sjukehus og Nytt Østfoldsykehus er den planlagte inntektsøkningen av stort omfang. For nye Molde sjukehus forutsettes en gradvis inntektsøkning i perioden 2016–2025. I 2025 utgjør inntektsøkningen ca. 50 prosent (22 mill. kroner) av resultatforbedringen som skal dekke byggets årlige merkostnader. For Nytt Østfoldsykehus beregnes inntektsøkning i perioden 2015–2020. Det forventes at inntektsøkningen i 2020 vil utgjøre ca. 44 prosent (166 mill. kroner) av resultatforbedringen som skal dekke de årlige merkostnadene.

I konseptrapporten for Ålesund sjukehus er det også lagt til grunn en mindre inntektsøkning på ca. 2 mill. kroner årlig som følge av nytt bygg og ny organisering. I tillegg har to helseforetak lagt inn økte husleieinntekter (konseptrapportene for Nye Molde sjukehus og Kronstad DPS).

### *Risikoreduserende aktiviteter og kontrolltiltak*

Ingen av analysene i konseptrapportene inneholder risikovurderinger på de spesifikke områdene som er nevnt ovenfor (personalkostnader, andre driftskostnader, avskrivninger og inntekter), der det også redegjøres for eventuelle risikoreduserende aktiviteter og kontrolltiltak. Dette bekreftes også av Concept-programmets undersøkelse, som viser at suksessfaktorer som tar utgangspunkt i risikofaktorer og usikkerhet i tidligfasen, i liten grad blir identifisert (Concept 2010). I konseptrapporten for Nye Molde sjukehus vises det til at økonomien i prosjektet i betydelig grad påvirkes av om bemanningsreduksjonene lar seg gjennomføre, uten at det redegjøres nærmere om dette.

#### **5.1.3 Økonomisk bæreevne**

Konseptrapporten skal også inneholde en analyse av prosjektets økonomiske bæreevne for å dokumentere foretakets evne til å håndtere de drifts-

5) DRG står for diagnoserelaterte grupper. DRG gir grunnlag for de aktivitetsbaserte inntektene til de regionale helseforetakene.

økonomiske konsekvensene som følger av investeringen.

Det framgår av styrebehandlingen i Helse Midt-Norge RHF (sak 73/09 styreprotokoll Helse Midt-Norge RHF) at det legges til grunn at Helse Nordmøre og Romsdal HF må redusere driftskostnadene ytterligere for å kunne betjene investeringen for det nye sykehuset i Molde. Dette kommer da i tillegg til det kravet om overskudd som allerede ligger i konseptrapporten. I konseptrapporten for Nye Molde sjukehus er det lagt inn et krav om årlig overskudd på 35 mill. kroner for å bære merkostnadene etter ferdigstillelse. Etter styrebehandlingen i det regionale helseforetaket ble det satt et krav om årlig overskudd på ca. 100 mill. kroner.

I konseptrapporten for Nye Nordlandssykehuset utgjør den manglende inndekningen om lag en tredel av prosjektets samlede merkostnader de første årene etter ferdigstillelse. Det framgår av konseptrapporten at Nordlandssykehuset HF har behov for en årlig økning av basisrammen på om lag 50 mill. kroner for å dekke de økte kostnadene som prosjektet gir. I styrebehandlingen i Helse Nord HF (sak 99/06 styreprotokoll Helse Nord RHF) er denne betingelsen lagt til grunn for godkjenningen av konseptrapporten.

I konseptrapporten for Nordlandssykehuset Vesterålen går det fram at Nordlandssykehuset HF må gjennomføre kostnadsreduksjoner eller tilføres inntekter utover det som er lagt til grunn i kalkylene i konseptrapportene, for å kunne møte den samlede økonomiske utfordringen for både Nye Nordlandssykehuset og Nordlandssykehuset Vesterålen.

For sju av i alt ni konseptrapporter går det fram at en sentral del av inndekningen av årlige merkostnader etter idriftsettelse av bygget vil være driftsbeparelser i form av effektivisering blant personalet. I konseptrapporten for BUSP Bergen ble det også lagt inn en gevinstrealisering i form av en lønnsreduksjon på fire prosent (18 mill. kroner). Det regionale helseforetaket vedtok å fjerne denne besparelsen da rapporten ble godkjent. For Kronstad DPS relateres besparelsen ikke til faglig virksomhet, men utelukkende til økte leieinntekter og reduserte avskrivninger som følge av avhending av bygg. I noen tilfeller forventes også økte inntekter. Det er ikke gjort særskilte vurderinger i rapportene av risiko knyttet til realisering av gevinster. Ofte forutsettes det at størstedelen av driftsbeparelser tas ut ved ferdigstillelse av bygget, deretter at besparelsen øker de

første årene i drift. Helseforetakene har i liten grad sannsynliggjort denne forutsetningen.

Hvor stor andel av årlige merkostnader som skal dekkes av gevinstrealisering, varierer. I to prosjekter (Nytt Østfoldsykehus og Nye Nordlandssykehuset) anslås andelen å ligge på om lag 40–50 prosent det første året etter ferdigstillelse, mens den i tre andre prosjekter (Nye Molde sjukehus, Nordlandssykehuset Vesterålen og Ålesund sjukehus) er om lag 20 prosent. I to prosjekter er årlig gevinstrealisering vesentlig høyere enn årlige merkostnader, noe som skyldes at disse prosjektene ikke planlegges lånefinansiert. Dette er de to minste prosjektene målt i investeringsnivå (Sørlandet sykehus og Sykehuset Namsos).

---

## 5.2 Gevinstrealisering som en del av investeringsprosjektet

Tabell 10 viser en oversikt over krav, planer, oppfølging og måloppnåelse for de tre utvalgte gevinstrealiseringsprosjektene.

I de fleste prosjekter vil det ligge forventninger om realisering av gevinster etter at prosjektet er avsluttet. Analyse av konseptrapportene viser at gevinstrealisering er et premiss i den tidlige planleggingen av investeringsprosjekter. Gevinstrealisering inngår som en del av arbeidet med å håndtere merkostnader ved nybygg og oppnå økonomisk balanse.

### 5.2.1 Helseforetakenes oppfølging av kravet om gevinstrealisering

De tre prosjektene varierer når det gjelder størrelse, hvilke krav som er stilt til hvilke organisatoriske endringer som må til for at gevinster skal kunne realiseres, og når gevinstuttaket skal skje. Ambisjonsnivået er høyest for Nye Ahus.

Nye Ahus har som ambisjon at foretaket skal bli et av de mest moderne og driftseffektive sykehusene, og at det skal bli et av sykehusene som på best mulig måte setter pasienten i sentrum. Dette skal kunne oppnås ved at bygg og ny teknologi tas i bruk og utnyttes optimalt (Ahus 2008). Gevinstuttaket forutsetter omfattende organisatoriske endringer i form av endrede arbeidsprosesser der ikt spiller en viktig rolle.

MOBA-prosjektet ved Stavanger Universitets-sjukehus er til sammenligning en mindre investering, men også dette prosjektet forutsetter organisatoriske endringer for at gevinstuttak skal

**Tabell 10 Oversikt over gevinstrealiseringsprosjekter**

	St. Olavs Hospital (1999–2014)*		Nye Ahus (2003–2010)**		MOBA-enheten (2005–2009)***	
Hva utgjør samlet investeringsbeløp?	12,6 mrd. kroner		8,1 mrd. kroner		0,28 mrd. kroner	
Hvilke krav om gevinstrealisering er stilt til investeringsprosjektet?	100 mill. kroner årlig	Beløpet er ikke prisjustert etter 1999	20 % av investeringsbeløp	I 2006 ble årlig gevinstrealisering estimert til å utgjøre 150 mill. kroner	Det nye bygget skal tas i bruk innen foretakets driftsrammer. Størrelsen på gevinstkravet har vært uavklart	En beregning anslår gevinstuttak til 37 mill. kroner årlig
Er det utarbeidet en plan for gevinstrealisering?	Nei	Foretaket påpeker at tiltakene likevel ble ivarettatt ved at det nye sykehuset er planlagt og dimensjonert i tråd med de nye driftsforutsetningene	Ja		Delvis	En ettårig plan for 2008, der det ble avtalt endringskontrakter med klinikkdirektørene. Ikke alle kontraktene ble undertegnet
Forutsetter kravet om gevinstrealisering at det må gjennomføres organisatoriske endringer?	I liten grad		Ja		Ja	
Er det lagt opp til en egen oppfølging av gevinstrealiseringskravet?	Nei		Ja, fram til innflytting i 2008	Fra 2009 er det ikke lagt opp til en særskilt rapportering	Ja, i 2008	Fra 2009 er det ikke lagt opp til en særskilt rapportering
Er målene for gevinstrealisering nådd?	Foretaket anser det som nådd		Nei		Nei	

\* Stortingsvedtak i 1999. Byggetrinn I omfatter perioden 2002–2006 og byggetrinn II perioden 2006–2014.

\*\* Bygging av Nye Ahus ble vedtatt av styret i Helse Øst RHF i 2003. Byggstart i 2004 og endelig ferdigstillelse i 2010. Nye Ahus ble tatt i bruk høsten 2008.

\*\*\* Akuttavdelingen MOBA ved Stavanger Universitetssjukehus ble vedtatt av styret i Helse Vest RHF i 2005. Innflyttingen begynte i 2008 og ble fullført i 2009.

kunne sikres. Endringen er særlig knyttet til å effektivisere pasientflyten ved å flytte flere pasienter fra sengepost til dagbehandling.

Utbyggingen av byggetrinn I og II ved St. Olavs er det mest omfattende prosjektet når det gjelder både investeringsnivå og tidsperioden prosjektet strekker seg over. Selv om det ligger til grunn for gevinstuttaket at pasientprosesser og støtteprosesser effektiviseres, har det i liten grad vært lagt opp til at omorganiseringsprosesser skal gjennomføres.

Både ved Nye Ahus og MOBA er det planlagt at gevinstene skal få full effekt relativt raskt, mens det ved St. Olavs er lagt opp til et gradvis uttak over en årrekke. Ved nye Ahus var det forventet at kostnadsreducerende tiltak skulle ha full effekt fra dagen da bygget ble tatt over høsten 2008, mens det for gevinster knyttet til økt aktivitet planlegges full effekt i 2011. Når det gjelder MOBA, var det stilt krav om at kostnadene til prosjektet skulle tas innenfor foretakets driftsrammer ved at kostnadsøkningen skulle dekkes

gjennom å realisere gevinster. Dette innebærer at gevinstuttaket måtte skje raskt etter ferdigstillelse. Ved St. Olavs er det stilt krav om gradvis uttak av gevinster fra og med ferdigstillelse av første byggetrinn, i 2006. Full effekt forventes først etter ferdigstillelse av andre byggetrinn, i 2014.

De tre foretakene har hatt ulike framgangsmåter for å realisere gevinstene.

#### Plan for gevinstrealisering

Både Ahus og Stavanger Universitetssjukehus har utarbeidet planer for å sikre gevinstrealisering. Ahus sin plan har vært flerårig og er etablert innenfor rammene av en større omorganiseringsprosess. Ahus etablerte et eget program for organisasjonsutvikling i perioden 2005 og fram til det nye bygget ble tatt i bruk høsten 2008. Dette omfattet en egen prosjektorganisasjon og 20 organisasjonsutviklingsprosjekter (OU-prosjekter). Foretaket viser til at programmet kan betraktes som en plan for gevinstrealisering, og at det var ment å sikre tydelige rammer og samordning av tiltakene i forbindelse med organisasjonsutviklingen. Det

ble fastsatt mandat, målsettinger, organisering og milepæler. Videre ble ansvars- og oppgavefordeling mellom de ulike aktørene nedfelt i planen. For hvert av OU-prosjektene ble det utarbeidet en plan med forslag til ulike gevinstrealiseringstiltak som kunne iverksettes. Alle OU-tiltakene er beskrevet i en samlet plan. Gevinstene er imidlertid ikke tallfestet.

Når det gjelder Stavanger Universitetssjukehus, ble det utarbeidet en ettårig plan for 2008 som ikke fikk full tilslutning. Uenigheten var særlig knyttet til hvor mange senger som skulle legges ned. Det ble derfor utarbeidet en justert plan. Ettersom det valgte sengealternativet ikke ville være tilstrekkelig til å dekke kostnadene til MOBA, ble det også fordelt et generelt innsparingskrav til de ulike divisjonene. Planen ble utarbeidet i form av endringskontrakter mellom direktøren og de enkelte klinikkdirektørene. Enkelte klinikkdirektører skrev ikke under kontrakten. Selv om planen var ettårig og gjaldt for 2008, påpeker foretaket at vedtakene også gjaldt for 2009.

Ved St. Olavs Hospital ble det ikke utarbeidet en egen plan knyttet til gevinstrealiseringskravet fra 1999. Dette medførte at tiltakene ikke ble nærmere konkretisert. St. Olavs Hospital viser til at den økonomiske situasjon fra og med 2003 var så anstrengt at det ikke ble lagt opp til en særskilt oppfølging av kravet om effektivisering tilsvarende 100 mill. kr. Foretaket påpeker at kravet likevel ble ivaretatt ved at det nye sykehuset er planlagt og dimensjonert i tråd med de nye driftsforutsetningene.<sup>6</sup>

### **Forankring**

Både Ahus og Stavanger Universitetssjukehus (MOBA) har satt i gang ulike prosesser – spesielt i den innledende fasen – for å sikre god forankring. Det har imidlertid vært svikt i enkelte kritiske ledd i denne prosessen. Begge foretakene peker på at god forankring i ledelsen er avgjørende når organisatoriske endringer skal implementeres. Det er viktig at ledelsen på ulike nivåer forstår beslutningene som er tatt, og har eierskap til disse. Ahus la i sitt programarbeid opp til at både ledere og medarbeidere i stor grad skulle delta i OU-prosjektene. Foretaket oppgir i intervju at linjeledere og leger likevel ikke har vært godt nok involvert.

Beslutningen om hvilke tiltak som skulle iverksettes, var lagt til linjen. Vedtakene var ofte rundt formulert. Dette åpnet for ulike tolkninger i organisasjonen og førte til usikkerhet om hva som egentlig var besluttet.

Stavanger Universitetssjukehus etablerte et organisasjonsutviklingsprosjekt (SUS 2008) som involverte sentrale fagpersoner og ledere. En viktig årsak til prosjektet var at viljen til å sikre gevinstrealiseringskravet knyttet til MOBA ikke ble opprettholdt. En av hensiktene med endringskontraktene som ble utarbeidet i 2008, var å kommunisere og forankre endringsprosessene i ledelsen.

### **Rapportering**

Ingen av foretakene har lagt opp til en særskilt rapportering etter at de nye byggene ble tatt i bruk, for å følge opp om kravene til gevinstrealisering blir nådd.

Både Ahus og MOBA har i ulik grad lagt opp til en særskilt rapportering av gevinstrealiseringen i planperioden og fram til byggene ble tatt i bruk. Ahus la i sine planer opp til at gevinstrealisering skulle være et særskilt rapporteringspunkt i hele programperioden. Det ble fastsatt resultatindikatorer og kvartalsvise rapporteringer til styret om status og framdrift ut fra disse indikatorene. I endringskontraktene som MOBA utarbeidet for 2008, var det lagt opp til en særskilt rapportering fra de enkelte klinikkdirektørene. I løpet av 2008 skjedde det en intern omorganisering som medførte at rapporteringsenheten ble endret. Dette gjorde at det ble vanskelig å følge opp rapporteringskravene ved utgangen av 2008.

### **5.2.2 Måloppnåelse og årsaker til manglende realisering av gevinster**

Kravene som er stilt til gevinstrealisering for Nye Ahus og MOBA, er ikke innfridd. St. Olavs har ikke mulighet til å identifisere hvilke tiltak som særskilt kan relateres til det vedtatte kravet om gevinstrealisering. Helseforetaket anslår imidlertid at krav ved byggevedtak om å realisere en årlig gevinst på 100 mill. kroner er oppfylt.

Ifølge Ahus er en av årsakene at det ikke finnes noen samlet oversikt som viser hvilke tiltak som ikke ble gjennomført, og hvilket beløp dette utgjør knyttet til å sikre gevinstrealisering. Dette skyldes at det i mange tilfeller er vanskelig å fastslå i hvilken utstrekning et tiltak faktisk er implementert og fungerer etter intensjonen, og hvilke tiltak som tilsynelatende har blitt realisert.

6) Helseforetaket har løpende drevet resultatforbedringsarbeid for å sikre driftøkonomisk balanse, og har i perioden 2007–2009 innfridd resultatforbedringskrav tilsvarende om lag 700 mill. kr.



Foretaket mener videre at det var lite realistisk å forvente full effekt av alle effektiviseringstiltak fra første dag det nye bygget skulle tas i bruk. Selv om det har vært gjennomført forberedelser og opplæringstiltak i forkant, har det ifølge foretaket vært for krevende for organisasjonen å innarbeide de ulike tiltakene på såpass kort tid. I tillegg opplevde foretaket at leger ikke prioriterte organisasjonsutviklingsarbeidet tilstrekkelig.

Stavanger Universitetssjuehus forklarer manglende gevinstrealisering med at størrelsen på gevinstuttaket knyttet til MOBA har vært uavklart, og at beløpet har blitt diskutert i helseforetaket i hele prosessforløpet. Foretaket påpeker videre at elementene i planen har vært godt kjent og organisert, men at ledelsens forpliktelser i forbindelse med implementeringen ikke har vært godt nok sikret.

Videre viser foretakene til at det kan være vanskelig å isolere effekter og framskaffe informasjon om status og framdrift av gevinstrealiseringen når det ikke er lagt opp til en særskilt rapportering etter at de nye byggene blir tatt i bruk.

## 6 De regionale helseforetakenes styring og oppfølging

### 6.1 Krav til helseforetakene

De regionale helseforetakene formidler sine krav og forutsetninger til helseforetakene i oppdragsdokumentet og i foretaksmøtene. Styringskravene til helseforetakene bygger i stor grad på Helse- og omsorgsdepartementets oppdragsdokument til det regionale helseforetaket og vedtak i de regionvise foretaksmøtene. I tillegg kan det ligge føringer i regionale strategier og handlingsprogrammer. Videre må helseforetakene forholde seg til lover, forskrifter, vedtekter og andre myndighetsvedtak for spesialisthelsetjenesten.

En gjennomgang av oppdragsdokumentene og referater fra foretaksmøtene mellom de regionale helseforetakene og helseforetakene viser at disse inneholder få føringer på bygg- og eiendomsområdet utover dem som departementet har gitt.

To av de regionale helseforetakene (Helse Vest RHF og Helse Nord RHF) har i oppdragsdokumentet for 2008 presisert helseforetakenes ansvar for å opprettholde verdien på bygg og anlegg. I oppdragsdokumentet for 2009 har Helse Vest RHF satt krav til helseforetakene om at det skal utarbeides arealplaner, som skal angi langsiktige behov og prioriteringer framover på bygg- og eiendomsområdet. Planen skal omfatte tiltak for å ta igjen vedlikeholdsetterslepet.

Helse Sør-Øst RHF har satt konkrete måltall for arealeffektivisering. I oppdragsdokumentet for 2010 stiller Helse Sør-Øst RHF krav om at det skal gjennomføres risiko- og sårbarhetsanalyser innen eiendomsområdet, og at det skal føres oversikt over disse med tilhørende tiltaksplan og aktiviteter. Helse Sør-Øst RHF har i *Plan for strategisk utvikling 2009–2020* lagt føringer for at arealeffektivisering skal bidra til at overflødig areal reduseres.

Helse Vest RHF har i sin strategiplan *Helse 2020* understreket at det er viktig å sikre koordinerte arealplaner som reflekterer det samlede behovet i regionen, og at arealeffektivisering står sentralt.

*Overordnet strategi 2008–2020* for Helse Midt-Norge RHF sier en del om faglig og driftsmessig utvikling, men ikke noe direkte om bygg- og

eiendomsutvikling. I *Handlingsprogram 2006–2010* ble det vist til tiltak som skal frigjøre kapital gjennom salg/utleie av eiendom og å utnytte eksisterende bygningsmasse til det den er best egnet til.

Helse Nord RHF oppgir i intervju at de ikke har noe eget strategidokument med omtale av bygg- og eiendomsområdet. Investeringsplanene som gjelder for åtte år, og som justeres årlig i forbindelse med at forutsetningene for budsjettet blir lagt, betraktes her som det strategiske dokumentet på området.

I intervju framkommer det at alle de regionale helseforetakene har etablert felles eiendomsfora der ulike forhold knyttet til eiendomsforvaltning diskuteres og koordineres. I tillegg følges bygg- og eiendomsområdet opp i direktør- og dialogmøter med helseforetakene.

### 6.2 Det regionale helseforetakets rolle i tidligfaseplanleggingen

Tidligfaseplanleggingen av investeringer i sykehusbygg skjer på grunnlag av Helsedirektoratets veileder for tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter. Arbeidet i idéfasen skal ifølge veiledningen avstemmes mot overordnede planer og føringer fra regionalt helseforetak. Før det settes i gang en konseptutvikling, skal det ved større investeringer også foreligge en beslutning i styret i de regionale helseforetakene om å videreføre prosjektet. Føringerne som legges til grunn for konseptfasen, skal komme tydelig fram. I siste del av konseptfasen skal det foreligge styrevedtak i regionalt helseforetak om å føre prosjektet inn i forprosjektfasen eller eventuelt at prosjektet ikke skal videreføres.

Veilederen inneholder ikke bestemmelser om hvor store prosjektene kan være før de må legges fram for regionalt helseforetak. Dette forventes ifølge veilederen å foreligge som en del av en etablert ansvarsfordeling i hvert av de regionale helseforetakene. Når de regionale helseforetakene skal involveres i tidligfaseplanleggingen, varierer mellom regionene.

**Tabell 11 Fullmaktsgrenser ved tidligfaseplanlegging**

Region	Beslutning om oppstart konseptfase (Grunnlag idéfaserapport)	Beslutning om oppstart forprosjekt (Grunnlag konseptrapport)
Helse Sør-Øst RHF	1000 mill. kroner	50 mill. kroner
Helse Vest RHF	1000 mill. kroner	100 mill. kroner
Helse Midt-Norge RHF	10 mill. kroner	10 mill. kroner
Helse Nord RHF	10 mill. kroner	10 mill. kroner

Tabell 11 viser fullmaktsgrensene for når investeringsprosjekter må legges fram for det regionale helseforetaket ved oppstart av henholdsvis konseptfasen og forprosjektfasen.

Tabellen viser at det er store variasjoner med hensyn til hvor stor en investering kan være før den må legges fram for det regionale helseforetaket i planleggingsfasen. To av de regionale helseforetakene har den samme beløpsgrensen for oppstart av begge fasene, mens de to andre regionale helseforetakene har en lavere beløpsgrense for oppstart av forprosjekt enn for oppstart av konseptfasen. Det skilles i tabellen ikke mellom administrativ behandling og styrebehandling, bare på myndighetsforholdet mellom det regionale helseforetaket og helseforetakene. Når det gjelder Helse Sør-Øst RHF, har foretakene en plikt til å melde inn prosjekter som har en foreløpig investeringsramme på over 100 mill. kroner før oppstart av konseptfasen. Ifølge det regionale helseforetaket betyr dette at prosjekter over denne beløpsgrensen kan stoppes, selv om dette ikke kan sies å være fullmaktsgrensen.

Helseforetakene har et helhetlig ansvar for sin virksomhet og skal løpende vurdere hvordan ressursene skal disponeres på en mest mulig effektiv måte. Dette gjelder også vurderingen av behov for kapital opp mot andre innsatsfaktorer. Investeringsaktiviteten styres av helseforetakenes budsjetter for investeringer, som behandles årlig av styrene i de regionale helseforetakene. Ledig likviditet fra driften og investeringsbehov danner grunnlaget for investeringsbudsjettene. Vedlikehold er en kostnad på linje med andre kostnader, og det er helseforetakets oppgave å foreta løpende vurdering og avveining av denne innsatsfaktoren sett opp imot det totale oppdraget som er gitt.

### 6.3 Finansiering

Finansieringen av de regionale helseforetakene er i hovedsak delt i to og består av basisbevilgning og aktivitetsbasert finansiering. Inntektene som tildeles de regionale helseforetakene for at helseforetakene skal gjøre investeringer, som går under betegnelsen avskrivningsmidler, er lagt inn i basisbevilgningen.

Hvordan basisbevilgningen fordeles internt mellom de ulike helseforetakene, er fullt og helt de regionale helseforetakenes ansvar. Selv om de regionale helseforetakene har noe forskjellige systemer for å fordele basisbevilgningen til det enkelte helseforetak, påvirker dette bare hvordan de samlede ressursene blir fordelt, og ikke hvordan midlene skal brukes.

## 7 Helse- og omsorgsdepartementets styring og oppfølging

### 7.1 Krav til de regionale helseforetakene

Den løpende oppfølgingen og styringen av de regionale helseforetakene skjer gjennom oppdragsdokumenter, foretaksmøter og årlig melding.

Det er ikke utarbeidet en egen nasjonal plan for utvikling av eiendomsmassen. Helse- og omsorgsdepartementet framhever at det er de regionale helseforetakene som har ansvar for å følge opp helseforetakenes eiendomsforvaltning innenfor de rammene som gjelder. Som eier skal departementet se til at verdiene som ligger i bygg, blir ivaretatt og utviklet i tråd med den nasjonale helsepolitikken, og at dette bidrar til god ressursutnyttelse innenfor de juridiske og økonomiske rammene som er fastlagt.

Helse- og omsorgsdepartementet har gitt noen konkrete målsettinger og krav på området. Alle helseforetak skal utarbeide vedlikeholdsplaner, og nye investeringer skal bygge på strategiske planer. Videre har Helse- og omsorgsdepartementet understreket overfor helseforetakene at drift og investeringer skal ses i sammenheng, og at det er et viktig prinsipp at det er balanse i driften – noe som gir økonomisk rom for investeringer. Videre er det krav til alle helseforetak om å ha intern kontroll og å lukke alle avvik fra tilsynsmyndighetene.

### 7.2 Finansiering

Systemet for styring og finansiering av investeringer bygger på en kombinasjon av at departementet gir fullmakter til foretakene, og at en overordnet styring fra departementets side sikrer at investeringer foretas i samsvar med helsepolitiske prioriteringer. Omfanget av investeringene skal være innenfor rammer som gir kontroll med kostnadsutviklingen innen spesialisthelsetjenesten, jf. St.prp. nr. 1 (2002–2003).

De ansvarlige styringsorganene i foretakene ble gitt anledning til å treffe investeringsbeslutninger og har ansvar for å følge opp disse innenfor sine generelle økonomiske rammebetingelser. Samtidig ble det fra 2003 etablert et overordnet

styringssystem som fortløpende skulle gi en oversikt over samlede kostnadsimplikasjoner av besluttede og planlagte investeringer, slik at det kunne gjennomføres nødvendige korrigerende tiltak.

Ifølge brev fra Helse- og omsorgsdepartementet fra 31.12.2002 skal departementet få informasjon om alle investeringsprosjekter med en kostnadsramme over 1 mrd. kroner etter endt konseptfase. Dette gir mulighet for at departementet og regionalt helseforetak i fellesskap skal kunne vurdere om det er egenskaper ved prosjektet som tilsier at prosjektet i fortsettelsen bør inngå i styringsdialogen med departementet, og eventuelt på hvilken måte dette skal skje. Beløpsgrensen er fra 2011 satt ned til 500 mill. kroner, jf. Prop. 1 S (2010–2011) for Helse- og omsorgsdepartementet.

Det framgår av St.prp. nr. 1 (2007–2008) at bevilgningene til de regionale helseforetakene ikke har tatt tilstrekkelig høyde for kostnadene ved gjenanskaffelse og vedlikeholdsinvesteringer av bygg og utstyr. I St.prp. nr. 1 (2003–2004) står det at det i 2002 i forbindelse med at realkapitalen ble verdsatt og åpningsbalanser i helseforetakene ble etablert, ble lagt til grunn lengre levetider for bygg enn det som ble tilrådd fra byggtekniske miljøer. Basert på valgte levetider for bygg og årlige basisbevilgninger i perioden 2003–2006 ville foretakene ifølge Helse- og omsorgsdepartementet over tid være i stand til å gjenanskaffe om lag tre firedeler av den beregnede gjenanskaffelsesverdien av kapitalen. Med det inntektsløftet som ble gjort i statsbudsjettene for 2008, ville helseforetakene ifølge Helse- og omsorgsdepartementet være i stand til å opprettholde verdien på bygningsmassen ved å sikre fornying av sykehusbygg og forhindre etterslep på vedlikeholdsinvesteringer, jf. St.prp. nr. 1 (2007–2008).

Det framgår av St.prp. nr. 1 (2002–2003) at det som hovedregel ikke lenger bevilges øremerkede tilskudd til investeringer. Ved behandlingen av St.prp. nr. 1 (2003–2004) ble det vedtatt å gi investeringstilskudd til tre særskilte byggeprosjekter: Nye Ahus, fase 2 av ny universitetsklinikk i Trondheim og nytt forskningsbygg ved Radiumhospitalet. Tilskuddet er utbetalt årlig i takt med utbyggingene og har vært et ekstraordinært

**Tabell 12 Langsiktige lån hos departementet 2003–2009. I mill. kroner**

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Helse Sør-Øst	1 011	2 373	3 892	5 369	6 692	7 618	7 303
Helse Vest	431	660	1 090	1 611	2 071	2 223	2 209
Helse Midt-Norge	1 080	2 207	2 932	1 878	2 186	2 893	3 695
Helse Nord	260	347	628	1 016	1 197	1 167	1 231
<b>Sum</b>	<b>2 782</b>	<b>5 587</b>	<b>8 542</b>	<b>9 874</b>	<b>12 146</b>	<b>13 901</b>	<b>14 438</b>

Kilde: Beregningsutvalget for spesialisthelsetjenesten, 2010

bidrag for å sikre en forsvarlig økonomi når prosjektene settes i drift. Det har videre blitt gitt øremerkede tilskudd på enkelte satsningsområder som opptrappingsplanen for psykisk helse og kreftplanen. Disse tilskuddene har da blitt gitt som en andel refusjon innenfor godkjent ramme ved ferdigstilling av prosjektene, og har kommet som et tillegg til basisrammen.

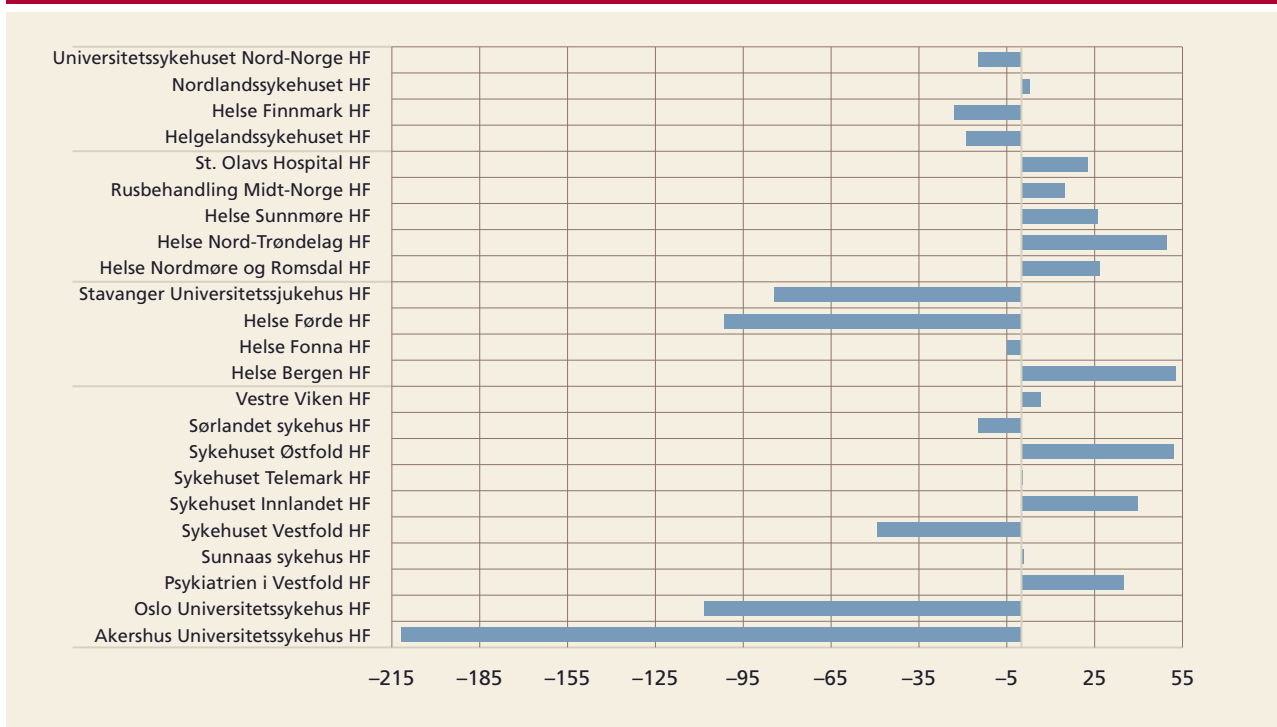
De regionale helseforetakene har anledning til å lånefinansiere investeringer ved å ta opp investeringslån som administreres av Helse- og omsorgsdepartementet, til spesifikke prosjekter. Låneordningen ble fra og med 2008 bevilget som en ordinær tilskuddspost på statsbudsjettet. Helse- og omsorgsdepartementet stiller krav om at lånesøknaden dokumenterer foretakets økonomiske evne til å bære prosjektet.

Tabell 12 viser hvordan den langsiktige gjelden har utviklet seg for hver helseregion.

De regionale helseforetakene ble etablert i 2002, og da hadde de ikke langsiktig gjeld. Totalt har den langsiktige gjelden økt fra 2 782 mill. kroner til 14 438 mill. kroner i perioden 2003–2009. Alle de regionale helseforetakene har en økning i den langsiktige gjelden i perioden 2003–2009. Helse Sør-Øst, Helse Vest og Helse Nord har tilnærmet samme nivå på langsiktig gjeld fra 2008 til 2009, mens Helse Midt-Norge har en økning.

For å få økonomisk rom for investeringer er det viktig at det er balanse i driften. I 2009 hadde for første gang tre av fire helseregioner et positivt årsresultat. Figur 4 viser årsresultatet for hvert enkelt helseforetak.

**Figur 4 Årsresultatet for 2009 for alle helseforetak unntatt sykehusapotekene. I mill. kroner**



Kilde: Brønnøysundregisteret

**Tabell 13 Investeringer i bygningsmassen 2003–2009. I mill. kroner**

Region	År	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	Sum region
Helse Sør-Øst		1 820	2 594	2 998	4 388	3 728	3 727	2 093	21 348
Helse Vest		399	548	734	741	792	919	1 235	5 368
Helse Midt-Norge		1 294	2 263	1 867	1 418	1 870	1 794	1 123	11 630
Helse Nord		115	149	334	519	343	284	384	2 128
Sum per år		3 628	5 554	5 933	7 066	6 733	6 724	4 835	40 474

Kilde: Beregningsutvalget for spesialisthelsetjenesten, 2010. Tallene er hentet fra note til foretaksgruppens årsregnskaper, Tilgang i året bygninger og anlegg under utførelse

Figur 4 viser at 10 av 23 helseforetak gikk med underskudd i 2009. I Helse Midt-Norge gikk alle helseforetakene med overskudd i 2009.

### 7.3 Verdien og tilstanden på bygningsmassen

For å opprettholde verdien på bygningsmassen må de årlige investeringene over tid tilsvare de årlige avskrivningene.

Tabell 13 viser hvordan disse investeringene er fordelt mellom helseregionene i perioden 2003–2009.

Det er til sammen investert 40,5 mrd. kroner i bygningsmassen i perioden 2003–2009. Størrelsen på investeringer varierer årlig og mellom helseregionene. I snitt er det investert for 5,7 mrd. kroner årlig i helseregionene. Investeringene i Helse Sør-Øst har vært størst med 21 mrd. kroner totalt i perioden 2003–2009, mens de har vært lavest i Helse Nord med 2 mrd. kroner i den samme perioden. Helse Midt-Norge og Helse Vest har investert for henholdsvis 11 og 5 mrd. kroner i perioden. Ved å sammenholde summen av investeringer i bygningsmassen for perioden med summen av driftskostnader i konsernregnskapene for 2003, utgjør investeringen i Helse Midt-Norge 128 prosent mot i underkant av 100 prosent for

Helse Sør-Øst. Dette viser at investeringene relativt sett har vært størst i Helse Midt-Norge.

Tabell 14 viser at det i sum har vært en prosentvis økning på bokført verdi på 10 prosent fra 2003 til 2009. Det har vært en økning i bokført verdi for alle de regionale helseforetakene, bortsett fra Helse Nord RHF, som har hatt en nedgang på 14 prosent i samme periode.

Helse- og omsorgsdepartementet viser i intervju til at økningen i den samlede bokførte verdien innebærer at tilstanden på bygningsmassen er forbedret. Departementet har imidlertid ikke informasjon om det enkelte regionale helseforetakets samlede oppgraderingsbehov. Departementet kjenner til at det er flere regionale helseforetak som har tatt initiativ til å kartlegge oppgraderingsbehovet, men dette er ikke videreformidlet til departementet.

I Dokument nr. 1 (2007–2008) framgår det at et flertall av foretaksgruppene mente at vedlikeholds- etterslepet var økende. Helse- og omsorgsdepartementet understreket det helhetlige ansvaret som de regionale helseforetakene har for investeringer og drift, og at departementet har et ansvar for å sørge for at de regionale helseforetakene har strategiske planer for sitt vedlikehold, slik at de gjennomfører nødvendig vedlikehold, og at vedlikeholdet prioriteres riktig. Videre uttalte

**Tabell 14 Utvikling i bokført verdi for bygninger 2003–2009. I mill. kroner**

	2003	2009	Prosentvis endring
Helse Sør-Øst	30 923	33 461	8 %
Helse Vest	10 173	10 574	4 %
Helse Midt-Norge	5 910	9 732	65 %
Helse Nord	7 705	6 644	-14 %
Sum	54 711	60 411	10 %

Kilde: Beregningsutvalget for spesialisthelsetjenesten

departementet i det nevnte dokumentet at de regionale helseforetakenes oppgave er å tilpasse sykehusbygg og utstyr til dagens drift. Opprettholdelse av eksisterende standard er dermed ikke en isolert målsetting. Vedlikeholdsplaner må ses i forhold til andre driftsmessige behov ved sykehusene, også i forhold til mer overordnede investeringsplaner som tar hensyn til behov for oppgradering og modernisering ved sykehusene.

## 8 Vurderinger

### 8.1 Utfordringer knyttet til bygningsmassens tilstands- og vedlikeholdsnivå

Helseforetakene har i perioden 2003–2009 investert for over 40 mrd. kroner, og 20 prosent av bygningsmassen er bygget etter år 2000. Undersøkelsen viser at de fleste helseforetakene har utarbeidet vedlikeholdsplaner, og at det er en del arbeid i gang i helseregionene på bygg- og eiendomsområdet, blant annet for å skaffe til veie bedre informasjons- og plangrunnlag.

Undersøkelsen viser likevel at rundt halvparten av bygningsmassen til helseforetakene viser tegn på dårlig teknisk tilstand. Dette innebærer at rundt 40 prosent av den totale bygningsmassen har middels kraftige symptomer på dårlig tilstand, mens 10 prosent av den totale bygningsmassen har kraftige symptomer. Helseforetakene har anslått at det tekniske oppgraderingsbehovet for tre firedeler av bygningsmassen er 19 mrd. kroner. Tre av fire helseregioner vurderer at en betydelig del av bygningsmassen har fått dårligere teknisk tilstand i perioden 2003–2010. Den bokførte verdien av bygningsmassen har økt med 10 prosent i perioden 2003–2009. Økningen innebærer at det har kommet til ny bygningsmasse med høyere verdi, men den bokførte verdien sier ikke noe om tilstanden på bygningsmassen som har blitt dårligere siden 2003. Økningen i den bokførte verdien gir derfor ikke et helhetlig bilde av tilstandsutviklingen for bygningsmassen.

Ifølge de eiendomsansvarlige i helseforetakene skyldes forverringen av byggenes tilstand at forebyggende vedlikehold nedprioriteres. Flere peker på at forebyggende vedlikehold bevisst har vært nedprioritert fordi lokalene inngår i en investeringsplan, og/eller at lokalene skal avhendes. I den grad vedlikehold nedprioriteres på grunn av framtidige investeringer, bør dette bygge på en langsiktig plan for utvikling av bygningsmassen, og ikke være et resultat av mangelfullt vedlikehold over flere år.

Undersøkelsen viser videre at halvparten av helseforetakene måtte bruke midler på skadeutbedringer i 2008 og 2009 på grunn av utsatt vedlikehold av bygningsmassen. De fleste av de eiendomsansvarlige mener at nivået på dagens

vedlikehold av bygninger fører til at det utvikler seg fordyrende følgeskader.

Det framgår av undersøkelsen at det i perioden 2008–2010 har vært dårlig samsvar mellom den årlige vedlikeholdsplanen og det de eiendomsansvarlige anser som det reelle behovet for vedlikehold. I tillegg til dette klarer helseforetakene i liten grad å gjennomføre de planlagte tiltakene i vedlikeholdsplanen.

Utsatt vedlikehold av helseforetakenes bygningsmasse får ikke nødvendigvis konsekvenser for behandlingsevne på kort sikt, men vil vise seg over tid. Hvis en betydelig andel av bygningsmassen får utvikle seg til et punkt der reparasjoner og utbedringer ikke er noe reelt alternativ, er det en risiko for at kostnadene blir høyere enn om det hadde blitt foretatt vedlikehold på et tidligere tidspunkt.

Ifølge de regionale helseforetakene opplever helseforetakene at den nåværende økonomiske rammen er utilstrekkelig for å sikre nødvendig vedlikehold. I 2009 hadde tre av fire helseregioner for første gang et positivt årsresultat. Selv med den bedre økonomiske situasjonen i helseforetakene er det grunn til å stille spørsmål om det er behov for ytterligere tiltak som sikrer et mer stabilt og langsiktig vedlikeholdsnivå. For å understreke betydningen av et visst vedlikeholdsnivå for helseforetakene har eksempelvis Helse Midt-Norge RHF stilt krav i form av et normtall for vedlikeholdsnivå.

Relevant informasjon om eiendomsmassen er viktig for å sikre en rasjonell, kostnadseffektiv og formåls effektiv eiendomsforvaltning. En firedel av helseforetakene har ikke regnskapsinformasjon om hva som hvert år faktisk blir brukt på vedlikehold. Beløpet knyttet til forebyggende vedlikehold har likevel økt fra 2008 til 2009.

Undersøkelsen viser at de fleste helseforetakene har utarbeidet nøkkeltall for vedlikeholdskostnader for hele eller deler av bygningsmassen, men bare ca. halvparten av disse regnskapsfører vedlikeholdskostnadene i samsvar med Norsk Standard. Hvis vedlikeholdskostnadene føres på en standardisert måte, kan nøkkeltall for bygg- og



eiendomsforvaltningen gi grunnlag for å sammenligne kostnadsnivået med andre helseforetak, og kostnadene kan vurderes opp mot interne mål. Når nøkkeltallene ikke er utarbeidet eller ikke er av god nok kvalitet, kan noe av grunnlaget for læring og forbedring på området gå tapt. Undersøkelsen viser at bare tre helseforetak har registrert vedlikeholdskostnadene etter Norsk Standard, utarbeidet nøkkeltall for hele bygningsmassen for 2009 og brukt nøkkeltallene som grunnlag for sammenligning med andre helseforetak. Dette innebærer at det for sentrale deler av eiendomsforvaltningen er potensial for en mer effektiv eiendomsforvaltning gjennom økt bruk av nøkkeltall og benchmarking.

---

## 8.2 Behov for målrettet arealutnyttelse og arealutvikling

For at helseforetakenes eiendommer skal kunne forvaltes på en rasjonell, kostnadseffektiv og formålseffektiv måte, må det finnes relevant informasjon om bygningsmassen.

Undersøkelsen viser at helseforetakenes samlede areal har økt med 11 prosent i perioden 2003–2010, og at helseforetakene har iverksatt en del tiltak for å sikre en bedre arealutnyttelse. Selv om helseforetakene opplever at tiltakene for areal-effektivisering har positiv effekt, har arealeffektiviteten fram til i dag ikke blitt målt systematisk. Et nasjonalt klassifikasjonssystem for sykehusareal som skal bidra til en mer effektiv utnyttelse av arealet gjennom å synliggjøre funksjoner og areal ut fra produksjon, er nå under implementering. Fem helseforetak har allerede registrert sine arealer etter dette systemet, mens resten av helseforetakene planlegger å registrere sine arealer innen 2012. Fram til i dag har det derfor vært vanskelig å etterprøve om målsettinger om areal-effektivisering er oppfylt.

Undersøkelsen viser at litt under 20 prosent av helseforetakenes areal har dårlig funksjonalitet vurdert ut fra behovene i kjernevirksomheten. Videre framkommer det at litt under 30 prosent av helseforetakenes areal har dårlig tilpasningsdyktighet. Dette gjør det vanskelig å sikre effektiv arealbruk og drift i bygningsmassen. På lengre sikt kan dette også gjøre det vanskelig for helseforetakene å imøtekomme endrede krav til behandlingstilbudet.

God eiendomsforvaltning forutsetter et rasjonelt system for planlegging og styring, og en målrettet

utvikling av bygningsmassens kvaliteter. Fem helseforetak har besluttet både mål og langsiktig plan for bygningsmassen. Ni helseforetak har verken besluttet mål eller utarbeidet langsiktige planer for bygningsmassen. Det at bygningene er funksjonelle og driftseffektive, er et viktig element for at ressursene skal kunne utnyttes på en god måte. Helseforetakene har bare kartlagt halvparten av den totale bygningsmassen når det gjelder de ansattes langsiktige arealbehov. Når det verken foreligger relevant informasjon eller langsiktige planer, er det en risiko for at potensialet i bygningsmassen ikke blir tilstrekkelig utnyttet. Konsekvensen kan da bli at bygningsmassen ikke tilpasses godt nok til nye krav og endrede forutsetninger i behandlingstilbudet.

---

## 8.3 Mangelfullt beslutningsgrunnlag for investeringer i sykehusbygg

Helse- og omsorgsdepartementet har ansvaret for å se til at helseforetakene har utviklet tilstrekkelige rutiner for prosjektstyring. Slike rutiner innebærer blant annet at anerkjente metoder for kvalitetssikring av prosjekter benyttes. Samtidig har de regionale helseforetakene ansvar for at beslutningsprosesser foregår på en kvalitativt god måte, og at prosjekter gjennomføres ut fra en vurdering av risiko og vesentlighet.

Departementets føringer knyttet til tidligfaseplanlegging av investeringsprosjekter framgår av brev til de regionale helseforetakene i 2002 og 2004. I førstnevnte brev av 2002 stilles det krav om en utredningsmessig mellomfase som kalles konseptfasen, der det foretas en vurdering av alternative investeringer med begrunnelse for valgt alternativ. For å sikre en effektiv og målrettet planlegging av sykehusutbygginger og for å styrke kvaliteten i planprosessen, utarbeidet Sosial- og helsedirektoratet i 2006 (oppdatert 2009) en veileder for tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter. Veilederen gir på et overordnet nivå retningslinjer for hva som bør inngå i tidligfaseplanleggingen, hvilke analyser som bør gjennomføres, og hvilke beslutningsdokumenter som bør utarbeides.

På følgende områder beskriver ikke veilederen de kravene som bør stilles til konseptrapporter, i tilstrekkelig grad:

- Overordnet forankring, effektmål og resultatmål er lite omtalt i veilederen. Når de overordnede målene og rammene mangler eller ikke avklares i konseptfasen, kan detaljene få for stor plass,

og det kan bli tatt for lite hensyn til utvikling og implementering av nasjonale og regionale målsettinger og strategier. Grunnlaget for å finne reelle alternativer kan også bli problematisk. Videre vil manglende resultatmål gjøre det vanskelig å vurdere forskjellige konsepter opp mot hverandre.

- Veilederen anbefaler at de ulike alternativene skal evalueres i konseptfasen. Konseptrapporten skal beskrive de alternativene som er vurdert. Det skal imidlertid legges vekt på den løsningen som er valgt. Det kan derfor se ut som om veilederen ikke legger opp til at konseptrapportene skal inneholde en fullverdig alternativanalyse der alternativene utredes like detaljert. Dette innebærer en risiko for at vurderingen av alternativene ikke blir reell, og at det foretrukne alternativet i for stor grad blir vektlagt.

I undersøkelsen er det foretatt en systematisk gjennomgang av ni konseptrapporter<sup>7</sup> som er utarbeidet i perioden 2006–2009, og som alle er godkjent av styret i det enkelte regionale helseforetaket. Samlet anslått investeringsbeløp for de ni prosjektene er 12,3 mrd. kroner. Dette inkluderer fem nybygg på ny tomt for til sammen 10 mrd. kroner.

Veilederen for tidligfaseplanlegging gir et godt grunnlag for en systematisk og oversiktlig beslutningsprosess, og alle de undersøkte konseptrapportene har lagt veilederen til grunn for planleggingen. Undersøkelsen viser at det faktiske valget av utbyggingsalternativ i stor grad skjer før utredningene og analysene av realistiske alternativer (konseptfasen) foreligger. I noen tilfeller foretas valget før idéfasen, der løsningsalternativene skal identifiseres. Dessuten blir bredden i alternative løsninger i stor grad innnevret ved de overordnede føringene som gis fra styret i det regionale helseforetaket eller styret i helseforetaket når idéfasen eller konseptfasen begynner. Dette gjelder blant annet for de to største investeringsprosjektene (Nytt Østfoldsykehus og Nye Molde sjukehus). Dette medfører en risiko for at andre reelle alternativer blir valgt bort før analysene blir foretatt, og at de alternative løsningsforslagene man står igjen med til konseptfasen, i stor grad blir varianter over samme løsning.

7) Nytt Østfoldsykehus, Nye Molde sjukehus, Nye Nordlandssykehuset byggetrinn 2–5, Nytt senter for barn, unge og psykosomatisk medisin (BUSP) trinn 1, Nordlandssykehuset Vesterålen, Kronstad DPS, Ny barneavdeling Ålesund sjukehus, Ombygging operasjonsavdeling Sørlandet sykehus, Samlokalisering av psykiatrisk avdeling Sykehuset Namsos.

Konseptrapportene gir heller ikke en tilstrekkelig vurdering av alternativene fra konseptfasen. Ingen av rapportene inneholder en fullstendig analyse av alle alternativene. De driftsøkonomiske analysene er med unntak av to konseptrapporter bare foretatt for det ene foretrukne alternativet.

Det er dessuten betydelige svakheter i de driftsøkonomiske analysene som ligger til grunn for de foretrukne investeringsalternativene i flere av prosjektene. Dette medfører usikkerhet knyttet til hvorvidt foretakene vil kunne håndtere de driftsøkonomiske konsekvensene. Det går i liten grad fram av konseptrapportene hvilke vurderinger som ligger til grunn for analysene som tallmaterialet bygger på. Videre inneholder ingen av rapportene risikovurderinger der det redegjøres for eventuelle risikoreduserende aktiviteter og kontrolltiltak.

Driftsbesparelser i form av effektivisering inngår som en sentral del av inndekningen av de økte kostnadene ved investeringen i sju av de ni prosjektene. Selv om det i flere konseptrapporter forventes en bemanningsøkning, skal dette mer enn veies opp med økte inntekter som følge av økt aktivitet. Flere av rapportene omtaler at de planlagte effektiviseringstiltakene vil medføre organisatoriske utfordringer og omstillinger for de ansatte. Det kalkuleres ikke med at dette vil medføre økte kostnader, blant annet når det gjelder utvikling av behandlingslinjer og kompetanse.

Tre av helseforetakene forutsetter økte aktivitetsbaserte inntekter. For de to største prosjektene, Nye Molde sjukehus og Nytt Østfoldsykehus, er det lagt inn en forventet inntektsøkning som skal dekke inn rundt halvparten av den resultatforbedringen som skal bære byggets årlige merkostnader.

Manglende bredde i alternativanalysen i tidligfaseplanleggingen, svakheter i de driftsøkonomiske analysene og manglende risikovurderinger i konseptrapportene gjør at det kan stilles spørsmål ved om de regionale helseforetakene i tilstrekkelig grad har basert investeringsprosjektene på et realistisk grunnlag.

---

#### 8.4 Utfordringer ved arbeidet med gevinstrealisering

I de fleste byggeprosjekter vil det ligge forventninger om realisering av gevinster etter at pro-

sjektet er avsluttet. Allmenne kriterier for gevinstrealisering legger til grunn at det utarbeides en plan med oversikt over hvilke sentrale nyttevirkninger og/eller kostnadsbesparelser virksomheten tar sikte på å oppnå med tiltaket.

Undersøkelsen viser at for to av de tre undersøkte prosjektene, Ahus og Stavanger Universitetssjukehus, er det utarbeidet planer for å sikre gevinstrealisering. Ahus sin plan var flerårig og ble etablert innenfor rammen av en større omorganiseringsprosess. Ved Stavanger Universitetssjukehus ble det utarbeidet en ettårig plan som omfattet en effektivisering av pasientflyten. St. Olavs Hospital har ikke utarbeidet en egen plan knyttet til kravet om gevinstrealisering, men har planlagt og dimensjonert sykehuset for å effektivisere pasient- og støtteprosesser.

Undersøkelsen viser videre at for Ahus og Stavanger Universitetssjukehus er kravene som er stilt til gevinstrealisering, ikke innfridd. For det tredje prosjektet, St. Olavs Hospital, er det ikke mulig å isolere effekten av tiltakene for gevinstrealisering. Ved Ahus og Stavanger Universitetssjukehus viser undersøkelsen i tillegg at tiltakene for gevinstrealisering ikke har vært godt nok forankret i organisasjonen, ved at det ikke har vært enighet om tiltakene i planfasen eller implementeringen av tiltakene i driftsfasen. Ingen av prosjektene planla for øvrig en særskilt rapportering etter ferdigstilling for å følge opp at kravet om gevinstrealisering ble nådd.

God forankring blant både ledere og medarbeidere bidrar til å sikre gevinstrealisering, også når det gjelder en felles forståelse av beregningsgrunnlaget for gevinstuttaket. Dette er særlig viktig for å redusere sårbarheten og risikoen for at målene ikke nås ved implementering. Det er videre nødvendig at foretakene, både gjennom plan og gjennom oppfølging/rapportering, kan isolere effekter av enkeltstående tiltak for å realisere gevinster. Dette er nødvendig for å kunne måle status og framdrift for gevinstrealiseringen, og å skille ut effekten av tiltakene med tanke på at de faktisk er implementert og fungerer som planlagt. Det er også viktig å følge opp gevinstrealisering både i planperioden og i drifts-/oppstartsfasen. Når gevinstrealisering er lagt som premiss for investeringen, vil manglende prioritering av gevinstrealisering ha konsekvenser for helseforetakets driftøkonomiske balanse og evne til å håndtere merkostnader i ny driftsfase.

## 9 Referanseliste

### Lover, forskrifter og regelverk

- *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. av 2. juli 1999 nr. 61* (spesialisthelsetjenesteloven).
- *Lov om helseforetak m.m. av 15. juni 2001 nr. 93* (helseforetaksloven).

### Annet regelverk og retningslinjer

- *Reglement for økonomistyring i staten*, fastsatt 12. desember 2003, med endringer senest 14. november 2006.
- SSØ (2006) *SSØs veileder i samfunnsøkonomisk analyse og gevinstrealisering av IKT-prosjekter*.
- Helsedirektoratet (2006) *Veileder for tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter*.
- Helsedirektoratet (2009) *Veileder for tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter*.
- Finansdepartementet (2008) *Kvalitetssikring av konseptvalg, samt styringsunderlag og kostnadsoverslag for valgt prosjektalternativ. Veileder nr. 1 Det sentrale styringsdokumentet og Veileder nr. 3 Felles begrepsapparat KS1*.
- Norsk Standard NS 3454 *Livssyklus kostnader for byggverk – Prinsipper og struktur*.
- Norsk Standard NS 3424 *Tilstandsanalyse av byggverk – Innhold og gjennomføring*.

### Stortingsdokumenter

#### *Stortingsproposisjoner, odelstingsproposisjoner og stortingsmeldinger*

- St.prp. nr. 1 (2002–2003) *For budsjettåret 2003*. Helsedepartementet.
- St.prp. nr. 1 (2004–2005) *For budsjettåret 2005*. Helse- og omsorgsdepartementet.
- St.prp. nr. 1 (2005–2006) *For budsjettåret 2006*. Helse- og omsorgsdepartementet.
- St.prp. nr. 1 (2006–2007) *For budsjettåret 2007*. Helse- og omsorgsdepartementet.
- St.prp. nr. 1 (2008–2009) *For budsjettåret 2009*. Helse- og omsorgsdepartementet.
- Prp. 1 S. (2010–2011) *For budsjettåret 2011*. Helse- og omsorgsdepartementet.
  
- *Nasjonal helseplan (2007–2010)* Særtrykk av St.prp. nr. 1 (2006–2007) for Helse- og omsorgsdepartementet, kapittel 6.
- Ot.prp. nr. 66 (2000–2001) *Om lov om helseforetak m.m.*(helseforetaksloven).
- Ot.prp. nr. 56 (2004–2005) *Om lov om endring i lov 15. juni 2001 nr. 93 om helseforetak m.m.* (helseforetaksloven).
  
- St.meld. nr. 22 (2001–2002) *Et mindre og bedre statlig eierskap*.
- St.meld. nr. 13 (2006–2007) *Et aktivt og langsiktig eierskap*.

#### *Innstillinger fra Stortinget*

- Innst. S. nr. 243 (2001–2002) *Innstilling fra sosialkomiteen om spesialisthelsetjenestens økonomi og budsjett 2002*.

#### *Dokumenter til Stortinget*

- Dokument nr. 1 (2007–2008) *Riksrevisjonens rapport om den årlige revisjon og kontroll for budsjettåret 2006*.

### Utredninger

- NOU 2004:22 *Velholdte bygninger gir mer til alle*.
- NOU 2008:2 *Fordeling av inntekter mellom regionale helseforetak*.

### Dokumentasjon fra forvaltningen

- Oppdragsdokumenter til de regionale helseforetakene for 2008, 2009 og 2010.
- Foretaksmøter mellom Helse- og omsorgsdepartementet og de regionale helseforetakene for 2008, 2009 og 1. halvår 2010.

- Årlig melding fra de regionale helseforetakene for virksomheten i 2008 og 2009.
- Oppdragsdokumenter fra det regionale helseforetaket til Oslo Universitetssykehus HF, Sykehuset Telemark HF, Helse Stavanger HF, Helse Bergen HF, Helse Sunnmøre HF, St. Olavs Hospital HF, Nordlandssykehuset HF og Universitetssykehuset i Nord-Norge HF for 2008, 2009 og 2010.
- Foretaksmøter mellom det regionale helseforetaket og de ovennevnte helseforetakene for 2008, 2009 og 1. halvår 2010.
- *Plan for strategisk utvikling 2009–2020*. Helse Sør-Øst RHF.
- *Helse 2020*. Helse Vest RHF.
- *Handlingsprogram 2006–2010 og Overordnet strategi 2008–2020*. Helse Midt-Norge RHF.

#### Litteratur

- Knut Samset (2008) *Prosjekt i tidligfasen*, Tapir.

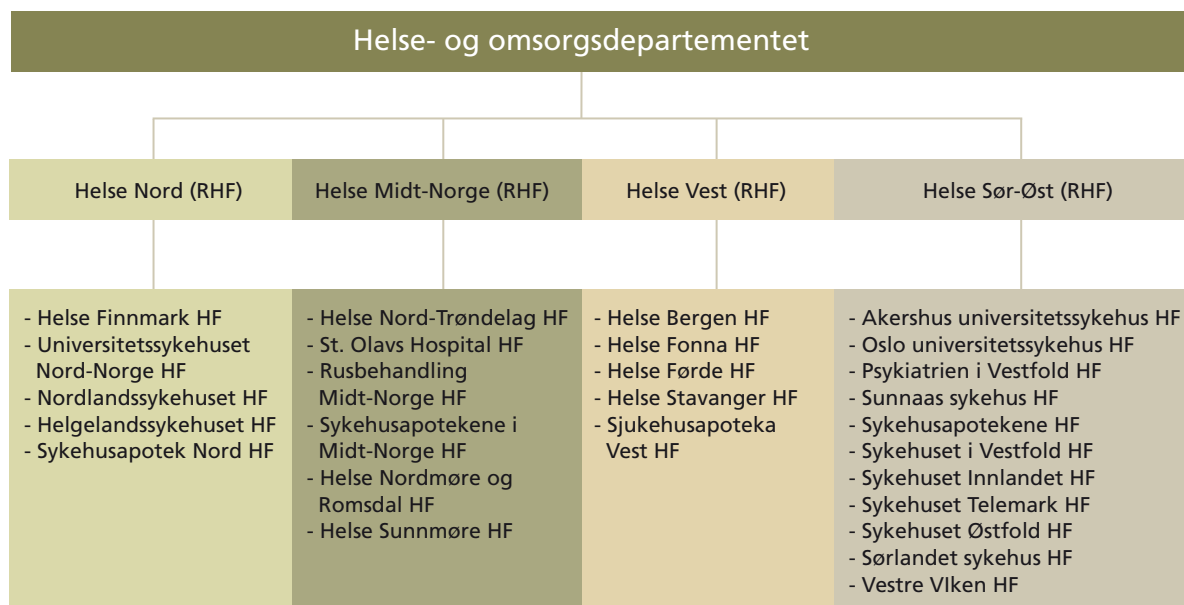
#### Rapporter

- Sintef (2006) *Konseptrapport Nye Nordlandssykehuset byggetrinn 2–5*.
- Multiconsult (2008) *Bygg og eiendom som strategisk virkemiddel for effektive helsetjenester. Sluttrapport fra Delprosjekt 1: Rollen som strategisk bygg- og eiendomsforvalter*. (lenke: [www.bedrehelsebygg.no](http://www.bedrehelsebygg.no)).
- Multiconsult, NBEF og NTNU (2008) *Ord og uttrykk innen eiendomsforvaltning – fasilitetsstyring*.
- NTNU (2010) *Conceptrapport nr. 25: Regime for planlegging og beslutning i sykehusprosjekter*.

#### Andre kilder

- Helsedirektoratet (2010) [www.sykehusplan.no](http://www.sykehusplan.no).

## Vedlegg: Oversikt over helseforetakene



RHF = regionale helseforetak

HF = helseforetak




285 18 4 588 3 6 554 735 394 216 2 577 634 492



241 344

Trykk: 07 Gruppen AS 2011



Riksrevisjonen  
Pilestredet 42  
Postboks 8130 Dep  
0032 Oslo

sentralbord 22 24 10 00  
telefaks 22 24 10 01  
postmottak@riksrevisjonen.no

[www.riksrevisjonen.no](http://www.riksrevisjonen.no)



23 257 -3 918 240 1 255 712 474 320 120 3 924 22 781 329 781 520